

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος

Κατ' Οίκον Νοσηλείας Γενικής Νοσηλευτικής

μέσα από την εμπειρία των

Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Κύπρο

Τζούλιου Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μπελλάλη Θάλεια

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Δεκέμβριος 2011

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος
Κατ' Οίκον Νοσηλείας Γενικής Νοσηλευτικής
μέσα από την εμπειρία των
Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Κύπρο

Τζούλιου Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μπελλάλη Θάλεια

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Δεκέμβριος 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.1. Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας	15
1.2. Ορισμός της ποιότητας	16
1.3. Η ποιότητα στη νοσηλευτική	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ	22
2.1. Ορισμοί	22
2.2. Η αναγκαιότητα της Κατ' Οίκον Νοσηλείας	23
2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιοτική παροχή φροντίδας στην Κατ' Οίκον Νοσηλεία	26
2.3.1. Αλλαγή του επαγγελματικού ρόλου των Κοινοτικών Νοσηλευτών (ΚΝ) ...	26
2.3.2. Ολιστική Φροντίδα – Αριθμός Προσωπικού – Φόρτος εργασίας	29
2.3.3. Ικανοποίηση Ατομικών Αναγκών	31
2.3.4. Περιβάλλον Εργασίας	32
2.3.5. Εκπαίδευση	32
2.3.6. Ενδυνάμωση	35
2.3.7. Ηγεσία	36
2.3.8. Επικοινωνία	37
2.4. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία στην Κύπρο	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	43
3.1. Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα	43
3.2. Σχεδιασμός της μελέτης	43

3.3. Δείγμα	46
3.4. Ομάδες Εστιασμένης Συζήτησης	47
3.5. Τεχνική ανάλυσης δεδομένων	55
3.5.1. Στάδια Ανάλυσης Ποιοτικών Δεδομένων	57
3.5.2. Θέματα Δεοντολογίας	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	62
4.1. Ποιοτική φροντίδα υγείας	62
4.2. Ποιότητα του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας	64
4.2.1. Αντιλήψεις ΚΝ για την ποιότητα στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας	64
4.2.2. Παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών ...	65
4.2.3. Παράγοντες που διευκολύνουν την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών ...	70
4.3. Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή	71
4.4. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία τα επόμενα χρόνια	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	77
5. 1. Αλληλεπίδραση της ομάδας	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	84
6.1. Περιορισμοί της έρευνας	85
6. 2. Εισηγήσεις και Μελλοντικές προοπτικές	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	107
Παράρτημα I: Άδεια εκπόνησης μελέτης από Νοσηλευτικές Υπηρεσίες Υπουργείου Υγείας	108
Παράρτημα II: Άδεια εκπόνησης εργασίας από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου	109
Παράρτημα III: Έντυπο Συγκατάθεσης	110
Παράρτημα IV: Οδηγός Συνέντευξης	111

Ευχαριστίες:

Η πραγμάτωση της παρούσας εργασίας δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς τη συμπαράσταση κάποιων ατόμων τους οποίους θα ήθελα θερμά να ευχαριστήσω. Ως εκ τούτου, εκφράζω τις βαθιές ευχαριστίες μου σε όλους όσους βοήθησαν, συμβούλευσαν, συμπαραστάθηκαν και συνέβαλαν με τον τρόπο τους στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

- *Καταρχήν, θα ήθελα να εκφράσω ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Θάλεια Μπελλάλη για τη καθοδήγηση της.*
- *Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον Δρ. Κώστα Κωνσταντίνου και την Δρ. Θάλεια Μπελλάλη για το χρόνο που αφιέρωσαν ως μέλη της ομάδας των ανεξάρτητων ερευνητών για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας.*
- *Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα ακόμη να εκφράσω στην οικογένεια μου για την κατανόηση και την υποστήριξη που έδειξε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.*
- *Τέλος, νιώθω έντονα την ανάγκη να εκφράσω θερμές ευχαριστίες προς τους συμμετέχοντες στην παρούσα εργασία οι οποίοι διέθεσαν πολύτιμο χρόνο από τις ελεύθερες τους ώρες για να μπορέσουν να παρευρεθούν στην ομαδική συμβουλευτική συνάντηση που έγινε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας.*

Περίληψη

Εισαγωγή

Η τεράστια αύξηση των δαπανών για την υγεία, χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού οδήγησε, τα τελευταία χρόνια, σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και μετατόπισης των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από την παραδοσιακή περίθαλψη σε μη νοσοκομειακό περιβάλλον.

Ως εκ τούτου, η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί έναν από τους ταχέως αναπτυσσόμενους τομείς των συστημάτων υγείας παγκοσμίως και θεωρείται η πιο συνηθισμένη μορφή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Περαιτέρω, αποτελεί τμήμα της συνεχούς φροντίδας υγείας, στα πλαίσια της οποίας οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τόπο που κατοικούν με στόχο την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας. Ταυτόχρονα, επιφέρει, περιορισμό του κόστους αλλά και αποφυγή της ιδρυματοποίησης αποσκοπώντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία αφορά στη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των κοινοτικών νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις/ απόψεις των κοινοτικών νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας γενικότερα, αλλά και του συγκεκριμένου προγράμματος ειδικότερα, με απώτερο στόχο τη διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων που στοχεύουν στην περαιτέρω ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας.

Μεθοδολογία: Η παρούσα ερευνητική εργασία βασίστηκε σε ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση και η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση ομάδας εστιασμένης συζήτησης (focus group). Στη μελέτη συμμετείχαν 5 κοινοτικές

νοσηλεύτριες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου.

Αποτελέσματα: Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την άποψη για τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας στη νοσηλευτική. Αξιολογώντας τις απόψεις και αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και για το ρόλο τους στη βελτίωση της, διαφάνηκε ότι οι ΚΝ εστίασαν κυρίως στην επίτευξη των στόχων, στην ικανοποίηση των πελατών και τέλος στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα. Ταυτόχρονα, τονίστηκε η σημασία της ολιστικής, αλλά και τυποποιημένης φροντίδας, της εποικοδομητικής επικοινωνίας, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων στην παροχή ποιοτικής φροντίδας. Περαιτέρω, διαφάνηκε ότι διάφοροι εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες όπως η κοινωνικο – οικονομική πολιτική, κοινωνική δομή, κουλτούρα, εμπειρίες, οργανωτικά στοιχεία, κτλ., δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών του προγράμματος. Επιπλέον, υπογραμμίστηκε ότι απόσυρση των παραγόντων αυτών μπορεί να επιφέρει άμεσα αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας.

Συμπεράσματα: Υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι παρόλο που γίνεται έντονη προσπάθεια για διασφάλιση ποιοτικής παροχής υπηρεσιών από τους ΚΝ του συγκεκριμένου προγράμματος, εντούτοις λόγω διαφόρων λειτουργικών και άλλων προβλημάτων που προκύπτουν από τα προαναφερθέντα, οι ΚΝ νιώθουν ότι οι προσπάθειες τους δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Abstract

Introduction

The great increase of the health costs during the last years, without the corresponding improvement of health led to search for alternative out of hospital health services and to move from the traditional ways of caring to non-hospital environments. As a result, community nursing and especially home care nursing became one of the most developed areas of the health care systems globally and it is now considered the most usual form of non-hospital care.

Aim: The present study aimed to explore the views and perceptions of community nurses who are working for the Home Care Nursing Program of the Ministry of Health in Cyprus, about the quality of services they provide.

Specifically, the study examined the views and perceptions of community nurses regarding the quality of the provided health care services in general and particularly the quality of the Home Care Nursing Program in an attempt to extract evidence based proposals that aim to the promotion of the quality of home care nursing.

Methodology: The study was based on the qualitative methodology and the data collection and analysis was performed aided by the completion of one focus group with 5 community nurses.

Results: Findings confirm the complex character of quality in nursing. Evaluating the views and perceptions of community nurses regarding the quality of provided nursing care and their role for its improvement, it is clear that community nurses focused mostly on goal achievement, client satisfaction and holistic care. Simultaneously, the importance of standardisation of care was stressed in providing qualitative home care nursing in addition with effective communication and good working relationships. Furthermore, it became clear that various internal and external factors can hinder the provision of qualitative home care nursing and it was emphasised that the withdrawal of those factors can lead directly to improvement of quality of home care nursing services.

Conclusion: It is stressed that although an intensive attempt is performed by the community nurses to provide qualitative home care nursing, however, due to a variety of functional and other problems community nurses feel that their efforts do not have the desirable result.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της γήρανσης των σύγχρονων κοινωνιών είναι σήμερα ιδιαίτερα έντονο και αφορά κυρίως τις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες και ακόμη πιο έντονο για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η σύνθεση του πληθυσμού σε όλες τις χώρες αλλάζει ραγδαία, με αποτέλεσμα ο αριθμός των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων να αυξάνεται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις χώρες του κόσμου και θα συνεχίσει να αυξάνεται με πολύ μεγαλύτερη ταχύτητα από αυτή του συνολικού πληθυσμού (WHO 2003, WHO 2007).

Ως αποτέλεσμα, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, με ταυτόχρονη αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνομιακές και υγειονομικές προεκτάσεις.

Στον τομέα της υγείας, η φροντίδα των ασθενών κατά το πρώτο τέταρτο του 20^{ου} αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Ιστορικά δε, βασικό στόχο ενός νοσοκομείου αποτελούσε η παροχή θεραπείας στα πλαίσια των εγκαταστάσεων του (Wolper, 2001). Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία, χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού σε συνδυασμό με τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας και με ταυτόχρονη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οδήγησε, όπως παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

Κατά συνέπεια άρχισαν να τίθενται τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής/νοσοκομειακής φροντίδας έναντι στα μείζονα προβλήματα της σύγχρονης εποχής τα οποία συνδέονται άμεσα με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και του τρόπου ζωής των ανθρώπων. Έτσι, η παροχή υπηρεσιών υγείας μετατοπίζεται από την παραδοσιακή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε μη νοσοκομειακό περιβάλλον, στο πλαίσιο των δομών πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας.

Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι μια από αυτές τις υπηρεσίες που δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών (Καρύδη, 2000).

Αποτελεί δε, έναν από τους ταχώς αναπτυσσόμενους τομείς των συστημάτων υγείας παγκοσμίως και θεωρείται η πιο συνηθισμένη μορφή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης παρέχοντας κυρίως εξειδικευμένη νοσηλευτική περίθαλψη (Barr και Breindel, 2001).

Περαιτέρω, η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί τμήμα της συνεχούς φροντίδας υγείας, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τόπο που κατοικούν με στόχο την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας (Κυριακίδου, 2000). Επιφέρει, περιορισμό του κόστους αλλά και αποφυγή της ιδρυματοποίησης αποσκοπώντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ταυτόχρονα, η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, καθώς και η ποιοτική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας παραμένουν διαχρονικά ζητούμενα και αποτελούν τα τελευταία χρόνια σημαντικό ερευνητικό αντικείμενο. Στο χώρο της υγείας, η διασφάλιση της ποιότητας αποσκοπεί στην παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης περίθαλψης και φροντίδας με διαδικασίες που να σέβονται την ανθρώπινη οντότητα και που να κατοχυρώνουν την ορθολογική κατανομή των πόρων (Baric, 1998).

Παράλληλα, ο παράγοντας άνθρωπος αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, ενώ η συμμετοχή του στη διαδικασία εκτίμησης της ποιότητας θεωρήθηκε αναγκαία (Friedricks et al, 1995).

Ως επακόλουθο, τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκε – παγκοσμίως – μια μεγάλη κινητικότητα στον χώρο της φροντίδας υγείας, η οποία εκφράστηκε με μια πλειάδα ερευνών και εθνικών προγραμμάτων σχετικά με την εκτίμηση των προτιμήσεων των ασθενών ειδικότερα και την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας γενικότερα (Ραφτόπουλος, 2009). Ιδιαίτερη δε έμφαση δίνεται, τόσο στη διασφάλιση της ποιότητας, όσο και στη συνεχή βελτίωση της.

Επιπλέον, η κατ' οίκον νοσηλεία θεωρείται υπηρεσία που κατ' εξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές (Καρύδη, 2000). Λαμβάνοντας αυτό υπόψη,

και χωρίς βεβαίως να υποβαθμίζεται ο ρόλος των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όπου και όταν χρειαστεί, θεωρείται σημαντική έως και επιβεβλημένη η διερεύνηση των απόψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας ούτως ώστε να ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα ποιοτικής αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών προς όφελος όλων των ατόμων που απολαμβάνουν τέτοιες υπηρεσίες με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Ως εκ τούτου, σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας Γενικής Νοσηλευτικής του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, θα διερευνηθούν οι αντιλήψεις/ απόψεις των Κοινοτικών Νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας γενικότερα, αλλά και του συγκεκριμένου προγράμματος ειδικότερα, με απώτερο στόχο την διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων που στοχεύουν στην περαιτέρω ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στις μέρες μας, η έννοια της ποιότητας γενικότερα, αλλά και στις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα, αποτελεί σε κάθε περίπτωση κύρια προτεραιότητα και έχει για όλους τους ενδιαφερόμενους ξεχωριστή σημασία, αφού αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη (Σιγάλας, 1999). Περαιτέρω, η αναζήτηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, αφορά στο σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων υγείας (και μάλιστα σε όλες τις διαστάσεις της προσφοράς τους), και αποτελεί σήμερα αναγνωρισμένη ανάγκη σε όλο τον κόσμο.

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι να κάνει μια σύντομη ιστορική αναδρομή για την ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και ταυτόχρονα, να προσδιορίσει εννοιολογικά τον όρο ποιότητα μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο της υγείας, αλλά και ειδικότερα μέσα από το πρίσμα της νοσηλευτικής επιστήμης.

1.1. Ιστορική αναδρομή της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με το Ραφτόπουλο (2009) οι πρώτοι οι οποίοι μελέτησαν τον όρο «ποιότητα» ήταν, πιθανώς, οι Ρωμαίοι, στα πλαίσια της προσπάθειας τους να εκτιμήσουν την αποδοτικότητα των στρατιωτικών τους νοσοκομείων. Αργότερα το Μεσαίωνα, ακολούθησαν οι καλόγεροι, οι οποίοι πολύ πιθανόν να έκαναν τακτικό απολογισμό των δραστηριοτήτων τους αναφορικά με τη φροντίδα των αρρώστων, κάτι ανάλογο με τα σημερινά φύλλα ποιότητας. Περαιτέρω, στοιχεία που χρονολογούνται από το 1450 π.Χ. μαρτυρούν την προσήλωση των Αιγυπτίων τεχνιτών στην επιθεώρηση και την μέτρηση της ποιότητας της εργασίας τους.

Η Florence Nightingale στα 1850 κατέγραψε τη φροντίδα που παρέχονταν στους ασθενείς που νοσήλευε και χρησιμοποιούσε τις πληροφορίες που αποκόμιζε για να εντοπιστούν τα δυνατά και αδύνατα σημεία της φροντίδας, με στόχο την καθιέρωση ενός αποδεκτού επιπέδου φροντίδας σύμφωνα με κάποια πρότυπα καλής πρακτικής. Η

Florence Nightingale μίλησε πρώτη φορά για «πρότυπα διαδικασίας της νοσηλευτικής πρακτικής» μέσα από το βιβλίο της : Σημειώσεις στην Νοσηλευτική το 1860.

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής και ταυτίστηκε με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος (Τούντας, 2003). Στη συνέχεια η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε στον ευρύτερο χώρο της παραγωγής προϊόντων, συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Ειδικότερα, για τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Σιγάλας, 1999).

1.2. Ορισμός της ποιότητας

Ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και υποκειμενικός, αφού έχει διατυπωθεί μέσα από πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις άλλοτε συνοπτικές και σύντομες και άλλοτε πιο σύνθετες και αναλυτικές. Παρά τις εννοιολογικές διαφορές που παρατηρούνται στον ορισμό της ποιότητας, ένα κοινό σημείο το οποίο αναδεικνύεται είναι η προσπάθεια για επίτευξη του «τέλειου», του «άριστου», του «μέγιστου», κτλ. Η Αμερικανική Ένωση Ελέγχου Ποιότητας ορίζει την ποιότητα ως «την ολότητα των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητα να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking, 1979).

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ότι στο χώρο της βιομηχανίας αφού από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο να αναδεικνύονται σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπιση τους. Ως εκ τούτου, αποτελεί θέμα ολοένα και αυξανόμενης σπουδαιότητας (Nelson, 1996), ενώ ταυτόχρονα, η παροχή φροντίδας ποιότητας αποτελεί ευρύτερο πρόβλημα (Γεωργακάκου, 2000).

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή προσωπικών υπηρεσιών, αποδέκτης – χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Πρωτίστως, ενδιαφέρει τους ασθενείς που είναι οι χρήστες/καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών.

Ταυτόχρονα, όμως, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των Υπηρεσιών Υγείας (ΥΥ), στους οποίους περιλαμβάνονται εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος, κτλ (Τούντας, 2010). Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως «η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης».

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996).

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993) «η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία θα πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (WHO, 1993).

Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής» (Τούντας, 2003)

Σύμφωνα με το Ραφτόπουλο (2009) «η ποιότητα ταυτίστηκε σημασιολογικά με την ικανοποίηση των ασθενών ενώ στην ουσία η ικανοποίηση είναι μόνο μια από τις

διαστάσεις της ποιότητας φροντίδας». Σύμφωνα με την οπτική του χρήστη (ασθενή/ πελάτη), η ποιότητα συνδέεται με τις προσδοκίες και την ικανοποίηση, ενώ από την οπτική του παραγωγού (επαγγελματία/ σύστημα υγείας) συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές, οι οποίες έχουν τεθεί στην φάση του σχεδιασμού (Παυλάκης, 2007).

Ως εκ τούτου, εκτός από τους ασθενείς, η ποιότητα ενδιαφέρει εξίσου τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα, εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας και τέλος, την ίδια την κοινωνία στο σύνολο της και ως εκ τούτου, μπορεί να οριστεί διαφορετικά από τον γιατρό, από τη διοίκηση του νοσοκομείου, από το κράτος, τον ασφαλιστικό φορέα ή τον ερευνητή – επιστήμονα.

Ιδιαίτερα, όσοι από τους παραπάνω δεν έχουν άμεση σχέση με την παροχή των υγειονομικών φροντίδων δυσκολεύονται να εκτιμήσουν τι είναι ακριβώς αυτό που προσδιορίζει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, κυρίως όσον αφορά στην τεχνική και την επιστημονική διάσταση των φροντίδων αυτών.

Έτσι, αναπτύχθηκαν πολλές μέθοδοι αξιολόγησης της ποιότητας, εκ των οποίων οι περισσότερες αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας (π.χ. θνησιμότητα, ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων, κα.) (Σιγάλας, 1999). Σύν το χρόνο, διάφορες μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για αποτίμηση, διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας όπως: ο ποιοτικός έλεγχος, η διασφάλιση της ποιότητας, οι κύκλοι ποιότητας, η διοίκηση ολικής ποιότητας και τα σταθμισμένα έτη ζωής.

Η πολυπλοκότητα κατά την αναζήτηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, υποδεικνύει ότι οι λύσεις δεν μπορούν να είναι μονοσήμαντες και εύκολες. Ως εκ τούτου, απαιτείται από όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη διαδικασία παραγωγής και παροχής των υπηρεσιών (γιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι, διοικητικοί, κτλ.) να διατηρήσουν θετική στάση αλλά και υπεύθυνη και ενεργό συμμετοχή σε κάθε προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας.

Στην πραγματικότητα όμως, αν στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών τότε θα πρέπει να εξεταστεί η ποιότητα απ' όλες τις πλευρές και να ληφθεί σοβαρά υπόψη όλων των ενδιαφερομένων.

Λαμβάνοντας υπόψη την επιστημονική και τη διοικητική άποψη καθώς και τις απόψεις των ασθενών και της κοινωνίας αναπτύχθηκαν διάφοροι τρόποι αξιολόγησης της ποιότητας (Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου, 2006). Σε αυτούς υπάγονται η επιστημονική άποψη (η οποία επικρατεί κυρίως στη βιβλιογραφία και περιλαμβάνει δύο υποκατηγορίες την ιατρική και τη νοσηλευτική) και η διοικητική άποψη η οποία αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία και περιγράφεται από τον Pollitt (1988) ως τα 3 E's: Οικονομία (Economy), αποδοτικότητα (Efficiency) και αποτελεσματικότητα (Effectiveness). Η άποψη αυτή σχετίζεται με το αυξημένο κόστος στην παροχή υγείας.

Περαιτέρω, στους τρόπους αξιολόγησης της ποιότητας υπάγεται η άποψη των ασθενών η οποία αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή άποψη στην ποιότητα φροντίδας. Η κριτική των ασθενών σχετίζεται κυρίως με την αποτελεσματικότητα της φροντίδας και λιγότερο με τα οργανωτικά αποτελέσματα (Pfeffer, 1991). Ακόμη, οι ασθενείς θεωρούνται οι πιο σημαντικοί και αξιόπιστοι κριτές. Εάν όμως η άποψη τους είναι διαφορετική από την επιστημονική και διοικητική άποψη, τότε θα υπερισχύσει η επιστημονική (Holloway & Mobbs 1992, Wright, 1987) αφού η άποψη τους θεωρείται υποκειμενική και ως εκ τούτου είναι υποδιαίστερη της επιστημονικής. Τέλος, αξιολογείται η άποψη της κοινωνίας η οποία εκφράζει τις απόψεις του κοινού ή των ομάδων.

Τονίζεται δε, ότι, συχνά οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των εμπλεκομένων στη διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας είναι αλληλοσυγκρουόμενες γεγονός που καθιστά την όλη προσέγγιση ιδιαίτερα δύσκολη υπόθεση. Υπογραμμίζεται επίσης, ότι είναι σημαντικό να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η γνώμη των ασθενών, οι εκτιμήσεις όμως των επαγγελματιών υγείας είναι εκείνες που τελικά θα προσδιορίσουν το είδος και το εύρος των υπηρεσιών που έχει ανάγκη ο ασθενής.

Έτσι, αν προσπαθήσει κανείς να ορίσει την ποιότητα θα πρέπει να δώσει απαντήσεις στα ακόλουθα τρία ερωτήματα: «τι σημαίνει ποιότητα για τον ασθενή;», «τι σημαίνει ποιότητα για τον επαγγελματία φροντίδας υγείας;» και «τι σημαίνει ποιότητα γι' αυτούς που σχεδιάζουν την υγειονομική πολιτική;». Το δεύτερο ερώτημα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως οδηγός για την παρούσα εργασία η οποία λαμβάνοντας υπόψη ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας δεν αφορά μόνο τους χρήστες, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας, στοχεύει να διερευνήσει τις αντιλήψεις των ΚΝ ως προς την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας.

Ως εκ τούτου, η ποιότητα στην υγεία θα μπορούσε να ταυτιστεί με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών με ταυτόχρονο έλεγχο του κόστους.

1.3. Ποιότητα στη Νοσηλευτική

Η νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος. Αποτελεί δε, σύνθετη επιστήμη γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς.

Αν και η νοσηλευτική σχετιζόταν με την ποιότητα από τις μέρες της Florence Nightingale, η έννοια της ποιότητας παρέμεινε για μεγάλο χρονικό διάστημα αδιευκρίνιστη (McCloskey & Grace 1990). Οι Buchan, Grey και Hill (1990) αναφέρουν ότι δεν υπάρχει ένα κριτήριο που να προσδιορίζει την ποιότητα της φροντίδας, υπογραμμίζοντας έτσι ότι η ποιότητα είναι ουσιαστικά λειτουργία πολλών στοιχείων ενισχύοντας έτσι την άποψη ότι η ποιότητα στη νοσηλευτική είναι πολυδιάστατη. Ο Donabetian (1986) αναφέρει ότι η ποιότητα είναι τόσο πολύπλευρη στη φύση της, που για να μετρηθεί αποτελεσματικά θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν πολλαπλές ερευνητικές μετρήσεις.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από τον συνδυασμό του ενδιαφέροντος για τον άρρωστο με την επαγγελματική επάρκεια και ικανότητα του νοσηλευτή (Ραγιά, 2005). Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) όρισε την

εξασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων που βεβαιώνουν τον ασθενή ότι λαμβάνει την καλύτερη φροντίδα (Πλατή, 1997).

Η επιδίωξη υψηλής ποιότητας στη φροντίδα υγείας είναι ευθύνη του κάθε εργαζομένου στο χώρο της υγείας. Όταν ο καθένας αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη στη διεργασία διατήρησης και βελτίωσης της ποιότητας, τότε η από κοινού επισήμανση και λύση των προβλημάτων είναι αποτελεσματικότερη. Ο νοσηλευτής έχει προσωπική και συλλογική ευθύνη να παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας και να συμμετέχει στη διαδικασία αξιολόγησης η οποία περιλαμβάνει τον άρρωστο και την οικογένεια του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου μαζί με την Αγωγή Υγείας αποτελούν την πεμπτούσια της Κοινωνικής Νοσηλευτικής (Κυριακίδου, 2000).

Το παρόν κεφάλαιο στοχεύει να παρουσιάσει τη συμβολή της κατ' οίκον νοσηλείας στην ποιότητα φροντίδας. Περαιτέρω, γίνεται αναφορά στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον νοσηλείας.

2.1. Ορισμοί

Η **Κατ' οίκον Νοσηλεία** αποτελεί τμήμα της συνεχούς φροντίδας υγείας, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τόπο που κατοικούν με στόχο την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας, τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας (Κυριακίδου, 2000). Η παρεχόμενη φροντίδα προγραμματίζεται, προσφέρεται και επιβλέπεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή με τη χρήση ανάλογων μέσων και υπηρεσιών (American Nurse's Association, 1973,1980). Αποτελεί δε, μερική ή κατά χρονικά διαστήματα νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από πτυχιούχο (εξειδικευμένο) νοσηλευτή ή υπό τη δική του επίβλεψη.

Ταυτόχρονα, η έννοια της συνέχειας της φροντίδας λαμβάνει υπόψη τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ανάγκες των ανθρώπων και συσχετίζει τις απαιτήσεις παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας με τις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες αυτών των ατόμων, οι οποίες επηρεάζουν την ανάρρωση (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005).

Ο **Κοινωνικός Νοσηλευτής (ΚΝ)** είναι ο νοσηλευτής ο οποίος ασκεί νοσηλευτική βασισμένη στην κοινότητα. Ο ΚΝ εστιάζει στη «φροντίδα της νόσου» των ατόμων και των οικογενειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Κύριος σκοπός του είναι η διαχείριση οξέων και χρόνιων καταστάσεων σχετικών με την υγεία εντός της κοινότητας,

και το έργο του εστιάζεται στη φροντίδα της νόσου με επίκεντρο την οικογένεια. Ο ΚΝ, ενώ παρέχει φροντίδα υγείας σε άτομα και οικογένειες, συμβάλλει στη διατήρηση και αναγνώριση των αξιών της κοινότητας.

Περαιτέρω, ο ΚΝ στοχεύει στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην εκπαίδευση υγείας, στο χειρισμό, συντονισμό και συνοχή κατά τη διαχείριση της φροντίδας υγείας ατόμων, οικογενειών και ομάδων εντός της κοινότητας (Stanhope & Lancaster, 2006).

Τέλος, ο ΚΝ πρέπει να είναι πολυδύναμος, ικανός να ανταποκρίνεται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργεί και να οργανώνει το περιβάλλον εργασίας του, να αποφασίζει και να ενεργεί κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων του χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Σουρτζή, 2005).

2.2. Η αναγκαιότητα της Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και κατά συνέπεια και η γήρανση του πληθυσμού και η συνεπακόλουθη αλλαγή του νοσολογικού προτύπου οδήγησαν σε αύξηση των χρόνιων εκφυλιστικών και πολυπαραγοντικών ασθενειών (Τούντας 2003, Θεοδώρου και συν. 2001).

Η γήρανση είναι μια μη παθολογική βιολογική διαδικασία. Ωστόσο, η διαδικασία αυτή δημιουργεί κάποιες αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό, οι οποίες μπορούν να περιορίσουν τον τρόπο ζωής που το άτομο ακολουθούσε κατά το παρελθόν (Πλατή 1993, Eliopoulos 1997). Οι περισσότερες παθήσεις των ηλικιωμένων είναι από φύση τους χρόνιες (Birchfield 1996, Eliopoulos 1997). Οι μηχανισμοί νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι επίσης διαφορετικοί. Ως εκ τούτου, γενικότερα, η ανάγκη για παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας αναφέρεται συνήθως στους ηλικιωμένους και στους χρονίως πάσχοντες όπου το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερο από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών.

Έτσι, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονος προβληματισμός σε σχέση με την αύξηση των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης με το κομμάτι του λέοντος να απορροφάται από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ταυτόχρονα, διεθνής τάση αποτελεί η εξασφάλιση άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος σε συνδυασμό με αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Κούλη και συν., 2009).

Επιπλέον, οι οικονομικοί περιορισμοί προωθούν την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας σε όλο και περισσότερους ασθενείς, με σκοπό την αποφυγή κατάληψης κρεβατιών «οξείας» νοσηλείας στο νοσοκομείο (Vallerand et al., 2005). Αναγνωρίζεται δε, ότι η κατ' οίκον νοσηλεία μπορεί να προλάβει ή και να ελαττώσει τον αριθμό των εισαγωγών στο νοσοκομείο αλλά κυρίως να συμβάλει στην αποφυγή μακροχρόνιας νοσοκομειακής περίθαλψης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή 2005, Fainsinger et al 2003) καθώς και στον περιορισμό του κόστους αφού αυτές οι παράμετροι συμβάλουν σημαντικά στη μείωση του κόστους που προκαλείται από την αυξημένη ενδονοσοκομειακή νοσηλεία.

Είναι επομένως σημαντικό να ληφθεί πρόνοια, ώστε οι ηλικιωμένοι και οι χρονίως πάσχοντες να μπορούν να απολαμβάνουν μια ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή παραμένοντας στο φυσικό τους περιβάλλον αποφεύγοντας έτσι τη χρήση ιδρυματικής φροντίδας και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Ως εκ τούτου, τα συστήματα υγείας ιδιαίτερα στις χώρες της Ευρώπης, και όχι μόνο, δέχονται σημαντικές πιέσεις για αναβάθμιση των εξωνοσοκομειακών μορφών περίθαλψης προκειμένου να περιορίσουν το κόστος και ταυτόχρονα να καταστούν αποδοτικά, αποτελεσματικά και ποιοτικά. Περαιτέρω, η ανάγκη για μικρότερο χρόνο παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία λόγω του υψηλού κόστους νοσηλείας, η ευαισθητοποίηση του κοινού σε εναλλακτικές μορφές υπηρεσιών υγείας και η δυνατότητα πλέον εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών εκτός του νοσοκομειακού πλαισίου οδήγησε στην αναζήτηση εναλλακτικών μορφών φροντίδας.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια, η κατ' οίκον νοσηλεία αποτελεί έναν από τους ταχέως αναπτυσσόμενους τομείς παροχής φροντίδας παγκοσμίως και χαρακτηρίζεται πλέον ως

αναπόσπαστο κομμάτι και σημαντική μέθοδος παροχής φροντίδας υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας, τα οποία στοχεύουν στην εξασφάλιση άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ταυτόχρονα, στοχεύουν στην πρόληψη, στη διατήρηση αλλά και στην αποκατάσταση της υγείας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2005, Fainsinger et al 2003).

Τα προαναφερθέντα, ενισχύονται έντονα από έρευνα της Κούλη και συν. (2009) με θέμα την «εκτίμηση του κόστους της κατ' οίκον νοσηλείας σε άτομα με κακοήθη νεοπλάσματα». Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτελούσαν 128 πάσχοντες από νεοπλασματικές παθήσεις που λάμβαναν νοσηλεία στο σπίτι. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα είναι 2,8 φορές χαμηλότερο από το αντίστοιχο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Επιπλέον, το κόστος με το οποίο επιβαρύνεται ο υγειονομικός τομέας για μια ημέρα νοσηλείας στο νοσοκομείο αντιστοιχεί στο κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας ενός ασθενούς για ένα μήνα.

Πέραν όμως από όλα τα παραπάνω θέματα σχεδιασμού και εφαρμογής μακροχρόνιων στρατηγικών για περιορισμό του κόστους οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι στην καθημερινή τους πρακτική με θέματα που αφορούν το κόστος και τις επιπτώσεις του στην παροχή φροντίδας. Οι Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου (2006), αναφέρουν ότι «εξετάζοντας την ποιότητα φροντίδας, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να κάνουν ανάλυση κόστους – αποτελέσματος, ώστε να δικαιολογούν τις παρεμβάσεις τους».

Επιπρόσθετα, αναφέρεται δε, ότι οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τη σχέση κόστους και ποιότητας, με σκοπό να εξασφαλίσουν το καλύτερο αποτέλεσμα μέσα στα πλαίσια των διαθέσιμων πόρων τους (Collings, 2005). Ταυτόχρονα όμως, υπογραμμίζεται ότι οι νοσηλευτές νιώθουν απογοήτευση και ανησυχία λόγω των περιορισμένων δυνατοτήτων και ευκαιριών που έχουν για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, ως αποτέλεσμα περικοπών στον προϋπολογισμό για θέματα υγείας (Williams 1998, Scully 1995, Millis & Tattam, 1994).

2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιοτική παροχή φροντίδας στην

Κατ' Οίκον Νοσηλεία

Η έννοια της «ποιότητας» επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες τόσο εσωτερικά όσο και εξωτερικά του συστήματος υγείας. Οι εσωτερικοί παράγοντες σχετίζονται κυρίως με οργανωτικά στοιχεία (κτήρια, εξοπλισμός, προσωπικό), που επηρεάζονται από τους εξωτερικούς παράγοντες (Taylor, 2000). Στους εξωτερικούς παράγοντες αναφέρονται η κοινωνικο-οικονομική πολιτική, η γεωγραφική και κοινωνική δομή μιας περιοχής, κουλτούρα, εμπειρίες κτλ. (Μπακάλης και Θεοδωρακοπούλου, 2006).

Ο Maxwell (1984) περιγράφει την ποιότητα ως ένα κοινωνικό οικοδόμημα που σχηματίζεται από τις προσωπικές αξίες και τις προσδοκίες από αυτό. Οι ατομικές και κοινωνικές προσδοκίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζονται από το περιεχόμενο της υπηρεσίας. Ανασκοπώντας τη διεθνή βιβλιογραφία εντοπίστηκαν και παρατίθενται παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή φροντίδας υγείας γενικότερα και οι οποίοι ταυτίζονται άμεσα με τους παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας.

2.3.1. Αλλαγή επαγγελματικού ρόλου των Κοινοτικών Νοσηλευτών (KN)

Η αλλαγή στη σύνθεση του πληθυσμού και της κουλτούρας (διαπολιτισμικότητα), η αλματώδης τεχνολογική ανάπτυξη, οι αλλαγές στον τρόπο παροχής της φροντίδας και γενικότερα στην άσκηση της νοσηλευτικής, επιβάλλουν και αλλαγή του επαγγελματικού ρόλου του KN (Markham & Carney 2007, Austin et al. 2000).

Η έρευνα των Markham & Carney (2007), είναι η πρώτη έρευνα που διεξήχθη στην Ιρλανδία με βασικό σκοπό τη διερεύνηση των απόψεων των KN για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στην κοινότητα. Δείγμα της μελέτης η οποία ήταν ποιοτικής μεθοδολογίας αποτελούσαν 8 KN με τουλάχιστον 3ετή εμπειρία. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ημιδομημένων συνεντεύξεων και η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Η μελέτη μεταξύ άλλων, διαπιστώνει την αλματώδη ανάπτυξη της κλινικής πρακτικής καθώς και

του εξειδικευμένου ρόλου που πρέπει να διαδραματίζει ο ΚΝ ως αποτέλεσμα των κοινωνικών αλλαγών, της τεχνολογικής εξέλιξης και της ανάγκης για παροχή τεκμηριωμένης πρακτικής.

Δυστυχώς, η ΚΝ δεν άδραξε τις ευκαιρίες για ανάπτυξη στους ρυθμούς που το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο απαιτούσε (Billingham, 2005). Στην έρευνα τους οι Markham & Carney (2007) υπογραμμίζουν την ανάγκη για αναθεώρηση και ανάπτυξη της υπηρεσίας με βάση το ευρύτερο γίνεσθαι. Ταυτόχρονα οι Carnwell & Dally (2003), ενισχύουν τα πιο πάνω προσθέτοντας ότι οι ΚΝ θα πρέπει επίσης να αναθεωρήσουν την πολιτική και τις διαδικασίες (procedures) που ήδη εφαρμόζουν για να στηρίξουν τον καινούργιο τους ρόλο. Περαιτέρω, τονίζεται ότι θα πρέπει να τεθούν τα επαγγελματικά όρια των ΚΝ και να καθοριστούν οι ευθύνες τους (Perry et al. 2003, Carnwell & Dally 2003, Ellefsen 2001).

Στην έρευνα των Haycock-Stuart et al (2008) αρκετοί ΚΝ παρουσιάστηκαν δυσαρεστημένοι με την αλλαγή πολιτικής της υπηρεσίας και ένιωθαν ότι αυτό οδήγούσε σε αλλαγή στον επαγγελματικό τους ρόλο, δίνοντας έμφαση στην ηγεσία και το μάνατζμεντ χωρίς να εστιάζει στη φροντίδα των ασθενών γεγονός, το οποίο τους προκαλεί αισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης.

Περαιτέρω, η απομάκρυνση από τη φροντίδα των ασθενών (την οποία θεωρούν και ως τη κυριότερη επαγγελματική ευθύνη τους) λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών, φόρτου εργασίας ή υποχρεωτικής ενασχόλησης με οργανωτικά ή διοικητικά καθήκοντα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης και αύξηση της δυσαρέσκειας τους (Haycock-Stuart et al 2008, McGillis-Hall & Doran 2007). Ταυτόχρονα όμως, οι ΚΝ αντιλαμβάνονται τη σημασία του εξειδικευμένου ρόλου που καλούνται πλέον να διαδραματίσουν στην κοινότητα και που τους κάνει να νιώθουν ευάλωτοι/ τρωτοί έναντι του γενικού τους ρόλου.

Ιδιαίτερη αναφορά στην απώλεια του γενικού ρόλου των ΚΝ γίνεται και στην έρευνα των Markham & Carney (2007) όπου οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται ότι αυτό συμβαίνει λόγω της εξειδικευμένης φροντίδας που χρειάζεται πλέον να παρέχουν.

Περαιτέρω, υπογραμμίζεται η σημασία της ολιστικής φροντίδας, της χρήσης τεκμηριωμένης πρακτικής κατά την τυποποίηση της φροντίδας, της σωστής / επικοδομητικής επικοινωνίας, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων τόσο με προϊσταμένους όσο και με τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας για παροχή ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney, 2007).

Αναφορικά με τη χρήση της τεκμηριωμένης πρακτικής κατά την τυποποίηση της φροντίδας και των διαδικασιών, σε συνδυασμό με τη συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της, τονίστηκε ότι αυτό θα οδηγήσει στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Ακόμη, η τυποποίηση της φροντίδας πιστεύεται ότι θα διευκολύνει στη διατήρηση της φροντίδας. Παρόλο όμως που υπογραμμίστηκε η σημασία της τεκμηριωμένης πρακτικής στην ποιοτική φροντίδα, αλλά και στην κλινική αποτελεσματικότητα (Cranston, 2002), εντούτοις, οι συμμετέχοντες στην ερευνητική εργασία των Markham & Carney (2007) παρατήρησαν ότι αυτό είναι πολύ δύσκολο να επιτευχθεί αφού η πρακτική η οποία εφάρμοζαν παρέμεινε στάσιμη και αναλλοίωτη για μακρύ χρονικό διάστημα, παρ' όλες τις ευρύτερες αλλαγές που συνέβαιναν.

Στην έρευνα των McKenna & Keeney (2004) εντοπίστηκε μια σύγχυση μεταξύ των συμμετεχόντων για τον ρόλο που ο ΚΝ θα πρέπει να διαδραματίζει. Συγκεκριμένα η έρευνα είχε βασικό σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας (γενικοί γιατροί και ΚΝ) και του κοινού σε σχέση με την Κοινοτική Νοσηλευτική. Το δείγμα αποτελούσαν 38 ΚΝ, 14 γενικοί ιατροί και 8 άτομα της κοινότητας. Διαφάνηκε λοιπόν ότι, οι περισσότεροι ΚΝ θεωρούν (σε αντίθεση με τους Γενικούς Ιατρούς) ότι κυριαρχεί μια παρανόηση του ρόλου τους από το κοινό. Ενδιαφέρον όμως προκύπτει από το γεγονός ότι 58% των συμμετεχόντων συμφωνούν ότι το κοινό προτιμά επισκέψεις και φροντίδα από έναν και όχι από πολλούς ΚΝ. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι δεν έχει γίνει αντιληπτός ο σύγχρονος – εξειδικευμένος ρόλος που ο ΚΝ καλείται να διαδραματίσει. Σε αντίφαση με αυτά, ποσοστό πέραν του 85% του κοινού ανέφεραν ότι νιώθουν πολύ πιο σίγουροι όταν φροντίζονται από εξειδικευμένους ΚΝ.

Το πιο εκπληκτικό όμως προκύπτει από τη διχασμένη άποψη των ΚΝ οι οποίοι αδυνατούν να αποφασίσουν κατά πόσον η παρακολούθηση των ασθενών από εξειδικευμένο ΚΝ ή από ένα γενικό ΚΝ θα βελτιώσει την ποιότητα της φροντίδας.

Τέλος, σημαντικό θεωρείται ότι πέραν του 50% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι το κοινό θα ένιωθε πιο άνετα σε μια θεραπευτική σχέση με ΚΝ παρά με Γενικό Ιατρό και τονίζεται ιδιαίτερα η σπουδαιότητα συνεργασίας των ΚΝ με το κοινό.

2.3.2. Ολιστική Φροντίδα – Αριθμός Προσωπικού – Φόρτος εργασίας

Η ολιστική φροντίδα των ασθενών θεωρείται σημαντική παράμετρος στον απολογισμό της ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney, 2007). Η φροντίδα των ατόμων θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική και ολιστική ενώ ταυτόχρονα να βασίζεται στην αυτονομία, το σεβασμό, το δικαίωμα της επιλογής με ταυτόχρονη προαγωγή της ανεξαρτησίας του ατόμου και της ικανότητας του για αυτοφροντίδα (Murphy 2007, McCormack 2003, Davies et al 1999).

Ως εκ τούτου, οι ΚΝ θεωρούν πολύ σημαντική τη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αυτών και των ασθενών (Haycock-Stuart et al, 2008), ενώ ταυτόχρονα, διάφορες έρευνες υπογραμμίζουν την ικανοποίηση που οι ΚΝ λαμβάνουν όταν «γνωρίζουν» τους ασθενείς τους (McGillis-Hall & Doran 2007, Murphy 2007, Kennedy 2004, Speed & Luker 2004, Riccio 2000).

Επιπλέον, οι ΚΝ θεωρούν ότι το να «γνωρίζουν» τους ασθενείς τους και να αναπτύσσουν καλές σχέσεις σε συνδυασμό με την προσωπική ανάμειξη τους στην κοινότητα αυξάνει το αίσθημα της εργασιακής ικανοποίησης τους (Haycock-Stuart et al, 2008), ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσονται αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Fagermoen 1997, Berg et al. 2007, Hallin & Danielson 2008).

Περαιτέρω, ειδική ευθύνη της νοσηλευτικής γενικότερα και της κατ' οίκον νοσηλείας ειδικότερα, συνίσταται στην εξασφάλιση ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης

νοσηλευτικής φροντίδας τόσο προς το άτομο, όσο και στην οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα.

Ο Parish (1986) περιγράφει την ποιότητα της νοσηλευτικής, χρησιμοποιώντας διαδικασίες όπως η αφοσίωση στην ολοκληρωμένη και ατομική φροντίδα, εμπλοκή των ασθενών και των οικογενειών τους στη φροντίδα, ψυχολογική στήριξη και ανακούφιση. Έξι από τους οκτώ συμμετέχοντες στην έρευνα των Markham & Carney (2007) υπογραμμίζουν ότι η παροχή ολιστικής φροντίδας είναι ουσιαστική για παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Ταυτόχρονα όμως, ο χρόνος νοσηλείας θεωρείται ζωτικής σημασίας για την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας που να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών διατηρώντας την ανεξαρτησία τους (Murphy 2007, Williams 1998). Επίσης, ο χρόνος που διαθέτουν με τους ασθενείς για να τους ακούν, να τους συμβουλεύουν και να τους διδάσκουν αναγνωρίζεται από τους νοσηλευτές ως στοιχείο ποιότητας της φροντίδας (Jackson-Frankl, 1990).

Παρόλο όμως που γενική επιθυμία είναι η παροχή ολιστικής φροντίδας εντούτοις, ο μειωμένος αριθμός προσωπικού εμποδίζει την εφαρμογή της και ίσως ακόμη να οδηγεί και στην υιοθέτηση προσεγγίσεων που επικεντρώνονται στη διεκπεραίωση συγκεκριμένου έργου σε αντίθεση με το όλο (task orientated) (Davy, 1998). Ακόμη, το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού αντηχεί και σε άλλες έρευνες στις οποίες εντοπίζονται έντονες ανησυχίες για τη συνεχή αύξηση των απαιτήσεων τη στιγμή που ο αριθμός του προσωπικού φθίνει (Haycock-Stuart et al, 2008). Συγκεκριμένα, στην έρευνα των Kneafsey et al., (2003) οι ΚΝ νιώθουν ότι η προσοχή τώρα εστιάζει στον αριθμό των περιστατικών ή σε άλλες πιο αντικειμενικές μετρήσεις ενώ παραγνωρίζεται ο αφανής φόρτος εργασίας τους (Haycock-Stuart et al, 2008). Ακόμη, υπογραμμίζεται ότι οι ΚΝ εγκαταλείπουν την υπηρεσία ως αποτέλεσμα των φτωχικών συνθηκών εργασίας και έλλειψης προσωπικού (Attree, 2001).

Διαφαίνεται δε ότι, ο αυξημένος φόρτος εργασίας οδηγεί σε μείωση του διαθέσιμου χρόνου νοσηλείας και ως εκ τούτου, επιδρά αρνητικά στην ποιότητα της φροντίδας (Markham & Carney 2007, Riccio 2000). Αναφέρεται επίσης, ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας οδηγεί τους ΚΝ σε μείωση των κατ' οίκον επισκέψεων (Dinsdale, 2002). Πληθώρα δε ερευνών ενισχύουν τα πιο πάνω (Haycock-Stuart et al 2008, Irurita 1999, Kipping and Hickey 1998, Williams 1998.). Περαιτέρω, αναφέρεται ότι ο περιορισμένος χρόνος για φροντίδα παρεμποδίζει την συνέπεια και συνέχεια στη φροντίδα.

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Markham & Carney (2007) περιέγραψαν τις επιπτώσεις που επιφέρει η φτωχή ποιότητα φροντίδας προς τους πελάτες των υπηρεσιών και το προσωπικό, τονίζοντας ότι η κατάσταση αυτή επιφέρει αυξημένα επίπεδα άγχους και απογοήτευσης. Ακόμη, αναφέρεται ότι οι ΚΝ οι οποίοι βιώνουν τα συναισθήματα αυτά θεωρούν ότι δεν είναι πλέον ικανοί να παρέχουν φροντίδα σε επίπεδο που γι' αυτούς να θεωρείται αποδεκτό (Williams, 1998).

2.3.3. Ικανοποίηση Ατομικών Αναγκών

Η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ασθενών, θεωρείται ότι διαδραματίζει ζωτικό ρόλο στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney, 2007). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Markham & Carney (2007), θεωρούν επίσης ότι, η συνέχεια στη φροντίδα διευκολύνει την προσπάθεια των ΚΝ για ικανοποίηση των ατομικών αναγκών των ασθενών ενώ ταυτόχρονα, λαμβάνει υπόψη τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες ανάγκες των ανθρώπων και συσχετίζει τις απαιτήσεις παροχής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας με τις ψυχο-κοινωνικές ανάγκες αυτών των ατόμων, οι οποίες επηρεάζουν την ανάρρωση (Καλοκαιρινού και Σουρτζή, 2005).

Η έλλειψη όμως και πάλι του προσωπικού σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη πόρων καθώς και οι χρονικοί περιορισμοί που προκύπτουν από αυτά παρεμποδίζουν την επίτευξη αυτού του στόχου και έχουν ως αποτέλεσμα η φροντίδα να παρέχεται κομματιασμένη (Markham & Carney, 2007). Περαιτέρω, σε έρευνα της Williams (1998) οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι η ψυχολογική και

συναισθηματική στήριξη και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών ήταν τα πρώτα που εγκαταλείπονταν υπό τις ανάλογες περιστάσεις ενώ ταυτόχρονα αυξανόταν το δικό τους στρες, δυσαρέσκεια και απογοήτευση.

2.3.4. Περιβάλλον Εργασίας

Το περιβάλλον εργασίας καθώς και η διαθεσιμότητα των πόρων θεωρούνται επίσης σημαντικές παράμετροι για παροχή ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney 2007, Williams 1998).

Σε έρευνα του Kitson (1986), υπογραμμίστηκε η σημασία των οργανικών στοιχείων, της κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού σε συνδυασμό με αλλαγή στη λειτουργία της διοίκησης και των γνώσεων των νοσηλευτών.

Όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Markham & Carney (2007) αναφέρθηκαν σε έλλειψεις λειτουργικών μέσων όπως ηλεκτρονικών υπολογιστών, κινητού τηλεφώνου και άλλων μέσων που θα βοηθούσαν στην ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας. Περαιτέρω, αναφέρθηκαν σε χωροταξικά προβλήματα του εργασιακού περιβάλλοντος (όπως έλλειψη γραφειακού και άλλου εξοπλισμού αλλά και χώρου εντός των γραφείων τους) τα οποία παρεμπόδιζαν την ομαλή διεξαγωγή των εργασιών τους και έθεταν φραγμούς στον πολυθεματικό χαρακτήρα της εργασίας τους.

2.3.5. Εκπαίδευση

Οι άνθρωποι πρέπει να μαθαίνουν και να αναπτύσσονται για να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις νέες προκλήσεις (Spreitzer & Quinn, 2001). Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σχετίζεται άμεσα με την εκπαίδευση των νοσηλευτών, τόσο την βασική και μεταβασική όσο και τη συνεχιζόμενη. Κατά την εκπαίδευση, μετεκπαίδευση αλλά και συνεχή εκπαίδευση καλλιεργούνται και αναπτύσσονται η αντίληψη της έννοιας της ποιότητας και ο προσανατολισμός της ποιότητας φροντίδας καθώς και η γνώση της

νοσηλευτικής επιστήμης και πράξης αλλά και οι μέθοδοι εξασφάλισης και προαγωγής της ποιότητας της.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα των Markham & Carney (2007) υπογράμμισαν την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση για βελτίωση της πρακτικής τους υποστηρίζοντας ότι θα τους βοηθήσει στην παροχή τεκμηριωμένης πρακτικής. Επίσης, θεωρούν ότι διαμέσου της εκπαίδευσης θα καταστούν ικανοί και καλά πληροφορημένοι επαγγελματίες.

Επίσης στην έρευνα της Williamson (2007) υπογραμμίστηκε από νοσηλευτές ότι η «γνώση είναι δύναμη». Ταυτόχρονα, υπογραμμίζεται ότι η γνώση προάγει την αυτογνωσία, το αίσθημα αυτοπεποίθησης, ενισχύει την προσωπική ανάπτυξη, την αυτονομία και αυξάνει την ικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney 2007, Hahlane et al 2006, Carlisle et al 1994). Ιδιαίτερα, ως προς την παράμετρο της αυτονομίας αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές της κατ' οίκον νοσηλείας θεωρούν ότι εμπεριέχεται στην πρακτική τους (Flynn & Deatrlick, 2003), ενώ ταυτόχρονα η αυτονομία αποτελούσε βασικό θέμα συζήτησης και συνδέθηκε έντονα με την εργασιακή ικανοποίηση και το δικαίωμα επιλογής τους.

Αντίθετα, νοσηλευτές οι οποίοι διαθέτουν την γνώση και τις δεξιότητες αισθάνονται απογοήτευση όταν δεν τους δίνονται οι ανάλογες ευκαιρίες να τα εφαρμόσουν στην πράξη (Hahlane et al 2006, Kipping & Hickey 1998).

Περαιτέρω, οι νοσηλευτές οι οποίοι ενισχύουν τη γνώση τους είναι σε θέση να παρέχουν αποτελεσματικό και αποδοτικό επίπεδο φροντίδας (Rodwell, 1996). Ως εκ τούτου, η γνώση συνδέεται άμεσα με την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Hahlane et al 2006, Attree, 1992) ενώ συγχρόνως, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2005) προάγει την ασφάλεια κατά την φροντίδα τη στιγμή που η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται ουσιαστική παράμετρος στον απολογισμό της φροντίδας (Marek, 1989).

Σε έρευνα της Riccio (2000) με θέμα «Αξιολόγηση της ποιότητας της κατ' οίκον νοσηλείας – οι απόψεις των ασθενών, των γιατρών και των νοσηλευτών» βρέθηκε ότι 10% των συμμετεχόντων νοσηλευτών υποστήριξε ότι εκτελεί ανασφαλής νοσηλευτική.

Ταυτόχρονα ποσοστό 20% αναφέρει ότι διεξάγει λανθασμένα κάποιες διαδικασίες λόγω ανεπαρκών γνώσεων και ανακριβών δεξιοτεχνιών. Περαιτέρω, εντοπίζεται ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτές δεν έχουν πάντα την ευκαιρία για συνεχή εκπαίδευση (Hahlane et al 2006).

Πέραν όμως από τη εκπαίδευση και τη γνώση μια άλλη παράμετρος η οποία θεωρείται σημαντική στην παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι οι κλινικές ικανότητες / δεξιοτεχνίες των ΚΝ οι οποίες εκτιμούνται ως προτεραιότητα ιδιαίτερα από τους ασθενείς (Hahlane et al 2006, Von Essens, 1991).

Εκτός από την εκπαίδευση που θα πρέπει να λαμβάνουν, οι ΚΝ οφείλουν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση του κοινού σε θέματα αγωγής και προαγωγής της υγείας (Cantrell 1998, Delaney 1994, Dines 1994). Αντίθετα, υπογραμμίζεται ότι οι νοσηλευτές κατ' οίκον νοσηλείας παρέχουν φυσική, κλινική, κοινωνική και συναισθηματική γνώση προς τους ασθενείς (Giannakos, 1997).

Σε έρευνα της Cantrell (1998) με στόχο τη διερεύνηση των απόψεων των ΚΝ για την εκπαίδευση σε θέματα υγείας διαφάνηκε ότι οι ΚΝ θεωρούν την εκπαίδευση σε θέματα υγείας ως ένα σημαντικό κομμάτι του επαγγελματικού τους ρόλου. Υποστήριξαν δε, ότι η δυνατότητα να γνωρίζουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ενισχύει τον εκπαιδευτικό τους ρόλο αυξάνοντας τα ενδεχόμενα για διδασκαλία, αλλά και για πιο ολοκληρωμένη και σωστή φροντίδα.

Αντίθετα, ο περιορισμένος αριθμός προσωπικού, χρόνου και πόρων εμποδίζουν τον εκπαιδευτικό τους ρόλο. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτικοί ηγέτες δε δίνουν προτεραιότητα αλλά ούτε και την πρέπουσα σημασία στην εκπαίδευση για θέματα υγείας. Ανάλογα ευρήματα εντοπίστηκαν και στην έρευνα των Granstrom & Lindmark (2000) με θέμα την Κοινοτική Νοσηλευτική Φροντίδα στο Ρατζιαστχαν της Ινδίας όπου διαφάνηκε ότι όλα τα προαναφερθέντα προβλήματα σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα κοινωνικά προβλήματα και την συγκεκριμένη κοινωνική δομή που επικρατεί στη χώρα δεν επιτρέπουν στην ΚΝ να εδραιωθεί και να αναπτυχθεί.

Αντίθετα, η απροθυμία των πολιτικών αρχών, η έλλειψη υποστήριξης και πόρων, αλλά και τα σοβαρά προβλήματα ασφάλειας που αντιμετωπίζουν οι ΚΝ οδηγούν σε περιφρόνηση της ΚΝ από το κοινό.

2.3.6. Ενδυνάμωση

Καθημερινά, στη συνεχή τους πρακτική οι ΚΝ έρχονται αντιμέτωποι με τη συνεχή πρόκληση για παροχή ποιοτικής φροντίδας. Ιδιαίτερα, οι ΚΝ που εργάζονται στην Κατ' οίκον νοσηλεία στοχεύουν στο να καθοδηγούν και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να γνωρίζουν για τη προσωπική τους φροντίδα ενώ ταυτόχρονα βρίσκουν τρόπους για να τους ενδυναμώνουν. Περαιτέρω, διαμέσου της προσωπικής τους ενδυνάμωσης οι ΚΝ μαθαίνουν πως να διαχειρίζονται τα επαγγελματικά τους καθήκοντα και υποχρεώσεις και ταυτόχρονα ενθαρρύνουν τους ασθενείς να συμμετέχουν στον προγραμματισμό και ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών (Williamson, 2007).

Στην έρευνα της Williamson (2007) με θέμα τις απόψεις των νοσηλευτών της κατ' οίκον φροντίδας για την ενδυνάμωση είχε ως βασικό σκοπό τη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη ενδυνάμωση των νοσηλευτών σε σχέση με τη φροντίδα των ασθενών στο σπίτι τους, με ιδιαίτερη αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους κατά την άσκηση της καθημερινής τους πρακτικής. Το δείγμα αποτελούσαν 15 νοσηλεύτριες της Κατ' οίκον νοσηλείας. Διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλεύτριες διαθέτουν μεγάλο μέρος του χρόνου τους για παροχή φροντίδας στους ασθενείς, για ακρόαση των ασθενών, διδάσκοντας του ασθενείς για θέματα που τους αφορούν, τους διευκολύνουν και ταυτόχρονα τους καταστούν ικανούς να φροντίσουν τους εαυτούς τους και να παραμείνουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους.

Στην ίδια έρευνα οι συμμετέχοντες επικύρωσαν την άποψη ότι η οικοδόμηση καλών σχέσεων με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για ποιοτική παροχή κατ' οίκον νοσηλείας.

Ως εκ τούτου, η ενδυνάμωση καθιστά ικανούς τους νοσηλευτές να χρησιμοποιήσουν τη γνώση και τις δεξιότητες τους για να ανταποκριθούν στις πολυπλοκότητες που αντιμετωπίζει και θα αντιμετωπίσει στο μέλλον το νοσηλευτικό επάγγελμα. Οι νοσηλευτές της κατ' οίκον φροντίδας αναμένονται να προγραμματίσουν, σχεδιάσουν και εφαρμόσουν ένα κατάλληλο σχέδιο φροντίδας, να καθορίσουν κατάλληλες παρεμβάσεις, να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους στην παροχή φροντίδας και να παρέχουν αξιόλογη φροντίδα σε αποδεκτά χρονικά πλαίσια. Τέλος οι νοσηλευτές πρέπει να βρουν τρόπους ούτως ώστε να συμμετέχουν ενεργά ως ένας σημαντικός εταίρος στην ποιοτική παροχή φροντίδας (Williamson, 2007).

2.3.7. Ηγεσία

Η άσκηση ηγετικού ρόλου από το ψ ΚΝ ήταν μια άλλη παράμετρος της οποίας η συμβολή θεωρήθηκε σημαντική για παροχή ποιοτικής φροντίδας αφού η καθοριστική επίδραση του νοσηλευτή στην ποιότητα της φροντίδας υγείας γενικότερα εξαρτάται περισσότερο από την οργάνωση και διεκπεραίωση της και λιγότερο από την επίδραση εξωτερικών παραγόντων, όπως είναι τα θεραπευτικά συστήματα ή οι τεχνικοί και περιβαλλοντικοί περιορισμοί (Παπαδαντωνάκη, 2008).

Υποστηρίζεται δε, ότι η ηγεσία θα πρέπει να προέρχεται από τους ίδιους τους ΚΝ , να οδηγεί σε προγράμματα ανασύστασης της ποιότητας (Markham & Carney, 2007) και να χαρακτηρίζεται από οργανωτική ευελιξία (Murphy, 2007).

Έρευνα των McKenna et al (2004) είχε ως θέμα την «Νοσηλευτική Ηγεσία στα Πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)» όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ΚΝ, τους Γενικούς Ιατρούς (ΓΙ), τα άτομα που σχεδιάζουν πολιτική και άτομα της κοινότητας. Συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει το ρόλο και τις λειτουργίες της ΠΦΥ και της ΚΝ με ιδιαίτερες αναφορές στη βελτίωση της πρακτικής, της εκπαίδευσης, της έρευνας και της πολιτικής. Δείγμα αποτελούσαν 38 ΚΝ, 14 ΓΙ, 34 ανώτεροι διοικητικοί λειτουργοί υγείας και 8 άτομα από την κοινότητα. Η έρευνα έγινε

στην Ιρλανδία. Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη χρήση ομάδων εστιασμένης συζήτησης, με τη χρήση της μεθόδου «Δελφοί» και με ημιδομημένες συνεντεύξεις.

Βασικότερο πόρισμα της έρευνας το οποίο προέκυψε από το μεγαλύτερο αριθμό των συμμετεχόντων ήταν ότι μια δυνατή ηγεσία είναι σημαντική για την ανάπτυξη/ αναβάθμιση της υπηρεσίας KN, ενώ διαφάνηκαν κάποιες διαφωνίες από την πλευρά των διοικητικών για το κατά πόσο στο παρόν στάδιο υφίσταται ηγεσία, υπογραμμίζοντας ταυτόχρονα τη δυσκολία για εντοπισμό της μελλοντικής νοσηλευτικής ηγεσίας. Το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται να έχει κυρίως σχέση με την κουλτούρα που επικρατεί στη νοσηλευτική και η οποία δεν ενθαρρύνει για ηγετική καριέρα.

Περαιτέρω, μεγάλο μερίδιο ευθύνης πηγάζει αναμφίβολα από την άποψη που επικρατεί για χρόνια μεταξύ των νοσηλευτών οι οποίοι θεωρούν τους εαυτούς τους υποδιαίστερους έναντι των γιατρών (υποτακτικό σώμα νοσηλευτών έναντι των γιατρών) (McKenna et al., 2004) αλλά και την αδυναμία να γαλουχηθούν δυνατοί ηγέτες (McKenna, 1997).

Ακόμη, οι Antrobus & Kitson (1999), αναγνωρίζουν την ανάγκη για αλλαγή αυτής της κουλτούρας μεταξύ των νοσηλευτών με στόχο την ανάπτυξη μελλοντικών ηγετικών στελεχών.

Οι McKenna et al. (2004), αναγνωρίζουν επίσης, τη σημασία διασφάλισης του σεβασμού προς τη νοσηλευτική ηγεσία και υπογραμμίζουν ότι μόνο τότε οι μελλοντικοί νοσηλευτικοί ηγέτες θα αποκτήσουν την ελευθερία να ηγηθούν.

2.3.8. Επικοινωνία

Η επικοινωνία τόσο μεταξύ των KN, όσο και με τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας κατά τον προγραμματισμό και την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney, 2007) ενώ οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν συχνά το κλειδί για την επιτυχία (Williamson, 2007, Hahlane et al 2006). Οι KN δεν μπορούν να εργάζονται σε απομόνωση από την υπόλοιπη ομάδα υγείας εάν

θέλουν να παρέχουν επαρκή φροντίδα προς του ασθενείς. Ταυτόχρονα αυτό τους βοηθά να αναπτύσσονται και οι ίδιοι ως επαγγελματίες (Williamson, 2007). Οι Succi, Lee και Alexander (1998) υπογραμμίζουν ότι το κλειδί για αποτελεσματικές εργασιακές σχέσεις είναι η εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών.

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στην επικοινωνία μεταξύ των μελών της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας η οποία, θεωρήθηκε φτωχή και είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των μελών της. Κάποιοι νοσηλευτές ανέφεραν ότι εργάζονταν απομονωμένοι και χωρίς στήριξη ή βοήθεια από συναδέλφους (Riccio, 2000). Ως εκ τούτου, αυτό προκαλούσε αισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης στους ΚΝ, ενώ ταυτόχρονα είχε ως αποτέλεσμα οι πελάτες να μην λαμβάνουν την πρέπουσα φροντίδα (Markham & Carney, 2007). Υπογραμμίστηκε δε, η σημασία της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ προσωπικού και διοίκησης για τη δημιουργία αρμονικού εργασιακού περιβάλλοντος, παράμετρος η οποία θεωρείται ότι επιφέρει άμεσα αποτελέσματα στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (Lageson, 2001).

Ταυτόχρονα, σε έρευνα των Long and Baxter (2001) με θέμα τις απόψεις των ΚΝ για τον φακτιοναλισμό και ολισμό στην υγεία, τονίζεται η σημασία τόσο της λεκτικής όσο και της μη λεκτικής επικοινωνίας στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και ενσυναισθησίας μεταξύ ΚΝ και ασθενών.

Τέλος, η σημασία της επικοινωνίας στη νοσηλευτική δεν μπορεί από το να μην υπερεκτιμηθεί (Ogden, 2000), αφού κατά την άσκηση της νοσηλευτικής οι νοσηλευτές διαδρούν συνεχώς με ανθρώπινα όντα.

2.4. Η κατ' Οίκον Νοσηλεία στην Κύπρο

Στην Κύπρο, η κατ' οίκον φροντίδα γενικότερα, παρέχεται τόσο από εθελοντικούς - μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όσο και από το δημόσιο τομέα. Στους εθελοντικούς οργανισμούς υπάγονται ο Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων (ΠΑ.ΣΥ.ΚΑ.Φ) και ο Αντικαρκινικός Σύνδεσμος.

Στο δημόσιο τομέα, πριν από την εφαρμογή του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας γενικής νοσηλευτικής, οι υπηρεσίες της Κοινοτικής Νοσηλευτικής που προσφέρονταν από το Υπουργείο Υγείας στην Κύπρο, αφορούσαν στη μητρότητα και το παιδί, τη σχολική υγεία και τα άτομα με ψυχικά νοσήματα. Σήμερα, το πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας γενικής νοσηλευτικής, ξεκίνησε να παρέχει υπηρεσίες από το 2004. Αρχικά το πρόγραμμα ξεκίνησε ως πιλοτικό στις επαρχίες Λευκωσίας και Λεμεσού με δύο ΚΝ για κάθε επαρχία.

Συγκεκριμένα, στην επαρχία Λεμεσού το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 2004 στο Νοσοκομείο Κυπερούντας και στην επαρχία Λευκωσίας το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2005 στο Αστικό Κέντρο Υγείας Καϊμακλίου. Μετά από ένα χρόνο λειτουργίας, το πρόγραμμα αξιολογήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και αποφασίστηκε η εφαρμογή και επέκταση του σε άλλες περιοχές.

Το πρόγραμμα έχει γίνει πλέον θεσμός και λειτουργεί σε πενθήμερη βάση αφού έχει εγκριθεί και επικυρωθεί από το Υπουργείο Υγείας ενώ σταδιακά το πρόγραμμα αναβαθμίζεται και στελεχώνεται με νέο προσωπικό. Ως εκ τούτου, το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας γενικής νοσηλευτικής ανέρχεται σε 20 κοινοτικούς νοσηλευτές παγκυπρίως, ενώ έχει επεκταθεί και σε άλλους δήμους και κοινότητες (Πίνακας Νο 1).

Με στόχο την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη παροχή φροντίδας, το πρόγραμμα παρέχει υπηρεσίες με βάση δύο προγράμματα νοσηλείας (α) το βραχυπρόθεσμο πρόγραμμα παρακολούθησης και (β) το μακροπρόθεσμο πρόγραμμα παρακολούθησης.

(α) Πρόγραμμα Βραχυπρόθεσμης Παρακολούθησης:

Πρόγραμμα στο οποίο εντάσσονται άτομα τα οποία έπειτα από αξιολόγηση από Κοινοτικό Νοσηλευτή, η νοσηλεία που θα παρέχεται μπορεί να ολοκληρωθεί σε διάστημα περίπου δύο μηνών

(β) Πρόγραμμα Μακροπρόθεσμης Παρακολούθησης:

Πρόγραμμα στο οποίο εντάσσονται άτομα τα οποία έπειτα από αξιολόγηση από Κοινοτικό Νοσηλευτή η φροντίδα που θα παρέχεται απαιτεί περισσότερο χρόνο από δύο μήνες

Περαιτέρω, από τον Απρίλιο του 2008, η υπηρεσία εφαρμόζει πρόγραμμα στήριξης και παροχής κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα με μηχανική υποστήριξη για την επαρχία Λευκωσίας.

Αναγνωρίζοντας την ανάγκη ορθού προγραμματισμού υπηρεσιών υγείας και έχοντας εις γνώση την επίδραση των κοινωνικών και οικολογικών προβλημάτων υγείας οι ΚΝ διεκπεραιώνουν τις ακόλουθες δραστηριότητες:

- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας του ατόμου στο περιβάλλον του και εκτίμηση της αλληλεπίδρασης ατόμου-οικογένειας και περιβάλλοντος, με στόχο τον εντοπισμό των αναγκών και προβλημάτων.
- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στο άρρωστο άτομο έτσι ώστε να εμποδίζεται η εισαγωγή του σε κάποιο νοσηλευτήριο.
- Καθοδήγηση και λήψη προληπτικών μέτρων για αποφυγή προβλημάτων ή επιπλοκών που προκύπτουν από μια κατάσταση.
- Διδασκαλία και εκπαίδευση ατόμου/ οικογένειας/ φροντιστή ή άλλων ατόμων που εμπλέκονται στη φροντίδα, για το σωστό χειρισμό της ασθένειας και των συμπτωμάτων της.
- Συνεχής ψυχολογική στήριξη και ενδυνάμωση των πελατών για αυτοφροντίδα.
- Ενημέρωση και ενδυνάμωση των ατόμων /οικογενειών ώστε να αξιοποιούν τις Υπηρεσίες /Πόρους /Φορείς της κοινότητας στην οποία ζουν.
- Συμβουλευτική και καθοδήγηση ατόμων/ οικογενειών/ ομάδων για υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής καθώς και τη δημιουργία και διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Ψυχολογική στήριξη του άρρωστου ατόμου, του ατόμου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του, καθώς και της οικογένειας.
- Ενθάρρυνση και στήριξη του ατόμου, της οικογένειας, και της κοινότητας για λήψη αποφάσεων που βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής τους (Υπουργείο Υγείας, 2009).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Παγκύπρια Κατανομή Κοινοτικών Νοσηλευτών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Δήμοι/Κοιότητες όπου παρέχεται το πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας	Έρδα	Αριθμός ΚΝ ανά Κέντρο Υγείας
Δήμος Λευκωσίας Δήμος Αγ. Δομετίου	Κέντρο Υγείας Λευκωσίας	3
Δήμος Στροβόλου	Κέντρο Υγείας Στροβόλου	2
Δήμος Λακατάμιας / Κοινότητα Ανθούπολης	Πολυδύναμο Κέντρο Λακατάμιας	2
Δήμος Έγκωμης	Κέντρο Υγείας Έγκωμης	1
Κοιότητες: Κυπερούντα, Γαλάτα, Χαντριά, Κ. Αμιάντος, Δύμες, Ποταμίτισσα, Κακοπετριά	Νοσοκομείο Κυπερούντας	2
Κοιότητες: Ποτάμι, Βυζακιά, Νικιτάρι, Σινά Όρος, Καλιάνα, Τεμπριά, Κοράκου, Ευρύχου, Λινού, Φλάσου, Κατίδατα, Άγιος Θεόδωρος Σολέας	Κέντρο Υγείας Ευρύχου	1
Κοιότητες: Αγρός, Άγιος Ιωάννης, Κάτω Μύλος, Άγιος Θεόδωρος Αγρού	Κέντρο Υγείας Αγρού	1
Κοιότητες: Πόλης Χρυσοχούς, Θελέτρα, Κάθηκας, Πάνω και Κάτω Αρόδες, Ίνια, Δρούσια, Κρήττου Τέρα	Νοσοκομείο Πόλης Χρυσοχούς	1
Κοιότητες: Όμοδος, Κοιλάνι, Βάσα, Ποταμιού, Μαλια, Πλάτρες, Φοινί, Άρσος	Κέντρο Υγείας Ομόδους	1
Δήμος Λεμεσού, Δήμος Μέσα Γειτονίας, Δήμος Αγ. Αθανασίου, Δήμος Γερμασόγιας	Κέντρο Υγείας Λινόπετρας	2
Κοινότητα Γερίου	Κέντρο Υγείας Γερίου	1
Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας – Διασυνδεδετική/ Συμβουλευτική Υπηρεσία	Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	1
Δήμος Λευκωσίας Πρόγραμμα Για Άτομα με Μηχανική Υποστήριξη	Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας	2

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών γενικής νοσηλευτικής οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Επιμέρους στόχοι ήταν αφενός η διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και αφετέρου ο εντοπισμός παραγόντων που είτε διευκολύνουν είτε δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

Περαιτέρω, η ερευνητική εργασία στόχευε στον εντοπισμό εισηγήσεων εκ μέρους των Κοινοτικών Νοσηλευτών, με στόχο την διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων για την περαιτέρω ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας.

3.2. Σχεδιασμός της μελέτης

Η παρούσα ερευνητική εργασία βασίστηκε σε ποιοτική μεθοδολογική προσέγγιση στη βάση της οποίας η συλλογή και ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσω ομάδων εστιασμένης συζήτησης (focus groups).

Η επιλογή αυτού του είδους έρευνας έγινε γιατί οι μέθοδοι της ποιοτικής ανάλυσης στοχεύουν στην κατανόηση των άλλων ανθρώπων και του τρόπου ζωής τους, μέσα από ένα προσωπο-κεντρικό και ολιστικό πρίσμα (Holloway & Wheeler 1997, Leininger 1992, Μπελλάλη και Παπάζογλου, 2004). Ειδικότερα, η χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης συμβάλλει στη διερεύνηση των απόψεων διαφόρων ομάδων, παρέχει στον ερευνητή τη δυνατότητα αλληλεπίδρασης με τους συμμετέχοντες, σε αντιδιαστολή με τις προκαθορισμένες σειρές ερωτήσεων και συμβάλλει στον εμπλουτισμό των δεδομένων μέσω του φαινομένου της «χιονοστιβάδας» που προκαλείται, όταν οι απαντήσεις

κάποιων συμμετεχόντων αποτελούν ερέθισμα για άλλους που αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο βάθος τις απόψεις τους.

Περαιτέρω, η εν λόγω μέθοδος δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας, καθώς επιτρέπει στους συμμετέχοντες να εκφράσουν τις απόψεις τους με μεγαλύτερη ελευθερία και ταυτόχρονα, αποτελεί οικονομικό τρόπο για τη συλλογή δεδομένων από ένα σημαντικό αριθμό ατόμων.

Επιπλέον, η ποιοτική έρευνα δε βασίζεται σε προϋπάρχουσες θεωρητικές υποθέσεις, αλλά μόνο σε ένα γενικό εννοιολογικό πλαίσιο και η συλλογή πληροφοριών κατευθύνεται, κατά την πορεία της έρευνας, προς εκείνα τα στοιχεία τα οποία φωτίζουν περισσότερο τις υπό διαμόρφωση εννοιολογικές κατηγορίες. Ακόμη, οι μη δομημένες ποιοτικές προσεγγίσεις υπόσχονται πολλά σε καταστάσεις που αφορούν την προσαρμογή των ανθρώπων σε κρίσιμες εμπειρίες της ζωής όπως π.χ. χρόνιες νόσοι ή αναπτυξιακές αλλαγές (Benoliel, 1984), ενώ το εννοιολογικό πλαίσιο δε λειτουργεί σαν «καλούπι» στο οποίο θα πρέπει να προσαρμοστούν τα εμπειρικά δεδομένα.

Αντίθετα, επιτρέπει μια ευέλικτη προσέγγιση η οποία οδηγεί στην ανάδειξη νέων διαστάσεων μέσα από τη συνεχή ανατροφοδότηση που παρέχουν τα δεδομένα καθώς συλλέγονται (κυκλική αλληλουχία).

Τέλος, σκοπός των ποιοτικά προσανατολισμένων ερευνητών είναι η διατύπωση συμπερασμάτων που βρίσκουν εφαρμογή σε παρόμοιους πληθυσμούς και συνθήκες, χωρίς να επιδιώκεται γενίκευση τους στον ευρύτερο πληθυσμό. Στόχο δε, αποτελεί η ανάπτυξη μιας καθολικής σε βάθος εικόνας για κάθε περίπτωση, η ανεύρεση κοινών στοιχείων και η διατύπωση εννοιολογικών κατηγοριών (Μπελλαλη και Παπάζογλου, 2004).

Σύμφωνα με την Benoliel (1984) η ποιοτική έρευνα έχει χαρακτηριστεί ως συστηματική διερεύνηση, που ενδιαφέρεται για την κατανόηση των ανθρωπίνων υπάρξεων και τη φύση των συναλλαγών μεταξύ τους και με το περιβάλλον τους. Αφορά στην έρευνα

γύρω από τα βιώματα και τις εμπειρίες των ανθρώπων, τις συμπεριφορές, τα συναισθήματα τους, καθώς επίσης και τη φύση και τη λειτουργία συστημάτων, κοινωνικών ομάδων, πολιτισμικών φαινομένων, κ.α. (Strauss & Corbin, 1998 στις Μπελλαλη και Παπάζογλου 2004)

Ταυτόχρονα, προτεραιότητα αποτελεί η κατανόηση του πως μια ομάδα ατόμων αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί την εμπειρία της (Rubin & Rubin, 1995) και επιπλέον παρέχει τη δυνατότητα για εις βάθος μελέτη περίπλοκων πτυχών ενός φαινομένου (Neimeyer & Hogan 2001 στις Μπελλαλη και Παπάζογλου 2004).

Ως εκ τούτου, κατά την επιλογή της συγκεκριμένης ερευνητικής μεθόδου, λήφθηκε υπόψη ο σκοπός της παρούσας εργασίας που ήταν η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας γενικής νοσηλευτικής του Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών.

Όλοι οι προαναφερθέντες λόγοι αποτέλεσαν παράγοντες που ώθησαν στην επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου αφού κρίθηκε ως η πιο ευέλικτη και καταλληλότερη προσέγγιση η οποία θα μπορούσε να διερευνήσει συστηματικά και εις βάθος τα βιώματα και τις εμπειρίες μίας ομάδας ΚΝ (τα οποία διαμορφώνουν και τις απόψεις τους γύρω από το υπό μελέτη θέμα) καθώς και τον τρόπο που η ομάδα αυτή αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί τις εμπειρίες της.

Περαιτέρω, πέραν από την παρούσα μελέτη, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδείχθηκε ότι η χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στα χέρια ερευνητών οι οποίοι ενδιαφέρονται να μελετήσουν συναφή θέματα των οποίων η διερεύνηση χρήζει εις βάθος μελέτη διαμέσου της ποιοτικής προσέγγισης και ταυτόχρονα στοχεύει στον εντοπισμό των απόψεων, στάσεων, εμπειριών και πεποιθήσεων των συμμετεχόντων, χωρίς να προσδοκεί στη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.

Συνακόλουθα, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι πληθώρα ερευνητών έκαναν χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης σε θέματα που αφορούσαν στην νοσηλευτική ηγεσία στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (McKenna et al 2004), σε θέματα που αφορούσαν στην γνώση, εκπαίδευση, δεξιοτεχνία και εμπειρίες κατά την πρακτική της κοινοτικής νοσηλευτικής (Bramadat et al. 1996, Cunningham & Kelly 2008, Cantrell 1998) καθώς και σε θέματα που αφορούσαν στις απόψεις των κοινοτικών νοσηλευτών σε θέματα αποκατάστασης ασθενών (Kneafsey et al. 2003), φόρτου εργασίας (Stuart et al. 2008), κτλ. αλλά και της κοινοτικής υπηρεσίας γενικότερα (Granstrom & Lindmark, 2000).

3.3. Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη κλήθηκε να συμμετέχει όλο το προσωπικό της κατ' οίκον νοσηλείας γενικής νοσηλευτικής που ανέρχεται σε 20 κοινοτικούς νοσηλευτές παγκυπρίως (Πίνακας Νο 1).

Για την επιλογή του δείγματος, αρχικά εφαρμόστηκε η μέθοδος της σκόπιμης δειγματοληψίας η οποία δίνει την ευκαιρία για επιλογή περιπτώσεων πλούσιων σε πληροφορίες και οι οποίες είναι σε θέση να ρίξουν φως στα ερευνητικά ερωτήματα (Patton, 1990). Επιπλέον, η επιλογή των συμμετεχόντων στηρίζεται στην εμπειρία ή ενασχόλησή τους με το υπό μελέτη θέμα και στη δυνατότητά τους να διατυπώσουν τις απόψεις τους. Κατά συνέπεια, ο τρόπος επιλογής τους βασίζεται στη σκόπιμη δειγματοληψία εξασφαλίζοντας έτσι μια «ειδική» σύνθεση για την ομάδα (Wong, 2008).

Από τους 20 κοινοτικούς νοσηλευτές του προγράμματος, προέκυψε ένα δείγμα ευκολίας 5 νοσηλευτών. Οι υπόλοιποι 11 νοσηλευτές δεν κατέστη δυνατόν να συμμετέχουν, παρ' όλη την προθυμία που είχαν αρχικά εκφράσει λόγω του βεβαρημένου προγράμματος που είχαν κατά την ώρα διεξαγωγής της συζήτησης και θα γινόταν στον ελεύθερο τους χρόνο. Μια νοσηλεύτρια βρισκόταν με άδεια τοκετού και δύο νοσηλεύτριες είχαν άδεια ασθενείας. Περαιτέρω, μία εκ των κοινοτικών νοσηλευτών που εργάζονται στο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας είναι η ίδια η ερευνήτρια.

Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες ηλικίας 37 – 42 ετών, απόφοιτοι της Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου που κατείχαν Δίπλωμα στη Γενική Νοσηλευτική, καθώς και εξειδίκευση στην Κοινωνική Νοσηλευτική (παρακολούθησαν το μεταβασικό πρόγραμμα Κοινωνικής Νοσηλευτικής της Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου). Περαιτέρω, μια από τις νοσηλεύτριες ήταν κάτοχος πτυχιακού τίτλου σπουδών στη Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Εκπαίδευση και μεταπτυχιακού τίτλου στη Διοίκηση Μονάδων Υγείας, μία είχε ήδη αποκτήσει πτυχιακό τίτλο σπουδών στη Νοσηλευτική από ιδιωτικό πανεπιστήμιο, ενώ οι υπόλοιπες τρεις βρίσκονται στην τελική φάση απόκτησης του πτυχίου τους έπειτα από πρόγραμμα εξομοίωσης το οποίο παρακολουθούν στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.

3.4. Ομάδες Εστιασμένης Συζήτησης

Το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν η ομάδα εστιασμένης συζήτησης. Οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης (ΟΕΣ), αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων αφού πρόκειται για μια μέθοδο με σημαντικά πλεονεκτήματα (εύρος απόψεων, αλληλεπίδραση μελών ομάδας, χρόνος διεξαγωγής). Περαιτέρω, η ΟΕΣ αποτελεί μια τεχνική η οποία κινητοποιεί τους συμμετέχοντες και τους βάζει σε μια λογική αλληλοενεργοποίησης καθώς τους δίνει έναν απόλυτα δυναμικό και όχι παθητικό ρόλο (Wells 1979).

Η εν λόγω μέθοδος χρησιμοποιείται, ευρέως στο χώρο του μάρκετινγκ και πιο συστηματικά στις κοινωνικές επιστήμες, αλλά και για αξιολόγηση της ποιότητας από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες (Steward & Shamdasani 1990, Morgan 1993, Kreuger 1994) καθώς και από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Evanson & Whittington, 1997). Είναι μια μέθοδος που επιτρέπει στον ερευνητή να αποσαφηνίζει διάφορα σημεία, αφού έχει άμεση επαφή με την ομάδα (Robinson, 1999), είναι αποδοτική αφού εξοικονομεί χρόνο σε σχέση με την ατομική συνέντευξη (Kidd & Parshall, 2000) και βέβαια διασφαλίζει μια ποιότητα δεδομένων, μέσα από την εκφρασμένη δυναμική της ομάδας και την ευχάριστη ατμόσφαιρα που δημιουργείται (Carrey & Smith 1994, Nyamathi & Shuler 1990).

Πριν ακόμα διεξαχθεί μία ΟΕΣ υπάρχει μια σειρά από ζητήματα που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ο Morgan (1997) διακρίνει τέσσερα στάδια στη διαδικασία των ΟΕΣ (Gooch et al, 2003): (α) το σχεδιασμό, (β) τη στρατολόγηση των συμμετεχόντων, (γ) τη διεξαγωγή της συζήτησης και (δ) την ανάλυση των δεδομένων.

(α) Σχεδιασμός των ΟΕΣ

Το στάδιο του σχεδιασμού περιλαμβάνει κύρια τον καθορισμό του αριθμού των ομάδων και των συναθροίσεων των ΟΕΣ. Ο αριθμός των συμμετεχόντων σε μια ΟΕΣ είναι καθοριστικός για την ομαλή και αποδοτική διεξαγωγή της συζήτησης. Η επιλογή των συμμετεχόντων στηρίζεται στην εμπειρία ή ενασχόλησή τους με το υπό μελέτη θέμα και στη δυνατότητά τους να διατυπώσουν τις απόψεις τους (Wong, 2008).

Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο ιδανικός αριθμός των συμμετεχόντων, καθώς αυτός εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων 4 έως 12 συμμετέχοντες, σε μια συζήτηση διάρκειας 1,5 έως 2 ώρες, αποτελεί ένα ικανοποιητικό μέγεθος. Η υπόδειξη αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι ο διαφορετικός αριθμός ατόμων αλλάζει τη δυναμική της ομάδας στη συζήτηση και συμβάλει στην καλύτερη διεξαγωγή της. Μία μικρότερη ομάδα μπορεί να έχει μεγαλύτερη δυνατότητα να δώσει φωνή στη γνώμη των συμμετεχόντων. Μέσα σε μία μεγαλύτερη ομάδα η δυνατότητα αυτή συχνά χάνεται.

Επιπλέον οι χαμηλών τόνων συμμετέχοντες ή αυτοί που συμμετέχουν περισσότερο μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα. Έτσι για παράδειγμα, μέσα σε μία μικρότερη ομάδα είναι ευκολότερο να παρακινηθούν να συμμετέχουν περισσότερο αυτοί που δεν είναι και τόσο ομιλητικοί (Gooch et al, 2003). Επίσης, η φυσική απόσταση μεταξύ των συμμετεχόντων αυξάνει συχνά, σε μία μεγαλύτερη ομάδα, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει τη συζήτηση.

Περαιτέρω, η έννοια της ομοιογένειας στη σύσταση είναι κεντρική στο σχεδιασμό των ΟΕΣ και απαιτεί από τον ερευνητή κατά την επιλογή των συμμετεχόντων την επίτευξη

μιας λεπτής ισορροπίας: ομοιογένεια ως προς το βασικό κοινό χαρακτηριστικό που αφορά στη μελέτη, αλλά με αρκετές ταυτόχρονα διαφοροποιήσεις, ώστε να είναι δυνατή η έκφραση από τα μέλη και διαφορετικών ή/και αντιφατικών απόψεων (Tang & Davis 1995, Powell 1996, Krueger & Casey 2000, Morgan 1988). Κατά συνέπεια, ο τρόπος επιλογής τους βασίζεται στη σκόπιμη δειγματοληψία εξασφαλίζοντας έτσι μια «ειδική» σύνθεση για την ομάδα (Wong, 2008).

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας δημιουργήθηκε μία ΟΕΣ στην οποία έλαβαν μέρος 5 κοινοτικές νοσηλεύτριες του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας. Κύριο στόχο, αποτελούσε ο εντοπισμός και η εις βάθος συζήτηση σημαντικών ζητημάτων που έχουν σχέση με τις στάσεις και αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Ως εκ τούτου, οι κεντρικοί άξονες των ερωτήσεων που τέθηκαν βάση του οδηγού εστιασμένης συζήτησης περιλάμβαναν ερωτήσεις που αφορούσαν στον εντοπισμό των αντιλήψεων των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας γενικότερα, αλλά και ειδικότερα για την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας.

Περαιτέρω, οι ερωτήσεις στόχευαν στο να εντοπίσουν τους παράγοντες που κατά τη γνώμη των συμμετεχόντων διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας καθώς και τη γνώμη τους για το ρόλο που πρέπει να διαδραματίσουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας.

Τέλος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν κατά πόσο παρέχουν ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και να περιγράψουν πως οραματίζονται την υπηρεσία στο μέλλον.

(β) Στρατολόγηση των συμμετεχόντων

Ο τύπος της ομάδας που είναι πιο κατάλληλος για την εφαρμογή της τεχνικής των ΟΕΣ εξαρτάται από το θέμα της έρευνας. Στις ΟΕΣ όπου οι συμμετέχοντες γνωρίζονται μεταξύ τους, η συζήτηση ενθαρρύνεται για να ανταποκριθεί στη συζήτηση πιο εύκολα

από ότι σε ομάδες αγνώστων και μπορεί να διαμορφώσει πολύ έντονα τις δυναμικές της ομάδας (Dürrenberger et al, 1997).

Επιπλέον, η ΟΕΣ χρησιμοποιείται για να αναγνωρίζει διαστάσεις /περιεχόμενα συμπεριφοράς και όχι για να ποσοτικοποιεί την έκταση στην οποία συμβαίνουν σε κάθε πληθυσμό ή σε κάθε υπό – ομάδα. Οι ΟΕΣ σχεδιάζονται με στόχο να εκμαιεύσουν την ποικιλομορφία (diversity) και ποικιλία στα δεδομένα (Puchta & Potter, 2004).

Επομένως οι ΟΕΣ δεν χρησιμοποιούνται για να εξάγουν συμπεράσματα, αλλά για να συμβάλουν στην κατανόηση, να μη γενικεύουν αλλά να εστιάζουν στην αλληλουχία των ιδεών όπως παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της συζήτησης, να μην κάνουν δηλώσεις αλλά να δίνουν τις θέσεις τους για το πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται μία κατάσταση.

Περαιτέρω, τα αποτελέσματα των ΟΕΣ δεν μπορεί να χρησιμοποιηθούν για στατιστικές γενικεύσεις αφού το δείγμα των συμμετεχόντων είναι πολύ μικρό για κάτι τέτοιο. Ως εκ τούτου, ο σκοπός είναι να διακριθούν οι τάσεις και τα πρότυπα που εμφανίζονται στο υπό συζήτηση θέμα σε μία συγκεκριμένη ομάδα ή σε περισσότερες από μία ομάδες .

Έχοντας αυτό κατά νου και το γεγονός ότι οι συγκεκριμένες ομάδες έχουν κάποιο ενδιαφέρον για την ερευνητική ομάδα, η επιλογή δεν θα πρέπει να είναι εντελώς τυχαία, αλλά σε κάποιο βαθμό προμελετημένη (Gooch et al, 2003). Επιπλέον, ανάλογα και με το ερευνητικό ερώτημα, θα πρέπει να αποφασιστεί αν οι ΟΕΣ θα είναι ομοιογενείς ή όχι.

Βιβλιογραφικά εντοπίζεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ενδείκνυται να δημιουργούνται ομοιογενείς ομάδες όπου οι συμμετέχοντες μοιράζονται μία κοινή βάση γνώσης και μοιράζονται ανάλογες εμπειρίες (Gooch et al, 2003). Οι προαναφερθέντες παράγοντες λήφθηκαν υπόψη κατά τη σύσταση της ΟΕΣ της παρούσας εργασίας.

(γ) Διεξαγωγή της συζήτησης

Στο στάδιο αυτό παρουσιάζεται η διαμόρφωση και ο προέλεγχος του οδηγού συζήτησης, ο χώρος διεξαγωγής της, η επιλογή των 'συντονιστών' καθώς και η διαδικασία συντονισμού των ομάδων. Ο σκοπός της δημιουργίας ενός οδηγού συζήτησης σύμφωνα με τα θέματα που καθορίζουν αυτού του είδους οι ερωτήσεις είναι η δημιουργία μίας σειράς ερωτήσεων που να βοηθήσουν τους συμμετέχοντες στο να εμβαθύνουν στο προς συζήτηση θέμα (Gooch et al, 2003).

Η δημιουργία του οδηγού συζήτησης μιας ΟΕΣ περιλαμβάνει δύο εργασίες: (α) διευκολύνει τη διαδικασία της συζήτησης και (β) καθοδηγεί τη συζήτηση με βάση ένα προκαθορισμένο οδηγό. Ο οδηγός συζήτησης στοχεύει στη σωστή απόδοση των θεμάτων σχετικά με την έρευνα και ελέγχει αν οι μεταβλητές κλειδιά για τη σωστή διεξαγωγή της συζήτησης έχουν αποδοθεί σωστά (Gooch et al, 2003).

Ένας οδηγός συζήτησης μπορεί να δομηθεί με ερωτήσεις που συνδέονται εννοιολογικά μεταξύ τους, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να αποτελείται από πέντε διαφορετικά είδη ερωτήσεων τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια (Παράρτημα IV).

Κατά το σχεδιασμό του οδηγού εστιασμένης συζήτησης της παρούσας εργασίας λήφθηκαν υπόψη και τα πέντε διαφορετικά είδη ερωτήσεων τα οποία περιλάμβαναν τις ακόλουθες ερωτήσεις:

➤ Ανοικτές/ γενικές ερωτήσεις,

Ερωτήσεις γνωριμίας, προκειμένου γνωριστούν οι συμμετέχοντες μεταξύ τους και να νιώσουν άνετα στην ομάδα. (Παρόλα αυτά στη συγκεκριμένη έρευνα οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες γνώριζονταν μεταξύ τους αφού ανήκουν στην ίδια υπηρεσία και είναι λίγοι σε αριθμό).

Στο στάδιο γνωριμίας είχε ζητηθεί από τους συμμετέχοντες να συστήσουν τον εαυτό τους (όνομα, τίτλο, σε ποιο κέντρο υγείας εργάζονται και για πόσο καιρό, προσόντα και σχολές που φοίτησαν)

- Παρακαλώ περιγράψετε το πλαίσιο εργασίας σας (καθήκοντα, υποχρεώσεις)
- Αναφέρετε σε συντομία τους κυριότερους σκοπούς της υπηρεσίας σας.

➤ Εισαγωγικές ερωτήσεις

Στόχευαν στο να εισάγουν το θέμα και να αρχίσει ο προβληματισμός των συμμετεχόντων στο υπό διερεύνηση θέμα γενικότερα.

- Ο όρος «ποιότητα» ακούγεται πολύ τελευταία και επιδιώκεται να διασφαλίζεται κατά το μέγιστο βαθμό στο χώρο της υγείας....

Για εσάς, τι σημαίνει «ποιότητα» στις υπηρεσίες υγείας γενικά;

➤ Μεταβατικές ερωτήσεις

Οι ερωτήσεις αυτές λειτούργησαν ως λογικός σύνδεσμος που οδηγεί στη διατύπωση καίριων ερωτήσεων.

- Πώς θα ορίζατε την «ποιοτική» νοσηλευτική φροντίδα;
- Ποια η γνώμη σας για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας (ΠΚΝ);
- Πώς και σε ποιο βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες από το ΠΚΝ;

➤ Ερωτήσεις κλειδιά

Αποτελούν κεντρικές ερωτήσεις, βάση των οποίων διαφωτίζονται οι κύριες περιοχές ενδιαφέροντος της μελέτης και ως εκ τούτου έχουν άμεση σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία προσπαθούν να απαντήσουν.

- Τι κατά την γνώμη σας παρεμποδίζει την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του ΠΚΝ;
- Τι κατά την γνώμη σας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του ΠΚΝ;
- Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος σας σαν ΚΝ στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών του ΠΚΝ;

➤ Τελικές ερωτήσεις

Αποτελούν ερωτήσεις κλεισίματος/ ανασκόπησης, με διττό σκοπό: αφενός να συνοψίσουν τα κεντρικά σημεία και να ελέγξουν τη συμφωνία των μελών με αυτά, αφετέρου να οδηγήσουν στον τερματισμό της συζήτησης.

- Μετά τα όσα έχετε αναφέρει θα λέγατε τελικά ότι παρέχεται ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα από το ΠΚΝ;
- Πως οραματίζεστε την υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας τα επόμενα χρόνια;

Όσον αφορά στο χώρο διεξαγωγής της ΟΕΣ είναι πολύ σημαντικό οι συμμετέχοντες να νιώθουν ασφαλείς και ήρεμοι στο χώρο που διεξάγονται οι ΟΕΣ. Διαφορετικά μπορεί να επηρεαστεί η συζήτηση και να λειτουργήσει αρνητικά ως προς την ποιότητα του υλικού που θα συλλεχθεί. Επιπλέον, για τέτοιου είδους διαδικασίες οι καταλληλότεροι χώροι είναι κανονικές, μικρές αίθουσες συνεδριάσεων.

Η ιδανική αίθουσα είναι αυτή που προσφέρει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες μαζί με τον συντονιστή και τον βοηθό του να καθίσουν σε κυκλική παράταξη, μια που αυτό θα βοηθούσε ώστε όλοι οι συνομιλητές να έχουν την ίδια απόσταση από το μικρόφωνο, που θα βρίσκεται τοποθετημένο στη μέση. Επίσης μικρές αίθουσες έχουν καλύτερα αποτελέσματα ως προς την ακουστική του χώρου. Τέλος θα πρέπει να αποκλείονται οποιοδήποτε παράγοντες μπορούν να αποσπάσουν την προσοχή των συμμετεχόντων από τη συζήτηση (Gooch et al, 2003).

Η συγκεκριμένη ΟΕΣ διεξάχθηκε στη Λευκωσία, στις 14 Μαρτίου 2010 (3:30μ.μ - 5:30μ.μ) σε αίθουσα διδασκαλίας του Σιακόλειου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος. Ο συγκεκριμένος χώρος επιλέγηκε αφού θεωρήθηκε ως ο πιο βολικός από πλευράς απόστασης για όλους τους συμμετέχοντες ενώ ταυτόχρονα πληρούσε τα προαναφερθέντα κριτήρια ως προς την καταλληλότητα του χώρου διεξαγωγής της συζήτησης.

Περαιτέρω, στο χώρο εκείνη τη στιγμή δεν διεξάγονταν άλλες εργασίες και ως εκ τούτου, διασφαλίστηκε η απρόσκοπτη διεξαγωγή της συζήτησης σε ένα ήσυχο και καθ'

όλα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον. Επίσης, η αίθουσα διαμορφώθηκε ανάλογα ούτως ώστε όλοι οι συμμετέχοντες να κάθονται σε κύκλο για να μπορούν να έχουν ανά πάσα στιγμή οπτική επαφή με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, τον συντονιστή και το βοηθό του.

Στη μέση του κύκλου τοποθετήθηκε το κασετόφωνο το οποίο χρησιμοποιήθηκε για σκοπούς ηχογράφησης της συζήτησης αφού σε αυτού του είδους τη διαδικασία καλό είναι να χρησιμοποιείται κάποια συσκευή καταγραφής της συζήτησης, με την προϋπόθεση όμως ότι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν και είχαν δώσει τη συγκατάθεσή τους (Gooch et al, 2003).

Περαιτέρω, για τον καλύτερο συντονισμό των ΟΕΣ ακολουθήθηκε συγκεκριμένο πλαίσιο κανόνων. Αφού οι συμμετέχοντες συγκεντρώθηκαν στην αίθουσα και έλαβαν τις θέσεις τους, ενημερώθηκαν σε συντομία από το συντονιστή για τη διαδικασία που θα έπρεπε να ακολουθηθεί κατά την ΟΕΣ καθώς και για το ρόλο του «συντονιστή» και του «βοηθού». Έπειτα, δόθηκε η σχετική πληροφορία για το προς συζήτηση θέμα με το συντονιστή να είναι λακωνικός και προσεκτικός, γιατί οτιδήποτε λεχθεί πριν τη συζήτηση μπορεί να επηρεάσει τις απόψεις των συμμετεχόντων και τη συζήτηση γενικότερα και ταυτόχρονα δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες ειδικό έντυπο με στόχο την γραπτή, αλλά ταυτόχρονα και προφορική, ενημέρωσή τους σχετικά με την συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία. Μετά από την αρχική ενημέρωση και επίλυση των οποιονδήποτε αποριών οι συμμετέχοντες έδωσαν και γραπτή ενυπόγραφη συγκατάθεση συμμετοχής.

Προτού ο «συντονιστής» ξεκινήσει τη συζήτηση με την πρώτη ερώτηση είναι σημαντικό να ρωτήσει τους συμμετέχοντες για το όνομα τους και να θέσει ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα για το τι τους αρέσει να κάνουν τον ελεύθερο χρόνο τους. Η πληροφορία αυτή όταν αργότερα θα μετατραπεί από την κασέτα σε κείμενο, θα επιτρέψει σε αυτούς που μετατρέπουν την ηχογραφημένη συζήτηση σε κείμενο να συνδέσουν τη κάθε φωνή με το αντίστοιχο όνομα (Gooch et al, 2003) και θα διευκολυνθεί η απομαγνητοφώνηση. Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης συζήτησης, ο συντονιστής έθεσε ανάλογα

ερωτήματα (πχ. ζήτησε από τους συμμετέχοντες να συστηθούν και να περιγράψουν σε συντομία το πλαίσιο εργασίας τους).

Τέλος, αφού ο συντονιστής άφησε τη συζήτηση να εξελιχθεί, στη συνέχεια απλά παρακολουθούσε και τροφοδοτούσε την ομάδα με ερωτήσεις από τον οδηγό συζήτησης όταν αυτό κρινόταν αναγκαίο. Ταυτόχρονα, φρόντιζε για τη συμμετοχή όλων των συμμετεχόντων στη συζήτηση αφού μερικές φορές συγκεκριμένα άτομα είχαν τη τάση να αποσύρονται από τη συζήτηση ενώ άλλα μιλούσαν εκτενέστερα και κατέληγαν να είναι κυρίαρχα στη συζήτηση. Η τελική διάρκεια της συζήτησης ήταν 90 λεπτά.

3.5. Τεχνική ανάλυσης δεδομένων

Η ποιοτική έρευνα αποσκοπεί στην αποκάλυψη των διαστάσεων του υπό μελέτη φαινομένου και κατόπιν στην ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση αυτών, ώστε να διατυπωθεί ένα θεωρητικό σχήμα που να το επεξηγεί.

Όπως αναφέρουν οι Dempsey και Dempsey (1996), ο σκοπός της ανάλυσης των δεδομένων είναι να μετατρέψει ένα μεγάλο όγκο πληροφοριών σε μια λογική σειρά και με τρόπο που να καταλήγει σε αποτελέσματα τα οποία να καταγράφονται και να αναφέρονται.

Ως εκ τούτου, η ποιοτική ανάλυση είναι η μη αριθμητική οργάνωση και ερμηνεία δεδομένων με σκοπό να ανακαλυφθούν πρότυπα, θέματα, τύποι και ιδιότητες που βρίσκονται σε μη δομημένα δεδομένα (Σαχίνη-Καρδάση 2000, Polit & Hungler 1997).

Η ανάλυση των δεδομένων είναι μια διαδικασία σύγκρισης. Ίσως η πιο σημαντική στρατηγική στην ποιοτική ανάλυση είναι η εύρεση προτύπων, η σύγκρισή τους και η αντιπαραβολή του ενός συνόλου δεδομένων με το άλλο. Αυτή η διαδικασία είναι η καρδιά της ανάλυσης.

Τη διαδικασία αυτή περιγράφει χαρακτηριστικά η *Renata Tesch (1990)* ως εξής: «Η μέθοδος της σύγκρισης και της αντιπαραβολής χρησιμοποιείται πρακτικά για όλες τις πνευματικές εργασίες κατά τη διάρκεια της ανάλυσης: διαμόρφωσης των κατηγοριών, εγκαθίδρυσης των ορίων των κατηγοριών, προσδιορίζοντας γλωσσικά τμήματα στα δεδομένα στις κατηγορίες, συνοψίζοντας το περιεχόμενο σε κάθε κατηγορία, βρίσκοντας αρνητικά στοιχεία, κ.α. Ο σκοπός είναι να διακριθούν εννοιολογικές ομοιότητες, να βελτιωθεί η χαρακτηριζόμενη από ορθή αντιληπτικότητα δύναμη των κατηγοριών και να ανακαλυφθούν τα πρότυπα» (*Krueger, 1998*).

Ειδικότερα, η ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης αποτελεί ένα από τα λιγότερο ανεπτυγμένα θέματα στη μεθοδολογία, καθώς, αν και έχουν διατυπωθεί κάποιες κατευθυντήριες γραμμές (*Vaughn et al 1996, Krueger 1988, Krueger & Casey 2000*) δεν υπάρχει μια ολοκληρωμένη διαδικασία, ευρέως αποδεκτή, για αυτό το στάδιο.

Σύμφωνα με τον *Clarke και τους συνεργάτες του (1999)*, «ανεξαρτήτως μεθόδου, αυτό που για τον ερευνητή είναι ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης είναι μια μέθοδος διαφορετική από τις άλλες μεθόδους συλλογής δεδομένων, που απαιτεί τη διατήρηση της αίσθησης ολότητας της ομάδας κατά την ανάλυση».

Σε γενικές γραμμές, η ανάλυση δεδομένων που συλλέγονται από ομαδικές συνεντεύξεις θεωρείται παρόμοια με εκείνη των ποιοτικών δεδομένων που προέρχονται από άλλες πηγές (*Sloan, 1998*) και ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μια «λιγότερο ή περισσότερο αυστηρή» κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των θεμάτων που προκύπτουν από την εστιασμένη συζήτηση στην ομάδα (*Carey, 1995*).

Τις περισσότερες δε φορές, οι ερευνητές ακολουθούν τις υπάρχουσες μεθόδους ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων, παραμερίζοντας ακόμα και την αναγκαιότητα της αξιοποίησης του στοιχείου της αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της ανάλυσης των δεδομένων (*Kitzinger, 1994*).

3.5.1. Στάδια Ανάλυσης Ποιοτικών Δεδομένων

Συχνά η διαδικασία της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, γίνονται ταυτοχρόνως (Krueger, 1998). Επιπλέον, αρκετές φορές, στην ανάλυση ποιοτικών δεδομένων ακολουθούνται μερικά ή όλα από τα παρακάτω βήματα (Lacey et al, 2001):

- Μετατροπή σε κείμενο του ηχογραφημένου υλικού.
- Οργάνωση και καταχώρηση σε ευρετήριο των δεδομένων για απλή ανάκτηση και ταυτοποίηση (indexing).
- «Εξοικείωση»: με αυτή τη διαδικασία ο ερευνητής ακούει τις κασέτες ή ερμηνεύει το βιντεοσκοπημένο υλικό, διαβάζει και ξαναδιαβάζει τα δεδομένα, συντάσσει «σημειώματα» (memos) και βγάζει περιλήψεις πριν ξεκινήσει την ανάλυση. Είναι η διαδικασία που ο ερευνητής εξοικειώνεται με τα δεδομένα που έχει συλλέξει.
- «Κωδικοποίηση»: σε αυτό το στάδιο γίνεται μία προκαταρκτική κωδικοποίηση, αυτό ονομάζεται «ανοικτή κωδικοποίηση», στη διαδικασία της εφαρμογής της εμπειρικής θεωρίας, που θα περιγραφεί στη συνέχεια. Ακολουθεί η βελτιστοποίηση των «κωδικών», δηλαδή η καλύτερη ανάλυση των εννοιών. Στη διαδικασία της κωδικοποίησης εντάσσεται και η διαδικασία της δημιουργίας «σημειωμάτων». Κατά τη διαδικασία αυτή γίνεται ο καθορισμός των κριτηρίων για συγκεκριμένους κωδικούς καταγράφονται οι λόγοι που αποφασίστηκε να γίνει ξανά κωδικοποίηση ενός συγκεκριμένου συνόλου δεδομένων, γίνεται καταγραφή των αναδεικνυόμενων θεωριών και ερωτημάτων τα οποία μπορεί να ελεγχθούν αργότερα. Αυτή η καταγραφή θα διαμορφώσει τη βάση για την ανάλυση της θεωρίας για την τελική έκθεση.
- Αναγνώριση των «θεμάτων» (themes). Μετά την κωδικοποίηση ακολουθεί η διαδικασία της σύνταξης των θεμάτων ή των αναδεικνυόμενων εννοιών που θα χρησιμοποιηθούν στην «επανάληψη της κωδικοποίησης» για να αναπτύξουν πιο καλύτερα δομημένες κατηγορίες. Ένα θέμα, δημιουργείται όταν παρόμοιες έννοιες ή ιδέες εκφράζονται από τους συμμετέχοντες, όπως προκύπτουν από τα ποιοτικά δεδομένα που συγκεντρώνονται από τον ερευνητή σε μία μοναδική 'κατηγορία' ή «συστοιχία/ ομάδα». Αυτό το θέμα μπορεί να χαρακτηρίζεται από μία λέξη ή μία έκφραση που πάρθηκε απ' ευθείας από τα δεδομένα ή από μία έκφραση που

δημιουργήθηκε από τον ερευνητή και εκφράζει με τον καλύτερο τρόπο το νόημα όσων έχουν ειπωθεί στη συζήτηση.

- «Επανάληψη της κωδικοποίησης».
- Ανάπτυξη των μεταβατικών κατηγοριών.
- Διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των κατηγοριών.
- Επεξεργασία των θεμάτων και των κατηγοριών.
- Ανάπτυξη της θεωρίας και ενσωμάτωση της στην προϋπάρχουσα πληροφορία.
- Έλεγχος της θεωρίας σε σύγκριση με τα δεδομένα.
- Σύνταξη της έκθεσης, περιλαμβάνοντας αν είναι απαραίτητο, αποσπάσματα από τα γνήσια δεδομένα.

Για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας έγινε χρήση όλων σχεδόν των προαναφερθέντων παραμέτρων. Δεν συμπεριλήφθηκαν οι δύο παράμετροι που αφορούν στην ανάπτυξη της θεωρίας και στον έλεγχο της σε σύγκριση με τα δεδομένα, αφού στόχος της εργασίας δεν ήταν η ανάπτυξη θεωρίας, αλλά η διερεύνηση των αντιλήψεων και στάσεων των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, οι οποίες προκύπτουν μέσα από τις δικές τους γνώσεις και εμπειρίες.

Ειδικότερα, κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, η οποία είχε σαν κύριο ερευνητικό ερώτημα της, τις στάσεις και αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας, έγινε μια σειρά από ενέργειες με στόχο την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την ΟΕΣ.

Μετά τη διεξαγωγή της ΟΕΣ συγκεντρώθηκε ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών ο οποίος έπρεπε να εξεταστεί και να κωδικοποιηθεί σε υποκατηγορίες.

Αρχικά έγινε η απομαγνητοφώνηση των δεδομένων. Τα δεδομένα όπως έχει προαναφερθεί είχαν συλλεχθεί έπειτα από μαγνητοφώνηση κατά τη διάρκεια της ΟΕΣ καθώς και από καταγραφή του παρατηρητή και έγινε πιστή απομαγνητοφώνηση της συζήτησης.

Η απομαγνητοφώνηση υπήρξε μια αρκετά επίπονη, σύνθετη και χρονοβόρα διαδικασία κατά την οποία έγινε προσεκτική ακρόαση και επανακρόαση των όσων είχαν λεχθεί από τους συμμετέχοντες έτσι ώστε να επαληθευτεί η πιστότητα της. Η απομαγνητοφώνηση έγινε στην ελληνική γλώσσα για σκοπούς ευκολίας κατά τη συγγραφή και χρήση των αποσπασμάτων (παρόλο που σε κάποια σημεία κάποιοι από τους συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν και την κυπριακή διάλεκτο). Επιπλέον, η απομαγνητοφώνηση έγινε άμεσα, μετά την ολοκλήρωση της ΟΕΣ, τόσο για να διαπιστωθούν τα θέματα και οι κατηγορίες που προέκυπταν από τη συζήτηση, όσο και για να καταγραφούν άλλες μη λεκτικές πληροφορίες οι οποίες αναδύθηκαν κατά τη συλλογή των δεδομένων.

Η μετατροπή σε κείμενο, των δεδομένων που συλλέχθηκαν κατά την ΟΕΣ, επιτρέπει μια συστηματική, λεπτομερή ανάλυση που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και από άλλους ερευνητές. Το επίπεδο λεπτομέρειας κατά τη διαδικασία μετατροπής των δεδομένων σε κείμενο καθορίζεται από το μέγεθος της ανάγκης που μπορεί να προκύψει στη διαδικασία ανάλυσης δεδομένων για περισσότερη λεπτομέρεια.

Στη συνέχεια, μέσα από το γραπτό κείμενο που προέκυψε έγινε εντοπισμός των «μονάδων δεδομένων» (Vaughh et al, 1996) με στόχο τον εντοπισμό «της μικρότερης ποσότητας δεδομένων που εμπεριέχει πληροφορία» με στόχο την διευκόλυνση της εννοιολογικής ταξινόμησης των δεδομένων. Ακολούθως, έγινε συγκέντρωση των σχετικών αποσπασμάτων σε κατηγορίες, οι οποίες στο τέλος, διαμόρφωσαν τα κεντρικά θέματα.

Τα κεντρικά θέματα τα οποία προέκυψαν και παρατίθενται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων ήταν τα ακόλουθα:

- Ποιοτική φροντίδα υγείας
- Ποιότητα του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας
- Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή
- Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία τα επόμενα χρόνια

Περαιτέρω, θα πρέπει να αναφερθεί ότι στη διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων συμμετείχαν άλλοι δύο εξωτερικοί ερευνητές (πέραν του βασικού ερευνητή) όπως προβλέπεται για κάθε ποιοτική μελέτη, με στόχο τη διασφάλιση της σταθερότητας των αποτελεσμάτων.

3.5.2. Θέματα Δεοντολογίας

Αφού επιλέχθηκε το δείγμα, έγιναν οι απαραίτητες προσπάθειες για να εξασφαλιστεί η συγκατάθεση των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η ενημέρωση των συμμετεχόντων έγινε σε δύο στάδια. Αρχικά η ενημέρωση των συμμετεχόντων έγινε τηλεφωνικώς. Κατά την πρώτη αυτή επαφή οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν επαρκώς για το σκοπό και τους στόχους της ερευνητικής εργασίας. Έπειτα από αυτή την πρώτη πληροφόρηση ρωτήθηκαν κατά πόσον ήταν πρόθυμοι για μελλοντική συμμετοχή τους.

Εφόσον εξέφρασαν βούληση για συμμετοχή ρωτήθηκαν για ημερομηνίες που πιθανόν να ήταν πιο βολικές ως προς το πρόγραμμα το Φ. Η πρώτη τηλεφωνική επαφή ολοκληρώθηκε αφού ενημερώθηκαν ότι σύντομα θα λάμβαναν ειδοποίηση για την μέρα και ώρα της συνάντησης. Περαιτέρω, έγινε σε όλους σαφές ότι η συμμετοχή τους ήταν καθαρά εθελοντική και στον ελεύθερο τους χρόνο, ότι δεν είχαν καμία απολύτως υποχρέωση για συμμετοχή και ότι θα μπορούσαν να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Δεύτερη τηλεφωνική επικοινωνία διεξήχθη προς τελική ενημέρωση των συμμετεχόντων και όταν πλέον ορίστηκε ο χώρος, η ημερομηνία και ώρα διεξαγωγής της ομάδας εστιασμένης συζήτησης.

Περαιτέρω, πέραν από την τηλεφωνική ενημέρωση και την προφορική συγκατάθεση των συμμετεχόντων, την ημέρα διεξαγωγής της ομάδας εστιασμένης συζήτησης, δόθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες ειδικό έντυπο με στόχο την γραπτή, αλλά ταυτόχρονα και προφορική, ενημέρωση τους σχετικά με την συμμετοχή τους στην ερευνητική

διαδικασία. Μετά από ενδελεχή ενημέρωση και επίλυση των οποιονδήποτε αποριών οι συμμετέχοντες έδωσαν και γραπτή ενυπόγραφη συγκατάθεση συμμετοχής (Παράρτημα ΙΙΙ).

Στην παρούσα εργασία δε χρησιμοποιήθηκαν σε κανένα σημείο τα ονόματα των συμμετεχόντων αλλά, χρησιμοποιήθηκε ξεχωριστός κωδικός αριθμός για κάθε άτομο τον οποίο γνώριζε μόνο η ερευνήτρια με στόχο τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους. Επίσης, πλήρης εχεμύθεια έχει τηρηθεί όσον αφορά τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί κατά τη συζήτηση. Περαιτέρω, καμιά πληροφορία η οποία δόθηκε από τους συμμετέχοντες δεν έχει κοινολογηθεί ή διατεθεί σε τρίτα άτομα. Επιπλέον, η ερευνήτρια έχει πληροφορήσει τα υποκείμενα για τα μέτρα που θα χρησιμοποιήσει για να διατηρήσει την ανωνυμία και εμπιστευτικότητα αλλά και για να προστατεύσει την ιδιωτικότητα τους (Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Ακόμη, η ερευνήτρια έχει συμπεριλάβει όλα τα δεδομένα, ακόμη και εκείνα που δεν ήταν υποστηρικτικά για την έρευνα. Ταυτόχρονα, είχε συνείδηση των προσωπικών της αξιών και προκαταλήψεων και δεν προέκρινε το αποτέλεσμα της μελέτης ούτε και εμπλάκηκε σε οποιαδήποτε κακή διαχείριση ή πράξεις κακής πίστης σε σχέση με την έρευνα (Σαχίνη-Καρδάση, 2000).

Τέλος, υπήρξε συνεργασία με εξουσιοδοτημένα όργανα επιθεώρησης των ερευνητικών σχεδίων (Σαχίνη-Καρδάση, 2000; David, 1991). Συγκεκριμένα, η ερευνήτρια υπόβαλε το ερευνητικό πρωτόκολλο της παρούσας μελέτης για αξιολόγηση από δεοντολογικής πλευράς στην Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Παράρτημα ΙΙ), αλλά και στο Υπουργείο Υγείας για παραχώρηση της αρχικής άδειας για διεξαγωγή της έρευνας (Παράρτημα Ι).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας εξετάστηκαν τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα:

- (α) ποιες είναι οι απόψεις των ΚΝ για την ποιοτική φροντίδα υγείας,
- (β) ποιες είναι οι απόψεις των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας,
- (γ) ποιος είναι ο ρόλος των ΚΝ, και
- (δ) τι θα μπορούσε να βελτιώσει τις υπηρεσίες του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας.

Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με τα παραπάνω ερωτήματα και παρατίθενται στη συνέχεια.

4.1. Ποιοτική φροντίδα υγείας

Αναφορικά με το πώς οι ΚΝ κατανοούν την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα διαφάνηκαν τρεις βασικές κατηγορίες απόψεων : Πιο συγκεκριμένα, οι ΚΝ εστίασαν την προσοχή τους α) στην επίτευξη των στόχων, β) στην ικανοποίηση των πελατών και γ) στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα.

Επίτευξη Στόχων

Σύμφωνα με τις απόψεις των ΚΝ η ποιότητα στη φροντίδα υγείας συνδέεται άμεσα με τη διαδικασία σχεδιασμού και οργάνωσης της φροντίδας, καθώς και με την ικανότητα των νοσηλευτών να επιτυγχάνουν τους στόχους που θέτουν.

Συγκεκριμένα αναφέρθηκε:

«Για εμένα ποιότητα σημαίνει «μπαίνοντας σε ένα σπίτι και βάζοντας ένα στόχο να φτάνω σε αυτόν, δηλαδή να τον πετυχαίνω» [ΚΝ 2].

Ικανοποίηση Ασθενών

Λόγω της ιδιάζουσας μορφής του αγαθού της υγείας, οι συμμετέχοντες ταύτισαν σημασιολογικά την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα υπογράμμισαν την άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας και μεγιστοποίησης της ικανοποίησης του ασθενή. Επίσης σημειώθηκε από τους συμμετέχοντες ότι είναι χρήσιμο ο ασθενής να ερωτάται κατά πόσο είναι ικανοποιημένος για το λόγο ότι μπορεί να υπάρχει διαφωνία μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Για παράδειγμα η KN1 ανέφερε τα εξής:

«Στο τέλος της μέρας είναι σημαντικό μετά την παροχή οποιασδήποτε φροντίδας ο πελάτης να είναι ικανοποιημένος πχ. Πολλές φορές μπορεί να θεωρούμε ότι προσφέρουμε ποιοτική φροντίδα αλλά ο ασθενής να θέλει κάτι άλλο και να μην είναι ικανοποιημένος. Άρα είναι σημαντικό να ερωτάται και ο ασθενής κατά πόσο είναι ικανοποιημένος».

«Αν το δοίμε από την πλευρά της ικανοποίησης του πελάτη τότε αν ο πελάτης είναι ικανοποιημένος τότε μπορώ να πω ότι προσφέρω ποιότητα».

Ολοκληρωμένη / Ολιστική Φροντίδα

Πέραν της επίτευξης στόχων και της ικανοποίησης των ασθενών σημαντικό ρόλο στην ποιότητα φαίνεται να επιτελεί και ο τύπος της φροντίδας που παρέχεται. Συγκεκριμένα, η φροντίδα των ατόμων θεωρήθηκε ότι θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική και ολιστική, ενώ ταυτόχρονα να βασίζεται στην αυτονομία, το σεβασμό, το δικαίωμα της επιλογής για φροντίδα, ενώ παράλληλα να προάγεται η ανεξαρτησία του ατόμου και η ικανότητα του για αυτοφροντίδα.

Σημαντική κατά την πορεία της συζήτησης κρίθηκε η διασφάλιση ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και εξειδικευμένης φροντίδας καθώς επίσης και η ύπαρξη συνέχειας στη φροντίδα, η οποία θα αποτελείται από ένα σύνολο δραστηριοτήτων που θα επιβεβαιώνουν ότι ο ασθενής θα λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Η KN4, για παράδειγμα, αναφέρει ότι *«ποιότητα σημαίνει να μπορείς να προσφέρεις στον ασθενή ολοκληρωμένη φροντίδα»* ενώ η KN3 εστιάστηκε στα εξής:

«[Ποιότητα] Είναι η μέγιστη δυνατή φροντίδα που να καλύπτει όλα τα θέματα φροντίδας του από μού και όλες τις ανάγκες του και η οποία θα πρέπει να είναι εξειδικευμένη και εξατομικευμένη. Είναι η εξειδικευμένη και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα που καλύπτει όλες τις ανάγκες υγείας του ατόμου» [KN 3].

4.2. Ποιότητα του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας

Μετά τη συζήτηση για τις απόψεις των ΚΝ για την ποιότητα γενικά στη φροντίδα υγείας, το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε στις αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του συγκεκριμένου προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, καθώς και των παραγόντων που δυσχεραίνουν ή διευκολύνουν την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών.

4.2.1. Αντιλήψεις ΚΝ για την ποιότητα στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Σχετικά με την ποιότητα του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, οι ΚΝ γενικά τόνισαν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος αφού όπως αναφέρθηκε δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του συγκεκριμένου προγράμματος λόγω του ότι αποτελεί ένα σχετικά νεοσύστατο κλάδο.

Συγκεκριμένα η ΚΝ1 αναφέρει:

«Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας του ΥΥ δεν έχει ακόμη διερευνηθεί (απουσία ερευνών). Άρα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση».

Όταν οι ΚΝ κλήθηκαν να απαντήσουν σε πιο συγκεκριμένες ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας εντοπίστηκε μια διαφορετικότητα στις απόψεις. Συγκεκριμένα, κάποιες ΚΝ ένιωσαν ότι, παρά τις προσπάθειες τους κάποιες φορές, αδυνατούν να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στο μέτρο που θα ήθελαν και το αποδίδουν κυρίως σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως η τεχνολογία, η επικοινωνία κλπ.

Ενδεικτικά οι ΚΝ ανέφεραν:

«Κάποιες φορές ναι, νιώθω ότι παρέχω ποιοτική φροντίδα. Τις πλείστες όμως φορές δεν νιώθω ότι προσφέρω ποιοτική φροντίδα στο βαθμό που θέλω. Σίγουρα, δεν είναι αυτό που θα ήθελα να δώσω και αυτό οφείλεται σε διάφορα προβλήματα» [ΚΝ 4].

«Υπάρχουν πολλές φορές που νιώθω ότι δεν παρέχω ποιοτική φροντίδα λόγω των προβλημάτων πχ. εξοπλισμός, συνεργασία, αναλώσιμα, γνώσεις» [ΚΝ 1].

Σε αντίθεση με τα προαναφερθέντα έρχονται τα λεγόμενα δύο εκ των συμμετεχόντων οι οποίες αξιολογούν θετικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του συγκεκριμένου προγράμματος, υπογραμμίζοντας με αυτό τον τρόπο τα όσα έχουν προαναφερθεί για την πολυπλοκότητα και τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του όρου «ποιότητα». Παρόλο που και εδώ δίνεται έμφαση σε εξωτερικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την απόδοση των ΚΝ, κάποιες ΚΝ θεωρούν ότι παρέχουν ποιοτική φροντίδα.

Η ΚΝ3 αναφέρει ότι:

«Εμείς προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τις γνώσεις, δεξιότητες και την καλή διάθεση μας για να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Πιστεύω, ότι με βάση τον εξοπλισμό, τις γνώσεις και τα μέσα (τα δεδομένα) που διαθέτω το καταφέρνω σε μεγάλο βαθμό να παρέχω την καλύτερη δυνατή φροντίδα»

Η ΚΝ5 παρουσιάστηκε πιο συγκεκριμένη και εξηγεί:

«Πιστεύω ότι παρέχουμε ποιοτική φροντίδα σε ψηλό επίπεδο και αυτό φαίνεται και από τους ίδιους τους ασθενείς και το περιβάλλον τους».

4.2.2. Παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών

Οι ΚΝ εξέφρασαν τις απόψεις τους σχετικά με τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών και διαφάνηκε, κατά την διεξαγωγή της συζήτησης, ότι η έννοια της «ποιότητας» επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες. Ως εκ τούτου, βασική επικρατούσα αντίληψη αποτέλεσε η άποψη των συμμετεχόντων ότι παρόλο που γίνεται

έντονη προσπάθεια για διασφάλιση ποιοτικής παροχής υπηρεσιών από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, εντούτοις λόγω διαφόρων λειτουργικών και άλλων προβλημάτων νιώθουν ότι οι προσπάθειες τους δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ταυτόχρονα, ενισχύθηκε η άποψη ότι η ποιότητα στη νοσηλευτική είναι πολυδιάστατη έννοια η οποία αποτελεί ουσιαστικά λειτουργία πολλών στοιχείων και γι' αυτό το λόγο εξακολουθεί να παραμένει αδιευκρίνιστη.

Περαιτέρω, λόγω ακριβώς και του πολυδιάστατου χαρακτήρα ο οποίος διέπει την ποιότητα στη νοσηλευτική, υπογραμμίστηκε από τους συμμετέχοντες η σημασία της ολιστικής αλλά και τυποποιημένης φροντίδας, της εποικοδομητικής επικοινωνίας με τους ασθενείς, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ασθενή καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων τόσο με προϊσταμένους όσο και με τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας με στόχο πάντοτε την παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν δύο βασικές κατηγορίες παραγόντων οι οποίοι δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών: (α) τους εξωτερικούς παράγοντες και (β) τους εσωτερικούς.

(α) Εξωτερικοί παράγοντες

Στους εξωτερικούς παράγοντες κατατάσσονται όλοι εκείνοι οι παράγοντες που αφορούν στην κοινωνικο-οικονομική πολιτική, στη γεωγραφική και κοινωνική δομή, την κουλτούρα, τις εμπειρίες κτλ. Αναφέρονται επίσης στην απουσία διεπαγγελματικής ομάδας, στην έλλειψη επικοινωνίας, στην έλλειψη ιεραρχικής δομής, οργάνωσης και ελέγχου της υπηρεσίας καθώς και κοινής πολιτικής και τέλος, στην απουσία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Εξετάζοντας αναλυτικότερα τους εξωτερικούς αυτούς παράγοντες διαφάνηκαν τα εξής:

Η απουσία διεπαγγελματικής ομάδας υπογραμμίστηκε σθεναρά από τους συμμετέχοντες οι οποίοι υπογράμμισαν ότι αυτό έχει αρνητικά αποτελέσματα στην παροχή ολοκληρωμένης αλλά και ποιοτικής φροντίδας εφόσον η φροντίδα μένει ημιτελής.

Η KN2 ανέφερε:

«Η έλλειψη Διεπαγγελματικής Ομάδας εμποδίζει την ολοκληρωμένη φροντίδα αφού ο κύκλος της φροντίδας δεν κλείνει. Ξεκινά μεν αλλά δεν ολοκληρώνεται. Πίεση από τις κρατικές υπηρεσίες για αύξηση της ποσότητας. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται μείωση της ποιότητας με στόχο την αύξηση της ποιότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγουμε ποσότητα έναντι της ποιότητας γιατί έτσι είναι τα δεδομένα μας».

Η άσκηση ηγετικού ρόλου από το ις KN ήταν μια άλλη παράμετρος της οποίας η συμβολή θεωρήθηκε σημαντική για παροχή ποιοτικής φροντίδας. Υποστηρίχθηκε δε, ότι η ηγεσία θα πρέπει να προέρχεται μέσα από το ις ίδιους το ις KN και να οδηγεί σε προγράμματα ανασύστασης της ποιότητας.

Ενδεικτικά η KN2 ανέφερε:

«Προβλήματα οργάνωσης της υπηρεσίας. Δεν υπάρχει ηγετική πυραμίδα και αυτό οδηγεί σε προβλήματα. Τα προβλήματα στην οργάνωση οδηγούν και σε προβλήματα στην παροχή της φροντίδας. Θεωρώ, ότι η έλλειψη ηγεσίας και ιεραρχικής δομής είναι ένας σημαντικός παράγοντας».

Η χρήση τεκμηριωμένης γνώσης κατά την τυποποίηση της φροντίδας και των διαδικασιών, σε συνδυασμό με τη συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της, κρίθηκε εξίσου σημαντική για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλεία αλλά και την κλινική αποτελεσματικότητα.

Ως εκ τούτου, αναγνωρίστηκε η σημασία ύπαρξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και κοινής πολιτικής, ενώ ταυτόχρονα υπογραμμίστηκε η δυσκολία χάραξης κοινής πολιτικής λόγω ακριβώς της απουσίας τους.

Η KN4 εξηγεί ότι «δεν ακολουθείται και δεν υπάρχει κοινή πολιτική. Αυτό είναι πολύ σημαντικό και οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει δομή για την κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία», ενώ η KN1 αναφέρει πιο συγκεκριμένα:

«Παρατηρείται απουσία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων τα οποία έχουν άμεση σχέση με την ποιότητα. Αν θέλουμε ποιοτική φροντίδα θα πρέπει να δημιουργηθούν κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρωτόκολλα τα οποία θα καθορίσουν και ενιαία πολιτική»

Σε αυτό το σημείο παρατηρήθηκε μια μικρή διαφωνία ως προς την διεκπεραίωση κάποιων εξειδικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων και τη σπουδαιότητα ύπαρξης πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Συγκεκριμένα η ΚΝ3 αναφέρθηκε: *«Σίγουρα τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες θα βοηθήσουν. Ταυτόχρονα όμως, οι νοσηλευτικές διεργασίες γίνονται με συγκεκριμένο τρόπο που δύσκολα κάποιος ξεφεύγει».*

Η συγκεκριμένη νοσηλεύτρια χωρίς να ακυρώνει τη σημασία των πρωτοκόλλων και των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, υποστήριξε ότι μέσα από την εκπαίδευση τους οι ΚΝ είναι γνώστες του τρόπου διεκπεραίωσης συγκεκριμένων νοσηλευτικών διεργασιών, γεγονός που δεν δικαιολογεί σημαντικές αποκλείσεις στον τρόπο που κάθε νοσηλεύτης εργάζεται.

Τέλος, οι ΚΝ3 και ΚΝ1 εξέφρασαν την άποψη ότι σημαντική επίσης παράμετρο που επηρεάζει την ποιότητα φροντίδας αποτέλεσε και η απουσία ελέγχου κατά τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία διασφάλισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

(β) Εσωτερικοί παράγοντες

Στους εσωτερικούς παράγοντες κατατάσσονται οι παράγοντες που αφορούν κυρίως σε οργανωτικά στοιχεία όπως κτίρια, εξοπλισμός, προσωπικό, περιβάλλον εργασίας καθώς, η διαθεσιμότητα των πόρων κλπ.

Στο σημείο αυτό υπήρξε πλήρης σύγκλιση απόψεων από τους συμμετέχοντες σε σχέση με τους εσωτερικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ποιοτική παροχή φροντίδας με αναφορές όπως:

«Άλλοι παράγοντες είναι:

➤ Το παλιό κτίριο στο οποίο εργαζόμαστε.

- *Άγχος από πιθανή /επικείμενη μετακίνηση που όλο λένε ότι θα γίνει και ποτέ δε γίνεται*
- *Περιορισμένος χώρος για να εργαστούμε*
- *Περιορισμένος χώρος για φύλαξη του αρχείου, των αναλωσίμων και του εξοπλισμού*
- *Προβλήματα με τη στάθμευση*
- *Λειτουργικά προβλήματα (ανεπάρκεια βοηθητικών υπηρεσιών πχ. κλητήρα, προβλήματα στην παροχή εξοπλισμού, κτλ.)» [KN 3].*

«Μικρό και υποτυπώδες γραφείο. Δεν έχουμε υπηρεσιακό τηλέφωνο» [KN 2].

Περαιτέρω, η ανυπαρξία εξειδικευμένων ομάδων παρέμβασης για συγκεκριμένα θέματα οδηγεί επίσης σε αύξηση των ενδο-υπηρεσιακών προβλημάτων που με τη σειρά τους αντανακλούν στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Η KN3 εξηγεί πιο συγκεκριμένα:

«Το πρόβλημα των κατακλίσεων είναι σοβαρότατο αλλά δυστυχώς δεν υπάρχει εξειδικευμένη ομάδα για κατακλίσεις (wound management team) και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των προβλημάτων και του στρες και οδηγεί τους ασθενείς σε ιδιωτικούς γιατρούς (όσοι από τους ασθενείς μπορούν να το αντέξουν οικονομικά γιατί η όλη θεραπεία είναι πολύ δαπανηρή)»

Σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι παρά την πληθώρα των προβλημάτων που παρατέθηκαν από τους συμμετέχοντες, εντούτοις, σε κάποια στιγμή η KN3 ένιωσε την ανάγκη να αναφέρει τη στήριξη που λαμβάνει από πλευράς Υπουργείου Υγείας σε θέματα εκπαίδευσης αναφέροντας:

«Θα πρέπει εδώ να πούμε ότι το Υπουργείο Υγείας βοήθησε με αρκετά θέματα εκπαίδευσης, με οργάνωση σεμιναρίων και εκπαιδευτικών ημερίδων και σεμιναρίων σε θέματα διαβήτη, σε θέματα χειρισμού και αλλαγής υπερηβικού καθετήρα, περιτοναϊκής αιμοκάθαρσης, κτλ.».

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης, άλλη KN δράττοντας την ευκαιρία, τόνισε την ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση με στόχο τη βελτίωση της καθημερινής πρακτικής των KN, την

παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας και ταυτόχρονα τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υπογραμμίζοντας:

«Πολύ καλά τα όσα έγιναν από το Υπουργείο Υγείας αλλά η εκπαίδευση πρέπει να είναι συνεχής. Δε γίνεται να τελειώνει αλλά θα πρέπει να είναι συνεχής λόγω και των συνεχών εξελίξεων αλλά και για το νέο προσωπικό που ξεκινά στην υπηρεσία ΚΝ. Αυτό βέβαια εξαρτάται και από εμάς. Δηλαδή να ζητήσουμε για να μας προσφερθεί» [ΚΝ 1].

4.2.3. Παράγοντες που διευκολύνουν την ποιοτική παροχή των υπηρεσιών.

Ως προς το μέρος του ερωτήματος που αφορούσε στους παράγοντες που διευκολύνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών κατά πλειοψηφία οι ΚΝ εισηγούνται ότι αν αποσυρθούν οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή φροντίδας τότε και η ποιότητα φροντίδας θα βελτιωθεί. Ως εκ τούτου, ερωτώμενοι σε σχέση με ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη τους θα διευκόλυναν την παροχή ποιοτικής φροντίδας επανήλθαν σε θέματα όπως τη δημιουργία διεπαγγελματικής ομάδας, τη δημιουργία πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, εκπαίδευσης, στελέχωσης και οργάνωσης της υπηρεσίας καθώς και δημιουργίας οργανωτικής δομής, ηγεσίας και ελέγχου.

Υπογραμμίστηκε δε, ότι, θέτοντας όλα αυτά υπό το μικροσκόπιο, θα μπορούσε να λεχθεί ότι στοχεύουν στην ενδυνάμωση των ΚΝ οι οποίοι με τη συνεχή ανάπτυξη, αναβάθμιση και μάθηση θα καταστούν ικανοί και έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις συνεχείς προκλήσεις.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης που αφορούσε στους παράγοντες που διευκολύνουν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας προέκυψε διαφωνία ως προς το χώρο στέγασης της υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλεία. Συγκεκριμένα, η μια άποψη αφορούσε στη στέγαση της υπηρεσίας σε ενιαίο ανεξάρτητο χώρο ανά επαρχία, ενώ η άλλη άποψη αφορούσε στη στέγαση της υπηρεσίας στο αστικό ή αγροτικό κέντρο της περιοχής.

Κάποιοι δε από τους συμμετέχοντες υπογράμμισαν ότι βασική φιλοσοφία της Κατ' Οίκον Νοσηλείας είναι η αποκέντρωση και τόνισαν ότι πιθανή στέγαση της υπηρεσίας

σε ενιαίο χώρο θα έθετε εμπόδια στην προσπάθεια αποκέντρωσης των υπηρεσιών της Κατ' Οίκον Νοσηλείας. Επίσης, υπογραμμίστηκε ότι λειτουργικά είναι πιο πρακτικό, αποδοτικό και οικονομικά πιο εφικτό να στεγαστεί η Κατ' Οίκον Νοσηλεία υπηρεσία σε ήδη υπάρχοντα αστικά ή αγροτικά κέντρα όπου ήδη υπάρχει υποδομή, ενώ ταυτόχρονα θα διευκολύνεται και η συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

4.3. Ο ρόλος του Κοινοτικού Νοσηλευτή

Στα πλαίσια της παρούσας μελέτης διερευνήθηκε και το ερώτημα που αφορούσε στο ρόλο των ΚΝ στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Η ΚΝ1 χαρακτηριστικά είπε *«Ο ρόλος του ΚΝ είναι συντονιστικός, συνήγορος του ασθενή, ερευνητικός (ανάπτυξη έρευνας), νοσηλευτικός, εκπαιδευτικός και τέλος συμβουλευτικός»*.

Σε αυτή την προσέγγιση παρατηρήθηκε μια ομοφωνία από τους συμμετέχοντες ως προς την πολυπλοκότητα του ρόλου του ΚΝ ενώ έγιναν αναφορές σε όλες τις παραμέτρους του, όπως αυτές παρουσιάζονται πιο κάτω. Στη συνέχεια αναλύονται περαιτέρω οι ρόλοι που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες.

α) Νοσηλευτικός Ρόλος (Κλινικός – Θεραπευτής)

Με στόχο την προαγωγή της υγείας οι συμμετέχοντες εξήγησαν ότι ο ΚΝ πρέπει να παρέχει υπηρεσίες σε ευρύ φάσμα που αφορά τόσο στο κλινικό όσο και στο θεραπευτικό κομμάτι του ρόλου του.

Πιο συγκεκριμένα, ο κλινικός ρόλος του ΚΝ αφορά στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, στη χορήγηση και έλεγχο της φαρμακοθεραπείας, στην αξιολόγηση της φροντίδας, στην εκπαίδευση σε κοινωνικές και άλλες δεξιότητες, κτλ.

Ο θεραπευτικός ρόλος του ΚΝ αφορά στην εφαρμογή θεραπευτικών προσεγγίσεων, στην εγκαθίδρυση και καθοδήγηση ομάδων και στην κατάλυση αγχογόνων – στρεσογόνων καταστάσεων.

β) Εκπαιδευτικός Ρόλος – Αγωγή Υγείας

Οι συμμετέχοντες έδωσαν έμφαση στον εκπαιδευτικό ρόλο του ΚΝ αναφέροντας ότι ο ΚΝ πρέπει να παρέχει αγωγή υγείας η οποία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της προαγωγής υγείας. Η αγωγή υγείας περιλαμβάνει τη διδασκαλία για παροχή πληροφοριών και γνώσεων με στόχο την αλλαγή του τρόπου συμπεριφοράς και την υιοθέτηση πιο υγιεινού τρόπου ζωής, καθιστώντας το άτομο υπεύθυνο για τις επιλογές του στο χώρο της υγείας.

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι ο ΚΝ πρέπει να οργανώνει και προσανατολίζει την αγωγή υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται. Ο ΚΝ μέσα από την αξιολόγηση των αναγκών πρέπει να λαμβάνει υπόψη την ηλικία (η οποία καθορίζει πιθανά προβλήματα), το φύλο (το οποίο διαφοροποιεί τα προβλήματα) και την ωριμότητα (η οποία καθορίζει τον προγραμματισμό και τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί).

Τέλος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η αγωγής υγείας πρέπει να προσφέρεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο, ή υπό περιστασιακή ή προγραμματισμένη μορφή ανάλογα, να στοχεύει στην εκπαίδευση των μελών της κοινότητας για μείωση του στρες, στην παροχή εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες και σε θέματα πρόληψης και αυτοφροντίδας.

γ) Διοικητικός Ρόλος

Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, ο ΚΝ πρέπει να αξιολογεί τις ανάγκες, να σχεδιάζει, να προγραμματίζει, να εφαρμόζει και να ελέγχει την παροχή φροντίδας και υπηρεσιών διατηρώντας ανοικτά κανάλια επικοινωνίας.

Πρέπει επίσης να συντονίζει την διεπαγγελματική ομάδα, να αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ των ατόμων και της διεπαγγελματικής ομάδας ή των αναγκαίων υπηρεσιών, να είναι γνώστης των παρεχομένων υπηρεσιών τις οποίες διαμεσολαβεί και να διαμεσολαβεί με σχετικές υπηρεσίες για εξυπηρέτηση ατόμων σε θέματα υγείας, διαμονής, μεταφοράς.

Τέλος, ο ΚΝ πρέπει να προγραμματίζει και συντονίζει δραστηριότητες κοινοτικής νοσηλευτικής υπολογίζοντας το κόστος έναντι της ωφελιμότητας.

δ) Συμβουλευτικός Ρόλος – Εμπειρογνώμονας – Συνήγορος

Οι συμμετέχοντες εκτίμησαν και το ρόλο του ΚΝ ως σύμβουλου και εμπειρογνώμονα. Ο ΚΝ, πιο συγκεκριμένα, πρέπει να προσφέρει την γνώμη και γνώση του όπου και όποτε του ζητηθεί και να παρέχει συμβουλευτική για χειρισμό ειδικών περιπτώσεων σε ατομικό, οικογενειακό ή κοινοτικό επίπεδο.

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες τόνισαν ότι ο ΚΝ πολλές φορές είναι συνήγορος των ατόμων (τόσο για ατομικές ανάγκες, όσο και για βελτίωση του περιβάλλοντος) ενώ επίσης, συνηγορεί για αλλαγή και βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών, καθώς και σε θέματα διακρίσεων και ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

ε) Ερευνητικός Ρόλος – Φορέας Αλλαγής

Ο ΚΝ εντοπίζει και αξιολογεί πιθανά θέματα έρευνας, διεξάγει επιδημιολογική μελέτη, παρακολουθεί τους δείκτες υγείας, αξιολογεί κριτικά και εφαρμόζει τα ερευνητικά πορίσματα στην κλινική πρακτική και ενημερώνει συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες για τα ερευνητικά αποτελέσματα.

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες επισήμαναν ότι ένα από τα βασικά καθήκοντα του ΚΝ είναι να φροντίζει για την τήρηση αρχείου (προσωπικοί φάκελοι – εχεμύθεια, εμπιστευτικότητα), όπως και για την τήρηση γραπτών και στατιστικών στοιχείων.

Παρόλο που παρουσιάστηκε μια σύγκλιση όσον αφορά στον πολυδιάστατο ρόλο του ΚΝ, η ΚΝ 1 έθεσε το θέμα ότι πολλές φορές τόσο οι πελάτες και οι οικογένειες τους όσο και άλλοι επαγγελματίες υγείας συγχύζουν ή αμφισβητούν το ρόλο του ΚΝ. Πιο συγκεκριμένα είπε:

«Κάποιες υπηρεσίες μας βλέπουν λίγο «παράξενα». Κάποιες φορές υπάρχει σύγχυση ρόλων τόσο από άλλες υπηρεσίες τόσο και από ασθενείς (οι οποίοι δεν γνωρίζουν το ρόλο μας, νομίζουν ότι είμαστε κοινωνικοί λειτουργοί, φροντιστές, καθαριστές, κτλ.)

Είναι απαραίτητη η συνεργασία αλλά και η στήριξη από τις άλλες υπηρεσίες πχ. προϊστάμενοι νοσοκομείων οι οποίοι πρέπει να αντιληφθούν τι είναι ΚΝ και να πιστέψουν σε αυτή (γιατί παρατηρείται και μια προκατάληψη ως προς το ρόλο μας)».

4.4. Η Κατ' Οίκον Νοσηλεία τα επόμενα χρόνια

Το τελευταίο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε στον εντοπισμό εισηγήσεων για βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Οι εισηγήσεις των συμμετεχόντων είχαν άμεση σχέση με τις αναφορές τους για το πώς οραματίζονται την υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας στο μέλλον.

Γενική επικρατούσα αντίληψη αποτέλεσε η άποψη ότι βρίσκοντας τρόπους επίλυσης των παραγόντων που δυσχεραίνουν την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής και ενισχύοντας τους παράγοντες που τη διευκολύνουν, θα μπορούν πλέον οι ΚΝ να συμμετέχουν ως ένας σημαντικός εταίρος στην ποιοτική παροχή φροντίδας, ενώ ταυτόχρονα θα έχουν τη δυνατότητα να οργανώσουν την υπηρεσία όπως αυτοί την οραματίζονται.

Χαρακτηριστικά, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οραματίζονται την ΚΝ υπηρεσία όπως την είχαν μάθει κατά τη διάρκεια των μαθημάτων τους για απόκτηση του διπλώματος στην ΚΝ.

Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν σε οργανωμένα κέντρα υγείας στα οποία να φιλοξενούν μια ορθά επανδρωμένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας που να εργάζεται στα πλαίσια της Π.Φ.Υ. (Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας) και όπου ο κάθε επαγγελματίας θα γνωρίζει τον ρόλο που έχει να επιτελέσει. Βασικός δε, συντελεστής / συντονιστής της διεπαγγελματικής ομάδας θα είναι ο ΚΝ. Όσον αφορά τώρα στην κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία ειδικότερα, οι συμμετέχοντες ευελπιστούν ότι στο μέλλον θα αποκτήσει

διοικητική δομή, κατάλληλη υποδομή και επαρκή στελέχωση, ενώ ο ΚΝ θα κατοχυρωθεί νομικά και θα δημιουργηθεί ένα θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία της ΚΝ.

Ενδεικτικά η ΚΝ1 εξηγεί:

«Ονειρεύομαι ότι θα εφαρμοστεί η ΚΝ όπως την μάθαμε κατά τη διάρκεια των μαθημάτων μας για απόκτηση του διπλώματος της ΚΝ. Δηλαδή, με το κέντρο υγείας, την διεπαγγελματική ομάδα υγείας που να εργάζεται μέσα στα πλαίσια της ΠΦΥ και που ο καθένας θα γνωρίζει το ρόλο του ενώ ταυτόχρονα θα λυθούν τα προβλήματα που αναφέραμε. Περαιτέρω, πιστεύω ότι σε όλα αυτά τα προβλήματα που αναφέραμε θα βοηθήσει στην επίλυση τους αν κατοχυρωθεί νομικά ο ΚΝ και δημιουργηθεί ένα θεσμικό πλαίσιο για τη λειτουργία του ΚΝ. ».

Περαιτέρω, τονίστηκε η ανάγκη για άμεση ανάπτυξη και εφαρμογή πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών για την φροντίδα με ταυτόχρονη αφομοίωση της νέας τεχνολογίας (π.χ. εφαρμογή τηλε-υγείας, μηχανογράφηση της υπηρεσίας, κτλ.) με στόχο την εξοικονόμηση χρόνου και πόρων. Επιπλέον, ελπίζουν στην εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό της υπηρεσίας (υφιστάμενο και νεοεισερχόμενο). Οι συμμετέχοντες, ευελπιστούν επίσης σε καλύτερη συνεργασία αλλά και στήριξη από τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, καθώς και σε πληρέστερη ενημέρωση για την υπηρεσία.

Τέλος, στο ίδιο ερώτημα, χαρακτηριστική ήταν η άποψη της ΚΝ4 η οποία μέσα από την απάντηση της εξέφρασε την απογοήτευση της, τονίζοντας τους αργούς ρυθμούς με τους οποίους αλλάζουν οι καταστάσεις στην υπηρεσία. Περαιτέρω, μέσα από τα λεγόμενα της υπογραμμίστηκε για ακόμη μια φορά το πόσο σημαντική κρίνεται η αναγνώριση της υπηρεσίας από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Συγκεκριμένα ανέφερε:

«Θεωρώ ότι όλα αυτά που λέτε είναι τα ιδεώδη (ideal). Θεωρώ όμως ότι ίσως να μην προλάβω να το δω (εννοεί ότι θα περάσουν χρόνια και θα αφυπηρητήσει). Στο άμεσο μέλλον όμως και τα επόμενα 10 περίπου χρόνια (και με το ρυθμό που προχωρούν τα

πράγματα) αναμένω/ νομίζω και ελπίζω να είμαι λανθασμένη το πολύ να έχουμε κινητό τηλέφωνο, δομή και μπορεί να έχουμε και γιατρό για την υπηρεσία. Αυτό όμως που πραγματικά περιμένω είναι την αναγνώριση από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα εργασία είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας στην Κύπρο, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι αντιλήψεις/ απόψεις των Κοινοτικών Νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας γενικότερα, αλλά και του συγκεκριμένου προγράμματος ειδικότερα, με απώτερο στόχο την διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων για την περαιτέρω ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας.

Κατά τη διεξαγωγή της ομαδικής εστιασμένης συζήτησης στην παρούσα μελέτη, διαφάνηκε ότι η έννοια της «ποιότητας» επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες και αποτελεί ουσιαστικά λειτουργία πολλών στοιχείων ενισχύοντας έτσι την άποψη ότι η ποιότητα στη νοσηλευτική είναι πολυδιάστατη (Buchan, Grey & Hill, 1990).

Υπογραμμίστηκε δε, η σημασία της ολιστικής αλλά και τυποποιημένης φροντίδας, της επικοινωνιακής επικοινωνίας, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων τόσο με προϊσταμένους όσο και με τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας στην παροχή ποιοτικής φροντίδας, σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία (Markham & Carney, 2007).

Στην προσπάθεια εντοπισμού των στάσεων και αντιλήψεων των ΚΝ οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας, για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και για το ρόλο τους στη βελτίωση της διαφάνηκαν τρεις βασικές κατηγορίες που αφορούσαν στο πως οι ΚΝ αντιλαμβάνονται την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και οι οποίες εντοπίστηκαν και στη διεθνή βιβλιογραφία (Markham & Carney 2007, Murphy 2007, McGillis-Hall & Doran 2007, Kennedy 2004, Speed & Luker 2004, McCormark 2003, Riccio 2000, Davies et al 1999, Williams 1998). Διαφάνηκε ότι οι ΚΝ εστίασαν κυρίως στην επίτευξη των στόχων, στην ικανοποίηση των πελατών και τέλος στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα.

Ως εκ τούτου, οι απόψεις των ΚΝ ενισχύουν την άποψη ότι από την οπτική του παράγωγού (επαγγελματία υγείας), η ποιότητα, συνδέεται με την ποιότητα σχεδιασμού και την ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να ανταποκριθεί στις προδιαγραφές οι οποίες έχουν τεθεί στη φάση του σχεδιασμού (Παυλάκης, 2007) άρα και την επίτευξη των στόχων.

Περαιτέρω, μερίδα συμμετεχόντων θεωρούν σημαντική την παράμετρο της ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή οποιασδήποτε φροντίδας, γεγονός που συνηγορεί με τη βιβλιογραφία όπου έγινε αντιληπτό ότι λόγω της ιδιαίτερης μορφής των υπηρεσιών υγείας η ποιότητα ταυτίστηκε σημασιολογικά με την ικανοποίηση των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2004, Π.Ο.Υ., 1993). Υπογραμμίστηκε δε, η άμεση σχέση μεταξύ ποιότητας και μεγιστοποίησης της ικανοποίησης του ασθενή (Donabedian, 1980).

Ακόμη, υποστηρίχθηκε ότι η φροντίδα των ατόμων θα πρέπει να είναι ανθρωποκεντρική και ολιστική, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να βασίζεται στην αυτονομία, το σεβασμό, το δικαίωμα της επιλογής με ταυτόχρονη προαγωγή της ανεξαρτησίας του ατόμου και της ικανότητας του για αυτοφροντίδα (Murphy 2007, McCormack 2003, Davies et al 1999).

Σημαντική δε, κατά την πορεία της συζήτησης, κρίθηκε η διασφάλιση ολοκληρωμένης, εξατομικευμένης και εξειδικευμένης φροντίδας καθώς επίσης και η ύπαρξη συνέχειας στη φροντίδα, ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων που θα επιβεβαιώνουν ότι ο ασθενής θα λαμβάνει την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Α.Ν.Α. από Πλατή, 1997)

Όσον αφορά στον ρόλο των ΚΝ στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υπήρξε ομοφωνία ως προς την πολυπλοκότητα του ρόλου του ΚΝ. Ταυτόχρονα όμως οι ΚΝ αναφέρθηκαν σε αμφισβήτηση ή σύγχυση του ρόλου των ΚΝ τόσο από τους πελάτες και τις οικογένειες τους, όσο και από άλλους επαγγελματίες υγείας, δεδομένα τα οποία διαφάνηκαν επίσης και κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Markham & Carney, 2007, McKenna & Keeney, 2004)].

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας, καθώς και τους παράγοντες που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών, βασική επικρατούσα αντίληψη αποτέλεσε η άποψη των συμμετεχόντων ότι παρόλο που γίνεται έντονη προσπάθεια για διασφάλιση ποιοτικής παροχής υπηρεσιών από το συγκεκριμένο πρόγραμμα, εντούτοις λόγω διαφόρων λειτουργικών και άλλων προβλημάτων νιώθουν ότι οι προσπάθειες τους δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Τονίστηκε δε, η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος αφού όπως αναφέρθηκε δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του συγκεκριμένου προγράμματος λόγω του ότι αποτελεί ένα σχετικά νεοσύστατο κλάδο. Στον αντίποδα των προαναφερθέντων, μερίδα συμμετεχόντων ανέφεραν ως βασικά αίτια που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών την πολυπλοκότητα και τον πολυδιάστατο χαρακτήρα του όρου «ποιότητα».

Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες στην έρευνα, υπογράμμισαν ως παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών τόσο τους εξωτερικούς παράγοντες, όσο και τους εσωτερικούς (Taylor, 2000).

Στους εξωτερικούς παράγοντες που αφορούν στην κοινωνικο-οικονομική πολιτική, τη γεωγραφική και κοινωνική δομή, την κουλτούρα, τις εμπειρίες κτλ, αναφέρθηκαν η απουσία διεπαγγελματικής ομάδας, η έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη ιεραρχικής δομής, οργάνωσης και ελέγχου της υπηρεσίας καθώς και κοινής πολιτικής και τέλος, η απουσία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων. Οι προαναφερθέντες παράγοντες εντοπίστηκαν και στη διεθνή βιβλιογραφία (Markham & Carney 2007, McKenna et al 2004, Riccio, 2000, Cranston, 2002, Kitson 1986)

Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στο ρόλο που διαδραματίζει η διεπαγγελματική ομάδα υγείας ο οποίος θεωρήθηκε φτωχικός και είχε ως αποτέλεσμα την αδυναμία συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των μελών της. Επιπλέον, υπογραμμίστηκε η σημασία της επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ προσωπικού και διοίκησης για τη δημιουργίας

αρμονικού εργασιακού περιβάλλοντος, παράμετρος η οποία θεωρείται ότι επιφέρει άμεσα αποτελέσματα στην παροχή ποιοτικής φροντίδας (Lageson, 2001).

Ακόμη, η άσκηση ηγετικού ρόλου από τους ΚΝ ήταν μια άλλη παράμετρος της οποίας η συμβολή θεωρήθηκε σημαντική για παροχή ποιοτικής φροντίδας και υποστηρίχθηκε ότι η ηγεσία θα πρέπει να προέρχεται μέσα από τους ίδιους τους ΚΝ και να οδηγεί σε προγράμματα ανασύστασης της ποιότητας (Markham & Carney, 2007).

Επιπρόσθετα, η χρήση τεκμηριωμένης πρακτικής κατά την τυποποίηση της φροντίδας και των διαδικασιών, σε συνδυασμό με τη συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της, οδηγεί στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών ΚΝ (Markham & Carney, 2007) αλλά και στην κλινική αποτελεσματικότητα (Cranston, 2002). Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αναγνωρίστηκε η σημασία ύπαρξης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και κοινής πολιτικής, ενώ ταυτόχρονα υπογραμμίστηκε η δυσκολία χάραξης κοινής πολιτικής λόγω ακριβώς της απουσίας τους.

Όσον αφορά στους εξωτερικούς παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών, το περιβάλλον εργασίας καθώς και η διαθεσιμότητα των πόρων θεωρήθηκαν επίσης σημαντικές παράμετροι για παροχή ποιοτικής φροντίδας (Markham & Carney 2007, Williams 1998). Πλήρης σύγκλιση απόψεων υπήρξε επίσης και ως προς το ως εξωτερικούς παράγοντες που αφορούν κυρίως σε οργανωτικά στοιχεία όπως κτίρια, εξοπλισμός, προσωπικό, κτλ.

Γενική δε, υπήρξε η αποδοχή ότι η γνώση συνδέεται άμεσα με την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Attree, 1992) ενώ συγχρόνως, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2005) προάγει την ασφάλεια κατά την φροντίδα τη στιγμή που η ασφάλεια των ασθενών θεωρείται ουσιαστική παράμετρος στον απολογισμό της φροντίδας (Marek, 1989).

Υπογραμμίστηκε ότι, η γνώση προάγει την αυτογνωσία και το αίσθημα αυτοπεποίθησης, ενισχύει την προσωπική ανάπτυξη και αυξάνει την ικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας. Περαιτέρω, τονίστηκε η ανάγκη για συνεχή εκπαίδευση με στόχο τη

βελτίωση της πρακτικής τους, που θα οδηγεί στην παροχή τεκμηριωμένης πρακτικής. Ακόμη, οι ΚΝ θεωρούν ότι διαμέσου της εκπαίδευσης θα καταστούν ικανοί και καλά πληροφορημένοι επαγγελματίες (Markham & Carney, 2007). Σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι παρά την πληθώρα των προβλημάτων που παρατέθηκαν από τους συμμετέχοντες, εντούτοις, δεν έλειψαν και οι θετικές αναφορές των συμμετεχόντων για τη στήριξη που λαμβάνουν από πλευράς Υπουργείου Υγείας σε θέματα εκπαίδευσης.

Διαφάνηκε επίσης, ότι στην πλειοψηφία τους οι ΚΝ πιστεύουν ότι αν αποσυρθούν οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή φροντίδας, τότε και η ποιότητα φροντίδας θα βελτιωθεί. Ως εκ τούτου, ερωτώμενοι για το ποιοι παράγοντες κατά τη γνώμη τους θα διευκόλυναν την παροχή ποιοτικής φροντίδας επανήλθαν σε θέματα όπως η δημιουργία διεπαγγελματικής ομάδας, η δημιουργία πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, εκπαίδευσης, στελέχωσης και οργάνωσης της υπηρεσίας καθώς και δημιουργίας οργανωτικής δομής, ηγεσίας και ελέγχου. Διαφάνηκε δε, ότι, θέτοντας όλα αυτά υπό το μικροσκόπιο, θα μπορούσε να λεχθεί ότι όλα αυτά στοχεύουν στην ενδυνάμωση των ΚΝ οι οποίοι με τη συνεχή ανάπτυξη, αναβάθμιση και μάθηση θα καταστούν ικανοί και έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις συνεχείς προκλήσεις (Spreitzer & Quinn, 2001).

Ως εκ τούτου, μέσα από την ενδυνάμωση της ΚΝ γενικότερα, αλλά και κάθε ΚΝ ειδικότερα θα τους καταστήσει ικανούς να χρησιμοποιήσουν τη γνώση και τις δεξιότητες που απέκτησαν και που συνεχώς θα πρέπει να αποκτούν, για να ανταποκριθούν στις πολυπλοκότητες που αντιμετωπίζουν και θα αντιμετωπίζουν στο μέλλον τόσο οι ίδιοι όσο και η ΚΝ. Βρίσκοντας τρόπους επίλυσης των παραγόντων που δυσχεραίνουν την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής και ενισχύοντας τους παράγοντες που τη διευκολύνουν, οι ΚΝ θα μπορούν πλέον να συμμετέχουν ως ένας σημαντικός εταίρος στην ποιοτική παροχή φροντίδας (Williamson, 2007).

Ξεκάθαρη τέλος ήταν η θέση των ΚΝ για το πώς οραματίζονται την υπηρεσία στο μέλλον όπου αναφέρθηκαν σε οργανωμένα κέντρα υγείας στα οποία να εδρεύει μια ορθά επανδρωμένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας που να εργάζεται στα πλαίσια της

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και όπου ο κάθε επαγγελματίας θα γνωρίζει τον ρόλο που έχει να επιτελέσει. Βασικός δε, συντελεστής/ συντονιστής της διεπαγγελματικής ομάδας θα είναι ο ΚΝ. Ειδικότερα, ευελπιστούν ότι στο μέλλον θα αποκτήσει διοικητική δομή, κατάλληλη υποδομή και επαρκή στελέχωση, ενώ ο ΚΝ θα κατοχυρωθεί νομικά και θα δημιουργηθεί ένα θεσμικό πλαίσιο για την λειτουργία της ΚΝ.

5. 1. Αλληλεπίδραση της ομάδας

Σχεδόν καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης υπήρξε πλήρης σύγκλιση απόψεων από τους συμμετέχοντες. Περαιτέρω, η συζήτηση κύλησε σε ένα γόνιμο και εποικοδομητικό κλίμα με τους συμμετέχοντες να αισθάνονται άνετα να εκφράσουν τις απόψεις τους. Καθ' όλη την πορεία της συζήτησης η συμμετοχή και το ενδιαφέρον όλων των συμμετεχόντων υπήρξε υψηλό με αποκορύφωμα το τέλος της συζήτησης όπου νοιώθοντας ακόμη πιο χαλαροί εξέφρασαν ανεπιφύλακτα τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους.

Εξάιρεση αποτέλεσε μία εκ των ΚΝ η οποία αν και καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης διατηρούσε καλή οπτική επαφή με όλα τα μέλη της ομάδας και κουνούσε καταφατικά το κεφάλι της, δίστασε να εκφράσει και λεκτικά την άποψη της, γεγονός τελικά που έπραξε προς το τέλος της συζήτησης και έπειτα από προσωπική παρότρυνση του συντονιστή.

Μοναδικές περιπτώσεις διαφωνίας αποτέλεσαν τα σημεία που αφορούσαν στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας, στη σημασία δημιουργίας πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και το χώρο στέγασης της υπηρεσίας.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με την ποιότητα του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας, κάποιες ΚΝ ένιωσαν ότι, παρά τις προσπάθειες τους κάποιες φορές, αδυνατούν να παρέχουν ποιοτική φροντίδα στο μέτρο που θα ήθελαν και το αποδίδουν κυρίως σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως η τεχνολογία, η επικοινωνία κλπ., ενώ δύο εκ των συμμετεχόντων έχοντας υπόψη την πολυπλοκότητα και τον πολυδιάστατο χαρακτήρα

του όρου «ποιότητα» αξιολόγησαν θετικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του συγκεκριμένου προγράμματος.

Αναφορικά με τη διαφωνία που προέκυψε σχετικά με τη διεκπεραίωση κάποιων εξειδικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων και τη σπουδαιότητα ύπαρξης πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, μία εκ των ΚΝ χωρίς να ακυρώνει τη σημασία των πρωτοκόλλων και των κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, υποστήριξε ό τι μέσα από την εκπαίδευση το υ ο ι ΚΝ είναι γνώστες του τρόπου διεκπεραίωσης συγκεκριμένων νοσηλευτικών διεργασιών, γεγονός που δεν δικαιολογεί σημαντικές αποκλείσεις στον τρόπο που κάθε νοσηλευτής εργάζεται.

Όσον αφορά στη διαφωνία που προέκυψε για το χώρο στέγασης, κάποιοι από τους συμμετέχοντες υπεραμύνθηκαν της άποψης για αποκέντρωση των υπηρεσιών και στέγασης της υπηρεσίας στο αστικό ή αγροτικό κέντρο της περιοχής όπου ήδη υπάρχει υποδομή και διευκολύνεται η συνεργασία με την υπόλοιπη ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ενώ στον αντίποδα μια άποψη αφορούσε στη στέγαση της υπηρεσίας σε έναν ενιαίο ανεξάρτητο χώρο ανά επαρχία.

Πέραν των προαναφερθέντων διαφωνιών χαρακτηριστική υπήρξε η στάση μίας ΚΝ η οποία εξέφρασε την απογοήτευση της για το μέλλον της υπηρεσίας, τονίζοντας τους αργούς ρυθμούς με τους οποίους αλλάζουν οι καταστάσεις στην υπηρεσία και ταυτόχρονα υπογράμμισε τη σημασία αναγνώρισης της υπηρεσίας από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν την άποψη για τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας στη νοσηλευτική.

Αξιολογώντας τις απόψεις και αντιλήψεις των ΚΝ για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά και για το ρόλο τους στη βελτίωση της, βρέθηκε ότι οι ΚΝ εστίασαν κυρίως στην επίτευξη των στόχων, στην ικανοποίηση των πελατών και τέλος στην ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα. Ταυτόχρονα, τονίστηκε η σημασία της ολιστικής, αλλά και τυποποιημένης φροντίδας, της εποικοδομητικής επικοινωνίας, της ικανότητας ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου καθώς και της ύπαρξης καλών εργασιακών σχέσεων τόσο με προϊσταμένους, όσο και με τα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας υγείας στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Όσον αφορά στον ρόλο των ΚΝ στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υπήρξε ομοφωνία ως προς την πολυπλοκότητα του ρόλου του ΚΝ. Επιπλέον, οι ΚΝ αναφέρθηκαν σε αμφισβήτηση ή σύγχυση του ρόλου των ΚΝ τόσο από τους πελάτες και τις οικογένειες τους, όσο και από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Αναφορικά με τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών, οι ΚΝ αναφέρθηκαν τόσο σε εξωτερικούς παράγοντες (κοινωνικο-οικονομική πολιτική, τη γεωγραφική και κοινωνική δομή, την κουλτούρα, τις εμπειρίες κτλ με ιδιαίτερη αναφορά στην απουσία διεπαγγελματικής ομάδας, την έλλειψη επικοινωνίας, έλλειψη ιεραρχικής δομής, οργάνωσης και ελέγχου της υπηρεσίας καθώς και κοινής πολιτικής και τέλος, στην απουσία κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων), όσο και τους εσωτερικούς παράγοντες (το περιβάλλον εργασίας καθώς και η διαθεσιμότητα των πόρων).

Υπογραμμίστηκε το γεγονός ότι παρόλο που γίνεται έντονη προσπάθεια για διασφάλιση ποιοτικής παροχής υπηρεσιών από τους ΚΝ του συγκεκριμένου προγράμματος, εντούτοις λόγω διαφόρων λειτουργικών και άλλων προβλημάτων που προκύπτουν από τα προαναφερθέντα, οι ΚΝ νιώθουν ότι οι προσπάθειες τους δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Περαιτέρω, τονίστηκε ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας σε συνάρτηση με

τον περιορισμένο αριθμό των ΚΝ οδηγεί κάποιες φορές στην αναζήτηση της ποσότητας εις βάρος της ποιότητας.

6.1. Περιορισμοί και αξιολόγηση της έρευνας

Οι ποιοτικές έρευνες, όπως έχει προαναφερθεί, λόγω της σύνθετης φύσης των κοινωνικών φαινομένων που μελετούν και λαμβάνοντας υπόψη ότι τα άτομα και οι συνθήκες αλλάζουν συνεχώς, δεν ενδιαφέρονται τόσο για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ως εκ τούτου, η διαφορετική φιλοσοφία της ποιοτικής από την ποσοτική ερευνητική μεθοδολογία επιβάλλει και την ύπαρξη διαφορετικών κριτηρίων αξιολόγησης αφού οι ποσοτικές έννοιες της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες αξιολόγησης μιας ποιοτικής ερευνητικής διαδικασίας.

Ειδικότερα, ενώ στην ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση αναφέρονται συχνά οι έννοιες «εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα», καθώς και «αξιοπιστία» μιας έρευνας, στην ποιοτική μεθοδολογία, οι περισσότεροι ερευνητές δεν υιοθετούν τη θετικιστική ταξινόμηση και αντί για «εσωτερική εγκυρότητα» μιλούν για «πιστότητα» και «αυθεντικότητα», ενώ την «εξωτερική εγκυρότητα» την ορίζουν ως «εφαρμοσιμότητα» στο φαινόμενο που μελετάται, σε παρόμοιες ομάδες και στη μελετώμενη ομάδα. Επίσης, αντί του όρου «αξιοπιστία» χρησιμοποιούν τον ποιοτικό όρο «σταθερότητα» και «δυνατότητα αναπαραγωγής» (Μπελλάλη, 2006).

Ως εκ τούτου, οι ποιοτικοί ερευνητές ενδιαφέρονται για την δυνατότητα αναπαραγωγής και εφαρμοσιμότητας των ερευνητικών τους αποτελεσμάτων ενώ ταυτόχρονα, ο καλύτερος έλεγχος της αξιοπιστίας των δεδομένων προέρχεται μέσα από τη δυνατότητα εφαρμογής των ευρημάτων μέσα στο χρόνο, σε παρόμοιες συνθήκες και σε παρόμοια φαινόμενα.

Περαιτέρω, η αποφυγή μεροληψίας ή συστηματικής προκατάληψης που παρεμβάλλονται σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, αποτελεί βασικό ζητούμενο τόσο στις ποσοτικές, όσο και στις ποιοτικές έρευνες. Ο στόχος στην ερευνητική διαδικασία, από το

σχεδιασμό, τη συλλογή των δεδομένων, την ανάλυση και την ερμηνεία τους, είναι η μείωση στο ελάχιστο, η πρόβλεψη και ο έλεγχος των πιθανών μεροληψιών. Επιπλέον, είναι σημαντικό τέτοια φαινόμενα να μην παραβλέπονται, αλλά να εντοπίζονται και να ερμηνεύονται ως διαδικασία της ίδιας της ανάλυσης σε όλα τα στάδια της έρευνας (Μπελλάλη, 2006) αφού η γνώση τέτοιων φαινομένων, καθώς και οι συνεχείς προσπάθειες εξάλειψής τους ενισχύουν την συνολική εγκυρότητα της ερευνητικής διαδικασίας.

Η παρούσα μελέτη υφίσταται μια σειρά από περιορισμούς, αφού σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας είναι δυνατόν να υπάρξουν μεροληψίες τόσο κατά τη διάρκεια της επιλογής του δείγματος, όσο και στην πορεία, καθώς και κατά τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. Ακόμη, τόσο ο ερευνητής, όσο και οι συμμετέχοντες έχουν τις δικές τους αντιλήψεις, προσδοκίες και πεποιθήσεις από πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Παρ' όλα αυτά, όλες οι φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας περιγράφονται αναλυτικά στοχεύοντας στην πλήρη διαφάνεια.

Όσον αφορά στη δειγματοληψία, έγινε χρήση σκόπιμης δειγματοληψίας με σκοπό τη εξασφάλιση ομοιογενούς πληθυσμού (στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων) που να μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της συγκεκριμένης έρευνας αφού ήταν αναγκαία η συλλογή πληροφοριών στο εξειδικευμένο θέμα της κατ' οίκον νοσηλείας με στόχο την εντατική και εις βάθος διερεύνηση των απόψεων του υπό μελέτη πληθυσμού και την δυνατότητα εφαρμογής των συμπερασμάτων της σε αυτόν (εφαρμοσιμότητα).

Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, αφού στο πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας εργάζεται μόνο ένας νοσηλευτής και δυστυχώς δεν μπορούσε να παρευρίσκεται την ημέρα της ΟΕΣ.

Περαιτέρω, παρατηρήθηκε αδυναμία των ΚΝ να παρευρεθούν στις συναντήσεις οι οποίες θα γίνονταν κατά τις απογευματινές ώρες και στον ελεύθερο τους χρόνο λόγω βεβαρημένου προγράμματος και άλλων οικογενειακών υποχρεώσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας μόνο ΟΕΣ. Το γεγονός αυτό έδωσε μεν το δικαίωμα

στην ερευνήτρια να συγκρίνει δεδομένα μέσα σε μία ομάδα, αλλά ταυτόχρονα στέρησε την ευκαιρία για σύγκριση δεδομένων μεταξύ περισσότερων ομάδων. Αυτό αποτελεί ένα από τους περιορισμούς των μεμονωμένων ΟΕΣ, αφού οδηγεί σε έλλειψη σύγκρισης και ανικανότητα διάκρισης προτύπων.

Όσον αφορά στη φάση της συλλογής δεδομένων, συντονιστής της ΟΕΣ ήταν η ερευνήτρια η οποία είναι και συνάδελφος με τους συμμετέχοντες γεγονός που θα μπορούσε να κριθεί αρνητικά από άποψη μεροληψιών. Παρ' όλα αυτά, βρέθηκε ότι, το γεγονός αυτό υπήρξε υποβοηθητικό στην πορεία της συζήτησης αφού οι συμμετέχοντες ένιωθαν άνετα να εκφράσουν τις απόψεις τους, ενώ ήταν ευκολότερο να παρακινηθούν να συμμετέχουν περισσότερο αυτοί που δεν είναι και τόσο ομιλητικοί.

Κατά τη φάση της ανάλυσης δεδομένων υπήρξε και πάλι ο κίνδυνος ύπαρξης μεροληψιών αφού η ανάλυση και ερμηνεία των δεδομένων εξαρτάται από την υποκειμενική κρίση του ερευνητή. Ειδικά στα πρώτα στάδια της ανάλυσης, όπου ο όγκος των δεδομένων είναι μεγάλος, απαιτείται εκπαίδευση και εμπειρία, ώστε ο ερευνητής να δείχνει ανοχή απέναντι στην ασάφεια και τη σύγχυση που μπορεί να νιώσει, να είναι ευαίσθητος στον εντοπισμό των ποικίλων διαστάσεων του υπό μελέτη φαινομένου, χωρίς να παραγνωρίζει πληροφορίες σχετικές με το θέμα (αλλά να διεξάγει περιεκτική επεξεργασία των δεδομένων), να δείχνει ευελιξία χωρίς δογματική προσήλωση σε ένα συγκεκριμένο τρόπο σκέψης και τέλος να έχει διάθεση συνεργασίας με άλλους ερευνητές (Μπελλαλη και Παπάζογλου 2004).

Ακόμη, η ανάλυση συνήθως εξαρτάται από την ικανότητα του ερευνητή να οργανώνει και να κατηγοριοποιεί τα δεδομένα που έχει με το σωστό τρόπο (Polit & Hungler, 1997).

Κατά το στάδιο της συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων και με στόχο τη διασφάλιση της πιστότητας, αυθεντικότητας, δυνατότητας αναπαραγωγής, εμπειρικής τεκμηρίωσης και σταθερότητας των ερευνητικών αποτελεσμάτων εφαρμόστηκε η μέθοδος της τριγωνοποίησης η οποία επιβεβαιώθηκε με τη συμμετοχή τριών ερευνητών (βασικός ερευνητής και δύο ανεξάρτητοι).

Τέλος, γεγονός που παραμένει αδιαμφισβήτητο είναι ότι η ποιοτική μεθοδολογία στην έρευνα είναι πολύπλοκη, απαιτητική, σύνθετη και χρονοβόρα και ακόμη και διαμέσου των τρόπων αξιολόγησης της διαφαίνεται ότι δύσκολα «καλουπώνεται», ενώ ταυτόχρονα εξελίσσεται συνεχώς. Ωστόσο, σε μια ποιοτική ερευνητική εργασία σημαντικότερο θεωρείται η χρησιμότητα των αποτελεσμάτων της.

Η χρησιμότητα και η αξία της παρούσας εργασίας διαφαίνονται μέσα από την πληθώρα πληροφοριών που προέκυψαν και που οδήγησαν στην εξαγωγή συμπερασμάτων και εισηγήσεων που με την ανάλογη αξιοποίηση πιθανόν να οδηγήσουν σε βελτίωση της υπηρεσίας ΚΝ γενικότερα αλλά και της Κατ' Οίκον Νοσηλείας ειδικότερα.

6. 2. Εισηγήσεις και μελλοντικές προοπτικές

Σήμερα που η βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους των οργανισμών υγείας αναγνωρίζεται έντονα η ανάγκη ορθού προγραμματισμού καθώς και η άμεση λήψη μέτρων που να στοχεύουν στην ποιοτική αναβάθμιση και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, τα μέτρα που μπορούν να ληφθούν με στόχο τη βελτίωση και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας αφορούν τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε γενικότερο επίπεδο. Τέτοια μέτρα είναι:

- Δημιουργία διοικητικής δομής, κατάλληλης υποδομής και επαρκούς στελέχωσης της υπηρεσίας ΚΝ.
- Νομική κατοχύρωση και δημιουργία θεσμικού πλαισίου για τη λειτουργία της ΚΝ.
- Καλύτερος προγραμματισμός, οργάνωση και εφαρμογή τέτοιας πολιτικής που να στοχεύει στην απόσυρση των παραγόντων που δυσχεραίνουν την ποιοτική παροχή φροντίδας και επιφέρει άμεσα αποτελέσματα στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στην αντιμετώπιση των σύγχρονων και συνεχών προκλήσεων.
- Ενδυνάμωση της ΚΝ γενικότερα, αλλά και κάθε ΚΝ ειδικότερα για να καταστούν ικανοί να χρησιμοποιήσουν τη γνώση και τις δεξιότητες που απέκτησαν και που συνεχώς θα πρέπει να αποκτούν, για να ανταποκριθούν στις πολυπλοκότητες που αντιμετωπίζουν και θα αντιμετωπίζουν στο μέλλον.

- Εφαρμογή προγραμμάτων συνεχούς εκπαίδευσης και επαγγελματικής ανάπτυξης των ΚΝ για να καταστούν ικανοί και καλά πληροφορημένοι επαγγελματίες.
- Προώθηση και ενίσχυση ερευνητικών προγραμμάτων για συνεχή και εις βάθος διερεύνηση θεμάτων που άπτονται του τομέα της ΚΝ με στόχο τη βελτίωση και αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο του ευρύτερου τομέα της ΚΝ, όσο και του συγκεκριμένου προγράμματος.
- Οργάνωση, εφαρμογή και τήρηση συστήματος καταγραφής και αξιολόγησης στατιστικών στοιχείων, καθώς και χρήση όλων αυτών για εξαγωγή συμπερασμάτων με στόχο την πρόληψη αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπιση περιστατικών ή καταστάσεων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού ή την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.
- Τεχνολογική υποστήριξη και συνεχή αναβάθμιση της τεχνολογίας.
- Δημιουργία κέντρων υγείας στα οποία να εδρεύει μια ορθά επανδρωμένη διεπαγγελματική ομάδα υγείας που να εργάζεται στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και όπου ο κάθε επαγγελματίας θα γνωρίζει τον ρόλο του. Περαιτέρω, βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των μελών της διεπαγγελματικής ομάδας με ταυτόχρονη ενίσχυση του συντονιστικού ρόλου του ΚΝ.
- Αποσαφήνιση της πολιτικής και των διαδικασιών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας, καθώς και του ρόλου και των καθηκόντων των ΚΝ τόσο στους άλλους επαγγελματίες υγείας, όσο και στους ασθενείς και στις οικογένειες τους.
- Χρήση τεκμηριωμένης πρακτικής κατά την τυποποίηση της φροντίδας. Δημιουργία και εφαρμογή πρωτοκόλλων και κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, σε συνδυασμό με συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση της φροντίδας, με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση αλλά και στην κλινική αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών ΚΝ.

Περαιτέρω, η συγκεκριμένη έρευνα φιλοδοξεί να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση σε θέματα που αφορούν στην ΚΝ με ποσοτική ή ποιοτική μεθοδολογία και ειδικότερα στην κατ' οίκον νοσηλεία αφού ως νεοσύστατος κλάδος αφήνει πολλά περιθώρια διεξαγωγής ποικιλίας ερευνών όπως:

- Η ικανοποίηση των ασθενών που λαμβάνουν υπηρεσίες από το πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας

- Συγκριτική διερεύνηση του κόστους της υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας έναντι της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.
- Τα οικονομικά και άλλα πιθανά οφέλη από μια πιθανή ευρύτερη εφαρμογή του προγράμματος κατ' οίκον νοσηλείας.
- Διεξαγωγή δημογραφικών μελετών προς εντοπισμό ιδιαίτερων προβλημάτων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού με στόχο την παροχή αλλά και καλύτερη οργάνωση των παρεχομένων υπηρεσιών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αυλώνας, Ν. (1999), Η Σωστή Διαχείριση των Παραπόνων και η Ανάπτυξη Δεικτών Ποιότητας, στις Υπηρεσίες Υγείας, ως Μέσο Ικανοποίησης των Αναγκών του Ασθενή και Βελτίωσης της Ποιότητας. Εισήγηση στο Συνέδριο Quality Forum, Αθήνα.

Γεωργακάκου, Χρ., (2000), Η ποιοτική διασφάλιση στα Κέντρα Υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(2):68-77.

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

Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. και Σουρτζή, Π. (2005), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Βήτα, Αθήνα.

Καρύδη, Ε (2000). «Νοσηλεία στο Σπίτι». Στο Στάθης, Γ.Ι. (ed), *Πρακτικά ζητήματα νοσοκομειακού management: Πρακτικά 2^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου*, Πάτρα 5 – 7 Οκτωβρίου 2000, Mediforce, p.p. 251 – 259.

Κούλη, Ε., Καϊτελίδου, Δ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α., Πρεζεράκος, Π., (2009), Η εκτίμηση του κόστους της κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς με κακοήθη νεοπλάσματα, *Νοσηλευτική*, 48(2):200-206.

Κυριακίδου, Ε.Θ. (2000), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, 3^η έκδοση, Η Ταβιθά, Αθήνα.

Λανάρα, Β. (1996), *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, Αθήνα.

- Μουμτζόγλου, Α. (2001), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Management, Αθήνα.
- Μπακάλης, Ν.Α., Θεοδωρακοπούλου, Γ. (2006), Ποιότητα – Σημαντικός παράγοντας για τη Νοσηλευτική, *Νοσηλευτική*, 45(3): 352-358.
- Μπελλάλη, Θ., (2006), Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 23(3):298-308.
- Μπελλάλη, Θ. & Παπάζογλου, Ε., (2004), Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα, *Νοσηλευτική*, 43 (3), 261 – 270.
- Παπαδαντωνάκη, Α., (2008), Ποιότητα στη Νοσηλευτική: Πραγματικότητα και Προοπτικές, *Νοσηλευτική* 47(4):431-432.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος Α και Β. Αθήνα : Έκδοση Συγγραφέα
- Παυλάκης, Α., (2007), Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Μύθος ή Πραγματικότητα, *14^ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο*.
- Πλατή, Χρ. (1993), *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Αθήνα.
- Πλατή, Χρ., Πριάμη, Μ. (1997), Εξασφάλιση Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας: Τάσεις και Προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 2: 100-106.
- Ραγιά, Α., (2005), *Βασική Νοσηλευτική – Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές*, 6^η Έκδοση, Αθήνα.
- Ραφτόπουλος, Β., (2009), *Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας*, Λευκωσία.

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2000). *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. 3^η Έκδοση. Αθήνα : Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

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

Σιγάλας, Ι. (1999), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, *Επιθεώρηση Υγείας*, 10: 45 -50.

Τούντας, Γ. (2003), Η Έννοια της Ποιότητας στην Ιατρική και στις Υπηρεσίες Υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532 – 546.

Τούντας, Γ., (2003), Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας Δέκα Αναπτυγμένων Χωρών, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20:76-87.

Τούντας, Γ., (2010), Ποιότητα στον τομέα της υγείας,
[http: www.neahygea.gr/page.asp?p=785](http://www.neahygea.gr/page.asp?p=785) [Accessed 29/09/2010]

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, (2009), *Κοινωνική Υπηρεσία Γενικής Νοσηλευτικής: Πρόγραμμα Κατ' Οίκον Νοσηλείας*, Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Ξένη Βιβλιογραφία

American Nurse's Association, (1973), *Standards of Community Health Nursing Practice*, ANA, Kansas.

- American Nurse's Association, (1980), *Division of Community Health Nursing: A conceptual model of community health nursing*, Kansas, The Association.
- Antrobus, S., Kitson, A. (1999), Nursing leadership: influencing and shaping health policy and nursing practice, *Journal of Advance Nursing*, 29(3): 746-753.
- Attree, M., (1993), The analysis of the concept of "quality" as it relates to contemporary nursing care, *International Journal of Nursing Studies*, 4:355-369
- Attree, M., (2001), A study of the criteria used by healthcare professionals, managers, and patients to represent and evaluate quality care, *Journal of Nursing Management*, 9:67-78.
- Austin, L., Luker, K., Caress, A., Hallett, C., (2000), Palliative care: community nurses' perceptions of quality, *Quality in Health Care*, 9:151-158.
- Baric, L. (1998), Αξιολόγηση και Διασφάλιση Ποιότητας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας, *Νέα Γενιά*, 19 : 12.
- Barr, K.W. και Breindel, C.L. Περιπατητική Περίθαλψη, in Wolper, L.F. (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας*, Τόμος Β, Μετάφραση Καραμαλής Μ., Αθήνα, Mediforce, p.p. 615 – 659.
- Benoliel, J.Q. (1984), Advancing Nursing Science: Qualitative Approaches, *Western Journal of Nursing Research*, 6: 1-8.
- Berg, L., Skott, C., Danielson, E., (2007), Caring relationship in a context – fieldwork in a medical ward, *International Journal of Nursing Practice*, 13(2):100-106.

- Bicking, C. ((1979), Process Control by Statistical methods. In: *The Quality Control Handbook*. McGraw-Hill, New York.
- Billingham, K., (2005), Importance of district nurses, *Primary Care* (May).
- Birchfield, P.C. (1996), Elder Health, in Stanhope, M., Lancaster, J. (eds), *Community Health Nursing. Promoting Health of aggregates, families and individuals*, 4th ed, St Louis, Mosby Year Book.
- Bradshaw, P.L., (1989), Teaching and assessing clinical nursing practice, London: Prentice Hall.
- Bramadat, I., Chalmers, K., Andrusyszyn, M.A., (1996), Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: the perceptions of community nurses administrators and educators, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1224-1233.
- Buchan, H., Grey, M., Hill, A., (1990), Score on quality. *Health Serv. Journal*, 8:362-363.
- Canrtell, J., (1998), District nurses perceptions of health education, *Journal of Clinical Nursing*, 7: 89-96.
- Carey A.M., (1995), Comment: Concerns in the analysis of focus group data. *Qualitative Health Research*, 5(4): 487-495
- Carey A.M, Smith M., (1994), Capturing the group effect in focus groups: a special concern in analysis. *Qualitative Health Research*, 4(1):123-127

- Carlisle, C., Barker, G.A., Reley, M., Deny, M., (1994), Stress in midwifery: a comparison of midwives and nurses using the work environment scale, *International Journal of Nursing Studies*, 31(1):13-22.
- Carnwell, R., William, M., (2003), Issues in nursing practice, Advanced practitioners in primary care settings: and exploration of the developing role, *Journal of Clinical Nursing*, 12:630-642.
- Clarke A., (1999), Focus group interviews in health care research. *Professional nurse*, 14:395- 397
- Collings, J. (2005), Nursing practice in England, *Lancet*, 7: 555-563.
- Cunningham, D.E., Kelly, D.R., (2008), Community nurses' perceptions and experiences of protected learning time: a focus group study, *Quality in Primary Care*, 16:27-37.
- Cranston, M., (2002), Clinical effectiveness and evidence-based practice, *Nursing Standard*, 16:39-43.
- Davies, S., Laker, S., Ellis, L., (1999), *Dignity on the ward: promoting excellence in care, Good practice in acute hospital care for older people*, Help the aged, London.
- Davy, M. (1998), Patients' views of the care given by district nurses, *Professional Nurse*, 13(8): 498-502.
- Delaney, F. (1994), Nursing and Health Promotion: conceptual concerns, *Journal of Advanced Nursing*, 20(5): 828-835.

- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D., (1996). *Nusing Research. Text and Workbook*. Fourth Edition. USA: Little, Brown and Company.
- Dines, A. (1994), What changes in health behaviour might nurses logically expect from their health education work?, *Journal of Advanced Nursing*, 20(2): 219-226
- Dinsdale, P., (2002), District nurses draw up plan for changing roles, *Nursing Standard*, 16:7
- Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donabedian, A., (1986), The quality of care: how can it be assessed? *Journal of American Medical Association*, 260: 1743-1748.
- Duggleby W., (2005), What about focus group interaction data? *Qualitative Health Research*, 15:832-842
- Dürrenberger, G., Behringer, Jeannette, Dahinden, Urs, Gerger, Asa, Kasemir, Bernd, Querol, Cristina, Schüle, Ralf, Tabara, David, Toth, Ferenc, van Asselt, Marjolein, Vassilarou, Demetra, Willi, Nicole, Jaeger, Carlo C. (1997), Focus Groups in Integrated Assessment - A manual for a participatory tool. ULYSSES working paper 97 - 2, Darmstadt, Technical University of Darmstadt, ZIT Center for Interdisciplinary Studies in Technology.
- Eliopoulos, C. (1997), *Gerontological Nursing*, 4th Ed, Philadelphia, Lippincott.
- Ellefsen, B., (2001), Changes in health visitor's work, *Journal of Advanced Nursing*, 34: 346-355.

- Evanson, E., & Whittington, D., (1997), Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(1):7-19.
- Fagermoen, M.S., (1997), Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 25(3):434-441.
- Fainsinger, R., Fassbender, K., Brenneis, C., Brown, P., Braun, T., Neuman, C. et al, (2003), *Economic evaluation of two regional palliative care programs for terminally ill cancer patients*, Canadian Health Services Research Foundation Ottawa, Ontario, Canada
- Finnman, K.J., Dassen, T., & Halfen, S.R., (1994), Aggression in Psychiatry: A qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards, *Journal of Advanced Nursing*, 19(6):1088-1095.
- Flynn, L., & Deatrck, JA., (2003), Home care nurses' descriptions of important agency attributes, *Journal of Nursing Scholarship*, 35:385-390.
- Friedricks, J., Henessy, A., Bigoer, H., McPherson, A. (1995), It All Comes Down to Degrees, *Nurs. Clin.*, North Am, 30: 129-142.
- Gaucher, EJ. Coffey, RJ. (1993), *Total Quality in Health Care. From Theory to Practice*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Gooch G.D., Jansson G., Mikaelsson R., (2003), Results of Focus Groups Conducted in the River Basin Area of Motala Ström, River Dialogue, Department of Management and Economics, Political Science, Linköping University, Sweden.

- Granston, M., (2002), Clinical effectiveness and evidence-based practice, *Nursing Standard*, 16:39-43.
- Granstrom, M., Lindmark, B., (2000), Community Health Care Nursing in Rajasthan: a registered nurse's perspective, *Scand. Journal Caring Science*, 14: 239-244.
- Giannakos, D., (1997), Physicians, nurses and collegiality. *Nursing Outlook*, 45: 57-58.
- Hallin, K., Danielson, E., (2008), Registered nurses' perceptions of their work and professional development, *Journal of Advanced Nursing*, 61(1):62-70.
- Haycock-Stuart, E., Jarvis, A., Daniel, K., (2008), A ward without walls? District nurses' perceptions of their workload management priorities and job satisfaction, *Journal of Clinical Nursing*, 17:3012-3020.
- Hlahane, MSM., Greeff, M., Plessis, E., (2006), Professional nurses' perceptions of the skills required to render comprehensive primary health care services, *Curationis* 29(4):82-94.
- Holloway, B., Mobbs, D., (1992), A challenge we all can achieve, *Professional Nurse*, 3:79-83.
- Holloway, I., & Wheeler, S.,(1997), *Qualitative Research for Nurses*, London: Blackwell Science.
- Irurita, V.F., (1999), Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective, *International Journal of Nursing Practice*, 5:86-94.
- Jackson-Frankl, M., (1990), The language and meaning of quality, *Nursing Admin. Quart*, 14:52-65.

- Kennedy, C., (2004), A typology of knowledge for district nursing assessment practice. *Journal of Advanced Nursing*, 45:401-409.
- Kidd, P., & Parshall, M., (2000), Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*, 10(3):293-308.
- Kipping, CJ., Hickey, G., (1998), Exploring mental health: nurse's expectations and experiences, *Journal of Clinical Nursing*, 7(6):531-538.
- Kitson, A., (1986), Indicators of quality in nursing care – an alternative approach, *Journal of Advanced Nursing*, 11:133-144.
- Kitzinger, J., (1994), The methodology of focus group research: the importance of interaction between research participants, *Sociology of health and illness*, 16:103-121.
- Kneafsey, R., Long, A.F., Ryan, J. (2003), An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation, *Health and Social Care in the Community*, 11(4): 321-328.
- Krueger R., (1988), *The focus group kit*. Sage Publications, London.
- Krueger, R.A., (1994), *Fogus Groups: a practical guide for applied research*, Sage, Newdury Park, GA.
- Krueger R.A., (1998), *Analyzing & Reporting Focus Group Results*, Focus Group Kit 6, SAGE Publications, Inc, U.S.A.

- Krueger A.R, Casey A.M., (2000), *Focus groups: a practical guide for applied research*. Sage Publications, London.
- Lageson, C.J., (2001), *First Line Nurse Manager and Quality: Relationship between Selected Role Functions and Unit Outcomes*, PhD Thesis, The University of Wisconsin-Milwaukee, Milwaukee, USA.
- Leininger, M., (1992), Current issues, problems and trends to advance qualitative paradigmatic research methods for the future, *Qualitative Health Research*, 2(4): 392-415.
- Long, A., Baxter, R. (2001), Functionalism and holism: community nurses' perceptions of health, *Journal of Clinical Nursing*, 10: 320-329.
- Marek, K., (1989), The measurement of patient outcome, *Journal of Nursing Quality Assurance*, 4:1-9.
- Markham, T., Carney, M., (2007), Public health nurses and the delivery of quality nursing care in the community, *Journal of Clinical Nursing*, pp.1342-1350.
- Maxwell, R., (1984), Quality assessment in health, *British Medical Journal*, 288:1470-1472.
- McCormark, B., (2003), A conceptual framework for person-centred practice with older people, *International Journal of Nursing Practice*, 9:202-209.
- McCloskey, J., Grace, C. (1990), *Quality control: professional or institutional responsibility?* , Mosby, St Luis.
- McGillis-Hall, L., & Doran, D., (2007), Nurses' perceptions of hospital work environments, *Journal of Nursing Management* 15:264-273.

McKenna, H., Keeney, S., Bradley, M. (2004), Nurse leadership within primary care: the perceptions of community nurses, GPs, policy makers and members of the public, *Journal of Nursing Management*, 12: 69-76.

McKenna, H., Keeney, S. (2004), Community nursing: health professional and public perceptions, *Journal of Advance Nursing*, 48 (1): 17-25.

McKenna, H. (1997), *Nursing Models and Theories*, Routledge, London.

Millis, G., Tattam, A. (1994), ANJ readership survey, *The Australian Nursing Journal*, 1(6):14-16.

Morgan D., (1988), *Focus groups as qualitative research*. Sage, London.

Morgan, D.L., (1993), *Successful Focus Groups*, Sage, London.

Morgan, D (1997), *Focus Groups as Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage.

Morrison- Beedy D, Cote- Arsenault D, Feinstein N., (2001), Maximizing results with focus groups: Moderator and analysis issues. *Applied Nursing Research*, 14(1): 48-53

Murphy, K., (2007), A qualitative study explaining nurses' perceptions of quality care for older people in long-term care settings in Ireland, *Journal of Clinical Nursing*, 16:477-485.

Nelson, AR. (1996), *Measuring Performance and Improving Quality*, Sterling, London.

- Nyamathi, A. & Shuler, P., (1990), Gocus group interview: a research technique for informed nursing practice, *Journal of Advanced Nursing*, 15: 1281-1288.
- Ogden, J. (2000), *Health Psychology: A textbook*, Open University Press, Buckingham.
- Parish, S., (1986), Quality versus quantity nursing: which type of nursing do you practice?, *Journal of Pract. Nursing*, 36:30-31.
- Patton, M.Q., (1990), *Qualitative evaluation and research methods*, Thousands Oaks, Sage, California.
- Perry, M., Carpender, I., Challis, D., Hope, K., (2003), Nursing and health care management issues, *Journal of Advanced Nursing*, 42:497-505.
- Pfeffer, N., Coote, A., (1991), Is quality good for you? *Policy and Politics*, 10:50-55.
- Polit, D., & Hungler, B. (1997). *Essintials of Nursing Research Methods, Appraisals and Utilisation*. Fourth Edition. USA: Lippincott-Raven Publisher.
- Pollitt, C. (1988), Bringing consumers into performance measurement: concepts, concequences and complains. *Policy and Politics*, 16: 77-87.
- Powell A.L, Single M.H., (1996), Focus groups. *International journal for quality in health care*, 1996, 8(5):499-504
- Puchta C. & Potter J. (2004), *Focus Group Practice*, SAGE Publications, Inc, India
- Riccio, P.A., (2000), Quality evaluation of home nursing care: perceptions of patients, physicians and nurses, *Nursing Administration Quarterly*, 24(3):43-52.

- Robinson, N., (1999), The use of focus group methodology- with selected examples from sexual health research, *Journal of Advanced Nursing*, 29(4): 905-913.
- Rodwell, C., (1996), An analysis of the concept of empowerment, *Journal of Advanced Nursing*, 23:305-313.
- Rubin, H.J., Rubin, I.S., (1995), *Qualitative interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, Sage, California.
- Sale, D., (2000), *Quality Assurance: a pathway to excellence*, McMillan Press, London.
- Schorck, R., (1991), Moral issues in nursing research, in Cormark, D., (ed), *The Research Process in Nursing*, 2nd Edition, London: Blackwell Scientific Publications.
- Scully, A.M. (1995), Quality care – nurses make the difference, *Australian Nursing Journal*, 2(10):3.
- Silverman, D., (2000), *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*, Sage, London.
- Sloan G., (1998), Focus groups interviews: defining clinical supervision. *Nursing Standard*, 12:40-43
- Speed, S., Luker, K.A., (2004), Changes in patterns of Knowing the patient: the case of British district nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 41:921-931.
- Spreitzer, G.M., Quinn, R.E., (2001), *A company of leaders: Five disciplines for unleashing the power in your workplace*, CA: Jossey-Bass, San Francisco.

- Steward, D.W., & Shamdasani, P.N., (1990), *Focus Groups: Theory and Practice*, Sage, London.
- Succi, M.J., Lee, S.D., Alexander, J.A.(1998), Trust between managers and physicians in community hospitals: The effects of power over hospital decisions. *Journal of Healthcare Management*. 43: 397.
- Tang C.K, Davis A., (1995), Clinical factors in the determination of focus group size. *Family practice*, 12(4): 474-475
- Taylor, B., (2000), *Reflective practice: a guide for nurses and midwives*, Open University Press, Buckingham.
- Vallerand, AH., Anthony, M., Sounders, MM., (2005), Home care nurses' perceptions of control over cancer pain, *Home Health Care Nurse*, 23:647-652.
- Vaughn S, Schumn J, Sinagub J., (1996), *Focus groups interviews in education and psychology*. Sage Publications, London.
- Von Essens, L. (1991), The importance of nurse caring behaviour as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff, *International Journal of Nursing Studies*, 28: 267-281.
- W.H.O. (1993), *Continuous Quality Development: A Proposal National Policy*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- W.H.O. (2003), *Social Determinants of Health, The Solid Facts 2nd ed.* WHO.
- W.H.O. (2005), *World Alliance for Patient Safety Forward Programme*, World Health Organization, Switzerland.

W.H.O. (2007), 10 facts on ageing and the life course,

Available at: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>

[Accessed September 2010].

Williams, A.M., (1998), The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 27:808-816.

Williamson, K.M., (2007), Home Health Care Nurses' Perceptions of Empowerment, *Journal of Community Health Nursing*, 24(3): 133-153.

Wolper, L.F. (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας –Σχεδιασμός, Εφαρμογή και Διαχείριση Συστημάτων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*, Τόμος Α, Μετάφραση Καραμαλής Μ., Αθήνα, Mediforce, p.p. 721

Wolper, L.F. (2001), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας*, Τόμος Β, Μετάφραση Καραμαλής Μ., Αθήνα, Mediforce.

Wong L.P., (2008), Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*, 49 (3): 256-261

Wright, S., (1987), Consuming interests, *Senior Nurse*, 6:24-25.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Άδεια εκπόνησης μελέτης από Νοσηλευτικές Υπηρεσίες
Υπουργείου Υγείας**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. Φακ. : ΥΥ 5.14.02.4.(2)

1 Σεπτεμβρίου 2010

κα. Μαρία Τζούλιου
Ανώτερη Νοσηλευτική Λειτουργό
Πρόγραμμα Κατ'Οίκον Νοσηλείας ΑΥΚ Γερίου

Θέμα : Εξασφάλιση Άδειας για Διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο « Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του Προγράμματος Κατ'Οίκον Νοσηλείας μέσα από την εμπειρία των Κοινοτικών Νοσηλευτών στην Κύπρο»

Έχω οδηγίες να αναφερθώ σε επιστολή σας ημερ. 23 Αυγούστου 2010, με την οποία αιτήσατε παραχώρηση άδειας για την διεξαγωγή της έρευνας σας με τον πιο πάνω τίτλο, και σας ενημερώνω ότι η Επιτροπή Αξιολόγησης Ερευνητικών Προτάσεων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών, αφού έχει μελετήσει το ερευνητικό σας Πρωτόκολλο όπως και τα περαιτέρω διευκρινιστικά έντυπα/βεβαιώσεις που έχετε προσκομίσει, έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Επισημαίνεται ότι η ικανοποίηση του πιο πάνω αιτήματος σας προϋποθέτει ότι η έρευνα θα διεξαχθεί στον ελεύθερο χρόνο των νοσηλευτών που θα συμμετέχουν και ότι σε καμία περίπτωση δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας σας. Εννοείται επίσης ότι η Προϊστάμενη της υπηρεσίας σας θα τύχει της ενημέρωσης σας για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας.

Επιπλέον προϋποθέτει και την αυτόματη δέσμευση σας για κοινοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων στην Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

Η Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών σας εύχεται κάθε επιτυχία στην εκπόνηση της έρευνας σας.

(Χριστίνα Ιωαννίδου-Ευσταθίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν. :
Προϊσταμένη Νοσηλευτικό Λειτουργό ΝΑΜ ΙΙΙ, Λευκωσίας
Προϊστάμενη Λειτουργό Επισκεπτριών Υγείας

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Άδεια εκπόνησης εργασίας από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής
Κύπρου**



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2010.01.26
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

27 Ιουλίου 2010

Κυρία Τζούλιου Μαρία
Ανώτερη Νοσηλευτικός Λειτουργός
Αφροδίτης 8
2101 Αγλαντζιά
Λευκωσία

Αξιότιμη κυρία Τζούλιου,

Θέμα: «Η ποιότητα των παρεγόμενων υπηρεσιών του προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας μέσα από την εμπειρία των κοινοτικών νοσηλευτών στην Κύπρο»

Αναφέρομαι στα ηλεκτρονικά σας μηνύματα ημερομηνίας 14 και 15 Ιουλίου 2010 για το πιο πάνω θέμα.

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, τελική δήλωση θέματος διατριβής και επεξήγηση του τρόπου συλλογής πληροφοριών) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου (ΕΕΒΚ) για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση,

Ρένα Βραχίμη-Πετρίδου

Πρόεδρος

Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: repetridou@law.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Έντυπο Συγκατάθεσης

Έντυπο Συγκατάθεσης

Η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» τους Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και στοχεύει στη διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων του Κοινοτικών Νοσηλευτών για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας.

Η συλλογή των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση εστιασμένης συζήτησης σε μια ομάδα από Κοινοτικούς Νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα. Τη συζήτηση θα συντονίζει η ερευνήτρια (η οποία είναι φοιτήτρια του ΑΠΚΥ) και θα είναι διάρκειας 90 περίπου λεπτών. Ταυτόχρονα, δεύτερο άτομο θα καταγράφει οτιδήποτε μη λεκτικό παρατηρείται κατά την ώρα της συζήτησης ενώ η όλη συζήτηση θα μαγνητοφωνείται με στόχο τη διασφάλιση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Ως εκ τούτου, θα ήθελα να σας διαβεβαιώσω ότι:

- ❖ Έχετε το δικαίωμα να γνωρίζετε όλες τις πληροφορίες που αφορούν στο σκοπό και τους στόχους της παρούσας έρευνας
- ❖ Τα στοιχεία σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας
- ❖ Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα κρατηθούν πλήρως εμπιστευτικές ενώ, το όνομα σας θα διαγραφεί και στη θέση του θα χρησιμοποιηθεί αριθμός. Περαιτέρω, το κείμενο που θα προκύψει από την απομαγνητοφώνηση θα φυλαχτεί σε ασφαλές μέρος
- ❖ Καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση ή ακόμη και να αποσυρθείτε από τη συζήτηση όποτε νιώσετε την ανάγκη να το πράξετε
- ❖ Ακόμη, έχετε το δικαίωμα να διακόψετε την ηχογράφηση που αφορά οποιαδήποτε απάντησή σας (αν αυτό σας κάνει να νοιώσετε πιο άνετα και ασφαλισμένα)

Δια της παρούσης, δίνω την πλήρη συγκατάθεση μου για συμμετοχή στην συγκεκριμένη έρευνα και δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί και κατανοήσει τα πιο πάνω σημεία.

.....
Νοσηλευτής/ Νοσηλεύτρια

.....
Ημερομηνία

.....
Μαρία Τζούλιου
Ερευνήτρια/
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια ΑΠΚΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Οδηγός Συνέντευξης

Οδηγός Ομάδας Εστιασμένης Συζήτησης Κοινοτικών Νοσηλευτών του Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας

Γενικός Σκοπός

Γενικό σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των στάσεων και αντιλήψεων των Κοινοτικών Νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας του Υπουργείου Υγείας, σχετικά με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, θα διερευνηθούν οι αντιλήψεις/ απόψεις των Κοινοτικών Νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας γενικότερα, αλλά και του συγκεκριμένου προγράμματος ειδικότερα, με απώτερο στόχο την διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων που στοχεύουν στην περαιτέρω ποιοτική αναβάθμιση της φροντίδας.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα:

- ❖ Ποιες είναι οι απόψεις/ αντιλήψεις τους για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών συγκεκριμένα του προγράμματος Κατ' Οίκον Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας; Τι τους δυσκολεύει και τι τους διευκολύνει;
- ❖ Τι θα πρότειναν για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών;
- ❖ Ποιες είναι οι στάσεις και αντιλήψεις των Κοινοτικών Νοσηλευτών οι οποίοι συμμετέχουν στο πρόγραμμα Κατ' οίκον Φροντίδας του Υπουργείου Υγείας για το ρόλο τους στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας;

1. Ερωτήσεις γνωριμίας, προκειμένου γνωριστούν οι συμμετέχοντες μεταξύ τους και να νιώσουν άνετα στην ομάδα.

Σε αυτό το στάδιο θα ζητηθεί από τους συμμετέχοντες να συστήσουν τον εαυτό τους (όνομα, τίτλο, σε ποιο κέντρο υγείας εργάζονται και για πόσο καιρό, προσόντα και σχολές που φοίτησαν)

- Παρακαλώ περιγράψτε το πλαίσιο εργασίας σας (καθήκοντα, υποχρεώσεις)
- Αναφέρετε σε συντομία τους κυριότερους σκοπούς της υπηρεσίας σας.

2. Εισαγωγικές ερωτήσεις, με στόχο να εισάγουν το θέμα και να αρχίσει ο προβληματισμός των συμμετεχόντων στο υπό διερεύνηση θέμα γενικότερα.

- Ο όρος «ποιότητα» ακούγεται πολύ τελευταία και επιδιώκεται να διασφαλίζεται κατά το μέγιστο βαθμό στο χώρο της υγείας.... Για εσάς, τι σημαίνει «ποιότητα» στις υπηρεσίες υγείας γενικά;

3. Ερωτήσεις μετάβασης, οι οποίες λειτουργούν ως λογικός σύνδεσμος που οδηγεί στη διατύπωση καίριων ερωτήσεων

- Πώς θα ορίζατε την «ποιοτική» νοσηλευτική φροντίδα;
- Ποια η γνώμη σας για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του ΠΚΝ (Προγράμματος Κατ' Οίκον Νοσηλείας);
- Πώς και σε ποιο βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες από το ΠΚΝ;

4. Κεντρικές ερωτήσεις, βάση των οποίων διαφωτίζονται οι κύριες περιοχές ενδιαφέροντος της μελέτης και ως εκ τούτου έχουν άμεση σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία προσπαθούν να απαντήσουν.

- Τι κατά την γνώμη σας παρεμποδίζει την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών του ΠΚΝ;
- Τι κατά την γνώμη σας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών του ΠΚΝ;
- Ποιος πιστεύετε είναι ο ρόλος σας σαν ΚΝ στην ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών του ΠΚΝ;

5. Ερωτήσεις κλεισίματος/ ανασκόπησης, με διττό σκοπό: αφενός να συνοψίσουν τα κεντρικά σημεία και να ελέγξουν τη συμφωνία των μελών με αυτά, αφετέρου να οδηγήσουν στον τερματισμό της συζήτησης.

- Μετά τα όσα έχετε αναφέρει θα λέγατε τελικά ότι παρέχεται ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα από το ΠΚΝ;
- Πως οραματίζεστε την υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας τα επόμενα χρόνια;