

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ Δ. ΚΑΡΡΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΠΕ
MSc ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
MSc ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ

ΑΘΗΝΑ, 2014



Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο-ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος II. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.

This research has been co-financed by the European Union (European Social Fund-ESF) and Greek national funds through the Operational Program “Education and Lifelong Learning” of the National Strategic Reference Framework (NSRF) - Research Funding Program: Heracleitus II. Investing in knowledge society through the European Social Fund.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών δε σημαίνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα. (Σχετικές οι διατάξεις του άρθρου 50 του νόμου 1268/82 σε συνδυασμό με τις διατάξεις του οργανισμού του Πανεπιστημίου Αθηνών, άρθρο 202 παρ.2 του νόμου 5343/32).

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΓΛΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
(ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)

ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΜΠΑΛΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΣΟΥΡΤΖΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ ΔΑΦΝΗ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Στη μνήμη του Κωνσταντίνου...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 8 |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΣΧΗΜΑΤΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ | 15 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 18 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 21 |

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|---|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ | 26 |
| 1.1 Η έννοια της απόφασης | 26 |
| 1.2 Η έννοια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων | 26 |
| 1.3 Θεμελιώδη στοιχεία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων | 28 |
| 1.3.1 Το πρόβλημα | 28 |
| 1.3.2 Η πληροφορία | 32 |
| 1.3.3 Το πλαίσιο λήψης των αποφάσεων | 34 |
| 1.3.4 Οι συνθήκες λήψης αποφάσεων | 39 |
| 1.3.5 Ο αποφασίζων | 41 |
| 1.3.5.1 Η γνωστική υποδομή | 41 |
| 1.3.5.2 Η εμπειρία | 44 |
| 1.3.5.3 Η μνήμη | 47 |
| 1.3.5.4 Η αντίληψη | 52 |
| 1.3.5.5 Τα συναισθήματα | 56 |
| 1.3.5.6 Ο ορθολογισμός | 58 |
| 1.3.5.7 Η ικανότητα συλλογισμού | 60 |
| 1.3.5.8 Η ανάλυση | 61 |
| 1.3.5.9 Η διαίσθηση | 64 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ | 68 |
| 2.1 Κανονιστικά μοντέλα λήψης αποφάσεων | 68 |
| 2.1.1 Γενικά | 68 |
| 2.1.2 Η προσέγγιση κατά Bayes | 69 |
| 2.1.3 Η θεωρία της προσδοκώμενης χρησιμότητας | 70 |
| 2.1.4 Η θεωρία της μεταμέλειας | 73 |
| 2.2 Περιγραφικά μοντέλα λήψης αποφάσεων | 74 |

| | |
|---|-----|
| 2.2.1 Το μοντέλο της ικανοποιητικής λύσης | 74 |
| 2.2.2 Το μοντέλο επεξεργασίας των πληροφοριών | 77 |
| 2.2.3 Το αναγνωριστικό μοντέλο RPD | 80 |
| 2.2.4 Το μοντέλο απόκτησης δεξιοτήτων | 83 |
| 2.2.5 Το μοντέλο του γνωσιακού συνεχούς | 86 |
| 2.2.6 Ευρετικές μέθοδοι | 87 |
| 2.3 Δεοντολογικά μοντέλα λήψης αποφάσεων | 91 |
| 2.3.1 Γενικά | 91 |
| 2.3.2 Λήψη αποφάσεων βασισμένων στις ενδείξεις | 92 |
| 2.3.3 Λήψη αποφάσεων με τη βοήθεια υπολογιστικών συστημάτων | 93 |
| 2.4 Κριτική θεώρηση των μοντέλων λήψης αποφάσεων | 94 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ: | 96 |
| ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΝΝΟΙΑΣ | |
| 3.1 Βασικοί ορισμοί της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων στη νοσηλευτική βιβλιογραφία | 96 |
| 3.2 Συγγενείς διαδικασίες | 98 |
| 3.3 Θεματικά πεδία βιβλιογραφικού ενδιαφέροντος για τη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 101 |
| 3.3.1 Μέθοδος ανασκόπησης | 101 |
| 3.3.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 102 |
| 3.3.3 Μέθοδοι διερεύνησης της λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 109 |
| 3.3.4 Κλινικά περιβάλλοντα στα οποία έχει μελετηθεί η λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 113 |
| 3.3.5 Τυπολογίες κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 115 |
| 3.3.6 Παράγοντες που επιδρούν στη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων | 117 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ | 129 |
| 4.1 Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ως αυτόνομοι κλινικοί χώροι | 129 |
| 4.1.1 Ιστορική παρουσίαση | 129 |
| 4.1.2 Δομή των ΜΕΘ | 132 |
| 4.1.3 Οι ασθενείς των ΜΕΘ | 135 |

| | |
|---|-----|
| 4.1.4 Η στελέχωση των ΜΕΘ | 138 |
| 4.2 Τα χαρακτηριστικά του κλινικού περιβάλλοντος των ΜΕΘ | 149 |
| 4.2.1 Σύνθετα και ασθενώς δομημένα κλινικά προβλήματα | 149 |
| 4.2.2 Αβεβαιότητα | 152 |
| 4.2.3 Ανάγκη και διαχείριση πολλαπλών πληροφοριών | 155 |
| 4.2.4 Ο παράγοντας «χρόνος» | 159 |
| 4.2.5 Το υψηλό ρίσκο των κλινικών αποφάσεων | 161 |
| 4.2.6 Πολλαπλοί παίκτες | 165 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ | 168 |
| ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ | |
| 5.1 Ανασκόπηση των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ | 168 |
| 5.2 Ανασκόπηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ | 176 |
| 5.3 Ανασκόπηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ | 180 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ | 186 |
| 6.1 Η δομή του θεωρητικού μοντέλου του γνωστικού συνεχούς | 186 |
| 6.2 Η χρήση του μοντέλου του γνωστικού συνεχούς ως θεωρητικού πλαισίου σε διάφορες μελέτες | 189 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 193 |
| 7.1 Εισαγωγή | 193 |
| 7.2 Σημασία της μελέτης | 193 |
| 7.3 Σκοπός της μελέτης | 193 |
| 7.3.1 Σκοπός της φάσης (I) της μελέτης | 193 |
| 7.3.2 Σκοπός της φάσης (II) της μελέτης | 194 |
| 7.3.3 Σκοπός της φάσης (III) της μελέτης | 194 |
| 7.4 Ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης | 194 |
| 7.4.1 Ερευνητικά ερωτήματα της φάσης (I) της μελέτης | 194 |
| 7.4.2 Ερευνητικά ερωτήματα της φάσης (II) της μελέτης | 195 |
| 7.4.3 Ερευνητικά ερωτήματα της φάσης (III) της μελέτης | 197 |

| | |
|---|-----|
| 7.5 Ερευνητικός σχεδιασμός | 197 |
| 7.5.1 <i>Ερευνητικός σχεδιασμός της φάσης (I) της μελέτης</i> | 197 |
| 7.5.2 <i>Ερευνητικός σχεδιασμός της φάσης (II) της μελέτης</i> | 198 |
| 7.5.3 <i>Ερευνητικός σχεδιασμός της φάσης (III) της μελέτης</i> | 199 |
| 7.6 Δειγματοληψία | 199 |
| 7.6.1 <i>Μέθοδος δειγματοληψίας</i> | 199 |
| 7.6.1.1 <i>Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης (I) της μελέτης</i> | 199 |
| 7.6.1.2 <i>Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης (II) της μελέτης</i> | 200 |
| 7.6.1.3 <i>Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης (III) της μελέτης</i> | 201 |
| 7.6.2 <i>Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού</i> | 201 |
| 7.6.2.1 <i>Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού στο δείγμα των φάσεων I και II της μελέτης</i> | 201 |
| 7.6.2.2 <i>Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού στο δείγμα της φάσης III της μελέτης</i> | 203 |
| 7.6.3 <i>Περιγραφή του δείγματος της μελέτης</i> | 203 |
| 7.6.3.1 <i>Περιγραφή του δείγματος της φάσης (I) της μελέτης</i> | 203 |
| 7.6.3.2 <i>Περιγραφή του δείγματος της φάσης (II) της μελέτης</i> | 204 |
| 7.6.3.3 <i>Περιγραφή του δείγματος της φάσης (III) της μελέτης</i> | 205 |
| 7.7 Εργαλεία της μελέτης | 207 |
| 7.7.1 <i>Ημερολόγιο αποφάσεων της φάσης (I) της μελέτης</i> | 207 |
| 7.7.2 <i>Οδηγός συζήτησης για τη διεξαγωγή των ομαδικών συζητήσεων στη φάση (II) της μελέτης</i> | 207 |
| 7.7.3 <i>Εργαλεία ποσοτικής μέτρησης κατά τη φάση (III) της μελέτης</i> | 208 |
| 7.7.3.1 <i>Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών, επαγγελματικών και εργασιακών στοιχείων</i> | 208 |
| 7.7.3.2 <i>Δείκτες αποτίμησης της κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνωμοσύνης</i> | 209 |
| 7.7.3.3 <i>Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων</i> | 210 |
| 7.7.3.4 <i>Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ</i> | 211 |
| 7.8 Συλλογή των δεδομένων της μελέτης | 213 |
| 7.8.1 <i>Συλλογή δεδομένων της φάσης (I) της μελέτης</i> | 213 |
| 7.8.2 <i>Συλλογή δεδομένων της φάσης (II) της μελέτης</i> | 214 |
| 7.8.3 <i>Συλλογή δεδομένων της φάσης (III) της μελέτης</i> | 218 |

| | |
|---|-----|
| 7.9 Ηθικά θέματα | 218 |
| 7.10 Ανάλυση των δεδομένων της μελέτης | 220 |
| 7.10.1 Ανάλυση δεδομένων της φάσης (I) της μελέτης | 220 |
| 7.10.2 Ανάλυση δεδομένων της φάσης (II) της μελέτης | 226 |
| 7.10.2.1 Πιλοτική μελέτη | 226 |
| 7.10.2.2 Ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των δεδομένων ως προς τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές ΜΕΘ | 226 |
| 7.10.2.3 Ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των δεδομένων ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ | 232 |
| 7.10.3 Ανάλυση δεδομένων της φάσης (III) της μελέτης | 233 |
| 7.10.3.1 Πιλοτική μελέτη – Διαδικασία αξιολόγησης των εργαλείων μέτρησης | 233 |
| 7.10.3.2 Στατιστική ανάλυση | 241 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 246 |
| 8.1 Αποτελέσματα της φάσης I της διδακτορικής έρευνας | 246 |
| 8.1.1 Ταυτοποίηση και μέτρηση της συχνότητας των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ | 248 |
| 8.1.2 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων με βάση τη συχνότητα, τον επείγοντα χαρακτήρα και το βαθμό εξάρτησής τους από τις ιατρικές οδηγίες | 254 |
| 8.1.3 Συσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων | 256 |
| 8.1.4 Συσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με το χρόνο λήψης τους | 258 |
| 8.1.5 Διασυσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ | 259 |
| 8.2 Αποτελέσματα της φάσης II της διδακτορικής έρευνας | 260 |
| 8.2.1 Στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ | 262 |
| 8.2.2 Συνολική θεώρηση της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ | 287 |
| 8.2.3 Επιμέρους κλινικές αποφάσεις σε κάθε στάδιο της διαδικασίας | 289 |
| 8.2.4 Τρόποι γνωστικής προσέγγισης της λήψης κλινικών αποφάσεων από | 300 |

| | |
|---|------------|
| νοσηλευτές ΜΕΘ | |
| 8.2.5 Έλεγχος της εφαρμογής του μοντέλου του γνωστικού συνεχούς στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ από την ανάλυση των ποιοτικών ευρημάτων της φάσης ΙΙ | 311 |
| 8.2.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ | 318 |
| 8.2.7 Προτάσεις των συμμετεχόντων για την εκπαίδευση των νοσηλευτών στη λήψη κλινικών αποφάσεων | 346 |
| 8.3 Αποτελέσματα φάσης ΙΙΙ της μελέτης | 350 |
| 8.3.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης | 350 |
| 8.3.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης δεδομένων από το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων | 354 |
| 8.3.3 Αποτελέσματα συσχετίσεων των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες | 357 |
| 8.3.4 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων από το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ (F.I.N.D.E.M) | 375 |
| 8.3.5 Αποτελέσματα συσχετίσεων του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M με δημογραφικές και άλλες μεταβλητές | 380 |
| 8.3.6 Αποτελέσματα συσχετίσεων των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων (NDMI _{sv}) και του Ερωτηματολογίου Παραγόντων (F.I.N.D.E.M) | 404 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 408 |
| 9.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους τύπους κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε ΜΕΘ | 408 |
| 9.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές σε ΜΕΘ | 416 |
| 9.3 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σε ΜΕΘ | 427 |
| 9.4 Περιορισμοί της μελέτης | 438 |
| 9.4.1 Περιορισμοί της φάσης (I) της μελέτης | 438 |
| 9.4.2 Περιορισμοί της φάσης (II) της μελέτης | 439 |
| 9.4.3 Περιορισμοί της φάσης (III) της μελέτης | 439 |

| | |
|--|-----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 441 |
| 10.1 Συμπεράσματα | 441 |
| <i>10.1.1 Συμπεράσματα για τους τύπους των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ</i> | 441 |
| <i>10.1.2 Συμπεράσματα για τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ</i> | 442 |
| <i>10.1.3 Συμπεράσματα για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ</i> | 443 |
| 10.2 Κατευθύνσεις για την κλινική πρακτική | 444 |
| 10.3 Κατευθύνσεις για εκπαίδευση | 448 |
| 10.4 Κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα | 452 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 454 |
| ABSTRACT | 456 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 458 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 500 |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΣΧΗΜΑΤΩΝ - ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

| ΠΙΝΑΚΕΣ | ΣΕΛ. |
|---|------|
| Πίνακας 1.1 Ταξινόμηση προβλημάτων με βάση διαφορετικές παραμέτρους | 29 |
| Πίνακας 1.2 Χαρακτηριστικά και στρατηγικές που επιστρατεύουν τα έμπειρα άτομα κατά τη λήψη των αποφάσεών τους | 45 |
| Πίνακας 1.3 Μηχανισμοί δράσης της εμπειρίας | 46 |
| Πίνακας 2.1 Στάδια της υποθετικο-επαγωγικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων | 79 |
| Πίνακας 2.2 Η μετάβαση από την κατάσταση του αρχάριου σε αυτή του ειδήμονα | 84 |
| Πίνακας 2.3 Κλιμάκωση χαρακτηριστικών της διαδικασίας λήψης αποφάσεων κατά τη μετάβαση από την κατάσταση του αρχάριου στην κατάσταση του ειδήμονος | 86 |
| Πίνακας 2.4 Προσεγγιστικές γνωστικές μέθοδοι ανταπόκρισης σε κλινικά περιστατικά | 89 |
| Πίνακας 3.1 Στρατηγική ανασκόπησης της έννοιας «Λήψη Κλινικών Αποφάσεων» | 101 |
| Πίνακας 4.1 Διαγνώσεις ασθενών που χρειάζονται εντατική θεραπεία | 137 |
| Πίνακας 4.2 Απαραίτητες δεξιότητες για τους νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στον Καναδά | 142 |
| Πίνακας 4.3 Σχέση νοσηλευτών/ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας | 145 |
| Πίνακας 4.4 Περίγραμμα νοσηλευτικών πράξεων | 146 |
| Πίνακας 6.1 Οι τρόποι αναζήτησης για τη λήψη απόφασης κατά το Μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς | 187 |
| Πίνακας 7.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση I της διδακτορικής έρευνας | 204 |
| Πίνακας 7.2 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση II της διδακτορικής έρευνας | 205 |
| Πίνακας 7.3 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση III της διδακτορικής έρευνας | 206 |
| Πίνακας 7.4 Χαρακτηριστικά του δείγματος της πρώτης πιλοτικής μελέτης | 234 |
| Πίνακας 7.5 Χαρακτηριστικά του δείγματος της δεύτερης πιλοτικής μελέτης | 237 |
| Πίνακας 7.6 Παραγοντική δομή του Ερωτηματολογίου Διερεύνησης των Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ | 239 |
| Πίνακας 7.7 Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος τιμών και συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για κάθε παράγοντα του Ερωτηματολογίου Παραγόντων στην πιλοτική μελέτη | 241 |
| Πίνακας 8.1 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας | 253 |
| Πίνακας 8.2 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με βάση τον επείγοντα/μη επείγοντα χαρακτήρα τους | 254 |
| Πίνακας 8.3 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με βάση το βαθμό εξάρτησης από τις ιατρικές οδηγίες | 255 |
| Πίνακας 8.4 Αποτελέσματα συσχέτισης των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων | 257 |
| Πίνακας 8.5 Αποτελέσματα συσχέτισης των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με το χρόνο λήψης τους | 258 |
| Πίνακας 8.6 Αποτελέσματα διασυσχετίσεων των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ | 259 |
| Πίνακας 8.7 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του ασθενή | 323 |
| Πίνακας 8.8 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τη χρονική πίεση | 325 |
| Πίνακας 8.9 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με την πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος | 326 |
| Πίνακας 8.10 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το γνωστικό υπόβαθρο του αποφασίζοντα νοσηλευτή | 328 |
| Πίνακας 8.11 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τη γνώση του ασθενή | 330 |
| Πίνακας 8.12 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τις ικανότητες του αποφασίζοντα νοσηλευτή | 331 |
| Πίνακας 8.13 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τα κίνητρα του αποφασίζοντα νοσηλευτή | 333 |
| Πίνακας 8.14 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το στρες στο περιβάλλον της | 335 |
| Πίνακας 8.15 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το επαγγελματικό πλαίσιο άσκησης της Νοσηλευτικής | 337 |
| Πίνακας 8.16 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με την οργάνωσή της | 341 |
| Πίνακας 8.17 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τις σχέσεις με τους συνεργάτες τους | 344 |
| Πίνακας 8.18 Βοηθητικοί παράγοντες – Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το εργασιακό κλίμα της | 345 |
| Πίνακας 8.19 Αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς ανά νοσηλευτικό ωράριο | 351 |
| Πίνακας 8.20 Δείκτες αποτίμησης της κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνομosύνης | 352 |
| Πίνακας 8.21 Σύγκριση μέσων τιμών δεικτών κλινικής εμπειρίας με τα έτη νοσηλευτικής προϋπηρεσίας | 354 |
| Πίνακας 8.22 Περιγραφική στατιστική για το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων | 356 |
| Πίνακας 8.23 Κατανομή συμμετεχόντων σε ομάδες ανάλογα με τη γνωστική τους προσέγγιση στη διαδικασία | |

| | |
|---|-----|
| λήψης κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ | 356 |
| Πίνακας 8.24 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ | 358 |
| Πίνακας 8.25 Αποτελέσματα συσχέτισης βαθμολογιών των διαστάσεων «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με την ηλικία και προϋπηρεσία των νοσηλευτών | 361 |
| Πίνακας 8.26 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» | 362 |
| Πίνακας 8.27 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» | 363 |
| Πίνακας 8.28 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και Αξιολόγηση» με δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ | 364 |
| Πίνακας 8.29 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και Αξιολόγηση» | 367 |
| Πίνακας 8.30 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» | 369 |
| Πίνακας 8.31 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Εφαρμογή και Αξιολόγηση» | 370 |
| Πίνακας 8.32 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο NDMI_sv με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ | 371 |
| Πίνακας 8.33 Αποτελέσματα συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας των νοσηλευτών στην κλίμακα NDMI_sv με την ηλικία και την προϋπηρεσία τους | 373 |
| Πίνακας 8.34 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των νοσηλευτών στο NDMI_sv | 374 |
| Πίνακας 8.35 Χαρακτηριστικά των επιμέρους βαθμολογιών του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.DE.M. και συντελεστές εσωτερικής συνοχής ανά παράγοντα | 376 |
| Πίνακας 8.36 Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος τιμών στις επιμέρους ερωτήσεις κάθε παράγοντα του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.DE.M | 377 |
| Πίνακας 8.37 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών των διαστάσεων «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος» και «Γνώσεις & Επίγνωση» ανάλογα με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ | 380 |
| Πίνακας 8.38 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών σε δύο διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Παραγόντων (F.I.N.DE.M) με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα | 384 |
| Πίνακας 8.39 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» | 385 |
| Πίνακας 8.40 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» | 385 |
| Πίνακας 8.41 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα των νοσηλευτών | 386 |
| Πίνακας 8.42 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους | 389 |
| Πίνακας 8.43 Αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» | 390 |
| Πίνακας 8.44 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία νοσηλευτών στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» | 391 |
| Πίνακας 8.45 Αποτελέσματα σύγκρισης των μέσων τιμών των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Περιβάλλον της ΜΕΘ» με δημογραφικά και άλλα δεδομένα τους | 392 |
| Πίνακας 8.46 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Περιβάλλον της ΜΕΘ» με την ηλικία και την προϋπηρεσία τους | 395 |
| Πίνακας 8.47 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των απαντητών στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» | 396 |
| Πίνακας 8.48 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των απαντητών στη διάσταση «Ελκυστικό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» | 397 |
| Πίνακας 8.49 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» και «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» με δημογραφικά και άλλα δεδομένα | 398 |
| Πίνακας 8.50 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» και «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα | 401 |
| Πίνακας 8.51 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή» | 402 |
| Πίνακας 8.52 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» | 403 |
| Πίνακας 8.53 Αποτελέσματα συσχέτισης του NDMI_sv και του F.I.N.DE.M. | 404 |

ΣΧΗΜΑΤΑ

| | |
|---|----|
| Σχήμα 1.1 Αναπαράσταση του μοντέλου πολλαπλών χώρων της μνήμης | 49 |
| Σχήμα 1.2 Αναπαράσταση του μοντέλου της εργαζόμενης μνήμης | 50 |
| Σχήμα 1.3 Αναπαράσταση της αντιληπτικής διαδικασίας | 54 |
| Σχήμα 1.4 Η αναλυτική διαδικασία της λήψης αποφάσεων | 62 |
| Σχήμα 1.5 Παράδειγμα δένδρου κλινικών αποφάσεων | 64 |
| Σχήμα 2.1 Το μοντέλο της ικανοποιητικής λύσης | 75 |
| Σχήμα 2.2 Τα πέντε επίπεδα αναπαράστασης των προβλημάτων απόφασης | 76 |

| | |
|--|-----|
| Σχήμα 2.3 Αναπαράσταση της διαδικασίας επεξεργασίας πληροφοριών | 78 |
| Σχήμα 2.4 Μοντέλο λήψης αποφάσεων RPD | 82 |
| Σχήμα 6.1 Το γνωστικό συνεχές του Hammond | 186 |
| Σχήμα 6.2 Θεωρία λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων των Lauri & Salantera βασισμένη στο Μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond | 190 |
| Σχήμα 6.3 Εννέα τύποι πρακτικής – Αναθεωρημένο γνωστικό συνεχές της κλινικής κρίσης και της λήψης κλινικών αποφάσεων για τη Νοσηλευτική | 191 |
| Σχήμα 7.1 Διεξαγωγή φάσης I της έρευνας | 243 |
| Σχήμα 7.2 Διεξαγωγή φάσης II της έρευνας | 244 |
| Σχήμα 7.3 Διεξαγωγή φάσης III της έρευνας | 245 |
| Σχήμα 8.1 Διαγραμματική απεικόνιση των σχέσεων θεματικών και πυρηνικών κατηγοριών νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ | 247 |
| Σχήμα 8.2 Εννοιολογικός χάρτης της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ με αναπαράσταση των ενδιάμεσων σταδίων της | 288 |
| Σχήμα 8.3 Εννοιολογικός χάρτης ενδιάμεσων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων κατά τη διαδικασία λήψης τους στη ΜΕΘ | 299 |
| Σχήμα 8.4 Εννοιολογικός χάρτης της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ με επιστράτευση της αναλυτικής ή διαισθητικής σκέψης | 311 |
| Σχήμα 8.5 Σημιατική απεικόνιση των σχέσεων θεματικών και πυρηνικών κατηγοριών παραγόντων που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις σε ΜΕΘ | 319 |

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

| | |
|--|-----|
| Γράφημα 8.1 Κατανομή νοσηλευτών ανά Μονάδα εργασίας | 351 |
| Γράφημα 8.2 Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ανά νοσηλευτική βάρδια | 352 |
| Γράφημα 8.3 Αυτό-αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας | 353 |
| Γράφημα 8.4 Πρότυπο γνωστικών στρατηγικών που επιστρατεύονται κατά τα επιμέρους στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ | 357 |
| Γράφημα 8.5 Βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» ανάλογα με την κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας | 360 |
| Γράφημα 8.6 Βαθμολογία στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» ανάλογα με την εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας | 361 |
| Γράφημα 8.7 Βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» ανάλογα με το αν ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης στους συμμετέχοντες | 367 |
| Γράφημα 8.8 Συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εφαρμογή και Αξιολόγηση» με τα έτη προϋπηρεσίας στη ΜΕΘ που εργάζονται | 368 |
| Γράφημα 8.9 Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κατά τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων ανάλογα με την αυτό-αξιολόγηση της εμπειρίας τους ως νοσηλευτές ΜΕΘ | 373 |
| Γράφημα 8.10 Βαθμολογίες συμμετεχόντων στη διάσταση «Πολυπλοκότητα και Συνθήκες Επίλυσης του προβλήματος» ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδό τους | 383 |
| Γράφημα 8.11 Βαθμολογίες συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώσεις και Επίγνωση» ανάλογα με την κλινική τους εμπειρία σε ΜΕΘ | 383 |
| Γράφημα 8.12 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας | 388 |
| Γράφημα 8.13 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη «Γνώση του Ασθενή» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ποτέ έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από τρίτο | 394 |
| Γράφημα 8.14 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ελκυστικό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» ανάλογα με το μέγεθος της ΜΕΘ | 395 |
| Γράφημα 8.15 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» ανάλογα με το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας στη ΜΕΘ | 400 |
| Γράφημα 8.16 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των νοσηλευτών» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο | 401 |
| Γράφημα 8.17 Συσχέτιση του συνολικού score του NDML_sv με τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» | 406 |
| Γράφημα 8.18 Συσχέτιση του συνολικού score NDML_sv με τον παράγοντα «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» | 406 |
| Γράφημα 8.19 Συσχέτιση του συνολικού score NDML_sv με τον παράγοντα «Γνώση του Ασθενή» | 407 |

Πρόλογος

Η συνολική πορεία κάθε ανθρώπου αποτελεί ένα πλέγμα αλληλοεξαρτώμενων και διαδοχικών αποφάσεων, σημαντικών για την επιβίωση, την προώθηση και την εξέλιξη της ζωής του. Οι αποφάσεις είναι οι επιλογές που κάνει μεταξύ δύο ή περισσότερων ενεργειών για να εκπληρώσει συγκεκριμένο σκοπό και η διαδικασία λήψης τους αποτελεί βασική γνωστική λειτουργία, την οποία επιστρατεύει ο αποφασίζων για να επιλύσει προβλήματα είτε σε ατομικό, είτε σε ομαδικό επίπεδο.

Δεν θα ήταν υπερβολή να ισχυριστεί κανείς πως η λήψη αποφάσεων αποτελεί το κοινό πεδίο έρευνας για το σύνολο των επιστημών. Ωστόσο, ο τρόπος που εξετάζεται και οι ερμηνείες που προκύπτουν διαφέρουν. Σε ένα επαγγελματικό κλινικό πλαίσιο, η λήψη κλινικών αποφάσεων συνιστά γενικά τον τρόπο διαχείρισης και σύνθεσης των προσφερόμενων πληροφοριών από τον κλινικό επιστήμονα, ώστε να προσδιορίσει τη προσέγγισή του σε δεδομένο κλινικό πρόβλημα. Με τη διαφορά ότι ένας κλινικός δεν έχει ένα και σταθερό στόχο, δεν έχει πολύ διαθέσιμο χρόνο για αναζήτηση και αξιολόγηση των πληροφοριών, δεν έχει τέλεια πληροφόρηση σχετικά με την πιθανότητα των εναλλακτικών εκβάσεων και δεν έχει ανεξάντλητες γνωστικές δυνάμεις για την κατανόηση και επεξεργασία ενός άπειρου αριθμού μεταβλητών. Και επιπλέον, από αυτές τις κλινικές αποφάσεις εξαρτάται η υγεία, ενίοτε και η ζωή ανθρώπων.

Ενδεχομένως πολλοί θα ήταν αυτοί που εύκολα θα αναγνώριζαν τη σημασία των κλινικών ιατρικών αποφάσεων για τη ζωή ενός ασθενή, ακόμα περισσότεροι, ωστόσο, μπορεί να ήταν εκείνοι που θα υποτιμούσαν την αξία των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων ή θα αμφισβητούσαν την ίδια τους την ύπαρξη. Αυτό είναι αναμενόμενο, αφού η κλινική απόφαση που είναι προσανατολισμένη στη θεραπεία των ασθενών αποτελεί αρμοδιότητα των ιατρών, ενώ ο νοσηλευτικός ρόλος έχει κυρίως ταυτιστεί με την καθημερινή τους φροντίδα, η οποία φαίνεται να διεκπεραιώνεται μέσα από ένα σύνολο πρακτικών παρεμβάσεων, που δεν είναι αυτονόητα αποτελέσματα ειδικής νοητικής επεξεργασίας ή πιθανά δεν προϋποθέτουν ιδιαίτερο προβληματισμό για το ποια ενέργεια θα επιλεγεί.

Το οξύμωρο είναι ότι η παραπάνω πεποίθηση αποτελεί άποψη πολυάριθμων νοσηλευτών, τη στιγμή που η πλειονότητά τους θεωρεί απόλυτη αναγκαιότητα την

εδραίωση της Νοσηλευτικής σε επιστημονική βάση και διεκδικούν την πρόσβασή τους σε μία, ενιαία και πανεπιστημιακή εκπαίδευση.

Αυτή ακριβώς η αντίληψη, που είναι ευρέως διαδεδομένη στην ελληνική κοινωνία, στους επαγγελματίες υγείας, αλλά και μεταξύ των ίδιων των νοσηλευτών, αποτέλεσε το έναυσμα για την επιλογή του θέματος της διατριβής μου. Η μακρόχρονη εργασιακή μου εμπειρία σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας μου γεννούσε πάντα την απορία κατά πόσο είναι δυνατό να αμφισβητείται η λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές τη στιγμή που η εντατική παρακολούθηση και φροντίδα – δηλαδή η αυξημένη νοσηλευτική επαγρύπνηση - είναι ο βασικός λόγος ύπαρξης των μονάδων αυτών.

Έχοντας κατά νου αυτό το ερώτημα επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε τις απόψεις των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας για το αν λαμβάνουν αποφάσεις, ποιες είναι αυτές, ποια είναι η γνωστική διαδικασία πίσω από αυτές και από τι επηρεάζονται οι τελικές τους επιλογές. Η συνολική μελέτη του φαινομένου και η εφαρμογή πολυμεθοδολογικής προσέγγισης θεωρούμε ότι διαφοροποιεί σημαντικά την έρευνά μας από άλλες συναφείς έρευνες της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Η επιστημονική της συμβολή θεωρούμε πως είναι ακόμα μεγαλύτερη και έγκειται στο ότι θεμελιώνει θεωρητικά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για πληθυσμό νοσηλευτών εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα, προσφέρει νέα μεθοδολογικά εργαλεία για τη διερεύνησή της, προτείνει ένα νέο σύστημα ταξινόμησης των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε περιβάλλον ΜΕΘ και αυξάνει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της, αφού υιοθετήθηκαν τόσο ποιοτικές, όσο και ποσοτικές μέθοδοι.

Για τη σημαντική συμβολή τους στην παρούσα εργασία αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τα μέλη της Συμβουλευτικής μου Επιτροπής. Ευχαριστώ εγκάρδια την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου για την επιστημονική της υποστήριξη σε όλες τις φάσεις εκπόνησης της διδακτορική έρευνας. Εκφράζω τις θερμές ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια κ. Χρυσούλα Λεμονίδου, αρχικά γιατί πρώτη στήριξε την επιλογή μου να ασχοληθώ με αυτή τη θεματική, αλλά και για τις παρατηρήσεις της και τις συμβουλές της καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Ευχαριστώ θερμά την κ. Ελισσάβητ Παπαθανάσογλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, η οποία παρά την απόσταση παρείχε ουσιαστική συνεργασία στο δύσκολο αυτό εγχείρημα.

Επίσης ευχαριστώ την ομάδα ειδικών και την ομάδα κλινικών εμπειρογνομόνων που βοήθησαν στη τελική διαμόρφωση του ερευνητικού εργαλείου μου, την καθηγήτρια κ. Σουρτζή Παναγιώτα και τους/τις νοσηλευτές/τριες, κατόχους μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων, κ.κ Κουτρομπέλη Καλλιρρόη, Καραλή Νεκταρία, Καπράνα Μαρία, Καλαφάτη Μαρία, Μπουζίκα Μερόπη και Ξυθάλη Δημήτριο.

Ευχαριστώ όλους τους συνδέσμους στις ΜΕΘ της Περιφέρειας, κ.κ Ζιώγα Βασίλη (Ρόδος), Διαλυνά Μιχάλη (Κρήτη), Γεωργαράκη Άννα (Κρήτη), Κουτσούκη Σωτηρία (Καβάλα), Καραλή Νεκταρία (Βέροια), Κάργα Μαρία (Πάτρα), Γερασίμου Σωτηρία (Λάρισα), Ερμίδα Χρήστο (Δράμα), Γκούζου Μαρία (Καλαμάτα) και του συνδέσμου των ΜΕΘ της Αττικής, κκ. Τσέλιο Κώστα, Ξυθάλη Δημήτρη, Βαμβακά Στράτο, Μασουρίδη Μαρία, Σταφυλαράκη Μαρία, Πέτσιο Κώστα, Διονυσόπουλο Κυριάκο, Μιχόπουλο Αλέξανδρο, Φύτρου Ελένη, Χατζοπούλου Μαρία, καθώς και τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας, κκ. Καλαφάτη Μαρία, Γιάκη Νίκο, Σκοπελίτου Μαριγίτσα, Κορομπέλη Άννα, που οργανωμένα διέδωσαν τα ερωτηματολόγια και συνέβαλαν ουσιαστικά στη συγκέντρωση των συμπληρωμένων.

Επίσης, το σύζυγό μου Δημήτρη, τη μητέρα μου Μαρία, τον πατέρα μου Δημήτρη και τον αδελφό μου Κώστα για την ηθική και ουσιαστική υποστήριξη, όταν ο φόρτος εργασίας μου γινόταν εξαιρετικά βαρύς. Αλλά και τις αγαπημένες μου φίλες Ρόη Κουτρομπέλη και Λία Καλλιανίδου για την αμέριστη συμπαράστασή τους στις ωραίες, αλλά και στις πολύ δύσκολες στιγμές μου μέσα σε αυτή την τετραετία. Μα πάνω απ' όλους το γιό μου Ανδρέα, που υπομονετικά περίμενε την αγκαλιά της μαμάς, όταν αυτή ήταν απασχολημένη με το πόνημά της!

Τέλος, χρωστώ ένα μεγάλο ευχαριστώ σε κάθε νοσηλευτή στις ΜΕΘ της Ελλάδας, που με προθυμία δέχτηκε να συμμετάσχει σε αυτή την έρευνα, παρά την ένταση της εργασίας του. Χωρίς τη δική του φωνή δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί καμία έρευνα και κανένα ζήτημα δεν θα μπορούσε να μελετηθεί.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λήψη των κλινικών αποφάσεων θεωρείται ο πυρήνας των κλινικών επιστημών, αφού συνιστά τον ειδικό τρόπο διαχείρισης και σύνθεσης των προσφερόμενων πληροφοριών από τον κλινικό επιστήμονα, ώστε να προσδιορίσει τη προσέγγισή του σε δεδομένο κλινικό πρόβλημα (Dounilet & McNeil 1999). Η διαδικασία περιλαμβάνει την αναγνώριση εναύσματος για την έναρξη μίας ενέργειας, τη δέσμευση για δράση προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση, τη σκόπιμη επιλογή μεταξύ δύο τουλάχιστον εναλλακτικών καταστάσεων και την προσδοκία για την επίτευξη στόχων (Noone 2002).

Ιστορικά, η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί τον πυρήνα της ιατρικής πρακτικής και συνιστά μια πνευματική διεργασία μέσα από την οποία ο γιατρός επιλέγει μία θεραπευτική παρέμβαση, η οποία εξαρτάται από αποφάσεις που αφορούν στη διάγνωση και κάνει εκτιμήσεις που σχετίζονται με την πρόγνωση (Ledley & Lusted 1959). Αυτή η λειτουργία απείχε από το να αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής πρακτικής, αφού για πολλά χρόνια οι νοσηλευτές εκπαιδεύονταν και εργάζονταν με άξονα την υποταγή και την εκτέλεση εντολών (Sweet & Norman 1995), διατηρώντας χαμηλό επαγγελματικό προφίλ, χωρίς να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες στο χώρο εργασίας και να προβάλλουν τις ικανότητές τους (Gordon 2006). Ο επικουρικός και μη διακριτός νοσηλευτικός ρόλος δεν απαιτούσε αυτόνομη διαχείριση της γνώσης, που αποτελεί ουσιαστικό προαπαιτούμενο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Η μετάβαση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στον ακαδημαϊκό χώρο, η ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας και των νοσηλευτικών θεωριών, η εφαρμογή συστηματικών μεθόδων επίλυσης προβλημάτων στη νοσηλευτική πρακτική (Silva & Rothbart 1984) και η ρύθμιση του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη βάση της νοσηλευτικής ευθύνης (UK Central Council of Nurses 1984) προσέδωσαν στη Νοσηλευτική επιστημονική υπόσταση. Τα αναβαθμισμένα εκπαιδευτικά και επιμορφωτικά προγράμματα, ο σημαντικός όγκος της επιστημονικής αρθρογραφίας και η πρόθεση μετάβασης της νοσηλευτικής πρακτικής στην πρακτική που βασίζεται σε ενδείξεις (evidence-based nursing practice) συνθέτουν την εικόνα της παγκόσμιας επιδίωξης ενός καλύτερου και αποτελεσματικότερου νοσηλευτή.

Σε ένα τέτοιο πλαίσιο θα περίμενε κανείς η λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές να αποτελεί βασική κατάκτησή τους στην προσπάθεια να εδραιώσουν το επιστημονικό τους κύρος, την αυτονομία και τη δυνατότητα αυτοκαθοδήγησης της επαγγελματικής

τους καθημερινότητας. Εντούτοις, τόσο σε ερευνητικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, κάτι τέτοιο δεν έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα. Οι υπάρχουσες έρευνες δεν έχουν καταφέρει στην πλειονότητά τους να περιγράψουν ένα ενιαίο περίγραμμα νοσηλευτικών αποφάσεων, που να καθοδηγείται από ειδικές γνώσεις και να διαφοροποιεί τις επαγγελματικές δραστηριότητες των νοσηλευτών από αυτές άλλων κλινικών επαγγελματιών. Επιπλέον, δεν έχουν καταφέρει να καταλήξουν σε ένα κοινό θεωρητικό πλαίσιο που να προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο λαμβάνονται οι νοσηλευτικές αποφάσεις στο κλινικό περιβάλλον, κυρίως γιατί στηρίζονται στα θεωρητικά μοντέλα που προέρχονται από άλλα γνωστικά πεδία και επειδή οι περισσότερες έχουν χρησιμοποιήσει ακατάλληλες μεθόδους διερεύνησης της διαδικασίας, που καμία σχέση δεν έχουν με τη νοσηλευτική πραγματικότητα.

Στο επαγγελματικό επίπεδο ο αποκλεισμός ή ο περιορισμός των νοσηλευτών ακόμα και από τις καθημερινές, λειτουργικές αποφάσεις παραμένει εμφανής. Εκτός των άλλων, η τάση της μεγαλύτερης μερίδας των νοσηλευτών να μην επιδιώκουν αλλαγή θεώρησης του ρόλου τους, ούτε αναβάθμιση του επαγγελματικού τους προφίλ, μέσω του μεμονωμένου ή του από κοινού προβληματισμού πάνω στην πρακτική τους είναι ουσιαστική αιτία για τη σημερινή κατάσταση. Κάτι τέτοιο απαιτεί ανάλυση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, τεκμηρίωση των παρεμβάσεών τους, εντοπισμό των αδυναμιών στη λειτουργία του νοσηλευτικού ρόλου και προσεκτική διαμόρφωση στοχευμένων στρατηγικών για το μέλλον, που με συγκεκριμένες δράσεις θα αλλάξουν τη νοσηλευτική πραγματικότητα.

Παρά τις προαναφερθείσες αδυναμίες, η λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της διεθνούς νοσηλευτικής έρευνας τα τελευταία τριάντα περίπου χρόνια, γιατί φαίνεται πως οι νοσηλευτικές αποφάσεις μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας, την ποιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων και την ασφάλεια των ασθενών, καθώς επίσης απαιτούν σημαντικό νοσηλευτικό χρόνο, προσπάθεια και πόρους για να ληφθούν. Το επίκεντρο του ενδιαφέροντος αποτέλεσε αρχικά η συλλογή, οργάνωση, χρήση και αποθήκευση των νοσηλευτικών δεδομένων και άλλων κλινικών πληροφοριών και μετέπειτα η περιγραφή της συλλογιστικής διαδικασίας μέχρι τη λήψη αποφάσεων, η πρόταση μοντέλων λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των νοσηλευτών κατά τη λήψη αποφάσεων. Στην Ελλάδα, ωστόσο, υφίσταται μία δυσανάλογη σχέση μεταξύ της γενικότερης συζήτησης για τη

λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές και των ερευνητικών προσπαθειών. Ενώ δηλαδή ο ρόλος του νοσηλευτή εύκολα χαρακτηρίζεται καθοριστικής σημασίας για κάθε κλινικό περιβάλλον, στο οποίο απασχολείται, δεν υπάρχει καμία μελέτη που να διερευνά αν λαμβάνουν οι νοσηλευτές αποφάσεις, ποιες είναι αυτές, ποια γνωστική διεργασία επιστρατεύουν ώστε να καταλήξουν σε αυτές, από ποιους παράγοντες επηρεάζονται και ποιες αλλαγές επιφέρουν στα κλινικά αποτελέσματα.

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) συνιστούν ένα σύνθετο κλινικό περιβάλλον, στο οποίο οι νοσηλευτές είναι επιφορτισμένοι με τη φροντίδα και τη συνεχή, εντατική παρακολούθηση των βαριά πασχόντων. Η ολιστική φροντίδα των ασθενών στις ΜΕΘ, που πραγματοποιείται με πολλές και συχνές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε κάθε ασθενή και χρήση εξειδικευμένης βιοϊατρικής τεχνολογίας, απαιτεί από τους νοσηλευτές εντατικής φροντίδας εξειδικευμένες γνώσεις, τεχνικές δεξιότητες και ανθρωπιστικές αξίες (Brilli et al 2001). Ως εκ τούτου η μελέτη της λήψης αποφάσεων σε ένα τέτοιο κλινικό περιβάλλον αντανακλά το εύρος των κλινικών αποφάσεων που μπορούν να λάβουν οι νοσηλευτές προκειμένου να ανταποκριθούν με επάρκεια στο ρόλο τους, κάτω από ελεγχόμενες, αλλά και μη ελεγχόμενες, επείγουσες συνθήκες, καθώς και την ποικιλία των παραγόντων που μπορούν να τις επηρεάσουν. Στην Ελλάδα παρατηρείται παντελής έλλειψη μελετών που να εξετάζουν αυτή τη διαδικασία. Οι ελάχιστες μελέτες που διερευνούν το λειτουργικό ρόλο των νοσηλευτών στις ΜΕΘ (Papathanassoglou et al 2005, Πιόρουλου & While 2010, Αδάμου και συν 2011) προσδιορίζουν τις παρεμβάσεις που πραγματοποιούν οι νοσηλευτές κατά την εργασία τους και το βαθμό αυτονομίας στο να εκτελούν εξειδικευμένες κλινικές παρεμβάσεις και δεν καλύπτουν το συνολικό φάσμα της ολιστικής, νοσηλευτικής φροντίδας και της διαδικασίας λήψης τους.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής μελέτης είναι η ταυτοποίηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στην Ελλάδα, η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αυτές λαμβάνονται, καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Λαμβάνοντας υπόψη πως οι διαστάσεις του φαινομένου ήταν άγνωστες για την ελληνική πραγματικότητα και απαιτούσαν διερεύνηση που χαρακτηρίζεται από λεπτομέρεια και βάθος μέσα από τις εμπειρίες των νοσηλευτών, χρησιμοποιήθηκαν αρχικά ποιοτικές μέθοδοι συλλογής των δεδομένων. Συμπληρωματικά και με απώτερη επιδίωξη την εξαγωγή έγκυρων και γενικεύσιμων συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε και ποσοτική μέθοδος.

Η μελέτη αποτελείται από δύο μέρη: το Γενικό και το Ειδικό. Το πρώτο αποτελείται από έξι κεφάλαια, που πραγματεύονται τα θεωρητικά ζητήματα που σχετίζονται τόσο με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων γενικά, όσο και με τη διαδικασία λήψης των κλινικών αποφάσεων ειδικότερα. Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά το εννοιολογικό πλαίσιο της λήψης αποφάσεων και τα θεμελιώδη στοιχεία της διαδικασίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά των μοντέλων και των θεωρητικών προσεγγίσεων της λήψης αποφάσεων, ακολουθώντας την ευρέως διαδεδομένη ταξινόμησή τους σε κανονιστικές, περιγραφικές και δεοντολογικές θεωρίες. Το τρίτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην ανάλυση της έννοιας της λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων με συγκεκριμένη μεθοδολογία. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται το κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ και οι ιδιαιτερότητές του, που το διαφοροποιούν από τα υπόλοιπα νοσηλευτικά περιβάλλοντα. Στο πέμπτο κεφάλαιο διενεργείται βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με τους τύπους των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ, τη γνωστική διεργασία που οδηγεί στη λήψη τους και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν. Το γενικό μέρος ολοκληρώνεται με την περιγραφή του θεωρητικού πλαισίου της παρούσας έρευνας, που αν και δεν ήταν εξ' αρχής καθορισμένο, αποτέλεσε τη θεωρητική αφετηρία για την ποσοτική έρευνα. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα το υλικό, οι μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων για κάθε επιμέρους φάση και ζήτημα, καθώς και τα ποιοτικά και ποσοτικά ευρήματα. Τα τελευταία σχολιάζονται και συζητούνται συγκριτικά με αποτελέσματα άλλων σχετικών, διεθνών ερευνών. Η διδακτορική διατριβή ολοκληρώνεται με τη σύνοψη των βασικών συμπερασμάτων που προέκυψαν, τις προτάσεις για κατεύθυνση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και πρακτικής, καθώς και της μελλοντικής έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΤΟ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Η λήψη αποφάσεων αποτελεί μία πολύπλοκη διεργασία της ανθρώπινης νόησης, μέσα από την οποία κάποιος *επιλέγει*, δηλαδή προβαίνει στην εκλογή μίας εναλλακτικής ανάμεσα σε άλλες. Η διαδικασία αυτή είναι αποτέλεσμα ελεύθερης βούλησης και της συνακόλουθης δυνατότητας ελεύθερης επιλογής του ανθρώπου και προϋποθέτει την κινητοποίηση και τη συνεργασία ανώτερων νοητικών διεργασιών. Γι' αυτό και αποσπά το ευρύτερο επιστημονικό και ερευνητικό ενδιαφέρον, αφού αποτελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών, όπως των μαθηματικών, της στατιστικής, των οικονομικών, των κοινωνικών, πολιτικών και διοικητικών επιστημών. Στο παρόν κεφάλαιο αναλύεται εννοιολογικά η διαδικασία της λήψης αποφάσεων και τα βασικά της στοιχεία.

1.1 Η έννοια της απόφασης

Οι λεξικολογικοί ορισμοί της απόφασης την περιγράφουν ως «την ενέργεια του αποφασίζοντα» ή «το συμπέρασμα/η λύση που καθορίζει τη μελλοντική δράση μετά από σκέψη» (Garner 1999). Ο πιο κοινός ορισμός που συναντάται στη σχετική βιβλιογραφία είναι «η επιλογή μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών ενεργειών» (Hsee et al 1999, Dowie 1993, Thompson & Dowding 2002). Η ανάγκη για επιλογή ανακύπτει όταν κάποιος έρχεται αντιμέτωπος με κάποιο πρόβλημα, που επιζητά λύση. Το πρόβλημα αυτό προσδιορίζεται από ένα σύνολο ενεργειών και αποτελεσμάτων, καθώς και των πιθανοτήτων που τα συνδέουν. Ο όρος «πλαίσιο απόφασης» χρησιμοποιήθηκε από τους Tversky και Kahneman (1981) για να περιγράψει την αντίληψη που έχει ο αποφασίζων για αυτές τις ενέργειες, τα αποτελέσματα τους και τα ενδεχόμενα εκδήλωσής τους. Κάθε πλαίσιο απόφασης, λοιπόν, εμπεριέχει εναλλακτικές λύσεις διαφορετικής βαρύτητας (valence), που είναι ικανές να προκαλέσουν μία εσωτερική σύγκρουση (conflict) στον αποφασίζοντα για το ποια από αυτές ικανοποιεί καλύτερα τους στόχους που έχει θέσει (Luce et al 2000). Η εσωτερική αυτή σύγκρουση είναι το έναυσμα για την κινητοποίηση της πολυσύνθετης διεργασίας της λήψης αποφάσεων.

1.2 Η έννοια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων

Η διαδικασία της λήψης αποφάσεων, κατ' αναλογία με τον ορισμό της απόφασης, ορίζεται γενικά ως η διαδικασία επιλογής μίας πορείας δράσης ανάμεσα σε έναν αριθμό εναλλακτικών λύσεων, που ξεκινά με ένα ερέθισμα και καταλήγει σε μία δέσμευση για ενέργεια, ικανοποιώντας συγκεκριμένο στόχο (Charns & Schaefer 1983, Mintzberg et al

1976). Ένας δεύτερος ορισμός, που ακολουθεί το επιστημονικό παράδειγμα της Ψυχολογίας, την περιγράφει ως μία συνειδητή διαδικασία που επηρεάζεται από ατομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, βασίζεται σε πραγματικά γεγονότα και αξίες και ολοκληρώνεται με την επιλογή μίας συμπεριφοράς ή δραστηριότητας μεταξύ δύο ή περισσότερων εναλλακτικών, με την πρόθεση να ικανοποιηθεί κάποια επιθυμητή κατάσταση (Shull et al 1970). Ένας τρίτος ορισμός, ο οποίος προέρχεται από τις επιστήμες της Οργάνωσης και της Διοίκησης, την παρουσιάζει ως δραστηριότητα που εκφράζει την επίδοση του ατόμου στην κάλυψη των στόχων ενός οργανισμού (Radford 1975). Οι παραπάνω ορισμοί έχουν κοινό σημείο τη θεώρηση ότι η παραγωγή των αποφάσεων ξεκινά από ένα βασικό, ατομικό επίπεδο και βοηθά το άτομο να ενεργήσει, επιλέγοντας ανάμεσα από περισσότερες από μία λύσεις, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, είτε αυτές είναι ψυχολογικές, είτε επαγγελματικές.

Η μελέτη της λήψης αποφάσεων έχει παραδοσιακά τρεις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις: α) την περιγραφική (descriptive), που εξετάζει το πώς συνήθως λαμβάνονται οι αποφάσεις β) τη δεοντολογική (prescriptive), η οποία ορίζει το πώς πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις και γ) την κανονιστική (normative), η οποία ορίζει τις αρχές με βάση τις οποίες οι αποφάσεις αξιολογούνται ως ορθές (Dillon 1998). Η κατανόηση της γνωστικής διαδικασίας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τη μελέτη των περιγραφικών μοντέλων λήψης αποφάσεων. Ο νομπελίστας H. Simon (1960) πρότεινε την παλαιότερη περιγραφή της διαδικασίας, που όμως έχει διαχρονικά επηρεάσει τις περιγραφικές θεωρίες σχετικά με τη λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα με αυτή, η σύνθετη διαδικασία λήψης αποφάσεων περιλαμβάνει μία αλληλουχία τριών φάσεων: α) τη φάση της αναγνώρισης, β) τη φάση του σχεδιασμού και γ) τη φάση της επιλογής. Η πρώτη φάση αφορά στην αναγνώριση της ανάγκης για απόφαση, ή όπως ο Simon υποστηρίζει «στη διερεύνηση του περιβάλλοντος». Η δεύτερη φάση ξεκινά και ολοκληρώνεται με τον έλεγχο του προβλήματος και την ανάπτυξη των εναλλακτικών, με συνειδητό ή μη συνειδητό τρόπο. Η τελευταία φάση περιγράφει την πρόκριση της καταλληλότερης ενέργειας από όλες τις υπόλοιπες εναλλακτικές που έχουν προβληθεί, μετά από σύγκριση των τελευταίων μεταξύ τους με κριτήριο την επάρκειά τους για την επίτευξη των αρχικών στόχων. Η εναλλαγή των σταδίων είναι αρκετά σύνθετη. Κάθε φάση αποτελεί από μόνη της μία πολύπλοκη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Simon 1977), υπό την έννοια ότι από καθεμία μπορούν να αναδυθούν νέα προβλήματα, που αναζητούν νέες αποφάσεις.

Είναι ξεκάθαρο πως τα κεντρικά ζητήματα στη σημαντική για τη λήψη αποφάσεων θεωρία του Simon είναι τα προβλήματα ή οι ευκαιρίες, που αποτελούν εναύσματα για την παραγωγή αποφάσεων, η διαθεσιμότητα των δεδομένων με βάση τα οποία θα προκύψουν οι διαφορετικές εναλλακτικές, το πλαίσιο μέσα στο οποίο και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις και, τέλος, η νοητική συγκρότηση του ατόμου που λαμβάνει το ερέθισμα, παράγει τις απαντήσεις και κάνει την επιλογή.

1.3 Θεμελιώδη στοιχεία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων

1.3.1 Το πρόβλημα

Η λέξη πρόβλημα ετυμολογικά προέρχεται από το ρήμα προβάλλω, που σημαίνει «θέτω κάτι εμπρός ή ρίχνω προς τα εμπρός» (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος 1996) και επομένως είναι κάτι που τίθεται ενώπιόν μας και αναγνωρίζεται ως τέτοιο οποτεδήποτε υπάρχει διάσταση μεταξύ της παρούσας και της επιθυμητής κατάστασης (Δεκλερής 1989). Ένα πρόβλημα, δηλαδή, συνίσταται σε μία αρχική κατάσταση (που γίνεται αντιληπτή σε συγκεκριμένο τόπο, χρόνο και με συγκεκριμένα δεδομένα), μία τελική κατάσταση και ορισμένο σύνολο ενεργειών, μέσω των οποίων πραγματοποιείται η μετάβαση από την αρχική στην τελική κατάσταση. Επομένως, μπορεί να θεωρηθεί κίνητρο για σκέψη ή αλλιώς η αιτία που υποβάλλει τα άτομα σε κατάσταση απορίας και τα αναγκάζει να σκέφτονται ενεργητικά (Δερβίσης 1998). Κατ' αυτόν τον τρόπο αποτελεί την αφετηρία για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Πάνω σ' αυτό θα διατυπωθούν ερωτήσεις, οι οποίες θα υποκινήσουν την παραγωγή ιδεών και λύσεων. Η εμβέλεια των συστατικών του στοιχείων προκαλεί την ανάπτυξη ενός πολύπτυχου υποθέσεων, την ανίχνευση των δεδομένων, την απαρίθμηση πιθανών εναλλακτικών λύσεων, ώστε να επιτευχθεί η μετάβαση από την πιθανότητα στη βεβαιότητα (Βιτούλης 2005).

Κατά τη θεωρητική τους προσέγγιση, τα προβλήματα διακρίνονται σε κατηγορίες με βάση παραμέτρους, όπως ο βαθμός δυσκολίας τους, η δομή τους, ο χαρακτήρας τους, ο αριθμός των ατόμων που καλούνται να συμμετέχουν στην επίλυσή τους και ο αριθμός των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν (Πίνακας 1.1).

Πίνακας 1.1 Ταξινόμηση προβλημάτων με βάση διαφορετικές παραμέτρους

| Παράμετροι | Τύποι προβλημάτων | |
|--|-------------------|---------------------|
| | Απλά | Σύνθετα |
| Βαθμός δυσκολίας | Καλώς δομημένα | Ασθενώς δομημένα |
| Δομή του προβλήματος | Πρόβλημα επιλογής | Πρόβλημα σχεδιασμού |
| Χαρακτήρας του προβλήματος | Ένας | Πολλοί |
| Αριθμός αποφασιζόντων | Ένας | Πολλαπλοί |
| Αριθμός στόχων που πρέπει να επιτευχθούν | | |

Πηγή: Grunig & Kuhn (2005)

Η ταξινόμηση σε απλά (simple) και σύνθετα (complex) προβλήματα γίνεται στη βάση της ποικιλίας των μεθόδων προσέγγισής τους, του αριθμού των πληροφοριών που απαιτούνται για να προσδιοριστούν οι πιθανές λύσεις, του αριθμού των ατόμων που καλούνται να συμβάλουν στην επίλυση και του χρόνου που απαιτείται μέχρι την τελική λύση (Payne 1982, Beers et al 2006). Οι λύσεις σε πολύπλοκα προβλήματα είναι συνήθως ασαφείς ή αόριστες (Rittel & Webber 1973), οπότε η διαθεσιμότητα των πληροφοριών είναι πολύ σημαντική για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Ακόμα, η μία και μοναδική λύση δεν μπορεί να είναι αποδεκτή, διότι κάτι τέτοιο υποδηλώνει ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι απόψεις όλων των υποκειμένων που συμμετέχουν στην απόφαση (Beers et al 2006). Μία μονόδρομη προσέγγιση των σύνθετων προβλημάτων εμπεριέχει τους περιορισμούς της μονόπλευρης αντιμετώπισής τους, γεγονός που στερεί την τελική λύση από δημιουργικότητα και καινοτομία και αυξάνει το ενδεχόμενο της αποτυχημένης επιλογής (Lomi et al 1997, Nutt 2002).

Ακόμα μία ευρέως διαδεδομένη ομαδοποίηση των προβλημάτων είναι ο διαχωρισμός τους σε καλώς δομημένα (well-structured) και ασθενώς δομημένα (ill structured) (Jonassen 1997, Schon 1987, Simon 1973). Τα καλώς δομημένα προβλήματα αποτελούνται από μία καλώς ορισμένη αρχική κατάσταση, μία γνωστή επιθυμητή κατάσταση και ένα περιορισμένο σύνολο λογικών τελεστών (Greeno 1978). Σύμφωνα με το Jonassen (1997), έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: α) παρουσιάζονται εξαρχής όλες οι παράμετροί τους, β) αφορούν στην εφαρμογή ενός σχετικά μικρού αριθμού αρχών και κανόνων, με αυστηρό και προκαθορισμένο τρόπο, μέσα στα πλαίσια σαφώς διατυπωμένων περιορισμών, γ) έχουν μονοσήμαντες σωστές ή λάθος λύσεις, δ) έχουν γνωστές και πλήρως κατανοητές διαδικασίες επίλυσης, στις οποίες οι σχέσεις μεταξύ των δυνατών βημάτων και της κατάστασης του προβλήματος είναι γνωστές ή πιθανές (Wood 1983) και τέλος, ε) έχουν μία προκαθορισμένη, βέλτιστη οδό επίλυσης.

Σταθμίζοντας τα παραπάνω χαρακτηριστικά, γίνεται αντιληπτό ότι τα καλώς δομημένα προβλήματα, όπως τα μαθηματικά προβλήματα, παρουσιάζουν ομοιομορφία και αφαιρετικότητα. Σε αντιδιαστολή, ένα ασθενώς δομημένο πρόβλημα σχετίζεται και αναπτύσσεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο συνθηκών. Μία ή περισσότερες διαστάσεις της κατάστασης, στην οποία αναπτύσσεται το πρόβλημα δεν ορίζονται πλήρως, η περιγραφή του προβλήματος μπορεί να παρουσιάζει ασάφειες, ενώ οι πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την επίλυσή του συνήθως δεν είναι διαθέσιμες (Chi & Glaser 1985). Γι' αυτό, ενώ η επίλυση ενός καλώς δομημένου προβλήματος επιστρατεύει δύο σημαντικές διαδικασίες, την αναπαράσταση του προβλήματος, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο το άτομο το αντιλαμβάνεται, και την αναζήτηση της λύσης (Gick 1986, Simon 1978), η επίλυση ενός ασθενώς δομημένου προβλήματος ακολουθεί διαφορετική πορεία, που συνίσταται σε τέσσερις διαδικασίες: την αναπαράσταση του προβλήματος, την παραγωγή περισσότερης της μίας λύσεων, την αιτιολόγηση των λύσεων και την παρακολούθηση και αξιολόγηση της εφαρμοζόμενης λύσης και του βαθμού ικανοποίησης των αρχικών στόχων (Sinnott 1989, Voss & Post 1988, Voss et al 1991). Μολονότι και τα δύο είδη προβλημάτων έχουν κοινά βήματα επίλυσης, η διαδικασία επίλυσης των ασθενώς δομημένων προβλημάτων είναι προφανώς πιο σύνθετη και έχει μεγαλύτερες απαιτήσεις από τον αποφασίζοντα σε επίπεδο ικανοτήτων (Shin et al 2003).

Περαιτέρω, η διάκριση μεταξύ προβλημάτων επιλογής (choice) και προβλημάτων σχεδιασμού (design) προτείνεται από τους Newell και Simon (1972). Τα προβλήματα επιλογής είναι καλώς δομημένα και με σαφώς ορισμένους στόχους, σε αντίθεση με τα προβλήματα σχεδιασμού που είναι σύνθετα, ασθενώς δομημένα και απαιτούν πολύπλοκες διαδικασίες επίλυσής τους. Συγκεκριμένα, η επίλυση ενός προβλήματος σχεδιασμού προϋποθέτει τη διερεύνηση και την ανάλυσή του σε μικρότερα προβλήματα, την αναγνώριση των σχέσεων τους, την επίλυση των επιμέρους προβλημάτων και τη σύνθεση των μερικών λύσεων σε μία τελική επιλογή (Goel & Pirolli 1992). Αντιθέτως, ένα πρόβλημα επιλογής απαιτεί μία απλούστερη γνωστική διαδικασία, μέσα από την οποία προκρίνεται μία εκ των προσφερόμενων εναλλακτικών λύσεων.

Αναφορικά με το επίπεδο λήψης αποφάσεων, το οποίο προσδιορίζεται από τον αριθμό των αποφασιζόντων, η παραγωγή μίας απόφασης μπορεί να λάβει χώρα σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Στο ατομικό επίπεδο, ένα μεγάλο μέρος των αποφάσεων

αφορά στην επίλυση προσωπικών, εργασιακών και κοινωνικών προβλημάτων. Η ατομική προσέγγιση συνίσταται: α) στη λεπτομερή διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων, όσο μικρότερος είναι ο βαθμός πολυπλοκότητας ενός προβλήματος και στην απλούστερη αναζήτηση, όσο η γνωστική πίεση αυξάνεται από περιορισμούς, όπως ο ελάχιστος χρόνος, η μικρή διαθεσιμότητα πληροφοριών και η μειωμένη ικανότητα ανάκλησης (Russo & Shoemaker 1992) και β) στην προσαρμοστική συμπεριφορά επίλυσης του προβλήματος με τα άτομα να αρχίζουν να σκέφτονται μία εναλλακτική λύση, να αναζητούν πληροφορίες, να τροποποιούν την αρχική λύση και αυτό να συνεχίζεται έως ότου υπάρξει κάποια ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ των αναμενόμενων και των πραγματοποιούμενων αποτελεσμάτων (Schul & Mayo 2003). Στο ομαδικό επίπεδο, οι διαδικασίες που ακολουθούνται δεν αποτελούν απλά επεκτάσεις των επεξεργασιών που γίνονται σε ατομικό επίπεδο. Αντίθετα, όταν οι αποφασίζοντες συντάσσονται κατά ομάδες δημιουργείται μία νέα οντότητα, με διαφορετική δυναμική και πολυπλοκότητα (Nowakowski 2003). Συχνά, τα άτομα πρέπει να συμβιβάσουν τις προσωπικές τους επιθυμίες, προκειμένου η ομάδα να φτάσει σε συναίνεση (Whyte & Sebenius 1997). Η διαδικασία της ομαδικής λήψης αποφάσεων περιλαμβάνει επιπλέον τον προσδιορισμό του επιπέδου συμμετοχής κάθε μέλους, τη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ τους, την παροχή μεγαλύτερης ποικιλίας εμπειριών και προοπτικών, την ανάγκη για κοινή συμφωνία (Tindale et al 2001). Ισχυρό σημείο της ομαδικής διεργασίας είναι ότι υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε ευρύτερη γνώση κι επομένως μπορεί να επιτευχθεί η διεξόδυση σε ένα μεγαλύτερο σύνολο εναλλακτικών λύσεων. Βέβαια, προκειμένου να επιτευχθεί η συναίνεση των μελών, απαιτείται μία χρονοβόρα διαδικασία, που προκαλεί μεγάλη καθυστέρηση στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την ατομική διαδικασία ή ακόμα, η απροθυμία και η ανεπάρκεια της ομάδας μπορεί να αναχαιτίσει την πρωτοβουλία στη λήψη της απόφασης (Ekdahl et al 2012). Ωστόσο, το συμμετοχικό κλίμα, που δημιουργείται σε ομαδικό επίπεδο, συμβάλλει στη βαθύτερη κατανόηση της φύσης των στόχων και των προβλημάτων (Κάντας & Χαντζή 1991) και σε γενικές γραμμές, τα άτομα προτιμούν να λάβουν τις αποφάσεις τους ως μέλη μίας ομάδας, διότι ο κίνδυνος προσωπικής κριτικής είναι μικρότερος και η ευθύνη για τα δυσμενή αποτελέσματα επιμερίζεται (Darley & Latane 1968, Mynatt & Sherman 1975, Whyte 1991).

Παράλληλα, η παρουσία πολλών ατόμων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων συνήθως χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλαπλών στόχων (multiple goals) και ενδεχομένως

αλληλοσυγκρουόμενων ενδιαφερόντων. Στην πράξη, τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα είτε με διαφορετικές απόψεις και κριτήρια επιλογής, είτε με αντιμαχόμενους στόχους. Το γεγονός αυτό τους αναγκάζει να επιλέξουν τους στόχους που επιθυμούν να βελτιστοποιήσουν και εκείνους για τους οποίους είναι διατεθειμένοι να δεχθούν απόκλιση από τις βέλτιστες επιδόσεις (Fishburn 1982, Keeney 1992, Belton & Vickers 1990). Κατ' αυτήν τη λογική, η επίλυση προβλημάτων με πολλαπλά κριτήρια είναι συνδεδεμένη με την έννοια του συμβιβασμού, είτε τον πραγματοποιεί ένας αποφασίζων, αποδεχόμενος ως αναγκαία την απομάκρυνσή του από κάποιους στόχους του, είτε τον πραγματοποιούν διαφορετικοί αποφασίζοντες, που δέχονται απομάκρυνση από κάποιον στόχο, προκειμένου να επιτευχθεί συναίνεση ως προς μία αποδεκτή λύση (Roy 1990). Η λήψη αποφάσεων με πολλαπλούς στόχους γίνεται με συστηματικό καθορισμό κριτηρίων, δημιουργία σχέσεων υπεροχής μεταξύ των εναλλακτικών δράσεων και τελική ιεράρχησή τους για να εντοπιστεί με ακρίβεια η απόφαση που παρουσιάζει συγκριτικά τη μεγαλύτερη χρησιμότητα (Kirkwood 1997, Roy 1990).

1.3.2 Η πληροφορία

Η διαχείριση των πληροφοριών είναι η ανθρώπινη διαδικασία μέσα από την οποία αυτές γίνονται χρήσιμες σε ένα άτομο ή μία ομάδα. Η διαδικασία περιλαμβάνει την αναγνώριση της ανάγκης για πληροφόρηση, την επιδίωξη της τελευταίας και τελικά τη χρήση των πληροφοριών (Brocas & Carillo 2000). Έχει ήδη επισημανθεί η αξία της διαχείρισης πληροφοριών στην επίλυση των σύνθετων, ασθενώς δομημένων προβλημάτων, των προβλημάτων σχεδιασμού και των προβλημάτων με πολλαπλούς στόχους και πολυάριθμους συμμετέχοντες. Η περιγραφική ανάλυση που ακολουθεί μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση της δομής και της δυναμικής της πληροφορίας.

Οι ανάγκες για πληροφορίες διαμορφώνονται με βάση τα γνωστικά κενά των ατόμων και τους στόχους που καλούνται να πετύχουν (Wilson 1994). Αρχικά, η συνειδητοποίηση της ανάγκης για πληροφόρηση βιώνεται ως μία ασαφής αίσθηση ταραχής για την κατάσταση της γνώσης, που διαφωτίζεται μέσω της παρατήρησης με στοιχεία του προβλήματος, ώστε να γίνεται αντιληπτό το γνωστικό χάσμα (Schul & Mayo 2003). Στη συνέχεια, το άτομο λαμβάνει την πρώτη απόφαση να αποδεχθεί ή να καταστείλει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει (Marchionini 1995). Εφόσον το αποδεχθεί, προχωρά στα επόμενα στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, αναζητώντας μέσα από τους γνωστικούς του μηχανισμούς τις βασικές από τις πληροφορίες που χρειάζεται

για να γεφυρώσει το γνωστικό του χάσμα (Gigerenzer & Goldstein 1996). Αυτές δεν προκύπτουν, άλλωστε, πλήρως διαμορφωμένες και σαφείς από την αρχή της αναζήτησης. Η συλλογή των πληροφοριών είναι σταδιακή κατά τη διάρκεια του χρόνου, είτε γιατί το άτομο είναι επιφυλακτικό με την αξία των πληροφοριών που λαμβάνει λόγω αβεβαιότητας, είτε επειδή μπορεί να επεξεργαστεί και να αξιολογήσει την κάθε πληροφορία μόνο βαθμιαία (Schul & Mayo 2003). Τα συναισθήματα της αβεβαιότητας και της σύγχυσης, που επικρατούν στα πρώτα στάδια της αναζήτησης, υποχωρούν και αυξάνονται τα όρια εμπιστοσύνης του και η δυνατότητα επικέντρωσης στις απαραίτητες πληροφορίες, που θα υποστηρίξουν τη δημιουργία εναλλακτικών επιλογών (Kuhlthau 1993a, b). Η εστίαση στο ποιες πληροφορίες μπορούν να αποβούν χρήσιμες στις αποφάσεις του πυροδοτεί την επόμενη φάση της επιδίωξης των πληροφοριών (Ντάβου 2000).

Στη δεύτερη φάση της επιδίωξης πληροφοριών, τα άτομα συμμετέχουν πια συνειδητά στην επιλεκτική αναζήτηση δεδομένων έναντι του καταιγισμού που προηγήθηκε στο προηγούμενο στάδιο (Marchionini 1995). Αυτό το πετυχαίνουν με επιλογή των πηγών των δεδομένων με βάση την ευκολία χρήσης τους, την ποιότητά τους, τις χρονικές απαιτήσεις και τη μείωση του κόστους των πληροφοριών (Taylor 1986) και το ολοκληρώνουν με έλεγχο των πληροφοριών και εξαγωγή των χρήσιμων δεδομένων (Chang & Rice 1993). Αντίθετα, μπορεί να περιοριστεί από τους κανόνες που επιβάλλονται, από το διαθέσιμο χρόνο και τους διαθέσιμους πόρους και από το βαθμό πρόσβασης του ατόμου σε αξιόπιστες πηγές (Henderson & McAdam 2001).

Στο τελευταίο στάδιο της χρήσης των πληροφοριών, το άτομο αντιλαμβάνεται τη σχέση μεταξύ συγκεκριμένων πληροφοριών και των στόχων του προβλήματος (Choo 1998). Κατά συνέπεια πρόκειται για μία ατομική διαδικασία αντιστοίχισης των αποριών των χρηστών, κατά την πορεία της γνωστικής επεξεργασίας, με τις πηγές απ' όπου αντλούνται οι πληροφορίες (Strasser et al 2000). Οι πληροφορίες, όμως, που προκύπτουν από τις πηγές δεν έχουν αντικειμενική αντιπροσώπευση, με αποτέλεσμα το περιεχόμενο και η σημασία της πληροφορίας να ερμηνεύεται διαφορετικά από τον κάθε άνθρωπο (Gruenfeld et al 1996). Ουσιαστικά, η πληροφορία για το κάθε άτομο έχει χαρακτήρα α) περιστασιακό, γιατί κάνει χρήση της ανάλογα με τα μεμονωμένα προβλήματα που αντιμετωπίζει, β) πολυδιάστατο, γιατί επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων οι γνώσεις και οι αντιλήψεις του (Pham et al 2001), και γ) δυναμικό, γιατί μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του χρόνου (Schamber 1994, Harter

1992). Η χρήση τους, λοιπόν, γίνεται για να εξυπηρετήσει συγκεκριμένες γνωστικές και συναισθηματικές ανάγκες και έχει αξία σε συγκεκριμένο πλαίσιο (Forgas & George 2001, Henderson & McAdam 2001).

Στο γνωστικό επίπεδο, η διαχείριση των πληροφοριών επηρεάζεται από το υπόβαθρο των αποφασιζόντων, που διαμορφώνεται από την εκπαίδευσή τους, την κατάρτισή τους και τις προηγούμενες εμπειρίες τους, καθώς και τις κατηγορίες των προβλημάτων που πρέπει να επιλυθούν (Zavalloni 1995). Στο συναισθηματικό επίπεδο, η διαδικασία κινητοποιείται από την ανησυχία, την αμφιβολία, τη σύγχυση των αποφασιζόντων και την έντασή τους (Bagozzi et al 2003). Ακόμα, η διάθεση του ατόμου κατά την αναζήτηση μπορεί να επηρεάσει το εύρος και το βάθος των πληροφοριών που επιδιώκει. Για παράδειγμα, ένα άτομο με διάθεση να διερευνήσει ένα ζήτημα, θα αναζητούσε περισσότερες πηγές πληροφόρησης, ενώ κάποιο άλλο με λιγότερη διάθεση ενδεχομένως να περιοριζόταν στις εντελώς απαραίτητες πληροφορίες, που απαιτούνται για μία δραστηριότητα (Hanoch 2002). Ωστόσο, η πιθανότητα υπερπληροφόρησης ή αντιμετώπισης αλληλοσυγκρουόμενων πληροφοριών ενέχει πάντα τον κίνδυνο πυροδότησης της δυσαρέσκειάς του και της επίτασης της ανησυχίας του. Κατά τον Festinger (1957), το άτομο θα αντισταθεί στη γνωστική ασυμφωνία που ανακύπτει με διάφορους αμυντικούς ελιγμούς, όπως η αποφυγή νέων πληροφοριών ή η απόρριψη της ισχύος τους. Οι αμυντικοί μηχανισμοί του είναι οργανωμένοι κατά τρόπο που να αντανakλούν το περιβάλλον, την εμπειρία και τις επιθυμίες του. Τα χαρακτηριστικά αυτά μαζί με τους κανόνες και τις συμβάσεις, που αναπτύσσονται σε κάθε κοινωνικό περιβάλλον και το χρονικό διάστημα που είναι διαθέσιμο για να εξεταστεί το πρόβλημα ορίζουν το ιδιαίτερο πλαίσιο λήψης των αποφάσεων (Forgas & George 2001).

1.3.3 Το πλαίσιο λήψης των αποφάσεων

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι το πλαίσιο είναι σημαντικό στοιχείο στη μελέτη της λήψης αποφάσεων (Clark & Strauss 2007). Η ανάλυση του πλαισίου περιλαμβάνει μεταβλητές που αφορούν στο χρόνο, το περιβάλλον και την κυρίαρχη κουλτούρα, κάτω από τις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις.

Το ζήτημα του χρόνου έχει τραβήξει την προσοχή πολλών ψυχολόγων και γνωστικών θεωρητικών. Η λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες αβεβαιότητας φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένη με το χρονικό ορίζοντα επιτέλεσης και ολοκλήρωσης της διαδικασίας (Tversky & Kahneman 1974). Η πλειονότητα των σχετικών ερευνών

θεωρούν τη χρονική πίεση ως ένα χαρακτηριστικό της διαδικασίας (Payne et al 1993), που μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική κατάσταση του αποφασίζοντα, επομένως τη φύση και την ποιότητα των αποφάσεών του. Για παράδειγμα, μία προθεσμία, που αποτελεί τον πιο κοινό τρόπο χρονικής πίεσης, μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα στρες του αποφασίζοντα και να τον οδηγήσει σε λιγότερο αναλυτική προσέγγιση των εναλλακτικών του ή να καθορίσει τη συμπεριφορά του αναφορικά με την ανάληψη ρίσκου (Isen & Patrick 1983, Mano 1992). Ή ακόμα υπάρχουν περιστάσεις, κατά τις οποίες το στρες μπορεί να λειτουργήσει δημιουργικά και οι αποφασίζοντες να το εκλάβουν ως ευκαιρία και πρόκληση, που κάνει τη δραστηριότητα απολαυστική (Freedman & Edwards 1988). Επιπλέον, ο λιγοστός διαθέσιμος χρόνος επιδρά και στον τρόπο δράσης του αποφασίζοντα μέχρι να πετύχει κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους στόχους που έχει θέσει (Maule & Edland 1997). Ειδικότερα, μπορεί να αυξήσουν το ρυθμό εργασίας τους ή το φιλτράρισμα των διαθέσιμων πληροφοριών ή τις προτεραιότητές τους στην επεξεργασία των δεδομένων, δίνοντας μεγαλύτερη βαρύτητα σε κάποιες πληροφορίες έναντι κάποιων άλλων (Wright 1974, Edland 1994).

Οι επιρροές του περιβάλλοντος είναι μία ακόμα σημαντική παράμετρος που εξετάζεται στο πλαίσιο λήψης αποφάσεων. Στον όρο περιβάλλον περιλαμβάνονται όλες οι περιστάσεις και οι επιρροές, που διέπουν και έχουν επιπτώσεις στις αποφάσεις που λαμβάνονται και ουσιώνονται στο πλαίσιο ενός οργανισμού. Μία γενική θεώρηση αναδεικνύει ως κύριες περιβαλλοντικές δυνάμεις: α) το οικονομικό σύστημα, β) το πολιτικό σύστημα, γ) το κοινωνικό σύστημα και δ) την τεχνολογία. Όλα τα οργανωτικά περιβάλλοντα περιέχουν τις δυνάμεις αυτών των τύπων. Αναλυτικότερα, λόγω των πεπερασμένων πόρων και παραγωγικών μέσων κάθε συστήματος, η συνύπαρξη των ατόμων απαιτεί τη διαμόρφωση μίας οργάνωσης, δηλαδή ενός συστήματος σχέσεων που να διέπει τη μεταξύ τους συνεργασία. Αν υπήρχε αφθονία σε μέσα, κάθε άτομο θα μπορούσε να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του και να λάμβανε την όποια απόφαση, χωρίς συμβιβασμούς και όρους σε σχέση με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Επειδή κανένα σύστημα δεν λειτουργεί κάτω από τέτοιες συνθήκες, η ύπαρξη κανόνων που διαμορφώνουν τις συνθήκες εργασίας και την κατανομή των αγαθών είναι απαραίτητη (Jones et al 2000).

Η δεύτερη περιβαλλοντική δύναμη, δηλαδή το πολιτικό σύστημα, έχει την έννοια της διοίκησης, που μπορεί να οριστεί ως η άσκηση εξουσίας από μία Αρχή, που επιδιώκει όχι μόνο να κατευθύνει και να καθοδηγεί, αλλά και να ασκεί έλεγχο (Eells & Clarence

1969). Συνίσταται, λοιπόν, από κανονιστικές διατάξεις, που έχουν ρυθμιστικό ρόλο στις σχέσεις των εργαζομένων με τη Διοίκηση. Αυτές διαμορφώνουν το καθεστώς εργασιακών σχέσεων, που μπορεί να χαρακτηρίζεται από προστατευτισμό έως πλήρη ευελιξία (flexibility) και ρευστότητα και επιδρά πάνω στο εύρος και την ποιότητα των αποφάσεων που λαμβάνονται μέσα σε έναν οργανισμό (Κουζής 2001).

Η τρίτη σημαντική δύναμη του περιβάλλοντος είναι το κοινωνικό σύστημα. Αυτό λογίζεται ως οι αντιληπτοί ρόλοι των αποφασίζόντων στη λήψη αποφάσεων (Parsons & Shils 1951) ή το σύστημα αξιών που χαρακτηρίζουν το περιβάλλον και διαμορφώνουν τη στάση απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών του (Homans 1950). Στην πρώτη περίπτωση, αν οι ρόλοι εκφράζουν σχέσεις καταπίεσης ή δεν είναι διακριτοί και οι αρμοδιότητες επικαλύπτονται, οι σχέσεις μεταξύ των αποφασίζόντων αποδιοργανώνονται και αυτό με τη σειρά του επιδρά στην ποιότητα και την αποδοχή των τελικών αποφάσεων. Αν, αντιθέτως, οι αποφασίζοντες θεωρούν ότι ασκούν θετικό ρόλο μέσω της συνεργατικής δραστηριότητας και της συμμετοχής τους στην πραγματοποίηση κοινών συλλογικών στόχων, τότε και η ποιότητα των αποφάσεων βελτιώνεται (Parsons & Shils 1951). Στη δεύτερη περίπτωση, η διαδικασία λήψης αποφάσεων επηρεάζεται από το σύστημα αξιών των αποφασίζόντων και του οργανισμού, στον οποίο μετέχουν, γιατί το τελευταίο έχει επιπτώσεις στην αντίληψη των καταστάσεων και των προβλημάτων, επηρεάζει τη διαδικασία επιλογής της κατάλληλης λύσης, έχει επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις, θέτει πρότυπα χρηστής συμπεριφοράς και καθορίζει την κοινωνική ευθύνη απέναντι σε τρίτους (Sikula 1971).

Τέλος, από όλες τις περιβαλλοντικές δυνάμεις που ασκούν επιρροή στις αποφάσεις, η τεχνολογία είναι αυτή που μεταβάλλεται περισσότερο, λόγω των γρήγορων εξελίξεών της. Οι μεταβολές της μπορούν να επηρεάσουν τον αριθμό των προσφερομένων πληροφοριών ή να υποστηρίξουν τη γρηγορότερη επεξεργασία τους και την αξιολόγηση περισσότερων εναλλακτικών (Van Brugen et al 1998). Η παραπάνω ανάλυση είναι γνωστή ως PEST analysis (από τα αρχικά των λέξεων Political, Economical, Social, Technological) και αποτελεί βασικό εργαλείο λήψης αποφάσεων σε κάθε οργανισμό.

Η έννοια της κουλτούρας αναφέρεται σε πεποιθήσεις και αντιλήψεις, που παρέχουν στα άτομα ενός οργανισμού την αίσθηση της κοινής ταυτότητας (Shadur et al 1999). Μεταξύ των πολυάριθμων θεωρητικών προσεγγίσεων της οργανωτικής κουλτούρας, μια ενδιαφέρουσα πολυκεντρική μελέτη, που βρίσκει ιδιαίτερη εφαρμογή στα νοσηλευτικά

περιβάλλοντα εργασίας, κατέδειξε ότι οι προσδιοριστικοί παράγοντες της συμπεριφοράς των ατόμων σε μία ομάδα είναι: α) οι ανισότητες αναφορικά με την εξουσία, β) η σχέση μεταξύ ατόμου και ομάδας, γ) η αντίληψη περί θηλυκότητας και ανδρισμού και δ) οι τρόποι αντιμετώπισης της αβεβαιότητας (Hofstede 1980).

Αναλυτικότερα, η απόσταση της δύναμης εξουσίας (power distance) αντανακλά το σε ποιο βαθμό μία κουλτούρα θεωρεί ότι η θεσμική και η οργανωτική δύναμη πρέπει να μοιραστεί ανάμεσα στα μέλη ενός οργανισμού. Σε περιβάλλοντα με μεγάλη απόσταση δύναμης εξουσίας, υπάρχει εξάρτηση των υφισταμένων από τους προϊστάμενους, προτίμηση προς αυτή την εξάρτηση και συναισθηματική απόσταση μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων δύναμης εξουσίας. Τα άτομα προσδοκούν να τους ορίζεται τι ακριβώς πρέπει να κάνουν, ενώ οι ιεραρχικά ανώτεροι δικαιούνται ειδικών προνομίων και αμφότεροι θεωρούν εαυτούς άνισους. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν ο βαθμός ανισότητας δεν είναι μεγάλος, υπάρχει προτίμηση για διαβούλευση και ουσιαστική αλληλεξάρτηση μεταξύ των στελεχών, οι υφιστάμενοι προσδοκούν να λαμβάνεται η γνώμη τους υπόψη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, οι ρόλοι εύκολα αλλάζουν και ο σημερινός υφιστάμενος έχει τη δυνατότητα να εξελιχτεί στον αυριανό προϊστάμενο. Οι παραπάνω πεποιθήσεις διαμορφώνουν τις σχέσεις με την ηγεσία. Στην πρώτη περίπτωση ασκείται πατερναλιστική και αυταρχική ηγεσία και στη δεύτερη συμμετοχική και δημοκρατική διοίκηση. Έτσι, η δύναμη βασίζεται είτε στην αντίληψη ότι ο ιεραρχικά ανώτερος έχει το νόμιμο δικαίωμα να ελέγξει τη συμπεριφορά του υφισταμένου, είτε στην αύρα που αποπνέει ο πρώτος και τη διαπροσωπική προσέλευση, αντίστοιχα (Hofstede 1980, 1991).

Ο παράγοντας της συλλογικότητας (collectivism) έναντι της ατομικότητας (individualism) περιγράφει το βαθμό στον οποίο μία κουλτούρα βασίζεται στο άτομο ή την ομάδα. Η ατομικότητα βρίσκει εύφορο έδαφος σε οργανισμούς όπου οι δεσμοί μεταξύ των μελών τους είναι χαλαροί, ο καθένας πιστεύει ότι οφείλει να εξασφαλίζει μόνο τον εαυτό του και τα διαπροσωπικά προβλήματα επιλύονται με αντιπαράθεση. Από την άλλη μεριά, η συλλογικότητα διακρίνει οργανισμούς με δυνατούς συνεκτικούς δεσμούς στις ομάδες τους, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από προσφορά ευκαιριών αυτοπραγμάτωσης, ευκαιριών εκπαίδευσης και συνθήκες εργασίας που συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση (Hofstede 1980).

Η διάσταση της αρρενωπότητας (masculinity) έναντι της θηλυκότητας (femininity) περιγράφει το βαθμό στον οποίο μία κουλτούρα προκρίνει τα κέρδη, την προαγωγή και την αναγνώριση έναντι της συνεργασίας, των καλών εργασιακών σχέσεων με την ηγεσία και τις συνθήκες ασφάλειας των μελών ενός οργανισμού. Σε κουλτούρες ανδρισμού, υπάρχει μεγαλύτερη πίστη στη φιλοδοξία και το επίτευγμα, επιδιώκονται υψηλές υλικές απολαβές, η ηγεσία είναι δογματική και αποφασιστική -συμπεριφορές που παραδοσιακά αποδίδονται στους άνδρες -, ενώ σε κουλτούρες θηλυκότητας υπάρχει πίστη στην ποιότητα, στη βοήθεια προς τον αδύναμο συνάνθρωπο, προτιμάται η ισότητα, οι συγκρούσεις λύνονται με διαπραγματεύσεις και συμβιβασμούς, η ηγεσία είναι λιγότερο ορατή και αναζητά συναινέσεις – συμπεριφορές που συνήθως αποδίδονται σε γυναίκες- (Hofstede 1980).

Τέλος, ο παράγοντας αποφυγή αβεβαιότητας (uncertainty avoidance) αναφέρεται στο βαθμό που μία κουλτούρα αισθάνεται απειλή από αβέβαιες καταστάσεις και απεικονίζει τις προσπάθειες απαλλαγής από αυτές. Όταν τα άτομα αισθάνονται ότι απειλούνται, είναι ανασφαλή, επιδιώκουν τη σταθερότητα στην απασχόληση και επιδεικνύουν αντίσταση στην καινοτομία. Στην αντίθετη περίπτωση, τα άτομα πιστεύουν στην παραδοχή των διαφορετικών απόψεων, στην ανάληψη του ρίσκου και ενδιαφέρονται για την αντιμετώπιση νέων και άγνωστων πραγμάτων (Hofstede 1980).

Σε ύστερη χρονική στιγμή, ο ίδιος ερευνητής αναγνωρίζει ακόμα έξι διαστάσεις της οργανωτικής κουλτούρας: α) τον προσανατολισμό στη διαδικασία έναντι του αποτελέσματος, όπου στην πρώτη περίπτωση υπάρχει έντονη αντίληψη της αποφυγής του ρίσκου και περιορισμένης καταβολής προσπάθειας και στη δεύτερη περίπτωση τα μέλη είναι εξοικειωμένα με διαρκείς προκλήσεις και χαμηλή επικέντρωση στην ιεραρχία β) τον προσανατολισμό στην εργασία έναντι του προσανατολισμού στους υπαλλήλους, υπό την έννοια της έμφασης στην ολοκλήρωση μίας εργασίας σε σχέση με τη συμπαράσταση του οργανισμού στα προσωπικά προβλήματα των υπαλλήλων, γ) την επαγγελματική κουλτούρα έναντι της τοπικής, με κύρια διαφορά ότι στην πρώτη περίπτωση τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι η πρόσληψή τους έγινε με κριτήριο τις επαγγελματικές τους ικανότητες και η προσωπική τους ζωή αποτελεί ατομική τους υπόθεση, ενώ στις τοπικές κουλτούρες στο εργασιακό περιβάλλον εμπλέκονται και κοινωνικοί/οικογενειακοί παράγοντες, δ) τα ανοιχτά συστήματα έναντι των κλειστών, με τα νέα μέλη να νιώθουν γρήγορα την αποδοχή της ομάδας στην πρώτη περίπτωση και την καχυποψία και εγκράτεια στη δεύτερη, ε) τον αυστηρό έλεγχο, με κύρια

χαρακτηριστικά το χρονικό προγραμματισμό, τη σοβαρότητα, την τυπικότητα και τη συγκράτηση του κόστους, έναντι του χαλαρού ελέγχου και στ) τα πραγματιστικά περιβάλλοντα έναντι των κανονιστικών, με τα πρώτα να λειτουργούν σε συνθήκες ανταγωνισμού και με γνώμονα τις απαιτήσεις και το συμφέρον των χρηστών των υπηρεσιών τους, ενώ τα δεύτερα να σχετίζονται με μονοπωλιακές καταστάσεις και να δίνουν έμφαση στην εφαρμογή κανόνων και διαδικασιών (Hofstede 1991).

1.3.4 Οι συνθήκες λήψης αποφάσεων

Οι συνθήκες που μπορούν να επικρατούν σε ένα περιβάλλον και κάτω από τις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: συνθήκες βεβαιότητας, κινδύνου και αβεβαιότητας. Σε συνθήκες βεβαιότητας είναι γνωστό εκ των προτέρων ότι η κάθε δράση οδηγεί σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Σε συνθήκες κινδύνου, κάθε δράση οδηγεί σε σύνολο πιθανών εκβάσεων και κάθε έκβαση εμφανίζεται με συγκεκριμένη πιθανότητα, η οποία είναι γνωστή στον αποφασίζοντα. Τέλος, σε συνθήκες αβεβαιότητας, κάθε δράση έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ενός συνόλου δυνατών εκβάσεων, αλλά οι πιθανότητες κάθε έκβασης είναι άγνωστες (Luce & Raffia 1957).

Η αβεβαιότητα και ο τρόπος που την αντιμετωπίζει κάποιος είναι ένα πρόβλημα τόσο παλιό, όσο και ο άνθρωπος (Penrod 2001a). Ωστόσο, από το 1950 και μετά κατέστη αντικείμενο έρευνας. Μέχρι τότε η αβεβαιότητα ως προς τις μελλοντικές εκβάσεις των δράσεων αντιμετωπιζόταν ως τυχαίο φαινόμενο. Το 1957 εισήχθη η έννοια της λήψης αποφάσεων σε συνθήκες αβεβαιότητας στο ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο της πιθανολογικής προσέγγισης της επιλογής (Luce & Raffia 1957). Ο μονοσήμαντος προσδιορισμός της έννοιας και του περιεχομένου του όρου αβεβαιότητα είναι αδύνατος, αφού η σχετική βιβλιογραφία είναι ευρεία ως προς την παράθεση ορισμών. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι θεωρητικοί της μελέτης των αποφάσεων ορίζουν την αβεβαιότητα ως την κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν μπορεί να προσδιορίσει με ακρίβεια την πιθανότητα της έκβασης των δράσεων (Luce & Raffia 1957). Οι θεωρητικοί της επιστημονικής οργάνωσης περιγράφουν την αβεβαιότητα στο πλαίσιο ενός δυναμικού περιβάλλοντος και την προσδιορίζουν ως την έλλειψη βεβαιότητας, που μπορεί να κυμανθεί από την υπολειπόμενη έως τη σχεδόν πλήρη έλλειψη γνώσης ή πεποίθησης, σχετικά με το αποτέλεσμα μίας έκβασης (Mack 1971).

Σε πραγματικές συνθήκες λήψης αποφάσεων, η γνώση τείνει να είναι ατελής. Επομένως και οι αποφάσεις τείνουν να ληφθούν κάτω από τους όρους των ατελών πληροφοριών και των ποικίλων βαθμών αβεβαιότητας. Ο Simon (1997) εύστοχα επισημαίνει ότι η αβεβαιότητα είναι το συμπλήρωμα της γνώσης. Είναι το χάσμα μεταξύ αυτού που είναι ήδη γνωστό και εκείνου του στοιχείου που πρέπει να αποκτηθεί, προκειμένου να ληφθεί μία ορθή απόφαση. Η γεφύρωση του χάσματος δεν επιτυγχάνεται πλήρως ποτέ, γιατί ο λήπτης της απόφασης είναι αδύνατο να λάβει όλες τις πληροφορίες που σχετίζονται με ένα θέμα. Γι' αυτό το λόγο επιβάλλεται να εξετάσει την ισχύ τους (Lipshitz & Strauss 1997).

Η βιβλιογραφική μελέτη της αβεβαιότητας προσφέρει τα εξής σημαντικά ευρήματα:

- η αβεβαιότητα αποτελεί μέρος του εξωτερικού περιβάλλοντος στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις (Sanbonmatsu et al 1997, Jemison 1981)
- οι κύριες μεταβλητές της είναι η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος, η αλλαγή και ο χρόνος μέσα στον οποίο συντελείται και γίνεται φανερή η αλλαγή (Emery & Trist 1971, Pennings 1985)
- οι ως άνω μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους κατά τους εξής τρόπους: α) όσο πιο μεγάλο το ποσοστό της αλλαγής, τόσο μεγαλύτερη είναι η αβεβαιότητα που βιώνει ο αποφασίζων (Emery & Trist 1971), β) όσο πιο γρήγορος είναι ο βαθμός της αλλαγής, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο αβεβαιότητας (Pennings 1985), γ) όσο καθυστερεί να συντελεστεί η αλλαγή, τόσο υψηλότερος είναι βαθμός βεβαιότητας και οι αποφάσεις που λαμβάνονται εντάσσονται στην κατηγορία των ελεγχόμενων και προγραμματισμένων (Harrison 1992), δ) όταν η αλλαγή είναι βαθμιαία και συντελείται σε μελλοντικό χρόνο, το επίπεδο βεβαιότητας είναι χαμηλό (Harrison 1992) και ε) όταν η αλλαγή είναι γρήγορη και συντελείται σε μελλοντικό χρόνο, ο αποφασίζων έρχεται αντιμέτωπος με υψηλό επίπεδο αβεβαιότητας (Harrison 1992).
- όταν οι αποφάσεις είναι στερεότυπες και επαναλαμβανόμενες είναι λιγότερο ευαίσθητες στην αβεβαιότητα και αφορούν σε τεχνικής φύσης ζητήματα και σε συνηθισμένες διαδικασίες, που δεν απαιτούν υψηλή κατάρτιση. Αντίθετα, οι μη προγραμματισμένες και μη περιοδικής φύσης αποφάσεις είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες σε αβεβαιότητα και λαμβάνονται από στελέχη, που βρίσκονται

υψηλότερα στην ιεραρχία και φέρουν υψηλότερη ευθύνη μέσα στον οργανισμό (Weber 1984)

- η αβεβαιότητα δεν μπορεί ποτέ να εξαλειφθεί, αλλά μπορεί να μετριαστεί μέσω της έγκαιρης λήψης της απόφασης και της κατάλληλης διορθωτικής δράσης, βάζοντας σε εφαρμογή έναν εναλλακτικό σχέδιο όταν οι πρώτες δυσμενείς συνέπειες της απόφασης γίνονται αντιληπτές (Houghland 1980).

Συμπερασματικά, οι παραπάνω αναφορές δείχνουν ότι υπάρχει μία πολυδιάστατη διαβάθμιση στον τρόπο αντίληψης των προβλημάτων, στη διαθεσιμότητα των πληροφοριών που είναι χρήσιμες και στις συνθήκες του περιβάλλοντος που επηρεάζουν τις επιλογές. Ωστόσο, κάθε μία από τις παραπάνω ιδιαιτερότητες γίνεται αντιληπτή με μία διαφορετική συμπεριφορά εκ μέρους του αποφασίζοντα, αναδεικνύοντας το κεντρικό του ρόλο στη διαδικασία. Παρακάτω δίνεται έμφαση στις νοητικές διεργασίες που επιστρατεύει ένα άτομο, προκειμένου να λάβει μία απόφαση.

1.3.5 Ο αποφασίζων

1.3.5.1 Η γνωστική υποδομή

Στις διαδικασίες της λήψης αποφάσεων και της επίλυσης προβλημάτων, η έννοια της γνώσης κατέχει κεντρική θέση. Η γνώση έχει διακριθεί σε διαφορετικούς τύπους και έχει περιγραφεί με διαφορετικά χαρακτηριστικά και ιδιότητες. Οι Alexander και Judy (1988) περιγράφουν τρεις διακριτές κατηγορίες ειδικής ανά πεδίο γνώσης (domain-specific): α) τη δηλωτική (declarative) γνώση, που παριστάνει μία βάση δεδομένων και γεγονότων οργανωμένων κατά τρόπο που να απαντούν στο «τι» και να επιτρέπουν τη λογική σκέψη, β) τη διαδικαστική (procedural) γνώση, η οποία υποδηλώνει τους τρόπους και τους μηχανισμούς που χρειάζεται και διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα (Anderson 1983) και γ) την υποθετική (conditional) γνώση, που αναφέρεται στο που και το πότε καταφεύγουμε σε συγκεκριμένα δεδομένα ή χρησιμοποιούμε συγκεκριμένες διεργασίες. Η ως άνω ταξινόμηση αποτελεί μία γενική κατηγοριοποίηση, που είναι διαδεδομένη σε πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις (Gagne 1985, Merrill 1987, Reigeluth 1983).

Προκειμένου να περιγραφεί λεπτομερέστερα η γνώση που χρησιμοποιείται (knowledge-in-use) στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, έχουν αναφερθεί τέσσερις διαφορετικοί τύποι: α) η περιστασιακή (situational) γνώση, β) η εννοιολογική

(conceptual) γνώση, γ) η διαδικαστική (procedural) γνώση και δ) η στρατηγική (strategic) γνώση (Chi & Bassok 1989, Hammer 1994, Zajchowski & Martin 1993, De Jong & Ferguson-Hessler 1996). Η περιστασιακή γνώση σχετίζεται με τις συνήθειες καταστάσεις που εμφανίζονται σε συγκεκριμένο πεδίο. Τέτοια γνώση των καταστάσεων επιτρέπει στον αποφασίζοντα να εντοπίσει εύκολα και γρήγορα τις κύριες πτυχές ενός προβλήματος και αν είναι απαραίτητο να τις αποσαφηνίσει, αναζητώντας νέα δεδομένα (Braune & Foshay 1983). Αυτή η προσπάθεια υποστηρίζεται από την εννοιολογική γνώση (ή αλλιώς δηλωτική), η οποία είναι στατική και περιγραφική για γεγονότα, αντικείμενα και έννοιες και χρησιμεύει ως βάση επιπρόσθετων δεδομένων για την επίλυση του προβλήματος (De Jong & Ferguson-Hessler 1996). Η διαδικαστική γνώση αφορά στο σύνολο των πράξεων ή χειρισμών που βοηθούν τον αποφασίζοντα να μεταβεί από το πρόβλημα στη λύση του, υπό τη γενική αρχή «AN-TOTE» (IF-THEN). Κάθε άτομο μαθαίνει τη διαδικαστική γνώση με τρόπο μη συνειδητό και εφόσον καθοδηγηθεί στη χρησιμοποίηση της εννοιολογικής (ή δηλωτικής) γνώσης για την επίλυση των προβλημάτων. Η εξάσκηση στη χρήση της εννοιολογικής μέσω της διαδικαστικής γνώσης οδηγεί στη βελτίωση των σχετικών γνωστικών ικανοτήτων (Corbett & Anderson 1995). Ακριβώς αυτό το πέρασμα από τη δηλωτική στη διαδικαστική γνώση απαιτεί έναν άλλο τύπο γνώσης, που λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος ανάμεσα τους. Υπ' αυτήν την έννοια, η στρατηγική γνώση αφορά στην επίγνωση του τρόπου σύνδεσης, συσχετισμού και ολοκλήρωσης των εννοιών που εμπλέκονται στο υπό μελέτη θέμα. Η στρατηγική γνώση των σχέσεων μεταξύ των εννοιών, η δεξιότητα περιγραφής και αναπαράστασής τους και η συνολική οργάνωσή τους καθοδηγεί τις αποφάσεις (Jonassen et al 1993, De Jong & Ferguson-Hessler 1996).

Πέρα από την τυπολογική ταξινόμηση της γνώσης, αρκετές έννοιες χρησιμοποιούνται για να της αποδώσουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, που διαφοροποιούνται σε άλλοτε άλλες περιστάσεις. Στη μελέτη της λήψης αποφάσεων, η διάκριση της γνώσης γίνεται: α) ανάλογα με το επίπεδό της, σε βαθειά (deep) και επιφανειακή (surface), β) ανάλογα με τη δομή της, σε σχηματική (schematic) και μη σχηματική (non schematic), γ) ανάλογα με την επίγνωσή της, σε αυτοματοποιημένη (automated) και μη αυτοματοποιημένη (non-automated) (De Jong & Ferguson-Hessler 1996).

Η γνώση ορίζεται ως βαθειά, όταν είναι καλά συνδεδεμένη με το γνωστικό υπόβαθρο του ατόμου, οδηγεί σε λεπτομερή κατανόηση του υπό διερεύνηση προβλήματος και

αναπτύσσει την κριτική σκέψη και την αξιολόγηση (Marton & Saljo 1976). Ο Snow (1989) την περιγράφει ως εμπέδωση του γνωστικού αντικειμένου, που συμπεριλαμβάνει την ικανότητα για επαρκή αιτιολόγηση, ερμηνεία και αξιολόγηση περισσότερης της μίας άποψης για κάποιο πρόβλημα ή φαινόμενο. Αντίθετα, η επιφανειακή γνώση συσχετίζεται με μηχανιστικές αντιδράσεις και απουσία κριτικής και δημιουργικής σκέψης (Glaser 1991). Σε πλήθος ερευνών που μελετούν τις διαφορές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων ανάμεσα σε έμπειρους (experts) και αρχάριους (novices), ή σε δυνατούς (good) και αδύναμους (poor) αποφασίζοντας εντοπίζεται η παρουσία βαθιάς γνώσης του γνωστικού αντικειμένου στα ικανά ή στα έμπειρα άτομα, ικανότητα συσχετίσεων μεταξύ των συνιστωσών των προβλημάτων και καλή χρήση της στρατηγικής γνώσης. Από την άλλη μεριά, οι αρχάριοι ή οι αδύναμοι αποφασίζοντας χαρακτηρίζονται από επιφανειακή γνώση και αδυναμία εφαρμογής της στρατηγικής γνώσης στην επίλυση των προβλημάτων (Chi & Bassok 1989, Larkin 1983).

Αναφορικά με τη δομή της γνώσης, η βασική κατηγοριοποίηση την κατατάσσει σε σχηματική και μη σχηματική. Πρώιμες έρευνες σε αυτό το αντικείμενο έδειξαν ότι η ικανότητα των εμπειρών έναντι των αρχαρίων να αποθηκεύουν και συνακόλουθα να χρησιμοποιούν μεγάλο όγκο γνώσεων, δεν οφείλεται σε κάποια γενετική ανωτερότητα της μνήμης τους, αλλά στην αποτελεσματική κωδικοποίησή τους, με τρόπο ώστε να έχουν κάποιο νόημα (Larkin et al 1980, Chase & Simon 1973). Η σημασία της δομημένης γνώσης εντοπίστηκε και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι διατύπωσαν τη θέση ότι η σχηματική γνώση είναι υπεύθυνη για τη συστηματική, ταχεία και αποτελεσματική διαδικασία επίλυσης ενός προβλήματος (Reif & Heller 1982, Reif 1984, Elio & Scharf 1990). Αυτό συμβαίνει γιατί ενσωματώνει την περιστασιακή, την εννοιολογική και τη διαδικαστική γνώση σε γνωστικά σχήματα, με τα οποία γίνεται παράλληλα η επεξεργασία των εναλλακτικών μέχρι την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων (De Jong & Ferguson-Hessler 1986).

Τέλος, η επιτέλεση μιας δραστηριότητας που απαιτεί επιλογές και αποφάσεις γίνεται με διαφορετικό τρόπο από κάποιον αρχάριο σε σχέση με κάποιον έμπειρο αποφασίζοντα αναφορικά και με την επίγνωση του σκεπτικού του. Κάποιος αρχάριος ακολουθεί συνειδητή και σταδιακή διαδικασία προκειμένου να κάνει τις επιλογές του, ενώ βασίζεται σε γενικούς κανόνες. Αντιθέτως, το σκεπτικό ενός έμπειρου αποφασίζοντα αντανακλάται σε μία συνεχή και αυτόματη διεργασία, ειδική για τη συγκεκριμένη δραστηριότητα, που βασίζεται σε βαθιά και σχηματική γνώση (Anderson 1983). Η

διάκριση ανάμεσα στην αυτοματοποιημένη και τη μη αυτοματοποιημένη γνώση ταυτίζεται με τη διάκριση μεταξύ ρητής (explicit) και άρρητης (tacit) γνώσης (De Jong & Ferguson-Hessler 1996). Η άρρητη αντιπροσωπεύει την εσωτερικευμένη γνώση, την οποία κάποιος κατέχει μη συνειδητά και ενδεχομένως την αποκτά μέσα από την εμπειρία και τη συναναστροφή του με έμπειρους συνεργάτες. Από την άλλη, η ρητή γνώση αντιπροσωπεύει τη γνώση, για την οποία κάποιος έχει συνείδηση και μπορεί να τη μεταδώσει σε άλλους (Wagner 1991). Οι Schmidt και Boshuizen (1993), στην έρευνά τους για την επίλυση κλινικών προβλημάτων από ιατρούς, εισήγαγαν την άποψη της ενσωμάτωσης της γνώσης που προκύπτει από μικρά γεγονότα ή φαινόμενα σε ευρύτερες κατηγορίες, ώστε να ανακαλείται ευκολότερα κάθε φορά που κάποιος έρχεται αντιμέτωπος με παρόμοιο πρόβλημα. Στο πλαίσιο αυτό παρατήρησαν ότι οι έμπειροι ιατροί χρησιμοποιούσαν περισσότερο την «ενσωματωμένη» γνώση, σε αντίθεση με τους φοιτητές της ιατρικής που χρησιμοποιούσαν αποκλειστικά τη βιοϊατρική γνώση που διδάσκονταν από τα συγγράμματα.

1.3.5.2 Η εμπειρία

Η έννοια της εμπειρίας είναι ιδιαίτερα σύνθετη. Περιλαμβάνει το σύνολο των πληροφοριών που αποκτά κάποιος μέσω των αισθήσεών του, καθώς και τα συναισθήματά του, τις επιθυμίες του και τις σκέψεις του (Πελεgrίνης 2004). Η έννοια της εμπειρίας, όπως χρησιμοποιείται στη μελέτη της λήψης αποφάσεων, έχει να κάνει με τις νοητικές δομές, όπως η μνήμη και η αντίληψη των προτύπων, που συνδέουν τις εμπειρίες με το πλαίσιο της απόφασης (Glaser & Chi 1988). Ουσιαστικά, κάθε φορά που κάποιος χρησιμοποιεί την έκφραση «σύμφωνα με την εμπειρία μου...», στην πραγματικότητα αναφέρεται στο σύνολο των βιωμάτων του (Jarvis 2009), που έχουν διαμορφώσει το σύνολο των νοητικών συνηθειών, με τις οποίες ερμηνεύει την πραγματικότητα (Mezirow 1991).

Στον Πίνακα 1.2 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά και οι διαδικασίες που χρησιμοποιούν οι έμπειροι αποφασίζοντες κατά τη λήψη των αποφάσεων, όπως αυτά αναλύονται σε τρεις σημαντικές δημοσιευμένες ανασκοπήσεις. Η ανασκόπηση του Shanteau (1992) περιλαμβάνει χαρακτηριστικά και στρατηγικές που επιστρατεύουν ειδικά οι έμπειροι αποφασίζοντες, δίνοντας έμφαση στα κοινωνικά στοιχεία της εμπειρίας, όπως η ικανότητα επικοινωνίας και το αίσθημα ευθύνης. Οι Glaser και Chi (1988) ασχολούνται περισσότερο με τους γνωστικούς μηχανισμούς που καθορίζουν την

αποτελεσματικότητα της διαδικασίας λήψης μίας απόφασης. Οι Cellier et al (1997) μελετούν και αναγνωρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των έμπειρων επαγγελματιών που αποφασίζουν σε σύνθετα και δυναμικά περιβάλλοντα.

| Πίνακας 1.2 Χαρακτηριστικά και στρατηγικές που επιστρατεύουν τα έμπειρα άτομα κατά τη λήψη των αποφάσεών τους | | |
|--|--|--|
| Shanteau 1992 | Glaser & Chi 1988 | Cellier et al 1997 |
| Εκτενής και επίκαιρη γνώση του γνωστικού αντικειμένου | Ικανότητα λήψης καλών αποφάσεων στο οικείο γνωστικό πεδίο | Δεξιότητα στην παραγωγή συμπερασμάτων και στην αναγνώριση «κρυφών» μεταβλητών στην αναπαράσταση ενός προβλήματος. Με άλλα λόγια, ο έμπειρος αποφασίζων μπορεί να δει πίσω από τις προσφερόμενες πληροφορίες και να προβλέψει τις συνέπειες των αποφάσεων του |
| Αναπτυγμένη αντιληπτική ικανότητα | | |
| Αίσθηση του τι είναι σχετικό και τι όχι με ένα πρόβλημα | Ικανότητα αναγνώρισης προτύπων (pattern recognition) στο οικείο γνωστικό αντικείμενο | Σφαιρική εικόνα μίας κατάστασης, συνυπολογισμός πολλών δεδομένων πριν τη λήψη της απόφασης, ανάπτυξη περιορισμένου αριθμού εναλλακτικών λύσεων, ταχεία κωδικοποίηση και χρησιμοποίηση των νέων πληροφοριών |
| Ικανότητα απλοποίησης των σύνθετων προβλημάτων | | |
| Ικανότητα επικοινωνίας | Ικανότητα ταχείας επίλυσης προβλημάτων με ελάχιστα σφάλματα | Ικανότητα ολοκληρωμένης κατανόησης ενός προβλήματος |
| Καλύτερος χειρισμός των δυσκολιών | | |
| Εύκολη αναγνώριση και καλύτερη επίδοση στην επίλυση προβλημάτων που αποτελούν εξαιρέσεις στον κανόνα | Καλύτερη ανάκληση ερεθισμάτων από τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη | Συγκριτικά με κάποιον άπειρο, χρησιμοποίηση περισσότερων στρατηγικών και μηχανισμών για την εκτίμηση ενός προβλήματος, την οργάνωση των γνώσεων και των παρεχόμενων πληροφοριών και την τελική επίλυση |
| Αυτοπεποίθηση | | |
| Τροποποίηση των γνωσιακών μηχανισμών που επιστρατεύονται, όταν το επιβάλλουν οι αλλαγές των συνθηκών | Αναπαράσταση ενός προβλήματος σε βαθύτερο επίπεδο, σε αντίθεση με την επιφανειακή αντιμετώπιση που κάνει κάποιος άπειρος | Ικανότητα ολοκληρωμένης κατανόησης ενός προβλήματος |
| Υψηλό αίσθημα ευθύνης | | |
| Ικανότητα συνεχών προσαρμογών στις αρχικές αποφάσεις με βάση τις εκδηλούμενες αλλαγές | Ανάλυση των ποιοτικών χαρακτηριστικών του προβλήματος | Συγκριτικά με κάποιον άπειρο, χρησιμοποίηση περισσότερων στρατηγικών και μηχανισμών για την εκτίμηση ενός προβλήματος, την οργάνωση των γνώσεων και των παρεχόμενων πληροφοριών και την τελική επίλυση |
| Χρήση τυπικών ή άτυπων συστημάτων υποστήριξης των αποφάσεων | | |
| Μικρά σφάλματα | Δεξιότητες αυτοελέγχου | Συγκριτικά με κάποιον άπειρο, χρησιμοποίηση περισσότερων στρατηγικών και μηχανισμών για την εκτίμηση ενός προβλήματος, την οργάνωση των γνώσεων και των παρεχόμενων πληροφοριών και την τελική επίλυση |
| Ανάλυση της κατάστασης σε μικρότερα προβλήματα | | |

Πηγές: Shanteau 1992, Glaser & Chi 1988, Cellier et al 1997

Επομένως, ως διαδικασία εσωτερίκευσης της πραγματικότητας, η εμπειρία αποτελεί μοναδικό στοιχείο μιας διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η επίδοση των έμπειρων αποφασιζόντων δεν μπορεί να περιγραφεί με γενικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο η ανασκόπηση των σχετικών εμπειρικών ερευνών, έχει αναδείξει κάποιους κοινούς μηχανισμούς που καθοδηγούν τη δράση τους (Πίνακας 1.3).

Πίνακας 1.3 Μηχανισμοί δράσης της εμπειρίας

| Μηχανισμός Δράσης | Περιγραφή | Σημεία-κλειδιά | Βιβλιογραφική πηγή |
|---|---|--|--|
| <i>Μεγάλη και καλά αναπτυγμένη γνωσιακή βάση</i> | Η εμπειρία χρησιμοποιεί τη σχετική με ένα γνωστικό πεδίο γνώση, η οποία ταυτίζεται με τη στρατηγική γνώση ενός γνωστικού αντικειμένου | <ul style="list-style-type: none"> • Η γνώση οργανώνεται σε έννοιες • Οι έμπειροι δημιουργούν περισσότερες συσχετίσεις μεταξύ των εννοιών συγκριτικά με τους άπειρους | Bordage & Zacks (1984) Chi & Ohlsson (2005) Feltovich et al (1984) Markman (1999) |
| <i>Αναγνώριση προτύπων</i> | Η εμπειρία χρησιμοποιεί ένα σύνολο σύνθετων προτύπων, που προέρχονται από συγκεκριμένο γνωστικό πεδίο, ώστε να γίνονται αντιληπτά πιο γρήγορα τα γενικά και πιο σημαντικά πρότυπα | <ul style="list-style-type: none"> • Οι έμπειροι αντιλαμβάνονται τις πληροφορίες ως πτυχές ενός προτύπου • Η αναγνώριση προτύπων από τους έμπειρους τους καθιστά ικανούς να αξιολογούν το πρόβλημα πιο γρήγορα από τους άπειρους | Biggs & Wild (1985) Gobet & Simon (1996) Simon & Chase (1973) |
| <i>Παραγωγή νοήματος</i> | Οι προσπάθειες επικεντρώνονται στη δημιουργία ιεραρχικής σειράς γεγονότων, ώστε να παράγεται κάποιο νόημα για το τι συνέβη, τι συμβαίνει και τι πρόκειται να συμβεί | Οι έμπειροι διερευνούν την κατάσταση για τυχόν προβλήματα, τα αναγνωρίζουν, σκέφτονται την πιθανή μελλοντική τους εξέλιξη, επεξηγούν και αναγνωρίζουν ανεπάρκειες στις αρχικές ερμηνείες | Klein (1993) Klein et al (2007) Weick (1995) |
| <i>Εκτίμηση της κατάστασης και αναπαράσταση του προβλήματος</i> | Η εκτίμηση του προβλήματος και η αναπαράσταση ενός προβλήματος με βάση την εμπειρία οδηγούν στην κατανόηση της συνολικής τους εικόνας | Γρήγορες αποφάσεις, χωρίς να ακολουθούνται τυπικοί κανόνες | Flin et al (1996) Randel et al (1996) |
| <i>Αυτοματισμός</i> | Η διαδικασία ολοκλήρωσης μίας ενέργειας με επιτυχία, χωρίς να έχουν χρησιμοποιηθεί οι γνωσιακοί μηχανισμοί συνειδητά | Η επιτυχής ολοκλήρωση μίας ενέργειας δεν επηρεάζεται και δεν επηρεάζει μία ταυτόχρονη ενέργεια | Shiffrin & Schneider (1977) |
| <i>Νοητική προσομοίωση</i> | Με τη διαδικασία αυτή παρέχεται δυνατότητα αξιολόγησης μιας σειράς ενεργειών, πριν εκτελεστούν | <ul style="list-style-type: none"> • Συνειδητή και σκόπιμη διαδικασία • Δυνατότητα εκτίμησης της ποιότητας μίας απόφασης, πριν ακόμα υλοποιηθεί | Klein (2008) Klein & Crandall (1995) |

Ακόμα, ως πλαίσιο αναφοράς για την ερμηνεία των προβλημάτων, η εμπειρία μπορεί να αποτελέσει θετικό στοιχείο μιας διαδικασίας λήψης αποφάσεων, χωρίς να σημαίνει κατ' ανάγκη ότι αποβαίνει πάντα χρήσιμη για τον αποφασίζοντα. Συγκεκριμένα, η εμπειρία μπορεί να αποβεί βοηθητική για τον αποφασίζοντα μόνο σε συγκεκριμένο γνωστικό πεδίο, σε αυτό δηλαδή που κατέχει εξειδικευμένη γνώση (Chase & Simon 1973, deGroot 1978), τόσο θεωρητική, όσο και πρακτική, η οποία έχει αποκτηθεί μέσω παρατεταμένης και επικεντρωμένης ενασχόλησης με ορισμένες δραστηριότητες (Ericsson et al 1993). Η άποψη αυτή αποκάλυψε ένα πλήθος γνωστικών μηχανισμών, που χρησιμοποιούνται από τα έμπειρα άτομα, όπως η οργάνωση των πληροφοριών (Chi et al 1982) με κανόνες που διαφοροποιούνται σε κάθε γνωστικό πεδίο (Dorner & Scholkopf 1991, Schunn et al 2005) και η ανάπτυξη εξειδικευμένων μνημονικών δεξιοτήτων (Ericsson & Kintsch 1995), αλλά και χρήση περιορισμένων υποθέσεων και νοητικών συντομεύσεων από τον αποφασίζοντα (Hayes 1989, Newell & Simon 1972). Ο τελευταίος μηχανισμός μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο κατά τη λήψη αποφάσεων, επειδή εμπεριέχει μια σειρά από δυσλειτουργικές παραδοχές, που είναι δυνατό να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην πορεία εξέτασης των εναλλακτικών λύσεων.

1.3.5.3 Η μνήμη

Αποφασιστικής σημασίας για τη διαμόρφωση των θεωρητικών συστημάτων επεξεργασίας των πληροφοριών, προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις, υπήρξαν οι ερευνητικές προσπάθειες μελέτης των μνημονικών λειτουργιών του ανθρώπου, σύμφωνα με τις οποίες ο άνθρωπος προσλαμβάνει, συγκρατεί και αναπαράγει τις προηγούμενες γνώσεις και εμπειρίες του.

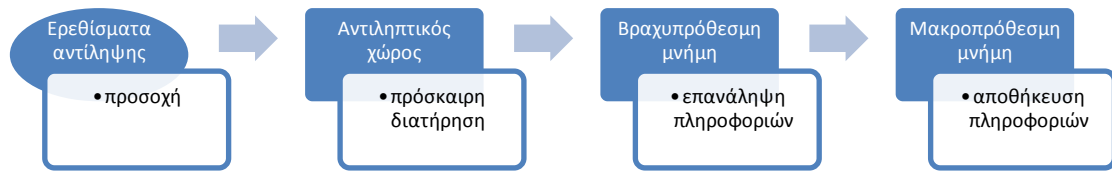
Ο ορισμός της μνήμης δεν είναι μονοσήμαντος. Με τον όρο μνήμη νοείται η διαδικασία αποθήκευσης νέων πληροφοριών, αλλά και ο αποθηκευτικός χώρος των γνωστών πληροφοριών (Guilford 1967). Η έμφαση στη σημασία της μνήμης δεν αφορά μόνο στο χαρακτήρα της ως νοητικής λειτουργίας, αλλά στον τρόπο με τον οποίο εναποθηκεύεται και οργανώνεται η γνώση, ώστε να καθίσταται γόνιμη η εκμετάλλευση της πληροφορίας που έχει αποκτηθεί στο παρελθόν και είναι χρήσιμη στο παρόν. Γιατί από τη σύζευξη, ενσωμάτωση, αναδιάταξη και μετασχηματισμό των προσλαμβανόμενων πληροφοριών με την ανάκληση συστηματικά οργανωμένων παρελθοντικών πληροφοριών, συγκροτείται και ερμηνεύεται η γνωστική συμπεριφορά

του ανθρώπου. Έτσι, η έρευνα της μνήμης ξεκίνησε θέτοντας ως ένα κεντρικό ζήτημα το εάν αυτή αποτελεί ένα ενιαίο σύστημα, ή αν εμπεριέχει διακριτές δομές.

Ήδη από το 1890, ο James υποστήριξε ότι υπάρχουν δύο είδη μνήμης: η «πρωταρχική» και η «δευτερεύουσα» μνήμη. Η πρωταρχική αναφέρεται στην άμεση και συνειδητή σκέψη και αποτελεί το μέσο που επιτρέπει στον καθένα μας να έχει άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε γνωστικές διεργασίες. Η δευτερεύουσα μνήμη, όμως, αντιπροσωπεύει μία μόνιμη και σταθερή καταγραφή του παρελθόντος που μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατόπιν προσπάθειας. Οι Atkinson & Shiffrin (1968) ανέπτυξαν τη βασική ιδέα του James και υποστήριξαν ότι η μνήμη διαχωρίζεται σε διαφορετικά υποσυστήματα, τα οποία διαφέρουν κυρίως στο χρόνο διατήρησης πληροφοριών και στη χωρητικότητά τους. Το μοντέλο τους ονομάστηκε «μοντέλο πολλαπλών χώρων» ή «πολυδομικό μοντέλο» (multistore model) και υποθέτει την ύπαρξη τριών διαφορετικών μνημονικών δομών: α) του αντιληπτικού χώρου (sensory store), β) της βραχυπρόθεσμης μνήμης (short-term store) και γ) της μακροπρόθεσμης μνήμης (long-term store).

Κατά τους ως άνω μελετητές, η οργάνωση της μνήμης γίνεται ως εξής (Σχήμα 1.1): οι νέες πληροφορίες αρχικά προσλαμβάνονται στον αντιληπτικό χώρο, όπως γίνονται αντιληπτές από τις αισθήσεις. Οι πληροφορίες που καταγράφονται στον αντιληπτικό χώρο είναι αυτές που έχουν αποσπάσει την προσοχή του ατόμου. Τα ερεθίσματα που δεν τυγχάνουν προσοχής θα αγνοηθούν (Broadbent 1958, Cherry 1953). Στη συνέχεια, οι πληροφορίες, που υπάρχουν στον αντιληπτικό χώρο, περνούν στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Αυτός ο τύπος μνήμης αντιστοιχεί εννοιολογικά στην πρωταρχική μνήμη του James και σχετίζεται με τις πληροφορίες, τις οποίες συνειδητά συγκρατούμε και έχουμε διαθέσιμες ανά πάσα στιγμή. Παρόλα αυτά, οι πληροφορίες στη βραχυπρόθεσμη μνήμη δεν είναι μόνιμες. Αντιθέτως, αν δεν επαναληφθούν, εξασθενούν και εξαφανίζονται πολύ γρήγορα. Όταν μία πληροφορία επαναληφθεί αρκετά, θα περάσει από τη βραχυπρόθεσμη μνήμη στη μονιμότερη μακροπρόθεσμη μνήμη, η οποία αναλογεί με τη δευτερεύουσα μνήμη του James.

Σχήμα 1.1 Αναπαράσταση του μοντέλου πολλαπλών χώρων της μνήμης



Πηγή: Atkinson & Shiffrin 1968

Ένα σημαντικό ερώτημα που προκύπτει από την παραπάνω περιγραφή είναι το γιατί γίνεται αποδεκτή η υπόθεση ότι το σύστημα της μνήμης χωρίζεται σε διακριτές αυτόνομες δομές και δεν θεωρείται ένα και ενιαίο. Ο διαχωρισμός της μνήμης σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη φαίνεται πως υποστηρίζεται από πειραματικά αποτελέσματα που έχουν μελετήσει τη λειτουργία της ελεύθερης ανάκλησης (free recall task). Στη λειτουργία της ελεύθερης ανάκλησης τα υποκείμενα εκτίθενται σε μία σειρά ερεθισμάτων για ελάχιστο χρονικό διάστημα το καθένα. Μετά την παρουσίαση του τελευταίου ερεθίσματος, ζητείται από τα υποκείμενα να θυμηθούν (ανάκληση) όσο το δυνατό περισσότερο από τα ερεθίσματα με ελεύθερη σειρά. Σε τέτοιου είδους πειράματα, το σημαντικότερο αποτέλεσμα είναι ότι τα υποκείμενα ανακαλούν περισσότερο τα ερεθίσματα που βρίσκονται στην αρχή και στο τέλος της σειράς (Murdock 1962). Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται «φαινόμενο της κατά θέση ανάκλησης» (serial position effect). Η συγκριτική υπεροχή των πρώτων ερεθισμάτων ονομάζεται «επίδραση του πρωτεύοντος» (primacy effect), ενώ η υπερίσχυση των τελευταίων ερεθισμάτων ονομάζεται «επίδραση του πρόσφατου» (recency effect) (Murdock 1962). Το φαινόμενο αυτό θεωρείται ότι αντανάκλα την οργάνωση της μνήμης σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη. Μάλιστα, τα τελευταία ερεθίσματα υπερέχουν ακόμα και από τα πρώτα και αυτό αιτιολογείται με το ότι βρίσκονται ακόμη στη βραχυπρόθεσμη μνήμη κατά την ανάκληση (Greene 1986). Δεδομένου ότι η βραχυπρόθεσμη μνήμη αποτελεί το νοητικό «χώρο» που υποστηρίζει πληροφορίες που συνειδητά εξετάζονται στον παρόντα χρόνο, η ανάκλησή τους είναι περισσότερο εύκολη. Η συγκεκριμένη ιδιότητα της βραχυπρόθεσμης μνήμης είναι αυτή που έχει

κεντρίσει το ενδιαφέρον της έρευνας με σκοπό να δώσει εξηγήσεις για τον τρόπο λειτουργίας της.

Διάφορα μοντέλα έχουν προταθεί για τον τρόπο λειτουργίας της βραχυπρόθεσμης μνήμης, με γνωστότερο το μοντέλο της εργαζόμενης μνήμης του Baddeley (1986). Η εργαζόμενη μνήμη αποτελείται από τρία μέρη: α) τον οπτικο-αντιληπτικό χώρο, β) το φωνητικό κύκλωμα και γ) τον κεντρικό επεξεργαστή (Σχήμα 1.2).

Το βασικό υποσύστημα της εργαζόμενης μνήμης είναι ο κεντρικός επεξεργαστής (central executive). Η υπομονάδα αυτή έχει το γενικό έλεγχο των λειτουργιών της εργαζόμενης μνήμης και καθορίζει τη λειτουργία των δύο άλλων «υποτελών συστημάτων (slave systems): α) του φωνητικού κυκλώματος (phonological loop) και β) του οπτικο-αντιληπτικού πεδίου εγγραφής (visuo-spatial sketchpad). Το φωνητικό κύκλωμα είναι υπεύθυνο για την επεξεργασία πληροφοριών που έχουν φωνητικό χαρακτήρα και το οπτικο-αντιληπτικό πεδίο εγγραφής υποστηρίζει οπτικές πληροφορίες. Κάθε υποσύστημα της εργαζόμενης μνήμης είναι συνδεδεμένο με τη μακροπρόθεσμη και οι συνδέσεις αυτές καθορίζουν τις μνήμες που τελικά στερεοποιούνται (consolidation).

Σχήμα 1.2 Αναπαράσταση του μοντέλου της εργαζόμενης μνήμης



Πηγή: Baddeley 1986

Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και η παραδοχή ότι η επανάληψη συνεισφέρει στη μονιμότερη αποθήκευση της πληροφορίας (Atkinson & Shiffrin 1968) είναι γενικά αποδεκτή, ωστόσο δεν φαίνεται ο ρόλος της επανάληψης να είναι κεντρικός στη λειτουργία της μνήμης. Υπάρχουν αρκετά ερεθίσματα που σταθεροποιούνται στη μνήμη χωρίς δεύτερη επανάληψη και άλλα που φθείρονται και λησμονούνται, ενώ επαναλαμβάνονται πολλές φορές. Πολλοί σύγχρονοι ερευνητές θεωρούν ότι οι διεργασίες σταθεροποίησης στην μακροπρόθεσμη μνήμη δεν εξαρτώνται μόνο από την επανάληψη της πληροφορίας. Ενδεχομένως όλες οι πληροφορίες δεν είναι ίδιες, υπό την έννοια ότι κάποιες εξ αυτών έχουν προνομιακή μεταχείριση αναφορικά με την αναπαράστασή τους στη μνήμη και αποθηκεύονται ευκολότερα με κάποιο μόνιμο τρόπο (Morton 1969). Αν και δεν υπάρχει κάποια γενικώς αποδεκτή θεωρία για το πώς οι πληροφορίες σταθεροποιούνται στη μακροπρόθεσμη μνήμη, έχουν διατυπωθεί αρκετές σχετικές υποθέσεις.

Οι Craik & Lockhart (1972) μέσα από τη θεωρία των «επιπέδων επεξεργασίας» (levels of processing) υποστήριξαν ότι ένα ερέθισμα μπορεί να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας σε διαφορετικά επίπεδα, είτε επιφανειακά, είτε βαθύτερα και περισσότερο ουσιαστικά. Σε αυτήν την περίπτωση μία πληροφορία είναι περισσότερο πιθανό να σταθεροποιηθεί στη μακροπρόθεσμη μνήμη, εάν η επεξεργασία της είναι περισσότερο ουσιαστική παρά επιφανειακή. Συνεπώς, η κρίσιμη μεταβλητή για την αποθήκευσή της δεν είναι η επανάληψη, αλλά το επίπεδο επεξεργασίας που αυτή θα υποβληθεί από το γνωστικό σύστημα του ατόμου.

Οι Morris και συνεργάτες (1977) παρουσίασαν μία βελτιωμένη παραλλαγή της παραπάνω θεωρίας, που ονομάστηκε «επεξεργασία κατάλληλη για μεταφορά» (transfer appropriate processing). Η βασική ιδέα είναι ότι το υποκείμενο μπορεί να επεξεργαστεί ένα ερέθισμα με διαφορετικούς τρόπους. Κάθε διαφορετική επεξεργασία προσφέρει στο γνωστικό του σύστημα διαφορετική πληροφορία για το ερέθισμα. Με τον ίδιο τρόπο που υπάρχουν πολλοί τρόποι να επεξεργαστεί κάποιος ένα ερέθισμα, υπάρχουν και πολλές πτυχές ενός ερεθίσματος που μπορεί να το ανακαλέσει σε μία μελλοντική στιγμή. Άρα το αν θα «θυμηθεί» την πληροφορία που ψάχνει για ένα ερέθισμα, εξαρτάται από το εάν η πληροφορία αυτή αποκομίστηκε στην αρχική επεξεργασία του ερεθίσματος.

Αν και οι δύο παραπάνω θεωρίες βοηθούν στην κατανόηση του τρόπου επεξεργασίας των ερεθισμάτων, δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικές αναφορικά με το ποιοι τύποι πληροφοριών της βραχυπρόθεσμης μνήμης και με ποιο τρόπο σταθεροποιούνται στη μακροπρόθεσμη μνήμη. Σε σχέση με το πρώτο ζήτημα, ένας ιδιαίτερα διαδεδομένος χαρακτηρισμός βασίζεται στην παρατήρηση του Ryle (1949), σύμφωνα με την οποία οι μόνιμες μνήμες μπορούν να διαχωριστούν σε πληροφορίες που αφορούν «γνώση σημασίας» και σε πληροφορίες που αφορούν «γνώσεις δεδομένων». Βασιζόμενος σε αυτή την παρατήρηση ο Tulving (1972) πρότεινε ότι η μακροπρόθεσμη μνήμη μπορεί να διακριθεί σε σημασιολογική μνήμη και μνήμη για γεγονότα. Προχωρώντας στην έρευνα, οι Squire και συνεργάτες (2004) πρότειναν ότι η σημασιολογική μνήμη και η μνήμη γεγονότων αντιστοιχούν σε ένα σύστημα μνήμης που επεξεργάζεται συνειδητές πληροφορίες, δηλαδή τη δηλωτική γνώση. Αυτό το σύστημα, το ονόμασαν δηλωτική μνήμη (declarative memory) και το αντιπαρέθεσαν με τη διαδικαστική μνήμη (procedural memory) που αντιστοιχεί στη διαδικαστική γνώση και συγκεκριμένα στις πληροφορίες, οι οποίες δεν μπορούν να εξεταστούν συνειδητά. Ο διαχωρισμός της μνήμης σε δηλωτική και διαδικαστική είναι ανάλογος με αυτόν που πρότεινε ο Schacter (1987) σε συνειδητή (implicit) και μη συνειδητή (explicit) μνήμη. Η μη συνειδητή μνήμη αναφέρεται σε οποιαδήποτε επιρροή μιας παλαιάς εμπειρίας στη συμπεριφορά κάποιου, χωρίς όμως να έχει συνειδητή γνώση της εμπειρίας ή επίγνωση ότι η εμπειρία επηρεάζει τη συμπεριφορά του. Και η ύπαρξή της είναι απολύτως λογική, δεδομένου ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος επεξεργάζεται πάρα πολλές πληροφορίες ανά πάσα στιγμή. Κανένας από τους παραπάνω διαχωρισμούς δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι είναι περισσότερο έγκυρος σε σχέση με κάποιον άλλο, κυρίως γιατί όλοι έχουν περιγραφικό χαρακτήρα και στόχο. Αποσκοπούν, δηλαδή, στο να προσφέρουν την ειδική ορολογία, με την οποία μπορούν να περιγραφούν οι σχετικές νοητικές διεργασίες με περισσότερη σαφήνεια και λεπτομέρεια. Αναδεικνύουν, όμως, το σημαντικό ρόλο των μνημονικών συστημάτων στη διαδικασία της λήψης αποφάσεων, αφού διαμέσου αυτών, τα άτομα χρησιμοποιούν το γνωστικό και πληροφοριακό τους υπόβαθρο ώστε να λάβουν νέες αποφάσεις.

1.3.5.4 Η αντίληψη

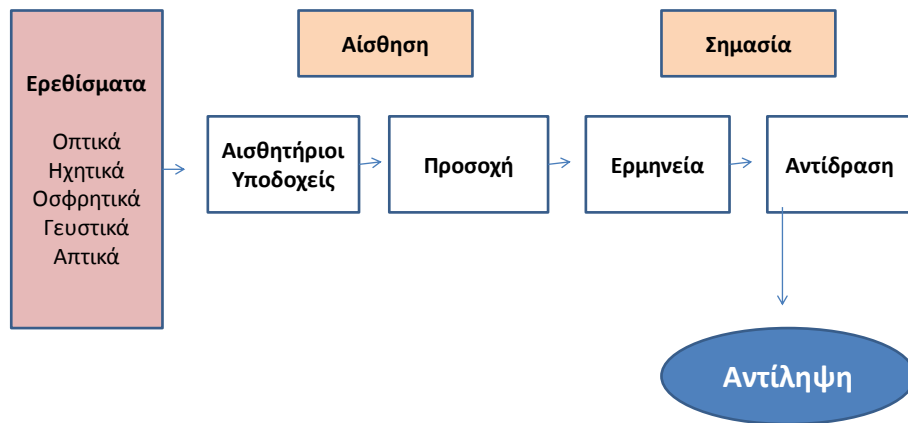
Η αντίληψη είναι βασική γνωστική λειτουργία, υπό την έννοια ότι αποτελεί προϋπόθεση για τις υπόλοιπες διεργασίες του γνωστικού συστήματος του ανθρώπου. Η ουσία της ανθρώπινης αντίληψης έγκειται στην ικανότητα του εγκεφάλου να οργανώνει το χάος

από τα χιλιάδες ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον και να εξάγει κάποιο νόημα από αυτά (Chalmers et al 1992). Το ερέθισμα μπορεί να σημαίνει ότι ανιχνεύει κίνηση στο οπτικό του πεδίο, είτε ότι αναγνωρίζει ανησυχία στον τόνο της φωνής, ή ότι αντιλαμβάνεται απειλή από την εικόνα κάποιου ασθενή, ή ακόμα ότι κατανοεί μία παθολογική οντότητα που προβάλλεται με συγκεκριμένα συμπτώματα.

Η αντιληπτική διαδικασία ξεκινά από τα εξωτερικά ερεθίσματα, τα οποία διεγείρουν τα αισθητήρια όργανα, προκαλούν τη δημιουργία ηλεκτρικών σημάτων από τους υποδοχείς προς τους ειδικευμένους νευρώνες, καταλήγουν στον εγκέφαλο, όπου αναλύονται και με αυτό τον τρόπο γίνονται αντιληπτά τα εξωτερικά αντικείμενα (Gregory 1987, Bernstein 2010). Η νοητική επεξεργασία γίνεται τόσο σε χαμηλού επιπέδου πληροφορίες (low-level information), όπως σχήματα για την αντίληψη αντικειμένων, καθώς και σε υψηλού επιπέδου πληροφορίες (high-level information), όπως έννοιες και γνώσεις (Chalmers et al 1992). Αν και η ως άνω περιγραφή αντανακλά μία στατική διαδικασία, στην πραγματικότητα η αντίληψη δεν είναι παθητική, αλλά επηρεάζεται από τη μνήμη, την προσοχή και τις προσδοκίες. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε νέες αντιλήψεις, έτσι ώστε η διαδικασία να επαναλαμβάνεται (Solomon et al 2010) (Σχήμα 1.3).

Οι παράγοντες αίσθηση, ερμηνεία και αντίδραση είναι αυτοί που δίνουν την εξήγηση της διαφορετικής αντίληψης της πραγματικότητας από διαφορετικά άτομα. Ενώ τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος είναι αντικειμενικά, η αισθητηριακή αποτύπωση, η στροφή της προσοχής του υποκειμένου, η επιλογή των ερεθισμάτων για επεξεργασία, η ερμηνεία, η οργάνωση, η ταξινόμηση και η αποθήκευση σε νοητικές αναπαραστάσεις είναι υποκειμενικές νοητικές διεργασίες. Διαφοροποιούν δε, το τελικό προϊόν που είναι η αντίληψη και η γνωστική συμπεριφορά του υποκειμένου. Οι παράγοντες που παρεμβαίνουν στην αντιληπτική διαδικασία και διαφοροποιούν την αντιλαμβανόμενη πραγματικότητα αφορούν κυρίως στα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος, στα χαρακτηριστικά του ατόμου και στα χαρακτηριστικά της κατάστασης, μέσα στην οποία λαμβάνει χώρα η διαδικασία της αντίληψης.

Σχήμα 1.3 Αναπαράσταση της Αντιληπτικής Διαδικασίας



Πηγή: Solomon et al 2010

Τα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος επηρεάζουν κυρίως το στάδιο της προσοχής, ενώ τα χαρακτηριστικά των ατόμων επεκτείνονται και στα στάδια της ερμηνείας και οργάνωσης των δεδομένων. Η επιλογή των ερεθισμάτων που θα γίνουν αντιληπτά καθορίζεται από την ένταση τους, την αντίθεσή τους, την επανάληψή τους, τα νεωτεριστικά τους στοιχεία ή την οικειότητά τους. Σύμφωνα με τον Klapper (1960), συνειδητά ή ασυνειδητά, τα άτομα αποφεύγουν τα ερεθίσματα με αντίθετες από τις δικές τους αποχρώσεις και αν εκτεθούν σε τέτοια, τους είναι αντιπαθητικά, τείνουν να μην τα βλέπουν ή τα αναπλάθουν και τα ερμηνεύουν με τρόπο που ταιριάζει στις απόψεις και τις στάσεις τους ή τα ξεχνούν πολύ πιο εύκολα σε σχέση με τα μηνύματα που συμφωνούν στα δικά τους πιστεύω. Αντίστοιχα, τα άτομα προτιμούν τα οικεία ερεθίσματα σε σχέση με τα νέα, διότι τα πρώτα θεωρούνται ασφαλή, αφού δεν σχετίζονται με αρνητικές εμπειρίες, τα δε τελευταία σχετίζονται με αυξημένη αβεβαιότητα (Zajonc 1980, 1998). Αναφορικά με το άτομο, η αντιληπτική του διαδικασία επηρεάζεται από τις εμπειρίες και αξίες του, που διαμορφώνουν και τις προσδοκίες του, από τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του, τα οποία αποτελούν κίνητρα για την επιλογή, καθώς και την ψυχολογική κατάσταση και προδιάθεσή του (Solomon et al 2010). Σε σχέση δε με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εκτυλίσσεται η αντιληπτική

διαδικασία, οι κύριοι παράγοντες που την επηρεάζουν είναι ο χρόνος, το εργασιακό και κοινωνικό περιβάλλον (Robbins et al 2004) Από τα παραπάνω, η αντίληψη των ατόμων φαίνεται πως είναι επιλεκτική (selective perception), αφού δεν γίνονται όλα τα ερεθίσματα αντιληπτά, παρά εκείνα που ενδιαφέρουν ή ικανοποιούν τις ανάγκες των υποκειμένων, φιλτραρισμένα από τις στάσεις, τις εμπειρίες και τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά (Klapper 1960).

Δεδομένου ότι η λήψη αποφάσεων ουσιαστικά συνιστά τις αντιδράσεις των ατόμων σε ένα πρόβλημα, η αντίληψη επηρεάζει τη συναίσθηση του κατά πόσο υπαρκτό είναι το πρόβλημα, την ερμηνεία και αξιολόγηση των διαθέσιμων πληροφοριών και την ανάλυση και τα συμπεράσματά τους (Robbins et al 2010). Η ύπαρξη ή μη ενός προβλήματος γίνεται συνήθως αντιληπτή, όταν γίνονται αντιληπτά τα εναύσματα (cues) του, δηλαδή τα ερεθίσματα που πυροδοτούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Τα εναύσματα αυτά υπόκεινται σε ανταγωνισμό, με τα πιο εμφανή να εξασθενούν την επιρροή των λιγότερο εμφανών. Έτσι, η ανταπόκριση των ατόμων σε αυτά μπορεί να παρουσιάζει στρέβλωση, ως συνέπεια του καταγισμού των πληροφοριών που πιθανά δέχεται (Fishburn 1974). Η ερμηνεία και ανάλυση των ερεθισμάτων διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο ανάλογα με την εστίαση που επιδεικνύουν, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται άμεσα με τις μεθόδους που χρησιμοποιούν τα άτομα για να ανακτήσουν πληροφορίες από τη μνήμη. Η επιλεκτική αντίληψη οδηγεί συνήθως σε μεροληψίες και σφάλματα. Συνοπτικά, οι κύριες κατηγορίες μεροληψιών των ατόμων είναι: α) τα στερεότυπα, όταν κυριαρχεί η άποψη ότι τα μέλη μιας ομάδας έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά, β) της υπερβολικής αυτοπεποίθησης, κυρίως όταν τα άτομα έχουν ανεπαρκείς γνώσεις για ένα αντικείμενο, γ) της αγκίστρωσης, όταν προσκολλώνται στην αρχική πληροφορία και αποτυγχάνουν να προσαρμοστούν σε αυτές που ακολουθούν, δ) της επιβεβαίωσης, όταν αναζητούν πληροφορίες που να επιβεβαιώνουν τις επιλογές τους και παραβλέπουν πληροφορίες που τις αντικρούουν, ε) της διαθεσιμότητας, όταν οι αποφάσεις βασίζονται μόνο στις άμεσα διαθέσιμες πληροφορίες, στ) της δέσμευσης, όταν εμμένουν σε μία απόφαση, ακόμα κι όταν υπάρχουν ξεκάθαρα στοιχεία ότι είναι λανθασμένη, ζ) της αποστροφής του κινδύνου, όταν προτιμούν το σίγουρο από ένα επισφαλές αποτέλεσμα και η) της ύστερης γνώσης, όταν έχουν την εσφαλμένη σιγουριά ότι θα είχαν προβλέψει σωστά μία έκβαση, αφού όμως γίνει γνωστό το αποτέλεσμα (Robbins et al 2010).

1.3.5.5 Τα συναισθήματα

Επειδή η διαδικασία λήψης αποφάσεων θεωρούνταν μέχρι πρόσφατα μία αμιγώς γνωστική λειτουργία, δεν δόθηκε η απαραίτητη προσοχή στις ερευνητικές εξελίξεις που καταδείκνυαν το ρόλο των συναισθημάτων, της διάθεσης και της ψυχολογικής φόρτισης στην ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά, προκειμένου να λάβει κάποιος αποφάσεις (Forgas 2000). Τα συναισθήματα, που παραδοσιακά ονομάζονται «πάθη», γίνονταν αντιληπτά ως μία αρνητική επιρροή στην ανθρώπινη συμπεριφορά, επειδή διέκοπταν ή παρενέβαιναν στη λογική σκέψη (Ellsworth & Smith 1988). Ωστόσο, το γεγονός ότι πολλές αποφάσεις λαμβάνονται σε ελάχιστο χρόνο, χωρίς τη διαμεσολάβηση κάποιας ανώτερης, αναλυτικής νοητικής αξιολόγησης, απλώς διότι είναι ανεξήγητα ελκυστικές, οδήγησε στην έκρηξη του ενδιαφέροντος για την επίδραση των συναισθηματικών αντιδράσεων στη λήψη αποφάσεων.

Με τον όρο συναίσθημα (emotion) γίνεται αναφορά σε μία περιστασιακή αντίδραση, η οποία προκαλείται και είναι ειδική για συγκεκριμένα ερεθίσματα, έχει αρχή και τέλος και συνήθως σχετικά μικρή διάρκεια (Ekman & Davidson 1994, Scherer 1996). Το θυμικό (affect) αφορά σε α) ένα σύνολο ευχάριστων και δυσάρεστων συναισθημάτων (Frijda 1994), ή β) ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Diener et al 1995), ή γ) μία στάση (Scherer 2000). Ακόμα, χρησιμοποιείται ως ένας γενικός όρος που συμπεριλαμβάνει τη διάθεση (mood) και το συναίσθημα (emotion) (Kirouac 1995). Τέλος, η διάθεση είναι μία ασαφής συναισθηματική κατάσταση, που διαρκεί σχετικά μεγαλύτερο διάστημα απ' ό,τι τα συναισθήματα και δεν προκαλείται με την αφορμή κάποιου συγκεκριμένου γεγονότος ή ερεθίσματος (Forgas 1991, Frijda 1994). Σε κάθε περίπτωση, ο συναισθηματικός πλούτος των ατόμων προσφέρει μία ξεχωριστή ετοιμότητα για δράση (Goleman 1998).

Τα συναισθήματα μαζί με τις αποχρώσεις τους είναι πολυάριθμα, έτσι ώστε η μελέτη τους απαιτεί την ταξινόμησή τους σε κατηγορίες στη βάση ενός συναισθηματικού πυρήνα. Μια διαδεδομένη κατηγοριοποίηση τα κατατάσσει σε τέσσερις ομάδες. Τα συναισθήματα επιτυχίας (για παράδειγμα η υπερηφάνεια, η χαρά, η ικανοποίηση) εκδηλώνονται σε περιπτώσεις, κατά τις οποίες τα άτομα έχουν την αίσθηση της προσωπικής ή επαγγελματικής επιτυχίας και την επιθυμία να τη μοιραστούν με τρίτους (Shaver et al 1987, Scherer 1984). Τα συναισθήματα έκφρασης (για παράδειγμα η ανακούφιση, η ελπίδα, το ενδιαφέρον και η έκπληξη) εμφανίζονται όταν τα άτομα είναι

σε εγρήγορση, θέλουν να μάθουν και ανυπομονούν για μελλοντικές εξελίξεις (Scherer 1984). Τα συναισθήματα παραίτησης (για παράδειγμα η λύπη, ο φόβος, η ντροπή, η ενοχή) είναι κοινά στις περιπτώσεις που τα άτομα βιώνουν κάποια προσωπική (θάνατο αγαπημένου προσώπου, απώλεια φιλικού προσώπου) ή επαγγελματική απώλεια (απόλυση, οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις, επαγγελματική ανασφάλεια και περικοπές εισοδήματος) (Scherer 1984). Τέλος, τα ανταγωνιστικά συναισθήματα (όπως η ζήλεια, η απέχθεια, ο θυμός) εκδηλώνονται στην περίπτωση που κάποιος θεωρεί ότι έχει υποστεί σωματική ή ηθική βλάβη με άδικο τρόπο (Scherer 1984). Οι πρώτες δύο κατηγορίες συναισθημάτων θεωρούνται θετικά συναισθήματα, ενώ οι δύο τελευταίες αρνητικά.

Η επίδραση των συναισθημάτων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων μπορεί να είναι είτε προσδοκώμενη, είτε άμεση (Loewenstein & Lerner 2003, Schwarz 2000). Η πρώτη περίπτωση περιγράφεται από τα σημαντικότερα μοντέλα λήψης αποφάσεων, τα οποία στηρίζονται στην υπόθεση ότι κάθε άτομο προβλέπει τις πιθανές συναισθηματικές συνέπειες των εναλλακτικών δράσεων και στη συνέχεια επιλέγει εκείνη που θα μεγιστοποιήσει τα θετικά συναισθήματα και θα ελαχιστοποιήσει τα αρνητικά (Baron 1992, Janis & Mann 1977, Zeelenberg et al 2000). Στη δεύτερη περίπτωση, οι αποφάσεις επηρεάζονται από τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο τη στιγμή που τις λαμβάνει και επηρεάζονται από παράγοντες που δεν έχουν σχέση με τις αποφάσεις.

Συγκεκριμένα, πολλοί ερευνητές έχουν δείξει ότι η θετική διάθεση είναι βοηθητική για τη γνωστική ευελιξία του ατόμου, ώστε να κατηγοριοποιήσει ή να αντιληφθεί τις συσχετίσεις των διαθέσιμων πληροφοριών (Higgins et al 1992, Isen & Daubman 1984), ενισχύει τη δημιουργική του σκέψη και βελτιώνει την απόδοσή του (Isen et al 1987), αυξάνει την προσπάθεια που καταβάλλει για την επίλυση ενός προβλήματος (Higgins et al 1992), οδηγεί σε ευρύτερη διερεύνηση των πτυχών των προβλημάτων και προσεκτικότερη αξιολόγηση των εναλλακτικών (Isen & Baron 1991) και ενθαρρύνει την ομαδικότητα και τη συνεργασία (Isen 1999). Αν και από μερικούς ερευνητές αναφέρονται και μειονεκτήματα από την επίδραση των θετικών συναισθημάτων, όπως η επιτέλεση της διαδικασίας με βιασύνη, κάτι που οδηγεί σε μεροληπτικές, ανεπαρκείς και λανθασμένες αποφάσεις (Isen et al 1982), ωστόσο η γενικότερη θεώρηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η καλή διάθεση βελτιώνει τις γνωστικές ικανότητες (Isen & Baron 1991).

Από την άλλη μεριά, η αρνητική συναισθηματική κατάσταση παρουσιάζει και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αναφορικά με την επίδρασή της στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι Schwarz και Bless (1991) υποστήριξαν ότι η αρνητική διάθεση έλκει την προσοχή στη λεπτομέρεια και στην ανάλυση των πληροφοριών. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι υπό την επήρεια αρνητικών συναισθημάτων, μία κατάσταση φαίνεται περισσότερο προβληματική, με αποτέλεσμα να ενεργοποιείται ευκολότερα η αναλυτική επεξεργασία των δεδομένων (Bless et al 1996, Schwarz 2000). Σε συμφωνία με τα παραπάνω ευρήματα, ο Sinclair (1988) διατύπωσε ότι υπό συνθήκες αρνητικής διάθεσης, η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι αυστηρότερα ελεγχόμενη και οδηγεί σε περισσότερο ακριβείς κρίσεις. Ο Forgas (1989) οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι τα αρνητικά συναισθήματα ενός ατόμου αυξάνουν την ανάγκη του για συνεργασία και εφαρμογή δομημένων πρωτοκόλλων, προκειμένου να λάβουν τις αποφάσεις τους, σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε θετική διάθεση. Στα μειονεκτήματα της αρνητικής διάθεσης του αποφασίζοντα συγκαταλέγονται η χρονοβόρα και κοπιώδης ενασχόλησή του με περισσότερες και ίσως άσχετες πληροφορίες (Forgas 1989) και η τάση του για υποτίμηση των θετικών και υπερτίμηση των αρνητικών συνεπειών μίας απόφασης (Schwarz 2000).

Πάντως, αν και δεν προκύπτει μία ξεκάθαρη άποψη για την κατεύθυνση της σχέσης των συναισθημάτων με την επίλυση των προβλημάτων, είναι φανερό ότι η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων έχει σημαντική επίδραση στη διαδικασία και τις τελικές αποφάσεις του.

1.3.5.6 Ο ορθολογισμός

Ετυμολογικά, ο όρος ορθολογισμός σημαίνει το να είναι κάποιος λογικός, να ενεργεί λογικά και να έχει ορθή κρίση (Hellweg 2010). Ο Simon (1978) αποδίδει περισσότερο εξειδικευμένο περιεχόμενο στην έννοια της ορθολογικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με αυτόν, ο ορθολογισμός ασχολείται με την επιλογή μεταξύ των προτιμώμενων εναλλακτικών συμπεριφορών, σε σχέση με κάποιο αξιακό σύστημα, όπου οι επιπτώσεις των συμπεριφορών μπορούν να αξιολογηθούν.

Ο ορθολογισμός βρίσκεται στον πυρήνα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπροστά στην ανάγκη να ληφθεί μία απόφαση, το ορθολογικό άτομο θα αποσαφηνίσει τους στόχους του, θα κατηγοριοποιήσει και θα κατατάξει τα δεδομένα σύμφωνα με τις αξιακές του παραδοχές. Στη συνέχεια, θα εξετάσει τις

σημαντικές συνέπειες που πηγάζουν από την επιλογή των εναλλακτικών λύσεων και θα καταλήξει στην απόφαση που προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα (Shull et al 1970). Αν και το κλασικό επιστημονικό παράδειγμα που περιγράφει τον ορθολογισμό στη λήψη αποφάσεων πρεσβεύει την αντίληψη ότι ορθολογικό είναι το άτομο, όταν έχει εξασφαλίσει τέλεια πληροφόρηση, διαθέτει επακριβές σύστημα προτιμήσεων και λαμβάνει αποφάσεις σε σταθερό περιβάλλον (Franz 2004), είναι κατανοητό ότι στις περισσότερες καταστάσεις δεν συντρέχουν ούτε συνθήκες πλήρους πληροφόρησης, ούτε είναι καθορισμένο με απόλυτη σαφήνεια ένα σύνολο κριτηρίων αξιολόγησης των εναλλακτικών λύσεων, αλλά ούτε είναι και δυνατόν το άτομο να αντέξει την πλήρη γνώση (Rettinger & Hastie 2001). Ο Simon (1977) πρότεινε μία διαφορετική οπτική που υποστήριζε ότι οι άνθρωποι διαθέτουν περιορισμένο ορθολογισμό (bounded rationality), έτσι ώστε τείνουν να είναι ορθολογικοί. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, τα άτομα υιοθετούν διάφορες στρατηγικές, ώστε να απλοποιήσουν τα προβλήματα που καλούνται να επιλύσουν και να συμπεριλάβουν με επιλεκτική αντιπροσώπευση τα εμφανέστερα στοιχεία ενός προβλήματος, στην προσπάθειά τους να διαμορφώσουν μία αντικειμενική πραγματικότητα (March & Simon 1993). Τελικά, τα άτομα επιλέγουν την πλέον ικανοποιητική (satisficing) σε σχέση με τη βέλτιστη λύση. Οι συμπεριφορές αυτές απλοποιούν το σύνθετο κόσμο και το άτομο, αντί να ανησυχεί για έναν άπειρο αριθμό διαβαθμίσεων του προβλήματος, το κατηγοριοποιεί σε δύο μέρη -σε ικανοποιητικό και σε μη αρκετά ικανοποιητικό- (March & Simon 1993).

Βέβαια, η πλέον ικανοποιητική λύση είναι κάτι περισσότερο από έναν απλό κανόνα για τον τρόπο που λαμβάνονται οι αποφάσεις. Πρώτον, καθορίζει το ρυθμό αναζήτησης των πληροφοριών σε άμεση συνάρτηση με την επίτευξη ή μη των επιδιωκόμενων σκοπών. Αρχίζει να αυξάνεται, όταν μειώνεται η απόδοση του ατόμου σχετικά με την επίτευξη του στόχου, ή μειώνεται, όταν η απόδοση επιτυγχάνει τον τελικό της στόχο (Chu & Spire 2001). Δεύτερον, οι πληροφορίες εξετάζονται διαδοχικά με βάση το χρόνο, το στόχο, την εναλλακτική λύση και το πρόβλημα (March 1994). Τέλος, ακόμα κι αν οι εναλλακτικές λύσεις δεν προσφέρουν ουσιαστική ικανοποίηση στο άτομο, η λήψη απόφασης δεν τερματίζεται. Η λειτουργία της “satisficing” λύσης συνεχίζεται παρά τους περιορισμούς του προβλήματος και με βάση τις θετικές και τις αρνητικές εμπειρίες (Perrow 1986).

1.3.5.7 Η ικανότητα συλλογισμού

Στα πλαίσια μελέτης της ορθολογιστικής ικανότητας είναι απαραίτητη και η εξέταση της έννοιας της ικανότητας συλλογισμού (reasoning). Πρόκειται για τη συναισθηματικο-νοητική διαδικασία κατά την οποία χρησιμοποιείται η υπάρχουσα γνώση, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα. Η παραγωγή και η επαγωγή αποτελούν τις κλασικές μορφές της συλλογιστικής ικανότητας. Ωστόσο, αναφέρονται και άλλες μορφές συλλογισμών, όπως ο απαγωγικός, ο αναλογικός, ο συλλογισμός στατιστικής εκτίμησης και ο συλλογισμός πραγματικής εκτίμησης. Η απαγωγή είναι η διαδικασία που οδηγεί από μία σειρά δεδομένων σε μία υπόθεση, που φιλοδοξεί να δώσει την καλύτερη ερμηνεία. Οι αναλογικές διαδικασίες επιτρέπουν την αναγνώριση ομοιοτήτων ανάμεσα σε διαφορετικά πράγματα, τα οποία στη συνέχεια θεωρούνται «ανάλογα» και ως τέτοια μπορούν να ανταλλάσσουν τις ιδιότητές τους. Οι στατιστικές εκτιμήσεις είναι οι αξιολογήσεις πιθανολογικής φύσης και τα συμπεράσματα που προκύπτουν εκφέρονται με πιθανότητα αλήθειας κάποιου βαθμού. Τέλος, τα πραγματιστικά συμπεράσματα είναι αυτά τα οποία είναι αληθή μόνο σε συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς (Καργόπουλος 1989).

Τα είδη του συλλογισμού συζητούνται και αναφορικά με τη σχέση τους με παραγωγικές ή επαγωγικές διεργασίες. Η απαγωγή, η αναλογία και οι στατιστικές εκτιμήσεις θεωρούνται επαγωγικής φύσης, ενώ οι πραγματιστικές εκτιμήσεις ανήκουν συνήθως στον παραγωγικό συλλογισμό, υπό την έννοια ότι σχετίζονται με την απόφαση για το τι είναι αληθές βάσει των κανόνων της λογικής και δεδομένων καταστάσεων και γεγονότων (Γωνιδά 1994). Επομένως, η επαγωγή και η παραγωγή εμφανίζονται ως κυρίαρχοι τρόποι σκέψης με ευρύτερο πεδίο εφαρμογής (Johnson-Laird 1988, 1993).

Ως παραγωγή ορίζεται η διαδικασία εξαγωγής λογικών συμπερασμάτων από κανόνες ή γενικές αρχές. Η παραγωγική διαδικασία δεν οδηγεί σε καθαρά νέα γνώση. Τα συμπεράσματα που συνάγονται υπήρχαν έμμεσα και σε λανθάνουσα μορφή ήδη στις προκείμενες πληροφορίες (Evans et al 1993). Γι' αυτό χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της λογικής αναγκαιότητας και εγκυρότητας και θεωρείται ως η κατεξοχήν λογική σκέψη (Overton 1990, Evans et al 1993). Από την άλλη μεριά, ως επαγωγή ορίζεται η γνωστική διαδικασία που επιτρέπει τη διαμόρφωση γενικών κανόνων, ιδεών ή εννοιών από σύνολα ειδικών περιπτώσεων. Πρόκειται για μία από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της ανθρώπινης σκέψης, διότι καθιστά δυνατή την ικανότητα γενίκευσης και της

ανάπτυξης νέας γνώσης. Μέσω της επαγωγικής σκέψης, δηλαδή, προκύπτουν συμπεράσματα, που ήταν άγνωστα στο παρελθόν και επαυξάνουν την ήδη υπάρχουσα γνώση (Hayes et al 2010). Ωστόσο, η βασική διαφορά με την παραγωγική γνώση έγκειται στο γεγονός ότι η γνώση που παράγεται επαγωγικά στερείται βεβαιότητας και γενικότητας (Holland et al 1986).

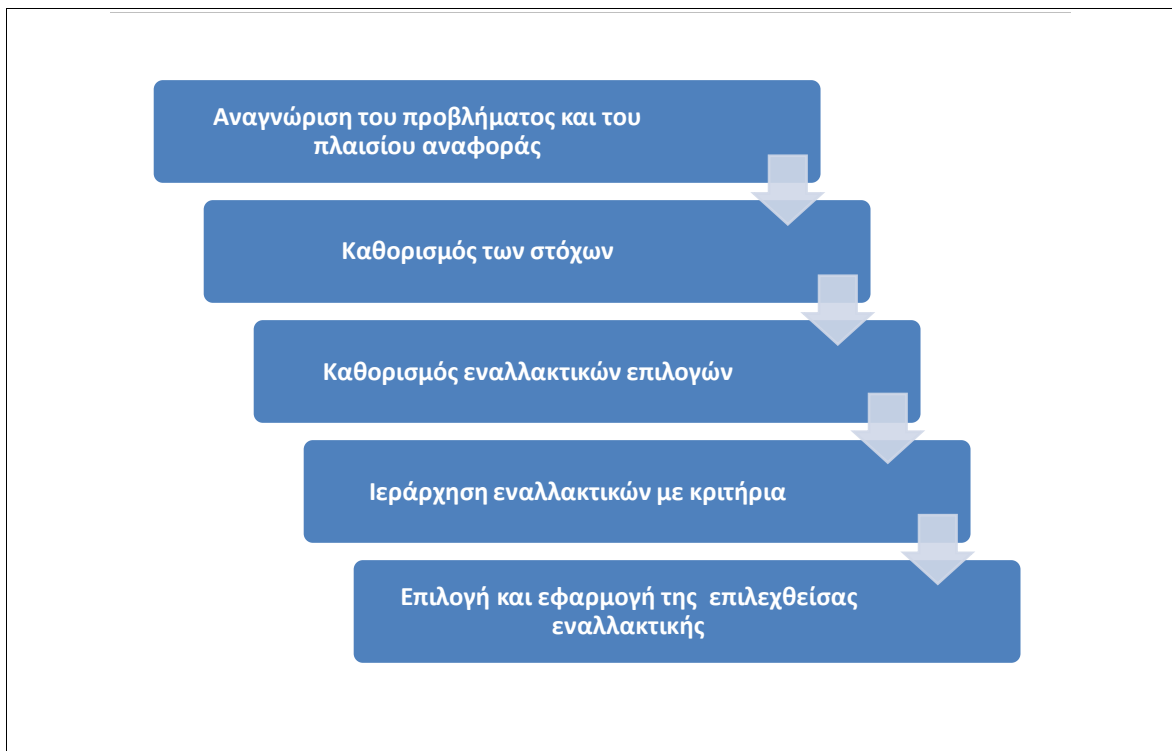
Αν και η παραπάνω περιγραφή παρουσιάζει την επαγωγή πολύ διαφορετική από την παραγωγή, αυτές οι δύο νοητικές διεργασίες, τουλάχιστον στο γνωστικό επίπεδο, παρουσιάζουν ομοιότητες. Σημαντικοί ερευνητές του συλλογισμού έχουν διατυπώσει την άποψη ότι και η επαγωγή και η παραγωγή χρησιμοποιούν την ίδια γνωστική διαδικασία ως υπόβαθρο (Johnson-Laird 1994). Αντιθέτως, κάποιοι άλλοι θεωρούν ότι οι ευρετικές και οι αναλυτικές διεργασίες συμμετέχουν στο συλλογισμό, τόσο τον παραγωγικό, όσο και τον επαγωγικό, σε διαφορετικές όμως αναλογίες (Feeney 2007, Heit & Rotello 2005). Τα επαγωγικά συμπεράσματα επηρεάζονται κυρίως από τις γρήγορες ευρετικές μεθόδους, χωρίς όμως να προσφέρουν ιδιαίτερα στη λογική εγκυρότητα του τελικού πορίσματος, σε αντιδιαστολή με τα παραγωγικά συμπεράσματα που επηρεάζονται από τις αργές αναλυτικές διαδικασίες, που χρησιμοποιούν σκόπιμο και τυπικά πιο ακριβή συλλογισμό (Hayes et al 2010).

Αν και συχνά ο συλλογισμός και η λήψη αποφάσεων εξετάζονται ως συνώνυμες έννοιες, η έννοια του συλλογισμού επικεντρώνεται στη διαδικασία της σκέψης, που το άτομο χρησιμοποιεί ώστε να καταλήξει σε μία κρίση ή μία απόφαση ή να επιλύσει κάποιο πρόβλημα (Murphy 2004, Kautz et al 2005, Su et al 2005). Παρόλα αυτά και οι δύο νοητικές διεργασίες προσεγγίζονται συνήθως με το ίδιο ερμηνευτικό πλαίσιο, που συνίσταται σε ένα δίπολο με άκρα την ανάλυση και τη διαίσθηση.

1.3.5.8 Η ανάλυση

Η αναλυτική σκέψη είναι η αργή νοητική διαδικασία που περιλαμβάνει απλά, σαφή βήματα και πλήρη συνείδηση των στοιχείων και των λειτουργιών της (Hammond 1996). Προκειμένου να περιγραφεί και να κατανοηθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων συνήθως περιγράφεται ως παράγωγο της αναλυτικής σκέψης με διακριτά στάδια (Σχήμα 1.4).

Σχήμα 1.4 Η αναλυτική διαδικασία της λήψης αποφάσεων



Πηγή: Goodwin & Wright 1998

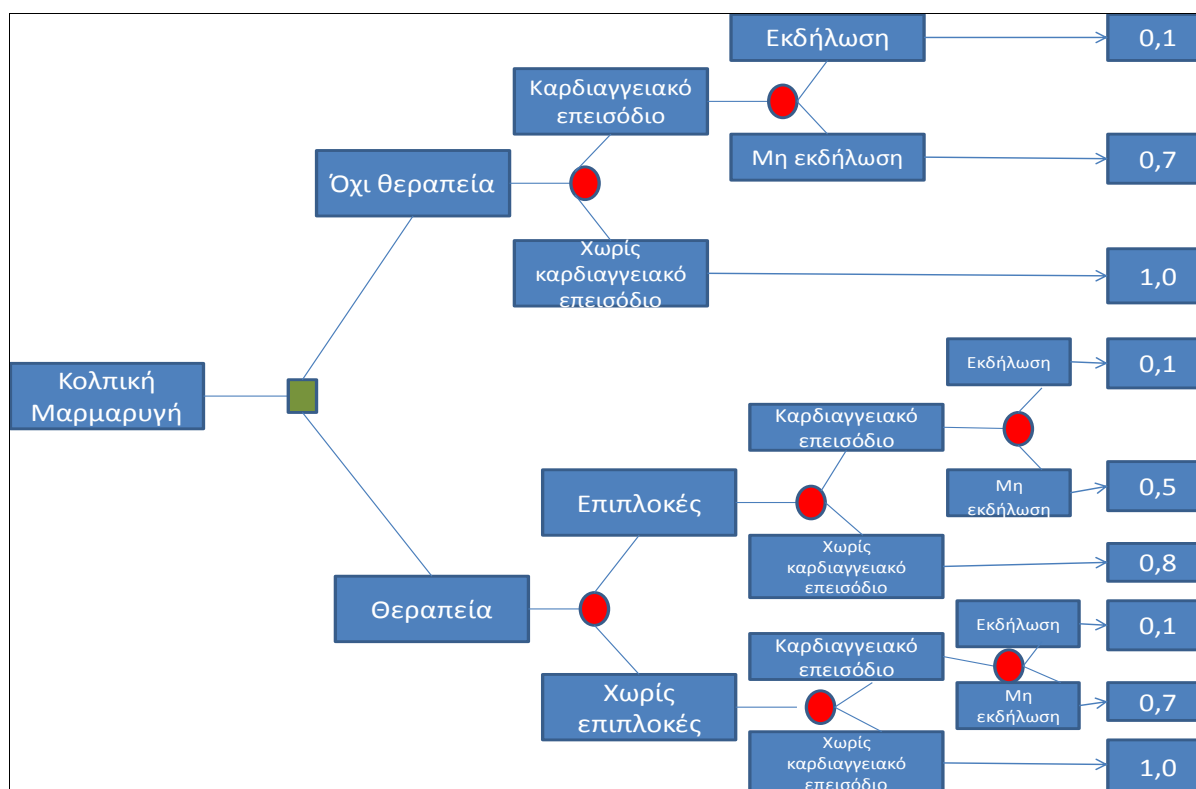
Τα πρώτα στάδια στην εφαρμογή της αναλυτικής διαδικασίας είναι πολύ σημαντικά και καθοριστικά για την ποιότητα των τελικών αποφάσεων. Στο πρώτο στάδιο, η αναγνώριση του προβλήματος περιγράφεται από το Simon (1982a) ως η αναζήτηση μέσα σε ένα τεράστιο σύνολο πιθανοτήτων που περιγράφουν το περιβάλλον. Η αναζήτηση γίνεται με βάση ένα γενικό επιδιωκόμενο σκοπό, ο οποίος αναλύεται σε επιμέρους στόχους, καταλήγοντας σε μία ιεραρχική δομή. Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη των υποστόχων είναι απαραίτητη, αφού δεν είναι δυνατή η σύγκριση όλων των δυνατών εναλλακτικών λύσεων ως προς ένα γενικό και ασαφές κριτήριο (Saaty 1980). Μετά τη φάση της διερεύνησης και του καθορισμού των στόχων, εξετάζεται ένα σύνολο εναλλακτικών προτάσεων και κατηγοριοποιείται ιεραρχικά ανάλογα με την αξία ή τη χρησιμότητά τους στην επίλυση του προβλήματος. Τα στάδια αυτά προϋποθέτουν ορθολογική σκέψη, επαρκή πληροφόρηση για όλες τις πτυχές του προβλήματος και του πλαισίου αναφοράς του, ικανότητα για υπολογισμό του κόστους και του όφελους από κάθε εναλλακτική λύση, πληροφόρηση για την πιθανότητα κάθε ενδεχόμενης έκβασης και ικανότητα ταυτόχρονης συνειδητοποίησης όλων των ως άνω παραμέτρων (Simon 1982b). Μέχρι την επιλογή και εφαρμογή της τελικής λύσης, η ως άνω διαδικασία

πραγματοποιείται τόσο με τη συμμετοχή του αποφασίζοντα, όσο και με την επιστράτευση καθαρά υπολογιστικών τεχνικών.

Γι' αυτόν τον λόγο η χρήση συστημάτων υποστήριξης των αποφάσεων είναι κρίσιμης σημασίας για την αποτελεσματικότητα και την επιτυχία της λήψης αποφάσεων. Στα συστήματα υποστήριξης αποφάσεων περιλαμβάνονται τα πληροφοριακά συστήματα που εξετάζουν τις αποφάσεις που λαμβάνονται υπό συνθήκες κινδύνου ή αβεβαιότητας. Υποβοηθούν τους αποφασίζοντες (χωρίς να τους υποκαθιστούν) επεκτείνοντας τις δυνατότητές τους με επιτάχυνση της αναζήτησης και της επεξεργασίας των δεδομένων και ενίσχυση των γνώσεων και της μνήμης τους. Αναλύοντας τα προβλήματα δημιουργούν μια απλοποιημένη αναπαράστασή τους, η οποία περιλαμβάνει τα βασικότερα στοιχεία τους. Μία συχνή μορφή αναπαράστασης των προβλημάτων, που χρησιμοποιείται για τη δόμηση και ανάλυση των κλινικών αποφάσεων, είναι τα δένδρα αποφάσεων (decision trees). Η δομή των δένδρων αποφάσεων απεικονίζει σχηματικά (Σχήμα 1.5) τη διαδοχική σειρά εναλλακτικών επιλογών με τις αντίστοιχες εκβάσεις τους. Έτσι, ξεκινώντας από ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, φθάνουν σε κόμβους αποφάσεων (decision nodes) από τους οποίους ξεκινούν διαδρομές αποφάσεων. Οι διαδρομές αποφάσεων καταλήγουν σε κόμβους πιθανοτήτων (chance nodes), που συμβολίζουν χρονικά σημεία καταγραφής των ενδεχόμενων αποτελεσμάτων των αντίστοιχων επιλογών. Από τους κόμβους πιθανοτήτων ξεκινούν εναλλακτικές διαδρομές αποτελεσμάτων, οι οποίες καταλήγουν σε διαφορετικές εκβάσεις (Ανευλαβής 1994).

Οι υπολογιστικές τεχνικές, όμως, δεν είναι διαθέσιμες για κάθε πρόβλημα, που μπορεί να προκύψει σε πραγματικές συνθήκες. Γι' αυτό το λόγο, άρχισε να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο η αξία της εμπειρίας και της συνήθειας στη λήψη αποφάσεων (Simon 1965). Οι αποφάσεις που χρησιμοποιούν την εμπειρία και τη συνήθεια στηρίζονται σε στοιχεία-κλειδιά (clues). Ανεξάρτητα από το αν τα στοιχεία αυτά αναγνωρίζονται συνειδητά ή όχι, διευκολύνουν την κατανόηση των προβλημάτων και βελτιώνουν τη λήψη αποφάσεων. Ο Simon σχολιάζει ότι η αναλυτική σκέψη και ο ορθολογισμός των ατόμων δημιουργεί τέτοιους συσχετισμούς, ώστε να διευκολύνεται η γρήγορη πρόσβαση στη μνήμη, όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις (Simon 1965). Το 1996 αναφέρεται σε αυτές τις εσωτερικές γνωστικές λειτουργίες με το γενικό όρο διαίσθηση (Simon 1996).

Σχήμα 1.5 Παράδειγμα δένδρου κλινικών αποφάσεων



Πηγή: Protheroe et al 2000

1.3.5.9 Η διαίσθηση

Με τον όρο διαίσθηση ή αλλιώς ενόραση, όπως αποδίδεται η λατινική λέξη «intuitio» και η αγγλική λέξη «intuition», εννοείται οτιδήποτε μπορεί να γίνει αντιληπτό κατά τρόπο άμεσο. Η άμεση γνώση της διαίσθησης αντιδιαστέλλεται προς τη γνώση που αποτελεί προϊόν της διασκεπτικής ενέργειας του νου και υφίσταται όταν εκείνο που γνωρίζει κανείς δεν το συνάγει από άλλες προκείμενες προτάσεις (Πελεgrίνης 2009). Στο λεξικό της κοινής νεοελληνικής, η ενόραση είναι τρόπος άμεσης γνώσης, χωρίς την παρέμβαση του λογικού, ενώ η διαίσθηση είναι μεταξύ άλλων η απροσδιόριστη γνώση αυτού που δεν μπορεί να αποδειχτεί με τη λογική ή αυτού που δεν υπάρχει ακόμη (Ίδρυμα Τριανταφυλλίδη 1998). Αν και οι αναφορές στη διαίσθηση θεωρούνταν ότι δεν άνηκαν στο πεδίο της επιστήμης και έμεναν στο περιθώριο, εντούτοις, ο Καρλ Γιούνγκ ήδη από το 1921 είχε περιγράψει τη διαίσθηση ως μία μη ορθολογική λειτουργία, όχι τόσο αποστασιοποιημένη όμως από την ορθολογική σκέψη. Πρόκειται για έναν τύπο συλλογισμού που έχει διαμορφωθεί ασυναίσθητα από την προηγούμενη εμπειρία (Prietula & Simon 1989), την εξοικείωση με την επίλυση προβλημάτων και τη λήψη αποφάσεων και βασίζεται στη «στέρεη» και επαρκή κατανόηση των λεπτομερειών ενός

γνωστικού αντικειμένου (Isenberg 1984, Seebo 1993). Είναι μία διαδικασία σύνθεσης, που τελικά αντανακλά την ολότητα (totality) μίας συγκεκριμένης κατάστασης (Vaughan 1990), υπό την έννοια ότι διευκολύνει τη συνένωση απομονωμένων δεδομένων και εμπειριών σε μία ολοκληρωμένη εικόνα. Αποτελεί μία ολιστική αντίληψη της πραγματικότητας που υπερβαίνει τις ορθολογικές διεργασίες (Khatri & Ng 2000).

Η καλύτερη κατανόηση της έννοιας μπορεί να διευκολυνθεί από την εξέταση των ιδιοτήτων της. Η διαίσθηση είναι κατά βάση μία υποσυνείδητη λειτουργία, παρόλο που κινείται σε ένα συνεχές μεταξύ συνειδητού και υποσυνείδητου (Khatri & Ng 2000). Η λειτουργία της έγκειται ουσιαστικά στην ανάσυρση εμπειριών (ή γνώσεων) που είναι αποθηκευμένες και την αντίληψή τους ως ασαφείς και απροσδιόριστες εικόνες χωρίς να μεσολαβεί συνειδητή σκέψη (Agor 1990). Στην ίδια λογική, ο Parikh (1994) παρατήρησε ότι μέσω της διαίσθησης προσφέρεται πρόσβαση σε μία εσωτερική δεξαμενή αθροιστικής εμπειρίας, που αναπτύχθηκε με την πάροδο των χρόνων και ταυτόχρονα οδηγεί σε δράση ή όχι, χωρίς το άτομο να είναι σε θέση να αιτιολογήσει τον τρόπο που κατέληξε στη δεδομένη επιλογή. Το σημαντικό είναι ότι παρόλο που εκδηλώνεται ως μία στιγμιαία δύναμη, είναι αποτέλεσμα μακράς και σκληρής διαδικασίας αποθήκευσης, επεξεργασίας και ανάλυσης περασμένων εμπειριών (Rowan 1990).

Ακόμα, η διαισθητική διαδικασία είναι γρήγορη (Seebo 1993). Συνιστά μία ταχεία δραστηριότητα της συμπεριφοράς, που συχνά συντομεύει τη διαδρομή («κόβει δρόμο») μίας σταδιακής διαδικασίας λήψης αποφάσεων, επιτρέποντας στο άτομο να γνωρίζει άμεσα την πιο ικανοποιητική επιλογή. Αυτό επιτυγχάνεται γιατί η μακροχρόνια εμπειρία, που εμπεριέχει επαναλαμβανόμενα γεγονότα, έχει ήδη κατηγοριοποιηθεί από τον αποφασίζοντα σε πρότυπα (patterns). Τα πρότυπα είναι αφενός επαναχρησιμοποιήσιμα, καθώς παρέχουν μία έτοιμη διαδικασία προσέγγισης που μπορεί να προσαρμοστεί σε διαφορετικά προβλήματα και αφετέρου στα μάτια ενός έμπειρου αποφασίζοντα μπορούν πιο εύκολα να διακριθούν σε σχετικά και άσχετα με το πρόβλημα, συγκριτικά με τις αταξινόμητες πληροφορίες, ώστε να επικεντρωθεί στα πιο σημαντικά (Prietula & Simon 1989, Harung 1993, Dreyfus & Dreyfus 1986). Αν και υπάρχει η άποψη ότι η διαίσθηση χαρακτηρίζεται από αυτοματισμό, κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι ακόμα κι αν οι δράσεις είναι ταχύτατες, δεν είναι ποτέ αυτόματες. Τα άτομα με εμπειρία στο αντικείμενό τους προετοιμάζονται για το τι θα ακολουθήσει και

αυτό απαιτεί ικανότητα για την κατανόηση σύνθετων αναπαραστάσεων και για την πρόβλεψη μελλοντικών γεγονότων (Norman & Rumelhart 1983).

Συχνά καταλογίζεται στη διαισθητική σκέψη ότι βασίζεται σε μεροληψίες και γι' αυτό είναι επιρρεπής σε γνωστικά σφάλματα (Harung 1993). Η διαισθητική διαδικασία περιλαμβάνει προκαταλήψεις και λάθη, όπως και η αναλυτική (Seebo 1993, Harung 1993). Αυτό οφείλεται στο ότι τόσο ο ορθολογικός-αναλυτικός συλλογισμός, όσο και η διαίσθηση στηρίζονται σε αντιλήψεις και υποθέσεις που δεν είναι πάντα ακριβείς και ορθές (Seebo 1993). Έτσι, δε στερούνται σφαλμάτων. Αντίθετα, ενώ η κατανομή τους στη διαισθητική διαδικασία είναι κανονική, η αναλυτική διαδικασία χαρακτηρίζεται από λίγα, αλλά σημαντικά σφάλματα (Hammond et al 1987). Πάντως, οι προσεκτικοί αποφασίζοντες, παρά την ασφάλεια που τους προσδίδει η εμπειρία τους, θεωρούν ότι η διαίσθηση είναι επικίνδυνη, γιατί χρησιμοποιεί ατελείς ενδείξεις, οπτικές εικόνες και αναλογίες (προηγούμενες εμπειρίες) και όχι πολλαπλά δεδομένα, σαφείς έννοιες και λεπτομερείς αναφορές (Bunge 1962)). Έτσι, κάθε απόφαση που λαμβάνεται διαισθητικά πρέπει να εξεταστεί και αναλυτικά (Kulatunga-Monizi et al 2001, Ark et al 2006, McLaughlin et al 2008, Coderre et al 2003).

Αντίστροφα, η αναλυτική μέθοδος σπάνια μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά. Από τη φύση της η πρόβλεψη αναφέρεται στο άγνωστο, ενώ μπορεί να μετρηθεί και να υπολογιστεί μόνο ό,τι είναι γνωστό. Επομένως, το άτομο που κάνει μία πρόβλεψη δεν μπορεί παρά να χρησιμοποιεί τη διαίσθησή του, τουλάχιστον κατά τη συλλογή και ερμηνεία των δεδομένων και όταν αποφασίζει το ποια ασυνήθη μελλοντικά γεγονότα μπορούν να επηρεάσουν το τελικό αποτέλεσμα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, κάθε απόφαση εμπεριέχει στοιχεία της διαίσθησης (Goldberg 1990). Παράλληλα, η αναλυτική προσέγγιση φαίνεται να αντιμετωπίζει τις πληροφορίες και τις γνώσεις με έναν ενιαίο τρόπο (Harper 1990). Αλλά κάθε δεδομένο μπορεί να θεωρηθεί άσχετο με την επίλυση ενός προβλήματος μέχρι να ερμηνευτεί με συγκεκριμένο τρόπο. Η αξιολόγηση και η νοηματοδότηση των διαθέσιμων στοιχείων είναι μία διαδικασία υποκειμενική και προϋποθέτει βαθιά κατανόηση της κατάστασης ή του προβλήματος, κατά την οποία επιστρατεύεται και η διαίσθηση (Khatri & Ng 2000).

Σε μία συνολική περιγραφή της διαισθητικής κρίσης, οι Dreyfus και Dreyfus (1986) αναγνωρίζουν έξι βασικά χαρακτηριστικά της: α) την αναγνώριση προτύπων, δηλαδή την αντιληπτική ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει σχέσεις χωρίς να γνωρίζει εκ

των προτέρων τα επιμέρους στοιχεία ενός προβλήματος, β) την αναγνώριση ομοιοτήτων, με την εξαιρετική ικανότητα των ατόμων να ξεχωρίζουν κάποιες ομοιότητες σε καταστάσεις που διαφέρουν μεταξύ τους, γ) την κατανόηση της κοινής λογικής, έτσι ώστε ακόμα και φαινομενικά μη σχετικά δεδομένα να αξιολογούνται πριν από μία απόφαση, δ) την εξειδικευμένη τεχνογνωσία, ε) την αίσθηση του σημαντικού, με ταχεία διάκριση των σημαντικών και μη σημαντικών στοιχείων του προβλήματος και στ) την ικανότητα φιλτραρίσματος, δηλαδή την επιλογή συγκεκριμένων δεδομένων προς αξιολόγηση, προκειμένου να ληφθεί η απόφαση.

Οι παραπάνω σύνθετες ικανότητες οδηγούν πολλούς ερευνητές στη θεώρηση ότι η διαίσθηση είναι ανώτερη και περισσότερο σύνθετη διαδικασία από αυτές που μπορούν να επιτελεστούν με αυστηρά ορθολογικό τρόπο (Quinn 1980, Kleinmuntz 1990, Parikh 1994). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι αναπαραστάσεις των ορθολογικών σκέψεων περιορίζονται στα πλαίσια γραμμικών μοντέλων με εναλλασσόμενα στάδια. Η χρήση της διαίσθησης σε δυναμικά και ασταθή περιβάλλοντα, όμως, ξεπερνά τα όρια του ορθολογισμού, άρα και τους περιορισμούς των ορθολογικών μοντέλων (Prietula & Simon 1989). Γι' αυτό πολλοί συγγραφείς την περιγράφουν ως ολιστική διεργασία (Dreyfus 1972, Dreyfus & Dreyfus 1988, De Groot 1986, Linhares 2005), δηλαδή μία διαδικασία που δεν γίνεται συνειδητά και οργανωμένα και δεν απαιτείται ολοκλήρωση του ενός σταδίου πριν τη μετάβαση στο επόμενο.

Συμπερασματικά, η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι μία πολύπλοκη διεργασία που γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ προβλήματος και επιλογής της λύσης του. Πέρα από μία αλληλουχία βημάτων που πρέπει να ακολουθηθούν, απαιτείται μία δημιουργική αντιμετώπιση του προβλήματος με συνεκτίμηση των πτυχών του, των διαθέσιμων πληροφοριών, των συνθηκών και του πλαισίου, στα οποία αναπτύσσεται, συνδυάζοντας τις συναισθηματικο-νοητικές λειτουργίες του κάθε αποφασίζοντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΟΝΤΕΛΑ

Τα μοντέλα είναι εννοιολογικές κατασκευές που αναπαριστούν πραγματικές διεργασίες με σκοπό να περιγράψουν, να ερμηνεύσουν και να εξηγήσουν φαινόμενα. Έτσι, τα μοντέλα λήψης αποφάσεων είναι εστιασμένα στη διαδικασία και τα στάδια της λήψης μίας απόφασης, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο το άτομο συμπεριφέρεται, όταν παίρνει αποφάσεις. Ταξινομούνται σε κανονιστικά, περιγραφικά, και δεοντολογικά ανάλογα με το επίκεντρο της μελέτης τους. Τα κανονιστικά (normative) μοντέλα εστιάζουν στη μελέτη των αρχών με βάση τις οποίες οι αποφάσεις εκτιμώνται ως ορθές. Τα περιγραφικά (descriptive) εξετάζουν το «πώς συνήθως εκδηλώνεται το φαινόμενο», εστιάζουν δηλαδή στην περιγραφή του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις. Τέλος, τα δεοντολογικά (prescriptive) μοντέλα αποφάσεων εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις, ώστε να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της ωφέλειας. Υπό αυτήν την ταξινόμηση, έχει αναφερθεί ένας σημαντικός αριθμός θεωριών, οι οποίες θα εξεταστούν παρακάτω.

2.1 Κανονιστικά μοντέλα λήψης αποφάσεων

2.1.1 Γενικά

Οι κανονιστικές θεωρίες λήψης αποφάσεων προέρχονται από την έρευνα της στατιστικής, μαθηματικής και οικονομικής επιστήμης (Bell et al 1988) και έχουν εφαρμοστεί επιτυχώς και στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Οι ερευνητικές προσπάθειες των θεωρητικών των αποφάσεων κατευθύνθηκαν στη μελέτη των ορθολογικών διαδικασιών, που υπακούουν στους κανόνες της λογικής, με σκοπό να οδηγηθούν στη βέλτιστη επιλογή. Οι προσεγγίσεις που υπακούουν σε μία συστηματική και μαθηματική λογική, προκειμένου να βοηθούν τους αποφασίζοντες να επιλύουν προβλήματα και να βρίσκουν την άριστη λύση, περιγράφονται κάτω από τον όρο Ανάλυση Αποφάσεων (Decision Analysis).

Σε γενικές γραμμές τα κανονιστικά μοντέλα παρουσιάζουν την ανάλυση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σε τρία βασικά στάδια (Σπάρος 2001):

- τη δόμηση του προβλήματος, μέσα από την οποία απεικονίζεται εργαλειακά - μέσω των δένδρων αποφάσεων - η χρονική αλληλουχία των αποφάσεων πρόσκτησης πληροφορίας και χρησιμότητων,

- την αξιολόγηση της πληροφορίας αναφορικά με τον εντοπισμό των αβεβαιοτήτων, που εκφράζεται με τον προσδιορισμό πιθανοτήτων, και
- τον προσδιορισμό των χρησιμοτήτων, που επιτελείται με την αξιοδότηση (απόδοση αριθμητικής τιμής) των διαφόρων εκβάσεων.

Μοντέλα με ευρεία εφαρμογή στη λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες αβεβαιότητας είναι το μπαγεσιανό μοντέλο και οι θεωρίες της προσδοκώμενης χρησιμότητας.

2.1.2 Η προσέγγιση κατά Bayes

Η προσέγγιση κατά Bayes βασίζεται στην ιδέα ότι η μόνη ικανοποιητική περιγραφή της αβεβαιότητας επιτυγχάνεται μέσω του υπολογισμού των πιθανοτήτων. Έτσι, ο αποφασίζων έχει στη διάθεσή του ένα ισχυρό εργαλείο για να εξάγει συμπεράσματα, ή να διαμορφώνει και να αναθεωρεί την πεποίθησή του σχετικά με μία υπόθεση, μπροστά σε άγνωστα προβλήματα. Στο πεδίο των κλινικών αποφάσεων, η συμπερασματολογία κατά Bayes χρησιμοποιήθηκε ως στρατηγική της διαδικασίας της ιατρικής διάγνωσης. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, ο κλινικός δεν γνωρίζει εάν ο ασθενής πάσχει ή όχι από κάποιο νόσημα στην πραγματικότητα. Εάν το γνώριζε, η διαγνωστική διαδικασία θα ήταν άσκοπη. Αντίθετα, έχοντας στη διάθεσή του κάποιες κλινικές πληροφορίες, προσπαθεί να προσδιορίσει την πιθανότητα να πάσχει ένας ασθενής από συγκεκριμένο νόσημα. Η πιθανότητα παρουσίας ή απουσίας του νοσήματος, δεδομένων κάποιων κλινικών πληροφοριών, καλείται διαγνωστική πιθανότητα.

Το θεώρημα του Bayes, που εισήχθη στον υπολογισμό των διαγνωστικών πιθανοτήτων από τους Ledley και Lusted (1959), ορίζει την πιθανότητα (p) παρουσίας ή απουσίας ενός νοσήματος (N) σε συνάρτηση με την κλινική εικόνα (K) και τον επιπολασμό του νοσήματος, δηλαδή την πιθανότητα του νοσήματος πριν την επιτέλεση του ειδικού διαγνωστικού ελέγχου (Miettinen & Caro 1994, Sackett et al 1991, Σπάρος 2001). Η πιθανότητα παρουσίας του νοσήματος με δεδομένη την κλινική εικόνα είναι ίση με το γινόμενο της εκ των προτέρων πιθανότητας του νοσήματος, επί την πιθανότητα του κλινικής εικόνας δεδομένης της παρουσίας του νοσήματος προς την πιθανότητα της κλινικής εικόνας στο σύνολο του μελετώμενου πληθυσμού (τύπος 1)

$$p(N/K)=p(N) \times p(K/N)/p(K) \quad (\text{Τύπος 1})$$

Η εκ των προτέρων πιθανότητα του νοσήματος εκφράζει τις πληροφορίες για τον άρρωστο, που ήδη κατέχει ο κλινικός. Η κλινική εικόνα του ασθενούς αποτελεί μία νέα πληροφορία, η οποία μεταβάλλει την εκ των προτέρων πιθανότητα σε μία νέα πιθανότητα, δηλαδή την εκ των υστέρων πιθανότητα του νοσήματος. Η μεταβολή αυτή της πιθανότητας του νοσήματος εκφράζεται με το λόγο $\{p(K/N)/p(K)\}$.

Η εφαρμογή του θεωρήματος του Bayes για τον υπολογισμό των διαγνωστικών πιθανοτήτων βασίζεται σε συγκεκριμένες παραδοχές, οι οποίες είναι αδύνατον να συμβούν στην πραγματικότητα. Συγκεκριμένα οι Miettinen και Caro (1994) εστίασαν σε τρία σημεία την κριτική τους, κατά της μπαγιεσιανής προσέγγισης, αναφέροντας ότι α) η πιθανότητα της κλινικής εικόνας με δεδομένα τα διάφορα νοσήματα δεν μπορεί να είναι σταθερή, αλλά εξαρτάται μεταξύ άλλων και από τη βαρύτητα του νοσήματος, β) η έγκυρη μελέτη των πιθανοφανειών δεν μπορεί να είναι δυνατή, αφού απαιτείται ο ορισμός του νοσήματος να είναι ανεξάρτητος από την κλινική εικόνα, της οποίας η πιθανοφάνεια αναζητείται και γ) οι διαγνωστικές πιθανότητες δεν μπορεί να είναι σταθερές, αφού εξαρτώνται από την εκ των προτέρων πιθανότητα (επιπολασμό) του νοσήματος, η οποία ποικίλλει από τόπο σε τόπο και από χρόνο σε χρόνο. Επομένως, η εκτίμηση της εκ των προτέρων πιθανότητας ενός νοσήματος είναι υποκειμενική, βασίζεται κυρίως στην προσωπική εμπειρία του κλινικού και γι' αυτό θεωρείται στατιστικά ανακριβής. Κατά άλλους ερευνητές η μπαγιεσιανή λογική αντανακλά την ενορατική νοητική διαδικασία της διάγνωσης, κατά την οποία ο κλινικός αρχίζει με μία αρχική εκτίμηση της πιθανότητας του υπό διερεύνηση νοσήματος στο συγκεκριμένο άρρωστο και συλλέγοντας πληροφορίες από κλινικά ευρήματα και εργαστηριακά αποτελέσματα αναθεωρεί αυτή την πιθανότητα, έως ότου υπάρξει ικανοποιητική βεβαιότητα σχετικά με την παρουσία ή την απουσία του νοσήματος (Grenier 1990, Miettinen 1997).

2.1.3 Η θεωρία της Προσδοκώμενης Χρησιμότητας

Η θεωρία της προσδοκώμενης χρησιμότητας (expected utility theory) αποτελεί την κεντρική θεωρία λήψης ατομικών αποφάσεων και ένα πολύ σημαντικό εργαλείο κανονιστικής συμπεριφοράς στη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Ιστορικά, η θεωρία προέρχεται από τον μαθηματικό Daniel Bernoulli (Σπάρος 2001), ο οποίος από το 1738 ενδιαφέρθηκε για καταστάσεις, όπου τα άτομα καλούνται να επιλέξουν μεταξύ ενός βέβαιου κέρδους και ενός τυχερού παιχνιδιού και προσπάθησε να εξηγήσει γιατί τα

περισσότερα προτιμούν το ασφαλές από το μεγαλύτερο αλλά αβέβαιο κέρδος, που προσφέρει ένα τυχερό παιχνίδι. Τότε διατύπωσε την άποψη ότι οι επιλογές δεν εξαρτώνται από το αναμενόμενο κέρδος, αλλά από τη χρησιμότητα που τα άτομα αποδίδουν στις δυνατές εκβάσεις. Πολύ αργότερα, οι von Neumann και Morgenstern (1944) απέδειξαν το θεώρημα της προσδοκώμενης χρησιμότητας, το οποίο θεμελίωσε την παρατήρηση του Bernoulli σε ένα σύστημα αξιωμάτων, ως κανόνων λογικής επιλογής. Αυτό επέτρεψε να γενικευτεί η συγκεκριμένη θεωρία ως μέθοδος επιλογής υπό συνθήκες αβεβαιότητας. Ακολούθησε η θεωρία της υποκειμενικής προσδοκώμενης χρησιμότητας (subjective expected utility theory), όπως αναφέρεται στη Mellers (2000), κατά την οποία τα άτομα κάνουν την επιλογή που μεγιστοποιεί τη μαθηματική έκφραση $\sum S_i U_i$, όπου το S αναπαριστά την υποκειμενική πιθανότητα ενός αποτελέσματος που σχετίζεται με μία επιλογή και το U αναπαριστά τη χρησιμότητα του αποτελέσματος, δηλαδή την υποκειμενική απολαβή που το άτομο λαμβάνει από την απόφαση.

Πιο αναλυτικά, η χρησιμότητα (utility) είναι δυνατό να καθοριστεί ως «υποκειμενική αξία», η οποία παρέχεται από το αγαθό ή την υπηρεσία που ικανοποιεί μία συγκεκριμένη ανάγκη ενός ατόμου. Στην περίπτωση των κλινικών αποφάσεων, η χρησιμότητα αφορά στο αποτέλεσμα των διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών. Εκφράζει την «ενδογενή αξία» ή το βαθμό επιθυμίας (desirability) ή το βαθμό προτίμησης (preference) των εναλλακτικών εκβάσεων για τον αποφασίζοντα (κλινικό ή ασθενή) από τις διάφορες επιλογές που έχει στη διάθεσή του (Σπάρος 2001). Οι εναλλακτικές αυτές εκβάσεις αξιοδοτούνται με μία συγκεκριμένη τιμή (προσδοκώμενη χρησιμότητα – expected utility) και ιεραρχούνται κατά τάξη προτίμησης. Οι ως άνω αξιακές κρίσεις δεν είναι απόλυτες, αλλά σχετικές, τόσο γιατί αξιοδοτούνται συγκρινόμενες μεταξύ τους, όσο και γιατί η αξιοδότηση μπορεί να αλλάζει με την πάροδο του χρόνου (Ανευλαβής 2004).

Τρεις τεχνικές χρησιμοποιούνται κυρίως για την ποσοτική έκφραση της χρησιμότητας. Το τυποποιημένο παίγνιο (standard gamble) αποτελεί την κλασική μέθοδο μέτρησης της χρησιμότητας και δεδομένου ότι εμπεριέχει λήψη αποφάσεων σε συνθήκες αβεβαιότητας, αντανακλά ακριβέστερα τις πραγματικές συνθήκες υπό τις οποίες λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις. Με αυτήν τη μέθοδο ο προσδιορισμός της χρησιμότητας βασίζεται ουσιαστικά σε μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία ζευγαρωτής σύγκρισης (Torrance 1987, Froberg & Kane 1989). Στο συμμετέχοντα παρουσιάζονται δύο εναλλακτικές επιλογές και καλείται να επιλέξει αυτή που προτιμά. Η μία επιλογή

αφορά σε μία βέβαιη έκβαση, ενώ η άλλη σε συμμετοχή σε κλινική παρέμβαση με αβέβαιο αποτέλεσμα. Το αβέβαιο αποτέλεσμα εκτείνεται σε ένα φάσμα εκβάσεων αναφοράς που αποτιμώνται με αριθμητικές τιμές πιθανότητας. Μεταβάλλοντας σταθερά και επανειλημμένα την τιμή της πιθανότητας αβέβαιης έκβασης, προσδιορίζεται το σημείο αδιαφορίας, στο οποίο οι εναλλακτικές επιλογές είναι αδιάφορες για τον συμμετέχοντα. Το σημείο αδιαφορίας για τις κλινικές καταστάσεις αντανακλά την τρέχουσα κατάσταση του κλινικού προβλήματος. Ανάλογα με τις επιλογές που κάνουν τα άτομα, διακρίνονται ως προς τη στάση τους απέναντι στον κίνδυνο σε: α) ουδέτερα προς τον κίνδυνο, β) ρέποντα προς τον κίνδυνο και γ) αποστρεφόμενα τον κίνδυνο. Ροπή προς τον κίνδυνο εμφανίζουν τα άτομα που εκτιμούν τη σχετική αβεβαιότητα ως προτιμότερη από τη βεβαιότητα της τρέχουσας κατάστασης υγείας. Αντίθετα, αποστροφή προς τον κίνδυνο εμφανίζουν τα άτομα που εκτιμούν το αβέβαιο αποτέλεσμα ως χειρότερο από τη βέβαια τρέχουσα κατάσταση (Ανευλαβής 2004).

Η μέθοδος ισοδύναμου του χρόνου (time trade-off) αποτελεί ακόμα μία τεχνική εκτίμησης της χρησιμότητας. Με αυτή ζητείται από τον αποφασίζοντα να επιλέξει αν προτιμά να διατηρηθεί η τρέχουσα κατάσταση μέχρι τέλους ή να επιλέξει μία καλύτερη έκβαση που θα διαρκέσει μικρότερο χρονικό διάστημα (Torrance 1987). Ο χρόνος ποικίλλει κάθε φορά, μέχρι το υποκείμενο να δηλώσει αδιάφορο μεταξύ των προσφερόμενων δύο εναλλακτικών (Coons & Kaplan 1996). Πρόκειται για μία μέθοδο εναλλακτική αυτής του τυποποιημένου παιγνίου, ωστόσο αρκετοί ερευνητές την αναγνωρίζουν ως καλύτερη, αναφορικά με την εσωτερική σταθερότητα των απαντήσεων, την ευαισθησία ανίχνευσης αλλαγών στις αξιολογήσεις, καθώς και την αξιοπιστία των απαντήσεων σε επαναληπτική συμπλήρωση του ίδιου ερωτηματολογίου, στα ίδια υποκείμενα, μετά από παρέλευση κάποιου χρονικού διαστήματος (Dolan et al 1996).

Τέλος, ευρέως διαδεδομένη είναι και η τεχνική που μετρά τη χρησιμότητα με αναλογικές κλίμακες, είτε κατηγορικές, είτε οπτικές αναλογικές. Στις αναλογικές κλίμακες, ο αποφασίζων τοποθετεί την προτίμησή του στην κλίμακα ανάλογα με το επίπεδο υγείας που επιθυμεί και το οποίο δεν περιγράφεται αναλυτικά, παρά εκτείνεται ανάμεσα σε δύο πόλους, μεταξύ χειρίστης και άριστης έκβασης. Οι αναλογικές κλίμακες είναι σημαντικά εργαλεία μέτρησης, γιατί είναι αποτελεσματικές, εύκολες στη χρήση και εφαρμόσιμες σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων. Ωστόσο, χρειάζεται μεγάλη προσοχή στον καθορισμό των πόλων της κλίμακας (Coons & Kaplan 1991).

Συνολικά, η κύρια παραδοχή της θεωρίας της προσδοκώμενης χρησιμότητας είναι ότι ο αποφασίζων προτιμά να επιλέγει την εναλλακτική, για την οποία η προσδοκώμενη χρησιμότητα μεγιστοποιείται. Οι Von Neumann και Morgenstern (1944) διατύπωσαν τέσσερα αξιώματα ως κανόνες προσδιορισμού της ιεράρχησης των εναλλακτικών και της λογικότητας της τελικής επιλογής. Συγκεκριμένα, υποστήριξαν ότι ένα άτομο κάνει λογική επιλογή, όταν οι προτιμήσεις του ικανοποιούν το αξίωμα της κυριαρχίας, σύμφωνα με το οποίο προτιμάται η επιλογή με τη μεγαλύτερη χρησιμότητα, το αξίωμα της ακύρωσης, σύμφωνα με το οποίο ο παράγοντας της ωφέλειας ακυρώνεται σε περίπτωση που οι επιλογές είναι ριψοκίνδυνες, το αξίωμα της μεταβατικότητας, σύμφωνα με το οποίο κάθε προτίμηση ορίζεται συγκριτικά με κάποια άλλη και το αξίωμα της συνέχειας, σύμφωνα με το οποίο η αξία μιας εναλλακτικής προκύπτει από το άθροισμα των χρησιμοτήτων των εκβάσεών της, η καθεμία υπολογιζόμενη από την πιθανότητα να συμβεί. Όταν τα τρία πρώτα αξιώματα ικανοποιούνται, τότε το άτομο έχει μία καλώς ορισμένη ιεράρχηση προτιμήσεων. Όταν δε, ικανοποιείται και το τελευταίο, η ιεράρχηση των προτιμήσεων μπορεί να εκφραστεί ως συνάρτηση χρησιμότητας.

Στην περίπτωση των κλινικών επιλογών, ο άρρωστος διαθέτει μία συνάρτηση χρησιμότητας, η οποία ορίζεται με βάση το απόθεμα υγείας του, που μετράται με τον εναπομείναντα χρόνο ποιοτικής ζωής του (Ανευλαβής 2004). Η προσδοκώμενη χρησιμότητα των παρεμβάσεων καθορίζει τις προτιμήσεις των κλινικών ή των ίδιων των ασθενών. Η θεωρία της προσδοκώμενης χρησιμότητας αποτελεί τη βάση για την ανάλυση των αποφάσεων και την αποτίμηση της ποιότητάς τους (Dowie 1993), αρκεί να υπάρχουν στατιστικά δεδομένα για την αποτίμηση της πιθανότητας και της χρησιμότητας των θεραπευτικών παρεμβάσεων.

2.1.4 Η θεωρία της Μεταμέλειας

Μία ακόμα θεωρία, που λαμβάνει όμως υπόψη και το σημαντικό ρόλο των συναισθημάτων στη λήψη μίας απόφασης είναι η θεωρία της μεταμέλειας (regret theory) των Loomes & Sugden (1982). Το μοντέλο αυτό διατυπώνει τη θέση ότι η λήψη αποφάσεων (και των κλινικών) εμπεριέχει και την επιθυμία από τον αποφασίζοντα να αποφύγει δυσάρεστα συναισθήματα, ως αποτέλεσμα μίας επιλογής που αποδεικνύεται λανθασμένη από την την έκβασή της. Όταν η έκβαση μίας επιλογής μεταξύ των διαθέσιμων εναλλακτικών, η οποία λαμβάνεται σε συνθήκες αβεβαιότητας, καταστεί

γνωστή, αυτός που έλαβε την απόφαση, εκ των υστέρων πλέον, συγκρίνει το τελικό αποτέλεσμα με την έκβαση που θα είχε προκύψει, αν είχε ληφθεί μία διαφορετική εναλλακτική απόφαση. Μία τέτοια σύγκριση οδηγεί σε συναισθήματα, είτε μεταμέλειας (αν η εναλλακτική θα μπορούσε να έχει οδηγήσει σε καλύτερη έκβαση), είτε ικανοποίησης (αν η ληφθείσα απόφαση οδήγησε σε καλύτερη έκβαση σε σχέση με κάποια άλλη εναλλακτική επιλογή) (Yianiv 2000).

Παρόμοιες καταστάσεις είναι συχνότερες στην καθημερινή κλινική πρακτική, όπου ο κλινικός καλείται να λάβει μία σημαντική απόφαση, σε περιπτώσεις που η διάγνωση δεν είναι απόλυτα επιβεβαιωμένη ή οι εναλλακτικές επιλογές δεν είναι προφανείς. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο κλινικός, υποσυνείδητα τις περισσότερες φορές, λειτουργεί βασιζόμενος στην αρχή της αποφυγής της μεταμέλειας (Ανευλαβής 2004).

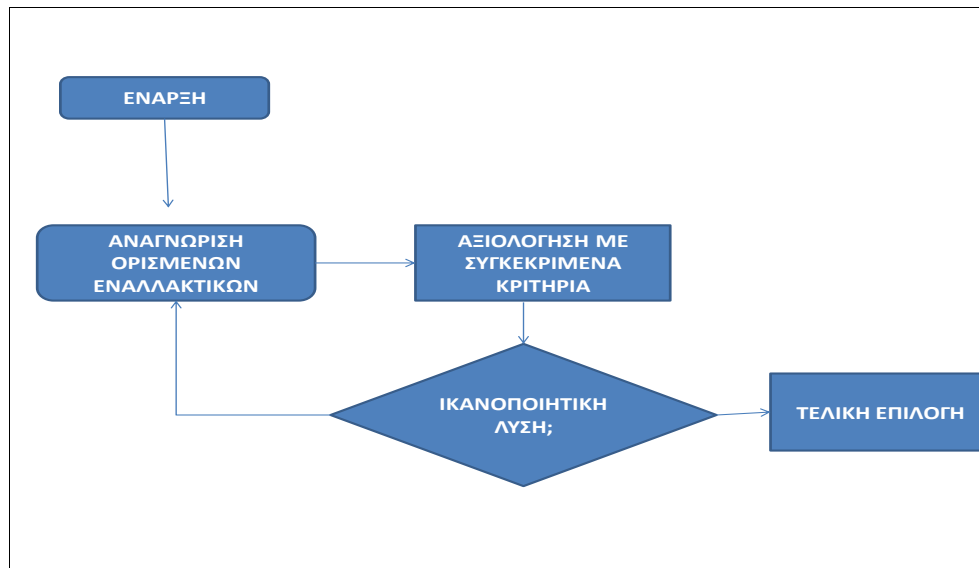
2.2 Περιγραφικά μοντέλα λήψης αποφάσεων

2.2.1 Το μοντέλο της Ικανοποιητικής Λύσης

Οι περιγραφικές θεωρίες χαρακτηρίζονται από την προσπάθεια να ερμηνευτεί η ανθρώπινη συμπεριφορά, όταν πρόκειται το άτομο να λάβει αποφάσεις. Για το λόγο αυτόν στηρίζονται στο θεωρητικό υπόβαθρο της Ψυχολογίας. Το παλαιότερο περιγραφικό μοντέλο λήψης αποφάσεων είναι ενδεχομένως το μοντέλο της Ικανοποιητικής Λύσης (Satisficing Model) (Σχήμα 3.1), που συνδέεται με την έννοια του περιορισμένου ορθολογισμού. Το πρότυπο που περιέγραψε ο H. Simon (1957) θεωρεί ότι το άτομο που λαμβάνει αποφάσεις ενεργεί μεν ορθολογικά, αλλά οι γνωστικές του ικανότητες είναι οριακές κατά τρεις τουλάχιστον τρόπους: α) η ορθολογική ικανότητα απαιτεί πλήρη γνώση των συνεπειών που θα επακολουθήσουν μετά από κάθε επιλογή, ενώ στην πραγματικότητα η γνώση είναι αποσπασματική, β) η ορθολογική ικανότητα οδηγεί σε μία επιλογή μετά από εξέταση όλων των πιθανών εναλλακτικών λύσεων, ενώ στην πραγματικότητα, ελάχιστες μόνο από όλες αυτές τις πιθανές εναλλακτικές απασχολούν τη σκέψη (Simon 1977) και γ) προκειμένου να αντιμετωπίσει τα περιορισμένα όρια της ορθολογικής ικανότητάς του και την πολυπλοκότητα των προβλημάτων, απλοποιεί την προβληματική κατάσταση, συμπεριλαμβάνοντας στην αξιολόγησή τους μόνο τα εμφανέστερα γνωρίσματα τους (March & Simon 1993). Συνεπώς, αντί να επιδιώκει τη μεγιστοποίηση ή τη βελτίωση της κατάστασης, επιδιώκει την ικανοποίηση κάποιων ελάχιστων κριτηρίων. Μία εναλλακτική λύση θεωρείται καλύτερη, εάν αποδειχτεί ανώτερη από όλες τις άλλες,

σύμφωνα με ένα ενιαίο σύνολο κριτηρίων, που χρησιμοποιείται για τη σύγκριση όλων των διαθέσιμων λύσεων. Θεωρείται, λοιπόν, ικανοποιητική, εάν είναι ίση ή υπερβαίνει το σύνολο των κριτηρίων, που καθορίζουν τις κατά το ελάχιστο ικανοποιητικές εναλλακτικές λύσεις (Clampitt et al 2000).

Σχήμα 2.1 Το μοντέλο της Ικανοποιητικής Λύσης

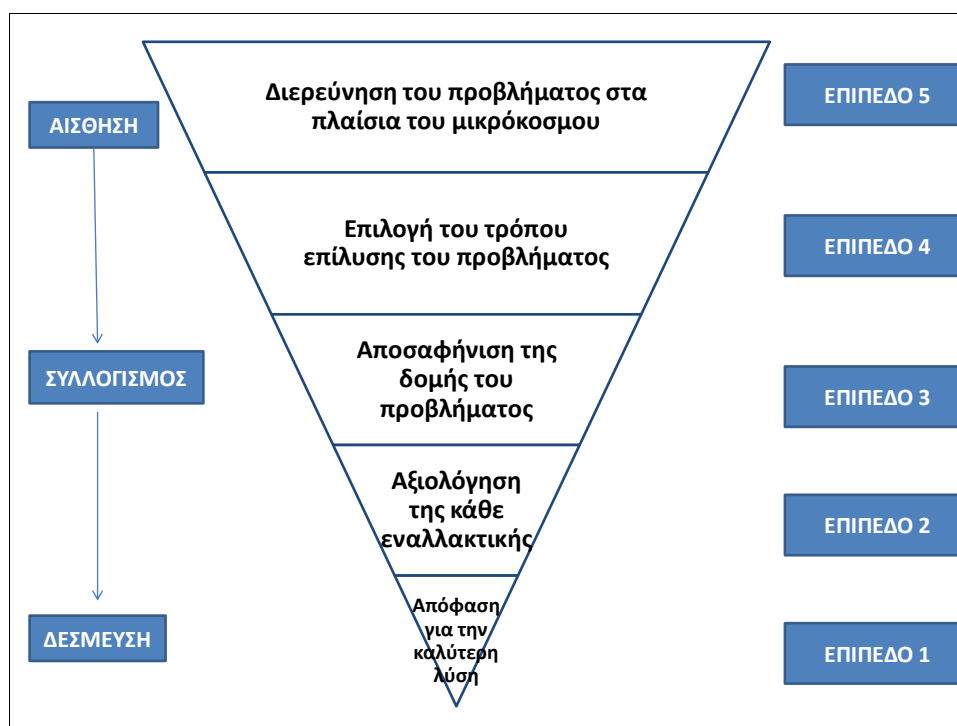


Πηγή: Lovett 2002

Σε επέκταση του προτύπου της ικανοποιητικής λύσης, η διαδικασία λήψης μίας απόφασης μπορεί να απεικονιστεί σε διακριτά επίπεδα αναπαράστασης των προβλημάτων απόφασης κατά τη θεωρητική προσέγγιση των Humphreys & Berkeley (1986) (Σχήμα 2.2).

Το *επίπεδο 5* αποτελεί το αρχικό στάδιο κατά τη λήψη μίας απόφασης και σε αυτό το άτομο έχει ακόμα την αίσθηση ότι βρίσκεται μπροστά σε μία προβληματική κατάσταση. Η διερεύνηση των πτυχών του προβλήματος εντάσσεται μέσα στο χώρο που καθορίζεται από την υποκειμενική πραγματικότητα, το μικρόκοσμο του κάθε ατόμου (Savage 1955, Toda 1976). Τα όρια του μικρόκοσμου καθορίζουν το χώρο δράσης του, μέσα στον οποίο αισθάνεται ασφάλεια για τις κινήσεις και τις διαδικασίες που ακολουθεί, ενώ έξω από τα όρια αυτά νιώθει ανασφάλεια, γιατί δεν γνωρίζει τους τρόπους αντιμετώπισης της προβληματικής κατάστασης (Sandler & Sandler 1978).

Σχήμα 2.2 Τα πέντε επίπεδα αναπαράστασης των προβλημάτων απόφασης



Πηγή: Humphreys & Jones 2005

Στο επόμενο επίπεδο 4 και ενώ το άτομο έχει διαμορφώσει το γενικό πλαίσιο θεώρησης του προβλήματος, συγκεκριμενοποιεί τη δομή του πλαισίου επίλυσής του (Beach 1990). Στο επίπεδο 3 για την προβληματική κατάσταση αρχίζουν να διαμορφώνονται οι εναλλακτικές λύσεις. Στο επίπεδο 2 ελέγχεται η πολυπλοκότητα και η αβεβαιότητα που συνδέεται με το πρόβλημα και οι εναλλακτικές αξιολογούνται με βάση ορισμένα κριτήρια. Στο επίπεδο 1, που αποτελεί την κορυφή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, το άτομο επιλέγει την πλέον ικανοποιητική λύση και τη θέτει σε εφαρμογή. Αξίζει να σημειωθεί ότι η λήψη της απόφασης δεν είναι μία πράξη που συμβαίνει μόνο στο επίπεδο 1 της διαδικασίας, αλλά πραγματοποιείται σε όλα τα επίπεδα. Τα αποτελέσματα των διεργασιών στα ανώτερα επίπεδα εξαρτώνται από την επεξεργασία που έχει γίνει στα κατώτερα στάδια. Παράλληλα, μπορεί το άτομο να κινηθεί ελεύθερα από το ανώτερο επίπεδο στο κατώτερο και αντίστροφα, ωστόσο φθάσει σε πλήρη ικανοποίηση από την επιλεγόμενη λύση (Macchi 2000).

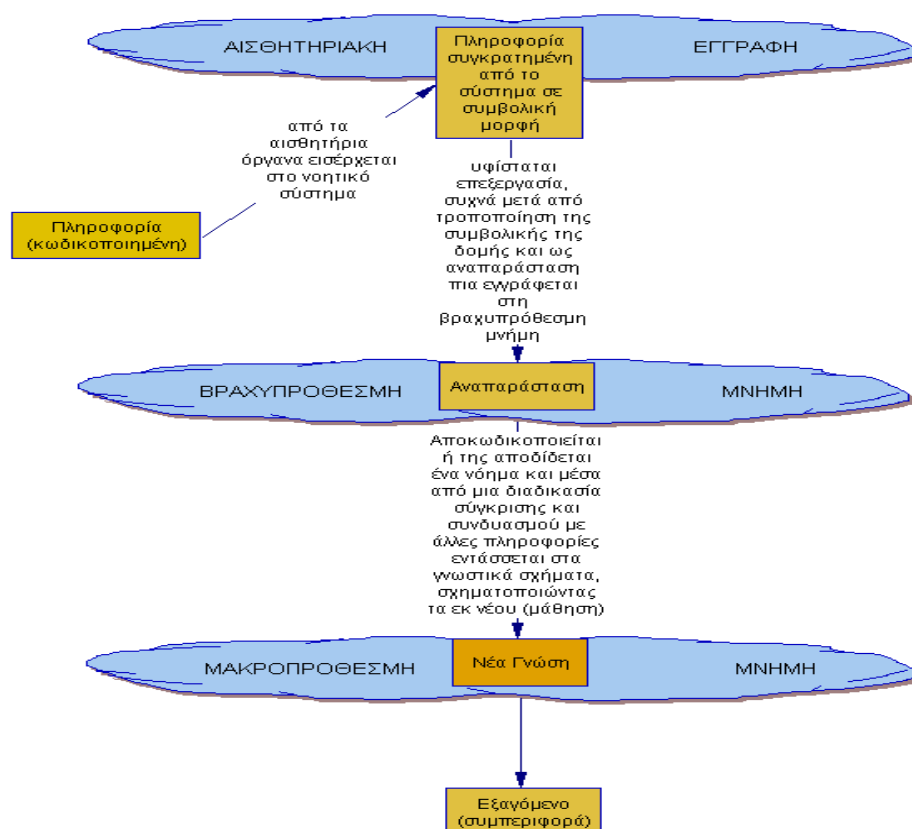
Στην περίπτωση των κλινικών αποφάσεων, η διαδικασία λήψης τους ακολουθεί συχνά τη λογική της ικανοποιητικής λύσης, κυρίως διότι οι κλινικοί έρχονται αντιμέτωποι με τρεις τύπους αβεβαιότητας: α) την αβεβαιότητα που είναι αποτέλεσμα της ατελούς γνώσης τους για συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, β) την αβεβαιότητα που

προέρχεται από την έλλειψη επαρκούς επιστημονικής τεκμηρίωσης και γ) την αβεβαιότητα που προκαλείται από το συνδυασμό των δύο παραπάνω τύπων (Katz 1988). Για παράδειγμα, όταν ένας κλινικός καλείται να λάβει άμεσα μία κλινική απόφαση για την οποία έχει στη διάθεσή του ελάχιστα δεδομένα αντιμετωπίζει τον πρώτο τύπο αβεβαιότητας. Επειδή διαθέτει περιορισμένο χρονικό διάστημα, πηγές πληροφοριών και κυρίως διανοητική ενέργεια για να προσδιορίσει εναλλακτικές λύσεις, να προβλέψει τις συνέπειες και να διευκρινίσει τις προτιμήσεις του, δίνει προσοχή στους λιγιστούς πόρους που έχει. Έτσι, μπορεί να καταφύγει σε γρήγορους και στοιχειώδεις υπολογισμούς, που ικανοποιούν τον επιδιωκόμενο σκοπό. Σε άλλη περίπτωση, όταν ένας κλινικός προβαίνει σε μία παρέμβαση για την οποία δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά της, βρίσκεται μπροστά στο δεύτερο τύπο αβεβαιότητας. Συχνά δε, ο ασθενής γίνεται αποδέκτης παρεμβάσεων για τις οποίες ούτε ο κλινικός έχει επαρκή γνώση, αλλά ούτε υπάρχουν επαρκή δεδομένα για την αποτελεσματικότητά τους, συνθήκες που συνάδουν με τον τρίτο τύπο αβεβαιότητας της θεωρίας του Katz. Σε κάθε περίπτωση τα κλινικά προβλήματα δεν μπορούν να παραμείνουν άλυτα. Γι' αυτό και οι κλινικοί δεν υπεισέρχονται στη ρίζα του προβλήματος, εξετάζοντας τις πολλαπλές μεταβλητές που έχουν σχέση και επαρκή τεκμηρίωση, ώστε να το λύσουν. Ο επικρατέστερος τύπος λήψης απόφασης οδηγεί στη διενέργεια της απαραίτητης δράσης, ώστε να ικανοποιηθεί ένας σχετικά απλός ή απόλυτα αναγκαίος στόχος. Άλλωστε, η διαδικασία λήψης μίας απόφασης δεν γίνεται μία για πάντα, αλλά ανακατασκευάζεται συνεχώς (Lindblom 1958).

2.2.2 Το μοντέλο Επεξεργασίας των Πληροφοριών

Η θεωρία επεξεργασίας της πληροφορίας (Information-processing theory) αντιμετωπίζει τη σκέψη ως μέσο επεξεργασίας της πληροφορίας και αναπτύχθηκε παράλληλα με την ανάπτυξη των επιστημών της πληροφορικής, σχηματοποιώντας ένα μοντέλο λειτουργίας του εγκεφάλου όμοιο με αυτό των ηλεκτρονικών υπολογιστών (Newell & Simon 1972). Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι στο ανθρώπινο νοητικό σύστημα υπάρχουν είσοδοι (αισθήσεις), επεξεργασίες και αναπαραστάσεις (στον εγκέφαλο-επεξεργαστή) και έξοδοι (συμπεριφορά). Ένα γενικό σχήμα για τον τρόπο που λαμβάνει χώρα η επεξεργασία της πληροφορίας είναι το Σχήμα 2.3.

Σχήμα 2.3 Αναπαράσταση της διαδικασίας επεξεργασίας πληροφοριών



Πηγή: Ράπτης & Ράπη 2007

Δύο βασικές παραδοχές βρίσκονται στο επίκεντρο της θεωρίας επεξεργασίας των πληροφοριών: α) η ανθρώπινη μνήμη είναι ένας ενεργός και οργανωμένος επεξεργαστής πληροφοριών και β) οι προηγούμενες γνώσεις παίζουν σπουδαίο ρόλο στη μάθηση. Η θεωρία στηρίζεται στην υπόθεση ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος προσλαμβάνει πληροφορίες, τις επεξεργάζεται και τις αποθηκεύει σε μνήμες διαφορετικής χωρητικότητας, δηλαδή τη μακροπρόθεσμη και τη βραχυπρόθεσμη μνήμη (Atkinson & Shiffrrin 1968, Newell & Simon 1972). Λειτουργεί δηλαδή όπως ένας ηλεκτρονικός υπολογιστής, στον οποίο εισάγονται τα στοιχεία, γίνεται η επεξεργασία τους και εξάγονται τα αποτελέσματα. Περαιτέρω, αναπτύχθηκε μία περισσότερο λειτουργική αντίληψη, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σύμφωνα με την οποία αποδίδεται περισσότερη σημασία στο επίπεδο επεξεργασίας των πληροφοριών και συγκεκριμένα σε όσο πιο περίπλοκο και βαθύτερο επίπεδο επεξεργασίας εξετάζονται οι πληροφορίες, τόσο μεγαλύτερο διάστημα θα συγκρατηθούν. Αν δε, οι έννοιες «μεταφραστούν» σε νοήματα και συσχετιστούν με προγενέστερες γνώσεις, αποκτήσουν δηλαδή σημασία για

τα άτομα, τόσο πιο σταθερή θα είναι η διατήρησή τους (Craik & Lockhart 1972, Craik & Tulving 1975).

Το πρότυπο της επεξεργασίας πληροφοριών είναι ενδεχομένως η θεωρία που έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο από όλες για την περιγραφή της λήψης κλινικών αποφάσεων. Πέρα από την «τοπολογική» αντίληψη που παρουσιάζεται στο Σχήμα 2.3, η «λειτουργική» αντίληψη αντανακλάται στην υποθετικο-επαγωγική προσέγγιση, η οποία χρησιμοποιείται ταυτόσημα με αυτή της επεξεργασίας των πληροφοριών. Η ως άνω προσέγγιση προτείνει ότι οι αποφασίζοντες περνούν από διάφορες φάσεις κατά τη συλλογιστική διαδικασία μέχρι να καταλήξουν σε κρίσεις και αποφάσεις (Elstein et al 1978, Hamers et al 1994, Radwin 1990, Tanner et al 1987) (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1 Στάδια της υποθετικο-επαγωγικής διαδικασίας λήψης αποφάσεων

| | |
|---|--|
| Διαδικασία τεσσάρων σταδίων (Elstein et al 1978) | |
| ✓ | Αναγνώριση κινητήριων ενουσμάτων επαγωγής |
| ✓ | Δημιουργία υποθέσεων |
| ✓ | Ερμηνεία δεδομένων |
| ✓ | Αξιολόγηση δεδομένων με βάση τη συνεισφορά τους στις αρχικές υποθέσεις |
| Διαδικασία επτά σταδίων (Carnevali et al 1984) | |
| ✓ | Έκθεση στα αρχικά δεδομένα |
| ✓ | Έναρξη αναζήτησης επιπρόσθετων δεδομένων και καθορισμός στρατηγικής συλλογής δεδομένων |
| ✓ | Συνένωση των δεδομένων σε εννοιολογικές ενότητες |
| ✓ | Ενεργοποίηση πιθανών ερμηνειών (υποθέσεων) |
| ✓ | Δημιουργία υποθέσεων και στοχευμένη αναζήτηση επιπρόσθετων δεδομένων |
| ✓ | Έλεγχος υπόθεσης |
| ✓ | Διάγνωση |

Πηγή: Thompson & Dowding 2001

Το υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο χρησιμοποιήθηκε κυρίως για την αναπαράσταση του διαγνωστικού ιατρικού συλλογισμού και της επακόλουθης λήψης διαγνωστικών αποφάσεων (Joseph & Patel 1990). Η διαδικασία των τεσσάρων σταδίων ξεκινά από την πρώτη επαφή του κλινικού με τον ασθενή κατά το στάδιο αναγνώρισης των κινητήριων ενουσμάτων για τον επαγωγικό συλλογισμό. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, ο κλινικός συγκεντρώνει πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή. Αυτό το στάδιο ακολουθείται από την ανάπτυξη υποθέσεων, που προκύπτουν από τις αποκτηθείσες πληροφορίες. Η φάση αυτή λαμβάνει χώρα λίγο μετά την πρώτη επαφή με τον ασθενή και οι υποθέσεις είναι ειδικές για κάθε κλινική περίπτωση (van Hooff et al 1995, Alfaro-LeFevre 1998, O' Neil et al 2005). Στη συνέχεια ερμηνεύονται τα δεδομένα που έχουν συγκεκρωθεί και γίνεται εστίαση σε αυτά που επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις ή παρακάμπτονται αυτά που δεν σχετίζονται με τις τελευταίες. Στο τελευταίο στάδιο, οι ενδείξεις θα αξιολογηθούν με βάση τη συνεισφορά τους στις αρχικές υποθέσεις και τότε

αυτές «μετατρέπονται» σε διαγνώσεις (Bandman & Bandman 1994, Jones 1988, Carnevali & Thomas 1993).

Πάντως, αν και το υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη προσέγγιση για την περιγραφή της αναλυτικής διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων (Manias et al 2004, Banning 2008), πρέπει να αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό. Οι υποθέσεις μπορεί να είναι ανακριβείς ή να στηρίζονται σε λανθασμένες ερμηνείες των δεδομένων (Buckingham & Adams 2000). Ακόμα, η εφαρμογή του προϋποθέτει οι απαραίτητες γνώσεις και πληροφορίες να είναι διαθέσιμες και ακριβείς στον κατάλληλο χρόνο (Miers 1990, Harbison 1991). Επειδή είναι όμως γνωστό και εν πολλοίς αναμενόμενο ότι οι κλινικές αποφάσεις λαμβάνονται συνήθως υπό αβεβαιότητα, η αξία της συγκεκριμένης προσέγγισης πρέπει να αποτιμάται με βάση το όφελος που αποκομίζεται από κάθε απόφαση που λαμβάνεται με αυτόν τον τρόπο και τις πιθανές της συνέπειες (Wooley 1990).

2.2.3 Το Αναγνωριστικό μοντέλο RPD

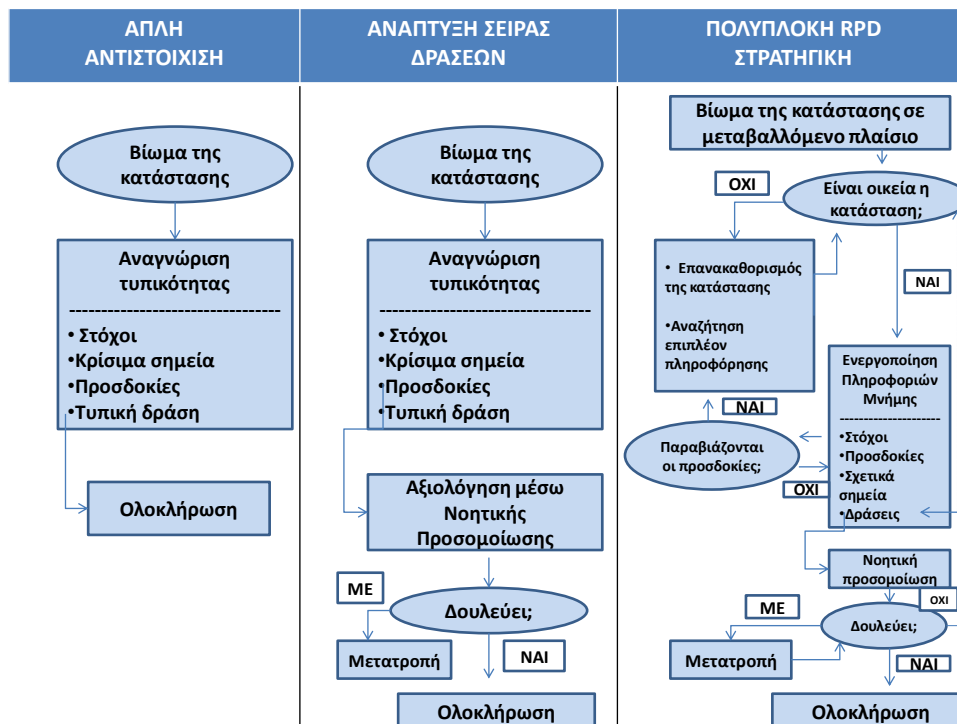
Το Αναγνωριστικό μοντέλο (Recognition-Primed Decision-Making) (Klein 1998) αναπτύχθηκε για να περιγράψει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων υπό χρονική πίεση και αβεβαιότητα. Η αρχική έρευνα διεξήχθη σε ομάδες πυροσβεστών, αλλά επεκτάθηκε και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες, όπως οι στρατιωτικοί, οι πιλότοι, τα στελέχη επιχειρήσεων και οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Klein 1998). Όλες οι ερευνητικές προσπάθειες, που υιοθετούσαν το συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο, ξεκίνησαν με την υπόθεση ότι κάτω από συνθήκες χρονικής πίεσης και αβεβαιότητας, οι αποφασίζοντες δεν είναι σε θέση να εξετάσουν πολλαπλές εναλλακτικές λύσεις. Πραγματικά, τα δεδομένα έδειξαν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις, που επικρατούσαν τέτοιου είδους συνθήκες, οι αποφασίζοντες όχι μόνο δεν εξέταζαν αρκετές λύσεις, αλλά δεν έκαναν καμία σύγκριση έστω μεταξύ δύο εναλλακτικών (Klein 1998). Εφάρμοζαν απλά την επιλογή που είχαν κάνει αρχικά, κατά την πρώτη επαφή με το πρόβλημα. Το γεγονός πως δεν ανέλυαν μία κατάσταση για να καταλήξουν σε μία επιλογή οφειλόταν στη διαδεδομένη πεποίθηση ότι η εξέταση των εναλλακτικών με υπολογισμό πιθανοτήτων θα μπορούσε να προκαλέσει καθυστερήσεις, τη στιγμή που υπήρχε απαίτηση για άμεση και αποτελεσματική δράση. Παρόλα αυτά, εύλογα προκύπτουν τα παρακάτω ερωτήματα: α) πώς μπορεί κάποιος να εμπιστευτεί την πρώτη

επιλογή που επεξεργάζεται και να στηρίξει σε αυτή τις αποφάσεις του; β) πώς μπορεί να αξιολογήσει κάποιος μία επιλογή, αν δεν τη συγκρίνει με άλλες;

Οι απαντήσεις δίνονται μέσα από τρία παραδείγματα του μοντέλου RPD, που παρουσιάζονται στο Σχήμα 2.4. Στην πρώτη περίπτωση, ο αποφασίζων «ζυγίζει» ένα πρόβλημα και εφαρμόζει την πρώτη λύση που σκέφτεται. Αυτό το κάνει, γιατί αναγνωρίζει την τρέχουσα κατάσταση ως παρόμοια με κάποια προηγούμενη εμπειρία του και έτσι ανακαλεί άμεσα τα πρότυπα συμπεριφοράς και τις αποφάσεις που εφαρμόστηκαν σε εκείνη την εμπειρία. Οι επιδέξιοι και έμπειροι αποφασίζοντες, ακριβώς επειδή αντιλαμβάνονται τα τρέχοντα συμβάντα ως τυπικές εκδηλώσεις παλαιότερων προβλημάτων, ακολουθούν πολύ γρήγορα συγκεκριμένους τύπους δράσης και συνήθως αποδεικνύονται επιτυχημένοι. Στη δεύτερη περίπτωση εξετάζεται το ενδεχόμενο μία κατάσταση να μην είναι ξεκάθαρη στον αποφασίζοντα. Τότε διενεργείται νοητική προσομοίωση, δηλαδή ο αποφασίζων αναπαριστά νοητικά τη λύση που επιλέγει για την τρέχουσα κατάσταση. Αν δεν μπορεί να εντοπίσει κάποιο εμπόδιο ή πρόβλημα, τότε έχει καταλήξει σε απόφαση, διαφορετικά την τροποποιεί ανάλογα. Αν μετά την τροποποίηση ανακύπτει νέο πρόβλημα, εξετάζεται η επόμενη εναλλακτική με την ίδια ακριβώς διαδικασία (Pennington & Hastie 1993, Klein & Crandall 1995). Στην τρίτη περίπτωση περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο ο αποφασίζων αξιολογεί μία πολύπλοκη στρατηγική χωρίς να τη συγκρίνει με άλλες δράσεις. Η αξιολόγηση γίνεται και πάλι με βάση τη νοητική προσομοίωση και τη βαθμιαία αναζήτηση ανεπιθύμητων συνεπειών που δεν οδηγούν σε αποδεκτές λύσεις. Η παραπάνω μέθοδος αναφέρεται ως σταδιακή εμβάθυνση (progressive deepening) (De Groot 1965).

Σε καθένα από τα παραπάνω παραδείγματα, η δράση καθορίζεται από το μέγεθος της εμπειρίας του αποφασίζοντα. Στο πρώτο παράδειγμα, η εμπειρία κατατάσσει τα προβλήματα σε κατηγορίες ανάλογα με την τυπικότητα που παρουσιάζουν με προηγούμενα βιώματα και προσφέρουν άμεσες λύσεις και δράσεις. Στο δεύτερο παράδειγμα, η εμπειρία είναι απαραίτητη για την κατασκευή των νοητικών μοντέλων που προσφέρουν γρήγορες ερμηνείες για μία αποδεκτή λύση. Στο τρίτο παράδειγμα δε, η εμπειρία είναι χρήσιμη και για τη νοητική προσομοίωση μίας κατάστασης και για την πρόβλεψη του πως θα εξελιχθεί.

Σχήμα 2.4 Μοντέλο Λήψης Αποφάσεων RPD



Πηγή: Klein & Klinger 1991

Τα τρία παραδείγματα απεικονίζουν και τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η διαχείριση της χρονικής πίεσης ή της αβεβαιότητας ή των δυναμικών μεταβολών μίας κατάστασης, προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις. Κάτω από μεγάλη χρονική στενότητα, το πρώτο παράδειγμα περιγράφει τη διαδικασία λήψης απόφασης χωρίς να προηγηθεί σκόπιμη ανάλυση. Κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας, το δεύτερο παράδειγμα περιγράφει πώς οι προηγούμενες εμπειρίες αποτελούν ένα ασφαλές ερμηνευτικό πλαίσιο για την επιλογή μίας λύσης. Επί δυναμικά μεταβαλλόμενων καταστάσεων, το τρίτο παράδειγμα εξηγεί το γιατί ο αποφασίζων καταλήγει σε μία απόφαση, χωρίς να χρειάζεται να επαναλάβει τις αναλύσεις που έχει διενεργήσει σε παλαιότερες, παρόμοιες καταστάσεις. Άλλωστε, το μοντέλο RPD λειτουργεί προσανατολισμένο στους μελλοντικούς στόχους παρά επικεντρωμένο στα τρέχοντα προβλήματα (Patel & Groen 1986, Larkin et al 1980).

Αν και τα ερευνητικά δεδομένα από τα ποικίλα επιστημονικά πεδία που έχει ελεγχθεί το ως άνω μοντέλο δείχνουν ότι το τελευταίο βρίσκει εφαρμογή στο 80-95% των επειγουσών καταστάσεων, που απαιτούν γρήγορες αποφάσεις, εντούτοις είναι λιγότερο πιθανό να εφαρμοστεί σε περιπτώσεις που απαιτούνται αιτιολογήσεις των δράσεων ή συμμετέχουν πολλά άτομα στη διαμόρφωση της τελικής επιλογής (Klein 1998).

Σε συστηματική ανασκόπηση των Bond & Cooper (2005) βρέθηκαν 6 ερευνητικές εργασίες που χρησιμοποιούσαν το μοντέλο RPD ως θεωρητικό πλαίσιο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Κοινά σημεία της διαδικασίας λήψης αποφάσεων ήταν ότι οι αποφασίζοντες: α) ανακαλούσαν ένα σχέδιο δράσης, χωρίς να εξετάζουν τα τυχόν εναλλακτικά, β) στηρίζονταν στην αναγνώριση της τυπικότητας μίας κατάστασης, γ) ανέτρεχαν στην προηγούμενη εμπειρία τους και με προσομοίωση αξιολογούσαν αν μπορούσαν να εφαρμόσουν τις προεπιλεγμένες αποφάσεις τους και δ) λειτουργούσαν περισσότερο διαισθητικά παρά αναλυτικά.

Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζονταν από τα συμπεράσματα του Elstein (2001) ότι τα διαγνωστικά προβλήματα επιλύονται με μία διαδικασία «συνταιριάσματος» της τρέχουσας κατάστασης με ένα πρότυπο, που διατηρείται αποθηκευμένο στη μακροπρόθεσμη μνήμη και ότι αυτού του είδους η γνωστική λειτουργία προηγούνταν των αποφάσεων που λάμβαναν οι έμπειροι κλινικοί. Βέβαια, είναι απαραίτητο να γίνει σαφές ότι η εμπειρία δεν είναι ταυτόσημη με την επιτηδειότητα και ότι τα έτη εργασιακής εμπειρίας δεν είναι ασφαλές κριτήριο αποτίμησης των δεξιοτήτων των αποφασίζοντων. Ακόμα, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το ως άνω μοντέλο δεν περιγράφει τη συνολική διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, παρά μόνο αυτήν που λαμβάνει χώρα στα πρώτα λεπτά μετά την αναγνώριση ενός προβλήματος. Όταν ο επείγων χαρακτήρας της κατάστασης δεν υφίσταται, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές στρατηγικές για να παραχθούν αποφάσεις, με συνηθέστερη μέθοδο την υποθετικο-επαγωγική (Lynham 1998).

2.2.4 Το μοντέλο της Απόκτησης Δεξιοτήτων

Το Μοντέλο Απόκτησης Δεξιοτήτων (Skill Acquisition Model) αναπτύχθηκε με σκοπό την περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αποκτώνται η επαγγελματική εμπειρία και οι επαγγελματικές δεξιότητες με την πάροδο του χρόνου (Pena 2010). Αναμφίβολα, ένα τέτοιο μοντέλο ταιριάζει στην περιγραφή της απόκτησης και των κλινικών δεξιοτήτων από τους κλινικούς επιστήμονες.

Οι Dreyfus και Dreyfus (1980, 1986) διατύπωσαν το ως άνω μοντέλο θεωρώντας πως η επαγγελματική εμπειρία που αποκτά ένα άτομο αντιστοιχεί σε πέντε διακριτά επίπεδα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους: αρχάριος (novice), νεοφώτιστος (advanced beginner), ικανός (competent), επαρκής (proficient) και ειδήμων (expert). Στο στάδιο του αρχάριου, ένα άτομο ακολουθεί κανόνες ανεξάρτητους από το πλαίσιο στο οποίο

ενεργεί και δεν αισθάνεται καμία άλλη υποχρέωση πέραν της αυστηρής τήρησής τους. Η ικανότητα αναπτύσσεται με την απόκτηση αρκετών και σημαντικών εμπειριών. Η επάρκεια χαρακτηρίζει τα άτομα, που χρησιμοποιούν τη διαίσθησή τους στη λήψη αποφάσεων και κατασκευάζουν τους δικούς τους εμπειρικούς κανόνες κατά τον προγραμματισμό της εργασίας τους. Τέλος, η επιτηδειότητα εκφράζεται μέσα από την ανεμπόδιστη δράση και την υψηλή επίδοση, που συμβαίνουν ασυνείδητα, αυτόματα και χωρίς να εξαρτώνται από τη σαφώς διατυπωμένη γνώση. Η μετάβαση των κλινικών στα επίπεδα διαφορετικής εμπειρίας αναπαρίσταται στον Πίνακα 2.2 με εναρκτήριο σημείο την αυστηρή προσήλωση στους κανόνες και τις διαδικασίες και καταληκτικό στάδιο τη διαισθητική λειτουργία. Πρέπει να σημειωθεί ότι το άτομο στο στάδιο του ειδήμονα δεν αποκλείεται να προσεγγίζει μία απόφαση με αναλυτικό τρόπο, κυρίως όταν η διαίσθηση αποτυγχάνει.

Πίνακας 2.2 Η μετάβαση από την κατάσταση του αρχάριου σε αυτή του ειδήμονα

| Επίπεδο | Στάδιο | Χαρακτηριστικά | Συμπεριφορά απέναντι στη πληροφορία | Αναγνώριση της συνάφειας | Εκτίμηση του πλαισίου | Λήψη απόφασης |
|---------|-------------|---|-------------------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|
| 1 | Αρχάριος | <ul style="list-style-type: none"> • Αυστηρή τήρηση κανόνων και σχεδίων • Χαμηλή περιστασιακή αντίληψη • Κρίση χωρίς ικανότητα διάκρισης | Ανεξαρτήτως πλαισίου εργασίας | Καμία | Με αναλυτικό τρόπο | Με ορθολογικό τρόπο |
| 2 | Νεοφώτιστος | <ul style="list-style-type: none"> • Δράση που βασίζεται σε γενικά χαρακτηριστικά των προβλημάτων • Περιορισμένη περιστασιακή αντίληψη • Αντιμετώπιση των πτυχών του προβλήματος, αποδίδοντας ίση σημασία | Εντός του πλαισίου εργασίας | | | |
| 3 | Ικανός | <ul style="list-style-type: none"> • Δράση (σε μικρό βαθμό) με βάση μακροπρόθεσμους στόχους • Συνειδητός, σκόπιμος προγραμματισμός • Εκτέλεση διαδικασιών ρουτίνας ακολουθώντας συγκεκριμένα πρότυπα πρακτικής | | Παρούσα | | |
| 4 | | <ul style="list-style-type: none"> • Ολιστική θεώρηση καταστάσεων παρά διακριτή αντιμετώπιση | | | | |

| | | | | | | |
|---|---------|--|--|--|----------|----------------------|
| | Επαρκής | των πτυχών τους <ul style="list-style-type: none"> • Διάκριση του πιο σημαντικού στοιχείου της κατάστασης • Αντίληψη των εκτροπών από το φυσιολογικό πρότυπο • Λιγότερο κοπιώδης λήψη απόφασης • Χρήση αξιωμάτων διαφορετικών για κάθε κατάσταση | | | Ολιστικά | |
| 5 | Ειδήμων | <ul style="list-style-type: none"> • Ελάχιστη υποστήριξη από οδηγίες, κανόνες και αξιώματα • Διαισθητική κατανόηση του προβλήματος βασισμένη σε βαθιές εσωτερικές γνώσεις • Οι αναλυτικές προσεγγίσεις εφαρμόζονται μόνο σε νέες καταστάσεις • Πρόβλεψη των μελλοντικών εκβάσεων | | | | Με διαισθητικό τρόπο |

Πηγή: Dreyfus 1981

Το μοντέλο των Dreyfus περιγράφει ικανοποιητικά τον τρόπο που αποκτώνται οι κλινικές δεξιότητες, τόσο για να εκτελούνται απλές πράξεις ρουτίνας, όσο και πιο σύνθετες διαδικασίες, όπως η λήψη αποφάσεων και η επίλυση προβλημάτων (Carraccio et al 2008). Για αυτές τις διαδικασίες η διαχείριση της γνώσης, η ποιότητα της εργασίας, η αυτονομία, η αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας και η αντίληψη του πλαισίου διαφέρει σε κάθε επίπεδο του μοντέλου (Πίνακας 2.3).

Πίνακας 2.3 Κλιμάκωση χαρακτηριστικών της διαδικασίας λήψης αποφάσεων κατά τη μετάβαση από την κατάσταση του αρχάριου στην κατάσταση του ειδήμονος

| | Γνώση | Ποιότητα εργασίας | Αυτονομία | Διαχείριση πολυπλοκότητας | Αντίληψη του πλαισίου της φροντίδας |
|--------------------|--|--|---|---|--|
| Αρχάριος | Λιγοστές, ή γνώσεις προερχόμενες από συγγράμματα, χωρίς σύνδεση με την πρακτική | Συνήθως μη ικανοποιητική εκτός αν βρίσκεται κάτω από στενή εποπτεία | Χρήζει στενής παρακολούθησης και καθοδήγησης | Μικρή ή καθόλου ικανότητα να διαχειριστεί ένα σύνθετο πρόβλημα | Τείνει να κατανοεί τις πράξεις ως μεμονωμένες δράσεις |
| Νεοφώπιστος | Γνώση των πολύ βασικών πτυχών της πρακτικής | Κάποιες πράξεις μπορούν να εκτελεστούν σε αποδεκτό επίπεδο | Ικανός να εκτελέσει κάποιες πράξεις χρησιμοποιώντας την κρίση του, αλλά χρήζει παρακολούθησης για την επιτέλεση του συνολικού έργου | Αντιλαμβάνεται την πολυπλοκότητα μίας κατάστασης, αλλά μπορεί να προσφέρει λύσεις μέχρι ένα βαθμό | Κατανοεί τις πράξεις ως στάδια μιας διαδικασίας |
| Ικανός | Καλή γνώση του γνωστικού αντικείμενου | Ικανοποίηση των στόχων, αν και μπορεί να μην έχει προηγηθεί καλή επεξεργασία | Ικανός να επιτελέσει τα περισσότερα έργα χρησιμοποιώντας την κρίση του | Αντιμετωπίζει τις σύνθετες καταστάσεις με σκόπιμη ανάλυση και προγραμματισμό | Κατανοεί τις πράξεις με βάση τους μακροπρόθεσμους στόχους τους |
| Επαρκής | Βαθεία γνώση του γνωστικού αντικείμενου και του τομέα πρακτικής | Πλήρως αποδεκτό επίπεδο για την εργασία ρουτίνας | Ικανός να αναλάβει την πλήρη ευθύνη των πεπραγμένων του | Αντιμετωπίζει τις σύνθετες καταστάσεις ολιστικά και λαμβάνει τις αποφάσεις του με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση | Κατανοεί τη συνολική εικόνα και τη συμβολή των διαφορετικών δράσεων στη διαμόρφωσή της |
| Ειδήμων | Πολύ καλή γνώση του γνωστικού αντικείμενου και βαθειά κατανόηση των καταστάσεων στον τομέα πρακτικής | Η αριστεία επιτυγχάνεται με σχετική ευκολία | Ικανός να αναλάβει την ευθύνη για τη δράση πέραν των υπάρχοντων προτύπων και για τη δημιουργία των δικών του ερμηνειών | Συνολική κατανόηση των πολύπλοκων καταστάσεων και μετακίνηση μεταξύ διαισθητικών και αναλυτικών προσεγγίσεων με ευκολία | Κατανοεί τόσο τη συνολική εικόνα όσο και τις εναλλακτικές προσεγγίσεις για την επίλυση του προβλήματος. Μπορεί να προβλέψει τι είναι πιθανό να συμβεί. |

Πηγή: *Institute of Conversation 2003*

2.2.5 Το μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς

Το μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond (1980) (Hammond's Cognitive Continuum) προτείνει ότι ο συλλογισμός δεν μπορεί να είναι ούτε απολύτως διαισθητικός, ούτε απολύτως αναλυτικός. Η διαίσθηση σε αυτό το μοντέλο ορίζεται από

την παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και όχι απλά ως «απουσία ανάλυσης» (Hamm 1988). Συγκεκριμένα, η διαισθητική σκέψη εκτελεί γρήγορη, μη συνειδητή επεξεργασία πληροφοριών και χαρακτηρίζεται από μέτρια ακρίβεια. Από την άλλη πλευρά, η αναλυτική σκέψη, στο γνωστικό συνεχές, έχει τα αντίθετα χαρακτηριστικά, δηλαδή είναι αργή, ενσυνείδητη, με συνοχή, σχετικά ακριβής και συνδυάζει τις πληροφορίες οργανωμένα, με τη χρήση συγκεκριμένων κανόνων. Ο συλλογισμός λειτουργεί σε κάποια ενδιάμεσα σημεία ενός νοητού συνεχούς με αντίθετους πόλους την ανάλυση και τη διαίσθηση. Σε αυτή την ενδιάμεση κατάσταση ο συλλογισμός μπορεί να έχει μικτά χαρακτηριστικά ή μπορεί να κινείται «εμπρός-πίσω» ανάμεσα στους δύο πόλους (Hammond 1981, Hamm 1985).

2.2.6 Ευρετικές μέθοδοι

Μία επιπλέον στρατηγική που χρησιμοποιούν τα άτομα, προκειμένου να αποφασίσουν για σύνθετα προβλήματα υπό συνθήκες αβεβαιότητας, είναι η εφαρμογή ενός περιορισμένου αριθμού ευρετικών αρχών (heuristics), δηλαδή μηχανισμών γνωστικής απλοποίησης για να μειώσουν την πολυπλοκότητα των προβλημάτων και των διαδικασιών λήψης αποφάσεων (Tversky & Kahneman 1981, Baron 1994, Kahneman & Tversky 1979, Wurzbach 1991). Οι ευρετικές μέθοδοι, όσο μπορούν να διευκολύνουν τη νοητική προσπάθεια μέχρι να ληφθεί μία απόφαση, άλλο τόσο δύνανται να οδηγήσουν σε λάθη στην κρίση (Hickman 1993, Kahneman & Tversky 1982). Οι Tversky και Kahneman (1974) προσδιόρισαν τρία σημαντικά σύνολα ευρετικών αρχών για να αξιολογήσουν τις πιθανότητες και να προβλέψουν τις ενδεχόμενες λύσεις: α) την ευρετική μέθοδο της αντιπροσωπευτικότητας (representativeness), β) την ευρετική μέθοδο της διαθεσιμότητας (availability) και γ) την ευρετική μέθοδο της αγκύρωσης και της προσαρμογής (anchoring και adjustment).

Οι άνθρωποι εμπιστεύονται την αντιπροσωπευτικότητα, όταν αξιολογούν την πιθανότητα ένα γεγονός να ανήκει σε μία ορισμένη κατηγορία. Η κρίση τους διαμορφώνεται μετά από σύγκριση των ομοιοτήτων του γεγονότος με τα στερεότυπα που θεωρούν αντιπροσωπευτικά. Δηλαδή, όταν πρόκειται να επεξεργαστούν τις σχετικές πληροφορίες και να λάβουν αποφάσεις, δεν καταφεύγουν σε συλλογισμό επιστημονικού, στατιστικού ή ορθολογικού χαρακτήρα. Αντίθετα, ανάμεσα σε μία διαθέσιμη στατιστική πληροφορία και μία ψυχολογική περιγραφή, η τάση είναι να υπερεκτιμάται η πληροφορία που συσχετίζεται με τη δεύτερη και να αγνοούνται τα

στατιστικά δεδομένα. Για παράδειγμα, ένας κλινικός σε μία καρδιολογική ΜΕΘ αποδίδει τη δύσπνοια του ασθενούς σε καρδιακή παρά αναπνευστική ανεπάρκεια και προχωρά άμεσα σε σχετική θεραπεία με διουρητικά, αγγειοδιασταλτικά πνευμονικών τριχοειδών ή ινóτροπα. Σε αυτήν την περίπτωση, ο κλινικός δεν έχει διαθέσιμο χρόνο να συλλέξει επαρκή στοιχεία και επιλέγει να κάνει γενικεύσεις από τη βάση της εμπειρίας που διαθέτει, προκειμένου να λάβει την κλινική του απόφαση (Schwenk 1984). Έτσι, τείνει να εκτιμά τις αποφάσεις αναλογικά, υποθέτοντας ότι η αναλογία είναι αντιπροσωπευτική για την προβληματική κατάσταση που αντιμετωπίζει. Ακόμα, υπερεκτιμά το βαθμό στον οποίο το παρελθόν είναι αντιπροσωπευτικό του παρόντος και συμπεριλαμβάνει στις αποφάσεις του λύσεις που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν, θεωρώντας ότι θα συνεχίσουν να είναι λειτουργικές για τα παρόντα προβλήματα (George et al 2000). Γίνεται φανερό ότι η υπερβολική εμπιστοσύνη στην τεχνική της αντιπροσωπευτικότητας είναι εύκολο να οδηγήσει σε υποτίμηση των πραγματικών πιθανοτήτων εκδήλωσης των φαινομένων, σε παρανοήσεις των συγκυριών, σε απουσία αντίληψης των μεταβολών και σε λανθασμένες εκτιμήσεις της εγκυρότητας των κλινικών αποφάσεων (Tversky 1967).

Επιπλέον, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν την ευρετική τεχνική της διαθεσιμότητας, όταν αξιολογούν την πιθανότητα επιτυχίας ή αποτυχίας με βάση την ανάμνηση των πιο γνωστών, πρόσφατων και έντονων περιπτώσεων. Για παράδειγμα, ο βαθμός στον οποίο η επιπλοκή μίας θεραπείας θεωρείται σημαντική συσχετίζεται με το βαθμό ανάκλησης των ανεπιθύμητων ενεργειών από τον κάθε αποφασίζοντα. Οι αποφάσεις που βασίζονται στη διαθεσιμότητα επηρεάζονται από την ευκολία ανάκλησης των παρόμοιων περιπτώσεων, τη φαντασία του αποφασίζοντα ή το βαθμό δημιουργίας παραπλανητικών συσχετίσεων (Tversky 1967). Ασφαλώς, ο αποφασίζων μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο και προσπάθεια, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της διαθεσιμότητας, αλλά είναι εύκολο να οδηγηθεί σε προκαταλήψεις, όταν περιορίζεται αδικαιολόγητα σε παραδείγματα που είναι εύκολο να θυμηθεί ή πληροφορίες που είναι εύκολο να ανακτήσει (Gilovich et al 2002).

Τέλος, με τις ευρετικές μεθόδους της αγκύρωσης και της προσαρμογής ο αποφασίζων κάνει τις κρίσεις του ξεκινώντας από μία αρχική αξία, η οποία προσαρμόζεται ώστε να καταλήξει στην τελική του απόφαση (Tversky 1967, Price & Stone 2004). Για παράδειγμα, η διάγνωση της οξείας παγκρεατίτιδας είναι λογική και αναμενόμενη για έναν 60-χρονο άνδρα που αναφέρει κοιλιακό άλγος και ναυτία,

ανακουφίζεται ελαφρώς με την κλίση του σώματος προς τα εμπρός και έχει ιστορικό κατάχρησης οινοπνεύματος. Αν όμως ο ασθενής αναφέρει ότι δεν έχει κάνει χρήση αλκοόλ για πολλά χρόνια ή/και δεν μετρώνται υψηλά επίπεδα αμυλάσης στο αίμα και οι κλινικοί αποφεύγουν να αξιολογήσουν αυτά τα αντικρουόμενα με την αρχική τους διάγνωση δεδομένα ή τα απορρίπτουν με τις δικαιολογίες ότι π.χ ο ασθενής αποκρύβει την αλήθεια, ή ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να μην είναι ακριβείς, τότε λαμβάνουν τις διαγνωστικές αποφάσεις τους με την ευρετική μέθοδο της αγκύρωσης. Σε αυτή την περίπτωση, συνεχίζουν την αναζήτηση δεδομένων που επιβεβαιώνουν την αρχική τους εκτίμηση και αποτυγχάνουν να αναθεωρήσουν τις αποφάσεις τους, όπως αυτές κατευθύνονται από τις νέες πληροφορίες. Η ευρετική της αγκύρωσης μπορεί να είναι χρήσιμη στην παροχή αρχικών εκτιμήσεων, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε λάθη και προκαταλήψεις, όταν οι προσαρμογές είναι ανεπαρκείς ή όταν αποτυγχάνουν να εξετάσουν την αλληλεξάρτηση των σχετικών δεδομένων (Tversky 1967).

Η εργασία των Tversky & Kahneman (1974) σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες ευρετικές μεθόδους έχει καταδείξει ότι ο συλλογισμός επηρεάζεται από την προηγούμενη εμπειρία με παρόμοια γεγονότα. Τα ευρήματα αυτά βρίσκουν εφαρμογή και στον κλινικό συλλογισμό. Ο Croskerry (2003) αποκρυστάλλωσε τους 25 γνωστικούς ευρετικούς μηχανισμούς ανταπόκρισης στα κλινικά περιστατικά, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.4.

Πίνακας 2.4 Προσεγγιστικές γνωστικές μέθοδοι ανταπόκρισης σε κλινικά περιστατικά

| | |
|--|--|
| Συνολική προκατάληψη (aggregate bias) | Η αντίληψη των κλινικών ότι τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για να αναπτυχθούν οι κλινικές οδηγίες δεν βρίσκουν εφαρμογή στους ασθενείς τους. Η πίστη ότι οι ασθενείς τους αποτελούν εξαιρέσεις ή μη τυπικές περιπτώσεις. |
| Αγκύρωση (anchoring) | Η τάση για επικέντρωση στα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της εικόνας του ασθενούς από τα πρώτα στάδια της λήψης αποφάσεων και η αποτυχία προσαρμογής της αρχικής υπόθεσης σε νέα δεδομένα. |
| Προκατάληψη διαπίστωσης (ascertainment bias) | Η διαμόρφωση της κλινικής κρίσης αποκλειστικά στη βάση των προηγούμενων προσδοκιών και η στήριξη σε στερεότυπα |
| Διαθεσιμότητα (availability) | Η διάθεση να θεωρούνται τα περιστατικά περισσότερο πιθανά, όταν έρχονται πιο γρήγορα στη σκέψη. Έτσι, η πρόσφατη εμπειρία μίας ασθένειας μπορεί να οδηγήσει στην ίδια διάγνωση και σε παρόμοιες περιπτώσεις, αυξάνοντας την πιθανότητα εκδήλωσής τους ή και το αντίθετο. |
| Αγνοία της σχετικής συχνότητας (base rate neglect) | Η τάση να αγνοείται η πραγματική συχνότητα μίας ασθένειας. Σε κάποιες περιπτώσεις, οι κλινικοί ξετάζουν και τα σπάνια «χειρότερα σενάρια», ώστε να αποφύγουν την περίπτωση να τους ξεφύγει μία σπάνια, αλλά σημαντική διάγνωση. |

| | |
|---|--|
| Προκατάληψη ενεργοποίησης (commission bias) | Είναι η τάση του κλινικού να είναι περισσότερο ενεργός παρά ανενεργός απέναντι σε ένα κλινικό πρόβλημα, υποκινούμενος από την ηθική αρχή της αγαθοεργίας. |
| Προκατάληψη επιβεβαίωσης (confirmation bias) | Η τάση του κλινικού να αναζητά ενδείξεις που να επιβεβαιώνουν την αρχική του υπόθεση, παρά δεδομένα που να την απορρίπτουν, ακόμα και αν τα τελευταία είναι περισσότερο εμφανή. |
| Διαγνωστική ορμή (diagnosis momentum) | Η τάση του κλινικού να παρουσιάζει τη διάγνωση με τέτοιο τρόπο, ώστε οι συνεργάτες να τη θεωρούν δεδομένη και τελικά από πιθανή να θεωρείται αναμφισβήτητη. |
| Κύρωση ανατροφοδότησης (feedback sanction) | Η αδυναμία αποκάλυψης του λάθους λόγω χρονικών καθυστερήσεων ή ανυπαρξία ελέγχου και ανατροφοδότησης |
| Επίδραση πλαισίου (framing effect) | Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται το κλινικό πρόβλημα επηρεάζεται από τον τρόπο παρουσίασής του. Για παράδειγμα, η εκτίμηση του κινδύνου ενός ασθενούς επηρεάζεται από το αν ο κλινικός θεωρεί ότι ο ασθενής είναι περισσότερο πιθανό να αποβιώσει ή να ζήσει. Ακόμα επηρεάζεται από τον τρόπο που το κλινικό πρόβλημα περιγράφεται και παρουσιάζεται από άλλους κλινικούς |
| Θεμελιώδες σφάλμα απόδοσης (fundamental attribution error) | Η τάση των κλινικών να δίνουν υπερβολική έμφαση στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά των ασθενών ως αιτίες των προβλημάτων και των ασθενειών τους και να υποτιμούν τις περιστασιακές επιρροές. Συνήθως συμβαίνει με ψυχιατρικούς ασθενείς, μειονότητες και περιθωριοποιημένες ομάδες |
| Το λάθος του παίκτη (gambler's fallacy) | Η τάση του κλινικού να θεωρεί ότι αν έχει αντιμετωπίσει ένα κλινικό πρόβλημα με τον ίδιο τρόπο επί μία σειρά περιστατικών, είναι η μικρή η πιθανότητα να εκδηλωθεί ξανά το ίδιο πρόβλημα. Για παράδειγμα, αν ένας κλινικός έχει θέσει τη διάγνωση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε μία σειρά ασθενών με θωρακικό πόνο, τότε θεωρεί ότι ο επόμενος που θα αναφέρει παρόμοια συμπτώματα είναι απίθανο να πάσχει από την ίδια πάθηση. |
| Προκατάληψη φύλου (gender bias) | Η τάση του κλινικού να πιστεύει ότι κάποια νοσήματα ή παθολογικά συμπτώματα εκδηλώνονται με μεγαλύτερη συχνότητα ανάλογα με το φύλο, χωρίς να υπάρχει καμία παθοφυσιολογική βάση για αυτόν τον ισχυρισμό |
| Προκατάληψη ύστερης γνώσης (hindsight bias) | Η γνώση του αποτελέσματος μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη για τα προηγούμενα γεγονότα |
| Προκατάληψη πολλαπλών εναλλακτικών (multiple alternatives bias) | Η τάση του κλινικού να εξετάζει ως περισσότερο πιθανές εναλλακτικές αυτές που γνωρίζει καλύτερα. Για παράδειγμα, αν καλείται να θέσει μία διάγνωση και σκέφτεται «Είναι πιθανά η Α, μπορεί να είναι η Β και δεν ξέρω τη Γ», τότε το πιθανότερο είναι η Γ να μην εξεταστεί ως πιθανή διάγνωση |
| Προκατάληψη παράλειψης (omission bias) | Η τάση του κλινικού να μην ενεργήσει παρακινούμενος από την ηθική αρχή της μη βλάβης στον ασθενή. |
| Προκατάληψη αποτελέσματος (outcome bias) | Η τάση του κλινικού να λαμβάνει αποφάσεις με βάση του τι ελπίζει να συμβαίνει και όχι του τι πραγματικά συμβαίνει. |
| Προκατάληψη υπερβολικής αυτοπεποίθησης (overconfidence bias) | Η τάση του κλινικού να πιστεύει ότι ξέρει περισσότερα από όσα πράττει και κατ' αυτόν τον τρόπο να δρα, ενώ δεν έχει πλήρη εικόνα του κλινικού προβλήματος, βασισμένος στο ένστικτό του ή στην αυτοπεποίθησή του. |
| Προκατάληψη «Παίζω με τις πιθανότητες» (playing the odds) | Η τάση του κλινικού να θεωρεί ότι οι πιθανότητες να εκδηλωθεί ένα «καλόθες» πρόβλημα είναι μεγαλύτερες από την εκδήλωση ενός σοβαρότερου και σπανιότερου νοσήματος. |
| Λάθος μεταγενέστερης πιθανότητας (posterior probability error) | Η τάση του κλινικού να θεωρεί ότι αν ένας ασθενής έχει εμφανίσει επαναλαμβανόμενα επεισόδια με συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα, το επόμενο παρόμοιο επεισόδιο θα είναι της ίδιας αιτιολογίας. |

| | |
|---|--|
| Πρόωρο κλείσιμο (premature closure) | Η τάση του κλινικού να αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα με συγκεκριμένο τρόπο, χωρίς να έχουν εξακριβωθεί τα αίτια του |
| Αντιπροσωπευτικότητα (representativeness) | Η αντιμετώπιση ενός κλινικού προβλήματος με βάση τα εύκολα αναγνωρίσιμα πρότυπα, στα οποία έχει πρόσβαση ο κλινικός μέσω της εμπειρίας του. |
| Αναζήτηση ως την ικανοποιητική λύση (search satisfying) | Η τάση του κλινικού να σταματά την αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων στο κλινικό πρόβλημα, όταν ικανοποιείται από μία λύση |
| Αρχή του ξεδιπλώματος (unpacking principle) | Η τάση του κλινικού να αποκλείει την εξέταση κάποιων πιθανών εναλλακτικών, αν το πρόβλημα παρουσιάζεται συνοπτικά από τον άρρωστο ή δεν αναζητούνται όλες οι πτυχές του μέσω του ιστορικού |
| Η επίδραση της σειράς (order effect) | Η τάση του κλινικού να θυμάται τις αρχικές και τις τελευταίες πληροφορίες που διατίθενται για ένα κλινικό πρόβλημα. |
| Αυτοεκπληρούμενη προφητεία (self fulfilling prophecy) | Ο ψευδής ορισμός της κλινικής κατάστασης προκαλεί μία συγκεκριμένη κλινική συμπεριφορά, που κάνει την αρχική ψευδή εκτίμηση να αποβεί αληθής |

Πηγή: Croskerry 2003

Επισημαίνεται όμως πως αν και οι ευρετικές στρατηγικές στηρίζονται στις συσσωρευμένες κλινικές εμπειρίες και προσφέρουν σωτήρια κλινικά αποτελέσματα σε επείγουσες καταστάσεις, είναι επίσης επιρρεπείς στις προκαταλήψεις που σε κάποιες περιστάσεις οδηγούν σε λάθη στην κρίση και επομένως σε αρνητικά κλινικά αποτελέσματα. Είναι λοιπόν απαραίτητο για τους κλινικούς να διατηρούν μία ισορροπία ανάμεσα στη χρήση αυτών των τεχνικών και στην επιστράτευση των αναλυτικών μεθόδων, οι οποίες μαθαίνονται μέσα από τη μελέτη των κανονιστικών και δεοντολογικών μοντέλων λήψης αποφάσεων.

2.3 Δεοντολογικά μοντέλα λήψης αποφάσεων

2.3.1 Γενικά

Το 1982, οι Bell et al (1988) αμφισβήτησαν το διαχωρισμό των μοντέλων λήψης αποφάσεων μόνο σε κανονιστικά και περιγραφικά και εισήγαγαν την έννοια των δεοντολογικών μοντέλων. Βασικός σκοπός τους είναι η υποστήριξη των ατόμων να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις, χρησιμοποιώντας τα πλεονεκτήματα της συστηματικής μεθοδολογίας των κανονιστικών μοντέλων και υπολογίζοντας τους γνωστικούς περιορισμούς των αποφασίζοντων. Οι δεοντολογικές θεωρίες έχουν εφαρμοστεί σε πολλά πλαίσια. Τα δέντρα αποφάσεων (decision trees) έχουν εφαρμοστεί αρκετά στο πεδίο της Ιατρικής, ώστε να υποστηρίξουν τις κλινικές αποφάσεις. Οι πιο πρόσφατες όμως εφαρμογές δεοντολογικών μοντέλων στον κλινικό χώρο είναι οι κλινικές οδηγίες, καθώς και η λήψη αποφάσεων με τη βοήθεια ηλεκτρονικών υπολογιστών.

2.3.2 Λήψη αποφάσεων βασισμένων στις ενδείξεις

Τόσο οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες όσο και τα κλινικά πρωτόκολλα αποτελούν σύνολα προτάσεων που προτρέπουν τον κλινικό και τον ασθενή να επιλέξει τη βέλτιστη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τους περισσότερους κλινικούς αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στην καθημερινή κλινική πράξη σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων (Grimshaw et al 2006, Kramers 2003), αφού ο σκοπός τους είναι η καθοδήγηση των κλινικών αποφάσεων μετά από προσεκτική ανάλυση των σύγχρονων αποδείξεων ή των τρεχουσών ενδείξεων (Renholm et al 2002).

Η κλινική πρακτική βασίζεται στις ενδείξεις (evidence-based practice), όταν ο κλινικός αναγνωρίζει την αβεβαιότητα που περιβάλλει τη λήψη των κλινικών του αποφάσεων και αναζητά στρατηγικές ελέγχου της. Έτσι, αφενός αποδέχεται ότι υπάρχουν διαφορετικές και διαφορετικής αποτελεσματικότητας επιλογές, αναφορικά με τη φροντίδα που προσφέρει για κάθε κλινικό πρόβλημα και αφετέρου προβαίνει στην αναζήτησή τους. Η ενσωμάτωση των ορθότερων και πειστικότερων αποδείξεων και στοιχείων, καθώς και των πρόσφατων ερευνητικών δεδομένων στις κλινικές αποφάσεις συνιστά το δεοντολογικό μοντέλο της Λήψης Αποφάσεων βασισμένων στις Ενδείξεις (Evidence-based Decision-making) (Thompson et al 2004) Η διαδικασία περιλαμβάνει: α) τη διατύπωση ενός επικεντρωμένου κλινικού ερωτήματος που προκύπτει από την αναγνώριση της ανάγκης για κλινικές πληροφορίες, β) την αναζήτηση της περισσότερο κατάλληλης ένδειξης για να καλύψει το συγκεκριμένο γνωστικό κενό, γ) την κριτική θεώρηση της ανακτημένης ένδειξης, δ) τη μετατροπή της οδηγίας σε στρατηγική δράσης και τέλος, ε) την αξιολόγηση των συνεπειών των ανειλημμένων ενεργειών.

Η λήψη αποφάσεων βασισμένων στις ενδείξεις, ως δεοντολογική προσέγγιση, περιγράφει τον τρόπο που πρέπει να λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις, ώστε να γίνονται οι βέλτιστες επιλογές σε πραγματικό χρόνο και μέσα σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον. Σε καμία περίπτωση δεν υποτιμά την αξία της κλινικής εμπειρίας, αν και η τελευταία μπορεί να παρέχει μία εσφαλμένη αίσθηση βεβαιότητας στον αποφασίζοντα, που να τον οδηγεί σε προκατειλημμένες αποφάσεις, ακόμα και για κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζει για πρώτη φορά. Δεδομένου όμως ότι οι κλινικές αποφάσεις δεν λαμβάνονται σε «κενό», οι καλές αποφάσεις είναι αυτές που προκύπτουν, αφού ληφθούν υπόψη η κλινική εμπειρία, οι διαθέσιμοι πόροι, οι αξίες και προτιμήσεις των ασθενών και τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα (Thompson et al 2004). Αρκετοί

ερευνητές πάντως αναγνωρίζουν ότι η εφαρμογή των κλινικών οδηγιών και πρωτοκόλλων μπορεί να είναι προβληματική (Matchar & Samsa 2003), ιδιαίτερα επειδή μπορούν να δημιουργήσουν την ψευδαίσθηση ότι υπάρχει μία έτοιμη λύση για κάθε σύνθετο πρόβλημα (Thompson & Dowding 2002, Berg 1997).

2.3.3 Λήψη αποφάσεων με τη βοήθεια υπολογιστικών συστημάτων

Η ανάπτυξη της σύγχρονης πληροφοριακής τεχνολογίας έχει διεισδύσει στον κλινικό χώρο με σκοπό τη δημιουργία υπολογιστικών συστημάτων για την υποβοήθηση των κλινικών αποφάσεων με βάση τα εξατομικευμένα δεδομένα του κάθε ασθενή. Ένα σύστημα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων είναι σχεδιασμένο ώστε να χρησιμοποιεί μαθηματικά μοντέλα προσομοίωσης και μεθόδους επεξεργασίας ιατρικών δεδομένων για την κωδικοποίηση της διαθέσιμης γνώσης και την επίλυση σύνθετων προβλημάτων που προκύπτουν στην κλινική πράξη (Kawamoto et al 2005, Wright et al 2009). Η δομή ενός τέτοιου συστήματος περιλαμβάνει μία βάση γνώσης, ένα μηχανισμό συμπερασμάτων, μία μηχανή επεξήγησης και ένα υποσύστημα επικοινωνίας με τον χρήστη. Η βάση γνώσης περιέχει ένα πολύ μεγάλο όγκο επιστημονικών γνώσεων, που χρησιμοποιούνται από τη μηχανή συμπερασμάτων για τη δημιουργία των προτεινόμενων οδηγιών-επιλογών. Η μηχανή επεξήγησης παρέχει στο χρήστη ανάλυση των λογικών συσχετισμών που οδήγησαν στις προτεινόμενες οδηγίες και του επιτρέπει να ελέγξει την ορθότητά τους. Ο μηχανισμός συμπερασμάτων έχει τη δυνατότητα να συνδυάζει τα δεδομένα της βάσης γνώσης, ώστε να συνθέσει τη βέλτιστη λύση. Κατά την επικοινωνία με τον χρήστη, τα συστήματα αυτά του υποβάλλουν μία σειρά ερωτημάτων για να συγκεντρωθούν οι απαραίτητες πληροφορίες, οι οποίες χρησιμεύουν ως δεδομένα εισόδου. Συνολικά, ο μηχανισμός συμπερασμάτων χρησιμοποιεί τα δεδομένα εισόδου και αναζητά στη βάση γνώσης το απαιτούμενο γνωστικό υλικό, ώστε να δημιουργηθούν περισσότερες από μία οδηγίες. Αυτές προσφέρονται στο χρήστη μαζί με τη σχετική ανάλυση-επεξεργασία και τον διευκολύνουν να καταλήξει στην κατάλληλη επιλογή (Βαγγελάτος & Σαριβουγιούκας 2005, Αποστολάκης και συν 2007).

Τα συστήματα υποστήριξης κλινικών αποφάσεων παρουσιάζουν τα πλεονεκτήματα της μείωσης του χρόνου της διαδικασίας μέχρι τη λήψη μίας απόφασης, καθώς η λειτουργία τους επιτελείται σε λίγα λεπτά και της προτροπής του χρήστη για τη διενέργεια προληπτικών ενεργειών που μπορούν να διαφύγουν της προσοχής κάτω από την πίεση του εργασιακού φόρτου (Λαζακίδου 2005).

2.5 Κριτική θεώρηση των μοντέλων λήψης κλινικών αποφάσεων

Σύμφωνα με τον Thompson και συν (2004), τα θεωρητικά μοντέλα λήψης κλινικών αποφάσεων είναι απαραίτητο να περιγράφουν τα χαρακτηριστικά των αποφάσεων, τις πηγές πληροφόρησης για αυτές τις αποφάσεις, τη διαδικασία λήψης τους και τις σχέσεις αυτών των στοιχείων μεταξύ τους.

Τα κανονιστικά και δεοντολογικά μοντέλα αφορούν στη λήψη ορθολογικών, επιστημονικών και βασισμένων σε ενδείξεις αποφάσεων, που υποστηρίζονται από στατιστική ανάλυση σχετικών ερευνητικών δεδομένων. Η θεωρητική επάρκεια των κανονιστικών μοντέλων αξιολογείται από το πόσο βοηθητικά είναι για τους αποφασίζοντες στο να προβλέψουν ή να εξηγήσουν τα αποτελέσματα μιας απόφασης. Στην ίδια περίπου λογική τα δεοντολογικά μοντέλα χρησιμοποιούν την επιστημονική γνώση, που συνήθως εμπεριέχεται στα κανονιστικά μοντέλα, διαμορφώνοντας κατευθυντήριες οδηγίες, αλγόριθμους ή υποστηρικτικά πλαίσια για τη λήψη αποφάσεων και αξιολογούνται από το κατά πόσο οδηγούν στη λήψη «καλύτερων» και αποτελεσματικότερων αποφάσεων. Τα δυνατά σημεία τους είναι ότι οι αποφάσεις, που βασίζονται σε αυτά, είναι αποτελέσματα της σκόπιμης, συστηματικής και οργανωμένης κρίσης των αποφασιζόντων, η οποία καθοδηγείται από αντικειμενικά ευρήματα. Τα κύρια αδύνατα σημεία τους είναι ότι υποτιμούν τη γνώση που προκύπτει από την παρατήρηση ή την προηγούμενη πρακτική εμπειρία, και οδηγεί στη συναισθηματική δραστηριοποίηση του ατόμου μπροστά σε ένα πρόβλημα, την άμεση αντίδρασή του και την ανάπτυξη της διαίσθησής του. Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο ότι αποτελούν δάνεια από άλλα ερευνητικά πεδία και γι' αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικά της πραγματικής διαδικασίας με την οποία λαμβάνονται οι αποφάσεις σε ένα κλινικό περιβάλλον.

Το παραπάνω κενό προσπαθούν να καλύψουν τα περιγραφικά μοντέλα, που προκύπτουν από μελέτες παρατήρησης και ανάλυσης του τρόπου με τον οποίο τα υποκείμενα αποφασίζουν για θέματα που άπτονται των επαγγελματικών τους ευθυνών. Ωστόσο, από τη συνολική μελέτη τους φαίνεται πως έχει δοθεί ελάχιστη σημασία στην περιγραφή των τύπων και των χαρακτηριστικών των αποφάσεων, όσο και στην αποτίμηση της ποιότητάς τους. Το συνηθέστερο κριτήριο για την περιγραφή των αποφάσεων είναι ο βαθμός βεβαιότητας κατά τη λήψη τους, με τα περισσότερα

περιγραφικά μοντέλα να περιγράφουν αυτές που λαμβάνονται υπό συνθήκες αβεβαιότητας.

Τα προαναφερθέντα θεωρητικά μοντέλα εξετάζουν κυρίως τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων και προτείνουν δύο κυρίαρχα πρότυπα συμπεριφοράς: το αναλυτικό, κατά το οποίο ο αποφασίζων συγκεντρώνει πληροφορίες, τις αναλύει και τεκμηριώνει την επιλογή του και το διαισθητικό που στηρίζεται περισσότερο στο συναίσθημα και την υποκειμενική του κρίση. Η βασική κριτική για τα μοντέλα που περιγράφουν έναν τύπο συμπεριφοράς για κάθε απόφαση είναι ότι η επιστράτευση της αναλυτικής σκέψης δεν μπορεί να βοηθήσει κάποιον να λάβει απόφαση σε καταστάσεις κρίσης, όπου τα προβλήματα εξελίσσονται ταχέως και μεταβάλλονται δυναμικά (Baumann & Deber 1989) ή ότι η επιστράτευση της διαίσθησης αποκλείει την συνεκτίμηση των επιστημονικών ενδείξεων για ένα κλινικό πρόβλημα (Standing 2010). Βέβαια, όταν η γνωστική λειτουργία που ενεργοποιείται για την επίλυση ενός προβλήματος είναι ακατάλληλη για τη λήψη αποφάσεων, δεδομένων των συνθηκών κάτω από τις οποίες ανακύπτει και εξελίσσεται το πρόβλημα, τότε κάθε σχετική κριτική είναι ανώφελη.

Το μοντέλο του γνωστικού συνεχούς είναι από τα λίγα που περιλαμβάνουν με ακρίβεια τις συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών μίας απόφασης και του τρόπου λήψης τους. Υπό αυτήν την έννοια, αν και το συγκεκριμένο μοντέλο χαρακτηρίζεται συνήθως ως περιγραφικό, μπορεί να θεωρηθεί και δεοντολογικό, γιατί ο Hammond διατυπώνει την άποψη ότι όταν ένα πρόβλημα ενεργοποιεί συγκεκριμένο τύπο συμπεριφοράς για την επίλυσή του, τότε αυτός και μόνο μπορεί να οδηγήσει στο καλύτερο αποτέλεσμα (Harbison 2001).

Τα μοντέλα και οι θεωρίες λήψης αποφάσεων έχουν σκοπό την κατανόηση της διαδικασίας λήψης τους και την εδραίωση της πρακτικής εμπειρίας σε ένα θεωρητικό υπόβαθρο, με δυνατότητα γενικεύσεων και προτάσεων βελτίωσης. Από τη μια πλευρά, προσφέρουν ένα πλαίσιο χαρτογραφημένων εμπειριών, που μπορούν να βοηθήσουν τους αποφασίζοντες να πληροφορηθούν, να αναλύσουν, να εξηγήσουν και να τεκμηριώσουν τις δράσεις τους, από την άλλη αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές που βοηθούν τους αποφασίζοντες να τροποποιήσουν την πρακτική τους προς το καλύτερο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η Ανάλυση μίας Έννοιας (Concept Analysis) είναι ουσιαστικής σημασίας για την κατανόηση ενός φαινομένου ή μίας διαδικασίας. Η ταυτοποίηση των νοσηλευτικών φαινομένων μέσω της εννοιολογικής ανάλυσης είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη της επιστημονικής γνωστικής βάσης της νοσηλευτικής επιστήμης (Rodgers & Knafl 2000). Η παραδοσιακή μέθοδος της Ανάλυσης Εννοιών είναι μία διαδικασία σύνθεσης των υπάρχουσών απόψεων αναφορικά με την υπό διερεύνηση έννοια, ώστε να καταλήξει στην κατανόηση των βαθύτερων πτυχών αυτής της έννοιας (Walker & Avant 1999). Η Rodgers (1989, 2000a, 2000b) προτείνει, ωστόσο, την ανάλυση μίας έννοιας επαγωγικά, καθώς μπορεί να αλλάζει με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η μέθοδος μελέτης μίας έννοιας την αποσαφηνίζει, αυξάνει την κατανόησή της και αναδεικνύει τη διαχρονική της σημασία. Η τεχνική που προτείνει η Rodgers αποτελείται από μία σειρά βημάτων, όπως: α) ο εντοπισμός της υπό διερεύνηση έννοιας και των σημαντικότερων ορισμών της στη βιβλιογραφία, β) η αναγνώριση συναφών εννοιών ή ορολογιών, που χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, γ) η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ανίχνευση των πτυχών του φαινομένου που διερευνάται, δ) η περιγραφή των κύριων χαρακτηριστικών της έννοιας και ε) η σύνδεση της υπό διερεύνηση έννοιας με συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο. Δεδομένου ότι η λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές είναι μία διαδικασία που εξελίσσεται με τις αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση και τη νοσηλευτική επιστήμη γενικότερα, η μέθοδος της Rogers κρίνεται κατάλληλη για την εννοιολογική αποσαφήνισή της.

3.1 Βασικοί ορισμοί της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων στη νοσηλευτική βιβλιογραφία

Ο ορισμός της λήψης κλινικών αποφάσεων είναι σημαντικός, γιατί αποκαλύπτει τη φύση και το εύρος του συλλογισμού και της κλινικής δραστηριότητας. Επομένως, ένας έγκυρος ορισμός της λήψης κλινικών αποφάσεων στη Νοσηλευτική πρέπει να αντανακλά το εύρος της νοσηλευτικής πρακτικής.

Ο ορισμός *«λήψη αποφάσεων είναι η περίπτωση επιλογής μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων»* (Bloomberg 2002) είναι εξαιρετικά απλός, αλλά τονίζει τη βασικότερη πτυχή της διαδικασίας, δηλαδή τη δέσμευση σε έναν τρόπο δράσης, ο οποίος διαφέρει από τους υπόλοιπους προτεινόμενους. Εντούτοις, ο ορισμός αυτός δεν

είναι ειδικός για τη Νοσηλευτική και δεν κάνει καμία αναφορά στη γνώση που απαιτείται για να καθοριστούν συγκεκριμένες εναλλακτικές λύσεις και στον τρόπο με τον οποίο εξετάζονται, ώστε να επιλεγεί η αποτελεσματικότερη.

Οι υπέρμαχοι της πρακτικής βασισμένης σε ενδείξεις συμφωνούν στο ότι οι περισσότερο αξιόπιστες πηγές γνώσεων είναι τα ευρήματα της επιστημονικής έρευνας, τα οποία κοινοποιούνται αφού έχουν υποβληθεί σε αυστηρούς ελέγχους εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Χωρίς τη γνώση που προκύπτει από την ερευνητική διαδικασία, απουσιάζει ένα βασικό στοιχείο της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων. Η γνώση αυτή πρέπει να μετουσιώνεται σε πληροφορία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον κλινικό, πριν λάβει κλινικές αποφάσεις. Η ανάγκη αυτή έλκει την προσοχή αφενός στους τρόπους με τους οποίους τα ερευνητικά αποτελέσματα μπορούν να είναι προσβάσιμα από τους επαγγελματίες και αφετέρου στην ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων από τους τελευταίους, ώστε να τα αξιολογούν και να τα εφαρμόζουν σε διαφορετικές περιπτώσεις (NHS Executive 1999).

Αν και είναι πολύ σημαντικό να βρίσκουν εφαρμογή τα ερευνητικά δεδομένα στην κλινική πρακτική, ώστε να επεκτείνουν την πληροφόρηση του κλινικού πέραν των γνώσεων που βασίζονται στην προσωπική του εμπειρία, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Ακόμα κι αν είναι επιθυμητό, δεν μπορούν να αναπτυχθούν κατευθυντήριες οδηγίες βασισμένες σε ενδείξεις για κάθε νοσηλευτική απόφαση (Standing 2010). Άλλωστε, οι νοσηλευτές οφείλουν να επεξεργάζονται και να ανταποκρίνονται σε ένα ευρύτερο φάσμα πληροφοριών που προέρχονται από την παρατήρηση των ασθενών, την ανατροφοδότηση που λαμβάνουν για τις αποφάσεις τους και την αναστοχαστική πρακτική (Rycroft-Malone et al 2004).

Ένας ευρύτερος και περισσότερο διαφωτιστικός ορισμός της λήψης κλινικών αποφάσεων, ο οποίος έχει αναπτυχθεί ειδικά για τη Νοσηλευτική, είναι αυτός των Tanner και συνεργατών (1987): *«Η λήψη κλινικών αποφάσεων είναι μία σύνθετη διαδικασία, κατά την οποία οι νοσηλευτές προσδιορίζουν τον τύπο των πληροφοριών που χρειάζονται, αναγνωρίζουν τα προβλήματα από την αξιολόγηση των πληροφοριών που συγκεντρώνουν και αποφασίζουν τις κατάλληλες παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων»*. Μέσα από αυτή τη διατύπωση αναγνωρίζεται η ικανότητα των νοσηλευτών να προσεγγίζουν τα κλινικά προβλήματα με συστηματικό τρόπο, ακόμα κι όταν τα ερευνητικά δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα για να στηρίξουν τις αποφάσεις τους.

Παρά ταύτα, δεν γίνεται μνεία των δεξιοτήτων και ικανοτήτων που πρέπει να επιστρατεύσουν, ούτε της επαγγελματικής ευθύνης που φέρουν για τις αποφάσεις τους.

Ένας πληρέστερος ορισμός διατυπώθηκε μετά από μία φαινομενολογική μελέτη των απόψεων των νοσηλευτών για τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων κατά την πρακτική τους (Standing 2005). Σε αυτόν η λήψη κλινικών αποφάσεων ορίζεται ως «*μία σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει παρατήρηση, επεξεργασία των διαθέσιμων πληροφοριών, κριτική σκέψη, αξιολόγηση των επιστημονικών ενδείξεων, εφαρμογή των σχετικών γνώσεων, επιστράτευση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, αναστοχασμό και κλινική κρίση, ώστε να επιλεγθεί η καλύτερη δράση που οδηγεί σε ευεργετικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών και ελαχιστοποίηση των πιθανών βλαβών σε αυτούς. Ο ρόλος του αποφασίζοντα νοσηλευτή επιβάλλει σε αυτόν να είναι επαγγελματικά υπεύθυνος για την ακριβή εκτίμηση των αναγκών των ασθενών, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες πηγές πληροφόρησης και σχεδιάζοντας τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι κατάλληλες για την επίλυση των κλινικών προβλημάτων και που είναι ικανοί να εκτελέσουν*» (Standing 2005). Η παραπάνω πρόταση θεωρεί ως αναπόσπαστα στοιχεία της λήψης κλινικών αποφάσεων, τη διαδικασία επίλυσης προβλημάτων, την κριτική σκέψη, την κρίση, την κλινική πρακτική που βασίζεται σε επιστημονικές ενδείξεις, την εμπειρική αναστοχαστική πρακτική, τις ηθικές αξίες και την επαγγελματική ευθύνη.

3.2 Συγγενείς διαδικασίες

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία συχνά οι έννοιες κρίση (judgment), κριτική σκέψη (critical thinking), συλλογισμός (reasoning), κριτικός αναστοχασμός (critical reflection), επίλυση προβλημάτων (problem solving) και λήψη αποφάσεων (decision making) χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες. Η σημασιολογική αυτή σύγχυση μπορεί να μην δημιουργεί εμπόδια στη μελέτη των γνωστικών αυτών διαδικασιών, ωστόσο υπάρχουν κάποιες διαφορές μεταξύ τους.

Ο Αμερικανικός Φιλοσοφικός Σύνδεσμος έχει ορίσει την κριτική σκέψη ως μία σκόπιμη, αυτορρυθμιζόμενη διαδικασία, που χρησιμοποιεί τον αναστοχασμό, την ερμηνεία, την ανάλυση, την αξιολόγηση, την επεξήγηση και την εξαγωγή συμπερασμάτων, ώστε να καταλήξει σε μία κρίση (American Philosophical Association 1990). Ένας πιο γενικός και ευρύς ορισμός της κριτικής σκέψης την περιγράφει ως αυτοκατευθυνόμενη, αυτοκυριαρχούμενη, αυτοελεγχόμενη σκέψη, που προϋποθέτει αυστηρά πρότυπα αριστείας και προσεκτική χρήση τους, ικανότητες επικοινωνίας και

επίλυσης προβλημάτων και δέσμευση για υπέρβαση του εγωκεντρισμού (Scriven & Paul 2006). Η διαδικασία της κριτικής σκέψης λοιπόν ενώνει τις απαραίτητες γνώσεις, εμπειρίες και το συλλογισμό, προκειμένου να στηρίξουν τη λήψη αποφάσεων (Benner et al 1996, Shulman 2004). Με αυτόν τον στόχο εκτείνεται σαν μία ομπρέλα, που περικλείει πολλαπλές στρατηγικές σκέψης, όπως τον σκόπιμο ορθολογισμό, τον αναστοχασμό, το διάλογο, τη συμφωνία και τη δημιουργική σκέψη (Benner et al 2008).

Ως μέρος της κριτικής σκέψης αναφέρεται ο αναστοχασμός, που προσδιορίζεται γενικότερα ως η κριτική εξέταση των πεποιθήσεων του ατόμου με στόχο την αναθεώρηση εννοιών, αντιλήψεων και ενδεχομένως της εγκυρότητας των εμπειριών. Οι αναστοχαστικές δράσεις στηρίζονται σε μία αυτοαξιολόγηση και έχουν ως αποτέλεσμα την ευελιξία, τη συνεχή ανάλυση και την επίγνωση των τελικών αποφάσεων. Αν και η αναστοχαστική ικανότητα είναι σημαντική και απαραίτητη για τον αποφασίζοντα, δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής για τη λήψη των αποφάσεών του (Benner et al 2008). Και είναι λογικό, γιατί πολλές από τις αποφάσεις, ιδίως αυτές που λαμβάνονται σε συγκεκριμένο χρόνο και για συγκεκριμένες περιστάσεις -όπως οι κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις-, πρέπει να καθοδηγούνται από τη συνήθεια ή να στηρίζονται σε αδιαμφισβήτητη γνώση, ώστε να λαμβάνονται εγκαίρως (Shulman 2004). Αντιθέτως, ο αναστοχασμός είναι εποικοδομητικός όταν πρόκειται να αναθεωρηθούν ξεπερασμένες ή λανθασμένες προσεγγίσεις στην επίλυση προβλημάτων, να αναπτυχθούν καινοτόμες δράσεις ή να αξιοποιηθούν νέες επιστημονικές ενδείξεις (Benner et al 2008).

Έτσι, είναι απαραίτητος για τον αποφασίζοντα ο γνωστικός μηχανισμός που να μπορεί να αξιολογήσει πότε και πώς θα ενεργοποιηθούν οι επιμέρους στρατηγικές της σκέψης σε δεδομένο πρόβλημα και συγκεκριμένες συνθήκες. Ο μηχανισμός αυτός είναι ο συλλογισμός (Noll et al 2001). Ο συλλογισμός είναι χρήσιμος και για την παραγωγή αποτελεσμάτων, κάτι που ο Αριστοτέλης ορίζει ως Τέχνη, αλλά και για την κατανόηση μίας κατάστασης μέσα από τις μεταβολές της ή τη διαφορετικότητά της συγκριτικά με άλλες παρόμοιες, κάτι που ο Έλληνας φιλόσοφος ορίζει ως Φρόνηση (Dunne 1993). Οι αριστοτελικές έννοιες της Τέχνης και της Φρόνησης βρίσκουν συνέχεια στις σημερινές έννοιες της διαδικαστικής και επιστημονικής γνώσης που επεξεργάζεται ο κλινικός συλλογισμός.

Για τη λήψη αποφάσεων, όμως, είναι απαραίτητες και άλλες δεξιότητες, εκτός από τις παραπάνω. Ο αποφασίζων πρέπει να γνωρίζει τον τρόπο αναζήτησης σχετικών

πληροφοριών, να διακρίνει τις διαφορές τους και τη σχέση με το πρόβλημα, να τις αναλύει για να καταλήξει σε μία συνολική αξιολόγηση και τελικά σε μία κρίση (Scheffer & Rubenfeld 2000, Maule 2001). Τέτοιες δεξιότητες παίζουν προεξάρχοντα ρόλο στις περιπτώσεις των μη προγραμματισμένων αποφάσεων, που λαμβάνονται παρακινδυνευμένα, υπό καθεστώς αβεβαιότητας. Οι κρίσεις τροφοδοτούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατά τρόπο ώστε οι υφιστάμενες εκτιμήσεις και αξιολογήσεις να διευκολύνουν τη σύγκριση και να αποτελούν τη βάση των επιλογών μεταξύ διαφορετικών εναλλακτικών (Dawding & Thompson 2004). Ο Harvey (2001) θεωρεί ότι οι αποφάσεις μπορεί να είναι ορθές ή μη, με βάση το αν στηρίζονται σε ακριβείς ή ανακριβείς κρίσεις ή ακόμα σε κατάλληλους ή ακατάλληλους συνδυασμούς τους.

Οι πιο συχνά ταυτιζόμενες έννοιες είναι αυτές της λήψης αποφάσεων και της επίλυσης προβλημάτων. Εντούτοις, οι εν λόγω διεργασίες δεν είναι ταυτόσημες. Οι αποφάσεις μπορούν συνήθως να λαμβάνονται και να γίνονται πράξη ακόμη και τη χρονική στιγμή που κάποιος δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα προς επίλυση. Παρά το γεγονός ότι οι έννοιες δεν συμπίπτουν, υφίσταται στενή σχέση μεταξύ τους. Στο πλαίσιο αυτό, ο Braveman (1980) σημειώνει ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων και η επίλυση προβλημάτων δεν είναι ταυτόσημες, αν και η επιλογή μιας σειράς ενεργειών από περισσότερες εναλλακτικές μπορεί να συνιστά πρόβλημα, καθώς και οι αποφάσεις μπορεί να συνιστούν το τέλος μιας διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων. Τα προβλήματα πηγάζουν από προσπάθειες επίτευξης στόχων, αλλά οι λύσεις καθαυτές δεν έχουν την υλοποίηση των στόχων ως τελικό αποτέλεσμα. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται ως συνέπεια των λύσεων είναι εκείνες που οδηγούν στην επίτευξη των στόχων. Από την άλλη μεριά, οι Costello και Zalkind (1963) παρατηρούν ότι οι συγκεκριμένοι όροι, αν και συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, πρέπει να διαχωρίζονται, γιατί η επίλυση των προβλημάτων περιλαμβάνει τη διανοητική και ενσυνείδητη διαδικασία προς την υπερπήδηση εμποδίων προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι, ενώ η λήψη αποφάσεων περιορίζεται στη διαδικασία της επιλογής από εναλλακτικές λύσεις. Ο Bass (1983) πραγματοποιεί έναν ακόμα διαχωρισμό, σημειώνοντας ότι οι αποφάσεις προσανατολίζονται προς την ανάληψη δράσης και περιλαμβάνουν τόσο τη σκέψη όσο και την ενέργεια που απαιτείται για μία διαδικασία επιλογής. Η διαφοροποίηση μεταξύ επίλυσης προβλήματος και λήψης απόφασης, λοιπόν, εντοπίζεται στο ότι η πρώτη δεν απαιτεί κάποια ενέργεια, ενώ απεναντίας η δεύτερη είναι μία ενέργεια, μία πράξη που απαιτεί κρίση (Conell 1980).

Έχοντας επισημάνει τις αδρές διαφορές μεταξύ των παραπάνω όρων, γίνεται αντιληπτό ότι η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι μία ευρεία διεργασία, που έχει ως συστατικά στοιχεία όλες εκείνες τις έννοιες, που πολύ συχνά θεωρούνται ταυτόσημες της.

3.3 Θεματικά πεδία βιβλιογραφικού ενδιαφέροντος για τη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

3.3.1 Μέθοδος ανασκόπησης

Προκειμένου να εντοπιστούν οι περιοχές ενδιαφέροντος των μελετών που διερευνούν τη λήψη κλινικών αποφάσεων, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων (Medline, CINAHL) για το χρονικό διάστημα 1980-2012, με λέξεις-κλειδιά: clinical decision-making, clinical reasoning, problem-solving, clinical judgment και συνδυασμούς αυτών. Κριτήρια εισαγωγής στην ανασκόπηση αποτέλεσαν η αναφορά των λέξεων-κλειδιά στους τίτλους των μελετών, ο τύπος των πηγών δεδομένων που περιορίστηκε στα επιστημονικά περιοδικά, η προσβασιμότητα στο πλήρες περιεχόμενο του κάθε άρθρου και η αγγλική γλώσσα του δημοσιευμένου άρθρου. Αποκλείστηκαν τα σχετικά άρθρα σε άλλη γλώσσα. Η στρατηγική αναζήτησης φαίνεται στον πίνακα 3.1.

Πίνακας 3.1 Στρατηγική ανασκόπησης της έννοιας «Λήψη Κλινικών Αποφάσεων»

| | |
|-----|---|
| 1. | Ηλεκτρονική αναζήτηση στις βάσεις MEDLINE και CINAHL |
| 2. | Clinical decision-making στον τίτλο (ή) |
| 3. | Clinical reasoning στον τίτλο (ή) |
| 4. | Problem-solving στον τίτλο (ή) |
| 5. | Clinical judgment στον τίτλο (και) |
| 6. | Nursing practice (4618) |
| 7. | Σχετικά άρθρα δημοσιευμένα σε περιοδικά με το σύστημα κριτών (3822) |
| 8. | Άρθρα με τον όρο clinical decision-making (1991) |
| 9. | Αφαίρεση των διπλών εγγραφών (1012) |
| 10. | Πρόσβαση στο 20% της βιβλιογραφίας ως δείγμα για την ανάλυση (200) |

Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων προέκυψαν 4618 άρθρα. Λόγω του μεγάλου όγκου των δεδομένων που ανασύρθηκαν, ετέθησαν περαιτέρω περιορισμοί, όπως η αναζήτηση μόνο με τον όρο clinical decision-making. Μετά την ταυτοποίηση των άρθρων που ανασύρθηκαν περισσότερες από μία φορές και την ανάγνωση του τίτλου τους, επιλέχθηκε ένα δείγμα 200 άρθρων για λεπτομερή ανασκόπηση, κατά τις οδηγίες της Rodgers (2000), η οποία προτείνει την ενδελεχή ανασκόπηση του 20% των

μελετών που έχουν ανασυρθεί. Το δείγμα αυτό διαμορφώθηκε τελικά, αφού απορρίφθηκαν τα άρθρα που αφορούσαν αποκλειστικά σε πληθυσμούς ιατρών, φυσιοθεραπευτών, ασθενών και αυτά που μελετούσαν τη λήψη ηθικών αποφάσεων κατά την κλινική πρακτική. Η ανάλυση των εναπομεινάντων άρθρων κατέδειξε τέσσερα πεδία ενδιαφέροντος της έρευνας: α) θεμελίωση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων σε διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια, β) διαφορετικές μέθοδοι διερεύνησης του φαινομένου, γ) περιγραφή της γνωστικής διεργασίας σε διαφορετικά νοσηλευτικά περιβάλλοντα και δ) μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές αποφάσεις.

3.3.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

Η απαρχή της μελέτης της λήψης κλινικών αποφάσεων στη Νοσηλευτική τοποθετείται χρονικά στη δεκαετία του 1960 (Hammond 1996) και οι πρώτες μελέτες έχουν σαφείς επιρροές από τις αντίστοιχες που πραγματοποιήθηκαν για τις ιατρικές αποφάσεις. Για την Ιατρική ο βασικός σκοπός της διαδικασίας λήψης αποφάσεων είναι η ακριβής διάγνωση της ασθένειας (Elstein et al 1978). Γι' αυτόν τον λόγο προτιμήθηκαν κανονιστικές και δεοντολογικές προσεγγίσεις της διαδικασίας, ώστε το τελικό και «άριστο» αποτέλεσμα να προκύπτει μέσα από ένα αλγόριθμο ή ένα δένδρο αποφάσεων (Cohen 1996, Eeckhoudt 1996) ή από υποθετικο-επαγωγικές μεθόδους ελέγχου υποθέσεων και επεξεργασίας πληροφοριών (Elstein et al 1978), με κοινό σημείο την ορθολογική και συστηματική μέθοδο. Τα παραπάνω θεωρητικά πλαίσια χρησιμοποιήθηκαν και στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, με προεξάρχον το υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο, ως υπόδειγμα ορθολογικής διαδικασίας (Harbison 2001), πολύ διαφορετικής όμως από τα γνωστά ορθολογιστικά μοντέλα που προέρχονται από διαφορετικά επιστημονικά πεδία.

Συγκεκριμένα, η Harbison (2001) αναφέρει πως με δεδομένο ότι οι νοσηλευτές εργάζονται κάτω από συνθήκες κλινικής αβεβαιότητας, την οποία προσπαθούν να κατανοήσουν και να ελέγξουν, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο γι' αυτούς να προσεγγίζουν πιθανολογικά τα κλινικά προβλήματα, όπως προτείνει η μπαγιασιανή προσέγγιση. Ωστόσο, ο Thompson (1999) ξεκάθαρα απορρίπτει το μπαγιασιανό συλλογισμό ως τρόπο σκέψης των νοσηλευτών. Την ίδια άποψη είχαν νωρίτερα διατυπώσει οι Fargason et al (1997), σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές απορρίπτουν τη μπαγιασιανή λογική ως μη χρήσιμη για τη λήψη των αποφάσεών τους.

Ακόμα, ελάχιστοι ερευνητές προτείνουν τη θεωρία της προσδοκώμενης χρησιμότητας για την ανάπτυξη των νοσηλευτικών κρίσεων και τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων (Dowding & Thompson 2003). Αυτό ενδεχομένως οφείλεται στη έλλειψη στατιστικών δεδομένων για την αποτίμηση της πιθανότητας και της χρησιμότητας των νοσηλευτικών παρεμβάσεων ή στην έλλειψη γνώσης για τέτοιου είδους προσεγγίσεις από μέρους των νοσηλευτών (Dowding & Thompson 2003).

Πάντως, οι Fargason et al (1997) ισχυρίζονται ότι τα περιγραφικά μοντέλα αποδίδουν καλύτερα τον τρόπο λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων. Το κυρίαρχο μοντέλο με το οποίο περιγράφεται ο νοσηλευτικός κλινικός συλλογισμός είναι το υποθετικό-επαγωγικό (Thiele et al 1986, Westfall et al 1986, Tanner et al 1987, Bandman & Bandman 1994, Holden & Klinger 1988, Jones 1988, McFadden & Gunnnett 1992, Carnevali & Thomas 1993, van Hooft et al 1995, Manias et al 2004, Banning 2008). Οι νοσηλευτές το υιοθέτησαν προκειμένου να περιγράψουν τον δικό τους κλινικό συλλογισμό (Banning 2008) και τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων συστηματικά (Thompson 1999) ή αλλιώς ορθολογικά (Tanner 1987). Η διαδικασία των τεσσάρων σταδίων ξεκινά από την πρώτη επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή κατά το στάδιο αναγνώρισης των κινητήριων εναυσμάτων για τον επαγωγικό συλλογισμό και συνεχίζεται με την ανάπτυξη υποθέσεων, που προκύπτουν από τις αποκτηθείσες πληροφορίες. Ακολούθως, ερμηνεύονται τα δεδομένα που έχουν συγκεκρωθεί και γίνεται εστίαση σε αυτά που επιβεβαιώνουν τις αρχικές υποθέσεις ή παρακάμπτονται αυτά που δεν είναι σχετικά. Τέλος, οι ενδείξεις θα αξιολογηθούν με βάση τη συνεισφορά τους στις αρχικές υποθέσεις και τότε αυτές «μετατρέπονται» σε νοσηλευτικές διαγνώσεις (Bandman & Bandman 1994, Jones 1988, Carnevali & Thomas 1993).

Η ομοιότητα της υποθετικο-επαγωγικής προσέγγισης με το μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας (Orlando 1961) οδήγησε αρκετούς ερευνητές (Yura & Walsh 1988, Fowler 1997, Bjorvell 2002) στον ισχυρισμό ότι η τελευταία αποτελεί την εφαρμογή του υποθετικο-επαγωγικού μοντέλου για την επίλυση προβλημάτων. Οι Yura και Walsh (1988) δε, ορίζουν τη νοσηλευτική διεργασία ως έναν τακτικό και συστηματικό τρόπο καθορισμού της κατάστασης υγείας ενός ατόμου, με την οποία προσδιορίζονται τα προβλήματα, αναπτύσσονται σχέδια για την επίλυσή τους, εισάγονται και εφαρμόζονται τα σχέδια και εκτιμάται η έκταση που το σχέδιο ήταν αποτελεσματικό στην προαγωγή της βέλτιστης ευεξίας και στην επίλυση των

προβλημάτων που έχουν ανιχνευθεί. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, η νοσηλευτική διεργασία συνιστά μία διαδικασία λήψης αποφάσεων που ξεκινά και καθοδηγείται από μία ή περισσότερες αρχικές υποθέσεις, οι οποίες έχουν προκύψει από την αναζήτηση, την εκτίμηση και την ερμηνεία των κλινικών δεδομένων κατά την επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Από όλες τις αρχικά διαθέσιμες κλινικές πληροφορίες αξιολογούνται ως εναύσματα για την επίλυση προβλημάτων αυτές που «ξεκλειδώνουν» την ειδική γνώση που διαθέτει ο νοσηλευτής και οδηγούν στη διατύπωση συγκεκριμένων κλινικών υποθέσεων (Gale & Marsden 1983, Grant & Masden 1987) και τελικά στη διαμόρφωση των νοσηλευτικών διαγνώσεων. Η εκτίμηση, η αξιολόγηση και η διάγνωση αποτελούν βασικά συστατικά και του υποθετικο-επαγωγικού μοντέλου και του μοντέλου της νοσηλευτικής διεργασίας. Τα στάδια του σχεδιασμού και της εφαρμογής, τα οποία ενυπάρχουν στη νοσηλευτική διεργασία, δεν περιγράφονται σαφώς στο υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο. Ωστόσο ο σκοπός και αυτών των σταδίων είναι η αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή και τελικά η επιλογή αυτής που οδηγεί στη βέλτιστη ευεξία (Cholowski & Chan 1992, Shea 1986, Wooley 1990), στοιχεία θεμελιώδη στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.

Η αναγνώριση των γνωστικών μεροληψιών κατά την επεξεργασία των πληροφοριών και πριν τη λήψη μίας κλινικής απόφασης οδήγησε τη νοσηλευτική έρευνα στη σε βάθος μελέτη της διαίσθησης των νοσηλευτών, ακόμα κι αν χρησιμοποιούν διαφορετικούς όρους όπως «φαντασία και ευαισθησία» (Randall & Downie 1996), «βαθιά κατανόηση της κατάστασης και επικέντρωση σε συγκεκριμένες πτυχές της» (Benner & Tanner 1987), «συνδυασμός πληροφοριών με ασαφείς κανόνες» (Rolfé 1997). Η στροφή της νοσηλευτικής έρευνας, από τις ορθολογικές διαδικασίες λήψης κλινικών αποφάσεων στις περισσότερο διαισθητικές, ξεκίνησε όταν αντικείμενο ενδιαφέροντος έγιναν οι μεταβολές της σκέψης και του κλινικού συλλογισμού των νοσηλευτών κατά τη μετάβαση των τελευταίων από το στάδιο του αρχάριου στο στάδιο του έμπειρου.

Η εργασία-ορόσημο της Benner (1984), που στηρίζεται στο μοντέλο απόκτησης δεξιοτήτων των Dreyfus και Dreyfus και περιγράφει την ανάπτυξη των δεξιοτήτων των νοσηλευτών σε διαφορετικά επίπεδα κλινικής εμπειρίας τους, θέτει τη βάση για τη δημιουργία ενός διακριτού θεωρητικού υπόβαθρου για τη λήψη κλινικών αποφάσεων στη Νοσηλευτική. Η Benner διενήργησε ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές και φοιτητές Νοσηλευτικής και ανέλυσε τα στοιχεία που προέρχονταν από συνεντεύξεις με

αφηγήσεις διαχείρισης κλινικών προβλημάτων, καθώς και παρατηρήσεις της νοσηλευτικής συμπεριφοράς στο κλινικό περιβάλλον. Τα ευρήματά της κατέδειξαν πως το μοντέλο των Dreyfus έβρισκε πλήρη εφαρμογή στη Νοσηλευτική. Συγκεκριμένα, στο μοντέλο της Novice-to-Expert περιέγραψε στο στάδιο 1 την περίπτωση των αρχάριων, όταν οι νοσηλευτές ξεκινούν το επάγγελμα ή αλλάζουν κλινικό τομέα (Frisch 2009). Σε αυτό το επίπεδο κάθε νοητική επεξεργασία και κάθε δράση τους στηρίζεται σε σαφώς διατυπωμένους κανόνες (Altmann 2007). Στο στάδιο 2 ή στο επίπεδο των νεοφώτιστων οι νοσηλευτές αρχίζουν να συνδέουν τις εμπειρίες από την πρακτική τους, με το γνωστικό τους υπόβαθρο (Frisch 2009). Ωστόσο, ακόμα έχουν την ανάγκη ενός μέντορα ή ενός έμπειρου νοσηλευτή να τους υποστηρίξει στην κατανόηση του κλινικού προβλήματος, στη θέσπιση προτεραιοτήτων και να τους συμπληρώσει τα κενά σε πρακτική γνώση (English 1993). Στο στάδιο 3 ή στο επίπεδο των ικανών φτάνουν οι νοσηλευτές μετά από 2-3 έτη εργασιακής εμπειρίας στον ίδιο κλινικό χώρο. Βασίζονται ακόμα στο συνειδητό προγραμματισμό και τις οργανωτικές τους δεξιότητες (Benner 1984). Στο στάδιο 4 ή το επίπεδο των επαρκών φτάνουν οι νοσηλευτές μετά από 3-5 έτη εμπειρίας στον ίδιο νοσηλευτικό χώρο. Τότε επιδεικνύουν ικανότητα βαθιάς κατανόησης των κλινικών καταστάσεων που αντιμετωπίζουν, δεν είναι αυστηρά προσκολλημένοι στο συνειδητό σχεδιασμό που έχουν κάνει και η κριτική τους σκέψη και η ικανότητα λήψης αποφάσεων είναι αναπτυγμένες σε μεγάλο βαθμό (Frisch 2009). Τέλος, το στάδιο του έμπειρου και ειδήμονα (στάδιο 5) το προσεγγίζουν μετά από 5 έτη εργασιακής εμπειρίας στο ίδιο κλινικό περιβάλλον. Τότε χαρακτηρίζονται από ικανότητα να αντιλαμβάνονται διαισθητικά τις πτυχές και τις ιδιαιτερότητες των κλινικών προβλημάτων και να λαμβάνουν τις κλινικές τους αποφάσεις βασιζόμενοι στη άμεση κατανόηση τους (Frisch 2009). Η συνειδητοποίηση των κλινικών καταστάσεων που επιτυγχάνεται από τους έμπειρους νοσηλευτές και οι παραγόμενες αποφάσεις τους είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού της εμπειρικής, ηθικής, προσωπικής γνώσης και αισθητικής τους, καθώς και της ενσωμάτωσης αυτών στην κλινική τους πρακτική (Carper 1978).

Το μοντέλο του γνωστικού συνεχούς (Hammond 1980), αν και αρχικά ελέγχθηκε σε μη νοσηλευτικά περιβάλλοντα (Dunwoody et al 2000, Hamm 1988, Hammond et al 1997), από το 1999 κάποιοι ερευνητές το έχουν προτείνει ως ένα εναλλακτικό εννοιολογικό θεωρητικό πλαίσιο για την περιγραφή της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων (Thompson 1999, Cader et al 2005, Paley et al 2007). Σε δύο ποιοτικές

μελέτες, το μοντέλο του γνωστικού συνεχούς χρησιμοποιήθηκε ως θεωρητικό υπόβαθρο κατά τον ερευνητικό σχεδιασμό και τη συζήτηση των αποτελεσμάτων (Offredy et al 2008, Dowding et al 2009). Και οι δύο έρευνες αφορούσαν στη μελέτη της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων κατά τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής των ασθενών. Και στις δύο έρευνες αναφέρθηκαν ανακολουθίες μεταξύ του πρότυπου συμπεριφοράς που επέδειξαν οι νοσηλευτές και των χαρακτηριστικών της κλινικής κατάστασης, όπως για παράδειγμα ότι η διαισθητική προσέγγιση εφαρμόστηκε σε περιπτώσεις όπου θα έπρεπε να έχει χρησιμοποιηθεί αναλυτική προσέγγιση (Offredy et al 2008) ή ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα εργαλεία λήψης αποφάσεων, όταν ανέφεραν οι νοσηλευτές ότι προσέγγιζαν αναλυτικά ένα πρόβλημα (Dowding et al 2009).

Το μοντέλο του Hammond περιλήφθηκε στο θεωρητικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε από τις Lauri και Salantera (2002) για τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου διερεύνησης των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τη διαδικασία λήψης των κλινικών τους αποφάσεων, δηλαδή του τρόπου με τον οποίο θεωρούν οι νοσηλευτές ότι καταλήγουν σε αποφάσεις, όταν αντιμετωπίζουν νοσηλευτικά προβλήματα.

Στην κλινική Νοσηλευτική, οι ερευνητές έχουν ανιχνεύσει αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες και οι ευρετικές αρχές επηρεάζουν τις κλινικές κρίσεις και αποφάσεις. Οι Fisher και Fonteyn (1995) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν κυρίως τις ευρετικές αρχές της αγκύρωσης, της αναγνώρισης προτύπων, των επικεντρωμένων ερωτήσεων και της ιεράρχησης. Οι Cioffi και Markham (1997) ισχυρίζονται ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν βασικά την αρχή της αντιπροσωπευτικότητας και το ίδιο εύρημα αναφέρεται και στη μελέτη της O' Neil (1994) κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων διαισθητικά. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στην επίδραση του στρες επί των κλινικών αποφάσεων και τονίζεται ότι σε συνθήκες έντονου στρες, η χρήση των ευρετικών προτύπων αυξάνεται (Wallace 1996), με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο ευρετικές τεχνικές, όσο μεγαλύτερο είναι το στρες στο οποίο εκτίθενται.

Εξετάζοντας τις κύριες ευρετικές αρχές που εφαρμόζονται στη νοσηλευτική πράξη, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν την ευρετική της αντιπροσωπευτικότητας στη διαμόρφωση των διαισθητικών κρίσεων τους υπολογίζοντας από μνήμης τις πιθανότητες και τις σχετικές συχνότητες (base rate frequencies), που ένα κλινικό

γεγονός συμβαίνει (Cioffi & Markham 1997, Benner & Tanner 1987). Συνήθως οι συχνότητες εκδήλωσης των γεγονότων που συνδέονται με ανεπιθύμητα συμβάντα ή επιπλοκές κατά την κλινική πράξη υπερεκτιμώνται (Ajzen 1977, Bar Hillel 1980, Cioffi 1998). Έτσι, είναι λογικό να θεωρηθεί ότι οι σχετικές συχνότητες, με τις οποίες πιστεύουν οι νοσηλευτές ότι συμβαίνουν τα διάφορα κλινικά περιστατικά, επηρεάζουν την κρίση τους. Τα χαρακτηριστικά της ευρετικής μεθόδου της αντιπροσωπευτικότητας περιλαμβάνονται συχνά στις περιγραφές των νοσηλευτικών αποφάσεων. Στην περιγραφική μελέτη των Benner & Tanner (1987) για το συλλογισμό των έμπειρων νοσηλευτών, συζητείται η αναγνώριση ομοιοτήτων παρά τις επισημασμένες διαφορές μεταξύ των καταστάσεων του παρελθόντος και του παρόντος. Παράλληλα και σε άλλες μελέτες αναφέρεται ότι η εικόνα ενός ασθενούς προσομοιάζει με την εικόνα άλλων ασθενών που έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν, κάτι που επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν (Benner & Wrubel 1982, Pyles & Stern 1983, Rew 1988).

Ακόμα ένας κλασικός τύπος ευρετικής μεθόδου είναι αυτή της διαθεσιμότητας, κατά την οποία οι αποφάσεις φαίνεται να επηρεάζονται από τα πιο πρόσφατα (Slovic et al 1982), τα πιο έντονα (Nisbett & Ross 1980) και τα προεξάρχοντα (Duval & Wicklund 1972, Arkin & Duval 1975) περιστατικά. Οι Benner & Tanner (1987) έχουν περιγράψει στην έρευνά τους για τον κλινικό συλλογισμό των νοσηλευτών την έννοια του προεξάρχοντος ως ένα σύνολο σημαντικών εμπειριών, που διαμορφώνεται από τη νοηματοδότηση που ο αποφασίζων αποδίδει στα γεγονότα και τα κατατάσσει σε σημαντικά, λιγότερο σημαντικά και ασήμαντα. Οι Pyles & Stern (1983) έχουν αναφέρει ότι σε πολλές περιπτώσεις οι νοσηλευτές αναζητούν τις παλαιότερες εμπειρίες τους σε παρόντα περιστατικά. Με αυτόν τον τρόπο και η συγκεκριμένη ευρετική φαίνεται να επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.

Η τρίτη κλασική ευρετική μέθοδος της ακύρωσης και προσαρμογής έχει περιγραφεί και σε αναφορές νοσηλευτών σε ποιοτικές έρευνες για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Όταν ένας νοσηλευτής περιγράφει πως «κάθε νεογνό έχει το δικό του χρώμα... ιδανικά το χρώμα του είναι ροδαλό, ωστόσο αν περάσουν κάποιες μέρες η χροιά του μπορεί να γίνει ελαφρώς κίτρινη, γιατί θα έχει εκδηλώσει ίκτερο» (Schraeder & Fischer 1987) είναι φανερό ότι έχει επικεντρωθεί στον κίνδυνο εκδήλωσης νεογνικού ίκτερου σε ένα νεογνό και συζητά το ενδεχόμενο χωρίς να έχει στη διάθεσή του δεδομένα που να το επιβεβαιώνουν (τιμές χολερυθρίνης).

Πέρα από τα περιγραφικά μοντέλα, στη Νοσηλευτική έχουν εφαρμοστεί και δεοντολογικά μοντέλα λήψης αποφάσεων. Η εφαρμογή των κλινικών οδηγιών και πρωτοκόλλων στη νοσηλευτική πρακτική έχει αναμφισβήτητα συνδεθεί ισχυρά με θετικά αποτελέσματα για τη φροντίδα και την ασφάλεια των ασθενών, αν και ο βαθμός στον οποίο οι νοσηλευτές αξιολογούν και χρησιμοποιούν αυτά τα εργαλεία είναι άγνωστος (Profetti-McGrath et al 2007). Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι η λήψη αποφάσεων βασισμένων στις ενδείξεις είναι σπανιότερη συγκριτικά με τη χρήση άλλων πηγών πληροφόρησης, όπως οι συνεργάτες, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους ή ότι οι νοσηλευτές στηρίζονται περισσότερο στην εμπειρία τους, την παρατήρηση και τις υπάρχουσες γνώσεις τους, προκειμένου να αποφασίσουν επί ενός προβλήματος κατά την προσφερόμενη φροντίδα (Thompson et al 2001a, Chua 2002, Estabrooks et al 2005a, Estabrooks et al 2005b). Προς επίρρωση των παραπάνω, έχει αναφερθεί ότι τα επιστημονικά περιοδικά και τα ερευνητικά τους άρθρα χρησιμοποιούνται ελάχιστα από νοσηλευτές ανεξάρτητα από την αξία που θεωρούν πως έχουν οι ερευνητικές ενδείξεις (Baessler et al 1994, Estabrooks et al 2005a, Estabrooks et al 2005b). Το γεγονός έχει αποδοθεί στην έλλειψη χρόνου κατά την καθημερινή τους πρακτική, στην προβληματική πρόσβαση στις πηγές πληροφόρησης και στη διαδεδομένη αντίληψη ότι δεν έχουν τις γνώσεις και τις δεξιότητες, ώστε να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν τα ερευνητικά αποτελέσματα (Griffiths et al 2001, Thompson et al 2001a, 2001b).

Αλλά και η λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων με τη βοήθεια υπολογιστικών συστημάτων έχει προταθεί από αρκετούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Η εισαγωγή τους στη νοσηλευτική πρακτική θεωρείται σημαντική για να αναβαθμίσει τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες, παρά το υψηλό κόστος εγκατάστασης τέτοιων εφαρμογών δίπλα σε κάθε κλίνη (Moore et al 2004, Goud et al 2009, Clarke et al 2002, Fitzgerald et al 2011). Στα επιχειρήματα υπέρ της χρήσης των υπολογιστικών συστημάτων είναι ακόμα η απομάκρυνση των νοσηλευτών από την παρακλίνια φροντίδα, λόγω του ότι είναι επιφορτισμένοι με τη διαχείριση πολλών κλινικών πληροφοριών και την εξασφάλιση της ομαλής ροής τους στα νοσηλευτικά τμήματα, μέσω της συμπλήρωσης των διαγραμμάτων, των νοσηλευτικών λογοδοσιών, των εντύπων προς άλλους επαγγελματίες υγείας, καθώς και της συχνής τηλεφωνικής επικοινωνίας με άλλους κλινικούς (Duffy & Kharasch 2010).

Λίγες μελέτες, όμως, έχουν διερευνήσει τη χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και τη συμβολή τους στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων στο σημείο της φροντίδας.

Το έλλειμμα γνώσεων και ερευνητικών δεδομένων για τους τύπους των νοσηλευτικών αποφάσεων, καθώς και η απουσία ενός ενιαίου θεωρητικού πλαισίου για τη διαδικασία λήψης τους καθιστά δύσκολη την υποστήριξη τους από ηλεκτρονικά συστήματα (Randell et al 2009). Ωστόσο, τα λιγοστά ερευνητικά αποτελέσματα δείχνουν ότι η εφαρμογή πληροφοριακών υποστηρικτικών συστημάτων οδηγεί σε μείωση ή και αποφυγή των λαθών κατά τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, ιδίως κατά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και επίσης δημιουργούν ενιαίο υπόβαθρο κλινικής γνώσης, προς χρήση από κάθε κλινικό που έχει πρόσβαση σε αυτό (Wright et al 2009). Ιδιαίτερα, ακολουθώντας τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας φαίνεται ότι τα ψηφιακά συστήματα έχουν επίδραση σε κάθε φάση της. Η εκτίμηση των κλινικών προβλημάτων γίνεται σε πολλές περιπτώσεις με τη χρήση ψηφιακών εργαλείων αποφάσεων (computerized decision tools), προκειμένου να αξιολογηθούν ταυτόχρονα πολλαπλές κλινικές πληροφορίες ή για να γίνουν ακριβέστερες προβλέψεις, αν και αρκετοί νοσηλευτές αντιτίθενται στο ενδεχόμενο μία κλινική απόφαση να καθορίζεται από έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή (Weber 2011). Οι Kurashima et al (2008) εξέτασαν την υπόθεση αν τα υποστηρικτικά κλινικά πληροφοριακά συστήματα οδηγούν σε βελτιωμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις και αναφέρουν ότι αν και δεν συνεισφέρουν σημαντικά στη βελτίωση της ακρίβειάς τους, μειώνουν το χρόνο που μεσολαβεί μέχρι να γίνουν και να οδηγήσουν στις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Άλλοι πάλι ερευνητές συνδέουν τη χρήση των ηλεκτρονικών συστημάτων με μείωση των λαθών κατά τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις μέσω υπενθυμίσεων ή βοήθειας σε υπολογισμούς (π.χ των δόσεων των φαρμάκων) ή παροχής γραπτών πρωτοκόλλων (Fitzgerald et al 2011, Amarasingham et al 2009).

3.3.3 Μέθοδοι διερεύνησης της λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

Η χρησιμοποίηση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς, ως εργαλεία συγκέντρωσης δεδομένων έχουν προσφέρει μελέτες που προσεγγίζουν επιφανειακά ή δεν κάνουν καμία περιγραφή της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων (Thompson 1999). Συγκεκριμένα:

- το Joseph Decision Making Tool (Joseph 1982, Joseph et al 1988) μετρά περισσότερο στάσεις και απόψεις των νοσηλευτών για τον τρόπο που λαμβάνουν τις κλινικές τους αποφάσεις παρά την ίδια τη διαδικασία.

- η Clinical Decision Making in Nursing Scale (Jenkins 1985) αναπτύχθηκε για τη μέτρηση των αντιλήψεων φοιτητών Νοσηλευτικής για τη λήψη των δικών τους κλινικών αποφάσεων. Η κλίμακα αυτή βρίσκεται πιο κοντά από κάθε άλλο εργαλείο στο να προσεγγίσει τη διαδικασία περιγραφικά, με τέσσερις υπο-κλίμακες που μετρούν α) τον τρόπο αναζήτησης εναλλακτικών, β) τη θέσπιση των στόχων της διαδικασίας, γ) την αξιολόγηση των συνεπειών των αποφάσεων και δ) το βαθμό αναζήτησης σχετικών πληροφοριών.

- το ερωτηματολόγιο Watson-Glaser Critical Thinking Appraisal (Giroit 2000) μετρά πέντε διαστάσεις της κριτικής σκέψης των νοσηλευτών, δηλαδή της ικανότητας εξαγωγής συμπερασμάτων, αναγνώρισης ενός προβλήματος, παραγωγικής σκέψης, ερμηνείας και αξιολόγησης, χωρίς να μετρά διαστάσεις της λήψης αποφάσεων.

- το εργαλείο Collaboration and Satisfaction About Care Decisions (Baggs 1994) μετρά το βαθμό συνεργασίας των νοσηλευτών με τους γιατρούς και το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών από τις αποφάσεις κατά την πρακτική τους μόνο με επτά ερωτήσεις. Παρόλο που η αξιοπιστία του είναι υψηλή, καλύπτει μόνο ένα μικρό μέρος των μεταβλητών που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις.

- η κλίμακα Decision Making Quality Scale (Hollen 1994) αποτιμά τις νοσηλευτικές αποφάσεις με βάση επτά ποιοτικούς δείκτες, χωρίς να περιγράφει τη διαδικασία.

- Οι Banaszak-Holl και συν (1999) χρησιμοποίησαν τέσσερις ερωτήσεις για τη μέτρηση της συμμετοχής των νοσηλευτών σε ομαδικές αποφάσεις και έξι ερωτήσεις αξιολόγησης της ποιότητας των αποφάσεων τους, χωρίς ωστόσο να περιγράφουν τον τρόπο που τις λαμβάνουν.

- οι Lauri και Salantera (1995, 1998) ανέπτυξαν το μοναδικό εργαλείο μέχρι σήμερα, που αποτυπώνει τον τρόπο λήψης κλινικών αποφάσεων μεταξύ της συστηματικής-αναλυτικής και της ολιστικής-ερμηνευτικής προσέγγισης και ταυτόχρονα συνδυάζει τα δύο διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια, με βάση τα οποία παραδοσιακά περιγράφεται η διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, δηλαδή της θεωρίας επεξεργασίας πληροφοριών και του μοντέλου των Dreyfus (1986) για τη διαίσθηση στη νοσηλευτική πρακτική (Coble 2000). Η αξία του ως άνω ερωτηματολογίου ενδεχομένως έγκειται στο ότι προέκυψε μετά από ποιοτική διερεύνηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων.

Συνολικά, τα ερωτηματολόγια παρέχουν τη δυνατότητα μελέτης των αντιλήψεων μεγάλου αριθμού συμμετεχόντων, ωστόσο τα δεδομένα συλλέγονται αναδρομικά και εξαρτώνται από τη μνήμη και την αντιληπτική ικανότητα του αποφασίζοντα. Εξαιτίας των παραπάνω περιορισμών και στον αντίποδα των ποσοτικών μετρήσεων, η Benner (1984) εισήγαγε τη χρήση των ποιοτικών μεθόδων για τη σε βάθος εξέταση της γνωστικής διεργασίας. Την ποιοτική έρευνα έχουν επιλέξει και άλλοι ερευνητές με διαφορετικές μεθόδους, όπως η προσομοίωση της κλινικής πραγματικότητας με γραπτά ή προφορικά σενάρια (Baumann & Bourbonnais 1982, Corcoran 1986, Baumann & Deber 1989, Shamian 1991, McFadden & Gunnnett 1992, Sheidler et al 1992), η προσομοίωση με βιντεοπροβολές (DelBueno 1983, Westfall et al 1986), η παρατήρηση (Bucknall 2001, Aitken et al 2011), οι συνεντεύξεις (Benner et al 1996, Thompson & Sutton 1985, Thompson et al 2001) ή οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης (Jenks 1993, Dougherty et al 2012), η τεχνική φωναχτής σκέψης (think –aloud) και ανάλυσης πρωτοκόλλου (protocol analysis) (Fisher & Fonteyn 1995, Fonteyn & Grobe 1994, Simmons et al 2003).

Η προσομοίωση της κλινικής πραγματικότητας μέσω σεναρίων έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για τη μελέτη του τρόπου ανάπτυξης των δεξιοτήτων λήψης κλινικών αποφάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής ή των αρχάριων νοσηλευτών (Henneman & Cunningham 2005, Hammond 2004, Henneman et al 2007, Hyland & Hawkins 2009). Τα ευρήματα αυτών των μελετών καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των φοιτητών ή άπειρων νοσηλευτών αξιολογούν την προσομοίωση ως σημαντικό εκπαιδευτικό εργαλείο, που συνδέει τη θεωρία με την πράξη (Baillie & Curzio 2009, Bambini et al 2009, Bremner et al 2006). Η μέθοδος όμως έχει εφαρμοστεί και για τη διερεύνηση των κλινικών αποφάσεων έμπειρων νοσηλευτών. Οι Gould et al (2001) χρησιμοποίησαν τέσσερα σενάρια προσομοίωσης κλινικών περιστατικών, που βασίστηκαν στο ιστορικό συγκεκριμένων ασθενών, με σκοπό να μελετήσουν τις αποφάσεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα ελκών πίεσης. Παρομοίως, οι Reischman και Yarandi (2002) χρησιμοποίησαν γραπτά σενάρια προσομοίωσης της κλινικής πραγματικότητας, προκειμένου να συγκρίνουν τον τρόπο με τον οποίο οι έμπειροι και αρχάριοι νοσηλευτές αξιολογούν τις κλινικές πληροφορίες, ώστε να θέσουν διάγνωση για ασθενείς που χρήζουν καρδιαγγειακής εντατικής φροντίδας. Οι Westfall et al (1986) χρησιμοποίησαν αληθινές κλινικές περιπτώσεις, ώστε να αξιολογήσουν αν οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη μελέτη έκαναν ακριβείς αρχικές υποθέσεις και διαγνώσεις. Το δυνατό σημείο της χρήσης σεναρίων προσομοίωσης, ως ποιοτική

μέθοδος συλλογής δεδομένων, είναι ότι όλοι οι συμμετέχοντες ερωτώνται επί του ίδιου ακριβώς κλινικού προβλήματος και επομένως είναι εύκολο να συγκριθούν οι αποφάσεις τους. Παρ' όλα αυτά, η αντιπροσωπευτικότητα της κλινικής πραγματικότητας είναι αμφίβολη και υπ' αυτήν την έννοια δεν είναι καθόλου σίγουρο ότι οι αποφάσεις που λαμβάνονται σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον είναι όμοιες με αυτές που λαμβάνονται μετά από προσομοίωση των κλινικών προβλημάτων (Lamond et al 1996).

Η μέθοδος της παρατήρησης έχει χρησιμοποιηθεί είτε ως αυτόνομη, είτε ως συμπληρωματική ποιοτική μέθοδος διερεύνησης της λήψης κλινικών αποφάσεων. Η Bucknall (2001) παρατήρησε 18 νοσηλευτές εντατικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της εργασίας τους επί δύο ώρες, με στόχο να περιγράψει τις αποφάσεις τους κατά την κλινική πρακτική. Η επιλογή αυτής της μεθόδου έγινε ώστε να συλλεχθούν τα σχετικά δεδομένα, είτε από τη λεκτική ή τη μη λεκτική επικοινωνία των συμμετεχόντων και σε πραγματικές συνθήκες του κλινικού περιβάλλοντος, δηλαδή κάτω από στρες και χρονική πίεση. Οι Aitken et al (2011) χρησιμοποίησαν ταυτόχρονα την τεχνική της παρατήρησης και την τεχνική της φωναχτής σκέψης, ώστε να καταγράψουν και να ταυτοποιήσουν τις αποφάσεις που λάμβαναν επτά νοσηλευτές εντατικής φροντίδας κατά τη χορήγηση καταστολής σε βαρέως πάσχοντες. Από τη σύγκριση των δύο μεθόδων, η παρατήρηση θεωρήθηκε ως λιγότερο επιρρεπής σε μεροληψίες κατά τη συλλογή των δεδομένων, εντούτοις οι συγγραφείς παραδέχονται την αδυναμία της να αναγνωρίσει τις σκέψεις των συμμετεχόντων, μέσω των οποίων οδηγούνται σε μία κλινική απόφαση.

Οι ατομικές συνεντεύξεις ή οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στην έρευνα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Με τις συνεντεύξεις οι ερευνητές επεδίωκαν τη βαθιά διερεύνηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων (Benner et al 1996), ενώ με τις εστιασμένες ομαδικές συζητήσεις εισχωρούσαν σε ένα μετρίου βάθους επίπεδο μελέτης του φαινομένου, διευρύνοντας όμως το εύρος των εμπειριών, ιδιαίτερα όταν η ποιοτική αυτή μέθοδος προηγούνταν της ανάπτυξης ή αναπροσαρμογής ερωτηματολογίων ή της αποτίμησης της διαδικασίας σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Lauri & Salantera 2002, Lauri & Salantera 1998).

Τέλος, η τεχνική «φωναχτής σκέψης» και η ανάλυση προφορικών πρωτοκόλλων είναι δάνειο από τη μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών και στηρίζεται στην υπόθεση ότι η φραστική απόδοση των σκέψεων του υποκειμένου τη στιγμή που τις κάνει, περιγράφει αποτελεσματικά τη γνωστική του συμπεριφορά και αποκαλύπτει τις

πληροφορίες που βρίσκονται αποθηκευμένες στην εργαζόμενη μνήμη του τη δεδομένη στιγμή (Ericsson & Simon 1993). Οι ερευνητές που έχουν χρησιμοποιήσει την τεχνική «φωναχτής σκέψης» αναφέρουν ότι ακριβώς σε αυτό το πλεονέκτημα οφείλεται η δυνατότητα συγκέντρωσης πλούσιων πληροφοριών ακόμα και από λίγους συμμετέχοντες (Nielsen 1994). Ωστόσο, αν το γνωστικό φορτίο, δηλαδή η νοητική προσπάθεια που καταβάλλεται από την εργαζόμενη μνήμη σε μία συγκεκριμένη στιγμή, είναι υψηλό, τότε είτε δεν αποδίδονται όλες οι σκέψεις του αποφασίζοντα φωναχτά, είτε η κλινική του απόδοση μειώνεται (Branch 2000, Lundgren-Laine & Salantera 2010). Επομένως, η συγκεκριμένη μέθοδος δεν είναι η κατάλληλη για να αποδώσει τη γνωστική διεργασία της λήψης κλινικών αποφάσεων επί πολύπλοκων προβλημάτων.

Αν και οι ποιοτικές μέθοδοι αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη λήψη κλινικών αποφάσεων, είναι συχνό το φαινόμενο να παραγνωρίζονται οι ιδιαιτερότητές τους και η μεθοδολογία τους από τους ερευνητές που τις χρησιμοποιούν (Lundgren-Laine & Salantera 2010). Αναμφισβήτητα πρόκειται για μεθόδους με σημαντικά πλεονεκτήματα ως προς το εύρος των απόψεων και το βάθος της έρευνας, που συχνά δεν αξιοποιούνται και περιορίζουν τα ευρήματα. Γι' αυτόν τον λόγο η χρήση περισσότερων της μίας ποιοτικής μεθόδου ή ο συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων κερδίζουν συνεχώς έδαφος στη σύγχρονη έρευνα της λήψης αποφάσεων, ώστε η μία μέθοδος να συμπληρώνει την άλλη, είτε να δημιουργούνται περισσότερες αξιώσεις για γενίκευση των αποτελεσμάτων τους.

3.3.4. Κλινικά περιβάλλοντα στα οποία έχει μελετηθεί η λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

Οι κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις και η διαδικασία λήψης τους έχουν μελετηθεί σε πολλά κλινικά περιβάλλοντα, όπως αποτυπώνεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Στη Μαιευτική, οι Cheyne et al (2012) έχουν μελετήσει την ακρίβεια των κλινικών αποφάσεων των μαιών κάνοντας τη σύγκριση τους με τις αντίστοιχες των μαιευτήρων αναφορικά με την εκτίμηση των κινδύνων των επικείμενων τοκετών, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα κλινικά σενάρια. Ποιοτική μέθοδο έχει χρησιμοποιήσει και η Young (2012) προκειμένου να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο αποκτάται η ικανότητα λήψης κλινικών αποφάσεων. Η εθνογραφική της προσέγγιση αναδεικνύει τη σημασία της καθοδήγησης των αρχαρίων από κάποιον μέντορα, της ενθάρρυνσης για ανάληψη

κλινικών ευθυνών από νωρίς κάτω από την επίβλεψή του και της ανάγκης ελέγχου και ανατροφοδότησης.

Αρκετές ερευνητικές εργασίες επιλέγουν τα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ως το περιβάλλον μελέτης των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων, δεδομένου ότι αυτές οι δομές συνήθως αποτελούν τα πρώτα σημεία επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας, όπου γίνεται η αρχική εκτίμηση και ερμηνεία της κλινικής του εικόνας. Οι αποφάσεις των νοσηλευτών αποτελούν προϊόντα της αναλυτικής και διαισθητικής τους σκέψης (McCaughan et al 2005, Thompson et al 2004), αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις ο διαισθητικός συλλογισμός είναι προεξάρχων (Thompson & Yang 2009). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Lauri και Salantera (2002) μάλιστα κατέδειξαν ότι οι κοινοτικοί νοσηλευτές σε διαφορετικές χώρες χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις προκειμένου να πάρουν τις κλινικές τους αποφάσεις. Αυτό πιθανά οφείλεται στις διαφορές των υγειονομικών συστημάτων διαφορετικών χωρών και ειδικότερα στις διαφορές των νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων.

Επίσης, οι αποφάσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας έχουν γίνει επίκεντρο ποιοτικών μελετών. Μεταξύ των ευρημάτων των Lauri και συν (1999) είναι ότι η συλλογή των κλινικών δεδομένων από αυτούς τους νοσηλευτές γίνεται περισσότερο με τη διαίσθηση, ενώ η επεξεργασία τους και η αναγνώριση των κλινικών προβλημάτων γίνεται αναλυτικά. Το αντίθετο περίπου εύρημα αναδείχθηκε στη μελέτη των Gilje & Klose (2000) σε έναν αμερικανικό πληθυσμό νοσηλευτών ψυχικής υγείας, όπου φάνηκε ότι το δείγμα τους χρησιμοποιούσε κυρίως τη διαίσθηση και την αυτοπεποίθησή του, για να ερμηνεύσει και να αποφασίσει επί των κλινικών προβλημάτων των ασθενών του.

Οι νοσηλευτές Παθολογικών και Χειρουργικών Τμημάτων έχουν αποτελέσει υποκείμενα μελέτης του κλινικού νοσηλευτικού συλλογισμού. Στη μελέτη τους, οι Funkesson et al (2007) χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους για να περιγράψουν τον κλινικό συλλογισμό των νοσηλευτών κατά την πρόληψη ελκών πίεσης και ανέφεραν ότι χρησιμοποιούσαν αναλυτική και διαισθητική σκέψη πριν λάβουν τις αποφάσεις φροντίδας των ελκών, ενώ οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρέαζαν τις αποφάσεις τους ήταν η «γνώση του ασθενή» και η συνολική νοσηλευτική εμπειρία. Αλλά και στην πολυκεντρική μελέτη των Lauri et al (2001) φαίνεται πως οι νοσηλευτές των τμημάτων βραχείας νοσηλείας, όπως τα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα, επιστράτευαν κυρίως τη διαίσθησή τους, την οποία βάσιζαν στην πρακτική και κλινική τους εμπειρία.

Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, η συνήθης μελέτη των νοσηλευτικών αποφάσεων γίνεται σε σχέση με τη διαλογή (triage) των προσερχομένων στο νοσοκομείο ασθενών κατά την άφιξή τους και του τρόπου με τον οποίο αποφασίζουν την προτεραιότητα αντιμετώπισής τους (Smith 2012, Arslanian-Engoren 2009, Gerdzt & Bucknall 2001). Η Smith θεμελιώνει τις αποφάσεις διαλογής των νοσηλευτών στο θεωρητικό πλαίσιο του Γνωστικού Συνεχούς (Smith 2013). Οι Gerdzt & Bucknall (2001) επιβεβαιώνουν την επίδραση του κλινικού προβλήματος και των σχετιζόμενων με την επίλυσή του ενεργειών, την πολυπλοκότητά του, το επίπεδο βεβαιότητας του νοσηλευτή και τη διαθεσιμότητα κλινικών πληροφοριών στις τελικές νοσηλευτικές αποφάσεις.

Πιθανώς, οι περισσότερες μελέτες λήψης κλινικών αποφάσεων έχουν γίνει στο περιβάλλον των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ή αφορούν στις σχετικές αντιλήψεις και απόψεις των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας. Η Bucknall (2000) περιέγραψε για πρώτη φορά αδρά τους τύπους των κλινικών αποφάσεων που λάμβαναν οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας σε πραγματικό χρόνο και τόπο και μέτρησε τη συχνότητα των αποφάσεων μετά από δίωρη παρατήρηση. Αργότερα, οι μελέτες επικεντρώθηκαν στις αποφάσεις που συνδέονται με συγκεκριμένες νοσηλευτικές αρμοδιότητες, όπως η διαχείριση της καταστολής (Rose & Bucknall 2004) και του μηχανικού αερισμού (Rose et al 2011). Οι Parathanassoglou et al (2005) διαμόρφωσαν μία κλίμακα μέτρησης της αυτονομίας των νοσηλευτών σε δέκα κατηγορίες κλινικών αποφάσεων, με την οποία μελέτησαν το σύνολο σχεδόν των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας τα μέτρια επίπεδα αυτονομίας στην υλοποίηση βασικών πρακτικών παρεμβάσεων και τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας κατά τη λήψη αποφάσεων κλινικής αξιολόγησης.

3.3.5 Τυπολογίες κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

Η συστηματική μελέτη των αποφάσεων και της διαδικασίας λήψης τους προϋποθέτει την κατάταξή τους σε διακριτές κατηγορίες. Ωστόσο, είναι λιγοστές οι αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με τους τύπους των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων.

Ο Watson (1994) έκανε μία από τις πρώτες προσπάθειες να διερευνήσει τις αποφάσεις των νοσηλευτών στο κλινικό περιβάλλον με τη μέθοδο της παρατήρησης. Αναφέρει τη λήψη 18 κλινικών αποφάσεων από 11 νοσηλευτές παθολογικών τμημάτων

κατά τη διάρκεια δύο ωρών παρακολούθησης. Αν και δεν αναφέρει με σαφήνεια τους τύπους των κλινικών αποφάσεων που παρατήρησε, ωστόσο φαίνεται πως επικεντρώθηκε σε αποφάσεις διάγνωσης και παρέμβασης.

Η O' Neil (1997) ταξινομήσε με διαφορετικό κριτήριο τις κλινικές αποφάσεις 10 νοσηλευτών που ήταν υπεύθυνοι για την κατ' οίκον φροντίδα ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Οι κύριες κατηγορίες αποφάσεων που προέκυψαν ήταν α) οι αυτόνομες αποφάσεις με υποκατηγορίες τις αυτοκατευθυνόμενες και τις αποφάσεις κατόπιν συμβουλής και β) οι συνεργατικές αποφάσεις.

Η Bucknall (2000) παρατήρησε και περιέγραψε τις αποφάσεις 18 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αστικών και επαρχιακών νοσοκομείων. Τα ευρήματά της ανέδειξαν τρεις βασικές κατηγορίες νοσηλευτικών αποφάσεων: παρέμβασης, επικοινωνίας και αξιολόγησης. Αυτές ταξινομήθηκαν εκ νέου σε νέες και παλαιές αποφάσεις, με κριτήριο το αν λαμβάνονταν για πρώτη φορά ή προέρχονταν από προηγηθείσες αποφάσεις του ίδιου του νοσηλευτή ή κάποιου συνεργάτη. Μέσα σε δύο ώρες παρατήρησης, η μέση συχνότητα των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων ήταν 238, δηλαδή λαμβάνονταν 1 απόφαση κάθε 30 δευτερόλεπτα, με πιο συχνές τις αποφάσεις αξιολόγησης (51,4%) και λιγότερο συχνές τις αποφάσεις παρέμβασης (19,3%).

Πιο πρόσφατα, σε μία μεγαλύτερη έρευνα που έλαβε χώρα στη Μεγάλη Βρετανία (Thompson et al 2001), παρατηρήθηκαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους και στη συνέχεια ελήφθησαν συνεντεύξεις από 240 νοσηλευτές τμημάτων βραχείας νοσηλείας. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων προσέφερε μία νέα ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε έντεκα κατηγορίες: α) αποφάσεις παρέμβασης/αποτελεσματικότητας β) παρέμβασης/κλινικού οφέλους, γ) πρόληψης, δ) χρονικής προτεραιότητας, ε) παραπομπής, στ) επικοινωνίας, ζ) οργάνωσης/παροχής/διαχείρισης υπηρεσιών, η) εκτίμησης, θ) διάγνωσης, ι) αναζήτησης πληροφοριών και ια) επεξήγησης ή διαχείρισης βιωμάτων.

Στηριζόμενη στο ως άνω πλαίσιο, μία άλλη ομάδα ερευνητών (McCaughan et al 2005) χρησιμοποίησαν τις ίδιες ποιοτικές μεθόδους (συνεντεύξεις και παρατήρηση) προκειμένου να συλλέξουν δεδομένα από 33 νοσηλευτές που επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία. Τελικά, ταξινομήσαν τις νοσηλευτικές αποφάσεις στις κατηγορίες: α)

εκτίμησης, β) διάγνωσης, γ) παρέμβασης, δ) παραπομπής, ε) επικοινωνίας, στ) οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών και ζ) αναζήτησης πληροφοριών.

3.3.6 Παράγοντες που επιδρούν στη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων

Οι πολυάριθμοι παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες, σύμφωνα με το υπόδειγμα που προτείνουν οι Cannon-Bowers et al (1996) για τη λήψη αποφάσεων σε συνθήκες χρονικής πίεσης και αβεβαιότητας: α) αυτούς που σχετίζονται με το πρόβλημα ή τις ενέργειες επίλυσής του, β) αυτούς που σχετίζονται με τον αποφασίζοντα και γ) αυτούς που σχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις.

- Παράγοντες που σχετίζονται με το κλινικό πρόβλημα

Ο Shanteau (1992) θεωρεί ότι τόσο το είδος, όσο και η ποιότητα των αποφάσεων επηρεάζονται από χαρακτηριστικά του προβλήματος, όπως η στατικότητα των ερεθισμάτων ή οι δυναμικές μεταβολές τους, η επαναληψιμότητά του, η προβλεψιμότητά του, η διαθεσιμότητα ανατροφοδότησης και η επάρκεια υποστηρικτικών συστημάτων λήψης αποφάσεων.

Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά μπορούν να θεωρηθούν σημαντικές παράμετροι καθορισμού της πολυπλοκότητας ή της έλλειψης σαφήνειας σε ένα κλινικό πρόβλημα. Η πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος έχει αναδειχθεί σε σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις (Tanner et al 1987, Thompson et al 2004). Συγκεκριμένα, στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, η πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος συνδέεται με χαρακτηριστικά του, που απαιτούν από τους νοσηλευτές μεγαλύτερη προσπάθεια κατά την επεξεργασία των κλινικών πληροφοριών (Corcoran 1986a, 1986b, Lewis 1997). Οι περισσότερες μελέτες προσδιορίζουν την πολυπλοκότητα ως την *παρουσία αντικρουόμενων πληροφοριών* (Botti & Reeve 2003, Lewis 1997), τον *αυξημένο αριθμό πληροφοριών ή αλληλεξαρτήσεων των προβλημάτων* (Cioffi & Markham 1997, Hicks et al 2003) ή τις *ασαφείς, άσχετες ή ασυνεπείς κλινικές πληροφορίες* (Cioffi 2000). Οι ως άνω δυσκολίες κατά τη διαχείριση ενός κλινικού προβλήματος οδηγούν τους νοσηλευτές σε επιστράτευση διαφορετικών γνωστικών μηχανισμών, πριν λάβουν μία απόφαση. Για παράδειγμα, όσο πιο σύνθετο παρουσιάζεται ένα πρόβλημα, τόσο πιο συχνά οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις ευρετικές μεθόδους για να προβούν σε κρίση (Botti & Reeve 2003, Cioffi & Markham 1997, Hicks et al 2003). Ο Ellis (1997) αντίθετα υποστήριξε στην ποιοτική του μελέτη

ότι οι νοσηλευτές εντατικής και επείγουσας φροντίδας έχουν την τάση να διερευνούν περισσότερες εναλλακτικές, όσο πιο σύνθετο παρουσιάζεται ένα κλινικό πρόβλημα. Πρέπει όμως να επισημανθεί ότι οι αποφάσεις υπό χρονική πίεση δεν διερευνήθηκαν σε αυτή τη μελέτη, αν και αυτή η μεταβλητή είναι βασικό στοιχείο της πολυπλοκότητας ενός προβλήματος. Άλλες μελέτες έχουν καταδείξει ότι η ακρίβεια των νοσηλευτικών διαγνώσεων ή η ικανότητα αναγνώρισης των κλινικών προβλημάτων από τους νοσηλευτές μειώνεται, όσο αυξάνονται τα δεδομένα που πρέπει να συνυπολογιστούν (Cianfrani 1984, Gordon 1980) ή τα άσχετα δεδομένα (Cianfrani 1984).

Η πολυπλοκότητα ενός προβλήματος μπορεί να αυξάνεται παράλληλα με την ασάφειά του. Ο Norton (1975) αναγνώρισε ως κύριες εκφάνσεις της ασάφειας ενός προβλήματος: α) τα πολλαπλά νοήματα, β) την αίσθηση του ότι «κάτι λείπει», γ) την εκτίμησή του ως μία πιθανότητα, δ) την ασθενή δόμησή του, ε) το έλλειμμα πληροφοριών, στ) την αβεβαιότητα και ζ) την ύπαρξη αντιθέσεων. Η Benner (1984) θεωρεί την κλινική αβεβαιότητα ως ειδική και σχετιζόμενη με το κλινικό πρόβλημα ή τις δεδομένες συνθήκες.

Ο Hammond (1996) στη θεωρία του Γνωστικού Συνεχούς θεωρεί την ασάφεια του κλινικού προβλήματος και τη χρονική πίεση ως καθοριστικούς παράγοντες για τη λήψη μίας απόφασης, αφού διαφοροποιούν τη γνωστική προσέγγιση του αποφασίζοντα απέναντι στο υποκείμενο ή το αντικείμενο της απόφασης, χρησιμοποιώντας είτε τη διαισθητική, είτε την αναλυτική του σκέψη. Δεν είναι η μοναδική θεωρία που αναγνωρίζει πως η χρονική πίεση είναι υπεύθυνη για πλήθος αλλαγών στη διεργασία λήψης ή τα αποτελέσματα μίας απόφασης (Bucknall 2002). Αυτή έχει συσχετιστεί με χαμηλή ποιότητα αποφάσεων (Payne et al 1993), οδηγεί στην παραγωγή λιγότερο ακραίων κρίσεων (Kaplan et al 1993) και μειώνει τη διάθεση για ανάληψη ρίσκου (Ben-Zur & Breznits 1981). Οι Maule & Edland (1997) ανέφεραν ότι τα άτομα που παίρνουν τις αποφάσεις τους σε στενά χρονικά περιθώρια, αυξάνουν την ταχύτητα ή τον ρυθμό επεξεργασίας των διαθέσιμων πληροφοριών, καθώς συμπεριφέρονται επιλεκτικά απέναντι στο σύνολο των πληροφοριών. Επιπλέον, οι ίδιοι αποφασίζοντες τροποποιούν τις προτεραιότητές τους κατά την επεξεργασία των πληροφοριών, είτε σταθμίζοντας περισσότερο κάποιες συγκριτικά με άλλες, είτε ελέγχοντας την ακρίβεια και τη σημασία τους σε μεγαλύτερο βαθμό (Ben-Zur Breznits 1981).

Αλλά και τα χαρακτηριστικά των ασθενών διαφοροποιούν τα νοσηλευτικά προβλήματα και τις σχετιζόμενες με αυτά αποφάσεις. Από τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά έχει φανεί ότι το γυναικείο φύλο, η μεγάλη ηλικία και η καταγωγή από κάποια μειονότητα (εθνική ή φυλετική) συσχετίζονται με αποφάσεις χαμηλότερης ποιότητας, αφού σε αυτές τις κατηγορίες ασθενών έχουν παρατηρηθεί τα περισσότερα λάθη ή ελλείμματα στη φροντίδα (Gallagher et al 2008, Picone et al 2008, Kamath & O' Connor 2011, Mossey 2011, Auret & Schug 2005, Heins et al 2006, Horgas & Elliott 2004).

Η βαρύτητα της ασθένειας και το επίπεδο συνείδησης των ασθενών έχει επίσης συσχετιστεί με την ποιότητα των νοσηλευτικών αποφάσεων που τους αφορούν, κυρίως διότι αυξάνει την πολυπλοκότητα των κλινικών τους προβλημάτων (Fijn et al 2002, Hall et al 2004). Όσο επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας ενός ασθενή, τόσο αυξάνονται οι απαιτούμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την υποστήριξη του (Scott et al 2006). Επιπλέον, οι βαρέως πάσχοντες αυξάνουν το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας, μειώνοντας τον διαθέσιμο χρόνο για κάθε ασθενή, με αποτέλεσμα να αυξάνονται δυνητικά οι πιθανότητες για λάθη ή μη έγκαιρη αναγνώριση νέων κλινικών προβλημάτων (Balas et al 2004). Η απουσία επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους ασθενείς με χαμηλό επίπεδο συνείδησης θεωρείται ως ένας ακόμα παράγοντας, ικανός να οδηγήσει σε έλλειμμα νοσηλευτικής φροντίδας ή λανθασμένες αποφάσεις (Vargo 2009).

Η ιατρική διάγνωση επηρεάζει τις νοσηλευτικές αποφάσεις, κυρίως γιατί θεωρείται ένας προγνωστικός δείκτης της πολυπλοκότητας των κλινικών προβλημάτων του ασθενή (Cioffi 2000). Οι Hamers και συνεργάτες (1996) κατέδειξαν σε μία έρευνά τους σε πληθυσμό νεογνών ότι οι νοσηλευτές εκτιμούσαν πως τα νεογέννητα με τη σοβαρότερη διάγνωση υπέφεραν από εντονότερο πόνο. Ακόμα, φαίνεται πως σε σύνθετες κλινικές περιπτώσεις, η αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών και η εμπιστοσύνη τους στην αποτελεσματική κατανόηση των κλινικών προβλημάτων επηρεάζεται σημαντικά από την ιατρική ερμηνεία των σημείων και συμπτωμάτων των ασθενών (Whitley & Gulanick 1996, Armitage 1999).

- *Παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του αποφασίζοντα*

Οι γνώσεις του αποφασίζοντα αποτελούν βασικό στοιχείο των θεωριών των αποφάσεων. Η Carper, ήδη από το 1978, αναγνώρισε τέσσερα ισότιμα είδη γνώσης που συνιστούν την επαγγελματική γνωστική βάση των νοσηλευτών: την επιστημονική, την

τεχνική, την προσωπική και την ηθική γνώση. Η έλλειψή τους είναι υπεύθυνη για ανακριβείς διαγνώσεις ή νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Corcoran 1986). Αλλά και η χρήση διαφορετικών τύπων γνώσεων τροποποιεί τη διαδικασία λήψης των νοσηλευτικών αποφάσεων. Για παράδειγμα, οι Lauri και Salantera (1995) ανέφεραν ότι όσοι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν αφηρημένες δομές γνώσεων ήταν περισσότερο ικανοί για δημιουργικές λύσεις, ενώ και οι γνωστικές στρατηγικές που οδηγούσαν στις τελικές τους αποφάσεις είχαν μεγαλύτερη ποικιλία, ένα εύρημα παρόμοιο με αυτά προηγούμενων μελετών (Grobe et al 1991).

Ενδιαφέροντα ευρήματα προκύπτουν, όταν το γνωστικό υπόβαθρο αποτιμάται με συναφείς μεταβλητές, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ο Pardue (1987) διατύπωσε την άποψη ότι το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών συσχετίζεται με βελτιωμένη κριτική σκέψη, αλλά δεν παρουσιάζει συσχέτιση με τον αριθμό και τον βαθμό δυσκολίας των λαμβανομένων αποφάσεων. Παρομοίως, οι Westfall και συνεργάτες (1986) υποστήριζαν ότι ο αριθμός των υποθέσεων που παράγονται από τους νοσηλευτές διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων μπορεί να μην διαφέρει σημαντικά, αλλά η πολυπλοκότητα των γνωστικών μηχανισμών, που επιστρατεύονται είναι μεγαλύτερη σε αυτούς με τα περισσότερα μορφωτικά προσόντα. Το επίπεδο εκπαιδευτικής προετοιμασίας θεωρείται κύριος παράγοντας που επιδρά στην επιθυμία για λήψη αποφάσεων (Rhodes 1985). Οδηγεί τους νοσηλευτές σε αυξημένη συμμετοχή τους σε αυτές, αν και σύμφωνα με τα συμπεράσματα της du Toit (1995) η πανεπιστημιακή εκπαίδευση δεν είναι από μόνη της καθοριστική, ώστε να διεκδικήσουν οι νοσηλευτές μεγαλύτερη επαγγελματική αυτονομία και ανεξαρτησία των αποφάσεών τους από τις ιατρικές οδηγίες. Στον αντίποδα, μεταξύ των θετικών επιρροών της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων συγκαταλέγονται και η εξοικείωση των αποφασιζόντων με τις ερευνητικές πηγές και τις επιστημονικές γνώσεις και μεθόδους (Lacey 1994, Rizzuto et al 1994), καθώς και η μεγαλύτερη ικανότητα αξιολόγησης, ελέγχου των δεδομένων και συσχέτισης των επιστημονικών τεκμηρίων με τις αποφάσεις τους (Champion & Leach 1989). Πρέπει να ληφθεί βεβαίως υπόψη ότι τα μικρά δείγματα των περισσότερων μελετών περιορίζουν την στατιστική ισχύ των ευρημάτων τους.

Η επαγγελματική εμπειρία μπορεί να νοηθεί ως η συσσωρευμένη γνώση από τις επιβεβαιωμένες και επαναλαμβανόμενες κλινικές εμπειρίες. Με αυτή τη γνώση οι έμπειροι νοσηλευτές α) αντιλαμβάνονται μία ασυνήθιστη και πολύπλοκη κλινική

περίσταση ως “gestalt”, δηλαδή με τρόπο ολιστικό, εστιάζοντας στα συναισθήματα και τις σωματικές αισθήσεις που υπάρχουν την τρέχουσα χρονική στιγμή, β) διακρίνουν τις σχετικές από τις μη σχετικές πληροφορίες αμέσως και γ) λαμβάνουν αποφάσεις σχεδόν αυτόματα, χωρίς να μεσολαβήσει σκόπιμη εξέταση πολλαπλών εναλλακτικών (Benner et al 1999, Jacavone & Dostal 1992). Η κοινή λογική δείχνει λοιπόν ότι αυτού του είδους η γνώση είναι πολύ σημαντική για τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο τα ερευνητικά ευρήματα σχετικά με τη σημασία της κλινικής εμπειρίας στη λήψη αποφάσεων είναι αντικρουόμενα (Benner 1984, Thiele et al 1991, Watson 1994). Κάτι τέτοιο μπορεί να οφείλεται στη δυσκολία σχεδιασμού ερευνητικών μελετών που να αποτιμούν επαρκώς την κλινική εμπειρία των νοσηλευτών. Οι Thiele και συν. (1991), αφού διερεύνησαν τη σχέση της εμπειρίας με τη λήψη αποφάσεων χρησιμοποιώντας την κλίμακα Clinical Decision-making in Nursing Scale (CDMS) που μετρά τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων νοσηλευτών για την ικανότητα και την αυτοπεποίθηση τους να λαμβάνουν αποφάσεις, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές δεν αισθάνονταν αυτοπεποίθηση, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις και γι’ αυτό έπαιρναν τέτοιες λιγότερο συχνά σε σχέση με τους έμπειρους συναδέλφους τους.

Είναι λογικό να θεωρηθεί ότι οι περισσότερο έμπειροι νοσηλευτές είναι και μεγαλύτεροι σε ηλικία, όπως και ότι κατέχουν υψηλότερες θέσεις στη νοσηλευτική ιεραρχία ή επιφορτίζονται με περισσότερες επαγγελματικές ευθύνες. Η συσχέτιση της θέσης του νοσηλευτή στην επαγγελματική πυραμίδα με τις αποφάσεις που λαμβάνει διερευνήθηκε από τις Bucknall και Thomas (1996) και Schutzenhofer και Musser (1996). Και οι δύο ερευνητικές ομάδες συμφώνησαν ότι οι νοσηλευτές που κατείχαν θέσεις υψηλότερης ευθύνης έπαιρναν περισσότερες αποφάσεις σε σχέση με τους συναδέλφους τους, που βρίσκονταν χαμηλότερα στη νοσηλευτική ιεραρχία. Οι δύο τελευταίοι ερευνητές δε, ανέφεραν ότι η ηλικία των νοσηλευτών έχει βρεθεί σε κάποιες μελέτες να επιδρά θετικά και σε άλλες αρνητικά, στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Οι Thompson et al (2000) ξεκαθάρισαν ότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα ερευνητικά τεκμήρια που να προτείνουν ότι η ηλικία συσχετίζεται με κάποιον τρόπο με τη χρήση πληροφοριών πριν τη λήψη μίας απόφασης.

Πέρα από τις γνώσεις και την εμπειρία, τα οποία αναμφισβήτητα αποτελούν συστατικά στοιχεία των ικανοτήτων του αποφασίζοντα, οι ικανότητές τους αντανakλούν και ένα ευρύ φάσμα προσωπικών χαρακτηριστικών και στάσεων απέναντι στον κλινικό τους ρόλο. Οι προσωπικές ικανότητες του αποφασίζοντα μπορούν να

διακριθούν, εκτός από τις προαναφερθείσες γνωστικές, σε μεταγνωστικές, κοινωνικές και συναισθηματικές. Οι μεταγνωστικές ικανότητες αφορούν στην κριτική αξιολόγηση των προσωπικών κλινικών εμπειριών με σκοπό τη διαμόρφωση στρατηγικής αντιμετώπισης παρόμοιων περιστάσεων στο μέλλον. Οι κοινωνικές και οι συναισθηματικές ικανότητες των αποφασίζοντων εμπεριέχονται στις έννοιες της κοινωνικής και συναισθηματικής νοημοσύνης (McQueen 2004) και περιλαμβάνουν την αυτεπίγνωση, την αυτοδιαχείριση, την κοινωνική επίγνωση και την κοινωνική διαχείριση σχέσεων (Freshman & Rubino 2002). Μία μετα-ανάλυση περισσότερων από 80 μελετών κατέστησε σαφές ότι τα συναισθήματα των νοσηλευτών και ειδικά το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και του «ελέγχου της κατάστασης» λειτουργούν ως βασικοί εσωτερικοί παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν την υποκίνηση και τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων (East 2000). Αλλά και η έλλειψη αυτοπεποίθησης έχει τεκμηριωθεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτών κατά τη λήψη αποφάσεων (Madjar 1997, Fulton 1997, Baker 2001), ενδεχομένως λόγω της επικράτησης αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο φόβος και η αγωνία. Άλλωστε, οι λαμβάνοντες αποφάσεις στηρίζουν αυτήν την επιθυμία τους στην εσωτερική τους τάση να περιορίζουν τα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με αυτές (Payne & Bettman 2004).

Τέλος, η έννοια της «γνώσης του ασθενή» ενώνει όλες τις ως άνω περιγραφείσες ικανότητες των αποφασίζοντων, με σκοπό την αναγνώριση και βαθιά κατανόηση των τυπικών αντιδράσεων του άλλου, καθώς και την κατανόηση της προσωπικότητας, που διαθέτει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, επιθυμίες και ικανότητες (Benner & Wrubel 1989). Η επίγνωση του ασθενή αποτελεί προϋπόθεση για την αναγνώριση και αντιμετώπιση των αναγκών της φροντίδας του με πραγματικό και ενεργητικό ενδιαφέρον από τους νοσηλευτές.

Ενισχύοντας τα παραπάνω, η Hunt (2003), αφού χρησιμοποίησε τη μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας για να διερευνήσει τη λήψη κλινικών αποφάσεων αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου σε παιδιατρικούς ασθενείς, με σημαντική νευρολογική αδυναμία, πρότεινε ότι η γνώση του παιδιού που υποφέρει, επιτρέπει στους φροντιστές του και κυρίως στους γονείς του να αναγνωρίζουν τις σωματικές και συμπεριφορικές του αλλαγές εγκαίρως. Κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί μόνο με την καθημερινή επαφή και επικοινωνία. Η ίδια ερευνήτρια μάλιστα αποκαλύπτει τη δυσπιστία των γονέων απέναντι στο ιατρικό προσωπικό για το αν πραγματικά «γνωρίζουν το παιδί τους» ως

ασθενή, δεδομένων των περιστασιακών επισκέψεών τους σε αυτό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Παρόμοιο εύρημα παρουσιάζεται στη μελέτη της Radwin (1996), όπου συμπεραίνεται ότι οι αποφάσεις των νοσηλευτών επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τη γνώση του ασθενή. Στη συγκεκριμένη έρευνα φαίνεται πως οι νοσηλευτικές εμπειρίες και η «στενή» επαφή μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή διαμορφώνουν ουσιαστικά τη γνώση του πρώτου για τον δεύτερο. Αναφερόμενη στη νοσηλευτική εμπειρία, σημειώνει ότι η τριβή του νοσηλευτή, με παρόμοιες κλινικές καταστάσεις στο παρελθόν, οξύνει την ικανότητά του να κατανοεί τα κλινικά προβλήματα.

Σε μία άλλη ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, αναφορικά με την έγκαιρη αναγνώριση των προειδοποιητικών σημείων απορρύθμισης των ασθενών τους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, διαφαίνεται ότι η εξατομικευμένη φροντίδα που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ, τους καθιστά ικανούς να αναγνωρίζουν ακόμα και πολύ μικρές αλλαγές της κατάστασης υγείας των ασθενών τους. Το σύστημα της κατά περίπτωση νοσηλείας στις ΜΕΘ, σύμφωνα με τι νοσηλευτικές απόψεις, παρέχει τη δυνατότητα για αποτελεσματική επικοινωνία και «δέσιμο» με τους ασθενείς τους (Minick 1995). Και οι Tanner και συν. (1993) αναγνωρίζουν τη «γνώση του ασθενή» ως σημαντικό προαπαιτούμενο για τη νοσηλευτική φροντίδα. Η επικοινωνία και επαφή με τους αρρώστους επιτρέπει στο νοσηλευτή τη γνωριμία με την προσωπικότητα αυτών, τις ανησυχίες και τις ελπίδες τους. Η εξοικείωση με τον πληθυσμό των πασχόντων που χρήζουν εντατική θεραπεία βελτιώνει την ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν ομοιότητες και διαφορές στις εκδηλώσεις ενός κλινικού προβλήματος.

Η «γνώση του ασθενή» είναι κεντρικής σημασίας ζήτημα και στη μελέτη της Benner (1984) αναφορικά με τον τρόπο που οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τα κλινικά προβλήματα που εκδηλώνονται οξέως και αιφνιδίως. Περιγράφει τη «γνώση του ασθενή» ως την εμπειρική γνώση των τυπικών αντιδράσεων ενός ασθενή και των ιδιαίτερων ατομικών χαρακτηριστικών του, που κατακτά ο νοσηλευτής με την παρατήρηση των προτιμήσεών του και των συνηθειών του ή ακόμα από πληροφορίες, που προέρχονται από συγγενείς και φίλους του. Η Radwin (1994), χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας, ανέδειξε τη «γνώση του ασθενή» ως τον πυρήνα της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων. Κατ' αυτή, η «γνώση του ασθενή» επέρχεται, όταν ο νοσηλευτής είναι σε θέση να κατανοήσει τις εμπειρίες, τις

συμπεριφορές και τα συναισθήματά του, ώστε να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα. Μάλιστα, διατύπωσε τη συνθήκη, ότι όσο περισσότερο χρόνο διαθέτει ο νοσηλευτής στον ασθενή του, τόσο πιθανότερο είναι να παρασχεθεί εξατομικευμένη φροντίδα στον τελευταίο.

Στο ίδιο συμπέρασμα είχαν καταλήξει δύο χρόνια νωρίτερα οι Jenny & Logan (1992) καθώς μελετούσαν τη διαδικασία απογαλακτισμού των διασωληνωμένων ασθενών από νοσηλευτές. Η «γνώση του ασθενή» περιγράφηκε ως η συγκεκριμένη γνώση, η οποία συσχετιζόταν με τον χρόνο φροντίδας του ασθενή και τις προηγούμενες νοσηλευτικές εμπειρίες και οδηγούσε στην επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων, ώστε να χαρακτηριστεί η φροντίδα τους ως εξατομικευμένη.

Πρέπει να σημειωθεί πάντως πως αν και αρκετές μελέτες αναδεικνύουν τη σημασία της «γνώσης του ασθενή», ως στοιχείο απαραίτητο για τη νοσηλευτική φροντίδα, σε καμία δεν γίνεται σαφές μετά από πόσο διάστημα επαφής και επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του θεωρείται αυτή πλήρης ή τουλάχιστον επαρκής, ώστε να επηρεάσει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών. Ειδικά όταν η επαφή νοσηλευτή-ασθενή σε τμήματα οξείας νοσηλείας ή εντατικής θεραπείας δεν διαρκεί συνήθως περισσότερο από κάποιες ημέρες ή δεν μπορεί να είναι μεγάλης διάρκειας σε μία ημέρα νοσηλείας λόγω του υψηλού φόρτου νοσηλευτικής εργασίας.

Κάποιοι ερευνητές, οι οποίοι έχουν μελετήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές αποφάσεις, έχουν προχωρήσει στην κατάταξη αυτών κατά σειρά προτεραιότητας, πάντα σύμφωνα με τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Από τους παραπάνω παράγοντες, οι γνώσεις και η εμπειρία κατέχουν τις πρώτες θέσεις, ενώ οι νοσηλευτικές αξίες φαίνεται να τις επηρεάζουν λιγότερο από όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές (Thompson & Sutton 1985). Η Pardue (1987) κατέταξε και αυτή κατά φθίνουσα σειρά την εμπειρία, τις γνώσεις, τις νοσηλευτικές αξίες, τα πρότυπα και το στρες, στη σειρά σημαντικότητας των παραγόντων που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.

- Παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του κλινικού περιβάλλοντος

Η αναφορά στο κλινικό νοσηλευτικό περιβάλλον περιλαμβάνει όλους τους όρους, τις περιστάσεις και τις επιρροές, που διέπουν και έχουν επιπτώσεις στη νοσηλευτική φροντίδα και τις σχετιζόμενες με αυτήν αποφάσεις. Οι κλινικές αποφάσεις των

νοσηλευτών δεν λαμβάνονται εν κενώ, αλλά κάτω από τις μεταβαλλόμενες συνθήκες ενός δυναμικού κλινικού περιβάλλοντος (Ebright et al 2003). Το κλινικό περιβάλλον νοείται ως σύστημα, μέσα στο οποίο ο αποφασίζων κάνει επιλογές που κρίνει κατάλληλες, επηρεαζόμενος από τέσσερις κύριες περιβαλλοντικές δυνάμεις α) την επάρκεια των πόρων και των παραγωγικών μέσων, β) τη διοικητική διαχείριση, γ) τις διαμορφωμένες σχέσεις των συμμετεχόντων, δεδομένων των διαφορετικών ρόλων, αρμοδιοτήτων και εξουσιών τους και δ) τη διαθεσιμότητα των τεχνολογικών μέσων.

Η επάρκεια και η διανομή των υλικών πόρων στο κλινικό περιβάλλον αποτελεί ένα διαχρονικό ζήτημα, αφού είναι απολύτως βέβαιο ότι τα αγαθά δεν βρίσκονται σε απεριόριστη αφθονία. Αποτελεί απαίτηση κάθε οργανισμού που έχει οικονομική οργάνωση -συμπεριλαμβανομένων και των μονάδων υγείας- να δικαιολογείται η χρήση και η προμήθεια κάθε υλικού πόρου που εισρέει σε αυτόν. Οι Ebright και συν (2003) κατέδειξαν την ανάγκη ανάπτυξης ειδικής γνώσης από το νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την προμήθεια, την κατανάλωση και την αποθήκευση των πόρων στις σύγχρονες υγειονομικές δομές. Αυτού του τύπου η γνώση βελτιώνει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα των κλινικών αποφάσεων και διευκολυνόταν από τη μακροχρόνια εμπειρία των νοσηλευτών σε συγκεκριμένο κλινικό χώρο.

Επιπρόσθετα, τα οργανωσιακά χαρακτηριστικά ενός κλινικού χώρου και ο τρόπος διοικητικής του διαχείρισης επιδρούν σημαντικά στη λήψη των νοσηλευτικών αποφάσεων. Ο νοσηλευτικός φόρτος εργασίας και η στελέχωση του νοσηλευτικού περιβάλλοντος είναι καθοριστικά για τον χρόνο που διαθέτουν οι νοσηλευτές στη διαδικασία λήψης των αποφάσεών τους και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Όπου οι νοσηλευτές εργάζονταν σε στενά χρονικά περιθώρια, αναγκάζονταν να αντιμετωπίζουν τα κλινικά προβλήματα κατά προτεραιότητα και όχι στο σύνολό τους, μειώνοντας την ίδια στιγμή την επαφή με τον ασθενή. Ανέφεραν επίσης πως αφιέρωναν λιγότερο χρόνο στο συλλογισμό και την επίλυση ενός προβλήματος, οι παρεμβάσεις τους ήταν λιγότερο αποτελεσματικές, οι αποφάσεις τους ήταν λιγότερο δημιουργικές και ακολουθούσαν το πρότυπο των επαρκών παρά των βέλτιστων λύσεων, όπως και δεν παραχωρούσαν στους ασθενείς τους τον χρόνο που χρειαζόνταν οι τελευταίοι ώστε να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα τους (Smith et al 2008).

Οι Hedberg & Satterlund - Larsson (2004) διατύπωσαν την άποψη πως η συνέχεια του κλινικού συλλογισμού των νοσηλευτών παρεμποδίζονταν από επανειλημμένες

διακοπές τρίτων, που ερωτούσαν ή αναζητούσαν βοήθεια για την εκτέλεση μίας παρέμβασης σε κάποιον ασθενή, καθώς και από τις συχνές τηλεφωνικές κλήσεις. Η διαχείριση ενός κλινικού προβλήματος κάτω από τέτοιες συνθήκες γίνονταν ακόμα πιο πολύπλοκη, γιατί η ροή της σκέψης των νοσηλευτών δεχόταν πολλές παρεμβολές, διακόπτονταν απότομα και για την ανάκληση των πρόσφατα αποκτηθέντων πληροφοριών απαιτούνταν αυξημένες νοητικές ικανότητες, προκειμένου να ληφθεί μία απόφαση.

Στον αντίποδα, ένας ακόμα οργανωσιακός παράγοντας που επιδρά στο είδος και τον τρόπο λήψης των κλινικών αποφάσεων είναι και η εφαρμογή πρωτοκόλλων και κλινικών οδηγιών στο νοσηλευτικό περιβάλλον. Έτσι, οι καθημερινές κλινικές αποφάσεις θεμελιώνονται σε ενδείξεις προερχόμενες και επιβεβαιωμένες από την τρέχουσα επιστημονική έρευνα. Οι συστάσεις που προτείνονται από τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα των μονάδων υγείας κατευθύνουν τη σκέψη των νοσηλευτών και υποβοηθούν τη λήψη των αποφάσεών τους. Η ολοένα αυξανόμενη προσδοκία για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, οι απαιτήσεις για έλεγχο, λογοδοσία και προτυποποίηση της κλινικής πρακτικής, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη προτύπων και σαφών κανόνων λειτουργίας των νοσηλευτικών μονάδων, που υποχρεώνουν τους εργαζόμενους νοσηλευτές σε συμμόρφωση (Smith 2006).

Ενδεχομένως, η μεταβλητή που έχει διερευνηθεί περισσότερο για την επίδρασή της στις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών είναι οι σχέσεις των νοσηλευτών-αποφασιζόντων με τα υπόλοιπα μέλη της υγειονομικής ομάδας, ιδιαίτερα τους ιατρούς. Η επικοινωνία και η ανταλλαγή απόψεων με τους έμπειρους συναδέλφους τους ή το ιατρικό προσωπικό είναι πολύ σημαντική για τους νοσηλευτές, ειδικά όταν μία κλινική απόφαση είναι δύσκολη, όταν υπάρχουν αμφιβολίες για την ορθότητα μίας συγκεκριμένης επιλογής, όταν επιδιώκονται καινοτόμες λύσεις, ή όταν οι αποφάσεις τους είναι αγκιστρωμένες σε παλαιότερες επιλογές που εφαρμόζονται σε έναν κλινικό χώρο παραδοσιακά και χωρίς επανέλεγχο (Smith et al 2008).

Ο Larrick (2004) επεσήμανε ότι η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος μπορεί να αποβεί θετική, αλλά και αρνητική. Οι θετικές επιρροές του έχουν να κάνουν με τη δραστηριοποίηση περισσότερων του ενός ειδικών για τον έλεγχο πιθανών λαθών, τον συνδυασμό των διαφορετικών πηγών και επιπέδων γνώσης προς όφελος των ασθενών και την εκ των πραγμάτων αυξημένη πιθανότητα να εξεταστούν πολλαπλές

εναλλακτικές ή να προκύψουν νέες, αποτελεσματικότερες λύσεις. Αντιθέτως, οι αρνητικές συνέπειές του είναι εμφανείς, όταν οι νοσηλευτές επιλέγουν να αποφασίζουν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, που το κάνει η πλειονότητα, ώστε να αποφύγουν την πιθανή απόρριψη από την ομάδα ή χρησιμοποιούν τις αποφάσεις των άλλων για να αποφύγουν την ανάληψη της ευθύνης μιας προσωπικής απόφασης.

Παρά τις δυνητικές θετικές συνέπειες της αλληλεπίδρασης των κλινικών μεταξύ τους, σε κάθε κλινικό περιβάλλον υπάρχει ένας διαρκής ανταγωνισμός μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων, για το ποιος έχει τον έλεγχο του χώρου και των ασθενών (Gurbutt 2006), που παρεμποδίζει την αρμονική συνεργασία τους. Οι νοσηλευτές επικαλούνται την αδιάλειπτη παρουσία τους δίπλα στους ασθενείς, με τους ιατρούς να αντιπαραθέτουν ως επιχείρημα την επιστημονική τους «υπεροχή» και την ευθύνη της θεραπείας τους. Η διαφορά εξουσίας μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων μπορεί να αυξήσει το βαθμό αβεβαιότητας και αναποφασιστικότητας των ασθενέστερων ή να οδηγήσει σε συγκεντρωτισμό στους έχοντες μεγαλύτερη εξουσία. Η Porter (1991) εξέτασε τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων σε ένα πλαίσιο διαφορετικών σχέσεων νοσηλευτών-γιατρών και αναγνώρισε τέσσερις διακριτούς τύπους: α) τη λήψη αποφάσεων υπό συνθήκες απρόσκοπτης συνεργασίας, β) την ανεπίσημη και αφανή λήψη αποφάσεων από νοσηλευτές, γ) την ανεπίσημη και φανερή λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές και δ) την επίσημη και φανερή λήψη αποφάσεων από τους νοσηλευτές. Σημαντικό συμπέρασμά της ήταν ότι οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών δεν λαμβάνονται αφανώς τόσο συχνά όσο υποστηρίζεται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, ενώ αντίθετα οι νοσηλευτές αγωνίζονται να μειώσουν το χάσμα εξουσίας μεταξύ της ιατρικής και της νοσηλευτικής ομάδας, λαμβάνοντας τις αποφάσεις τους ανεπίσημα μεν, φανερά δε. Αν και το εύρημα είναι παρόμοιο με τα αποτελέσματα μεταγενέστερων μελετών, είναι φανερό ότι οι νοσηλευτικές αποφάσεις αντανακλούν ένα μέρος της ιατρικής γνώσης και αυτή η εξάρτηση υποδηλώνει αναγνώριση της ιατρικής κυριαρχίας στον κλινικό χώρο (Coombs & Ersser 2004).

Τέλος, μεταξύ των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη των νοσηλευτικών αποφάσεων είναι η διαθεσιμότητα βασικών τεχνολογικών μέσων, ώστε να υποστηριχθεί η διαδικασία. Οι βασικοί στόχοι της εφαρμογής των τεχνολογιών στα νοσηλευτικά περιβάλλοντα είναι η διευκόλυνση απλών, πλην όμως χρονοβόρων και κοπιαστικών πράξεων, η ταχεία απόκτηση και διάχυση των κλινικών πληροφοριών μεταξύ των μελών της κλινικής ομάδας, καθώς και η υποστήριξη της συνολικής

διαδικασίας με συστήματα τεχνητής νοημοσύνης. Οι τεχνολογίες στα κλινικά τμήματα θεωρούνται γενικά χρήσιμες και επιθυμητές από τους νοσηλευτές (Zuzelo et al 2008). Στα πλεονεκτήματά τους συγκαταλέγονται η υποβοήθηση των παρεμβάσεων άμεσης φροντίδας, η βελτίωση και η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας και η αναβάθμιση των εργασιακών συνθηκών. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνονται η ενασχόληση με τον εξοπλισμό και λιγότερο με τον ίδιο τον ασθενή και η απώλεια δεξιοτήτων από τη χρήση των τεχνολογικών βοηθημάτων. Η εφαρμογή τεχνολογιών συνδέεται με την ανάπτυξη μίας νέας γνώσης σχετικά με τη χρήση του νέου εξοπλισμού, η οποία ενσωματώνεται πια στο σώμα των ειδικών νοσηλευτικών γνώσεων. Η εξοικείωση με αυτές τις γνώσεις, που αποκτάται μόνο μέσα από την εμπειρία και την επανάληψη, καθιστά τους νοσηλευτές περισσότερο αποτελεσματικούς και στην πρακτική και στις αποφάσεις τους (Elbright et al 2003).

Συνοψίζοντας, η ανάλυση της έννοιας της λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων προσφέρει τη βάση για την κατανόηση της διαδικασίας και τον εντοπισμό των σημείων που χρειάζονται περαιτέρω έρευνα. Έτσι, αν και υπάρχει ένας μεγάλος όγκος σχετικών εμπειρικών μελετών στη βιβλιογραφία, απουσιάζουν οι ολοκληρωμένοι, ειδικοί ορισμοί, το ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο και οι κατάλληλες μέθοδοι για τη διερεύνηση της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η συγκέντρωση των ασθενών σε ένα χώρο για παροχή φροντίδας αποτέλεσε τη θεμελιώδη ιδέα για τη δημιουργία του νοσοκομείου. Η συγκέντρωση των πλέον βαριά ασθενών σε συγκεκριμένο χώρο για αμεσότερη και αποτελεσματικότερη νοσηλεία αποτέλεσε την ιδέα για τη δημιουργία των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι ΜΕΘ συνιστούν ειδικές νοσοκομειακές μονάδες, στις οποίες παρέχεται εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και τεχνική υποστήριξη με τη χρήση συσκευών για παρακολούθηση των ασθενών και άμεση παρέμβαση, που στόχο έχει την αποκατάσταση της υγείας και τη διάσωση της ζωής τους (Weil et al 1989, Vincent et al 1994). Αυτά τα νοσηλευτικά τμήματα έχουν ιδιαιτερότητες τόσο αναφορικά με το φυσικό, όσο και με το κλινικό περιβάλλον τους. Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται εκτενής περιγραφή των χώρων, των ασθενών και των επαγγελματικών ομάδων που συνυπάρχουν στις ΜΕΘ, αλλά και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που τις κατατάσσει στα πλέον σύνθετα εργασιακά περιβάλλοντα.

4.1 Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ως αυτόνομοι κλινικοί χώροι

4.1.1 Ιστορική παρουσίαση

Η απαρχή της Εντατικής Φροντίδας αποδίδεται στη Florence Nightingale και στην καινοτομία της δημιουργίας ενός ανεξάρτητου χώρου δίπλα στη νοσηλευτική στάση, που θα εξυπηρετούσε τη νοσηλεία των τραυματισμένων Βρετανών στρατιωτών του πολέμου της Κριμαίας και ειδικότερα τη στενότερη παρακολούθηση και παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε τραυματίες, μετά από μεγάλες μάχες και χειρουργικές επεμβάσεις (Weil & Tang 2011). Στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα οι απομονωμένες κλίνες στα νοσοκομεία μειώνονταν, προκειμένου να γίνει επέκταση των νοσηλευτικών μονάδων, και μόνο οι βαρέως πάσχοντες νοσηλεύονταν σε ατομικούς ή ολιγομελείς θαλάμους, κάτω από άμεση νοσηλευτική επίβλεψη και φροντίδα. Το 1927, ο νευροχειρουργός Walter Dandy, στην προσπάθειά του να βελτιώσει τη μετεγχειρητική πορεία των νευροχειρουργικών ασθενών, κατάφερε να εξασφαλίσει μία ξεχωριστή μονάδα, στο Νοσοκομείο Johns Hopkins της Βαλτιμόρης, για τη νοσηλεία των ασθενών που χειρουργούσε. Η ιδέα των εξειδικευμένων χώρων παροχής αυξημένης φροντίδας σε ασθενείς κατά τη μετεγχειρητική περίοδο έγινε γρήγορα δημοφιλής.

Στόχος της λειτουργίας κάθε μίας από αυτές τις μονάδες εντατικής φροντίδας ήταν η έγκαιρη αντιμετώπιση με σωτήριες για τη ζωή παρεμβάσεις, που βασίζονταν κυρίως στην παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των ασθενών από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες. Οι τελευταίες εκπαιδεύονταν να εκτελούν πράξεις ιατρικής ρουτίνας, αρχικά των χειρουργών και στη συνέχεια αναισθησιολόγων, κατά την πρώιμη, υψηλού-κινδύνου, μετεγχειρητική περίοδο. Ωστόσο, αυτές οι μονάδες στελεχώνονταν από εκπαιδευμένο προσωπικό μόνο για οκτώ ώρες καθημερινά, παρόλο που η αυξανόμενη διάρκεια των ολοένα πιο εξειδικευμένων χειρουργικών επεμβάσεων δημιουργούσε απαιτήσεις για στελέχωσή τους επί περισσότερες ώρες την ημέρα (Weil & Tang 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1950, οι μονάδες αυξημένης φροντίδας δεν ήταν εξοπλισμένες με ειδικό τεχνολογικό εξοπλισμό, ούτε καν με τις «πρωτόγονες» συσκευές παρακολούθησης (monitors) των αιθουσών μετεγχειρητικής παρακολούθησης (Weil & Tang 2011). Επομένως, μέχρι το μισό του 20^{ου} αιώνα οι Μονάδες Εντατικής Φροντίδας αποτελούσαν κλινικούς χώρους που διέφεραν από τα υπόλοιπα νοσηλευτικά τμήματα, αποκλειστικά λόγω της παροχής εξασφαλισμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Η ύπαρξη, όμως, και μόνο αυτής της ειδοποιού διαφοράς τις καθιστούσε στρατηγικά και οικονομικά προνομιούχες δομές σε σύγκριση με τις επεκτεινόμενες υπερμεγέθεις κλινικές των νοσοκομείων.

Ένα ακόμα σημείο που αναφέρεται ως ορόσημο στην ιστορική εξέλιξη της εντατικής θεραπείας είναι η λειτουργία των πρώτων οργανωμένων ΜΕΘ, που εδραιώνονται τη δεκαετία του 1950. Η περίοδος ανάπτυξής τους συμπίπτει χρονικά με την πρόοδο της βιοτεχνολογίας. Στις ΜΕΘ εκείνης της εποχής χρησιμοποιήθηκαν μηχανικά εργαλεία και τεχνικές ελέγχου των αεροφόρων οδών και μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, αρχικά για την αντιμετώπιση των πασχόντων από πολιομυελίτιδα. Η βατότητα των αεραγωγών διασφαλιζόταν με τη συνεχή παρουσία νοσηλευτών και φοιτητών ιατρικής (Weil & Tang 2011). Παράλληλα με τη χρήση των πρώτων αναπνευστήρων ξεκίνησε και η πρακτική εφαρμογή των συσκευών εξωνεφρικής κάθαρσης για την επιτυχή αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας (Teschner 1992). Τη δεκαετία του 1950 χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρικοί απινιδιστές ως συσκευές πρώτης γραμμής για ενδονοσοκομειακή αναζωογόνηση. Αυτές οι συσκευές μαζί με τους καθετήρες καρδιακού καθετηριασμού, διαφλέβιας βηματοδότησης και το σύστημα συνεχούς ηλεκτροκαρδιογραφικής παρακολούθησης για την έγκαιρη ανίχνευση επικίνδυνων

καρδιακών αρρυθμιών αποτέλεσαν τον βασικό εξοπλισμό για την οργάνωση των πρώτων Καρδιολογικών ΜΕΘ (Day 1963).

Οι παραπάνω κλινικοί χώροι συνδύαζαν την εντατική νοσηλευτική φροντίδα με παρεμβάσεις που γίνονταν με τη χρήση τεχνολογικού εξοπλισμού, ώστε να υποστηριχτεί η ανεπαρκής λειτουργία ενός οργάνου. Αν και οι περιγραφείσες δομές απέχουν από τη σημερινή μορφή των ΜΕΘ, που μπορούν να υποστηρίξουν ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια, ωστόσο συντέλεσαν στη μετάβαση από την έννοια της εντατικής φροντίδας στην έννοια της εντατικής θεραπείας. Από τη δεκαετία του 1960 ξεκινά η σύγχρονη περίοδος της εντατικής θεραπείας με αυτόματα συστήματα παρακολούθησης των ζωτικών σημείων ενισχυμένα με συναγερμούς ειδοποίησης, που σύντομα απέκτησαν περισσότερο εξελιγμένες λειτουργικές δυνατότητες. Οι αναλογικές συσκευές παρακολούθησης έδωσαν τη θέση τους σε ψηφιακές συσκευές και ηλεκτρονικά συστήματα υψηλής τεχνολογίας (Weil et al. 1981). Οι μετρήσεις των αναπνευστικών και των αιμοδυναμικών παραμέτρων συμπληρώθηκαν με μετρήσεις αερίων αίματος, βασικές βιοχημικές εργαστηριακές εξετάσεις και νέες μετρήσεις καρδιακών ενζύμων και γαλακτικού οξέος που γίνονταν μέσω αναλυτών, οι οποίοι βρίσκονταν εντός των ΜΕΘ και πρόσφεραν εύκολα προσβάσιμες κλινικές πληροφορίες για την αναθεώρηση της θεραπείας και την πρόληψη της απορρύθμισης ή της απειλής της ζωής των ασθενών (Weil & Tang 2011).

Όμως, η πλειονότητα των ιατρών δεν ήταν εξοικειωμένη ούτε με τη νέα παρακλινία τεχνολογία των ΜΕΘ, ούτε με τις εξειδικευμένες παρεμβατικές τεχνικές. Δεν είχαν λοιπόν άλλη επιλογή από το να «παραδώσουν» τη διάγνωση και τη διαχείριση των βαρέως πασχόντων σε νέες ειδικότητες ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Οι εντατικολόγοι και οι ειδικευμένοι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας με τη βοήθεια του υπόλοιπου εκπαιδευμένου προσωπικού των ΜΕΘ αποτέλεσαν την επαγγελματική ομάδα που ανέλαβε από κοινού τη φροντίδα υγείας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Στην Ελλάδα του 1958 εφαρμόζεται για πρώτη φορά η μηχανική αναπνευστική υποστήριξη, όταν προέκυψε η σχετική ανάγκη για τους ασθενείς που προσβλήθηκαν κατά την επιδημία της πολιομυελίτιδας. Επικεφαλής τίθεται η ιατρός Σ. Μαγκριώτη και ο τότε Πρόεδρος του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού Κ. Γεωργακόπουλος. Μετά την αποδρομή της επιδημίας, η πρώτη οργανώνει Κέντρο για τη συστηματική αντιμετώπιση της αναπνευστικής ανεπάρκειας και την εφαρμογή της αναπνευστικής ανάνηψης στο

Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία». Το 1966 άρχισε να εκπονείται έρευνα με σκοπό τη δημιουργία ειδικής πλέον Μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Η έρευνα σταμάτησε κατά την περίοδο της δικτατορίας και ολοκληρώθηκε μετά την πτώση της. Οι ΜΕΘ τελικά δημιουργούνται συγχρόνως με τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ), καθώς για πρώτη φορά προκηρύσσονται θέσεις γιατρών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση σε αυτές. Οι ΜΕΘ διαμορφώθηκαν στην Ελλάδα σύμφωνα με τα πρότυπα του εξωτερικού, μετά από τις προτάσεις που υπέβαλε η σχετική επιτροπή το 1983. Το 1986 στο Νοσοκομείο «Π & Α. Κυριακού» ιδρύθηκε η πρώτη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, που σηματοδότησε την ανάπτυξη των ΜΕΘ στα μεγάλα νοσοκομεία (Αλεξιάς 1998).

4.1.2 Δομή των ΜΕΘ

Όπως προαναφέρθηκε, οι ΜΕΘ είναι αυτόνομες οργανωτικές και χωροταξικές οντότητες μέσα σε ένα νοσοκομείο, που λειτουργούν με σκοπό την παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών βαρέως πασχόντων, την πραγματοποίηση πλήρους διαγνωστικού ελέγχου και την εφαρμογή κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της έκβασης της βαριάς νόσου (Brilli et al 2001, Multz et al. 1998). Ο καθορισμός προτύπων αρχιτεκτονικής δομής, οργάνωσης και λειτουργίας των ΜΕΘ είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής ροής εργασίας τους (Valentin & Ferdinande 2011). Το 1997 μία ομάδα εργασίας της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Εντατικής Θεραπείας (European Society of Intensive Care Medicine, ESICM) δημοσίευσε μία επιστημονική εργασία περιγράφοντας τις ελάχιστες προδιαγραφές λειτουργίας των ΜΕΘ (Ferdinande 1997). Η συγκεκριμένη εργασία είχε σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση σχετικών οδηγιών στις εθνικές Εταιρείες Εντατικής Θεραπείας σε όλη την Ευρώπη, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (Valentin & Ferdinande 2011). Τα δεδομένα αυτής της επιστημονικής μελέτης υποβλήθηκαν σε επανεξέταση από το 2009 και τα αναθεωρημένα πρότυπα λειτουργίας των ΜΕΘ δημοσιεύτηκαν το 2011 (Valentin & Ferdinande 2011) και περιγράφονται παρακάτω:

Θέση των ΜΕΘ

Η ΜΕΘ αποτελεί απομονωμένο χώρο με ελεγχόμενη πρόσβαση και ξεχωριστές εισόδους για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους επισκέπτες. Πρέπει να έχει

άμεση σύνδεση - ιδανικά οριζόντια πρόσβαση - με το τμήμα επειγόντων περιστατικών, το χειρουργείο, την αίθουσα μεταναισθητικής φροντίδας (ανάληψη) και τα εργαστήρια.

Μέγεθος των ΜΕΘ

Ο υπολογισμός των κλινών μίας ΜΕΘ γίνεται με βάση τον τύπο του νοσοκομείου, το συνολικό αριθμό των ασθενών που νοσηλεύονται σε αυτό και άλλα γεωγραφικά και οικονομικά κριτήρια. Πρακτικά πρέπει να διαθέτει το λιγότερο 6 κλίνες, ενώ 8-12 κλίνες θεωρείται ιδανικός αριθμός για να είναι λειτουργικά αποτελεσματική. Οι πολύ μικρές ή πολύ μεγάλες ΜΕΘ δεν είναι αποδοτικές. Ο στόχος είναι να λειτουργούν με επαρκή κάλυψη των κλινών της (περίπου 75%), ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να προσφέρονται με ασφάλεια και ποιότητα, να αντιμετωπίζονται επιτυχώς οι επείγουσες καταστάσεις και να αποφεύγονται οι πρόωρες έξοδοι των ασθενών.

Τύπος των ΜΕΘ

Μία ΜΕΘ μπορεί να είναι «κλειστή» ή «ανοιχτή». Ο διαχωρισμός τους στις συγκεκριμένες κατηγορίες γίνεται με βάση την ανάληψη της ευθύνης θεραπείας και φροντίδας από ορισμένη ομάδα ή περισσότερους κλινικούς. Συγκεκριμένα, σε μία κλειστή ΜΕΘ την αποκλειστική ευθύνη του θεραπευτικού πλάνου και της εκτέλεσης των θεραπευτικών παρεμβάσεων έχει το ιατρικό προσωπικό της μονάδας. Σε αυτή υπάρχει συγκεκριμένη διεύθυνση, σαφή κριτήρια εισόδου ή εξόδου των ασθενών, εφαρμόζονται συγκεκριμένα θεραπευτικά πρωτόκολλα, οι αποφάσεις είναι ενιαίες και είναι περισσότερο αποτελεσματικές. Από την άλλη μεριά, σε μία ανοιχτή ΜΕΘ, ιατροί εκτός του προσωπικού της ΜΕΘ μπορούν να ορίσουν θεραπευτικές οδηγίες και να πραγματοποιήσουν επεμβάσεις χωρίς την υποχρεωτική κάλυψη εντατικολόγου. Αυτό το πρότυπο δεν φαίνεται λειτουργικό, αφού επικρατεί ανομοιογένεια στην αντιμετώπιση των ασθενών.

Τεχνολογικός εξοπλισμός των ΜΕΘ

Μία ΜΕΘ πρέπει να είναι εξοπλισμένη με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό για α) την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών, β) τη στενή παρακολούθησή τους, και γ) τη διευκόλυνση της ροής εργασίας μειώνοντας τις γραφειοκρατικές διαδικασίες. Ο τύπος και η ποσότητα των τεχνικών συστημάτων ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο, το μέγεθος και τη λειτουργία της μονάδας και στοχεύει στη μείωση του

εργασιακού φόρτου της κλινικής ομάδας, τη μείωση των λαθών και τη βελτίωση της προσφερόμενης φροντίδας.

Η χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών φαίνεται πως μειώνει τον χρόνο εκτέλεσης ορισμένων κλινικών παρεμβάσεων και επιταχύνει τη συνολική ροή της εργασίας στη ΜΕΘ. Παράλληλα, προσφέρει στην ομάδα της ΜΕΘ πολλαπλάσια κλινικά δεδομένα σε μικρότερο χρόνο, εξυπηρετώντας τη λήψη των διαγνωστικών αποφάσεων. Ακόμα, διευκολύνεται η πρόσβαση περισσότερων επαγγελματιών, ειδικότερα των νοσηλευτών, στην κλινική πληροφορία, κάτι που δεν είναι ευνόητο, όσο οι διαδικασίες στη ΜΕΘ είναι γραφειοκρατικές και η φύλαξη των ιατρονοσηλευτικών εντύπων γίνεται σε πολλά και διαφορετικά μέρη (Centre for Health Systems and Safety Research 2012). Αναμφίβολα, όμως, η ενσωμάτωση πολλών μηχανικών εργαλείων στην καθημερινή κλινική πρακτική της ΜΕΘ, με κύριους χειριστές τους νοσηλευτές, έχει επεκτείνει τον νοσηλευτικό ρόλο και έχει καταστήσει το περιβάλλον των ΜΕΘ έναν από τους πιο πολύπλοκους εργασιακούς χώρους μέσα στο νοσοκομείο (WilkstRom 2002, Almerud 2008).

Ιδιαιτερότητες του μικρο-περιβάλλοντος των ΜΕΘ

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ συνοψίζονται στο ότι πρόκειται για κλειστούς χώρους, με υπερβολικό θόρυβο, συνεχή τεχνητό φωτισμό, κακό αερισμό και δυσάρεστες οσμές. Ο σχεδιασμός των ΜΕΘ με ατομικά δωμάτια ή θαλάμους απομόνωσης και αυξημένο παρακλίνιο τεχνολογικό εξοπλισμό, παρουσίαζε πλεονεκτήματα αναφορικά με τη μείωση της συχνότητας των διασταυρούμενων λοιμώξεων και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας με εξασφαλισμένη την ιδιωτικότητα των ασθενών (Fontaine et al. 2001). Ωστόσο, συνδέθηκε με αύξηση των επιπέδων θορύβου σε ένταση διπλάσια και τριπλάσια των ανώτατων επιτρεπτών ορίων (Kahn et al 1998) και με συνεχή τεχνητό φωτισμό, είτε γίνονται παράλληλες παρεμβάσεις στους ασθενείς, είτε δεν πραγματοποιείται καμία απολύτως παρέμβαση (Fontaine et al 2001). Αν στις παραπάνω δυσάρεστες συνθήκες προστεθούν η έλλειψη οπτικής επαφής με το εξωτερικό περιβάλλον και η κακή ποιότητα αέρα (Rupert et al 2007) γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η ΜΕΘ είναι ένα πολύ δύσκολο περιβάλλον εργασίας, που ευνοεί την εύκολη κόπωση, την απόσπαση της σκέψης, της προσοχής και της συγκέντρωσης (Jastremski 2000) και καθιστά την αποτελεσματική λήψη κλινικών αποφάσεων μία δύσκολη υπόθεση.

4.1.3 Οι ασθενείς των ΜΕΘ

Οι ασθενείς νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, όταν αναμένεται να ωφεληθούν από τη φροντίδα που θα λάβουν (Bone et al 1993). Συνήθως αναφέρονται ως βαρέως πάσχοντες ή ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Γενικά, ως βαρέως πάσχοντες ορίζονται εκείνοι των οποίων η ομοιοστασία εμφανίζει ασταθή ισορροπία, οι παρεκκλίσεις της είναι ταχείες, δύσκολα προβλέψιμες και μπορεί να οδηγήσουν άμεσα στο θάνατο ή σε μόνιμη βλάβη της υγείας, αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα (Καρατζάς 2003). Το επίπεδο φροντίδας των ασθενών μπορεί να ταξινομηθεί σε τέσσερις κατηγορίες (Eddleston et al. 2009), κατά τον τρόπο που αναλύονται παρακάτω:

- Επίπεδο 0: Ασθενείς των οποίων οι ανάγκες μπορούν να ικανοποιηθούν σε έναν κανονικό θάλαμο νοσηλείας.
- Επίπεδο 1: Ασθενείς που μπορούν να νοσηλευτούν σε κοινό τμήμα, αλλά χρειάζονται επιπλέον φροντίδα από ομάδα εντατικής θεραπείας
- Επίπεδο 2: Ασθενείς των οποίων η κατάσταση επιβάλλει αυξημένη παρακολούθηση ή παρέμβαση. Περιλαμβάνονται και οι ασθενείς των οποίων κάποια οργανικά συστήματα υπολειτουργούν ή βρίσκονται στη μετεγχειρητική περίοδο.
- Επίπεδο 3: Ασθενείς που έχουν ανάγκη μηχανικής υποστήριξης ενός ή περισσότερων οργανικών συστημάτων, καθώς και οι ασθενείς με πολυοργανική ανεπάρκεια.

Οι ασθενείς των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας ανήκουν στο επίπεδο 3 και οι ασθενείς των Μονάδων Αυξημένης Φροντίδας στο επίπεδο 2. Η ως άνω κατάταξη περιγράφει σε αδρές γραμμές τα κριτήρια εισαγωγής ενός ασθενή στη ΜΕΘ. Η στήριξη μιας απόφασης εισαγωγής σε πλαίσια όπως α) το Μοντέλο Προσδιορισμού Προτεραιοτήτων (Prioritization Model) ή β) το Μοντέλο των Διαγνώσεων (Diagnosis Model) βοηθά σημαντικά και σε πρακτικό επίπεδο τους αποφασίζοντες στις ΜΕΘ (Society of Critical Care Medicine 1999) και περιγράφει με αρκετή ακρίβεια τους τύπους των ασθενών που χρειάζεται να λάβουν εντατική φροντίδα.

- **Μοντέλο Προσδιορισμού Προτεραιοτήτων**

Με αυτό το μοντέλο καθορίζεται το φάσμα των ασθενών από αυτούς που θα ωφεληθούν περισσότερο (Προτεραιότητας 1) έως αυτούς που δεν θα έχουν καμία ωφέλεια (Προτεραιότητας 4) από τη νοσηλεία τους σε ΜΕΘ:

- *Ασθενείς Προτεραιότητας 1:* Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται βαρέως πάσχοντες, ασταθείς ασθενείς, που έχουν ανάγκη από εντατική θεραπεία και παρακολούθηση, που δεν μπορεί να παρασχεθεί εκτός ΜΕΘ. Συνήθως αυτού του είδους η θεραπεία θέτει απαιτήσεις για μηχανική αναπνευστική υποστήριξη ή/και συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση αγγειοδραστικών φαρμάκων.
- *Ασθενείς Προτεραιότητας 2:* Αυτοί οι ασθενείς χρειάζονται εντατική παρακολούθηση και ενδεχομένως άμεσες παρεμβάσεις. Παραδείγματα τέτοιων ασθενών είναι αυτοί που αναπτύσσουν οξείες παθολογικές διαταραχές ή σοβαρές χειρουργικές επιπλοκές σε έδαφος χρονίων νοσημάτων.
- *Ασθενείς Προτεραιότητας 3:* Οι ασθενείς της συγκεκριμένης κατηγορίας είναι βαρέως πάσχοντες και ασταθείς ασθενείς, με μειωμένες πιθανότητες πλήρους ανάρρωσης εξαιτίας υποκείμενων νοσημάτων ή της φύσης της οξείας διαταραχής. Στους πάσχοντες αυτούς μπορεί να παρασχεθεί ένα ευρύ φάσμα θεραπειών, που δεν περιλαμβάνει όμως την ενδοτραχειακή διασωλήνωση ή την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, όπως σε ασθενείς με μεταστατικά κακοήθη νοσήματα που είναι επιπλεγμένα με λοίμωξη ή καρδιακό επιπωματισμό ή εμπόδιο στον αεραγωγό.
- *Ασθενείς Προτεραιότητας 4:* Σε αυτούς τους ασθενείς, γενικά, η εισαγωγή στη ΜΕΘ δεν κρίνεται κατάλληλη, είτε γιατί δεν έχουν να λαμβάνουν κανένα όφελος από την εντατική φροντίδα, διότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρειάζονται είναι χαμηλού κινδύνου και μπορούν να παρασχεθούν και σε ένα κοινό νοσηλευτικό τμήμα, είτε διότι βρίσκονται στο τελικό στάδιο μίας νόσου ή έχουν εκδηλώσει μη αναστρέψιμη βλάβη που οδηγεί με βεβαιότητα στο θάνατο.

- **Μοντέλο των Διαγνώσεων**

Αυτό το μοντέλο καθορισμού κριτηρίων εισαγωγής σε ΜΕΘ χρησιμοποιεί συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις ή νόσους, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.1.

Πίνακας 4.1. Διαγνώσεις ασθενών που χρειάζονται εντατική θεραπεία

| | |
|------------|---|
| A. | Καρδιαγγειακό Σύστημα |
| 1 | Επιπλεγμένο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου |
| 2 | Καρδιογενής καταπληξία |
| 3 | Σύνθετες αρρυθμίες που χρήζουν στενής παρακολούθησης και παρέμβασης |
| 4 | Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια με αναπνευστική ανεπάρκεια ή/και ανάγκη αιμοδυναμικής υποστήριξης |
| 5 | Υπέρτασική κρίση |
| 6 | Ασταθής στηθάγχη, επιπλεγμένη με δυσρυθμίες, αιμοδυναμική αστάθεια ή επίμονο θωρακικό πόνο |
| 7 | Καρδιακή ανακοπή |
| 8 | Καρδιακός επιπωματισμός ή στένωση με αιμοδυναμική αστάθεια |
| 9 | Διαχωριστικό αορτικό ανεύρυσμα |
| 10 | Πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός |
| B. | Αναπνευστικό Σύστημα |
| 1 | Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια που χρήζει μηχανικής υποστήριξης |
| 2 | Πνευμονική εμβολή με αιμοδυναμική αστάθεια |
| 3 | Ασθενείς σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας που εκδηλώνουν επιδείνωση της αναπνευστικής λειτουργίας |
| 4 | Ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα/φυσιοθεραπεία που δεν μπορεί να προσφερθεί σε άλλα τμήματα ή μονάδες |
| 5 | Μαζική Αιμόπτυση |
| 6 | Αναπνευστική ανεπάρκεια που απαιτεί επικείμενη διασωλήνωση |
| Γ. | Νευρολογικές Διαταραχές |
| 1 | Οξύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο με διαταραχές του επιπέδου συνείδησης |
| 2 | Κώμα: μεταβολικό, τοξικό, ανοξικό |
| 3 | Ενδοκράνια αιμορραγία με επταπειλούμενο εγχολεασμό |
| 4 | Οξεία υπαραχνοειδής αιμορραγία |
| 5 | Μηνιγγίτιδα με διαταραχές επιπέδου συνείδησης ή αναπνευστική καταστολή |
| 6 | Νοσήματα Κεντρικού Νευρικού Συστήματος ή νευρομυϊκά νοσήματα με απορρύθμιση της νευρικής ή αναπνευστικής λειτουργίας |
| 7 | Επιληπτική κατάσταση (Status epilepticus) |
| 8 | Εγκεφαλικός θάνατος ή επικείμενος εγκεφαλικός θάνατος ασθενών που χρειάζονται ειδική διαχείριση προκειμένου να γίνουν δότες οργάνων και ιστών |
| 9 | Ασθενείς με αγγειόσπασμο |
| 10 | Ασθενείς με σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις |
| Δ. | Φαρμακευτικές Δηλητηριάσεις και Υπερδοσολογία Φαρμάκων |
| 1 | Αιμοδυναμική αστάθεια σε φαρμακευτική δηλητηρίαση |
| 2 | Διαταραχές επιπέδου συνείδησης και ανεπαρκής προστασία αεραγωγού μετά από φαρμακευτική δηλητηρίαση |
| 3 | Επιληπτικοί σπασμοί μετά λήψη φαρμάκου |
| Ε. | Γαστρεντερικές Διαταραχές |
| 1 | Απειλητική για τη ζωή αιμορραγία πεπτικού συστήματος εκδηλούμενη με υπόταση, θωρακικό άλγος, ακατάσχετη αιμορραγία |
| 2 | Οξεία ηπατική ανεπάρκεια |
| 3 | Σοβαρή παγκρεατίτιδα |
| 4 | Διάτρηση οισοφάγου με ή χωρίς μεσοθωρακίτιδα |
| ΣΤ. | Ενδοκρινικές Διαταραχές |
| 1 | Διαβητική κετοξέωση επιπλεγμένη με αιμοδυναμική αστάθεια, διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, αναπνευστική ανεπάρκεια ή σοβαρή οξέωση |
| 2 | Θυρεοειδική κρίση ή μυξοδηματικό κώμα με αιμοδυναμική αστάθεια |
| 3 | Υπερωσμωτικό κώμα και /ή αιμοδυναμική αστάθεια |
| 4 | Άλλες ενδοκρινικές διαταραχές όπως επινεφριδιακή κρίση με αιμοδυναμική αστάθεια |
| 5 | Σοβαρή υπεργλυκαιμία με διαταραχές συνείδησης, που απαιτεί αιμοδυναμική παρακολούθηση |
| 6 | Υπο- ή υπερνατριαιμία με επιληπτικές κρίσεις και διαταραχές συνείδησης |
| 7 | Υπο- ή υπερμαγνησαιομία με αιμοδυναμική αστάθεια και δυσρυθμίες |
| 8 | Υπο- ή υπερκαλιαιμία με δυσρυθμία και μυϊκή αδυναμία |
| 9 | Υποφωσφαταιμία με μυϊκή αδυναμία |
| Ζ. | Χειρουργικές Περιπτώσεις |
| 1 | Ασθενείς στη μετεγχειρητική περίοδο που χρειάζονται αιμοδυναμική παρακολούθηση, αναπνευστική υποστήριξη ή εντατική νοσηλευτική φροντίδα |
| Η. | Άλλες Περιπτώσεις |
| 1 | Σηπτική καταπληξία με αιμοδυναμική αστάθεια |

| | |
|---|--|
| 2 | Ανάγκη για αιμοδυναμική παρακολούθηση |
| 3 | Κλινικές καταστάσεις που απαιτούν εντατική νοσηλευτική φροντίδα |
| 4 | Τραυματισμοί που αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (τραυματισμοί από κεραυνό, παρ' ολίγον πνιγμοί, υπο/υπερθερμία |
| 5 | Νέες ή πειραματικές θεραπείες με δυνητικά αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών |

Πηγή: *Society of Critical Care Medicine, 1999*

4.1.4 Η στελέχωση των ΜΕΘ

Η ΜΕΘ είναι ο κλινικός χώρος που απαιτεί συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, προκειμένου να παρασχεθεί συντονισμένη φροντίδα στους βαρέως πάσχοντες. Η λειτουργία της απαιτεί τόσο προσωπικό με εκπαίδευση και εμπειρία στην αντιμετώπιση των ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση (γιατρών, νοσηλευτών, φυσικοθεραπευτών), όσο και προσωπικό για βοηθητικές δραστηριότητες (π.χ καθαριότητα, μεταφορά ασθενών, γραμματειακή υποστήριξη). Το σύνολο των ειδικοτήτων του προσωπικού καλύπτουν τους ακόλουθους τομείς: α) γενική φροντίδα, β) παρακολούθηση, γ) διάγνωση, δ) θεραπεία, ε) επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του και στ) εξασφάλιση της λειτουργίας του τμήματος (Gallesio et al 2006). Στο παρόν υποκεφάλαιο γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στην ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, δεδομένου ότι οι υπόλοιπες ειδικότητες έχουν άλλοτε περιστασιακή παρουσία στη ΜΕΘ ή δεν έχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που να τους διαφοροποιούν από τους αντίστοιχους επαγγελματίες των υπολοίπων νοσηλευτικών τμημάτων ή δεν ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα στελέχωσης.

- Η ιατρική ομάδα

Η ιατρική ομάδα αποτελείται από εντατικολόγους και γιατρούς που εκπαιδεύονται στο αντικείμενο της εντατικής θεραπείας στα πλαίσια της ειδικότητάς τους. Οι εντατικολόγοι είναι εξειδικευμένοι γιατροί, που διαθέτουν ειδική εκπαίδευση στο αντικείμενο της εντατικής θεραπείας, καλύπτουν τη ΜΕΘ σε 24ωρη βάση, έχουν την ιατρική ευθύνη των νοσηλευόμενων σε αυτήν και αναλαμβάνουν διοικητικά καθήκοντα όπως α) τη διαχείριση των κλινών, β) τον συντονισμό δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, γ) την ανανέωση του εξοπλισμού και των τεχνικών και δ) την ευθύνη για τη συλλογή των στοιχείων των ασθενών (Gutsche 2007, Brillì et al 2001).

Ο επαρκής αριθμός των εντατικολόγων σε μία ΜΕΘ συνδέεται με καλύτερες εκβάσεις των ασθενών και με μικρότερη διάρκεια νοσηλείας τους. Μία συστηματική ανασκόπηση 26 μελετών από 156 ΜΕΘ (Pronovost et al 2002), που μελέτησε 14.356

ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν υπό την επίβλεψη και ευθύνη επαρκούς αριθμού εντατικολόγων, σε σχέση με 13.117 ασθενείς, που νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΘ με χαμηλές αναλογίες εντατικολόγων, κατέδειξε ότι οι υψηλές αναλογίες τους συνδέθηκαν με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ. Αν και η ετερογένεια των δεδομένων από διαφορετικές μονάδες θέτει περιορισμούς στη γενίκευση των συμπερασμάτων της μετα-ανάλυσης, ωστόσο και άλλες μελέτες που διενεργήθηκαν σε ομοιογενείς πληθυσμούς επιβεβαίωσαν την προαναφερόμενη σχέση στελέχωσης, με τα καλά αποτελέσματα στους ασθενείς (Treggiari et al 2007, Pronovost et al 1999, Dimick et al 2001, Suarez et al 2004).

Για τους λόγους αυτούς, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας θεωρεί αναγκαία την παρουσία 4-5 εντατικολόγων για μία λειτουργική μονάδα 6-8 κλινών (Valentin & Ferdinande 2011), θέση που υιοθετεί και η Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας. Οι αριθμοί αυτοί δεν καλύπτουν μόνο τις κλίνες κατά τη διάρκεια του τακτικού ωραρίου, αλλά και τις ανάγκες των εφημεριών, της επιτέλεσης διοικητικών, εκπαιδευτικών και ερευνητικών δραστηριοτήτων, καθώς και τις νόμιμες απουσίες. Αν και παγκοσμίως, η φυσική παρουσία εντατικολόγου στη ΜΕΘ θεωρείται επιβεβλημένη κατά τη διάρκεια του τακτικού ωραρίου (Ferdinande 1997, Haupt et al 2003, Gutsche & Kohl 2007), δεν υπάρχει ομοφωνία για το αν είναι απαραίτητη η παρουσία του κατά την εφημερία. Με κύρια αιτιολογία την καταπόνηση του υπερεξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού με διαδικασίες ρουτίνας, που συνήθως αποτελούν το βασικό όγκο εργασίας κατά τις ώρες εφημερίας, η Αμερικανική και Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας δέχονται ότι εκτός τακτικού ωραρίου, οι ανάγκες της ΜΕΘ μπορούν να καλύπτονται από ειδικευόμενους, αφού εξασφαλιστεί δυνατότητα έγκαιρης προσέλευσης του ειδικού γιατρού σε περίπτωση ανάγκης (Haupt et al 2003, Gutsche & Kohl 2007, Brill et al 2001, Ferdinande 1997).

Ερμηνεύοντας τα παραπάνω, φαίνεται ότι διεθνώς θεωρείται αυτονόητο πως ένα μεγάλο μέρος της εντατικής και επείγουσας φροντίδας μπορεί να αναληφθεί από εξειδικευμένους νοσηλευτές με επαρκή εκπαίδευση, σε βασικές αρχές υποστήριξης των βαρέως πασχόντων, σε συνεργασία με τους ειδικευόμενους γιατρούς. Το δεδομένο αυτό εξηγεί την καθολική απαίτηση όλη η νοσηλευτική φροντίδα στη ΜΕΘ να διεξάγεται άμεσα ή κάτω από την επίβλεψη εξειδικευμένων νοσηλευτών εντατικής θεραπείας (Haupt et al 2003, Williams et al 2006), με αυξημένες γνώσεις και δεξιότητες.

- Η νοσηλευτική ομάδα

Οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ είναι επιφορτισμένοι με τη φροντίδα των ασθενών, τη συνεχή παρακολούθησή (monitoring) τους και τη συμμετοχή στη θεραπεία τους με χορήγηση φαρμάκων, τιτλοποίηση της αγωγής, εκτέλεση συγκεκριμένων τεχνικών και συνεργασία σε όλες τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Gutsche & Kohl 2007, Brill et al 2001). Ακριβώς αυτή η ένταση εργασίας, που επιτυγχάνεται με υψηλή αναλογία νοσηλευτών/ασθενών και τη χρήση υψηλής τεχνολογίας, αποτελεί μία από τις βασικότερες διαφορές άσκησης της κλινικής νοσηλευτικής μεταξύ τμημάτων και ΜΕΘ (Poalillo & Jimenez 2006). Οι ως άνω ιδιαιτερότητες καθιστούν αναγκαία την εκπαίδευση και εξοικείωση των νοσηλευτών με σύνθετα παθολογικά προβλήματα και συγχρόνως τη χρήση του εξοπλισμού της ΜΕΘ (Williams et al 2006).

Η Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας (World Federation of Critical care Nurses, WFCCN) ορίζει τον νοσηλευτή εντατικής φροντίδας ως τον επαγγελματία υγείας που παρέχει επαρκή και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες, με τέτοιο τρόπο ώστε να συνδυάζονται η εξειδικευμένη γνώση, οι τεχνικές δεξιότητες και οι ανθρωπιστικές αξίες (Williams et al 2006). Σε ελάχιστες χώρες, όμως, υπάρχει σαφής κατανόηση του ειδικού του ρόλου, καθώς και αποκρυσταλλωμένες απόψεις για το κατάλληλο επίπεδο εκπαίδευσής του. Στην προσπάθεια δημιουργίας ενός ενιαίου πλαισίου για τον καθορισμό του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτή εντατικής φροντίδας, η Παγκόσμια Ομοσπονδία Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας και μερικοί Εθνικοί Σύνδεσμοι Νοσηλευτών Εντατικής Θεραπείας παραθέτουν συγκεκριμένες θέσεις για το επίπεδο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης.

Συγκεκριμένα, η WFCCN διακηρύττει τα παρακάτω, αναφορικά με την εκπαίδευση στο αντικείμενο της Νοσηλευτικής Εντατικής Φροντίδας:

1) Το επίπεδο προετοιμασίας που απαιτεί η επαγγελματική ενασχόληση με την εντατική φροντίδα υπερβαίνει το επίπεδο της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης που παρέχεται σε πολλές χώρες. Γι' αυτόν τον λόγο απαιτούνται μεταπτυχιακές σπουδές ή παρακολούθηση συναφών μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων πανεπιστημιακού επιπέδου (Asia in 2005) για να εξασφαλιστεί το απαραίτητο βάθος και εύρος κλινικής γνώσης και πρακτικής δεξιότητας (WFCCN 2003, WFCCN 2005). Ως εξειδικευμένος κλινικός επιστήμονας, ο νοσηλευτής εντατικής φροντίδας χρειάζεται θεωρητική κατάρτιση και αναπτυγμένες δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, λήψης κλινικών αποφάσεων, κριτικής

σκέψης, αναστοχαστικής πρακτικής, ηγεσίας και ομαδικής εργασίας (Australian College of Critical Care Nurses, ACCCN 1999). Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Εντατικής Φροντίδας (AACN) έχει αναπτύξει το Μοντέλο Συνέργειας (Synergy Model) για να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών, των νοσηλευτικών μονάδων και των συστημάτων υγείας επιδρούν στη διαμόρφωση της επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής (Karlou 2003). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα οκτώ ουσιώδη στοιχεία, που το συγκεκριμένο μοντέλο αναγνωρίζει ως προσδιοριστές της κλινικής πρακτικής των νοσηλευτών, τα οποία αποκτώνται μέσω της εκπαίδευσης: α) την κλινική κρίση (clinical judgment), β) τον κλινικό προβληματισμό (clinical inquiry), γ) τη διευκόλυνση και προαγωγή της μάθησης (facilitator of learning), δ) τη συνεργασία (collaboration), ε) τη συστημική σκέψη και σφαιρική προσέγγιση των κλινικών προβλημάτων (systems thinking), στ) τη συνηγορία και την ηθική αντιπροσώπευση του ασθενούς (advocacy and moral agency), ζ) τις πρακτικές φροντίδας (caring practices), και η) την αντιμετώπιση της διαφορετικότητας (response to diversity). Επομένως, ένα πλήρες εκπαιδευτικό πρόγραμμα οφείλει να περιλαμβάνει εκτός από θεωρητική κατάρτιση, συμμετοχή σε ερευνητικές δραστηριότητες σχετικές με το αντικείμενο της εντατικής θεραπείας και εκπαίδευση σε δεξιότητες ομαδικής εργασίας, επικοινωνίας και θέματα ηθικής και δεοντολογίας (Chaboyer et al 2000, ACCCN 2005).

2) Αν και είναι ελκυστικό για τους επαγγελματίες υγείας να πιστεύουν ότι η επέκταση ή η βελτίωση του κλινικού τους ρόλου, επομένως και της εκπαίδευσής τους, προκύπτει αποκλειστικά μετά από κοινή επαγγελματική επιδίωξη, οι κύριες κατευθυντήριες δυνάμεις για αυτού του είδους τις αλλαγές είναι: α) η πολιτική βούληση για το τι είδους υπηρεσίες υγείας χρειάζεται η κοινωνία, β) η οικονομική επιταγή για συγκράτηση του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών με περισσότερο αποτελεσματικές και παράλληλα λιγότερο δαπανηρές παροχές, γ) η τεχνολογική ανάπτυξη που μετατοπίζει την εκτέλεση κάποιων παρεμβάσεων που ανήκαν στο πεδίο της ιατρικής πρακτικής στους νοσηλευτές και δ) ο στρατηγικός προγραμματισμός του συστήματος υγείας, με βάση τον οποίο πραγματοποιείται επαναπροσδιορισμός της στελέχωσης και της κατανομής των διαφορετικών κατηγοριών προσωπικού στις νοσηλευτικές μονάδες (Glen 2004). Γι' αυτό η WFCCN θεωρεί ότι οι υγειονομικοί, οι εκπαιδευτικοί και οι επαγγελματίες νοσηλευτικοί φορείς πρέπει να συνεργαστούν, ώστε να διαμορφωθούν εκπαιδευτικά προγράμματα σύμφωνα με τις ελάχιστες προϋποθέσεις που

συμφωνήθηκαν στη Διακήρυξη της Μαδρίτης (WFCCN 2005). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στον Καναδά, οι αρμόδιοι φορείς συνεργάστηκαν κάτω από την πολιτική εποπτεία του Υπουργείου Υγείας για τη διαμόρφωση εκπαιδευτικού προγράμματος που θα αναπτύσσει τις δεξιότητες, οι οποίες περιλαμβάνονται στον Πίνακα 4.2 και θεωρούνται αναγκαίες για τους νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.

Πίνακας 4.2 Απαραίτητες δεξιότητες για τους νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στον Καναδά

| | |
|---|--|
| Νευρικό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων σχετικά με το επίπεδο συνείδησης, κλίμακα Γλασκώβης, ενδοκράνιας πίεσης • Κατανόηση των ενδείξεων απεικονιστικών ελέγχων • Αναγνώριση πιθανά απειλητικών για τη ζωή νευρολογικών μεταβολών, όπως υπο-/υπερθερμία • Επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων (βασισμένων σε ενδείξεις) για την πρόληψη ή τον περιορισμό αισθητικών ή κινητικών ελλειμμάτων • Επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων για διόρθωση των διαταραχών εγκεφαλικής αιμάτωσης |
| Καρδιαγγειακό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων σχετικών με τη φυσική εξέταση, τον καρδιακό ρυθμό και την αιμοδυναμική παρακολούθηση • Αναγνώριση ενδεχόμενων απειλητικών για τη ζωή καρδιολογικών μεταβολών, όπως μειωμένη καρδιακή παροχή • Εμπειρία χορήγησης / τιτλοποίησης αγγειοδραστικών φαρμάκων • Επιλογή παρεμβάσεων βελτίωσης της καρδιακής παροχής • Διαχείριση ενδαγγειακών συσκευών και συσκευών αιμοδυναμικής παρακολούθησης |
| Αναπνευστικό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων από τη φυσική εξέταση και τα αέρια αίματος • Κατανόηση των ενδείξεων των απεικονιστικών ελέγχων • Αναγνώριση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων από το αναπνευστικό σύστημα • Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της πνευμονικής λειτουργίας (π.χ επιλογή κατάλληλης θέσης, διαχείριση αεραγωγού, χορήγηση οξυγόνου) • Λήψη μέτρων για τον απογαλακτισμό του ασθενούς από τη μηχανική υποστήριξη |
| Πεπτικό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων από τη φυσική εξέταση • Αναγνώριση απειλητικών για τη ζωή γαστρεντερικών διαταραχών • Λήψη μέτρων για την αποκατάσταση λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα |
| Νεφροί | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων από τη φυσική εκτίμηση και τα εργαστηριακά αποτελέσματα • Κατανόηση των ενδείξεων για θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης • Αναγνώριση των νεφροτοξικών συνεπειών ή της καθυστερημένης κάθαρσης, μετά τη λήψη αγωγής με αντιβιοτικά, διουρητικά ή αγγειοδραστικά φάρμακα • Έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση δυσλειτουργιών της νεφρικής λειτουργίας και της ηλεκτρολυτικής και οξεοβασικής ισορροπίας |
| Ενδοκρινικό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση τιμών σακχάρου, ορμονών και ηλεκτρολυτών • Αναγνώριση και αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων, όπως ο άπιος διαβήτης, η επινεφριδιακή ανεπάρκεια, κ.α • Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση επιπλοκών όπως η υπερ- ή η υπογλυκαιμία |
| Σύνδρομο Συστηματικής Φλεγμονώδους Αντίδρασης (SIRS), Σήψη, Πολυοργανική Ανεπάρκεια | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση εργαστηριακών δεδομένων (π.χ γενικής αίματος, πήκτικότητας) • Αναγνώριση του πιθανού κινδύνου για εκδήλωση λοιμώξεων • Αναγνώριση λοίμωξης, SIRS, σήψης • Αναγνώριση και αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων (θρομβοπενία, σηπτική καταπληξία) |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Επιλογή των κατάλληλων μέτρων πρόληψης λοιμώξεων (άσηπτες τεχνικές, επαρκής θερμοδίκη κάλυψη) |
| Δέρμα και Μυοσκελετικό Σύστημα | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων από τη φυσική εκτίμηση και τα εργαστηριακά ευρήματα • Κατανόηση των ενδείξεων και των αποτελεσμάτων των απεικονιστικών εξετάσεων • Αναγνώριση και αντιμετώπιση απειλητικών για τη ζωή καταστάσεων (σύνδρομο διαμερίσματος, εγκαύματα, ραβδομύωση) • Επιλογή κατάλληλων παρεμβάσεων για κινητοποίηση και πρόληψη επιπλοκών από ενδεχόμενη ακινητοποίηση • Φροντίδα περιπλεγμένων τραυμάτων |
| Ψυχοκοινωνική Επικοινωνία με τον Ασθενή και την Οικογένεια | <ul style="list-style-type: none"> • Ερμηνεία και αξιολόγηση δεδομένων σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών, τις ανάγκες της οικογένειάς τους και την καταπόνηση που υφίστανται • Λήψη μέτρων που προάγουν την καλύτερη επικοινωνία, την άνεση και την ασφάλεια του ασθενούς |
| Φροντίδα στο τέλος της ζωής | <ul style="list-style-type: none"> • Αναγνώριση των ενδείξεων για παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στο τέλος της ζωής και διακοπής της εντατικής φροντίδας • Κατανόηση των διαγνωστικών σημείων του εγκεφαλικού θανάτου • Επιλογή κατάλληλων νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την προετοιμασία της μεταμοσχευτικής διαδικασίας • Κατανόηση των κριτηρίων απόσυρσης από την εντατική θεραπεία |

Πηγή: Canadian Nurses Association 2010

3) Η εξειδίκευση των νοσηλευτών στην εντατική φροντίδα είναι απαραίτητο να συνδυάζει τη θεωρητική κατάρτιση και την οργανωμένη κλινική εκπαίδευση, προκειμένου να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης, που αποτελεί χρόνιο πρόβλημα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Γι' αυτό οι εκπαιδευτές πρέπει να διαθέτουν μεγάλη κλινική εμπειρία, ώστε να διασφαλίζεται η διαδικασία ενσωμάτωσης της ακαδημαϊκής γνώσης στην κλινική νοσηλευτική πρακτική (Cave 2005, Maslin-Prothero 2005). Η ανάγκη αυτή προέκυψε από τη μέχρι τώρα εμπειρία, η οποία έχει δείξει ότι οι εκπαιδευτές διέθεταν ένα πολύ καλό επιστημονικό υπόβαθρο, ωστόσο οι αντιλήψεις τους για τους σκοπούς της εκπαιδευτικής διαδικασίας ήταν διαφορετικές από αυτές των νοσηλευτών που εργάζονταν στον κλινικό χώρο. Συγκεκριμένα, οι ακαδημαϊκοί καθηγητές, από τη θέση που κατείχαν, δεν πιέζονταν από την ολοένα αυξανόμενη απαίτηση του υγειονομικού συστήματος για περισσότερο τεχνική κατάρτιση και γι' αυτό επικεντρώνονταν στην αύξηση των θεωρητικών γνώσεων των νοσηλευτών. Το αποτέλεσμα ήταν οι νοσηλευτές να εκπαιδεύονται για έναν επαγγελματικό ρόλο που δεν υπήρχε ποτέ στο παρελθόν, δεν υφίσταται στο παρόν και είναι αμφίβολο αν θα εφαρμοστεί στο μέλλον (Glen 2004).

Οι αλλαγές συντελέστηκαν με την προσθήκη εργαστηριακών ή κλινικών μαθημάτων στη διδασκαλία, που ενεργοποιούσαν δεξιότητες όπως η αξιολόγηση αντικειμενικών ευρημάτων και έδιναν τη δυνατότητα στον καταρτιζόμενο νοσηλευτή να εφαρμόσει τις

γνώσεις του στην κλινική πράξη (Redfern et al 2002, Murray 2006, Steadman et al 2006). Η εκπαίδευση στο πραγματικό κλινικό περιβάλλον, κάτω από την επίβλεψη και την καθοδήγηση ενός κλινικού εκπαιδευτή, δίνει ευκαιρίες στους ειδικευόμενους νοσηλευτές να μάθουν τις ιδιαιτερότητες της ΜΕΘ, να δεχτούν προκλήσεις για την επίλυση κλινικών προβλημάτων και να αξιοποιήσουν τα πλεονεκτήματα της εμπλαισιωμένης μάθησης (situated learning) (Williams et al 2006).

4) Ασφαλώς, η αξία των σύντομων μετεκπαιδευτικών φροντιστηρίων για την ανανέωση των γνώσεων και την εξάσκηση σε θέματα και τεχνικές εντατικής θεραπείας είναι αναμφισβήτητη. Αξίζει να σημειωθεί, όμως, ότι διεθνώς δεν θεωρούνται ικανά υποκατάστατα της ειδικής μεταπτυχιακής εκπαίδευσης, η οποία πρέπει να είναι τουλάχιστον ετήσια (Chaboyer et al 2001) και δεν μπορούν να διοργανώνονται χωρίς την εποπτεία ενός ακαδημαϊκού οργανισμού, που θα πιστοποιεί την επάρκειά τους και θα μοριοδοτεί τους νοσηλευτές με εκπαιδευτικές μονάδες ως αναγνώριση της επιτυχούς παρακολούθησης (McGaughey 2004).

Η αξία της ειδικής εκπαίδευσης σε νοσηλευτές εντατικής φροντίδας επιβεβαιώνεται από αρκετές έρευνες που καταδεικνύουν ότι η μείωση στον αριθμό των ειδικευμένων νοσηλευτών της ΜΕΘ σχετίζεται με επιπλοκές όπως νοσοκομειακές λοιμώξεις, αποικισμό των κεντρικών γραμμών, ανεπιθύμητα συμβάματα σχετιζόμενα με την αρτηριακή πίεση, τις πτώσεις των ασθενών, την αυξημένη χρήση φυσικών περιοριστικών μέτρων και άλλα νοσηλευτικά λάθη (Williams et al 2006).

Παράλληλα με τη θέσπιση προτύπων εκπαίδευσης για τους νοσηλευτές των ΜΕΘ κρίθηκε απαραίτητη και η θέσπιση προτύπων νοσηλευτικής στελέχωσης για την αποτελεσματική λειτουργία τους. Ο επαρκής αριθμός των νοσηλευτών ανά κλίνη εξαρτάται από το επίπεδο φροντίδας που παρέχει η ΜΕΘ, τον αριθμό των λειτουργουσών κλινών, το ποσοστό πληρότητας τους και τον φόρτο νοσηλευτικής εργασίας. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (Valentin & Ferdinande 2011), η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών περιγράφεται στον Πίνακα 4.3.

Πίνακας 4.3 Σχέση Νοσηλευτών / Ασθενών σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

| Επίπεδο Φροντίδας στη ΜΕΘ | Σχέση Νοσηλευτών/Ασθενών σε συνεχή βάρδια | Απαιτούμενος συνολικός αριθμός νοσηλευτών / ενεργή κλίνη |
|---------------------------|---|--|
| III | 1/1 | 6 |
| II | 1/1,6 | 4 |
| I | 1/3 | 2 |

Πηγή: Valentin & Ferdinande 2011

Η επαρκής νοσηλευτική κάλυψη σχετίζεται άμεσα με την ορθή λειτουργία της ΜΕΘ, εξίσου με την ιατρική κάλυψη. Στη μελέτη των Pronovost et al (1999), όταν ένας νοσηλευτής ήταν υπεύθυνος για τη νοσηλευτική φροντίδα περισσότερων των δύο ασθενών, υπήρχε σημαντική παράταση της διάρκειας παραμονής των ασθενών στη ΜΕΘ. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν αύξηση των επιπλοκών, όπως οι νοσοκομειακές λοιμώξεις (Archibald et al 1997), τα έλκη πίεσης, οι πτώσεις, οι τραυματισμοί και οι θάνατοι (Agency for Health Care Policy Research 1999, Aiken et al 1999), όταν σημειωνόταν μείωση του αριθμού των νοσηλευτών. Ακόμα, βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ του επαρκούς αριθμού των νοσηλευτών και συντομότερης μετάβασης των διασωληνωμένων ασθενών από τον μηχανικό αερισμό στην αυτόματη αναπνοή, καθώς και μείωση των προγραμματιστών αποσωληνώσεων. Αντίθετα, παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα επαναδιασωληνώσεων, όταν ο αριθμός των κλινών ευθύνης αυξανόταν για κάθε νοσηλευτή (Endacott 1996). Μολονότι έχει διατυπωθεί ο ισχυρισμός ότι η αύξηση του τεχνολογικού εξοπλισμού στις ΜΕΘ θα μπορούσε να μειώσει τον αριθμό των απασχολούμενων νοσηλευτών, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία φάνηκε ότι η παρακολούθηση από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές, η προσεκτική αξιολόγηση των κλινικών πληροφοριών από τα διαγράμματα και των λοιπών αντικειμενικών ευρημάτων οδήγησαν σε έγκαιρη ανίχνευση των προβλημάτων των ασθενών, σε ποσοστό 83% σε σχέση με το 8% που εντοπίστηκαν από τα monitor (Beckman 1998).

Γίνεται πλέον σαφές ότι τόσο τα επίπεδα νοσηλευτικής στελέχωσης των ΜΕΘ, όσο και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού, έχουν επίδραση στην έκβαση των βαρέως πασχόντων. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο, οι εξειδικευμένοι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας να αξιοποιούνται σε εξειδικευμένους και υπεύθυνους κλινικούς ρόλους, που απαιτούν γνώση και εμπειρία, ενώ προτείνεται να χρησιμοποιείται λιγότερο εκπαιδευμένο προσωπικό, υπό την επίβλεψη των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, για ένα πλήθος λιγότερο απαιτητικών καθηκόντων (Williams et al 2006).

Μετά τα παραπάνω, η περίπτωση της Ελλάδας μοιάζει εκτός πραγματικότητας. Η Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική δεν αποτελεί αναγνωρισμένη νοσηλευτική ειδικότητα, παρά το γεγονός ότι ο χώρος των ΜΕΘ έχει εξαιρετικά υψηλές νοσηλευτικές απαιτήσεις. Εξαιρέσεις αποτελούν τα διετή μεταπτυχιακά προγράμματα που προσφέρονται από ακαδημαϊκά ιδρύματα της Αθήνας, που ωστόσο δεν αποτελούν προσόν και προϋπόθεση για την απασχόληση των νοσηλευτών σε ΜΕΘ. Η Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ 1999) κάνει μια σύντομη και ασαφή αναφορά στους νοσηλευτές της ΜΕΘ αναφέροντας ότι η θέση τους απαιτεί υψηλή εκπαίδευση με επιπλέον ειδίκευση στην εντατική και επείγουσα ιατρική και με σαφώς καθορισμένα νοσηλευτικά καθήκοντα. Εντούτοις δεν κατονομάζονται ούτε οι επαγγελματικές υποχρεώσεις, που πρέπει να απορρέουν από τον ειδικό τους ρόλο, ούτε το περιεχόμενο της εκπαίδευσης. Επίσης, θεωρεί απαραίτητη τη συμμετοχή των νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη και τις συζητήσεις για τους ασθενείς. Δεκατέσσερα χρόνια μετά από αυτήν την τοποθέτηση, η από κοινού λήψη αποφάσεων για τους ασθενείς ούτε πραγματοποιείται, ούτε επιδιώκεται στις περισσότερες ΜΕΘ των ελληνικών νοσοκομείων.

Σε θεσμικό επίπεδο τα επαγγελματικά δικαιώματά τους καθορίζονται από το κοινό πλαίσιο, που ορίζει το Προεδρικό Διάταγμα 351/8-6-1989 περί «Καθορισμού Επαγγελματικών δικαιωμάτων πτυχιούχων του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» και η γνωμοδοτική απόφαση 3/47 της Ολομέλειας της 28-5/4-6-87 του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (πίνακας 4.4).

Πίνακας 4.4 Περίγραμμα Νοσηλευτικών Πράξεων

| Ανεξάρτητες Νοσηλευτικές Πράξεις |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Η λήψη Νοσηλευτικού Ιστορικού καθώς και η αρχική και καθημερινή νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου • Η πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν στη λειτουργία του Νοσοκομείου, τη Νομοθεσία των Υπηρεσιών Υγείας (σε ό,τι έχει σχέση με την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών) • Η εκπαίδευση και βοήθεια προς τον άρρωστο και τους οικείους του, όπου τούτο είναι αναγκαίο και εφικτό με σκοπό την αυτοεξυπηρέτησή του • Γενική και τοπική καθαριότητα του αρρώστου, διευθέτηση του κρεβατιού, διατήρηση της μηχανικής του σώματος με σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι • Πρόληψη- Φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση • Φροντίδα λειτουργίας του εντέρου, φροντίδα κολοστομίας, ειλεοστομίας, επίβλεψη ουροκαθετήρα • Φροντίδα λειτουργίας της αναπνοής: επίβλεψη αναπνευστικών ασκήσεων, ύγρανση, επίβλεψη βρογχικής παροχέτευσης, αναρρόφηση του τραχειοσωλήνα • Επίβλεψη αναπνευστήρα, έλεγχος λειτουργίας και χειρισμός μετά τη σύνδεση στον άρρωστο • Επίβλεψη μηχανημάτων συνεχούς καταγραφής ζωτικών σημείων (monitors) • Επίβλεψη, ανίχνευση επιπλοκών από γύψινο επίδεσμο • Επίβλεψη παροχετεύσεων |

- Προθανάτια φροντίδα του αρρώστου και της οικογένειάς του. Μεταθανάτια φροντίδα του νεκρού στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειάς του
- Λήψη μέτρων ασφαλείας (περιορισμοί)
- Μέτρα για την αποτροπή των ατυχημάτων
- Φροντίδα για πρόληψη επιπλοκών και συνεχής παρακολούθηση του αρρώστου κατά τη διάρκεια ενδοφλέβιας έγχυσης αίματος, παραγώγων και φαρμάκων
- Μέτρηση-καταγραφή κυρίων παραμέτρων όπως: ζωτικά σημεία (σφύξεις, πίεση, θερμοκρασία, αναπνοές), κορικά ανανακλαστικά, δερματικά ανανακλαστικά, επίπεδο συνείδησης
- Αιμοληψία με φλεβοκέντηση
- Συλλογή δειγμάτων εκκρίσεων
- Άμεση εξέταση ούρων για: σάκχαρο, οξύνη, ειδικό βάρος, λεύκωμα
- Άμεση εξέταση αίματος για σάκχαρο, pH
- Έλεγχος – μέτρηση κενώσεων
- Μέτρηση βάρους
- Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους πλην παρεντερικής
- Εφαρμογή φυσικών μεθόδων για την πρόκληση υποθερμίας ή υπερθερμίας
- Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών
- Έλεγχος για οιδήματα
- Συμμετοχή στην ανίχνευση εξωτερικών παρασιτώσεων και ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων
- Συμμετοχή στην κατάρτιση διαιτολόγου. Στην κοινότητα ρυθμίζει τα διαιτολόγια στα πλαίσια της δίαιτας που έχει καθορισθεί από γιατρό

Εξαρτημένες Νοσηλευτικές Πράξεις που εκτελούνται με συγκεκριμένη οδηγία γιατρού και με ευθύνη του νοσηλευτή, εφόσον κατέχει την απαιτούμενη εξειδίκευση ή εμπειρία

- Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων όπως αέρια αίματος (όχι αρτηριακή λήψη), κεντρική φλεβική πίεση, πίεση της πνευμονικής αρτηρίας, λήψη ΗΚΓ
- Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς
- Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους
- Τοποθέτηση καθετήρα στομάχου
- Τεχνητή διατροφή από καθετήρα ή παρεντερικά
- Προεγχειρητική ετοιμασία
- Ειδικές επιδέσεις
- Αφαίρεση ραμμάτων και αλλαγή απλών τραυμάτων
- Αφαίρεση παροχετεύσεων
- Τοποθέτηση νάρθηκα
- Φροντίδα αρρώστου σε τεχνητό νεφρό ή περιτοναϊκή πλύση, σύνδεση μηχανήματος και παρακολούθησή του
- Φροντίδα αρρώστου σε στείρο περιβάλλον
- Πλύσεις: κόλπου, οφθαλμών, ώτων, τραυμάτων, συριγγίων, ουροδόχου κύστης από καθετήρα, παραρρινικών κοιλοτήτων από καθετήρα που τοποθέτησε ο γιατρός
- Έγερση του αρρώστου με μακροχρόνια κατάκλιση
- Έγερση με μηχανικά βοηθήματα, βάδιση
- Εκκενωτικός υποκλυσμός στο Νοσοκομείο
- Τοποθέτηση και αλλαγή ουροκαθετήρα
- Περιποίηση εγκαυμάτων
- Αφαίμαξη

Πράξεις που εκτελούνται παρουσία υπεύθυνου γιατρού, ο οποίος μπορεί να παρέμβει άμεσα αν απαιτηθεί

- Εnéσεις ή ενδοφλέβια χορήγηση παραγώγων για τα οποία απαιτείται έλεγχος συμβατότητας
- Βοήθεια για την ανάνηψη, επίβλεψη στην αίθουσα ανάνηψης, μετά ειδική εκπαίδευση
- Συνεργασία με το γιατρό, προετοιμασία και βοήθεια κατά την εκτέλεση, διατήρηση, ή διακοπή αγωγής μετά από κάθε προγραμματισμένη ή έκτακτη ιατρική πράξη με βάση είτε προαποφασισμένο πρωτόκολλο, είτε συγκεκριμένες οδηγίες, όπως: καθετηριασμοί στομάχου, βοήθεια για τη χορήγηση γενικής αναισθησίας, παρακεντήσεις, κλειστές βιοψίες, ενδοσκοπήσεις, τοποθέτηση ενδοτραχειακού σωλήνα, εφαρμογή και αφαίρεση περιτοναϊκών πλύσεων, εφαρμογή και αφαίρεση δερματικών έλξεων, μικρές και μεγάλες επεμβάσεις, αλλαγές πολύπλοκων τραυμάτων με παροχέτευση, εφαρμογή και αφαίρεση γύψινων επιδέσεων, άλλες παρεμβατικές, διαγνωστικές θεραπευτικές πράξεις

Επείγουσες Νοσηλευτικές Πράξεις, που στοχεύουν στην άμεση αντιμετώπιση, σε απουσία γιατρού, μιας αιφνίδιας και απειλητικής για τη ζωή ή την ακεραιότητα του αρρώστου μεταβολής της κατάστασής του

- Εφαρμογή πρωτοκόλλου επείγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες που απρόβλεπτα οξέα συμβάματα δεν είναι σπάνια
- Εφαρμογή πρώτων βοηθειών, όπως:

- Αφαίρεση ξένου σώματος από την αναπνευστική οδό
- Καρδιοπνευμονική ανάνηψη
- Έναρξη ενδοφλέβιας χορήγησης
- Ίσχαιμη περιδέση
- Ακίνητοποίηση κατάγματος
- Πρόσθιος ρινικός επιπωματισμός
- Πλύση στομάχου
- Ένεση αντιοφικού ορού
- Τραχειοτομή
- Έναρξη αγωγής αντισοκ
- Απομόνωση και δήλωση αρρώστων για τους οποίους υπάρχουν ενδείξεις ότι πάσχουν από λοιμώδη νοσήματα

Πηγή: Γνωμοδοτική Απόφαση 3/47 της ολομέλειας της 28-55/4-6-87 του ΚΕ.Σ.Υ

Συμπληρωματικά λειτουργεί και το άρθρο 21 παρ. 5 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3418/287 τ.Α/28-11-2005), το οποίο ορίζει ότι: *«ο ιατρός μπορεί να αναθέτει φροντίδα στο νοσηλευτικό προσωπικό, εάν κρίνει ότι αυτό είναι προς όφελος του ασθενή. Πρέπει όμως να είναι βέβαιος ότι το πρόσωπο, στο οποίο ανατίθεται ένα συγκεκριμένο καθήκον, είναι ικανό να το αναλάβει. Στην περίπτωση αυτή πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες για τη διεκπεραίωση του καθήκοντος πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή και τη συγκεκριμένη διαδικασία. Ο ιατρός παραμένει υπεύθυνος για τη διαχείριση της φροντίδας του ασθενή».*

Αναμφισβήτητα, το ως άνω πλαίσιο: α) δεν αναγνωρίζει τον διακριτό ρόλο των νοσηλευτών διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων, β) είναι αναχρονιστικό και χρήζει επίσημης αναθεώρησης, δεδομένης της προόδου της επιστημονικής νοσηλευτικής γνώσης και της επέκτασης των μεταπτυχιακών σπουδών και γ) δεν απεικονίζει τις ιδιαιτερότητες και τις αυξημένες απαιτήσεις της εντατικής φροντίδας. Δυστυχώς, τρεις δεκαετίες μετά δεν έχει επίσημα εγκριθεί νέο αναβαθμισμένο πλαίσιο επαγγελματικών καθηκόντων, ούτε έχει γίνει συστηματική καταγραφή των νοσηλευτικών πράξεων που εκτελούνται, ενώ οι όποιες προτάσεις κατά καιρούς παρουσιάζονται, δεν συνεκτιμούν το διαφορετικό επίπεδο νοσηλευτικών σπουδών που παρέχεται στην Ελλάδα.

Πιθανά εξαιτίας της διαφαινόμενης αντιμετώπισης των νοσηλευτών ως παραϊατρικού προσωπικού, δεν έχει αντιμετωπιστεί με τη δέουσα προσοχή και το θέμα της σοβαρής έλλειψης νοσηλευτών, και περισσότερο των εκπαιδευμένων νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, από τις ΜΕΘ. Η νοσηλευτική στελέχωση των ΜΕΘ, που έχει διερευνηθεί και από την ΕΕΕΘ (2008) και τον Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας (TEEN 2009), φαίνεται πως είναι τόσο προβληματική, ώστε 1 στις 4 κλίνες παραμένει αναξιοποίητη στην Ελλάδα, τη στιγμή που οι υπάρχουσες κλίνες καλύπτουν μόνο το 2% αντί του επιθυμητού 10% επί των

συνολικών νοσοκομειακών κλινών (ΕΕΕΘ 2008). Αλλά και οι ενεργές κλίνες καλύπτονται κάτω από τα όρια ασφαλείας, με σχεδόν το μισό προσωπικό από το επιτρεπτό όριο (2,6 αντί 1,6 που προβλέπεται από την ESICM) στις ΜΕΘ του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Με αυτά τα δεδομένα, είτε αυξάνεται υπερβολικά ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, είτε πολλές από τις νοσηλευτικές πράξεις ανατίθενται σε βοηθητικό προσωπικό (TEEN 2009, Τσιμογιάννη και συν 2001), με κοινό παρανομαστή όμως την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (International Council of Nurses, ICN 2006)

4.2 Τα χαρακτηριστικά του κλινικού περιβάλλοντος των ΜΕΘ

4.2.1 Σύνθετα και ασθενώς δομημένα κλινικά προβλήματα

Είναι σαφές ότι ο σκληρός πυρήνας της κλινικής πρακτικής είναι η επίλυση των κλινικών προβλημάτων των ασθενών. Μία ευρέως διαδεδομένη ομαδοποίηση των κλινικών προβλημάτων είναι σε καλώς δομημένα (well-structured) και ασθενώς δομημένα (ill structured) (Jonassen 1997, Schon 1987, Simon 1973). Τα καλώς δομημένα προβλήματα αποτελούνται από μία καλώς ορισμένη αρχική κατάσταση, μία γνωστή επιθυμητή κατάσταση και ένα περιορισμένο σύνολο λογικών τελεστών (Greeno 1978). Παρουσιάζουν ομοιομορφία και αφαιρετικότητα, κάτι που είναι δύσκολο να εκδηλωθεί σε πραγματικές συνθήκες (Chi et al 1981, Schon 1987).

Ειδικότερα, στο κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ, η έντονη πολυπλοκότητα και ανομοιομορφία των κλινικών προβλημάτων τα κατατάσσουν στα ασθενώς δομημένα. Ο Jonassen (1997) πρότεινε την παρακάτω λίστα χαρακτηριστικών για τα ασθενώς δομημένα προβλήματα:

- Είναι ασθενώς ορισμένα, γιατί ένα ή περισσότερα στοιχεία του προβλήματος είναι άγνωστα (Wood 1983). Στην πραγματικότητα, το κλινικό πρόβλημα στη ΜΕΘ είναι αυτό που σπανιότερα ο ασθενής διηγείται, πιο συχνά η οικογένεια αναφέρει ή τις περισσότερες φορές αποκαλύπτεται μέσα από κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα. Πρόκειται για μία ουσιαστικά άδηλη κατάσταση, που στις δύο πρώτες περιπτώσεις, ανιχνεύεται μέσα από τα συμπτώματα, τα ενοχλήματα και τα παράπονα, τα οποία ο ασθενής επιλέγει να παρουσιάσει και να δώσει σημασία, χρωματισμένα με τα συναισθήματα της ανασφάλειας, της αγωνίας και της αβεβαιότητάς του, ενώ στην τρίτη περίπτωση, προσεγγίζεται διαμέσου των παρατηρήσεων και των μετρήσεων που ο

κλινικός (είτε ιατρός, είτε νοσηλεύτης) επιλέγει να κάνει και να ερμηνεύσει. Και σχεδόν πάντοτε υφίσταται διαφορά μεταξύ του συνόλου των κριτηρίων που ορίζουν μία διαταραχή και των διαθέσιμων ευρημάτων στο δεδομένο άρρωστο.

- Έχουν ακαθόριστη επιθυμητή τελική κατάσταση (Voss 1988). Το κλινικό πρόβλημα ανήκει, πρώτα απ' όλα, στον ασθενή. Στη ΜΕΘ, όμως, τη λύση που προτιμά για το πρόβλημά του συχνά δεν είναι σε θέση να την εκφράσει, ή τις περισσότερες φορές είναι το αποτέλεσμα των θεραπευτικών αποφάσεων που επιλέγουν και λαμβάνουν αυστηρά άλλοι - οι κλινικοί - για λογαριασμό του, με βάση διαφορετικά κριτήρια.

- Μπορούν να έχουν πολλαπλές λύσεις, ή πολλαπλές οδούς επίλυσης ή και καθόλου λύση (Kitchener 1983), ως εκ τούτου δεν είναι ξεκάθαρα τα μέσα για την επιλογή της καταλληλότερης ενέργειας. Για παράδειγμα, η επιλογή της διαχείρισης του πόνου του βαρέως πάσχοντα στη ΜΕΘ μπορεί να επιτευχθεί με διαφορετικές προσεγγίσεις, όπως με χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ή αγχολυτικών φαρμάκων ή επίσης με αντιμετώπιση της συγχυτικοδιεγερτικής κατάστασης. Η επιλογή μίας από τις ως άνω προσεγγίσεις, όπως η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, μπορεί να επιτευχθεί μέσω διαφορετικών σκευασμάτων και οδών, καθώς οι ασθενείς διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ως προς τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική της αναλγητικής θεραπείας. Στην περίπτωση του πόνου όμως στο τελικό στάδιο μιας νόσου, ενδεχομένως κανένα από τα μέτρα που λαμβάνονται να είναι επαρκές.

- Παρουσιάζουν πολλαπλά κριτήρια για αξιολόγηση των προτεινόμενων λύσεων. Με αναμφισβήτητο δεδομένο ότι ο ασθενής αποτελεί μία ολότητα με ξεχωριστή σωματο-ψυχο-νοητική δομή, η λύση που επιλέγεται για το πρόβλημά του πρέπει να καλύπτει τόσο τις σωματικές, όσο και τις ψυχολογικές και ηθικές του ανάγκες.

- Δεν χαρακτηρίζονται από υποδειγματικές περιπτώσεις, γιατί τα στοιχεία που συνθέτουν την κάθε περίπτωση διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους (Spiro et al 1988). Η νόσος, σχεδόν πάντοτε ή αρκετά συχνά, δεν είναι αντιγραφή της κλινικής εικόνας που παρουσιάζεται στα συγγράμματα. Υπάρχουν ατυπίες στην εξέλιξή της. Δηλαδή, το αναμενόμενο σύμφωνα με το ισχύον επιστημονικό παράδειγμα παραβιάζεται στην κάθε περίπτωση του αρρώστου, του οποίου η κλινική εικόνα δεν συμμορφώνεται με το αυστηρό πλαίσιο της θεωρητικής περιγραφής. Αντίθετα, ο κάθε άρρωστος αντιδρά με το περιβάλλον και τη νόσο του κατά τρόπο μοναδικό, όπως μοναδικός είναι ο κάθε

άνθρωπος. Υπό το πρίσμα αυτό, δεν υπάρχουν γενικές αρχές ή κανόνες που μπορούν να προβλέψουν την έκβαση όλων των περιπτώσεων.

- Απαιτούν από τους αποφασίζοντες να εκφράσουν την προσωπική τους άποψη για το πρόβλημα και να διατυπώσουν επιχειρήματα για να υποστηρίξουν την απόφασή τους (Meacham & Emont 1989). Η επίλυση των ασθενώς δομημένων προβλημάτων σε διαφορετικά κάθε φορά άτομα έχει ανάγκη και τελικά χρησιμοποιεί τα αισθητήρια όργανα του κλινικού, με τα οποία παρατηρεί άμεσα τον άρρωστο, την εμπειρία του και το νοητικό του υπόβαθρο, με το οποίο κατανοεί, αξιολογεί και ερμηνεύει τις παρατηρήσεις του, ώστε οι αποφάσεις του να έχουν εγκυρότητα μέσα στην πολυπλοκότητα και τη μοναδικότητα της κλινικής πράξης (Ανευλαβής 2000). Επομένως, η κάθε προσφερόμενη λύση είναι ξεχωριστή στο συγκεκριμένο πλαίσιο, για τον συγκεκριμένο αποφασίζοντα, στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και στο συγκεκριμένο ασθενή. Ωστόσο, αυτή δεν μπορεί να είναι ατομική και αυθαίρετη άποψη, αλλά απαιτεί ευρεία αποδοχή από την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα. Άλλωστε, ο σκοπός της επιστήμης είναι η κοινή συναίνεση (consensus) της έλλογης θέσης στη μεγαλύτερη δυνατή έκταση (Ziman 1992).

Οι διαφορές που παρουσιάζουν τα καλώς και τα ασθενώς δομημένα προβλήματα αντικατοπτρίζονται τόσο στη μέθοδο επίλυσής τους, όσο και στις ικανότητες που απαιτούν από τους κλινικούς. Η επίλυση ενός καλώς δομημένου προβλήματος επιστρατεύει διαφορετικές και απλούστερες διαδικασίες, όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε σχέση με την επίλυση ενός ασθενώς δομημένου προβλήματος (Gick 1986, Simon 1978, Sinnott 1989, Voss & Post 1988, Voss et al 1991, Shin et al 2003). Για παράδειγμα, κατά την επίλυση ενός ασθενώς δομημένου κλινικού προβλήματος, ο κλινικός πρέπει να επιλέξει και την επιθυμητή κατάσταση, που δεν είναι σαφής από την αρχή. Άρα, πρέπει να συγκρίνει έναν αριθμό εναλλακτικών λύσεων και να επιλέξει τελικά την καταλληλότερη (Sinnott 1989, Voss et al 1991). Δηλαδή, εκτός από τη γνώση του κλινικού πεδίου -στην προκειμένη περίπτωση της εντατικής θεραπείας-, η επίλυση των κλινικών προβλημάτων στις ΜΕΘ βασίζεται και σε μεταγνωστικές στρατηγικές (Jonassen 1997, Jacobs & Paris 1987), όπως η ικανότητα αποσύνθεσης του προβλήματος (Jeffries et al 1981), η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση των λύσεων (Sinnott 1989) και η ικανότητα διατύπωσης ισχυρών επιχειρημάτων (Voss et al 1991).

Υπογραμμίζεται πάντως ότι η σχέση μεταξύ εσωτερικών παραγόντων και τρόπου διαχείρισης των ασθενώς δομημένων κλινικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ δεν έχει μελετηθεί συστηματικά ούτε στην παγκόσμια βιβλιογραφία, ούτε και στην ελληνική. Οι ως άνω γνώσεις προέρχονται από το χώρο της εκπαιδευτικής και ψυχολογικής έρευνας. Υπάρχει, λοιπόν, ιδιαίτερη ανάγκη για περισσότερα ερευνητικά δεδομένα, μέσω της παρούσας ή άλλων μελετών.

4.2.2 Αβεβαιότητα

Οι συνθήκες που μπορούν να επικρατούν σε ένα περιβάλλον και κάτω από τις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: συνθήκες βεβαιότητας, κινδύνου και αβεβαιότητας. Σε συνθήκες βεβαιότητας είναι γνωστό εκ των προτέρων ότι η κάθε δράση οδηγεί σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Σε συνθήκες κινδύνου, κάθε δράση οδηγεί σε σύνολο πιθανών εκβάσεων και κάθε έκβαση εμφανίζεται με συγκεκριμένη πιθανότητα, η οποία είναι γνωστή στον αποφασίζοντα. Τέλος, σε συνθήκες αβεβαιότητας, κάθε δράση έχει ως συνέπεια την εμφάνιση ενός συνόλου δυνατών εκβάσεων, αλλά οι πιθανότητες κάθε έκβασης είναι άγνωστες (Luce & Raffia 1957).

Η αβεβαιότητα και ο τρόπος που την αντιμετωπίζει κάποιος είναι ένα πρόβλημα τόσο παλιό, όσο και ο άνθρωπος (Penrod 2001a). Ωστόσο, από το 1950 και μετά κατέστη αντικείμενο έρευνας. Μέχρι τότε η αβεβαιότητα ως προς τις μελλοντικές εκβάσεις των δράσεων αντιμετωπιζόταν ως τυχαίο φαινόμενο. Το 1957 εισήχθη η έννοια της λήψης αποφάσεων σε συνθήκες αβεβαιότητας στο ευρύτερο εννοιολογικό πλαίσιο της πιθανολογικής προσέγγισης της επιλογής (Luce & Raffia 1957).

Ο μονοσήμαντος προσδιορισμός της έννοιας και του περιεχομένου του όρου αβεβαιότητα είναι αδύνατος, αφού η σχετική βιβλιογραφία είναι ευρεία ως προς την παράθεση ορισμών. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι θεωρητικοί της μελέτης των αποφάσεων ορίζουν την αβεβαιότητα ως την κατάσταση κατά την οποία το άτομο δεν μπορεί να προσδιορίσει (ή να προβλέψει) με ακρίβεια την πιθανότητα της εκβάσεων των δράσεων (Luce & Raffia 1957). Οι θεωρητικοί της επιστημονικής οργάνωσης περιγράφουν την αβεβαιότητα στο πλαίσιο ενός δυναμικού περιβάλλοντος και την προσδιορίζουν ως περιβαλλοντική αβεβαιότητα (*environmental uncertainty*). Αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί εξωγενής, δηλαδή περιλαμβάνει γεγονότα που είναι πέρα από την άμεση επιρροή των συμμετεχόντων μελών (Downey & Slocum 1975, Duncan 1972, Milliken

1987). Στα πλαίσια της κλινικής πρακτικής, η εξωγενής (περιβαλλοντική) αβεβαιότητα αφορά πρωτίστως στις πιθανές τεχνολογικές πηγές λαθών ή ορθότερα την ενδεχόμενη προβληματική αξιοπιστία των εργαστηριακών και απεικονιστικών ευρημάτων, την πολυσημία και τον ατελή χαρακτήρα των εργαστηριακών δεδομένων.

Πάντως, στη βιβλιογραφία των επιστημών υγείας, η έννοια της αβεβαιότητας περιγράφεται ως ένα ευρύτερο χαρακτηριστικό της διαδικασίας επίλυσης των κλινικών προβλημάτων και της λήψης αποφάσεων. Το Ινστιτούτο Ιατρικής του Καναδά (Institute of Medicine) ορίζει την κλινική αβεβαιότητα ως «το βαθμό αμφιβολίας που αισθάνεται ο κλινικός, σε σχέση με την κατάσταση του ασθενή, η οποία μπορεί με τη σειρά της να οδηγήσει σε κενά στην κατανόηση και την ερμηνεία των κλινικών πληροφοριών που του παρέχονται» (Affonso et al 2004). Η Penrod (2001a), μετά από συνδυαστική μελέτη της βιβλιογραφίας της Ιατρικής, Νοσηλευτικής, Ανθρωπολογίας, Κοινωνιολογίας και Ψυχολογίας, έδωσε στην κλινική αβεβαιότητα ένα θεωρητικό ορισμό σύμφωνα με τον οποίο αυτή αποτελεί μία δυναμική κατάσταση που κυριαρχείται από την αντίληψη ότι δεν είναι δυνατόν να προσδιοριστούν οι πιθανότητες των τελικών εκβάσεων και ως εκ τούτου ενεργοποιείται μία «αίσθηση» απέναντι στο πρόβλημα, που επηρεάζεται από τις γνωστικές ικανότητες, τα συναισθήματα, τη συμπεριφορά, την αντίληψη και τον διαθέσιμο χρόνο του κλινικού, υπό τη καθοδήγηση της αυτοπεποίθησής του.

Η Kitson (1999) ισχυρίζεται ότι η ικανότητα ενός κλινικού επιστήμονα αποτυπώνεται στον τρόπο που αναγνωρίζει και διαχειρίζεται την κλινική αβεβαιότητα. Αν και το σώμα της βιβλιογραφίας που μελετά την έννοια της κλινικής αβεβαιότητας μεγαλώνει συνεχώς, αυτό προέρχεται κυρίως από την ιατρική έρευνα, στο πλαίσιο της θεωρητικής προσέγγισης της κλινικής διαγνωστικής και της λήψης των ιατρικών αποφάσεων, σχετικά με τη θεραπεία και την πρόγνωση (Davis 1960, Eddy 1984, Waitzkin 1985, Cranley 2009). Πολύ λιγότερη προσοχή έχει δοθεί στο πώς οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται την αβεβαιότητα που αντιμετωπίζουν στην κλινική τους πρακτική (Penrod 2001a, French 2006, Cranley 2009). Οι ερευνητικές προσπάθειες που έχουν γίνει την περιγράφουν στο πλαίσιο της λήψης κλινικών αποφάσεων, επηρεαζόμενες ενδεχομένως από την παρόμοια ιατρική θεώρηση (Baumann et al 1991, Tabak et al 1996, Cioffi 1998, 2000, Benner et al 1999, Carr et al 2001, Brannon & Carson 2003).

Στην ιατρική βιβλιογραφία, η κλινική αβεβαιότητα προέρχεται από την ανεπαρκή γνώση των ιατρών επί του γνωστικού αντικειμένου, τη μη διαθεσιμότητα κλινικών πληροφοριών, την άγνοια των αξιών, των προσδοκιών και των προτιμήσεων των ασθενών και την έλλειψη ενιαίων οδηγιών για τη διαχείριση παρόμοιων κλινικών καταστάσεων (Fox 1957, Beresford 1991). Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την αβεβαιότητα ως μειωμένη αυτοπεποίθηση (Baumann et al 1991, Tabak et al 1996, Brannon & Carson 2003), διαφοροποίηση των αποφάσεων φροντίδας σε διαφορετικούς ασθενείς (Baumann et al 1991), πολυπλοκότητα των κλινικών προβλημάτων (Cioffi 1998) ή δυσκολία με πιθανή απώλεια του ελέγχου στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Tabak et al 1996, Brannon & Carson 2003). Και στις δύο περιπτώσεις, δύο διαφορετικοί τύποι αβεβαιότητας επηρεάζουν την κρίση και τη λήψη αποφάσεων των κλινικών: α) η αβεβαιότητα που εδράζεται στην ατελή τους γνώση και β) η αβεβαιότητα που οφείλεται στη μη διαθεσιμότητα εμπειρικής γνώσης (Katz 1988). Ο Kuhlthau (1993a, b) θεωρεί ότι η σύγχυση και η ανησυχία που γίνονται αντιληπτά ως αβεβαιότητα επιτείνονται λόγω της ασάφειας που αντιμετωπίζει το άτομο ήδη από τις πρώτες πληροφορίες που λαμβάνει. Ειδικά σε ένα κλινικό περιβάλλον, τα βιολογικά μεγέθη, που αποτελούν ποσοτικοποιημένες ποιοτικές παραμέτρους, δεν έχουν απόλυτο όριο ακριβείας. Ουσιαστικά, η περιγραφή τους είναι ζήτημα προσέγγισης ενός φάσματος τιμών, μεταξύ ακραίων ενδείξεων (Ανευλαβής 2001). Γίνεται, λοιπόν, φανερό ότι το κλινικό πρόβλημα είναι θέμα βαθμού και όχι απόλυτο μέγεθος, με την έννοια ότι ένας ασθενής δεν είναι απόλυτα άρρωστος ή απόλυτα υγιής, αλλά σε ένα βαθμό πάσχων. Ειδικά, στο περιβάλλον της ΜΕΘ, η κατανόηση είναι πιο πολύπλοκη, δεδομένου ότι η θέση των βαρέως πασχόντων στην κλίμακα υγιής-πάσχων είναι συνάρτηση των επιπλοκών της νόσου, των οργανικών συστημάτων που πάσχουν, αλλά και του κατά πόσο η κατάσταση αυτή παρεμβαίνει στην ποιότητα ζωής τους, όπως αυτοί την αντιλαμβάνονται.

Η αποστροφή των νοσηλευτών προς την κλινική αβεβαιότητα και η προσπάθειά τους να τη μειώσουν εκδηλώνεται με επιστράτευση εξειδικευμένης τεχνογνωσίας (skilled know-how) και της γνωστικής ικανότητάς τους για αναγνώριση προτύπων (pattern recognition), ώστε να αυξήσουν την κλινική τους κατανόηση (clinical grasp) επί του κλινικού προβλήματος (Benner 1991). Άλλοι ερευνητές προχώρησαν στον εντοπισμό των βασικών ευρετικών μεθόδων (heuristics), που λειτουργούν ως κατευθυντήριες γραμμές για τους νοσηλευτές, προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα που

ανακύπτουν κατά την κλινική τους πρακτική (Cioffi & Markham 1997). Σε πρόσφατη μελέτη (Cranley 2009) καταγράφηκαν τέσσερις στρατηγικές με τις οποίες οι νοσηλευτές διαχειρίζονται την κλινική αβεβαιότητα: α) μέσω προσωπικής κατανόησης του κλινικού προβλήματος, που βασίζεται στην αυτοπεποίθηση, τις γνώσεις και την κλινική τους εμπειρία, β) μέσω κατανόησης που υποβοηθάται από τη συνεργασία με έμπειρους συναδέλφους τους, γ) με κατανόηση μέσω της συνεργασίας τους με την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα και δ) μέσω αναζήτησης περισσότερων ενδείξεων από κάθε διαθέσιμη πηγή, συμπεριλαμβανομένης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Τα παραπάνω ευρήματα έχουν παρατηρηθεί και σε πληθυσμούς νοσηλευτών εντατικής και επείγουσας φροντίδας (Benner 1991, Baumann et al 1991, Cioffi 1998, Cranley 2009) δεδομένου ότι το κλινικό περιβάλλον των ΜΕΘ παρουσιάζει μεγάλο βαθμό κλινικής αβεβαιότητας, γιατί τα κλινικά προβλήματα είναι πολύπλοκα, δεν διατίθενται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες, ο απαιτούμενος χρόνος πριν τη λήψη μιας απόφασης είναι ανεπαρκής, δεν είναι συχνά γνωστές οι προτιμήσεις των βαρέως πασχόντων και ποτέ τα κλινικά προβλήματα δεν εκδηλώνονται με πανομοιότυπο τρόπο, επιζητώντας πανομοιότυπες λύσεις.

4.2.3 Ανάγκη και διαχείριση πολλαπλών πληροφοριών

Η διαχείριση των κλινικών πληροφοριών είναι μία απαραίτητη διαδικασία, μέσω της οποίας οι πληροφορίες γίνονται χρήσιμες σε έναν ή μία ομάδα κλινικών. Η ως άνω διαδικασία περιλαμβάνει εννοιολογικά την αναγνώριση της πληροφορίας, η οποία οδηγεί σε επιδίωξη και έπειτα χρήση της.

Η συνειδητοποίηση της ανάγκης για πληροφόρηση οδηγεί το άτομο στην αρχική απόφαση για το αν θα αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα ή θα περιμένει την εξέλιξή του (Marchionini 1995). Ο Taylor (1968) προτείνει ότι τα άτομα έχουν τέσσερα επίπεδα ανάγκης πληροφορίας: α) την εσωτερική ανάγκη, β) τη συνειδητή ανάγκη, γ) την τυποποιημένη ανάγκη και δ) την ανάγκη συμβιβασμού. Στο εσωτερικό επίπεδο, το άτομο δοκιμάζει μία ασαφή αίσθηση δυσαρέσκειας ή ανησυχίας για το χάσμα της γνώσης ή της κατανόησης, που συχνά είναι δύσκολο να την αποδώσει λεκτικά. Η εσωτερική ανάγκη μπορεί να γίνει πιο συγκεκριμένη, όσο περισσότερες πληροφορίες ξεδιπλώνονται και η σημασία της αυξάνεται. Όταν κάτι τέτοιο συμβαίνει, η εσωτερική ανάγκη εισάγει το συνειδητό επίπεδο, όπου το άτομο αναπτύσσει μια διανοητική περιγραφή της αναζήτησής του. Για να εστιάσει καλύτερα στο πρόβλημα, μπορεί να

ζητήσει τη γνώμη συναδέλφων και συνεργατών και όταν μειώνεται αρκετά η ασάφεια, με συνειδητές κινήσεις οδηγείται προς το τυποποιημένο επίπεδο. Στο επίπεδο αυτό, το άτομο είναι σε θέση να κατασκευάσει μία νοητική απεικόνιση της ανάγκης πληροφοριών, που μπορεί να εκφραστεί υπό τη μορφή ερώτησης. Σε αυτό το σημείο επεκτείνεται σε κάθε διαθέσιμη πληροφοριακή πηγή του και μπορεί να μετασχηματίσει την ερώτηση. Ανάλογα με την επάρκεια των απαντήσεων που λαμβάνει, το ερώτημα μπορεί να τροποποιηθεί ή να διαμορφωθεί εκ νέου. Από αυτή την άποψη, η νέα ερώτηση που τελικά παρουσιάζεται, αντιπροσωπεύει την ανάγκη πληροφοριών σε συμβιβαστικό επίπεδο.

Στο επόμενο στάδιο της επιδίωξης πληροφοριών, τα άτομα συμμετέχουν σκόπιμα στην αναζήτηση της πληροφορίας, ώστε να μεταβληθεί η κατάσταση της γνώσης τους (Marchionini 1995). Οι Ellis και συνεργάτες (1993) περιγράφουν ένα γενικό πρότυπο συμπεριφοράς απέναντι στην επιδίωξη πληροφορίας, που ταιριάζει στον τρόπο αναζήτησης των πληροφοριών στο κλινικό περιβάλλον και περιλαμβάνει: α) την έναρξη της αναζήτησης, δηλαδή όλες εκείνες τις δραστηριότητες που προσδιορίζουν τις πηγές ενδιαφέροντος. Οι προσδιορισμένες πηγές είναι συχνότερα οι γνωστές πηγές, που συνήθως χρησιμοποιούνται και μπορούν να χρησιμεύσουν ως αφετηρίες της αναζήτησης, και επεκτείνονται σε λιγότερο γνωστές πηγές. Η επιλογή της κάθε πηγής εξαρτάται από την προσβασιμότητά της, την ποιότητα των πληροφοριών που αυτή παρέχει (Levin et al 2000), β) τον έλεγχο των πηγών, δηλαδή τις δραστηριότητες μελέτης της ιδιαιτερότητας της πηγής και γ) την εξαγωγή της πληροφορίας, κατά την οποία το άτομο αφού επεξεργαστεί τις διαθέσιμες πηγές, αντλεί το υλικό που το ενδιαφέρει.

Το τελευταίο στάδιο της χρήσης των πληροφοριών περιλαμβάνει ουσιαστικά την ατομική διαδικασία της επιλογής της πληροφορίας μέσα από μία μεγαλύτερη ομάδα μηνυμάτων. Πιθανώς, αυτή η επιλογή είναι βασισμένη στο ίδιο το άτομο και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τη συνάφεια μεταξύ του περιεχομένου των μηνυμάτων και του στόχου του προβλήματος (Choo 1998) ή του βαθμού αντιστοιχίας μεταξύ των στοιχείων της ερώτησης, που θέτει ο χρήστης κατά την πορεία της γνωστικής επεξεργασίας, και της πηγής από την οποία αντλεί την πληροφορία (Strasser et al 2000). Ο Taylor (1991) προτείνει μία ταξινόμηση οκτώ κατηγοριών πληροφορίας, που χρησιμοποιούνται από το άτομο που καλείται να λάβει μία απόφαση: α) τις διαφωτιστικές πληροφορίες, δηλαδή τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για να αναπτύξουν ένα πλαίσιο παρόμοιων

καταστάσεων ή να συστηματοποιήσουν την αίσθηση μίας κατάστασης, β) τις πληροφορίες που οδηγούν στην κατανόηση ενός προβλήματος, δηλαδή αυτές που χρησιμοποιούνται με περισσότερο συγκεκριμένο τρόπο για να αναπτύξουν την καλύτερη κατανόηση του διερευνώμενου ζητήματος, γ) τις πληροφορίες που έχουν καθοδηγητικό ρόλο, δηλαδή αυτές που χρησιμοποιούνται κατά τρόπο που το άτομο να ξέρει τι θα κάνει, έχοντας υπόψη τη συμπεριφορά και την οργάνωση της υπόλοιπης ομάδας, δ) τις πληροφορίες που κατέχουν πραγματικό ρόλο, δηλαδή χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την πραγματικότητα και να καθορίσουν το φαινόμενο ή το γεγονός με ακρίβεια και αξιοπιστία, ε) τις πληροφορίες που έχουν επιβεβαιωτικό ρόλο, δηλαδή αυτές που χρησιμοποιούνται για να ελέγξουν ένα άλλο μέρος της πληροφορίας ή να εξασφαλίσουν μία δεύτερη άποψη, στ) τις πληροφορίες με προβλεπτικό χαρακτήρα, που χρησιμοποιούνται για να προβλέψουν αυτό που είναι πιθανό να συμβεί στο μέλλον, ζ) τις πληροφορίες που συνιστούν κινητήριο δύναμη για να στηρίξουν το άτομο να συνεχίσει να δρα προς την κατεύθυνση της επίλυσης του προβλήματος και τέλος, η) τις πληροφορίες που έχουν προσωπικό χαρακτήρα και χρησιμοποιούνται ώστε να ενισχύσουν τη θέση του ατόμου, τη φήμη και την προσωπική του εικόνα.

Στο κλινικό περιβάλλον, πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τη συμπεριφορά των ιατρών (Forsythe et al 1992, Gorman 1995), αλλά και των νοσηλευτών (Blythe & Royle 1993, McKnight et al 2002, Nicholas et al 2005) αναφορικά με τις ανάγκες για κλινικές πληροφορίες. Συνοψίζοντας τα σχετικά ευρήματα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, προκειμένου να προσφέρουν άμεση φροντίδα στους ασθενείς τους, έχουν ανάγκη πληροφορίες α) σχετικές με τη διάγνωση και την πορεία των ασθενών (Blythe & Royle 1993, Buynan & Lutz 1991, Corcoran-Perry & Graves 1990, McKnight et al 2002, Nicholas et al 2005) και πιο συγκεκριμένα πληροφορίες για την ιατρική τους διάγνωση, τη φαρμακευτική αγωγή και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών τους εξετάσεων (Cogdill 2003, Corcoran-Perry & Graves 1990, McKnight et al 2002, Rasch & Cogdill 1999, Spath & Buttlar 1996, Urquhart & Davies 1997), β) δεδομένα οργανωτικού χαρακτήρα, όπως πληροφορίες για τους κανονισμούς και τις διαδικασίες των νοσηλευτικών τμημάτων, καθώς και τη χρήση του απαραίτητου εξοπλισμού, όταν δεν είναι άμεσα διαθέσιμος (Corcoran-Perry & Graves 1990, McKnight et al 2002) και γ) πληροφορίες σχετικές με το γνωστικό αντικείμενο του κάθε κλινικού χώρου, όπως πληροφορίες για τις εξειδικευμένες φαρμακευτικές θεραπείες που εφαρμόζονται, ή τη λειτουργία των αναπνευστήρων, ή τις

νοσολογικές οντότητες που αντιμετωπίζουν πιο συχνά (Corcoran-Perry & Graves 1990, Cogdill 2003, McKnight et al 2002). Ακόμα, οι νοσηλευτές αναφέρουν ότι η μεγαλύτερη ανάγκη τους είναι η προσβασιμότητα σε ακριβείς και έγκυρες πηγές πληροφόρησης (Blythe & Royle 1993, Royle et al 2000), ώστε να διαμορφώνουν σαφή και ακριβή εικόνα για την κατάσταση των ασθενών (Blythe & Royle 1993, Corcoran-Perry & Graves 1990). Κάποιοι ερευνητές, μάλιστα, στην προσπάθειά τους να ποσοτικοποιήσουν τις ως άνω ανάγκες αναφέρουν ότι το 72% των αναγκών σε πληροφορίες ικανοποιούνται κατά τη διάρκεια της πρώτης συνάντησης με τον ασθενή, ενώ το 30% των αρχικών νοσηλευτικών ερωτημάτων παραμένουν αναπάντητα μέχρι και το τέλος της ενασχόλησης με το συγκεκριμένο ασθενή και κυρίως αυτών που αφορούν σε διαγνωστικές αναζητήσεις (Cogdill 2003). Ακόμα, ο ίδιος ερευνητής συνδέει το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών με περισσότερες εκφρασμένες ανάγκες για κλινικές πληροφορίες (Cogdill 2003).

Αναφορικά με την επιδίωξη κλινικών πληροφοριών, το πιο δύσκολο κομμάτι της διαδικασίας είναι η αναγνώριση και η παραδοχή της ανάγκης για πληροφόρηση (Rasch & Cogdill 1999). Οι MacIntosh και Choo (2005) αναφέρουν ότι η επιδίωξη κλινικών πληροφοριών από τους νοσηλευτές συχνά δεν ενεργοποιείται, γιατί οι τελευταίοι δεν αναγνωρίζουν τις ανάγκες για πληροφορίες ή δεν συνειδητοποιούν τα γνωστικά τους κενά. Αυτό συνήθως οφείλεται στο ότι καταπιάνονται αποκλειστικά με τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας ή στο ότι δεν διαθέτουν αναπτυγμένες δεξιότητες κριτικής σκέψης. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές μπορεί να μην είναι αρκετά ικανοί στην κριτική σκέψη ή στην επεξεργασία των κλινικών πληροφοριών, όπως ίσως θεωρείται αναμενόμενο και απαιτείται για τις θέσεις που κατέχουν. Σε πολλές περιπτώσεις, λοιπόν, είτε φοβούνται, είτε είναι απρόθυμοι να θέσουν ερωτήματα ή να ζητήσουν βοήθεια, ώστε να μην αποκαλύψουν τα κενά τους.

Ένα ακόμα σημαντικό σημείο στη διαδικασία αναζήτησης κλινικών πληροφοριών από τους νοσηλευτές είναι η κατάλληλη επιλογή των πηγών πληροφόρησης. Πλήθος ερευνητών αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές προτιμούν τις άτυπες αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους τους ως πηγές πληροφοριών, επειδή τους θεωρούν προσβάσιμους και άξιους εμπιστοσύνης (Blythe & Royle 1993, Bunyan & Lutz 1991, Cogdill 2003, Corcoran – Perry & Graves 1990, Estabrooks et al 2005b, Fakhoury & Wright 2000, McKnight et al 2002, Royle et al 2000, Thompson et al 2001a, 2001b). Συμπληρωματικά, στηρίζονται στην προσωπική τους εμπειρία (Estabrooks et al 2005b,

Fakhoury & Wright 2000, McCaughan et al 2005, Taylor 2002, Thompson et al 2001a, 2001b), γι' αυτό και οι πηγές που χρησιμοποιούνται από τους έμπειρους νοσηλευτές διαφέρουν από τις αντίστοιχες, που χρησιμοποιούνται από τους αρχάριους, με τους πρώτους να δίνουν μεγάλη σημασία στις νοσηλευτικές παρατηρήσεις και τις «λογοδοσίες» (handovers) των συναδέλφων τους και τους δεύτερους να προσεγγίζουν περισσότερες από μία πηγές (Taylor 2002). Τέλος, οι έντυπες ή οι ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές πηγές και τα περιοδικά είναι οι λιγότερο χρησιμοποιούμενες από τους νοσηλευτές (Estabrooks et al 2005b, Dee & Stanley 2005, Gosling et al 2004, Pravikoff et al 2005, Pyne et al 1999), λόγω έλλειψης των απαραίτητων δεξιοτήτων για τέτοιου είδους έρευνες, αλλά και λόγω των χρονικών περιορισμών, που μπορεί να τους αναγκάζουν να διακόψουν τη βιβλιογραφική αναζήτηση, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών τους (Royle et al 2000).

4.2.4 Ο παράγοντας «χρόνος»

Ο χρόνος είναι μία σημαντική και κυρίαρχη έννοια στο κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ. Τα κλινικά γεγονότα εμφανίζονται σε μερικά χρονικά σημεία, μερικά κλινικά προβλήματα επικρατούν για μία χρονική περίοδο και μεταξύ των γεγονότων μπορεί να υπάρχουν χρονικές σχέσεις (de Kleer & Williams 1987). Επομένως, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, όταν αξιολογούνται πληροφορίες και δεδομένα που εμπλέκουν τον χρόνο (Montanari & Pernici 1993).

Άλλωστε, η διαχείριση του κλινικού προβλήματος δεν αποτελεί μία στιγμιαία δραστηριότητα, αλλά μία δραστηριότητα που εξελίσσεται κατά τη διάρκεια του χρόνου, αφού οι απαιτούμενες κλινικές πληροφορίες συνήθως δεν αποκαλύπτονται από την αρχή πλήρως διαμορφωμένες, αλλά παρατίθενται σταδιακά και ενδεχομένως χρειάζεται παρατήρηση της εξέλιξης μίας κατάστασης πριν τα τελικά συμπεράσματα και τις αποφάσεις.

Ο χρονικός συλλογισμός (temporal reasoning), δηλαδή η αξιολόγηση της χρονικής σειράς των κλινικών γεγονότων ή της χρονικής τους διάρκειας, είναι αναπόσπαστο κομμάτι του κλινικού συλλογισμού και έχει χρησιμοποιηθεί στο κλινικό πεδίο ως μέρος της διάγνωσης του κλινικού προβλήματος, της πρόβλεψης της κλινικής έκβασης και του προγραμματισμού της κλινικής δράσης. Ειδικότερα, η διάγνωση αφορά στην ερμηνεία παλαιών και τωρινών –όχι μελλοντικών– χρονικών δεδομένων, ώστε να δώσουν εξήγηση σε μία σειρά περιστατικών. Αντίθετα, η πρόβλεψη αφορά στον υπολογισμό

πιθανών παραμέτρων ή επιπτώσεων σε μελλοντικό χρόνο. Τέλος, ο προγραμματισμός αφορά στην παραγωγή μιας σειράς ενεργειών από τον κλινικό, δεδομένης της κατάστασης του ασθενή και των στόχων που έχει θέσει, τοποθετημένων σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο (Keravnou 1996).

Μία περισσότερο ρεαλιστική αναπαράσταση των κλινικών προβλημάτων είναι αυτή που θεωρεί τα κλινικά δεδομένα για τον ασθενή ως χρονικά αντικείμενα που συσχετίζονται μεταξύ τους. Λόγω του μεγάλου όγκου των κλινικών δεδομένων που παράγονται στο κλινικό περιβάλλον και ειδικότερα αυτό της ΜΕΘ, τα οποία σημειωτέον περιλαμβάνουν διαφορετικές συχνότητες παρατηρήσεων αλλά και χρονικά κενά μεταξύ συλλογής και κατανόησης, υπάρχει έντονη ανάγκη του κλινικού να αναλύσει τις αρχικές παρεχόμενες πληροφορίες και να εξάγει τα συμπεράσματά του σε αφαιρετικό επίπεδο (χρονική αφαιρετικότητα δεδομένων, temporal data abstraction). Κύριος στόχος της χρονικής αφαιρετικότητας των δεδομένων είναι η μετατροπή των πληροφοριών για έναν ασθενή από ένα χαμηλό επίπεδο ποσοτικής μορφής, στο οποίο συνήθως παρέχονται, σε ένα υψηλότερο επίπεδο διαχειρίσιμων ποιοτικών περιγραφών, σύμφωνων με την κλινική ορολογία. Με αυτόν τον τρόπο το κλινικό πρόβλημα έρχεται πιο κοντά στο επίπεδο γνώσης των κλινικών, ώστε να λάβουν τις κλινικές τους αποφάσεις (Stacey 2005).

Τέλος, οι χρονικοί περιορισμοί έχουν και αυτοί σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών. Οι περιορισμοί που αφορούν στη διάρκεια των ενεργειών ή στην αντιμετώπιση των προβλημάτων βάσει χρονοδιαγραμμάτων δημιουργούν ένα αίσθημα πίεσης στους κλινικούς, το οποίο επηρεάζει τόσο τον συλλογισμό, όσο και τις αποφάσεις τους (Svenson & Maule 1993, Maule 1997, Maule & Edland 1997). Οι Maule & Hockey (1993) ισχυρίζονται ότι η απαίτηση παρέμβασης εντός χρονικών προθεσμιών μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία λήψης αποφάσεων ανάλογα με τη σημασία που δίνει ο κλινικός στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει και ακολούθως στο αν μπορεί να λάβει αποτελεσματικές αποφάσεις γι' αυτό μέσα σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο. Υπάρχουν όμως και άλλες περιστάσεις, κατά τις οποίες η χρονική πίεση λειτουργεί θετικά στον κλινικό, γιατί τον παρακινεί η πρόκληση για αποτελεσματική δράση σε περιορισμένο χρόνο (Freedman & Edwards 1988).

Ακόμα, οι Maule & Edland (1997) αναφέρουν ότι το αίσθημα χρονικής πίεσης μπορεί να τροποποιήσει τις αντιδράσεις των ατόμων προκειμένου να επιλύσουν ένα

πρόβλημα. Έτσι, για μερικούς μπορεί να αποτελεί ερέθισμα για αύξηση του ρυθμού εργασίας τους ή της ταχύτητας αναζήτησης των απαιτούμενων πληροφοριών ή του φιλτραρίσματος των διαθέσιμων δεδομένων. Κάποιοι άλλοι μπορεί να αλλάξουν τις επιλογές τους από ικανοποιητικές σε συμβιβαστικές λύσεις. Τέλος, κάποιοι τρίτοι ιεραρχούν διαφορετικά τα δεδομένα και τροποποιούν τις προτεραιότητες που θέτουν (Wright 1974), δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στις αρνητικές πληροφορίες (Ben-Zur & Breznitz 1981, Wright 1974), όπως οι παθολογικές μετρήσεις ή ενδείξεις.

Στο νοσηλευτικό εργασιακό περιβάλλον, η χρονική πίεση είναι αναμφισβήτητη ένας παράγοντας που επιδρά στην απόδοση και τις αποφάσεις των νοσηλευτών (Thompson et al 2008). Κάθε νοσηλεύτης κάνει 50 περίπου σημαντικές κλινικές κρίσεις, σε κάθε οκτάωρο ωράριό του (Thompson et al 2004). Η Bucknall (2000) μετρά την ως άνω συχνότητα σε μία απόφαση ανά τριάντα δευτερόλεπτα για τους νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλον ΜΕΘ. Στο πλαίσιο αυτό φαίνεται πως οι χρονικοί περιορισμοί συνιστούν φραγμό στην αναζήτηση των απαραίτητων πληροφοριών και κατ' επέκταση στην αποτελεσματική λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων (Retsas 2000, Thompson et al 2005). Στην πειραματική μελέτη των Thompson και συνεργατών (2008) υποστηρίχθηκε ότι ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος πριν από μία απόφαση οδηγούσε τους νοσηλευτές σε χαμηλότερης ακριβείας ή σε περισσότερο επιβλαβείς ή σε πιο δαπανηρές παρεμβάσεις στους ασθενείς. Το σημαντικότερο, όμως, ήταν ότι οι περιπτώσεις αποτυχίας διάσωσης (failure-to-rescue) των ασθενών αυξήθηκαν από 14% σε 32%. Ο διπλασιασμός του παραπάνω ποσοστού αποδόθηκε στην επίδειξη σημαντικά μικρότερης προσοχής από τους νοσηλευτές στους προειδοποιητικούς συναγερμούς και στη μη αναζήτηση βοήθειας από έμπειρους συναδέλφους τους ή από το ιατρικό προσωπικό, δεδομένου ότι κάτι τέτοιο θεωρούσαν πως αύξανε το φόρτο εργασίας τους.

Επομένως, ο παράγοντας «χρόνος» είναι κρίσιμης σημασίας για τον κλινικό συλλογισμό, τόσο γιατί τα χρονικά χαρακτηριστικά των κλινικών προβλημάτων αποτελούν επιπλέον πληροφορίες στη διάθεση των επαγγελματιών υγείας για την επίλυσή τους, όσο και γιατί ρυθμίζουν τον τρόπο αντίδρασης και λήψης των κλινικών αποφάσεων.

4.2.5 Το υψηλό ρίσκο των κλινικών αποφάσεων

Στην προσπάθεια των κλινικών να αντιπαρέλθουν τις προκλήσεις, τις αβεβαιότητες και τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν στο κλινικό περιβάλλον, εισήγαγαν στην εργασιακή

τους πραγματικότητα την έννοια του ρίσκου για να περιγράψουν τον κίνδυνο, τον φόβο ή ένα δυσμενές ενδεχόμενο (Baird & Thomas 1985, Douglas 1990), που μπορεί να συνοδεύει την κλινική πράξη. Ωστόσο, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην έννοια του ρίσκου, όπως αυτό καθορίζεται στις θεωρίες λήψης αποφάσεων και της αντίληψης του ρίσκου, όπως αυτό γίνεται αντιληπτό από τους αποφασίζοντες. Στην πρώτη περίπτωση, το ρίσκο εκφράζεται με μαθηματικούς όρους πιθανοτήτων, ενώ στη δεύτερη περίπτωση πρόκειται για την υποκειμενική κρίση που κάνουν οι κλινικοί αναφορικά με τα χαρακτηριστικά και την επικινδυνότητα των παρεμβάσεών τους. Όπως εύστοχα παρατηρούν οι March και Shapira (1987), το ρίσκο μπορεί να αποτιμηθεί είτε ως μέτρο μεταξύ πολλών πιθανών αποτελεσμάτων, είτε ως απειλή για την εκδήλωση ενός ανεπιθύμητου αποτελέσματος.

Κάθε κλινικός που λαμβάνει αποφάσεις στο κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ έρχεται αντιμέτωπος με διαφορετικής σημασίας κινδύνους. Ορισμένοι κίνδυνοι μπορούν να εκληφθούν ως άμεσοι και απειλητικοί για τη ζωή ή την ασφάλεια των ασθενών και απαιτούν άμεση δράση προκειμένου να εξαλειφθούν, ενώ άλλοι θεωρούνται λιγότερο απειλητικοί και παρέχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπιστούν σε δεύτερο χρόνο ή να μην ληφθούν καν υπόψη (Beck 1992). Πρέπει ακόμα να επισημανθεί ότι η ιδιαιτερότητα της λήψης αποφάσεων και της ανάληψης ρίσκου στον κλινικό χώρο έγκειται στο ότι ο κλινικός αποφασίζει για τρίτους και όχι για τον ίδιο του τον εαυτό. Ο τρόπος με τον οποίο οι κίνδυνοι γίνονται αντιληπτοί από τους κλινικούς και οι μέθοδοι που μετέρχονται προκειμένου να λάβουν αποφάσεις και να τους αντιμετωπίσουν κατ' εξουσιοδότηση των ασθενών είναι δύο διαρκή ζητήματα που απασχολούν την επιστημονική έρευνα (Lofstedt & Boholm 2009). Τα ερευνητικά ευρήματα που προκύπτουν από διάφορους εργασιακούς χώρους, βρίσκουν εφαρμογή και στο κλινικό περιβάλλον (Reason 1995, Hoff et al 2004, Alaszewski & Coxon 2008).

Η λογική υπόθεση ότι τα άτομα επιλέγουν τη δράση που θα οδηγήσει στο πιο ευνοϊκό αποτέλεσμα αποτελεί τη βάση των θεωριών ποσοτικής εκτίμησης των κινδύνων, οι οποίες προϋποθέτουν σωστό σχεδιασμό των στόχων για τη μεγιστοποίηση των επιτυχών αποτελεσμάτων (Dahl & Lindblom 1992), άρα σπανίως καθορίζουν τις κλινικές αποφάσεις σε πρακτικό επίπεδο (Moskowitz et al 1988). Κάθε άτομο αναπτύσσει διάφορες στρατηγικές, οι οποίες του επιτρέπουν να απλοποιήσει την προβληματική κατάσταση και να συμπεριλάβει, με επιλεκτική αντιπροσώπευση, τα εμφανέστερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός προβλήματος, σε μια προσπάθεια να

διαμορφώσει μία αντικειμενική πραγματικότητα (March & Simon 1993, Kahneman & Tversky 1974). Αυτή η προσέγγιση είναι που δημιουργεί την αίσθηση του ρίσκου για τις αποφάσεις που πρόκειται το άτομο να λάβει.

Η προσέγγιση της ικανοποιητικής επιλογής του Simon (1977), με την επιστράτευση του περιορισμένου ορθολογισμού του αποφασίζοντα, φαίνεται να βρίσκει εφαρμογή περισσότερο στις περιπτώσεις που ο τελευταίος καλείται να λάβει απόφαση για τρίτους, όπως για παράδειγμα τους ασθενείς, παρά για τον εαυτό του. Οι Kray και Gonzalez (1999) παρατήρησαν σε τρεις ερευνητικές τους μελέτες ότι όταν τα άτομα αποφασίζουν για τρίτους, εστιάζουν στα πιο σημαντικά σημεία της απόφασης και τη λαμβάνουν με διαφορετικό τρόπο απ' ότι αν αφορούσε στους εαυτούς τους. Μία πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι πριν λάβουν μία απόφαση, συνεκτιμούν το ενδεχόμενο ότι κάποιος άλλος -εν προκειμένω ο ασθενής- μπορεί να επιδεικνύει διαφορετική συμπεριφορά απέναντι στο ρίσκο και να προσπαθούν να την αναπαραγάγουν (Stone et al 2002). Μία δεύτερη υπόθεση είναι ότι όταν λαμβάνουν μία απόφαση με ρίσκο για κάποιον άλλο, ενδιαφέρονται και για την επιτυχία των αποτελεσμάτων τους, αλλά και για τη διατήρηση της καλής έξωθεν εικόνας τους (Larrick 1993).

Τα κλινικά προβλήματα ανήκουν σε ένα υποσύνολο «επικίνδυνων» (risky) επιλογών, που οι Fischhoff και συνεργάτες (1981) αποκαλούν «προβλήματα με αποδεκτό ρίσκο» και ο Layfield (1987) επιλέγει να ορίσει ως «προβλήματα με ανεκτό βαθμό ρίσκου». Ο χαρακτηρισμός αυτός οφείλεται στην παρουσία τουλάχιστον μίας εναλλακτικής επιλογής, οι συνέπειες της οποίας μπορεί να αποτελούν απειλή για τη ζωή ή την υγεία των ασθενών. Οι μελέτες για την αντίληψη και την αντιμετώπιση του ρίσκου από νοσηλευτές είναι λιγοστές, ωστόσο αναδεικνύεται μέσα από αυτές η σημασία της ανάληψης ρίσκου, αλλά και η αποφυγή του ρίσκου από τους νοσηλευτές (Dobos 1992). Αν και η ανάληψη ρίσκου έχει συνδεθεί με την αύξηση της επαγγελματικής -κλαδικής και προσωπικής- δύναμης του κλινικού νοσηλευτή (Stevens 1988, Henderson 1985), ωστόσο οι νοσηλευτές φαίνεται πως αναπτύσσουν δύο τύπους συμπεριφοράς: είτε το αποφεύγουν, είτε το αντιμετωπίζουν με διάφορες στρατηγικές. Η αποφυγή του ρίσκου είναι ο τύπος συμπεριφοράς που υιοθετούσαν οι νοσηλευτές και εντοπιζόταν σε παλαιότερες χρονολογικά μελέτες, μάλλον εξαιτίας του τρόπου της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης και εκπαίδευσής τους, που απαιτούσε από αυτούς την ανάληψη παθητικού επαγγελματικού ρόλου (Mauksch 1977). Η απροθυμία των νοσηλευτών να αναλάβουν ρίσκο σχετιζόταν με την αδυναμία τους να λάβουν ανεξάρτητες αποφάσεις

και να ενεργήσουν αυτόνομα κατά τη φροντίδα των ασθενών τους, κυρίως λόγω του φόβου της αρνητικής κριτικής (Gner & Schnitzler 1979). Και ο φόβος αυτός «μαθαίνεται» σε επαγγελματικές θέσεις με χαμηλό έλεγχο, μειωμένη επίδραση, ελάχιστες μαθησιακές και γνωστικές απαιτήσεις και απουσία εξέλιξης (Lennerlof 1988), χαρακτηριστικά που ήταν κυρίαρχα και στο νοσηλευτικό επάγγελμα μέχρι να συντελεστεί η εκπαιδευτική μεταρρύθμισή του. Με την αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, οι νοσηλευτές άρχισαν να αποδέχονται την ανάληψη υψηλότερου ρίσκου σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Gner & Schnitzler 1979), γεγονός εξαιρετικά σημαντικό δεδομένου ότι τα κλινικά περιβάλλοντα – και ειδικότερα αυτά της εντατικής θεραπείας- είναι τόσο πολύπλοκα, που απαιτούν την ενεργοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας. Παρόλα αυτά, συχνά η ανάληψη ρίσκου αποτελεί προσωπική υπόθεση για τον κάθε νοσηλευτή (Munhall 1990) και όχι μία κοινή επαγγελματική προσέγγιση της νοσηλευτικής πρακτικής.

Στην ποιοτική μελέτη της Dobos (1992) δεν επιβεβαιώθηκαν τα ευρήματα των μέχρι τότε μελετών. Οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονταν το ρίσκο στην κλινική τους πρακτική ως δυσχερείς και τυπικά αναπόφευκτες καταστάσεις, που σχετίζονταν με το ρόλο τους στη φροντίδα των ασθενών και χαρακτηρίζονταν από υψηλή αβεβαιότητα, αρνητική ή εχθρική αντιμετώπιση από τρίτους, εξάρτηση από συναδέλφους και συνεργάτες, υπερβολικές προσδοκίες από τους ίδιους ή άλλους για υψηλή απόδοση, δυσάρεστα συναισθήματα και απειλή για την υγεία που ξεπερνούσαν το εργασιακό ωράριο. Μάλιστα, στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι όσο πιο απαξιωμένη είναι η εικόνα του νοσηλευτή και η προσφορά του στον ασθενή, τόσο το ρίσκο γίνεται λιγότερο ανεκτό.

Μεταγενέστερες έρευνες καταδεικνύουν πως η παρουσία του ρίσκου είναι συνεχής και άρρηκτα συνδεδεμένη με τη νοσηλευτική πρακτική. Αρκετοί ερευνητές, μάλιστα, επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είναι προσωπικότητες που επιθυμούν τις προκλήσεις, αρέσκονται στην ανάληψη ρίσκων και αντιλαμβάνονται τις επικίνδυνες επιλογές ως κίνητρα και λιγότερο ως απειλές (Carpentier-Roy 1990, Maloney & Bartz 1983, Sawatzky 1996). Η Carpentier-Roy (1990) υποστηρίζει ότι η συνεχής πρόκληση και η αίσθηση του διαρκούς ρίσκου είναι οι πιο κοινές αιτίες, που αναφέρουν οι νοσηλευτές για την επιλογή των ΜΕΘ ως εργασιακών χώρων: οι τελευταίοι «απολαμβάνουν» τον κίνδυνο και την απροσδόκητη φύση της εργασίας, κατά την οποία ο θάνατος διαρκώς ελλοχεύει. Σε μία άλλη περιγραφική μελέτη 96 νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι μεγαλύτερες προκλήσεις για τους νοσηλευτές από την

εργασία τους σε ΜΕΘ θεωρούνται οι επείγουσες καταστάσεις, οι καρδιοαναπνευστικές ανακοπές και οι προσπάθειες ανάνηψης που τις συνοδεύουν, η ασταθής ή η κρίσιμη κατάσταση των ασθενών, τα άγνωστα κλινικά προβλήματα, οι μεταφορές των ασθενών εκτός ΜΕΘ και οι εισαγωγές των ασθενών στη ΜΕΘ με κάθε απρόβλεπτο επεισόδιο που μπορεί να επισυμβεί (Sawatzky 1996).

Συμπερασματικά, η διαχείριση των κινδύνων που υπάρχουν σε ένα κλινικό περιβάλλον και η ανάληψη ρίσκου είναι χαρακτηριστικά της κλινικής εργασίας. Οι νοσηλευτές στη ΜΕΘ είναι εκτεθειμένοι στους πολλαπλούς κινδύνους που ενέχουν τα κλινικά προβλήματα και όχι μόνο επιλέγουν, αλλά και λαμβάνουν ικανοποίηση από την ανάληψη ρίσκου κατά τη νοσηλευτική πρακτική. Σε ένα πλαίσιο περιορισμένου χρόνου, περιορισμένης γνώσης και περιορισμένης ορθολογικής ικανότητας σε ατομικό επίπεδο, η προσανατολισμένη στο ρίσκο συμπεριφορά επιλέγει γρήγορους και στοιχειώδεις υπολογισμούς για την επιλογή μιας ικανοποιητικής λύσης, αντί για τους χρονοβόρους αναλυτικούς συλλογισμούς που συμμορφώνονται με τους λεπτομερείς κανόνες του ορθολογισμού.

4.2.6 Πολλαπλοί «παίκτες» (*Multiple players*)

Στα περισσότερα δυτικά υγειονομικά συστήματα, η φροντίδα προγραμματίζεται και παρέχεται από διεπιστημονικές ομάδες (D' Amour et al 2005, d' Amour & Oandasan 2005, Oandasan 2007), ώστε να αξιοποιούνται οι ικανότητες και οι δυνατότητες όλων των επαγγελματιών υγείας, προς όφελος των ασθενών. Στα σημαντικότερα σημεία της διεπιστημονικής δράσης συγκαταλέγονται η αλληλεπίδραση δύο ή περισσότερων επαγγελματιών διαφορετικών ειδικοτήτων, οι κοινοί στόχοι, οι αρμονικές σχέσεις συνεργασίας, η συμμετρία εξουσίας, η κοινή πληροφόρηση, η κατανόηση και ο σεβασμός του διακριτού επαγγελματικού ρόλου, η αλληλεξάρτηση μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων και το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον (D' Amour et al 2005, Xyrischis & Ream 2008).

Παράλληλα, η σύγχρονη τάση, που απορρέει ευθέως από τα δικαιώματα των ασθενών, είναι η συμμετοχή των τελευταίων στη λήψη των κλινικών αποφάσεων που τους αφορούν, ώστε να εξασφαλιστούν οι επιλογές που ανταποκρίνονται στις προσωπικές τους αξίες και επιθυμίες (Charles et al 1997, Elwyn et al 1999, Makoul & Clayman 2006). Στην περίπτωση δε που οι αποφάσεις αφορούν στη φροντίδα και θεραπεία των ασθενών, όταν η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και σε στιγμές

που δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν για τον εαυτό τους, τον ρόλο αυτό καλείται να αναλάβει το οικογενειακό τους περιβάλλον, το οποίο επιφορτίζεται με την ευθύνη για πληροφορημένες αποφάσεις που αφορούν στους νοσηλευόμενους (Azoulay et al 2005).

Η ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης και φροντίδας βαρέως πασχόντων στις ΜΕΘ έχουν επιβάλλει τη διαρκή παρουσία πολλών επαγγελματιών υγείας δίπλα στους ασθενείς. Μαζί με τον αριθμό των ειδικών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς, αυξάνεται και ο αριθμός των διαφορετικών «πιστεύω» και προσδοκιών σχετικά με την καταλληλότερη φροντίδα (Studdert et al 2003, Fisher 2004, Oberle & Hughes 2001, Fetters et al 2001, Breen et al 2001) ή των αμφισβητήσεων και διαφωνιών αναφορικά με τη συνολική διαχείρισή τους (Studdert et al 2003). Η διαφορετικότητα των απόψεων εδράζεται στις ριζικές διαφορές των κλινικών ειδικοτήτων, σε σχέση με το γνωστικό τους υπόβαθρο και τις αντιλαμβανόμενες ευθύνες τους απέναντι στον ασθενή (Thomas et al 2003). Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει ότι οι σχέσεις των δύο μεγαλύτερων επαγγελματικών ομάδων μέσα στη ΜΕΘ, των νοσηλευτών και των γιατρών, είναι συχνά αρνητικές, κυρίως γιατί υπάρχει αδυναμία εφαρμογής κοινού στόχου (cure έναντι care) στη φροντίδα από τις δύο πλευρές και γιατί η άσκηση εξουσίας και πίεσης από τους γιατρούς προς τους νοσηλευτές είναι εμφανής και δύσκολα ανεκτή (Danjoux et al 2009).

Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς επηρεάζονται από τις διαφορετικές πολιτισμικές, κοινωνικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και εκφράζουν – όταν είναι σε θέση να το κάνουν – διαφορετικές απόψεις αναφορικά με τη θεραπεία τους σε σχέση με τους κλινικούς, που καθοδηγούνται κυρίως από το κλινικό τους κριτήριο (Frost et al 2011, Curtis & Tonelli 2011). Αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον ενίοτε προβάλλει απαιτήσεις, οι οποίες δημιουργούνται με δεδομένες την ασυμμετρία γνώσεων σε σχέση με τους φροντιστές υγείας και τις διαφορές σε κουλτούρα και αξίες, που τελικά δυσχεραίνουν σημαντικά τη συνεννόηση και τον συγκερασμό όλων των θέσεων για τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Frost et al 2011). Ακόμα, οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες για την έκβαση του ασθενή τους (Cook et al 1999) και άλλοτε ο φόβος τους για την πορεία του ασθενούς, τους οδηγεί σε επιθετική συμπεριφορά απέναντι στην κλινική ομάδα, με αμφισβήτηση των ικανοτήτων και της προσήλωσης του προσωπικού της ΜΕΘ στους σκοπούς της εντατικής φροντίδας (Κρανιδιώτης και συν 2010). Έτσι, τόσο ο αριθμός των διαφορετικών απόψεων, όσο και ο αριθμός των διαφωνιών που δημιουργούνται

καθιστούν το περιβάλλον της ΜΕΘ περισσότερο στρεσογόνο και τη λήψη αποφάσεων σε αυτό, πιο δύσκολη.

Γίνεται σαφές πως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας αποτελούν σύνθετα κλινικά περιβάλλοντα, στα οποία επικρατούν ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες λήψης αποφάσεων. Τα ασθενώς δομημένα προβλήματα, η κλινική αβεβαιότητα, η διαχείριση μεγάλου όγκου κλινικών πληροφοριών, η χρονική πίεση, το ρίσκο των κλινικών αποφάσεων και η παρουσία πολλαπλών παικτών αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά μίας δυναμικής και πολύπλοκης διαδικασίας μέχρι τη λήψη κλινικών αποφάσεων, που χρειάζεται να διερευνηθεί ως προς το πώς επιτελείται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η μελέτη της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι μία δύσκολη υπόθεση, εξαιτίας του μεγάλου εύρους των αποφάσεων που δυνητικά λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της εντατικής φροντίδας των βαρέως πασχόντων, της αδυναμίας άμεσης παρατήρησης των υποκείμενων διαδικασιών μέχρι τη λήψη των αποφάσεων και της μεγάλης ποικιλίας των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την κρίση των αποφασίζόντων. Έτσι, τα σχετικά βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αποσπασματικά και δεν αποσαφηνίζουν τα ως άνω ζητήματα, αδυνατώντας να προσφέρουν ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο για τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε περιβάλλον ΜΕΘ.

5.1 Ανασκόπηση των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

Η γενική αρμοδιότητα των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας για την ολιστική φροντίδα και τη συνεχή παρακολούθηση των ασθενών της ΜΕΘ θεωρείται ενδεικτική του εύρους των κλινικών τους αποφάσεων, αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία για το είδος αυτών. Η Bucknall (2000) παρατήρησε σε πραγματικό χρόνο και πραγματικές συνθήκες τις αποφάσεις 18 νοσηλευτών ΜΕΘ και τις ενέταξε σε τρεις κατηγορίες: παρέμβασης, επικοινωνίας και αξιολόγησης. Μέτρησε δε τη συχνότητα λήψης τους και την προσδιόρισε σε μία κλινική απόφαση ανά 30 δευτερόλεπτα. Οι Currey & Worrall-Carter (2001) παρατήρησαν την εντατική φροντίδα που πρόσφεραν 12 νοσηλευτές ΜΕΘ επί ένα δίωρο και στη συνέχεια διεξήγαγαν μία εστιασμένη συζήτηση με ημι-δομημένο οδηγό ερωτήσεων. Από την ανάλυση αναγνωρίστηκαν πέντε κατηγορίες αποφάσεων: εκτίμησης, παρέμβασης, οργάνωσης, επικοινωνίας και εκπαίδευσης. Καμία άλλη μελέτη δεν έχει κατηγοριοποιήσει τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ με διαφορετικό τρόπο, παρόλο που ένα ειδικό σύστημα ταξινόμησης θα μπορούσε να αποτελέσει το πλαίσιο για την καλύτερη κατανόηση και τη συγκριτική μελέτη των νοσηλευτικών αποφάσεων σε διαφορετικές ΜΕΘ. Συνήθως, στις υπάρχουσες μελέτες διερευνώνται οι αποφάσεις των νοσηλευτών γύρω από μία συγκεκριμένη παρέμβαση ή αναφορικά με ένα συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο.

Πέρα από τις αποφάσεις για τα θεσμοθετημένα αποκλειστικά καθήκοντα των νοσηλευτών, οι τελευταίοι αποφασίζουν και για φροντίδες υγείας που εμπίπτουν στο ειδικό γνωστικό αντικείμενο της εντατικής θεραπείας (Bakalis & Watson 2005). Όπως,

ο μηχανικός αερισμός, που αν και αποτελεί μία από τις συνηθέστερες θεραπευτικές παρεμβάσεις στις ΜΕΘ, μόλις πρόσφατα ξεκίνησε η μελέτη των αποφάσεων που σχετίζονται με αυτόν και λαμβάνονται από μη ιατρικό προσωπικό και ειδικότερα από νοσηλευτές. Στη μελέτη των Danckers et al (2013) εξετάστηκαν προοπτικά τα αποτελέσματα σε 102 μηχανικά υποστηριζόμενους ασθενείς, οι οποίοι απογαλακτίστηκαν με βάση τις αποφάσεις των νοσηλευτών, που καθοδηγούνταν από συγκεκριμένο κλινικό πρωτόκολλο, συγκριτικά με 100 ασθενείς που αποδεσμεύτηκαν από την αναπνευστική μηχανική υποστήριξη με τον παραδοσιακό τρόπο απογαλακτισμού, που αποφασίζεται και καθοδηγείται από το ιατρικό προσωπικό των ΜΕΘ. Τα αποτελέσματα αναφορικά με τη μέση διάρκεια του μηχανικού αερισμού και τη μέση διάρκεια νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν θετικότερα στην περίπτωση που ο απογαλακτισμός των ασθενών γινόταν από τους νοσηλευτές, κυρίως λόγω της μεγαλύτερης συμμόρφωσης των τελευταίων με τις κλινικές οδηγίες. Στα ίδια συμπεράσματα είχε καταλήξει το 2005 μία άλλη ομάδα ερευνητών, η οποία απέδωσε τα θετικά αποτελέσματα της διαδικασίας στη στενή παρακολούθηση των ασθενών από τους νοσηλευτές, σημείο που τελικά συνιστά σημαντική προϋπόθεση επιτυχίας στην εφαρμογή των πρωτοκόλλων (Tonnelier et al 2005).

Περαιτέρω, στην ποιοτική μελέτη των Han et al (2007) αναλύθηκαν τα δεδομένα που αποκτήθηκαν με την τεχνική της «φωναχτής σκέψης» από πέντε νοσηλευτές ΜΕΘ κατά τη διάρκεια 40-50 λεπτών εντατικής φροντίδας. Αναφορικά με τη διαχείριση του μηχανικού αερισμού, οι κυριότερες αποφάσεις που ελάμβαναν ήταν η αξιολόγηση βασικών αναπνευστικών παραμέτρων, όπως οι πνευμονικοί όγκοι και η ακρόαση των αναπνευστικών ήχων, η ερμηνεία σημείων και συμπτωμάτων στη βάση των νοσηλευτικών διαγνώσεων, η διατύπωση υποθέσεων για την εξέλιξη ενός αναπνευστικού προβλήματος και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με κυριότερες τη διενέργεια τραχειοβρογχικών αναρροφήσεων κατά τη διαδικασία της αποδέσμευσης των ασθενών από τον αναπνευστήρα, τη συχνή νεφελοποίηση και την αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα.

Σε πολυκεντρική μελέτη 586 ΜΕΘ στην Ευρώπη, με τη συμμετοχή και ελληνικών ΜΕΘ, αναδείχθηκαν έξι τύποι αποφάσεων σχετικά με τον μηχανικό αερισμό: η ρύθμιση των αρχικών παραμέτρων της μηχανικής αναπνευστικής υποστήριξης, η μετέπειτα ρύθμιση των παραμέτρων του αναπνευστήρα ανάλογα με την κλινική εικόνα του διασωληνωμένου ασθενή, η προετοιμασία του ασθενή για απογαλακτισμό, η εφαρμογή

της διαδικασίας του απογαλακτισμού, η προετοιμασία για αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα και η απόφαση για επαναδιασωλήνωση. Οι περισσότερες από τις ως άνω αποφάσεις λαμβάνονταν κατόπιν συνεργασίας νοσηλευτών και γιατρών της ΜΕΘ, ενώ ελάχιστες από αυτές λαμβάνονταν με την αποκλειστική ευθύνη των νοσηλευτών. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη μόνη χώρα όπου λαμβάνονταν ανεξάρτητες νοσηλευτικές αποφάσεις για κάθε μία από τις παραπάνω κατηγορίες -έστω και σε μικρά ποσοστά - ήταν η Γερμανία, ενώ οι χώρες στις οποίες δεν είχαν καμία αυτονομία οι νοσηλευτές στη λήψη των ως άνω αποφάσεων ήταν η Ελλάδα και η Ιταλία (Rose et al 2011). Το τελευταίο εύρημα δεν είναι απόλυτα σύμφωνο με τα αντίστοιχα των Parathanassoglou et al (2005), οι οποίοι διεξήγαγαν περιγραφική μελέτη συσχετίσεων σε δείγμα 803 νοσηλευτών ΜΕΘ στην Ελλάδα και μέτρησαν υψηλό επίπεδο νοσηλευτικής αυτονομίας στις αποφάσεις που σχετίζονται με τις προσαρμογές των παραμέτρων του μηχανικού αερισμού ανάλογα με τις τιμές των αερίων αίματος και μέτρια νοσηλευτική αυτονομία στη διαχείριση της διαδικασίας του απογαλακτισμού. Αντίθετα, σε απόλυτη συμφωνία βρίσκονται τα ευρήματα αναφορικά με την απόφαση για αποδέσμευση του ασθενούς από τον αναπνευστήρα, την απόφαση για αποσωλήνωση του ασθενούς και την απόφαση για επαναδιασωλήνωση μετά από αποτυχημένη προσπάθεια απογαλακτισμού. Σε μία παρόμοια μελέτη στην Αυστραλία (Rose et al 2007) καταμετρήθηκαν επί ένα τρίμηνο 3986 αποφάσεις που σχετίζονταν με το μηχανικό αερισμό, δηλαδή κάθε ρύθμιση στις παραμέτρους των αναπνευστήρων. Από το παραπάνω σύνολο, 2538 (64%) αποφάσεις ελήφθησαν μόνο από νοσηλευτές, 693 (17%) μόνο από ιατρούς και 755 (19%) σε συνεργασία των δύο ομάδων προσωπικού. Οι ρυθμίσεις που επιχειρούσαν οι νοσηλευτές ήταν κυρίως η αλλαγή στην πυκνότητα του εισπνεόμενου οξυγόνου (1725 αποφάσεις), η αλλαγή του όγκου αναπνοής (80), η αλλαγή της συχνότητας αερισμού (296), η ρύθμιση της πίεσης υποστήριξης (536), η αυξομείωση της εισπνευστικής πίεσης (60), η αλλαγή τύπου αερισμού (1238), η ρύθμιση της θετικής τελο-εκπνευστικής πίεσης (341) και η απόφαση για αποσωλήνωση (307).

Ένα ακόμα πεδίο έρευνας των νοσηλευτικών αποφάσεων έχει αποτελέσει η αιμοδυναμική παρακολούθηση των ασθενών στη ΜΕΘ, ειδικά μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση. Δεν υπάρχουν αρκετά ερευνητικά δεδομένα που να καταδεικνύουν το είδος των αιμοδυναμικών παραμέτρων που πρέπει να παρακολουθούν οι νοσηλευτές κατά προτεραιότητα ή το είδος των αποφάσεων εκτίμησης και

παρέμβασης που πρέπει να λάβουν για να βελτιώσουν τα κλινικά αποτελέσματα στους ασθενείς τους (Currey & Botti 2003). Οι έρευνες των Currey & Botti (2003, 2006) και Currey et al (2006) έχουν επικεντρωθεί στην αξιολόγηση των αιμοδυναμικών μετρήσεων, μέσω καθετήρα στην πνευμονική αρτηρία. Νωρίτερα, η Aitken (1997, στη διδακτορική της διατριβή, είχε διερευνήσει τις μετρήσεις που εκτελούσαν οκτώ έμπειροι νοσηλευτές μέσω καθετήρα Swan-Ganz και επεσήμανε ότι οι έννοιες του προφορτίου, της καρδιακής παροχής και της αρτηριακής πίεσης κυριαρχούσαν στις αποφάσεις νοσηλευτικής αξιολόγησης, επιλέγοντας με αυτόν τον τρόπο να δώσουν μεγαλύτερη σημασία στην καρδιακή λειτουργία, που θεωρούσαν ως σημαντικότερη παράμετρο παρακολούθησης των καρδιοχειρουργημένων ασθενών, παρά στην ιστική οξυγόνωση, αφού ο κορεσμός του μεικτού φλεβικού αίματος δεν αναφέρθηκε από κανέναν. Στη μελέτη των Han et al (2007) οι κύριες αιμοδυναμικές μετρήσεις, που αξιολογούσαν πιο συχνά οι νοσηλευτές ως σημαντικές κλινικές πληροφορίες για την αιμοδυναμική παρακολούθηση του ασθενή, ήταν η κεντρική φλεβική πίεση και η καρδιακή παροχή. Σε μία ποιοτική μελέτη που διεξήχθη με δείγμα πέντε νοσηλευτών που εργάζονταν σε μία ΜΕΘ στη Βραζιλία, οι ερευνητές (Ramos et al 2008) κατέληξαν στο ότι οι νοσηλευτές αξιολογούσαν τις τιμές από τις μετρήσεις των πιέσεων του δεξιού κόλπου, της πνευμονικής αρτηρίας, της ενσφήνωσης στα πνευμονικά τριχοειδή, καθώς και την καρδιακή παροχή και τον καρδιακό δείκτη, ενώ στην ελληνική μελέτη των Parathanassoglou et al (2005) οι τεχνικές μετρήσεις της κεντρικής φλεβικής πίεσης, των πιέσεων της πνευμονικής αρτηρίας και της πίεσης ενσφήνωσης των πνευμονικών τριχοειδών γίνονταν από τους νοσηλευτές ΜΕΘ πολύ συχνότερα απ' ό,τι η αξιολόγηση των τιμών τους.

Οι Corley et al (2009) μάλιστα προχώρησαν στη σύγκριση των αποτελεσμάτων της αιμοδυναμικής παρακολούθησης με αναίμακτη τεχνική από τους νοσηλευτές σε σχέση με τη συμβατική αιματηρή μέθοδο καθετηριασμού της πνευμονικής αρτηρίας και συμπέραναν ότι οι νοσηλευτές είναι η ιδανική επαγγελματική ομάδα που μπορεί να επιφορτιστεί με την παρακολούθηση της καρδιακής παροχής, με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, δεδομένης της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή. Οι Ramos et al (2008), αφού κατέγραψαν τις αποφάσεις νοσηλευτικής αξιολόγησης σχετικά με τις αιμοδυναμικές παραμέτρους, περιέγραψαν και ένα νοσηλευτικό πρωτόκολλο παρεμβάσεων, επί συγκεκριμένων καταστάσεων αιμοδυναμικής αστάθειας, η εφαρμογή του οποίου καθιστά τους νοσηλευτές ΜΕΘ

αυτόνομους στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την πρόληψη ή τη διόρθωση διαταραχών ύδατος, τη θεραπεία με ώσεις υγρών, ινότροπα, αγγειοσυσπαστικά, αγγειοδιασταλτικά φάρμακα, την επαρκή οξυγόνωση και την πρόληψη πνευμονικού οιδήματος.

Μία ακόμη διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές ΜΕΘ φαίνεται πως παίρνουν αποφάσεις είναι η διαχείριση της καταστολής. Η χορήγηση φαρμακευτικής καταστολής στο βαρέως πάσχοντα είναι μία παρέμβαση με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αφού η υποκείμενη αιτιολογία, που την καθιστά αναγκαία, μπορεί να ποικίλλει. Έτσι, μπορεί να χορηγείται για τον έλεγχο του άλγους, της ανησυχίας/άγχους, της διέγερσης και του παραληρήματος. Σύμφωνα με τους Aitken et al (2008) η διαχείριση της κατασταλτικής αγωγής απαιτεί τρεις κατηγορίες αποφάσεων: αποφάσεις εκτίμησης, τεκμηρίωσης και θεραπείας. Η ως άνω μελέτη παρατήρησης και η ανάλυση των δεδομένων της, που προέκυψαν με την τεχνική της «φωναχτής σκέψης», έκαναν κατανοητό ότι οι αποφάσεις εκτίμησης εκτείνονταν από την προσεκτική νευρολογική αξιολόγηση του ασθενούς, με εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης, της απάντησης στα ερεθίσματα και στις εντολές -με άτυπη χρήση της Κλίμακας Γλασκώβης-, μέχρι τη διερεύνηση της αναπνευστικής κατάστασης και του επιπέδου άνεσης του ασθενή. Μετά τη χορήγηση των κατασταλτικών, η αξιολόγηση περιελάμβανε τον τακτικό έλεγχο του βάθους και της διάρκειας της καταστολής. Οι αποφάσεις τεκμηρίωσης περιελάμβαναν τη διερεύνηση της υποκείμενης αιτιολογίας που οδηγούσε στην απαίτηση για φαρμακευτική καταστολή και την κατανόηση της επίδρασης της καταστολής στις φυσιολογικές λειτουργίες. Τέλος, οι αποφάσεις θεραπείας αφορούσαν στην τιτλοποίηση της δόσης, την επιλογή του τρόπου χορήγησης (στάγδην ή εφάπαξ) και την επιστράτευση συμπληρωματικών προσεγγίσεων για την εξασφάλιση της ηρεμίας του ασθενούς (επικοινωνία, εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος, ασφαλής απομάκρυνση από τον ασθενή). Στη διάρκεια δύο ωρών παρακολούθησης η ερευνητική ομάδα διέκρινε 48 αποφάσεις κατά την προ-καταστολής περίοδο και 57 αποφάσεις για τη μετά-καταστολή περίοδο, ανά συμμετέχοντα νοσηλευτή. Οι αποφάσεις ήταν κυρίως εκτίμησης (προ:58%, μετά:65%) και δευτερευόντως, τεκμηρίωσης (προ:10%, μετά:9%) και θεραπείας (προ:31%, μετά:26%).

Ανεξάρτητες νοσηλευτικές αποφάσεις αξιολόγησης και παρέμβασης σχετικά με την κατασταλτική αγωγή αναφέρονται και από τους Walker & Gillen (2006), καθώς επισημαίνεται ο κεντρικός ρόλος των νοσηλευτών στη συνεχή εκτίμηση της ανάγκης των ασθενών για καταστολή, του προσδιορισμού της δόσης της, αλλά και της

συχνότητας των ελέγχων με στόχο την τιτλοποίησή της. Η τιτλοποίηση των κατασταλτικών φαρμάκων αποτελεί μία απόφαση που λαμβάνουν με σχετική αυτονομία και οι Έλληνες νοσηλευτές σύμφωνα με τη μελέτη της ερευνητικής ομάδας της Parathanassoglou (2005). Οι παραπάνω αποφάσεις καθοδηγούνται από τους κύριους στόχους που θέτουν οι νοσηλευτές για τη φαρμακευτική καταστολή, οι οποίοι συνοψίζονται στο συγχρονισμό των διασωληνωμένων ασθενών με τον αναπνευστήρα, την ανοχή του ενδοτραχειακού σωλήνα, τη διαχείριση του πόνου, τη μείωση της δύσπνοιας, της αγωνίας και της διέγερσής τους, όπως και στην πρόκληση αμνησίας, ώστε να εξαλειφθεί η ανάμνηση ιδιαίτερα αγχογόνων περιόδων νοσηλείας (Egerod 2002, Weinert et al 2001). Κοινό εύρημα αποτελεί ότι οι περισσότερο έμπειροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν μικρότερες δόσεις καταστολής, αφού διαθέτουν περισσότερες εναλλακτικές, για τη διαχείριση του πόνου και της ανησυχίας των ασθενών τους (Egerod 2002, Walker & Gillen 2006).

Μεταξύ των εναλλακτικών τρόπων διαχείρισης του πόνου στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις, όπως οι ασκήσεις αναπνοής, οι μαλάξεις, οι αλλαγές θέσεων επί κλίνης και η μουσικοθεραπεία (Tracy et al 2005, Faigeles et al 2013). Αν και οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας φαίνεται πως πιστεύουν ότι ο πόνος πρέπει πρώτα να αντιμετωπίζεται με φαρμακολογικούς παράγοντες, εντούτοις αν αυτός ο τύπος θεραπείας εκτιμηθεί ως ανεπαρκής καταφεύγουν σε μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις (Lindberg & Engstrom 2011). Πάντως, μέχρι σήμερα, πολύ λίγες έρευνες έχουν μελετήσει τις αποφάσεις των νοσηλευτών να παρέμβουν με μη φαρμακευτικές μεθόδους στον πόνο των ασθενών τους στη ΜΕΘ (Lindquist et al 2005, Gelinas et al 2012, Helmrich et al 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί τόσο η γνώση και η εκπαίδευση, όσο και η εμπιστοσύνη των νοσηλευτών στην αποτελεσματικότητα των παραπάνω προσεγγίσεων είναι χαμηλές (Tracy et al 2005).

Στον αντίποδα της λήψης αποφάσεων για την εξασφάλιση άνεσης στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς, η χρήση περιοριστικών μέτρων αποτελεί έναν ακόμα συνήθη τύπο νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ, προκειμένου να αντιμετωπιστούν η ανησυχία, η σύγχυση και η διέγερση των ασθενών και να προληφθούν οι τραυματισμοί και οι πτώσεις τους. Τα ευρήματα μίας μελέτης σε 130 ΜΕΘ στη Γαλλία ήταν πως οι αποφάσεις για την εφαρμογή ή όχι, τη διάρκεια χρήσης και τη διακοπή των περιορισμών σε ασθενείς ΜΕΘ λαμβάνονταν αυτόνομα από τους νοσηλευτές, με υψηλό όμως βαθμό διαφοροποίησης μεταξύ τους. Ενίοτε δε τα μέτρα

ήταν υπερβολικά, αφού στο ένα τρίτο των ΜΕΘ της μελέτης περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς που ήταν ήρεμοι και συνεργάσιμοι, περιορίζονταν (De Jonghe et al 2013). Η εκτεταμένη χρήση των περιοριστικών μέτρων στη ΜΕΘ φαίνεται πως αποτελεί κοινό σημείο και σε άλλες σχετικές έρευνες (Choi & Song 2003, Langley et al 2011, Hurlock-Chorostecki & Kielb 2006), έτσι ώστε έχει προκύψει η ανάγκη για αυστηρότερη εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης των ασθενών και εφαρμογή πρωτοκόλλων με σκοπό τη χρήση τους, όταν κρίνεται απολύτως απαραίτητη.

Η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων υποβοηθά, επίσης, τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων αναφορικά με τον αυστηρό γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών σε ΜΕΘ. Η σημασία της αυστηρής ρύθμισης της γλυκόζης του αίματος των ασθενών κατά τη διάρκεια της εντατικής θεραπείας έχει εδραιωθεί αρκετά χρόνια και έχει συνδεθεί με μείωση της θνητότητας στη ΜΕΘ. Η συνεχής παρακλίνια φροντίδα από τους νοσηλευτές ΜΕΘ, η κατανόηση των αντιδράσεων των ασθενών και η ετοιμότητα για άμεση παρέμβαση καθιστούν τους νοσηλευτές ιδανικούς για τον σκοπό αυτό. Οι κύριοι τύποι αποφάσεων που λαμβάνουν αφορούν στην έναρξη της θεραπείας με ινσουλίνη, την τιτλοποίηση της δόσης της και τη συχνότητα των μετρήσεων γλυκόζης αίματος (Barth et al 2007, Braithwaite et al 2006, Dubose et al 2009). Αν και τα πρωτόκολλα περιγράφουν με ακρίβεια και λεπτομέρεια τη διαδρομή για την επίτευξη προκαθορισμένων θεραπευτικών στόχων, ο νοσηλευτικός κλινικός συλλογισμός δεν πρέπει να υποτιμάται. Η τυχαίοποιημένη μελέτη των Chant et al (2012) συνέκρινε τα αποτελέσματα της γλυκαιμικής ρύθμισης μετά από εφαρμογή πρωτοκόλλου, με αυτήν που βασιζόταν στην κλινική κρίση των νοσηλευτών ΜΕΘ και συμπέραναν ότι αν οι νοσηλευτές αποδέχονται την αξία του αυστηρού ελέγχου της γλυκόζης αίματος, τα θεραπευτικά αποτελέσματα στους ασθενείς είναι εξίσου αποτελεσματικά, είτε χρησιμοποιούν τις οδηγίες του κλινικού πρωτοκόλλου, είτε χρησιμοποιούν την κλινική τους κρίση. Με όμοιο τρόπο έχει μελετηθεί η λήψη αποφάσεων για τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (Owen et al 2008, Kanji & Jung 2009, Hijahi & Al-Ansari 2005, Hoekstra et al 2010).

Η διαχείριση του πυρετού έχει απασχολήσει επίσης την έρευνα της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων. Αρκετοί ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει το πλαίσιο της νοσηλευτικής διεργασίας για να περιγράψουν τις αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές, επί πυρετού των ασθενών τους, στη ΜΕΘ. Οι Thompson et al (2011) ταυτοποίησαν τρεις σημαντικές κατηγορίες νοσηλευτικών αποφάσεων αναφορικά με

την αντιμετώπιση του πυρετού ή της υπερθερμίας: α) τις αποφάσεις εκτίμησης/ανάλυσης, β) τις αποφάσεις προγραμματισμού/ παρέμβασης και γ) τις αποφάσεις αξιολόγησης. Μεταξύ των αποφάσεων εκτίμησης ήταν η αναγνώριση του εάν ο ασθενής πυρέσσει και αυτές που αφορούσαν στον εντοπισμό των χαρακτηριστικών του, δηλαδή την αιτιολογία, την έναρξη, το ύψος και τη διάρκειά του πυρετού. Οι αποφάσεις προγραμματισμού/παρέμβασης περιλάμβαναν την τεκμηρίωση για το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης – εκλογής, τις φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης του πυρετού, την εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων ή ιατρικών οδηγιών και τις συμπληρωματικές διαγνωστικές παρεμβάσεις, όπως η λήψη καλλιέργειών ή παρεμβάσεις σχετιζόμενες με την παρουσία πυρετού, όπως η αλλαγή θέσης των ενδαγγειακών καθετήρων ή η έναρξη χορήγησης αντιβιοτικής αγωγής, που απαιτούσαν τη συμμετοχή των νοσηλευτών. Τέλος, οι αποφάσεις αξιολόγησης γίνονταν ώστε να εξακριβωθεί η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αντιμετώπισης του πυρετού που εφαρμόστηκε, η απόκριση του ασθενή στη θεραπεία και ο εντοπισμός των δυσκολιών, προκειμένου να εφαρμοστεί η παρέμβαση (έλλειψη αναλωσίμου και φαρμακευτικού υλικού). Οι Holtzclaw & Faan (1992) και Slavkovsky (1995) θεωρούν σημαντική την παρακολούθηση των ασθενών κατά το στάδιο της εκτίμησης για την αναγνώριση συγκεκριμένων αποκρίσεων των ασθενών, όπως το ρίγος και την αγγειοσύσπαση, την εφίδρωση και αγγειοδιαστολή, την αύξηση της καρδιακής και αναπνευστικής συχνότητας, τις μεταβολές της αρτηριακής πίεσης και την ευερεθιστότητα. Ακόμα, οι Perry & Potter (1998) προτείνουν τη χρησιμοποίηση των δεδομένων που προκύπτουν από την εκτίμηση του ασθενή, για τον καθορισμό νοσηλευτικής διάγνωσης, με κυριότερες τον κίνδυνο για αύξηση της θερμοκρασίας σώματος, την υπερθερμία, την υποθερμία, και την αναποτελεσματική θερμορύθμιση.

Κοινός παρανομαστής στις αποφάσεις που λαμβάνονται προκειμένου να διεκπεραιωθούν οι θεραπευτικές διαδικασίες είναι η επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς, τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας εντατικής φροντίδας αλλά και τρίτους, όπως τα μέλη της οικογένειας του ασθενή. Οι Marx & Morita (2000) θεωρούν ότι οι αποφάσεις επικοινωνίας των νοσηλευτών στοχεύουν στην κατανόηση του κλινικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ και της αποστολής της, στην εκτίμηση των πραγματικών αναγκών των νοσηλευομένων σε αυτήν και στην παροχή καθημερινών φροντίδων υγείας που στηρίζονται στη λεπτομερή πληροφόρηση. Οι Radtke et al (2013) ανέλυσαν τα ποιοτικά δεδομένα από συνεντεύξεις και ομαδικές συζητήσεις με έξι νοσηλευτές

εντατικής φροντίδας και ανέφεραν πως οι σχετικές αποφάσεις των νοσηλευτών της ΜΕΘ με τους μη ομιλούντες ασθενείς τους σχετίζονται με τον χρόνο και τον τρόπο επικοινωνίας μαζί τους και ποικίλλουν ανάλογα με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών περί της αναγκαιότητας της επικοινωνίας, της θέσης προτεραιότητας που την κατατάσσουν και των υπαρχόντων φραγμών.

Καταλήγοντας, οι τύποι των αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές στις ΜΕΘ περιγράφονται σποραδικά στη βιβλιογραφία, αφορούν κυρίως σε αποφάσεις εκτίμησης, παρέμβασης και αξιολόγησης και κατά μεγάλο ποσοστό λαμβάνονται σε συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό της μονάδας και όχι μόνο ανεξάρτητα από αυτό.

5.3 Ανασκόπηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ

Αν και το πλήθος των μελετών που έχουν διερευνήσει τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές, αποκλειστικά ή συμπεριλαμβανομένων στο δείγμα τους των νοσηλευτών ΜΕΘ, είναι μεγάλο, δύο είναι τα κυρίαρχα μοντέλα που συζητούνται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία: το αναλυτικό-ιεραρχικό μοντέλο και το διαισθητικό μοντέλο λήψης αποφάσεων (Thompson 1999, Luker et al 1998, Hedberg & Larson 2003). Πρόσφατα δε, έχει περιγραφεί ένα μεικτό μοντέλο λήψης αποφάσεων, κατά το οποίο οι νοσηλευτές συνδυάζουν τόσο τον αναλυτικό, όσο και το διαισθητικό τρόπο σκέψης, προκειμένου να προσεγγίσουν τα κλινικά προβλήματα συνολικά (Lauri & Salanterä 1996).

Η κυρίαρχη προσέγγιση του αναλυτικού μοντέλου είναι η υποθετικο-επαγωγική (Thompson 1999). Η λήψη αποφάσεων με αυτή τη μέθοδο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια: στην αναγνώριση των εναυσμάτων της απόφασης, στη γένεση υποθέσεων, στην ερμηνεία των κλινικών πληροφοριών και στην αξιολόγηση των υπό σκέψη υποθέσεων (Tanner et al 1987, Hamers et al 1994). Η Aitken (2003) εξηγεί την ως άνω διαδικασία ως διεργασία «κατάκτησης της έννοιας» (concept attainment), η οποία γίνεται προκειμένου να κατακτηθεί η διάγνωση και να κατανοηθεί το κλινικό πρόβλημα. Στην έρευνά της ξεχώρισε τέσσερις στρατηγικές λήψης αποφάσεων: τη στρατηγική της «αυτόματης σάρωσης», τη στρατηγική της «προοδευτικής σάρωσης», τη στρατηγική της «συντηρητικής επικέντρωσης» και τη στρατηγική «επικέντρωσης δίκην τυχερού παιγνίου». Η διαφοροποίησή τους έγκειται στον αριθμό των πληροφοριών που συλλέγονται, τον αριθμό των υποθέσεων που δημιουργούνται και την επακόλουθη

μέθοδο αξιολόγησής τους, που οδηγεί σε αναζήτηση περισσότερων πληροφοριών και δημιουργία νέων υποθέσεων. Η «αυτόματη σάρωση» μπορεί να χρησιμοποιηθεί από αποφασίζοντες με πολύ καλή γνώση του ειδικού αντικειμένου των αποφάσεων, σε αντιδιαστολή με την «προοδευτική σάρωση» που επιστρατεύουν οι αποφασίζοντες με λιγότερες ειδικές γνώσεις. Η «συντηρητική επικέντρωση» χαρακτηρίζει τον αποφασίζοντα που μπορεί να αναγνωρίσει μερικές από τις σημαντικές πτυχές ενός κλινικού προβλήματος και η «επικέντρωση δίκην τυχερού παιγνίου» χαρακτηρίζει τους εμπειρογνώμονες σε ένα κλινικό περιβάλλον.

Ο Hammond (1996) διερεύνησε την εφαρμογή της υποθετικο-επαγωγικής προσέγγισης και χαρακτήρισε τη διαδικασία κοπιώδη και δύσκολη, εξαιτίας της απαίτησης για αυξημένη προσοχή κατά τη δημιουργία των κλινικών υποθέσεων και την επεξεργασία των σχετικών πληροφοριών. Οι Hedberg & Larsson (2003) θεωρούν σημαντικό στοιχείο της διαδικασίας την πρόβλεψη της μελλοντικής εξέλιξης των κλινικών προβλημάτων, ικανότητα που κατέχουν όμως οι περισσότερο έμπειροι αποφασίζοντες και τους καθιστά έτοιμους να προλάβουν ή να αντιμετωπίσουν εγκαίρως ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με το πρόβλημα (Hedberg & Larsson 2003, Easen & Wilcockson 1996, Lauri et al 2001).

Στον αντίποδα του αναλυτικού μοντέλου αρκετοί ερευνητές τοποθετούν το διαισθητικό μοντέλο λήψης αποφάσεων (Benner 1984, Benner & Tanner 1987, Rew 1988). Από αυτή την προσέγγιση απουσιάζουν τα στάδια της δημιουργίας και του ελέγχου των υποθέσεων (Banning 2007), ζητήματα για τα οποία αμφισβητείται η επιστημονική της υπόσταση. Ωστόσο, η πολυπλοκότητα της διαισθητικής σκέψης αναγνωρίζεται από πολλούς, δεδομένου ότι η διαίσθηση είναι η σύνθεση της εμπειρικής, ηθικής, τεχνικής και προσωπικής γνώσης σε μία στιγμή (Rew 2000). Η αναγνώριση και η ερμηνεία των κλινικών πληροφοριών δεν αποτελεί συνειδητή και σκόπιμη πράξη (Schradler & Fischer 1987), αλλά μάλλον ένα σύνολο φυσικών αισθήσεων, ενστίκτων και εφησυχασμών, που προκύπτουν μετά από ένα αίσθημα απροσδιόριστης αγωνίας και φόβου. Η δημιουργία υποθέσεων αντικαθίσταται από συνδέσεις των πληροφοριών υπό το πρίσμα της πνευματικότητας ή της υψηλής ενεργειακής φόρτισης (Smith et al 2004).

Σχεδόν το σύνολο των μελετών που έχουν διερευνήσει τη διαισθητική λήψη αποφάσεων, τη συνδέουν με την υψηλή εμπειρία των αποφασίζόντων (Hedberg &

Larsson 2003, Aitken 2003, Benner 1984). Άλλοι την εξηγούν ως «αναγνώριση προτύπων» ή «αναγνώριση ομοιοτήτων», δηλαδή μία διαδικασία σύγκρισης των σημείων ενός κλινικού προβλήματος με πρότυπα που είναι αποθηκευμένα στη μνήμη του αποφασίζοντα και έχουν αποκτηθεί με τη μακροχρόνια κλινική εμπειρία (Davies & Fox-Young 2002, Gordon 1987). Με την πάροδο του χρόνου, ο διαισθητικός συλλογισμός αυτού του τύπου δίνει τη θέση του σε μία βελτιωμένη ικανότητα άμεσης αναγνώρισης προτύπων και παράλληλης τεκμηρίωσης της απόφασης (Hoffman et al 2004). Αυτό οφείλεται κυρίως στη μείωση της αγωνίας πριν τη λήψη της, στη δυνατότητα κατανόησης των χαρακτηριστικών μίας κλινικής κατάστασης και στην αίσθηση σιγουριάς που αποκτιέται σταδιακά για τις προσωπικές επαγγελματικές ικανότητες (Papa et al 1990, Jacavone & Dostal 1992). Οι Cioffi & Markham (1997) συνέδεσαν τη διαίσθηση με τη χρήση ευρετικών αρχών από τους αποφασίζοντες. Το πλαίσιο των ευρετικών μεθόδων έχουν χρησιμοποιήσει οι Graham et al (2004) και οι Cao et al (2010) για την ερμηνεία κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών σε περιβάλλον εντατικής θεραπείας.

Οι Arries et al (2001) συνέκριναν τις δύο γνωστικές διαδρομές –ανάλυση και διαίσθηση- σε κάθε φάση της νοσηλευτικής διεργασίας. Κατά τη συγκέντρωση των κλινικών πληροφοριών, η αναλυτική σκέψη επιβάλλει τη συλλογή μόνο αντικειμενικών ευρημάτων, τα οποία συγκρίνει με επιστημονικές γνώσεις, προκειμένου να γίνει η τελική εκτίμηση. Η «διαισθητική σύλληψη» (intuitive grasp) του προβλήματος, αντίθετα, στηρίζεται στην υποκειμενική αντίληψη των σημείων του κλινικού προβλήματος (Benner 1984) και την ασαφή ομοιότητα με παλαιότερες κλινικές εμπειρίες (Benner & Tanner 1987). Αμέσως μετά τη φάση της εκτίμησης ακολουθεί αυτή της διάγνωσης, κατά την οποία ο αναλυτικός συλλογισμός επιλέγει μία συγκεκριμένη, από ένα σύνολο αναγνωρισμένων και έγκυρων νοσηλευτικών ή ιατρικών διαγνώσεων (Thelan et al 1993). Η διαισθητική «διάγνωση», όμως, συμβαίνει ταυτόχρονα με την εκτίμηση των κλινικών πληροφοριών και γίνεται αντιληπτή ως ένα προαίσθημα ότι «κάτι δεν πάει καλά». Έτσι, η αντίληψη πυροδοτεί δύο γρήγορες και πολύτιμες διαδικασίες για τη διαίσθηση: α) την αυτόματη διαλογή των σχετικών από τις μη σχετικές πληροφορίες (Cioffi 1997) και β) τη σύγκριση με παλαιότερες παρόμοιες περιστάσεις, ακόμα και την ταυτόχρονη ανάσυρση από τη μνήμη των αποφάσεων που είχαν ληφθεί κατά τη διάρκειά τους (Benner & Tanner 1987). Η φάση του σχεδιασμού για την αναλυτική προσέγγιση περιλαμβάνει τον καθορισμό στόχων με βάση τη

διάγνωση και τη θέσπιση προτεραιοτήτων, ώστε να επιλυθεί το πρόβλημα με το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα (McCarthy 1981, Alfaro-Lefevre 1994). Αντίθετα, η διαισθητική σκέψη οδηγεί σε γρήγορα αποτελέσματα, γιατί επιτρέπει τα νοητικά άλματα και κατ' αυτόν τον τρόπο κάποια από τα στάδια που λαμβάνουν χώρα κατά την ανάλυση, όπως αυτό του προγραμματισμού, παρακάμπτονται (Rew 1986, Mitchell 1994). Η φάση της παρέμβασης κατά την αναλυτική διαδικασία εξελίσσεται ως το αποτέλεσμα των τριών προηγούμενων φάσεων με δυνατότητα να στηριχθούν οι αποφάσεις τόσο σε επιστημονικά δεδομένα, όσο και στη συνεργασία με εμπειρότερα ή ειδικότερα μέλη της ομάδας της ΜΕΘ (Nel 1993). Σε αυτή τη φάση, η σημαντική διαφορά των δύο προσεγγίσεων έγκειται στο ότι οι νοσηλευτές μπορούν να τεκμηριώσουν τόσο την επιλογή τους, όσο και τις αποκλεισμένες εναλλακτικές. Αντίθετα, οι αποφασίζοντες διαισθητικά συνήθως δεν είναι καν σε θέση να αιτιολογήσουν την απόφαση που έλαβαν (Benner & Tanner 1987). Τέλος, η φάση της αξιολόγησης περιλαμβάνει υποχρεωτικά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων της απόφασης με τα κριτήρια που θεσπίστηκαν κατά τη φάση του προγραμματισμού, ενώ η διαισθητική προσέγγιση μπορεί και ενδεχομένως είναι απαραίτητο να συμπεριλαμβάνει αξιολόγηση της απόφασης μέσω αναστοχαστικών τεχνικών, ώστε να εμπλουτιστεί η δεξαμενή των κλινικών εμπειριών του αποφασίζοντα και να αποκτηθεί ένα νέο πρότυπο προς σύγκριση με μελλοντικές κλινικές περιστάσεις (Clarke et al 1996, Greenwood 1993).

Αν και στην εντατική φροντίδα αναδεικνύονται συνήθως τα στοιχεία της πολυπλοκότητας των κλινικών προβλημάτων και της χρονικής πίεσης, κατά την παροχή της, οι ενέργειες φροντίδας των νοσηλευτών ΜΕΘ δεν έχουν πάντα αυτά τα χαρακτηριστικά. Γι' αυτόν τον λόγο, η διαδικασία λήψης αποφάσεών τους δεν μπορεί να περιγραφεί μόνο μέσα από ένα διαισθητικό ή ένα αναλυτικό σκεπτικό. Ο Hammond (1980) και αργότερα ο Hamm (1988) πρότειναν την έννοια του γνωστικού συνεχούς για να περιγράψουν το σύνολο των γνωστικών διαδικασιών που μπορεί να επιστρατεύσει ένας αποφασίζων κάτω από διαφορετικές κλινικές περιστάσεις, ώστε να λάβει αποτελεσματικές αποφάσεις. Οι βασικοί ισχυρισμοί της θεωρίας είναι ότι η διαχείριση ενός ασθενώς δομημένου προβλήματος, που εκδηλώνεται με καταγισμό πληροφοριών και απαιτεί λύση σε περιορισμένο χρόνο, είναι περισσότερο κατάλληλο να γίνει με τη βοήθεια της διαίσθησης. Στην αντίθετη περίπτωση, ένα καλά δομημένο πρόβλημα που απαιτεί επίλυση σε ευρύτερα χρονικά περιθώρια μπορεί να επιλυθεί μετά από ανάλυση.

Οι αποφάσεις που λαμβάνονται για τη φροντίδα του ασθενή, η οποία περιλαμβάνει τόσο καλώς όσο και ασθενώς δομημένα προβλήματα, επιστρατεύει έναν ενδιάμεσο τρόπο σκέψης, που βρίσκεται πάνω σε ένα νοερό γνωστικό συνεχές.

Αν και ο Dowie (1996) άσκησε κριτική στο ως άνω θεωρητικό πλαίσιο, υποστηρίζοντας ότι δεν μπορεί να βρει εφαρμογή στη λήψη αποφάσεων των κλινικών, γιατί οι τελευταίοι λειτουργούν περισσότερο με τη διαίσθησή τους λόγω των ασθενώς δομημένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, οι Lauri & Salantera (1996) έδειξαν ότι η θεωρία του γνωστικού συνεχούς βρίσκει εφαρμογή και στο πεδίο της Νοσηλευτικής και της Εντατικής Νοσηλευτικής. Υπάρχουν δε και οι απόψεις ότι όλα τα περιγραφέντα μοντέλα λήψης αποφάσεων από το υποθετικό-επαγωγικό, μέχρι το διαισθητικό και τις ευρετικές αρχές εμπίπτουν σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο της επεξεργασίας πληροφοριών (Dowding 2009, Aitken 2003). Στην ίδια λογική κινείται και το μοντέλο που πρότειναν οι Han et al (2007) για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ, στο οποίο περιγράφουν τρία πρότυπα λήψης αποφάσεων: το βραχύ, το ενδιάμεσο και το μακρό πρότυπο, ανάλογα με τον αριθμό των αποφάσεων ανασκόπησης, στάθμισης, ελέγχου, τεκμηρίωσης και παρέμβασης που περιλαμβάνουν.

Συγκεφαλαιώνοντας, οι κυρίαρχοι τρόποι λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών στη ΜΕΘ είναι ο αναλυτικός και ο διαισθητικός, με όλο πιο διαδεδομένη την άποψη ότι αποτελούν τους πόλους μίας γνωστικής διαδικασίας.

5.4 Ανασκόπηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

Από τη συνολική μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη των κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές εντατικής φροντίδας διακρίνονται πέντε βασικές κατηγορίες: τα χαρακτηριστικά του αποφασίζοντα νοσηλευτή, τα χαρακτηριστικά του ασθενή, τα χαρακτηριστικά του προβλήματος του ασθενή, η σχέση του ασθενή με τον νοσηλευτή και τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος της ΜΕΘ.

Πολυάριθμα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών έχουν συσχετιστεί με τη λήψη των κλινικών αποφάσεών τους, όπως το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Pardue 1987, Schutzenhofer & Musser 1996), η εμπειρία τους (Benner 1984, Watson 1984), η επιστημονική τους δραστηριοποίηση (Pardue 1987), η ηλικία (Schutzenhofer & Musser 1996), η θέση τους στη νοσηλευτική ιεραρχία (Bucknall & Thomas 1996), τα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους (Hicks et al 2003) και η θεώρηση του επαγγελματικού τους ρόλου (Rhodes 1985).

Κεντρικό ρόλο μεταξύ των παραπάνω παραγόντων διαδραματίζει το επίπεδο γνώσεων του νοσηλευτή εντατικής φροντίδας. Στην εθνογραφική μελέτη των Manias & Street (2001) με δείγμα έξι νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, οι αποφάσεις τους επηρεάζονταν από τις επιστημονικές –τόσο νοσηλευτικές όσο και ιατρικές- και τις τεχνικές τους γνώσεις. Ιδιαίτερη σημασία έδιναν και στις πρακτικές και εμπειρικές γνώσεις, που είχαν αποκτήσει μέσα από τη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της κλινικής ομάδας της ΜΕΘ, από την εφαρμογή διαδικασιών και πρωτοκόλλων της ΜΕΘ ή του νοσοκομείου και από τις δικές τους κλινικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής τους προϋπηρεσίας. Σύμφωνα με τη Pirret (2006) το επίπεδο των επαγγελματικών γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ ενθαρρύνει την αναλυτική διαδικασία λήψης αποφάσεων κι επομένως την κλινική και επιστημονική αξιοπιστία τους. Συμπληρωματικά, οι Bucknall & Thomas (1996) μελέτησαν τις απόψεις 230 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας και ξεχώρισαν το έλλειμμα γνώσεων ως σημαντικό εμπόδιο για την αυτόνομη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Σε αντιδιαστολή, οι ενδείξεις ότι η κλινική εμπειρία επηρεάζει τις αποφάσεις των νοσηλευτών είναι συχνά αντιφατικές (Benner 1984, Watson 1994). Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στους διαφορετικούς τρόπους αποτίμησης της νοσηλευτικής εμπειρίας σε κάθε μελέτη. Η Bucknall (2003) διερεύνησε τη σχέση εμπειρίας και λήψης αποφάσεων με παρατήρηση και κατέληξε στο ότι οι λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές λαμβάνουν λιγότερες αποφάσεις σε σχέση με τους έχοντες μεγαλύτερη εμπειρία. Η Benner (1984) στην ποιοτική της μελέτη μέσω συνεντεύξεων ισχυρίστηκε ότι οι νοσηλευτές με πολλά χρόνια εμπειρίας έχουν ευρύτερη γνωστική βάση, από την οποία μπορούν να αντλήσουν πληροφορίες και να λάβουν αποφάσεις. Στην ποσοτική μελέτη των Parathanassoglou et al (2005) σε νοσηλευτές ελληνικών ΜΕΘ, η εμπειρία σε ΜΕΘ βρέθηκε να είναι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας για την αυτονομία στη λήψη αποφάσεων. Πάντως, οι Lauri et al (2001), στην ποσοτική, πολυκεντρική τους μελέτη δεν βρήκαν συσχέτιση μεταξύ εμπειρίας και διαφορετικών γνωστικών τρόπων λήψης αποφάσεων.

Περαιτέρω, τα χαρακτηριστικά των ασθενών που συζητούνται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία σε αναφορά με τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων έχουν κυρίως σχέση

με την κλινική κατάσταση των νοσηλευομένων στη ΜΕΘ. Η Bucknall (2003) ανέδειξε την κλινική εικόνα, ως έναν από τους τρεις κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ. Η Cranley (2009) αναφέρει ότι η ηλικία των ασθενών, η ταχύτητα εγκατάστασης των συμπτωμάτων και η βαρύτητα της κλινικής κατάστασης ήταν ενδιάμεσες μεταβλητές που επηρέαζαν την κλινική εικόνα του ασθενή κι επομένως και τις αποφάσεις των νοσηλευτών. Η ίδια ερευνήτρια μάλιστα περιέγραψε πως η φροντίδα ενός νεαρού ασθενή στη ΜΕΘ αυξάνει τα συναισθήματα αγωνίας και επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνονται από τους νοσηλευτές γι' αυτόν.

Τα χαρακτηριστικά του κλινικού προβλήματος έχουν συνδεθεί σε πολλές μελέτες με τη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών (Hamm 1988, Lauri & Salantera 1995, Narayan & Corcoran-Perry 1997). Οι Thompson et al (2004) αναφέρουν λεπτομερώς την πολυπλοκότητά του, τη σαφήνιά του, τα αντιφατικά στοιχεία, τους πολλαπλούς στόχους και τα στενά χρονικά περιθώρια δράσης που απαιτούνται. Επεξηγώντας τους ως άνω παράγοντες, η πολυπλοκότητα εκφράζεται με βάση τον αριθμό των πληροφοριών που εμπεριέχει ένα πρόβλημα και τον αριθμό των ενδιάμεσων σταδίων του συλλογισμού μέχρι την τελική απόφαση. Επιπλέον, η σαφήνεια ενός προβλήματος σχετίζεται γενικά με την παρουσία κανόνων οργάνωσης του συλλογισμού, προκειμένου να συλλεχθούν οι σχετικές πληροφορίες και να απλοποιηθούν οι αποφάσεις, όπως για παράδειγμα μία οικεία, συνήθης και επαναλαμβανόμενη κλινική κατάσταση με εύκολη πρόβλεψη των αποτελεσμάτων της απόφασης. Αντιθέτως, οι αποφάσεις υπό χρονικούς περιορισμούς απαιτούν «παραίτηση» του αποφασίζοντα από την αναζήτηση και την προσεκτική αξιολόγηση των πληροφοριών.

Αναφορικά με τη σχέση του ασθενή με τον νοσηλευτή της ΜΕΘ, αυτή συνήθως περιγράφεται ως επικοινωνία ασθενή-νοσηλευτή ή με τον ευρύτερο όρο που εισήγαγε η Benner (1984) «γνώση του ασθενή» από τον νοσηλευτή του και φαίνεται πως είναι καθοριστικός παράγοντας για τη λήψη αποφάσεων. Οι Danjoux et al (2009) και Azoulay et al (2009) αναφέρουν ότι η έλλειψη επικοινωνίας με τους ασθενείς, ή όπου αυτό δεν είναι εφικτό με τους οικείους τους, οδηγεί σε καθυστερημένες αποφάσεις φροντίδας ή ακόμα παροχή μη ευεργετικής, επιθετικής θεραπείας, όταν υπάρχει ανάγκη για μετάβαση στην ανακουφιστική φροντίδα. Ακόμα, η αναποτελεσματική επικοινωνία φαίνεται πως αυξάνει την αγωνία, την κατάθλιψη και γενικότερα επιβαρύνει την ήδη βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση των πασχόντων και των οικογενειών τους (Fassier & Azoulay 2010).

Κατά την Benner (1984) η «γνώση του ασθενή» από τον νοσηλευτή ΜΕΘ αποκτιέται μετά από την εξοικείωση του δεύτερου με τις αντιδράσεις του πρώτου, κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Δηλαδή, ο νοσηλευτής δημιουργεί μία βάση με ειδικά για κάθε ασθενή δεδομένα, που προσφέρονται για σύγκριση με τις νεότερες εμπειρίες του. Έτσι, ο νοσηλευτής δεν είναι απλά σε θέση να αναγνωρίσει εγκαίρως σημεία και συμπτώματα των κλινικών προβλημάτων, αλλά κάνει υποθέσεις για το πότε και πώς θα εξελιχθούν. Οι προβλέψεις αυτές τον καθιστούν ικανό να οργανώσει το υλικό και τον εξοπλισμό για να τα χρησιμοποιήσει γρήγορα και αποτελεσματικά, όταν τα χρειαστεί. Ομοίως, οι Tanner et al (1993), αφού διεξήγαγαν ομαδικές συζητήσεις με 130 νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, εκ των οποίων παρατήρησαν 48 κατά την εργασία τους σε ΜΕΘ, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η «γνώση του ασθενή» είναι κεντρικής σημασίας για τη διαμόρφωση εξειδικευμένης κλινικής κρίσης, απαιτεί το πραγματικό ενδιαφέρον και τη διαρκή συμμετοχή του νοσηλευτή και δημιουργεί ευκαιρίες μάθησης ειδικών πληθυσμών και αυξάνει τις πιθανότητες για συνηγορία και διεκδίκηση των δικαιωμάτων του ασθενή.

Τέλος, μεταξύ των κυρίαρχων χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος της ΜΕΘ, που επηρεάζουν το είδος και το εύρος των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων, είναι η επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών στη ΜΕΘ, η σχέση νοσηλευτών-γιατρών ΜΕΘ, η σχέση νοσηλευτών-συναδέλφων ΜΕΘ και η οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας στη βάση των κλινικών πρωτοκόλλων.

Σε αρκετές μελέτες έχει καταδειχτεί ότι οι νοσηλευτές δεν υπερβαίνουν τα όρια των θεσμοθετημένων αρμοδιοτήτων τους, αν και θα μπορούσαν να αποφασίσουν για περισσότερα κλινικά ζητήματα (Bucknall 2003, Coombs 2003, Ramezani-Badr et al 2009, Nikbakht et al 2003). Οι Ramezani-Badr et al (2009) παρατήρησαν ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ, μετά την κλινική εξέταση του ασθενή και τον προσδιορισμό της κλινικής διάγνωσης, προέβαιναν σε θεραπευτική παρέμβαση μόνο αν ενέπιπτε στο πεδίο των νόμιμων καθηκόντων τους. Διαφορετικά, παρέπεμπαν το ζήτημα στο ιατρικό προσωπικό και ανέμεναν τις κατάλληλες οδηγίες. Επειδή δε, το κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ είναι ιατροκεντρικό και το καθηκοντολόγιο των νοσηλευτών ιδιαίτερα περιορισμένο, η επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών επί της λήψης κλινικών αποφάσεων ήταν χαμηλή (Nikbakht et al 2003). Άλλωστε και σε ένα διαφορετικό κοινωνικό πλαίσιο, η Bucknall (2003) παρατήρησε ότι παρόλο που οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τους ιατρούς για την επίλυση προβλημάτων που δεν έχουν

δικαιοδοσία να διαχειριστούν ανεξάρτητα, οι τελικές αποφάσεις είναι ιατρικές. Το ίδιο εύρημα ερμηνεύει περισσότερο αυστηρά η Coombs (2003) κάνοντας αναφορά σε «απόλυτη» ιατρική κυριαρχία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σε ΜΕΘ.

Αν και η ασύμμετρη σχέση εξουσίας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών στα ιατροκεντρικά συστήματα υγείας έχει οδηγήσει στην υποτίμηση ή την πλήρη αγνόηση της συνεισφοράς τους στη λήψη κλινικών αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών (Erickson & Geissler 2003), η αρμονική συνεργασία μεταξύ των δύο επαγγελματικών ομάδων έχει αναγνωριστεί ως στρατηγική υποστήριξης της νοσηλευτικής αυτονομίας (Baggs et al 1999, Reeves et al 2008, Zangaro & Soeken 2007)). Οι Baggs et al (1999) ανέφεραν ότι η αποτελεσματική σχέση νοσηλευτών-γιατρών σχετιζόταν με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα για τους ασθενείς (Manojlovich et al 2009). Σε πρόσφατη μελέτη συσχετίσεων ενός δείγματος 255 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, από ΜΕΘ 17 Ευρωπαϊκών χωρών, βρέθηκε ότι οι δυσαρμονικές σχέσεις νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στη ΜΕΘ σχετιζόνταν με χαμηλά επίπεδα νοσηλευτικής αυτονομίας, υψηλά επίπεδα ηθικής εξουθένωσης και αυξημένη πρόθεση φυγής των νοσηλευτών από το περιβάλλον της ΜΕΘ (Papathanassoglou et al 2012), χαρακτηριστικά που δεν ευνοούν ούτε τη λήψη, ούτε την επιθυμία για λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές.

Στην Ελλάδα, αν και η Πολιτεία έχει φροντίσει να θωρακίσει νομικά τη διεπαγγελματική συνεργασία μέσω του επαγγελματικού κώδικα δεοντολογίας τόσο του νοσηλευτικού, όσο και του ιατρικού επαγγέλματος, ωστόσο τα λιγοστά εμπειρικά δεδομένα από τις μελέτες στο χώρο των ελληνικών ΜΕΘ καταδεικνύουν ότι η συνεργασία νοσηλευτών-γιατρών δεν είναι αποτελεσματική (Dimitriadou et al 2008). Οι γιατροί στην Ελλάδα εκλαμβάνουν ως συνεργασία συνήθως την ανταλλαγή απόψεων ή το συντονισμό των δραστηριοτήτων με άλλους γιατρούς, όχι όμως με τους νοσηλευτές ή άλλους επαγγελματίες υγείας (Dimitriadou et al 2008). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει μάλιστα το εύρημα ότι ενώ είναι διατεθειμένοι να μοιραστούν την ευθύνη για τον ασθενή, δεν είναι καθόλου ανοικτοί στο να λάβουν κλινικές αποφάσεις από κοινού (Kydonia et al 2010). Από την άλλη μεριά, στη μελέτη της Αδαλή και συν (1999) το αρνητικό κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης δεν επιτρέπει τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, κάτι που αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ.

Αλλά και οι σχέσεις ομοιοεπαγγελματικής συνεργασίας επιδρούν στη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών, κυρίως επειδή οι συνάδελφοί τους αποτελούν την κυριότερη πηγή κλινικών πληροφοριών αναφορικά με την κατάσταση των νοσηλευομένων ασθενών και τους βασικούς συνεργάτες στη λήψη αποφάσεων. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι σαφής η προτίμηση των νοσηλευτών στην ενημέρωση που προέρχεται είτε από τις νοσηλευτικές λογοδοσίες (Corcoran-Perry & Graves 1990), είτε προφορικά από τους έμπειρους συναδέλφους τους (Estabrooks et al 2005a, Thompson et al 2001a). Οι Thompson et al (2001b) μάλιστα κατέγραψαν πως οι νοσηλευτές προκρίνουν την προφορική από τη γραπτή επικοινωνία, εξαιτίας της ευκολίας παρακολούθησής της και της δυνατότητας για περαιτέρω επεξηγήσεις, όταν είναι απαραίτητο (Thompson et al 2001b).

Τέλος, η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων στη ΜΕΘ είναι ένας ακόμα τρόπος για την προτυποποίηση των κλινικών παρεμβάσεων, προσφέροντας στους νοσηλευτές ΜΕΘ τη δυνατότητα για μεγαλύτερη αυτονομία στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων (Kingston et al 2000, Beveridge 1998). Βεβαίως, υπάρχουν και οι απόψεις ότι η τήρηση ενός πρωτοκόλλου θέτει όρια στην κλινική κρίση (Rose et al 2007) και αποτελούν έναν τύπο γραπτών ιατρικών εντολών (Lyon 2005).

Συμπερασματικά, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει αναδείξει κενά ως προς τους τύπους των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνονται από νοσηλευτές ΜΕΘ, διαφοροποιήσεις ως προς την περιγραφή των γνωστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν και αντιφατικά ευρήματα ως προς τους παράγοντες που τους επηρεάζουν. Γι' αυτούς τους λόγους η ανάγκη για ένα ενιαίο πλαίσιο μελέτης της διαδικασίας λήψης αποφάσεων είναι επιτακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

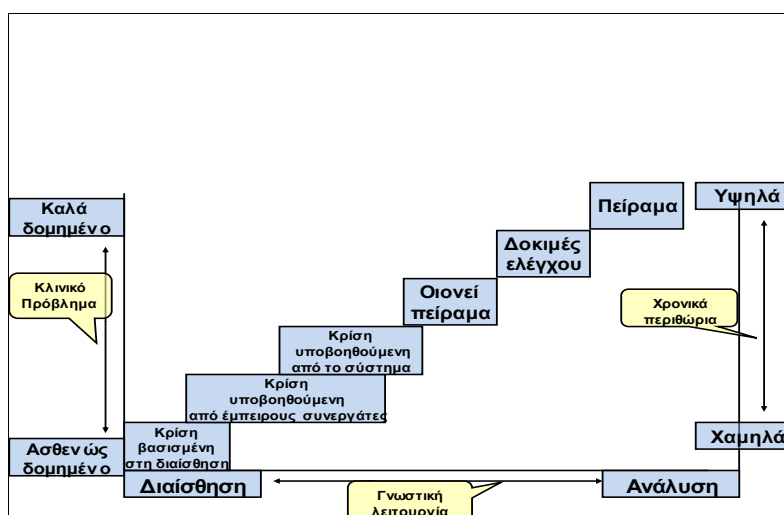
Εξαιτίας της πολυπλοκότητας της λήψης κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ είναι αναγκαία η ένταξή της σε ένα θεωρητικό πλαίσιο, ικανό να περιγράψει τη σύνθετη διεργασία επεξεργασίας των κλινικών πληροφοριών, τον τύπο των κλινικών πληροφοριών που χρειάζονται οι αποφασίζοντες, τις συλλογιστικές διαδικασίες που επιστρατεύουν και τις κύριες κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις τους. Η ολιστική θεωρία του γνωστικού συνεχούς παρέχει ένα πλαίσιο που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι σημαντικές κλινικές πληροφορίες επηρεάζουν τη γνωστική δραστηριότητα του αποφασίζοντα προς την απόφαση.

6.1 Η δομή του θεωρητικού μοντέλου του γνωστικού συνεχούς

Οι ρίζες της θεωρίας του γνωστικού συνεχούς βρίσκονται στη γνωστική ψυχολογία και ειδικότερα στο πεδίο μελέτης των σωστών και των λανθασμένων αποφάσεων σε σχέση με το περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνονται. Πρόκειται για μία θεωρία που περιγράφει και προβλέπει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί η ανθρώπινη νόηση, προκειμένου να ερμηνεύσει τα μηνύματα που ο αποφασίζων θεωρεί σημαντικά μέχρι να φτάσει σε επιλογή (Hammond 1986).

Ο Hammond πρότεινε έξι τρόπους αναζήτησης για τη λήψη αποφάσεων (σχήμα 6.1).

Σχήμα 6.1 Το γνωστικό συνεχές του Hammond



Πηγή: Hamm 1988

Ο πρώτος τύπος αφορά στην απόφαση που προκύπτει από μία υψηλά αναλυτική μέθοδο, όπως το επιστημονικό πείραμα, κατά το οποίο ελέγχονται και σταθεροποιούνται όλες οι μεταβλητές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα. Στο αντίθετο άκρο του συνεχούς τοποθετείται ο έκτος τύπος, που χαρακτηρίζεται από αμιγώς διαισθητική σκέψη. Ο Πίνακας 6.1 περιέχει μία γενική περιγραφή των έξι τύπων λήψης απόφασης και των βασικών χαρακτηριστικών τους.

Πίνακας 6.1 Οι τρόποι αναζήτησης για τη λήψη απόφασης κατά το Μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς

| Τρόπος | Περιγραφή | Χαρακτηριστικά |
|---|--|---|
| 1. Επιστημονικό Πείραμα | Αναλυτικός τρόπος σκέψης | Αξιολόγηση δεδομένων από πειράματα που διεξάγονται σε εργαστήρια |
| 2. Τυχαίοποιημένες δοκιμές | Υψηλά αναλυτική προσέγγιση | Αξιολόγηση δεδομένων από πειράματα κοινωνικών επιστημών ή επιστημών της εκπαίδευσης |
| 3. Οιονεί πειράματα | Χαμηλά αναλυτική προσέγγιση | Οιονεί πειραματικές διαδικασίες που διεξάγονται από κοινωνικούς επιστήμονες |
| 4. Κρίση υποβοηθούμενη από το σύστημα | Κρίση στηριζόμενη έντονα στην κοινή λογική | Ο ισχυρότερος τύπος κοινής λογικής (Για παράδειγμα, το θεώρημα του Bayes, χρησιμοποιεί πιθανότητες μετά υποκειμενική εκτίμηση) |
| 5. Κρίση υποβοηθούμενη από έμπειρους συνεργάτες | Κρίση στηριζόμενη μέτρια στην κοινή λογική | Υποστηριζόμενη κρίση από γνωστά δεδομένα σε άτομα (Για παράδειγμα, η γνώση από την κλινική πρακτική που έχει επηρεαστεί και από ψυχολογικούς παράγοντες) |
| 6. Διαισθητική κρίση | Κρίση στηριζόμενη ελάχιστα στην κοινή λογική | Αυτός ο τύπος κρίσης στηρίζεται σε αβέβαιους και ασυνεχείς κανόνες (Για παράδειγμα, στο προαίσθημα του κλινικού επιστήμονα για το ποια απόφαση είναι η καταλληλότερη) |

Πηγή: Standing 2008

Οι θεωρητικές υποθέσεις του μοντέλου περιγράφονται από τον Hammond (1986) ως εξής:

1. Η βασική έννοια της θεωρίας είναι ότι ο συλλογισμός κινείται πάνω σε ένα συνεχές μεταξύ ανάλυσης και διαίσθησης. Σε αντίθεση με άλλες θεωρίες λήψης αποφάσεων που περιγράφουν τη διαδικασία μονοδιάστατα, είτε με τη χρήση της αναλυτικής σκέψης, είτε με τη χρήση της διαίσθησης, η παρούσα θεωρία εξηγεί την εφαρμογή διπλής (dual) διαδρομής της κλινικής σκέψης, ανάλογα με τα εναύσματα που εκδηλώνονται στον αποφασίζοντα.

2. Η δεύτερη θεωρητική υπόθεση του γνωστικού συνεχούς είναι ότι ο τρόπος κρίσης που στηρίζεται στην κοινή λογική (τέταρτος τύπος) είναι ο πιο συχνός και ισχυρός τύπος συλλογισμού. Η κοινή λογική τοποθετείται στο μέσο περίπου του συνεχούς κι επομένως συνθέτει στοιχεία αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης.

3. Η επόμενη υπόθεση του μοντέλου είναι ότι η θέση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο γνωστικό συνεχές καθορίζεται από την ικανότητα του αποφασίζοντα να ενεργοποιήσει την αναλυτική του σκέψη, την κοινή του λογική ή τη διαίσθησή του.

4. Η τέταρτη υπόθεση του μοντέλου θεωρεί ότι ο συλλογισμός του αποφασίζοντα μετακινείται από την ανάλυση προς τη διαίσθηση, συν τω χρόνω. Με άλλα λόγια, η κοινή λογική και η οπτική του αποφασίζοντα μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου, αφού αλλάζει και το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει τις αποφάσεις, καταδεικνύοντας ότι η λήψη αποφάσεων είναι μία εξελικτική διαδικασία.

5. Η τελευταία υπόθεση είναι ότι η ανθρώπινη νόηση μπορεί να κάνει παράλληλα και λειτουργικούς συσχετισμούς και να αναγνωρίζει προηγούμενα πρότυπα. Ο συλλογισμός όμως γίνεται περισσότερο αποτελεσματικός, όταν ανταποκρίνεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προβλήματος που αντιμετωπίζει.

Τα χαρακτηριστικά του προβλήματος προς επίλυση είναι η πολυπλοκότητα του προβλήματος, η σαφήνεια του περιεχομένου του και ο τρόπος παρουσίασής του. Αναλυτικότερα, ο τρόπος λήψης μίας απόφασης καθορίζεται από: α) τον αριθμό των προσφερόμενων πληροφοριών, με όσο περισσότερες πληροφορίες απαιτούνται για μία απόφαση, τόσο πιο πιθανό να είναι το άτομο να χρησιμοποιήσει τη διαίσθηση για να λάβει μία απόφαση, β) τον πλεονασμό των πληροφοριών με όσο περισσότερες πληροφορίες μπορούν να προβλεφθούν από άλλες που έχουν ήδη προσφερθεί, τόσο πιο πιθανό είναι για τον αποφασίζοντα να χρησιμοποιήσει τη διαίσθησή του και γ) τις αρχές οργάνωσης των πληροφοριών, δηλαδή εάν οι πληροφορίες σταθμίζονται με μία αδρή εκτίμηση της σχέσης των πληροφοριών με τους στόχους του προβλήματος, τότε είναι πιθανό να ενεργοποιείται η διαίσθηση του αποφασίζοντα. Αντίθετα, αν θεωρείται αναγκαίος ο προσεκτικός συνδυασμός των πληροφοριών για την παραγωγή μίας περισσότερο ακριβούς εκτίμησης, τότε ο αποφασίζων είναι πιθανότερο να κάνει χρήση του αναλυτικού συλλογισμού του.

Η σαφήνεια του περιεχομένου του προβλήματος προσδιορίζεται από: α) τη διαθεσιμότητα συγκεκριμένων αρχών οργάνωσης των προσφερόμενων πληροφοριών. Εάν η οργάνωση των πληροφοριών γίνεται στη βάση διαθέσιμων κανόνων, τότε ο αποφασίζων είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει αναλυτικό συλλογισμό. Ακόμα από β) την εξοικείωση με το περιεχόμενο του προβλήματος. Η έλλειψη εξοικείωσης με το πρόβλημα ενδεχομένως να ενεργοποιήσει τη διαίσθηση, δεδομένης της απουσίας σαφών κανόνων αξιολόγησης των στοιχείων του. Τέλος, γ) η πιθανότητα υψηλής ακρίβειας στη

λήψη μίας απόφασης οδηγεί τον αποφασίζοντα στο να καταφεύγει στον αναλυτικό συλλογισμό. Δηλαδή, αν ο αποφασίζων γνωρίζει ότι είναι δυνατό να λάβει μία απόφαση με υψηλή ακρίβεια, προτιμά να χρησιμοποιήσει την αναλυτική του σκέψη, ώστε να το πετύχει.

Ο τρόπος παρουσίασης του προβλήματος είναι ακόμα μία μεταβλητή που σχετίζεται με τον τρόπο που γίνεται η επιλογή. Ειδικότερα, αν ο αποφασίζων αναγκαστεί να προβεί σε αποσυναρμολόγηση του προβλήματος, δηλαδή να αναγνωρίσει ότι το πρόβλημα αποτελείται από μία σειρά υπο-προβλημάτων, τότε είναι πιθανότερο να προβεί σε ανάλυση του προβλήματος. Αν, όμως, οι διαθέσιμες πληροφορίες παρουσιάζονται ως εικόνες, τότε χρησιμοποιείται η διαίσθηση του αποφασίζοντα. Αν οι πληροφορίες προκύπτουν μέσα από αντικειμενικές μετρήσεις και επομένως παρουσιάζονται ποσοτικά στον αποφασίζοντα, τότε χρησιμοποιείται η αναλυτική του σκέψη. Ρυθμιστικός παράγοντας στη λήψη απόφασης είναι και ο διαθέσιμος χρόνος απόκρισης, υπό την έννοια ότι αν ο αποφασίζων έχει στη διάθεσή του ελάχιστο χρόνο για να κάνει την επιλογή του, τότε φτάνει σε αυτή μέσω της διαίσθησής του.

6.2 Η χρήση του μοντέλου του γνωστικού συνεχούς ως θεωρητικού πλαισίου σε διάφορες μελέτες

Οι υποθέσεις του συγκεκριμένου θεωρητικού μοντέλου έχουν χρησιμοποιηθεί για τον έλεγχο της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών (Lauri & Salantera 1998), των γιατρών (Hamm 1988, Hamm et al 1984), των μηχανικών (Hammond et al 1987) και των ψυχολόγων (Dunwoody et al 2000).

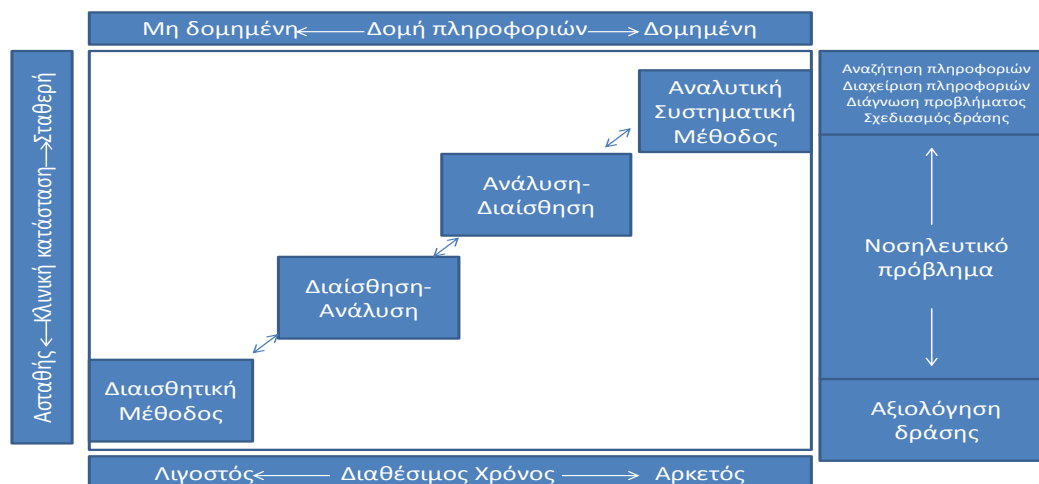
Εννοιολογικά, η κεντρική υπόθεση του μοντέλου ότι δηλαδή η λήψη αποφάσεων είναι μία διαδικασία που εξελίσσεται μεταξύ ανάλυσης και διαίσθησης συνάδει με την ολιστική θεώρηση της νοσηλευτικής φροντίδας, που υιοθετεί η Νοσηλευτική επιστήμη (Harman 1991). Οι Cader et al (2005) αξιολόγησαν τη θεωρία του Γνωστικού Συνεχούς με βάση τα κριτήρια του Fawcett (1993) και τη χαρακτήρισαν μέση θεωρία (middle range theory), δηλαδή θεωρία που περιγράφει ένα γνωστικό φαινόμενο γενικά και όχι κατά περίπτωση. Γι' αυτό χρησιμοποιήθηκε ως θεωρητικό πλαίσιο από αρκετούς νοσηλευτές (Lamond & Thompson 2000, Muir 2004, Thompson et al 2004, Thompson & Dowding 2002). Ωστόσο, η νοσηλευτική έρευνα δεν είχε εστιαστεί στον έλεγχο των πέντε υποθέσεων της θεωρίας, μέχρι την έρευνα των Lauri & Salantera (1998), κατά την οποία χρησιμοποιήθηκε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε με βάση τις

κεντρικές υποθέσεις του Γνωστικού Συνεχούς (Hammond 1996) και της θεωρίας Διαισθητικής Κρίσης (Dreyfus & Dreyfus 1986). Η παραγοντική ανάλυση εντόπισε πέντε παράγοντες: α) λήψη αποφάσεων προσανατολισμένη στον ασθενή, β) λήψη αποφάσεων προσανατολισμένη σε κανόνες, γ) λήψη αποφάσεων προσανατολισμένη στο πρότυπο της νοσηλευτικής διεργασίας, δ) διαισθητική λήψη αποφάσεων, ε) λήψη αποφάσεων βασισμένη στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή-αποφασίζοντα.

Σε μία επόμενη μελέτη των ίδιων ερευνητών η παραγοντική ανάλυση ανέδειξε πέντε διαφορετικούς τύπους λήψης αποφάσεων, ήτοι: α) το αναλυτικό βήμα-προς-βήμα μοντέλο, β) το διαισθητικό μοντέλο αναγνώρισης προτύπων, γ) το διαισθητικό μοντέλο επεξεργασίας των βασικών πληροφοριών, δ) το διαισθητικό ερμηνευτικό μοντέλο και ε) το αναλυτικό μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών (Lauri et al 2001).

Η περαιτέρω επεξεργασία του αρχικού εργαλείου που πρότειναν οι Φινλανδοί ερευνητές και η εφαρμογή στατιστικών μεθόδων πολυμεταβλητής ανάλυσης προσέφεραν μία σύντομη έκδοση του ίδιου εργαλείου, που συνδέθηκε με τέσσερα μοντέλα λήψης αποφάσεων, όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 6.2.

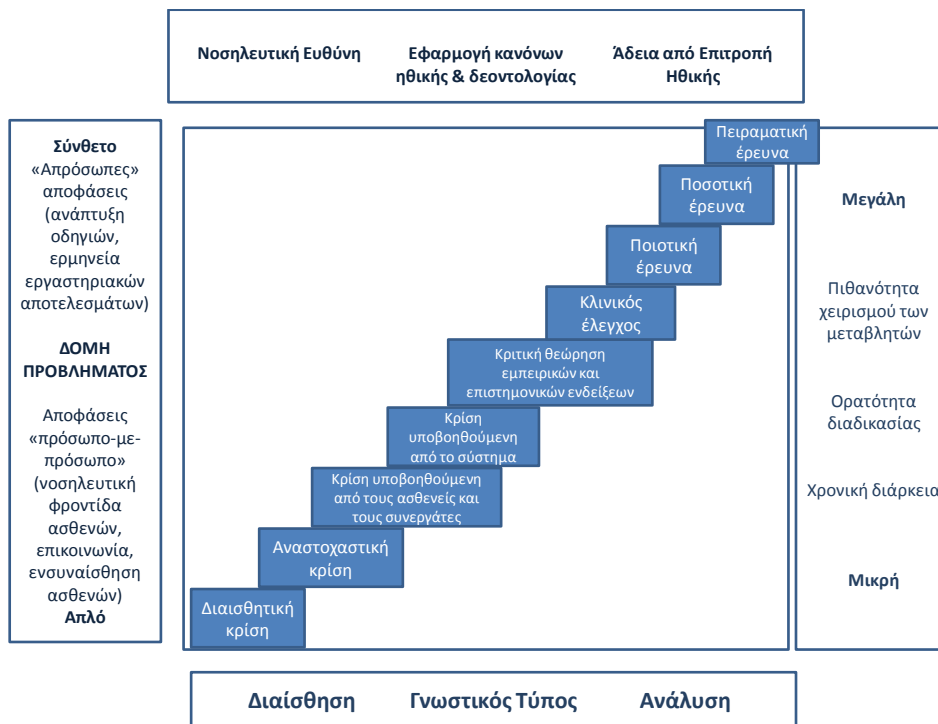
Σχήμα 6.2 Θεωρία λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων των Lauri & Salanterä βασισμένο στο μοντέλο του γνωστικού συνεχούς του Hammond



Πηγή: Lauri et al 2001

Μετέπειτα, η Standing (2008) πρότεινε μία αναθεωρημένη έκδοση του γνωστικού συνεχούς με εννέα ενδιάμεσους γνωστικούς τρόπους αναζήτησης πληροφοριών ώστε να περιγράψει ολοκληρωμένα τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων (Σχήμα 6.3).

Σχήμα 6.3 Εννέα τύποι Πρακτικής – Αναθεωρημένο Γνωστικό Συνεχές της Κλινικής Κρίσης και της Λήψης Κλινικών Αποφάσεων για τη Νοσηλευτική



Πηγή: Standing 2008

Η Standing (2008) προσάρμοσε με κάθε λεπτομέρεια το θεωρητικό μοντέλο του Hammond (1986) στη νοσηλευτική οντολογία. Εννοιολογική συνέπεια με το ως άνω μοντέλο έχουν όλα τα προαναφερθέντα αναθεωρημένα πλαίσια. Όλες οι αναθεωρημένες προτάσεις του γνωστικού συνεχούς, είναι λιγότερο χρήσιμες για την πρόβλεψη της γνωστικής προσέγγισης στη λήψη κλινικών αποφάσεων και περισσότερο για την περιγραφή της. Δεδομένου του σκοπού της παρούσας έρευνας που είναι η περιγραφή της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ, το αναθεωρημένο μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς κατά Lauri et al (2001) αποτέλεσε το θεωρητικό της πλαίσιο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Εισαγωγή

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι α) η λήψη των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων δεν έχει προσεγγιστεί ως «ολικό φαινόμενο» με αποτέλεσμα να μην έχει αποτυπωθεί ολοκληρωμένα η διαδικασία και β) δεν υπάρχουν εμπειρικές έρευνες που να αφορούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών στην Ελλάδα, με την υπάρχουσα βιβλιογραφία να εξετάζει το θέμα κυρίως θεωρητικά και δεοντολογικά. Επιπροσθέτως, η συγκεκριμένη έρευνα είχε θέσει εξ αρχής ευρέα και σύνθετα ερωτήματα αναφορικά με την εν λόγω διαδικασία, τα οποία έχριζαν διερεύνησης με τη χρήση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων συνδυαστικά. Γι' αυτούς τους λόγους χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικές μέθοδοι για τη διαμόρφωση μίας συνολικής εικόνας για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ στην Ελλάδα και στη συνέχεια ποσοτική μέθοδος για τη διασφάλιση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

7.2 Σημασία της μελέτης

Η παρούσα διδακτορική έρευνα επιχειρεί να καλύψει το υπάρχον κενό στην περιγραφή της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα. Η ολοκληρωμένη γνώση της οδηγεί σε κατανόηση α) του εύρους της εντατικής φροντίδας που προσφέρεται από τους νοσηλευτές στις ΜΕΘ, β) του τρόπου που οι τελευταίοι αντιλαμβάνονται, χειρίζονται και διαμορφώνουν επαγγελματικές κρίσεις για τα κλινικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, που τους διαφοροποιούν από τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες στη ΜΕΘ και γ) των παραγόντων που διευκολύνουν ή λειτουργούν ως φραγμοί γι' αυτούς κατά τη λήψη των αποφάσεών τους. Επιπλέον, η παρούσα μελέτη προτείνει τρεις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις του υπό διερεύνηση θέματος και τρία πρωτότυπα εργαλεία συλλογής δεδομένων, προκειμένου να διερευνηθούν οι διαστάσεις του φαινομένου.

7.3 Σκοπός της μελέτης

7.3.1 Σκοπός της φάσης I της μελέτης

Σκοπός της μελέτης, που διεξήχθη στη φάση I της διδακτορικής έρευνας ήταν η καταγραφή, ταυτοποίηση, κωδικοποίηση και ταξινόμηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας σε ελληνικά νοσοκομεία.

7.3.2 Σκοπός της φάσης II της μελέτης

Σκοπός της μελέτης, που διεξήχθη στη φάση II της διδακτορικής έρευνας, ήταν η σε βάθος διερεύνηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές εντατικής φροντίδας. Επιπλέον, αυτή η φάση αποτέλεσε το προκαταρκτικό στάδιο της ποσοτικής μελέτης, που ολοκληρώθηκε στην τρίτη φάση της έρευνας. Έτσι, τα δεδομένα που προέκυψαν: α) μελετήθηκαν ως προς την ποικιλία του λόγου και των εμπειριών των συμμετεχόντων, ώστε να αναγνωριστούν και να εντοπιστούν οι κοινές και οι διαφορετικές κατανοήσεις των θεμάτων της εργαλείου «Nursing Decision-Making Instrument» των Lauri & Salantera (2002), που χρησιμοποιήθηκε για την ποσοτική εκτίμηση του τρόπου λήψης κλινικών αποφάσεων, και β) χρησιμοποιήθηκαν για την κατασκευή πρωτότυπου ερωτηματολογίου εκτίμησης των παραγόντων που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.

7.3.3 Σκοπός της φάσης III της μελέτης

Σκοπός της μελέτης, που διεξήχθη στη φάση III της διδακτορικής έρευνας, ήταν η ποσοτική διερεύνηση των γνωστικών τύπων λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιούν νοσηλευτές των ελληνικών ΜΕΘ και των παραγόντων που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις τους. Ειδικότεροι στόχοι της έρευνας ήταν να διερευνηθούν οι συσχετίσεις τόσο των γνωστικών προσεγγίσεων, όσο και των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις μεταξύ τους, αλλά και με τα δημογραφικά, εκπαιδευτικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.

7.4 Ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης

7.4.1 Ερευνητικά ερωτήματα της φάσης I της μελέτης

Τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης κατά τη φάση I της διδακτορικής έρευνας ήταν τα παρακάτω:

1. Ποιες είναι οι κατηγορίες κλινικών αποφάσεων που λαμβάνονται από

νοσηλευτές στις ΜΕΘ στην Ελλάδα;

2. Πόσες αποφάσεις λαμβάνονται ανά συμμετέχοντα σε κάθε κατηγορία αποφάσεων;
3. Σε ποια θέματα επικεντρώνονται οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ;

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας ποιοτικής μελέτης δεν περιορίστηκε στη βάση των παραπάνω ερωτημάτων, αλλά, σύμφωνα με τη λογική της ποιοτικής έρευνας, οδήγησε στην επιλογή και νέων ερωτημάτων κατά την πορεία της έρευνας, με σκοπό τη διεύρυνση του περιεχομένου των αποκτηθεισών πληροφοριών. Η ανάπτυξη της ανάλυσης παράλληλα με τη διαδικασία παραγωγής των δεδομένων, όπως επισημαίνει η Heaton (2004), παρέχει στον ερευνητή τη δυνατότητα να διατηρεί τον ερευνητικό του φακό ανοικτό και να τον επαναπροσδιορίζει κατά τη διάρκεια της έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που ανακύπτουν από το φαινόμενο που μελετά. Έτσι, κατά την πορεία της έρευνας διαμορφώθηκαν και τα παρακάτω επιμέρους ερωτήματα:

4. Πώς κατατάσσονται οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ αναφορικά με τη συχνότητά τους;
5. Πώς κατατάσσονται οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ κατά χρονική προτεραιότητα;
6. Πώς κατατάσσονται οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ αναφορικά με το βαθμό ανεξαρτησίας τους από τις ιατρικές οδηγίες;
7. Υπάρχει σχέση μεταξύ του τύπου των κλινικών αποφάσεων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων;
8. Υπάρχει σχέση μεταξύ του τύπου κλινικών αποφάσεων και του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων;
9. Υπάρχει σχέση μεταξύ του τύπου των κλινικών αποφάσεων με την ημέρα και το ωράριο των συμμετεχόντων που τις έλαβαν;
10. Υπάρχουν ενδοσυσχετίσεις (intercorrelations) μεταξύ των τύπων κλινικών αποφάσεων που λαμβάνονται από νοσηλευτές ΜΕΘ;

7.4.2 Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητικές υποθέσεις της φάσης II της μελέτης

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία επιχείρησε να απαντήσει η μελέτη

της δεύτερης φάσης της διδακτορικής έρευνας ήταν:

1. Ποια είναι τα στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ;
2. Ποιοι είναι οι τύποι γνωστικής προσέγγισης της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ΜΕΘ;
3. Βρίσκει εφαρμογή το μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς στη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ στην Ελλάδα;

H₁: Οι νοσηλευτές ΜΕΘ χρησιμοποιούν και αναλυτική σκέψη και διαίσθηση προκειμένου να λάβουν κλινικές αποφάσεις.

H₂: Ο τρόπος κρίσης που τοποθετείται περίπου στο μέσο του συνεχούς ανάλυσης – διαίσθησης και συνθέτει στοιχεία και των δύο γνωστικών προσεγγίσεων είναι ο πιο συχνός τύπος συλλογισμού των νοσηλευτών ΜΕΘ.

H₃: Η θέση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο γνωστικό συνεχές ανάλυση-διαίσθηση καθορίζεται από τον ίδιο τον αποφασίζοντα

H₄: Ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών ΜΕΘ μετακινείται από την ανάλυση προς τη διαίσθηση με την πάροδο του χρόνου.

H₅: Όσο περισσότερες πληροφορίες απαιτούνται για τη λήψη μίας κλινικής απόφασης, τόσο πιο πιθανό είναι ο νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει κυρίως τη διαίσθησή του.

H₆: Όσο πιο ακριβής συνδυασμός των πληροφοριών απαιτείται για την παραγωγή ενός κλινικού συμπεράσματος, τόσο πιθανότερο είναι ο νοσηλευτής να ενεργοποιήσει την αναλυτική του σκέψη.

H₇: Εάν η οργάνωση των προσφερομένων πληροφοριών γίνεται στη βάση διαθέσιμων κανόνων, τότε ο νοσηλευτής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει τον αναλυτικό του συλλογισμό.

H₈: Αν ο νοσηλευτής προβεί σε αποσυναρμολόγηση του προβλήματος, τότε είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει την αναλυτική του σκέψη.

H₉: Αν οι πληροφορίες παρουσιάζονται ως εικόνες, τότε ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί περισσότερο τη διαίσθησή του.

H₁₀: Αν ο νοσηλευτής έχει στη διάθεσή του ελάχιστο χρόνο για να κάνει την επιλογή του, τότε φθάνει σε αυτή μέσω της διαίσθησης.

4. Ποιες είναι οι απαραίτητες προϋποθέσεις για να λάβουν κλινικές αποφάσεις

- οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ;
5. Ποιους παράγοντες αντιλαμβάνονται ως περιορισμούς κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ;
 6. Με ποιο τρόπο μπορεί να εκπαιδευτεί ένας νοσηλευτής για να λάβει αποτελεσματικές κλινικές αποφάσεις στη ΜΕΘ;

7.4.3 Ερευνητικά ερωτήματα της φάσης III της μελέτης

Τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας που διενεργήθηκε στη φάση III ήταν τα παρακάτω:

Q1: Ποιο είναι το κυρίαρχο πρότυπο λήψης κλινικών αποφάσεων για το συνολικό δείγμα νοσηλευτών ΜΕΘ;

Q2: Ποια χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με τα διαφορετικά πρότυπα λήψης κλινικών αποφάσεων;

Q3: Ποια είναι η επίδραση της κλινικής νοσηλευτικής εμπειρίας στα διαφορετικά πρότυπα λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ;

Q4: Ποιοι είναι οι παράγοντες που θεωρούνται σημαντικοί για τη λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ;

Q5: Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν κάθε ένα από τα επιμέρους στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ;

Q6: Ποια δημογραφικά, επαγγελματικά ή εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων επιδρούν σε κάθε ένα από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων;

Q7: Ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνολική προσέγγιση της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ;

7.5 Ερευνητικός σχεδιασμός

7.5.1 Ερευνητικός σχεδιασμός φάσης I της μελέτης

Δεδομένου ότι η ποιοτική έρευνα έχει σημαντική συμβολή στο χώρο των επιστημών υγείας (Cohen & Crabtree 2006) και ειδικότερα στη διερεύνηση θεμάτων που σχετίζονται με τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Benoliel 1984), αλλά και εξαιτίας του ίδιου του σκοπού της έρευνας, που ήταν η διερεύνηση των ενδεχόμενων αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ, επιλέχθηκε η ποιοτική μέθοδος ως η πιο κατάλληλη προσέγγιση. Συγκεκριμένα, διεξήχθη ποιοτική (qualitative content

analysis) και ποσοτική ανάλυση περιεχομένου (quantitative content analysis) των καταγραφών σε πρωτότυπα ημερολόγια καταγραφής νοσηλευτικών αποφάσεων, τα οποία συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες νοσηλευτές εντατικής θεραπείας.

7.5.2. Ερευνητικός σχεδιασμός φάσης II της μελέτης

Ομοίως, ποιοτική μέθοδος επιλέχθηκε και για την προσέγγιση της διεργασίας λήψης αποφάσεων. Ο σκοπός της παρούσας φάσης της μελέτης αποτέλεσε τον κυριότερο λόγο για την επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης. Η ποιοτική έρευνα χαρακτηρίζεται από την επιδίωξη των ερευνητών να εξερευνήσουν σε βάθος τις υποκειμενικές αντιλήψεις και εμπειρίες συγκεκριμένων προσώπων αναφορικά με κάποιο φαινόμενο ή διαδικασία, ώστε να δημιουργηθεί μία βαθύτερη, αρτιότερη και περισσότερο επεξεργασμένη γνώση για το υπό έρευνα ζήτημα (Parahoo 2006), όπως στη συγκεκριμένη μελέτη της σύνθετης και δυναμικής διαδικασίας της λήψης κλινικών αποφάσεων.

Ακόμα, η ποιοτική μέθοδος είναι ιδιαίτερα χρήσιμη στη μελέτη φαινομένων για τα οποία λίγα στοιχεία είναι γνωστά (Straus & Corbin 1998). Η διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές στις ΜΕΘ έχει μελετηθεί αρκετά στην ξένη νοσηλευτική βιβλιογραφία, ωστόσο είναι ελάχιστα γνωστό αν τα ευρήματα που έχουν ήδη προκύψει, αντανακλούν τον τρόπο συλλογισμού και διαμόρφωσης κρίσης και των Ελλήνων νοσηλευτών, καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα για την Ελλάδα. Επομένως, η ερευνητική επιδίωξη της παρούσας φάσης της μελέτης, η οποία ήταν η αναγνώριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στον ελληνικό χώρο της εντατικής θεραπείας, αποτέλεσε επίσης βασικό λόγο για τη χρήση της ποιοτικής μεθόδου.

Τέλος, το προϊόν μιας ποιοτικής έρευνας είναι περιγραφικό, ώστε να αποδοθούν πληρέστερα οι δραστηριότητες ενδιαφέροντος (Merriam 2002). Κατά τον ίδιο τρόπο και η παρούσα μελέτη λειτουργεί ως ολοκληρωμένη περιγραφή των νοσηλευτικών ενεργειών και των υποκείμενων σκέψεων στο κλινικό περιβάλλον των ΜΕΘ.

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας χρησιμοποιεί δύο μεθόδους της ποιοτικής μεθοδολογίας για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων: τη χρήση ομάδων εστιασμένης συζήτησης (focus groups) και την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των λεκτικών δεδομένων που προέκυψαν από τις συζητήσεις. Βασικός στόχος των

ομαδικών συζητήσεων ήταν η αξιοποίηση των πλεονεκτημάτων που προσφέρει η «πρόσωπο με πρόσωπο» επικοινωνία των συμμετεχόντων, τόσο μεταξύ τους, όσο και με τους ερευνητές. Με αυτό τον τρόπο προέκυψε ένα ιδιαίτερα πλούσιο περιεχόμενο απαντήσεων για ένα θέμα που σπάνια αποτελεί από μόνο του αντικείμενο συζήτησης και δύσκολα μπορεί να περιγραφεί με σαφήνεια. Παράλληλα, η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε ως η προσφορότερη ποιοτική μέθοδος για ταυτόχρονο περιγραφικό απολογισμό των δεδομένων και εξαγωγή θεμάτων για την ανάπτυξη ερωτηματολογίου.

7.5.3 Ερευνητικός σχεδιασμός φάσης III της μελέτης

Στη φάση III της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφικός σχεδιασμός με συγχρονικές συσχετίσεις, επειδή αφενός για το ερευνητικό πεδίο των ελληνικών ΜΕΘ δεν υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία ως προς τους τύπους των γνωστικών προσεγγίσεων για τη λήψη κλινικών αποφάσεων και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν (περιγραφικός σχεδιασμός) και αφετέρου οι κύριες μεταβλητές της μελέτης δεν αναμένονταν να μεταβληθούν στη χρονική περίοδο που διεξήχθη η μελέτη (συγχρονικός σχεδιασμός).

7.6 Δειγματοληψία

7.6.1 Μέθοδος δειγματοληψίας

7.6.1.1 Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης I της μελέτης

Σημαντικό βήμα στο σχεδιασμό της ποιοτικής μελέτης αποτέλεσε η επιλογή του δείγματος της φάσης I της μελέτης. Σύμφωνα με τις Morse & Field (1996), η ποιοτική δειγματοληψία στηρίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας και της επάρκειας. Με άλλα λόγια, για την ποιοτική έρευνα το δείγμα πρέπει να είναι το κατάλληλο για την ερμηνεία του φαινομένου και επαρκές όχι σε ποσότητα αλλά σε παροχή ποιοτικών πληροφοριών, που θα επιτρέψουν να επιτευχθεί η έννοια του θεωρητικού κορεσμού, αναφορικά με τις πληροφορίες για το υπό έρευνα φαινόμενο (Morse 1994, Patton 2002, Polit & Hungler 1999). Ακόμα, οι συμμετέχοντες στο δείγμα πρέπει να διαθέτουν χαρακτηριστικά που ο ερευνητής θέλει να ερευνήσει, καθώς και τη γνώση και την επιθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα (Parahoo 2006, Morse 2003). Γι' αυτούς τους λόγους η καταλληλότερη μέθοδος δειγματοληψίας είναι η σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling), η οποία χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα φάση.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο εντοπισμός του δείγματος έγινε με τη βοήθεια νοσηλευτών ΜΕΘ, που εργάζονταν σε δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής και οι οποίοι λειτούργησαν ως σύνδεσμοι. Η πρόταση συμμετοχής γινόταν από το νοσηλευτή-σύνδεσμο, που ήταν πρόσωπο γνωστό προς τον υποψήφιο (networked introductions) (Rubin & Rubin 1995). Οι νοσηλευτές-σύνδεσμοι έκαναν μία διερευνητική συζήτηση με τον υποψήφιο γύρω από την πιθανότητα συμμετοχής του σε έρευνα καταγραφής των ατομικών κλινικών αποφάσεων κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Στη συνέχεια έδιναν στον υποψήφιο έντυπο, το οποίο αφενός περιείχε επεξηγήσεις για το τι συνιστά κλινική νοσηλευτική απόφαση και αφετέρου έναν περιληπτικό πίνακα με παραδείγματα κλινικών αποφάσεων (Παράρτημα). Όταν η αρχική ανταπόκριση του υποψηφίου ήταν θετική, οι νοσηλευτές-σύνδεσμοι λάμβαναν την άδειά του για να επικοινωνήσει η ερευνήτρια μαζί του. Στην τηλεφωνική επικοινωνία με την ερευνήτρια εκτίθονταν λεπτομερώς οι σκοποί της μελέτης, η διαδικασία και η διάρκεια διεξαγωγής της, καθώς και ζητήματα εμπιστευτικότητας. Όταν ο υποψήφιος δεχόταν να συμμετάσχει, ρυθμιζόνταν περαιτέρω οι λεπτομέρειες για την παραλαβή του εντύπου καταγραφής των αποφάσεων του (ημερολόγιο λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ), αφού εξασφαλιζόταν η άδεια διεξαγωγής διδακτορικής έρευνας στη ΜΕΘ που εργαζόταν, καθώς και για την παράδοσή του στο νοσηλευτή-σύνδεσμο.

7.6.1.2 Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης II της μελέτης

Με τη στρατηγική της σκόπιμης δειγματοληψίας επιλέχθηκαν και οι συμμετέχοντες για τη φάση II της μελέτης. Η «ειδική» σύνθεση των ομάδων συζήτησης ήταν τέτοια, ώστε να εξασφαλίζει και την ομοιογένεια ως προς το κοινό βασικό χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων, δηλαδή την εργασία τους σε ΜΕΘ, αλλά ταυτόχρονα και διαφοροποιήσεις ως προς τις εμπειρίες τους, ώστε να είναι δυνατή η έκφραση διαφορετικών απόψεων (Kueger & Casey 2000).

Ο εντοπισμός και αυτού του δείγματος έγινε με τη βοήθεια νοσηλευτών-συνδέσμων, που εργάζονταν σε ΜΕΘ δημοσίων νοσοκομείων της Αττικής. Ακολούθως, η διαδικασία ήταν παρόμοια με αυτήν της πρώτης φάσης. Η πρόταση συμμετοχής γινόταν από το νοσηλευτή-σύνδεσμο. Η συμμετοχή του νοσηλευτή-συνδέσμου σε ομαδική συζήτηση δεν αποκλειόταν, αν κάλυπτε τα κριτήρια εισόδου στο δείγμα, γιατί κρίθηκε ότι δημιουργούσε ευνοϊκότερες συνθήκες για ανοικτή

συζήτηση. Οι νοσηλευτές-σύνδεσμοι έκαναν μία διερευνητική συζήτηση με τον υποψήφιο γύρω από την πιθανότητα συμμετοχής του σε ομαδικές συζητήσεις με συναδέλφους τους από την ίδια ή άλλες ΜΕΘ. Όταν η αρχική ανταπόκριση του υποψηφίου ήταν θετική, οι νοσηλευτές-σύνδεσμοι λάμβαναν την άδειά του για να επικοινωνήσει η ερευνήτρια μαζί του. Στην τηλεφωνική επικοινωνία με την ερευνήτρια εκτίθονταν λεπτομερώς οι σκοποί της μελέτης και πρακτικά ζητήματα, όπως η διάρκεια, ο χώρος και ο τρόπος διεξαγωγής των ομαδικών συζητήσεων. Όταν ο υποψήφιος δεχόταν να συμμετάσχει, ρυθμιζόνταν περαιτέρω οι λεπτομέρειες για τον τόπο και χρόνο των συναντήσεων.

7.6.1.3 Μέθοδος δειγματοληψίας της φάσης III της μελέτης

Στη ποσοτική φάση III της μελέτης πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, δηλαδή δημιουργήθηκε ένα είδος εθελοντικού δείγματος με τη συμμετοχή των νοσηλευτών που ήταν άμεσα προσβάσιμοι και πρόθυμοι να συμμετάσχουν. Η μέθοδος αυτή επιλέχθηκε στη θέση της τυχαίας δειγματοληψίας λόγω των τραγικών ελλείψεων των νοσηλευτών ΜΕΘ κατά την περίοδο της μελέτης, εξαιτίας των κυβερνητικών πολιτικών διακοπής όλων των συμβάσεων ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου και παγώματος των νέων προσλήψεων στα δημόσια νοσοκομεία (περίοδος Ιανουαρίου Ιουνίου 2013) προς αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης.

Η προσέγγιση των νοσηλευτών ΜΕΘ σε ολόκληρη την Ελλάδα έγινε με τη βοήθεια νοσηλευτών-συνδέσμων, τους οποίους πρότεινε το Διοικητικό Συμβούλιο του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Θεραπείας (TEEN) του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΣΝΕ), μετά από έγγραφη αίτηση της ερευνήτριας για επαφή με νοσηλευτές-μέλη του, που ο Τομέας χρησιμοποιεί ως συνδέσμους στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και στις Καρδιολογικές Μονάδες των νοσοκομείων όλης της χώρας. Όσοι δέχτηκαν να βοηθήσουν στη διεξαγωγή της μελέτης, ενημερώθηκαν για τα κριτήρια εισόδου / αποκλεισμού νοσηλευτών από το δείγμα και τους ζητήθηκε να διανείμουν τα ερωτηματολόγια στους συναδέλφους τους, προκειμένου να διαμορφωθεί το δείγμα της μελέτης (Παράρτημα). Η διανομή, παραλαβή και αποστολή των ερωτηματολογίων στην ερευνήτρια γινόταν από το νοσηλευτή-σύνδεσμο.

7.6.2 Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού στο δείγμα

7.6.2.1 Κριτήρια εισόδου/αποκλεισμού στο δείγμα των φάσεων I και II της μελέτης

Προϋπόθεση για να ξεκινήσει η σκόπιμη δειγματοληψία ήταν ο καθορισμός ουσιαστικών κριτηρίων για το ποια άτομα θα συμμετέχουν στο δείγμα (Merriam 2002). Στις φάσεις I και II τα κριτήρια ένταξης των συμμετεχόντων στα δύο ανεξάρτητα δείγματα βασίστηκαν τις πρακτικές οδηγίες, που προτείνει ο Thompson (1999) για τη διενέργεια ποιοτικής μελέτης της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων. Αυτά ήταν:

α) νοσηλευτές από διαφορετικά κλινικά περιβάλλοντα εντατικής θεραπείας, δεδομένου ότι κάθε κλινικός χώρος αντιπροσωπεύει ένα διακριτό γνωστικό πεδίο για τη λήψη αποφάσεων. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν νοσηλευτές που εργάζονταν σε Γενικές, Παθολογικές, Χειρουργικές, Καρδιολογικές ΜΕΘ και Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας δημοσίων νοσοκομείων.

β) νοσηλευτές με κατά το δυνατό διαφορετική προσέγγιση της νοσηλευτικής πρακτικής, που να βασίζεται στις δύο θεωρήσεις της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και ως τέχνης. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν νοσηλευτές πανεπιστημιακής και τεχνολογικής εκπαίδευσης, που αντιπροσωπεύουν όλο το φάσμα των διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων.

γ) νοσηλευτές με ενεργό ρόλο σε νοσηλευτική έρευνα και εκπαίδευση. Στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν νοσηλευτές με ενεργό ρόλο στην κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών και φοιτητών στις ΜΕΘ ή συμμετοχή σε ερευνητικές δραστηριότητες.

δ) νοσηλευτές διαφορετικών ηλικιών.

ε) νοσηλευτές με διαφορετική νοσηλευτική εμπειρία και ειδικότερα στο χώρο της εντατικής φροντίδας. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν νοσηλευτές με προϋπηρεσία τουλάχιστον 12 μηνών σε ΜΕΘ.

στ) νοσηλευτές με ανησυχίες και προβληματισμούς σχετικά με τις δυνατότητες εξέλιξης της νοσηλευτικής φροντίδας. Στην παρούσα έρευνα η παραπάνω παράμετρος εκτιμήθηκε από τη συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε θέματα εντατικής θεραπείας.

ζ) νοσηλευτές που να ασχολούνται με την κλινική φροντίδα των ασθενών και όχι με τυπικές διοικητικές αρμοδιότητες. Στη μελέτη αυτή επιλέχθηκαν νοσηλευτές, που είχαν απασχόληση τουλάχιστον 24 ώρες την εβδομάδα σε ΜΕΘ, χωρίς να καταλαμβάνουν θέση διοικητικής ευθύνης.

Η επιλογή των συμμετεχόντων με βάση τα παραπάνω κριτήρια δεν εξασφάλισε μόνο την καταλληλότητα του δείγματος, αλλά και τη μέγιστη δυνατή διαφοροποίησή του (maximum variation sampling), δηλαδή τη συγκέντρωση δεδομένων από ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών, που προέρχονται από διαφορετικά επίπεδα και διαφορετικούς χώρους (Creswell 1998, Patton 1990).

Ωστόσο, από το δείγμα αποκλείστηκαν οι βοηθοί νοσηλευτών, που συχνά αναλαμβάνουν καθήκοντα νοσηλευτή στα ελληνικά νοσοκομεία. Η απόφαση να μην συμπεριληφθούν στο δείγμα της παρούσας μελέτης ελήφθη με το σκεπτικό ότι τα επαγγελματικά τους δικαιώματα και το επίπεδο εκπαίδευσής τους διαφοροποιούνται σημαντικά από τα αντίστοιχα των νοσηλευτών. Κατά συνέπεια, το διαφορετικό νομικό πλαίσιο και πιθανά οι χαμηλές τους προσδοκίες από τον επαγγελματικό τους ρόλο ενδεχομένως να τους διαμορφώνουν αμφιβολίες ακόμα και για το αν έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις. Για τις περιπτώσεις αυτές, θα ήταν πιο κατάλληλη η πραγματοποίηση εξειδικευμένης μελέτης.

7.6.2.2 Κριτήρια εισόδου στο δείγμα της φάσης III της μελέτης

Στην ποσοτική μελέτη της τρίτης φάσης κλήθηκαν να συμμετάσχουν όσοι πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια:

- α) ήταν νοσηλευτές πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης
- β) είχαν προϋπηρεσία σε ΜΕΘ ή Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) τουλάχιστον έξι μήνες.
- γ) εργάζονταν σε ΜΕΘ ή ΜΑΦ κατά τη φάση διεξαγωγής της έρευνας
- δ) ασχολούνταν με την κλινική φροντίδα των ασθενών και όχι αποκλειστικά με τυπικές διοικητικές αρμοδιότητες, δηλαδή δεν καταλάμβαναν θέση διοικητικής ευθύνης.

7.6.3 Περιγραφή του δείγματος

7.6.3.1 Περιγραφή του δείγματος της φάσης I της μελέτης

Όπως αναφέρθηκε, η δειγματοληψία στην ποιοτική έρευνα βασίζεται σε δύο βασικούς κανόνες: της καταλληλότητας και της επάρκειας. Στην πρώτη φάση της παρούσας μελέτης, η καταλληλότητα εξασφαλίστηκε με την προσεκτική επιλογή του δείγματος, με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια που έχουν ήδη περιγραφεί. Επιπλέον, το δείγμα πρέπει να είναι επαρκές. Αυτό δεν σημαίνει ότι χρειάζεται να είναι ποσοτικά μεγάλο,

αφού αυτό δεν εξυπηρετεί τους σκοπούς της ποιοτικής έρευνας. Αντιθέτως, λειτουργεί αρνητικά για την εγκυρότητά της, διότι μέσα στο πλήθος των συμμετεχόντων χάνονται τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι απαραίτητο να κατανοηθούν (Parahoo 2006). Η διεργασία της συλλογής δεδομένων σταματά, όταν οι πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί εμπεριέχουν ένα ολοκληρωμένο σύνολο θεμάτων και κάθε νέα συζήτηση δεν προσθέτει νέα στοιχεία ή θέματα. Το σημείο αυτό ονομάζεται θεωρητικός κορεσμός (Rubin & Rubin 1995). Συμπερασματικά, στην ποιοτική έρευνα, ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν έχει τόση σημασία, όσο η βεβαιότητα ότι πλέον δεν αναδύονται νέες πληροφορίες.

Με αυτά τα δεδομένα, στην ποιοτική έρευνα της πρώτης φάσης της διδακτορικής μελέτης συμμετείχαν 23 νοσηλεύτες, όσοι ακριβώς προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν εξ αρχής. Στον Πίνακα 7.1 περιγράφονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία τους.

Πίνακας 7.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση I της διδακτορικής έρευνας

| | | N | % |
|--|--------------------------------------|--------------|------|
| Φύλο | Άνδρες | 5 | 21,7 |
| | Γυναίκες | 18 | 78,3 |
| Ηλικία, μέση τιμή (± SD) | | 33,61 ± 2,59 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ | 6 | 23,1 |
| | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ με μεταπτυχιακό | 6 | 23,1 |
| | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ με ειδικότητα | 1 | 3,8 |
| | Πτυχίο Πανεπιστημίου | 1 | 3,8 |
| | Πτυχίο Πανεπιστημίου με μεταπτυχιακό | 9 | 34,6 |
| Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας, μέση τιμή (±SD) | | 10±2,79 | |
| Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ, μέση τιμή (±SD) | | 6,26±2,32 | |
| Νοσηλευτικό ωράριο | Πρωινό (7-3) | 7 | 26,9 |
| | Απογευματινό (3-11) | 11 | 42,3 |
| | Νυχτερινό (11-7) | 5 | 19,2 |
| Ημέρα εργασίας | Καθημερινή | 14 | 53,8 |
| | Σάββατο | 3 | 11,5 |
| | Κυριακή & Αργία | 6 | 23,1 |

7.6.3.2 Περιγραφή του δείγματος της φάσης II της μελέτης

Με την ως άνω λογική, επιλέχθηκε και το δεύτερο, ανεξάρτητο δείγμα νοσηλευτών ΜΕΘ για να συμμετάσχει στη δεύτερη φάση της μελέτης. Το δείγμα αποτέλεσαν 22 άτομα, μέγεθος που προσδιορίστηκε με βάση την επίτευξη θεωρητικού κορεσμού κατά τη διαδικασία ταυτόχρονης ανάλυσης και συλλογής των δεδομένων (Rubin & Rubin 1995). Στον Πίνακα 7.2 περιγράφονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία τους.

Πίνακας 7.2 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση II της διδακτορικής έρευνας

| | | N | % |
|--|------------------------------|-------------|------|
| Φύλο | Άνδρες | 5 | 22,7 |
| | Γυναίκες | 17 | 77,3 |
| Ηλικία, μέση τιμή (± SD) | | 35,09± 5,04 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ | 15 | 68,2 |
| | Πτυχίο Πανεπιστημίου | 7 | 31,8 |
| | Νοσηλευτική ειδικότητα | 3 | 13,6 |
| | Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών | 12 | 54,5 |
| | Διδακτορικό δίπλωμα | 2 | 9 |
| Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας, μέση τιμή (±SD) | | 11,02±5,54 | |
| Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ, μέση τιμή (±SD) | | 8,32±5,15 | |
| Έτη συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ, μέση τιμή (±SD) | | 6,41±4,17 | |

7.6.3.3 Περιγραφή του δείγματος της φάσης III της μελέτης

Το μέγεθος του δείγματος προσδιορίστηκε με βάση την προκαταρκτική ανάλυση ισχύος, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα από τις συσχετίσεις των μεταβλητών. Ως επιθυμητό επίπεδο στατιστικής ισχύος επιλέχθηκε το 80%, το οποίο θεωρείται ικανοποιητικό για την ελάττωση της πιθανότητας μη ανάδειξης μιας πραγματικά ισχύουσας συσχέτισης (Polit & Sherman 1990) και ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (α) το 0,05 (Polit & Sherman 1990), που θεωρείται ικανοποιητικό κατά τον Cohen (1988). Το κατάλληλο μέγεθος δείγματος, όπως υπολογίστηκε από τους πίνακες στατιστικής ισχύος του Cohen (1988) ήταν 316 άτομα. Για το λόγο αυτό διενεμήθησαν 600 ερωτηματολόγια, από τα οποία τελικά επιστράφηκαν 381 μετά από συνεχείς υπενθυμίσεις της ερευνήτριας, διαμορφώνοντας ένα ποσοστό ανταπόκρισης 63,5%.

Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 381 νοσηλευτές, με μέση ηλικία 35,9 ($\pm 6,4$) έτη. Το 65, 1% των νοσηλευτών εργάζονταν σε Γενική ΜΕΘ, το 1,6 % σε Παθολογική ΜΕΘ (Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων), το 7,6% σε Χειρουργικές ΜΕΘ (Καρδιοχειρουργικές ΜΕΘ και Μονάδες Πλαστικής Χειρουργικής), το 22% σε Μονάδες Εμφραγμάτων και το 3,7% σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας. Τα δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην ποσοτική έρευνας της διδακτορικής μελέτης περιγράφονται στον Πίνακα 7.3.

Πίνακας 7.3 Δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων στη φάση III της διδακτορικής έρευνας

| | | N | % |
|--|--|----------|----------|
| Φύλο | Άνδρες | 86 | 22,6 |
| | Γυναίκες | 295 | 77,4 |
| Ηλικία, μέση τιμή±SD | | 35,9±6,4 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο TEI/AEI | 245 | 64,3 |
| | Πτυχίο TEI/AEI με μεταπτυχιακό | 66 | 17,3 |
| | Πτυχίο TEI/AEI με μεταπτυχιακό και διδακτορικό | 1 | 0,3 |
| | Πτυχίο AEI | 22 | 5,8 |
| | Πτυχίο AEI με μεταπτυχιακό | 37 | 9,7 |
| | Πτυχίο AEI με μεταπτυχιακό και διδακτορικό | 10 | 2,6 |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο TEI/AEI | 245 | 64,3 |
| | Πτυχίο AEI | 22 | 5,8 |
| | Μεταπτυχιακό | 103 | 27,0 |
| | Διδακτορικό | 11 | 2,9 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας, μέση τιμή±SD | | 11,5±6,9 | |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ, μέση τιμή±SD | | 7,9±5,5 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 248 | 65,1 |
| | Παθολογική | 6 | 1,6 |
| | Χειρουργική | 29 | 7,6 |
| | Εμφραγμάτων | 84 | 22,0 |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 14 | 3,7 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ, μέση τιμή±SD | | 6,9±5,5 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <5 | 43 | 11,3 |
| | 5-8 | 160 | 42,0 |
| | 9-12 | 136 | 35,7 |
| | >12 | 42 | 11,0 |

7.7 Εργαλεία της μελέτης

7.7.1 Ημερολόγιο αποφάσεων της φάσης I της μελέτης

Το βασικό εργαλείο της παρούσας φάσης της έρευνας ήταν ένα πρωτότυπο φύλλο καταγραφής αποφάσεων, που κατασκευάστηκε και χρησιμοποιήθηκε αποκλειστικά για τους σκοπούς της και αναφέρεται με τον όρο «ημερολόγιο αποφάσεων» (Παράρτημα). Περιλάμβανε: α) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, όπως το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τη συνολική νοσηλευτική εμπειρία και τη νοσηλευτική εμπειρία σε ΜΕΘ, β) δύο ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με το νοσηλευτικό ωράριο και την ημέρα της εβδομάδας που έγινε η καταγραφή και γ) λευκά φύλλα για τις σημειώσεις των συμμετεχόντων.

Επισημαίνεται ότι η καταγραφή σε ημερολόγια προτείνεται ως μέθοδος συλλογής δεδομένων για τις ποιοτικές έρευνες, διότι μπορεί να δημιουργηθεί ένα πλήρες αρχείο ενεργειών αλλά και λεκτικών εκφράσεων αναφορικά με ένα συγκεκριμένο φαινόμενο (Willig 2001), καθώς και να διαμορφωθούν στους ερευνητές ρεαλιστικές εικόνες και περιγραφές της καθημερινής δραστηριότητας ενός ατόμου (Polit & Beck 2006). Ακόμα, συστήνονται για τη διερεύνηση προτύπων συμπεριφοράς που μπορούν να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου (Moule & Goodman 2009). Ωστόσο, η μέθοδος αυτή δεν έχει χρησιμοποιηθεί σε καμία άλλη μελέτη διερεύνησης της λήψης αποφάσεων και ιδιαίτερα στο σύνθετο περιβάλλον των ΜΕΘ.

7.7.2 Οδηγός συζήτησης για τη διεξαγωγή των ομαδικών συζητήσεων στη φάση II της μελέτης

Όπως αναφέρθηκε, στη δεύτερη φάση της έρευνας διεξήχθησαν ομαδικές συζητήσεις με σκοπό να καταγραφούν οι προσωπικές πεποιθήσεις, οι αντιλήψεις και οι εμπειρίες των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ σχετικά με τη διαδικασία λήψης των κλινικών τους αποφάσεων. Για τον καλύτερο συντονισμό της συζήτησης, αλλά και για την αποφυγή της περίπτωσης να παρασυρθούν οι συμμετέχοντες από το διάλογο και να ξεφύγουν από το βασικό θέμα, χρησιμοποιήθηκε ένας προμελετημένος οδηγός συζήτησης (Durrenberger et al 1997). Στην παρούσα φάση είχε συνταχθεί ένας

προκαταρκτικός οδηγός συζήτησης (Παράρτημα) με ημιδομημένη τεχνική και πριν από κάθε συζήτηση η ερευνήτρια προσερχόταν με τον ίδιο κατάλογο ολιγάριθμων ερωτήσεων, τα οποία έπρεπε οπωσδήποτε να συζητηθούν.

Ο οδηγός δομήθηκε με βάση το σκοπό και τους ειδικούς στόχους της μελέτης, την πολυπλοκότητα και την ιδιαιτερότητα των ερευνητικών ερωτημάτων, τις αποκτηθείσες γνώσεις επί του θέματος από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που είχε προηγηθεί και τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου «Nursing Decision-Making Instrument» των Lauri & Salantera (2002), ώστε να εντοπιστούν οι κοινές και οι διαφορετικές κατανοήσεις των θεμάτων του ξενόγλωσσου εργαλείου. Αποτελούνταν από: α) μία εισαγωγική ερώτηση προς εξοικείωση των συμμετεχόντων με το ζήτημα των κλινικών αποφάσεων, β) δώδεκα ανοικτές ερωτήσεις-κλειδιά, προκειμένου οι συμμετέχοντες να απαντήσουν αυθόρμητα και σύμφωνα με τις προσωπικές τους γνώσεις και εμπειρίες γ) δευτερεύουσες ερωτήσεις, οι οποίες μπορούσαν να πυροδοτήσουν ξανά το διάλογο και να τους δώσουν την ευκαιρία να εστιάσουν σε πτυχές που είχαν αγνοήσει και δ) μία καταληκτική ερώτηση, πριν από την οποία προσφερόταν από την ερευνήτρια μία σύντομη περίληψη των σημαντικών σημείων της συζήτησης, προκειμένου να δοθεί η ευκαιρία να συμπληρώσουν όποιο στοιχείο θεωρούσαν σχετικό και ενδιαφέρον πριν κλείσει η συζήτηση, αλλά και να αξιολογήσουν αν οι απόψεις τους είχαν κατανοηθεί σωστά. Οι δώδεκα ερωτήσεις-κλειδιά κάλυπταν δύο κεντρικές θεματικές ενότητες του υπό έρευνα θέματος και αφορούσαν α) στη διαδικασία λήψης των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων και β) στους παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις αυτές. Η ακολουθία των ερωτήσεων είχε μελετηθεί πολύ από την ερευνητική ομάδα, προκειμένου να προτρέψει τους συμμετέχοντες να οικειοποιηθούν το θέμα της συζήτησης και να αναπτύξουν τις σκέψεις τους. Μάλιστα, είχαν προβλεφθεί και επεξηγήσεις ή αναδιατυπώσεις στην περίπτωση που οι αρχικές ερωτήσεις δεν γίνονταν άμεσα αντιληπτές από τους συμμετέχοντες.

Επιπλέον, ένα έντυπο με ερωτήσεις δημογραφικών (φύλο, ηλικία), εκπαιδευτικών (εκπαιδευτικό επίπεδο) και επαγγελματικών δεδομένων (συνολική νοσηλευτική εμπειρία, νοσηλευτική εμπειρία σε ΜΕΘ, προϋπηρεσία στην παρούσα ΜΕΘ και τύπος νοσοκομείου εργασίας) συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες ώστε να περιγραφεί το δείγμα.

7.7.3 Εργαλεία ποσοτικής μέτρησης κατά τη φάση III της μελέτης

7.7.3.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών, επαγγελματικών και εργασιακών στοιχείων

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου της έρευνας περιλήφθησαν ερωτήσεις αναφορικά με δημογραφικά, επαγγελματικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων. Ειδικότερα τους ζητήθηκε να καταγράψουν το φύλο, την ηλικία τους, το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσής τους στη Νοσηλευτική, τη συνολική νοσηλευτική τους προϋπηρεσία, τη συνολική προϋπηρεσία σε ΜΕΘ, τη συνολική προϋπηρεσία στη ΜΕΘ που εργάζονταν, τον τύπο της ΜΕΘ που εργάζονταν κατά το χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τον αριθμό των ενεργών κλινών της παρούσας ΜΕΘ κατά τη συγκεκριμένη περίοδο και την αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς σε μία τυπική πρωινή, απογευματινή και νυχτερινή βάρδια.

7.7.3.2 Δείκτες αποτίμησης της κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνωμοσύνης

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδείχθηκε ότι η κλινική εμπειρία και η νοσηλευτική εμπειρογνωμοσύνη (expertise) αποτιμάται συνήθως με τη μέτρηση της νοσηλευτικής προϋπηρεσίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου των νοσηλευτών αντίστοιχα. Δεδομένων των αντιφατικών ευρημάτων ως προς τη σχέση λήψης αποφάσεων και εμπειρίας ή εκπαίδευσης, στα οποία καταλήγουν οι σχετικές μελέτες, κρίθηκε πως οι ως άνω μεταβλητές δεν αποτελούν ασφαλή μέτρα. Γι' αυτό κρίθηκε σκόπιμη η χρήση τριών δεικτών αποτίμησης της κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνωμοσύνης, καθένας από τους οποίους συνδυάζει τις ουσιαστικές εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ικανότητες του κάθε συμμετέχοντα, σύμφωνα με την εκτίμηση του τελευταίου.

Ο πρώτος δείκτης αφορά στην αυτό-αξιολόγηση της κλινικής εμπειρίας του νοσηλευτή ΜΕΘ με την ερώτηση: «Συνεκτιμώντας το επίπεδο εκπαίδευσης, κλινικών εμπειριών και δεξιοτήτων, πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλευτής/τρια εντατικής φροντίδας;», ζητώντας από κάθε συμμετέχοντα να βαθμολογήσει το επίπεδο εμπειρίας του σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=Καθόλου/ελάχιστη εμπειρία, 2=Μικρή εμπειρία, 3=Μέτρια εμπειρία, 4=Μεγάλη εμπειρία και 5=Πολύ μεγάλη εμπειρία). Ο δεύτερος και τρίτος δείκτης αξιολογούν την αναγνώριση της εμπειρογνωμοσύνης των συμμετεχόντων από συναδέλφους τους ή συνεργάτες τους στη ΜΕΘ ή τρίτους, ζητώντας από αυτούς να απαντήσουν στο αν

«(τους) ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζονται» και αν «(τους) έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή εντατικής φροντίδας και αν ναι ποιος/οι».

7.7.3.3 Ερωτηματολόγιο λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων

Το Nursing Decision-Making Instrument_Shortened Version (NDMI_SV) των Lauri & Salanterä (2002) (Παράρτημα) είναι ένα ερωτηματολόγιο 24 θεμάτων, που προέκυψε από το αρχικό ερωτηματολόγιο 56 θεμάτων, το οποίο αναπτύχθηκε στα πλαίσια των θεωριών του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond (1996) και των Dreyfus (1986) σχετικά με τη μετάβαση του συλλογισμού από την ανάλυση στη διαίσθηση και πίσω. Η δομή του αρχικού ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε, μετά από ενδελεχή βιβλιογραφική ανασκόπηση, στα τέσσερα στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων: α) συλλογή δεδομένων, β) επεξεργασία δεδομένων και αναγνώριση προβλημάτων, γ) σχεδιασμός ενεργειών και δ) εφαρμογή του σχεδίου, παρακολούθηση και αξιολόγηση (Corcoran 1986, Grobe et al 1991, Jenkins 1985, Lauri 1992, White et al 1992). Οι Φινλανδοί ερευνητές είχαν αναπτύξει ένα σύστημα βαθμολόγησης, προκειμένου να περιγραφεί το προσωπικό πρότυπο λήψης αποφάσεων για κάθε συμμετέχοντα νοσηλευτή.

Στην ηλεκτρονική επικοινωνία των ερευνητών της παρούσας μελέτης με τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου προτάθηκε η χρήση της σύντομης έκδοσης των 24 θεμάτων ως περισσότερο προσιτή και λιγότερο χρονοβόρα. Στη σύντομη έκδοση του αρχικού εργαλείου τα σημεία διαχωρισμού (cut-off points) των τεσσάρων προτύπων λήψης κλινικών αποφάσεων (αναλυτικού, αναλυτικού-δισαιθητικού, δισαιθητικού-αναλυτικού και δισαιθητικού) ορίστηκαν με βάση τα τεταρτημόρια: 25% των απαντήσεων ανήκαν στο δισαιθητικό-ερμηνευτικό πρότυπο, 25% των απαντήσεων ανήκαν στο αναλυτικό-συστηματικό και το 50% αυτών στα ενδιάμεσα δύο τεταρτημόρια (αναλυτικό-δισαιθητικό, δισαιθητικό-αναλυτικό πρότυπο). Σε αντιστοιχία με το αρχικό ερωτηματολόγιο, η σύντομη έκδοσή του αποτελούνταν από τέσσερις υποκλίμακες με έξι θέματα η καθεμία, που εξέφραζαν κάθε ένα από τα ως άνω στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Τα θέματα με άρτια αρίθμηση αναφέρονταν στη λήψη αποφάσεων επί ασθενώς δομημένων προβλημάτων σε σύντομο χρονικό διάστημα και τα θέματα με περιττή αρίθμηση αφορούσαν σε καλώς δομημένα προβλήματα με αρκετό διαθέσιμο χρόνο για τη διαχείριση των

πληροφοριών τους και την επίλυσή τους.

Για τη χρήση του ελήφθη άδεια από τους συγγραφείς του ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου, Καθηγήτριες Sirkka Lauri και Sanna Salanterä (υπ' αρ. SKMBT_50010110409090/3-11-2010 letter of agreement). Επειδή δεν υπήρχε ελληνική μετάφραση για το ερωτηματολόγιο ακολουθήθηκε η εξής διαδικασία (Dornyei & Taguchi 2010, Del Greco et al 1987):

- Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από δύο ανεξάρτητους ερευνητές με άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας. Και οι δύο ερευνητές ήταν νοσηλεύτριες και είχαν άμεση σχέση με το αντικείμενο του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια η ερευνητική ομάδα έκανε τις τελικές προσαρμογές στην ελληνική κουλτούρα.
- Το επόμενο βήμα ήταν να γίνει αντίστροφη μετάφραση από τα ελληνικά στα αγγλικά από διαφορετικό άτομο, που δεν ήταν ίδιο με τα δύο πρώτα που μετέφρασαν το αρχικό ερωτηματολόγιο στην Ελληνική γλώσσα. Επιλέχθηκε και σε αυτήν την περίπτωση νοσηλεύτρια με μακρόχρονη σπουδές διδακτορικού επιπέδου στην Αγγλία και άριστη χρήση της Αγγλικής γλώσσας.
- Με τη συγκριτική αξιολόγηση των δύο ερωτηματολογίων, δηλαδή του αρχικού και του αντίστροφα μεταφρασμένου, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν σημαντικές ασυμφωνίες. Έτσι, προέκυψε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου, η οποία αποφασίστηκε να διανεμηθεί σε νοσηλευτές ΜΕΘ.

Οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν κάθε ερώτηση σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert με επιλογές «ποτέ ή σχεδόν ποτέ», «σπάνια», «ούτε σπάνια ή ούτε συχνά», «συχνά» και «σχεδόν πάντα ή πάντα». Τα θέματα με άρτια αρίθμηση βαθμολογούνταν από το 1 έως το 5, ενώ τα θέματα με περιττή αρίθμηση είχαν αντίστροφη βαθμολόγηση. Οι τελικές βαθμολογίες αθροίζονταν.

7.7.3.4 Ερωτηματολόγιο διερεύνησης παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

Η δημιουργία ενός νέου Ερωτηματολογίου Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ αποφασίστηκε μετά από τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και τη διαπίστωση ότι δεν υπάρχουν ερωτηματολόγια αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί εξ αρχής, γιατί οι περισσότερες μελέτες διερευνούν το συγκεκριμένο θέμα με ποιοτική μέθοδο.

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε σε τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, έγινε προσεκτική επισκόπηση της βιβλιογραφίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων, ώστε να οργανωθεί η κεκτημένη γνώση στο συγκεκριμένο πεδίο, να αποτιμηθούν τα σημαντικότερα ευρήματα και συμπεράσματα άλλων ερευνητών, αλλά και να εντοπιστούν τα κενά, οι ελλείψεις και τα αμφιλεγόμενα σημεία της έρευνας. Παράλληλα, διεξήχθη λεπτομερής ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων από τις ομαδικές συζητήσεις που έγιναν στη φάση II. Από την αξιολόγηση του συνόλου των δεδομένων επιλέχθηκαν εκείνα που θεωρήθηκαν ισχυρότεροι παράγοντες προς μέτρηση και προέκυψαν 67 θέματα. Αυτά αναδιατυπώθηκαν ως προτάσεις/δηλώσεις με απλότητα και σαφήνεια, προκειμένου να μην επιδέχονται παρερμηνειών από τους συμμετέχοντες και κατασκευάστηκε η πρωτόλεια μορφή ενός πρωτότυπου ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς. Η σειρά των προτάσεων επιλέχθηκε προσεκτικά από την ερευνητική ομάδα. Οι προτάσεις ομαδοποιήθηκαν σε επιμέρους θεματικές ενότητες, ώστε να υπάρχει εννοιολογική συνάφεια μεταξύ τους και να μην προκαλείται σύγχυση στους ερωτώμενους. Με αυτόν τον τρόπο θεωρήθηκε ότι θα αυξανόταν η πιθανότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι δηλώσεις διατυπώθηκαν με τέτοιο τρόπο, ώστε οι απαντήσεις τους να είναι διατάξιμες με τη μορφή πεντάβαθμης κλίμακας Likert ως εξής: 1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα. Άλλωστε, η κλίμακα Likert χρησιμοποιείται ευρέως σε ερωτηματολόγια εκτίμησης του βαθμού συμφωνίας αναφορικά με διάφορες δηλώσεις (Γαλάνης 2012).

Στο δεύτερο στάδιο, συγκροτήθηκε ομάδα έξι ειδικών, που αποτελούνταν από δύο καθηγήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και τέσσερις νοσηλευτές κατόχους μεταπτυχιακών ή/και διδακτορικών διπλωμάτων, με μεγάλη εμπειρία στην ανάπτυξη ερωτηματολογίων. Αυτοί έκαναν τις διορθώσεις τους με σκοπό να αποδίδονται με τον καλύτερο τρόπο τα νοήματα και να υπάρχει ένα ομοιόμορφο κείμενο. Στη συνέχεια, έκαναν τις προτάσεις τους ως προς τον επανακαθορισμό της αλληλουχίας των ερωτήσεων, την αφαίρεση των προτάσεων που είχαν παρόμοιο περιεχόμενο, την προσθήκη άλλων που θεωρήθηκαν αναγκαίες και το διαχωρισμό κάποιων σε επιμέρους δηλώσεις. Οι παρατηρήσεις τους συζητήθηκαν με την ερευνητική ομάδα και συμφωνήθηκε η μορφή του ερωτηματολογίου με 60 ερωτήσεις και η χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert που περιγράφηκε παραπάνω.

Στο τρίτο στάδιο και αφού έγιναν οι πρώτες διορθώσεις, το σχέδιο του ερωτηματολογίου δόθηκε σε ομάδα 10 κλινικών εμπειρογνομόνων, δηλαδή 10 νοσηλευτών με εμπειρία στην εντατική φροντίδα, προκειμένου να αξιολογήσουν την καταλληλότητα των προτάσεων, την ομαδοποίησή τους ανά θεματική ενότητα και τη συσχέτισή τους με το υπό διερεύνηση θέμα. Ταυτόχρονα, τους ζητήθηκε να υποδείξουν τα δυσνόητα σημεία ή προτάσεις και να σχολιάσουν ελεύθερα το εργαλείο. Με βάση τα σχόλια των κλινικών εμπειρογνομόνων έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις, κατόπιν κοινής αποδοχής τους από όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας, και το ερωτηματολόγιο πήρε την τελική του μορφή.

Το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ αποτελείται από 60 ερωτήσεις, που εκφράζονται όλες σε θετική κατεύθυνση και εκτιμούν τη σημασία που αποδίδουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ σε παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές τους αποφάσεις. Η συνολική βαθμολογία υπολογίστηκε ανά παράγοντα που μετράται στο ερωτηματολόγιο και αποτιμά τη σημασία που αποδίδουν οι συμμετέχοντες σε αυτόν. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο, το ερωτηματολόγιο δόθηκε για πιλοτική δοκιμή α) σε δείγμα 36 νοσηλευτών ΜΕΘ, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος αξιοπιστίας του και β) σε δείγμα ευκολίας 196 νοσηλευτών ΜΕΘ για να πραγματοποιηθεί έλεγχος της δομικής του εγκυρότητας και εξαγωγή των παραγόντων που δομούν το προτεινόμενο στην παρούσα διδακτορική διατριβή μοντέλο.

7.8 Συλλογή δεδομένων

7.8.1 Συλλογή δεδομένων της φάσης I της μελέτης

Στην πρώτη φάση της μελέτης κρίθηκε σημαντικό να ξεπεραστεί το εμπόδιο των χρονικών καθυστερήσεων μεταξύ της απόφασης και της συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, γιατί θα οδηγούσε πιθανά σε απώλεια ουσιαστικών πληροφοριών. Γι' αυτόν το λόγο επιλέχθηκε από τους ερευνητές η συμπλήρωση ιδιόχειρων σημειώσεων για τις πράξεις και τις σκέψεις των νοσηλευτών σε ΜΕΘ. Πριν από την έναρξη συμμετοχής τους είχε γίνει σαφές ότι οι ερευνητές δεν είχαν ενδιαφέρον για το αν οι αποφάσεις που λαμβάνονταν από τους νοσηλευτές ήταν σωστές ή όχι, παρά μόνο ποιες ήταν οι κλινικές τους σκέψεις και η τελική τους επιλογή. Η συμπλήρωση των ημερολογίων αποφάσεων πραγματοποιούνταν κατά τη διάρκεια οκτώ ωρών, δηλαδή από την αρχή μέχρι τη λήξη του ωραρίου τους και αφορούσε σε έναν από τους ανατεθέντες σε κάθε συμμετέχοντα ασθενείς – η επιλογή γινόταν από τον κάθε συμμετέχοντα- και ειδικότερα στη διαδικασία

παραλαβής του, τη νοσηλευτική φροντίδα και τη διαδικασία παράδοσής του στον επόμενο νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής-σύνδεσμος υπενθύμιζε σε τακτά χρονικά διαστήματα την καταγραφή, στην περίπτωση που υπήρχε μεγάλη παύση στις γραπτές αναφορές μεταξύ των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων.

Η διανομή των ημερολογίων αποφάσεων ξεκίνησε το Μάρτιο 2010 και έληξε τον Οκτώβριο 2010. Η συμπλήρωση και παράδοσή τους θεωρήθηκε ως συναίνεση συμμετοχής στη μελέτη. Η συμπλήρωση των ημερολογίων νοσηλευτικών αποφάσεων πραγματοποιήθηκε σε 7 πρωινά, 11 απογευματινά και 5 νυχτερινά ωράρια, κατά την περίοδο 17 εργάσιμων ημερών και 6 αργιών. Τα συμπληρωμένα ημερολόγια αριθμήθηκαν ανάλογα με το χρόνο παράδοσής τους στην ερευνήτρια. Συνολικά διανεμήθηκαν 23 και επεστράφησαν συμπληρωμένα 23 (ποσοστό ανταπόκρισης 100%).

Δεν έγινε πιλοτική δοκιμή του ημερολογίου, γιατί οι προφορικές οδηγίες από τον ερευνητή, καθώς και η παρουσία νοσηλευτή-συνδέσμου στην ίδια τη ΜΕΘ κρίθηκε επαρκής για τις τυχόν διευκρινήσεις που ενδεχομένως χρειάζονταν οι συμμετέχοντες. Η συγκέντρωση των συμπληρωμένων ημερολογίων από συνάδελφο νοσηλευτή, μάλλον αύξησε τη συμμετοχή των εθελοντών στην έρευνα.

7.8.2 Συλλογή δεδομένων της φάσης II της μελέτης

Στη δεύτερη φάση της μελέτης πραγματοποιήθηκαν τέσσερις ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) διάρκειας 90 έως 120 λεπτών με 22 συμμετέχοντες συνολικά. Η μέθοδος των ομάδων εστιασμένης συζήτησης χρησιμοποιείται για να αναγνωρίζει διαστάσεις-περιεχόμενα συμπεριφοράς, χωρίς να στοχεύει στην εξαγωγή συμπερασμάτων ή στη γενίκευση αυτών (Puchta & Potter 2004).

Η επιλογή των ομαδικών συζητήσεων έναντι των ατομικών συνεντεύξεων έγινε:

α) για να χρησιμοποιηθεί το πλεονέκτημα της αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας (Parahoo 2006). Οι ομάδες απαρτίζονταν από γνωστούς ή άγνωστους μεταξύ τους ανθρώπους, τους οποίους τους συνέδεαν κοινές εμπειρίες στο χώρο της εντατικής φροντίδας. Οι διαφορετικές γνώμες ανέδειξαν διαφορετικές πτυχές του θέματος και παρήγαγαν πλούσια δεδομένα, ιδιαίτερα, όταν οι απαντήσεις κάποιων συμμετεχόντων αποτελούσαν ερέθισμα για τους υπόλοιπους να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο βάθος τις απόψεις τους (φαινόμενο χιονοστιβάδας) (Hudston 2003) και έδωσαν στους ερευνητές την ευκαιρία να τα επιβεβαιώσουν ή να τα διασαφηνίσουν κατά τη διάρκεια της συζήτησης,

αυξάνοντας σημαντικά τη φαινομενική εγκυρότητα της ποιοτικής τους μελέτης (Krueger 1988).

β) για την οικονομία χρόνου, δεδομένου ότι η συλλογή δεδομένων από ένα σημαντικό αριθμό ατόμων επιτεύχθηκε με λίγες συναντήσεις (Hudston 2003).

γ) για να διευκολυνθεί η ανάπτυξη νέου ερωτηματολογίου μέσα από τον εντοπισμό των θεματικών ενοτήτων και του κατάλληλου λεξιλογίου για τη διαμόρφωση των ερωτήσεων, καθώς και έλεγχος της πολιτισμικής καταλληλότητας συγκεκριμένων λέξεων/φράσεων στη διαδικασία στάθμισης του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου (Carey 1995, Jackson 1998, Morgan 1998).

Η διεξαγωγή των ομαδικών συζητήσεων διήρκεσε από το Σεπτέμβριο 2011 έως τον Ιούνιο 2012. Ο αριθμός των συμμετεχόντων σε κάθε ομάδα εστιασμένης συζήτησης αποφασίστηκε με βάση την πρόταση των Gooch et al (2003) να είναι σχετικά μικρός, από 4 έως 6 άτομα, προκειμένου να παρακινηθούν οι λιγότερο ομιλητικοί και να συμμετέχουν περισσότερο. Τα άτομα που συμμετείχαν στις ομαδικές συζητήσεις γνωρίζονταν στην πλειονότητά τους μεταξύ τους και μάλιστα είχαν αναπτύξει τέτοια οικειότητα, που δημιούργησε ευνοϊκές συνθήκες διεξαγωγής τους (Durrenberger et al 1997). Ο αριθμός των ομάδων καθορίστηκε από τη διαπίστωση της ερευνήτριας ότι οι ίδιες ιδέες επαναλαμβάνονταν με την πάροδο του χρόνου και ότι ήταν σε θέση να προβλέψει τι επρόκειτο να ειπωθεί. Ο θεωρητικός κορεσμός (Rubin & Rubin 1995) είχε επιτευχθεί με την ολοκλήρωση της τρίτης ομαδικής συζήτησης. Ωστόσο, η ερευνητική ομάδα αποφάσισε να προχωρήσει σε μία ακόμα ομάδα εστίασης προκειμένου να επιβεβαιώσει ότι δεν προέκυπταν νέα δεδομένα στις ήδη υπάρχουσες κατηγορίες.

Κανένας νοσηλευτής δεν εξέφρασε επιφυλάξεις για τη διαδικασία ή δισταγμό και κανένας δεν διέκοψε τη συμμετοχή του, παρότι είχε ενημερωθεί πως ήταν ελεύθερος να το πράξει, όποτε το αποφάσιζε. Αντίθετα, η συμμετοχή τους χαρακτηρίστηκε από προθυμία και ενδιαφέρον για την εφαρμοζόμενη μέθοδο. Δύο μόνο εκ των νοσηλευτών που συμμετείχαν είχαν στο παρελθόν ανάλογη εμπειρία συμμετοχής σε συνέντευξη ή ομάδα εστιασμένης συζήτησης. Οι υπόλοιποι δεν γνώριζαν την ύπαρξη της συγκεκριμένης μεθόδου ως τρόπου συλλογής ερευνητικών δεδομένων.

Οι χώροι που πραγματοποιήθηκαν οι συνεντεύξεις βρίσκονταν εκτός του κλινικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ, με σκοπό οι συμμετέχοντες να αισθάνονται ήρεμοι, μακριά από

οποιοδήποτε ερέθισμα μπορούσε να τους αποσπάσει την προσοχή (Gooch et al 2003). Χρησιμοποιήθηκαν αίθουσες στο Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ και στο Γραφείο Εκπαίδευσης ενός νοσοκομείου της Αττικής, που ήταν διαμορφωμένες ως αίθουσες συνεδριάσεων. Η οργάνωση του χώρου περιλάμβανε ένα τραπέζι συνεδριάσεων με τις θέσεις των συμμετεχόντων να είναι προσανατολισμένες η μία απέναντι από την άλλη. Στο τραπέζι ήταν τοποθετημένα δύο μαγνητόφωνα, ώστε να καταγράφουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις συζητήσεις. Η χρησιμοποίηση μαγνητοφώνων έγινε από όλους εύκολα αποδεκτή.

Στην κεφαλή του τραπεζιού βρισκόταν ο συντονιστής της συζήτησης, που εκτός από την πρώτη συνεδρία, την οποία συντόνισε καθηγήτρια-επιστημονικά υπεύθυνη για την παρούσα έρευνα, με πλούσια εμπειρία στη διεξαγωγή ομαδικών συζητήσεων, όλες οι υπόλοιπες υλοποιήθηκαν από την ερευνήτρια της παρούσας μελέτης. Ο ρόλος του συντονιστή είναι κυρίως του ειδικού που διευκολύνει και καθοδηγεί τη συζήτηση (Gooch et al. 2003). Αυτός πρέπει να διαθέτει α) ικανότητα καλής ακρόασης για να ακούει όλα τα σχόλια, β) καλή μνήμη ώστε να ερμηνεύει, να επανατοποθετείται, να συγκεντρώνει τα σχόλια των συμμετεχόντων και να ζητά διευκρινίσεις για όποιες ασάφειες προκύπτουν, γ) ικανότητα να διατηρεί μία ευχάριστη και χαλαρή ατμόσφαιρα, ώστε να ενθαρρύνει τη συζήτηση, δ) αμεροληψία και ικανότητα να μην εκθέτει τις προσωπικές του απόψεις σχετικά με το υπό συζήτηση θέμα και ε) ευελιξία στο συντονισμό με το να είναι άλλοτε υποστηρικτικός, άλλοτε καθοδηγητικός, άλλοτε συμμετοχικός και πάντα προσανατολισμένος στο στόχο (Durrenberger et al. 1997). Η ερευνήτρια της παρούσας έρευνας κατέβαλε κάθε προσπάθεια για να διαμορφώσει προϋποθέσεις ομαλών συζητήσεων, στηριζόμενη στα παραπάνω χαρακτηριστικά. Το συντονισμό υποβοηθούσε και ένας παρατηρητής – συνεργάτης της ερευνήτριας με εμπειρία στη διεξαγωγή ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Ο ρόλος του ήταν να κρατά σημειώσεις κατά τη διαδικασία κυρίως αναφορικά με στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας των συμμετεχόντων, του τρόπου έκφρασής τους και άλλες παρατηρήσεις, που δεν μπορούσαν να μαγνητοφωνηθούν (Gooch et al. 2003).

Μετά από μία χαλαρή συζήτηση γνωριμίας των εθελοντών μεταξύ τους, η συντονίστρια ξεκινούσε με την εισαγωγική ερώτηση σε όλες τις ομαδικές συζητήσεις και με αυτόν τον τρόπο έδινε το έναυσμα για την αυθόρμητη περιγραφή των εμπειριών τους. Όσες φορές η ομάδα δεν ήταν σίγουρη για το τι πραγματικά εννοούσε ο συντονιστής, ζητούσε επανάληψη των ερωτήσεων ή περαιτέρω επεξηγήσεις. Εάν οι διευκρινήσεις δεν ήταν

αρκετές, τότε γινόταν μια λεκτική αναπροσαρμογή ή αναδιατύπωση της ερώτησης από τη συντονίστρια με ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να μην κατευθύνει τις απαντήσεις. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν οι επικοινωνιακές τεχνικές, όπως οι «ερωτήσεις-καθρέπτης», δηλαδή αντιγυρίζονταν ως ερωτήσεις οι απαντήσεις των συμμετεχόντων, ή η παράφραση.

Οι ερωτήσεις που διερευνούσαν τη γνωστική διαδικασία και την πορεία της νοσηλευτικής σκέψης μέχρι τη λήψη κλινικών αποφάσεων απαντιόνταν με μεγαλύτερη δυσκολία. Ζητήθηκε, λοιπόν, από τους νοσηλευτές να αναφέρουν συγκεκριμένα παραδείγματα κλινικής φροντίδας ασθενών στις ΜΕΘ, ώστε να επιτευχθεί για όλη την ομάδα ανάκληση μέσω ερεθίσματος, με σκοπό να ζωντανέψουν οι μνήμες των νοσηλευτών και να ανακληθούν οι σκέψεις που κάνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής εργασίας. Στην περίπτωση που δεν μπορούσαν να ανακαλέσουν συγκεκριμένο παράδειγμα, προβάλλονταν από την ερευνήτρια προεπιλεγμένες κλινικές περιπτώσεις, ώστε οι συμμετέχοντες να περιγράψουν και να αναστοχαστούν τις δικές τους νοσηλευτικές εμπειρίες πάνω σε αυτές τις καταστάσεις. Στις ερωτήσεις που διερευνούσαν τους παράγοντες, οι οποίοι επηρέαζαν τις κλινικές τους αποφάσεις, δεν αντιμετώπισαν σημαντικές δυσκολίες στη συζήτησή τους.

Μετά την ολοκλήρωση της συνεδρίας και την απενεργοποίηση των μαγνητοφώνων οι συζητήσεις συνεχίζονταν για τον ρόλο των νοσηλευτών στα ελληνικά νοσοκομεία, την επαγγελματική τους αυτονομία, το επίπεδο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και τη μελλοντική της πορεία.

Αναφορικά με τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων κατά την ομαδική συζήτηση, οι νοσηλευτές πριν την έναρξη της συνέντευξης δεν είχαν ιδιαίτερη ανησυχία για το πώς θα εξελισσόταν η διαδικασία. Μετά την ολοκλήρωσή της εξέφραζαν σημαντική ικανοποίηση από τη συμμετοχή τους και θεωρούσαν ότι βοηθήθηκαν τόσο να εκτονώσουν την ένταση που ένιωθαν -κυρίως από τους περιορισμούς κατά τη λήψη αποφάσεων- και να αλληλοϋποστηριχτούν από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας, όσο και να αποκτήσουν βαθύτερη αυτογνωσία για τον τύπο των κλινικών αποφάσεων και τον τρόπο που τις λαμβάνουν στην καθημερινή τους εργασία.

Ένας από τους νοσηλευτές ανέφερε ότι η συμμετοχή του στη συγκεκριμένη διαδικασία ήταν ικανή να τον κινητοποιήσει να αναζητήσει περισσότερες πληροφορίες για το θέμα και στη βιβλιογραφία. Όλοι αναγνώρισαν τη σημαντικότητα της δια βίου μάθησης και υπογράμμισαν την αναγκαιότητα για επίδειξη ενδιαφέροντος εκ μέρους όλων των

νοσηλευτών για συνεχή ενημέρωση στη νέα γνώση, τις τεχνικές και τις εξελίξεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Τέλος, ορισμένοι από τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στη συζήτηση ανέφεραν ικανοποίηση που τους δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσουν τη γνώμη τους και να συμμετέχουν στην υλοποίηση μίας νοσηλευτικής έρευνας.

Η ιδιαιτερότητα της ομαδικής εστιασμένης συζήτησης έγκειται στο ότι ο ερευνητής δεν παραμένει ψυχρός παρατηρητής, αλλά δημιουργεί μία σχέση με τους συμμετέχοντες, προκειμένου να κατανοήσει τις εμπειρίες τους και τις σκέψεις τους (Rubin & Rubin 1995). Στην παρούσα μελέτη η αίσθηση της ερευνήτριας ήταν πως «ισορροπούσε σε ένα τεντωμένο σκοινί». Η χρυσή τομή μεταξύ της αποστασιοποίησης και της εμπλοκής ήταν μία πολύ δύσκολη υπόθεση. Ακόμα, η ευθύνη της να μην αισθανθούν τα μέλη της ομάδας ότι «κρίνονται» για το ενδεχόμενο έλλειμμα των γνώσεών τους ή για την αποτελεσματικότητα των κλινικών αποφάσεών τους ήταν μεγάλη. Το σίγουρο είναι ότι η ίδια ένιωσε σεβασμό και ευγνωμοσύνη απέναντι σε όλους τους συναδέλφους της, που διέθεσαν προσωπικό τους χρόνο για να συμβάλουν στην ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

7.8.3 Συλλογή δεδομένων της φάσης III της μελέτης

Για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων των Lauri & Salantera (2002), καθώς και το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ, που προαναφέρθηκαν. Η συλλογή των δεδομένων από τους νοσηλευτές άρχισε τον Απρίλιο του 2013 και ολοκληρώθηκε τον Ιούνιο του ίδιου έτους. Διανεμήθηκαν από την ερευνήτρια ενημερωτική επιστολή με σύντομη παρουσίαση της μεθόδου και του αντικειμένου της μελέτης, του φορέα εκπόνησης της μελέτης, των κατάλληλων υποψηφίων για συμμετοχή στη μελέτη, τη διευκρίνιση περί εθελοντικής συμμετοχής, επισήμανση της αναγκαιότητας συμμετοχής στη μελέτη, πρόβλεψη του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσής του. Παράλληλα, διανεμήθηκε το έντυπο με ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά τους στοιχεία και τα εργαλεία μέτρησης. Τέλος, τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια παρελήφθησαν από την ερευνήτρια αριθμήθηκαν και αρχειοθετήθηκαν. Συνολικά διανεμήθηκαν 600 ερωτηματολόγια και επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 381 (ποσοστό ανταπόκρισης 63,5%) και θεωρείται ικανοποιητικό σύμφωνα με τους Verran et al. (1995).

7.9 Ηθικά θέματα

Για τη διεξαγωγή της πρώτης φάσης της μελέτης, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας, την αναμενόμενη διάρκεια συμμετοχής τους σε αυτή, τη διαδικασία που επρόκειτο να ακολουθηθεί, την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων, την πρόσβαση στα δεδομένα αποκλειστικά από την ερευνητική ομάδα, τη μελλοντική αφαίρεση των στοιχείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για αναγνώριση κατά την ανάλυση ή τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων. Μετά την ενημέρωσή τους, η συμπλήρωση και παράδοση των ημερολογίων αποφάσεων θεωρήθηκε συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στη μελέτη. Ακόμα, ελήφθη άδεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο τριών δημοσίων Νοσοκομείων της Αττικής για πρόσβαση σε επιλεγμένο νοσηλευτικό προσωπικό των ΜΕΘ τους με τη διαβεβαίωση ότι δεν πρόκειται να παρεμποδιστεί η εργασία τους.

Στη δεύτερη φάση της έρευνας, σε κάθε μέλος των ομάδων εστίασης έγινε προφορική και γραπτή ενημέρωση και διανεμήθηκε έντυπο συγκατάθεσης προς τους υποψήφιους συμμετέχοντες, που περιλάμβανε δήλωση σχετικά με το αντικείμενο και τους σκοπούς της ομαδικής συζήτησης, ονόματα και τηλέφωνα των ερευνητών, λεπτομέρειες για τη διαδικασία των συνεντεύξεων, διαβεβαίωση για την τήρηση εχεμύθειας, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη διατήρηση της δεδομένων με εμπιστευτικότητα, καθώς και ενημέρωση ότι δεν υπάρχει κανένας πιθανός κίνδυνος από τη συμμετοχή στην έρευνα, ενώ με την εθελοντική τους συμμετοχή θα ωφεληθούν από τη γνώση που θα προκύψει από τη μελέτη. Το έντυπο υπογράφηκε από τον κάθε συμμετέχοντα, διατηρώντας πάντως το δικαίωμά του να διακόψει τη συμμετοχή του από τη συζήτηση όποτε και αν ήθελε. Ακόμα, πριν την έναρξη των συζητήσεων των ομάδων εστίασης ζητήθηκε η άδεια των συμμετεχόντων για τη χρήση των δύο μαγνητοφώνων και ενημερώθηκαν για τον τρόπο διαχείρισης του περιεχομένου της συζήτησης μετά την απομαγνητοφώνηση και ανάλυσή του.

Στην τρίτη και τελευταία φάση της μελέτης, ζητήθηκε αρχικά άδεια από τους κατασκευαστές του ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου, τις καθηγήτριες Κλινικής Νοσηλευτικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου του Turku της Φινλανδίας, Δρ. Sirtka Lauri και Δρ. Sanna Salanterä, για τη χρησιμοποίησή του σε διδακτορική μελέτη λήψης κλινικών αποφάσεων σε πληθυσμό νοσηλευτών εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα, αφού πρώτα προσαρμοζόταν στην ελληνική γλώσσα. Για τη συλλογή δεδομένων από τους νοσηλευτές, ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από τις επιτροπές έρευνας των αντίστοιχων επιστημονικών συμβουλίων των νοσοκομείων

που συμμετείχαν στη μελέτη, με τη γραπτή δήλωση ότι δεν επρόκειτο να επιβαρύνει το νοσηλευτικό προσωπικό ή να παρακωλύσει τις εργασίες των Μονάδων του Νοσοκομείου, καθώς και δεν επρόκειτο να επιβαρύνει οικονομικά το Νοσοκομείο. Τέλος, στο έντυπο του ίδιου του ερωτηματολογίου της ποσοτικής έρευνας υπήρχε στην πρώτη σελίδα εισαγωγικό σημείωμα προς τους συναδέλφους νοσηλευτές ΜΕΘ που περιλάμβανε πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα, ενημέρωση σχετικά με το αντικείμενο και το σκοπό της μελέτης, περιγραφή της διαδικασίας συλλογής των δεδομένων, διευκρινίσεις περί της εθελοντικής συμμετοχής σε αυτή, της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, του απορρήτου των πληροφοριών και της ανυπαρξίας κινδύνων ή άλλων επιπτώσεων.

7.10 Ανάλυση δεδομένων

7.10.1 Ανάλυση δεδομένων της φάσης I της μελέτης

Η μέθοδος ανάλυσης των δεδομένων που προέκυψαν από τα ημερολόγια αποφάσεων ήταν η ανάλυση περιεχομένου. Πρόκειται για μία τεχνική της έρευνας που εφαρμόζεται για να επιτευχθεί η αντικειμενική και συστηματική περιγραφή του εμφανούς περιεχομένου των επικοινωνιών (Berelson 1971). Η διαδικασία αποκαλύπτει και συνοψίζει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του υπό έρευνα περιεχομένου, τα οποία συνδέονται με τη σειρά τους με τα ερευνητικά ερωτήματα (Κυριαζή 1999). Οι βασικοί στόχοι της μεθόδου είναι τόσο η ανάδειξη των χαρακτηριστικών αυτού καθεαυτού του περιεχομένου της επικοινωνίας, όσο και η εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων για τα γνωρίσματα των δημιουργών του περιεχομένου ή για τις αιτίες του (Berelson 1971).

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι τα αποτελέσματα της ανάλυσης περιεχομένου είναι αποκλειστικώς περιγραφικά. Η ευρύτατη εφαρμογή, άλλωστε, της μεθόδου έγκειται στο ότι προσφέρει ένα απλοποιημένο σύστημα κατηγοριών, το οποίο προκύπτει από το υπό εξέταση περιεχόμενο με ανάλυση των αναφορών και συμπληρώνεται από ένα απλούστερο σύστημα αξιολόγησης, που στηρίζεται στην καταμέτρηση αναφορών ανά κατηγορία, τη σχέση μεταξύ συχνότητας αναφορών και περιεχομένου και το σχολιασμό της ποσοστιαίας υπεροχής μιας έννοιας σε σύγκριση με άλλες (Bryman 1992, Kohlbacher 2006). Γι' αυτό, ίσως, η σκληρή κριτική που έχει δεχθεί τη χαρακτηρίζει επιφανειακή, απλουστευτική και διαστρεβλωτική (Kracauer 1952).

Το κενό στη σε βάθος ερμηνεία των δεδομένων, που ενυπάρχουν στο περιεχόμενο μίας επικοινωνίας, επεδίωξε να καλύψει η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, η οποία προέκυψε ως εξέλιξη της ποσοτικής ανάλυσης περιεχομένου. Ο εισηγητής της την ορίζει ως «μία εμπειρική προσέγγιση, μεθοδολογικά ελεγχόμενη ανάλυση κειμένων μέσα στα επικοινωνιακά τους συμφραζόμενα, σύμφωνα με κανόνες και βήματα, χωρίς απόλυτη ποσοτικοποίηση» (Mayring 2000). Η ανάγκη που εξυπηρέτησε η νέα μέθοδος είναι η δημιουργία ενός συστήματος κατηγοριών που προέρχονται από το κείμενο και στη συνέχεια το τελευταίο ερμηνεύεται σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα.

Στην παρούσα έρευνα δεν κρίθηκε αρκετή η απλή περιγραφή του περιεχομένου του ερευνητικού υλικού, αλλά αποφασίστηκε η περαιτέρω ανάλυση με ταξινόμηση και κωδικοποίηση του περιεχομένου των ημερολογίων σε κατηγορίες. Η διαδικασία της ταξινόμησης απέβλεπε στην υποκατάσταση της υποκειμενικής εκτίμησης με την αντικειμενική ανάλυση και ποσοτικοποίηση. Άλλωστε, αποκλειστικά με την ποσοτική ανάλυση περιεχομένου θα έπρεπε να διαμορφωθούν κατηγορίες που να συνάδουν με συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο και να μην υπόκεινται σε αλλαγή (Κυριαζή 1999). Ενώ, με την ποιοτική ανάλυση περιεχομένου τα δεδομένα των ημερολογίων ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες, που συγκρίνονταν με τις αρχικές και τροποποιούνταν μέχρι το τέλος της ανάλυσης (Κυριαζή 1999). Οι ισχύουσες γνώσεις για το υπό έρευνα θέμα συντελούσαν βεβαίως στην αρχική διαμόρφωση των κατηγοριών, αλλά η τελική τους μορφή ήταν αποτέλεσμα της συνεχούς διαπλοκής θεωρίας και δεδομένων.

Στην παρούσα μελέτη, ο περιεχόμενος των ημερολογίων αποφάσεων εκτείνονταν από λίγες γραμμές έως τρεις σελίδες. Η ανάλυση του περιεχομένου τους έγινε από δύο ανεξάρτητους αναλυτές. Ο ένας αναλυτής ήταν η βασική ερευνήτρια, η οποία ήταν εξοικειωμένη με το υπό διερεύνηση θέμα και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης και ο δεύτερος αναλυτής ήταν νοσηλεύτρια με κλινική εμπειρία σε ΜΕΘ και γνώση και εμπειρία στη χρήση της μεθόδου της ανάλυσης περιεχομένου. Η συνολική διαδικασία εποπτευόταν από ψυχολόγο, διδάκτορα του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, με βαθιά γνώση, εμπειρία και αρθρογραφία επί της χρήσης των ποιοτικών ερευνητικών μεθόδων. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου τους ακολούθησαν το παράδειγμα του Tesch (1990):

1. Η διαδικασία ξεκίνησε με τον καθορισμό της μονάδας ανάλυσης. Ως τέτοια ορίστηκε το «θέμα». Το θέμα μπορεί να κυμαίνεται από μία λέξη έως λίγες

φράσεις, όταν χρειαζόταν μεγαλύτερο μέρος των γραπτών αναφορών για να γίνει εμφανές το μήνυμά του. Οι αναλυτές μελέτησαν όσες φορές χρειάστηκε ο καθένας όλα τα καταγεγραμμένα δεδομένα, αφενός για να τα θυμούνται και αφετέρου για να αποκτήσουν μία ολοκληρωμένη αντίληψη για το τι περίπου λένε οι συμμετέχοντες (Morse & Field 1996). Μετά την εξοικείωση των αναλυτών με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, καταγράφηκαν σημειώσεις δίπλα στο κείμενο κάθε ημερολογίου για τη διευκόλυνση της ανάκτησης και ταυτοποίησής τους.

2. Το αμέσως επόμενο βήμα ήταν η ανάπτυξη των κατηγοριών και του πλαισίου κωδικοποίησης. Η μέθοδος κατηγοριοποίησης αποτελεί τον κύριο κορμό της ανάλυσης περιεχομένου. Σύμφωνα με το Berelson (1971) η επιτυχία της ανάλυσης περιεχομένου εξαρτάται από τις κατηγορίες που διαμορφώνονται, αφού περικλείουν την ουσία της έρευνας. Η διαμόρφωση των κατηγοριών προκύπτει μετά από επαγωγική ανάλυση, προκειμένου να ανακαλυφθούν πρότυπα και θέματα (Patton 2002). Στην παρούσα έρευνα η ανάλυση περιεχομένου είχε χαρακτήρα συνδυαστικό, δηλαδή και ποιοτικό και ποσοτικό, αφού το ερευνητικό ενδιαφέρον περιστράφηκε τόσο γύρω από τον εντοπισμό των νοσηλευτικών αποφάσεων που περιέχονταν στα ημερολόγια, όσο και στην καταμέτρηση της συχνότητας με την οποία κάθε απόφαση προβαλλόταν. Το πλεονέκτημα της μεθόδου ήταν ότι τα δεδομένα βρίσκονταν σε σταθερή μορφή στα ημερολόγια, κι επομένως μπορούσαν να αναλυθούν ξανά και ξανά παρέχοντας τη δυνατότητα για ελέγχους. Έτσι, η συνεχής ανάλυση σταμάτησε όταν δεν αναδύονταν νέες κατηγορίες από την επεξεργασία των δεδομένων και οι κατηγορίες που είχαν δημιουργηθεί είχαν σαφώς προσδιοριστεί και περιγραφεί με σαφήνεια.

3. Για την επικύρωση του πλαισίου κωδικοποίησης έπρεπε να εξεταστεί η ταύτιση των κωδικοποιημένων δεδομένων από την αρχή (Zhang & Wildemuth 2009). Για το λόγο αυτό, η κωδικοποίηση ξεκίνησε από το πρώτο ημερολόγιο και από τους δύο ανεξάρτητους αναλυτές, που εργάζονταν παράλληλα. Οι διαφορές στον ορισμό των κατηγοριών και οι αμφιβολίες για την κωδικοποίηση κάποιων αποφάσεων συζητήθηκαν διεξοδικά μεταξύ των ερευνητών μέχρι να καταλήξουν σε συμφωνία, κατά τον τρόπο που προτείνει η Schilling (2006). Η αρχική κωδικοποίηση περιλάμβανε 17 θεματικές κατηγορίες, που αντιστοιχούσαν σε τύπους αποφάσεων, αλλά οι αναλυτές τις περιόρισαν σε οκτώ, όταν κάποιες μπορούσαν να συνενωθούν. Από τη συνεχή ανάλυση των δεδομένων διαμορφώθηκαν οκτώ κατηγορίες κλινικών αποφάσεων, που συνιστούν ένα πρότυπο σύστημα ταξινόμησης των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων ειδικά στο κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ. Ακόμα, έγινε κατάταξη των αποφάσεων κάθε

κατηγορίας με κριτήριο τη συχνότητά τους, τη χρονική προτεραιότητα και το βαθμό ανεξαρτησίας τους από τις ιατρικές οδηγίες.

4. Όταν εξασφαλίστηκε συμφωνία για τα κωδικοποιημένα δεδομένα, η κωδικοποίηση επεκτάθηκε σε όλα τα ημερολόγια στηριζόμενη στους ίδιους κανόνες.

5. Περαιτέρω, έγιναν αδρές στατιστικές δοκιμασίες για να αναδειχτούν οι σχέσεις μεταξύ των θεματικών κατηγοριών και άλλων μεταβλητών (Wilsey 2006). Συγκεκριμένα, οι τιμές που αντιστοιχούσαν στις συχνότητες με τις οποίες εμφανίζονταν τα κωδικοποιημένα δεδομένα (τύποι κλινικών αποφάσεων) εισήχθησαν σε αρχείο του στατιστικού προγράμματος SPSS (v17) και διενεργήθηκε η επεξεργασία των δεδομένων για την περιγραφική ανάλυσή τους και την ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ τύπων αποφάσεων και άλλων μεταβλητών.

6. Στη συνέχεια έγινε η σύνδεση των θεματικών κατηγοριών με την ευρύτερη βιβλιογραφία και εντοπίστηκαν οι ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων της έρευνας και της ήδη υπάρχουσας γνώσης. Σε αυτό το σημείο, η διαμόρφωση και πρόταση ενός νέου και ειδικού τυπολογίου κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων για το χώρο της ΜΕΘ προσέφερε καλύτερη κατανόηση των τύπων και του εύρους των αποφάσεων των νοσηλευτών.

7. Στο τελευταίο βήμα, αξιολογήθηκε η ποιότητα και η σχολαστικότητα της ανάλυσης. Η παρούσα έρευνα για να διασφαλίσει την ποιότητα και το κύρος της, επιστράτευσε συγκεκριμένες στρατηγικές, που επιχειρούσαν αφενός να ικανοποιήσουν συγκεκριμένα κριτήρια ερευνητικής συνέπειας και αφετέρου να αποκαλύψουν λεπτομερώς την ερευνητική διαδικασία.

- *Αξιοπιστία της έρευνας*

Η «αξιοπιστία» (credibility) στην ποιοτική έρευνα αναφέρεται στην ισχύ του μεθοδολογικού σχεδιασμού, στην ποιότητα των δεδομένων, τα οποία συλλέχτηκαν κατά τη διάρκειά της και στο πώς ο συγκεκριμένος σχεδιασμός και τα δεδομένα οδηγούν σε αληθινά και αξια εμπιστοσύνης ευρήματα, δηλαδή αναπαριστούν την πραγματικότητα (Lincoln 2001). Οι τεχνικές που ακολουθήθηκαν προκειμένου να αυξηθεί η πιθανότητα να παραχθούν φερέγγυα ευρήματα ήταν:

- *Η παρατεταμένη ενασχόληση (prolonged engagement)*. Η απόφαση για τη διερεύνηση των συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων στο κλινικό συγκεκριμένο των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας δεν υπήρξε τυχαία, αλλά λήφθηκε με σκοπό να ικανοποιεί το κριτήριο αξιοπιστίας της μακράς εμπειρίας και επαφής με το ερευνητικό πεδίο. Η βασική ερευνήτρια είχε αρκετή κλινική εμπειρία στο χώρο των Μονάδων

Εντατικής Θεραπείας. Επιπλέον, είχε αφιερώσει επαρκή χρόνο στο υπό διερεύνηση πεδίο, τόσο στα πλαίσια της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, όσο και για τη συλλογή των δεδομένων στα πλαίσια της παρούσας έρευνας, η οποία διήρκησε οκτώ μήνες.

- *Λεπτομερής εξέταση από γνώστη της μεθόδου της έρευνας (peer examination).*

Όλη η ποιοτική έρευνα (σχεδιασμός, συλλογή δεδομένων, ανάλυση) εποπτεύθηκε βήμα - βήμα και από τρίτη ερευνήτρια, πέραν των δύο αναλυτών, με γνώση των ποιοτικών μεθόδων έρευνας, χωρίς καμία σχέση όμως με το αντικείμενο της εντατικής φροντίδας ή της Νοσηλευτικής. Η διαδικασία αυτή ακολουθήθηκε προκειμένου να ωφεληθούν οι αναλυτές από τη μεγαλύτερη εμπειρία της στο πεδίο της ποιοτικής έρευνας, αλλά και για να εντοπιστούν αδυναμίες, προκαταλήψεις και μεροληψίες από την πλευρά των αναλυτών. Με τις συχνές ερωτήσεις της σε κάθε βήμα της διαδικασίας οδήγησε τους αναλυτές σε επίγνωση του τι κάνουν και γιατί.

- *Έλεγχος από τους συμμετέχοντες (member checking).* Ως μέρος της ερευνητικής διαδικασίας και με επιδίωξη τις κατά το δυνατό ισχυρότερες δεοντολογικές μεθοδολογικές επιλογές, τα κωδικοποιημένα δεδομένα, που είχαν συλλεχθεί από τα ημερολόγια αποφάσεων και σχετίζονταν με τους νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα, επιστράφηκαν σε τρεις από αυτούς δειγματοληπτικά, με σκοπό την επαλήθευση της αξιοπιστίας τους. Έτσι, επιτεύχθηκε η επιβεβαίωση των ευρημάτων της έρευνας από μερικούς από τους ίδιους του συμμετέχοντες (participant validation). Ειδικότερα, η κωδικοποίηση σε κατηγορίες αποφάσεων επεδείχθη σε τρεις από τους συμμετέχοντες ένα μήνα μετά τη συμπλήρωση από αυτούς των ημερολογίων αποφάσεων και αφού μελέτησαν τους τύπους αποφάσεων που ερμήνευαν τη δική τους περίπτωση, επιβεβαίωσαν την αξιοπιστία των συγκεκριμένων αποσπασμάτων. Κλήθηκαν μάλιστα να προβούν σε συγκεκριμένα σχόλια, επισημάνσεις ή εισηγήσεις για αλλαγές, αλλά δεν αμφισβητήθηκε από κανένα η αξιοπιστία του τρόπου κωδικοποίησης και ταξινόμησης των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων.

- *Μεταβιβασιμότητα/γενικευσιμότητα της έρευνας*

Η μεταβιβασιμότητα ή γενικευσιμότητα (transferability) των ευρημάτων μιας ποιοτικής μελέτης αναφέρεται στο βαθμό που τα συμπεράσματά της μπορούν να γενικευτούν σε ευρύτερα σύνολα ομοειδών περιπτώσεων από τον πληθυσμό από τον οποίο προέρχεται το δείγμα. Συνιστά τη «νομιμοποίηση» που προσδίδουν στην έρευνα οι ίδιοι οι αναγνώστες της. Δηλαδή, μέσα από τη μελέτη της, οι αναγνώστες της πείθονται για τις αξιώσεις και τις δηλώσεις στις οποίες προβαίνουν οι ερευνητές (Guba

& Lincoln 1994). Το κριτήριο της γενικευσιμότητας ικανοποιήθηκε από τη αναλυτική περιγραφή των δεδομένων και ευρημάτων της έρευνας. Ο Denzin (1994) θεωρεί πυκνή την περιγραφή των ευρημάτων, όταν δίνεται το συγκείμενο μίας εμπειρίας, δηλώνονται τα νοήματα που οργανώνουν την εμπειρία και αποκαλύπτεται η εμπειρία ως διαδικασία. Η συγκεκριμένη έρευνα επιχείρησε να προσφέρει μία πυκνή περιγραφή των νοσηλευτικών αποφάσεων, έτσι ώστε οι αναγνώστες της να μπορούν να αναγνωρίσουν την εμπειρία των συμμετεχόντων και να τις αντιπαραβάλλουν με τις δικές τους εμπειρίες ή με άλλες που έχουν μελετήσει από παρόμοιες έρευνες και να καταλήξουν στα ίδια συμπεράσματα με τους ερευνητές.

- *Η βασιμότητα και η επιβεβαιωσιμότητα της έρευνας.*

Δύο ακόμα κριτήρια ποιότητας, ακρίβειας και αυστηρότητας της ποιοτικής έρευνας είναι η βασιμότητα (dependability) της έρευνας, δηλαδή η περιγραφή της διαδικασίας της έρευνας από τον ερευνητή και η επιβεβαιωσιμότητα (confirmability), δηλαδή η απόδειξη ότι οι ερμηνείες του βασίζονται στο συγκεκριμένο συγκείμενο και ότι οι συμμετέχοντες δεν αποτελούν προϊόν της φαντασίας του (Guba & Lincoln 1994). Στοχεύοντας σε βασιμότητα, οι ερευνητές έδωσαν μια λεπτομερή περιγραφή της ερευνητικής διαδικασίας, προσφέροντας τη δυνατότητα και σε άλλους ερευνητές να ακολουθήσουν την ίδια μέθοδο, ώστε να αναπαράγουν παρόμοια αποτελέσματα (Shenton 2004). Με στόχο δε την επιβεβαιωσιμότητα, η παρούσα έρευνα επεδίωξε να περιγράψει τον κόσμο των συμμετεχόντων της, αφού τα σχόλιά τους περιλήφθηκαν στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων της με τρόπο που τεκμηριωνόταν σαφώς ο ρόλος των συμμετεχόντων στην έρευνα. Τα γραπτά σχόλια των συμμετεχόντων αναδύθηκαν μέσα από το εύρος των πληροφοριών των ημερολογίων, έτσι ώστε ο αναγνώστης ερχόταν σε άμεση επαφή με τις σημειώσεις τους. Άλλωστε, όλα τα ημερολόγια αποφάσεων διατηρήθηκαν μαζί με τους κανόνες κωδικοποίησης που συμφωνήθηκαν μεταξύ των αναλυτών (Shenton 2004).

Ακόμα, με τη βασιμότητα της έρευνας σχετίστηκε και η προσωπική στάση της ερευνήτριας απέναντι στην ίδια την έρευνα και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν. Στη βάση της ποιοτικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε, η ερευνήτρια διαδραμάτισε αναπόφευκτα το ρόλο του «κριτή» των κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Ο σκοπός της έρευνας όμως κατέστη σαφής από νωρίς και δεν ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα και την ορθότητα των αποφάσεων των συμμετεχόντων. Αν και η ίδια η ερευνήτρια είναι νοσηλεύτρια ΜΕΘ, η ιδιότητά της αυτή δεν εισήγαγε δυσκολίες στην προσέγγιση των συμμετεχόντων. Βεβαίως, είχε

ξεκαθαριστεί ότι κατά τη διάρκεια της έρευνας, η ερευνήτρια έφερε αποκλειστικά την ιδιότητα του ερευνητή και δεν ασκούσε το ρόλο της νοσηλεύτριας.

7.10.2 Ανάλυση δεδομένων της φάσης II της μελέτης

7.10.2.1 Πιλοτική μελέτη

Στη δεύτερη φάση της μελέτης πραγματοποιήθηκε πιλοτικός έλεγχος του οδηγού συζήτησης, που επρόκειτο να χρησιμοποιηθεί στις ομάδες εστίασης. Έτσι, διεξήχθησαν δύο ατομικές συνεντεύξεις με νοσηλευτές ΜΕΘ, με στόχο να συμβάλουν με τις απόψεις τους στη τελική διαμόρφωση του οδηγού συνέντευξης. Οι ερωτήσεις που διερευνούσαν τη γνωστική διαδικασία λήψης αποφάσεων ήταν περισσότερο δύσκολο να απαντηθούν και προτάθηκε και από τους δύο ερωτώμενους να προβλεφθούν κλινικά παραδείγματα, δίκην σεναρίων, ώστε να βοηθηθούν οι συμμετέχοντες με την περιγραφή του συλλογισμού τους.

7.10.2.2 Ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των δεδομένων ως προς τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων

Στην ίδια φάση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της κατευθυνόμενης ανάλυσης περιεχομένου (directed content analysis) για την οργάνωση των ποιοτικών δεδομένων (Hsieh & Shannon 2005) που αφορούσαν στη γνωστική διαδικασία λήψης αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ. Πρόκειται για μία απαγωγική ανάλυση, όπου τα δεδομένα αναλύονται σύμφωνα με ένα προκαθορισμένο πλαίσιο εργασίας (Patton 2002). Ο λόγος που επιλέχτηκε η κατευθυνόμενη προσέγγιση ήταν η συμφωνία των ευρημάτων όλων των σχετικών νοσηλευτικών ερευνών ότι ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών μπορεί να είναι αναλυτικός, ή διαισθητικός ή συνδυασμός αυτών. Η μέθοδος αυτή κρίθηκε πως εξυπηρετούσε και τους δύο σκοπούς της παρούσας έρευνας, που ήταν τόσο η απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί κατά το σχεδιασμό της, όσο και η συγκέντρωση δεδομένων που θα λειτουργούσαν ενισχυτικά και συμπληρωματικά προς τα ποσοτικά δεδομένα που συλλέχτηκαν μέσω ερωτηματολογίων στην τρίτη φάση.

Η κατευθυνόμενη ανάλυση περιεχομένου καθοδηγείται από μία περισσότερο αυστηρή σειρά βημάτων σε σχέση με τη συμβατική ανάλυση περιεχομένου (Hickey & Kipping 1996). Το υπάρχον θεωρητικό πλαίσιο παρέχει μία σειρά υποθέσεων που

πρέπει να ελεγχθούν (Zhang & Wildemuth 2009, Hsieh & Shannon 2005, Mayring 2000), αλλά και μεταβλητών-κλειδιά προκειμένου να γίνει η κωδικοποίηση, καθώς και τις αρχικές κατηγορίες, οι οποίες δεν μεταβάλλονται (Patton 2002). Στην παρούσα μελέτη, η θεωρία του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond και η αναθεωρημένη θεωρία του Γνωστικού Συνεχούς κατά Lauri et al (2001) αποτέλεσε το αρχικό πλαίσιο. Οι πυρηνικές και επιμέρους κατηγοριοποιήσεις βασίστηκαν στις κατηγορίες της κλίμακας Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων των Lauri & Salantera (2002).

Η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας φάσης δεν αποσκοπούσε στη διατύπωση γενικεύσεων αναφορικά με τις αντιλήψεις των ερωτώμενων για τη λήψη των αποφάσεών τους. Επεδίωκε κυρίως στη μελέτη της ποικιλίας των πεποιθήσεων των συμμετεχόντων και στην αναγνώριση των κοινών και των διαφορετικών κατανοήσεων ως προς τις κατηγορίες της συγκεκριμένης κλίμακας. Η διαδικασία της ανάλυσης, λοιπόν, ακολούθησε τα παρακάτω βήματα:

1. Το πρώτο βήμα στην ερευνητική διαδικασία ήταν ο καθορισμός του αντιληπτικού περιγράμματος των δύο ανεξάρτητων ερευνητών (Mantzoukas 2004). Το αντιληπτικό περίγραμμα περιλάμβανε το σύνολο των πεποιθήσεων και αντιλήψεων των ερευνητών αναφορικά με τη λήψη κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ. Αυτό δεν είναι αρνητικό ή αθέμιτο για την ποιοτική έρευνα, αλλά αντιθέτως είναι και θεμιτό και αναγκαίο, γιατί αν οι ερευνητές δεν έχουν γνώσεις και εμπειρία για το υπό έρευνα φαινόμενο, τότε δεν μπορούν να ερμηνεύσουν τα λεγόμενα των συμμετεχόντων (Chesney 2000, Clandinin & Connelly 1998).
2. Αμέσως μετά χρειάστηκε να μετατραπεί το ηχογραφημένο υλικό σε γραπτό κείμενο, ώστε να αναλυθεί με μεγαλύτερη συστηματικότητα. Η μετατροπή αυτή έγινε με τη χρονοβόρα, αλλά απαραίτητη διαδικασία της απομαγνητοφώνησης. Το επίπεδο λεπτομέρειας κατά τη διαδικασία της προετοιμασίας των δεδομένων περιλάμβανε την καταγραφή κάθε αναγνωρίσιμης λέξης, παύσης, ατελείωτης πρότασης, ήχων δισταγμού, χωρίς όμως να καταγραφούν η ταχύτητα του διαλόγου και ο τόνος της φωνής (Gooch et al. 2003). Παράλληλα, ο παρατηρητής κάθε συζήτησης κατέγραφε αντιδράσεις των συμμετεχόντων κατά τη συζήτηση. Παρά ταύτα η τελική ανάλυση περιορίστηκε στο πρόδηλο περιεχόμενο των απομαγνητοφωνημένων συζητήσεων των ομάδων εστίασης, γιατί ο σκοπός της έρευνας ήταν η αναζήτηση εννοιολογικών συσχετίσεων με το θεωρητικό πλαίσιο. Η μετατροπή των δεδομένων σε κείμενο έγινε από την κύρια ερευνήτρια.

3. Ως μονάδα ανάλυσης ορίστηκε το θέμα. Στην παρούσα φάση, ως ενότητα ελήφθη η σημασία μιας ομάδας λέξεων ή φράσεων, που περιέγραφαν τον τρόπο που γινόταν αντιληπτή στο συμμετέχοντα η λειτουργία του κλινικού του συλλογισμού μέχρι να λάβει μία απόφαση.

4. Η κωδικοποίηση των δεδομένων έγινε με βάση την αρχική κατηγοριοποίηση σε δύο πυρηνικές κατηγορίες: α) στον αναλυτικό συλλογισμό και β) το διαισθητικό συλλογισμό. Οι επιμέρους κατηγορίες αντιστοιχούσαν στα τέσσερα πρότυπα λήψης αποφάσεων, που προτείνονται από τις Lauri et al (2001): α) αναλυτική σκέψη, β) επικράτηση αναλυτικής σκέψης και διαίσθηση, γ) επικράτηση της διαισθητικής σκέψης και ανάλυση, δ) διαίσθηση. Στη συνέχεια, σε κάθε κατηγορία αναζητήθηκαν κοινές κατανοήσεις – θέματα στο λόγο των συμμετεχόντων, με βάση τα παρακάτω χαρακτηριστικά της αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης: α) το χαρακτήρα της γνωστικής διαδικασίας, β) την επίγνωση του κλινικού προβλήματος, γ) τον έλεγχο του αποφασίζοντα επί της κλινικής κατάστασης, δ) τον αυτοματισμό των πράξεων, ε) την ταχύτητα της δράσης, στ) την ικανότητα πρόβλεψης της κλινικής έκβασης, ζ) τη συναισθηματική φόρτιση, η) τη λεπτομέρεια στη διαδικασία, θ) τη δυνατότητα προγραμματισμού και ι) τη συνολική ή σταδιακή προσέγγιση στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

5. Για την επικύρωση του πλαισίου κωδικοποίησης, η ανάλυση ξεκίνησε αμέσως μετά την πρώτη απομαγνητοφώνηση και από τους δύο ανεξάρτητους αναλυτές, που εργάζονταν παράλληλα. Οι διαφορές στην κατάταξη των δεδομένων στις κατηγορίες ή σε σχέση με τα δέκα ως άνω χαρακτηριστικά της γνωστικής διαδικασίας συζητήθηκαν διεξοδικά μεταξύ των ερευνητών μέχρι να καταλήξουν σε συμφωνία. Όταν εξασφαλίστηκε συμφωνία για τα κωδικοποιημένα δεδομένα, η κωδικοποίηση επεκτάθηκε σε όλα τα ημερολόγια στηριζόμενη στους ίδιους κανόνες.

6. Στη συνέχεια, οι απόψεις των συμμετεχόντων που εντάσσονταν σε κάθε πρότυπο της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων συζητήθηκαν με βάση τα ευρήματα από προηγούμενες έρευνες.

7. Στο τελευταίο βήμα, αξιολογήθηκε η ποιότητα της ανάλυσης με τις εξής στρατηγικές:

- *Αξιοπιστία της έρευνας*

- Η πρώτη μεθοδολογική στρατηγική που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη φάση με στόχο τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της έρευνας ήταν η τριγωνοποίηση (triangulation) μεθόδων και δεδομένων. Τριγωνοποίηση καλείται η

εφαρμογή και συνδυασμός διαφορετικών ερευνητικών μεθόδων στη διερεύνηση του ιδίου φαινομένου (Denzin 1994). Τα δεδομένα από τις ομάδες εστίασης έτυχαν τριγωνοποίησης με τα δεδομένα των ερωτηματολογίων, ενώ παράλληλα οι ομαδικές συζητήσεις έτυχαν τριγωνοποίησης η μία με την άλλη. Η τριγωνοποίηση αυτή προσέδιδε πιστότητα στα ευρήματα της έρευνας και εξασφάλιζε την επάρκεια και την καταλληλότητα των ερμηνειών που προέκυπταν από αυτά.

- Η αξιοπιστία της έρευνας υποστηρίχτηκε και με τους τρόπους που εφαρμόστηκαν κατά την πρώτη φάση της μελέτης. Συγκεκριμένα, η παρατεταμένη ενασχόληση με το αντικείμενο της έρευνας και η επιτήρηση της μεθόδου από έμπειρη ερευνήτρια, καθώς και την ακαδημαϊκή υπεύθυνο, που επόπτευσε το σύνολο της διδακτορικής μελέτης, συντέλεσαν ώστε να διασφαλιστεί η φερεγγυότητα των ευρημάτων.

- Επιπρόσθετα, προκειμένου να απομονωθούν οι προσωπικές πεποιθήσεις των αναλυτών για τη διαδικασία λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων προηγήθηκε ο καθορισμός του αντιληπτικού περιγράμματος των ερευνητών. Παρακάτω αναφέρεται το αντιληπτικό περίγραμμα της βασικής ερευνήτριας:

«Οι νοσηλευτές λαμβάνουμε καθημερινά αναρίθμητες αποφάσεις στο χώρο που εργαζόμαστε. Είτε για τη φροντίδα των ασθενών ή σε σχέση με άλλες υπευθυνότητες που μας ανατίθενται π.χ διοικητικές, εκπαιδευτικές κλπ. Για παράδειγμα, αποφασίζω να εκτιμήσω ποιους κινδύνους έχει ένας ασθενής να αναπτύξει μια κατάκλιση, ώστε να επιλέξω τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και μην εκδηλωθεί σε αυτόν έλκος. Αν πάρω αυτή την απόφαση και την τοποθετήσω στο περιβάλλον της ΜΕΘ, νομίζω ότι την κάνω πιο περίπλοκη. Δεν αρκούμαι μόνο στην εκτίμηση της ηλικίας, ή το βάρος του σώματος ή την κατάσταση του δέρματος, πρέπει να αξιολογήσω και το επίπεδο συνείδησης που συχνά είναι χαμηλό στη ΜΕΘ, και την κινητικότητά του, που σχεδόν πάντα είναι περιορισμένη, και την αιμοδυναμική του κατάσταση, και την κατάσταση της διατροφής του, και την υγιεινή του σώματος και τόσους άλλους παράγοντες... Στη συνέχεια, ακόμα και η πρόληψη γίνεται τόσο σύνθετη. Πώς θα μετακινηθεί ο ασθενής επί κλίνης, φέροντας πολύπλοκο εξοπλισμό πάνω του για να μειωθεί η πίεση στα σημεία που ασκείται; Πώς θα διορθωθούν τα ελλείμματα στη θρέψη; Πώς θα διατηρηθεί η υγιεινή του δέρματος; Και έστω ότι βρίσκεται ο σωστός τρόπος, τότε είναι η κατάλληλη στιγμή για παρέμβαση; Με ποιους πρέπει να συνεργαστώ για τη συνολική του φροντίδα;

Βέβαια οι παραπάνω αποφάσεις αφορούν σε νοσηλευτικές δραστηριότητες κοινές και συνηθισμένες στη ΜΕΘ. Γι' αυτές λίγο πολύ είσαι προετοιμασμένος, με την έννοια ότι

ξέρεις την πιθανή εξέλιξη ενός έλκους, μπορείς να προβλέψεις τις επιπλοκές του, αλλά και μέχρι ποιο σημείο μπορείς να ενεργήσεις αυτόνομα και τότε χρειάζεται και η παρέμβαση άλλων ειδικοτήτων, π.χ του χειρουργού. Με αυτόν τον τρόπο έχεις ένα σχέδιο στο μυαλό σου, που σε βοηθά όχι μόνο να κάνεις την κατάλληλη επιλογή, αλλά και την έγκαιρη επιλογή. Και όταν όλα είναι στο μυαλό σου, νιώθεις ασφάλεια και σιγουριά. Τι κάνεις όταν κάποιος ασθενής χρειάζεται παρεμβάσεις, κι επομένως κι αποφάσεις, που δεν είναι συνηθισμένες;

Τότε η δράση είναι περισσότερο διστακτική. Επομένως και αργή. Χρειάζεται να καλύψεις το κενό των γνώσεων ή των εμπειριών με νέες πληροφορίες. Και πληροφορίες που να προέρχονται από περισσότερες της μίας πηγής, εκτός αν καταφεύγεις αμέσως στη βιβλιογραφία. Διαφορετικά, η γνώμη του συναδέλφου, πρέπει νομίζω να διασταυρωθεί και με τη γνώμη ενός δεύτερου ή ενός γιατρού. Μία συζήτηση μπορεί να γεννήσει νέες ιδέες ή να σε κάνει να νιώσεις ασφάλεια με τη λύση που έχεις ήδη σκεφτεί.

Και αν δεν μπορούν να προσφερθούν όσες πληροφορίες θα ήθελα για το συγκεκριμένο πρόβλημα; Αν δηλαδή δεν μπορώ να έχω πρόσβαση στη βιβλιογραφία ή ακόμα χειρότερα στα κλινικά ευρήματα για τον ίδιο τον ασθενή; Τότε ανατρέχω στη μνήμη μου και προσπαθώ να θυμηθώ παρόμοιες περιπτώσεις, που εκδηλώθηκαν με παρόμοια συμπτώματα και σημεία για να αναγνωρίσω τη διαταραχή. Θέλω οπωσδήποτε να ονοματίσω το πρόβλημα που έχω μπροστά μου για να προβώ σε παρέμβαση.

Το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο έντονο, όταν και ο χρόνος είναι πολύ περιορισμένος και το πρόβλημα απαιτεί λύση εδώ και τώρα. Τότε η κατάσταση γίνεται πραγματικά πολύ πιεστική, γιατί η προσεκτική αξιολόγηση για μένα είναι πολύ σημαντικό κομμάτι στη δουλειά μου. Θεωρώ πως αποτελεί τη μισή μου δουλειά στη ΜΕΘ. Ευτυχώς, μετά από κάποια χρόνια εμπειρίας, έχεις αρκετές εμπειρίες, ώστε ακόμα και με περιορισμένο χρόνο να κάνεις μία στοιχειώδη αξιολόγηση δύο ή τριών στοιχείων – αυτών που θεωρείς περισσότερο σημαντικά – και να παίρνεις μία απόφαση μετά από κάποια σκέψη. Οι μόνες στιγμές που ανακαλώ να έχω παρέμβει άμεσα, χωρίς δεύτερη σκέψη, είναι αυτές που έχω νιώσει φόβο ή αγωνία ότι αν δεν κάνω κάτι τώρα, ο ασθενής μου μπορεί και να μην ζήσει. Τότε, η επιθυμία μου να παρέμβω στο ασθενή είναι μεγαλύτερη από το να αξιολογήσω την κατάσταση. Η άμεση παρέμβαση με κάνει να νιώθω περισσότερο ασφαλής, παρά να καθυστερήσω για να εξετάσω κάποια στοιχεία του ασθενή μου. Αν με ρωτήσετε, τότε είναι αυτή η στιγμή, θα απαντήσω πως ποτέ δεν είναι σταθερή. Συνήθως, η στιγμή που εγκαταλείπω την αναζήτηση κλινικών πληροφοριών που να διαφωτίζουν την κατάσταση του αρρώστου και σταματώ την αξιολόγηση του ασθενή είναι

όταν ο θόρυβος του monitor γίνεται επίμονος και οι τιμές των ζωτικών πέφτουν ραγδαία, πολύ κάτω από τα όρια στα οποία αισθάνομαι συνήθως ετοιμότητα. Άλλες πάλι φορές, υπάρχει κάτι στην εικόνα του ασθενή, που σε κάνει να πιστεύεις ότι η σταθερότητα που δείχνουν τα monitor είναι προσωρινή. Συνήθως είναι το χρώμα του δέρματος. Άλλες πάλι φορές είναι ο τόσο βαθύς ύπνος, που δεν δικαιολογείται από τις δόσεις των φαρμάκων...

Ο νοσηλευτής χρειάζεται γνώσεις και εμπειρία για να πάρει κλινικές αποφάσεις. Λέγοντας γνώσεις, εννοώ επιστημονικές, αλλά και πρακτικές, από το πώς λειτουργεί μία αντλία μέχρι σε ποιο τηλέφωνο βρίσκεις την ομάδα διασωλήνωσης. Και εμπειρία... Όχι για να υποκαταστήσει το πιθανό έλλειμμα γνώσεων, αλλά για να τους δώσει νόημα, να τις συνδέσει με τέτοιο τρόπο, που να κάνει τη λύση ξεκάθαρη... σε ελάχιστο χρόνο. Βέβαια, πρέπει να έχει διάθεση τόσο να ασχοληθεί με τον ασθενή του πέρα από τις τυπικές αρμοδιότητες της χορήγησης φαρμάκων, αλλά και επιθυμία να λάβει αποφάσεις γι' αυτόν. Τα κίνητρα είναι το ενδιαφέρον για τον ασθενή και το ενδιαφέρον για επαγγελματική ανάπτυξη. Δύο παράγοντες που μπορούν να λειτουργήσουν και ως αντικίνητρα στην περίπτωση της τραγικής υποστελέχωσης των ΜΕΘ ή της απαξίωσης του νοσηλευτικού ρόλου... καταστάσεις επίκαιρες και δυστυχώς διαχρονικές!

Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν να λαμβάνουν αποτελεσματικές αποφάσεις όπως κάθε επιστήμονας στο επαγγελματικό και επιστημονικό του πεδίο. Οι παραδοσιακές διαλέξεις πρέπει να αντικατασταθούν σε ένα μέρος τους από οργανωμένη κλινική εκπαίδευση. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι και πρακτικά επικεντρωμένη στις επιθυμίες και τις προσδοκίες του αρρώστου από νωρίς. Όχι μόνο στη θεωρία... και στην πράξη. Δεν μπορεί να μαθαίνεις ότι επίκεντρο της φροντίδας είναι ο άρρωστος και να κάνεις την πρακτική σου σε ένα σύστημα απόλυτα ιατροκεντρικό. Η δύναμη της εικόνας του θρασύτατα κυρίαρχου επαγγελματία υγείας πάνω στον ασθενή είναι πιο δυνατή από χίλια συγγράμματα. Και δεν είναι μόνο αυτή η αντίφαση που υπάρχει. Δυστυχώς, συζητούμε για λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές στην εποχή της αλματώδους τεχνολογικής εξέλιξης, που καθιστά τους νοσηλευτές προεκτάσεις της θαυματουργής και πανάκριβης ιατρικής τεχνολογίας στις ΜΕΘ. Αποφασίσαμε να ανοίξουμε τη συζήτηση για κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις στη ΜΕΘ σε μία εποχή που η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει χάσει κάθε προσανατολισμό και γίνεται όλο και περισσότερο «συναισθηματικά αδιάφορη» και «διανοητικά οκνηρή», παράγοντας μέτριους νοσηλευτές με μέτριες γνώσεις. Αποφασίσαμε να ανοίξουμε τη συζήτηση για νοσηλευτικές αποφάσεις σε μία εποχή που η κοινωνική ευαισθησία και η ανθρωπιά για τον άρρωστο βρίσκονται σε

ελεύθερη πτώση, εξαιτίας των απάνθρωπων εργασιακών συνθηκών. Υπάρχει χρόνος για αλλαγή πορείας; Δεν είμαι σίγουρη!»

- *Διασφάλιση της μεταβιβασιμότητας των ευρημάτων*

Με σκοπό να διασφαλιστεί η μεταβιβασιμότητα αυτής της ερευνητικής εργασίας, έγινε λεπτομερής περιγραφή όλης της πορείας που ακολουθήθηκε για τη διεξαγωγή και την ολοκλήρωση της παρούσας φάσης, καθώς και των πληροφοριών που προέκυψαν, έτσι ώστε να μπορεί να επαναληφθεί και να χρησιμοποιηθεί από κάθε ενδιαφερόμενο. Τα στάδια διεξαγωγής της έρευνας παρατίθενται συνοπτικά με τη μορφή σχεδιαγράμματος στο Σχήμα 7.2.

- *Διασφάλιση της βασιμότητας της έρευνας*

Σχετικά με βασιμότητα κρατήθηκαν και είναι διαθέσιμες οι μεθοδολογικές σημειώσεις διεργασίας και δόμησης του οδηγού ομαδικής συζήτησης και περιγράφηκαν αναλυτικά οι βασικές διαδικασίες που εφαρμόστηκαν κατά τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων. Επίσης, η ουδετερότητα των ερευνητών εξασφαλίστηκε με προκαταρκτική συμφωνία για ουδέτερη στάση του συντονιστή των ομάδων, ελεύθερη έκφραση απόψεων από όλα τα μέλη των ομάδων, χωρίς παρεμβολές, καμία παρέμβαση από τους ερευνητές κατά τη διάρκεια των συζητήσεων και πιστή εφαρμογή του πρωτοκόλλου της διαδικασίας.

- *Διασφάλιση της επιβεβαιωσιμότητας της έρευνας*

Κρατήθηκαν τα κείμενα και οι ηχογραφήσεις των συνεντεύξεων, ο οδηγός ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων και όλα τα αρχεία με τις σημειώσεις που προέκυψαν από την κωδικοποίηση των δεδομένων με την εφαρμογή της ανάλυσης περιεχομένου.

7.10.2.3 Ποιοτική ανάλυση περιεχομένου των δεδομένων ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών

Στο δεύτερο μέρος της ίδιας έρευνας διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών στη ΜΕΘ. Δεδομένου ότι για το συγκεκριμένο θέμα δεν υπήρχε προϋπάρχον θεωρητικό πλαίσιο, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, όπως ακολουθήθηκε στην πρώτη φάση. Τα στάδια της ήταν τα εξής:

1. Ως μονάδα ανάλυσης ορίστηκε το θέμα. Η κωδικοποίηση των δεδομένων ακολούθησε τους κανόνες της αντικειμενικότητας, της εξανλητικότητας, της καταλληλότητας και του αμοιβαίου αποκλεισμού (Κυριαζή 1999). Σε ένα δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, οι κατηγορίες που δημιουργήθηκαν ήταν οι εξής δώδεκα: α) Γνώσεις, β) Εμπειρία, γ) Γνώση του ασθενή, δ) Χαρακτηριστικά του ασθενή, ε) Πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος, στ) Χρονική πίεση, ζ) Στρες, η) Ικανότητες του αποφασίζοντα, θ) Κίνητρα του αποφασίζοντα, ι) Σχέσεις με τους συνεργάτες, ια) Επαγγελματικό πλαίσιο για τους νοσηλευτές ΜΕΘ και ιβ) Οργάνωση της ΜΕΘ. Στο τρίτο επίπεδο ανάλυσης οι κατηγορίες εντάχθηκαν στις εξής τρεις πυρηνικές κατηγορίες: α) παράγοντες σχετιζόμενοι με τον αποφασίζοντα. β) παράγοντες σχετιζόμενοι με το κλινικό πρόβλημα και γ) παράγοντες σχετιζόμενοι με το πλαίσιο λήψης της απόφασης. Οι συχνές συναντήσεις των αναλυτών οδήγησαν στη βελτιστοποίηση της ταξινόμησης

2. Η ως άνω κωδικοποίηση επεκτάθηκε σε όλο το απομαγνητοφωνημένο υλικό στηριζόμενη στους ίδιους κανόνες.

3. Στη συνέχεια, οι απόψεις των συμμετεχόντων που εντάσσονταν σε κάθε πρότυπο της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων συζητήθηκαν με βάση τα ευρήματα από προηγούμενες έρευνες.

4. Στο τελευταίο βήμα, αξιολογήθηκε η ποιότητα της ανάλυσης με έλεγχο της αξιοπιστίας της, της μεταβασιμότητας/γενικευσιμότητάς της, της βασιμότητάς της και της επιβεβαιωσιμότητάς των ευρημάτων της, όπως έχει ήδη αναφερθεί.

7.10.3 Ανάλυση δεδομένων της φάσης III της μελέτης

7.10.3.1 Πιλοτική μελέτη – Διαδικασία αξιολόγησης των εργαλείων μέτρησης

Πριν τη διεξαγωγή της κύριας μελέτης προηγήθηκε πιλοτική δοκιμή, που επικεντρώθηκε στην προκαταρκτική στάθμιση των δύο εργαλείων μέτρησης της παρούσας έρευνας. Αρχικά, το πιλοτικό ερωτηματολόγιο με τα δύο εργαλεία χορηγήθηκε α) σε δείγμα ευκολίας 36 νοσηλευτών ΜΕΘ, έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί ο έλεγχος της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του και να διορθωθούν όσο το δυνατό περισσότερο τυχόν λάθη ή παραλείψεις και μετά β) σε δείγμα ευκολίας 196 νοσηλευτών ΜΕΘ για την εκτενέστερη ψυχομετρική τους ανάλυση, αλλά και την εξέταση με προχωρημένες στατιστικές δοκιμασίες για τον προσδιορισμό των διαστάσεων του πρωτότυπου ερωτηματολογίου.

Η πρώτη πιλοτική μελέτη διεξήχθη το Φεβρουάριο 2013. Το ερωτηματολόγιο εστάλη ηλεκτρονικά σε 36 νοσηλευτές ΜΕΘ και επεστράφη και από τους 36 (ποσοστό ανταπόκρισης 100%). Από τα σχόλια των συμμετεχόντων, ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων κυμαίνονταν από 10 έως 15 λεπτά, με διάμεσο χρόνο τα 12 λεπτά. Ακολούθησε έλεγχος για ελλιπή δεδομένα σε κάθε ερωτηματολόγιο. Από την ανάλυση αποκλείστηκαν τα ερωτηματολόγια που περιείχαν ελλιπείς τιμές σε βασικές μεταβλητές, όπως στις μεταβλητές του NDMI ή/και περισσότερες από πέντε απύσες τιμές στο Ερωτηματολόγιο Παραγόντων. Ο παραπάνω έλεγχος απέκλεισε δύο ερωτηματολόγια (ελλιπείς τιμές στο NDMI).

Το πρώτο πιλοτικό δείγμα τελικά αποτέλεσαν 34 νοσηλευτές με τα χαρακτηριστικά που αναλύονται στον Πίνακα 7.4

Πίνακας 7.4 Χαρακτηριστικά του δείγματος της πρώτης πιλοτικής μελέτης

| Χαρακτηριστικό | |
|---|------------------|
| Ηλικία (έτη): μέση τιμή (\pm sd) | 35,85 \pm 5,08 |
| Άνδρες/Γυναίκες (n) | 9/25 |
| Πανεπιστημιακής/Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (n) | 14/20 |
| Μεταπτυχιακές Σπουδές | |
| Μεταπτυχιακό δίπλωμα | 23 |
| Διδακτορική διατριβή | 7 |
| Συνολική νοσηλευτική εμπειρία (έτη): μέση τιμή (\pm sd) | 11,5 \pm 5,07 |
| Συνολική εμπειρία σε ΜΕΘ (έτη): μέση τιμή (\pm sd) | 7,94 \pm 4,60 |
| Συνολική εμπειρία στην παρούσα ΜΕΘ (έτη): μέση τιμή (\pm sd) | 7,01 \pm 4,45 |
| Τύπος ΜΕΘ (n) | |
| Γενική ΜΕΘ | 24 |
| Παθολογική ΜΕΘ | 1 |
| Χειρουργική ΜΕΘ | 4 |
| Μονάδα Εμφραγμάτων | 5 |

Η αξιοπιστία ήταν το πρώτο χαρακτηριστικό που μετρήθηκε στα δύο εργαλεία και αναφέρεται στη σταθερότητα που εμφανίζει σε διαδοχικές μετρήσεις (Polit & Hungler 1999, Gilbert 1993). Στη συνέχεια ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των εργαλείων με την εκτίμηση του συντελεστή Cronbach's alpha, που δείχνει την ομοιογένεια του ερωτηματολογίου (Litwin 1995). Ο συντελεστής Cronbach's alpha θεωρείται αποδεκτός όταν η τιμή του είναι $>0,7$ (Houser 2008). Επειδή το εργαλείο NDMI εφαρμόστηκε για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό νοσηλευτών, με διαφορετικά πολιτισμικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και γλώσσα, αλλά και δεδομένου ότι το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων κατασκευάστηκε εξ αρχής και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά, ο έλεγχος της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής ήταν απαραίτητος και για τα δύο εργαλεία (Litwin 1995). Οι αναλύσεις έγιναν με τη χρήση

του στατιστικού πακέτου SPSS (v17). Η τιμή του συντελεστή Cronbach's alpha για το σύνολο των θεμάτων του ερωτηματολογίου NDMI_SV ήταν 0,853 στην πρώτη πιλοτική μελέτη. Για το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων η τιμή του Cronbach's alpha για το σύνολο των θεμάτων ήταν 0,874.

Η αξιοπιστία των δύο ημίκλαστων (split – half reliability) για το NDMI-SV με $\alpha_1 = 0,80$ και $\alpha_2 = 0,76$ και για το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων με $\beta_1 = 0,762$ και $\beta_2 = 0,871$ επιβεβαιώνουν την ακρίβεια των μετρήσεων. Η πολύ καλή συσχέτιση των δύο ημίκλαστων (α_1 και α_2) για το NDMI ήταν αναμενόμενη ($r=0.79$), γιατί το ερωτηματολόγιο μετρά μία συμπεριφορά (λήψη κλινικών αποφάσεων) εκδηλούμενη με διαφορετικούς τρόπους (αναλυτικό ή διαισθητικό), καθένας από τους οποίους ελέγχεται με τον ίδιο αριθμό ερωτήσεων. Αλλά και η μέτρια συσχέτιση των δύο ημίκλαστων στον έλεγχο αξιοπιστίας του Ερωτηματολογίου Παραγόντων ήταν ικανοποιητική ($r=0.62$), αφού το ερωτηματολόγιο μετρά παράγοντες που δεν συσχετίζονται απαραίτητα μεταξύ τους και δεν ελέγχονται με το ίδιο πλήθος ερωτήσεων, ώστε να δώσουν υψηλό συντελεστή συσχέτισης. Ωστόσο, η εσωτερική συνάφεια των δύο τμημάτων του (β_1 και β_2) παραμένει υψηλή.

Περαιτέρω έλεγχος της αξιοπιστίας των εργαλείων μέτρησης έγινε με την εφαρμογή της μεθόδου δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest). Ο συγκεκριμένος έλεγχος έγινε προκειμένου να εξακριβωθεί αν τα εργαλεία μέτρησης διέθεταν σταθερότητα αναφορικά με τις μετρήσεις (Kimbelrin & Winterstein 2008). Έτσι, τα εργαλεία διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά στο ίδιο δείγμα 34 νοσηλευτών δύο φορές με ένα μήνα διαφορά μεταξύ των δύο διανομών. Το χρονικό διάστημα των 30 ημερών, που μεσολάβησε, επιλέχτηκε ώστε οι συμμετέχοντες να μην δώσουν τις ίδιες απαντήσεις που είχαν δώσει στην αρχική μέτρηση βασιζόμενοι στη μνήμη τους (Litwin 1995). Παράλληλα, το μεσοδιάστημα μεταξύ των μετρήσεων ήταν κατάλληλο, ώστε να παραμείνουν σταθερές οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για την επίδραση των συγκεκριμένων παραγόντων στις κλινικές τους αποφάσεις. Μετά από τις δύο μετρήσεις, η συνολική βαθμολογία της πρώτης μέτρησης του κάθε ερωτηματολογίου (χρόνος 1) συσχετίστηκε με τη συνολική βαθμολογία της δεύτερης μέτρησης (χρόνος 2) του κάθε ερωτηματολογίου αντίστοιχα. Για το NDMI_sv ο συντελεστής συσχέτισης r μεταξύ των δύο βαθμολογιών ήταν $r=0.924$ ($p<0.000$) και για το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων ήταν $r=0.857$ ($p<0.000$). Οι ως άνω συντελεστές συσχέτισης δείχνουν ότι οι κλίμακες

της έρευνας είχαν πολύ καλή αξιοπιστία στον επαναληπτικό έλεγχο (test-retest reliability).

Ακολούθως, μετά την εκτίμηση της αξιοπιστίας τους, ελέγχθηκε η εγκυρότητά τους. Το NDMI_sv έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε πληθυσμούς νοσηλευτών, για τους οποίους είχε σχεδιαστεί ερευνητικά κι επομένως θεωρείται έγκυρο (Bowling 2002, Bjork & Hamilton 2011). Το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά σε πληθυσμό νοσηλευτών ΜΕΘ και για τη διασφάλιση της εγκυρότητάς του ακολουθήθηκαν οι παρακάτω προσεγγίσεις:

- *Φαινομενική εγκυρότητα*

Η φαινομενική εγκυρότητα αποτελεί μία στοιχειώδη μορφή εγκυρότητας, που δείχνει ότι το εργαλείο μέτρησης φαίνεται να εκτιμά την έννοια που αναφέρεται ότι μετράει (LoBiondo-Wood & Haber 1994). Για να έχει ένα ερωτηματολόγιο φαινομενική εγκυρότητα πρέπει να γίνεται κατανοητό με την «πρώτη ματιά» εάν το περιεχόμενο των προτάσεων είναι εννοιολογικά σχετικό με ό,τι προτίθεται να μετρήσει. Το παρόν ερωτηματολόγιο ήταν προφανές ότι μετρούσε τη σημασία που απέδιδαν οι νοσηλευτές ΜΕΘ σε διάφορους παράγοντες που μπορούσαν να επηρεάσουν τις κλινικές τους αποφάσεις και γινόταν εύκολα κατανοητό ότι σχετιζόταν άμεσα με το σκοπό της μελέτης. Εντούτοις, η ερευνητική ομάδα δεν περιορίστηκε στην αρχική αδρή εκτίμηση των ερευνητών της, αλλά ζητήθηκε από Ομάδα Ειδικών να αξιολογήσουν εάν το εργαλείο στοχεύει σε ό,τι υποστηρίζει ότι μετρά. Τα μέλη της Ομάδας Ειδικών διαπίστωσαν με μία αδρή επισκόπηση ότι το ερωτηματολόγιο περιέχει στο σύνολό του προτάσεις που αναφέρονται σε συνθήκες, χαρακτηριστικά και καταστάσεις που ενδεχομένως επιδρούν στη λήψη κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών στη ΜΕΘ.

- *Εγκυρότητα περιεχομένου*

Η εγκυρότητα περιεχομένου είναι μια περισσότερο λεπτομερής και αντικειμενική έννοια που αναφέρεται στο κατά πόσο ένα εργαλείο μέτρησης καλύπτει εννοιολογικά το εύρος των μεταβλητών που μετράει. Έτσι, εντοπίζονται οι διαστάσεις που πρόκειται να μετρηθούν, ώστε να περιλαμβάνονται στις προτάσεις του εργαλείου (LoBiondo-Wood & Haber 1994). Για το Ερωτηματολόγιο Παραγόντων προηγήθηκε τόσο βιβλιογραφική ανασκόπηση, όσο και ομαδικές συζητήσεις προκειμένου να εντοπιστούν τα θέματα που έπρεπε να περιληφθούν σε αυτό. Ακολούθως, κρίθηκε σημαντικό να ερωτηθούν άτομα από τον πληθυσμό των νοσηλευτών ΜΕΘ που

επρόκειτο να μελετηθεί για την καταλληλότητα του περιεχομένου της κλίμακας (Litwin 1995). Υπενθυμίζεται ότι το όργανο μέτρησης υποβλήθηκε και σε Ομάδα Κλινικών Εμπειρογνομόνων, οι οποίοι βαθμολόγησαν κάθε πρόταση σε μία τετράβαθμη κλίμακα (1=Καθόλου Σχετικό, 2=Λίγο Σχετικό, 3=Αρκετά Σχετικό και 4=Πολύ Σχετικό). Η βαθμολόγηση των μελών της Ομάδας Εμπειρογνομόνων υπολογίστηκε για κάθε πρόταση του ερωτηματολογίου και παρέμειναν στο όργανο μέτρησης οι 60 προτάσεις που συγκέντρωναν τιμή τουλάχιστον 3.

- *Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής*

Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής εξετάστηκε με διερευνητική (exploratory) παραγοντική ανάλυση των απαντήσεων (ανάλυση κυρίων συνιστωσών, principal component analysis) σε δείγμα ευκολίας 196 νοσηλευτών ΜΕΘ (Πίνακας 7.5).

Πίνακας 7.5 Χαρακτηριστικά του δείγματος της δεύτερης πιλοτικής μελέτης

| Χαρακτηριστικό | n=196 |
|--|--------------|
| Ηλικία (έτη): μέση τιμή (sd) | 36,38 (7,73) |
| Άνδρες/Γυναίκες (n) | 47/149 |
| Πανεπιστημιακής/Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (n) | 45/151 |
| Μεταπτυχιακές Σπουδές | |
| Μεταπτυχιακό δίπλωμα | 78 |
| Διδακτορική διατριβή | 9 |
| Συνολική νοσηλευτική εμπειρία (έτη): μέση τιμή (sd) | 11,49 (6,17) |
| Συνολική εμπειρία σε ΜΕΘ (έτη): μέση τιμή (sd) | 8,10 (5,61) |
| Συνολική εμπειρία στην παρούσα ΜΕΘ (έτη): μέση τιμή (sd) | 7,11 (5,52) |
| Τύπος ΜΕΘ (n) | |
| Γενική ΜΕΘ | 120 |
| Παθολογική ΜΕΘ | 5 |
| Χειρουργική ΜΕΘ | 19 |
| Μονάδα Εμφραγμάτων | 46 |
| Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας | 6 |
| Αυτό-αξιολόγηση της κλινικής εμπειρίας του νοσηλευτή (n) | |
| Καθόλου/Ελάχιστη εμπειρία | 3 |
| Μικρή εμπειρία | 21 |
| Μέτρια εμπειρία | 72 |
| Μεγάλη εμπειρία | 82 |
| Πολύ μεγάλη εμπειρία | 18 |

Αρχικά, επιβεβαιώθηκε η επάρκεια των δεδομένων να ανταποκριθούν στις θεωρητικές προϋποθέσεις που απαιτούνται για την εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης. Η μέτρηση Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0.77) και το Bartlett's Test of Sphericity με τιμή 6416,67 ($p < 0.000$) απέδειξαν την επάρκεια του δείγματος για την παραγοντική ανάλυση. Ως κατώτατο όριο φόρτισης παραγόντων τέθηκε το 0,4. Η περιστροφή που εφαρμόστηκε ήταν η Ορθογώνια Περιστροφή Αξόνων με τη μέθοδο

Varimax. Αρχικά εντοπίστηκαν 16 παράγοντες με ιδιοτιμή>1, οι οποίοι τελικά μειώθηκαν σε οκτώ, που εξηγούν το 51,8% της συνολικής διακύμανσης:

1. Πολυπλοκότητα & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος: 11 δηλώσεις (θέματα: 19-26, 47-49)
2. Γνώσεις & Επίγνωση: 8 δηλώσεις (θέματα: 2-6,11, 31,32,)
3. Υπευθυνότητα & Συνεργασία: 7 δηλώσεις (θέματα: 33,34, 50,51, 57,59,60)
4. Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ: 5 δηλώσεις (θέματα 53-56, 58)
5. Γνώση του Ασθενή: 9 δηλώσεις (θέματα 7-10, 35-39)
6. Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ: 8 δηλώσεις (θέματα 27-30, 40,41,43,46)
7. Χαρακτηριστικά του Ασθενή: 7 δηλώσεις (θέματα 12-18)
8. Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες Νοσηλευτών: 3 δηλώσεις (θέματα 42,44,45)

Οι ερωτήσεις 1 (*Για να λάβω μία κλινική απόφαση είναι σημαντικό να διαθέτω επιστημονικές γνώσεις σχετικά με το κλινικό πρόβλημα που αντιμετωπίζω*) και 52 (*Για να λάβω μία κλινική απόφαση είναι σημαντικό να έχω την ελευθερία να δρω προς το συμφέρον του ασθενή με δική μου πρωτοβουλία και με βάση αυτά που γνωρίζω*) παρουσίασαν φόρτιση <0,4 στην παρούσα πιλοτική δοκιμή. Θεωρήθηκαν όμως απαραίτητες για την εννοιολογική πληρότητα του ερωτηματολογίου και διατηρήθηκαν, ώστε να ελεγχθούν στο τελικό δείγμα με επιβεβαιωτική (confirmatory) παραγοντική ανάλυση.

Οι δηλώσεις σχετικά με το τι αξιολογήθηκε σημαντικό από τους συμμετέχοντες ώστε να επηρεάσει τις κλινικές τους αποφάσεις στη ΜΕΘ και η ανάλυσή τους σε 8 παράγοντες παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.6.

Πίνακας 7.6 Παραγοντική δομή του Ερωτηματολογίου Διερεύνησης των Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ

| ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | | | | | | | | |
|------------|---|--------------------|---------------------------|--------------------------------------|------------------|--|---------------------------|--|
| | Πολυπλοκότητα & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος | Γνώσεις & Επίγνωση | Υπευθυνότητα & Συνεργασία | Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ | Γνώση του Ασθενή | Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ | Χαρακτηριστικά του Ασθενή | Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες Νοσηλευτών |
| EP_2 | | 0,47 | | | | | | |
| EP_3 | | 0,71 | | | | | | |
| EP_4 | | 0,67 | | | | | | |
| EP_5 | | 0,46 | | | | | | |
| EP_6 | | 0,49 | | | | | | |
| EP_7 | | | | | 0,55 | | | |
| EP_8 | | | | | 0,42 | | | |
| EP_9 | | | | | 0,53 | | | |
| EP_10 | | | | | 0,50 | | | |
| EP_11 | | 0,53 | | | | | | |
| EP_12 | | | | | | | 0,45 | |
| EP_13 | | | | | | | 0,67 | |
| EP_14 | | | | | | | 0,80 | |
| EP_15 | | | | | | | 0,59 | |
| EP_16 | | | | | | | 0,77 | |
| EP_17 | | | | | | | 0,68 | |
| EP_18 | | | | | | | 0,59 | |
| EP_19 | 0,44 | | | | | | | |
| EP_20 | 0,40 | | | | | | | |
| EP_21 | 0,48 | | | | | | | |
| EP_22 | 0,65 | | | | | | | |
| EP_23 | 0,62 | | | | | | | |
| EP_24 | 0,52 | | | | | | | |
| EP_25 | 0,59 | | | | | | | |
| EP_26 | 0,50 | | | | | | | |
| EP_27 | | | | | | 0,50 | | |
| EP_28 | | | | | | 0,45 | | |
| EP_29 | | | | | | 0,49 | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|------|------|------|------|------|--|------|
| EP_30 | | | | | | 0,51 | | |
| EP_31 | | 0,56 | | | | | | |
| EP_32 | | 0,64 | | | | | | |
| EP_33 | | | 0,46 | | | | | |
| EP_34 | | | 0,40 | | | | | |
| EP_35 | | | | | 0,62 | | | |
| EP_36 | | | | | 0,67 | | | |
| EP_37 | | | | | 0,39 | | | |
| EP_38 | | | | | 0,55 | | | |
| EP_39 | | | | | 0,60 | | | |
| EP_40 | | | | | | 0,56 | | |
| EP_41 | | | | | | 0,53 | | |
| EP_42 | | | | | | | | 0,56 |
| EP_43 | | | | | | 0,58 | | |
| EP_44 | | | | | | | | 0,54 |
| EP_45 | | | | | | | | 0,72 |
| EP_46 | | | | | | 0,48 | | |
| EP_47 | 0,48 | | | | | | | |
| EP_48 | 0,43 | | | | | | | |
| EP_49 | 0,41 | | | | | | | |
| EP_50 | | | 0,58 | | | | | |
| EP_51 | | | 0,60 | | | | | |
| EP_53 | | | | 0,74 | | | | |
| EP_54 | | | | 0,67 | | | | |
| EP_55 | | | | 0,62 | | | | |
| EP_56 | | | | 0,72 | | | | |
| EP_57 | | | 0,63 | | | | | |
| EP_58 | | | | 0,54 | | | | |
| EP_59 | | | 0,40 | | | | | |
| EP_60 | | | 0,60 | | | | | |

Η εσωτερική συνοχή στις οκτώ υποκλίμακες του ερωτηματολογίου βρέθηκε αρκετά υψηλή και κυμάνθηκε από 0,71 έως 0,83 (Πίνακας 7.7).

Πίνακας 7.7 Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος τιμών και συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha για κάθε παράγοντα του Ερωτηματολογίου Παραγόντων

| | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | SD | Cronbach's α |
|---|---------------|--------------|-----------|-----|--------------|
| Πολυπλοκότητα & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος | 2,5 | 5,0 | 4,4 | 0,4 | 0,80 |
| Γνώσεις & Επίγνωση | 2,8 | 5,0 | 4,0 | 0,5 | 0,79 |
| Υπευθυνότητα & Συνεργασία | 1,0 | 4,1 | 2,1 | 0,6 | 0,78 |
| Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ | 1,6 | 4,7 | 3,5 | 0,5 | 0,78 |
| Γνώση του Ασθενή | 1,6 | 5,0 | 3,5 | 0,7 | 0,83 |
| Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ | 2,7 | 5,0 | 4,2 | 0,5 | 0,83 |
| Χαρακτηριστικά του Ασθενή | 1,1 | 4,3 | 3,6 | 0,4 | 0,83 |
| Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες Νοσηλευτών | 2,0 | 5,0 | 4,1 | 0,6 | 0,71 |

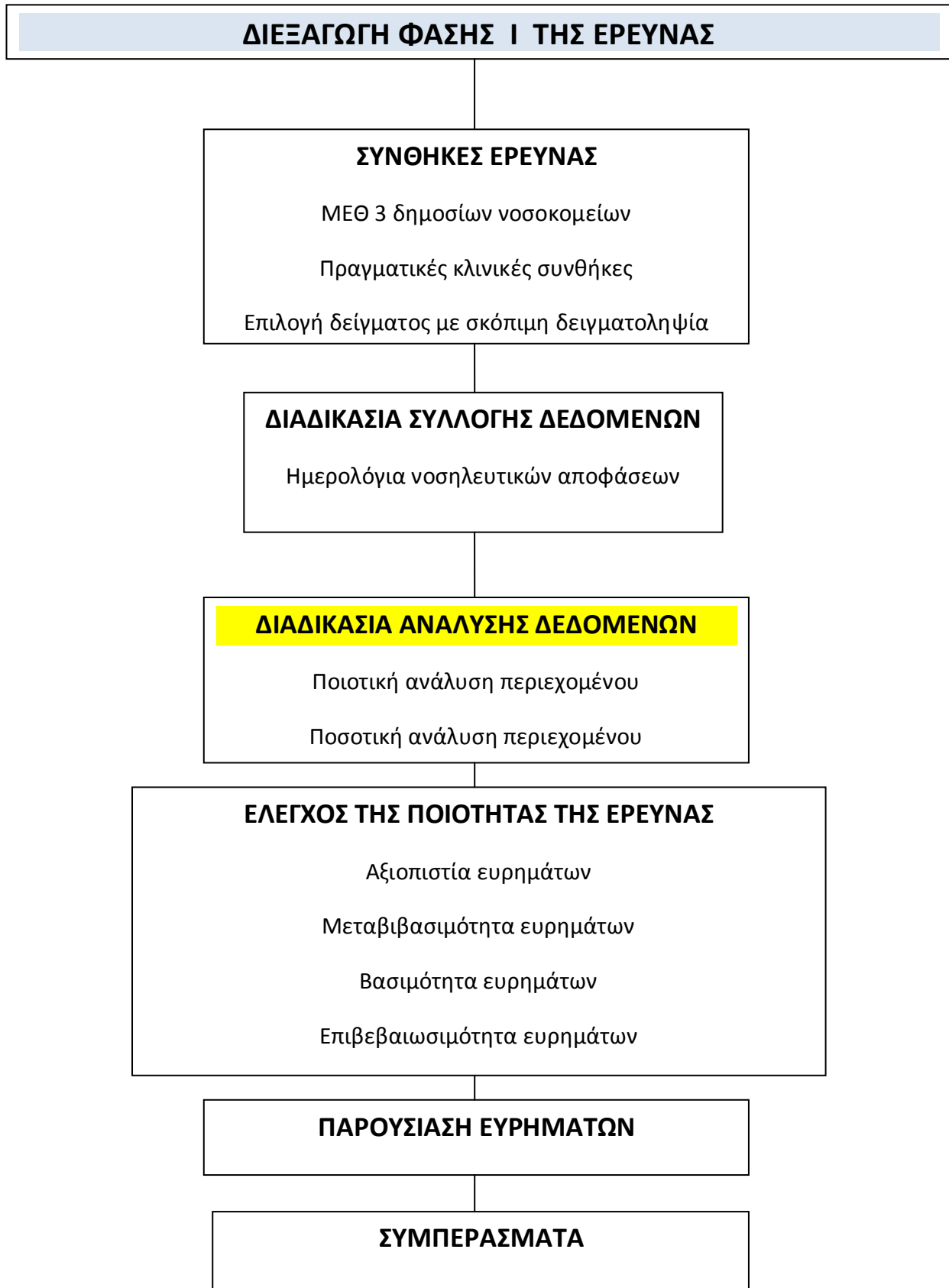
7.10.3.2 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για την διερεύνηση της δομής του Ερωτηματολογίου Παραγόντων χρησιμοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (exploratory factor analysis, Rotation Method: Varimax) στο μισό περίπου δείγμα (n=196). Στο υπόλοιπο του δείγματος διενεργήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis) με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας για την εκτίμηση των παραγόντων που προέκυψαν από τη διερευνητική ανάλυση. Προσδιορίστηκε η ανεξαρτησία των όρων σφάλματος (error terms) για όλα τα μοντέλα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής GFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index), chi-square goodness of fit test και RMSEA (root mean square error of approximation) (Mueller 2000). Υπάρχουν πολλές κατευθυντήριες οδηγίες για την ερμηνεία της προσαρμογής ενός μοντέλου με βάση αυτούς τους δείκτες.

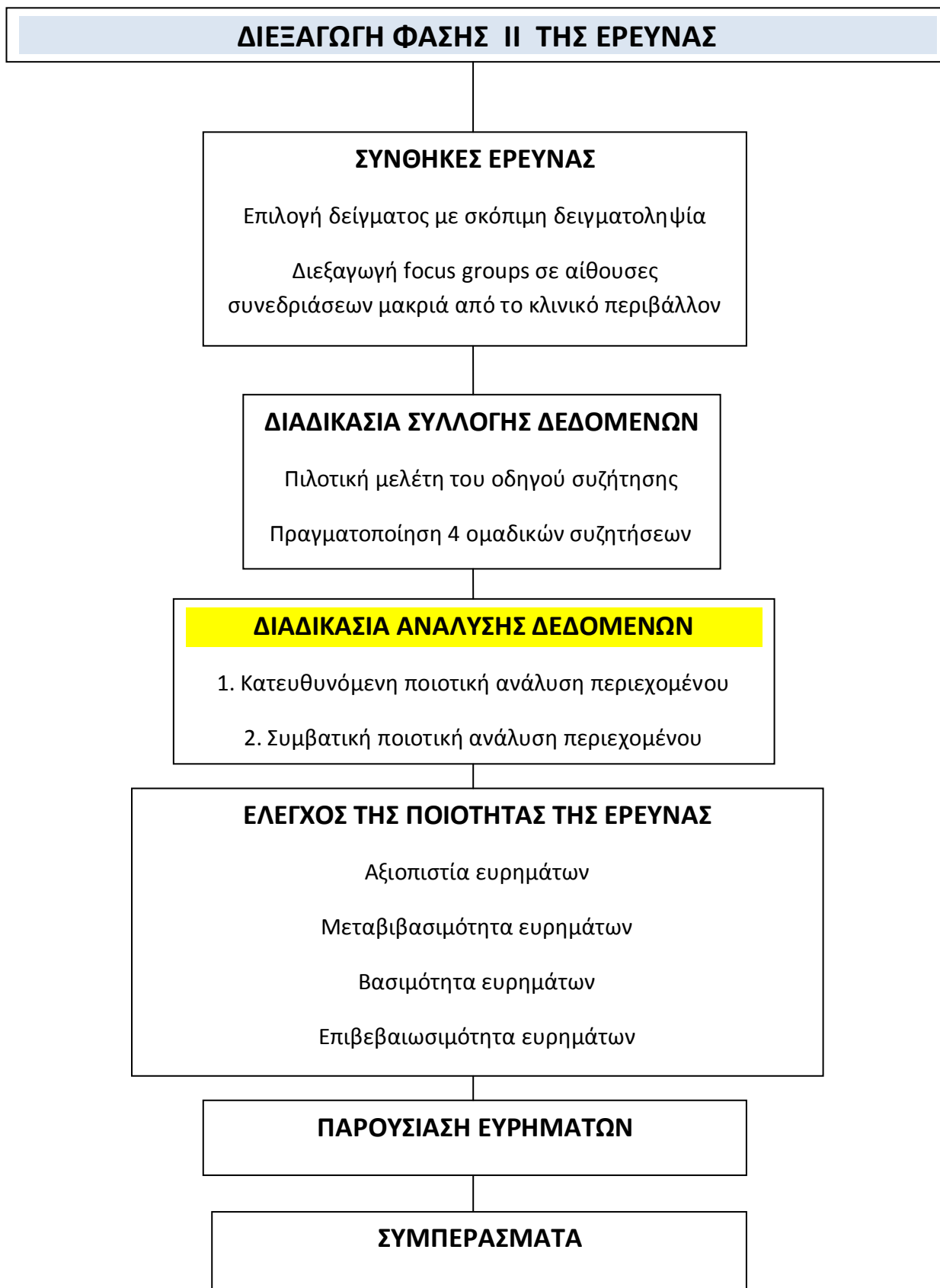
Για τους δείκτες CFI και GFI, τιμές πλησίον ή μεγαλύτερες από 0,95 θεωρούνται ότι αντανακλούν καλή προσαρμογή στα δεδομένα (Hu & Bentler 1999). Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0,05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0,08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή.

Για τον έλεγχο καλής προσαρμογής του δείγματος σε μία δεδομένη κανονική κατανομή εφαρμόστηκε το κριτήριο K-S (Kolmogorov-Smirnov test). Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση διεξήχθη χρησιμοποιώντας το λογισμικό AMOS και για τις υπόλοιπες αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA).

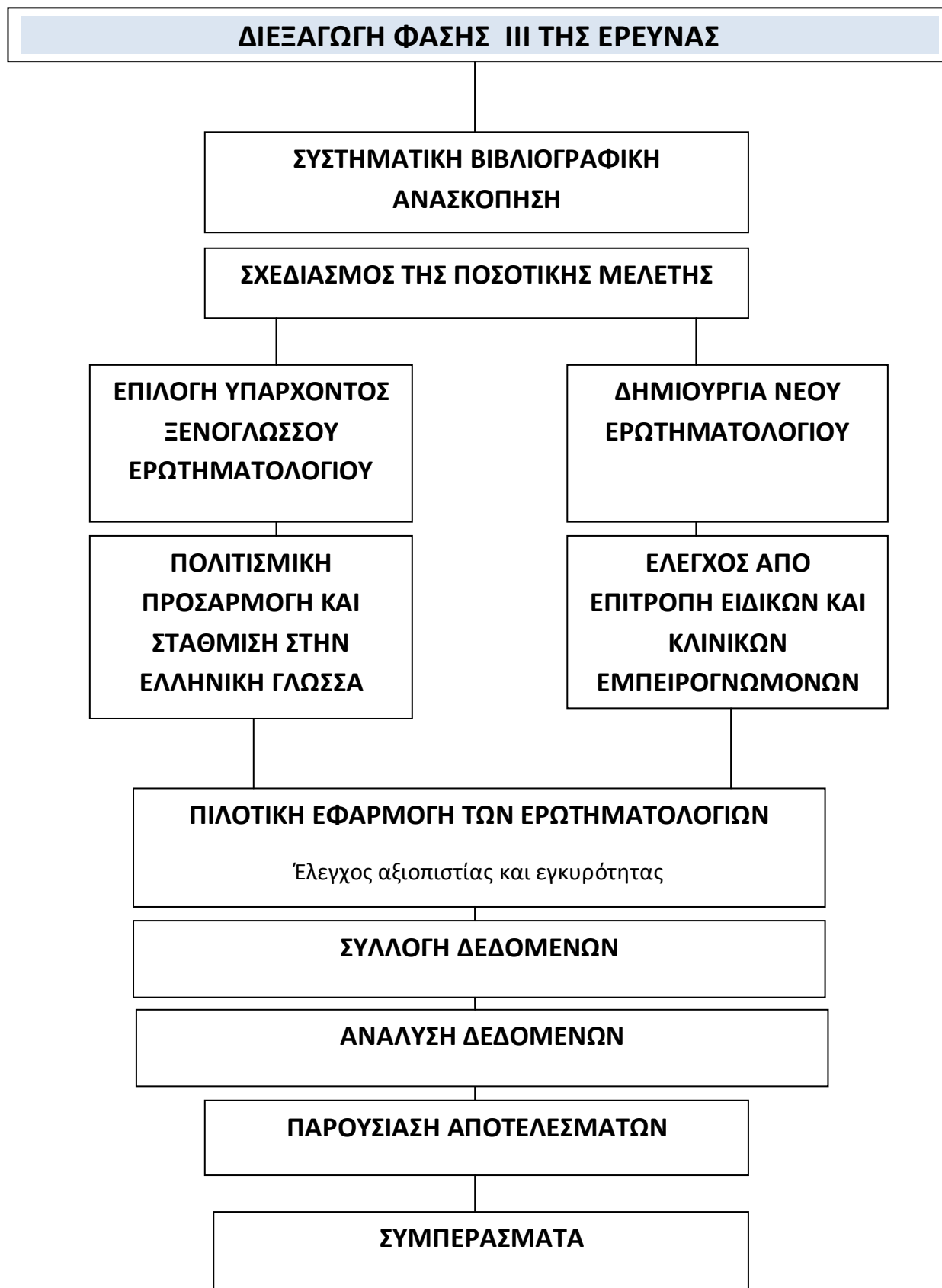
Σχήμα 7.1



Σχήμα 7.2



Σχήμα 7.3



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1 Αποτελέσματα της φάσης I της διδακτορικής έρευνας

Το περιεχόμενο των νοσηλευτικών καταγραφών στα ημερολόγια αποφάσεων μελετήθηκε ως προς τις λέξεις και τη σημασία τους και προσδιορίστηκε ο βαθμός ομοιότητας μεταξύ των αναφορών των συμμετεχόντων. Με στόχο την ταυτοποίηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ, αναγνωρίστηκαν 17 θεματικές κατηγορίες κατά την ανάλυση περιεχομένου:

1. Αποφάσεις εκτίμησης συμπτωμάτων και φυσιολογικών λειτουργιών του ασθενή
2. Αποφάσεις αξιολόγησης της επάρκειας μίας θεραπευτικής παρέμβασης
3. Αποφάσεις ελέγχου της ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία ή τη φροντίδα
4. Αποφάσεις διάγνωσης
5. Αποφάσεις εκτίμησης πιθανών απειλών ή κινδύνων για τον ασθενή
6. Αποφάσεις εκτίμησης της ευαλωτότητας του ασθενή σε κινδύνους
7. Αποφάσεις εκτίμησης πιθανών αποτελεσμάτων της θεραπείας ή της φροντίδας που πρόκειται να εφαρμοστεί
8. Αποφάσεις αποφυγής των κινδύνων για τον ασθενή
9. Αποφάσεις δράσης – μη δράσης
10. Αποφάσεις παρέμβασης με τη συμβολή ή όχι των ιατρών
11. Αποφάσεις παρέμβασης με τη συμμετοχή ή όχι των ασθενών
12. Αποφάσεις επικοινωνίας με τους ασθενείς της ΜΕΘ
13. Αποφάσεις επικοινωνίας με τους οικείους των ασθενών της ΜΕΘ
14. Αποφάσεις αναζήτησης των προσωπικών στοιχείων του ασθενή
15. Αποφάσεις αναζήτησης κλινικών πληροφοριών για τον ασθενή
16. Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων
17. Αποφάσεις επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό της ΜΕΘ

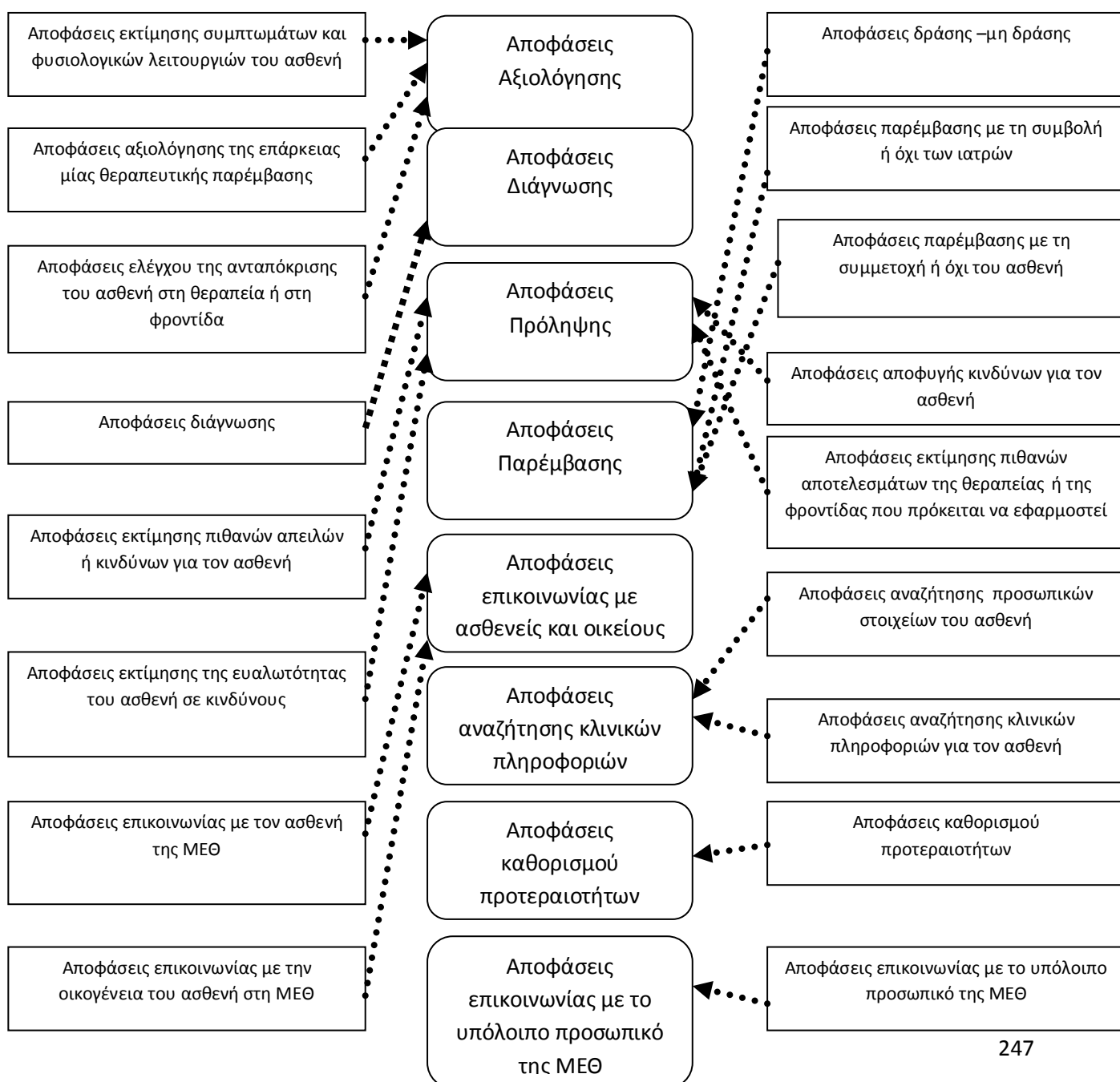
Μετά από επανειλημμένες συζητήσεις των αναλυτών μεταξύ τους, συμφωνήθηκε η δημιουργία πυρηνικών κατηγοριών, οι οποίες ενοποιούν εννοιολογικά τις αρχικές. Συγκεκριμένα προέκυψαν οκτώ πυρηνικές κατηγορίες κλινικών αποφάσεων:

1. Αποφάσεις Αξιολόγησης
2. Αποφάσεις Διάγνωσης

3. Αποφάσεις Πρόληψης
4. Αποφάσεις Παρέμβασης
5. Αποφάσεις Επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους οικείους τους
6. Αποφάσεις Αναζήτησης Κλινικών Πληροφοριών
7. Αποφάσεις Καθορισμού Προτεραιοτήτων
8. Αποφάσεις Επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό της ΜΕΘ

Η σχέση των αρχικών κατηγοριών με τις τελικές πυρηνικές κατηγορίες περιγράφεται στο Σχήμα 8.1

Σχήμα 8.1 Διαγραμματική απεικόνιση των σχέσεων θεματικών και πυρηνικών κατηγοριών νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ



8.1.1 Ταυτοποίηση και μέτρηση της συχνότητας των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

1. Αποφάσεις αξιολόγησης

Στην κατηγορία των αποφάσεων αξιολόγησης εντάχθηκαν α) οι αποφάσεις αναζήτησης κλινικών σημείων και εκτίμησης της έντασης των συμπτωμάτων για κάθε ασθενή με μεθόδους, όπως η φυσική εξέταση, η λήψη ζωτικών σημείων, η απεικόνιση σε συσκευές παρακολούθησης, οι κλίμακες κλινικής αξιολόγησης και τα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, β) οι αποφάσεις αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μίας θεραπευτικής παρέμβασης και γ) οι αποφάσεις παρακολούθησης των αντιδράσεων του ασθενή κατά τη θεραπεία ή τη φροντίδα. Καταγράφηκαν 14 ($\pm 7,24$) ξεχωριστές αποφάσεις αξιολόγησης ανά συμμετέχοντα στη διάρκεια της οκτάωρης εργασίας του, με ελάχιστη και μέγιστη τιμή τις 4 και 37 αποφάσεις αντίστοιχα.

α) Αποφάσεις εκτίμησης συμπτωμάτων και φυσιολογικών λειτουργιών του ασθενή

Στη συγκεκριμένη υπο-κατηγορία ανήκαν οι περισσότερες από τις καταγραφείσες αποφάσεις αξιολόγησης. Επικεντρώνονταν στην εκτίμηση παθολογικών/ φυσιολογικών παραμέτρων για κάθε ασθενή αναφορικά με την αναπνευστική (H_1 : «εκτίμησα την αναπνευστική συχνότητα»), καρδιακή (H_3 : «...τότε μέτρησα την αρτηριακή πίεση»), νεφρική (H_{14} : «έλεγα τα σημερινά επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης»), πεπτική λειτουργία (H_{11} : «έπρεπε να κάνω έλεγχο υπολείμματος γαστρικού περιεχομένου»), την οξεοβασική ισορροπία (H_5 : «τα πρωινά του αέρια ήταν καλά»), το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών (H_{10} : «είναι πίσω από υγρά» μία έκφραση που χρησιμοποιείται για το αρνητικό ισοζύγιο ύδατος, H_{17} : «τσέκαρα το κάλιο του»), τη νευρολογική εικόνα και το επίπεδο συνείδησης (H_{21} : «δεν αντιδρά στα επώδυνα (ερεθίσματα)»), τον πόνο (H_{10} : ρώτησα (τον ασθενή) για τα χαρακτηριστικά και την ένταση του πόνου»), την ποιότητα του ύπνου (H_{19} : «ο ασθενής πιθανά δεν κοιμήθηκε ή κοιμήθηκε ελάχιστα κατά τη διάρκεια της νύχτας») και των ελκών πίεσης (H_{16} : «η κατάκλιση έχει προχωρήσει»).

Κάθε συμμετέχων κατέγραψε κατά μέσο όρο 12 ($\pm 6,17$) σχετικές αποφάσεις με ελάχιστη τιμή τις 3 αποφάσεις και μέγιστη τις 33 αποφάσεις σε ένα οκτάωρο νοσηλευτικό ωράριο. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ σπανίως χρησιμοποιούσαν τις τεχνικές της φυσικής εξέτασης, όπως την ακρόαση ή την ψηλάφηση (μόνο τέσσερις αναφορές σε όλα τα ημερολόγια αποφάσεων), παρόλο που η

τεχνική της κλινικής εξέτασης διδάσκεται από τα πρώτα στάδια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στην Ελλάδα.

β) Αποφάσεις αξιολόγησης της επάρκειας μίας θεραπευτικής παρέμβασης

Η εκτίμηση της καταλληλότητας ή της αποτελεσματικότητας μίας θεραπείας καταγράφηκε αρκετές φορές υπό τις φραστικές διατυπώσεις (H_2 : «Ο ασθενής χρειαζόταν αναλγησία» ή H_2 : «Ο ασθενής κοιμήθηκε καλά, όταν έσβησα τα φώτα»). Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν $3(\pm 2,43)$ αποφάσεις αυτής της κατηγορίας, με ελάχιστη συχνότητα τις 0 και μέγιστη συχνότητα τις 9 αποφάσεις σε οκτώ ώρες εργασίας στη ΜΕΘ.

γ) Αποφάσεις ελέγχου της ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία ή τη φροντίδα

Η ανταπόκριση του ασθενή στη θεραπεία διαπιστώθηκε σε αναφορές, όπως: H_{10} : «Χορήγησα έξτρα υγρά και επανέλεγα τη κεντρική φλεβική πίεση», H_1 : «Μετά τη βρογχοαναρρόφηση, οι αναπνευστικοί ήχοι του ασθενή μου βελτιώθηκαν», H_2 : «Καθώς ο ασθενής μου δεν είχε κοιμηθεί εδώ και μία ώρα, έσβησα το φως μήπως τον βοηθήσει να αισθανθεί άνετα», H_5 : «Επανεκτίμησα τον άρρωστο για πόνο μετά από μισή ώρα για να ρυθμίσω το Ultiva (ρεμφεντανύλη, χρησιμοποιείται ως αναλγητικός παράγοντας στη ΜΕΘ και χορηγείται στάγδην ως ενδοφλέβιο διάλυμα)». Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν $3(\pm 1,67)$ τέτοιες αποφάσεις με ελάχιστη τιμή τη 1 και μέγιστη τιμή τις 6 σε μία οκτάωρη βάρδια.

2. Αποφάσεις διάγνωσης

Η έννοια της διάγνωσης κάλυπτε το συνδυασμό σημείων και συμπτωμάτων του ασθενή μέχρι το σημείο ενός κλινικού συμπεράσματος για την εκδηλούμενη διαταραχή (H_{10} : «επί πυκνών ούρων, χαμηλής κεντρικής φλεβικής πίεσης και αισθήματος δίψας ετέθη η διάγνωση της υποογκαιμίας»). Οι διαγνώσεις που έθεταν οι νοσηλευτές ήταν κυρίως ιατρικές (H_{19} : *delirium* αντί για γνωστική και ψυχοκινητική δυσλειτουργία). Κάθε νοσηλευτής κατέγραφε 6 διαγνώσεις κατά μέσο όρο με χαμηλότερη και υψηλότερη τιμή τις 1 έως 35 αποφάσεις διάγνωσης για έναν ασθενή σε οκτώ ώρες εργασίας. Οι κλινικές διαγνώσεις ήταν η τέταρτη πιο συχνή κατηγορία αποφάσεων που λαμβάνονταν από νοσηλευτές της ΜΕΘ (10%, $n=128$). Αυτού του τύπου οι αποφάσεις επικεντρώνονταν σε διαταραχές της αναπνευστικής (H_{13} : «ταχύπνοια»), καρδιακής (H_{12} : «υπερκοιλιακή ταχυκαρδία»), νεφρικής (H_{17} : «νεφρική ανεπάρκεια») και γαστρεντερικής (H_3 : «γαστροπληγία», «γαστρορραγία») λειτουργίας, διαταραχές της οξεοβασικής και υδατοηλεκτρολυτικής

ισορροπίας (H_{15} : «οξέωση», H_{17} : «υπερκαλιαιμία»), δερματικών βλαβών (H_{18} : «δερματική μυκητίαση»), λοιμώξεων (H_{17} : «πιθανή βακτηριαμμία») και πόνου (H_{16} : «επιγαστραλγία»).

3. Αποφάσεις πρόληψης

Οι αποφάσεις πρόληψης περιελάμβαναν α) τις αποφάσεις εκτίμησης των πιθανών απειλών για τον ασθενή, β) τις αποφάσεις εκτίμησης της ευαλωτότητάς του σε αυτές, γ) τις αποφάσεις εκτίμησης των πιθανών αποτελεσμάτων της θεραπείας ή φροντίδας που επρόκειτο να εφαρμοστεί και δ) τις αποφάσεις αποφυγής των κινδύνων για τον ασθενή. Οι αποφάσεις πρόληψης αφορούσαν κυρίως στην πρόληψη της μετάδοσης λοιμώξεων (H_1 : «Ο ασθενής έχει ενεργό ηπατίτιδα C, γι' αυτό χρησιμοποίησα διπλά γάντια, μπλούζα και μάσκα κατά τη φροντίδα του, ως προστατευτικά μέτρα»), της εισρόφησης γαστρικού περιεχομένου (H_{12} : «ο ασθενής διατρέχει κίνδυνο εισρόφησης εξαιτίας της σίτισής του με σωλήνα σίτισης. Πρέπει να έχει γωνία τουλάχιστον 30° στο κρεβάτι για την πρόληψη εισρόφησης»), των ελκών πίεσης (H_{13} : «Χρειάστηκε να μετακινήσω το κεφάλι του ασθενή μου, που βρισκόταν σε κόμα, σε μέση θέση λόγω κινδύνου ανάπτυξης κατάκλισης στο πτερύγιο του αριστερού αυτιού»), απόφραξης σωλήνων ή καθετήρων (H_6 : «ο ασθενής χρειάζεται συχνότερη αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων για την πρόληψη απόφραξης του ενδοτραχειακού σωλήνα»), των πτώσεων (H_{19} : «ανέβασα τα κάγκελα, γιατί ο ασθενής ήταν σε *delirium* και υπήρχε πιθανότητα να πέσει από το κρεβάτι του. Στην περίπτωση που δεν είναι αρκετό, θα εφαρμόσω και μέτρα φυσικού περιορισμού»). Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν 4 ($\pm 2,76$) αποφάσεις πρόληψης κατά μέσο όρο. Σε κάθε ασθενή λαμβάνονταν από 1 έως 10 αποφάσεις πρόληψης ανά νοσηλευτικό ωράριο εργασίας. Οι περισσότερες αποφάσεις πρόληψης οδηγούσαν σε αποφάσεις παρέμβασης προς εξάλειψη των κινδύνων που απειλούσαν τον ασθενή ή το νοσηλευτή.

4. Αποφάσεις παρέμβασης

Οι αποφάσεις παρέμβασης κατά τη φάση της πρώτης ανοικτής κωδικοποίησης περιελάμβαναν τις επιλογές: α) της δράσης και της μη δράσης, β) της παρέμβασης με ή χωρίς την ιατρική συμβολή, γ) αποφάσεις με ή χωρίς τη συμμετοχή του ασθενή. Αυτές αποτέλεσαν τελικά την ενιαία κατηγορία αποφάσεων παρέμβασης των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, που αντιστοιχεί σε ποσοστό 28,5% ($n= 368$) επί των συνολικών κλινικών αποφάσεών τους. Η συχνότητα των αποφάσεων παρέμβασης κυμάνθηκε από 1 έως 37, με μέσο όρο τις 16 ($\pm 8,41$) διαφορετικές αποφάσεις ανά συμμετέχοντα και ασθενή σε ένα οκτάωρο. Οι αποφάσεις μη δράσης περιελάμβαναν περιπτώσεις, που ενώ

οι νοσηλευτές αναγνώριζαν και κατέγραφαν ένα κλινικό πρόβλημα, δεν προέβαιναν σε μέτρα άμεσης αντιμετώπισής του (H_4 : «Ο ασθενής είχε πυρετό 38,6^ο»). Ενδιαφέρον έχει ότι οι αποφάσεις παρέμβασης που στηρίζονταν σε ιατρική οδηγία (H_4 : «χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, όπως στο φύλλο νοσηλείας», H_8 : «αποσύνδεση του ασθενή από τον αναπνευστήρα κατόπιν ιατρικής οδηγίας»), σπανίως υλοποιούνταν μετά από νοσηλευτική συνεκτίμηση του ασθενή. Αντίθετα, οι αποφάσεις για ανεξάρτητες νοσηλευτικές παρεμβάσεις (H_{13} : φροντίδα κατάκλισης 3^ο βαθμού, αλλαγή επιθεμάτων και θέσης επί κλίνης») λαμβάνονταν ενεργητικά μετά από αξιολόγηση πολλών δεδομένων (H_{13} : «αναδρομή (στο σχέδιο φροντίδας) προηγούμενων ημερών» και «επιλογή του κατάλληλου ανάμεσα στα υπάρχοντα επιθέματα» και «πυώδες έκκριμα από το έλκος» και «η περιοχή ήταν εκτεθειμένη σε υγρασία»). Δύο φορές καταγράφηκε η στήριξη της απόφασης παρέμβασης σε βιβλιογραφικά δεδομένα (H_1 : «αλλαγή των συνδετικών του αναπνευστήρα και των συσκευών ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του CDC», H_7 : «ρύθμιση υπεργλυκαιμίας σύμφωνα με πρωτόκολλο στάγδην ινσουλινοθεραπείας»). Σε κάποιες αποφάσεις παρατηρήθηκαν διαφορετικά όρια ανοχής των εκτροπών από το φυσιολογικό (H_9 : «οι 120 σφύξεις ήταν φυσιολογικές γι' αυτόν τον ασθενή, γι' αυτό αποφάσισα να συνεχίσω απλά την παρακολούθησή του»), χωρίς ωστόσο να τεκμηριώνεται η επιλογή. Λίγες ήταν οι αποφάσεις που καθοδηγούνταν από τις προτιμήσεις του ίδιου του ασθενή (H_{16} : «Σύνδεσα το T-Piece με καπνογράφο για παρακολούθηση, λόγω άρνησης του ασθενή για λήψη αρτηριακού αίματος και μέτρηση PCO_2 »). Οι περισσότερες αποφάσεις παρέμβασης λαμβάνονταν αποκλειστικά από τους νοσηλευτές (H_{16} : «άλλαξα θέση στον ασθενή λόγω μετεωρισμού κοιλίας και του εξήγησα ότι έπρεπε να παραμείνει σε αυτή τη στάση») ή ακολουθούσαν τις ιατρικές οδηγίες (H_7 : «χορήγησα έζτρα κάλιο με ιατρική οδηγία»).

5. Αποφάσεις επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους οικείους τους

Οι αποφάσεις επικοινωνίας αποτέλεσαν ξεχωριστή κατηγορία κλινικών αποφάσεων για να αποτυπωθεί με σαφήνεια η συχνότητα με την οποία η νοσηλευτική φροντίδα διαμορφώνεται με τη συμμετοχή του ίδιου ή των οικείων του. Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν 0 έως 6 αποφάσεις επικοινωνίας ($1 \pm 1,53$) με τους ασθενείς που ήταν ικανοί να επικοινωνήσουν, κατά τη διάρκεια της οκτάωρης εργασίας τους. Οι αποφάσεις αυτές ήταν οι λιγότερο συχνές (2%, $n=25$) και αφορούσαν κυρίως σε οδηγίες προς τους ασθενείς ή την οικογένειά τους για τη διεκπεραίωση των αναγκών νοσηλείας του (H_{16} : «ενημέρωσα τον ασθενή ότι χρειαζόταν υγρά ενδοφλεβίως, όσο κι αν έπινε από το στόμα», H_{10} : «ενημερώθηκαν οι συγγενείς για το εξιτήριο του αρρώστου από τη ΜΕΘ και τη

μεταφορά του στην Παθολογική Κλινική», H_4 : «ενημέρωσα του συγγενείς για τις υποχρεώσεις τους στο Τμήμα Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου»).

6. Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή

Οι αποφάσεις που αφορούσαν κυρίως στην αναζήτηση των δημογραφικών στοιχείων του ασθενή, στοιχείων του ιατρικού ιστορικού, της παρούσας νόσου και της πορείας του ασθενή, προειδοποιήσεων για τυχόν αλλεργίες ή λοιμώδη νοσήματα και των γραπτών νοσηλευτικών παρατηρήσεων (λογοδοσίες) ταξινομήθηκαν σε ξεχωριστή κατηγορία. Οι συμμετέχοντες έλαβαν 1-5 αποφάσεις προκειμένου να αναζητήσουν επιπρόσθετες πληροφορίες ($1,5 \pm 1,53$), που αντιστοιχούν στο 3% ($n=37$) των συνολικών τους αποφάσεων. Οι κύριες πηγές ήταν οι προφορικές και γραπτές αναφορές των νοσηλευτών (50%, $n=19$) και ιατρών (32%, $n=11$) και πολύ λιγότερο τα αποτελέσματα των εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων (14%, $n=5$) και τα βιβλιογραφικά δεδομένα από έντυπες ή ηλεκτρονικές πηγές (4%, $n=2$).

7. Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων

Οι συμμετέχοντες καθόριζαν προτεραιότητες για τις επιμέρους δραστηριότητες τους, χωρίς όμως να γίνεται σαφές από τα ημερολόγια αποφάσεων με ποια κριτήρια ρυθμίζεται η σειρά εκτέλεσης των εργασιών τους. Τα δεδομένα έδειξαν ότι η ιεράρχηση γινόταν μάλλον με γνώμονα την αποτελεσματικότερη διαχείριση του χρόνου τους. Πάντως, αν και οι αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων αφορούν στο 17% ($n= 224$) επί του συνόλου των κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών, δεν ήταν ξεκάθαρος ο τρόπος που θεσπίζονταν οι προτεραιότητες (για παράδειγμα από το περισσότερο στο λιγότερο σημαντικό, ή από το περισσότερο στο λιγότερο κοπιώδες ή και αντίστροφα). Η μόνη σαφής διαπίστωση ήταν ότι όταν κατά τον ίδιο χρόνο έπρεπε να γίνουν δύο πράξεις, προηγούνταν αυτή που είχε επείγοντα χαρακτήρα (H_{17} : «Ξεκίνησα να διορθώνω την υποξυγοναιμία του (ασθενή) με bolus οξυγόνο από τον αναπνευστήρα και στη συνέχεια κάλεσα τον εφημερεύοντα γιατρό»).

8. Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ

Οι συμμετέχοντες κατέγραψαν αποφάσεις που λάμβαναν με σκοπό να πληροφορήσουν τους συναδέλφους και συνεργάτες τους στη ΜΕΘ για την κατάσταση του ασθενή, ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας στα πλαίσια της

συνεργασίας (H_{13} : «*ενημέρωσα τον πρωινό φυσιοθεραπευτή για την περιορισμένη κινητικότητα του αρρώστου και τον πόνο που ένιωθε όταν έπρεπε να κινήσει τις αρθρώσεις του*», H_{23} : «*...αυξήσαμε ελαφρώς τη δόση του αναλγητικού. Ο ασθενής φαινόταν πιο ήρεμος. Όταν πέρασε ο εφημερεύων για την απογευματινή επίσκεψη, τον ενημέρωσα για να μη μειώσει τη δόση*»). Τέτοιου τύπου αποφάσεις λαμβάνονταν κατά μέσο όρο 3,7 ($\pm 2,87$) ανά ασθενή σε μία οκτάωρη νοσηλευτική βάρδια.

8.1.2 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων με βάση τη συχνότητα, τον επείγοντα χαρακτήρα και το βαθμό εξάρτησης τους από τις ιατρικές οδηγίες

1. Ταξινόμηση και κατάταξη με βάση τη συχνότητα

Οι κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις κατατάχτηκαν με φθίνουσα σειρά συχνότητας, όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.1.

Πίνακας 8.1 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ κατά φθίνουσα σειρά συχνότητας

| Τύποι αποφάσεων | | Ποσοστό (n=1281) | |
|---|---|-------------------|------------------|
| Αποφάσεις παρέμβασης | | 28,5% (n=368) | |
| Αποφάσεις αξιολόγησης | Εκτίμησης συμπτωμάτων και φυσιολογικών λειτουργιών του ασθενή | 24,5% (n= 314) | 16,7% (n=214) |
| | Εκτίμησης της επάρκειας μίας θεραπευτικής παρέμβασης | | 3,9% (n=5) |
| | Ελέγχου ανταπόκρισης ασθενή στη θεραπεία/φροντίδα | | 3,9% (n=5) |
| Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων | | 17,5% (n=224) | |
| Αποφάσεις διάγνωσης | | 10% (n=128) | |
| Αποφάσεις πρόληψης | | 7,5% (n=98) | |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | | 7% (n=87) | |
| Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | | 3% (n=37) | |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένειά του | | 2% (n=25) | |

Επικρατέστερες σε συχνότητα ήταν οι αποφάσεις παρέμβασης (28,5%, n=368) κατά τη νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο συχνές ήταν οι αποφάσεις επικοινωνίας των νοσηλευτών με τους αποδέκτες της (2%, n=25).

2. Ταξινόμηση με βάση τη χρονική προτεραιότητα

Η ταξινόμηση των κλινικών αποφάσεων κατά χρονική προτεραιότητα έγινε στις κατηγορίες επείγουσες/μη επείγουσες με κριτήρια α) την ανάγκη για άμεση παρέμβαση του νοσηλευτή και β) το πόσο απειλητική ήταν μία κατάσταση για τον ασθενή. Τα αποτελέσματα της κωδικοποίησης αυτής παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.2.

Πίνακας 8.2 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με βάση τον επείγοντα/μη επείγοντα χαρακτήρα τους

| Επείγουσες αποφάσεις | % (n) | Παραδείγματα | Μη επείγουσες αποφάσεις | % (n) | Παραδείγματα |
|--|--------------|---|---|---------------|---|
| Παρέμβασης | 25% n=92 | H12: Έναρξη Βασικής Υποστήριξης της Ζωής (BLS) | Παρέμβασης | 75% n=276 | H13: Φροντίδα και θεραπεία ελκών πίεσης |
| Καθορισμού προτεραιοτήτων | 25% n=56 | H17: Έναρξη διόρθωσης υποξυγοναιμίας και μετέπειτα κλήση του γιατρού | Καθορισμού προτεραιοτήτων | 75% n=168 | H22: Μεταφορά ασθενούς για προγραμματισμένη αξονική τομογραφία και μετέπειτα σωματική υγιεινή |
| Αξιολόγησης | 25% n=78 | H1: Αξιολόγηση των ζωτικών σημείων του ασθενή | Αξιολόγησης | 75% n= 236 | H13: Αξιολόγηση του κινδύνου για ανάπτυξη ελκών πίεσης |
| Πρόληψης | 3% n=3 | H19: Εφαρμογή φυσικών περιορισμών σε διεγερτικό ασθενή | Πρόληψης | 97% n=95 | H5: Μεταφορά αποικισμένου με MRSA ασθενή σε δωμάτιο απομόνωσης |
| Επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | 25% n= 21 | H12: Επείγουσα κλήση για αναζωογόνηση επί καρδιοαναπνευστικής ανακοπής | Επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | 75% n=66 | H19: Αναφορά της απρογραμματιστής αφαίρεσης του ρινογαστρικού καθετήρα από τον ασθενή |
| Διάγνωσης | 46% n=59 | H12: Αναγνώριση υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας | Διάγνωσης | 54% n=69 | H13: Σταδιοποίηση έλκους πίεσης |
| Επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του | 4% n=1 | H10: Ενημέρωση των συγγενών για το εξιτήριο του ασθενή από τη ΜΕΘ και τη μεταφορά του στην Παθολογική Κλινική | Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του | 96% n=24 | H4: Ενημέρωση των συγγενών του ασθενή για τις υποχρεώσεις τους στο Τμήμα Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου |
| Αναζήτηση πληροφοριών για τον ασθενή | 25% n=9 | H20: Αναζήτηση της ομάδας αίματος και του Rhesus πριν τη μετάγγιση αίματος | Αναζήτηση πληροφοριών για τον ασθενή | 75% n=28 | H6: Αναζήτηση πληροφοριών για τον ασθενή από τον ιατρικό φάκελο |

3. Ταξινόμηση με βάση το βαθμό εξάρτησης των νοσηλευτικών αποφάσεων από τις ιατρικές οδηγίες

Οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας κωδικοποιήθηκαν περαιτέρω ως ανεξάρτητες /εξαρτημένες από τις ιατρικές οδηγίες. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.3.

Πίνακας 8.3 Ταξινόμηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με βάση το βαθμό εξάρτησης από τις ιατρικές οδηγίες

| Ανεξάρτητες αποφάσεις | % | Παραδείγματα | Εξαρτημένες αποφάσεις | % | Παραδείγματα |
|---|--------------|---|---|--------------|---|
| Παρέμβασης | 60% n=220 | H13: Αλλαγές θέσης του ασθενή στο κρεβάτι | Παρέμβασης | 40% n=148 | H17: Διόρθωση ηλεκτρολυτικών διαταραχών |
| Καθορισμός προτεραιοτήτων | 83% n=186 | H8: Έλεγχος των βρογχικών εκκρίσεων με συχνές αναρροφήσεις πριν την έναρξη του απογαλακτισμού | Καθορισμός προτεραιοτήτων | 17% n=38 | H6: Αποσύνδεση από τον αναπνευστήρα |
| Αξιολόγησης | 91% n=286 | H13: Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της κατάκλισης | Αξιολόγησης | 9% n=28 | H15: Εκτίμηση αιμοδυναμικών μετρήσεων μέσω καθετήρα Swan-Ganz |
| Πρόληψης | 82% n=80 | H1: Λήψη προστατευτικών μέτρων κατά της ηπατίτιδας C | Πρόληψης | 18% n=18 | H5: Μεταφορά αποικισμένου με MRSA ασθενή σε δωμάτιο απομόνωσης |
| Επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | 50% n=44 | H15: Καταγραφή στη λογοδοσία των σημαντικότερων συμβάντων του οκταώρου αναφορικά με τον ασθενή | Επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | 50% n=43 | H13: Ενημέρωση φυσιοθεραπευτή για την περιορισμένη κινητικότητα του ασθενή |
| Διάγνωσης | 97% n=124 | H6: Διαταραχή ανταλλαγής αερίων | Διάγνωσης | 3% n=4 | H15: Μειωμένη καρδιακή παροχή |
| Επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένεια | 96% n=23 | H4: Ενημέρωση των συγγενών του ασθενή για τις υποχρεώσεις τους στο Τμήμα Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου | Επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένεια | 4% n=2 | H10: Ενημέρωση των συγγενών για το εξιτήριο του ασθενή από τη ΜΕΘ και τη μεταφορά του στην Παθολογική Κλινική |
| Αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | 46% n=17 | H7: Αναζήτηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών για τη στάγδην ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης | Αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | 54% n=20 | H6: Αναζήτηση πληροφοριών για τον ασθενή από τον ιατρικό φάκελο |

Στην παρούσα έρευνα, το 40% (n=148) των νοσηλευτικών αποφάσεων παρέμβασης ξεκινούσαν μετά από μία ιατρική οδηγία, ενώ το υπόλοιπο 60% (n=220) ήταν ανεξάρτητες. Η πλειονότητα των ανεξάρτητων νοσηλευτικών αποφάσεων (22%, n=48) σχετιζόνταν με βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα, όπως η σωματική υγιεινή, η φροντίδα των καθετήρων και σωλήνων, η αλλαγή επιθεμάτων, η φροντίδα ελκών πίεσης, η κινητοποίηση του ασθενή στην κλίνη. Το 37% (n=82) των αποφάσεων παρέμβασης που καταγράφηκαν αφορούσαν στην τιτλοποίηση των φαρμακευτικών διαλυμάτων που χορηγούνταν ενδοφλεβίως στους ασθενείς, το 6% (n=13) αφορούσε σε αλλαγές στις ρυθμίσεις των παραμέτρων του μηχανικού αερισμού (H_6 : «..μετά τη βρογχοσκόπηση, το FiO_2 (εισπνεόμενη συγκέντρωση οξυγόνου) είχε παραμείνει στο 100%, οπότε σταδιακά ξεκίνησα να το μειώνω μέχρι να φτάσω τουλάχιστον το 60%», H_3 : «Αν και τα πρωινά του αέρια ήταν καλά, κατά το μεσημέρι pH και PO_2 είχαν αυξηθεί πολύ. Τότε μείωσα τις ανάσες και το FiO_2 ») και το 2% (n=5) σε θεραπείες νεφρικής υποκατάστασης (H_{17} : «Ξέπλυνα το αρτηριακό σκέλος (του καθετήρα) της μηριαίας (αρτηρίας), γιατί ο συναγερμός έδειξε πολύ αρνητική πίεση. Όταν ξαναχτύπησε, άλλαξα τις συνδέσεις αρτηριακού –φλεβικού σκέλους και το Prisma (μηχάνημα συνεχούς νεφρικής υποκατάστασης) ξαναπήρε», H_{17} : «Ξέπλυνα τρεις φορές το κύκλωμα με N/S, γιατί ο άρρωστος δεν έπαιρνε ηπαρίνη στο Prisma. Στο τέλος κάθε πλύσης, έκανα έλεγχο της CVP (κεντρική φλεβική πίεση) για να μην τον φορτώσω περισσότερο απ' ό,τι απομακρύνει»).

8.1.3 Συσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Πραγματοποιήθηκαν στατιστικές δοκιμασίες συσχέτισης για να αναδειχτούν οι σχέσεις μεταξύ των θεματικών κατηγοριών και άλλων μεταβλητών (Wilsey 2006). Για τις συσχετίσεις μεταξύ τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων με δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ , ως μη-παραμετρικό μέτρο στατιστικής εξάρτησης μεταξύ των ως άνω μεταβλητών. Οι μη- παραμετρικοί έλεγχοι προτιμήθηκαν γιατί το δείγμα ήταν πολύ μικρό και η κατανομή του πληθυσμού των συμμετεχόντων άγνωστη (Wilsey 2006).

Οι συσχετίσεις των κατηγοριών νοσηλευτικών αποφάσεων με τα δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.4.

Πίνακας 8.4 Αποτελέσματα συσχέτισης των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων

| | Ηλικία | Φύλο | Εκπαιδευτικό επίπεδο | Συνολική νοσηλευτική προϋπηρεσία | Προϋπηρεσία σε ΜΕΘ |
|---|----------------------|---------------------|----------------------|----------------------------------|---------------------|
| Αποφάσεις αξιολόγησης | -0,416* (p=0,048) | 0,231 (p=0,288) | 0,574** (p=0,004) | -0,185 (p=0,397) | -0,015 (p=0,944) |
| Αποφάσεις διάγνωσης | 0,049 (p=0,824) | 0,145 (p=0,510) | 0,105 (p=0,633) | 0,007 (p=0,974) | -0,064 (p=0,773) |
| Αποφάσεις πρόληψης | -0,143 (p=0,515) | 0,457* (p=0,028) | 0,377 (p=0,076) | -0,020 (p=0,929) | 0,052 (p=0,813) |
| Αποφάσεις παρέμβασης | -0,257 (p=0,236) | 0,175 (p=0,424) | 0,220 (p=0,313) | 0,113 (p=0,607) | -0,002 (p=0,992) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του | -0,408 (p=0,053) | -0,069 (p=0,753) | 0,124 (p=0,574) | -0,290 (p=0,180) | -0,100 (p=0,649) |
| Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | -0,339 (p=0,114) | -0,033 (p=0,882) | 0,259 (p=0,234) | -0,297 (p=0,169) | -0,032 (p=0,883) |
| Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων | -0,071 (p=0,747) | 0,074 (p=0,736) | 0,306 (p=0,155) | -0,010 (p=0,965) | 0,050 (p=0,822) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | -0,329 (p=0,125) | -0,290 (p=0,179) | 0,168 (p=0,444) | -0,315 (p=0,143) | -0,038 (p=0,865) |
| Συνολικές κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις | -0,268 (p=0,217) | 0,215 (p=0,325) | 0,411 (p=0,051) | -0,016 (p=0,943) | -0,091 (p=0,681) |

*Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$

** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,01$

Μέτριες ως ικανοποιητικές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις υπήρχαν α) μεταξύ αποφάσεων αξιολόγησης και ηλικίας, με τους νεαρότερους νοσηλευτές να λαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους, β) μεταξύ αποφάσεων πρόληψης και φύλου, με τις γυναίκες να λαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις πρόληψης σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές, γ) μεταξύ αποφάσεων αξιολόγησης και εκπαιδευτικού επιπέδου, με τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης του δείγματος να κάνουν λιγότερες εκτιμήσεις των κλινικών δεδομένων σε σχέση με τους νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και τους κατόχους τίτλων υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας να λαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης σε σχέση με τους κατόχους μόνο βασικού πτυχίου.

Παράλληλα, από τα ως άνω δεδομένα της ανάλυσης φάνηκε πως υπάρχει τάση α) των νεαρών σε ηλικία νοσηλευτών να επικοινωνούν περισσότερο με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, β) των νοσηλευτών υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας να

λαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις πρόληψης για τους ασθενείς όπως και γ) οι ίδιοι να λαμβάνουν περισσότερες συνολικές αποφάσεις σε σχέση με τους συναδέλφους τους, που δεν είχαν επαυξημένα εκπαιδευτικά προσόντα.

8.1.4 Συσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με το χρόνο λήψης τους

Ο μη-παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman ρ χρησιμοποιήθηκε και για την ανίχνευση σχέσεων μεταξύ των κατηγοριών κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων της παρούσας μελέτης και της ημέρας (καθημερινή/Σάββατο/Κυριακή και αργία) και του ωραρίου (πρωινό/απογευματινό/νυχτερινό) που ελήφθησαν. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.5.

Πίνακας 8.5 Αποτελέσματα συσχέτισης των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ με το χρόνο λήψης τους

| | Ημέρα | Βάρδια |
|--|--------------------------|-------------------------|
| Αποφάσεις αξιολόγησης | -0,284 ($p=0,189$) | 0,241 ($p=0,268$) |
| Αποφάσεις διάγνωσης | 0,098 ($p=0,657$) | 0,394 ($p=0,063$) |
| Αποφάσεις πρόληψης | 0,204 ($p=0,351$) | 0,032 ($p=0,883$) |
| Αποφάσεις παρέμβασης | -0,435* ($p=0,038$) | -0,003 ($p=0,990$) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του | 0,173 ($p=0,431$) | -0,222 ($p=0,309$) |
| Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | -0,170 ($p=0,438$) | 0,162 ($p=0,459$) |
| Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων | -0,406 ($p=0,054$) | -0,071 ($p=0,749$) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | -0,381 ($p=0,073$) | -0,028 ($p=0,898$) |
| Συνολικές κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις | -0,327 ($p=0,127$) | 0,042 ($p=0,850$) |

*Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$

** Στατιστικά σημαντική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,01$

Η μόνη στατιστικά σημαντική συσχέτιση που αναδείχθηκε από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων ήταν μεταξύ της ημέρας και των αποφάσεων παρέμβασης, με τις τελευταίες να είναι, όπως ήταν αναμενόμενο, σημαντικά περισσότερες τις καθημερινές ημέρες εργασίας συγκριτικά με τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Κατ' ακολουθία, τάση για συσχέτιση διαφάνηκε μεταξύ των αποφάσεων καθορισμού προτεραιοτήτων, καθώς και των αποφάσεων επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ και της ημέρας της εβδομάδας. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές λάμβαναν περισσότερες αποφάσεις θέσπισης προτεραιοτήτων και επικοινωνίας με τους συνεργάτες τους κατά τη

διάρκεια της εβδομάδας και λιγότερες στο τέλος της και στις αργίες. Τέλος, στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε τάση για συσχέτιση μεταξύ των αποφάσεων διάγνωσης και του νοσηλευτικού ωραρίου. Ειδικότερα, με μεγαλύτερη συχνότητα λαμβάνονταν οι διαγνωστικές αποφάσεις από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ κατά τις ώρες της εφημερίας της, δηλαδή κατά το απόγευμα και τη νύχτα, παρά κατά το πρωινό ωράριο.

8.1.5 Διασυσχετίσεις των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ

Η ανάλυση κατέληξε στη μελέτη των διασυσχετίσεων (intercorrelations) μεταξύ των κατηγοριών κλινικών αποφάσεων και τα αποτελέσματά της φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 8.6.

Πίνακας 8.6 Αποτελέσματα διασυσχετίσεων των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων που λαμβάνονται στη ΜΕΘ

| | Αξιολόγηση | Διάγνωση | Πρόληψη | Παρέμβαση | Επικοινωνία με ασθενή και οικείους | Αναζήτηση πληροφοριών | Καθορισμός προτεραιοτήτων | Επικοινωνία με το προσωπικό της ΜΕΘ |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| Αποφάσεις αξιολόγησης | | 0,467* (p=0,021) | 0,308 (p=0,15) | 0,575** (p=0,004) | 0,222 (p=0,31) | 0,594** (p=0,003) | 0,414* (p=0,05) | 0,594** (p=0,003) |
| Αποφάσεις διάγνωσης | 0,467* (p=0,021) | | 0,537** (p=0,008) | 0,096 (p=0,66) | -0,138 (p=0,53) | 0,349 (p=0,10) | -0,074 (p=0,74) | 0,186 (p=0,394) |
| Αποφάσεις πρόληψης | 0,308 (p=0,15) | 0,537** (p=0,008) | | 0,243 (p=0,25) | 0,218 (p=0,31) | 0,199 (p=0,35) | 0,100 (p=0,64) | 0,033 (p=0,879) |
| Αποφάσεις παρέμβασης | 0,575** (p=0,004) | 0,096 (p=0,66) | 0,243 (p=0,25) | | 0,109 (p=0,61) | 0,260 (p=0,22) | 0,586** (p=0,003) | 0,594** (p=0,002) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του | 0,222 (p=0,31) | -0,138 (p=0,53) | 0,218 (p=0,31) | 0,109 (p=0,61) | | 0,309 (p=0,14) | 0,026 (p=0,91) | 0,170 (p=0,428) |
| Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή | 0,594** (p=0,003) | 0,349 (p=0,10) | 0,199 (p=0,35) | 0,260 (p=0,22) | 0,309 (p=0,14) | | 0,192 (p=0,37) | 0,491* (p=0,015) |
| Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων | 0,414* (p=0,05) | -0,074 (p=0,74) | 0,100 (p=0,64) | 0,586** (p=0,003) | 0,026 (p=0,91) | 0,192 (p=0,37) | | 0,512* (p=0,011) |
| Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ | 0,594** (p=0,003) | 0,186 (p=0,394) | 0,033 (p=0,879) | 0,594** (p=0,002) | 0,170 (p=0,428) | 0,491* (p=0,015) | 0,512* (p=0,011) | |
| Συνολικές κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις | 0,822** (p=0,00) | 0,494* (p=0,02) | 0,391 (p=0,06) | 0,702** (p=0,00) | 0,013 (p=0,95) | 0,433* (p=0,04) | 0,625** (p=0,001) | 0,632** (p=0,001) |

Οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των τύπων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων ήταν αρκετές και στην πλειονότητά τους ισχυρές. Με βάση αυτές, οι αναλυτές προσπάθησαν να διερευνήσουν τη χρονική αλληλουχία των αποφάσεων, ώστε να εντοπίσουν τα στάδια από τα οποία διέρχεται ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών μέχρι τη λήψη τους. Δεδομένου ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ αποφάσεων αξιολόγησης, διάγνωσης, παρέμβασης, αναζήτησης πληροφοριών, καθορισμού προτεραιοτήτων και επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό της ΜΕΘ, μελετήθηκαν οι αποστάσεις που απείχαν οι προτάσεις ή φράσεις, που δήλωναν κάθε μία κατηγορία αποφάσεων, σε κάθε ημερολόγιο. Αν και δεν είχε προκαθοριστεί το θεωρητικό πλαίσιο μελέτης της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων στην παρούσα μελέτη, ωστόσο κατά την ανάλυση φάνηκε πως αυτή επηρεάζεται από τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο συμμετέχων που κατέγραφε αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή, πολύ συχνά μετέβαινε σε αποφάσεις αξιολόγησης, διάγνωσης και παρέμβασης. Εντούτοις αυτό δεν γινόταν συνειδητά και οργανωμένα ως μία γραμμική γνωστική διαδικασία. Αντιθέτως, ήταν πρόδηλο πως δεν ολοκληρωνόταν το ένα βήμα πριν την έναρξη του επόμενου, αλλά ο κάθε νοσηλευτής κινούνταν ελεύθερα από τη μία στην άλλη κατηγορία αποφάσεων, ωστόσο επίλυε το κλινικό πρόβλημα που αντιμετώπιζε.

8.2 Αποτελέσματα της φάσης II της διδακτορικής έρευνας

Στην παρούσα φάση της έρευνας το υλικό συλλέχθηκε από την ανάλυση των απόψεων που εκτέθηκαν από τις ομάδες εστίασης, όταν ερωτήθηκαν με βάση σχετικό ημι-δομημένο οδηγό συζήτησης. Από τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα των συζητήσεων απομονώθηκαν οι πληροφορίες που απαντούσαν στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας φάσης.

Στην αρχή των συζητήσεων εισήλθε στο διάλογο ο καθορισμός της έννοιας της κλινικής απόφασης. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες όριζαν τις κλινικές αποφάσεις αποσπασματικά, κάνοντας αναφορά σε ένα ή λιγιστούς τύπους κλινικών αποφάσεων κάθε φορά.

N₆: «Όπως είναι δομημένο το σύστημα υγείας, ..., η κύρια δουλειά του νοσηλευτή είναι η πρόληψη σε ό,τι αφορά τον άρρωστο...»

N₁₆: «Εγώ κατά κύριο λόγο έχω εμπειρία σε καρδιοχειρουργικά περιστατικά. Απόφαση γιαμένα είναι ακόμα και να διαβάσω λιγάκι το ιστορικό για να ξέρω τι έχει και τι δεν έχει, έτσι ώστε

να γνωρίζω λίγα πράγματα για τα υποκείμενα νοσήματα... Και αυτό είναι απόφαση, γιατί θα μπορούσα να μην ενημερωθώ καθόλου για τον άρρωστο»

N₈: «Να αναφερθώ με ένα απλό παράδειγμα... να μεν υποστηρίζω το σύνολο των αναγκών του ασθενή, αλλά αν ξεκινήσει μία υπέρταση ή μία ταχυσφυγμία, ή αποκορεσμό, θαρρώ ότι μία απόφαση είναι ότι αυτά έρχονται σε πρώτη μοίρα σε σχέση με οποιαδήποτε άλλη ανάγκη του εκείνη τη στιγμή, όπως η σωματική υγιεινή»

N₁₃: «Ακόμα και οι προτεραιότητες που βάζουμε σε σχέση με τον άρρωστο είναι αποφάσεις... αυτό θα κάνω πρώτα, μετά θα κάνω το άλλο»

N₁₅: «Εγώ νομίζω ότι οι κλινικές αποφάσεις σχετίζονται με όλο το φάσμα της φροντίδας, δηλαδή και με την αξιολόγηση του αρρώστου και τον προγραμματισμό των πράξεων και την εκτίμηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων...»

Οι νοσηλευτές συνήθως τοποθετούσαν τον εαυτό τους στο επίκεντρο των αποφάσεών τους, θέμα που επιβεβαιώθηκε και με ένα εξαιρετικά ενδιαφέρον σχόλιο ενός συμμετέχοντα, που κατέστησε σαφές ότι στη ΜΕΘ λησμονείται ότι στο επίκεντρο των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων πρέπει να τοποθετείται ο ασθενής, όχι μόνο ως κλινική περίπτωση, αλλά ως πάσχοντας συνάνθρωπος, με ανθρώπινες ανάγκες, φόβους, κοινωνικά και οικογενειακά προβλήματα:

N₁₈: «Αποφάσεις είναι επιλογές. Και δεν αφορούν μόνο στον κλινικό χώρο. Αφορούν όλη μας τη ζωή. Και επειδή άλλωστε κλινικό πρόβλημα δεν σημαίνει μόνο αρρώστια, αλλά τη ζωή μέσα στον κλινικό χώρο, τη ζωή μέσα στο νοσοκομείο... τη ζωή μέσα στη Μονάδα... κλινική απόφαση πρέπει να είναι η επιλογή που κάνουμε για το πώς θα ικανοποιήσουμε τις ανάγκες του αρρώστου, είτε αυτές είναι σωματικές, είτε ψυχολογικές, είτε κοινωνικές, είτε αφορούν στην ποιότητα της ζωής του, δηλαδή στη διατήρηση των ρόλων του... κάθε ρόλου που έχει αναπτύξει στην κοινωνική του ζωή... του γονιού, του συζύγου, του επαγγελματία, του επιστήμονα...».

Με την αυτοκριτική του, ένας συμμετέχων σχολίασε ότι υποτιμάται το μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων που λαμβάνονται κατά τη φροντίδα του ασθενή στη ΜΕΘ, γιατί είναι διαδεδομένη η στρεβλή άποψη ότι αποφάσεις λαμβάνονται μόνον, όταν επέρχονται σημαντικές αλλαγές στην κλινική εικόνα.

N₂₂: «Ακόμα και για το κλείσιμο των φώτων το βράδυ για να είναι άνετος ο άρρωστος, η παρέμβαση στο μόνιτορ για να μειωθεί ο θόρυβος των αλάρμ, το ένα μαξιλάρι παραπάνω, η τοποθέτηση του απαραίτητου υλικού γύρω από το κρεβάτι για άμεση πρόσβαση δεν φαίνονται και δεν μετράνε στους γύρω για ουσιαστικές πράξεις. Πόσο υποτιμημένες είναι αυτές οι πράξεις... Φταίμε και μεις. Θεωρούμε ότι αποφάσεις παίρνουμε, όταν φέρνουμε σημαντικές αλλαγές στον άρρωστο. Δεν είναι σημαντικό όμως να είναι ασφαλής και ήρεμος; Ή να έχεις το υλικό δίπλα σου, όταν το χρειαστείς; Σωτήριο είναι, όχι μόνο σημαντικό».

Στη συνέχεια, η ανάλυση του περιεχομένου των απομαγνητοφωνημένων συζητήσεων είχε στόχο την κατανόηση του τρόπου που οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας

λαμβάνουν τις κλινικές τους αποφάσεις. Αναγνωρίστηκαν έξι στάδια, τα οποία μπορούσαν να εξηγήσουν την πορεία του κλινικού συλλογισμού των νοσηλευτών, θεωρώντας ότι οι νοσηλευτές που λαμβάνουν μία απόφαση διέρχονται από όλα ή μέρος αυτών.

8.2.1 Στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

1. Αναγνώριση της ανάγκης για τη λήψη απόφασης

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της συντονίστριας φάνηκε ότι η διαδικασία λήψης μίας κλινικής απόφασης ξεκινούσε από την αναγνώριση της ανάγκης για τη λήψη της.

N₁: «Όταν έχουμε για παράδειγμα μία ανακοπή σε έναν ασθενή, θα πρέπει να... αντιληφθούμε πρώτα την ανακοπή πριν πάρουμε τις όποιες αποφάσεις για το πώς θα την αντιμετωπίσουμε»

N₁: «Μπαίνοντας στη Μονάδα είδα έναν ασθενή σε ημικαθιστή θέση, αλλά ωχρό στο πρόσωπο... Λέω εδώ τι γίνεται; Εκεί αρχίζεις να το ψάχνεις; Μόνος σου στην αρχή, μαζί με το γιατρό αν χρειάζεται...».

Αντιστρόφως, η διαδικασία δεν ξεκινούσε αν ο νοσηλευτής ή ολόκληρη η νοσηλευτική ομάδα της ΜΕΘ δεν θεωρούσε απαραίτητη τη λήψη της απόφασης.

N₃: «...Συμφωνώ ότι το να πάρεις το νοσηλευτικό ιστορικό του αρρώστου είναι πολύ σημαντική κλινική απόφαση, αλλά θεωρώ ότι δεν είναι δυνατό να γίνει αυτό στη Μονάδα. Οι συγγενείς μπαίνουν για 10 λεπτά όλα κι όλα και αυτό γίνεται κατά τη διάρκεια της πρωινής βάρδιας, που ο νοσηλευτής πνίγεται στη δουλειά... είναι τέτοιος ο φόρτος εργασίας, που δεν είναι δυνατόν μέσα στα 10 αυτά λεπτά που κρατά το επισκεπτήριο, οι συγγενείς να δουν τον άνθρωπό τους, να ενημερωθούν από τους γιατρούς ΚΑΙ να πάρεις εσύ νοσηλευτικό ιστορικό. Παράλληλα, εκείνη την ώρα έχεις να κάνεις 10 πράγματα που πήγαν πίσω...»

N₆: «Θεωρώ ότι θα μπορούσαμε να πάρουμε ιστορικό αν θέλαμε. Θα πρέπει όμως να υπάρχει κοινή επιθυμία. Να αποδεχόμαστε όλοι οι νοσηλευτές ότι αυτό είναι κάτι που πρέπει να γίνει από εμάς. Θα το κάνω εγώ το πρωί, θα το κάνει όμως κι ο συνάδελφος το απόγευμα ή τη νύχτα, όταν γίνει εισαγωγή; Ή θα το κάνουν όλοι οι συνάδελφοι; Θα το θεωρούμε όλοι κοινή μας δουλειά;»

Η διαδικασία της αναγνώρισης άρχιζε συνήθως με τη νοσηλευτική παρατήρηση. Σε όλες τις ομαδικές συζητήσεις αναφέρθηκε ότι οι συμμετέχοντες αναγνώριζαν ότι κάτι συνέβαινε είτε με τη βοήθεια των αισθήσεων (όρασης, ακοής, αφής, όσφρησης), είτε με τη βοήθεια των ειδικών συσκευών, που κάποιες φορές υποκαθιστούσαν τις δυνατότητες των αισθήσεών τους.

N₈: «Νομίζω ότι το σημαντικότερο είναι η παρατήρηση... η οποία πρέπει να είναι όσο γίνεται πιο λεπτομερής. Να ξεσκεπάσουμε, να βλέπουμε οτιδήποτε, να ψάχνουμε πράγματα που μπορεί να

μην έχει δει ο (προηγούμενος) συνάδελφος... όσο γίνεται δηλαδή αναζήτηση του αγνώστου. Η παρατήρηση ξεκινάει από μας στην ουσία... αυτά που παρατηρούμε μπορεί να τα μεταφέρουμε και σε άλλους, αλλά την παρατήρηση την κάνουμε εμείς».

N₂: «Πολύ συχνά μπαίνεις μέσα στη Μονάδα και την ώρα που μπαίνεις καταλαβαίνεις αν ο άρρωστος κάνει ταχύπνοια, μόνο επειδή ένας αναπνευστήρας ακούγεται κάπως ... και λες κάνει ταχύπνοια...

N₆: «ή στα εγκαύματα... Καταλαβαίνεις ότι κάτι τρέχει άσχημο, όταν χειροτερεύει η οσμή...»

N₁₂: «σε μία οξεία κοιλία. Θα τη νιώσεις ... θα την πιάσεις... δεν ξέρεις τι είναι, αλλά κάτι δεν πάει καλά... δεν μου αρέσει αυτή η κοιλιά».

N₃: «Το πρώτο πράγμα που μου είχαν πει εμένα, όταν μπήκα στη Μονάδα, ήταν ότι όταν ακούς τον άρρωστο να ροχαλίζει το cuff είναι ξεφούσκωτο. Ήταν η πρώτη φορά που έδωσα σημασία στην ακοή... Κατάλαβα ότι έπρεπε να αφουγκραστώ τον άρρωστο, πέρα από το να τον εξετάσω...»

N₅: «Εμείς στη Μονάδα έχουμε και τα μηχανήματα, τα οποία μας διευκολύνουν ... όταν ακούς ή βλέπεις στο μόνιτορ και τον αναπνευστήρα τις σφύξεις και τις αναπνοές... να είναι πολύ πιο πάνω από το φυσιολογικό και τα μηχανήματα να βαράνε σαν τρελά... από κει και πέρα αναγκάζεσαι και τον άρρωστο να μην δεις... μόνο τα νούμερα... να πεις ότι κάτι δεν πάει καλά»

N₁₃: «αυτό που αντιλαμβανόμαστε με τις αισθήσεις μας είναι εφελτήριο να ψάξουμε τι πρόκειται να συμβεί, προκειμένου να προλάβουμε καταστάσεις».

N₂₀: «Μα κάθε ερέθισμα που γίνεται αντιληπτό στον άνθρωπο, δεν προσλαμβάνεται μέσω των αισθήσεων; Θέλω να πω ότι το πρόβλημα γίνεται προφανές και χρήζει αντιμετώπισης, όταν κάτι αλλάζει και αυτό φαίνεται πάνω στον άρρωστο... ειδικά οι νοσηλευτές που δεν παραγγέλνουν εξετάσεις ή δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές, ώστε πιθανά να το ανιχνεύσουν νωρίτερα, μπορούν να το αναγνωρίσουν κυρίως μέσω των αισθήσεων...»

Κάποιες άλλες φορές, όμως, η προσφορά των αισθήσεων αποδεικνύεται σημαντικότερη από την προσφορά των ειδικών μηχανημάτων ή των εργαστηριακών μετρήσεων.

N₉: «Συχνά συμβαίνει να τον (τον άρρωστο) πιάεις και να είναι ψυχρός και μετά από λίγο να κάνει πνευμονικό οίδημα. Ενώ στο μόνιτορ ήταν μία χαρά αιμοδυναμικά και δεν φαινόταν κάποιο πρόβλημα, αυτό ξεκινούσε και εσύ το έπιασες και το κατάλαβες πρώτος. Είναι σημαντικό για μένα να αναγνωρίζω το ξεκίνημα. Παίρνεις τις αποφάσεις σου για να προλάβεις την εξέλιξη και όχι για να διορθώσεις το ήδη εγκατεστημένο πρόβλημα».

N₁₈: «... η εικόνα είναι πάντα πιο έντονη και μπορεί να σε κινητοποιήσει πολύ περισσότερο από απλές εργαστηριακές τιμές..»

Η νοσηλευτική παρατήρηση είχε τόσο χαρακτηριστικά επιστημονικής παρατήρησης, όσο και παρατήρησης συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, η επιστημονική παρατήρηση αφορούσε στην αναγνώριση αντικειμενικών παραμέτρων ή μετρήσεων (π.χ συχνότητα αναπνοών ή σφύξεων, θερμοκρασία, κλπ), που επιβεβαιώνονταν από άλλους

παρατηρητές και ήταν αμερόληπτη ως προς την περιγραφή, δηλαδή δεν επηρεαζόταν από προσωπικούς «υποκειμενικούς» συναισθηματισμούς για τον ασθενή. Τα ευρήματά της μάλιστα επιβεβαιώνονταν από την κλινική εξέταση, την οποία κάποιος χαρακτήρισε «βασικό εργαλείο» για τη συνολική πορεία της λήψης κλινικών αποφάσεων. Η παρατήρηση συμπεριφοράς, από την άλλη μεριά, επιχειρούσε να αναγνωρίσει τις αντιδράσεις ή τις συμπεριφορές των ασθενών στο συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον της ΜΕΘ, ενώ συχνά υπεισέρχονταν σε αυτή οι προσωπικές ερμηνείες των παρατηρητών.

N₂: «...να μεις και να δεις τον ασθενή να ταχυπνοεί, να δεις ότι έχει κάνει ταχυκαρδία, αλλά να ακούς και να βήχει κιόλας, ότι έχει εκκρίσεις. Εκεί θα πεις (στον εαυτό σου) αυτός κινδυνεύει να φράξει εντελώς... κάναε του μία αναρρόφηση»

N₇: «Αρχικά, παρακολουθείς ζωτικά, κλινική εικόνα, αέρια αίματος, δηλαδή αντικειμενικά δεδομένα, ώστε να πράξεις αναλόγως αν χρειαστεί. Προς τη βελτίωση των οργανικών συμπτωμάτων.»

N₁₆: «Το θέμα είναι να μπορείς να αποδείξεις και στο συνεργάτη σου, δηλαδή στο γιατρό εν προκειμένω, ότι η παρατήρησή σου είναι αληθινή. Αν του πεις ότι κάτι έπιασε το μόνιτορ και του περιγράψεις την αρρυθμία, θα βασιστεί σε αυτή την περιγραφή. Γιατί και ο ίδιος στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό σε αυτές τις ενδείξεις. Αν του πεις ότι ο άρρωστος είναι πιο ψυχρός, δεν ξέρω... Αλλά αντικειμενικό εύρημα δεν είναι το αποτέλεσμα των αισθήσεών μας; Αφού το άκουσα ή το είδα!!»

N₂₀: «Βέβαια και το να εμπιστεύεσαι την εικόνα που έχεις (για τον ασθενή) μέσω των αισθήσεών σου, δεν αποκλείει να ξέρεις να την εκτιμάς με βάση τις επιστημονικές σου γνώσεις... Και ο γιατρός δεν βγαίνει ποτέ στον άρρωστο, χωρίς να έχει μάθει να εμπιστεύεται τις αισθήσεις του και να κατανοεί τι ακούει, τι βλέπει, τι ψηλαφά... Η κλινική εξέταση είναι ή καλύτερα πρέπει να είναι το βασικό του εργαλείο... Νομίζω ότι δεν υπάρχει τίποτα πιο δύσκολο στις κλινικές επιστήμες από το να μάθεις να ξεχωρίζεις μέσω των αισθήσεών σου ότι αυτό και όχι το άλλο είναι ανησυχητικό, ή αυτό και όχι το άλλο θα ονομαστεί έτσι, θα τεθεί διάγνωση... Η κλινική εξέταση είναι πολύ βασικό εργαλείο.»

N₃: «Σε ασθενή που έχεις συνηθίσει να τον βλέπεις ομιλητικό ή με ένα ωραίο χρώμα... πολλές φορές τυχαίνει να περάσεις από μπροστά και να τον δεις λιγάκι... πιο ήσυχο, πιο λιγομίλητο, να έχει σκοτεινιάσει αρκετά το πρόσωπό του... τότε αρχίζεις να αντιλαμβάνεσαι ότι ακόμα κι αν δεν μπορεί να το εκφράσει, κάτι δεν πάει καλά... κάτι τον κάνει και δυσανασχετεί...»

N₃: «Θυμάμαι μία κοπέλα ασθενή, που δεν ήθελε να μπει με τίποτα στη διαδικασία να αποσωληνωθεί, να μάθει να κάνει απόχρεμψη μόνη της. Κι' αυτό γιατί ήταν μία δύστροπη άρρωστη... που θεωρούσε ότι είσαι ο υπηρέτης της... τώρα θέλω να μου αλλάξεις θέση, τότε το κρεβάτι μου είναι έτσι... ε, λοιπόν την απέφευγα, γιατί διαφορετικά μου έβγαине να της φερθώ με μία απίστευτη κακία. Ε! γι' αυτή οι αποφάσεις μου ήταν μετρημένες στα δάχτυλα.»

N₁₃: «Η Νοσηλευτική στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση. Όταν μιλάμε για κλινικές αποφάσεις στη Νοσηλευτική, δεν μπορούμε να συζητούμε μόνο για το οργανικό κομμάτι και να έχουμε αποκλείσει το ψυχολογικό, κοινωνικό, θρησκευτικό κομμάτι... αλλά αυτό δεν το έχουμε πιάσει ακόμα.»

2. Συλλογή πληροφοριών

Οι αρχικές νοσηλευτικές παρατηρήσεις συγκρίνονταν είτε με προηγούμενη εικόνα του ίδιου ασθενή, είτε με παρόμοιες καταστάσεις ασθενών για τις οποίες οι νοσηλευτές είχαν προσωπική εμπειρία, είτε με τις θεωρητικές τους γνώσεις. Μετά από αυτές τις «επιφανειακές» συγκρίσεις αναπτύσσονταν κάποιες αρχικές υποθέσεις, που κάποιοι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν ως έκφραση της «γνώμης» τους.

N₅: « Ένας ασθενής που συνήθως είναι ήσυχος, έχει ξεκινήσει να λέει ασυναρτησίες... Τότε είμαι της γνώμης ότι πρέπει να πάρεις αέριο πριν απ' ό,τιδήποτε άλλο. Αν και χωρίς αέριο ξέρεις ότι το διοξείδιο (PCO₂) είναι στα ύψη»

N₉: «Για παράδειγμα, εχθές παρέλαβα ένα περιστατικό με υπαραχνοειδή αιμορραγία 38 ετών. Ε, το πρώτο πράγμα που κάνουμε εμείς είναι να κοιτάμε τα μάτια. Ακόμα κι αν σου έχουν πει ότι είναι ισοκορικός, μπορεί ανά πάσα στιγμή να κάνει ανισοκορία ή μυδρίαση. Το έχουμε ξαναδεί με άλλα, παρόμοια περιστατικά. Ναι μεν δεν είχαν γίνει σε αυτόν αλλαγές στις κόρες των ματιών, αλλά θα μπορούσε να είχε συμβεί κάτι και τότε θα το λέγαμε στους γιατρούς τη γνώμη μας για να τον στείλουν αμέσως για αξονική».

Σύμφωνα με τις απόψεις των συμμετεχόντων, οι αρχικές πεποιθήσεις των νοσηλευτών υπόκεινταν σε έλεγχο μέχρι να αποδειχτούν. Ο έλεγχος στον οποίο επρόκειτο να υποβληθούν προϋπέθετε την περαιτέρω συλλογή κλινικών πληροφοριών για την κατάσταση του ασθενή, μία διαδικασία που πυροδοτούνταν από την επιθυμία του νοσηλευτή να διαμορφώσει μία σαφέστερη εικόνα για το κλινικό πρόβλημα που είχε να αντιμετωπίσει.

N₁₄: «Στην αρχή πρέπει να ψάξεις χίλια δύο πράγματα για να δεις γιατί ο άρρωστος έχει εκδηλώσει το συγκεκριμένο πρόβλημα... προκειμένου να δεις τι συμβαίνει με τον άρρωστο για να προλάβεις καταστάσεις και να μπορέσεις να τον φροντίσεις και να τον συνεφέρεις. Εκεί λοιπόν πρέπει να ψάξεις ένα σωρό πράγματα για να δεις τι πηγαίνει λάθος και τι πρέπει να διορθωθεί...»

N₁₂: «Αν δεν σου επαρκούν οι πληροφορίες που έχεις για τον άρρωστο, τότε προσπαθείς να συλλέξεις όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείς από εκεί όπου έχεις πρόσβαση. Δηλαδή προσπαθείς να νικήσεις το άγχος του αγνώστου».

Το άγχος, ο φόβος, η σύγχυση, η αγωνία και ο θυμός αναφέρθηκαν από αρκετούς συμμετέχοντες ως τα κύρια συναισθήματα που τους εξανάγκαζαν σε αποσαφήνιση του προβλήματος. Η κατάσταση πριν τα αρνητικά αυτά συναισθήματα είχε τα χαρακτηριστικά απειλής, που έθεταν σε κίνδυνο τη ζωή και την υγεία του ασθενή, όσο και την επαγγελματική ασφάλεια του νοσηλευτή.

N₆: «Για μένα υπάρχει άγχος, μεγάλο άγχος... Όταν συμβαίνει κάτι και βλέπω ότι εντάζει το παλεύω, γιατί βασικά το καταλαβαίνω, είναι καλά... Όταν βλέπω ότι η κατάσταση αρχίζει και

ξεφεύγει, γίνεται άγνωστη και ακατανόητη, φυσικά πέρα από το να φωνάζω αυτούς που πρέπει και τα λοιπά, υπάρχει άγχος, υπάρχει ένα φοβερό άγχος, όσο σίγουρος να είσαι για τον εαυτό σου. Υπάρχει άγχος ακόμα και να είναι κάποιος δίπλα σου και να σου λέει τι να κάνεις, γιατί και αυτός δεν ξέρεις πόσο σίγουρος θα είναι με τον εαυτό του ή αν θα μπορεί να ανταπεξέλθει ο ίδιος».

N₁₀: «Κάτι γνωστό και οικείο το κάνεις με άνεση, ξέρεις τι να κοιτάξεις, τι να προσέξεις... ενώ κάτι που δεν το ξέρεις καλά ή καθόλου, σε κάνει να αισθάνεσαι σύγχυση, ανασφάλεια, μεγάλη ανασφάλεια και το άγχος σου μεγαλώνει.. Ναι τα καινούρια πράγματα σου δημιουργούν άγχος».

N₁₄: «Όταν δεν ξέρεις αρκετά για τα πρόβλημα, έχεις αγωνία, φόβο, άγχος, θυμό, γιατί δεν σε ενημέρωσε κάποιος επαρκώς για όλα αυτά... στην περίπτωση που μπορούσε κάποιος να το κάνει και δεν το έκανε...».

N₁₇: «Αν δεν έχω καμία πληροφόρηση, νιώθω άγχος γιατί μπορεί να εξελιχθεί το πρόβλημα και τόσο γρήγορα που να μην μπορώ να κάνω και τίποτα... τότε χρειάζεσαι έναν έμπειρο δίπλα σου για να νιώσεις μεγαλύτερη ασφάλεια... ή ένα γιατρό... αυτό βοηθά να νιώθω πως έχω τον έλεγχο του αρρώστου».

Οι στόχοι της αναζήτησης των πληροφοριών φάνηκε πως ήταν πρωταρχικά η μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που βίωνε ο νοσηλευτής σε σχέση με το πρόβλημα, η αποκατάσταση της ισορροπίας στο κλινικό του περιβάλλον και η απόκτηση ουσιαστικού ελέγχου επί της κλινικής κατάστασης.

N₆: «Το στρες και το άγχος που υφίστασαι όταν το πρόβλημα σου είναι ακόμα άγνωστο, πρέπει να μειωθεί... δεν έχεις περιθώρια να μην το κάνεις. Και γιατί δεν πρόκειται να ανταπεξέλθεις, αν είσαι μέσα στον πανικό, αλλά και γιατί αυτό που βιώνεις μέσα σου σε φθείρει, γίνεσαι πτώμα...».

N₁₈: «Πρώτα θέλεις να βάλεις σε μία τάξη το χάος που έχεις μπροστά σου, να μειώσεις το στρες που νιώθεις από όλα αυτά ...».

N₁₇: «Η επιδίωξη είναι να επαναφέρεις την ισορροπία που υπήρχε πριν την εμφάνιση του προβλήματος...»

N₁₆: «Νιώθεις ότι τα πράγματα είναι εκτός ελέγχου και δεν μπορείς – όσο κι αν το επιθυμείς να τα επηρεάσεις σημαντικά. Γιατί δεν έχεις προλάβει να τα σταθμίσεις».

N₁₉: «Αυτό που με ανησυχεί πολύ είναι ότι αν δεν έχω σκανάρει έναν άρρωστο, δεν έχω τον έλεγχο της κατάστασης. Και τότε νιώθω ότι τον αφήνω λίγο στην τύχη του».

Άλλωστε, η διαβάθμιση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων καθόριζε το επίπεδο λειτουργικότητας του νοσηλευτή και τελικά το αν θα συνέχιζε την πορεία του προς την απόφαση ή θα την εγκατέλειπε σε αυτό το στάδιο λόγω αδυναμίας. Ειδικότερα, αναφέρθηκαν οι παρακάτω διαφορετικής έντασης αντιδράσεις:

α) Μη εστιασμένης παρακολούθησης

Οι συμμετέχοντες, που διατηρούσαν μία χαλαρή επαγρύπνηση για ένα κλινικό πρόβλημα, ξεκινούσαν την αναζήτηση των πληροφοριών με καταγισμό ερωτήσεων, που ήταν βοηθητικές για την αποσαφήνισή του.

N₁₇: «Για παράδειγμα, παραλαμβάνω μια προγραμματισμένη εισαγωγή ... έχω μια εποικοδομητική ανησυχία να αναγνωρίσω τα κύρια προβλήματα του αρρώστου, να πάρω όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες που να αφορούν τον άρρωστο και το ιστορικό του... πώς είναι αναπνευστικά, πώς είναι καρδιολογικά, νοσηλευόταν σε Τμήμα, έρχεται από τα ΤΕΠ, τότε εκδηλώθηκε το πρόβλημα, τι έχει γίνει μέχρι τώρα; ...»

β) Αυτοσυγκέντρωσης και επικέντρωσης στο πρόβλημα

Οι νοσηλευτές που αισθάνονταν αυξημένη αγωνία για ένα πρόβλημα, που δεν θεωρούσαν οικείο ή αναμενόμενο, επικέντρωναν την προσοχή τους σε κρίσιμα για το πρόβλημα ζητήματα. Ακόμα εστίαζαν την προσοχή τους σε δεδομένα που αφορούσαν στο συγκεκριμένο ασθενή που εκδήλωνε το συγκεκριμένο πρόβλημα, τη συγκεκριμένη στιγμή. Λαμβάνονταν, δηλαδή, υπόψη το πλαίσιο επίλυσης του κλινικού προβλήματος και οι πληροφορίες αποκτούσαν αξία και νόημα, όταν ήταν απόλυτα σχετικές με την απόφαση που επρόκειτο να ληφθεί.

N₁: «Είχαμε έναν ασθενή στη Μονάδα με γρίπη από H₁N₁ για κάποιο χρονικό διάστημα. Κάποια νύχτα με φωνάζει η νοσηλεύτρια που είχε το περιστατικό, κατά τις 4 το πρωί, και μου λέει ο ασθενής έχει μέλαινα κένωση. Τη βλέπω, της λέω ναι, βλέπω τον αιματοκρίτη, βλέπω 17 και αιμοσφαιρίνη 6 ... Πρώτη μου κίνηση ήταν να τηλεφωνήσω άμεσα στην Αιμοδοσία να δω αν υπάρχει αίμα διαθέσιμο... Αφού με ενημέρωσαν οι νοσηλευτές της Αιμοδοσίας ότι είχαν, παίρνω μία γενική αίματος και τρέχοντας στο Εργαστήριο, περίμενα να βγει επείγον. Όταν επιβεβαιώσαμε τη χαμηλή αιμοσφαιρίνη, ζυπνήσαμε αμέσως τον εφημερεύοντα...».

Η παραπάνω περίπτωση αποτελούσε μία κρίσιμη κλινική περίπτωση στη ΜΕΘ, που απαιτούσε άμεση αντιμετώπιση, όπως φαίνεται από τη χρήση των λέξεων «άμεσα», «τρέχοντας», «επείγον», «αμέσως». Οι συμμετέχοντες που αξιολόγησαν το εύρημα της μέλαινας κένωσης δεν εστίασαν στο κλινικό πρόβλημα της γαστρορραγίας που εκδήλωσε ο ασθενής, αλλά κυρίως στον επερχόμενο κίνδυνο της αιμοδυναμικής αποσταθεροποίησης και κατάρρευσής του. Γι' αυτό επικέντρωσαν την προσοχή τους μόνο στα ζητήματα που θα απέτρεπαν αυτό το ενδεχόμενο, εξειδικεύοντας την αναζήτηση μόνο στην επιβεβαίωση της κλινικής πληροφορίας, ώστε η τελευταία να είναι έγκαιρη και έγκυρη, αλλά και τρόπων αντιμετώπισης της.

γ) Αυξημένης εγρήγορσης

Για τις περιπτώσεις που απαιτούσαν αυξημένη εγρήγορση, οι απόψεις των νοσηλευτών ήταν διαφορετικές ανάλογα με το επίπεδο εμπειρίας τους. Αυτοί που θεωρούσαν πως είχαν επαρκή εμπειρία στη διαχείριση τέτοιων κρίσεων, πίστευαν ότι η αύξηση της αδρεναλίνης που συνοδεύει συνήθως αυτές τις καταστάσεις ήταν ενδιαφέροντα και έδινε νόημα στην εργασία του νοσηλευτή σε περιβάλλον ΜΕΘ.

N₂: «Σε επείγουσες καταστάσεις... εκεί είναι που τρέχεις. Εκεί σου ανεβαίνει η αδρεναλίνη και τότε έχει ενδιαφέρον η δουλειά στη Μονάδα».

Αντιθέτως, για κάποιους άλλους λιγότερο έμπειρους, η ίδια κατάσταση φαινόταν να είναι εξαντλητική, γιατί περιόριζε την ικανότητά τους να «δουν καθαρά το πρόβλημα» και αυτό αύξανε ακόμα περισσότερο τα αρνητικά τους συναισθήματα.

N₆: «Τρέμει το φυλλοκάρδι σου, έχω φοβερό άγχος... και εντάξει σώθηκε το παιδί, αλλά μου έφυγε η ψυχή... Και όταν είναι εντάξει το πράγμα, βλέπεις ότι το παλεύεις είναι πιο καλά... όταν βλέπεις ότι ξεφεύγει, δεν μπορώ να δω ούτε την πίεση στο μόνιτορ... Θέλω να πω ότι τότε δεν βλέπεις καθαρά το πρόβλημα και πρέπει να συγκεντρώσεις όλες σου τις δυνάμεις για να προχωρήσεις... και αυτό σου ρουφά όλη σου την ενέργεια... στο τέλος είσαι πτώμα».

N₇: «Όταν κάτι είναι καινούριο, ή έναν ασθενή που δεν τον ξαναείχες και συμβαίνουν το ένα πάνω στο άλλο τα προβλήματα δεν είναι εύκολο να ανταπεξέλθεις. Χρειάζεσαι καθαρό κεφάλι για να λειτουργήσεις και το άγχος δεν σε αφήνει».

δ) Σύγχυσης και Παράλυσης από το Άγχος

Περιπτώσεις σαν την προηγούμενη που απαιτούσαν υψηλή εγρήγορση, εύκολα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σύγχυση και αδυναμία λειτουργίας. Σε αυτές οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι το άγχος που βίωναν ήταν τόσο έντονο, που «παρέλυε» τις κινήσεις τους. Τότε προτιμούσαν να μεταθέσουν την ευθύνη της απόφασης σε κάποιον άλλο ή να την αναλάβουν σε συνεργασία με αυτόν.

N₃: «... Εγώ μπήκα σε μία Μονάδα, σε ένα χώρο που δεν είχα κλινική εμπειρία, με αποτέλεσμα όχι απλά να αγχώνομαι... να παραλύω οποιαδήποτε ώρα με έβγαζε κάτι εντελώς εκτός προγράμματος. Και εκεί είναι πολύ σημαντική η στήριξη από την ομάδα ...»

N₁₀: «Σε μένα το άγχος δεν λειτουργεί καλά... γιατί συνήθως δεν έχω το παραγωγικό άγχος... εμένα μπορεί να με μπλοκάρει κιόλας από το να πάρω μία σωστή απόφαση. Οπότε τότε πρέπει να αναλάβει κάποιος άλλος».

N₁₃: «... Όταν δεν ξέρω πώς να αντιμετωπίσω το πρόβλημα και δεν προλαβαίνω να το μάθω, γιατί για παράδειγμα ο χρόνος είναι περιορισμένος, εκεί χρειάζεται να έρθει κάποιος να δώσει τη λύση ως από μηχανής θεός».

N₁₉: «Αυτό που με ανησυχεί πολύ είναι ότι αν δεν έχω σκανάρει έναν άρρωστο, δεν έχω τον έλεγχο της κατάστασης. Και τότε νιώθω ότι τον αφήνω λίγο στην τύχη του. Οπότε εκεί πρέπει να αναλάβει κάποιος άλλος... Υπάρχει και γιατρός για να αναλάβει την ευθύνη».

Οι πηγές των κλινικών πληροφοριών ήταν ο ίδιος ο ασθενής, οι συνεργάτες του νοσηλευτή, τα ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης που διενεργούσε, τα ιατρικά και νοσηλευτικά αρχεία και σπανιότερα τα βιβλιογραφικά δεδομένα.

N₁₀: «Μας είχαν φέρει άρρωστο που έλεγαν πως είχε οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Πόναγε, ήταν και καρδιοπαθής. Μπήκε στη Μονάδα για οξύ έμφραγμα και εμείς ήμασταν έτοιμοι να του κάνουμε θρομβόλυση. Εμένα όμως κάτι μου έλεγε πως δεν ήταν έμφραγμα... μου φάνηκε πως ήταν κάτι άλλο... Δεν τον έβλεπα σαν κάποιον που κάνει έμφραγμα, γιατί ήταν ήρεμος... δεν είναι έτσι ο άνθρωπος που πονάει από έμφραγμα... Άλλο πράγμα ήταν.. Και ξεκίνησα να του κάνω ερωτήσεις. Μετά από κανά δύο ερωτήσεις για το τι έκανε πριν τον πιάσει ο πόνος, μου απάντησε έφαγα πολλά ντολμαδάκια... και με έπιασε ο πόνος. Βλέπω και την κοιλιά του φουσκωμένη... το λέω στο γιατρό. Τον ζανακοιτάνε, του βάζουν ένα Levin, έβγαλε δύο λίτρα γαστρικό υγρό, του πέρασε ο πόνος, του πέρασε η καρδιά του, την άλλη μέρα έφυγε μία χαρά».

N₁: «...περνώντας μέσα στη Μονάδα, είδα έναν ασθενή, ο οποίος ήταν σε 30-35 μοίρες, ήταν όμως ωχρός στο πρόσωπο... Λέω εδώ τι γίνεται; Δεν είχε δείξει κάποιο σημάδι αιμορραγίας... κοιτάξα το μάτι ... είδα και εκεί ωχρό.. κοιτάω τον αιματοκρίτη... είχε έναν αιματοκρίτη το πρωί γύρω στα 32 ... εγώ ήμουν απόγευμα... Λέω εδώ κάτι γίνεται. Κοιτάζω το διάγραμμα και δεν είχε ούτε μέλαινες κενώσεις, ούτε κάτι ανάλογο. Διαβάζω τη λογοδοσία, καμία αναφορά. Φωνάζω μετά τον ειδικευόμενο και του λέω εδώ πέρα τι γίνεται... μου λέει κι εγώ τον βλέπω ωχρό. Παίρνει γενική αίματος και όντως είχε κάνει μία γαστρορραγία».

N₁: «Τον ασθενή πρέπει να τον ξεσκεπάσουμε... τότε τον μαθαίνεις. Πρέπει να τον βλέπουμε από πάνω μέχρι κάτω. Να ψηλαφούμε τη θέση και τα όρια των οργάνων. Να ακροαζόμαστε και τους πνεύμονες και το έντερο... Οι πληροφορίες που παρέχει η κλινική εξέταση δεν μπορούν να ληφθούν απ' όλα τα τεχνολογικά μέσα της ΜΕΘ».

N₁₇: «Τις περισσότερες φορές μπορώ να εξηγήσω τις αλλαγές που παρατηρώ στον άρρωστο. Γιατί έχω διαβάσει το ιστορικό του, έχω δει από την παραλαβή του τις εξετάσεις του, ξέρω τι γίνεται.. δεν πηγαίνω τυχαία».

N₁₄: «Να ελέγχεις πιο συχνά το σύμπτωμα, αν επιδεινώνεται ή αν φεύγει, να ρωτήσεις έναν εμπειρότερο συνάδελφο αν του δημιουργείται η ίδια εντύπωση κι αυτού... να κοιτάξεις και κάποια πληροφορία από κάποια βιβλιογραφική πηγή...»

Η αναζήτηση δεδομένων μέσω της εξέτασης ή της πρόσβασης σε ιατρικά και νοσηλευτικά αρχεία ή τη βιβλιογραφία αναφερόταν ως μία διαδικασία κοπιώδης, χρονοβόρα, απαιτητική, που προϋπέθετε πρόσβαση σε αυτά και κατανόησή τους.

N₁₂: «Για μένα βασικό ας πούμε είναι να ξεσκεπάσω τον άρρωστο. Έναν άρρωστο που δεν τον ξέρω, θέλω να τον ξεσκεπάσω να δω τι υπάρχει από κάτω... Είναι νευροχειρουργικός... τι κουνάει, τι δεν κουνάει, πώς αντιδράει, τι κάνει;... Αν δεν σου αρκούν οι πληροφορίες, κοιτάς διαγράμματα, ιατρικό φάκελο... αν έχεις πρόσβαση σ' αυτόν... όσο χρόνο κι αν σου πάρει».

N₂: «Κάποιες φορές έχουμε κοιτάξει να μπούμε στο Internet, να ψάξουμε κάτι... ή ας πούμε με τη σίτιση, για τον έλεγχο υπολείμματος ή για τη χορήγηση ενός φαρμάκου, που μπορεί να μην είμαστε σίγουροι και να το ψάξουμε λίγο περισσότερο... Αλλά κυρίως στιγμιαία θα βρούμε τις πολύ συγκεκριμένες πληροφορίες που θέλουμε... Γιατί; Νομίζω ότι χανόμαστε λίγο μέσα στον κύκλο της δουλειάς, μέσα στο φόρτο εργασίας, λίγο να μην κουραστούμε περισσότερο...».

N₁₃: «Από την εμπειρία μου, μπορώ να σου πω ότι η συντριπτική πλειονότητα των νοσηλευτών δεν πρόκειται να αναζητήσουμε αν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τα προβλήματα που επαναλαμβάνονται στη ΜΕΘ. Σχεδόν αποκλείεται να μουν σε αυτή τη διαδικασία... Δεν νομίζω να πιστεύει κανένας ότι η έρευνα γίνεται για να εφαρμοζονται τα αποτελέσματά της στην πράξη. Γίνεται έρευνα για να γίνει έρευνα. Ενδεχομένως τη θεωρούν και δυσνόητη, τη θεωρούν άσκηση στατιστικής ή είναι σε γλώσσα που δεν χρησιμοποιούν συνήθως... ή νομίζουν ότι γίνεται για την ακαδημαϊκή εξέλιξη του ερευνητή (!), ή για να πάρεις ένα πτυχίο... και γι' αυτό υπάρχει καχυποψία απέναντί της».

Αντίθετα, στην επικοινωνία υπήρχε το πλεονέκτημα ότι τα άτομα που προσέφεραν τη γνώμη τους ή την οδηγία είχαν τη δυνατότητα της σκέψης και της κρίσης, οπότε μπορούσαν να σταθμίσουν τις διάφορες πληροφορίες και να οδηγήσουν τον αποφασίζοντα πιο γρήγορα σε λύση.

N₁₂: «Πάμε πρώτα στους συναδέλφους, τους ρωτάμε αν τον είχαν τις προηγούμενες μέρες (τον ασθενή) και οι συνάδελφοι που έχουν την εμπειρία του ασθενή μπορούν να σου πουν αν ήταν σταθερός ή τι μπορεί να έχει προκύψει με αυτόν τον ασθενή... Μετά πας και στο γιατρό για κάποια περαιτέρω πληροφορία. Περισσότερο ιατρική, όχι τόσο νοσηλευτική».

N₆: «Στη Μονάδα έχεις ένα γιατρό ανά πάσα στιγμή... δεν έχει τύχει να μην υπάρχουν, έτσι ώστε να μην ξέρεις τι θα κάνεις και να μην ξέρεις πώς θα κινηθείς...».

3. Επεξεργασία πληροφοριών

Κάποιες από τις πληροφορίες που αποκτήθηκαν στο προηγούμενο στάδιο μετασχηματίζονταν σε νοσηλευτικές κρίσεις στο στάδιο της επεξεργασίας των δεδομένων. Οι σκοποί της επεξεργασίας τους ήταν α) να καταστεί φανερή στον αποφασίζοντα η αιτιώδης συνάφεια δύο ή περισσότερων καταστάσεων και β) να ανασυρθεί από τις εμπειρίες του παρελθόντος μία αποτελεσματική λύση. Για κάποιους από τους συμμετέχοντες, η αντίληψη της αιτιότητας του προβλήματος ήταν σημαντική, για να ολοκληρώσει την επεξεργασία των διαθέσιμων πληροφοριών. Κάποιοι άλλοι, έφταναν στην εύρεση της λύσης, χωρίς να θεωρείται απαραίτητη η διευκρίνιση της αιτιώδους σχέσης μεταξύ δύο καταστάσεων.

N₁₄: « Η αναζήτηση πληροφόρησης είναι μία σειρά σκέψεων που ψάχνουν επιχειρήματα... δηλαδή κάνω αυτό για τον τάδε και τον τάδε λόγο. Μόλις βρεις το γιατί, είσαι πολύ κοντά στην απόφαση».

N₁₆: «Μετά από χρόνια δουλειάς, αντί να κάτσεις και να σκεφτείς ότι το ένα θα μου κάνει αυτό και αυτό και εκείνο το άλλο, έχεις προβλέψει εξ αρχής ότι αυτή η λύση θα με οδηγήσει εκεί, κόβοντας δρόμο».

Ωστόσο, κάποιοι συμμετέχοντες επεσήμαναν ότι η νοσηλευτική εκτίμηση συνήθως είχε μεγαλύτερο βάθος πέρα από την απλή διασύνδεση γεγονότων και πληροφοριών, ακολουθώντας το ολιστικό επιστημονικό παράδειγμα της Νοσηλευτικής.

N₁₄: «Η Ιατρική είναι θετική επιστήμη και σε αυτή πολύ περισσότερο ένα και ένα κάνουν δύο. Στη Νοσηλευτική δεν ισχύει μόνο αυτό. Τα φαινόμενα που αξιολογούμε δεν είναι απολύτως μετρήσιμα, δεν στηρίζονται μόνο στη γραμμική αίτιο – αποτέλεσμα».

Πάντως, το στάδιο αυτό ήταν το περισσότερο δύσκολο να περιγραφεί από τους συμμετέχοντες, δίνοντας την κοινή εντύπωση στους αναλυτές ότι οι περισσότεροι δεν είχαν πλήρη επίγνωση των γνωστικών τους λειτουργιών. Από τα σχόλια τους φάνηκε πως οι κύριες γνωστικές λειτουργίες που επιστρατεύονταν για τη διαχείριση των πληροφοριών ήταν α) η αποκωδικοποίηση, β) η ανάκληση εμπειριών από τη μνήμη, γ) η συνολική σύλληψη της οντότητας και δ) η εκ νέου κωδικοποίηση.

α) Αποκωδικοποίηση

Στην παρούσα μελέτη η αποκωδικοποίηση αποτελούσε τη λειτουργία μετατροπής ενός κώδικα συμβόλων (αριθμητικές τιμές εργαστηριακών μετρήσεων, εικόνες από απεικονιστικές εξετάσεις ή κυματομορφές από συσκευές παρακολούθησης) και αποτελεσμάτων των σωματικών αισθήσεων (εικόνες, οσμές, ήχοι, απτικά ερεθίσματα) σε έννοιες του φυσιολογικού και του παθολογικού για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά.

N₁: «βλέπαμε μερικά αντικειμενικά ευρήματα, όπως τα αέρια αίματος, τα ζωτικά σημεία άλλες μετρήσεις και αναλόγως πράτταμε. Αν είναι ένα καρδιοχειρουργικό περιστατικό, και έχει ένα κλάσμα εξώθησης 15, τότε περιμένεις να σου κάνει την καρδιακή κάμψη...».

N₉: «όταν ξαφνικά ο άρρωστος το πρωί ανέβασε πίεση και σφύξεις... η πίεση είχε φτάσει 210 (mm Hg) και οι σφύξεις 125 (ανά λεπτό), δεν μπορούσα να τον αφήσω έτσι».

N₇: « Βλέπεις το σπάκ (σήμα απεικόνισης της ηλεκτρικής δραστηριότητας του βηματοδότη) στο μόνιτορ και υποψιάζεσαι ότι ο άρρωστος έχει βηματοδότη»

N₆: «ή στα εγκαύματα... Καταλαβαίνεις ότι κάτι τρέχει άσχημο, όταν χειροτερεύει η οσμή...»

N₁₂: « σε μία οξεία κοιλία. Θα τη νιώσεις ... θα την πιάσεις... δεν ξέρεις τι είναι, αλλά κάτι δεν πάει καλά... δεν μου αρέσει αυτή η κοιλία».

Η διεκπεραίωση της λειτουργίας αυτής προϋπέθετε i) τη γνώση του εύρους των φυσιολογικών αποκλίσεων των κλινικών ευρημάτων και τη σημασία των παθολογικών

αποκλίσεων, καθώς και ii) την επίγνωση ότι το παθολογικό εύρημα εκδηλώνεται με συγκεκριμένες αναπαραστάσεις.

N₇: «πόσες φορές δεν μας έχει τύχει να βλέπεις τον άρρωστο (στο μόνιτορ) μετά (τη συνεδρία) το (τεχνητό) νεφρό, να κάνει έκτακτες κοιλιακές συστολές... και να παίρνεις ένα αέριο και να βλέπεις κάλιο 2 (mEq/L)...Εύκολα δεν μπορεί να γίνει κοιλιακή μαρμαρυγή;».

N₁₈: «Πρέπει να γνωρίζεις τι θα εκτιμήσεις και πώς θα αναγνωρίσεις κάποιο πρόβλημα μέσα από μία γενική αίματος, ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα ή ένα αέριο αίματος... Αν όλα αυτά σου φαίνονται ψιλά γράμματα, τότε μόνο την εικόνα έχεις να εμπιστευτείς».

β) Ανάκληση παλαιότερων εμπειριών από τη μνήμη

Η ανάκληση εμπειριών από τη μνήμη χαρακτηρίστηκε από κάποιους συμμετέχοντες ως «μη συνειδητό» στοιχείο της διαδικασίας λήψης κλινικής απόφασης. Σκοπός αυτής της λειτουργίας ήταν η ενθύμηση της σημασίας μιας πληροφορίας και της χρήσης της στη διαδικασία επίλυσης ενός παρόμοιου κλινικού προβλήματος, που είχαν χειριστεί ή παρατηρήσει στο παρελθόν. Δύο τύποι ανάκλησης περιγράφηκαν από τους συμμετέχοντες: α) η αναβίωση μίας κλινικής περίπτωσης που είχε συμβεί μια ή περισσότερες φορές στο παρελθόν, με ταυτόχρονη συναίσθηση ότι βιωνόταν ξανά και β) η παραπομπή σε συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα για την εκτέλεση μίας ενέργειας.

N₁₅: «Εγώ νομίζω ότι μετά από χρόνια δουλειάς συνδυάζεις ευρήματα, τις περισσότερες φορές μη συνειδητά, για την πορεία του αρρώστου... αυτό με αυτό ταιριάζουν, γιατί θυμάσαι ότι στο παρελθόν έχουν οδηγήσει σε λύση. Πώς να το πω; Η εμπειρική γνώση που έχεις αποκτήσει μέσα από τα χρόνια εργασίας σε κάνει να καταλαβαίνεις ότι ένα περιστατικό είναι παρόμοιο με κάποιο άλλο και πως το 1 και το 2 και το 3 θα σου δώσουν εκείνη τη λύση».

N₁₅: «Ή ακόμα η εμπειρική γνώση σου λέει ότι αυτό οδηγεί εκεί τόσο γρήγορα.. Άρα για να μην πας εκεί, έχεις τόσο χρόνο να κάνεις κάτι... Και παίρνεις την απόφαση».

N₁₆: «Η εμπειρία σε βοηθά να βρεις το σωστό timing για κάθε απόφαση, δηλαδή να την πάρεις έγκαιρα... Αν δεν προλάβεις και σου στραβώσει περισσότερο ο άρρωστος, τότε χάνει την αξία της η απόφαση».

Το μέγεθος της δεξαμενής των εμπειριών που είχε στη διάθεσή του κάποιος νοσηλευτής, μέσα από την οποία ανακαλούσε ένα βιωμένο περιστατικό στο περιβάλλον της ΜΕΘ, ήταν ευθέως ανάλογο με την κλινική ικανότητα να προγνώσει μελλοντικά περιστατικά. Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι έμπειροι συνάδελφοί τους μπορούσαν με ευκολία να προβλέψουν την κλινική έκβαση κάποιων ασθενών, ακόμα και χωρίς καμία προφανή ένδειξη.

N₁: «Είναι βέβαια και τα χρόνια μέσα στη Μονάδα που σε κάνουν να αντιλαμβάνεσαι τέτοια περιστατικά... ήμουν με μία πολύ έμπειρη συνάδελφο δίπλα σε έναν ασθενή, ο οποίος έπαιρνε Ultiva, ήταν σε T-Piece και ήταν απόλυτα χαλαρωμένος και φαινόταν να κοιμάται ήσυχα... Η χαρά του νοσηλευτή στη ΜΕΘ... Τότε μου είπε, κόψε το Ultiva και ζύπνα τον, γιατί θα σου κάνει αναπνευστικό arrest. Δεν πέρασε ένα λεπτό που γύρισε...».

Βέβαια, επισημάνθηκε ότι μερικές φορές η ανάκληση συγκεκριμένων εμπειριών μπορούσε να οδηγήσει σε στρεβλή εντύπωση.

N₁₃: «... μπορεί να είναι κάτι τόσο απλό και εμείς να του δίνουμε υπερβολική σημασία, γιατί κάτι μας θυμίζει... ένας άρρωστος ωχρός, δεν σημαίνει αναγκαστικά πως αιμορραγεί. Μπορεί να μην έχει κοιμηθεί...».

γ) Συνολική σύλληψη της κλινικής κατάστασης

Ο πυρήνας της επεξεργασίας των δεδομένων ήταν η σύλληψη της κλινικής οντότητας συνολικά. Σε αυτό το στάδιο, ο νοσηλευτής κατασκεύαζε μία κλινική έννοια, όταν μπορούσε να τη σκεφτεί ως το αποτέλεσμα ενός παθολογικού μηχανισμού, χωρίς να αισθανθεί την ανάγκη να αναφερθεί σε συγκεκριμένα παραδείγματα. Τα παραπάνω γίνονται κατανοητά μέσα από τις διαφορές που παρουσιάζουν οι δύο αναφορές του ίδιου συμμετέχοντα σε διαφορετική στιγμή της συζήτησης:

N₂₂: «Η ωχρότητα, οι 30 ανάσες, οι 120 σφίξεις, ενώ πριν δεν ξεπερνούσαν τις 80, με οδήγησαν να τσεκάρω τον αιματοκρίτη του αρρώστου. Ο ασθενής αιμορραγούσε... έπρεπε να φέρω υγρά για αρχή».

N₂₂: «...Όπως όταν δίνεις αμφοτερικίνη και ο άρρωστος κάνει ρίγος και πυρετό. Θυμάμαι την πρώτη φορά που μου το έκανε αυτό ένας άνδρας στο κρεβάτι 11. Τότε το απέδωσα στην αρχόμενη βακτηριαιμία και έβαλα τους γιατρούς να αλλάξουν όλες τις γραμμές του. Αλλά όταν την επόμενη μέρα το ξανάκανε... Ε λοιπόν θυμάμαι εκείνη την πρώτη περίπτωση και προσέχω, όταν δίνω αυτό το φάρμακο σε άλλους αρρώστους ... τα ψάχνω σε κάθε άρρωστο που το ξεκινά.».

Στην πρώτη περίπτωση ο νοσηλευτής είχε διαμορφώσει νοερά την κλινική έννοια της αιμορραγίας, γιατί είχε καταφέρει να συνδυάσει κλινικά σημεία που τον οδήγησαν στη διάγνωση της υποκείμενης παθολογίας και μέσω αυτής τον βοήθησαν να αντιμετωπίσει την προβληματική κατάσταση που αντιμετώπιζε. Δηλαδή, μπορούσε να την αντιληφθεί, χωρίς να δει απώλεια αίματος, αλλά από τις συστηματικές της εκδηλώσεις, και ταυτόχρονα και να βρει λύση στο πρόβλημα που έχει μπροστά του (χορήγηση υγρών). Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση, ο ίδιος νοσηλευτής δεν είχε κάνει τη διασύνδεση των δύο συγκεκριμένων παρενεργειών με την τοξικότητα του φαρμάκου και για να περιγράψει τον ενδεχόμενο κίνδυνο κατά τη χορήγηση του φαρμάκου σε άλλους ασθενείς ήταν απαραίτητο να επικαλεστεί την πρώτη φορά που του συνέβη.

Από τα ίδια παραδείγματα φάνηκε ότι η ουσιαστική λειτουργία που συντελούνταν σε αυτό το στάδιο ήταν η μετάβαση από την αντίληψη στην κατανόηση. Στη δεύτερη αναφορά η έννοια «του ρίγους και του πυρετού» δημιουργήθηκε με βάση αντιληπτικές πληροφορίες (βλέπω τον ασθενή να κάνει ρίγος, μετράω με το θερμόμετρο τον πυρετό του) και παρέμεινε σε αυτές. Στην πρώτη όμως αναφορά, η έννοια της «αιμορραγίας» προέκυψε όταν το άτομο αναστοχάστηκε πάνω σε αντιληπτικά δεδομένα (βλέπω την ωχρότητα, βλέπω στο μόνιτορ σχηματικά και αριθμητικά τις 30 αναπνοές και τις 120 σφύξεις, βλέπω στο διάγραμμα την τιμή του αιματοκρίτη) και τα σύνδεσε με τη θεωρητική του γνώση.

Συστατικό στοιχείο, λοιπόν της κατανόησης ήταν ο συνδυασμός διαφόρων και εμφανώς ανεξάρτητων δεδομένων μεταξύ τους (ωχρότητα, ταχύπνοια, ταχυκαρδία και χαμηλή τιμή αιματοκρίτη) μέχρι να οδηγηθεί ο νοσηλευτής επαγωγικά σε μία νέα έννοια, η οποία εκφερόταν με διαφορετικό όνομα (αιμορραγία) στο τελευταίο στάδιο της εκ νέου κωδικοποίησης. Αντιστρόφως, συστατικό στοιχείο της κατανόησης αποτελούσε και η μη συσχέτιση των άσχετων δεδομένων μεταξύ τους.

N₂₁: «Εγώ πάλι νομίζω ότι απόφαση είναι να διαλέξω να συνδέσω αυτήν και αυτήν την πληροφορία, που θα με οδηγήσουν στο τάδε συμπέρασμα και όχι την άλλη με την παρ' άλλη».

Οι στρατηγικές που ανέπτυξε κάθε νοσηλευτής προκειμένου να κατανοήσει ένα κλινικό πρόβλημα ποίκιλαν ανάλογα με τον αποφασίζοντα, το πρόβλημα και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες καλούνταν να το επιλύσει. Σύμφωνα με τα όσα ειπώθηκαν από τους συμμετέχοντες στις συζητήσεις, ο έμπειρος νοσηλευτής θεωρούσε πιο εύκολο και απλό ένα κλινικό πρόβλημα, γιατί αναγνώριζε ομοιότητες με κάποιες παλαιότερες εμπειρίες του. Εκείνες οι προηγούμενες εμπειρίες παρείχαν ένα ασφαλές ερμηνευτικό πλαίσιο για την τρέχουσα προβληματική κατάσταση, έτσι ώστε ο νοσηλευτής δεν ήταν απαραίτητο να επαναλάβει τις αναλύσεις που είχε κάνει στο παρελθόν και επεξεργαζόταν τις πληροφορίες του με ψυχραιμία.

N₂₂: «Θεωρώ ότι όταν έχει εμπειρία και μάλιστα μεγάλη είναι λίγο σπάνιο να σου τύχει κάτι που να σε μπλοκάρει εντελώς... η εμπειρία σε κάνει να αντιλαμβάνεσαι σχεδόν αμέσως τι είναι σημαντικό να γίνει πρώτο στον ασθενή και τι λιγότερο σημαντικό. Από πού; Πρώτον τα περιστατικά που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ δεν είναι εντελώς διαφορετικά κάθε φορά. Ανάλογα με τις ιατρικές ειδικότητες που διαθέτει η ΜΕΘ, οι ασθενείς θα είναι αναπνευστικοί, είτε καρδιολογικοί, είτε καρδιοχειρουργικοί... Με τον καιρό λοιπόν μαθαίνεις όλες τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εκδηλώσουν και τον τρόπο που διορθώνονται.. Επομένως, η γνώση αυτή σε βοηθά να αποφασίσεις σε κάθε όμοια περίπτωση».

Σε αντιδιαστολή με τον άπειρο συνάδελφό του, ο οποίος είχε δυσκολία να υπολογίσει ή να συνδέσει πολλές πληροφορίες συγχρόνως, είχε περισσότερο άγχος και ήταν πιο διστακτικός στη δράση του.

N₁₃: «Οι αποφάσεις τώρα (μετά από κάποια χρόνια εμπειρίας) είναι πιο γρήγορες, πιο εύκολες, ξέρω τι να ψάξω... πράγματα που μπορεί να μην σκεφτόμουν αρχικά. Ναι δεν τα έψαχνα όλα, γιατί μπορεί να μην πήγαινε το μυαλό μου σε όλα ή γιατί δεν μου είχαν γίνει οι συνδέσεις, δεν μου είχαν περαστεί μέσα μου ότι όταν βλέπω αυτό, πρέπει να κάνω αυτό... δεν τα είχα όλα στο μυαλό μου... είχα διάσπαρτες γνώσεις, που δεν της είχα συνδέσει μεταξύ τους.. ενώ τώρα έχουν γίνει κάποιες συνδέσεις παραπάνω με βάση τα περιστατικά που έχω αντιμετωπίσει, οπότε τώρα μάλλον μπορώ πιο ολοκληρωμένα να αντιμετωπίσω κάτι... και έχω μέλλον ακόμα!».

N₄: «Παίζει ρόλο η εμπειρία... γιατί εμείς στον πρώτο δεύτερο χρόνο τρέμαμε σαν το ψάρι μην τυχόν ακούσουμε το μόνιτορ να χτυπάει, μην μπλοκάρει καμία αντλία... όχι ότι επηρέαζε αν θα πάρω μία απόφαση... αλλά το πόσο γρήγορα θα το κάνεις... επειδή δεν ήμουν σίγουρη για τον εαυτό μου, αυτό με γέμιζε άγχος... Σιγά-σιγά, με την εμπειρία πατάς λίγο πιο καλά και ελαττώνεται η αγωνία σου ως προς αυτό το κομμάτι και μετά παλεύεις με το χρόνο».

N₁₃: «Αυτά τα πράγματα, επειδή γίνονται καθημερινά και επαναλαμβανόμενα, είναι απλά και εύκολα από ένα σημείο... γίνονται απλά και εύκολα στην πορεία... απλοποιούνται... γίνονται πιο εύκολα, πιο γρήγορα, χωρίς ιδιαίτερη σκέψη».

Ακόμα, όταν ο νοσηλευτής είχε να χειριστεί μία νέα, άγνωστη ή ασυνήθιστη κατάσταση, συγκεντρωνόταν σε αυτή, κατηύθυνε συνειδητά τη σκέψη και τη δράση του και έλκυε την προσοχή του ξεχωριστά σε ένα- ένα βήμα της διαδικασίας.

N₁₂: «Αν πάλι η κατάσταση είναι άγνωστη, τότε λοιπόν αφενός θα χρειαστεί να σκέφτομαι πιο σταθερά, να είμαι περισσότερο συγκεντρωμένη στην πράξη που θα κάνω από τη στιγμή που δεν είναι ρουτίνας και τα χέρια δεν πάνε μόνα τους... και θα κάνω πολύ προσεκτικά βήματα... για παράδειγμα ένα νέο φάρμακο, θα διαβάσω πώς θα το δώσω, θα διαβάσω τις αντενδείξεις του, θα ξαναμελετήσω το ιστορικό για τυχόν αλλεργίες ή άλλα προβλήματα... Ύστερα θα ξεκινήσω να το δίνω πολύ αργά, για να δω την αντίδραση (του ασθενή) σ' αυτό. Οπότε ξεκινάς με αργά και σταθερά βήματα στην οποιαδήποτε λειτουργία, αν είναι τόσο άγνωστο τελικά».

N₂₀: «Έστω ότι έχω ένα φάρμακο να χορηγήσω, που δεν το έχω δώσει άλλη φορά. Θα διαβάσω τις ενδείξεις... να ξέρω τι δίνω, τον τρόπο χορήγησης, τις πιθανές παρενέργειες... Θα είμαι υπ' αμύνη για τίποτα αντιδράσεις στον άρρωστο...».

N₂₁: «Σίγουρα γίνεσαι πιο... πιο προσεκτικός. Δεν το έχεις ξαναδεί, δεν ξέρεις τι να περιμένεις πάνω κάτω, δεν ξέρεις και τι να έχεις δίπλα σου για να το αντιμετωπίσεις...».

Με την επανάληψη και την εξοικείωση, όμως, ερχόταν η συνήθεια και η διαδικασία λήψης μίας απόφασης ανατίθεντο σε μη συνειδητούς μηχανισμούς. Σταδιακά η επίγνωση μειωνόταν και έδινε τη θέση της στην αυτοματοποίηση. Ωστόσο, μερικοί συμμετέχοντες αναγνώριζαν ότι επιτελούσαν νοητική λειτουργία, ανεξάρτητα από το

πόσο μηχανικά γινόταν κάθε φορά, εφόσον για την εκτέλεση μιας πράξης ήταν αναγκαίοι οι υπολογιστικοί μηχανισμοί του νου.

N₁₄: «Στην περίπτωση που έχω κάνει κάτι χιλιάδες φορές σε χιλιάδες ασθενείς δεν υπάρχει η πυραμίδα της σκέψης από πίσω.... Και νομίζω ότι αν ρωτήσεις τους περισσότερους από μας σε τόσο απλά πράγματα, θα δυσκολευτούν να σου πουν ότι για παράδειγμα όταν κάνω υγιεινή παίρνω απόφαση.. ή όταν χορηγώ ινσουλίνη παίρνω αποφάσεις».

N₁₇: «Όταν για παράδειγμα έχω να κάνω νοσηλεία, με την οποία είμαι πολύ εξοικειωμένη... εγώ προσωπικά δεν σκέφτομαι πολύ... τα πράγματα γίνονται πολύ γρήγορα, σχεδόν με κλειστά τα μάτια. Μάλλον δεν θα έλεγα ότι δεν σκέφτομαι... Γιατί και έλεγχο του φαρμάκου κάνω και έλεγχο της ημερομηνίας λήξης και τη δόση υπολογίζω, όταν δεν αντιστοιχεί σε αυτή που δίνει το... το σκεύασμα. Απλά το χέρι πάει μόνο του. Γιατί αισθάνεσαι σιγουριά και ασφάλεια. Ότι στέκομαι στα πόδια μου και μπορώ να το κάνω καλά».

Τέλος, η λειτουργία της κατανόησης διαφοροποιούνταν στους νοσηλευτές ανάλογα με το διαθέσιμο χρόνο μεταξύ της αναγνώρισης ενός προβλήματος και της επίλυσης του. Όταν ο νοσηλευτής αισθανόταν πως δεν είχε επαρκή χρόνο για να επεξεργαστεί τα δεδομένα, τότε προσηλωνόταν στο στόχο του «σαν να μην υπήρχε τίποτα άλλο εκείνη τη στιγμή» ή έκανε μία σειρά νοητικά άλματα για να μειώσει το χρόνο που αφιέρωνε στις ενδιάμεσες σκέψεις μέχρι την τελική λύση.

N₁₁: « Όταν κάνεις για παράδειγμα ανάταξη... αυτό σε φέρνει σε εγρήγορση, δεν σκέφτεσαι τίποτα άλλο εκτός από το να σωθεί ο άνθρωπος... τίποτα άλλο ... και θα λειτουργήσει νομίζω θετικά».

N₁₇: «Νομίζω ότι τα προβλήματα χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: στα επείγοντα και τα μη επείγοντα. Όταν κάτι είναι επείγον, η επιδίωξη είναι να επαναφέρεις την ισορροπία που υπήρχε πριν την εμφάνιση του προβλήματος και ύστερα να προσφέρεις φροντίδα με ποιότητα και σύμφωνα με τις επιθυμίες του αρρώστου... Όταν το πρόβλημα δεν είναι επείγον, το πρώτο κομμάτι δεν χρειάζεται... ξεκινάς κατευθείαν με το δεύτερο... και τότε και πιο ήρεμος είσαι... και χρόνο για περισσότερη σκέψη έχεις... και προσανατολισμένος στα θέλω του αρρώστου είσαι...».

N₁₄: «Στην περίπτωση του επείγοντος δεν προλαβαίνεις να αξιολογήσεις και πολλούς παράγοντες...».

N₁₇: «Αν είναι τόσο επείγον και απειλείται η ζωή του αρρώστου... για μένα δεν υπάρχει τίποτα άλλο, ούτε εργαστηριακά, ούτε τίποτα... μόνο ο κανόνας abc... προσφέρω τις πρώτες βοήθειες και έχοντας εξασφαλίσει αεραγωγό, αναπνοή, κυκλοφορία νιώθω ότι το ελέγχω έστω και προσωρινά».

N₁₈: «Στο επείγον δεν αναζητάς την καλύτερη λύση για τον άρρωστο... για να κάτσεις να ελέγξεις τις επιλογές σου... αναζητάς απλά μία λύση».

N₈: «Όταν έχω κάποιο πρόβλημα που πρέπει να δράσω άμεσα;... Εκεί δεν αποφασίζεις το πώς θα κινηθείς. Κινείσαι!! Ενώ πώς το άγχος να σωθεί ο άρρωστος σε κάνει να δρας άμεσα... Τώρα, σωστά, λάθος, δεν ξέρω... πολλές φορές όμως γίνεται το σωστό».

δ) Εκ νέου κωδικοποίηση

Στο τελευταίο στάδιο της εκ νέου κωδικοποίησης αναπτυσσόταν ένας λεκτικός κώδικας επικοινωνίας με σκοπό να οριστεί η κλινική κατάσταση. Με τη χρήση της γλώσσας, το κλινικό πρόβλημα σταδιακά μετατρέποταν από ένα «οπτικό πρόβλημα» σε ένα «ορισμένο πρόβλημα», δηλαδή ένα σύνολο δεδομένων που περιγραφόταν με ένα νέο κλινικό όρο.

N₂₂: «Τον βλέπεις τον ασθενή να είναι ψυχρός, να έχει θερμοκρασία 36, να κάνει 100 σφύξεις, να έχει λευκά (αιμοσφαίρια) πάνω από 18000... καταλαβαίνεις ότι ξεκινάει σήψη, το οποίο το περιμένεις στη Μονάδα αν παραταθεί η παραμονή του».

N₁₁: «Έχεις τον άρρωστο με την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, που εκτελούσε εντολές, ήταν ελαφρώς ανισοκορικός και έπαιρνε και δικές του ανάσες, όταν έκοβες για λίγο την καταστολή... και την άλλη μέρα δεν ξυπνάει με τίποτα και έχει κάνει μεγάλη ανισοκορία... δεν θα φανταστείς αύξηση του εγκεφαλικού οιδήματος;».

Οι ως άνω διαγνώσεις, όπως και όλες σχεδόν οι διαγνώσεις που διατύπωσαν οι συμμετέχοντες, επικεντρώνονταν στην παθολογία παρά στη διαταραχή της λειτουργικότητας των ασθενών, κάνοντας σαφές ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ δομούσαν τις αναπαραστάσεις περί της ασθένειας αναπαράγοντας τον ιατρικό λόγο και εγκαταλείποντας ή «απαξιώνοντας» το νοσηλευτικό επιστημονικό λόγο (νοσηλευτική διάγνωση).

N₁₅: «Μερικά κομμάτια της δουλειάς μας τα έχουμε απαξιώσει και εμείς οι ίδιοι. Δεν τα θεωρούμε σημαντικά. Γιατί λειτουργούμε μέσα σε ένα πλαίσιο, που εκτιμά μόνο την ιατρική γνώση... ένα ιατροκεντρικό πλαίσιο που ακολουθεί το βιοϊατρικό μοντέλο και μας έχει παρασύρει όλους να σκεφτόμαστε με αυτόν τον τρόπο, ακόμα μιλάμε με αυτόν τον τρόπο. Και απαξιώνεται το κομμάτι που είναι δικό μας και το γνωρίζουμε εμείς μόνο και έχουμε και τη νομική κατοχύρωση να το χρησιμοποιούμε εμείς μόνο... το κομμάτι της ελλειμμάτων λειτουργικότητας του αρρώστου εξαιτίας της αρρώστιας του... εκεί είναι προσανατολισμένη η νοσηλευτική, αυτό ζητά τη φροντίδα. Η νόσος απαιτεί θεραπεία... Και εμείς λοιπόν αντί να ισχυροποιηθούμε και να χρησιμοποιήσουμε το κομμάτι αυτό, που τόσο χρειάζεται ο άρρωστος, το έχουμε απαξιώσει και το έχουμε πετάξει... ειδικά μέσα στη ΜΕΘ. Το έχουμε πάει στην άκρη... και ακολουθούμε τον τρόπο σκέψης το δικό τους... το λόγο το δικό τους... Βλέπεις τις νοσηλευτικές λογοδοσίες μερικές φορές γραμμένες καλύτερα και από την πορεία νόσων των γιατρών. Και σε τι βοηθά αυτό; Βλέπουμε ότι για μας δεν είναι αποτελεσματικό, αλλά έχουμε κολλήσει εκεί, γιατί πρέπει να αποδείξουμε με τους όρους του παιχνιδιού, ότι πρέπει και εμείς να είμαστε επάξια στο παιχνίδι».

4. Σχεδιασμός δράσης

Με την ολοκλήρωση της επεξεργασίας των κλινικών δεδομένων οι νοσηλευτές διατύπωναν ένα κλινικό συμπέρασμα, τη διάγνωση, που αποτελούσε οδηγό για το

σχεδιασμό της δράσης απέναντι στο πρόβλημα του ασθενή. Στην παρούσα μελέτη, ο σχεδιασμός δράσης χαρακτηρίστηκε ως μία επίσης πολύπλοκη διανοητική διαδικασία, με την οποία καθοριζόταν η κατεύθυνση της προσεχούς δράσης του αποφασίζοντα και οι επιμέρους ενέργειες της, αν και διατυπώθηκε και η αντίθετη άποψη πως δηλαδή είναι αδύνατος ο προγραμματισμός της φροντίδας στη ΜΕΘ.

N₁₈: «Η νοσηλευτική φροντίδα ρυθμίζεται από τις ανάγκες του αρρώστου. Είναι δύσκολο να προγραμματιστεί... Δεν μπορώ να ξέρω από την αρχή τι πρόκειται να συμβεί.. Δεν έχω δεδομένα».

Οι φάσεις από τις οποίες περνούσε ο σχεδιασμός της δράσης των νοσηλευτών ήταν α) ο καθορισμός των στόχων της μελλοντικής δράσης, β) ο καθορισμός των μέσων για την προώθηση της μελλοντικής δράσης και γ) ο καθορισμός των πορειών για τη μελλοντική δράση.

α) Καθορισμός των στόχων της δράσης

Ο καθορισμός των στόχων της δράσης και τελικά της λήψης κλινικής απόφασης δημιουργούσε μία αίσθηση κατεύθυνσης για τους νοσηλευτές.

N₈: «Χρησιμεύει ο προγραμματισμός... είναι ο δικός μας μπούσουλας... πρέπει να ξεκινήσω από κάπου και να τελειώσω κάπου... όχι για μένα, το επιβάλλει η ευθύνη μου απέναντι στον άρρωστο και τους συναδέλφους που θα τον παραλάβουν στην επόμενη βάρδια».

N₁₃: «Ο προγραμματισμός χρησιμεύει για να τοποθετήσεις την πράξη σου χρονικά ανάλογα με το τι προβλέπεται να γίνει...».

Η αποτελεσματικότητα των στόχων δράσης εξαρτιόταν κυρίως από τη σαφήνειά τους, το ρεαλισμό τους και την κοινή αποδοχή τους από όλα τα μέλη της ομάδας της ΜΕΘ.

N₂: «Να έχεις έναν άρρωστο παρατημένο για ημέρες... να φτάνει το τέλος και να το βλέπεις... να τον έχεις με έναν ορό και ένα φαί... και ζαφνικά να το Prisma και ένα και δύο και τρία φίλτρα σε μία μέρα, να οι παρεντερικές (σκευάσματα παρεντερικής θρέψης), να τα πανάκριβα αντιβιοτικά... υπερβολές, ανώφελες υπερβολές... Καμία επαφή με την πραγματικότητα. Και συ παθαίνεις σύγχυση... Εκεί που εγκατέλειψες δικαιολογημένα την προσπάθεια, άντε ξανά μανά... Γιατί; Γιατί; ».

N₄: «Εκεί που είναι ο ασθενής ανήσυχος, γιατί είναι σε T-piece, όχι αποσωληνωμένος, και έχει κουραστεί και δεν μπορεί να σταθεί... αυτό είναι συγκεκριμένο παράδειγμα... και καλείς το γιατρό για να του δείξεις ότι ο άνθρωπος βασανίζεται και πρέπει να μπει στο μηχάνημα και εκείνος σου λέει δώσε προποφόλη και άφησε τον σε T... Όταν ξέρεις, εσύ τι θα ακολουθήσει, μπορείς να του πεις: θέλεις προποφόλη; Κάν' τη μόνος σου... ».

Πράγματι, οι στόχοι για τη λήψη μίας κλινικής απόφασης από τους συμμετέχοντες επηρεάζονταν κυρίως από τρεις βασικές παραμέτρους: α) την υφιστάμενη κατάσταση του ασθενή, β) τις ιατρικές αποφάσεις και γ) τις επαγγελματικές και προσωπικές αξίες του νοσηλευτή. Σπανίως οι ως άνω μεταβλητές επιδρούσαν ανεξάρτητα στον καθορισμό των νοσηλευτικών στόχων. Συνήθως, ο στόχος της νοσηλευτικής δράσης ήταν το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ασθενή – νοσηλευτή ή ιατρού – νοσηλευτή.

N₃: «Πολλές φορές είναι και πράγματα που σου λένε να κάνεις και δεν θέλεις να τα ακολουθήσεις. Και αυτό είναι σοβαρή κλινική απόφαση. Για παράδειγμα σε έναν ασθενή τον οποίο τον έχουν αφήμενο στη μοίρα του, ξέρουν ότι δεν υπάρχει προσδόκιμο, δεν έχουν κάτι να περιμένουν, πολλές φορές έχει τύχει να είναι σε T, να ρίχνει κορεσμό, εε και να μην σε αφήνουν να τον συνδέσεις στον αναπνευστήρα, γιατί απλά δεν έχει... νόημα. Αλλά είναι στο χέρι του νοσηλευτή κατά πόσο θα κάτσει να δει τον ασθενή να σκάσει κυριολεκτικά ή κατά πόσο θα ακολουθήσει την εντολή του γιατρού... γιατί εσένα σε έβαλαν εκεί και σου ανέθεσαν να βοηθήσεις τον άρρωστο, όχι μόνο να εκτελείς εντολές... Αν κάποιος μου στερήσει το δικαίωμα να είμαι εκεί για να προσφέρω τις υπηρεσίες μου, όπως θεωρώ καλύτερα, δεν ξέρω αν θα μπορέσω να παραμείνω σε αυτό το τμήμα».

N₃: « Αρνούμαι σε έναν άνθρωπο, ο οποίος έχει αφήσει τον εαυτό του... όχι έχει αφήσει, έχει παρατήσει τον εαυτό του μέσα στη Μονάδα και τρώει παγωτό και έχει πλήρη συνείδηση να σου ζητήσει να φάει παγωτό και να ζητήσει να την ποτίσουμε, να την ταΐσουμε να της κάνουμε το παραμικρό, μα να μην μπορεί να μπει στη διαδικασία να συνεργαστεί μαζί μου για να αποσυνδεθεί (από τον αναπνευστήρα). Όχι... θα απογαλακτιστείς... Πρέπει να απογαλακτιστείς, έχεις τη δυνατότητα να απογαλακτιστείς και θα απογαλακτιστείς».

Όταν, λοιπόν, οι αποφάσεις έπρεπε να ληφθούν από κοινού με τον ασθενή, ο νοσηλευτής έπαιρνε το ρόλο του κηδεμόνα του και θεωρούσε τον εαυτό του αποκλειστικά υπεύθυνο για το σχεδιασμό της φροντίδας του. Αν, πάλι, οι αποφάσεις έπρεπε να ληφθούν από κοινού με την ιατρική ομάδα, τότε συνήθως υποχωρούσε μπροστά στη γνώμη αυτού που θεωρούσε «τελικό υπεύθυνο» για τη λήψη τους, κάποιες φορές υποστήριζε την προσωπική του γνώμη, έστω κι αν αυτό οδηγούσε σε σύγκρουση και ακόμα σπανιότερα διαπραγματευόταν με τον ιατρό τη λύση, προσαρμόζοντας την επικοινωνία του μαζί του.

N₅: «Έχει τύχει φορά σε μαρμαρυγή... στην οποία είμαι μπροστά.. όπου εγώ τρέχω να φέρω τον απινιδωτή και ένας γιατρός με κόβει και μου ζητάει επιτακτικά να φέρω τον καρδιογράφο... Τώρα γιατί αυτό... δεν θέλω να κάνω εκτιμήσεις... εγώ όμως θεώρησα ότι πιο επείγον ήταν να φέρω τον απινιδωτή για να αναταχθεί ο άρρωστος, παρά να φέρω τον καρδιογράφο για να καταγραφεί η αρρυθμία... Το έκανα, γιατί στο κάτω - κάτω αυτός είχε την ευθύνη της εφημερίας».

N₄: «Αν είσαι σίγουρος για κάτι, μπορείς να αρνηθείς ιατρική εντολή. Δηλαδή να πάρεις θέση απέναντι...».

N₂₁: «Ο άρρωστος μου έδινε την εντύπωση ότι αιμορραγεί. Τον πήρα στο τηλέφωνο και ήμουν λίγο πιο ανήσυχη, λίγο πιο πειστική για να έρθει και να τον δει, πρότεινα να στείλω (για μέτρηση στο εργαστήριο) ένα νέο αιματοκρίτη... δεν μου απάντησα αμέσως και τότε του πέταξα «Μήπως θέλεις να ελέγξω για αίμα στην Αιμοδοσία;» Και τότε μου είπε «έρχομαι να πάρω μία γενική (αίματος)».

β) Καθορισμός των μέσων για τη δράση

Από τις συζητήσεις διαφάνηκε ότι οι συμμετέχοντες θεωρούσαν εξίσου σημαντική διαδικασία τον καθορισμό των πόρων που επρόκειτο να χρησιμοποιηθούν για μία παρέμβαση. Σχεδόν στο σύνολό τους αναγνώρισαν ότι τα διαθέσιμα μέσα για την υλοποίηση των κλινικών αποφάσεων ήταν πολύ περιορισμένα και μάλιστα σταδιακά εξαντλούνταν, δηλαδή αν καταναλώνονταν, ήταν πολύ δύσκολο να ανανεωθούν. Αυτή η συνθήκη επιδρούσε σημαντικά στο σχεδιασμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

N₂: «Ξέρουμε πώς πρέπει να περιποιηθούμε μία κατάκλιση, τι πρέπει να βάλουμε σε μία νέκρωση, τι πρέπει να κάνουμε σε μία κατάκλιση β' βαθμού, αλλά από κει και πέρα, η απόφαση στο πώς θα την περιποιηθούμε εξαρτάται από το τι υλικά έχουμε, δυστυχώς. Γιατί συχνά σήμερα δεν έχουμε υλικά.. έρχονται σπανίως όλα μαζί και τελειώνουν όλα μαζί. Και μετά κάνουμε πατέντες... να το πω έτσι».

N₂₂: «Έστω ότι θέλω να αλλάξω επιθέματα στις γραμμές του ασθενή και το νοσοκομείο δεν έχει παραλάβει υλικό για μήνες... απόφαση είναι να βρω εναλλακτική για το πώς θα τις περιποιηθώ ή ακόμα και να αποφασίσω αν θα τις περιποιηθώ ή θα τις εγκαταλείψω κάνοντας εκπτώσεις στη φροντίδα ελλείψει των απαραίτητων πόρων. Σήμερα, νομίζω ότι έχουμε να πάρουμε και τέτοιες αποφάσεις».

Στους εξαντλούμενους πόρους κατέταξαν και το ανθρώπινο νοσηλευτικό δυναμικό, δηλαδή τους νοσηλευτές και το βοηθητικό προσωπικό, δίνοντας την εικόνα ότι θεωρούν εαυτούς «αναλώσιμους» στο σύστημα υγείας ή αντίστροφα το σύστημα υγείας θεωρεί τους νοσηλευτές «αναλώσιμους πόρους». Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούνταν ότι επηρέαζαν τόσο το εύρος, όσο και την ποιότητα των τελικών αποφάσεων.

N₂: «Τελικά μας θεωρούν αναλώσιμους μέσα στα νοσοκομεία. Δεν νοιάζεται κανένας που θα οδηγήσει η υπερβολική χρήση μας. Λες και είμαστε μηχανές. Όσο περισσότερο μας χρησιμοποιείς, τόσο λιγότερο κοστίζουμε τελικά. Ναι αλλά δεν είμαστε εργάτες, ούτε καθαριστές... όχι ότι υποτιμώ το επάγγελμα, χωρίς τους καθαριστές δεν θα μπορούσαμε να ζήσουμε, όπως και χωρίς τους αγρότες, αλλά είμαστε επιστήμονες υγείας. Στη δουλειά του εργάτη ή του καθαριστή θα δικαιολογήσεις την καθυστέρηση ή τη χαμηλή ποιότητα... σε μένα θα την ανεχθείς όταν ο άρρωστος δίπλα σε έχει άμεση ανάγκη;».

N₁₈: «Να είναι καλά στελεχωμένη η ΜΕΘ. Αν μου αναθέσουν τρεις και τέσσερις ασθενείς στη ΜΕΘ, γιατί δεν υπάρχουν νοσηλευτές να την επανδρώσουν, δεν πρόκειται να πάρω τις ίδιες

αποφάσεις για καθένα από αυτούς... ούτε σε ποσότητα, ούτε σε ποιότητα... Θα κάνω επιλογή περιστατικών και επιλογή παρεμβάσεων».

N₁₀: «Για να κάνω προγραμματισμό της φροντίδας, σημαίνει ότι χρειάζεται να έχω και τους κατάλληλους ανθρώπους στην κατάλληλη θέση. Γιατί, αν για παράδειγμα αποφασίσεις να αλλάξεις θέση σε έναν ασθενή ανά 2 με 3 ώρες και δεν έχεις βοηθό, ή είναι απασχολημένος με άλλες δουλειές, πάει περίπατο ο προγραμματισμός ή δεν πάει; Και μην μου πείτε μπορείτε να το κάνεις με ένα συνάδελφο... γιατί αυτό είναι το επιχείρημα του συστήματος για να δικαιολογήσει την υποστελέχωση. Δηλαδή είμαι εγώ εκεί και για να κάνω τη νοσηλεία, και για να καθαρίσω το θάλαμο, γιατί περιμένω εισαγωγή και για να κάνω τη γραμματέα ... «μισό λεπτό να σας συνδέσω με το γιατρό»... Είναι απαράδεκτο. Δεν μπορεί οι νοσηλευτές να είναι τα τζόκερ των νοσοκομείων».

Πέραν από τη διαχείριση των αναλωσίμων πόρων, ξεχωριστή απόφαση σχεδιασμού αποτέλεσε και η προετοιμασία των σταθερών και επαναχρησιμοποιούμενων πόρων, όπως του τεχνολογικού εξοπλισμού της ΜΕΘ, προκειμένου να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα ο νοσηλευτής σε μία κρίση ή στην καθημερινή φροντίδα του ασθενή.

N₁₄: «Και ο χώρος πρέπει να διευθετηθεί, ώστε να οργανώνεις καλύτερα τη δουλειά σου. Από το να έχεις τον απαραίτητο εξοπλισμό δίπλα σου, το υλικό να είναι εύκολα προσβάσιμο, πώς θα τοποθετηθείς εσύ δίπλα στο κρεβάτι και τον ασθενή, πώς θα βουλευτούν αυτοί που θα έρθουν να σε βοηθήσουν».

γ) Καθορισμός των πορειών δράσης

Στο στάδιο του καθορισμού των πορειών για δράση, οι νοσηλευτές προσδιόριζαν σε γενικές γραμμές τις ενέργειες και τον τρόπο κατά τον οποίο θα υλοποιούνταν για την επίτευξη των στόχων που είχαν θέσει. Με αυτόν τον τρόπο θεωρούσαν πως οργάνωναν στο μέτρο του δυνατού τις εργασίες τους.

N₂: «Τουλάχιστον για τη βάρδιά μας προσπαθούμε να κάνουμε έναν προγραμματισμό. Από την αρχή που τον παραλαμβάνουμε ξέρουμε περίπου πότε θα γίνουν κάποιες δουλειές».

N₁₅: «Ο προγραμματισμός είναι το Α και το Ω στη δουλειά μας. Δηλαδή, θα αξιολογήσουμε τον άρρωστο και από κει και πέρα θα οργανώσουμε τη δουλειά μας».

Οι πορείες δράσης προσδιορίζονταν άλλοτε νοερά και άλλοτε βασίζονταν σε γραπτά σχέδια, όπως το νοσηλευτικό ημερήσιο διάγραμμα και τις γραπτές ιατρικές οδηγίες. Άλλοτε πάλι οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι δεν γινόταν προγραμματισμός και περίμεναν τις τυχαίες εξελίξεις.

N₂: «Δεν κάνω γραπτό προγραμματισμό, δηλαδή με τι σειρά θα κάνω τι... Νοερά τον κάνω.. Δεν τα γράφω κάπου».

N₁₅: «Εγώ νομίζω ότι προγραμματισμός γίνεται, αλλά δεν γίνεται τόσο συνειδητά και κάτω από βάσεις θεωρητικές και οργανωμένα. Γίνεται λίγο πρόχειρα και μπορώ να πω και λίγο μέσα από την εμπειρία».

N₁₄: «Μπορεί να μην υπάρχει κάποιο σχέδιο φροντίδας, όπως μαθαίναμε ή όπως δουλεύουν έξω οι νοσηλευτές, αλλά αφού ξέρεις τα προβλήματα των αρρώστων, βάζεις στόχους και δουλεύεις με βάση τη νοσηλευτική διεργασία. Όλα μέσα στο μυαλό».

N₈: « Υπάρχει μία άγραφη συμφωνία στη δική μας ΜΕΘ, που ξεκινά από την προϋσταμένη και δεν έχει να κάνει με το ιατρικό προσωπικό, που λειτουργεί ως βάση. Ξεκινάμε το πρωί να κάνουμε τις δουλειές που έχουν σχέση με περιποίηση, λουτρό, κλπ. Αμέσως μετά ακολουθεί φροντίδα των γραμμών, οι αλλαγές στις συσκευές έγχυσης... Δεν είναι γραμμένη κάπου, αλλά για μας είναι επίσημη. Είναι νόμος στη ΜΕΘ».

N₁₇: «Εγώ προσωπικά κάνω προγραμματισμό με βάση το διάγραμμα της ΜΕΘ, που είναι τόσο αναλυτικό... προφανώς γιατί είναι ψαγμένο αρκετά και περιλαμβάνει τόσες αναφορές για το κάθε τι που αφορά στη φροντίδα του αρρώστου, που και να μην θέλεις να τα κάνεις, θα τα κάνεις. Αφού πρέπει να συμπληρώσεις τις παρατηρήσεις σου».

N₇: «Εγώ κάνω προγραμματισμό με βάση τις ιατρικές οδηγίες. Υπάρχει νοσηλεία, που είναι με γραμμένες οδηγίες για τα φάρμακα, τις αντιβιώσεις, τα ζωτικά... Ουσιαστικά είναι ήδη προγραμματισμένα αυτά που θα κάνεις στη βάρδια σου από νοσηλεία τουλάχιστον».

N₁₆: «Εγώ νομίζω ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές μέσα στη ΜΕΘ, δεν κάνουν προγραμματισμό, δεν υπολογίζουν τις ενέργειές τους εκ των προτέρων και αφήνονται στο ό,τι μας τύχει».

Με όποιον τρόπο κι αν γινόταν ο προγραμματισμός, οι στόχοι ήταν κοινοί: α) να συντονιστεί η δράση στη ΜΕΘ, β) να καθοριστεί ο χρονικός ορίζοντας και η προτεραιότητα των ενεργειών και γ) να τεθούν κριτήρια αξιολόγησης για τα αποτελέσματα των δράσεων. Επιπρόσθετα, ο σχεδιασμός δημιουργούσε ένα αίσθημα ευθύνης στους συμμετέχοντες να ολοκληρώσουν ένα έργο προς όφελος των ασθενών και της αρμονικής συνεργασίας με τους συναδέλφους τους.

N₈: «Αν έχω δύο ασθενείς που θα πάνε και οι δύο για αξονική... πρέπει να βάλω ένα πρόγραμμα μαζί με το γιατρό, πώς θα διαχειριστούμε το χρόνο, ποιος θα πάει πρώτος, τι είναι ποιο επείγον... Γιατί πρέπει να ετοιμαστούν και οι άρρωστοι στην κατάλληλη ώρα, αλλά πρέπει να επαρκούν και τα μόνιτορ, τα trigger (φορητοί αναπνευστήρες για τη μεταφορά των ασθενών)».

N₂₁: «Όταν προγραμματίζω, κάνω μία πρόβλεψη ότι μέχρι τότε πρέπει να έχω ολοκληρώσει αυτή την παρέμβαση. Κάτω από αυτή την ήπια πίεση, είμαι περισσότερο αποτελεσματικός... σε μένα λειτουργεί καλά να μην νιώθω ότι έχω άπλετο χρόνο μπροστά μου... Και στο τέλος της ώρας ελέγχω τον εαυτό μου. Τελείωσα την εργασία; Έλυσα το πρόβλημά μου;».

N₈: «Χρησιμεύει ο προγραμματισμός... είναι ο δικός μας μπούσουλας... πρέπει να ξεκινήσω από κάπου και να τελειώσω κάπου... όχι για μένα, το επιβάλλει η ευθύνη μου απέναντι στον άρρωστο και τους συναδέλφους που θα τον παραλάβουν στην επόμενη βάρδια».

N₁₉: «Με τον προγραμματισμό ο νοσηλευτής επιλέγει με ποιον τρόπο θα φέρει τον άρρωστο σε μία κατάσταση τέτοια, ρυθμισμένη, ώστε να μην παραδώσει χάος στο συνάδελφο της επόμενης βάρδιας. Δηλαδή, θα επιλέξει τι παρεμβάσεις πρόκειται να κάνει στον άρρωστο... όχι με υπερβολική ακρίβεια, γιατί μπορεί να προκύψει κάτι διαφορετικό στην πορεία.. σύμφωνα με τις ανάγκες του αρρώστου βέβαια, πώς θα παρέμβει και πότε θα παρέμβει. Μέσα από αυτή την προετοιμασία, μπορεί να επιλέξει και το τι θα κάνει ή δεν θα κάνει ή θα το αφήσει για αργότερα. .. Νομίζω ότι αυτά τα επιλέγει με βάση την ασφάλεια του αρρώστου, την κρισιμότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζει και το χρόνο που έχει διαθέσιμο για τον κάθε άρρωστο».

Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι σε αρκετές περιπτώσεις ο προγραμματισμός ήταν ανύπαρκτος ή δεν μπορούσε να λειτουργήσει, εξαιτίας τόσο της έλλειψης οργάνωσης της ιατρικής ομάδας, όσο και της έλλειψης οργάνωσης και επαγγελματικής κουλτούρας των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών.

N₁₈: «Βέβαια μερικές φορές δεν γνωρίζω τους καθημερινούς στόχους που έχουν βάλει για τον άρρωστο οι γιατροί... τους θεωρούν επτασφράγιστο μυστικό, που δεν πρέπει να αποκαλύψουν σε κανένα... Να κάνουν ξεκάθαρο από το πρωί «σήμερα θα τον ψάξουμε ακόμα περισσότερο με εξετάσεις, γιατί δεν έχουμε βάλει διάγνωση» ή «υποψιάζομαι αυτό και αυτό και θέλω να το ελέγξω με μία αζονική. Θα την κλείσω και θα σου πω πότε θα μεταφερθεί»... τότε μάλιστα... ούτε φασαρίες, ούτε καβγάδες, ούτε τίποτα. Να προγραμματίσω και εγώ τη φροντίδα ρουτίνας, η οποία δεν μπορεί να παραλειφθεί... είναι και αυτή απαραίτητη».

N₁₃: «Δεν υπάρχει γραπτός προγραμματισμός, γιατί τότε πρέπει να οργανωθεί όλη η ΜΕΘ. Τι εννοώ; Να καταγραφούν τα νοσηλευτικά προβλήματα, να ληφθεί νοσηλευτικό ιστορικό, να υπάρχει κοινή γραμμή μεταξύ των νοσηλευτών για το πώς θα αντιμετωπιστεί ο άρρωστος, να λογοδοτήσει ο άλλος για τις εκκρεμότητες που αφήνει στον επόμενο... Αυτά θέλουν αλλαγή της νοσηλευτικής κουλτούρας. Οπότε άστα να γίνονται με το μυαλό».

5. Επιλογή δράσης

Από τις συζητήσεις με τους συμμετέχοντες νοσηλευτές αναδύθηκε ότι οι στρατηγικές δράσης τους διακρίνονταν α) σε παρέμβαση στην αιτία του προβλήματος με προσανατολισμό στο αποτέλεσμα, β) σε παρέμβαση στις εκδηλώσεις του προβλήματος με προσανατολισμό στις τεχνικές επίλυσής του και γ) σε συνδυασμό αυτών των παρεμβάσεων. Οι ρυθμιστικοί παράγοντες για την επιλογή της δράσης ήταν i) η προσωπικότητα του αποφασίζοντα, ii) το πλαίσιο λήψης απόφασης και iii) ο διαθέσιμος χρόνος μέχρι την τελική λύση.

Οι συμμετέχοντες, που ανέφεραν την αυτοπεποίθηση, την εμπιστοσύνη στην κρίση τους και την επιθυμία για αυτόνομη δράση στη ΜΕΘ ως χαρακτηριστικά τους κατά την άσκηση του νοσηλευτικού τους ρόλου, ήταν περισσότερο παρεμβατικοί με τις αποφάσεις τους και επικεντρώνονταν στη διόρθωση των αιτίων του κλινικού προβλήματος.

N₇: «Σε κάποιες περιπτώσεις δεν θεωρώ ότι πρέπει να ρωτήσω το γιατρό. Κι ας μην είναι δική μου δουλειά η απόφαση. Όπως εχθές, που ήμουν νύχτα και είχα έναν ασθενή, που ήταν πολλές ώρες σε T και σε μένα έριχνε συνεχώς κορεσμό. Παρακολουθούσα τα ζωτικά του, τον έβλεπα να ζορίζεται... ήταν προφανές ότι είχε κουραστεί. Διόρθωσα λίγο τη θέση, πήρα λίγο τις εκκρίσεις και τελικά τον έβαλα στον αναπνευστήρα για να στρώσει. Εκείνη την ώρα ο γιατρός κοιμόταν. Και ήμουν τόσο σίγουρη για την κρίση μου, που θεώρησα ότι δεν χρειαζόταν να τον ξυπνήσω για να τον ρωτήσω».

N₂₂: «Είσαι υπεύθυνος και καταρτισμένος επαγγελματίας. Έχεις διαβάσει σχετικά... έχεις αποκτήσει γνώση των αιτιών που προκαλούν αυτά τα προβλήματα και τα αντιμετωπίζεις στη ρίζα τους. Όχι μόνο τα συμπτώματα... Ή κι αν ξεκινήσεις με τα συμπτώματα, πρέπει να χτυπήσεις και την αιτία».

Άλλοι, που χαρακτηρίζαν τους εαυτούς τους οργανωμένους κατά την εργασία, επικεντρώνονταν στις νοσηλευτικές πράξεις και τον προγραμματισμό τους. Κάποιοι μάλιστα σχολίαζαν με πολύ θετικό τρόπο το νέο διάγραμμα της ΜΕΘ που εργαζόνταν, γιατί περιείχε λίστα ελέγχου νοσηλευτικών ενεργειών, που όλοι οι νοσηλευτές όφειλαν να ακολουθούν συστηματικά και έτσι υποστηρίζονταν στην απόκτηση ελέγχου επί των κλινικών καταστάσεων που αντιμετώπιζαν.

N₅: «Προσωπικά εφαρμόζω σταθερά αυτό που έχω προγραμματισμένο. Πολύ αυστηρά. Με βοηθάει και το νέο διάγραμμα της Μονάδας που περιέχει κάτι σαν checklist. Δηλαδή, πρέπει να εκτιμήσεις και να καταγράψεις αυτή, αυτή και αυτή την παράμετρο... Και να μην θες να το κάνεις, είσαι υποχρεωμένος να το εφαρμόσεις σε κάθε ασθενή...».

Κάποιοι άλλοι συμμετέχοντες, που αισθάνονταν αδύναμοι να παρέμβουν ρυθμιστικά ή διορθωτικά σε κάποιο πρόβλημα, αποζητούσαν τη συνεργασία και επεδίωκαν τη συναπόφαση με συναδέλφους ή συνεργάτες στα πλαίσια της συλλογικής προσπάθειας, αλλά και της προσωπικής τους υποστήριξης.

N₁₁: «Εγώ εκλαμβάνω την απόφαση σαν τον τρόπο που αντιδράμε σε ένα πρόβλημα. Με ποιον τρόπο θα παρέμβω. Εννοώ, βλέπω τι μου κάνει ο άρρωστος και παρακολουθώ, ή παρεμβαίνω ή διορθώνω. Εγώ για να παρέμβω ή να διορθώσω χρειάζομαι ακόμα να συμβουλευτώ ένα συναδέλφο ή ένα γιατρό πρώτα. Να δουλέψουμε με κοινούς στόχους. Ή να θέσουμε κοινούς στόχους... Παίζει ρόλο βέβαια και το ότι είμαι λίγα χρόνια στη Μονάδα και δεν μπορώ να λειτουργώ και πολύ ανεξάρτητα».

Αναφορικά με το πλαίσιο λήψης της απόφασης, η επιλογή της δράσης επηρεαζόταν από τις συνθήκες που επικρατούσαν στο εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ. Σε ΜΕΘ που ευνοούσε την αυτόνομη δράση και την πρωτοβουλία των νοσηλευτών, οι τελευταίοι αισθάνονταν υπεύθυνοι για το αποτέλεσμα των αποφάσεων τους και επικεντρώνονταν στη βαθύτερη αναζήτηση και την καταπολέμηση των αιτιών μίας προβληματικής κατάστασης. Αυτό το έκαναν τόσο για να μειώσουν την αβεβαιότητα και το αίσθημα

ανασφάλειας που τη συνοδεύει, όσο και για να τεκμηριώσουν τις επιλογές τους. Επισημαίνεται δε πως θεωρούσαν σημαντικό για το περιβάλλον, που αποδέχεται την αυτόνομη δράση, να είναι ανεκτικό και στην ενδεχόμενη αποτυχία.

N₈: «Η σημαντικότερη παράμετρος είναι η ευθύνη που αναλαμβάνει κανείς με την απόφασή του, την ενέργειά του. Όσο μεγαλύτερη ευθύνη αναλαμβάνει, δηλαδή αν την παίρνει όλη πάνω του και δεν τη μοιράζεται με γιατρούς ή άλλους συναδέλφους, τότε θα εξαντλήσει κάθε πληροφορία που έχει διαθέσιμη, θα βρει το πού οφείλεται το πρόβλημα και θα το διορθώσει στη βάση του».

N₁₆: «Το θέμα είναι να μπορείς να αποδείξεις και στο συνεργάτη σου, δηλαδή στο γιατρό εν προκειμένω, ότι η παρατήρησή σου είναι αληθινή».

N₁₈: «Νομίζω ότι οι νοσηλευτικές αποφάσεις βρίσκονται σε κοινή θέα. Δεν κρύβονται. Είμαστε στη βιτρίνα και ό,τι κάνουμε, δεν κρύβεται. Άρα λοιπόν πρέπει να είμαστε σε ετοιμότητα να τις αιτιολογούμε, να επιχειρηματολογούμε για τις επιλογές μας...».

N₇: «Σε ένα μεγάλο βαθμό εξαρτάται από το πόσο το περιβάλλον της Μονάδας επιτρέπει σε αυτόν που ξέρει, να δράσει. Δηλαδή δεν τον εμποδίζει. Γιατί φοβάται την αποτυχία του νοσηλευτή; Γιατί ένας γιατρός που παίρνει μία απόφαση, είναι πάντα επιτυχημένη;... Δεν καταλαβαίνω γιατί πρέπει η νοσηλευτική απόφαση να είναι πάντα επιτυχημένη... Ναι μεν στηρίζεται σε γνώση, αλλά στηρίζεται και σε εκτίμηση... Δεν πετυχαίνει πάντα».

Όμως, σε ένα περιβάλλον που δεν ευνοεί την αυτονομία, όπως συνήθως αναφέρθηκε ότι συμβαίνει στις ελληνικές ΜΕΘ, οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι σε τεχνικές πτυχές της εντατικής φροντίδας, δηλαδή δεν προχωρούσαν στο βάθος του προβλήματος, αλλά περιοριζόνταν στις πρακτικές διαστάσεις του, αισθανόμενοι δέσμιοι της ιατρικής εξουσίας.

N₅: «Εμένα, όταν μιλάμε για κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών, μου έρχονται στο μυαλό μόνο τεχνικές. Δεν μπορούμε να επιλέξουμε τον τρόπο που θα φτάσουμε από την προβληματική κατάσταση στην επιθυμητή κατάσταση. Επειδή το σύστημα, στο οποίο δουλεύουμε βάζει το γιατρό στην κορυφή, ακόμα και της νοσηλείας του αρρώστου και εκείνος αποφασίζει ακόμα και το πώς θα κινηθούμε μέσα στο χώρο... Θέλω να πω ότι το σύστημα μας στερεί τη δυνατότητα να κάνουμε πράγματα και μας αναγκάζει να ρωτήσουμε το γιατρό για το πώς θα κινηθούμε».

N₂₁: «Σε πολλά νοσοκομεία η λογική είναι δεν κάνεις τίποτα, αν δεν το έχει εγκρίνει ο γιατρός... Μερικοί νοσηλευτές σε φοβίζουν λέγοντας ότι μπορεί να σε τρέχουν στα δικαστήρια... Μια λογική εκφοβισμού του νεότερου νοσηλευτή για να μειώσει τις πρωτοβουλίες που παίρνει στο ελάχιστο, να μην τολμήσει να αυτονομηθεί ποτέ και να ακολουθήσει το πρότυπο «δεν φέρνω σε κανέναν αντίρρηση, εγώ απλά εκτελώ». Προφανώς, αν αυτό περάσει, δεν κινδυνεύουν και οι προϊστάμενοι νοσηλευτές από κριτικές ή συγκρίσεις».

Τέλος, ο διαθέσιμος χρόνος μέχρι την επίλυση του προβλήματος ήταν καθοριστικός της επιλογής δράσης για τους συμμετέχοντες. Όταν υπήρχε χρονική πίεση, οι συμμετέχοντες αύξαναν το ρυθμό της εργασίας τους και φιλτράριζαν περισσότερο τις

πληροφορίες που ελάμβαναν. Κάποιοι άλλοι άλλαζαν τις επιλογές τους από ικανοποιητικές σε συμβιβαστικές λύσεις. Κάποιοι τρίτοι έβρισκαν την ευκαιρία να δράσουν αυτόνομα και ανεξάρτητα από το ιατρικό προσωπικό.

N₁₄: «Στην περίπτωση του επειγόντος τρέχουμε. Αυτό που με αγχώνει στο επειγόν είναι να κάνω ό,τι κάνω γρήγορα.... να τρέξω, να φέρω κάτι γρήγορα. Δεν επηρεάζεται η απόφαση αυτή καθ' αυτή, αλλά το πόσο γρήγορα θα φτάσεις σε αυτή».

N₂₁: «Όταν έχω να αντιμετωπίσω το επειγόν, επιλέγω τον τρόπο που θα με φτάσει πιο γρήγορα σε λύση. Τώρα είναι να κάνω δύο πράγματα παράλληλα, είναι να τσεκάρω μόνο μία – δύο πληροφορίες και τίποτα άλλο... δεν ξέρω. Μου έχουν τύχει και τα δύο».

N₁₈: «Ο άρρωστός μου κάνει μία σημαντική βραδυκαρδία... δεν κάθομαι να το πολυσκεφτώ... Κάνω το πρώτο πράγμα που μου έρχεται στο μυαλό ως λύση που μπορεί να έχει κάποια αποτελέσματα. Δεν αναζητάω την αποτελεσματικότερη λύση, αναζητώ απλά μία λύση... Να ξεπεραστεί πρώτα η κρίση και στη συνέχεια ψάχνω το καλύτερο για τον άρρωστο».

N₂₂: «Εγώ όταν ακούω κλινικές αποφάσεις στη ΜΕΘ από νοσηλευτές πηγαίνει το μυαλό μου στη δράση σε επείγουσες καταστάσεις... γιατί εκεί ο νοσηλευτής μπορεί να αποφασίσει αυτόνομα και ανεξάρτητα από το γιατρό... κυρίως κάτω από την πίεση του χρόνου και της ανάγκης επιβίωσης του ασθενή... που ξεπερνά και επαγγελματικά όρια και τυπικές διαδικασίες».

6. Έλεγχος των αποτελεσμάτων

Ο έλεγχος των αποτελεσμάτων από κάποιους συμμετέχοντες περιγράφηκε ως μία εσωτερική διαδικασία που εκτελούσε ο ίδιος ο νοσηλευτής μετά τη λήψη της απόφασής του ή την εκτέλεση της δράσης του, ενώ από άλλους αναφέρθηκε ως μία εξωτερική λειτουργία με χαρακτήρα επιβεβαιωτικό ή διορθωτικό, για την οποία ήταν υπεύθυνος ο προϊστάμενος.

Στην πρώτη περίπτωση οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η ανατροφοδότηση της διαδικασίας λήψης των αποφάσεών τους ήταν απαραίτητη α) για να διορθωθούν τυχόν λάθος κινήσεις ή να επιλεγεί μια νέα λύση για το τρέχον κλινικό πρόβλημα, β) προκειμένου να αλλαχθούν τυχόν λανθασμένες εντυπώσεις ή ερμηνείες των παλαιότερων εμπειριών τους και γ) για να διευκολυνθεί η μάθηση του χειρισμού του παρόντος κλινικού προβλήματος, ώστε να επαναχρησιμοποιηθεί σε μελλοντικές παρόμοιες περιπτώσεις.

N₁₄: «Και από ένα σημείο και έπειτα λες έκανα την προσπάθειά μου και η λύση δεν ήταν σωστή. Παραμένουν τα αρνητικά συναισθήματα και έχεις και την απορία... τι δεν πήγε καλά; Τι δεν έκανα εγώ καλά; Θα μπορούσε να έχει γίνει κάτι διαφορετικό και πιο αποτελεσματικό;».

N₇: «Μερικά πράγματα επαναλαμβάνονται χωρίς να τα επαναξιολογείς και τελικά επαναλαμβάνεται το ίδιο λάθος. Χρειάζεται μία ανατροφοδότηση για να συνειδητοποιήσεις το λάθος. Δοκιμάζεις κάτι, τι λύση προσφέρει;».

N₁₃: «Όταν μία διαδικασία δεν τη συναντάς συχνά ή καλείσαι να λάβεις μια νέα απόφαση, μπορεί να φαίνεται δύσκολη δουλειά στην αρχή... να νιώθεις ότι σε καθυστερεί, αλλά στην τελική νιώθεις ότι δημιούργησες, νιώθεις ότι έμαθες... Και την επόμενη φορά που θα την ξαναχρησιμοποιήσεις και πιο εύκολο θα φανεί και πιο γρήγορα θα γίνει».

Στη δεύτερη περίπτωση, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ο έλεγχος είναι μία λειτουργία που πρέπει να εφαρμόζεται από τη νοσηλευτική ηγεσία, ώστε να διασφαλίζεται η παροχή αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Αν και έγινε παραδεκτό ότι πολλοί δεν θα επιθυμούσαν μία τέτοια παρέμβαση στην εργασία τους, ωστόσο από τα σχόλια φάνηκε ότι τελικά ο έλεγχος είναι απαραίτητος, γιατί οι αποκλίσεις είναι πολλές και η εργασία στη ΜΕΘ χρήζει μεγαλύτερης οργάνωσης.

N₁: «Η επίπληξη και η επιβράβευση πρέπει να υπάρχει και στο δικό μας τομέα. Είναι σημαντικό η προϊσταμένη να ελέγχει το προσωπικό... δεν είναι κακό να σε ελέγχουν... Οι περισσότεροι έχουμε μία φοβία... δεν μπορώ να την εξηγήσω διαφορετικά. Δεν θέλουμε να μας ελέγχουν... Θεωρούμε ότι τα κάνουμε όλα σωστά. Το παράδοξο είναι ότι θεωρώ εγώ τις αποφάσεις και τις ενέργειές μου σωστές, τις θεωρεί και ο άλλος τις δικές του κι ας είναι διαφορετικές, τις θεωρεί και ο παρ' άλλος. Και τελικά ο καθένας, τη δική του πορεία. Ναι, αλλά δεν λειτουργούν έτσι τα Τμήματα. Τα τμήματα θέλουν οργάνωση. Και η οργάνωση έρχεται, όταν ελεγχθούν όλες οι πρακτικές, αντικειμενικά όμως, και διορθωθούν τα λάθη και επιβραβευστούν οι ορθές πρακτικές, οι οποίες μετά θα αποτελέσουν και πρότυπα για να στηριχτώ».

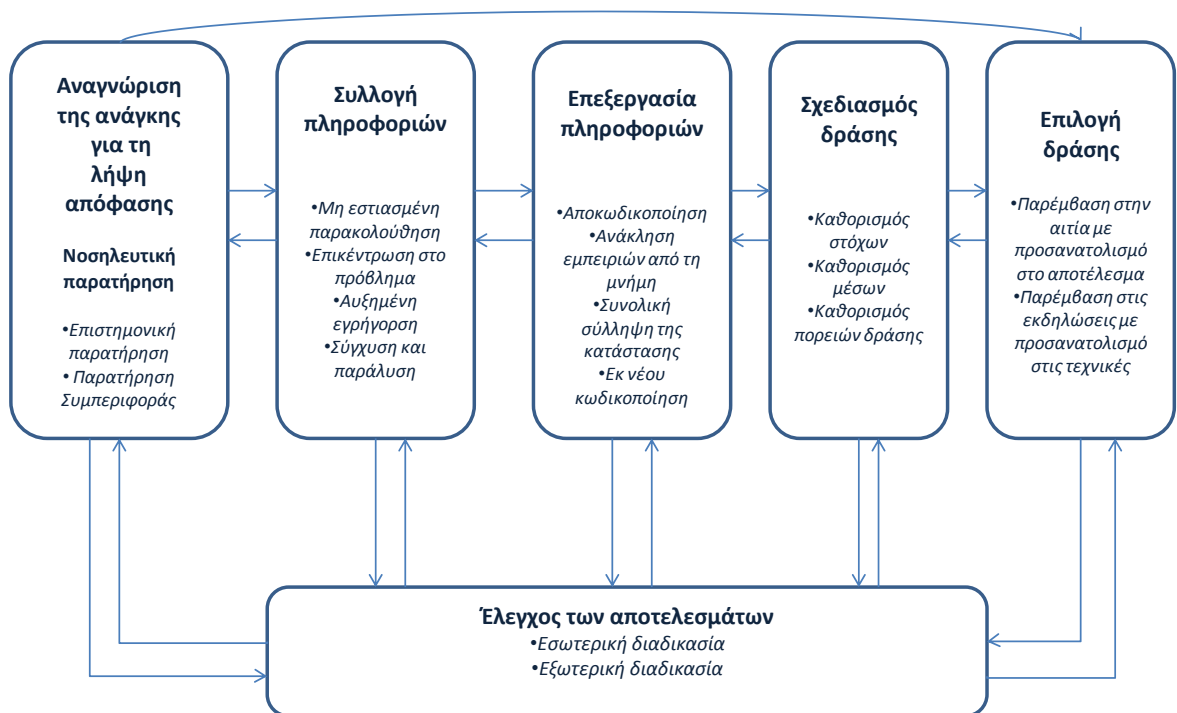
8.2.2 Συνολική θεώρηση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων

Αν και η διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων παρουσιάστηκε ως μία αυστηρή και σαφώς καθορισμένη εφαρμογή σταδίων, από τις συνολικές περιγραφές των συμμετεχόντων φάνηκε πως έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Είναι ανοιχτή και ευέλικτη. Τα όρια του κάθε σταδίου δεν είναι αυστηρά καθορισμένα και οι γνωστικές λειτουργίες που περιγράφηκαν δεν αποκλείεται να επιστρατεύονται σε περισσότερα από ένα στάδια.
- Υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των έξι σταδίων. Κάθε στάδιο μπορεί να συνδέεται ή όχι με το επόμενο στάδιο.
- Η συνολική διαδικασία μπορεί να εμπεριέχει το σύνολο ή μέρος αυτών των σταδίων.

- Τα έξι στάδια μπορεί να εξελίσσονται είτε προοδευτικά, είτε παράλληλα, είτε να παραλείπονται ενδιάμεσα στάδια και η λήψη απόφασης να ταυτίζεται μόνο με την παρέμβαση.
- Ως δυναμική διεργασία μπορεί να επικαιροποιείται συνεχώς με την παρουσία μίας νέας πληροφορίας. Οποιοδήποτε νέο δεδομένο αξιολογηθεί ως χρήσιμο, μπορεί να αλλάξει την κατεύθυνση της δράσης και την τελική επιλογή.
- Κάθε στάδιο της διαδικασίας παράγει αποφάσεις. Αυτές δεν αποτελούν μόνο το τελικό προϊόν της διαδικασίας.

Σχήμα 8.2 Εννοιολογικός χάρτης της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ με αναπαράσταση των ενδιάμεσων σταδίων της



8.2.3 Επιμέρους Κλινικές Αποφάσεις σε κάθε στάδιο της διαδικασίας

1. Αναγνώριση της ανάγκης για λήψη απόφασης

α. Αποφάσεις αξιολόγησης

Στο στάδιο της αναγνώρισης της ανάγκης λήψης κλινικής απόφασης παράγονταν αποφάσεις αξιολόγησης με τις οποίες εκτιμούνταν τόσο τα αντικειμενικά ευρήματα, όσο και οι αντιδράσεις των ασθενών στο συγκεκριμένο κλινικό πλαίσιο της ΜΕΘ.

N₆: «Να δεις το μόνιτορ δύο φορές παραπάνω και να αναγνωρίσεις μία αρρυθμία».

N₂: «Να μετρήσεις το σάκχαρο και να δεις μία σοβαρή υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία».

N₉: «...παρέλαβα ένα περιστατικό με υπαραχνοειδή αιμορραγία 38 ετών. Ε, το πρώτο πράγμα που κάνουμε εμείς είναι να κοιτάμε τα μάτια».

N₁₄: «Το βλέμμα το αρρώστον, η συμπεριφορά του... Να είναι ανήσυχος, χωρίς κάποιο προφανή λόγο... εκεί καταλαβαίνεις ότι κάτι υπάρχει».

β. Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους

Από τους 22 νοσηλευτές που συμμετείχαν στις ομάδες εστίασης, μόνο ένας σχολίασε πως οι αποφάσεις επικοινωνίας νοσηλευτών-ασθενών είναι πολύ σημαντικές και τοποθετούνται υψηλά στην ιεραρχία των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ.

N₂₀: «Εγώ νομίζω ότι σημαντική απόφαση που λαμβάνουμε οι νοσηλευτές στη ΜΕΘ είναι η επικοινωνία μας με τον άρρωστο... και αυτό κάνει τη διαφορά ανάμεσα σε νοσηλευτές και γιατρούς ή ακόμα και στους νοσηλευτές μεταξύ τους. Γιατί είμαστε εκεί για να καλύπτουμε τις ανάγκες του αρρώστου συνολικά... Πώς θα ικανοποιηθούν ας πούμε οι ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή, αν δεν διαθέσω χρόνο και δεν κατανοήσω την ψυχική καταπόνηση από τη νοσηλεία σε ένα τέτοιο βάρβαρο τμήμα... Και το πότε να διαθέσω αυτό το χρόνο... δεν μπορώ να το κάνω ούτε όταν με πιέζει ο χρόνος να τελειώσω κάποιες επείγουσες εργασίες σε αυτόν ή σε κάποιον άλλο ασθενή, αλλά ούτε όταν ο ασθενής θέλει να απομονωθεί ή να κοιμηθεί ή να συζητήσει με τους συγγενείς του στο επισκεπτήριο... Ακόμα – ακόμα απόφαση είναι αν θα κάτσω να ακούσω τον ασθενή και αυτά που θα μου πει, έστω κι αν μου προκαλέσουν στενοχώρια ή δυσφορία ή θα κάνω απλά τη δουλειά μου και θα φύγω... Ακόμα πώς θα του μιλήσω, όταν κάνω τη νοσηλεία... ή θα του πω το τετριμμένο «Μην ανησυχείς καλέ μου! Όλα καλά θα πάνε».

Αξίζει να σημειωθεί ότι η επικοινωνία με τις οικογένειες των ασθενών δεν βρισκόταν εξίσου υψηλά στην ιεράρχηση των σημαντικών αποφάσεων των νοσηλευτών, ενώ κάποιοι από τους συμμετέχοντες φάνηκε ακόμα και να την αποφεύγουν.

N₉: «Και η νοσοτροπία που υπάρχει στη Μονάδα σε αποκλείει από τους συγγενείς. Δηλαδή, οι εντολές που έχεις είναι ότι δεν κάνεις καμία ενημέρωση εσύ... Ούτε όταν σε ρωτήσει τη

θερμοκρασία ο συγγενής στο επισκεπτήριο, δεν μπορείς να του την πεις και είσαι αναγκασμένος να πεις πρέπει να ρωτήσετε το γιατρό και θα ενημερωθείτε απ' αυτόν... Θυμάμαι σε μένα έχει τύχει περιστατικό που μιλούσαμε μεταξύ μας οι νοσηλευτές και λέγαμε ότι ο άρρωστος έβγαλε την αρτηρία... Το άκουσε ο συγγενής και πήγε έντρομος στο γιατρό και μετά μου έγινε μία έντονη επίπληξη από το γιατρό γιατί είπα κάτι τέτοιο. Δεν έχεις δικαίωμα να αναφερθείς στο οτιδήποτε σχετικά με τον ασθενή... Ή σου λένε, κάτσε εγώ λέω αυτό και αυτό στον ασθενή και εσύ λες το άλλο, οπότε υπάρχει μετά κόντρα μέσα στην ομάδα, τη στιγμή που πρέπει να έχεις συνεργασία... Προτιμούμε λοιπόν να μην έχουμε καμία επαφή με τους συγγενείς, παρά να πούμε κάτι παραπάνω και να έχουμε ολόκληρη ιστορία μετά...».

γ. Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι για να επιβεβαιώσουν στους ίδιους ή στους συναδέλφους και συνεργάτες την ανάγκη λήψης μίας κλινικής απόφασης επέλεξαν να πληροφορηθούν ή να πληροφορήσουν την υπόλοιπη ομάδα της ΜΕΘ για εκδηλώσεις που σηματοδοτούσαν την έναρξη κάποιου προβλήματος.

N₈: «Αν δεν μπορείς εσύ να καταλάβεις τι τρέχει, τότε θα ρωτήσεις ένα συνάδελφο αν του δημιουργείται η ίδια εντύπωση».

N₁₂: «Η Μονάδα είναι ένα προστατευμένο περιβάλλον... είμαστε πολλοί νοσηλευτές, υπάρχει μεγάλη ομάδα, δεν έχω δει εγώ κάτι, θα το δει ο επόμενος ή ο εφημερεύων ή ο νοσηλευτής που έχει τον διπλανό ασθενή... κάποιος θα το δει. Δεν είσαι μόνος σου».

N₂₂: «Απόφαση είναι και το τι θα πεις και πώς θα παρουσιάσεις ένα πρόβλημα στο θεράποντα γιατρό. Εγώ νομίζω ότι το πώς θα παρουσιάσουμε ένα πρόβλημα σε ένα γιατρό για να δώσει μία οδηγία καθορίζεται και κατευθύνεται από το τι εντύπωση ή καλύτερα τι γνώμη έχουμε εμείς... οι νοσηλευτές... γι' αυτό το πρόβλημα».

2. Συλλογή πληροφοριών

α. Αποφάσεις αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή

Από την ανάλυση του περιεχομένου των αφηγήσεων των συμμετεχόντων φάνηκε ότι στο στάδιο συλλογής πληροφοριών αναζητούσαν πληροφορίες διαφόρων τύπων, που έκριναν χρήσιμες για την επίλυση του προβλήματος που αντιμετώπιζαν. Η αναζήτηση ξεκινούσε με την επιβεβαίωση των στοιχείων και των οδηγιών για τον ασθενή.

N₁₁: «Εγώ θεωρώ ότι χρήσιμες πληροφορίες είναι και το όνομα του ασθενή, η ημερομηνία που αναγράφεται πάνω δεξιά στο διάγραμμα και πρέπει να είναι σημερινή (ενν. να συμπίπτει με την ημέρα εργασίας), η επισήμανση της ομάδας αίματος ή τυχόν αλλεργιών ή τυχόν λοιμωδών νοσημάτων».

Συνεχιζόταν με την αναζήτηση των ρυθμίσεων που παραλαμβάνονταν από το προηγούμενο ωράριο αναφορικά με τον αναπνευστήρα, τις δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνταν μέσω αντλιών έγχυσης, καθώς και των τιμών από τις πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις και των ζωτικών σημείων που αναγράφονταν στα ημερήσια διαγράμματα.

N₇: «Μπαίνεις στη Μονάδα και βλέπεις ότι σου έχουν αναθέσει τον τάδε ασθενή για τη βάρδια. Πρώτη δουλειά πηγαίνεις δίπλα του, τσεκάρεις το επίπεδο επικοινωνίας του, τον αναπνευστήρα, τι φάρμακα παίρνει και πόσο, τις χθεσινές ρυθμίσεις του αναπνευστήρα και αν βγήκε καθόλου σε T και τα ζωτικά σημεία από το πρωί ή τα χθεσινά, αν είσαι πρωινή βάρδια για να έχεις ένα μέτρο σύγκρισης».

Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι πληροφορίες που αναζητούν για τον ασθενή κατά τα απογευματινά και νυχτερινά ωράρια είναι συνήθως διαφορετικές και περισσότερες, συγκριτικά με τα πρωινά ωράρια, προσθέτοντας στην αναζήτησή τους τις τιμές από τα πρόσφατα αέρια αίματος και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

N₁₃: «Ειδικά κατά τις απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες τσεκάρεις τα πάντα... σίγουρα αέρια και εργαστηριακά... αν είναι εύκαιρο αξονικές ή άλλες εξετάσεις... γιατί τον άρρωστο τον αξιολογείς μόνο εσύ τότε...».

Ακολούθως, η πληροφόρηση αφορούσε στη νοσηλεία του ασθενή.

N₂₀: «Για μένα έχει σημασία να ελέγξω αν ο ασθενής παίρνει όλα τα φάρμακα που καταγράφονται στις ιατρικές οδηγίες, στη σωστή δόση και τη σωστή ώρα. Με αυτόν τον τρόπο βέβαια ελέγχο και τα πιθανά λάθη που μπορεί να έχει κάνει ο γιατρός καθώς τα γράφει».

Για την επίλυση ενός συγκεκριμένου προβλήματος στον ασθενή, οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι η αναζήτηση δεν έπρεπε να επικεντρωθεί σε λίγα σημεία από την αρχή, αλλά να ξεκινήσει με την προσδοκία να αποκτηθούν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες.

N₁₄: «Στην αρχή πρέπει να ψάξεις χίλια δύο πράγματα για να δεις γιατί ο άρρωστος έχει εκδηλώσει το συγκεκριμένο πρόβλημα... προκειμένου να δεις τι συμβαίνει με τον άρρωστο για να προλάβεις καταστάσεις και να μπορέσεις να τον φροντίσεις και να τον συνεφέρεις. Εκεί λοιπόν πρέπει να ψάξεις ένα σωρό πράγματα για να δεις τι πηγαίνει λάθος και τι πρέπει να διορθωθεί...».

Φάνηκε επίσης ότι κάποια άτομα ανέπτυσαν διακριτές επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και χρησιμοποιούσαν διάφορες στρατηγικές και τακτικές για την αναζήτηση των κλινικών πληροφοριών που είχαν ανάγκη. Οι τακτικές αφορούσαν σε συνειδητές ενέργειες κατά τη διάρκεια μίας αναζήτησης, όπως την αναζήτηση απαντήσεων σε έναν αριθμό ερωτημάτων και οι στρατηγικές αποτελούσαν τα σύνολα

των ενεργειών που ο νοσηλευτής επέλεγε συνειδητά για να επιλύσει το κλινικό πρόβλημα, όπως την προσφυγή σε διαφορετικές πηγές πληροφόρησης.

N₇: «Προσωπικά εφαρμόζω ένα σύστημα πολύ αυστηρά. Αυτό και αυτό και αυτό με την ίδια σειρά σε όλους τους ασθενείς... το ίδιο πράγμα πάντα, με τον ίδιο τρόπο πάντα».

N₁₈: «Θα πρέπει να δώσω απάντηση σε πολλά ερωτήματα κάθε φορά που έχω ένα πρόβλημα. Γιατί τα προβλήματα στη Μονάδα είναι συνήθως πολύπλοκα και καθόλου ξεκάθαρα. Πες ότι ο άρρωστος κάνει διέγερση. Μπορώ να ξέρω εγώ με σιγουριά ότι την κάνει εξαιτίας της παραμονής του στη ΜΕΘ... το ICU delirium ή έχει ανέβει το διοξειδίο ή είναι ένας άρρωστος κακότροπος προσωπικότητα, ή είναι ένας άρρωστος που η κατάσταση και το Τμήμα τον έχουν φτάσει στα όριά του και είναι επιθετικός με καθένα που βλέπει μπροστά του από το προσωπικό...».

N₁₁: «Αν δεν σου αρκούν οι πληροφορίες που σου έχουν δώσει οι συνάδελφοι, αναζητάς πληροφορίες και αλλού».

β. Αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους

Αν και κάποιοι συμμετέχοντες έκαναν αναφορά για τη σχέση επικοινωνίας του νοσηλευτή με τον ασθενή, σε καμία ομαδική συζήτηση δεν αναφέρθηκαν συγκεκριμένες αποφάσεις επικοινωνίας με τον ασθενή ή την οικογένειά του προκειμένου να υπάρξει επιπρόσθετη ενημέρωση του νοσηλευτή για το ιστορικό ή την παρούσα νόσο του ασθενή. Ωστόσο, ανέφεραν ως σημαντική πληροφορία, την οποία αναζητούσαν από την πρώτη επαφή με τον ασθενή, το εκτιμώμενο επίπεδο επικοινωνίας του.

γ. Αποφάσεις επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων έγινε σαφές ότι όταν η πληροφόρησή τους στηριζόταν στην επικοινωνία με την ομάδα της ΜΕΘ, έδειχναν προτίμηση στις γραπτές ή προφορικές παρατηρήσεις των συναδέλφων τους νοσηλευτών και κατά δεύτερο λόγο στις απόψεις του ιατρικού προσωπικού, εκτός αν έπρεπε να λάβουν οδηγίες για αποφάσεις εκτός της αρμοδιότητάς τους.

N₁₂: «Αν δεν επαρκούν οι πληροφορίες που σου έχουν δώσει οι συνάδελφοι από την παράδοση, κοιτάς τα προηγούμενα νοσηλευτικά διαγράμματα... Γι' αυτό συλλέγεις όσες περισσότερες πληροφορίες μπορείς... Ένα αυτό. Δύο, ρωτάς τους συναδέλφους της βάρδιας αν τον είχαν από τις προηγούμενες ημέρες... και επίσης ρωτάς και το γιατρό. Πάντα πάμε τελευταία στο γιατρό».

N₁₁: «Αν δεις κάτι στο μόνιτορ και θέλεις να το δεις λίγο περισσότερο, καλείς το γιατρό να διαγνώσει και να σου δώσει οδηγίες ...».

δ. Αποφάσεις αξιολόγησης

Στο στάδιο συλλογής πληροφοριών, οι αποφάσεις αξιολόγησης είχαν σκοπό να φιλτράρουν τις διαθέσιμες πληροφορίες για τον ασθενή, ώστε να επιλεγούν αυτές που είχαν άμεση σχέση με το αντικείμενο της τελικής επιλογής. Η διαδικασία του φιλτραρίσματος των πληροφοριών ήταν αντίστροφη από τη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή.

N₁₄: «Οι πληροφορίες που μπορεί να σου διατεθούν για ένα πρόβλημα, μπορεί να είναι πάρα πολλές. Δεν μπορείς να τις εξετάσεις όλες ταυτόχρονα. Γι' αυτό εκτιμάς μερικές ... Αν δηλαδή έχεις μία αρρυθμία, θα ψάξεις τι πληροφορίες έχεις για την καρδιά, από το ιατρικό ιστορικό, από κανέναν υπέρηχο... και δύο –τρία πράγματα για τους ηλεκτρολύτες, για τα φάρμακα που παίρνει και τις συνοδές παθήσεις. Κι αν δεν τις έχεις, ρωτάς γι' αυτές το γιατρό του...».

3. Επεξεργασία δεδομένων

α. Αποφάσεις αξιολόγησης

Οι αποφάσεις αξιολόγησης που λαμβάνονταν κατά το στάδιο της επεξεργασίας των πληροφοριών αφορούσαν κυρίως στην εκτίμηση κλινικών πληροφοριών από το ιατρικό ιστορικό και στην εκτίμηση των υποκειμενικών και αντικειμενικών πληροφοριών, που προέκυπταν από την κλινική εξέταση ή την κλινική παρατήρηση που διενεργούσε ο νοσηλευτής, την παρακολούθηση σε συσκευές απεικόνισης (monitoring) και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

N₅: «Συγκεντρώνεις τις πληροφορίες που θέλεις από το ιατρικό ιστορικό... νοσηλευτικό ιστορικό δεν παίρνουμε... πηγή πληροφοριών είναι το ιατρικό ιστορικό».

N₁: «βλέπαμε μερικά αντικειμενικά ευρήματα, όπως τα αέρια αίματος, τα ζωτικά σημεία άλλες μετρήσεις και αναλόγως πράτταμε. Αν είναι ένα καρδιοχειρουργικό περιστατικό, και έχει ένα κλάσμα εξώθησης 15, τότε περιμένεις να σου κάνει την καρδιακή κάμψη...».

N₁₈: «Αν ο άρρωστος είναι ωχρός, έχει ταχύπνοια και 120 σφίξεις, ενώ πριν είχε 80, μου δίνουν την εντύπωση ότι ο άρρωστος αιμορραγεί».

Στο ίδιο στάδιο λαμβάνονταν από τους συμμετέχοντες αποφάσεις αξιολόγησης για την αναγκαιότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης ή εναλλακτικά της συνέχισης της παρακολούθησης και της επαναξιολόγησης.

N₉: «όταν ξαφνικά ο άρρωστος το πρωί ανέβασε πίεση και σφίξεις... η πίεση είχε φτάσει 210 (mm Hg) και οι σφίξεις 125 (ανά λεπτό), δεν μπορούσα να τον αφήσω έτσι».

N₂₁: «... σκέφτεσαι, οι 110 σφίξεις είναι φυσιολογικές γι' αυτόν τον ασθενή... Αν ανεβάσει, τότε, βλέπουμε τι κάνουμε».

Οι συμμετέχοντες επέδειξαν διαφορετικές προσεγγίσεις κατά τη λήψη αυτών των αποφάσεων αξιολόγησης. Έτσι, άλλοι από αυτούς ανέφεραν ότι επιθυμούσαν να λάβουν υπόψη και τις κλινικές γνώμες εμπειρότερων συναδέλφων και συνεργατών, πέραν από τις δικές τους νοσηλευτικές εκτιμήσεις.

N₁₄: «Να ελέγχεις πιο συχνά το σύμπτωμα, αν επιδεινώνεται ή αν φεύγει, να ρωτήσεις έναν εμπειρότερο συνάδελφο αν του δημιουργείται η ίδια εντύπωση κι αυτού...».

Κάποιοι άλλοι θεωρούσαν ότι ήταν απαραίτητη η σύγκριση των παρατηρήσεών τους με κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες.

N₁₂: «...να πάρουμε ένα συγκεκριμένο παράδειγμα... η περιποίηση των γραμμών ή η αλλαγή των συσκευών έγχυσης... Έστω ότι πρέπει να εκτιμήσω αν χρειάζεται να αλλάξω επίθεμα στις γραμμές ή να αλλάξω συσκευή... υποτίθεται ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές μέσα στη Μονάδα έχουμε ενημερωθεί για τις οδηγίες του CDC και κάθε πότε πρέπει να αλλάζουν οι φλεβοκαθετήρες, τα επιθέματα και οι συσκευές... ότι πρέπει να αλλάζουν κάθε 36 μέχρι 48 ώρες, αν περιέχει λίπος η ουσία κάθε 6 με 12 ώρες και όσον αφορά τις γραμμές, αν είναι εμποτισμένο με πύον ή με βιολογικό υγρό, θα το αλλάξεις, όσο συχνά γίνεται, διαφορετικά θα πρέπει να το αλλάξεις κάθε 36 ώρες με βάση τις οδηγίες...».

Άλλοι, επίσης, θεωρούσαν, ότι η διαδικασία της αξιολόγησης καθοδηγούνταν βήμα-βήμα από κλινικά πρωτόκολλα ή διαδικασίες, που εφαρμόζονταν επισήμως στη ΜΕΘ όπου εργάζονταν.

N₆: «υπάρχουν διαδικασίες που ρυθμίζονται από πρωτόκολλα. Εμείς την εντερική σίτιση την κάνουμε με βάση το πρωτόκολλο που έχουμε στη ΜΕΘ. Ακολουθώντας τα βήματα του πρωτοκόλλου, μπορείς να δεις πώς θα σιτίσεις τον άρρωστο αποτελεσματικά. Όχι να μην ξέρεις πώς να σταματήσεις τις κενώσεις ή τους εμέτους...».

N₅: «Έχω δουλέψει σε Μονάδα που λειτουργούσε με ISO. Ε, όλες οι διαδικασίες πέρναγαν μέσα από κάποια τυποποιημένα στάδια... Για παράδειγμα, η παραλαβή... υπήρχαν πολύ συγκεκριμένες δουλειές που γίνονταν κατά την παραλαβή του ασθενούς... με αυτόν τον τρόπο δεν μας ξέφευγαν βασικές παράμετροι, που να μην τις αξιολογούσαμε κατά την παραλαβή...».

β. Αποφάσεις διάγνωσης

Από τις ομαδικές συζητήσεις προέκυψε ότι μετά την αξιολόγηση των κλινικοεργαστηριακών πληροφοριών αναπτύσσονταν μία ή περισσότερες διαγνωστικές υποθέσεις μέχρι να αποφασιστεί η τελική διάγνωση.

N₁₈: «Τα προβλήματα είναι πολύπλοκα και καθόλου ξεκάθαρα. Πες ότι ο άρρωστος κάνει διέγερση. Μπορώ να ξέρω εγώ με σιγουριά ότι την κάνει εξαιτίας της παραμονής του στη ΜΕΘ... το ICU delirium ή έχει ανέβει το διοξειδίο ή είναι ένας άρρωστος κακότεροπος ως προσωπικότητα ή είναι ένας άρρωστος που η κατάσταση και το τμήμα τον έχει φτάσει στα όριά του και είναι επιθετικός με καθέναν που βλέπει μπροστά του από το προσωπικό...».

Όπως, έχει ήδη επισημανθεί, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τις ιατρικές διαγνώσεις ως σύστημα αναφοράς των κλινικών προβλημάτων. Αλλά κι όταν ήθελαν να περιγράψουν τις προσωπικές αντιδράσεις του ασθενή στην εμπειρία της ασθένειας και της νοσηλείας στη ΜΕΘ, ήταν περιγραφικοί, χωρίς να χρησιμοποιούν κάποια επίσημη και αναγνωρισμένη νοσηλευτική διάγνωση.

N₁₅: «Ο άρρωστος δεν μπορούσε να κοιμηθεί λόγω του θορύβου και των έντονων φώτων κατά τη νύχτα», αντί για διαταραχή ύπνου που οφείλεται σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα.

4. Σχεδιασμός δράσης

α. Αποφάσεις αξιολόγησης

Κατά το στάδιο του σχεδιασμού της δράσης, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τις διαγνώσεις, που είχαν τεθεί από τους ίδιους ή από τους ιατρούς, ως οδηγούς για τον προγραμματισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι αποφάσεις αξιολόγησης στο στάδιο αυτό ήταν προσανατολισμένες στους στόχους και τους διαθέσιμους πόρους.

N₁: «Ο άρρωστος είναι μέρες διασωληνωμένος και μπορεί να κάνει VAP (πνευμονία του αναπνευστήρα). Ο στόχος μας είναι να μην αφήσουμε να κάνει τέτοια λοίμωξη. Άρα πρέπει να προγραμματίσουμε να καθαρίζουμε το στόμα του ασθενούς ... αν γίνεται και τρεις φορές την ημέρα, δηλαδή μία φορά σε κάθε βάρδια. Μετά, οι άρρωστοι στη ΜΕΘ παραμένουν μέρες πάνω σε ένα κρεβάτι και μπορεί να κάνουν κατακλίσεις. Εκεί πρέπει να προγραμματίσουμε να τον γυρίζουμε ανά τακτά χρονικά διαστήματα».

N₁₄: «Και κάτι απλό, αλλά πολύ ουσιαστικό σήμερα. Αν δεν έχω πολλά υλικά να δουλέψω μέσα στο Τμήμα, το πόσο θα παρατείνω τη χρήση κάποιου υλικού πέρα από τις οδηγίες που δίνει ο κατασκευαστής, προκειμένου και ασφαλής να είναι ο άρρωστος και μειωμένο το συνολικό κόστος, είναι, πιστεύω, ένας νέος τύπος αποφάσεων που παίρνουν τώρα πια οι νοσηλευτές στην Ελλάδα».

β. Αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων

Αλληλένδετες με τις αποφάσεις αξιολόγησης φάνηκαν πως ήταν οι αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων στη φάση του προγραμματισμού της δράσης. Κάποιος από τους συμμετέχοντες μετέφερε παραστατικά ένα κλινικό πρόβλημα και το συλλογισμό του για το σχεδιασμό της δράσης του. Μέσα από την παρακάτω περιγραφή φάνηκε η σύνθεση των κλινικών πληροφοριών σε δύο εναλλακτικά σχέδια επίλυσης ενός προβλήματος, που έπρεπε να ιεραρχηθούν για να καθοδηγηθεί η νοσηλευτική παρέμβαση.

N₂₁: «Για παράδειγμα έχω έναν ασθενή σε PRISMA ... με υψηλό ρυθμό αποβολής... το removal... και από το ιστορικό του ξέρω ότι έχει καρδιακή ανεπάρκεια και γι' αυτό είναι σε

ινότροπη αγωγή... και κάνει ξαφνικά μία ταχυκαρδία. Το να προκρίνω ως πρόβλημα τον υψηλό ρυθμό αποβολής υγρών και να πιθανολογήσω υποογκαιμία, αντί να θεωρήσω ότι τα ινότροπα που λαμβάνει σε υψηλές δόσεις του αυξάνουν το ρυθμό... ε αυτό είναι μία κλινική απόφαση.. η οποία θα οδηγήσει σε μία δεύτερη απόφαση που είναι να ετοιμαστώ να φέρω υγρά για να χορηγήσω, αντί να μειώσω τη δόση των ινοτρόπων... ή μπορεί να οδηγήσει σε μία τρίτη απόφαση που έχει να κάνει με το ποιες πληροφορίες θα δώσω στο γιατρό για να επιλέξει το είδος της θεραπείας που είναι κατάλληλο... Ένα πρόβλημα... πολλές αποφάσεις».

5. Επιλογή δράσης

Στο στάδιο της επιλογής δράσης οι νοσηλευτές αποφάσιζαν την παρέμβαση τους σε επίπεδο πρόληψης ή παροχής συγκεκριμένης φροντίδας ανάλογα με τα δυνητικά ή πραγματικά προβλήματα που είχαν να αντιμετωπίσουν. Στο τέλος η δράση επαναξιολογούνταν για την αποτελεσματικότητά της.

α. Αποφάσεις πρόληψης

Με τις αποφάσεις πρόληψης οι συμμετέχοντες αποφάσιζαν να λάβουν μέτρα για να αποτραπούν γεγονότα που μπορούσαν να προκαλέσουν αρνητικές συνέπειες για την κατάσταση υγείας των ασθενών. Για τη λήψη αυτών των αποφάσεων οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι επιστράτευαν τις προσωπικές τους δεξιότητες, λειτουργούσαν αυτόνομα και με βάση τις δικές τους δυνάμεις.

N₂₂: «Εγώ όταν ακούω τον όρο κλινική απόφαση στη ΜΕΘ από νοσηλευτές, πηγαίνει περισσότερο το μυαλό μου στη δράση σε επείγουσες καταστάσεις... γιατί εκεί ο νοσηλευτής μπορεί να αποφασίσει αυτόνομα, ανεξάρτητα από το γιατρό, με τις δικές του ικανότητες και ...κυρίως κάτω από την πίεση του χρόνου και της ανάγκης επιβίωσης του ασθενή... που ξεπερνά και επαγγελματικά όρια και τυπικές διαδικασίες. Δηλαδή, έστω ότι έχω μία ανακοπή ξαφνικά στον ασθενή μου... τότε οι αποφάσεις έρχονται καταγιστικά. Ποιον να φωνάξω να βοηθήσει, σε ποιον να αναθέσω να αναρροφήσει αδρεναλίνες, να ξεκινήσω συμπίεσεις ή να κάτσω να διαχειριστώ τον αεραγωγό και να αφήσω κάποιον πιο έμπειρο... ή πιο δυνατό να κάνει τις συμπίεσεις».

N₆: «Μόνο πρόληψη μπορούμε να κάνουμε, ως νοσηλεύτρια δεν μπορώ να κάνω κάτι άλλο... δεν υπάρχει κάτι άλλο που μπορώ να κάνω πάνω στον άρρωστο από μόνη μου.. μόνο πρόληψη».

β. Αποφάσεις παρέμβασης

Οι αποφάσεις παρέμβασης, αντίθετα, περιλάμβαναν και τις ανεξάρτητες και τις εξαρτημένες νοσηλευτικές ενέργειες.

N₁₆: «Οι αποφάσεις που παίρνουμε στη ΜΕΘ ως νοσηλευτές ενδεχομένως να είναι αυτόνομες, ενδεχομένως να μην είναι. Να είναι εξαρτημένες. Υπό την έννοια ότι για να ολοκληρωθεί η ενέργεια που σκεφτόμαστε ή επιθυμούμε να προβούμε πιθανά να θέλει την έγκριση ενός άλλου επαγγελματία ή να θέλει την παρέμβαση ενός άλλου επαγγελματία, βλέπε φυσιοθεραπευτή, ενδεχομένως να χρειαζόμαστε βοήθεια από κάποιον άλλο επαγγελματία, γιατί δεν μπορώ να το

διεκπεραιώσω μόνη μου.. ακόμα και για την υγιεινή... να με βοηθήσει κάποιος για να τον μετακινήσω πάνω στο κρεβάτι, γιατί εκτιμώ ότι αυτός ο άνθρωπος δεν μπορεί να μετακινηθεί από μένα μόνο...».

γ. Αποφάσεις αξιολόγησης

Οι αποφάσεις αξιολόγησης κατά τη φάση της δράσης αφορούσαν κυρίως στην εκτίμηση της καταλληλότητας της δράσης, δηλαδή το βαθμό στον οποίο οι στόχοι της παρέμβασης ανταποκρίνονταν σε πραγματικές ανάγκες και προβλήματα του ασθενή. Αν υπήρχε απόκλιση μεταξύ στόχων και παρεμβάσεων, οι αποφάσεις επιλογής δράσης τροποποιούνταν.

N₂: «Μπορούμε να κάνουμε πολλά πράγματα και να έχουν οι αποφάσεις μας κάποιο αποτέλεσμα πάνω στον άρρωστο... Το σάκχαρο που βλέπεις να ανεβοκατεβαίνει μεταξύ των μετρήσεων. Δεν μπορείς να μείνεις στις αρχικές οδηγίες του διαγράμματος. Μπορεί το διάγραμμα να λείει μέτρηση ανά τέσσερις ή ανά έξι ώρες.... αν βλέπεις όμως ένα υψηλό σάκχαρο που δεν ανταποκρίνεται στις δόσεις της ινσουλίνης, μπορείς να κάνεις τον έλεγχο ανά μία ώρα ή ανά δύο ώρες ή να κάνεις bolus ινσουλίνη».

Κάποιοι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι αποφάσεις αξιολόγησης έπρεπε να επεκτείνονται και στον έλεγχο της ορθότητας των ιατρικών οδηγιών, αλλά παραδέχτηκαν ότι αυτός ο έλεγχος ήταν σπάνιος, γιατί οι ιατροί δεν αποδεχόνταν τέτοιου είδους παρέμβαση από τους νοσηλευτές στις δικές τους αποφάσεις. Το αντίστροφο δε, ήταν και συχνό και περιγράφηκε ως ένα είδος «μονομαχίας» για το ποιος θα επικρατήσει.

N₅: «Εστω ότι κάποιος γιατρός έχει ζητήσει να μετράται ένα σάκχαρο ανά δίωρο και όλες οι μετρήσεις είναι όχι μόνο κοντινές, αλλά και φυσιολογικές. Δεν μπορώ να αραιώσω τις μετρήσεις μου και να το επισημάνω σε αυτόν που τις παρήγγειλε;... Αλλά έχεις και τις αντιδράσεις του γιατρού ύστερα να υπολογίσεις... θα θιχτεί ή δεν θα θιχτεί. Γιατί ενώ εσύ το βλέπεις φυσιολογικό να κάνεις μία επίσημανση στο συνεργάτη σου, εκείνοι δεν δέχονται κουβέντα... ».

N₁₂: «Να πω ένα παράδειγμα; Αν σας πω, θα αρχίσετε να γελάτε. Βάζουμε στη Μονάδα υποπόδια. Τα οποία υποπόδια, έτσι όπως είναι τυλίγουν την πτέρνα με γούνα..κλπ.. Και έρχεται εχθές μία γιατρός και μου λέει... σε παρακαλώ να μην ξαναβάλετε αυτά τα υποπόδια στα πόδια των ασθενών, γιατί πιέζουν τη γαστροκνημία και είναι επίφοβο για μία πνευμονική εμβολή και εδώ λέμε αμάν να μην κάνουν οι άρρωστοι θρόμβωση ή εμβολή, θα τους την προκαλούμε εμείς με τα υποπόδια; Εγώ έτυχα να της απαντήσω, στα πλαίσια μίας ανοιχτής κουβέντας, ότι την πνευμονική εμβολή μπορούμε να τη θεραπεύσουμε, αν σηκωθεί όμως ο άρρωστος και παραπατάει, δεν έχουμε να κάνουμε πολλά. Μετά από λίγο την είδα ότι πήγε και τα έβγαλε από τα πόδια του από μόνη της. Και μάλιστα έκανε παρατήρηση στην προϊσταμένη. Μετά εγώ τα ξαναέβαλα. Αλλά όλο αυτό μου φαινόταν μία μονομαχία για το ποιος θα έχει τον τελευταίο λόγο... πόσο μάταιο».

Περίεργο ήταν, ωστόσο, ότι πολλοί συμφώνησαν πως οι αντιδράσεις απέναντι στον έλεγχο των ιατρικών οδηγιών δεν προέρχονταν μόνο από το ιατρικό προσωπικό, αλλά και από τους ίδιους τους νοσηλευτές.

N₁₉: «Εμένα μου έχει τύχει να συγκρουστώ με την προϊσταμένη μου, γιατί αμφέβαλα για τη χρησιμότητα να χορηγείται ένα αντιεμετικό για περισσότερες από δύο εβδομάδες και εξέφρασα την άποψη ότι ο γιατρός μάλλον είχε ξεχάσει να το διακόψει. Η προϊσταμένη επέμενε, με μεγάλη αγένεια οφείλω να ομολογήσω, ότι δεν είχα κανένα δικαίωμα να αμφισβητήσω την ιατρική οδηγία και μου επέβαλε να συνεχίσω να το χορηγώ».

6. Έλεγχος αποτελεσμάτων

Αποφάσεις αξιολόγησης

Στο τελευταίο στάδιο της διαδικασίας οι συμμετέχοντες θεωρούσαν απαραίτητη τη συνολική αποτίμηση των παρεμβάσεων είτε από τον ίδιο τον αποφασίζοντα, είτε από τον προϊστάμενό του ως προς α) την αποτελεσματικότητα της δράσης, δηλαδή το βαθμό επίτευξης των στόχων που είχαν τεθεί για τη νοσηλευτική φροντίδα, β) το βαθμό συμμόρφωσης με τα θεσπισμένα πρότυπα και γ) την αποδοτικότητα της δράσης, δηλαδή την καλή σχέση μεταξύ των πόρων που χρησιμοποιούνται και των αποτελεσμάτων που επιτεύχθηκαν.

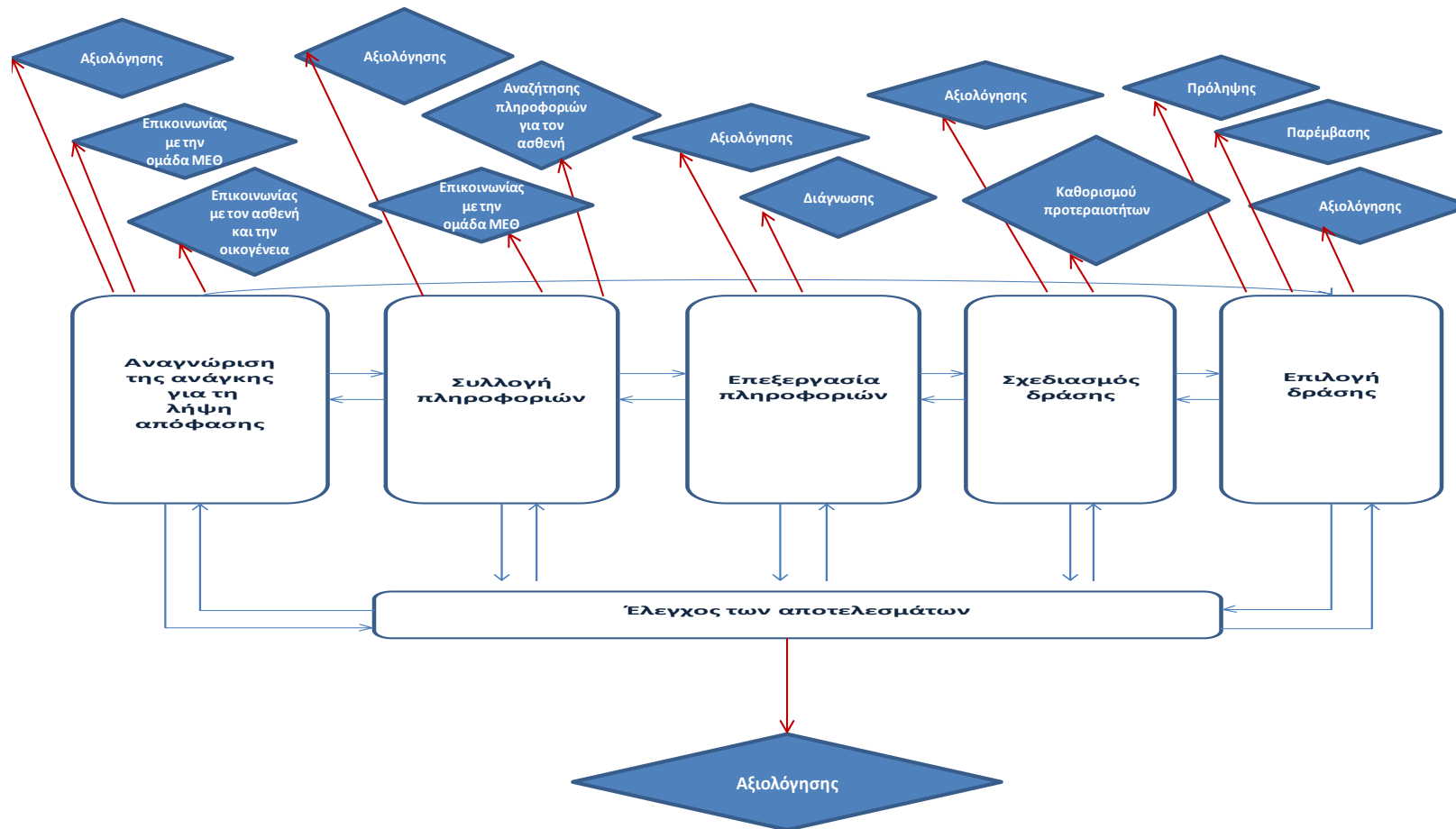
N₁₂: «Στο τέλος της ημέρας, δεν πρέπει να δούμε τι έχουμε κάνει στον άρρωστο; Πώς πήγε η φροντίδα; Πώς θα τον παραδώσω στην επόμενη βάρδια; Αλλά επίσης δεν μπορεί να ρωτώ τον προϊστάμενο ποιο είναι το feedback και να με κοιτάει σαν εξωγήινο».

N₈: «Αν θέλουμε 1,2,3 για να κάνουμε κάτι, επίσης θέλουμε 1,2,3 για να ανατρέξουμε και να δούμε αν το κάναμε σωστά».

N₇: «Είναι τόσο απαραίτητο να κάνουν όλοι καλά τη δουλειά τους... με αντικειμενικά κριτήρια που θα έχουμε θέσει.... άλλαζες τον ασθενή, άλλαζες τη συσκευή της αντλίας, περιποιήθηκες τις γραμμές... γιατί με αυτόν τον έλεγχο, εκτός του ότι εξασφαλίζει μία κοινή γραμμή, αποκαλύπτονται και οι αδρανείς... αυτοί που κρύβονται πίσω από μία κατάσταση και βολεύονται. Γιατί συνήθως αναδεικνύονται αυτοί που κάνουν την ανακατωσούρα, όχι αυτοί που δουλεύουν».

N₅: « Υπάρχει πια και ο παράγοντας κόστος/όφελος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, όταν κάνεις παρεμβάσεις. Δεν μπορείς να κάνεις πανάκριβες αντιβιώσεις ή να χορηγείς τροφές πολύ ακριβές σε κάποιον που έχει 2 πίεση και τον περιμένεις.... Η ακόμα και το υλικό.. Δεν μπορούμε να σπαταλήσουμε ένα υλικό σε κάποιον άρρωστο που βλέπεις ότι φεύγει, ενώ θα μπορούσαμε να το χρησιμοποιήσουμε σε κάποιον άλλο...».

Σχήμα 8.3 Εννοιολογικός χάρτης ενδιάμεσων κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων κατά τη διαδικασία λήψης τους στη ΜΕΘ



8.2.4 Τρόποι γνωστικής προσέγγισης της λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ

Σε ένα δεύτερο επίπεδο ανάλυσης του περιεχομένου των απομαγνητοφωνημένων κειμένων, εντοπίστηκαν τρία είδη γνωστικών προσεγγίσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ στη λήψη κλινικών αποφάσεων: α) με επιστράτευση της αναλυτικής σκέψης, β) με επιστράτευση της διαίσθησης και γ) με συνδυασμό αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης. Η επιλογή των κριτηρίων διαχωρισμού της γνωστικής προσέγγισης σε αναλυτική ή διαισθητική έγινε με βάση τα κριτήρια που συνηθέστερα λαμβάνονται υπόψη στη σχετική βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: α) ο συστηματικός ή μη χαρακτήρας της γνωστικής διαδικασίας, β) η επίγνωση του κλινικού προβλήματος, γ) ο έλεγχος του αποφασίζοντα επί της κλινικής κατάστασης, δ) ο αυτοματισμός των πράξεων, ε) η ταχύτητα της δράσης, στ) η ικανότητα πρόβλεψης της κλινικής έκβασης, ζ) η συναισθηματική φόρτιση, η) η λεπτομέρεια στη διαδικασία, θ) η δυνατότητα προγραμματισμού και ι) η συνολική ή σταδιακή προσέγγιση στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

1. Λήψη αποφάσεων με ενεργοποίηση της αναλυτικής σκέψης

Το είδος της γνώσης και των ευρημάτων που εμπιστεύονταν οι νοσηλευτές ήταν καθοριστικό για τη γνωστική προσέγγιση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων επί των κλινικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν. Μερικοί νοσηλευτές έδειχναν σαφή προτίμηση στην αξιολόγηση των εργαστηριακών και απεικονιστικών δεδομένων ή στην εφαρμογή των γνώσεων που στηρίζονταν σε ερευνητικά δεδομένα και κλινικές οδηγίες. Αυτοί στηρίζονταν συχνά στην τυπική και αντικειμενική ανάλυση, χωρίς να αναφέρουν εύκολα την παρεμβολή υποκειμενικών στοιχείων στις κρίσεις τους.

N₁₃: «Κινείσαι με βάση αντικειμενικά ευρήματα και βασιζόμενος εκεί βγάζεις τα συμπεράσματά σου. Όταν βλέπεις τα ζωτικά του, την εικόνα, τα αέρια και τα εργαστηριακά, τα συνδέεις με τη θεωρητική σου γνώση και ξέρεις ποιο θα είναι το επακόλουθο».

Η αναγνώριση του προβλήματος και η συλλογή των πληροφοριών γινόταν με συστηματική μέθοδο από όσους χρησιμοποιούσαν την αναλυτική τους σκέψη. Ξεκινούσαν από την αναζήτηση ενός μεγάλου αριθμού πληροφοριών, οι οποίες μπορούσαν να επιβεβαιωθούν ή να ελεγχθούν και από άλλους νοσηλευτές ή συνεργάτες.

N₁₈: «Συνηθίζω να αναζητώ όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για τον άρρωστο.

N₁₆: «Το θέμα είναι να μπορείς να αποδείξεις και στο συνεργάτη σου, δηλαδή στο γιατρό εν προκειμένω, ότι η παρατήρησή σου είναι αληθινή. Αν του πεις ότι κάτι έπιασε το μόνιτορ και του περιγράψεις την αρρυθμία, θα βασιστεί σε αυτή την περιγραφή...».

Η επεξεργασία των πληροφοριών γινόταν με αλληπάλλληλες συγκρίσεις με ερευνητικά δεδομένα ή κατευθυντήριες οδηγίες και εμπειρικά δεδομένα από παρόμοιες περιπτώσεις ασθενών.

N₁₃: «Ρυθμίζεις την ινσουλίνη εφαρμόζοντας ένα πρωτόκολλο που υπάρχει στη ΜΕΘ, ή με τρόπο που έχεις διαβάσει σε μία έρευνα, ή έχοντας μία κλίμακα... ακόμα και νοερά από τα αποτελέσματα που έχεις δει σε άλλους ασθενείς».

N₆: «υπάρχουν διαδικασίες που ρυθμίζονται από πρωτόκολλα... Ακολουθώντας τα βήματα του πρωτοκόλλου, μπορείς να δεις πώς θα κάνεις κάτι στον άρρωστο αποτελεσματικά ...».

N₂₁: «Τα περιστατικά που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ δεν είναι εντελώς διαφορετικά κάθε φορά... Ανάλογα με τις ιατρικές ειδικότητες που διαθέτει η ΜΕΘ, οι ασθενείς θα είναι αναπνευστικοί, είτε καρδιολογικοί, είτε καρδιοχειρουργικοί... Με τον καιρό μαθαίνεις όλες τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εκδηλώσουν και τον τρόπο που διορθώνονται... Επομένως η γνώση αυτή σε βοηθά να αποφασίσεις σε κάθε όμοια περίπτωση».

Τα κλινικά πρωτόκολλα και οι νοσηλευτικές διαδικασίες περιγράφονταν από κάποιους νοσηλευτές ως βασικά εργαλεία της ανάλυσης, της οργάνωσης της σκέψης, του σχεδιασμού και του ελέγχου της δράσης απέναντι στα αντικειμενικά προβλήματα, δίνοντας με αυτόν τον τρόπο μία τεχνοκρατική και ορθολογιστική διάσταση στον κλινικό τους συλλογισμό.

N₁₂: «Η κλινική απόφαση δίνει λύση στο πρόβλημά σου μέσα από πράξεις. Μερικές πράξεις είναι μελετημένες από άλλους και σου προσφέρουν τον καλύτερο τρόπο για να τις κάνεις μέσα από βήματα. Να καθοδηγήσει τη σκέψη σου, γιατί μπορεί να τα ξέρεις, αλλά να τα έχεις συγκεχυμένα στο μυαλό σου, και ακόμα να σε βοηθήσει να φτιάξεις ένα πλάνο, με αρχή και τέλος, ενδιάμεσα στάδια... να ξέρεις πώς θα πορευτείς. Αν λοιπόν το πρωτόκολλο σου λέει ότι αυτή η πράξη μπορεί να γίνει με τα 1,2,3 βήματα... αυτό με βοηθάει. Δεν χρειάζεται εκείνη τη στιγμή να το πάω παραπέρα. Αλλά τα τρία βήματα πρέπει να τα κάνω».

Από την άλλη μεριά, οι νοσηλευτές που μπορούσαν να ανιχνεύσουν τα συστατικά στοιχεία ενός αφηρημένου κι επομένως «γνωστικά απαιτητικού» κλινικού προβλήματος χρησιμοποιούσαν επίσης αναλυτικές μεθόδους για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η εφαρμογή της ανάλυσης φαινόταν από τη χρήση επιχειρημάτων προκειμένου να τεκμηριώσουν τα συμπεράσματα που προέκυπταν ή τις αλλαγές που παρατηρούσαν σε έναν ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο αποκτούσαν βαθιά κατανόηση και επίγνωση του προβλήματος, αλλά ταυτόχρονα προσέδιδαν «εγγυήσεις» στις αποφάσεις τους, αφού παρείχαν τα κριτήρια για την αξιολόγηση της κρίσης τους.

N₂₁: «έχω έναν ασθενή σε PRISMA ,ε με υψηλό ρυθμό αποβολής... το removal... και από το ιστορικό του ξέρω ότι έχει καρδιακή ανεπάρκεια και γι' αυτό είναι σε ινóτροπη αγωγή... και κάνει ξαφνικά μία ταχυκαρδία. Το να προκρίνω ως πρόβλημα τον υψηλό ρυθμό αποβολής υγρών και να πιθανολογήσω υποογκαιμία, αντί να θεωρήσω ότι τα ινóτροπα που λαμβάνει σε υψηλές δόσεις του αυξάνουν το ρυθμό... ε αυτό είναι μία κλινική απόφαση...».

N₁₇: «Τις περισσότερες φορές μπορώ να εξηγήσω τις αλλαγές που παρατηρώ στον άρρωστο. Γιατί έχω διαβάσει το ιστορικό του, έχω δει από την παραλαβή του τις εξετάσεις του, ξέρω τι γίνεται.. δεν πηγαίνω τυχαία».

Οι συμμετέχοντες που είχαν κατανοήσει τις πτυχές του κλινικού προβλήματος μέσα από μία σταδιακή, προσεκτική και λεπτομερή διαδικασία, ένιωθαν ασφάλεια και εσωτερική βεβαιότητα με την αναλυτική τους λογική και τη θεωρούσαν την ενδεδειγμένη προσπέλαση για άγνωστα ή πρωτόγνωρα κλινικά προβλήματα.

N₁₂: «Αν πάλι η κατάσταση είναι άγνωστη, τότε λοιπόν αφενός θα χρειαστεί να σκέφτομαι πιο σταθερά, να είμαι περισσότερο συγκεντρωμένη στην πράξη που θα κάνω από τη στιγμή που δεν είναι ρουτίνας και τα χέρια δεν πάνε μόνα τους... και θα κάνω πολύ προσεκτικά βήματα... για παράδειγμα ένα νέο φάρμακο, θα διαβάσω πώς θα το δώσω, θα διαβάσω τις αντενδείξεις του, θα ξαναμελετήσω το ιστορικό για τυχόν αλλεργίες ή άλλα προβλήματα... Ύστερα θα ξεκινήσω να το δίνω πολύ αργά, για να δω την αντίδραση (του ασθενή) σ' αυτό. Οπότε ξεκινάς με αργά και σταθερά βήματα στην οποιαδήποτε λειτουργία, αν είναι τόσο άγνωστο τελικά».

Βεβαίως, η διαδικασία ήταν αργή και σταδιακή λόγω της σχολαστικότητας με την οποία ερμηνεύονταν τα αντικειμενικά δεδομένα. Η πορεία δε προς την αντικειμενικά αιτιολογημένη απόφαση κάποιες φορές φαινόταν ατελείωτη και καθυστερούσε την ίδια την υλοποίηση της ή οδηγούσε σε αναποτελεσματικότητα του αποφασίζοντα.

N₄: «Ζηλεύω τους έμπειρους συναδέλφους μου που παρεμβαίνουν με ακρίβεια, χωρίς να καταβάλουν ιδιαίτερη προσπάθεια. Εγώ χρειάζεται να προσέχω την παραμικρή λεπτομέρεια... μερικές φορές κάνω focus ακόμα και σε μία απλή πράξη, και αυτό μου τρώει τόσο χρόνο, που στο τέλος δεν έχω καλά αποτελέσματα».

N₃: «Είναι πολύ καλό και σημαντικό να αφιερώνεις χρόνο να μάθεις τον ασθενή σου, να επικοινωνήσεις μαζί του, να αναλύσεις την κατάσταση και να παρέχεις τη φροντίδα σου προσεκτικά, με ασφάλεια και ποιότητα, αλλά στο τέλος πρέπει να βιαστείς για να τελειώσει η δουλειά».

Η βήμα-προς-βήμα ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης επέβαλε στους περισσότερους νοσηλευτές τη συγκράτηση των συναισθημάτων τους. Αναφέρθηκε ωστόσο και η ακινητοποίηση του αποφασίζοντα ως πιθανή επιπλοκή της υπερβολικής ανάλυσης.

N₁₄: «Θα κάνω ότι πρέπει να κάνω αργά και σταθερά για να μην με πάρει από κάτω το άγχος, που είναι πιθανό να έχεις, όταν αντιμετωπίζεις κάτι πολύ νέο».

N₁₃: « Κάποιες φορές, όταν έχουμε να κάνουμε με δύσκολα νοσηλευτικά προβλήματα, όπως πώς να μετακινήσεις έναν πολυκαταγματία με ασφάλεια πάνω στο κρεβάτι, αισθάνομαι ότι η υπερβολική ανάλυση δεν οδηγεί πουθενά».

N₁₄: «Μπορεί να χαθείς στην ανάλυση... αυτό είναι το κακό επόμενο στάδιο της αναλυτικής σκέψης... εκεί μπλοκάρεις και δεν μπορείς να πάρεις ούτε μία απόφαση. Και να βλέπεις τον άρρωστο για παράδειγμα να έχει 250 σάκχαρο και να σκέφτεσαι πόσες μονάδες να γίνουν.. να κάνω 10. Κι αν μου ρίξει απότομα; Να κάνω 8; Κι αν συνεχίζει να ανεβάζει και το μετρήσω 400; Να κάνω... όχι, όχι. Άστο καλύτερα να ξαναμετρήσω το σάκχαρο σε λίγο».

2. Λήψη αποφάσεων με ενεργοποίηση της διαίσθησης

Οι συμμετέχοντες χρησιμοποίησαν τέσσερις συναφείς όρους κατά την περιγραφή της έννοιας της άμεσης κατανόησης: α) τον όρο υποψία, β) τον όρο διαίσθηση και γ) τον όρο ένστικτο και δ) τον όρο ενόραση. Με αυτές τις συγγενικές έννοιες αποδόθηκε η άμεση κατανόηση χωρίς τη συμβολή της λογικής ή των δεδομένων των αισθήσεων.

N₁₄: «Έχω νιώσει έντονα την ανάγκη να επικεντρωθώ σε κάτι που μου γεννά από την αρχή υποψίες... ένα βλέμμα του αρρώστου, μία ανησυχία του χωρίς προφανή λόγο... είναι σαν μία εντύπωση, μία εικόνα που δεν λέει να φύγει από το μυαλό και ξαναγυρνάς εκεί».

N₁₀: «Τα σημάδια μπορεί να μην είναι ορατά, αλλά είναι κάτι ... κάτι που δεν μπορείς να αγνοήσεις... να το πω διαίσθηση, ένστικτο;».

N₂₁: «... Αυτό είναι ένα αληθινό περιστατικό... Μου συνέβη πριν τρία χρόνια στη ΜΕΘ, όταν νοσηλεύαμε έναν 37χρονο χρήστη, που ενώ είχε κάνει χρήση, οδήγησε τη μηχανή του και έπαθε ένα πολύ άσχημο τροχαίο που του κόστισε ένα χρόνο συνολικά νοσηλεία στη ΜΕΘ... Μετά, λοιπόν από κάποιους μήνες νοσηλείας και ενώ βρισκόταν σε μία κατάσταση αγκύλωσης, απίσχνασης, σπαστικότητας... βρισκόταν σε Γ θυμάμαι, μου λέει ... με νοήματα και χωρίς να ακούγεται φωνή φανταστείτε... σε ένα απογευματινό επισκεπτήριο ότι θα τον επισκεπτόταν ένα φιλαράκι και να τους αφήσω να μιλήσουν ή να κλάψουν μόνοι τους... Το σεβάστηκα. Μέχρι τότε έβλεπα πως ερχόταν μόνο η μητέρα και μία θεία και πρέπει να ήταν μεγάλη στιγμή γι' αυτόν να τον επισκεφτούν οι φίλοι. Μόλις μπήκε, τον είδα, έμοιαζε στο στολάκι με τον Κ... , τον χαιρέτισα και πήγα και κάθισα στο χώρο ανάπαυσής μας... είχαμε ακόμα ένα τέταρτο να τελειώσει το επισκεπτήριο. Μπορούσα να πω τον καφέ μου. Στην πρώτη γουλιά πετάγομαι και τρέχω προς το box... Οι άλλοι νόμιζαν ότι κάτι έπαθα. Μπαίνω μέσα και βλέπω ότι στο μπράτσο του είχε αίμα. Του είχε κάνει το φιλαράκι ένεση κρυφά. Ανιχνεύτηκε στα ούρα αργότερα. Δεν ξέρω πώς μου ήρθε... το είχα φανταστεί... κάτι σαν ενόραση... ».

Οι παραπάνω όροι μοιάζουν ταυτόσημοι. Αποτελούν εσωτερικές διαδικασίες που αντλούν την ισχύ τους όχι από αντικειμενικά στοιχεία και αποδείξεις, αλλά από τις εσωτερικές εμπειρίες των αποφασίζοντων. Ωστόσο, κατά την ανάλυση διαφάνηκαν κάποιες διαφορές, που οδήγησαν τους αναλυτές στη προσεκτική περιγραφή καθενός ξεχωριστά. Στην υποψία, τόσο το παραπάνω απόσπασμα, όσο και το σύνολο των συμφραζομένων, κατέδειξε πως υπήρχε ένα θεωρητικό υπόβαθρο στον

αποφασίζοντα, καθώς και μία ασύνειδη διανοητική αναζήτηση να συνειδητοποιηθούν οι σχέσεις μεταξύ της ένδειξης και της υπάρχουσας θεωρητικής γνώσης. Το στοιχείο αυτό γινόταν περισσότερο έντονο, όταν ο νοσηλευτής επικαλούνταν τη διαίσθησή του και το ένστικτό του. Η απόσταση από τα πραγματικά περιστατικά και τις ενδείξεις γινόταν ακόμα μεγαλύτερη. Στην ενόραση, δε, τα πραγματικά περιστατικά, ή οι ενδείξεις είχαν εξαφανισθεί. Ο νοσηλευτικός συλλογισμός συνέλαβε μία καίρια πτυχή της πραγματικότητας – της συνάντησης με το φίλο-, κατά τρόπο που κανείς λογικός μηχανισμός δεν μπορούσε να συλλάβει.

Όποιος όρος και να χρησιμοποιούνταν, η διαίσθηση αναγνωριζόταν ως πηγή συγκεκριμένης γνώσης για τους νοσηλευτές, ακόμα κι αν δεν υπήρχαν απτές αποδείξεις.

N₇: «Έχω νιώσει σε άρρωστο ότι κάτι δεν πάει καλά, χωρίς να έχω αποδείξεις από το monitoring ή από κάπου αλλού. Έχω μία αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά ή ότι κάτι θα χαλάσει, χωρίς όμως να υπάρχει λογική εξήγηση».

N₁₅: «Αυτό που λέμε δεν θα πάει καλά αυτός ή θα στραβώσει.. και μετά σου λένε δεν ξέρω βρε παιδί μου το ένιωσα... εγώ πιστεύω πως είναι ο καθρέπτης μίας συσσωρευμένης εμπειρικής γνώσης που σου λέει που οδηγεί το καθετί που έχεις ζανασυναντήσει. Μπορεί να μην είναι μία διαδικασία συνειδητή ή να μην έχουμε τη θεωρητική γνώση να το στηρίζουμε, αλλά αποτελεί μία πολύ βασική πηγή γνώσεων... ίσως τη σημαντικότερη του νοσηλευτή που εργάζεται σε συγκεκριμένο χώρο, όπως η ΜΕΘ, επί πολλά χρόνια».

Οι διαισθήσεις των συμμετεχόντων εκδηλώνονταν συνήθως ως προβλέψεις. Αναφέρονταν δηλαδή σε προκαταρκτικές απόψεις μίας έκβασης ή μιας λύσης σε ένα κλινικό πρόβλημα, χωρίς να έχει μεσολαβήσει ανάλυση. Κάθε υπόθεση που διατυπωνόταν από τους νοσηλευτές ως πρόβλεψη δεν ήταν και μία διαίσθηση. Μόνο εκείνες οι υποθέσεις που συνδέονταν από την αρχή με το αίσθημα της βεβαιότητας, ως απευθείας αποδεκτές, χωρίς την ανάγκη εξωτερικής απόδειξης.

N₇: «Μετά από τόσα χρόνια, νομίζω ότι σπάνια πέφτω έξω στο ποιος θα ζήσει και ποιος θα πεθάνει. Σαν αύρα... δεν ξέρω πώς γίνεται. Εγώ το βλέπω από την αρχή και ας λένε ότι όλα θα πάνε καλά. Εγώ πιστεύω ότι αυτός θα στραβώσει και το περιμένω... και το ακούς και λες μετά να... το είχα προβλέψει... ή να είναι ένας άρρωστος σε τρισάθλια κατάσταση και να του έχουν γίνει τα πάντα... ό,τι επεμβατικό υπάρχει και να λες αυτός θα ζήσει...».

N₁₄: «Αντί να κάτσεις αναλυτικά να σκεφτείς ότι το ένα θα μου κάνει αυτό και αυτό και εκείνο το άλλο, έχεις προβλέψει εξ αρχής ότι αυτό θα με οδηγήσει εκεί, κόβοντας δρόμο στην ουσία».

N₈: « ... μας οδηγούν οι εμπειρίες που έχουμε μαζέψει εντός και εκτός νοσηλευτικού επαγγέλματος και το υποσυνείδητο, το οποίο αποτελείται από εμπειρίες. Θεωρητικά λοιπόν,

όσα περισσότερα χρόνια δουλεύεις, τόσες εμπειρίες θα έχεις... έχεις αυτά τα σημάδια, αυτές τις εικόνες από το παρελθόν, που σου λένε ότι εδώ κάτι δεν πάει καλά ή κάτι θα πάει καλά... Και αυτό είναι διαίσθηση. Το να προβλέψεις ότι ενώ ένας ασθενής είναι σταθερός στα πάντα, μία ωραία πρωία να στραβώσει. Ξέρουμε τι περιμένουμε. Δεν ξέρουμε πότε θα έρθει ακριβώς, αλλά ξέρουμε πότε θα έρθει τι..».

Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι γνώσεις, που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές, ήταν άμεσες και αυτονόητες, χωρίς αυτοί να νιώθουν την ανάγκη για συστηματικό έλεγχο και απόδειξη. Από τις αναφορές των συμμετεχόντων διακρίθηκαν δύο ευρετικές αρχές, με βάση τις οποίες λάμβαναν τις αποφάσεις τους: της διαθεσιμότητας και της αγκύρωσης. Με την πρώτη στρατηγική οι νοσηλευτές λάμβαναν τις αποφάσεις τους με βάση την ανάμνηση των πιο γνωστών ή πρόσφατων περιπτώσεων, ενώ στη δεύτερη περίπτωση οι νοσηλευτές περιορίζονταν στις αρχικές εκτιμήσεις και αντιστέκονταν σε εναλλακτικές ερμηνείες.

N₁₈: «Δεν κάθεσαι να πολυσκεφτείς... κάνεις το πρώτο πράγμα που σου έρχεται στο μυαλό ως λύση και μπορεί να έχει κάποια αποτελέσματα... Μπορείς να εφαρμόσεις αυτό που έκανες πιο πρόσφατα σε ανάλογο περιστατικό...».

N₇: « Εγώ πιστεύω ότι θα στραβώσει και το περιμένω...».

Μία διαισθητική γνώση συνδυαζόταν συνήθως με ένα αίσθημα σιγουριάς και εσωτερικής πεποίθησης, χωρίς όμως να έχει προηγηθεί η κατανόηση και η επίγνωση του προβλήματος. Η επίγνωση «χανόταν» μέσα στην προσπάθεια αποφυγής των απειλητικών καταστάσεων για τον ασθενή.

N₂₁: «Υπήρχε κάτι που δεν μου άρεσε σε αυτόν τον ασθενή... Ένιωθα... ήμουν σίγουρη ότι βάραινε, αλλά δεν μπορούσα να βρω τι ακριβώς χειρότερε... και χωρίς να καθυστερώ με αναλύσεις κάλεσα το γιατρό για να το δούμε μαζί... ούτε σε εκείνον μπορούσα να το εξηγήσω».

Ο αυτοματισμός ήταν ένα χαρακτηριστικό που μελετήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ώστε να μην αποδοθεί μόνο στη διαισθητική προσέγγιση. Ακόμα και οι νοσηλευτές που ήταν ξεκάθαρο ότι προτιμούσαν την ανάλυση για την προσπέλαση ενός κλινικού προβλήματος, ανέφεραν ότι η εξοικείωση με κάποιο κλινικό πρόβλημα οδηγούσε σε αυτοματισμό στην εκτέλεση των πράξεων. Έτσι, στην παρούσα ανάλυση περιεχομένου, ο αυτοματισμός θεωρήθηκε ιδιαίτερο γνώρισμα της διαίσθησης, όταν αφορούσε στη συνολική γνωστική διαδικασία και όχι σε μία απλή δεξιότητα ή αντίληψη. Δηλαδή, ως αυτοματισμός νοήθηκε η αυτόματη μετάβαση σε μία λύση, χωρίς την επεξεργασία λογικά βασισμένων γνώσεων.

N₅: «Έστω ότι έρχεται τώρα μία εισαγωγή... Συνήθως καταλαβαίνω με τη μία τι χρειάζεται να κάνω πρώτα στον άρρωστο και τι μπορώ να αφήσω για μετά...».

N₃: «Ζηλεύω τους έμπειρους συναδέλφους μου που μπορούν και σκανάρουν τον άρρωστο σε μία στιγμή και να βρουν τι να αξιολογήσουν και τι είναι άσχετο...».

Κάποιες φορές η λειτουργία της διαίσθησης φαινόταν από τις αναφορές των νοσηλευτών σε συναισθηματικά φορτισμένες κλινικές περιστάσεις, χωρίς ωστόσο να παραδέχονται ότι οι ίδιοι αισθάνονται φόβο. Η διαφορά με την αγωνία αυτών που προσέγγιζαν τα προβλήματα αναλυτικά ήταν ότι η αγωνία και το άγχος μπορούσαν να οδηγήσουν τους τελευταίους σε ακινητοποίηση και τους πρώτους σε εγρήγορση για επιτάχυνση ή περισσότερη προσοχή.

N₁: «Με κάποιους (ασθενείς) έχεις ένα προαίσθημα... Ξεκινά με μούδιασμα στη σπονδυλική στήλη...».

N₂₂: «Έχουν υπάρξει φορές που στέκομαι δίπλα στο κρεβάτι ενός αρρώστου και ξαφνικά νιώθω πολύ ανήσυχη. Διαισθάνομαι ότι και ο ασθενής, ο οποίος δεν μπορεί να μου μιλήσει, να με κοιτάζει ή να μου κάνει ένα νεύμα, νιώθει κι αυτός ανησυχία, αλλά δεν μπορεί να το εκφράσει γιατί παίρνει καταστολή».

N₇: «Η μεγάλη εμπειρία μου στη ΜΕΘ μου επιτρέπει να μην αισθάνομαι φόβο για το άγνωστο. Γιατί ευτυχώς μου προσφέρει τα μέσα να βρίσκω άμεση λύση. Κι αν δεν βρω εγώ, μπορώ πολύ γρήγορα να την αναζητήσω σε άλλους... τους γιατρούς για παράδειγμα».

Τέλος, οι διαισθητικές γνώσεις περιγράφηκαν ως πλήρεις, ολιστικές γνώσεις σε αντίθεση με τις γνώσεις που αποκτήθηκαν αναλυτικά, ως επακόλουθες μετά από λεπτομερή επεξεργασία. Οι διαισθητικές επεξεργασίες αποκτούσαν την προαναφερόμενη σφαιρικότητα μέσα από μία επιλεκτική διαδικασία εστίασης της προσοχής και της πληροφόρησης, η οποία είχε την τάση να μειώνει τα στοιχεία ασυμφωνίας και να οργανώνει τα υπόλοιπα σε μία περιεκτική σημασία.

N₁: «Για παράδειγμα, δεν λαμβάνω υπόψη όλα τα στοιχεία από το νοσηλευτικό διάγραμμα. Ρίχνω μία πολύ γρήγορη ματιά στο διάγραμμα σαν εικόνα και εστιάζω σε δύο-τρία ζωτικά ενδεικτικά και στα διαλύματα που παίρνει για να αποκτήσω μία πρώτη συνολική εικόνα».

Πάντως, παρόλο που η ενεργοποίηση της διαίσθησης παρουσιάστηκε ως αυτόματη, έγινε φανερό από τις περιγραφές ότι στηρίζονταν στους σύνθετους μηχανισμούς της επιλογής και της εξαγωγής συμπερασμάτων. Αυτή η δραστηριότητα φάνηκε πως είναι γενικά μη συνειδητή και οι νοσηλευτές είχαν γνώση μόνο της τελικής κατάστασης. Ο σιωπηρός χαρακτήρας των διαισθητικών επεξεργασιών για κάποιους νοσηλευτές εξηγούσε τη δυσκολία στην αντίληψη και τον έλεγχο τους.

N₂: «Νομίζω ότι αυτό που εμείς ονομάζουμε διαίσθηση για τον άρρωστο, μπορεί υποσυνείδητα να το αποκτήσουμε έχοντας ασχοληθεί μαζί του και όντας ενήμεροι για τα συναισθήματά του ή τις σκέψεις του. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να προβλέψουμε ή να έχουμε μία σημαντική ενόραση για τη κατάστασή του και να θεωρούμε ότι είναι κάτι πέρα από τη λογική και τον έλεγχό μας, αλλά αν κάτσουμε και το σκεφτούμε καλά να το συνδέσουμε με το ότι γνωρίζουμε εκ των προτέρων την κούραση που νιώθει, ή το ότι έχει αφεθεί...».

3. Λήψη αποφάσεων με συνδυασμό αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης

Από τα παραπάνω μπορεί κάποιος να διακρίνει ότι σε όλη την πορεία της συλλογιστικής προσπάθειας των νοσηλευτών υπήρχαν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις: η αναλυτική και η διαισθητική, με τη δεύτερη να είναι λιγότερο αυστηρή σε σχέση με την απόδειξη και τον ορθολογισμό, περισσότερο προσανατολισμένη σε ολόκληρο το πρόβλημα, παρά σε συγκεκριμένα μέρη, λιγότερο λεκτική ως προς την αιτιολόγηση και βασισμένη σε μία αυτοπεποίθηση για δράση με ανεπαρκή δεδομένα. Ωστόσο, οι περισσότεροι συμμετέχοντες φάνηκε πως δεν χρησιμοποιούσαν αποκλειστικά τον ένα ή τον άλλο τρόπο σκέψης. Ο κλινικός συλλογισμός τους εξέταζε την πολυπλοκότητα των κλινικών προβλημάτων με διαφορετικό τρόπο ανά περίπτωση, καταδεικνύοντας ότι ο προσφορότερος τρόπος για να σκεφτεί ο νοσηλευτής ήταν να ενσωματώσει και τις δύο μεθόδους επεξεργασίας. Το μίγμα αναλυτικού και διαισθητικού στοιχείου στο συλλογισμό επηρεαζόταν από την εμπειρία του νοσηλευτή στο χώρο της ΜΕΘ και προσαρμοζόταν στις συνθήκες του προβλήματος και του περιβάλλοντος.

N₆: «Κάποιες αποφάσεις μπορεί να παίρνονται πιο γρήγορα με τα χρόνια, τα προβλήματα να γίνονται πιο αναγνωρίσιμα και πιο εύκολα στη λύση τους, χωρίς να κάτσεις να κάνεις δεύτερες σκέψεις... Κινείσαι και άνετα στο χώρο, έχεις δείξει ποιος είσαι και δεν χρειάζονται αποδείξεις ιδιαίτερες για να δικαιολογήσεις τα πεπραγμένα σου... Αλλά πάλι και αυτό να χρειαστεί γνωρίζεις πολλά, πατάς γερά στα πόδια σου και μπορείς να επιχειρηματολογήσεις με ευκολία... και πρέπει να το κάνεις».

N₁₅: «Σε πολλά προβλήματα γνωρίζω από την αρχή τη διαδρομή της σκέψης... δεν χρειάζεται να την ξαναπάω βήμα-βήμα. Αν όμως το πρόβλημα είναι νέο πρέπει η διαδικασία να είναι αναλυτική».

N₁₃: «Και μόνο εξαιτίας των περιπτώσεων που μου έχουν τύχει, έχω να συγκρίνω... και οι αποφάσεις είναι πιο γρήγορες, πιο εύκολες, ξέρω τι να ψάξω ανάλογα με το πρόβλημα... πράγματα που μπορεί να μην σκεφτόμουν αρχικά... Αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι τα ξέρω κι όλα. Άρα κάποιες αποφάσεις εξακολουθούν να είναι δύσκολες και χρειάζονται διερεύνηση».

N₂₂: «Θεωρώ ότι έχοντας κλινική εμπειρία και μάλιστα μεγάλη είναι σπάνιο να σου τύχει κάτι που να σε μπλοκάρει εντελώς... η εμπειρία σε κάνει να ανταμβάνεσαι σχεδόν αμέσως τι είναι σημαντικό να γίνει πρώτο στον ασθενή και τι λιγότερο σημαντικό...».

Η αναλυτική σκέψη σε κάποιες περιπτώσεις προηγούνταν του συμπεράσματος ώστε οι νοσηλευτές να τεκμηριώνουν την τελική επιλογή τους ή έπονταν της διάγνωσης, προκειμένου να λειτουργήσει συμπληρωματικά και επιβεβαιωτικά στη διαίσθηση.

N₃: «Περνάς από τον ασθενή και τον βλέπεις πιο ήσυχο, πιο λιγομίλητο απ' ότι συνήθως, το πρόσωπό του έχει σκοτεινιάσει από χθες... τότε λες κάτι δεν πάει καλά.. μάλλον πονάει».

N₅: «Ο άρρωστος στο 5 που ήταν συνήθως ήσυχος, είχε ξεκινήσει να λέει ασυναρτησίες. Ήξερα ότι το διοξειδίο ήταν στα ύψη, αλλά έπρεπε να βεβαιωθώ και με αέρια αίματος».

Η επίγνωση του προβλήματος ερχόταν σταδιακά πριν ή μετά την επιλογή μίας λύσης. Στην πρώτη περίπτωση οι νοσηλευτές ερευνούσαν τις πτυχές του προβλήματος, προετοιμάζονταν για τη λύση, καθυστερούσαν τη δράση προκειμένου να ελέγξουν κι άλλα δεδομένα και μετά οδηγούνταν σε επιλογή. Στη δεύτερη περίπτωση, συνήθως, τα χρονικά περιθώρια για δράση ήταν περιορισμένα, οπότε έπρεπε να δοκιμάσουν μία λύση και να αναλύσουν εκ των υστέρων εάν αυτή λειτουργούσε (δοκιμή και λάθος).

N₁₀: «... Μπήκε (ο ασθενής) στη Μονάδα για οξύ έμφραγμα και εμείς ήμασταν έτοιμοι να του κάνουμε θρομβόλυση. Εμένα όμως κάτι μου έλεγε πως δεν ήταν έμφραγμα... μου φάνηκε πως ήταν κάτι άλλο... Δεν τον έβλεπα σαν κάποιον που κάνει έμφραγμα... δεν είναι έτσι ο άνθρωπος που πονάει από έμφραγμα... Άλλο πράγμα ήταν.. Και ξεκίνησα να του κάνω ερωτήσεις».

N₉: «Ο άρρωστος ανέβασε πίεση και σφίξεις. Αύξησα την καταστολή. Αργότερα είδα ότι δάγκωνε το σωλήνα και δυσανασχετούσε. Μείωσα την καταστολή και αύξησα την αναλγησία. Φαινόταν πως πονούσε».

Ο έλεγχος επί του κλινικού προβλήματος προϋπέθετε ένα σχετικά σταθερό γνώρισμα της προσωπικότητας των νοσηλευτών, που χαρακτηριζόταν από την πεποίθηση ότι η λύση στο πρόβλημα του ασθενή εξαρτάται από τους ίδιους ή εξωτερικές δυνάμεις.

N₁₉: « Αυτό που με ανησυχεί πολύ όταν μου τυχαίνει κάτι νέο και δεν έχω χρόνο είναι ότι δεν μπορώ να τον σκανάρω έτσι, ώστε να έχω τον έλεγχο της κατάστασης. Νιώθω ότι τον αφήνω λίγο στην τύχη του...».

N₁₈: «Συνηθίζω να αναζητώ όσο το δυνατό περισσότερες πληροφορίες για τον άρρωστο, αλλά κάποιες φορές αισθάνομαι ότι κάτι λείπει για να συμπληρωθεί το παζλ».

N₁₈: «... ο ίδιος ο άρρωστος σου δίνει την εντύπωση ότι κάτι σου διαφεύγει... Περνάς από δίπλα του και τον βλέπεις ήσυχο και αντί να σε ικανοποιεί αυτό, σε ανησυχεί... Τσεκάρεις ζωτικά, πρωινά εργαστηριακά και όλα είναι καλά... τον παρατηρείς πιο προσεκτικά και βλέπεις

ότι είναι ωχρός... Δεν μπορείς να ησυχάσεις μέχρι να το βρεις. Τσεκάρεις γραμμές, μήπως αιμορραγεί από πουθενά, όλα καλά... Κάνεις έλεγχο υπολείμματος και βλέπεις ότι ο άρρωστος γαστρορραγεί...».

N₃: «Είναι θέμα χαρακτήρα και πως αντιδρά κανείς σε καταστάσεις πίεσης. Εγώ ας πούμε, όχι απλά αγχώνομαι... παραλύω σε οτιδήποτε με βγάζει εκτός ρουτίνας. Ακούω από τους συναδέλφους ότι διακατέχονται από επιθυμία να ελέγξουν μία κλινική κατάσταση για να νιώσουν ασφαλείς. Εγώ τέτοια επιθυμία δεν έχω... Θεωρώ ότι δεν μπορώ να επηρεάσω πολύ τον άρρωστο με τις αποφάσεις μου και προτιμώ να ακολουθώ τις οδηγίες άλλων».

Ο αυτοματισμός, η αμεσότητα και η ταχύτητα ήταν χαρακτηριστικά των κλινικών αποφάσεων που έδιναν σαφείς και οριστικές λύσεις κυρίως σε απλά κλινικά προβλήματα. Αντιθέτως, οι αποφάσεις για σύνθετα προβλήματα προϋπέθεταν την προσεκτικότερη διερεύνησή τους.

N₁₉: «Δεν είναι όλες οι αποφάσεις αυτονόητες ή αυτόματες. Νοσηλευτές είμαστε, δεν δουλεύουμε σε εργοστάσιο. Μπορεί να εκτιμήσεις αυτόματα τον κίνδυνο να κάνει ο ασθενής σου κατάκλιση ή να πάρεις μέτρα για την πρόληψή της χωρίς να τα πολυσκερτείς, αλλά η συνολική φροντίδα πρέπει να κοπεί στα μέτρα και τις ανάγκες του κάθε ασθενή... και αυτό χρειάζεται ψάξιμο...».

N₅: «Υπάρχουν αποφάσεις με τις οποίες είμαστε εξοικειωμένοι, όπως να παραλάβουμε μία εισαγωγή. Γι' αυτές δεν χρειάζεσαι και πολύ σκέψη... Τις έχουμε κάνει χιλιάδες φορές... Οπότε βάζεις τον αυτόματο και έχεις μάτια και αυτιά ανοιχτά μην χάσεις κάτι σημαντικό για τον άρρωστο...».

Μία σημαντική ιδιότητα της συνδυαστικής προσέγγισης ήταν η ικανότητα των νοσηλευτών να δημιουργούν διαισθητικά βεβαιότητες για το τι να περιμένουν από την εξέλιξη ενός κλινικού προβλήματος ή πώς έπρεπε να προετοιμάσουν το περιβάλλον ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της κρίσης. Αυτή την ικανότητα την είχαν αναπτύξει οι περισσότεροι νοσηλευτές σε άλλοτε άλλο βαθμό, γιατί οι κρίσεις ήταν αναπόφευκτες στη ΜΕΘ και η άμεση αντιμετώπισή τους επιτακτική.

N₁₈: «Αν γνωρίζεις τον άρρωστο, μπορείς να καταλάβεις την απορρύθμιση του νωρίτερα ή να κάνεις εικασίες για του πού θα οδηγήσει... Τι το χρειάζεσαι; Για να έχεις τη λύση έτοιμη. Κάποιες φορές σου έρχονται εικόνες από άλλους αρρώστους και σε κάνουν να καταλαβαίνεις ότι και ο άρρωστος που έχεις μπροστά σου μπαίνει σε σοκ, για παράδειγμα. Μερικές φορές μοιάζουν και οι άρρωστοι στις δύο περιπτώσεις. Ετοιμάζεις την αγγειοσύσπαση, φέρνεις τα υγρά σου... είσαι έτοιμος να το αντιμετωπίσεις».

N₁₃: «Και μόνο ότι είμαστε στη ΜΕΘ, είμαστε ανά πάσα στιγμή έτοιμοι να αντιμετωπίσουμε μία επείγουσα ή σοβαρή κατάσταση. Και ναι μεν είναι στρεσογόνος κατάσταση, αλλά είναι κάτι που το έχουμε στο πίσω μέρος του μυαλού μας ότι μπορεί να συμβεί. Και είμαστε κατά κάποιον τρόπο προετοιμασμένοι... ακόμα και να πρέπει να κάνεις μία άλλη διάταξη του χώρου για να πετύχεις να δράσεις εγκαίρως».

Αναφορικά με τη δυνατότητα προγραμματισμού φάνηκε ότι όσο περισσότερο επικρατούσε η αναλυτική προσέγγιση, τόσο πιο αργή και σταδιακή ήταν η διαδικασία του προγραμματισμού, επικεντρωμένη σε τεχνικές και συγκεκριμένες πράξεις, ενώ, αντίθετα, όσο περισσότερο το διαισθητικό στοιχείο εισχωρούσε στη διαδικασία λήψης απόφασης, τόσο πιο αφηρημένο, αλλά και άμεσο ήταν το αρχικό νοερό πλάνο.

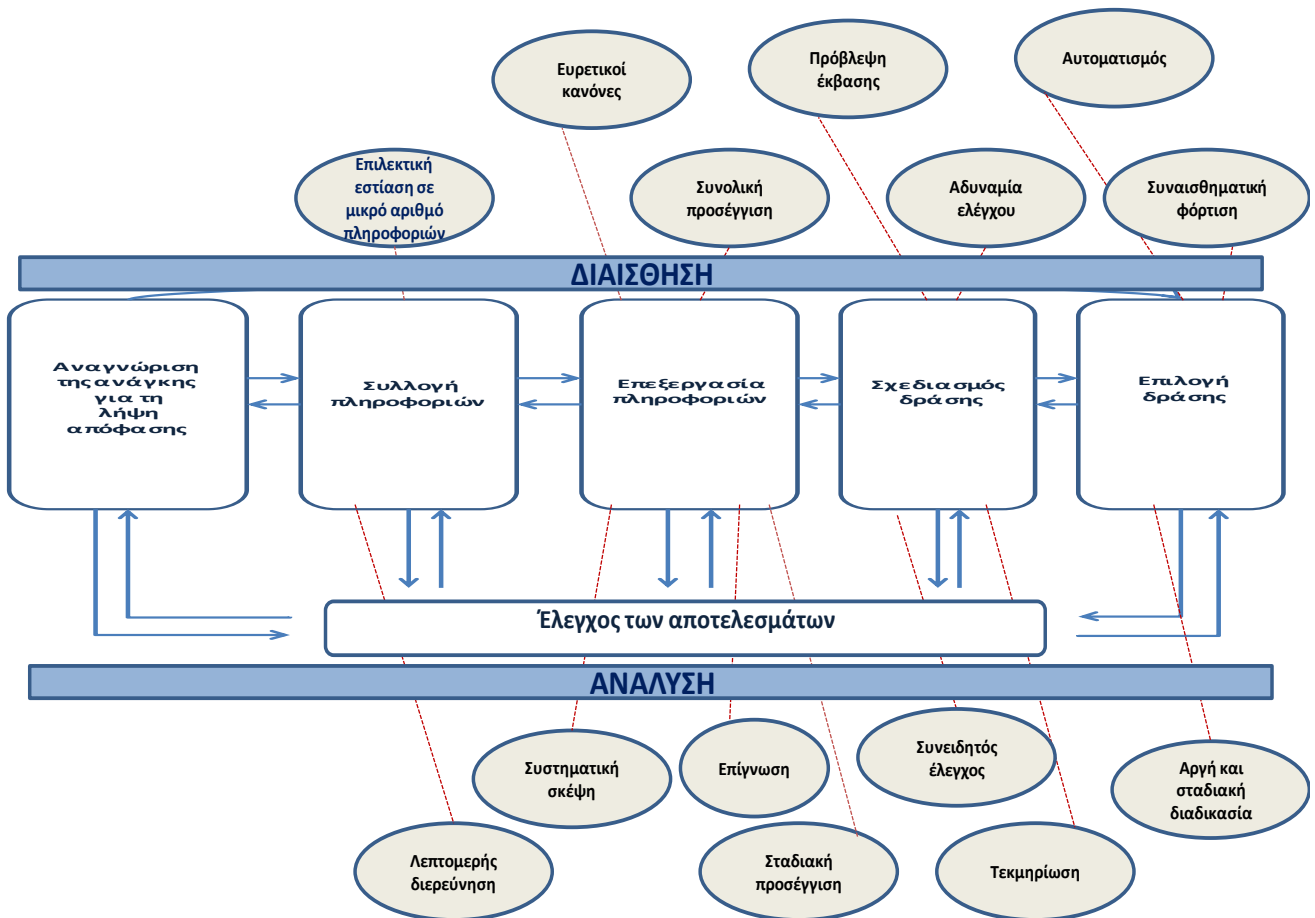
N₁₇: «Όταν έχεις χρόνο και διάθεση, ο προγραμματισμός σε βοηθάει πάρα πολύ. Σε κατευθύνει βήμα-βήμα, στηρίζεσαι σε αυτόν για να δεις αν ολοκλήρωσες τις δουλειές σου ή άφησες εκκρεμότητες. Όταν έχεις διάθεση, αλλά δεν έχεις χρόνο, δεν μπορείς να κάνεις ένα αναλυτικό πρόγραμμα στο μυαλό σου ή στο χαρτί... καλύτερα στο χαρτί... αλλά μπορείς να καταστρώσεις ένα πολύ γενικό πλάνο του τύπου ξεκινώ με αυτό και τελευταίο αφήνω αυτό, που σε βοηθά με το χρόνο... με τη διαχείριση του χρόνου. Όταν δεν έχεις διάθεση, έχεις δεν έχεις χρόνο, η δουλειά δεν πρόκειται να γίνει ποτέ».

Τέλος, η υπεροχή του αναλυτικού ή του διαισθητικού στοιχείου στο μίγμα των γνωστικών δραστηριοτήτων των νοσηλευτών φάνηκε να καθορίζει το αν αυτοί ήταν προσανατολισμένοι σε τεχνικές και παρεμβάσεις ή στο συνολικό πρόβλημα. Βεβαίως, όλοι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι όσο σημαντική και να είναι η συνολική θεώρηση ενός προβλήματος ή της νοσηλευτικής φροντίδας εν γένει, αυτή δεν μπορεί να επιτευχθεί αν δεν προηγηθεί εξάσκηση και προσαρμογή.

N₁₂: «Υπάρχουν πολλά πράγματα που πρέπει να γίνουν κατά τη διάρκεια μίας βάρδιας... Αφιερώνεις πολύ χρόνο στο να κάνεις βασική νοσηλευτική φροντίδα... την υγιεινή του ασθενή, τη μετακίνησή του στο κρεβάτι... Όταν είσαι νέος στη ΜΕΘ, πρέπει να επικεντρώνεσαι στο πώς θα κάνεις μία – μία από αυτές τις διαδικασίες... Στην αρχή η πρόκληση είναι να κάνεις τη διαδικασία σωστά. Στη συνέχεια, ο επόμενος στόχος είναι να κάνεις την πράξη σωστά και γρήγορα... Όλα αυτά ακόμα θέλουν την προσοχή και τη σκέψη από πίσω... Τώρα μετά από τόσα χρόνια στη ΜΕΘ, νιώθεις πολύ άνετα να μετακινήσεις τους ασθενείς, να κάνεις την όποια και όση νοσηλεία, να χειριστείς το διασωληνωμένο, να κάνεις αναρρόφηση, να χρησιμοποιήσεις τις αντλίες και τα μόνιτορ... δεν σου τρώνε το χρόνο που σου έτρωγαν αρχικά. Απαλλάσσεσαι από το άγχος του πώς θα το κάνω και ασχολείσαι μόνο με τι χρειάζεται να κάνω».

N₆: «Κάποιες αποφάσεις μπορεί να παίρνονται πιο γρήγορα με τα χρόνια, τα προβλήματα να γίνονται πιο αναγνωρίσιμα και πιο εύκολα στη λύση τους, χωρίς να κάτσεις να κάνεις δεύτερες σκέψεις...».

Σχήμα 8.4 Εννοιολογικός χάρτης της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ με επιστράτευση της αναλυτικής ή διαισθητικής σκέψης



8.2.5 Έλεγχος εφαρμογής του μοντέλου του Γνωστικού Συνεχούς στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ από την ανάλυση των ποιοτικών ευρημάτων της φάσης II

Για να επιβεβαιωθεί πως η θεωρία του Γνωστικού Συνεχούς έχει εφαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα και ιδιαίτερα στον τρόπο λήψης κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, αλλά κυρίως για να τεκμηριωθεί η καταλληλότητα χρήσης του Ερωτηματολογίου Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων σε δείγμα πληθυσμού νοσηλευτών των ελληνικών ΜΕΘ, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της κατευθυνόμενης ποιοτικής ανάλυσης του περιεχομένου των ομαδικών συζητήσεων. Ο κύριος στόχος της ως άνω μεθόδου ήταν η επιβεβαίωση ή αναδιατύπωση του συνόλου των υποθέσεων της συγκεκριμένης θεωρίας. Γι' αυτό ακολουθήθηκαν τα τρία παρακάτω στάδια:

1. Διατυπώθηκαν με σαφήνεια όλες οι υποθέσεις της θεωρίας του Γνωστικού Μοντέλου με θετική κατεύθυνση.

2. Έγινε μία πρώτη σχολαστική διερεύνηση των απομαγνητοφωνημένων κειμένων για να εντοπιστούν τα σχόλια των συμμετεχόντων που επιβεβαίωναν την κάθε υπόθεση.

3. Έγινε μία δεύτερη διερεύνηση των απομαγνητοφωνημένων κειμένων προκειμένου να εντοπιστούν τα σχόλια των συμμετεχόντων που δεν ταίριαζαν με την σχέση που δήλωνε η κάθε υπόθεση.

α) H₁: Οι νοσηλευτές ΜΕΘ χρησιμοποιούν και αναλυτική σκέψη και διαίσθηση προκειμένου να λάβουν κλινικές αποφάσεις.

Η ως άνω υπόθεση επιβεβαιώθηκε από πολλούς συμμετέχοντες, οι οποίοι περιέγραψαν διαφορετικές γνωστικές προσεγγίσεις σε άλλοτε άλλες κλινικές καταστάσεις. Ανακεφαλαιώνοντας, η αναλυτική προσέγγιση περιγραφόταν συνήθως ως αργή και σταδιακή διαδικασία, που υλοποιούνταν με επιστράτευση της συστηματικής και κριτικής σκέψης, ώστε να ελεγχθεί με λεπτομέρεια κάθε πτυχή πληροφόρησης και να αποκτηθεί επίγνωση επί του κλινικού προβλήματος (Σχήμα 8.4). Αντίθετα, η διαισθητική προσέγγιση περιγραφόταν ως αυτόματη και άμεση διαδικασία που πυροδοτούνταν από μία υποψία, το ένστικτο ή μία ενόραση, χωρίς να μπορεί να αιτιολογηθεί εύκολα η δράση και η τελική επιλογή. Η διαφοροποίησή της εντοπιζόταν στην εξέταση λιγοστών συγκριτικά δεδομένων, τη συνολική προσέγγιση του προβλήματος και την ικανότητα πρόβλεψης μιας έκβασης (Σχήμα 8.4). Κανένας νοσηλευτής δεν διαφώνησε με την ύπαρξη της μίας ή της άλλης γνωστικής προσέγγισης.

β) H₂: Ο τρόπος κρίσης που συνθέτει στοιχεία και των δύο γνωστικών προσεγγίσεων είναι ο πιο συχνός τύπος συλλογισμού των νοσηλευτών ΜΕΘ.

Από τις αναφορές των συμμετεχόντων δόθηκε αξία τόσο στην ανάλυση όσο και στη διαίσθηση, ως δύο διαφορετικές μέθοδοι κατανόησης και επίλυσης των προβλημάτων, που αποδεικνύονται πολύ χρήσιμες στον ίδιο αποφασίζοντα, η καθεμία σε διαφορετικές περιστάσεις.

N₁₃: « Δεν γίνεται να είσαι μόνο σχολαστικός ή να λειτουργείς μόνο με το ένστικτο. Γιατί στην πρώτη περίπτωση θα σου τύχουν πράγματα, που δεν προλαβαίνεις να τα αναλύσεις... και ο άρρωστος να διατρέχει έναν άμεσο κίνδυνο. Δεν μπορείς να το επεξεργαστείς... πρέπει να παρέμβεις. Τώρα που το σκέφτομαι, εγώ θα επέτρεπα στον εαυτό μου να λειτουργήσει

δισαισθητικά μόνο σε μεγάλο κίνδυνο. Αλλά ακόμα και το έκτακτο ή το απειλητικό, εγώ πιστεύω ότι αν έχει προηγηθεί σωστός προγραμματισμός, σωστή εκτίμηση και σωστή φροντίδα, μπορείς να το περιορίσεις...».

N₇: «Στον άρρωστο δεν πας δισαισθητικά, γιατί έτσι σου αρέσει. Συμβαίνει γιατί τα προβλήματά του είναι τόσα πολλά, που δεν μπορείς να οργανωθείς αλλιώς, θα μπλοκάρεις, αν δεν ξεκινήσεις με σιγουριά από κάπου, δεν δώσεις άμεση λύση σε κάτι. Είναι η φύση της δουλειάς τέτοια... δεν δουλεύουμε με τα δικά μας χρονοδιαγράμματα... στη Μονάδα δουλεύουμε με τα χρονοδιαγράμματα του αρρώστου».

Κανείς νοσηλευτής δεν επέδειξε αποκλειστική προτίμηση σε έναν από τους δύο τρόπους σκέψης και ταυτόχρονα σαφή απαξίωση του άλλου. Σε αυτό ενδεχομένως βοήθησε το ότι επιλέχτηκε από τους ερευνητές να μην γίνει ταυτόχρονα και συγκριτικά η συζήτηση για τις δύο προσεγγίσεις και να μην χρησιμοποιηθούν όροι που είναι συνδεδεμένοι με στερεότυπα και προκαταλήψεις, όπως ο «ορθολογισμός» που παραπέμπει συνήθως στη λογική και συγκροτημένη σκέψη ή αντίθετα το «ένστικτο», το «προαίσθημα», η «έκτη αίσθηση» που θεωρούνται συχνά ανεξήγητες ή «μεταφυσικές» δυνάμεις. Οι όποιες αναφορές των συμμετεχόντων με τους όρους «ανάλυση» και «διαίσθηση» έγιναν αυθόρμητα κατά την πορεία των συζητήσεων.

γ) H₃: Η θέση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων στο γνωστικό συνεχές ανάλυση-διαίσθηση καθορίζεται από τον ίδιο τον αποφασίζοντα.

Από τα παραπάνω παραδείγματα, αλλά και από τα συνολικά σχόλια των νοσηλευτών που συμμετείχαν στις ομαδικές συζητήσεις φάνηκε πως μπορούσαν να περιγράψουν πότε επιστράτευαν την ανάλυση ή τη διαίσθηση προκειμένου να οδηγηθούν σε λύση. Αυτού του είδους η κατανόηση, αν και δεν ήταν απολύτως σαφής στους συμμετέχοντες ή δεν μπορούσαν να την αποδώσουν με ακρίβεια, κινιόταν σε ένα επίπεδο ανώτερο από το επίπεδο της αυτόματης γνωστικής επεξεργασίας και εκτέλεσης. Ήταν ένα είδος νέας γνώσης για το ποιες προσεγγίσεις θα ακολουθούσαν κάτω από διαφορετικές συνθήκες. Η ασφάλεια που ένιωθαν, μάλιστα, οι αποφασίζοντες νοσηλευτές με αυτού του τύπου τη γνώση, φαινόταν πως καθόριζε και το βαθμό εμπιστοσύνης που έδειχναν στη χρήση της δισαισθητικής ή αναλυτικής στρατηγικής.

N₈: «Το βλέπω σε συναδέλφους... αναφέρομαι σε αυτούς που έχουν πολλά, πολλά χρόνια, αλλά τους βλέπω να περνούν μπροστά από άρρωστο... όχι το δικό τους άρρωστο... και να λένε εδώ θα πάθει αυτό και πέφτουν μέσα. Και σε καθοδηγούν να κάνεις αυτό ή το άλλο για να μην αγχωθείς. Εγώ που έχω τρία χρόνια στη Μονάδα, αν κάνω κάτι χωρίς να γνωρίζω αρκετά για την κατάσταση, νομίζω ότι παίρνω τεράστιο ρίσκο... οι συναδέλφοί μου με χρόνια στη δουλειά, όμως, όχι μόνο δεν νιώθουν το ότι παίρνουν ρίσκο, όπως το νιώθω εγώ, αλλά έχουν τέτοια

εμπιστοσύνη στις κινήσεις τους, σαν να τις έχουν αναλύσει με κάθε λεπτομέρεια... Εμένα υπάρχουν κάνα-δυο που μου έχουν πει... θα έρθει η στιγμή που θα εμπιστευέσαι περισσότερο το ένστικτό σου».

δ) H₄: Ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών ΜΕΘ μετακινείται από την ανάλυση προς τη διαίσθηση με την πάροδο του χρόνου.

Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η διαίσθηση ήταν μία γνωστική δεξιότητα που μπορούσε να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά μόνο μετά την απόκτηση επαρκούς κλινικής εμπειρίας και μάλιστα στον ίδιο χώρο εντατικής φροντίδας.

N₆: «Κάποιες αποφάσεις μπορεί να παίρνονται πιο γρήγορα με τα χρόνια, τα προβλήματα να γίνονται πιο αναγνωρίσιμα και πιο εύκολα στη λύση τους, χωρίς να κάτσεις να κάνεις δεύτερες σκέψεις...».

N₈: «Το βλέπω σε συναδέλφους... αναφέρομαι σε αυτούς που έχουν πολλά, πολλά χρόνια, αλλά τους βλέπω να περνούν μπροστά από άρρωστο... όχι το δικό τους άρρωστο... και να λένε εδώ θα πάθει αυτό και πέφτουν μέσα».

Αλλά, στην ίδια λογική, εκτός από τις συσσωρευμένες θεωρητικές και εμπειρικές γνώσεις που θεωρήθηκαν προαπαιτούμενα για την επιστράτευση της διαίσθησης, μεγάλη σημασία αποδόθηκε και στη χρονική στιγμή που εκδηλωνόταν ένα κλινικό πρόβλημα κατά τη διάρκεια του νοσηλευτικού ωραρίου. Αν τοποθετούνταν χρονικά στην έναρξη της εργασίας, η μέθοδος που προτιμούνταν ήταν η αναλυτική, ενώ όταν εκδηλωνόταν προς το τέλος, η πολύωρη ενασχόληση με τον ασθενή οδηγούσε σε επιλεκτική εστίαση της προσοχής σε ένα υποσύνολο ερεθισμάτων από το περιβάλλον και την ενεργοποίηση της διαίσθησης.

N₁₄: «Στην περίπτωση που έχει ένα νέο πρόβλημα ανακλύπει προς το τέλος της βάρδιας, έχεις ήδη σχηματίσει μία εικόνα για τον άρρωστο, τον ξέρεις, ψάχνεις να βρεις δύο τρία πράγματα, γιατί μπορείς εύκολα να αποκλείσεις τα μη σχετικά. Οπότε είναι πιο περιορισμένα τα πράγματα, πιο εστιασμένα στο τι θα ψάξεις και αναλόγως τι θα κάνεις... είσαι ήρεμος και στο τέλος αυτό που μου έρχεται εμένα είναι αυτοπεποίθηση και ελπίδα ότι θα διεκπεραιώσω το πρόβλημα με επιτυχία, ότι θα τα καταφέρω».

ε) H₅: Όσο περισσότερες πληροφορίες απαιτούνται για τη λήψη μίας κλινικής απόφασης, τόσο πιο πιθανό είναι ο νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει κυρίως τη διαίσθησή του.

Η παράλληλη διαχείριση των κλινικών πληροφοριών από τους νοσηλευτές και ο συνδυασμός τους μέχρι το τελικό συμπέρασμα ή απόφαση αναγνωρίστηκε ως μία πολύ δύσκολη λειτουργία με πεπερασμένα όρια. Ακόμα και προτίμηση ή επιθυμία να έδειχναν οι αποφασίζοντες στο να αναζητήσουν και να αναλύσουν μεγάλο αριθμό

πληροφοριών, η προσοχή και η συνδυαστική σκέψη έθεταν περιορισμούς. Επέλεξαν μικρό αριθμό πληροφοριών προς επεξεργασία, γεγονός που συνάδει με την ενεργοποίηση της διαισθητικής σκέψης, όπως έχει ήδη περιγραφεί.

N₁₆: «Λέμε πως θέλουμε να μαζέψουμε όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες (για ένα κλινικό πρόβλημα) μπορούμε, αν δεν τις έχουμε ήδη. Εγώ νομίζω ότι αυτό το λέμε καθαρά από ανασφάλεια. Δεν μπορούμε να έχουμε πάρα πολλές πληροφορίες. Πρώτον γιατί δεν μπορούμε να δώσουμε μεγάλη προσοχή σε όλες, σου τρώει ενέργεια και χρόνο και δεύτερον γιατί πόσα πράγματα μπορείς να αναλύσεις και να συνδυάσεις; Δύο, τρία, πέντε; Περισσότερα αποκλείεται».

N₁₄: «Μπορεί να χαθείς στην ανάλυση... αυτό είναι το κακό επόμενο στάδιο της αναλυτικής σκέψης... εκεί μπλοκάρεις και δεν μπορείς να πάρεις ούτε μία απόφαση».

στ) H₆: Όσο πιο ακριβής συνδυασμός των πληροφοριών απαιτείται για την παραγωγή ενός κλινικού συμπεράσματος, τόσο πιθανότερο είναι ο νοσηλευτής να ενεργοποιήσει την αναλυτική του σκέψη.

Από τα σχόλια των συμμετεχόντων φαινόταν ότι για τα προβλήματα που ήταν άγνωστα ή πρωτόγνωρα γι' αυτούς και έπρεπε να λυθούν με δική τους ευθύνη οδηγούνταν σε λεπτομερή εξέταση των διαθέσιμων πληροφοριών μέσα από μία αναλυτική διαδικασία.

N₁₂: «Αν πάλι η κατάσταση είναι άγνωστη, τότε λοιπόν αφενός θα χρειαστεί να σκέφτομαι πιο σταθερά, να είμαι περισσότερο συγκεντρωμένη στην πράξη που θα κάνω από τη στιγμή που δεν είναι ρουτίνας και τα χέρια δεν πάνε μόνα τους... και θα κάνω πολύ προσεκτικά βήματα... για παράδειγμα ένα νέο φάρμακο, θα διαβάσω πώς θα το δώσω, θα διαβάσω τις αντενδείξεις του, θα ξαναμελετήσω το ιστορικό για τυχόν αλλεργίες ή άλλα προβλήματα... Ύστερα θα ξεκινήσω να το δίνω πολύ αργά, για να δω την αντίδραση (του ασθενή) σ' αυτό. Οπότε ξεκινάς με αργά και σταθερά βήματα στην οποιαδήποτε λειτουργία, αν είναι τόσο άγνωστο τελικά».

N₇: «Νομίζω ότι το πώς θα δράσει κάποιος εξαρτάται από αυτά που γνωρίζει... δηλαδή πρέπει να είναι σίγουρος τι θα κάνει και ότι αυτό που θα κάνει να είναι αποτελεσματικό και η άλλη παράμετρος είναι η ευθύνη που αναλαμβάνει με την ενέργειά του...».

Αντίθετα, για παρεμβάσεις που ο ακριβής συνδυασμός των κλινικών πληροφοριών αποτελούσε ευθύνη άλλου προσωπικού, όπως του ιατρικού, μπορούσε να δοθεί μία προσωρινή λύση από το νοσηλευτή, χωρίς αυτή απαραίτητα να περνά από το πρίσμα της ανάλυσης.

N₉: «Το περιστατικό ξαφνικά 7:30 το πρωί ανέβασε πίεση και σφίξεις και άλλαξε τελείως όψη το πρόσωπό του και φυσικά χωρίς να ρωτήσω κανένα... η πίεση είχε φτάσει 210 (mm Hg)... έκανα αυτό που μου φάνηκε εκείνη τη στιγμή καλύτερη λύση... πήρα λίγο lipuro (προποφόλη) και του έκανα, έτσι ώστε να ηρεμήσει και να ενημερώσω ένα γιατρό».

ζ) H₇: Εάν η οργάνωση των προσφερομένων πληροφοριών γίνεται στη βάση διαθέσιμων κανόνων, τότε ο νοσηλευτής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει τον αναλυτικό του συλλογισμό.

Ως κύριοι, αν όχι οι μοναδικοί, κανόνες που προέτρεπαν και βοηθούσαν τους συμμετέχοντες νοσηλευτές στη λήψη αποφάσεων αναφέρθηκαν τα κλινικά πρωτόκολλα ή οι κλινικές οδηγίες. Οι νοσηλευτές των ομάδων εστίασης αναγνώριζαν στο σύνολό τους ότι οι οδηγίες ή τα βήματα ενός πρωτοκόλλου συνόψιζαν αποδείξεις και στοιχεία με σκοπό να καθοδηγήσουν την κλινική κρίση των νοσηλευτών. Η σταδιακή βήμα προς βήμα εξέταση ενός προβλήματος στην πορεία προς τη λύση του ήταν μία αναλυτική διαδικασία.

N₁₀: «... Όλα αυτά υπάρχουν στα guidelines. Για παράδειγμα, ο ασθενής είναι ανήσυχος, είναι διεγερτικός, τον εξετάζεις, είναι εντάξει ο αεραγωγός του, είναι εντάξει πέντε πράγματα, μετά σου δίνει το δικαίωμα να τον περιορίσεις. Και μετά συνεννοείσαι με το γιατρό πια να δώσεις κάποια φαρμακευτική αγωγή. Αλλά η απόφαση να τον ακινητοποιήσεις στο κρεβάτι είναι δικιά σου. Ελέγχεις πέντε πράγματα, δεν είναι κάποιο από αυτά... γιατί μπορεί να είναι κάτι που μπορείς να το διορθώσεις αλλιώς... να έχει δύσπνοια ή να έχει βουλώσει ο σωλήνας...».

Όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αναγνωρίζουν τα πρωτόκολλα ως χρήσιμα και εφόσον ήταν διαθέσιμα στο χώρο εργασίας και υπήρχε συμμόρφωση με τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές τους ήταν και ισχυρά όπλα σε ενδεχόμενη αμφισβήτηση.

N₁₂: «Όταν παίρνεις μία απόφαση και μιλάμε για σοβαρές αποφάσεις, που έχουν να κάνουν με τη ζωή του ασθενή, θα πρέπει να υπάρχουν πρωτόκολλα που να λένε ... όχι με βάση γνώμες... να στηριζόμαστε σε αυτά τα βήματα και να κάνουμε αυτό και αυτό και αυτό. Το πρωτόκολλο σου προσφέρει στήριξη, επιχειρηματολογία και κανένας δεν μπορεί να σε αναιρέσει».

η) H₈: Αν ο νοσηλευτής προβεί σε αποσυναρμολόγηση του προβλήματος, τότε είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει την αναλυτική του σκέψη.

Η διαδικασία κατανόησης της δομής ενός προβλήματος και η αποσυναρμολόγησή του σε επιμέρους απλούστερα προϋπέθετε αναπτυγμένη αναλυτική σκέψη. Το πόσο προχωρούσε η ανάλυση εξαρτιόταν από την ικανότητα του κάθε αποφασίζοντα να αντιμετωπίσει διαφορετικού βαθμού δυσκολίας επιμέρους προβλήματα. Επομένως, σε ένα φαινομενικά δυσεπίλυτο αρχικό πρόβλημα, η ανάλυση μπορούσε να συνεχιστεί μέχρι τα επιμέρους προβλήματα που προέκυπταν να θεωρούνται αρκετά απλά και η αντιμετώπισή τους δυνατή.

N₂₁: «έχω έναν ασθενή σε PRISMA ,ε με υψηλό ρυθμό αποβολής... το removal... και από το ιστορικό του ξέρω ότι έχει καρδιακή ανεπάρκεια και γι' αυτό είναι σε ινότροπη αγωγή... και κάνει ξαφνικά μία ταχυκαρδία. Το να προκρίνω ως πρόβλημα τον υψηλό ρυθμό αποβολής υγρών και να πιθανολογήσω υποογκαιμία, αντί να θεωρήσω ότι τα ινότροπα που λαμβάνει σε υψηλές δόσεις του αυξάνουν το ρυθμό... ε αυτό είναι μία κλινική απόφαση... Σκέφτεσαι δεν τροποποίησα τη δόση των ινοτρόπων... Ταυτόχρονα ο ασθενής χάνει όγκο με τη διήθηση».

θ) H₉: Αν οι πληροφορίες παρουσιάζονται ως εικόνες, τότε ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί περισσότερο τη διαίσθησή του.

Από τις περιγραφές των συμμετεχόντων έγινε φανερό ότι η διαίσθηση λειτουργεί με εικόνες ή αντιλήψεις που είναι φορτισμένες με συναίσθημα. Συγκεκριμένα, στις αναφορές των συμμετεχόντων που θεωρούσαν πως λειτουργούσαν με τη διαίσθησή τους προηγούνταν οι περιγραφές των αισθήσεων που γεννούσαν συγκεκριμένες εντυπώσεις. Η ώθηση για την επιστράτευση της διαίσθησης ήταν συνήθως μία εικόνα, μία οσμή, ένας ήχος που γεννούσε ένα δυσάρεστο συναίσθημα.

N₁₄: «Το βλέμμα του αρρώστου μπορεί να είναι κενό και να σε γεμίσει με ανησυχία χωρίς προφανή λόγο».

N₇: «... την όσφρηση, τη μυρωδιά... τη θανατίλα».

N₃: «Οι ήχοι του αναπνευστήρα... για μένα οι επίφοβοι είναι πιο τσιριχτοί, πιο ενοχλητικοί, σε κάνουν να πας δίπλα».

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι κάποια προφανή ερεθίσματα των αισθήσεων οδηγούσαν αυτόματα στη δημιουργία εσωτερικών εικόνων που με τη σειρά τους μεταφράζονταν σε κλινικά συμπεράσματα.

N₆: «Όταν έχεις εγκαύματα σε οδηγεί η οσμή τους ως προς την πρόγνωση. Όσο χειροτερεύει, καταλαβαίνεις ότι ο άρρωστος... (ενν. βαραίνει)...το βλέπεις, το νιώθεις».

N₈: «Μια δική μου προσωπική στατιστική είναι πως όταν αυξάνονται οι πάνες με τα εξιδρωματικά υγρά εννοώ, λιγοστεύουν οι μέρες. Δυστυχώς πέφτω πάντα μέσα».

ι) H₁₀: Αν ο νοσηλευτής έχει στη διάθεσή του ελάχιστο χρόνο για να κάνει την επιλογή του, τότε φθάνει σε αυτή μέσω της διαίσθησης.

Οι συμμετέχοντες παραδέχονταν πως το αίσθημα χρονικής πίεσης μπορούσε να τροποποιήσει τις αντιδράσεις τους προκειμένου να επιλύσουν ένα πρόβλημα. Έτσι, αποτελούσε ερέθισμα κυρίως για φιλτράρισμα των διαθέσιμων δεδομένων και την επιλογή μίας συμβιβαστικής λύσης.

N₁₄: «Στην περίπτωση του επείγοντος θεωρώ ότι η δράση είναι περισσότερο αυτοματοποιημένη και διαισθητική. Σε εκείνη την περίπτωση δεν προλαβαίνεις να αξιολογήσεις και πολλούς παράγοντες».

N₁₈: «Δεν κάθεται να πολυσκεφτείς... κάνεις το πρώτο πράγμα που σου έρχεται στο μυαλό ως λύση και μπορεί να έχει κάποια αποτελέσματα...».

8.2.6 Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ

Μέσα από τις ομαδικές συζητήσεις οι νοσηλευτές αναφέρθηκαν στους παράγοντες που θεωρούσαν απαραίτητους ή τους παράγοντες που θεωρούσαν φραγμούς για τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων στη ΜΕΘ. Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν, όταν περιέγραψαν τι θεωρούσαν σημαντικό ώστε να επηρεάσει τις κλινικές τους αποφάσεις, ταξινομήθηκαν σε 12 θεματικές κατηγορίες κατά την ανάλυση περιεχομένου:

1. Χαρακτηριστικά του ασθενή
2. Χρονική πίεση σχετιζόμενη με το κλινικό πρόβλημα
3. Πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος
4. Γνωστικό υπόβαθρο του αποφασίζοντα νοσηλευτή
5. Γνώση του ασθενή
6. Ικανότητες του αποφασίζοντα νοσηλευτή
7. Κίνητρα του αποφασίζοντα νοσηλευτή
8. Στρες στο περιβάλλον της ΜΕΘ
9. Επαγγελματικό πλαίσιο
10. Οργάνωση της ΜΕΘ
11. Σχέσεις του αποφασίζοντα με τους συνεργάτες
12. Εργασιακό κλίμα της ΜΕΘ

Σε ένα επόμενο επίπεδο ανάλυσης, οι 12 θεματικές κατηγορίες εντάχθηκαν σε τρεις πυρηνικές κατηγορίες: α) Παράγοντες σχετιζόμενοι με το κλινικό πρόβλημα, β) Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον αποφασίζοντα και γ) Παράγοντες σχετιζόμενοι με το πλαίσιο λήψης απόφασης. Η σχέση των αρχικών κατηγοριών με τις τελικές πυρηνικές κατηγορίες απεικονίζεται στο Σχήμα 8.5.

Σχήμα 8.5 Σχηματική απεικόνιση των σχέσεων θεματικών και πυρηνικών κατηγοριών παραγόντων που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις σε ΜΕΘ



- Πυρηνική κατηγορία I. Παράγοντες σχετιζόμενοι με το κλινικό πρόβλημα

Οι θεματικές κατηγορίες που ταξινομήθηκαν στην κοινή πυρηνική κατηγορία των Παραγόντων που σχετίζονταν με το κλινικό πρόβλημα ήταν α) τα χαρακτηριστικά του ασθενή, β) η χρονική πίεση που σχετιζόταν με το πρόβλημα και γ) η πολυπλοκότητά του.

1. Χαρακτηριστικά του ασθενή

Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι κεντρικής σημασίας παράγοντας που επηρεάζει τις κλινικές αποφάσεις τους ήταν η ηλικία του ασθενή. Θεωρούσαν ότι το εύρος των κλινικών αποφάσεων και η προσοχή των νοσηλευτών ήταν μεγαλύτερα κατά τη φροντίδα ενός νεαρού ασθενή.

N₆: «Νομίζω ότι αυτό που μας επηρεάζει όλους είναι η ηλικία του αρρώστου. Όταν έχουμε έναν νεαρό αρρώστο, σαφώς έχουμε περισσότερο ζήλο και είμαστε περισσότερο προσεκτικοί».

N₁: «Η ηλικία παίζει ρόλο... ναι παίζει ρόλο... Όταν ο άλλος είναι 80 χρονών, λες έζησε, ήρθε το πλήρωμα του χρόνου... Βέβαια θα ήταν πιο αξιοπρεπές να πεθάνει στο σπίτι του ο άνθρωπος και όχι μέσα στα νοσοκομεία και ιδίως στη Μονάδα με σωλήνα στο στόμα, τρύπημα εδώ για γραμμή, σωλήνα στη μύτη... εκεί λες εντάξει... θα κάνεις ό,τι είναι ανθρωπίνως δυνατό δηλαδή, αλλά βλέπω με πολύ περισσότερη ευαισθησία το νέο... και με μεγαλύτερο ζήλο».

N₁₅: «Για το νέο και ηλικιωμένο νομίζω ότι δεν παίρνουμε τις ίδιες αποφάσεις. Νομίζω ότι το νεαρό της ηλικίας μας κινητοποιεί να πάμε μέχρι το τέλος, να το διεκδικήσουμε, να το παλέψουμε... γιατί δύσκολα αποδεχόμαστε ότι η φθορά ή ο θάνατος είναι συμβατά με το νεαρό της ηλικίας. Όχι ότι σε ένα μεγαλύτερο άνθρωπο δεν το παλεύεις... το παλεύεις, αλλά όχι με την ίδια ένταση... εκεί προέχει το να μην υποφέρει μάταια... νομίζω».

N₂₀: «Και το αν έχουμε να κάνουμε με ένα νεαρό ή ένα παιδί σε σχέση με έναν υπερήλικα... Στις νεαρές ηλικίες θέλεις να δώσεις κάτι παραπάνω, να προσφέρεις περισσότερα και στο κλινικό κομμάτι και στη συμπεριφορά... Είμαστε περισσότερο προσεκτικοί... Σε ένα παιδί δεν μπορείς να πας με λιγοστά μέτρα προφύλαξης να βάλεις ένα καθετήρα... και μετά είναι και η συμπεριφορά. Γίνεσαι περισσότερο τρυφερός... πιο ευαίσθητος στις επιθυμίες του».

Το φύλο του ασθενή θεωρούνταν ότι μπορούσε να επηρεάσει τη νοσηλευτική αξιολόγηση σύμφωνα με το σχόλιο ενός συμμετέχοντα. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι αμφισβητούνται περισσότερο ή πιο συχνά τα παράπονα μίας γυναίκας για την ένταση των συμπτωμάτων της από τους νοσηλευτές, παρά ενός άνδρα ασθενή.

N₁₆: «Κάποιοι αισθάνονται ότι οι γυναίκες είναι υστερικές και όλα αυτά που αναφέρουν ως παράπονα, δεν είναι αλήθεια».

Η εξωτερική εικόνα του ασθενή επιδρούσε επίσης στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων κυρίως γιατί προϋδέαζε κάποιους νοσηλευτές για τον προηγούμενο τρόπο ζωής του. Δημιουργούνταν, δηλαδή, κάποιες γενικεύσεις, που στηρίζονταν σε εικόνες, παρά σε αποδείξεις και διαμόρφωναν τη στάση απέναντι σε κάποιους ασθενείς.

N₇: «Κι αν είναι κανείς παρατηρητικός, θεωρώ πως αρκετές φορές βγαίνουν σημαντικές πληροφορίες... Όταν έρχεται κάποιος (ασθενής), βλέπεις σε τι κατάσταση είναι, αν είναι περιποιημένος, δεν είναι περιποιημένος, καταλαβαίνεις περίπου τι ήταν, τι δεν ήταν στη ζωή του εννοώ... Αν πρόσεχε, δεν πρόσεχε».

Στην ίδια λογική, οι προκαταλήψεις αναπαράγονταν από τους νοσηλευτές και για ασθενείς διαφορετικής εθνότητας ή φυλετικών μειονοτήτων. Οι διακρίσεις των εθνοτήτων και των μειονοτήτων αναφέρθηκε πως δεν επηρέαζαν τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών σε ασθενείς που ανήκαν σε αυτές, αλλά αύξαναν αδικαιολόγητα τα ρατσιστικά σχόλια, που σε ορισμένες περιπτώσεις έφθαναν ως τη λεκτική βία.

N₁₅: «Όχι, οι αποφάσεις του τι θα κάνουμε δεν επηρεάζονται αν ο άλλος είναι μετανάστης ή Έλληνας. Ακούγονται όμως σχόλια περισσότερα και ρατσιστικά... Και μερικές φορές το προκαλούν οι άρρωστοι που έχουν επιθετική στάση, ως επέκταση των επιφυλάξεών τους, αλλά τις περισσότερες φορές δεν χρειαζόμαστε αφορμή. Θα ακούσεις έλα μωρέ τον Αλβανό τώρα... μαζεύτηκαν όλοι εδώ πέρα... Να πάνε στην Αλβανία να βρούνε Εντατικές. Κάποιες φορές τα σχόλια είναι πολύ υβριστικά... Ακούς και βρισιές».

N₁₆: «Εκείνοι που δεν παίζονται είναι οι τσιγγάνοι. Αυτοί δεν είναι μόνο επιθετικοί... έχουν ανωριμότητα μικρού παιδιού... δεν μπορείς να συνεννοηθείς μαζί τους... άσε που συνήθως κάνουν κατάχρηση ουσιών, αλκοόλ, τσιγάρων, ναρκωτικών... έχεις δηλαδή αρρώστους με μεγάλη νοσηρότητα να φροντίσεις μέσα στη Μονάδα και με το φόβο μην επιδεινωθεί η κατάστασή τους, γιατί δεν θα ξεφύγεις από τα χέρια των 100 συγγενών που είναι μαζεμένοι σε όλο το νοσοκομείο».

Στον αντίποδα, το θρήσκευμα δεν φαινόταν να επηρεάζει ανασταλτικά τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές φαίνονταν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι στις θρησκευτικές ιδιαιτερότητες και είχαν επίγνωση των διαφορών σε ανάγκες και στάσεις προς την υγεία και τη ζωή συνολικά.

N₁₃: «Για παράδειγμα, αν είμαι χριστιανός ορθόδοξος και θεωρώ ότι όλοι απέναντί μου είναι ή θα έπρεπε να είναι ορθόδοξοι, θα τους αντιμετωπίζω μόνο σύμφωνα με τα δικά μου πιστεύω. Δεν είναι όμως έτσι... ο άλλος μπορεί να είναι μουσουλμάνος και να μην μπορεί να φάει χοιρινό, ακόμα κι αν εγώ έχω φτιάξει διαφορετικά το διαιτολόγιό του, μπορεί να είναι μάρτυρας του Ιεχωβά και να μη δέχεται μετάγγιση, ακόμα κι αν εγώ πιστεύω ότι από αυτό κρίνεται η ζωή του».

Ως σημαντικός παράγοντας επίδρασης στις νοσηλευτικές αποφάσεις αναφέρθηκε η πρόγνωση του ασθενή. Ιδιαίτερη μνεία έγινε στους ασθενείς με μικρό προσδόκιμο επιβίωσης από τη νοσηλεία τους στη ΜΕΘ ή στους ασθενείς στο τέλος της ζωής τους. Γι' αυτούς οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι σε γενικές γραμμές μείωναν τον αριθμό και τον τύπο των αποφάσεων παρέμβασης που λάμβαναν για τη φροντίδα τους. Η σταδιακή απόσυρση συνδεόταν με απροθυμία να συνεχίσουν τα υπερβολικά θεραπευτικά μέτρα, ακόμα και διακοπή των άσκοπων –κατ' αυτούς- νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Ως υπερβολικές χαρακτηρίστηκαν εκείνες οι παρεμβάσεις που ήταν πολύπλοκες, επίπονες ή δαπανηρές χωρίς ανταποδοτικό όφελος, είτε οικονομικό, είτε σε επίπεδο ηρεμίας και άνεσης του ασθενή (π.χ από την αιμοδιαδιήθηση μέχρι τη χορήγηση ακριβών φαρμακευτικών σκευασμάτων και τις συνεχείς μετακινήσεις του ασθενούς επί κλίνης). Από την άλλη μεριά επέμεναν σε κοινά μέτρα όπως ο μηχανικός αερισμός σε διασωληνωμένους ασθενείς, η τραχειοβρογχική παροχέτευση, η ενυδάτωση και η θρέψη, θεωρώντας την προσφορά τους ηθική τους υποχρέωση.

N₃: «Υπάρχουν ασθενείς που ξέρουμε ότι σε λίγες ώρες το πολύ θα καταλήξουν, φαίνεται... το καταλαβαίνουμε... παρ' όλα αυτά μπαίνουμε στη διαδικασία να χορηγήσουμε αντιβιώσεις πάρα πολύ ακριβές, να χρησιμοποιούμε PRISMA που τα φίλτρα έχουν υψηλό κόστος, ξέροντας ότι αυτό το οποίο κάνουμε είναι μάταιο. Αυτό ακόμα κι αν έχεις έναν ασθενή που θέλεις να ασχοληθείς μαζί του... σε τραβάει πίσω. Σε κάνει να μην θες να τα προσφέρεις όλα αυτά».

N₄: «Όσο άσχημο κι αν ακουστεί αυτό, που ξέρω ότι θα ακουστεί, όταν ένας ασθενής πρόκειται να καταλήξει... μπαίνεις στη διαδικασία να αναισθητοποιήσεις και να λες δεν θα του αλλάξω... για παράδειγμα... τις πάνες στα χέρια, παρά το γεγονός ότι είναι μούσκεμα, γιατί περιμένεις να πεθάνει... Δεν ακούγεται καθόλου όμορφο και ίσως μερικοί σκεφτούν ότι είναι σημάδι τεμπελιάς, αλλά σε μένα λειτουργεί πιο πολύ να μην τον ταλαιπωρήσω με άσκοπες μετακινήσεις, παρά να φαίνεται καθαρός και τακτοποιημένος.... Έχει βέβαια να κάνει και με τα υλικά που είναι πάντα περιορισμένα».

N₁₆: «Όχι... όχι ... είναι ηθική μας υποχρέωση να τους ταΐσουμε, να τους ξεδιψάσουμε... να τους έχουμε καθαρούς όλους, να αναπνέουν χωρίς δυσκολία, στο μέτρο του δυνατού... μέχρι το τελευταίο δευτερόλεπτο...».

Τέλος, ο συνεργάσιμος και υπάκουος ασθενής ήταν από τα χαρακτηριστικά που επηρέαζαν θετικά τους νοσηλευτές ως προς τη λήψη αποφάσεων φροντίδας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι συνεργάσιμοι ασθενείς τους προδιέθεταν να ασχοληθούν περισσότερο μαζί τους, με ευαισθησία και χιούμορ.

N₃: «Όταν έχεις κάποιον ασθενή, ο οποίος είναι συζητήσιμος, όντως μπορείς να κάνεις ένα επιπλέον βήμα... να ασχοληθείς περισσότερο μαζί του... ή να τον πειράξεις, να του τραγουδήσεις... έεε να κάνεις τη διαδικασία της νοσηλείας λίγο πιο ευχάριστη. Εκεί βλέπεις πώς αντιδρούν οι άνθρωποι, κατά πόσο το δέχονται... που συνήθως το δέχονται».

N₆: « Εγώ όποτε είχα ζύπνιους αρρώστους και ήταν συνεργάσιμοι, είχα τη διάθεση να ασχοληθώ μαζί τους και να τους φροντίσω. Τότε πάντα ήταν πιο ήρεμοι, μπορεί να κοιμόντουσαν το βράδυ, που σε άλλες περιπτώσεις δεν θα το έκαναν... γενικώς όταν έχεις διάθεση και τους μιλάς... ό,τι είδους επαφή έχεις μαζί τους, μάλλον τους κάνει καλό... πάντα είναι καλό».

N₃: «Αν ξέρεις ότι ένας ασθενής έχει μία ανασφάλεια, αισθάνεται μοναξιά, αισθάνεται φόβο και θέλει την παρουσία σου, συνεργάζεται μαζί σου και περιμένει από σένα ... θα βοηθήσεις, θα κάνεις ό,τι περνάει από το χέρι σου».

Αντίθετα, ο «κακός», ο «δύστροπος», ο «κακομαθημένος» ασθενής ήταν πιθανότερο να προκαλέσει την αποστασιοποίηση των νοσηλευτών, το βαρύ και δύσθυμο ύφος τους, την αυστηρότητα και τελικά και να μειώσει τις συνολικές αποφάσεις που λαμβάνονταν γι' αυτόν ή να τις καθυστερήσει σκόπιμα ως «τιμωρία» στην κακή συμπεριφορά του. Αξιοσημείωτο ήταν ότι προκειμένου να δικαιολογήσουν το λιγότερο ενδιαφέρον τους κι επομένως τις λιγότερες αποφάσεις

τους για τον απείθαρχο ασθενή, απέδιδαν κατά τεκμήριο τη συμπεριφορά του σε ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του τελευταίου και όχι σε παθολογικές καταστάσεις που συνδέονταν με τη νοσηλεία στη ΜΕΘ.

N₃: «Όταν μιλάμε για κακό άρρωστο, δεν μιλάμε για τον άρρωστο που δημιουργεί προβλήματα λόγω κατάστασης ή είναι ανήσυχος. Μιλάμε για το δύστροπο ασθενή, ο οποίος μπορεί να γίνει βίαιος είτε λεκτικά, είτε σωματικά... έχοντας όμως πλήρη συνείδηση τι κάνει και που είναι... μιλάμε για τον κακομαθημένο άρρωστο... που θεωρεί ότι είσαι ο υπηρέτης του... Σε αυτόν σαφέστατα θα πας, αλλά αν ξέρεις ότι κάποια πράγματα τα κάνει επίτηδες, γιατί έτσι είναι ο χαρακτήρας του ή έτσι έχει μάθει από το σπίτι του.... θα μπει στη διαδικασία να είσαι αυστηρός μαζί του, να μην είσαι τόσο ανοικτός ως προς την περιποίηση και τον τρόπο που θα του μιλήσεις, αλλά και στην τελική να μην ασχοληθείς τόσο πολύ μαζί του... να ασχοληθείς με κάποιον άλλο που όντως το έχει ανάγκη και δεν χαιδεύεται εκείνη την ώρα.»

N₂: «Δυστυχώς γίνεται... όσο κι αν προσπαθούμε να είμαστε καλοί, ακόμα και με τον πιο δύστροπο... έρχεται κάποια στιγμή.... από την κούρασή σου, όταν τον ακούς για χιλιοστή φορά να χτυπά, πας σε λίγο και δεν πας εκείνη την ώρα, παρότι τον ακούς.»

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.7.

Πίνακας 8.7 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του ασθενή

| ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ | |
|---|---|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Το νεαρό της ηλικίας του ασθενή • Οι θρησκευτικές αντιλήψεις του ασθενή • Ο συνεργάσιμος και υπάκουος ασθενής | <ul style="list-style-type: none"> • Οι γυναίκες ασθενείς • Η παραμελημένη εικόνα του ασθενή • Η διαφορετική εθνικότητα του ασθενή • Η κακή πρόγνωση του ασθενή • Ο απείθαρχος και δύστροπος ασθενής |

2. Χρονική πίεση σχετιζόμενη με το κλινικό πρόβλημα

Οι νοσηλευτές των ΜΕΘ απέδωσαν ιδιαίτερη σημασία στη χρονική πίεση κατά την αναφορά των παραγόντων που επηρέαζαν τις κλινικές τους αποφάσεις. Σε κάποιους συμμετέχοντες οι χρονικοί περιορισμοί αύξαναν τις αποφάσεις καθορισμού προτεραιοτήτων κατά τη φροντίδα, ενώ κάποιοι άλλοι άλλαζαν τις επιλογές τους από ικανοποιητικές σε συμβιβαστικές λύσεις.

N₈: «Και στην εισαγωγή λειτουργείς με χρονική πίεση... πρέπει μερικά πράγματα να τα δεις άμεσα, γιατί αν σου ξεφύγουν και στραβώσει ο άρρωστος.. όχι μόνο σε μένα, σε όλους... ύστερα τρέχεις και δεν προλαβαίνεις. Και η αξιολόγηση είναι προτεραιότητα... δηλαδή στο περιστατικό με την υπαραχνοειδή αιμορραγία, όσο σημαντικό είναι να αξιολογήσεις τα μάτια, αν έρθει για παράδειγμα στραβωμένο αναπνευστικά, βάζεις αυτό σε προτεραιότητα.... δεν νομίζω να καθόταν κάποιος εκείνη την ώρα να δει τα μάτια πρώτα.»

N₁₈: Στο επειγόν δεν αναζητάς την καλύτερη λύση για τον άρρωστο... για να κάτσεις να ελέγξεις τις επιλογές σου... αναζητάς απλά μία λύση».

N₈: «Όταν έχω κάποιο πρόβλημα που πρέπει να δράσω άμεσα;... Εκεί δεν αποφασίζεις το πώς θα κινηθείς. Κινείσαι!! Εννοώ πως το άγχος να σωθεί ο άρρωστος σε κάνει να δρας άμεσα... Τώρα, σωστά, λάθος, δεν ξέρω... πολλές φορές όμως γίνεται το σωστό».

Διάσταση απόψεων υπήρχε στις αναφορές ως προς το ποια επίδραση είχε το άγχος του επειγόντος στους συμμετέχοντες, με κάποιους να δηλώνουν ότι η χρονική πίεση λειτουργούσε αρνητικά σε αυτούς, δημιουργώντας τέτοιας έντασης άγχος, που δεν μπορούσαν να προχωρήσουν σε δράση, ενώ άλλοι θεωρούσαν ότι τους παρακινούσε η πρόκληση για αποτελεσματική δράση σε περιορισμένο χρόνο.

N₁₀: «Δεν λειτουργεί καλά σε μένα τουλάχιστον... με γεμίζει με τέτοιο άγχος... δεν είναι το παραγωγικό το άγχος... εμένα μπορεί να με μπλοκάρει κιόλας από το να πάρω μία σωστή απόφαση. Δεν μπορώ να συνεχίσω σωστά, με λογική σκέψη. Μπορεί να με μπλοκάρει».

N₂: «Εκεί ανεβαίνει η αδρεναλίνη και εκεί είναι που έχει ενδιαφέρον η δουλειά στη Μονάδα... εμένα το άγχος με εξιτάρει».

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι όταν αναγκάζονταν να προβούν σε δράση σε στενά χρονικά περιθώρια, «ρίσκαραν». Η απειλή της ζωής του ασθενή ήταν το μόνο κλινικό πρόβλημα για το οποίο οι νοσηλευτές ήταν διατεθειμένοι να αναλάβουν αυτό το ρίσκο. Διαφορετικά προσπαθούσαν να μεταθέσουν ή να μοιραστούν την ευθύνη με συναδέλφους και συνεργάτες.

N₉: «Δεν θα αφήσεις κάποιον με έξι πίεση... θα ρισκάρεις... εκεί αναλαμβάνεις την ευθύνη».

N₁₄: «Σε μία επείγουσα περίπτωση πρέπει να ζητήσεις άμεσα τη βοήθεια κάποιου άλλου... Πιθανά να θέλεις να δεις μέχρι που σε παίρνει να παρέμβεις, μέχρι που θέλεις να αναλάβεις την ευθύνη και το ρίσκο να παρέμβεις... και μετά ζητάς βοήθεια».

N₁₅: «Εννοείται ότι θα αναζητήσεις βοήθεια... Εκτός αν πεθαίνει κάποιος μπροστά σου και δεν μπορείς να πας ούτε μέχρι το τηλέφωνο, σε άλλη περίπτωση πρέπει να βρίσκεται δίπλα σου και κάποιος άλλος να πάρεις από κοινού αποφάσεις... γιατί καλά αν η λύση που βρήκες ήταν αποτελεσματική ή οι εκτιμήσεις που έκανες ήταν σωστές. Στην περίπτωση που δεν είναι ... αργούν οι υπόλοιποι... να σου ρίξουν όλες τις ευθύνες ότι δεν ήξερες να αξιολογήσεις, δεν υπολόγισες αυτό και εκείνο... ή ό,τι άλλο σκεφτούν... χωρίς να είναι σίγουρο ότι αν βρίσκονταν στη θέση μου θα έκαναν κάτι διαφορετικό».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.8.

5Πίνακας 8.8 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τη χρονική πίεση

| ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ | |
|--|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Η απειλή της ζωής του ασθενή • Η αναγκαιότητα άμεσης παρέμβασης, χωρίς περιθώρια να ζητηθεί βοήθεια | <ul style="list-style-type: none"> • Το μεγάλο άγχος που συνδέεται με τη χρονική πίεση • Η αίσθηση ανάληψης ρίσκου και ευθύνης μεγαλύτερων από αυτά που αναλογούν στο νοσηλευτή. |

3. Πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος

Μία άλλη σημαντική διάσταση σύμφωνα με τους νοσηλευτές, ήταν η δομή του κλινικού προβλήματος. Το σαφές κλινικό πρόβλημα, που συνοδευόταν με αρκετές διαθέσιμες πληροφορίες κατά την εκδήλωσή του, διευκόλυνε τη λήψη αποφάσεων, ενώ αντίθετα η άγνοια ενός ή περισσότερων στοιχείων του προβλήματος καθιστούσε τους νοσηλευτές διστακτικούς ως προς τη διαδικασία.

N₂: «Στην πράξη... κρίνουμε σύμφωνα με την εικόνα του ασθενούς, εφόσον ακόμα δεν έχουμε πληροφορίες... Και για το πιο απλό.... Θέλουμε, ας πούμε, να βάλουμε μία αρτηρία... Το ότι είναι μία σχετικά απλή πράξη... δεν μιλώ για τη δεξιοτέχνη, μιλώ για την απόφαση να τη βάλεις... δεν σε τρομάζει, την παίρνεις της ευθύνη... θα δούμε το σφυγμό, την πίεση, αν έχει οίδημα το χέρι... θα αποφασίσεις να το κάνεις, να μην το κάνεις με βάση την εικόνα... αλλά μπορεί ο ασθενής να έχει χαμηλά αιμοπετάλια... αυτό δεν το ξέρεις από την αρχή. Ειδικά όταν το πρόβλημά του δικαιολογεί μία θρομβοπενία. Εκεί είσαι περισσότερο ... απρόθυμος... ή το ρισκάρεις... είναι ρίσκο ουσιαστικά. Δεν θέλεις να καταλάβεις τα χαμηλά αιμοπετάλια από μία πιθανή αιμορραγία...».

Η πολυπλοκότητα των προβλημάτων συνδεόταν με την αίσθηση ότι δεν υπήρχαν υποδειγματικές περιπτώσεις για το πώς θα αντιμετωπιζόνταν. Έτσι, τα προβλήματα που απαιτούσαν όμοιες νοσηλευτικές αποφάσεις σε γενικές γραμμές για κάθε ασθενή, επιλύονταν με μεγαλύτερη ευκολία, τόσο γιατί υπήρχε αρκετή εμπειρία διαχείρισής τους, όσο και γιατί η διαδικασία λήψης αποφάσεων τυποποιούνταν νοερά στη συνείδηση του κάθε αποφασίζοντα δίκην κλινικού πρωτοκόλλου, καθώς επίσης διευκολύνονταν από τις προβλέψεις που έκανε ο νοσηλευτής για τις πιθανές εκβάσεις του προβλήματος και των σχετικών αποφάσεων. Αντιθέτως, οι αποφάσεις που έπρεπε να ανταποκρίνονται στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή ήταν αφενός πιο δύσκολες στη λήψη τους, αλλά ικανοποιούσαν περισσότερο τους νοσηλευτές.

N₃: «Η Μονάδα ήταν κυρίως καρδιοχειρουργική... Τα περιστατικά ήταν σε εισαγωγικά πανομοιότυπα, ερχόντουσαν ίδια... Οπότε υπήρχαν κάποιες πολύ συγκεκριμένες αποφάσεις που έπρεπε να πάρεις από την παραλαβή του ασθενή... εκεί θέλεις η εμπειρία στα

συγκεκριμένα προβλήματα, θέλεις η δράση που γίνεται από όλους σε συγκεκριμένα στάδια, σαν πρωτόκολλο, ακόμα κι αν δεν είναι γραπτό, θέλεις ότι ξέρεις τι να περιμένεις παρακάτω ... ε, απλοποιείται η διαδικασία».

N₁₃: «...Όταν μία διαδικασία δεν τη συναντάς τόσο συχνά, ή πρέπει να την προσαρμόσεις στον άρρωστο, τότε είναι κάτι ενδιαφέρον, πιο δύσκολο μεν, αλλά σε βγάζει από τη ρουτίνα και τότε ας πούμε χαίρεσαι, διότι κάνεις κάτι διαφορετικό, νιώθεις ότι δημιούργησες, νιώθεις ότι έμαθες».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.9.

Πίνακας 8.9 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με την πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος

| ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | |
|--|---|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Διαθεσιμότητα πληροφοριών για το συγκεκριμένο πρόβλημα • Παρόμοιες αποφάσεις για παρόμοια προβλήματα • Εμπειρία διαχείρισης του προβλήματος • Νοερή τυποποίηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων • Ικανότητα πρόβλεψης των πιθανών εκβάσεων ή / και των συνεπειών της απόφασης | <ul style="list-style-type: none"> • Άγνοια στοιχείων του προβλήματος • Ανομοιομορφία πληθυσμού ασθενών • Έλλειψη κλινικής εμπειρίας σε περιβάλλον ΜΕΘ |

- Πυρηνική Κατηγορία II. Παράγοντες σχετιζόμενοι με τον αποφασίζοντα

Οι θεματικές κατηγορίες που ταξινομήθηκαν στην κοινή πυρηνική κατηγορία των παραγόντων που σχετίζονταν με τον αποφασίζοντα νοσηλευτή ήταν α) το γνωστικό υπόβαθρό του, β) η γνώση του ασθενή, γ) οι ικανότητες του αποφασίζοντα και δ) τα κίνητρά του.

1. Γνωστικό υπόβαθρο του αποφασίζοντα νοσηλευτή

Οι γνώσεις ήταν ο προεξάρχων παράγοντας, τον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούσαν σημαντικό για τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Αρχικά, αναγνωρίστηκε η συμβολή των επιστημονικών και θεωρητικών γνώσεων στην ασφαλή λήψη κλινικών αποφάσεων ή την απόρριψη των ξεπερασμένων θεραπευτικών μέτρων για τον ασθενή.

N₁: «Παίζουν ρόλο και οι γνώσεις των νοσηλευτών... Γιατί είναι επιστήμονας υγείας... Είμαστε επιστήμονες υγείας και πρέπει να έχουμε γνώσεις.... Μόνο με τις γνώσεις μπορείς να κάνεις με ασφάλεια κάτι, αλλά και να αρνηθείς κάτι που σου αναθέτουν... εμπειριστατωμένα.

Εγώ έχω αρνηθεί πράξη που μου ανέθεσαν. Είπα διαβάστε στο (συγκεκριμένο βιβλίο), σελίδα τάδε, η τεχνική που μου προτείνεται δεν ισχύει πλέον από το 1988. Εγώ αυτό το πράγμα δεν το κάνω».

N₁₅: «Εγώ νομίζω ότι είναι θέμα γνώσεων... Ένας άνθρωπος που δεν γνωρίζει, δεν έχει διαβάσει, δεν έχει ανανεώσει τη γνώση του, δεν ξέρει, δεν ξέρει πώς αντιμετωπίζονται τα προβλήματα στη ΜΕΘ... Εκεί θέλει κάποιον να έρθει να του δώσει τη λύση έτοιμη. Ενώ όταν έχει γνώσεις, έχει διαβάσει λίγο στη ζωή του, είναι πιο αποτελεσματική η δράση του και πιο σωστή».

Εξίσου σημαντικές θεωρήθηκαν και οι γνώσεις που προέρχονταν από την κλινική εμπειρία και τα προσωπικά επαγγελματικά βιώματα.

N₃: «Η εμπειρία έχει μεγάλη σημασία... Όσοι μιλάνε για ψυχραιμία, για ρίσκο, για ευθύνη βρίσκονται σε θέση ισχύος... Έχουν μεγάλη εμπειρία σε Μονάδες, έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν τα επείγοντα.... εγώ μπήκα σε αν χώρο που δεν είχα κλινική εμπειρία και το αποτέλεσμα... όχι απλά αγχώνομαι... παραλύω οποιαδήποτε ώρα με βγάζει κάτι εκτός προγράμματος».

Ιδιαίτερη αξία δόθηκε στις τεχνικές γνώσεις που ήταν απαραίτητες για την εκτέλεση νοσηλευτικών παρεμβάσεων, που σε κάποιες περιπτώσεις μπορούσαν να αποδειχτούν οι βασικότερες των γνώσεων που διέθεταν οι νοσηλευτές.

N₅: «Πρέπει να έχει και γνώση πώς γίνονται κάποιες δουλειές. Γιατί εκεί μιλάμε για αποκλειστικά νοσηλευτικές αποφάσεις, που εκτός από συνάδελφο δεν πρόκειται να σε βοηθήσει κανένας άλλος. Παράδειγμα, μπορεί να σου ζητήσουν επείγουσα θωρακοτομή. Και 'γω δεν ξέρω και τυχαίνει και συνάδελφοι που είμαστε μαζί να μην ξέρουν τι υλικά να φέρουμε. Δεν θα σου πει ο γιατρός τι υλικά να φέρεις. Υποτίθεται τα ξέρεις και τα φέρνεις. Και κει δεν είναι θέμα το κάνω σιγά - σιγά και να το σκεφτώ, είναι το κάνω τώρα. Πέστε μου δεν είναι πολύτιμες οι γνώσεις τι υλικά να φέρω για να αρχίσει και να ολοκληρωθεί η διαδικασία, χωρίς να βολοδέρνω μεταξύ κρεβατιού και αποθήκης; Πολύ περισσότερο από το να ξέρεις γιατί γίνεται θωρακοτομή; Τι έκανε ο άρρωστος και ζητήθηκε θωρακοτομή;...».

Ένα είδος γνώσης που εκτιμήθηκε όσο και οι υπόλοιπες γνώσεις των νοσηλευτών ήταν αυτό του χειρισμού του τεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται για τον ασθενή στη ΜΕΘ. Ωστόσο, οι συμμετέχοντες επισήμαναν πως η χρήση της τεχνολογίας στη ΜΕΘ και η ενσωμάτωσή της στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων είναι ευεργετική και ωφέλιμη, αρκεί οι αποφάσεις να μην περιορίζονται από αυτή.

N₁₄: «Η τεχνολογία που υπάρχει στη ΜΕΘ βοηθάει τους νοσηλευτές να πάρουν αποφάσεις. Σαν τυφλός είσαι, αν δεν την έχεις ή δεν τη χρησιμοποιείς. Αυτό θα έλεγα είναι ένα πρόσθετο είδος γνώσης που διαφοροποιεί την εντατική νοσηλευτική από κάθε άλλη ειδικότητα της κλινικής Νοσηλευτικής».

N₁₆: «Τα τεχνολογικά μέσα δεν είναι μόνο βοηθητικά. Μερικές φορές μπορούν ή να σε μπερδεύουν ή να σε απομακρύνουν και από τον ίδιο τον άρρωστο. Το αν θα μας απομακρύνει, όμως, είναι και πάλι νοσηλευτική απόφαση. Αν καταπιανόμαστε μόνο με το να παρακολουθούμε το καρδιογράφημα και παίρνουμε μόνο αέρια για να εκτιμήσουμε τις τιμές τους και δεν βλέπουμε τον άρρωστο ολιστικά και αυτό δική μας απόφαση είναι. Η τεχνολογία δεν μπορεί να φταίει από μόνη της...».

N₁₃: «Υπάρχει και κάτι χειρότερο... να έχεις το μόνιτορ μπροστά σου και αντί να αποφασίζεις εσύ πότε θα το βλέπεις, να αποφασίζει αυτό... δηλαδή να περιμένεις πότε θα χτυπήσει ο συναγερμός... και αυτό είναι μεγάλο πρόβλημα. Η τεχνολογία μπορεί να σε βοηθήσει πάρα πολύ, αρκεί εσύ να θες και να ξέρεις να βοηθηθείς».

Τέλος, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι η γνώση του Κανονισμού και των διαδικασιών λειτουργίας της ΜΕΘ και ολόκληρου του νοσοκομείου είναι απαραίτητη και κάθε νοσηλευτής οφείλει να είναι ενήμερος.

N₅: «Καθοριστική γνώση για τις αποφάσεις μας, κυρίως σε επίπεδο διασύνδεσης με άλλα τμήματα ή σε επίπεδο αρμοδιοτήτων, είναι και η γνώση των διαδικασιών του νοσοκομείου ή της Μονάδας. Πρέπει να ξέρεις πως είναι οργανωμένο το νοσοκομείο και τις υποχρεώσεις σου μέσα σ' αυτό».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.10.

Πίνακας 8.10 Βοηθητικοί παράγοντες-Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το γνωστικό υπόβαθρο του αποφασίζοντα νοσηλευτή

| ΓΝΩΣΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | |
|--|---|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • οι επιστημονικές γνώσεις στο αντικείμενο της εντατικής νοσηλευτικής • η κλινική εμπειρική γνώση • οι τεχνικές γνώσεις για την εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων • η γνώση ορθής χρήσης της τεχνολογίας • η γνώση του Εσωτερικού Κανονισμού της ΜΕΘ και του Νοσοκομείου | <ul style="list-style-type: none"> • η έλλειψη θεωρητικών γνώσεων • η απειρία ή ο ελάχιστος χρόνος προϋπηρεσίας μέσα στην ίδια ΜΕΘ • η έλλειψη γνώσεων για το πώς γίνονται οι νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη φροντίδα του βαρέως πάσχοντα • η υπερβολική ή η ανορθολογική χρήση της τεχνολογίας • η άγνοια των διαδικασιών, των υποχρεώσεων και των αρμοδιοτήτων |

2. Γνωρίζοντας καλύτερα τον ασθενή

Η γνώση του ασθενή αναφέρθηκε ως ένας πολύ σημαντικός παράγοντας κατά τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ. Αυτή αποκτιόταν μετά από εξοικείωση των δεύτερων με τα προβλήματα και τις αντιδράσεις του πρώτου κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Οι νοσηλευτές δημιουργούσαν μία βάση δεδομένων για κάθε νοσηλευόμενο στη ΜΕΘ, ώστε να έχουν μέτρο σύγκρισης με

νεότερα δεδομένα. Με αυτόν τον τρόπο, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να αναγνωρίσουν εγκαίρως τα προβλήματα των ασθενών, να παρεμβαίνουν με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και αυτονομία, καθώς και να κάνουν προβλέψεις για τις πιθανές εκβάσεις.

N₂: «Κι αν τον ξέρεις τον ασθενή, τον έχεις ξαναπάρει, έχει ξανακάνει τα ίδια συμπτώματα, μπορεί εκείνη τη στιγμή να πάρεις μία δική σου απόφαση, χωρίς να καλέσεις το γιατρό...».

N₁₂: «Δεν μπορούμε να πάρουμε απόφαση για το αν θα κάνουμε ινσουλίνη ή όχι; Αφού εγώ είμαι δίπλα του, εγώ κάνω τις μετρήσεις και την παρακολούθησή του. Εγώ θα καταλάβω πρώτη ότι απορρυθμίζεται ή θα συνδυάσω ότι το σάκχαρο έχει εκτραπεί, γιατί έπεσε λίγο γρηγορότερα το φαγητό... Αν και με τους γιατρούς δεν βρίσκεις άκρη. Μπορούν τη μία φορά να σου πουν «μα καλά, για την ινσουλίνη με ρωτάς ή κάνε ό,τι καταλαβαίνεις» και την άλλη φορά να σου πουν «γιατί την έδωσες μόνη σου;» Μα δεν μπορώ να δώσω σε έναν ασθενή που τον ξέρω κιόλας. Δεν λέμε σε έναν καινούριο ασθενή. Που έχεις διαβάσει το ιστορικό του, είσαι οργανωμένος, δεν πας έτσι τυχαία. Έχεις διαβάσει το ιστορικό του, ξέρεις τι γίνεται με αυτόν τον ασθενή...».

N₂₂: «Για να μετρήσω ζωτικά πιο συχνά ή πιο αραιά πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; Ή για να κάνω μία παρέμβαση στο ρυθμό χορήγησης ενός διαλύματος, όταν ο άρρωστος κάνει μία επιπλοκή εξαιτίας του, ρίχνει ραγδαία πίεση... θα πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; ... Αφού τον παρακολουθώ συνεχώς. Γνωρίζω ότι ο άρρωστος αυτός θέλει περίπου τόσο να πέφτει το διάλυμα για να είναι σταθερός.... Αλλά και να προσπαθήσουν να μου στερήσουν αυτή τη δυνατότητα ή αν θέλω να αποφύγω τις κριτικές ή τις συγκρούσεις, εφαρμόζουμε στη δουλειά μας ένα νοσηλευτικό πλάνο και για κάθε πιθανή επιπλοκή ή κάθε πιθανή εκδήλωση του αρρώστου προβλέπουμε να συνεννοηθούμε με το γιατρό για το ποια θα είναι η άμεση αντίδραση. Και τότε δεν θα είχαμε τέτοια προβλήματα, ούτε θα νιώθαμε τόσο μεγάλο περιορισμό στις κινήσεις μας. Δεν θα είχαμε το κάνε αυτό, θα είχαμε ένα εύρος κινήσεων».

Ακόμα, η γνώση των ιδιαίτερων αντιδράσεων του ασθενή πρόσφερε στους νοσηλευτές βαθύτερη κατανόηση των αντοχών του, ώστε να μην τις υπερβαίνουν κατά τη νοσηλευτική του φροντίδα.

N₂₀: «Θέλω να τον ξέρω τον ασθενή, να τον έχω δει και σε άλλες βάρδιες. Όποτε παίρναμε έναν ασθενή για κάποιες βάρδιες κολλητά, άλλοι παραπονούνταν, εμένα όμως με εξυπηρετούσε να τον μαθαίνω κάθε μέρα και καλύτερα, να ξέρω τις αντιδράσεις του, τα όρια του... δεν αντέχουν όλοι το ίδιο στην εντατική νοσηλεία. Γύρνα τον από δω, κινητοποιήσε τον από την άλλη, κάνε αναρροφήσεις, τρύπα τον για σάκχαρο... κάποια στιγμή δεν θα αντέξει».

Τέλος, η γνώση του ασθενή οδηγούσε με την πάροδο του χρόνου σε επαρκή συνολική εμπειρία για έναν ειδικό πληθυσμό ασθενών με παρόμοια προβλήματα, Έτσι, οι νοσηλευτές προέβλεπαν με μεγαλύτερη ευκολία και ακρίβεια την εξέλιξη των πιο κοινών προβλημάτων και καλλιεργούσαν την ικανότητα οργάνωσής τους, προκειμένου να τα αντιμετωπίσουν.

N₂₁: «Τα περιστατικά που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ δεν είναι εντελώς διαφορετικά κάθε φορά... Ανάλογα με τις ιατρικές ειδικότητες που διαθέτει η ΜΕΘ, οι ασθενείς θα είναι αναπνευστικοί, είτε καρδιολογικοί, είτε καρδιοχειρουργικοί... Με τον καιρό μαθαίνεις όλες τις πιθανές επιπλοκές που μπορούν να εκδηλώσουν και τον τρόπο που διορθώνονται... Επομένως η γνώση αυτή σε βοηθά να αποφασίσεις σε κάθε όμοια περίπτωση».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.11.

Πίνακας 8.11 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τη γνώση του ασθενή

| ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ | |
|--|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • η ενημέρωση για την πορεία του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του από διάφορες πηγές • η γνώση των αντιδράσεων του ασθενή σε παρόμοιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις • η γνώση των ορίων του ασθενή • η επαρκής εμπειρία με ασθενείς με παρόμοια προβλήματα | <ul style="list-style-type: none"> • η κριτική και τα εμπόδια στη διερεύνηση του κάθε ασθενή ξεχωριστά. • οι περιορισμοί των νοσηλευτικών πρωτοβουλιών από το ιατρικό προσωπικό. |

3. Ικανότητες του αποφασίζοντα νοσηλευτή

Σημαντικοί παράγοντες για τη λήψη των κλινικών αποφάσεων ήταν, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες και οι ικανότητες των νοσηλευτών. Οι απόψεις τους ήταν ότι ένας νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τουλάχιστον δύο βασικά έμφυτα γνωρίσματα: υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης και υψηλό βαθμό αυτογνωσίας.

Η ενσυναίσθηση θεωρούνταν θεμελιώδης ικανότητα του νοσηλευτή προκειμένου να κατανοεί τη συμπεριφορά, τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις ανάγκες, τις προσδοκίες του ασθενή.

N₃: «Ενσυναίσθηση πρέπει να έχεις σε μεγάλο βαθμό. Να μπορείς να καταλάβεις ότι ο ασθενής είναι άνθρωπος. Γιατί ακόμα και να μην ξέρεις πώς να τον χειριστείς κλινικά με τον καλύτερο τρόπο, και μόνο που μπορείς να του πιάσεις το χέρι ή να του μιλήσεις ή να τον χαϊδέψεις, ή να του χαμογελάσεις, ενδεχομένως να ανταποκριθεί θετικά».

Από την άλλη μεριά, η αυτοπεποίθηση και η εμπιστοσύνη στις ατομικές δεξιότητες, σε συνδυασμό με τη συγκράτηση των συναισθημάτων και της παρορμητικότητας αντανακλούσαν τις προσπάθειες ενός έντονου εσωτερικού κινήτρου των νοσηλευτών να ισορροπήσουν το ισχυρό εγώ τους προς όφελος του ασθενούς.

N₁₆: «Αυτοπεποίθηση χρειαζόμαστε και εμπιστοσύνη στις ικανότητές μας να πάρουμε σωστές αποφάσεις. Οι καιροί έχουν αλλάξει. Κανένας δεν μπορεί να μας περιορίζει με τις αναχρονιστικές του αντιλήψεις για το πώς πρέπει να δουλέψουμε με τον άρρωστο. Εμείς είμαστε επαγγελματίες... έχουμε ευθύνη απέναντι του και απέναντι στους εαυτούς μας να εφαρμόσουμε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις γνώσεις μας και να έχει η δουλειά μας μία ποιότητα».

N₇: «Μπορούμε να πάρουμε αποφάσεις... πολλές αποφάσεις στη ΜΕΘ. Αλλά αυτή η δυνατότητα, δεν σημαίνει ότι πρέπει να μας συνεπάρει. Δεν μπορούμε να πάρουμε αποφάσεις για τα πάντα. Και εκτός αρμοδιότητάς μας είναι και κανένας δεν τα ξέρει όλα. Καλό είναι να συγκρατούμε τον αυθορμητισμό μας και να αλληλοσυμπληρωνόμαστε».

N₈: «Η παρατηρητικότητα των νοσηλευτών ή και η διαίσθησή τους έχει σώσει αναμφισβήτητη ανθρώπους. Θέλει όμως προσοχή στο χειρισμό της. Δεν λύνονται όλα τα προβλήματα με τη διαίσθηση. Μπορεί να οδηγήσει σε βιαστικές λύσεις, εκεί που έχεις χρόνο να το ψάξεις καλύτερα».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.12.

Πίνακας 8.12 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τις ικανότητες του αποφασίζοντα νοσηλευτή

| ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | |
|---|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • αυτοπεποίθηση του αποφασίζοντα και εμπιστοσύνη στις ικανότητές και δεξιότητές του • επίγνωση των δυνάμεων του αποφασίζοντα νοσηλευτή και των ορίων του • ενσυναίσθηση | <ul style="list-style-type: none"> • παρορμητικότητα και λανθασμένη εφαρμογή της διαίσθησης • αναχρονιστικές αντιλήψεις συνεργατών και περιορισμοί |

4. Κίνητρα του αποφασίζοντα νοσηλευτή

Κατά τις ομαδικές συζητήσεις έγινε αναφορά σε κάποια εσωτερικά και εξωτερικά κίνητρα, που δραστηριοποιούσαν τους νοσηλευτές προς τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Τα εξωτερικά κίνητρα που αναφέρθηκαν δραστηριοποιούσαν τους νοσηλευτές εξαιτίας εξωτερικών συνεπειών. Συγκεκριμένα, η αναγνώριση της νοσηλευτικής συνεισφοράς στη φροντίδα από τον ασθενή ή την οικογένειά του και ο έπαινος από τους προϊστάμενους ήταν δύο εξωτερικές αμοιβές, που οι νοσηλευτές ανέφεραν πως είχαν ανάγκη προκειμένου να ενισχυθεί η επιθυμία τους για λήψη αποφάσεων.

N₁₀: «Όταν με πονάνε τα πόδια μου από τη δουλειά και έχω ξεθεωθεί για έναν ασθενή, θα ήθελα να ακούσω από την οικογένεια ένα ευχαριστώ ή από αυτόν αν είναι σε θέση να το πει. Θα ήθελα ακόμα μία επιβράβευση από την προϊσταμένη... όχι πολλά λόγια ή εύφημο μνεία...

ένα κάτι που να δείχνει ότι πήρε χαμπάρι τον κόπο του νοσηλευτή, ότι εκτίμησε την προσπάθεια που κατέβαλε το προσωπικό, που ξεπερνά σε πολλές περιπτώσεις τις επαγγελματικές μας υποχρεώσεις... κάτι που να σου δώσει το κίνητρο να επαναλάβεις αυτό που έκανες...».

Ως εσωτερικά αναφέρθηκαν κίνητρα που δραστηριοποιούσαν τους νοσηλευτές με την απουσία εξωτερικής αμοιβής, μόνο επειδή σε αυτές τις συμπεριφορές έβρισκαν εφαρμογή οι επαγγελματικές τους αξίες, όπως ο αλτρουισμός, η προσφορά, η φροντίδα των ασθενών, η ευεργεσία και η μη βλάβη.

N₁: «Όταν παίρνεις αποφάσεις και οι αποφάσεις είναι ρεαλιστικές και πραγματικές και βλέπεις αποτελέσματα, εμένα προσωπικά αυτή είναι η ικανοποίησή μου. Η ικανοποίηση ήταν ότι βγάλαμε το παιδί αυτό (ασθενής) από τη Μονάδα και το φροντίσαμε καλά. Εμένα αυτή ήταν η ικανοποίησή μου. Δεν με ενδιέφεραν τα λεφτά, δεν με ενδιέφεραν οι μίζες και όλα αυτά τα πράγματα... που ξέρουμε πως υπάρχουν στη ΜΕΘ... ή η προβολή. Με ενδιέφερε ότι βγήκε ο άνθρωπος αυτός από κει μέσα. Κάναμε κάτι καλό γι' αυτόν. Όταν όλοι τον είχαν ξεγραμμένο...».

N₃: «... Για παράδειγμα σε έναν ασθενή τον οποίο τον έχουν αφήμενο στη μοίρα του, ξέρουν ότι δεν υπάρχει προσδόκιμο, δεν έχουν κάτι να περιμένουν, πολλές φορές έχει τύχει να είναι σε T, να ρίχνει κορεσμό, εε και να μην σε αφήνουν να τον συνδέσεις στον αναπνευστήρα, γιατί απλά δεν έχει... νόημα. Αλλά είναι στο χέρι του νοσηλευτή κατά πόσο θα κάτσει να δει τον ασθενή να σκάσει κυριολεκτικά ή κατά πόσο θα ακολουθήσει την εντολή του γιατρού... γιατί εσένα σε έβαλαν εκεί και σου ανέθεσαν να βοηθήσεις τον άρρωστο...».

Αντιθέτως, όταν οι επαγγελματικές υποχρεώσεις συγκρούονταν με τις επαγγελματικές αξίες των συμμετεχόντων, οι νοσηλευτές αποθαρρύνονταν, απογοητεύονταν, ματαιώνονταν οι προσδοκίες τους, εκδηλώσεις που πολλοί εύστοχα χαρακτήρισαν ως πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση.

N₃: «Εγώ νομίζω ότι (ευθύνεται) και η ματαιότητα του ίδιου του επαγγέλματος. Δηλαδή όταν έχουμε ασθενείς σε 14 κρεβάτια, που τους φροντίζουμε εντατικά, κουραστικά, εξαντλητικά και γι' αυτούς ίσως, αλλά σίγουρα για μας, και από αυτούς θα επιβιώσουν οι δύο, αυτό και μόνο βαραίνει το νοσηλευτή. Καταλαβαίνει ότι κάνει κάτι χωρίς αντίκρισμα... με αποτέλεσμα να προτιμά μία επαναλαμβανόμενη ρουτίνα, που κάνει κάποια πράγματα μηχανικά... δηλαδή του στερεί κάθε θέληση να πάει στη δουλειά του, τον απογοητεύει η δουλειά του από τη στιγμή που ξέρει πως αυτός που θα φροντίσει σήμερα θα πεθάνει, δεν έχει νόημα...».

N₆: «Μας κουράζει αυτή η δουλειά και μας τρώει... το burnout...σου ρουφά όλη την επιθυμία, την ενέργεια, τα κίνητρα να ασχοληθείς λίγο περισσότερο με τον άρρωστο».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.13.

Πίνακας 8.13 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τα κίνητρα του αποφασίζοντα νοσηλευτή

| ΚΙΝΗΤΡΑ ΤΟΥ ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ | |
|---|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • ρεαλιστικές προσδοκίες • ενδιαφέρον για τη φροντίδα • αλτρουισμός • ευεργεσία • μη βλάβη • αναγνώριση • έπαινος | <ul style="list-style-type: none"> • ματαιώση • επαγγελματική εξουθένωση • έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου • ανεπαρκής ηγεσία • μειωμένος έλεγχος και περιορισμένη αυτονομία στην παροχή φροντίδας |

- Πυρηνική Κατηγορία III. Παράγοντες σχετιζόμενοι με το πλαίσιο λήψης απόφασης

Οι θεματικές κατηγορίες που ταξινομήθηκαν στην κοινή πυρηνική κατηγορία των παραγόντων που σχετίζονταν με το πλαίσιο λήψης απόφασης ήταν α) το στρες στο περιβάλλον της ΜΕΘ, β) το επαγγελματικό πλαίσιο άσκησης της νοσηλευτικής στη ΜΕΘ, γ) η οργάνωση και η διοικητική λειτουργία της ΜΕΘ, δ) οι σχέσεις του αποφασίζοντα με τους συνεργάτες και ε) το εργασιακό κλίμα στη ΜΕΘ.

1. Στρες στο περιβάλλον της ΜΕΘ

Αν και στις ομαδικές συζητήσεις οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε ένα γενικότερο εργασιακό στρες που προέκυπτε από το άγχος του ρόλου τους στη ΜΕΘ, τις συγκρουόμενες απαιτήσεις από τους άλλους και από τους εαυτούς τους, την υπερφόρτιση όταν η εργασία ήταν επείγουσα, δύσκολη ή πάρα πολλή σε ποσότητα, όταν ρωτήθηκαν για τους παράγοντες που επιδρούσαν στις κλινικές τους αποφάσεις διαχώρισαν και επεσήμαναν κάποιες ιδιαίτερες δυσκολίες που σχετίζονταν ειδικά με το περιβάλλον της ΜΕΘ.

Οι διακοπές κατά την εργασία αναφέρθηκαν από όλους ως πολύ συχνές στη ΜΕΘ και υπεύθυνες για την απόσπαση της προσοχής των νοσηλευτών και τη μη ολοκλήρωση μίας εργασίας. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, όμως, εκλαμβάνονταν ως έλλειψη σεβασμού στο ρόλο και την εργασία του νοσηλευτή.

N₇: «Είναι και αυτές οι διακοπές... οι συνεχείς διακοπές της δουλειάς σου, γιατί όλων των υπολοίπων η δουλειά προηγείται εκτός από τη δική σου. Είσαι συγκεντρωμένος σε έναν άρρωστο, να κάνεις προσεκτικά τη φροντίδα του και επειδή δεν υπάρχει ένταση και αλαλαγμός, πιστεύουν ότι εσύ χαζολογείς... Και σου λένε έλα σε άλλο περιστατικό. Με αποτέλεσμα ή να συγκρούεσαι, γιατί θα του την πεις, ή να αποσπάται η προσοχή σου, ή να

αφήνεις τη δουλειά μισή και να την ξεχνάς και να σου έρχεται μετά από κάνα τρίωρο ότι δεν την τελείωσες... στην τελική, η συμπεριφορά αυτή δείχνει πλήρη απαξίωση της νοσηλευτικής εργασίας... σου το δείχνουν.... δεν έχει σημασία η δική σου δουλειά... είναι βοηθητική. Προηγείται η δική μου, των γιατρών εννοώ... Γι' αυτό και να σε δουν να έχεις τον άρρωστο γυρισμένο, δεν κάνουν πίσω... σου ζητούν να διακόψεις».

N₅: «Και αυτό που μέχρι να κάνεις κάτι σε σταματάνε 15 φορές και μετά το ξεχνάς ή κουράζεσαι και γι' αυτό δεν το κάνεις ή το αναβάλλεις....».

Απόσπαση της προσοχής περιγράφηκε και από τους συνεχείς και θορυβώδεις συναγεμμούς που σημαίνουν στη ΜΕΘ και διακόπτουν ενίοτε τη νοσηλευτική εργασία.

N₁₂: «Είναι και ο εξοπλισμός στη ΜΕΘ που κάνει πολύ θόρυβο, πολλές φορές μπορεί να σε κουράσει, να σου διασπάσει την προσοχή... η Μονάδα έχει στρεσογόνα στοιχεία που μπορεί να σου αναστείλουν τις αποφάσεις... όχι βέβαια όταν έχεις μία ανακοπή να πεις δεν φέρνω τον απινιδωτή... μία υποδεέστερη απόφαση».

Αναφορικά με το χώρο της ΜΕΘ και την επίδρασή του στη λήψη αποφάσεων, οι αναφορές ήταν διφορούμενες. Μερικοί νοσηλευτές αναγνώρισαν ότι οι κοντινές αποστάσεις μεταξύ των επιμέρους τμημάτων της ΜΕΘ ήταν βοηθητικές στη λήψη αποφάσεων. Κάποιοι άλλοι θεώρησαν ότι στο χώρο της ΜΕΘ υπάρχει υπερβολικά μεγάλος αριθμός υλικών και εξοπλισμού, που εμποδίζει την ομαλή ροή εργασίας.

N₁₁: «Μόνο και μόνο που οι αποστάσεις είναι πιο κοντινές, μπορείς εύκολα μέσα στη Μονάδα να κάνεις κάτι παραπάνω. Είναι όλα κοντά, όσο το δυνατό δηλαδή, είναι δίπλα, έχεις βοήθεια, επειδή τις περισσότερες φορές και ο άλλος είναι δίπλα και νομίζω ότι μπορείς να δουλέψεις πιο εύκολα. Άρα και να πάρεις πιο πολλές αποφάσεις».

N₁₆: «Αν δεν μπουκώνει το βλέμμα σου με το που μπαίνεις στη ΜΕΘ είναι πολύ καλό. Αναγνωρίζεις μία τάξη... η οποία μεταφέρεται και στην εργασία σου. Δεν βρίσκεται η σκέψη και οι πράξεις σου σε πλήρη αταξία».

N₁₂: «Ο χώρος μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στις αποφάσεις μας. Γιατί όταν είναι όλα μαζεμένα, γιατί παραείναι μαζεμένα... έχει πάρα πολλά υλικά... στατό, μόνιτορ, κρεβάτι... όλα το ένα δίπλα στο άλλο... το μηχάνημα του νεφρού, ο αναπνευστήρας... για να πιάσεις την αμπού πρέπει να γίνεις τираμόλας...».

N₁₀: «Φταίμε και εμείς για το φόρτωμα και το στοίβαγμα στο χώρο... θα μπορούσαμε να αλλάζουμε θέση στα αντικείμενα, ώστε να μας βολεύει περισσότερο. Έχουμε δυσκολία όμως με την οργάνωση του χώρου. Και σε ατομικό επίπεδο, ο καθένας μας που δεν κάνει μία απλή αλλαγή και σε συλλογικό επίπεδο, το προσωπικό του Τμήματος που δεν αποφασίζει από κοινού να αλλάξει τα πράγματα που το εμποδίζουν και το ενοχλούν. Εντάξει... δεν μπορώ να παραβλέψω ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχει γίνει σωστός σχεδιασμός των χώρων από την αρχή, αλλά είναι πολλές οι φορές που η λύση είναι μπροστά μας και δεν τη βλέπουμε».

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά έγινε στην κόπωση που προερχόταν από τη μεγάλη σωματική επιβάρυνση στη ΜΕΘ, το υπερβολικό φόρτο εργασίας λόγω της σημαντικής υποστελέχωσης και το πιεστικό νοσηλευτικό ωράριο.

N₁₃: «...Επίσης είναι και οι συνθήκες που δουλεύουμε. Όταν κάποιος νοσηλευτής δουλεύει την τρίτη του νύχτα, έχει τρεις και τέσσερις ασθενείς, γιατί προσωπικό δεν υπάρχει, δεν επιδρά στις αποφάσεις του; Η σωματική του κόπωση ή η ψυχική και η πνευματική του κόπωση θα τον θέτουν στην ίδια εγρήγορση; Πόσο αποτελεσματικός μπορεί να είναι; Δεν θα μπει στη διαδικασία να αναβάλλει πράγματα για τον πρωινό (νοσηλευτή) που θα είναι πιο ξεκούραστος;».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.14.

Πίνακας 8.14 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το στρες στο περιβάλλον της

| ΣΤΡΕΣ ΣΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΜΕΘ | |
|--|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • Κοντινές αποστάσεις των επιμέρους τμημάτων της ΜΕΘ • Εγγύτητα με το συνάδελφο και συνεργάτη | <ul style="list-style-type: none"> • Συχνές διακοπές από τρίτους • Έντονος θόρυβος • Κακή οργάνωση του χώρου • Κακός αρχικός σχεδιασμός της ΜΕΘ • Κόπωση των νοσηλευτών |

2. Επαγγελματικό πλαίσιο άσκησης της Νοσηλευτικής στη ΜΕΘ

Το πλαίσιο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος στη ΜΕΘ ήταν αφορμή για να ενταθούν οι ομαδικές συζητήσεις για τους φραγμούς στις νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις. Τα ασαφή επαγγελματικά δικαιώματα των νοσηλευτών θεωρήθηκαν σημαντική αιτία περιορισμού τους από το δικαίωμα λήψης των κλινικών αποφάσεων που η εκπαίδευσή τους επέτρεπε, ενώ αντίστροφα η επαγγελματική κατοχύρωσή τους θεωρούνταν ικανό διέξοδο προς την ανάληψη περισσότερων ευθυνών στη ΜΕΘ.

Συγκεκριμένα, πολλές από τις αποφάσεις που λάμβαναν στη ΜΕΘ θεωρούσαν ότι τις παίρνουν άτυπα ή κρυφά εξαιτίας της έλλειψης σχετικής αρμοδιότητας. Ακόμα και η εξουσιοδότηση, που λάμβαναν συχνά και ανεπίσημα από το ιατρικό προσωπικό, δεν θεωρούνταν από τους συμμετέχοντες αρκετή για να μεταβιβαστεί σε αυτούς η δικαιοδοσία λήψης κλινικών αποφάσεων.

N₃: «Είναι πολλές φορές που παίρνεις κάποιες αποφάσεις για πράγματα που δεν έχεις αρμοδιότητα, αλλά δεν μπορείς να μην το κάνεις... γίνεται στα πλαίσια της συνεχούς

παρακολούθησης. Δηλαδή φανταστείτε έναν ιδιαίτερα ασταθή ασθενή, που χρειάζεται αυξομείωση των δόσεων των αγγειοσυσπαστικών, των καταστολών, των ινοτρόπων ανά λεπτό, χωρίς να είναι και τόσο υπερβολή. Είναι δυνατόν να μείνει ο γιατρός όλη την ώρα δίπλα στον άρρωστο για να διορθώνει τις αντλίες (εννοεί τις δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνται με αντλίες έγχυσης); Σας το λέω με 100% σιγουριά πώς όχι. Θα κάνει καμιά δύο αλλαγές και αν αντιληφθεί πως χρειάζεται συνεχείς παρεμβάσεις, θα φύγει μία ώρα αρχύτερα. Εκεί πρέπει να αναλάβεις εσύ. Πίσω από την πλάτη του ή και μπροστά του, χωρίς όμως να έχεις επισήμως το δικαίωμα να το κάνεις».

N₁₂: «Αν και με τους γιατρούς δεν βρίσκεις άκρη. Μπορούν τη μία φορά να σου πουν «μα καλά, για την ινσουλίνη με ρωτάς ή κάνε ό,τι καταλαβαίνεις» και την άλλη φορά να σου πουν «γιατί την έδωσες μόνος σου;»».

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι κατά τη λήψη αυτών των αποφάσεων ένιωθαν επισφαλείς, διότι δεν τις περιέβαλε ανάλογο νομικό πλαίσιο, ώστε να είναι κατοχυρωμένοι. Κάποιος από αυτούς, όμως, επεσήμανε την άγνοια ακόμα και των θεσμοθετημένων αρμοδιοτήτων για το νοσηλευτικό επάγγελμα, που αποτελεί επίσης σημαντικό φραγμό στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

N₅: «Νομικό πλαίσιο χρειαζόμαστε, ειδικά σε αυτό το επάγγελμα που υπάρχει κίνδυνος αλληλοεπικάλυψης με άλλες επαγγελματικές πράξεις...»

N₁₄: «Πρέπει να κινείσαι με βάση ένα νομικό πλαίσιο. Όπως υφίσταται αυτή τη στιγμή για τα νοσηλευτικά καθήκοντα και δικαιώματα έχει σοβαρές ελλείψεις και δεν ανταποκρίνεται στο εύρος των αποφάσεων που μπορούμε να πάρουμε στη ΜΕΘ. Έχει χρόνια να αναθεωρηθεί, οπότε έχουν αλλάξει πράγματα στην εκπαίδευση, στην εξειδίκευση, στο περιβάλλον της ΜΕΘ... Το ισχύον πλαίσιο σε αφήνει λίγο στον αέρα. Αλλά δεν είναι μόνο ότι έχει ελλείψεις ο νόμος και εμείς οι ίδιοι δεν γνωρίζουμε το νομικό πλαίσιο που ρυθμίζει το επάγγελμά μας και με βάση το οποίο οφείλουμε να κινούμαστε και να παίρνουμε αποφάσεις. Οπότε εκ των πραγμάτων κι εφόσον δεν γνωρίζουμε, δεν το τηρούμε, δεν το έχουμε σαν οδηγό, κινούμαστε λίγο πολύ με το τι νομίζουμε ότι πρέπει να κάνουμε ή με την πεπατημένη... εμπειρικά δηλαδή».

Η συζήτηση για την ανάγκη ύπαρξης θεσμικού πλαισίου ρύθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος γινόταν παράλληλα με τη συζήτηση για το ζήτημα της νοσηλευτικής αυτονομίας στη ΜΕΘ. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες αισθάνονταν πως αν και δεν είχαν τη δυνατότητα να υπερβαίνουν τα παραδοσιακά όρια του νοσηλευτικού τους ρόλου επισήμως, το έκαναν μέσω των αποφάσεων που λάμβαναν συχνά στη ΜΕΘ.

N₁: «Έχει τύχει να παραγγείλω μόνος μου δύο αίματα σε ασθενή που αιμορραγούσε μέσα στη νύχτα και ο γιατρός είχε πάει για ύπνο. Αυτό ήταν εκτός του νομικού πλαισίου, δηλαδή δεν με στήριζε ο νόμος... απαγορεύεται να γράψω πάνω στο χαρτάκι για την Αιμοδοσία, που γράφουν οι γιατροί και παραγγέλνουν αίμα για τον ασθενή. Εκεί υπογράφει ο γιατρός και σφραγίζει κανονικά. Εγώ είμαι νοσηλευτής, δεν είμαι γιατρός... Αλλά προκειμένου να σωθεί ο

ασθενής... έκανα αυτή την παράκαμψη. Αν ήμουν στο εξωτερικό, θα μου είχαν αφαιρέσει την άδεια. Βέβαια, δεν θα συνέβαινε αυτό».

N₂₂: «Για να μετρήσω ζωτικά πιο συχνά ή πιο αραιά πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; Ή για να κάνω μία παρέμβαση στο ρυθμό χορήγησης ενός διαλύματος, όταν ο άρρωστος κάνει μία επιπλοκή εξαιτίας του, ρίχνει ραγδαία πίεση... θα πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; ... Αφού τον παρακολουθώ συνεχώς. Γνωρίζω ότι ο άρρωστος αυτός θέλει περίπου τόσο να πέφτει το διάλυμα για να είναι σταθερός....».

Ακόμα, δεν ήταν λίγοι εκείνοι που ανέφεραν ότι αν οι αποφάσεις τους βρισκόνταν σε διάσταση με τις ιατρικές αποφάσεις, θα στήριζαν τη θέση τους, ακόμα κι αν αυτό έφερνε σύγκρουση. Άλλοι πάλι αναφέρθηκαν στην πιθανότητα να υπάρχουν διαφορετικές γνώμες μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών για ένα συγκεκριμένο ζήτημα, αλλά αυτές που τελικά υπερισχύουν φάνηκαν πως ήταν οι ιατρικές.

N₇: «Σε μένα έχει τύχει ο γιατρός να θέλει να πάρει (ο ασθενής) φάρμακα αντίθετης δράσης. Δεν είχε λογική. Και του το είπα. Αλλά οι γιατροί δεν δέχονται υποδείξεις από νοσηλευτές, ακόμα κι αν καταλάβουν ότι έχουμε δίκιο. Και σου λένε κάντο. Το διέλυσα, το εμπλούτισα και το έκανα».

N₁₄: « ... Η ιατρική οδηγία που αφορά στη φαρμακευτική αγωγή δεν είναι διαπραγματεύσιμη. Τουλάχιστον στο κομμάτι του αν υπάρχει κλινική ένδειξη. Το αν πρέπει να χορηγηθεί εκείνη τη στιγμή, στη συγκεκριμένη δόση που έχει δοθεί, μπορεί να αμφισβητηθεί και η διαφωνία πρέπει να εκφραστεί..».

N₁₄: «Για να κάνεις κάτι στον άρρωστο, που δεν συμφωνεί με την ιατρική οδηγία, πρέπει να πάρεις την έγκριση του ατόμου που έδωσε την οδηγία. Για παράδειγμα στο κομμάτι της μέτρησης του σακχάρου. Αν δεν το μετρήσεις όσο συχνά υποδείξει ο γιατρός, θα οδηγήσει σε παρατήρηση».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.15.

Πίνακας 8.15 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το επαγγελματικό πλαίσιο άσκησης της Νοσηλευτικής

| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΣΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΜΕΘ | |
|--|---|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none">• Κατοχυρωμένα επαγγελματικά δικαιώματα• Αναθεωρημένο νομικό πλαίσιο• Ασφάλεια που προσφέρουν οι γνώσεις | <ul style="list-style-type: none">• Ασάφεια επαγγελματικών ορίων• Άγνοια ισχύοντος νομικού πλαισίου• Αντίθετες ιατρικές οδηγίες |

3. Οργάνωση της ΜΕΘ

Διαδεδομένες ήταν οι αντιλήψεις ότι προαπαιτούμενο για να ληφθούν κλινικές αποφάσεις ήταν η διαθεσιμότητα πόρων και τεχνολογικού εξοπλισμού. Σε κάθε παρόμοια αναφορά των συμμετεχόντων ήταν ενσωματωμένη και μία υποτυπώδης ανάλυση κόστους-οφέλους, που στην ουσία αποτελούσε ένα συμβιβασμό ανάμεσα στη διαθέσιμη ποσότητα πόρων και τεχνολογίας και το κόστος, το οποίο καλείται η ΜΕΘ να καλύψει. Ωστόσο, επισημάνθηκε ότι η ως άνω στάθμιση, αν και γινόταν στη βάση του ποιος ασθενής θα ωφεληθεί περισσότερο από τους διαθέσιμους πόρους, τις περισσότερες φορές έδειχνε μία σημαντική απόκλιση μεταξύ της ισχύουσας και της επιθυμητής πρακτικής, που ενδεχομένως παραβίαζε ανθρώπινα δικαιώματα και ηθικές αρχές.

N₅: «Πρέπει να έχεις υλικά για να δουλέψεις. Όταν για οποιοδήποτε υλικό, χρειαστεί να το σπαταλήσουμε σε έναν άρρωστο που δεν έχει προσδόκιμο, θα λείπει από κάποιον άλλο με καλύτερη πρόγνωση. Ή σε κάποιο φάρμακο που χορηγείς με αντλία αναγκάζεσαι να παρατείνεις τη χρήση της συσκευής, γιατί οι συσκευές τελειώνουν και αν έρθει νέο περιστατικό, δεν θα υπάρχει κάποια για να χρησιμοποιηθεί... Αυτό είναι κάτι που μας εμποδίζει.... μας εμποδίζει πολύ. Γιατί είναι κάτι διαφορετικό να λειτουργείς σε ένα σύστημα που δεν σου επιτρέπει την κατασπατάληση των υλικών όπως το έκανε το εθνικό σύστημα υγείας πριν την κρίση και διαφορετικό να δουλεύεις σε ένα σύστημα υγείας με τραγικές ελλείψεις. Εδώ αναγκάζεσαι να κάνεις επιλογές, να παίρνεις αποφάσεις, χωρίς ηθικά στηρίγματα».

N₂₂: «Να υπάρχουν πόροι... αναλώσιμα. Έστω ότι θέλω να περιποιηθώ την κατάκλιση ενός ασθενή με το κατάλληλο υλικό και το νοσοκομείο δεν έχει παραλάβει ή παραγγείλει κατάλληλο υλικό για μήνες... απόφαση είναι να βρω άλλη εναλλακτική για το πώς θα την περιποιηθώ ή ακόμα και να αποφασίσω αν θα την περιποιηθώ ή θα την εγκαταλείψω, κάνοντας εκπτώσεις στη φροντίδα ελλείπει των απαραίτητων πόρων. Σήμερα πια νομίζω ότι έχουμε να πάρουμε και τέτοιες αποφάσεις».

N₁: «Πρέπει να έχεις και τεχνικό εξοπλισμό. Ο ασθενής πρέπει να είναι σε ειδικά στρώματα για την πρόληψη κατακλίσεων ή να γυρίζει ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Πώς θα γίνει αυτό; Στις ελληνικές Μονάδες δεν γίνεται αυτό. Γιατί το προσωπικό είναι ελάχιστο, αλλά και δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιείται ένας άνθρωπος σαν γερανός, λόγω των ελλείψεων σε μηχανήματα...».

Επεκτείνοντας τα παραπάνω σχόλια, οι συμμετέχοντες αναγνώριζαν ότι αν και θα ήταν απολύτως βοηθητική η εφαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων στη νοσηλευτική πρακτική στη ΜΕΘ, η σπανιότητα των πόρων οδηγεί στη λανθασμένη ή στη μη υιοθέτησή τους.

N₁: «Οι Μονάδες που δουλεύουν με πρωτόκολλα και guidelines επιτρέπουν και στους νοσηλευτές να πάρουν πολλές αποφάσεις και όλοι και οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι πολύ ευτυχημένοι, γιατί φέρνουν στην πράξη τα ερευνητικά δεδομένα και δεν παραμένουν στις παλιές και αναποτελεσματικές θεραπείες ή νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Αλλά στην Ελλάδα, πώς θα γίνει αυτό; Για να οργανωθεί μία ΜΕΘ με αυτό τον τρόπο, πρέπει να υπάρχουν εκτός από διάθεση και υλικά. Αν σου λέει το πρωτόκολλο, άλλαξε αυτή τη συσκευή σε τρεις μέρες και εσύ δεν έχεις συσκευή τέτοια για δέκα μέρες, πώς θα εφαρμόσεις το πρωτόκολλο; Ή θα το εφαρμόζεις κατά το δοκούν; Τότε εκ των πραγμάτων έχεις απόκλιση από το πρωτόκολλο».

Οι αιτίες μη εφαρμογής των κλινικών πρωτοκόλλων όμως δεν ολοκληρώθηκαν με την επισήμανση των περιορισμένων πόρων. Φάνηκε ότι πολλοί νοσηλευτές δεν ήταν πρόθυμοι να αλλάξουν τις εγκατεστημένες συνήθειες, ενώ άλλοι δεν είχαν απόλυτα σαφή εικόνα αναφορικά με τα κλινικά πρωτόκολλα, γι' αυτό παρανοούσαν ή παρερμηνεύονταν ο ρόλος, η σημασία και ο τρόπος εφαρμογής τους με συνέπεια να διατυπώνονται αβάσιμες απόψεις σχετικά με αυτά.

N₅: «Όταν είναι επιβεβαιωμένο ότι μία πρακτική έχει καλά αποτελέσματα, γιατί πρέπει να χρειάζομαι ένα νέο πρωτόκολλο;».

N₁₇: «Θεωρώ ότι τα πρωτόκολλα για το μη έμπειρο προσωπικό είναι πολύ βοηθητικά. Για τους έμπειρους νοσηλευτές της ΜΕΘ μπορεί να είναι περιοριστικά. Και μάλλον είναι δύσκολο γι' αυτούς να τα ακολουθήσουν».

N₁₈: «Είναι ένα εργαλείο που λύνει τα χέρια στους νεαρότερους νοσηλευτές, γιατί προσφέρει ένα μπούσουλα για να τους κατευθύνει μέχρι να μάθουν ή να αποκτήσουν εμπειρία. Δεν μπορούν να ταιριάξουν σε όλες τις περιπτώσεις, δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τη δική μας κρίση και πρέπει να χρησιμοποιούνται με προσοχή. Δηλαδή το να δώσεις μία γραμμή για το πώς αντιμετωπίζεται ένα πρόβλημα, αλλά ο νοσηλευτής να το εξατομικεύει ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του ασθενή είναι μία χαρά».

Άλλοι πάλι περιέγραψαν εύστοχα ότι από τους βασικότερους φραγμούς στην τήρηση των κλινικών πρωτοκόλλων ήταν η αδράνεια που ενυπάρχει στον τρόπο οργάνωσης της ΜΕΘ και συνακόλουθα της άσκησης της Νοσηλευτικής από τον κάθε νοσηλευτή.

N₁₉: «Εμείς στη Μονάδα έχουμε πρωτόκολλα για τις Λοιμώξεις, αλλά δεν εφαρμόζονται. Γιατί τα έφερε το Τμήμα Λοιμώξεων μία μέρα, δεν έγινε καμία εκπαίδευση, παρέμειναν στα χαρτιά, κανένας δεν απαίτησε να εφαρμοστούν, κανένας έλεγχος δεν έγινε για το αν εφαρμόζονται από τον κάθε νοσηλευτή και από τη ΜΕΘ συνολικά, οπότε έμειναν στο συρτάρι».

N₁₄: «Είναι πρόβλημα οργάνωσης της ΜΕΘ. Δεν γίνεται καταγραφή των νοσηλευτικών προβλημάτων, δεν εφαρμόζεται νοσηλευτικό ιστορικό, δεν εφαρμόζονται τα πρωτόκολλα, δεν υπάρχει κοινή γραμμή μεταξύ νοσηλευτών, αλλά και μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών για το πώς θα αντιμετωπιστεί ο ασθενής...».

Τέλος, μεταξύ των φραγμών στη λήψη κλινικών αποφάσεων αναφέρθηκε η κατασπατάληση του χρόνου και της ενέργειας των νοσηλευτών κατά τη συστηματική απασχόλησή τους με αλλότρια καθήκοντα, δηλαδή καθήκοντα που εκφεύγουν του συνήθους κύκλου των υπηρεσιακών καθηκόντων των νοσηλευτών, αλλά και όσων καθηκόντων μπορούν να αναλάβουν στηριζόμενοι στην επιστημονική τους κατάρτιση. Η χρησιμοποίηση των νοσηλευτών παράνομα και καταχρηστικά σε κάθε εργασία για την οποία υπήρχε κενό στην επιτέλεσή της, οδηγούσε τους νοσηλευτές σε αντιδράσεις θυμού, λόγω της απογοήτευσης που ένιωθαν, της αδικίας που βίωναν και της έλλειψης σεβασμού που αντιλαμβάνονταν προς το ρόλο τους. Αλλά και η ενασχόληση με νοσηλευτικά καθήκοντα που έπρεπε να διεκπεραιωθούν από άλλο νοσηλευτή θεωρούνταν ζήτημα πλημμελούς οργάνωσης της ΜΕΘ, που πυροδοτούσε τα ίδια συναισθήματα στους συμμετέχοντες.

N₆: «Δεν μπορώ να εκτελώ χρέη νοσηλεύτριας, γραμματέως, καθαρίστριας, τηλεφωνήτριας, βοηθού θαλάμου... είναι απαράδεκτο. Δεν μπορεί οι νοσηλευτές να είναι τα τζόκερ των νοσοκομείων. Είναι άδικο αυτό το πράγμα που γίνεται».

N₇: «Πολλές φορές το έχετε νιώσει όλοι καταναλώνουμε το χρόνο μας, προσπαθώντας να βρούμε πατέντες, όταν δεν έχουμε υλικό, να πάμε σε άλλα τμήματα για να το αναζητήσουμε και μένουν πίσω πράγματα που είναι ουσιαστικότερα και σημαντικότερα. Υπάρχει κάποιος που δεν έχει βγει από τη Μονάδα του να αναζητήσει υλικό; Το θεωρώ απαράδεκτο. Ή να κάνουμε το βοηθό, το φυσιοθεραπευτή, το γιατρό, καθήκοντα αλλότρια παρουσία αυτών... Ένα σωρό αλλότρια καθήκοντα, όταν δεν έχεις μόνο αυτά. Ένας ασθενής δίπλα σου κλαίει και εσύ ασχολείσαι με τις χρεώσεις και τις ζωγραφιές. Για μένα αυτό είναι απαράδεκτο. Και ξέρω ότι μπορεί να διορθωθεί, γιατί κάπου αλλού δεν γίνεται. Δεν είναι ιδιαίτερα φωτισμένοι οι άλλοι, τον κοινό νου διαθέτουμε. Θεωρώ απαράδεκτο να έχεις εσύ το άγχος σε μία εφημερία, αν θα είναι κατάλληλη υπάλληλος για να σου κάνει τη δουλειά για την οποία πληρώνεται. Να παρακαλός έναν άνθρωπο να κάνει τη δουλειά για την οποία βρίσκεται εκεί. Γιατί πρέπει να βγω εγώ από το χώρο μου για να κάνω τη δουλειά κάποιου άλλου; Γιατί πρέπει να δυσκολεύει τη δική μου τη ζωή;».

N₁₆: «Πρέπει να υπάρχει οργάνωση στη ΜΕΘ... Πρέπει να υπάρχει ένας γιατρός στη ΜΕΘ βρέξει-χιονίσει και δεν πάνε να κοιμηθούν όλοι μαζί στην εφημερία, ή δεν φεύγουν από το πόστο τους ώστε να σου αφήσουν και τις δικές τους αποφάσεις για να αναλάβεις. Ο προϊστάμενος προσέχει ιδιαίτερα να μην βάζει μόνο άπειρους ή μόνο έμπειρους νοσηλευτές στη βάρδια, όταν φτιάχνει το πρόγραμμα, γιατί η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει με συγκεκριμένο μίγμα εμπειρίας και προσόντων».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.16.

Πίνακας 8.16 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με την οργάνωση της

| ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘ | |
|--|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • επάρκεια αναλώσιμου υλικού • επάρκεια τεχνολογικού εξοπλισμού • επαρκής στελέχωση • εφαρμογή νοσηλευτικών πρωτοκόλλων | <ul style="list-style-type: none"> • έλλειψη πόρων • απροθυμία νοσηλευτών • αδράνεια του συστήματος περίθαλψης • ελλιπής κατανόηση του ρόλου και του τρόπου εφαρμογής των κλινικών οδηγιών • κατανάλωση νοσηλευτικού χρόνου σε αλλότρια καθήκοντα • υπερφόρτωση λίγων νοσηλευτών με καθήκοντα και υποχρεώσεις άλλων. |

4. Σχέσεις του αποφασίζοντα με τους συνεργάτες

Η στενή αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας αναγνωρίστηκε ως έμφυτη στην εργασία τους, γι' αυτό και οι συμμετέχοντες επισήμαναν την αναγκαιότητα της ομαδικής εργασίας. Η συνεργασία με συναδέλφους νοσηλευτές περιγράφηκε ως σεβασμός προς την επαγγελματική τους υπόσταση, εκτίμηση και εμπιστοσύνη στην κλινική τους γνώμη και αλληλοϋποστήριξη.

N₃: «Είναι πολύ σημαντική η στήριξη και η συνεργασία με την ομάδα των νοσηλευτών... αυτό είναι το όμορφο μέσα στη ΜΕΘ. Ναι μεν έχεις δύο – τρία περιστατικά που έχεις αναλάβει, αλλά υπάρχει μία ομαδικότητα. Ακόμα κι αν δεν υπάρχει προσωπική συμπάθεια. Υπάρχει σεβασμός στον εμπειρότερο και τη γνώμη του, εμπιστοσύνη απέναντι στο συνάδελφο και τη βοήθεια που θα σου προσφέρει. Και αυτά είναι πολύ σημαντικά για τη καλή λειτουργία της Μονάδας και για τη καλή ψυχική λειτουργία του νοσηλευτή».

N₇: «Είναι πολύ σημαντικό να εμπιστεύεσαι το συνάδελφο. Γιατί μπορείς να στηριχτείς στη βοήθειά του»

N₅: «... να είσαι ικανός να βοηθήσεις το συνάδελφό σου, γιατί στη ΜΕΘ δουλεύουμε σαν ομάδα... κανείς δεν μπορεί να δουλέψει μόνος του, γιατί τα περιστατικά είναι τέτοια που έτσι και αλλιώς δεν επιτρέπουν σε ένα νοσηλευτή να δουλέψει μόνος του».

Οι σχέσεις με τους γιατρούς, αντιθέτως, περιγράφηκε διαφορετικά από διαφορετικούς συμμετέχοντες. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν παρέλειψαν να αναφερθούν πως παραδοσιακά οι γιατροί δεν επιζητούσαν συνεργασία με τους νοσηλευτές, είτε γιατί θεωρούσαν πως οι αποφάσεις των νοσηλευτών δεν βασίζονταν σε επιστημονικές αρχές, είτε γιατί θεωρούσαν ότι οι κλινικές αποφάσεις ήταν μία αρμοδιότητα καθαρά ιατρική και οι νοσηλευτές έπρεπε να περιορίζονται σε έναν παραϊατρικό ρόλο ακολουθώντας τις ιατρικές οδηγίες.

N₅: «Μα πρώτα απ' όλα είμαστε συνεργάτες, άσχετα που αυτό μόνο από τη δικιά μας μεριά νομίζω ότι (το νιώθουμε)... Εμείς θεωρούμε ότι είμαστε συνεργάτες με τους γιατρούς, αν και αυτοί μας θεωρούν βοηθούς και βγάλε...».

N₁₅: «Οι γιατροί ούτως ή άλλως δεν αναγνωρίζουν καμία επιστημονικότητα στους νοσηλευτές... Έχει να κάνει με το ότι ο τρόπος με τον οποίο συχνά λαμβάνουμε τις αποφάσεις μας ... δεν στηρίζεται σε επιστημονική μέθοδο ή επιστημονικές αρχές.. είναι λίγο εμπειρικός».

N₁₅: «Δεν είναι συνηθισμένοι ... και όχι όλοι... να ζητούν τη γνώμη του νοσηλευτή. Είναι συνηθισμένοι να δίνουν οδηγίες και ο νοσηλευτής να τις εκτελεί, χωρίς να εκφράζει τη γνώμη του. Γιατί ακόμα δεν μπορεί να φύγει από την εικόνα της νοσηλεύτριας, η εικόνα της υπάκουης νοσηλεύτριας. Αυτή δεν ήταν η αρετή της νοσηλεύτριας; Ούτε γνώση, ούτε γνώμη, ούτε απόφαση... Ούτε τίποτα»

N₁₁: «Οι γιατροί δεν δέχονται να τους κάνουν υπόδειξη. Μπορεί να θεωρήσουν ότι δεν χρειάζεται η γνώμη σου αφού δεν σου τη ζητάνε. Πολλές φορές δεν σου τη ζητάνε. Τις περισσότερες μάλλον. Δεν δέχονται υποδείξεις, όπως ότι εγώ νομίζω ότι πρέπει να γίνει αυτό....».

Κάποιοι άλλοι επισήμαναν ότι η καλή συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών εξασφαλιζόταν όσο βελτιώνονταν οι ειδικές γνώσεις και ικανότητες των πρώτων σε θέματα εντατικής φροντίδας ή όσο αυξανόταν η διαπροσωπική επαφή με την πάροδο του χρόνου.

N₈: «Πολλές φορές οι γιατροί περνάνε από μας και μας ρωτάνε τι έχουμε παρατηρήσει. Όταν είσαι χρόνια στη ΜΕΘ, έχεις δείξει πως δουλεύεις και η γνώμη σου γίνεται σεβαστή. Συν το γεγονός ότι οι γιατροί δεν γνωρίζουν τους αρρώστους τόσο καλά σε επίπεδο αντιδράσεων. Ξέρουν ότι ο έμπειρος νοσηλευτής τον έχει παρατηρήσει και έχει εντοπίσει στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιήσουν».

N₂: «Έχει να κάνει με το ποιος γιατρός εφημερεύει... δηλαδή όταν συνεργάζεσαι με κάποιους, που τους ξέρεις χρόνια, οι σχέσεις είναι καλές. Γιατί ξέρεις πως αντιδρούν σε διάφορες περιστάσεις και ελέγχεις την κατάσταση. Παράδειγμα αληθινό... Αν ο τάδε αναισθησιολόγος νιώθει ανασφαλής κατά τη διασωλήνωση, και θέλει πάντα δύο λαρυγγοσκόπια, γιατί το πρώτο είναι πάντα χαλασμένο... και εσύ τα έχεις από πριν δίπλα και δεν προλάβει να αγχωθεί, θα θέλει να συνεργάζεται πάντα μαζί σου. Τον καθησυχάζει η παρουσία σου... Τώρα αν αυτό λέγεται συνεργασία ή χειρισμός δεν ξέρω».

Το ως άνω πρώτο σχόλιο προκάλεσε την έκφραση της αντίθετης άποψης, που ήταν πως όσο αυξανόταν η γνώση και η εμπειρία των νοσηλευτών, οι σχέσεις φαίνονταν περισσότερο ανταγωνιστικές, με τους νοσηλευτές να γίνονται λιγότερο συνεργάσιμοι, ενδεχομένως στην προσπάθειά τους να αποδείξουν πως μπορούν να κατευθύνουν την πρακτική τους από αυτόνομη και ανεξάρτητη σκέψη και όχι αποκλειστικά από τις ιατρικές αποφάσεις.

N₂₂: «Για να μετρήσω ζωτικά πιο συχνά ή πιο αραιά πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; Ή για να κάνω μία παρέμβαση στο ρυθμό χορήγησης ενός διαλύματος, όταν ο άρρωστος κάνει μία επιπλοκή εξαιτίας του, ρίχνει ραγδαία πίεση... θα πρέπει να ρωτήσω το γιατρό; ... Αφού τον παρακολουθώ συνεχώς. Γνωρίζω ότι ο άρρωστος αυτός θέλει περίπου τόσο να πέφτει το διάλυμα για να είναι σταθερός....»

N₂₁: «Καλό είναι να διεκδικείς να κάνεις τη δουλειά σου σύμφωνα με τις γνώσεις σου... αλλά γνωρίζουμε όλοι ότι το σύστημα δεν λειτουργεί έτσι... και οι συνθήκες σε πιέζουν αφόρητα και σε αναγκάζουν να συγκρουστείς αν θέλεις να δουλέψεις σωστά. Αλλά αν δεν το κάνεις τώρα, δεν υπάρχει λόγος να βρίσκεται αυτό το επάγγελμα στις επιστήμες υγείας... δεν έχουν αποστολή τα πανεπιστημιακά τμήματα....»

Όποια και να ήταν τα χαρακτηριστικά των σχέσεων μεταξύ συνεργατών, η αρμονία τους, δηλαδή η απουσία συγκρούσεων και ο αμοιβαίος σεβασμός, ήταν σημαντική για το συντονισμό τους και την πραγματοποίηση της φροντίδας των ασθενών. Από τα παραδείγματα, που επικαλέστηκαν οι συμμετέχοντες, φάνηκε ότι για να υπάρχει συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών πρέπει οι αποφάσεις να αφορούν σε θέματα συντονισμού δράσεων και να εμφανίζουν πλεονεκτήματα και για τα δύο μέρη.

N₁₇: «Δεν είναι εύκολο να συγκρούεσαι και να γίνεσαι δυσάρεστος σε είκοσι συναδέλφους και άλλους τόσους συνεργάτες... πρέπει να υπάρχει και άλλος τρόπος. Αν δηλαδή καταφέρεις κάπως να μην συγκρούεσαι και να γίνεται σεβαστή η απόφασή σου για τον άρρωστο, τότε δουλεύεις στην καλύτερη ΜΕΘ της Ελλάδας».

N₉: «Αν υπάρχει συνεννόηση με το ιατρικό προσωπικό και τους συναδέλφους σου, τότε όλα κυλάνε μία χαρά. Για παράδειγμα περιμένεις ένα περιστατικό το απόγευμα και ξέρουμε ότι είμαστε 4 άτομα το απόγευμα για 12 περιστατικά, κανονίζεις με το γιατρό ότι θα γίνει πρώτα η νοσηλεία, θα τσεκαριστούν όλοι οι ασθενείς και ύστερα θα γίνει η εισαγωγή. Είναι μία απόφαση που δεν μπορεί να μην γίνει σεβαστή, εκτός από εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, που εκεί και εσύ δεν θα επιμείνεις».

N₈: «Εχθές ενώ είχαμε ένα σωρό πράγματα στη Μονάδα, περιμέναμε και μία εισαγωγή και μου λέει ο εφημερεύων γιατρός ότι θα πάρουμε περιστατικό στις 11:30. Του είπα ότι δεν θα πάρουμε τίποτα στις 11:30, αν δεν τελειώσουν πρώτα κάποιες δουλιές, που έπρεπε να γίνουν. Το σεβάστηκε».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.17.

Πίνακας 8.17 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με τις σχέσεις με τους συνεργάτες τους

| ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ | |
|--|---|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • σεβασμός στην επαγγελματική υπόσταση • εκτίμηση της επαγγελματικής γνώμης • αλληλούποστήριξη • εμπειρία και γνώσεις των νοσηλευτών • αμφότερα πλεονεκτήματα για τις κοινές αποφάσεις | <ul style="list-style-type: none"> • η ιατρική κυριαρχία • υποβόσκον ανταγωνισμός |

5. Εργασιακό κλίμα της ΜΕΘ

Το υποστηρικτικό κλίμα των ΜΕΘ θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας στη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές τους. Ως κύριες συνιστώσες του θετικού εργασιακού κλίματος αναφέρθηκαν η νοσηλευτική αυτονομία, η υποστήριξη των νοσηλευτών από τη νοσηλευτική ηγεσία και το συνολικό περιβάλλον της ΜΕΘ.

Η νοσηλευτική αυτονομία περιγράφηκε με δύο διαφορετικές διαστάσεις στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής στη ΜΕΘ: α) την κλινική αυτονομία, δηλαδή την ανεξάρτητη λήψη αποφάσεων χωρίς τη διαμεσολάβηση του ιατρικού προσωπικού και β) την επαγγελματική αυτονομία, δηλαδή τη λήψη αποφάσεων σε διαχειριστικό επίπεδο, με οργάνωση της καθημερινής εργασίας, θέσπιση προτεραιοτήτων και συμμετοχή στη διαμόρφωση της καθημερινής ρουτίνας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε κάθε μία από αυτές τις διαστάσεις, ο νοσηλευτικός ρόλος φαινόταν περιορισμένος, αν και οι νοσηλευτές επεδίωκαν την επέκταση των ορίων του.

Ως προς την υποστήριξη των νοσηλευτών από τη νοσηλευτική ηγεσία, από τα σχόλια των συμμετεχόντων φάνηκε ότι στα Ελληνικά νοσοκομεία η νοσηλευτική ηγεσία είναι συνήθως αναποτελεσματική, ανεπαρκής ή «απούσα» και η διοίκηση που ασκεί συνδέεται συχνά με αναχρονιστικές αντιλήψεις και απογοήτευση του προσωπικού.

N₁: «Αυτοί που ανεβαίνουν τα σκαλοπάτια και φτάνουν σε θέσεις προϊστάμενων, τομεαρχών, διευθυνουσών πρέπει να γνωρίζουν, αλλά και να θέλουν να ασκήσουν διοίκηση. Σήμερα, βλέπουμε ότι ανεβαίνουν στην ιεραρχία μόνο και μόνο για να κάτσουν πίσω από γραφεία, πίσω από καρέκλες... Και βλέπουμε την κατάσταση της χώρας».

N₈: «Δεν μπορεί όταν στο τέλος της ημέρας ρωτώ τον Προϊστάμενο ποιο είναι το feedback να με κοιτάει σαν εξωγήινο. Χρειάζομαστε feedback για να λειτουργήσει σαν κίνητρο στην ομάδα. Για να γίνουμε καλύτεροι».

N₁₀: «Έχει φανεί ότι το σύστημα δεν είναι λειτουργικό έτσι όπως είναι. Το θέμα είναι ότι δεν έχουμε καλά αποτελέσματα. Χρειάζεται διοίκηση για να γίνει λειτουργικό. Και σήμερα οι προϊστάμενες στη ΜΕΘ μάλλον δεν ασκούν διοίκηση».

Τέλος, οι διαστάσεις του υποστηρικτικού συνολικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ έγιναν αντιληπτές μέσα από τις περιγραφές της έλλειψής τους. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ανέφεραν τον εκφοβισμό, τη διοικητική αδιαφορία και τις καταχρήσεις εξουσίας ως πρακτικές που υπονομεύουν την εύρυθμη λειτουργία της ΜΕΘ σε οργανωσιακό επίπεδο και την επαγγελματική αξιοπρέπεια και ικανοποίηση σε ατομικό επίπεδο.

N₂₁: «Απογοητεύομαι όταν βλέπω και σήμερα προϊστάμενους να εκφοβίζουν τον καταρτισμένο νοσηλευτή για να μειώσει τις πρωτοβουλίες του και να μην τολμήσει να αυτονομηθεί ποτέ και να ακολουθήσει το πρότυπο «δεν φέρνω αντίρρηση σε κανένα, εγώ απλά εκτελώ».... Προφανώς, αν αυτό περάσει, δεν κινδυνεύουν και οι ίδιοι οι προϊστάμενοι από κριτικές και από συγκρίσεις».

N₁₀: «... (χρειάζομαι) ένα κάτι που να δείχνει ότι (η προϊσταμένη) πήρε χαμπάρι τον κόπο του νοσηλευτή, ότι εκτίμησε την προσπάθεια που κατέβαλε το προσωπικό, που ξεπερνά σε πολλές περιπτώσεις τις επαγγελματικές μας υποχρεώσεις...».

N₁: «Με το ωχ δεν αλλάζει τίποτα, δεν βαριέσαι... καν' τα όπως τα βρήκες... δεν πάνε τα πράγματα μπροστά»

N₂₂: «Υπάρχει απόθεμα ιδεών και προσπάθειας από τους νοσηλευτές που σκοντάφτει στις αντιλήψεις των Προϊστάμενων και της Διοίκησης συνολικά και απαξιώνεται»

N₁₉: «Η προϊσταμένη επέμενε ότι δεν είχα κανένα δικαίωμα να αμφισβητήσω ιατρική οδηγία και μου επέβαλε να συνεχίσω να το χορηγώ... δεν έπρεπε να ανεχτώ τέτοια καταχρηστική εξουσία πάνω στην επιστημονική μου γνώμη. Δεν είχε κανένα δικαίωμα να με αναγκάσει να κάνω κάτι που δεν θεωρούσα επιστημονικά ορθό».

Οι βοηθητικοί και μη βοηθητικοί παράγοντες, στους οποίους αναφέρθηκαν οι νοσηλευτές, περιλαμβάνονται συνοπτικά στον Πίνακα 8.18.

Πίνακας 8.18 Βοηθητικοί παράγοντες- Παράγοντες φραγμοί στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ αναφορικά με το εργασιακό κλίμα της

| ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ ΣΤΗ ΜΕΘ | |
|--|--|
| ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ | ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ-ΦΡΑΓΜΟΙ |
| <ul style="list-style-type: none"> • κλινική αυτονομία των νοσηλευτών • επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών | <ul style="list-style-type: none"> • αναποτελεσματική νοσηλευτική ηγεσία • αναχρονιστικές αντιλήψεις της Διοίκησης • καταχρήσεις εξουσίας • εκφοβισμός • διοικητική αδιαφορία |

8.2.7 Προτάσεις των συμμετεχόντων για την εκπαίδευση των νοσηλευτών στη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Στο τέλος κάθε ομαδικής συζήτησης ζητήθηκε η γνώμη των συμμετεχόντων για το αν θεωρούσαν ότι μπορούσαν να εκπαιδευτούν στο να λαμβάνουν αποτελεσματικές κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς της ΜΕΘ και με ποιο τρόπο. Από τις απαντήσεις τους φάνηκε ότι δεν είχαν επίγνωση των μεθόδων λήψης αποφάσεων που είχαν διδαχθεί στις βασικές τους σπουδές και επιζητούσαν την ανάπτυξη των δεξιοτήτων μάθησης και επίλυσης προβλημάτων.

N₁₀: «Εγώ από όσο θυμάμαι από την εκπαίδευσή μου, δεν έχουμε λάβει τέτοια εκπαίδευση στις σχολές μας. Γι' αυτό και δυσκολευόμαστε να πάρουμε αποφάσεις»

N₈: «Νομίζω ότι όλοι πάνω κάτω δρούμε εμπειρικά. Και συνήθως αυτό που κάνουμε στη Μονάδα είναι εμπειρικό... δεν είχαμε εκπαίδευση για τη λήψη αποφάσεων».

N₁₄: «Όχι αν μπορούμε, είναι απαραίτητο πρώτον να μάθουμε πώς παίρνουμε αποφάσεις, γιατί κάποιοι το αγνοούμε εντελώς και ύστερα πώς να παίρνουμε καλές αποφάσεις και πώς να επιλύουμε αποτελεσματικά τα κλινικά προβλήματα».

Αρχικά, κάποιοι συμμετέχοντες διατύπωσαν την άποψη ότι θα ήταν χρήσιμη η κατανόηση των γνωστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν κατά τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων, ώστε να αποκτήσουν αυτό-επίγνωση του κλινικού τους συλλογισμού.

N₁₄: «Χρειαζόμαστε μία θεωρητική παρουσίαση του τι είναι απόφαση, ποιες αποφάσεις παίρνουμε οι νοσηλευτές, πώς χρησιμοποιούμε την ανάλυση και πώς τη διαίσθησή μας; ... και πότε. Πρέπει να αντιληφθεί ο καθένας τις δυναμικές του και πώς τις χρησιμοποιεί».

Πρωταρχικό ζητούμενο αποτελούσε για πολλούς συμμετέχοντες η καλλιέργεια της κριτικής σκέψης. Είχε γίνει αντιληπτό, από πολλούς από τους νοσηλευτές των ομάδων εστίασης, ότι η κλινική ικανότητα δεν ήταν απλά η μηχανική απομνημόνευση κλινικών όρων και οντοτήτων, αλλά η ικανότητα να σκέφτονται κλινικά. Οι νοσηλευτές απαιτούσαν πρακτικές και ενέργειες, μέσα από τις οποίες η διδασκαλία σε επίπεδο βασικής εκπαίδευσης θα περιλάμβανε την άσκηση των φοιτητών της Νοσηλευτικής σε διαδικασίες παρατήρησης, σύγκρισης, γενίκευσης και επίλυσης προβλημάτων.

N₁₆: «Βελτίωση και καλλιέργεια της κριτικής μας σκέψης χρειαζόμαστε. Αυτό πιθανά θέλει αναθεώρηση του συνολικού τρόπου με τον οποίο εκπαιδευόμαστε. Αλλά σε μία επιστήμη όπως η Νοσηλευτική, που δεν είναι θεωρητική... είναι δηλαδή απαραίτητη η πλήρης κατανόηση των εννοιών και η απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, η εκπαίδευση δεν πρέπει να στηρίζεται

στην παραγωγή και την αποστήθιση. Οι γνώσεις μας και η κλινική μας σκέψη πρέπει να καλλιεργείται μέσα από μελέτες κλινικών περιπτώσεων. Τι εννοώ... Όταν μελετήσω ένα συγκεκριμένο περιστατικό στα πλαίσια ενός κλινικού μαθήματος ή της κλινικής άσκησης, δεν θα ασκηθώ να συλλέγω πληροφορίες μέσω της παρατήρησης; Να εντοπίζω τις χρήσιμες πληροφορίες; Να εμβαθύνω στις εκδηλώσεις της αρρώστιας; Τι σημαίνει δύσπνοια; Είναι γενικό... η δύσπνοια μπορεί να έχει χίλιες δύο εκδηλώσεις.... Ακόμα και να συγκρίνω πως εκδηλώνεται ένα σύμπτωμα σε έναν παθολογικό ασθενή ή σε ένα χειρουργικό ασθενή για παράδειγμα... Αυτές οι γνώσεις θα με βοηθήσουν να βγω στον κλινικό χώρο και να πάρω αποφάσεις».

Συμπληρωματικά, πρότειναν την εκπόνηση γραπτών εργασιών κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών τους, καθώς αναγνώριζαν ότι αυτές συμβάλλουν καθοριστικά στην επαφή του φοιτητή με τη βιβλιογραφία, την ενεργητική εφαρμογή των γνώσεων που αποκτά, την αφομοίωση της διδαχθείσας ύλης μέσα από τη συστηματική μελέτη της.

N₁₆: «Και εργασίες... πολλές εργασίες. Πώς αλλιώς θα μάθω να ψάχνω, να γράφω επιστημονικό κείμενο, να εμπιστεύομαι τις χ πηγές και να απορρίπτω τις ψ πηγές, να κατανοώ σταδιακά τις γνώσεις που αποκτώ, αντί για ένα γρήγορο διάβασμα πριν τις εξετάσεις;»

Ακόμα, οι συμμετέχοντες φάνηκαν πρόθυμοι να εκπαιδευτούν σε μεθόδους και χρήση εργαλείων που θα υποβοηθούσαν τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων. Μόνο μία ομάδα εστίασης κατέληξε με ευκολία στο ότι η νοσηλευτική διεργασία αποτελούσε εργαλείο λήψης αποφάσεων μέσω ανάλυσης και επεξεργασίας των κλινικών πληροφοριών. Όλες οι υπόλοιπες ομάδες είτε δεν έκαναν τη σύνδεση μεταξύ λήψης αποφάσεων και νοσηλευτικής διεργασίας, είτε «ανακάλυπταν» αυτή τη σύνδεση κατά το τέλος της συζήτησης, με διαδοχικούς συλλογισμούς. Πάντως, όλοι δήλωσαν διατεθειμένοι να επανεκπαιδευτούν ή να εφαρμόσουν νέες, σύγχρονες μεθόδους λήψης αποφάσεων για τη νοσηλευτική φροντίδα.

N₁₄: «Θεωρητική παρουσίαση του τι είναι απόφαση χρειαζόμαστε... και κάποια εργαλεία για το πώς θα την πάρεις... είπαμε πριν για τη νοσηλευτική διεργασία. Δεν είμαστε όλοι εκπαιδευμένοι καλά στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας... κι όταν δεν την χρησιμοποιείς και καθημερινά».

N₁₀: «Τι αποφάσεις είπαμε ότι μπορούμε να πάρουμε, αξιολόγησης, προτεραιοτήτων, παρέμβασης... Μοιάζει με τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας... Δηλαδή, εργαλείο για τη λήψη αποφάσεων μπορεί να είναι η νοσηλευτική διεργασία; Ναι στην ουσία τα βήματα της νοσηλευτικής διεργασίας μας οδηγούν σε αποφάσεις. Ναι αυτό είναι. Σαφώς αυτό είναι!».

N₁₂: «Υπάρχει μία υποτυπώδης εκπαίδευση για τη λήψη αποφάσεων (στις σχολές), αλλά όπως και να' χει ο φοιτητής είναι πιο δύσκολο να βάλει στο μυαλό του σε σχέση με τον επαγγελματία που έχει βρεθεί στη θέση να πάρει κλινική απόφαση. Άρα ναι μεν η νύξη που γίνεται σε επίπεδο βασικής εκπαίδευσης είναι σημαντική, αλλά θα πρέπει να συνεχιστεί».

N₁₁: «Αν εκπαιδευόμαστε με ένα σύντομο πρόγραμμα που θα διοργάνωνε το κάθε Γραφείο Εκπαίδευσης του Νοσοκομείου και θα απευθυνόταν σε όλους τους νοσηλευτές υποχρεωτικά στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας ή της λήψης του νοσηλευτικού ιστορικού, νομίζω ότι θα βοηθούσε πάρα πολύ να αποβάλλουμε τις ξεπερασμένες λογικές για το ότι ο νοσηλευτής δεν παίρνει απόφαση, να υιοθετήσουμε σύγχρονες μεθόδους για το πώς διαχειριζόμαστε έναν ασθενή, όπως κάνει όλος ο πολιτισμένος κόσμος, εννοώ σχέδια φροντίδας, νοσηλευτικά διαγράμματα και αυτά θα μας βοηθήσουν να διαχειριστούμε την πολυπλοκότητα των προβλημάτων στη ΜΕΘ και να αποβάλλουμε τα στερεότυπα που πηγάζουν από τη στασιμότητά μας. Αλλά πρέπει να υπάρχει βούληση από τις Νοσηλευτικές Διευθύνσεις, που συνήθως είναι οι βασικοί φορείς αυτών των στερεοτύπων».

Αρκετοί ήταν οι συμμετέχοντες που εντόπισαν κενό ή έλλειμμα στην εκπαίδευσή τους στην «Πρακτική βασισμένη σε Ενδείξεις» (Evidence-based Practice), ενώ οι περισσότεροι δήλωσαν άγνοια για το πώς λειτουργεί και πώς καλλιεργείται η διαισθητική λειτουργία.

N₅: «Εγώ δεν έχω διδαχτεί καθόλου το evidence-based Nursing. Δηλαδή δεν ξέρω πώς να ξεχωρίσω ένα αξιόπιστο πρωτόκολλο από ένα άλλο λιγότερο αξιόπιστο, δεν ξέρω τι αποτελεί ένδειξη για να την ακολουθήσω, τι όχι... Έχουν περάσει πολλά χρόνια από τότε που ήμουν στη σχολή και αυτό δεν το είχαμε διδαχτεί. Το ακούω πολύ συχνά, αλλά έχω πλήρη σύγχυση επ' αυτού...»

N₁₃: «Εμένα θα με ενδιέφερε πώς θα αναπτύξω τη διαίσθησή μου. Δεν μπορεί να πάει καθόλου το μυαλό μου στο αν υπάρχουν τεχνικές ή εργαλεία για να την αναπτύξεις. Το κομμάτι το θεωρητικό λες το αναπτύσσεις, αποκτώντας γνώσεις, με συνεχιζόμενη επιμόρφωση, το κομμάτι της διαίσθησης όμως;».

Για τους περισσότερους νοσηλευτές η συνεχιζόμενη εκπαίδευση για την απόκτηση νέων γνώσεων ή την αναθεώρηση των ήδη κερκτημένων στο γνωστικό πεδίο της εντατικής φροντίδας και θεραπείας διαδραμάτιζε πρωταρχικό ρόλο στην διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων.

N₅: «Κάποια σεμινάρια συνεχιζόμενης εκπαίδευσης πρέπει να γίνονται από καιρό σε καιρό. Προ ολίγου καιρού κάναμε ένα τέτοιο σεμινάριο μιας μέρας σχετικά με το καρδιογράφημα. Λίγο ως πολύ το καρδιογράφημα το ξέραμε... αλλά επειδή είναι μεγάλο θέμα... ξέραμε ένα μικρό ποσοστό αρρυθμιών, γιατί εκεί επικεντρώναστε κυρίως. Και μάθαμε μέσα από αυτά λοιπόν... μάθαμε πράγματα, τα οποία τα ξέραμε μόνο εμπειρικά ή δεν τα ξέραμε καθόλου. Δεν μας είχαν τύχει και δεν τα γνωρίζαμε...».

N₁₁: «Καταρχήν πρέπει να αυξήσουμε τις γνώσεις μας, γιατί όπως είπαμε είναι σημαντικό να έχουμε το θεωρητικό υπόβαθρο...».

Εκτός από την ανάπτυξη των γνώσεων σημαντική θεωρήθηκε και η ανάπτυξη επικοινωνιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων των νοσηλευτών, της ικανότητας δηλαδή να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και τους συνεργάτες, να

εμπλέκονται σε πολύπλοκες σχέσεις μαζί τους, να αναπτύσσουν ειδικές δεξιότητες, όπως την αποδοχή της διαφορετικότητας και την ενσυναίσθηση.

N₆: «Πρέπει να αναπτύξουμε δεξιότητες για αποτελεσματικές διαπροσωπικές σχέσεις. Να μπορούμε να έχουμε καλή συνεργασία με το συνάδελφο, γιατί το τμήμα είναι κλειστό, οι προστριβές πολύ μεγάλες, οι εντάσεις είναι τεράστιες... Χρειαζόμαστε να έχουμε έτοιμο έναν τρόπο να τις αποφεύγουμε, να μην θίγουμε τους συναδέλφους, να υπάρχει συνεργασία... Γιατί χωρίς συνεργασία ...δεν γίνεται».

N₁: «Εκπαίδευση και βελτίωση δεξιοτήτων επικοινωνιακών... να βελτιωθεί το empathy απέναντι στον άρρωστο. Δεν μπαίνουμε καθόλου στη θέση του, ενώ πανεύκολα θα μπορούσαμε να είμαστε εμείς στο κρεβάτι του με τις ίδιες ανάγκες».

N₁₃: «Δεξιότητες επικοινωνίας για να μάθεις να επικοινωνείς αποτελεσματικά με τον άρρωστο και την ομάδα των συνεργατών σου».

Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρόλο που οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ότι η κλινική εκπαίδευση είναι αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, θεωρήθηκε ότι χρειάζονται αλλαγές στον τρόπο διεξαγωγής της, καθώς και ότι πρέπει να επεκταθεί και στον εργαζόμενο νοσηλευτή για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από αυτό που προσφέρεται στις σημερινές συνθήκες για απλή εξοικείωση με το χώρο της ΜΕΘ και μέσα από προγράμματα εξειδίκευσης στο αντικείμενο της εντατικής φροντίδας.

N₃: «Πρέπει να μπούμε σε μία διαδικασία να εκπαιδευόμαστε αποτελεσματικά στον κλινικό χώρο, πριν μπούμε σε αυτόν. Είναι απαράδεκτο να περιμένεις να πιάσεις δουλειά για να αποκτήσεις κλινική εμπειρία. Αμέσως αφαιρεί πόντους από αυτό που έχεις να προσφέρεις στο Τμήμα. Και η κλινική εκπαίδευση που γίνεται στα ΤΕΙ, μην γελιόμαστε, την αγαρεία των τμημάτων πάμε να κάνουμε. Ούτε υποστήριξη προς τους φοιτητές υπάρχει, ούτε αποτελεσματικό περιβάλλον μάθησης, ούτε όλοι οι κλινικοί νοσηλευτές είναι κατάλληλοι να κάνουν εκπαίδευση... Εγώ θυμάμαι το δικό μου κλινικό εκπαιδευτή όταν μπήκα στη ΜΕΘ, που για ότι δεν ήξερε... και ήταν πολλά αυτά που δεν ήξερε... σου έλεγε «αυτό δεν το πειράζεις... είναι δουλειά των γιατρών». Δηλαδή θα βρίσκομαι δίπλα σε έναν άρρωστο με διακόσιους σωλήνες και τριακόσια μηχανήματα δίπλα του και δεν θα ξέρω τι κάνουν».

N₈: «Κλινική εκπαίδευση και στους εργαζόμενους... σύμφωνα με τις ειδικές απαιτήσεις του κάθε χώρου. Όλα μαθαίνονται και ο κάθε χώρος έχει τα δικά του. Όπως εμείς δεν ξέρουμε και δεν μπορούμε να λειτουργήσουμε αλλού, όντας αποτελεσματικοί, έτσι και στη δικιά μας δουλειά δεν θα μπορούσαμε να λειτουργήσουμε αν δεν μαθαίναμε, όντας μέσα στη δουλειά... Ο φοιτητής τι να πρωτοκάνει; Και τι καταλαβαίνει; Και ποιος θα του δώσει να πιάσει άρρωστο στη ΜΕΘ; ... Και πρέπει να υπάρχει εξειδίκευση. Δεν μπορούμε να μπαίνουμε στο χώρο των ΜΕΘ, έχοντας ένα γενικό γνωστικό υπόβαθρο. Έτσι, πελαγοδρομούμε μέσα σε πληροφορίες, πληροφορίες...».

N₁₆: «Γερές βάσεις κλινικής εκπαίδευσης (χρειαζόμαστε)... δηλαδή από νωρίς μέσα στην κλινική και στον άρρωστο, για να γίνονται αυθόρμητα οι συνδέσεις μεταξύ γνώσεων και

εμπειριών... εκπαίδευση καλά οργανωμένη με πολύ καλούς κλινικούς εκπαιδευτές, όχι τους νοσηλευτές των τμημάτων που πνίγονται στη δουλειά...».

Τέλος, αυτό που προέκυψε από τις αφηγήσεις των νοσηλευτών ήταν πως η εκπαίδευση στη λήψη αποφάσεων ήταν υπόθεση προσωπικής κινητοποίησης, που υποστηρίζεται από την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειρογνωμοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας της ΜΕΘ.

N₁: «Η γνώση θα αποκτηθεί με τη δύναμη τη δική μας και με τη θέληση τη δική μας...».

N₈: «...Οι καταστάσεις οι καθημερινές, οι οικονομικές, τα πάντα μας βαλτώνουν. Είναι στο χέρι μας να πάμε λίγο παραπέρα, να εκπαιδευτούμε περισσότερο, να πάρουμε περισσότερες αποφάσεις... με τη βοήθεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με τη βοήθεια κλινικών εκπαιδευτών και έμπειρων συναδέλφων... ».

8.3 Αποτελέσματα III φάσης της έρευνας

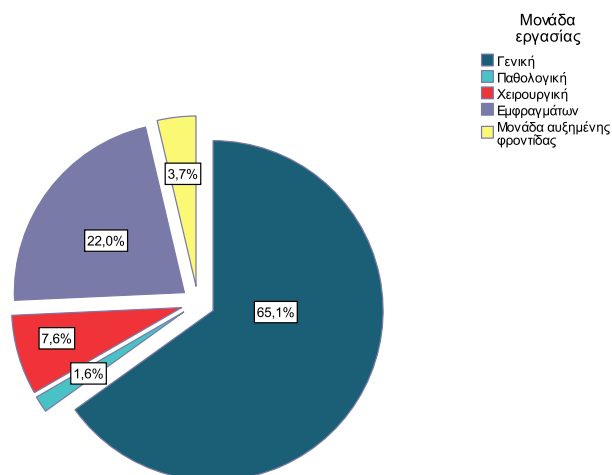
Στην τρίτη και τελευταία φάση της διδακτορικής έρευνας συμμετείχαν 381 νοσηλευτές ΜΕΘ από 31 ΜΕΘ σε ολόκληρη την Ελλάδα, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο της έρευνας, που έχει περιγραφεί λεπτομερώς. Με βάση τα στοιχεία που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες προέκυψαν τα ποσοτικά αποτελέσματα, που αναλύονται παρακάτω.

8.3.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

Τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος έχουν ήδη περιγραφεί στον Πίνακα 7.3. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (77,4%), πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΤΕΙ (64,3%), ενώ το 27,0% των συμμετεχόντων κατείχε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Ο μέσος χρόνος συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας ήταν 11,5 έτη ($\pm 6,9$ έτη), ο αντίστοιχος μέσος χρόνος προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ ήταν 7,9 έτη ($\pm 5,5$ έτη) και στη ΜΕΘ που εργάζονταν κατά την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης ήταν 6,9 ($\pm 5,5$). Το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων εργάζονταν σε Γενική ΜΕΘ με το ποσοστό να φτάνει το 65,1%. Επιπροσθέτως, το 42,0% των συμμετεχόντων εργάζονταν σε ΜΕΘ με 5-8 ενεργές κλίνες.

Στο Γράφημα που ακολουθεί (8.1) απεικονίζεται η Μονάδα εργασίας των συμμετεχόντων.

Γράφημα 8.1 Κατανομή νοσηλευτών ανά μονάδα εργασίας



Στον Πίνακα 8.19 φαίνεται η αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς κατά την πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια.

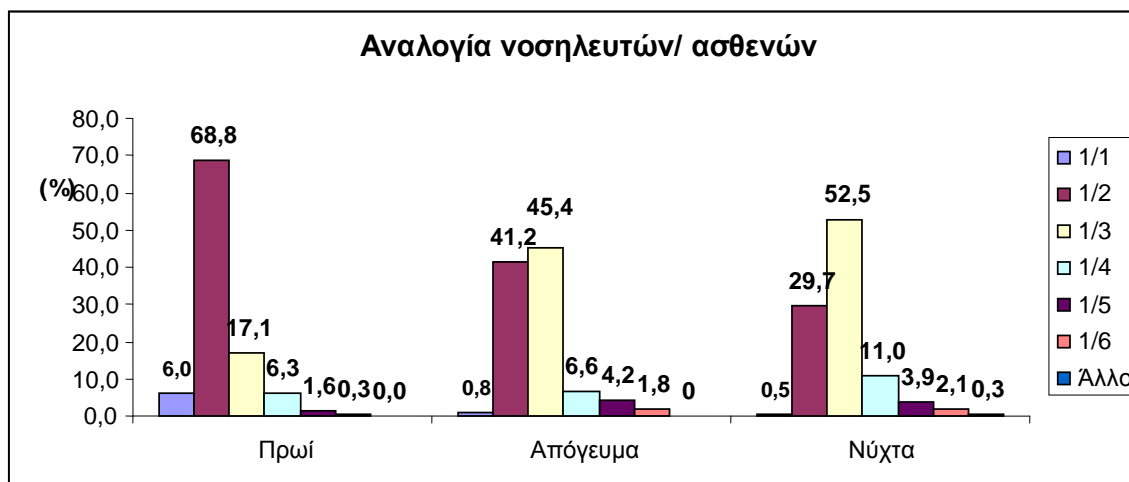
Πίνακας 8.19 Αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς ανά νοσηλευτικό ωράριο

| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς | Πρωί | | Απόγευμα | | Νύχτα | |
|-----------------------------------|------|------|----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1/1 | 23 | 6,0 | 3 | 0,8 | 2 | 0,5 |
| 1/2 | 262 | 68,8 | 157 | 41,2 | 113 | 29,7 |
| 1/3 | 65 | 17,1 | 173 | 45,4 | 200 | 52,5 |
| 1/4 | 24 | 6,3 | 25 | 6,6 | 42 | 11,0 |
| 1/5 | 6 | 1,6 | 16 | 4,2 | 15 | 3,9 |
| 1/6 | 1 | 0,3 | 7 | 1,8 | 8 | 2,1 |
| Άλλο | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 1 | 0,3 |

Κατά τις πρωινές ώρες η συχνότερη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς ήταν 1/2 με το ποσοστό να φτάνει το 68,8%. Τις απογευματινές ώρες οι συχνότερες αναλογίες νοσηλευτών προς ασθενείς ήταν 1/3 ή 1/2 με τα ποσοστά να είναι 45,4% και 41,2% αντίστοιχα. Τις νυχτερινές ώρες η συχνότερη αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς ήταν 1/3 με το ποσοστό να φτάνει το 52,5%.

Το Γράφημα 8.2 απεικονίζει την αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών ξεχωριστά για κάθε νοσηλευτική βάρδια.

Γράφημα 8.2 Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ανά νοσηλευτική βάρδια



Στους Πίνακες 8.20 και 8.21 περιγράφονται στοιχεία που αφορούν στην κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων.

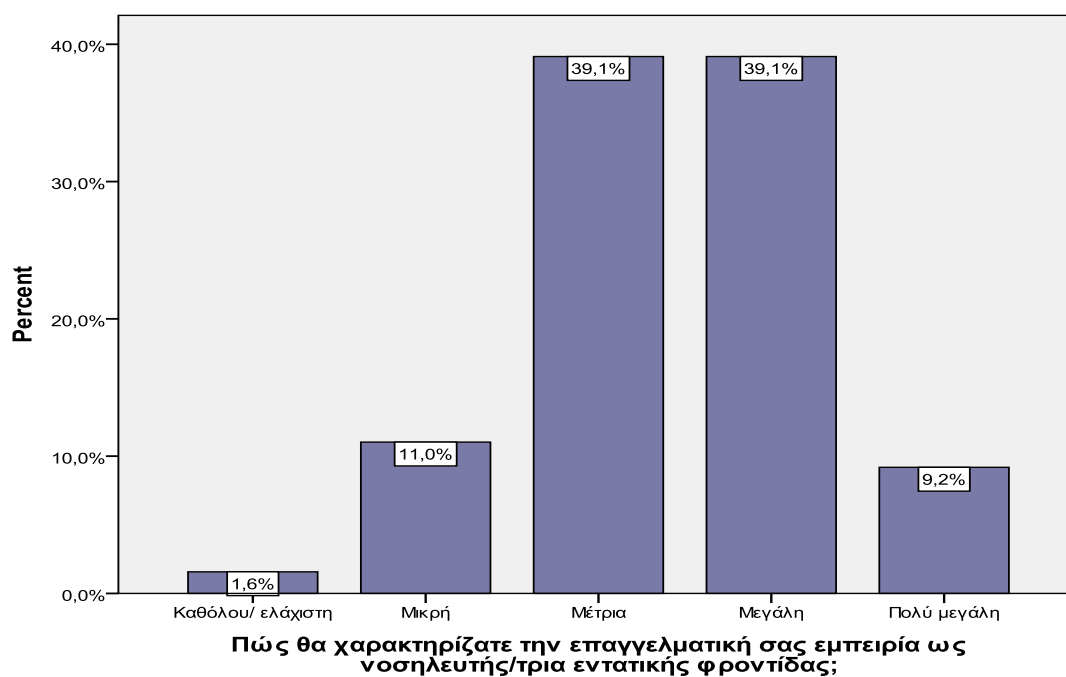
Πίνακας 8.20 Δείκτες αποτίμησης της κλινικής εμπειρίας και εμπειρογνωμοσύνης

| | | N | % |
|---|-------------------|-----|------|
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη | 6 | 1,6 |
| | Μικρή | 42 | 11,0 |
| | Μέτρια | 149 | 39,1 |
| | Μεγάλη | 149 | 39,1 |
| | Πολύ μεγάλη | 35 | 9,2 |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 142 | 37,3 |
| | Ναι | 239 | 62,7 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 98 | 25,9 |
| | Ναι | 281 | 74,1 |
| Αν ναι, ποιος | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | | 237 | 82,9 |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | | 167 | 58,4 |
| Ιατρός | | 210 | 73,4 |
| Ασθενής | | 128 | 44,8 |

Ίδιο ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων (39,1%) που είχαν μέτρια ή μεγάλη εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας. Το 62,7% των συμμετεχόντων δήλωσε πως τους ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζονται. Τέλος, το 74,1% των συμμετεχόντων έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ, κυρίως από συναδέλφους νοσηλευτές και από κάποιον ιατρό με ποσοστά 82,9% και 73,4% αντίστοιχα.

Στο παρακάτω Γράφημα (8.3) αναπαρίσταται η εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.

Γράφημα 8.3 Αυτό-αξιολόγηση της εμπειρίας των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας



Πίνακας 8.21 Σύγκριση μέσων τιμών δεικτών κλινικής εμπειρίας με τα έτη νοσηλευτικής προϋπηρεσίας

| | | Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | | Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | | Έτη συνολικής προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | |
|---|---------------------|----------------------------|------|-----------------------------------|------|---|------|
| | | Μέση τιμή | SD | Μέση τιμή | SD | Μέση τιμή | SD |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου /ελάχιστη | 6,01 | 3,58 | 2,41 | 2,00 | 2,07 | 1,74 |
| | Μικρή/ Μέτρια | 9,71 | 7,09 | 5,89 | 3,84 | 5,20 | 3,63 |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 14,31 | 6,11 | 10,93 | 5,44 | 9,53 | 5,92 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ; | Όχι | 7,72 | 4,51 | 4,51 | 4,27 | 4,01 | 3,96 |
| | Ναι | 12,79 | 7,17 | 9,12 | 5,40 | 7,93 | 5,55 |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 9,76 | 7,20 | 6,00 | 4,94 | 5,17 | 4,91 |
| | Ναι | 12,48 | 6,57 | 9,02 | 5,54 | 7,91 | 5,52 |

Οι συμμετέχοντες που αξιολογούσαν τον εαυτό τους ως έμπειρο ή πολύ έμπειρο νοσηλευτή εργάζονταν κατά μέσο όρο 14,31 ($\pm 6,11$) έτη στον κλινικό χώρο, 10,93 ($\pm 5,44$) έτη σε ΜΕΘ και 9,53 ($\pm 5,92$) έτη στην ίδια ΜΕΘ. Οι τρίτοι (συνάδελφοι νοσηλευτές, προϊστάμενοι, ιατρικό προσωπικό και άλλοι) τους χαρακτήριζαν ως έμπειρους 1,5 περίπου έτη νωρίτερα απ' ό τι οι ίδιοι χαρακτήριζαν τον εαυτό τους και συγκεκριμένα στα 12,79 ($\pm 7,17$) έτη συνολικής προϋπηρεσίας, στα 9,12 ($\pm 5,40$) έτη προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ και στα 7,93 ($\pm 5,55$) έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ. Αυτοί που αναλάμβαναν την κλινική εκπαίδευση στη ΜΕΘ ήταν οι περισσότερο έμπειροι με μέσο όρο συνολικής νοσηλευτικής προϋπηρεσίας τα 12,48 ($\pm 6,57$) έτη, προϋπηρεσίας στο αντικείμενο της εντατικής φροντίδας τα 9,02 ($\pm 5,54$) έτη και προϋπηρεσίας στην ίδια ΜΕΘ επί 7,91 ($\pm 5,52$) έτη.

8.3.2 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης δεδομένων από το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων

Το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων (Lauri & Salanterä 2002) αποτελούνταν από τέσσερις υποκλίμακες με έξι θέματα η καθεμία, που εξέφραζαν

κάθε ένα από τα στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, δηλαδή: α) της συλλογής δεδομένων, β) της επεξεργασίας δεδομένων, γ) του προγραμματισμού της δράσης και δ) της εφαρμογής και αξιολόγησης της δράσης. Τα σημεία διαχωρισμού (cut-off points) των τεσσάρων προτύπων λήψης κλινικών αποφάσεων (αναλυτικού, αναλυτικού-διαισθητικού, διαισθητικού-αναλυτικού και διαισθητικού) ορίστηκαν με βάση τα τεταρτημόρια: 25% των απαντήσεων ανήκαν στο διαισθητικό-ερμηνευτικό πρότυπο, 25% των απαντήσεων ανήκαν στο αναλυτικό-συστηματικό και το 50% αυτών στα ενδιάμεσα δύο τεταρτημόρια (αναλυτικό-διαισθητικό, διαισθητικό-αναλυτικό πρότυπο). Η συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων μπορούσε να κυμαίνεται από τιμές 24 έως 120 βαθμούς και η κάθε μία από τις ως άνω διαστάσεις του ερωτηματολογίου από 6 έως 30 βαθμούς. Σύμφωνα με τους Φινλανδούς ερευνητές, τιμές συνολικής βαθμολογίας μικρότερες από 67 μονάδες αποτύπωναν την αναλυτική προσέγγιση των απαντητών στη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων, από 68 έως 78 μονάδες αποτύπωναν τους ενδιάμεσους γνωστικούς τύπους (αναλυτικό-διαισθητικό και διαισθητικό-αναλυτικό) και τιμές μεγαλύτερες ή ίσες με 79 αποτύπωναν την επιστράτευση της διαίσθησης κατά τη διαδικασία.

Η διακύμανση της συνολικής βαθμολογίας στην παρούσα μελέτη ήταν 57 – 94 βαθμοί με μέση τιμή 71,6(±5,2). Όσο αυξανόταν η βαθμολογία πέραν των 67 μονάδων, τόσο περισσότερο κινητοποιούταν η διαισθητική σκέψη, μέχρι την τιμή 73, οπότε υπερτερούσε σε σχέση με την αναλυτική σκέψη μέχρι την πλήρη επικράτησή της σε τιμές από 78 μονάδες και άνω. Αντίστοιχα, σε κάθε μία υποκλίμακα η αναλυτική σκέψη επικρατούσε της διαισθητικής μέχρι μέση τιμή βαθμολογίας τις 18 μονάδες, ενώ από το σημείο των 19 βαθμών και άνω, ο διαισθητικός συλλογισμός φαινόταν να επιστρατεύεται περισσότερο σε σχέση με τον αναλυτικό. Αναλυτικότερα, στον Πίνακα 8.22 δίνονται τα περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα από την ανάλυση των δεδομένων του Ερωτηματολογίου Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων (NDMI-sv) για κάθε μία από τις τέσσερις διαστάσεις του και στο σύνολό του.

Πίνακας 8.22 Περιγραφική στατιστική για το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων

| | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | SD | Cronbach's α |
|--|---------------|--------------|-----------|-----|--------------|
| Συλλογή δεδομένων | 11,0 | 26,0 | 17,0 | 2,2 | 0,73 |
| Επεξεργασία δεδομένων | 14,0 | 26,0 | 18,4 | 1,7 | 0,73 |
| Προγραμματισμός δράσης | 10,0 | 29,0 | 17,8 | 2,3 | 0,72 |
| Εφαρμογή και αξιολόγηση | 12,0 | 25,0 | 18,3 | 1,7 | 0,71 |
| Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων | 57,0 | 94,0 | 71,6 | 5,2 | 0,88 |

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» ήταν 17,0 ($\pm 2,2$), στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» ήταν 18,4 ($\pm 1,7$), στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» ήταν 17,8 ($\pm 2,3$) και στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» ήταν 18,3 ($\pm 1,7$). Σε όλες τις διαστάσεις οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7) οπότε η αξιοπιστία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου ήταν αποδεκτή αναφορικά με την εσωτερική του συνοχή.

Με βάση τη συνολική βαθμολογία και επομένως τον τρόπο που οι συμμετέχοντες λαμβάνουν κλινικές αποφάσεις στις ΜΕΘ χωρίστηκαν στις παρακάτω ομάδες:

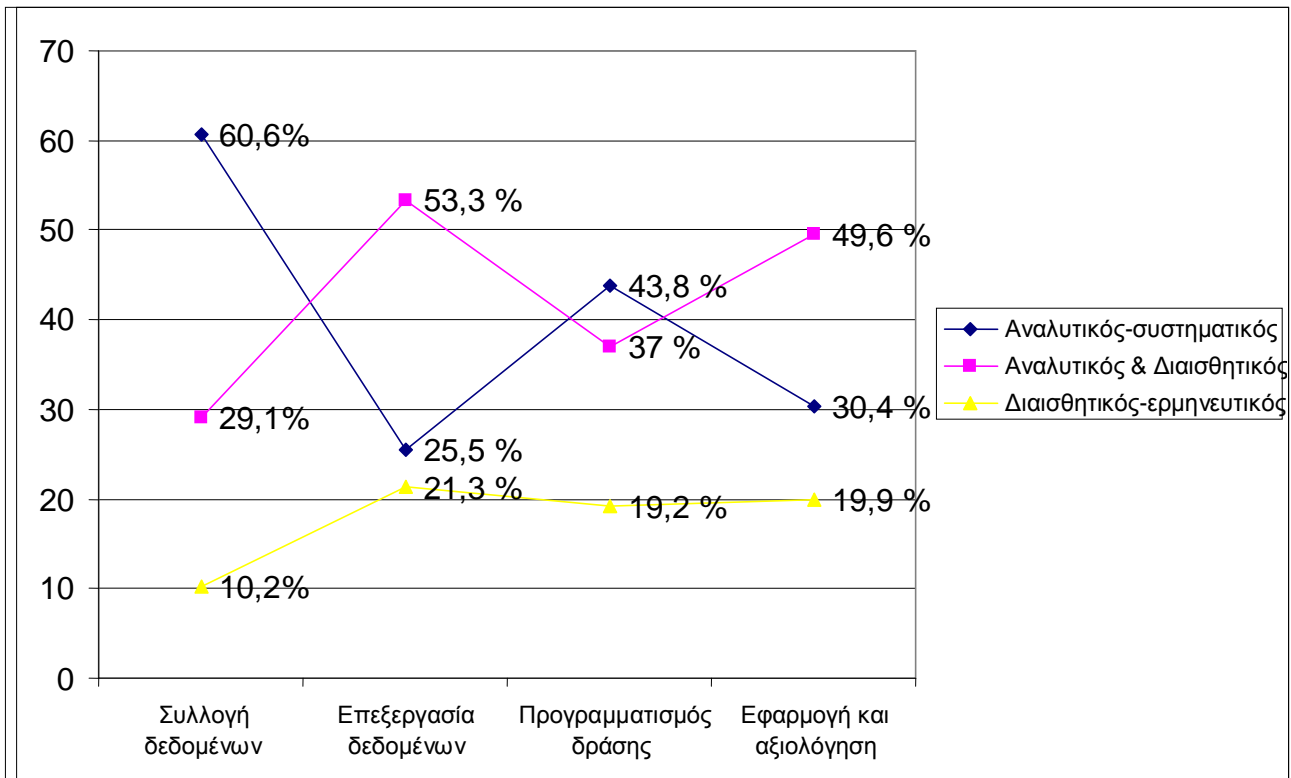
Πίνακας 8.23 Κατανομή συμμετεχόντων σε ομάδες ανάλογα με τη γνωστική τους προσέγγιση στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ

| Γνωστική προσέγγιση της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων | N | % |
|--|-----|------|
| Αναλυτική-συστηματική | 69 | 18,1 |
| Αναλυτική – διαισθητική & Διαισθητική- Αναλυτική | 281 | 73,8 |
| Διαισθητική -ερμηνευτική | 31 | 8,1 |

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ανήκαν στην κατηγορία «Αναλυτική-διαισθητική & Διαισθητική – αναλυτική προσέγγιση» με το ποσοστό να φτάνει το 73,8%, που υποδηλώνει πως η λήψη αποφάσεων γίνεται είτε αναλυτικά είτε διαισθητικά ανάλογα με την περίπτωση.

Στο επόμενο Γράφημα (8.4) φαίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανήκουν στις ανωτέρω κατηγορίες για κάθε διάσταση χωριστά:

Γράφημα 8.4 Πρότυπο γνωστικών στρατηγικών που επιστρατεύονται κατά τα επιμέρους στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ



Η χρήση της αναλυτικής-συστηματικής στρατηγικής ήταν πιο συχνή στη συλλογή δεδομένων και τον προγραμματισμό της δράσης και λιγότερο συχνή στην επεξεργασία δεδομένων και την εφαρμογή και αξιολόγηση. Επίσης, η χρήση της αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης συνδυαστικά ήταν πιο συχνή στην επεξεργασία δεδομένων και την εφαρμογή και αξιολόγηση και λιγότερο συχνή στη συλλογή δεδομένων και τον προγραμματισμό δράσης. Τέλος, η χρήση της διαισθητικής-ερμηνευτικής προσέγγισης ήταν λιγότερο συχνή στη συλλογή δεδομένων.

8.3.3 Αποτελέσματα συσχετίσεων των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες

Από τις συσχετίσεις των επιμέρους βαθμολογιών στις διαστάσεις «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με δημογραφικούς παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία των συμμετεχόντων προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητα $\alpha=0,05$, όπως φαίνεται στον Πίνακα 8.24.

Πίνακας 8.24 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ

| | | Συλλογή δεδομένων | P Student's t-test | Επεξεργασία δεδομένων | P Student's t-test |
|--|----------------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | | Μέση τιμή±SD | |
| Φύλο | Άνδρες | 17±2,2 | 0,891 | 18,2±1,6 | 0,061 |
| | Γυναίκες | 17±2,2 | | 18,5±1,7 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 16,8±2,2 | 0,019 | 18,5±1,7 | 0,179 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 17,4±2,1 | | 18,3±1,4 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 17,1±2,2 | 0,599* | 18,4±1,7 | 0,351* |
| | Παθολογική | 17,2±3,3 | | 18±2,2 | |
| | Χειρουργική | 17,3±2,7 | | 18,4±1,4 | |
| | Εμφραγμάτων | 16,7±2 | | 18,6±1,4 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 17±1,5 | | 19,1±1,8 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 17±2,1 | 0,923 | 18,4±1,8 | 0,712 |
| | >=9 | 17±2,3 | | 18,5±1,6 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 17,1±2,3 | 0,125 | 18,5±1,7 | 0,616 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 16,7±1,9 | | 18,4±1,4 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 17,3±2,5 | 0,042 | 18,6±1,8 | 0,120 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 16,8±1,9 | | 18,3±1,5 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 17,3±2,7 | 0,132 | 18,6±1,9 | 0,295 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 16,9±1,9 | | 18,4±1,6 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 16,2±2,2 | 0,002* | 17,9±1,9 | 0,003* |
| | Μέτρια | 16,8±2,2 | | 18,3±1,4 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 17,4±2,1 | | 18,7±1,7 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 16,8±2,4 | 0,108 | 18,3±1,7 | 0,301 |
| | Ναι | 17,1±2 | | 18,5±1,7 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 16,6±2,4 | 0,022 | 18,3±1,7 | 0,233 |
| | Ναι | 17,1±2,1 | | 18,5±1,7 | |
| Αν ναι, ποιος: | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | Όχι | 17±2,1 | 0,521 | 18,3±1,6 | 0,475 |

| | | | | | |
|-------------------------|-----|----------|-------|----------|-------|
| | Ναι | 17,2±2,1 | | 18,5±1,7 | |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | Όχι | 17,3±1,8 | 0,213 | 18,5±1,5 | 0,856 |
| | Ναι | 17±2,2 | | 18,5±1,8 | |
| Ιατρός | Όχι | 16,8±2 | 0,087 | 18,5±1,6 | 0,808 |
| | Ναι | 17,3±2,1 | | 18,5±1,6 | |
| Ασθενής | Όχι | 17,3±2,1 | 0,372 | 18,5±1,7 | 1,000 |
| | Ναι | 17±2,1 | | 18,5±1,5 | |

*ANOVA

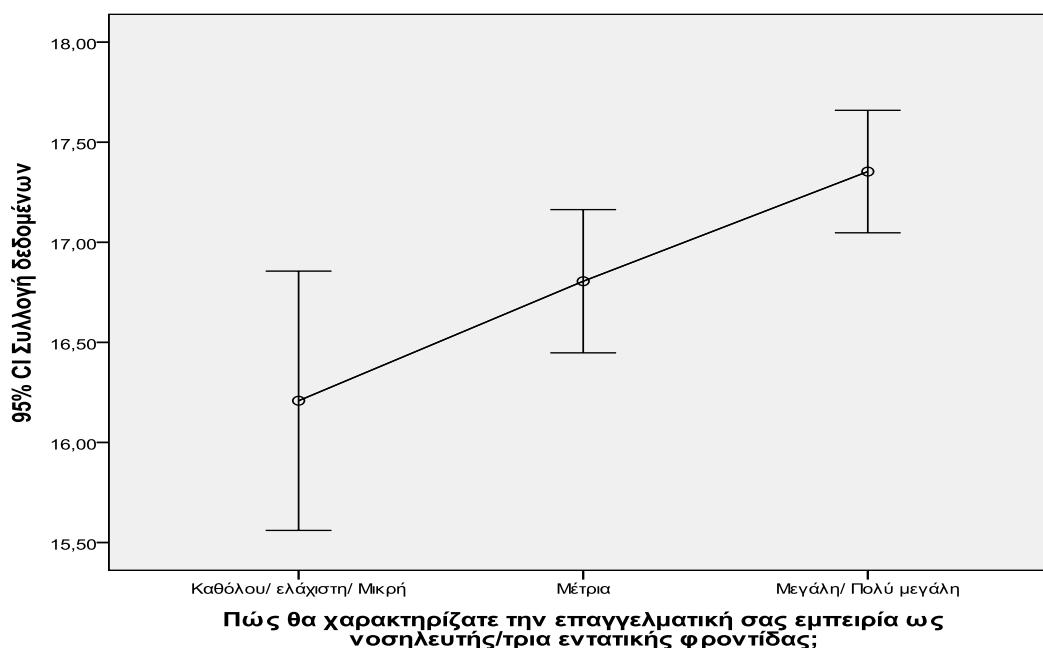
Ειδικότερα, διαπιστώθηκε πως οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι μόνο βασικού πτυχίου ΤΕΙ ή ΑΕΙ, υποδηλώνοντας ότι οι νοσηλευτές με λιγότερα τυπικά εκπαιδευτικά προσόντα δήλωναν ότι χρησιμοποιούσαν περισσότερο την ανάλυση προκειμένου να λάβουν μία κλινική απόφαση σε σχέση με τους υψηλά εκπαιδευμένους νοσηλευτές. Η μικρότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» σχετιζόταν με αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ίση ή μικρότερη με 1/3 κατά την απογευματινή βάρδια, με την έννοια ότι όσο περισσότερους ασθενείς αναλάμβαναν ιδιαίτερα κατά το απογευματινό ωράριο οι νοσηλευτές, τόσο περισσότερο χρησιμοποιούσαν τη αναλυτική τους σκέψη κατά τη διαδικασία λήψης των κλινικών τους αποφάσεων. Υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που αντιλαμβάνονταν το επίπεδο εμπειρίας τους στη ΜΕΘ ως μεγάλο/ πολύ μεγάλο είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p=0,004$). Το ίδιο συνέβαινε κι όταν η μεγάλη εμπειρία τους αναγνωριζόταν από τρίτους, με αυτούς που χαρακτηρίζονταν έμπειροι να συγκεντρώνουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» από αυτούς που δεν είχαν χαρακτηριστεί έμπειροι. Ωστόσο σε όλες τις ομάδες που βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ο αναλυτικός συλλογισμός κυριαρχούσε σε σχέση με το διαισθητικό.

Αναφορικά με τη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων», βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με

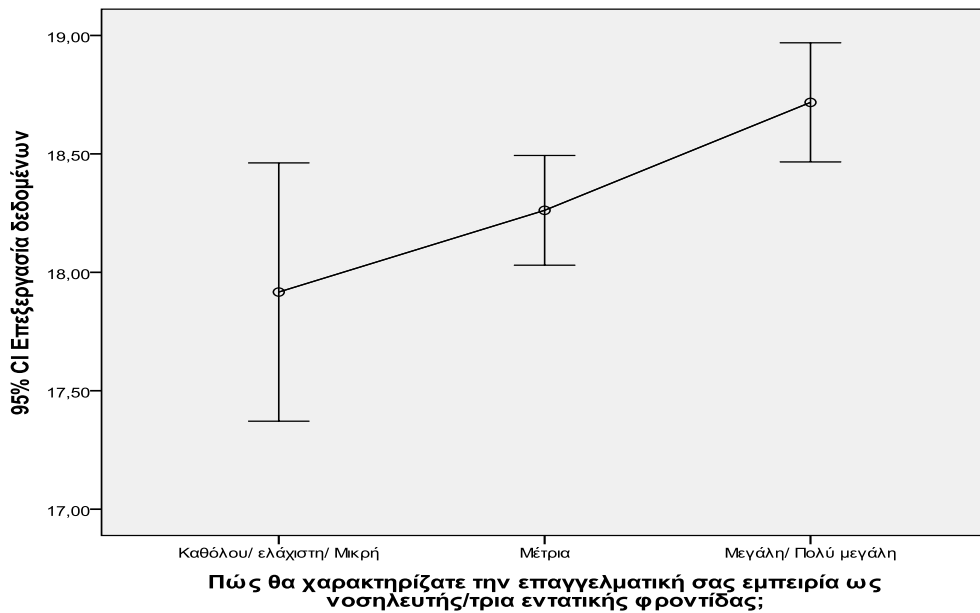
μεγάλη / πολύ μεγάλη εμπειρία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p=0,008$) καθώς και με τους συμμετέχοντες που είχαν μέτρια εμπειρία ($p=0,036$), δηλαδή οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη κλινική εμπειρία στην εντατική φροντίδα χρησιμοποιούσαν πιο συχνά τις διαισθητικές τους γνώσεις σε σχέση με τους λιγότερο έμπειρους συναδέλφους τους.

Στα Γραφήματα 8.5 και 8.6 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων», αντίστοιχα, ανάλογα με την εμπειρία τους ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας

Γράφημα 8.5 Βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» ανάλογα με την κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας



Γράφημα 8.6 Βαθμολογία στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» ανάλογα με την εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας



Στον Πίνακα 8.25 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.25 Αποτελέσματα συσχέτισης βαθμολογιών των διαστάσεων «Συλλογή δεδομένων» και «Επεξεργασία δεδομένων» με την ηλικία και προϋπηρεσία των νοσηλευτών

| | | Συλλογή δεδομένων | Επεξεργασία δεδομένων |
|--|---|-------------------|-----------------------|
| Ηλικία | r | 0,15 | 0,10 |
| | p | 0,004 | 0,054 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | 0,06 | 0,04 |
| | p | 0,222 | 0,495 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | 0,16 | 0,13 |
| | p | 0,001 | 0,012 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | 0,16 | 0,12 |
| | p | 0,001 | 0,021 |

r: συντελεστής συσχέτισης Pearson, p: p-value

Υπήρξαν μικρές αλλά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της βαθμολογίας στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» με την ηλικία των συμμετεχόντων καθώς και με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους σε ΜΕΘ γενικά, αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ. Δηλαδή, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» κι επομένως

μεγαλύτερη ενεργοποίηση της διαισθητικής σκέψης συσχετίζεται με μεγαλύτερη ηλικία των νοσηλευτών και περισσότερα έτη προϋπηρεσίας τους σε ΜΕΘ γενικά αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ ειδικότερα.

Ομοίως, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» με τα χρόνια προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ γενικά αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ. Οπότε, υψηλότερη βαθμολογία στην «Επεξεργασία δεδομένων» υποδηλώνει ότι η επιστράτευση της διαισθητικής συσχετίζεται με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ γενικά, αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ.

Στη συνέχεια, διενεργήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία και τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.26.

Πίνακας 8.26 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων»

| | | β | SE | P |
|--|--------------------------|----------|-----------|--------------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 0,00* | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | -0,51 | 0,22 | 0,022 |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτρια εντατικής φροντίδας; | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 0,00 | | |
| | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | -1,20 | 0,35 | 0,001 |
| | Μέτρια | -0,56 | 0,24 | 0,018 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η αναλογία νοσηλευτών κατά την απογευματινή βάρδια και η κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων». Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε ΜΕΘ με αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά την απογευματινή βάρδια 1/3 ή μικρότερη ήταν κατά 0,51 μονάδες χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτών που εργάζονταν σε ΜΕΘ με αναλογία 1/1 ή 1/2.

- Οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 0,56 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία.
- Οι συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 1,20 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Συλλογή δεδομένων» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία.

Ακολούθως, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση, ορίζοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία και τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.27.

Πίνακας 8.27 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων»

| | | β | SE | P |
|--|--------------------------|---------|------|--------------|
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλευτής/τρια εντατικής φροντίδας; | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 0,00* | | |
| | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | -0,80 | 0,27 | 0,003 |
| | Μέτρια | -0,46 | 0,18 | 0,012 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η εμπειρία των συμμετεχόντων σε μονάδα εντατικής φροντίδας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 0,46 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία.
- Οι συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 0,80 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία.

Στον Πίνακα 8.28 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και αξιολόγηση» ανάλογα με δημογραφικούς τους παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 8.28 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και Αξιολόγηση» με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ

| | | Προγραμματισμός δράσης | P Student's t-test | Εφαρμογή και αξιολόγηση | P Student's t-test |
|---|----------------------------|------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | | Μέση τιμή±SD | |
| Φύλο | Άνδρες | 18±2,5 | 0,412 | 18,5±1,6 | 0,229 |
| | Γυναίκες | 17,8±2,3 | | 18,3±1,8 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο TEI/ATEI- AEI | 17,5±2,4 | <0,001 | 18,2±1,7 | 0,068 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 18,5±2 | | 18,6±1,7 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 17,7±2,4 | 0,117* | 18,3±1,7 | 0,375* |
| | Παθολογική | 18±3,2 | | 17,7±1,2 | |
| | Χειρουργική | 18,9±2,2 | | 18,9±1,9 | |
| | Εμφραγμάτων | 17,9±1,8 | | 18,2±1,9 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 17,6±3,1 | | 18,6±1,7 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 17,5±2,5 | 0,011 | 18,3±1,7 | 0,378 |
| | >=9 | 18,1±2,1 | | 18,4±1,7 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 17,9±2,4 | 0,069 | 18,4±1,8 | 0,094 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 17,4±2,1 | | 18,1±1,5 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 18±2,6 | 0,143 | 18,6±1,9 | 0,009 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 17,7±2,1 | | 18,2±1,6 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 18±2,7 | 0,209 | 18,6±2 | 0,109 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 17,7±2,1 | | 18,3±1,6 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτρια/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 17,2±2,4 | 0,007* | 17,7±1,6 | 0,003* |
| | Μέτρια | 17,6±2,3 | | 18,2±1,6 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 18,2±2,2 | | 18,6±1,8 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα | Όχι | 17,2±2,3 | <0,001 | 18±1,6 | 0,007 |

| | | | | | |
|---|-----|----------|-------|----------|-------|
| κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Ναι | 18,1±2,3 | | 18,5±1,8 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 17,2±2,3 | 0,004 | 17,9±1,7 | 0,001 |
| | Ναι | 18±2,3 | | 18,5±1,7 | |
| <i>Αν ναι, ποιος:</i> | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | Όχι | 17,5±1,8 | 0,114 | 18,1±1,2 | 0,091 |
| | Ναι | 18,1±2,4 | | 18,6±1,8 | |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | Όχι | 18±2,4 | 0,958 | 18,4±1,7 | 0,431 |
| | Ναι | 18±2,2 | | 18,6±1,8 | |
| Ιατρός | Όχι | 17,8±2,6 | 0,319 | 18,5±1,8 | 0,947 |
| | Ναι | 18,1±2,2 | | 18,5±1,7 | |
| Ασθενής | Όχι | 17,8±2,3 | 0,095 | 18,5±1,7 | 0,544 |
| | Ναι | 18,3±2,3 | | 18,6±1,8 | |

*ANOVA

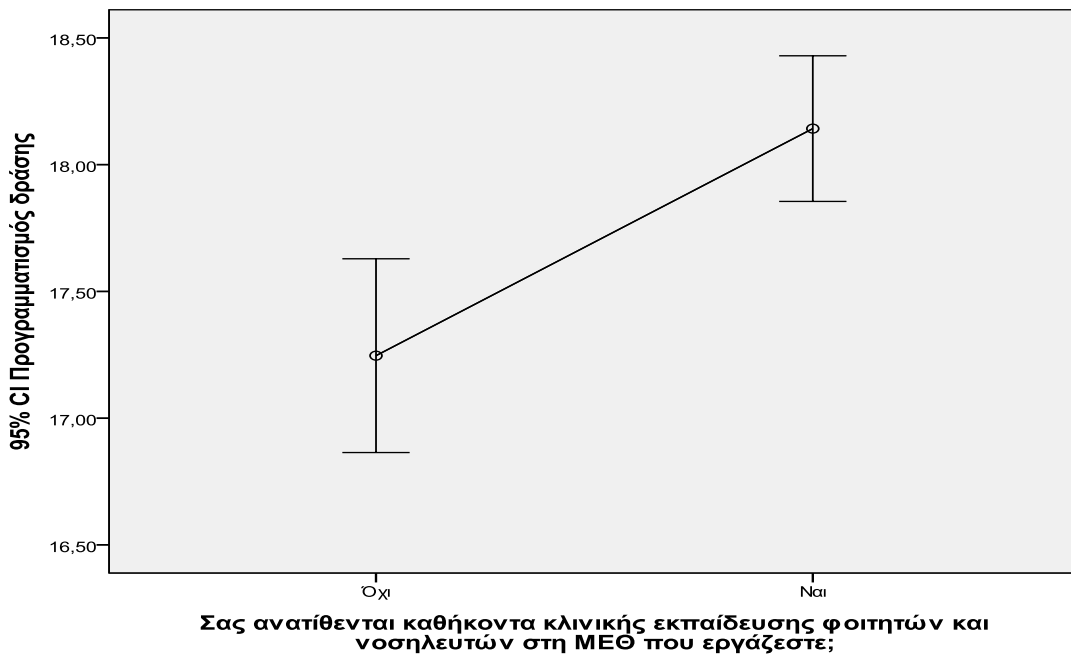
Οι συμμετέχοντες- κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι μόνο του βασικού πτυχίου. Ακόμα, σημαντικά υψηλότερη ήταν η βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» στους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε μονάδα με περισσότερες από 9 ενεργές κλίνες. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές με επαυξημένα προσόντα χρησιμοποιούσαν περισσότερο τη διαίσθησή τους σε σχέση με τους συναδέλφους τους με χαμηλότερη κατάρτιση. Το ίδιο συνέβαινε και με τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε μεγάλες ΜΕΘ (με ανάπτυξη μεγαλύτερη ή ίση των 9 κλινών) σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε μικρότερες Μονάδες. Παράλληλα, υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» συγκριτικά τόσο με τους συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p=0,021$) όσο και με τους συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ($p=0,048$). Στην ίδια λογική, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» είχαν οι συμμετέχοντες που τους αναθέτονται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που

εργάζονται καθώς και οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ. Δηλαδή, ο τρόπος με τον οποίο οι έμπειροι νοσηλευτές σχεδιάζουν τις κινήσεις τους κατά τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων ενσωματώνει περισσότερο τα χαρακτηριστικά του διαισθητικού συλλογισμού σε σχέση με τους λιγότερο έμπειρους συναδέλφους τους.

Η υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» βρέθηκε να συσχετίζεται με αναλογία νοσηλευτών/ασθενών 1/3 ή μικρότερη κατά την απογευματινή βάρδια. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p=0,004$). Τέλος, σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» είχαν οι συμμετέχοντες που ανέφεραν πως τους ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ, καθώς και οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί από τρίτους έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ.

Στο Γράφημα που ακολουθεί (8.7) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» ανάλογα με το αν τους ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζονται.

Γράφημα 8.7 Βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» ανάλογα με το αν ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης στους συμμετέχοντες



Στον Πίνακα 8.29 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και αξιολόγηση» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.29 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Προγραμματισμός δράσης» και «Εφαρμογή και Αξιολόγηση»

| | | Προγραμματισμός δράσης | Εφαρμογή και αξιολόγηση |
|--|---|------------------------|-------------------------|
| Ηλικία | r | 0,08 | 0,13 |
| | P | 0,144 | 0,013 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | 0,03 | 0,12 |
| | P | 0,622 | 0,015 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | 0,15 | 0,18 |
| | P | 0,004 | <0,001 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | 0,14 | 0,21 |
| | P | 0,006 | <0,001 |

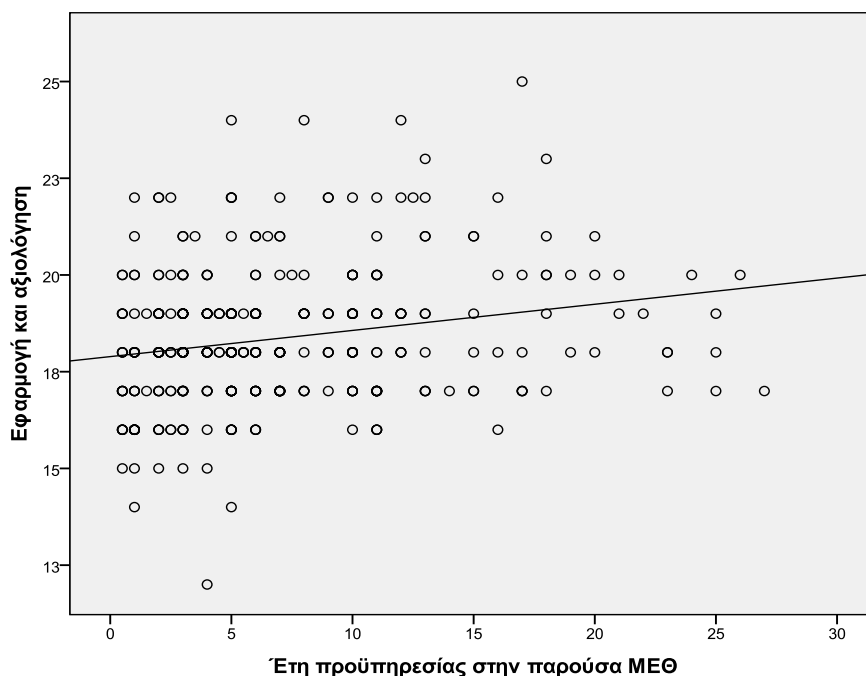
Όπως φαίνεται, βρέθηκε χαμηλή, αλλά στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» με τα έτη προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ γενικά και στην παρούσα ΜΕΘ ειδικά. Επομένως, η

υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» που συγκέντρωναν οι νοσηλευτές και καταδείκνυε τη μεγαλύτερη εφαρμογή της διαισθητικής σκέψης συσχετίζεται με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ γενικά, αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ.

Με την ίδια μέθοδο, αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της βαθμολογίας στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» με την ηλικία των συμμετεχόντων, καθώς και με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στο σύνολο, σε ΜΕΘ γενικά αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ. Οπότε, μεγαλύτερη χρήση της διαίσθησης στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» βρέθηκε πως συσχετίζεται με μεγαλύτερη ηλικία των νοσηλευτών και με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας τους στο σύνολο, σε ΜΕΘ γενικά αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ.

Στο Γράφημα 8.8 δίνεται η συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στην παρούσα ΜΕΘ.

Γράφημα 8.8 Συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» με τα έτη προϋπηρεσίας στη ΜΕΘ που εργάζονται



Ακολούθησε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Προγραμματισμός

δράσης» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία και τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.30.

Πίνακας 8.30 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης»

| | | β | SE | P |
|--|---------------------------|----------|-----------|--------------|
| Εκπαίδευση | Πτυχίο TEI/AEI- AEI | 0,00* | | |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 0,85 | 0,26 | 0,001 |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,67 | 0,25 | 0,007 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων καθώς και η ανάληψη καθηκόντων κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους με τη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/ διδακτορικό δίπλωμα είχαν κατά 0,85 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» σε σύγκριση με τους κατόχους μόνο του βασικού πτυχίου TEI/ AEI.
- Οι συμμετέχοντες που αναλάμβαναν την κλινική εκπαίδευση φοιτητών και νοσηλευτών συγκέντρωναν κατά 0,67 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Προγραμματισμός δράσης» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες, στους οποίους δεν αναθέτονταν καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών .

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έγινε και με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία και τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του ακόλουθου Πίνακα.

Πίνακας 8.31 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Εφαρμογή και Αξιολόγηση»

| | | β | SE | P |
|--|-----------------|----------|-----------|------------------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απογευμα) | 1/1 ή 1/2 | 0,00* | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | -0,58 | 0,17 | 0,001 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,43 | 0,20 | 0,035 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | | 0,06 | 0,02 | <0,001 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η εμπειρία των συμμετεχόντων σε μονάδα εντατικής φροντίδας βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση». Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά την απογευματινή βάρδια 1/3 ή μικρότερη ήταν κατά 0,58 μονάδες χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτών που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία 1/1 ή 1/2.
- Οι συμμετέχοντες που έχουν χαρακτηριστεί από τρίτους ως έμπειροι νοσηλευτές είχαν κατά 0,43 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λάβει τον ίδιο χαρακτηρισμό.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στην παρούσα ΜΕΘ, τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση», δηλαδή ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών ΜΕΘ μετακινούνταν από την ανάλυση προς τη διαίσθηση με την πάροδο του εργασιακού τους χρόνου.

Στον Πίνακα 8.32 παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων για τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ ανάλογα με δημογραφικούς τους παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους. Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα σημείωναν σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία, δηλαδή ενεργοποιούσαν περισσότερο τη διαισθητική τους γνώση κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι αποκλειστικά βασικού πτυχίου Νοσηλευτικής. Επίσης, υψηλότερη συνολική

βαθμολογία κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων σχετιζόταν με μικρή αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών (1/3 ή μικρότερη). Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία είχαν στατιστικά σημαντική υψηλότερη συνολική βαθμολογία, ήτοι ενεργοποιούσαν περισσότερο το διαισθητικό στοιχείο του συλλογισμού τους κατά τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων συγκριτικά τόσο με τους συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p < 0,001$) όσο και με τους συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ($p = 0,001$). Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι και σε όλες τις ομάδες συμμετεχόντων, ανεξαρτήτως εμπειρίας, το κυρίαρχο πρότυπο λήψης κλινικών αποφάσεων ήταν το αναλυτικό. Συμπληρωματικά, σημαντικά υψηλότερη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων είχαν οι συμμετέχοντες που αναλάμβαναν καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ, καθώς και οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί από τρίτους ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ.

Πίνακας 8.32 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο NDMI_sv με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ

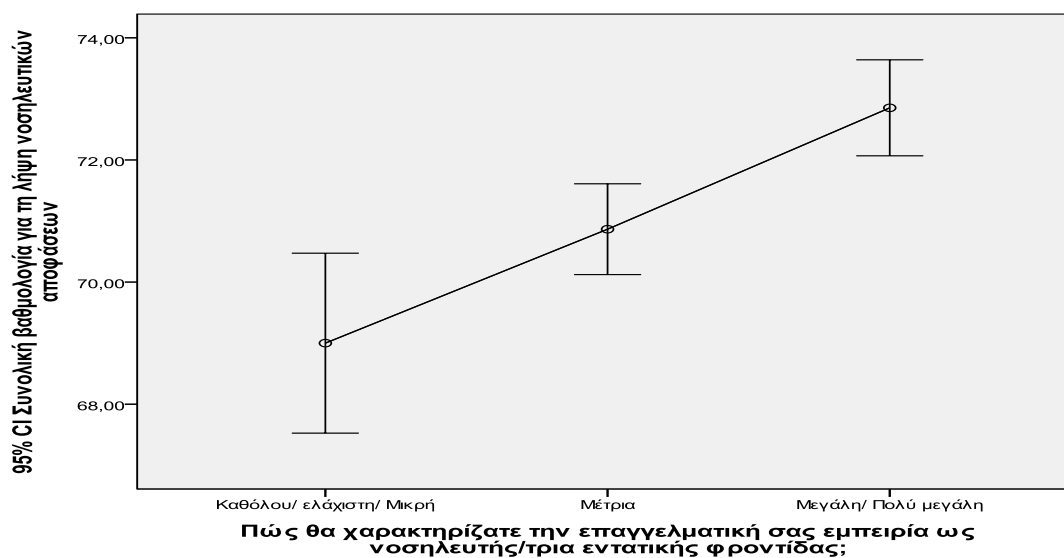
| | | Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων | P Student's t-test |
|---|----------------------------|--|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | |
| Φύλο | Άνδρες | 71,7±5,8 | 0,811 |
| | Γυναίκες | 71,6±5 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 71,1±5,1 | 0,003 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 72,8±5,3 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 71,4±5,3 | 0,352* |
| | Παθολογική | 70,8±8 | |
| | Χειρουργική | 73,4±6,2 | |
| | Εμφραγμάτων | 71,4±4,6 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 72,3±3,9 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 71,2±5,3 | 0,136 |
| | >=9 | 72±5,1 | |

| | | | |
|---|--------------------------|----------|---------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 71,9±5,6 | 0,030 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 70,6±3,9 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 72,5±6,2 | 0,004 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 70,9±4,2 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 72,4±6,6 | 0,040 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 71,2±4,5 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 69±5,1 | <0,001* |
| | Μέτρια | 70,9±4,6 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 72,9±5,4 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 70,4±5,1 | <0,001 |
| | Ναι | 72,3±5,2 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 69,9±4,4 | <0,001 |
| | Ναι | 72,2±5,4 | |
| <i>Αν ναι, ποιος:</i> | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | Όχι | 71±3,9 | 0,090 |
| | Ναι | 72,4±5,6 | |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | Όχι | 72,3±4,7 | 0,792 |
| | Ναι | 72,1±5,8 | |
| Ιατρός | Όχι | 71,6±5,1 | 0,235 |
| | Ναι | 72,4±5,4 | |
| Ασθενής | Όχι | 72±5,5 | 0,577 |
| | Ναι | 72,4±5,2 | |

*ANOVA

Στο Γράφημα 8.9 δίνεται η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κατά τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων ανάλογα με την εμπειρία τους ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.

Γράφημα 8.9 Συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κατά τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών



αποφάσεων ανάλογα με την αυτό-αξιολόγηση της εμπειρίας τους ως νοσηλευτές ΜΕΘ

Στον Πίνακα 8.33 παρατίθενται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της συνολικής βαθμολογίας κατά τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.33 Αποτελέσματα συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας των νοσηλευτών στην κλίμακα NDMI-sv με την ηλικία και την προϋπηρεσία τους

| | | Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων |
|-----------------------------------|---|--|
| Ηλικία | r | 0,17 |
| | P | 0,001 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | 0,09 |
| | P | 0,081 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | 0,23 |
| | P | <0,001 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | 0,24 |
| | P | <0,001 |

Στατιστικά σημαντική μικρή θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των νοσηλευτών με την ηλικία τους, τα χρόνια προϋπηρεσίας τους σε ΜΕΘ γενικά και τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στην παρούσα ΜΕΘ ειδικά. Δηλαδή, η κινητοποίηση της διαίσθησης κατά λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων βρέθηκε πως συσχετίζεται με τη μεγαλύτερη ηλικία και τα περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ γενικά, αλλά και στην παρούσα ΜΕΘ κατά τη συνολική διαδικασία, πέραν από τα επιμέρους στάδιά της.

Στην πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση που ακολούθησε, ορίστηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία και οι παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) κατέληξε στα αποτελέσματα του Πίνακα 8.34:

Πίνακας 8.34 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των νοσηλευτών στο NDMI_sv

| | | β | SE | P |
|---|---------------------------|----------|-----------|----------|
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 0,00* | | |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 1,16 | 0,57 | 0,041 |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 0,00 | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | -1,79 | 0,52 | 0,001 |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτρια/τρια εντατικής φροντίδας; | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 0,00 | | |
| | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | -2,60 | 0,91 | 0,005 |
| | Μέτρια | -1,19 | 0,60 | 0,048 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | | 0,16 | 0,05 | 0,003 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών κατά την απογευματινή βάρδια, η κλινική εμπειρία των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ και τα έτη νοσηλευτικής προϋπηρεσίας στην ίδια ΜΕΘ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο και να προβλέπουν τη συνολική βαθμολογία στο Ερωτηματολόγιο NDMI_sv. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/ διδακτορικό δίπλωμα είχαν κατά 1,16 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία κατά τη λήψη κλινικών

αποφάσεων σε σύγκριση με τους κατόχους αποκλειστικά βασικού πτυχίου Νοσηλευτικής.

- Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων που εργάζονταν σε μονάδα με η αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά την απογευματινή βάρδια ίση ή μικρότερη με 1/3 ήταν κατά 1,79 μονάδες χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτών που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία 1/1 ή 1/2.
- Οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία στο αντικείμενο της εντατικής φροντίδας είχαν κατά 1,19 μονάδες χαμηλότερη συνολική βαθμολογία κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/πολύ μεγάλη εμπειρία.
- Οι συμμετέχοντες με καθόλου έως μικρή εμπειρία εντατικής φροντίδας είχαν κατά 2,60 μονάδες χαμηλότερη συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/πολύ μεγάλη εμπειρία.
- Όσο μεγαλύτερη ήταν η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στην ίδια ΜΕΘ, τόσο υψηλότερη ήταν η συνολική τους βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων, δηλαδή τόσο περισσότερο εμπιστεύονταν τη διαίσθησή τους για την επίλυση των κλινικών προβλημάτων.

8.3.4 Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων από το ερωτηματολόγιο διερεύνησης παραγόντων που επηρεάζουν τη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ (F.I.N.D.E.M)

Όπως ήδη αναφέρθηκε, κατά την πιλοτική μελέτη του πρωτότυπου ερωτηματολογίου F.I.N.D.E.M έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis) με τη μέθοδο Principal Component και περιστροφή Varimax σε δείγμα 196 συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματά της έχουν ήδη παρουσιαστεί στον Πίνακα 7.3. Υπενθυμίζεται ότι ομαδοποιήθηκαν συνολικά 8 παράγοντες με eigenvalue>1, που εξηγούσαν το 51,8% της μεταβλητότητας:

1. Πολυπλοκότητα & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος: 11 δηλώσεις (θέματα: 19-26, 47-49)
2. Γνώσεις & Επίγνωση: 8 δηλώσεις (θέματα: 2-6,11, 31,32,)
3. Υπευθυνότητα & Συνεργασία: 7 δηλώσεις (θέματα: 33,34, 50,51, 57,59,60)
4. Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ: 5 δηλώσεις (θέματα 53-56, 58)

5. Γνώση του Ασθενή: 9 δηλώσεις (θέματα 7-10, 35-39)
6. Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ: 8 δηλώσεις (θέματα 27-30, 40,41,43,46)
7. Χαρακτηριστικά του Ασθενή: 7 δηλώσεις (θέματα 12-18)
8. Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες Νοσηλευτών: 3 δηλώσεις (θέματα 42,44,45)

Η πιθανή βαθμολόγηση κάθε ερώτησης ήταν 1-5. Οι επιμέρους ερωτήσεις κάθε παράγοντα αθροίστηκαν και διαιρέθηκαν με τον αριθμό των ερωτήσεων, προκειμένου να υπολογιστούν οι μέσοι όροι των αντίστοιχων βαθμολογιών. Τιμές μέσου όρου υψηλότερες από 3,5 αποτύπωναν τη μεγάλη σημασία που απέδιδαν οι απαντητές στο συγκεκριμένο παράγοντα κατά τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, ενώ τιμή μικρότερη από 3,5 δήλωνε τη χαμηλή σημασία, αντίστοιχα. Στον Πίνακα 8.35 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων του τελικού δείγματος (n=381) στους οκτώ παράγοντες του F.I.N.D.E.M, όπως προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 8.35 Χαρακτηριστικά των επιμέρους βαθμολογιών του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M και συντελεστές εσωτερικής συνοχής ανά παράγοντα

| | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | SD | Cronbach's α |
|---|---------------|--------------|-----------|------|--------------|
| Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος | 1,64 | 4,82 | 3,51 | 0,50 | 0,76 |
| Γνώσεις & Επίγνωση | 2,50 | 5,00 | 4,31 | 0,42 | 0,80 |
| Υπευθυνότητα & Συνεργασία | 2,67 | 5,00 | 4,26 | 0,49 | 0,80 |
| Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ | 1,14 | 4,29 | 3,64 | 0,43 | 0,80 |
| Γνώση του Ασθενή | 2,67 | 5,00 | 4,01 | 0,44 | 0,77 |
| Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ | 1,63 | 5,00 | 3,53 | 0,68 | 0,81 |
| Χαρακτηριστικά του ασθενή | 1,00 | 4,57 | 2,13 | 0,69 | 0,83 |
| Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών | 2,00 | 5,00 | 4,10 | 0,60 | 0,71 |

Οι συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν σε όλους τους παράγοντες άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), επομένως η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου θεωρείται ικανοποιητική. Στο επόμενο στάδιο της ανάλυσης διενεργήθηκε στο υπόλοιπο δείγμα των 185 νοσηλευτών ΜΕΘ επιβεβαιωτική

παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis-CFA) με σκοπό την επιβεβαίωση των οκτώ παραγόντων. Με τη μέθοδο της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης υπολογίστηκαν οι δείκτες προσαρμογής που προκύπτουν για το μοντέλο των δέκα παραγόντων. Οι τιμές των RMSEA, CFI, GFI και ήταν 0,049, 0,970 και 0,963 αντίστοιχα, δείχνοντας καλή προσαρμογή. Τα παραγοντικά φορτία ήταν υψηλά και κυμαίνονταν από 0,63 ως 0,89 υποδεικνύοντας ισχυρή σχέση της κάθε ερώτησης με τον παράγοντα στον οποίο ανήκει.

Η περιγραφική ανάλυση του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M γίνεται στον πίνακα 8.36.

Πίνακας 8.36 Μέσες τιμές, τυπικές αποκλίσεις, εύρος τιμών στις επιμέρους ερωτήσεις κάθε παράγοντα του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M

| Για να λάβω μία κλινική απόφαση είναι σημαντικό να... | | Μέση τιμή | SD |
|---|---|-----------|------|
| I. | ΠΟΛΥΠΛΟΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ & ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ | | |
| 19 | είναι σαφές το κλινικό πρόβλημα που έχω να αντιμετωπίσω και ξεκάθαρες οι αιτίες του | 3,19 | 1,05 |
| 20 | έχω να αντιμετωπίσω ένα απλό κλινικό πρόβλημα | 2,34 | 1,07 |
| 21 | μπορώ να προβλέψω τις πιθανές συνέπειές της (απόφασης) στον ασθενή | 3,72 | 0,81 |
| 22 | αναγνωρίζω ότι μεταβάλλεται γρήγορα η κλινική εικόνα του ασθενή | 3,71 | 0,87 |
| 23 | έχω αρκετό χρόνο να διερευνήσω το πρόβλημα πριν παρέμβω | 3,16 | 0,90 |
| 24 | είμαι σίγουρος/η ότι η επιλογή μου θα είναι ακριβής και αποτελεσματική, ακόμα κι αν δω σε στενά χρονικά περιθώρια | 3,85 | 0,81 |
| 25 | αντιλαμβάνομαι πως δεν έχω χρόνο να ζητήσω τη βοήθεια γιατρού ή άλλου νοσηλευτή | 3,42 | 1,01 |
| 26 | αναγνωρίζω ότι είναι απολύτως απαραίτητη η άμεση παρέμβασή μου για την επιβίωση του ασθενή | 3,94 | 0,95 |
| 47 | συνεκτιμώ το οικονομικό κόστος που απορρέει από αυτή (την απόφαση) | 3,30 | 0,98 |
| 48 | υπάρχει επάρκεια αναλώσιμου υλικού | 3,90 | 0,96 |
| 49 | υπάρχει επαρκής και κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός | 4,08 | 0,80 |
| II. | ΓΝΩΣΕΙΣ & ΕΠΙΓΝΩΣΗ | | |
| 2 | έχει προηγηθεί επαρκής ειδική (θεωρητική και κλινική) εκπαίδευση στο αντικείμενο της εντατικής φροντίδας | 4,39 | 0,71 |
| 3 | διαθέτω γνώσεις που προέρχονται από κλινική εμπειρία και προσωπικά επαγγελματικά βιώματα | 4,27 | 0,63 |
| 4 | έχω τις τεχνικές γνώσεις που είναι απαραίτητες για την εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων | 4,42 | 0,58 |
| 5 | γνωρίζω να χειρίζομαι τον τεχνολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για τον ασθενή στη ΜΕΘ | 4,50 | 0,59 |
| 6 | γνωρίζω τον κανονισμό και τις διαδικασίες λειτουργίας της ΜΕΘ και του νοσοκομείου | 4,28 | 0,69 |
| 11 | έχω επαρκή εμπειρία με ασθενείς με παρόμοια κλινικά προβλήματα | 3,99 | 0,75 |
| 31 | έχω αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου | 4,33 | 0,64 |
| 32 | έχω επίγνωση των δυνάμεών μου και των ορίων μου | 4,34 | 0,66 |
| III. | ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΑ & ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ | | |
| 33 | φέρω την ευθύνη για τις συνέπειές της (απόφασής μου) | 4,36 | 0,70 |
| 34 | συγκρατώ τα συναισθήματα και την παρορμητικότητά μου, που μπορούν να με οδηγήσουν σε βιαστικές λύσεις | 4,20 | 0,66 |
| 50 | βασίζεται σε νοσηλευτικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες | 4,17 | 0,78 |
| 51 | καταγράφεται σε έντυπα νοσηλευτικής τεκμηρίωσης (π.χ διαγράμματα, φάκελο του ασθενή) | 4,30 | 0,69 |
| 57 | μπορώ να συνεργάζομαι αρμονικά με τους υπόλοιπους νοσηλευτές της ΜΕΘ | 4,34 | 0,64 |
| 59 | συνεκτιμώ τη γνώμη των έμπειρων νοσηλευτών της ΜΕΘ για το πρόβλημα που αντιμετωπίζω | 4,37 | 0,60 |
| 60 | γνωρίζω ότι όλη η ομάδα της ΜΕΘ αντιμετωπίζει ως ισότιμη μία νοσηλευτική με μία ιατρική απόφαση | 4,17 | 0,78 |
| IV | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΘ | | |
| 53 | υπάρχει υποστηρικτικό κλίμα από τους προϊσταμένους μου | 3,24 | 0,69 |

| | | | |
|------|---|------|------|
| 54 | υπάρχει έλεγχος και ανατροφοδότηση από τον προϊστάμενό μου | 3,07 | 0,74 |
| 55 | υπάρχει κατανόηση για τυχόν λάθη από το περιβάλλον της ΜΕΘ και να γίνονται άμεσα διορθωτικές ενέργειες | 3,56 | 0,67 |
| 56 | λειτουργούν οι υποστηρικτικές υπηρεσίες με επαρκές προσωπικό, ώστε να μην καταναλώνεται νοσηλευτικός χρόνος για αλλότρια καθήκοντα | 4,29 | 0,65 |
| 58 | εμπιστεύομαι το προσωπικό κάθε κατηγορίας, το οποίο εργάζεται στη ΜΕΘ | 4,04 | 0,73 |
| V | ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ | | |
| 7 | έχω ήδη ενημερωθεί για το ιστορικό, τα εργαστηριακά αποτελέσματα και την πορεία του ασθενή κατά τις προηγούμενες μέρες νοσηλείας του | 4,14 | 0,77 |
| 8 | έχω ενημερωθεί από τους συναδέλφους μου για την κατάσταση του ασθενή κατά την προηγούμενη βάρδια | 4,49 | 0,62 |
| 9 | γνωρίζω τις αντιδράσεις του ασθενή σε παρόμοιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις | 4,14 | 0,75 |
| 10 | αναγνωρίζω τα όρια του ασθενή, ώστε να μην υπερβάνω τις αντοχές του | 4,12 | 0,71 |
| 35 | κατανώ τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ασθενή | 3,95 | 0,71 |
| 36 | νοιάζομαι για τα κλινικά προβλήματα του ασθενή | 4,13 | 0,66 |
| 37 | μην μου δημιουργεί ηθικά διλήμματα | 3,88 | 0,88 |
| 38 | ικανοποιούνται οι σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή | 4,09 | 0,67 |
| 39 | ικανοποιούνται οι επιθυμίες της οικογένειας του ασθενή | 3,17 | 0,88 |
| VI | ΕΛΚΥΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΣΤΗ ΜΕΘ | | |
| 27 | μην διακόπτεται συχνά η εργασία μου, ώστε να αποσπάται η προσοχή μου | 3,69 | 0,97 |
| 28 | μην υπάρχει υπερβολικός θόρυβος στη ΜΕΘ | 3,45 | 1,15 |
| 29 | εργάζομαι σε ένα ευρύχωρο περιβάλλον, χωρίς να εμποδίζεται από μηχανήματα και άλλες συσκευές η πρόσβασή μου γύρω από τον ασθενή | 3,71 | 1,08 |
| 30 | μην νιώθω κουρασμένος/η | 3,80 | 1,04 |
| 40 | αισθάνομαι ότι αναγνωρίζεται η συνεισφορά μου στη φροντίδα από τον ασθενή ή/και την οικογένειά του | 3,26 | 1,03 |
| 41 | επαινούμαι τόσο για την προσπάθειά μου, όσο και για τα αποτελέσματα της απόφασης από τους προϊσταμένους μου | 3,17 | 1,08 |
| 43 | έχω το δικαίωμα υπογραφής | 3,86 | 0,87 |
| 46 | να έχω τη δυνατότητα να υπερβάνω τα παραδοσιακά όρια του νοσηλευτικού ρόλου (π.χ με το να παρεμβαίνω στην παραγγελία των διαγνωστικών εξετάσεων, την τιτλοποίηση των φαρμακευτικών διαλυμάτων ή τη μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών) | 3,34 | 1,02 |
| VII | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ | | |
| 12 | είναι ο ασθενής συνεργάσιμος και υπάκουος | 3,18 | 0,98 |
| 13 | αφορά στη φροντίδα ασθενή με την ίδια εθνικότητα με τη δική μου | 1,66 | 0,93 |
| 14 | αφορά στη φροντίδα νεαρού σε ηλικία ασθενή | 1,96 | 1,03 |
| 15 | γνωρίζω το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο του ασθενή | 2,05 | 1,04 |
| 16 | αφορά στη φροντίδα ασθενή που έχει καλή πρόγνωση | 1,98 | 0,98 |
| 17 | μην αφορά στη φροντίδα ασθενή με παραμελημένη κατάσταση υγείας | 1,88 | 0,94 |
| 18 | αφορά σε ασθενή που η φροντίδα του απαιτεί απομόνωση | 2,21 | 1,04 |
| VIII | ΣΑΦΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΕΣ ΕΥΘΥΝΕΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ | | |
| 42 | προβλέπεται από τα επαγγελματικά μου καθήκοντα ή να έχω σχετική εξουσιοδότηση | 3,98 | 0,83 |
| 44 | να είμαι νομικά κατοχυρωμένος/η | 4,38 | 0,69 |
| 45 | να μην είναι αντίθετη προς τις ιατρικές οδηγίες | 3,94 | 0,89 |

Από την περιγραφική ανάλυση των απαντήσεων των νοσηλευτών στο Ερωτηματολόγιο Παραγόντων F.I.N.D.E.M προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

- Οι γνώσεις και η επίγνωση των ορίων και των ικανοτήτων του αποφασίζοντα, η υπευθυνότητα και συνεργασία του αποφασίζοντα, οι σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών στη ΜΕΘ και η γνώση του ασθενή είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.

- Τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ, το ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ και η πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος με τις συνθήκες επίλυσης του επιδρούσαν μετρίως στις κλινικές τους αποφάσεις.

- Τα χαρακτηριστικά του ασθενή είχαν χαμηλή επίδραση στις κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις.

- Αναφορικά με την πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος και τις συνθήκες επίλυσής του, ως σημαντικότερος παράγοντας βαθμολογήθηκε η επάρκεια και διαθεσιμότητα του τεχνολογικού εξοπλισμού προκειμένου να ληφθεί μία κλινική απόφαση.

- Αναφορικά με τις γνώσεις που θεωρούσαν χρήσιμες για την επίλυση ενός κλινικού προβλήματος, οι συμμετέχοντες ιεράρχησαν υψηλότερα σε σημαντικότητα τις γνώσεις χειρισμού του τεχνολογικού εξοπλισμού που χρησιμοποιείται στους ασθενείς της ΜΕΘ.

- Ως προς τη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», όλες οι επιμέρους μεταβλητές είχαν παραπλήσια μέση βαθμολογία με το υψηλότερο σκορ να συγκεντρώνει η συνεκτίμηση της γνώμης των έμπειρων νοσηλευτών. Από τα «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» ως σημαντικότερο αναφέρθηκε η λειτουργία υποστηρικτικών υπηρεσιών, ώστε να σταματήσουν οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας να απασχολούνται με αλλότρια καθήκοντα.

- Οι συμμετέχοντες έδωσαν τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στην πληροφόρησή τους από τους συναδέλφους νοσηλευτές για την πορεία του ασθενή, παράγοντας που συνεισέφερε περισσότερο στην καλύτερη «Γνώση του Ασθενή».

- Αναφορικά με το εργασιακό περιβάλλον, ο παράγοντας που ξεχώρισε ως πιο σημαντικός για τη λήψη κλινικών αποφάσεων φάνηκε να είναι το δικαίωμα υπογραφής για τις αποφάσεις τους στη ΜΕΘ, ενώ ως λιγότερος σημαντικός βαθμολογήθηκε ο έπαινος από τον προϊστάμενο νοσηλευτή της ΜΕΘ.

- Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό του ασθενή προκειμένου να λάβουν οι νοσηλευτές τις κλινικές τους αποφάσεις θεωρήθηκε το να είναι συνεργάσιμος και υπάκουος, ενώ καμία σημασία φαίνεται πως είχε για τις αποφάσεις τους η εθνικότητα του.

- Τέλος, η νομική κατοχύρωση συγκέντρωσε την υψηλότερη μέση βαθμολογία στον παράγοντα «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» και μία από τις μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες στο σύνολο των μεταβλητών που εξέταζε το παρόν ερωτηματολόγιο.

8.3.5 Αποτελέσματα συσχετίσεων των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M με δημογραφικές και άλλες μεταβλητές

Στον Πίνακα 8.37 δίνονται οι μέσες βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» και «Γνώσεις & Επίγνωση» ανάλογα με δημογραφικούς τους παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 8.37 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών των διαστάσεων «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης Προβλήματος» και «Γνώσεις & Επίγνωση» με τα δημογραφικά και άλλα δεδομένα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ

| | | Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος | | Γνώσεις & Επίγνωση | |
|---|----------------------------|---|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test |
| Φύλο | Άνδρες | 3,45±0,58 | 0,211 | 4,31±0,43 | 0,913 |
| | Γυναίκες | 3,53±0,48 | | 4,32±0,42 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο TEI/ATEI- AEI | 3,56±0,48 | 0,006 | 4,28±0,43 | 0,006 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 3,4±0,54 | | 4,4±0,39 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 3,51±0,52 | 0,179* | 4,29±0,42 | 0,101* |
| | Παθολογική | 3,27±0,62 | | 4,23±0,33 | |
| | Χειρουργική | 3,33±0,4 | | 4,25±0,45 | |
| | Εμφραγμάτων | 3,57±0,49 | | 4,42±0,42 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 3,55±0,34 | | 4,23±0,44 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 3,53±0,48 | 0,366 | 4,3±0,44 | 0,451 |
| | >=9 | 3,48±0,54 | | 4,33±0,4 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 3,51±0,47 | 0,971 | 4,32±0,41 | 0,858 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 3,51±0,6 | | 4,31±0,45 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 3,5±0,49 | 0,791 | 4,36±0,4 | 0,080 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 3,52±0,51 | | 4,28±0,44 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς | 1/1 ή 1/2 | 3,51±0,45 | 0,982 | 4,34±0,36 | 0,354 |

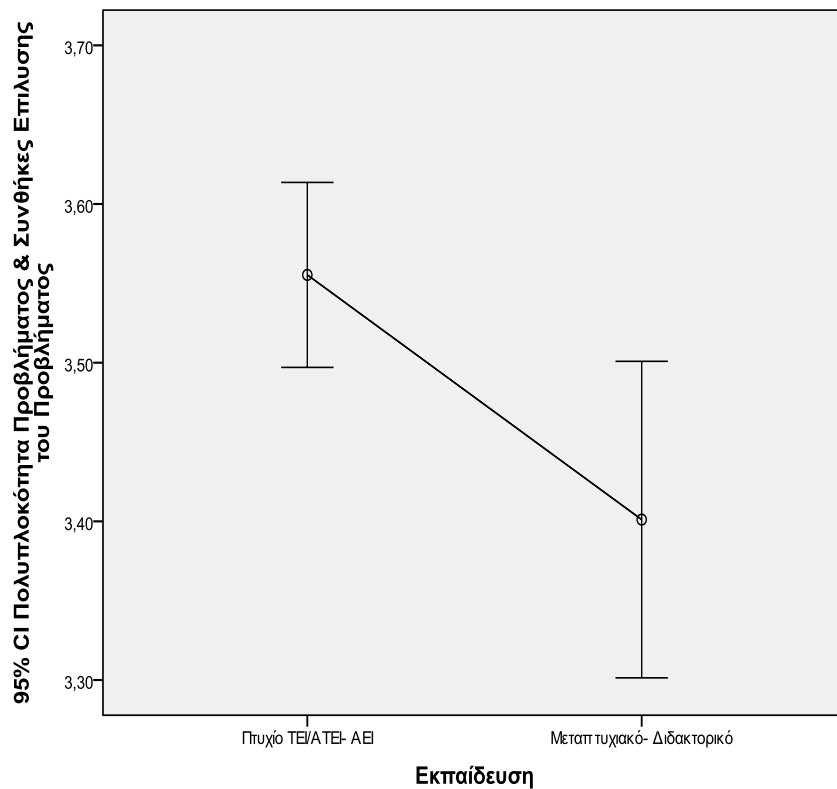
| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------|-----------|---------|
| ασθενείς (νύχτα) | 1/3 ή μικρότερη | 3,51±0,53 | | 4,3±0,45 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 3,53±0,48 | 0,362* | 4,27±0,38 | <0,001* |
| | Μέτρια | 3,55±0,47 | | 4,19±0,45 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 3,47±0,54 | | 4,42±0,38 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 3,51±0,47 | 0,914 | 4,22±0,43 | 0,001 |
| | Ναι | 3,51±0,52 | | 4,37±0,41 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 3,52±0,49 | 0,758 | 4,13±0,42 | <0,001 |
| | Ναι | 3,5±0,51 | | 4,38±0,41 | |
| Αν ναι, ποιος: | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | Όχι | 3,61±0,37 | 0,086 | 4,23±0,43 | 0,011 |
| | Ναι | 3,48±0,53 | | 4,4±0,4 | |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | Όχι | 3,49±0,54 | 0,671 | 4,31±0,4 | 0,031 |
| | Ναι | 3,51±0,49 | | 4,41±0,41 | |
| Ιατρός | Όχι | 3,61±0,39 | 0,023 | 4,33±0,4 | 0,335 |
| | Ναι | 3,46±0,54 | | 4,38±0,41 | |
| Ασθενής | Όχι | 3,46±0,55 | 0,152 | 4,32±0,41 | 0,032 |
| | Ναι | 3,55±0,45 | | 4,43±0,4 | |

*ANOVA

Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος», που υποδηλώνει ότι θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» στη λήψη των αποφάσεών του, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι μόνο βασικού πτυχίου Νοσηλευτικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από κάποιον ιατρό θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» στη λήψη αποφάσεων ($p=0.023$) σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από κάποιον άλλον (συνάδελφο, προϊστάμενο νοσηλευτή, ασθενή ή άλλον).

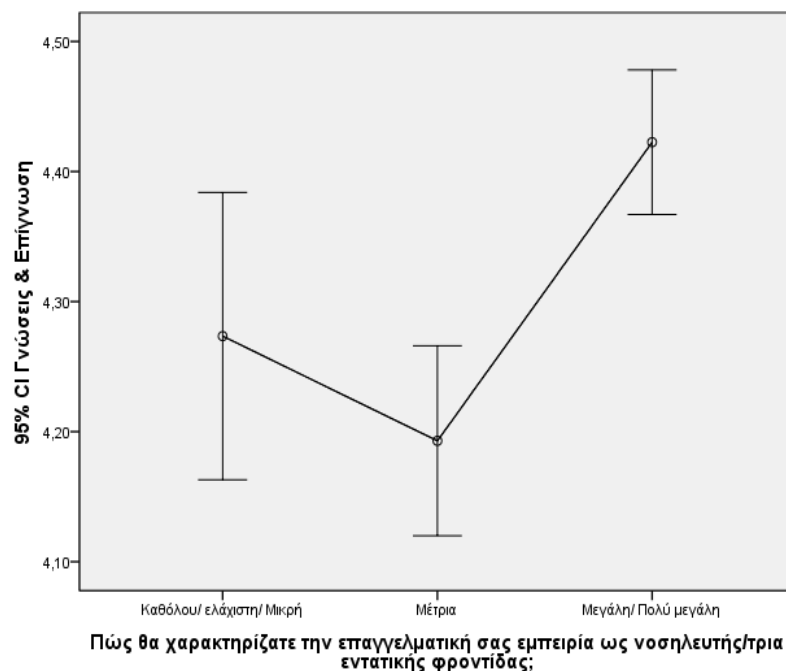
Από την ίδια ανάλυση βρέθηκε πως οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση», που υποδηλώνει ότι θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν πτυχιούχοι ΤΕΙ ή ΑΕΙ. Ακόμα, υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» ανάλογα με την εμπειρία τους σε ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεγάλη/πολύ μεγάλη εμπειρία είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είχαν μέτρια εμπειρία ($p < 0,001$). Ακόμα, οι συμμετέχοντες που τους αναθέτονται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τους αναθέτονται παρόμοια καθήκοντα. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τους είχε αποδοθεί τέτοιος χαρακτηρισμός από τρίτον. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από κάποιον ασθενή, συνάδελφο ή προϊστάμενο νοσηλευτή θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί έτσι από κάποιον ασθενή, συνάδελφο ή προϊστάμενο νοσηλευτή.

Στο Γράφημα που ακολουθεί (8.10) δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



Γράφημα 8.10
Βαθμολογίες
συμμετεχόντων
στη διάσταση
«Πολυπλοκότητα
και Συνθήκες
Επίλυσης του
προβλήματος»
ανάλογα με το
εκπαιδευτικό
επίπεδό τους

Στο Γράφημα 8.11 απεικονίζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώσεις και επίγνωση» ανάλογα με την εμπειρία τους ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.



Γράφημα 8.11
Βαθμολογίες
συμμετεχόντων
στη
διάσταση «Γνώσεις
και Επίγνωση»
ανάλογα με την
κλινική τους εμπειρία
σε ΜΕΘ

Στον Πίνακα 8.38 περιλαμβάνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» και «Γνώσεις & Επίγνωση» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.38 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών σε δύο διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Παραγόντων (F.I.N.D.E.M) με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα

| | | Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος | Γνώσεις & Επίγνωση |
|--|---|---|--------------------|
| Ηλικία | r | 0,04 | 0,07 |
| | p | 0,427 | 0,154 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | -0,02 | 0,12 |
| | p | 0,678 | 0,024 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | 0,02 | 0,07 |
| | p | 0,699 | 0,152 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | 0,02 | 0,07 |
| | p | 0,733 | 0,166 |

Δεν υπήρξε καμία σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων. Αντίθετα, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της βαθμολογίας στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση » με τα συνολικά χρόνια προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων. Αυτό σημαίνει ότι, όσο περισσότερα χρόνια εργάζονταν συνολικά οι συμμετέχοντες, τόσο πιο σημαντικό θεωρούσαν τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» στη λήψη αποφάσεων.

Στη συνέχεια, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους, καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου Λήψης Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του πίνακα 8.39.

Πίνακας 8.39 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος»

| | β | SE | P |
|---------------------------------------|---------|------|-------|
| Εκπαίδευση Πτυχίο TEI/AEI- AEI | 0,00* | | |
| Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | -0,15 | 0,06 | 0,006 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος» και συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/ διδακτορικό είχαν κατά 0,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν πτυχιούχοι AEI/ TEI.

Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου Λήψης Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του ακόλουθου Πίνακα.

Πίνακας 8.40 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση»

| | | β | SE | P |
|--|--------------------------|---------|------|--------|
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 0,00* | | |
| | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 0,05 | 0,08 | 0,574 |
| | Μέτρια | -0,17 | 0,05 | <0,001 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,24 | 0,06 | <0,001 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το επίπεδο εμπειρίας των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ και ο χαρακτηρισμός τους ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους με τη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση ». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 0,17 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία, δηλαδή οι έχοντες μεγαλύτερη εμπειρία αναγνώριζαν την αξία των γνώσεων περισσότερο από αυτούς με τη μέτρια εμπειρία.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν κατά 0,24 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώσεις & Επίγνωση» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ. Με άλλα λόγια, αυτοί που αναγνωρίζονταν ως έμπειροι από τρίτους θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώσεις & Επίγνωση» σε σχέση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν λάβει ποτέ τέτοιο χαρακτηρισμό από άλλους.

Στον Πίνακα 8.41 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» ανάλογα με δημογραφικούς και εργασιακά τους δεδομένα.

Πίνακας 8.41 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών των βαθμολογιών των διαστάσεων «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα των νοσηλευτών

| | | Υπευθυνότητα & Συνεργασία | | Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ | |
|------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test |
| Φύλο | Άνδρες | 4,22±0,52 | 0,385 | 3,57±0,55 | 0,060 |
| | Γυναίκες | 4,27±0,48 | | 3,66±0,38 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 4,25±0,5 | 0,539 | 3,64±0,39 | 0,927 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 4,28±0,45 | | 3,65±0,5 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 4,25±0,5 | 0,820* | 3,64±0,46 | 0,868* |
| | Παθολογική | 4,11±0,38 | | 3,6±0,19 | |
| | Χειρουργική | 4,25±0,46 | | 3,58±0,36 | |
| | Εμφραγμάτων | 4,31±0,46 | | 3,67±0,37 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 4,23±0,52 | | 3,66±0,41 | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 4,24±0,47 | 0,592 | 3,63±0,4 | 0,455 |
| | >=9 | 4,27±0,51 | | 3,66±0,46 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 4,22±0,47 | 0,007 | 3,64±0,38 | 0,988 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,37±0,51 | | 3,64±0,53 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 4,2±0,49 | 0,047 | 3,63±0,39 | 0,500 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,3±0,48 | | 3,65±0,45 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 4,18±0,5 | 0,037 | 3,63±0,38 | 0,763 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,29±0,48 | | 3,65±0,44 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 4,28±0,46 | 0,081* | 3,72±0,36 | 0,421* |
| | Μέτρια | 4,19±0,51 | | 3,63±0,42 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 4,31±0,47 | | 3,64±0,45 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 4,21±0,48 | 0,146 | 3,64±0,39 | 0,928 |
| | Ναι | 4,29±0,49 | | 3,64±0,44 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλεύτη ΜΕΘ | Όχι | 4,12±0,53 | 0,002 | 3,6±0,43 | 0,323 |
| | Ναι | 4,3±0,46 | | 3,65±0,42 | |
| <i>Αν ναι, ποιος:</i> | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλεύτης | Όχι | 4,23±0,44 | 0,303 | 3,62±0,36 | 0,654 |
| | Ναι | 4,31±0,47 | | 3,65±0,44 | |
| Προϊστάμενος νοσηλεύτης | Όχι | 4,25±0,43 | 0,111 | 3,59±0,47 | 0,048 |
| | Ναι | 4,33±0,48 | | 3,69±0,38 | |
| Ιατρός | Όχι | 4,3±0,42 | 0,857 | 3,73±0,35 | 0,049 |
| | Ναι | 4,29±0,48 | | 3,62±0,44 | |
| Ασθενής | Όχι | 4,27±0,44 | 0,300 | 3,67±0,35 | 0,283 |
| | Ναι | 4,33±0,49 | | 3,62±0,5 | |

*ANOVA

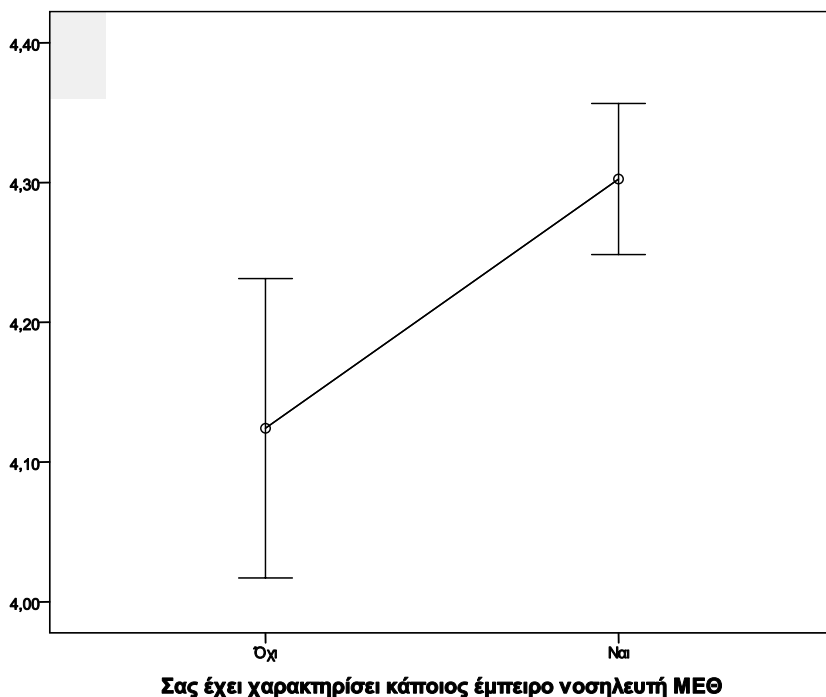
Από την ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε ότι η υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», που υποδηλώνει ότι οι απαντητές θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, συσχετιζόταν με αναλογία νοσηλευτών/ασθενών 1/3 ή μικρότερη σε όλες τις βάρδιες (πρωινή, απογευματινή, βραδινή). Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι

νοσηλευτές ΜΕΘ θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ.

Αντίθετα απ' ότι θα περίμενε κανείς, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από προϊστάμενο νοσηλευτή είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στον παράγοντα «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ», που υποδηλώνει ότι τον θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν χαρακτηρίστη έτσι από προϊστάμενο νοσηλευτή. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από ιατρό θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί έτσι από το ιατρικό προσωπικό.

Στο Γράφημα 8.12 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.

Γράφημα 8.12 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας



Στον ακόλουθο Πίνακα 8.42 δίνονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» και της ηλικίας και της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.42 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους

| | | Υπευθυνότητα & Συνεργασία | Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ |
|--|---|---------------------------|--------------------------------------|
| Ηλικία | r | -0,03 | -0,03 |
| | p | 0,574 | 0,529 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | 0,04 | 0,00 |
| | p | 0,400 | 0,980 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | -0,04 | -0,07 |
| | p | 0,485 | 0,190 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | -0,05 | -0,06 |
| | p | 0,335 | 0,260 |

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα του ως άνω Πίνακα, δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.43

Πίνακας 8.43 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία»

| | | β | SE | P |
|---|-----------------|----------|-----------|----------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 0,00* | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | 0,11 | 0,06 | 0,042 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,22 | 0,06 | <0,001 |
| Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων | | -0,02 | 0,00 | <0,001 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών στην πρωινή βάρδια, η αναγνώριση της εμπειρίας των συμμετεχόντων από τρίτους και η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία». Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» που εργάζονταν σε μονάδα που η αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά την πρωινή βάρδια ήταν 1/3 ή μικρότερη ήταν κατά 0,11 μονάδες υψηλότερη σε σύγκριση με αυτών που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία 1/1 ή 1/2. Δηλαδή, όσοι αναλάμβαναν περισσότερους ασθενείς κατά την πρωινή βάρδια από τη συνήθη αναλογία του 1/2, θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» κατά τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν κατά 0,22 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ. Και αυτό το αποτέλεσμα υποδήλωνε ότι οι νοσηλευτές, των οποίων η εμπειρία έχει αναγνωριστεί από άλλους, θεωρούσαν σημαντικότερο τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων στη ΜΕΘ.
- Πάντως, όσο αυξανόταν η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων, τόσο μειωνόταν η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», δηλαδή αυτοί που ενεργοποιούσαν περισσότερο τη διαίσθησή τους κατά τη λήψη των κλινικών

αποφάσεων, θεωρούσαν λιγότερο σημαντική την «Υπευθυνότητα & Συνεργασία».

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση ακολούθησε, χρησιμοποιώντας ως εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.44.

Πίνακας 8.44 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ»

| | β | SE | P |
|--|---------|------|-------|
| Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων | -0,01 | 0,00 | 0,012 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου Λήψης Αποφάσεων βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ». Συγκεκριμένα, όσο αυξανόταν η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων, τόσο μειωνόταν η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ». Δηλαδή, όσο περισσότερο διαισθητικά λαμβάνονταν οι κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις στη ΜΕΘ, τόσο λιγότερο σημαντική θεωρούσαν την επίδραση των «Χαρακτηριστικών της Διοίκησης της ΜΕΘ» στη λήψη τους.

Στον Πίνακα 8.45 αναλύονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» σε σχέση με τους δημογραφικούς τους παράγοντες και στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 8.45 Αποτελέσματα σύγκρισης των μέσων τιμών των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Περιβάλλον της ΜΕΘ» με δημογραφικά και άλλα δεδομένα τους

| | | Γνώση του Ασθενή | | Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ | |
|---|----------------------------|------------------|--------------------|--|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test |
| Φύλο | Άνδρες | 3,97±0,39 | 0,325 | 3,52±0,61 | 0,880 |
| | Γυναίκες | 4,02±0,46 | | 3,54±0,7 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 3,98±0,45 | 0,046 | 3,54±0,67 | 0,644 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 4,08±0,43 | | 3,51±0,69 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 3,99±0,43 | 0,257* | 3,48±0,67 | 0,337* |
| | Παθολογική | 3,93±0,24 | | 3,63±0,6 | |
| | Χειρουργική | 3,93±0,48 | | 3,59±0,55 | |
| | Εμφραγμάτων | 4,1±0,47 | | 3,63±0,75 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 3,98±0,44 | | 3,72±0,65 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 4,02±0,45 | 0,649 | 3,61±0,68 | 0,028 |
| | >=9 | 4±0,44 | | 3,45±0,67 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 3,98±0,43 | 0,015 | 3,51±0,64 | 0,181 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,11±0,46 | | 3,61±0,77 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 3,97±0,43 | 0,154 | 3,5±0,65 | 0,400 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,04±0,45 | | 3,56±0,7 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 3,97±0,41 | 0,287 | 3,46±0,62 | 0,177 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 4,03±0,45 | | 3,57±0,7 | |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 3,94±0,41 | 0,274* | 3,57±0,64 | 0,765* |
| | Μέτρια | 3,99±0,43 | | 3,5±0,66 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 4,05±0,46 | | 3,55±0,7 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 3,91±0,41 | <0,001 | 3,54±0,63 | 0,987 |
| | Ναι | 4,07±0,45 | | 3,53±0,71 | |

| | | | | | |
|---|-----|-----------|-------|-----------|-------|
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 3,89±0,44 | 0,001 | 3,5±0,66 | 0,559 |
| | Ναι | 4,05±0,44 | | 3,54±0,68 | |
| Αν ναι, ποιος: | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλευτής | Όχι | 3,89±0,39 | 0,006 | 3,64±0,54 | 0,310 |
| | Ναι | 4,08±0,44 | | 3,53±0,71 | |
| Προϊστάμενος νοσηλευτής | Όχι | 4,04±0,39 | 0,765 | 3,53±0,67 | 0,679 |
| | Ναι | 4,05±0,46 | | 3,56±0,69 | |
| Ιατρός | Όχι | 4,01±0,37 | 0,444 | 3,66±0,52 | 0,097 |
| | Ναι | 4,06±0,46 | | 3,5±0,73 | |
| Ασθενής | Όχι | 3,99±0,41 | 0,022 | 3,47±0,61 | 0,033 |
| | Ναι | 4,11±0,46 | | 3,64±0,75 | |

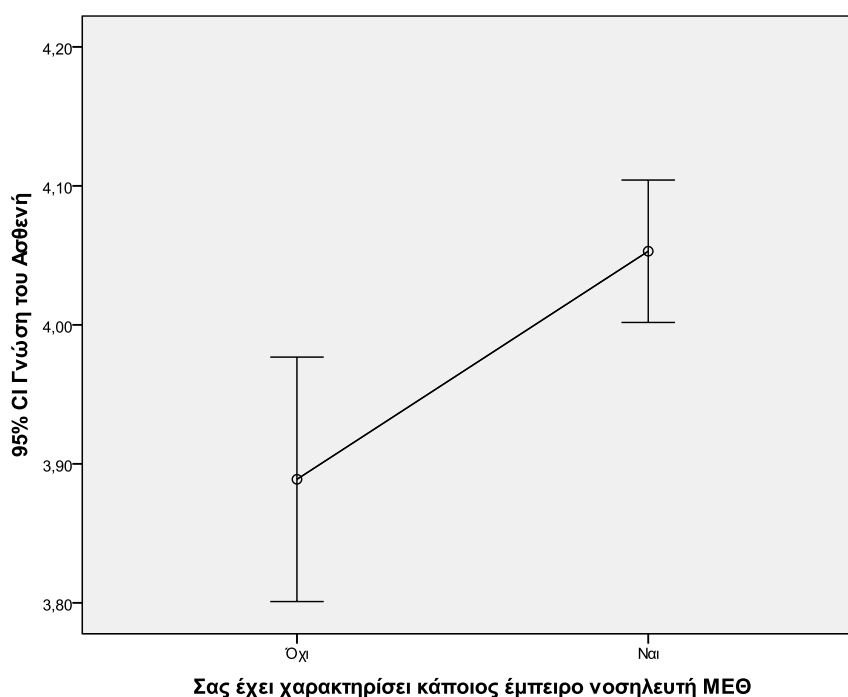
*ANOVA

Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή», που υποδηλώνει ότι θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον συγκεκριμένο παράγοντα στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι αποκλειστικά του βασικού πτυχίου. Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» συσχετιζόταν, ακόμα, με αναλογία νοσηλευτών/ασθενών 1/3 ή μικρότερη στην πρωινή βάρδια. Δηλαδή, προκειμένου να λάβουν κλινικές αποφάσεις οι νοσηλευτές που αναλάμβαναν 3 ή περισσότερους ασθενείς στην πρωινή τους βάρδια, θεωρούσαν σημαντικό να έχουν «Γνώση του Ασθενή». Ακόμα, οι συμμετέχοντες που τους αναθέτονται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώση του Ασθενή» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τους αναθέτονται τέτοια καθήκοντα. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώση του Ασθενή» στη λήψη αποφάσεων, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί με αυτόν τον τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από κάποιον ασθενή, θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Γνώση του Ασθενή» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί έτσι.

Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε μονάδα με τουλάχιστον 9 ενεργές κλίνες είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ», που υποδηλώνει ότι θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» στη λήψη αποφάσεων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε μονάδα με το πολύ 8 ενεργές κλίνες. Επίσης, οι συμμετέχοντες που έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από ασθενή θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό τον παράγοντα «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν χαρακτηρίζεται έτσι από ασθενή.

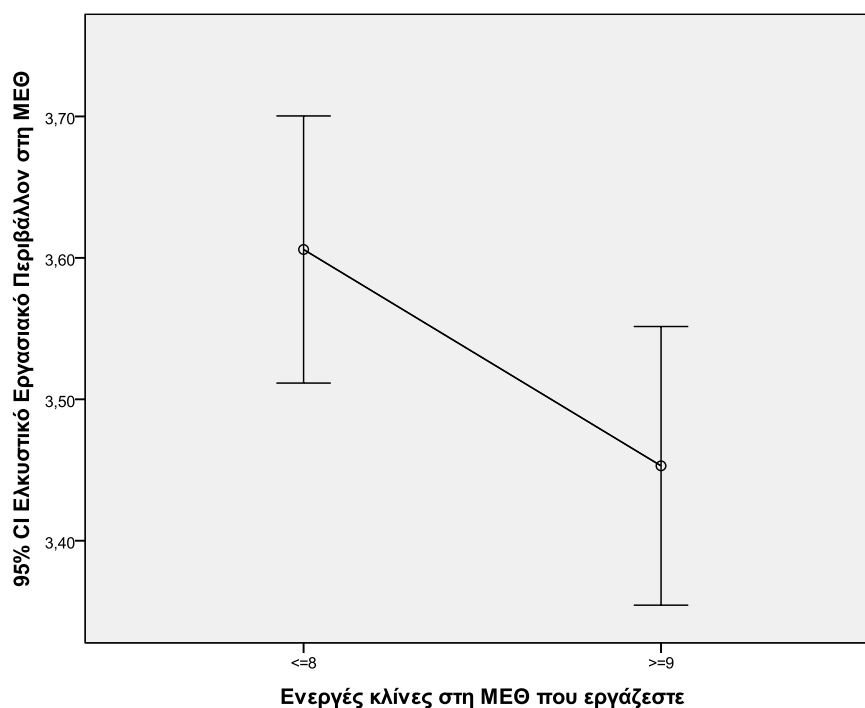
Στο Γράφημα 8.13 απεικονίζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.

Γράφημα 8.13 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη «Γνώση του Ασθενή» ανάλογα με το αν έχουν χαρακτηριστεί ποτέ έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από τρίτο



Στο Γράφημα 8.14 αναπαρίσταται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» ανάλογα με τον αριθμό ενεργών κλινών στη μονάδα που εργάζονται.

Γράφημα 8.14 Βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ελκυστικό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» ανάλογα με το μέγεθος της ΜΕΘ



Στον Πίνακα 8.46 δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.46 Αποτελέσματα συσχέτισης των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Περιβάλλον της ΜΕΘ» με την ηλικία και την προϋπηρεσία τους

| | | Γνώση του Ασθενή | Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ |
|-----------------------------------|---|------------------|--|
| Ηλικία | r | -0,01 | 0,00 |
| | p | 0,793 | 0,941 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | 0,00 | -0,05 |
| | p | 0,959 | 0,339 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | -0,05 | -0,03 |
| | p | 0,333 | 0,501 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | -0,05 | -0,02 |
| | p | 0,369 | 0,714 |

Είναι φανερό πως δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Γνώση του Ασθενή» και «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Ακολούθως, έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.47.

Πίνακας 8.47 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των απαντητών στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή»

| | | β | SE | P |
|--|-----------------|----------|-----------|------------------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 0,00* | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | 0,11 | 0,05 | 0,034 |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,17 | 0,05 | 0,001 |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 0,00 | | |
| | Ναι | 0,11 | 0,06 | 0,041 |
| Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων | | -0,02 | 0,00 | <0,001 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Όπως φαίνεται, η αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών στην πρωινή βάρδια, η ανάθεση καθηκόντων κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών, ο χαρακτηρισμός των συμμετεχόντων ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ και η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή». Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» ήταν κατά 0,11 μονάδες υψηλότερη στους νοσηλευτές που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά την πρωινή βάρδια 1/3 ή μικρότερη σε σύγκριση με την αντίστοιχη βαθμολογία των νοσηλευτών που εργάζονταν σε καλύτερα στελεχωμένες ΜΕΘ (1/2 ή 1/1).

- Οι συμμετέχοντες που τους αναθέτονται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών είχαν κατά 0,17 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν τους αναθέτονται τέτοια καθήκοντα.
- Οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν κατά 0,11 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ.
- Όσο αυξάνεται η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη λήψη αποφάσεων, τόσο μειώνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή». Επομένως, όσο πιο διαισθητικά ελάμβαναν τις κλινικές τους αποφάσεις οι νοσηλευτές, τόσο λιγότερο σημαντικό αξιολογούσαν τον παράγοντα «Γνώση του Ασθενή».

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ » και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.48.

Πίνακας 8.48 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των απαντητών στη διάσταση «Ελκυστικό Περιβάλλον στη ΜΕΘ»

| | | β | SE | P |
|---|----------|---------|------|-------|
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | ≤ 8 | 0,00* | | |
| | ≥ 9 | -0,15 | 0,07 | 0,028 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο ο αριθμός ενεργών κλινών της ΜΕΘ βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε μεγάλη ΜΕΘ (με τουλάχιστον 9 ενεργές κλίνες) είχαν κατά 0,15 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που εργάζονται σε μικρότερες ΜΕΘ (με το πολύ 8 ενεργές κλίνες). Επομένως, οι νοσηλευτές των μεγάλων ΜΕΘ εκτιμούσαν πως το

«Ελκυστικό Περιβάλλον της ΜΕΘ» δεν επιδρούσε το ίδιο σημαντικά στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, όσο θεωρούσαν οι εργαζόμενοι σε μικρότερες ΜΕΘ.

Στον Πίνακα 8.49 δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του ασθενή» και «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» ανάλογα με δημογραφικούς τους παράγοντες και με στοιχεία που αφορούν στην εργασία τους.

Πίνακας 8.49 Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω τιμών των βαθμολογιών των νοσηλευτών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» και «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» με δημογραφικά και άλλα δεδομένα

| | | Χαρακτηριστικά του ασθενή | | Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών | |
|---|----------------------------|---------------------------|--------------------|--|--------------------|
| | | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test | Μέση τιμή±SD | P Student's t-test |
| Φύλο | Άνδρες | 2,24±0,77 | 0,118 | 4,12±0,57 | 0,687 |
| | Γυναίκες | 2,1±0,67 | | 4,09±0,61 | |
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 2,17±0,72 | 0,092 | 4,16±0,6 | 0,002 |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | 2,04±0,61 | | 3,95±0,59 | |
| Μονάδα εργασίας | Γενική | 2,11±0,69 | 0,926* | 4,1±0,57 | 0,940* |
| | Παθολογική | 2,14±0,66 | | 3,94±0,44 | |
| | Χειρουργική | 2,15±0,7 | | 4,1±0,77 | |
| | Εμφραγμάτων | 2,19±0,73 | | 4,1±0,65 | |
| | Μονάδα αυξημένης φροντίδας | 2,19±0,72 | | 4±0,65 | |
| Ενεργές κλίνες στη ΜΕΘ που εργάζεστε | <=8 | 2,13±0,67 | 0,930 | 4,13±0,61 | 0,236 |
| | >=9 | 2,14±0,72 | | 4,06±0,59 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (πρωί) | 1/1 ή 1/2 | 2,12±0,66 | 0,388 | 4,11±0,57 | 0,603 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 2,19±0,78 | | 4,07±0,69 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (απόγευμα) | 1/1 ή 1/2 | 2,05±0,63 | 0,054 | 4,1±0,58 | 0,846 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 2,19±0,73 | | 4,09±0,62 | |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 2,02±0,63 | 0,030 | 4,19±0,56 | 0,050 |
| | 1/3 ή μικρότερη | 2,18±0,71 | | 4,06±0,61 | |

| | | | | | |
|---|--------------------------|-----------|--------|-----------|--------|
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας; | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | 2±0,74 | 0,001* | 4,24±0,49 | 0,219* |
| | Μέτρια | 2,3±0,79 | | 4,06±0,6 | |
| | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 2,04±0,57 | | 4,09±0,63 | |
| Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε; | Όχι | 2,19±0,76 | 0,251 | 4,14±0,59 | 0,274 |
| | Ναι | 2,1±0,65 | | 4,07±0,61 | |
| Σας έχει χαρακτηρίσει κάποιος έμπειρο νοσηλευτή ΜΕΘ | Όχι | 2,15±0,71 | 0,789 | 4,17±0,56 | 0,143 |
| | Ναι | 2,12±0,69 | | 4,07±0,62 | |
| Αν ναι, ποιος: | | | | | |
| Συνάδελφος νοσηλεύτης | Όχι | 2,56±0,81 | <0,001 | 4,13±0,54 | 0,450 |
| | Ναι | 2,04±0,62 | | 4,06±0,63 | |
| Προϊστάμενος νοσηλεύτης | Όχι | 2,24±0,67 | 0,021 | 4,05±0,62 | 0,671 |
| | Ναι | 2,05±0,69 | | 4,08±0,61 | |
| Ιατρός | Όχι | 2,31±0,76 | 0,007 | 4,18±0,55 | 0,077 |
| | Ναι | 2,07±0,65 | | 4,03±0,63 | |
| Ασθενής | Όχι | 2,14±0,75 | 0,802 | 4,05±0,59 | 0,580 |
| | Ναι | 2,12±0,6 | | 4,09±0,64 | |

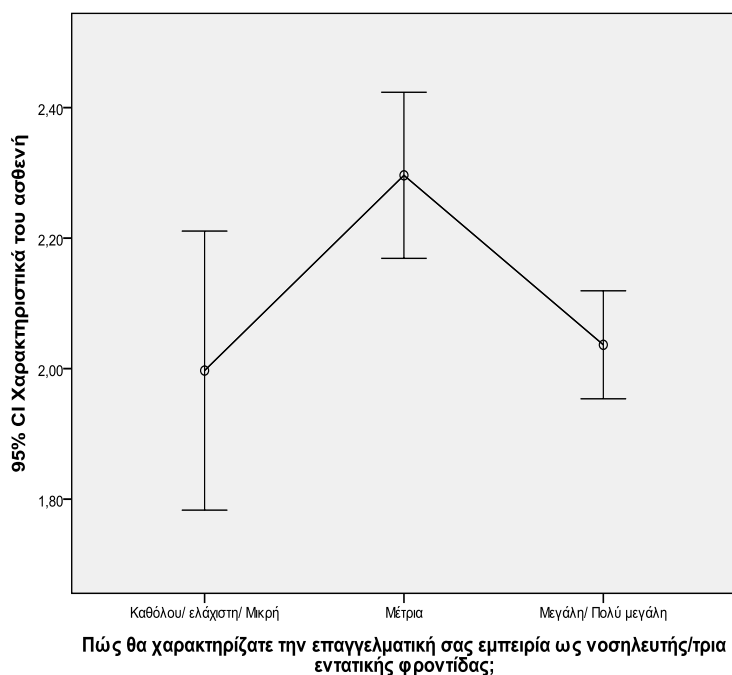
*ANOVA

Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ΜΕΘ, όπου στη νυχτερινή βάρδια η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ήταν 1/3 ή μικρότερη, είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή», που υποδηλώνει ότι δίνουν μεγαλύτερη σημασία στον παράγοντα «Χαρακτηριστικά του ασθενή» κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε μονάδα με καλύτερη στελέχωση. Επίσης, υπήρξε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία του παράγοντα «Χαρακτηριστικά του ασθενή» ανάλογα με την εμπειρία των συμμετεχόντων ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία θεωρούσαν σημαντικότερο τον παράγοντα «Χαρακτηριστικά του ασθενή» στη λήψη κλινικών αποφάσεων, συγκριτικά τόσο με αυτούς με καθόλου έως μικρή εμπειρία ($p=0,026$) όσο και με εκείνους με μεγάλη/πολύ μεγάλη εμπειρία ($p=0,002$). Τέλος, οι συμμετέχοντες που είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από συνάδελφο νοσηλευτή, προϊστάμενο νοσηλευτή ή ιατρό θεωρούσαν σημαντικά

λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα «Χαρακτηριστικά του ασθενή» στη λήψη αποφάσεων σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες, που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως έμπειροι νοσηλευτές ΜΕΘ από συνάδελφο νοσηλευτή, προϊστάμενο νοσηλευτή ή ιατρό.

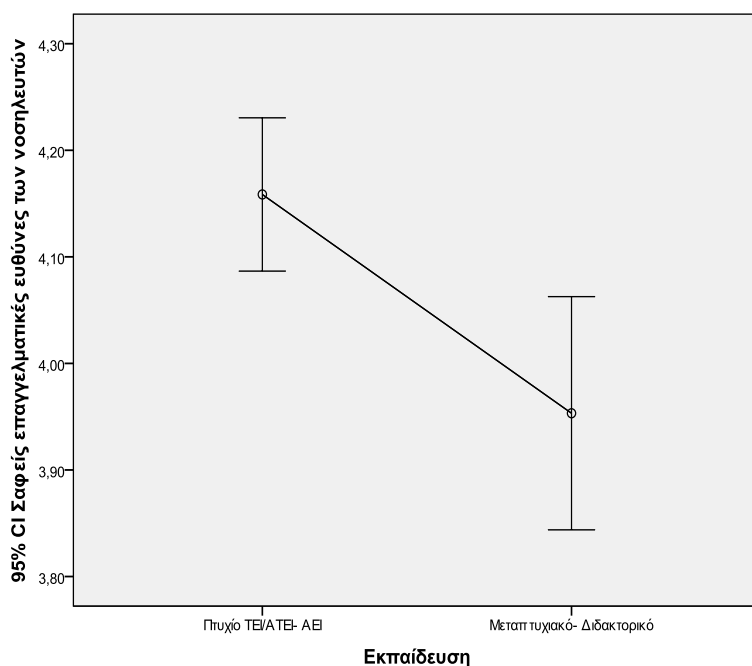
Αναφορικά δε με την ανάλυση ως προς τη διάσταση «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών», οι συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ΜΕΘ, όπου στη βραδινή βάρδια η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ήταν 1/3 ή μικρότερη, θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον ως άνω παράγοντα στη λήψη αποφάσεων, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε μονάδα όπου στη βραδινή βάρδια η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών ήταν καλύτερη.

Στο Γράφημα 8.15 απεικονίζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή» ανάλογα με την εμπειρία τους ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας.



Γράφημα 8. 15 Βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» ανάλογα με το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο επαγγελματικής εμπειρίας στη ΜΕΘ

Στο Γράφημα 8.16 δίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



Γράφημα 8.16
Βαθμολογία των
νοσηλευτών στη
διάσταση «Σαφείς
επαγγελματικές ευθύνες
των νοσηλευτών»
ανάλογα με το
εκπαιδευτικό τους
επίπεδο

Στον Πίνακα 8.50 δίνονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του ασθενή» και «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» και α) της ηλικίας και β) της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων.

Πίνακας 8.50 Αποτελέσματα συσχετίσεων των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του Ασθενή» και «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών» με δημογραφικά και εργασιακά δεδομένα.

| | | Χαρακτηριστικά του ασθενή | Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών |
|--|---|---------------------------|--|
| Ηλικία | r | -0,01 | -0,02 |
| | P | 0,857 | 0,654 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας | r | -0,09 | -0,01 |
| | P | 0,070 | 0,916 |
| Έτη συνολικής προϋπηρεσίας σε ΜΕΘ | r | -0,02 | -0,08 |
| | P | 0,684 | 0,134 |
| Έτη προϋπηρεσίας στην παρούσα ΜΕΘ | r | 0,02 | -0,05 |
| | P | 0,702 | 0,324 |

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται κατανοητό πως δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση των βαθμολογιών στις διαστάσεις «Χαρακτηριστικά του ασθενή» και

«Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» με την ηλικία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.

Η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή» και ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη Λήψη Αποφάσεων χρησιμοποίησε τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/ αφαίρεσης (stepwise) και κατέληξε στα αποτελέσματα του ακόλουθου Πίνακα.

Πίνακας 8.51 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση « Χαρακτηριστικά του ασθενή»

| | | β | SE | P |
|---|--------------------------|---------|------|--------|
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 0,00* | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | 0,18 | 0,08 | 0,021 |
| Πώς θα χαρακτηρίζατε την επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτριά/τρια εντατικής φροντίδας; | Μεγάλη/ Πολύ μεγάλη | 0,00 | | |
| | Καθόλου/ ελάχιστη/ Μικρή | -0,02 | 0,11 | 0,854 |
| | Μέτρια | 0,27 | 0,07 | <0,001 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών στη νυχτερινή βάρδια και η εμπειρία των συμμετεχόντων σε ΜΕΘ βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή». Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Χαρακτηριστικά του ασθενή» ήταν κατά 0,18 μονάδες υψηλότερη σε αυτούς που εργάζονταν με αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς 1/3 ή μικρότερη κατά τη νυχτερινή βάρδια σε σύγκριση με τη βαθμολογία των νοσηλευτών που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία 1/1 ή 1/2. Δηλαδή, οι νοσηλευτές που αναλάμβαναν περισσότερους ασθενείς κατά τη νυχτερινή βάρδια αξιολογούσαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών ως περισσότερο σημαντικά για να λάβουν τις αποφάσεις τους σε σχέση με αυτούς που αναλάμβαναν λιγότερους.
- Οι συμμετέχοντες με μέτρια εμπειρία ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας είχαν κατά 0,27 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση

«Χαρακτηριστικά του ασθενή» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγάλη/ πολύ μεγάλη εμπειρία.

Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση διενεργήθηκε και με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στη διάσταση «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών » και ως ανεξάρτητες τα δημογραφικά τους στοιχεία, τους παράγοντες που αφορούν στην εργασία τους καθώς και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για τη λήψη αποφάσεων. Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα αποτελέσματα του Πίνακα 8.52.

Πίνακας 8.52 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των νοσηλευτών στη διάσταση «Σαφείς Επαγγελματικές Ευθύνες των Νοσηλευτών»

| | | β | SE | P |
|--|---------------------------|---------|------|-------|
| Εκπαίδευση | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ- ΑΕΙ | 0,00* | | |
| | Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό | -0,20 | 0,07 | 0,002 |
| Αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς (νύχτα) | 1/1 ή 1/2 | 0,00 | | |
| | 1/3 ή μικρότερη | -0,13 | 0,07 | 0,050 |

*δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων και η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών στη νυχτερινή βάρδια βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία τους στη διάσταση «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/ διδακτορικό είχαν κατά 0,20 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες-κατόχους μόνο βασικού πτυχίου.
- Για τους συμμετέχοντες που εργάζονταν σε ΜΕΘ με αναλογία νοσηλευτών/ασθενείς κατά τη νυχτερινή βάρδια 1/3 ή μικρότερη, η βαθμολογία που συγκέντρωναν στη διάσταση «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» ήταν κατά 0,13 μονάδες χαμηλότερη σε σύγκριση με αυτή των νοσηλευτών που εργάζονταν σε μονάδα με αναλογία 1/1 ή 1/2 κατά το ίδιο ωράριο. Επομένως, σε υποστελεχωμένες ΜΕΘ, οι νοσηλευτές θεωρούσαν λιγότερο σημαντικό τον παράγοντα του σαφούς επαγγελματικού

πλαisiού σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν σε ΜΕΘ με ασφαλέστερη νοσηλευτική στελέχωση.

8.3.6 Αποτελέσματα συσχετίσεων των διαστάσεων του Ερωτηματολογίου Λήψης Αποφάσεων (NDMI_sv) και του Ερωτηματολογίου Παραγόντων (F.I.N.D.E.M).

Για να αξιολογηθεί αν υπάρχει συνάφεια μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων διενεργήθηκε ανάλυση συσχέτισης με τους συντελεστές του Pearson μεταξύ των διαστάσεων τους (Πίνακας 8.53).

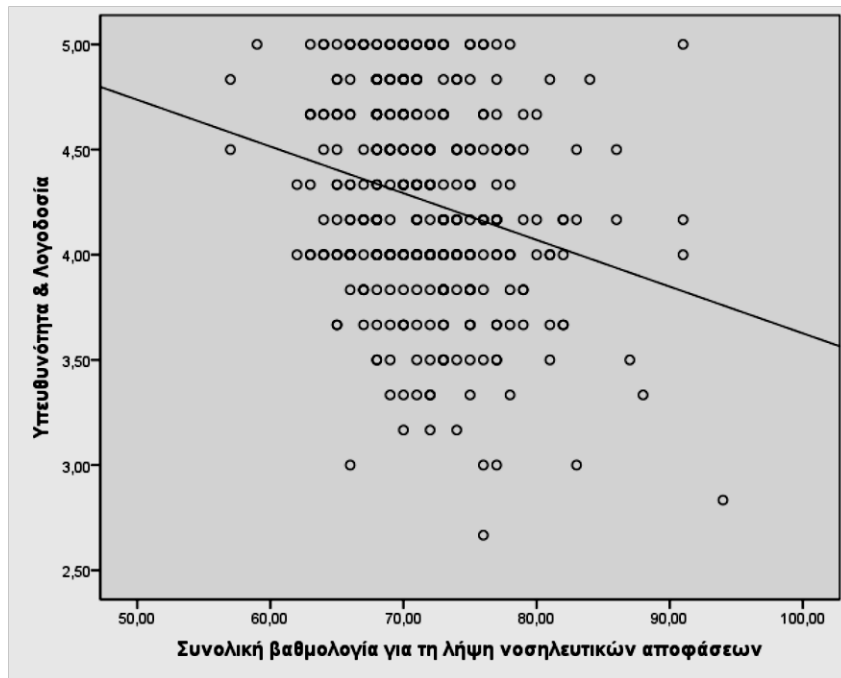
Πίνακας 8.53 Αποτελέσματα συσχέτισης του NDMI_sv και του F.I.N.D.E.M.

| | | Συλλογή δεδομένων | Επεξεργασία δεδομένων | Προγραμματισμός δράσης | Εφαρμογή και αξιολόγηση | Συνολική βαθμολογία για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων |
|---|---|-------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|--|
| Πολυπλοκότητα Προβλήματος & Συνθήκες Επιλυσης του Προβλήματος | r | -0,08 | 0,06 | -0,01 | 0,04 | -0,01 |
| | P | 0,099 | 0,260 | 0,917 | 0,455 | 0,894 |
| Γνώσεις & Επίγνωση | r | -0,06 | -0,05 | 0,04 | -0,11 | 0,01 |
| | P | 0,232 | 0,284 | 0,408 | 0,039 | 0,838 |
| Υπευθυνότητα & Συνεργασία | r | -0,25 | -0,20 | -0,13 | -0,04 | -0,24 |
| | P | <0,001 | <0,001 | 0,011 | 0,433 | <0,001 |
| Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ | r | -0,14 | -0,12 | -0,07 | -0,01 | -0,13 |
| | P | 0,008 | 0,016 | 0,198 | 0,835 | 0,012 |
| Γνώση του Ασθενή | r | -0,17 | -0,14 | -0,06 | -0,11 | -0,18 |
| | P | 0,001 | 0,008 | 0,244 | 0,027 | <0,001 |
| Ελκυστικό Εργασιακό Περιβάλλον στη ΜΕΘ | r | 0,00 | -0,04 | 0,01 | 0,04 | 0,01 |
| | P | 0,985 | 0,446 | 0,838 | 0,411 | 0,911 |
| Χαρακτηριστικά του ασθενή | r | -0,12 | 0,02 | 0,07 | -0,01 | 0,08 |
| | P | 0,022 | 0,735 | 0,158 | 0,894 | 0,100 |
| Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών | r | -0,07 | -0,01 | -0,13 | 0,08 | -0,06 |
| | P | 0,172 | 0,869 | 0,014 | 0,125 | 0,230 |

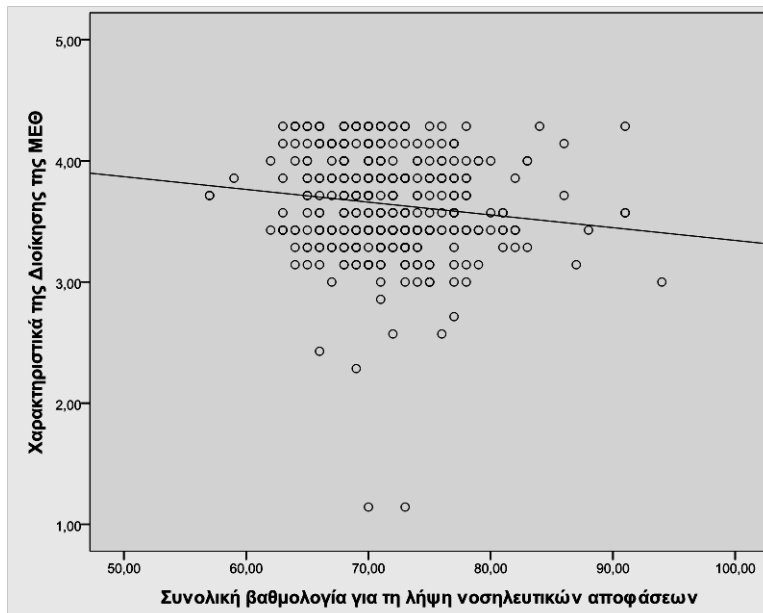
Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της διάστασης «Συλλογή δεδομένων» με τους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ», «Γνώση του Ασθενή» και «Χαρακτηριστικά του ασθενή». Δηλαδή, όσο πιο σημαντικούς θεωρούσαν οι συμμετέχοντες τους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Λογοδοσία», «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ», «Γνώση του Ασθενή» και «Χαρακτηριστικά του ασθενή» για τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων, τόσο πιο πολύ επικρατούσε η αναλυτική σκέψη στον κλινικό συλλογισμό τους κατά το στάδιο της «Συλλογής δεδομένων» της συνολικής διαδικασίας. Όμοια, όσο πιο σημαντικούς θεωρούσαν τους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» και «Γνώση του Ασθενή» για τη λήψη των κλινικών αποφάσεων, τόσο χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στη διάσταση «Επεξεργασία δεδομένων», υποδηλώνοντας ότι υπερίσχυε ο αναλυτικός τρόπος σκέψης. Επίσης, όσο πιο σημαντικούς θεωρούσαν τους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Συνεργασία» και «Σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών» για τη λήψη αποφάσεων τόσο πιο αναλυτική ήταν η διαδικασία στο στάδιο «Προγραμματισμός δράσης». Ακόμα, όσο πιο σημαντικούς θεωρούσαν τους παράγοντες «Γνώσεις & Επίγνωση» και «Γνώση του Ασθενή» για τη λήψη αποφάσεων, τόσο χαμηλότερες ήταν οι βαθμολογίες στη διάσταση «Εφαρμογή και αξιολόγηση». Τέλος, όσο πιο σημαντικούς θεωρούσαν τους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» και «Γνώση του Ασθενή» για τη λήψη αποφάσεων, τόσο πιο αναλυτική ήταν η συνολική διαδικασία λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ.

Στα παρακάτω Γραφήματα αναπαρίστανται σχηματικά και ενδεικτικά οι συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας του Ερωτηματολογίου Λήψης Αποφάσεων με τρεις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου Παραγόντων F.I.N.D.E.M. Στο γράφημα 8.17 απεικονίζεται ενδεικτικά η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας των νοσηλευτών ΜΕΘ στο Ερωτηματολόγιο Λήψης Αποφάσεων με τη διάσταση «Υπευθυνότητα & Συνεργασία».

Γράφημα 8.17 Συσχέτιση του συνολικού score NDMI_sv με τον παράγοντα «Υπευθυνότητα & Συνεργασία»

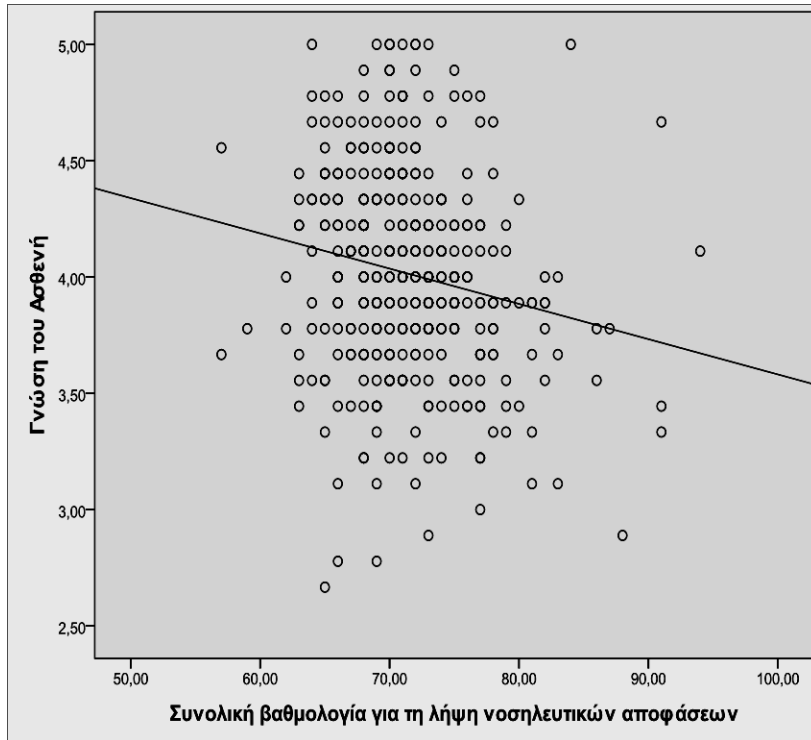


Στο επόμενο Γράφημα (8.18) δίνεται η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Λήψης Αποφάσεων με τη βαθμολογία στη διάσταση «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ».



Γράφημα 8.18
Συσχέτιση του συνολικού score NDMI_sv με τον παράγοντα «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ»

Τέλος, στο Γράφημα 8.19 απεικονίζεται η συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας στο Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων με τη βαθμολογία στη διάσταση «Γνώση του Ασθενή».



Γράφημα 8.19
Συσχέτιση του
συνολικού score
NDMI_sn με τον
παράγοντα «Γνώση
του Ασθενή»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει συστηματικά και ολοκληρωμένα τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ. Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία προσπάθησε να δώσει απαντήσεις ήταν α) αν λαμβάνουν οι νοσηλευτές των ΜΕΘ κλινικές αποφάσεις και ποιες, β) ποια είναι τα στάδια από τα οποία διέρχεται ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών προκειμένου να λάβει κλινικές αποφάσεις και ποιες γνωστικές στρατηγικές επιστρατεύει κατά τη λήψη τους και γ) ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη λήψη των νοσηλευτικών αποφάσεων στη ΜΕΘ.

Τόσο από την ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου των ημερολογίων αποφάσεων, που χρησιμοποιήθηκαν στην πρώτη φάση, όσο και από την ποιοτική ανάλυση των απομαγνητοφωνημένων κειμένων τεσσάρων ομαδικών συζητήσεων της δεύτερης φάσης, καθώς και από την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων από τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια της τρίτης φάσης της έρευνας κατέστη δυνατό να απαντηθούν και τα τρία ερευνητικά ερωτήματα. Με βάση, λοιπόν, τους σκοπούς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αλλά και τα δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία ακολουθεί συζήτηση των κυριότερων ευρημάτων.

9.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους τύπους κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε το μεγάλο εύρος των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές σε ΜΕΘ, ταξινομώντας αυτές σε οκτώ διακριτούς τύπους, οι οποίοι συνιστούν τις περισσότερες κατηγορίες που έχουν περιγραφεί συγκριτικά με την αντίστοιχη ταξινόμηση άλλων συναφών μελετών (Bucknall 2001, Currey & Worrall-Carter 2001). Οι κοινές κατηγορίες και των τριών μελετών είναι αυτές των αποφάσεων παρέμβασης, αξιολόγησης και επικοινωνίας, ενώ η παρούσα μελέτη διαφοροποιείται με την ανάδειξη των κατηγοριών αποφάσεων διάγνωσης, πρόληψης και αναζήτησης πληροφοριών. Οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ, που ανέδειξε η έρευνα, είναι παρόμοιες θεματικά με τις νοσηλευτικές αποφάσεις που περιγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία και ειδικότερα αφορούν στην αιμοδυναμική παρακολούθηση των ασθενών (Corley et al 2009, Ramos et al 2008, Currey & Botti 2006), το μηχανικό αερισμό (Rose et al 2008, Eastwood et al 2009, Taylor 2006), τη διαδικασία απογαλακτισμού και αποδιασωλήνωσης (Rose et al 2008, Hurlock-

Chorostecki 2002), τη διαχείριση του πυρετού (Holtzdaw 1998), τη διαχείριση του πόνου και της καταστολής (Aitken et al 2008, Helmrich et al 2001, Gujol 1994), το γλυκαιμικό έλεγχο με συνεχή ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης (Perkins 2004, Dubose et al 2009), τη διόρθωση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών (Kingston et al 2002, Hijahi & Al –Ansari 2005), αλλά και σε βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα, όπως τη βελτίωση της θέσης του ασθενή (Thomas et al 2006), τη φροντίδα των σωλήνων και καθετήρων και την αλλαγή των επιθεμάτων (Curchoe et al 2002, Mimos et al 2010), τη φροντίδα ελκών πίεσης (Estilo et al 2012), την καθημερινή σωματική και στοματική υγιεινή του ασθενή (Coyer et al 2011, Shi et al 2013).

Αναφορικά με τη συχνότητά τους, στην παρούσα μελέτη φάνηκε πως οι αποφάσεις παρέμβασης και αξιολόγησης αποτελούν τους δύο κυρίαρχους τύπους κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ, με ποσοστά 28,5% και 24,5% αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό δεν βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τα αποτελέσματα των δύο προηγούμενων αυστραλέζικων μελετών. Ειδικότερα, η μία εκ των δύο μέτρησε τη σχετική συχνότητα αποφάσεων παρέμβασης σε 40% και των αποφάσεων εκτίμησης σε 19%, κατατάσσοντάς τις στην πρώτη και τρίτη θέση των συνολικών κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών στη ΜΕΘ, αντίστοιχα (Currey & Worrall-Carter 2001). Η δεύτερη μελέτη (Bucknall 2001) κατέγραψε τη σχετική συχνότητα αποφάσεων αξιολόγησης σε ποσοστό 51% και των αποφάσεων παρέμβασης σε 19%. Αλλά και η συνολική μέση συχνότητα λήψης των αποφάσεων που μετρήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν μικρότερη (56 κλινικές αποφάσεις/8ωρο) σε σχέση με τα ευρήματα των προηγούμενων (238 αποφάσεις / δίωρο, Bucknall 2001 και 395 αποφάσεις / δίωρο, Currey & Worrall-Carter 2001). Οι διαφορές στα ευρήματα των ως άνω μελετών πιθανώς οφείλονται στη διαφορετική μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Συγκεκριμένα, στις δύο ξένες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι της παρατήρησης και της συνέντευξης, οι οποίες ενδεχομένως υπερτερούν των γραπτών ημερολογίων αυτοαναφοράς, αφού η μεταφορά των αποφάσεων σε γραπτό κείμενο πιθανά περιορίζει την ποσότητα των δεδομένων που καταγράφονται.

Μεγάλη απόκλιση μεταξύ της παρούσας και των δύο ως άνω ερευνών παρουσιάστηκε στη συχνότητα των νοσηλευτικών αποφάσεων επικοινωνίας στη ΜΕΘ, με τις τελευταίες να μετρούν τη σχετική τους συχνότητα σε ποσοστά 30% (Bucknall 2001) και 26% (Currey & Worrall-Carter 2001), τοποθετώντας αυτόν τον τύπο αποφάσεων στη δεύτερη θέση επί του συνόλου των κλινικών αποφάσεων στη

ΜΕΘ. Αντίθετα, τα ποιοτικά ευρήματα τόσο της πρώτης όσο και της δεύτερης φάσης της παρούσας έρευνας κατέδειξαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ελληνικές ΜΕΘ δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς, παρά μόνο για τη διεκπεραίωση απλών και λειτουργικών αναγκών. Το πρόβλημα δεν είναι νέο. Στο ίδιο ακριβώς συμπέρασμα έχουν καταλήξει και άλλοι ερευνητές με τις αναφορές τους για σοβαρό έλλειμμα επικοινωνίας νοσηλευτών και ασθενών (Parathanassoglou et al 2005) και προσέγγιση των τελευταίων μόνο για διοικητικές και λειτουργικές ενέργειες (Crotty 1985). Σε συμφωνία δε με τα ευρήματα των Radke et al (2013), οι αποφάσεις επικοινωνίας των νοσηλευτών της ΜΕΘ με τους ασθενείς σχετίζονταν και στην παρούσα μελέτη με το διαθέσιμο χρόνο, αλλά και τις αντιλήψεις των πρώτων για την αναγκαιότητα της επικοινωνίας με τους δεύτερους και τους υπάρχοντες φραγμούς.

Ωστόσο, το πρόβλημα επικοινωνίας στις ελληνικές ΜΕΘ φαίνεται πως είναι μεγαλύτερο, δεδομένου ότι και στις δύο ποιοτικές φάσεις της μελέτης φάνηκε ότι οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας δεν προβαίνουν καν στη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού. Κατ' αυτόν τον τρόπο ενδεχομένως στερούνται την ευκαιρία για ανάπτυξη επαφής με τον ασθενή ή την οικογένειά του και κατανόησής τους μέσω της συλλογής πληροφοριών για τα συναισθήματά τους, τις αντιλήψεις τους, τις επιθυμίες τους, τις επιλογές τους, τις πεποιθήσεις τους, τις προσδοκίες τους και τις αξίες τους. Παράλληλα και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δεύτερης φάσης της παρούσας έρευνας περιορίζουν τα εναύσματα για την έναρξη της διαδικασίας λήψης απόφασης στα ευρήματα που έχουν από τη νοσηλευτική παρατήρηση και την κλινική εξέταση, χωρίς να μπορούν να ενσωματώσουν σε αυτή τις ιδέες και τις πληροφορίες από τον ασθενή για τις άμεσες και απώτερες ανάγκες υγείας του. Το εύρημα αυτό μπορεί να είναι αντιφατικό σε σχέση με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών (Titler et al 1991, Nelson et al 2005), ωστόσο μπορεί να γίνει κατανοητό στο πλαίσιο άσκησης της Νοσηλευτικής στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρόλο που η λήψη νοσηλευτικού ιστορικού μέσω συνέντευξης είναι μία δεξιότητα που διδάσκεται στις Νοσηλευτικές Σχολές (Πανεπιστημιακές και Τεχνολογικές) στην Ελλάδα, η εφαρμογή της δεν ενθαρρύνεται στην κλινική πρακτική.

Όπως, κατά την ίδια λογική, δεν ενθαρρύνεται η καταγραφή και η τεκμηρίωση των κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών κατά τη φροντίδα του ασθενή. Γι' αυτό το λόγο, ίσως, η ποικιλία, ακόμα και η ύπαρξη των κλινικών αποφάσεων από

νοσηλευτές στη ΜΕΘ αγνοείται ή αμφισβητείται (Karra et al 2014). Αν και για την επιβεβαίωση του παραπάνω ισχυρισμού θα ήταν χρήσιμη η ποιοτική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ έλλειψης νοσηλευτικής τεκμηρίωσης και διεπαγγελματικής επικοινωνίας, είναι πιθανό το εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό αποφάσεων επικοινωνίας με το προσωπικό της ΜΕΘ (7%) να αποτελεί σημαντική ένδειξη μίας τέτοιας συσχέτισης. Έτσι το έλλειμμα επικοινωνίας φαίνεται πως δεν περιορίζεται μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών και οικογενειών τους, αλλά επεκτείνεται και μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας της ΜΕΘ. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί α) είτε με την παραδοχή ότι οι νοσηλευτές στη ΜΕΘ λειτουργούν σε ένα μηχανιστικό πλαίσιο, όπου καθένας ενεργεί σύμφωνα με τα αποκλειστικά του καθήκοντα, β) είτε ότι οι νοσηλευτές ενεργούν δυναμικά στο πολύπλοκο περιβάλλον της ΜΕΘ, «φιλτράροντας» την κρίση τους και μεταφέροντας μόνο τα σημαντικά μηνύματα ή τα άλυτα ζητήματα προς τους υπόλοιπους, γ) είτε, τέλος, ότι λειτουργούν σε ένα πλαίσιο κάθετης ροής των πληροφοριών, που δεν ευνοεί τη διαλογική συζήτηση για τον ασθενή, αλλά μόνο την παραδοσιακή μεταφορά των οδηγιών από τον ιατρό προς το νοσηλευτή και των «σημαντικών παρατηρήσεων» από το νοσηλευτή προς τον ιατρό (Colon-Emerick et al 2006). Με βάση την ανάλυση των δεδομένων από τις ποιοτικές φάσεις της μελέτης, φαίνεται πως ισχύουν και οι τρεις παραπάνω ισχυρισμοί. Αλλού διαφαίνεται ο περιορισμός του νοσηλευτή στην τυπική εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και των τυπικών του νοσηλευτικών καθηκόντων, αλλού διακρίνεται η δυναμική παρέμβασή του για τη διαχείριση ενός κλινικού προβλήματος, μερικές φορές και πέραν των νομικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων του και αλλού η αναφορά των σημαντικών μόνο θεμάτων διαχείρισης του ασθενή ή των «αποφάσεων που φέρνουν σημαντικές αλλαγές στον άρρωστο», όπως εύστοχα σχολίασε ένας από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές στη δεύτερη φάση των ομαδικών συζητήσεων.

Περαιτέρω, το 10% των συνολικών κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών στη ΜΕΘ αφορούσαν σε αποφάσεις διάγνωσης, ενώ το 100% αυτών ήταν ιατρικές και όχι νοσηλευτικές, δηλαδή δεν επικεντρώνονταν στην περιγραφή των αντιδράσεων του ασθενή και το επίπεδο λειτουργικότητάς του, παρά μόνο στην ίδια τη νόσο και την παθολογία. Κάτι τέτοιο καλλιεργείται στο χώρο των ΜΕΘ, γιατί το ιατρικό επάγγελμα έχει πετύχει να εντάξει μέσα στη δική του λογική και ιδεολογία την ενασχόληση της εντατικής νοσηλευτικής (Αλεξιάς 2001) και το πλαίσιο άσκησης του νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζεται από την εξουσία του ιατρικού λόγου, που

είναι αυστηρά νοσοκεντρικός και κατασκευάζει ερήμην των υπολοίπων επαγγελματιών την πραγματικότητα στη ΜΕΘ (Αλεξιάς & Μπλέτσος 2009).

Ακόμα, ιδιαίτερα χαμηλά μετρήθηκε η σχετική συχνότητα των αποφάσεων αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή (3%) από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Το εύρημα αυτό προκαλεί έκπληξη, αν συγκριθεί με τον όγκο πληροφοριών που συνοδεύει τα κλινικά προβλήματα και θεωρητικά πρέπει να διαχειριστεί ο αποφασίζων στο πολύπλοκο και αβέβαιο περιβάλλον της ΜΕΘ. Το χαμηλό ποσοστό τους επί των συνολικών κλινικών αποφάσεων μπορεί να οφείλεται α) στην επικέντρωση της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων στα κλινικά προβλήματα, για τα οποία οι νοσηλευτές δεν έχουν γνωστικά κενά κι επομένως ανάγκη για πληροφόρηση, δηλαδή σε πρακτικά προβλήματα που εμπίπτουν στη δική τους δικαιοδοσία και μόνο, ή β) στην επιλεκτική αναζήτηση δεδομένων. Η πρώτη ερμηνεία βεβαίως είναι περιοριστική και δεσμεύει τους νοσηλευτές της ΜΕΘ σε ένα μικρό πεδίο δράσης, θεωρώντας ότι τα προβλήματα εκτός αυτού του πλαισίου, δεν αποτελούν δική τους αρμοδιότητα, κάτι που επιβεβαιώνεται από τα σχόλια κάποιων συμμετεχόντων στις ομάδες εστίασης της δεύτερης φάσης της παρούσας έρευνας. Αυτό συνάδει με την αναφερόμενη σε αρκετές μελέτες έλλειψη νοσηλευτικής αυτονομίας (Papathanassoglou et al 2005, Papathanassoglou et al 2012, Πιορουλίου & While 2010) ειδικά στη λήψη αποφάσεων, η οποία οδηγεί σε μονότονη και περιορισμένη εργασία. Η δεύτερη ερμηνεία μπορεί να ισχύει στις περιπτώσεις που οι νοσηλευτές επιλέγουν τις πηγές των δεδομένων με βάση την ευκολία χρήσης τους, το διαθέσιμο χρόνο και το βαθμό πρόσβασής τους σε αυτές. Πράγματι, οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, τόσο στην παρούσα μελέτη, όσο και σε άλλες, είχαν την τάση να στηρίζουν τις αποφάσεις τους στην προφορική ενημέρωση που ελάμβαναν από συναδέλφους και συνεργάτες (McKnight 2006), παρά σε βιβλιογραφικά δεδομένα και επιστημονικές ενδείξεις, στα οποία η πρόσβαση ήταν πιο δύσκολη και η διαχείρισή τους απαιτούσε ικανότητα, γνώση, κόπο και χρόνο (Parahoo 2000, Veeramah 2004, Thompson et al 2004).

Αξιοσημείωτο είναι δε, πως ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών εμποδιζόταν, όταν πίσω από μία κλινική ενέργεια υπήρχε ιατρική οδηγία. Με βάση τα ευρήματα της πρώτης φάσης της μελέτης φάνηκε πως μπροστά στις αποφάσεις των ιατρών, η διαδικασία αξιολόγησης ή αναζήτησης επιπρόσθετης κλινικής πληροφόρησης σταματούσε. Είναι πολύ πιθανό οι νοσηλευτές να μην χρησιμοποιούν

τις γνωστικές τους δεξιότητες για να λάβουν τις κλινικές τους αποφάσεις σε αυτές τις περιπτώσεις, γιατί αφενός θεωρούν ότι δεν αναλαμβάνουν οι ίδιοι την ευθύνη της πράξης, αφετέρου έχουν ανάγκη να στηρίξουν τις παρεμβάσεις τους σε σταθερές βάσεις, όταν ο διαθέσιμος χρόνος είναι λιγιστός (Benner et al 2008). Εξίσου πιθανό είναι πάντως να αποδέχονται την παραδοσιακή εξουσία των ιατρών με μία αίσθηση συλλογικής «μαθημένης αδυναμίας» μπροστά στην κατοχή της κλινικής επιστημονικής γνώσης (Warelow 1996) και ενός αισθήματος ασφάλειας με το να παραπέμπουν σε αυτούς τις ευθύνες και τις πρωτοβουλίες (Αλεξιάς & Μπλέτσος 2009), όπως σχολίασαν και οι νοσηλευτές στις ομαδικές συζητήσεις της δεύτερης φάσης.

Αναφορικά με τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα των κλινικών αποφάσεων, οι μη επείγουσες αποφάσεις καταγράφηκαν ως συχνότερες σε σχέση με τις επείγουσες. Το εύρημα δεν μπορεί να συγκριθεί με κάποιο ανάλογο από τη διεθνή βιβλιογραφία, γιατί δεν έχει γίνει παρόμοια κωδικοποίηση. Στη μελέτη της Bucknall (2001) αναφέρεται πως οι νοσηλευτές λαμβάνουν πολλές αποφάσεις για πολύπλοκα και επείγοντα προβλήματα, αλλά δεν υπάρχει αναφορά για τη συχνότητά τους ή την υπεροχή τους σε σχέση με τις μη επείγουσες. Ωστόσο, το ποσοστό αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιφυλακτικότητα, εξαιτίας της μεθόδου που επιλέχθηκε για την καταγραφή των αποφάσεων. Έτσι, είναι πιθανό οι μη επείγουσες αποφάσεις να καταγράφονταν με περισσότερο συστηματικό τρόπο, σε σχέση με τις επείγουσες ή ο ασθενής, για τον οποίο διάλεγαν κάθε φορά οι νοσηλευτές να διατηρήσουν ημερολόγιο αποφάσεων, να είχε μία σταθερή πορεία, χωρίς την εκδήλωση αιφνιδίων προβλημάτων, που να απαιτούσαν επείγουσες αποφάσεις από τους νοσηλευτές.

Με την ίδια επιφύλαξη πρέπει να αντιμετωπιστεί και το εύρημα ότι η πλειονότητα των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων (60%) που λαμβάνονται στη ΜΕΘ είναι ανεξάρτητες από τις ιατρικές οδηγίες. Ασφαλώς, όσες αφορούσαν σε βασικά νοσηλευτικά καθήκοντα (22%), όπως η φροντίδα του σώματος, των καθετήρων και των σωλήνων που έφερε ο ασθενής, ήταν αναμενόμενο να είναι ανεξάρτητες. Ωστόσο τα υψηλά ποσοστά των αναφορών για αυτόνομη τιτλοποίηση των φαρμακευτικών διαλυμάτων που χορηγούνταν ενδοφλεβίως στους ασθενείς, όπως και για μη καθοδηγούμενες παρεμβάσεις στις ρυθμίσεις των παραμέτρων του μηχανικού αερισμού και της νεφρικής υποκατάστασης είναι ενδεικτικά του ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ αναλαμβάνουν άτυπα αυτές τις ενέργειες, είτε επειδή οι συχνές αλλαγές

της εικόνας των βαρέως πασχόντων απαιτούν πολλαπλές ειδικές παρεμβάσεις από τους νοσηλευτές, που βρίσκονται συνεχώς δίπλα τους, είτε επειδή ανεπίσημα τους έχουν παραχωρηθεί ως καθήκοντα από τους ιατρούς λόγω της μικρότερης παραμονής των τελευταίων δίπλα στους ασθενείς. Σημειώνεται ότι αυτές οι δύο ερμηνείες συμφωνούν και με τους ισχυρισμούς άλλων Ελλήνων ερευνητών (Parathanassoglou et al 2005), αλλά και με τα σχόλια των συμμετεχόντων στις ομαδικές εστιασμένες συζητήσεις της δεύτερης φάσης της παρούσας έρευνας.

Από τις συσχετίσεις των τύπων κλινικών αποφάσεων με δημογραφικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά δεδομένα των συμμετεχόντων στην πρώτη φάση της διδακτορικής έρευνας, φάνηκε πως ο αριθμός των συνολικών νοσηλευτικών αποφάσεων έχει την τάση να αυξάνεται, όσο υψηλότερο ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών, ενώ στατιστικά σημαντική και ισχυρή συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ του τελευταίου και των αποφάσεων αξιολόγησης. Αυτό πιθανά ερμηνεύεται από το ότι όσο υψηλότερο είναι το γνωστικό υπόβαθρο των νοσηλευτών, που κατά τεκμήριο αποκτάται με την υψηλότερη κατάρτιση, τόσο πιο βελτιωμένη είναι η κριτική τους σκέψη, που τους ωθεί σε περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης (Pardue 1987), ή ακόμα τόσο μεγαλύτερη είναι η επιθυμία τους για λήψη αποφάσεων (Rhodes 1985). Το συγκεκριμένο εύρημα, όμως, είναι αντίθετο, με αυτά που έχουν βρεθεί σε παλαιότερες ερευνητικές εργασίες (Pardue 1987, Westfall et al 1986), οι οποίες δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αριθμού των υποθέσεων και των τελικών αποφάσεων των νοσηλευτών διαφορετικών βαθμίδων και επιπέδων εκπαίδευσης.

Περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης ελάμβαναν και οι νεαρότεροι νοσηλευτές, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους σε ηλικία συναδέλφους τους. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι νεαρότεροι και λιγότερο έμπειροι νοσηλευτές ήταν περισσότερο ανασφαλείς ως προς τις κρίσεις τους ή είχαν μεγαλύτερη δυσκολία να διακρίνουν τις σχετικές από τις μη σχετικές πληροφορίες που είχαν στη διάθεσή τους, γι' αυτό το λόγο συνέχιζαν να τις εκτιμούν μέχρι να καταλήξουν σε ένα ασφαλές κλινικό συμπέρασμα (Bucknall 2001). Το περίεργο είναι ότι η συσχέτιση δεν επιβεβαιώθηκε μεταξύ συχνότητας αποφάσεων αξιολόγησης και κλινικής εμπειρίας στη ΜΕΘ, ίσως γιατί ο αριθμός των συμμετεχόντων με λιγότερα από πέντε χρόνια εμπειρίας στη ΜΕΘ (σημείο που χρησιμοποιεί και η εν λόγω ερευνητρια ως διαχωριστικό μεταξύ των έμπειρων και των λιγότερο έμπειρων νοσηλευτών) ήταν πολύ μικρός (n=3), ενώ

επίσης με λιγότερα από πέντε έτη συνολικής νοσηλευτικής εμπειρίας δεν συμμετείχε κανένας νοσηλεύτης στην παρούσα φάση.

Αναφορικά με τις αποφάσεις πρόληψης, παρατηρήθηκε μία μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητάς τους και του φύλου, με τις νοσηλεύτριες να παίρνουν περισσότερες τέτοιες αποφάσεις σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους. Μια ερμηνεία που μπορεί να δοθεί γι' αυτό είναι ότι οι άνδρες παραδοσιακά διακατέχονται από μεγαλύτερη επιθυμία για παρέμβαση καθώς και φιλοδοξία για επίτευγμα σε σχέση με τις γυναίκες που προτιμούν την ποιότητα, αλλά και την ασφάλεια στην εργασία τους (Hofstede 1980). Κατ' αυτή την έννοια, οι νοσηλεύτριες στην προσπάθειά τους να προστατέψουν τους ασθενείς από πρόσθετα ή πιο σοβαρά προβλήματα ή ενδεχόμενες βλάβες εφαρμόζουν ευκολότερα πρακτικές, όπως η πρόληψη των δυσμενών συμβάντων για τον ασθενή.

Τέλος, η μόνη στατιστικά σημαντική σχέση που αναδείχθηκε από τις συσχετίσεις μεταξύ του αριθμού των κλινικών αποφάσεων ανά κατηγορία και στο σύνολό τους με την ημέρα και την ώρα εργασίας, ήταν αυτή μεταξύ της ημέρας εργασίας και των αποφάσεων παρέμβασης, με τις τελευταίες να είναι, όπως ήταν αναμενόμενο, σημαντικά περισσότερες τις καθημερινές ημέρες εργασίας, συγκριτικά με τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες. Το γεγονός αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το πλαίσιο λειτουργίας των ΜΕΘ, στο οποίο οι Μονάδες λειτουργούν με λιγότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό κατά τη διάρκεια των ως άνω περιόδων, ενώ εκτελούν κυρίως εργασίες ρουτίνας κατά τις ίδιες ώρες. Εντούτοις, δεν ήταν αναμενόμενη η απουσία στατιστικά σημαντικής συσχέτισης του νοσηλευτικού ωραρίου με τη συχνότητα των κλινικών αποφάσεων, αφού οι λιγότερες μελέτες γι' αυτό το θέμα έχουν καταδείξει ότι το κυκλικό ωράριο επιδρά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, λόγω του διαταραγμένου κιρκάδιου ρυθμού και της κόπωσης των νοσηλευτών (Thomas et al 1991, Folkard & Monk 1985). Παρ' όλα αυτά, η τάση για συσχέτιση μεταξύ των αποφάσεων διάγνωσης και κυκλικού ωραρίου, με τους νοσηλευτές στο νυχτερινό ωράριο να τείνουν να θέτουν περισσότερες διαγνώσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες βάρδιες παρουσιάζει ομοιότητες με το εύρημα της Bucknall (2001), η οποία παρατήρησε ότι οι νοσηλευτές της νυχτερινής βάρδιας αφιέρωναν πολύ περισσότερο χρόνο στην αξιολόγηση των ασθενών. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι η μείωση των αποφάσεων παρέμβασης κατά τη διάρκεια της νύχτας, αφήνει περισσότερα περιθώρια στους νοσηλευτές για συλλογισμό και επεξεργασία των κλινικών

πληροφοριών, ώστε να διατυπώνουν και περισσότερες διαγνώσεις. Άλλωστε, κατά τη διάρκεια του νυχτερινού ωραρίου η παρουσία των υπόλοιπων κλινικών της ομάδας της ΜΕΘ είναι μικρή, δίνοντας τη δυνατότητα στους νοσηλευτές της να διαγνώσουν προβλήματα, με τα οποία θα ασχολούνταν οι πρώτοι κατά τη διάρκεια του πρωινού και του απογευματινού ωραρίου (Bucknall 2001).

9.2 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Στη δεύτερη φάση της διδακτορικής μελέτης διερευνήθηκε η διαδικασία λήψης των νοσηλευτικών αποφάσεων, αφού στην υπάρχουσα βιβλιογραφία ο αριθμός των βημάτων και το περιεχόμενο τους δεν είναι επαρκώς καθορισμένα. Αυτό πιθανά συμβαίνει, γιατί οι ενέργειες που απαιτούνται έχουν διαφορετική βαρύτητα για διαφορετικά προβλήματα και κατά συνέπεια η ομαδοποίησή τους σε μία διαδοχή συγκεκριμένων σταδίων διαφέρει. Πάντως, από την ανάλυση του περιεχομένου των σκέψεων των συμμετεχόντων στις τέσσερις ομαδικές συζητήσεις αναδύθηκε πως μία τυπική διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης στη ΜΕΘ μπορεί να έχει έξι βήματα: α) της αναγνώρισης της ανάγκης για λήψη απόφασης, β) της συλλογής σχετικών πληροφοριών, γ) της επεξεργασίας των πληροφοριών, δ) του σχεδιασμού της δράσης του αποφασίζοντα, ε) της επιλογής της δράσης από τον αποφασίζοντα και ε) του ελέγχου των αποτελεσμάτων.

Τα παραπάνω στάδια αναπαριστούν μία αναλυτική διαδικασία από την οποία διέρχεται ο νοσηλευτής προκειμένου να λάβει απόφαση για ένα κλινικό πρόβλημα. Στο πρώτο στάδιο ο νοσηλευτής μεταβαίνει από μία ασαφή αίσθηση ότι βρίσκεται μπροστά σε μία προβληματική κατάσταση στην αναγνώριση της ανάγκης για ενεργοποίησή του. Έτσι, προβαίνει σε μία αρχική διερεύνηση των πτυχών του προβλήματος, προσπαθώντας να διαμορφώσει ένα γενικό πλαίσιο θεώρησής του. Τα εναύσματα για ενεργοποίηση αντλούνται από τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής του παρατήρησης και της αδρής κλινικής εξέτασης του ασθενή, χωρίς όμως να ενσωματώνουν πληροφορίες από την επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή, αφού η τελευταία φαίνεται πως είναι και προβληματική και ανοργάνωτη, δεδομένου ότι στις ελληνικές ΜΕΘ δεν λαμβάνεται συστηματικά νοσηλευτικό ιστορικό, όπως συζητήθηκε στην προηγούμενη ενότητα. Το στάδιο αυτό αναγνωρίζεται ως διακριτό και εναρκτήριο βήμα της διαδικασίας λήψης αποφάσεων και στο υποθετικο-

επαγωγικό μοντέλο των Elstein et al (1978), καθώς και στο αναθεωρημένο μοντέλο των Carnevali et al (1984), που περιγράφει το νοσηλευτικό συλλογισμό. Σε αυτό το στάδιο είναι κοινό σημείο όλων των περιγραφέντων μοντέλων ότι δεν αναγνωρίζεται το πραγματικό πρόβλημα, αλλά αυτό κυρίως περιγράφεται μέσω ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων του.

Προκειμένου, λοιπόν, να οριστεί το πρόβλημα, ο αποφασίζων αρχίζει να συγκεντρώνει σχετικές πληροφορίες. Το δεύτερο στάδιο της διαδικασίας ξεκινά από την επιθυμία του αποφασίζοντα να αποκρυσταλλώσει μία σαφέστερη εικόνα για την προβληματική κατάσταση. Η συλλογή κλινικών πληροφοριών γενικά είναι μία επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία, που εύκολα μπορεί να αποβεί βαρετή ή τόσο πολύπλοκη, που ο αποφασίζων να χάσει το αρχικό του ενδιαφέρον (Hammond 1986). Γι' αυτό, ενδεχομένως, συντρέχει με τη διαδικασία αξιολόγησης των διαθέσιμων πληροφοριών, προκειμένου να αναπτυχθούν υποθέσεις, που στοχεύουν αρχικά στο διαχωρισμό των σχετικών από τα άσχετα δεδομένα και αφετέρου στη συγκεκριμενοποίηση της δομής του προβλήματος. Στο υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο, το στάδιο αυτό περιγράφεται ως στάδιο δημιουργίας υποθέσεων (Elstein et al 1978) ή ως επιμέρους βήματα αναζήτησης επιπρόσθετων δεδομένων και συνένωσής του σε εννοιολογικές ενότητες (Carnevali et al 1984).

Βασικοί ρυθμιστές της συλλογής των κλινικών πληροφοριών φάνηκε πως είναι τα συναισθήματα που βιώνουν οι αποφασίζοντες κατά τη διάρκεια του συγκεκριμένου σταδίου. Οι νοσηλευτές επιθυμούν να ελαχιστοποιήσουν τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν και γεννώνται από το ίδιο το πρόβλημα-απειλή. Η επίδραση των συναισθημάτων στη λήψη αποφάσεων έχει καταγραφεί και σε άλλες ερευνητικές εργασίες (Loewenstein & Lerner 2003, Schwarz 2000) και πολλοί ερευνητές επιβεβαιώνουν την υπόθεση ότι η διαδικασία ακολουθεί την κατεύθυνση που θα μεγιστοποιήσει τα θετικά συναισθήματα του αποφασίζοντος και θα ελαχιστοποιήσει τα αρνητικά (Baron 1992, Janis & Mann 1977, Zeelenberg et al 2000). Έτσι, οι νοσηλευτές που έδειχναν ενδιαφέρον να αναζητήσουν αρκετές πληροφορίες, είχαν χαρακτηριστικά ατόμων σε εγρήγορση και με διάθεση για μάθηση, ενώ αυτοί που βίωναν αυξημένη αγωνία για τη διαχείριση της κατάστασης, φαίνεται πως αισθάνονταν έντονα την απώλεια του ελέγχου (Scherer 1984) της πρακτικής τους.

Το τρίτο στάδιο της επεξεργασίας πληροφοριών και οι γνωστικές στρατηγικές που επιστρατεύονται σε αυτό, όπως περιγράφηκαν μέσα από τα σχόλια των συμμετεχόντων στις ομάδες εστίασης, βρίσκονται σε απόλυτη συμφωνία με τη θεωρία επεξεργασίας της πληροφορίας των Newell & Simon (1972). Δηλαδή, οι νοσηλευτές δέχονται πληροφορίες σε συμβολική μορφή, οι οποίες μετά από επεξεργασία και αποκωδικοποίηση της συμβολικής τους δομής, αναπαριστώνται σε έννοιες του φυσιολογικού και του παθολογικού για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Στη συνέχεια περνούν από μία διαδικασία σύγκρισης και συνδυασμού με εμπειρίες του παρελθόντος, μέχρι να σχηματιστούν σε νέα γνωστικά σχήματα και να διατυπωθούν με τη μορφή διαγνώσεων. Με άλλα λόγια, τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί από το δεύτερο στάδιο αξιολογούνται με βάση τη συνεισφορά τους στις πιθανές υποθέσεις και τότε ορίζουν το πρόβλημα (Bandman & Bandman 1994, Jones 1988, Carnevali & Thomas 1993). Αν και οι γνωστικές λειτουργίες του σταδίου Επεξεργασίας των Πληροφοριών έχουν περιγραφεί στα ποσοτικά μοντέλα λήψης αποφάσεων, ωστόσο οι κεντρικές έννοιες του συνδυασμού κλινικών πληροφοριών, της σύλληψης της κλινικής οντότητας και της πρόβλεψης έχουν περιγραφεί και σε φαινομενολογικές μελέτες (Benner 1984).

Η πληροφόρηση που αντλείται με την ανάλυση και την αξιολόγηση των κλινικών στοιχείων, χρησιμοποιείται στο τέταρτο στάδιο του σχεδιασμού της δράσης για τον προσδιορισμό ρεαλιστικών και βάσιμων στόχων, μέσων, αλλά και εναλλακτικών διαδρομών μέχρι την τελική απόφαση. Ωστόσο, αυτό δεν γινόταν με οργανωμένο τρόπο μέσα από εφαρμογή σχεδίων νοσηλευτικής φροντίδας για τους ασθενείς παρά με νοερή αναπαράσταση από κάθε νοσηλευτή, καθοδηγούμενο από τις ιατρικές οδηγίες και την ίδια την κατάσταση του ασθενή. Τούτο εύκολα θα μπορούσε να αποδοθεί στην ιδιαιτερότητα της ελληνικής νοσηλευτικής πραγματικότητας των ΜΕΘ και στο έλλειμμα αυτόνομης οργάνωσης της νοσηλευτικής εργασίας, αν εκδηλωνόταν μόνο στην Ελλάδα. Αν και τα γραπτά σχέδια νοσηλευτικής φροντίδας έχουν ευρέως αναγνωριστεί για τη συμβολή τους και η χρησιμοποίησή τους προτείνεται από μεγάλο μέρος της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, στην πράξη υπάρχει αντίσταση στην εφαρμογή τους από τους κλινικούς νοσηλευτές (Griffiths & Hutchings 1999). Κάποιοι ερευνητές πιθανολογούν ότι η αιτία για κάτι τέτοιο είναι το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αξιοδοτούν και προάγουν τη λεκτική επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συνεργάτες τους συγκριτικά με τη γραπτή τεκμηρίωση (Deeny &

McKenna 1994). Τούτο το συμπέρασμα, όμως, είναι λιγότερο πιθανό στην Ελλάδα, δεδομένου ότι από την πρώτη φάση της παρούσας μελέτης διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν επαρκώς ούτε με τους ασθενείς στη ΜΕΘ, αλλά ούτε και με τους συνεργάτες τους. Επομένως, μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει για την απουσία των σχεδίων φροντίδας από τις ελληνικές ΜΕΘ να ευθύνονται τα χαμηλά επίπεδα στελέχωσης, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και η έλλειψη σχετικής γνώσης από τους νοσηλευτές (Latimer 1995).

Συμπληρωματικά, αν και ο σχεδιασμός της δράσης αναφέρθηκε ως απαραίτητος για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή, τα ποιοτικά ευρήματα της πρώτης και δεύτερης φάσης κατέδειξαν ότι οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν επικεντρωμένες στον ασθενή αποφάσεις, διότι δεν του επιτρέπουν συνήθως να συμμετέχει και να καθοδηγεί τη φροντίδα του. Μάλιστα, η φροντίδα που προσφέρεται στο νοσηλευόμενο της ελληνικής ΜΕΘ φαίνεται να ακολουθεί ένα ισχυρό πατερναλιστικό πρότυπο, αφού περιλαμβάνει τόσο έντονες παρεμβάσεις στον ασθενή χωρίς απαραίτητα τη συναίνεσή του, όσο και σκόπιμη καθυστέρηση φροντίδων, όταν η επιθυμία του ασθενή γίνεται έντονη. Η στάση αυτή ευνοείται στο χώρο των ΜΕΘ, διότι ο ασθενής συνήθως δεν βρίσκεται σε θέση να λάβει αποφάσεις για τη φροντίδα του (Ferrand et al 2001) ή η πολυπλοκότητα του χώρου καθιστά την ασυμμετρία της γνώσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών τόσο μεγάλη, που έχει ως συνέπεια την εγκατάσταση μιας σαφούς και αδιαμφισβήτητης θέσης ισχύος των πρώτων απέναντι στους δεύτερους (Lautrette et al 2009). Είναι πιθανό ακόμη οι νοσηλευτές να υποκύπτουν στην κυρίαρχη ιατρική εξουσία στις ΜΕΘ και να αναπαράγουν τις βασικές αρχές του βιοϊατρικού μοντέλου (Αλεξιάς & Μπλέτσος 2009), έστω κι αν την ίδια στιγμή «διακηρύττουν» την άποψη ότι η πεμπτούσια της Νοσηλευτικής είναι η ολιστική φροντίδα του ασθενή (McEvoy & Duffy 2008), όπως διδάσκεται σε όλα τα νοσηλευτικά συγγράμματα.

Αναφορικά με την επιλογή της απόφασης, η επιλογή ανάμεσα στις δύο κυρίαρχες στρατηγικές, δηλαδή την παρέμβαση στην αιτία ή την παρέμβαση στις εκδηλώσεις του προβλήματος, καθοριζόταν από την προσωπικότητα του αποφασίζοντα και τις συνθήκες λήψης της απόφασης. Οι νοσηλευτές με αυτοπεποίθηση και επιθυμία για αυτονομία ήταν περισσότερο παρεμβατικοί και προσανατολισμένοι στην αιτία των κλινικών προβλημάτων. Τούτο μπορεί να οφείλεται σε μία προσπάθεια των νοσηλευτών να αποδείξουν πως κατέχουν συστηματική θεωρητική γνώση και δεν

είναι απλά εκπαιδευμένοι σε συγκεκριμένες τεχνικές, κάτι που διαφοροποιεί όλους τους επαγγελματίες από τους βοηθούς τους. Κάθε επαγγελματίας δεν στηρίζεται στη στείρα αναπαραγωγή τεχνικών δραστηριοτήτων, αλλά αντίθετα γνωρίζει το λόγο για τον οποίο επιτελείται μία παρέμβαση, τι σκοπό εξυπηρετεί και τον τρόπο επενέργειάς της (Αλεξιάς 1998). Άξιο προσοχής είναι ότι στην προσπάθειά τους για να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτονομία και έλεγχο πάνω στην κλινική πράξη ακολουθούν καθιερωμένα ιατρικά πρότυπα, που ορίζονται από τον επιστημονικό λόγο ή αναλαμβάνουν ακόμα και ευθύνες για τις οποίες δεν έχουν θεσμοθετημένη αρμοδιότητα. Αυτό δεν είναι απαραίτητα επιτηδευμένο. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν στην πρακτική τους ένα σύνολο ιατρικών γνώσεων, γιατί αυτές έχουν διδαχθεί κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Έτσι, ένα από τα συστήματα ιδεών που κατευθύνει τη Νοσηλευτική αποτελεί αντανάκλαση της επιστημονικής Ιατρικής (Αλεξιάς 1998).

Αντιθέτως, όσοι οργάνωναν την εργασία τους με διαθέσιμα εργαλεία ή δεν αισθάνονταν αρκετά σίγουροι να παρέμβουν διορθωτικά σε κάποιο κλινικό πρόβλημα ή επιζητούσαν τη συνεργασία με άλλους ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στις εκδηλώσεις του προβλήματος. Και ενώ η επικέντρωση στις αντιδράσεις του ασθενή είναι ο πυρήνας της νοσηλευτικής φροντίδας, τα σχόλια συνέδεαν αυτή τη στάση με την «αδυναμία» του νοσηλευτή να λειτουργήσει ανεξάρτητα στο κλινικό πλαίσιο της ΜΕΘ. Ακριβώς σε αυτό το σημείο ο Salvage (1985) εντόπισε πως η Νοσηλευτική έχει πάρει λάθος κατεύθυνση και αντί να τονίσει ως ιδιαίτερο στοιχείο της τη φροντίδα, προκειμένου να αυτονομηθεί από την ιατρική εξουσία, δίνει μόνο σημασία στην απλή επέκταση του ιατρικού θεραπευτικού ρόλου. Ίσως, όμως οι νοσηλευτές να μην είναι απόλυτα αδικαιολόγητοι. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και το Νοσοκομείο εν γένει αποτελούν μικρογραφίες της ευρύτερης κοινωνίας, που λειτουργούν με βάση ευρύτερα κοινωνικά συστήματα ιδεών. Τα χαρακτηριστικά της οργάνωσης, της υποστήριξης και της συνεργασίας αποδίδονται περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Ruble & Martin 1998, Spence 1993). Επομένως, τα ως άνω χαρακτηριστικά στο σύστημα εργασίας των νοσηλευτών μπορεί να αποτελούν μία θλιβερή υπενθύμιση της ευρύτερης κοινωνικής θέσης της γυναίκας για τις νοσηλεύτριες ή ακόμα χειρότερα να αποδίδονται θηλυκά χαρακτηριστικά σε άνδρες νοσηλευτές, που με τρόπο στερεοτυπικό και προδήλως άδικο απαξιώνουν τα τυπικά τους προσόντα.

Ομοίως, τα ποιοτικά ευρήματα της δεύτερης φάσης κατέδειξαν πως το εργασιακό περιβάλλον που περιορίζει τη νοσηλευτική αυτονομία, οδηγούσε τους νοσηλευτές στην ενασχόληση με τις τεχνικές πτυχές της φροντίδας και των κλινικών αποφάσεων. Σε παρόμοια ευρήματα έχουν καταλήξει παλαιότερες και πρόσφατες έρευνες γύρω από την αυτονομία των νοσηλευτών ΜΕΘ στη λήψη αποφάσεων (Parathanassoglou et al 2005, Parathanassoglou et al 2012).

Στο τελευταίο στάδιο του ελέγχου των αποτελεσμάτων, η διαδικασία είχε διπλό χαρακτήρα. Υπήρχε ανάγκη για μία εσωτερική λειτουργία του νοσηλευτή, αλλά και μία εξωτερική λειτουργία της νοσηλευτικής ηγεσίας της ΜΕΘ, για την επιβεβαίωση των επιτυχημένων ή τη διόρθωση των αποτυχημένων κλινικών αποφάσεων και αποτελεσμάτων της φροντίδας. Πράγματι, η ανατροφοδότηση της δράσης και των προσωπικών κρίσεων ενός ατόμου έχουν θεωρηθεί σημαντικές παράμετροι αύξησης του ενδιαφέροντος του αποφασίζοντα για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει, ενώ παράλληλα αυξάνει το προσωπικό αίσθημα αυτεπάρκειας (Bandura & Shunk 1981, Pervin & John 2001). Κατά τον ίδιο τρόπο, κάποιος μπορεί να διατηρήσει την ενίσχυση, όταν αισθάνεται ότι και οι εξωτερικές αξιολογήσεις είναι επαρκείς ή η ανατροφοδότηση από άλλους αναγνωρίζουν την αυτεπάρκειά του (Pervin & John 2001).

Το περιγραφόμενο μοντέλο λήψης αποφάσεων, όπως προέκυψε από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχει σημαντικές ομοιότητες με το υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο που έχει ήδη περιγραφεί και κατ' επέκταση με τη νοσηλευτική διεργασία, δηλαδή μία γενική επαγωγική προσέγγιση, που κλιμακώνεται από το στάδιο της αναγνώρισης και συλλογής κλινικών πληροφοριών έως τη νοσηλευτική παρέμβαση μέσω της νοσηλευτικής αξιολόγησης και του σχεδιασμού της φροντίδας (Dowie 1988, McCarthy 1981). Ως τέτοιο περιγράφηκε με μία γραμμική γνωστική διαδικασία, δηλαδή από μία αλληλουχία ενεργειών που προϋποθέτουν την ολοκλήρωση του ενός βήματος πριν την έναρξη του επόμενου, την αντιμετώπιση ενός προβλήματος κάθε φορά και συνειδητή μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο. Στην πραγματικότητα ο κλινικός συλλογισμός των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας δεν είναι γραμμικός. Η «ποιοτική» οπτική γωνία της έρευνας έκανε γρήγορα κατανοητό ότι η γραμμική αναπαράσταση δεν μπορεί να αποδώσει επαρκώς την κλινική σκέψη, όπως αυτή επισυμβαίνει στην κλινική πρακτική.

Αναλυτικότερα, φάνηκε πως η διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι μία ανοιχτή και ευέλικτη διαδικασία, χωρίς αυστηρώς καθορισμένα όρια των σταδίων της, ενώ ο νοσηλευτής μπορεί να κινηθεί ελεύθερα μεταξύ αυτών, μέχρι να φθάσει σε ικανοποίηση από την επιλεγόμενη λύση. Το εύρημα αυτό είναι κοινό με τη θεωρητική προσέγγιση των Humphreys & Berkeley (1986) περί των πέντε επιπέδων αναπαράστασης των προβλημάτων απόφασης. Η περιήγηση του συλλογισμού στα διάφορα στάδια μέχρι την εύρεση της ικανοποιητικής λύσης, οφείλεται πιθανά στον περιορισμένο ορθολογισμό του αποφασίζοντα (Simon 1957). Αφού το άτομο έχει οριακές γνωστικές ικανότητες, θα έχει συνεπώς και αποσπασματική πληροφόρηση, θα αξιολογεί μόνο τα εμφανέστερα γνωρίσματα των προβλημάτων και θα εξετάζει μόνο μερικές εναλλακτικές λύσεις (Simon 1977). Κάθε νέα πληροφορία ή εναλλακτική λύση πυροδοτεί μία νέα διαδικασία λήψης απόφασης (March & Simon 1993).

Παράλληλα, παρατηρήθηκε πως κάθε στάδιο της διαδικασίας παράγει αποφάσεις. Αυτό είναι ένα πρωτότυπο εύρημα της παρούσας έρευνας δεδομένου ότι στα περισσότερα μοντέλα ως απόφαση νοείται το τελικό προϊόν της διαδικασίας. Ωστόσο, περιγράφηκε εμπειριστικά και με κάθε λεπτομέρεια πως λαμβάνονται πολλές ενδιάμεσες αποφάσεις πριν την τελική επιλογή. Η διαφορά αυτή ενδεχομένως οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κλινικού περιβάλλοντος της ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, τα κλινικά προβλήματα σε αυτή είτε είναι ασθενώς ορισμένα (Orasanu & Connolly 1993), δηλαδή πρόκειται για άδηλες κλινικές καταστάσεις που αποκαλύπτονται μέσα από αλληπάλλληλες αποφάσεις αξιολόγησης και επικοινωνίας, είτε δεν είναι ξεκάθαρο από την αρχή ποιοι είναι οι στόχοι, τα μέσα και οι διαδρομές μέχρι την επιλογή της καταλληλότερης ενέργειας και χρειάζονται αρκετές αποφάσεις αξιολόγησης και καθορισμού προτεραιοτήτων μέχρι τη δράση. Ακόμα, δεδομένου ότι η φροντίδα του νοσηλευόμενου στη ΜΕΘ είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών επαγγελματιών, όσο αυξάνονται οι διαφορετικές αξίες και γνώμες, τόσο περισσότερες πιθανά είναι οι επιμέρους αποφάσεις, ώστε να εξασφαλιστούν οι επιλογές που έχουν κοινή συναίνεση (Studdert et al 2003). Τέλος, οι δυναμικές και συνεχείς μεταβολές της προβληματικής κατάστασης, που είναι πολύ πιθανό να είναι συχνές στη ΜΕΘ, επιβάλλουν την προσαρμογή του συλλογισμού στις νέες κάθε φορά συνθήκες (Standing 2008) με περισσότερες της μίας αποφάσεις.

Συνολικά, ακόμα κι αν τα έξι προαναφερόμενα στάδια της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές ΜΕΘ εξελίσσονται προοδευτικά ή παράλληλα, είναι φανερό ότι η ως άνω προσέγγιση έχει τις ρίζες της στα αναλυτικά μοντέλα λήψης αποφάσεων. Ωστόσο, και στην περίπτωση που οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τη διαίσθησή τους για να προβούν σε απόφαση, δεν υπήρχαν ενδείξεις ότι χρησιμοποιούσαν διαφορετική πορεία σκέψης, παρά φάνηκε πως παρέλειπαν ενδιάμεσα στάδια της διαδικασίας και από την αναγνώριση της ανάγκης για απόφαση έφταναν κατευθείαν στην επιλογή της δράσης. Η απουσία όμως των σταδίων συλλογής πληροφοριών, επεξεργασίας αυτών και σχεδιασμού της δράσης συνεπάγεται και απουσία της επιστημονικής συμπερασματικής μεθόδου του ελέγχου υποθέσεων (Banning 2008). Αυτός ενδεχομένως είναι ένας επαρκής λόγος για την αμφισβήτηση της επιστημονικής υπόστασης του διαισθητικού συλλογισμού.

Όπως μόλις αναφέρθηκε, από τη συνολική θεώρηση της διαδικασίας εντοπίστηκαν οι δύο κυρίαρχες γνωστικές προσεγγίσεις της λήψης αποφάσεων, μέσω της ανάλυσης και της διαίσθησης, και σε αυτή τη μελέτη. Συγκεκριμένα, με τα ευρήματα της δεύτερης και τρίτης φάσης της έρευνας ελέγχθηκαν και επιβεβαιώθηκαν όλες οι υποθέσεις του μοντέλου του Γνωστικού Συνεχούς (Hammond 1980, Hamm 1988, Lauri & Salantera 1996), θεμελιώνοντας σε αυτό το θεωρητικό πλαίσιο τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων στις ελληνικές ΜΕΘ.

Αναλυτικά, τόσο από την ποιοτική, όσο και από την ποσοτική έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ χρησιμοποιούν και την αναλυτική τους σκέψη και τη διαίσθησή τους προκειμένου να λάβουν κλινικές αποφάσεις. Με το ερωτηματολόγιο NDMI_sv αποτιμήθηκε ποσοτικά ο τύπος κλινικού συλλογισμού των νοσηλευτών ΜΕΘ. Η μέση τιμή της συνολικής βαθμολογίας του ($71,6 \pm 5,2$) δείχνει ότι α) οι περισσότεροι νοσηλευτές ανέφεραν τη προσέγγιση των κλινικών προβλημάτων με συνδυασμό αναλυτικής λογικής και διαίσθησης και β) ο πιο συχνός τύπος γνωστικής προσέγγισης τοποθετείται περίπου στο μέσο του γνωστικού συνεχούς. Ελάχιστοι νοσηλευτές συγκέντρωναν τέτοια μέση βαθμολογία, που έθετε ενδείξεις για έντονα διαισθητική λήψη κλινικών αποφάσεων. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι άλλες δύο ερευνητικές μελέτες που έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο ερωτηματολόγιο (Lauri & Salantera 2002, Bjork and Hamilton 2011) σε διαφορετικούς νοσηλευτικούς πληθυσμούς, που περιλάμβαναν όμως και νοσηλευτές ΜΕΘ, αλλά και συμφωνεί και με την υπόθεση του Hammond (1996) ότι η κοινή

λογική είναι ο πιο κοινός τύπος συλλογισμού. Τούτος επιστρατεύεται πιθανά σε περιβάλλοντα με περιορισμένους πόρους, που δεν επιτρέπουν αφενός τη συστηματική και σταδιακή ανάλυση και αφετέρου την αργή προσέγγιση των προβλημάτων (Hammond 1996).

Επιπλέον, από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η αναλυτική σκέψη χρησιμοποιείται περισσότερο σε σχέση με τη διαίσθηση, ακόμα κι όταν οι νοσηλευτές συνδυάζουν τις δύο στρατηγικές. Μία λογική ερμηνεία που μπορεί να δοθεί σε αυτό είναι πως όταν οι νοσηλευτές επέλεξαν να αναστοχαστούν μία κλινική περίπτωση, όπως τους ζητήθηκε να κάνουν κατά την ποιοτική και ποσοτική μελέτη, η σκέψη μπορεί να οδηγήθηκε σε περισσότερο προβλέψιμες, συνήθεις και ελεγχόμενες περιπτώσεις, οι οποίες ενεργοποιούν την αναλυτική σκέψη των αποφασίζόντων, προκειμένου να τις διαχειριστούν (Cader et al 2005, Lamond & Thompson 2000, Standing 2008).

Από την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής μέσης βαθμολογίας στο NDMI_sv και τα δημογραφικά, επαγγελματικά και εργασιακά δεδομένα των νοσηλευτών, στατιστικά σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν μόνο με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επίπεδο στελέχωσης της ΜΕΘ και τη νοσηλευτική κλινική εμπειρία. Συγκεκριμένα, όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο κατάρτισης των νοσηλευτών, που κατά τεκμήριο αποδεικνυόταν με τα επαυξημένα τυπικά προσόντα (μεταπτυχιακά και διδακτορικά διπλώματα), τόσο περισσότερο χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές τη διαίσθησή τους. Το εύρημα αυτό είναι παρόμοιο με το συμπέρασμα μίας πρόσφατης νορβηγικής μελέτης, που κατέληξε στο ότι οι νοσηλευτές με εκπαίδευση πλέον της βασικής συγκεντρώνουν υψηλότερες βαθμολογίες στο ίδιο ερωτηματολόγιο (NDMI_sv) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν λάβει επιπλέον εκπαίδευση, ενώ καμία άλλη μελέτη δεν έχει ξεκαθαρίσει μία τέτοια σχέση (Hoffman et al 2004, Lauri et al 2001). Πάντως, το αποτέλεσμα είναι ενθαρρυντικό. Αν θεωρήσουμε πως η κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων σπουδών πιστοποιεί τη βαθιά γνώση των κλινικών εννοιών, αλλά και τη διεύρυνση των κλινικών εμπειριών των νοσηλευτών, η ενεργοποίηση της διαίσθησης μπορεί να προσφέρει άμεση πρόσβαση σε αυτές και ταυτόχρονα ασφαλή δράση. Στην αντίθετη περίπτωση, η περιορισμένη γνωστική και εμπειρική βάση των νοσηλευτών, μπορεί εύκολα να απαξιώσει τη διαισθητική λήψη αποφάσεων, αφού είναι περισσότερο πιθανό η τελική απόφαση να οφείλεται στην τύχη ή τη σύμπτωση, παρά στην ανάσυρση παλαιότερων εμπειριών ή γνώσεων.

Κατ' ακολουθίαν, τόσο στη ποιοτική, όσο και στην ποσοτική αυτή μελέτη, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των αναφορών για δραστηριοποίηση της διαίσθησης σε νοσηλευτές με αυξημένη εμπειρία σε ΜΕΘ. Όπως υποστηρίζουν αρκετοί ερευνητές (Benner 1984, Parikh 1994) μέσω της διαίσθησης προσφέρεται πρόσβαση σε μια εσωτερική δεξαμενή αθροιστικής εμπειρίας, που είναι αποτέλεσμα μακράς και κοπιώδους διαδικασίας αποθήκευσης, επεξεργασίας και ανάλυσης περασμένων εμπειριών (Rowan 1990) στον ίδιο χώρο. Σε πολυκεντρική μελέτη, πάντως, που χρησιμοποίησε το ίδιο ερωτηματολόγιο με την παρούσα έρευνα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κλινικής εμπειρίας και του τύπου λήψης κλινικής απόφασης (Lauri & Salanterä 2002).

Ακόμα ένα πρωτότυπο αποτέλεσμα ήταν ότι όταν οι νοσηλευτές αναλάμβαναν τη νοσηλεία τριών ασθενών στη ΜΕΘ, η διαδικασία λήψης αποφάσεων τους ήταν πιο αναλυτική σε σχέση με αυτούς που αναλάμβαναν δύο ή έναν ασθενή στο απογευματινό ωράριο. Το παρατηρούμενο αποτέλεσμα μπορεί να εξηγηθεί μέσα από την κατανόηση των ειδικών συνθηκών λειτουργίας των ΜΕΘ, ειδικά αν συνδυαστεί με τα ευρήματα της πρώτης φάσης της μελέτης. Έτσι, είναι πολύ πιθανό κάτι τέτοιο να οφείλεται στο ότι οι τεχνικές εργασίες και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που επιτελούνται κυρίως στο πρωινό ωράριο είναι επαναλαμβανόμενες και συνηθισμένες, γεγονός που συνδέεται με αυξημένη εξοικείωση, αλλά και μειωμένη επίγνωση των νοσηλευτών για τις αποφάσεις που σχετίζονταν με αυτές (Yonelinas 2001). Αντίθετα, κατά το απογευματινό ωράριο, οι αποφάσεις παρεμβάσεων είναι συνήθως μειωμένες και μπορεί να δίνουν τη θέση τους σε περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης, ειδικά αν ο αριθμός των κλινικών προβλημάτων αυξάνεται παράλληλα με τον αριθμό των ασθενών ανά νοσηλευτή. Η αξιολόγηση, εξ ορισμού, αποτελεί μία συνειδητή νοητική διαδικασία που οδηγεί σταδιακά σε κατανόηση της προβληματικής κατάστασης, χαρακτηριστικά που συνάδουν με τον αναλυτικό τρόπο σκέψης (Hammond 1996).

Στο συνολικό δείγμα της ποσοτικής μελέτης, ωστόσο, διακρίνονται διαφοροποιήσεις στη γνωστική συμπεριφορά των νοσηλευτών ΜΕΘ μεταξύ των επιμέρους σταδίων της διαδικασίας λήψης αποφάσεων. Αν και οι νοσηλευτές προτιμούσαν γενικά έναν ενδιάμεσο τύπο λήψης αποφάσεων με περίπου ίδια συνεισφορά σε αυτόν της αναλυτικής σκέψης και της διαίσθησής τους, φάνηκε πως χρησιμοποιούσαν περισσότερο την αναλυτική σκέψη στο στάδιο της συλλογής δεδομένων, η διαίσθησή τους υπερίσχυε στα στάδια της επεξεργασίας των

πληροφοριών και της παρέμβασης και αξιολόγησης της δράσης, ενώ στο στάδιο του προγραμματισμού της δράσης τόσο το αναλυτικό, όσο και το διαισθητικό πρότυπο συμπεριφοράς φαίνεται πως χρησιμοποιούνται εξίσου. Αυτό το εύρημα έχει πολλές ομοιότητες με τα αποτελέσματα της μελέτης των Bjork & Hamilton (2011), οι οποίοι κατέληξαν στο ότι ο αναλυτικός συλλογισμός χρησιμοποιείται περισσότερο κατά τη συλλογή πληροφοριών και την εφαρμογή-αξιολόγηση της δράσης, ο διαισθητικός συλλογισμός κατά την επεξεργασία των δεδομένων και ο συνδυασμός τους στο στάδιο του προγραμματισμού της δράσης. Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα βρίσκονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της πολυκεντρικής μελέτης των Lauri & Salantera (2002), οι οποίες υποστήριξαν ότι η επεξεργασία των πληροφοριών διερχόταν από μία αναλυτική διαδικασία. Πάντως, το κοινό εύρημα και των τριών μελετών ήταν ότι αμιγώς διαισθητική προσέγγιση δεν παρατηρήθηκε σε κανένα στάδιο της διαδικασίας και σε κανένα νοσηλευτικό πληθυσμό, σε όποιο υγειονομικό σύστημα κι αν απασχολούνταν.

Τέλος, ένα ακόμα ενδιαφέρον εύρημα της παρούσας έρευνας είναι ότι δεν επιβεβαιώθηκε η διαδεδομένη άποψη πως η διαίσθηση είναι ένα γυναικείο χάρισμα, αφού δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του τρόπου λήψης αποφάσεων. Αν και οι μελέτες για την επίδραση του φύλου στη λήψη αποφάσεων είναι ελάχιστες (Bjork & Hamilton 2011), αυτές έχουν δώσει κάποιες ενδείξεις σύνδεσης του γυναικείου φύλου με τη διαίσθηση (Sladek et al 2010). Η απουσία τέτοιου είδους σχέσης στην παρούσα έρευνα σε συνδυασμό με το ότι η μέση βαθμολογία που συγκέντρωσαν οι νοσηλευτές στην κλίμακα NDMI_sv ήταν ακριβώς ίδια με τη μέση βαθμολογία των νοσηλευτριών στην ίδια κλίμακα και υποδείκνυε επικράτηση της αναλυτικής σκέψης σε σχέση με τη διαίσθηση, ενδεχομένως εξηγούνται, για ακόμη μία φορά, από τις ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος της ΜΕΘ και του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έτσι, είναι πιθανόν οι νοσηλεύτριες να έχουν απωλέσει την ευαισθησία στη λήψη της συναισθηματικής πληροφορίας, η οποία είναι προαπαιτούμενο για να ενεργοποιηθεί η διαίσθησή τους, λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που βιώνουν στο χώρο της ΜΕΘ στα πλαίσια της επαγγελματικής τους εξουθένωσης (Poncet et al 2007, Karanikola et al 2012). Ή ακόμα είναι πιθανό να περιορίζουν τη χρήση της διαισθητικής τους γνώσης σε ένα χώρο, όπως η ΜΕΘ, όπου η αναλυτική λογική και η απόδειξη είναι κυρίαρχες (Poincare 1997). Ή, τέλος, οι άνδρες νοσηλευτές έχουν ενεργοποιήσει στον κλινικό τους συλλογισμό το

διαισθητικό στοιχείο, ώστε να αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα της ΜΕΘ με τρόπο συνοπτικό, ολιστικό και συνειρμικό, εξαιτίας των αμέτρητων αισθητηριακών και συναισθηματικών εμπειριών που βιώνουν καθημερινά ως νοσηλευτές εντατικής φροντίδας. Ένας πεπειραμένος νοσηλευτής, λοιπόν, ταυτόχρονα με την εξειδικευμένη και αναλυτική συλλογιστική του, κάνει ταυτόχρονα και πολύ γρήγορες, διαισθητικές σκέψεις, ώστε να αλληλοσυμπληρωθούν και να διευκολυνθούν οι αποφάσεις του. Οι διαισθητικές του κρίσεις βασίζονται στις γνώσεις που έχει συγκεντρώσει και αποθηκεύσει από την επαφή του με κάθε πάσχοντα και αφορούν στη συνολική εικόνα του ασθενούς ή του προβλήματος και στις παράπλευρες, φαινομενικά ασήμαντες λεπτομέρειες.

9.3 Συζήτηση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

Στην παρούσα διδακτορική εργασία διερευνήθηκαν διεξοδικά με ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους οι παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών στη ΜΕΘ. Οκτώ κύριοι παράγοντες αναδείχθηκαν ως σημαντικοί στη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων: η πολυπλοκότητα και οι συνθήκες επίλυσης του κλινικού προβλήματος, οι γνώσεις και η επίγνωση των ικανοτήτων του αποφασίζοντα, η υπευθυνότητα του αποφασίζοντα, τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ, η γνώση των ασθενών, το ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ, τα χαρακτηριστικά των ασθενών και οι σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών.

Οι γνώσεις και οι ικανότητες των νοσηλευτών αναφέρθηκαν ως οι σημαντικότερες προϋποθέσεις για τη λήψη μίας κλινικής απόφασης. Το εύρημα είναι κοινό σε αρκετές μελέτες (Manias & Street 2001, Bucknall & Thomas 1996). Με μια πιο προσεκτική ματιά φάνηκε πως αν και στις ομαδικές συζητήσεις οι συμμετέχοντες νοσηλευτές ιεράρχησαν υψηλότερα απ' όλα τα είδη των γνώσεων τις επιστημονικές και θεωρητικές στη σειρά των αναγκαίων προαπαιτούμενων για τη λήψη απόφασης, κατά την ποσοτική φάση το δείγμα των 381 συμμετεχόντων βαθμολόγησε υψηλότερα τις τεχνικές γνώσεις των νοσηλευτών, υποδηλώνοντας πως τις θεωρεί σημαντικότερες, προκειμένου να εκτελεστούν οι νοσηλευτικές πράξεις ή να χρησιμοποιηθεί ο εξοπλισμός της ΜΕΘ. Αν και δεν υπάρχει παρόμοια διευκρίνιση στις υπόλοιπες μελέτες, αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από τα σχόλια που είχαν ήδη

κάνει οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην ποιοτική φάση (II) και υποστήριξαν πως το σώμα των τεχνικών γνώσεων είναι εκείνο που πιστοποιεί την επαγγελματική εξειδίκευση ενός νοσηλευτή στο αντικείμενο της εντατικής νοσηλευτικής και ως εκ τούτου είναι αναγκαίο για να ανταποκριθεί κάποιος επαρκώς στις τεχνικές απαιτήσεις της θέσης εργασίας του. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών ΜΕΘ στην Ελλάδα είναι απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και ως εκ τούτου προκρίνουν τη γνώση των εφαρμογών και των τεχνικών έναντι της επιστημονικής τεκμηρίωσης στο πεδίο της εντατικής φροντίδας. Ίσως, πάλι, ένα μεγάλο μέρος των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ εξακολουθούν να θεωρούν ότι οι επιστημονικές γνώσεις αποτελούν κυρίως κτήμα του ιατρικού προσωπικού και μπορούν να τις χρησιμοποιούν ελεγχόμενα και κάτω από την καθοδήγησή του (McPherson 2003).

Παρά τη διαδεδομένη αντίληψη στους κλινικούς χώρους ότι η μεγάλη εργασιακή εμπειρία μπορεί να υποκαταστήσει το γνωστικό υπόβαθρο ενός νοσηλευτή, στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι το τελευταίο αξιολογήθηκε ως πολύ σημαντικότερο από τους έμπειρους νοσηλευτές παρά απ' αυτούς που είχαν λιγότερη εμπειρία. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με βάση την αντίληψη που έχουν οι νοσηλευτές για τον καθορισμό της γνώσης. Είναι αποδεκτό ότι η κλινική σκέψη δεν ενισχύεται αποκλειστικά από τα στοιχεία που μεταβιβάζονται μέσω της διδασκαλίας στα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Gallagher et al 2005), αλλά και από την κλινική εμπειρία μέσω των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των κλινικών (Grundy 2001, Benner 1984). Επομένως, οι γνώσεις «χτίζονται» προοδευτικά και εσωτερικεύονται σταδιακά, ώστε να τις οικειοποιούνται οι νοσηλευτές και τελικά να μετασχηματίζουν τη συνολική διαδικασία της λήψης αποφάσεων. Αυτές οι πεποιθήσεις συνάδουν με το επιστημονικό παράδειγμα του εποικοδομισμού (Vygotsky 1986). Αν μάλιστα συνεκτιμήσουμε τη σημασία που δίνουν οι νοσηλευτές στην εμπειρία με πληθυσμούς ασθενών που εκδηλώνουν παρόμοια προβλήματα, γίνεται αντιληπτό πως δομούν τις γνώσεις τους σε συγκεκριμένο πλαίσιο με εξειδικευμένη δραστηριότητα, χαρακτηριστικό που επίσης συναντάται στο ως άνω θεωρητικό πλαίσιο ως εγκαθιδρυμένη (situated) μάθηση. Παράλληλα, οι έμπειροι νοσηλευτές αναλαμβάνουν συνήθως περισσότερες ευθύνες στο χώρο της ΜΕΘ, οπότε χρειάζονται ένα στέρεο γνωστικό υπόβαθρο για να αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς με τις επιλογές τους.

Το τελευταίο επιβεβαιώνεται από την ανάδειξη της υπευθυνότητας ως σημαντικό βοηθητικό παράγοντα κατά τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Άλλωστε, οι γνώσεις και η ευθύνη είναι δύο έννοιες αλληλένδετες. Όταν κάποιος αποφασίζει κάτι, έχει επιλέξει τη γνώση που θα χρησιμοποιήσει, αλλά ταυτόχρονα έχει αναλάβει και την ευθύνη γι' αυτό (Savage & Moore 2004). Εξετάζοντας τις διαστάσεις της υπευθυνότητας, όπως αποτυπώθηκαν στην παρούσα μελέτη, ήταν πολύ ενδιαφέρον ότι οι νοσηλευτές θεώρησαν εξίσου σημαντική την ανάληψη προσωπικής ευθύνης για τις ανεξάρτητες αποφάσεις τους με την ανάληψη μεριδίου συλλογικής ευθύνης και συνεργασία με την ομάδα της ΜΕΘ. Συνήθως, σε άλλες έρευνες διαφαίνεται η προτίμηση των νοσηλευτών να αναλάβουν την ευθύνη των προσωπικών τους ενεργειών εφαρμόζοντας κλινικά πρωτόκολλα και ελάχιστα να αναζητήσουν τη γνώμη των συνεργατών τους (Mackereth 1995, Savage & Moore 2004). Η απουσία διαθέσιμων πρωτοκόλλων στο χώρο των ελληνικών ΜΕΘ, όπως επισημάνθηκε στην ποιοτική φάση των ομαδικών συζητήσεων, αυξάνει ενδεχομένως την τάση των νοσηλευτών για συνεργασία με έμπειρους συναδέλφους και συνεργάτες πριν από τις αποφάσεις τους (Doran et al 2007, Estabrooks et al 2005a, Pravikoff et al 2005, Spenceley et al 2008), καθιστώντας τις γνώμες τους σημεία αναφοράς.

Από τη μελέτη των συσχετίσεων φάνηκε πως η υπευθυνότητα και η λογοδοσία θεωρούνταν σημαντικότεροι παράγοντες λήψης αποφάσεων για τους έμπειρους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Τούτο αν και μη αναμενόμενο δεν είναι παράδοξο. Η λογοδοσία αποτελεί μία κατασκευή με σκοπό τη δημιουργία προϋποθέσεων ελέγχου κάθε ενέργειας στα πλαίσια μιας οργανωμένης δομής. Υπό αυτή την έννοια, ο λιγότερο έμπειρος νοσηλευτής είναι πιο λογικό να αποζητά τον έλεγχο και την ανατροφοδότηση για την επικύρωση των αποφάσεών του. Ωστόσο, η έννοια της λογοδοσίας ή του απολογισμού φαίνεται πως συμπλέκεται με την εξέλιξη της γνώσης και της εμπειρίας. Η απόδοση λογαριασμού για συγκεκριμένες αποφάσεις απαιτεί την ανάπτυξη της ικανότητας περιγραφής, της επιχειρηματολογίας και του υπολογισμού, άρα την ανάπτυξη της γνώσης και της επίγνωσης στον αποφασίζοντα. Με άλλα λόγια, η εμπέδωση του γνωστικού αντικειμένου οδηγεί στην επαρκή ερμηνεία και αιτιολόγηση των σχετιζομένων με αυτό αποφάσεων (Snow 1989) και έτσι μέσα από τη βαθιά γνώση ουσιώνονται η λογοδοσία και η ευθύνη που τη θεμελιώνει.

Πάντως, αν και η διαδικασία της λογοδοσίας είναι λεπτομερής και δύσκολη, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές με βεβαρυσμένο πρόγραμμα εργασίας και

συγκεκριμένα όταν αναλάμβαναν τη φροντίδα περισσότερων των δύο ασθενών, ιδιαίτερα κατά τις ώρες εφημερίας (κατά το απογευματινό και νυχτερινό ωράριο), είχαν την τάση να τη θεωρούν περισσότερο σημαντική συγκριτικά με την αντίληψη που είχαν όσοι εργάζονταν σε πρωινό ωράριο και με ασφαλέστερες αναλογίες νοσηλευτών/ασθενών. Αυτό ενδεχομένως ερμηνεύεται λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής εργασίας κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου. Κατά το πρωινό ωράριο, συνήθως η νοσηλεία αποτελεί μία σειρά τεχνικών παρεμβάσεων που καθοδηγούνται από τις ιατρικές οδηγίες, επειδή η παρουσία της ιατρικής ομάδας είναι πολύ έντονη. Κατά τις ώρες εφημερίας, όμως, η παρουσία του εφημερεύοντος ιατρού είναι πολύ μικρότερη και ασυνεχής (κατ'επίκληση ή περιστασιακή). Το γεγονός αυτό δίνει ευκαιρίες στο νοσηλευτή για αυτόνομη δράση και ευθύνη για περισσότερες ανεξάρτητες αποφάσεις (Batey & Lewis 1982). Είναι ακριβώς αυτό το προαπαιτούμενο για να θεωρηθεί κάποιος υπεύθυνος και λογοδοτών. Χωρίς κάποιου βαθμού δύναμη (power) και εξουσία (authority) δεν μπορεί να λογοδοτήσει ο επαγγελματίας για συγκεκριμένες ενέργειες (Ort 1995, Dewar 1999). Επομένως, οι νοσηλευτές που μπορούν να λάβουν περισσότερες αποφάσεις με μεγαλύτερη αυτονομία, επιθυμούν να λογοδοτήσουν για αυτές, αφενός για να τις θέσουν στην κρίση των συνεργατών τους και σε σύγκριση με τα πρότυπα φροντίδας (Savage & Moore 2004), αλλά και για να κάνουν περισσότερο «ορατή», ίσως, την ανεξάρτητη και αυτοελεγχόμενη πρακτική τους.

Η τελευταία αυτή παρατήρηση, βέβαια, φέρνει στο προσκήνιο την αναγκαιότητα για σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας τους και ειδικότερα για σαφές και επικαιροποιημένο θεσμικό πλαίσιο νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων. Ο παράγοντας αυτός, μάλιστα, τονίστηκε ιδιαίτερα σε κάθε μία από τις ομαδικές συζητήσεις της ποιοτικής μελέτης, αλλά και αξιολογήθηκε ως τρίτο σημαντικότερο προαπαιτούμενο για τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης είναι κάπως διαφορετικά από αυτά άλλων ξένων μελετών, που δείχνουν πως οι νοσηλευτές δεν υπερβαίνουν συνήθως τα όρια των θεσμοθετημένων αρμοδιοτήτων τους (Bucknall 2004, Coombs 2003, Ramezani-Badr et al 2009, Nikbakht et al 2003). Ωστόσο, το επαγγελματικό περίγραμμα των νοσηλευτών (τεχνολογικής εκπαίδευσης) στην Ελλάδα είναι τόσο περιοριστικό, δεδομένου ότι δεν έχει αναθεωρηθεί από το 1989 (Π.Δ 351/8-6-1989), ενώ παράλληλα η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει αναδιοργανωθεί και παρέχεται σε πανεπιστημιακό, όσο και σε

μεταπτυχιακό επίπεδο, γεγονότα που δεν μπορούν να αποτρέψουν κάποιους τουλάχιστον νοσηλευτές από την διεύρυνση του ρόλου τους – έστω και άτυπα- στο σύγχρονο περιβάλλον των ΜΕΘ. Γι' αυτό το λόγο και στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες, που είχαν παρακολουθήσει επιτυχώς μεταπτυχιακούς κύκλους εκπαίδευσης, θεωρούσαν λιγότερο σημαντική τη νομοθετική πρόνοια για καθορισμό του πλαισίου άσκησης του επαγγέλματος σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους.

Περαιτέρω, ο τέταρτος σημαντικότερος παράγοντας για τους νοσηλευτές ΜΕΘ κατά τη λήψη αποφάσεων ήταν η σταδιακή γνώση του συγκεκριμένου ασθενή. Σε συμφωνία με τις παρατηρήσεις της Benner (1984) η «γνώση του ασθενή» αποκτιέται με την εξοικείωση του νοσηλευτή με τις διαθέσιμες κλινικές πληροφορίες γι' αυτόν και τις αντιδράσεις του απέναντι στα προβλήματα που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΘ. Εκτιμήθηκε ιδιαίτερα δε από τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε συνθήκες υποστελέχωσης και θεωρήθηκε σημαντική προϋπόθεση για τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Σε αυτό μπορεί να δοθεί η λογική εξήγηση ότι η εμπειρία με τις ειδικές ανάγκες φροντίδας του ασθενή δεν αφήνει πολλά κενά αναφορικά με τις πληροφορίες που χρειάζονται και τους στόχους της νοσηλείας (Wilson 1994). Επομένως, τα συναισθήματα αβεβαιότητας των νοσηλευτών είναι ήπια και παράλληλα η εμπιστοσύνη στην ικανότητα λήψης απόφασης και η αυτοπεποίθησή τους είναι αυξημένες (Kuhlthau 1993a).

Αξιοσημείωτο είναι ότι αν και οι μεταβλητές που φόρτισαν σε αυτόν τον παράγοντα θεωρήθηκαν από σημαντικές έως πολύ σημαντικές για τη λήψη κλινικών αποφάσεων, η ικανοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών της οικογένειας του ασθενή άφηνε τους νοσηλευτές αδιάφορους έως αντίθετους σε αυτή την άποψη. Το εύρημα αυτό είναι αντίθετο σε σχέση με τα αντίστοιχα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Αν και λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει την αλληλεπίδραση της οικογένειας του βαρέως πάσχοντα με τους νοσηλευτές από την οπτική των νοσηλευτών της ΜΕΘ (Hardicre 2003), στο σύνολό τους έχουν αναδείξει ότι οι νοσηλευτές θεωρούν υποχρέωσή τους την επικοινωνία με τους οικείους των ασθενών (Hickey & Lewandowski 1988, O' Malley et al 1991). Η διαφορετική στάση των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ ενδεχομένως οφείλεται στα υψηλά επίπεδα συναισθηματικής επιβάρυνσης και εξουθένωσή τους (Karanikola et al 2012), που τους αποτρέπει από τη συναισθηματική τους εμπλοκή και με τους συγγενείς των

ασθενών τους. Πάντως, στην ποιοτική μελέτη της δεύτερης φάσης αναφέρθηκε ότι το έλλειμμα αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικογένειας και των νοσηλευτών της ΜΕΘ οφείλεται στην εδραιωμένη αντίληψη περί «μονοπωλίου» της επικοινωνίας των συγγενών με το ιατρικό προσωπικό, καθώς και στην αδυναμία αφιέρωσης χρόνου στην οικογένεια από τους νοσηλευτές λόγω του υψηλού φόρτου εργασίας των τελευταίων. Το πρώτο είναι μάλλον ελληνικό φαινόμενο και οφείλεται στη γενικότερο πρόβλημα της εξαρτημένης δράσης των νοσηλευτών στο χώρο της ΜΕΘ υπό την καθοδήγηση και την εξουσία του ιατρικού προσωπικού. Το τελευταίο είναι κοινό εύρημα σε αρκετές μελέτες (Fox & Jeffrey 1997, Hickey & Lewandowski 1988), στις οποίες οι νοσηλευτές έδειχναν προτίμηση για την επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας που θα διαρκούσε λίγο και δεν θα απαιτούσε σημαντική συναισθηματική επένδυση.

Η ανάλυση έδειξε, επίσης, ότι οι διαστάσεις πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος, ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ και χαρακτηριστικά της Διοίκησής της ΜΕΘ είχαν μέτρια επίδραση στις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών σύμφωνα με τις δηλώσεις τους. Λαμβάνοντας υπόψη ότι η πολυπλοκότητα του προβλήματος καθορίζεται βασικά από τον αυξημένο αριθμό των πληροφοριών που διατίθενται για να προσδιοριστεί η λύση του (Beers et al 2006), αυτό δεν συνεπάγεται αυξημένη δυσκολία διαχείρισης και ελέγχου του προβλήματος, αφού αυτά τα δεδομένα και οι μεταξύ τους σχέσεις μπορούν να παρέχουν ένα ισχυρό «δίκτυο», που προφυλάσσει τον αποφασίζοντα από τις «κακές» αποφάσεις (McKinnon & Wearing 1980). Άλλωστε, όπως ανέφεραν οι συμμετέχοντες στις ομάδες εστίασης, η πολυπλοκότητα και η ευμεταβλητότητα των κλινικών καταστάσεων στη ΜΕΘ είναι μία πραγματικότητα, με την οποία οι νοσηλευτές της ΜΕΘ είναι εξοικειωμένοι και έχουν αποθηκευμένες αναπαραστάσεις για αυτές στη μνήμη τους. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη στατιστικά σημαντική σχέση που βρέθηκε μεταξύ της υψηλής κατάρτισης και της χαμηλής σημασίας που αποδίδουν οι νοσηλευτές στη δομή και τις συνθήκες του προβλήματος. Ωστόσο, η πολυπλοκότητα του προβλήματος παρουσιάζεται σε πολλές μελέτες να επηρεάζει τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων, κυρίως γιατί απαιτεί από τους νοσηλευτές μεγαλύτερη προσπάθεια κατά την επεξεργασία των κλινικών πληροφοριών (Corcoran 1986, 1986b, Lewis 1997, Cianfrani 1984, Gordon 1987).

Πολύ ενδιαφέρον, όμως, έχει το ότι οι υπο-μεταβλητές του συγκεκριμένου παράγοντα «Πολυπλοκότητα & Συνθήκες Επίλυσης του Προβλήματος», που ιεραρχήθηκαν ως σημαντικές για τους νοσηλευτές, ήταν η επάρκεια των πόρων, η στόχευση της δράσης στην επιβίωση του ασθενή και η δυνατότητα πρόβλεψης των συνεπειών της απόφασης. Κάθε μία από αυτές τις διαστάσεις μοιάζει να εκπορεύεται από τις θεμελιώδεις αρχές της ηθικής, τη δικαιοσύνη, την ωφέλεια και το μη βλάπτειν (Beauchamp & Childress 2008). Είναι πιθανό, λοιπόν, οι νοσηλευτές της ΜΕΘ να θεωρούν σημαντικότερη τη λήψη ηθικώς αποδεκτών αποφάσεων σε ένα περιβάλλον που η πολυπλοκότητα των προβλημάτων, η αυξημένη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η υποστελέχωση και η τάση για συνεχή συρρίκνωση των δαπανών διακυβεύουν τις αξίες των νοσηλευτών και τα δικαιώματα των ασθενών.

Το ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον στη ΜΕΘ περιλάμβανε χαρακτηριστικά που δύνανται να προάγουν την προσέλευση, παραμονή και ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε αυτό (Adford & Smith 2005). Ως τέτοια, στην παρούσα μελέτη, αναφέρθηκαν οι συνθήκες προστασίας έναντι φυσικών κινδύνων στη ΜΕΘ και κάποιες πολιτικές που βελτιώνουν την ικανοποίηση και την παραγωγικότητα των νοσηλευτών. Οι ίδιες διαστάσεις χρησιμοποιούνται και στη διεθνή βιβλιογραφία υπό την ευρεία έννοια του «υποστηρικτικού» περιβάλλοντος εργασίας (Froneberg 2006). Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΜΕΘ ανέφεραν πως οι μεταβλητές που εξασφάλιζαν τη φυσική άνεση στο χώρο της ΜΕΘ είχαν μέτρια επίδραση στις κλινικές τους αποφάσεις, με τη μεγαλύτερη σημασία να αποδίδεται στην απουσία κόπωσης, συχνών περισπάσεων της προσοχής και εργονομικών προβλημάτων. Αυτό βέβαια δεν βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τα συμπεράσματα μελετών, που έχουν διερευνήσει την επίδραση της κόπωσης των νοσηλευτών στις αποφάσεις και τα αποτελέσματα της φροντίδας, οι οποίες έχουν καταλήξει στο ότι η σωματική κούραση και η έλλειψη ύπνου των νοσηλευτών συσχετίζονται με αυξημένη ευερεθιστότητα, χαμηλή ετοιμότητα, αργή διαδικασία επίλυσης προβλημάτων και μικρή νοητική ευελιξία (Hughes & Stone 2004, McBride & Westfall 1993), καθώς και με λήψη μη ικανοποιητικών αποφάσεων ή υποβαθμισμένη κρίση (Trossman 2005, Tabone 2005). Παράλληλα, οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την επίδραση των διακοπών και των περισπάσεων της προσοχής των νοσηλευτών έχουν επισημάνει ότι αυτές θέτουν τη λήψη αποφάσεων σε σοβαρό κίνδυνο, αυξάνοντας την πιθανότητα λάθους –ειδικά κατά τη χορήγηση φαρμάκων-, μειώνοντας την

παραγωγικότητα των νοσηλευτών και απειλώντας την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας (Brixey et al 2005, Potter et al 2005). Τέλος, η έκθεση σε αυξημένο θόρυβο και πλήθος συναγερμών από πολυάριθμες συσκευές δίπλα στον ασθενή έχουν κατατάξει αυτόν τον κίνδυνο στην πρώτη θέση των τεχνολογικών κινδύνων στο εργασιακό περιβάλλον για το 2013 (ECRI Institute 2013 Top 10 Health Technology Hazards), λόγω της αισθητηριακής υπερφόρτωσης που βιώνουν οι νοσηλευτές (Baker 1984). Ενδεχομένως, οι διαφορές στη σημαντικότητα των ως άνω διαστάσεων, όπως καταγράφηκαν μεταξύ της παρούσας και των διεθνών μελετών, οφείλονται στις ανομοιογενείς εργασιακές συνθήκες στα διαφορετικά νοσηλευτικά περιβάλλοντα εργασίας των ΜΕΘ. Χωρίς υπερβολή, κάποιος μπορεί να ισχυριστεί ότι η τάση των ελλήνων νοσηλευτών να μην αναγνωρίζουν τους εντονότερους στρεσογόνους παράγοντες είναι αποτέλεσμα της συνήθειας να λειτουργούν κάτω από στρες. Κάτι τέτοιο διαφαίνεται από το εύρημα της παρούσας ποσοτικής έρευνας, ότι όσοι νοσηλευτές εργάζονταν σε μεγάλες ΜΕΘ -με περισσότερες από εννέα κλίνες- θεωρούσαν λιγότερο σημαντική την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στη λήψη αποφάσεων. Τούτο συμφωνεί με τα σχόλια που διατυπώθηκαν κατά τις ομαδικές συζητήσεις ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ είναι εξοικειωμένοι με το αίσθημα της συνεχούς πίεσης και το στρες δεν απορρυθμίζει το συλλογισμό τους. Αλλά και τα δύο αυτά ευρήματα είναι ανησυχητικά και ενδέχεται οι νοσηλευτές να έχουν εσφαλμένη αντίληψη για την επίδραση αυτού του παράγοντα στο επαγγελματικό και προσωπικό τους βίο, δεδομένου ότι και σε ελληνικές μελέτες έχει φανεί ότι η έκθεση στο στρες της ΜΕΘ έχει δυσμενέστερες επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και την επαγγελματική αποδοτικότητά τους (Fountouki et al 2011, Mangoulia et al 2010).

Στο ίδιο μήκος κύματος, τα εξωτερικά κίνητρα και η επαγγελματική αυτονομία δεν φάνηκαν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων. Τούτο μπορεί να συμβαίνει είτε γιατί α) οι νοσηλευτές ΜΕΘ έχουν καταφέρει μέσα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες και την μακρά ενασχόληση με βαρέως πάσχοντες να μετατρέψουν τα εξωτερικά κίνητρα σε εσωτερικά, τα οποία είναι περισσότερο ισχυρά και θεμελιώνουν την αυτόβουλη συμπεριφορά, ακόμα κι αν δεν συνοδεύεται από ικανοποιητικές εξωτερικές αμοιβές (Καψάλης 1996) ή β) για τον ακριβώς αντίθετο λόγο, δηλαδή η έλλειψη κινήτρων και η χαμηλή αυτονομία των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ (Papathanassoglou et al 2012, Plioroulou & While

2010) οδηγούν σε στασιμότητα και επαγγελματική δυσαρέσκεια, που περιορίζουν τους νοσηλευτές στη λήψη ενός μικρού αριθμού απολύτως απαραίτητων αποφάσεων αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών (Spenceley et al 2008). Τόσο από τα ποιοτικά ευρήματα της δεύτερης φάσης, όσο και από τη συνολική θεώρηση των ποσοτικών δεδομένων της τρίτης φάσης ενδέχεται να ισχύουν και οι δύο ως άνω ερμηνείες.

Το γεγονός πάντως ότι και τα χαρακτηριστικά της διοίκησης της ΜΕΘ αξιολογήθηκαν ως μετρίως σημαντικά για τη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές στην ποσοτική μελέτη της τρίτης φάσης, ενισχύει την άποψη ότι οι νοσηλευτές των ελληνικών ΜΕΘ δεν βρίσκουν στο εργασιακό τους περιβάλλον την υποστήριξη και τις ευκαιρίες για επαγγελματική ικανοποίηση και ανάπτυξη . Εκτός από το κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των συνεργατών στη ΜΕΘ και την ενασχόληση με νοσηλευτικά και όχι αλλότρια καθήκοντα, τα οποία αξιολογήθηκαν ως σημαντικές συνθήκες λήψης κλινικών αποφάσεων, η υποστήριξη και η ανατροφοδότηση από τη νοσηλευτική ηγεσία δεν φάνηκαν να παίζουν σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις των νοσηλευτών. Η εμπιστοσύνη και ο αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ των συνεργατών έχει τονιστεί τόσο στα σχόλια των συμμετεχόντων στη δεύτερη φάση της παρούσας μελέτης, όσο και σε πολλές άλλες μελέτες. Στη συστηματική ανασκόπηση των Pearson et al (2006) 57 σχετικών εμπειρικών μελετών της βιβλιογραφίας διαφάνηκε ότι η εμπιστοσύνη και οι καλές σχέσεις μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματικών ομάδων επιδρούν θετικά στη συλλογικότητα, τον έλεγχο της κλινικής πρακτικής και τη λήψη των αποφάσεων. Από την άλλη, η αναποτελεσματική, ανεπαρκής ή «απούσα» νοσηλευτική ηγεσία έχει συνδεθεί με χαμηλή παραγωγικότητα, πτώση του ηθικού των νοσηλευτών (Rouse 2009) και υψηλά επίπεδα εξουθένωσης. Ειδικά στην Ελλάδα, ο τρόπος που αντιμετωπίζονται οι νοσηλευτές από τις νοσηλευτικές διοικήσεις των νοσοκομείων συμβάλλει στην απογοήτευσή τους και την αυξημένη επαγγελματική δυσαρέσκεια (Δημητριάδου-Παντέκα και συν. 2009), παράμετροι που, όπως ήδη αναφέρθηκε, περιορίζουν τους νοσηλευτές σε λίγες και τυπικές κλινικές αποφάσεις (Spenceley et al 2008).

Συνολικά, ο παράγοντας που βρέθηκε πως επηρέαζε λιγότερο τις νοσηλευτικές αποφάσεις ήταν τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Αναλυτικότερα, οι νοσηλευτές των ΜΕΘ δεν θεωρούσαν σημαντική την εθνικότητα, την ηλικία και το κοινωνικο-μορφωτικό επίπεδο του ασθενή προκειμένου να λάβουν κλινικές αποφάσεις, όπως

επίσης δεν αποτελούσε φραγμό γι' αυτούς η κακή πρόγνωση, η παραμελημένη κατάσταση της υγείας του ή η νόσος που απαιτεί νοσηλεία σε χώρο απομόνωσης. Τα ευρήματα ήταν ενθαρρυντικά, ακόμα κι αν διαφέρουν από τα αντίστοιχα άλλων μελετών. Σε άλλες μελέτες έχει φανεί ότι η μεγάλη ηλικία των ασθενών, η καταγωγή από κάποια μειονότητα και το χαμηλό κοινωνικό τους επίπεδο συσχετίζονται με αποφάσεις χαμηλότερης ποιότητας, λάθη και ελλείμματα φροντίδας (Gallagher et al 2008, Picone et al 2008, Kamath & O' Connor 2011, Mossey 2011, Auret & Schug 2005, Heins et al 2006, Horgas & Elliott 2004). Κάποιοι άλλοι έχουν περιγράψει πως η φροντίδα των νεαρών ασθενών σε ΜΕΘ αυξάνει τα συναισθήματα αγωνίας των νοσηλευτών και το εύρος των αποφάσεων που λαμβάνονται γι' αυτούς (Cranley 2009). Ακόμα τα ως άνω ευρήματα διαφέρουν από αυτά, που καταδεικνύουν ότι η βαρύτητα της ασθένειας συσχετίζεται με την ποιότητα των νοσηλευτικών αποφάσεων (Fijn et al 2002, Hall et al 2004). Το χαμηλό προσδόκιμο ζωής, η αυξημένη νοσηρότητα από την παραμελημένη υγεία και η νοσηλεία σε χώρο απομόνωσης συνήθως αποτελούν ενδείξεις μιας βεβαρυσμένης κατάστασης υγείας, που απαιτεί αυξημένες νοσηλευτικές αποφάσεις και παρεμβάσεις για την υποστήριξή της (Scott et al 2006). Τόσο η Bucknall (2003), όσο και η Cranley (2009) ανέδειξαν επίσης τη βαριά κλινική εικόνα ως ένα από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις ειδικά των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας. Αυτό συμβαίνει, ίσως, γιατί οι βαρέως πάσχοντες αυξάνουν το νοσηλευτικό φόρτο εργασίας, μειώνοντας το διαθέσιμο χρόνο για κάθε ασθενή, με αποτέλεσμα να μειώνονται δυνητικά οι αποφάσεις εκτίμησης και να μην αναγνωρίζονται εγκαίρως τα νέα κλινικά προβλήματα ή μεταβολές των υπαρχόντων (Balas et al 2004). Από τις παραπάνω διαφορές μεταξύ της παρούσας και άλλων μελετών διαφαίνεται η ανάγκη των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ να λαμβάνουν ηθικώς αποδεκτές αποφάσεις και να λειτουργούν με βάση τις βασικές επαγγελματικές τους αξίες σε ένα χώρο που τα ηθικά διλήμματα είναι πολλά (Jameton 1984).

Από τις συσχετίσεις μεταξύ των επαγγελματικών χαρακτηριστικών και της σημασίας που απέδιδαν οι νοσηλευτές στον παράγοντα «Χαρακτηριστικά των ασθενών» παρατηρήθηκε ότι όσοι εργάζονταν με ασφαλή αναλογία νοσηλευτή/ασθενείς (1/1 ή 1/2) και όσοι είχαν μεγαλύτερη κλινική εμπειρία θεωρούσαν σχεδόν ασήμαντες τις παραπάνω μεταβλητές για τη λήψη αποφάσεων. Αφενός, δηλαδή, το επαρκές επίπεδο στελέχωσης της ΜΕΘ και αφετέρου η υψηλή

κλινική εμπειρία των νοσηλευτών της είναι σημαντικοί παράγοντες για την προσφορά ισότιμης και κατάλληλης φροντίδας στους βαρέως πάσχοντες, χωρίς διακρίσεις. Το πρώτο μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η υψηλή αναλογία νοσηλευτή/ασθενών σε όλα τα ωράρια – και ιδιαίτερα στο νυχτερινό- προσφέρει διαθέσιμο χρόνο στους νοσηλευτές να λειτουργήσουν με τον τρόπο που επιθυμούν στη ΜΕΘ, «χωρίς να κάνουν εκπτώσεις στη φροντίδα», όπως ανέφερε κάποιος από τους συμμετέχοντες στη δεύτερη φάση της έρευνας. Το δεύτερο εύρημα μπορεί να ερμηνευτεί από το ότι οι έχοντες μεγάλη εμπειρία είναι συνήθως νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας, με επαγγελματική και κοινωνική ωριμότητα, που τους επιτρέπουν να ασκούν τα νοσηλευτικά τους καθήκοντα προς όφελος του δημοσίου συμφέροντος, σεβόμενοι τα δικαιώματα όλων των ασθενών, χωρίς να παρασύρονται από συναισθηματισμό και παρορμητικότητα που διακατέχουν, ενδεχομένως, τους νεότερους συναδέλφους τους (Deal 2007).

Τέλος, από τις συσχετίσεις μεταξύ των γνωστικών προσεγγίσεων και των παραγόντων που επιδρούν στη λήψη νοσηλευτικών αποφάσεων βρέθηκαν μερικά ενδιαφέροντα και πρωτότυπα ευρήματα, μεταξύ των οποίων ήταν ότι όσο οι νοσηλευτές ενεργοποιούσαν το διαισθητικό στοιχείο του κλινικού συλλογισμού, τόσο μικρότερη σημασία έδιναν στους παράγοντες «Υπευθυνότητα & Συνεργασία», «Χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ» και «Γνώση του Ασθενή». Αυτές οι συσχετίσεις ήταν αναμενόμενες για τους παρακάτω βάσιμους λόγους: α) Η ενεργοποίηση της διαίσθησης αντιπροσωπεύει την πορεία του συλλογισμού προς μία ιδιαίτερη μέθοδο κατανόησης της πραγματικότητας, που χαρακτηρίζεται από την αυταπόδειξη και την αμεσότητα (Fischbein 1987). Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο χρησιμοποιείται η διαίσθηση, τόσο λιγότερο ο αποφασίζων αισθάνεται την ανάγκη εξωτερικής δικαιολογίας και εμπειρικής υποστήριξης. Επομένως, τόσο λιγότερο θα αισθάνεται την υποχρέωση και την ετοιμότητα να αιτιολογεί τεκμηριωμένα τις αποφάσεις του, να λογοδοτεί γι' αυτές. β) Οι διαισθήσεις συνδυάζονται συνήθως με ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης και εσωτερικής βεβαιότητας, υπό την έννοια ότι δεν απαιτείται κανένα εξωτερικό στήριγμα για την τελική απόφαση (Fischbein 1987). Ως εκ τούτου, ο έλεγχος και η εξωτερική ανατροφοδότηση από τον προϊστάμενο δεν έχουν μεγάλη σημασία κατά τη λήψη των αποφάσεών τους. Παράλληλα, η κινητοποίηση της διαίσθησης οδηγεί στη χρήση περιορισμένων υποθέσεων και νοητικών συντομεύσεων από τον αποφασίζοντα (Hayes 1989, Newell & Simon

1972), που μπορούν να λειτουργήσουν ανασταλτικά στην πορεία εξέτασης εναλλακτικών λύσεων, που ίσως προσφέρονται μέσω της ανατροφοδότησης. γ) Η γνώση του ασθενή διευκολύνει την επεξεργασία των πληροφοριών ενεργοποιώντας αναλυτικούς κανόνες λογικής και οργάνωσης των εσωτερικών εμπειριών, που αποκτώνται σταδιακά, και προσφέρει συμπεράσματα που εύκολα μπορούν να αιτιολογηθούν. Αντίθετα, τα δεδομένα που ανασύρει η διαίσθηση είναι ανοργάνωτα, προσφέρονται ως εικόνες και όχι ως γνώσεις (Fischbein 1987). Επομένως, η γνώση του ασθενή, που στηρίζεται στην σταδιακή κατάκτηση της εμπειρικής κατανόησης των κλινικών προβλημάτων και των αντιδράσεων του, μπορεί να ενεργοποιήσει περισσότερο τον αναλυτικό παρά το διαισθητικό συλλογισμό.

9.4 Περιορισμοί της μελέτης

9.4.1 Περιορισμοί της πρώτης φάσης της μελέτης

Η ποιοτική έρευνα της πρώτης φάσης της μελέτης κατέγραψε τις αποφάσεις 23 νοσηλευτών εντατικής φροντίδας, όπως αποτυπώθηκαν από τους ίδιους επί ένα οκτάωρο εργασίας τους σε ΜΕΘ. Οι πιθανοί περιορισμοί της μελέτης είναι:

- Το «ημερολόγιο αποφάσεων», που χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο καταγραφής κλινικών αποφάσεων, ενδεχομένως να περιόρισε την ποσότητα των δεδομένων που καταγράφηκαν, γιατί ακόμα κι αν ο χρόνος που μεσολαβούσε μεταξύ απόφασης και καταγραφής ήταν μικρός, οι γραπτές αναφορές ήταν ανακλητικού τύπου και πιθανά φιλτράρονταν πριν σημειωθούν συνοπτικά. Πιθανόν εάν είχε ακολουθηθεί η τεχνική της «φωναχτής σκέψης» παράλληλα με συστηματική παρατήρηση, οι καταγραφές να ήταν περισσότερο πλήρεις. Κάτι τέτοιο δεν θα γινόταν εύκολα αποδεκτό από τους συμμετέχοντες, καθώς πολλοί διατύπωσαν τις επιφυλάξεις τους για τη μέθοδο, όταν συζητήθηκε κατά την τηλεφωνική επικοινωνία με την ερευνήτρια, και ήταν βέβαιοι πως κάτι τέτοιο θα καθυστερούσε την εργασία τους. Επίσης μία τέτοια μέθοδος θα απαιτούσε περισσότερο χρόνο και κυρίως περισσότερους ερευνητές. Βέβαιοι η άρνηση των συμμετεχόντων να διατυπώσουν τις σκέψεις και τις κρίσεις του φωναχτά, μπορεί να επηρέασε τις καταγραφές, ώστε οι τελευταίες να ήταν επιτηδευμένες και προϊδεασμένες και όχι απόλυτα αυθόρμητες και ειλικρινείς. Ακόμα και η επιλογή ασθενή αναφοράς από κάθε συμμετέχοντα μπορεί να επηρέασε τις τελικές καταγραφές.

- Τα αποτελέσματα που προέκυψαν εκφράζουν τη συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευτών που συμμετείχαν και μπορεί να διαφοροποιούνται, αν διεξάγονταν με άλλη ομάδα ή σε διαφορετικές ΜΕΘ. Εντούτοις, λόγω του ότι η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε με βάση την πλούσια εμπειρία τους και το υψηλό επίπεδο γνώσεών τους, καθώς και οι καταγραφές πραγματοποιήθηκαν σε τρεις ΜΕΘ, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μπορούν να θεωρηθούν σχεδόν πλήρη. Ασφαλώς, εξαιτίας του ερευνητικού σχεδιασμού, που ήταν ποιοτικός, η δυνατότητα γενίκευσης τους είναι πολύ περιορισμένη.

9.4.2 Περιορισμοί της δεύτερης φάσης της μελέτης

Η ποιοτική έρευνα της δεύτερης φάσης χρησιμοποίησε τη μέθοδο των ομάδων εστιασμένης συζήτησης, εκμεταλλευόμενη την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους 22 συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια τεσσάρων συνεδριών. Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης έρευνας είναι:

- Αν και η συγκεκριμένη μέθοδος προσφέρει ευκαιρίες για ανταλλαγή πολλών και διαφορετικών απόψεων, δεν μπορεί να διατυπωθεί με σιγουριά ότι όλοι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν τις προσωπικές απόψεις και τα συναισθήματά τους ελεύθερα και ανοιχτά κατά τη διάρκειά τους, παρόλο που δεν φάνηκε να δυσκολεύτηκε κάποιος συγκεκριμένα να προβεί σε «προσωπική αποκάλυψη».

- Οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης πραγματοποιήθηκαν, όπως επέβαλε η μέθοδος, σε μη «φυσικό» περιβάλλον και τα συλλεχθέντα δεδομένα προέρχονταν από τις αυτό-αναφορές των συμμετεχόντων για ένα εστιασμένο θέμα, σε μία συγκεκριμένη στιγμή. Πάντως, αν και είναι εμφανής η περιοριστική φύση της μεθόδου τόσο χρονικά, όσο και ποσοτικά, δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι συλλέχθηκαν τα δεδομένα που αξιολογήθηκαν από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές ως τα «σημαντικότερα», αφού επιλέχθηκαν τα συγκεκριμένα να παρουσιαστούν στο διατιθέμενο χρόνο. Ωστόσο και σε αυτή τη φάση ο ποιοτικός σχεδιασμός της έρευνας της στερεί τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της.

9.4.3 Περιορισμοί της τρίτης φάσης της μελέτης

Η ποσοτική έρευνα της τρίτης φάσης της μελέτης είχε κάποιους περιορισμούς που πιθανά επηρεάζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ένα βαθμό:

- Το δείγμα της μελέτης δεν μπορεί με σιγουριά να αναχθεί σε αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των νοσηλευτών ΜΕΘ. Αυτό οφείλεται στα ανύπαρκτα σχετικά στοιχεία για τον ακριβή πληθυσμό αναφοράς στο ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας. Σημειώνεται βέβαια ότι όποια παλαιότερα στοιχεία δημογραφικών χαρακτηριστικών, που αφορούν στον πληθυσμό της μελέτης, θεωρούνται ανεπαρκή, λόγω των μεγάλων και συνεχών αλλαγών στο νοσηλευτικό δυναμικό της χώρας (μετακινήσεις, μετατάξεις, παραιτήσεις, συνταξιοδοτήσεις, λύση των συμβάσεων ιδιωτικού έργου, κινητικότητα). Αυτές οι αλλαγές ασφαλώς επηρεάζουν βασικά χαρακτηριστικά, όπως τη σύνθεση, την αριθμητική στελέχωση των ΜΕΘ.
- Η επιλογή του δείγματος σε αυτή τη μελέτη βασιζόταν σε μη τυχαία δειγματοληψία. Αν και το δείγμα των νοσηλευτών ήταν αρκετά μεγάλο σε σχέση με τον πληθυσμό αναφοράς, δεν είναι βέβαιο ότι υπήρχε αναλογική κατανομή ως προς τα χαρακτηριστικά του. Επιπλέον, το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 63,5 %, το οποίο ενδέχεται να έχει περιορίσει την εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας.
- Η εθελοντική συμμετοχή των απαντητών στην έρευνα μπορεί να έχει επιφέρει ορισμένα αναπόφευκτα λάθη μεροληψίας. Δεν υπήρξε τρόπος να συγκριθούν τα χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων και των μη ερωτηθέντων. Δεν υπήρξε τρόπος να συγκριθούν τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων με αυτά των νοσηλευτών που είχαν εργαστεί σε ΜΕΘ και την περίοδο διενέργειας της παρούσας μελέτης απουσίαζαν για οποιοδήποτε λόγο.
- Τα αποτελέσματα της μελέτης αφορούν σε μία ορισμένη χρονική περίοδο και είναι βασισμένα σε αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη λήψη κλινικών αποφάσεων σε συνθήκες που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη περίοδο.
 - Τα θέματα που περιλαμβάνονται τόσο στο ξενόγλωσσο εργαλείο λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων, όσο και στο πρωτότυπο ερωτηματολόγιο παραγόντων δεν αντανακλούν απαραίτητα το σύνολο των θεμάτων που αφορούν στη λήψη κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων και των παραγόντων που τις επηρεάζουν, αντίστοιχα. Ωστόσο, η ποιοτική μελέτη που προηγήθηκε και περιγραφές των νοσηλευτών των ελληνικών ΜΕΘ βοήθησε σημαντικά στη δόμηση μιας στέρεης βάσης κατανόησης του θέματος στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

10.1 Συμπεράσματα

10.1.1 Συμπεράσματα για τους τύπους των νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ

Τα κεντρικά συμπεράσματα της μελέτης αναφορικά με τους τύπους νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων είναι:

- ✓ Οι κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα είναι πολλαπλές, με τις περισσότερες να αφορούν σε αποφάσεις παρέμβασης, αξιολόγησης και καθορισμού προτεραιοτήτων της νοσηλευτικής φροντίδας και τις λιγότερες να αφορούν σε αποφάσεις διάγνωσης, πρόληψης, επικοινωνίας και αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή.
- ✓ Τα θέματα, στα οποία επικεντρώνονται οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών στις ελληνικές ΜΕΘ δεν διαφέρουν από αυτά για τα οποία καλούνται να αποφασίσουν οι νοσηλευτές των ΜΕΘ άλλων χωρών και συστημάτων υγείας.
- ✓ Οι μη επείγουσες αποφάσεις προεξάρχουν των επειγουσών στο σύνολο και ανά τύπο νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων.
- ✓ Οι ανεξάρτητες αποφάσεις είναι περισσότερες των εξαρτημένων σε κάθε κατηγορία αποφάσεων, εκτός από αυτές της επικοινωνίας και εύρεσης σχετικών με τον ασθενή πληροφοριών.
- ✓ Οι νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις ακολουθούν το επιστημονικό παράδειγμα της ιατρικής επιστήμης, επικεντρώνονται στη νόσο και τη θεραπεία, παρά στις αντιδράσεις και τη φροντίδα του ασθενή.
- ✓ Το νεαρό της ηλικίας των νοσηλευτών σχετίζεται με περισσότερες αποφάσεις αξιολόγησης και επικοινωνίας με τον ασθενή και τους οικείους του.
- ✓ Το γυναικείο φύλο συσχετίζεται με περισσότερες αποφάσεις πρόληψης στις ΜΕΘ.
- ✓ Οι νοσηλευτές με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο λαμβάνουν περισσότερες αποφάσεις συνολικά στις ΜΕΘ.
- ✓ Η ημέρα και το ωράριο εργασίας δεν επηρεάζουν σημαντικά τις νοσηλευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται στη ΜΕΘ, εκτός από τις αποφάσεις παρέμβασης.

10.1.2 Συμπεράσματα για τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ

Τα κεντρικά συμπεράσματα της μελέτης αναφορικά με τη διαδικασία λήψης νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ είναι:

- ✓ Η διαδικασία λήψης αποφάσεων διέρχεται από έξι ή λιγότερα στάδια, που έχουν σημαντικές ομοιότητες με τη νοσηλευτική διεργασία.
- ✓ Η διαδικασία λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων είναι ανοιχτή και ευέλικτη. Κάθε στάδιο μπορεί να συνδέεται ή όχι με το επόμενο. Τα στάδια μπορεί να εξελίσσονται είτε προοδευτικά, είτε παράλληλα, είτε να παραλείπονται ενδιάμεσα στάδια και η λήψη απόφασης να ταυτίζεται μόνο με την παρέμβαση. Η συνολική διαδικασία επικαιροποιείται με την παρουσία νέων πληροφοριών. Κάθε στάδιο της διαδικασίας παράγει αποφάσεις.
- ✓ Η διαδικασία λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων θεμελιώνεται θεωρητικά στο υποθετικο-επαγωγικό μοντέλο, που αποτελεί το κυρίαρχο μοντέλο περιγραφής του νοσηλευτικού κλινικού συλλογισμού.
- ✓ Η γνωστική προσέγγιση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων θεμελιώνεται θεωρητικά στο μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς, που επίσης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μοντέλα περιγραφής της ελεύθερης κίνησης του νοσηλευτικού συλλογισμού μεταξύ ανάλυσης και διαίσθησης.
- ✓ Ο τρόπος κρίσης που συνθέτει στοιχεία και του αναλυτικού και του διαισθητικού συλλογισμού είναι ο πιο συχνός τύπος λήψης κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές.
- ✓ Το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επίπεδο στελέχωσης των ΜΕΘ και η κλινική εμπειρία είναι προσδιοριστικοί παράγοντες της γνωστικής προσέγγισης λήψης αποφάσεων.
- ✓ Η συλλογή δεδομένων γίνεται με περισσότερο αναλυτική σκέψη, η επιστράτευση της οποίας προσδιορίζεται από το επίπεδο στελέχωσης των ΜΕΘ και την κλινική εμπειρία.
- ✓ Η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται με ελαφρά υπεροχή της διαισθητικής σκέψης, κάτι που καθορίζεται από την κλινική εμπειρία των νοσηλευτών.
- ✓ Ο προγραμματισμός της δράσης γίνεται με συνδυασμό αναλυτικού και διαισθητικού συλλογισμού, ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών και ο ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή σχετίζονται ανεξάρτητα με την προτίμησή τους σε γνωστικό πρότυπο.

- ✓ Κατά την εφαρμογή και αξιολόγηση της δράσης χρησιμοποιείται περισσότερο ο αναλυτικός συλλογισμός, με το επίπεδο στελέχωσης και την κλινική εμπειρία να αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της γνωστικής συμπεριφοράς των νοσηλευτών.
- ✓ Κανένα στάδιο της διαδικασίας λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων δεν κινητοποιούσε μόνο τη διαίσθηση των νοσηλευτών ΜΕΘ.

10.1.2 Συμπεράσματα για τους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη νοσηλευτικών κλινικών αποφάσεων σε ΜΕΘ

Τα κεντρικά συμπεράσματα της μελέτης αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές κλινικές αποφάσεις στη ΜΕΘ είναι:

- ✓ Οι γνώσεις και η επίγνωση των ορίων των ικανοτήτων των νοσηλευτών, η υπευθυνότητα και συνεργασία των αποφασιζόντων, οι σαφείς επαγγελματικές ευθύνες στη ΜΕΘ και η βαθιά γνώση του ασθενή είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών.
- ✓ Οι νοσηλευτές ΜΕΘ μεταχειρίζονται ισότιμα τους ασθενείς ως προς την πρόσβαση και την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, χωρίς να επηρεάζονται σημαντικά από την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα, το κοινωνικό επίπεδο, αλλά και την κακή πρόγνωσή τους.
- ✓ Η πολυπλοκότητα του κλινικού προβλήματος δεν καθορίζει σημαντικά τη λήψη κλινικών αποφάσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.
- ✓ Οι νοσηλευτές ΜΕΘ με μεγάλη κλινική εμπειρία θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικές τις γνώσεις του αντικειμένου της εντατικής φροντίδας και την επίγνωση των ικανοτήτων τους πριν λάβουν κλινικές αποφάσεις.
- ✓ Η υπευθυνότητα/συνεργασία των νοσηλευτών θεωρούνταν πολύ σημαντικές προϋποθέσεις για τη λήψη αποφάσεων από τους έμπειρους νοσηλευτές και αυτούς που εργάζονταν κάτω από συνθήκες σημαντικής υποστελέχωσης.
- ✓ Τα χαρακτηριστικά της διοίκησης στη ΜΕΘ αφήνουν τους περισσότερους νοσηλευτές αδιάφορους ως προς την επίδρασή τους στις κλινικές αποφάσεις.
- ✓ Το χαμηλό επίπεδο στελέχωσης της ΜΕΘ και η μεγάλη κλινική εμπειρία είναι καθοριστικοί παράγοντες της σημασίας που αποδίδουν οι νοσηλευτές στη «γνώση του ασθενή».

- ✓ Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μεγάλες ΜΕΘ (με περισσότερες από εννέα ενεργές κλίνες) δεν επηρεάζονται σημαντικά από τις ελκυστικές εργασιακές συνθήκες κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων.
- ✓ Η ύπαρξη συγκεκριμένου νομικού πλαισίου νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων δεν θεωρείται απαραίτητη για τη λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο.
- ✓ Οι νοσηλευτές που ενεργοποιούν έντονα το διαισθητικό τους συλλογισμό, δεν θεωρούν πως η υπευθυνότητα/συνεργασία, τα χαρακτηριστικά της διοίκησης και η γνώση του ασθενή και των αντιδράσεων του επηρεάζουν τις κλινικές τους αποφάσεις.

10.2 Κατευθύνσεις για την κλινική πρακτική

Με βάση τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης, οι νοσηλευτές των ελληνικών ΜΕΘ λαμβάνουν πληθώρα κλινικών αποφάσεων, χρησιμοποιώντας τον αναλυτικό και διαισθητικό τους συλλογισμό, με αναγκαία ή ικανά προαπαιτούμενα κυρίως τη γνώση και την ανάληψη ευθύνης. Όμως, όπως ειπώθηκε, δεν είναι βέβαιο ότι οι κλινικές τους αποφάσεις τους αναγνωρίζονται από το σύνολο των ασθενών, των συνεργατών και των διοικήσεων των νοσοκομείων, συνήθως δεν υποστηρίζονται από εργαλεία ή μεθόδους που αναπτύσσουν τις δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, ενώ δεν συντρέχουν πάντα οι κρίσιμες προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν για τη λήψη των αποφάσεων. Κρίνεται λοιπόν αναγκαίο να διερευνηθούν και να προσδιοριστούν οι τρόποι ενίσχυσης και βελτίωσης των δεξιοτήτων λήψης αποφάσεων των νοσηλευτών, με απώτερο στόχο την παροχή ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας και την ανάπτυξη του κλινικού τους ρόλου στη ΜΕΘ.

Αρχικά, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές των ΜΕΘ λαμβάνουν πολλαπλές κλινικές αποφάσεις, οι οποίες είτε δεν είναι ορατές, είτε δεν αναγνωρίζονται, με αποτέλεσμα να υποτιμάται η αξία και η ένταση της νοσηλευτικής εργασίας. Με άλλα λόγια, υπάρχει σημαντικό έλλειμμα νοσηλευτικής τεκμηρίωσης στην καθημερινή κλινική πρακτική των ελληνικών νοσοκομείων, παρόλο που είναι παραδεκτό στο σύνολο της βιβλιογραφίας ότι η καταγραφή όλων των δεδομένων που λαμβάνει ο νοσηλευτής από τον ασθενή και το περιβάλλον του, καθώς και των αποφάσεων που τον αφορούν, είναι αναγκαία προϋπόθεση της νοσηλευτικής φροντίδας (Ladwig 1999). Ειδικότερα, σε καιρούς που οι ασθενείς απαιτούν καλύτερη φροντίδα υγείας και εύκολα καταφεύγουν στη δικαιοσύνη για τα ιατρικά ή νοσηλευτικά λάθη, η νοσηλευτική τεκμηρίωση αποτελεί μονόδρομο. Επομένως, κρίνεται σκόπιμη η απαίτηση από τις

νοσηλευτικές υπηρεσίες για καταγραφή των πληροφοριών και των νοσηλευτικών αποφάσεων σε τυποποιημένη μορφή (νοσηλευτικά διαγράμματα) ως μέρος των υποχρεώσεων των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς, τους συνεργάτες και το νοσηλευτικό ίδρυμα που εργάζονται. Παράλληλα, η εμπειρία έχει δείξει πως τα έντυπα που χρησιμοποιούνται στα ελληνικά νοσοκομεία είναι απαρχαιωμένα και οδηγούν σε λάθη και παραλείψεις κατά τη συμπλήρωσή τους ή τη μεταφορά οδηγιών από έντυπο σε έντυπο, γεγονός που είναι σίγουρο πως έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην κλινική πορεία των νοσηλευομένων. Η λύση που διαφαίνεται είναι η ηλεκτρονική νοσηλευτική τεκμηρίωση, μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών, ώστε να απλοποιείται η διαδικασία και να μειώνεται ο απαιτούμενος χρόνος πρόσβασης σε κλινικές πληροφορίες ή προηγούμενες παρεμβάσεις (CRNBC 2003). Σε απάντηση οποιασδήποτε ένστασης τυχόν διατυπωνόταν στην πρόταση εγκατάστασης ηλεκτρονικών συστημάτων νοσηλευτικής τεκμηρίωσης λόγω της υψηλής οικονομικής δαπάνης σε περίοδο μεγάλης δημοσιονομικής κρίσης, σημειώνεται ότι η εισαγωγή των ηλεκτρονικών υπολογιστών στο χώρο της υγείας έχει ήδη πραγματοποιηθεί για πλήθος διοικητικές και εργαστηριακές διαδικασίες, με θετικά αποτελέσματα στην εξοικονόμηση πόρων για τα νοσηλευτικά ιδρύματα (Κυριόπουλος 2011, Tierney et al 2005). Συγκεκριμένα, η αυτοματοποίηση τόσο της διαδικασίας φαρμακευτικής χορήγησης, όσο και της διατήρησης ενός πλήρους νοσηλευτικού φακέλου για κάθε ασθενή έχει αποδειχτεί πως εξοικονομεί χρήματα, που ξεπερνούν κατά πολύ ακόμα και το κόστος νέας εγκατάστασης και λειτουργίας του συστήματος, καθώς μειώνει τα ιατρονοσηλευτικά λάθη, αυξάνει την ορθολογική χρήση των φαρμάκων, βελτιώνει την ποιότητα της φροντίδας υγείας και ελέγχει τις δαπάνες των μονάδων υγείας (Wang et al 2003, Kuperman & Gibson 2003).

Παράλληλα, οι νοσηλευτές οφείλουν να ενσωματώσουν στην κλινική τους πρακτική τη λήψη νοσηλευτικού ιστορικού, την εφαρμογή συστήματος νοσηλευτικών διαγνώσεων, τη συστηματική αντικειμενική εξέταση και συνολικά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας. Αν και τα ως άνω αντικείμενα διδάσκονται σε όλες τις νοσηλευτικές σχολές της χώρας, δεν εφαρμόζονται στην πράξη. Κάποιος αντικειμενικός μελετητής θα αναρωτιόταν ποιος είναι ο λόγος που διατηρούνται αυτά τα θεματικά πεδία στα προγράμματα νοσηλευτικών σπουδών, αφού δεν βρίσκουν εφαρμογή στην επαγγελματική πρακτική. Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε ότι η γνώση –έστω η ανεπαρκής γνώση- των ως άνω τεχνικών βοηθά ασύνειδα τους νοσηλευτές στη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Η αρχική αξιολόγηση της

αναγκαιότητας λήψης αποφάσεων και η συλλογή κλινικών πληροφοριών πρέπει να ενισχυθούν και με τα δεδομένα που αντλούνται από το νοσηλευτικό ιστορικό υγείας. Με τη βοήθεια ενός δομημένου πλαισίου, ο νοσηλευτής θα μπορεί να επικεντρωθεί σε δεδομένα για τον ασθενή, που δεν μπορούν να αποκτηθούν από άλλες πηγές πληροφόρησης (ιατρικό ιστορικό). Με την ενθάρρυνση του ασθενή να συζητήσει για το πώς αισθάνεται για το πρόβλημά του, την κατάσταση υγείας του στο παρελθόν, τις συνθήκες και τις συνήθειες ζωής του, τίθενται εξ αρχής τα θεμέλια σε μία σχέση εμπιστοσύνης που χρειάζεται να έχει με τους νοσηλευτές.

Στη συνέχεια, η οργανωμένη κλινική εξέταση του ασθενή συμπληρώνει, επιβεβαιώνει ή αναιρεί τις αρχικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν με την παρατήρηση ή το ιστορικό. Η εφαρμογή φυσικής εξέτασης από τους νοσηλευτές σηματοδότησε την επέκταση του νοσηλευτικού κλινικού ρόλου τους (Scottish Executive Health Department 2004), δεδομένου πως παραδοσιακά, αυτή αποτελούσε ιατρική αρμοδιότητα και δεν αναγνωριζόταν ως εργαλείο υποβοήθησης της νοσηλευτικής πρακτικής (Marsden et al 2003). Η διατήρηση ενός νέου ρόλου, όμως, είναι απόλυτα συνυφασμένη με την επιτυχή άσκηση του και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της φροντίδας (McElhinney 2010). Η κατάλληλη εκπαίδευση και η θεώρηση της κλινικής εξέτασης ως βασική νοσηλευτική δεξιότητα είναι βοηθητικοί παράγοντες για την εφαρμογή της στην καθημερινή πρακτική.

Ακόμα κι αν η επέκταση των νοσηλευτικών ρόλων είναι απαραίτητη για την «πολυπόθητη» αυτονομία της Νοσηλευτικής επιστήμης, είναι μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές να εφαρμόσουν τα νέα τους καθήκοντα, εκφέροντας ανεξάρτητο νοσηλευτικό λόγο, ζήτημα που μέχρι σήμερα δεν έχουν κατορθώσει να πετύχουν. Από την απαρχή εμφάνισης του όρου νοσηλευτική διάγνωση, αυτός χαρακτηρίστηκε ως ο αδύναμος κρίκος της νοσηλευτικής διεργασίας (Aspinall 1976). Τα συστήματα νοσηλευτικών διαγνώσεων δημιουργήθηκαν για να καλύψουν το κενό περιγραφής των ανθρωπίνων αντιδράσεων σε ένα παθολογικό πρόβλημα, αλλά και για να αποτελέσουν αυτόνομη νοσηλευτική λειτουργία, διαφοροποιούμενη από την ιατρική επιστήμη (Ackley & Ladwig 2011). Η παρούσα μελέτη κατέδειξε ότι μέχρι σήμερα οι Έλληνες νοσηλευτές ΜΕΘ δεν τα έχουν καταφέρει. Σημαντικοί φραγμοί βέβαια είναι ότι αφενός δεν έχουν εκπαιδευτεί στην πλειονότητά τους στην εφαρμογή των νοσηλευτικών διαγνώσεων από το επίπεδο των βασικών τους σπουδών, αφετέρου καμία εκπαιδευτική δραστηριότητα σε τοπικό και εθνικό επίπεδο δεν ευαισθητοποιεί τους νοσηλευτές στην αναγνώριση, χρήση και ανάπτυξη των νοσηλευτικών

διαγνώσεων. Επιπλέον, το εθνικό νοσηλευτικό επιμελητήριο έχει αμελήσει να διαμορφώσει πρότυπα νοσηλευτικής πρακτικής στην Ελλάδα, στα οποία να συμπεριλαμβάνονται οι νοσηλευτικές διαγνώσεις ως λειτουργία της επιστημονικής Νοσηλευτικής και είναι πολύ μακριά από το να υιοθετήσει ένα από τα προτεινόμενα συστήματα ταξινομήσεων, ή ακόμα να εισηγηθεί τη νομική κατοχύρωσή του στα εκάστοτε νομικά πλαίσια που διέπουν την άσκηση της Νοσηλευτικής. Αν και ο δρόμος είναι μακρύς, οι ως άνω αλλαγές θα συντελούσαν ουσιαστικά στην ενδυνάμωση της επαγγελματικής ταυτότητας των νοσηλευτών στην Ελλάδα και την αλλαγή του κλινικού τους ρόλου.

Συνολικά, οι νοσηλευτές πρέπει να εκμεταλλευτούν τις ιδιαιτερότητες της νοσηλευτικής εργασίας σε ΜΕΘ – κατ' ασθενή σύστημα φροντίδας, αυξημένη πολυπλοκότητα και δυναμικές μεταβολές κλινικών προβλημάτων- και να εδραιώσουν την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στην καθημερινή πρακτική. Η εφαρμογή των εξατομικευμένων σχεδίων φροντίδας, που θα ενσωματώνουν τον οδηγό νοσηλευτικού ιστορικού, τα ευρήματα της αντικειμενικής εξέτασης, μπορούν να αποτελέσουν το ένα και ουσιαστικό εργαλείο των νοσηλευτών ΜΕΘ, που θα τους υποστηρίξει στην αξιολόγηση και τεκμηρίωση των νοσηλευτικών ενεργειών, τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της κλινικής ομάδας και τη συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι ως άνω αλλαγές, βέβαια, πρέπει να ενταχθούν σε ένα γενικό πλαίσιο αναβάθμισης της νοσηλευτικής πράξης στην Ελλάδα, που θα στοχεύει στην εφαρμογή της βέλτιστης και ορθότερης παρέμβασης (Walker 2003, Muir-Gray 1997), στην αποφυγή λανθασμένων ή επικίνδυνων πράξεων (Brocklehurst & McGuire 2005) και τελικά στη διαφανή, υπεύθυνη και νομικά κατοχυρωμένη άσκηση της Νοσηλευτικής (Page & Meerabeau 2004, Parahoo 2006). Παρότι, κάτι τέτοιο ακούγεται ως αυτονόητο γεγονός, ωστόσο ο όγκος των ελληνικών άρθρων που επισημαίνουν τα ελληνικά ελλείμματα διαχρονικά αποτελούν απόδειξη ότι η ορθή πρακτική δεν είναι ούτε πλήρως κατανοητή έννοια στους Έλληνες νοσηλευτές, ούτε ομοφώνως αποδεκτή πρακτική. Τούτο δεν μπορεί να επιτευχθεί αν πρώτα δεν καλλιεργηθεί η έλλογη και επιστημονική νοσηλευτική σκέψη και ύστερα δεν αποκτηθεί οικειότητα και πείρα σε συγκεκριμένα θέματα, ώστε οι τυπικοί τρόποι σκέψης να μετατρέπονται σε διαισθητικούς και άμεσους.

Στο τέλος αυτής της διατριβής έχει καταστεί σαφές πως ο κλινικός συλλογισμός των περισσότερων νοσηλευτών ΜΕΘ είναι ακατέργαστος. Μεγάλο μέρος της

ευθύνης, κατά τις παραδοχές των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη, φέρει το επίπεδο και η ποιότητα της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης, αφού θεωρούν πως δεν τους έχει υποστηρίξει επαρκώς. Επομένως οι νοσηλευτές χρειάζονται εκπαίδευση και εξοικείωση με τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων. Η κατανόηση και η ανάπτυξη των γνωστικών στρατηγικών των νοσηλευτών εμπίπτει στην ευρεία έννοια του «μεταγινώσκειν», που αναλύεται στην ενότητα των κατευθύνσεων για την εκπαίδευση.

10.3 Κατευθύνσεις για την εκπαίδευση

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκε η επιθυμία των νοσηλευτών ΜΕΘ να γνωρίσουν καλύτερα τη λειτουργία του κλινικού τους συλλογισμού, ώστε να ελέγξουν ενεργητικά και με εκούσιο τρόπο τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Εκτός από πεποίθηση των συμμετεχόντων, κάτι τέτοιο έχει αποδειχτεί ερευνητικά, πως δηλαδή η παρουσίαση και η εκπαίδευση σε μεταγνωστικές στρατηγικές συμβάλλει στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων. Η κατανόηση των γνωστικών διεργασιών περιλαμβάνει δύο ξεχωριστά αλλά στενά σχετιζόμενα φαινόμενα-μέρη: *τη μεταγνωστική γνώση* (metacognitive knowledge) (ή για άλλους τη γνώση του γινώσκειν), την ενημερότητα, δηλαδή, του ατόμου για τις γνωστικές του πηγές και ικανότητες σε σχέση με τις απαιτήσεις μίας πλειάδας περιστάσεων που απαιτούν κλινική σκέψη. Το δεύτερο είναι η συνειδητή προσπάθεια να *ρυθμίσει το γινώσκειν* (regulation of cognition) με τη βοήθεια αυτορρυθμιστικών μηχανισμών, όπως η παρακολούθηση, η αυτοαξιολόγηση και ο έλεγχος (Baker & Brown 1984, Shimamura 2000).

Σύμφωνα με το Flavell (1987), η μεταγνωστική γνώση αφορά στην αποκτημένη και αποθηκευμένη στη μακρόχρονη μνήμη γνωστική βάση που σχετίζεται με το πεδίο ενασχόλησης του αποφασίζοντος. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία έχει περιγραφεί το πλαίσιο της Εγκαθιδρυμένης Λήψης Κλινικών Αποφάσεων (Situated Clinical Decision-Making Framework) ως εργαλείο προσέγγισης της λήψης κλινικών αποφάσεων, με σκοπό την ανάπτυξη της μεταγνωστικής γνώσης των νέων νοσηλευτών, ώστε να είναι παρούσα και ενεργή κατά την έναρξη και κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Gillepsie & Paterson 2009). Το συγκεκριμένο πλαίσιο διακρίνει πως η μεταγνωστική γνώση περιλαμβάνει τα παρακάτω είδη γνώσεων: α) το πρώτο είναι η γνώση για το επάγγελμα (π.χ ο αποφασίζων γνωρίζει τα επαγγελματικά του δικαιώματα και καθήκοντα και λειτουργεί στο πλαίσιό τους). Με

αυτόν τον τρόπο έρχεται σε επαφή με τις επαγγελματικές αξίες, τη γνώση του για τα πρότυπα της νοσηλευτικής πρακτικής, τις πεποιθήσεις του για το νοσηλευτικό ρόλο στη ΜΕΘ και τις δεξιότητες που απαιτούνται για την άσκησή του. β) Το δεύτερο είδος γνώσης είναι η γνώση για τον εαυτό του ως νοσηλευτή (π.χ ο αποφασίζω γνωρίζει ότι είναι καλός νοσηλευτής και πως είναι περισσότερο ή λιγότερο επιτυχημένος επαγγελματίας από κάποιους άλλους). Η επίγνωση των ατομικών του δυνατών και αδύνατων σημείων, της εμπειρίας του και της θέσης του στην ομάδα είναι ενδεικτική της συνεισφοράς του στη λήψη αποφάσεων και σημαντική για την ασφάλεια των ασθενών (Etheridge 2007, Tanner 2006). γ) Το τρίτο μέρος της μεταγνωστικής γνώσης είναι η γνώση που έχει το άτομο για το πρόβλημα με το οποίο εμπλέκεται (π.χ αναγνωρίζει την υποκείμενη παθοφυσιολογία και ποια είναι τα κοινά σημεία με τυπικές κλινικές περιπτώσεις), για τις σχέσεις μεταξύ των ιδιαίτερων πτυχών του προβλήματος (π.χ ξεχωρίζει ποιες κλινικές πληροφορίες συνδυάζονται ώστε να εξαχθεί ασφαλές κλινικό συμπέρασμα) και των συνδεδεμένων με αυτά πιθανών αποτελεσμάτων (π.χ διατυπώνει προβλέψεις για την πορεία του προβλήματος και τις αντιδράσεις των ασθενών). δ) Τέλος, το τέταρτο είδος γνώσης αφορά στη γνώση των ασθενών με παρόμοια προβλήματα (π.χ γνωρίζει ποιες αντιδράσεις του ασθενή εκλύονται από το συγκεκριμένο πρόβλημα ή τη θεραπεία).

Επειδή στην παρούσα έρευνα αναφέρθηκαν ελλείμματα σε όλα τα παραπάνω είδη μεταγνωστικής γνώσης είναι αναγκαίο να βελτιωθούν οι γνώσεις, οι δεξιότητες και οι ικανότητες των νοσηλευτών μέσα από δραστηριότητες δια βίου μάθησης. Αρχικά, η καθοδήγηση των νοσηλευτών για τον προσδιορισμό των εργασιακών αξιών, των επαγγελματικών προτύπων και της επαγγελματικής τους ταυτότητας, μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα επαγγελματικής συμβουλευτικής, είναι παρεμβάσεις που αφορούν σε φοιτητές και εργαζόμενους με σκοπό την επαγγελματική τους ενδυνάμωση και ανάπτυξη. Παράλληλα, η γνώση εαυτού και των άλλων μπορεί να βελτιωθεί μέσα από πλήθος τεχνικών και εργαλείων αξιολόγησης ατομικών και εξωτερικών μεταβλητών, ώστε οι νοσηλευτές να σχηματίσουν εικόνα της προσωπικής τους επίδοσης στο επάγγελμα και στο πλαίσιο της ΜΕΘ, αλλά και για να εξελίξουν τις δεξιότητες ομαδικής εργασίας και επικοινωνίας με τους ασθενείς και τους συνεργάτες. Ταυτόχρονα, φαίνεται πως χρειάζεται να επενδύσουν περισσότερο χρόνο και προσπάθεια στην επαύξηση και την ανανέωση των κλινικών τους γνώσεων. Σημειώνεται ότι η επιδίωξη για συνεχιζόμενη εκπαίδευση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία τους στα πρώτα στάδια της βασικής τους

εκπαίδευσης και αν δεν αποτιμάται ως επιτυχής, έχουν λιγότερες πιθανότητες να θελήσουν να τη συνεχίσουν (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1997). Οι παραδοσιακές μορφές της εκπαιδευτικής διαδικασίας, λοιπόν, είναι ανάγκη να εμπλουτιστούν με νέες τεχνικές, όπως ανέφεραν κι οι συμμετέχοντες στην ποιοτική φάση, όπως η επεξεργασία κλινικών περιστατικών ατομικά και σε ομάδες, τα παιχνίδια ρόλων, η διαχείριση προτυποποιημένων ασθενών με τεχνικές προσομοίωσης και η απαίτηση για περισσότερες γραπτές εργασίες και μελέτες. Με αυτόν τον τρόπο οι νοσηλευτές ανέφεραν πως μπορούν να αυξήσουν τα προσωπικά τους κίνητρα για μάθηση και να αισθανθούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το περιεχόμενο των σπουδών και της κατάρτισής τους. Ειδικότερα, για τη νοσηλευτική εντατικής φροντίδας, η οργάνωση της κλινικής εκπαίδευσης, μέσω μίας σχέσης ένα προς ένα του εκπαιδευόμενου με έναν έμπειρο και ικανό νοσηλευτή του κλινικού χώρου, θεωρείται ότι μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια στο φοιτητή ή τον αρχάριο νοσηλευτή στην προσπάθειά τους να αποκτήσουν ειδικές κλινικές εμπειρίες και να ενοποιήσουν τη θεωρία με την κλινική πρακτική.

Τέλος, ένα σημαντικό μέρος της μεταγνωστικής γνώσης που δεν περιλαμβάνεται στο παραπάνω μοντέλο είναι η γνώση των στρατηγικών κλινικού συλλογισμού, δηλαδή η γνώση πού, πότε και με ποιον τρόπο θα χρησιμοποιηθεί η στρατηγική της ανάλυσης ή της διαίσθησης για τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Flavell 1987). Η παρούσα διατριβή περιλαμβάνει λεπτομερές υλικό του περιεχομένου της γνώσης αυτών των στρατηγικών. Μένει να εφαρμοστούν συγκεκριμένες τεχνικές ανάπτυξης του αναλυτικού και του διαισθητικού τρόπου σκέψης. Στο σύνολο της βιβλιογραφίας έχουν γραφεί πολλά για την ανάπτυξη της αναλυτικής σκέψης, αφού συνάδει με τα πρότυπα που εφαρμόζονται στα οργανωμένα εκπαιδευτικά συστήματα (Ματσαγγούρας 2002, Hyrpanen 2013). Ελάχιστα όμως έχουν αναφερθεί για την καλλιέργεια της διαίσθησης των αποφασιζόντων. Η καλλιέργεια και των δύο τύπων του κλινικού συλλογισμού περιλαμβάνει μία κοινή ομάδα δραστηριοτήτων που βοηθούν τους αποφασίζοντες να ελέγξουν την ίδια τους τη μάθηση.

Η πρώτη ομάδα των δραστηριοτήτων, που στοχεύουν στη ρύθμιση του γινώσκειν, αφορά στην αντίληψη των κινήτρων που έχουν και των συμπεριφορών που επιδεικνύουν οι αποφασίζοντες απέναντι σε διαφορετικές κλινικές αποφάσεις (Zimmerman 1989). Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη ο αναλυτικός συλλογισμός πυροδοτείται κυρίως από το έλλειμμα της γνώσης που αντιλαμβάνονται πως έχουν σχετικά με το πρόβλημα ή τον ασθενή σε συνδυασμό με την ευθύνη που προτίθενται

να αναλάβουν. Οι πληροφοριακές δεξιότητες των νοσηλευτών που χρειάζονται να αναπτυχθούν είναι αυτές της αναζήτησης, αξιολόγησης, οργάνωσης, χρήσης και ενσωμάτωσης των νέων πληροφοριών στην κεκτημένη γνώση. Το πλαίσιο για την επίτευξη αυτού του σκοπού προσφέρεται από το παράδειγμα της «Νοσηλευτικής που βασίζεται στις ενδείξεις» (evidence-based Nursing). Για να γίνει πραγματικότητα η «πράξη βασισμένη σε ενδείξεις» θα πρέπει από τη μια να εκπαιδευτούν όλοι οι νοσηλευτές στη μεθοδολογία της και αφετέρου να δημιουργηθούν προϋποθέσεις τέτοιες που να επιτρέπουν την εφαρμογή της κλινικών οδηγιών και πρωτοκόλλων στην καθημερινή πράξη. Στον αντίποδα, η διαίσθηση πυροδοτείται από το έντονο συναίσθημα που προκαλείται μπροστά σε ένα κλινικό πρόβλημα. Επομένως, η κατανόηση της φύσης, της πηγής και των αιτιών πρόκλησης των συναισθημάτων είναι καθοριστική για την επικοινωνία του αποφασίζοντα με τη διαίσθησή του. Σε αυτό μπορεί να βοηθήσει η αναστοχαστική πρακτική, στην οποία οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να εκπαιδευτούν.

Το επόμενο μέρος της ρύθμισης του γινώσκειν είναι ο σχεδιασμός με κυριότερες δραστηριότητες στη λήψη αποφάσεων την πρόγνωση για το κλινικό πρόβλημα, την τοποθέτηση σε μία λογική σειρά των ενεργειών με βάση την προηγούμενη εμπειρία και την κατανομή της προσοχής και των χρονικών απαιτήσεων της διαδικασίας λήψης απόφασης επιλεκτικά, πριν την εμπλοκή σε αυτή (Joseph 2005). Για την περίπτωση της αναλυτικής σκέψης, οι ως άνω δραστηριότητες ταυτίζονται με την ίδια τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, ενώ στην περίπτωση του διαισθητικού συλλογισμού οι ως άνω δραστηριότητες επιτελούνται μετά το πέρας της νοσηλευτικής παρέμβασης και μπορεί να καλλιεργηθεί με τη συνεχή και ενεργητική επικοδόμηση των κλινικών εμπειριών μέσω της εμπειρίας του κλινικού περιβάλλοντος και της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς. Οι μέθοδοι που μπορούν να βοηθήσουν είναι η παρατήρηση της συμπεριφοράς ασθενών και εμπειρών συνεργατών, η παρακολούθηση και μετέπειτα συμμετοχή στην κλινική επίσκεψη, όπου παρουσιάζονται συνοπτικά οι κλινικές σκέψεις της κλινικής ομάδας και οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων των εμπειρών συνεργατών και η οργάνωση ομάδων συζήτησης σχετικά με τις αποφάσεις και τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς της ΜΕΘ.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος της ρύθμισης του γινώσκειν αφορά στην παρακολούθηση και τον έλεγχο της διαδικασίας ως εξωτερικός αξιολογητής (Baker & Brown 1984). Σε αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής πρέπει να τεθεί στο κέντρο της

διαδικασίας και να παρέμβει ενεργά και συνειδητά στην πορεία της μάθησής του. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί με αναστοχασμό της πρακτικής του σε κατάσταση ηρεμίας (Hyrranen 2013). Στην περίπτωση του αναλυτικού συλλογισμού έχει μεγάλη αξία η εύρεση τυχόν λαθών στις αποφάσεις του, αφού μπορεί να είναι μεγάλα και σημαντικά (Croskerry 2003), και η διόρθωσή τους. Στην περίπτωση της διαισθητικής σκέψης αξία έχει η λεκτική διατύπωση της πορείας του συλλογισμού μέχρι την τελική απόφαση ή η τήρηση ημερολογίων περιστατικών-σκέψεων και συναισθημάτων, ώστε αυτή να συνειδητοποιηθεί βήμα – βήμα (Hogarth 2001). Η εύρεση των λαθών, αν και αυτά μάλλον είναι μικρότερα και λιγότερο σημαντικά (Croskerry 2003), η αναγνώριση των στερεοτύπων και των μεροληψιών πίσω από τη διαίσθηση είναι σημαντικά στοιχεία του μεταγινώσκειν των νοσηλευτών. Σε αυτή την προσπάθειά τους ιδιαίτερα βοηθητική μπορεί να αποβεί η ανατροφοδότηση που λαμβάνει ο αποφασίζων από τους έμπειρους συνεργάτες (Hogarth 2003), κάτι που αναγνώρισαν και οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη. Τέλος, ο Langer (1989) επεσήμανε πως πριν την ολοκλήρωση της μεταγνωστικής τους διαδικασίας, θα πρέπει να ελέγχουν πόσο συχνά επιτρέπουν στον εαυτό τους οι αποφασίζοντες να λαμβάνει τις αποφάσεις αυτοματοποιημένα και διαισθητικά, καθώς και αν οι συνθήκες επιτρέπουν αυτή τη γνωστική λειτουργία στη θέση μιας περισσότερο αναλυτικής.

10.4 Κατευθύνσεις για μελλοντική έρευνα

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα μελέτη προσφέρει ένα σημαντικό σώμα βασικής γνώσης για τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές εντατικής φροντίδας στην Ελλάδα, υπάρχουν και άλλες πτυχές του θέματος που θα μπορούσαν να διερευνηθούν. Μελλοντικές κατευθύνσεις για έρευνα θα μπορούσαν να αποτελέσουν:

- Η διερεύνηση των τύπων νοσηλευτικών αποφάσεων και σε άλλα νοσηλευτικά πεδία και ειδικότητες.
- Οι συγκριτικές μελέτες των τύπων αποφάσεων μεταξύ διαφορετικών ΜΕΘ ή διαφορετικών νοσηλευτικών πληθυσμών.
- Η επίδραση των νοσηλευτικών αποφάσεων στα αποτελέσματα και την ασφάλεια των ασθενών.
- Η οικονομική αξιολόγηση της επέκτασης των νοσηλευτικών αρμοδιοτήτων στη ΜΕΘ συγκριτικά με την τρέχουσα πραγματικότητα της λειτουργίας των ΜΕΘ.

- Η διερεύνηση του κυρίαρχου προτύπου λήψης αποφάσεων σε άλλους νοσηλευτικούς πληθυσμούς, πλην των νοσηλευτών εντατικής φροντίδας.
- Ο έλεγχος του αν χρησιμοποιούνται κάτω από τις κατάλληλες προϋποθέσεις ο στρατηγικές της αναλυτικής ή διαισθητικής επίλυσης προβλημάτων.
- Η συγκριτική μελέτη της σημασίας που αποδίδουν νοσηλευτές άλλων κλινικών χώρων στους παράγοντες που επηρεάζουν τις κλινικές τους αποφάσεις.
- Η μελέτη των αλλαγών γνωστικής προσέγγισης στη λήψη αποφάσεων με τροποποιήσεις των μεταβλητών που αφορούν στον αποφασίζοντα, το κλινικό πρόβλημα και το πλαίσιο λήψης απόφασης.

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ ΚΑΡΡΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η λήψη κλινικών αποφάσεων θεωρείται ο πυρήνας των κλινικών επιστημών, αφού συνιστά τον τρόπο διαχείρισης των προσφερομένων πληροφοριών, ώστε να επιλυθεί ένα κλινικό πρόβλημα. Στην Ελλάδα, όμως, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές.

Σκοπός: Η ταυτοποίηση των κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) στην Ελλάδα, η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται και των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

Μέθοδος: Η μελέτη ήταν πολυμεθοδολογική και πραγματοποιήθηκε σε τρεις φάσεις. Στη φάση I διεξήχθη ποιοτική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 23 νοσηλευτές ΜΕΘ, που επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία, συμπληρώνοντας πρωτότυπα ημερολόγια καταγραφής αποφάσεων. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της ανάλυσης περιεχομένου. Στη φάση II διεξήχθη ποιοτική μελέτη με τη συμμετοχή 22 νοσηλευτών ΜΕΘ, οι οποίοι επιλέχθηκαν με σκόπιμη δειγματοληψία και κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες εστιασμένης συζήτησης. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε μετά από απομαγνητοφώνηση των συζητήσεων με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου. Στη φάση III διεξήχθη ποσοτική, περιγραφική μελέτη με συγχρονικές συσχετίσεις σε δείγμα ευκολίας νοσηλευτών ΜΕΘ (n=381). Για τη συλλογή των ποσοτικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν: α) έντυπο συλλογής δημογραφικών, επαγγελματικών και εργασιακών δεδομένων των νοσηλευτών και των ΜΕΘ που εργάζονταν, β) το Ερωτηματολόγιο Λήψης Νοσηλευτικών Αποφάσεων (NDMI_sv) των Lauri & Salantera (2002), 24 ερωτήσεων, με τη συνολική του βαθμολογία να κυμαίνεται από 24-120 βαθμούς και γ) το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Παραγόντων που Επηρεάζουν τη Λήψη Κλινικών Νοσηλευτικών Αποφάσεων στη ΜΕΘ (F.I.N.D.E.M.), 60 ερωτήσεων, που δημιουργήθηκε με βάση τα αποτελέσματα της φάσης II της παρούσας μελέτης και η συνολική βαθμολογία λάμβανε τιμές 60 - 300. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τα λογισμικά SPSS v17.0 και AMOS.

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων στη φάση I της μελέτης προέκυψαν οκτώ πυρηνικές κατηγορίες, που αφορούν σε κλινικές νοσηλευτικές αποφάσεις: 1) αξιολόγησης, 2) διάγνωσης, 3) πρόληψης, 4) παρέμβασης, 5) επικοινωνίας με τους ασθενείς ή/και τους οικείους τους, 6) αναζήτησης πληροφοριών για τον ασθενή, 7) καθορισμού προτεραιοτήτων και 8) επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό της ΜΕΘ. Από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της φάσης II προέκυψε ότι η διαδικασία λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων αποτελείται

από έξι στάδια: α) αναγνώρισης της ανάγκης για τη λήψη απόφασης, β) συλλογής πληροφοριών, γ) επεξεργασίας πληροφοριών, δ) σχεδιασμού της δράσης, ε) επιλογής της δράσης και στ) ελέγχου των αποτελεσμάτων. Κατά τη διαδικασία αυτή επιστρατεύονται οι ακόλουθες γνωστικές προσεγγίσεις της κλινικής κρίσης: 1) η αναλυτική σκέψη, ή 2) η διαισθητική σκέψη, ή 3) ο συνδυασμός αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης. Η ως άνω διαδικασία θεμελιώνεται θεωρητικά στο μοντέλο του Γνωστικού Συνεχούς του Hammond (1980). Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις νοσηλευτικές αποφάσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις πυρηνικές κατηγορίες: 1) τους παράγοντες που σχετίζονται με το κλινικό πρόβλημα, 2) τους παράγοντες που σχετίζονται με τον αποφασίζοντα νοσηλευτή και 3) τους παράγοντες που σχετίζονται με το πλαίσιο λήψης απόφασης. Από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της φάσης ΙΙΙ της μελέτης προέκυψε ότι οι κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών λαμβάνονται με συνδυασμό αναλυτικής και διαισθητικής σκέψης (συνολική βαθμολογία: $71,6 \pm 5,2$ στην κλίμακα NDMI_sv). Από την ανάλυση παλινδρόμησης (ANOVA) βρέθηκε πως οι παράγοντες που επιδρούν στη γνωστική στρατηγική λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\beta = 1,16$, $p = 0,041$), το επίπεδο νοσηλευτικής στελέχωσης στη ΜΕΘ ($\beta = -1,79$, $p = 0,001$) και η κλινική νοσηλευτική εμπειρία στη ΜΕΘ ($\beta = 0,16$, $p = 0,003$). Επίσης, η διερευνητική και επιβεβαιωτική ανάλυση των μεταβλητών του Ερωτηματολογίου F.I.N.DE.M ανέδειξε ένα μοντέλο 8 παραγόντων που εξηγούν το 51,8% της συνολικής διακύμανσης: 1) πολυπλοκότητα & συνθήκες επίλυσης του κλινικού προβλήματος, 2) γνώσεις & επίγνωση, 3) υπευθυνότητα & συνεργασία, 4) χαρακτηριστικά της Διοίκησης της ΜΕΘ, 5) γνώση του ασθενή, 6) ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον στη ΜΕΘ, 7) χαρακτηριστικά του ασθενή και 8) σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών. Για τους συμμετέχοντες τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης έδειξαν ότι η πολυπλοκότητα & οι συνθήκες επίλυσης του κλινικού προβλήματος συσχετίζονται με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\beta = -0,15$, $p = 0,006$), οι γνώσεις και η επίγνωση των ικανοτήτων του αποφασίζοντα συσχετίζονται με την εμπειρία του ($\beta = 0,24$, $p < 0,001$), η υπευθυνότητα & συνεργασία του αποφασίζοντα με το επίπεδο στελέχωσης ($\beta = 0,11$, $p = 0,042$) και την κλινική του εμπειρία ($\beta = 0,22$, $p < 0,001$), τα χαρακτηριστικά της Διοίκησης με κανένα χαρακτηριστικό του αποφασίζοντα, η γνώση του ασθενή με το χαμηλό επίπεδο στελέχωσης ($\beta = 0,11$, $p = 0,034$) και την κλινική εμπειρία ($\beta = 0,17$, $p = 0,001$), το ελκυστικό εργασιακό περιβάλλον της ΜΕΘ με το μέγεθός της ($\beta = -0,15$, $p = 0,028$), τα χαρακτηριστικά του ασθενή με το επίπεδο στελέχωσης ($\beta = -0,18$, $p = 0,021$) και την κλινική εμπειρία των νοσηλευτών ($\beta = 0,27$, $p < 0,001$) και οι σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ($\beta = -0,20$, $p = 0,002$) και το επίπεδο στελέχωσης των ΜΕΘ ($\beta = 0,13$, $p = 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές λαμβάνουν πολλαπλές κλινικές αποφάσεις, με συνδυασμό της αναλυτικής σκέψης και της διαίσθησής τους μέσα από μία διαδικασία έξι σταδίων. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που τις επηρεάζουν είναι οι γνώσεις και η επίγνωση των ορίων και των ικανοτήτων των νοσηλευτών, η υπευθυνότητα και συνεργασία των αποφασίζοντων, οι σαφείς επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών στη ΜΕΘ και η βαθιά γνώση των ασθενών.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING
POSTGRADUATE PROGRAM

**STUDY OF NURSES' CLINICAL DECISION-MAKING
IN INTENSIVE CARE UNITS**

DOCTORAL DISSERTATION

VASSILIKI KARRA

ABSTRACT

Introduction: Clinical decision-making is considered a core process of clinical sciences, as it involves deliberate management of information engaged in solving clinical problems. However, no research evidence exists with regard to Greek intensive care nurses' clinical decision-making practices.

Aim: The identification of clinical decisions made by nurses in Intensive Care Units (ICU) of Greece, the investigation of the decision-making process and the investigation of factors that influence them.

Methods: The study employed a mixed - methods approach and was conducted in three phases. During phase I, content analysis of daily entries of clinical decisions recorded during nursing work by 23 purposefully selected intensive care nurses was carried out. During phase II, four focus groups with 22 purposefully selected ICU nurses were used and content analysis was also performed on discussion transcripts. In phase III, a descriptive, cross-sectional design of correlation comparisons was applied in a convenient sample of ICU nurses (n=381). Participants filled out a questionnaire consisted of: a) demographic, professional and working features, b) the shortened version of Nursing Decision Making Instrument (NDMI_sv) by Lauri & Salantera (2002), which was comprised by 24 items and its total score was between 24-120 and c) a newly developed 60-item questionnaire evaluating "Factors Influencing Nurses' Decision-Making" (F.I.N.D.E.M), which was scored between 60-300. SPSS v17.0 and AMOS were used for the statistical analysis.

Results: Eight categories of nursing clinical decisions emerged in phase I including decisions related to: 1) evaluation, 2) diagnosis, 3) prevention, 4) intervention, 5) communication with patients or/and their families, 6) patient information seeking, 7) clinical priorities setting, 8) communication with ICU health care professionals. Phase II data analysis demonstrated that nurses' clinical decision-making process consists of six stages: a) recognition of the need for a decision, b) collection of information, c) data processing, d) planning of action, e) choice of action and f) feedback. It has also highlighted that ICU nurses can make clinical judgments by means of: 1) analytic thought, 2) intuitive thought, and 3) combination of both analytic and intuitive thought. The aforementioned cognitive process is grounded on Hammond's Cognitive Continuum theoretical framework (1980). Factors that influence nursing decisions were coded into three core categories: 1) task factor, 2) decision-maker factor and 3) context factor. Quantitative data analysis of phase III showed that most clinical decisions typically involve both analytic and intuitive thought (total score=71.6±5.2 in

NDMI_sv scale). Multiple linear regression analysis demonstrated that the factors which correlate with the choice of cognitive decision-making strategy are the educational level ($\beta=1.16$, $p=0.041$), ICU nursing staffing level ($\beta=-1.79$, $p=0.001$) and clinical experience ($\beta=0.16$, $p=0.003$). Exploratory and confirmatory factor analysis of F.I.N.D.E.M variables indicated an 8-dimensional model that explained 51.8% of the total variance: 1) task complexity & task conditions, 2) knowledge & knowledge awareness, 3) accountability, 4) attributes of ICU management, 5) knowing the patient, 6) attractive ICU work environment, 7) patient's characteristics, and 8) clear professional responsibilities. Among participants task complexity & task conditions were negatively associated with high educational level ($\beta=-0.15$, $p=0.006$); decision-maker's knowledge and knowledge awareness were valued most by nurses with a great deal of ICU experience ($\beta=0.24$, $p<0.001$); nurses' accountability with nursing staffing level ($\beta=0.11$, $p=0.042$) and their clinical experience ($\beta=0.22$, $p<0.001$); no correlations were found between attributes of ICU management and decision-maker's characteristics; knowing the patient was associated with low nursing staffing ($\beta=0.11$, $p=0.034$) and clinical experience ($\beta=0.17$, $p=0.001$); attractive work environment with ICU level ($\beta=-0.15$, $p=0.028$); patients' characteristics with nursing staffing level ($\beta=-0.18$, $p=0.021$) and nursing ICU experience ($\beta=0.27$, $p<0.001$) and clear professional responsibilities with educational level ($\beta=-0.20$, $p=0.002$) and ICU staffing levels ($b=0.13$, $p=0.05$).

Conclusions: Intensive care nurses make multiple clinical decisions that seem to involve both analytic and intuitive thought through a six-stage decision-making process. Knowledge and knowledge awareness, accountability, clear professional responsibilities and "knowing the patient" are considered as the most influential factors by ICU nurses.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ackley BJ, Ladwig GB. (2011). Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care, 10th edition, Missouri: Mosby
- Adford P, Zone- Smith L. (2005). Organizational commitment to professional practice models. *Journal of Nursing Administration*, 35(10):467-72
- Affonso DD, Andrews GJ, Jeffs L. (2004). The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's health care. *Journal of Advanced Nursing*, 45:568-78
- Agency for Health Care Policy Research. (1999). California Health Care: sicker patients, fewer RNs, fewer beds, San Francisco: Institute for Health and Socio-economic Policy
- Agor WH. (1990). The logic of intuition: how top executives make important decisions. In: WH. Agor (ed), *Intuition in Organizations*, Newbury Park, CA: Sage Publications
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS Care. *Medical Care*, 37(8):760-72
- Aitken L. (1997). Expert critical care nurses' use of reliable pulmonary artery pressure measurements. Doctoral Dissertation, Melbourne, Australia: RMIT University
- Aitken LM, Marshall A, Elliott R, McKinley S. (2008). Critical care nurses' decision making: sedation assessment and management in intensive care. *Journal of Clinical Nursing*, 18:36-45
- Aitken LM, Marshall A, Elliott R, McKinley S. (2011). Comparison of think aloud and observation as data collection methods in the study of decision making regarding sedation in intensive care patients. *International Journal of Nursing Studies*, 48(3): 318-25
- Aitken LM. (2003). Critical care nurses' use of decision-making strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 12:476-83
- Ajzen I. (1977). Intuitive theories of events and the effects of base rate information on Prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35:303-14
- Alaszewski AM, Coxon K. (2008). The everyday experience of living with risk and uncertainty. *Health Risk & Society*, 10(5): 413-20
- Alexander PA, Judy JE. (1988). The interaction of domain-specific and strategic knowledge in academic performance. *Review of Educational Research*, 58:375-405
- Alfaro-leFevre r. (1994). *Applying Nursing Process: a step-by step guide* (3rd edition), Philadelphia: JB Lippincott Company
- Alfaro-LeFevre R. (1998). *Applying nursing process: a step-by-step guide*. 4th edition, Philadelphia: Lippincott
- Almerud S. (2008). The meaning of technology in intensive care. *The World of Critical Care Nursing*. Διαθέσιμο στη: http://find.articles.com/p/articles/ml6812/is36/ai_n31436407 Τελευταία πρόσβαση στις 6/8/2012
- Altman T. (2007). An evaluation of the seminal work of Patricia Benner: Theory or Philosophy? *Contemporary Nurse*, 25(1-2):114-23
- Amarasingham R, Platinga L, Diener-West M, Gaskin DJ, Powe NR. (2009). Clinical Information Technologies and Inpatient Outcomes: a Multiple Hospital Study. *Archives of Internal Medicine*, 169(2):108-14
- American Philosophical Association (1990). *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction*. The Complete American Philosophical Association Delphi Research Report, Millbrae, CA: The California Academic Press
- Anderson JR. (1983). *The architecture of cognition*, Cambridge, CA: Harvard University Press

- Archibald LR, Manning ML, Bell LM, Banerjee S, Jarvis WR. (1997). Patient density, nurse-to-patient ratio and nosocomial infection risk in a pediatric cardiac intensive care unit. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 16(11):1045-8
- Ark T, Brooks L, Eva K. (2006). Giving learners the best of both worlds: do clinical teachers need to guard against teaching pattern recognition to novices? *Academic Medicine*, 81: 405-9
- Arkin R, Duval S. (1975). Focus of attention and causal attribution of actors and observers. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11: 427-38
- Armitage G. (1999). Nursing assessment and diagnosis of respiratory distress in infants by children's nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 8:22-30
- Arries E, Botes A, Nel E. (2001). Intuition in clinical decision making by the nurse in ICU. *The Free Library*. Διαθέσιμη στην: [http://www.thefreelibrary.com/intuition in clinical decision making by the nurse in ICU_a0170816914](http://www.thefreelibrary.com/intuition+in+clinical+decision+making+by+the+nurse+in+ICU+a0170816914). Τελευταία πρόσβαση στις 11-8-2013
- Asiaian E. (2005). Professional competency and accreditation of nurses in critical care. *Enfermera Intensiva*, 16:1-2
- Aspinall MJ. (1976). Nursing diagnosis: the weak link. *Nursing Outlook*, 24:433-7
- Atkinson RC, Shiffrin RM. (1968). Human Memory: a proposed system audit control processes. In: KW. Spence, JT. Spence (eds), *The psychology of learning and motivation* (vol 2), New York: Academic Press
- Auret K, Schug SA. (2005). Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain: approaches to correcting the problem. *Drugs & Ageing*, 22(2005):641-54
- Australian College of Critical Care Nurses (ACCCN). (2005). *Competency standards for specialist critical care nurses*. 2nd Edition, Melbourne. Australia: ACCCN
- Australian College of Critical Care Nurses. (1999). *Critical Care Nursing Education Advisory Committee position statement on postgraduate critical care nursing education*. *Australian Critical Care*, 12:160-4
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL. (2009). Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the Conflicus Study. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 180:853-60
- Baddeley AD. (1986). *Working memory*, Oxford: Oxford University Press
- Baessler C, Blumberg M, Cunningham J, Curran J, Fenessey A, Jacobs J, McGrath P, Perrong MT, Wolf ZR. (1994). Medical-surgical nurses' utilization of research methods and products. *Medsurg Nursing*, 3(2):113-17, 120-21, 141
- Baggs J. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. *Journal of Advanced Nursing*, 20:176-82
- Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine*, 27(9):1992-8
- Bagozzi R, Dholakia U, Basuroy S. (2003). How effortful decisions get enacted: the motivating role of decision processes, desires and anticipated emotions. *Journal of Behavioral Decision Making*, 16: 273-395
- Baillie L, Curzio J. (2008). Students' and facilitators' perceptions of simulation in practice learning. *Nurse Education in Practice*, 9(5):297-306
- Baird IS, Thomas H. (1985). Toward a contingency model of strategic risk taking. *Academy of Management Review*, 10:230-43
- Bakalis NA, Watson R. (2005). Nurses decision-making in clinical practice. *Nursing Standard*, 19(23):33-9
- Baker CF. (1984). Sensory overload and noise in the ICU: sources of environmental stress. *Critical Care Quarterly*, 6(4): 66
- Baker J. (2001). *Nurses' perceptions of clinical decision making in relation to patients in pain*. Doctoral dissertation, Faculty of Nursing, Sydney: Department of Family and Community Nursing

- Baker L, Brown AL. (1984). Metacognitive skills and reading. In DD. Pearson, R. Barr, ML. Kamil, P. Mosenthal (eds) *Handbook of reading research*, New York: Longman
- Balas MC, Scott LD, Rogers AE. (2004). The prevalence and nature of errors and near errors reported by hospital staff nurses. *Applied Nursing Research*, 17(4): 224-30
- Bambini D, Washburn J, Perkins R. (2009). Outcomes of clinical simulation for novice nursing students: communication, confidence and clinical judgment. *Nursing Education Perspectives*, 30(2):79-82
- Banaszak – Holl J, Alexander J, Valentine N, Piotrowski M, Adams-Watson J, Davis J. (1999). Decision making activity and influence of nurse executives in top management teams. *Journal of Nursing Administration*, 29(4): 18-24
- Bandman E, Bandman B. (1994). *Critical Thinking in Nursing*. 2nd Edition, Stamford, CT: Appleton & Lange
- Bandura A, Schunk DH. (1981). Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41:586-98
- Banning M. (2008). A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing*, 17:187-95
- Bar Hillel M. (1980). The base rate fallacy in probability judgment. *Acta Psychologica*, 44:211-33
- Baron J. (1992). The effective of normative beliefs on anticipated emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2): 320-30
- Baron J. (2008) *Thinking and deciding*, 4th edition, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Barth MM, Oyen LJ, Warfield K, Elmer JL, Evenson LK, Tescher AN, Kuper PJ, Bannon MP, Gajic O, Farmer JC. (2007). Comparison of a nurse initiated insulin infusion protocol for intensive insulin therapy between adult surgical trauma, medical and coronary care intensive care patients. *Biomed Central Emergency Medicine*, 7:14
- Bass B. (1983). *Organizational decision making*, Homewood, ILL: Richard D. Irwin
- Batey M, Lewis F. (1982). Clarifying autonomy and accountability. Part 1. *Journal of Nursing Administration*, September: 13-18
- Baumann A, Bourbonnais F. (1982). Nursing decision making in critical care areas. *Journal of Advanced Nursing*, 7:435-46
- Baumann A, Deber RB, Thompson GG. (1991). Overconfidence among physicians and nurses: the micro-certainty, macro-certainty phenomenon. *Social Science & Medicine*, 32:167-74
- Baumann A, Deber RB. (1989). *Decision making and Problem solving in Nursing: an Overview and Analysis of Relevant Literature*, Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto
- Beach LR. (1990). *Image theory: decision making in personal and organizational contexts*. Chichester: Wiley
- Beauchamp TL, Childress J. (2008). *Principles of biomedical ethics*, 6th edition, Oxford: Oxford University Press
- Beck U. (1992). *Risk Society: towards a new modernity*, London: Sage Publications
- Beckman U, Baldwin I, Durie M, Morrison A, Shaw L. (1998). Problems associated with nursing staff shortage: an analysis of the first 3600 incident reports submitted to the Australian Incident Monitoring Study (AIMS-ICU). *Anaesthesia and Intensive Care*, 26(4):396-400
- Beers PJ, Boshuizen H, Kirschner PA, Guselaers WH. (2006). Common ground, complex problems and decision-making. In: M. Kilgour, C. Eden (eds), *Handbook of group decision and negotiation*, London: Springer Science and Business Media
- Bell DE, Raiffa H, Tversky A. (1988). *Decision making: descriptive, normative and prescriptive interactions*, Cambridge: Cambridge University Press
- Belton V, Vickers S. (1990). Use of simple multiattribute value function incorporating visual interactive sensitivity analysis for multiple criteria decision making. In: C.Bana & E. Costa (eds), *Readings on multiple criteria decision aid*, Berlin: Springer

- Benner P, Hughes RG, Sutphen M. (2008). Clinical reasoning, decision making and action: thinking critically and clinically. In: RG. Hughes (ed), Patient Safety and Quality: an Evidence-based handbook for nurses, Rockville, MD. Διαθέσιμο στη <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk>. Τελευταία πρόσβαση στις 5/10/2012
- Benner P, Tanner C, Chesla C. (1992). From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(3):13-28
- Benner P, Tanner C, Chesla C. (1996). *Expertise in nursing, caring, clinical judgment and ethics*, NY: Springer
- Benner P, Tanner C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87:23-31
- Benner P, Wrubel J. (1982). Skilled clinical knowledge: the value of perceptual awareness. *Journal of Nursing Administration*, 12(6):28-33
- Benner P, Wrubel J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*, Menlo Park, CA: Addison - Wesley
- Benner P. (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*, Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishing Company
- Benner PA, Hooper-Kyriakidis P, Stannard D. (1999). *Clinical wisdom and interventions in critical care*, Philadelphia: Saunders
- Benoliel JQ. (1984). Advancing nursing science: qualitative approaches. *Western Journal of Nursing Research*, 6:1-8
- Ben-Zur H, Bresnitz SJ. (1981). The effects of time pressure on risky choice behavior. *Acta Psychologica*, 47:89-104
- Berelson BR. (1971). *Content analysis in communication research*, New York: Hafner
- Beresford EB. (1991). Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Center Report*, 21:6-11
- Berg M. (1997). Problems and promises of the protocol. *Social Science and Medicine*, 44:1081-88
- Bernstein DA. (2010). *Essentials of Psychology*. 5th Edition, Belmont, CA: Wdsworth Cengage Learning
- Beveridge M. (1998). Weaning: a nursing challenge. *Australian Journal of Holistic Nursing*, 5(1): 39-43
- Bjork IT, Hamilton GA. (2011). Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice* (volume 2011). Article ID: 524918, doi: 10.1155/2011/524918
- Bjorvell C. (2002). *Nursing documentation in clinical practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme*. Thesis form Department of Nursing, Karolinska Institute, Stockholm: Karolinska Institute
- Bless H, Clore GL, Schwarz N, Golisano V, Rabe C, Wolk M. (1996). Mood and the use of scripts: does a happy mood really lead to mindlessness? *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4): 665-79
- Bloomsbury (2002). *Business: The ultimate resource*, London: Bloomsbury Publications
- Blythe J, Royle JA. (1993). Assessing nurses; information needs in the work environment. *Bulletin of the Medical Library Association*, 81:433-5
- Bond S, Cooper S. (2005). Modeling emergency decisions: recognition-primed decision-making. The literature in relation to an ophthalmic critical incident. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8): 1023-32
- Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, Gluck EH. (1993). Analysis of indications for intensive care admission. Clinical efficacy assessment project: American College of Physicians. *Chest*, 104(6):1806-11
- Botti M, Reeve R. (2003). Role of knowledge and ability in student nurses' clinical decision making. *Nursing & Health Sciences*, 5:39-49

- Bowling A. (2002). *Research methods in health*, 2nd edition, New York: Open University Press
- Braithwaite SS, Edkins R, McGregor KL, Sredzienski ES, Houston M, Zarzaur B, Rich PB, Benedetto B, Rutherford EJ. (2006). Performance of a dose-defining insulin infusion protocol among trauma service intensive care unit admissions. *Diabetes Technology and Therapeutics*, 8(4): 476-88
- Branch JL. (2000). The trouble with think alouds: Generating data using verbal protocols. In: A. Kublik (ed), *Proceedings of the 28th Annual Conference of the Canadian Association for Information Science*, Canada. Διαθέσιμο στη <http://www.cais.acsi.ca/search.asp?year2000> Τελευταία πρόσβαση στις 2/4/2013
- Brannon LA, Carson KL. (2003). Nursing expertise and information structure influence medical decision making. *Applied Nursing Research*, 16:287-90
- Braune R, Foshay WR. (1983). Towards a practical model of cognitive/information processing task analysis and schema acquisition for complex problem –solving situations. *Instructional Science*, 12:121-45
- Braveman J. (1980). *Management in decision making*, NY: Amacom
- Bremmer MN, Aduddell K, Benett DN, VanGeest JB. (2006). The use of human patient simulators. *Nurse Educators*, 31(4): 170-4
- Brilli RJ, Spevetz A, Branson RD, Campbell GM, Cohen H, Dasta JF, Harvey MA, Kelley MA, Kelly KM, Rudis MI, St Andre AC, Stone JR, Teres D, Weled BJ, American College of Critical Care Medicine Task Force on Models of Critical Care Delivery. The American College of Critical Care Medicine Guidelines for the definition of an Intensivist and the practice of Critical Care Medicine. (2001). Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, 29(10):2007-19
- Brixey JJ, Robinson DJ, Tang Z, Johnson TR, Zhang J, Turley JP. (2005). Interruptions in workflow for RNs in a level one-trauma-center. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, 86-90
- Broadbent DE. (1958). *Perception and communication*, Elmsford, NJ: Pergamon
- Brocas I, Carillo JD. (2000). The value of information when preferences are dynamically inconsistent. *European Economic Review*, 44:1103-15
- Brocklehurst P, McGuire W. (2005). Evidence-based care. *British Medical Journal*, 330:36-8
- Bryman A. (1992). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In J. Brannen (ed) *Mixing Methods: qualitative and quantitative research*, Brookfield: Avebury
- Buckingham CD, Adams A. (2000). Classifying clinical decision making: a unifying approach. *Journal of Advanced Nursing*, 32:981-89
- Bucknall TK. (2003). The clinical landscape of critical care: nurses' decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 43(3):310-9
- Bucknall TK, Thomas S. (1996). Clinical decision making in critical care. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 13:10-7
- Bucknall TK. (2001). Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1): 25-36
- Bunge M. (1962). *Intuition and Science*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bunyan LE, Lutz EM. (1991). Marketing the hospital library to nurses. *Bulletin of the Medical Library Association*, 79:223-5
- Cader R, Campbell S, Watson D. (2005). Cognitive Continuum theory in nursing decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 49(4):397-405
- Canadian Nurses Association. (2010). Exam Blueprint and Specialty Competencies for Critical Care (Adult) Nursing Certification. Διαθέσιμο στη: http://www2.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/CC_Summary_2010_en.pdf Τελευταία πρόσβαση στις 10/8/2012
- Cannon – Bowers JA, Salas E, Pruitt JS. (1996). Establishing the boundaries of a paradigm for decision making research. *Human Factors*, 38(2): 193-205

- Cao H, Lee KP, Ennett CM, Eshelman L, Nielsen L, Saeed M, Gross B. (2010). Heuristics to determine ventilation times of ICU patients from the MIMIC-II database. Conference Proceedings: Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society, doi: 10.1109/IEMBS:2010.5626286
- Carey M. (1995). Comment: concerns in the analysis of focus groups data. *Qualitative Health Research*, 5(4):487-95
- Carnevali DL, Mitchell PH, Woods NF, Tanner CA. (1984). *Diagnostic reasoning in nursing*, Philadelphia: Lippincott
- Carnevali DL, Thomas MD. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*, Philadelphia: Lippincott
- Carpentier-Roy MC. (1990). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*. Doctoral Thesis, Université de Montréal, Département de Sociologie, Faculté des arts et des sciences.
- Carper BE. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1:13-23
- Carr SM, Bell B, Pearson PH, Watson DW. (2001). To be sure or not to be sure: concepts of uncertainty and risk on the construction of community nursing practice. *Primary Health Care Research and Development*, 2:223-33
- Carraccio CL, Benson BJ, Nixon LJ, Derstine PL. (2008). From the educational bench to the clinical bedside: translating the Dreyfus developmental model to the learning of clinical skills. *Academic Medicine*, 83(8):761-7
- Cave I. (2005). Nurse teachers in higher education: without clinical competence, do they have a future? *Nurse Education Today*, 25:646-51
- Cellier J, Eyrolle H, Marine C. (1997). Expertise in dynamic environments. *Ergonomics*, 40:28-50
- Centre for Health Systems and Safety Research (2012). ICT and impacts on work practice in the ICU-work in progress-site 3. *Safety and Health Informatics in Practice Series*, 2(2). Διαθέσιμο στη: http://docs.google.com/ships_2_2.pdf. Τελευταία πρόσβαση στις 6/8/2012
- Chaboyer W, Dunn S, Najman J. (2000). Developing specialty knowledge: the case of Australian Critical Care Nursing. *Intensive Critical Care Nursing*, 16:13-7
- Chalmers DJ, French RM, Hofstadter DR. (1992). High-level perception, representation and analogy: a critique of artificial intelligence methodology. *Journal of Experimental and Theoretical Artificial Intelligence*, 4(3): 185-211
- Champion VL, Leach A. (1989). Variables relate to research utilization in nursing: an empirical investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 14(9):705-10
- Chang SJ, Rice RE. (1993). Browsing: a multidimensional framework. In: ME. Williams (ed), *Annual Review of Information Science and Technology*, vol.28, Medford, NJ: Learned Information
- Chant C, Mustard M, Thorpe KE, Friedrich JO. (2012). Nurse- vs nomogram – directed glucose control in a cardiovascular intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 21(4):270-9
- Charns MP, Schaefer MJ. (1983). *Health care organizations: a model for management*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Chase WG, Simon HA. (1973). Perception in chess. *Cognitive Psychology*, 4:55-81
- Cherry EC. (1953). Some experiments on the recognition of speech with one and with two ears. *Journal of Acoustical Society of America*, 25:975-79
- Chesney M. (2000). Interaction and understanding in the research. *Nurse Researcher*, 7:58-69
- Cheyne H, Dalglish L, Tucker J, Kaye F, Shetty A, McLead S, Niven C. (2012). Risk assessment and decision making about in labor transfer from rural maternity care: a social judgment and signal detection study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, doi: 10.1186/1472-6947-12-122

- Chi MTH, Bassok M. (1989). Learning from examples via self-explanations. In: LB. Resnick (ed), Knowing, learning and instruction. Essays in honor of Robert Glaser, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Chi MTH, Feltovich PJ, Glasser R. (1981). Categorization and representation of physics problems by experts and novices. *Cognitive Sciences*, 5:121-52
- Chi MTH, Glaser R (1985). Problem solving ability. In: RJ Sternberg (ed), *Human abilities: an information –processing approach*, New York: WH Freeman
- Chi MTH, Glasser R, Rees E. (1982). Expertise in problem solving. In: R. Sternberg (ed), *Advances in the psychology of human intelligence (vol 1)*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Choi E, Song M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 12(5):651-9
- Cholowski KM, Cahn L. (1992). Diagnostic reasoning among second-year nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 1171-81
- Choo CW (1998) *The Knowing organization: How organizations use information to construct meaning, create knowledge and make decisions*, Oxford: Oxford University Press
- Chu PC, Spires ee. (2001). Does time constraint on users negate the efficacy of decision support systems? *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 85(2):226-49
- Chua A. (2002). The influence of social interaction on knowledge creation. *Journal of Intellectual Capital*, 3(4): 375-92
- Cianfrani KL. (1984). The influence of amounts and relevance of data identifying health problems. In: MJ. Kim, GK. McFarland, AM. McLane (eds), *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth national conference*, St. Louis: Mosby Company
- Cioffi J, Markham R. (1997). Clinical decision making by midwives: managing case complexity. *Journal of Advanced Nursing*, 25:265-72
- Cioffi J, Markham R. (1997). Clinical decision making by midwives: managing case complexity. *Journal of Advanced Nursing*, 25:265-72
- Cioffi J. (1997). Heuristics, servants to intuition in clinical decision making. *Journal of Advanced Nursing*, 26:203-8
- Cioffi J. (1998). Decision making by emergency nurses in triage assessment. *Accident and Emergency Nursing*, 6:184-91
- Cioffi J. (2000). Nurses' experiences of making decisions to call emergency assistance to their parents. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1):108-14
- Clampitt PG, Dekoch RJ, Cashman T. (2000). A strategy for communicating about uncertainty. *Academy of Management Executive*, 14(4):41-57
- Clandinin JD, Conelly MF. (1998). Personal experience methods. In NK Denzin & YS Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research*, London: Sage Publications
- Clark GL. Strauss K. (2007) Human nature, the context of decision making and the methods of a new economic geography. Annual Meeting of the Association of American Geographers, San Francisco
- Clarke B, James C, Kelly J. (1996). Reflective practice: reviewing the issues and refocusing the debate. *International Journal of Nursing Studies*, 33(2):171-80
- Clarke JR, Hayward CZ, Santora TA, Wagner DK, Webber BL. (2002). Computer generated trauma management plans. Comparison with actual care. *World Journal of Surgery*, 26(5):536-38
- Coble DB. (2000). Testing a decision making model for Nursing. Doctoral Dissertation, Faculty of Nursing: University of Florida
- Coderre S, Mandin H, Harasym P, Fick G. (2003). Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success. *Medical Education*, 37:695-703
- Cogdill KW. (2003). Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. *Journal of the Medical Library Association*, 91:203-15

- Cohen DJ, Crabtree BF. (2008). Evaluative criteria for qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Annals of Family Medicine*, 6(4):331-9
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edition, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers
- Cohen MS & Freeman JT. (1996). Thinking naturally about uncertainty. In: *Proceedings of the Human Factors & Ergonomics Society, 40 Annual Meeting*, Santa Monica, CA: Human Factors Society
- College of Registered Nurses of British Columbia (CRNBC) (2003). *Nursing documentation*, 12
- Colon – Emerick CS, Ammarell N, Bailen d, Corazzini K, Utley-Smith Q, Lekan- Rutledge D, Anderson RA, Piven ML. (2006). Patterns of medical and nursing staff communicating in nursing homes: implications and insights form complexity science. *Qualitative Health Research*, 16:173-90
- Conell A. (1980). *The decision maker's handbook*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Coombs M , Ersser SJ. (2004). Medical hegemony in decision making: a barrier to interdisciplinary working in intensive care? *Journal of Advanced Nursing*, 46(3):245-52
- Coombs M. (2003). Power and conflict in intensive care clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 19:125-35
- Coons SJ, Kaplan RM. (1996). Cost-utility analysis. In: JL. Bootman, RJ. Townsend, WF. McGhan . (eds), *Principle of pharmacoeconomics*, Cincinnati, OH: Wharvey Whitney Books
- Corbett AT, Anderson JR. (1995). Knowledge tracing: Modeling the acquisition of procedural knowledge. *User Modeling and User-Adapted Interaction*, 4:253-78
- Corcoran – Perry S, Graves J. (1990). Supplemental information seeking behavior of cardiovascular nurses. *Research in Nursing & Health*, 9:155-62
- Corcoran SA. (1986). Decision analysis: a step-by-step guide for making clinical decisions. *Nursing & Health*, 7(2):149-54
- Corcoran SA. (1986b). Task complexity and nursing experience as factors in decision making. *Nursing Research*, 35:107-12
- Corcoran SA. (1986c). Planning by expert and novice nurses in cases of varying complexity. *Research in Nursing & Health*, 9:155-62
- Corley A, Barnett AG, Mullany D, Fraser JF.(2009). Nurse-determined assessment of cardiac output device and pulmonary artery catheter: a prospective observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10):1291-7
- Costello T, Zalkind S. (1963). *Psychology in Administration: a Research orientation*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Coyer FM, O' Sullivan J, Cadman N. (2011). The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed bathing practice. *Australian Critical Care*, 24(3): 198-209
- Craik FIM, Lockhart RS (1972). Levels of processing: a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11:671-84
- Craik FIM, Tulving E. (1975). Depth of processing and the retention of words in episodic memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 104(3):268-94
- Cranley LA. (2009). *A grounded theory of intensive care nurses' experiences and responses to uncertainty*. Doctoral dissertation, Department of Nursing, Toronto: University of Toronto
- Creswell JW. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*, London: Thousand Oaks, Sage Publications
- Croskerry P. (2003). The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Academic Medicine*, 78:775-80
- Crotty M. (1985). Communication between nurses and their patients. *Nurse Education Today*, 2:130-4
- Curchoe RM, Powers J, El-Dahler N. (2002). Weekly transparent dressing changes linked to increased bacteremia rates. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 23(12): 730-2

- Currey J, Botti M. (2003). Naturalistic decision making: a model to overcome methodological challenges in the study of critical care nurses' decision making about patients' hemodynamic status. *American Journal of Critical Care*, 12(3):206-11
- Currey J, Botti M. (2006). The influence of patient complexity and nurses' experience on hemodynamic decision-making following cardiac surgery. *Intensive Critical Care Nursing*, 15(9):1081-90
- Currey J, Browne J, Botti M. (2006). Hemodynamic instability after cardiac surgery: nurses' perceptions of clinical decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9):1081-90
- Currey J, Worrall-Carter L. (2001). Making decisions: nursing practices in critical care. *Australian Critical Care*, 14(3):127-31
- Dahl RA, Lindblom CE. (1992). *Politics, economics and welfare: planning and politico-economic systems resolved into basic social processes*, revised edition, New Haven: Yale University
- Danckers M, Grosu H, Jean R, Cruz RB, Fidellaga A, Han Q, Awerbuch E, Jadhan N, Rose K, Khoulil H. (2013). Nurse-driven, protocol-directed weaning from mechanical ventilation improves clinical outcomes and is well accepted by intensive care unit physicians. *Journal of Critical Care*, 28: 433-41
- Danjoux MN, Lawless B, Hawrylack L. (2009). Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Medicine*, 35:2068-77
- Darley JM, Latane B. (1968). Bystander intervention in emergencies: diffusion of responsibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8:377-83
- Davies E, Fox-Young S. (2002). Validating a scope of nursing practice decision making framework. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1): 85-93
- Davis F. (1960). Uncertainty in medical prognosis clinical and functional. *The American Journal of Sociology*, 66:41-7
- Day HW. (1963). An intensive coronary care area. *Diseases of the Chest*, 44:423-6
- De Jonghe B, Constantin JM, Chanques G, Capdevila X, Lefrant JY, Outin H, Mantz J. (2013). Physical restraint in mechanically ventilated ICU patients : a survey of French practice. *Intensive Care Medicine*, 39(1):31-7
- Deal JJ. (2007). *Retiring the generation gap: how employees young and old can find common ground*, San Francisco: Wiley & Sons
- Dee C, Stanley EE. (2005). Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. *Journal of the Medical Library Association*, 93:213-22
- Deeny P, McKenna H. (1994). Care plan sham. *Nursing Standard*, 8(11):42-3
- deGroot AD. (1965). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton
- deGroot AD. (1978). *Thought and choice in chess*, Amsterdam: University Press
- deGroot AD.(1986). Intuition in chess. *Journal of the International Computer Chess Association*, 9:67-75
- deJong T, Ferguson-Hessler MGM. (1986). Cognitive structures of good and poor novice problem solvers in physics. *Journal of Educational Psychology*, 78:279-88
- deJong T, Ferguson-Hessler MGM.(1996). Types and qualities of knowledge. *Educational Psychologist*, 31(2): 105-13
- deKleer J, Williams BC. (1987). Diagnosing multiple faults. *Artificial Intelligence*, 32:97-130
- Del Greco L, Wlop W, Eastridge L. (1987). Questionnaire development: 3. Translation. *Canadian Medical Association Journal*, 136:817-8
- delBueno DJ. (1983). Doing the right thing: nurses' ability to make clinical decisions. *Nurse Educator*, 8(3):7-11
- Denzin N. (1994). The art and politics of interpretation. In NK Denzin & YS Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research*, London: Sage Publications

- Dewar S. (1999). *Clinical governance under construction: problems of design and difficulties in practice*, London: King's Fund Publishing
- Diener E, Smith H, Fujita F. (1995). The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1): 130-41
- Dillon SM. (1998). Descriptive decision making: comparing theory with practice. Thirty-third Annual Conference of the Operational Research Society of New Zealand, University of Auckland, Auckland
- Dimick JB, Pronovost PJ, Heitmiller RF, Lipsett PA. (2001). Intensive care unit physician staffing is associated with decreased length of stay, hospital cost and complications after esophageal resection. *Critical Care Medicine*, 29(4):753-8
- Dimitriadou A, Lavdaniti M, Theofanidis D, Psychogiou M, Minigaridou E, Konstadinidou A, Sapountzi-Krepia D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3):140-6
- Dobos C. (1992). Defining risk from the perspective of nurses in clinical roles. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (11):1303-9
- Dolan P, Gudex C, Kind P, Williams A. (1996). The time trade-off method: results from a general population study. *Health Economics*, 5:141-54
- Doran DM, Mylopoulos J, Kushniruk A, Nagle L, Laurie-Shaw B, Sidani A, McArthur G. (2007). Evidence in the palm of your hand: Development of an outcomes –focused knowledge translation intervention. *Worldview on Evidence-based Nursing*, 4(2):69-77
- Dorner D, Scholkopf J. (1991). Controlling complex systems or expertise as “grandmother’s know-how”. In: KA. Ericsson, J. Smith (eds), *Toward a general theory of expertise*, Cambridge: Cambridge University Press
- Dornyei Z, Taguchi T. (2010). *Questionnaires in second language research. Construction, administration and processing*, 2nd edition, New York: Routledge
- Dougherty L, Sque M, Crouch R. (2012). Decision making processes used by nurses during intravenous drug preparation and administration. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6): 1302-11
- Douglas M. (1990). Risk as a forensic resource, *DAEDALUS*, 119(4):1-16
- Dounilet P, McNeil BJ. (1999). Clinical decision making. In: J. Dowie & A. Elstein (eds), *Professional judgment: A reader in clinical decision making*. Cambridge University Press, Cambridge, MA
- Dowding D, Spilsbury K, Thompson C, Brownlow R, Pattenden J. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9):1313-24
- Dowding D, Thompson C. (2003). Measuring the quality of judgment and decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1):49-57
- Dowding D, Thompson C. (2004). Using judgment to improve accuracy in decision making. *Nursing Times.net*, 100(22):42
- Dowie J. (1988). *Professional Judgment: Introduction Texts 1-4*, Open University Press, Milton Keynes
- Dowie J. (1993). Clinical decision analysis: background and introduction. In: H. Llewelyn & A. Hopkins (eds), *Analyzing how we reach clinical decisions*, London: Royal College of Physicians of London
- Dowie J. (1996). The research – practice gap and the role of decision analysis in closing it. *Health Care Analysis*, 4:5-18
- Downey HK, Slocum JW. (1975). Uncertainty: measures, research and sources of variation. *Academy of Management Journal*, 18:562-78
- Dreyfus HL, Dreyfus SE. (1986). *Mind over Machine: the power of human intuition and expertise in the age of the computer*, Oxford: Blackwell
- Dreyfus HL. (1972). *What computers can't do: a critique of artificial reason*, NY: Harper & Row

- Dreyfus SE. (1981). Four models of human situational understanding. Inherent limitations on the modeling of business expertise, USAF Office of Scientific Research, ref F49620-79-C-0063
- Dubose JJ, Nomoto S, Higa L, Paolim R, Teixeira PG, Inaba K, Demetriades D, Betzberg H. (2009). Nursing involvement improves compliance with tight blood glucose in the trauma ICU: a prospective interventional study. *Intensive Critical Care Nursing*, 25(2):101-7
- Duffy WJ, Kharasch DH. (2010). Point of care documentation impact on the nurse-patient interaction. *Nursing Administration Quarterly*, 34(1): E1-10
- Duncan RJ. (1972). Characteristics of organizational environment and perceived environmental uncertainty. *Administrative Science Quarterly*, 17:313-27
- Dunne J. (1993). *Back to the rough ground. Practical judgment and the lure of technique*, Notre Dame: University of Notre Dame Press
- Dunwoody P, Haarbauer E, Mahan R, Marino C, Tang C. (2000). Cognitive adaptation and its consequences: a test of Cognitive Continuum Theory. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13:35-54
- Durrenburger G, Behringer J, Dahinden UG, Asa K, Queral C, Shule R, Tabara DT, Feren C, van Asselt M, Vassilarou D, Willi N, Jaeger C. (1997). Focus groups in integrated assessment- a manual for a participatory tool_ ULYSEES working paper 97-2, Darmstadt, Technical University of Darmstadt, ZIT Center for Interdisciplinary Studies in Technology. Διαθέσιμο στη: <http://www.jvds.nl/ulysees/tutorial.htm>. Τελευταία πρόσβαση στις 12/7/2012
- duToit D. (1995). A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1):164-71
- Duval S, Wicklund RA. (1972). *A theory of Objective Awareness*, NY: Academic Press
- Easen P, Wilcockson J. (1996). Intuition and rational decision-making in professional thinking: a false dichotomy? *Journal of Advanced Nursing*, 24:667-73
- East FJ. (2000). Empowerment through welfare – rights organizing: a feminist perspective. *Nursing Administration*, 15(2):311-28
- Eastwood GM, O' Conell B, Gardner A, Considine J. (2009). Patients' and nurses' perspectives on oxygen therapy: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3):634-41
- Ebright PR, Patterson E, Chalko BA. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *Journal of Nursing Administration*, 33(12):630-8
- ECRI Institute's Top 10 Health Technology Hazards (2013). ECRI Institute
- Eddleston S, Goldnil D, Morris J. (2009). Levels of critical care for adult patients –Standards and Guidelines. Intensive Care Society. Διαθέσιμο στη: http://www.ics.ack.uk/intensive_care_professional/standards_and_guidelines/levels_of_critical_care_for_adult_patients. Τελευταία πρόσβαση στις 7/8/2012
- Eddy DM. (1984). Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health Affairs*, 3:74:89
- Edland AC. (1994). Time pressure and the application of decision rules. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35: 281-91
- Eells R, Clarence W. (1969). *Conceptual foundations of Business*. Revised Edition, Homewood: Richard D. Irwin
- Egerod I. (2002). Uncertain terms of sedation in ICU. How nurses and physicians manage and describe sedation for mechanically ventilated patients. *Journal of Clinical Nursing*, 11:831-40
- Ekdahl AW, Hellstrom I, Andersson L, Friedrichsen M. (2012). Too complex and time consuming to fit in. Physicians experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study. *British Medical Journal*, 2(3):21-8
- Ekman P, Davidson RJ. (1994). *The nature of emotion-Fundamental Questions*, NY: Oxford University Press

- Elio R, Scharf PB. (1990). Modeling novice-to-expert shifts in problem-solving and knowledge organization. *Cognitive Science*, 14:579-639
- Ellis D, Cox D, Hall K. (1993). A comparison of the information seeking patterns of researchers in the physical and social sciences. *Journal of Documentation*, 49(4):356-69
- Ellis PA. (1997). Processes used by nurses to make decisions in the clinical practice setting. *Nurse Education Today*, 17:325-32
- Ellsworth PC, Smith CA. (1988). Shades of Joy: patterns of appraisal differentiating pleasant emotions. *Cognition and Emotion*, 2(4):301-31
- Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. (1978). *Medical problem-solving: an analysis of medical reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Elstein AS. (2001). Naturalistic decision making and clinical judgment. *Journal of Behavioral Decision Making*, 14:353-84
- Emery FE, Trist EL. (1971). The casual texture of organizational environments. In: J. Mauer (ed), *Readings in Organization Theory: Open System approaches*, New York: Random House
- Endacott R. (1996). Staffing intensive care units: a consideration of contemporary issues. *Intensive Critical Care Nursing*, 12:193-9
- English I. (1993). Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 387-93
- Erickson –D' Avanzo C, Geisser EM. (2003). *Cultural Health Assessment*, 3rd edition, New York: Mosby
- Ericsson K, Krampe R, Tesch-Romer C.(1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100:363-406
- Ericsson KA, Kintsch W. (1995). Long-term working memory. *Psychological Review*, 102:211-45
- Ericsson KA, Simon HA. (1993). *Protocol analysis. Verbal reports as data*, Cambridge, MA: MIT Press
- Estabrooks CA, Chong H, Brigidear K, Profetto-McGrath J. (2005a). Profiling Canadian nurses' preferred knowledge sources for clinical practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2):118-40
- Estabrooks CA, Rutakumwa W, O' Leary KA, Profetto-McGrath J, Milner M, Levers MJ, Scott-Findlay S. (2005b). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 15(4):460-76
- Estilo ME, Angeles A, Perez T, Hernandez M, Valdez M. (2012). *Pressure*
- Etheridge SA. (2007). Learning to think like a nurse: stories from new nurse graduates. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1): 24-30
- Evans J, Newstead E, Byrne RMJ. (1993). *Human Reasoning: The Psychology of Deduction*, Hove: Erlbaum
- Faigeles B, Miaskowski C, Howie-Esquivel J, Stanik-Hutt J, Thompson C, White C, Wild LR, Puntillo K. (2013). Predictors and use of nonpharmacological interventions for procedural pain associated with turning among hospitalized adults. *Pain Management Nursing*, 14(2):85-93
- Fakhoury WKH, Wright D. (2000). Communication and information needs of a random sample of community psychiatric nurses in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 32:871-80
- Fargason C, Peralta-Carcelen MC, Fountain KE, Amaya MI, Centor R. (1997). Impact of uncertainty on non-medical professionals' estimates of sexual abuse probability. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6:49-64
- Fassier T, Azoulay E. (2010). Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, doi: 10.1097/MCC.Ob013e32834044f0.
- Fawcett J. (1993). *Analysis and evaluation of nursing theories*. Philadelphia: F.A Davies
- Feeney A, Heit E. (2007). *Inductive Reasoning: Experimental, developmental and computational approaches*, Cambridge: Cambridge University Press

- Ferdinande P. (1997). Recommendations on minimal requirements for intensive care departments. Members of the Task Force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Medicine*, 23:226-32
- Ferrand E, Bachoud-Levi AC, Rodriguez M, Maggiore S, Brun- Buisson C, Lemaire F. (2001). Decision-making capacity and surrogate designation in French ICU patients. *Intensive Care Medicine*, 27:1360-4
- Festinger L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, CA: Stanford University Press
- Fijn R, van den Bemt PM, Chow M, deBlaey CJ, de Jong-van den Berg LT, Browers JR. (2002). Hospital prescribing errors: epidemiological assessment of predictors. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 53:326-31
- Fischbein E. (1987). *Intuition in Science and Mathematics. An educational approach*, Holland: Mathematics Education Library
- Fischhoff B, Lichtenstein S, Slovic P, Derby SL, Keeney RL. (1981). *Acceptable Risk*, Cambridge: Cambridge University Press
- Fishburn PC. (1974). Lexicographic orders, utilities and decision rules: a survey. *Management Science*, 20: 1442-71
- Fishburn PC. (1982). *The foundation of expected utility*, Dordrecht: Reidel
- Fisher A, Fonteyn M. (1995). An exploration of an innovative methodological approach for examining nurses' heuristic use in clinical practice. *Scholarly Inquiry Nursing Practice*, 9:263-79
- Fitzgerald M, Cameron P, Mackenzie C, Farrow N, Scicluna P, Gocentas R, Bystrzycki A, Lee G, O'Reilly G, Andrianopoulos N, Dziukas L, Cooper J, Silvers A, Mori A, Murray A, Smith S, Xiao Y, Stob D, McDermott FT, Resenfeld JV. (2011). Trauma resuscitation errors and computer-assisted decision support. *Archives of Surgery*, 144(2):218-25
- Flavell JH. (1987). Speculations about the nature and development of metacognition. In F. Weinert, RH. Kluwe (eds) *Metacognition, motivation and understanding*. Mahwah, New Jersey: LEA
- Folkard S, Monk TH. (1985). *Hours of work*, New York: Wiley
- Fontaine DK, Prinkley-Briggs L, Pope-Smith B. (2001). Designing humanistic critical care environment. *Critical Care Nursing Quality*, 24(3):21-34
- Fonteyn ME, Grobe SJ. (1994). Expert system development in nursing. Implications for critical care nursing practice. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 23(1):80-7
- Forgas JP, George JM. (2001). Affective influences on judgments and Behavior Organizations: an information processing perspective. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 86(1): 3-34
- Forgas JP. (1989). Mood effects on decision making strategies. *Australian Journal of Psychology*, 41(2):197-214
- Forgas JP. (1991). *Affect and Social Judgments: an Introductory Review*. In: JP. Forgas (ed), *Affect and Social Judgment*, Oxford, UK: Pergamon
- Forgas JP. (2000). *Feeling and Thinking: the role of affect in social cognition*, Cambridge: Cambridge University Press
- Forsythe DE, Buchanan BG, Osheroff JA, Miller RA. (1992). Expanding the concept of medical information. An observational study of physicians' information needs. *Computers and Biomedical Research*, 25:181-200
- Fountouki A, Peditaki O, Theofanidis D. (2011). Nursing staff under heavy stress: focus on Greece A critical review. *International Journal of Caring Sciences*, 4(1):11-20
- Fowler L. (1997). Clinical reasoning strategies used during care planning. *Clinical Nursing Research*, 6:349-61
- Fox R. (1957). *The student physician: introductory studies in the sociology of medical education*, London: Oxford University Press

- Fox S, Jeffrey J. (1997). The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1): 17-23
- Franz S. (2004). Grundlagen des ökonomischen Ansatzes: das Erklärungskonzept des Homo Economicus. International Economics Working Paper, Uni Postdam
- Freedman JL, Edwards DR. (1988). Time pressure, task performance and enjoyment. In: JE. McGrath (ed), *The Social Psychology of time*, Beverly Hills, CA: Sage Publications
- French B. (2006). Uncertainty and information need in Nursing. *Nurse Educator Today*, 23(3):245-52
- Freshman B, Rubino L. (2002). Emotional intelligence: a core competency for health care administrators. *Health Care Manager*, 20(4):1-9
- Frijda NH. (1994). Varieties of affect: emotions and episodes, moods and sentiments. In: RJ. Davidson (ed), *The Nature of Emotion-Fundamental Questions*, NY: Oxford University Press
- Frisch TL. (2009). Holistic Nursing , From Novice to Expert: Benner's application of the Dreyfus model of skill acquisition. *Aesthetic Impact*. Διαθέσιμο στη: <http://www.aestheticimpact.com/HolisticNursing-Benner.html>. Τελευταία πρόσβαση στις 15/10/2012
- Froberg DG, Kane RL. (1989). Methodology for measuring health state preferences. Scaling methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42:459-71
- Froneberg B. (2006). National and international response to occupational hazards in the healthcare sector. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1076:607-14
- Fulton Y. (1997). Nurses' views of empowerment: a critical social theory perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3):529-39
- Funkesson KH, Anbacken EM, Ek FLC. (2007). Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think Aloud study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7):1109-19
- Gagne RM. (1985). *The conditions of learning* (4th edition), New York: Holt, Rinehart & Winston
- Gale J, Marsden P. (1983). *Medical diagnosis: From student to Clinician*, Oxford, UK: Oxford Medical Publications
- Gallagher AG, Ritter EM, Champion H, Higgins G, Fried MP, Moses G, Smith CD, Satava RM. (2005). Virtual reality simulation for the operating room: proficiency-based training as a paradigm shift in surgical skills training. *Annals of Surgery*, 241(2): 364-72
- Gallagher P, Barry P, Ryan C, Hartigan I, O' Mahony D. (2008). Inappropriate prescribing in an acutely ill population of elderly patients as determined by Beer's criteria. *Age and Ageing*, 37:96-101
- Gallesio AO, Ceraso D, Palizas F. (2006). Improving quality in the Intensive Care Unit setting. *Critical Care Clinics*, 22:547-51
- Garner BA. (1999). *The Oxford American Dictionary and Language Guide*, Oxford University Press
- Gelinas C, Arbour C, Michaud C, Robar L, Cote J. (2012). Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care*, doi 10.1111/j.1478-5153.2012.00531.x
- George JF, Duffy K, Ahuja M. (2000). Countering the anchoring and adjustment bias with decision support systems. *Decision Support Systems*, 29:195-206
- Gerdtz MF, Bucknall TK. (2007). Influence of task properties and subjectivity on consistency of triage: a simulation study. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2):180-90
- Gick ML. (1986). Problem-solving strategies. *Educational Psychologist*, 21:99-120
- Gigerenzer G, Golstein D. (1996). Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychological Review*, 103(4):650-69
- Gilbert N. (1993). Research theory and method. In N. Gilbert (ed) *Researching social life*, London: Sage Publications

- Gilje FL, Klose P. (2000). A study of decision making among US psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol XIV(6):296-9
- Gillepsie M, Paterson B. (2009). Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision making framework. *Nursing Education Perspectives*, 30(3): 164-70
- Gilovich T, Kahneman D, Groffin D. (2002). *Heuristics and biases: Psychology of Intuitive Judgment*, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Girof E. (2000). Graduate nurses: Critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing*, 31(2):288-97
- Glaser R, Chi M. (1988). The nature of expertise-an overview. In: M. Chi, R. Glaser (eds), *The nature of expertise*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Glaser R. (1991). The maturing of the relationship between the science of learning and cognition and educational practice. *Learning and Instruction*, 1:129-44
- Glen S. (2004). Healthcare reforms: implications for the education and training of acute and critical care nurses. *Postgraduate Medicine*, 80:706-10
- Gner MR, Schnitzler CP. (1979). Nurses' propensity to risk. *Nursing Research*, 28(3): 186-91
- Goel V, Pirolli P. (1992). The structure of design problems spaces. *Cognitive Science*, 16:395-429
- Goldberg P. (1990). The many faces of intuition. In: WH. Agor (ed), *Intuition in Organizations*, Newbury Park, CA: Sage Publication
- Goleman D. (1998). *Working with emotional intelligence*, NY: Bantam Books
- Gooch GD, Jansson G, Mikaelsson R. (2003). Results of focus groups conducted in the River Basin area of Motala Strom, Department of Management and Economics, Political Science, Sweden: Linkoping University
- Goodwin P, Wright G. (1996). *Decision analysis for management judgment*, Wiley
- Gordon M. (1987). *Nursing Diagnosis, Process and Application*, New York: McGraw Hill
- Gordon S. (2006). What do nurses really do? *Topics in Advanced Practice Nursing e-journal*. Διαθέσιμο στη <http://www.medscape.com/viewarticle/520714>. Τελευταία πρόσβαση στις 15/7/2012
- Gorman PN. (1995). Information needs of physicians. *Journal of the American Society for Information Science*, 46:729-36
- Gosling AS, Westbrook JL, Spencer R. (2004). Nurses' use of online clinical evidence. *Journal of Advanced Nursing*, 47:201-11
- Goud RD, deKeizer N, terRiet G, Wyatt JC, Hasman A, Hellemans IM, Peek N. (2009). The effect of guideline-based computerized decision support on decision making of multidisciplinary teams: a cluster randomized trial in cardiac rehabilitation. *British Medical Journal*, 338:b1440
- Gould D, Kelly D, Goldstone L, Gammon J. (2001). Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data. *Journal of Clinical Nursing*, 10:697-706
- Graham Mj, Kubose TK, Jordan D, Zhang J, Johnson TR, Patel VL. (2004). Heuristic evaluation of infusion pumps: implications for patient safety in Intensive Care Units, 73(11):771-9
- Grant j, Marsden P. (1987). The structure of memorized knowledge in students and clinicians: an explanation for diagnostic expertise. *Medical Education*, 21:92-8
- Greene RL. (1986). Sources of recency effects in free recall. *Psychological Bulletin*, 99(2): 221-28
- Greeno J. (1978). Natures of problem-solving abilities. In: W. Estes (ed), *Handbook of Learning and Cognitive Processes* (vol.5), Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Greenwood J. (1993). Reflective practice: a critique of the work of Argyris and Schon. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8): 1183-7
- Gregory R. (1987). Perception. In: RL. Gregory, OL. Zangwill (eds), *The Oxford Companion to the Mind*, NY: Oxford University Press

- Grenier B. (1990). *Evaluation de la decision medicale. Introduction a l' analyse medico-economique*, Paris: Masson
- Griffiths J, Bryar R, Closs S, Cooke J, Hostick T, Kelly S, Marshall K. (2001). Barriers to research implementation by community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 6(10):501-10
- Griffiths J, Hutchings W. (1999). The wider implications of an audit of care plan documentation. *Journal of Clinical Nursing*, 8:57-65
- Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, McLennan G, Ramsan C, Fraser C. (2006). Toward evidence-based quality improvement: Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *Journal of General Internal Medicine*, 21:S14-S20
- Grobe SJ, Drew JA, Fonteyn ME. (1991). A descriptive analysis of experiences nurses' clinical reasoning during a planning task. *Research in Nursing and Health*, 14:305-14
- Gruenfeld DH, Mannix EA, Williams KY, Neale MA. (1996). Group composition and decision making: how member familiarity and information distribution affect process and performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 67(1):1-15
- Grundy L. (2001). Pathways to fitness for practice: national vocational qualifications as a foundation for competence in nurse education. *Nurse Education Today*, 21:260-5
- Grunig R, Kuhn R (2005). *Successful decision-making: a systematic approach to complex problems*, Berlin: Springer- Verlag
- Guba ES, Lincoln Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In NK Denzin & YS Lincoln (eds) *Handbook of qualitative research*, London: Sage Publications
- Guilford JP. (1967). *The nature of human intelligence*, New York: McGraw-Hill
- Gujol MC. (1994). A survey of pain assessment and management practices among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 3(2):123-8
- Gurbutt R. (2006). The game nurses play: making narratives known to doctors. In: R. Gurbutt (ed), *Nurses; Clinical Decision Making*, Radcliffe Publishing
- Gutsche JT, Kohl BA. (2007). Who should care for intensive care unit patients? *Critical Care Medicine*, 35:S18-S23
- Hall J, Viney R, Haas M, Louviere JJ. (2004). Using stated preference discrete choice modeling to evaluate health care programs. *Journal of Business Research*, 57(9):1026-32
- Hamers JP, Abu-Saad HH, van den Hout MA, Halfens RJ, Kester AD. (1996). The influence of children's vocal expressions, age, medical diagnosis and information obtained from parents on nurses' pain assessments and decisions regarding interventions. *Pain*: 65:53-61
- Hamers JPH, Abu-Saad HH, Halfens RJG. (1994). Diagnostic process and decision making in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 10(3):154-63
- Hamm R, Clark JA, Bursztajn H. (1984). Psychiatrists' thorny judgments: describing and improving decision making processes. *Medical Decision Making*, 4(4):425-47
- Hamm RM. (1985). *Moment by moment variation in the cognitive activity of experts (Report #257)*. Boulder: University of Colorado, Center for Research on Judgment and Policy
- Hamm RM. (1988). Clinical intuition and clinical analysis: expertise and the Cognitive Continuum. In: J. Dowie, A. Elstein (eds), *Professional Judgment: a reader in clinical decision making*, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Hammer D. (1994). Epistemological beliefs in introductory physics. *Cognition and Instruction*, 12:151-83
- Hammond J. (2004). Simulation in critical care and trauma education and training. *Current Opinion in Critical Care*, 10(5):325-59
- Hammond K. (1996b). How convergence of research paradigms can improve research on diagnostic judgment. *Medical Decision Making*, 16:281-7

- Hammond KR, , Hamm RM, Grassia J, Pearson T. (1997). Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgment. In: W. Goldstein, RM. Hogarth (eds), *Research on Judgment and Decision Making*, NY: Cambridge University Press
- Hammond KR, Hamm RM, Grassia J, Pearson T. (1987). Direct comparison of the efficacy of intuitive and analytical cognition in expert judgment. *IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics*, 17:753-70
- Hammond KR. (1980). *The integration of research in judgment and decision theory (report#226)*, Boulder: University of Colorado, Center for Research on Judgment and Policy
- Hammond KR. (1981). *Principles of Organization in intuitive and analytical cognition (Report #231)*, Boulder: University of Colorado, Center for Research on Judgment and Policy
- Hammond KR. (1986). *A theoretically based review of theory and research in judgment and decision making (Report #260)*, Boulder: University of Colorado
- Hammond KR. (1996). *Human judgment and social policy: Irreducible uncertainty, inevitable error, unavailable injustice*, NY: Oxford University Press
- Han KJ, Kim HS, Kim MJ, Hong KJ, Park S, Yun SN, Song M, Jung Y, Kim H, Kim D.O.D, Choi H, Kim K. (2007). Thinking in clinical nursing practice: a study of critical care nurses' thinking applying the think-aloud, protocol analysis method. *Asian Nursing Research*, 1(1):68-82
- Hanoch Y. (2002). Neither an angel nor an ant: emotion as an aid to bounded rationality. *Journal of Economic Psychology*, 23: 1-25
- Harbison J. (1991). Clinical decision making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16:404-07
- Harbison J. (2001). Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. *Journal of Advanced Nursing*, 35(1):126-33
- Hardicre J. (2003). Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nursing Times*, 99(27):26
- Harman W. (1991). *A re-examination of the metaphysical foundations of modern science*, Sausalito, California: Institute of Noetic Sciences
- Harper SC. (1990). Intuition: what separates executives from managers? In: WH. Agor (ed), *Intuition in Organizations*, Newbury Park, CA: Sage Publication
- Harrison EF. (1992). Perspectives on uncertainty in successful strategic choice at the CEO level. *OMEGA, The International Journal of Management Science*, 20: 105-16
- Harter SP. (1992). Psychological Relevance and Information Science. *Journal of the American Society for Information Society*, 43(9):602-15
- Harung HS. (1993). More effective decisions through synergy of objective and subjective approaches. *Management Decision*, 31(7): 38-45
- Harvey N. (2001). Editorial-Studying judgment: models and methods. *Thinking & Reasoning*, 7:1-3
- Haupt MT, Bekes CE, Brilll RJ, Carl LC, Gray AW, Jastremskii MS, Naylor DF, PharmD MR, MdAS, Wedel SK, Md MH, Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. (2003). Guidelines on critical care services and personnel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Critical Care Medicine*, 31(11):2677-83
- Hayes BK, Heit E, Swendsen H. (2010). Inductive Reasoning. *Cognitive Science of Wiley Interdisciplinary Reviews*, 1(2):278-92
- Hayes JR. (1989). *The complete problem solver*, Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates
- Heaton J. (2004). *Reworking Qualitative Data*, London: Sage Publications
- Hedberg B, Larsson MS. (2003). Observations, confirmations and strategies: Useful tools in decision making process for nurses in practice? *Journal of Clinical Nursing*, 12(2):215-22
- Hedberg B, Satterlund-Larsson U. (2004). Environmental elements affecting the decision making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 13:316-24

- Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. (2006). Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 32:219-24
- Heit E, Rotello CM. (2005). Are there two kinds of reasoning? Proceeding of the Twenty –Five Annual Meeting of the Cognitive Science Society, 923-28
- Hellweg P. (2010) *The American Heritage College Dictionary*, 4th Edition, Houghton Mifflin Company
- Helmrich S, Yates P, Nash R, Hobman A, Pouton V, Berggren L. (2001). Factors influencing nurses' decisions to use non-pharmacological therapies to manage patients' pain. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1): 27-35
- Henderson G. (1985). Nurses as risk takers. In: JC. McCloskey, HK. Grace (eds), *Current Issues in Nursing* (2nd edition), Boston: Blackwell Scientific Publications
- Henderson J, McAdam R. (2001). Decision-making in the fragmented organization: a utility prospective. *Management Decision*, 39:461-69
- Henneman EA, Cunningham H, Roche JP, Curnin ME. (2007). Human patient simulation: teaching students to provide safe care. *Nurse Educator*, 32(5): 212-7
- Hickey G, Kipping C. (1996). Issues in research: a multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. *Nurse Researcher*, 4:81-91
- Hickey M, Lewandowski L. (1988). Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung*, 17(6Pt1): 670-6
- Hickman J. (1993). A critical assessment of critical thinking on nursing education. *Holistic Nursing Practice*, 7:36-47
- Hicks FD, Merritt SL, Elstein AS. (2003). Critical thinking and clinical decision making in critical care nursing: a pilot study. *Heart & Lung*, 32:169-80
- Higgins LF, Qualls SH, Couger JD. (1992). The role of emotions in employee creativity. *Journal of Creative Behavior*, 26(2): 119-29
- Hijahi M, Al-Ansari M. (2005). Protocol-driven vs physician – driven electrolyte replacement in adult critically ill patients. *Annals of Saudi Medicine*, 25:105-10
- Hoekstra M, Vogelzang M, Drost JT, Janse M, Loeff BG, van der Horst I, Zijlstra F, Nijsten M. (2010). Implementation and evaluation of a nurse-centered computerized potassium regulation protocol in the intensive care unit- a before and after analysis. *BMC Medical Informatics and Decision-Making*, 10:5. Διαθέσιμο στη: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/10/5> (doi 10.1186/1472-6947-10-5). Τελευταία πρόσβαση στις 9/8/2013
- Hoff T, Jameson L, Hannan E, Flink E. (2004). A review of the literature examining linkages between organizational factors, medical errors and patient safety. *Medical Care Research and Review*, 61(1):3-37
- Hoffman K, Donoghue J, Duffield C. (2004). Decision making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1): 53-62
- Hofstede G. (1980). *Culture's consequences*. Thousand Oaks, Calif: Sage
- Hofstede G. (1991). *Cultures and Organizations*, London: Mc-Graw Hill
- Hogarth RM. (2001). *Educating intuition*, Chicago: The University of Chicago Press
- Hogarth RM. (2003). Deciding analytically or trusting your intuition? The advantages of analytic and intuitive thought. *The Advantages and Disadvantages of Analytic and Intuitive Thought* (October 2002). UPF Economics and Business Working Paper 203, No 654
- Holden GW, Klinger AM. (1988). Learning from experience:differences in how novice versus expert nurses diagnose why an infant is crying. *Journal of Nursing Education*, 27(1):23-9
- Holland JH, Holyoak KJ, Nisbett RE, Thagard PR. (1986). *Induction: Processes of Inference, Learning and Discovery*. Computational Models of Cognition and Perception Series, MIT Press

- Hollen P. (1994). Psychometric properties of two instruments to measure quality decision-making. *Research in Nursing and Health*, 17:137-48
- Holtzdaw BJ, Faan RN. (1992). The febrile response in critical care: state of the science. *Heart & Lung*, 21(5):482-501
- Holtzdaw BJ. (1998). New trends in thermometry for the patient in ICU. *Critical Care Nursing Quarterly*, 21(3):12-25
- Homans GC. (1950). *The Human Group*, New York: Harcourt, Brace
- Horgas AL, Elliott AF. (2004) . Pain assessment and management in persons with dementia. *Nursing Clinics of North America*, 39(3): 593-606
- Houghland JG. (1980). Organizational and individual responses to environmental uncertainty. In: F. Seymour (ed), *Uncertainty*, New York: Praeger
- Houser J. (2008). Precision, reliability and validity: essential elements of measurements in nursing research. *Journal for Specialist in Paediatric Nursing*, 13: 297-9
- Hsee CK, Loewenstein GF, Blount S, Bazerman MH. (1999). Preference reversals between joint and separate evaluations of options: a review and theoretical analysis. *Psychological Bulletin*, 125(5):576-90
- Hsieh HF, Shannon SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15:1277-88
- Hu L, Bentler P. (1999). Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6:1-55
- Hudston C. (2003). What can qualitative research contribute to emerging evidence on basic skills provision for offenders on probation supervision? In: Geoffrey Walford (ed) *Investigating educational policy through ethnography (Studies in Educational Ethnography, Volume 8)*: Emerald Group Publishing Limited
- Hughes R, Stone P. (2004). First, do no harm: the perils of shift work. *American Journal of Nursing*, 104: 60-4
- Humphreys PC, Berkeley D. (1986). Organizational knowledge for supporting decisions. In: T. Jelasssi & w. Mayon-White (eds), *Decision Support Systems: a decade in perspective*, Amsterdam: Elsevier
- Humphreys PC, Jones GA. (2005). The Decision Hedgehog- Enhancing Contextual Knowledge for Group Decision Authoring and Communication Support. In: *Fifth International and Interdisciplinary Conference on Modeling and Using Context*, Paris: CEUR-NS
- Hunt A. (2003). Not knowing the problem of pain in children with severe neurological impairment. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2):171-83
- Hurlock- Chorostecki C, Kielb C. (2006). Knot-so-fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Dynamics*, 17(3): 12-8
- Hurlock- Chorostecki C. (2002). Management of pain during weaning form mechanical ventilation: the nature of nurse decision-making. *Canadian Journal of Nursing Research*, 34(3):33-47
- Hyland JR, Hawkins MC. (2009). High fidelity human simulation in nursing education: a review of the literature and guide for implementation. *Teaching and Learning in Nursing*, 4(1):14-21
- Hyppanen O. (2013). Decision makers' use of intuition at the front end of innovation. Doctoral dissertation, Aalto University, School of Science, Department of Industrial Engineering and Management, Finland
- Iliopoulou KK, While AE. (2010). Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 1365-78
- Institute of Conservation (2003). Professional accreditation of Conservator-Restorers (PACR). Professional standards based in the Dreyfus model of skill acquisition. Διαθέσιμο στη http://www.icon.org.uk/index.php?com_content&view=article&id=1354&Itemid=1. Τελευταία Πρόσβαση στις 15/10/2012

- International Council of Nurses. (2006). Διακήρυξη ICN για τη Διεθνή Ημέρα Νοσηλευτών 2006 «Η ασφαλής και εγγυημένη νοσηλευτική στελέχωση σώζει ζωές» Διαθέσιμη στο <http://www.esne.gr>. Τελευταία πρόσβαση στις 9/8/2012
- Isen AM, Baron RA. (1991). Positive affect as a factor in organizational behavior. *Research in Organizational Behavior*, 13:1-53
- Isen AM, Daubman KA, Nowicki GP. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6):1122-31
- Isen AM, Daubman KA. (1984). The influence of affect on categorization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6):1206-17
- Isen AM, Means B, Patrick R, Nowicki G. (1982). Some factors influencing decision making strategy and risk taking. In: ST. Fiske (ed), *Affect and Cognition*, Hillsdale, MI: Lawrence Erlbaum Associates
- Isen AM, Patrick R. (1983). The effects of positive affect on risk taking: when the chips are down. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 31: 194-202
- Isen AM. (1999). Positive affect. In: MJ. Power (ed). *Handbook of Cognition and Emotion*, Chichester, UK: John Wiley & Sons
- Isenberg D. (1984). How senior managers think? *Harvard Business Review*, Dec/Jan:81-90
- Jacavone J, Dostal M. (1992). A descriptive study of nursing judgment in the assessment and management of cardiac pain. *Advances in Nursing Science*, 15(1):53-63
- Jackson W. (1988). *Research methods for Survey Research and Design*. Scarborough: Prentice Hall Canada
- Jacobs JE, Paris sg. (1987). Children's metacognition about reading: Issues in definition, measurement and instruction. *Educational Psychologist*, 22:255-78
- James N. (1890). *Principles of Psychology*, New York: Holt
- Jameton A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall
- Janis IL, Mann L. (1977). *Decision making- A psychological analysis of conflict, choice and commitment*, NY: Free Press
- Jarvis P. (2009). *Learning to be a person in Society*, London: Routledge
- Jastremski CA. (2000). ICU bedside environment: a nursing perspective. *Critical Care Clinics*, 16(4):723-34
- Jeffries R, Turner A, Polson P, Atwood M. (1981). The processes involved in designing software. In: RJ. Anderson (ed), *Cognitive skills and their acquisition*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Jemison DB. (1981). Organization versus environmental sources of influence in strategic decision making. *Strategic Management Journal*, 2:77-89
- Jenkins H. (1985). A research tool for measuring perceptions of clinical decision making. *Journal of Professional Nursing*, 1(4): 221-9
- Jenks MA. (1993). The pattern of personal knowing in nurse clinical decision making. *Journal of Nursing Education*, 32(9): 399-405
- Jenny J, Logan J. (1992). Knowing the patient: one aspect of clinical knowledge. *Image*:24:254-58
- Johnson – Laird PN. (1993). *Human and machine thinking*, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Johnson –Laird PN. (1988) *The computer and the mind: an introduction to the Cognitive Science*, London: Fontana Press
- Jonassen DH, Beissner K, Yacci M. (1993). *Structural knowledge: techniques for assessing, conveying and acquiring structural knowledge*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Jonassen DH. (1997). Instructional design models for well-structured and ill-structured problem-solving learning outcomes. *Educational Technology: Research and Development*, 48(4):63-85

- Jones GR, George GM, Hill CWL. (2000). *Contemporary Management*. Canada: McGraw-Hill, Ryerson Limited
- Jones JA. (1988). Clinical reasoning in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13(2):185-92
- Joseph D, Matrone J, Osborne E. (1988). Actual decision making: factors that determine practices in clinical settings. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 20(2): 19-31
- Joseph D. (1982). Variables which influence the nurse's attitude toward decision making. *Dissertation Abstracts International*, 43(04B), 1043
- Joseph GM, Patel VL. (1990). Domain knowledge and hypothesis generation in diagnostic reasoning. *Medical Decision Making*, 10:31-46
- Joseph LM. (2005). The role of self-monitoring in literacy learning. In SE. Israel, CC. Block, KL. Bauserman, K. Kinnucan (eds) *Metacognition in literacy learning*, New Jersey: LEA
- Jung CG. (1921). *Psychological types, collected works (vol6)*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Kahn DM, Cook te, Carlisle CC. (1998). Identification and modification of environmental nurse in an ICU setting. *Chest*, 114:535-40
- Kahneman D, Tversky A. (1979). Prospect theory: an analysis of decision under risk: *Econometrica*, 47:263-91
- Kahneman D, Tversky A. (1982). Variants of uncertainty. *Cognition*, 11: 143-57
- Kamath AF, O' Connor MI. (2011). Breakout session: gender and ethnic disparities in pain management. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, doi: 10.1177/1062860607313143
- Kanji Z, Jung K. (2009). Evaluation of an electrolyte replacement protocol in an adult intensive care unit: a retrospective before and after analysis. *Intensive Critical Care Nursing*, 25:181-9
- Kaplan MF, Wanshula LT, Zanna MP. (1993). Time pressure and information integration in social judgment. In: O. Svenson, AJ. Maule (eds), *Time pressure and stress in human judgment and decision making*, NY: Plenum
- Kaplow B. (2003). AACN synergy model for patient care: a framework to optimize outcomes. *Critical Care Nurse (supplement)*, 23:27-30
- Karanikola MN, Papatthanassoglou EDE, Mpouzika M, Lemonidou C. (2012). Burnout syndrome indices in Greek intensive care nursing personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(2): 94-101
- Karra V, Papatthanassoglou EDE, Lemonidou C, Sourtzi P, Giannakopoulou M. (2014). Exploration and classification of intensive care nurses' clinical decisions: a Greek perspective. *Nursing in Critical Care*, doi: 10.1111/nicc.12018
- Katz J. (1988). Why doctors don't disclose uncertainty. In: J. Dowie, A. Elstein (eds), *Professional judgment. A reader in clinical decision making*, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Knight- Brown P, Daneker D. (2005). Promoting clinical reasoning to undergraduate nursing students: application and evaluation of the Outcome Present State Test (OPT) model of clinical reasoning. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2(1): article 1
- Kawamoto K, Houlihan CA, Balas A, Lobach D. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *British Medical Journal*, 330:765-68
- Keeney RL. (1992). *Value-focused thinking: a path to creative decision making*, London: Harvard University Press
- Keravnou ET. (1996). Temporal diagnostic reasoning based on time objects. *Artificial Intelligence in Medicine*, 8(3):235-65
- Khatri, N, NG HA. (2000). The role of intuition in strategic decision making. *Human Relations*, 53(1):57-86

- Kimberlin CL, Winterstein AG. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health- System Pharmacy*, 65:2276-84
- Kingston D, Sykes S, Raper S. (2002). Protocol for the administration of haemofiltration fluids and using patient group electrolyte direction. *Nursing in Critical Care*, 7(4):193-7
- Kingston ME, Krumberger JM, Peruzzi WT. (2000). Enhancing outcomes: guidelines, standards and protocols. *AACN Clinical Issues*, 11:363-74
- Kirkwood CW. (1997). *Strategic decision making: multiobjective decision analysis with spreadsheets*, Belmont: Duxbury Press
- Kirouac G. (1995). *Les emotions* (2nd edition), Sainte-Foy, Quebec: Presses de l' Université du Quebec
- Kitchener KS. (1983). Cognition, metacognition and epistemic cognition: a three-level model of cognitive processing. *Human Development*, 26:222-32
- Kitson A. (1999). *Evidence-based practice: a primer for health care professionals*, London: Churchill Livingstone
- Klapper JT. (1960). *The effects of mass communication*, NY: Free Press
- Klein G, Klinger D. (1991). Naturalistic Decision Making: Human Systems, IAC Gateway, vol XI, No 3. Διαθέσιμο στη: <http://www.au.af.mil/au/awc/awcgate/decision/nat-dm.pdf>. Τελευταία πρόσβαση στις 15/10/2010
- Klein GA, Crandall BW. (1995). The role of mental simulation in naturalistic decision making. In: P. Hancock, J. Flach, J. Caird, K. Vincente (eds), *Local applications of the ecological approach to human-machine systems* (vol. 2), Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Klein GA. (1998). *Sources of Power: how people make decisions*, Cambridge, MA: MIT Press
- Kleinmuntz B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107(3):296-310
- Kohlbacher F. (2006). The use of qualitative content analysis in case study research forum. *Qualitative Social Research*, 7(1). Διαθέσιμο στη: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/75153>. Τελευταία πρόσβαση στις 28/8/2013
- Kracauer S. (1952). The challenge of qualitative content analysis. *Public Opinion Quarterly*, 16(4): 631-42
- Kramer P. (2003). The ECHI Project. *European Journal of Public Health*, 13:101-6
- Kray L, Gonzalez R. (1999). Differential weighting in choice versus advice: I'll do this, you do that. *Journal of Behavioral Decision Making*, 12:207-17
- Krueger RA, Casey MA. (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*, 3rd edition, London: Sage Publications
- Kuhlthau CC. (1993a). A principle of uncertainty for information seeking. *Journal of Documentation*, 49(4): 339-55
- Kuhlthau CC. (1993b). *Seeking meaning: a process approach to Library and Information Services*. Norwood, NJ: Ablex Publishing
- Kulatunga –Moruzi C, Brooks L, Norman G. (2001). Coordination of analytic and similarity-based processing strategies and expertise in dermatological diagnosis. *Teaching and Learning in Medicine*, 13:110-16
- Kuperman GJ, Gibson RF. (2003). Improving patient care: computer physician order entry. *Annals of Internal Medicine*, 139:31-9
- Kurashima S, Kobayashi K, Toyabe S, Akazawa K. (2008). Accuracy and efficiency of computer-aided nursing diagnosis. *International Journal of Nursing Technologies and Classifications*, 19(3):95-101
- Kydona C, Malanis G, Giasnetsova T, Tsiroy T, Gritsi-Gerogianni NT. (2010). The level of teamwork as an index of quality in ICU performance. *HIPPOKRATIA*, 14(2): 94-7
- Lacey E.A. (1994). Research utilization in nursing practice- a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 19(5):987-95

- Ladwiq G. (1999). A guide to planning care. In G. Ladwiq (ed) Nursing diagnosis handbook, 4th edition, St. Louis: Mosby
- Lamond P, Crow R, Chase J, Swinkels KDM. (1996). Information sources used in decision making: considerations for simulation development. *International Journal of Nursing Studies*, 33:47-57
- Lamond P, Thompson C. (2000). Intuition and analysis in decision making and choice. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4): 411-4
- Langer EJ. (1989). *Mindfulness reading*, MA: Perseus
- Langley G, Schmollgruber S, Egan A. (2011). Restraints in intensive care units-a mixed method study. *Intensive Critical Care Nursing*, 27(2):67-75
- Larkin JH, Medermott J, Simon HA, Simon DP. (1980). Expert and novice performance in solving physics problems. *Science*, 208:1335-42
- Larkin JH. (1983). The role of problem representation in physics. In: D. Gentner, AL. Stevens (eds), *Mental models*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Larrick RP. (1993). Motivational Factors in decision theories: the role of self-protection. *Psychological Bulletin*, 113:440-50
- Larrick RP. (2004). Debiasing. In: J. Koehler, N. Harvey (eds), *Blackwell handbook of judgment and decision making*, Malden, MA: Blackwell Publishing
- Latimer J. (1995). The nursing process re-examined. Enrolment and translation. *Journal of Advanced Nursing*, 22:213-20
- Lauri S, Salanterä S, Chalmers K, Ekman S, Kim HS, Kappeli S, MacLeod M. (2001). An exploratory study of clinical decision making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 33:89-96
- Lauri S, Salanterä S, Gilje FL, Klose P. (1999). Decision-making of psychiatric nurses in Finland, Northern Ireland and the United States. *Journal of Professional Nursing*, 15:275-80
- Lauri S, Salanterä S. (1995). Decision making models of Finish Nurses and public health nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21:520-27
- Lauri S, Salanterä S. (1998). Decision making models in different fields of Nursing. *Research in Nursing & Health*, 21:443-52
- Lauri S, Salanterä S. (2002). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing*, 18(2):93-100
- Lauri S. (1992). Using a computer simulation program to assess the decision making process in child health care. *Computers in Nursing*, 10: 171-7
- Lautrette A, Azoulay E, Souweime B. (2009). Strengths and weaknesses of substitute decision making in the ICU. *Intensive Care Medicine Annual Update 2009*, 977-88
- Layfield F. (1987). Sisewell B. *Public enquiry: summary of conclusions and recommendations*, London: HMSO
- Ledley RS, Lusted LB. (1959). Reasoning foundations of medical diagnosis. *Science*, 130 (3366): 9-21
- Lennerlof L. (1988). Learned helplessness at work. *International Journal of Health Services*, 18:207-22
- Levin IP, Huneke ME, Jasper JD. (2000). Information Processing at Successive Stages of Decision Making: Need for cognition and inclusion-exclusion effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82(2):171-93
- Lewis ML. (1997). Decision making task complexity: Model development and initial testing. *Journal of Nursing Education*, 36:114-20
- Lincoln Y. (2001). Varieties of validity: Quality in qualitative research. In J. Smart & W. Tierney (eds) *Higher Education: Handbook of Theory and Research*, New York: Agathon Press
- Lindberg JO, Engstrom A. (2011). Critical care nurses experiences: a good relationship with the patient is a prerequisite for successful pain relief management. *Pain Management Nursing*, 12:163-72
- Lindblom CE. (1958). Policy analysis. *American Economic Review*, 48(3):298-312

- Lindquist R, Tracy MF, Savik K, Watanuki S. (2005). Regional use of complementary and alternative therapies by critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 25:63-4, 66-8. 70-2
- Linhares A. (2005). An active symbols theory of chess intuition. *Minds and Machines*, 15:131-81
- Lipshitz R, Stauss O. (1997). Coping with uncertainty: a naturalistic decision making analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69(2): 149-63
- Litwin MS. (1995). How to measure survey reliability and validity, London: Sage Publications
- LoBiondo-Wood G, Haber J. (1994). *Nursing Research*, 3rd edition, London: Mosby
- Loewenstein G, Lerner JS. (2003). The role of affect in decision making. In: HH. Goldsmith (ed), *Handbook of Affective Science*, NY: Oxford University Press
- Lofstedt RE, Boholm A. (2009). *The Earthscan reader on risk*, London: Earthscan
- Lomi A, Largen ER, Ginsberg A. (1997). Adaptive Learning in Organizations: a system-dynamics-based exploration. *Journal of Management*, 23:561-82
- Loomes G, Sugden R. (1982). Regret theory: an alternative theory of rational choice under uncertainty. *The Economic Journal*, 92:805-24
- Lovett MC. (2002). Modeling selective attention: not just another model of Stroop. *Cognitive Systems Research*, 3:67-76
- Luce ME, Raffia H. (1957). *Games and Decisions*. New York: Wiley
- Luce MF, Payne JW, Bettman JR. (2000). Coping with unfavorable attribute values in choice. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 81(2):274-299
- Luker KA, Hogg C, Austin L, Ferguson B, Smith K. (1998). Decision making, the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*, 27:657-65
- Lundgren-Laine H, Salanterä S. (2010). Think-aloud technique and Protocol Analysis in Clinical Decision Making Research. *Qualitative Health Research*, 20(4):565-75
- Lyneham J. (1998). The process of decision making by emergency nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 16: 7-14
- Lyon B. (2005). Getting back on track: nursing's autonomous scope of practice. *Clinical Nursing Specialist*, 19(1):28-33
- Macchi L. (2000). Partitive Formulation of Information in Probabilistic Problems: Beyond Heuristics and Frequency Format Explanation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82(2): 217-36
- MacIntosh – Murray A, Choo CW. (2005). Information behavior in the context of improving patient safety. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, 56:1332-45
- Mack RP. (1971). *Planning on uncertainty*. New York: Wiley-Interscience
- Mackereth C. (1995). The practice nurse: roles and perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 21:1110-6
- Madjar I. (1997). Project to review and examine expectations of beginning registered nurses in the workforce, New South Wales: Nurses Registration Board of New South Wales
- Maloney J, Bartz C. (1983). Stress-tolerant people: intensive care nurses compared with non-intensive care nurses. *Heart & Lung*, 12:389-94
- Mangoulia P, Fildissis G, Koukia E, Alevizopoulos G, Katostaras T. (2010). Secondary traumatic stress among ICU nurses in Greece. *European Society of Intensive Care Medicine abstract Book*, Barcelona, Spain
- Manias E, Aitken R, Dunning T. (2004). Decision making models used by graduate nurses managing patients' medications. *Journal of Advanced Nursing*, 47:270-78
- Manias E, Street A. (2001). The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2):129-40

- Manias E, Street A. (2001). The interplay of knowledge and decision making between nurses and doctors in critical care. *International Journal of Nursing Studies*, 38(2): 129-40
- Mano H. (1992). Judgments under distress: assessing the role of unpleasantness and arousal in judgment formation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 52: 216-45
- Manojlovich M, Antonakos CL, Rom SDL. (2009). Intensive care units, communication between nurses and physicians and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care*, 18(1):21-30, doi: 10.4037/ajcc 2009_353
- Mantzoukas S. (2004). Issues of representation within qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 14:994-1007
- March JG, Shapira Z. (1987). Managerial perspectives on risk and risk taking. *Management Science*, 33(11):1404-18
- March JG, Simon HA. (1993). *Organizations*, 2nd Edition, Oxford, UK: Blackwell
- March JG. (1994). *A primer on decision making: how decisions happen*, NY: Free Press
- Marchionini G. (1995). *Information seeking in electronic environments*, Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Marsden J, Dolan B, Holt L. (2003). Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 43:595-605
- Marton F, Saljo R. (1976). On qualitative differences in learning: outcome and process, *British Journal of Educational Psychology*, 46(1):4-11
- Marx LC, Morita LC. (2000). Competencies gerenciosas na enfermagem: a pratica do Sistema Primary Nursing como parametro qualitativo na assistencia, Sao Paulo: BH Comunicacao
- Maslin-Prothero S. (2005). Commentary on "Nurse teachers in higher education: without clinical competence, do they have a future? *Nurse Education Today*, 25: 652-4
- Matchar DB, Patwardhan MB, Samsa GP. (2003). Making evidence-based practice improvement more than a comforting sentiment. *American Journal of Medicine*, 115(5):407-9
- Mauksch IG. (1977). Active involvement in practice vital to Chairperson's efforts. *The American Nurse*, 9(5):8
- Maule AJ, Edland AC. (1997). The effects of time pressure on judgment and decision making. In: R. Ranyard, WR. Crozier, O. Svenson (eds) *Decision making cognitive models and explanations*, London: Routledge, Kegan & Paul
- Maule AJ, Hockey GRJ. (1993). State, stress, time pressure. In: O. Svenson, AJ. Maule (eds), *Time pressure and stress in human judgment and decision making*, NY: Plenum
- Maule AJ. (1997). Strategies for adapting to time pressure. In: R. Flin, E. Salas, M. Strub, L. Martin (eds), *Decision making under stress: emerging themes and applications*, Ashgate: Aldershot
- Maule AJ. (2001). Studying judgment. Some comments and suggestions for future research. *Thinking & Reasoning*, 7:91-102
- Mayring P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum: Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* (on line journal), 1(2): Art:20. Διαθέσιμο στη http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2_00/2_00mayring_e.htm. Τελευταία πρόσβαση στις 28/8/2013
- McBride G, Westfall P. (1993). Technically empowered shift workers must remain awake, ready for action: controlling fitness, alertness, sleep and time off helps performance, reduces catastrophic errors. *Occupational Health and Safety*, 62(26):28-31
- McCarthy M. (1981). The nursing process: application of current thinking in clinical problem-solving. *Journal of Advanced Nursing*, 6:173-9
- McCaughan D, Thompson C, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. (2005). Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. *Family Practice*, 22(5):490-7

- McElhinnen EM. (2010). Factors which influence nurse practitioners' ability to carry out physical examination skills in the clinical area after a degree level module-an electronic Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 19:3177-87
- McEvoy L, Duffy A. (2008). Holistic practice: a concept analysis. *Nurse Education in Practice*, 8: 412-9
- McFadden EA, Gunnett AW. (1992). A study of diagnostic reasoning in pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 18(5):517-20, 538
- McGaughey J. (2004). Standardizing the assessment of clinical competence: an overview of intensive care course design. *Nursing in Critical Care*, 9:238-46
- McKinnon AJ, Wearing AJ. (1980). Complexity and decision making. *Behavioral Science*, 25:285-96
- McKnight LK, Stetson PD, Bakkin S, Curran C, Cimino JJ. (2002). Perceived information needs and communication difficulties of inpatient physicians and nurses. *JAMA*, 9:S64-S69
- McKnight M. (2006). The information seeking of on-duty critical care nurses: evidence from participant observation and in-context interviews. *Journal of Medical Library Association*, 94(2): 145-51
- McLaughlin K, Rikers R, Schmidt H. (2008). Is analytic information-processing a feature of expertise in medicine? *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 13:123-28
- McPherson KM. (2003). *Bedside matters: the transformation of Canadian nursing 1900-1990*, Toronto, Canada: University of Toronto Press
- McQueen A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1):101-8
- Meacham JA, Emont NC. (1989). The interpersonal basis of everyday problem-solving. In: JD. Sinnott (ed), *Everyday Problem-Solving: Theory and Applications*, NY: Praeger
- Mellers BA. (2000). Choice and the relative pleasure of consequences. *Psychological Bulletin*, 126: 910-24
- Merriam SB. (2002). *Qualitative Research in Practice: examples for discussion and analysis*, San Francisco: Jossey –Bass. Διαθέσιμο στη <http://media.wiley.com/productdata/excerpt/56/07879589/0787958956.pdf>. Τελευταία πρόσβαση στις 7/7/2012
- Merrill MD. (1987). The new component design theory: instructional design for courseware authoring. *Instructional Science*, 16:19-34
- Mezirow J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*, San Francisco: Jossey – Bass
- Miers M. (1990). Developing skills in decision making. *Nursing Times*, 86:32-33
- Miettinen OS, Caro JJ. (1994). Rejoinder. *Statistics in Medicine*, 13(3): 213-15
- Miettinen OS. (1997). *Advanced study design. The Erasmus Summer Program*, Rotterdam, Netherlands
- Milliken FJ. (1987). Three types of perceived uncertainty about the environment: state, effect and response uncertainty. *Academy of Management Review*, 12:133-43
- Mimoz O, Moreira R, Frasca D, Boisson M, Dayot-Fizelier C. (2010). Practice assessment of central venous lines care in surgical ICU of French University hospitals. *Annales francaises d' anesthesie et de reanimation*, 29(2): 104-12
- Minick P. (1995). The power of caring: early recognition of patient problems. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice- An International Journal*, 9(4):303-17
- Mintzberg H, Raisinghani D, Theoret A. (1976). The structure of “unstructured” decision processes. *Administrative Science Quarterly*, 21:246-275
- Mitchell GJ. (1994). Intuitive Knowing: exposing a myth in theory development. *Nursing Science Quarterly*, 7(1): 2-3

- Montanari A, Pernici B. (1993). Temporal reasoning. In: A. Tansel, J. Clifford, S. Gadia, S. Jadovia, A. Segev, R. Snodgrass (eds), *Temporal databases: theory, design and implementation*, San Francisco: Benjamin Cummings Publishing
- Moore FA, McKinley BA, Moore EE. (2004). The next generation in shock resuscitation. *Lancet*, 363(9425):1988-96
- Morgan DL. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qualitative Health Research*, 8(3):362-76
- Morris CD, Bransford JD, Franks JJ. (1977). Levels of processing versus transfer appropriate processing. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 16(5):519-33
- Morse MJ, Field AP. (1996). *Nursing research: the application of qualitative approach*, London: Chapman & Hill
- Morse MJ. (1994). *Critical issues in qualitative research methods*, California: Thousand Oaks, Sage Publications
- Morse MJ. (2003). Biasphobia. *Quality Health Research*, 13:891-2
- Morton J. (1969). Interaction of information in word recognition. *Psychological Review*, 76(2):115-78
- Moskowitz AJ, Kuipers BJ, Kassirer JP. (1988). Dealing with uncertainty, risks and tradeoffs in clinical decisions: a cognitive science approach. *Annals of Internal Medicine*, 108:435-49
- Mossey JM. (2011). Defining racial and ethnic disparities in pain management. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, doi: 10.1007/s11999-011-1770-9
- Moule P, Goodman M. (2009). *Nursing Research: an introduction*, Los Angeles: Sage Publications
- Mueler R. (2000). *Basic Principles of Structural Equation Modeling*, New York: Springer
- Muir N. (2004). Clinical decision-making: Theory and Practice. *Nursing Standard*, 18(36):47-52
- Muir-Gray JA. (1997). *Evidence-based health care*, Edinburg: Churchill - Livingstone
- Multz AS, Chalfin DB, Samson IM, Dantzker DR, Fein AM, Steinberg HN, Niederman MS, Scharf SM. (1998). A "closed" medical intensive care unit (MICU) improves resource utilization when compared with an "open" MICU. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 157:1468-73
- Munhall PL. (1990). Response to responsible subversion: a study of rule-bending among nurses. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 4(1): 19-22
- Murdock BB. (1962). The serial position effect of free recall. *Journal of Experimental Psychology*, 64(5): 482-88
- Murphy JJ. (2004). Using focused reflection and articulation to promote clinical reasoning: an evidence-based teaching strategy. *Nursing Education Perspectives*, 25(5):226-31
- Murray D. (2006). Clinical skills in acute care: a role for simulation training. *Critical Care Medicine*, 34:252-3
- Mynatt C, Sherman SJ. (1975). Responsibility attribution in groups and individuals: a direct test of the diffusion of responsibility hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32:1111-8
- Narayan SM, Corcoran -Perry S. (1997). Line of reasoning as a representation of nurses' clinical decision making. *Research of Nursing and Health*, 20:353-64
- National Health Service (NHS) Executive (1999). *Clinical Governance: Quality in the new NHS*, Leeds: NHS Executive
- Nel WE. (1993). *Die funksies van die intensiewe verpleegkundige on die Republiek van Suid Afrika*. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit
- Nelson G, Kinjo K, Meier DE, Ahmad K, Morrisson RS. (2005). When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *Journal of Critical Care*, 20:79-89
- Newell A, Simon HA. (1972). *Human problem solving*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

- Nicholas D, Williams P, Smith A, Longbottom P. (2005). The information needs of perioperative staff. A preparatory study for a proposed specialist library for theatres (NeLH) Health Information and Libraries Journal, 22:35-43
- Nielsen J. (1994). Estimating the number of subjects needed for a thinking aloud test. International Journal of Human Computer Studies, 41:385-97
- Nikbakht NA, Lipson JG, Emani A. (2004). Professional Nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. Journal of Professional Nursing, 20(6):396-402
- Nisbett R, Ross L. (1980). Human Inferences: Strategies and Shortcomings of Social Judgment, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Noll E, Key A, Jensen G. (2001). Clinical reasoning of an experienced physiotherapist: insight into clinician decision making regarding low back pain. Physiotherapy Research International, 6(1):40-51
- Noone J. (2002). Concept analysis of decision making. Nursing Forum, 37:21-32
- Norman DA, Rumelhart DE. (1983). Studies of typing from the LNR Research Group. IN: WE. Cooper (ed), Proceedings of the CHI-83 conference on human factors in computing systems (Boston), NY: ACM
- Nowakowski JM. (2003). Group decision making and incrementalism in organizational decision making. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 92:67-79
- Nutt PC. (2002). Why decisions fail, San Francisco: Berrett-Koehler
- O' Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson MIL, Siewe S, Benson-Landau M, Deane D, Feeney J, Gmeiner J, Keefer N. (1991). Critical care nurse perceptions of family needs. Heart Lung, 20(2):189-201
- O' Neil ES, Dluhy NC, Chun E. (2005). Modeling novice clinical reasoning for a computerized decision support system. Journal of Advanced Nursing, 49: 68-77
- O' Neil ES. (1994). The influence of experience on community health nurses' use of the similarity heuristic in diagnostic reasoning. Scholarly Inquiry Nursing Practice, 8:261-76
- O' Neil ES. (1997). Home Care Nurses' Inferences and Decisions. Applied Nursing Research, 10(1): 33-8
- Offredy M, Kendall S, Goodman C. (2008). The use of cognitive continuum theory and patient scenarios to explore nurse prescribers' pharmacological knowledge and decision making. International Journal of Nursing Studies, 45(6): 855-68
- Orasanu J, Connolly T. (1993). The reinvention of decision making. In GA. Klein, J. Orasanu, R. Carderwood et al (eds) Decision making in action: models and methods, New Jersey: Ablex
- Orlando JJ. (1972). The discipline and teaching of nursing process. An evaluative study, NY: Putnam
- Orr J. (1995). Nursing accountability. In G. Hunt (ed) Whistle-blowing in the health service, London: Edward Arnold
- Overton WF. (1990). Competence and Procedures. Constraints on the Development of Logical Reasoning. In: WF. Overton (ed), Reasoning, necessity and logic. Developmental perspectives, Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Owen P, Monahan MF, McLaren R. (2008). Implementation and assessing an evidence-based electrolyte dosing order form in the medical ICU. Intensive Critical Care Nursing, 24:8-14
- Page S, Meerabeau L. (2004). Hierarchies of evidence and hierarchies of education: reflections on a multiprofessional education initiative. Learning in Health and Social Care, 3:118-28
- Paley J, Cheyne H, Dalgleish L, Duncan EAS, Nivon CA. (2007). Nursing's way of knowing and dual process theories of cognition. Journal of Advanced Nursing, 60(6):692-701
- Papa F, Shores J, Meyer S. (1990). Effects of pattern matching and experience in the development of diagnostic expertise. Academic Medicine, 65:S21-S22
- Papathanassoglou EDE, Karanikola M, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidoou CH, Albarran JW. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians and moral distress among

- European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 21:e41-e52, doi: 10.4037/ajcc2012_205
- Papathanassoglou EDE, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. (2005). Practice and clinical decision-making autonomy among Hellenic critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 13:154-64
- Parahoo K. (2000). Barriers to and facilitators of research utilization among nurses in Northern Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3): 89-98
- Parahoo K. (2006). *Nursing Research: principles, process and issues*, 2nd edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Pardue SF. (1987). Decision making skills and critical thinking ability among associate degree, diploma, baccalaureate and masters' prepared nurses. *Journal of Nursing Education*, 26:354-61
- Parikh J. (1994). *Intuition: the new frontier of management*. Oxford, UK: Blackwell Business
- Parsons T, Shils EA. (1951). *Toward a general theory of action*. New York: Simon & Schuster
- Patel VL, Groen GJ. (1986). Knowledge – based solution strategies in medical reasoning. *Cognitive Science*, 10: 91-116
- Patton M. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*, 3rd edition, California: Sage Publications
- Patton MQ. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*, 2nd edition , California: Newbury Park, Sage Publications
- Payne JW, Bettman JR, Johnson EJ. (1993). *The adaptive decision maker*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Payne JW, Bettman JR. (2004). Walking with the scarecrow: the information-processing approach to decision research. In: DJ. Koehler, N. Harvey (eds), *Blackwell handbook of judgment and decision making*, Malden, MA: Blackwell Publishing
- Payne JW. (1982). Contingent decision behavior. *Psychological Bulletin*, 92(2):382-402
- Pearson A, O' Brien Pallas L, Thompson D, Doucette E, Tucker D, Wiechula R, Long L, Porritt K, Jordan Z. (2006). Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 4(4): 337-84
- Pennings JM. (1985). *Organizational Strategy and Change*, San Francisco: Jossey-Bass
- Pennington N, Hastie R. (1993). A theory of explanation –based decision making. In: GA. Klein, J. Orasanu, R. Calderwood, CE. Zsombok (eds), *Decision making in action: models and methods*, Norwood, CT: Ablex
- Penrod JL. (2001). Refinement of the concept of uncertainty. *Journal of Advanced Nursing*, 34:238-45
- Perkins C. (2004). Improving glycaemic control in metabolically stressed patient in ICU. *British Journal of Nursing*, 13(11): 652-7
- Perrow C. (1986). *Complex Organizations: a critical essay*. 3rd edition, NY: McGraw Hill
- Perry AG, Potter PA. (1998). *Clinical Nursing Skills and Techniques*, Canada: Elsevier Mosby
- Pervin L, John O. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*, Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω
- Pham MT, Meyvis T, Zhou R. (2001). Beyond the obvious: chronic vividness of imagery and the use of information in decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 84(2): 226-53
- Picone D, Titler M, Dochterman J, Shever L, Kim T, Abramowitz P, Kanak M, Qin R. (2008). Predictors of medication errors among elderly hospitalized patients. *American Journal of Medical Quality*, 23(2): 115-27
- Pirret AM. (2007). The level of knowledge of respiratory physiology articulated by intensive care nurses to provide rationale for their clinical decision making. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3):145-55

- Poalillo FE, Jimenez EJ. (2006). Critical care in the United States of America. *Critical Care Clinics*, 22:447-55
- Poincare H. (1997). *Η αξία της Επιστήμης*, Αθήνα: Εκδόσεις Κάτοπτρο
- Polit DF, Beck C. (2006). *Essentials of Nursing Research: methods, appraisal and utilization*, 4th Edition, Philadelphia: Lippincott, Williams, Wilking
- Polit DF, Hungler PB. (1999). *Nursing research: principles and methods*, Philadelphia: Lippincott
- Polit DF, Sherman RE. (1990). Statistical power in nursing research. *Nursing Research*, 39(6):365-9
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish –Barnes N, Timsit JF, Pochard F, Chevret S, Schlemmer B, Azoulay E. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 175:698-704
- Porter S. (1991). A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6):728-35
- Potter P, Wolf L, Boxerman S. (2005). Understanding the cognitive work of nursing in the acute care environment. *Journal of Nursing Administration*, 35(7-8):327-35
- Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. (2005). Readiness of US nurses for evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 105:40-51
- Price P, Stone E. (2004). Intuitive evaluation of likelihood judgment producers: evidence for a confidence heuristic. *Journal of Behavioral Decision Making*, 17:39-57
- Prietula MJ, Simon HA. (1989). The experts in your midst. *Harvard Business Review*, 67(1): 120-24
- Profetto-McGrath J, Smith KB, Hugo K, Taylor M, El-Hajj H. (2007). Clinical Nurse Specialist's Use of Evidence in Practice: a Pilot Study. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 4(2):86-96
- Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremsizov TT, Young TL. (2002). Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA*, 288(17):2151-62
- Pronovost PJ, Jenckes MW, Dorman T, Garrett E, Breslow MJ, Rossenfeld BA, Lipsett PA, Bass E. (1999). Organizational characteristics of intensive care units related to outcomes of abdominal aortic surgery. *JAMA*, 281(14):1310-7
- Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peter TJ. (2000). The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ(Clinical Research ed)* 320(7246):1380-4
- Puchta C, Potter J. (2004). *Focus group practice*, London: Sage Publication
- Pyles S, Stern P.(1983). Discovering of nursing gestalt in critical care nursing: the importance of the gray gorilla syndrome. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 15:51-9
- Pyne T, Newman K, Leigh S, Cowling A, Rounce K. (1999). Meeting the information needs of clinicians for the practice of evidence-based healthcare. *Health Libraries Review*, 16:3-14
- Quinn JB. (1980). *Strategies for change: logical incrementalism*, Homewood, IL: Irwin
- Radford K. (1975). *Managerial decision making*, Reston, VA: Reston Publishing
- Radtke JV, Tate JA, Happ MB. (2013). Nurses' perceptions of communication training in the ICU. *Intensive Critical Care Nursing*, 28(1):16-25
- Radwin LE. (1990). Research on diagnostic reasoning in nursing. *Nursing Diagnosis*, 1(2):70-77
- Radwin LE. (1994). *Knowing the patient: an empirically generated process model for individualized interventions*, Northern Arizona University, Flagstaff, Arizona
- Radwin LE. (1996). *Knowing the patient: a review of literature on an emerging concept*. *Journal of Advanced Nursing*, 23:1142-46
- Ramezani-Badr F, Nikbakht A, Yekta Z, Taleghani F. (2009). Strategies and criteria for clinical decision making In critical care nurses: a qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4):351-8

- Ramos CC, Dal Sasso GT, Martins J, Sardo PM, Kuerten P. (2008). Invasive hemodynamic monitoring at bedside: nursing evaluation and nursing care protocol. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, 42(3):504-10
- Randall F, Downie RS. (1996). *Palliative Care Ethics. A Good Companion*, Oxford, UK: Oxford University Press
- Randell R, Mitchell N, Thompson C, McCaughan D, Dowding D. (2012). Supporting nurse decision making in primary care: exploring use of and attitude to decision tools. *Health Informatics Journal*, 15(5):5-15
- Rasch R, Cogdill KW. (2003). Nurse practitioners' information needs and information seeking: implications for practice and education. *Holistic Nursing Practice*, 13:90-7
- Rasch RF, Cogdill KW. (1999). Nurse practitioners' information needs and information seeking: implications for practice and education. *Holistic Nursing Practice*, 13(4):90-7
- Reason J. (1995). Understanding adverse events: human factors. *Quality in Health Care*, 4:80-9
- Redfern S, Norman I, Calman I, Watson R, Murrels T. (2002). Assessing clinical competence to practice in nursing: a review of the literature. *Research Papers in Education*, 17:51-77
- Reeves S, Nelson S, Zwarenstein M. (2008). The doctor-nurse game in the age of interprofessional care: a view from Canada. *Nursing Inquiry*, 15(1): 1-2
- Reif F, Heller JI. (1982). Knowledge structure and problem solving in physics. *Educational Psychologists*, 17: 102-27
- Reif F. (1984). Understanding and teaching problem solving in physics. In: *Research on Physics' Education: Proceedings of the first International Workshop Lalonde les Maures*, Paris: National de la Recherche Scientifique
- Reigeluth CM. (1983). The elaboration theory of instruction. In: CM. Reigeluth (ed), *Instructional design theories and models: an overview of their current states*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Reischman RR, Yarandi HN. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 39:24-34
- Renholm m, Leino-Kilpi H, Suominen T. (2002). Critical pathways. A systematic review. *Journal of Nursing Administration*, 32:196-202
- Retsas A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3):599-606
- Rettinger DA, Hastie R. (2001). Content effects on decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 85(2):336-59
- Rew L. (1986). Intuition: a concept analysis of a group phenomenon. *Advances in Nursing Science*, 8(2): 21-8
- Rew L. (1988). Intuition in decision making. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20(3):150-4
- Rew L. (2000). Acknowledging intuition in clinical decision making. *Journal of Holistic Nursing*, 18:94-108
- Rhodes B. (1985). Occupational ideology and clinical decision making in British Nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 22(3):241-51
- Rittel HWH, Webber MM. (1973). Dilemmas in a general theory of Planning. *Policy Sciences*, 4:155-69
- Rizzuto C, Bostrom J, Newton-Suter W, Chenitz WC.(1994). Predictors of nurses' involvement in research activities. *Western Journal of Nursing Research*, 16:193-204
- Robbins SP, Judge TA, Campbell TA, Campbell TT. (2010). *Organizational Behavior*. Financial Times Prentice Hall
- Robbins SP, Laurer K, Le-Huy DD, Langley R, Carlstrom A. (2004). Do psychosocial and study skill factors predict college outcomes? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 130:261-88

- Rodgers BL, Knafel KA. (2000). Introduction to concept development in nursing. In: BL. Rodgers, KA. Knafel (eds), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, 2nd Edition, Philadelphia: WB. Saunders
- Rodgers BL. (1989). Concepts, analysis and the development of nursing knowledge: evolutionary circle. *Journal of Advanced Nursing*, 14(4): 330-36
- Rodgers BL. (2000a). Concept analysis: an evolutionary view. In: BL. Rodgers, KA. Knafel (eds), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, 2nd Edition, Philadelphia: WB. Saunders
- Rodgers BL. (2000b). Philosophical foundations in concept development. In: BL. Rodgers, KA. Knafel (eds), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, 2nd Edition, Philadelphia: WB. Saunders
- Rose L, Blackwood B, Egerod I, Haugdahi HS, Hofhuis J, Isfort M, Kydonaki K, Schubert M, Sperlinga R, Spronk P, Storli S, McAuley DF, Schultz MJ. (2011). Decisional responsibility for mechanical ventilation and weaning: an international survey. *Critical Care*, 15(6):R295
- Rose L, Bucknall TK. (2004). Staff perceptions on the use of a sedation protocol in the intensive care setting. *Australian Critical Care*, 17(4):151-9
- Rose L, Nelson S, Johnston L, Presneil JJ. (2008). Workforce profile, organization structure and role responsibility for ventilation and weaning practices in Australia and New Zealand intensive care units. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8):1035-43
- Rose L, Nelson S, Johnston L, Presneil JJ. (2007). Decisions made by critical care nurses during mechanical ventilation weaning in an Australian intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 16(5):434-43
- Rouse RA. (2009). Inflective participation: reactions to absentee and incompetent nurse leadership in an intensive care unit. *Journal of Nursing Management*, 17(4):463-73
- Rowan R. (1990). Listen for those warning bells. In: WH. Agor (ed), *Intuition in Organizations*, Newbury Park, Ca: Sage Publications
- Roy B. (1990). Decision aid and decision making. *European Journal of Operational Research*, 43: 324-31
- Royle JA, Blythe J, Dicenso A, Boblin-Cummings S, Deber R, Hayward R. (2000). Evaluation of a system for providing information resources to nurses. *Health Informatics*, 5:100-9
- Rubin HJ, Rubin IS. (1995). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*, California: Thousand Oaks, Sage Publications
- Ruble DN, Martin CL. (1988). Gender development, In W.Damon & n. Eisenberg (eds) *Handbook of child psychology* (volume 3). Social, emotional and personality development, 5th edition, New York: Wiley
- Rupert R, Long LD, Hutchinson ML. (2007). Creating a healing environment in ICU. In: R. Kaplow, SR. Hardin (eds), *Critical Care Nursing: Surgery for Optimal outcomes*, Sudbury, Massachusetts: Bartlett Publishers
- Russo JE, Shoemaker PHJ (1992) Managing overconfidence. *Sloan Management Review*, 4:7-17
- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Havey G, Kitson A, McCormack B. (2004). What counts as evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1):81-90
- Ryle G. (1949). *The concept of mind*, New York: Barnes and Noble
- Saaty TL. (1980). *The analytic hierarchy process: Planning, priority setting, resource allocation*, NY: McGraw Hill
- Sackett D, Tugwell P, Guyatt GH. (1991). *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2nd Edition, Boston: Little, Brown
- Salvage J. (1985). *The Politics of Nursing*, Heinemann Medical Books
- Sanbonmatsu DM, Kardes FR, Houghton DC. (1997). Contextual influences on judgment based on limited information. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69(3): 251-64

- Sandler J, Sandler AM. (1978). On the development of object relations and affects. *International Journal of Psychoanalysis*, 59:285
- Savage J, Moore L. (2004). *Interpreting accountability*. Research Reports, London: Royal College of Nursing
- Savage L. (1955). *The foundations of Statistics*, NY: Wiley
- Sawatzky JV. (1996). Stress in critical care nurses: actual and perceived. *Heart & Lung*, 25:409-17
- Schacter DL. (1987). Implicit memory: history and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13(3):501-18
- Schamber L. (1994). Relevance and Information Behavior. In: ME. Williams (ed), *Annual Review of Information Science and Technology*, vol. 29: 3-48, Medford, NJ: Learned Information
- Scheffer BK, Rubenfeld MG. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education*, 39(8):352-60
- Scheidler UR, McGuire DB, Grossman SA, Gilbert MR. (1992). Analgesic decision making skills in nurses. *Oncology Nursing Forum*, 19(10): 1531-34
- Scherer KR. (1984). Emotion as a multi-component process: a model and some cross-cultural data. In: P. Shaver (ed), *Emotions, relationships and health* (vol.5), Beverly Hills, CA: Sage
- Scherer KR. (1996). Emotion. In: GM. Stephenson (ed), *Introduction to Social Psychology*, 2nd Edition, Oxford, UK: Blackwell
- Scherer KR. (2000). Psychological models of emotion. In: J. Borod (ed), *The neuropsychology of emotion*, N.Y: Oxford University Press
- Schilling J. (2006). On the pragmatics of qualitative assessment: designing the process of content analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1):28-37
- Schmidt HG, Boshuizen HPA. (1993). On the origin of intermediate effects in clinical case recall. *Memory & cognition*, 21: 338-51
- Schon DA. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*, San Francisco: Jossey-Bass Limited
- Schraeder B, Fischer D. (1987). Using intuitive knowledge in neonatal intensive care nursery. *Holistic Nursing Practice*, 1:45-51
- Schul Y, Mayo R. (2003). Searching for certainty in an uncertain world: the difficulty of giving up the experiential for the rational model of thinking. *Journal of Behavioral Decision Making*, 16: 93-106
- Schutzenhofer KK, Musser DB. (1996). Nurse characteristics and professional autonomy. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26:201-5
- Schwarz N, Bless H. (1991). Happy and mindless, but sad and smart? The impact of affective states on analytical reasoning. In: JP. Forgas (ed), *Emotion and Social Judgments*, Oxford, UK: Pergamon Press
- Schwarz N. (2000). Emotion, cognition and decision making. *Cognition and Emotion*, 14(4):433-40
- Schwenk CR. (1984). Cognitive simplification processes in strategic decision making. *Strategic Management Decision Making*, 5(2):111-28
- Scott PA, Treacy MP, MacNeela P, Hyde A, Morris R, Dreyman J. (2006). Report on the Delphi study of Irish nurses to articulate the core elements of nursing care in Ireland, School of Nursing, Midwifery and Health Systems, Dublin
- Scottish Executive Health Department (2004). *Facing the Future*. Scottish Executive Health Department, Edinburgh
- Scriven M, Paul R. (2006). Defining critical thinking. Διαθέσιμο στη <http://www.critical-thinking.org/University/univclass/defining.html>. Τελευταία πρόσβαση στις 5/10/2012
- Seebo TC. (1993). The value of experience and intuition. *Financial Management*, 22(1):27
- Shadur MA, Klenze R, Rodwell JJ. (1999). The relationships between organizational climate and employee perceptions of involvement. *Group & Organization Management*, 24(4): 479-503

- Shamian J. (1991). The effects of teaching decision analysis and student nurses' clinical intervention decision-making. *Research in Nursing & Health*, 14(1): 59-66
- Shanteau J. (1991). The psychology of experts. In: G. Wright, F. Bolger (eds), *Expertise and Decision Support*, New York: Plenum Press
- Shanteau J. (1992). Competence in experts: the role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53:252-66
- Shaver p, Schwarz J, Kirson D, O' Connor C. (1987). Emotion knowledge: further exploration of a prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(6): 1061-86
- Shea HL. (1986). A conceptual framework to study the use of nursing care plans. *International Journal of Nursing Studies*, 23:147-57
- Shenton AK. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22:63-75
- Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E, Ng L, Worthington HV, Needleman I, Furness S. (2013). Oral hygiene for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 8), Article No: CD008367, doi: 10.1002/14651858.CD008367.pubZ
- Shimamura AP. (2000). Toward a cognitive neuroscience of metacognition. *Consciousness and Cognition*, 9: 313-23
- Shin N, Jonassen DH, McGee S. (2003) Predictors of well-structured and ill-structured problem solving in an astronomy simulation. *Journal of Research in Science Teaching*, 40(1):6-33
- Shull FA, Delberg AL, Cummings LL. (1970). *Organizational decision making*, New York: McGraw-Hill
- Shulman L. (2004). *The wisdom of practice*, San Francisco: Jossey-Bass
- Shunn CD, McGregor MU, Saner LD. (2005). Expertise in ill-defined problem - solving domains as effective strategy use. *Memory & Cognition*, 33(8): 1377-87
- Sikula AF. (1971) Values and value systems: importance and relationship to Managerial and Organizational Behavior. *Journal of Personality*, 32: 622-41
- Silva MC, Rothbart D. (1984). An analysis of changing trends in philosophies of science on nursing theory development and testing. *Advances in Nursing Science*, 6(2):1-13
- Simmons B, Lanuza D, Fonteyn M, Hicks F, Helm K. (2003). Clinical reasoning in experienced nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 25:720-4
- Simon HA. (1957). *Models of man*, NY: John Wiley
- Simon HA. (1960). *The new science of Management Decision*, NJ: Prentice-Hall
- Simon HA. (1965). *Administrative Behavior*, 2nd edition, NY: Free Press
- Simon HA. (1973). The structure of ill-structured problems. *Artificial Intelligence*, 4:131-201
- Simon HA. (1977). *The new science of Management Decision*, Revised Edition, NJ: Prentice-Hall
- Simon HA. (1978). Information-processing theory of human problem-solving. In: W. Estes (ed), *Handbook of Learning and Cognitive Processes*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Simon HA. (1978b). Rationality as Process and as Product of Thought. *The American Economic Review*, 68(2):1-16
- Simon HA. (1982). *The Sciences of the Artificial* (2nd edition), Cambridge, MA: MIT Press
- Simon HA. (1982b). A behavioral model of rational choice. In: HA. Simon (ed), *Models of bounded rationality. Behavioral Economics and Business Organization* (vol 2), Cambridge, MA: MIT Press
- Simon HA. (1996). *Models of my life*, Cambridge, MA: MIT Press
- Simon HA. (1997). *Administrative behavior: a study in decision making processes in administrative organizations*, Free Press

- Sinclair RC. (1988). Mood, categorization breadth and performance appraisal: the effects of order of information acquisition and affective state on halo, accuracy, information retrieval and evaluations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 42(1):22-46
- Sinnott JD. (1989). A model for solution of ill-structured problems: implications for everyday and abstract problem solving. In JD. Sinnott (ed), *Everyday problem solving: theory and application*, New York: Praeger
- Sladek RM, Bond MJ, Phillips PA. (2010). Age and gender differences in preferences for rational and experiential thinking. *Personality and Individual Differences*, 49(8):907-11
- Slavkovsky P. (1995). Pathogenesis of fever. Διαθέσιμο στη <http://savba.sk/logos/books/scientific/node48.html>. Τελευταία πρόσβαση στις 10/8/2013
- Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. (1982). Facts versus fears: understanding perceived risk. In: D. Kahneman, P. Slovic, A.Tversky (eds), *Judgment under uncertainty: Heuristics and Biases*. NY: Cambridge University Press
- Smith A. (2012). Assessing confidence in triage decision making: evaluation of an inventory in a sample of navy and civilian nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(3): 132-6
- Smith AJ, Thurkettle MA, Dela Cruz F. (2004). Use of intuition by nursing students: instrument development and testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(6): 614-25
- Smith M, Higgs J, Ellis E. (2008). Factors influencing clinical decision making. In: J. Higgs (ed), *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Amsterdam: Butterworth – Heinemann
- Smith MC. (2006). *Clinical decision making in acute care cardiopulmonary physiotherapy*. Doctoral Thesis, Sydney: University of Sydney, Australia
- Snow RE. (1989). Toward assessment of cognitive and conative structures in learning. *Educational Researcher*, 18:8-15
- Society of Critical Care Medicine (1999). Guidelines for ICU admission, discharge and triage. *Critical Care Medicine*, 27(3):633-8
- Solomon MR, Bamossy G, Askegaard S, Hogg MK. (2010). *Consumer Behavior: a european perspective*, Essex: Pearson Education Limited
- Spath M, Buttler L.(1996). Information and research needs and acute care clinical nurses. *Bulletin of the Medical Library Association*, 84:112-6
- Spence JT. (1993). Gender-related traits and gender ideology: Evidence for a multifactorial theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64:624-35
- Spenceley SM, O' Leary KA, Chizawsky LLK, Ross AJ, Estabrooks CA. (2008). Sources of information used by nurses to inform practice: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 45:954-70
- Spiro RJ, Coulson RL, Feltovich PJ, Anderson DK. (1988). *Cognitive flexibility theory: advanced knowledge acquisition in ill-structured domains*. Technical Report No 441, Champion, IL: University of Illinois, Center of the Study of Reading
- Squire LR, Stark CE, Clark RE. (2004). The medial temporal lobe. *Annual Review of Neuroscience*, 27:279-306
- Stacey M. (2005). Knowledge-based temporal abstraction within the neonatal intensive care domain. In: CSTE Innovation Conference, Sydney: University of Western Sydney
- Standing M. (2005). Perceptions of clinical decision making on a developmental journey from student to registered nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 60(3):257-69
- Standing M. (2008). Clinical judgment and decision-making in nursing-nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1):124-34
- Standing M. (2010). Perceptions of clinical decision-making: a matrix model. In: M. Standing (ed), *Clinical Judgment and Decision Making in Nursing and Interprofessional Care*, Maidenhead: Open University Press

- Steadman R, Coates W, Huang YM, Matevosian R, Larmon BR, McCullough L, Ariel D. (2006). Simulation-based training is superior to problem-based learning for the acquisition of critical assessment and management skill. *Critical Care Medicine*, 34(1):151-7
- Stevens KR. (1983). *Power and Influence. A source book for nursew*, New YorkQ John Wiley and Sons
- Stone ER, Yates AJ, Caruthers AS. (2002). Risk taking in decision making for others versus the self. *Journal of Applied Social Psychology*, 32:1797-824
- Strasser G, Vaughan SI, Stewart DD. (2000). Pooling unshared information: the benefits of knowing how access to information is distributed among group members. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82(1):102-16
- Strauss A, Corbin J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, 2nd edition, California: Thousand Oaks, Sage Publications
- Studdert DM, Mello MM, Burns JP, Puopolo AL, Galper BZ, Truog RD. (2003). Conflict in the care of patients with prolonged stay in the ICU: types, sources and predictors. *Intensive Care Medicine*, 29(9):1489-97
- Su M, Osisek PJ, Stames B. (2005). Using the Revised Bloom; s Taxonomy in the Clinical Laboratory: thinking skills involved in diagnostic reasoning. *Nurse Educator*, 30(3): 117-22
- Suarez JI, Zaidat OO, Suri MF, Feen ES, Lynch G, Hickman J, Georgiadis A, Selman WR. (2004). Length of stay and mortality in neurocritically ill patients: impact of a specialized neurocritical care team. *Critical Care Medicine*, 32(11):2311-7
- Svenson O, Maule AJ. (1993). *Time pressure and stress in human judgment and decision making*, NY: Plenum
- Sweet S, Norman I. (1995). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1):163-70
- Tabak N, Bar-Tal Y, Cohen –Mansfield J. (1996). Clinical decision making of experienced and novice nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 18:534-48
- Tabone S. (2005). Nurse fatigue: the human factor. *Alabama Nurse*, 32:14-5
- Tanner C. (2006). Thinking like a nurse: a research –based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6): 204-12
- Tanner CA, Benner P, Chesla C, Gordon DR. (1993). The phenomenology of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 25:273-80
- Tanner CA, Padrick KP, Westfall UE, Putzer DJ. (1987). Diagnostic reasoning strategies of nursing and nursing students. *Nursing Research*, 36(6):358-63
- Taylor C. (2002). Assessing patient's needs: does the same information guide expert and novice nurses? *International Nursing Review*, 49:11-9
- Taylor F. (2006). A comparative study examining the decision-making processes of medical and nursing staff in weaning patients from mechanical ventilation. *International Critical Care Nursing*, 22(5): 253-63
- Taylor RS. (1968). Question-negotiation and information-seeking in libraries. *College and Research Libraries*, 29:178-94
- Taylor RS. (1986). *Value-added process in information systems*. Norwood, NJ: Ablex Publishing
- Taylor RS. (1991). Information use environments. In: B. Dervin, MJ. Voigt (eds), *Progress in Communication Sciences*, volume X, NY: Ablex Publishing
- Tesch R. (1990). *Qualitative Research*, New York: Falmer Press
- Teschan PE. (1992). Acute renal failure during the Korean war. *Renal Failure*, 14:237-9
- Thelan LA, Davie JK, Urden LD, Lough ME. (1993). *Critical Care Nursing: Diagnoses and Management* (2nd edition), St Lois, Missouri: Mosby Company

- Thiele JE, Baldwin JH, Hyde RS, Sloan B, Strandquist G. (1986). An investigation of decision theory: what are the effects of teaching one recognition. *Journal of Nursing Education*, 25(8):319-24
- Thiele JE, Holloway J, Murphy D, Pendavis J, Stucky M. (1991). Perceived and actual decision making by novice baccalaureate students. *Western Journal of Nursing Research*, 13:616-26
- Thomas PJ, Paratz JD, Stanton WR, Deans R, Lipman J. (2006). Positioning practices for ventilated intensive care patients: current practice indications and contraindications. *Australian Critical Care*, 19(4): 122-6, 128, 130-2
- Thomas SA, Wearing AJ, Bennett MJ. (1991). *Clinical decision making for nurses and health professionals*, Sydney: Saunders, Balliere Tindall
- Thompson C, Cullum N, McCaughan D, Sheldon T, Raynor P. (2004). Nurses' information use and clinical decision making- the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evidence-based Nursing*, 7:68-72
- Thompson C, Dalgleish L, Bucknall T, Estabrooks C, Hutchinson AM, Fraser K, deVos R, Binnekade J, Barrett G, Saunders J. (2008). The effects of time pressure and experience on nurses' risk assessment decisions. *Nursing Research*, 57(5):302-11
- Thompson C, Dowding D. (2001). Responding to uncertainty in nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5):609-15
- Thompson C, Dowding D. (2002). Decision making and judgment in Nursing: an Introduction. In: C. Thompson & D. Dowding (eds), *Clinical decision making and judgment in Nursing*, Edinburgh: Churchill Livingstone
- Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Raynor P. (2005). Barriers to evidence-based practice in primary care nursing: why viewing decision making as context is helpful. *Journal of Advanced Nursing*, 52(4):432-44
- Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon T, Thompson DR, Mulhall A. (2000). Nurses' use of research information in clinical decision making: a descriptive and analytical study- Final Report. NCC SDO, London
- Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR (2001a). The accessibility of research-based knowledge for nurses in United Kingdom acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1):11-22
- Thompson C, McCaughan DM, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. (2001b). Research information in nurses' clinical decision making: what is useful? *Journal of Advanced Nursing*, 36(3):376-88
- Thompson C, Yang H. (2009). Nurses' Decisions, Irreducible Uncertainty and Maximizing Nurses' Contribution to Patient Safety. *Healthcare Quarterly*, 12(sp):e178-e185
- Thompson C. (1999). A conceptual treadmill: the need for middle ground in clinical decision making theory. *Journal of Advanced Nursing*, 30:1222-29
- Thompson DR, Shutton TW. (1985). Nursing decision making in a coronary care unit. *International Journal of Nursing Studies*, 22(3):259-66
- Thompson HJ, Kagan SH. (2011). Clinical management of fever by nurses: doing what works. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2):359-70
- Tierney WM, Miller ME, Overhage JM, McDonald CJ. (2005). Physician inpatient order writing on microcomputer workstations: effects on resource utilization. Διαθέσιμο στη <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11418536>
Τελευταία πρόσβαση στις 7/11/2013
- Tindale RS, Meisenhelder HM, Dykema-Engblade AA, Hogg MA. (2001). Shared cognitions in small groups. In: MA. Hogg & RS Tindale (eds), *Blackwell Handbook in Social Psychology: Group Processes*, Oxford: Blackwell Publishers
- Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. (1991). Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children and nurses. *Heart & Lung*, 20:174-82
- Toda M. (1976). The decision process: a perspective. *International Journal of General Systems*, 3:79-88

- Tonnelier JM, Prat G, LeGal G, Gut-Gobert C, Renault A, Boles JM, L' Her E. (2005). Impact of nurses' protocol –directed weaning procedures on outcomes in patients undergoing mechanical ventilation for longer than 48 hours: a prospective cohort study with a matched historical control group. *Critical Care*, 9(2):R83-R89
- Torrance GW. (1987). Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Diseases*, 40:593-600
- Tracy MF, Lindquist R, Savik K, Watanuki S, Sendelbach S, Kreitzer MJ, Berman B. (2005). Use of complementary and alternative therapies: a national survey of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 14: 404-15
- Treggiari MM, Martin DP, Yanez ND, Caldwell E, Hudson LD, Rubenfeld GD. (2007). *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176:685-90
- Trossman S. (2005). Beyond mandatory overtime: the ANA and nurse leaders take aim at RN fatigue and workplace practices. *American Journal of Nursing*, 105:103-14
- Tulving E. (1972). Episodic and Semantic Memory. In: E. Tulving, W. Donaldson (eds), *Organization of memory*, New York: Academic Press
- Tversky A, Kahneman D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 1124-31
- Tversky A, Kahneman D. (1981). The framing of decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211:453-58
- Tversky A. (1967). Utility theory and additivity analysis on risky choices. *Journal of Experimental Psychology*, 75:27-36
- United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting (1984). *Code of Professional Conduct*, UKCC, London
- Urquhart C, Davies R. (1997). EVINCE: The value of information in developing nursing knowledge and competence. *Health Libraries Review*, 14:61-72
- Valentin A, Ferdinande P. (2011). ESICM Working Group on Quality Improvement Recommendations ON Basic Requirements for Intensive Care Units: Structural and Organizational Aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10): 1575-87
- Van Brugen GH, Smidts A, Wierenga B. (1998). Improving decision making by means of a marketing decision support system. *Management Science*, 44(5): 645-658
- Van Hooft S, Gillam I, Byrnes M. (1995). *Facts and Values: an Introduction to Critical Thinking for Nurses*, Sydney: MacLennan & Petty
- Vargo D. (2009). Factors influencing registered nurses' judgments and decisions in medication management. Doctoral dissertation, the Graduate Faculty of the University of Akron
- Vaughan FE. (1990). Varieties of intuitive experience. In: WH. Agor (ed), *Intuition in Organizations*, Newbury Park, CA: Sage Publications
- Veeramah V. (2004). Utilization of research findings by graduate nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2):183-91
- Verran JA, Geber RM, Milton DA. (1995). Data aggregation: criteria in psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health*, 18:77-80
- Vincent JL, Artigas A, Bihari D. (1994). Guidelines for the utilization of Intensive Care Units, *Intensive Care Medicine*, 20:163-4
- Von Neumann J, Morgenstern O. (1944). *Theory of Games and Economic Behavior*, NJ: Princeton University Press
- Voss JF, Lawrence JA, Engle JA. (1991). From representation to decision: an analysis of problem solving in international relations. In: RJ. Sternberg & PA. Frensh (eds), *Complex problem solving*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Voss JF, Post TA. (1988). On the solving of ill-structured problems. In: MH Chi, R. Glaser & M.Farr (eds), *The nature of expertise*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

- Vygotsky LS. (1986). Thought and language. Newly revised and edited by Alrx Kozulin, Cambridge: The MIT Press
- Waitzkin H. (1985). Information giving in medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26:81-101
- Walker L, Avant C. (1999). *Strategies for theory construction in Nursing*. 3rd Edition, NY: Appleton & Lange
- Walker N, Gillen P. (2006). Investigating nurses' perceptions of their role in managing sedation in intensive care: an exploratory study. *Intensive Critical Care Nursing*, 22: 338-45
- Walker T. (2003). Why evidence-based practice now? A polemic. *Nursing Inquiry*, 10:145-55
- Wallace RJ. (2006). Analysis of heuristic synergies. In: *Recent Advances in Constraints Joint ERCIM/Colognet Workshop on Constraint Solving and Constraint Logic Programming-CSCLP 2005. Revised Selected and Invited Papers. Lecture Notes in Artificial Intelligence, No 3978*, Berlin: Springer
- Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi P. (2003). A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care. *American Journal of Medicine*, 114:397-403
- Warelow P. (1996). Nurse-doctor relationships in multi-disciplinary teams: ideal or real? *International Journal of Nursing Practice*, 2:33-9
- Watson S. (1994). An exploratory study into a methodology for the examination of decision making by nurses in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 20:351-60
- Weber CE. (1984). Strategic thinking –Dealing with uncertainty. *Long range planning*, 17:60-70
- Weber S. (2011). Impacts of Clinical Decision Support Technology on Nursing and Medical Practice in US Critical Care. *Canadian Journal of Nursing Informatics*. Διαθέσιμο στη <http://www.cjni.net/journal/?p=1094> Τελευταία Πρόσβαση στις 22/11/2013
- Weil MH, Michaels S, Puri VK, Carlson RW. (1981). The STAT Laboratory: facilitating blood gas and biochemical measurements for the critically ill and injured. *American Journal of Clinical Pathology*, 76:34-42
- Weil MH, Tang W. (2011). From Intensive Care to Critical Care Medicine: a historical perspective. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 183:1451-3
- Weil MH, Von Planta M, Rackov E. (1989). Critical Care Medicine: Introduction and historical perspective. In L. W. Shoemaker, S. Ayres, A. Grenwick, P. Hollbrook, W.L. Thompson (eds), *Textbook of Critical Care*, Philadelphia: Saunders
- Weinert CR, Chlan L, Gross C. (2001). Sedating critically ill patients: factors affecting nurses' delivery of sedative therapy. *American Journal of Critical Care*, 10:156-67
- Westfall UE, Tanner CA, Putzier OJ, Padrick KP. (1986). Activating clinical inferences: a component of diagnostic reasoning. *Research in Nursing and Health*, 9(4):269-77
- WFCCN. (2003). Declaration of Sydney (Constitution). Διαθέσιμη στη: <http://www.wfccn.org/news>. Τελευταία πρόσβαση στις 8/8/2012
- WFCCN. (2005). Declaration of Madrid: position statement on the provision of Critical Care Nursing Education. Διαθέσιμο στη <http://www.wfccn.org/news>. Τελευταία πρόσβαση στις 8/8/2012
- White JE, Nativio DG, Kobert SN, Engberg SJ. (1992). Content and process in clinical decision making by nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24:153-8
- Whitley GG, Gulanick M. (1996). Barriers to the use of nursing diagnosis language in clinical settings. *Nursing Diagnosis*, 7:25-32
- Whyte G, Sebenius JK. (1997). The effect of multiple anchors on anchoring in individual and group judgment. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 69(1):75-89
- Whyte G. (1991). Diffusion of responsibility: effects on the escalation tendency. *Journal of Applied Psychology*, 76(3):408-415
- Wilkstrom S. (2008). *Technology. A supporter and challenger in everyday practice. A study of Interaction in the ICU*. Doctoral Dissertation, Gothenburg, Sweden: Sahlgrenska Academy

- Williams G, Schmollgruber S, Alberto L. (2006). Consensus Forum: Worldwide guidelines in the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards. *Critical Care Clinics*, 22:393-406
- Willig C. (2001). *Introducing qualitative research in Psychology. Adventures in theory and method*, Buckingham: Open University Press
- Wilsey SA. (2006). *A content analysis of the treatment narratives of patients with complicated grief*. Doctoral Dissertation, Applied Development Psychology Department, Pittsburg: University of Pittsburg
- Wilson TD. (1994). Information needs and uses: fifty years of progress? In: BC. Vickery (ed), *Fifty years of Information Progress: A Journal of Documentation Review*, London: Association for Information Management
- Wood PK. (1983). Inquiring systems and problem structures: implications for cognitive development. *Human Development*, 26: 249-65
- Wooley N. (1990). Nursing diagnosis: exploring the factors which may influence the reasoning process. *Journal of Advanced Nursing*, 15:110-17
- Wright A, Sitting DF, Ash JS, Sharma S, Pang JE, Middleton B. (2009). Clinical decision support capabilities of commercially available clinical information systems. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(5):637-44
- Wright PL. (1974). The harassed decision maker, time pressures, distractions and the use of evidence. *Journal of Applied Psychology*, 59: 555-61
- Wurzbach M. (1991). Judgment under conditions of uncertainty. *Nursing Forum*, 26:27-34
- Yianiv G. (2000). Withholding information from cancer patients as physician's decision under risk. *Medical decision making*, 20:216-27
- Yonelinas AP. (2001). Components of episodic memory: the contribution of recollection and familiarity. *Philosophical transactions of the Royal Society B*, 356(1413): 1363-74
- Young N. (2012). An exploration of clinical decision making among students and newly qualified midwives. *Midwifery*, 28(6): 824-30
- Yura H, Walsh MB (1988). *The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating*. 5th Edition, NY: Appleton-Century-Crofts
- Zajchowski R, Martin J. (1993). Differences in problem solving of stronger and weaker novices in physics: knowledge strategies or knowledge structure? *Journal of Research in Science Teaching*, 30:459-70
- Zajonc RB. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inference. *American Psychologist*, 35: 151-75.
- Zajonc RB. (1998). Emotions. In: D. Gilbert, S. Fiske, G. Lindzey (eds), *Handbook of social psychology* (vol.1), NY: Oxford University Press
- Zangaro GA, Soeken KL. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4): 445-58
- Zeelenberg M, Dijk WW, Manstead ASR, Pligt J. (2000). On bad decisions and disconfirmed expectancies: the psychology of regret and disappointment. *Cognition and Emotion*, 14(4):521-41
- Zhang Y, Wildemuth BM. (2009). Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (ed) *Applications of Social Research Methods to Questions in Information & Library*. Διαθέσιμο στη http://ils.unc.edu/vyanz/content_analysis.pdf. Τελευταία πρόσβαση στις 2/9/2013
- Ziman J. (1992). Η αξιοπιστία της γνώσης. Μετάφραση: Νίκος Ταμπάκης, Αθήνα: Εκδόσεις Κωστανάκη
- Zimmerman BJ. (1989). Self-regulating academic learning and achievement: the emergence of a social cognitive perspective. *Educational Psychology Review*, 2:173-201
- Zuzelo PR, Gettis C, Hansell AN, Thomas L. (2008). Describing the influence of technologies on registered nurses' work. *Clinical Nurse Special*

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Zavalloni M. (1995) Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση: Εισαγωγή στην Εγω-Οικολογία. Επιμέλεια Ρήγα Λ, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Αδαλή Ε. (1999). Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης νοσηλευτών σε Παθολογικά Τμήματα, ΜΕΘ και ΤΕΠ, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα: Έθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Αδάμου Ε, Γιακουμδάκης Κ, Καδδά Ο, Αργυριου Γ, Καπάδοχος Θ, Βασιλόπουλος Γ, Μαρβάκη Χ. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10(2): 221-239
- Αλεξιάς Γ. (1998). Κοινωνιολογία της Ιατρικής: Η περίπτωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών
- Αλεξιάς Γ. (2001). Η κοινωνική κατασκευή του ιατρικού λόγου στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Δοκιμές, 9-10: 158
- Αλεξιάς Γ, Μπλέτσος Κ. (2009). Η ιατρική εξουσία στα όρια ζωής και θανάτου: μία ψυχοκοινωνιολογική ανάλυση. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 130Γ': 49-74
- Ανευλαβής Ε. (1994). Το κλινικό πρόβλημα ως πρόβλημα λήψης αποφάσεων. Στο: Λ. Σπάρος (εκδ), Ανάλυση των Κλινικών Αποφάσεων, Αθήνα: Ιατρική Εταιρεία Αθηνών
- Ανευλαβής Ε. (2000). Η επιστήμη της κλινικής διαγνωστικής. Λόγος περί μεθόδου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(3): 300-25
- Ανευλαβής Ε. (2001). Η ασαφής (fuzzy) λογική στην Κλινική Ιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(4):401-14
- Ανευλαβής Ε. (2004). Λήψη κλινικών αποφάσεων υπό κίνδυνο. Οι έννοιες της χρησιμότητας (utility), της προσδοκίας (prospect) και της μεταμέλειας (regret). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(1): 63-85
- Αποστολάκης Ι, Σωτήρχου Α, Τσακλακίδου Δ, Τσικρικάς Α, Κυριόπουλος Γ. (2007). Η ενσωμάτωση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στα δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, Ιατρική, 3:235-42
- Βαγγελάτος Α, Σαριβουγιούκας Ι. (2005). Παράγοντες επιτυχίας για την εισαγωγή πληροφοριακών συστημάτων στα νοσοκομεία. Επιθεώρηση της Υγείας, 24-29
- Βιτούλης Μ. (2005). Χρήση Η/Υ και δημιουργική σκέψη. Διερεύνηση της επίδρασης που έχει η χρήση των Η/Υ στην ανάπτυξη της δημιουργικής σκέψης των μαθητών Δ', Ε', ΣΤ' Δημοτικού & Α' Γυμνασίου. Διδακτορική διατριβή. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Φλώρινα: Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας
- Γαλάνης Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(6): 744-55
- Γωνιά ΣΕ. (1994). Παραγωγικός και επαγωγικός διαλογισμός σε διαφορετικά πεδία σκέψης: γνωστικές και μεταγνωστικές διαστάσεις. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ψυχολογίας, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Δεκλερής Μ. (1989). Διοίκηση Συστημάτων, Αθήνα: Εκδόσεις Α.Ν. Σάκκουλα
- Δερβίσης Σ. (1998). Η δημιουργική σκέψη και η δημιουργική διδακτική διαδικασία. 5^η Έκδοση, Θεσσαλονίκη: Εκδότης Σ. Δερβίσης
- Δημητριάδου-Παντέκα Α, Λαβδανίτη Μ, Κωνσταντινίδου-Στράικου Α, Τριαρίδης Α, Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2009). Παράγοντες που διαμορφώνουν την επαλήθευση των προσδοκιών της επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Νοσηλευτική, 48(2):228-37
- Εγκυκλοπαίδεια ΠΑΠΥΡΟΣ-Λαρούς-Μπριτάννικα (1996), Αθήνα: Πάπυρος
- Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδας – Τομέας Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής. (2009). Αποτελέσματα μελέτης TEEN για τη στελέχωση των ελληνικών ΜΕΘ 1997-2009. Διαθέσιμο στη http://www.esne.gr/index.php?option=com_remository Τελευταία πρόσβαση στις 9/8/2012

- Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας (ΕΕΕΘ) (2008). Βάση δεδομένων για τις Ελληνικές Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ενηλίκων. Διαθέσιμο στη www.icu.gr. Τελευταία πρόσβαση 14/8/2012
- Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας. (2008). Έρευνα σε 74 Ελληνικές ΜΕΘ. Διαθέσιμο στη <http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/6.ppt> Τελευταία πρόσβαση στις 9/8/2012
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (1997). Προς μία Ευρώπη της Γνώσης. Ανακοίνωση της Ε.Ε.Κ Διαθέσιμο στη <http://www.parliament.gr/european-union> Τελευταία πρόσβαση στις 9/11/2013
- Ίδρυμα Τριανταφυλλίδη (1998). Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής Γλώσσας, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Κάντας Α, Χαντζή Α. (1991). Ψυχολογία της Εργασίας. Θεωρίες Επαγγελματικής Ανάπτυξης. Στοιχεία Συμβουλευτικής, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καρατζάς ΣΠ. (2003). Ποιος είναι ο βαριά πάσχων; Διαθέσιμο στη: http://www.icutopics.com/.../03_PoiosEinaiOVariaPasxon. Τελευταία πρόσβαση στις 7/8/2012
- Καργόπουλος Φ. (1989). Συμβολική Λογική, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Καψάλης Α. (1996). Παιδαγωγική Ψυχολογία. Γ' Έκδοση, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Κυριακίδη
- Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας. (1987). Γνωμοδοτική απόφαση 3/47 της Ολομέλειας της 28-5/4-6-87
- Κουζής Ι. (2001). Εργασιακές σχέσεις και ευρωπαϊκή ολοκλήρωση: Ευελιξία και απορρύθμιση ή αναβάθμιση της εργασίας. Μελέτες ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ
- Κυριαζή Ν. (1999). Η κοινωνιολογική έρευνα: κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κυριόπουλος Γ. (2011). Πέραν του Μνημονίου: ανασυγκρότηση ή collapsus στο σύστημα υγείας; Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Διαθέσιμο στη http://www.esdy.edu.gr/files/009_oikonomikon_ygeias Τελευταία πρόσβαση στις 12/10/2013
- Κρανιδιώτης Γ, Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α, Νανάς Σ. (2010). Προτελευταία διλήμματα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας: μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27:18-36
- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. (2005). ΦΕΚ 3418/287 τΑ/28-11-2005
- Λαζακίδου Α. (2005). Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων & Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα: Κλειδάριθμος
- Ματσαγγούρας Η. (2002). Στρατηγικές διδασκαλίας. Η κριτική σκέψη στη διδακτική πράξη, 5^η έκδοση, Αθήνα: Gutenberg
- Ντάβου Μ. (2000). Η διεργασία της σκέψης στην εποχή της πληροφορίας, Αθήνα: Παπαζήσης
- Πελεγρίνης Θ. (2004). Λεξικό της Φιλοσοφίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Προεδρικό Διάταγμα 351/8-6-1989 «Καθορισμός Επαγγελματικών Δικαιωμάτων πτυχιούχων του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματικών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων»
- Ράπτης Α, Ράπη Α. (2007). Μάθηση και Διδασκαλία στην Εποχή της Πληροφορίας: Ολική Προσέγγιση, Αθήνα: Παιδαγωγικό Ινστιτούτο
- Σπάρος Λ. (2001). Μετα-επιδημιολογία ή εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αιτιο-γνωστική, δια-γνωστική, προ-γνωστική. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα
- Τσιμογιάννη Α, Μπαλόπουλος Γ, Φιλντίσης Γ, Μπούτζουκα Ε, Μυριανθεύς Π, Λαδάκης Χ. (2001). Στελέχωση πολυδύναμων Μονάδων Εντατικής Θεραπείας: παρούσα κατάσταση. Πνεύμων, 14(1): 38-46

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΝΤΥΠΟ 1. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΓΙΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΦΑΣΗΣ Ι ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΡΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

| | |
|---|--|
| ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 123 11527 – ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ/ΦΑΧ: 2107461480/2107461476 e- mail mggiannak@nurs.uoa.gr ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ | FACULTY OF NURSING SECTION INTERNAL MEDICINE-NURSING 123 PAPADIAMANTOPOULOU GR 11527 ATHENS, GREECE TEL/FAX: +30 2107461480/2107461476 e- mail mggiannak@nurs.uoa.gr Assist. Professor: MARGARITA GIANNAKOPOULOU |
|---|--|

Θέμα: Έγκριση πραγματοποίησης μελέτης στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής

Αξιότιμα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής,

Με το παρόν επιζητούμε την άδειά σας για την εκπόνηση μίας ερευνητικής μελέτης με θέμα: **«Μελέτη της Διαδικασίας Λήψης Νοσηλευτικών Κλινικών Αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας»**. Η ως άνω μελέτη εκπονείται στα πλαίσια των υποχρεώσεων της υποψηφίας διδάκτορας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Καρρά Βασιλικής για τη λήψη διδακτορικού διπλώματος.

Το κόστος του προτεινόμενου έργου καλύπτεται από συγχρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο-ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του επιχειρησιακού προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) –Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος ΙΙ. Η έρευνα επιβλέπεται από την Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου και στοχεύει στη μελέτη των κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ευελπιστούμε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα συμβάλλουν στη διερεύνηση της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων σε συνθήκες κλινικής αβεβαιότητας και στη διαμόρφωση προτάσεων για εκπαιδευτικές και επαγγελματικές αλλαγές βασισμένων σε πραγματικά δεδομένα.

Η μελέτη θα διενεργηθεί με συμπλήρωση πρωτότυπων φύλλων καταγραφής κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας κατά το χρόνο ενός 8ωρου ωραρίου εργασίας τους και θα αφορά στο ποιες κλινικές αποφάσεις λαμβάνει κατά τη νοσηλευτική φροντίδα ενός από τους ασθενείς ευθύνης του. Η μελέτη δεν περιλαμβάνει παρέμβαση σε ασθενείς, ενώ θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια ως προς τα στοιχεία αυτών. Η μελέτη δεν εμπλέκει άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός των νοσηλευτών. Αποσαφηνίζουμε ότι η συλλογή δεδομένων θα λάβει χώρα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να τηρούνται όλες οι αρχές ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου, τόσο ως προς το προσωπικό, όσο και ως προς τις κλινικές μονάδες, τα νοσοκομεία και κάθε εμπλεκόμενο φορέα. Τα ονόματα του προσωπικού, των Μονάδων και των Νοσοκομείων δεν θα αναφέρονται σε κανένα φύλλο συλλογής δεδομένων, ούτε και σε καμία φάση της μελέτης. Η μελέτη δεν θα παρακωλύσει τις εργασίες των Μονάδων του Νοσοκομείου, καθώς και δεν θα το επιβαρύνει οικονομικά ή με οποιονδήποτε άλλον τρόπο.

Σε περίπτωση που θελήσετε να έρθετε σε επαφή με την ερευνητική ομάδα για περαιτέρω διευκρινήσεις, παρακαλώ επικοινωνήστε με τη βασική ερευνήτρια Καρρά Βασιλική μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου vassilikikarra@yahoo.com ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **6945754052** ή με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου mggiannak@nurs.uoa.gr ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **210 7461480**.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την ευνοϊκή κρίση της προτεινόμενης μελέτης.

Με τιμή,

Καρρά Βασιλική
Νοσηλεύτρια, MSc, MHCM

Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα
Επίκουρη Καθηγήτρια

**ΕΝΤΥΠΟ 2. ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΦΑΣΗ Ι ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

Πρόσκληση

Με το παρόν σας προσκαλούμε επίσημα να συμμετάσχετε σε ερευνητική μελέτη που διεξάγεται στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής της κ. Βασιλικής Καρρά με θέμα «**Μελέτη της Διαδικασίας Λήψης Νοσηλευτικών Κλινικών Αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας**». Η μελέτη επιβλέπεται από την Επίκουρη Καθηγήτρια, κ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου.

Σκοπός της είναι η διερεύνηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Ευελπιστούμε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα συμβάλλουν στην καταγραφή και ταυτοποίηση των κλινικών αποφάσεων που λαμβάνουν οι νοσηλευτές των ΜΕΘ σε πραγματικές συνθήκες, καθώς και στη διαμόρφωση προτάσεων βασισμένων σε πραγματικά δεδομένα.

Θα παραλάβετε ένα πρωτότυπο φύλλο καταγραφής των αποφάσεων σας, που είναι χωρισμένο σε τρία τμήματα. Το πρώτο τμήμα περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικών - δημογραφικών στοιχείων, το δεύτερο περιλαμβάνει δύο ερωτήσεις σχετικά με το ωράριο και την ημέρα της εβδομάδας που θα γίνει η καταγραφή των αποφάσεων και το τρίτο μέρος περιλαμβάνει λευκά φύλλα για να καταγράψετε τις αποφάσεις που θα πάρετε κατά τη διάρκεια του ωραρίου σας για έναν από τους ασθενείς που σας έχει ανατεθεί και τις σκέψεις που τυχόν κάνετε πριν από κάθε απόφαση. Διευκρινίζεται ότι οι ερευνητές δεν έχουμε ενδιαφέρον για το αν οι αποφάσεις σας είναι σωστές ή όχι, παρά μόνο ποιες είναι οι κλινικές σκέψεις σας και η τελική σας επιλογή κατά τη φροντίδα ενός ασθενή που νοσηλεύεται σε ΜΕΘ.

Η συμπλήρωση και η επιστροφή του φύλλου καταγραφής θα θεωρηθεί ως εθελοντική συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στη μελέτη. Δίνοντας τη συγκατάθεσή σας επιβεβαιώνετε το γεγονός ότι έχετε κατανοήσει το σκοπό της μελέτης και το πώς θα αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα.

Όλες οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της μελέτης θα παραμείνουν εμπιστευτικές. Θα τηρηθούν οι αρχές ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου, τόσο ως προς το προσωπικό, όσο και ως προς τις νοσηλευτικές μονάδες και τα νοσοκομεία. Τα ονόματα του προσωπικού, των μονάδων και των νοσοκομείων δεν θα αναφέρονται σε κανένα φύλλο καταγραφής.

Σε περίπτωση που θελήσετε να έρθετε σε επαφή με την ερευνητική ομάδα για περαιτέρω διευκρινήσεις, παρακαλώ επικοινωνήστε με τη βασική ερευνήτρια Καρρά Βασιλική μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου vassilikikarra@yahoo.com ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **6945754052** ή με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου mgiannak@nurs.uoa.gr ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **210 7461480**.

Ευχαριστούμε για την πολύτιμη βοήθειά σας !

Καρρά Βασιλική
Νοσηλεύτρια, MSc, MHCM

Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα
Επίκουρη Καθηγήτρια

**ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΕΣΤΙΑΣΗΣ**

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΟΜΑΔΑ ΕΣΤΙΑΣΗΣ

Τίτλος Μελέτης: Μελέτη της Διαδικασίας Λήψης Νοσηλευτικών Κλινικών Αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)

Επιστημονικά Υπεύθυνη της Έρευνας: Δρ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ, τηλ. 210 7461480

Κύρια ερευνήτρια: Καρρά Βασιλική, Νοσηλεύτρια, MSc, PhD(c), Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αττικής, τηλ. 6945754052, 2108039664, vassilikikarra@yahoo.com

Σκοπός και στόχοι: Οι σκοποί της παρούσας έρευνας είναι α) να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ και β) να εντοπιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο κλινικής σκέψης τους και τη λήψη των κλινικών τους αποφάσεων. Οι στόχοι των ομαδικών συνεντεύξεων είναι η συλλογή ποιοτικών δεδομένων, η περαιτέρω επεξεργασία των οποίων θα αποτελέσει τη βάση για τη δημιουργία πρωτότυπου ερωτηματολογίου διερεύνησης της διαδικασίας λήψης κλινικών νοσηλευτικών αποφάσεων σε ΜΕΘ.

Διαδικασία των συνεντεύξεων: Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία ομαδική συνέντευξη, που προγραμματίζεται ότι θα διαρκέσει 1,5 ώρες. Αφού λυθεί κάθε απορία σας για τη διαδικασία, η ερευνήτρια θα κάνει ερωτήσεις επί συγκεκριμένων και προκαθορισμένων θεμάτων σχετικών με τις κλινικές αποφάσεις που λαμβάνουν οι νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας. Η συζήτηση θα μαγνητοφωνηθεί. Για το λόγο αυτό παρακαλείστε να ομιλείτε ένας-ένας, αναφέροντας τον κωδικό σας στην αρχή της κάθε παρέμβασής σας. Η συμμετοχή σας είναι απολύτως εθελοντική και έχετε το δικαίωμα να διακόψετε τη συμμετοχή σας ανά πάσα στιγμή, ακόμα και για προσωπικούς λόγους, χωρίς την υποχρέωση αιτιολόγησης της αποχώρησής σας.

Εμπιστευτικότητα: Τα δεδομένα που θα προκύψουν από τη συνέντευξη, θα απομαγνητοφωνηθούν και θα αναλυθεί το περιεχόμενό τους. Το απομαγνητοφωνημένο υλικό πρόκειται να διατηρηθεί με απόλυτη εχεμύθεια. Δεν πρόκειται να γίνει αναφορά των προσωπικών σας δεδομένων ή των νοσοκομείων στα οποία εργάζεστε σε κανένα στάδιο της μελέτης ή της δημοσιοποίησης των ευρημάτων. Το απόρρητο των πληροφοριών που δίνετε μέσω των συνεντεύξεων θα προστατευτεί κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της ερευνητικής διαδικασίας. Το υλικό θα καταστραφεί πέντε χρόνια μετά το τέλος της μελέτης.

Πιθανοί κίνδυνοι/οφέλη: Δεν υπάρχει κάποιος πιθανός ψυχολογικός ή κοινωνικός κίνδυνος από τη συμμετοχή σας σε αυτή τη μελέτη. Παράλληλα δεν υπάρχει και κάποιο άμεσο όφελος ή χρηματική αμοιβή για εσάς από τη συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα.

Συγκατάθεση: Έχοντας διαβάσει την περιγραφή της έρευνας και αφού μου δόθηκε η ευκαιρία να λάβω απαντήσεις σε όλα τα σχετικά ερωτήματα που έθεσα, δέχομαι να συμμετάσχω στην επικείμενη έρευνα με τη μέθοδο της ομαδικής συνέντευξης.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

**ΕΝΤΥΠΟ 4. ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΓΙΑ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ
ΦΑΣΗΣ ΙΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΡΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS

| | |
|---|---|
| ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 123 11527 – ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ/ΦΑΧ: 2107461480/2107461476 e- mail mggiannak@nurs.uoa.gr | FACULTY OF NURSING SECTION INTERNAL MEDICINE-NURSING 123 PAPADIAMANTOPOULOU GR 11527 ATHENS, GREECE TEL/FAX: +30 2107461480/2107461476 e- mail mggiannak@nurs.uoa.gr |
| ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ | Assist. Professor: MARGARITA GIANNAKOPOULOU |

Θέμα: Έγκριση πραγματοποίησης μελέτης στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής

Αξιότιμα μέλη της Επιστημονικής Επιτροπής,

Με το παρόν επιζητούμε την άδειά σας για την εκπόνηση μίας ερευνητικής μελέτης με θέμα: **«Μελέτη της Διαδικασίας Λήψης Νοσηλευτικών Κλινικών Αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας»**. Η ως άνω μελέτη εκπονείται στα πλαίσια των υποχρεώσεων της υποψηφίας διδάκτορος του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών Καρρά Βασιλικής για τη λήψη διδακτορικού διπλώματος.

Το κόστος του προτεινόμενου έργου καλύπτεται από συγχρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο-ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του επιχειρησιακού προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) –Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: Ηράκλειτος ΙΙ. Η έρευνα επιβλέπεται από την Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου και στοχεύει στη μελέτη της διαδικασίας λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και των παραγόντων που τις επηρεάζουν. Ευελπιστούμε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής θα συμβάλλουν στη διερεύνηση της λήψης νοσηλευτικών αποφάσεων σε συνθήκες κλινικής αβεβαιότητας και στη διαμόρφωση προτάσεων για εκπαιδευτικές και επαγγελματικές αλλαγές βασισμένων σε πραγματικά δεδομένα.

Η μελέτη θα διενεργηθεί με συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους νοσηλευτές των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας και Μονάδων Εμφραγμάτων, είτε στον προσωπικό τους χρόνο, είτε σε χρόνο που κρίνεται κατάλληλος από τον υπεύθυνο του τμήματος. Η μελέτη δεν εμπλέκει ασθενείς ή συγγενείς τους ή άλλους επαγγελματίες υγείας εκτός των νοσηλευτών. Αποσαφηνίζουμε ότι η συλλογή δεδομένων θα λάβει χώρα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να τηρούνται όλες οι αρχές ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου, τόσο ως προς το προσωπικό, όσο και ως προς τις κλινικές μονάδες, τα νοσοκομεία και κάθε εμπλεκόμενο φορέα. Τα ονόματα του προσωπικού, των Μονάδων και των Νοσοκομείων δεν θα αναφέρονται σε κανένα φύλλο συλλογής δεδομένων, ούτε και σε καμία φάση της μελέτης. Η μελέτη δεν θα επιβαρύνει το προσωπικό σας, ούτε και θα παρακωλύσει τις εργασίες των Μονάδων του Νοσοκομείου, καθώς και δεν θα το επιβαρύνει οικονομικά ή με οποιονδήποτε άλλον τρόπο.

Σε περίπτωση που θελήσετε να έρθετε σε επαφή με την ερευνητική ομάδα για περαιτέρω διευκρινήσεις, παρακαλώ επικοινωνήστε με τη βασική ερευνήτρια Καρρά Βασιλική μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου vassilikikarra@yahoo.com ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **6945754052** ή με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου mggiannak@nurs.uoa.gr ή τηλεφωνικά στο τηλέφωνο **210 7461480**. Επισυνάπτεται περιληπτικό πρωτόκολλο της μελέτης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την ευνοϊκή κρίση της προτεινόμενης μελέτης.

Με τιμή,

Καρρά Βασιλική
Νοσηλεύτρια, MSc, MHCM

Γιαννακοπούλου Μαργαρίτα
Επίκουρη Καθηγήτρια

ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΜΕ ΘΕΜΑ:
ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ικανότητα συλλογής και σύνθεσης κλινικών πληροφοριών, αναγνώρισης κλινικών προβλημάτων, καθορισμού αποφάσεων και κατάλληλης εφαρμογής αυτών στο κλινικό περιβάλλον είναι απαραίτητο στοιχείο της νοσηλευτικής επαγγελματικής πρακτικής και επιστημονικής γνώσης. Στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), οι νοσηλευτές λαμβάνουν πολλαπλές κλινικές αποφάσεις, μέσα σε ένα πολύπλοκο περιβάλλον, υπό συνθήκες αβεβαιότητας, προκειμένου να προσφέρουν εξατομικευμένη φροντίδα στους νοσηλευόμενους.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του τρόπου λήψης κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές των ΜΕΘ και η μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την κλινική τους κρίση.

Μέθοδος: Θα διενεργηθεί α) ποιοτική μελέτη με ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ώστε να διερευνηθούν οι διαδικασίες, οι παράγοντες, τα νοήματα και οι στάσεις των νοσηλευτών, που είναι σημαντικά για τη λήψη κλινικών αποφάσεων από νοσηλευτές των ΜΕΘ και β) ποσοτική μελέτη μέσω ερωτηματολογίων, ώστε να καθοριστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία.

Αναμενόμενα Αποτελέσματα του προτεινόμενου έργου

Στα προσδοκώμενα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να αποδειχθεί για πρώτη φορά στην ελληνική βιβλιογραφία ότι οι νοσηλευτές λαμβάνουν κρίσιμες κλινικές αποφάσεις για την έκβαση της υγείας των βαρέως πασχόντων, που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, να διασαφηνιστεί ο τρόπος που τις λαμβάνουν και να αναδειχθούν συσχετίσεις της κλινικής σκέψης και κρίσης τους με προσωπικούς, διαπροσωπικούς και οργανωτικούς παράγοντες, που προσδιορίζουν τόσο τους Έλληνες νοσηλευτές των ΜΕΘ, όσο και το ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον

**ΕΝΤΥΠΟ 5. ΦΟΡΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΦΑΣΗ ΙΙΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΡΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS**

| | |
|---|---|
| ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΠΑΠΑΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ 123 11527 – ΑΘΗΝΑ ΤΗΛ/ΦΑΧ: 2107461480/2107461476 e- mail mgiannak@nurs.uoa.gr ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ | FACULTY OF NURSING SECTION INTERNAL MEDICINE-NURSING 123 PAPADIAMANTOPOULOU GR 11527 ATHENS, GREECE TEL/FAX: +30 2107461480/2107461476 e- mail mgiannak@nurs.uoa.gr Assos. Professor: MARGARITA GIANNAKOPOULOU |
|---|---|

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με το παρόν σας προσκαλούμε επίσημα να συμμετάσχετε σε μία ερευνητική μελέτη που διεξάγεται στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της νοσηλεύτριας Καρρά Βασιλικής, με θέμα: **«Μελέτη της Διαδικασίας Λήψης Νοσηλευτικών Κλινικών Αποφάσεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας»**. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται οι κλινικές αποφάσεις από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και των παραγόντων που τις επηρεάζουν.

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης θα γίνει με εφαρμογή ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων. Προκειμένου να συλλεχθούν τα ποσοτικά δεδομένα θα σας δοθεί ερωτηματολόγιο στο οποίο θα πρέπει να συμπληρώσετε κάποια δημογραφικά στοιχεία, καθώς και να απαντήσετε σε ερωτήσεις με βάση μία κλίμακα 5 σημείων από το ποτέ ή σχεδόν ποτέ μέχρι το σχεδόν πάντα ή πάντα και μία δεύτερη κλίμακα 5 σημείων από το συμφωνώ απόλυτα έως το διαφωνώ απόλυτα. Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο θα χρειαστείτε 10-12 λεπτά.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι εθελοντική, δεν θα λάβει χρηματική ανταμοιβή και τυχόν άρνηση ή διακοπή της δεν πρόκειται να έχει οποιοδήποτε είδους επίπτωση. Επιπλέον, σε κανένα σημείο του ερωτηματολογίου δεν απαιτείται και δεν καταγράφεται το ονοματεπώνυμό σας ή οποιοδήποτε άλλο στοιχείο που θα μπορούσε να προσδιορίσει την ταυτότητά σας. Η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα και το απόρρητο των πληροφοριών θα προστατευθούν κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της ερευνητικής αυτής μελέτης. Από τη συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή δεν υπάρχει κάποιος πιθανός ψυχολογικός ή άλλος κίνδυνος.

Ελπίζουμε να αφιερώσετε λίγο από το χρόνο σας για να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν. Πριν απαντήσετε παρακαλούμε να τις διαβάσετε προσεκτικά και να μην αφήσετε καμία αναπάντητη, ώστε να μην αλλοιωθεί το αποτέλεσμα της μελέτης. Σας ευχαριστούμε θερμά, εκ των προτέρων, για τη βοήθειά σας και τον πολύτιμο χρόνο που αφιερώσατε.

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
Παπαδιαμαντοπούλου 123
Τηλ. 210 7461480

Υποψηφία Διδάκτωρ

Καρρά Βασιλική
Νοσηλεύτρια
Νοσοκομείο Σισμανόγλειο
Σισμανογλείου 1, Μαρούσι
Τηλ. 6945754052

ΕΝΤΥΠΟ 6. ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

ΜΕΛΕΤΗ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΕΘ

Όταν λέμε κλινικές αποφάσεις τι εννοούμε; Απόφαση είναι το να επιλέγεις μεταξύ δύο ή περισσότερων ενεργειών, σύμφωνα με ορισμένες αρχές, για την εκπλήρωση συγκεκριμένου στόχου.

Παραδείγματα κλινικών αποφάσεων που μπορούν να λάβουν οι νοσηλεύτες φαίνονται περιληπτικά στον παρακάτω πίνακα. Φυσικά υπάρχουν πολύ περισσότερες και διαφορετικές αποφάσεις που μπορεί εσείς να παίρνετε καθημερινά.

| ΤΥΠΟΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ | ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ |
|--|--|
| ✓ Εκτίμηση | Απόφαση για εκτίμηση κινδύνου ανάπτυξης έλκους κατάκλισης. |
| ✓ Διάγνωση | Απόφαση ότι ο ασθενής πονάει |
| ✓ Παρέμβαση | Απόφαση για αλλαγή μιας περιφερικής iv γραμμής Απόφαση για γύρισμα ασθενούς στο κρεβάτι Τοποθέτηση κουβέρτας στον ασθενή διότι εκτιμάτε ότι κρυώνει |
| ✓ Επικοινωνία | Απόφαση προσπάθειας επικοινωνίας με τον άρρωστο |
| ✓ Αναφορά | Απόφαση για κλήση ή αναφορά σε γιατρό, φυσιοθεραπευτή, διαιτολόγο ή εμπειρότερο νοσηλεύτη |
| ✓ Προσφορά υπηρεσίας | Απόφαση τακτοποίησης του ασθενή μέσα στο τμήμα, στον κατάλληλο χώρο (π.χ. απομόνωση) ή στο κατάλληλο κρεβάτι ανάλογα με την κατάστασή του |
| ✓ Αναζήτηση πληροφοριών κ.λ.π. | Απόφαση για αναζήτηση κλινικών πληροφοριών σχετικά με την κλινική κατάσταση ενός αρρώστου από τον ιατρικό φάκελο ή σχετικά με ασθένεια ή διαδικασία από βιβλιογραφία/Διαδίκτυο |

Παρακαλώ, στις επόμενες σελίδες σημειώστε **ΟΛΕΣ** τις κλινικές αποφάσεις που θα πάρετε κατά τη διάρκεια του ωραρίου σας, από τις πιο απλές έως και τις πιο σημαντικές και σύνθετες, κατά το δυνατό με τη σειρά, καθώς και τις σκέψεις που κάνετε πριν τις λάβετε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ηλικία Φύλο..... Εκπαίδευση..... Ειδικότητα.....
Μεταπτυχιακό..... Διδακτορικό.....

Προϋπηρεσία σε ΜΕΘ.....Συνολική προϋπηρεσία στο Νοσοκομείο.....

Σημειώστε την Νοσηλευτική Βάρδια που έγινε η καταγραφή:

Πρωί Απόγευμα Νύχτα

Σημειώστε τη μέρα τη εβδομάδας που έγινε η καταγραφή:

Δευτέρα-Παρασκευή Σάββατο Κυριακή

ΟΔΗΓΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΣΗ II ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

- 1) Εισαγωγική ερώτηση: **Όταν λέμε κλινικές αποφάσεις, τι εννοούμε; Στην κλινική σας πρακτική στη ΜΕΘ ποιες κλινικές αποφάσεις παίρνετε συνήθως;** (Μπορείτε να ανακαλέσετε στη μνήμη σας τη φροντίδα ενός ασθενή από την ώρα που αναλαμβάνετε τη φροντίδα του μέχρι τη λήξη του ωραρίου σας. Ποιες είναι οι ενέργειες που κάνετε;).
- 2) **Όταν αναλαμβάνετε έναν ασθενή στη ΜΕΘ, σχεδιάζετε εξ αρχής τη φροντίδα του για το επόμενο οκτάωρο ή όχι; Αν κάνετε προγραμματισμό, με ποιον τρόπο καταρτίζετε το σχέδιο της φροντίδας του;** (Στηρίζετε σε κάποιο συγκεκριμένο πλαίσιο ή έχετε κατά νου κάποιες θεωρητικές κατευθύνσεις;) **Τι σας οδηγεί στο να μην κάνετε προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας;**
- 3) **Θυμηθείτε μία απόφαση ή δραστηριότητα που θεωρείτε ότι αποτελεί νοσηλευτική ρουτίνα στη ΜΕΘ - οικεία, συνήθης, επαναλαμβανόμενη-, (π.χ Χορήγηση της IV αντιβιοτικής αγωγής του ασθενή σας, Τιτλοποίηση αναλγητικού ή καταστολής). Τι σκέφτεστε όταν έχετε να επιτελέσετε μία τέτοια δραστηριότητα; Τι αισθάνεστε; Πώς διαφοροποιείται ο τρόπος δράσης σας όταν έχετε να κάνετε με μία νέα και άγνωστη κατάσταση (π.χ Ένα φάρμακο που δεν έχετε χορηγήσει ξανά;)**
- 4) **Θυμηθείτε ένα κλινικό πρόβλημα που αντιμετωπίσατε σε κάποιο ασθενή, για το οποίο δεν είχατε όλες πληροφορίες θα θέλατε (π.χ ασθενής που εκδηλώνει αιφνιδίως χαμηλή ΑΠ ή χαμηλό SPO2). Ποιες είναι οι πρώτες σκέψεις που κάνετε; Τι αισθάνεστε εκείνες τις στιγμές;**
- 5) **Θυμηθείτε ένα κλινικό πρόβλημα που αντιμετωπίσατε σε κάποιο ασθενή, για το οποίο έπρεπε να δράσετε πολύ γρήγορα (π.χ μία σημαντική βραδυκαρδία). Τι αισθανθήκατε εκείνη τη στιγμή; Πώς αποφασίσατε για το πως να κινηθείτε και τι να κάνετε;**
- 6) **Έχετε ποτέ αισθανθεί ότι υπάρχει και κάτι άλλο πίσω από την εικόνα του ασθενή (που να μην μπορείτε να το προσδιορίσετε, αλλά να αισθάνεστε ότι είναι εκεί), ακόμα κι αν εκείνος δεν το αναφέρει ή δεν υπάρχει σαφής ένδειξη; Τι νομίζετε ότι προκαλεί μία τέτοια εντύπωση;**
- 7) **Εμπιστεύεστε τις αισθήσεις σας (ακοή, αφή, όραση, όσφρηση) για να προσδιορίσετε την εικόνα του ασθενή σας; Θυμηθείτε ένα παράδειγμα. Σε τι σας βοήθησαν οι αισθήσεις;**
- 8) **Τι νομίζετε ότι χρειάζεται ένας νοσηλευτής (είναι προαπαιτούμενο για ένα νοσηλευτή) προκειμένου να πάρει κλινικές αποφάσεις; (Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή που παίρνει αποτελεσματικές αποφάσεις;) Τι νομίζετε ότι τον περιορίζει στο να λάβει αποφάσεις; (Όταν έχετε ιατρικές οδηγίες (π.χ για περιοριστικά μέτρα σε ασθενείς ή για τη φροντίδα κατακλίσεων), έχετε σκεφτεί ποτέ αν είναι σωστές ή όχι; Πώς αντιδράτε όταν η δική σας γνώμη είναι διαφορετική από την ιατρική οδηγία;)**
- 9) **Όταν διαπιστώνετε ότι κάποια προβλήματα επαναλαμβάνονται στη ΜΕΘ, έχετε αναρωτηθεί αν κάποιοι άλλοι τα έχουν μελετήσει ή έχετε αναζητήσει δεδομένα που προκύπτουν μέσα από τις δημοσιευμένες έρευνές τους; Αν ναι, γιατί; Αν όχι, γιατί; Χρησιμοποιείτε κλινικές οδηγίες ή πρωτόκολλα στη ΜΕΘ; Θεωρείτε ότι είναι απαραίτητα ή περιττά και γιατί;**
- 10) **Το περιβάλλον της ΜΕΘ θεωρείτε ότι βοηθάει τους νοσηλευτές να λάβουν κλινικές αποφάσεις για τους ασθενείς τους; Αν ναι, πώς; Αν όχι, ποια στοιχεία του περιβάλλοντός της θεωρείτε ότι περιορίζουν τους νοσηλευτές;**
- 11) **Θεωρείτε ότι κάποια χαρακτηριστικά των ασθενών επηρεάζουν τις κλινικές αποφάσεις των νοσηλευτών. Αν ναι, τι ακριβώς επηρεάζετε;**
- 12) **Θεωρείτε ότι έχει αλλάξει ο τρόπος που λαμβάνετε κλινικές αποφάσεις για τη φροντίδα των ασθενών σας από την έναρξη της εργασίας σας έως σήμερα; Τι θεωρείτε πώς έχει αλλάξει;**
- 13) **Πιστεύετε πως κάποιος νοσηλευτής μπορεί να εκπαιδευτεί να λαμβάνει αποτελεσματικές κλινικές αποφάσεις για τον ασθενή του; Με ποιον τρόπο;**
- 14) **Καταληκτική ερώτηση: Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να προσθέσετε;**

ΕΝΤΥΠΟ 7. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΑΣΗΣ ΙΙΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Έχοντας διαβάσει την ενημερωτική επιστολή, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συνιστά την αποδοχή της συμμετοχής σας στην εν λόγω μελέτη.

Α. ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|------|--------------------------|
| Φύλο | Ανδρας <input type="checkbox"/> | Γυναίκα <input type="checkbox"/> | | |
| Ηλικία |έτη | | | |
| Παρακαλώ σημειώστε το ανώτατο επίπεδο εκπαίδευσής σας στη Νοσηλευτική: | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ | <input type="checkbox"/> | | |
| | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ και μεταπτυχιακό δίπλωμα | <input type="checkbox"/> | | |
| | Πτυχίο ΤΕΙ/ΑΤΕΙ και μεταπτυχιακό δίπλωμα και διδακτορικό | <input type="checkbox"/> | | |
| | Πανεπιστημιακό πτυχίο | <input type="checkbox"/> | | |
| | Πανεπιστημιακό πτυχίο και μεταπτυχιακό δίπλωμα | <input type="checkbox"/> | | |
| | Πανεπιστημιακό πτυχίο και μεταπτυχιακό δίπλωμα και διδακτορικό | <input type="checkbox"/> | | |
| Άλλο..... | | | | |
| Συνολική Νοσηλευτική Προϋπηρεσία | έτη | | | |
| Συνολική Προϋπηρεσία σε ΜΕΘ |έτη | | | |
| Μονάδα που εργάζεστε σήμερα | Γενική | <input type="checkbox"/> | | |
| | Παθολογική | <input type="checkbox"/> | | |
| | Χειρουργική | <input type="checkbox"/> | | |
| | Εμφραγμάτων | <input type="checkbox"/> | | |
| | Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας | <input type="checkbox"/> | | |
| | Άλλη | | | |
| Προϋπηρεσία στην παρούσα ΜΕΘ | έτη | | | |
| Ενεργές κλίνες στη Μονάδα που εργάζεστε σήμερα | < 5 | <input type="checkbox"/> | 5-8 | <input type="checkbox"/> |
| | 9-12 | <input type="checkbox"/> | > 12 | <input type="checkbox"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| Παρακαλώ σημειώστε κατά μέσο όρο την αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς σε μία τυπική βάρδια στη Μονάδα σας | Πρωινή βάρδια: 1 νοσηλευτής /ασθενείς (αριθμός ασθενών) | | | |
| | Απογευματινή βάρδια: 1 νοσηλευτής/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών) | | | |
| | Νυχτερινή βάρδια: 1 νοσηλευτής / ασθενείς (αριθμός ασθενών) | | | |

Β. ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ

1. **Συνεκτιμώντας το επίπεδο εκπαίδευσης, κλινικών εμπειριών και δεξιοτήτων σας, πώς θα χαρακτηρίζατε στην επαγγελματική σας εμπειρία ως νοσηλεύτης/τρια εντατικής φροντίδας;**

Καθόλου / Ελάχιστη Εμπειρία

Μικρή Εμπειρία

Μέτρια Εμπειρία

Μεγάλη Εμπειρία

Πολύ μεγάλη Εμπειρία

2. **Σας ανατίθενται καθήκοντα κλινικής εκπαίδευσης φοιτητών και νοσηλευτών στη ΜΕΘ που εργάζεστε;**

Όχι

Ναι

3. **Σας έχει χαρακτηρίσει ποτέ κάποιος έμπειρο νοσηλευτή εντατικής φροντίδας;**

Όχι Ναι

4. **Αν ναι, σημειώστε ποιος/ποιοι σας έχουν χαρακτηρίσει έμπειρο;**

Συνάδελφος Νοσηλευτής

Προϊστάμενος Νοσηλευτής

Γιατρός

Ασθενής

Άλλος.....

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΛΗΨΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Sirikka Lauri & Sanna Salanterä 2002

Στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αναφέρονται μερικές προτάσεις που περιγράφουν τον τρόπο που οι νοσηλευτές λαμβάνουν αποφάσεις σε διάφορες καταστάσεις φροντίδας των ασθενών. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά την κάθε πρόταση και σημειώστε με Χ το τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα τις δικές σας ενέργειες

| | | Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ | Σπάνια | Ούτε σπάνια ή ούτε συχνά | Συχνά | Σχεδόν πάντα ή πάντα |
|---|--|-----------------------------|--------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|
| 1 | Συλλέγω από την αρχή όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες από το φάκελο του ασθενή | | | | | |
| 2 | Βασίζομαι στις δικές μου ερμηνείες, όταν πρόκειται να προσδιορίσω την κατάσταση του ασθενή | | | | | |
| 3 | Με βάση τις αρχικές πληροφορίες, προσδιορίζω όλες τις παραμέτρους που σκοπεύω να παρακολουθήσω και να ρωτήσω τον ασθενή γι' αυτές | | | | | |
| 4 | Κάνω υποθέσεις για επερχόμενα νοσηλευτικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της πρώτης επαφής με τον ασθενή | | | | | |
| 5 | Αναζητώ συμπτώματα στον ασθενή που να επιβεβαιώνουν την εντύπωση που έχω σχηματίσει γι' αυτόν από τις πληροφορίες που έχω από την αρχή συλλέξει. | | | | | |

| | | Ποτέ ή Σχεδόν ποτέ | Σπάνια | Ούτε σπάνια ή ούτε συχνά | Συχνά | Σχεδόν πάντα ή πάντα |
|----|---|-----------------------------|--------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|
| 6 | Είναι εύκολο για μένα να διακρίνω τις σχετικές από τις μη σχετικές πληροφορίες κατά τον προσδιορισμό της κατάστασης του ασθενή | | | | | |
| 7 | Συγκρίνω τις πληροφορίες που έχω συλλέξει σχετικά με τον ασθενή με προηγούμενες γνώσεις μου από παρόμοιες περιπτώσεις ασθενών | | | | | |
| 8 | Συγκρίνω τις πληροφορίες που έχω συλλέξει για τον ασθενή με τις εμπειρίες μου από τη νοσηλευτική πρακτική | | | | | |
| 9 | Συγκρίνω τις πληροφορίες που έχω συλλέξει για τον ασθενή με ερευνητικά δεδομένα για τη νοσηλευτική φροντίδα και τα αποτελέσματά της | | | | | |
| 10 | Μπορώ εύκολα να διακρίνω, ακόμη και χωρίς περαιτέρω ανάλυση, ποιες πληροφορίες είναι σχετικές για τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών προβλημάτων των ασθενών | | | | | |
| 11 | Προσδιορίζω αντικειμενικά τα νοσηλευτικά προβλήματα του ασθενή με βάση τα συμπτώματα που παρατηρώ και τα παράπονα του | | | | | |
| 12 | Μπορώ εύκολα να διαμορφώνω μία συνολική εικόνα για την κατάσταση του ασθενή και τα κύρια νοσηλευτικά του προβλήματα | | | | | |
| 13 | Διαμορφώνω το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή σύμφωνα με τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας | | | | | |
| 14 | Βασίζω το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή στις δικές μου νοσηλευτικές απόψεις και / ή στις απόψεις του ασθενή για τη φροντίδα του. | | | | | |
| 15 | Βασίζω το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή στις ιατρικές οδηγίες που δίνονται ως αγωγή για τη νόσο του | | | | | |
| 16 | Τεκμηριώνω χωρίς δυσκολία στο φάκελο του ασθενή τις γενικές κατευθύνσεις που αφορούν στη φροντίδα του | | | | | |
| 17 | Θέτω στόχους για τη φροντίδα του ασθενή, που είναι εύκολο να μετρηθούν | | | | | |
| 18 | Προβλέπω τις συνέπειες των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στον ασθενή | | | | | |
| 19 | Ακολουθώ πιστά το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενή σχετικά με τη νόσο και την κατάστασή του | | | | | |
| 20 | Προβλέπω αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή με βάση τις ατομικές του ενδείξεις, πριν ακόμα εκδηλωθούν σαφή συμπτώματα | | | | | |
| 21 | Χρησιμοποιώ συγκεκριμένες πληροφορίες από τη θεραπεία της νόσου του ασθενή, όταν λαμβάνω αποφάσεις για τη νοσηλευτική του φροντίδα | | | | | |
| 22 | Μπορώ με ευελιξία να τροποποιήσω τη σειρά των παρεμβάσεών μου με βάση την ανατροφοδότηση που (λαμβάνω) από την κατάσταση του ασθενή. | | | | | |
| 23 | Προσπαθώ να βρω λόγους που να ερμηνεύουν τις δικές μου παρατηρήσεις σε σχέση με τις αλλαγές στην κατάσταση του ασθενή | | | | | |
| 24 | Μπορώ εύκολα να αξιολογήσω τις συνέπειες των παρεμβάσεών μου στην κατάσταση του ασθενή | | | | | |

ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΑΙ→

**Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ**

Καρρά Β, Γιαννακοπούλου Μ, Παπαθανάσογλου Ε, Λεμονίδου Χ. 2013

Ακολουθούν μερικές προτάσεις που περιγράφουν παράγοντες που επηρεάζουν κάθε κλινική απόφαση που λαμβάνουν οι νοσηλεύτες στη ΜΕΘ. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε μία και σημειώστε με Χ το τετράγωνο που αντιστοιχεί στο βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας

| | Για να λάβω μία κλινική απόφαση, είναι σημαντικό ... | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|----|---|--------------------|---------|------------------------------------|---------|--------------------|
| 1 | ... να διαθέτω επιστημονικές γνώσεις σχετικά με το κλινικό πρόβλημα που αντιμετωπίζω | | | | | |
| 2 | ... να έχει προηγηθεί επαρκής ειδική (θεωρητική και κλινική) εκπαίδευση στο αντικείμενο της εντατικής φροντίδας | | | | | |
| 3 | ... να διαθέτω γνώσεις που προέρχονται από κλινική εμπειρία και προσωπικά επαγγελματικά βιώματα | | | | | |
| 4 | ... να έχω τις τεχνικές γνώσεις που είναι απαραίτητες για την εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων | | | | | |
| 5 | ... να γνωρίζω να χειρίζομαι τον τεχνολογικό εξοπλισμό που χρησιμοποιείται για τον ασθενή στη ΜΕΘ | | | | | |
| 6 | ... να γνωρίζω τον κανονισμό και τις διαδικασίες λειτουργίας της ΜΕΘ και του νοσοκομείου | | | | | |
| 7 | ... να έχω ήδη ενημερωθεί για το ιστορικό, τα εργαστηριακά αποτελέσματα και την πορεία του ασθενή κατά τις προηγούμενες μέρες νοσηλείας του | | | | | |
| 8 | ... να έχω ενημερωθεί από τους συναδέλφους μου για την κατάσταση του ασθενή κατά την προηγούμενη βάρδια | | | | | |
| 9 | ... να γνωρίζω τις αντιδράσεις του ασθενή σε παρόμοιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις | | | | | |
| 10 | ... να αναγνωρίζω τα όρια του ασθενή, ώστε να μην υπερβαίνω τις αντοχές του | | | | | |
| 11 | ... να έχω επαρκή εμπειρία με ασθενείς με παρόμοια κλινικά προβλήματα | | | | | |
| 12 | ... να είναι ο ασθενής συνεργάσιμος και υπάκουος | | | | | |
| 13 | ... να αφορά στη φροντίδα ασθενή με την ίδια εθνικότητα με τη δική μου | | | | | |
| 14 | ... να αφορά στη φροντίδα νεαρού σε ηλικία ασθενή | | | | | |
| 15 | ... να γνωρίζω το κοινωνικό-μορφωτικό επίπεδο του ασθενή | | | | | |
| 16 | ... να αφορά στη φροντίδα ασθενή που έχει καλή πρόγνωση | | | | | |
| 17 | ... να μην αφορά στη φροντίδα ασθενή με παραμελημένη κατάσταση υγείας | | | | | |
| 18 | ... να αφορά σε ασθενή που η φροντίδα του απαιτεί απομόνωση | | | | | |
| 19 | ... να είναι σαφές το κλινικό πρόβλημα που έχω να αντιμετωπίσω και ξεκάθαρες οι αιτίες του | | | | | |
| 20 | ... να έχω να αντιμετωπίσω ένα απλό κλινικό πρόβλημα | | | | | |

| | Για να λάβω μία κλινική απόφαση, είναι σημαντικό... | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|----|--|-----------------|---------|------------------------------|---------|-----------------|
| 21 | ... να μπορώ να προβλέψω τις πιθανές συνέπειές της (απόφασης) στον ασθενή | | | | | |
| 22 | ... να αναγνωρίζω ότι μεταβάλλεται γρήγορα η κλινική εικόνα του ασθενή | | | | | |
| 23 | ... να έχω αρκετό χρόνο να διερευνήσω το πρόβλημα πριν παρέμβω | | | | | |
| 24 | ... να είμαι σίγουρος/η ότι η επιλογή μου θα είναι ακριβής και αποτελεσματική, ακόμα κι αν δρω σε στενά χρονικά περιθώρια | | | | | |
| 25 | ... να αντιλαμβάνομαι πως δεν έχω χρόνο να ζητήσω τη βοήθεια γιατρού ή άλλου νοσηλευτή | | | | | |
| 26 | ... να αναγνωρίζω ότι είναι απολύτως απαραίτητη η άμεση παρέμβασή μου για την επιβίωση του ασθενή | | | | | |
| 27 | ... να μην διακόπτεται συχνά η εργασία μου, ώστε να αποσπάται η προσοχή μου | | | | | |
| 28 | ... να μην υπάρχει υπερβολικός θόρυβος στη ΜΕΘ | | | | | |
| 29 | ... να εργάζομαι σε ένα ευρύχωρο περιβάλλον, χωρίς να εμποδίζεται από μηχανήματα και άλλες συσκευές η πρόσβασή μου γύρω από τον ασθενή | | | | | |
| 30 | ... να μην νιώθω κουρασμένος/η | | | | | |
| 31 | ... να έχω αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου | | | | | |
| 32 | ... να έχω επίγνωση των δυνάμεών μου και των ορίων μου | | | | | |
| 33 | ... να φέρω την ευθύνη για τις συνέπειές της (απόφασής μου) | | | | | |
| 34 | ... να συγκρατώ τα συναισθήματα και την παρορμητικότητά μου, που μπορούν να με οδηγήσουν σε βιαστικές λύσεις | | | | | |
| 35 | ... να κατανοώ τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ασθενή | | | | | |
| 36 | ... να νοιάζομαι για τα κλινικά προβλήματα του ασθενή | | | | | |
| 37 | ... να μην μου δημιουργεί ηθικά διλήμματα | | | | | |
| 38 | ... να ικανοποιούνται οι σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή | | | | | |
| 39 | ... να ικανοποιούνται οι επιθυμίες της οικογένειας του ασθενή | | | | | |
| 40 | ... να αισθάνομαι ότι αναγνωρίζεται η συνεισφορά μου στη φροντίδα από τον ασθενή ή/και την οικογένειά του | | | | | |
| 41 | ... να επαινιούμαι τόσο για την προσπάθειά μου, όσο και για τα αποτελέσματα της απόφασης από τους προϊσταμένους μου | | | | | |
| 42 | ... να προβλέπεται από τα επαγγελματικά μου καθήκοντα ή να έχω σχετική εξουσιοδότηση | | | | | |
| 43 | ... να έχω το δικαίωμα υπογραφής | | | | | |
| 44 | ... να είμαι νομικά κατοχυρωμένος/η | | | | | |

| | Για να λάβω μία κλινική απόφαση, είναι σημαντικό... | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε διαφωνώ Ούτε συμφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|----|--|-----------------|---------|------------------------------|---------|-----------------|
| 45 | ... να μην είναι αντίθετη προς τις ιατρικές οδηγίες | | | | | |
| 46 | ... να έχω τη δυνατότητα να υπερβαίνω τα παραδοσιακά όρια του νοσηλευτικού ρόλου (π.χ με το να παρεμβαίνω στην παραγγελία των διαγνωστικών εξετάσεων, την τιτλοποίηση των φαρμακευτικών διαλυμάτων ή τη μηχανική υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών) | | | | | |
| 47 | ... να συνεκτιμώ το οικονομικό κόστος που απορρέει από αυτή (την απόφαση) | | | | | |
| 48 | ... να υπάρχει επάρκεια αναλώσιμου υλικού | | | | | |
| 49 | ... να υπάρχει επαρκής και κατάλληλος τεχνολογικός εξοπλισμός | | | | | |
| 50 | ... να βασίζεται σε νοσηλευτικά πρωτόκολλα και κατευθυντήριες οδηγίες | | | | | |
| 51 | ... να καταγράφεται σε έντυπα νοσηλευτικής τεκμηρίωσης (π.χ διαγράμματα, φάκελο του ασθενή) | | | | | |
| 52 | ... να έχω την ελευθερία να δρω προς το συμφέρον του ασθενή με δική μου πρωτοβουλία και με βάση αυτά που γνωρίζω | | | | | |
| 53 | ... να υπάρχει υποστηρικτικό κλίμα από τους προϊστάμενους μου | | | | | |
| 54 | ... να υπάρχει έλεγχος και ανατροφοδότηση από τον προϊστάμενό μου | | | | | |
| 55 | ... να υπάρχει κατανόηση για τυχόν λάθη από το περιβάλλον της ΜΕΘ και να γίνονται άμεσα διορθωτικές ενέργειες | | | | | |
| 56 | ... να λειτουργούν οι υποστηρικτικές υπηρεσίες με επαρκές προσωπικό, ώστε να μην καταναλώνεται νοσηλευτικός χρόνος για αλλότρια καθήκοντα | | | | | |
| 57 | ... να μπορώ να συνεργάζομαι αρμονικά με τους υπόλοιπους νοσηλευτές της ΜΕΘ | | | | | |
| 58 | ... να εμπιστεύομαι το προσωπικό κάθε κατηγορίας, το οποίο εργάζεται στη ΜΕΘ | | | | | |
| 59 | ... να συνεκτιμώ τη γνώμη των έμπειρων νοσηλευτών της ΜΕΘ για το πρόβλημα που αντιμετωπίζω | | | | | |
| 60 | ... να γνωρίζω ότι όλη η ομάδα της ΜΕΘ αντιμετωπίζει ως ισότιμη μία νοσηλευτική με μία ιατρική απόφαση | | | | | |

Ευχαριστούμε πολύ