

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΟΥΤΟΠΙΑ Ή ΣΤΟΧΟΣ ΕΦΙΚΤΟΣ;
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Σπουδάστριες:

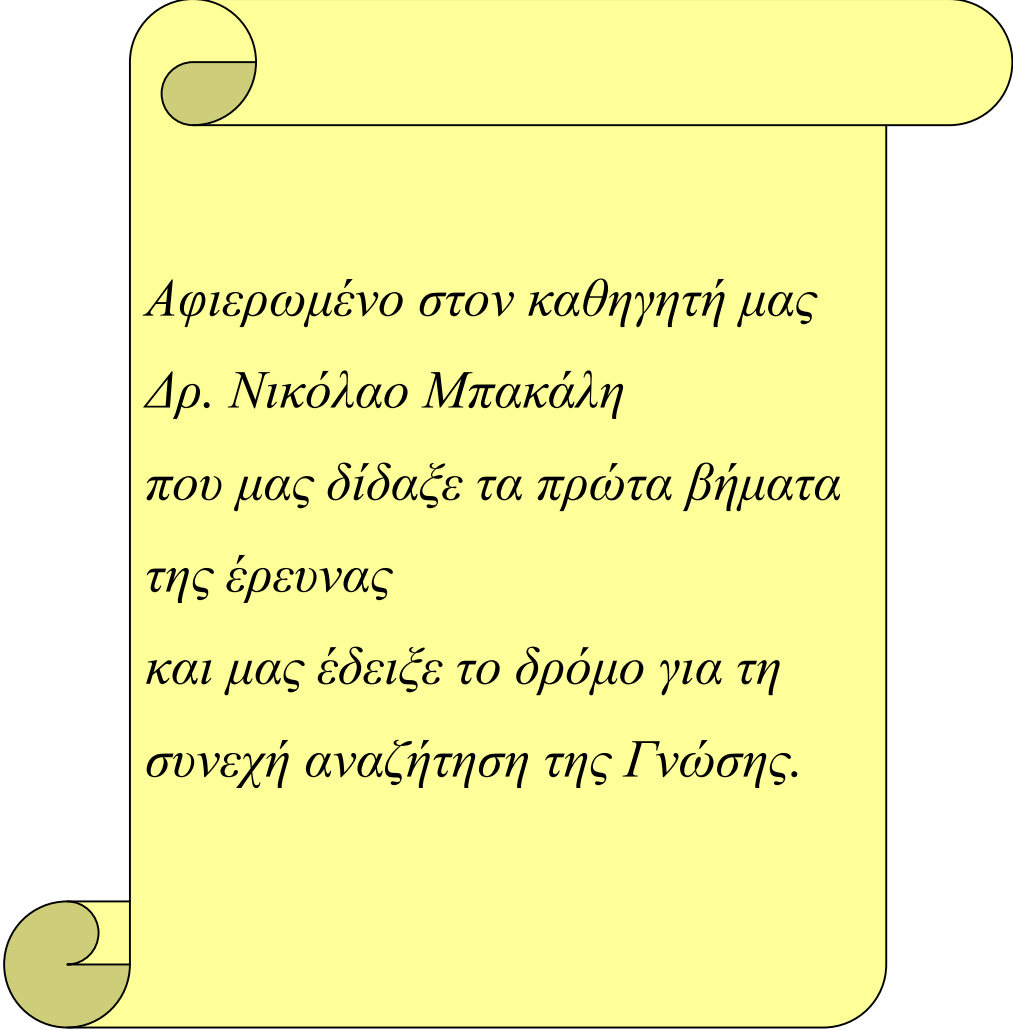
Αβραάμ Γεωργία

Γεωργιοπούλου Μαρία

Εισηγητής:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα, 2014



*Αφιερωμένο στον καθηγητή μας
Δρ. Νικόλαο Μπακάλη
που μας δίδαξε τα πρώτα βήματα
της έρευνας
και μας έδειξε το δρόμο για τη
συνεχή αναζήτηση της Γνώσης.*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τους γονείς μας, οι οποίοι μας στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας πορείας.

Τον καθηγητή μας κ. Δρ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθεια του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε επιτυχώς την πτυχιακή μας εργασία παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Επίσης, ευχαριστούμε όλους τους καθηγητές του νοσηλευτικού τμήματος για τις γνώσεις που μας προσέφεραν όλο αυτό το διάστημα της τετραετούς φοίτησης μας.

Τέλος, ευχαριστούμε όλους τους προϊσταμένους/-ες και τους νοσηλευτές από όλη την Ελλάδα (κυρίως την κ. Σαρίδη Μαρία και τον κ. Τσάμη Κωνσταντίνο), που όλοι συνέβαλαν εποικοδομητικά στην εκπόνηση αυτής της έρευνας, αφιερώνοντας ελάχιστο από τον πολύτιμο χρόνο τους.

*«Των δ' ὡς λόγου μόνου ἔμπεραιομένων μη εἶη ἐπαύρασθαι,
των δε ὡς ἔργου ἐνδείξιος».*

*Μη βασίζεστε σε συμπεράσματα που προκύπτουν μόνο από τη
λογική, ἀλλά που ἀποδεικνύονται ἐμπρακτα.*

Ἱπποκράτης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια συστηματική μέθοδος επιστημονικής τεκμηρίωσης για την επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη και έχει αποδειχθεί ότι συνεισφέρει στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σκοπός: Η σύγκριση των γνώσεων και των απόψεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της χώρας, σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία.

Δείγμα και Μέθοδος Μελέτης: Το δείγμα (n=322) περιλάμβανε νοσηλευτές από Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας από 29 πόλεις της Ελλάδας. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 48 ερωτήσεις. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα: Οι γνώσεις των νοσηλευτών ήταν ελλιπείς (31,4%) και πολύ καλές (32,3%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (68,6%) έχει διδαχθεί τη Νοσηλευτική Διεργασία σε προπτυχιακό επίπεδο. Αξιοσημείωτο είναι ότι ενώ η Νοσηλευτική Διεργασία βοηθά την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης (80,4%), εφαρμόζεται από ελάχιστα (31,7%) έως καθόλου (30,7%) στις κλινικές που εργάζονται οι νοσηλευτές κυρίως λόγω έλλειψης προσωπικού (83,5%), χρόνου (74,2%), γνώσεων (73,9%), εμπειρίας (65,9%), μη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση (65,2%) και έλλειψης αυτονομίας (87,2%). Το 88,2% των νοσηλευτών θεωρεί ότι η Νοσηλευτική Διεργασία τους βοηθά στη γρήγορη περάτωση της εργασίας και ότι είναι χρήσιμη για τους ασθενείς (79,5%). Ένα πολύ υψηλό ποσοστό νοσηλευτών (92,5%) πιστεύει πως η Νοσηλευτική Διεργασία βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες και ότι πρέπει να εφαρμόζεται από βοηθούς νοσηλευτές (54,6%). Τέλος, η πλειοψηφία των νοσηλευτών (92,9%) θεωρεί ότι η Νοσηλευτική Διεργασία είναι σημαντική για το έργο τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν διέφεραν ως προς το επίπεδο εργασίας (Δημόσια - Ιδιωτικά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας-p<0,05).

Συμπεράσματα: Το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ γνωρίζει τη Νοσηλευτική Διεργασία δεν την εφαρμόζει σε ικανοποιητικό βαθμό, με συνέπεια να γεννούνται ερωτήματα ως προς την παροχή ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια – Ιδιωτικά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της χώρας.

ABSTRACT

Introduction: Nursing Process is a systematic method of scientist evidence to solve a problem in practice and has been shown to contribute to the quality on nursing care.

Purpose: To compare the knowledge and news of nurses working in Public-Private hospitals and health centers in the country, on the nursing process.

Study Sample and Method: The sample (n=322) includes nurses from Public – Private Hospitals and health centers of 29 cities. Used a questionnaire with 48 questions. The statistical analysis was performed with the program SPSS 20.

Results: The knowledge of nurses ranging from deficient (31, 4%) and very good (32, 3%). The majority of participants (68, 6%) has taught nursing process at undergraduate level. It is noteworthy that while the nursing process helps to promote nursing science (80, 4%), applied by few (31, 7%) or no (30, 7%) in clinical nurses who work mainly due to lack of staff (83, 5%), time (74, 2%), knowledge (73, 9%), experience (65,9%) no encouragement from the government (65,2%) and lack of autonomy. The (88,2%) of nurses considers the Nursing Process helps in rapid completion of the work and that is helpful for the patients(79,5%). It should be said that the head of each clinic encourages them apply the nursing process either positive (50, 3%), or negative (49, 7%). 88, 2% of nurses considers the nursing process helps in rapid completions of the work and that is helpful for patients (79, 5%). A very high percentage of nurses (92, 5%) believe that the nursing process based on nursing theories and should be applied by assistants nurses (54, 6%). Finally the majority nurses (92, 9%) believes that the nursing process is important the work. It should be noted that the

responses of the participants did not differ in the level of employment (Public- Private Hospitals and Health Centers- $p < 0, 05$).

Conclusions: The nursing staff knowing the nursing process does not apply to a satisfactory degree, this raise questions as to the provision of quality nursing care in the public – private hospitals and health centers in the country.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	2
Περίληψη	4
Περιεχόμενα	7
Κεφάλαιο 1 (Βιβλιογραφική Ανασκόπηση)	
1.1 Ιστορική Αναδρομή	9
1.2 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας	11
1.3 Χρησιμότητα Νοσηλευτικής Διεργασίας	14
1.4 Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας	17
1.4.1 Αξιολόγηση	17
1.4.1.1 Συνέντευξη	19
1.4.1.2 Τεχνικές για Αποτελεσματική Επικοινωνία	20
1.4.1.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	21
1.4.1.4 Οδηγίες για τη Συλλογή Δεδομένων	22
1.4.1.5 Διαφοροποίηση αξιολόγησης ασθενούς στην κοινότητα σε σχέση με το νοσοκομείο	22
1.4.2 Νοσηλευτική Διάγνωση	23
1.4.2.1 Πλεονεκτήματα Νοσηλευτικής Διάγνωσης	26
1.4.2.2 Διαφοροποίηση μεταξύ Ιατρικής και Νοσηλευτικής Διάγνωσης..	27
1.4.3 Σχεδιασμός	28
1.4.4 Εφαρμογή	30

1.4.5 Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων	32
1.5 Κριτική Σκέψη	34
1.6 Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κλινική Πράξη	37
1.7 Θεωρητικές Βάσεις της Νοσηλευτικής Διεργασίας	38

Κεφάλαιο 2 (Μέθοδος)

2.1 Σχεδιασμός	45
2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	46
2.3 Δείγμα	53
2.4 Διαδικασία	54
2.5 Στατιστική ανάλυση	57

Κεφάλαιο 3 (Αποτελέσματα)

3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	59
3.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων για το τεστ γνώσεων	66
3.3 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για τη Νοσηλευτική Διεργασία	68

Κεφάλαιο 4 (Συμπεράσματα- Προτάσεις)

4.1 Συζήτηση	84
Βιβλιογραφία	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Σημασία της Νοσηλευτικής Διεργασίας

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος νοσηλευτική διεργασία, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από την Αμερικανίδα νοσηλεύτρια Lydia Hall το 1955, η οποία περιέγραψε τρία στάδια: **παρατήρηση, εφαρμογή παρεμβάσεων, τεκμηρίωση.**

Οι Dorothy Johnson (1959), Ida Orlando (1961) και Ernestine Wiedenbach (1963), εισήγαγαν τρία στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας: το μοντέλο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, της νοσηλευτικής πρακτικής και της εκτίμησης.

Το 1960, οι θεωρητικοί της νοσηλευτικής άρχισαν να περιγράφουν τη νοσηλευτική ως ξεχωριστή οντότητα μεταξύ των επαγγελματιών φροντίδας υγείας και περιέγραψαν ειδικά στάδια σε μια διαδικασία προσέγγισης της νοσηλευτικής πρακτικής.

Το 1967 οι Yura και Walsh περιέγραψαν τέσσερα στάδια: **αξιολόγηση, σχεδιασμός, παρέμβαση, εκτίμηση των αποτελεσμάτων** και θεώρησαν το στοιχείο της νοσηλευτικής διάγνωσης ως τη λογική κατάληξη του σταδίου της αξιολόγησης. Ενώ την ίδια χρονολογία η Lois Knowles περιέγραψε πέντε στάδια: **ανίχνευση, προσδιορισμός, απόφαση, εκτέλεση, εκτίμηση αποτελεσμάτων.**

Το 1967 ο Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE), αρνήθηκε τη νοσηλευτική διεργασία γιατί η αλληλεξάρτηση ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή είναι δεδομένη.

Το 1969, οι Dolores Little και Doris Carnevali χρησιμοποίησαν τέσσερα στάδια για την εξέλιξη της νοσηλευτικής φροντίδας. Δηλαδή συνδύασαν την αξιολόγηση και το σχεδιασμό του προβλήματος στο 1^ο βήμα.

Το 1973, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) και το 1974 οι Gebbie και Lavin συμπεριέλαβαν τη **νοσηλευτική διάγνωση** ως ξεχωριστό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Την ίδια περίοδο τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας

νομιμοποιήθηκαν όταν το συνέδριο του Συνδέσμου των Αμερικανών Νοσηλευτών για τη νοσηλευτική πρακτική ανέπτυξε πρότυπα πρακτικής (Standards of Practice) για την καθοδήγηση της νοσηλευτικής.

Το 1981, οι Ruth Freeman και Janet Heinrich συμπεριέλαβαν ένα 6^ο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Το 1^ο στάδιο περιείχε τη δημιουργία μιας εργασιακής σχέσης, το 2^ο την αξιολόγηση της κατάστασης που σχετίζεται με την υγεία και τη νοσηλευτική φροντίδα, το 3^ο και 4^ο στάδιο την εξέλιξη και διαπραγμάτευση των στόχων, το 5^ο την εφαρμογή και το 6^ο την επικύρωση της αποτελεσματικότητας για τα μέτρα που ελήφθησαν.

Από το 1973 μέχρι και το 1991 χρησιμοποιείται, κυρίως, αυτό το μοντέλο των πέντε σταδίων: **Νοσηλευτική Αξιολόγηση, Νοσηλευτική Διάγνωση, Σχεδιασμός Φροντίδας, Εφαρμογή του Σχεδίου Φροντίδας, Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων.** Ακολούθως, ο Νοσηλευτικός Σύνδεσμος των ΗΠΑ το 1991, διαχώρισε το στάδιο του σχεδιασμού σε δυο επιμέρους στάδια, δηλαδή τον προσδιορισμό αναμενόμενων εκβάσεων και το σχεδιασμό δημιουργώντας εν τέλει έξι στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας: **Αξιολόγηση, Νοσηλευτική Διάγνωση, Προσδιορισμός Αναμενόμενων Εκβάσεων, Σχεδιασμός, Εφαρμογή, Εκτίμηση Αποτελεσμάτων.**

Το στάδιο προσδιορισμού των αναμενόμενων εκβάσεων περιλαμβάνει τη διατύπωση σκοπών και μετρήσιμων αναμενόμενων εκβάσεων, οι οποίες αποτελούν και τη βάση για την εκτίμηση της επίλυσης των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Σκοπός αυτού του σταδίου είναι η εμπλοκή του ατόμου ή της οικογένειας ή της κοινότητας στη μορφοποίηση αναμενόμενων εκβάσεων, όταν αυτό είναι δυνατό, ο σχεδιασμός της φροντίδας σύμφωνα με πραγματικά και μετρήσιμα δεδομένα και η καταγραφή αναμενόμενων εκβάσεων ως μετρήσιμοι σκοποί της φροντίδας. Αυτό το στάδιο ξεκίνησε από τη Florence Nightingale, η οποία προσπαθούσε να καταγράψει τους σκοπούς της φροντίδας και να εκτιμήσει την παρεχόμενη φροντίδα (Lang και Marek, 1990). Κατά τη δεκαετία του '80 και μέχρι τα μισά της δεκαετίας του '90, έγιναν

πολλές ερευνητικές προσπάθειες για την αναγνώριση και ταξινόμηση μετρήσιμων εκβάσεων για τον προσδιορισμό των αναμενόμενων εκβάσεων (Marek 1989, McCormick 1991).

Το 1992, ο Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), συνέχισε να απαιτεί τη νοσηλευτική διεργασία ως το μέσο για την τεκμηρίωση του σχεδιασμού στη φροντίδα των ασθενών και να ενσωματωθεί μέσα από τις πολιτικές και πρακτικές στα νοσοκομεία.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας διευθετούνται έτσι ώστε να διευκολύνεται η διεργασία αναγνώρισης των προβλημάτων των ασθενών και των επιθυμητών εκβάσεων με έναν αποτελεσματικό και συστηματικό τρόπο. Κάθε στάδιο εξαρτάται από τη δραστηριότητα που λαμβάνει χώρα στο προηγούμενο. Στην πράξη τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας αλληλοκαλύπτονται. Από τη δεκαετία του 1980, η νοσηλευτική διεργασία έγινε ευρέως αποδεκτή.

1.2 Ορισμός Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια συστηματική μέθοδος επιστημονικής τεκμηρίωσης και χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ανθρώπινων αντιδράσεων σε δυνητικά και πραγματικά προβλήματα υγείας (ANA, 2007). Τα τρία, κύρια, χαρακτηριστικά της είναι *σκοπός* (συγκεκριμένος στόχος της διεργασίας), *οργάνωση* (μια σειρά βημάτων που χρειάζεται να επιτευχθεί ο στόχος) και *δημιουργικότητα* (συνεχής ανάπτυξη της διεργασίας).

Σύμφωνα με τον Taylor και άλλοι (2002), η διεργασία παρέχει το πλαίσιο που δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν τα ακόλουθα:

- Συστηματική συλλογή των δεδομένων του ασθενούς (αξιολόγηση).
- Σαφής προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς (διάγνωση).

- Ανάπτυξη ολιστικού εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας, το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (σχεδιασμός).
- Εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας (εφαρμογή).
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας, όσο αφορά στην επίτευξη των σκοπών του ασθενούς (εκτίμηση αποτελεσμάτων).

Επιπλέον η Νοσηλευτική Διεργασία είναι το όχημα μέσω του οποίου ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις γνώσεις και αξιοποιεί τις δεξιότητες του με ένα συστηματικό, επικεντρωμένο τρόπο για την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων σε έναν ασθενή (ANA 2007, Karini 2011).

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι το πλαίσιο που τροφοδοτεί τους νοσηλευτές σε μια επακριβή μέθοδο οργάνωσης της φροντίδας του ασθενούς. Προάγει την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ της φροντίδας υγείας, δεδομένου ότι αποτελεί πάγιο τρόπο προσέγγισης, που γίνεται κατανοητό και εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές για τον εντοπισμό και τη θεραπεία των προβλημάτων των ασθενών.

Η Νοσηλευτική Διεργασία δεν είναι γραμμική, αλλά **κυκλική διεργασία** θέτοντας τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή στο κέντρο του κύκλου (Potter και Frisch, 2007) η οποία σχέση για να είναι επιτυχημένη περιλαμβάνει τρεις προϋποθέσεις: **1. Αυθεντικότητα** (ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων κάποιου και ειλικρίνεια) **2. Σεβασμός και Αποδοχή** του άλλου χωρίς στερεότυπα **3. Επιθυμία για κατανόηση και ενσυναίσθηση.**

Παράλληλα, είναι μια διαδικασία **συστηματική, δυναμική, ανθρωπιστική και επικεντρωμένη στα αποτελέσματα.**

Κυκλική διάταξη της νοσηλευτικής διεργασίας



Κατά τη διάρκεια των 30 τελευταίων ετών έχουν συμπεριληφθεί στη νοσηλευτική διεργασία, οι νοσηλευτικές ενέργειες, που χαρακτηρίζονται ως ανεξάρτητες, αλληλοεξαρτώμενες και εξαρτώμενες (ANA, 2004). Πιο συγκεκριμένα, στις **ανεξάρτητες ενέργειες**, οι νοσηλευτές εκτελούν πράξεις με βάση την εκπαίδευση και τις δεξιότητες τους, για π.χ. αξιολόγηση, ανάλυση, νοσηλευτική διάγνωση, σχεδιασμός φροντίδας, εφαρμογή, εκτίμηση αποτελεσμάτων, ενώ στις **αλληλεξαρτώμενες ενέργειες** επικαλύπτονται από τις δραστηριότητες άλλων μελών της διεπιστημονικής ομάδας όπως για π.χ. ιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή απαιτεί συνεργασία μαζί τους. Τέλος, οι **εξαρτώμενες ενέργειες** είναι οδηγίες ιατρών προς τους νοσηλευτές για την εκτέλεση ενεργειών, για π.χ. χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή θεραπευτικές παρεμβάσεις σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.

Οι παραπάνω κατηγορίες ενεργειών συμπεριλαμβάνονται στη νοσηλευτική διεργασία, η οποία εισήχθη για πρώτη φορά το 1967 από τους Yura και Walsh και έπειτα υιοθετήθηκε από τον ANA (2004).

1.3 Χρησιμότητα Νοσηλευτικής Διεργασίας

Σύμφωνα με τους French και Beverly (2005) και Bloniasz (2011), η Νοσηλευτική Διεργασία συμπληρώνει άλλες επιστήμες επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον όχι μόνο στα ιατρικά προβλήματα, αλλά επίσης και στην *ανθρώπινη αντίδραση*. Πώς δηλαδή το άτομο *αντιδρά* στα ιατρικά προβλήματα, τις θεραπευτικές αγωγές και τις αλλαγές, στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. Είναι ο τρόπος διασφάλισης της νοσηλευτικής φροντίδας, που δίνει τις ειδικά σχεδιασμένες ανάγκες για τον κάθε ασθενή ατομικά.

Τα κριτήρια άσκησης στις ΗΠΑ και στον Καναδά ορίζουν υποχρεωτική τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας (Alfaro – LeFevre 2002), η οποία παρέχει τη βάση για τις κρατικές εξετάσεις σχετικά με την άδεια επαγγελματικής άσκησης της Νοσηλευτικής, δηλαδή ο νοσηλευτής πρέπει να είναι εξοικειωμένος με την μέθοδο για να μπορεί να απαντήσει στις ερωτήσεις. Επειδή όμως, οι επαγγελματίες νοσηλευτές γίνονται ολοένα και πιο εξαρτημένοι τόσο από την χρήση των Η/Υ όσο και από των τυποποιημένων σχεδίων φροντίδας για να μπορέσουν να εφαρμόσουν τα στοιχεία που παρέχουν αυτού του είδους τα μέσα πληροφόρησης με έναν ασφαλή τρόπο, πρέπει να μάθουν εις βάθος τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας. Μόνο τότε θα γίνουν οι «προσανατολισμένοι στην σκέψη» νοσηλευτές, παρά οι «προσανατολισμένοι στις πράξεις». Με αυτόν τον τρόπο θα έχουν αποκτήσει την ικανότητα να σκέφτονται με κριτικό τρόπο πώς θα επιτύχουν τους βασικούς στόχους της Νοσηλευτικής ώστε, σύμφωνα με τους Alfaro και LeFevre (2002) να:

- Προλάβουν την ασθένεια και να προάγουν την υγεία
- Μεγιστοποιούν την αίσθηση ευεξίας και λειτουργικότητας στους επιθυμητούς ρόλους
- Παρέχουν οικονομική, αποτελεσματική φροντίδα με ιδιαίτερη εστίαση του ενδιαφέροντος στις ατομικές επιθυμίες και ανάγκες του κάθε ασθενούς

- Βρίσκουν τρόπους βελτίωσης της ικανοποίησης του καταναλωτή μέσα από το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή σήμερα είναι ανεξάρτητος και ταυτόχρονα συνεργατικός. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα αυτοβούλως να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενή βασισμένοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους. Αποδεικνύεται ωφέλιμη για τους ίδιους τους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα, η οποία πρέπει να είναι οργανωμένη, συνεχής και συστηματική, στους ασθενείς και το νοσηλευτικό ίδρυμα. Τους βοηθά να οριοθετήσουν το ανεξάρτητο πεδίο δράσης τους. Παράλληλα, η Νοσηλευτική Διεργασία ευαισθητοποιεί την αποτελεσματικότητα κάθε νοσηλευτικής παρέμβασης και ενισχύει τους νοσηλευτές να αναπτύξουν την κριτική τους σκέψη, να λάβουν σωστές και σημαντικές αποφάσεις αλλά και να επιλύσουν τα προβλήματα των ασθενών (Fadden, Kutucky και Lexington, 2011).

Συνεργάζονται με τα υπόλοιπα μέλη των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα, αφού η Νοσηλευτική Διεργασία προσφέρει ένα κοινό σύστημα αναφοράς και μια κοινή ορολογία που λειτουργεί ως βάση για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής μέσω της έρευνας.

Η παροχή φροντίδας είναι το μέσο με το οποίο ο νοσηλευτής συνδέεται με τον ασθενή και ενδιαφέρεται γι' αυτόν. Έτσι ο νοσηλευτής ως άτομο που παρέχει φροντίδα είναι καταρτισμένος, έχει προσόντα, δείχνει συναισθηματική κατανόηση και νοιάζεται για τον ασθενή με αποτέλεσμα να οδηγεί στην ορθή ασφάλειά του και να του δίνει μια μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου προωθώντας τη συμμετοχή του στη φροντίδα, αφού αναπτύσσεται επικοινωνιακά η επικοινωνία ανάμεσά τους (LeMone και Burke 2004, French και Beverly 2005).

Η ασφάλεια των ασθενών είναι αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής διεργασίας και έχει γίνει ευρέως αντιληπτή ως την πρόληψη των πραγματικών ή δυνητικών

προβλημάτων του ασθενούς (Council of the European Union 2009, World Health Organization 2010). Η ασφάλεια τονίζεται ως ένα πρωταρχικό μέλημα της απόδοσης του συστήματος υγείας και της διαχείρισης της ποιότητας. Η Νοσηλευτική Διεργασία ωφελεί τον ασθενή να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο ον αλλά και το νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο παρέχεται η θεραπεία.

Γενικά, η Νοσηλευτική Διεργασία επιτυγχάνει την επιστημονική, ολιστική, εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενούς, την ευκαιρία να συνεργαστεί με άλλους νοσηλευτές και τη συνέχεια της φροντίδας, η οποία μπορεί να οδηγήσει στη συνολική εξοικονόμηση του χρόνου νοσηλείας με την ελαχιστοποίηση των λαθών και των παραλείψεων στο σχεδιασμό φροντίδας, την εξάλειψη της περιττής και χρονοβόρας ρουτίνας. Οι νοσηλευτές που εφαρμόζουν τη νοσηλευτική διεργασία μ' ένα προσεκτικό και συστηματικό τρόπο, επιτυγχάνουν την ικανοποίηση των στόχων των ασθενών, την ικανοποίηση ότι βελτιώνουν τη ζωή των ασθενών τους και την ευκαιρία επαγγελματικής ανάπτυξης (LeMone 1996, Stifter, Sevinc, Wilkie και Yingwei 2013, Lubbe και Roets 2014).

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια εξελισσόμενη επιστήμη, ιδίως όσον αφορά το βάρος της νόσου ως ένα αποτέλεσμα μη ασφαλούς φροντίδας (Richardon και Storr, 2010). Ολοκληρώνοντας, η ενίσχυση για την ασφάλεια των ασθενών περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα νοσηλευτικών δράσεων για την πρόληψη, κατάρτιση και διατήρηση των επαγγελματιών υγείας, τη βελτίωση της απόδοσης, της περιβαλλοντικής ασφάλειας και διαχείρισης των κινδύνων, συμπεριλαμβάνοντας τον έλεγχο λοιμώξεων, την ασφαλή χρήση φαρμάκων, τον ασφαλή εξοπλισμό, την ασφαλή κλινική πρακτική και το ασφαλές περιβάλλον της φροντίδας (WHPA 2002, WHO 2010, Marck 2011).

Παρόλο που ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών έχει δημιουργήσει από το 1991 έξι στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας, στην παρούσα έρευνα θα γίνει ανάλυση των πέντε σταδίων αφού είναι τα πιο ευρέως διαδεδομένα παγκοσμίως.

1.4 Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας

- 1. Αξιολόγηση**
- 2. Νοσηλευτική διάγνωση**
- 3. Σχεδιασμός**
- 4. Εφαρμογή**
- 5. Εκτίμηση αποτελεσμάτων**

1.4.1 Αξιολόγηση

Η αξιολόγηση είναι το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας και αποτελεί τη βάση για τον προσδιορισμό των σημείων και των συμπτωμάτων που υποστηρίζουν το επόμενο στάδιο, δηλαδή τη νοσηλευτική διάγνωση (Gordon 1994, Lunney 2010).

Είναι η διαδικασία αποτίμησης ή κρίσης και περιλαμβάνει την εξέταση του ασθενούς, τον εντοπισμό των στοιχείων, τη συλλογή, και την ανάλυση δεδομένων καθώς και την εξαγωγή συμπερασμάτων. Εστιάζει στη συλλογή στοιχείων, σχετικά με το επίπεδο υγείας του ασθενούς, τη λειτουργική ικανότητα, τη φυσική κατάσταση, τις δυνάμεις και τις αντιδράσεις σε πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας (Λεβεντέλης και Heinrich, 2008).

Η συλλογή δεδομένων είναι ο θεμέλιος λίθος της νοσηλευτικής διεργασίας και παράλληλα μια συνεχής διαδικασία, διότι μπορεί να πραγματοποιηθεί από επίσημες και ανεπίσημες συνεντεύξεις, παρατήρηση, επισκόπηση, ψηλάφηση, ακρόαση και συζήτηση με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας (Lukes 2010).

Κατά τη διάρκεια του σταδίου της αξιολόγησης, η συλλογή πληροφοριών πρέπει να είναι *περιγραφική*, δηλαδή να προέρχεται από την αντίληψη του ασθενούς για ένα σύμπτωμα, τις αντιλήψεις και τις παρατηρήσεις της οικογένειας καθώς και τις παρατηρήσεις των επαγγελματιών υγείας, *περιεκτική*, δηλαδή να περιγράφεται η πληροφορία που έχει ληφθεί και *πλήρης* όταν ο νοσηλευτής συλλέγει όλες τις πληροφορίες σχετικά με πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας (Lukes, 2010).

Οι *πηγές δεδομένων* διακρίνονται σε *πρωτογενείς* (ασθενής) και *δευτερογενείς* (οικογένεια, φίλοι, άλλοι επαγγελματίες υγείας και φάκελος του ασθενή με πρόσφατα δεδομένα). Οι *τύποι δεδομένων* περιλαμβάνουν τα *υποκειμενικά δεδομένα* δηλαδή αυτά που αντιλαμβάνεται μόνο ο ασθενής για το πρόβλημα υγείας του και συμπεριλαμβάνονται αισθήματα φόβου ή ψυχικού stress και όχι ο παρατηρητής λόγω νοσηλευτικού ιστορικού και τα *αντικειμενικά δεδομένα* δηλαδή συμπεριφορές, δραστηριότητες, γεγονότα, τα οποία γίνονται αντιληπτά μέσω των 5 αισθήσεων και βασίζονται σε πραγματικά δεδομένα (Cullagh, 2012).

Οι μέθοδοι συλλογής δεδομένων στο στάδιο της αξιολόγησης, που χρησιμοποιεί ένας νοσηλευτής είναι η *συνέντευξη*, το *νοσηλευτικό ιστορικό*, τα *εργαστηριακά αποτελέσματα* και τα *διαγνωστικά tests* (Brooker και άλλοι, 2007).

Η νοσηλευτική αξιολόγηση διακρίνεται σε 4 τύπους: **αρχική αξιολόγηση, εστιασμένη αξιολόγηση, επαναξιολόγηση και επείγουσα αξιολόγηση** (Osborn, Wraa και Watson, 2012). Η *αρχική αξιολόγηση* πραγματοποιείται κατά την είσοδο του ατόμου στο νοσηλευτικό τμήμα. Είναι λεπτομερειακή με σκοπό την εκτίμηση του επιπέδου υγείας, την αναγνώριση των παθολογικών καταστάσεων και την παροχή πληροφοριών σε βάθος που είναι σημαντικές για την επαναξιολόγηση. Η *εστιασμένη αξιολόγηση* αναφέρεται στη συλλογή δεδομένων για ένα πρόβλημα που έχει ήδη αναγνωρισθεί. Ακολουθεί την αρχική αξιολόγηση και καθορίζει το επίπεδο υγείας σε σχέση με το πρόβλημα, την επιδείνωση ή τη βελτίωσή του. Αυτού του τύπου η αξιολόγηση έχει μεγάλη σημασία στην κλινική πρακτική διότι μπορούν να

αποτιμηθούν νέες καταστάσεις στο ήδη υπάρχον πρόβλημα ή να αναγνωριστούν δεδομένα που έχουν διαφύγει κατά την αρχική αξιολόγηση. Η επαναξιολόγηση έπεται της αρχικής αξιολόγησης με σκοπό την εκτίμηση των οποιοδήποτε αλλαγών στο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Διενεργείται σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μετά την αρχική αξιολόγηση, είναι το ίδιο εκτενής, προσδιορίζει το βαθμό βελτίωσης ή επιδείνωσης των προβλημάτων που έχουν ήδη αναγνωριστεί, ή υποβάλει την εξακρίβωση νέων καταστάσεων. Η επείγουσα αξιολόγηση πραγματοποιείται σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή με στόχο την ταχεία αναγνώριση των παθολογικών καταστάσεων και την ταυτόχρονη ιεράρχηση των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κατάστασης (Ζυγά, 2010).

1.4.1.1 Συνέντευξη

Η συνέντευξη επικεντρώνεται στην συλλογή πληροφοριών και δεν πρόκειται για κοινωνική συναναστροφή. Η καλή επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για την ικανοποιητική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή. Η επικοινωνία μπορεί να είναι λεκτική – ομιλία και ακρόαση ή μη λεκτική/εξωλεκτική, η οποία περιλαμβάνει εκφράσεις του προσώπου, στάση σώματος, κίνηση και χειρονομίες. Η πορεία της επικοινωνίας κατευθύνεται προς την εξαγωγή ειδικών πληροφοριών που αφορούν την κατάσταση υγείας του ασθενή ή τα συναισθήματα που έχει για την υγεία του (Coombs, Curtis και Crookes, 2013).

Η συνέντευξη περιλαμβάνει 3 βασικά στάδια:

1. Την εισαγωγή, όταν δημιουργείται η σχέση με τον ασθενή.
2. Το κύριο μέρος της συνέντευξης.
3. Το τελικό μέρος της συνέντευξης.

Η προφορική επικοινωνία λέγεται και συνέντευξη. Συνέντευξη είναι η πρόσωπο με πρόσωπο συνάντηση με σκοπό τη συζήτηση για συγκέντρωση πληροφοριών. Η συνέντευξη που γίνεται με σκοπό την αξιολόγηση της υγείας του ατόμου είναι τόσο

προφορική όσο και γραπτή με την χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου το οποίο περιέχει συγκεκριμένες ερωτήσεις (Goran 2011, Ruchiwit 2013).

1.4.1.2 Τεχνικές για Αποτελεσματική Επικοινωνία

- 1.Ανοιχτές και ανώδυνες ερωτήσεις ή κάποια ευχάριστη παρατήρηση.
- 2.Ενθάρρυνση του ατόμου να περιγράψει (τα αισθήματά του, τον πόνο του, την αρρώστια, την εμπειρία του).
- 3.Παροχή πληροφοριών και σύντομων απαντήσεων σε τυχόν ερωτήσεις του ασθενούς.
- 4.Αποφυγή κλειστών και οδυνηρών, ευθειών ερωτήσεων.
- 5.Παρακολούθηση του συνομιλητή ενεργητικά και όχι παθητικά. Συμμετοχή με λέξεις όπως: Ναι, Έχετε δίκαιο, Τι λέτε; Αλήθεια; Λοιπόν; δίνουν τη βεβαιότητα της προσοχής.
- 6.Προσοχή και χρησιμοποίηση των λέξεων – κλειδιά για την ανακάλυψη και την ανάλυση του προβλήματος που πιθανόν υπάρχει.
- 7.Εκφράστε στον συνομιλητή σας ότι παρατηρήσατε(π.χ. φαίνεστε πολύ κουρασμένος, ή έχετε ανησυχία; Είστε εκνευρισμένος;).Του δίνετε την ευκαιρία να εκδηλωθεί περισσότερο.
- 8.Επανάληψη λέξεων ή φράσεων που είπε ο συνομιλητής με σκοπό την επιβεβαίωση ότι όλα είναι κατανοητά (π.χ. δηλαδή μου λέτε ότι το επεισόδιο παρουσιάστηκε μετά από την έντονη συζήτηση που προηγήθηκε).
- 9.Χρησιμοποίηση της σιωπής για να ακούσετε χωρίς την παρεμβολή της δική σας φωνής και να σκεφτείτε αυτό που ακούτε.
- 10.Εξασφάλιση συνεχούς προσωπικής επαφής με τον συνομιλητή, έτσι ώστε να παρακολουθούνται όλες τις αντιδράσεις του αλλά και ο συνομιλητής τις δικές μας (Κυριακίδου, 2005).

Επιπλέον, η νοσηλευτική συνέντευξη διακρίνεται σε *υποκειμενική* και *αντικειμενική*. Οι υποκειμενικές πληροφορίες συλλέγονται από τον ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τον τρόπο ζωής του, τα υποστηρικτικά συστήματα, τη μορφή/τύπο της νόσου, το τύπο της προσαρμογής, τις δυνάμεις και τους περιορισμούς. Αντιθέτως, οι αντικειμενικές πληροφορίες της συνέντευξης καθιερώνουν τη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή, εισάγουν τον άρρωστο με ευκολία σε έναν τρόπο που δεν είναι απειλητικός και ο νοσηλευτής είναι ικανός να αντιληφθεί τις ανησυχίες και τις απορίες του ασθενούς (Heinrich 2008, Cullagh 2012).

1.4.1.3 Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Ο νοσηλευτής και ο ασθενής επηρεάζονται από:

- 1.Σωματική, διανοητική, συναισθηματική κατάσταση και ανάγκες του ασθενούς.
- 2.Πολιτισμικό, κοινωνικό και φιλοσοφικό υπόβαθρο.
- 3.Αρτιότητα και λειτουργικότητα των αισθήσεων.
- 4.Προηγούμενες εμπειρίες σχετιζόμενες με την παρούσα κατάσταση.
- 5.Σημασία του γεγονότος.
- 6.Ενδιαφέρον, ανησυχίες, προκαταλήψεις και κίνητρα.
- 7.Γνώση ή εξοικείωση με την κατάσταση.
- 8.Περιβαλλοντικές συνθήκες και παράγοντες διάσπασης της προσοχής.
- 9.Παρουσία, συμπεριφορές και αντιδράσεις άλλων.

Ο νοσηλευτής αναλύει τα συλλεχθέντα δεδομένα και εξάγει συμπεράσματα για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Όταν οι διαγνώσεις διαμορφωθούν, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αναπτύξει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς, απαιτείται επιδεξιότητα στο διαχωρισμό πραγματικών δεδομένων και υποκειμενικής

ερμηνείας. Η ερμηνεία του νοσηλευτή θα πρέπει να επιβεβαιωθεί από τον ασθενή (Wilkinson 1992, McFarland 1993, www.aorn.org/research/pnds.htm).

1.4.1.4 Οδηγίες για τη Συλλογή Δεδομένων

Τα Πρότυπα Κλινικής Νοσηλευτικής Πρακτικής του ANA (2004) αποτελούν τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη συλλογή δεδομένων.

Οι προτεινόμενες οδηγίες είναι οι εξής:

- Χρησιμοποιείται ποικιλία πηγών πληροφόρησης, δηλαδή ο ασθενής, η οικογένεια του, άλλα σημαντικά πρόσωπα του ασθενή, άλλοι επαγγελματίες υγείας και ο φάκελος του ασθενούς.
- Χρησιμοποιούνται κατάλληλα εργαλεία για να επικυρωθεί η ακρίβεια των συλλεχθέντων στοιχείων, τα οποία στοιχεία συλλέγονται βάσει παρατήρησης, μετρήσεων και αλληλεπιδρώντας με τον ασθενή.
- Χρησιμοποιείται ένας συστηματικός τρόπος, δηλαδή θεωρητικά και εννοιολογικά πλαίσια. Ο νοσηλευτής συλλέγει δεδομένα, αξιολογώντας το κυρίως πρόβλημα του ασθενή και έπειτα αξιολογεί γενικά την κατάσταση της υγείας του.
- Τα συλλεχθέντα δεδομένα πρέπει να ενημερώνονται και να επικαιροποιούνται συνεχώς, προσθέτοντας νέες πληροφορίες από ποικίλες πηγές.
- Τα συλλεχθέντα στοιχεία πρέπει να καταγράφονται στο φάκελο του αρρώστου (Keenan 2008, Muller-Staub 2009).

1.4.1.5 Διαφοροποίηση αξιολόγησης ασθενούς στην κοινότητα σε σχέση με το νοσοκομείο.

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση ασθενούς – οικογένειας στην Κοινότητα διαφέρει από αυτήν που γίνεται κυρίως στο νοσοκομείο. Ένα σημείο διαφοροποίησης είναι το

ίδιο το περιβάλλον σε αντίθεση με το νοσοκομείο, το ιατρείο ή την κλινική, όπου το περιβάλλον ελέγχεται από λειτουργούς υγείας, η κοινότητα ελέγχεται από τον άρρωστο – οικογένεια. Ο νοσηλευτής δεν έχει την άμεση και διαρκή κάλυψη κανονισμών, πολιτικών και συναδέλφων στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του. Η οικογένεια, στην οποία ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι επισκέπτης, συχνά αποτελείται από πολλές γενεές, με σύνθετες σχέσεις, χρόνια προβλήματα και διάφορες συνήθειες. Σε αντίθεση με τα ιδρύματα υγείας, η κοινότητα δεν είναι εύκολο να διαμορφωθεί και να προσαρμοστεί για την παροχή νοσηλείας. Μπορεί να μην υπάρχουν τηλέφωνο, ζεστό νερό, κατάλληλος χώρος, να παρουσιάζεται έλλειψη τροφίμων και οι πιο κοντινές υποστηρικτικές υπηρεσίες να βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση.

Η αξιολόγηση διαφέρει, ακόμα, ως προς τη διάρκεια και το επίπεδο των προβλεπόμενων διαπροσωπικών σχέσεων ασθενούς – νοσηλευτή. Αντιθέτως, με της μικρής διάρκειας σχέση νοσηλευτή προς ασθενή στο νοσοκομείο, η σχέση με τον άρρωστο – οικογένεια στην κοινότητα μπορεί να διαρκέσει μήνες ή και χρόνια. Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι δυνατό να γίνουν πολύ προσωπικές, πιθανόν και στρεσογόνες.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα είναι διαφορετικός, διευρυμένος και πιο σύνθετος απ' ότι στο νοσοκομείο. Πρέπει να είναι προετοιμασμένος να χρησιμοποιεί όλες τις προσφερόμενες μεθόδους, τρόπους και μέσα που τον βοηθούν στην ανάπτυξη δημιουργικών σχέσεων με τον ασθενή και την οικογένεια, για τον ορθό έλεγχο του περιβάλλοντος με σκοπό την κατάλληλη και αποτελεσματική φροντίδα (Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου και Σουρτζή 2005, Stanhope και Lancaster 2009).

1.4.2 Νοσηλευτική Διάγνωση

Ο όρος Νοσηλευτική Διάγνωση εμφανίσθηκε για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία το 1950. Το 1976, η Aspinall περιέγραψε τη νοσηλευτική διάγνωση ως «τον αδύνατο

συνδετικό κρίκο» της νοσηλευτικής διεργασίας. Οι νοσηλευτές πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τις στρατηγικές αναζήτησης πληροφοριών αλλά και να έχουν καλό υπόβαθρο θεωρητικής γνώσης με το οποίο να διερευνούν και να αξιολογούν τις υπάρχουσες ενδείξεις με αποτέλεσμα την ακριβή διάγνωση.

- Το 1972, ο Νόμος για την Άσκηση της Νοσηλευτικής στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης αναγνώρισε νομικά τη νοσηλευτική διάγνωση ως πεδίο της επαγγελματικής νοσηλευτικής.
- Το 1973, ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών περιέλαβε αυτό τον όρο στα Πρότυπα της Νοσηλευτικής Πρακτικής , ως λειτουργία της επαγγελματικής νοσηλευτικής.
- Το 1977, οι θεωρητικοί της Νοσηλευτικής Επιστήμης άρχισαν την προσπάθεια ομαδοποίησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων για την εύκολη χρήση τους στη νοσηλευτική πρακτική.

Είναι η διαδικασία με την οποία οι πληροφορίες ταξινομούνται και αναλύονται έτσι ώστε να αναγνωρίζονται συγκεκριμένα πράγματα ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Ο επίσημος ορισμός που έχει εγκριθεί από την Ένωση Νοσηλευτικής Διαγνωστικής της Βόρειας Αμερικής (NANDA) στο ένατο συνέδριο το 1990 είναι ότι η νοσηλευτική διάγνωση αποτελεί την κλινική κρίση για το τρόπο που ένα άτομο, μια οικογένεια ή μια κοινότητα αντιδρά σε ένα πραγματικό ή δυνητικό πρόβλημα υγείας/οργανικής διαδικασίας, η οποία αποτελεί τη βάση για την ολιστική θεραπεία με σκοπό την επίτευξη αποτελεσμάτων για τα οποία είναι υπεύθυνος ο νοσηλευτής (NANDA, 2007).

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις αποτελούν τη βάση για την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα, την ευθύνη την φέρει ο νοσηλευτής (Johnson και άλλοι 2001, Carpenito – Moyet 2008).

Ο νοσηλευτής αναλύει τα στοιχεία που συλλέγει κατά την διάρκεια του σταδίου της αξιολόγησης, προκειμένου να καταλήξει στη σωστή διάγνωση (Gordon 1994, Lunney 2010). Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης εντάσσει τα στοιχεία σε κατηγορία τα οποία είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν για την αναγνώριση πραγματικών ή δυνητικών αλλαγών της υγείας (Nettle και άλλοι, 2010).

Με άλλα λόγια, στο στάδιο της διάγνωσης, ο νοσηλευτής:

- Ερμηνεύει και αναλύει τα δεδομένα του ασθενούς
- Προσδιορίζει τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ασθενούς
- Διατυπώνει και επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των νοσηλευτικών διαγνώσεων
- Αναπτύσσει έναν ιεραρχικό κατάλογο νοσηλευτικών διαγνώσεων (Beltz και άλλοι 2010, Agostino 2014).

Η νοσηλευτική διάγνωση περιγράφει ένα πρόβλημα υγείας υπαγόμενο στη νοσηλευτική παρέμβαση. Επίσης, μια νοσηλευτική διάγνωση υποδεικνύει την πραγματική κατάσταση της υγείας του ασθενούς ή τον κίνδυνο να εμφανιστεί κάποιο πρόβλημα, τους αιτιολογικούς παράγοντες ή σχετικούς παράγοντες και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (Carpenito 2004, Van Achterberg και άλλοι 2008). Σύμφωνα με τον Carpenito-Moyet (2007), υπάρχουν 4 τύποι νοσηλευτικών διαγνώσεων: **υπαρκτοί (ρεαλιστικοί), αυξημένου κινδύνου ή δυνητικές διαγνώσεις, ευεξίας και συνδρόμου.**

Τα στοιχεία νοσηλευτικής διάγνωσης περιλαμβάνουν το **τίτλο** (όνομα της διάγνωσης), ο οποίος πρέπει να είναι περιεκτικός και να αντιπροσωπεύει ένα πρότυπο, **υπόδειγμα ή σχετικές ενδείξεις**, τον **ορισμό**, οποίος πρέπει να είναι ευκρινής και ακριβής και να απεικονίζει το νόημα, τα **προσδιοριστικά χαρακτηριστικά**, δηλαδή παρατηρήσιμες ενδείξεις και συμπεράσματα λογικής ανάλυσης για μια υπαρκτή ή καλή κατάσταση υγείας (Van Achterberg και άλλοι 2008, Alexander 2010).

Για να αναπτυχθεί η νοσηλευτική διάγνωση, ο νοσηλευτής πρέπει να διακατέχεται από γνώσεις και να εξασκεί την κριτική του σκέψη (Lunney, 2010). Καταλήγοντας, περιλαμβάνουν και τους παράγοντες κινδύνου ή τους σχετιζόμενους παράγοντες, όπως περιβαλλοντικοί παράγοντες και οργανικά, ψυχολογικά, γενετικά ή χημικά στοιχεία που αυξάνουν την ευπάθεια του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας σε ένα ανθυγιεινό – επιβλαβές – νοσογόνο γεγονός.

Κατά την άποψη μας, ο νοσηλευτής στην Ελλάδα δεν κάνει νοσηλευτική διάγνωση, διότι θεωρεί ότι είναι αρμοδιότητα (κυρίως) της ιατρικής, υπάρχει υψηλός φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού, εμπειρίας και αυτονομίας. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζει τον ασθενή, το τμήμα και γενικότερα το νοσοκομείο και να επικρατεί ένα μοντέλο εργασίας προς τον ασθενή χωρίς να του παρέχεται ασφαλής, ολιστική – εξατομικευμένη φροντίδα. Με το να μην εφαρμόζεται η νοσηλευτική διάγνωση αποδεικνύεται ότι οι νοσηλευτές έχουν ανεπαρκείς γνώσεις και φαίνεται ότι δεν ασκούν την κριτική τους σκέψη στο εργασιακό τους περιβάλλον. Αυτό συνεπάγεται ότι δεν υπάρχει ποιότητα στη φροντίδα.

1.4.2.1 Πλεονεκτήματα Νοσηλευτικής Διάγνωσης

- Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών σχετικά με το επίπεδο ευεξίας του ασθενούς και το σχεδιασμό απαλλαγής από το πρόβλημα υγείας.
- Ενθαρρύνει το νοσηλευτή να αναπτύξει οργανωτικές δεξιότητες σε ένα πρόβλημα υγείας του αρρώστου.
- Χρησιμοποιείται για τη χάραξη της προόδου του νοσηλευτή, γράφοντας τις παραπομπές και την παροχή αποτελεσματικής μετάβασης της φροντίδας από τη μία μονάδα στην άλλη, από τη μια κλινική στην άλλη ή από το νοσοκομείο στην κοινότητα.
- Συμβάλλει στην επικοινωνία τόσο του ασθενή και της οικογένειας του με το νοσηλευτή, όσο και στην επικοινωνία με άλλους επαγγελματίες υγείας για την

εξάλειψη πιθανών προβλημάτων στην παροχή φροντίδας αλλά και για τη διατήρηση της υγείας του ασθενούς στο επίκεντρο (Taylor, Lillis και LeMone, 2010).

Γενικά, η νοσηλευτική διάγνωση είναι μια γνωστική δραστηριότητα με έμφαση στις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης και τις προσδοκίες του ασθενή. Η διαμόρφωση της νοσηλευτικής διάγνωσης επιτρέπει στο νοσηλευτή και τον ασθενή να καθορίσουν τους στόχους, τις προτεραιότητες και τα προβλεπόμενα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής διεργασίας.

1.4.2.2 Διαφοροποίηση μεταξύ Ιατρικής και Νοσηλευτικής Διάγνωσης

Ιατρική διάγνωση

- § Αναγνώριση της παθολογικής βάσης για μια ασθένεια.
- § Εστίαση στη φυσική κατάσταση του ασθενούς.
- § Αναφορά σε πραγματικά υπαρκτά προβλήματα.
- § Δεν επιβεβαιώνεται σε συνεργασία με τον ασθενή χρήση προτυποποιημένων στόχων και θεραπειών.
- § Μπορεί να μην είναι επιλύσιμη (Workman και άλλοι, 2008).

Νοσηλευτική διάγνωση

- § Αναγνώριση της αντίδρασης σε μια ασθένεια.

- § Εστίαση στις φυσικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς.
- § Αναφορά σε πραγματικά και δυνητικά προβλήματα.
- § Επιβεβαιώνεται σε συνεργασία με τον ασθενή, εάν είναι εφικτό.
- § Χρήση εξατομικευμένων αποτελεσμάτων και παρεμβάσεων.
- § Συνήθως είναι επιλύσιμη (Workman και άλλοι, 2008).

1.4.3 Σχεδιασμός (Προγραμματισμός)

Ο σχεδιασμός είναι το τρίτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Το σχέδιο για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να περιγραφεί ως η αποφασιστικότητα για το τι μπορεί να γίνει για να βοηθηθεί ο ασθενής, συνεπάγοντας τους στόχους και τις προσδοκίες, κρίνοντας τις προτεραιότητες και σχεδιάζοντας τις μεθόδους και επιλύοντας τη δράση ή τα προβλήματα (Brooker και άλλοι 2007).

Ο σχεδιασμός συμβάλλει στην αντιμετώπιση των νοσηλευτικών διαγνώσεων με σειρά προτεραιότητας, στην οποία πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας αρκετούς παράγοντες, δηλαδή βιολογικές και λειτουργικές ανάγκες, οξύτητα των αναγκών, αντιλήψεις και αξίες του ασθενούς και η φύση της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή (Wilkinson 2006, Carpenito-Moyet 2007).

Καθοριστικοί παράγοντες για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων στη νοσηλευτική φροντίδα αποτελούν οι αντιλήψεις και οι αξίες του ασθενή. Η φύση της σχέσης νοσηλευτή – ασθενή θα καθορίσει τη σειρά, με την οποία ο νοσηλευτής θα

αντιμετωπίσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις του ασθενούς (Fawcett 2005, Lubbe και Roets 2014).

Μετά τον καθορισμό των προτεραιοτήτων στις νοσηλευτικές διαγνώσεις, τίθενται στόχοι και σκοποί έτσι ώστε να περιγραφούν αδρά τα αναμενόμενα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Τίθενται βραχυπρόθεσμοι στόχοι για την άμεση φροντίδα του ασθενούς, οι οποίοι αναμένεται να επιτευχθούν σε σύντομο χρονικό διάστημα, συνήθως λιγότερο από 1 εβδομάδα και μακροπρόθεσμοι στόχοι, οι οποίοι πρόκειται να επιτευχθούν σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, συνήθως σε εβδομάδες ή μήνες (Carpenito 1995, Ackley και άλλοι 1999).

Εφόσον καθοριστούν αυτοί οι στόχοι και σκοποί, επόμενο βήμα είναι η διενέργεια παρεμβάσεων για την επίτευξή τους, δηλαδή προσχεδιασμένες νοσηλευτικές ενέργειες που είναι πιθανό να οδηγήσουν στις επιθυμητές εκβάσεις. Μετά τον καθορισμό των κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων (οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι μια φροντίδα κατάταξης στο σύστημα το οποίο περιγράφει τις δραστηριότητες που οι νοσηλευτές εκτελούν ως μέρος της φάσης του σχεδιασμού της νοσηλευτικής διεργασίας που σχετίζεται με τη δημιουργία ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας), ο νοσηλευτής επιλέγει εναλλακτικές πρακτικές. Ο νοσηλευτής προσχεδιάζει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, στα οποία αναμένεται η αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενή ως απάντηση στη νοσηλευτική φροντίδα (Alfaro και McDonald, 1994) και την επιθυμητή ανταπόκριση της κατάστασης του αρρώστου στις φυσιολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και αναπτυξιακές ή πνευματικές διαστάσεις.

Εν ολίγοις, στο στάδιο αυτό ο νοσηλευτής:

- § Καθορίζει τις προτεραιότητες
- § Καταγράφει τους σκοπούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις του ασθενούς και αναπτύσσει στρατηγική εκτίμησης των αποτελεσμάτων
- § Επιλέγει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις

§ Γνωστοποιεί το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας (Brooker και άλλοι, 2007).

1.4.4 Εφαρμογή

Το στάδιο της εφαρμογής αποτελεί το δυναμικό μέρος καθώς και την εκτέλεση του προηγούμενου σταδίου της νοσηλευτικής διαδικασίας. Η συνεχής εκτίμηση του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παρέμβαση αποτελεί σημαντική παράμετρο του σταδίου της εφαρμογής. Αναφέρεται στις πράξεις, οι οποίες έγιναν έτσι ώστε να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι. Θεωρείται ως η ουσιαστική προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας και είναι η εφαρμογή του σχεδίου. Η εφαρμογή άρχισε όταν ο νοσηλευτής θεωρήθηκε εναλλακτική δράση και επιλογή κατάλληλη να πετύχει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας από τους νοσηλευτές (McCloskey και άλλοι 1996, Bekhet και άλλοι 2008).

Περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις για την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη ασθενειών, την αποκατάσταση της υγείας, την παροχή βοήθειας για την εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, την παροχή συμβουλών και τη διδασκαλία του ασθενούς ή της οικογένειας του, δίνοντας άμεση φροντίδα στην επίτευξη των στόχων, την εποπτεία και την αξιολόγηση του έργου των μελών του προσωπικού, την καταγραφή και την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τη συνεχή υγειονομική περίθαλψη του ασθενή καθώς και τη διευκόλυνση αντιμετώπισης των δυσλειτουργιών, οι οποίες πρέπει να στηρίζονται στη λογική. Βέβαια, η λογική πρέπει να βασίζεται στις γνώσεις του νοσηλευτή, στην προηγούμενη εμπειρία του και στην εξατομικευμένη αξιολόγηση του ασθενούς (Bekhet και άλλοι, 2008).

Η εφαρμογή αρχίζει μετά την ανάπτυξη του σχεδίου φροντίδας και εστιάζει στην πυροδότηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων έτσι ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της φροντίδας.

Για να ολοκληρωθεί αποτελεσματικά το στάδιο της εφαρμογής, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τους τύπους των παρεμβάσεων (εξαρτώμενες, αλληλοεξαρτώμενες ή ανεξάρτητες παρεμβάσεις), τη διαδικασία της εφαρμογής και τις ειδικές μεθόδους της.

Κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του νοσηλευτικού προγράμματος ο νοσηλευτής ακολουθεί συγκεκριμένες βασικές αρχές όπως:

- Καθορίζει τις προτεραιότητες της κάθε ημέρας βασιζόμενος στις αρχικές εκτιμήσεις αλλά και στις αλλαγές που παρουσιάζει η κατάσταση του ασθενούς.
- Γνωρίζει την αλληλένδετη φύση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.
- Καθορίζει τις πιο κατάλληλες παρεμβάσεις για κάθε ασθενή βασιζόμενος στην κατάσταση της υγείας του και στη θεραπεία της νόσου του.
- Πραγματοποιεί παρεμβάσεις χρησιμοποιώντας εκείνα τα διαθέσιμα μέσα, τα οποία είναι δυνατόν να εφαρμοσθούν στην πράξη (Rubenfeld 1995, Dossey και άλλοι 2005, Brooker και άλλοι 2007).

Η εφαρμογή έχει 5 βήματα:

1. *Επαναξιολόγηση του ασθενούς*, δηλαδή επανεξέταση φυσικών, αναπτυξιακών, πνευματικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πνευματικών αναγκών.
2. *Επανεξέταση και τροποποίηση του υφιστάμενου σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας*, δηλαδή αξιολόγηση πληροφοριών, αναθεώρηση νοσηλευτικών διαγνώσεων, συγκεκριμένη εφαρμογή μεθόδων που αντιστοιχούν στις νέες νοσηλευτικές διαγνώσεις και στους στόχους του ασθενή και αξιολόγηση της ανταπόκρισης του ασθενή στις νοσηλευτικές ενέργειες.
3. *Προσδιορισμός των τομέων της ενίσχυσης/βοήθειας*, δηλαδή επιπλέον προσωπικές, γνωσιακές ή νοσηλευτικές δεξιότητες.

4. *Εφαρμογή νοσηλευτικών στρατηγικών*, δηλαδή γνωστικές, διαπροσωπικές και ψυχοκινητικές ικανότητες.

5. *Επικοινωνιακές παρεμβάσεις*, δηλαδή ανακοινώνονται προφορικά από τον ένα νοσηλευτή στον άλλο ή σε άλλους επαγγελματίες υγείας, με σαφή και συνοπτικό τρόπο (Brooker και άλλοι, 2007).

Παράλληλα, κατάλληλα εργαλεία για μια ολοκληρωμένη εφαρμογή αποτελούν και τα κλινικά πρωτόκολλα, τα οποία περιγράφουν (προκαταβολικά) τη φροντίδα του ασθενούς σε καθορισμένο χρονικό διάστημα (Carpenito-Moyet, 2007).

Τα κλινικά πρωτόκολλα βασίζονται στην έρευνα και συγκροτούνται από πρακτικές βασισμένες σε ενδείξεις ή συγκριτικές μελέτες. Αυτές οι πρακτικές που βασίζονται σε ενδείξεις είναι απαραίτητες για την επιλογή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Εμπεριέχονται στη νοσηλευτική διεργασία ως μια προσέγγιση που υποστηρίζει την επίλυση προβλημάτων σε θέματα λήψης κλινικών αποφάσεων και περιλαμβάνει την αναζήτηση των άριστων και εμπεριστατωμένων ενδείξεων στο πλαίσιο της κλινικής ειδίκευσης και αξιολόγησης και των αξιών του ασθενούς (Benner και Leonard, 2007).

Κατά το στάδιο αυτό, ο νοσηλευτής:

§ Εκτελεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

§ Συνεχίζει τη συλλογή δεδομένων και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, εάν ενδείκνυται.

§ Τεκμηριώνει τη φροντίδα (Prescott και Phillips 1996, Bekhet και άλλοι 2008, Bloniasz 2011).

1.4.5 Εκτίμηση των Αποτελεσμάτων

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων αποτελεί το πέμπτο και τελευταίο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και περιλαμβάνει την κριτική της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που δόθηκε και την αποτελεσματικότητά της σε σχέση με τους

αντικειμενικούς σκοπούς. Είναι μια αμοιβαία διαδικασία μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή, ο οποίος λαμβάνει τη φροντίδα. Οι πληροφορίες σχετίζονται με τις συνήθειες, τις προκλήσεις και τις ανάγκες του ατόμου, τα κριτήρια των εκβάσεων και τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Dossey και άλλοι, 2005).

Εκτίμηση είναι ο έλεγχος της αξίας ή της σπουδαιότητας που έχει κάτι, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένα κριτήρια με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και τη λήψη αποφάσεων. Δεν έχει σκοπό να επικρίνει αυτό που υπάρχει, αλλά να συγκεντρώσει αντικειμενικές πληροφορίες που θα βοηθήσουν το νοσηλευτή να εξηγήσει την κατάσταση και να πάρει καλύτερες αποφάσεις, σχετικά με το τι θα διατηρήσει και τι θα αλλάξει σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα που προγραμματίσει και προσέφερε (Alfaro – LeFevre, 1999).

Εξετάζεται τόσο η κατάσταση του ασθενούς όσο και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Αν όμως, το αποτέλεσμα δεν επιτευχθεί, το σχέδιο φροντίδας αναθεωρείται και η διεργασία ξεκινά από την αρχή μέχρι να επιτευχθούν θετικά αποτελέσματα, όταν κι αν αυτό είναι δυνατόν. Το στάδιο της εκτίμησης είναι μια διαδικασία που καθορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στον ασθενή (Katz και Green 1996, Bloniasz 2011).

Στο στάδιο της εκτίμησης ο νοσηλευτής:

- § Εκτιμά την επίτευξη των επιθυμητών σκοπών/εκβάσεων του ασθενούς
- § Προσδιορίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία του σχεδίου φροντίδας
- § Τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, εάν ενδείκνυται (Anema και άλλοι, 2001).

1.5 Κριτική Σκέψη

Σύμφωνα με τους Osborn, Wraa και Watson (2012) η Νοσηλευτική Διεργασία αποτελεί μια διαδικασία λήψης αποφάσεων που απαιτεί κριτική σκέψη. Η εφαρμογή της, παρέχει το βασικό θεμέλιο για τις δεξιότητες της κριτικής σκέψης έτσι ώστε να λειτουργήσει ο νοσηλευτής με ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο.

Η κριτική σκέψη είναι μια διεργασία οργανωμένη, επιστημονική και αυστηρά ελεγχόμενη. Περιλαμβάνει την εξέταση των εξής στοιχείων: σκοπό, πρόβλημα ή ερώτηση επί του θέματος, υποθέσεις, έννοιες, αιτιολόγηση που οδηγεί σε συμπεράσματα, συνέπειες και επιπτώσεις (Paul, 2004). Με την κριτική το άτομο συστηματικά και συγκροτημένα επιβάλλει κριτήρια και διανοητικά πρότυπα στη διεργασία της σκέψης. Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής, το άτομο έχει επίγνωση και συμμετέχει ενεργά, οδηγώντας τη σκέψη του σε νέα συμπεράσματα (Paul, 2004). Η κριτική σκέψη είναι καθοδηγούμενη, σκόπιμη και χαρακτηρίζεται ως μία πνευματική δραστηριότητα, με την οποία δημιουργούνται και αξιολογούνται ιδέες, καταρτίζονται προγράμματα και αποφασίζονται επιθυμητά αποτελέσματα. Δεν αναφέρεται μόνο στις ικανότητες αντίληψης και τις δεξιότητες του νοσηλευτή (Giordano, 2003).

Η κριτική σκέψη εφαρμόζεται σε κάθε στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι δηλαδή, αλληλένδετες συνιστώσες της λήψης αποφάσεων και της επιστημονικής τεκμηρίωσης, επηρεάζουν και ενδυναμώνουν το νοσηλευτή στον καθορισμό των ευθυνών του απέναντι στους ασθενείς μέσα από εξαρτημένους, αλληλοεξαρτώμενους και ανεξάρτητους ρόλους που εμπεριέχονται στη νοσηλευτική πρακτική (Fesler - Birch, 2005).

Παράλληλα επιτρέπει στο νοσηλευτή να παρέχει ασφαλή, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Με την κριτική σκέψη οι νοσηλευτές αναλύουν την

κατάσταση προκειμένου να εντοπίσουν τα στοιχεία που εμπλέκονται και τις ενέργειες που είναι κατάλληλες, εφαρμόζουν πρότυπα σύμφωνα με τους καθορισμένους, προσωπικούς, και επαγγελματικούς κανόνες και κατηγοριοποιούν εντοπίζοντας ομοιότητες και διαφορές (Alfaro-LeFevre 2005, Cullagh 2012).

Πίνακας 1. Κριτική σκέψη, ενέργειες και στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Κριτική Σκέψη	Ενέργειες Νοσηλευτικής Διεργασίας	Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας
Ενσυναίσθηση – Κατανόηση των αναγκών του άλλου	Επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή Συλλογή δεδομένων Ερμηνεία και επιβεβαίωση Δεδομένων	Αξιολόγηση
Αναγνώριση υπαρκτών και δυνητικών προβλημάτων	Διαμόρφωση νοσηλευτικής διάγνωσης και επιθυμητών εκβάσεων	Νοσηλευτική Διάγνωση και Καθορισμός επιθυμητών αποτελεσμάτων
Λήψη αποφάσεων για Παρέμβαση	Ιεράρχηση νοσηλευτικών διαγνώσεων Διαμόρφωση σκοπών και στόχων Επιλογή προσχεδιασμένων παρεμβάσεων	Σχεδιασμός
Ελαχιστοποίηση της πιθανότητας να επέλθουν ανεπιθύμητα	Οργάνωση νοσηλευτικών παρεμβάσεων Εκτέλεση επιλεχθέντων	Εφαρμογή

αποτελέσματα	νοσηλευτικών παρεμβάσεων	
Μεγιστοποίηση της πιθανότητας για επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων	Επιβεβαίωση της νοσηλευτικής διάγνωσης Έλεγχος περί του εάν οι σκοποί και οι στόχοι έχουν επιτευχθεί Πραγματοποίηση απαραίτητων αναθεωρήσεων και τροποποιήσεων	Εκτίμηση
Εξεύρεση τρόπων για βελτίωση της κατάστασης (ακόμα και αν δεν υπάρχει εμφανές πρόβλημα)	Επανάληψη της διεργασίας για την παροχή της μέγιστης δυνατής αυτονομίας	Συνέχιση Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η χρήση της στη νοσηλευτική διεργασία ενισχύει την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στους ασθενείς και είναι απαραίτητη στη Νοσηλευτική όταν ο νοσηλευτής αξιολογεί, διαμορφώνει διαγνώσεις, εκτιμά την κατάσταση του ασθενή και αναπτύσσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας (Wilkinson, 2006).

Τη τελευταία όμως 20ετία, οι νοσηλευτές εκτός από την κριτική σκέψη χρησιμοποιούν αρκετά συχνά και τη διαισθητική τους κρίση στην κλινική πράξη. Η διαίσθηση είναι ένας όρος που 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 (Ignatavicious και Workman, 2008).

Γενικά, η κριτική σκέψη στη νοσηλευτική:

§ Περιλαμβάνει σκόπιμη σκέψη προσανατολισμένη στα αποτελέσματα.

- § Καθοδηγείται από τις ανάγκες των ασθενών, των οικογενειών και των κοινοτήτων
- § Βασίζεται στις αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας και της επιστημονικής μεθόδου.
- § Απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρία.
- § Καθοδηγείται από επαγγελματικά κριτήρια και δεοντολογικούς κώδικες.
- § Απαιτεί στρατηγικές που μεγιστοποιούν το *ανθρώπινο δυναμικό* (π.χ. χρησιμοποιώντας τα δυνατά σημεία του ατόμου) και επανορθώνει προβλήματα που δημιουργούνται από την *ανθρώπινη φύση* (π.χ. η ισχυρή επίδραση των προσωπικών αντιλήψεων, αξιών και «πιστεύω»).
- § Συνεχώς επαναξιολογείται, αυτοδιορθώνεται και προσπαθεί να βελτιωθεί (Alfaro-LeFevre 2005, Sorensen 2008, Yi-Hsin Yang και άλλοι 2011).

1.6 Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κλινική Πράξη

Σύμφωνα με τους LeMone και Burke (2006), ο νοσηλευτής έχοντας πλέον αποκτήσει εμπειρία, δε σταματά να σκέπτεται συνειδητά τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Αντίθετα, χρησιμοποιεί τη διαδικασία ως πλαίσιο για να αντιμετωπίσει τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς. Για παράδειγμα, όταν αντιμετωπίζει έναν ασθενή που αιμορραγεί, χρησιμοποιεί και τα πέντε στάδια ταυτόχρονα προκειμένου να καλύψει τις άμεσες και απαραίτητες για την επιβίωση ανάγκες του ασθενούς.

Από την άλλη πλευρά, όταν αντιμετωπίζει έναν ασθενή με χρόνια νόσο ή αναπηρία κάνει εκτιμήσεις σε βάθος χρόνου, καθορίζει τους θεραπευτικούς στόχους μαζί με τον ασθενή και λειτουργεί μέσω γραπτού σχεδίου φροντίδας και αναθεωρείται από όλους τους νοσηλευτές που προσφέρουν φροντίδα στον ασθενή. Καθώς ο νοσηλευτής αποκτά περισσότερη εμπειρία, η Νοσηλευτική Διεργασία γίνεται τόσο πολύ μέρος του ίδιου του εαυτού του ώστε είναι πιθανό ακόμη και να μην τη σκέπτεται ενσυνείδητα ενόσω

φροντίζει τον ασθενή. Η νοσηλευτική πρακτική και διεργασία πλέον ταυτίζονται (Benner 1984, Hinchliff, Norman και Schober 1998, Lukes 2010, Alemseged 2014).

Παρόλα αυτά, έχοντας οι Έλληνες νοσηλευτές ένα υπόβαθρο θεωρητικής γνώσης από την προπτυχιακή τους εκπαίδευση, η Νοσηλευτική Διεργασία δεν εφαρμόζεται καθόλου στην κλινική πράξη είτε μπορεί να παρατηρηθεί ότι εφαρμόζεται ελάχιστα. Οι παράγοντες που αναστέλλουν αυτή την εφαρμογή είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού για τη στελέχωση όλων των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας, η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη γνώσεων αφού αδιαφορούν σε περαιτέρω προγράμματα επιμόρφωσης, η έλλειψη εμπειρίας που συνδέεται άμεσα με την κριτική σκέψη, η απουσία αυτονομίας από το νοσηλευτή και η μη ενθάρρυνση από τη διοίκηση (Roussel και Swansburg, 2010). Η μη χρήση της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην πρακτική φέρει επιπτώσεις, οι οποίες συνδέονται άρρηκτα με τον ασθενή που είναι το κέντρο του κύκλου αποτρέποντας την ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα του.

1.7 Θεωρητικές Βάσεις της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η Νοσηλευτική Διεργασία μόνη της είναι απλά ένας κλώνος της θεωρίας και όχι απλά μια πλήρης θεωρία. Η προσπάθεια να δομηθεί μια περιεκτική θεωρία γύρω από αυτή μπορεί να δοκιμαστεί με δύο κινήσεις: 1) την προσπάθεια να χρησιμοποιηθεί η Νοσηλευτική Διεργασία σε συνδυασμό με άλλες θεωρίες, οι οποίες στερούνται ένα στοιχείο διεργασίας και 2) την προσπάθεια να ταξινομηθούν οι νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις σαν συμπληρωματικά τεμάχια περιεχομένου.

Η πιο κοινή τακτική δεν είναι να συνδέσει τη Νοσηλευτική Διεργασία με μια υπάρχουσα θεωρία αλλά να παράγει νέο περιεχόμενο που να διευκολύνει αυτή. Οι Loomis και Wood έδωσαν ένα παράδειγμα μιας τέτοιας φτιαγμένης θεωρίας. Το στοιχείο της διεργασίας τους είναι μια διατύπωση της Νοσηλευτικής Διεργασίας με στοιχεία συλλογής δεδομένων, διάγνωσης, σχεδιασμού, θεραπείας και αξιολόγησης. Στο μοντέλο τους, ένα δεύτερο σύνολο από συστατικά αναγνωρίζει πραγματικά ή

δυναμικά προβλήματα υγείας. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει αναπτυξιακές αλλαγές ζωής, αποκλίσεις οξείας υγείας, αποκλίσεις χρόνιας υγείας και πολιτιστικούς – στρεσογόνους παράγοντες. Αυτά τα στοιχεία της θεωρίας μπορεί καλύτερα να ερμηνευτούν σαν στοιχεία περιεχομένου που είναι καταστάσεις κάτω από τις οποίες η νοσηλευτική συμβαίνει. Το μοντέλο των Loomis και Wood το 1983, διευκρινίζει μια νοσηλευτική θεωρία φτιαγμένη από συνδυασμό της Νοσηλευτικής Διεργασίας με άλλα στοιχεία, σε αυτή την περίπτωση προβλήματα υγείας και ανθρώπινες αντιδράσεις. Μια πιο κοινή τακτική είναι να συνδέσει τη Νοσηλευτική Διεργασία με τη νοσηλευτική διάγνωση (Αποστολοπούλου, 1999). Η **ολιστική θεωρία**, στην οποία ο άνθρωπος επηρεάζεται από στρεσογόνους παράγοντες και αντιδρά προς αυτούς ως αδιαίρετη, σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική ολότητα, με αποτέλεσμα η νοσηλευτική φροντίδα να επικεντρώνεται ολοκληρωτικά στον άνθρωπο.

Οι επιστημονικές θεωρίες:

Η **θεωρία των ανθρώπινων αναγκών**, στην οποία ο **MASLOW** διατύπωσε τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου με μια ιεραρχική σειρά ως εξής:

1. Βιολογικές ανάγκες επιβίωσης
2. Ασφάλεια
3. Συμμετοχή και αγάπη
4. Κοινωνική εκτίμηση και αυτοεκτίμηση
5. Αυτοπραγμάτωση, δηλαδή προσωπική τελειοποίηση (Hoffman και άλλοι 2008, Ruchiwit 2013).

Η **θεωρία των γενικών συστημάτων**, εστιάζει στο εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου (κύτταρα, όργανα, συστήματα) και το εξωτερικό του περιβάλλον (οικογένεια, σχολείο, κοινωνία) για μια αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα. Αυτού του είδους οι θεωρίες είναι οι εξής:

- **NEUMAN:** Θεωρία που εστιάζει στο ότι το άτομο είναι μια δυναμική σύνθεση των φυσιολογικών, κοινωνικοπολιτισμικών και αναπτυξιακών μεταβλητών που

λειτουργούν ως ένα ανοιχτό σύστημα. Πιστεύει ότι η νοσηλευτική ασχολείται με ολόκληρο τον άνθρωπο και γι' αυτό επικεντρώνεται στις μεταβλητές που επηρεάζουν την ανταπόκριση του ασθενούς με το στρεσογόνο παράγοντα (Tourville και Ingalls, 2003).

Η *διαπροσωπική θεωρία*, τονίζει ότι η νοσηλευτική μπορεί να εκπληρώσει τους σκοπούς της μέσα από μια οικοδομητική, παιδαγωγική, θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-αρρώστου. Εκπρόσωποι αυτής:

- **PEPLAU:** Εστιάζει στο άτομο, το νοσηλευτή και τη διαδραστική διαδικασία. Το αποτέλεσμα είναι η σχέση μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή (Torres 1986, Marriner – Tomey 1989). Η θεωρία του Peplau είναι μοναδική στο ότι η συνεργάσιμη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, δημιουργεί μια «ώριμη δύναμη» μέσα από την οποία η διαπροσωπική αποτελεσματικότητα βοηθά στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή αλλά και στην ανάπτυξη της προσωπικότητάς του. Η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή – ασθενή χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες φράσεις: προσανατολισμός, προσδιορισμός, εξήγηση και αποφασιστικότητα (Chinn και Jacobs 1987, Gastmans 1998). Παράλληλα ανέπτυξε ένα σχέδιο άσκησης της ψυχιατρικής νοσηλευτικής, όπου ασχολήθηκε με το άγχος, τη συναισθηματική ταύτιση, τα συμπεριφοριστικά εργαλεία και τα εργαλεία για την αξιολόγηση λεκτικών απαντήσεων (Marriner – Tomey, 1989).
- **NIGHTINGALE:** Η Florence Nightingale είναι ένα θεωρητικό και εννοιολογικό μοντέλο για τη Νοσηλευτική (Meleis 1985, Torres 1986, Chinn και Jacobs 1987, Marriner – Tomey 1989). Προσανατολίζεται προς την παροχή καθαρού αέρα, φωτός, ζεστασιάς, καθαριότητας, ησυχίας και επαρκούς διατροφής (Nightingale 1860, Torres 1986). Μέσα από την παρατήρηση και τη συλλογή δεδομένων σύνδεσε την κατάσταση υγείας του ασθενούς με περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Ο Torres (1986) σημειώνει ότι η Nightingale

παρέχει τις βασικές έννοιες και προτάσεις που θα μπορούσαν να επικυρωθούν και να χρησιμοποιηθούν στην πράξη στη νοσηλευτική. Τα γράμματα και τα γραπτά της Nightingale καθοδηγούν το νοσηλευτή να ενεργήσει εκ μέρους του ασθενή και οι αρχές της καλύπτουν την πρακτική, την έρευνα και την εκπαίδευση (Marriner – Tomey, 1989).

Η Nightingale δίδαξε και χρησιμοποίησε τη διαδικασία της νοσηλευτικής σημειώνοντας ότι « η ζωτικής σημασίας παρατήρηση (αξιολόγηση) ... δεν είναι μόνο για χάρη της συλλογής διαφόρων πληροφοριών ή περίεργων γεγονότων αλλά και για χάρη της διάσωσης μιας ζωής και της βελτίωσης της υγείας και της άνεσης» (Sampson και Deborah 2012, Taylor και άλλοι 2014).

Ανασκοπώντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση στην Ελλάδα, διαπιστώσαμε ότι δεν είχαν πραγματοποιηθεί ερευνητικές μελέτες σε σχέση με το θέμα μας. Η μόνη ερευνητική (πιλοτική) έρευνα με τον όρο Νοσηλευτική Διεργασία, διεξήχθη το 2010 από φοιτητές Νοσηλευτικής ενός ΑΕΙ της χώρας μας, η οποία διερεύνησε τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία. Το δείγμα αποτελέσαν 50 νοσηλευτές από τέσσερις πόλεις της Ελλάδας (Πάτρα, Πύργο, Ρέθυμνο και Αθήνα). Τα σημαντικότερα αποτελέσματα ήταν τα παρακάτω:

- Το 86% των νοσηλευτών γνωρίζει τη Νοσηλευτική Διεργασία
- Το 74% την έχει διδαχθεί από τη σχολή που φοίτησε
- Η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται σε ποσοστό 40%
- Το 44% δεν την εφαρμόζει λόγω έλλειψης χρόνου
- Το 76% απάντησε ότι ο προϊστάμενος της κλινικής, τους ενθαρρύνει να εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διεργασία
- Το 42% πιστεύει πως η Νοσηλευτική Διεργασία βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες
- Το 50% των νοσηλευτών πιστεύει ότι πρέπει να εφαρμόζεται από βοηθούς νοσηλευτές.

Παράλληλα, παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2003 από φοιτητές άλλου Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της χώρας μας, η οποία αναφερόταν στο στάδιο της Νοσηλευτικής Διάγνωσης. Το δείγμα αποτελέσαν 200 νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ) καθώς και βοηθοί νοσηλευτές (ΔΕ) από τα δύο νοσοκομεία ενός νομού της Ελλάδας. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι:

- Το 36,5% των νοσηλευτών εφαρμόζουν περιστασιακά τον όρο Νοσηλευτική Διάγνωση στην κλινική πράξη
- Το 32,5% δεν τον εφαρμόζουν καθόλου
- Το 25,5% εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διάγνωση στην κλινική πράξη

- Η έλλειψη χρόνου και οι ελλειπείς απαραίτητες γνώσεις γύρω από το θέμα οδηγούν τους νοσηλευτές στο να μην εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διάγνωση στην καθημερινή κλινική τους πράξη.

Ανασκοπικά, έχουν υπάρξει βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις αναφερόμενες στην εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας για την ανάλυση κάθε ασθένειας - νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Ελλάδας, σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία. Παράλληλα, στόχος μας ήταν να προσπαθήσουμε να απαντήσουμε στην ερώτηση εάν ο παραπάνω όρος (Νοσηλευτική Διεργασία) είναι ουτοπία ή ένας στόχος που μπορεί να επιτευχθεί στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεθοδολογία της Έρευνας

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για την βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας. Προσφέρει βασικές γνώσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια του πληθυσμού, στοχεύει στην ανάπτυξη εργαλείων προκειμένου να προαχθεί η Υγεία, να προληφθεί η ασθένεια και να αμβλυνθούν οι συνέπειές της (Bowling, 2002). Επίσης επιχειρεί να αποκαλύψει καλύτερες προσεγγίσεις για τη φροντίδα υγείας του ατόμου ή του πληθυσμού (Nelson και Thomas, 2003).

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 (Δημητρόπουλος 2001, Ζαφειρόπουλος 2005). Η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται επιστημονική εφόσον εξασφαλίζεται ότι κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της αξιοποιούνται μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία (Δημητρόπουλος, 2001).

Η πραγματοποίηση έρευνας στο χώρο της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη και την εφαρμογή της, καθώς όλο το οικοδόμημα του ανθρώπινου πολιτισμού μπορεί να θεωρηθεί ως το προϊόν μιας συνεχούς και ακατάπαυστης ερευνητικής διαδικασίας. Η έρευνα μέσω της συστηματικής μελέτης αποσκοπεί στην απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης, προσθέτει πληροφορίες επί των υπό μελέτη φαινομένων και θεμάτων, οδηγώντας έτσι στην καλύτερη και βαθύτερη κατανόησή τους.

Η διεξαγωγή έρευνας στο χώρο της υγείας, αποτελεί σημαντική δραστηριότητα για την ανθρώπινη εξέλιξη και πρόοδο και θα πρέπει να πραγματοποιείται με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Αν και εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία, η συμμετοχή ενός επιστήμονα στην έρευνα αποτελεί έκφραση της ανθρώπινης ανάγκης για

δημιουργικότητα καθώς και της έμφυτης περιέργειας, η οποία ωστόσο αποτελεί διαχρονικά την αφετηρία της προόδου.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Φεβρουάριο έως Αύγουστο 2014 και ήταν μια ποσοτική έρευνα, που στόχος της ήταν να διαπιστώσουμε και να συγκρίνουμε τις γνώσεις και απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία σε Δημόσια-Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Ελλάδας.

2.1 Σχεδιασμός

Για την παρούσα έρευνα έπρεπε να χρησιμοποιηθεί βιβλιογραφική ανασκόπηση και να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη μέθοδο και την καταγραφή της έρευνας. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο προηγούμενο κεφάλαιο έδειξε ότι δεν έχει πραγματοποιηθεί, στην Ελλάδα, παρόμοια έρευνα. Απότοκος αυτού, ήταν να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία, έτσι ώστε με αυτόν τον τρόπο να προαχθεί περισσότερο η νοσηλευτική επιστήμη.

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), η υψηλής ποιότητας έρευνα και τα έγκυρα ερευνητικά πορίσματα, αποτελούν προϊόντα εξαντλητικής προεργασίας, συστηματικής μεθοδολογικής και θεωρητικής προσέγγισης και όχι απλώς συμπτωματικά αποτελέσματα τύχης.

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Ο όρος ποσοτική έρευνα συνίσταται στη συστηματική συλλογή αριθμητικών δεδομένων και πληροφοριών, τα οποία ακολούθως αναλύονται αξιοποιώντας συγκεκριμένες στατιστικές δοκιμασίες, προκειμένου να εξηγηθούν τα υπό μελέτη φαινόμενα (Aliaga και Gunderson, 2002). Η ποσοτική έρευνα, αντλεί τον επιστημολογικό προσανατολισμό της, κυρίως από τον θετικισμό και τον εμπειρισμό, φιλοσοφικές αντιλήψεις τις οποίες υιοθέτησε στα πλαίσια των φυσικών επιστημών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της, σύμφωνα με τον Neuman (2005), περιλαμβάνουν έννοιες όπως:

- **Αντικειμενικότητα.** Λόγω των αυστηρά ελεγχόμενων συνθηκών υπό των οποίων διεξάγεται τόσο η συλλογή όσο και η ανάλυση των δεδομένων, θεωρείται ως η πλέον αντικειμενική μορφή έρευνας.
- **Γενίκευση.** Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα, επιτρέπουν (με προϋποθέσεις) συχνότερα τη διατύπωση γενικεύσεων.
- **Επαγωγή.** Στοχεύει κυρίως στο να εξετάσει ή να ελέγξει υπάρχουσες θεωρίες και γι' αυτό θεωρείται επαγωγικού χαρακτήρα μέθοδος.
- **Αξιοποίηση αριθμών.** Κύριο χαρακτηριστικό κάθε ποσοτικής έρευνας, είναι η απόδοση αριθμητικών τιμών στα ερευνητικά δεδομένα και η ανάλυσή τους με μαθηματικούς και στατιστικούς όρους.
- **Απαντά κυρίως σε ερευνητικά ερωτήματα** όπως «πόσο» «ποιος» και «πώς» και λιγότερο στο ερώτημα «γιατί» (χαρακτηριστικό ποιοτικής έρευνας).

Η διεξαγωγή μιας ποσοτικής έρευνας, συνεπάγεται την υιοθέτηση συγκεκριμένων ερευνητικών σταδίων, όπως η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος, η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ανάπτυξη μιας υπόθεσης και των μεταβλητών, ο σχεδιασμός της μεθοδολογίας, η συλλογή, η ανάλυση, η ερμηνεία, η παρουσίαση και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε βάσει της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας και περιέχει συνολικά 48 ερωτήσεις.

2.2 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, όπου το μέσο συλλογής δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τη Δαρβίρη (2009), το

ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα από τα κυριότερα εργαλεία και όργανα μέτρησης στα πλαίσια της συλλογής δεδομένων και η δομή και το περιεχόμενο του είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς με βάση αυτά θα μπορέσει ο ερευνητής να αντλήσει τα δεδομένα, δηλαδή τις πληροφορίες που επιθυμεί από το δείγμα του. Ακολούθως, μέσω της κατάλληλης επεξεργασίας και ανάλυσης, θα μπορέσει να προχωρήσει στην εξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων.

Ο όρος ερωτηματολόγιο στα πλαίσια της επιστημονικής έρευνας δεν αναφέρεται απλά σε έναν κατάλογο ερωτήσεων, καθώς δεν είναι λίγες οι φορές όπου εικόνες ή σχήματα μπορεί να απαρτίζουν ένα ερωτηματολόγιο, αλλά πολύ περισσότερο μεγάλης σημασίας αποτελεί το περιεχόμενο, αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις η σειρά των ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ουσιαστικά ένα έντυπο στο οποίο περιλαμβάνονται σειρά επιλεγμένων ερωτήσεων, βασιζόμενες στους δεδομένους ερευνητικούς σκοπούς και με τις οποίες καταγράφεται η απάντηση ή αντίδραση του ατόμου σ' αυτές γραπτώς (Claude, 2000).

Ο τρόπος συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου αποτελεί και τον πρώτο τρόπο διάκρισής του. Επομένως, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί, είτε από τον ίδιο τον ερωτώμενο, είτε από τον ίδιο τον συνεντευκτή (Κυριαζή, 2002). Η δημιουργία ενός καλά οργανωμένου ερωτηματολογίου απαιτεί λεπτομερή και ενδεδειγμένη προεργασία στα πλαίσια δόμησης του. Απαραίτητη είναι η κριτική του αναθεώρηση προτού προχωρήσει ο ερευνητής στη διαδικασία της συμπλήρωσης. Τα στάδια στη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου (εφόσον έχουν καθοριστεί οι ερευνητικοί σκοποί και το δείγμα της έρευνας), σύμφωνα με τον Claude (2000), περιλαμβάνουν:

- 1. Καθορισμό του περιεχομένου των θεμάτων του ερωτηματολογίου.** Ο ερευνητής θα πρέπει να αποφασίσει ποια θέματα θα διερευνηθούν και ποια είναι τα ερευνητικά ζητήματα.
- 2. Καθορισμό της διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου.** Ο ερευνητής καλείται να αποφασίσει για θέματα που αφορούν το τύπο των ερωτήσεων (ανοιχτές,

κλειστές, συνδυασμός), τη γλώσσα του ερωτηματολογίου (απλή, σύνθετοι όροι), τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (απευθείας συνέντευξη, τηλεφωνικά, ταχυδρομικά) και τον τρόπο επεξεργασίας του ερωτηματολογίου (H/Y).

3. **Θέματα οικονομίας του ερωτηματολογίου** (τρόπο παρουσίασης του ερωτηματολογίου – σειρά ερωτήσεων).
4. **Δομή του ερωτηματολογίου** (ιδανικό για την πιλοτική εφαρμογή).
5. **Τελική μορφή του ερωτηματολογίου** (τύπος, περιεχόμενο, σύνταξη, δομή, τρόπος συμπλήρωσης).
6. **Κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου** (ανάλυση).

Οι Bell (2001) και Creswell & Bowling (2002), περιγράφουν τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός “καλού” ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνονται:

- Η **ευανάγνωστη μορφή** που να αποτρέπει δυσνόητα νοήματα.
- Η διατύπωση των ερωτήσεων σε **γλώσσα απλή, σαφή και κατανοητή**.
- **Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις**, όπως προσβλητικές ερωτήσεις καθώς και την αποφυγή κατευθυνόμενων ερωτήσεων που οδηγούν τον ερωτώμενο στην επιλογή της επιθυμητής από τον ερευνητή απάντησης.
- **Το μέγεθός του να μην είναι αποτρεπτικό και ιδιαίτερα κουραστικό**, αλλά να θέτει να ερωτήματα με σύντομο και εύληπτο τρόπο.
- Να είναι ανάλογα και κατάλληλα **προσαρμοσμένο στον πληθυσμό – στόχο** της μελέτης και τις ικανότητές τους (ηλικιωμένοι, παιδιά, μορφωμένοι κλπ).
- Η αλληλουχία στη σειρά των ερωτήσεων να διέπεται από τη λογική.
- Να παρέχονται όλες οι απαραίτητες **οδηγίες για τη συμπλήρωση**, διατυπωμένες με σαφήνεια.
- **Να προηγούνται οι ευκολότερες και άμεσου τύπου ερωτήσεις ακολουθούμενες από τις πολυπλοκότερες**.

- Να είναι **καλαίσθητα** γραμμένο και τυπωμένο.
- Για την κωδικοποίηση των ερωτήσεων προτιμάται να υπάρχει ειδικός χώρος στο δεξί μέρος της σελίδας.
- Να επιτρέπει την **επεξεργασία και ανάλυση** των δεδομένων.
- Να έχει ελεγχθεί η **αξιοπιστία και η εγκυρότητά του**.
- Να έχει αξιολογηθεί μέσω πιλοτικής εφαρμογής.

Όλες οι ως άνω προϋποθέσεις, σαφώς αυξάνουν την πιθανότητα δημιουργίας ενός καλού εργαλείου όπως το ερωτηματολόγιο, ενώ μεγιστοποιούν την καλύτερη χρήση ενός υπάρχοντος. Σε κάθε περίπτωση, η ποιότητα ενός ερωτηματολογίου θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ακρίβεια του σχεδιασμού του από τον έμπειρο ερευνητή στη χρήση ερωτηματολογίων.

Το ερωτηματολόγιο στη συγκεκριμένη έρευνα περιελάμβανε δύο μέρη. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε το ενημερωτικό φύλλο, δηλαδή πληροφορίες σχετικά με την κατασκευή του ερωτηματολογίου και οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί από τους ερωτηθέντες όπως για π.χ. μια μόνο επιλογή για κάθε ερώτηση. Στην παρούσα σελίδα διευκρινίσαμε στους νοσηλευτές πως για οποιοδήποτε πληροφορία ή απορία των ερωτήσεων ήμασταν στη διάθεσή τους οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, το ενημερωτικό φύλλο περιείχε στοιχεία εμπιστευτικότητας, δηλαδή οι απαντήσεις των νοσηλευτών ήταν απόρρητες καθώς και η συμμετοχή τους εθελοντική.

Το 1^ο μέρος περιελάμβανε τεστ γνώσεων με 15 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου ο ερωτώμενος επέλεγε την απάντηση του από μια σειρά επιλογών (Παράρτημα II σελ. 98) που αφορούσε τις γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία. Το τεστ γνώσεων στηρίχθηκε στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία και συγκεκριμένα στα εξής βιβλία και περιοδικά:

- Osborn – Wraa – Watson (2012) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Τόμος 1, Αθήνα
- Burke & LeMone (2006) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς.*, Έκδοση 3^η Λαγός Δημήτριος, Τόμος Α, Αθήνα
- Roy (2013) Consulting in Occupational Health Nursing: An overview. *AAOHN Journal* **13**(1): 43 – 49
- Ingalls & Tourville (2003) The Living Tree of Nursing Theories. *Nursing Forum* **38**(3): 21 – 36
- Funnel, Koutoukidis & Lawrence (2009) *Tabbner's Nursing Care*. Edition 5th Elsevier Publication, Australia
- Fesler-Birch (2005) Critical thinking and patient outcomes: A review. *Nursing Outlook* **53**(2): 59-65

Η κάθε ερώτηση του τεστ γνώσεων βαθμολογήθηκε με 0,66 εφόσον η τελική βαθμολογία για το συνολικό αριθμό ερωτήσεων ήταν άριστα (10), σύμφωνα με την ακαδημαϊκή βαθμολογία. Ο λόγος που κατασκευάσαμε 15 ερωτήσεις ήταν για να καλύψουμε τα περισσότερα ζητήματα (αριθμός σταδίων, επεξήγηση κάθε σταδίου, κριτική σκέψη, τι είναι νοσηλευτική διεργασία) που αφορούν την παραπάνω έννοια. Οι γνώσεις κυμάνθηκαν από:

• 0 – 4,9 = ελλιπείς

• 5 – 6,4 = καλές

• 6,5 – 8,5 = πολύ καλές

• 8,6 – 10 = άριστες

Το 2^ο μέρος κατασκευάστηκε με 23 ερωτήσεις και περιελάμβανε τις απόψεις των νοσηλευτών για τον όρο Νοσηλευτική Διεργασία. Ρωτήσαμε δηλαδή τους νοσηλευτές,

εάν ο παραπάνω όρος είναι νομικό έγγραφο και αν ανήκει στα επαγγελματικά τους δικαιώματα, εάν την έχουν διδαχθεί σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Διερευνήσαμε ακόμα εάν η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται στην κλινική που εργάζονται, εάν πρέπει να εφαρμόζεται από βοηθούς νοσηλευτών, εάν είναι χρήσιμη για όλους τους ασθενείς, εάν προάγει τη νοσηλευτική επιστήμη και εάν βοηθά στη γρήγορη περάτωση της εργασίας τους. Επιπλέον, ρωτήσαμε τους νοσηλευτές για ποιους λόγους (έλλειψη προσωπικού, χρόνου, γνώσεων, εμπειρίας, αυτονομίας) δεν μπορεί να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία στην Ελλάδα.

Οι ερωτήσεις του 2^{ου} μέρους είχαν κλίμακα: Ναι, Όχι, Δεν ξέρω/Δεν απαντώ (1-4), πάρα πολύ, πολύ, αρκετά, ελάχιστα, καθόλου (5-15) και κλίμακας Likert (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ, δεν ξέρω/δεν απαντώ, διαφωνώ, διαφωνώ απόλυτα) (16-23) (Παράρτημα II σελ. 98). Τέλος, το ερωτηματολόγιο απαρτίστηκε από 10 δημογραφικά στοιχεία.

Οι ερωτήσεις που αποτελούσαν το παρόν ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου, όπου ο ερωτώμενος απαντούσε επιλέγοντας από μια σειρά προκαθορισμένων διαθέσιμων απαντήσεων. Αυτές οι ερωτήσεις, σύμφωνα με τον Waddington (2000), παρουσιάζουν τα εξής πλεονεκτήματα:

- Απαντώνται πιο εύκολα και πιο γρήγορα.
- Επιτρέπουν την ευκολότερη σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων διαφορετικών ερωτώμενων.
- Οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ευκολότερα και γρηγορότερα.
- Οι προκαθορισμένες απαντήσεις καθιστούν το περιεχόμενο της ερώτησης πιο εύληπτο.
- Οι ερωτώμενοι απαντούν ευκολότερα σε ευαίσθητα ζητήματα.

Αντιθέτως, εμφανίζουν και μερικά μειονεκτήματα:

- Παρέχουν τη δυνατότητα επηρεασμού του ερωτώμενου, απαντώντας με κάποια επιλογή που μπορεί να μην είχε σκεφτεί διαφορετικά.
- Μπορεί να προκαλέσουν δυσαρέσκεια στους ερωτώμενους αν η απάντηση που τους εκφράζει δεν είναι στις διαθέσιμες επιλογές.
- Αναγκάζουν στην παροχή απλών απαντήσεων ακόμη και σε πολύπλοκα ζητήματα.
- Επιτρέπουν να περάσει απαρατήρητη η όποια παρεξήγηση του πραγματικού περιεχομένου μιας ερώτησης (Waddington, 2000).

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, με τον όρο αξιοπιστία (reliability) εννοούμε τον βαθμό κατά το οποίο το χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης παρουσιάζει κατά τη διεξαγωγή επανειλημμένων μετρήσεων τα ίδια πάντα αποτελέσματα (Neuman 2005, Creswell 2007). Αυτό σημαίνει ότι το αριθμητικό αποτέλεσμα που προκύπτει από ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, δεν θα εμφανίσει ποικιλία λόγω των ιδιοτήτων του οργάνου μέτρησης ή της διαδικασίας μέτρησης καθεαυτής.

Η δοκιμασία Cronbach alpha είναι εξαιρετικά διαδεδομένη δοκιμασία ελέγχου. Στα πλαίσια χρήσης του δίνεται η δυνατότητα ελέγχου εσωτερικής συνοχής των βαθμολογιών μιας κλίμακας. Ο συντελεστής, συνδυάζει κάθε καταγραφή της κλίμακας ταυτόχρονα με κάποια άλλη και αποτελεί το μέσο όρο όλων των συσχετίσεων, ανάμεσα σε κάθε καταγραφή και την ολική βαθμολογία που τελικά προσδιορίζει το βαθμό της εσωτερικής συνοχής. Μπορεί να πάρει τιμές από -1 έως 1 και όσο πλησιέστερα βρίσκεται στη μονάδα τόσο αυξάνει η αξιοπιστία (Δημητρόπουλος 2001, Κατσίλλης 2002, Neuman 2005, Creswell και Χατζηνεοφύτου 2007, Παναγιωτάκος 2011).

Η παρούσα έρευνα έδειξε καλά στοιχεία αξιοπιστίας (αν και σε πιλοτική μορφή) με Cronbach alpha (α)=0,634.

Με τον όρο εγκυρότητα (validity), νοείται η ικανότητα ενός οργάνου να μετρά ότι προτίθεται να μετρήσει και να συλλέγει δεδομένα σχετικά με τη μεταβλητή που μετράται (Δημητρόπουλος 2001, Κατσίλης 2002, Φίλιας 2004). Για να επιτύχουμε εγκυρότητα περιεχομένου και δομική εγκυρότητα, χρησιμοποιήσαμε την βιβλιογραφία (οι απαντήσεις του τεστ γνώσεων είναι από την βιβλιογραφική μας ανασκόπηση) όσο και την χρησιμοποίηση ειδικών (expert panel) που πιστοποίησαν ότι το περιεχόμενο και η δομή του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική. Ο εισηγητής και υπεύθυνος καθηγητής της πτυχιακής μας ήταν ένας εκ των ειδικών.

2.3 Δείγμα

Ο όρος δειγματοληψία αναφέρεται σε όλες τις ενέργειες, τεχνικές και διαδικασίες που θα πραγματοποιήσει ο ερευνητής προκειμένου να συλλέξει δείγμα, το οποίο θα πρέπει να είναι απαραίτητως αντιπροσωπευτικό του συνόλου, δηλαδή του πληθυσμού στόχου, ώστε να μπορούν να καθοριστούν οι παράμετροι ή χαρακτηριστικά του συνόλου του πληθυσμού.

Μια συνεπώς από τις δομικές έννοιες στη δειγματοληψία είναι ο όρος δείγμα. Το δείγμα αποτελεί τη μικρογραφία του πληθυσμού στόχου και προέρχεται κυρίως από τον προσβάσιμο πληθυσμό. Το δείγμα ουσιαστικά αποτελείται από έναν αριθμό περιπτώσεων που έχουν επιλεγεί από τον ερευνητή προκειμένου να καταλήξει σε συμπεράσματα και γενικεύσεις για όλο τον υπό μελέτη πληθυσμό (Σαχίνη – Καρδάση 2004, Δαρβίρη 2009, Παναγιωτάκος 2011). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας και συγκεκριμένα ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Το δείγμα μας ήταν (n= 322) νοσηλευτές (ΤΕ, ΠΕ) από 4 Κέντρα Υγείας και 43 Νοσοκομεία σε 29 πόλεις της Ελλάδας.

Η δειγματοληψία μη πιθανότητας είναι το βασικό χαρακτηριστικό γιατί κάθε στοιχείο του πληθυσμού δεν έχει τις ίδιες και ίσες ευκαιρίες να επιλεγεί και να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Αν και αυτή η παράμετρος παραπέμπει συνειρμικά στην αυξημένη πιθανότητα για λιγότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα, οι μέθοδοι που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή είναι εξαιρετικά διαδεδομένες και χρήσιμες και μάλιστα έχουν ευρεία εφαρμογή στο χώρο των επιστημών υγείας και των κοινωνικών ερευνών (Δαρβίρη, 2009).

Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή προκύπτει και αξιοποιείται το λεγόμενο δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείται από άτομα, που είναι διαθέσιμα ή εύκολα προσβάσιμα. Ουσιαστικά με αυτή τη μέθοδο ο ερευνητής, μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε ομάδα ατόμων ή στοιχείων του υπό μελέτη πληθυσμού, με βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή και επιλογή τους στο δείγμα, το γεγονός ότι μπορεί να βρίσκονται σε ένα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο ή στο κατάλληλο σημείο τη σωστή ώρα.

Στα σημαντικότερα μειονεκτήματα της εν λόγω μεθόδου περιλαμβάνεται η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληψιών, αποφυγή των συστηματικών σφαλμάτων και επομένως χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και αδυναμία εξαγωγής γενικεύσεων για τον πληθυσμό. Αντίθετα, στα πλεονεκτήματά της εντάσσονται, το σχετικά χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων.

2.4 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρα Υγείας και Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία, σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Αφού επιλέχθηκαν τα νοσοκομεία, στάλθηκαν γράμματα σε προϊσταμένες και προϊστάμενους του κάθε τμήματος (Παράρτημα I σελ. 97). Στο γράμμα επεξηγούσαμε το σκοπό της έρευνας, δηλαδή να διερευνήσουμε τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη

Νοσηλευτική Διεργασία και παράλληλα ζητούσαμε άδεια για να προσεγγίσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό Παθολογικών, Χειρουργικών, Μονάδων και Κέντρων Υγείας, εφόσον εργάζεται μεγάλος αριθμός νοσηλευτών αλλά ήταν και εύκολης πρόσβασης.

Μετά από συνεννόηση με τις προϊσταμένες/-ους τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 322 νοσηλευτές όπου έγινε κατανοητό ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και ότι θα επιλέξουν μια μόνο απάντηση για κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε στα 10-15 λεπτά. Το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στα μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας έγινε ως εξής: επικοινωνούσαμε πρώτα με την προϊσταμένη της κάθε κλινικής, την ενημερώναμε για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας και κατόπιν αφήναμε τα ερωτηματολόγια στο γραφείο της για να τα μοιράσει στο νοσηλευτικό προσωπικό και μετά από δυο μέρες τα συλλέγαμε, εξαιτίας του φόρτου εργασίας τους. Στα μικρότερα νοσοκομεία αλλά και στα Κέντρα Υγείας της χώρας, η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν την ίδια μέρα.

Παρατηρήσαμε, κατά το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στα νοσοκομεία της χώρας, ότι πολλοί νοσηλευτές δε γνώριζαν το θέμα διότι δεν το είχαν διδαχθεί στην προπτυχιακή τους εκπαίδευση, ενώ σε άλλους τους φάνηκε αρκετά δύσκολο και δυσανασχετούσαν με το να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, ιδίως το πρώτο μέρος, που αφορούσε τεστ γνώσεων και σαν δικαιολογία παρουσίαζαν τον αυξημένο φόρτο εργασίας τους. Επίσης, ειπώθηκε πως το ερωτηματολόγιο ήταν πολύ μεγάλο, απαιτούσε αρκετό χρόνο για να συμπληρωθεί και αρκετοί νοσηλευτές υπέθεσαν πως ήταν κατάλληλο να έχουν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο για τη συμπλήρωσή του, διότι πίστευαν ότι δεν ήταν επαρκείς οι προπτυχιακές τους γνώσεις. Αντιθέτως, υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευτών, που βρήκε το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας ενδιαφέρον, ελκυστικό, ρηξικέλευθο και χρήσιμο για το μέλλον της Νοσηλευτικής.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε από το Google Chrome, μέσω ιστοσελίδας κοινωνικής δικτύωσης σε διάφορες έγκυρες νοσηλευτικές ομάδες, από τις οποίες χρειάστηκε να παρθεί έγκριση από τον διαχειριστή τους προκειμένου να τεθεί προς συμπλήρωση από τα μέλη της κάθε ομάδας. Αυτή η διαδικασία μας βοήθησε στην εύκολη πρόσβαση του νοσηλευτικού κλάδου, στην εξοικονόμηση χρημάτων αλλά και στη συλλογή δείγματος από όλη την Ελλάδα. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που προωθήθηκε μέσω του διαδικτύου ανήλθε στα 81. Οι νοσηλευτικές ομάδες που προωθήθηκε το ερωτηματολόγιο ήταν οι εξής:

- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ Τ.Ε
- ΠΑΣΥΝΟ – ΕΣΥ/ ΡΑΣΥΝΟ – ΕΣΥ
- ΝΕΑ ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
- ΕΝΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΤΡΙΩΝ
- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
- ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΘΩΡΑΚΟΣ ΠΑΤΡΑΣ
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΗΤΕΙΑΣ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΣΥ Ν. ΛΑΣΙΘΙΟΥ
- SANTA OLGA – ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΙΟ
- Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΥΡΙΟ
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
- Τ.Ε.Π ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΙΟ Γ.Ν.Ν ΙΩΝΙΑΣ "ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ"
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΝΑΞΟΥ
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΙΛΙΑΤΡΩΝ
- ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (GREEK NURSES)

- ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΑΓΙΟΥ ΠΑΥΛΟΥ
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΑΙΔΩΝ ΣΤΟ ΓΟΥΔΙ
- ΝΑ ΚΛΕΙΣΕΙ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ – Η ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΟΛΑ
- ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (ΕΣΝΕ)
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΓΙΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ – ΠΕΙΡΑΙΑ
- ΟΛΟΙ ΟΙ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑ ΣΕ ΜΙΑ ΟΜΑΔΑ
- NURSING & HEALTH
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΒΑΛΑΣ
- ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
- ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΖΑΚΥΝΘΟΥ
- ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΟΝΑ ``Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ``

2.5 Στατιστική ανάλυση

Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε καταμέτρηση των συλλεχθέντων ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές (ΤΕ και ΠΕ) σε κεντρικά - περιφερειακά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της Ελλάδας. Για την αξιόπιστη περιγραφή των δεδομένων που συλλέξαμε, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20 για να κάνουμε την ανάλυση με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$. Κάθε ερευνητής επιθυμεί τη μικρότερη δυνατή τιμή p για τα αποτελέσματα, με σκοπό την υποστήριξη της υπόθεσής του. Αυτή η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω Η/Υ.

Τηρήθηκαν τα 3 κύρια στάδια που ακολουθούνται κατά την επεξεργασία δεδομένων (Φίλιας 2001, Bryman 2004).

1^ο στάδιο: (έλεγχος) αξιολογήθηκαν τα ερωτηματολόγια ως προς την αρτιότητα τους και την εγκυρότητα τους.

2^ο στάδιο: (κωδικογράφηση) δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης, στην οποία έγινε αποθήκευση των δεδομένων.

3^ο στάδιο: χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο κοινωνικής επιστήμης (Statistical Package Of Social Science – SPSS) για την μηχανογραφική επεξεργασία δεδομένων.

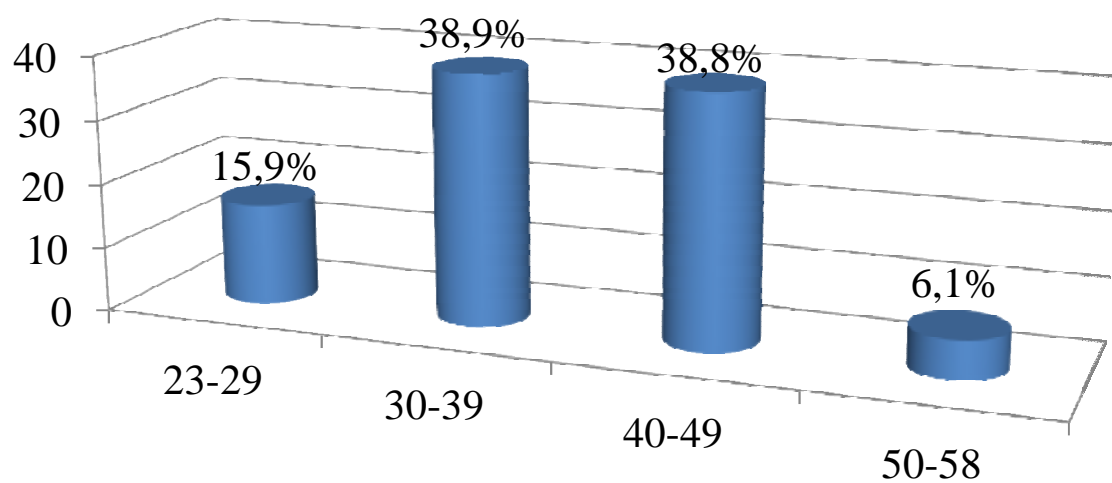
Εφαρμόσαμε περιγραφική στατιστική διότι επιτρέπει τη λεπτομερή και με κάθε πληρότητα μελέτη, οργάνωση, σύνοψη και εύληπτη παρουσίαση δεδομένων, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία και την απαιτούμενη εμπειρία στη χρήση της στη διεξαγωγή της έρευνας. Η σημαντικότητα της περιγραφικής στατιστικής, έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι μέσω της προσφερόμενης ανάλυσης επιτρέπει και διευκολύνει τη διεξαγωγή πρακτικών ερευνητικών συμπερασμάτων, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί εξαιρετικής χρησιμότητας μέθοδο όταν το ζητούμενο είναι η διεξαγωγή συγκρίσεων.

Με την περιγραφική στατιστική δεν επιτρέπονται τυχόν γενικεύσεις, όμως μπορούν να διεξαχθούν περιγραφικά συμπεράσματα με την αξιοποίηση κατάλληλων μεθόδων, τα οποία αφορούν μόνο στο υπό μελέτη φαινόμενο ή πληθυσμό (Σαχίνη – Καρδάση 2004, Δαρβίρη 2009).

Κεφάλαιο 3: Ανάλυση Αποτελεσμάτων

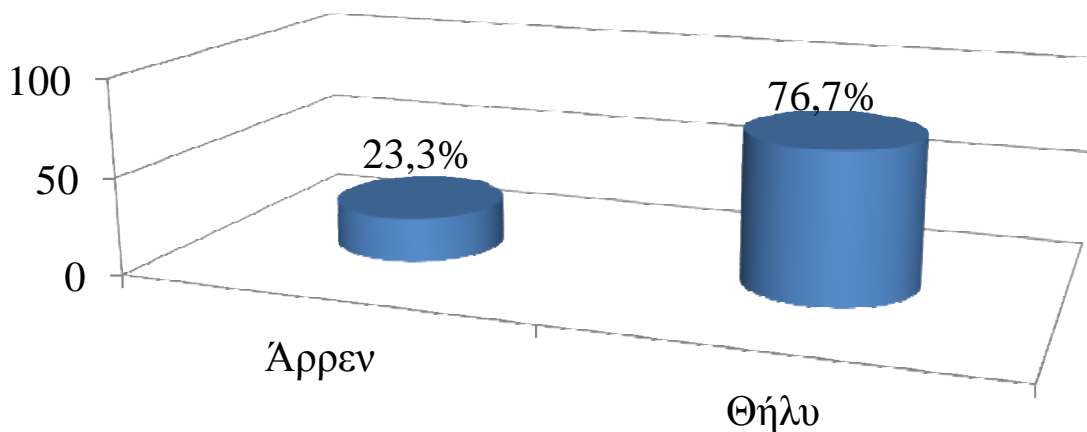
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.



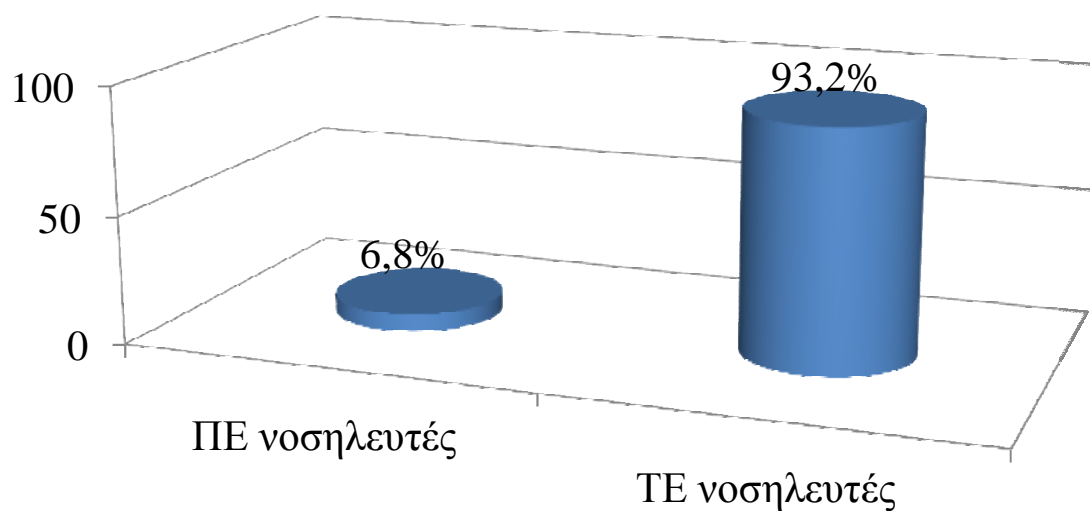
Η ηλικία κυμάνθηκε από 23 έως 58, με μέση τιμή $\chi=37$ έτη.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



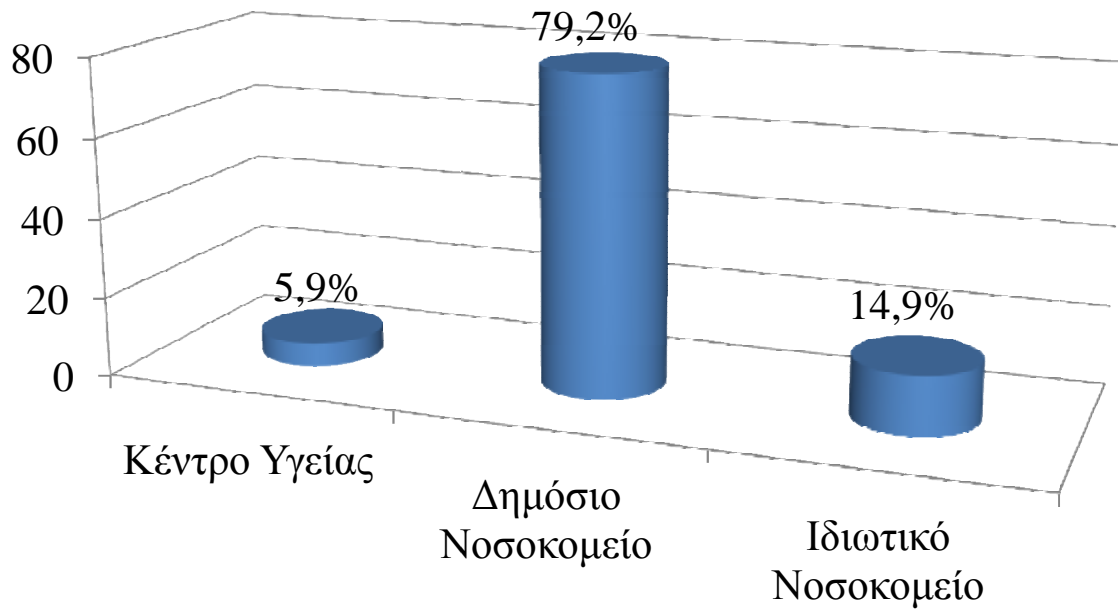
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες (76,7%).

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το πτυχίο.



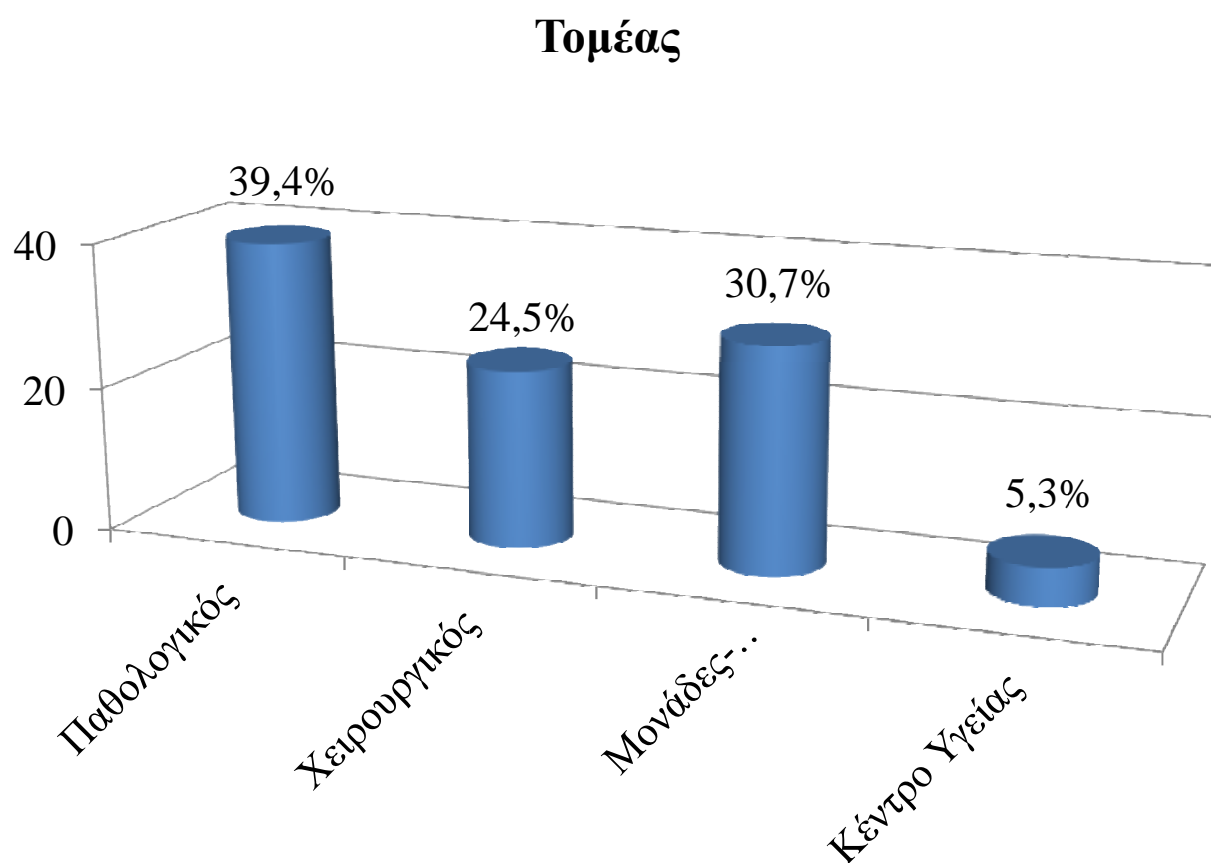
Το 93,2% ήταν νοσηλευτές ΤΕ.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος στο επίπεδο εργασίας.



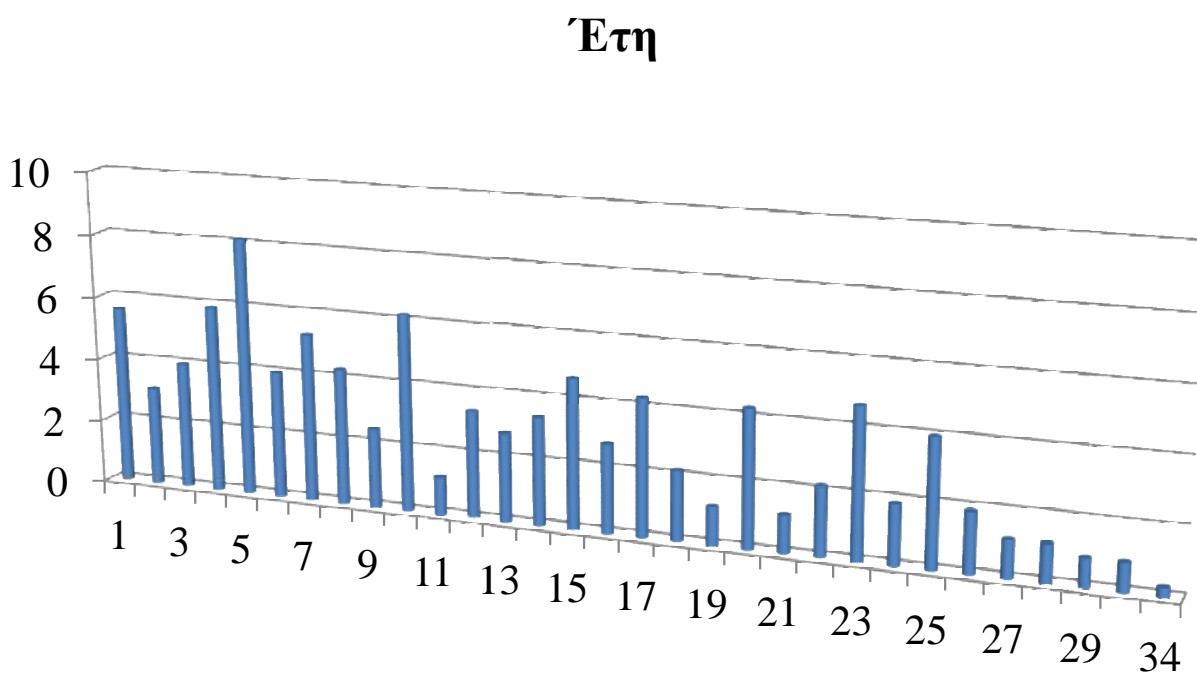
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων εργάζονται σε *Δημόσιο Νοσοκομείο (79,2%)*.

Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το χώρο εργασίας.



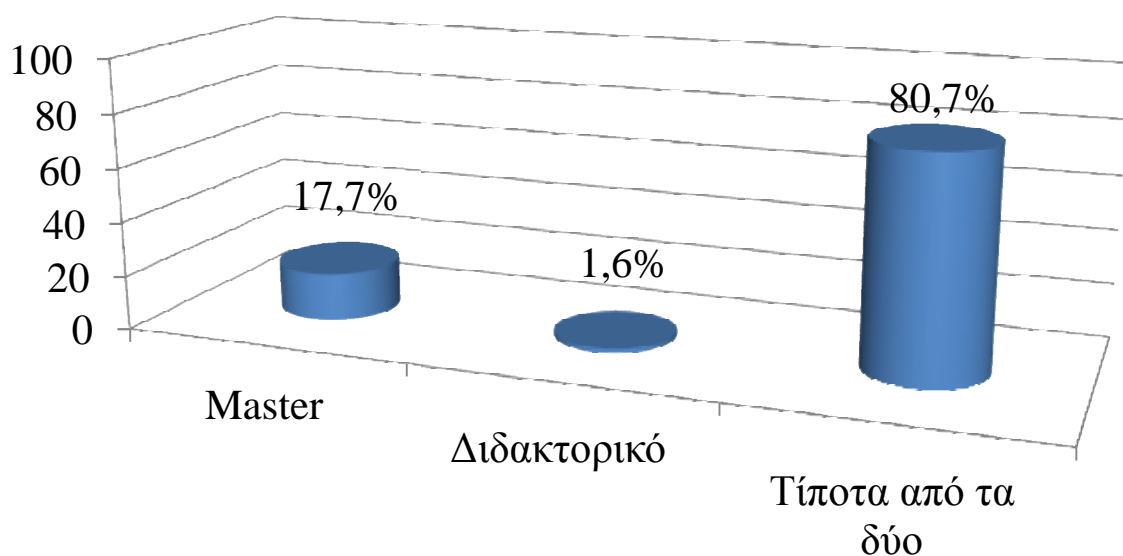
Το μεγαλύτερο ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού εργάζεται σε Παθολογικό τομέα (**39,4%**) και σε Μονάδες – ΤΕΠ – Εξωτερικά Ιατρεία (**30,7%**), ενώ το **24,5%** στο Χειρουργικό τομέα.

Γράφημα 6: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με τα χρόνια προϋπηρεσίας.



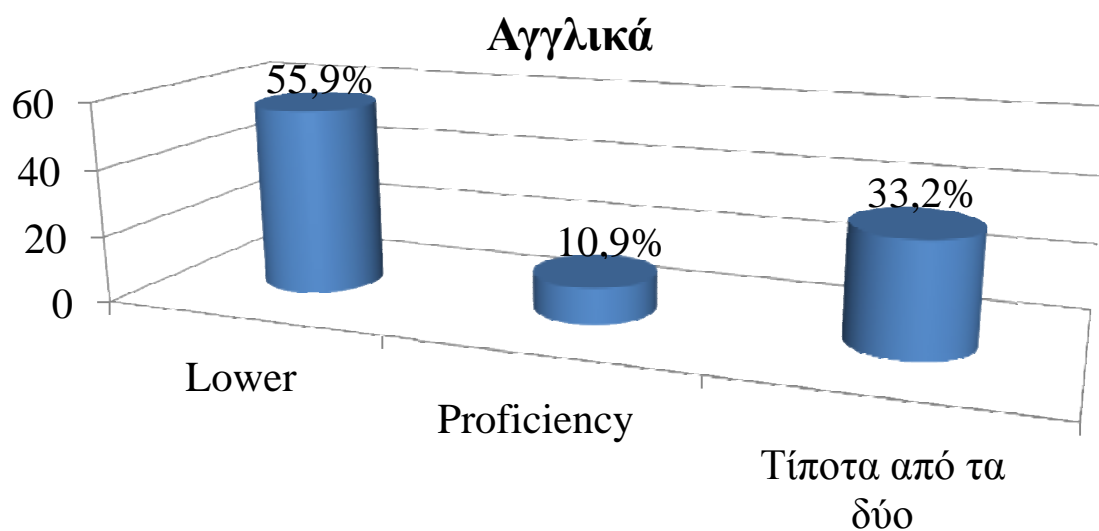
Οι συμμετέχοντες είχαν προϋπηρεσία από 1-34 έτη με μέση τιμή $\chi=12$ έτη.

Γράφημα 7: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το μεταπτυχιακό τίτλο.



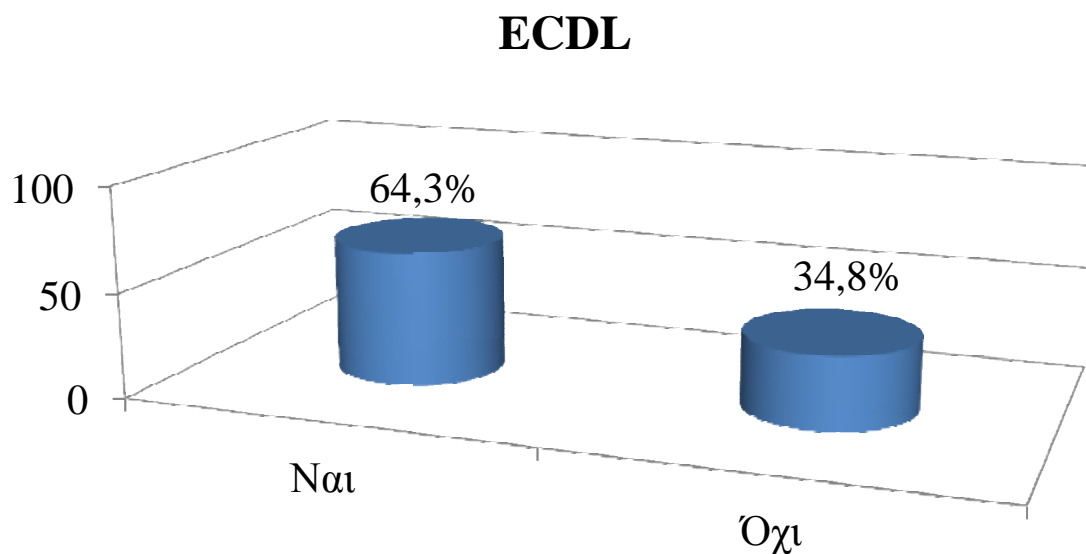
Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (**80,7%**) δεν είχε κανένα μεταπτυχιακό τίτλο.

Γράφημα 8: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με πιστοποιητικό αγγλικών.



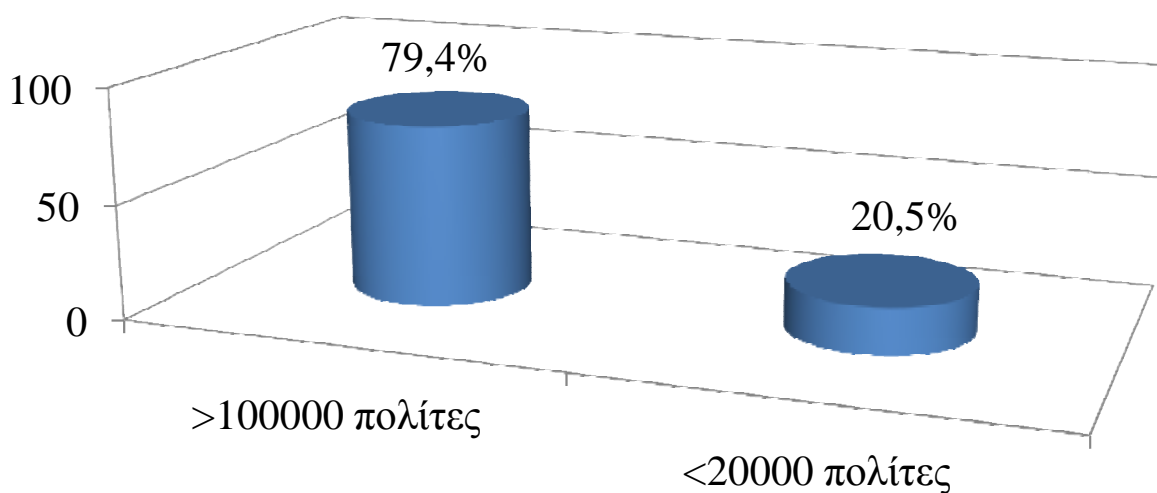
Το **55,9%** των νοσηλευτών είναι κάτοχοι Lower ενώ το 33,2% δεν είχε πιστοποιητικό αγγλικών.

Γράφημα 9: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με πιστοποιητικό ECDL.



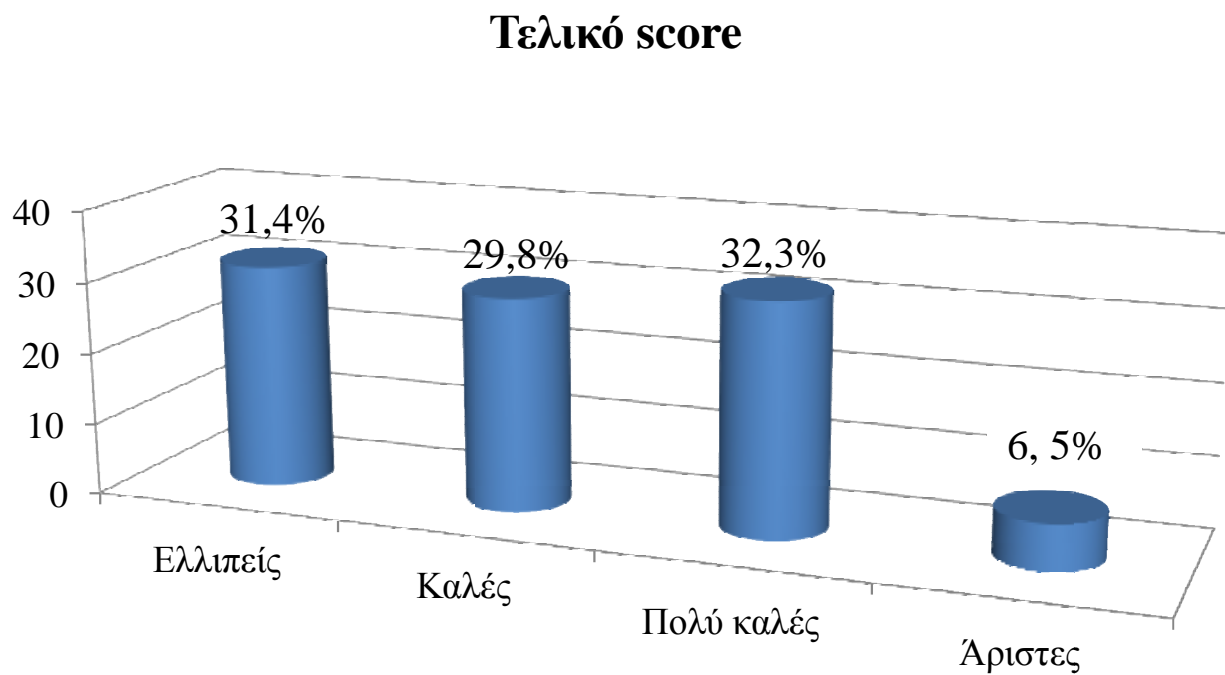
Το **64,3%** των νοσηλευτών είναι κάτοχοι ECDL.

Γράφημα 10: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την πόλη.



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (**79,4%**) εργάζεται σε μεγάλες πόλεις.

3.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων για το τεστ γνώσεων.



Το 32,3% των νοσηλευτών είχαν πολύ καλές γνώσεις, το 31,4% ελλιπείς ενώ το 29,8% καλές γνώσεις.

Τελικόscore * επίπεδοεργασίας Crosstabulation

Count

		επίπεδοεργασίας			Total
		Κέντρο Υγείας	Δημόσιο Νοσοκομείο	Ιδιωτικό Νοσοκομείο	
Τελικόscore	ελλιπείς	5	75	21	101
	καλές	5	78	13	96
	πολύ καλές	7	84	13	104
	άριστες	2	18	1	21
Total		19	255	48	322

Στον πίνακα παραπάνω, φαίνεται ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών κυμαίνονται από ελλιπείς, καλές έως πολύ καλές εφόσον η συντριπτική πλειοψηφία έδωσε ίδιες απαντήσεις.

Report

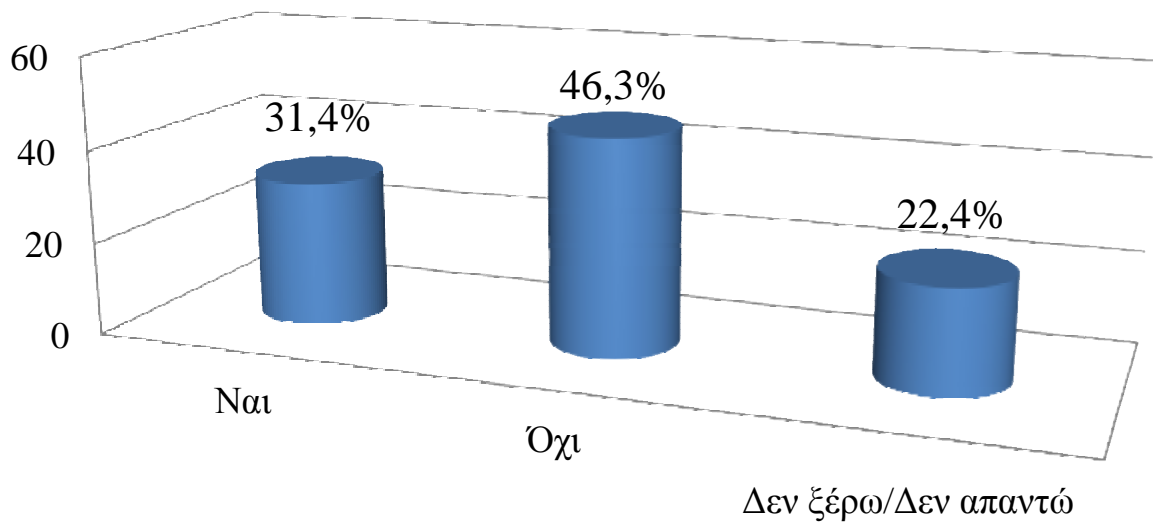
Τελικόscore

επίπεδοεργασίας	Mean	N	Std. Deviation
Κέντρο Υγείας	2,32	19	1,003
Δημόσιο Νοσοκομείο	2,18	255	,937
Ιδιωτικό Νοσοκομείο	1,87	48	,890
Total	2,14	322	,938

Παρόλο που το ποσοστό των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας είναι μικρό σε σχέση με τους νοσηλευτές στα Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία έχουν υψηλότερο score και επομένως καλύτερες γνώσεις από τους εργαζομένους των νοσοκομείων της χώρας. Αντιθέτως, οι νοσηλευτές των Δημόσιων Νοσοκομείων έχουν καλύτερες γνώσεις από αυτούς των Ιδιωτικών Νοσοκομείων.

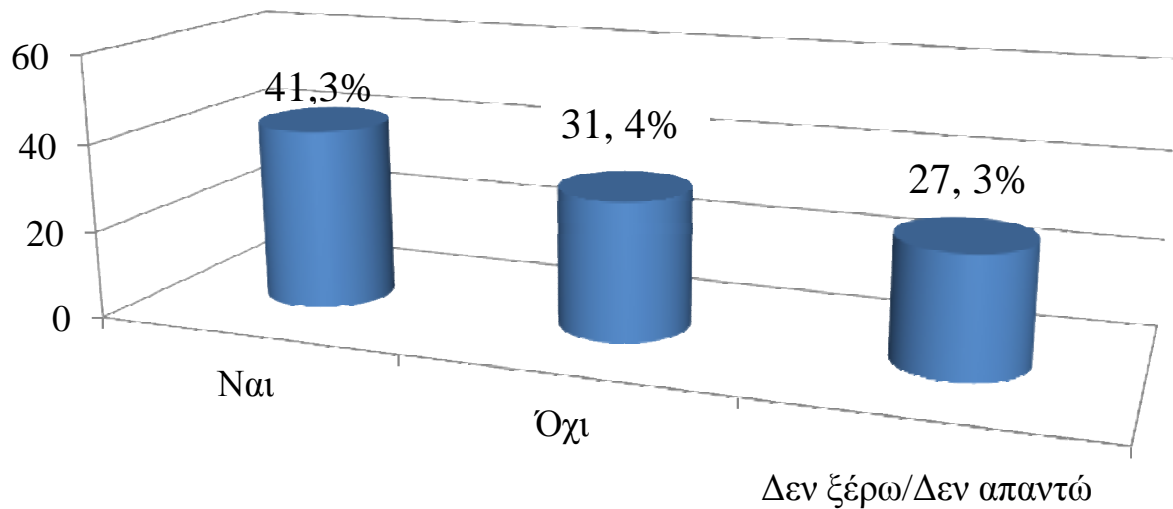
3.3 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις απόψεις των νοσηλευτών για τη Νοσηλευτική Διεργασία.

Ερώτηση 1: Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι νομικό έγγραφο που κατοχυρώνεται από το νοσηλευτή;



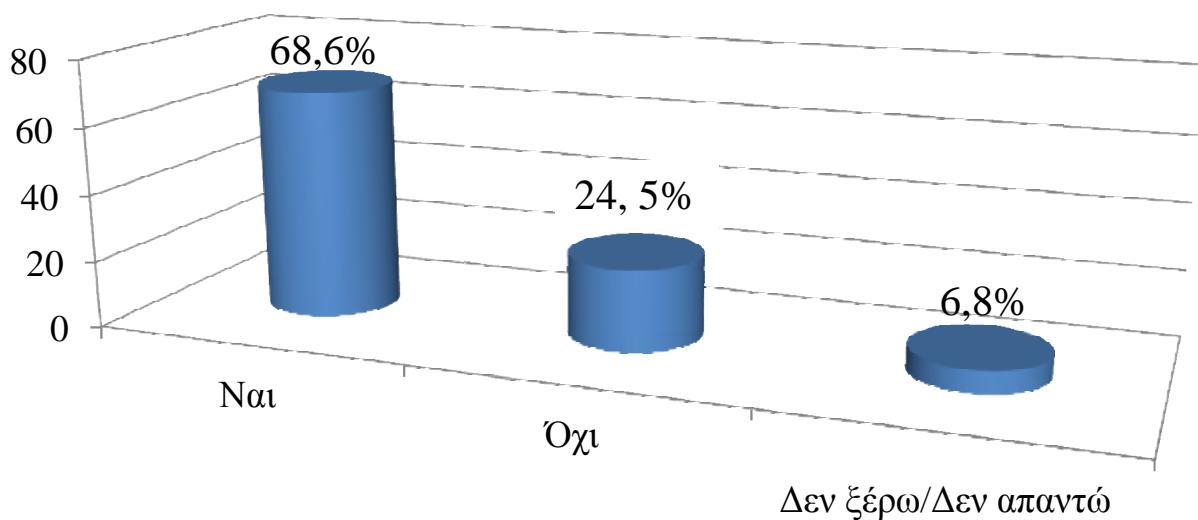
Το **46,3%** των νοσηλευτών πιστεύει ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν είναι νομικό έγγραφο.

Ερώτηση 2: Γνωρίζετε, εάν η νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών;



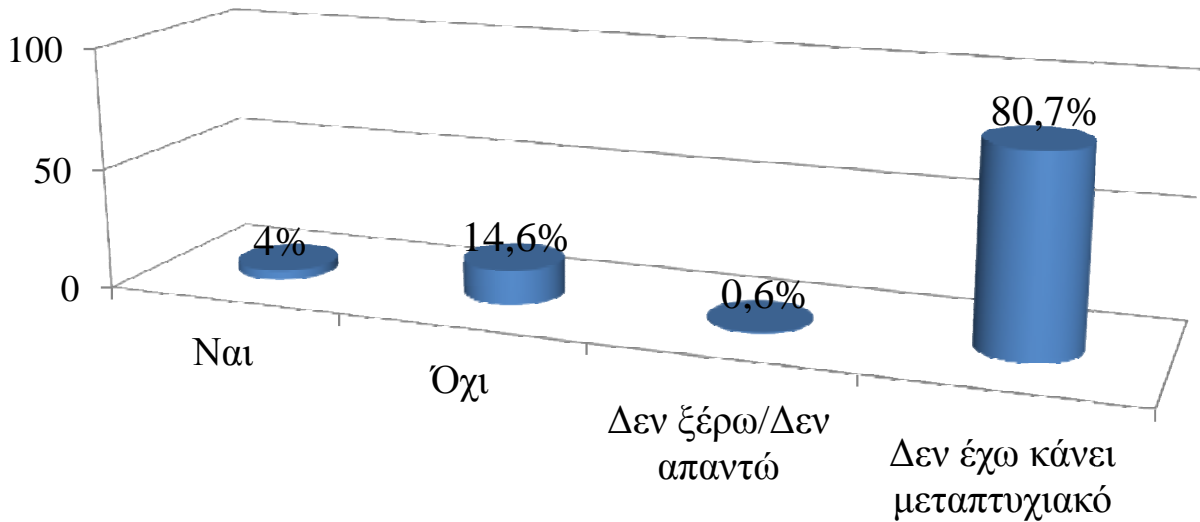
Το 41,3% γνωρίζει ότι η Νοσηλευτική Διεργασία ανήκει στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών ενώ το 31,4% απάντησε αρνητικά.

Ερώτηση 3: Έχετε διδαχθεί τη νοσηλευτική διεργασία σε προπτυχιακό επίπεδο;



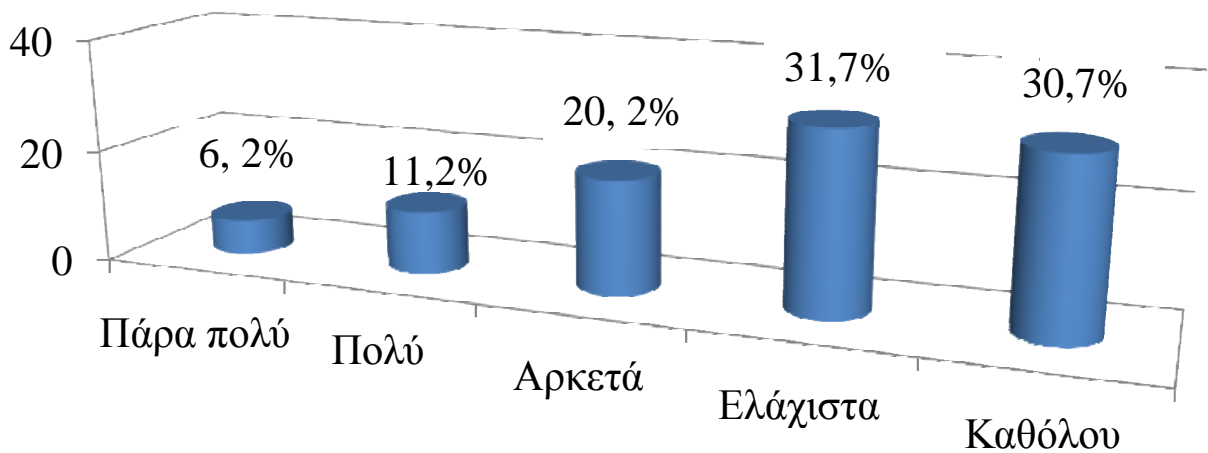
Η πλειοψηφία (**68,6%**) έχει διδαχθεί τη Νοσηλευτική Διεργασία σε προπτυχιακό επίπεδο.

Ερώτηση 4: Έχετε διδαχθεί τη νοσηλευτική διεργασία σε μεταπτυχιακό επίπεδο;



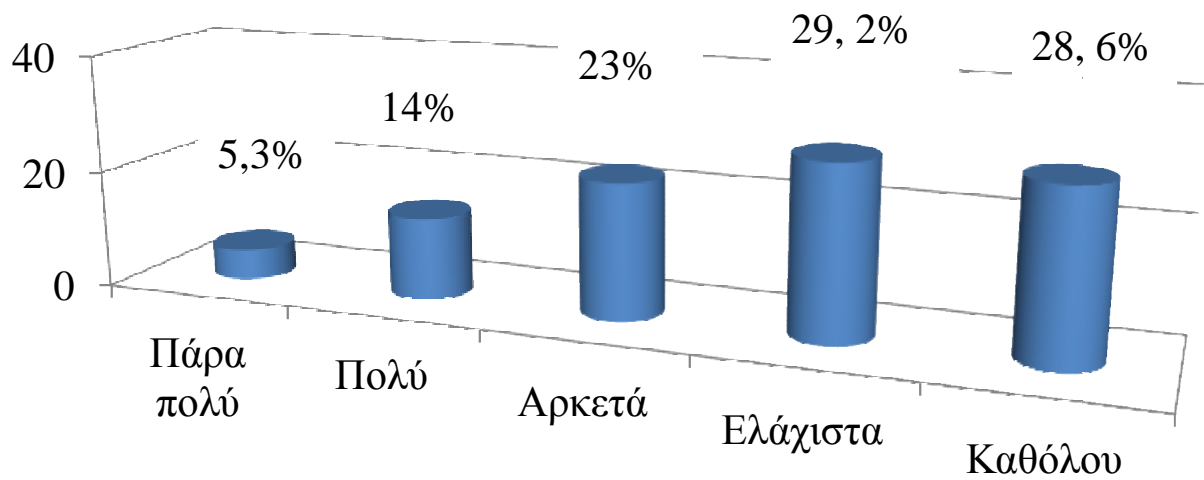
Το **80,7%** δεν έχει κάνει μεταπτυχιακό. Από τους ερωτώμενους που έχουν κάνει το 14,6% απάντησε αρνητικά.

Ερώτηση 5: Η νοσηλευτική διεργασία εφαρμόζεται στην κλινική που εργάζεσθε;



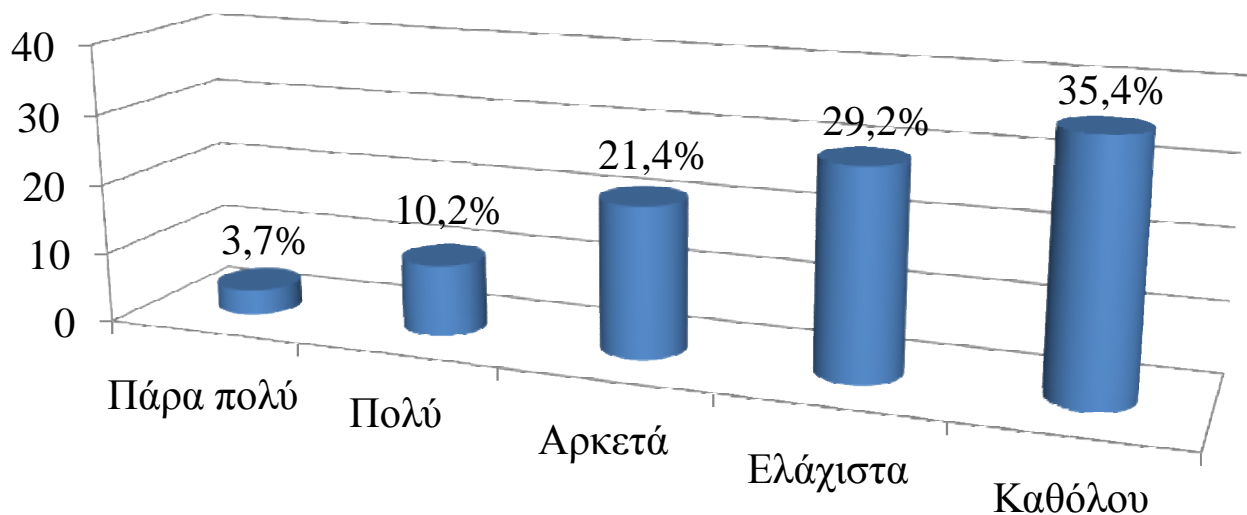
Η Νοσηλευτική Διεργασία στην κλινική που εργάζονται οι νοσηλευτές εφαρμόζεται από ελάχιστα (31,7%) έως καθόλου (30,7%).

Ερώτηση 6: Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στην πρωινή βάρδια;



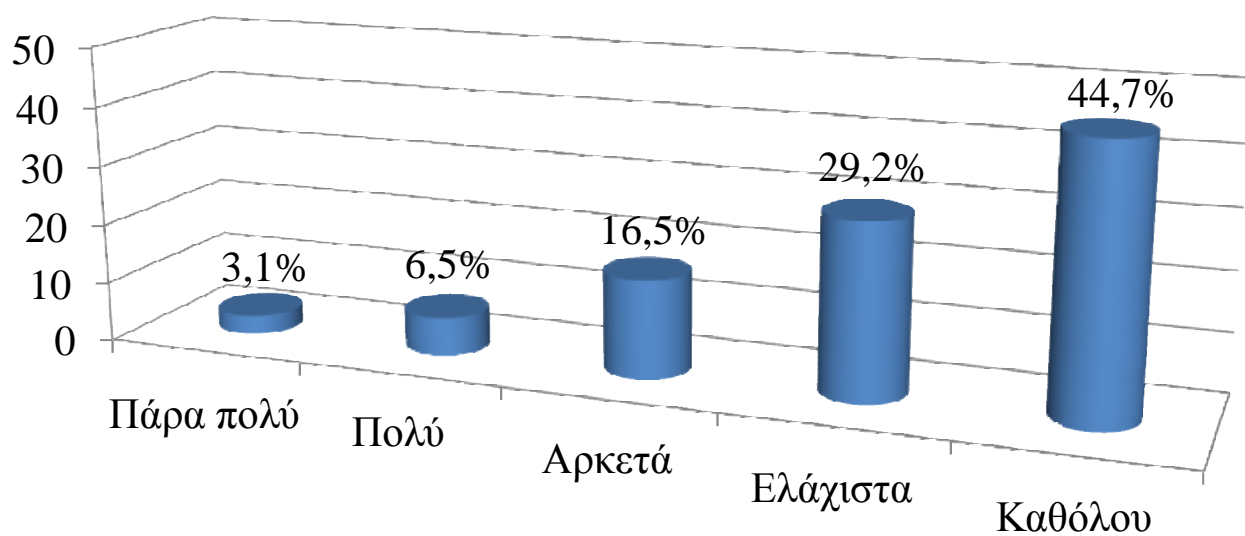
Το νοσηλευτικό προσωπικό απάντησε ότι στην πρωινή βάρδια η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται από *ελάχιστα* (29,2%) έως *καθόλου* (28,6%).

Ερώτηση 7: Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στην απογευματινή βάρδια;



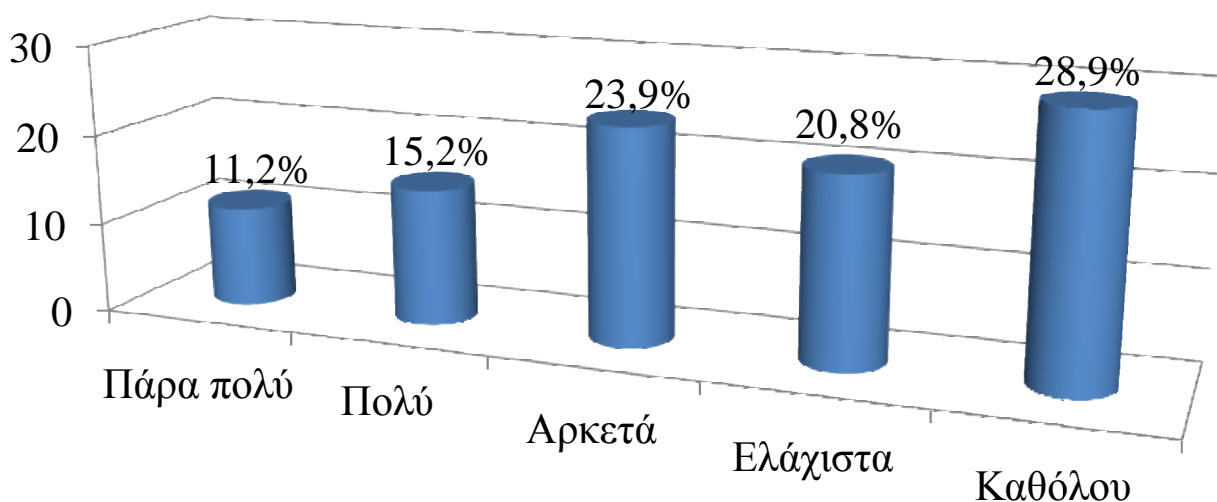
Στην απογευματινή βάρδια οι νοσηλευτές δεν εφαρμόζουν *καθόλου* τη Νοσηλευτική Διεργασία σε ποσοστό **35,4%**.

Ερώτηση 8: Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στη βραδινή βάρδια;



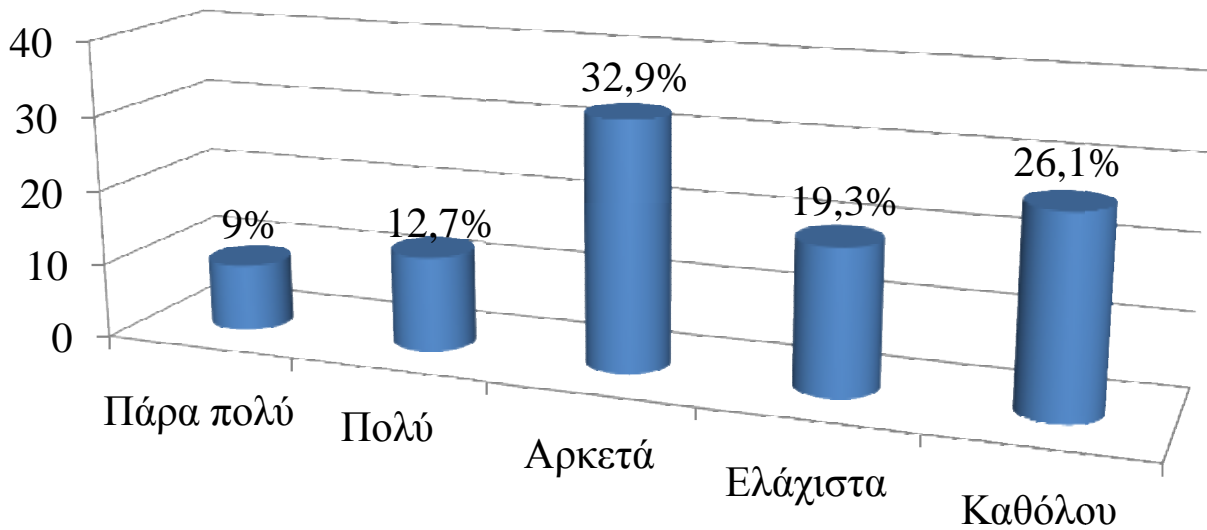
Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν εφαρμόζει καθόλου (44,7%) τη Νοσηλευτική Διεργασία στη βραδινή βάρδια.

Ερώτηση 9: Ο προϊστάμενος/-η της κλινικής σας, σας ενθαρρύνει να εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία;



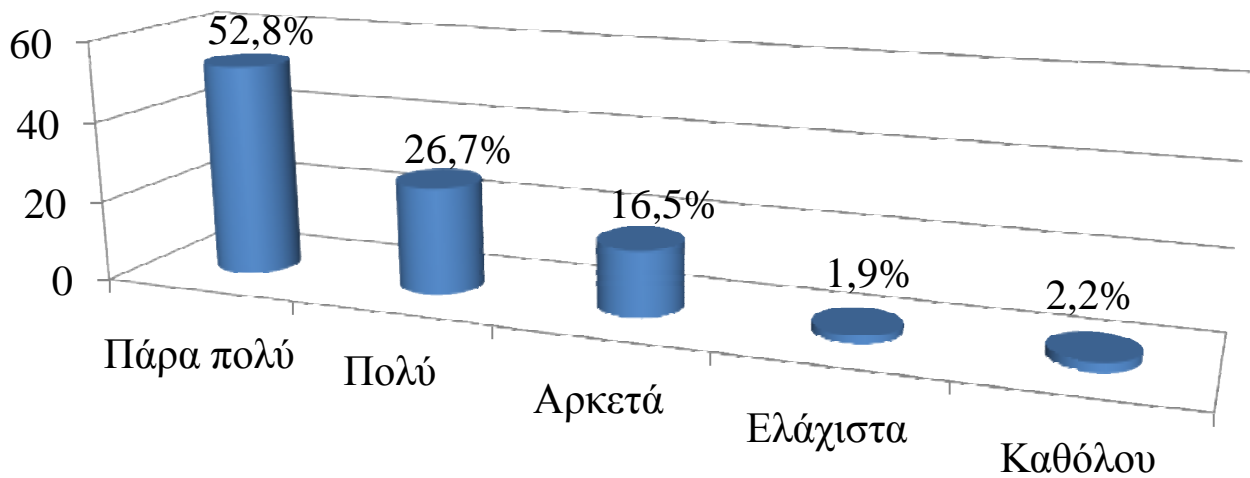
Οι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά (από αρκετά έως πάρα πολύ-50,3%) και αρνητικά (από ελάχιστα έως καθόλου-49,7%).

Ερώτηση 10: Θεωρείτε ότι η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να εφαρμόζεται από βοηθούς νοσηλευτές;



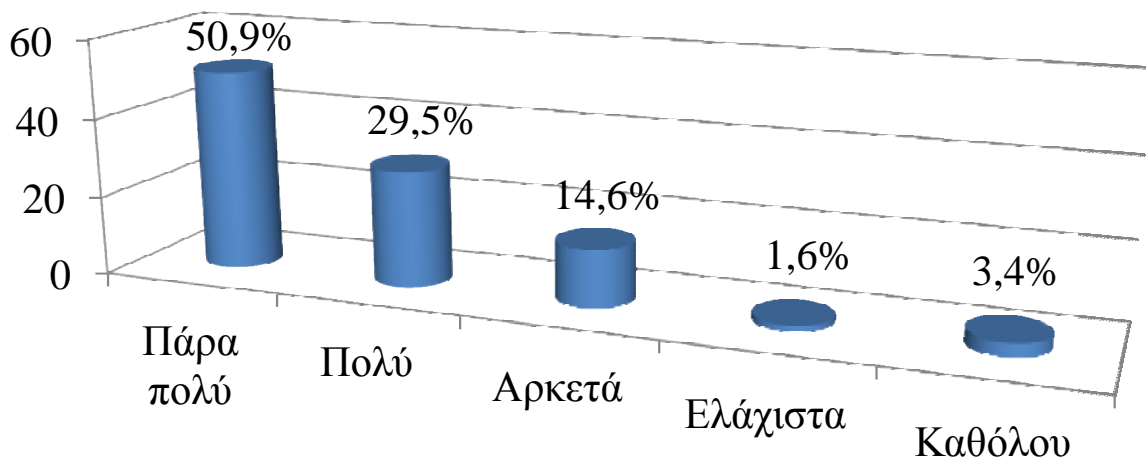
Η πλειοψηφία του δείγματος (54,6%) δείχνει μια θετική στάση ότι η Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εφαρμόζεται από τους βοηθούς νοσηλευτές, ενώ το 45,4% απάντησε αρνητικά.

Ερώτηση 11: Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι χρήσιμη για τους ασθενείς που δέχονται τη φροντίδα;



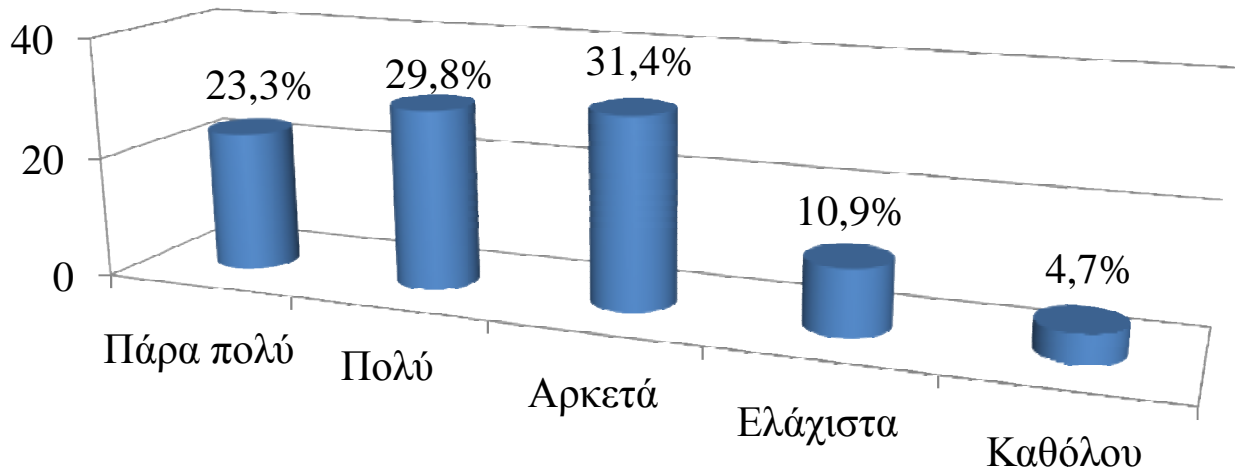
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (**79,5%**) πιστεύει ότι η Νοσηλευτική Διεργασία είναι χρήσιμη για όλους τους ασθενείς.

Ερώτηση 12: Θεωρείτε πως η νοσηλευτική διεργασία προάγει τη νοσηλευτική επιστήμη;



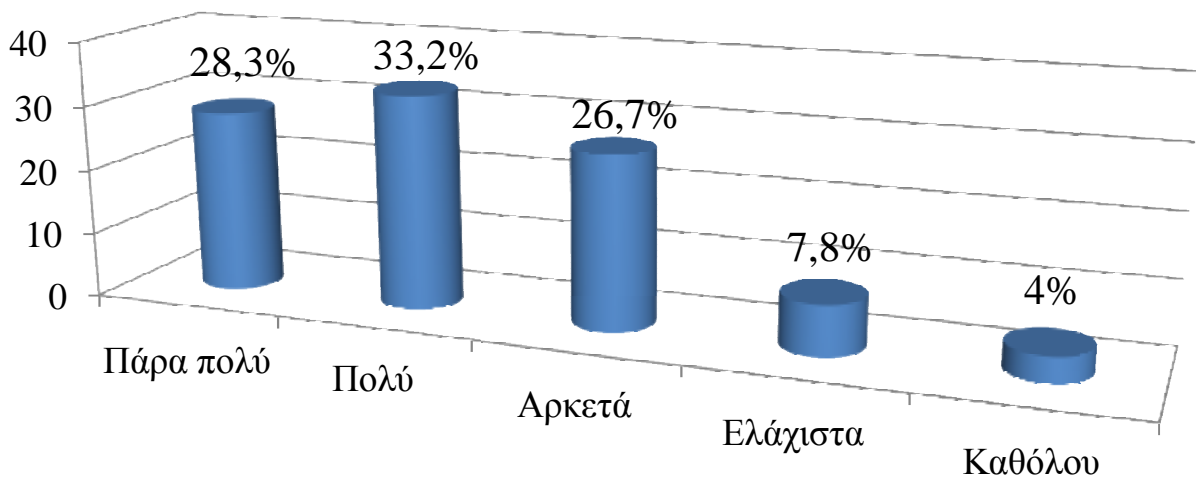
Το **80,4%** θεωρεί ότι η Νοσηλευτική Διεργασία προάγει τη νοσηλευτική επιστήμη.

Ερώτηση13: Πιστεύετε πως η διαίσθηση συμβάλλει θετικά στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας;



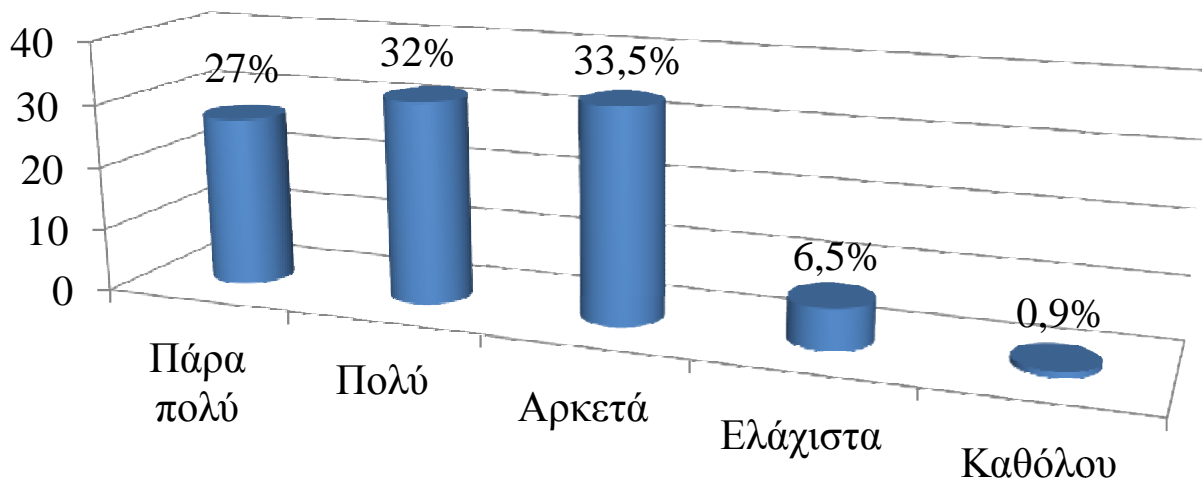
Οι νοσηλευτές απάντησαν ότι η *διαίσθηση συμβάλλει θετικά* στην εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας (από πάρα πολύ έως αρκετά-**84,5%**).

Ερώτηση14: Θεωρείτε ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, σας βοηθά στη γρήγορη περάτωση της εργασίας σας;



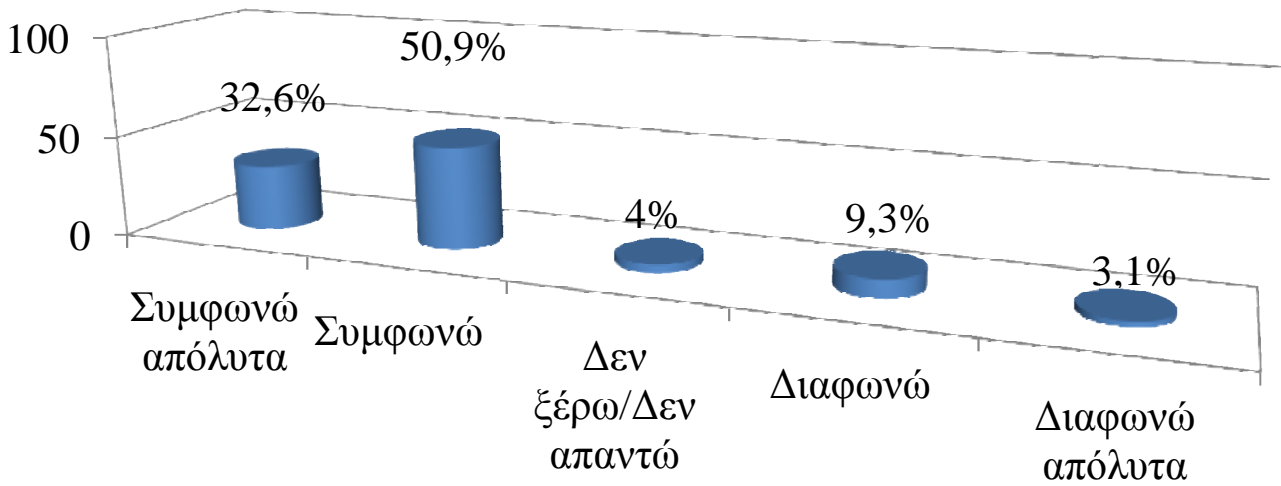
Το **88,2%** των νοσηλευτών απάντησε ότι η Νοσηλευτική Διεργασία βοηθά (από πάρα πολύ έως αρκετά) στη γρήγορη περάτωση της εργασίας.

Ερώτηση15: Πιστεύετε πως η νοσηλευτική διεργασία βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες;



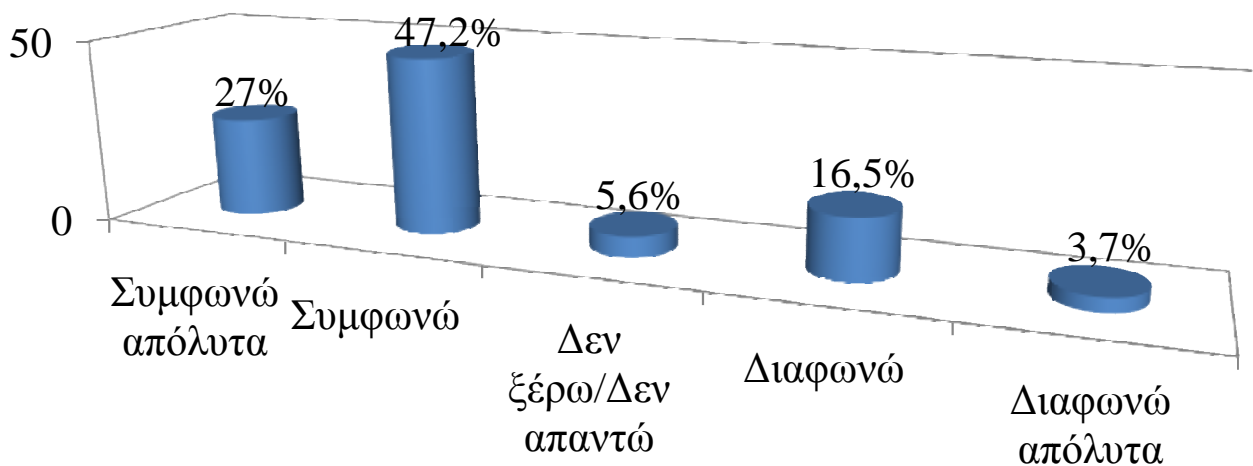
Ένα μεγάλο μέρος των νοσηλευτών (**92,5%**) πιστεύουν ότι η νοσηλευτική διεργασία βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες.

Ερώτηση16: Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης προσωπικού.



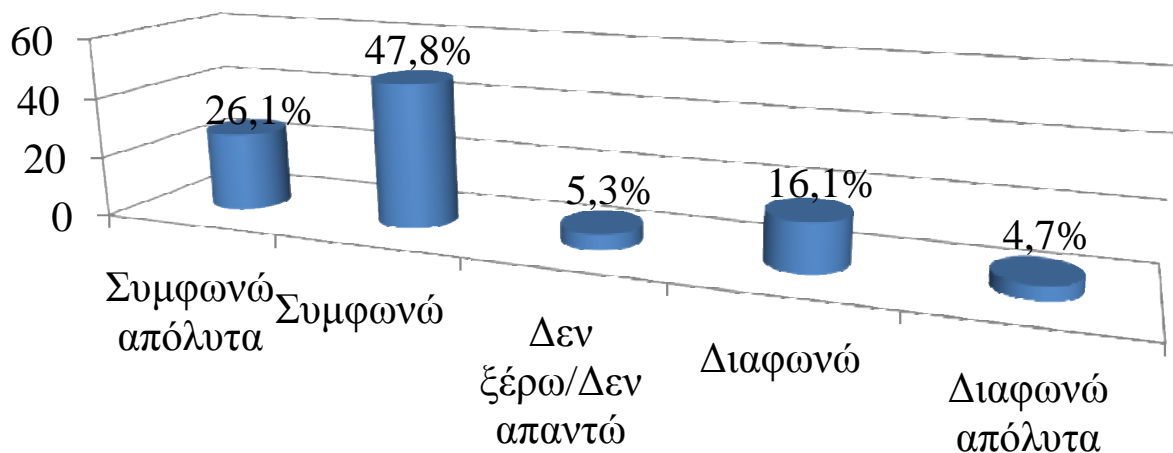
Το **83,5%** συμφωνεί στο ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης προσωπικού.

Ερώτηση17: Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης χρόνου.



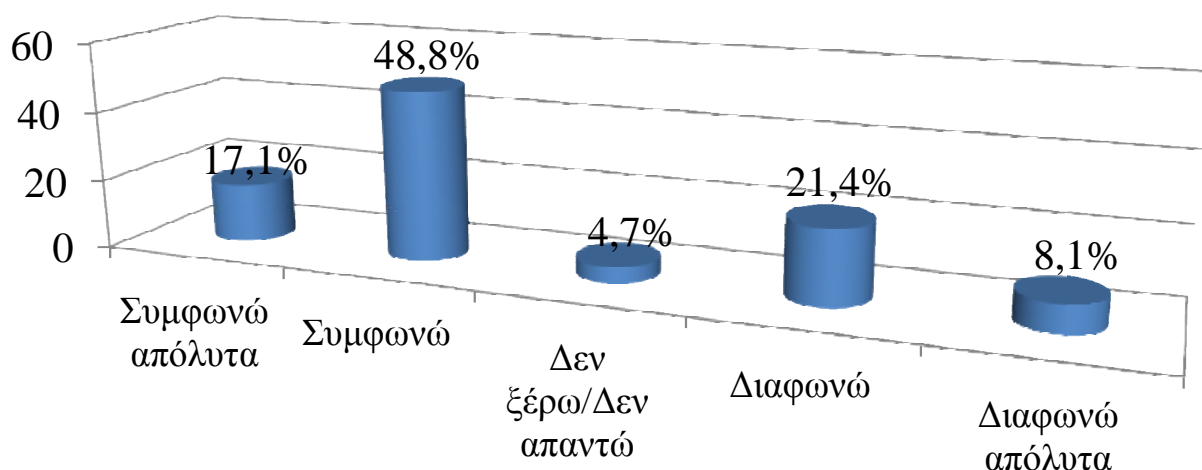
Το **74,2%** απάντησε ότι συμφωνεί στο ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης χρόνου.

Ερώτηση18: Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης γνώσεων.



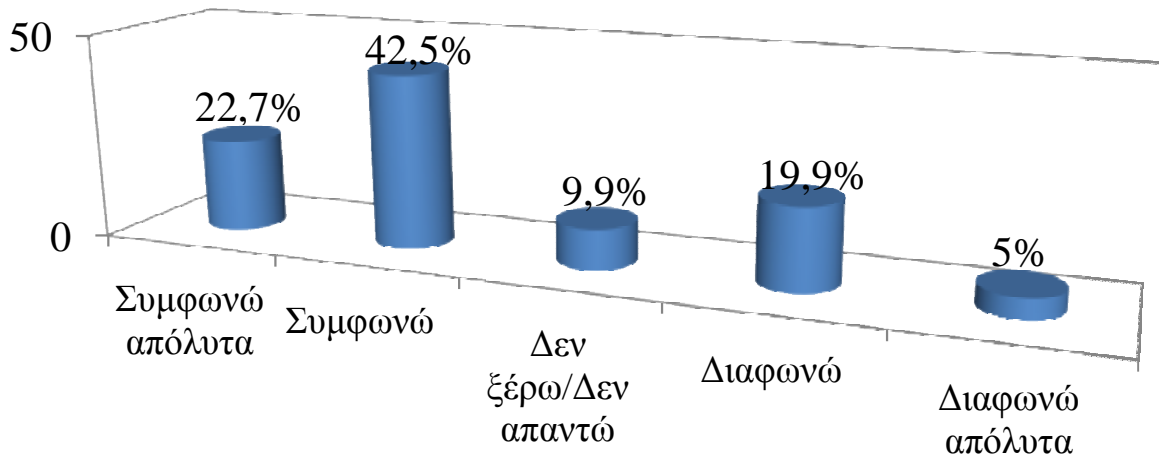
Το **73,9%** συμφωνεί στο ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης γνώσεων.

Ερώτηση19: Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης εμπειρίας.



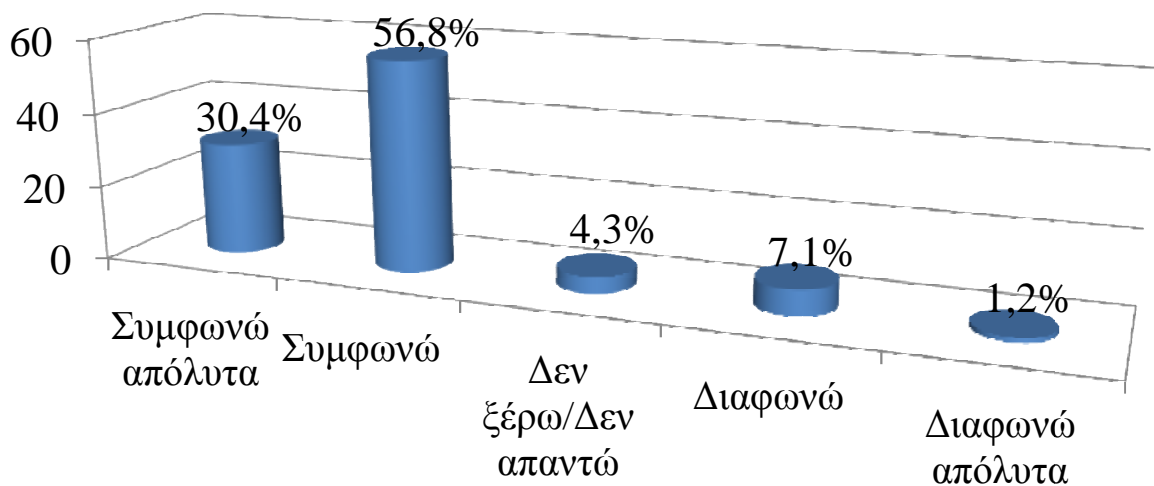
Το **65,9%** των νοσηλευτών συμφώνησε ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης εμπειρίας.

Ερώτηση 20: Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω μη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση.



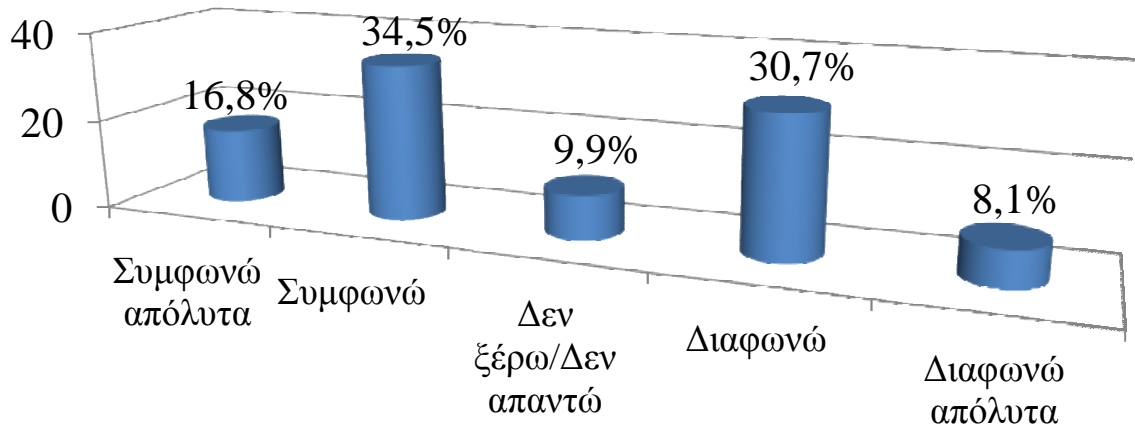
Το **65,2%** συμφωνεί στο ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω μη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση.

Ερώτηση 21: Η αυτονομία του νοσηλευτή συμβάλλει εποικοδομητικά στη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διεργασίας.



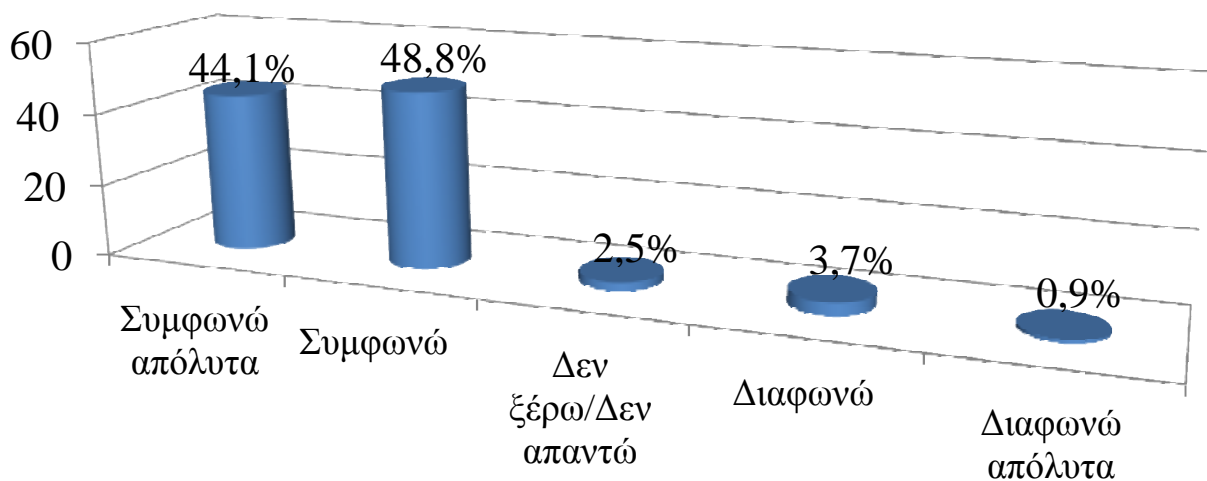
Η συντριπτική πλειοψηφία (**87,2%**) συμφωνεί στην αυτονομία του νοσηλευτή για τη διεκπεραίωση της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Ερώτηση 22: Για να εφαρμοστεί η νοσηλευτική διεργασία, θα πρέπει ο νοσηλευτής να ασκεί εξουσία στο χώρο εργασίας του;



Το 51,3% *συμφωνεί* στο ότι ο νοσηλευτής πρέπει να ασκεί εξουσία στο χώρο εργασίας του, σε αντίθεση με το 38,8% που *διαφωνεί*.

Ερώτηση 23: Γενικά, η νοσηλευτική διεργασία είναι σημαντική για το νοσηλευτικό σας έργο;



Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (**92,9%**) θεωρεί ότι η Νοσηλευτική Διεργασία είναι σημαντική για το έργο τους.

**Επίπεδο Εργασίας * Διασταύρωση Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας
στην κλινική που εργάζονται Crosstabulation**

Count

		Ερώτηση5					Total
		Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Ελάχιστα	Καθόλου	
επίπεδοεργασίας	Κέντρο Υγείας	0	0	3	6	10	19
	Δημόσιο	11	25	53	87	79	255
	Νοσοκομείο						
	Ιδιωτικό	9	11	9	9	10	48
	Νοσοκομείο						
Total		20	36	65	102	99	322

Τόσο στα Κέντρα Υγείας όσο και στα Δημόσια Νοσοκομεία, η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται λιγότερο από ότι στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία.

Επίπεδο Εργασίας * Χρησιμότητα Νοσηλευτικής Διεργασίας Crosstabulation

Count

		Ερώτηση11					Total
		Πάρα πολύ	Πολύ	Αρκετά	Ελάχιστα	Καθόλου	
επίπεδοεργασίας	Κέντρο Υγείας	6	8	4	1	0	19
	Δημόσιο	139	65	39	5	7	255
	Νοσοκομείο						
	Ιδιωτικό	25	13	10	0	0	48
	Νοσοκομείο						
Total		170	86	53	6	7	322

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι χρήσιμη για όλους τους ασθενείς που δέχονται τη νοσηλευτική φροντίδα σε όλους τους τομείς περίθαλψης (Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας).

**Επίπεδο Εργασίας * Παράγοντες μη εφαρμογής Νοσηλευτικής Διεργασίας
(χρόνος) Crosstabulation**

Count

		Ερώτηση17					Total
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
Επίπεδο εργασίας	Κέντρο Υγείας	4	10	2	2	1	19
	Δημόσιο	71	118	12	45	9	255
	Νοσοκομείο						
	Ιδιωτικό	12	24	4	6	2	48
	Νοσοκομείο						
Total		87	152	18	53	12	322

Η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης χρόνου σε όλους τους τομείς περίθαλψης (Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας).

**Επίπεδο Εργασίας * Παράγοντες μη εφαρμογής Νοσηλευτικής Διεργασίας
(γνώσεις) Crosstabulation**

Count

		Ερώτηση18					Total
		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
Επίπεδο εργασίας	Κέντρο Υγείας	2	12	3	2	0	19
	Δημόσιο	73	114	13	44	11	255
	Νοσοκομείο						
	Ιδιωτικό	9	28	1	6	4	48
	Νοσοκομείο						
Total		84	154	17	52	15	322

Η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης γνώσεων σε όλους τους τομείς περίθαλψης (Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας).

Επίπεδο Εργασίας * Εφαρμογή Νοσηλευτικής Διεργασίας Crosstabulation
Count

	Ερώτηση23					Total
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	
Επίπεδο Κέντρο Υγείας	8	10	1	0	0	19
εργασίας Δημόσιο	112	122	6	12	3	255
Νοσοκομείο						
Ιδιωτικό	22	25	1	0	0	48
Νοσοκομείο						
Total	142	157	8	12	3	322

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι σημαντική για το νοσηλευτικό τους έργο σε όλους τους τομείς περίθαλψης (Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση

4.1 Συζήτηση

Η Νοσηλευτική Διεργασία έχει αποδειχθεί ότι είναι μια συστηματική μέθοδος επιστημονικής τεκμηρίωσης, η οποία χρησιμοποιείται για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των ανθρώπινων αντιδράσεων σε δυνητικά και πραγματικά προβλήματα υγείας και συνεισφέρει στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, εφόσον ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις γνώσεις και αξιοποιεί τις δεξιότητές του με ένα συστηματικό και επικεντρωμένο τρόπο για την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων στους ασθενείς (ANA 2007, Karini 2011).

Είναι ένα από τα πιο χρήσιμα εργαλεία για τον ίδιο το νοσηλευτή, διότι τον τροφοδοτεί σε μια επακριβή μέθοδο οργάνωσης φροντίδας του ασθενή καθώς του παρέχει ασφαλή, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα.

Παράλληλα, η συνεχής χρήση της ενισχύει την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στον ασθενή, γιατί με αυτό τον τρόπο ευνοεί τη γνώση και την επαγγελματική κατάρτιση των νοσηλευτών αλλά και προάγει την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτή και του αρρώστου, αφού είναι μια κυκλική διεργασία. Ως εκ τούτου, θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου, όπου η νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της ανήκει ανάμεσα στις άλλες επιστήμες.

Ο νοσηλευτής οφείλει να ακολουθεί εκτενώς τα στάδια του παρόντος όρου, δηλαδή αξιολογεί, διαμορφώνει διαγνώσεις, εκτιμά την κατάσταση των ασθενών και αναπτύσσει ένα σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας, το οποίο στη συνέχεια και εκτελεί (Wilkinson, 2006). Δίνεται στον άρρωστο μέσω της Νοσηλευτικής Διεργασίας μεγαλύτερη συμμετοχή στη φροντίδα του, εφόσον αναπτύσσεται ολοένα και

περισσότερο η επικοινωνία και η εμπιστοσύνη, γιατί είναι μια διαδικασία δυναμική, ανθρωπιστική και επικεντρωμένη στα αποτελέσματα.

Εν τέλει η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται στην Ελλάδα ή είναι ουτοπία;

Το παρόν ερώτημα μας απασχόλησε σε σημαντικό βαθμό και γι' αυτό άλλωστε η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε στον όρο Νοσηλευτική Διεργασία για να δοθούν απαντήσεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές για την κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά νοσοκομεία (δημόσια – ιδιωτικά) και Κέντρα Υγείας. Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διαπίστωση και η σύγκριση των γνώσεων και των απόψεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε Δημόσια – Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι στην Ελλάδα έχει έλλειψη ερευνητικών εργασιών σε αυτό το θέμα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό γνωρίζει την έννοια Νοσηλευτική Διεργασία, αφού το τεστ γνώσεων παρουσίασε ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών κυμαίνονται από καλές έως πολύ καλές, όπου σύμφωνα με την διασταύρωση που έγινε, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έδωσε ίδιες απαντήσεις. Βέβαια, ένα μικρό ποσοστό είχε ελλιπείς γνώσεις. Ωστόσο, σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση, οι εργαζόμενοι των Κέντρων Υγείας και των Δημόσιων Νοσοκομείων έχουν καλύτερες γνώσεις από τους νοσηλευτές των Ιδιωτικών Νοσοκομείων. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία οι αμοιβές των νοσηλευτών είναι ίσως υψηλότερες σε σχέση με τα Δημόσια Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας που ενδεχομένως είναι χαμηλότερες με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές στα ιδιωτικά νοσοκομεία να επαναπαύονται και να μην αναζητούν τη γνώση για αναβάθμιση και εξέλιξη της επιστήμης. Παράλληλα, μπορούν να πάρουν εκπαιδευτικές άδειες ευκολότερα από τους νοσηλευτές των Ιδιωτικών Νοσοκομείων εφόσον είναι δημόσιοι φορείς με αποτέλεσμα να εμπλουτίζουν τις γνώσεις τους από διάφορα σεμινάρια – συνέδρια. Βέβαια είναι μια διαφορά μικρής διαβάθμισης, χωρίς να σημαίνει πως στον ιδιωτικό τομέα δεν υπάρχουν αξιόλογοι, ικανοί και καταρτισμένοι νοσηλευτές.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών, ο όρος Νοσηλευτική Διεργασία τους είναι οικείος αφού την έχουν διδαχθεί σε προπτυχιακό επίπεδο, όμως το 1/3 των ερωτηθέντων έχει ελλιπείς γνώσεις, αφού δεν σχεδιάζονται προγράμματα επιμόρφωσης για τους εργαζόμενους νοσηλευτές των νοσοκομείων. Γι' αυτό το λόγο, είναι απαραίτητα διάφορα σεμινάρια, διαλέξεις και συνέδρια σε τακτά χρονικά διαστήματα από έμπειρους, καταρτισμένους, επιστημονικούς συνεργάτες, οι οποίοι θα συμβάλουν στη βαθύτερη κατανόηση του όρου Νοσηλευτική Διεργασία, θα εμπλουτίσουν τους νοσηλευτές με γνώσεις και θα αυξήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Έτσι λοιπόν, διαπιστώνουμε έμπρακτα σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων ότι η παραπάνω έννοια αναφέρεται στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών, σύμφωνα όμως με τη βιβλιογραφία δεν έχει ακόμα κατοχυρωθεί. Οι επιπτώσεις που υπάρχουν για τους νοσηλευτές που δεν γνωρίζουν τα επαγγελματικά τους δικαιώματα θεωρούνται πειθαρχικά παραπτώματα, σύμφωνα με το νόμο 3252/2004 (ENE) και προβλέπεται επιβολή πειθαρχικών ποινών.

Όπως φαίνεται από την έρευνα, η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται από ελάχιστα έως καθόλου στις κλινικές που εργάζονται οι νοσηλευτές στα Δημόσια Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της Ελλάδας. Από την άλλη πλευρά, στα Ιδιωτικά νοσοκομεία σύμφωνα με τις απαντήσεις των νοσηλευτών, η Νοσηλευτική Διεργασία εφαρμόζεται περισσότερο στις κλινικές που εργάζονται παρόλο που οι γνώσεις τους δεν είναι τόσο ικανοποιητικές, όπως έδειξε το τεστ γνώσεων.

Αυτό το αποτέλεσμα μας προξένησε το ενδιαφέρον και το ερώτημα γιατί στα Ιδιωτικά νοσοκομεία να εφαρμόζεται η Νοσηλευτική Διεργασία εφόσον οι γνώσεις τους όπως αποδείχθηκε είναι ανεπαρκείς. Η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας οφείλεται στο ότι στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία κυριαρχεί ο φόβος της μη μονιμότητας του νοσηλευτικού προσωπικού αλλά και οι πολλές απαιτήσεις των ασθενών που εισέρχονται στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία για την απαραίτητη φροντίδα λόγω ότι δαπανούν χρήματα για την υγεία τους, ενώ στο Δημόσιο Νοσοκομείο η κατάσταση

διαφέρει γιατί η ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη καλύπτεται από την ασφάλειά τους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι παρόλο που το ποσοστό των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας είναι μικρό σε σχέση με τους νοσηλευτές στα Δημόσια - Ιδιωτικά Νοσοκομεία, έχουν υψηλότερο score στο τεστ γνώσεων του ερωτηματολογίου και επομένως καλύτερες γνώσεις, σε σχέση με τη Νοσηλευτική Διεργασία, από τους νοσηλευτές των νοσοκομείων της χώρας. Αντιθέτως, παρατηρήθηκε από τα αποτελέσματα (μέση τιμή) ότι και οι νοσηλευτές των Δημόσιων Νοσοκομείων έχουν καλύτερες γνώσεις από αυτούς των Ιδιωτικών Νοσοκομείων.

Όσο αφορά τις βάρδιες παρατηρήθηκε ότι ο όρος που διερευνάται δεν εφαρμόζεται σε καμία βάρδια (πρωινή, απογευματινή, βραδινή), με αποτέλεσμα να μην παρέχεται ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα στον ασθενή που είναι το επίκεντρο. Παύει ο νοσηλευτής να ασκεί την κριτική του σκέψη, η οποία απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρία, διότι δεν αναπτύσσεται επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή και επομένως δεν εφαρμόζεται το στάδιο της αξιολόγησης, δεν αναγνωρίζει υπαρκτά και δυνητικά προβλήματα υγείας και δεν λαμβάνει αποφάσεις για τη διεξαγωγή της νοσηλευτικής παρέμβασης. Έτσι λοιπόν, είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός προγραμμάτων επιμόρφωσης για τους εργαζόμενους νοσηλευτές των νοσοκομείων, όπου είναι σημαντικά διάφορα σεμινάρια, διαλέξεις και συνέδρια σε τακτά χρονικά διαστήματα από έμπειρους, καταρτισμένους, επιστημονικούς συνεργάτες, οι οποίοι θα συμβάλουν στην βαθύτερη κατανόηση του όρου Νοσηλευτική Διεργασία, θα εμπλουτίσουν τους νοσηλευτές με γνώσεις και θα αυξήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Αξίζει να αναφερθεί ότι σπουδαίο ρόλο παίζει η δραστηριοποίηση του προϊστάμενου της κάθε κλινικής για να εφαρμοστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο η Νοσηλευτική Διεργασία. Σύμφωνα με τους Russel (2010) και Johnstone (2005), όσο πιο ικανός και δραστήριος είναι ένας προϊστάμενος τόσο πιο πολύ ενθαρρύνει τους νοσηλευτές να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στους ασθενείς. Βάσει της

στατιστικής ανάλυσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προϊστάμενοι παροτρύνουν τους νοσηλευτές να εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διεργασία και ως εκ τούτου φαίνεται ότι ενδιαφέρονται για τη καλύτερη παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας και άρα της νοσηλευτικής επιστήμης. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές απέχουν από το να εφαρμόσουν τη νοσηλευτική διεργασία.

Αξίζει να αναφέρουμε πως οι νοσηλευτές συμφωνούν ότι η Νοσηλευτική Διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης χρόνου αλλά και προσωπικού. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του μεγάλου φόρτου εργασίας που υπάρχουν στα ελληνικά Δημόσια-Ιδιωτικά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, αφού οι ανάγκες και η δύναμη των ασθενών ολοένα και αυξάνονται, και το νοσηλευτικό προσωπικό να παραμένει ελάχιστο αφού οι προσλήψεις έχουν παγώσει (από το 2010 λόγω οικονομικής κρίσης) με αποτέλεσμα η φιλοσοφία της φροντίδας να στρέφεται κυρίως στη σκέψη «η δουλειά να βγει». Γι' αυτό κρίνεται απαραίτητο από το κράτος να παρέχει κονδύλια σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας για την πρόσληψη ικανών νοσηλευτών, έτσι ώστε να εξαλειφθεί το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού και να στελεχωθούν όλες οι κλινικές και τα τμήματα από εξειδικευμένους νοσηλευτές . Με αυτό τον τρόπο, της πρόσληψης, επιτυγχάνετε καλύτερη αναλογία νοσηλευτή-ασθενή, μπορεί να αναπτυχθεί η ομαδική νοσηλευτική, η οποία θα συμβάλλει σε ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα προς τους ασθενείς. Θα δίνεται έμφαση στο συντονισμό των καθηκόντων του προσωπικού και θα παρέχεται καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Όλα τα παραπάνω στοχεύουν στην ορθή διεκπεραίωση της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

Άλλος ένας λόγος, για τον οποίο οι Έλληνες νοσηλευτές δεν εφαρμόζουν την Νοσηλευτική Διεργασία είναι η μη ενθάρρυνση της από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδιαφορία, τη συνήθεια, το συντηρητισμό, το φόβο , την επικείμενη απώλεια σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και την πιθανή έλλειψη ανταμοιβής με το να απομακρύνουν τον Έλληνα νοσηλευτή από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο δεν καλλιεργείται και δεν

προάγεται η νοσηλευτική επιστήμη με αποτέλεσμα η Νοσηλευτική στην Ελλάδα να μην εξελίσσεται στη διαφορετικότητα και να παραμένει στάσιμη και να οδηγείται στη ρουτίνα, το συντηρητισμό και την αφάνεια.

Εντύπωση προκάλεσαν οι απαντήσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ότι η Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να εφαρμόζεται αρκετά από τους βοηθούς νοσηλευτών. Πιθανών, διότι θεωρούν ότι είναι πολύτιμη η βοήθειά τους αφού βοηθούν στη γρήγορη περάτωση της εργασίας και εκτός αυτού από τη στιγμή που υπάρχει έλλειψη προσωπικού στα νοσοκομεία της χώρας αλλά και στα Κέντρα Υγείας, η αμέσως επόμενη βαθμίδα για εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας είναι οι ΔΕ νοσηλευτές ακολουθώντας πάντα το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας με ότι τυχόν επιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει μια τέτοια κατάσταση.

Από την άλλη πλευρά όμως, η Νοσηλευτική Διεργασία δε διδάσκεται στους διετούς φοίτησης νοσηλευτές, άρα είναι μια άγνωστη έννοια γι' αυτούς, δεν ανήκει στα επαγγελματικά τους δικαιώματα και επομένως δεν πρέπει να την εφαρμόζουν. Είναι κατεξοχήν καθήκον των νοσηλευτών (ΠΕ και ΤΕ) αλλά όχι των βοηθών των νοσηλευτών (ΔΕ). Έτσι, τα νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας, όσον αφορά την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη θα πρέπει να στελεχωθούν από πτυχιούχους νοσηλευτές, οι οποίοι θα είναι σε θέση να εφαρμόσουν τη Νοσηλευτική Διεργασία εφόσον την έχουν διδαχθεί στην προπτυχιακή και ίσως κάποιοι στη μεταπτυχιακή τους εκπαίδευση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τα επαγγελματικά του δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του απέναντι στον ασθενή και να τις εφαρμόζει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Οι Έλληνες νοσηλευτές πιστεύουν ότι η Νοσηλευτική Διεργασία είναι πάρα πολύ χρήσιμη για τους ασθενείς που δέχονται τη φροντίδα γιατί εφαρμόζονται με σειρά τα στάδιά της (Αξιολόγηση, Διάγνωση, Σχεδιασμός, Εφαρμογή, Εκτίμηση των αποτελεσμάτων), αναπτύσσεται επικοινωνία και σχέση εμπιστοσύνης νοσηλευτή –

ασθενή, παρέχεται ασφαλή, ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα και αποτελεί μια συστηματική, δυναμική, ανθρωπιστική και επικεντρωμένη στα αποτελέσματα διαδικασία θέτοντας στο κέντρο του κύκλου τον ασθενή (ANA 2004, Alfaro – LeFevre 2005, Potter και Frisch 2007, Cullagh 2012).

Το μεγαλύτερο μέρος των Ελλήνων νοσηλευτών, όπως αποδείχθηκε θεωρεί ότι η Νοσηλευτική Διεργασία προάγει πάρα πολύ τη νοσηλευτική επιστήμη, αφού η Νοσηλευτική αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών. Οι σημερινές ανάγκες στο χώρο της υγείας απαιτούν γενικά ανθρώπινο δυναμικό με γνώσεις και δεξιότητες υψηλού επιπέδου, για την εφαρμογή νέων μεθόδων, για εντόπιση αναγκών, διάγνωση, πρόληψη και αποκατάσταση (Lanara 1993, Carpenito-Moyet 2008).

Η Νοσηλευτική σήμερα, σε όλο τον κόσμο, αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις για τις οποίες πρέπει να ανταποκριθεί θετικά όχι μόνο για την ανάπτυξη του κλάδου ως επιστήμη, αλλά κυρίως για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών υγείας όλων των λαών. Οι νοσηλευτές, ως λειτουργοί υγείας, γνωρίζουν τη μεγάλη συμβολή του έργου τους προς όλη την ανθρωπότητα, εφόσον η υγεία και η ασθένεια δεν έχουν σύνορα. Η Νοσηλευτική από φύση της είναι παγκόσμια και θα διαρκεί όσο και η ζωή στον πλανήτη μας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ολοένα και πιο πολλοί συνειδητοποιημένοι νοσηλευτές, οι οποίοι ασκούν το νοσηλευτικό τους έργο με υπευθυνότητα και σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους ασθενούς, προσπαθούν να ανακάμψουν τη νοσηλευτική επιστήμη με το να αγωνίζονται για τα επαγγελματικά τους δικαιώματα και καθήκοντα. Παράλληλα, η αναγνωρισιμότητα της Νοσηλευτικής ως επιστήμης θα επιτευχθεί με την εφαρμογή της κριτικής σκέψης, η οποία είναι μια διεργασία οργανωμένη, επιστημονική και αυστηρά ελεγχόμενη και θα εφαρμόζεται σε κάθε στάδιο της Νοσηλευτικής Διεργασίας γιατί είναι αλληλένδετες συνιστώσες της λήψης αποφάσεων και της επιστημονικής τεκμηρίωσης (Paul 2004, Fesler – Birch 2005).

Εκτός από τη νοσηλευτική επιστήμη, η Νοσηλευτική Διεργασία βοηθά εξίσου το ίδιο και στη γρήγορη περάτωση της εργασίας των νοσηλευτών, σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση. Αυτό συμβαίνει όταν οι νοσηλευτές είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι στην εφαρμογή των σταδίων της Νοσηλευτικής διεργασίας και ταυτόχρονα ασκούν την κριτική τους σκέψη, η οποία είναι απαραίτητη στην αποτελεσματική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, ο παραπάνω όρος είναι χρήσιμος για τη γρήγορη εκτέλεση της εργασίας τους αφού εφαρμόζοντας την κριτική σκέψη, τους επιτρέπεται η αναγνώριση σημαντικών στοιχείων, η γρήγορη αντίδραση και ο προγραμματισμός παρεμβάσεων, όπως απαιτείται (Osborn, Wraa και Watson, 2012). Με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η ασθένεια, προάγεται η υγεία και προωθείται η ανεξαρτησία και η ευεξία. Γι αυτό το λόγο είναι απαραίτητη η ενθάρρυνση από την νοσηλευτική υπηρεσία για εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας σε όλα τα τμήματα και τις κλινικές για την εξασφάλιση της γρήγορης περάτωσης της εργασίας τους και την ποιότητα φροντίδας των ασθενών.

Τόσο η Νοσηλευτική ως επιστήμη όσο και η γρήγορη περάτωση εργασίας των νοσηλευτών μέσω της εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας βασίζονται εδώ και πολλά χρόνια στις νοσηλευτικές θεωρίες, αφού οι θεωρητικοί π.χ. Nightingale, Neuman, Orem, King, Watson κ.α. ήταν αυτοί που ανέπτυξαν σιγά- σιγά τη Νοσηλευτική και μέσα σε αυτή εισήγαγαν τον όρο Νοσηλευτική Διεργασία θεωρώντας τον, τον πιο σημαντικό για τους ασθενείς που δέχονταν τη φροντίδα (Alligood 2011, Wheathley 2013).

Αξιόλογο είναι να αναφέρουμε ότι μέσα από την στατιστική ανάλυση παρατηρήθηκε ότι η αυτονομία του νοσηλευτή συμβάλλει εποικοδομητικά στην διεκπεραίωση της Νοσηλευτικής Διεργασίας. Ο εμπλουτισμός της εργασίας προωθεί την αυτονομία και τον αυτοέλεγχο. Ενδεικτικά προτείνεται η προώθηση πρωτοβουλίας των νοσηλευτών, για διαχείριση του χρόνου φροντίδας των ασθενών.

Παρόλα αυτά φανερώνει την υψηλή εργασιακή δυσαρέσκεια (την έλλειψη αυτονομίας) που αποκομίζουν οι εργαζόμενοι, αισθανόμενοι πως δεν έχουν δυνατότητες παρέμβασης σε θέματα οργάνωσης και ευκαιρίες επιρροής στον τρόπο άσκησης της εργασίας τους.

Συμπερασματικά στην Ελλάδα είναι απαραίτητη η αυτονομία των καταρτισμένων νοσηλευτών, όμως λόγω του φόρτου εργασίας και της ανεπαρκούς στελέχωσης, σε συνδυασμό με τις χαμηλές αμοιβές τους και την αδιαφορία από τη διοίκηση περιορίζεται η αυτονομία τους. Για να έχουν αυτονομία οι νοσηλευτές στην Ελλάδα χρειάζεται να αναγνωριστεί η επαγγελματική τους οντότητα, τόσο από την πολιτεία, όσο και από το χώρο της υγείας(π.χ. ιατρική), να καταστούν σαφή τα επαγγελματικά τους δικαιώματα και η νοσηλευτική δεοντολογία. Επίσης θα πρέπει να γίνει σαφής ο ρόλος του νοσηλευτή και να αναγνωρισθεί από τους ασθενείς μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και ασφάλεια καθώς μέχρι σήμερα στην Ελλάδα κυριαρχεί το ιατροκεντρικό πρότυπο και με αυτόν τον τρόπο δεν εξασφαλίζει στον νοσηλευτή πρωτοβουλίες. (Pherson και Skar 2010).

Καταλήγοντας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι πάρα πολύ σημαντική για το νοσηλευτικό έργο και στις τρεις βαθμίδες περίθαλψης, δηλαδή Δημόσια-Ιδιωτικά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας όμως η κατάσταση που επικρατεί στο Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν τη βοηθά να ανακάμψει αφού η νοοτροπία (κουλτούρα) του συστήματος υγείας παραμένει στάσιμη όλα αυτά τα χρόνια αδιαφορώντας για καινοτομίες, αλλαγές που θα βοηθήσουν στην κατεύθυνση μιας ποιοτικής νοσηλευτικής επιστήμης.

Κατάλληλο για να εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία στην Ελλάδα είναι ο συνεχής σχεδιασμός προγραμμάτων και μαθημάτων κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσης, ο οποίος είναι ένας τρόπος, να μελετήσουν και να

κατανοήσουν εις βάθος την έννοια της Νοσηλευτικής Διεργασίας, η οποία είναι το εφόδιο για τους μελλοντικούς εργαζόμενους.

Τέλος απαραίτητη είναι η συνεχής εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας στην κλινική πράξη των φοιτητών για πλήρη κατανόηση, εξοικείωση και εξάσκηση του όρου που διερευνάται. Δηλαδή, οι σπουδαστές θα πρέπει να εφαρμόζουν τη Νοσηλευτική Διεργασία σε κάθε κλινική που παρευρίσκονται για ένα πρόβλημα-ασθένεια ενός ασθενή, έτσι ώστε να εξοικειώνονται και να κατανοούν τον παραπάνω όρο.

Εν κατακλείδι, το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ γνωρίζει τη Νοσηλευτική Διεργασία δεν την εφαρμόζει σε ικανοποιητικό βαθμό, με συνέπεια να γεννούνται ερωτήματα ως προς την παροχή ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια-Ιδιωτικά νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας της χώρας. Έτσι λοιπόν, οι νοσηλευτές χρειάζεται να δραστηριοποιηθούν αποτελεσματικά, να οργανώσουν καλύτερα και αποδοτικότερα την εργασία τους και να επιβληθούν στην υγειονομική κοινότητα με τη γνώση και την επαγγελματική τους κατάρτιση, τότε θα επιτευχθεί και η κοινωνική καταξίωση του νοσηλευτικού έργου οπότε και η νοσηλευτική επιστήμη θα πάρει τη θέση που της αναλογεί ανάμεσα στις άλλες επιστήμες.

Τελικά στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, η εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι ουτοπία, εξαιτίας της ελληνικής νοοτροπίας – κουλτούρας που αφορά τη Νοσηλευτική, της ανεπαρκούς στελέχωσης των νοσοκομείων με νοσηλευτικό προσωπικό, της μη κατοχύρωσης από τη δεοντολογία και τη νομοθεσία και της μη εφαρμογής της από φοιτητές της Νοσηλευτικής κατά την πρακτική τους άσκηση (Fry και Johnstone, 2005).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackey BJ και Ladwig GB (1999) Nursing Diagnosis Band - book: A guide to planning care. Edition 2nd Mosby, Boston, Chicago, London

Andersen J και Brigys L (1988) Nursing Diagnosis: A study of quality and supportive evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, **20**(3): 141-144.

Agostino F, Alvaro R, Bowles H. K, Grazia M, Rocco G, Vellone E και Zega M (2014) Development and Validation of a Computerized Assessment Form to Support Nursing Diagnosis. *International Journal of Nursing Knowledge*, **25**(1): 22-29.

Aldrich K, Englebright J και Taylor RC (2014) Defining and Incorporating Basic Nursing Care Actions into the Electronic Health Record. *Journal of Nursing Scholarship*, **46**(1): 50-57.

Alemseged A, Alemseged F, Balcha F, Berhe S και Hagos F (2014) Application of Nursing Process and it's affecting factors among Nurses Working in Merkelle Zone Hospitals. *Journal Nursing Research and Practice*, **20**(1): 10-18.

Alexander L.G, Belntz C, Jones N, Laboon P, Nettle C, Pavelich J και Pifer P (2010) Community nursing diagnosis and the nurse - patient trajectory Framework. *Evidence - Based Nursing*, **33**(7): 910-914.

Alfaro R – Le Fevre (2002) *Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική Διεργασία, Προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα*. Έκδοση 5^η Παρισιάνος, Αθήνα

Aliaga M και Gunderson B (2002) *Interactive statistics*. Prentice Hall Publication, New York

Alligood M (2004) Self – Care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem. *Journal of Advanced Nursing*, **45**(5): 549.

Alligood R. M και Miles M. J (2011) Nursing Knowledge and Health Policy in Process. *Journal Nursing Science Quarterly*, **24**(1): 7 – 8.

Alspach J.G (1992) The Revised JCAHO nursing care standards: areas of emphasis. *Journal Critical Care Nurse*, **56**(1): 33 – 45.

American Nurses Association (2004) Standards of clinical nursing practice, Washington

American Nurses Association (2007) The nursing process: A common thread amongst all nurses.

<http://nursingworld.org/ExpeciallyForYou/StudentNurses/TheNursingProcess>

Anema FS, Briscoe G. M και Jones – Alfe V (2001) The nursing process: What do students know? *ABNF journal* **12**(1): 17

Attree M και Mason M.C. G (1997) The relationship between research and the nursing process in clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, **26**(5): 1045-1049.

Balogh Z, Efstathiou G, Jarosova D, Karlou C , Leino - Kilpi H, Merkouris A, Palese A, Papastavrou E, Patiraki E, Suhonen R, Tomietto M και Tsangari H (2012) A cross-cultural study of the concept of caring through behaviors: patients' and nurses' perspectives in six different E.U. countries. *Journal of Advanced Nursing*, **68**(5):1026-1037.

Bare G. B, Brunner, Smeltzer C. S και Suddarth's (1992) *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Edition 7th J.B. Lippincott Company. Philadelphia, New York, London, Hagerstown

Basilakis J., Dawson L., Hanlen L., Johnson M., Kelly B., Sanchez P., Η και Suominen H. (2014) Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *International Nursing Review (Journal)*, **61**(1): 73-81.

Beckwith S, Dickinson A και Kendall S (2010) Exploring Understanding of the Term Nursing Assessment: A Mixed Method Review of the Literature. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*, **7**(2): 98 – 110.

Bekhet K.A, Nakhla E.W και Zauszniewski A.J (2008) Happiness: Theoretical and Empirical Considerations. *Nursing Forum*, **43**(1): 12 – 23.

Bell J. (2001) Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Berry MD και Zysberg L(2005) Gender and Students' vocational choices in entering the field of nursing. *Nursing Outlook*, **53**(4): 193 – 198.

Beursken JA, Braun M S, Cran - Hanastregt Y και Gielen IA (2010) Feasibility of a mental practice intervention in stock patients in nursing homes; a process evaluation. *Journal BMC Neurology*, **52**(3): 432 – 450.

Beverly και French (2005) The process of research use in nursing. *Journal of advanced Nursing*, **49**(10): 125 – 134.

Beyers M και Dudas S (1977) The Clinical Practice of Medical – Surgical. Edition 1st Little, Brown and Company, Boston

Burke και LeMone (2006) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Έκδοση 3^η Λαγός Δημήτριος, Τόμος Α, Αθήνα

Bliss – Holtz J (1996) Using Orem's theory to generate Nursing Diagnosis for Electronic Documentation. *Journal Nursing Science Quarterly*, **9**(3): 121 – 125.

Bloniasz ER (2011) Caring for the Care taken: A nursing process Approach Contributors. *Creative Nursing*, **17**(1): 23 – 25.

Bowling A (2002) *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Open University Press

Braunstein SM (1998) Evaluation of Nursing Practice: Process and Critique. *Journal Nursing Science Quarterly*, **11**(2): 64 – 68.

Calif και Hamilton M (1973) Nursing process as the basis of nursing care. *AJN American Journal of Nursing*, **20**(3): 429.

Calladine LM (1996) Nurse process for Health Promotion Using King's Theory. *Journal of Community Health Nursing*, **13**(1): 51 – 57.

Carpenito – Moyet LJ (2008) *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*. Edition 12th Walters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins, USA

Case B (1997) *Career Planning for Nurses*. Editions Delmar. HPIA

Cavan - Frisch Noreen (2001). Nursing as a Context for Alternative /Complementary Modalities. *The Online Journal of Issues in Nursing*, **6**(2): 12.

Chan CA, Lee J και Phillips RD (2006) Diagnostic practice in nursing: A critical review of the literature. *Nursing & Health Science Journal*, **8**(1): 57 – 65.

Chang M J, Chang Y, Chou F, Kuo S και Yang Y (2011) Relationships between critical thinking ability and nursing competence in clinical nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **20**(21-22): 3224 – 3232.

Cho MK (2013) Effect of Health contract intervention on renal dialysis patients in Korea. *Nursing & Health Sciences*, **15**(1): 86 – 93.

Coombs, Crookes P και Curtis J (2013) What is the process of a comprehensive mental health nursing assessment? Results from a qualitative study. *International Nursing Review (Journal)*, **60**(1): 96 – 102.

Comley LA (1994) A comparative analysis of Orem's self – care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, **20**(4): 755 – 760.

Creswell JW (2002) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Boston

Cullagh Mc και Marjorie C (2012) Occupational health nursing education for the 21st century. *AAOHN journal*, **60**(4): 167 – 178.

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

Dawn MK, Dunn L K, Fahey L, Gail MK, Linch CG, Stifter J, Tastan S, Wilkie JD και Yao Y (2013) Evidence for the existing American Nurses Association – recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, **4**(1):39 – 41.

Deborah, Nightingale F και Sampson (2012) Notes on Nursing for the Labouring Classes Comlememorative. *Nursing History Review (journal)*, **20**(1): 15 – 16.

Δημητρόπουλος Γ Ε (2001) *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Ένα Συστημικό Δυναμικό Μοντέλο*. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Donald M E (1994) Start with the nursing care plan. *Canadian nurse (Journal)*, **90**(11): 57, 59.

Ellington L και Kennedy S L (2008) Application of a model of social information processing to nursing theory: how nurses respond to patients. *Journal of Advanced Nursing*, **64**(4): 388 – 398.

Ewen M και Nies AM (2001) *Κοινωνική Νοσηλευτική, Παράγοντας στην υγεία των πληθυσμών*. Τόμος 1, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα

Ewen M και Wills ME (2008) *Νοσηλευτικές Θεωρίες*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Erdemir F, Hakverdioglu Y G, Korhan A E και Müller – Staub M (2014) Nursing Diagnosis Determined by First Year Students: A Vignette Study. *International Journal of nursing knowledge*, **25**(1): 39 – 42.

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

Ζυγά Σοφία (2010) *Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

Fadden L. Peggy, Kutucky και Lexington (2011) Motivation and the Activation Process. *AANA*, **20**(1): 251.

Ferguson L, Myrick F και Yonge O (2011) The challenge of evaluation in Rural Preceptorship. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, **11**(2): 3 – 15.

Fesler – Birch MD (2005) Critical thinking and patient outcomes: A review. *Nursing Outlook*, **53**(2): 59 – 65.

Fry S. και Johnstone M. (2005) *Ζητήματα ηθικής στη νοσηλευτική πρακτική*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Funnel R, Koutoukidis G και Lawrence K. (2009) *Tabbner's Nursing Care*. Edition 5th Elsevier Publication, Australia

Gastmans Chris (1998) Interpersonal Relations in Nursing: A philosophical- ethical analysis of the work of Hildegard E. Peplau. *Journal of Advanced Nursing*, **28**(6): 1312 – 1319.

George B. J (1995) *Nursing Theories, The Base for Professional, Nursing Practice*. Edition 4rd Prentice – Hall International Inc, USA

Goran F S (2011) A new view: Intensive care unit competencies. *Critical Care Nurse*, **32**(7):17 – 29.

Gordon M (1998) Nursing Nomenclature and Classification System Development. *The Online Journal of Issues in Nursing*, **3**(1): 2 – 5.

Groff Paris L και Terhaar M (2011) Using Maslow Pyramid and the National Database of Nursing Quality Indications to Atran a Healthier Work Environment. *American Nursing Association*, **16**(1): 243.

Giordao K (2003) Examining Nursing Malpractice: A Defense Attorney's Perspective. *Critical Care Nurse*, **23**(1): 104 – 107.

Henderson V (1982) The nursing process-is the title right? *Journal of advanced Nursing*, **7**(2): 103 – 109.

Herdman H (2008) Nursing Diagnosis: Is it Time for a New Definition? *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, **19**(1):2 – 13.

Hinchliff S, Norman S και Schober J (1998) *Nursing Practice and Health Care*. Edition 3rd ALNOCD, New York

Hockenberry L. M και Wilson D (2009) *Παιδιατρική Νοσηλευτική, θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης*. Έκδοση 8^η ΒΗΤΑ, Αθήνα

Hogan M A (2012) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Hungler P. B και Polit F. D (1991) *Nursing Research*. Edition 4th J. B. Lippincott, New York, London, Philadelphia

Ingalls K και Tourville (2003) The Living Tree of Nursing Theories. *Nursing Forum*, **38**(3): 21 – 36.

- Ignatavicius – Workman (2008) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική*. Έκδοση 5^η
BHTA, Τόμος 1, Αθήνα
- Javeau C (2000) Η έρευνα με ερωτηματολόγιο. Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή.
Εκδόσεις Τυπωθύτω, Αθήνα
- Jones S και Waunda C (2014) Cateral violence in Nursing and the Theory the Nurse as
Wounded Healer. *American Nursing Association*, **24**(2): 101 – 110.
- Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου Α και Σουρτζή Π.(2005) *Κοινωνική Νοσηλευτική*.
Εκδόσεις BHTA, Αθήνα
- Karini H (2011) Applying nursing process education in workshop framework Procedia
– Social and Behavioral Sciences. *Nursing Outlook*, **29**(1): 561 – 566.
- Κατσίλλης I (2002) Περιγραφική στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες
και την εκπαίδευση. Εκδόσεις Gutenderg, Αθήνα
- Kirwan M, Matthews A και Scott P (2014) What is nursing in the 21st century and
what does the 21st century health system require of nursing? *Nursing Philosophy*
(*Journal*), **15**(1): 23 – 24.
- Κυριαζή N (2002) Η κοινωνιολογική έρευνα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Κυριακίδου Θ Ε (1997) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Έκδοση 2^η TABIΘΑ, Αθήνα
- Lancanster J. και Stanhope M.(2009) *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Εκδόσεις Πασχαλίδης,
Τόμος Β, Αθήνα

Lawrence N (2005) *Social research methods: quantitative and qualitative approaches* Allyn & Bacon, New York, London

LeMone (1996) *The Nursing Process and Documentation*. Editions Rosemary Rogers, UK

Littlewood J (2000) *Current issues in community Nursing*. Editions Churchill Livingstone. Τόμος Α, Toronto

Logan WW, Roper N και Tierney J A (1990) *The elements of Nursing a model for nursing based on a model of living*. Edition 3rd Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York

Lubbe J.C και Roets L (2014) Nurses' Scope of Practice and the Implication for Quality Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, **46**(1): 58 – 64.

Lukes E (2010) The Nursing Process and Program Planning. *AAOHN Journal*, **58**(1): 5 – 7.

Lunney M (2008) Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. *Journal of American Nurses Association (ANA)*, **13**(1): 23 – 30.

Marck P, Salsali M και Vaismoradi M (2011) Patient Safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*, **58**(4): 434 – 442.

Mason G και Webb C (1993) Nursing diagnosis: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, **2**(2): 67 – 74.

Messmer R. και Stevens R K (2008) In remembrance of Imogene M.King, January 30, 1923- December 24, 2007: Imogene, a pioneer and dear colleague. *Nursing Outlook*, **56**(3): 100 – 101.

Mitchell JR (1984) Is nursing any business of doctors? A simple guide to the nursing process. *Evidence-Based Nursing*, **20**(1): 216 – 219.

Naudow J και Wills J (2005) *Public Health and Health Promotion*, Edition 2nd
Boullie're Tindall, USA

Oja J K (2011) Using Problem – Based learning in the Clinical setting to improve Nursing Students' Critical Think. *AAOHN Journal*, **50**(3):145 – 151.

Osborn – Wraa – Watson (2012) *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική, Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Τόμος 1, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα

Παναγιωτάκος ΒΔ (2011) *Μεθοδολογία της Έρευνας και της Ανάλυσης Δεδομένων για τις Επιστήμες Υγείας*. Έκδοση 2^η, Διονίκος, Αθήνα

Paul R (2004) Defining critical thinking retrieved. *Critical Thinking Resources*, **15**(2): 63.

Perry και Potter (1993) *Fundamentals of nursing, concepts process and practice*. Edition 3rd International edition Mosby- Year Book, Boston, Chicago, London, Philadelphia, Sydney, Toronto

Phillips, Prascott PA, Ryan JW και Thompson (1996) Changing how nurses spend their time image. *Journal of Nursing Scholarship*, **23**(1):23 – 28.

Ραγιά Χ Α (2009) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Έκδοση 7^η, Παπανικολάου, Αθήνα

Robinson K D (1996) Measuring Psychiatric nursing intervention: How much care is individualized? *Journal of Research in Nursing*, **1**(1): 13 – 21.

Roussel L. και Swansburg R. (2010) *Νοσηλευτική Διοίκηση & Ηγεσία*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Roy R D (2013) Consulting in Occupational Health Nursing: An overview. *AAOHN Journal*, **3**(1): 43 – 49.

Ruchiwit M (2013) Determinants affecting the well- being of people in the Greater Mekong Subregion countries. *Nursing & Health Sciences*, **15**(1): 94 – 100.

Σαχίνη – Καρδάση Α (2004) *Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*. Έκδοση 3^η, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Sorensen AJ H (2008) Precepting in the Fast Lane: Improving Critical Thinking in Nurses. *AAOHN Journal*, **39**(5): 208 – 216.

Skar R (2010) The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal Clinical of Nursing*, **19**(1): 2226 – 2234.

Taylor G S (1988) Nursing Theory and Nursing Process: Orem's theory in Practice. *Journal Nursing Science Quarterly*, **1**(3): 111 – 119.

Thompson K S (2002) *Sampling (Wiley Series in Probability and Statistics)*. Wiley – Interscience, USA

Tlemey AJ (1994) A response to Professor Mitchell's simple guide to the nursing process. *Evidence-Based Nursing*, **24**(3): 835 – 838.

Unih L και Wan TH (2004) A system framework for evaluating Nursing Care Quality in Nursing Homes. *Journal of Medical System*, **28**(2): 349.

Χατζηγεοφύτου Μ (2007) Αξιοπιστία και εγκυρότητα. Εκδόσεις του υπουργείου παιδείας και πολιτισμού. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα

Waddington H(2000) *Types of Survey questions*. Στο B. Hoffman (Ed.) *Encyclopedia of Educational Technology*.

Whaley και Wong's (1997) *Essentials of Pediatric Nursing*. Edition 5th Mosby, Boston, Carlsbad, Chicago, Naples, New York, Philadelphia, Portland, London, Madrid, Mexico City, Singapore, Sydney, Tokyo, Toronto, Wiesbaden

Wheatley GC (2013) Cognitive free will learning theory, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. *Nursing Outlook*, **97**(5): 292 – 298.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας

11 Φεβρουαρίου 2014

Τμήμα Νοσηλευτικής

Μεγ. Αλεξάνδρου 1

Τ.Κ. 26334

Πάτρα

Αγαπητή κ. Προϊσταμένη/ε,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας. Η πτυχιακή μας εργασία υπό την επίβλεψη του Δρ. Ν. Μπακάλη, ερευνά τις γνώσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία.

Ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με 48 ερωτήσεις. Θέλουμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι οι απαντήσεις των νοσηλευτών θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι **εθελοντική**.

Θα σας είμαστε ευγνώμονες αν μας επιτρέψετε να προσεγγίσουμε τους νοσηλευτές του τμήματός σας.

Με εκτίμηση,

Αβραάμ Γεωργία

Γεωργιοπούλου Μαρία

Ο υπεύθυνος καθηγητής,

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί νοσηλευτές,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικολάου Μπακάλη. Περιλαμβάνει δύο μέρη, εκ των οποίων το 1^ο μέρος βασίζεται σε τεστ γνώσεων, ενώ το 2^ο μέρος αφορά τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη Νοσηλευτική Διεργασία. Περιλαμβάνει επίσης, μερικές δημογραφικές ερωτήσεις.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις**, διαλέγοντας μία μόνο επιλογή.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή των νοσηλευτών είναι εθελοντική.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

Μέρος 1^ο: Τεστ Γνώσεων

1. Τα στάδια της Νοσηλευτικής Διεργασίας είναι:
 - α.2
 - β.3
 - γ.5
 - δ.7

2. Το στάδιο της αξιολόγησης περιλαμβάνει:
 - α. τη συλλογή δεδομένων/πληροφοριών
 - β. την ερμηνευση και ανάλυση των δεδομένων
 - γ. την επικοινωνία του ασθενή και της οικογένειας του με το νοσηλευτή
 - δ. την εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων

3. Στη συλλογή δεδομένων, χρησιμοποιούνται οι εξής πηγές πληροφόρησης:
 - α. ασθενής, οικογένεια, συγγενικό περιβάλλον, επαγγελματίες υγείας
 - β. ασθενής, επαγγελματίες υγείας, φάκελος ασθενούς
 - γ. νοσηλευτές, ιατροί, τραυματιοφορείς
 - δ. α και β
 - ε. α, β, γ

4. Η συνέντευξη ενσωματώνεται στο στάδιο της:
 - α. εκτίμησης
 - β. εφαρμογής
 - γ. νοσηλευτικής διάγνωσης
 - δ. αξιολόγησης

5. Η νοσηλευτική διάγνωση:
 - α. ερμηνεύει και αναλύει τα δεδομένα του ασθενή

- β. προσδιορίζει τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ασθενή
- γ. διατυπώνει και επιβεβαιώνει την εγκυρότητα των νοσηλευτικών διαγνώσεων
- δ. όλα τα παραπάνω

6. Στο στάδιο της διάγνωσης, ο νοσηλευτής:

- α. ιεραρχεί τις νοσηλευτικές διαγνώσεις
- β. προσθέτει νέες πληροφορίες από διάφορες πηγές πληροφόρησης
- γ. επικεντρώνεται σε στόχους και θεραπείες
- δ. τίποτα από τα παραπάνω

7. Το στάδιο του σχεδιασμού στη Νοσηλευτική Διεργασία προηγείται του σταδίου:

- α. της αξιολόγησης
- β. της εφαρμογής
- γ. της νοσηλευτικής διάγνωσης
- δ. της εκτίμησης

8. Στο στάδιο του σχεδιασμού:

- α. αναλύονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις
- β. επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα των νοσηλευτικών διαγνώσεων
- γ. καθορίζονται οι προτεραιότητες για τη νοσηλευτική φροντίδα
- δ. συλλέγονται πληροφορίες για τη φροντίδα του ασθενούς

9. Κατά τη διαδικασία του σχεδιασμού, ο νοσηλευτής:

- α. επιλέγει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- β. εκτιμά την κατάσταση του ασθενούς
- γ. εφαρμόζει τη μέθοδο της συνέντευξης
- δ. αναγνωρίζει τα αίτια της ασθένειας

10. Το στάδιο της εφαρμογής, περιλαμβάνει όλες τις παρεμβάσεις για:

- α. προαγωγή της ευεξίας
- β. πρόληψη ασθενειών
- γ. αποκατάσταση της υγείας
- δ. διδασκαλία του ασθενούς
- ε. όλα τα παραπάνω

11. Στο στάδιο της εφαρμογής, ο νοσηλευτής:

- α. δεν επανεξετάζει τον ασθενή
- β. εκτελεί το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας
- γ. καταγράφει τους σκοπούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα
- δ. θέτει προτεραιότητες

12. Το στάδιο της εκτίμησης:

- α. συγκρίνει τα δεδομένα πριν & μετά τη νοσηλευτική παρέμβαση
- β. αξιολογεί τη νοσηλευτική φροντίδα
- γ. αξιολογεί την αποτελεσματικότητα όλων των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται στην παροχή φροντίδας
- δ. όλα τα παραπάνω

13. Το στάδιο της εκτίμησης:

- α. δεν επιτυγχάνει τα αναμενόμενα αποτελέσματα
- β. δεν προσδιορίζει τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επιτυχία ή αποτυχία του σχεδίου φροντίδας
- γ. τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, εάν ενδείκνυται
- δ. τίποτα από τα παραπάνω

14. Η κριτική σκέψη εφαρμόζεται στο στάδιο:

- α. αξιολόγηση

- β. διάγνωση
- γ. σχεδιασμός
- δ. εφαρμογή
- ε. όλα τα παραπάνω

15. Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι:

- α. μια συνεχής διαδικασία
- β. μια μη συνεχής διαδικασία
- γ. μια διαδικασία που έχει αρχή, μέση και τέλος
- δ. α, γ

Μέρος 2^ο: Οι απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με τη νοσηλευτική διεργασία.

1. Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι νομικό έγγραφο που κατοχυρώνεται από το νοσηλευτή;

Ναι .. Όχι .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ..

2. Γνωρίζετε, εάν η νοσηλευτική διεργασία αναφέρεται στα επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών;

Ναι .. Όχι .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ..

3. Έχετε διδαχθεί τη νοσηλευτική διεργασία σε προπτυχιακό επίπεδο;

Ναι .. Όχι .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ..

** Όσοι έχετε κάνει μεταπτυχιακό να απαντηθεί η ερώτηση 4, αν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 5.*

4. Έχετε διδαχθεί τη νοσηλευτική διεργασία σε μεταπτυχιακό επίπεδο;

Ναι .. Όχι .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ..

5. Η νοσηλευτική διεργασία εφαρμόζεται στην κλινική που εργάζεσθε;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

6.Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στην πρωινή βάρδια;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

7.Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στην απογευματινή βάρδια;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

8.Εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία στη βραδινή βάρδια;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

9. Ο προϊστάμενος/-η της κλινικής σας, σας ενθαρρύνει να εφαρμόζετε τη νοσηλευτική διεργασία;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

10.Θεωρείτε ότι η νοσηλευτική διεργασία πρέπει να εφαρμόζεται από βοηθούς νοσηλευτές;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

11. Πιστεύετε ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι χρήσιμη για τους ασθενείς που δέχονται τη φροντίδα;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

12. Θεωρείτε πως η νοσηλευτική διεργασία προάγει τη νοσηλευτική επιστήμη;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

13. Πιστεύετε πως η διαίσθηση συμβάλλει θετικά στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

14. Θεωρείτε ότι η εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, σας βοηθά στη γρήγορη περάτωση της εργασίας σας;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

15. Πιστεύετε πως η νοσηλευτική διεργασία βασίζεται στις νοσηλευτικές θεωρίες;

Πάρα πολύ .. Πολύ .. Αρκετά .. Ελάχιστα .. Καθόλου ..

16. Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης προσωπικού.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

17. Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης χρόνου.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

18. Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης γνώσεων.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

19. Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω έλλειψης εμπειρίας.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

20. Η νοσηλευτική διεργασία δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω μη ενθάρρυνσης από τη διοίκηση.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

21. Η αυτονομία του νοσηλευτή συμβάλλει εποικοδομητικά στη διεκπεραίωση της νοσηλευτικής διεργασίας.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

22. Για να εφαρμοστεί η νοσηλευτική διεργασία, θα πρέπει ο νοσηλευτής να ασκεί εξουσία στο χώρο εργασίας του.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

23. Γενικά, η νοσηλευτική διεργασία είναι σημαντική για το νοσηλευτικό σας έργο.

Συμφωνώ απόλυτα .. Συμφωνώ .. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ .. Διαφωνώ ..

Διαφωνώ απόλυτα ..

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ηλικία:

Φύλο: Άρρεν .. Θήλυ ..

Πτυχίο: ΠΕ .. ΤΕ ..

Τομέας εργασίας: Κ.Υ .. Δημόσιο Νοσοκομείο .. Ιδιωτικό Νοσοκομείο ..

Κλινική (όσοι εργάζεσθε σε Δημόσιο & Ιδιωτικό Νοσοκομείο):

.....

Χρόνια προϋπηρεσίας:

Μεταπτυχιακός τίτλος: Master .. Διδακτορικό .. Τίποτα από τα δύο ..

Κάτοχος πιστοποιητικού Αγγλικών: Lower .. Proficiency .. Τίποτα από τα δύο ..

Κάτοχος πιστοποιητικού ECDL: Ναι .. Όχι ..

Πόλη:

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ!!!