

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Απρίλιος – Ιούνιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 2
April – June 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 2 • Απρίλιος – Ιούνιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
Α. Παπαδαντωνάκη

Ανασκοπήσεις

1. Παχυσαρκία στην παιδική ηλικία:
Αυξημένη νοσηρότητα στην ενήλικη ζωή; 8
Ι. Καραγιάννης, Κ. Μέλλου
2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση
της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών 15
Ε. Αδαλή, Χ. Λεμονίδου
3. Χρήση συγκράτησης ασθενών
σε γενικό νοσοκομείο – Πρωτόκολλο εφαρμογής
καρπιαίας συγκράτησης 23
Μ. Σ. Αρβανίτη, Χ. Ι. Γκιόκα
4. Προεγχειρητική ενημέρωση – πληροφόρηση –
διδασκαλία του ασθενούς και
ο ρόλος του νοσηλευτή 28
Ε. Κοιρώτσιου, Ε. Θεοδοσοπούλου
5. Νοσηρότητα και θνησιμότητα των ηλικιωμένων 31
Ε. Θεοδοσοπούλου, Β. Ραφτόπουλος

Ειδικό Θέμα

1. Κοινωνικός Νοσηλευτής ψυχικής υγείας 42
Μ. Πριάμη

Ερευνητικές Εργασίες

1. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων
από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον έλεγχο
των λοιμώξεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας 49
Α. Μερκούρης, Μ. Καλαφάτη, Δ. Καλογράνα, Χ. Λεμονίδου
2. Αξιολόγηση προληπτικού προγράμματος
στοματικής υγείας
σε σχολικό πληθυσμό 58
Φ. Κυρίτση, Π. Ιορδάνου, Π. Κρέτση, Δ. Κοσμίδη
3. Επισκεπτήριο ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας 64
Π. Ιορδάνου, Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Κωνσάντιου, Ε. Κτενάς
Φ. Κυρίτση, Π. Μπέκα
4. Συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες
σε παιδιά και εφήβους ασθενείς
κατά την περιεγχειρητική περίοδο 70
Ν. Μόσχος, Ε. Γαλανοπούλου, Μ. Φωτεινού, Ι. Δούκα
5. Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτών –
Κοινωνικών Λειτουργών
και διαφορές αντιλήψεων 79
Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, Κ. Κάντζος, Π. Παπαδημητρίου, Γ. Γεωργίου
6. Αποτελεσματικότητα προγράμματος για τη μείωση
των επιπέδων ολικής χοληστερίνης
αίματος και η σχέση τους με το κάπνισμα 87
Ε. Βρούζου, Π. Ιορδάνου, Ε. Κτενάς
Ι. Κωνσταντοπούλου, Μ. Νικολαΐδου
7. Ηθικά θέματα στη Νοσηλευτική: Πιλοτική Μελέτη 92
Χ. Λεμονίδου, Α. Μερκούρης, Μ. Κυράνου, Η. Leino-Kilpi
Μ. Valimaki, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Arndt, Α. Παναγιώτου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 102



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 2 • April – June 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Reviews

1. Obesity in childhood:
Increased morbidity in adulthood? 8
I. Karagiannis, K. Mellou
2. Factors contributing to the development
of burnout in hospital nursing 15
E. Adali, Chr. Lemonidou
3. Usage of restraint
in a general hospital – Wrist restraint
protocol 23
M. S. Arvaniti, H. I. Gkioka
4. Preoperative information – notification –
instruction of the patient and
the nurse's role 28
E. Kotrotsiou, H. Theodosopoulou
5. Elderly morbidity and mortality 31
H. Theodosopoulou, V. Raftopoulos

Special Topic

1. Community mental health Nurse 42
M. Priami

Research Papers

1. Infection control practices among
nursing staff
in Intensive Care Units 49
A. Merkouris, M. Kalafati, D. Kalograna, C. Lemonidou
2. Evaluating the effectiveness of a provided dental
prevention program in an elementary
school population 58
F. Kyritsi, P. Iordanou, P. Kretsi, D. Kosmidis
3. Visitations to older adults in long-term care settings 64
P. Iordanou, F. Babatsikou, E. Konstadou
E. Ktenas, F. Kiritsi, P. Beka
4. Counseling and supporting services in children and
adolescents inpatients
at the around operational 70
N. Moschos, H. Galanopoulou, M. Fotinou, I. Douka
5. Interprofessional collaboration between
registered Nurses and Social Workers
and differences on perceptions 79
D. Sapountzi-Krepia, K. Kantzos, P. Papadimitriou, G. Georgiou
6. Program efficacy for lowering
total blood cholesterol levels and
the relation with smoking 87
E. Vrouzou, P. Iordanou, E. Chtenas
J. Konstantopoulou, M. Nikolaïdou
7. Ethical issues in Nursing: A Pilot Study 92
C. Lemonidou, A. Merkouris, M. Kyranou, H. Leino-Kilpi
M. Valimaki, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Arndt, A. Panagiotou

Detailed instructions to authors 102

Ηθικά θέματα στη Νοσηλευτική: πιλοτική μελέτη

Χ. Λεμονίδου¹, Α. Μερκούρης², Μ. Κυράνου³,
Η. Leino-Kilpi⁴, Μ. Valimaki⁴, Th. Dassen⁵
M. Gasull⁶, A. Scott⁷, M. Arndt⁸
Α. Παναγιώτου⁹

1. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών
2. PhD, Τμήμα Εκπαίδευσης
Π.Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»
3. Νοσηλεύτρια, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»
4. RN, PhD, University of Turku
5. PhD, Humboldt Universitat
6. RN, Midwife, Escola Universitaria D'Infermeria
7. RN, PhD, University of Stirling
8. RN, PhD, University of Stirling
9. Νοσηλεύτρια Π.Ε., Νοσοκομείο «Σωτηρία»
Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη

Σκοπός: 1. Η μελέτη των απόψεων μητέρων, ηλικιωμένων και χειρουργημένων ασθενών και του αντίστοιχου νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία, ιδιωτικότητα και πληροφορημένη συναίνεση. 2. Η ανάπτυξη εργαλείου μέτρησης των αντιλήψεων νοσηλευτών και ασθενών για την εφαρμογή των εννοιών στην κλινική πρακτική. **Μέθοδος:** Η ανάπτυξη του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση, κριτική και στην πιλοτική μελέτη. Το δείγμα αποτέλεσαν 70 ασθενείς και 80 νοσηλευτές από χειρουργικά, μαιευτικά και τμήματα ηλικιωμένων νοσοκομείων της Αθήνας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δύο παράλληλα ερωτηματολόγια. **Αποτελέσματα:** Οι περισσότεροι ασθενείς και νοσηλευτές ήταν γυναίκες. Για την έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης δεν απάντησαν ή δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν το 59% και 28% των ασθενών και νοσηλευτών, αντίστοιχα, για την αυτονομία το 56% και 47%, και για την ιδιωτικότητα το 46% και 34%, αντίστοιχα. Και οι δύο θεώρησαν τις ερωτήσεις πολύ εκτεταμένες και δύσκολες στην κατανόηση και η πλειοψηφία δεν τις συνέδεε με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι τιμές του συντελεστή άλ-

Ethical issues in Nursing: a pilot study

C. Lemonidou¹, A. Merkouris², M. Kyranou³
H. Leino-Kilpi⁴, M. Valimaki⁴, Th. Dassen⁵
M. Gasull⁶, A. Scott⁷, M. Arndt⁸
A. Panagiotou⁹

1. RN, MSN, PhD, Nursing Department
University of Athens
2. RN, MSN, PhD
«Evangelismos» Hospital
3. RN, «Papageorgiou» Hospital, Thessaloniki
4. RN, PhD, University of Turku
5. PhD, Humboldt Universitat
6. RN, Midwife, Escola Universitaria D'Infermeria
7. RN, PhD, University of Stirling
8. RN, PhD, University of Stirling
9. RN, MSN, Hospital of Thoracic Diseases
Nursing Department University of Athens

Abstract

Purpose: 1. To investigate the elderly and surgical patients' and mothers' and the corresponding nursing personnel's point of view about the concepts of autonomy, privacy and informed consent, 2. To develop an instrument for measuring patients' and nurses' perceptions on the implementation of these concepts in clinical practice. The study is a part of the project funded (1998-2001) by European Commission (BMH4-98-3555) and it is conducted in five European countries: Finland (co-ordinator), Germany, Greece, Spain, and UK. **Methods:** An extensive literature review was made for the content development of the tool followed by the quantification stage and the pilot study in 70 patients and mothers and 80 nurses in general and long term care institutions in Athens. Two parallel questionnaires were distributed for data collection. **Results:** The majority of patients and nurses were women. Concerning the definitions of the concepts 59% of the patients and 28% of the nurses did not answer at all or stated ignorance about informed consent (56% of the patients and 47% of

φα κυμάνθηκαν για τους ασθενείς από 0,76 έως 0,84, ενώ για τους νοσηλευτές από 0,82 έως 0,86. *Συμπεράσματα:* Η δυσκολία που διαπιστώθηκε για τον ορισμό των εννοιών και η μη σύνδεση με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις υποδεικνύουν την ανάγκη να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

Η μελέτη είναι μέρος ερευνητικού προγράμματος που χρηματοδοτείται (1998-2001) από την Ευρωπαϊκή Ένωση (BMH4-98-3555) και πραγματοποιείται σε συνεργασία με πέντε χώρες της Ευρώπης: Φινλανδία, (συντονιστής), Γερμανία, Ελλάδα, Ισπανία και Μεγάλη Βρετανία.

Λέξεις-κλειδιά:

ηθική, νοσηλευτική ηθική, πληροφόρηση, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, πληροφορημένη συναίνεση, ιδιωτικότητα, αυτονομία.

the nurses about autonomy, and 46% of the patients and 47% of the nurses about privacy). Both groups found the questions very extended and difficult to comprehend, and most of the subjects did not relate the concepts to nursing interventions. Alpha values ranged for the patients' questionnaire from 0.76 to 0.84 and for the nurses' from 0.82 to 0.86. *Conclusion:* Both patients and nurses could not define the concepts and neither they relate them to nursing interventions. This indicates the need to enhance ethical knowledge base for nurses.

Key Words:

ethics, nursing ethics, information giving, nursing interventions, informed consent, privacy, autonomy.

Εισαγωγή

Η σχέση του νοσηλευτή, και γενικότερα του επαγγελματία Υγείας, με τον ασθενή βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων τις τελευταίες δεκαετίες. Τόσο η συνειδητοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της σχέσης αυτής όσο και τα νομικά-ηθικά θέματα που μπορούν να προκύψουν από την καταστράτηγησης της οδήγησαν στην εκτενέστερη διερεύνησή της με πρωταρχικό ενδιαφέρον τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Επιστέγασμα αυτού του προβληματισμού αποτέλεσε η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη, η οποία υιοθετήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.)¹. Παράλληλα, έρευνες για τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σε καίρια ζητήματα της καθημερινής τους πρακτικής συμβάλλουν στο να γίνει συνείδηση τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των νοσηλευτών ότι ως ισότιμα μέλη της ομάδας φροντίδας Υγείας αναλαμβάνουν σήμερα ρόλους που τους καθιστούν υπεύθυνους και αρμόδιους για τις προσωπικές τους κρίσεις και ενέργειες².

Στην καθημερινή νοσηλευτική και ιατρική πρακτική, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεση ότι βασικά δικαιώματα των ασθενών αγνοούνται τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελ-

ματίες Υγείας. Η αυτονομία, η ιδιωτικότητα και η πληροφορημένη συναίνεση είναι τρία βασικά δικαιώματα που πρέπει να γίνονται σεβαστά στους χώρους παροχής φροντίδας Υγείας και τα οποία όμως ακόμη και σήμερα δεν συνειδητοποιούνται και δεν εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι: 1. Η μελέτη των απόψεων μπτέρων, ηλικιωμένων και χειρουργημένων ασθενών και του αντίστοιχου νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία, ιδιωτικότητα και πληροφορημένη συναίνεση. 2. Η ανάπτυξη εργαλείου μέτρησης των αντιλήψεων νοσηλευτών και ασθενών για την εφαρμογή των εννοιών στην κλινική πρακτική.

Η παρούσα πιλοτική μελέτη αφορά στα ελληνικά δεδομένα και αποτελεί μέρος ερευνητικού προγράμματος που πραγματοποιείται σε συνεργασία με πανεπιστήμια από πέντε ευρωπαϊκές χώρες: Φινλανδία, Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία, Ισπανία και Ελλάδα, και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο του προγράμματος BIOMED².

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί για τις τρεις έννοιες. Η αυτονομία έχει οριστεί ως αυτοδιαχείριση, ελευθερία, δικαίωμα, ι-

διωτικότητα, προσωπική επιλογή, αυτοδιάθεση³. Ο Παπανούτσος όρισε την αυτονομία ως «ένα άλλο νόημα της ελευθερίας νοούμενης και με τις δύο σημασίες της: ελευθερία απέναντι στη φυσική αιτιότητα και ελευθερία απέναντι στον ηθικό νόμο που ένας άλλος ή ο ίδιος ο πράττων έχει διατυπώσει.

Αυτόνομη επομένως είναι μια ατομική υπόσταση που μπορεί να καθορίζεται από νόμους (όχι μόνο από αιτίες), αλλά και μια αυθύπαρκτη προσωπικότητα αυτεξούσια και αυτοδύναμη που μπορεί να πράξει το αγαθό αλλά και το κακό των άλλων και το δικό της»⁴.

Η έννοια της ιδιωτικότητας στο λεξικό Webster ορίζεται ως «απόσυρση από τη δημόσια θέα και συναναστροφή»⁵, ή ως «το δικαίωμα του κάθε ατόμου να διαχωρίζει και να κρατά για τον εαυτό του ορισμένα θέματα της προσωπικότητάς του, καθώς και ιδέες, στάσεις ή προσωπικές συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν μέρος της ιδιωτικής του ζωής, δηλαδή, το δικαίωμα να μην τα κοινοποιεί σε άλλους ανθρώπους»⁵. Η πληροφορημένη συναίνεση συνήθως ορίζεται ως μια διαδικασία αμοιβαίας ανταλλαγής πληροφοριών, κατανόησης, εμπιστοσύνης και συναίνεσης μεταξύ του ασθενούς και των επαγγελματιών Υγείας. Επιπλέον, απαιτείται ικανότητα, προθυμία, εθελοντισμός και απουσία βίας⁷.

Γενικά, ο αριθμός των εμπειρικών μελετών στη νοσηλευτική βιβλιογραφία σχετικά με τις έννοιες της αυτονομίας, της ιδιωτικότητας και της πληροφορημένης συναίνεσης είναι περιορισμένος. Ιδιαίτερα στην ελληνική βιβλιογραφία οι αναφορές για τις τρεις έννοιες είναι πολύ λίγες και οι ερευνητικές μελέτες σχεδόν ανύπαρκτες.

Σχετικά με την πληροφορημένη συναίνεση ισχύουν κανόνες που απορρέουν από τον Αστικό Κώδικα, ωστόσο υπάρχουν αδιευκρίνιστα θέματα που σχετίζονται κυρίως με το πρόσωπο που είναι αρμόδιο να δίνει τις πληροφορίες, αλλά και με την έλλειψη ορίου ηλικίας των ασθενών κάτω από το οποίο δεν είναι σε θέση μόνοι τους να δώσουν συναίνεση έστω και μετά από πληροφόρηση.

Στη Φινλανδία, παρόλο που είναι η πρώτη ευρωπαϊκή χώρα στην οποία ψηφίστηκε και εφαρμόστηκε Νομοθετική Πράξη για την Κατάσταση και τα Δικαιώματα των Ασθενών, ακόμη σήμερα παραμένουν θέματα για βελτίωση, όπως ο τρόπος με τον οποίο παρέχονται οι πληροφορίες στους ασθενείς, καθώς και ο τρόπος με τον οποίο αυτοί ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν το δικαίωμά τους για αυτονομία⁸.

Στη Μεγάλη Βρετανία, ο ιατρός μπορεί ο ίδιος να αποφασίσει τι χρειάζεται ο ασθενής να γνωρίζει ώστε να προβεί σε μια απόφαση. Ωστόσο, η απόκρυψη πληροφοριών αρνείται το δικαίωμα του ασθενούς στην αυτονομία και μπορεί να αυξήσει το άγχος⁹.

Τέλος, στην Ισπανία, μόλις το 1993 έγινε σημαντική προσπάθεια να αναλυθεί η έννοια και οι απαιτήσεις για πληροφορημένη συναίνεση⁶, ενώ στη Γερμανία, σε ένα ευρέως ιατροκρατούμενο περιβάλλον, σύμφωνα με τον Bohme, το γενικό καθήκον της πληροφόρησης του ασθενούς δεν μπορεί να αποδοθεί στο νοσηλευτικό προσωπικό¹⁰.

Σε ερευνητικό επίπεδο, γύρω από την έννοια της αυτονομίας υπάρχει ευρεία δραστηριότητα, αλλά το ενδιαφέρον στο οποίο εστιάζεται η κάθε ερευνητική προσπάθεια και οι ομάδες μελέτης μοιάζουν να είναι ετερογενείς.

Σύμφωνα με τους Marchette και συν.¹¹ το νοσηλευτικό προσωπικό ανάλογα με το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο απασχολείται έχει διαφορετικές απόψεις για τον τρόπο που πρέπει να ενισχύεται η αυτονομία των ασθενών, ενώ η ίδια η έννοια της αυτονομίας ορίζεται διαφορετικά σε διαφορετικές κουλτούρες. Επιπρόσθετα, οι Ende και συν. μελετώντας την επιθυμία για αυτονομία σε 312 ασθενείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι προτιμήσεις των ασθενών για αυτονομία είναι πολύ ανίσχυρες¹².

Σε ό,τι αφορά την ιδιωτικότητα, η έρευνα στη νοσηλευτική είναι περιορισμένη και συσχετίζεται κυρίως με τις συνθήκες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, τον θόρυβο και τον περιβάλλοντα χώρο¹³.

Σύμφωνα με τους Back and Wikblad¹⁴, ασθενείς και επαγγελματίες Υγείας διαφέρουν ως προς τις απόψεις τους γύρω από την ιδιωτικότητα, ενώ αυτές των πρώτων διαμορφώνονται με βάση την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και τον αριθμό προηγούμενων εισαγωγών στο νοσοκομείο. Τα περισσότερα από τα ευρήματα έχουν σχέση με τη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών, ενώ είναι περιορισμένη η δραστηριότητα στη μαιευτική και χειρουργική φροντίδα.

Τέλος, η πληροφορημένη συναίνεση έχει μελετηθεί σε μεγαλύτερη έκταση.

Οι Sugarman και συν. πραγματοποίησαν εκτεταμένη ανασκόπηση της ερευνητικής δραστηριότητας γύρω από την πληροφορημένη συναίνεση σε ηλικιωμένους ασθενείς και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, ενώ πολλές διαστάσεις έχουν διερευνηθεί, άλλες έχουν δεχτεί λίγη προσοχή¹⁵.

Για τους χειρουργικούς ασθενείς ένας μεγάλος αριθμός μελετών δείχνει ότι ορισμένοι αντιμετωπίζουν καλύτερα τις επικίνδυνες επεμβάσεις εάν ενημερώνονται προηγουμένως για τους ενδεχόμενους κινδύνους¹⁶, ενώ ορισμένοι άλλοι προτιμούν να γνωρίζουν λιγότερα γι' αυτές¹⁷.

Σε ό,τι αφορά στις μαιευτικές επεμβάσεις προκαλεί έκπληξη ο μικρός αριθμός μελετών για την πληροφωρημένη συναίνεση, παρόλο που οι εκτρώσεις είναι ανάμεσα στις πιο κοινές επεμβάσεις στον κόσμο. Οι μελέτες που προεξάρχουν σχετίζονται κυρίως με τα δικαιώματα των γυναικών για έκτρωση, με τα δικαιώματα του εμβρύου καθώς και με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ιατρών και των μαιευτήρων¹⁸.

Οι τρεις παραπάνω έννοιες, αυτονομία, ιδιωτικότητα και πληροφωρημένη συναίνεση, είναι συγγενικές, παρουσιάζουν ωστόσο διαφορές και συνδέονται στενά με την κουλτούρα κάθε χώρας. Παρόλο που το εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται οι τρεις έννοιες είναι κοινό, οι ορισμοί τους ποικίλλουν, καθώς επίσης και ο τρόπος υλοποίησής τους.

Για τους λόγους αυτούς και επειδή το νοσηλευτικό έργο έχει διεθνή φύση και τα ηθικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται είναι κοινά σε πολλές χώρες¹⁹, κρίθηκε απαραίτητη η διερεύνησή τους. Βασική υπόθεση της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι ότι, κατανοώντας την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς και οι νοσηλευτές για την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την πληροφωρημένη συναίνεση των ασθενών, θεμάτων δηλαδή που άπτονται της καθημερινής τους αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, συμπεριλαμβάνοντας και την ηθική διάσταση του προβλήματος.

Μεθοδολογία

Για τους σκοπούς της έρευνας η επιστημονική ομάδα αποφάσισε να αναπτύξει εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, γιατί δεν βρέθηκε κάποιο που να σχετίζεται με το αντικείμενο και τους στόχους της και ταυτόχρονα να έχει τις κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες (αξιοπιστία και εγκυρότητα).

Μεθοδολογία ανάπτυξης ερωτηματολογίου

Η διαμόρφωση του περιεχομένου ενός εργαλείου

μέτρησης είναι καθοριστικής σημασίας για την εγκυρότητα μιας έρευνας. Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο που κατασκευάστηκε το όργανο μέτρησης, δείχνει πόσο καλά έγινε η επιλογή των ερωτήσεων²⁰ και σχετίζεται άμεσα με την αντιπροσωπευτικότητα και τη σχετικότητα των ερωτήσεων.

Είναι μια διαδικασία τριών σταδίων, το στάδιο της ανάπτυξης (development stage), το στάδιο της κριτικής ή ποσοτικοποίησης (quantification stage) και, τέλος, το στάδιο της πιλοτικής δοκιμής και της τελικής διαμόρφωσης του εργαλείου μέτρησης²¹.

1. Στάδιο ανάπτυξης (Development stage)

Το στάδιο της ανάπτυξης περιλαμβάνει την αναγνώριση της περιοχής μέτρησης, δηλαδή όλων των δυνατών ερωτήσεων, και βασίστηκε κυρίως στην εκτεταμένη ανασκόπηση θεωρητικής βιβλιογραφίας, εμπειρικών ερευνών, ηθικών και νομικών κανόνων που αφορούν στην αυτονομία, στην ιδιωτικότητα και στην πληροφωρημένη συναίνεση των ασθενών στη Νοσηλευτική ή γενικότερα στη φροντίδα Υγείας σε κάθε μία από τις πέντε χώρες⁷.

Το πρώτο αυτό στάδιο διήρκεσε από τον Ιανουάριο του 1998 μέχρι το τέλος Φεβρουαρίου του 1999 (1ος χρόνος) και όλοι οι ερευνητές είχαν κοινό πλαίσιο για τη συλλογή των δεδομένων και την ανάλυσή τους. Το στάδιο αυτό αποτέλεσε ένα από τα πιο σημαντικά στην πορεία της μελέτης, αφού έχει αναγνωριστεί ότι η αυτονομία δεν είναι μία μονοσήμαντη έννοια και επιπλέον η ιδιωτικότητα και η πληροφωρημένη συναίνεση δεν ορίζονται ούτε εφαρμόζονται με τον ίδιο τρόπο σε όλες τις χώρες²².

Το σύνολο της βιβλιογραφίας και στις 5 χώρες αποτέλεσαν 5.037 άρθρα για την αυτονομία, 248 για την αυτονομία του ασθενούς, ενώ εξετάστηκαν συνολικά 60 άρθρα εμπειρικών ερευνών για το συγκεκριμένο θέμα. Για την ιδιωτικότητα 1.097 άρθρα, για την ιδιωτικότητα του ασθενούς 43 άρθρα και 8 εμπειρικές έρευνες, ενώ για την πληροφωρημένη συναίνεση 10.621 άρθρα, για την πληροφωρημένη συναίνεση του ασθενούς 56 και 21 εμπειρικές έρευνες.

Η ανάλυση της παραπάνω βιβλιογραφίας αναγνώρισε 13 εργαλεία συναφή με το αντικείμενο της έρευνας. Τα εργαλεία αυτά όμως, παρόλο που σχετίζονται με κάποια από τις τρεις μελετώμενες έννοιες, δεν κρίθηκαν ικανοποιητικά γιατί συγκέντρωναν το ενδιαφέρον τους μεμονωμένα είτε στην αυτονομία είτε στην ι-

διωτικότητα είτε στην πληροφορημένη συναίνεση, ενώ παράλληλα απευθύνονταν σε συγκεκριμένες ομάδες προσωπικού ή ασθενών. Για τον λόγο αυτό αποφασίστηκε να κατασκευαστεί ένα νέο εργαλείο που θα λάμβανε υπόψη όλες τις διαστάσεις των τριών εννοιών και ταυτόχρονα θα ικανοποιούσε τα κριτήρια αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Με βάση τις έννοιες που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και όλες τις πιθανές ερωτήσεις που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο υπό κατασκευή ερωτηματολόγιο, αναπτύχθηκαν διάφορα σχέδια ερωτηματολογίων.

2. Στάδιο κριτικής (Quantification stage)

Το στάδιο της κριτικής του ερωτηματολογίου ήταν ουσιαστικά μια δυναμική διαδικασία και έλαβε χώρα καθ' όλη τη διάρκεια ανάπτυξης του ερωτηματολογίου. Βασίστηκε τόσο σε κριτική από τους ερευνητές των χωρών σε ξεχωριστές συναντήσεις όσο και σε κριτική από ειδικούς, νοσηλευτές και ασθενείς, που έγινε σε κάθε χώρα χωριστά.

Πιο αναλυτικά, σε κάθε συνάντηση της ερευνητικής ομάδας υπήρχε διαδικασία αξιολόγησης κάθε ερώτησης ξεχωριστά, καθώς επίσης και του ερωτηματολογίου ως συνόλου.

Εάν υπήρχε διαφωνία για τη σημαντικότητα κάποιας ερώτησης, μετά από παράθεση επιχειρημάτων γινόταν επαναβαθμολόγηση της σπουδαιότητάς της και αποφασίζονταν εάν τελικά θα συμπεριληφθεί η ερώτηση αυτή στο τελικό σχέδιο ή όχι.

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στις τροποποιήσεις που διαπιστώθηκε ότι έπρεπε να γίνουν σχετικά με τις μεταβλητές «επάγγελμα των ασθενών» και «επίπεδο εκπαίδευσης» προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν στα δεδομένα κάθε χώρας και τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα. Για την επίτευξη αυτού του στόχου κάθε χώρα γνωστοποίησε τα διάφορα εκπαιδευτικά επίπεδα και την κατάταξη των επαγγελματιών που έχει υιοθετηθεί από αυτήν ώστε αυτά να ληφθούν υπόψη και να υπάρχει συμφωνία στο τελικό ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε στην αγγλική γλώσσα και πριν από την πιλοτική του δοκιμή η κάθε χώρα ανέλαβε να πραγματοποιήσει τη μετάφραση του ερωτηματολογίου στη γλώσσα της.

3. Πιλοτική μελέτη (Pilot study)

Δείγμα: Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας (convenience sample) και το αποτέλεσαν ασθενείς

και μητέρες και το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο αριθμός των ατόμων, καθώς επίσης και τα κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη για κάθε κατηγορία τόσο στους ασθενείς και μητέρες όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Ασθενείς: Το συνολικό δείγμα αποτέλεσαν 70 ασθενείς και μητέρες από τις παρακάτω τρεις ομάδες:

1. Μητέρες που παραμένουν με τα βρέφη στο μαιευτήριο ($n=30$). Οι μητέρες δεν έπρεπε να ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου και τα βρέφη ήταν υγιή. Θα έπρεπε επίσης να είναι ικανές να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μόνες τους.

2. Χειρουργικοί ασθενείς ($n=30$) τουλάχιστον 18 ετών που υποβλήθηκαν σε κάποια χειρουργική επέμβαση. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έπρεπε να γίνει μία ή δύο ημέρες πριν από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο.

3. Ηλικιωμένοι ασθενείς σε τμήματα χρονίως πασχόντων ($n=10$) με ηλικία 65 ετών και άνω, χρόνο νοσηλείας πάνω από τρεις μήνες και με καλό επίπεδο συνείδησης και προσανατολισμού.

Νοσηλευτικό Προσωπικό: Το συνολικό δείγμα αποτέλεσαν 80 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στη φροντίδα των ασθενών και μητέρων, στα αντίστοιχα τμήματα.

1. Μαιευτικά τμήματα ($n=30$)
2. Χειρουργικά τμήματα ($n=30$)
3. Τμήματα χρονίως πασχόντων ($n=20$).

Η συλλογή των δεδομένων έγινε για τους χειρουργικούς ασθενείς και το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό σε δύο γενικά περιφερειακά νοσοκομεία, για τις μητέρες και το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα γενικό νοσοκομείο, ενώ για τους ηλικιωμένους ασθενείς και το αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό χρησιμοποιήθηκε ένα ίδρυμα χρονίως πασχόντων.

Εργαλεία Μέτρησης: Χρησιμοποιήθηκαν δύο παράλληλα δομημένα ερωτηματολόγια: ένα για τους ασθενείς και μητέρες και ένα για το νοσηλευτικό προσωπικό και για τις τρεις ομάδες. Οι μεταβλητές που αποφασίστηκε να μελετηθούν είναι οι παρακάτω:

– Ασθενείς: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, ασφαλιστικός φορέας, κατάσταση και παρόν πρόβλημα υγείας, χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο, αριθμός εισαγωγών σε νοσοκομείο, θρήσκευμα.

– Νοσηλευτές: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, έτη σπουδών, επαγγελματική εμπειρία, επαγγελματική θέση, χρόνος προϋ-

πηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα, θρήσκευμα.

— Οι υπό μελέτη παρεμβάσεις περιορίστηκαν στις πολύ βασικές που αποτελούν ευθύνη των νοσηλευτών, όπως: διατροφή (περιλαμβάνεται ο θηλασμός στις μητέρες), απέκκριση (ούρηση, αφόδευση), χορήγηση φαρμάκων, υγιεινή σώματος.

Το ερωτηματολόγιο του νοσηλευτικού προσωπικού περιλάμβανε 95 ερωτήσεις: 9 σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, 5 σχετικά με τη γενική άποψη του ερωτώμενου για την πολιτική του τμήματος στο οποίο εργάζεται (π.χ. ποιος έχει την ευθύνη της θεραπείας του ασθενούς, εάν ζητείται από τον ασθενή πληροφορημένη συναίνεση πριν από τη χειρουργική επέμβαση ή κάθε ιατρική εξέταση, για τον σεβασμό του δικαιώματος του ασθενούς στην αυτονομία και τον σεβασμό της ιδιωτικότητάς του), οι οποίες σε συνδυασμό με 3 ανοιχτές ερωτήσεις είχαν ως στόχο τη διερεύνηση της κατανόησης των υπό μελέτη εννοιών. Επιπλέον, στο τέλος του ερωτηματολογίου υπήρχε μία λευκή σελίδα για σχόλια.

Το κύριο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 78 ερωτήσεις σχετικά με τα αντικείμενα της μελέτης. Το θεωρητικό πλαίσιο το οποίο ακολουθήθηκε για τη διαμόρφωση των 78 αυτών ερωτήσεων και τον σχηματισμό της πρώτης μορφής των ερωτηματολογίων προέκυψε από τα προηγούμενα στάδια ανάπτυξης και οι υπό μελέτη έννοιες διερευνήθηκαν ως προς τις προσδοκίες των ασθενών και νοσηλευτών ως προς αυτές, την ικανοποίηση των προσδοκιών – αναγκών αυτών και τελικά ως προς το αποτέλεσμα τους (realisation).

Αντίστοιχα, το ερωτηματολόγιο των ασθενών περιλάμβανε 106 ερωτήσεις, 10 σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, 6 σχετικά με την ύπαρξη κάποιου προβλήματος, π.χ. ειδική διαίτα, πρόβλημα με τη λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης και την ατομική υγιεινή, ή την εφαρμογή ορισμένων παρεμβάσεων, π.χ. λήψη φαρμάκων, λουτρό καθαριότητας στο κρεβάτι, χρήση σκοραμίδας, λήψη ενδοφλέβιων υγρών ή τροφής με ρινογαστρικό καθετήρα, 4 σχετικά με το βαθμό εξάρτησης του ερωτώμενου, 5 σχετικά με την πολιτική του τμήματος σε σχέση με τις υπό μελέτη έννοιες και 3 ανοιχτές ερωτήσεις που είχαν ως στόχο τη διερεύνηση της κατανόησης των υπό μελέτη εννοιών.

Οι 78 ερωτήσεις του κύριου ερωτηματολογίου ακολουθήσαν το προηγούμενο θεωρητικό πλαίσιο προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ασθενών σχετικά με τα αντικείμενα της έρευνας. Οι απαντήσεις στις 78 ερωτή-

σεις και των δύο ερωτηματολογίων ήταν κλίμακες τύπου Likert και είχαν 5 διαβαθμίσεις: «Συμφωνώ απόλυτα», «Συμφωνώ», «Δεν ξέρω», «Διαφωνώ», «Διαφωνώ απόλυτα».

Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν έτσι ώστε να μη γίνεται εναλλαγή ερωτήσεων από διάφορες περιοχές, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους ερωτώμενους.

Επίσης, τα δύο ερωτηματολόγια ήταν όμοια στη δομή και φιλοσοφία για τις τρεις κατηγορίες (χειρουργικά, μαιευτικά, ηλικιωμένους), με μικρές μόνο διαφοροποιήσεις ως προς το είδος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα στο πλαίσιο της φροντίδας των ασθενών κάθε κατηγορίας.

Συλλογή δεδομένων: Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η συλλογή των δεδομένων από κάθε ίδρυμα, προηγήθηκε τηλεφωνική επικοινωνία του επιστημονικού υπευθύνου με τον/την διευθυντή/τρια κάθε νοσηλευτικής υπηρεσίας για την ενημέρωσή τους σχετικά με την πραγματοποίηση της έρευνας, τους σκοπούς και τη διαδικασία της.

Παράλληλα, στάλθηκαν δύο επιστολές τόσο στον πρόεδρο του ιδρύματος, μέσω του οποίου διαβιβάζονταν στην Επιστημονική Επιτροπή, όσο και στον διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας, προκειμένου να χορηγηθεί η απαραίτητη άδεια για την πραγματοποίηση της μελέτης.

Οι επιστολές περιείχαν πληροφορίες για τον σκοπό της μελέτης, το δείγμα, τη μεθοδολογία και τη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, καθώς και πληροφορίες για τον Επιστημονικό Υπεύθυνο και τον Οργανισμό Χρηματοδότησης. Ο χρόνος για τις απαντήσεις έγκρισης κυμάνθηκε από δύο εβδομάδες μέχρι και ένα μήνα.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από μεταπτυχιακούς φοιτητές οι οποίοι είχαν προηγουμένως ενημερωθεί για τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Κάθε ασθενής, μητέρα ή μέλος του νοσηλευτικού προσωπικού λάμβανε ένα φάκελο μέσα στον οποίο υπήρχε το ερωτηματολόγιο μαζί με ένα συνοδευτικό γράμμα το οποίο εξηγούσε τους σκοπούς της μελέτης και παράλληλα ενημέρωνε τον ενδιαφερόμενο για την εθελοντική του συμμετοχή, καθώς και τη διασφάλιση της ανωνυμίας του. Η αποδοχή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου λαμβανόταν ως συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα. Η μέθοδος απάντησης του ερωτηματολογίου ήταν η αυτο-συμπλήρωση για το νοσηλευτικό προσωπικό και τις μητέρες, ενώ για τους

ασθενείς η προσωπική συνέντευξη.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής άλφα (Cronbach's coefficient alpha), που είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο μέτρο αξιολόγησης της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability), ενώ για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων έγινε επεξεργασία των σχολίων των ασθενών με βάση την ανάλυση περιεχομένου (content analysis), που συμπεριλαμβάνει τη συστηματική και αντικειμενική αναγωγή ή απλοποίηση της καταγεγραμμένης γλώσσας σε μια ομάδα κατηγοριών ή στατιστικών συμβόλων που αντιπροσωπεύουν την παρουσία, συχνότητα, ένταση ή φύση των επιλεγμένων χαρακτηριστικών. Ο συντελεστής άλφα παίρνει τιμές από 0 έως 1, εξαρτάται άμεσα από τον αριθμό των ερωτήσεων, τη μεταξύ τους συσχέτιση και τη συνολική μεταβλητότητα. Είναι ουσιαστικά μέτρο της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων. Η υψηλή τιμή του συντελεστή άλφα δείχνει ότι η κλίμακα ως σύνολο μετράει μια ιδιότητα ή ένα χαρακτηριστικό.

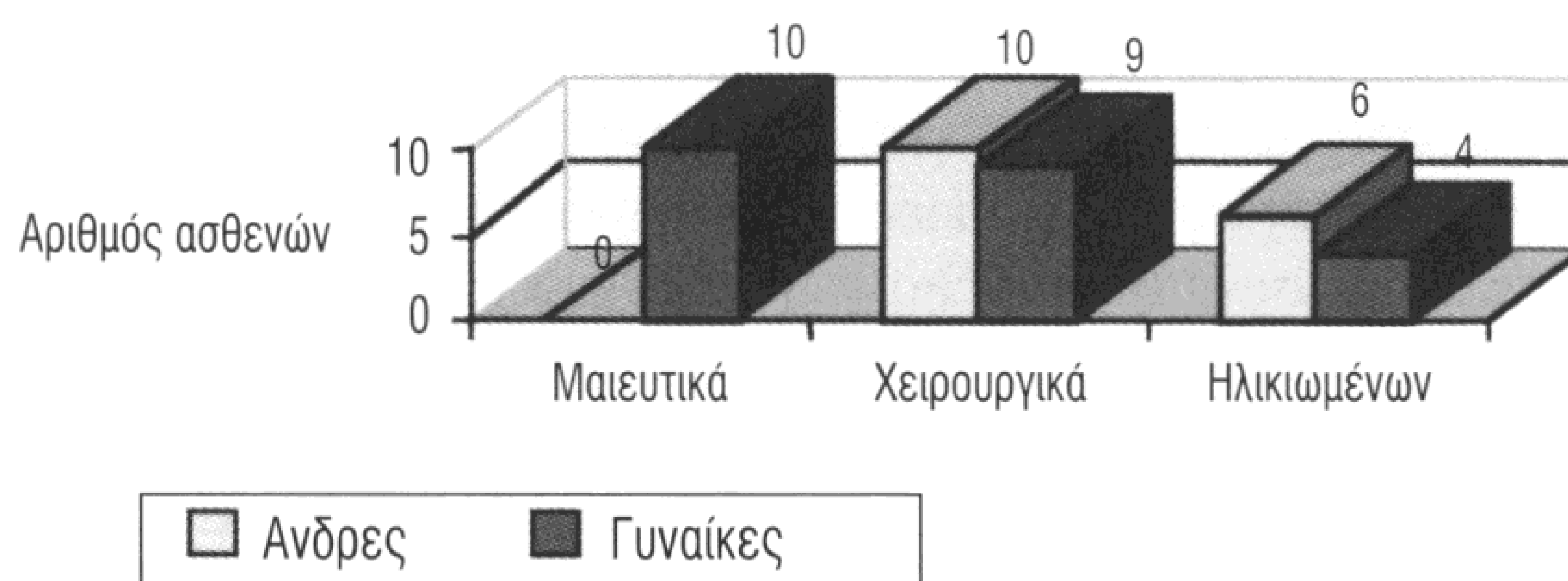
Στατιστική ανάλυση: Για τη στατιστική ανάλυση

χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (Statistical Package for Social Sciences)²². Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική και ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha).

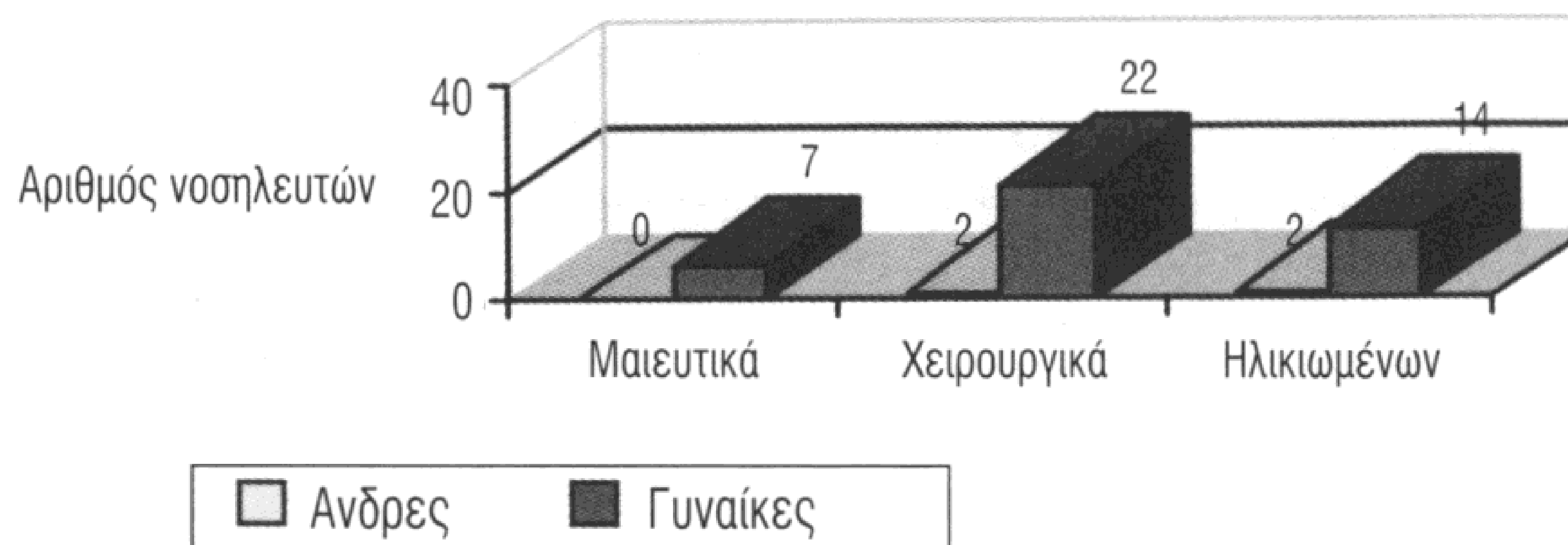
Αποτελέσματα

Από τους ασθενείς του δείγματος, 23 ήταν γυναίκες (58,9%) και 16 άνδρες (41,02%), ενώ από το νοσηλευτικό προσωπικό 43 ήταν γυναίκες (91,4%) και 4 άνδρες (8,5%). Η κατανομή του φύλου των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού ανά ομάδα δείγματος φαίνεται στα Σχήματα 1 και 2, αντίστοιχα. Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότεροι ασθενείς είχαν στοιχειώδη, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό τριτοβάθμια εκπαίδευση (Πίνακες 1 και 2).

Από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέροντα. Για την έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης δεν απάντησαν ή δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν 23 ασθενείς (59%) και 13 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού (28%), για



Σχήμα 1. Κατανομή ασθενών ανάλογα με το φύλο.



Σχήμα 2. Κατανομή νοσηλευτών ανάλογα με το φύλο.

Πίνακας 1.

Κατανομή ασθενών ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	Ασθενείς / μητέρες (%)		
	Μαιευτικά	Χειρουργικά	Χρονίως Πασχόντων
Δημοτικό ή Γυμνάσιο	40	63	88,9
Λύκειο / Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.	30	5	–
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	30	32	11,1

Πίνακας 2.

Κατανομή νοσηλευτών ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	Νοσηλευτές (%)		
	Μαιευτικά	Χειρουργικά	Χρονίως Πασχόντων
Δημοτικό ή Γυμνάσιο	–	4,2	31,3
Λύκειο / Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.	15	37,5	18,7
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	85	58,3	50

την αυτονομία 22 ασθενείς (56%) και 18 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού (47%) και για την ιδιωτικότητα 18 ασθενείς (46%) και 16 άτομα του νοσηλευτικού προσωπικού (34%).

Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι σχετικά με την έννοια της πληροφορημένης συναίνεσης, ανάμεσα σε αυτούς που έδωσαν κάποια απάντηση το 68% του νοσηλευτικού προσωπικού και το 38% των ασθενών το συσχετίζει με την αναδιατύπωση και την εξήγηση των πληροφοριών που παρέχονται, και από αυτούς μόνο το 10% των ασθενών και το 5% του νοσηλευτικού προσωπικού πιστεύει ότι αυτές οι πληροφορίες έχουν σχέση με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Για την έννοια της ιδιωτικότητας, από το σύνολο των ατόμων που έδωσαν κάποια απάντηση, 30% των ασθενών προσεγγίζουν την έννοια με σωστό τρόπο, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται στο 44%. Τέλος, την έννοια της αυτονομίας μόνο το 26% και 25% των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού, αντίστοιχα, την ορίζει με σωστό τρόπο, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό (13%) δεν γνωρίζει την έννοια.

Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου βασίστηκε στην εκτενέστατη βιβλιογραφική ανασκόπηση, στη συνεχή κριτική τόσο από ασθενείς και προσωπικό όσο

και από ειδικούς, ενώ η τελική επιβεβαίωσή της αναμένεται στην τρίτη και τελική φάση της έρευνας, που θα λάβει χώρα σε μεγάλο δείγμα ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, μόνο για τα δεδομένα που αφορούσαν στην Ελλάδα, ελέγχθηκε αρχικά σε αυτό το πιλοτικό στάδιο με το συντελεστή Cronbach's alpha. Οι τιμές του συντελεστή άλφα ήταν συνολικά:

1. Αυτονομία: α. Πληροφόρηση: για τους ασθενείς 0,84, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό 0,85, β. Λήψη αποφάσεων: για τους ασθενείς 0,79, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό 0,86.

2. Ιδιωτικότητα: για τους ασθενείς 0,76, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό 0,82.

3. Πληροφορημένη συναίνεση: για τους ασθενείς 0,70, ενώ για το νοσηλευτικό προσωπικό 0,78.

Τα αποτελέσματα αυτά του συντελεστή άλφα θεωρήθηκαν αρκετά ικανοποιητικά για το σύνολο των ερωτήσεων και για τις ερωτήσεις εκείνες στις οποίες οι τιμές του συντελεστή ήταν χαμηλές αναγνωρίστηκε ότι έπρεπε να τεθούν ξανά υπό αναδιαμόρφωση ή να διαγραφούν από την επόμενη φάση.

Τέλος, η παρατήρηση των υποκειμένων έδειξε ότι οι ασθενείς, αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό βρήκαν το ερωτηματολόγιο μεγάλο, κουραστικό, σε πολλά ση-

μεία δυσνόητο και με επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις.

Συζήτηση

Η διαδικασία που ακολουθήθηκε στην Ελλάδα για την πιλοτική δοκιμασία του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε και στις άλλες τέσσερις χώρες με τον ίδιο ακριβώς τρόπο. Από το σύνολο όλων αυτών των μελετών προέκυψαν χρήσιμα συμπεράσματα για τη βελτίωση του εργαλείου.

Ειδικότερα, φάνηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε δυσκολία στο να ορίσει τις έννοιες της αυτονομίας, της ιδιωτικότητας και της πληροφορημένης συναίνεσης, ενώ όταν το έκανε δεν συσχέτιζε τις έννοιες αυτές με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη ενημέρωσης του νοσηλευτικού προσωπικού ή αναθεώρησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ένταξης των εννοιών αυτών στο μάθημα ηθικής και δεοντολογίας με μεγαλύτερη έμφαση στην κλινική εφαρμογή.

Επίσης, παρατηρήθηκε έντονη αρνητική προδιάθεση στη συμπλήρωσή του και ειδικά από το προσωπικό των μαιευτικών τμημάτων. Το νοσηλευτικό προσωπικό σχολίασε το μεγάλο μέγεθος του ερωτηματολογίου και την επανάληψη μερικών ερωτήσεων. Πολλοί από αυτούς (ειδικά εκείνοι με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ή μεγάλη ηλικία) πίστευαν ότι δεν είναι αρμόδιοι να δίνουν πληροφορίες στους ασθενείς (σε αντίστοιχη ερώτηση) και παράλληλα αντιμετώπισαν δυσκολία στην κατανόηση και απάντηση των ερωτήσεων. Ενδεικτικό της παραπάνω άποψης είναι το σχόλιο ενός από τους νοσηλευτές: «Δεν έχουμε όλοι τις ίδιες αρμοδιότητες και γνώσεις. Για πράγματα που δεν γνωρίζουμε, καλύτερα να παραπέμπουμε τον ασθενή στον ιατρό. Ας δεσμευόμαστε σε πληροφορίες που ο καθένας μπορεί να δώσει σύμφωνα με τη θέση και τη δουλειά που κάνει».

Οι ασθενείς θεώρησαν και αυτοί τις ερωτήσεις πολύ εκτεταμένες και δύσκολες στην κατανόηση και σχολίασαν την επανάληψη πολλών από αυτές. Όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό, έδειξαν να μην κατανοούν τις υπό μελέτη έννοιες και είχαν δυσκολία στο να τις ορίσουν. Ενδεικτικό της δυσκολίας που αντιμετώπισαν είναι το ότι μερικές συνεντεύξεις διήρκεσαν πάνω από μία ώρα, χρόνος που θεωρείται υπερβολικός.

Η μεγάλη έκταση του ερωτηματολογίου αποτέλεσε κοινή διαπίστωση τόσο για το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και για τους ασθενείς, γεγονός που παρατηρήθηκε και στις υπόλοιπες χώρες, και αποφασίστηκε να ε-

πανεξεταστεί ως προς το μήκος και τη χρονική διάρκεια που απαιτεί η συμπλήρωσή του. Επίσης, μετά την πιλοτική δοκιμασία αποφασίστηκαν θέματα ομοιογένειας στις πέντε χώρες και επανεξετάστηκαν οι επαγγελματικοί τίτλοι, η δήλωση της οικογενειακής κατάστασης, ενώ η δήλωση του θρησκευματος δεν συμπεριλήφθηκε στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου, γιατί σε μερικές χώρες διαπιστώθηκε επιφύλαξη ως προς τη συμπλήρωσή του.

Με βάση τις παραπάνω παρατηρήσεις και σε συνδυασμό με τον συντελεστή άλφα και τον πίνακα συσχετίσεων διαμορφώθηκε νέο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε 7 γενικές ερωτήσεις και 39 σχετικές με το αντικείμενο της μελέτης για το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ για τους ασθενείς 21 γενικές και 39 ερωτήσεις σχετικές με την αυτονομία (πληροφόρηση, λήψη αποφάσεων), την ιδιωτικότητα και την πληροφορημένη συναίνεση. Επίσης, σε όλα τα ερωτηματολόγια οι απαντήσεις με κλίμακα τύπου Likert από 1-5 αντικαταστάθηκαν με αντίστοιχη κλίμακα από 1-6, επειδή στις ήδη υπάρχουσες απαντήσεις προστέθηκε και η απάντηση «Ανεφάρμοστο» ως επιλογή για τις περιπτώσεις που σε κάποια χώρα κάποιες από τις μεταβλητές δεν είχαν εφαρμογή.

Η νέα αυτή μορφή του ερωτηματολογίου δοκιμάστηκε πιλοτικά στη Φινλανδία σε σύνολο 160 ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού και στις 6 κατηγορίες. Έτσι προέκυψε η τελική έκδοση των ερωτηματολογίων τα οποία στάλθηκαν και στις 5 χώρες για να μεταφραστούν στη γλώσσα τους. Μετά την πρώτη μετάφραση πραγματοποιήθηκε και αντίστροφη μετάφραση από ανεξάρτητο με την πρώτη μετάφραση μεταφραστή, ώστε να διασφαλιστεί ακόμη περισσότερο η εγκυρότητα του εργαλείου μέτρησης.

Συμπέρασμα

Με βάση τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης, ο αριθμός των ερωτήσεων του εργαλείου μειώθηκε αισθητά και οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν με πιο απλό τρόπο. Η δυσκολία που είχαν και οι δύο ομάδες του δείγματος να συνδέσουν τις τρεις έννοιες με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι η πλειοψηφία δεν γνώριζε ακριβώς τη σημασία των υπό μελέτη εννοιών.

Το μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον (λειτουργικό σύστημα εργασίας, έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού) και το ιατρικό πατερναλιστικό μοντέλο

παροχής φροντίδας Υγείας πιθανόν δεν δίνουν την ευκαιρία στους νοσηλευτές να εξετάσουν περισσότερο κριτικά τις ηθικές αρχές της φροντίδας και να εφαρμόσουν μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση με βάση τις μοναδικές ανάγκες των ασθενών.

Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών για τα ηθικά θέματα και την εφαρμογή τους στην κλινική πρακτική.

Ευχαριστίες

Εκφράζονται ευχαριστίες στους υπευθύνους, στο προσωπικό και στους ασθενείς των νοσοκομείων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τους μεταπτυχιακούς φοιτητές: Μαρία Κάπελα, Φωτεινή Μαβίδου, Ευγενία Σκούμπου και Χριστίνα Νάνου για τη συμμετοχή τους στη συλλογή των δεδομένων, χωρίς τη συμμετοχή των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της ποιοτικής μελέτης.

Βιβλιογραφία

1. WHO. A Declaration on the Promotion of Patient's Rights in Europe. WHO, Regional Office for Europe, Kluwer Law International, The Hague, 1994.
2. Γιαννοπούλου Α. Η ενημέρωση του Αρρώστου στην Ελληνική Υγειονομική Πραγματικότητα. Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα: Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1992, 66.
3. Beauchamp TL & Childress JF. Principles of biomedical ethics (4th ed.). New York: Oxford University Press, 1994.
4. Παπανούτσος Ε. Πρακτική φιλοσοφία. Αθήνα, Εκδόσεις Δωδώνη, 1984.
5. Webster's New World Dictionary. New York: Prentice Hall, 1986.
6. Corbella J (1996). El Dret a la proteccio de la intimitat del malalt. Limits dels informes medics. Conference in Mestratge d'Especialitzacio Medica. Unpublished.
7. Leino-Kilpi H, Valimaki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Bansemir G, Cabrera E, Papaevangelou H, Parland JMc. Patient's autonomy, privacy and informed consent. Amsterdam, IOS Press, 2000.
8. Lotjonen S. The protection of human subjects in medical research in Finland. In: T. Modeen (ed.) Finnish National Reports. To the XVth Congress of the International Academy of Comparative Law. Helsinki: Finnish Lawyers' Publishing, Kauppakaari Oy, Multiprint, 1998, 51-72.
9. Buchanan M. Enabling patients to make informed decisions. Nursing Times 1995, 91 (18): 27-29.
10. Bohme H. Das Recht des Krankenpflegepersonals, Teil 2 (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 1991.
11. Marchette L, Box N, Heennessy M, Wasserlau M, Arnall B, Copeland D & Habib K. Nurses' perceptions of the support of patient autonomy in do-not-resuscitate (DNR) decisions. Int J Nurs Stud 1993, 30 (1): 37-49.
12. Edne J, Kazis L, Ash A & Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information seeking preferences among medical patients. Journal of General Internal Medicine 1989, 4(1): 23-30.
13. Burden B. Privacy or help? The use of curtain positioning strategies within the maternity ward environment as a mean of achieving and maintaining privacy, or as a form of signaling to peers and professionals in an attempt to seek information and support. Journal of Advanced Nursing 1998, 27: 15-23.
14. Back E & Wikblad K. Privacy in hospital. Journal of Advanced Nursing 1998, 27 (5): 940-945.
15. Sugarman J, McCrory D & Hubal R. Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research. Journal of American Geriatrics Society 1998, 46 (4): 517-524.
16. Suls J & Wan C. Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. Journal of Consulting Clinical Psychology 1989, 57: 372-379.
17. Shaw R, Cohen F, Fishman-Rosen J, Murphy M, Stertz S, Clark D & Myler R. Psychologic predictors of psychosocial and medical outcomes in patients undergoing coronary angioplasty. Psychosomatic Medicine 1986, 48 (4): 713-715.
18. Hord C & Delano G. The midwife's role in abortion care. Midwifery 1994, 10 (3): 131-141.
19. Tadd W. Ethical issues in nursing and midwifery practice. Perspectives from Europe. London: MacMillan, 1998.
20. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research 1986, 35(6): 382-385.
21. Waltz CF, Strickland OL & Lenz ER. Measurement in Nursing research (2nd edition). Philadelphia, FA Davis Company, 1991.
22. Norusis MJ. SPSS Base System User's Guide. Chicago, Illinois, 1990: SPSS Inc.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 15/2/2001