

Μια Κριτική Διερεύνηση των Αντιλήψεων των Νοσηλευτών Χειρουργικής Ογκολογίας για τους Παράγοντες που Περιλαμβάνονται στη Λήψη Αποφάσεων στη Μετεγχειρητική Διαχείριση Τραύματος: μια Περιγραφική Μελέτη.

Melanie Charalambous
Cyprus University of Technology

Dr. Andreas Charalampous
Cyprus University of Technology

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Να ερευνησει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργικής-ογκολογίας Κυπρίων στη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος και για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων όσον αφορά αυτό το θέμα. Οι παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος εξερευνήθηκαν επίσης.

Μέθοδοι και Σχεδιασμός: Ένας σχεδιασμός μελέτης υιοθετήθηκε σε σχέση με τις ημι-δομημένες συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ Φεβρουαρίου 2009 Ιανουαρίου. Ένα ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και διανεμήθηκε σε όλες τους χειρουργικούς νοσηλευτές επτά χειρουργικών θαλάμων σε ένα νοσοκομείο της Κύπρου (132 νοσηλευτές). Επτά νοσηλευτές επιλέχτηκαν τυχαία και πέρασαν από συνέντευξη. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν με το πρόγραμμα SPSS. Οι συνεντεύξεις μεταγράφηκαν κατά λέξη και αναλύθηκαν ξεχωριστά με τη χρήση της θεματικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Η απουσία ενημερωμένης γνώσης του νοσηλευτή και η απουσία οδηγιών φροντίδα τραύματος φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά τη λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής περιποίησης τραύματος. Επιπλέον, ο ρόλος επιρροής των γιατρών στην απόφαση στο πώς να διαχειριστεί το μετεγχειρητικό τραύμα είναι ένας από τους παράγοντες που οι νοσηλευτές προσδιόρισαν ως αρνητική επιρροή στην αυτονομία τους. Ο φόρτος εργασίας προσδιορίστηκε ως ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζει την ποιότητα της μετεγχειρητικής φροντίδα τραύματος και μεγιστοποιεί τους επαγγελματικούς κινδύνους στον τομέα εξάσκησης του νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτές έχουν επιρροές που τους εμποδίζουν να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος και τα συμπεράσματα είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία. Τα συμπεράσματα μπορούν να γίνουν ένα χρήσιμο εργαλείο για τους φορείς χάραξης πολιτικής και τους διοικητές νοσοκομείων προκειμένου να βρεθούν τρόποι να βελτιωθεί η λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος.

Λέξεις κλειδί: λήψη αποφάσεων, μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος, νοσηλευτές χειρουργικής-ογκολογίας.

Εισαγωγή

Η λήψη αποφάσεων είναι μια σύνθετη, γνωστική διαδικασία που ορίζεται συχνά ως την επιλογή συγκεκριμένου σχεδίου δράσης (Marquis & Huston, 2002). Επειδή οι αποφάσεις φροντίδας τραύματος μπορούν να έχουν εκτεταμένες συνέπειες, η επίλυση προβλήματος και η λήψη αποφάσεων πάνω σε αυτό το θέμα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Τα πλεονεκτήματα των σύνθετων ομάδων πολλαπλών ειδικοτήτων για τους χρήστες υπηρεσιών μπορούν να γίνουν αντιληπτοί εάν γίνουν οι δεξιότητες της διαδικασίας της λήψης αποφάσεων.

Στις τελευταίες δεκαετίες πολλές προσπάθειες έχουν καταβληθεί να καθιερώσουν μια αποδεδειγμένη προσέγγιση στη θεραπεία των ασθενών με καρκίνο, που συνδυάζει τη χειρουργική και τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Η κατάλληλη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος μπορεί σημαντικά να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του ασθενή με καρκίνο συμπεριλαμβανομένων των πρώιμων και καθυστερημένων περιπλοκών. Οι ερευνητές αποφάσισαν να εστιάσουν στους ασθενείς με καρκίνο εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτοί οι ασθενείς αποτελούν μια ομάδα με ειδικές μετεγχειρητικές ανάγκες. Στο στάδιο της λήψης αποφάσεων σε σχέση με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο, οι χειρουργοί και οι χειρουργικοί νοσηλευτές συμπεριλαμβάνονται και οι δύο με το ρόλο των νοσηλευτών που στρέφονται στην κλινική πρακτική. Για το σκοπό αυτής της μελέτης μόνο οι απόψεις των νοσηλευτών για τη λήψη αποφάσεων θα εξερευνηθούν. Οι νοσηλευτές είναι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης στη διαχείριση τραύματος και αναγνωρίζεται ότι οι αντιλήψεις τους δεν λαμβάνονται υπόψη μερικές φορές.

Οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά

με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στην καθημερινή πρακτική τους αλλά υπάρχουν μερικοί παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αποφάσεις στην Κυπριακή πραγματικότητα. Ένας σοβαρός παράγοντας που αναγνωρίζεται συχνά στις ανεπίσημες συζητήσεις μεταξύ των νοσηλευτών στη Κύπρο σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση του τραύματος είναι η αυτονομία των νοσηλευτών. Επιπλέον, η προσωπική εμπειρία των ερευνητών δείχνει επίσης μια περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών στην άσκηση του κλινικού έργου και τα ζητήματα σχετικά με αυτό το θέμα δεν έχουν αντιμετωπιστεί προηγουμένως εμπειρικά ή συστηματικά στη Κύπρο.

Ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος είναι επίσης ένας παράγοντας που συμβάλλει στην περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών έναντι των νοσηλευτών που εργάζονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον, παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, η απουσία επαρκούς γνώσης και συνεχούς εκπαίδευσης, η απουσία ειδικού εξοπλισμού είναι μερικοί άλλοι σοβαροί παράγοντες που θεωρούνται από τους νοσηλευτές χειρουργικής ογκολογίας ότι επηρεάζουν αρνητικά τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος που παρέχουν στους ασθενείς με καρκίνο.

Προσδιορίζοντας τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων της διαχείρισης τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο και ανακαλύπτοντας τις οδηγίες που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους στις κλινικές θα ήταν χρήσιμοι και σημαντικοί για την προώθηση της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, την ανάπτυξη της νοσηλευτικής πρακτικής και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η επιτυχής νοσηλευτική φροντίδα των χειρουργικών τραυμάτων εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την επίγνωση του νοσηλευτή και η κατανόηση του για φυσιολογική επούλωση πληγών, φυσιολογία, το τύπο της χειρουργικής επέμβασης που εκτελέστηκε, οι μέθοδοι περάτωσης του τραύματος, των τεχνικών φροντίδας τραύματος, και των προϊόντων φροντίδας τραύματος προκειμένου να ληφθεί μια ενημερωμένη απόφαση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος (Vucolo, 2006). Χρησιμοποιώντας αυτήν την γνώση, οι νοσηλευτές χειρουργικής- ογκολογίας μπορούν να παρέχουν μια συστηματική και ολιστική αξιολόγηση ασθενούς και να εξετάσουν οποιοσδήποτε πιθανές επιπλοκές σχετιζόμενες με το τραύμα.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη γνώση και τη συνεχή εκπαίδευση του νοσηλευτή είναι η διαθεσιμότητα χρόνου για μελέτη. Η έρευνα δείχνει ότι ο χρόνος μελέτης μειώθηκε λόγω του αυξανόμενου φόρτου εργασίας που στη συνέχεια περιορίσε την πρόσβαση σε εκπαιδευμένο προσωπικό (Russel και Ρέυνολντς, 2001). Οι νοσηλευτές έχουν έναν κεντρικό ρόλο στη διαχείριση τραύματος και την επιλογή επιδεσμικού υλικού και πρέπει να στοχεύουν στη συνεχή ενημέρωσή τους σε αυτήν την δυναμική ειδικότητα

(Murphy, 2006). Διάφοροι ερευνητές έχουν προσπαθήσει να μετρήσουν τη γνώση των νοσηλευτών όσον αφορά τη θεραπεία τραύματος και την επιλογή επιδεσμικού υλικού (Morgan, 1999, Courtenay, 2000, Collier, 1999) και διαπίστωσαν ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής και μια έλλειψη γνώσης εις βάθος μεταξύ των νοσηλευτών που φαίνεται να βασίζουν την πρακτική τους στην παράδοση. Εν πάση περιπτώσει, η έλλειψη βασικής γνώσης διαχείρισης τραύματος μπορεί να οδηγήσει στην κακοδιαχείριση τραύματος, προκαλώντας μια περιττή και δαπανηρή σπατάλη στους πόρους υγειονομικής περίθαλψης (Bedell και λοιποί, 2003, Glover, 2001).

Μερικές μελέτες στόχευσαν να μετρήσουν πώς οι νοσηλευτές εκτίμησαν τη γνώση τους ή την αυτοπεποίθησή τους στην φροντίδα τραύματος. Ο Vowden και Vowden, (2001), δηλώνουν ότι η αυτοπεποίθηση των νοσηλευτών στην ικανότητά τους να αναλάβουν την κατάλληλη διαχείριση τραύματος επηρεάζεται από τη δύναμη της γνώσης τους. Μια μελέτη από τους Lamond και Farnell (1998), προτείνει ότι δεν είναι μόνο η γνώση που έχουν οι νοσηλευτές αλλά το πώς εφαρμόζουν εκείνη την γνώση στην πράξη κατά τη λήψη των αποφάσεων. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι ειδική εκπαίδευση στην φροντίδα

τραύματος επηρεάζει τις αποφάσεις που λαμβάνονται όσον αφορά τη θεραπεία τραυμάτων, που επιτρέπει καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση. Μια άλλη μελέτη που εξέτασε τα αποτελέσματα της εισαγωγής ενός ειδικού νοσηλευτή πιστοποιημένου στη διαχείριση τραύματος σε μια ομάδα κοινοτικών νοσηλευτών για να παρέχει τα πρωτόκολλα εκπαίδευσης και κατάρτισης και οργάνωσης, οδήγησε στη βελτιωμένη ποιότητα της φροντίδας, στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου, στην αύξηση της αποδοτικότητας και παραγωγικότητας, στην εξοικονόμηση κόστους και στη βελτιωμένη ικανοποίηση του ασθενούς (Bedell και λοιποί, 2003).

Ένας αυξανόμενος όγκος βιβλιογραφίας (Borges και Savickas, 2002, Carol, 2004, Keast και λοιποί, 2004), τονίζει ότι ένα σημαντικό θέμα που οι νοσηλευτές χειρουργείου πρέπει να εξετάσουν είναι οι τεχνικές φροντίδας τραύματος. Μια αποστειρωμένη τεχνική απαιτείται για διάφορες μετεγχειρητικές διαδικασίες φροντίδας τραύματος, και οι νοσηλευτές θα εκτελέσουν την ίδια τεχνική διαφορετικά σύμφωνα με τους διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να έχουν εκπαιδευθεί. Η καθαρή-έναντι-αποστειρωμένη τεχνική συζήτηση ήταν μεταξύ των νοσοκομειακών γιατρών για πολλά έτη και παραμένει μέχρι σήμερα χωρίς την συναίνεση των απόψεων. Υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία για μια μετακίνηση προς καθαρή τεχνική ειδικά στα χρόνια τραύματα (Gilmour, 1999, Ουίλιαμς, 1999, Michalopoulos και Spagos, 2003).

Η αναζήτηση βιβλιογραφίας αποκάλυψε ότι η πρακτική της αποστειρωμένης τεχνικής τείνει να βασίζεται στην τελετουργική παρατήρηση παρά στην επιστημονική απόδειξη (Aziz, 2009). Παρά την έλλειψη συγκεκριμένης έρευνας βασισμένη στα στοιχεία για την επιρροή της αποστειρωμένης εναντίον μη-αποστειρωμένης, οι νοσηλευτές διδάσκονται παραδοσιακά να χρησιμοποιούν αποστειρωμένες παρά μη-αποστειρωμένες τεχνικές όταν φροντίζουν χειρουργικά τραύματα. Οι κίνδυνοι αυτών των δύο αντίθετων εκβάσεων της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής φροντίδας απαιτούν περαιτέρω και ενημερωμένα στοιχεία (Rosswurm, 1999). Ο Hallett (2000) προσδιόρισε ότι πολλά νοσοκομεία υιοθέτησαν ένα ποσό διαφορετικών προσεγγίσεων για την απόδοση της αποστειρωμένης τεχνικής, ανάλογα με το που και το πώς εκπαιδεύθηκαν οι νοσηλευτές και αυτό μπορεί να προκαλεί σύγχυση για τους επαγγελματίες και μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στους νοσηλευτές καθώς επίσης και να

αυξήσει τον κίνδυνο μετεγχειρητικής μόλυνσης τραύματος.

Με εξαίρεση τις τεχνικές που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στην καθημερινή πρακτική τους σχετικά με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, υπάρχει μια άλλη πτυχή που οι νοσηλευτές χειρουργικής ογκολογίας πρέπει να λάβουν υπόψη, αυτή του κατάλληλου επιδεσμικού υλικού. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, έχει υπάρξει μια μεγάλη αύξηση στους τύπους επιδεσμικών υλικών διαθέσιμων για χρήση και έγινε μια σύνθετη διαδικασία η επιλογή του κατάλληλου επιδεσμικού υλικού για κάθε τύπο τραύματος (Gurpta και λοιποί, 2002). Όπως συζητήθηκε νωρίτερα, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν καλή γνώση των τύπων επιδεσμικών υλικών που είναι διαθέσιμοι, των ιδιοτήτων των επιδεσμικών υλικών μεμονωμένα, μια προσεγγισμένη κατανόηση της επούλωσης πληγών και άλλων πτυχών προκειμένου να ληφθεί μια ενημερωμένη απόφαση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος (O'Brien και λοιποί, 2000, Bale και λοιποί, 2001, Lohman και λοιποί, 2004).

Στην καθημερινή φροντίδα τραύματος, οι γιατροί και οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με μια ευρεία ποικιλία επιδεσμικών υλικών κατά την θεραπεία ασθενών με οξεία ή χρόνια τραύματα όπως οι ασθενείς με καρκίνο. Οι διαφορετικές επιλογές των γιατρών και των νοσηλευτών όσον αφορά την εκτίμηση των επιδεσμικών υλικών τραύματος είναι γενικά βασισμένες στις προσωπικές προτιμήσεις τις περισσότερες φορές, που μπορούν μερικές φορές να είναι συγκρουόμενες. Η βιβλιογραφική επισκόπηση υποστηρίζει ότι μπορούν να υπάρξουν διαφωνίες ή συγκρούσεις μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών ειδικά σχετικά με τους ασθενείς με τραύματα που θεραπεύονται αργά ή τραύματα που θεραπεύονται από δευτεροβάθμια πρόθεση (Baganoski, 1999, Bux & Malhi, 1996).

Με όλη την αντίφαση, τις συγκρούσεις και τις διαφορετικές αντιλήψεις στο θέμα λήψης αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος θα ήταν ιδιαίτερα σημαντικό και ενδιαφέρον να ερευνηθεί κανείς τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργείου για τους παράγοντες που περιλαμβάνονται στη λήψη αποφάσεων στη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος. Δεδομένου ότι καμία έρευνα σε αυτό το θέμα δεν έχει διεξαχθεί πριν στη Κύπρο τα συμπεράσματα αυτού του προγράμματος θα είναι χρήσιμα για τους νοσηλευτές, τους εκπαιδευτικούς νοσηλευτών και τους φορείς χάραξης πολιτικής.

Μεθοδολογία

Ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση

Τα θέματα σχετικά με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών χειρουργείου στη διαχείριση τραύματος κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος απαιτούν μια περιγραφική και λεπτομερή εργασία και καλά οργανωμένες τεχνικές συλλογής δεδομένων προκειμένου να επιτευχθούν έμπιστα αποτελέσματα και μια αυξανόμενη δυνατότητα γενίκευσης.

Ένας συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών προσεγγίσεων εφαρμόστηκε σε αυτήν την μελέτη. Μέσω αυτού του συνδυασμού πέτυχε τη δυνατότητα στατιστικής γενίκευσης

όσον αφορά ερευνητικά συμπεράσματα και διευκόλυσε την ερμηνεία. Μια έρευνα ερωτηματολογίων αναπτύχθηκε για να μετρήσει τους τρόπους μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος. Οι συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ερευνηθούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σε βάθος, σχετικά με αυτό το θέμα. Οι ερευνητές αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν τις πρόσωπο με πρόσωπο ημι-δομημένες συνεντεύξεις πριν από τα ερωτηματολόγια, και οι ερωτήσεις προέκυψαν από τη βιβλιογραφική επισκόπηση και τις ερευνητικές ερωτήσεις της μελέτης. Επομένως, προκειμένου να ακολουθήσουν ενδιαφέρουσες απαντήσεις και τα ερευνημένα

ελλοχεύοντα κίνητρα που έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν πολύτιμες και διαφωτιστικές πληροφορίες, επέλεξαν τις συνεντεύξεις ως τεχνική συλλογής δεδομένων.

Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε μετά από την ανάλυση των συνεντεύξεων και οι ερωτήσεις του προήλθαν από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων, από τη βιβλιογραφική επισκόπηση και τους στόχους έρευνας. Και οι συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια προηγήθηκαν την ερευνητική επιχείρηση. Αυτό έγινε ώστε να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα και για να βεβαιώσει ότι τα στοιχεία ήταν τα προσδοκώμενα.

Δεδομένου ότι οι συντάκτες στόχευσαν να πραγματοποιήσουν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ενός μεγάλου πληθυσμού, επέλεξαν αυτήν την μέθοδο που έχει ως κύριο πλεονέκτημα της εύκολης συλλογής δεδομένων. Περαιτέρω, επειδή το ερευνητικό θέμα αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για τη λήψη αποφάσεων στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, μια περιγραφική έρευνα ήταν η κατάλληλη προσέγγιση για αυτό το πρόγραμμα.

Επιλογή δειγμάτων και ανάλυση στοιχείων.

Το δείγμα ανακτήθηκε από ένα κύριο Γενικό Νοσοκομείο. Νοσηλευτές που εργάστηκαν στα χειρουργικά τμήματα συμπεριλαμβανομένης της γενικής χειρουργικής-ογκολογίας, της ουρολογίας, του ορθοπεδικού, του νευροχειρουργικού και του αγγειοθωρακικού θαλάμου. Η απόφαση να χρησιμοποιηθεί ο συγκεκριμένος πληθυσμός βασίστηκε στο γεγονός ότι υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύονται μετεγχειρητικά σε αυτούς τους θαλάμους.

Οι νοσηλευτές ποίκιλαν ανάλογα με τη θέση τους και αποτελούνταν από νοσηλευτές προσωπικού και βοηθητικούς νοσηλευτές. Ένα από τα κύρια κριτήρια που τέθηκαν από τους ερευνητές για την επιλογή του δείγματος ήταν η ενεργός συμμετοχή του νοσηλευτή στη διαχείριση τραύματος. Με βάση αυτό το κριτήριο, οι διευθυντές θαλάμου αποκλείστηκαν από τη μελέτη λόγω της έλλειψης ενεργού συμμετοχής τους στη φροντίδα τραύματος. Ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών προσωπικού ήταν 140 και ο συνολικός αριθμός των βοηθητικών νοσηλευτών ήταν 10. Από τις 150

νοσηλευτές, οι 18 αποκλείστηκαν (1 νοσηλευτής από το ξεκίνημα των συνεντεύξεων, 7 δίδοντες συνέντευξη και 10 νοσηλευτές από τα ερωτηματολόγια). Επομένως, ο πληθυσμός μειώθηκε σε 132.

Λόγω του μικρού μεγέθους του πληθυσμού αποφασίστηκε να χρησιμοποιηθεί μια δειγματοληψία απογραφής για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων. Η παρούσα απόφαση χρησίμευσε επίσης ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη αντιπροσωπευτική επιλογή και η δυνατότητα γενίκευσης.

Το δείγμα για τις συνεντεύξεις αποτελούνταν από επτά νοσηλευτές που επιλέχτηκαν τυχαία, (ο αριθμός 13 από τον ιεραρχικό κατάλογο προσωπικού) έξι νοσηλευτές προσωπικού και έναν βοηθητικό νοσηλευτή από τους θαλάμους που συμμετείχαν. Κάθε θάλαμος αντιπροσωπεύονταν από έναν συμμετέχοντα στο δείγμα.

Η θεματική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη. Από την άποψη αυτής της μελέτης τα ποιοτικά στοιχεία αναλύθηκαν βάσει των ακόλουθων έξι φάσεων όπως αυτές περιγράφηκαν από τον Braun (2005):

- εξοικείωση με τα στοιχεία
- παραγωγή των αρχικών κωδίκων
- έρευνα για τα θέματα
- θέματα αναθεώρησης
- ορισμός και ονομασία των θεμάτων
- σύνταξη της έκθεσης.

Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (v.10) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των ποσοτικών στοιχείων που προήλθαν από τα ερωτηματολόγια. Η διαδικασία κωδικοποίησης του ερωτηματολογίου περιέλαβε την αντικατάσταση των ερωτήσεων με αριθμούς για τον σκοπό της ανάλυσης.

Συνολικά 109 ερωτηματολόγια επιστράφηκαν μετά από δύο εβδομάδες ειδοποίησης (ποσοστό απάντησης 88%). Δύο από αυτά βρέθηκαν να είναι λάθος απαντημένα και έτσι θεωρήθηκαν άκυρα. Για αυτόν τον λόγο η ανάλυση περιλαμβανόταν συνολικά από 107 ερωτηματολόγια. Ένας αριθμός αναφοράς ορίστηκε σε κάθε ερωτηματολόγιο προκειμένου να επιτραπεί η εύκολη πρόσβαση για καθεμία σε περίπτωση επαλήθευσης. Κατά τη διάρκεια του ελέγχου, της κωδικοποίησης και της καθιέρωσης των φάσεων δεδομένων, τα στοιχεία εισήχθησαν στο λογισμικό SPSS για την ανάλυση.

Δεοντολογικές Εκτιμήσεις

Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα εγγυήθηκαν στην υποβολή έκθεσης όλων των αποτελεσμάτων και οι πληροφορίες βεβαιώθηκαν ότι τα ακατέργαστα στοιχεία δεν θα μοιράζονταν με κανέναν εκτός από τους ερευνητές. Οι πληροφοριοδότες διατήρησαν το δικαίωμα να αποσύρουν

τη συγκατάθεσή τους για να συμμετέχουν οποιαδήποτε χρονική στιγμή χωρίς αντίκτυπο. Η μελέτη αναθεωρήθηκε και εγκρίθηκε από το πανεπιστήμιο του Middlesex - Υποεπιτροπή Ηθικής Μελετών Υγείας (HSESC) και το Υπουργείο Υγείας της Κύπρου.

Συμπεράσματα και Συζήτηση

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν μεταξύ 20-30 ετών και αυτό είναι μια απόδειξη ότι υπάρχουν πρόσφατα-πιστοποιημένοι νοσηλευτές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Έχοντας περισσότερους νέους νοσηλευτές (55%)

του συνόλου του ποσοστού απάντησης, αναμένεται ότι αυτοί οι νοσηλευτές έχουν ενημερωμένη γνώση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος (λόγω της πρόσφατης κατάρτισής τους). Αφ' ενός, έχουν λιγότερη εμπειρία από τους παλαιότερους νοσηλευτές. Είκοσι τρεις από τους συμμετέχοντες ήταν

άντρες και 84 ήταν γυναίκες. Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων επίσης κυμαινόταν από διπλώματα έως μεταπτυχιακά (πίνακας 1). Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διάφορους χειρουργικούς θαλάμους συμπεριλαμβανομένου εκείνου της χειρουργικής-ογκολογίας, της ουρολογίας και θάλαμοι της νευροχειρουργικής (πίνακας 2).

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών χειρουργείου (98.1%) συμφώνησε ότι η εκτίμηση τραυμάτων είναι ένα μέρος της καθημερινής αξιολόγησης των νοσηλευτών που προηγείται την φροντίδα τραύματος και μόνο ένα μικρό ποσοστό 1.9% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα φαίνεται να συμφωνούν με τη σχετική βιβλιογραφία (Falangan, 2003, Bjork & Kirkenvold, 2000, Maylor, 2003). Έκπληξη δημιούργησε το γεγονός ότι αυτά τα συμπεράσματα δεν συμφωνούν με εκείνα που εκφράστηκαν στις συνεντεύξεις αφού οι επτά συνάδελφοι διαφώνησαν με την άποψη ότι η εκτίμηση του τραύματος είναι ένα μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής αξιολόγησης τους, μια πτυχή που υποστηρίζεται επίσης από τη βιβλιογραφία (Malagamm, 1999). Μόνο μια νοσοκόμα (N/3-θηλυκή νοσοκόμα-ηλικία 33) συμφώνησε. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, **«εκτελώ μόνο την αξιολόγηση των τραυμάτων κατά τη διάρκεια της πρωινής βάρδιας, που είναι η στιγμή της ημέρας όπου η περισσότερη εάν όχι όλη η φροντίδα τραύματος πραγματοποιείται»** (N/7 - νοσοκόμα προσωπικού γυναίκα - ηλικία 50), **«εγώ δεν βλέπω το λόγο για τον οποίο να κάνω οποιαδήποτε εκτίμηση των τραυμάτων στην απογευματινή βάρδια εάν δεν πρόκειται να φροντίσω το τραύμα, δεν είναι μέρος ρουτίνας μας»** (N/4 - νοσηλεύτρια γυναίκα-ηλικία 48). Κάποιος συμμετέχων εξέφρασε επίσης την άποψη ότι στο θάλαμό τους προχωρούν σε εκτίμηση τραύματος όταν την συστήνει ο διευθυντής θαλάμων τους. Μια γυναίκα νοσοκόμα (προσωπικού) σχολίασε ότι **«η εκτέλεση της φροντίδας τραύματος δεν είναι μια διαδικασία ρουτίνας σε αυτόν τον θάλαμο για τους ασθενείς με καρκίνο, αυτό που συμβαίνει συνήθως είναι ότι ο διευθυντής θαλάμων παρέχει τις οδηγίες στους νοσηλευτές για το πότε ή για το πώς πρέπει να εκτελεστεί αυτό»**. Τέλος, ένας συμμετέχων σχολίασε ότι η **«η εκτίμηση τραύματος πραγματοποιείται μόνο κατά τη διάρκεια των πρώτων 48 ωρών μετά την χειρουργική, μετά από αυτήν την περίοδο χρησιμοποιούμε συνήθως την αρχική εκτίμηση για να πραγματοποιήσουμε την φροντίδα τραύματος»** (N/1 - νοσηλεύτρια προσωπικού άνδρας - ηλικία 30).

Αυτά τα συμπεράσματα επισημαίνουν ότι δεν υπάρχει μια κοινή πολιτική (ή οδηγίες) για το πότε ή πόσο συχνά πρέπει να εκτελείται εκτίμηση των τραυμάτων μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων χειρουργικής-ογκολογίας. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την έλλειψη οδηγιών οι νοσηλευτές επιλέγουν να κάνουν εκτίμηση των τραυμάτων σε διαφορετικούς χρόνους και σημεία κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου του ασθενή. Οι αποφάσεις φαίνεται να λαμβάνονται βασισμένες σε μια αξιολόγηση των αναγκών και σύμφωνα με τη ρουτίνα που ο κάθε ένας έχει επiléξει να εφαρμόσει για τους ασθενείς τους.

Εντούτοις, αυτά τα συμπεράσματα φαίνεται να έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα μιας άλλης ερώτησης που αναφερόταν στη γνώση των συμμετεχόντων για τα επιδε-

σμικά υλικά τραύματος και τη χρήση τους. Σε αυτήν την ερώτηση φαίνεται ότι οι νοσηλευτές χειρουργείου είναι απληροφόρητοι για τα συγκεκριμένα είδη επιδεσμικών υλικών και ιδιαίτερα εξοικειώνονται με τα επιδεσμικά υλικά που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους, όπως είναι η γάζα σαν επιδεσμικό υλικό. Το 74.8% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι το πιο συνηθισμένο υλικό φροντίδας τραύματος ήταν η γάζα και το 99.1% συμφώνησε ότι το χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους. Η γάζα είναι μια παραδοσιακό επιδεσμικό υλικό για τις παγκόσμιες κλινικές αλλά δεν είναι πάντα η καλύτερη επιλογή για τη διαχείριση τραύματος. Βασικά, είναι πιο φτηνή να αγοραστεί και πιο εύκολο να χρησιμοποιηθεί στις διαδικασίες φροντίδας τραύματος. Αλλά, η πραγματική τιμή του επιδεσμικού υλικού δεν είναι η τιμή αγοράς αλλά αν είναι επικερδής, που θα προάγει την ευεξία του ασθενή με τέτοιο τρόπο ώστε να τον βοηθήσει να υπερνικήσει την ασθένειά του νωρίτερα. Επιπλέον, οι περισσότερες από τις συγκριτικές μελέτες σχετικές με τις γάζες έχουν παρουσιαστεί ότι οι γάζες δεν είναι συμβάλλουσες στη θεραπεία τραυμάτων (Hoekstra και λοιποί, 2002), δεν είναι επικερδείς (Moore and Fosten, 2000) και άβολοι για τον ασθενή όταν πρόκειται για την αλλαγή του επιδεσμικού υλικού (Chang, 1998).

Η κύρια εκτίμηση των νοσηλευτών κατά τη διάρκεια αλλαγής επιδεσμικού υλικού τραύματος είναι η πρόληψη της εξάπλωσης της μόλυνσης. Αυτά τα συμπεράσματα είναι πολύ ενθαρρυντικά. Συγκεκριμένα, το 88% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι η κύρια έννοιά τους είναι η πρόληψη της εξάπλωσης της μόλυνσης και αυτό μπορεί να αντιμετωπισθεί ως πολύ σημαντικό ζήτημα για αυτήν την μελέτη. Οι νοσηλευτές χειρουργείου βρέθηκαν να είναι πολύ ευαίσθητοι στην πρόληψη των μολύνσεων των τραυμάτων δεδομένου ότι προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν τα ποσοστά μετεγχειρητικών μολύνσεων στους ασθενείς με καρκίνο. Περαιτέρω, αυτό το συμπέρασμα επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα μιας άλλης ερώτησης που ζήτησε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν εάν χρησιμοποιούν ή όχι όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για την αποφυγή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος. Ένα δείγμα 86.3% συμφώνησε ότι χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για να αποφεύγουν τον κίνδυνο στη διαχείριση τραύματος.

Η στροφή της έμφασης πρέπει να γυρίσει τώρα στη γνώση του νοσηλευτή χειρουργείου σχετικά με τη διαχείριση τραύματος. Ένα μεγάλο δείγμα, το 72% των νοσηλευτών συμφώνησαν ότι έλαβαν ικανοποιητική εκπαίδευση κατά τη διάρκεια του βασικού εκπαιδευτικού προγράμματος της νοσηλευτικής και το 28% διαφώνησε. Τα 78% των εναγομένων που απάντησαν θετικά ήταν μεταξύ 20-30 ετών. Στη Κύπρο, το βασικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα νοσηλευτικής είναι το ίδιο για όλους τους φοιτητές νοσηλευτικής αλλά υπάρχει μια καλή εξήγηση για αυτήν την διαφορά. Τα τελευταία δέκα έτη το πρόγραμμα της σχολής της νοσηλευτικής και της μαιευτικής αναθεωρήθηκε και γι' αυτό το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων των ηλικιών 20-30 συμφώνησε με αυτήν την ερώτηση σε συνάρτηση με το χαμηλότερο αποτέλεσμα του 61% για 46 χρονών και άνω. Συγχρόνως, αυτά τα συμπεράσματα τονίζουν την ανάγκη για τρέχοντα

προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για τη μετεγχειρητική διαχείριση τραύματος για νοσηλευτές που πήραν το πτυχίο τους περισσότερο από 10 χρόνια πριν.

Σε μια σχετική ερώτηση που αφορά την περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (72.9%) δεν έλαβε την περαιτέρω εκπαίδευση από την οργάνωση τους και μόνο το 27.1% έλαβε. Οι Severinsson & Hallberg (1996), προτείνει ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτών των κλινικών είναι αρμόδιοι για τη διευκόλυνση της εκμάθησης και της συμβολής σε μια ενισχυμένη κατανόηση της κλινικής εργασίας που εκτελείται από τους προϊστάμενους. Οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές που έλαβαν την εκπαίδευση από την οργάνωσή τους ανήκουν στην ομάδα των 20-30 χρονών και την ομάδα ηλικίας 46 και άνω. Αυτό αποδίδεται πιθανώς στο γεγονός ότι οι ηλικίες 46 και άνω έχουν μια ανώτερη θέση στις κλινικές και έχουν περισσότερες ευκαιρίες να λάβουν περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος. Όσον αφορά τις ηλικίες 20-30, αναγνωρίζεται ότι οι νέοι νοσηλευτές είναι πιο επιδεκτικοί και πρόθυμοι να μάθουν και να εφαρμόσουν στην πράξη νέες τεχνικές και υλικά και αυτό εκτιμάται από τους διευθυντές θαλάμων.

Εντούτοις, τα ευρήματα συνέντευξης των ίδιων ερωτήσεων είναι αντικρουόμενα. Κανένας από τους νοσηλευτές συμφώνησε ότι έλαβαν την περαιτέρω εκπαίδευση από την οργάνωσή τους. Τέτοια αντικρουόμενα αποτελέσματα μπορούν να αποδοθούν στο μικρό δείγμα που πέρασε από συνέντευξη και επίσης στο γεγονός ότι μόνο 27.1% των εναγομένων συμφώνησε με αυτήν την ερώτηση. Συγκεκριμένα, πέντε από τους δίδοντες συνέντευξη δήλωσαν ότι η γνώση τους σχετικά με τη διαχείριση τραύματος προήλθε από τη βασική εκπαίδευση νοσηλευτικής (N/1, N/5, N/3, N/6, και N/7), δύο απέκτησαν τη γνώση τους από άλλους συναδέλφους (N/2, N/7). Οι συμμετέχοντες N/5, N/3, N/6 υποστήριξαν ότι απέκτησαν την περαιτέρω γνώση σχετικά με τη διαχείριση τραύματος λόγω προσωπικού ενδιαφέροντος.

Μια ερώτηση σχετικά με τη γνώση των νοσηλευτών χειρουργείου σχετικά με τη διαχείριση τραύματος διαπίστωσε ότι το μόνο 48.1% των συμμετεχόντων έλαβε περαιτέρω εκπαίδευση χάρη σε προσωπικές πρωτοβουλίες. Αυτό υποστηρίχθηκε περαιτέρω από τις συνεντεύξεις δεδομένου ότι οι τρεις από τους συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι έλαβαν περαιτέρω εκπαίδευση από διάφορα συνέδρια χειρουργικά και φροντίδας τραύματος. (N/1 νοσηλευτής προσωπικού άνδρας-ηλικίας 30, N/4 –νοσηλευτής γυναίκα –ηλικίας 48) και οι υπόλοιποι απέκτησαν τη γνώση τους από την περαιτέρω μελέτη (N/3 νοσηλευτής γυναίκα-ηλικίας 33, N/5-νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 35, N/6 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 24). Μια πιθανή εξήγηση αυτών των συμπερασμάτων είναι ότι η απουσία προσωπικού ενδιαφέροντος των νοσηλευτών για περαιτέρω εκπαίδευση στη διαχείριση τραύματος μπορεί να εξαρτάται από την απουσία αυτονομίας του νοσηλευτή στη λήψη αποφάσεων, αλλά το φόρτο εργασίας μπορεί να επιφέρει απογοήτευση και αδιαφορία για περαιτέρω εκπαίδευση. Στη βιβλιογραφία αυτά τα συμπεράσματα συμπίπτουν με τον Mraggan, (2004) που βεβαιώνει ότι, οι τρεις σημαντικές μεταβλητές που ανα-

φέρθηκαν στη μελέτη του από τους νοσηλευτές προσωπικού για την αύξηση της αυτονομίας τους ήταν υποστηρικτική διαχείριση, εκπαίδευση και εμπειρία.

Η επιλογή επιδεσμικού υλικού είναι μερικές φορές μια περίπλοκη διαδικασία. Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να επιλέξουν και να βάλουν ιεραρχικά 5 παράγοντες που προσδιόρισαν στις συνεντεύξεις που επηρεάζουν την απόφασή τους για το ποιο τύπο επιδεσμικού υλικού θα επιλέξουν. Αυτοί οι παράγοντες περιέλαβαν: (α) οδηγίες του γιατρού, (β) χαρακτηριστικά της επιφάνειας του τραύματος, (γ) προσωπική εμπειρία, (δ) οι οδηγίες των διευθυντών θαλάμων και (ε) σχετικές οδηγίες. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (N=29) απάντησαν ότι οι οδηγίες του γιατρού είναι ο κυριότερος παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή του επιδεσμικού υλικού ενός τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα θεμελιώνονται επίσης από τη βιβλιογραφία αφού ο Mraggan (του 2004) υποστηρίζει ότι οι τρεις πιο σοβαροί παράγοντες που αναφέρθηκαν να μειώνουν την αυτονομία των νοσηλευτών ήταν η αυταρκική διαχείριση, οι γιατροί και ο φόρτος εργασίας. Clarke και λοιποί, (2000), σχολιάζουν ότι στους ιεραρχικούς τύπους νοσοκομείων, οι αποφάσεις λαμβάνονται από τους γιατρούς και όχι συλλογικά από την ομάδα. Αυτό στηρίζεται περαιτέρω από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων. Δύο από τους συμμετέχοντες είπαν: **Δεν μου αρέσει να το λέω αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις δεν έχω την εξουσία για να πάρω μια απόφαση για το πώς να φροντίσω ένα τραύμα, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι πιστοποιημένο για να λάβει τέτοιες αποφάσεις που αφορούν τη διαχείριση τραύματος (N/5 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα- ηλικίας 35, N/3 νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα- ηλικίας 33).**

Προσοχή πρέπει να δοθεί σε μια ερώτηση που ρώτησε εάν η οργάνωση του συμμετέχοντος περιλαμβάνει οδηγίες για τις διαδικασίες αλλαγής τραύματος. Ένα δείγμα 55.8% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι στον πρακτικό τομέα υπάρχουν οδηγίες και το 44.2% διαφώνησε. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δημιούργησαν αμφιβολία όσον αφορά το εάν οι οδηγίες που υιοθετούνται από τους θαλάμους των συμμετεχόντων εφαρμόζονται και στην πράξη. Μια άλλη ερμηνεία για αυτά τα συμπεράσματα μπορεί να είναι ότι οι συμμετέχοντες συνέχισαν τη λέξη «οδηγίες» με τις αρχές που χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική τους που προέκυψαν από την παράδοση και την εμπειρία. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η χρήση των οδηγιών και η ανάπτυξη πρωτοκόλλων αξιολόγησης κινδύνου, καλύπτουν τα ζητήματα ασφάλειας και για τον επαγγελματία υγείας και για τον ασθενή (Bree-Williams and Waterman, 1996, Ford και Kohler και λοιποί, 2001, Michalopoulos and Sparos, 2003).

Σε μια σχετική ερώτηση οι νοσηλευτές ρωτήθηκαν εάν χρησιμοποιούν στην καθημερινή πρακτική οδηγίες που έμαθαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους στη νοσηλευτική. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 86.5% των συμμετεχόντων χρησιμοποιούν τέτοιες οδηγίες για τις αλλαγές τραυμάτων και τις τεχνικές αλλαγής επιδεσμικού υλικού και 13.5% απάντησαν αρνητικά. Εναγόμενοι, που απάντησαν αρνητικά σε αυτήν την ερώτηση, επέλεξαν ένα από τους ακόλουθους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφασή τους να μην

ακολουθήσουν τις οδηγίες: φόρτος εργασίας, απουσία υλικών, οδηγίες του διευθυντή θαλάμων, και διαφωνία με τις σχετικές οδηγίες. Ένα ποσοστό 57.1% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο κυριότερος παράγοντας που τους αποτρέπει από το να ακολουθήσουν αυτές τις οδηγίες, το 28.6% επιλέγει την απουσία υλικών και το 14.3% απάντησε ότι οι οδηγίες του διευθυντή θαλάμων είναι ο κυριότερος παράγοντας που τους επηρεάζει ώστε να μην ακολουθήσουν τις οδηγίες. Ο φόρτος εργασίας και η απουσία υλικών προσδιορίστηκαν μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης ως οι κυριότεροι παράγοντες που οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν στην καθημερινή πρακτική τους (Mgrayan, 2004, Berggren & Severinsson, 2003) που καταδεικνύει τη συνέπεια των συμπερασμάτων αυτής της μελέτης.

Στο ίδιο θέμα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να προσδιορίσουν ιεραρχικά τους 6 παράγοντες που θεωρούν είναι σημαντικοί στην επιρροή της ποιότητας της διαχείρισης τραύματος. Οι έξι παράγοντες που προσδιορίστηκαν στις συνεντεύξεις συμπεριλαμβάνουν: (α) φόρτος εργασίας, (β) απουσία συνεχούς εκπαίδευσης στη φροντίδα τραύματος, (γ) προτιμήσεις διευθυντών θαλάμων, (δ) συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, (ε) απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος και (στ) απουσία ενός ειδικού στη φροντίδα τραύματος. Ο πρώτος κυριότερος παράγοντας που προσδιορίστηκε ήταν ο φόρτος εργασίας που φαίνεται να εξασφαλίζει τη σημασία αυτού του ζητήματος στη φροντίδα τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα ήταν σύμφωνα με εκείνα που ανακτήθηκαν από τα συμπεράσματα των συνεντεύξεων. Ένας δίδων συνέντευξη επαίνεσε: **Όπως είπα προτού μας κάνει η πίεση του χρόνου να εργαστούμε εσφαλμένα (μερικές φορές). Μερικές φορές βρέθηκα παγιδευμένη σε μια βάρδια όπου έπρεπε να φροντίσω 6 ασθενείς που απαιτούσαν όλοι την προσοχή μου, σε αυτή την περίπτωση το βρήκα δύσκολο να μοιράσω το χρόνο μου μεταξύ τους, αναγνωρίζω τον ότι μερικές φορές δεν υπάρχει αρκετός χρόνος να γίνουν όλα, ή τουλάχιστον με τον τρόπο που θέλετε {...}**«(N /4-νοσηλεύτρια γυναίκα-ηλικίας 48).

Μια ένδειξη της απουσίας οδηγιών για την φροντίδα τραύματος ή της απροθυμίας των νοσηλευτών να τις χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή πρακτική προήλθε από τη διαπίστωση ότι το 48.6% των συμμετεχόντων αποφάσιζαν από μόνοι τους για τη χρήση ή μη της αποστειρωμένης τεχνικής στην πρακτική τους. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν επίσης γιατί επέλεξαν να χρησιμοποιήσουν την αποστειρωμένη τεχνική πέρα από άλλες τεχνικές. Στην πλειοψηφία τους (68.4%) οι νοσηλευτές απέτυχαν να παρέχουν έναν λόγο βασισμένο σε στοιχεία για την επιλογή τους. Μερικοί νοσηλευτές αναγνώρισαν ότι τις περισσότερες φορές η αποστειρωμένη τεχνική εφαρμόστηκε χωρίς να είναι βασισμένη σε εξαστομικευμένη βάση αλλά μάλλον σε μια τελετουργική εφαρμογή. Αυτή η εύρεση είναι σύμφωνη με τη σχετική βιβλιογραφία που αποκάλυψε ότι η πρακτική της αποστειρωμένης τεχνικής τείνει να βασιστεί στην τελετουργική τήρηση παρά στην επιστημονική ένδειξη (Aziz, 2009). Παρά την έλλειψη συγκεκριμένης έρευνας βασισμένης στα στοιχεία για την επιρροή της αποστειρωμένης εναντίον της

μη-αποστειρωμένης τεχνικής υπάρχουν στοιχεία στη βιβλιογραφία για μια μεταστροφή προς μια καθαρή τεχνική (Gilmour, 1999, Williams, 1999, Michalopoulos και Sparos, 2003) ειδικά στα χρόνια τραύματα.

Μπορεί να ειπωθεί ότι η γενική αντίληψη για τους νοσηλευτές σχετικά με τους διευθυντές θαλάμων και τη λήψη αποφάσεων είναι ότι χρησιμοποιούν και την παράδοση και την εμπειρία για την καθοδήγησή τους σχετικά με τη διαχείριση τραύματος. Η ανεπάρκεια της ενημερωμένης γνώσης και της πρακτικής βασισμένης στα στοιχεία που διευθυντές και γιατροί μπορεί να έχουν, μπορεί να παρουσιάσει σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς με καρκίνο και στην υγιονομική περίθαλψη γενικά. Μέσω αυτής της μελέτης προέκυψε ότι οι γιατροί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση τραύματος. Ένα δείγμα 73.1% των συμμετεχόντων συμφώνησε ότι οι γιατροί είναι αρμόδιοι για τη λήψη αποφάσεων φροντίδας τραύματος και 26.9% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα υποστηρίζουν το γεγονός ότι οι νοσηλευτές έχουν περιορισμένη αυτονομία που είναι ένας σοβαρός παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων τους στη διαχείριση τραύματος. Η αυτονομία έχει θεωρηθεί από άλλους ως ένας σοβαρός παράγοντας στην ασυμμετρία της δύναμης μεταξύ των νοσηλευτών και των παθολόγων (McParland και λοιποί., 2000). Αυτά τα συμπεράσματα δείχνουν την ανάγκη για ενέργειες των γιατρών που να προωθούν την αυτονομία των νοσηλευτών που υποστηρίζεται επίσης από άλλες μελέτες (Adams και λοιποί 1996, McGillis & Donner 1997, Taunton και λοιποί, 1997).

Μέσω αυτής της έρευνας προέκυψε ότι οι νοσηλευτές αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις χωρίς προγενέστερη άδεια από το διευθυντή θαλάμων ή τη ιατρική ομάδα και αυτό φαίνεται να είναι άσχετο με το κλινικό πλαίσιο. Οι ιατρικές αποφάσεις αναφορικά είχαν υψηλότερη προτεραιότητα από τις αποφάσεις των νοσηλευτών. Αυτό τοποθετεί τους νοσηλευτές στο περιθώριο στην καθημερινή πρακτική τους και να εργαστούν ως εκτελεστικά πρόσωπα σε κάθε διαδικασία φροντίδας. Η απουσία αυτονομίας νοσηλευτών μπορεί να προκαλέσει την απάθεια τους στον εργασιακό χώρο και να τους καθιστά ανίκανους να χειριστούν μια δύσκολη κατάσταση.

Οι ασθενείς με καρκίνο είναι ομάδα ασθενών που μπορεί να αντιμετωπίσει διάφορες μετεγχειρητικές περιπλοκές εξαιτίας του γεγονότος ότι το ανοσοποιητικό σύστημα τους είναι ευαίσθητο στις μολύνσεις. Στους θαλάμους χειρουργικής-ογκολογίας η πρόληψη των μολύνσεων στους ασθενείς με καρκίνο πρέπει να είναι ένας από τους πρώτους στόχους. Ένα θέμα του ερωτηματολογίου ρωτούσε τους νοσηλευτές εάν χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για την αποφυγή κινδύνων στη διαχείριση τραύματος. Η πλειοψηφία των εναγομένων (86.3%) συμφώνησε ότι χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις που απαιτούνται για να αποτρέψουν τον κίνδυνο στη διαχείριση τραύματος για τους ασθενείς με καρκίνο και 13.7% διαφώνησε. Αυτά τα συμπεράσματα είναι διαφορετικά με εκείνα των συνεντεύξεων δεδομένου ότι μόνο ένας δίδων συνέντευξη (N/1-νοσηλεύτρια προσωπικού άνδρας-ηλικίας 30) συμφώνησε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις

απαραίτητες προφυλάξεις που είναι διαθέσιμες για την αποφυγή κινδύνων στη διαχείριση τραύματος. Οι άλλοι νοσηλευτές είχαν αντίθετες αντιλήψεις: «Μπορώ να πω ότι το 50% των συναδέλφων χρησιμοποιούν τις διαθέσιμες προφυλάξεις για την αποφυγή κινδύνων (N/2-νοσηλευτήςπροσωπικού άντρας-ηλικίας 30). Μια γυναίκα νοσοκόμα σχολίασε ότι: «μερικοί νοσηλευτές κάνουν ακατάλληλη χρήση του εξοπλισμού όπως τα αποστειρωμένα γάντια ,το επιδεσμικό υλικό ακόμη και τα αιχμηρά εργαλεία προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος στη διαχείριση τραύματος (N/3-νοσηλευτής προσωπικού γυναίκα-ηλικίας 33). Άλλοι δίδοντας συνέντευξη σχολίασαν ότι: «σκέφτομαι ότι η προσωπική προστασία είναι ο πρώτος στόχος των περισσότερων νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραυμάτων έτσι υπάρχει ένας κίνδυνος του τραυματισμού και της μετάδοσης της μόλυνσης μεταξύ των ασθενών» (N/5 νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 35) Σύμφωνα με έναν άλλο δίδοντα συνέντευξη: «μερικοί νοσηλευτές προετοιμάζουν ένα μεγάλο καρτοτάκι με τα διαφορετικά είδη αποστειρωμένων και μη αποστειρωμένων υλικών και αρχίζουν τις αλλαγές τραύματος πηγαίνοντας από έναν τον έναν ασθενή στον άλλον» (N/6 νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 24). Οι νοσηλευτές που διαφώνησαν (13.7%) στην παραπάνω ερώτηση κλήθηκαν να επιλέξουν μια από τις ακόλουθες τρεις επιλογές, οι οποίες επηρέασαν αρνητικά τις αποφάσεις τους να μην ακολουθήσουν όλες τις ενδεικτικές προφυλάξεις: φόρτος εργασίας, απουσία εξοπλισμού και αναλωσίμων και απουσία μεταδοτικών ασθενειών. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες (13 από τα 14 σε ποσοστό

92.9%) απάντησαν ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την απόφασή τους και 7.1% (1 περίπτωση) απάντησε ότι η απουσία μεταδοτικών ασθενειών είναι ο κύριος παράγοντας που επηρέασε την απόφασή τους να μην ακολουθήσουν τις διαθέσιμες προφυλάξεις στη διαχείριση τραύματος. Αυτά τα συμπεράσματα θεμελιώθηκαν επίσης από τις συνεντεύξεις αφού ένας από τους δίδοντα συνέντευξη είπε: «Η πίεση του χρόνου και τα χαμηλά επίπεδα προσωπικού δεν μας αφήνουν να κάνουμε το καλύτερο σε ορισμένες διαδικασίες». (N/4 Νοσηλευτής προσωπικού-ηλικίας 48). Τελικά ένας συμμετέχων δήλωσε ότι: «η προσωπική προστασία είναι ο πρώτος στόχος των περισσότερων νοσηλευτών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος και αυτό φαίνεται να μην λειτουργεί υπέρ της ασφάλειας των ασθενών κατά τη διάρκεια της φροντίδας τραύματος»(N/5 νοσηλευτής προσωπικού ηλικίας 35).

Τα συμπεράσματα δηλώνουν ότι στις κλινικές χειρουργικής-ογκολογίας στη Κύπρο, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι δεν έχουν την επιθυμητή αυτονομία στην καθημερινή πρακτική τους σε σχέση με τη διαχείριση τραύματος που επιβεβαίωσε τις πρώιμες υποθέσεις των ερευνητών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων των νοσηλευτών σχετικά με τη διαχείριση τραύματος εκτός από την αυτονομία είναι: περιορισμένη ή απουσία γνώσης για τις αλλαγές τραύματος, πληροφορίες βασισμένες στα στοιχεία, ο ρόλος του ιατρικού προσωπικού, ο δυναμισμός διευθυντών θαλάμων και η απουσία εξοπλισμού όπως προσδιορίστηκαν από αυτήν την μελέτη.

Συμπεράσματα και συστάσεις

Συνολικά, αυτή η μελέτη δείχνει ότι οι νοσηλευτές εργάζονται χωρίς την αρχή αποφάσεων, τη συνεχή εκπαίδευση και ανάπτυξη της φροντίδας τραύματος. Ένας κύριος παράγοντας που προσδιορίστηκε ήταν ο φόρτος εργασίας και οι αρνητικές συνέπειές του στη διαχείριση τραύματος. Η διαχείριση τραύματος είναι ένα σύνθετο ζήτημα και επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες όπως η γνώση του νοσηλευτή, οι προτιμήσεις του διευθυντή θαλάμου, οι οδηγίες του γιατρού, και η συνεργασία νοσηλευτών- ασθενών.

Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προορίζονται να βοηθήσουν τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων στον προσδιορισμό των βασικών ζητημάτων εργασιακών χώρων σχετικά με τη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος, να βελτιώσουν τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στις κλινικές και να ελαχιστοποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνονται στην ποιότητα της φροντίδας τραύματος. Τα συμπεράσματα μπορούν να φανούν χρήσιμα στην ανάπτυξη στρατηγικών που θα εξέταζαν και θα βελτίωναν την ποιότητα της μετεγχειρητικής διαχείρισης τραύματος επειδή είναι γνωστό ότι παράγοντες όπως η μόλυνση τραυμάτων μπορούν να απειλούν την ανάρρωση του ασθενή.

Η μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος απαιτεί συστηματικό προγραμματισμό και προσπάθειες δεδομένου ότι η εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια καλύπτοντας την προεγχειρητική, την διεγχειρητική και την μετεγχειρητική περιόδους. Οι συστάσεις για

ποιοτική φροντίδα τραύματος πρέπει να προκύψουν από μια συζήτηση με το διοικητή νοσοκομείου και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας). Άνθρωποι με τέτοιες κύριες θέσεις πρέπει να συμμετέχουν στη διατύπωση αυτών των συστάσεων.

Η καθιέρωση των οδηγιών στις τοποθετήσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικής σημασίας. Η απουσία συγκεκριμένων οδηγιών στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος μπορεί να προκαλέσει σοβαρές περιπλοκές στην υγεία του ασθενή αλλά και σε ολόκληρο το υγειονομικό σύστημα. Δεδομένου ότι η ανάπτυξη των οδηγιών απαιτεί χρόνο, μια ομάδα ειδικών επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να οργανωθεί για να εργαστεί σε αυτό το ζήτημα. Μετά από τις οδηγίες, οι νοσηλευτές θα έχουν περισσότερη εμπιστοσύνη στην καθημερινή πρακτική τους και αυτό το γεγονός θα ελαχιστοποιήσει τους παράγοντες κινδύνου στον τομέα πρακτικής τους που αυξάνοντας την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Μια πρόταση θα γίνει σχετικά με την καθιέρωση ενός νοσηλευτή επιφορτισμένου με τη φροντίδα του τραύματος. Δεδομένου ότι η βιβλιογραφία υποστηρίζει τη δημιουργία αυτού του ιδρύματος και στις περισσότερες χώρες αυτό έχει καθιερωθεί ήδη, είναι ένας καλός λόγος να υπολογίζεται θετικά από τους διοικητές υγειονομικής περίθαλψης.

Ο εργασιακός χώρος του νοσηλευτή πρέπει να αναπτύξει μια κουλτούρα μέσω της συμμετοχής, της ανάμιξης και

της δυνατότητας λήψης αποφάσεων. Η απουσία αυτονομίας του νοσηλευτή είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων φροντίδας τραύματος στις κλινικές τοποθετήσεις της Κύπρου. Επειδή η σχολή της νοσηλευτικής και της μαιευτικής καθιερώθηκαν πρόσφατα ως επιστήμες στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο της Κύπρου, αναμένεται να αναθεωρηθεί η νομοθεσία για την πιστοποίηση και τις ευθύνες των νοσηλευτών γενικά. Η συμμετοχή στα προγράμματα διαβίου μάθησης πρέπει να γίνει ένα αναπόσπαστο κομμάτι της απόδοσης εργασίας και της επαγγελματικής εξέλιξης. Η ενημερωμένη γνώση σχετικά με τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος και τα διαθέσιμα επιδεσμικά υλικά πρέπει να αναπτυχθεί μέσω των σεμιναρίων και των διασκέψεων και την έρευνα βασισμένη στα στοιχεία.

Μια αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των γιατρών και των νοσηλευτών πρέπει να επιτευχθεί. Οι κοινές συνεδριάσεις και τα σεμινάρια πρέπει να οργανωθούν προκειμένου να δοθούν προτάσεις σχετικά με την διεκπεραίωση νοσηλευτικών και ιατρικών διαδικασιών. Αυτή η αλληλεπίδραση μεταξύ τους θα κερδίσει την εκτίμηση και το σεβασμό σε

κάθε διοικητική λήψη αποφάσεων τραύματος.

Μια άλλη πρόταση για την επίτευξη υψηλής ποιότητας της διαχείρισης τραύματος που προκύπτει από τα συμπεράσματα είναι να μειωθεί ο φόρτος εργασίας στις κλινικές τοποθετήσεις. Αυτό είναι ένα επίμονο πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο και η διαχείρισή του έχει αποδειχθεί δύσκολη. Καλά-οργανωμένοι μηχανισμοί πρέπει να εδραιωθούν που θα βοηθήσουν το προσωπικό να ελαχιστοποιήσει το φόρτο εργασίας επειδή η πίεση του χρόνου είναι ένας αρνητικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, θα ήταν σημαντικής σπουδαιότητας εάν αυτή η γνώση σχετικά με τη λήψη αποφάσεων μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος επεκτεινόταν σε περαιτέρω έρευνα. Αν και αυτή η μελέτη ήταν κάτι νέο για τη Κύπρο και τη νοσηλευτική πρακτική, οι ερευνητές αναμένουν να διεξαχθεί περαιτέρω έρευνα από άλλους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης για το ίδιο θέμα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Adams, D. Miller B.K & Beck L. 1996 Professional behaviors of hospital nurses executives and middle managers in 10 Western States. *Western Journal of Nursing Research* 18: 77-88.

Aziz A.M. 2009. Variations in Aseptic technique and implications for infection control. *British Journal of Nursing* Volume 18 NO 1.

Bale S, Baker N, Crook H, Rayman G, Marding KG 2001 Exploring the use of an alginate dressing for diabetic foot ulcers. *J of wound care* 10(3):81-4

Baranoski S. 1999 Wound dressings: challenging decisions. *Home Health Nursing*. 1999; 17:19-25

Beddel, B. Bradley, M. Pyriales, M. 2003 How a wound resource team saved expenses and improved outcomes. *Home Healthcare. Nurs* 2003, 21:6. 397-403.

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

Bjork IT & Kirkevold M.(2000) From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in Nursing. *Journal of clinical nursing* 9,620-631

Borges, NJ & Savickas, M.L. (2002). Personality and medical choice: a literature review and integration. *Journal of Career assessment* 10,362-380.

Braun, V. (2005) In search of (better) female sexual pleasure: female genital 'cosmetic' surgery. *Sexualities* 8, 407-24.

Bree-Williams FJ, Waterman H (1996) An examination of nurses' practices when performing aseptic techniques for wound dressings. *J Adv Nurs* 23(1): 48-54

Bux, M. Mahi, JS. (1996) Assessing the use of dressings in practice. *Journal of wound care* 1996; 5:305-88

Carroll, L.(2004). Clinical skills for nurses in medical assessment units. *Nursing standard* 18, 33-40.

Chang KW, Alsagoff S, Ong KT, Sim PH. 1998 Pressure ulcers-randomized control trial comparing hydrocolloid and saline gauze

dressings. *Med J Malaysia* ;53:428-31.

Clarke, C., Cook, G., Gertig, P., Gibb, C. & Morrow, M. 2000. Integration of a health and social work team in mental health an evaluation. University of Northumbria at Newcastle: Practice Development Programme.

Collier, M. 1999. Acceptable evidence? *Journal of wound care*. 7:8,433.

Courtenay, M. 2000. An overview of the development of nurse prescribing. *British Journal of Community Nursing* 5:3,122-125.

Flanagan M. 2003. Improving accuracy of wound measurement in clinical practice. *Ostomy wound management* 49,28-40

Ford D, Koehler S 2001 A creative process for reinforcing aseptic technique practices (research/education). *AORN J* 73(2): 446-50

Gilmour D 1999 Redefining aseptic technique. *J Community Nurs* 13(7): 22-6

Glover, D. 2001. Making skilled wound care a political priority. *Journal of wound care* 10(7):247.

Gupta, S.K., Lee, S., Moseley, L.G. 2002. Postoperative wound blistering: is there a link with dressing usage? *Journal of wound care* 11:7,271-273.

Hallett, C.E 2000 Infection control in wound care: a study of Fatalism in community nursing. *Journal of Chin Nursing*. 9(1):103-9.

Hoekstra MJ, Hermans MH, Richters CD, Dutriex RP. A historical comparison of acute inflammatory responses with a hydrofibre or tulle gauze dressing. *Journal of wound care* (2002); 11:113-117.

Keast, D.H., Bowering, K., Evans, A.W., Mackean GL., Burrows C & D' Souza, L. 2004. Measure: a proposed assessment framework for developing best practice recommendations for wound assessment. *Wound Repair and Regeneration* 12, S1-S17.

Lohmann M, Thomsen Jk, Edmonds ME, Harding KG, Apelqvist J, Gottrup F. (2004). Safety and performance of a new non-adhesive foam dressing for the treatment of diabetic foot ulcers. *J of wound care* 10 (8):118-20

Marquis B.L & Huston C.J. 2002. Leadership roles and management functions in Nursing. (4th edn) Philadelphia: Lippincott Williams 7

Wilkins.

Maylor, M. 2003. Problems identified in gaining non-expert consensus for an hypothetical wound assessment form. *Journal of clinical Nursing* 12, 824-833.

McGillis L. & Donner G.J. 1997 The changing role of hospital nurse managers: a literature review. *Canadian Journal of Nursing Administration* 10, 14-39.

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

Michalopoulos A, Sparos L 2003 Postoperative wound infections. *Nurs Stand* 17(44): 53-4, 56, 58, 60

Moore, P.J., Foster, L. 2000. Cost benefits of two dressings in the management of surgical wounds. *British journal of Nursing* 9:1128-32.

Morgan, D. 1999. Wound management products in the drug Tarriff. *Pharmaceutical Journal* 263:820-825.

Mrayyan, M.T. 2004. Nurses autonomy: Influences of nurse's managers actions. *Journal of advanced Nursing* 45 (3) 326-536.

Murphy, F. Assessment and management of patients with surgical cavity wounds. *Nursing standards* (2006) 20(45):57-58,60,62.

O' Brien JF, Grace PA, Burks PE 2000. Prevalence and etiology of leg ulcers in Ireland. *Ir J Med Sa* 169(2): 110-12

Reynolds, T.M. Russel, L. 2001 Evaluation of a wound dressing trial by different methodologies demonstrates convent wound care evidence

is unreliable. *British Journal Nursing* in Press 2001.

Rosswurm M.A., Larrabee J.H. 1999 A model for change evidence practice. *Image*; 31: 317-322.

Severinsson E. & Hallberg I.-L. 1996 Clinical supervisors' views of their leadership role in the clinical supervision process within nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 24, 151-161.

Taunton R.L., Boyle D.K., Woods C.Q., Hansen H.E. & Bott M.J. 1997 Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *Western Journal of Nursing Research* 19, 205-226.

Vowden K.R., Vowden P. 2001. Knowledge is power: *Journal of wound care* 10(40):97

Vuolo, J.C. Assessment and management of surgical wounds in clinical practice. *Nursing standards* (2006) 20(52): 46-56

Williams C 1999 Wound irrigation techniques: new Steripod normal saline.

Πίνακες

Πίνακας 1: Ακαδημαϊκά Προσόντα

		Academic Qualifications			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	diploma	85<	79.4<	81.7<	81.7<
	Bsc	9<	8.4<	8.7<	90.4<
Master degree		1<	,9<	1,0<	91.3<
	Total	104<	97.2<	100,0<	
Missing	System	3<	2,8<		
	Total	107<	100,0		

Πίνακας 2: Εργασιακό Περιβάλλον

		Work Setting			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Neurosurgical Ward	16	15,0	15,0	15,0
	Angiosurgical Ward	13	12,1	12,1	27,1
	Surgical A	17	15,9	15,9	43,0
	Surgical B	18	16,8	16,8	59,8
	Orthopedic Ward A	14	13,1	13,1	72,9
	Orthopedic Ward B	15	14,0	14,0	86,9
	Urology Ward	14	13,1	13,1	100,0
	Total	107	100,0	100,0	

Παράρτημα Α

Ερωτήσεις δειγμάτων συνέντευξης

1. Μπορείτε να μου πείτε για τον τρέχοντα ρόλο σας στο νοσοκομείο;
2. Θεωρείτε ότι ο τομέας της πρακτικής σας χρησιμοποιεί τις πρόσφατες τεχνικές φροντίδας τραύματος κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής φροντίδας τραύματος;
3. Πότε κάνετε την εκτίμηση των τραυμάτων κατά τη διάρκεια της καθημερινής νοσηλευτικής φροντίδας σας;
4. Μπορείτε να μου πείτε για μερικά από τα επιδεσμικά υλικά φροντίδας τραύματος που χρησιμοποιείτε, και τη χρησιμότητά τους στη διαχείριση τραύματος;

5. Από πού προέρχεται η γνώση σας, σχετικά με τη διαχείριση τραύματος;

6. Πώς λαμβάνετε τις αποφάσεις για τα υλικά που θα χρησιμοποιηθούν σε ένα συγκεκριμένο τραύμα; Τι πρέπει να λάβετε υπόψη;

7. Θεωρείτε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν όλες τις προφυλάξεις για την αποφυγή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος;

8. Ποιοι παράγοντες κατά την άποψή σας επηρεάζουν την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος;

Παράρτημα Β

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

- Άνδρας Γυναίκα
- Θέση Νοσηλεύτη
- Ρύθμιση εργασίας
- Εμπειρία μετά το πτυχίο
- Ειδικευμένος τομέας νοσηλευτικής εργασίας
- Ηλικία 20-30 30-40 άνω 45

I. Η αξιολόγηση των τραυμάτων είναι ένα μέρος της καθημερινής νοσηλευτικής εκτίμησης σας για τους ασθενείς σας πριν από τη φροντίδα τραύματος.

Σωστό Λάθος

2. Είστε βέβαιοι λαμβάνοντας τις αποφάσεις σχετικά με τον κατάλληλο επιδεσμικό υλικό για τους ασθενείς σας.

Σωστό Λάθος

3. Λάβετε ικανοποιητική εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος στο πρόγραμμα βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης σας.

Σωστό Λάθος

4. Λάβετε περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας σας από την οργάνωσή σας.

Σωστό Λάθος

5. Λάβετε περαιτέρω εκπαίδευση στη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας σας λόγω προσωπικής πρωτοβουλίας.

Σωστό Λάθος

6. Οι ακόλουθοι 5 παράγοντες επηρεάζουν την επιλογή μιας αλλαγής τραύματος:

- A. Προσωπική εμπειρία
- B. Οδηγίες ιατρών
- C. Χαρακτηριστικά των επιφανειών τραύματος
- D. οδηγίες του διοικητή θαλάμου
- E. σχετικές οδηγίες

Προσδιορίστε πόσο σημαντικοί αισθάνεστε ότι είναι το καθένα τοποθετώντας έναν αριθμό δίπλα. Παραδείγματος χάριν, εάν θεωρείτε ότι οι οδηγίες διευθυντών θαλάμων είναι οι σημαντικότερες, τοποθετείστε τον αριθμό 1 δίπλα σε εκείνο το στοιχείο. Εάν θεωρείτε ότι η προσωπική εμπειρία είναι η δεύτερη πλέον σημαντικότερη τοποθετείστε τον αριθμό 2 δίπλα σε εκείνο το στοιχείο, και ούτω καθεξής.

7. Η οργάνωσή σας έχει τις οδηγίες για τις διαδικασίες αλλαγής τραυμάτων συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας αλλαγών και την κατάλληλη επιλογή επιδεσμικού υλικού.

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Η χρήση αποστειρωμένων γαντιών ή όχι για τις αλλαγές τραυμάτων για τη μετεγχειρητική φροντίδα τραύματος είναι δική σας απόφαση.

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Η χρήση αποστειρωμένης τεχνικής ή όχι σε ένα μετεγχειρητικό τραύμα είναι δική σας απόφαση.

ΝΑΙ ΟΧΙ

10. Πόσες αλλαγές τραύματος (κατά μέσο όρο) διεξάγετε σε κάθε βάρδια συνολικά;

- Πρωινή βάρδια
- Απογευματινή βάρδια
- Βραδινή βάρδια

11. Πόσο χρόνο (κατά μέσο όρο) καταναλώνεται κατά τη διάρκεια μιας αλλαγής τραύματος

5 λεπτά 10 λεπτά 15 λεπτά 20 λεπτά

12. Ποιος είναι ο κύριος παράγοντας κατά τη διάρκεια μιας αλλαγής τραύματος ώστε να λάβετε τη σωστή απόφαση;

- Πρόληψη ζημιών στο surrounding δέρμα.
- Πρόληψη πόνων του ασθενούς.
- Αποτροπή της εξάπλωσης της μόλυνσης.
- Προσωπική ασφάλεια.
- Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε)

.....

13. Το Povidone ιώδιο χρησιμοποιείται συχνά για τον καθαρισμό οξέων τραυμάτων στις δικές σας εγκαταστάσεις.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν χρησιμοποιείται διαφορετικό αντισηπτικό παρακαλώ διευκρινίστε:

14. Παρακαλώ υποδείξτε ποια από τα αναγραφόμενα υλικά σας είναι γνωστά σχετικά με τη χρήση τους.

Υλικό

- 1. Film dressings
- 2. Transparent dressings with pad
- 3. foams
- 4. hydrogels
- 5. Paraffin gauze
- 6. hydrocolloids
- 7. Low – adherent dressings
- 8. Semi permeable dressings
- 9. Gauze dressings
- 10. Non transparent dressings with pad

15. Ποιο επιδεσμικό υλικό από την παραπάνω λίστα χρησιμοποιείται πιο συχνά σε καθημερινές διαδικασίες διαχείρισης τραύματος; Παρακαλώ διευκρινίστε τον αριθμό που αντιστοιχεί:

16. Η οργάνωση σας έχει αρκετά αναλώσιμα και υλικά για τις καθημερινές διαδικασίες αλλαγής τραύματος.
ΝΑΙ ΟΧΙ Μερικές φορές

17. Υπάρχουν προϊόντα φροντίδας τραύματος που δεν έχετε, που θα θέλατε να έχετε τη δυνατότητα να χρησιμοποιείτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι παρακαλώ διευκρινίστε:

18. Οι παρακάτω 6 παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα της διαχείρισης τραύματος:

- A. Φόρτος εργασίας
- B. Απουσία συνεχόμενης εκπαίδευσης στη φροντίδα τραύματος
- C. Προτιμήσεις των διευθυντών θαλάμων
- D. Συνεργασία μεταξύ γιατρών και ασθενών
- E. Απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος
- F. Απουσία ειδικού φροντίδας τραύματος

Προσδιορίστε πόσο σημαντικοί αισθάνεστε ότι είναι το καθένα τοποθετώντας έναν αριθμό δίπλα. Παραδείγματος χάριν, αν αισθάνεστε ότι ο φόρτος εργασίας είναι ο πιο σημαντικός, τοποθετείστε τον αριθμό 1 δίπλα στο στοιχείο. Αν αισθάνεστε ότι η απουσία εξοπλισμού φροντίδας τραύματος είναι το δεύτερο τοποθετείστε τον αριθμό 2 δίπλα στο στοιχείο, και ούτω καθεξής.

19. Κατά την άποψη σας τι είναι πιο χρήσιμο ώστε να καθοδηγήσει ένα διευθυντή θαλάμου στη λήψη αποφάσεων στη διαχείριση τραύματος;

- A. Παράδοση
- B. Εμπειρία
- C. Πρακτική βασισμένη στην πρακτική
- D. Ενημερωμένη γνώση
- E. Όλοι

20. Στην δική σας οργάνωση, οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων στη φροντίδα τραύματος.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι:

Οι αποφάσεις τους αποτελούν τον κυρίαρχο παράγοντα στην απόφαση για την αντιμετώπιση της φροντίδας τραύματος;

Μερικές φορές Πάντα

Τις περισσότερες φορές Ποτέ

21. Πιστεύετε ότι η επιρροή του γιατρού μπορεί να επηρεάσει τη δική σας λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση τραύματος.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι:

Συμφωνείτε με την απόφαση του γιατρού όσον αφορά τη φροντίδα τραύματος;

Ναι Μερικές φορές

Όχι Τις περισσότερες φορές

22. Χρησιμοποιείτε τις οδηγίες φροντίδας τραύματος που μάθατε στη σχολή της νοσηλευτικής στην καθημερινή σας πρακτική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι:

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες επηρεάζουν την απόφασή σας να μην τους ακολουθήσετε;

- A. φόρτος εργασίας
- B. Απουσία εξοπλισμού
- C. Οι οδηγίες του διευθυντή θαλάμου
- D. Διαφωνία με αυτές τις οδηγίες

23. Χρησιμοποιείτε όλες τις προφυλάξεις απαραίτητες για την αποτροπή κινδύνου στη διαχείριση τραύματος;

Σωστό Λάθος

Αν λάθος:

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες επηρεάζουν την απόφασή σας να μην ακολουθήσετε τις προφυλάξεις διαθέσιμες στη διαχείριση τραύματος;

- A. Φόρτος εργασίας
- B. Απουσία εξοπλισμού και αναλώσιμων
- C. Απουσία περιπτώσεων γνωστής μολυσματικής ασθένειας στο θάλαμο
- D. Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε).