



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Επαγγελματική Αυτονομία και συσχέτιση  
με το βαθμό συνεργασίας Νοσηλευτών - Ιατρών στις  
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Κύπρου**

Ευανθία Γάη Γεωργίου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Ανδρέας Παυλάκης

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2010

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Επαγγελματική Αυτονομία και συσχέτιση  
με το βαθμό συνεργασίας Νοσηλευτών - Ιατρών στις  
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Κύπρου**

Ευανθία Γάη Γεωργίου

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**  
Ανδρέας Παυλάκης

Λευκωσία, Οκτώβριος 2010

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες .....	7
Περίληψη.....	8
Abstract.....	10
Εισαγωγή.....	12
<b>Ι . ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>Κεφάλαιο 1: Δημιουργία και Λειτουργία των ΜΕΘ</b>	
1.1 Ιστορική αναδρομή .....	15
1.2 ΜΕΘ – Κυπριακή Πραγματικότητα.....	16
1.3 Εξειδίκευση στην Εντατική Νοσηλευτική.....	19
1.4 Οργάνωση και Λειτουργία των ΜΕΘ.....	19
1.5 Κόστος λειτουργίας των ΜΕΘ.....	20
<b>Κεφάλαιο 2: Αυτονομία</b>	
2.1 Ορισμοί και Θεωρίες της Αυτονομίας.....	21
2.2 Αυτονομία στις ΜΕΘ.....	26
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την Αυτονομία	
2.3.1 Νέες προκλήσεις στη Νοσηλευτική.....	28
2.3.2 Κανονισμοί και οργάνωση νοσοκομείου.....	29
2.3.3 Εκπαίδευση.....	29
2.3.4 Εμπειρία – Θέση.....	30
2.3.5 Φύλο.....	31
2.3.6 Εξουσιαστική Κυριαρχία των Γιατρών.....	32
2.3.7 Διοίκηση- Ηγεσία.....	34
2.3.8 Χώρος εργασίας - ΜΕΘ ή Γενικά τμήματα.....	35
2.3.9 Προσωπικότητα.....	35
2.4 Θετικά αποτελέσματα αυτονομίας.....	37
<b>Κεφάλαιο 3 : Πρακτικές συνεργασίας Νοσηλευτών – Ιατρών</b>	
3.1 Ορισμοί και έννοιες συνεργασίας.....	39
3.2 Μοντέλα πρακτικών συνεργασίας.....	40
3.3 Συνεργασία στις ΜΕΘ.....	42
3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την συνεργασία	
3.4.1 Κοινωνική υπόσταση του ιατρικού και Νοσηλευτικού επαγγέλματος και ανισότητα επαγγελματικών ρόλων.....	44
3.4.2 Φύλο.....	46
3.4.3 Άλλοι παράγοντες.....	46
3.5 Θετικά αποτελέσματα συνεργασίας.....	47

## II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία

4.1 Σκοπός της Μελέτης.....	50
4.2 Το Δείγμα της Μελέτης.....	52
4.3 Εργαλεία Μέτρησης.....	53
4.3.1Κλίμακα Αυτονομίας.....	54
4.3.2Κλίμακα Συνεργασίας – CSACD.....	57
4.4 Πιλοτική μελέτη.....	58
4.5 Διαδικασία Συλλογής των δεδομένων και Ηθικά Ζητήματα.....	58
4.6 Ανάλυση των Δεδομένων.....	59
4.7 Περιορισμοί της μελέτης.....	61

### Κεφάλαιο 5. Παρουσίαση αποτελεσμάτων

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	
5.1.1 Φύλο, τόπος και επαρχία εργασίας, επίπεδο εκπαίδευσης και οργανική θέση.....	61
5.1.2 Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.....	65
5.1.3 Ικανοποίηση από την εργασία.....	66
5.2 Κλίμακα Αυτονομίας	
5.2.1 Γενικά αποτελέσματα.....	66
5.2.2 Υποκλίμακα 1: Αυτονομία ως προς την γνώση.....	67
5.2.3 Υποκλίμακα 2: Αυτονομία ως προς την δράση.....	69
5.2.4 Υποκλίμακα 3: Αυτονομία ως προς τις αξίες.....	70
5.2.5 Σύγκριση διαφόρων δημογραφικών στοιχείων με την Κλίμακα Αυτονομίας.	
5.2.5.1 Αυτονομία σε σχέση με τη Γενική Εμπειρία στο επάγγελμα, την Εμπειρία ειδικά στη ΜΕΘ και την Εκπαίδευση.....	72
5.2.5.2 Αυτονομία και Τόπος Εργασίας.....	74
5.2.5.3 Αυτονομία και Οργανική Θέση.....	75
5.2.5.4 Αυτονομία σε σχέση με το Φύλο και Προγράμματα Συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.....	76
5.3 Κλίμακα CSAD	
5.3.1 1 <sup>η</sup> Υποκλίμακα: Συνεργασίας.....	77
5.3.2 2 <sup>η</sup> Υποκλίμακα: Ικανοποίηση από την συνεργασία.....	79
5.3.3 Γενική/Σφαιρική ερώτηση για την συνεργασία.....	79
5.3.4 Ουδέτερη ερώτηση - Πρόθεση παραίτησης.....	80
5.4 Γενικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων, Αυτονομίας (Γνώση-Δράση-Αξίες) -Συνεργασίας –Ικανοποίησης.....	81

## **Κεφάλαιο 6. Συζήτηση**

6.1 Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	82
6.2 Συμπεράσματα και Εισηγήσεις.....	89

## **Κεφάλαιο 7. Βιβλιογραφία**

7.1 Αγγλική .....	93
7.2 Ελληνική.....	105

## **Κεφάλαιο 8. Παραρτήματα**

8.1 Ερωτηματολόγιο.....	107
-------------------------	-----

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ, ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΟΣΟΥΣ ΒΟΗΘΗΣΑΝ  
ΓΙΑ ΝΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΘΕΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΙΑΤΡΙΒΗ.

- Ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου Κον Α. Παυλάκη για την συνεχή καθοδήγηση και υποστήριξη του
- Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην οικογένεια μου για την συνεχή κατανόηση που έδειξε όλο αυτό το χρονικό διάστημα και τη ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη της.
- Ευχαριστίες στον Στατιστικολόγο Κον Σάββα Ζαννέτο για την θεώρηση των κεφαλαίων στατιστικής ανάλυσης και την καθοριστική συμβολή του στην στατιστική ανάλυση των δεδομένων.
- Ευχαριστίες στους φοιτητές του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου στο Τμήμα Νοσηλευτικής Γιώργο Παπαγρηγορίου και Σταυρούλα Ζήνωνος για την ανιδιοτελή συνεισφορά τους.
- Τέλος ευχαριστίες οφείλονται στην νοσηλευτική διοίκηση των τεσσάρων Δημόσιων Νοσοκομείων Κύπρου, Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου αλλά και στους ίδιους τους Νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας που συνεργάστηκαν για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στην Κύπρο δεν έχουν ακόμη αναπτυχθεί μελέτες που να αναφέρονται στην αυτονομία των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ και να σχετίζονται με την συνεργασία νοσηλευτών – ιατρών στο συγκεκριμένο χώρο.

Η αυξημένη νοσηλευτική αυτονομία σχετίζεται με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και είναι παράγοντας για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, την παραμονή τους στο κλινικό χώρο καθώς και την εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής.

Η συνεργασία των νοσηλευτών με τους γιατρούς ίσως σχετίζεται σημαντικά με την επαγγελματική τους αυτονομία και είναι θέμα το οποίο αναγνωρίστηκε ως ένας από τους τρεις πυλώνες για εξαιρετικά ‘υγιές’ περιβάλλον εργασίας (magnetic) ικανό να προσελκύσει αλλά και να διατηρήσει το προσωπικό του

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου αυτονομίας των Κύπριων νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και η συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτών – Ιατρών.

**Δείγμα-Μέθοδος:** Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε σε τρεις ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε στα γενικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων, η δεύτερη και τρίτη ενότητα περιλάμβανε κλίμακα με την οποία μελετάται η αυτονομία των νοσηλευτών και τη κλίμακα CSACD (Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Scale) με την οποία μελετάται η συνεργασία Νοσηλευτών – Ιατρών και η ικανοποίηση τους κατά την διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων. Τα αποτελέσματα έτυχαν επεξεργασίας και στατιστικής ανάλυσης με το στατιστικό λογισμικό Statistical Package for Social Sciences 16 (SPSS 16). Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση των συχνοτήτων, πίνακες διπλής εισόδου και στατιστικά μη παραμετρικά τεστ.

**Αποτελέσματα:** Οι νοσηλευτές ΜΕΘ θεωρούν πολύ σημαντικό να έχουν αυτονομία και ανεξαρτησία στην εργασία τους (ΜΟ 8.33 εύρος κλίμακας 1-10 με το 10 εξαιρετικά σημαντική, ΤΑ=1.48) η αυτονομία τους όμως κυμαίνεται σε μέτριο επίπεδο με τον μέσο όρο αυτονομίας να είναι ελαφρά πάνω από το μέσο της κλίμακας (ΜΟ=4.23, εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=συμφωνώ απόλυτα, ΤΑ=0.92). Οι νοσηλευτές απολαμβάνουν περισσότερη αυτονομία στην κατηγορία των αξιών (ΜΟ= 4.36, ΤΑ= 1.18). Η συνεργασία των νοσηλευτών με τους γιατρούς στη διαδικασία λήψεως αποφάσεων είναι ουδέτερη προς χαμηλή (ΜΟ = 3.74 σε κλίμακα 1-7 με το 7=συμφωνώ απόλυτα). Παράλληλα, οι νοσηλευτές που δηλώνουν χαμηλά επίπεδα συνεργασίας κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι και οι λιγότερο ικανοποιημένοι. Ο βαθμός αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ Κύπρου σχετίζεται θετικά με το βαθμό συνεργασίας τους με τους γιατρούς ( $r= 0.542$ ,  $p= 0.000$ ). Η θετική αυτή σχέση μεταξύ αυτονομίας και συνεργασίας είναι εμφανώς εξαρτώμενη από παράγοντες όπως η γενική εμπειρία αλλά και η εμπειρία ειδικά στην ΜΕΘ. Επιπρόσθετα έχουν εντοπιστεί σημαντικές διαφορές όσο αφορά το βαθμό συνεργασίας μεταξύ γιατρών-νοσηλευτών στις διάφορες ΜΕΘ που έχουν μελετηθεί.

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής αλλά και η ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών σχέσεων μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών στην ΜΕΘ οδηγούν στην ανάπτυξη υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και αυξάνουν την ικανοποίηση των νοσηλευτών στην διαδικασία λήψεως αποφάσεων.

Επιπρόσθετα, οι καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών - γιατρών μπορεί να ενισχύσουν την αυτονομία των νοσηλευτών. Για αυτό τον λόγο θα πρέπει να διερευνηθούν οι οργανωτικές δομές και οι βέλτιστες πρακτικές που θα επιτρέψουν την ενίσχυση της επαγγελματικής τους αυτονομίας αλλά και την ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών σχέσεων ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές.



## ABSTRACT

**Introduction:** Issues of critical and intensive care nurses' autonomy and nurse-physician collaboration have not been studied yet in Cyprus. Autonomy in everyday nursing practice is one way to achieve greater visibility to the work of nurses. Furthermore, autonomy is generally considered a desirable feature within the nursing profession. Increased nursing autonomy has been associated with improved patient outcomes and is a factor in nursing satisfaction and staff retention, and evidence-based practice. Collaboration with medical staff may be a significant correlate of nurses' autonomy and it has been identified as one of the three cornerstones for healthy work environments, magnetic, capable to recruit and retain their staff.

**Purpose:** To explore the level of critical and intensive care nurses' autonomy in Cyprus and to assess potential associations with nurse-physician collaboration.

**Sample-Methodology:** The sample consisted of nurses employed at intensive care units (ICUs) of public hospitals in Cyprus. Data were collected through a questionnaire, consisting of 3 sections. The first section included general/demographic questions and the second and third section 2 validated Likert-type scales, the Varjus et al (2003) scale which assessed Nurses' autonomy and the CSACD (Baggs, 1992) which assessed nurse-physician collaboration and satisfaction about care decisions. Data were analyzed through the Statistical Package for Social Sciences version 16.00 (SPSS 16). Frequencies Crosstabulation as well as non-parametric tests were employed.

**Results:** The majority of nurses regard autonomy and independence in their work as very important ( $8.33 \pm 1.48$  10-point numeric rating scale 10=extremely important). However, autonomy scores among ICU nurses were moderate ( $4.23 \pm 0.9$  on a 6-point Likert scale 6=completely agree). ICU nurses enjoyed the strongest autonomy with regard to the value base of autonomy ( $4.36 \pm 1.18$ ) and a comparison of their knowledge to their action base scores showed that they had more control over matters of delivery of care than over decision making and unit operation. Nurse-physician collaboration in the decision making

process was low ( $3.74 \pm 1.59$  7-point Likert scale 7=completely agree). A moderate positive association was exhibited between autonomy and collaboration (Spearman's  $\rho=0.542$ ,  $p=0.000$ ). Collaboration was strongly associated to satisfaction with decision making (Spearman's  $\rho=0.736$ ,  $p=0.000$ ). Extent of nursing experience and Intensive care unit experience were important determinants of autonomy and collaboration ( $p=0.001$ ). Furthermore, some significant differences in the level of nurse-physician collaboration among different ICUs were observed.

**Conclusions:** A positive association was found between teamwork and autonomy; this interaction suggests synergy rather than conflict. Autonomous nursing practice and collegial/collaborative nurse-physician relationships are essential for ICU nurses' satisfaction with the decision making process and are good determinants for healthy work environments. Therefore it is important to identify organizational structures and best practices that promote nurses autonomy and enhance collegial/collaborative nurse-physician relationships.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Την τελευταία δεκαετία έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές στον τομέα, της υγείας και των υγειονομικών συστημάτων σε παγκόσμιο επίπεδο οι οποίες αυξάνουν την ανάγκη για αυτόνομη νοσηλευτική πρακτική αφού συνδέουν το ρόλο του νοσηλευτή με πολλαπλές ευθύνες και τον καθιστούν ολοένα και πιο περίπλοκο (Baker et al. 2000, Curtin 2000, Blegen 2001).

Στις χώρες με ιατροκεντρικά συστήματα υγείας, παρόλο που έχουν γίνει σημαντικές αλλαγές ως προς τη συμβολή των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα υγείας των ασθενών, οι ιατροί συνεχίζουν να κυριαρχούν και να μονοπωλούν στα θέματα αυτά. Για αυτό και δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι αρκετοί νοσηλευτές εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους για αυτή την μεγάλη ανισότητα ισχύος (McCoppin & Gardner 1994) με αποτέλεσμα να προκαλείται μια μακροχρόνια και συνεχιζόμενη ένταση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, με τους νοσηλευτές να επιθυμούν να αυξήσουν την αυτονομία τους (Parathanasoglou et al., 2005).

Στην Ελλάδα καθώς και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Heering 1996, Monaco & Bruziches-Bruziches 1999), οι νοσηλευτές εξακολουθούν να προσπαθούν να ενισχύσουν την επαγγελματική τους κατάσταση με τη απόκτηση αυτονομίας τόσο στην εκπαίδευση όσο και στον χώρο εργασίας τους. Πρόσφατα διατάγματα της Ελληνικής νομοθεσίας θέτουν τον ιατρικό διευθυντή κάθε μονάδος ως υπεύθυνο για όλη την φροντίδα που δίδεται στον ασθενή συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλευτικής (Parathanasoglou, 2005). Έτσι, η ενίσχυση της νοσηλευτικής αυτονομίας θεωρείται πολύ επείγον ζήτημα για τους Έλληνες νοσηλευτές

Η νοσηλευτική αυτονομία σχετίζεται αφενός με την έκβαση της πορείας των νοσηλευόμενων και αφετέρου με την ικανοποίηση των νοσηλευτών και με την παραμονή τους στο επάγγελμα (Curley 2002, Parahoo 2000). Ειδικότερα, στην επείγουσα και εντατική φροντίδα η αξιολόγηση των αναγκών των νοσηλευομένων και των οικογενειών τους είναι επιβεβλημένη και οι αποφάσεις για τον σχεδιασμό της φροντίδας καθοριστικές.

Γι' αυτό και η δυνατότητα των νοσηλευτών να λαμβάνουν άμεσα αποφάσεις και να δρουν με βάση αυτές είναι καθοριστική για την έκβαση της πορείας των νοσηλευόμενων.

Παράλληλα, η ομαλή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών μπορεί να θεωρηθεί η προϋπόθεση αλλά και το αποτέλεσμα της ύπαρξης αυτονομίας στους νοσηλευτές αφού αυτή διευκολύνει τους νοσηλευτές να ελέγχουν την πρακτική τους, να λειτουργούν βάση κριτικής αξιολόγησης και να διαμορφώνουν συνεργατικά σχέδια φροντίδας (Baggs et al 1999).

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, το επίπεδο συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, και κυρίως οι διεπαγγελματικές σχέσεις των ιατρών και των νοσηλευτών, αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον επειδή επηρεάζουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Καρανιάδου και συν., 2006, Ulrich et al., 2007).

Ο βαθμός αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ καθώς και η διερεύνηση των πρακτικών συνεργασίας τους με το ιατρικό προσωπικό δεν έχει ακόμη διερευνηθεί στην Κύπρο. Για αυτό και τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μπορεί να συμβάλουν στην:

- Ενδυνάμωση του ρόλου των νοσηλευτών και στην εμπλοκή τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα ανάπτυξης και εφαρμογής πολιτικής,
- εξασφάλιση συνεχούς ποιοτικής αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα της εντατικής φροντίδας,
- αντιμετώπιση ορισμένων ειδικών προβλημάτων όπως είναι η επαγγελματική ικανοποίηση, η προσέλκυση και παραμονή του προσωπικού.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του επιπέδου αυτονομίας των Κύπριων νοσηλευτών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και η συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτών – Ιατρών. Επιπρόσθετα, εκτιμούνται οι δυνητικές συσχετίσεις του βαθμού αυτονομίας και συνεργασίας με διάφορα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και του οργανισμού.

Η εν λόγω μελέτη αποτελείται από δύο μέρη το γενικό και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος αρχικά αναφέρεται στη δημιουργία και λειτουργία των ΜΕΘ συμπεριλαμβανομένης και της κυπριακής πραγματικότητας. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση στο θέμα της αυτονομίας των νοσηλευτών αλλά και της συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών - Ιατρών

Στο ειδικό μέρος, διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας και περιγράφεται ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της. Τέλος, επιχειρείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων, διεξάγεται συζήτηση και επιχειρούνται προσπάθειες ερμηνείας των ευρημάτων της. Το μέρος αυτό ολοκληρώνεται με τη εξαγωγή συμπερασμάτων και διατύπωση συγκεκριμένων εισηγήσεων διατυπώνοντας παράλληλα τις ερευνητικές προοπτικές για το μέλλον.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΜΕΘ

#### 1.1 Η Δημιουργία των ΜΕΘ – Ιστορική αναδρομή

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας - ΜΕΘ (Intensive Care Unit - ICU) είναι ένα ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο τμήμα, του κάθε νοσοκομείου. Στη ΜΕΘ νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς των οποίων τα προβλήματα απειλούν, εν δυνάμει, τη ζωή τους και οι οποίοι συνήθως έχουν ανάγκη από μηχανική υποστήριξη των σωματικών λειτουργιών τους με προεξάρχουσες την καρδιακή αναπνευστική και νεφρική λειτουργία.

Οι ΜΕΘ παρέχουν φροντίδα σε τρίτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης για αυτό και η παραγωγή και η παροχή των συναφών υπηρεσιών προϋποθέτει εξειδικευμένες γνώσεις, υποστηρίζεται από σύγχρονο εξειδικευμένο εξοπλισμό και απαιτεί τη συνεργασία πολλών ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων συναφή επαγγελμάτων (Σιγάλας 1999, Θεοδώρου & συν., 2001, Λιαρόπουλος 2007). Η ΜΕΘ μπορεί να χαρακτηριστεί ως το νοσοκομείο μέσα στο νοσοκομείο για να υποδηλωθεί η μεγάλη σπουδαιότητά της όσον αφορά το φάσμα και τη βαρύτητα των νοσημάτων που καλείται να αντιμετωπίσει.

Η Μ.Ε.Θ. χαρακτηρίζεται σαν χώρος υψηλής εντάσεως, εντατικής δουλειάς και υψηλής ευθύνης, ιατρικής και νοσηλευτικής. Οι συνθήκες εργασίας στις ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα απαιτητικές (εργασιακό stress, έλλειψη χρόνου, ψηλή θνητότητα, κλπ.) και καθιστούν την επέκταση και διεύρυνση των γνώσεων και δεξιοτήτων των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτές απολύτως αναγκαία.

Η ιστορική εξέλιξη των ΜΕΘ σχετίζεται με την εμφάνιση της επιδημίας πολιομυελίτιδας στις αρχές του 1950. Την περίοδο αυτή η εφεύρεση της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας και αποτέλεσε την απαρχή για τη δημιουργία των πρώτων ΜΕΘ (Πνευματικός, 2007).

Στη δεκαετία του '60 η εκρηκτική εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και η καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας βαριών νοσημάτων και απειλητικών για τη ζωή

καταστάσεων έδωσαν μεγάλη ώθηση στην Εντατική Θεραπεία. Σημαντική καμπή στην καθιέρωση της ως αυτόνομου γνωστικού αντικειμένου αποτέλεσε η ανάγκη για μετάβαση από τις ανοιχτές στις κλειστές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) (Πνευματικός, 2007).

Στις ανοικτές ΜΕΘ, πολλές ειδικότητες ιατρών συμμετέχουν στη νοσηλεία των βαρέως πασχόντων με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα ιατρικής αρμοδιότητας και τελικής ευθύνης. Τα προβλήματα αυτά λύθηκαν στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες με την καθιέρωση των εντατικολόγων ως των άμεσα υπευθύνων ιατρών για την άσκηση της Εντατικής Θεραπείας, δημιουργώντας τις κλειστές τύπου ΜΕΘ

## 1.2 ΜΕΘ – Κυπριακή Πραγματικότητα

Στην Κύπρο οι ΜΕΘ των κρατικών δημόσιων νοσοκομείων είναι σχετικά νέα τμήματα τα οποία άρχισαν να δημιουργούνται προς τα τέλη της δεκαετίας του 70. Αρχικά αποτελούνταν από λίγες κλίνες που διατηρούνταν ξεχωριστά στα τμήματα της κάθε ειδικότητας.

Πολύ πρόσφατα έχουν λειτουργήσει και οι κλειστού τύπου ΜΕΘ που δέχονται περιστατικά διαφόρων ειδικοτήτων υπό την ευθύνη των εντατικολόγων. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσο αφορά τον τύπο, τη στελέχωση, τα περιστατικά που νοσηλεύουν και την χωρητικότητα τους σε κλίνες (Πίνακας 1.1).

Η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας είναι κλειστού τύπου ΜΕΘ και θεωρείται ως η μονάδα αναφοράς για την Κύπρο, αφού σε αυτή νοσηλεύονται περιστατικά όλων των ειδικοτήτων, όπως Νευροχειρουργικής, Καρδιο-Θώρακο χειρουργικής, Παθολογικής, Καρδιολογικής, Γενικής Χειρουργικής και Εγκαυμάτων.

Επιπρόσθετα, στο γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας λειτουργεί και η καρδιολογική μονάδα στην οποία νοσηλεύονται αμιγώς καρδιολογικά περιστατικά υπό την ευθύνη καρδιολόγων. Σε περίπτωση που τα περιστατικά αυτά χρειαστούν παρατεταμένη

μηχανική υποστήριξη της αναπνοής τότε μεταφέρονται στην γενική ΜΕΘ και τίθενται υπό την ευθύνη των εντατικολόγων.

Στο Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού λειτουργούν δυο ΜΕΘ ενηλίκων (ΜΕΘ 1 & ΜΕΘ 2). Η μια είναι ανοικτού τύπου και λειτουργεί ως καρδιολογική και παθολογική μονάδα και η άλλη, που έχει πολύ πρόσφατα δημιουργηθεί, λειτουργεί ως χειρουργική μονάδα κλειστού τύπου.

Η ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας είναι επίσης ανοικτού τύπου ΜΕΘ ενηλίκων και σε αυτή νοσηλεύονται κυρίως καρδιολογικά, παθολογικά και γενικής χειρουργικής περιστατικά, όπως και η ΜΕΘ του γενικού νοσοκομείου Πάφου.

Οι υπόλοιπες δύο ΜΕΘ, Παιδιών και Νεογνών, στεγάζονται στο Μακάρειο Νοσοκομείο στην επαρχία Λευκωσίας. Νοσηλεύουν βαριά περιστατικά διαφόρων ειδικοτήτων που αφορούν παιδιά και νεογνά, αντίστοιχα και είναι κλειστού τύπου ΜΕΘ.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στις κλειστού τύπου ΜΕΘ η παρουσία των εντατικολόγων είναι συνεχής για όλο το 24ωρο σε αντίθεση με τις ανοικτού τύπου ΜΕΘ όπου δεν καλύπτονται από εντατικολόγους και εναπόκειται στην κρίση του νοσηλευτικού προσωπικού πότε και αν θα πρέπει να καλεστεί ο επί καθηκοντι ειδικός γιατρός ή αναισθησιολόγος.



**Πίνακας 1.1:** Χαρακτηριστικά των ΜΕΘ Δημόσιων Νοσοκομείων της Κύπρου

ΜΕΘ	ΤΥΠΟΣ		ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ		ΚΛΙΝΕΣ
	Ανοικτή	Κλειστή	Νοσηλευτές	Ιατροί	
Γ.Ν.Λευκωσίας ΜΕΘ		√	75	6 Εντατικολόγοι	17
Γ.Ν.Λευκωσίας Καρδιολογική Μονάδα	√		30	10 Ειδικοί Καρδιολόγοι και ειδικευόμενοι	13
Γ.Ν. Λεμεσού (ΜΕΘ 1)	√		29	Όλες οι ειδικότητες αναλόγως περιστατικού	11
Γ.Ν. Λεμεσού (ΜΕΘ 2)		√	28	5 Εντατικολόγοι	8
Γ.Ν. Λάρνακας	√		30	Όλες οι ειδικότητες αναλόγως περιστατικού	11
Γ.Νος. Πάφου	√		22	Όλες οι ειδικότητες αναλόγως περιστατικού	8
Μακάρειο Νοσοκομείο ΜΕΘ Παίδων		√	21	2 Εντατικολόγοι & 2 ειδικοί παιδιάτροι	8
Μακάρειο Νοσοκομείο ΜΕΘ Νεογνών		√	65	5 Εντατικολόγοι	42

### 1.3 Εξειδίκευση στην Εντατική Νοσηλευτική

Η εντατική νοσηλευτική αναπτύχθηκε ως ειδικότητα στις ΗΠΑ το 1970 ταυτόχρονα με την ανάπτυξη των ΜΕΘ. Σήμερα τόσο στην Αυστραλία όσο και στις ΗΠΑ η εκπαίδευση στην εντατική νοσηλευτική παρέχεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο ενώ στην Ευρώπη υπάρχει μια ανομοιογένεια όσο αφορά την προετοιμασία και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ (Baktoft et al. 2003).

Στην Κύπρο, τις δύο τελευταίες και πλέον δεκαετίες η εν λόγω εκπαίδευση προσφερόταν από τη νοσηλευτική σχολή του Υπουργείου Υγείας σε μονοετές πρόγραμμα εξειδίκευσης μεταβασικού επιπέδου. Εν τούτοις, οι ανάγκες, σε εξειδικευμένο στην εντατική νοσηλευτική προσωπικό, δεν καλύπτονταν από αυτά τα προγράμματα, με αποτέλεσμα οι ΜΕΘ να στελεχώνονται από νοσηλευτές οι οποίοι δεν τυγχάνουν της σχετικής εξειδίκευσης.

Παρόλα αυτά, αναμένεται ότι το μειονέκτημα αυτό θα εξαλειφθεί δεδομένων των μεταβολών που επέρχονται τόσο στο υγειονομικό μας σύστημα όσο και στον τομέα της εκπαίδευσης: Με τη λειτουργία νοσηλευτικών τμημάτων στο κρατικό πανεπιστήμιο και στα τρία ιδιωτικά πανεπιστήμια, διαφαίνονται ενθαρρυντικές προοπτικές για την ειδικότητα της εντατικής νοσηλευτικής έτσι ώστε οι σχετικές ανάγκες σε αριθμητική και εκπαιδευτική επάρκεια εξειδικευμένου προσωπικού να ικανοποιηθούν στο εγγύς μέλλον.

### 1.4 Οργάνωση και Λειτουργία των ΜΕΘ

Ο τύπος, το μέγεθος και η θέση της ΜΕΘ, βασίζεται στην πολιτική υγείας, στη δομή του νοσοκομείου και τα γεωγραφικά δεδομένα της κάθε περιοχής. Διάφοροι Ευρωπαϊκοί και Διεθνείς επαγγελματικοί οργανισμοί ειδικοί στο γνωστικό αντικείμενο της εντατικής έχουν εκδώσει κατευθυντήριες οδηγίες – προδιαγραφές που αφορούν τη οργάνωση και λειτουργία των ΜΕΘ τόσο από πλευράς χωροταξίας όσο και υλικοτεχνικής υποδομής και στελέχωσης (ESICM Guidelines 1998).

Το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου έχει θεσπίσει ειδική νομοθεσία για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών νοσηλευτηρίων (Νόμος 90(I) του 2001), ο οποίος προνοεί ανάμεσα

σε άλλα για την οργάνωση και λειτουργία ΜΕΘ, αλλά ο νόμος αυτός περιορίζεται μόνο στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

Κατά συνέπεια, οι ΜΕΘ στα κρατικά δημόσια νοσηλευτήρια δε διέπονται από κάποια σχετική νομοθεσία. Οι επαγγελματίες υγείας ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.τ.λ που εργάζονται στις ΜΕΘ αυτές, έχουν την ιδιότητα του δημόσιου υπαλλήλου και εκτελούν τα καθήκοντα της οικείας θέσης εργασίας σύμφωνα με τα αντίστοιχα σχέδια υπηρεσίας και τις εκάστοτε πρόνοιες του περί Δημοσίας Υπηρεσίας Νόμου (Ν. 1 του 1990)

Οι ΜΕΘ στην Κύπρο βρίσκονται υπό τη διεύθυνση και την εποπτεία του νοσοκομείου στο οποίο στεγάζονται και κατ' επέκταση του Υπουργείου Υγείας. Στις διοικητικές τους διαδικασίες, όπως άλλωστε και στα άλλα τμήματα των κρατικών νοσοκομείων της Κύπρου, παρατηρείται γραφειοκρατία, ιεραρχικές δομές και απουσία κατάλληλων εργαλείων για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους (Golna et al, 2004).

Η μεγαλύτερη δύναμη τόσο διοικητικά όσο και λειτουργικά συγκεντρώνεται στον ιατρικό διευθυντή της κάθε μονάδας με αποτέλεσμα να περιορίζεται η επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών και η συμμετοχή τους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.

### 1.5 Κόστος λειτουργίας των ΜΕΘ

Το κόστος λειτουργίας των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας είναι περίπου 3-4 φορές υψηλότερο συγκριτικά με τα συνήθη τμήματα του νοσοκομείου και αντιπροσωπεύει ένα μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Στις ΗΠΑ οι ΜΕΘ λαμβάνουν περίπου το 15-20% του συνολικού ετήσιου κεφαλαίου του νοσοκομείου (Noseworthy et al., 1996). Λόγω της χρήσης νέων θεραπευτικών τεχνικών και φαρμάκων αναμένεται ότι το κόστος λειτουργίας των ΜΕΘ θα εξακολουθήσει να αυξάνεται

Αντίθετα, παρότι το ότι το κόστος λειτουργίας των ΜΕΘ είναι μεγάλο, η ζήτηση για κλίνες Εντατικής Θεραπείας αυξάνεται συνεχώς περιορίζοντας τις αντίστοιχες άλλων παραδοσιακών Κλινικών.

Πέρα όμως, από το οικονομικό κόστος, το «συναισθηματικό κόστος» στους συγγενείς αλλά και στο προσωπικό, να διατηρεί τον ασθενή «ζωντανό» μέχρι το τέλος, είναι βαρύ αφού πολλές φορές οι θεραπείες, συμπεριλαμβανομένων και των πιο σύνθετων και δαπανηρών, δεν μπορούν να αλλάξουν την πρόγνωση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

### 2.1 Ορισμοί και θεωρίες της αυτονομίας

Ο όρος αυτονομία προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις: εαυτός (auto) και Νόμος (rule) (Dworkin, 1988). Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (1998) αυτόνομο άτομο είναι «αυτό που διέπεται από δικούς του νόμους που δεν εξαρτάται ούτε ορίζεται από άλλους, ... μπορεί να αποφασίζει για τον εαυτό του χωρίς να εξαρτάται η να υπακούει σε άλλους»

Η έννοια της αυτονομίας στη νοσηλευτική είναι πολύ πλατιά, χωρίς να υπάρχει συναίνεση για ένα καθολικό ορισμό, (Ballou 1998, Keenan 1999, Wilkinson 1997, McParland et al, 2000), ιδιαίτερα όταν αυτή αναφέρεται σε μονάδες εντατικής θεραπείας, (Keenan 1998, Royal College of Nursing (RCN), Critical Care Forum 2001, Varjus et al. 2003).

Συνεπώς, ο ορισμός «νοσηλευτική αυτονομία» προκαλεί σύγχυση ενώ ταυτόχρονα, υπάρχουν πολλές διαφορές ως προς τη σύλληψη του περιεχομένου της. Στη βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται συνολικά έξι διαφορετικοί τύποι αυτονομίας – κλινική, εργασιακή, επαγγελματική, προσωπική και πρακτική αυτονομία, χωρίς να δίδεται ένας σαφής διαχωρισμός ανάμεσα τους (Kramer & Schmalembeg 2008).

Επιπρόσθετα, οι συγγραφείς που ασχολήθηκαν με το θέμα αυτό αναφέρονται σε 34 διαφορετικούς ορισμούς (Kramer & Schmalembeg 2008). Παράλληλα, η σύγχυση επιτείνεται από το γεγονός ότι η αυτονομία θεωρείται σαν μια δυναμική διαδικασία η οποία αλλάζει με την πάροδο του χρόνου π.χ. παρεμβάσεις που παλιά μπορεί να

θεωρούνταν πράξεις ηρωισμού σήμερα θεωρούνται παραδείγματα αυτονομίας ή ακόμα και απλής αναμενόμενης πρακτικής.

Μετά από συστηματική, συγκριτική και θεματική ανάλυση και με βάση τη θεμελιακή θεωρία της αυτονομίας η οποία προέκυψε μέσα από τα πολλαπλά παραδείγματα και τις περιγραφές των νοσηλευτών από διάφορα νοσοκομεία των ΗΠΑ, η αυτονομία ορίστηκε ως εξής:

*«Autonomy is the freedom to act on what you know in the best interests of the patient . . . to make independent clinical decisions in the nursing sphere of practice and interdependent decisions in those spheres where nursing overlaps with other disciplines. . . . It often exceeds standard practice, is facilitated through evidence based practice, includes being held accountable in a constructive, positive manner, and nurse manager Support»*, (Kramer & Schmalembeg 2008).

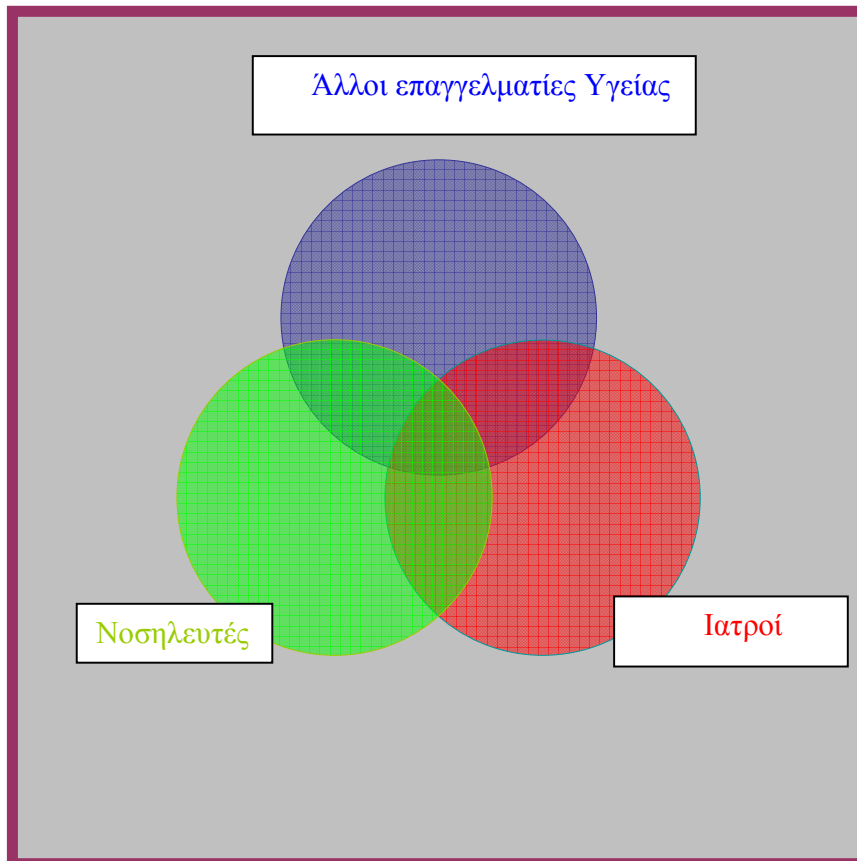
Σε ελεύθερη μετάφραση:

*«Αυτονομία ορίζεται ως η ελευθερία να δρα κάποιος με βάση αυτά που γνωρίζει για το καλύτερο συμφέρον του ασθενή .....Να παίρνει ανεξάρτητες κλινικές αποφάσεις οι οποίες εμπίπτουν στη δική του σφαίρα πρακτικής αλλά και διαδραστικές αποφάσεις με τη συμβολή άλλων επαγγελματιών υγείας... Συνήθως υπερβαίνει τα όρια της αναμενόμενης πρακτικής, διευκολύνεται με την εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένης πρακτικής και συμπεριλαμβάνει την ιδιότητα του να είναι κάποιος υπόλογος με ένα δημιουργικό θετικό τρόπο και φυσικά αναφέρεται και στην υποστήριξη της διοίκησης».*

Με βάση τον πιο πάνω ορισμό προκύπτει το συμπέρασμα πως για την υιοθέτηση ασφαλούς και αποτελεσματικής αυτόνομης πρακτικής από κάθε επαγγελματία υγείας είναι απαραίτητο πρώτα να κατανοηθεί η έννοια της μοναδικότητας αλλά και η σχέση αλληλεξάρτησης των διαφόρων επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους, και επιπρόσθετα το είδος των αποφάσεων που παίρνονται σαν ανεξάρτητες ή διαδραστικές. Διαδραστικές αποφάσεις είναι όσες χρειάζονται τη συμβολή δυο ή και περισσότερων επαγγελματιών για να παρθούν (Kramer & Schmalembeg 2008) .

Οι γνώσεις και οι δεξιότητες των νοσηλευτών και οι γνώσεις και οι δεξιότητες των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας μπορεί να εκληφθούν ως δυο ή και περισσότερες τεμνόμενες σφαίρες αντίστοιχα (βλέπε σχήμα 1). Οι περισσότερο διακριτές και ξεχωριστές γνώσεις και δεξιότητες του κάθε επαγγελματία υποδεικνύονται από τα τμήματα της σφαίρας που δεν τέμνονται (Unique sphere of practice). Γνώσεις και δεξιότητες που πιθανό να είναι κοινές υποδεικνύονται με την επικαλυπτόμενη (overlapping sphere of practice) περιοχή στο σχήμα όπου οι σφαίρες τέμνονται μεταξύ τους (βλέπε σχήμα 1).

**Σχήμα 1:** Σφαίρες Πρακτικής Επαγγελματιών Υγείας



Πηγή: Kramer & Schmalembeg 2008

Ο Mundinger (1980), στο κλασικό βιβλίο του για την αυτονομία τόνισε ότι αυτόνομη πράξη δεν είναι όταν οι νοσηλευτές παρέχουν ιατρική περίθαλψη χωρίς ιατρική

παρακολούθηση ή όταν ασκούν τη ιατρική χωρίς άδεια, αλλά μάλλον όταν οι νοσηλευτές παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα που συμπληρώνει και μερικές φορές επικαλύπτει την ιατρική θεραπεία.

Το Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (1980) τόνισε ότι η κλινική αυτονομία και οι συνεργατικές σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών αποτελούν μια αληθινή εταιρική συνεργασία ..... ‘to which power is held and valued by both participants with recognition and acceptance of separate and combined spheres of activity, responsibility, and accountability’ .

Τόσο ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών όσο και ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος αναγνώρισαν από κοινού τη μοναδικότητα αλλά και την επικάλυψη των δύο σφαιρών πρακτικής (Unique and Overlapping spheres of practice) για το κάθε επάγγελμα και ζήτησαν την επίσημη ανάπτυξη σχετικών εγγράφων στα οποία να καθορίζεται το ‘πεδίο εφαρμογής της πρακτικής’ (Scope of Practice documents) του κάθε επαγγέλματος (Devereux,1981).

Στο Νοσηλευτικό επάγγελμα, η αυτονομία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως, όπως:

- Ικανότητα, εξουσία, λογοδοσία (Wiens 1990)
- δικαίωμα και ελευθερία να ελέγχει κάποιος την δική του εργασία (Blegen et al. 1993, Breda et al. 1997, McCloskey 1990, Wiens 1990)
- ελευθερία ως προς τη λήψη αποφάσεων, καθώς και ελευθερία να δρουν οι νοσηλευτές με βάση αυτές τις αποφάσεις (Batey & Lewis 1982).

Αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής έχει τον έλεγχο των δραστηριοτήτων στην εργασία του, πράγμα που συμβάλει και στην ενδυνάμωση του (Suominen et al. 2001).

Η Αυτονομία, σύμφωνα με τους Barey και Lewis (1982), είναι πολύπλευρη και εμπεριέχει έννοιες όπως την αυτο-κατεύθυνση, την ανεξαρτησία και την έλλειψη ελέγχου από εξωτερικούς παράγοντες. Ωστόσο, ο Soar (1994), υποστηρίζει ότι κανένα άτομο δεν είναι ελεύθερο να λειτουργεί αυτόνομα. Ως επαγγελματίας, επισημαίνει ο Soar πρέπει να συμμορφώνεται με τους νόμους που διέπουν το επάγγελμα του, να τηρεί τους

κοινωνικούς και επαγγελματικούς κώδικες, καθώς και γραφειοκρατικές ή συμβατικές απαιτήσεις που επιβάλλονται από τον οργανισμό που εργάζεται.

Ομοίως ο Wiens (1990) ορίζει την αυτονομία ως «την ικανότητα του νοσηλευτή να ασκεί τα επαγγελματικά του καθήκοντα με αυτεξούσιο τρόπο, χωρίς αυτά να αντικρούονται με τα νομικά, ηθικά, και επαγγελματικά πρότυπα του επαγγέλματος»

Επιπρόσθετα, η αυτονομία εντοπίζεται ως μια από τις πιο βασικές συνιστώσες της επαγγελματικής πρακτικής στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Alexander et al, 1998, Kopp. 2001), και αποτελεί τη σφραγίδα του κάθε επαγγέλματος (Edwards 1988, Breda et al. 1997).

Η θεωρία της αυτο-αποτελεσματικότητας χρησιμοποιήθηκε για να αποσαφηνίσει την έννοια της αυτονομίας των νοσηλευτών. Στον τομέα της υγείας η έννοια της αυτο-αποτελεσματικότητας μπορεί να μεταφραστεί «ως η πεποίθηση ότι κάποιος μπορεί να φέρει εις πέρας μία απόφαση για την επίτευξη επιθυμητού στόχου » (Clark and Dodge, 1999, P72). Επίσης, σύμφωνα με τον Mgrayan 2005 η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι συνάρτηση της εκπαίδευσης και της εμπειρίας που θα μπορούσαν να συμβάλουν θετικά στις αυτόνομες αποφάσεις νοσηλευτών σχετικά με τη φροντίδα του ασθενών και τη λειτουργία της μονάδας.

Σε αυτή τη μελέτη υιοθετείται ο ορισμός που έχει δοθεί από την Varjus et al. (2003) στη βάση του οποίου η αυτονομία ορίζεται ως η ανεξαρτησία, το δικαίωμα και η υπευθυνότητα στη λήψη αποφάσεων, στην πρακτική και στην εφαρμογή των επαγγελματικών αξιών.

Πιο συγκεκριμένα, με τον πιο πάνω ορισμό η αυτονομία αποτελείται από τρεις βάσεις:

1. Τη βάση γνώσεων (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη των νοσηλευτών κατά την διαδικασία λήψης αποφάσεων),
2. τη βάση της δράσης (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για τις ενέργειες τους), και



3. τη βάση των αξιών (την ανεξαρτησία, το δικαίωμα και την ευθύνη για την εφαρμογή των αξιών τους)

## 2.2 Αυτονομία στις ΜΕΘ

Η βαρύτητα των περιστατικών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ αλλά και η πολυπλοκότητα της τεχνολογίας περιπλέκουν τη λήψη αποφάσεων ενώ παράλληλα αυξάνεται και ο αριθμός των αποφάσεων που πρέπει να πάρουν οι νοσηλευτές. Γι' αυτό το λόγο, οι Νοσηλευτές ΜΕΘ πρέπει να είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι για να μπορούν να πάρουν άμεσα αποφάσεις και να δρουν με βάση αυτές με επίκεντρο πάντοτε τον ασθενή και την οικογένεια του.

Ταυτόχρονα, η εμπειρία τους θα καθορίσει αφενός την εξοικείωση τους με την τεχνολογία και αφετέρου τη δυνατότητα τους να αποφασίζουν με αυτοπεποίθηση, όταν προκύψουν προβλήματα

Πρόσφατα στοιχεία καταδεικνύουν πως η αποκατάσταση, η επιβίωση και η ποιότητα της ζωής των βαρέως πασχόντων στις ΜΕΘ οφείλεται και εξαρτάται από συγκεκριμένες προσεγγίσεις που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό, αν όχι εντελώς στην -

- επαγγελματική κρίση και στις δεξιότητες των νοσηλευτών (Brook et al 1999, Luyt et al 2002), και στην
- ικανότητά τους να εφαρμόσουν τις αλλαγές, και να ελέγχουν και να αξιολογούν τις επιδόσεις τους (Papathanassoglou et al 2005).

Ο Watson (1994) σε σχετική έρευνα του αναφέρει ότι οι νοσηλευτές παίρνουν περίπου εννέα σημαντικές αποφάσεις ανά ώρα που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών.

Πιο πρόσφατα οι εθνογραφικές παρατηρήσεις της Bucknall (2000) υποστήριξαν τον κεντρικό ρόλο των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων στην εντατική φροντίδα.

Στη μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ ήταν πιθανό να προβαίνουν, κάθε 30 δευτερόλεπτα, σε μια κλινική απόφαση που αφορούσε τη φροντίδα του ασθενή, συμπεριλαμβανομένων ενός ευρέως φάσματος αποφάσεων από τις πιο σημαντικές μέχρι τις λιγότερο σημαντικές. Ομοίως, οι Manias και Street (2001) αναφέρθηκαν σε ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις σχετικά με 'μυστικές αποφάσεις' των νοσηλευτών ΜΕΘ οι οποίες συγκαλύπτονταν υπό συγκεκριμένες "παθητικές" προτάσεις προς τους ιατρούς.

Λαμβάνοντας υπόψη την ευπάθεια και την ασταθή κατάσταση των ατόμων σε κρίσιμη κατάσταση, το τελικό αποτέλεσμα των πολλαπλών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε ωριαία βάση, είτε αυτές είναι σημαντικές είτε είναι ασήμαντες, μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για την έκβαση της εν γένει πορείας των ασθενών καθώς και των σχετικών προβλημάτων των οικογενειών τους.

Τέλος, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι όλοι οι νοσηλευτές σε όλα τα επίπεδα, σε όλα τα τμήματα και σε όλους τους ρόλους έχουν τις ίδιες επιθυμίες σχετικά με την αυτονομία (Dwyer et al. 1992).

Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΜΕΘ, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλες μονάδες, συνήθως αναφέρουν μεγαλύτερη ανάγκη για αυτονομία και φαίνεται να έχουν και πιο ψηλά επίπεδα αυτονομίας (Boumans & Landerweerd 1994).

Ταυτόχρονα όμως, ευρήματα πρόσφατων ερευνών υποδεικνύουν ψηλά ποσοστά αυτονομίας σε ογκολογικά και ορθοπεδικά τμήματα καθώς και σε τμήματα εξωτερικών ιατρείων παρά στις ΜΕΘ Schmalenberg & Kramer 2008, Kramer και συν 2006, Kramer και συν 2007). Οι ερευνητές για να εξηγήσουν τα ανατρεπτικά αυτά ευρήματα διεξήγαγαν άτυπη έρευνα και ρώτησαν τους νοσηλευτές ΜΕΘ για ποιο λόγο η διαπίστωση αυτή θα μπορούσε να έχει συμβεί. Η κυρίαρχη εξήγηση ήταν η αυξημένη παρουσία των εντατικολόγων σχεδόν όλη την ώρα στην μονάδα, πράγμα που απέκλειε την ανάγκη για αυτόνομη λήψη κλινικών αποφάσεων από πλευράς των νοσηλευτών.

Μια άλλη εξήγηση ήταν ότι η λήψη αυτόνομων κλινικών αποφάσεων στις ΜΕΘ ήταν τόσο συχνή και μέρος της καθημερινής ρουτίνας που πολλές φορές δεν εκλαμβάνεται, από τους νοσηλευτές, σαν πρακτική κλινικής αυτονομίας. Η άποψη αυτή υποστηρίχτηκε και από μια άλλη Καναδική μελέτη (Stewart al, 2004)

Τέλος, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ έχουν συστηματικά να φροντίσουν σοβαρά ασθενείς με ταχέως μεταβαλλόμενη τη κατάσταση της υγείας τους.

Αδιαμφισβήτητα, αυτές οι ταχείες αλλαγές απαιτούν τη λήψη σωρείας αποφάσεων από τους νοσηλευτές σε κλίμα υψηλής πίεσης χρόνου (Dematte D' Amico et al. 2003). Ως εκ τούτου, η επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ αλλά και η εμπλοκή τους στην διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων είναι απαραίτητες προϋποθέσεις τόσο για την υποστήριξη και ενδυνάμωση τους όσο και για την εκπλήρωση των ευθυνών τους με βάση την ποιότητα και την εφαρμογή επιστημονικά τεκμηριωμένης φροντίδας με επίκεντρο πάντοτε τον ασθενή (Wade, 1999).

## 2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την αυτονομία

### 2.3.1 Νέες προκλήσεις στη Νοσηλευτική

Οι διάφορες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Νοσηλευτική σήμερα όπως η έλλειψη προσωπικού, η γήρανση του εργατικού δυναμικού (American Association of Colleges of Nursing, 2001), αλλαγές και αναδιάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων (Twaddle, 2002), είναι συναφείς με την ιδεολογία της αποδοτικότητας, του ανταγωνισμού και της μείωσης των δαπανών, (Twaddle, 2002).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να περιορίσουν είτε άμεσα είτε έμμεσα, άλλοτε λιγότερο και άλλοτε περισσότερο την αυτονομία των νοσηλευτών για λήψη κλινικών αποφάσεων και εφαρμογή παρεμβάσεων που αφορούν την φροντίδα του ασθενούς και τη λειτουργία της μονάδας τους.

### **2.3.2 Κανονισμοί και οργάνωση νοσοκομείου**

Διάφοροι κανονισμοί των νοσοκομείων και ιεραρχικές δομές επηρεάζουν την αυτονομία στην εργασία των νοσηλευτών (Fletcher, 2001, Twaddle 2002).

Οι Νοσηλευτές αισθάνονται ότι δεν έχουν την ελευθερία να αποφασίζουν και να δρουν στην εργασία τους, λόγω πολυάριθμων πολιτικών και κανονισμών που καθορίζονται από τους διευθυντές των νοσοκομείων οι οποίοι συνήθως είναι γιατροί (Carmel et al 1988, Budge et al, 2003).

Τέτοιες πολιτικές περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε προαγωγές, προσλήψεις, μετακινήσεις νοσηλευτών χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα επαγγελματικά και ακαδημαϊκά τους προσόντα (Bellack και Loquist, 1999).

Επιπρόσθετα ένας αριθμός ερευνητών υποστηρίζουν ότι η γραφειοκρατική οργάνωση των νοσοκομείων μπορεί να περιορίσει την επαγγελματική αυτονομία και ότι οι επαγγελματίες που συνδέονται με γραφειοκρατικές δομές είναι λιγότερο πιθανό να αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως αυτόνομους (Engel 1970, Kuokannen et al., 2007). Από την άλλη όμως, τα ευρήματα αυτά δεν υποστηρίζουν κατά ανάγκη ότι η γραφειοκρατία είναι επιζήμια για την επαγγελματική αυτονομία.

### **2.3.3 Εκπαίδευση**

Η πανεπιστημιακή εκπαίδευση έχει συσχετισθεί με υψηλά επίπεδα αυτονομίας (Facteau και Nelson, 2000, Shaver, 2000, Halpern et al, 2001) και οι νοσηλευτές με πανεπιστημιακή εκπαίδευση αντιλαμβάνονται την επαγγελματική αυτονομία καλύτερα από ότι νοσηλευτές που είχαν απλή νοσοκομειακή εκπαίδευση (Williams και McGowan, 1995).

Προηγούμενα αποτελέσματα σχετικά με την οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας σε διάφορες ΜΕΘ στην Ελλάδα (Merkouris et al. 2003) είναι ενδεικτικά της μεγάλης διακύμανσης που υπάρχει όσον αφορά την εκτέλεση ειδικών καθηκόντων νοσηλείας και

του εκπαιδευτικού υπόβαθρου, παράγοντες που ενδέχεται να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην αυτονομία των νοσηλευτών.

Στην μελέτη των Papathanasoglou et al. (2005), οι πτυχιούχοι νοσηλευτές παρά τα συγκριτικά λιγότερα χρόνια σε νοσηλευτική εμπειρία και το νεότερο της ηλικίας τους εμφάνισαν υψηλότερη αυτονομία όσον αφορά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην εφαρμογή βασικών τεχνικών δεξιοτήτων. Αυτή η εξέλιξη σύμφωνα με τους μελετητές μπορεί να αποδοθεί στο ισχυρότερο υπόβαθρο γνώσεων και ικανοτήτων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και στην δυνατότητα τους να ερμηνεύουν τα κλινικά δεδομένα των ασθενών, που αποκτήθηκε μέσω του ακαδημαϊκού τους προγράμματος.

Ομοίως, ο Giroit (2000) αναφέρει αυξημένη ικανότητα για λήψη κλινικών αποφάσεων μεταξύ των πτυχιούχων νοσηλευτών σε σύγκριση με συναδέλφους τους χωρίς πανεπιστημιακό υπόβαθρο.

Επιπρόσθετα, νοσηλευτές που εντάχθηκαν σε προγράμματα συνεχούς επαγγελματικής εκπαίδευσης έχουν καλύτερη στάση απέναντι στην επαγγελματική αυτονομία από νοσηλευτές οι οποίοι δεν είχαν ενταχθεί σε τέτοια προγράμματα (Kikuchi & Harada, 1997).

#### **2.3.4 Εμπειρία - Θέση**

Η επαγγελματική αυτονομία στη νοσηλευτική έχει βρεθεί να σχετίζεται θετικά με την οργανική θέση αλλά και με τα χρόνια εμπειρίας, (Kikuchi & Harada 1997, Hooi et al. 2000, Papathanassoglou et al, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι πιο πεπειραμένοι νοσηλευτές επιδεικνύουν μεγαλύτερο επαγγελματισμό και εξουσία και σαν επακόλουθο αναμένεται να έχουν και μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας στην εργασία τους (Blanchfield 1992, Hooi et al 2000, Papathanassoglou et al, 2005).

Η θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας εργασίας σε ΜΕΘ (πείρα ) και αυτονομίας μπορεί να γίνει κατανοητή με βάση την αύξηση τόσο των γνώσεων και των

ψυχοκινητικών δεξιοτήτων, όσο και της ικανότητας να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις ιεραρχικές σχέσεις της μονάδας.

Ομοίως, σε μια φινλανδική μελέτη (Lauri & Salanterä 1995), η εμπειρία των νοσηλευτών ΜΕΘ είχε θετική συσχέτιση με τη διαδικασία λήψης αυτόνομων κλινικών αποφάσεων και το έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό είχε περισσότερες αρμοδιότητες και αυτονομία στην εργασία του.

Η διεθνής έρευνα ασχολείται με το πως η διεύρυνση και η ανάπτυξη του ρόλου του νοσηλευτή επηρεάζουν την επαγγελματική του αυτονομία .

Η διεύρυνση του ρόλου μπορεί να γίνει κατανοητή ως η συμπερίληψη ιδιαίτερων δεξιοτήτων ή τομέων στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής και η ανάπτυξη του ρόλου αφορά τα βασικά στοιχεία της νοσηλευτικής πρακτικής που περιλαμβάνονται σε ένα ειδικό εξειδικευμένο ρόλο που συνεπάγεται μεγαλύτερη ευθύνη. Η ανάπτυξη του ρόλου ταυτίζεται με την παρατεταμένη περίοδο επαγγελματικής πείρας (Daly & Carnwell 2003) και την απόκτηση του τίτλου του ειδικού «expert».

### **2.3.5 Φύλο**

Στην βιβλιογραφία, ο αριθμός των μελετών που συνδέουν την επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά είναι περιορισμένος (Williams and McCJowan, 1995, Facticeau and Nelson, 2000, Hooi et al, 2000, Shaver, 2000 Halpern et al, 2001).

Ωστόσο, ένα από τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματα είναι η επίδραση του φύλου των νοσηλευτών στην αντιλαμβανόμενη αυτονομία τους. Οι άντρες νοσηλευτές ανέφεραν μεγαλύτερη αυτονομία, παρά τα συγκριτικά λιγότερα χρόνια εμπειρίας τους σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Αυτό το αποτέλεσμα παρέμεινε σημαντικό ακόμη και μετά τον έλεγχο για το επίπεδο εκπαίδευσης τους (Schutzenhofer & Musser 1994, Whittock & Leonard 2003).

### 2.3.6 Εξουσιαστική Κυριαρχία των Γιατρών

Ο Freidson (1988) αρκετά χρόνια πριν υποστήριξε ότι το status κάθε επαγγέλματος θα πρέπει να συνοδεύεται από επαγγελματική αυτονομία και ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν να το επιτύχουν αυτό αφού ένα μεγάλο μέρος της δουλειάς τους εξαρτάται από την κρίση των γιατρών.

Σε κατοπινό στάδιο ο McGee, (1993) κατέληξε στο συμπέρασμα πως το νοσηλευτικό επάγγελμα συνεχίζει να καθορίζεται από το ιατρικό επάγγελμα και η έλλειψη Νοσηλευτικής αυτονομίας έχει σχέση με τους κανόνες του νοσοκομείου και τον παραδοσιακό τρόπο εποπτείας και ελέγχου των γιατρών.

Ακόμη και σήμερα δίδεται μεγαλύτερη προτεραιότητα στις ιατρικές παρά στις νοσηλευτικές αποφάσεις και η έλλειψη αυτονομίας των νοσηλευτών έχει θεωρηθεί ως σημαντικός παράγοντας για την ανισορροπία δύναμης και εξουσίας μεταξύ των νοσηλευτών και των γιατρών (McParland et al.2000, Hewitt 2002).

Όπως πολύ παραστατικά περιγράφουν οι Patiraki- Kourbani (2003): *«Στο Ελληνικό Νοσοκομειακό περιβάλλον, οι γιατροί και οι διοικητές των νοσοκομείων κυριαρχούν έναντι των νοσηλευτών. Ο βαθμός εξουσίας και η εμπειρία των νοσηλευτών δεν αναγνωρίζεται για τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων και οι νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών τυγχάνουν χαμηλής προτεραιότητας. Η έλλειψη ομαδικής πολυεπαγγελματικής εργασίας είναι ένα σημαντικό εμπόδιο για τον επαγγελματισμό και την αυτονομία των νοσηλευτών»*

Στην ΜΕΘ, η ιατρική κυριαρχία και η δεσπόζουσα θέση των ιατρών εξακολουθεί να μειώνει την αξία των νοσηλευτών και τη συμμετοχή τους στην διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, ακόμη και σε χώρες όπου η νοσηλευτική πέτυχε αξιοπρόσεκτο επαγγελματικό και ακαδημαϊκό επίπεδο (Bucknall & Thomas 1997, & Manias & Street 2001, Coombs 2003).

Οι Manias & Street (2001) αναφέρονται μέσα από τις ενδιαφέρουσες εθνογραφικές παρατηρήσεις τους σε συγκαλυμμένες μυστικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ οι οποίες περνούσαν σαν παθητικές προτάσεις - εισηγήσεις προς τους ιατρούς.

Επι αυτού, οι Snelgrove και Hughes (2000) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές είναι γενικά απρόθυμοι για να αμφισβητήσουν την εξουσιαστική κυριαρχία των γιατρών και ότι χρησιμοποιούν την ιδιότητα του συνηγόρου του ασθενή όταν πρόκειται να τεκμηριώσουν κάποια αμφισβήτηση τους που αφορά τις αποφάσεις που παίρνουν οι ιατροί σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών.

Από την άλλη όμως η υιοθέτηση μιας παθητικής στάσης, από πλευράς νοσηλευτών μπορεί να τους εμποδίζει να αναγνωρίσουν την δική τους σημαντική συμβολή στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων (Parathanasoglou et al 2005).

Οι Νοσηλευτικές ευθύνες συνδέονται στενά με ιατρικά καθήκοντα που συχνά μεταβιβάζονται από τον ιατρό. Για αυτό και αύξηση της αυτονομίας του νοσηλευτή μπορεί να οδηγήσει σε συνακόλουθη μείωση της αυτονομίας για ένα άλλο μέλος της ομάδας υγείας. Οι Patiraki-Kourbani (2003) τονίζουν πως ο ισχυρισμός, η αναγνώριση και η υιοθέτηση της διαδικασίας λήψης αυτόνομων κλινικών αποφάσεων ως νόμιμη νοσηλευτική δραστηριότητα μπορεί να απειλήσει την ισορροπία ισχύος στο υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα.

Οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση αναφέροντας πως βλέπουν το ιατρικό επάγγελμα να είναι πιο αυταρχικό, με αποτέλεσμα αυτό να μειώνει τη δική τους αυτονομία. (Adamson et al, 1995).

Οι νοσηλευτές εκφράζουν τη δυσαρέσκεια τους για την κυριαρχία των ιατρών και δηλώνουν ότι δεν έχουν αρκετή εξουσία για να αλλάξουν διαδικασίες που αφορούν την παρεχόμενη φροντίδα όπως και το να πάρουν και αποφάσεις που αφορούν τη λειτουργία της μονάδας τους (Parahoo, 2000).



### 2.3.7 Διοίκηση- Ηγεσία

Η αυτονομία των νοσηλευτών είναι ένα φαινόμενο με διεθνές ενδιαφέρον που συνδέεται με το περιβάλλον εργασίας. Η αυτονομία αποτελεί μέρος της ενδυνάμωσης των νοσηλευτών (Varjus et al., 2003) και φαίνεται να υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ εργασιακών κινήτρων, και αντιλαμβανόμενης αυτονομίας (Marion et al. 1995). Για αυτό και η υποστηρικτική διοίκηση σαφώς έχει αναγνωριστεί σαν η καλύτερη πρακτική που διευκολύνει τη λήψη αυτόνομων κλινικών αποφάσεων.

Πιο συγκεκριμένα, η αυτονομία των νοσηλευτών συνδέεται με το στυλ ηγεσίας και οι ηγέτες αναγνωρίζονται ως το κεντρικό σημείο της νοσηλευτικής ομάδας (Kosinska & Niebroj 2003).

Επιπρόσθετα η κλινική επίβλεψη (επιτήρηση) από επαγγελματίες νοσηλευτές στη θέση διοικητικού μπορεί να προωθήσει την αυτόνομη συμπεριφορά στους νοσηλευτές (Berggren & Severinsson 2003), ενώ αντίθετα, η αμιγής μη νοσηλευτική διοίκηση (generic non nursing management) μειώνει την αυτονομία τους (Budge et al, 2003)

Νοσηλευτές αναφέρουν ότι οι τρεις σημαντικές μεταβλητές που αυξάνουν την αυτονομία τους είναι-

- η υποστηρικτική διοίκηση,
- η εκπαίδευση, και
- η εμπειρία.

Αντίθετα, οι τρεις σημαντικές μεταβλητές στις οποίες αναφέρθηκαν για τη μείωση της αυτονομίας είναι-

- η αυταρχική / μη υποστηρικτική διοίκηση,
- οι κακές πρακτικές συνεργασίας με τους γιατρούς, και
- ο φόρτος εργασίας (Mrayyan, 2004).

Παρόλα αυτά, πορίσματα έδειξαν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ηγεσίας του ως προς τη σημασία της αρχής της αυτονομίας (Mrayyan, 2004). Οι διαφορές αυτές μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές

παρεξηγήσεις και διαμάχες και να παρεμποδίσουν σοβαρά και τις δύο ομάδες στην επιτυχία τους για αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και επίτευξη κόστους – ωφέλειας.

### **2.3.8 Χώρος εργασίας - ΜΕΘ ή Γενικά τμήματα**

Τη βιβλιογραφία απασχόλησε και το ερώτημα κατά ποσό η επαγγελματική αυτονομία σχετίζεται με τους εξειδικευμένους χώρους εργασίας ή είναι ένα βασικό συστατικό που εμπίπτει στα γενικά χαρακτηριστικά και δυνατότητες του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οι νοσηλευτές ΜΕΘ στη μελέτη των Boumans & Landeweerd (1994) είχαν περισσότερη ανάγκη για αυτονομία παρά οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε άλλα γενικά τμήματα.

Ωστόσο, σε μια άλλη μελέτη οι μελετητές δεν αναφέρουν σημαντικές διαφορές ως προς τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα επίπεδα αυτονομίας τους στα τμήματα ΜΕΘ, ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών καθώς και στα γενικά παθολογικά και χειρουργικά τμήματα (Wise, 1993). Στη μελέτη του Anthony (1999) οι νοσηλευτές ΜΕΘ σημείωσαν τη χαμηλότερη βαθμολογία στην αυτονομία σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες νοσηλευτών.

Επιπλέον οι Mantzoukas και Watkinson (2007) αναφέρουν σχετικά, πώς η ποικιλομορφία του νοσηλευτικού ρόλου επηρεάζει την επαγγελματική αυτονομία και δηλώνουν πως η νοσηλευτική πρέπει να επικεντρωθεί στην ανάπτυξη νοσηλευτών που να λειτουργούν σε τέτοιο επίπεδο που θα τους επιτρέπει να διενεργούν εξειδικευμένες αυτόνομες νοσηλευτικές πράξεις ανεξάρτητα από τον χώρο εργασίας τους.

### **2.3.9 Προσωπικότητα**

Η επαγγελματική αυτονομία δε συνδέεται μόνο με ένα συγκεκριμένο ρόλο ή τμήμα αλλά εξαρτάται και από μια θεμελιώδη προσωπική επίγνωση και ευθύνη για τη φροντίδα προς τους άλλους. Το να ενεργά αυτόνομα ο επαγγελματίας νοσηλευτής, σύμφωνα με τα προσόντα, την κατάρτιση και την εμπειρία του φαίνεται να είναι άμεσα συνδεδεμένο και με το προσωπικό του θάρρος για να δράσει.

Οι περιγραφές των νοσηλευτών από την εμπειρία τους στα θέματα αυτονομίας σε συνθήκες εργασίας οδήγησε στην αντίληψη ότι η γνώση και η αυτοπεποίθηση είναι οι συνεκτικές έννοιες της αυτονομίας στη νοσηλευτική πρακτική. «Ο φόβος του αγνώστου», «οι απροσδόκητες επείγουσες καταστάσεις» και «ο μη έλεγχος της κατάστασης» αναφέρονται στις περιγραφές των νοσηλευτών και το « να τολμήσει» είναι μια έκφραση των προσωπικών ικανοτήτων τους σε τέτοιες καταστάσεις. Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν ότι η προσωπική αυτονομία θα πρέπει να συνεκτιμάται με την επαγγελματική αυτονομία (Skar, 2009)

Η αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών στο να γνωρίζουν ότι ξέρουν, καθώς και να γνωρίζουν ότι τολμούν είναι σημαντική για την εφαρμογή αυτόνομων κλινικών κρίσεων και αποφάσεων.

Μία πρόκληση για την περαιτέρω ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν πρέπει να συνδέεται μόνο με την απόκτηση εξουσίας και θέσεων, αλλά και με το γεγονός ότι νοσηλευτές με κάποια χρόνια εμπειρίας επιλέγουν συνειδητά να αποφύγουν καταστάσεις που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ολιστική φροντίδα του ασθενή, επειδή δεν τολμούν να κατανοήσουν την κατάσταση (Skar, 2009)

Ωστόσο, το να έχει ο νοσηλευτής την εξουσία για παροχή ολιστικής φροντίδας δε συνάδει πάντοτε με την ελευθερία του να δρα ανάλογα σε καταστάσεις.

Τα ευρήματα δείχνουν πως οι νοσηλευτές συνήθως τροποποιούν αυτό που κάνουν βάση των αποδεκτών πρακτικών στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας τους (Mantzoukas & Jasper 2008) κάτι το οποίο έχει ονομασθεί από τους Mantzoukas & Jasper (2008) ανάπτυξη πολιτιστικής γνώσης (cultural knowledge).

## 2.4. Θετικά αποτελέσματα αυτονομίας

Η αυτονομία χαρακτηρίζεται σαν ένα επιθυμητό χαρακτηριστικό που οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα τόσο για τους ίδιους τους νοσηλευτές, όσο και για τους ασθενείς και γενικότερα για τον κάθε οργανισμό υγείας.

Η έλλειψη αυτονομίας έχει επισημανθεί επανειλημμένα στη νοσηλευτική έρευνα και έχει συνδεθεί με δυσαρέσκεια στην εργασία, επαγγελματική εξουθένωση, και με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα (Blegen et al, 1993, McCloskey et al 1990).

Αντιθέτως, η αυξημένη νοσηλευτική αυτονομία στις ΜΕΘ σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα της έκβασης της υγείας του ασθενούς (Curley 2002, Brook et al. 1999, Luyt et al. 2002), καθώς και με την κατάσταση της υγείας, την ικανοποίηση, την προσέλκυση και παραμονή του νοσηλευτικού προσωπικού στις ΜΕΘ (Erlen & Sereika 1997, Scott et al 1999, Budge et al 2003).

Σε γενικότερο επίπεδο η αυτονομία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενδυνάμωση (Wade 1999, Suominen et al. 2001) και τον επαγγελματισμό των νοσηλευτών (Norris 1995, Wade 1999).

Επιπρόσθετες εργασίες κατατάσσουν την αυτονομία ως τον ισχυρότερο προγνωστικό ερευνητικές δείκτη της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών, η οποία με τη σειρά της αντανακλά θετικά και επηρεάζει την παραμονή των νοσηλευτών (Boyle et al. 1999, Burnard et al. 1999, Chaboyer et al. 1999, Chaboyer et al. 2001, Nolan et al. 1999, Wade 1999, O'Rourke et al. 2000, Upenieks 2000, Finn 2001).

Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι από την εργασία τους και επιθυμούσαν βελτίωση των συνθηκών εργασίας και αύξηση της αυτονομίας στο εργασιακό τους περιβάλλον (Chaboyer et al. 1999, Chaboyer et al. 2001, Finn 2001). Έτσι, το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής διοίκησης και των ερευνητών για την ανάπτυξη της επαγγελματικής αυτονομίας των νοσηλευτών παραμένει σταθερό (Cutts 1999, Cole

& Ramirez 2000), ιδίως υπό το πρίσμα των αποδεικτικών στοιχείων ότι οι νοσηλευτές μπορεί να είναι μια καταπιεσμένη ομάδα μέσα στο υγειονομικό σύστημα.

Η Αυτονομία, η δυνατότητα των νοσηλευτών να ελέγχουν το εργασιακό τους περιβάλλον και η καλή συνεργασία με τους ιατρούς έχουν επίσης εντοπιστεί ως βασικά στοιχεία του μοντέλου επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής που χαρακτηρίζει την οργάνωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία "Μαγνήτες" (Sochalski et al. 1998, Havens & Aiken 1999, Aiken & Patrician 2000).

Ο όρος 'Μαγνήτης' αναφέρεται σε νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ), τα οποία είναι σε θέση να προσελκύσουν και να διατηρήσουν το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο όρος προέκυψε από μια μελέτη που σχεδιάστηκε από το American Academy of Nursing με στόχο να προσδιορίσει τα οργανωτικά χαρακτηριστικά που ευθύνονταν για την ικανοποίηση και την παραμονή των νοσηλευτών (McClure et al. 1983). Τα οργανωτικά αυτά χαρακτηριστικά συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία που με τη σειρά του είχε συνδεθεί με τα θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή (Weisman & Nathanson 1985).

Όταν οι νοσηλευτές έχουν αυτονομία, έχουν και τον έλεγχο στο εργασιακό τους περιβάλλον (Wade, 1999), και μπορεί να έχουν και καλύτερες σχέσεις με τους ιατρούς (McParland et al 2000, Snelgrove και Hughes 2000).

Κατά συνέπεια, η αυτονομία μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση και (Alexander et al. 1982, Carmel et al 1988, Fletcher 2001) βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών (McClure et al 1983, Wade 1999, Curley 2002, Luyt et al. 2002, Budge et al, 2003), καθώς και αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και μείωση της θνησιμότητας (Weisman and Nathanson, 1985, Aiken et al, 1998, Aiken and Patrician, 2000, American Nurses Credentialing Center, 2003).

Επιπρόσθετα, η αυξημένη νοσηλευτική αυτονομία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα για την εφαρμογή τεκμηριωμένης νοσηλευτικής φροντίδας, δεδομένου ότι ο χαμηλός βαθμός νοσηλευτικής αυτονομίας έχει εντοπιστεί μεταξύ των κύριων εμποδίων που αφορούν την εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας (Parahoo 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ – ΙΑΤΡΩΝ

### 3.1 Ορισμοί και έννοιες συνεργασίας

Η λέξη συνεργασία προέρχεται από τις Λατινικές λέξεις 'col' , που σημαίνει μαζί ή από κοινού, και 'laborare', που σημαίνει εργασία ή δουλειά (American Heritage Dictionary, 1983, Kramer & Schmalenberg, 2004). Το βασικό επομένως νόημα της λέξης συνεργασία είναι «η απο κοινού εργασία».

Παραδοσιακά, η συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και ιατρών σημαίνει τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση ως τον τρόπο, δηλαδή, με τον οποίο οι ιατροί και οι νοσηλεύτριες αλληλεπιδρούν ο ένας με τον άλλον σε σχέση με την κλινική λήψη απόφασης (Shortell et al., 1994). Η συνεργασία υπονοεί τη συλλογική δράση προς έναν κοινό στόχο στο πνεύμα της εμπιστοσύνης και της αρμονίας.

Συνεργασία είναι μια διαδικασία εργασίας μαζί με κάποιους άλλους, με κοινούς αποδεκτούς στόχους και κοινή φιλοσοφία και ταυτόχρονα είναι αναγκαία η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως είναι οι ικανότητες, οι γνώσεις, καθώς και τα στοιχεία της προσωπικότητας και συμπεριφοράς που έχει καθένα από τα συμβαλλόμενα μέρη ως επαγγελματίας αλλά και ως άτομο (Wheeler et al, 2007)

Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών περιγράφει τη συνεργασία ως "αληθινή συνεργασία, στην οποία η δύναμη εκτιμάται και από τις δύο πλευρές, με την αναγνώριση και την αποδοχή των χωριστών και συνδυασμένων σφαιρών πρακτικής της δραστηριότητας και της ευθύνης. Η αμοιβαία προστασία των νόμιμων συμφερόντων κάθε συμβαλλόμενου μέρους, και η ομοιότητα των στόχων αναγνωρίζεται από τα αμφότερα συμβαλλόμενα μέρη (Schmalenberg et al. 2005). " ....."*a true partnership,*

*which the power on both sides is valued by both, with recognition and acceptance of separate and combined practice spheres of activity and responsibility, mutual safeguarding of the legitimate interests of each party, and a commonality of goals that is recognized by each party.*

Στη βιβλιογραφία η συνεργασία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως ως "συνεργατική αλληλεπίδραση" που επηρεάζει τη φροντίδα των ασθενών (Weiss & Davis, 1985), ως "εταιρική σχέση" (American Nurses Association, 1980), "σχέση αλληλεξάρτησης", στην οποία οι νοσηλευτές και οι γιατροί έχουν αλληλοσυμπληρούμενους ρόλους (Fagin, 1992, σ. 295).

Οι Baggs & Schmitt, (1988) δηλώνουν πως η συνεργασία επιτυγχάνεται όταν "οι νοσηλευτές και οι γιατροί εργάζονται μαζί, μοιράζονται την ευθύνη για την επίλυση προβλημάτων και για τη λήψη αποφάσεων για τον προγραμματισμό και την εφαρμογή της φροντίδας των ασθενών. "

Για τη μελέτη αυτή, υιοθετείται ο ορισμός που έχει δώσει οι Baggs et al. (1999) με βάση την οποία «η συνεργασία ορίζεται ως η δυνατότητα νοσηλευτών και γιατρών να εργάζονται μαζί να μοιράζονται τα καθήκοντα και τις ευθύνες που συνεπάγονται αυτών, για την επίλυση των προβλημάτων και να λαμβάνουν μαζί αποφάσεις για τη διαμόρφωση και εφαρμογή συνεργατικών σχεδίων φροντίδας καθώς και αποφάσεις που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της μονάδας τους.

### 3.2 Μοντέλα πρακτικών συνεργασίας ιατρών - νοσηλευτών

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται 3 διαφορετικά μοντέλα πρακτικών συνεργασίας μεταξύ ιατρών νοσηλευτών.

Το πρώτο που έχει περιγραφεί ήταν το 'Dr – Nurse game' (Stein 1967, Stein et al., 1990) με βάση το οποίο επιτρεπόταν στους νοσηλευτές να προτείνουν έμμεσα αλλαγές ή τροποποιήσεις για τη θεραπεία ή το σχέδιο φροντίδας σε έναν ασθενή μόνο εάν το

έκαναν αυτό με τον ανάλογο σεβασμό προς τον ιατρό και εξακολουθούσαν να θεωρούν τους εαυτούς τους σαν υποδιέστερους και εξαρτώμενους από τους ιατρούς.

Το δεύτερο μοντέλο συνεργασίας που αναφέρεται στη βιβλιογραφία χαρακτηρίζεται από μια καταχρηστική και εχθρική στάση των γιατρών έναντι των νοσηλευτών (abusive-hostile-adversarial nurse physician relationships). Οι Rosenstein et al (2002) καταμέτρησαν αριθμητικά τις περιπτώσεις καταχρηστικής συμπεριφοράς των γιατρών έναντι των νοσηλευτών με τους πλείστους νοσηλευτές (96%) να δηλώνουν πως είχαν βιώσει τέτοιου είδους συμπεριφορές και πολλές φορές αυτό αποτέλεσε και την αιτία για να εγκαταλείψουν την εργασία τους.

Αυτός ο τύπος οριζόντιας βίας, που συνήθως έχει τη μορφή ψυχολογικής παρενόχλησης, δημιουργεί συχνά εχθρότητα στο περιβάλλον εργασίας και περιλαμβάνει συχνά τον εκφοβισμό, την ανιδιοτέλεια, την αποθάρρυνση, τις απειλές, τη λεκτική κατάχρηση, την ταπείνωση, την υπερβολική κριτική και την άρνηση πρόσβασης στην ευκαιρία ανάπτυξης.

Τέτοιου είδους πρακτικές συνεργασίας προκάλεσαν ιδιαίτερες ανησυχίες στους αρμόδιους φορείς και αποτέλεσαν την αφορμή για δημιουργία της Εθνικής Μεικτής Επιτροπής Πρακτικής Συλλογικών Σχέσεων το 1971 – (National Joint Practice Commission on collaborative relationships) η οποία υποστηρίχθηκε τόσο από τον Αμερικάνικο σύνδεσμο Νοσηλευτών όσο και από τον Αμερικάνικο Ιατρικό Σύνδεσμο.

Το έργο της επιτροπής συνδέθηκε με αρκετές επιτυχίες επί του θέματος με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πιο συλλογικών σχέσεων μεταξύ των νοσηλευτών –ιατρών και βελτίωση των πρακτικών συνεργασίας τους με άμεση θετική επίδραση και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (National Joint Practice Commission, 1974). Επιπρόσθετα η αλλαγή αυτή έδωσε την ώθηση για την ανάπτυξη ειδικών εργαλείων για την μέτρηση του "βαθμού συνεργασίας " μεταξύ Ιατρών και Νοσηλευτών (Weiss & Davis 1985, Baggs et al. 1992).



Το τρίτο και πιο πρόσφατο μοντέλο συνεργασίας που χαρακτηρίζει τα νοσοκομεία μαγνήτες είναι το μοντέλο συλλογικής και συνεργατικής σχέσης (Schmalenberg and Kramer 2010) μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών (collegial & collaborative relationship).

Η συλλογική αυτή σχέση χαρακτηρίζεται από ισότητα, εμπιστοσύνη, και αλληλοσεβασμό. Συνήθως και οι δυο ομάδες επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιούν τους όρους συνάδελφοι ή συνεργάτες σε τέτοιου είδους σχέση. Η συνεργατική σχέση, χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη, σεβασμό και συνεργασία η οποία βασίζεται στην αμοιβαιότητα και όχι τόσο στην ισότητα. Οι νοσηλευτές και γιατροί σε μια συνεργατική σχέση μοιράζονται και ανταλλάζουν πληροφορίες και σχεδιάζουν συνεργατικά πλάνα φροντίδας με τον γιατρό όμως να παραμένει στην "κορυφή" (Schmalenberg and Kramer 2010).

### 3.3 Συνεργασία στις ΜΕΘ

Η σημασία της συνεργασίας μεταξύ ιατρών και Νοσηλευτών στις ΜΕΘ, μπορεί εννοιολογικά να υποστηριχθεί με τη δουλειά του θεωρητικού Thompson (1967) ο οποίος μίλησε για την μέθοδο της 'αμοιβαίας αλληλεξάρτησης' ως μέσω συνεργασίας απαραίτητο για πολύπλοκους οργανισμούς.

Πολύπλοκοι οργανισμοί για τον Thompson (1967) είναι αυτοί που χαρακτηρίζονται ως δυναμικοί (αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου) και απρόβλεπτοι όπως είναι οι ΜΕΘ. Οι Leatt & Schneck (1981) επίσης υποστήριξαν την πολυπλοκότητα των ΜΕΘ και την αυξημένη αναγκαιότητα για συνεργασία στα τμήματα αυτά.

Στη δεκαετία του 1980, πολλοί εθνικοί φορείς, αρμόδιοι για θέματα ΜΕΘ άρχισαν να αναπτύσσουν διάφορες πολιτικές δηλώσεις για την προώθηση συνεργασίας μεταξύ ιατρών –νοσηλευτών σε ΜΕΘ ως ένα τρόπο για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (ACCN 1982, Joint Commission on the Accreditation of Hospitals 1982, National Institute of Health 1983). Θεωρητικά, αυτό επιτρέπει τη συμβολή και των δύο επαγγέλμάτων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και με αυτό τον

τρόπο μπορεί να παραχθούν αποφάσεις που οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα αφού οι αποφάσεις αυτές βασίζονται σε πληρέστερη ενημέρωση.

Οι Knauss et al. (1986) κατέδειξαν τη σημασία της συνεργασίας για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς αλλά και για τις ΜΕΘ. Αυτό οδήγησε σε συμπληρωματικές μελέτες επί του θέματος της συνεργασίας που διεξήχθησαν κατά κύριο λόγο σε τμήματα ΜΕΘ, πιθανώς λόγω των υψηλότερων ποσοστών θνησιμότητας, βαρέων περιστατικών, και αυξημένης συχνότητας ιατρικών λαθών που είναι προβλήματα που κυριαρχούν στις ΜΕΘ.

Οι Mitchell et al, (1989) έχουν εντοπίσει τα πέντε βασικά στοιχεία κλινικής αριστείας των ΜΕΘ, ανάμεσα στα οποία συμπεριλαμβάνονται και οι καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών.

Σε όλη τη δεκαετία του 1990, δόθηκε μεγάλη ερευνητική σημασία στο θέμα της συνεργασίας και «καλών» σχέσεων Ιατρών - νοσηλευτών στις ΜΕΘ θέμα το οποίο αναγνωρίστηκε ως ένας από τους τρεις πυλώνες για εξαιρετικά υγιές περιβάλλον εργασίας (magnetic) ικανό να προσελκύσει αλλά και να διατηρήσει το προσωπικό του (Sochalski et al. 1998, Havens & Aiken 1999, Aiken & Patricia 2000).

Ωστόσο, το θέμα αυτό φάνηκε να απασχολεί περισσότερο τους νοσηλευτές παρά τους ιατρούς στις ΜΕΘ, αλλά με τους ιατρούς να αξιολογούν ανελλιπώς την ποιότητα αυτής της σχέσης με υψηλότερη βαθμολογία απ' ότι οι νοσηλευτές (Thomas et al. 2003, Ferrand et al. 2003)

Σε μια πρόσφατη μελέτη τους οι Dougherty & Larson (2005), κατέληξαν πως η εντατική φροντίδα απαιτεί άμεσες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις, εντατικό διάλογο, επικοινωνία και συνεργασία για να ανταποκριθεί στις ταχέως μεταβαλλόμενες φυσιολογικές παραμέτρους των ασθενών.

Η πολυπλοκότητα της κατάστασης των ασθενών στις ΜΕΘ και της φροντίδας που απαιτείται για αυτούς, αποδείχθηκε ότι επηρεάζει τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών με αποτέλεσμα οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση να επωφελούνται περισσότερο από την διεπαγγελματική συνεργασία και να έχουν θετική έκβαση της υγείας τους (Lamb, 1995).

### 3.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη συνεργασία ιατρών - νοσηλευτών

#### 3.4.1 Κοινωνική υπόσταση του ιατρικού και Νοσηλευτικού επαγγέλματος και ανισότητα επαγγελματικών ρόλων.

Η ιατρική επιστήμη, διεθνώς, διαθέτει μια μακρά περίοδο και ένα στερεότυπο τρόπο εκπαίδευσης καθώς και σαφή προσανατολισμό των υπηρεσιών της στη θεραπεία του ασθενή. Κατατάσσεται σε μια από τις υψηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής διαστρωμάτωσης τόσο επαγγελματικά όσο και μισθολογικά.

Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο David Robinson το επάγγελμα της ιατρικής θεωρείται ως το υπερισχύον (dominant) όσον αφορά το κύρος (prestige) και τη δικαιοδοσία των εμπειρογνομόνων (experts authority) (Robinson D., 1973).

Αντίθετα η Νοσηλευτική επιστήμη διακατέχεται από μια ποικιλομορφία και ανομοιογένεια στο επίπεδο εκπαίδευσης, δημιουργώντας έτσι τη δυνατότητα αμφισβήτησης και αμφιβολίας για την επάρκεια των γνώσεων και ικανοτήτων αλλά και του ρόλου των νοσηλευτών. Αποτέλεσμα είναι η έλλειψη διαπροσωπικής εμπιστοσύνης και σεβασμού από τους γιατρούς προς τους νοσηλευτές.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι γιατροί πολύ συχνά απορρίπτουν ή υποτιμούν τις γνώσεις των νοσηλευτών (Cadogan al, 1999, Manias & Street 2001, Ogbimi & Adebamowo 2006, Coombs 2003). Ειδικά για τους νοσηλευτές εντατικής, ο Cornell (2008) διαπίστωσε ότι η δυνατότητα στο να έχουν φωνή στην εργασία τους εξαρτάται

από την ικανότητά τους να πείσουν τους άλλους επαγγελματίες ότι είναι γνωσιολογικά επαρκείς.

Ιστορικά, οι ιατροί αναλαμβάνουν τον ηγετικό ρόλο με περισσότερες, σε σύγκριση με τους νοσηλευτές, πρωτοβουλίες για τη θεραπεία των ασθενών και έχουν συχνά προσδοκίες που υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές είναι μια επέκταση από αυτούς με κύρια ευθύνη την εκτέλεση των οδηγιών τους. Στο μυαλό τους, η συνεργασία είναι, μερικές φορές, μια έννοια που υπονομεύει τον αυταρχικό τους ρόλο.

Η Baggs στη βάση πορισμάτων σε σχετική μελέτη της το 1999, ισχυρίστηκε ότι η συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών δεν ήταν ακόμη πραγματικότητα, δίνοντας έμφαση στις αποκλίνουσες απόψεις που υπάρχουν σε αυτά τα δύο επαγγέλματα και στη δυσκολία αποσαφήνισης του διαφορετικού αλλά παράλληλα αλληλεξάρτητου ρόλου τους.

Ακόμη και σήμερα στις ευρωπαϊκές χώρες με ιατροκεντρικά συστήματα υγείας, οι ιατροί μπορούν να ασκήσουν εξουσία και κυριαρχία πάνω στους νοσηλευτές, ενώ οι νοσηλευτές δεν τυγχάνουν επαρκούς αναγνώρισης (Erickson et al, 2003, Patiraki & Kourbani 2003).

Επιπρόσθετα, η ασάφεια των επαγγελματικών ρόλων για τα δύο αυτά επαγγέλματα και οι «συγκρουόμενες» προσδοκίες τους δημιουργούν ανταγωνιστικές σχέσεις, αυξάνοντας έτσι κατακόρυφα τις πιθανότητες λάθους (Kohn et al., 2000, Al-Shammari, 1992).

Ωστόσο, η σύγχρονη έρευνα για την συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών δεν αναφέρεται σε ιεραρχία αλλά αντίθετα στηρίζεται στη γνώση και την εμπειρία των επαγγελματιών που εμπλέκονται, και όχι στον ρόλο ή την λειτουργία τους. (Radcliffe, M., 2000).

### 3.4.2 Φύλο

Η νοσηλευτική χαρακτηρίζεται ως ένα επάγγελμα κατά βάση γυναικείο εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των γυναικών που συνιστούν την πλειοψηφία του εργατικού της δυναμικού (Davies, 1995), σε αντίθεση με το ιατρικό επάγγελμα στο οποίο κυριαρχεί το αντρικό φύλο. Ως εκ τούτου, η σχέση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, μπορεί να επηρεαστεί και από τα πολιτιστικά πρότυπα της ανδρικής κυριαρχίας και γυναικείας υποτέλειας.

Συγκεκριμένες κοινωνικές προκαταλήψεις και στερεότυπα που προέρχονται κυρίως από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον συνδέουν το ρόλο της γυναίκας περισσότερο με την οικογένεια, με μειωμένες επαγγελματικές φιλοδοξίες και έλλειψη αφοσίωσης στο επάγγελμα. Αυτό οδηγεί στη μη αναγνώριση των γυναικών ως ισότιμους επαγγελματίες, στην έλλειψη εμπιστοσύνης σεβασμού και επικοινωνίας απέναντι τους.

Επιπρόσθετα, η συνεχής σύνδεση των γυναικών με στερεοτυπικές έννοιες συναισθήματα και ιδεώδη όπως αυτά του αλτρουισμού, της φροντίδας, της συμπόνιας, της ευγένειας, της υποτέλειας και της εξάρτησης ευνοούν την ανάπτυξη μιας παθητικής στάσης όσον αφορά τη συνεργασία τους με τους γιατρούς αφήνοντας τους να αναλαμβάνουν τις περισσότερες πρωτοβουλίες σχετικά με αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών αλλά και τη λειτουργία της μονάδας τους (Mericle 1983, Evans, 1997).

### 3.4.3 Άλλοι παράγοντες

Ο χώρος εργασίας είναι ένας παράγοντας που καθορίζει τη συνεργασία μεταξύ γιατρών – νοσηλευτών. Μικροί περιορισμένοι χώροι συμβάλουν θετικά στην ανάπτυξη κλίματος συνεργασίας αφού εύκολα μπορεί να προσεγγίσει ο ένας τον άλλον ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις που η ανταπόκριση πρέπει να είναι άμεση (Baggs & Schmitt, 1997).

Το να είναι κάποιος διαθέσιμος, ως προς τον τόπο, το χρόνο και τη γνώση, θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για ανάπτυξη κλίματος συνεργασίας (Baggs & Schmitt, 1997).

Οι επαγγελματίες πρέπει να βρίσκονται σε κοντινή απόσταση ώστε η συνεργασία τους να καθίσταται δυνατή και να είναι διαθέσιμοι πνευματικά, να διαθέτουν δηλαδή, τις απαραίτητες γνώσεις τόσο για τη δική τους σφαίρα πρακτικής όσο και των σημείων επικάλυψης της δικής τους σφαίρας με των άλλων συμβαλλόμενων μελών της διεπαγγελματικής ομάδας. Αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού.

### 3.5 Θετικά αποτελέσματα συνεργασίας

Ο Ferrand et al. (2003) διαπίστωσαν ότι το 91% των ιατρών και το 80% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν σε μια ΜΕΘ θεώρησαν τη συνεργασία μεταξύ τους ως εξαιρετικά σημαντική.

Η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών – γιατρών έχει αποδειχθεί ως μέσο για τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων και για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Adams & Bond, 2000, Dechairo-Marino, et al 2001).

Στη κλασική μελέτη των Knaus et al (1986) που έλαβαν μέρος όλες οι ΜΕΘ από 13 μεγάλα νοσοκομεία σε εθνικό επίπεδο, αναφέρεται ότι στις ΜΕΘ όπου οι Ιατροί και νοσηλευτές συνεργάστηκαν, οι ασθενείς παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τους ασθενείς που έτυχαν φροντίδας από νοσηλευτές και γιατρούς που είχαν συνεργαστεί λιγότερο.

Οι Shortell και συν. (1989), σε μια προέκταση της πιο πάνω μελέτης, αποσκοπώντας να μετρήσουν την επίδραση των μεταβλητών, επικοινωνίας και συντονισμού, που συλλογικά ονόμασαν "αλληλεπίδραση επαγγελματιών", στην πορεία της υγείας των ασθενών κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της αλληλεπίδρασης του προσωπικού με τη βραχύτερη διάρκεια παραμονής των ασθενών στην ΜΕΘ.

Λιγότερα ποσοστά θανάτων και λιγότερες επανεισαγωγές στην ΜΕΘ σε σχέση με τις καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών είναι αποτελέσματα που

έχουν αναφερθεί και σε άλλες μελέτες (Shortell et al., 1991, 1994, Larson 1999, Baggs et al., 1999)

Επιπρόσθετα, οι καλές πρακτικές συνεργασίας και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζεται ότι είναι μια από τις πιο βασικές στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση των ιατρικών λαθών (Dougherty & Larson 2005).

Πολλοί επαγγελματικοί φορείς έχουν ενθαρρύνει αλλαγές στη συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την υιοθέτηση των προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται σε άλλους επιστημονικούς κλάδους, για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών (Hemman, 2002, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, 2003, Kohn et al. 2000, Agency for Healthcare Research and Quality, 2001).

Η ομαδική εργασία και αυτονομία σχετίζονται σημαντικά μεταξύ τους και οι νοσηλευτές με μεγαλύτερα επίπεδα συνεργασίας και ομαδικής εργασίας έχουν επίσης υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας και μεγαλύτερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (Reeves et al 2008, Zangaro & Soeken 2007).

Επομένως, οι καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών - γιατρών μπορεί να ενισχύσουν την αυτονομία των νοσηλευτών (Reeves et al 2008, Zangaro & Soeken 2007). Με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές μπορούν να έχουν τον έλεγχο στην εργασία τους, να αναπτύξουν κριτική σκέψη και να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών και να διατυπώνουν συνεργατικά σχέδια φροντίδας (Baggs et al, 1999). Η Baggs (1999) αναφέρει, χαρακτηριστικά, ότι αμέσως μετά την δοκιμαστική εφαρμογή ενός συνεργατικού σχεδίου φροντίδας στις ΜΕΘ διαπιστώθηκε η θετική επίδραση στην παρεχόμενη φροντίδα.

Η καλές πρακτικές συνεργασίας σχετίζονται θετικά και με την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και κατ' επέκταση με την προσέλκυση και παραμονή τους στο

επάγγελμα (Baggs & Ryan, 1990, Baggs et al., 1992, Knaus et al., 1986, Mitchell et al., 1989).

Είναι έκδηλο ότι τέτοιες πρακτικές, οδηγούν σε μια ευχάριστη ατμόσφαιρα, κάθε άλλο παρά ανταγωνιστική, καλλιεργούν το σεβασμό και την εμπιστοσύνη μεταξύ των διαφόρων ομάδων επαγγελματιών υγείας και ενθαρρύνουν την από κοινού συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Ένα τελικό όφελος της καλής συνεργασίας, που πρωτίστως διαπιστώθηκε από νοσηλευτές με διοικητικές ευθύνες, είναι ότι η συνεργασία οδηγεί και στον έλεγχο του κόστους, λόγω εξοικονόμησης χρόνου και αύξηση του χρόνου παραμονής των νοσηλευτών στο επάγγελμα (Dechario-Marino, et al., 2001. Hojat et al., 2000).



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### 4.1 Σκοπός της μελέτης

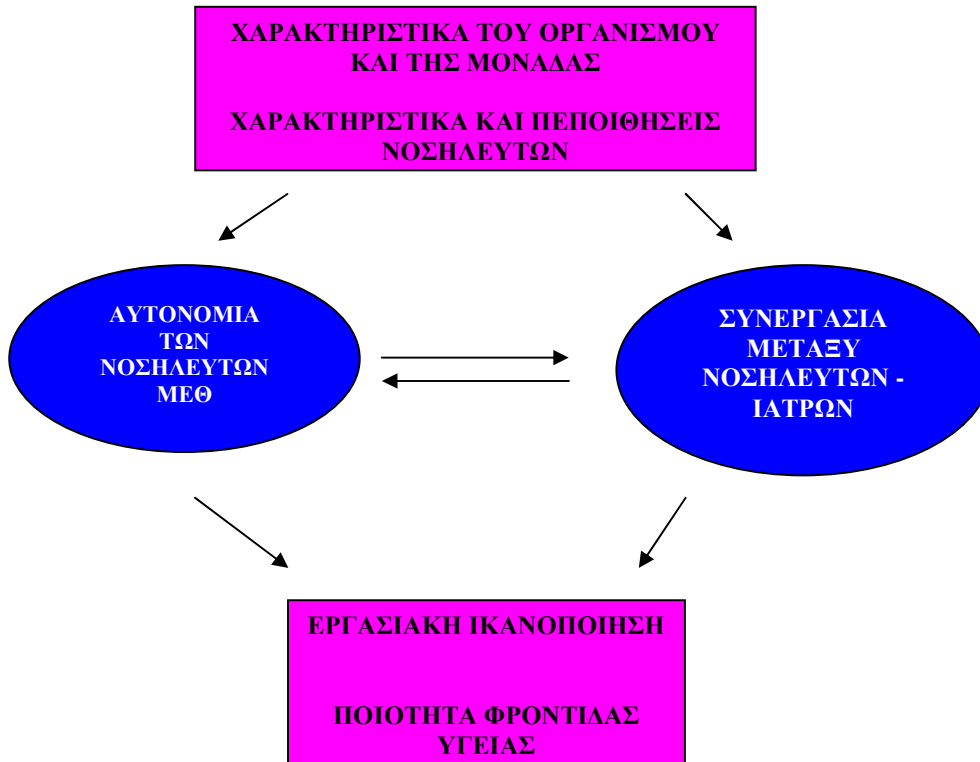
Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισεως για τη διερεύνηση του επιπέδου αυτονομίας των Κύπριων νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας και του βαθμού συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτών – Ιατρών στις ΜΕΘ

#### Βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

1. Να διερευνηθεί το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ
2. Εκτίμηση δυνητικών συσχετίσεων του βαθμού αυτονομίας με διάφορα χαρακτηριστικά-
  - του Οργανισμού, όπως είδος μονάδας, επαρχία κ.α.,
  - των νοσηλευτών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, εμπειρία, οργανική θέση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, φύλο
3. Διερεύνηση του βαθμού συνεργασίας μεταξύ Νοσηλευτών - Ιατρών στις ΜΕΘ κατά τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.
4. Εκτίμηση δυνητικών συσχετίσεων των πρακτικών συνεργασίας Νοσηλευτών - Ιατρών με διάφορα χαρακτηριστικά-
  - του Οργανισμού όπως είδος μονάδας, επαρχία κ.α.
  - των νοσηλευτών όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, εμπειρία, θέση, συνεχιζόμενη εκπαίδευση, φύλο
5. Εκτίμηση δυνητικών συσχετίσεων του βαθμού αυτονομίας και συνεργασίας νοσηλευτών – γιατρών.

Οι υποθετικές συσχετίσεις μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης απεικονίζονται στο σχήμα 4.1

**Σχήμα 4.1:** Υποθετικές Συσχετίσεις μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης



## 4.2 Το δείγμα της μελέτης

Στα κρατικά νοσοκομεία της Κύπρου λειτουργούν συνολικά οκτώ ΜΕΘ. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές (n=184) που εργάζονται στις πέντε από τις οκτώ ΜΕΘ των κρατικών νοσοκομείων της Κύπρου (ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, ΜΕΘ 1 Γενικού νοσοκομείου Λεμεσού, ΜΕΘ 2 Γενικού νοσοκομείου Λεμεσού, ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λάρνακας, και ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Πάφου).

Οι ΜΕΘ Νεογνών και Παίδων που στεγάζονται στο Μακάρειο Νοσοκομείο δεν έχουν συμπεριληφθεί στην μελέτη αυτή λόγω της ιδιαιτερότητας των περιστατικών τους. Επίσης η Καρδιολογική Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας αν και ΜΕΘ ενηλίκων δεν συμπεριλήφθηκε αφού δεν νοσηλεύει περιστατικά με μακροχρόνια μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ΜΕΘ ενηλίκων των δημόσιων νοσοκομείων.

Στις 5 ΜΕΘ που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη εργάζονται συνολικά 184 νοσηλευτές, δόθηκαν 184 ερωτηματολόγια με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 88.59%. Στον πίνακα 4.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικότερα τα σχετικά στοιχεία ανά επαρχία.

**Πίνακας 4.1:** Ποσοστά ανταπόκρισης του δείγματος

ΜΕΘ	Δόθηκαν (Αρ.)	Ανταποκρίθηκαν (Αρ.)	%
Λευκωσίας	75	66	88
Λεμεσού (1)	29	29	100
Λεμεσού (2)	28	26	92,86
Λάρνακας	30	23	76,67
Πάφου	22	19	88,59
<i>Σύνολο</i>	<i>184</i>	<i>163</i>	<i>88.59</i>

Η απόφαση της συμμετοχής των νοσηλευτών στην έρευνα ήταν αυτόβουλη και βασίστηκε στην πλήρη προφορική πληροφόρηση και σε αποφυγή οποιουδήποτε

επηρεασμού. Η πληροφορημένη συναίνεση είναι μια διαδικασία αμοιβαίας ανταλλαγής πληροφοριών κατανόησης και εμπιστοσύνης μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων (Μερκούρης 2008).

### 4.3 Εργαλεία μέτρησης

Για τους σκοπούς της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε σε τρεις ενότητες. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή στην οποία περιγράφονταν ο φορέας πραγματοποίησης της έρευνας, ο σκοπός και η χρησιμότητά της, η διαβεβαίωση ως προς την εξασφάλιση της ανωνυμίας και στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή

Η πρώτη ενότητα αφορούσε στα γενικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων και συγκεκριμένα περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης, όπως:

Φύλο, τόπος εργασίας, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, γενική επαγγελματική εμπειρία ως Νοσηλεύτρια και επαγγελματική εμπειρία ως νοσηλεύτρια στη ΜΕΘ, την οργανική τους θέση, τη συχνότητα συμμετοχής σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία τους στη ΜΕΘ, την άποψη για το πόσο σημαντική είναι η ανεξαρτησία κατά την εργασία στη ΜΕΘ και τέλος, σε ποιο βαθμό πιστεύουν ότι οι πολίτες εκτιμούν τη σπουδαιότητα των νοσηλευτών στη ΜΕΘ.

Η δεύτερη περιλάμβανε την κλίμακα Varjus et al (2003), με την οποία μελετάται η αυτονομία των νοσηλευτών και η τρίτη ενότητα περιλάμβανε την κλίμακα CSACD (Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Scale, Baggs, 1992) με την οποία μελετάται η συνεργασία Νοσηλευτών – Ιατρών και η ικανοποίηση τους κατά την διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.

Συναφώς αναφέρεται ότι οι εν λόγω κλίμακες έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα και έχουν χρησιμοποιηθεί σε μία σχετική μελέτη στα πλαίσια του πανευρωπαϊκού συνεδρίου της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Εντατικών Νοσηλευτών

(EfCCNa), που διεξήχθη το 2009 στην Φλωρεντία της Ιταλίας (Παπαθανάσογλου και συν. 2009).

Για τη χρήση των δύο κλιμάκων εξασφαλίστηκε σχετική άδεια από τους αρχικούς συγγραφείς καθώς και άδεια από το Πανεπιστήμιο Αθηνών που είχε επεξεργαστεί τη μετάφραση τους.

#### **4.3.1 Κλίμακα Αυτονομίας**

Η Κλίμακα Αυτονομίας (Autonomy Scale) ((Varjusz και συν., 2003) είναι ένα εργαλείο που αποτελείται από 18 κλειστού τύπου ερωτήσεις - Οι απαντήσεις των ερωτήσεων της ενότητας αυτής στηρίζονται σε κλίμακα Likert έξι πιθανών απαντήσεων:

- 1 = Διαφωνώ απόλυτα.
- 2 = Διαφωνώ
- 3 = Μάλλον διαφωνώ
- 4 = Μάλλον συμφωνώ.
- 5 = Συμφωνώ
- 6 = Συμφωνώ απόλυτα

Για σκοπούς ανάλυσης οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες:

- Διαφωνώ απόλυτα
- Διαφωνώ (περιλαμβάνει και το μάλλον διαφωνώ)
- Συμφωνώ (περιλαμβάνει και το μάλλον συμφωνώ)
- Συμφωνώ απόλυτα

Οι 18 ερωτήσεις της κλίμακας Αυτονομίας δημιουργούν τρεις ομαδοποιημένες υποκλίμακες, με 6 ερωτήματα η κάθε μια, ως ακολούθως:

- Αυτονομία ως προς την γνώση (knowledge),
- Αυτονομία ως προς την δράση (action),
- Αυτονομία ως προς τις αξίες (value).

Σε κάθε μια από τις τρεις υποκλίμακες τα δυο πρώτα ερωτήματα αναφέρονται στην ανεξαρτησία των νοσηλευτών, τα επόμενα δυο αναφέρονται στο δικαίωμα των νοσηλευτών και τα τελευταία δυο αναφέρονται στην υπευθυνότητα των νοσηλευτών (Πίνακας 4.2).

**Πίνακας 4.2:** Υποκλίμακες Αυτονομίας

<b>1. ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΓΝΩΣΗ</b>	
Ανεξαρτησία	➔ 2 ερωτήματα
Δικαίωμα	➔ 2 ερωτήματα
Υπευθυνότητα	➔ 2 ερωτήματα
<b>2. ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΔΡΑΣΗ</b>	
Ανεξαρτησία	➔ 2 ερωτήματα
Δικαίωμα	➔ 2 ερωτήματα
Υπευθυνότητα	➔ 2 ερωτήματα
<b>3. ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ</b>	
Ανεξαρτησία	➔ 2 ερωτήματα
Δικαίωμα	➔ 2 ερωτήματα
Υπευθυνότητα	➔ 2 ερωτήματα

Η υποκλίμακα της αυτονομίας με βάση τη γνώση περιλαμβάνει τη διαδικασία λήψης απόφασης σαν μια γνωστική διαδικασία. Τα ερωτήματα καταγράφουν τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με:

- τη δυνατότητα ανάπτυξης ανεξάρτητης δράσης και λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών καθώς και τη λειτουργία και οργάνωση της μονάδος τους,
- το δικαίωμα τους να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών αλλά και τη λειτουργία και οργάνωση της μονάδος τους, και
- την υπευθυνότητα τους ως προς τις αποφάσεις που έχουν πάρει για την νοσηλευτική φροντίδα και για την ανάπτυξη των γνώσεων τους.

Η υποκλίμακα της αυτονομίας με βάση την δράση αποτυπώνει τις απόψεις των νοσηλευτών σχετικά με:

- την ανεξάρτητη ανάληψη ενεργειών στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής στη μονάδα τους και με την οργάνωση της λειτουργίας της μονάδας τους,
- το δικαίωμα αφενός να επιλέγουν το τρόπο παροχής φροντίδας και αφετέρου να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικά με την οργάνωση της εργασίας τους.
- την ευθύνη των Νοσηλευτών για την πρόοδο της φροντίδας των ασθενών καθώς και για την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους.

Τέλος, η υποκλίμακα της αυτονομίας με βάση τις αξίες αποτυπώνει:

- Την ικανότητα των Νοσηλευτών να ενεργούν σύμφωνα με τις δικές τους νοσηλευτικές αξίες τόσο στην καθημερινή πρακτική τους όσο και στο τμήμα γενικότερα,
- το δικαίωμα τους να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αφορούν τους ασθενείς και το τμήμα,

- την υπευθυνότητα των νοσηλευτών για την εφαρμογή των αξιών τους στην εργασία τους αλλά και την ανάπτυξη αυτών των αξιών που αποτελούν τη βάση για την εργασία τους.

#### 4.3.2 Κλίμακα CSACD

Η κλίμακα CSACD (Collaboration and Satisfaction about Care Decisions Scale) μελετά τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών για τη λήψη κλινικών αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του ασθενούς αλλά και την ικανοποίηση που παίρνουν από αυτή την συνεργασία.

Συγκεκριμένα το εν λόγω εργαλείο αποτελείται από 10 ερωτήσεις και οι απαντήσεις καταχωρούνται σε κλίμακα Likert επτά πιθανών απαντήσεων:

- 1 = Διαφωνώ απόλυτα.
- 2 = Διαφωνώ
- 3 = Μάλλον διαφωνώ
- 4 = Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ
- 5 = Μάλλον συμφωνώ.
- 6 = Συμφωνώ
- 7 = Συμφωνώ απόλυτα

Οι πρώτες έξι ερωτήσεις (Ερωτήσεις 1-6) της κλίμακας CSACD αποτελούν την πρώτη υποκλίμακα, της συνεργασίας, και εστιάζονται στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη συνεργασία τους με τους γιατρούς και στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών.

Δύο ερωτήσεις (ερωτήσεις 8 και 9) αφορούν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς στη μονάδα τους και στο νοσοκομείο τους γενικότερα και αποτελούν τη δεύτερη υποκλίμακα, της ικανοποίησης από την συνεργασία.

Μία ερώτηση (ερώτηση 7) είναι γενική/σφαιρική για τη συνεργασία και η τελευταία ερώτηση (ερώτηση 10) είναι ανεξάρτητη και διερευνά την πρόθεση των νοσηλευτών να



εγκαταλείψουν την εργασία τους λόγω ενός περιστατικού που συνέβη με κάποιον ιατρό. Οι απαντήσεις στην ερώτηση αυτή βαθμολογούνται αντίθετα με τις απαντήσεις των υπόλοιπων ερωτήσεων, δηλαδή «συμφωνώ απόλυτα = 1» και «διαφωνώ απόλυτα =7», με ανάλογες αναπροσαρμογές στις ενδιάμεσες απαντήσεις

#### 4.4 Πιλοτική Μελέτη

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας τόσο για την κλίμακα Αυτονομίας όσο και για την κλίμακα CSACD έγινε από τους δημιουργούς τους και κρίθηκε ικανοποιητική (Varjus et al. 2003, Baggs, 1992). Η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου για την εφαρμογή του στον κυπριακό χώρο έγινε με πιλοτική μελέτη (pilot study) σε τυχαίο δείγμα 10 ατόμων συνολικά, που συμπεριλάμβανε νοσηλευτές (N=10) από την ΜΕΘ του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας (το 6.1% περίπου του δείγματος της μελέτης). Οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές δεν συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα της μελέτης, (Teijlingen E.& Hundley V. 2001).

Παρά το ότι το ερωτηματολόγιο, ήταν σταθμισμένο και δοκιμασμένο στην Ελλάδα, θεωρήθηκε απαραίτητη η δοκιμή του σε πραγματικές συνθήκες επιτόπιας έρευνας με Κύπριους νοσηλευτές. Εξάλλου το ερωτηματολόγιο είχε αναπτυχθεί και αξιολογηθεί στην Ελληνική και όχι στη Κυπριακή κουλτούρα.

Η πιλοτική έρευνα θεωρήθηκε αναγκαία για να διαπιστωθούν τυχόν ελλείψεις ή δυσκολίες στην κατανόηση και ακρίβεια του περιεχομένου των ερωτήσεων. Έτσι ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες, να σχολιάσουν τον τρόπο διατύπωσης και το νόημα κάθε ερώτησης. Η διαδικασία αυτή (κριτική του περιεχομένου) διασφαλίζει την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ως προς το αν τα μηνύματα που κατανοούν οι συμμετέχοντες είναι ταυτόσημα με εκείνα που ζητά η έρευνα (Μερκούρης, 2008).

#### 4.5 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων και Ηθικά Ζητήματα

Πριν την έναρξη της μελέτης, εξασφαλίστηκε, γραπτώς, από τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, άδεια διεξαγωγής της έρευνας.

Επιπρόσθετα, ενημερώθηκαν τόσο γραπτώς όσο και προφορικώς οι προϊστάμενες Νοσηλευτικοί Λειτουργοί του κάθε νοσοκομείου με κοινοποίηση στις Πρώτες Νοσηλευτικούς Λειτουργούς των αντίστοιχων ΜΕΘ για την εξασφάλιση άδειας έναρξης της συγκεκριμένης μελέτης στο χώρο τους.

Στη σχετική επιστολή αναφέρονταν τα στοιχεία της ερευνήτριας, ο σκοπός της έρευνας, το ερευνητικό ίδρυμα, η μορφή της έρευνας και ο τρόπος χρησιμοποίησης των στοιχείων με τη διαβεβαίωση διαφύλαξης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Συνολικά συμμετείχαν 5 τμήματα ΜΕΘ από 4 Δημόσια Νοσοκομεία της Κύπρου. Η ΜΕΘ του νοσοκομείου Λευκωσίας, Λάρνακας Πάφου και οι 2 ΜΕΘ του νοσοκομείου Λεμεσού. Όλα τα Νοσοκομεία απάντησαν θετικά για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Η ερευνήτρια διένειμε τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες μετά από ενημέρωσή τους τόσο για το σκοπό της μελέτης όσο και για τη διατήρηση της ανωνυμίας. Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε προφορική πληροφορημένη συναίνεση. Επιπρόσθετα, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί απόδειξη της συναίνεσης τους.

Τα 184 ερωτηματολόγια μοιράστηκαν δια χειρός μέσα σε λευκούς φακέλους από τον ίδιο την ερευνήτρια με τη βοήθεια ενός ατόμου από κάθε ΜΕΘ με το οποίο ο ερευνητής διατηρούσε συχνή επαφή κατά την διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων. Τα απαντημένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε ειδική κάλπη που κατασκεύασε και τοποθέτησε σε κάθε μονάδα ο ερευνητής για το σκοπό αυτό. Ο χρόνος συλλογής των ερωτηματολογίων είχε συμφωνηθεί σε 2 βδομάδες μετά την διανομή τους σε κάθε μονάδα. Η διανομή των ερωτηματολογίων άρχισε στις 15 Μαρτίου και ολοκληρώθηκε στις 30 Μαρτίου. Τελικά συγκεντρώθηκαν συμπληρωμένα και έγκυρα προς επεξεργασία (αριθμός δείγματος) 163 ερωτηματολόγια.

#### 4.6 Ανάλυση των δεδομένων

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή και ακολούθησε στατιστική επεξεργασία με το στατιστικό

πρόγραμμα κοινωνικών επιστημών, SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 16.0) Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση των συχνοτήτων, πινάκων διπλής εισόδου και στατιστικών μη παραμετρικών δοκιμασιών.

Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson χρησιμοποιήθηκε για να μετρηθεί ο βαθμός συσχέτισης των μεταβλητών των δύο κλιμάκων. Επιπλέον, οι σχέσεις μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των μεταβλητών αναλύθηκαν με τις μη παραμετρικές δοκιμασίες Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U-test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε στο  $\alpha=0,05$ . Η αξιοπιστία των μεταβλητών μετρήθηκε με βάση το Cronbach alpha.

Για την κλίμακα της αυτονομίας ένα σύνολο 12 νέων μεταβλητών δημιουργήθηκαν από το άθροισμα των απαντήσεων σε κάθε κατηγορία, με τη διαίρεση του αθροίσματος δια του αριθμού των δηλώσεων. Το εύρος των τιμών των νέων μεταβλητών παραμένει το ίδιο όπως και στα αρχικά ερωτήματα, το οποίο επίσης επιτρέπει τις άμεσες συγκρίσεις μεταξύ των μεταβλητών.

Όσον αφορά την κλίμακα της συνεργασίας και ικανοποίησης για τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών (CSACD), για σκοπούς ανάλυσης και απλούστερης ερμηνείας των αποτελεσμάτων έχουν δημιουργηθεί 3 νέες μεταβλητές-κατηγορίες, (προσθέτοντας το βαθμό της κάθε απάντησης και διαιρώντας με το αριθμό των απαντήσεων), βάσει των οποίων αν ο μέσος όρος των απαντήσεων κυμαίνεται από:

- α) 1 μέχρι 3.49 σημαίνει χαμηλή συνεργασία καθώς και χαμηλή ικανοποίηση από τη συνεργασία.
- β) 3.5 μέχρι 4.49 σημαίνει ουδέτερη συνεργασία καθώς και χαμηλή ικανοποίηση από τη συνεργασία,
- γ) 4.5 μέχρι 7.00 σημαίνει υψηλή συνεργασία καθώς και χαμηλή ικανοποίηση από τη συνεργασία

Επιπλέον, η Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis) επιβεβαίωσε την ύπαρξη ενός μόνο παράγοντα, της συνεργασίας, στις πρώτες έξι ερωτήσεις, (Ιδιοτιμή [Eigenvalue] = 4.79).

#### 4.7 Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο το ψηλό ποσοστό ανταπόκρισης των νοσηλευτών, αναγνωρίζεται ότι θα ήταν καλύτερα να είχαν απαντήσει όλοι. Επιπρόσθετα, σε παρόμοιες μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η αντιπροσώπευση και των επί μέρους ομάδων των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε ΜΕΘ όπως Ιατροί Φυσιοθεραπευτές κ.α., κάτι που αναγνωρίζεται ως παράλειψη αυτής της μελέτης.

Ο αποκλεισμός των ΜΕΘ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων καθώς και κάποιων ΜΕΘ του Δημοσίου εντοπίζεται ως περιορισμός την παρούσας έρευνας ο οποίος δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επιπρόσθετα δεν μπορεί να γίνει σύγκριση με άλλα τμήματα του νοσοκομείου αφού η έρευνα περιορίστηκε μόνο στις ΜΕΘ.

Επιπρόσθετα, αναγνωρίζεται ότι η διερεύνηση κάποιων μεταβλητών δεν έχει γίνει με όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά. Τέλος, η μεγάλη ετερογένεια του δείγματος ως προς τα προσόντα, την ηλικία, το φύλο, τα ακαδημαϊκά προσόντα, τον τίτλο εργασίας και τον εργασιακό τομέα σε συσχέτισμό με τον αριθμό των συμμετεχόντων, δεν επιτρέπουν επί μέρους και ευρύτερες στατιστικές αναλύσεις.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

#### 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

##### 5.1.1 Φύλο, τόπος και επαρχία εργασίας, επίπεδο εκπαίδευσης και οργανική θέση

Το δείγμα της έρευνας όπως προαναφέρθηκε αποτέλεσαν 163 νοσηλευτές. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών που απάντησαν ήταν γυναίκες (72.4%). Η ηλικία των νοσηλευτών κυμαινόταν από 22 μέχρι και 57 χρονών (ΜΟ =33.8, ΤΑ =8.85).

Η νοσηλεύτριες που εργάζονται στη ΜΕΘ Λευκωσίας αποτέλεσαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (40.5%) με την Μονάδα 1 και 2 του Νοσοκομείου Λεμεσού να ακολουθεί με ποσοστά 17.8% και 16% αντίστοιχα. Στον πίνακα 5.1 παρατίθεται λεπτομερώς η κατανομή των νοσηλευτών σύμφωνα με το φύλο, τον τόπο εργασίας τους, και το επίπεδο εκπαίδευσης, και την οργανική τους θέση.

**Πίνακας 5.1:** Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

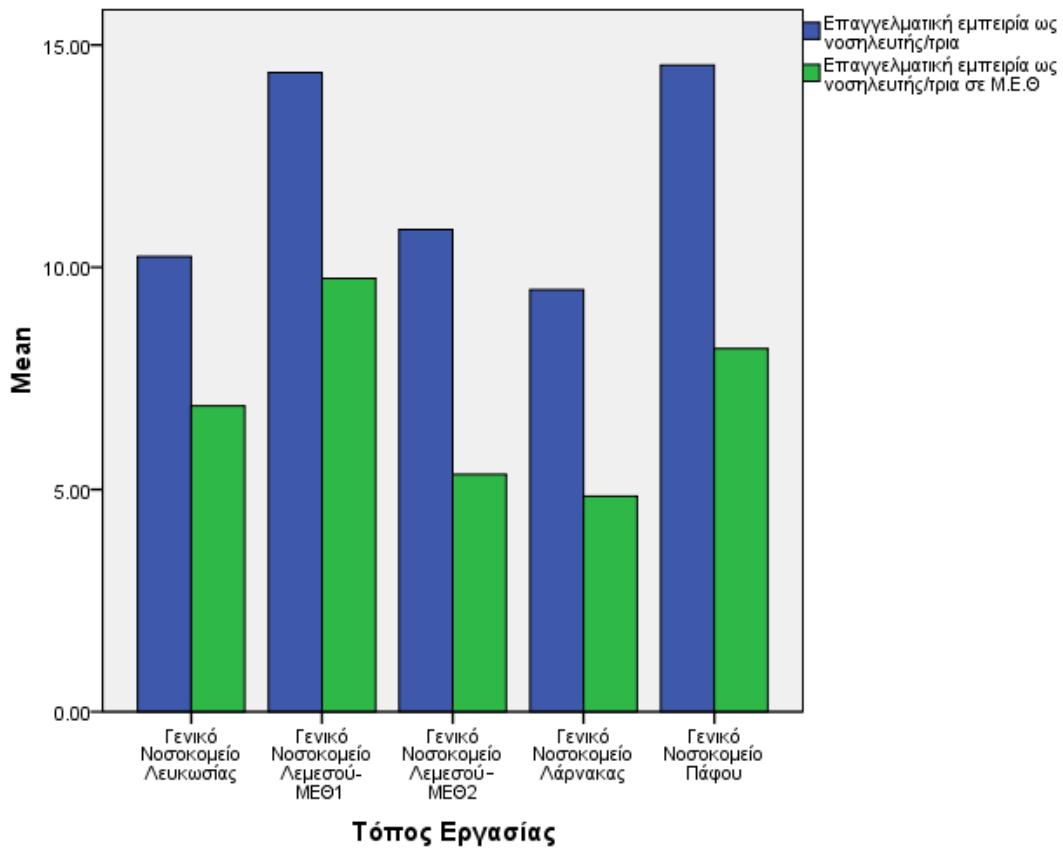
	<b>Αριθμός Νοσηλευτών</b>	<b>Ποσοστό %</b>
<b>ΦΥΛΟ</b>		
Γυναίκες	<b>118</b>	<b>72.4</b>
Άνδρες	<b>45</b>	<b>27.6</b>
<b>ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>		
ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	<b>66</b>	<b>40.5</b>
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού- ΜΕΘ 1	<b>29</b>	<b>17.8</b>
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού – ΜΕΘ 2	<b>26</b>	<b>16.0</b>
ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	<b>23</b>	<b>14.1</b>
ΜΕΘ Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	<b>19</b>	<b>11.6</b>
<b>ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b>		
Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής	<b>115</b>	<b>71.0</b>
Μεταβασικό Δίπλωμα Εντατικής	<b>29</b>	<b>17.9</b>
Πανεπιστημιακό πτυχίο	<b>10</b>	<b>6.2</b>
Πανεπιστημιακό πτυχίο και μεταπτυχιακό	<b>7</b>	<b>4.3</b>
Άλλο	<b>1</b>	<b>0.6</b>
<b>ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ</b>		
Νοσηλευτικός λειτουργός	<b>133</b>	<b>82.1</b>
Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός	<b>20</b>	<b>12.3</b>
Πρώτος Νοσηλευτικός λειτουργός	<b>9</b>	<b>5.6</b>

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών το μεγαλύτερο ποσοστό είναι κάτοχοι Διπλώματος Γενικής Νοσηλευτικής (71.0%). Μόνο το 17.9% των νοσηλευτών κατέχουν μεταβασικό δίπλωμα Εντατικής, που αντιστοιχεί σαν εξειδίκευση στην Εντατική Νοσηλεία. Ένα πολύ μικρό ποσοστό είναι κάτοχοι πτυχίου (6.2%) ή μεταπτυχιακού τίτλου (4.3%). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός, ότι από το 1986 μέχρι σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία της Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου, εξειδικεύτηκαν στον τομέα της Εντατικής Νοσηλευτικής 209 άτομα και από αυτά μόνο 29 άτομα εργάζονται σε ΜΕΘ δηλαδή ποσοστό 13.8%.

Όσο αφορά την οργανική θέση των νοσηλευτών, η πλειονότητα κατείχαν θέση νοσηλευτικού λειτουργού (82.1%). Οι υπόλοιποι κατείχαν θέση Ανώτερου Νοσηλευτικού (12.3%) και Πρώτου Νοσηλευτικού Λειτουργού (5.6%), (πίνακα 5.1)

Ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας όλου του δείγματος είναι 11.56 χρόνια (ΤΑ 9.03) και ο μέσος όρος επαγγελματικής εμπειρίας τους ειδικά στην ΜΕΘ είναι 7.01 χρόνια (από 1 μήνα μέχρι και 30 χρόνια, ΤΑ= 6.44). Στο πιο κάτω διάγραμμα (διάγραμμα 5.1) απεικονίζεται η γενική επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών και η επαγγελματική τους εμπειρία ειδικά στην ΜΕΘ σε σχέση με τον τόπο εργασίας τους

**Διάγραμμα 5.1:** Γενική επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών και επαγγελματική εμπειρία ειδικά στην ΜΕΘ σε σχέση με τον τόπο εργασίας



Στο Γενικό νοσοκομείο Λευκωσίας ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών είναι 10.46 χρόνια (TA=8.03) και επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλεύτρια ειδικά στη ΜΕΘ 6.87 χρόνια (TA= 5.55).

Στη ΜΕΘ 1 του Γενικού νοσοκομείου Λεμεσού ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών είναι 14.37 χρόνια (TA=11.14) και επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλεύτρια ειδικά στην ΜΕΘ 9.75 χρόνια (TA= 8.45). Στη ΜΕΘ 2 του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών είναι 10.84 χρόνια (TA=7.99) και επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλεύτρια ειδικά στην ΜΕΘ 5.34 χρόνια (TA= 5.86).

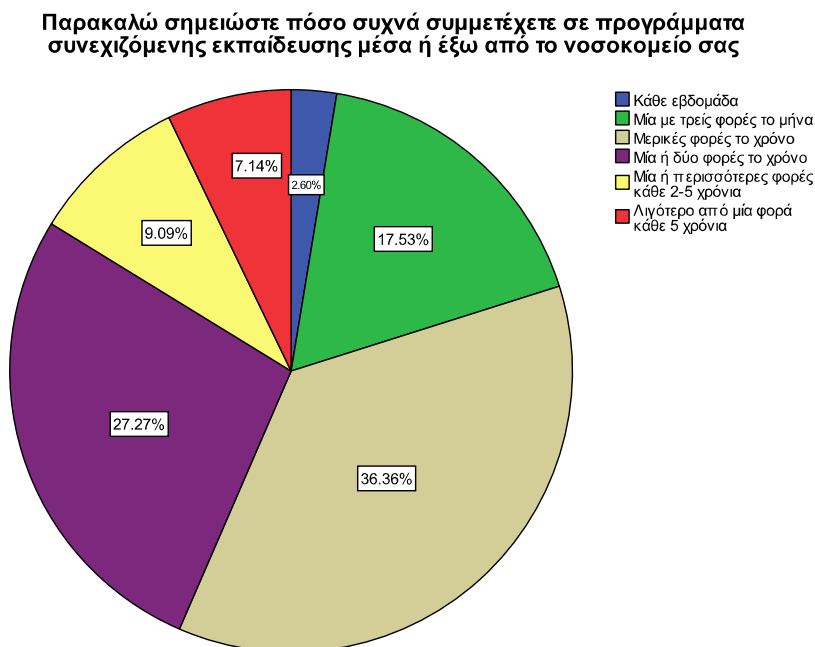
Στο Γενικό νοσοκομείο Λάρνακας ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών ήταν είναι 9.49 χρόνια (TA=5,45) και επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλευτής ειδικά στην ΜΕΘ 4.85 χρόνια (TA= 4,47).

Στο Γενικό νοσοκομείο Πάφου ο μέσος όρος γενικής επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών είναι 14.54 χρόνια (TA=12.28) και επαγγελματικής εμπειρίας ως νοσηλευτής ειδικά στην ΜΕΘ 8.17 χρόνια (TA= 7.41).

### 5.1.2 Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Ένας μεγάλος αριθμός νοσηλευτών (63.7 %) συμμετείχε σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μέσα ή έξω από το νοσοκομείο τους, μόνο μερικές φορές το χρόνο ενώ ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (20.1%) συμμετείχε πιο συστηματικά (κάθε εβδομάδα ή μία με τρεις φορές το μήνα) σε τέτοιου είδους προγράμματα. Το 16.2% των νοσηλευτών συμμετείχε πολύ αραιά (Μια φορά κάθε 2-5 χρόνια ή λιγότερο από μια φορά κάθε 5 χρόνια) σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης (Διάγραμμα 5.2).

**Διάγραμμα 5.2** Συμμετοχή του Δείγματος σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης





### 5.1.3 Ικανοποίηση από την εργασία

Οι νοσηλευτές δηλώνουν πως είναι σχετικά ικανοποιημένοι σε σχέση με την εργασία τους στη Μ.Ε.Θ με μέσο όρο 6.73, (εύρος κλίμακας 1-10 με το 10=απόλυτα ικανοποιημένος, TA= 1.99) και θεωρούν πως η ανεξαρτησία στο χώρο εργασίας τους είναι αρκετά σημαντική (ΜΟ 8.33, εύρος κλίμακας 1-10 με το 10=εξαιρετικής σημασίας, TA=1.48) για αυτούς.

Τέλος οι νοσηλευτές τείνουν να πιστεύουν ότι οι Κύπριοι πολίτες γενικά εκτιμούν το έργο και αναγνωρίζουν την σπουδαιότητα των νοσηλευτών που εργάζονται στις ΜΕΘ (ΜΟ 5.97, εύρος κλίμακας 1-10 με το 10=πάρα πολύ, TA= 2.34).

## 5.2 Κλίμακα Αυτονομίας

### 5.2.2 Γενικά αποτελέσματα

Η αυτονομία των νοσηλευτών ΜΕΘ Κύπρου κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα (ΜΟ=4.23, , εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, TA=0.92). Τα αποτελέσματα για τις 3 κατηγορίες της κλίμακας είναι:

- αυτονομία ως προς τη γνώση ΜΟ=4.04, TA= 0.99
- αυτονομία ως προς τη δράση, ΜΟ= 4.28, TA= 0.88
- αυτονομία ως προς τις αξίες, ΜΟ= 4.36, TA= 1.18

Οι τρεις υποκατηγορίες της κλίμακας αυτονομίας δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach alpha, πίνακας 5.2).

**Πίνακας 5.2:** Συντελεστής Αξιοπιστίας για κλίμακα Αυτονομίας

	Γνώση	Δράση	Αξίες
Cronbach's Alpha	0.816	0.784	0.908

Επιπρόσθετα, κατά την ανάλυση έχει βρεθεί ότι υπάρχουν θετικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων υποκλιμάκων.

Συγκεκριμένα, η κατηγορία της γνώσης με την κατηγορία της δράσης ( $r = 0.768^{**}$ ,  $p=0.000$ ), η κατηγορία της γνώσης με την κατηγορία των αξιών ( $r = 0.650^{**}$ ,  $p=0.000$ ) και η κατηγορία της δράσης με την κατηγορία των αξιών ( $r = 0.745^{**}$ ,  $p=0.000$ ), Δηλαδή αυξανόμενης της γνώσης και της συμμετοχής των νοσηλευτών ΜΕΘ στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αυξάνεται και η ανεξάρτητη ανάληψη ενεργειών αλλά και η ικανότητα τους να ενεργούν σύμφωνα με τις δικές τους νοσηλευτικές αξίες στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής (πίνακας 5.3).

**Πίνακας 5.3:** Συσχετίσεις κατηγοριών Αυτονομίας

		Γνώση	Δράση	Αξίες
<b>Γνώση</b>	Pearson Correlation - ρ	1	.768 <sup>**</sup>	.650 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed) -p		.000	.000
<b>Δράση</b>	Pearson Correlation- ρ		1	.745 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed) -p			.000
<b>Αξίες</b>	Pearson Correlation			1
	Sig. (2-tailed)			

<sup>\*\*</sup>Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05

### 5.2.2 Υποκλίμακα 1: Αυτονομία ως προς την γνώση

Ο μέσος όρος αυτονομίας με βάση τη γνώση είναι 4.04 (Εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, TA=0.99). Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας 'αυτονομία με βάση τη γνώση' χωρίζονται στις επιμέρους κατηγορίες της ανεξαρτησίας, του δικαιώματος και της υπευθυνότητας ως προς τη διαδικασία λήψεως αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών και τη λειτουργία της μονάδας.

Οι απόψεις των νοσηλευτών για το αν πιστεύουν ότι έχουν ανεξαρτησία στο να παίρνουν αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα των ασθενών είναι διχασμένες. Συγκεκριμένα, λίγοι

περισσότεροι από τους μισούς Νοσηλευτές (51.2%) δηλώνουν ότι μπορούν να έχουν ανεξαρτησία στη λήψη αποφάσεων. Οι υπόλοιποι διαφωνούν ( 48.8%), (Πίνακας 5.4).

Οι περισσότεροι Νοσηλευτές (73.4%) δηλώνουν ότι ούτε για θέματα λειτουργίας της Μονάδας τους δεν μπορούν να αποφασίζουν. Τα επί μέρους % των σχετικών δηλώσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 5.4.

**Πίνακας 5.4** Αυτονομία ως προς την γνώση (% , n = 163 )

Υποκλίμακες	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ*	Συμφωνώ**	Συμφωνώ απόλυτα
<b>ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ</b>				
1. Μπορώ ανεξάρτητα να λαμβάνω αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα των ασθενών στη μονάδα μου.	9.3	39.5	42.0	9.2
2. Μπορώ ανεξάρτητα να αποφασίζω για θέματα που αφορούν στη λειτουργία της μονάδας μου.	16.0	57.4	20.4	6.2
<b>ΔΙΚΑΙΩΜΑ</b>				
3. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα υγείας των ασθενών.	6.7	33.1	40.5	19.6
4. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη λειτουργία της μονάδας μου.	9.8	33.1	38.0	19.0
<b>ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ</b>				
5. Είμαι υπεύθυνος-η για αποφάσεις που λαμβάνω σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών.	3.8	9.4	45.6	41.3
6. Είμαι υπεύθυνος-η για την διεύρυνση των γνώσεων μου.	0.6	7.5	37.9	54.0

\*Περιλαμβάνει και το μάλλον διαφωνώ \*\* Περιλαμβάνει και το μάλλον συμφωνώ

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών νιώθει πως έχει το δικαίωμα να συμμετέχει, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, στη διαδικασία λήψεως αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα του

ασθενή (60%), καθώς και σε αποφάσεις που αφορούν τη λειτουργία της μονάδας τους (57%).

Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών (86.9%) αισθάνεται υπεύθυνο για τις αποφάσεις που λαμβάνει σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών και παράλληλα, σχεδόν όλοι (91.9%) πιστεύουν πως είναι υπεύθυνοι για τη διεύρυνση των γνώσεων τους.

### 5.2.3 Υποκλίμακα 2: Αυτονομία ως προς την δράση

Ο μέσος όρος αυτονομίας με βάση τη δράση είναι 4.28 (Εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, TA=0.88). Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας 'αυτονομία με βάση τη δράση' χωρίζονται στις επιμέρους κατηγορίες της ανεξαρτησίας, του δικαιώματος και της υπευθυνότητας των νοσηλευτών στο να εφαρμόζουν κλινικές νοσηλευτικές διαδικασίες που αφορούν τον ασθενή αλλά και διαδικασίες που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία του τμήματος τους (πίνακας 5.5).

**Πίνακας 5.5:** Αυτονομία ως προς την Δράση (% , n = 163 )

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ*	Συμφωνώ**	Συμφωνώ απόλυτα
<b>ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ</b>				
7. Μπορώ να ενεργώ ανεξάρτητα στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής στη μονάδα μου.	6.8	26.7	57.8	8.7
8. Μπορώ να ενεργώ ανεξάρτητα προκειμένου να οργανώσω τη λειτουργία της μονάδας μου.	14.3	44.7	34.2	6.8
<b>ΔΙΚΑΙΩΜΑ</b>				
9. Έχω το δικαίωμα να επιλέγω τον τρόπο παροχής φροντίδας για τους ασθενείς.	3.7	29.0	52.5	14.8
10. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικά με την οργάνωση της εργασίας μου.	3.1	22.8	46.3	27.8

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ*	Συμφωνώ**	Συμφωνώ απόλυτα
11. Είμαι υπεύθυνος-η για την πρόοδο της φροντίδας των ασθενών.	0.6	14.2	50.6	34.6
12. Είμαι υπεύθυνος-η για την ανάπτυξη των νοσηλευτικών δεξιοτήτων μου.	0	4.3	48.2	47.5

\*Περιλαμβάνει και το μάλλον διαφωνώ \*\* Περιλαμβάνει και το μάλλον συμφωνώ

Πάνω από τους μισούς νοσηλευτές (57.8% συμφωνεί και 8,7% συμφωνεί απόλυτα) δηλώνουν ότι μπορούν να ενεργούν ανεξάρτητα στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής στη μονάδα τους. Παρόλα αυτά, περίπου το ένα τρίτο των νοσηλευτών διαφωνεί (26.7% διαφωνεί και 6.8% διαφωνεί απόλυτα). Αντίθετα, η πλειοψηφία των νοσηλευτών διαφωνεί (44.7% διαφωνεί και 14.3% διαφωνεί απόλυτα) στο ότι μπορούν να ενεργούν ανεξάρτητα σε θέματα που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της μονάδας τους

Περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές πιστεύουν πως έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν το τρόπο παροχής φροντίδας (52.5% συμφωνεί και 14.8 συμφωνεί απόλυτα). Ένα μεγαλύτερο ποσοστό πιστεύει πως έχει το δικαίωμα να συμμετέχει σε συζητήσεις που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία της μονάδας τους (46.3% συμφωνεί, 27.8% συμφωνεί απόλυτα).

Οι πιο πολλοί νοσηλευτές με ποσοστό 85.2% (50.6% συμφωνεί, 34.6 % συμφωνεί απόλυτα) δηλώνουν υπεύθυνοι για την πρόοδο της φροντίδας των ασθενών καθώς και για την ανάπτυξη των νοσηλευτικών τους δεξιοτήτων (48.2% συμφωνεί, 47.5% συμφωνεί απόλυτα).

### 5.2.4 Υποκλίμακα 3: Αυτονομία ως προς τις αξίες

Ο μέσος όρος αυτονομίας με βάση τις αξίες είναι 4.36 (Εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, TA=1.18). Τα αποτελέσματα της υποκλίμακας 'αυτονομία με βάση τις αξίες' χωρίζονται στις επιμέρους κατηγορίες της ανεξαρτησίας, του δικαιώματος

και της υπευθυνότητας ως προς τις αξίες που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών και τη λειτουργία της μονάδας (Πίνακας 5.6).

Οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν πως μπορούν να ενεργούν ανεξάρτητα σύμφωνα με τις αξίες τους κατά τη φροντίδα του ασθενή (47.8% συμφωνεί και 31.1% συμφωνεί απόλυτα) αλλά και να ενεργούν σύμφωνα με τις αξίες τους στην μονάδα (53.4% συμφωνεί 20.5% συμφωνεί απόλυτα).

**Πίνακας 5.6:** Αυτονομία ως προς τις Αξίες (% , n = 163)

	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ*( %)	Συμφωνώ**( %)	Συμφωνώ απόλυτα (%)
<b>ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ</b>				
13. Μπορώ να ενεργώ σύμφωνα με τις αξίες μου κατά τη φροντίδα του ασθενή.	2.5	18.6	47.8	31.1
14. Μπορώ να ενεργώ σύμφωνα με τις αξίες μου στη μονάδα.	5.0	21.1	53.4	20.5
<b>ΔΙΚΑΙΩΜΑ</b>				
15. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αφορούν τους ασθενείς.	6.2	20.5	51.6	21.7
16. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αποτελούν τις αρχές λειτουργίας της μονάδας μου.	5.6	27.2	46.9	20.4
<b>ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ</b>				
17. Είμαι υπεύθυνος-η για την εφαρμογή των αξιών μου στην εργασία μου.	4.3	15.4	47.5	32.7
18. Εγώ είμαι υπεύθυνος-η για την ανάπτυξη των αξιών που αποτελούν τη βάση για την εργασία μου.	4.9	18.5	48.1	28.4

\*Περιλαμβάνει και το μάλλον διαφωνώ \*\* Περιλαμβάνει και το μάλλον συμφωνώ

Σχεδόν τρεις στους τέσσερις Νοσηλευτές πιστεύουν πως έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αφορούν τους ασθενείς. Παρόλα αυτά, το 26.7% των νοσηλευτών διαφώνησε σε κάποιο βαθμό (6.2% διαφώνησε απόλυτα και 20.5% διαφώνησε).

Όσο αφορά το δικαίωμα τους να συμμετέχουν σε συζητήσεις που είναι σχετικές με τις αξίες που αποτελούν τις αρχές λειτουργίας της μονάδας τους, το 67.3% συμφωνεί (46.9% συμφωνεί και 20.4% συμφωνεί απόλυτα) ενώ σχεδόν το 1/3 των νοσηλευτών (32.8%) διαφωνεί.

Τα αποτελέσματα που αφορούν την κατηγορία της υπευθυνότητας σχετικά με τις αξίες είναι περίπου τα ίδια με αυτά της υπευθυνότητας στις υποκλίμακες της αυτονομίας με βάση τη γνώση και τη δράση. Οι νοσηλευτές αισθάνονται σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι για την εφαρμογή των αξιών τους στην εργασία τους (47.5% Συμφωνώ και 32.7% Συμφωνώ απόλυτα) αλλά και για την ανάπτυξη των αξιών που αποτελούν την βάση για την εργασία τους (48.1% Συμφωνώ και 28.4% Συμφωνώ απόλυτα).

## **5.2.5 Σύγκριση διαφόρων δημογραφικών στοιχείων με την Κλίμακα Αυτονομίας**

### *5.2.5.1 Αυτονομία σε σχέση με τη Γενική Εμπειρία στο επάγγελμα, την Εμπειρία ειδικά στη ΜΕΘ και την Εκπαίδευση.*

Η γενική εμπειρία των Νοσηλευτών στο επάγγελμα βρέθηκε ότι επηρεάζει σημαντικά την αυτονομία τους τόσο ως προς τη δράση ( $p=0.007$ ) όσο και ως προς τη γνώση ( $p=0.004$ ) και τις αξίες ( $p=0.005$ ) (πίνακας 5.7).

**Πίνακας 5.7:** Σύγκριση αυτονομίας με γενική εμπειρία στο επάγγελμα, εμπειρία σε ΜΕΘ και εκπαίδευση (Kruskal Wallis Test)

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ	ΓΕΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ (p value)	ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΕ ΜΕΘ (p value)	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (p value)
<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ</b>	<b>0.004</b>	<b>0.000</b>	<b>0.375</b>
Ανεξαρτησία	0.022	0.003	0.657
Δικαίωμα	0.031	0.004	0.963
Υπευθυνότητα	0.006	0.000	0.038
<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ</b>	<b>0.007</b>	<b>0.000</b>	<b>0.132</b>
Ανεξαρτησία	0.140	0.012	0.886
Δικαίωμα	0.000	0.000	0.012
Υπευθυνότητα	0.023	0.000	0.263
<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ</b>	<b>0.005</b>	<b>0.000</b>	<b>0.078</b>
Ανεξαρτησία	0.004	0.001	0.087
Δικαίωμα	0.009	0.000	0.312
Υπευθυνότητα	0.030	0.000	0.228

Τα ίδια περίπου αποτελέσματα προκύπτουν όσο αφορά την εμπειρία των νοσηλευτών που αφορά ειδικά στην ΜΕΘ με στατιστικά σημαντική σχέση και στις 3 υποκλίμακες της κλίμακας της αυτονομίας (Γνώση  $p=0.000$ , Δράση  $p=0.000$ , Αξίες  $p=0.000$ ) αλλά και στις υποδιαιρέσεις τους (Ανεξαρτησία, Δικαίωμα, Υπευθυνότητα), (πίνακας 5.7).



Αντίθετα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε καμία από τις υποκλίμακες της αυτονομίας, εκτός από την υποκλίμακα της ‘αυτονομίας ως προς την δράση’ στην κατηγορία που αναφέρεται στο δικαίωμα των νοσηλευτών να επιλέγουν το τρόπο παροχής φροντίδας και να συμμετέχουν σε συζητήσεις σχετικά με την λειτουργία της μονάδας τους ( $p=0.012$ )

#### 5.2.5.2 Αυτονομία και Τόπος Εργασίας

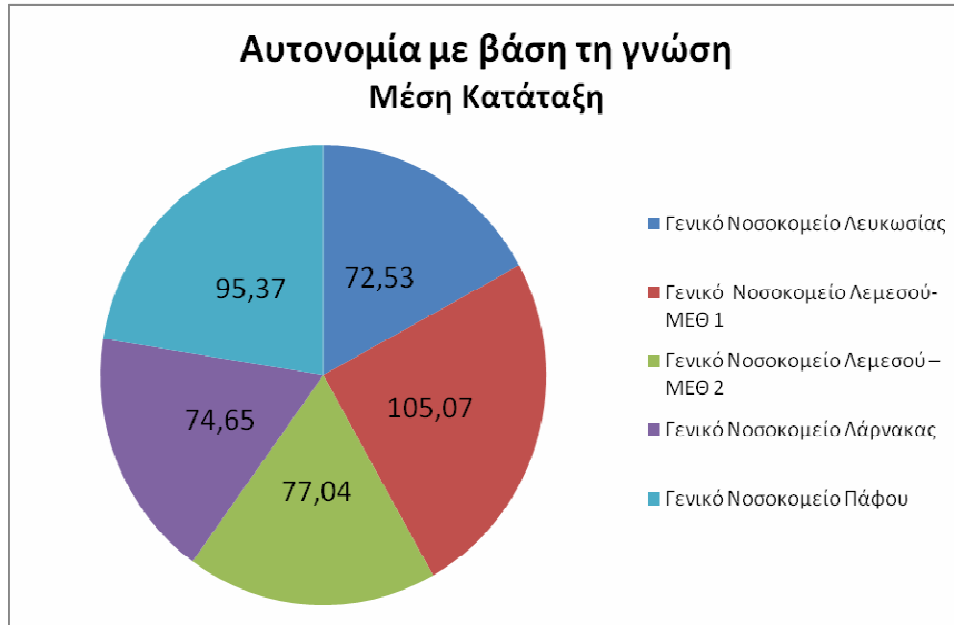
Τα αποτελέσματα που προέκυψαν υποδηλώνουν στατιστικά σημαντική σχέση της υποκλίμακας ‘αυτονομία με βάση τη γνώση’ με τον τόπο εργασίας ( $p= 0.01$ ). Αντίθετα, δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του τύπου εργασίας με τις υπόλοιπες υποκλίμακες της αυτονομίας (δράσης και αξιών) . Ο πίνακας που ακολουθεί (πίνακας 5.8) απεικονίζει όλες τις σχετικές πληροφορίες.

**Πίνακας 5.8:** Σύγκριση υποκλιμάκων Αυτονομίας με Τόπο Εργασίας,

	<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ</b>	<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ</b>	<b>ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ</b>
<b>ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> (p Value)	0.01	0.09	0.17

Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 5.3) οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ 1 του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού (Μέση Κατάταξη =105.07), και στη ΜΕΘ Πάφου (Μέση Κατάταξη =95.37) τείνουν να πιστεύουν ότι έχουν περισσότερη αυτονομία ως προς τη διαδικασία λήψης αποφάσεων (‘αυτονομία με βάση τη γνώση’) σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ 2 Λεμεσού (Μέση Κατάταξη =77.04), ΜΕΘ Λευκωσίας (Μέση Κατάταξη =72.53) και Λάρνακας (Μέση Κατάταξη =74.65)

**Διάγραμμα 5.3:** Σύγκριση Υποκλίμακας ‘Αυτονομία με βάση τη γνώση’ με τον Τόπο εργασίας (Kruskal Wallis Test)



### 5.2.5.3 Αυτονομία και Οργανική Θέση

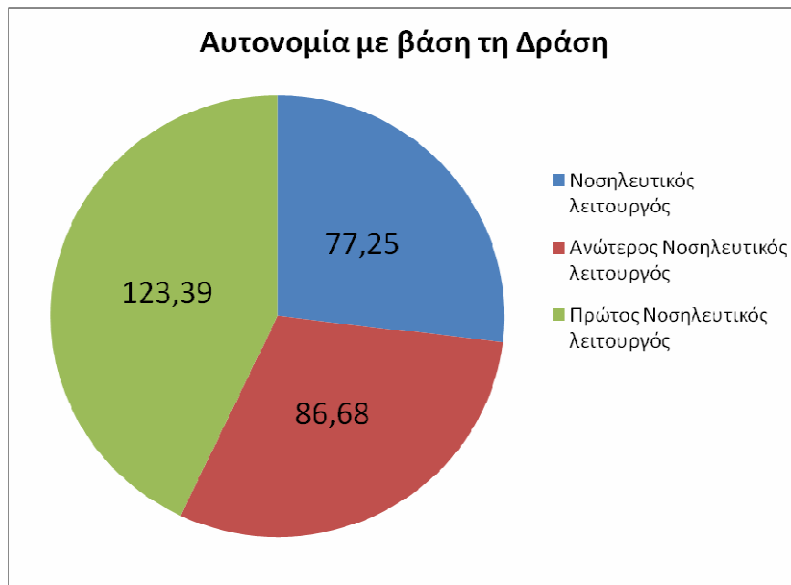
Όσο αφορά την οργανική θέση των νοσηλευτών, αυτή σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τις υποκλίμακες της αυτονομίας Δράσης ( $p=0.013$ ) και Αξιών ( $p=0.010$ ), χωρίς όμως να ισχύει το ίδιο και για την κατηγορία της Γνώσης ( $p=0.66$ ) (Πίνακας 5.9).

**Πίνακας 5.9:** Σύγκριση υποκλιμάκων Αυτονομίας με Οργανική θέση,

	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ
<b>ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΘΕΣΗ</b> (p Value)	0.66	0.013	0.010

Πιο αναλυτικά όπως απεικονίζεται και στο διάγραμμα 5.4, οι Πρώτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί αισθάνονται περισσότερη αυτονομία δράσης (Μέση Κατάταξη =123.39) σε σχέση με τους Ανώτερους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς (Μέση Κατάταξη =86.68) ή τους Νοσηλευτικούς Λειτουργούς (Μέση Κατάταξη =77.25).

**Διάγραμμα 5.4:** Συσχέτιση Υποκλίμακας ‘Αυτονομία με βάση τη Δράση’ με την Οργανική Θέση (Kruskal Wallis Test)



#### 5.2.5.4 Αυτονομία σε σχέση με το Φύλο και Προγράμματα Συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Τέλος, το φύλο καθώς και η συμμετοχή των νοσηλευτών σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση σε καμία από τις κατηγορίες ή υποκατηγορίες της κλίμακας της αυτονομίας.

**Πίνακας 5.10:** Σύγκριση υποκλιμάκων Αυτονομίας με Φύλο και Προγράμματα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης,

	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΓΝΩΣΗ	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΔΡΑΣΗ	ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ
<b>ΦΥΛΟ</b> (p Value)	0.66	0.13	0.10
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ</b> (p Value)	0.368	0.531	0.449

### 5.3 ΚΛΙΜΑΚΑ CSAD

Οι ερωτήσεις της κλίμακας CSAD δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach alpha = 0.932) και συσχέτιση (correlation) μεταξύ των διαφόρων υποκλιμάκων της (-1<r<1), πίνακας 5.11.

**Πίνακας 5.11:** Συσχετίσεις κατηγοριών κλίμακας CSAD

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ		ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	Pearson Correlation - r	1	.736**
	Sig. (2-tailed) -p		.000
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	Pearson Correlation- r		1
	Sig. (2-tailed) -p		

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05

#### 5.3.1 1<sup>η</sup> Υποκλίμακα στην κλίμακα CSAD: Συνεργασία

Με βάση την κατηγοριοποίηση που έγινε κατά τη στατιστική ανάλυση για να καθοριστεί ο βαθμός συνεργασίας βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές τείνουν να πιστεύουν ότι υπάρχει ουδέτερος προς χαμηλός βαθμός συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα των ασθενών (ΜΟ = 3.74, εύρος κλίμακας 1-7 με το 7=Συμφωνώ απόλυτα, ΤΑ= 1.59).

Πιο συγκεκριμένα, όπως απεικονίζεται και στον πίνακα 5.12 το 68% περίπου των νοσηλευτών δηλώνει πως η συνεργασία τους με τους γιατρούς που αφορά τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών είναι από ουδέτερη (24.7%) έως χαμηλή (43.2%). Μόνο ένας στους τρεις νοσηλευτές περίπου (32.1%) πιστεύει ότι έχει υψηλό βαθμό συνεργασίας με τους ιατρούς

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.12:** Υποκλίμακα Συνεργασίας (% ,  $n = 163$  )

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ	ΨΗΛΗ
Συνεργασία	43.2	24,7	32.1

Υπάρχει μια στατιστικά σημαντική σχέση της συνεργασίας με το φύλο ( $p = 0.021$ ) με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να δηλώνουν υψηλότερα ποσοστά συνεργασίας με τους γιατρούς σε σύγκριση με τους άντρες νοσηλευτές.

Ως προς το βαθμό συνεργασίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορά τη φροντίδα, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων ΜΕΘ ( $p = 0.000$ ). Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ Λευκωσίας αναφέρουν σημαντικά περιορισμένη συνεργασία και χαμηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους νοσηλευτές των άλλων ΜΕΘ.

Αν και δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της συνεργασίας και της ηλικίας των νοσηλευτών είναι αξιοσημείωτο ότι οι νοσηλευτές που έχουν τη μεγαλύτερη ηλικία (50 χρονών και πάνω) και αυτοί με τη μικρότερη ηλικία (20-29 χρονών) σκοράρουν πιο ψηλά ποσοστά συνεργασίας (Μέση Κατάταξη 105.23 και 80.61 αντίστοιχα).

Η υποκλίμακα της συνεργασίας σχετίζεται θετικά και με τα χρόνια εμπειρίας των νοσηλευτών σε ΜΕΘ ( $p = 0.011$ ). Πιο συγκεκριμένα, αυτοί που έχουν λιγότερο από ένα χρόνο εμπειρίας (Μέση Κατάταξη = 94.38) ή περισσότερο από 10 χρόνια εμπειρίας (Μέση Κατάταξη = 91.87) αντιλαμβάνονται τη συνεργασία τους με τους γιατρούς καλύτερα από ότι οι νοσηλευτές με 2 – 4 χρόνια εμπειρίας (Μέση Κατάταξη = 77.60) και 5-9 χρόνια εμπειρίας (Μέση Κατάταξη = 63.80).

Αντίθετα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της κατηγορίας της συνεργασίας με τη γενική επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών ( $p = 0.275$ ) αλλά ούτε και με το υπόβαθρο εκπαίδευσης τους ( $p = 0,889$ ).

### 5.3.2 2<sup>η</sup> Υποκλίμακα στην κλίμακα CSAD: Ικανοποίηση από τη συνεργασία

Ο μέσος όρος ικανοποίησης των νοσηλευτών από τη συνεργασία με τους ιατρούς και το νοσοκομείο τους γενικότερα είναι 4.11 (εύρος κλίμακας 1-7 με το 7=απόλυτα ικανοποιημένος, TA= 1.46 ). Με βάση την κατηγοριοποίηση που έγινε κατά την στατιστική ανάλυση για τον καθορισμό του βαθμού συνεργασίας και ικανοποίησης από την συνεργασία, βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την συνεργασία είναι ουδέτερη.

Αναλυτικότερα, μόνο ένας στους τρεις νοσηλευτές, περίπου, (37.0%) δηλώνει ικανοποιημένος από την συνεργασία του με τους γιατρούς στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, και ποσοστό 63% δηλώνει χαμηλότερο (26.5%) έως και ουδέτερο (36.5%) βαθμό ικανοποίησης από την συνεργασία με τους ιατρούς (πίνακας 5.13).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.13:** Υποκλίμακα Ικανοποίησης από την συνεργασία (% , n = 163 )

ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ	ΧΑΜΗΛΗ	ΟΥΔΕΤΕΡΗ	ΨΗΛΗ
Ικανοποίηση από την συνεργασία	26.5	36.5	37.0

Η ικανοποίηση των νοσηλευτών από τη συνεργασία τους με τους γιατρούς είναι ανεξάρτητη του φύλου, της γενικής επαγγελματικής εμπειρίας τους καθώς και της εμπειρίας τους σε ΜΕΘ. Υπάρχει όμως μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης από την συνεργασία με το βαθμό συνεργασίας ( $r = 0.736$ ,  $p = 0.000$ ). Όσο δηλαδή αυξάνεται ο βαθμός συνεργασίας των νοσηλευτών με τους ιατρούς τόσο αυξάνεται και η ικανοποίησή τους (πίνακας 5.11).

### 5.3.3 Γενική/Σφαιρική ερώτηση για την συνεργασία

Στη γενική/σφαιρική ερώτηση για το βαθμό συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών όταν λαμβάνονται αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα υγείας ο μέσος όρος των απαντήσεων ήταν στο 3.91 (εύρος κλίμακας 1-7 με το 7=Συμφωνώ απόλυτα, TA= 1.57). Οι γυναίκες δηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό συνεργασίας έναντι των ανδρών ( $p = 0.017$ )

Η γενική/σφαιρική ερώτηση για το βαθμό συνεργασίας έχει στατιστικά σημαντική σχέση με τον τόπο εργασίας ( $p= 0.00$ ).

Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές στην ΜΕΘ 1 του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού δηλώνουν τον υψηλότερο βαθμό συνεργασίας όταν λαμβάνονται αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα υγείας (Μέση Κατάταξη = 119.21), με τους νοσηλευτές της ΜΕΘ του γενικού νοσοκομείου Λευκωσίας να δηλώνουν το χαμηλότερο βαθμό συνεργασίας (Μέση Κατάταξη = 65.97). Όλες οι σχετικές πληροφορίες αναφέρονται στον πιο κάτω πίνακα (Πίνακας 5.14)

**Πίνακας 5.14:** Γενική /Σφαιρική ερώτηση για την συνεργασία σε σχέση με τον τόπο εργασίας

<b>Πόση συνεργασία λαμβάνει χώρα μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών όταν λαμβάνονται αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα υγείας;</b>	
<b>ΤΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b>	<b>ΒΑΘΜΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΣΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ</b>
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	65.97
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού- ΜΕΘ 1	119.21
Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού – ΜΕΘ 2	90.23
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας	64.63
Γενικό Νοσοκομείο Πάφου	78.05

#### **5.3.4 Ουδέτερη ερώτηση - Πρόθεση παραίτησης**

Οι νοσηλευτές δεν έχουν σκεφτεί να βρουν άλλη εργασία έξω από την μονάδα τους ή το νοσοκομείο τους λόγω κάποιου περιστατικού που συνέβη με κάποιον γιατρό (ΜΟ 5.81, εύρος κλίμακας 1-7 με το 7=Συμφωνώ απόλυτα, ΤΑ 1.74).

Όταν συσχετίστηκε η πρόθεση παραίτησης με το βαθμό συνεργασίας δεν βρέθηκε να υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους ( $r= 0.13$ ,  $p= 0.93$ )

#### 5.4 Γενικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων, Αυτονομίας (Γνώση-Δράση-Αξίες) -Συνεργασίας –Ικανοποίησης

Ο βαθμός αυτονομίας παρουσίασε στατιστικά μέτρια συσχέτιση με το επίπεδο συνεργασίας ( $r = 0.542$ ,  $p=0.000$ ) και ικανοποίησης ( $r = 0.343$ ,  $p=0.000$ ). Επιπρόσθετα υπάρχει πολύ ισχυρή συσχέτιση του βαθμού αυτονομίας με όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας της αυτονομίας, γνώσης ( $r = 0.887$ ,  $p=0.000$ ), δράσης ( $r = 0.917$ ,  $p=0.000$ ), και αξιών ( $r = 0.902$ ,  $p=0.000$ ) (Πίνακας 5.15).

Ο βαθμός συνεργασίας παρουσίασε ισχυρή συσχέτιση με την ικανοποίηση από την συνεργασία κατά την διαδικασία λήψεως αποφάσεων ( $r = 0.736$ ,  $p=0.000$ ), αλλά και με όλες της υποκλίμακες της αυτονομίας, γνώσης ( $r = 0.491$ ,  $p=0.000$ ), δράσης ( $r = 0.510$ ,  $p=0.000$ ), και αξιών ( $r = 0.471$ ,  $p=0.000$ ). Στον πίνακα 5.15 απεικονίζονται όλες οι σχετικές συσχετίσεις.

**Πίνακας 5.15:** Γενικές συσχετίσεις Αυτονομίας -Συνεργασίας –Ικανοποίησης

		Αυτονομία	Συνεργασία	Ικανοποίηση	Γνώση	Δράση	Αξίες
<b>Αυτονομία</b>	Pearson Correlation	1	.542**	.343**	.887**	.917**	.902**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.000
<b>Συνεργασία</b>	Pearson Correlation		1	.736**	.491**	.510**	.471**
	Sig. (2-tailed)			.000	.000	.000	.000
<b>Ικανοποίηση</b>	Pearson Correlation			1	.332**	.255**	.330**
	Sig. (2-tailed)				.000	.001	.000
<b>Γνώση</b>	Pearson Correlation				1	.768**	.650**
	Sig. (2-tailed)					.000	.000



		Αυτονομία	Συνεργασία	Ικανοποίηση	Γνώση	Δράση	Αξίες
Δράση	Pearson Correlation					1	.745**
	Sig. (2-tailed)						.000
Αξίες	Pearson Correlation						1
	Sig. (2-tailed)						

\*\*Η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 6.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η αυτονομία των νοσηλευτών ΜΕΘ Κύπρου κυμαίνεται σε μέτριο επίπεδο με τον μέσο όρο αυτονομίας να είναι ελαφρά πάνω από το μέσο της κλίμακας (ΜΟ=4.23, εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, ΓΑ=0.92).

Παρόμοια αποτελέσματα, έχουν εντοπίσει και οι Kramer & Schmalenberg 2008, Mrayann 2005, Parathanasoglou et al 2009, που αναφέρονται ειδικά σε νοσηλευτές ΜΕΘ σε διάφορες χώρες .

Επιπρόσθετα, η συνεργασία των νοσηλευτών με τους γιατρούς στην διαδικασία λήψεως αποφάσεων βρέθηκε να είναι ουδέτερη προς χαμηλή με μέσο όρο (ΜΟ = 3.74 εύρος κλίμακας 1-7 με το 7=Συμφωνώ απόλυτα). Χαμηλά ποσοστά συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών έχουν εντοπιστεί και από τους Rafferty et al., 2001.

Οι κυριότεροι παράγοντες που πιθανόν να οδηγούν στο μειωμένο αυτό βαθμό επαγγελματικής αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ στην Κύπρο αλλά και συνεργασίας τους με τους γιατρούς είναι η απουσία πρακτικής εφαρμογής της νοσηλευτικής διάγνωσης και νοσηλευτικής διεργασίας αλλά και η ιατροκεντρική και εστιασμένη σε διεργασίες (task orientated) φροντίδα υγείας που εφαρμόζεται μέχρι σήμερα στις ΜΕΘ Κύπρου.

Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές μπορεί να μην αντιλαμβάνονται ικανοποιητικά τις διαστάσεις του όρου επαγγελματικής αυτονομίας αφού δεν έχει γίνει καμία προσπάθεια μέχρι σήμερα για να καθοριστούν και αποσαφηνιστούν τα διάφορα επίπεδα και είδη αυτόνομων κλινικών αποφάσεων και παρεμβάσεων που χαρακτηρίζουν την ιδιαιτερότητα και μοναδικότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Όλοι οι πιο πάνω λόγοι, μαζί με τον αυξημένο φόρτο εργασίας στις ΜΕΘ καθώς και το χαμηλό βαθμό της νοσηλευτικής έναντι της ιατρικής εξουσίας/κυριαρχίας, ενθαρρύνουν έναν 'μηχανιστικό' τρόπο νοσηλείας που απλά περιορίζεται στην εκτέλεση οδηγιών που προέρχονται κυρίως από τους γιατρούς περιορίζοντας έτσι την επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων.

Από την άλλη όμως, όπως έχει παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες (Collins & Henderson 1991 Elander & Hermeren 1991, Erlen & Sereika 1997, Kramer & Schmalenberg 2003) οι νοσηλευτές ΜΕΘ δίνουν μεγάλη σημασία στην αυτονομία τους και δηλώνουν ότι θέλουν να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς τους.

Σε αυτή τη μελέτη βρέθηκε επίσης, ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ θεωρούν πολύ σημαντικό να έχουν αυτονομία και ανεξαρτησία στην εργασία τους (ΜΟ 8.33, εύρος κλίμακας 1-10, με το 10=εξαιρετικής σημασίας, ΤΑ=1.48) και σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές (> 85%) αισθάνονται υπεύθυνοι για τις αποφάσεις που λαμβάνουν για την φροντίδα των ασθενών αλλά και για την πρόοδο της φροντίδας που παρέχουν. Το υψηλό αίσθημα υπευθυνότητας είναι χαρακτηριστικό των νοσηλευτών ΜΕΘ αφού έχουν να κάνουν κυρίως με βαρέως πάσχοντες που δεν μπορούν να συμμετέχουν στην διαμόρφωση του πλάνου φροντίδας και θεραπείας τους (Burns 1995).

Βασιζόμενοι στις συγκρίσεις των τριών υποκλιμάκων της κλίμακας της αυτονομίας οι νοσηλευτές απολαμβάνουν περισσότερη αυτονομία στην κατηγορία των αξιών (ΜΟ= 4.36, εύρος κλίμακας 1-6 με το 6=Συμφωνώ απόλυτα, ΤΑ= 1.18). Παρόλα αυτά όμως

βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν να δρουν πάντοτε με βάση τις δικές τους αξίες σε θέματα που αφορούν την φροντίδα των ασθενών και την λειτουργία της μονάδας τους. Το ίδιο αποτέλεσμα έχουν εντοπίσει και οι Varjus et al (2003) που είναι και οι δημιουργοί της κλίμακας της αυτονομίας.

Είναι πολύ πιθανόν οι προσωπικές αξίες των νοσηλευτών να διαφέρουν από αυτές των μονάδων τους, αφού οι οργανισμοί υγείας τείνουν να επικεντρώνονται περισσότερο σε θέματα παραγωγικότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ενώ οι νοσηλευτές σαν επαγγελματίες αποδίδουν περισσότερη βαρύτητα στην ανθρωπιστική πλευρά της φροντίδας με επίκεντρο πάντοτε τον ασθενή (Varjus et al 2003)

Επιπρόσθετα, η σύγκριση μεταξύ αυτονομίας γνώσης και αυτονομίας δράσης έδειξε ότι είναι πιο εύκολο για τους νοσηλευτές να δρουν/εφαρμόζουν αυτόνομα παρεμβάσεις στην πράξη παρά να παίρνουν αυτόνομες αποφάσεις. Ομοίως, οι Parathanasoglou et al (2005) με δείγμα 1020 νοσηλευτών ΜΕΘ από όλη την Ελλάδα διαπίστωσαν μεταξύ άλλων τη μεγάλη διαφοροποίηση του βαθμού αυτονομίας τους ως προς την εφαρμογή εξειδικευμένων τεχνικών παρεμβάσεων (technical autonomy) και της αυτονομίας τους στην λήψη αποφάσεων (decisional autonomy) με τους νοσηλευτές να τοποθετούν την αυτονομία τους ως προς την εφαρμογή εξειδικευμένων τεχνικών παρεμβάσεων σε υψηλότερα επίπεδα.

Παρόλο που κάποιος θα μπορούσε να υποθέσει ότι οι επαγγελματίες που είναι ικανοί να εφαρμόζουν σε τέτοιο βαθμό εξειδικευμένες τεχνικές παρεμβάσεις μπορούν και να εμπλέκονται στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό και στη διαδικασία λήψεως αποφάσεων αυτό δεν φάνηκε να συμβαίνει στην πραγματικότητα. Σύμφωνα με την Parathanasoglou (2005), αυτό θα ήταν εφικτό μόνο στην περίπτωση όπου όλες οι διαδικασίες στις οποίες είναι πιθανόν να εμπλέκονται οι νοσηλευτές ανήκαν στην δική τους σφαίρα πρακτικής και καθόριζαν την μοναδικότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος και όχι στην σφαίρα επικάλυψης όπου υποδεικνύεται η αλληλεξάρτηση μεταξύ των επαγγελματιών.

Αυτή η διαφορά μεταξύ αυτονομίας δράσης και γνώσης μπορεί επίσης, να οφείλεται και στο ότι οι νοσηλευτές, απλά περιορίζονται στην εφαρμογή των οδηγιών που μεταβιβάζονται από τους γιατρούς χωρίς να προηγείται η δική τους συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τη διαμόρφωση αυτών των οδηγιών, ή ότι απλά περιορίζονται στο ρόλο του δότη πληροφοριών που αφορούν τον ασθενή και όχι του αυτόνομου επαγγελματία ικανού να παίρνει αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα του ασθενή.

Ένα άλλο σημαντικό αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ νιώθουν πιο αυτόνομοι στο να παίρνουν αποφάσεις σχετικές με τη φροντίδα των ασθενών παρά για τη λειτουργία της μονάδας τους. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλες μελέτες (Varjus et al 2003, Mrayann 2004).

Το εύρημα αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε θέματα διοίκησης που τους καθιστά αδύναμους να παίρνουν διοικητικής φύσεως αποφάσεις. Επιπρόσθετα, αυτό ενδέχεται να οφείλεται και στο υφιστάμενο οργανόγραμμα των δημόσιων νοσοκομείων και των διαφόρων τμημάτων του όπως και στις ΜΕΘ, όπου υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός προϊσταμένων με κυρίως διοικητικά καθήκοντα με αποτέλεσμα όλες οι αποφάσεις που αφορούν την λειτουργία της μονάδας να επαφίονται σε αυτούς.

Ο βαθμός αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ Κύπρου σχετίζεται θετικά με το βαθμό συνεργασίας τους με τους γιατρούς. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζεται και σε άλλες μελέτες (McParland et al, 2000, Snelgrove and Hudes, 2000), Grindel et al. 1996, Hoffart & Woods 1996, Rafferty et al. 2001, Zangaro & Soeken 2007, Reeves et al 2008).

Κατά συνέπεια, κάποιος θα μπορούσε να συμπεράνει πως οι καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών - γιατρών στην ΜΕΘ μπορεί να ενισχύσουν την αυτονομία των νοσηλευτών ή αντίστροφα ότι η συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών μπορεί να είναι πιο αποτελεσματική όταν το προσωπικό που εμπλέκεται είναι επαγγελματικά αυτόνομο.

Παρόλα αυτά όμως, δεν είναι δυνατόν να υπολογισθεί η κατεύθυνση αυτής της σχέσης αν και είναι έκδηλη η συνέργια παρά η σύγκρουση μεταξύ αυτονομίας - συνεργασίας. Όποια και να είναι όμως, η κατεύθυνση αυτής της σχέσης, οι νοσηλευτές με αυτό τον τρόπο θα μπορούν να έχουν τον έλεγχο στην εργασία τους, να αναπτύξουν κριτική σκέψη και να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών αλλά και την λειτουργία της μονάδας τους.

Η θετική αυτή σχέση μεταξύ αυτονομίας και συνεργασίας είναι εμφανώς εξαρτώμενη από παράγοντες όπως η γενική εμπειρία αλλά και η εμπειρία ειδικά στην ΜΕΘ. Η στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτονομίας και εμπειρίας των νοσηλευτών στην ΜΕΘ έχει υποστηριχθεί και από την μελέτη των Parathanasoglou et al, (2005). Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η αυτονομία δε σχετίζεται με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του δείγματος. Το εύρημα αυτό της μελέτης είναι αντίθετο με τα ευρήματα άλλων σχετικών μελετών (Parathanasoglou et al 2005, Varjus et al.2003 ) οι οποίες είχαν εντοπίσει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτονομίας και εκπαίδευσης.

Προφανώς, τα χρόνια εμπειρίας ενδυναμώνουν τους νοσηλευτές και τους καθιστούν πιο ικανούς στο να παίρνουν αποφάσεις για τη φροντίδα υγείας, να επιλέγουν το τρόπο παροχής φροντίδας και να εφαρμόζουν αυτόνομες νοσηλευτικές διαδικασίες. Επιπρόσθετα με τα χρόνια εμπειρίας μαθαίνουν να διαχειρίζονται καλύτερα τις επαγγελματικές τους σχέσεις και βελτιώνουν τις ικανότητες επικοινωνίας και συνεργασίας τους με τα υπόλοιπα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας.

Παράλληλα, διαπιστώθηκε πως και οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές (εμπειρία < 1 χρόνο) ΜΕΘ έχουν καλή συνεργασία με τους ιατρούς. Αυτό το εύρημα έχει υποστηριχθεί και από την Baggs & Ryan (1990) και πιο πρόσφατα από τους Schmalenberg & Kramer (2007) οι οποίοι επίσης εντόπισαν μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συνεργασίας και εμπειρίας, με τους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές να δηλώνουν υψηλά επίπεδα συνεργασίας με τους γιατρούς.

Αυτό μπορεί να αποδοθεί αφενός στην αυξημένη ανάγκη των νεαρών νοσηλευτών να διευρύνουν τις γνώσεις τους για να μπορέσουν να ανταποκριθούν επαρκώς στις απαιτήσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος, που στην ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα αυξημένες, και αφετέρου, στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση που τους διακατέχει στα πρώτα τους επαγγελματικά βήματα και τους δημιουργεί ένα αίσθημα εξάρτησης από τους γιατρούς, αναπτύσσοντας έτσι την κλασική σχέση μαθητή - δασκάλου (Schmalenberg & Kramer, 2009)

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας φάνηκε ότι έχουν και το χαμηλότερο βαθμό αυτονομίας και συνεργασίας με τους γιατρούς σε σχέση με τα υπόλοιπα δημόσια νοσοκομεία στις άλλες επαρχίες. Αυτό ίσως να οφείλεται στην ιδιομορφία του χώρου της μονάδας αυτής που αποτελεί και την μεγαλύτερη ΜΕΘ ενηλίκων της Κύπρου.

Σύμφωνα με την (Baggs & Schmitt, 1997) μεγάλοι χώροι μπορεί να συμβάλουν αρνητικά στην ανάπτυξη κλίματος συνεργασίας. Επιπρόσθετα, η ΜΕΘ Λευκωσίας ασχολείται με περιστατικά όλων των ειδικοτήτων αλλά και με πολύ σοβαρά περιστατικά που πολλές φορές οι άλλες επαρχίες, λόγω έλλειψης σχετικών υποδομών, χρειάζεται να τα παραπέμψουν στη μονάδα αυτή για περαιτέρω αντιμετώπιση. Αυτό, μπορεί να αυξάνει το φόρτο εργασίας νοσηλευτών και ιατρών στην ΜΕΘ Λευκωσίας με αποτέλεσμα να μην είναι διαθέσιμοι από πλευράς χρόνου για να συνεργαστούν αποτελεσματικά.

Οι Baggs et al (1997) είχαν και αυτοί εντοπίσει σημαντικές διαφορές όσο αφορά το βαθμό συνεργασίας μεταξύ γιατρών-νοσηλευτών στις διάφορες ΜΕΘ που είχαν μελετήσει. Οι ίδιοι απέδωσαν το γεγονός αυτό στο είδος και τη διαφορετικότητα των περιστατικών που νοσηλεύει η κάθε μονάδα (case mix), σε οργανωσιακές διαφορές μεταξύ των ΜΕΘ αλλά και στον διαφορετικό τρόπο παροχής φροντίδας (Baggs et al, 1997).

Βρέθηκε επίσης ότι οι νοσηλευτές που δηλώνουν χαμηλά επίπεδα συνεργασίας κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι και λιγότερο ικανοποιημένοι. Η θετική αυτή σχέση μεταξύ καλών πρακτικών συνεργασίας νοσηλευτών-ιατρών και εργασιακής

ικανοποίησης έχει υποστηριχθεί και σε άλλες μελέτες (Baggs et al 1997, Rafferty et al. 2001), οι οποίες συμπέραναν μεταξύ άλλων πως θα πρέπει με κάθε τρόπο να βελτιωθεί ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών και να ενισχυθεί η εμπλοκή των νοσηλευτών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων αφού αυτό θα συμβάλει ουσιαστικά στην ανάπτυξη υγιούς περιβάλλοντος εργασίας με ευεργετικά αποτελέσματα τόσο στους νοσηλευτές όσο και στον ασθενή.

Οι γυναίκες δήλωσαν μεγαλύτερο βαθμό συνεργασίας με τους γιατρούς έναντι των ανδρών ( $p= 0.017$ ). Οι Mericle, (1983) και Evans, (1997) έχουν διατυπώσει παρόμοια αποτελέσματα τα οποία όμως αναφέρονται γενικά σε νοσηλευτές και όχι ειδικά στους νοσηλευτές ΜΕΘ. Οι ίδιοι ερευνητές απέδωσαν το αποτέλεσμα αυτό σε στερεοτυπικές έννοιες, συναισθήματα και ιδεώδη όπως αυτά της ευγένειας, της υποτέλειας και της εξάρτησης, που συνδέονται περισσότερο με το γυναικείο παρά το ανδρικό φύλο και ευνοούν έτσι την ανάπτυξη μιας παθητικής στάσης όσον αφορά τη συνεργασία των γυναικών νοσηλευτριών με τους γιατρούς, αφήνοντας τους να αναλαμβάνουν τις περισσότερες πρωτοβουλίες σχετικά με αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών αλλά και τη λειτουργία της μονάδας τους.

Ο χαμηλός βαθμός συνεργασίας των νοσηλευτών με τους γιατρούς, δε σχετίζεται με την πρόθεση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη των (Παπαθανάσογλου και συν., 2009) οι οποίοι εντόπισαν μια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ συνεργασίας και πρόθεσης παραίτησης των νοσηλευτών που τους έδωσε και το δικαίωμα να συμπεράνουν ότι οι καλές πρακτικές συνεργασίας συμβάλουν θετικά στην παραμονή των νοσηλευτών στις ΜΕΘ.

Η μελέτη αυτή όμως, όπως προαναφέρθηκε, αφορά νοσηλευτές που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία υπό την ιδιότητα του δημόσιου υπάλληλου. Η σιγουριά, επομένως, που τους παρέχει η δημοσιοϋπαλληλική τους θέση η οποία τους εξασφαλίζει την μονιμότητα, αλλά και επαγγελματική ανέλιξη με όλα συνακόλουθα, ίσως να καθιστά δύσκολη έως και αδύνατη την απόφαση τους να παραιτηθούν.

Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον εάν η μελέτη αυτή επεκταθεί, σε κατοπινό στάδιο και στα τμήματα ΜΕΘ των ιδιωτικών νοσοκομείων της Κύπρου για να επιτρέψει την σύγκριση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ως προς τις απόψεις των νοσηλευτών ΜΕΘ στα θέματα αυτονομίας και συνεργασίας τους με τους γιατρούς.

Τέλος, συστήνεται η προέκταση αυτής της μελέτης σε μια ποιοτική προσέγγιση με τη χρήση προφορικών συνεντεύξεων σε ένα μικρότερο αριθμό νοσηλευτών για να διερευνηθούν περισσότερο εις βάθος οι λόγοι που επηρεάζουν το βαθμό αυτονομίας των νοσηλευτών ΜΕΘ και καθιστούν δύσκολη τη συνεργασία τους με τους γιατρούς και την εμπλοκή τους στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Επιπρόσθετα, θα ήταν πολύ ενδιαφέρον για τα δεδομένα της Κύπρου να διερευνηθεί, επιπλέον, πως τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επηρεάζουν στην παρεχόμενη φροντίδα υγείας στην ΜΕΘ και την επίδραση τους στους δείκτες ποιότητας.

## 6.2 Συμπεράσματα -Εισηγήσεις

Η εφαρμογή αυτόνομης νοσηλευτικής πρακτικής αλλά και η ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών σχέσεων μεταξύ των γιατρών και νοσηλευτών στην ΜΕΘ οδηγούν στην ανάπτυξη υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και αυξάνουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Επιπρόσθετα, οι καλές πρακτικές συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτών - γιατρών μπορεί να ενισχύσουν την αυτονομία των νοσηλευτών και με αυτό τον τρόπο οι νοσηλευτές να μπορούν να έχουν τον έλεγχο στην εργασία τους, να αναπτύξουν κριτική σκέψη και να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα των ασθενών και να διατυπώνουν συνεργατικά σχέδια φροντίδας. Άλλωστε, η ομαδική εργασία με βάση την ισοτιμία των επαγγελματικών ρόλων διαφυλάσσει την εργασιακή ειρήνη και προάγει την εύρυθμη λειτουργία της μονάδας.



Για αυτό τον λόγο θα πρέπει να διερευνηθούν οι οργανωτικές δομές και οι βέλτιστες πρακτικές που θα επιτρέψουν την ενίσχυση της επαγγελματικής τους αυτονομίας αλλά και την ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών σχέσεων ανάμεσα σε γιατρούς και νοσηλευτές

Αρχικά είναι πολύ σημαντικό για τους νοσηλευτές να αντιληφθούν την πραγματική έννοια του όρου επαγγελματικής αυτονομίας, τις δύο σφαίρες πρακτικής, μοναδικότητας και επικάλυψης (Unique and overlapping spheres of practice), για το επάγγελμα τους σε σχέση με το ιατρικό επάγγελμα, αλλά και τον ανεξάρτητο και διαδραστικό τύπο κλινικών αποφάσεων. Αυτό θα πρέπει να επιτευχθεί όχι μόνο σε τοπικό επίπεδο (νοσοκομείο ή μονάδα) αλλά και σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο ευαισθητοποιώντας και κινητοποιώντας τους αρμόδιους, αντίστοιχους επαγγελματικούς φορείς.

Ταυτόχρονα οι νοσηλευτές θα πρέπει να συμμετέχουν σε περιοδικές διαπραγματεύσεις με τους αρμόδιους φορείς για τον καθορισμό και επαναπροσδιορισμό του πεδίου εφαρμογής εντατικής νοσηλευτικής πρακτικής (Scope of Critical care Nursing Practice), με απώτερο στόχο να καθοριστούν και αποσαφηνιστούν τα διάφορα επίπεδα και είδη αυτόνομων κλινικών αποφάσεων και παρεμβάσεων.

Είναι πολύ σημαντικό οι προσωπικές αξίες των νοσηλευτών να είναι σύμφωνες με αυτές της μονάδας/οργανισμού στην οποία εργάζονται αφού αυτό θα διασφαλίσει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς. Η ανάπτυξη τέτοιας νοοτροπίας και κουλτούρας στα δημόσια νοσοκομεία που να τοποθετεί τον ασθενή στην κορυφή καθορίζοντας αυτόν ως προτεραιότητα όλων, είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη ενός κλίματος ενότητας μεταξύ νοσηλευτών-γιατρών.

Η φροντίδα του ασθενούς δεν έχει να κάνει με το τι είναι το καλύτερο για τον ιατρό ή το πλέον κατάλληλο και βολικό για το νοσηλευτή η την πρόοδο της έρευνας αλλά είναι σχετική με το τι είναι καλύτερο για τον ασθενή. Όλες οι πτυχές της υγειονομικής φροντίδας πρέπει να εξετάζονται από την πλευρά του ασθενούς. Για την επίτευξη ενός

τέτοιου στόχου είναι απαραίτητη η διεπαγγελματική συνεργασία με τη συμμετοχή όλων των εμπλεκομένων, συμπεριλαμβανομένων του ασθενή και της οικογένειας του.

Η θεραπευτική ομάδα υγείας του 21ου αιώνα πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως το επίκεντρο των προσπαθειών της και να τον περιθάλλει ανθρώπινα, ολιστικά, επιστημονικά και αποτελεσματικά έχοντας προηγουμένως λύσει τα διεπαγγελματικά και διεπιστημονικά θέματα που καθιστούν την απόδοση της πτωχή και τη λειτουργία της προβληματική.

Για τη βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των ιατρών – νοσηλευτών και την προώθηση εμπλοκής των νοσηλευτών στην διαδικασία λήψης αποφάσεων προτείνεται η πραγματοποίηση αποτελεσματικών διεπιστημονικών επισκέψεων στους ασθενείς κατά τις οποίες θα εξασφαλίζεται και η ενεργός συμμετοχή των νοσηλευτών ιδιαίτερα όταν πρόκειται να παρθούν αποφάσεις που αφορούν τους ασθενείς τους οποίους έχουν υπό την ευθύνη τους.

Η συμμετοχή σε μια τέτοια διεπιστημονική ομάδα απαιτεί όπως οι νοσηλευτές να είναι καλά προετοιμασμένοι ως προς τους ασθενείς που νοσηλεύουν και γνωσιολογικά επαρκείς για να είναι σε θέση να κάνουν επιστημονικά τεκμηριωμένες εισηγήσεις. Με αυτό το τρόπο θα μπορέσουν να αναδείξουν την ιδιαιτερότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην ανάπτυξη σχεδίων φροντίδας για τον ασθενή, αλλά και να βάλουν τους λίθους για ανάπτυξη συλλογικών και συνεργατικών σχέσεων, αλλά και ανάπτυξη κλίματος εμπιστοσύνης και αλληλοσεβασμού.

Ταυτόχρονα, η υποστήριξη της διοίκησης έχει σημαντικό ρόλο να παίξει και πρέπει να υιοθετηθεί ως πρακτική που συμβάλλει στην ενίσχυση της επαγγελματικής αυτονομίας των νοσηλευτών αλλά και στην ανάπτυξη συλλογικών/ συνεργατικών σχέσεων μεταξύ γιατρών νοσηλευτών.

Η ανάπτυξη και εφαρμογή ειδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και η οργάνωση διεπαγγελματικών ομάδων που να είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή επιστημονικά

τεκμηριωμένης πρακτικής με συγκεκριμένες δραστηριότητες και πρωτοβουλίες πρέπει να είναι στόχος της διοίκησης της κάθε μονάδας ή νοσοκομείου. Επιπλέον, απαιτείται εκπαίδευση για την ανάπτυξη τόσο των διεπαγγελματικών σχέσεων όσο και της ομαδικής εργασίας για να καταστούν δυνατές, μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η αλληλοαναγνώριση και η αλληλοκατανόηση του ρόλου τους.

Τέλος, οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να γνωστοποιήσουν τις απαιτήσεις τους στην διοίκηση διεκδικώντας όπως η επαγγελματική αυτονομία ορισθεί, συζητηθεί και συμπεριληφθεί στις αξιολογήσεις κλινικών επιδόσεων των νοσηλευτών και στα κριτήρια προαγωγών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### 7.1 ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 536–543.

Adamson BJ., Kenny D.T., Wilson-Barnett J (1995), The impact of perceived medical dominance on the Workplace satisfaction of Australian and British Nurses. *Journal of Advanced Nursing* 21(1): 172-83

Agency for Healthcare Research and Quality, July 2001 Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report Technology Assessment: Number 43. Rockville, Md. AHRQ Publication No. 01-E058. Available at: <http://www.ahrq.gov/clinidptsafety/>. Accessed November 15, 2004.

Aiken LH, Sloam DL., Sochalski J., (1998) Hospital Organization and outcomes. *Quality Health Care* 7(4): 222- 226

Aiken LH. & Patrician PA., (2000) Measuring Organizational Traits of Hospitals. : The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research* 49(3):146-53

Alexander CS, Weisman CS, Chase GA (1982), Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. *Nursing Research* 31(1): 48–52

Alexander JA., (1998) A Causal Model of Voluntary Turnover among nursing personnel in long term psychiatric Nursing. *Res. Nurs. Health* 21(5): 415-27

Al-Shammari MM. (1992), Organizational climate. Leadership and Organizational Development Journal, 13:30–32

Alpert H, Goldman L, Kilroy C, Pike A., (1992) Towards an understanding of collaboration. *Nurs Clin North Am.*,27(1):47-59.

American Association of Colleges of Nursing, (2001), Nursing shortage fact sheet. [www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/facultyshortage.htm](http://www.aacn.nche.edu/Media/Backgrounders/facultyshortage.htm) (last accessed 21September 2005)

American Nurses' Association (1980), *Nursing: A Social Policy Statement*. Kansas, Washington, DC: American Nurses' Association

American Association of Critical Care Nurses (AACCN) (1982), *Society of Critical Care medicine: Collaborative Practice Model: The Organization of Human resources in Critical Care Units*. Newport Beach, CA.

American Nurses Credentialing Center, (2003) Magnet nursing services recognition program. [www.nursingworld.org/ancc/magnet/index.html](http://www.nursingworld.org/ancc/magnet/index.html) (last accessed 21 September 2005)

American Heritage Dictionary (1983) Dell Publishing, New York

Anthony MK. (1999), The relationship of authority to decision-making behaviour: implications for redesign. *Res Nurs Health.*, 22(5):388-398.

Baggs, J.G., & Schmitt, M.H. (1988), Collaboration between nurses and physicians. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 145-149.

Baggs, J.G., & Schmitt, M.H. (1997), Nurses' and Resident Physicians' Perceptions of the Process of Collaboration in a MICU. *Research in Nursing Health* 20, 71-80

Baggs, J.G., & Ryan, S.A. (1990), ICU nurse-physician collaboration and nurse satisfaction. *Nursing Economics* 8, 386-392.

Baggs JG, Ryan SA, Phelps CE, et al., (1992), The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. *Heart Lung.*, 21(1):18-24

.Baggs, J.G., Schmitt, M.H., Mushlin, A.I., Mitchell, P.H., Eldredge, D.H., Oakes, D., & Hutson, A.D. (1999), The association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27, 1992-1998

Baktoft B et al. (2003), A survey of critical care nursing in Europe. *Connect – the world of critical care nursing*. Vol 2, no 3:85-87.

Ballou K.A., (1998), A concept analysis of autonomy. *J. Prof. Nurs* 14(2): 1112-10

Barnhart RK. (1988), *The Barnhart Dictionary of Etymology*. New York: HW. Wilson.

Batey M.V. and F.M. Lewis (1982), Clarifying autonomy and accountability in nursing service. Part 1. *Journal of Nursing Administration* 12 (9), 13–18

Bellack JP Loquist RS (1999), Employer Responses to differentiated nursing education *Journal of Nurs. Admin.* 29(9):4-8,32

Berggren I. & Severinsson E., (2003), Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing* 41, 615–622.

Blanchfield K.C., (1992), Authority and autonomy of staff nurses providing patient care a study of nursing power. Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois. Chicago

Blegen MA., Coode Cj., Johnson M., et al (1993) Preferences for decision-making. *Image J Nurs, Sch* 25(4): 339—44

Blickensderfer L. (1996), Nurses and physicians: creating a collaborative environment. *J IV Nurs.* 19(3):127-131.

Boumans NPG, Landeweerd JA (1994). Working in an intensive or non-intensive care unit: does it make any difference? *Heart Lung*, 23(1):71-79.

Boyle D.K., Bott M.J., Hansen H.E., Woods C.Q. & Taunton R.L. (1999) Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care* 8, 361–371.

Breda KL, Anderson MA, Hansen L, Hayes D, Pillion C, Lyon P., (1997) Enhanced nursing autonomy through participatory action research. *Nursing Outlook* 45(2): 76–81

Brook A.D., Ahrens T.S., Schaiff R , Prentice D., Sherman G., Shannon W., Kollef M.H. (1999). Effect of a nursing-implemented sedation protocol on the duration of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine* 27, 2609-2615

Bucknall T.K. (2000) Critical care nurses\_ decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing* 9, 25–36.

Bucknall T. & Thomas S. (1997) Nurses\_ reflections on problems associated with decision-making in critical care settings. *Journal of Advanced Nursing* 25, 229–237.

Budge C., Carryer J., Wood S., (2003) Health correlates of Autonomy Control and professional relationships in the nursing work environment *Journal of Advanced Nursing* 42(3): 260-8

Burnard P., Morrison P. & Phillips C. (1999) Job satisfaction amongst nurses in an interim secure forensic unit in Wales. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 8, 9–18.

Burns B.R., (1995) Responsibility in intensive care: a critical analysis. *Intensive and Critical Care* 11: 87–92

Cadogan MP, Franzi C, Osterweil D, Hill T. 1999 Barriers to effective communication in skilled nursing facilities: differences in perception between nurses and physicians. *J Am Geriatr Soc*, 47:71-75.

Carmel S., Yakupovich IS., Zwanger L., Zaltman T., (1988) Nurses' autonomy and job satisfaction. *Soc Sd Med* 26(11): 1103-7

Chaboyer W., Williams G., Corkill W. & Creamer J. (1999) Predictors of job satisfaction in remote hospital nursing. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 12, 30–40.

Chaboyer W., Najman J. & Dunn S., (2001) Factors influencing job valuation: a comparative study of critical care and non-critical care nurses. *International Journal of Nursing Studies* 38, 153–161.

Clark and Dodge 1999 Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Edu. Behav.* 26:72-89

Cole F.L. & Ramirez E., (2000) Nurse practitioner autonomy in a clinical setting. *Emergency Nurse* 7 (9), 26–30.

Collins S.S, Henderson M.C., (1991) Autonomy: part of the nursing role? *Nurs Forum*, 26(2):23-29

Copnell B., (2008) The knowledgeable practice of critical care nurses: a poststructural inquiry. *International Journal of Nursing Studies* 45, 588–598.

Coombs M., (2003) Power and conflict in intensive care *Clinical Decision Making. Intensive Crit Care Nurs.*, 19:125-135.

Curley M.A. (2002) Experienced nurses + autonomy = better patient outcomes. *Pediatric Critical Care Medicine* 3(4), 385-386.

Cutts B. (1999) Autonomy and the developing role of the clinical nurse specialist. *British Journal of Nursing* 8 (22), 1500, 1502–1506.

Davies C. (1995) *Gender and the professional predicament in Nursing.* Open University Press, Philadelphia,

Daly WM & Carnwell R (2003) Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* 12, 158–167.

Dechairo-Marino, A.E., Jordan-Marsh, M., Traiger, G., & Saulo, M. (2001). Nurse/physician collaboration: Action research and the lessons learned. *Journal of Nursing Administration*, 31, 223–232.

Dematte D'Amico J.E., Donnelly H.K., Mutlu G.M., Feinglass J., Jovanovic B.D. & Ndukwu I.M. (2003) Risk assessment for inpatient survival in the long-term acute care setting after prolonged critical illness. *Chest* 124 (3), 1039–1045.

Depasse B., Pauwels D., Somers Y. & Vincent J.L. (1998) A profile of the European ICU nursing. *Intensive Care Medicine* 24 (9), 939–945.

Devereux PM. (1981), Essential elements of nurse physician collaboration. *J Nurs Adm.*, 11(5):19-23.

Dougherty B. M. & Larson E., (2005) A Review instruments Measuring Nurse-Physician Collaboration *JONA*, Vol. 3, No.5.

Dworkin G., (1988), *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge University Press, Cambridge.

Dwyer DJ, Schwartz RH, Fox ML., (1992) Decision-making autonomy in nursing. *Journal of Nursing Administration* 22(2): 17–23

Edwards D., (1988), Increasing staff nurse autonomy. A key to nurse retention. *Journal of Pediatric Nursing* 3(4): 265–268

Elander G, Hermerén G., (1991), The autonomy of nurses in high dependency care. Conflicts of loyalties and their consequences for patient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 5(3): 149–156

Engel V.G. (1970) Professional Autonomy and Bureaucratic Organization. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 15, No. 1 (Mar., 1970), pp. 12-21

Erickson D'Avanzo C. & Geissler E.M. eds (2003) *Cultural Health Assessment*, Mosby, St. Louis.

Erlen J.A. & Sereika S.M., (1997) Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing* 26 (5), 953–961.

Evans J., (1997), Men in nursing: issues of gender segregation and hidden advantage. *J Adv Nurs*, 26:226–231

ESICM Guidelines (1997) European Society of Intensive Care Medicine *Intensive Care Med* 23: 226–232

Facteau LM, Nelson M.A., (2000) Creating a learning environment for tomorrow healthcare workforce *Semin. Nurse Manag.* 8(2):91-7

Fagin CM. (1992) Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Acad Med.* 67(5):295-303.

Ferrand, E., Lemaire, F., Regnier, B., Kuteifan, K., Badet, M., Asfar, P., et al. (2003). Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 167, 1310–1315.

Finn C.P. (2001) Autonomy: an important component of nurses' job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 38, 349–357.



- Fletcher CE (2001) Hospital RN's job satisfactions and dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration* 31 (6): 324-31
- Freidson E., (1988) *Profession of Medicine: A Study of the sociology of Applied Knowledge*. Universty of Chicago Press. London
- Girot E.A., (2000) Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), 288–297
- Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E. (2004) *Health Care Systems in Transition: Cyprus*. World Health Organization. Available from: <http://www.euro.who.int/Documents/E852555.pdf> [Accessed in 15 January 2007].
- Grindel C.G., Peterson K., Kinneman M. & Turner T. (1996) The practice environment project: a process for outcome evaluation. *Journal of Nursing Administration* 26, 43–51.
- Halpern RS., Perry St., Narayan S., (2001) Developing clinical practice environments supporting the knowledge work of nurses. *Comput. Nurs.* 19(1): 17-23
- Harris J. (1985) *The Value of Life*. Routledge and Kegan Paul, London
- Havens DS, Aiken LH. (1999) Shaping systems to promote desired outcomes. The magnet hospital model. *Journal of Nursing Administration* 29(2),14-20.
- Hemman E., (2002), Creating healthcare cultures of safety. *J Nurs Adm.*, 32(7/8):419-427
- Hewitt J., (2002), A critical review of the arguments debating the role of the nurse advocate. *Journal of Advanced Nursing* 37, 439–445.
- Hoffart N. & Woods C.Q., (1996), Elements of a nursing professional practice model. *Journal of Professional Nursing* 12, 354– 364.
- Hojat, M., Gonnella, J.S., Erdmann, J.B., Veloski, J.J., Louis, D.Z., Nasca, T.J. and Rattner, S.L., (2000), Physicians' perceptions of the changing health care system: comparisons by gender and specialties. *Journal of Community Health* 25, pp. 455–471.
- Hooi PS., Whaley C. Bugg N., (2000) Autonomy and satisfaction among mammographers. *Radial Technol.* 71(4): 326-34
- Jenkins E., (1989), Nurses control over Nursing in *Issues in Australian Nursing* 2 (Gray G. & Pratt R. Eds) Churchill Livingstone, Melbourne, pp. 193-208
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, (2003) *Weaving the fabric: strategies for improving our health care*. Available at:

<http://www.jcaho.org/about+u5+public+policy+initiative'+weaving+the+frabriclpdf>.

Accessed November 15, 2004.

Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1982): Accreditation Manual of Hospitals. Chicago,

Keenan J., (1998), A concept analysis of autonomy. *Journal of Advanced Nursing* 29 (3), 556–562.

Kikuchi A. & Harada T., (1997), The relationship between professional Autonomy and demographic and psychological variables in nursing. *Kango Kenkyu – Japanese Journal of Nursing Research* 30, 23–35.

Knaus 'W; Drapcr E, Wagner D, Zimmerman S., (1986), An evaluation of outcome from intensive care in major medical centres. *Ann Intern Md.*, 104:410-418.

Kopp A., (2001), Accountability Autonomy and Standards. *Nurs Times* 97(18): 47-50)

Kohn LT, CorriganJM, DonaldsonMS, (2000), *To Error is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press.

Available at: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>

Kosinska M. & Niebroj L. (2003), The position of a leader nurse. *Journal of Nursing Management* 11, 69–72.

Kramer M, Maguire P, Schmalenberg C., (2006), Excellence through evidence: the what, when, and where of clinical autonomy. *J Nurs Adm.*, 36(10):479-491.

Kramer M, Schmalenberg C., (2003), Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nurs Outlook*. 51(1):13-19

Kramer M, Schmalenberg C., (2004), Development and evaluation of Essentials of Magnetism tool. *J Nurs Adm.* 38(7/8):1-14.

Kramer M, Maguire P, Schmalenberg C, et al. (2007), Excellence through evidence: structures enabling clinical autonomy. *J Nurs Adm.*, 37(1):41-52.

Kramer M, Maguire P, Schmalenberg C., (2008), The Practice of Clinical Autonomy in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurse*. 2008;28: 58-71

Kuokkanen L., Suominen T, Rankinen S., et al. (2007) Organizational change and work-related empowerment *J Nurs Manag* 15(5):500-7.

Kurtz MW., (1980), A behavioural profile of physician's managerial roles, In: Schenke R, ed., *The Physician in Management*. Washington DC: Artisian: 33-34.

- Lamb GS., (1995), Case Management. *Annu Rev Nurs Res* 1995 13:117-136
- Larson E., (1999) The impact of physician-nurse interaction on patient care. *Holistic Nurs Pract.*, 3(2):38-46.
- Lauri S. & Salanterä S., (1995), Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 21 (3), 520–527.
- Leat & Schneck (1981) Nursing Subunit technology a replication *Administrative Science Quarterly* 26, 225-236
- Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Bansemir G, Cabrera E, Papaevangelou H, McParland J., (2000) *Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent*. IOS Press, Amsterdam, p 59
- Luyt K., Boyle B., Wright D.E, Petros A.J. (2002) Compared with specialist registrars, experienced staff nurses shorten the duration of weaning neonates from mechanical ventilation. *Critical Care Medicine* 3, 351-354.
- Manias E, Street A., (2001) Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds. *J Clin Nurs.*, 10:442-451.
- Mantzoukas S & Watkinson S., (2007), Review of advanced nursing practice: the international literature and developing the generic features. *Journal of Clinical Nursing* 16, 28–37.
- Mantzoukas S. & Jasper M., (2008), Types of nursing knowledge used to guide care of hospitalized patients. *Journal of Advanced Nursing* 62, 318–326.
- Marion C., Mathews J., Kukpatrick C. & Goulding-Streifell J. (1995) Focus on autonomy: supporting an innovative, empowered staff. *Critical Care Nursing Quarterly* 18, 21–27.
- Mc Coppin B. & Gardner H., (1994). *Tradition and Reality* Churchill Livingstone, Melbourne
- McCloskey JK., (1990), Two requirements for job contentment: autonomy and social integration. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 22(3): 140–143
- McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M., (1983). *Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses*. American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in Hospitals. Kansas City, MO: American Nurses Association
- McGee S., (1993) Defining Nursing Practice. *Br J Nurs* 2 (20) 1022-6

McParland J., Scott P.A., Arndt M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Valmiaki M. & Leino-Kilpi H., (2000), Professional issues, autonomy and clinical practice: identifying areas of concern. *British Journal of Nursing* 9, 507–513.

Mericle B.P., (1983), The male as psychiatric nurse. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 21:28–34

Merkouris A., Papathanassoglou E.D.E., Pistolas D., Papagiannaki V., Floros J. & Lemonidou C., (2003) Staffing and organization of nursing care in cardiac intensive care units in Greece. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2, 123–129.

Mitchell PH., Armstrong S., Simpson TR., et al., (1989) American Association of Critical Care Nurses Demonstration project: Profile of Excellence in Critical Care Nursing. *Heart Lung* 18:219-237

Mrayann M.T., (2004) Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing* 45(3), 326–336

Mrayann M.T., (2005) American Nurses' work autonomy on patient care and unit operations: *British Journal of Nursing* Volume 14 No 18

Mundinger MO., (1980), *Autonomy in Nursing*. Germantown, MD: Aspen Systems Corp;

National Institute of Health (1983), Consensus Conference. *Critical Care Medicine*. *JAMA* 250:798-804

National Joint Practice Commission, (1974). *Guidelines for Establishing Joint or Collaborative Practice in Hospitals: A Demonstration Project*. Chicago, IL: Nealy Printing Co.

Nolan M., Lundh U. & Brown J. (1999) Changing aspects of nurses' work environment: a comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *National Research* 4, 221–234.

Norris E. (1995) Achieving professional autonomy for nursing. *Professional Nurse* 11 (1), 59–61.

Noseworthy TW, Konopad E, Shustack A, Johnston R, Grace M. (1996) Cost accounting of adult intensive care: methods and human and capital inputs. *Crit Care Med*. July 24(7):1168-72.

Ogbimi RI, Adebamowo CA. (2006) Questionnaire survey of working relationships between nurses and doctors in university teaching hospitals in southern Nigeria. *BMC Nurs*.. 5:2. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/5/2>. Accessed June 5, 2007.

O'Rourke K., Allgood C., Van Derslice J. & Hardy M.A. (2000) Job satisfaction among nursing staff in a military healthcare facility. *Military Medicine* 165, 757–761

Papathanassoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. (2005) Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management* (2),154-164

Parahoo K., (2000) Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 89-98.

Patiraki-Kourbani E. (2003) Greece (Hellenic Republic). In *Cultural Health Assessment*. E. D'Avanzo & E.M. Geissler eds., Mosby, St Louis, MO pp. 303–307.

Radcliffe M., (2000) Doctors and nurses: new game, same result *BMJ*2000;320:1085.

Reeves S., Sioban N., Merrick Z., (2008) The doctor–nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada, *Nursing Inquiry* 2008; 15(1): 1–2

Rafferty M.A., Ball J. Aiken H.L., (2001) Are teamwork and Professional Autonomy compatible, and do they result in improved hospital Care? *Qual Health Care* 2001 10:32-37

Robinson D., (1973) *Medicine: A Particular Profession*, In *Patients, Practitioners and Medical Care*. Williams Heinemann, Medical Books LTD, London.

Royal College of Nursing (RCN), Critical Care Forum (2001) Guidelines for nurse staffing in intensive care: a consultation document. *Intensive and Critical Care Nursing* 17 (5), 254–258.

Rosenstein AH, Russell H, Lauve R., (2002) Disruptive physician behavior contributes to nursing shortage: study links bad behavior by doctors to nurses leaving the profession., *Physician Exec.* 28(6):8-11.

Schaefer HG, Helmreich RL, Scheidegger D. (1994), Human factors and safety in emergency medicine. *Resuscitation.* 28:221-225.

Schmalenberg C, Kramer M., (2008) Clinical units with the healthiest work environments. *Crit Care Nurse.* 28(3):65-77.

Schmalenberg C, Kramer M., (2009) Nurse-Physician Relationships in Hospitals: 20 000 Nurses Tell Their Story. *Critical Care Nurse* vol 29, no. 1, February

Schmalenberg C, Kramer M., (2007) Types of Intensive Care Units With the Healthiest, Most Productive Work *American Journal of Critical Care*, September, Volume 16, No. 5

- Schmalenberg C, Kramer M, King C, et al. (2005) Excellence through evidence: securing collegial/ collaborative nurse-physician relationships, II. *J Nurs Adm.* 35(11):507-514.
- Schutzenhofer K.K. & Musser D.B. (1994) Nurse characteristics and professional autonomy. *Image Journal of Nursing Scholarship* 26 (3), 201–205.
- Scot J.G., Sochalski J. & Aiken L. (1999) Review of magnet hospital research: findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration* 29, 9–19.
- Sexton J, Thomas, E, Helmreich RL. (2000) Error, stress and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ.* 320:745-749.
- Shaver JL. (2000) Educating the Nursing Workforce in 2000 and beyond. *Semin Nurse Manag.* 8(4): 197-204
- Shortell S, Rousseau D, Gillies R., (1989), Analysis of process. *Crit Care Med.* 17(12/part 2 supplement):S213-S216
- Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, et al (1991), Organizational assessment in intensive care units (ICUs): Construct development, reliability, and validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. *Med Care*, 29: 709-726
- Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, et al (1994), The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Med Care*, 32:508-525
- Skar R., (2009), The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, Blackwell Publishing Ltd,
- Snelgrove & Hughes (2000) Interprofessional relations between doctors and nurses: Perspectives from South Wales. *Advance Nursing* 31(1):661-7
- Soar C., (1994) The law and ethics: the graveyard of nurse specialism. In: Humphris D, ed. *The Clinical Nurse Specialist: Issues in Practice*. Macmillian Press. London: 60-70
- Sochalski J., Aiken L.H., Rafferty A.M., Shamian J., Muller-Mundt G., Hunt J., Giovannetti P. & Clarke H., (1998) Building multinational research. *Reflections Third Quarter* 45, 20–23.
- Stein LI., (1967) The doctor-nurse game. *Arch Gen Psychiatry*, 16:699–703.
- Stein LI, Watts DT, Howell T., (1990), The doctor-nurse game revisited. *N Engl J Med*, 322:546–9.

Stewart J, Stansfield K, Tapp D. (2004) Clinical nurses' understanding of autonomy: accomplishing patient goals through interdependent practice. *J Nurs Adm.*, 34(10): 443-450

Suominen T., Leino-Kilpi H., Merja M., Irvine Doran D., Puukka P., (2001) Staff empowerment in Finnish intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing* 17, 341-347.

Teijlingen E. & Hundley V. (2001) *Social Research Update: The importance of pilot studies.* University of Surrey: Department of Sociology (ISSN: 1360-7898)

Thompson JD., (1967) *Organizations in Action.* New York McGraw-Hill

Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. (2003) Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 31(3):956-959.

Twaddle A.C., (2002) *Healthcare Reform around the World.* Auburn House Publications, New York

Ulrich B, Buerhaus PI, Donelan K, Norman L, Dittus R. (2007) Magnet status and registered nurse views of the work environment and nursing as a career. *J Nurs Adm.* 37:212–220

Upenieks V., (2000), The relationship of nursing practice models and job satisfaction outcomes. *Journal of Nursing Administration* 30, 330–335.

Varjus S.-L., Suominen T. & Leino-Kilpi H. (2003) Autonomy among intensive care nurses in Finland. *Intensive and Critical Care Nursing* 19, 31–40.

Watson S., (1994) An exploratory study into a methodology for the examination of decision-making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing* 20, 351–360.

Wade G.H. (1999) Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 30 (2), 310–318.

Weiss SJ, Davis HP. (1985) Validity and reliability of the collaborative practice scales. *Nurs Res.* 34(5):299-305.

Weisman C. S. and Nathanson C. A. (1985) Professional satisfaction and client outcomes: a comparative organizational analysis. *Med. Care* 23, 1179.

Whittock M. & Leonard L. (2003) Stepping outside the stereotype. A pilot study of the motivations and experiences of males in the nursing profession. *Journal of Nursing Management* 11, 242–249.

Wheeler BK, Powelson S, Kim JH. (2007) Interdisciplinary clinical education: Implementing a gerontological home visiting program. *Nurse Educ*, 32:136–140

Wiens AG., (1990) Expanded nurse autonomy. Models for rural hospitals. *Journal of Nursing Administration* 20(12): 15–22

Williams S. & McGowan S. (1995) Professional autonomy: a pilot study to determine the effect of a professional development program on nurses' attitudes. *Journal of Nursing Staff Development* 11, 150–155

Wilkinson J., (1997) Developing a concept analysis of autonomy in nursing practice. *British Journal of Nursing* 6(12): 703–707

Wise LC., (1993), The erosion of nursing resources: employee withdrawal Behaviors. *Res Nurs Health*. 16(1):67-75.

Zangaro G.A. & Soaken L.K., (2007) A Meta-Analysis of Studies of Nurses' Job Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30, 445–458

## **7.2 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Δημητριάδου Α., Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ., Ντιό Ε., (2010) Διερεύνηση Νοσηλευτικού Εργασιακού Κλίματος με Χρήση Δεικτών Ομοιο- και Ετερο-επαγγελματικής Συνεργασίας. *Νοσηλευτική*, 49(1): 91–100

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Καρανιάδου Α, Αναγνωστόπουλος Φ, Τελειώνη Μ. (2006). Δημογραφικοί, εργασιακοί και διοικητικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση γιατρών και νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 45:391–403

Λιαρόπουλος, Α. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα Medical Arts.

Μερκούρης, Α. (2008) *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Ίων Εκδόσεις «Ελλην» Αθήνα, Ελλάδα.

Μπαμπινιώτης Δ.Γ. (1998) *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε, Αθήνα.

Νόμος (2006) Ο περί Δημοσίας Υπηρεσίας Νόμος 1990-2006. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο.

Νόμος (2001α) Νόμος που προνοεί τον έλεγχο και την εποπτεία της ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και για συναφή θέματα. Λευκωσία: Κυβερνητικό Τυπογραφείο



Παπαθανάσογλου και συν. (2009) Συσχέτιση επαγγελματικής αυτονομίας νοσηλευτών εντατικής θεραπείας της Ευρώπης με τα ηθικά αδιέξοδα που βιώνουν και το βαθμό συνεργασίας τους με τους γιατρούς. Προκαταρκτικά αποτελέσματα - Αδημοσίευτο

Πνευματικός Ι., (2007) Πνευμονολογία ή Πνευμονολογία και Εντατική Θεραπεία. Ένα Δίλημμα για το μέλλον Pneumon Number 2 volume 20 April – June 2007

Σιγάλας, Ι. (1999α) Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας. Στους Δίκαιος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., Χλέτσος, Μ. (Συγγραφείς) Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο



#### Επαγγελματική αυτονομία και συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας νοσηλευτών-ιατρών σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Κύπρου

##### Πρόσκληση

Με το παρόν σας προσκαλούμε επίσημα να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική μελέτη που διεξάγεται μέσα στα πλαίσια των σπουδών μου για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου . Η μελέτη έχει εξασφαλίσει έγκριση από το Υπουργείο Υγείας.

Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί το επίπεδο αυτονομίας των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας και να εξετασθούν δυναμικές συσχετίσεις με τη συνεργασία νοσηλευτών-ιατρών

##### Γιατί επιλεχτήκατε;

Ενδιαφερόμαστε για τις απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και έχουν άμεση επαφή με βαριά πάσχοντες γι' αυτό και η συμβολή σας θα συμβάλει τα μέγιστα για την επίτευξη των στόχων της μελέτης.

##### Τι αναμένεται από εσάς;

Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, το επόμενο αναφέρεται σε θέματα επαγγελματικής αυτονομίας, και στο τελευταίο, τρίτο τμήμα σας ζητείται να εκφράσετε το επίπεδο συνεργασίας σας με τους γιατρούς και το πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις αποφάσεις που λαμβάνονται για τη φροντίδα υγείας των ασθενών κατά την κλινική σας πρακτική. Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο θα χρειαστείτε 15 περίπου λεπτά. Θα προτιμούσαμε να το συμπληρώσετε μόνοι σας χωρίς να συμβουλευτείτε φίλους ή συναδέλφους. Στη συνέχεια παρακαλούμε όπως κλείσετε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο φάκελο που εσωκλείεται και το τοποθετήσετε στο κουτί που υπάρχει στο τμήμα σας για το σκοπό αυτό.

##### Συγκατάθεση

Το ότι συμφωνήσατε να συμπληρώσετε και να επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο θα θεωρηθεί ως εθελοντική συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στη μελέτη. Δίνοντας τη συγκατάθεσή σας επιβεβαιώνετε το γεγονός ότι έχετε κατανοήσει το σκοπό της μελέτης και το πώς θα αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα.

##### Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Δε χρειάζεται να γράψετε το όνομα σας στο ερωτηματολόγιο. Θα τηρηθεί ανωνυμία και εμπιστευτικότητα. Τα δεδομένα θα αναλυθούν σύμφωνα με τους αντικειμενικούς στόχους της μελέτης και τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνέδρια ή και δημοσιεύσεις

Για οποιαδήποτε πληροφορία για τη μελέτη παρακαλώ επικοινωνήστε με τη

Ευανθία Γεωργίου στο τηλ. 99697093 ή [evanthia.georgiou@cut.ac.cy](mailto:evanthia.georgiou@cut.ac.cy)

Ευχαριστούμε πολύ για τη συμβολή σας

## **Επαγγελματική αυτονομία και συσχέτιση με το βαθμό συνεργασίας νοσηλευτών-ιατρών σε νοσηλευτές Μονάδων Εντατικής Θεραπείας Κύπρου**

Παρακαλώ απαντήστε στις απαντήσεις με ένα + ή √ ή συμπληρώστε την απάντησή σας στο χώρο που παρέχεται.

### **ΤΜΗΜΑ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

1. Φύλο                    Άνδρας     Γυναίκα

2. Τόπος Εργασίας

Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας

Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

Γενικό Νοσοκομείο Πάφου

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού- ΜΕΘ 1

Γενικό Νοσοκομείο Λεμεσού – ΜΕΘ 2

3. Ηλικία.....έτη

4. Παρακαλώ σημειώστε ότι ισχύει για την εκπαίδευσή σας

Δίπλωμα Γενικής Νοσηλευτικής

Μεταβασικό Δίπλωμα Εντατικής

Πανεπιστημιακό πτυχίο

Πανεπιστημιακό πτυχίο  
και μεταπτυχιακό

Άλλο (διευκρινίστε).....

5. Επαγγελματική εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια.....  
(αριθμός ετών)

6. Επαγγελματική εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια σε Μ.Ε.Θ.....  
(αριθμός ετών)

7. Θέση εργασίας:

Νοσηλευτικός λειτουργός

Ανώτερος Νοσηλευτικός λειτουργός

Άλλο (διευκρινίστε).....

8. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά συμμετέχετε σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μέσα ή έξω από το νοσοκομείο σας.

Κάθε εβδομάδα

Μία με τρεις φορές το μήνα

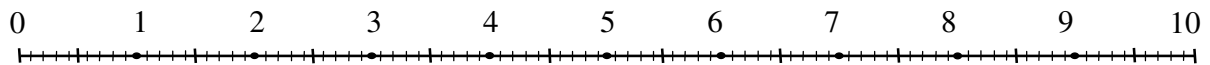
Μερικές φορές το χρόνο

Μία ή δύο φορές το χρόνο

Μία ή περισσότερες φορές κάθε 2-5 χρόνια

Λιγότερο από μία φορά κάθε 5 χρόνια

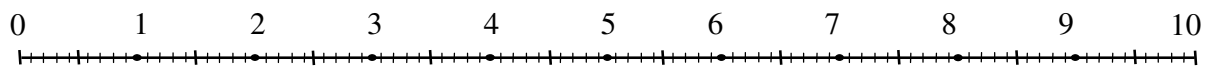
9. Παρακαλώ, σημειώστε με ένα βέλος (▼) το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία σας στη Μ.Ε.Θ.



Καθόλου ικανοποιημένος/η

Απόλυτα ικανοποιημένος/η

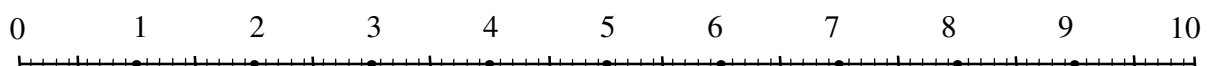
10. Παρακαλώ σημειώστε με ένα βέλος (▼) πόσο σημαντική είναι για σας η ανεξαρτησία κατά την εργασία σας στη ΜΕΘ.



Καθόλου Σημαντική

Εξαιρετικής σημασίας

11. Παρακαλώ σημειώστε με ένα βέλος (▼) κατά πόσο στη χώρα σας οι πολίτες εκτιμούν γενικά τη σπουδαιότητα των νοσηλευτών της Μ.Ε.Θ.



Καθόλου

Πάρα Πολύ

## ΤΜΗΜΑ 2. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ

Παρακαλώ σημειώστε κυκλώνοντας τις απαντήσεις σας το κατά πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις.

(οι απαντήσεις κυμαίνονται από 1: Διαφωνώ απόλυτα μέχρι 6: Συμφωνώ απόλυτα). **Κυκλώστε τον αριθμό** που αντιπροσωπεύει καλύτερα αυτό που συμβαίνει κατά την κλινική σας πρακτική.

	Διαφωνώ απόλυτα					Συμφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5	6
1. Μπορώ ανεξάρτητα να λαμβάνω αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα των ασθενών στη μονάδα μου.	1	2	3	4	5	6
2. Μπορώ ανεξάρτητα να αποφασίζω για θέματα που αφορούν στη λειτουργία της μονάδας μου.	1	2	3	4	5	6
3. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα υγείας των ασθενών.	1	2	3	4	5	6
4. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη λειτουργία της μονάδας μου.	1	2	3	4	5	6
5. Είμαι υπεύθυνος-η για αποφάσεις που λαμβάνω σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών.	1	2	3	4	5	6
6. Είμαι υπεύθυνος-η για την διεύθυνση των γνώσεων μου.	1	2	3	4	5	6
7. Μπορώ να ενεργώ ανεξάρτητα στα πλαίσια της νοσηλευτικής πρακτικής στη μονάδα μου.	1	2	3	4	5	6
8. Μπορώ να ενεργώ ανεξάρτητα προκειμένου να οργανώσω τη λειτουργία της μονάδας μου.	1	2	3	4	5	6
9. Έχω το δικαίωμα να επιλέγω τον τρόπο παροχής φροντίδας για τους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6
10. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικά με την οργάνωση της εργασίας μου.	1	2	3	4	5	6
11. Είμαι υπεύθυνος-η για την πρόοδο της φροντίδας των ασθενών.	1	2	3	4	5	6
12. Είμαι υπεύθυνος-η για την ανάπτυξη των νοσηλευτικών δεξιοτήτων μου.	1	2	3	4	5	6
13. Μπορώ να ενεργώ σύμφωνα με τις αξίες μου κατά τη φροντίδα του ασθενή.	1	2	3	4	5	6
14. Μπορώ να ενεργώ σύμφωνα με τις αξίες μου στη μονάδα.	1	2	3	4	5	6
15. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αφορούν τους ασθενείς.	1	2	3	4	5	6
16. Έχω το δικαίωμα να συμμετέχω σε συζητήσεις σχετικές με τις αξίες που αποτελούν τις αρχές λειτουργίας της μονάδας μου.	1	2	3	4	5	6
17. Είμαι υπεύθυνος-η για την εφαρμογή των αξιών μου στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
18. Εγώ είμαι υπεύθυνος-η για την ανάπτυξη των αξιών που αποτελούν τη βάση για την εργασία μου.	1	2	3	4	5	6

### **ΤΜΗΜΑ 3. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώνοντας τις απαντήσεις σας. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν στη συνεργασία νοσηλευτή-ιατρού κατά τη λήψη αποφάσεων κατά την παροχή φροντίδας υγείας στον ασθενή. Κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πώς κρίνετε τη συνεργασία σε κάθε περίπτωση.

**1. Νοσηλευτές και ιατροί σχεδιάζουν μαζί και αποφασίζουν από κοινού για θέματα που αφορούν στη φροντίδα των ασθενών στη μονάδα μου.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**2. Υπάρχει ανοιχτή επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για θέματα που αφορούν στη φροντίδα υγείας του ασθενή.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**3. Ιατροί και νοσηλευτές μοιράζονται από κοινού την ευθύνη λήψης αποφάσεων για τους ασθενείς.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**4. Ιατροί και νοσηλευτές συνεργάζονται όταν λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα υγείας των ασθενών.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**5. Κατά τη λήψη αποφάσεων οι αντιλήψεις τόσο των νοσηλευτών όσο και των ιατρών για τις ανάγκες των ασθενών λαμβάνονται υπόψη.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**6. Η λήψη των αποφάσεων συντονίζεται μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**7. Πόση συνεργασία λαμβάνει χώρα μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών όταν λαμβάνονται αποφάσεις που αφορούν στη φροντίδα υγείας;**

1 2 3 4 5 6 7  
Καθόλου συνεργασία Απόλυτη συνεργασία

**8. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από τη συνεργασία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών στη μονάδα σας;**

1 2 3 4 5 6 7  
Καθόλου ικανοποιημένος/η Απόλυτα ικανοποιημένος/η

**9. Πόσο ικανοποιημένοι είστε γενικά από τη συνεργασία στο νοσοκομείο σας;**

1 2 3 4 5 6 7  
Καθόλου ικανοποιημένος/η Απόλυτα ικανοποιημένος/η

**10. Έχω σκεφτεί να βρω άλλη εργασία έξω από τη μονάδα μου ή το νοσοκομείο λόγω ενός περιστατικού που συνέβει με κάποιον ιατρό.**

1 2 3 4 5 6 7  
Διαφωνώ απόλυτα Συμφωνώ απόλυτα

**Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο σας.**