

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

***ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ
ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΜΙΑ
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ***

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΤΑΚΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ

Δρ. ΜΠΑΚΑΛΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου.

Ευχαριστώ, τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κύριο Νικόλαο Μπακάλη, που μου έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιήσω την εργασία αυτή. Οι σημαντικές υποδείξεις του και η καθοδήγηση του, σε ότι αναφορά το κομμάτι της έρευνας θα αποτελέσουν σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα πορεία μου στο κόσμο της επιστήμης που ονομάζεται, Νοσηλευτική.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις δυο φίλες, συμφοιτήτριες αλλά και μελλοντικές συναδέλφους Λαμπάκη Αργυρώ και Λεβεντάκη Ειρήνη για την στήριξη τους, τόσο στην εκπόνηση της ποσοτικής πιλοτικής μελέτης όσο και στην πτυχιακή μου εργασία.

Πάνω απ' όλα όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, για την υπομονή, για την εμπιστοσύνη και για την αμέριστη συμπαράσταση που μου έδειξαν όλα αυτά τα χρόνια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι κλινικές αποφάσεις αποτελούν μια δεξιότητα της καθημερινής κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών που είναι ανάγκη να αναπτύσσεται συνεχώς για να οδηγεί στην παροχή ποιοτικής φροντίδας των ασθενών

Σκοπός: Να διερευνήσει και να εξετάσει τον βαθμό αλλά και τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνουν αποφάσεις οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Υλικό- Μέθοδος: Το δείγμα της ερευνητικής μελέτης αποτέλεσαν τέσσερις νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας, ευκολίας ή περιστασιακή λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν οι συμμετέχοντες να είναι πτυχιούχοι νοσηλευτές με άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη ημι-δομημένης διάταξης. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος ανάλυσης τριών φάσεων: περιορισμός των δεδομένων/ παράθεση των δεδομένων/ έλεγχος των δεδομένων και νοηματοποίηση τους.

Αποτελέσματα: Η έρευνα αποκάλυψε ότι οι νοσηλευτές λαμβάνουν σε χαμηλό βαθμό αποφάσεις σε ότι αφορά την διάγνωση, την αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής καθώς και την ενημέρωση για την πρόγνωση και θεραπεία των ασθενών ενώ λαμβάνουν συχνά αποφάσεις σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης και παρέχουν συχνά ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς. Προσδιόρισε ακόμη ως παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων το ιατροκεντρικό μοντέλο φροντίδας, την απουσία πρωτοκόλλων και την έλλειψη προσωπικού.

Συμπεράσματα: Οι Έλληνες νοσηλευτές είναι ανάγκη να επαναπροσδιορίσουν τον ρόλο τους και αναπτύξουν ένα σχέδιο δράσης μέσα από την συνεχιζόμενη εκπαίδευση και την έρευνα που θα τους δώσει τα εφόδια για υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας και λήψης κλινικών αποφάσεων στην καθημερινή τους πρακτική.

ABSTRACT

Introduction: Clinical decisions constitutes a skill of daily clinical practice of nurses, that need to be developed continually to drive the delivery of quality patient care.

Aim: The aim of this research project is to explore and examine the degree and way in which decisions are taken by nurses who are employed in public Greek hospitals.

Material- Method: The sample of our research consisted of four nurses who were employed in public Greek hospitals. Accidental or convenience sampling was used, lack of time and financial resources. The collection of information was conducted an interview of semi- structured arrangement. In order to analyze the given information we used a three method analysis which included restriction of the data, comparison of the data, control and deciphering their meaning.

Results: The research showed that nurses make decisions, concerned with change of medication, diagnosis, as well as informing about the prognosis and treatment of the patients, to a limited extent. This research also defined the physician driven model of care and the absence of protocol as factors effecting the clinical decisions taken.

Conclusions: It is necessary for Greek nurses to redefine their role and develop plan of action thru continuous education and research which will give the qualification for the highest level of autonomy and clinical decision making in their daily practice.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	3
Περιεχόμενα.....	5
Κεφάλαιο 1 (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)	
1.1 Εισαγωγή.....	7
1.2 Ορισμός λήψης κλινικής απόφασης.....	8
1.3 Διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης.....	9
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων.....	12
1.4.1 Η διαίσθηση.....	13
1.4.2 Η γνώση.....	14
1.4.3 Η κλινική εμπειρία.....	15
1.4.4 Ο ρόλος.....	16
1.4.5 Το άγχος.....	17
1.4.6 Το καθηκοντολόγιο.....	18
1.4.7 Η σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.....	19
1.5 Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα	20
1.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην Ελλάδα.....	22
1.7 Αυτονομία.....	24

Κεφάλαιο 2 (Μεθοδολογία)

2.1	Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	27
2.2	Σχεδιασμός.....	29
2.3	Διαδικασία.....	31
2.4	Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	32
2.5	Δείγμα.....	35
2.6	Ανάλυση.....	36

Κεφάλαιο 3 (Αποτελέσματα)

3.1	Παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας.....	38
3.2	Οργάνωση και Διοίκηση.....	42
3.3	Εκπαίδευση και Ενημέρωση.....	46
3.4	Έρευνα.....	48

Κεφάλαιο 4 (Συζήτηση)

4.1	Συζήτηση.....	50
4.2	Περιορισμοί της έρευνας.....	55

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
-------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	63
------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	64
-------------------	----

Κεφάλαιο 1

1.1 Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας και τέχνη φροντίδας. Σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, νοσηλευτικής φιλοσοφίας, κλινικής φροντίδας και διαπροσωπικής επικοινωνίας. Επομένως το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα φροντίδας που απαιτεί διανοητική, συναισθηματική και φυσική προσπάθεια. Επίσης, η επιτυχής άσκηση του επαγγέλματος απαιτεί γνωστικές, τεχνικές και διαπροσωπικές δεξιότητες, προϋποθέτει όμως και το τρόπο με τον οποίο ο νοσηλευτής θα ερμηνεύσει τα γεγονότα.

Οι νοσηλευτές καλούνται συχνά να λαμβάνουν δραστικές αποφάσεις, μείζονος σημασίας οι οποίες πολλές φορές θα κρίνουν την πορεία του ασθενούς. Στη λήψη αυτών των αποφάσεων ο νοσηλευτής καλείται να επιλέξει μια παρέμβαση ανάμεσα σε δυο ή και περισσότερες επιλογές. Έτσι η λήψη των αποφάσεων είναι συνώνυμη με την επιλογή, την μετατροπή της πληροφορίας σε πράξη καθώς και άμεσα συνδεδεμένη με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί τον τρόπο σκέψης και δράσης έτσι ώστε να προσδιοριστούν τα προβλήματα του ασθενούς με οργανωμένη μέθοδο η οποία θα αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς (Taylor, Lillis και Lemone, 2006). Αυτή η μετατροπή της σκέψης σε δράση όμως προϋποθέτει την σύνθετη, γνωστική διαδικασία που δεν είναι άλλη από τη λήψη αποφάσεων.

Η λήψη των αποφάσεων αποτελεί μια απαραίτητη ικανότητα για τους επαγγελματίες υγείας καθώς και ένα θεμελιώδες συστατικό της καθημερινής κλινικής πρακτικής (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Ως εκ τούτου, στην παρούσα εργασία θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε και να δώσουμε νόημα μέσα από τις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά το βαθμό αλλά και τον τρόπο που συμμετέχουν στην διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων οι νοσηλευτές.

1.2 Ορισμός λήψης κλινικής απόφασης

Η λήψη αποφάσεων αφορά κάθε επίπεδο της νοσηλευτικής. Επιτυχής λειτουργία σημαίνει ότι οι νοσηλευτές πρέπει να επιδεικνύουν τις αναγκαίες δεξιότητες στην επίλυση προβλημάτων υπό αβέβαιες και μεταβαλλόμενες συνθήκες, στις οποίες η αναποφασιστικότητα ή η μειωμένη αποφασιστικότητα έχουν σοβαρό κόστος. Η ικανότητα των νοσηλευτών να ενισχύουν τη λήψη αποφάσεων στον οργανισμό και την επίλυση προβλημάτων συνιστά μια ουσιώδη προσωπική δεξιότητα (Roussel και Russell, 2010).

Στον τομέα της λήψης αποφάσεων, οι κλινικοί νοσηλευτές διαχειρίζονται το ιστορικό των ασθενών και τα κλινικά δεδομένα, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τα δεδομένα των νοσηλευτικών εκβάσεων για να καθορίσουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Nolan, 1998).

Η λήψη αποφάσεων βασίζεται σε πληροφορίες και απαιτεί καλή συλλογή και επεξεργασία των πληροφοριών. Η στρατηγική λήψης αποφάσεων χρησιμοποιούνται σαν κοινά κλινικά εργαλεία, τα οποία παρέχουν πρωτόκολλα περιγραφής δραστηριοτήτων, που οδηγούν στην επίτευξη ενός προβλέψιμου αποτελέσματος (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005).

Μετά από συστηματική μελέτη της βιβλιογραφίας για τον ακριβή προσδιορισμό του όρου της λήψης κλινικής απόφασης προκύπτουν οι εξής ορισμοί:

Οι Lancaster και Lancaster (1982), όρισαν τη λήψη αποφάσεων ως μια συστηματική, σταδιακή διαδικασία επιλογής μεταξύ εναλλακτικών λύσεων και εφαρμογή της τελικής επιλογής σε πράξη. Ο Grainger (1990), ονόμασε τη λήψη αποφάσεων ως την πράξη της επιλογής. Η λήψη αποφάσεων ορίζεται και ως μια συμπεριφορά που οδηγεί στο να κάνουμε μια επιλογή και να εφαρμόσουμε μια πορεία δράσης μεταξύ εναλλακτικών επιλογών (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005).

Η απόφαση πάντοτε αφορά σε επιλογή μεταξύ δυο ή περισσότερων εναλλακτικών καταστάσεων και συνήθως είναι η απόφαση μεταξύ ανάληψης μιας δράσης ή όχι ή μεταξύ δυο αντιτιθέμενων επιλογών. Δεδομένου της υπό κίνδυνο λήψης των κλινικών αποφάσεων, υφίσταται πάντοτε το ενδεχόμενο να χαρακτηριστεί, εκ των πραγμάτων, η απόφαση ως λανθασμένη, επειδή η έκβαση που προέκυψε ήταν αντίθετη της έκβασης, την οποία προσδοκούσε να αποφύγει ή να επιτύχει ο αποφασίζων. Στις περιπτώσεις αυτές ο αποφασίζων αισθάνεται μεταμέλεια, λύπη (regret), αφού η απόφαση που επέλεξε αποδεικνύεται εκ των υστέρων λανθασμένη (Ανευλαβής, 2004).

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία, καλύτερο ηθικό, βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Ο νοσηλευτής καλούμενος καθημερινά να λάβει αποφάσεις ίσως δεν συνειδητοποιεί ότι σε αυτές είναι αναγκαίο να συνεκτιμώνται οι αξίες, οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις του ασθενούς του, ο οποίος, σε τελική ανάλυση, είναι το αντικείμενο εφαρμογής αυτών των αποφάσεων. (Luce και Raiffa, 1985). Η θεωρία λήψης αποφάσεων πρέπει να διδάσκεται σε όλα τα προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα Νοσηλευτικής, όπως επίσης και στα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005).

1.3 Διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων

Η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη η οποία συνδυάζει επιστημονική γνώση και μεθόδους έρευνας. Οι επιστήμονες χρησιμοποιούν μια σταθερή λογική μέθοδο για την επίλυση των προβλημάτων. Στην επιστημονική μέθοδο, ο επιστήμονας πρώτα προσδιορίζει το πρόβλημα, έπειτα συγκεντρώνει πληροφορίες, αναλύει τις πληροφορίες και επινοεί λύσεις στη συνέχεια, λαμβάνει μια απόφαση για το

ποιά λύση θα χρησιμοποιήσει, εφαρμόζει τη λύση και έπειτα αξιολογεί το αποτέλεσμα της απόφασης. Η νοσηλευτική διεργασία έχει πολλά παρόμοια χαρακτηριστικά με τη διαδικασία λήψης απόφασης.

Η διαδικασία επίλυσης προβλημάτων περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

- Αναγνώριση του προβλήματος και ανάλυση της περίπτωσης
- Διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων
- Επιλογή της πιο εναλλακτικής λύσης
- Εφαρμογή της απόφασης
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων (Dewit, 2001)

Η λήψη αποφάσεων είναι μιας καθοριστικής σημασίας διεργασία που εφαρμόζει τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό καθημερινά και απαιτεί γνώσεις και εμπειρία. Στηρίζεται στα συμπτώματα και σε επαρκή στοιχεία που αντλούνται από την επικοινωνία με τον ασθενή. Τα αποτελέσματα μιας οργανωμένης διεργασίας, ονομάζονται διαδικασία της απόφασης κατά την διάρκεια της οποίας εμφανίζονται διάφορα γεγονότα όπως η συλλογή πληροφοριών σχετικών με το θέμα της απόφασης, η αναζήτηση λύσεων του θέματος, η ανταλλαγή απόψεων μεταξύ εμπλεκόμενων μερών και ο κατακερματισμός του θέματος σε επιμέρους θέματα (Kolostoumpis και Makrygiannaki, 2012).

Η τεκμηριωμένη νοσηλευτική πρακτική στηρίζεται στην διαδικασία με την οποία οι νοσηλευτές λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις χρησιμοποιώντας

- Τα καλύτερα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα
- Την κλινική τους εξειδίκευση
- Τις προτιμήσεις των ασθενών (Di Censo, Guyatt και Ciliska, 2005).

Κάθε κλινική απόφαση αφορά σε ένα συγκεκριμένο άτομο-ασθενή και προσδιορίζεται από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνεται, οι οποίες

ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: συνθήκες βεβαιότητας, κινδύνου ή αβεβαιότητας.

- Συνθήκες βεβαιότητας, όταν κάθε δράση-απόφαση οδηγεί –είναι γνωστό εκ των προτέρων ότι οδηγεί, πάντοτε σε ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα ή συγκεκριμένη έκβαση
- Συνθήκες κινδύνου (αβεβαιότητας), όταν κάθε δράση-απόφαση οδηγεί σε ένα σύνολο πιθανών εκβάσεων και κάθε έκβαση εμφανίζεται σε συγκεκριμένη πιθανότητα, η οποία είναι γνωστή στον αποφασίζοντα
- Συνθήκες πλήρους αβεβαιότητας (άγνοια), όταν κάθε δράση-απόφαση έχει ως συνέπεια την εμφάνιση συνόλου δυνατών εκβάσεων, αλλά οι πιθανότητες κάθε έκβασης είναι παντελώς άγνωστες (Ανευλαβής, 2004).

Ένας ακόμη παράγοντας άμεσα συνδεδεμένος με τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων με βάση τη βιβλιογραφία φαίνεται να είναι τα πρότυπα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική (Fry και Johnstone, 2005). Οι φιλόσοφοι οι ειδικοί στην ηθική αναγνωρίζουν ότι υπάρχουν πολλά στοιχεία και μεταβλητές στη λήψη αποφάσεων και ότι δεν υπάρχει μια κατάλληλη ή χρήσιμη μέθοδος λήψης αποδεκτών αποφάσεων για όλους. Τα διαφορετικά πρότυπα λήψης ηθικώς αποδεκτών αποφάσεων αντιπροσωπεύουν τις ποικίλες συστηματικές διαδικασίες ή προσεγγίσεις που πιθανόν να ακολουθήσει ένας νοσηλευτής για τη λήψη μια απόφασης σχετιζόμενης με την υγεία και την νοσηλευτική φροντίδα ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων. Τα πρότυπα αυτά είναι χρήσιμα για εκείνους που λαμβάνουν τις αποφάσεις ώστε να εξετάσουν:

1. Τις αξίες που εμπλέκονται και τα συμφέροντα που διακυβεύονται
2. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα ληφθεί η απόφαση
3. Το είδος των στρατηγικών που πρέπει να εφαρμοστούν για την επίλυση του προβλήματος που αναγνωρίστηκε

4. Τη φύση των ευθυνών των νοσηλευτών στη συγκεκριμένη κατάσταση

Τα πρότυπα δεν παρέχουν μια ασφαλή συνταγή για τη λήψη της σωστής απόφασης. Δεν υπάρχει τέλεια συνταγή για τη λήψη αποφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική. Ο κάθε νοσηλευτής φέρνει τις δικές του γνώσεις για τη νοσηλευτική και τις αξίες, τις εμπειρίες του, τις γνωστικές του δυνατότητες, την ηθική ευαισθησία, τη δυνατότητα για λογική σκέψη και τα προσωπικά ηθικά κίνητρα για τη διαδικασία λήψης απόφασης και την εφαρμογή της (Fry και Johnstone, 2005).

1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τη λήψη αποφάσεων δείχνει ότι έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό περιλαμβάνουν διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις και εξετάζουν διαφορετικές πλευρές, όπως τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων (Μπακάλης, 2002), καθώς και το ρόλο της διαίσθησης στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Benner και Tanner, 1987). Σύμφωνα με τον Μπακάλη (2002) σε έρευνα που πραγματοποίησε σε μονάδες εμφραγμάτων σε Ελλάδα και Αγγλία για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων, η διαίσθηση, η γνώση, η κλινική εμπειρία, ο ρόλος, το άγχος, το καθηκοντολόγιο και η σχέση μεταξύ ιατρού και νοσηλεύτριας θεωρήθηκαν οι πιο σημαντικοί.

1.4.1 Η διαίσθηση

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας 20ετίας, η έρευνα έχει δείξει ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν διαισθητική κρίση στην κλινική πρακτική (Benner και Tanner, 1987). Διαίσθηση είναι η ικανότητα να καταλαβαίνει κανείς άμεσα χωρίς να χρειάζεται τυπική ανάλυση και η οποία βασίζεται στη γνώση και την εμπειρία αποτελώντας έτσι ένα ισχυρό εργαλείο που κατευθύνει τη λήψη αποφάσεων (Agor, 1986). Η διαίσθηση βοηθά το νοσηλευτή να δράσει άμεσα όταν χρειάζεται, ειδικά σε μονάδες κρίσιμης κατάστασης ή επείγουσες περιπτώσεις, όπου θα πρέπει να αξιολογήσει τον ασθενή και να επέμβει (Ignatavicius και Workman, 2008).

Οι διαισθητικές ικανότητες μπορούν να έχουν θέση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι επονομαζόμενες δραστηριότητες του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου, όπως η αναλυτική και η λογική σκέψη, τα μαθηματικά και η διαρκής επεξεργασία πληροφοριών παίζουν βασικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων και στην επίλυση προβλημάτων. Από την άλλη μεριά όμως οι λειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου επιτρέπουν στον άνθρωπο ταυτόχρονα να επεξεργάζεται πληροφορίες, να συλλαμβάνει και να χρησιμοποιεί αντιφατικές ιδέες, να φαντάζεστε και να αντιλαμβάνεται με τη διαίσθηση (Agor, 1986).

Ωστόσο επισημαίνεται ότι υπάρχουν κατάλληλες στιγμές για τη χρήση της διαίσθησης ως βοηθήματος στα λογικά βήματα της λήψης αποφάσεων, εκεί ειδικά που δεν είναι πλήρη τα αντικειμενικά στοιχεία. Επειδή όμως, η βασική νοσηλευτική εκπαίδευση τονίζει την ανάγκη για εκτίμηση των γεγονότων και την αποφυγή έκφρασης προσωπικών εμπειριών, είναι δύσκολο για μερικούς νοσηλευτές να ενεργοποιήσουν τη διαίσθηση για τη λήψη αποφάσεων (Russell και Swansburg, 1999).

1.4.2 Η γνώση

Η παραπομπή σε προηγούμενες γνώσεις ουσιωδών εννοιών αποτελεί προοίμιο της λήψης κλινικών αποφάσεων (Corcoran, 1986), επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται (Benner, 1984).

Οι συνετοί επαγγελματίες είναι σε θέση να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα όρια τους και να αναζητούν βοήθεια για την κάλυψη των ελλειμμάτων τους. Οι έμπειροι κλινικοί αναγνωρίζουν ότι η μάθηση είναι συνεχής και ότι κατά την καθημερινή πρακτική μπορούν να ανακαλύψουν προκλήσεις που απαιτούν νέα γνώση (Taylor, Lillis και Lemone, 2006). Η γνώση η οποία αποκτάται καθιστά τους νοσηλευτές πιο ικανούς στο να σκέπτονται κριτικά και να εφαρμόζουν τις γνώσεις τους στη φροντίδα του ασθενούς (Dewit, 2009).

Η λήψη αποφάσεων προϋποθέτει κριτική σκέψη καθώς ο νοσηλευτής αποκτά μεγαλύτερη εμπειρία, η διαδικασία γίνεται πιο διαισθητική και ο έμπειρος νοσηλευτής επεξεργάζεται αυτόματα τη διαδικασία της λήψης αποφάσεων λόγω του υψηλού επιπέδου γνώσεων και εμπειριών (Casebeer, 1991). Τα άτομα που σκέπτονται κριτικά γνωρίζουν τι είδους βοήθεια χρειάζονται προκειμένου να στηρίξουν τους συλλογισμούς τους και από ποιές πηγές θα την αντλήσουν. Προκειμένου να καταλήξουμε σε ένα συμπέρασμα πρέπει να αναζητηθούν οι εναλλακτικές κρίσεις ή αποφάσεις και να αποτιμηθούν τα πλεονεκτήματα καθεμίας. Επομένως πριν ολοκληρωθεί ο συλλογισμός, είναι χρήσιμο να προβλέπονται οι συνέπειες των κύριων επιλογών. Επίσης, πρέπει να εκτιμάται η εναλλακτική που έχουμε επιλέξει καθώς η απόφαση αυτή αρχίζει να επηρεάζει αμέσως τις ενέργειες μας (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

Η λήψη αποφάσεων λοιπόν, υποβοηθείται και επηρεάζεται από την εκπαίδευση, την ανατροφοδότηση και την διερεύνηση των νοσηλευτικών γνώσεων (Casebeer, 1991). Επίσης είναι προφανής και η αξία της κριτικής σκέψης για την επιλογή της απόφασης που ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες του

ασθενούς. Εφόσον οι νοσηλευτές κρατούν κυριολεκτικά στα χέρια τους την υγεία και ευεξία των ασθενών, η μη χρησιμοποίηση της κριτικής σκέψης είναι επικίνδυνη και αδικαιολόγητη, ακόμη και για νοσηλευτές που δεν έχουν ακόμη αρκετή κλινική εμπειρία (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

1.4.3 Η κλινική εμπειρία

Ο βαθμός εμπειρίας του νοσηλευτή έχει μεγάλη επίδραση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η Benner (1984), περιγράφει ένα μοντέλο απόκτησης ικανοτήτων που αποτελείται από πέντε βαθμίδες

- Αρχάριος
- Ικανός
- Πειραμένος
- Ειδικός
- Αρχάριος με περιορισμένες γνώσεις

Ανακάλυψε ότι αυτός που ήταν ειδικός είχε την ικανότητα να εστιάζει κατευθείαν στο πρόβλημα χωρίς να χρειάζεται να σκεφτεί εναλλακτικές λύσεις. Από την άλλη πλευρά, ο αρχάριος χρησιμοποιεί μόνο αυστηρούς κανόνες και οδηγίες για τη λήψη αποφάσεων. Αυτό που στερείται ο αρχάριος νοσηλευτής είναι η ικανότητα να χρησιμοποιήσει την πείρα του κατά τη νοσηλευτική διαδικασία (Μπακάλης, 2002).

Οι έμπειροι νοσηλευτές λαμβάνουν διαφορετικές αποφάσεις από τους αρχάριους νοσηλευτές. Όλοι οι νοσηλευτές όμως λαμβάνουν αποφάσεις που απαιτούν ευφυΐα και κρίση, προσωπικές και επαγγελματικές αξίες, ηθική, νόμους, πολιτικό ρεαλισμό, οργανωσιακή κουλτούρα, κανόνες και κοινωνικές γνώσεις (Botter και Dickey, 1989).

1.4.4 Ο ρόλος

Η βιβλιογραφία έδειξε ότι ο ρόλος των νοσηλευτών σε μονάδες εμφραγμάτων επιδρά σημαντικά στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Μπακάλης, 2002). Οι νοσηλευτές στις μονάδες εμφραγμάτων έχουν πολυδιάστατο ρόλο και αυτό οφείλεται στο περιβάλλον εργασίας και στην πολυπλοκότητα των προβλημάτων των ασθενών (Μπακάλης, 2002). Επίσης οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας είναι επιφορτισμένοι με τη γενική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση του βαριά πάσχοντος γεγονός το οποίο απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές δεξιότητες ώστε ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί με επάρκεια στο ρόλο του (Αδάμου και άλλοι, 2011). Πιο συγκεκριμένα οι νοσηλευτές θα πρέπει να κατέχουν υψηλές γνώσεις, να είναι άριστα εκπαιδευμένοι στη χρήση του τεχνικού εξοπλισμού και να δείχνουν ετοιμότητα, ευαισθησία και πλήρη κατανόηση της αιμοδυναμικής κατάστασης του ασθενούς, ώστε να είναι σε θέση να κατανοούν τις ανάγκες του και να προβαίνουν στις απαραίτητες ενέργειες (Μπακάλης, 2002).

1.4.5 Το άγχος

Το νοσηλευτικό επάγγελμα λόγω του πολυδιάστατου ρόλου του νοσηλευτή περιγράφεται ως ιδιαίτερα απαιτητικό, δύσκολο και στρεσογόνο (McLeodT. Work, 1997). Σύμφωνα με τον Μπακάλη (2002), οι νοσηλευτές καλούνται πολλές φορές να λάβουν αποφάσεις σε μικρό χρονικό διάστημα και έχοντας συχνά στη διάθεση τους λιγιστές πληροφορίες και υψηλό βαθμό αβεβαιότητας. Κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκαλείται ψυχολογικό άγχος με δεδομένο ότι κάποιες αποφάσεις μπορεί να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στη ζωή του ασθενούς (Μπακάλης, 2002).

Ο νοσηλευτής με άγχος και stress καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση. Ακόμη, είναι πιθανό να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ'ότι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει (Παπαγεωργίου, Καραμπέτσου, Νικολακάκου και Παυλάτου, 2007). Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν απογοήτευση, άγχος και εξουθένωση από την εργασία τους, δεν έχουν τον έλεγχο στις εργασιακές συνθήκες, οι οποίες καθορίζουν την εργασία για την οποία είναι υπεύθυνοι (Aiken και άλλοι, 2002).

1.4.6 Το καθηκοντολόγιο

Φαίνεται πως το καθηκοντολόγιο και τα πρωτόκολλα είναι προσεγγίσεις οι οποίες διευκολύνουν την τεκμηριωμένη εφαρμογή. Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι επαγγελματίες υγείας εργάζονται με σκοπό την παροχή των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων όσον αφορά στην περίθαλψη και τη θεραπεία (Μπακάλης, 2002).

Όμως η μη σαφής διατύπωση των νοσηλευτικών πράξεων που εκτελούνται σε ιδιαίτερους τομείς του πλαισίου εργασίας όπως για παράδειγμα το τμήμα Επειγόντων ή η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οδηγεί σε σύγχυση μεταξύ εμπλεκομένων επαγγελματιών, σε μη νομική κατοχύρωση, σε κακή συνεργασία μεταξύ μελών της υγειονομικής μονάδας καθώς και σύγκρουση ρόλων και καθηκόντων με τελικό αποτέλεσμα την αναποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών πράξεων και πιθανόν την επαγγελματική κόπωση (Μανουσάκη, 2011).

1.4.7 Η σχέση μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού

Η συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων εξαρτάται και από τη συνεργασία ιατρών-νοσηλευτών (Παλάσκα και Αποστολοπούλου, 2005). Είναι συχνό το φαινόμενο να υπάρχουν δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Πολλοί θεωρούν ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα πηγάζουν από την παγιωμένη άποψη των γιατρών ότι οι νοσηλευτές είναι υφιστάμενοι τους (Russell και Swansburg, 1999). Άλλοι πάλι πιστεύουν ότι η μη αποτελεσματική επικοινωνία οφείλεται σε διαφυλικές διαφορές, εφόσον το νοσηλευτικό επάγγελμα εκπροσωπείται κυρίως από το γυναικείο φύλο ή οφείλεται στην ελλιπή εκπαίδευση των γιατρών πάνω σε δεξιότητες επικοινωνίας (Cegala και Lenzeier-Broz, 2002).

Συγκεκριμένα στη μελέτη των Knaus και άλλων (1986), διαπιστώθηκε ότι οι χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας σε ασθενείς μιας μονάδας εντατικής θεραπείας σχετίζονταν με τον άριστο συντονισμό και την καλή επικοινωνία ανάμεσα σε νοσηλευτές και γιατρούς. Σε άλλη μελέτη, η έλλειψη επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με το υψηλό κόστος νοσηλείας των ασθενών (Gavett, Drucker, McCrum και Dickenson, 1985).

1.5 Νοσηλευτική εκπαίδευση στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, κοιτώντας, στο παρελθόν, μπορεί κανείς να υποστηρίξει πως μέχρι τη δεκαετία του 1970 η Νοσηλευτική θεωρείτο ευρέως ως ένα πρακτικό επάγγελμα με δανεισμένη (κυρίως από την Ιατρική) θεωρητική γνώση, χωρίς ερευνητικές εργασίες και δεδομένα που να καθοδηγούν την καθημερινή πρακτική. Το αποτέλεσμα ήταν μια άμεση εξάρτηση της Νοσηλευτικής από τις θετικές επιστήμες (Ιατρική, Βιολογία, Χημεία, Φυσική), που μείωνε το κύρος της ως επιστήμη και την αυτοδυναμία της ως επάγγελμα. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, όμως, υπήρξε μια διεθνής κίνηση για την αναβάθμιση της Νοσηλευτικής και τον επαναπροσδιορισμό της επιστημονικής της ταυτότητας. Η εποχή που η Νοσηλευτική ήταν μια βοηθητική εργασία αποτελεί πλέον μακρινό παρελθόν. Η σύγχρονη Νοσηλευτική είναι μια παγκοσμίου κύρους επιστήμη και αποδοτική Τέχνη. Το ακαδημαϊκό προφίλ του σύγχρονου νοσηλευτή και το ουμανιστικό προφίλ τον καθιέρωσαν ως ένα ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας (Θεοφανίδης και Φουντούκη, 2006).

Στην Ελλάδα η νοσηλευτική εκπαίδευση από το 2001, είναι ανωτάτη και προσφέρετε από τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ) και τα Πανεπιστήμια. Γενικότερα σκοπός κάθε νοσηλευτικού τμήματος είναι η ανάδειξη στελεχών ικανών να ασχοληθούν, σε όλα τα πλαίσια του συστήματος υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), με το σχεδιασμό, την εποπτεία, τον έλεγχο παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας, καθώς και στον τομέα της πρόληψης και αποκατάστασης (Μπακάλης και άλλοι, 2012).

Στην Ελλάδα, η διάρκεια σπουδών στη Νοσηλευτική (στην ανώτατη εκπαίδευση) είναι 4ετης. Τα μαθήματα κάθε έτους διδάσκονται σε δυο εξάμηνα, διάρκειας (τουλάχιστον) 13 εβδομάδων, ενώ διενεργούνται γραπτές εξετάσεις, κατά το ακαδημαϊκό έτος (ΠΔ 160/2008).

Στην Ελλάδα υπάρχουν οκτώ τμήματα νοσηλευτικής Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα (Τ.Ε.Ι) και δυο τμήματα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου, τα οποία εκπαιδεύουν τους μελλοντικούς νοσηλευτές. Χαρακτηριστικά, οι διαφορές των Πανεπιστημίων και των ΤΕΙ εναπόκεινται κυρίως στο γεγονός ότι:

- Η χρηματοδότηση στα Πανεπιστήμια είναι μεγαλύτερη απ' ό τι στα ΤΕΙ
- Τα πανεπιστήμια διενεργούν αυτόνομα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών (Master, διδακτορικό), ενώ τα ΤΕΙ μόνο σε συνεργασία με τα άλλα Πανεπιστήμια (εσωτερικού-εξωτερικού) (Μπακάλης και άλλοι 2012).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στην κατανόηση του πολυσύνθετου ρόλου του νοσηλευτή αλλά και στην εφαρμογή του (Suliman και Halabi, 2007). Το πρόγραμμα σπουδών είναι ένας παράγοντας που προσδιορίζει τις αξίες, τους στόχους, τους σκοπούς και το αντικείμενο της εκπαίδευσης (Μπακάλης και άλλοι, 2012). Ωστόσο τα παραδοσιακά προγράμματα σπουδών στη Νοσηλευτική έχουν δεχθεί κριτική για το ότι στηρίζονται σε διδακτικές μεθόδους που έχουν σκοπό τη μετάδοση πληροφοριών σε φοιτητές-παθητικούς δέκτες και για το ότι είναι υπερφορτωμένα με θεωρητικό περιεχόμενο, το οποίο οι φοιτητές αδυνατούν να αφομοιώσουν και να εφαρμόσουν στην πράξη (Σταθοπούλου, 2007).

Η Σταθοπούλου (2007), αναφέρεται σε ένα μοντέλο μάθησης το οποίο έχει προταθεί ως ένας από τους πλέον ελπιδοφόρους τρόπους προετοιμασίας νοσηλευτών με κριτική σκέψη και κλινική κρίση, το οποίο στηρίζεται στην μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος. Η λήψη αποφάσεων είναι εκείνη η διαδικασία που είναι απαραίτητη προκειμένου να λυθούν τα προβλήματα (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

Η βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος μάθηση είναι μια εκπαιδευτική μέθοδος, όπου η μάθηση προέρχεται από τη διαδικασία της προσπάθειας κατανόησης ή επίλυσης ενός προβλήματος (Barrows και Tamblyn, 1980).

Σύμφωνα με την Baker (2000), τα πλεονεκτήματα της μεθόδου αυτής είναι τα εξής:

- Ενίσχυση της κλινικής σκέψης
- Δόμηση της γνώσης μέσα στο κλινικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται
- Κινητοποίηση για μάθηση
- Ενθάρρυνση για ομαδική εργασία
- Ενθάρρυνση για ανάπτυξη συμπεριφορών δια βίου μάθησης

Είναι επίσης παραδεκτό ότι η γνώση, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση καθώς και η έρευνα αποτελούν αναγκαιότητα για επαγγελματική ανάπτυξη και αυτονομία των νοσηλευτών ειδικά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων (Θεοφανίδης και Φουντούνη, 2006). Επειδή τέλος, οι νοσηλευτές χρειάζονται διαρκώς να επιλύουν προβλήματα, η κριτική σκέψη αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη, διότι βελτιώνει τα αποτελέσματα της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

1.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Ο όρος νοσηλευτής(nurse) προέρχεται από τη λατινική λέξη *nutrix* που σημαίνει τρέφω (*nourish*). Οι ορισμοί του νοσηλευτή και της νοσηλευτικής βασίζονται σ' αυτή τη λέξη για να περιγράψουν το νοσηλευτή ως ένα άτομο που φροντίζει, προάγει και προστατεύει και είναι προετοιμασμένο να παράσχει φροντίδα στους αρρώστους, τους τραυματίες και τους ηλικιωμένους (Taylor, Lillis και Lemone, 2006).

Με γνώμονα τις τέσσερις βασικές νοσηλευτικές αρχές (ο άνθρωπος ως πρόσωπο, ως οργανισμός, ο άνθρωπος και το περιβάλλον του, ο άνθρωπος

και η αποκατάσταση της υγείας του), οι νοσηλευτές παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή συνεχόμενα, όλο το 24ωρο (Μπακάλης και άλλοι, 2012). Ο πολυσύνθετος ρόλος του νοσηλευτή περιλαμβάνει την παροχή βασικής και εξειδικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, την εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του, το συντονισμό της φροντίδας του ασθενούς και την έρευνα για την προαγωγή του εργασιακού χώρου και της επιστήμης γενικότερα (Μπακάλης και άλλοι, 2012).

Το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι επάγγελμα φροντίδας (Baines, Evans και Neysmith, 1991). Η άσκηση του απαιτεί σωματική, διανοητική και συναισθηματική προσπάθεια και έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, την οργανωτική φροντίδα και την ψυχολογική του υποστήριξη (Fagermoen, 1997).

Στην Ελλάδα, χαρακτηριστικό είναι ότι όλο και λιγότεροι νέοι επιλέγουν σήμερα κατ' αρχήν το νοσηλευτικό επάγγελμα κυρίως λόγω της απαρχαιωμένης και μη ρεαλιστικής εικόνας του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κοτζαμπασάκη και άλλοι, 2003). Επιπλέον, παράγοντες όπως οι κακές συνθήκες εργασίας και η απογοήτευση των ίδιων των νοσηλευτών από το πλαίσιο άσκησης του επαγγέλματος τους, δεν επιτρέπουν στους νοσηλευτές να αναδείξουν όλες τις πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου (Δημητριάδου-Παντέκα και άλλοι, 2009).

Το επάγγελμα των νοσηλευτών κατ' επέκταση έχει αποτελέσει μια από τις κατηγορίες επαγγελμάτων υγείας των οποίων η αναβάθμιση του ρόλου τους δύναται να βελτιώσει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Αξιολογήσεις του έργου των νοσηλευτών με αναβαθμισμένο ρόλο αποδεικνύουν ότι:

- Βελτιώνεται η πρόσβαση ασθενών και μειώνονται οι λίστες αναμονής καθώς φαίνεται ότι δύναται να παρέχουν συγκεκριμένες υπηρεσίες ανάλογης ποιότητας με τον ιατρό
- Αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενή κυρίως λόγω του γεγονότος ότι οι νοσηλευτές περνούν περισσότερο χρόνο με τον ασθενή δίνοντας του πληροφορίες και συμβουλές
- Στην περίπτωση υποκατάστασης υπηρεσιών που προσφέρονται από ιατρούς μειώνεται το κόστος ή μένει ουδέτερο με ταυτόχρονη αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Delamaire και Lafortune, 2010).

1.7 Αυτονομία

Η λέξη αυτονομία προέρχεται από τις λέξεις εαυτός και νομός. Η αυτονομία είναι βέβαιο ότι συμπεριλαμβάνει την έννοια της ελευθερίας, την ελευθερία από εμπόδια στην ικανοποίηση των επιθυμιών, στη γνώση των δυνατών επιλογών, στην επιλογή των στόχων και των μέσων που θα υλοποιηθούν, στις ενέργειες και στη δημιουργία νέων επιλογών. Η αυτονομία είναι δυνατόν να διακριθεί στην αυτονομία λήψης αποφάσεων (decisional autonomy) και την αυτονομία εφαρμογής των αποφάσεων (executorial autonomy). Η πραγματική αυτονομία δεν πρέπει να συγχέεται με τις προσωρινές προτιμήσεις ενός ατόμου (Λεμονίδου και άλλοι, 2004).

Ως αυτονομία ορίζουμε την κατάσταση του να είναι κάποιος ανεξάρτητος και να έχει την πλήρη ευθύνη, εξουσία, υπευθυνότητα για το έργο του και τον προσωπικό του χρόνο. Οι εργαζόμενοι, γενικά, δηλώνουν ότι επιθυμούν την αυτονομία στην άσκηση του επαγγέλματος τους και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την εργασία τους. Δεν επιθυμούν να λαμβάνονται αποφάσεις, οι οποίες τους αφορούν άμεσα, από τους

διοικητές των νοσοκομείων, γιατρούς ή άλλους. Επιθυμούν να αντιμετωπίζονται ως ισότιμοι συνεργάτες και συνάδελφοι στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

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

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για την αυτονομία των νοσηλευτών σε μονάδες εντατικής θεραπείας κατέδειξε ότι η αυτονομία των νοσηλευτικών πράξεων είναι άμεσα συνδεδεμένη με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλικών αποφάσεων. Οι νοσηλευτές μονάδων εντατικής θεραπείας επιθυμούν περισσότερη αυτονομία κατά την εκτέλεση του επιστημονικού και επαγγελματικού τους ρόλου γεγονός που άμεσα σχετίζεται με την αύξηση της ικανοποίησης τους από το επάγγελμα ως συνέπεια της αυτονομίας τους (Mrayyan, 2004).

Συγκεκριμένα σε έρευνα της Αδάμου και άλλων (2011), που πραγματοποιήθηκε σε μονάδες εντατικής θεραπείας για την διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών παρατηρήθηκε ότι παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες νοσηλευτές επιτελούν στην καθημερινή κλινική πράξη μια σειρά από σημαντικές παρεμβάσεις με στόχο την εξυπηρέτηση των αυξημένων

αναγκών του βαριά πάσχοντος ασθενούς, η αυτονομία τους φαίνεται να είναι σημαντικά περιορισμένη.

Προκειμένου να αυξηθούν τα επίπεδα αυτονομίας, ο σύγχρονος νοσηλευτής πρέπει να μαθαίνει συνεχώς. Ενώ η αρχική, βασική εκπαίδευση είναι αυτονόητο το προαπαιτούμενο της επαγγελματικής επάρκειας του, η συμμετοχή του σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και η δίψα του για μάθηση αποτελούν τα ειδοποιά γνωρίσματα της αυξημένης επαγγελματικής του συνείδησης. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση καθώς και η έρευνα αποτελούν αναγκαιότητα για επαγγελματική ανάπτυξη, ενδυνάμωση και αυτονομία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Θεοφανίδης και Φουντούκη, 2006).

Η αυτονομία της νοσηλευτικής επιστήμης, είναι αυτονόητο ότι απαιτεί τόσο τον πρώτο κύκλο σπουδών (βασικό πτυχίο) όσο και τον δεύτερο κύκλο σπουδών (μεταπτυχιακό τίτλο με εξειδίκευση) καθώς τέλος και τον τρίτο κύκλο σπουδών (διδακτορικό δίπλωμα), ώστε τελικά ο νοσηλευτής να έχει τη δυνατότητα να εργαστεί σε υπηρεσίες υγείας, στο νοσοκομείο ή την κοινότητα, καθώς και να ασχοληθεί με την εκπαίδευση ή την έρευνα, σύμφωνα με την ολοκλήρωση των αντίστοιχων κύκλων σπουδών (Καλοκαιρινού, 2011).

Κεφάλαιο 2

Ουσιαστικά, με τον όρο μεθοδολογία της έρευνας νοείται η ευρύτερη διαδικασία και ερευνητική προσπάθεια εξεύρεσης και επιλογής κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων, προκειμένου να μελετηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και πληρέστερα το υπό εξέταση φαινόμενο, πρόβλημα ή ζήτημα. Η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται επιστημονική εφόσον εξασφαλίζεται ότι κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της αξιοποιούνται μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία (Δημητρακόπουλος, 2001). Η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί μια ενέργεια κατά την οποία καλείται ο ερευνητής να διαλέξει, να αλληλεπιδράσει, να αξιολογήσει και να καθορίσει τις μεθόδους που θα χρησιμοποιήσει στην έρευνα (Wellington, 2000).

2.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Το παρόν θέμα στο παρελθόν στα πλαίσια του μαθήματος *Μεθοδολογία της Έρευνας* προσεγγίστηκε ποσοτικά, με την εκπόνηση πιλοτικής συγκριτικής μελέτης, περιγραφικού σχεδιασμού με θέμα *“Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία σε Ελλάδα και Κύπρο”*. Χρησιμοποιήθηκε στανταρισμένο ερωτηματολόγιο (στην αγγλική γλώσσα, όπου μεταφράστηκε) το οποίο είχε κατασκευαστεί και χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν από τον Δρ. Μπακάλη Νικόλαο σε παρόμοια έρευνα που αφορούσε τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σε μονάδες εμφραγμάτων σε Ελλάδα και Αγγλία, με δείκτη αξιοπιστίας Chrobach $\alpha=0.85$. Το δείγμα το αποτέλεσαν 142 νοσηλευτές (92 Έλληνες και 50 Κύπριοι) από δημόσια νοσοκομεία σε Ελλάδα και Κύπρο. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα SPSS 19.0.

Η προηγηθείσα μελέτη κατέδειξε λοιπόν, ότι Κύπριοι νοσηλευτές πραγματοποιούν *τακτικά* διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος (46%), παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας (76%), παροχή ψυχολογικής υποστήριξης (46%), δράση σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (48%), και διδασκαλία των ασθενών/οικογένειας (48%), ενώ λαμβάνουν *συχνά* αποφάσεις για τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς (44%), την επίβλεψη του νεοδιοριζόμενου προσωπικού (42%), την καθοδήγηση φοιτητών της νοσηλευτικής (32%) και την παροχή πληροφοριών σε ασθενή/οικογένεια κατά το εξιτήριο. Επιπρόσθετα λαμβάνουν αποφάσεις *μερικές φορές* για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση τους (42,4%), την οργάνωση περισσότερων εξετάσεων για τον ασθενή (38%), για την εξαγωγή ενός ασθενή (38%) και την οργάνωση της εργασίας των άλλων (40%).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δεν λαμβάνουν *καθόλου* αποφάσεις για τον προϋπολογισμό της κλινικής (38%) και για την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής (42%). Από την άλλη μεριά, οι Έλληνες νοσηλευτές ενεργούν *τακτικά* στην παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας (52,2%) και σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης (46,7%). Ενώ δρούν *συχνά* σε ότι αναφορά τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς (35,9%), τη διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος (38%), την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης (48,9%), τη διδασκαλία των ασθενών/οικογένειας του (35,9%) και την καθοδήγηση φοιτητών της νοσηλευτικής (38%).

Επίσης λαμβάνουν *μερικές φορές* αποφάσεις για την παροχή πληροφοριών σε ασθενή/οικογένεια κατά το εξιτήριο (38%), για την οργάνωση της εργασίας των άλλων (38%), για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την πρόγνωση (42,4%) καθώς και για την οργάνωση περισσότερων εξετάσεων (40,2%). Ωστόσο, δεν λαμβάνουν *καθόλου* αποφάσεις για τον προϋπολογισμό της κλινικής (46,7%), για την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς (68,5%) και για την εξαγωγή ενός ασθενούς (60,9%). Θέλοντας λοιπόν, να

κατανοήσουμε εκτενέστερα και εις βάθος το θέμα σε ότι αναφορά τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών στην Ελλάδα, προτιμήθηκε μια ποιοτική προσέγγιση του θέματος καθώς τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια στροφή προς τις ποιοτικές μεθόδους για την εις βάθος διερεύνηση των φαινομένων στο χώρο της υγείας. Η ποιοτική έρευνα στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Πιο συγκεκριμένα τα ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

1. Με ποιούς τρόπους και ποία μέσα λαμβάνουν αποφάσεις οι νοσηλευτές σε ότι αναφορά την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, την οργάνωση και διοίκηση, την εκπαίδευση και ενημέρωση.
2. Ποιοί κατά την γνώμη τους είναι οι παράγοντες που εμποδίζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων.
3. Ποιά είναι η στάση τους απέναντι στο ερευνητικό κομμάτι του επαγγέλματος και πως μπορεί να βοηθήσει η έρευνα στην πραγματοποίηση υψηλότερου επιπέδου αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής.

Με άλλα λόγια θα αναζητηθούν ενδείξεις οι οποίες θα μας επιτρέψουν να προτείνουμε τρόπους και στάσεις για μεγαλύτερη συμμετοχή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

2.2 Σχεδιασμός

Σύμφωνα με τη Δαρβίρη (2009), το στάδιο αυτό αφορά την καταγραφή θεμάτων που αναμένεται να θιγούν κατά τη συνέντευξη καθώς και των τρόπων που αυτά θα αντιμετωπιστούν. Ουσιαστικά καταρτίζεται ένας πλήρης οδηγός με σχετικές κατευθυντήριες γραμμές για την διεξαγωγή της συνέντευξης. Παράλληλα,

σημαντική είναι η επιλογή και η εξεύρεση του δείγματος. Το μέγεθος και η πηγή του δείγματος, εξαρτάται τόσο από το θέμα της μελέτης όσο και από πρακτικά ζητήματα, όπως οι διαθέσιμοι οικονομικοί και υλικοτεχνικοί πόροι, καθώς και το χρόνο που διαθέτει ο ερευνητής.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τη λήψη κλινικών αποφάσεων δείχνει ότι έρευνες σχετικά με το θέμα αυτό περιλαμβάνουν διαφορετικές ερευνητικές προσεγγίσεις και εξετάζουν διαφορετικές πλευρές όπως τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων σε μονάδες εμφραγμάτων και εντατικής θεραπείας καθώς και το ρόλο της αυτονομίας στις αποφάσεις αυτές (Μπακάλης 2002, Αδάμου 2011). Φαίνεται πως η λήψη των αποφάσεων αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο του ρόλου του επαγγελματία νοσηλευτή, (Μπακάλης, 2002). Ως αποτέλεσμα, αυτού, αποφασίστηκε να πραγματοποιηθεί έρευνα η οποία θα εστιάσει στην κατά γράμμα καταγραφή λεγόμενων συμπεριφορών και εμπειριών των συμμετεχόντων πάνω στο υπό μελέτη φαινόμενο.

Στην παρούσα έρευνα λοιπόν, χρησιμοποιήθηκε ποιοτική μέθοδος. Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με συνέντευξη ημιδομημένης διάταξης. Ο σχεδιασμός της ατζέντας των ερωτήσεων έγινε μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ποσοτικής έρευνας. Μελετήθηκαν τα δεδομένα που αφορούσαν τη λήψη των αποφάσεων που λαμβάνουν οι Έλληνες νοσηλευτές ιδιαίτερα στους τομείς όπου τα ποσοστά έδειξαν χαμηλό βαθμό αυτονομίας και αποχής από τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και έτσι κατασκευάστηκε ατζέντα ερωτήσεων η οποία χωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούσαν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (11 ερωτήσεις), την εκπαίδευση και ενημέρωση (7 ερωτήσεις), την οργάνωση και διοίκηση (8 ερωτήσεις) και τέλος την έρευνα (5 ερωτήσεις).

2.3 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε διαφορετικά δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα .

Αρχικά επιλέχθηκαν τα νοσοκομεία και στάλθηκαν επιστολές καθώς και η ατζέντα των ερωτήσεων στο γραφείο διεύθυνσης νοσηλευτικού προσωπικού του κάθε νοσοκομείου, έτσι ώστε να δοθεί άδεια για να προσεγγιστούν οι νοσηλεύτριες. Οι επιστολές επεξηγούσαν το σκοπό της έρευνας, τον τρόπο συλλογής των δεδομένων, ενώ τόνιζαν ότι η συμμετοχή των νοσηλευτριών είναι εθελοντική και ανώνυμη. Τέλος διαβεβαίωναν ότι οι πληροφορίες θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες

Αφού δόθηκε η άδεια, προσεγγίστηκαν στη συνέχεια οι προϊσταμένες των τμημάτων για να προγραμματιστεί ο χώρος και ο χρόνος που θα διεξαχθεί η συνέντευξη. Ήταν σημαντικό να εξασφαλιστεί ένα ήσυχο μέρος σε χρόνο που βολεύει τους συμμετέχοντες έτσι ώστε να μην δημιουργηθεί πίεση, άγχος, αμηχανία ή οποιαδήποτε άλλη δυσκολία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Για αυτό το λόγο, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο εργασίας αλλά σε απογευματινές βάρδιες που θα υπήρχε μεγαλύτερη ευχέρεια χρόνου από την μεριά των νοσηλευτριών.

Η διάρκεια διεξαγωγής των συνεντεύξεων υπολογίστηκε περίπου στα είκοσι λεπτά και για τις τέσσερις συνεντεύξεις και δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα αφού καμία συνέντευξη δεν διεκόπη πριν ολοκληρωθεί. Ωστόσο παρότι οι νοσηλεύτριες του δείγματος ήταν δεκτικοί και πρόθυμοι εξ' αρχής να συμμετέχουν, υπήρξαν σημεία στα οποία χρειάστηκε να περάσουμε στο επόμενο θέμα, και να επανέλθουμε αργότερα, σε μια πιο βολική στιγμή.

Για την ανάλυση των δεδομένων απομαγνητοφωνήθηκαν οι συνεντεύξεις κάθε μια ξεχωριστά, κωδικοποιήθηκαν και αποτυπώθηκαν με μορφή γραπτών κειμένων.

2.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε όπως προαναφέρθηκε ποιοτική μέθοδος που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία παρέχει τη δυνατότητα καταγραφής, ανάλυσης και ερμηνείας χαρακτηριστικών, φαινομένων, καταστάσεων συμπεριφορών, στάσεων και αντιλήψεων, οι οποίες κάποιες φορές αφενός, δεν μπορούν να ποσοτικοποιηθούν, αφετέρου είναι εξαιρετικά ετερογενείς λόγω της συνεχούς αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος του, δυο παράγοντες που συχνά μεταβάλλονται. Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο, ότι τέτοιου είδους έρευνες πρέπει να διεξάγονται με μεγάλη προσοχή, καθώς οι βασικές αρχές των ποιοτικών μεθόδων και ο τρόπος που θα χρησιμοποιηθούν, είναι δυνατό να αναστρέψουν ακόμα και τα ίδια τα δεδομένα (Δαρβίρη, 2009).

Οι μέθοδος συλλογής των δεδομένων στην ποιοτική έρευνα οφείλει να επιτρέπει την καταγραφή των πράξεων και των λόγων των συμμετεχόντων, όπως αυτά θα συνέβαιναν ή θα εκφράζονταν εάν δεν υπήρχε ο ερευνητής, δηλαδή χωρίς να επηρεάζονται και κυρίως χωρίς να επιβάλλονται ή να καθοδηγούνται από τον ερευνητή. Με αυτόν τον τρόπο ο ερευνητής θα μπορέσει να κατανοήσει τις μοναδικές και υποκειμενικές εμπειρίες, πεποιθήσεις και αντιλήψεις των συμμετεχόντων (Μαντζούκας, 2007).

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων στην παρούσα έρευνα επιλέχτηκε η τεχνική της συνέντευξης. Η συνέντευξη αποτελεί ένα από τα κυρίαρχα εργαλεία στην ποιοτική έρευνα, πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την

απόσπαση πληροφοριών σχετιζόμενων με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen και Manion, 1992). Ένα στοιχείο που τη διαφοροποιεί από μια απλή συζήτηση, είναι ότι αποτελεί το βασικό εργαλείο της έρευνας, ένας έμμεσος τρόπος συλλογής πληροφοριών αναφορικά με τις αντιλήψεις και τα πιστεύω των ανθρώπων που ερωτώνται. Ένα δεύτερο στοιχείο είναι ότι ο διάλογος λαμβάνει χώρα ανάμεσα σε ανθρώπους που κατ' ουσίαν είναι ξένοι μεταξύ τους και ένα τρίτο στοιχείο είναι πως οι συνεντεύξεις κατευθύνονται από τον ερευνητή κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στοιχείο που βέβαια εξαρτάται και από το είδος της συνέντευξης (Rubin και Rubin, 1995).

Η συνέντευξη θεωρείται επίσης σημαντικό εργαλείο στην έρευνα διότι:

- δίνει μεγάλη ευελιξία στον ερευνητή, καθώς μπορεί να λάβει διάφορες μορφές
- το κόστος της μπορεί να είναι σχετικά χαμηλό
- παρέχει στην επικοινωνία ένα αίσθημα αμεσότητας (Britten, 1995).

Στα πλεονεκτήματα της εν λόγω μεθόδου περιλαμβάνονται επίσης, ο υψηλός βαθμός απάντησης, η συλλογή επιπλέον πληροφοριών μέσω της προσωπικής παρατήρησης, η βεβαιότητα ότι οι απαντήσεις αφορούν στο επιλεγμένο υποκείμενο της μελέτης και, επομένως η αυξημένη αξιοπιστία των δεδομένων (Δαρβίρη, 2009).

Οι συνεντεύξεις γενικά έχουν όμως και μειονεκτήματα τα οποία οφείλει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ο ερευνητής. Ένα εκ των σημαντικότερων μειονεκτημάτων είναι ο κίνδυνος βεβιασμένων ερωτήσεων από μεριάς του ερευνητή με πιθανό αποτέλεσμα τις ανακριβείς ή παραπλανητικές πληροφορίες (Παρασκευοπούλου, 2008).

Επίσης συμπεριλαμβάνονται το σχετικά υψηλό κόστος στην περίπτωση που απαιτείται η πρόσληψη καταρτισμένου συνεντευκτή (Δαρβίρη, 2009).

Επιπρόσθετα η συνέντευξη συνήθως αποτελεί χρονοβόρα διαδικασία, τόσο στην φάση του σχεδιασμού όσο και της εφαρμογής και επίσης προκύπτει ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών και δεδομένων τα οποία ωστόσο δεν χρησιμοποιούνται (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Σύμφωνα, με τη βιβλιογραφία, ένα βασικό στοιχείο που αναδεικνύεται από την επιλογή της συνέντευξης ως εργαλείο διερεύνησης είναι η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των ερωτώμενων και του συνεντευκτή-ερευνητή. Η σχέση αυτή είναι καθοριστική καθώς μπορεί άμεσα ή έμμεσα, να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Για το λόγο αυτό απαιτούνται από τον ερευνητή συγκεκριμένες ικανότητες που αφορούν τόσο στη φάση του σχεδιασμού της συνέντευξης όσο και της διεξαγωγής της.

Επιπροσθέτως, ο ερευνητής οφείλει να ενημερώνει τον ερωτώμενο για τους σκοπούς της μελέτης, να τον προφυλάσσει από τυχόν έκθεση σε ανεπιθύμητες καταστάσεις, να σέβεται την ανωνυμία και το απόρρητο, έχοντας λάβει την συγκατάθεση των ερωτώμενων για τη συμμετοχή τους (Britten, 1995).

Παράλληλα δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι είναι απαραίτητα η πρόνοια των ερευνητών αναφορικά με την παρουσία διαφορών προβλημάτων ή κωλυμάτων τα οποία μπορούν να προκύψουν τόσο πριν τη συνέντευξη όσο και κατά την διεξαγωγή της. Μεταξύ αυτών η επιλογή της κατάλληλης γλώσσας, του ύφους, του χρόνου και του χώρου διεξαγωγής της συνέντευξης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες (Britten, 1995).

Ο συνεντευκτής θα πρέπει να αντιμετωπίζει με ευαισθησία τους ερωτώμενους, να αποφεύγει να τους φέρει σε δύσκολη θέση, αλλά αντίθετα θα πρέπει να συμβάλει στην ανάπτυξη ενός κλίματος εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει τη διάσπαση, να δείχνει ενδιαφέρον, να επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση του ερωτώμενου, αλλά να έχει τον έλεγχο της εξέλιξης της συνέντευξης, ώστε να αποφευχθεί η μη απάντηση των

υποβληθέντων ερωτημάτων. Όποτε χρειαστεί, θα πρέπει να είναι σε θέση να ενθαρρύνει τον ερωτώμενο να μιλήσει, να του υπενθυμίσει κάποιες λεπτομέρειας ή δεδομένα, τα οποία βοηθούν στην απάντηση των ερευνητικών υποθέσεων (Δαρβίρη, 2009).

Η συνέντευξη στα πλαίσια της ποιοτικής έρευνας ανάλογα με τη δομή των ερωτήσεων, μπορεί να είναι αυστηρά δομημένη, ημι-δομημένη ή μη δομημένη (Δαρβίρη, 2009).

Στην περίπτωση των ημι-δομημένων (semi structured interview) συνεντεύξεων που χρησιμοποιήθηκαν και στη συγκεκριμένη μελέτη, αν και οι ερωτήσεις παραμένουν προκαθορισμένες, εντούτοις υπάρχει η δυνατότητα και η ευελιξία αλλαγής σειράς, καθώς και να υπάρξουν αλλαγές στο περιεχόμενο με βάση τις απαντήσεις του ερωτώμενου και τυχόν αφαίρεση ή προσθήκη ερωτήσεων (Δαρβίρη, 2009).

2.5 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας ευκολίας ή περιστασιακή (accidental or convenience sampling) λόγω έλλειψης χρόνου και χρήματος. Κατά τη δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία προκύπτει και αξιοποιείται το λεγόμενο δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείται από άτομα, τα οποία είναι διαθέσιμα ή εύκολα προσβάσιμα (Δαρβίρη, 2009).

Σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2007), οι περισσότεροι νοσηλευτές ερευνητές χρησιμοποιούν τύπους δειγματοληψίας μη πιθανότητας, επειδή ο πληθυσμός είναι πολύ άγνωστος για να είναι δυνατή η εξασφάλιση τυχαίου δείγματος ή γιατί το κόστος σε χρόνο και χρήμα της τυχαίας δειγματοληψίας είναι πολύ μεγάλο. Επίσης, στη νοσηλευτική έρευνα είναι ζωτικής σημασίας η

πληροφορημένη συγκατάθεση, μια απαίτηση που περιορίζει τη δυνατότητα επιλογής τυχαίου δείγματος. Τα άτομα συμμετέχουν με τη θέληση τους, είναι πληροφορημένα και ελεύθερα να αποχωρήσουν από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή.

Στα σημαντικά μειονεκτήματα της εν λόγω μεθόδου, περιλαμβάνεται η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληψιών, αποφυγή των συστηματικών σφαλμάτων, και επομένως χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και διεξαγωγής γενικεύσεων για τον πληθυσμό. Αντίθετα, στα πλεονεκτήματα της εντάσσονται, το σχετικό χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων. Παράλληλα η μέθοδος αυτή είναι χρήσιμη όταν επιδιώκεται η αξιολόγηση ενός πιλοτικού ερευνητικού εργαλείου όπως ένα ερωτηματολόγιο (Δαρβίρη, 2009).

Σύμφωνα με τις Morse και Field (1996), η ποιοτική δειγματοληψία βασίζεται σε δυο βασικούς κανόνες : της καταλληλότητας και της επάρκειας. Δηλαδή, για την ποιοτική έρευνα το δείγμα θα πρέπει να είναι κατάλληλο για την ερμηνεία του φαινομένου και θα πρέπει να είναι επαρκές όχι σε ποσότητα αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών που θα επιτρέψουν να επιτευχθεί η έννοια του κορεσμού, αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Μαντζούκας, 2007).

Η μελέτη διεξήχθη κατά τη χρονική περίοδο Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2013, το δείγμα μας το αποτέλεσαν τέσσερις νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης οι οποίοι εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα εκ των οποίων τα δυο βρίσκονταν στο νομό Αττικής και τα υπόλοιπα δυο στο νομό Αχαΐας, κατά τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας.

2.6 Ανάλυση

Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, αποτελεί τον πλέον σημαντικό αλλά ταυτόχρονα και το πιο δύσκολο στάδιο, στα πλαίσια διεξαγωγής μιας ποιοτικής μελέτης, καθώς από αυτή τη διαδικασία, θα προκύψουν οι ερμηνείες των μελετώμενων φαινομένων (Δαρβίρη, 2009).

Στην ποιοτική έρευνα η ανάλυση δεν μπορεί να γίνει με στατιστικές αναλύσεις και συγκριτικά γραφήματα όπως στην ποσοτική. Έτσι, το πρώτο βήμα αφού συλλέχτηκαν τα δεδομένα ήταν η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων.

Καταγράφηκαν τα λεγόμενα των συμμετεχόντων κατά λέξη με μορφή γραπτού κειμένου έτσι ώστε να κωδικοποιηθούν και στη συνέχεια να νοηματοποιηθούν.

Η διαδικασία της ανάλυσης ακολούθησε τη διαδικασία τριών φάσεων περιορισμός των δεδομένων, παράθεση των δεδομένων και έλεγχος των δεδομένων και νοηματοποίηση τους.

Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2008), αυτά τα τρία επιμέρους στάδια σχετίζονται μεταξύ τους τόσο πριν, όσο και μετά, αλλά και κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων. Αναλυτικότερα :

- Περιορισμός των δεδομένων. Αναφέρεται στην απαραίτητη διαδικασία περιορισμού των δεδομένων που συλλέγονται, ώστε να δίνεται έμφαση σε αυτά που πραγματικά απαιτούν απαντήσεις στα ερωτήματα της μελέτης.
- Παράθεση ή παρουσίαση των δεδομένων. Περιλαμβάνει όλες τις τεχνικές που θα αξιοποιήσει ο ερευνητής, προκειμένου να οργανώσει τα δεδομένα του.
- Έλεγχος των δεδομένων και νοηματοποίηση τους. Αφορά στην απόδοση νοήματος από τον ερευνητή στα δεδομένα που συνέλεξε, αναπτύσσοντας ουσιαστικά ένα θεωρητικό και επεξηγηματικό πλαίσιο για την ερμηνεία τους, ώστε να μπορέσει να απαντήσει στα ερωτήματα που έθεσε.

Παράλληλα περιλαμβάνει το συνεχή έλεγχο, αφού ο ερευνητής ανατρέχει στα δεδομένα του, κάνοντας διασταυρώσεις.

Κεφάλαιο 3

Εφόσον συλλέχτηκαν τα ποιοτικά δεδομένα με ημι-δομημένες ερευνητικές συνεντεύξεις, ακολούθησε η ανάλυση τους ώστε να ερμηνευτεί και να κατανοηθεί το υπό έρευνα φαινόμενο. Η διαδικασία της ανάλυσης των δεδομένων όχι μόνο είναι αναγκαία, αλλά κατά κάποιον τρόπο δίνει νόημα στην όλη έρευνα και αποτελεί τον απώτερο στόχο της έρευνας, αφού τα δεδομένα από μόνα τους δεν μιλούν, αλλά απαιτούν πάντοτε από τον ερευνητή να δώσει νόημα, να συνδέσει φαινομενικά ασύνδετα σημεία, να ερμηνεύσει τα αίτια πίσω από τα δεδομένα και τελικά να δημιουργήσει καινούργια γνώση (Μαντζούκας, 2003).

Από την βιβλιογραφία φαίνεται ότι πολλοί είναι οι ερευνητές-μελετητές που υποστηρίζουν ότι, παρά τις ιδιαιτερότητες και τις διαφορές μεταξύ των ποσοτικών και ποιοτικών ερευνών, ιδανικός σε πολλές των περιπτώσεων θα ήταν ο συνδυασμός και των δυο. Πολλές φορές είναι χρήσιμη η περαιτέρω επεξήγηση των αριθμών της ποσοτικής με λέξεις και νοήματα που προκύπτουν από την ποιοτική (Δαρβίρη, 2009).

3.1 Παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας

Ερώτηση 1 : Πιστεύετε ότι η διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς αποτελεί βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας;

Οι συμμετέχοντες φαίνεται να αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα της διάγνωσης της κατάστασης του ασθενούς για να ολοκληρωθούν με επιτυχία τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας νοσηλευτής του δείγματος μας << *Πιστεύω είναι το κυριότερο κομμάτι, εάν δεν υπάρχει σωστή*

διάγνωση δεν θα μπορέσουμε να προχωρήσουμε και στην οργάνωση της θεραπείας...>>

Ερώτηση 2 : Κατά πόσο εφαρμόζετε στη κλινική που εργάζεστε;

Οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι δεν λαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό αποφάσεις για τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς με αποτέλεσμα να μην εφαρμόζουν συχνά τη νοσηλευτική διεργασία. Αναφέρουν ως εργαλείο για το σχέδιο δράσης τους στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις την εμπειρία τους. Η νοσηλευτική διεργασία είναι γεγονός πως δεν εφαρμόζεται, τουλάχιστον γραπτά, σαφώς όμως γίνεται κάποια χρήση της <<... εάν εννοείται νοσηλευτική διεργασία γραπτά όχι δεν χρησιμοποιείτε, αυτό με τα χρόνια πλέον γίνεται αυτόματα μέσα στο μυαλό σου...>> . Αναφέρουν συγκεκριμένα τους λόγους που εμποδίζουν τους επαγγελματίες υγείας να ολοκληρώσουν και να δομήσουν τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας <<Είναι κάτι το οποίο στα νοσοκομεία και στο νοσοκομείο το δικό μας, λόγω έλλειψης προσωπικού και λόγω των περιστατικών τα οποία είναι πάρα πολλά η νοσηλευτική διεργασία δεν χρησιμοποιείται καθόλου. Είναι κάτι αληθινό, δεν ξέρω εάν υπάρχει νοσοκομείο στην Ελλάδα ίσως κάποιο ιδιωτικό το οποίο μπορεί να χρησιμοποιήσει νοσηλευτική διεργασία...>>

Ερώτηση 3 : Μπορείτε να μας περιγράψετε τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική φροντίδα;

Οι νοσηλευτές περιγράφουν τη νοσηλευτική φροντίδα ως μια σειρά από ενέργειες που πραγματοποιούν καθημερινά με επίκεντρο πάντα τον ασθενή, συχνά ενεργούν κατόπιν εκτέλεσης εντολών άλλοτε αυτόβουλα. Υποστηρίζουν << η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τα πάντα, από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που γίνονται σε κάθε νοσηλεία, μέχρι τη νοσηλευτική παρέμβαση στο κοινωνικό και ψυχολογικό κομμάτι του ασθενούς....>> , επιπρόσθετα αναφέρουν, <<...φροντίζουμε τους ασθενείς, προσπαθούμε να τους απαλλάξουμε

από το άγχος είμαστε γενικότερα διπλά στον ασθενή τον διδάσκουμε...>>. Οι ενέργειες τους εστιάζονται στην πλήρη φροντίδα των ασθενών << τη νοσηλεία, τους ορούς και οτιδήποτε άπτεται της νοσηλευτικής>> καθώς και σε επιπρόσθετους ρόλους αφού νοσηλεύτρια αναφέρει <<...η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη νοσηλεία το πρωί, τα αίματα για τις πρώτες εξετάσεις, όπου σε κάποια νοσοκομεία τα αίματα τα παίρνουν οι νοσηλευτές ενώ σε άλλα η αιμοληψία γίνεται από τους γιατρούς....>>

Ερώτηση 4 : Σε τι βαθμό έχουν αυτονομία οι νοσηλευτές;

Φαίνεται πως οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε κλινικές δεν έχουν μεγάλο βαθμό αυτονομίας σε αντίθεση με νοσηλεύτη που εργάζεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας << στη μονάδα έχουμε μεγάλο βαθμό αυτονομίας, διότι χρεωνόμαστε εντός εισαγωγικών έναν ασθενή, ειδικά τα πρωινά, έτσι σου δίνεται το περιθώριο να οργανώσεις τη νοσηλευτική φροντίδα σχεδόν αυτόνομα.... σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό προσωπικό αλλά γενικά υπάρχει μεγάλη αυτονομία..>> Ο βαθμός αυτονομίας των νοσηλευτών είναι φανερό ότι επηρεάζεται αρκετά από το ιατρικό προσωπικό αναφέρει νοσηλεύτης <<αυτό εξαρτάται από το πόσο εμπιστοσύνη σου έχουν οι γιατροί....>>, ενώ άλλος δηλώνει << δεν θεωρώ ότι έχουμε μεγάλο βαθμό αυτονομίας ως νοσηλευτές., δεν θεωρώ τον εαυτό μου αυτόνομο στο εργασιακό μου περιβάλλον, εκτελούμε συνεχώς εντολές>>.

Ερώτηση 5: Πόσο συχνά παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς;

Οι νοσηλευτές δηλώνουν ότι παρέχουν συχνά ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς. Θεωρούν την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι ένα κομμάτι που συνδέεται άμεσα με την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας με αποτέλεσμα να συμπεριλαμβάνεται στα καθημερινά καθήκοντα τους. Αναφέρουν <<γίνεται σε καθημερινή βάση, συνεχώς, κάθε στιγμή...>>, <<συνεχώς γίνεται αυτό, κάθε μέρα νομίζω, μαζί με τη νοσηλεία γίνεται

ταυτόχρονα και αυτό... >> νοσηλευτής που εργάζεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας δηλώνει, <<στις μονάδες οι περισσότεροι ασθενείς είναι διασωληνομένοι και δεν έχουν επαφή όταν όμως με το καλό αποσωληνοθούν εννοείται ότι παρέχουμε σε μεγάλο βαθμό ψυχολογική υποστήριξη>>

Ερώτηση 6: Ποιοί παράγοντες κατά την άποψη σας εμποδίζουν να παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς;

Οι νοσηλευτές αναφέρουν ως κύριους παράγοντες που εμποδίζουν την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης το υψηλό φόρτο εργασίας με αποτέλεσμα να μην υπάρχει χρόνος, την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και το περιβάλλον του ασθενούς.

Ερώτηση 7: Σε μια κατάσταση εκτάκτου ανάγκης με δεδομένο την απουσία του ιατρού, σε τι βαθμό παρεμβαίνετε;

Ερώτηση 8: και με ποιό τρόπο;

Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι λαμβάνουν αποφάσεις σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης προκειμένου να μην βρεθεί ο ασθενής τους σε κίνδυνο. Ισχυρίζονται ότι εκτελούν <<απινίδωση>> , <<καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση>> , <<χορήγηση οξυγόνου>>, <<λήψη αίματος>>, ακόμη μπορεί να χορηγήσουν και κάποιο φάρμακο που σε διαφορετική περίπτωση θα το χορηγούσε μόνο ο ιατρός. Σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης γίνεται αντιληπτό ότι οι νοσηλευτές ξεπερνούν τα όρια των νοσηλευτικών τους καθηκόντων και κάνουν ιατρικές παρεμβάσεις.

Ερώτηση 9: Υπάρχει κάποιο πρωτόκολλο μέσα στη κλινική;

Οι νοσηλευτές αποκάλυψαν ότι δεν υπάρχουν οργανωμένα πρωτόκολλα στις κλινικές, οι ενέργειες που εκτελούν διέπονται μέσα από το καθηκοντολόγιο το οποίο στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν τηρείται, << ...δεν τηρούνται,

υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού και όλοι κάνουμε τα πάντα>> , <<δυστυχώς δεν υπάρχουν ακόμα, καθώς επίσης και με το καθηκοντολόγιο όπου υπάρχει αλλά είναι πολύ ασαφής, με αποτέλεσμα σε αυτό το κομμάτι θεωρώ ότι χολαίνουμε σαν νοσηλευτικός κλάδος γενικότερα....>>

.Ερώτηση 10: Στη περίπτωση που θεωρείτε πως μια φαρμακευτική αγωγή δεν είναι προς όφελος του ασθενούς θα χορηγούσατε το φάρμακο;

Οι συμμετέχοντες αναφέρουν πως είναι υποχρεωμένοι να χορηγήσουν οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή κατόπιν εγγράφως ιατρικής εντολής. Στις περιπτώσεις που δεν θα συμφωνούσαν δηλώνουν πως θα κατέθεταν εγγράφως την ένσταση τους αλλά θα χορηγούσαν το φάρμακο, είναι φανερό ότι σε καμία περίπτωση δεν λαμβάνουν αποφάσεις για την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς.

.Ερώτηση 11: Έχετε συμμετοχή στην απόφαση του ιατρού για το εξιτήριο ενός ασθενούς;

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές αναφέρουν ότι δεν έχουν την ευχέρεια να αποφασίζουν για το εξιτήριο ενός ασθενούς, τις αποφάσεις αυτές τις λαμβάνει αποκλειστικά το ιατρικό προσωπικό. Έμμεσα μπορούν να παρέμβουν σε ότι αναφορά την πορεία του ασθενούς με το να ενημερώσουν το ιατρικό προσωπικό. Ενώ αντίθετα νοσηλευτής της μονάδας εντατικής θεραπείας δηλώνει << ναι, έχουμε συμμετοχή διότι πριν βγει ένας ασθενής γίνεται συνάντηση τις ιατρικής και νοσηλευτικής ομάδας και από κοινού λαμβάνεται η απόφαση για το εξιτήριο ή όχι του ασθενούς....>>.

3.2 Οργάνωση και Διοίκηση

Ερώτηση 1: Πόσο συχνά διαχειρίζεστε το εργασιακό σας περιβάλλον;

Ερώτηση 2: Και με ποιό τρόπο:

Η οργάνωση και η διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος είναι γεγονός ότι εξαρτάται από την ιεραρχία, αφού ο αρμόδιος που θέτει τις κατευθυντήριες οδηγίες και οργανώνει την εργασία του προσωπικού είναι συνήθως ο/η προϊστάμενος/η ή ο υπεύθυνος βάρδιας, πιο συγκεκριμένα δηλώνει ένας νοσηλευτής << Αυτή η οργάνωση μπορεί να γίνει είτε γιατί κάποιος ως ανώτερος στο τμήμα πάρει την πρωτοβουλία, όχι πάρει την πρωτοβουλία είναι δεδομένο ότι έχει την πρωτοβουλία και έχει την ευθύνη του τμήματος άρα λοιπόν αυτός θα δώσει εντολές>>.

<<Οι εντολές αυτές έχουν να κάνουν όχι μόνο με το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό έχουν να κάνουν με τους τραυματιοφορείς, πως θα δουλέψουν και πότε, με τα άλλα τμήματα του νοσοκομείου που θα έρθουν σε επαφή ακτινολογικό, μικροβιολογικό, με τις καθαρίστριες, με τους βοηθούς θαλάμου με όλους. Όλα μπαίνουν σε μια τάξη από αυτόν που έχει την επιμέλεια του τμήματος στη συγκεκριμένη βάρδια. Δεν γίνεται διαφορετικά από εκεί και περά σε αυτό το οργανωτικό κομμάτι μπαίνουν και σε μια σειρά και οι ιατροί. Δεν μπορούν να κάνουν ότι θέλουν όποια ώρα και στιγμή γίνεται κατόπιν συνεννοήσεως....>>, άλλος νοσηλευτής αναφέρει, << Αυτό εξαρτάται από το βαθμό που έχεις στην κάθε βάρδια. Στην κλινική υπάρχει υπεύθυνος, προϊσταμένη, προϊστάμενος αυτός θα σου πει τι θα κάνεις ακριβώς. Εάν είσαι τώρα νοσηλευτής σε μια ομάδα και πεις στον συνάδελφο σου με ωραίο τρόπο σήμερα εγώ θα κάνω αυτό και εσύ εκείνο για να χωρίσουμε τις δουλείες να. Αλλά αυτό δεν υπάρχει πάντα. Εξαρτάται από το βαθμό σου και από την σχέση που έχεις με τους συνάδελφους σου.>>

Ερώτηση 3: Υπάρχουν περιπτώσεις που η επιβεβαίωση για τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς χρήζει περεταίρω εξετάσεις. Πόσο συχνά λαμβάνετε αποφάσεις για την οργάνωση αυτών των εξετάσεων;

Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι ο αρμόδιος που θα κρίνει εάν θα γίνει μια εξέταση ή όχι είναι μόνο ο γιατρός. Οι νοσηλευτές λαμβάνουν συχνά αποφάσεις κυρίως όταν εκτελούν καθήκοντα υπεύθυνου τμήματος για να δρομολογήσουν και να οργανώσουν τις εξετάσεις σε ότι αφορά το ποιό εξέταση είναι ανάγκη να προηγηθεί σε σχέση με κάποια άλλη. Χαρακτηριστικά αναφέρουν << οι εξετάσεις αυτές δεν γίνονται με την απόφαση ενός νοσηλευτή. Δηλαδή να τις καθορίσει ο νοσηλευτής ή η προϊσταμένη ή ο υπεύθυνος στο τμήμα, το μόνο που μπορείς να κάνεις, εάν υπάρχουν πολλές εξετάσεις είναι πραγματικά να οργανώσεις το χρόνο, τότε θα γίνει η κάθε μια ώστε να μην υπάρχει σύγχυση>>

Ερώτηση 4: Για ποιό λόγο πιστεύετε πως οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν συχνά αποφάσεις για τον προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας;

Οι αποφάσεις για το προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας υποστηρίζουν οι συμμετέχοντες ότι λαμβάνονται αποκλειστικά από τη διοίκηση και την προϊσταμένη του τμήματος. Δεν έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν σε τέτοιου είδους αποφάσεις << θεωρώ ότι δεν μας δίνεται η δυνατότητα να συμμετέχουμε σε αυτό, οι αποφάσεις αυτές λαμβάνονται από υψηλότερες θέσεις δεν έχουμε δικαίωμα σε τέτοιες αποφάσεις εκτός εάν έχεις θέση προϊσταμένου...>> ενδιαφέρον δείχνει η τεκμηριωμένη αναφορά ενός νοσηλευτή του δείγματος μας που παρουσιάζει την πραγματική εικόνα σε ότι αναφορά τον τρόπο που κατανέμεται ο προϋπολογισμός στα δημόσια νοσοκομεία , << Πρωταρχική ευθύνη έχουν οι διευθύντριες των νοσηλευτικών υπηρεσιών και οι προϊσταμένες οι οποίες δεν καταθέτουν προϋπολογισμούς. Εάν καταθέσουν προϋπολογισμούς θα μάθει και η διοίκηση ότι θα πρέπει να υπακούει σε αυτούς τους προϋπολογισμούς. Εμείς, δεν ξέρω τι γίνεται στα άλλα νοσοκομεία εδώ πάντως ο προϋπολογισμός υποθετικά ας πούμε της κάθε κλινικής έρχεται στις υπηρεσίες τις διοικητικές μέσω των υλικών που επιθυμεί η κάθε υπηρεσία στους διαγωνισμούς να έχει. Να το κάνω λίγο πιο κατανοητά πόσες συσκευές εγχύσεως

χρειαζόμαστε ,μια κλινική χρειάζεται τόσες η άλλη τόσες, πόσους όρους χρειαζόμαστε , η μια τόσα η άλλη τόσα, πόσες σύριγγες χρειαζόμαστε, τόσα από εκεί βγαίνει ο υπολογισμός του προϋπολογισμού. Βγαίνει έμμεσα κομματιαστά με βάση τις ανάγκες. Το χειρότερο από όλα είναι ότι δεν έχει να κάνει με τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό και με την ανανέωση του. Ξεμένουμε πίσω από αυτά ξεμένουμε πίσω από κτιριακή υποδομή. Δεν μπαίνουν μέσα σε ένα προϋπολογισμό, ώστε να συνυπολογιστούν τα πάντα και να βγει το κονδύλι σε κάθε κλινική... >>

Ερώτηση 5: Πόσο συχνά είστε υπεύθυνος της νοσηλευτικής ομάδας;

Ερώτηση 6: Σε τι βαθμό οργανώνετε την εργασία του προσωπικού;

Οι νοσηλευτές οργανώνουν την εργασία των άλλων κάθε φορά που είναι υπεύθυνη της νοσηλευτικής ομάδας κάτι το οποίο εξαρτάται από το πρόγραμμα αλλά και από το βαθμό τους. Ως υπεύθυνοι τμήματος οργανώνουν την εργασία των άλλων και λαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό αποφάσεις αφού εκτελούν χρέη προϊστάμενου << ο υπεύθυνος έχει θέση προϊστάμενου ότι κάνει μια προϊσταμένη κάνει και ο υπεύθυνος της βάρδιας, όλοι οι άλλοι τον υπακούν σαν να είναι μπροστά τους η προϊσταμένη και σε αυτό ευτυχώς για εμάς η ιεραρχία τηρείται..>>

Ερώτηση 7: Ποιά η σχέση σας με το προσωπικό;

Οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι έχουν καλή και επαγγελματική σχέση με το προσωπικό << πολύ καλή, πιστεύω ότι είναι το βασικό κομμάτι, στη δική μας δουλειά το πιο βασικό θα έλεγα>>, οι σχέσεις με τους συναδέλφους βασίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και στην αλληλοκατανόηση και στόχος τους είναι να κυλά όσο πιο ομαλά γίνεται η δουλειά.

3.3 Εκπαίδευση και Ενημέρωση

Ερώτηση 1: Πόσο συχνά εκπαιδεύετε τους ασθενείς για το σχέδιο της θεραπείας;

Οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν πως εκπαιδεύουν σε μέτριο βαθμό τους ασθενείς για το σχέδιο της θεραπείας. Το κομμάτι στο οποίο επικεντρώνεται σε μεγαλύτερο βαθμό το νοσηλευτικό προσωπικό είναι η ενημέρωση σε ότι αναφορά την θεραπεία << *εμείς ενημερώνουμε με αυτά τα οποία γνωρίζουμε και αυτά τα οποία πρόκειται να γίνουν, και οτιδήποτε δεν άπτεται της δικής μας δικαιοδοσίας τους παραπέμπουμε στους ιατρούς... >>, άλλος νοσηλευτής αναφέρει <<για το σχέδιο της θεραπείας δεν εκπαιδεύουμε απλά ενημερώνουμε για όσα δεν ξέρει, θα εκπαιδεύσουμε έναν ασθενή όταν είναι η ώρα να φύγει....>>.*

Ερώτηση 2: Πόσο συχνά συζητάτε με τους ασθενείς για τη θεραπεία;

Ερώτηση 3: Ποιός ενημερώνει τους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση τους;

Οι απαντήσεις στα ερωτήματα σχετικά με τη θεραπεία αλλά και την ενημέρωση για την πρόγνωση δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον αφού παρουσιάζουν το χαμηλό επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών στις εν λόγω αποφάσεις. Για παράδειγμα ένας νοσηλευτής αναφέρει << *Ο ιατρός αποκλειστικά συζητάει γιατί δεν μας έχει παραχωρηθεί το δικαίωμα αυτό και μάλιστα πολλές φορές έχουμε έρθει και σε ρήξη. Δηλαδή, μια λάθος κουβέντα όχι λάθος κουβέντα μια κουβέντα που μπορεί να την εκλάβει αλλιώς ένας γονιός και αλλιώς αυτό που θα του πει ο ιατρός και επειδή μπορεί κάποια στιγμή τα λόγια ενός νοσηλευτή να ακουστούν παρηγορητικά γιατί έτσι μπορεί να θέλει και ένας γιατρός να χρησιμοποιήσει άλλες λέξεις που θα πει το ίδιο πράγμα, εκείνη την ώρα έχουν γίνει παρεξηγήσεις, γιατί ο γονιός είπε ‘μα έμενα μου είπαν αυτό, εσείς πως μου λέτε τώρα ότι είναι τόσο σοβαρή η κατάσταση; ’’>>, άλλος συμπληρώνει <<. Αυτό το κρίνει ο*

γιατρός για μια θεραπεία πόσο θα κρατήσει και τι περιλαμβάνει. Εμείς μπορούμε να πούμε τη γνώμη μας εάν είμαστε πολύ κοντά με τον ασθενή μπορούμε να πούμε κάποια πράγματα. Εάν γενικά μπει ένας ασθενής σήμερα εσύ δεν πρέπει να κάτσεις να του πεις τίποτα. Ο γιατρός είναι εκείνος που ενημερώνει και εμείς εκτελούμε εντολές.>>.

Ερώτηση 4: Γνωρίζετε αν η ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση και τη θεραπεία των ασθενών είναι νοσηλευτικό καθήκον;

Παρατηρούμε ότι οι νοσηλευτές του δείγματος μας θεωρούν ότι η ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση δεν άπτεται των νοσηλευτικών καθηκόντων, συγκεκριμένα αναφέρουν << αυτό είναι περισσότερο ιατρικό κομμάτι δεν μπορώ να πω ότι ως νοσηλεύτρια έχω το δικαίωμα να ενημερώνω για την πρόγνωση ενός ασθενούς γιατί δεν είμαι γιατρός δεν τα ξέρω όλα, απλά οφείλω να διατηρήσω την ηρεμία ενός ασθενούς σε ότι και να πω.>>, είναι φανερό ότι η ενημέρωση για την πρόγνωση ανήκει στο ιατρικό προσωπικό << Ουσιαστικά ο γιατρός και επικουρικά και εμείς σε κάποιες διευκρινίσεις που αφορούν το νοσηλευτικό κομμάτι που μπορείς να δώσεις κάποιες απαντήσεις πιο εξειδικευμένες αλλά τη βασική ενημέρωση την κάνει ο θεράπον ιατρός.>>

Ερώτηση 5: Παρέχετε πληροφορίες στους ασθενείς κατά το εξιτήριο;

Οι απαντήσεις των νοσηλευτών επιβεβαιώνουν ότι η παροχή πληροφοριών καθώς η εκπαίδευση και η διδασκαλία του ασθενούς και της οικογένειας του αποτελεί σημαντική διάσταση της φροντίδας << Φυσικά ναι, οτιδήποτε θέλει μπορώ να το πω και αυτό γίνεται συνεχώς ενημερώνουμε πάντα έναν ασθενή και τον εκπαιδεύουμε σε ότι και εάν χρειαστεί αυτός ή η οικογένεια του.>>, <<σαφώς και δίνει τις πρώτες οδηγίες ο γιατρός αλλά μετά αναλαμβάνει ο νοσηλευτής για να του πει τι ακριβώς θα κάνει...>>

Ερώτηση 6: Πόσο συχνά επιβλέπετε το νεοδιοριζόμενο προσωπικό;

Ερώτηση 7: Ποιός νομίζετε ότι είναι ο πιο κατάλληλος για την επίβλεψη των νεοδιοριζόμενων νοσηλευτών;

Οι νοσηλευτές επιβλέπουν συχνά το νεοδιοριζόμενο προσωπικό και είναι πρόθυμοι να το εντάξουν στο νέο περιβάλλον με ότι αυτό μπορεί να συμπεριλαμβάνει <<εκπαίδευση>>, <<ενημέρωση>>, <<στήριξη>>. Θεωρούν ότι ο πιο κατάλληλος για την επίβλεψη των νεοδιοριζόμενων θα ήταν κάποιος υψηλότερος ιεραρχικά ή ακόμη καλύτερα ένας υπεύθυνος εκπαίδευσης προσωπικού που θα είχε οριστεί αποκλειστικά για να εκπαιδεύσει το νεοδιοριζόμενο προσωπικό.

Ερώτηση 8: Πόσο συχνά επιβλέπετε φοιτητές νοσηλευτικής;

Οι συμμετέχοντες επιβλέπουν και καθοδηγούν συχνά φοιτητές νοσηλευτικής.

3.4 Έρευνα

Ερώτηση 1: Πόσο συχνά συμμετάσχετε στη διεξαγωγή ερευνητικών εργασιών;

Οι νοσηλευτές του δείγματος μας συμμετέχουν σπάνια στη διεξαγωγή ερευνητικών εργασιών << Μέτρια θα έλεγα λόγω του φόρτου εργασίας και των οικογενειακών υποχρεώσεων δεν θα ήταν όσο θα ήθελα τέλος πάντων.>>, <<Πολύ σπάνια, μόνο όταν μας φέρνουν φυλλάδια ή ερωτηματολόγια στο τμήμα για να τα συμπληρώσουμε>> .

Ερώτηση 2: Πόσο συχνά παρακολουθείτε συνέδρια/σεμινάρια στο χώρο της υγείας;

Φαίνεται ότι οι νοσηλευτές παρακολουθούν τακτικά σεμινάρια και συνέδρια, << Αρκετά συχνά θα έλεγα δηλαδή προσπαθώ ειδικά ότι γίνεται στην περιοχή να το παρακολουθώ για να είμαι ενήμερος των εξελίξεων.>>

Ερώτηση 3: Για ποιο λόγο πιστεύετε πως οι νοσηλευτές δεν συμμετέχουν συχνά στην εκπόνηση ερευνητικών εργασιών;

Οι νοσηλευτές θεώρησαν το υψηλό φόρτο εργασίας, την έλλειψη χρόνου, το κυκλικό ωράριο του επαγγέλματος καθώς και την αδιαφορία των συναδέλφων τους, ως τους κύριους παράγοντες, που οι νοσηλευτές δεν συμμετέχουν στην διεξαγωγή ερευνητικών μελετών.

Ερώτηση 4: Πιστεύετε ότι θα βοηθούσε η πραγματοποίηση ενός μεταπτυχιακού;

Αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα που φέρει ένας μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών στην επαγγελματική τους πορεία, αφού η συνεχή ανανέωση των γνώσεων και η διαρκής βελτίωση των δεξιοτήτων τους θα έχει ως επακόλουθο την επαγγελματική τους ανάπτυξη.

Ερώτηση 5: Ποια είναι η άποψη σας για τον ρόλο της έρευνας στη νοσηλευτική επιστήμη;

Υποστηρίζουν πως η έρευνα πρέπει να αποτελεί ένα βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής επιστήμης, <<η έρευνα θα μας βοηθήσει να πάμε ένα βήμα πιο μπροστά και να μην μένουμε συνεχώς στα παλιά και χωρίς να γίνονται έρευνες δεν θα το πετύχουμε ποτέ αυτό>>.

Κεφάλαιο 4

4.1 Συζήτηση

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη εξετάστηκε ο βαθμός στον οποίο λαμβάνουν αποφάσεις οι νοσηλευτές που εργάζονται, τη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα.

Τα ερωτήματα των συνεντεύξεων που έγιναν αντικείμενο της έρευνας, αφορούσαν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σχετικά με την παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας, την οργάνωση και διοίκηση, την εκπαίδευση και ενημέρωση καθώς και τη στάση τους απέναντι στο ερευνητικό κομμάτι του επαγγέλματος μας. Κατά την καθημερινή κλινική πρακτική φαίνεται ότι οι Έλληνες νοσηλευτές λαμβάνουν σε χαμηλό βαθμό αποφάσεις σε ότι αφορά τη διάγνωση, την πρόγνωση, την πρόοδο της θεραπείας καθώς και την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής. Το ιατρικοκεντρικό μοντέλο φροντίδας του ασθενούς αλλά και η ανασφάλεια που νιώθουν οι νοσηλευτές όταν θα κληθούν να απαντήσουν σε μοιραία ερωτήματα των ασθενών αποτελούν τους κύριους παράγοντες για την έκβαση αυτών των αποτελεσμάτων.

Στα σημαντικά ευρήματα, αρχικά για το σκέλος που αφορά τη βασική νοσηλευτική φροντίδα οι συνεντεύξεις αποκάλυψαν παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη χρησιμότητα της νοσηλευτικής διάγνωσης και κατ'επέκταση της νοσηλευτικής διεργασίας εντούτοις δεν την εφαρμόζουν. Συγκεκριμένα αναφέρουν ότι το υψηλό φόρτο εργασίας και η έλλειψη προσωπικού είναι κάποιοι από τους παράγοντες που δεν τους επιτρέπουν να οργανώσουν ένα σχέδιο φροντίδας το οποίο θα ανταποκρίνεται επαρκώς στα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Ωστόσο, η παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών είναι δραστηριότητες τις καθημερινής τους πρακτικής. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού όμως η οποία αναφέρθηκε επανειλημμένα από το σύνολο των

νοσηλευτών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου στην παροχή φροντίδας στον άρρωστο. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η νοσηλευτική διάγνωση αποτελεί βασικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να χρησιμοποιούν τη νοσηλευτική διεργασία, η οποία αποτελεί το τρόπο σκέψης και δράσης έτσι ώστε να προσδιορίζονται τα προβλήματα του ασθενούς με οργανωτική μέθοδο που αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς.

Επιπροσθέτως, τα δεδομένα φανερώνουν ότι οι νοσηλευτές σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης λαμβάνουν σε μεγάλο βαθμό κλινικές αποφάσεις οι οποίες πολλές φορές δεν συμπεριλαμβάνονται στα καθήκοντα τους. Επίσης παραδέχτηκαν ότι δεν υπάρχουν οργανωμένα πρωτόκολλα καθώς και το καθηκοντολόγιο είναι ασαφές με αποτέλεσμα το νοσηλευτικό προσωπικό να εργάζεται ισάξια (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτές). Γεγονός το οποίο συμφωνεί με έρευνα της Δημητριάδου (2008), όπου πρόέκυψε ότι στην Ελλάδα, αφενός μεν η πολιτεία δεν προσδιόρισε νομικά σύγχρονα καθήκοντα που έτσι και αλλιώς εκτελεί καθημερινά ο νοσηλευτής στο χώρο εργασίας του, αφετέρου καθημερινά ο νοσηλευτής λόγω οργανωτικών ανεπαρειών, αφιερώνει χρόνο στην εκτέλεση αλλότριων καθηκόντων, καθηκόντων δηλαδή που αφορούν σε ευθύνη άλλων επαγγελματικών κλάδων. Είναι απαραίτητο λοιπόν, ο νοσηλευτής να ασκεί με αυτεξούσιο τρόπο τα επαγγελματικά του καθήκοντα, χωρίς να αντικρούεται με νομικά πρότυπα και να πραγματοποιηθεί συγκρότηση ενός σύγχρονου καθηκοντολογίου, πλήρους και σαφούς το οποίο θα καλύπτει το φάσμα του νοσηλευτικού χώρου.

Περαιτέρω, οι νοσηλευτές δεν θεωρούν ότι είναι αρμόδιοι για την αλλαγή φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών αλλά ούτε λαμβάνουν αποφάσεις για τη εξαγωγή των ασθενών. Ακόμη άφησαν να εννοηθεί ότι το ιατρικό προσωπικό επεμβαίνει στις νοσηλευτικές αποφάσεις και επηρεάζει την αυτονομία των νοσηλευτών. Η αυτονομία των νοσηλευτών εξαρτάται από την σχέση τους με το

ιατρικό προσωπικό καθώς και από το είδος της κλινικής που εργάζονται. Παρατηρήθηκε μεγαλύτερος βαθμός αυτονομίας σε νοσηλευτή που εργάζεται σε μονάδα εντατικής θεραπείας σε σχέση με νοσηλευτές που εργάζονται σε κλινικές.

Όσο αναφορά τις αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης διαπιστώθηκε ότι οι ανώτεροι σε ιεραρχία λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την διαχείριση του εργασιακού περιβάλλοντος, την οργάνωση της εργασίας των άλλων και τον προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας.

Το σκέλος που αφορά την εκπαιδευτική και ενημερωτική διάσταση του νοσηλευτή αποκάλυψε ότι δεν λαμβάνουν αποφάσεις οι οποίες αφορούν την εκπαίδευση τους ασθενούς για το σχέδιο της θεραπείας και την ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση τους. Επίσης θεωρούν ότι η ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση και τη θεραπεία των ασθενών δεν είναι νοσηλευτικό καθήκον γεγονός το οποίο υποδεικνύει την έλλειψη γνώσεων, τις οποίες δεν απέκτησαν κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική.

Στο σημείο αυτό κρίνεται απαραίτητη η αναφορά στο άρθρο 10 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας (π.δ 216/2001) ο οποίος ορίζει ότι:

ο Νοσηλευτής, σεβόμενος την προσωπικότητα του ασθενή, πρέπει να παρέχει την συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη πριν τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης.

Ωστόσο σε επίπεδο νομικών αξιώσεων για αστική ή ποινική ευθύνη του νοσηλευτή λόγω ελλιπούς ενημέρωσης, τουλάχιστον στην ελληνική έννομη τάξη δεν τίθεται ζήτημα, ακριβώς λόγω της επικουρικότητας του συγκεκριμένου καθήκοντος. Είναι όμως σημαντικό οι νοσηλευτές να γνωρίζουν και να αξιοποιούν επ'ωφελεία της αναβάθμισης του επαγγελματικού τους κύρους αυτή

τους την υποχρέωση πρέπει να την αντιμετωπίσουν ως νόμιμη ευκαιρία (Ομπέση, 2011).

Ακόμη, αναφέρουν ότι λαμβάνουν συχνά έως και τακτικά αποφάσεις που αφορούν την εκπαίδευση, την παροχή πληροφοριών και την διδασκαλία του ασθενούς και τις οικογένειες του κατά το εξιτήριο.

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας είναι ότι σχέση μεταξύ του προσωπικού χαρακτηρίζεται από πνεύμα συνεργασίας και αμοιβαίου σεβασμού. Ενώ έχει δειχθεί και σε έρευνες ότι το είδος της σχέσης μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών καθορίζει και την ποιότητα της φροντίδας προς τους ασθενείς (Walker, Barker και Pearson, 2002). Επίσης οι νοσηλευτές είναι πρόθυμοι να εκπαιδεύσουν τόσο το νεοδιοριζόμενο προσωπικό όσο και τους φοιτητές νοσηλευτικής..

Τέλος σε ότι αναφορά την έρευνα και την συνεχιζόμενη εκπαίδευση, οι νοσηλευτές δεν συμμετέχουν στην διεξαγωγή ερευνητικών εργασιών λόγω έλλειψης χρόνου και υψηλού φόρτου εργασίας παρόλα αυτά αναγνωρίζουν την χρησιμότητα της απόκτησης ενός μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών καθώς και την σημαντικότητα της έρευνας στη νοσηλευτική επιστήμη. Η νοσηλευτική έρευνα ως εργαλείο και μέσο απόκτησης γνώσης στη νοσηλευτική επιστήμη αναφέρεται στη διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας και στα προβλήματα που προκύπτουν κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου (Σαχίνη-Καρδάση, 2007). Ερευνητές ανέφεραν ως παράγοντες που εμποδίζουν και συντηρούν το χάσμα μεταξύ νοσηλευτικής έρευνας και νοσηλευτικής πρακτικής τους παρακάτω:

- Μειωμένη γνώση και ικανότητα στην πρόσβαση, αναζήτηση και κατανόηση ευρημάτων
- Μη εφικτή πρόσβαση από όλους τους νοσηλευτές σε ηλεκτρονικές πηγές
- Έλλειψη τάξης στην γόνιμη εθνική νοσηλευτική βιβλιογραφία

- Έλλειψη κινήτρων/ χαμηλή χρηματοδότηση
- Αντίσταση στην αλλαγή
- Απροθυμία της πολιτείας να υιοθετήσει αλλαγές (Davies et al, 2002).

Πρέπει να σημειωθεί, ότι η επιστημονική έρευνα και κάθε άλλου τύπου μελέτη που εκπονούν οι νοσηλευτές έχει μεγάλη αξία και χρησιμότητα όχι μόνο για τους ίδιους αλλά και για ολόκληρο τον νοσηλευτικό κλάδο. Έτσι, αφού πλέον η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί βασικό μάθημα των προπτυχιακών σπουδών οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετέχουν σε ερευνητικές διαδικασίες έχοντας τις απαιτούμενες γνώσεις με διάφορους τρόπους :

- Αναζήτηση της βιβλιογραφίας για την έρευνα βέλτιστης νοσηλευτικής πρακτικής
- Μέλος ερευνητικής ομάδας για τη συλλογή δεδομένων
- Σχεδιασμός και διεξαγωγή έρευνας ως κύριοι ερευνητές (Καλογιάννη, 2010).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν συχνά αποφάσεις σε ότι σχετίζεται με το σχέδιο της θεραπείας, γεγονός που αποδεικνύει ότι η νοσηλευτική διάγνωση δεν χρησιμοποιείται και δεν εφαρμόζεται. Ενώ, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται καθημερινά να ανταποκριθούν σε νέους ρόλους, έχοντας να αντιμετωπίσουν μια σειρά σημαντικών προβλημάτων και ελλείψεων με αποτέλεσμα να επηρεάζεται σημαντικά ο βαθμός που λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις. Η ανυπαρξία πρωτοκόλλων, η ελλιπή νομοθετική κάλυψη και οι ελλείψεις προσωπικού οδηγούν στην περιορισμένη αυτονομία του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Είναι φανερό ότι κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για επαναπροσδιορισμό του ρόλου του επαγγελματία νοσηλευτή τόσο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας του ασθενούς όσο και για την επαλήθευση των προσδοκιών των ατόμων που επέλεξαν να υπηρετήσουν αυτό το επάγγελμα.

Όπως έχει αναφερθεί και από άλλους ερευνητές προκειμένου να προαχθεί η αυτονομία, οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, στη χάραξη πολιτικής και στις οικονομικές αποφάσεις. Πρέπει να έχουν σαφείς και ξεκάθαρους ρόλους και να είναι εκπαιδευμένοι σε υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους (Αδάμου, 2011).

Ωστόσο η έλλειψη εκπαίδευσης σε τεχνικές επικοινωνίες και λήψης αποφάσεων, διαχείρισης κρίσιμων περιστατικών, προβλήματα επαγγελματικής συνεργασίας και θέματα αυτονομίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, νομοθετικής κάλυψης και ηθικής συμπεριφοράς, φαίνεται σύμφωνα και με άλλες έρευνες να αποτελούν τους κυριότερους περιορισμούς του νοσηλευτικού ρόλου (O'Brien και Cole, 2004).

Πρέπει να γίνει σαφές ότι η λήψη αποφάσεων αποτελεί το μέγιστο βαθμό αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής και κατά συνέπεια το μέλλον του νοσηλευτή, στην κλινική πρακτική (Bakalis και άλλοι, 2003).

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Ο βασικός περιορισμός της παρούσας ποιοτικής έρευνας είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος. Εάν και τα αποτελέσματα της έρευνας πρόσφεραν σημαντικά στοιχεία για το βαθμό που λαμβάνονται αποφάσεις καθώς και τους παράγοντες από τους οποίους επηρεάζονται αυτές οι αποφάσεις, κρίνεται αναγκαία στο μέλλον η χρησιμοποίηση μεγαλύτερου δείγματος για την αξιοπιστία και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aiken LH, Clarke SP, Sloanne DM, Sochalski J και Silber SH (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction.

JAMA, 288, 1987-1993.

Agor WH (1986) The Logic of Intuition: How top Executives Make Important Decisions. *Organizational Dynamics*, 5-18.

Αδάμου Ε, Γιακουμιδάκης Κ, Καδδά Ο, Αργυρίου Γ, Καπάδοχος Θ και Βασιλόπουλος Γ (2011) Διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10(2), 221-239.

Ανευλαβής Ε (2004) Λήψη κλινικών αποφάσεων υπό κίνδυνο. Οι έννοιες της χρησιμότητας, της προσδοκίας και της μεταμέλειας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 21(1), 63-85.

Baines C, Evans P και Neysmith S (1991) *Woman's caring: Feminist perspectives on social Welfare*. Mclelland&Stewast, Toronto.

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

Baker C (2000) Problem-based learning for nursing: integrating lessons from other disciplines with nursing experiences. *J Profess Nursing*, 16, 258-266.

Benner P (1984) *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. California Addison-Wesley Publishing Comp.

Benner P, Tanner C (1987) How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87, 23-31.

Botter ML, Dickey SB (1989) Allocation of Resources: Nurses they key Decision Makers. *Holistic Nursing Practice*, November, 44-51.

Britten N (1995) Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. *BMJ*, 311, 251-253.

Casebeer L (1991) Fostering Decision Making in Nursing. *Journal of Nursing Staff Development*, November-December, 271-274.

Cegala DJ, Lenzeiree-Broz S (2002) Physicin communication skills training:a review of theoretical backgrounds, objectives and skills. *Med Educ*, 36(11), 1004-1016.

Cohen L, Manion L (1992) *Research methods in education* (3rd edition) London: Routledge.

Corcoran SA (1986) Task complexity and nursing expertise as factors in decision making, *Nursing Research*, 35(2), 107-112.

Davies J, Heyman B, Bryar R, Graffy J, Gurinell C, Lamb B και Morris L (2002) The research potential of practice nurses, *Health Soc Care Community*, 10(2), 370-381.

Delamaire M., Lafortune G (2010) *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evolution of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Papers, 54.

Dewit S (2009) *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Έννοιες και Πρακτική*, Τόμος 1, Αθήνα, Π.Χ Πασχαλίδης.

DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D (2005) *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*. Philadelphia Mosby.

Δαρβίρη Χ (2009) *Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Δημητρακόπουλος Γ. Ευστάθιος (2011) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Ένα Συστημικό Δυναμικό Μοντέλο. Αθήνα, Εκδόσεις Έλλην.

Δημητριάδου Α (2008) Επιδημιολογική διερεύνηση των αντιλήψεων για την ταυτότητα και το ρόλο του σύγχρονου νοσηλευτή σε σχέση με την εκπαίδευση του. Διδακτορική Διατριβή, Ιατρική Σχολή.

Δημητριάδου-Παντέκα Α, Μαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου Α, Τριαρίδης Α και Σαπουντζή Δ (2009) Παράγοντες που διαμορφώνουν την επαλήθευση των προσδοκιών της επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος. 48(2), 228-237.

Fagermoen MS (1997) Professional identity: Values embedded in meaning ful nursing practice. J Adv Nurs, 25, 434-441.

Fry S, Johnstone M (2005) Ζητήματα Ηθικής στη Νοσηλευτική Πρακτική, Ένας οδηγός για τη λήψη Ηθικώς Αποδεκτών Αποφάσεων. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Grainger R (1990) Making better decisions. American Journal of Nursing, 90(6), 15-16.

Gravett JW, Drucker WR, McCrum MS και Dickenson SC (1985) A study of high cost in-patients in Strong Memorial Hospital Rochester, N.Y :Rochester Area Hospital Corporation and University of Rochester.

Ignatavicius, Workman (2008) Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη για συνεργατική φροντίδα, Τόμος 1, Έκδοση 5^η, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Ιωσηφίδης Θ (2008) Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική

Knaus W, Draper E, Douglas P, Wagner D και Zimmerman J (1986) An Evaluation of outcome from intensive Cre in Major Medical Centers. *Ann Intern Med*, 104(3), 410-418.

Kolostoumpis G, Makrygiannaki K (2012) Clinical Decision Support Systems: A Useful Tool in Clinical Practice. *Interscientific Health Care*, 4(1), 9-12.

Καλογιάννη Α (2010) Η αξία της έρευνας στη Νοσηλευτική, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 1-4.

Καλοκαιρινού Α (2011) Πανεπιστημιακή Νοσηλευτική Εκπαίδευση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4(2), 3.

Κοτζαμπασάκη Σ, Ανδρέα Σ, Βαρδάκη Ζ, Κυριακίδου Ε, Μαντζώρου Μ και Ντίκου Μ (2003) Αξίες στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών Νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική*, 42, 353-363.

Lancaster W, Lancaister J (1982) Rational decision making: Managing uncertainty. *Journal of Nursing Administration*, 23-28.

Luce D, Raiffa H (1985) *Games and decisions Introduction and clinical survey*. Dover Publ Inc, New York, 12-38.

Λεμονίδου Χ, Μερκούρης Α, Παναγιώτου Α, Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, Scott A και Arndt M (2004) Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. *Νοσηλευτική*, 43(1), 84-99.

McLeod T Work (1997) Work stress among community psychiatric nurses. *Br Journal Nurs*, 6, 569-574.

Morce MJ, Field AP (1996) *Nursing Research: The application of qualitative approach*. London Chapman&Hall.

Mrayyan MT (2004) Nurse's autonomy: influence of nurse manager's actions. *Journal Advanced Nursing*, 45, 326-336.

Μανουσάκη Ε (2011) Νοσηλευτική έρευνα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πως αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και τη θέση τους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Μεταπτυχιακή Εργασία, Ηράκλειο.

Μαντζούκας Σ (2003) Έρευνα και αντιληπτικά περιγράμματα: Τα είδη και η χρησιμότητα τους για τους ερευνητές νοσηλευτές. *Νοσηλευτική*, 42, 405-413.

Μαντζούκας Σ (2007) Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), 88-98.

Μπακάλης Ν (2002) Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων: Σύγκριση μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε μονάδες εμφραγμάτων στην Ελλάδα και στην Αγγλία. *Νοσηλευτική*, 4, 440-450

Μπακάλης Ν, Κουρκούλη Ε, Μπλέτα Π, Πίσσα-Δημητρίου Δ και Μπατσολάκη Μ (2012) Οι Απόψεις Φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με την Παρεχόμενη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. *Νοσηλευτική* 51(1), 55-62.

Nolan P (1998) Competencies drive decision making. *Nursing Management*, 9(46), 27-29.

Obrien L, Cole R (2004) Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas. *International Journal of Health Nursing*, 13, 89-99.

Ομπέση Φ (2011) Οριοθέτηση της Ενημέρωσης των Ασθενών από ιατρούς και νοσηλευτές Νομική Προσέγγιση, *Νοσηλευτική*, 50(1), 30-34

Παλάσκα Ε, Αποστολοπούλου Ε (2005) Η διαδικασία λήψης απόφασης στη Νοσηλευτική Διοίκηση. *Νοσηλευτική*, 44(3), 314-323.

Παπαγεωργίου Ε, Καραμπέτσου Μ, Νικολακάκου Χ και Παυλάτου Ν (2007) Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία. Νοσηλευτική, 46(2), 237-245.

Παρασκευοπούλου ΕΑ (2008) Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις Επιστήμες και συνεντεύξεις. Open Educational The Journal of Open and distance Education and Education Technology, 4(1).

Roussel L, Russell-Swansburg C (2010) Νοσηλευτική Διοίκηση κα Ηγεσία. Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

Roussel L, Russell-Swansburg C (1999) Εισαγωγή στη Νοσηλευτική διοίκηση και ηγεσία. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.

Rubin JH, Rubin SI (1995) Qualitative interviewing, the art of hearing data. London: SAGE publications.

Suliman WA, Halabi J (2007) Critical thinking, self-esteem and state anxiety of nursing students, Nurse Educ, 27, 162-168.

Σαχίνη-Καρδάση Α (2004) Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.

Σταθοπούλου Χ (2007) Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Νοσηλευτική, 46(1), 48-54.

Taylor A, Lillis C και Lemone P (2006) Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος Ι, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

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

Walker L, Barke D και Pearson P (2000) The enquired role of the psychiatric-mental health nurse in primary health-care an augmented Delphi study. *Nursing Inquiry*, 7(2), 91-102.

Wellington J (2000) *Educational Research Contemporary Issues and Practical Approaches* London Continuum.

Ζαφειρόπουλος Κ (2005) Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία. *Επιστημονική Έρευνα και συγγραφή εργασιών*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας

28 Σεπτεμβρίου 2013

Σχολή ΣΕΥΠ

Τμήμα Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ. 26334

Πάτρα

Αγαπητέ/ ή κ. Προϊστάμενε/η,

Είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας. Η πτυχιακή μου εργασία, υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τις κλινικές αποφάσεις νοσηλευτών σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Είναι μια ποιοτική έρευνα στην οποία θα χρησιμοποιήσω συνεντεύξεις ως εργαλείο συλλογής δεδομένων.

Η ατζέντα των ερωτήσεων αποτελείται από τέσσερις κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (11 ερωτήσεις), την οργάνωση και διοίκηση (7 ερωτήσεις), την εκπαίδευση και ενημέρωση (8 ερωτήσεις) και τέλος την έρευνα (5 ερωτήσεις).

Θα σας είμαι ευγνώμων εάν μου επιτρέψετε να προσεγγίσω τους νοσηλευτές του τμήματος σας. Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι **εθελοντική** και **ανώνυμη**. Θέλω να σας διαβεβαιώσω ότι οι πληροφορίες θα κρατηθούν αυστηρώς **απόρρητες**.

Ευελπιστώ στη θετική σας ανταπόκριση.

Με εκτίμηση

Η ομάδα φοιτητών

Τάκου Ελένη

Ο υπεύθυνος καθηγητής

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΑΤΖΕΝΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 1

ΠΑΡΟΧΗ ΒΑΣΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1. Πιστεύετε ότι η διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς αποτελεί βασικό κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας;
2. Κατά πόσο εφαρμόζετε στη κλινική/μονάδα που εργάζεστε;
3. Μπορείτε να μας περιγράψετε τι περιλαμβάνει η νοσηλευτική φροντίδα;
4. Σε τι βαθμό έχουν αυτονομία οι νοσηλευτές;
5. Πόσο συχνά παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς;
6. Ποιοί παράγοντες, κατά την άποψη σας εμποδίζουν να παρέχετε ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς;
7. Σε μια κατάσταση εκτάκτου ανάγκης με δεδομένο την απουσία του ιατρού, σε τι βαθμό παρεμβαίνετε;
8. Και με ποιό τρόπο;
9. Υπάρχουν πρωτόκολλα στη κλινική;
10. Στην περίπτωση που θεωρείτε πως μια φαρμακευτική αγωγή δεν είναι προς όφελος του ασθενή θα χορηγούσατε το φάρμακο;
11. Έχετε συμμετοχή στην απόφαση του ιατρού για το εξιτήριο ενός ασθενούς;

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 2

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ

1. Πόσο συχνά διαχειρίζεστε το εργασιακό σας περιβάλλον;
2. Και με ποιό τρόπο;
3. Υπάρχουν περιπτώσεις που η επιβεβαίωση για τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενούς χρήζει περαιτέρω εξετάσεις, πόσο συχνά λαμβάνετε αποφάσεις για την οργάνωση αυτών των εξετάσεων;
4. Για ποιό λόγο πιστεύετε πως οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν συχνά αποφάσεις για τον προϋπολογισμό της κλινικής/μονάδας;
5. Πόσο συχνά είστε υπεύθυνος της νοσηλευτικής ομάδας;
6. Σε τι βαθμό οργανώνετε την εργασία του προσωπικού;
7. Ποιά η σχέση σας με το προσωπικό;

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

1. Πόσο συχνά εκπαιδεύετε τους ασθενείς για το σχέδιο της θεραπείας;
2. Πόσο συχνά συζητάτε με τους ασθενείς για τη θεραπεία;
3. Ποιός ενημερώνει τους ασθενείς σχετικά με την πρόγνωση τους
4. Γνωρίζετε εάν η ενημέρωση σχετικά με την πρόγνωση και τη θεραπεία των ασθενών είναι νοσηλευτικό καθήκον;

5. Παρέχετε πληροφορίες στους ασθενείς κατά το εξιτήριο;
6. Πόσο συχνά επιβλέπετε το νεοδιοριζόμενο προσωπικό;
7. Ποιός νομίζετε ότι είναι ο πιο κατάλληλος για την επίβλεψη των νεοδιοριζόμενων νοσηλευτών;
8. Πόσο συχνά επιβλέπετε φοιτητές νοσηλευτικής;

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 4

ΕΡΕΥΝΑ

1. Πόσο συχνά συμμετάσχετε στην διεξαγωγή ερευνητικών εργασιών;
2. Πόσο συχνά παρακολουθείτε συνέδρια, σεμινάρια στο χώρο της υγείας;
3. Για ποιό λόγο πιστεύετε πως οι νοσηλευτές δεν συμμετέχουν συχνά για την εκπόνηση ερευνητικών εργασιών;
4. Πιστεύετε ότι θα βοηθούσε η πραγματοποίηση ενός μεταπτυχιακού;
5. Ποιά είναι η άποψη σας για το ρόλο της έρευνας στη νοσηλευτική επιστήμη;