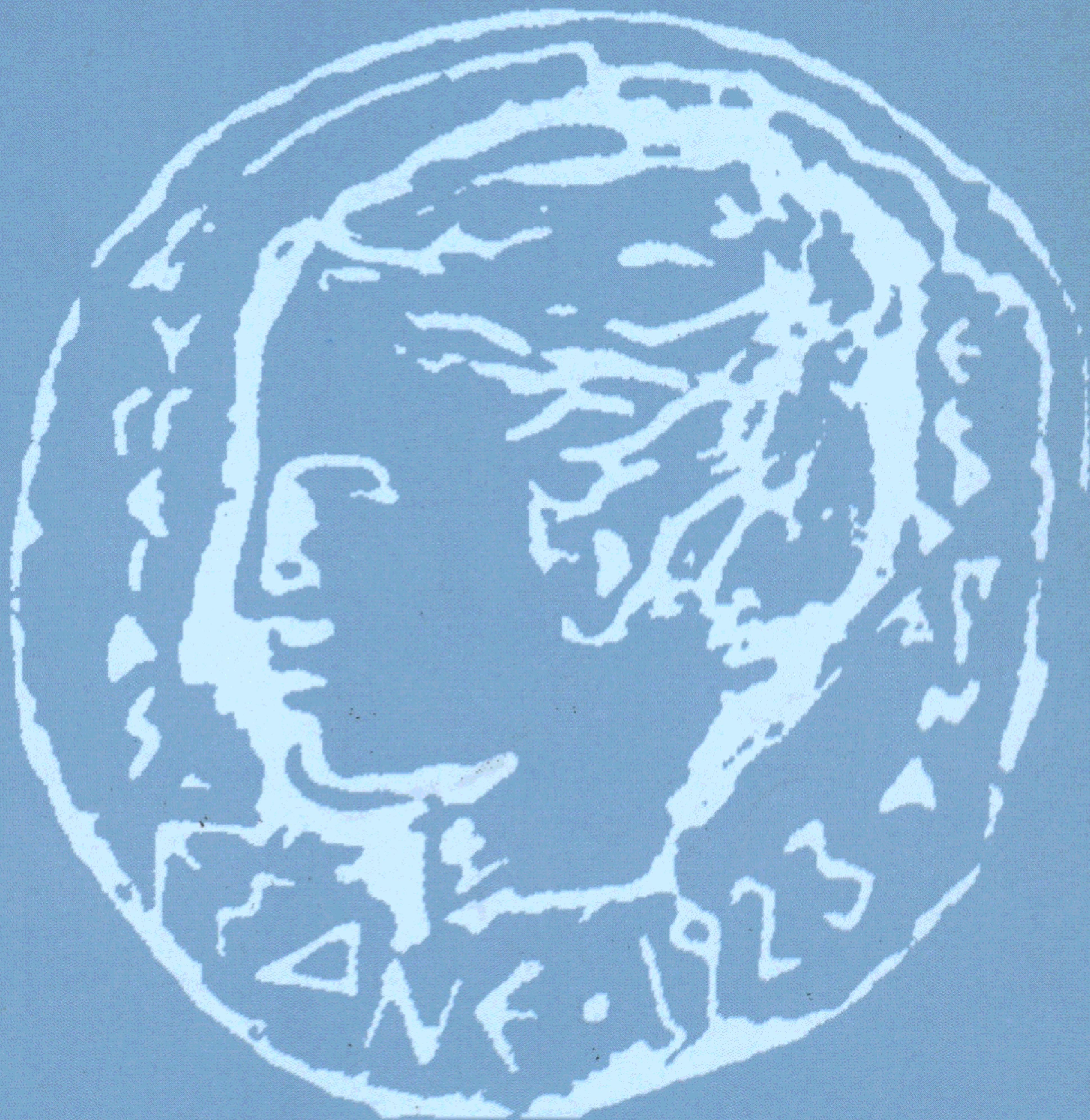


ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 35 - Τεύχος 1 - Ιανουάριος - Μάρτιος 1996



NOSSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 35 - No 1 - January - March 1996



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας	2
2. Θεωρίες - νοσηλευτική και νοσηλευτική διεργασία <i>Δ. Δημητρώλης</i>	7
3. Απόψεις των νοσηλευτών για τη στολή του νοσηλευτικού προσωπικού <i>Ε. Γουλιά, Α. Δουλάμη, Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου</i>	11
4. Εναλλακτικές μέθοδοι στη νοσηλευτική έρευνα <i>Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, Κ. Κάντζος</i>	19
5. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και κλινικό περιβάλλον μάθησης <i>Σ. Κοτζαμπασάκη, Β. Λανάρα, Δ. Μόνος</i>	28
6. Νομοθεσία	39
7. Ενημέρωση	43
8. Οδηγίες για τους συγγραφείς	53

CONTENTS

1. Code of Nursing Deontology	2
2. Theories - Nursing - Nursing process <i>D. Dimitrellis</i>	7
3. Nursing views about the nursing personnel uniform <i>I. Goulia, A. Doulami, A. Kalokerinou-Anagnostopoulou</i>	11
4. Alternative research methods in nursing <i>D. Sapounzi-Krepia, C. Cantzos</i>	19
5. The Quality of nursing care and the clinical learning environment <i>S. Kotzabassaki, V. Lanara, D. Monos</i>	28
6. Recent legislation concerning nursing	39
7. For your information	43
8. Instructions to authors	53

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούκων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ' κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Ε. Γουλιά
Α. Καλοκαιρινού
Μ. Μαλγαρινού
Α. Παπαθανανάκη
Δ. Λουκίσα
Α. Πορτοκαλάκη
Α. Ραγιά
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Μαρία Μαλγαρινού
Επίτ. Καθηγήτρια ΤΕΙ Αθηνών
Πύργος Αθηνών - Γ' Κτίριο, 2ος όροφος - 115 27 ΑΘΗΝΑ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	2500	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	4500	δρχ.
Εξωτερικού	40	\$
Τιμή τεύχους	750	δρχ.
Τιμή τευχών 1990, 1991	600	δρχ.
" " 1985-1989	500	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	400	δρχ.

Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και κλινικό περιβάλλον μάθησης

Στέλλα Κοτζαμπασάκη

Επίκουρος Καθηγήτρια Νοσηλευτικής ΤΕΙ Αθηνών

Βασιλική Λανάρα

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.

Δημήτρης Μόνος

Καθηγητής Κοινωνιολογίας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΣΤΕΛΛΑ ΚΟΤΖΑΜΠΑΣΑΚΗ, ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΛΑΝΑΡΑ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΜΟΝΟΣ
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας και κλινικό περιβάλλον μάθησης. Το άρθρο βασίζεται σε μέρος ευρημάτων έρευνας, που έγινε στα πλαίσια εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, με θέμα το κλινικό περιβάλλον μάθησης. Τέσσερις ομάδες υποκειμένων - Σπουδαστές, Νοσηλευτές, Κλινικοί Καθηγητές και Προϊστάμενες - ρωτήθηκαν μεταξύ των άλλων και για τις περισσότερες και λιγότερες χρήσιμες εμπειρίες/εργασίες για την κλινική εκπαίδευση των σπουδαστών της νοσηλευτικής. Όλες οι ομάδες έδειξαν να θεωρούν ως περισσότερο χρήσιμες εμπειρίες/εργασίες τις διαδικασίες της προηγμένης νοσηλευτικής, οι οποίες αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως «τεχνικής φύσεως». Αντίθετα όλες οι διαδικασίες της βασικής νοσηλευτικής κατατάσσονταν στις λιγότερες χρήσιμες για την εκπαίδευση εμπειρίες/εργασίες. Οι σπουδαστές φάνηκε να εκτιμούν ιδιαίτερα τις επισκέψεις σε άλλα τμήματα όπως ΜΕΘ, χειρουργεία κ.λπ. Η ψυχοκοινωνικού τύπου φροντίδα αναφερόταν ελάχιστα. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα στα υπό μελέτη νοσηλευτικά τμήματα ήταν τεχνικού τύπου και προσανατολισμένη στη θεραπεία της αρρώστιας μάλλον παρά στη φροντίδα του ανθρώπου, ενώ η κοινωνικοποίηση των σπουδαστών γινόταν σ' ένα τεχνικό ρόλο μακριά από τον άρρωστο και σύμφωνα με το «κρυφό πρόγραμμα». **Νοσηλευτική 1: 28-38, 1996**

Εισαγωγή

Η θετική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την ποιότητα του κλινικού περιβάλλοντος ως περιβάλλοντος μάθησης είναι ερευνητικά τεκμηριωμένη¹⁻⁸. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελεί επομένως μια από τις σημαντικότερες παραμέ-

τρους και ως τέτοια είναι απαραίτητο να λαμβάνεται υπόψη και να διερευνάται σε κάθε μελέτη του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης.

Τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται παρακάτω, αποτελούν μέρος αυτών που προέκυψαν από τη «Διερεύνηση του περιβάλλοντος μάθησης των σπουδαστών της Νοσηλευτικής ΤΕΙ στον κλινικό τομέα». Η έρευνα αυτή έλαβε

χώρα στα πλαίσια της εκπόνησης ομώνυμης διδακτορικής διατριβής, από το τμήμα νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας

Η McFarlane⁹ σε μια αναφορά της στις ανθρώπινες αξίες - υπόβαθρο των νοσηλευτικών ενεργειών, υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική είναι μια «σχέση βοήθειας» με την έννοια της προσφοράς υπηρεσιών προς άλλους, που θεμελιώνονται σε αξίες σχετικές με τον άνθρωπο και τη φύση των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων, αλλά επίσης και σε επιστημονικές αξίες, γνώσης και επαγγελματικής ικανότητας. Η ανθρωπιστική και παράλληλα επιστημονική υπόσταση της νοσηλευτικής, φαίνεται να αποτελεί το σημείο εκκίνησης των σύγχρονων συγγραφέων-νοσηλευτών¹⁰⁻¹⁵ ενώ η έρευνα φαίνεται να στηρίζει αυτή τη θέση^{16, 17}.

Η αποδοχή από τους νοσηλευτές της θεώρησης του δέκτη της φροντίδας ως ολιστικού όντος, αυτόνομου και ικανού να παίρνει αποφάσεις και να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό τους, αντικατοπτρίζεται στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας, που φαίνεται να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες καινοτομίες της σύγχρονης κλινικής νοσηλευτικής πρακτικής^{9, 15, 18-20}.

Οι ιδέες και οι αξίες που αποτελούν το υπόβαθρο της νοσηλευτικής διεργασίας επισημαίνονται από την De la Guesta²¹ στη διάκριση που κάνει ανάμεσα σ' αυτήν και στην παραδοσιακή νοσηλευτική:

- η χρησιμοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας μετατρέπει το νοσηλευτή σε ένα επαγγελματία με αυτονομία και ανεξαρτησία στη δράση, και με το γιατρό συνεργάτη

- η νοσηλευτική μετατρέπεται σε μια διανοητική δραστηριότητα και ο νοσηλευτής σε ένα δημιουργικά σκεπτόμενο άτομο

- η έμφαση τοποθετείται στις διανοητικές δεξιότητες με το νοσηλευτή ένα ενεργητικό αναζητητή πληροφοριών

- η εργασία είναι δυναμική, και έχει σαν επίκεντρο τον άρρωστο

- ο νοσηλευτικός ρόλος επεκτείνεται προς τις συμπεριφοριολογικές και τις κοινωνικές επιπτώσεις

- ο νοσηλευτής εμπλέκεται στη φροντίδα του αρρώστου, ενώ ο άρρωστος είναι ένας ενεργητικός μέτοχος

- ο νοσηλευτής είναι ατομικά υπεύθυνος για τις ενέργειές του.

Αντίθετα, στην παραδοσιακή νοσηλευτική, οι ενέργειες είναι εξαρτημένες:

- η νοσηλευτική είναι μια τεχνική δραστηριότητα

- ο νοσηλευτής εκτελεί, και η έμφαση δίνεται στις τεχνικές δεξιότητες

- ο νοσηλευτής δέχεται την πληροφόρηση παθητικά· η εργασία είναι τύπου ρουτίνας με επίκεντρο τα εκτελούμενα έργα, και ο νοσηλευτικός ρόλος περιορίζεται στις φυσικές απόψεις της φροντίδας

- ο νοσηλευτής αποφεύγει την εμπλοκή με τον άρρωστο σαν μηχανισμό αποφυγής άγχους

- ο άρρωστος είναι ένας παθητικός δέκτης

- η υπευθυνότητα διαχέεται μέσα στο προσωπικό, και κατανέμεται στην ιεραρχία.

Το γεγονός ότι η νοσηλευτική φροντίδα έχει ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα στον άρρωστο, που είτε είναι μετρήσιμο είτε βιώνεται υποκειμενικά από τον ίδιο, αναφέρεται από τους Cassee²², Banner¹⁶ και Ersser²³. Η Ersser²³ υποστηρίζει ότι αν και ιστορικά φαίνεται ότι οι νοσηλευτές εφάρμοζαν την ιατρική θεραπεία, εν τούτοις υπάρχουν πρώιμες ενδείξεις αναγνώρισης του θεραπευτικού νοσηλευτικού ρόλου. Παρ' ότι συχνά είχε υποτεθεί ότι η βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου οφειλόταν μόνο στα φάρμακα ή τη χειρουργική επέμβαση, εν τούτοις μια τέτοια αιτιολογική σχέση είναι αμφισβητήσιμη. Η επίδραση της επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο σε 24ωρη βάση, για παροχή άνεσης, ανάπαυσης, τροφής και υγρών και για εξασφάλιση επικοινωνίας, δηλαδή η ισχυρή μεταβλητή που ονομάζεται νοσηλευτική φροντίδα, δεν είναι δυνατόν να μη συνυπολογίζεται. Η Ersser²³ περιγράφει πέντε ευρείες κατηγορίες θεραπευτικής νοσηλευτικής προσέγγισης:

- η σχέση νοσηλεύτη - αρρώστου
- η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος
- η παροχή πληροφοριών
- η εξασφάλιση άνεσης
- οι ολιστικές πρακτικές υγείας.

Το πιθανό αντιθεραπευτικό αποτέλεσμα των νοσοκομείων έχει αναγνωρισθεί. Τα νοσοκομεία αναφέρονται συχνά και ίσως είναι απειλητικά και απάνθρωπα περιβάλλοντα²⁴. Επιπλέον, το γενικό επίπεδο του ηθικού που διαχέεται στο νοσοκομείο και τα τμήματα, μπορεί να έχει σοβαρές ανεπιθύμητες επιδράσεις τόσο στους ασθενείς όσο και το προσωπικό²⁵. Και παρ' ότι η εξασφάλιση καλών διαπροσωπικών σχέσεων και η επικοινωνία ανάμεσα σε νοσηλεύτη και δέκτη φροντίδας αποτελεί θεραπευτική νοσηλευτική συμπεριφορά, η ανεπαρκής κάλυψη αυτής της άποψης του νοσηλευτικού ρόλου είναι βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη^{22, 26-28}. Ο νοσηλευτικός ρόλος που είναι οργανωμένος έτσι ώστε να έχει σαν επίκεντρο τον άρρωστο και όχι έργα και ρουτίνες, φαίνεται να είναι θεραπευτικός^{23, 29-32}.

Κατά τους Roper και συνεργάτες³³, η νοσηλευτική διεργασία φαίνεται να προμηθεύει τους νοσηλευτές με ένα λογικό τρόπο σκέψης, μια επιστημονική προσέγγιση του προβλήματος, που όμως αποτελεί χαρακτηριστικό όλων των επιστημών, και δεν είναι επομένως μια νοσηλευτική ιδιαιτερότητα. Σύμφωνα με τους Pearson & Vaughan¹³ η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί το όχημα για τη μεταφορά του νοσηλευτικού αγαθού. οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τι να εκτιμήσουν, τι αποτελεί το περιεχόμενο ενός σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας, και σε τι συνίσταται η νοσηλευτική αξιολόγηση. Η επίτευξη του παραπάνω, φαίνεται να γίνεται κατορθωτή, με τη χρησιμοποίηση ενός νοσηλευτικού μοντέλου και της συνακόλουθης νοσηλευτικής θεωρίας, μέσα από το οποίο είναι δυνατόν να αναλυθεί και να περιγραφεί η νοσηλευτική φροντίδα^{13, 15, 33-35}. Τα νοσηλευτικά μοντέλα αποτελούν επομένως εννοιολογικά σώματα γνώσεων που δημιουργούν μια πληροφορημένη μάλλον παρά υποκινούμενη από τη διαίσθηση βάση, για τη χρησιμοποίηση της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η ανάγκη υιοθέτησης ενός νοσηλευτικού μοντέλου, προέκυψε από την αγνώριση της διανοητικής φύσης της νοσηλευτικής, την ανάγκη προσδιορισμού της επιστημονικής της ταυτότητας, την έλλειψη ικανοποίησης από τις παραδοσιακές νοσηλευτικές πρακτικές, και την ανάγκη βελτίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας^{36, 37}. Ήδη η νοσηλευτική είχε γίνει αντικείμενο κριτικής, εξαιτίας της αδυναμίας της να οριοθετήσει τη θεωρητική βάση της πρακτικής της, αλλά και του εκπαιδευτικού της προγράμματος^{38, 39}.

Το πρόγραμμα της βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης, ήταν ακόμα δομημένο με βάση το ιατρικό μοντέλο καθώς εστιαζόταν στα συστήματα του σώματος και στα συμπτώματα της νόσου. Έτσι, οι σπουδαστές της νοσηλευτικής σπούδάζαν στην ουσία μια υποβαθμισμένη ιατρική εκπαίδευση και τελείωναν σαν «υπογιατροί» μάλλον παρά σαν νοσηλευτές¹⁵. Η Orem⁴⁰ ανέφερε ότι θα ήταν καλύτερα για τους ασθενείς, αν οι γιατροί χρησιμοποιούσαν το ιατρικό μοντέλο βασισμένο στη φυσιολογική ομοιότητα και στη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας, ενώ οι νοσηλευτές επικεντρώνονταν στον άρρωστο σαν άτομο, βοηθώντας τον να κατανοήσει τι του συνέβαινε και δίνοντάς του υποστήριξη και βοήθεια. Υπήρχε έτσι μια συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση της ανάγκης άσκησης της νοσηλευτικής, με βάση ένα δικό της εννοιολογικό πλαίσιο και θεωρίες που δεν θα ήταν δανεισμένες από άλλες επιστήμες και ιδιαίτερα από την ιατρική⁴¹.

Κατά την Pembrey⁴², η χρησιμοποίηση ενός εννοιολογικού πλαισίου σκέψης, έχει επιφέρει δυο σημαντικές αλλαγές και παράλληλες επιδράσεις στη νοσηλευτική πρακτική: Πρώτον έχει επιτρέψει στη νοσηλευτική, να αναπτύξει μια ολιστική άποψη για τον άρρωστο - ένα μοναδικό άτομο με διαφορετικά μέρη και ανάγκες που αλληλεπιδρούν, και που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη φροντίδα του. Δεύτερον η ολιστική θεώρηση του αρρώστου, έχει παράγει μια ολιστική άποψη της νοσηλευτικής και του τρόπου που πρέπει να ασκείται. Δεν είναι δυνατόν επομένως ούτε η νοσηλευτική να θεω-

ρείται ως μια σειρά έργων που πρέπει να εκτελεσθούν, ούτε και ο άρρωστος να μοιράζεται σε διάφορα επίπεδα έργων που θα πρέπει να εκτελεσθούν από νοσηλευτές οργανωμένους ανάλογα. Αναγκαία, οι ποικίλες δεξιότητες της νοσηλευτικής πρακτικής, πρέπει να ενοποιηθούν σαν εκτίμηση, σχεδιασμός, εφαρμογή και αξιολόγηση, δεξιότητες που αποτελούν το πλαίσιο καλής φροντίδας.

Ο Pearson¹⁵ αναφέρεται σε δυο πιθανές στάσεις που σύμφωνα με τον Turner είναι δυνατόν να υιοθετηθούν από το άτομο με την εξουσία στα χέρια του -το νοσηλευτή- προς το εξαρτημένο -τον άρρωστο. Στο ένα άκρο ενός πιθανού συνεχούς βρίσκεται μια στάση απανθρωπισμού, που οδηγεί στην αγνοήση ή τη μη αποδοχή της ατομικότητας.

Στο άλλο άκρο βρίσκεται η ανθρωπιστική στάση, που προστατεύει και εκτιμά την ατομικότητα διά μέσου της προσοχής στις ψυχολογικές ανάγκες. Ο σημερινός εστιασμός της νοσηλευτικής στην εξατομίκευση, ισχυρίζεται ο Pearson, φαίνεται να συμφωνεί με την ανθρωπιστική στάση. Όμως δεν αρκεί η ύπαρξη μιας νοσηλευτικής θεωρίας ή ακόμα κάποιων νέων εντύπων. Η διανοητική επιδίωξη της ατομικότητας προϋποθέτει τη χρησιμοποίηση μιας διαδικασίας λύσης προβλήματος μαζί με ένα κατάλληλο σύστημα οργάνωσης και παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας.

Φαίνεται ότι οργανωτικό πλαίσιο κατάλληλο για μια επιστημονική προσέγγιση που εμπειριέχει το ανθρωπιστικό στοιχείο, είναι αυτό που δίδει έμφαση στην «ένα προς ένα», «πελάτη-επιστήμονα» σχέση, παρόμοια με αυτή των γιατρών ή άλλων επιστημόνων. Η φιλοσοφία που επιτρέπει την ανάθεση ευθύνης, τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα, και τη λογοδότηση, σε ένα νοσηλευτή, ονομάζεται πρωτοβάθμια νοσηλευτική (primary nursing)^{15,43-45}.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική, αναδύθηκε από την επιθυμία παροχής περισσότερο εξατομικευμένης φροντίδας, αλλά και σαν προσπάθεια οργάνωσης και παροχής της, κατά έναν επιστημονικό μάλλον παρά γραφειοκρατικό τρόπο^{15, 43, 46}.

Το γραφειοκρατικό μοντέλο είναι οργανω-

μένο κάθετα, με τη φροντίδα διασπασμένη σε έρα, που αναλαμβάνονται από μια ποικιλία εργαζομένων και που η εκτέλεσή τους διέπεται από κανόνες και τύπους και συντονίζεται από μια ιεραρχία επιβλεπόντων ατόμων⁴⁶. Αντίθετα το επιστημονικό μοντέλο είναι οργανωμένο σύμφωνα με τις αρχές της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής οριζόντια. Η λήψη αποφάσεων αποκεντρώνεται και λαμβάνει χώρα στο επίπεδο της εκτέλεσης. η εξουσία στηρίζεται στην επιστημονική γνώση μάλλον παρά στη θέση μέσα στην ιεραρχία^{15, 43, 46}.

Η Wright⁴³ αναφέρεται στα σημαντικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής ως εξής:

- Ανάλυση ευθύνης για τη φροντίδα του αρρώστου σε 24ωρη βάση.

- Αυτονομία: Ο νοσηλευτής έχει μέσα στα πλαίσια της επιστημονικής αυτοκυβέρνησης, την εξουσία να ενεργεί και να παίρνει αποφάσεις για τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και της οικογένειάς του.

- Συντονισμός: Είναι απαραίτητος για την επίτευξη μιας ομαλής ορής της φροντίδας από το ένα ωράριο στο άλλο, με άμεσο πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία από τον ένα νοσηλευτή στον άλλο.

- Ολοκλήρωση: κάθε νοσηλευτής δίνει στους ασθενείς του, πλήρη νοσηλευτική φροντίδα στη διάρκεια του ωραρίου του, εκτελεί δηλαδή πλήρες έργο.

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική δίνει έναν περισσότερο ξεκάθαρο ορισμό του νοσηλευτικού ρόλου στην πολυεπαγγελματική ομάδα. Τα λάθη στη φροντίδα και επομένως και τα παράποντα των αρρώστων μειώνονται και προάγεται μια σχέση μεγαλύτερης εμπιστοσύνης ανέμεσα στους δύο⁴³.

Κατά τους Freeman & Coronado⁴⁷ όταν οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν τι τους άρεσε περισσότερο στη πρωτοβάθμια νοσηλευτική, ανέφεραν, ότι τους άρεσε το γεγονός ότι είχαν αυτονομία στην εκτέλεση των νοσηλευτικών τους παρεμβάσεων και πλούσιες ευκαιρίες επιστημονικής ανάπτυξης και αυτοπραγμάτωσης. Η Gardner⁴⁸ σε μια συγκριτική μελέτη της πρωτοβάθμιας και

της ομαδικής νοσηλευτικής, έδειξε, ότι η πρώτη προάγει την επιστημονική νοσηλευτική άσκηση και τις σχέσεις νοσηλευτή-αρρώστου, βελτιώνει περισσότερο την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, επιδρά ευνοϊκά στο νοσηλευτικό προσωπικό γιατί μειώνει το στρες και το κόστος της είναι μικρότερο.

Ένα σύστημα φροντίδας που προϋποθέτει πλήρη ανάληψη ευθύνης και αυτοκυβέρνηση, παρόμοια με αυτή των άλλων επιστημονικών ομάδων, απαιτεί ταυτόχρονα και άσκηση από ένα μόνο άτομο, τον επιστήμονα νοσηλευτή. Τέλος, εκτός από την παροχή πλήρους και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του ρόλου του αποτελεί η εμπλοκή του τόσο σε ερευνητικές όσο και σε εκπαιδευτικές διαδικασίες^{15, 42, 43, 47}.

Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο, το έργο των διοικητικών νοσηλευτών μεταβάλλεται από αυτό των επιβλεπόντων, σε ένα νέο, των συμβούλων. Η προϊσταμένη λειτουργεί πλέον σαν πηγή πληροφοριών, και καθώς η οργάνωση μεταβάλλεται από κάθετη σε οριζόντια, ο χρόνος της απελευθερώνεται και της δίνεται η δυνατότητα να επιδοθεί σε ερευνητικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες, και να ασχοληθεί με την εκπαίδευση των σπουδαστών της νοσηλευτικής^{15, 43, 49}.

Μέθοδος και δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 25 τμήματα τεσσάρων μεγάλων νοσοκομείων των Αθηνών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της Fretwell³ για την αξιολόγηση του «Περιβάλλοντος Μάθησης». Το όργανο αυτό αποτελείται από μία κλίμακα τύπου Likert διά μέσου της οποίας μετρούνται παράγοντες του περιβάλλοντος μάθησης όπως ο φόρτος εργασίας, η επάρκεια των κλινικών εμπειριών, η ατμόσφαιρα του τμήματος, η διδασκαλία στο τμήμα, οι ευκαιρίες μάθησης και η νοσηλευτική φροντίδα. Περιέχει επίσης ερωτήσεις για τη μέτρηση του στρες και άγχους. Ακόμα περιέχει πέντε ανοικτές ερωτήσεις για τη συγκέντρωση δεδομένων σχετικών με τις αιτίες άγχους και στρες, τις περισσότερο και λιγότερο

χρήσιμες για τη μάθηση εμπειρίες και εργασίες και για υποδείξεις ή/και παρατηρήσεις για την εκπαίδευση στο τμήμα. Ακόμα χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένου τύπου όργανο συνεντεύξεων για τη συλλογή των δεδομένων από τις προϊστάμενες.

Συνολικά συμπληρώθηκαν 595 ερωτηματολόγια από τους σπουδαστές που εκπαιδεύτηκαν στα υπό μελέτη τμήματα, 31 ερωτηματολόγια από τους κλινικούς καθηγητές τους, 76 από τους νοσηλευτές και 24 από τις προϊστάμενες.

Τα αποτελέσματα που ακολουθούν προέρχονται από την ανάλυση των απαντήσεων στις ανοικτές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τις περισσότερο και λιγότερο χρήσιμες εμπειρίες/εργασίες. Οι απαντήσεις σ' αυτές τις ερωτήσεις εκφράζουν απόψεις των σπουδαστών για τη φροντίδα που θεωρούσαν σημαντική για τη μάθησή τους.

Παράλληλα όμως αντανακλούν το είδος και κατ' επέκταση την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, που δινόταν στα υπό μελέτη τμήματα.

Αποτελέσματα

Οι Πίνακες 1 και 2 αναφέρονται στις περισσότερο και λιγότερο χρήσιμες για τη μάθηση των σπουδαστών εργασίες και εμπειρίες. Ο υπολογισμός των εκατοστιαίων αναλογιών έγινε με βάση το σύνολο των αναφερόμενων εμπειριών-εργασιών και όχι με βάση τα ομα. Κατά την άποψη της ερευνήτριας αυτός ο τρόπος υπολογισμού και παρουσίασης, αφήνει να φανούν πιο καθαρά οι σχέσεις των διαφόρων κατηγοριών των περισσότερο και λιγότερο χρήσιμων κλινικών εμπειριών-εργασιών. Η προτίμηση όλων των ομάδων για τις διαδικασίες της «προηγμένης νοσηλευτικής» είναι καταφανής. Στην κατηγορία αυτή, που στη βιβλιογραφία αναφέρεται και σαν «τεχνικής φύσεως», περιλαμβάνονταν διαδικασίες, όπως «χορήγηση φαρμάκων», «βοήθεια σε αλλαγές τραυμάτων», «χορήγηση ορών», «φροντίδα καλοστομίας», «βοήθεια σε εκτέλεση παρακεντήσεων» κ.λπ.

Μια άλλη κατηγορία εμπειριών που οι σπουδαστές φαίνεται να εκτιμούσαν ιδιαίτερα, ήταν οι «επισκέψεις σε άλλα τμήματα», όπως Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και Τεχνητού Νεφρού, Χειρουργεία και Εξωτερικά Ιατρεία καθώς και διάφορα εργαστήρια, όπως π.χ. Αιμοδυναμικό, Γαστρεντερολογικό, Τμήμα Laser, Ορθοπτικό κ.λπ., για παρακολούθηση διαφόρων διαγνωστικών εξετάσεων. Η κατηγορία αυτή δεν αναφερόταν από τα υπόλοιπα υποκείμενα, με εξαίρεση τους κλινικούς καθηγητές, αλλά και αυτούς σε πολύ μικρό ποσοστό.

Η κατηγορία «ο άρρωστος και το πρόβλημά του» ήταν συγκριτικά κατά πολύ μικρότερη στην ομάδα των σπουδαστών σε σχέση με τις υπόλοιπες. Η κατηγορία αυτή περιελάμβανε εμπειρίες όπως «επικοινωνία-επαφή με τον άρρωστο», «παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας», «λήψη νοσηλευτικού ιστορικού», «προεγχειρητική-μετεγχειρητική φροντίδα» και «φροντίδα συγκεκριμένων παθολογι-

κών καταστάσεων», αναφερομένων όμως με βάση την ιατρική διάγνωση. Στον Πίνακα 3 φαίνονται τα ποσοστά που δίνονταν από την κάθε ομάδα υποκειμένων για τις υποκατηγορίες «επαφή-επικοινωνία με τον άρρωστο», παροχή εξατομικευμένης ολοκληρωμένης Νοσηλευτικής Φροντίδας» σε σχέση με το σύνολο της κατηγορίας «ο άρρωστος και το πρόβλημά του». Όλα τα υπόλοιπα ποσοστά αυτής της κατηγορίας αναφέρονταν σε φροντίδες παθολογικών καταστάσεων περιγραφόμενων με βάση την αρρώστια και τη διάγνωση που είχε τεθεί από τους γιατρούς. Στο σύνολο εν τούτοις των αναφερομένων σαν περισσότερο χρήσιμων εμπειριών-εργασιών, τα ποσοστά «επικοινωνία-επαφή με τον άρρωστο» έφθαναν τουλάχιστον στις τρεις ομάδες σπουδαστές - κλινικούς καθηγητές - προϊστάμενες περίπου στα ίδια επίπεδα, με 8,7%, 6,5% και 7.8% αντίστοιχα. Τα αναφερόμενα από τους νοσηλευτές ποσοστά έφθαναν μόλις το 3.3%.

Πίνακας 1. Οι περισσότερο χρήσιμες εμπειρίες-εργασίες για τη μάθηση των σπουδαστών.

Ομάδες υποκειμένων	Διαδικασίες προηγμένης Νοσ/κής		Διαδικασίες βασικής Νοσ/κής		Ο άρρωστος και το πρόβλημά του		Διδασκαλία/ απόκτηση γνώσεων		Επισκέψεις σε άλλα τμήματα		Δεοντολογία		Άλλα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Σπουδαστές	451	41.3	33	3.0	155	14.2	157	14.4	240	22.0	-	-	57*	5.20
Κλ. καθηγητές	34	44.2	2	2.6	25	32.5	4	5.2	6.5	-	-	7**	9.0	
Νοσηλευτές	96	52.5	11	6.0	51	27.9	18	9.8	-	-	-	-	7	3.8
Προϊστάμενες	66	42.9	19	12.3	48	31.2	-	-	-	-	16	10.4	5	3.2

* Περιλαμβάνονται και 39 μη προσδιορισμένες διαδικασίες

** Περιλαμβάνονται και 4 μη προσδιορισμένες διαδικασίες

Πίνακας 2. Οι λιγότερο χρήσιμες εμπειρίες-εργασίες για τη μάθηση των σπουδαστών.

Ομάδες υποκειμένων	Διαδικασίες προηγμένης Νοσ/κής		Διαδικασίες βασικής Νοσ/κής		Ο άρρωστος και το πρόβλημά του		Διδασκαλία/ απόκτηση γνώσεων		Επισκέψεις σε άλλα τμήματα		Δεοντολογία		Άλλα	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Σπουδαστές	17	3.4	403	80.9	11	2.2	32	6.4	12	2.4	14	2.8	9	1.8
Κλ. καθηγητές	1	9.1	8	72.8	-	-	-	-	-	-	1	9.1	1	9.1
Νοσηλευτές	7	11.5	40	65.6	-	-	-	-	-	-	7	11.5	7	11.5
Προϊστάμενες*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-

* Δεν ερωτήθηκαν

Η κατηγορία πάντως «Διαδικασίες βασικής νοσηλευτικής» έπαιρνε σε όλες τις ομάδες των υποκειμένων, με εξαίρεση την κατηγορία «Δεοντολογία» στις προϊστάμενες, την τελευταία θέση, σαν περισσότερο χρήσιμη εργασία-εμπειρία, και την πρώτη, σαν λιγότερο χρήσιμη. Διαδικασίες που περιλαμβάνονταν σε αυτήν την κατηγορία ήταν «στρώσιμο κρεβατιού», «πρωινή φροντίδα», «λουτρό και λούσιμο», εκτέλεση υποκλυσμού», διατροφή» αλλά και η «λήψη των ζωτικών σημείων» και κυρίως οι «σφύξεις» και «θερμομετρήσεις».

Συζήτηση

Η McFarlane⁵⁰ έχει επικρίνει το διαχωρισμό των νοσηλευτικών διαδικασιών σε «βασικές» και «τεχνικές» (ή προηγμένες) που αρχικά αναπτύχθηκαν από τον Goddard⁵¹, γιατί, όπως υποστήριξε, ο όρος «βασική» διαδικασία συνεπάγεται εύκολη εκτέλεση σε αντίθεση με τον όρο «τεχνική» ή «προηγμένη» που συνεπάγεται δυσκολία. Εν τούτοις όπως επισημαίνει η Fretwell² τα προβλήματα που συνοδεύουν τα «βασικά» και τα «τεχνικά» ή «προηγμένα» έργα, πηγάζουν από την πραγματική φύση της εργασίας και από τον παραδοσιακό ιεραρχικό τρόπο κατανομής της και όχι από την ονομασία και υπήρχαν πολύ πριν από την παρέμβαση του Goddard.

Τα βασικά έργα που χαρακτηρίζονταν σαν απλές επαναλαμβανόμενες εργασίες, δεν υπολογίζονταν σε αυτήν την έρευνα σαν περιεσχόμενο μάθησης κατάλληλο για ένα σπουδαστή, που μετά από μια δωδεκάχρονη βασική εκπαί-

δευση έχει κερδίσει μια θέση στην τριτοβάθμια. Τα έργα αυτά, ακόμα και τη λήψη σφυγμών και τη θερμομέτρηση, τα θεωρούσαν ότι δεν πρόσφεραν τίποτα στην εκπαίδευσή τους. Διαδικασίες, όπως το στρώσιμο του κρεβατιού, το λουτρό και το λούσιμο και η τοποθέτηση σκοραδμίδας, πίστευαν ότι δεν θα έπρεπε να υπάρχουν στο πρόγραμμα γιατί «υποβίβαζαν το επίπεδο γνώσεών τους». Αυτές οι εργασίες ήταν κατάλληλες για τους «αποκλειστικούς» και για το βοηθητικό νοσηλευτικό προσωπικό και όχι για ένα νοσηλευτή απόφοιτο του Τ.Ε.Ι. Εν τούτοις η Λανάρα¹⁰ στη φιλοσοφική της ανάλυση για τον ηρωισμό στη νοσηλευτική γράφει, ότι στη νοσηλευτική δεν υπάρχουν μικρά και άχρηστα έργα, γιατί κάθε μικρό πράγμα μετρά και κάθε στιγμή ζυγίζει, εφόσον παρέχονται για την ευημερία του ανθρώπου. Ενώ η Ersser²³ αναφέρεται στη θεραπευτική επίδραση, της σε 24ωρη βάση επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο για παροχή άνεσης, ανάπαυσης, τροφής, υγρών και επικοινωνίας, στην ουσία δηλαδή βασικής φροντίδας. Ο Pearson¹⁵ επισημαίνει τη μοναδική θέση την οποία κατέχει ο νοσηλευτής σε σχέση με όλους τους άλλους επιστήμονες υγείας, εξαιτίας της παροχής φυσικής φροντίδας. Η ανάπτυξη μιας στενής σχέσης με τον άρρωστο και η δυνατότητα πρόσβασης στα προσωπικά του συναισθήματα και φιλοδοξίες, του επιτρέπει να μετατρέπει τη σχέση αυτή σε θεραπευτική. «Εν τούτοις» γράφει ο Pearson, «αυτή ακριβώς η στενή σχέση ονομάζεται βασική νοσηλευτική, θεωρείται νοσηλευτική που δεν προϋποθέτει δεξιότητα και

Πίνακας 3. Οι υποκατηγορίες επικοινωνία με τον άρρωστο και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα των τεσσάρων ομάδων των υποκειμένων.

Υποκατηγορία	Σπουδαστές		Κλ. Καθηγητές		Νοσηλευτές		Προϊστάμενες	
	n=155	%	n=25	%	n=51	%	n=48	%
Περισσότερο χρήσιμων εμπειριών								
Επαφή/επικοινωνία με τον άρρωστο	71	45.8	2	8	1	2.0	8	16.7
Εξατομικευμένη Ν.Φ.	13	8.3	2	8	5	9.8	4	8.3
Εφαρμογή Νοσηλ. Διεργασίας			1	4				
Λήψη Νοσηλευτικού Ιστορικού	11	7.1						

έχει απορριφθεί από τους εκπαιδευμένους νοσηλευτές που ισχυρίζονται ότι δεν έχουν εκπαιδευθεί τρία χρόνια για να κάνουν λουτρό στους αρρώστους». Διαβάζοντας αυτά τα λόγια που αναφέρονται στη βρετανική πραγματικότητα είναι σαν να διαβάσει κανείς τις απαντήσεις από τις ανοικτές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων των Ελλήνων σπουδαστών. Σε πλήρη συμφωνία τα ευρήματα αυτής της έρευνας με τα ευρήματα άλλων ερευνητών^{1, 2, 27, 52-54} δείχνουν ξεκάθαρα ότι η νοσηλευτική στα τμήματα που ερευνήθηκαν ήταν προσανατολισμένη στη θεραπεία της αρρώστιας, παρά στη φροντίδα του ανθρώπου. Η McFarlane⁵⁰ επισημαίνει τον κίνδυνο μετατροπής των νοσηλευτών σε απλούς τεχνικούς μετά την παραχώρηση αυτού του σημαντικού μέρους της φροντίδας, δηλαδή της «βασικής», στους ανεκπαίδευτους.

«Για χρόνια» γράφει ο Pearson, χρησιμοποιώντας σαν αναφορά του την Campbell, «οι νοσηλευτές είχαν την ιατρική διάγνωση σαν βάση για τη φροντίδα. Αλλά τώρα αναπτύσσουν το δικό τους κατάλογο νοσηλευτικών προβλημάτων που δεν είναι νοσήματα, σε μια προσπάθεια καθιέρωσης μιας με περισσότερη ακρίβεια προσδιορισμένης νοσηλευτικής επιστήμης». Στην έρευνά μας όμως, η τακτική ήταν η πρώτη. Ο προσδιορισμός δηλαδή της φροντίδας με βάση την ιατρική διάγνωση.

Οι δε περισσότερο σημαντικές πράξεις για όλες τις ομάδες, ήταν προσδιορισμένες από τους γιατρούς και όχι αυτόνομες νοσηλευτικές ενέργειες.

Η Charman⁵⁵ υποστηρίζει ότι η προτίμηση πολλών νοσηλευτών για εργασία σε τμήματα, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και ο Τεχνητός Νεφρός, και η ενασχόλησή τους έτσι περισσότερο με μηχανές και αντικείμενα παρά με τη φυσική φροντίδα, δεν αποτελεί τίποτα άλλο παρά προέκταση της υιοθέτησης του ιατρικού μοντέλου όπου ο ασθενής μετατρέπεται σε μια ακόμη περίπτωση ή αρρώστια. Οι νοσηλευτές, γράφει η Charman, μπορεί να προτιμούν να εργάζονται σε αυτούς τους χώρους για να ικανοποιήσουν την προσωπική τους ανάγκη για «κοινωνική κινητικότητα». Σε αυτούς τους

χώρους εργάζονται πολύ κοντά στους γιατρούς σαν μέλη της ομάδας και αισθάνονται ότι η θέση τους έχει περισσότερο γοήτρο. Προφανώς βιώνουν έτσι το φαινόμενο της «αντανακλούμενης επιστημονικότητας» του Friedson³⁸. Η εκτίμηση των σπουδαστών αυτής της έρευνας στις εμπειρίες που είχαν σε αντίστοιχα τμήματα, μπορεί να εξηγηθεί με τον ίδιο τρόπο.

Δίπλα στον άρρωστο δίνουν φροντίδα οι βοηθοί, οι πρακτικοί και οι αποκλειστικοί. Αυτόματα η νοσηλευτική μετατρέπεται σε μία σειρά έργων που μπορούν να εκτελεσθούν ακόμα και από άτομα με ελάχιστη ή και καθόλου εκπαίδευση και παύει να είναι επιστήμη. Αντίθετα η απομάκρυνση από αυτόν -τον άρρωστο- και η ενασχόληση με έργα τεχνικής φύσεως, δίνει την επιβεβαίωση της «διαφορετικότητας», από την άποψη ότι η νοσηλευτική δεν είναι πια μια ακόμα εργασία που μπορεί να εκτελεσθεί από τον καθένα. Πραγματική επιστημονική νοσηλευτική είναι ό,τι γίνεται από τους νοσηλευτές και/ή σε συνεργασία με τους γιατρούς, αλλά όχι από τους βοηθούς. Ετσι οι σπουδαστές ένιωθαν ικανοποίηση στους χώρους μακριά από τον άρρωστο του τμήματος, όπου έβλεπαν τον πραγματικό νοσηλευτικό ρόλο δίπλα στις μηχανές και τους γιατρούς και ταυτόχρονα μάθαιναν από τους δεύτερους που τους δίδασκαν και αισθάνονταν ικανοποίηση καθώς βίωναν την «αντανακλούμενη επιστημονικότητα». Παράλληλα ικανοποιούσαν την ανάγκη της «κοινωνικής τους κινητικότητας», ενώ μείωναν, όπως προαναφέρθηκε, και το επιπρόσθετο στρες που προκαλεί κάθε επαφή με τον άρρωστο σε αυτές τις περιπτώσεις.

Είναι χαρακτηριστική η άποψη μιας σπουδάστριας του Β' εξαμήνου, που είχε βρει σαν περισσότερο χρήσιμη εμπειρία την παρακολούθηση του χειρουργείου. «Οι νοσηλευτές που συμμετέχουν στην εγχείρηση» γράφει «έχουν τόσο μόρφωση και υπευθυνότητα που ανταποκρίνεται στην εικόνα του νοσηλευτή που έχουμε σχηματίσει». Αυτή η άποψη της σπουδάστριας περιγράφει θαυμάσια τον τρόπο με τον οποίο γινόταν η κοινωνικοποίηση των σπουδαστών της νοσηλευτικής στο νοσηλευτικό ρόλο· ένα

ρόλο που απαιτούσε «μόρφωση» και «υπευθυνότητα», αλλά που πάντως δεν τον έβλεπαν δίπλα στον άρρωστο του νοσηλευτικού τμήματος. Οι συνέπειες είναι ανυπολόγιστες, αλλά όχι πιστεύουμε άγνωστες: Η αδυναμία της ελληνικής νοσηλευτικής να εξασφαλίσει νοσηλευτές που να θέλουν να εργασθούν δίπλα στον άρρωστο, και η συνακόλουθη έλλειψη.

Αναμφισβήτητα τόσο οι σπουδαστές όσο και οι κλινικοί καθηγητές και οι προϊστάμενες, εκδήλωναν κάποια επιθυμία παροχής ψυχοκοινωνικής φροντίδας στον άρρωστο. Το γεγονός όμως ότι οι αναφορές στην εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα και τη νοσηλευτική διεργασία ήταν συγκριτικά πολύ λίγες, δείχνει ότι η πλειονότητα των υποκειμένων δεν γνώριζαν τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική θα μπορούσε να δοθεί επιστημονικά, ώστε να είναι δυνατή η κάλυψη και αυτών των αναγκών των αρρώστων. Ο Pearson¹⁵ υποστήριξε ότι η διανοητική επιδίωξη της ατομικότητας, δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί παρά μόνο διά μέσου της μεθόδου λύσης προβλήματος. Η Smith⁵⁶ απέδειξε ότι στη διάρκεια της κλινικής εκπαίδευσης, η νοσηλευτική διεργασία αποτελεί το μέσον διά του οποίου μπορούν να κατανοηθούν καλύτερα οι συναισθηματικές ανάγκες φροντίδας των ασθενών. Υπό τις υπάρχουσες συνθήκες επομένως, η κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών των αρρώστων, ήταν αδύνατη. Ετσι τελικά και παρά το γεγονός ότι νοσηλευτές και σπουδαστές εργάζονταν χωριστά και η συνάντησή τους για κοινή εκτέλεση ήταν «σπάνια», οι δεύτεροι ενεργούσαν σύμφωνα με τα νοσηλευτικά τους πρότυπα και με βάση το ονομαζόμενο «κρυφό» ή «καλυμμένο» πρόγραμμα (hidden or covert curriculum)^{57, 58}.

Το κρυφό πρόγραμμα αποτελεί μια έννοια που αναπτύχθηκε στη γενική εκπαίδευση και αναφέρεται στις αξίες τις «κρυμμένες» στις σχέσεις και τις δομές και το τυπικό πρόγραμμα. Οι αξίες δεν είναι φανερές αλλά μεταβιβάζονται διά μέσου ορισμένων δραστηριοτήτων, οι οποίες επιλέγονται έναντι άλλων και διά μέσου των εκφραζομένων απόψεων. Επίσης μεταβιβάζονται με τις ποικίλες σταθερές διαδικασίες διά

μέσου των οποίων διεκπεραιώνονται οι συναλλαγές με το άτομο, με τη σταπ του δασκάλου προς το δάσκαλο, του δασκάλου προς το σπουδαστή, του σπουδαστή προς σπουδαστή και προς την κοινότητα σαν σύνολο.

Οι Pendleton & Myles υπογραμμίζουν ότι το «κρυφό πρόγραμμα» αποτελεί μέρος της διοίκησης και των οργανωτικών δομών των νοσηλευτικών σχολών και του κλινικού περιβάλλοντος, και αφορά στους καθηγητές της νοσηλευτικής, στους νοσηλευτές που ασκούν στο κλινικό περιβάλλον και στους σπουδαστές. Έρευνες στο «κρυφό πρόγραμμα»⁵⁷ έδειξαν ότι οι σπουδαστές αισθάνονταν ανίσχυροι και βίωναν αβεβαιότητα και αποπροσωποποίηση, εμπειρία που τελικά, καθώς ήταν εξαρτημένοι από υφιστάμενες δομές και ρουτίνες, τους οδηγούσε στη συμμόρφωση και την υπακοή.

Αδυναμία αναγνώρισης του κρυφού προγράμματος και επομένως του τρόπου με τον οποίο διαμορφώνονται οι ρόλοι κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης, οδηγεί στην παραγωγή ενός μελλοντικού νοσηλευτή προσανατολισμένου τεχνικά σε διαδικασίες τύπου ρουτίνας, και ανίκανου να διακινηθεί από τον παραδοσιακό ρόλο σε ένα καινούριο που θα αντανακλά νέες και δημιουργικές διαστάσεις της νοσηλευτικής⁵⁸.

Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας αυτής βεβαιώνουν άλλα ευρήματα^{59, 60} αλλά και τις απόψεις της Infante⁶¹. Τα επίπεδα της νοσηλευτικής φροντίδας και επομένως και της μάθησης των σπουδαστών διαμορφώνονται από τους νοσηλευτές του κλινικού χώρου.

S. KOTZABASSAKI, V. LANARA, D. MONOS,
The Quality of Nursing Care and the Clinical Learning Environment. This article is based on findings of a study on the Clinical Learning Environment, conducted for a PhD thesis. Four groups of subjects - students, staff nurses, clinical teachers, ward sisters - were asked to answer on the most and the least valuable work and other experience for their education, in the clinical learning environment. All subjects seemed to agree that tech-

nical type interventions were the most valuable for their education. Basic type interventions were reported as less valuable.

Students seemed particularly to appreciate the visits in other wards and departments, i.e. ICU, Operation theatres etc., Psychosocial type care rarely mentioned. The findings reveal that nursing care in the studied wards was of a technical type, oriented towards illness therapy rather than the patient's care. Students were socialized in a technical nursing role, away from the patient and according to «covert curriculum». **Nosileftiki 1: 28-38, 1996**

Βιβλιογραφία

1. Fretwell J.E.: Socialization of Nurses: Teaching and Learning in Hospital Wards, Unpublished Ph.D. Thesis, University of Warwick, 1978.
2. Fretwell J.E.: Ward Teaching and Learning. London, RCN, 1983.
3. Fretwell J.E.: Freedom to Change. London, RCN, 1985.
4. Alexander M.: Integrating Theory and Practice in Nursing. 1. Nurs Times. Occ. Pap, 1982, 78, 17:65-68.
5. Alexander M.: Integrating Theory and Practice in Nursing. 2. Nurs Times, Occ. Pap., 1982, 78, 18: 69-71.
6. Orton H.: Ward Learning Climate. London, RCN, 1981.
7. Reid N.: Wards in Chancery: London, RCN, 1985.
8. Smith P.: The Relationship between Quality of Nursing Care and the Ward as a Learning Environment: Developing a Methodology. J. Adv. Nurs, 1987, 12: 413-420.
9. McFarlane J.: Nursing Values and Nursing Action. Nurs Times. Occ. Pap., 1982, 78, 28: 109-112.
10. Λανάρα Β.: Ηρωισμός και Νοσηλευτική, Αθήνα, 1977.
11. Σαχίνη - Καρδάση Α.: Νοσηλευτική Επιστήμη - Πορεία μέσα στο Χρόνο. Υγεία Τεχνολογία, 1989, 2: 6-11.
12. Forsyth D., Delaney C., Maloney N., Kubesh D., Story D.: Can Caring Behavior be Taught? Nurs Outlook, 1989, 37, 4: 164-166.
13. Pearson A., Vaughan B.: Nursing Models for Practice, Oxford, Heinemann Nursing, 1990.
14. Ραγιά Α.: Διαπροσωπικές Σχέσεις στη Νοσηλευτική Διοίκηση. Νοσηλευτική, 1990, 1:11-22.
15. Pearson A.: Primary Nursing. London, Chapman and Hall, 1990: 1-39.
16. Banner P.: From Novice to Expert. Menlo Park, California, Addison-Wesley Pub. Co. 1984.
17. Chipman V.: Caring: It's Meaning and Place in the Practice of Nursing. J. Nursing Ed. 1991, 30, 4: 171-175.
18. Rowden R.: Doctors Can Work with the Nursing Process: A Reply to Professor Mitchell. BMJ, 1984, 288: 219-221.
19. McFarlane J.: Contemporary Challenges in Education for the Caring Professions: Education for Nursing, Midwifery and Health Visiting. BMJ, 1985, 295: 268-271.
20. Miller A.: Are you Using the Nursing Process? Nurs Times, 1985, 81, 50: 36-39.
21. De la Guesta, C. Nursing Process: from Theory to Implementation. Unpublished MSc Thesis, University of London, 1979.
22. Cassee E.: Therapeutic Behaviour, Hospital Culture and Communication. In: Cox C. & Mead A. (eds), A Sociology of Medical Practice, London, Collier MacMillan, 1975: 224 - 234.
23. Ersser S.: Nursing Beds and Nursing Therapy. In: Pearson, A. (ed.), Primary Nursing, Great Britain, Chapman and Hall, 1991: 60-88.
24. Mapa J., Turner G.P.: Humanizing Hospital Care. Toronto, Mc Graw Hill Ryerson, 1979.
25. Revans W.R.: Standards for Morale. Cause and Effect in Hospitals. London, Oxford University Press, 1966.
26. Skeet M.: Home from Hospital. London, The Day Mason Nursing Research Committee, 1970.
27. Gott M.: Learning Nursing. London, RCN, 1984.
28. Bebb R.: Care to Talk. Nursing Times, 1987, 83, 37: 40-41.
29. Puntun S.: The Struggle for Independence. Nurs Times, 1983, 79, 9: 29-32.
30. Kitson L.A.: A Comparative Analysis of Laycaring and Professional (Nursing) Caring Relationships. In J. Nurs Stud, 1987, 24, 2: 155-165.

31. Miller A.: Does the Process Help the Patient? *Nurs Times*, 1985, 81, 26: 24-27.
32. Wilson J.: Individualised Family Care. *Nurs Times*, 1988, 84, 16: 50-51.
33. Roper N., Logan W., Tierney A.: A Model for Nursing. *Nurs Times*, 1983, 79, 9: 24-27.
34. Aggleton P., Chalmers H.: Models and Theories. Defining the Terms. *Nurs Times*, 1984, 80, 36: 24-28.
35. Aggleton P., Chalmers H.: Models and Theories seven. *Nurs Times*, 1985, 81, 10: 33-35.
36. Gruending D.L. Nursing Theory: A Vehicle of Professionalization. *J. Adv. Nurs*, 1985, 10: 553-558.
37. Chalmers H.: Nursing Models and their Relationship to the Nursing Process and Nursing Theory. In: Salvage J., Kershaw B. (eds), *Models for Nursing 2*, London, Scutari Press, 1990: 29-37.
38. Freidson E.: *The Profession of Medicine*. New York, Dood Mead & Co, 1970.
39. Parsons M.: The profession in a Class by Itself. *Nurs Outlook*, 1986, 34, 6: 270-275.
40. Orem D.E.: *Nursing: Concepts of Practice 2nd ed.* New York, McGraw-Hill, 1980.
41. Chapman P.A.: Critical Perspective. In: Salvage, J. & Kershaw B. (eds), *Models for Nursing 2*, London, Scutari Press, 1990: 9-17.
42. Pembrey S.A.: Framework for Care, *Nurs Times*, 1985, 81, 50: 47-49.
43. Wright S.: Patient - Centred Practice. *Nurs Times*, 1987, 83, 38: 24-27.
44. MacGuire J. (1988): I'm Nurse, Here's my Card. *Nurs Times*, 1988, 84, 30: 32-36.
45. Manthey M.: Can Primary Nursing Survive? *Am. J. Nurs*, 1988, 88, 5: 644-647.
46. Brown S.: Primary Nursing. Philosophy for Change. *Nurs Times*, 1991, 87, 30: 59 -60.
47. Freeman A.B., Coronado R.J.: A Supportive Clinical Practice Model. *Nurs Cl. North Am.* 1990, 25, 3: 551-560.
48. Gardner K.: A Saummary of Findings of a Five Year Comparison Staudy of Primary and Team Nursing. *Nurs Res*, 1991, 40, 2: 113-117.
49. Thompson D.: Ath the Heart of Caring. *Nurs Times*, 1990, 86, 19: 70-71.
50. McFarlane J.A.: Charter for Caring. *J. Ad. Nurs*, 1976, 1: 187-196.
51. Goddard H.A.: *The Work of Nurses in Hospital Wards: Report of Job Analysis*, Nuffield Provincial Hospitals Trst, 1953.
52. Melia K.: Student's Views of Nursing - 2. Just passing through. *Nurs Times*, 1983, 79, 20: 26-27.
53. Melia k.: Student's Views of Nursing - 3. Nursing in thd dark. *Nurs Times*, 79, 21: 62-63.
54. Melia K.: Student's Views of Nursing - 4. Doing Nursing and Being Professional. *Nurs Times*, 1985, 79, 22: 28-30.
55. Chapman C.: *Sociology for Nurses*. London, Bailliere Tindall, 1987.
56. Smith P.: The Nursing Process: Raising the Profile of Emotional Care in Nurse Training. *J. Afv. Nurs*, 1991, 16: 74-81.
57. Pendleton S., Myles A.: *Curriculum Planning in Nursing Education*, London, Edward Arnold, 1991: 63-66.
58. Pitts P.T.: The Covert Curriculum. *Nurs Outlook*, 1985, 33, 1: 37-39 and 42.
59. Robertson C.M.: *A Very Special Form of Teaching*, London, RCN, 1987.
60. Martin L.: *Clinical Education in Perspective*. Royal College of Nursing Research Series. London, Scutari Press, 1989.
61. Infante M.S.: The Conflicting Roles of Nurse and Nurse Educator. *Nursing Outlook*, 1986, 34, 2: 94-96.