

Συστήματα Παροχής Νοσηλείας και Δυνατότητα Παροχής Ολικής Νοσηλευτικής Φροντίδας

Nursing care delivery systems

Author: Μάριος Γεωργίου

SRN, BSc HCA Νοσηλευτικός Λειτουργός

Περίληψη

Στο άρθρο αυτό αναφέρονται και επεξηγούνται τα διάφορα συστήματα παροχής νοσηλείας όπως αυτά εξελίχθηκαν διαχρονικά. Μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατίθενται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου. Προτείνεται και υποστηρίζεται ότι το σύστημα (Case Method) Μέθοδος Κατανομής Ασθενών παρέχει την ευκαιρία στον Νοσηλευτή για πρακτική εφαρμογή της ολικής νοσηλευτικής φροντίδας και νοσηλευτικής διεργασίας. Ακολούθως παρατίθενται τα πλεονεκτήματα της μεθόδου διαχωρισμένα σε τρεις κατηγορίες: πλεονεκτήματα που αφορούν ασθενείς, Νοσηλευτές και νοσηλευτική διοίκηση. Επίσης παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα που συσχετίζουν την Μέθοδο Κατανομής Ασθενών με όρους όπως: την αυτονομία, εργασιακή ικανοποίηση, επαγγελματισμό, υποκίνηση, ποιότητα φροντίδας και ικανοποίησης του ασθενούς. Το άρθρο τελειώνει με διάφορα μηνύματα που κατευθύνονται προς αυτούς που ενδεχομένως να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εφαρμογή της προτεινόμενης αλλαγής.

Abstract

In this article, the various nursing care delivery systems are listed and analysed as those were developed chronologically. Through literature review the several advantages and disadvantages of each system are listed and explained. It is suggested and supported that the nursing care delivery system of Case Method provide the nurses with the chance to implement holistic care and the Nursing process into clinical practice.

Afterwards the advantages of the method are listed and explained divided into three categories: advantages for the patient, for the nurse and for the nursing management. In addition, there is an analysis of research data that associate the implementation of Case method nursing care delivery system with issues such as nursing autonomy, job satisfaction, professionalism, motivation, quality of care, and patient satisfaction.

Finally, it concludes with messages directed to those that would play an important role the implementation of this change.

Εισαγωγή

Η Νοσηλευτική διεργασία και Ολική Νοσηλευτική Φροντίδα είναι ιδέες και θεωρίες που διδάσκονται στην Νοσηλευτική Σχολή Κύπρου για τουλάχιστο μια 20ετία. Για όλο αυτό το χρονικό διάστημα συζητείται η αναγκαιότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας και ολικής νοσηλευτικής φροντίδας, έτσι να γίνεται εφικτή η μετακίνηση από ένα είδος νοσηλείας που επικεντρώνεται στις διεργασίες σε ένα

άλλο που επίκεντρο του θα είναι ο ίδιος ο ασθενής. Διάφοροι λόγοι καθιστούσαν αυτή την αλλαγή δύσκολη. Όπως όμως δείχνουν τα πράγματα φαίνεται ότι η αλλαγή ωρίμασε αρκετά έτσι τροχοδρομούνται διάφορες ενέργειες για τη σωστή εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας και ολικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Το 99% των Κυπρίων Νοσηλευτών έχουν περάσει από γνωσιολογική αναβάθμιση και είναι πλέον έτοιμοι να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα η οποία θα έχει

επικέντρο τον ασθενή και όχι πια τις διάφορες νοσηλείες (Γεωργίου, 1999).

Σύμφωνα με την Πατηράκη (1998) νέα μοντέλα και δομές παροχής φροντίδας θα συνεχίσουν να αναπτύσσονται με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και την μείωση του κόστους. Οι μελλοντικές απαιτήσεις των συστημάτων παροχής φροντίδας όπως επισημαίνονται από Wolf et al (1994:55) αντανakλώνται σε τέσσερις αναμενόμενες μεταβολές:

1. Η νοσηλευτική πράξη θα καθοδηγείται από τις ανάγκες φροντίδας και τους διαθέσιμους πόρους.

2. Η ποιότητα φροντίδας θα εξαρτάται από τους διαθέσιμους πόρους και την κριτική σκέψη των Νοσηλευτών.

3. Η εξατομίκευση θα αντικαταστήσει την τυποποίηση και την ρουτίνα της φροντίδας.

4. Η υπευθυνότητα και η εξουσία της λήψης κλινικών αποφάσεων μετακινείται από τον προϊστάμενο στον κλινικό νοσηλευτή σε συνεργασία με τον άρρωστο.

Μια αναδρομή στα συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας και στη διαχρονική εξέλιξη τους δείχνει ξεκάθαρα αυτές τις τάσεις. Τα διάφορα συστήματα παροχής φροντίδας όπως έχουν αναπτυχθεί διαχρονικά είναι: η λειτουργική ή κατ' εργασία μέθοδος (Functional method), η ομαδική Νοσηλευτική (Team Nursing), η πρωτοβάθμια Νοσηλευτική (Primary Nursing), και κατά περίπτωση μέθοδος ή μέθοδος κατονομής ασθενών (Case method). Σημειώνεται ότι μετά την δεκαετία του 80 έχουν αναπτυχθεί και άλλα συστήματα παροχής φροντίδας τα οποία είναι πιο συμβατά με το ευρύ Αμερικάνικο σύστημα υγείας.

Μέθοδος αναθέσεως καθηκόντων (Functional Method)

Η μέθοδος αναθέσεως καθηκόντων όπως άλλως μπορεί να διατυπωθεί η functional method ή task allocation αναπτύχθηκε κατά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο όπου παρουσιάστηκε έλλειψη εγγεγραμμένων και διπλωματούχων νοσηλευτών Bernhard and Wash (1995:45). Οι Swansburg and Swansburg (1999:45) περιγράφουν αυτή τη μέθοδο σαν μια μέθοδο που εστιάζεται στις διάφορες λειτουργίες της νοσηλευτικής. Στη

μέθοδο αυτή διαφορετικές εργασίες ανατίθενται σε διαφορετικά άτομα. Κατά τους Hood and Dincher (1988) η μέθοδος αυτή επέτρεπε την χρήση βοηθητικού προσωπικού ή και νοσηλευτικού 2ου επιπέδου με την ανάθεση στον καθένα συγκεκριμένων καθηκόντων για τα οποία είχαν εκπαιδευτεί και τα οποία έκαναν για όλους τους ασθενείς σε μια δεδομένη μονάδα. Το πλεονέκτημα της μεθόδου για τον καιρό που δημιουργήθηκε ήταν ότι καθιστούσε δυνατό να διεκπεραιωθούν αρκετές νοσηλευτικές λειτουργίες σε λογικό χρόνο (Bernhard and Walsh 1995:45). Η μέθοδος αυτή παρουσιάζει αρκετά μειονεκτήματα και σχεδόν έχει εγκαταλειφθεί. Όπως είναι φανερό με αυτό τον τρόπο κατανομής εργασίας είναι αδύνατο να επιτευχθεί ολική νοσηλευτική φροντίδα. Μεταξύ άλλων τα κυριότερα μειονεκτήματα της μεθόδου όπως διατυπώνονται από τους Swansburg and Swansburg (1999:278) είναι:

- κατακερματισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.
- μειώνει τη ευθύνη και υπευθυνότητα του Νοσηλευτή.
- καθιστά την σχέση Νοσηλευτή ασθενούς δύσκολη αν όχι ανύπαρκτη.
- δίνει χαμηλή υπόσταση (status) στην επαγγελματική νοσηλευτική σε σχέση με την ευθύνη για την φροντίδα των ασθενών.

Επιπρόσθετα η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς είναι χαμηλή αφού η φροντίδα κατατεμαχίζεται και τα προβλήματα των ασθενών που δεν περιλαμβάνονται στις προκαθορισμένες κατηγορίες εργασιών δεν αντιμετωπίζονται. Σύμφωνα με την Πατηράκη (1998:116) «ο διαχωρισμός και η επανάληψη ίδιων εργασιών καθημερινά γίνονται ένα απρόσωπο μηχανικό έργο ρουτίνας. Επειδή ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται σαν ολότητα αλλά δέχεται κατατεμαχισμένη και απρόσωπη φροντίδα αυτό δεν τον αφήνει ικανοποιημένο. Από την άλλη μεριά η Νοσηλεύτρια έχει μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση λόγω της ρουτίνας της εργασίας, της συγκέντρωσης στο τρόπο λήψης αποφάσεων και στο γεγονός ότι δεν έχει την ευκαιρία να δει το αποτέλεσμα της δουλειάς της (McCloskey 1974, Simpson 1985, Dwyer et.al. 1992, Blegen 1993).

Ομαδική νοσηλευτική (Team Nursing)

Η ομαδική νοσηλευτική αναπτύχθηκε από τον Lambertso το 1953 σαν μια προσπάθεια να μειωθεί ο κατατεμαχισμός της νοσηλευτικής φροντίδας που επήλθε μετά από την μέθοδο κατανομής καθηκόντων (Bernhard and Walsh 1995:45). Η μέθοδος αυτή λειτουργά έχοντας σας αρχηγούς των ομάδων εγγεγραμμένους διπλωματούχους Νοσηλευτές και κάτω από αυτούς μια ομάδα από προσωπικό με διαφορετικά επίπεδα και δυνατότητες. Έτσι ο αρχηγός της ομάδας πρέπει να γνωρίζει καλά τις ανάγκες των ασθενών και τις δυνατό- τητες του προσωπικού που αποτελεί την ομάδα. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, ομάδα 3-5 νοσηλευτών αναλαμβάνει την φροντίδα 10-20 ασθενών για ένα ωράριο εργασίας. Ο ηγέτης της ομάδα καθοδηγεί συντονίζει και επιβλέπει τις ενέργειες των άλλων μελών της ομάδας. Άλλο στοιχείο της ομαδικής νοσηλευτικής είναι οι ομαδικές συναντήσεις των μελών της ομάδας (Hood & Dincher 1988, Swansburg & Swansburg 1999:279). Ο κίνδυνος που υπάρχει στην ομαδική νοσηλευτική είναι ότι μέσα από την κατανομή που κάνει ο αρχηγός κάνει οι ασθενείς στο τέλος να δέχονται διάφορες νοσηλείες από διαφορετικούς Νοσηλευτές διά το λόγο ότι οι Νοσηλευτές που αποτελούν την ομάδα δεν είναι του ίδιου επιπέδου. Επομένως η ομαδική νοσηλευτική για να παρουσιάζει πλεονεκτήματα όπως τα διατυπώνουν οι Bernhard and Walsh (1995), πρέπει να λειτουργά αυστηρά όπως προδιαγράφεται.

Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Εμπλέκει όλα τα μέλη της ομάδας στον προγραμματισμό της φροντίδας των ασθενών μέσω των ομαδικών συναντήσεων και των γραπτών προγραμμάτων φροντίδας.

- Σύμφωνα με κάποιους υποστηρικτές παρέχει την καλύτερη φροντίδα στο χαμηλότερο κόστος, αξιοποιούνται όλα τα μέλη της ομάδας και γίνεται προσπάθεια ολιστικής φροντίδας.

Τα μειονεκτήματα της μεθόδου συμπε- ριλαμβάνουν:

- Μπορεί να οδηγήσει σε κατατεμαχισμό της φροντίδας αν δεν χρησιμοποιηθεί

σωστά (Swansburg and Swansburg 1999:279).

- Δυσκολία στην ανεύρεση χρόνου για ομαδικές συναντήσεις και προγράμματα φροντίδας (Swansburg and Swansburg 1999:279).

- Σύγχυση και απογοήτευση μεταξύ των διπλωματούχων Νοσηλευτών όταν χρειάζεται να αλλάζουν ρόλους ηγέτη (Swansburg and Swansburg 1999:279).

- Σε περίπτωση μη ικανού αρχηγού της ομάδας η παραγωγικότητα είναι χαμηλή και η πιθανότητα λαθών αυξάνεται (Λανά- ρα 1993:256).

- Το γεγονός ότι η σύσταση της ομάδας μπορεί να αλλάζει από μέρα σε μέρα λόγω του ότι οι Νοσηλεύτριες έχουν βάρδιες αυτό μπορεί να θεωρηθεί μειονέκτημα.

- Σε αντίθεση με κάποιους που υποστηρίζουν ότι είναι η πιο φθηνή μέθοδος άλλοι υποστηρίζουν ότι είναι η πιο δαπανηρή γιατί σπαταλάται χρόνος για συντονισμό, επίβλεψη, συνάντηση ομάδας και χρειάζεται περισσότερο αριθμό προσωπικού (Πατηράκη 1998:116).

Σε τελική ανάλυση η μέθοδος ομαδικής νοσηλευτικής έχει αρκετά καλή φιλοσοφία και στόχους αλλά στην πράξη παρουσιάζει αρκετά τρωτά σημεία και δεν εξασφαλίζει απόλυτα την ολιστική και εξατομικευμένη προσέγγιση καθώς και την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών.

Πρωτοβάθμια νοσηλευτική (Primary Nursing)

Η πρωτοβάθμια νοσηλευτική (Primary Nursing) δημιουργήθηκε στην Αμερική από τους Manthey et al το 1970 σε μια προσπάθεια επιστροφής στην ιδέα «ο ασθενής μου - η Νοσηλεύτρια μου» (Bernhard and Walsh 1995:47). Η πρωτοβάθμια Νοσηλευτική είναι μια επέκταση της αρχής της αποκέντρωσης της εξουσίας παραχωρώντας την πρωτοβάθμια εξουσία για λήψη κλινικών αποφάσεων για την νοσηλευτική διεργασία στους διπλωματούχους επαγγελματίες νοσηλευτές (Swansburg and Swansburg 1999:279). Στο πρωτοβάθμιο

Νοσηλευτή ανατίθεται αριθμός ασθενών 3-5 όπου είναι υπεύθυνος για την ολική νοσηλευτική φροντίδα καθ' όλη την διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο (Hood and Dincher 1988). Τονίζεται ότι ο πρωτοβάθμιος νοσηλευτής παρέχει με αυτονομία φροντίδα στους δικούς του ασθενείς στο ωράριο της εργασίας του, ενώ στην απουσία ένας άλλος δευτεροβάθμιος νοσηλευτής ακολουθεί το πρόγραμμα νοσηλείας που έγραψε ο πρωτοβάθμιος νοσηλευτής (Πατηράκης 1998:116, Bernhard and Walsh 1995:47).

Οι Swansburg and Swansburg (1999:279), οι Marram, Schlegel, και Beris δηλώνουν ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική είναι η κατανομή εργασίας και οργάνωση των Νοσηλευτών με τέτοιο τρόπο που η ολική φροντίδα ενός ατόμου να παρέχεται από ένα Νοσηλευτή και όχι από πολλούς και διάφορους. Σημειώνουν επίσης ότι η αυτονομία είναι το κλειδί στην ανάπτυξη επαγγελματισμού στη νοσηλευτική. Συνοπτικά τα κύρια χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής όπως τα περιγράφουν οι Marram et al (1974:1) είναι:

- Ο πρωτοβάθμιος Νοσηλευτής έχει την ευθύνη των ασθενών του για όλο το 24ωρο από την εισαγωγή μέχρι την εξαγωγή από το νοσοκομείο.
 - Εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών, δημιουργία προγράμματος νοσηλείας και συνεργασίας με άλλους επαγγελματίες υγείας είναι όλα στα χέρια του πρωτοβάθμιου Νοσηλευτή.
 - Ο πρωτοβάθμιος Νοσηλευτής επικοινωνεί και διαβουλεύεται με τον προϊστάμενο Νοσηλευτή.
 - Ο πρωτοβάθμιος Νοσηλευτής έχει εξουσία υπευθυνότητα και αυτονομία στη δουλειά του.
- Η μέθοδος πρωτοβάθμιας Νοσηλευτικής παρουσιάζει τα παρακάτω πλεονεκτήματα όπως περιγράφονται κυρίως από τους Swansburg and Swansburg (1999:281), Bernhard and Walsh (1995:48), και Πατηράκη (1998:117).
- Παρέχει αυξημένη αυτονομία στους Νοσηλευτές επομένως αυξάνει την υποκίνηση, υπευθυνότητα, ευθύνη και εργασιακή ικανοποίηση τους.

- Διασφαλίζει συνοχή στην φροντίδα αφού ο πρωτοβάθμιος Νοσηλευτής παρέχει ή καθοδηγεί την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών του καθ' όλη την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο.

- Παρέχει την ευκαιρία στους Νοσηλευτές να εκτιμήσουν και να έχουν καλύτερη γνώση των ψυχοκοινωνικών και φυσικών αναγκών των ασθενών τους αφού παίρνουν το ιστορικό, κάνουν την φυσική εκτίμηση και γράφουν το πρόγραμμα νοσηλείας. Γι' αυτό και σύμφωνα με την Μπα- τηράκη (1998:116) βαθμολογείται ψηλά στην ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς.

- Η εργασιακή ικανοποίηση των Νοσηλευτών παρουσιάζεται αυξημένη λόγω της αυτονομίας και λόγω του ότι υπάρχει διάσταση στην εργασία και βλέπουν το αποτέλεσμα της δουλειάς τους (Blegen 1993:36, Dwyer et al 1992:17, Simpson 1985:345).

- Οδηγά σε αύξηση της εμπιστοσύνης και καλύτερευση της σχέσης μεταξύ Νοσηλευτών και ασθενών, επιτρέποντας έτσι την δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης.

- Αυξάνει την συνεργασία, επικοινωνία και μετάδοση πληροφοριών προς τους γιατρούς.

- Μειώνει τις βοηθές Νοσηλεύτριες από του να παρέχουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα.

- Απελευθερώνει τον προϊστάμενο Νοσηλευτή επιτρέποντας του να ασχοληθεί με προβλήματα του προσωπικού, υποκίνηση, συντονισμό, κατανομή εργασίας και υποστήριξη του προσωπικού.

Κύριο μειονέκτημα της μεθόδου πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής θεωρήθηκε ως η αύξηση του κόστους καθώς προϋποθέτει επαγγελματίες διπλωματούχους Νοσηλευτές 1ου επιπέδου οι οποίοι αμείβονται ψηλότερα (Swansburg and Swansburg 1999:281). Αυτό φαίνεται να ανατρέπεται σε αρκετές μελέτες που έγιναν για το κόστος αργότερα. Η Bernhard and Walsh (1995:48) αναφέρονται σε μελέτες των Marram, Flynn, Abaravich & Carey (1976), McClelland, Kolesar & Bailey (1987), οι οποίες δείχνουν ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική έχει χαμηλότερο κόστος από την

ομαδική νοσηλευτική σε σχέση με την παροχή ψηλής ποιότητας φροντίδας. Επίσης όσον αφορά το κόστος μισθών, λειτουργικό κόστος, κόστος ανάπτυξης προσωπικού και κόστος ανά κρεβάτι βρέθηκε ότι η πρωτοβάθμια νοσηλευτική κοστίζει λιγότερο.

Μέθοδος Κατανομής Ασθενών - Κατά περίπτωση Μέθοδος (Case Method).

Ένα άλλο σύστημα παροχής νοσηλείας που φαίνεται να μπορεί να έχει εφαρμογή στην Κυπριακή Νοσηλευτική πρακτική, είναι η κατά περίπτωση μέθοδος ή μέθοδος ολικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως μεταφράζεται η Case method από την Πατηράκη (1998:115). Η case method όπως εξηγείται και κατανοείται από Αμερικάνικη βιβλιογραφία θεωρείται ότι ιστορικά υπήρξε η πρώτη μέθοδος παροχής νοσηλείας. Με αυτή την μέθοδο η Νοσηλεύτρια εργαζόταν μόνο με ένα ασθενή ιδιωτικά, στο σπίτι του επί 24ωρου βάσεως, προσπαθώντας να ικανοποιήσει ολιστικά τις ανάγκες του. Στην ουσία η Νοσηλεύτρια ζούσε με τον ασθενή (Bernhard and Walsh 1995:43). Οι Swansburg and Swansburg (1999:281) εξηγούν ότι η case method παρέχει συνεχή φροντίδα στον ασθενή με αναλογία μιας Νοσηλεύτρια ένας ασθενής για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Παραδείγματα εφαρμογής είναι στην εντατική νοσηλεία, ιδιωτικό καθήκον και κοινοτική νοσηλευτική. Επίσης διευκρινίζουν ότι η μέθοδος αυτή είναι η ίδια με την πρωτοβάθμια νοσηλευτική εκτός το ότι οι Νοσηλεύτριες των άλλων βαθμών δεν θεωρούνται δευτεροβάθμιες για να ακολουθούν το πρόγραμμα που έκανε η πρωτοβάθμια Νοσηλεύτρια, αλλά φέρουν την ίδια ευθύνη για παροχή ολικής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς που της ανατίθενται κατά την διάρκεια του ωραρίου εργασίας της. Διευκρινιστικά και ξεκάθαρα η Πατηράκη (1998:115) αναφέρεται στην case method σαν μέθοδο ολικής νοσηλευτικής φροντίδας ή κατά περίπτωση μέθοδος εξηγώντας ότι «είναι η ανάθεση ενός ή μικρού αριθμού ασθενών σε πτυχιούχο Νοσηλεύτη ο οποίος παρέχει πλήρη φροντίδα, κατά το διάστημα ενός ωραρίου εργασίας του. Η ανάθεση μπορεί να

γίνει και σε εκπαιδευόμενο νοσηλεύτη που αναλαμβάνει την πλήρη φροντίδα με την επίβλεψη και καθοδήγηση της κλινικής εκπαιδευτριας αλλά και της προϊσταμένης της νοσηλευτικής μονάδας». Στον ίδιο τρόπο εργασίας η Webb et al (1996:30) αναφέρονται στη μέθοδο ολικής νοσηλευτικής φροντίδας εξηγώντας ότι είναι η παροχή φροντίδας από ένα Νοσηλεύτη κατά την διάρκεια του ωραρίου εργασίας του και αναμένεται από αυτόν να παρέχει την περισσότερη από την άμεση φροντίδα ικανοποιώντας φυσικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών του.

Η μέθοδος αυτή είναι φανερό ότι είναι μια διαφοροποίηση της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής στο ότι δεν υπάρχει πρωτοβάθμιος Νοσηλεύτης για να διατηρεί την υπευθυνότητα για ολόκληρο το 24ωρο. Η ουσία είναι ότι ο Νοσηλεύτης που του ανατίθενται συγκεκριμένος αριθμός ασθενών για το ωράριο εργασίας του, έχει την ευκαιρία να παρέχει εξατομικευμένη και ολιστική νοσηλευτική φροντίδα διαφοροποιώντας το πρόγραμμα νοσηλείας ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες των ασθενών του. Έχει επίσης την δυνατότητα μέσα από αυτή την μέθοδο να εφαρμόσει την νοσηλευτική διεργασία, να εκτιμήσει τις ανάγκες, να προγραμματίσει και να εφαρμόσει εξατομικευμένες παρεμβάσεις για τους ασθενείς του. Επίσης έχει την δυνατότητα να αξιολογήσει τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του πάντοτε σε ολιστική και εξατομικευμένη βάση. Οι Νοσηλεύτες μέσα από την χρήση της μεθόδου κατανομής έχουν την δυνατότητα να εφαρμόσουν την νοσηλευτική διεργασία στη πράξη. Σύμφωνα με την LeFevre (1994:11) οι απαιτήσεις της νοσηλευτικής διεργασίας για τεκμηρίωση καλυτερεύει την επικοινωνία, την συνοχή της φροντίδας, εμποδίζει λάθη, παραλήψεις και αχρείαστες επαναλήψεις. Στο γεγονός ότι μέσα από την μέθοδο κατανομής ασθενών υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας δίνεται ιδιαίτερη έμφαση, αφού για τον Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών αποτελεί την βάση για τα πρότυπα κλινικής νοσηλευτικής άσκησης. Σύμφωνα με την Taylor (1995:15) τα πρότυπα μιας εξαιρετικής νοσηλευτικής άσκησης αποτελούνται από 6 δηλώσεις επιπέδων που δείχνουν τα 6 στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος

Νοσηλευτών (1998:3) δηλώνει ότι η νοσηλευτική διεργασία συμπεριλαμβάνει όλες τις απαραίτητες εργασίες που πρέπει μια Νοσηλεύτρια να κάνει για να φροντίζει αποτελεσματικά τους ασθενείς της. Αποτελεί επίσης την βάση για λήψη κλινικών αποφάσεων. Από αρκετά σώματα αναγνώρισης απαιτείται να υπάρχουν αποδείξεις για την χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας (Taylor 1995:17). Γι' αυτό και η τεκμηρίωση της θεωρείται σημαντική κάτι το οποίο επιτρέπεται μέσα από την χρήση της μεθόδου κατανομής ασθενών. Επιπλέον λόγοι για την σημασία της τεκμηρίωσης της νοσηλευτικής πράξης δίνονται από τους McCloskey and Bullecheck (1992) που εισηγούνται ότι προτυποποιη- μένη τεκμηρίωση των νοσηλευτικών αξιολογήσεων και παρεμβάσεων είναι αναγκαία για την περαιτέρω ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης και στην αναγνώριση των κοστών των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Taylor 1995:43). Έμφαση επίσης στην τεκμηρίωση της νοσηλευτικής πράξης δίνεται και από το UKCC (1993:2) υποστηρίζοντας ότι η νοσηλευτική τεκμηρίωση όχι μόνο δεν εμποδίζει την νοσηλευτική φροντίδα αλλά είναι ουσιώδες μέρος αυτής. Επιπρόσθετα θετικά σημεία από αυτά που αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι ότι βοηθά να εστιάζεται η προσοχή σε πρόωρα σημεία παρέκκλισης από το φυσιολογικό (UKCC 1993:2). Ο συγγραφέας θεωρεί ότι η μέθοδος αυτή έχει μεγάλες δυνατότητες εφαρμογής στα Κυπριακά νοσηλευτικά δεδομένα. Επειδή με αυτή την μέθοδο κατανέμονται ασθενείς στους Νοσηλευτές για την ολική τους φροντίδα, υιοθετούν τον όρο που χρησιμοποιεί ο Γεωργίου (1999) «μέθοδος κατανομής ασθενών» γιατί πιστεύεται ότι είναι πιο συγκεκριμένος, διευκρινιστικός και ταιριάζει καλύτερα με την ελληνική περιγραφή της μεθόδου.

Πλεονεκτήματα Μεθόδου Κατανομής Ασθενών

Η μέθοδος κατανομής ασθενών όπως φαίνεται στη εισήγηση του Γεωργίου (1999) που παρουσιάστηκε στο 6ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο, παρουσιάζει ίδια πλεονεκτήματα όπως και την μέθοδο πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής. Ο Γεωργίου παρουσίαζε την μέθοδο στις προϊστάμενες

νοσηλευτικούς λειτουργούς σε σεμινάρια που έγιναν στα κατά τόπους νοσοκομεία. Στο πέρας των σεμιναρίων ζητήθηκε από τις προϊστάμενες να γράψουν ποια νομίζουν ότι είναι τα πλεονεκτήματα της μεθόδου. Ο Γεωργίου (1999:6-9) διαχώρισε τα πλεονεκτήματα σε τρεις κατηγορίες - πλεονεκτήματα που αφορούν τον ασθενή, τους Νοσηλευτές και την διοίκηση.

Πλεονεκτήματα που αφορούν τον ασθενή

- Μειώνεται η ανασφάλεια που πιθανόν να νιώθει ο ασθενής αφού με αυτό τον τρόπο γνωρίζει ποιος είναι υπεύθυνος για τη νοσηλεία του.
- Μειώνεται η πιθανότητα λαθών που ενδεχομένως να συμβούν όταν όλα όσα αφορούν την φροντίδα του ασθενούς συγκεντρώνονται σε ένα άτομο, την προϊσταμένη.
- Καλύτερευση της σχέσης μεταξύ Νοσηλεύτη και ασθενή - υπάρχει περισσότερος χρόνος για επικοινωνία.
- Αύξηση της εμπιστοσύνης του ασθενή προς τον Νοσηλεύτη.
- Περισσότερη εκτίμηση για την προσφορά των Νοσηλευτών.
- Διασφαλίζει συνοχή στη φροντίδα αφού οι υπεύθυνοι Νοσηλευτές παίρνουν το ιστορικό και κάνουν φυσική, ψυχοκοινωνική εκτίμηση των αναγκών των ασθενών τους.
- Εκτιμώνται ολιστικά όλες οι ανάγκες του ασθενούς και ασθενής αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα και έτσι διατηρεί την ταυτότητα του.

Πλεονεκτήματα που αφορούν τους Νοσηλευτές.

- Ο Νοσηλευτής είναι σε θέση να γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών που του ανατίθενται.
- Αυξάνει την συνεργασία και την επικοινωνία στην μετάδοση πληροφοριών προς τους γιατρούς.

- Επιτρέπει τον συσχέτισμό των νοσηλειών για διεξαγωγή συμπερασμάτων και καλύτερων αποτελεσμάτων.

- Η εργασία του παίρνει διάσταση, μέσω της τεκμηρίωσης αποδεικνύεται και εκτιμάται περισσότερο η προσφορά του.

- Δίνεται η ευκαιρία στο Νοσηλευτή να αναπτύξει κριτική σκέψη μέσα από τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας.

- Παρέχει κίνητρα για επιμόρφωση για καλύτερευση της ποιότητας της νοσηλείας που παρέχει στους ασθενείς του, αφού θα είναι ο καθρέπτης της δουλειάς του.

- Ανάπτυξη πρωτοβουλίας μέσα από την αυτονομία που του παρέχεται για λήψη κλινικών αποφάσεων.

- Όλοι οι Νοσηλευτές εργάζονται ισάξια με την προϋπόθεση ότι γίνεται μια ισο- δίκαια κατανομή ασθενών.

- Καλύτερη συνεργασία και αλληλοσεβασμός μεταξύ των Νοσηλευτών αφού χρειάζεται να συνεργαστούν για συγκεκριμένες νοσηλείες.

- Αυξάνει τον επαγγελματισμό των Νοσηλευτών αφού αυξάνεται η υπευθυνότητα και με τη χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας προϋποθέτει αιτιολόγηση των παρεμβάσεων.

- Αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση των Νοσηλευτών την αυτονομία που τους παρέχεται, βλέποντας τα αποτελέσματα της ίδιας της δουλειάς τους.

Πλεονεκτήματα που αφορούν την διοίκηση και τους προϊστάμενους Νοσηλευτές

- Αναβάθμιση της εξουσίας και ρόλου της προϊσταμένης με την έννοια ότι απελευθερώνεται για να μπορεί να ασχοληθεί περισσότερο με ουσιαστικές λειτουργίες της διοίκησης όπως προβλήματα του προσωπικού, υποκίνηση, οργάνωση (κατανομή εργασίας), συντονισμό και υποστήριξη του προσωπικού.

- Όλοι οι Νοσηλευτές εργάζονται ισάξια αφού τους κατανέμεται αριθμός ασθενών και όλοι επιτελούν όλων των ειδών νοσηλείες.

- Πιο αποτελεσματικό και παραγωγικό σύστημα επειδή όλοι θα εργάζονται το ίδιο και θα δημιουργούνται κίνητρα για τις νοσηλεύτριες να καλυτερεύουν την δουλειά τους.

- Βοηθά στην ανάπτυξη συνεργασίας και αλληλοσεβασμού μεταξύ του προσωπικού με την βάση ότι όλοι εργάζονται ισάξια και χρειάζεται να συνεργαστούν για συγκεκριμένες νοσηλείες.

- Αυ ξάνει τον επαγγελματισμό και τη ν αφοσίωση στην εργασία με την έννοια ότι αυξάνει την αυτονομία που οδηγεί σε εργασιακή ικανοποίηση και με την σειρά της σε πιο υψηλή αφοσίωση στην εργασία.

- Καλύτερος και πιο αποτελεσματικός έλεγχος αφού η προϊστάμενη γνωρίζει ακριβώς ποιος έχει την αποκλειστική ευθύνη για ποιους ασθενείς, και αποδίδεται ανάλογη ευθύνη ή έπαινος με βάση τα αποτελέσματα.

- Αύξηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλείας προσφέροντας ατομο- κεντρική και ολιστική φροντίδα.

Αυτονομία, Εργασιακή Ικανοποίηση και Ποιότητα Φροντίδας σε Σχέση με την Μέθοδο Κατανομής Ασθενών

Τα κυριότερα θετικά στοιχεία που προσφέρει η μέθοδος κατανομής ασθενών είναι η αποκέντρωση στο τρόπο λήψης αποφάσεων, αυτονομία στους Νοσηλευτές και εργασιακή ικανοποίηση. Με κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία και σε συνδυασμό, ασχολήθηκαν αρκετοί συγγραφείς. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ότι δίνοντας άμεση ευθύνη και εξουσία στους Νοσηλευτές να αξιολογούν, να προγραμματίζουν και να εφαρμόζουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς τους, παρουσιάζονται τα εξής: αυξάνει το αίσθημα αυτονομίας που οδηγά στην εργασιακή ικανοποίηση η οποία οδηγά σε ψηλότερη υποκίνηση για εργασία επομένως περισσότερη αφοσίωση με αποτέλεσμα την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και κατ' επέκταση την ικανοποίηση του ασθενούς.

Η Alexander et al (1982)ορίζει την αυτονομία σαν την αίσθηση

ανεξαρτησίας ή τον έλεγχο που έχει κάποιος στις διάφορες διεργασίες του επαγγέλματος του. Όπως περιγράφουν οι McCloskey (1990:140) Weisman, Alexander and Chase (1980) σε έρευνες τους συμπεραίνουν ότι η αίσθηση της αυτονομίας στη δουλειά του Νοσηλευτή ήταν ο πιο καθοριστικός παράγοντας εργασιακής ικανοποίησης. Η McCloskey επίσης διευκρινίζει ότι σε αρκετές έρευνες φαίνεται ότι ο βαθμός ευθύνης και υπευθυνότητας που έχουν οι Νοσηλευτές στην εργασία τους καθορίζει και τον βαθμό εργασιακής ικανοποίησης (Munro 1983, Roedel and Nystron 1988, Seybolt 1986). Επιπρόσθετα, οι Huey και Hartley (1988:183) ερωτώντας τους αναγνώστες του American Journal of Nursing βρίσκουν ότι οι νοσηλεύτριες θεωρούν ότι το να έχεις την ικανότητα και δυνατότητα να εξασκείς νοσηλευτική κρίση είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες της δουλειάς τους. Όπως αναφέρει η Dwyer (1992:18) ανάμεσα στις διάφορες διοικητικές παρεμβάσεις που προτάθηκαν για να αυξήσουν την εργασιακή ικανοποίηση και να εμποδίζουν τις Νοσηλεύτριες να φεύγουν από το επάγγελμα ήταν το σύστημα παροχής νοσηλείας με την μέθοδο της πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής.

Η χρήση της μεθόδου κατανομής ασθενών εξυπακούει την παραχώρηση εξουσία στις νοσηλεύτριες να λαμβάνουν αποφάσεις για την φροντίδα των ασθενών υπό την ευθύνη τους. Διάφοροι ερευνητές των συστημάτων παροχής φροντίδας έδειξαν ότι η ποιότητα και το κόστος φροντίδας μπορούν να βελτιωθούν όταν στις Νοσηλεύτριες που είναι άμεσα υπεύθυνες για την παροχή φροντίδας τους παραχωρηθεί εξουσία να λαμβάνουν αποφάσεις (Mackenzie 1986, Pinkerton 1988, Zander 1988, Allred et al 1995).

Συγγραφείς όπως οι Strasen (1989:5) και Wiens (1990:15) δίνουν μεγάλη σημασία στην αυτονομία λήψης αποφάσεων εξισώνοντας την με την επαγγελματικότητα του Νοσηλευτή. Η Dwyer (1992:17) υποστηρίζει ότι αυτή η άποψη διεισδύει στο νοσηλευτικό εκπαιδευτικό σύστημα και σε διάφορες αξίες ενθαρρύνοντας τις νοσηλεύτριες να αποδεχθούν για να θεωρούνται επαγγελματίες πρέπει να έχουν τον

έλεγχο των αποφάσεων που επηρεάζει αυτές και τους ασθενείς τους.

Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην εργασιακή ικανοποίηση γιατί πιστεύεται ότι σχετίζεται στενά με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλείας. Το θέμα αυτό ερευνήθηκε από πολύ παλιά. Οι Simpson and Sears (1985:346) αναφέρονται σε άλλους συγγραφείς και επισημάνουν ότι πολλές μελέτες διαχρονικά κάνουν σύνδεση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλείας (Bullock 1954, Georgopoulos and Mann 1962, Brief 1976, Hegyvary & Hausman 1976, Eichorn & Frevert 1979. Οι Simpson and Sears (1985:345) στη μελέτη τους δείχνουν ότι όταν από την διοίκηση παραχωρηθεί περισσότερη ευθύνη και σχετική εξουσία τότε έχουν περισσότερη εργασιακή ικανοποίηση, οι απουσίες μειώνονται και η ποιότητα φροντίδας βελτιώνεται. Σε άλλη μελέτη η Keuter et al (2000:46) παρεθέτει την μελέτη του Davidson et al (1997) λέγοντας ότι η εργασιακή ικανοποίηση προκαθορίζει την απόδοση των νοσηλευτών, την ποιότητα φροντίδας και τη μείωση του κόστους. Σε πιο πρόσφατη έρευνα της Lundh (1999:950) που έγινε στη Σουηδία μεταξύ 1000 περίπου Νοσηλευτριών απαντήθηκε ότι είναι πιο ευχαριστημένες με την δουλειά τους όταν έχουν την ευκαιρία να παίρνουν μόνες τους αποφάσεις. Η Dwyer et al (1992:22) στη μελέτη τους σχετικά με την αυτονομία στο τρόπο λήψης αποφάσεων στη νοσηλευτική σχολιάζουν τα εξής: ο στόχος των Νοσηλευτών πρέπει πάντοτε να είναι η αύξηση της ποσότητας και της ποιότητας του χρόνου που χρησιμοποιείται για τον ασθενή. Αυτό βοηθά στο κτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης και βελτιώνει την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ Νοσηλευτών και ασθενών. Υποστηρίζουν ότι ανάρμοστη και αμφιλεγόμενοι κανόνες σχετικά με τον τρόπο λήψης αποφάσεων πολύ πιθανόν να εμποδίσουν την Νοσηλεύτρια να πετύχει τον προαναφερθέντα στόχο. Αυτό επειδή εισάγει μια αβεβαιότητα μεταξύ Νοσηλεύτριας και ασθενούς. Επιπλέον αυτή η αβεβαιότητα οδηγά σε απογοήτευση, χάσιμο εμπιστοσύνης, μείωση εργασιακής ικανοποίησης και απόδοσης στην εργασία.

Όπως προαναφέρθηκε με την μέθοδο κατανομής ασθενών γίνεται αποκέντρωση

στο τρόπο λήψης κλινικών αποφάσεων για τη νοσηλεία των ασθενών. Αυτό σημαίνει άμεσα και την ενδυνάμωση (empowerment) του προσωπικού, ένας άλλος πολυσυζητημένος όρος. Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η ενδυνάμωση του προσωπικού από τους διοικητικούς είναι ένα σημαντικότερο χαρακτηριστικό αποτελεσματικής ηγεσίας. Ο Kouzes and Posner (1987:94) στο βιβλίο τους "Leadship Challenge" τονίζουν ότι οι αποτελεσματικοί ηγέτες ενδυναμώνοντας τους υφιστάμενους τους είναι σαν να τους μετατρέπουν σε ηγέτες τους ίδιους αυξάνοντας έτσι κατακόρυφα την αφοσίωση τους για εργασία.

Η Blegen (1993:37) ερευνά πως διάφοροι παράγοντες επιδρούν είτε αρνητικά είτε θετικά στην εργασιακή ικανοποίηση των Νοσηλευτών. Βασικά η Blegen (1993:37) δείχνοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την εργασιακή ικανοποίηση επιβεβαιώνει άλλους συγγραφείς. Δυο από τους παράγοντες που παρουσιάζονται σαν αρνητικοί είναι η συγκέντρωση τρόπου λήψης αποφάσεων δηλαδή μείωση αυτονομίας και αποδυνάμωση, και η ρουτίνα εργασίας. Όσον αφορά την ρουτίνα εργασίας η Blegen (1993:37) αναφέρεται σε άλλους προηγούμενους μελετητές με παρόμοια αποτελέσματα. Επιστημονικά ότι την ψηλότερη συσχέτιση με την αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης είχε η μεταβλητή της ποικιλίας στην εργασία, αντίθετη δηλαδή της ρουτίνας (Loher, Noe, Moeller & Fitzgerald 1985). Αυτοί οι δυο παράγοντες είναι φανερό ότι δεν συμβαίνουν με την μέθοδο κατανομής ασθενών. Αντιθέτως οι Νοσηλευτές ενδυναμώνονται και αποφεύγεται η ρουτίνα εργασίας αφού δεν κάνουν καθημερινά την ίδια εργασία για όλους τους ασθενείς. Όσον αφορά στη συγκέντρωση στον τρόπο λήψης αποφάσεων ο Zeigenfuss (1993) υποστηρίζει ότι σκοτώνει κάθε πρωτοβουλία για αναβάθμιση της ποιότητας.

Ο Maslow (1974) δημιούργησε μια τρισεπίστατη κλίμακα για την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών που συμπεριλάμβανε παράγοντες κοινωνικούς, ασφάλειας και ψυχολογικών επιπέδων. Ο Misener et al (1996:91) χρησιμοποιώντας αυτή την κλίμακα ανακάλυψαν τέσσερις συνθήκες εργασίας που επιδρούν στην εργασιακή ικανοποίηση: το μέγεθος της ευθύνης, η

σχέση με τους γιατρούς που συνεργάζονται, σχέση με συναδέλφους τους και ο έλεγχος που έχουν για τις συνθήκες εργασίας τους. Είναι αντιληπτό ότι με την μέθοδο κατανομής ασθενών έχουμε θετική επίδραση και στις τέσσερις αυτές συνθήκες εργασίας.

Αρκετές έρευνες δείχνουν ότι η εργασιακή ικανοποίηση που επιτυγχάνεται μέσα από την ικανοποίηση ατομικών αναγκών οδηγεί σε αύξηση της αφοσίωση στην δουλειά που επιτελούν. Μια από αυτές της McCloskey (1990:143) συμπεραίνει ότι, αυτονομία, εργασιακή ικανοποίηση, υποκίνηση εργασίας και αφοσίωση στην εργασία είναι άμεσα συνδεδεμένα και το ένα εξαρτάται από το άλλο. Αναμφίβολα η υποκίνηση και αφοσίωση στην εργασία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για επίτευξη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Ποιος δηλαδή μπορεί να αμφισβητήσει ότι κάποιος με υψηλή αφοσίωση στην δουλειά του δεν θα την κάνει και καλύτερα και πιο ποιοτικά.

Συμπέρασμα

Το συμπέρασμα που βγαίνει είναι ότι τα θετικά που μπορεί να επιφέρει το σύστημα παροχής φροντίδας με την μέθοδο κατανομής ασθενών έχει ήδη επαληθευτεί ερευνητικά. Συνοπτικά προσβλέπεται ότι δίνοντας άμεση ευθύνη στους κλινικούς Νοσηλευτές να αξιολογούν, προγραμματίζουν και να εφαρμόσουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους ασθενείς τους αυξάνει το αίσθημα της αυτονομίας που οδηγεί στην εργασιακή ικανοποίηση, διαδοχικά επέρχεται υποκίνηση για εργασία και ψηλότερη αφοσίωση με αποτέλεσμα την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα και την ικανοποίηση του ασθενούς.

Από την μελέτη της Greeneich et al (1992:44) βασισμένη στην ταξινόμηση που έκανε ο Ware (1978), επιστημονικά τρεις βασικές διαστάσεις που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς από την νοσηλευτική φροντίδα. Αυτές είναι: η τέχνη, ο τρόπος παροχής φροντίδας, η τεχνολογική ποιότητα και το φυσικό περιβάλλον.

Όσον αφορά την τέχνη ή τρόπο παροχής φροντίδας, οι συμπεριφορές και στάσεις που εκλαμβάνονται σαν θετικές από τους

ασθενείς είναι η φιλικότητα, υπομονή και ειλικρίνεια. Πιστεύεται ότι μέσα από την μέθοδο κατανομής ασθενών δίνεται η ευκαιρία στον Νοσηλευτή να καλλιεργήσει και να ενεργεί με τέτοιου είδους συμπεριφορά. Πιστεύεται ότι σαν Νοσηλευτές έχουμε άμεση ευθύνη για τον τρόπο παροχής της νοσηλείας και σίγουρα μπορούμε και έχουμε δυνατότητες βελτίωσης του.

Όσον αφορά την διάσταση για τεχνολογική ποιότητα σύμφωνα με Greeneich et al (1992:44) συμπεριλαμβάνει τη αντίληψη του ασθενούς σχετικά με το γνωσιολογικό υπόβαθρο και τα επίπεδα πρακτικής του Νοσηλευτή. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται άμεσα με αυτά είναι: δεξιότητες, οργάνωση φροντίδας, γνωστικές και σαφείς επεξηγήσεις των διαφόρων διαδικασιών και διατήρηση επιπέδων φροντίδας. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές πιστεύεται ότι οι Νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν και να αποδώσουν μέσα από την μέθοδο κατανομής ασθενών. Εξάλλου από διάφορες πηγές, αυτού του είδους οι συμπεριφορές αναφέρονται σαν πλεονεκτήματα αν η μέθοδος νοσηλείας έχει εξατομικευμένη και ολιστική προσέγγιση (Hood and Dincher 1988, Πατηράκη 1998, Swansburg and Swansburg 1999, Bernhard and Walsh 1995).

Βιβλιογραφία

- Alexander, C.S, et al., (1982), Determinants of staff nurses' perceptions of autonomy within different clinical contexts. *Nursing Research*. 31 (1), 48-52
- American Nurses Association. (1998). *Standards of Clinical Nursing Practice*. 2nd ed. Washington: American Nurses Publishing.
- Allred, C., et al. (1995). *Case Management: The relationship Between Structure and Environment*. *Nursing Economics* 13. (1), 32-41.
- Blegen, M.A. (1993). *Nurses Job Satisfaction: a metaanalysis of related variables*. *Nursing Research*. 42 (1), 36-41.
- Bernhard, L.A. & Walsh, M. (1995). *Leadership: The Key to the Professionalization of Nursing*. 3rd ed. St Louis: Mosby.
- Dwyer, D.J., et al (1992). *Decision-Making Autonomy in Nursing*. *Journal of Nursing Administration*. 22(2), 17-23.
- Gaucher, E.M, & Coffey, J.R. (1990). *Transforming Health Care Organizations: How to Achieve and Sustain Organizational Excellence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Greeneich, D.S., et al (1992). *Patient Satisfaction Update: Research Applied to Practice*. *Applied Nursing Research*. 5(1), 43-48.
- Hood, G. & Dincher, J. (1988). *Total Patient Care: Foundations and Practice*. St. Louis: Mosby.

Για να μπορέσει όμως να εφαρμοστεί ολική νοσηλευτική φροντίδα και νοσηλευτική διεργασία με τα θετικά επακόλουθα τους χρειάζεται να αντιληφθούμε αυτό που είπε ο Goucher and Coffey (1990) «η πιο σπαταλούμενη πηγή ενέργειας στους οργανισμούς υγείας είναι η δύναμη του μυαλού των υπαλλήλων» και αν δεν θέλουμε να είναι έτσι αξιολογήσουμε αυτή τη δύναμη μέσα από την μέθοδο κατανομής ασθενών. Με αυτό τον τρόπο δίνεται η ευκαιρία στους Νοσηλευτές να καλλιεργηθούν και να αναπτυχθούν. Σύμφωνα με ένα παλιό Κινέζικο ρητό «αν θέλεις ευημερία για ένα χρόνο καλλιέργησε σιτηρά, αν θέλεις ευημερία για δέκα χρόνια καλλιέργησε δέντρα, αν όμως θέλεις ευημερία για εκατό χρόνια τότε καλλιέργησε ανθρώπους». Τέλος ένα μήνυμα προς όλους τους ηγέτες που πιθανόν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της μεθόδου κατανομής ασθενών, είναι σημαντικό να αντιληφθούν ότι «αν ανάψουν το κερί των υφιστάμενων τους από την φλόγα του δικού τους κεριού, η δική τους φλόγα δεν θα ελαττωθεί.»

- Huey, F. & Hartley, S. (1988). What keeps nurses in nursing: 3500 nurses tell their stories. *American Journal of Nursing*. 88(2), 181-188.
- Keuter, K. et al., (2000). Nurses job satisfaction and organizational climate in a dynamic work environment. *Applied Nursing Research*. 13(1), 46-49.
- Kouzes, J. M. & Posner, B. (1987). *The Leadership Challenge: How to Get Extraordinary Things Done in Organizations*. San Francisco: Jossey - Bass.
- LeFevre, A.R. (1994). *Applying nursing process: a step by step guide*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Lundh, U. (1999). Job satisfaction among Swedish nurses and laboratory technologists. *British Journal of Nursing*. 8(14), 948-952.
- Marram, G. D et al., (1974). *Primary Nursing: a model for individualized care*. St Louis: Mosby.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row.
- Mackenzie, K.D. (1986). Virtual Positions and Power. *Management Science* 32. (1), 622-42.
- McCloskey, J.C. (1974). Influence on Rewards and Incentives on Staff Nurse Turnover Rate. *Nursing Research*. 27. 114-120.
- McCloskey, J.C. (1990). Two Requirements for Job Commitment: Autonomy and Social Integration. *Image, Journal of Nursing Scholarship*. 22 (3), 140-143.
- Misener, T.R. (1996). Toward an International Measure of Job Satisfaction. *Nursing Research*. 45(2), 87-91.
- Pinkerton, S.E. & Schroeder, S. (1988). *Commitment to Excellence: Developing a Professional Nursing Staff*. Rockville, Md: Aspen Publishers.
- Simpson, K. & Sears, R. (1985). Authority and Responsibility Delegation Predicts Quality of Care. *Journal of Advanced Nursing*. 10, 345-348.
- Simpson, K. (1985). Job Satisfaction or Dissatisfaction Reported by Registered Nurses. *Nursing Administration*. 9(3), 64-73.
- Strasen, L. (1989). Self concept: improving the image of nursing. *Journal of Nursing Administration*. 19(1), 4-6.
- Swansburg, R.C. & Swansburg, R. J. (1999). *Introductory Management and Leadership for Nurses: An Interactive Text*. 2nd edition. Boston: Jones and Bartlet.
- Taylor, J.W. (1995). *Implementation of Nursing Practice Standards and Guidelines*. Washington: American Nurses Publishing.
- UKCC. (1993). *Standards for Records and Records Keeping*. London: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health visiting.
- Webb, S.S. (1996) Valuing Authority J Responsibility Relationships: The essence of professional practice. *Journal of Nursing Administration*. 26(2), 28-33.
- Wiens, A.G. (1990). Expanded nurse autonomy: model for small rural hospitals. *Journal of Nursing Administration*. 20(12), 15-22.
- Wolf, G.A. et al., (1994). A transformational model for the practice of professional nursing. *Journal of Nursing Administration*. 24, 51-57.
- Zander, K. (1995). Nursing Case Management: Resolving the DRG Paradox. *Nursing Clinics of North America*. 23(3), 503.
- Ziegenfuss, J. T. (1993). *The Organizational Path to Health Care Quality*. Michigan: Management Series-American College of Health Care Executives.
- Γεωργίου, Μ. (1999). Ολική νοσηλευτική φροντίδα: Πρακτική εφαρμογή και νοσηλευτική αυτονομία. Λευκωσία: 7ον Παγκύπριο Νοσηλευτικό συνέδριο.
- Λανάρα, Β. (1993). *Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών: Θεωρητικό και οργανωτικό πλαίσιο*. Αθήνα: Γ. Παπανικολάου.
- Πατηράκη, Γ.Ε. (1998). Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ορίζοντες και πραγματικότητα. *Νοσηλευτική*. 2, 114-122.