

**Α.Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**  
**Σ.Ε.Υ.Π.**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**  
**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ:**

**ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ  
ΣΧΕΣΕΩΝ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΣΤΟΝ ΚΛΙΝΙΚΟ ΧΩΡΟ**

**ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:**

**ΚΩΣΤΟΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΟΛΓΑ**  
**ΤΣΙΠΛΑΧΙΔΟΥ ΕΙΡΗΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΕΤΗ**

**Επίκουρος Καθηγήτρια**

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2009**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αυτή η έρευνα παρουσιάζει τα αποτελέσματα μιας ποιοτικής μελέτης, η οποία είχε ως σκοπό να ερευνήσει τα προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο. Το δείγμα αποτελείται από 106 φοιτητές του Γ', Δ', Ε' ΣΤ' και Ζ' εξαμήνου του Νοσηλευτικού Τμήματος του ΤΕΙ Ηρακλείου. Οι φοιτητές κλήθηκαν για να αναφέρουν πέντε προβλήματα που συνάντησαν κατά τη διάρκεια των κλινικών εργαστηρίων τους. Τετρακόσια οκτώ προβλήματα αναφέρθηκαν και ταξινομήθηκαν σε οκτώ κατηγορίες.

Τα προβλήματα κατά σειρά προτεραιότητας αφορούν: το εκπαιδευτικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το ιατρικό προσωπικό, τους ασθενείς και τους συνόδους τους, τις σχέσεις μεταξύ των φοιτητών και τους άλλους εργαζομένους του νοσοκομείου. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης έδειξε ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής δεν ήταν απόλυτα ικανοποιημένοι από την κλινική εκπαίδευση τους.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

	Σελ.
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
1. Εισαγωγή	2
2. Διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία στο εργασιακό χώρο	4
• Επικοινωνία	4
• Διαπροσωπικές Σχέσεις	7
• Συναισθηματική νοημοσύνη	10
• Άγχος – Στρες	12
3. Το χάσμα ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική	15
• Το σύστημα της μαθητείας	15
4. Κοινωνικό-πολιτιστικές θεωρίες που εφαρμόζονται στον κλινικό χώρο	20
• Εκμάθηση ως δύο επιπέδων δραστηριότητα	20
• Η εισαγωγή και η εξέλιξη του χαρτοφυλακίου (portfolios) στη νοσηλευτική εκπαίδευση στον κλινικό χώρο.	22
• Τοποθετημένη εκμάθηση (placed learning)	24
• Δραστηριότητες προγύμνασης του συμβούλου – διανοητικές δραστηριότητες	25
5. Η εξέλιξη του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή	26
• Ο ρόλος του μέντορα στην κλινική πρακτική	29
• Η προετοιμασία των συμβούλων για την κλινική πρακτική	31
• Ο καθηγητής ή εκπαιδευτής (Preceptor) στη νοσηλευτική πρακτική	33
• Πρότυπο της καθοδήγησης (preceptor)	35
6. Η αποδοχή των φοιτητών στον κλινικό χώρο	37
• Οι νοσηλευτές ως πρότυπα	38
• Ο φοιτητής στην κλινική πρακτική του	38
• Οι ασθενείς και οι συνοδοί τους	39
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	41
1. Σκοπός	42
2. Υλικό και Μέθοδοι	42
3. Αποτελέσματα	44

4. Συζήτηση	62
5. Συμπεράσματα- Προτάσεις	66
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>67</b>
• Το ερωτηματολόγιο	
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>68</b>
• Ελληνική	68
• Ξένη	70
• Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο	79

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας που ορίζει το Τ.Ε.Ι. Ευελπιστούμε να αποτελέσει το έναυσμα αφενός για περαιτέρω σχετική έρευνα και αφετέρου για τη σχετική συζήτηση και προτάσεις βελτίωσης της κλινικής πρακτικής των φοιτητών της νοσηλευτικής. Στην πραγματικότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η τελική αξία μιας νοσηλευτικής ερευνητικής μελέτης ορίζεται από την έκταση στην οποία τα ευρήματα της, μακροπρόθεσμα χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Στην μελέτη αυτή γίνεται μια προσπάθεια να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν καλύτερη προσέγγιση των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας στο κλινικό χώρο. Ταυτόχρονα γίνεται διερεύνηση των παραγόντων και των συνθηκών εκείνων που επηρεάζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία των φοιτητών της νοσηλευτικής με το υπόλοιπο προσωπικό στο νοσοκομείο. Επίσης στην πτυχιακή αυτή γίνεται μια αναφορά σε κάθε παράγοντα ξεχωριστά και κατά πόσο οι παράγοντες επηρεάζουν τους φοιτητές. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια ένα μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρεται στη διερεύνηση της έννοιας των προβλημάτων επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων στο κλινικό χώρο.

Για το υλικό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία οι ορολογίες έχουν μεταφραστεί κατά λέξη. Η συγκέντρωση της σχετικής αρθρογραφίας έγινε με τη μέθοδο της επιτόπιας έρευνας στη Κεντρική Βιβλιοθήκη του Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου, στη Βιβλιοθήκη της Σ.Ε.Υ.Π., στη Βιβλιοθήκη του ΠΕ.ΠΑ.Γ.ΝΗ. και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, στη Βιβλιοθήκη του Τ.Ε.Ι. Αθήνας, και στη Δημοτική Βιβλιοθήκη Χανίων, καθώς και από διάφορες ελληνικές και ξένες ιστοσελίδες του Διαδικτύου.

Ευχαριστούμε, τους φοιτητές της νοσηλευτικής που διέθεσαν το χρόνο τους στη συμπλήρωση των ερευνητικών ερωτηματολογίων, το προσωπικό των βιβλιοθηκών και τους καθηγητές μας. Επίσης ευχαριστούμε για την ηθική και υλική υποστήριξη των γονιών μας, καθώς και τους φίλους που μας στήριξαν σε αυτή τη διαδρομή.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1.Εισαγωγή

Η νοσηλευτική είναι μια επιστήμη, που εστιάζει όλο της το ενδιαφέρον στον άνθρωπο και βασίζεται κυρίως στη φροντίδα του αρρώστου. Η φροντίδα περιλαμβάνει ποικιλία δραστηριοτήτων οι οποίες αποτελούνται κυρίως από πολύπλοκες τεχνικές διαδικασίες αλλά και από πιο απλές όπως το κράτημα του χεριού, ενός ασθενούς (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, McMahon 1993, Rogers 1992, Taylor 1997). Όλες αυτές οι νοσηλευτικές ενέργειες έχουν ως στόχο το άτομο, που δέχεται τη φροντίδα. Ο συνδυασμός δηλαδή της νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης. Η επιστήμη της νοσηλευτικής αποτελεί τη βάση των γνώσεων για τη σωστή παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Συγχρόνως εκφράζεται ως η κατάλληλη εφαρμογή της γνώσης που συνεισφέρει στη μέγιστη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής των ατόμων (Taylor 1997).

Οι διαπροσωπικές σχέσεις και η θεραπευτική επικοινωνία που συντελούν στην ανάπτυξη και τη διατήρηση σχέσεων με τον ασθενή επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επικοινωνία αποτελεί το πρωταρχικό μέσο της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης ατόμων και ομάδων. Στην επικοινωνία μοιράζονται τα άτομα την πείρα, τις ιδέες τους και τους τρόπους συμπεριφοράς (Taylor 1997, Μετοχιανάκης 2000,).

Στο κλινικό χώρο η αλληλεπίδραση προϋποθέτει την σωστή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και δέκτη της φροντίδας. Την ικανότητα αυτή πρέπει να την διδαχθούν οι σπουδαστές της νοσηλευτικής μέσω της κατάλληλης θεωρητικής προετοιμασίας αλλά και μέσα στις πραγματικές συνθήκες του κλινικού χώρου (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, Κοτζαμπασάκη 2006, Σταθοπούλου 2007). Η κλινική εκπαίδευση στο πρόγραμμα σπουδών αποτελεί το βασικότερο στοιχείο στην εξέλιξη της εκπαιδευτικής πορείας.

Οι φοιτητές της Νοσηλευτικής κατά την τοποθέτηση τους πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύξουν διάφορες ικανότητες όπως τη εφαρμογή των θεωρητικών τους γνώσεων στην πραγματική κλινική πρακτική, τη παροχή επαγγελματικής και ασφαλούς φροντίδας. Καθώς και δεξιότητες, στάσεις, πεποιθήσεις οι οποίες θα πρέπει να συνδέονται με την άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κοτζαμπασάκη 2006, Μετοχιανάκης 2000, Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997).

Στην αίθουσα διδασκαλίας, το εκπαιδευτικό πρόγραμμα είναι προγραμματισμένο και σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο που έρχεται σε αντίθεση με το κλινικό χώρο, όπου χαρακτηρίζεται « πολύπλοκο ως κοινωνικό περιβάλλον». Εδώ οι φοιτητές είναι υποχρεωμένοι να συμμετάσχουν σε μη προγραμματισμένες δραστηριότητες όπου έχουν να κάνουν τόσο με τη φροντίδα των ασθενών όσο

και με τη συνεργασία και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους κλινικούς νοσηλευτές του τμήματος και όλους τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας ( Κοτζαμπασάκη 2006).

Οι φοιτητές στον κλινικό χώρο δεν διδάσκονται μόνο από τον κλινικό νοσηλευτικό εκπαιδευτή που είναι ο αρμόδιος τους. Αλλά διδάσκονται από την προϊσταμένη και όλους τους υπόλοιπους νοσηλευτές του κλινικού χώρου που αποτελούν τα νοσηλευτικά πρότυπα και προβάλλουν την πραγματική παρά την ουτοπική εικόνα της νοσηλευτικής (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, Κοτζαμπασάκη 2006).

Προϋπόθεση για τη σωστή εκπαίδευση μέσα στο κλινικό περιβάλλον αποτελεί τόσο η σωστή οργάνωση και ο σχεδιασμός των ενεργειών όσο και η παρουσία έμπειρων επαγγελματιών. Οι οποίοι θα διαθέτουν υψηλό επίπεδο γνώσεων, νοσηλευτικές δεξιότητες και ευχέρεια στην επικοινωνία, αλλά και διδακτικές ικανότητες ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική μάθηση μέσα σε κατάλληλο 'κλίμα' μάθησης (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, Κοτζαμπασάκη 2006).

Ο Knowles χαρακτηρίζει ως « κατάλληλο κλίμα αυτό που επιτρέπει στο φοιτητή να αισθάνεται ψυχολογικά ότι έχει γίνει αποδεκτός, ότι τον σέβονται και τον υποστηρίζουν και ότι υπάρχει ένα πνεύμα αμοιβαίας αποδοχής ανάμεσα στον εκπαιδευτή και το φοιτητή, που είναι κοινοί διερευνητές , με ελευθερία έκφρασης και χωρίς φόβο της γελοιοποίησης... Ο εκπαιδευτής γνωρίζει το φοιτητή με το όνομά του και τον υπολογίζει ως μοναδικό άτομο».

Δύο έρευνες που πραγματοποιήθηκαν μέσα στην ελληνική πραγματικότητα κατά τη δεκαετία του '90 (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, Κοτζαμπασάκη 1993) έδειξαν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις και η επικοινωνία ανάμεσα στους φοιτητές και τις άλλες ομάδες του νοσοκομείου απείχαν πολύ από το ιδανικό.



## 2. Διαπροσωπικές σχέσεις και επικοινωνία στον εργασιακό χώρο

Οι σχέσεις που έχουμε με τους συναδέλφους μας στο χώρο εργασίας, επηρεάζουν τη ψυχολογική μας κατάσταση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα της ζωής μας γενικά. Η ποιότητα των σχέσεων που επικρατεί μεταξύ των μελών μιας ομάδας που εργάζονται για ένα κοινό σκοπό σε ένα χώρο εργασίας, αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για την επιτυχία της ομάδας αυτής. Οι αρμονικές σχέσεις και η ορθή επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας επαγγελματικής ομάδας για αποτελεσματική συνεργασία στην επίτευξη των στόχων, έχουν πολύ μεγάλη αξία και είναι ένα αναντικατάστατο όπλο στον αγώνα για την επιτυχία. Προβλήματα προκύπτουν συνεχώς τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν αντιπαραθέσεις. Αναπόφευκτα σε ένα ανθρώπινο περιβάλλον, θα πρέπει να αναμένεται να υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι προσέγγισης για την επίλυση προβλημάτων. Οι διαφωνίες, οι ανταγωνιστικές συμπεριφορές και η κακή επικοινωνία, μπορούν να οδηγήσουν σε άσχημες σχέσεις μεταξύ των μελών μιας ομάδας που εργάζονται για ένα κοινό στόχο.

### 2.1. Επικοινωνία

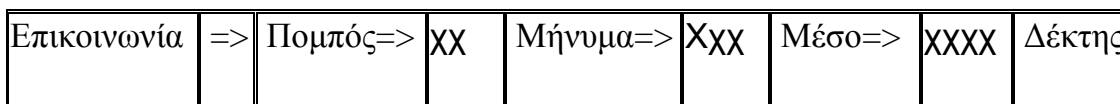
Επικοινωνία ονομάζεται η τέχνη της αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών, που ολοκληρώνεται με την εδραίωση αμοιβαίας κατανόησης ανάμεσα σε δυο ή περισσότερα άτομα, ανάμεσα σε ένα πρόσωπο και μια ομάδα ή ανάμεσα σε δυο ή περισσότερες ομάδες. Επικοινωνία είναι η διαδικασία αποστολής ενός μηνύματος από έναν αποστολέα σε ένα δέκτη. Υπάρχουν τρεις κύριες μορφές επικοινωνίας:

- Η λεκτική
- Η νοηματική
- Η γραπτή

Η επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός A (άνθρωπος ή ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες ή συναισθήματα σε ένα δέκτη B (άνθρωπος, ομάδα) με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων ή συναισθημάτων και στο να επηρεάσει την κατάστασή του και τη συμπεριφορά του. Συνεπώς η επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός εκπέμπει ή στέλνει μήνυμα σε κάποιον φορέα και προκαλεί ένα «αποτέλεσμα». Επομένως επικοινωνώ σημαίνει ότι καθιστώ κάποιον κοινωνό (γνώστη) ενός μηνύματος για να προκαλέσω ένα αποτέλεσμα. Ως επικοινωνία εννοούμε την εξωτερίκευση, ή αποδοχή, ή ανταλλαγή νοήματος με σκοπό την δημιουργία συναισθήματος κατανόησης. Η επικοινωνία δεν είναι απαραίτητα επικοινωνία μεταξύ ανθρωπίνων όντων, αλλά

κάθε οργανισμού ή μηχανής που είναι σε θέση να λάβει και να στείλει μηνύματα ή σήματα. Η επικοινωνία στην σύγχρονη κοινωνία θεωρείται κυρίαρχο προσόν και είναι δεξιότητα που αναπτύσσεται και επηρεάζει ικανότητες και γνώσεις προς επίτευξη σκοπών και στόχων. Το μήνυμα θα πρέπει να φτάνει με σαφήνεια και ταχύτητα στον δέκτη. Μερικές φορές ένα βλέμμα είναι ικανό να εξηγήσει πράγματα, καταστάσεις και συναισθήματα εκεί όπου λόγια δεν θα κατάφερναν στον ίδιο βαθμό το αντίστοιχο αποτέλεσμα.

Στη διαδικασία της επικοινωνίας συμπεριλαμβάνεται η προσπάθειά μας να κατανοήσουμε τις θέσεις και την αντίληψη των άλλων ανθρώπων, η επιδίωξή μας να επηρεάσουμε τη συμπεριφορά τους, για να ικανοποιήσουμε τις δικές μας ανάγκες ή επιθυμίες, η αξιολόγηση της συμπεριφοράς μας πάνω στους άλλους ανθρώπους, αλλά και οι ενέργειές μας για τη βελτίωση των διαπροσωπικών μας σχέσεων. Βασικό μοντέλο επικοινωνίας για την ανάπτυξη ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων αναλύεται στη παρακάτω γραφική παράσταση (Μπίλης 1999).



### Επαναπληροφόρηση

Τα βέλη δείχνουν την κατεύθυνση του μηνύματος και τα «Χ» τα παράσιτα, τα οποία μπορεί να είναι θόρυβοι ή ότι άλλο που εμποδίζει τη μεταβίβαση του μηνύματος. Όσο λιγότερα είναι τα παράσιτα τόσο καλύτερη είναι η διαδικασία επαναληροφόρησης, η οποία στην περίπτωσή μας είναι το ζητούμενο. Η επαναπληροφόρηση καθορίζει την ανάδραση, η οποία με τη σειρά της βοηθά τον πομπό να προσαρμόσει το μήνυμα του στις ανάγκες και τις αντιδράσεις του δέκτη (Fiske 1992). Από αυτό προκύπτει η βιωματική ανάγκη του μαθητή και καθορίζεται η διαπροσωπική σχέση πομπού-δέκτη ή καλύτερα δασκάλου – μαθητή.

Τα στοιχεία του μοντέλου επικοινωνίας δείχνουν πως ο πομπός πρέπει να αποσκοπεί στις βέλτιστες δυνατές συνθήκες. Να γνωρίζει καλά τι θέλει να πει. Να γνωρίζει κατά το δυνατό καλύτερα τον δέκτη. Η γνώση του πομπού σε ότι αφορά τον δέκτη αναφέρεται στα δημογραφικά και ψυχογραφικά χαρακτηριστικά του, δηλαδή:

- η ηλικία,
- το φύλλο (δεν θίγεται η ισοτιμία),
- η οικογενειακή κατάσταση,
- η κοινωνικοοικονομική θέση,
- η θρησκεία,

- ο τόπος καταγωγής και διαμονής,
- ο τρόπος ζωής,
- η προσωπικότητα του,
- η αυτονομία
- και η αυτάρκεια του δέκτη (Μπίλης 1999).

Ένα μήνυμα πρέπει να είναι απλό, λιτό, απείριστο και με προσεγμένη γλώσσα. Δηλαδή να είναι δεκτικό στην αντιληπτική ικανότητα του δέκτη και να του κινεί το ενδιαφέρον. Το μέσο που χρησιμοποιείται πρέπει να είναι το κατάλληλο ώστε να προσελκύει το ενδιαφέρον του δέκτη και να ελαττώνει τα παράσιτα (Μπίλης 1999). Στατιστικές έρευνες έχουν δείξει ότι ο δέκτης συγκροτεί:

- το 30 – 35% απ' ότι βλέπει.
- το 15 – 20% απ' ότι ακούει
- το 10 – 15 % απ' ότι διαβάζει
- και το συντριπτικό 50% απ' ότι του παρουσιάζεται με οπτικοακουστικά μέσα.

Συνεπώς κάθε προσφερόμενο μήνυμα πρέπει να παρουσιάζεται με τέτοιο τρόπο, ώστε να διεγείρει όσο το δυνατόν περισσότερες από τις αισθήσεις. Ίσως είναι χρήσιμο να υπενθυμίσουμε ότι ο άνθρωπος το 80% των μηνυμάτων τα λαμβάνει με την όραση, το 10% με την ακοή, το 5% με την όσφρηση, το 3% με την αφή και το 2% με τη γεύση. Η επικοινωνία κάνει τα πράγματα απλούστερα, συντομεύει χρόνους, διευρύνει γνώσεις και ορίζοντες. Ως όρος η επικοινωνία αποτελεί μια ευρεία έννοια και μπορεί να συμπεριλάβει όλους τους τρόπους με τους οποίους ένα μυαλό μπορεί να επηρεάσει ένα άλλο. Βασίζεται σε αρχές και κουλτούρες και κατόπιν αναπτύσσεται. Η επικοινωνία ξεκινάει από την έμφυτη ανάγκη για επαφή, επιδιώκεται και έτσι αναπτύσσεται (Πιπερόπουλος 1999).

Άνθρωποι που δεν έχουν την ανάγκη για επικοινωνία, δεν αναπτύσσονται επομένως έχουν μειωμένο αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση με αποτέλεσμα να περνούν στο περιθώριο. Την επιτυχία την θεωρούν άθλο και η ανάγκη για διεκδίκηση στόχων είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Μερικές φορές όμως, συμβαίνει και αντίστροφα. Άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση αποφεύγουν την επικοινωνία στερώντας από τον εαυτό τους την ευκαιρία για ανάπτυξη και βελτίωση της αυτοεκτίμησης τους. Με βάση τη κοινή λογική ένας άνθρωπος που επιδιώκει να επικοινωνεί συνήθως είναι και πιο καλλιεργημένος.

Η επικοινωνία αποβλέπει σε κάποιο αποτέλεσμα, διενεργείται μέσα σε ένα ορισμένο πλαίσιο (φυσικό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον) και γίνεται για την εξυπηρέτηση κάποιων αναγκών

ή για την επίτευξη ορισμένων στόχων. Δεν είναι μόνο μια λειτουργία, που εξασφαλίζει την κοινωνική συνέχεια, αλλά η ίδια η ουσία της κοινωνίας.

Η επικοινωνία ολοκληρώνεται όταν υπάρχουν οι προϋποθέσεις:

- Ύπαρξη δυο ή περισσότερων ανθρώπων.
- Η ενσυνείδητη άσκηση απ' αυτά επικοινωνιακών διαδικασιών (πομπού –Δέκτη)
- Η ύπαρξη μηνύματος κοινού ενδιαφέροντος για τους συμμετέχοντες.
- Το αποτέλεσμα
- Τα άτομα να εκφράζουν ελεύθερα τις απόψεις τους
- Δυνατότητα απρόσκοπτης ροής πληροφοριών.
- Συστήματα σταθερών συμβόλων, για την εξυπηρέτηση τη μετάδοση του νοήματος (λέξεις, εικόνες, χειρονομίες, γλώσσα των αντικειμένων και πράξεων, ακόμη και της σιωπής).

Η επικοινωνία σήμερα παρέχει:

- Ενημέρωση
- Δυνατότητα άσκησης επιρροής
- Απαλλαγή από την ένταση
- Βάση για κατανόηση και
- Συνεργασία μεταξύ ατόμων, ομάδων, λαών.

## 2.2. Διαπροσωπικές Σχέσεις

Οι διαπροσωπικές σχέσεις σήμερα έχουν αναδειχθεί σε μείζον κοινωνικό ζήτημα γιατί εκφράζουν την διάθεση του Δυτικού τρόπου ζωής. Ως όρος σημαίνει οτιδήποτε «διαδραματίζεται» μεταξύ δύο προσώπων και αναφέρεται στην αντίληψη, αξιολόγηση, την κατανόηση και τον τρόπο αντίδρασης. Στις διαπροσωπικές σχέσεις καθορίζονται οι ενέργειες και γενικότερα η συμπεριφορά ενός ατόμου όταν επηρεάζει την συμπεριφορά ενός ή άλλων ατόμων, έτσι ώστε να έχουμε αλληλεπίδραση και αμοιβαία ρύθμιση της συμπεριφοράς. Η αμοιβαιότητα αυτή αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο των διαπροσωπικών σχέσεων και χωρίς αυτήν δεν μπορούμε να μιλούμε για διαπροσωπικές σχέσεις. Γίνεται φανερό ότι για να υπάρξουν διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων απαραίτητη προϋπόθεση είναι η επικοινωνία (Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών 1972, Καψάλης 2003).

Η επιτυχία στη ζωή δεν είναι μόνο το αποτέλεσμα των τεχνικών δεξιοτήτων και γνώσεων στον επιστημονικό ή επιχειρηματικό τομέα. Εξαρτάται στον ίδιο βαθμό και από το δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων που έχει ο κάθε άνθρωπος. Σε μια κοινωνία που πρεσβεύει ο ανταγωνισμός και εξαιρεί τη μοναδικότητα του ατόμου θέλει πολύ θάρρος να μπορέσει κανείς να αναπτύξει υγιώς κοινωνικές επαφές και να διαχειριστεί με επιτυχία τις κοινωνικές δεξιότητες που διαθέτει. Το δίκτυο των διαπροσωπικών σχέσεων παίζει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη των στόχων μας στην επαγγελματική αλλά και στην προσωπική μας ζωή. Το δίκτυο αυτό βασίζεται σε αλληλεπιδράσεις και σχέσεις που στόχο έχουν την αλληλοβοήθεια και την αμοιβαία παροχή υποστήριξης σε πολλούς τομείς των δραστηριοτήτων μας.

Πρέπει να επισημάνουμε το γεγονός ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι σχέσεις συναισθημάτων, σχέσεις προσώπων που τις κατευθύνουν συναισθήματα και σχέσεις ενεργειών που βασίζονται σε συναισθήματα. Η προτεραιότητα των ψυχολογικών προϋποθέσεων πρέπει να είναι πάντοτε πρωταρχικής σημασίας, γιατί η άγνοια ή η υποτίμηση αυτού του παράγοντα συνιστά οπισθοχώρηση στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων (Σμυρναίος 2003).

Το προσωπικό ενός μεγάλου γενικού νοσοκομείου αποτελεί μια μικρή κοινωνία ανθρώπων, με όλες τις συμμαχίες και συγκρούσεις που αναπτύσσονται σε αυτή. Η επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητη για τη σωστή φροντίδα του ασθενούς και για τη δημιουργία καλών συναδελφικών σχέσεων. Οι σχέσεις βρίσκονται υπό συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή και βοηθούν στην εδραίωση της εκτίμησης στο έργο του νοσοκομειακού προσωπικού (Λιακοπούλου 2007).

Θα μπορούσαν να διακριθούν αρκετές κατηγορίες διαπροσωπικών σχέσεων μέσα στο νοσοκομείο, όπως σχέσεις:

- που συνδέουν τους εκπαιδευτικούς μεταξύ τους αλλά και με τη διεύθυνση του νοσοκομείου,
- με τους εκπαιδευτικούς και τους υπόλοιπους νοσηλευτές, με τους φοιτητές,
- ανάμεσα στους φοιτητές,
- αλλά και μεταξύ των κλινικών εκπαιδευτών με τους καθηγητές της Νοσηλευτικής Σχολής.

Οι σχέσεις αυτές, όπως είναι φυσικό, συμπλέουν και συμπλέκονται τόσο πολύ, ώστε συχνά η παραμικρή διατάραξη της ισορροπίας σε μια κατηγορία να επιφέρει αλυσιδωτές αντιδράσεις στις υπόλοιπες.

Η επιδείνωση των ανθρωπίνων σχέσεων υπονομεύεται από το στρες, το ανταγωνισμό και τη καχυποψία. Οι εργαζόμενοι, όπως καταγράφεται σε σχετικές έρευνες (Μαλλιώρας 2007, Θεοδώρης 2005), θεωρούν σημαντικότερους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, να:

- τους φέρονται με σεβασμό

- υπάρχει καλή επικοινωνία
- και συνεργάζονται με φιλικούς και βοηθητικούς ανθρώπους.

Όμως παραδέχονται ταυτόχρονα ότι υπάρχει μεγάλη απόσταση από αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα. Για πολλούς εργαζόμενους, άνδρες και γυναίκες, οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν το σοβαρότερο στρεσογόνο παράγοντα στην εργασία τους. Η ανάπτυξη και διατήρηση των σχέσεων μας με τους άλλους είναι ένας πολύ ευαίσθητος τομέας, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και δεξιότητες και δεν πρέπει να αφήνετε στην τύχη. Αρχίζοντας από την πρώτη επαφή που έχουμε με άλλους ανθρώπους, οποιοδήποτε και εάν είναι, πρέπει να μεριμνούμε για την εικόνα που τους μεταδίδουμε.



Εικόνα1. Αναπαράσταση των διαπροσωπικών σχέσεων. Από διαδίκτυο: [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr).

Για να βελτιωθούν οι εργασιακές διαπροσωπικές σχέσεις χρειάζεται πρώτα από όλα να επανεξετασθεί τη ατομική φιλοσοφία κάθε ατόμου γύρω από την εργασία και το εργασιακό περιβάλλον. Τα μηνύματα που στέλνει αντικατοπτρίζονται σε αυτά που λαμβάνει. Οπότε ο σεβασμός, η συναδελφικότητα και η συνεργατικότητα αποτελούν το τρίπτυχο του υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος.

Οι αρχές που βελτιώνουν τη διαπροσωπική επικοινωνία ανεξάρτητα από την ατομική φιλοσοφία του κάθε:

- Η επικοινωνία είναι μια αμφίδρομη διαδικασία ανταλλαγής μηνυμάτων.
- Χρειάζεται ισορροπία ανάμεσα στον χρόνο που θα ακούσετε και στον χρόνο που θα μιλήσετε.
- Ακούτε ενεργητικά, δηλαδή με διάθεση να καταλάβετε τον άλλον, και όχι με στόχο να καταρρίψετε τα επιχειρήματά του.
- Αποφεύγετε τις κρίσεις και τους χαρακτηρισμούς
- Προσπαθήστε να δείξετε ότι καταλαβαίνετε τα συναισθήματα του συνομιλητή σας.

- Μην θυμώνετε όταν δεν σας καταλαβαίνουν, μπορεί να είστε λάθος εσείς.
- Μην ξεχνάτε ότι ο τρόπος που επικοινωνείτε με τους άλλους, καθορίζει το αν θα γίνετε κατανοητοί ή όχι.
- Χρησιμοποιείτε κάθε φορά μια μικρή περίληψη – ανακεφαλαίωση όσων ακούσατε, ως επιβεβαίωση ότι καταλάβατε (Θεοδώρης 2005).

### 2.3. Συναισθηματική νοημοσύνη

Την τελευταία δεκαετία επιστήμονες από όλο τον κόσμο έχουν επισημάνει την σημασία του παράγοντα της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επίτευξη προσωπικών και συλλογικών στόχων. Η συναισθηματική νοημοσύνη περικλείει την ικανότητα του ανθρώπου για αυτοεπίγνωση, αυτοκυριαρχία, αυτοέλεγχο και η ευσυνειδησία, δηλαδή τη δυνατότητα να μπαίνει στη θέση των άλλων και να τους κατανοεί, να ακούει προσεκτικά, να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται. Καθώς η εκτίμηση και η έκφραση του συναισθήματος, την ικανότητα δηλαδή να αναδύεις και να γεννάς συναισθήματα όταν αυτά βοηθούν τη σκέψη, την ικανότητα να καταλαβαίνεις το συναίσθημα και την συναισθηματική γνώση, και την ικανότητα να ελέγχεις τα συναισθήματα ώστε να προωθείς τη συναισθηματική και διανοητική ανάπτυξη. Πρέπει να αναφερθεί ότι η συναισθηματική νοημοσύνη βασίζεται στις γνωστικές ικανότητες μόνο όταν συνδυάζεται με υψηλό βαθμό συναισθηματικής νοημοσύνης και όχι μόνο στις γνώσεις που έχουν αποκτηθεί μέσα από σπουδές και εκπαίδευση και στην τεχνική εξειδίκευση (Goleman 2000).



Εικόνα 2. Αναπαράσταση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Από διαδίκτυο: [www.testbiz.gr](http://www.testbiz.gr).

Σήμερα η συναισθηματική νοημοσύνη χρησιμοποιείται και στο χώρο της εργασίας για να διαλευκάνει την επαγγελματική επιτυχία, τις συγκρούσεις στο χώρο, την ομαδική εργασία, την ικανότητα που κάνει να ξεχωρίζουν οι «αστέρες» των επιδόσεων. Καθώς και τις προϋποθέσεις που

είναι αναγκαίες για να διαπρέψει ένα άτομο μέσα σε μια επιχείρηση ή ένα οργανισμό και που εξασφαλίζουν την ευημερία και τη πρόοδο της ίδιας της επιχείρησης ή του οργανισμού.

Η συναισθηματική νοημοσύνη καθορίζει τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο:

- προσαρμόζεται εύκολα στο περιβάλλον,
- κατανοεί τα συναισθήματα και τα κίνητρα των άλλων,
- μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματα του,
- μπορεί να εργάζεται κάτω από πίεση,
- δεν τα παρατάει όταν αντιμετωπίζει δυσκολίες,
- μπορεί να συνεργάζεται με άλλους για την επίτευξη ενός στόχου,
- μπορεί να εμπνέει και να ηγείται,
- έχει ισχυρά κίνητρα,
- κάνει σωστή ιεράρχηση στόχων και αναγκών,
- εστιάζει την προσοχή του,
- αποφεύγει τα λάθη,
- είναι ευσυνείδητο,
- γνωρίζει να διαχειρίζεται τις διαφωνίες,
- είναι αισιόδοξο,
- είναι ικανό στην επικοινωνία και στην δημιουργία δεσμών,
- έχει ικανότητα πειθούς.

Διευκρινίσεις:

1. Η συναισθηματική νοημοσύνη δεν σημαίνει να είσαι «καλός». Αλλά να μπορείς να φέρεις εις πέρας μια δυσάρεστη και δύσκολη κατάσταση.
2. Η συναισθηματική νοημοσύνη δεν σημαίνει να αφήνεις ανεξέλεγκτα τα συναισθήματα. Δηλώνει το χειρισμό των συναισθημάτων έτσι ώστε να εκφράζονται αποτελεσματικά και με τον κατάλληλο τρόπο, δίνοντας τη δυνατότητα στους ανθρώπους να δουλεύουν μαζί ομαλά και αρμονικά για την επίτευξη των κοινών τους στόχων.
3. Με βάση μια έρευνα οι άνδρες και οι γυναίκες λειτουργούν με το δικό τους τρόπο στην επικοινωνία. Παρόλο αυτά οι γυναίκες δείχνουν περισσότερη ενσυναίσθηση και είναι πιο ικανές στις διαπροσωπικές σχέσεις (Bar-On 1997).



4. Το επίπεδο της συναισθηματικής νοημοσύνης δεν είναι γενετικά καθορισμένο, όπως ο δείκτης νοημοσύνης. Ούτε σταματάει να αναπτύσσεται μετά την εφηβεία αλλά εξελίσσεται σε όλα τα χρόνια της ζωής μας.

Η συναισθηματική ικανότητα χαρακτηρίζεται μια εκμαθημένη ικανότητα που βασίζεται στη συναισθηματική νοημοσύνη και έχει ως αποτέλεσμα διακεκριμένη επίδοση στην εργασία. Υπάρχουν δύο δεξιότητες που τη χαρακτηρίζουν: η ενσυναίσθηση, που έχει να κάνει με το αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων και οι κοινωνικές δεξιότητες, οι οποίες επιτρέπουν τον επιδέξιο χειρισμό αυτών των συναισθημάτων. Οπότε όσο πιο σύνθετη είναι μια εργασία, τόσο περισσότερη σημασία έχει η συναισθηματική νοημοσύνη, επειδή η ανεπάρκεια στις ικανότητές αυτές μπορεί να δυσχεράνει τη χρήση της τεχνικής εξειδίκευσης ή των νοητικών ικανοτήτων που διαθέτει ένα άτομο.

Η συναισθηματική νοημοσύνη μας καθορίζει τις δυνατότητές που έχουμε ώστε να μάθουμε τις πρακτικές δεξιότητες που βασίζονται στα πέντε στοιχεία της:

- Την αυτοεπίγνωση
- Τα κίνητρα συμπεριφοράς
- Την αυτορύθμιση
- Την ενσυναίσθηση
- Και την ικανότητα στη διεξαγωγή ομαλών σχέσεων με τους άλλους.

Οι συναισθηματικές ικανότητες είναι συγκροτημένες σε ομάδες και η καθεμιά από αυτές στηρίζεται σε μια κοινή βασική διάσταση της συναισθηματικής νοημοσύνης (Rosier 1996).

## 2.4 Άγχος – Στρες

Μια έρευνα της Υπηρεσίας Υγείας και Ασφάλειας στη Βρετανία έδειξε ότι μισό εκατομμύριο άτομα πάσχουν από ασθένειες που σχετίζονται με το στρες στην εργασία – και πιθανόν ο αριθμός να είναι υποτιμημένος. (Γουίλκινσον 2000, Adams 2000). Μέχρι και 28% των υπαλλήλων στην Ευρώπη δηλώνουν ότι υποφέρουν από εργασιακό άγχος. Οι Έλληνες να κατέχουν την πρωτιά, δηλώνοντας άγχος στην εργασία σε επίπεδο 55%. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση το δεύτερο συνηθέστερο πρόβλημα υγείας που οφείλεται στην εργασία είναι μετά την οσφυαλγία, το εργασιακό άγχος, καθώς

πλήττει σχεδόν ένα στους τρεις εργαζόμενους. Το εργασιακό άγχος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιοδήποτε κλάδο μιας επιχείρησης και να επηρεάσει τον καθένα σε οποιοδήποτε επίπεδο. Πολλές συνθήκες όπως η πίεση, ο ανταγωνισμός, η αποδοτικότητα, η βία, ο εκφοβισμός, μπορεί να οδηγήσουν σε εργασιακό άγχος (Μαλλιώρης 2007). Σε ευπαθείς ομάδες, δηλαδή άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση και οικονομική κατάσταση αυξάνεται η ευπάθεια για κακή ψυχική υγεία. Τελευταία αναγνωρίζεται η σημασία της ψυχικής υγείας, η αλληλεξάρτησή της με την σωματική υγεία και η επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές σε προσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Οι παράγοντες που σε κάποιους ανθρώπους προκαλούν στρες, σε άλλους προκαλούν διέγερση. Το στρες ενός ατόμου εκδηλώνεται με σωματικές και ψυχικές αλλαγές που προκαλούνται από τη δραστηριότητα του νευρικού και του ενδοκρινικού συστήματος που είναι αλληλένδετες. Λαμβάνονται μηνύματα κινδύνου, φόβου και έξαψης και ο οργανισμός αρχίζει να αντιδρά, με:

- διάταση μυών
- γρήγορες, ακανόνιστος ή βαρύς παλμός της καρδιάς
- γρήγορη, κομμένη αναπνοή
- εφίδρωση
- διασταλμένες κόρες ματιού
- υπερβολική επαγρύπνηση
- αλλαγή στην όρεξη
- αδυναμία μυών ή τρέμουλο
- ναυτία στο στομάχι
- προβλήματα ύπνου
- νευρικότητα
- πονοκέφαλοι
- αδυναμία στα άκρα του σώματος
- δυσπεψία
- συχνοουρία
- δυσφορία στο στήθος
- περίεργοι πόνοι ή νευρικές συσπάσεις
- δυσκοιλιότητα ή διάρροια
- εξάντληση ή αδυναμία
- επιδείνωση πόνου που προϋπήρχε
- συνεχής ταραχή και νευρικότητα

- πόνος στην πλάτη
- μούδιασμα, μυρμήγκιασμα
- ξηρότητα στο στόμα ή στο λαιμό
- «πεταλούδες» στο στομάχι

Περισσότερο από ποτέ η ψυχοθεραπεία σήμερα ασχολείται με εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων σε ανθρώπους που δυσκολεύονται να μπουν στο παιχνίδι των ανθρώπινων σχέσεων. Το άγχος που προκύπτει πολλές φορές όταν το άτομο αναγνωρίζει την προσωπική του ανεπάρκεια να οριοθετήσει ένα ρόλο στις γύρω του επαφές, είναι δυνατό να οδηγήσει σε συγκεκριμένου τύπου καταστάσεων, κυρίως στο φάσμα των διαταραχών προσωπικότητας. Επίσης είναι γνωστό ότι οι ψυχολογικές απαιτήσεις του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών είναι μεγάλες, ενώ η επίδραση τους στην εμφάνιση του στρες και του άγχους είναι επιβαρυντικές (Κοτζαμπασάκη 1993, Adams 2000). Πολλοί άνθρωποι αντιδρούν καλά σε μια δύσκολη κατάσταση, κινητοποιούν το μηχανισμό κοινωνικής υποστήριξης σε ποικίλες μορφές και μαθαίνουν πολλά από την εμπειρία αυτή.

Όλες οι ιατρικές ειδικότητες αντιμετωπίζουν καθημερινά αμέτρητες περιπτώσεις στρες. Το νοσηλευτικό επάγγελμα χαρακτηρίζεται από τη φύση του αγχωτικό, πραγμα που είναι ευρύτερα αποδεκτό και ερευνητικά τεκμηριωμένο. Η κλινική εμπειρία είναι μια από τις αγχωτικές καταστάσεις στο νοσηλευτικό πρόγραμμα σπουδών με βάση την άποψη των φοιτητών (Beck & Srivastava 1991). Με βάση τη βιβλιογραφία οι πολλές ταυτόχρονες κλινικές εμπειρίες, το άγνωστο περιβάλλον, οι δύσκολοι ασθενείς, ο φόβος του λάθους και η αίσθηση ότι ανήκεις στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν κάποια από αυτά που ανέφεραν οι φοιτητές ως αγχωτικές καταστάσεις. Με βάση την έρευνα που έγινε από τους Hart και Rotem (1994), η πιο αγχωτική κατάσταση που ένιωσαν οι φοιτητές στην πρακτική άσκηση ήταν η πρώτη επαφή με το κλινικό χώρο. Αυτό επιβεβαιώθηκε και από τον Stephen (1992). Ανέφεραν επίσης ότι η εξέλιξη της αυτοπεποίθησης είναι από τα σημαντικά επιτεύγματα στην κλινική νοσηλευτική πράξη. Η οποία θα πρέπει να συμβαδίζει με τη νοσηλευτική εκπαίδευση με αποτέλεσμα οι φοιτητές να διαθέτουν την ικανότητα του συναγωνισμού και της αυτοπεποίθησης. Οι διαφορές ανάμεσα στις πραγματικές και τις αναμενόμενες συμπεριφορές στην κλινική άσκηση δημιουργούν συναισθηματικές συγκρούσεις στους φοιτητές. Όπως η επίλυση μιας ενέργειας είναι τελείως διαφορετική από ότι έχουν διδαχθεί στη θεωρία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να είναι ανήσυχοι οι φοιτητές και αυτή η ανησυχία να επηρεάζει την απόδοσή τους. Το σημαντικότερο εύρημα από τα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφεται: ο φόβος «του άγνωστου».

### 3. Το χάσμα ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική

Ένα από τα κυριότερα προβλήματα που εμφανίζονται κατά την πρακτική άσκηση είναι το χάσμα ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική. Η έλλειψη επικοινωνίας ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική, καθώς και το γεγονός ότι υπάρχει διαφορά ανάμεσα σε αυτό που διδάσκονται στη θεωρία και σε αυτό που συναντάνε στον κλινικό χώρο οι φοιτητές της νοσηλευτικής, ορίζεται ως χάσμα ανάμεσα στη θεωρία και την κλινική πρακτική (Κοτζαμπασάκη 2006 & 1993, Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997). Η ύπαρξη του χάσματος στη νοσηλευτική είναι θέμα προς συζήτηση εδώ και πολλά χρόνια. Η διαφορά αυτή ήταν πάντα αιτία ανησυχίας για τους εκπαιδευτικούς, επαγγελματίες νοσηλευτές και μαθητευόμενους.

#### 3.1. Το σύστημα της μαθητείας

Το θέμα αυτό όπως φαίνεται ότι δεν είναι καινούργιο. Η πρώτη μάχη για την αντιμετώπιση του έγινε από την Florence Nightingale. Το έργο της Florence Nightingale άρχισε κατά τη διάρκεια του Εμφύλιου πολέμου, όταν παρείχε φροντίδα στα θύματα. Έγινε εμφανές πόσο αναγκαία ήταν η εκπαίδευση των νοσηλευτών ώστε να παρέχουν τη μέγιστη επιστημονική φροντίδα. Οι πρώτες νοσηλευτικές σχολές, που ιδρύθηκαν από τη Florence Nightingale στην Αγγλία στα μέσα του 19ού αιώνα, αλλά και στις αντίστοιχες Αμερικανικές, που ιδρύθηκαν περίπου την ίδια χρονική περίοδο ή λίγο αργότερα, η κλινική εκπαίδευση ήταν άμεσα συνδεδεμένη με τα νοσοκομεία. Παρόλο που στηρίχτηκαν στα πιστεύω της Nightingale, η εκπαίδευση που προσέφεραν στηριζόταν περισσότερο στο σύστημα της μαθητείας, παρά σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Το σύστημα της μαθητείας ορίζεται ως η εκτέλεση της εργασίας μετά από παρακολούθηση των εμπειρών νοσηλευτών ή της προϊσταμένης, ή με δοκιμή και λάθους. Στην αρχή τουλάχιστον εκτός από την προϊσταμένη του τμήματος δεν υπήρχαν άλλοι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές (Κοτζαμπασάκη 2006, Schaffer *et al* 1972, Kirby 2003, Taylor 1997). Ο ρόλος της προϊσταμένης περιλαμβάνει μεταξύ των ποικίλων διοικητικών καθηκόντων και το έργο της διδασκαλίας και βοήθειας των νέων «μαθητευομένων» της Νοσηλευτικής. Παρόλο που την κύρια διδακτική ευθύνη την είχαν οι γιατροί, η προϊσταμένη του τμήματος συμμετείχε στην κλινική διδασκαλία και επίβλεψη, αποτελώντας έτσι και ένα νοσηλευτικό πρότυπο προς μίμηση από τους νέους υποψήφιους νοσηλευτές.

Οι σχολές δημιουργήθηκαν από τα νοσοκομεία, οι οποίες οργανώθηκαν έτσι ώστε να είναι εύκολα ελεγχόμενες και με ελάχιστο κόστος από νοσηλευτικό προσωπικό, ουσιαστικά

δημιούργησαν μια προσοδοφόρα επιχείρηση (Κοτζαμπασάκη 2006, Kalish & Kalish 1995). Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την έλλειψη οροθετημένων κριτηρίων διάκρισης των νοσηλευτικών υπηρεσιών των νοσοκομείων από τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Λόγω της έλλειψης των εκπαιδευτικών προτύπων, την κυριαρχία των διοικούντων των νοσοκομείων και η βικτωριανή άποψη ότι οι γυναίκες είναι αδύναμες και εξαρτημένες από τους άνδρες συνετέλεσαν στην καθυστέρηση της ανάπτυξης της Νοσηλευτικής ως επάγγελμα (Kalish & Kalish 1995).

Ουσιαστικά τα νοσοκομεία συνέβαλαν στη διδασκαλία του χαρακτήρα, παρά στη θεωρητική προετοιμασία και στα επαγγελματικά προσόντα που ήταν σημαντικά για την εκπαίδευση των μαθητευόμενων, ενώ οι εκπαιδευτικές ανάγκες των μαθητευόμενων ήταν δευτερεύουσας σημασίας. (Κοτζαμπασάκη 2006, Kirby 2003). Επομένως, οι μαθητευόμενοι, που εργάζονταν 50-60 ώρες την εβδομάδα, ήταν στο έλεος της διοίκησης των νοσοκομείων, όπου συνήθως τοποθετούνταν αμέσως μετά την εισαγωγή τους στη σχολή.

Στα ίδια πρότυπα λειτούργησαν και οι πρώτες Ελληνικές νοσηλευτικές σχολές. Η πρώτη νοσηλευτική σχολή ήταν αυτή του Ευαγγελισμού, η οποία ιδρύθηκε από τη βασίλισσα Όλγα το 1875 ως «Νοσοκομικόν Παιδευτήριον». Η διεύθυνση του Νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», κατά τα πρότυπα των αντίστοιχων σχολών της Ευρώπης και της Αμερικής, είχε και τη διεύθυνση της σχολής και η κατάσταση αυτή παρέμεινε αμετάβλητη μέχρι το 1931 (Λανάρα 1978, Κοτζαμπασάκη 2006).

Κατά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο τα δεδομένα άλλαξαν για τη νοσηλευτική. Οι γυναίκες άρχισαν να εργάζονται εκτός σπιτιού και αυτό τους έδωσε περισσότερη αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να δοθεί ώθηση στην ανάπτυξη και εξέλιξη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα λόγω της ανάγκης για περισσότερους νοσηλευτές (Taylor *et al* 1997). Με τη λήξη του Β΄ Παγκόσμιου Πόλεμου έγιναν πολλές προσπάθειες για την αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Πλέον οι νοσηλευτικές σχολές προσανατολιζόνταν προς τους εκπαιδευτικούς στόχους και τη δημιουργία κολεγίων και πανεπιστημίων να προσφέρουν πτυχία νοσηλευτικής και στις γυναίκες και στους άνδρες.

Τα τελευταία 50 χρόνια η νοσηλευτική επεκτάθηκε προς όλες τις κατευθύνσεις στην κλινική άσκηση και προσφορά της φροντίδας υγείας. Η δημοσίευση των νοσηλευτικών ερευνών και η αναγνώριση του ρόλου της νοσηλευτικής στην προαγωγή της υγείας προκάλεσε την αναγκαιότητα της ανώτερης εκπαίδευσης στη νοσηλευτική (Taylor *et al* 1997). Το κυριότερο επίτευγμα οφείλεται στην έμφαση που δόθηκε στη σπουδαιότητα της νοσηλευτικής γνώσης ως βάση στη νοσηλευτική άσκηση που οδήγησε στην εξέλιξη της νοσηλευτικής ως επάγγελμα και ως επιστήμη.

Οι προσπάθειες αναβάθμισης της νοσηλευτικής στην ανώτερη εκπαίδευση χρονολογούνται από το 1960 στο Πανεπιστήμιο της Florida, όταν υιοθέτησε ένα ιατρικού τύπου οργανωτικό μοντέλο ενοποίησης της κλινικής νοσηλευτικής πρακτικής και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η επιτυχία

των προσπαθειών ενοποίησης στο Πανεπιστήμιο της Florida, στηριζόταν όχι μόνο στην ισχυρή ηγεσία της, τον Smith, αλλά και στην αναγνώριση ενός νέου νοσηλευτικού ρόλου του «κλινικού νοσηλευτή», που είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στην επιτυχημένη προώθηση της κλινικής νοσηλευτικής πρακτικής και την ανεύρεση νοσηλευτικών προτύπων για τους φοιτητές, αλλά και για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας. Αυτό το μοντέλο καθιέρωνε τους εκπαιδευτικούς ως έμπειρους νοσηλευτές, ικανούς να αναγνωρίζουν τα νοσηλευτικά προβλήματα των αρρώστων και να έχουν την ικανότητα να διερευνούν μεθόδους για ανεύρεση πιθανών λύσεων πέρα από τη προετοιμασία τους στο ρόλο του δασκάλου (Κοτζαμπασάκη 1993). Τη στάση του Πανεπιστήμιο της Florida ακολούθησαν σταδιακά και άλλα Πανεπιστήμια.

Η ενοποίηση προσφέρει τέσσερις στόχους:

- την άριστη νοσηλευτική φροντίδα,
- την ανάπτυξη νοσηλευτικής έρευνας,
- την εξασφάλιση άριστων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και
- την ενδυνάμωση των νοσηλευτών μέσα από ένα ενοποιημένο σώμα που θα εκφράζει κοινές επιστημονικές αξίες και θα επεκτείνει την ηγετική θέση της Νοσηλευτικής. (Κοτζαμπασακη 2006, Sharif & Masoumi 2005).

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην ελληνική πραγματικότητα έδειξαν ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις, η επικοινωνία ανάμεσα στους φοιτητές και των άλλων ομάδων νοσηλευτών και των κλινικών εκπαιδευτικών καθώς και η ύπαρξη του χάσματος ανάμεσα στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική απέχουν πολύ από το ιδανικό. (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997, Κοτζαμπασάκη 2006).

Η εκπαιδευτική προετοιμασία για την άσκηση της νοσηλευτικής αποτελεί ένα σοβαρό θέμα προς συζήτηση. Η διαφορετική εκπαιδευτική προετοιμασία στο νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί σύγχυση τόσο στα ιδρύματα που προσλαμβάνουν νοσηλευτές, όσο και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και το κυριότερο στους ίδιους τους νοσηλευτές (Taylor *et al* 1997).

Η κλινική άσκηση είναι ένα σημαντικό κομμάτι στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Μέσα από αυτήν δίνεται η δυνατότητα στους φοιτητές να δοκιμάσουν στη πράξη όσα έχουν διδαχθεί στη θεωρία. Καθώς και την ευκαιρία να δοκιμάσουν καινούρια πράγματα και να χρησιμοποιήσουν κριτική σκέψη για την επίλυση προβλημάτων.

Το πρόβλημα στη μεταφορά της θεωρία στην πρακτική και στην επαγγελματική εκπαίδευση έχει προσελκύσει μεγάλη συζήτηση αλλά έχει δώσει λίγες λύσεις (Admiraal *et al.* 2000). Οι επαγγελματικές δραστηριότητες περιέχουν δύο μορφές γνώσης: την επιστημονική (epistemic) και

την πρακτική (phronesis). Με βάση αυτή την άποψη η πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς, είναι να πείσουν τους φοιτητές να προσαρμόσουν την επίσημη, τεκμηριωμένη, θεωρητική γνώση με σκοπό τη λύση συγκεκριμένων προβλημάτων στο κλινικό χώρο με τη βοήθεια και ανάπτυξη της κριτικής σκέψης. Θεωρούν ότι δίχως τη σωστή χρήση της επιστημονικής γνώσης στην κλινική πρακτική, δεν θα υπάρξει αποτελεσματικότητα στις κλινικές πράξεις με τις πεποιθήσεις και τις αξίες που να μπορούν να αντέξουν στη πρακτική. Ουσιαστικά στη χρησιμοποίηση αυτής της επιστημονικής γνώσης δίνεται η δυνατότητα σε ένα φοιτητή της νοσηλευτικής να αντιληφθεί μια ρεαλιστική και πραγματική κατάσταση.

Έχει υποστηριχθεί ότι ο σύμβουλος θα πρέπει να είναι πρόθυμος να παρέχει κάποιες πραγματικές πληροφορίες και να δώσει τις κατευθύνσεις στους φοιτητές. Παρόλο αυτά δεν προσδιόρισε κανένα ρόλο στη συσχέτιση μεταξύ της γνώσης με τη πράξη (phronesis). Αλλά αναφέρει ότι κατά την τοποθέτηση τους στην κλινική μαθαίνουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός κύκλου στέρησης. Ο Corlett (2000) προσδιόρισε την αλληλουχία μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής ως σημαντικό κριτήριο για να γεφυρώσει τη θεωρία με τη πρακτική

Η λογοτεχνία αναφέρει ότι για την αποτελεσματική διδασκαλία θα πρέπει ευκαιριακά να πραγματοποιείται στην πράξη η μετάδοση επίσημων πληροφοριών μέσω της σύσκεψης, της αναφοράς και της υποβολής έκθεσης. Στην αναθεώρηση των κειμένων εκπαίδευσης νοσηλευτών που χρησιμοποιήθηκαν στο σύστημα βρετανικής υγείας και την προετοιμασία νοσηλευτών (Sprouse 2000) διαπιστώθηκε ότι οι εκπαιδευτικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται, προέρχονται από τις προσεγγίσεις συμπεριφοράς, πρότυπα της παραδοσιακής μαθητείας όπου οι φοιτητές μαθαίνουν από τους συνομήλικους αλλά και μέσω της δοκιμής του λάθους. Αυτές οι προσεγγίσεις αφήνουν συχνά τους φοιτητές μόνους τους για να οδηγηθούν με τον τρόπο τους μέσω των συγκρούσεων μεταξύ των τεχνικών και των θεωρητικών πεποιθήσεων τους που διδάσκονται από τους κλινικούς εκπαιδευτές τους και εκείνους που χρησιμοποιούνται από τους κλινικούς συναδέλφους τους. Συχνά τέτοιες πρακτικές έχουν λίγα διδακτικά στοιχεία και μπορούν να μην προσαρμοστούν στην πρακτική τόσο αποτελεσματικά.

Η κλινική εκπαίδευση υποστηρίζεται από μια σειρά των συμπληρωματικών τεχνικών όπως η εκμάθηση των συμβάσεων (Knowles 1993), του ρόλου που διαμορφώνει και που ενημερώνει τις δραστηριότητες ως τμήμα της αντανakλαστικής πρακτικής. Αυτές οι δραστηριότητες έχουν ως κριτήριο την προώθηση της ανάπτυξης της επιστημονικής (epistemic) γνώσης και είναι βασισμένες μόνο στην θεωρητική εκμάθηση. Επίσης είναι χρήσιμες πριν και μετά από την πρακτική προκειμένου να ενισχυθούν οι φοιτητές και να προσδιορίσουν την εμπειρική γνώση. Τέτοιες μέθοδοι είναι ανεπαρκείς όταν βρίσκονται αντιμέτωποι οι φοιτητές με τις πραγματικότητες συνθήκες.



Η εμπιστοσύνη και μόνο σε αυτές τις στρατηγικές δεν είναι επιθυμητή. Επειδή δεν δίνονται στους φοιτητές οι ευκαιρίες να χρησιμοποιήσουν την επιστημονική (epistemic) γνώση τους στην πράξη, αντιμετωπίζοντας τις αποφάσεις και τις προκλήσεις που προκύπτουν. Με αποτέλεσμα να αποτυγχάνουν να παρέχουν την εκπαιδευτική τους εμπειρία που αναπτύσσει τη γνώση τους σε πρακτική εμπειρία (phronesis ή τεχνών). Παρόλο αυτά τέτοια πρότυπα διδασκαλίας στηρίζονται από τους φοιτητές που αναγνωρίζουν και ξέρουν τι εξετάζουν, και είναι σε θέση να κάνουν τις συνδέσεις μεταξύ της σχετικής θεωρίας και της πραγματικής κατάστασης. Επιπλέον τέτοιες υποθέσεις δεν στηρίζουν την πολυπλοκότητα της επαγγελματικής πρακτικής και την εκλέπτυνση της γνώσης που παράγεται από τους ειδικούς επαγγελματίες (Titchen 1995, Roberts 2000). Οι αρχάριοι και οι νεοφερμένοι στις κλινικές δυσκολεύονται συχνά να αναγνωρίσουν τα προγράμματα και τις σχέσεις μέσα στα γεγονότα και τις καταστάσεις, ειδικά όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με νέες καταστάσεις, όπως η φροντίδα ενός άγνωστου ή μια άγνωστη πρόκληση υγειονομικής περίθαλψης.



#### 4. Κοινωνικό-πολιτιστικές θεωρίες που εφαρμόζονται στο κλινικό χώρο

Ο συνδυασμός της πρακτικής με τις κοινωνικό-πολιτιστικές θεωρίες προωθούν την εκμάθηση. Οι περισσότερες από αυτές τις θεωρίες χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη των παιδιών αλλά αναγνωρίζεται και στην επίσημη επαγγελματική εκπαίδευση. Πολλές δραστηριότητες που αναλαμβάνουν τα παιδιά φέρνουν το ίδιο είδος της καινοτομίας με αρχάριους που τοποθετούνται σε επαγγελματικές θέσεις. Η εφαρμογή των κοινωνικό-πολιτιστικών θεωριών στην πρακτική εκπαίδευση μπορεί να αναλυθεί περαιτέρω μέσω των παραδειγμάτων που λαμβάνονται από τις μελέτες στο επαγγελματικό χώρο (Hutchins 1993), ή της εκμάθησης των περίπλοκων τεχνικών δεξιοτήτων, όπως στην περίπτωση ενός σιδηρουργού που μαθαίνει να χρησιμοποιεί τη θερμότητα και το μέταλλο.

Σε αυτές τις μελέτες οι φοιτητές είτε εγκαταλείπουν είτε μετατρέπουν την επιστημονική (epistemic) γνώση τους προκειμένου να ανταπεξέλθουν. Σε μερικές περιπτώσεις, στηρίζονται οι φοιτητές επάνω στους άτυπους ή άγραφους κανόνες, που αντιλαμβάνονται από κάποιον έμπειρο όπως περιγράφεται από Dishion και Kavanagh (2000). Οι κοινωνικό-πολιτιστικές θεωρίες είναι χρήσιμες στη κατανόηση σύνθετων αλληλεπιδράσεων που συνδέονται με την εποπτεία και την εκμάθηση της επαγγελματικής γνώσης.

Αυτές οι θεωρίες και με την κοινωνική προέλευση της ανθρώπινης ανάπτυξης, βοηθούν να εξηγηθεί η συναισθηματική θεραπεία όπως η ψυχανάλυση και η ψυχοθεραπεία (Howe 1993). Καθώς επίσης και η έρευνα του Haythornthwaite και Benrud-Larson (2000) για την αντανάκλαστική πρακτική.

Για να είναι η διδασκαλία επιτυχής στους κλινικούς χώρους, απαιτούνται αποτελεσματικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του φοιτητή και του συμβούλου του. Παράλληλα πρέπει να διευκολυνθεί η γλωσσική επαφή και οι φοιτητές να ενθαρρύνονται για να ενσωματώσουν τις θεωρητικές γνώσεις με την πρακτική εμπειρία. Κατά συνέπεια να προωθούν την εκμάθηση και την επαγγελματική ωρίμανσή τους (γνωστικός, συναισθηματικός, κοινωνικός τομέας) μέσα από τα είδη της κοινωνικής επαφής.

##### *4.1. Εκμάθηση ως δύο επιπέδων δραστηριότητα*

Για τη προσέγγιση στην εκμάθηση των δύο επιπέδων, σε κοινωνικό-διαπροσωπικό και σε διανοητικό-διαψυχολογικό επίπεδο, χρησιμοποιήθηκε για τη περιγραφή, την ανάλυση και την ανάπτυξη των ευρημάτων ένα πλαίσιο-πρότυπο (Wood et al. 1976). Η συμπλήρωση αυτού του

πρότυπο δηλαδή της γνωστικής ανάπτυξης είναι η ζώνη κεντρικής ανάπτυξης (zone of proximal development:ZPD). Το πλαίσιο αυτό περιγράφει τα στάδια, ξεκινώντας από τους αρχαίους που διαθέτουν ένα πλαίσιο θεωρητικών γνώσεων (Sprouse 1998), δεδομένο ότι δεν τις έχουν χρησιμοποιήσει στην πράξη. Στο επόμενο στάδιο είναι έτοιμοι να προχωρήσουν αλλά δεν έχουν τις πρακτικές δυνατότητες για να τις χρησιμοποιήσουν.

Η κίνηση μέσω ZPD προσφέρει την εξέλιξη από μια βασική γνώση προς την εφαρμογή της. Αυτό επιτυγχάνεται συζητώντας για την πρακτική τους, τις ενέργειες τους με ένα πρόσωπο που να μπορεί να παρέχει τέτοια είδους υποστήριξη. Εντούτοις αυτοί οι πρόοδοι θα επιτευχθούν μόνο εάν μέσω της διαπροσωπικής συζήτησης και καθοδήγησης ο αρχάριος να χρησιμοποιήσει τη θεωρητική γνώση του, και όχι μόνο την υπάρχουσα πρακτική γνώση. Στην πράξη μπορεί να μετονομαστεί από την επίσημη θεωρητική γνώση (epistemic) στη γνώση τεχνών ή πρακτική γνώση (pronetice). Καθώς και ο αρχάριος μαθαίνει να μεταφέρει τη διανοητική-διαψυχολογική γνώση σε ένα ενιαίο πλαίσιο κατανόησης της πρακτικής άσκησης.

Η επέκταση κατά συνέπεια των γενικών ορίων γνώσης προάγουν και τη διεύρυνση της πρακτικής γνώσης (τεχνών). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας των δύο επιπέδων και του ZPD είναι αντιληπτή η διαφορά μεταξύ της θεωρητικής (epistemic) γνώσης και της πρακτικής (phronesis). Επιπλέον χρησιμοποιείται για να περιγράψει πώς η θεωρία και η πράξη μπορούν να ενοποιηθούν. Η θεωρητική (epistemic) γνώση σε αυτή τη περίπτωση είναι η γνώση, που βρίσκεται σε αναμονή για την αναγνώριση της στη πράξη και στη χρήση (phronesis).

Μια εναλλακτική προοπτική μπορεί να δοθεί από το παράδειγμα ενός πεπειραμένου επαγγελματία που μπορεί να είχε ξεχάσει τη επιστημονική (epistemic) λογική για την πρακτική (phronesis) και πρέπει να εργαστεί μέσω ZPD για να την αναπτύξει της. Έχοντας λοιπόν κάποιον που να μπορεί να δώσει έμφαση στη σχετική θεωρητική ή επιστημονική γνώση, ενώ ασχολείται με την πρακτική εργασία παρέχει τον ίδιο τύπο υποστήριξης, όπως στην περίπτωση των υλικών σκαλωσιών (scaffolding learning).

### Εκμάθηση υλικών σκαλωσιών (scaffolding learning)

Η έννοια των υλικών σκαλωσιών (Wood et al. 1976) έχει αναπτυχθεί με διάφορους τρόπους. Μια χρήση της είναι στη καθοδήγηση ή προληπτική καθοδήγηση (Sprouse 1998). Αυτό είναι το είδος βοήθειας που προσφέρεται από έναν αποτελεσματικό σύμβουλο. Κατ' αρχήν, προσδιορίζεται τι πρέπει να γνωρίζει ο φοιτητής (αξιολογώντας τα όρια ZPD τους) και μιλώντας έπειτα για τις πτυχές των νοσηλευτικών διαδικασιών που είναι άγνωστες. Η αρχή είναι παρόμοια αλλά όχι όπως στις δραστηριότητες προγύμνασης. Στο παράδειγμα του, ο προπονητής καθοδηγεί με βοήθεια της επίδειξης και της πρόκλησης των φοιτητών. Ίσως αυτή η προσέγγιση να λειτουργεί καλά σε ένα

οργανωμένο στούντιο ή πρόβας σχεδίου αλλά να μην είναι τόσο παραγωγική στο δημόσιο χώρο της κλινικής πρακτικής.

Στις σχέσεις συμβούλων οι επόπτες μπορούν να χρησιμοποιήσουν την έννοια ZPD ως διαγνωστικό ή αναλυτικό εργαλείο (Hedeggaard 1996). Ένα παράδειγμα είναι με την χρησιμοποίηση ερωτήσεων που αξιολογούν τη γνώση. Επίσης χρησιμοποιείται με τη περιγραφή μιας κλινικής κατάστασης, από τους φοιτητές προκειμένου ένας σύμβουλος να αξιολογήσει τις απαντήσεις τους. Από τα αποτελέσματα βγαίνει το επίπεδο κατανόησης και επίπεδο γνώσης τους. Με την αξιολόγηση της εκμάθησης και της παροχής των σχετικών ευκαιριών στους φοιτητές για την απόκτηση των δεξιοτήτων και της γνώσης τους, μέσω της συμμετοχής σε δραστηριότητες που συμβάλλουν στο γενικό φόρτο εργασίας (νόμιμη περιφερειακή συμμετοχή). Η εκμάθηση των φοιτητών μπορεί να είναι μέσω του προσωπικού τους ZPD και της εξέλιξης της επαγγελματικής πρακτικής με την κατανόησή τους.

#### *4.2. Η εισαγωγή και η εξέλιξη του χαρτοφυλακίου (portfolios) στη νοσηλευτική εκπαίδευση στο κλινικό χώρο.*

Στη νοσηλευτική εκπαίδευση στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα χαρτοφυλάκια άρχισαν να χρησιμοποιούνται για να αξιολογήσουν την κλινική ικανότητα και την εκμάθηση, στα τέλη της δεκαετίας του '80 και στις αρχές της δεκαετίας του '90. Το 1986 μια ριζική αλλαγή στην εκπαίδευση νοσηλευτών εμφανίστηκε υπό μορφή 'προγράμματος 2000' (Project 2000), το οποίο πρέσβευε μια νέα προετοιμασία για τη πρακτική (UKCC, 1986). Ακολούθησε η ένωση των σχολείων φροντίδας με τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με συνέπεια την εξερεύνηση των διαφορετικών μεθόδων και την εμπειρική εκμάθηση. Αυτό οδήγησε στη συνέχεια στους διαφορετικούς τρόπους της αξιολόγησης. Τα χαρτοφυλάκια είναι ένας από αυτούς. Τελικά, το 1996, με βάση το Αγγλικό Εθνικό Συμβούλιο γίνονται υποχρεωτικό για τους φοιτητές τα χαρτοφυλάκια για να παρέχουν τις συσσωρευτικές πληροφορίες για τα επιτεύγματα και την πρόοδό τους (ENB, 1996). Εντούτοις, η έρευνα έχει δείξει ότι ο σκοπός και το σχέδιο των χαρτοφυλακίων μπορούν να ποικίλουν μεταξύ των διαφορετικών προγραμμάτων φροντίδας και των διαφορετικών οργάνων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Webb *et al.* 2002, Endacott *et al.* 2004). Προς το παρόν, όχι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά σε πολλές χώρες, τα χαρτοφυλάκια χρησιμοποιούνται στην φροντίδα και την ιατρική εκπαίδευση (Wenzel *et al.* 1998, Tiwari *et al.* 2003, Pitkala & Mantyranta 2004).

Στη τριτοβάθμια εκπαίδευση, τα χαρτοφυλάκια όχι μόνο χρησιμοποιούνται ως εργαλείο εκμάθησης αλλά και ως εργαλείο αξιολόγησης στις κλινικές τοποθετήσεις (McMullan 2006). Τα χαρτοφυλάκια, εκτός από την παροχή των προσεκτικά επιλεγμένων παραδειγμάτων του

επιτεύγματος της εκμάθησης, ενθαρρύνουν και την προσωπική και την επαγγελματική ανάπτυξη μέσω της διαδικασίας της αντανακλαστικής πρακτικής και της κρίσιμης ανάλυσης. Ακόμα, αν και έχει υπάρξει πολλή θεωρητική συζήτηση σχετικά με τη χρήση χαρτοφυλακίων, υπάρχουν λίγα εμπειρικά στοιχεία στη λογοτεχνία σχετικά με τις αντιλήψεις των φοιτητών στη χρήση των χαρτοφυλακίων (Gerrish *et al.* 1997). Στην πραγματικότητα, υπάρχουν λίγα στοιχεία κατά πόσο οι φοιτητές θεωρούν ότι η χρήση των χαρτοφυλακίων τους βοηθά για να αναπτυχθούν προσωπικά και επαγγελματικά και εάν αισθάνονται ότι τα χαρτοφυλάκια είναι αποτελεσματικά στην αξιολόγηση της μάθησης τους και της ικανότητάς τους. Επιπλέον, ελάχιστα είναι γνωστό εάν οι αντιλήψεις των φοιτητών στη χρήση των χαρτοφυλακίων αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και με την εμπειρία.

Τα χαρτοφυλάκια χρησιμοποιούνται και για την επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη. Δεν χρησιμοποιούνται μόνο για να ενημερώσουν, αλλά και για να μετασχηματίσουν το φοιτητή. Για την επαγγελματική ανάπτυξη, τα χαρτοφυλάκια έχουν εισαχθεί ως στρατηγικές αξιολόγησης που θα ενσωματώσουν τη θεωρία και την πρακτική και με αυτόν τον τρόπο θα αντιμετωπίσουν το ζήτημα της θεωρίας και της πρακτικής (Gallagher 2001).

Επομένως, αφ' ενός οι φοιτητές αποκτούν τη γνώση και τις δεξιότητες, όπως η επίλυση ενός προβλήματος και τη κριτική σκέψη, από τους ακαδημαϊκούς, αφ' ετέρου αναπτύσσουν σημαντικές πρακτικές δεξιότητες και την εμπειρία από τους νοσοκομειακούς γιατρούς. Εντούτοις, για την επαγγελματική πρακτική στο πραγματικό κόσμο είναι σημαντικό ότι και τα δύο συνδυάζονται και είναι σε θέση να ενισχύσουν το ένα με το άλλο. Ένα χαρτοφυλάκιο, θα μπορούσε να παρέχει αυτήν την σύνδεση μεταξύ των δύο και με αυτόν τον τρόπο να βοηθήσει να μειωθεί το σοκ που βιώνεται από πολλούς φοιτητές (Harris *et al.* 2001). Μια πρόσφατη μελέτη (Gallagher 2001) έδειξε ότι, αν και το χαρτοφυλάκιο λειτούργησε ικανοποιητικά ως εναλλακτική μορφή αξιολόγησης από τους φοιτητές, η σύνδεση όμως που έγινε μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής δεν ήταν τόσο ισχυρή όπως αναμενότανε. Σύμφωνα με τον Gallagher, αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι στη μελέτη του οι φοιτητές δεν είχαν καμία αυτονομία στην ανάπτυξη των χαρτοφυλακίων τους και οι ερωτήσεις στη μελέτη δεν ήταν αρκετά ρητές.

Από την άλλη, σε μια άλλη μελέτη (Murrell *et al.* 1998), τα χαρτοφυλάκια όχι μόνο έφεραν τη θεωρία και την πρακτική πιο κοντά, αλλά οδήγησαν και σε βελτίωση της πράξης και επέτρεψαν στους φοιτητές να πάρουν τον έλεγχο στις εκπαιδευτικές τους ανάγκες. Ο Murrell (1998) εντούτοις, επεσήμανε ότι το μέγεθος της μελέτης τους ήταν μικρό και το αποτέλεσμα θα μπορούσε, επομένως, να έχει εμφανιστεί κατά τύχη.

Για την προσωπική ανάπτυξη ενός φοιτητή, ένα χαρτοφυλάκιο μπορεί να είναι ένας καταλύτης για την εξέλιξή του. Υποστηρίζεται ότι τα χαρτοφυλάκια θα βοηθήσουν να αξιολογήσουν και να προωθήσουν την κριτική σκέψη τους (Wenzel *et al.* 1998) και στις νοσηλευτικές διαδικασίες,

καθώς το χαρτοφυλάκιο μπορεί να οδηγήσει σε μια συνειδητοποίηση των δεξιοτήτων, των δυνάμεων και των περιορισμών του φοιτητή, δίνοντας μια ένδειξη των αναπτυξιακών αναγκών του/της (Priest & Roberts, 1998).

Λόγω της συνεχόμενης ανάπτυξης και της ενεργούς συμμετοχής τους, τα χαρτοφυλάκια ενθαρρύνουν τους φοιτητές για όλη τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Επιτρέπουν στους φοιτητές να αναλάβουν μια αίσθηση ευθύνης. Αυτή η αύξηση ευθύνης δημιουργεί ανησυχία σε μερικούς φοιτητές, παράλληλα τους ενθαρρύνει και με αυτόν τον τρόπο τους προετοιμάζει για την πρακτική άσκησή τους. Επίσης με την πάροδο του χρόνου τα χαρτοφυλάκια βοηθάνε τους φοιτητές για να αυξήσουν τα συναισθήματα αυτοσεβασμού και εμπιστοσύνης τους (Wenzel *et al.* 1998, Harris *et al.* 2001). Εντούτοις, μερικοί συντάκτες υποστηρίζουν ότι αν και τα χαρτοφυλάκια υποτίθεται ότι τονώνουν την ανάπτυξη της προσωπικής αυτοεκτίμησης και της ανεξάρτητης εκμάθησης, υπάρχουν λίγα στοιχεία για να τα υποστηρίξουν αυτές τις υποθέσεις (Mitchell 1994, Cayne 1995).

#### 4.3. Τοποθετημένη εκμάθηση (*placed learning*)

Η τοποθετημένη εκμάθηση αναφέρεται (Brown *et al.* 1989) στις έννοιες της εγγυοδοσίας και της συμμετοχής. Αυτές οι έννοιες αναφέρονται πώς οι ενήλικοι μπορούν να υποστηριχθούν κατά την εισαγωγή στις οργανώσεις για πρώτη φορά και στην απόκτηση επαγγελματικής ορολογίας μέσω της πρακτικής.

Η τοποθετημένη εκμάθηση προϋποθέτει παράδοση έκθεσης ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Η έκθεση αναφέρεται στη σωστή χρήση επαγγελματικής ορολογίας και στις καθημερινές πράξεις ρουτίνας που είναι συνήθως δύσκολα για έναν νεοφερμένο. Η εγγυοδοσία περιγράφει την υποστήριξη και τις οδηγίες που παρέχονται από πεπειραμένο και έμπειρο συνάδελφο στο νεοφερμένο για τις καθημερινές δραστηριότητες. Φυσικά σύμφωνα με την προσωπική κλίση και τις δυνατότητες του/της. Δεδομένου ότι πληθαίνουν οι νεοφερμένοι, εγκατέστησαν δραστηριότητες που επαναρυθμίζονται για να προωθήσουν την πλήρη ολοκλήρωση μέσα στην οργάνωση.

Η συμμετοχή των νεοφερμένων επαγγελματιών περιγράφεται από τον τρόπο που συμβάλλουν σε μια οργάνωση. Δηλαδή μέσω των συγκεκριμένων και προσαρμοσμένων δραστηριοτήτων ικανοποιούν τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, υπό την καθοδήγηση ενός συμβούλου ή ενός άλλου μέλους της οργάνωσης της πρακτικής,. Πολλοί επαγγελματίες θα αναγνωρίσουν τέτοιες δραστηριότητες όπως τις πτυχές του καλού καθοδηγητή (*mentorship*).

#### *4.4.Δραστηριότητες προγύμνασης του συμβούλου - διανοητικές δραστηριότητες*

Ο διάλογος θεωρείται κρίσιμος για την επιτυχία τέτοιων κλινικών δραστηριοτήτων που πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια των συνεργασιών, μεταξύ του επαγγελματία και των αρχάριων. Η ικανότητα του μέντορα είναι να εκφραστεί, περιγράφοντας τι κάνει ο φοιτητής και γιατί. Με την κίνηση αυτή ο επαγγελματίας μπορεί να κατανοήσει τις σκέψεις ενός αρχάριου και να προσδιορίσει τις ερωτήσεις που προωθούν την αναγνώριση της λύσης ή την αναζήτηση νέων πληροφοριών που εξηγούν την εμπειρία τους και την επίλυση των αποριών τους. Με την επεξεργασία τέτοιας εμπειρίας σε αυτά τα δύο επίπεδα, κοινωνικό και γνωστικό, η εκμάθηση επιτυγχάνεται (Κωσταντινίδης 1997, Beck & Srivastava 1991).

Εάν ένας φοιτητής δεν έχει την ικανοποιητικές υπάρχουσες γνώσεις με τις οποίες να ενσωματώσει αυτές τις νέες πληροφορίες σε ένα υπάρχον πλαίσιο, τότε έπειτα από συζητήσεις σε απλούστερο επίπεδο, αρχίζει τη μετάβαση διαδικασίας. Μέσω αυτού του τύπου συζήτησης οι σύμβουλοι μπορούν να εκτιμήσουν τις ανάγκες των φοιτητών και να παρέχουν τις σωστές κλινικές εμπειρίες και τις ανάλογες πληροφορίες (Sprouse 1998). Επίσης μέσω αυτών των δραστηριοτήτων υλικών σκαλωσίας, που αναφέραμε παραπάνω οι φοιτητές μαθαίνουν πώς να αναγνωρίσουν το μελετημένο υλικό (epistemic) και να δουν τη σχέση του στην καθημερινή πρακτική. Καθώς έτσι μαθαίνουν πώς να ενσωματώσουν τη θεωρία στην πρακτική.

## 5.Η εξέλιξη του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή

Οι ανάγκες σε νοσηλευτικό προσωπικό εξαιτίας των πολέμων καθώς και η ταχύτατη ανάπτυξη της ιατρικής γνώσης και η επέκταση των νοσοκομείων, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, δημιούργησε νέες θέσεις για περισσότερους αλλά και καλύτερα εκπαιδευμένους νοσηλευτές. Στην αρχή του 20ού αιώνα και καθώς αυξανόταν διαρκώς ο αριθμός των νοσηλευτικών σχολών, εντάθηκε και η ανάγκη για καλύτερη νοσηλευτική εκπαίδευση. Στην Αμερική, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση ξεκίνησε το 1899 με σκοπό να «βελτιώσει την προετοιμασία των νοσηλευτών που θα διηύθυναν νοσηλευτικές σχολές» (Κοτζαμπασάκη 2006) και να τους διδάξει ένα πιο αποτελεσματικό τρόπο διδασκαλίας.

Ταυτόχρονα, φαινόταν ότι στις νοσηλευτικές σχολές έπρεπε να ανεβάσουν το επιστημονικό και το επαγγελματικό κύρος εάν ήθελαν να ενδυναμώσουν την επιστημονική θεμελίωση της Νοσηλευτικής, πάνω στην οποία θα έπρεπε να δομηθεί και η νοσηλευτική πρακτική. Με τα νέα προγράμματα σπουδών θεσμοθετήθηκε η ανάγκη του εκπαιδευτικού της Νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο, ο οποίος είχε πλέον την ευθύνη της εκπαίδευσης των φοιτητών αντί της προϊσταμένης του τμήματος (Myrick 1988, Poletti & Dobbs 1998, Myrick & Yonge 2001).

Παρόλα αυτά, η νοσηλευτική ηγεσία τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στον Καναδά αγωνιζόταν για την υπέρβαση των προβλημάτων της εκπαίδευσης. Με το τέλος του Δευτέρου Παγκόσμιου Πολέμου το σημαντικότερο νοσηλευτικό θέμα υπό συζήτηση ήταν ο διαχωρισμός της εκπαίδευσης από το νοσοκομείο και η μεταφορά της στο γενικό εκπαιδευτικό σύστημα (Mussallem 1960). Επίσης, το 1960, το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών της Νοσηλευτικής φοιτούσαν πλέον σε κολέγια, τεχνικά ινστιτούτα και πανεπιστήμια. Κατά συνέπεια ο έλεγχος της εκπαίδευσης της νοσηλευτικής πέρασε ολοκληρωτικά στο εκπαιδευτικό προσωπικό των σχολών. Οι φοιτητές διδάσκονταν πλέον τόσο στην αίθουσα διδασκαλίας όσο και στον κλινικό χώρο αποκλειστικά και μόνο από νοσηλευτές καθηγητές των σχολών και η νοσηλευτική εκπαίδευση απομακρύνθηκε από το σύστημα της μαθητείας. Έτσι, θεσμοθετήθηκε ο ρόλος του κλινικού καθηγητή.

Παρόμοιες ήταν οι εξελίξεις στην Ευρώπη, με πρωτοπόρο βέβαια την Αγγλία, όπου με την εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας υποδέχθηκαν και υλοποιήθηκαν μια σειρά από μέτρα για τη βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Μεταξύ των οποίων η θεσμοθέτηση αλλά και εκπαίδευση των καθηγητών της Νοσηλευτικής, αλλά και η εφαρμογή της κλινικής επίβλεψης και διδασκαλίας των φοιτητών από εκπαιδευμένο προσωπικό των σχολών. Ωστόσο, η μεταφορά στην τριτοβάθμια εκπαίδευση έγινε στην Ελλάδα, όπως είναι γνωστό, πολύ αργότερα και συγκεκριμένα στη δεκαετία του 1980 με το Project 2000.



Με την απομάκρυνση και το διαχωρισμό της εκπαίδευσης από την κλινική πρακτική, οι εκπαιδευτικοί νοσηλευτές απέκτησαν την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους. Επιπλέον κατάφεραν να βελτιώσουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα και να αναβαθμίσουν την εκπαιδευτική τους διαδικασία. Ωστόσο, ο απόλυτος διαχωρισμός και η απομάκρυνση από τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας δημιούργησε άλλα προβλήματα. Παραδοσιακά, ο κλινικός καθηγητής είναι ένα μόνιμο ή εποχιακό μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού της σχολής, το οποίο έχει την ευθύνη της επίβλεψης και διδασκαλίας 8-10 φοιτητών, πολλές φορές όμως και περισσότερων φοιτητών στον κλινικό χώρο (While & Barriball 1993). Το σύστημα της κλινικής εκπαίδευσης με αποκλειστική ευθύνη του εκπαιδευτικού ιδρύματος εξακολουθεί να εφαρμόζεται από έναν αριθμό νοσηλευτικών σχολών, τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά όσο και στην Αυστραλία, αλλά όχι πια στην Ευρώπη εκτός ορισμένων εξαιρέσεων, μεταξύ και των οποίων και η Ελλάδα.

Με την εξέλιξη του κλινικού καθηγητή παρατηρείται η ανάγκη για τη προετοιμασία των κλινικών καθηγητών, έτσι ώστε να διαθέτουν υψηλού επιπέδου κλινικές δεξιότητες. Αυτή η ανάγκη μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι έρευνες εστιάζουν στα χαρακτηριστικά των «καλύτερων» ή «αποτελεσματικότερων» κλινικών εκπαιδευτικών και συμφωνούν πως η κλινική ικανότητα ή δεξιότητα αποτελεί ένα από τα πλέον σημαντικά τους χαρακτηριστικά. Επίσης, ένας αριθμός ερευνών (Myrick & Yonge 2002, Gignac-Caille & Oermann 2001, Paterson 1997, Myrick & Awrey 1988) διαπιστώνει ότι τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τους «αποτελεσματικούς» από τους «μη αποτελεσματικούς» κλινικούς εκπαιδευτικούς είναι η ικανότητα τους να είναι «καλά νοσηλευτικά πρότυπα», δηλαδή καλοί νοσηλευτές. Ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι πέρα από την προετοιμασία των κλινικών εκπαιδευτικών είναι απαραίτητη και η προετοιμασία τους για τον εκπαιδευτικό ρόλο τους.

Σύμφωνα με μελέτες (Morgan 2006, Ward 2000, Mac Kenzie 1997) κατά τη μάθηση των φοιτητών της Νοσηλευτικής στον κλινικό χώρο, ανακάλυψε πως ο κλινικός καθηγητής αντιπροσώπευε για αυτούς τον κόσμο της θεωρίας και ήταν το άτομο που θα έκανε την αξιολόγηση τους. Αντίθετα, οι νοσηλευτές αντιπροσώπευαν τον πραγματικό κόσμο της κλινικής πρακτικής. Με αποτέλεσμα, οι φοιτητές αισθάνονται ότι βρίσκονται σε κατάσταση «μάθησης» δίπλα στους νοσηλευτές. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το ρόλο του κλινικού καθηγητή είναι γνωστά και οι ερευνητές προσπαθούν να τα ερμηνεύσουν με τη θεωρία του συστήματος διαπραγμάτευσης. Σύμφωνα με τη θεωρία της διαπραγμάτευσης, ο κλινικός καθηγητής ως εξωγενής παράγοντας του κλινικού χώρου πρέπει να διαπραγματεύεται συνεχώς και να χρησιμοποιεί τη διπλωματία. Ωστόσο, η διαπραγματευτική του ικανότητα είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανίσχυρος και να βιώνει συναισθήματα ματαιώσης.



Ως πρόσκαιρο μέλος του τμήματος, ο κλινικός καθηγητής δεν έχει τυπικά εξουσία άσκησης ελέγχου στη διαχείριση του τμήματος και της νοσηλευτικής φροντίδας, γιατί αυτή είναι ευθύνη της προϊσταμένης και των νοσηλευτών. Έτσι, τόσο κλινικός καθηγητής όσο και οι φοιτητές υποχρεώνονται τελικά να συμμορφώνονται με τους κανόνες του τμήματος και να κάνουν ότι και το υπόλοιπο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, όντας προσωρινά μέλη του τμήματος, μπορεί να θεωρείται ενοχλητική η παρουσία τους για το προσωπικό και να μην ενσωματώνονται μέσα στην ομάδα φροντίδας του τμήματος. Η Paterson (1997), στην έρευνα της, βρήκε πως οι νοσηλευτές είχαν πάρει οδηγίες από την προϊσταμένη να αποφεύγουν να έχουν οποιαδήποτε σχέση με τους φοιτητές που εκπαιδεύονταν στο τμήμα τους, γιατί αυτό ήταν εργασία του κλινικού εκπαιδευτικού τους.

Ως ενδιάμεσος επισκέπτης στο τμήμα, ο κλινικός καθηγητής έχει δυσκολία στη διατήρηση της κλινικής του δεξιότητας και έτσι κινδυνεύει να χάσει την αξιοπιστία του στα μάτια των φοιτητών. Τα ευρήματα της Benner (1985) σχετικά με την κλινική δεξιότητα και την κλινική εμπειρία είναι γνωστά και αναφέρονται στο βιβλίο της με τίτλο 'From novice to expert'. Έμπειρος νοσηλευτής, κατά την Benner, είναι αυτός που έχει καταφέρει να κατανοεί τις νοσηλευτικές ανάγκες των πελατών του μέσα από μια μελέτη και απόκτηση γνώστης σχετικής με το ειδικό κλινικό χώρο. Το τελευταίο είναι δυνατόν να επιτευχθεί στη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου, κατά την οποία ο νοσηλευτής θα ευαισθητοποιηθεί στις ιδιαιτερότητες αυτών που συμβαίνουν γύρω του και για αυτό μπορεί να απαιτηθούν μέχρι και πέντε χρόνια. Επιπλέον, η ικανότητα αυτή δεν είναι μεταφερόμενη. Ένας έμπειρος σε ένα χώρο δεν είναι δυνατόν να γίνει έμπειρος κάπου αλλού, γιατί χρειάζεται χρόνο για να αναγνωρίσει τις ιδιαιτερότητες του νέου περιβάλλοντος. Πράγματι, η έλλειψη κλινικής εμπειρίας, ιδιαίτερα του νέου κλινικού εκπαιδευτικού ή αυτού που τοποθετείται σε ένα νέο κλινικό χώρο και η διατήρηση ή η ανανέωση της κλινικής του ικανότητας, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα τα οποία περιγράφονται σε σχέση με το ρόλο του κλινικού καθηγητή. Η ματαίωση του κλινικού καθηγητή επιτείνεται από την ανεπαρκή πληροφόρηση. Εφόσον η επικοινωνία με το προσωπικό του τμήματος είναι συνήθως μειωμένη, πολλές φορές είναι ανεπαρκώς ενημερωμένος σχετικά με την κατάσταση των ασθενών, αφού δεν έχει πρόσβαση σε άλλη πληροφόρηση πέραν αυτής που αναφέρεται στις νοσηλευτικές σημειώσεις.

Επιπρόσθετα, οι εποχιακοί κλινικοί καθηγητές, οι γνωστοί σε μας ως εργαστηριακοί συνεργάτες, συνήθως δεν είναι εξοικειωμένοι ούτε με το πρόγραμμα σπουδών ούτε με τους σκοπούς και τους στόχους του προγράμματος, αλλά σε μερικές περιπτώσεις ούτε και με τον κλινικό χώρο στον οποίο τοποθετούνται, ενώ δεν έχουν επαρκή επικοινωνία. Όλα αυτά οδηγούν στη δημιουργία προβλημάτων και στη λανθασμένη διεξαγωγή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ενώ όμως η θεωρητική διδασκαλία ή η διδασκαλία στην αίθουσα θεωρείται ως σύμβολο υψηλού κύρους, δεν

συμβαίνει το ίδιο με την κλινική διδασκαλία, που αν και αποτελεί την πεμπτούσια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης συνήθως θεωρείται δεύτερης κατηγορίας.

Το πρόβλημα του κόστους της εκπαίδευσης είναι ένα από τα θέματα τα οποία απασχολούν όλο και περισσότερο. Έτσι, πολλές φορές το εκπαιδευτικό ίδρυμα υποχρεώνεται να αυξήσει τον αριθμό των φοιτητών που τοποθετούνται στον κλινικό χώρο με έναν κλινικό εκπαιδευτικό ή να μειώσει τις ώρες επίβλεψης και διδασκαλίας από τον κλινικό εκπαιδευτικό. Από την άλλη πλευρά, το νοσοκομείο μπορεί να απαιτήσει μείωση του αριθμού των φοιτητών ανά τμήμα. Όλα αυτά όμως έχουν επιπτώσεις τόσο στο κόστος όσο και στην ποιότητα της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Επειδή ο κλινικός καθηγητής είναι το μόνο άτομο που ασχολείται με την εκπαίδευση των φοιτητών, που την ίδια στιγμή βρίσκονται κατά κάποιο τρόπο στο «περιθώριο» του τμήματος, οι φοιτητές διαμορφώνουν μία άποψη της νοσηλευτικής που μπορεί να μην τους μεταφέρει με ακρίβεια τις πραγματικότητες της κλινικής πρακτικής. Αυτό έχει σαν συνέπεια, την ύπαρξη δυσκολιών στην αναγνώριση της πραγματικότητας από την άποψη του προσδιορισμού ρεαλιστικών προτεραιοτήτων. Η ιδεατή εικόνα που συνήθως προβάλλεται από τον κλινικό εκπαιδευτικό, σε αντίθεση με την πραγματική εικόνα του προσωπικού του τμήματος, περιγράφεται από την Kramer (1974) στο βιβλίο της με τίτλο 'Reality shock', δηλαδή «το σοκ της πραγματικότητας». Όταν όμως ένας νέος πτυχιούχος της νοσηλευτικής αναλαμβάνει εργασία, έρχεται αντιμέτωπος με την πραγματικότητα, όπου οι ιδεατοί ρόλοι δεν θεωρούνται ρεαλιστικοί και το αποτέλεσμα είναι συχνά η φυγή, δηλαδή η αποχώρηση από το επάγγελμα παρά η προσπάθεια.

Σε άλλο άρθρο της, η Kramer τονίζει την αναγκαιότητα της θετικής σχέσης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό προσωπικό της σχολής και το προσωπικό του τμήματος, προκειμένου να επιτευχθεί σωστή κοινωνικοποίηση των φοιτητών. Πολλές έρευνες επισημαίνουν (Bizek & Oermann 1990, Fiske 1992, McMahon 1993 Knowles 1980, Laforet-Fliessner *et, al.* 1999 Maunder *et, al.* 2003) την ανάγκη συνεργασίας και καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού των δύο χώρων, της εκπαίδευσης και της κλινικής πρακτικής. Επιπλέον τονίζει ότι οι κλινικοί καθηγητές, οι νοσηλευτές και οι διοικητικοί του κλινικού χώρου, όλοι τους έχουν ένα ρόλο στο σύνολο ζωτικής σημασίας που αλληλοσυμπληρώνονται για την εκπαίδευση των φοιτητών στο τμήμα. Όμως, για να συμβεί αυτό, προϋπόθεση αποτελεί το ξεκαθάρισμα και ο προσδιορισμός των ρόλων τους. Παρόμοιες απόψεις διατυπώνονται και από άλλους ερευνητές.

### 5.1. Ο ρόλος του μέντορα στην κλινική πρακτική

Η ανάπτυξη του ρόλου του κλινικού εκπαιδευτή βασίζεται στη θεωρία της μάθησης με βάση την εμπειρία και την αντανάκλαση (Clayton 1989). Οι όροι του μέντορα και του καθοδηγητή (preceptor) χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν αυτό το ρόλο στη βιβλιογραφία. Ο Μέντορας περιγράφεται στην Ελληνική μυθολογία ως ο γιος του Ιθακήσιου Άλκιμου, πιστού φίλου του Οδυσσέα, στον οποίο άφησε την επίβλεψη του σπιτιού του όταν έφυγε για την Τροία. Επίσης τη μορφή του Μέντορα πήρε η Αθηνά όταν συνόδευε τον Τηλέμαχο στην Πύλο και όταν ενθάρρυνε τον Οδυσσέα για τη μνηστηροφονία. Έτσι το όνομα του Μέντορα πέρασε στην ιστορία ως σύμβολο του φρόνιμου φίλου και συμβούλου (Atwood 1979).

Στη σύγχρονη νοσηλευτική εκπαίδευση ο μέντορας συμβολίζει έναν έμπειρο νοσηλευτή, που σκοπό έχει να βοηθά το φοιτητή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης του σε μια σχέση ισότιμη, παρέχοντας ταυτόχρονα καθοδήγηση και υποστήριξη (Burnard & Morrison 1994). Ο ρόλος του μέντορα, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο προς το τέλος της δεκαετίας του 1980 και μετά την υλοποίηση του Project 2000, περιλαμβάνει τις εξής ευθύνες στην εκπαίδευση των φοιτητών:

- προσφέρει υποστήριξη στους φοιτητές της νοσηλευτικής
- τους βοηθάει στη σύνδεση της θεωρίας με την κλινική πράξη
- προσφέρει ευκαιρίες στον κλινικό χώρο προκειμένου να καλύψουν τις εκπαιδευτικές τους ανάγκες
- διατηρεί ένα παραγωγικό χώρο μάθησης
- ενεργεί στους φοιτητές ως νοσηλευτικό πρότυπο
- αξιολογεί την απόδοση των φοιτητών
- επιδιώκει στη βελτίωση της κλινικής πρακτικής
- και συμμετέχει στην ανάπτυξη του προγράμματος των φοιτητών (Gignac-Caille 2001).

Με βάση τις έρευνες του McKenzie (1991) για τους φοιτητές της νοσηλευτικής της Σκωτίας και του Spouse (1998) για τους φοιτητές της νοσηλευτικής και μαιευτικής της Αγγλίας αποδείχθηκε αποτελεσματική η υποστήριξη από τους κλινικούς εκπαιδευτές (mentorship). Επισημάνθηκε σημαντική προσφορά πληροφοριών και ηθικής υποστήριξης προς τους φοιτητές για να μάθουν τις νοσηλευτικές πράξεις. Δίχως μια τέτοια καθοδήγηση οι φοιτητές αφήνονται ελεύθεροι να πράξουν

ότι θεωρούν σωστό. Με αποτέλεσμα να ενεργού με βάση το φόβο και το αγχος μη προκαλέσουν ζημιά στους ασθενείς.

Αυτές και άλλες μελέτες καταδεικνύουν ότι οι καθημερινές δραστηριότητες της κλινικής και ο φόρτος εργασίας συμβάλλουν αρνητικά στο να διδαχθούν αποτελεσματικά οι φοιτητές από τους καθοδηγητές τους (Philips *et al.* 2000). Στις δυσκολίες των συμβούλων προστίθενται και οι προσωπικοί παράγοντες όπως η απειρία τους, στο ρόλο ή με την ειδικότητα πρακτικής τους.

Άλλες δυσκολίες που αναφέρθηκαν, είναι εξωγενείς παράγοντες όπως:

- η έλλειψη ισότιμης υποστήριξης προς όλους τους φοιτητές λόγω των πολιτικών μιγμάτων,
- η ανικανότητα των φοιτητών να ακολουθούν τακτικά το πρόγραμμα λόγω των περίπλοκων ακαδημαϊκών χρονοδιαγραμμάτων τους,
- και των πολυπληθών ομάδων των φοιτητών, για την εμπειρία σε οποιαδήποτε τοποθέτηση (White *et al.* 1993).

Τρεις κύριες δραστηριότητες έχουν αποδοθεί στους συμβούλους (mentoring) και είναι:

1. η επίβλεψη
2. η διδακτική ικανότητα και παράλληλα να συμμετέχει στις κλινικές δραστηριότητες της πρακτικής
3. και η αξιολόγηση που ανατροφοδοτεί την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στους φοιτητές, καθώς και την προσοχή τους (Sprouse 1998).

Με βάση την έρευνα του Philips *et al.* (1982) διαπιστώθηκε ότι παρόλο που οι σύμβουλοι στις σχολές της Ουαλίας έπρεπε να έχουν τουλάχιστον ένα χρόνο προϋπηρεσίας στο κλινικό χώρο, τα επίπεδα του προσωπικού και ο μεγάλος αριθμός των φοιτητών παρουσίασαν όχι τόσο θετικά ποσοστά επιτυχίας. Τα επίπεδα κινήτρου τους και η συμβουλευτική κατανόηση τους (mentoring) στους ρόλους, επηρέασαν επίσης την επιτυχία του. Επομένως με βάση αυτή την έρευνα, απαιτείται καλύτερη προετοιμασία των συμβούλων. Δηλαδή κατανόηση του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών και της επικοινωνίας με τους φοιτητές για το ρόλο τους.

## 5.2. Η προετοιμασία των συμβούλων για την κλινική πρακτική

Το πιο διαδεδομένο και χρησιμοποιημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους συμβούλους έχει βραβευθεί από το English National Board 998/997 (Διδασκαλία και Αξιολόγηση για την Κλινική Πρακτική). Στο πρόγραμμα αυτό η μελέτη συμπληρώνεται από τους συνοδούς με σκοπό τη προετοιμασία του προσωπικού της κλινικής για συγκεκριμένα θέματα (Philips *et al.* 2000, Spouse 1998).

Χρειάζεται ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα προκειμένου οι πόροι να διοχετευτούν στο κλινικό πρόγραμμα υποστήριξης στα προγράμματα εκπαίδευσης. Η προσοχή στοχεύει στα αποτελεσματικότερα πρότυπα για να επιτύχει αυτόν τον στόχο. Η παροχή υγιούς υποστήριξης διαμορφώνεται ανεξάρτητα από το κλινικό πλαίσιο για την ανάπτυξη φοιτητών και τις μεταβατικές περιόδους σε όλες τις σταδιοδρομίες των νοσηλευτών.

Όλες αυτές οι μελέτες δίνουν έμφαση στην προτίμηση των συμβούλων στα τοπικά δίκτυα υποστήριξης παρά στη συμμετοχή στις συνεδριάσεις που οργανώνονται από το ακαδημαϊκό προσωπικό για τις δραστηριότητες εξασφάλισης ποιότητας και ανάπτυξης. Σε τέτοιες συνεδριάσεις είναι δύσκολο να οργανωθούν και να παρευρεθούν οι σύμβουλοι λόγω των κλινικών φόρτων εργασίας τους ή της αδιαφορίας τους εξαιτίας της μη σπουδαιότητας του θέματος. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι μια έλλειψη συνοχής, που καθιστά δύσκολο για το προσωπικό να συμμετέχει στις σημαντικές συζητήσεις, να εξασφαλίσει την ισότητα και τη δικαιοσύνη ή να εξετάσει τα θέματα κλειδιά που συνδέονται με την αξιολόγηση και την εκμάθηση στην πράξη. Μερικοί από αυτούς τους προσδιορισμένους παράγοντες όπως είναι η απειρία, τα ανεπαρκή επίπεδα προσωπικού, η ανεπαρκής συνεχόμενη υποστήριξη και ανάπτυξη.

Ο Spouse (2000) προσπάθησε να προσδιορίσει τη σχέση του κλινικού εκπαιδευτή με τους φοιτητές σε ένα δείγμα πρωτοετών φοιτητών του Πανεπιστημίου της Αγγλίας. Μια μερίδα φοιτητών χαρακτήρισε το κλινικό χώρο και τη συμβουλευτική (mentorship) ως έννοιες ανεπαρκώς κατανοητές. Οι φοιτητές σε κάποιες περιπτώσεις δεν βρήκαν πρόσφορο έδαφος ώστε να αποκτήσουν πρόσβαση στην επαγγελματική γνώση των συναδέλφων τους και να συμμετέχουν με εκπαιδευτικό τρόπο στο κλινικό περιβάλλον. Σε άλλη περίπτωση, οι φοιτητές έλαβαν καλή υποστήριξη από το σύμβουλό τους και καθιέρωσαν μια ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης στο κλινικό χώρο με τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Επίσης οι φοιτητές ανέπτυξαν εμπιστοσύνη στις νοσηλευτικές πράξεις τους και αναγνώρισαν τη σχέση της επιστημονικής (epistemic) γνώσης με την πρακτική τους. Με βάση το άρθρο του Spouse (2000) ο ρόλος του μέντορα – συμβούλου (mentorship) θα πρέπει να έχει τους εξής παράγοντες:

1. ποιότητα της εγγυοδοσίας στις κλινικές τοποθετήσεις
2. σχέση φοιτητή και συμβούλων
3. αξιολόγηση και προγραμματισμός των εκπαιδευτικών προσδοκιών
4. παροχή ευκαιριών στη συμμετοχή κλινικών δραστηριοτήτων
5. αξιολόγηση και προγύμναση του συμβούλου.

Λόγω της έλλειψης από την αποτελεσματική εγγυοδοσία, οι φοιτητές το βρήκαν δύσκολο να συμμετέχουν στις κλινικές δραστηριότητες ή να μάθουν. Αυτό παρουσιάζει κατά πόσο οι φοιτητές θα μπορούσαν να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης ή όχι με το σύμβουλό τους ή άλλα μέλη της ομάδας. Τέτοιες δυσλειτουργικές σχέσεις μπορούν να δεσμεύσουν την επαγγελματική ανάπτυξη και τη μελλοντική πρόοδό τους.

### *5.3. Ο καθηγητής ή εκπαιδευτής (Preceptor) στη νοσηλευτική πρακτική*

Ο όρος 'preceptor' ξεκίνησε από την Αγγλία το 15<sup>οο</sup> αιώνα και σημαίνει «καθηγητής» ή «εκπαιδευτής». Στη νοσηλευτική ορολογία εμφανίστηκε το 1975, κυρίως στην Αμερική και έγινε πολύ δημοφιλής από τότε. Η αρχική του χρήση, όπως και ο μέντορας, χρησιμοποιήθηκε για την πιο ομαλή προσαρμογή των νέων επαγγελματιών στον εργασιακό χώρο. Σύντομα όμως απορροφήθηκε και από τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η σχέση του φοιτητή με τον καθοδηγητή (preceptor) περιγράφεται ως μια εντατική σχέση, βασισμένη σε πραγματικές συνθήκες.

Η εκπαίδευση «preceptorship» ορίζεται ως προσφορά έργου από έμπειρο νοσηλευτή-εκπαιδευτικό που έχει ως στόχο τη διδασκαλία, το συντονισμό και την επίβλεψη των κλινικών εμπειριών, καθώς και τη παρουσίασή του ως νοσηλευτικού προτύπου. Επιπλέον έχει χρησιμοποιηθεί εθνικά και διεθνώς για την κλινική πρακτική. Αυτό το πρόγραμμα παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα με την αυξανόμενη χρήση του. Η καθοδηγημένη κλινική εκμάθηση κάτω από την επίβλεψη μιας έμπειρης νοσηλεύτριας δεν είναι μια καινούρια έννοια. Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω για πολλά έτη μια από τις ευθύνες μιας έμπειρης νοσοκόμας ήταν να κοινωνικοποιήσει και να διδάξει τις μαθητευόμενες νοσοκόμες (Morton-Cooper & Wilker 1993).

Με τη μετατροπή της σε σπουδές τριετούς διάρκειας, η κλινική υποστήριξη παρέχεται αρχικά από τους πανεπιστημιακούς-έκτακτους κλινικούς δασκάλους (Morton-Cooper & Wilker 1993). Έτσι τα πανεπιστήμια με αυτό τον τρόπο προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν το χάσμα ανάμεσα στη θεωρία και την πρακτική. Παρόλα αυτά οι καινοτόμοι και οι νεότεροι τρόποι εκπαίδευσης στον κλινικό χώρο υποστηρίζουν ένα πιο καινούργιο πρότυπο. Η καθοδήγηση (preceptorship) αναγνωρίζεται

τώρα ως ένα τέτοιο πρότυπο για να αντιμετωπίσει αυτά τα ζητήματα (Bain 1996, Byrd *et al.* 1997, Burmgartner & Biggerstaff 2000).

Η κίνηση προς την καθοδήγηση (preceptorship) στην Αυστραλία ήταν πρωταρχική ανάγκη για τα πανεπιστήμια από την οικονομική άποψη και αποδείχθηκε πιο αποδοτικός τρόπος να έρθουν σε επαφή οι φοιτητές της νοσηλευτικής με τον κλινικό χώρο. Συγκριτικά, η χρηματοδότηση για την κλινική εκπαίδευση της νοσηλευτικής τείνει στην λιγότερο ευνοϊκή χρηματοδότηση από άλλες, όπως η ιατρική και άλλες επιστήμες. Ένας μεγάλος αριθμός ωρών διδασκαλίας απαιτείται για να υποστηρίξει την κλινική εκπαίδευση, και δεδομένου ότι τέτοια πανεπιστήμια επιδιώκουν όχι μόνο υγιή εκπαιδευτικά πρότυπα για να υποστηρίξουν την κλινική εκμάθηση αλλά πρέπει επίσης να καλύψουν την ανάγκη για την οικονομική αποτελεσματικότητα σε αυτήν την διαδικασία.

Ο στόχος του ρόλου του καθοδηγητή δεν είναι εύκολος. Στην πραγματικότητα, η πράξη γίνεται περίπλοκη από τις γενικές ελλείψεις προσωπικού, ακανόνιστες πρακτικές επάνδρωσης, ένα υψηλό κύκλο εργασιών και του προσωπικού και των ασθενών, των ελλείψεων περιποίησης, του φόρτου εργασίας, και ενός συνεχώς μεταβαλλόμενου κλινικού περιβάλλοντος με περιορισμένους πόρους (Edmond 2001, Shelander 2001). Παρόλα αυτά παραμένει ουσιαστικό στοιχείο στην κλινική διδασκαλία, ιδιαίτερα για τους προπτυχιακούς νοσηλευτικούς φοιτητές και συγκεκριμένα στο τελικό έτος των σπουδών τους (Yonge 2004).

Η καθοδήγηση καθορίζεται ως η εκπαιδευτική σχέση, με σκοπό την παροχή της πρόσβασης σε ένα ικανό, ενθαρρυντικό πρότυπο. Η σχέση εμφανίζεται πέρα από ένα ορισμένο και περιορισμένο χρονικό πλαίσιο. Ο ρόλος του καθοδηγητή (preceptor) είναι να εμπνεύσει και να υποστηρίξει την εξέλιξη και την ανάπτυξη της περιποίησης των φοιτητών και να ενθαρρύνει την κοινωνικοποίησή τους στον επαγγελματικό ρόλο που αναλαμβάνουν. Ένας ουσιαστικός όγκος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει τα οφέλη του καθοδηγητή (preceptorship) για την περιποίηση των φοιτητών (Bain 1996, Ferguson 1996, Byrd *et al.* 1997, Beattie 1998, Letizia & Jennrich 1998, Ohrling & Hallberg 2000).

Προσφέρει ένα πλαίσιο με υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που επιτρέπουν σε πεπειραμένους και αναπτυσσόμενους νοσηλευτές να εργαστούν μαζί με τους φοιτητές μέσα σε μια ενθαρρυντική επαγγελματική σχέση. Αυτή η δομή επιτρέπει στους φοιτητές να επεκτείνουν την πρακτική τους κάτω από τη επίβλεψη του εκπαιδευτή (preceptor) στον πραγματικό κόσμο υγειονομικής περίθαλψης (Ohrling & Hallberg 2000). Οι φοιτητές ενθαρρύνονται από έναν ικανό επαγγελματία να σκεφτούν δημιουργικά. Αυτή η διαδικασία διευκολύνει το συντονισμό σκέψης και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.

Διάφορες μελέτες έχουν σημειώσει τη σημασία της προετοιμασίας των καθοδηγητών «preceptors» και των φοιτητών. Ο Dibert και ο Goldenberg (1995), βρήκαν ότι για το ρόλο του



καθοδηγητή απαιτείται επίσημη προετοιμασία για να είναι θετικό το αποτέλεσμα. Ο Fehm (1990), καθόρισε τη προετοιμασία για το ρόλο του καθοδηγητή «preceptorship» ως σοβαρό παράγοντα για την επιτυχία του προγράμματος. Η προετοιμασία τους έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- τις ανάγκες της εκμάθησης των φοιτητών,
- αναθεώρηση της σχέσης με τους φοιτητές,
- παροχή πληροφοριών σχετικές με τις αρχές της θεωρίας εκπαίδευσης ενηλίκων (Westra & Graziano 1992),
- στρατηγικές για να ανατροφοδοτείται η σχέση,
- στρατηγικές για τη ρύθμιση του στόχου (LeGris & Cote 1997, Takahashi *et al.* 1990),
- και ο προσανατολισμός τους στις προσδοκίες των φοιτητών και των διδακτικών στόχων (Ferguson 1996, Laforet-Fliesser *et al.* 1999).

Το μεγαλύτερο μέρος της λογοτεχνίας εστιάζει στην προετοιμασία του καθοδηγητή. Εντούτοις, η επιτυχία του προγράμματος αυτού, ακόμα παραμένει εξαρτώμενη από την προετοιμασία των φοιτητών και των καθοδηγητών (Trevitt *et al.* 2001). Σε μια άλλη έρευνα (Hill *et al.* 1999) η σχολή ανέθεσε στους φοιτητές να εισάγουν μια εμπειρία καθοδήγησης, η οποία να έχει τεχνικές και δεξιότητες επικοινωνίας. Αυτή η μελέτη τόνισε την ανάγκη να προετοιμαστούν καλύτερα οι φοιτητές πριν από το ξεκίνημα της καθοδήγησης (preceptorship). Με βάση τη μελέτη των LeGris και Cote (1997) από την οποία προέκυψε ένα σημαντικό ζήτημα, οι φοιτητές έχουν σαφώς διαφορετικό ρόλο και προπαρασκευαστικές ανάγκες από τους εκπαιδευτές τους. Η κύρια εστίαση ήταν στις περιγραφές για την ανάγκη και για την προετοιμασία των καθοδηγητών. Παρόλο αυτό, πολύ ελάχιστα έχουν γραφτεί όσον αφορά την προετοιμασία των φοιτητών για την εμπειρία της καθοδήγησης τους.

Η προετοιμασία, μπορεί να εξεταστεί όχι μόνο από την ικανότητα, αλλά μπορεί να επεκταθεί και στους εργοδότες επίσης. Η προετοιμασία για τις ανάγκες των φοιτητών, πρέπει να περιλαμβάνει τη γνώση σχετικά με τη διαδικασία. Κοινά υλικά προετοιμασιών για τον καθοδηγητή είναι η ανάγκη εγχειριδίων, για να αξιολογηθούν στην πράξη. Ο Trevitt (2001) υποστήριξε ότι η επιτυχία στο πρόγραμμα αυτό εξαρτάται από την προετοιμασία.



#### 5.4. Πρότυπο της καθοδήγησης (preceptor)

Το πρότυπο της καθοδήγησης (preceptor) περιλαμβάνει έναν φοιτητή που εργάζεται κάτω από τη επίβλεψη των εγγεγραμμένων νοσηλευτών (RNs) που είναι μέρος του κλινικού προσωπικού. Αυτό το πρότυπο ήταν προβληματικό λόγω ελλείψεων νοσηλευτικού προσωπικού και του απαιτητικού φόρτου εργασίας της κλινικής. Σύμφωνα με μια μελέτη (Maginnis & Croxon 2007) στην οποία, οι φοιτητικές αξιολογήσεις οδήγησαν στη δοκιμή ενός προτύπου συστάδας (cluster) με οκτώ φοιτητές και έναν κλινικό δάσκαλο που πληρώνεται από το πανεπιστήμιο. Η κλινική εκμάθηση μπορεί να περιγράφεται ως μαθητεία, η οποία ενσωματώνει το εκπαιδευτικό και το κοινωνικό πλαίσιο (Hoffman & Donaldson 2004). Επίσης αυτό ενσωματώνει την απόκτηση της γνώσης και της γλώσσας, τις δεξιότητες περιποίησης και τις στρατηγικές επίλυσης προβλήματος, καθώς και την εμπάθυνση γνώσεων στο πολιτισμό της περιποίησης και φροντίδας.

Η ικανότητα των νέων πτυχιούχων να προσαρμοστούν στον κλινικό ρόλο τους είναι εξαρτώμενη από τη ποιότητα της κλινικής εμπειρίας που είχαν κατά τη διάρκεια του προπτυχιακού προγράμματος τους. Αυτό σημαίνει ότι ο ρόλος της αρμόδιας νοσηλεύτριας για την επίβλεψη των φοιτητών σε ένα κλινικό χώρο είναι βαρύτατος (Reid-Searl, & Dwyer 2005, Mills *et. al.* 2005). Η οικειότητα του κλινικού εκπαιδευτή στο κλινικό περιβάλλον είναι καθοριστική για να σφραγίσει την επιτυχία και την εξέλιξη των φοιτητών (Mannix *et. al.* 2006). Τα χαρακτηριστικά ενός κλινικού δασκάλου για μια επιτυχή καθοδήγηση και εκμάθηση των φοιτητών είναι η θέση διδασκαλίας, οι κλινικές ικανότητες, η αξιοπιστία και η ικανότητα να αφομοιώνεται η θεωρία στην πρακτική.

Οι φοιτητές επιθυμούν μικρότερες ομάδες για να εξασφαλίσουν μεγαλύτερες ευκαιρίες να δοκιμάσουν τις κλινικές τους δεξιότητες καθώς και για να αφομοιώσουν τις γνώσεις που μεταδίδει ο κλινικός εκπαιδευτής τους. Αυτό ενισχύεται από τη χρήση του προτύπου συστάδα όπου ο κλινικός εκπαιδευτής είναι σε συνεργασία με τους φοιτητές με αναλογία 1:8 ή λιγότεροι. Αυτό αυξάνει την αυτοπεποίθηση των φοιτητών και δίνεται η ευκαιρία να εργαστούν ως μέλος του τμήματος. Επίσης το πρότυπο συστάδων επιτρέπει στους φοιτητές να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον. Οι κλινικές τοποθετήσεις είναι ουσιαστικές κατά την κλινική πρακτική γιατί προσφέρουν πολλές ευκαιρίες και οφέλη εκμάθησης. Οι κλινικές τοποθετήσεις πρέπει να είναι εκπαιδευτικά υγιείς για να παρέχουν στους φοιτητές τη δυνατότητα της εκπαίδευσης σε ένα μεταβαλλόμενο κλινικό περιβάλλον (Maginnis & Croxon 2007).

## 6.Η αποδοχή των φοιτητών στον κλινικό χώρο

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής εργάζονται σε ποικίλους κλινικούς χώρους κατά τη διάρκεια των τριών ετών πτυχιακού προγράμματος. Η φύση και ο στόχος των τοποθετήσεων των Γενικών Νοσοκομείων είναι η προσανατολισμένη κατεύθυνση του προσωπικού προς ένα δομημένο περιβάλλον με εστίαση τη φυσική ασθένεια, δηλαδή το ιατρικό πρότυπο (Moir & Abraham 1996). Με βάση τους Moir και Abraham (1996) ανακάλυψαν ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής αντιλαμβάνονται την οξεία προσοχή που δίνεται για τη γνώση στις διαδικαστικές δεξιότητες οι οποίες είναι συχνά επαναλαμβανόμενες και ότι το περιβάλλον μπορεί ουσιαστικά να περιορίσει την επαγγελματική αυτονομία. Κατά τη διάρκεια των τοποθετήσεων τους προσπαθούν να εξοικειωθούν με τις κλινικές δεξιότητες τους. Η λογοτεχνία αναφέρει ότι βοηθάει το φοιτητή να βλέπει τον εαυτό του ως 'πραγματικό νοσηλευτή' και να εργάζεται σε πιο ρεαλιστικές συνθήκες.

Ωστόσο το να γίνει αποδεκτός ο φοιτητής μέσα στο κλινικό περιβάλλον είναι μια βραχυπρόθεσμη διαδικασία. Συνήθως οι φοιτητές αφήνονται εξαρτώμενοι από τους συμβούλους τους για υποστήριξη και καθοδήγηση. Στα πρώτα στάδια του προγράμματός τους εκφοβίζονται με τη πρώτη επαφή να ανταπεξέλθουν στη φροντίδα και στις ανάγκες των ασθενών (Melrose & Shapiro 1999, Philips *et al.* 2000). Η βασική τους φοβία είναι η εργασία σε ένα άγνωστο περιβάλλον (Spouse 1998). Η δυνατότητά τους να επιζήσουν κάτω από τέτοια πίεση είναι μέσω της υποστήριξης, και σε μερικές περιπτώσεις της προστασίας, των πεπειραμένων επαγγελματιών.

Μια περαιτέρω εκτίμηση είναι ο τρόπος με τον οποίο οι διευθυντές και το κλινικό προσωπικό βλέπουν τους φοιτητές της νοσηλευτικής. Δηλαδή:

- σαν εργαζομένους με όρεξη για μάθηση;
- σαν αρχαρίους που είναι σε θέση να κατευθυνθούν και να προγραμματίσουν τις κινήσεις τους μέσα στο κλινικό χώρο μόνοι τους;
- ή σαν μαθητευομένους που απαιτούν την υποστήριξη και την καθοδήγηση των πεπειραμένων συναδέλφων, πρόθυμων να συνεργαστούν με στόχο την εξέλιξή τους;

Καθεμία από αυτές τις απόψεις ασκεί διαφορετική επίδραση στους φοιτητές σχετικά με την εκμάθηση και παράλληλα στην ανάπτυξη της επαγγελματικής πρακτικής τους. Μια περαιτέρω προοπτική είναι η ρεαλιστική διαθεσιμότητα των χώρων που διατίθενται, για τη παροχή πρακτικής γνώσης και της σχέσης της με τη θεωρητική γνώση (Spouse 2000). Με βάση τον Cassidy (2006) οι μικρές εργαστηριακές ομάδες ενθαρρύνουν την κριτική σκέψη και τις ρεαλιστικές προσεγγίσεις.

### 6.1. Οι Νοσηλευτές ως πρότυπα

Οι φοιτητές συμβολίζουν τους νοσηλευτές ως πρότυπο συμπεριφοράς και αντιμετώπισης καταστάσεων στο κλινικό χώρο (Jackson & Mannix 2001). Ο Courtenay (1998) δίνει έμφαση στην ισχυρή επιρροή της αποτελεσματικής διαμόρφωσης του κλινικού ρόλου αλλά και στην εκμάθηση ελέγχου κρίσιμων ζητημάτων. Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και προσοχή κατά τη πρακτική άσκηση (Johnson 1996). Με βάση τα θετικά πρότυπα και τη συμμετοχή των φοιτητών στις καθημερινές κλινικές ασχολίες ανταποκρίνονται στη διδασκαλία και ενεργούν αναλόγως. Επίσης το προσωπικό θα πρέπει να διακατέχεται από εκπαιδευτικές δεξιότητες για να παρέχει στους φοιτητές καλή πρακτική εκπαίδευση (Lofmark & Wikblad 2001). Αυτό θα μπορούσε να βοηθήσει στην εφαρμογή της γνώσης και των δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την ασφαλή και αποτελεσματική περιποίηση ασθενούς. Σύμφωνα με μια μελέτη οι νοσηλευτές αναγνώρισαν τη σημασία της ενσωμάτωσης των φοιτητών στις κλινικές δραστηριότητες (Cassidy 2006). Καθώς εκτιμήθηκε ότι η οργάνωση, οι περιορισμοί και έλλειψη γνώσεων των προτύπων είχαν αρνητικό αντίκτυπο στους φοιτητές..

Σύμφωνα με κάποιες έρευνες το νοσηλευτικό προσωπικό για να είναι αποτελεσματικό πρότυπο θα πρέπει να παρέχει κάθε διαθέσιμη ευκαιρία στους φοιτητές για να συνδέσουν τη θεωρία με τη πρακτική τους (Bassett 1993, Nolan 1998). «Οι φοιτητές από την άλλη θα πρέπει να μάθουν να προσαρμοστείτε και να αντιμετωπίστε τη πραγματικότητα για να γίνεται νοσηλευτές και να δημιουργήσετε μια ομαλή πορεία προς τον τελικό στόχο σας (Gray & Smith 1999)». Ο Day *et al.* (1995) αναφέρει ότι εάν κάποιος αρχίζει φτωχή πρακτική δεν εξελίσσεται σε έναν υπεύθυνο επαγγελματία, δηλαδή «Ο κερδισμένος φοιτητής είναι αυτός που διαθέτει ικανοποιητική γνώση επάνω στο αντικείμενο».

### 6.2. Ο φοιτητής στην κλινική πρακτική του

Σύμφωνα με μια έρευνα ένας φοιτητής στην κλινική τοποθέτηση του νιώθει ανασφαλής να εκφραστεί για τα κλινικά θέματα με το υπόλοιπο προσωπικό που πλαισιώνεται από πολλές και διαφορετικές ειδικότητες (Cassidy 2006). Τα συναισθήματα της αδυναμίας και η έλλειψη εμπιστοσύνης για να κάνουν τις προτάσεις προήλθαν από τις αντιλήψεις των φοιτητών για τη θέση τους μέσα στην οργάνωση.

### Επαγγελματικός ρόλος

Με βάση μια μελέτη (Sharif & Masoumi, 2005) οι φοιτητές της νοσηλευτικής εξέφρασαν την ανησυχία τους πως πολύ συχνά η εργασία τους στο κλινικό χώρο δεν ανταποκρινόταν με βάση το νοσηλευτικό επαγγελμα. Υπήρχε σύγχυση ανάμεσα στη θεωρητική τους γνώση και στην μέχρι τότε κλινική εμπειρία τους.

### Αρχική κλινική ανησυχία

Με βάση μια μελέτη (Sharif & Masoumi, 2005) οι φοιτητές είχαν προσδιορίσει ένα αίσθημα ανησυχίας στην αρχική κλινική τοποθέτησή τους. Η ανησυχία για το δόσιμο των λανθασμένων πληροφοριών στον ασθενή ήταν ένα από τα ζητήματα που αναλύθηκε. Με βάση αυτή τη μελέτη οι φοιτητές δήλωσαν ότι στο πρώτο μήνα της κατάρτισής τους στην κλινική τοποθέτηση ήταν ανήσυχοι. Δηλαδή ο φόβος της αποτυχίας και της παραγωγής των λαθών σχετικά με τις νοσηλευτικές διαδικασίες φροντίδας του ασθενούς.

Ο Sellek (1982) που ερεύνησε τα γεγονότα τα οποία δημιουργούν ανησυχία στους φοιτητές για τις νοσηλευτικές ενέργειές τους. Πρότεινε ότι ο θάλαμος είναι η καλύτερη θέση όπου μαθαίνουν, αλλά πολύ λίγα ικανοποιούνται από τις μαθησιακές τους ανάγκες. Γεγονότα όπως η αξιολόγηση στην αρχική κλινική εμπειρία και τη συνολική υπομονετική προσοχή, καθώς επίσης και οι διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό, την ποιότητα της προσοχής και οι νοσηλευτικές διαδικασίες είναι παράγοντες που παράγουν ανησυχία.

### *6.3 Οι ασθενείς και οι συνοδοί τους*

Η προγραμματισμένη επαφή και η φροντίδα των ασθενών θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την προαγωγή της υγείας, της άνεσης και της ευημερίας του ασθενούς. Οι ρουτίνες μπορούν να λειτουργήσουν για να επιφέρουν μια αίσθηση της προβλεψιμότητας, του χρονικού ελέγχου και της οικειότητας, οι οποίες είναι σημαντικές για τη χρονική διαχείριση και μείωση της πίεσης και ανησυχίας (Chapman 1983, Martin 1998, Waterworth 2003). Φυσικά με βάση τον Courtenay (1998) διαπιστώθηκε ότι οι έλεγχοι συχνά δεν προγραμματίζονταν για να ικανοποιήσουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών αλλά ήταν προσανατολισμένες προς την διατήρηση της ρουτίνας των θαλάμων.

Πολλές φορές έχει συζητηθεί μέχρι που πρέπει να φτάνει η πληροφόρηση των ασθενών για την κατάστασή τους. Με βάση τη λογοτεχνία η παροχή των πληροφοριών στους ασθενείς για την ασθένειά τους είναι ζωτικής σημασίας (Myatt & Langley 2003). Η εκπαίδευση μειώνει την

ανησυχία, τη κατάθλιψη και αυξάνει τον αυτοσεβασμό και την αίσθηση ελέγχου (Gammon 1998, Rees *et al.* 2000). Εντούτοις, με τις ανταγωνιστικές απαιτήσεις και την έμφαση στη φυσική κατάσταση, είναι μειωμένη η προτεραιότητα που θα έπρεπε να δίνεται στην εκπαίδευση. Συνεπώς, οι φοιτητές έρχονται αντιμέτωποι με μη δομημένες προσεγγίσεις. Η ενσωμάτωση της γραπτής και λεκτικής εκπαίδευσης στα σχέδια περίθαλψης θα ικανοποιούσε τις ανάγκες των ασθενών και επακόλουθα των φοιτητών, δηλαδή η απόκτηση της εμπιστοσύνης και γνώσης των ασθενών και των φοιτητών αντίστοιχα.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Ο σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι:

- η διερεύνηση των προβλημάτων επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής στον κλινικό χώρο.

Ο επιμέρους στόχος της παρούσης πτυχιακής εργασίας είναι:

- η δημιουργία προτάσεων για βελτίωση των σχέσεων και της επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας καθώς και των φοιτητών.

## 2.ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### ΔΕΙΓΜΑ:

Οι φοιτητές που αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης ήταν 106. Πληθυσμός της μελέτης ήταν οι φοιτητές του Γ΄ Δ΄ Ε΄ ΣΤ΄ και Ζ΄ εξαμήνου στο Α.Τ.Ε.Ι Ηρακλείου. Η δειγματοληψία που πραγματοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή δειγματοληψία (accidental or convenience sampling) επιτρέπει τη χρησιμοποίηση οποιασδήποτε διαθέσιμης ομάδας μελών ή στοιχείων του πληθυσμού της έρευνας. Ο ερευνητής δεν εξασκεί έλεγχο πάνω στη διεργασία δειγματοληψίας ή τις πιθανές προκαταλήψεις. (Σαχίνη-Καρδάση, 2004,σ.120).

### ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

Πραγματοποιήθηκε συλλογή ποιοτικών δεδομένων. Για τη συλλογή των δεδομένων αυτών χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από μία ερώτηση ανοικτού τύπου στην οποία οι φοιτητές ανέφεραν πέντε από τα κύρια προβλήματα που αντιμετώπισαν κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης. Το ερωτηματολόγιο αυτό, το δανειστήκαμε από μια πρόσφατη μελέτη (Κοτζαμπασάκη 1997) που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό χώρο κατά τη δεκαετία του '90. Στην πιλοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε δε χρειάστηκε καμία τροποποίηση του ερωτηματολογίου.

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ:

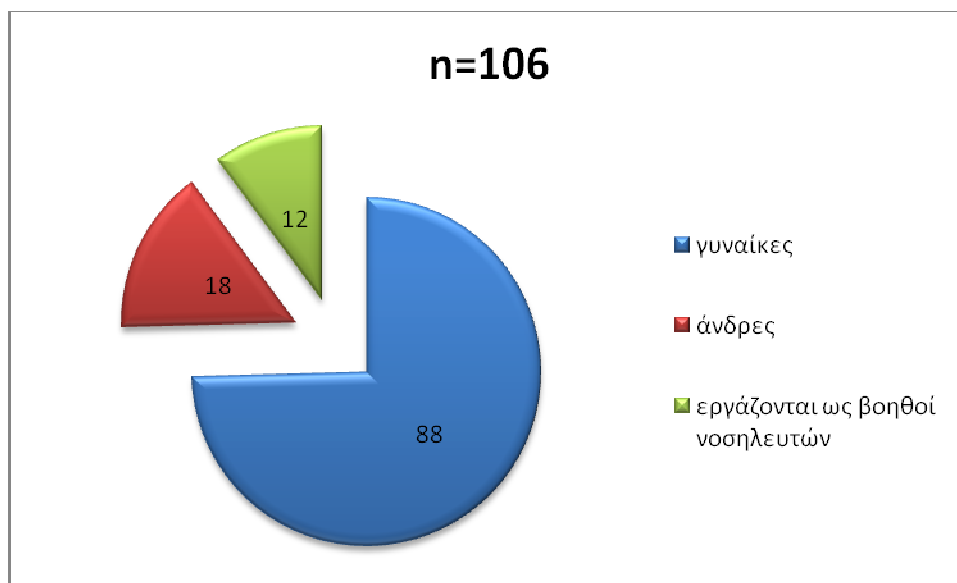
Τα δεδομένα ταξινομήθηκαν, ποσοτικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν σε ομάδες. Η ταξινόμηση των δεδομένων έγινε με βάση λέξεις κλειδιά, όπως κλινικός εκπαιδευτής, νοσηλευτικό προσωπικό που χρησιμοποίησαν οι φοιτητές στο ερωτηματολόγιο και ποσοτικοποιήθηκαν σε 8 ομάδες. Η παρουσίαση των δεδομένων έγινε με το πακέτο Microsoft Office Excel 2007.



### 3.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

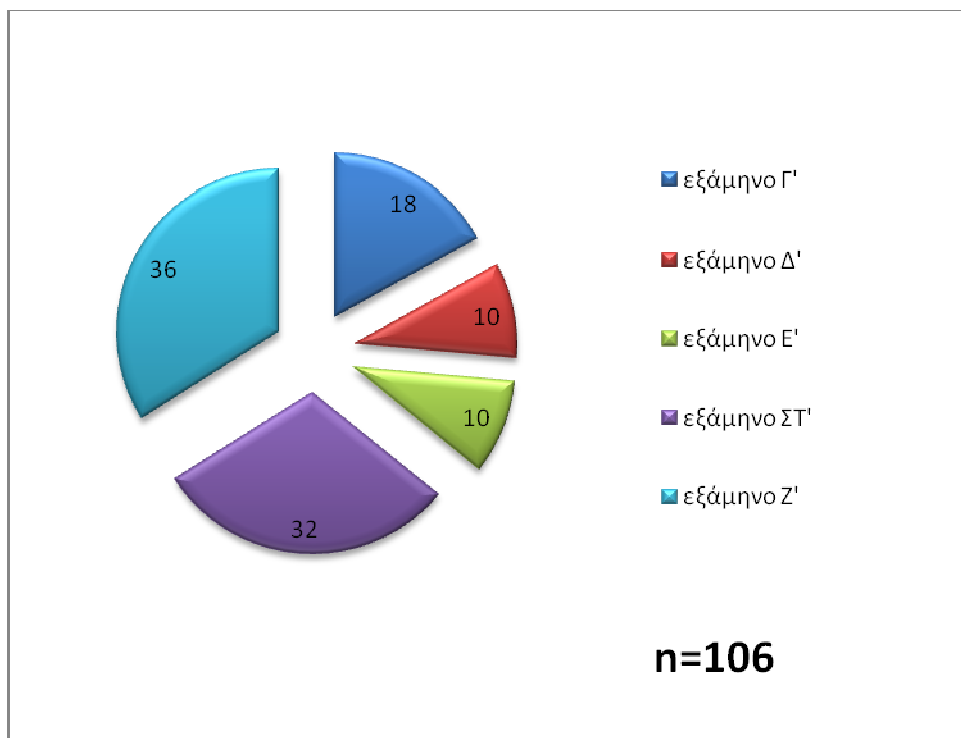
#### Δημογραφικά στοιχεία :

Πίνακας 1: Σύνολο των φοιτητών νοσηλευτικής που συμμετείχαν στην έρευνα.



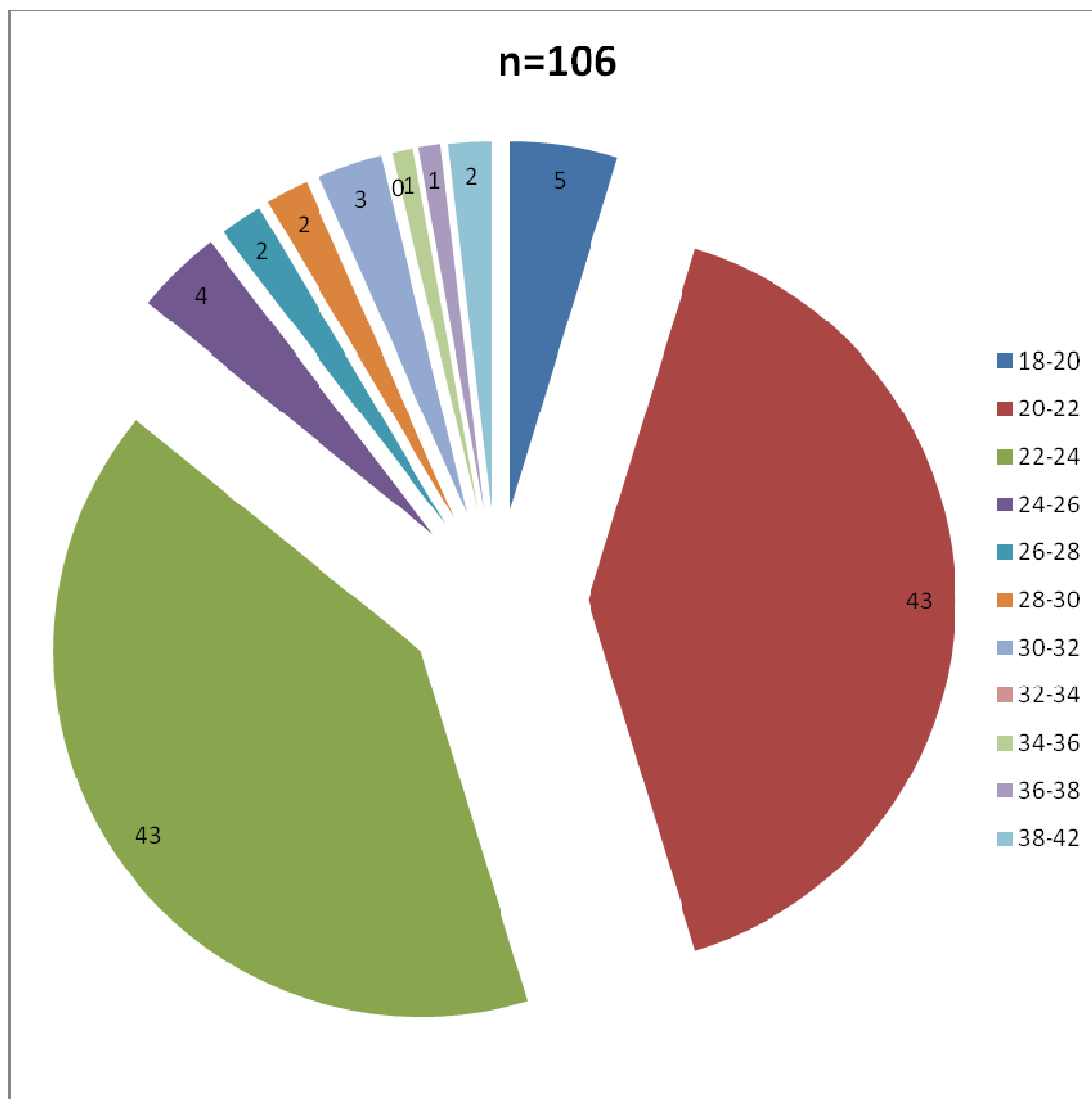
γυναίκες	88	83%
άνδρες	18	16,9%
εργάζονται ήδη ως βοηθοί νοσηλευτών	12	11,3%

Πίνακας 2: Σύνολο των φοιτητών νοσηλευτικής που συμμετείχαν στην έρευνα ανά εξάμηνο.



εξάμηνο Γ'	18	16,9%
εξάμηνο Δ'	10	9,4%
εξάμηνο Ε'	10	9,4%
εξάμηνο ΣΤ'	32	30,1%
εξάμηνο Ζ'	36	33,9%

Πίνακας 3: Σύνολο των φοιτητών που συμμετείχαν ανά ηλικία.

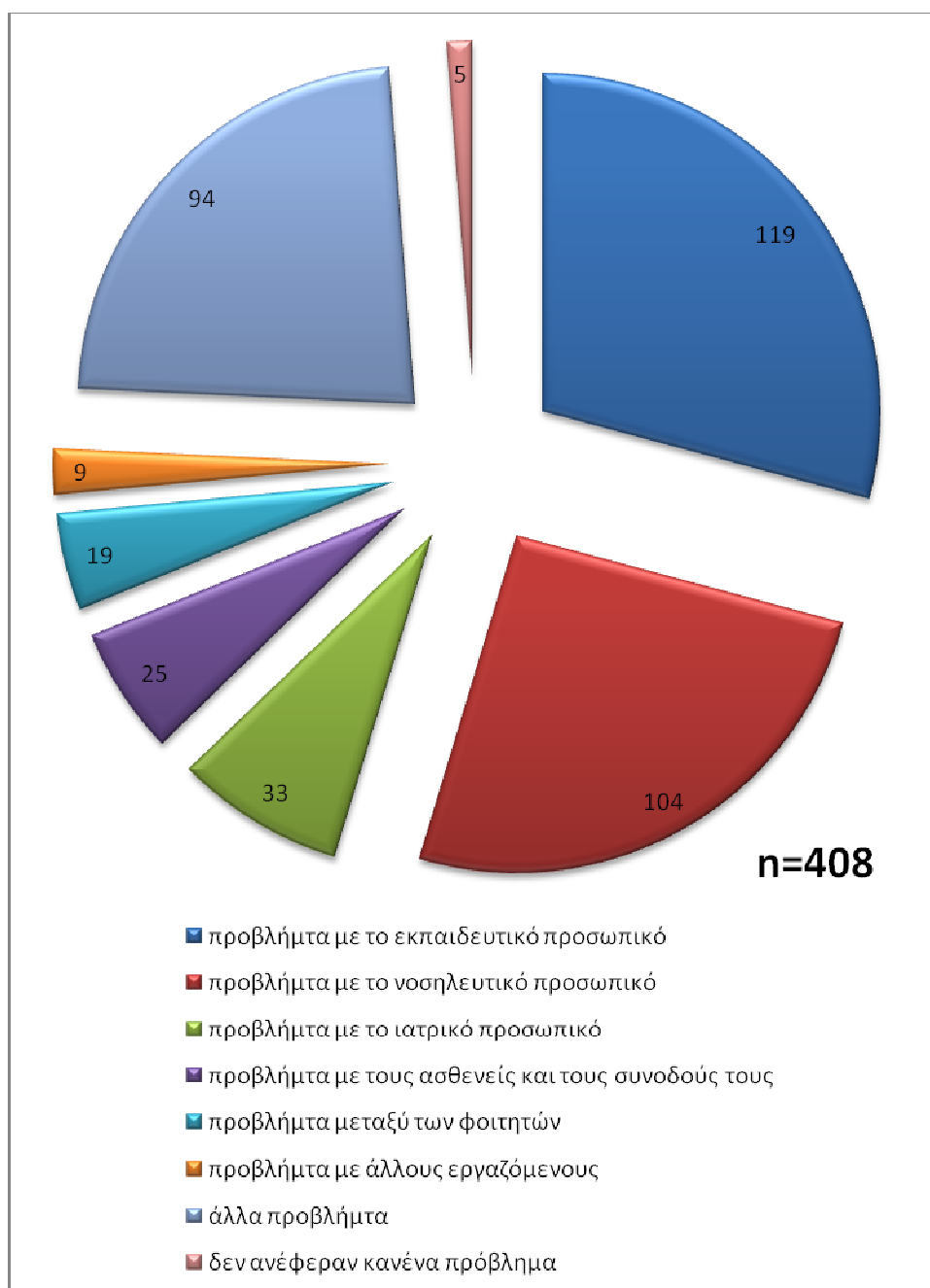


18-20	5	4,7%
20-22	43	40,5%
22-24	43	40,5%
24-26	4	3,7%
26-28	2	1,8%
28-30	2	1,8%
30-32	3	2,8%
34-36	1	0,9%
36-38	1	0,9%

38-42	2	1,8%
-------	---	------

Ο μέσος όρος της ηλικίας στο σύνολο των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 22,63.

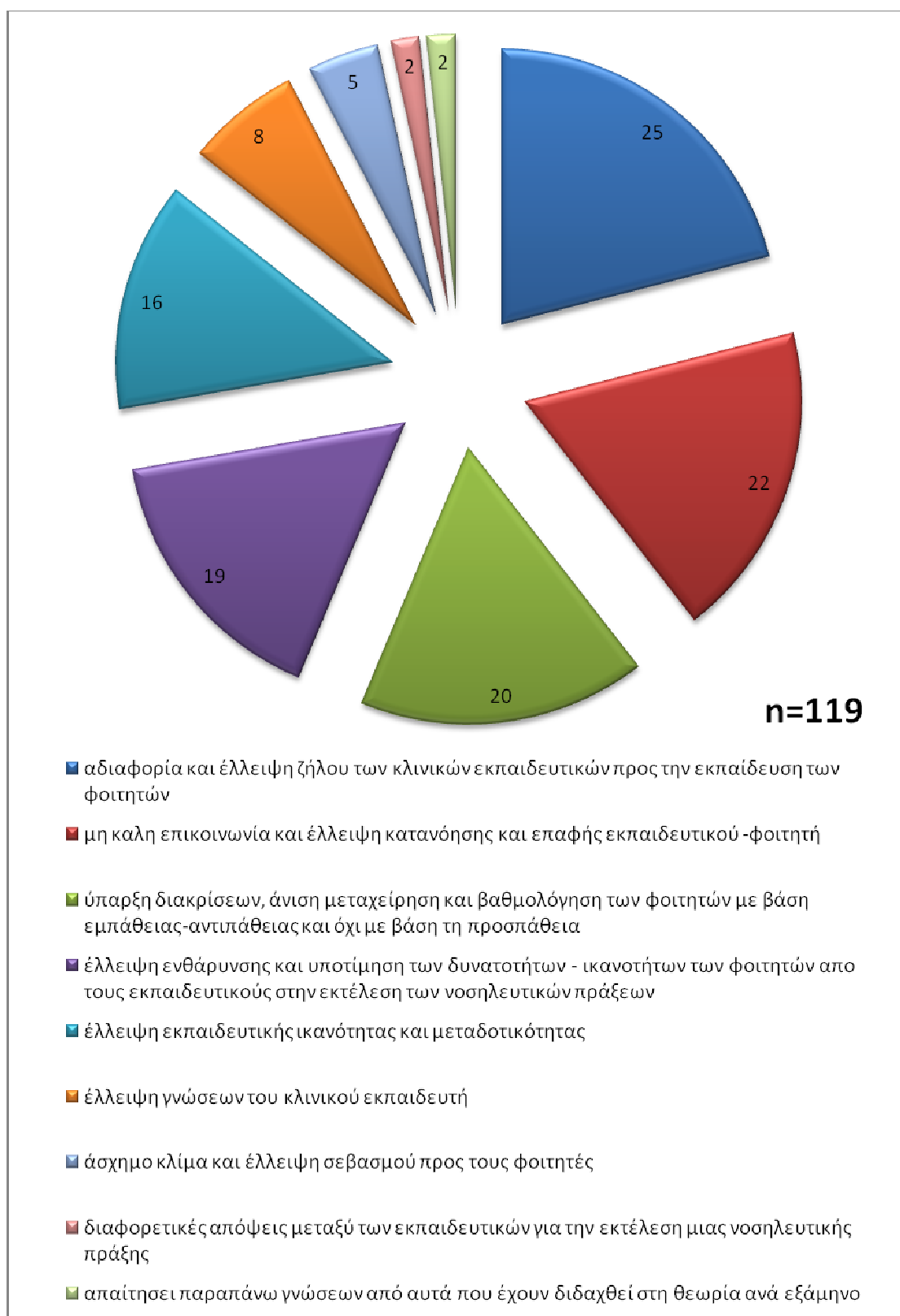
Πίνακας 4: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο ταξινομημένες σε 8 κατηγορίες.



προβλήματα με το εκπαιδευτικό προσωπικό	119
προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό	104

προβλήματα με το ιατρικό προσωπικό	33
προβλήματα με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους	25
προβλήματα μεταξύ των φοιτητών	19
προβλήματα με άλλους εργαζόμενους	9
άλλα προβλήματα	94
δεν ανέφεραν κανένα πρόβλημα	5

Πίνακας 5: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής με τους κλινικούς εκπαιδευτικούς στο κλινικό χώρο.



αδιαφορία και έλλειψη ζήλου των κλινικών εκπαιδευτικών προς την εκπαίδευση των φοιτητών	25
μη καλή επικοινωνία και έλλειψη κατανόησης και επαφής εκπαιδευτικού – φοιτητή	22
ύπαρξη διακρίσεων, άνιση μεταχείριση και βαθμολόγηση των φοιτητών με βάση εμπάθειας-αντιπάθειας και όχι με βάση τη προσπάθεια	20
έλλειψη ενθάρρυνσης και υποτίμηση των δυνατοτήτων - ικανοτήτων των φοιτητών από τους εκπαιδευτικούς στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων	19
έλλειψη εκπαιδευτικής ικανότητας και μεταδοτικότητας	16
έλλειψη γνώσεων του κλινικού εκπαιδευτή	8
άσχημο κλίμα και έλλειψη σεβασμού προς τους φοιτητές	5
διαφορετικές απόψεις μεταξύ των εκπαιδευτικών για την εκτέλεση μιας νοσηλευτικής πράξης	2
απαίτηση παραπάνω γνώσεων από αυτά που έχουν διδαχθεί στη θεωρία ανά εξάμηνο	2

Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά τους επόπτες:

«Δεν έχει το σωστό τρόπο να μας δείξει αυτά που πρέπει και δεν έχει την υπομονή να τα δείξει. Και κατά τη γνώμη μου η συμπεριφορά του γενικότερα είναι επιεικώς αντιπαιδαγωγική».

«Η ύπαρξη της αδιαφορίας από τη πλευρά του επόπτη, με αποτέλεσμα να αδιαφορούμε και εμείς από τη πλευρά μας».

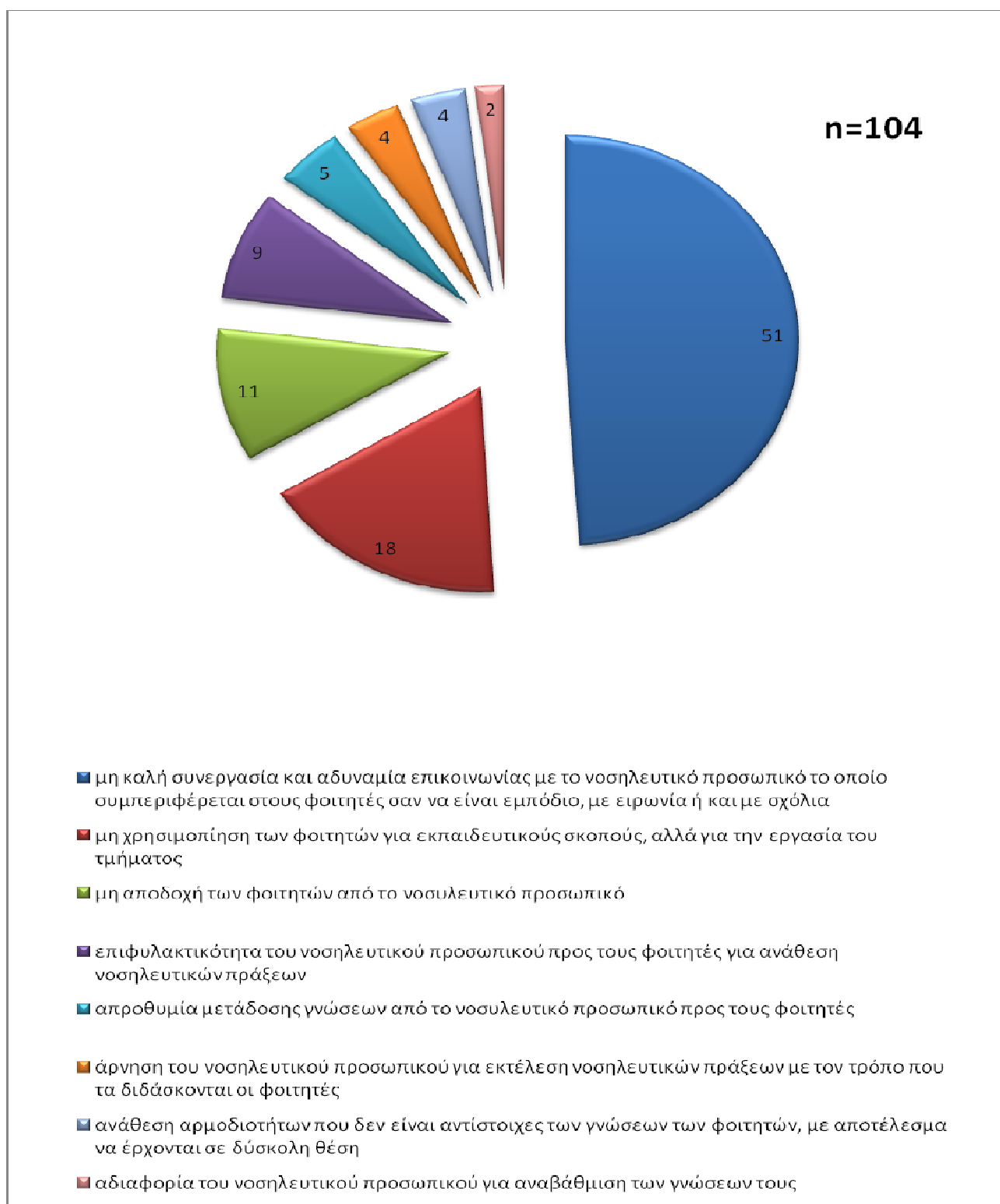


«Οι επόπτες μένουν στην ιδέα ότι δεν ξέρουμε τίποτα, με αποτέλεσμα να μας μπλοκάρουν σε ότι και να κάνουμε».

«Μια επόπτρια δεν ήταν καθόλου φιλική μαζί μας και έτσι δεν θέλαμε να συμμετέχουμε σε τίποτα».

« Η επόπτρια απαιτεί να γνωρίζουμε πολλά περισσότερα πράγματα από ότι έχουμε διδαχθεί στο Τ.Ε.Ι.».

Πίνακας 6: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής με το νοσηλευτικό προσωπικό στο κλινικό χώρο.



μη καλή συνεργασία και αδυναμία επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο συμπεριφέρεται στους φοιτητές σαν να είναι εμπόδιο, με ειρωνεία ή και με σχόλια	51
μη χρησιμοποίηση των φοιτητών για εκπαιδευτικούς σκοπούς, αλλά για την εργασία του τμήματος	18
μη αποδοχή των φοιτητών από το νοσηλευτικό προσωπικό	11
επιφυλακτικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους φοιτητές για ανάθεση νοσηλευτικών πράξεων	9
απροθυμία μετάδοσης γνώσεων από το νοσηλευτικό προσωπικό προς τους φοιτητές	5
άρνηση του νοσηλευτικού προσωπικού για εκτέλεση νοσηλευτικών πράξεων με τον τρόπο που τα διδάσκονται οι φοιτητές	4
ανάθεση αρμοδιοτήτων που δεν είναι αντίστοιχες των γνώσεων των φοιτητών, με αποτέλεσμα να έρχονται σε δύσκολη θέση	4
αδιαφορία του νοσηλευτικού προσωπικού για αναβάθμιση των γνώσεων τους	2

Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό στο κλινικό χώρο:

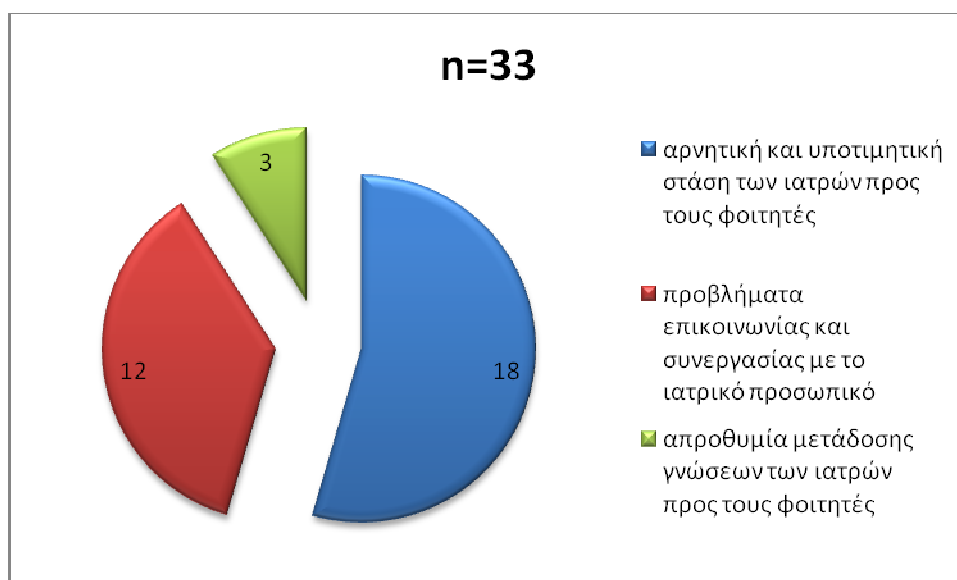
« Δεν μας αντιμετωπίζουν με τον τρόπο που θα έπρεπε, ως μελλοντικούς συνεργάτες.»

« Έχουν απρεπή συμπεριφορά απέναντί στους φοιτητές, εκμεταλλεύονται την αδύναμη θέση του φοιτητή. Οπότε ο φοιτητής κάποιες φορές χάνει το δίκαιό του προκειμένου να μη δημιουργηθεί πρόβλημα».

« Πολλοί μαζευτήκαμε εδώ μέσα» αυτά είναι τα λεγόμενα ενός νοσηλευτή.

«Μας θεωρούν βάρος».

Πίνακας 7: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής με το ιατρικό προσωπικό στο κλινικό χώρο.



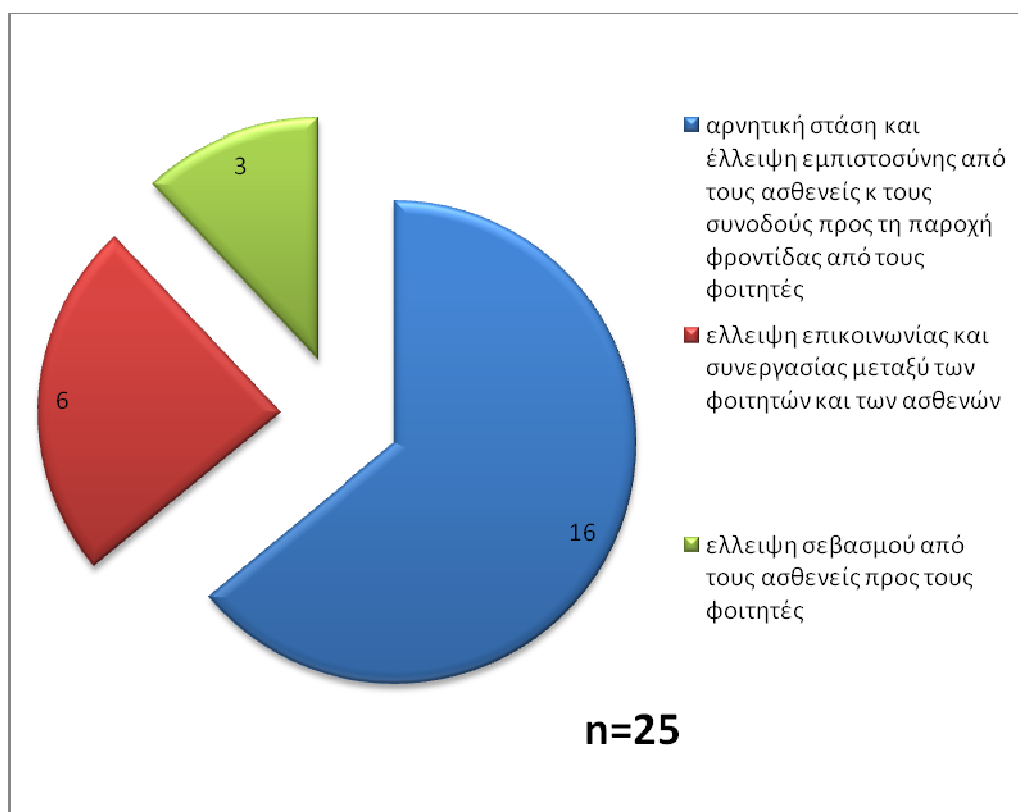
αρνητική και υποτιμητική στάση των ιατρών προς τους φοιτητές	18
προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με το ιατρικό προσωπικό	12
απροθυμία μετάδοσης γνώσεων των ιατρών προς τους φοιτητές	3

Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά το ιατρικό προσωπικό στο κλινικό χώρο:

«Δυστυχώς κάποιοι από το ιατρικό προσωπικό έχουν απρεπή συμπεριφορά απέναντι στους φοιτητές».

«Ορισμένες αλαζονικές συμπεριφορές γιατρών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας π.χ. κατά τη διάρκεια ενός εργαστηρίου ήταν σαν να μην υπήρχαμε».

Πίνακας 8: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.



αρνητική στάση και έλλειψη εμπιστοσύνης από τους ασθενείς κ τους συνοδούς προς τη παροχή φροντίδας από τους φοιτητές	16
έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των φοιτητών και των ασθενών	6
έλλειψη σεβασμού από τους ασθενείς προς τους φοιτητές	3

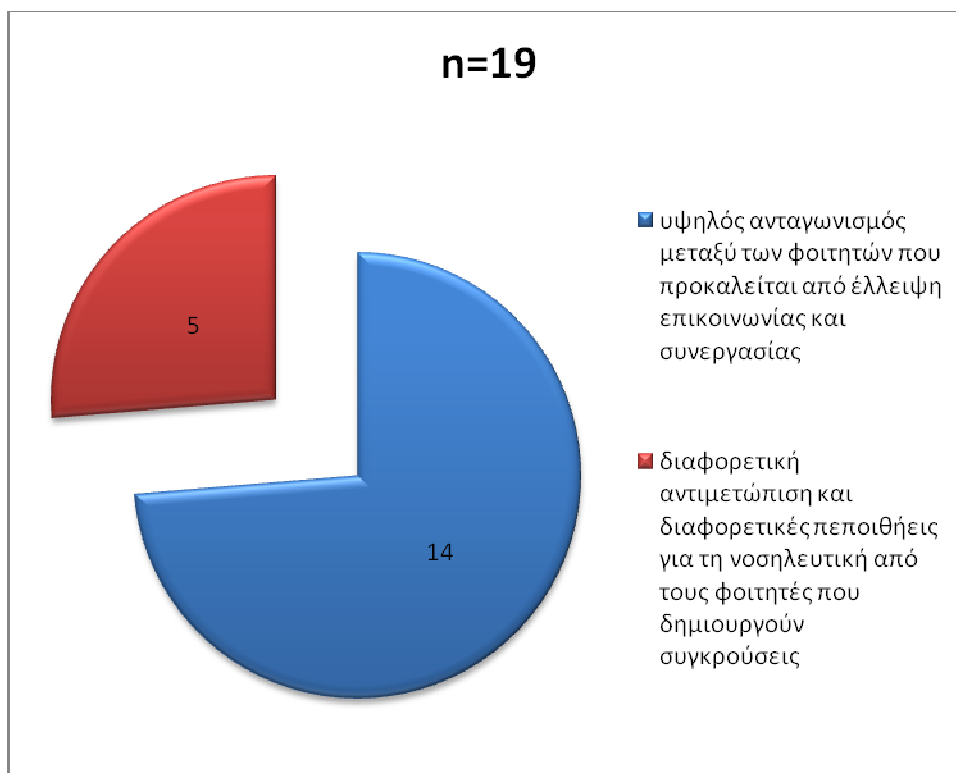
Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά τους ασθενείς και τους συνοδούς τους στο κλινικό χώρο:

«Δεν υπάρχει καλή επικοινωνία με ορισμένους ασθενείς, λόγω της ασθένειάς τους».

«Οι συγγενείς δεν μας ακούνε π.χ. όταν τους ζητάμε να περάσουν έξω για να γίνει η νοσηλεία».

«Σε κάποιες περιπτώσεις η αγένεια των ασθενών είναι έντονη, λόγω της θέσης μας στο νοσοκομείο ως φοιτητές».

Πίνακας 9: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής.



υψηλός ανταγωνισμός μεταξύ των φοιτητών που προκαλείται από έλλειψη επικοινωνίας και συνεργασίας	14
διαφορετική αντιμετώπιση και διαφορετικές πεποιθήσεις για τη νοσηλευτική από τους φοιτητές που δημιουργούν συγκρούσεις	5

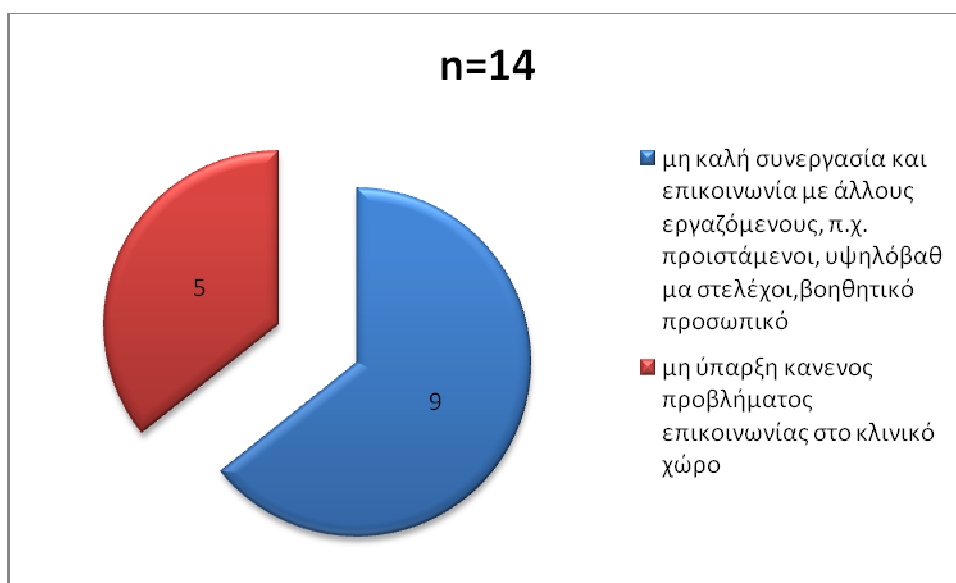
Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά τις σχέσεις μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο:

« Υπάρχει έντονη έλλειψη κοινωνικότητας μεταξύ μας».

« Ρουσφετολογική αντιμετώπιση από τους φοιτητές του συλλόγου σε συμφοιτητές μας».

« Διαφορετικό επίπεδο γνώσεων, λόγω ατομικών παραγόντων».

Πίνακας 10: Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής με τους υπόλοιπους εργαζόμενους του νοσοκομείου.



μη καλή συνεργασία και επικοινωνία με άλλους εργαζόμενους, π.χ. προϊστάμενοι, υψηλόβαθμα στελέχη, βοηθητικό προσωπικό	9
μη ύπαρξη κανενός προβλήματος επικοινωνίας στο κλινικό χώρο	5

Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά τις σχέσεις μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής με τους υπόλοιπους εργαζόμενους του νοσοκομείου:

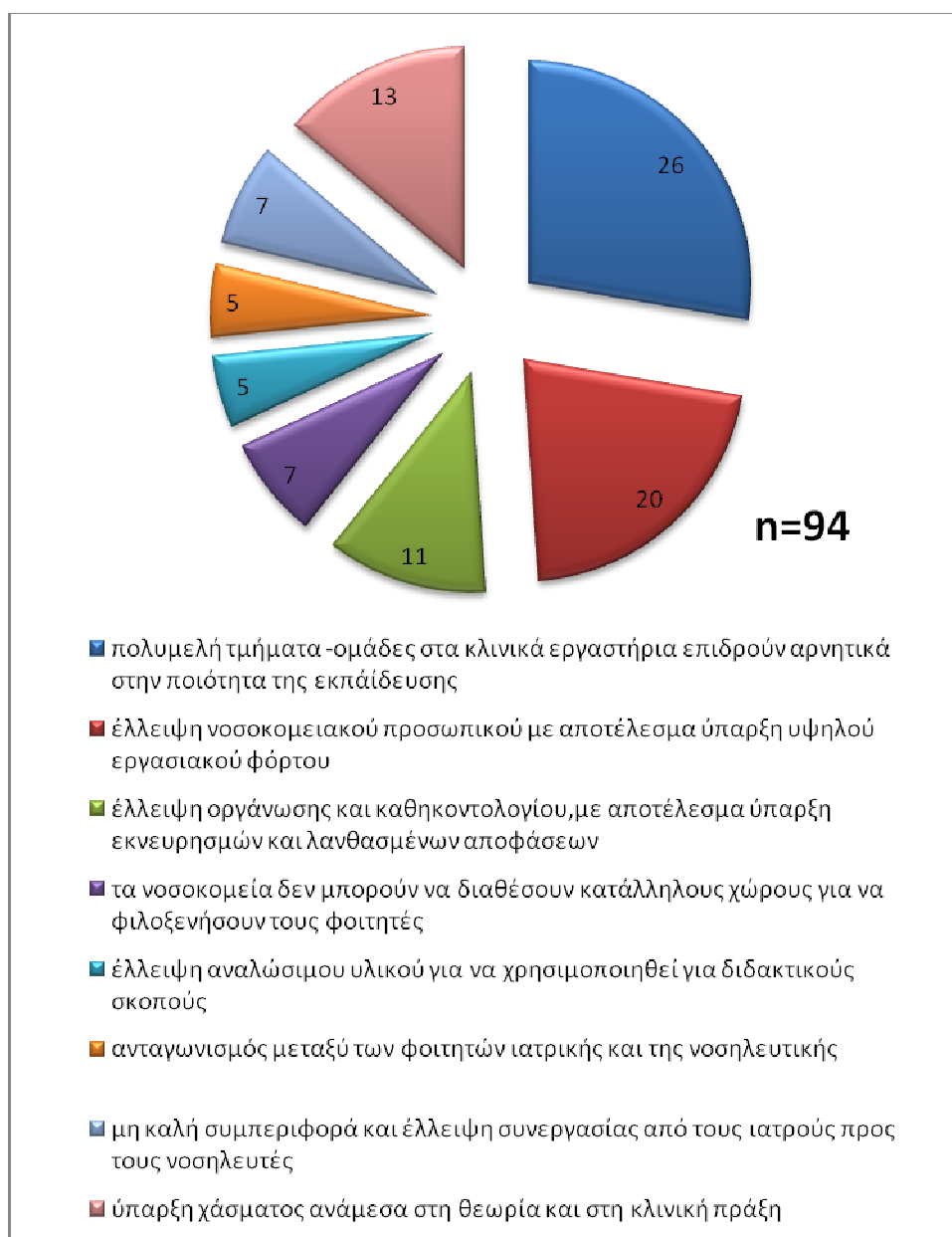
«Έλλειψη της εξυπηρέτησης της γραμματείας της κλινικής».

«Υπαρξη αδιαφορίας και επικριτικότητας προς ορισμένα άτομα απο ανώτερες θέσεις του νοσοκομείου».

«Μερικές φορές αντιμετωπίσαμε πρόβλημα επικοινωνίας όχι τόσο με συναδέλφους αλλά με άτομα υψηλότερων θέσεων όπως οι προϊστάμενοι των τμημάτων που πιστεύουν πως τους καταπατάμε το χώρο τους».



Πίνακας 11: Άλλα προβλήματα που ανέφεραν οι φοιτητές κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής τους.



πολυμελή τμήματα -ομάδες στα κλινικά εργαστήρια επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της εκπαίδευσης	26
έλλειψη νοσοκομειακού προσωπικού με αποτέλεσμα ύπαρξη υψηλού εργασιακού φόρτου	20
ύπαρξη χάσματος ανάμεσα στη θεωρία και στη κλινική πράξη	13

έλλειψη οργάνωσης και καθηκοντολογίου, με αποτέλεσμα ύπαρξη εκνευρισμών και λανθασμένων αποφάσεων	11
τα νοσοκομεία δεν μπορούν να διαθέσουν κατάλληλους χώρους για να φιλοξενήσουν τους φοιτητές	7
μη καλή συμπεριφορά και έλλειψη συνεργασίας από τους ιατρούς προς τους νοσηλευτές	7
ανταγωνισμός μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και της νοσηλευτικής	5
έλλειψη αναλώσιμου υλικού για να χρησιμοποιηθεί για διδακτικούς σκοπούς	5

Ενδεικτικά αναφέρθηκαν τα εξής σε ότι αφορά τα γενικά προβλήματα που αναφέρονε οι φοιτητές κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής τους:

« Έλλειψη καθηκοντολογίου με αποτέλεσμα να υπάρχει λανθασμένος διαμερισμός εργασίας».

« Πολυμελή τμήματα που δυσχεραίνουν την επικοινωνία μεταξύ των φοιτητών και το έργο της εκπαίδευσης».

« Υπάρχει ανταγωνισμός μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και της νοσηλευτικής παρόλου αυτά δεν έχει δημιουργηθεί ποτέ πρόβλημα».

«Άλλα μαθαίνουμε στη θεωρία και άλλα στη πράξη με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφωνίες στο κλινικό χώρο».

« Δεν επιτρέπεται να καθόμαστε στην τραπεζαρία την ώρα του διαλείμματος και κάνουμε το μισό διάλειμμα στο διάδρομο».

## 4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### Συχνότητες των δημογραφικών δεδομένων των ερωτηθέντων φοιτητών της νοσηλευτικής:

Παρατηρούμε ότι από το σύνολο των συμμετέχοντων φοιτητών της νοσηλευτικής στην έρευνα τα 88 άτομα του δείγματος είναι γυναίκες και τα 18 είναι άνδρες. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της φύσης της σχολής που κατά κανόνα είναι γυναικοκρατούμενη. Επίσης η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν από το Ζ' εξάμηνο με 36 φοιτητές και το ΣΤ' εξάμηνο με 32 φοιτητές. Τα συγκεκριμένα εξάμηνα προσφέρουν περισσότερες εμπειρίες μέσα στο κλινικό χώρο που θα μπορούσαν να αναφέρουν οι φοιτητές. Η πλειοψηφία των φοιτητών με βάση την ηλικία κυμαίνονταν στις ομαδοποιημένες κατηγορίες μεταξύ 20-22 και 22-24 με 43 φοιτητές αντίστοιχα. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι 22,63 χρονών. Τέλος οι εργαζόμενοι ως βοηθοί νοσηλευτών ήταν αρκετά λιγότεροι από το υπόλοιπο σύνολο. Αυτό βασίζεται στο γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας είναι κατά πολύ μικρός για να έχουν δουλέψει ως βοηθοί νοσηλευτών στο νοσοκομείο οι φοιτητές που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη.

### Συχνότητες αναφοράς των προβλημάτων όλων των ερωτηθέντων φοιτητών της νοσηλευτικής στο σύνολό τους:

Παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αναφέρουν πως το κύριο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής είναι η σχέση τους με τους κλινικούς εκπαιδευτές τους, με σύνολο απαντήσεων 119 από το σύνολο του δείγματος. Τα κυριότερα προβλήματα που ανέφεραν οι φοιτητές στο ερωτηματολόγιο είναι κατά σειρά πλειοψηφίας:

- η αδιαφορία και έλλειψη ζήλου των κλινικών εκπαιδευτικών προς την εκπαίδευση των φοιτητών με αριθμό απαντήσεων 25,
- η μη καλή επικοινωνία και έλλειψη κατανόησης και επαφής εκπαιδευτικού με το φοιτητή με αριθμό απαντήσεων 22,
- η ύπαρξη διακρίσεων, άνιση μεταχείριση και βαθμολόγηση των φοιτητών με βάση εμπάθειας και αντιπάθειας και όχι με βάση τη προσπάθεια με αριθμό απαντήσεων 20,

- η έλλειψη ενθάρρυνσης και υποτίμηση των δυνατοτήτων και ικανοτήτων των φοιτητών από τους εκπαιδευτικούς στην εκτέλεση των νοσηλευτικών πράξεων με αριθμό απαντήσεων 19
- και η έλλειψη εκπαιδευτικής ικανότητας και μεταδοτικότητας με αριθμό απαντήσεων 16.

Η κλινική επίβλεψη ήταν ένα από τα κύρια θέματα σε αυτή τη μελέτη. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, ο ρόλος των εκπαιδευτικών στην ενίσχυση του φοιτητή για να φθάσει στην επαγγελματική τελειότητα είναι πολύ σημαντικός. Οι φοιτητές σε αυτήν τη μελέτη περιέγραψαν την έλλειψη ποιοτικών και καλών σχέσεων με τον κλινικό εκπαιδευτή τους. Κατ'επέκταση μέσω τέτοιων εμπειριών, δεν ήταν σε θέση να αναπτύξουν τις επαγγελματικές ικανότητες έτσι ώστε να αφήνονται μόνοι μέσα στο κλινικό χώρο και να αισθάνονται υπεύθυνοι. Επίσης, η πλειοψηφία των φοιτητών είχε την αντίληψη ότι οι εκπαιδευτικοί τους έχουν έναν πιο αξιολογικό ρόλο από έναν ρόλο διδασκαλίας. Ο κλινικός εκπαιδευτικός μπορεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην αυτοπεποίθηση του φοιτητή της νοσηλευτικής, προωθεί την κοινωνικοποίηση του και ενθαρρύνει την ανεξαρτησία του που οδηγεί στην κλινική ικανότητα (Busen 1999).

Στη δεύτερη θέση των προβλημάτων των φοιτητών στο κλινικό χώρο είναι με το νοσηλευτικό προσωπικό, με σύνολο απαντήσεων 104 από το σύνολο του δείγματος. Το κυριότερο πρόβλημα που ανέφεραν οι φοιτητές στο ερωτηματολόγιο είναι η μη καλή συνεργασία και αδυναμία επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο συμπεριφέρεται στους φοιτητές σαν να είναι εμπόδιο, με ειρωνεία ή και με σχόλια, που φτάνει στις 51 απαντήσεις από το σύνολο. Στις αντίστοιχες έρευνες που έγιναν μέσα στον ελληνικό χώρο (Κοτζαμπασάκη *et al.* 1993, Κοτζαμπασάκη *et al.* 1997 ) δείχνουν ότι η κατάσταση εξακολουθεί να παραμένει η ίδια. Ακόμα και ο τρόπος που χρησιμοποιείται για να περιγραφούν τα προβλήματα παραμένει ο ίδιος, δηλαδή «η έλλειψη συνεργασίας», «ειρωνεία», «αδιαφορία».

Ακολουθούν τα προβλήματα επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό στη τρίτη θέση της κατάταξης. Με το κυριότερο πρόβλημα ως την αρνητική και υποτιμητική στάση των ιατρών προς τους φοιτητές με αριθμό απαντήσεων 18 από το σύνολο. Η ιεραρχία του επαγγέλματος και ο επαγγελματικός ρόλος στο κλινικό χώρο ήταν παράγοντες που εκφράστηκαν συχνά από τους φοιτητές. Όπως φαίνεται, δεν υπάρχει η δυνατότητα διαπραγμάτευσης και επικοινωνίας με υψηλόβαθμα στελέχη μέσο στο χώρο του νοσοκομείου.

Στην τέταρτη θέση βρίσκονται τα προβλήματα με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, με κυριότερο την αρνητική στάση και την έλλειψη εμπιστοσύνης από τους ασθενείς και τους συνοδούς προς την παροχή φροντίδας από τους φοιτητές, με αριθμό απαντήσεων το 16. Επίσης οι διαπροσωπικές σχέσεις του φοιτητή με τους ασθενείς και τους συνοδούς τους με βάση τη μελέτη

είναι δύσκολες ως ανύπαρκτες. Το πρόβλημα είναι η έλλειψη επικοινωνίας είτε εξαιτίας μη αναπτυγμένης διαπροσωπικής ικανότητας των φοιτητών είτε έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους φοιτητές.

Στην πέμπτη θέση βρίσκονται τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της κλινικής εκπαίδευσής τους. Το κυριότερο πρόβλημα είναι ο υψηλός ανταγωνισμός μεταξύ τους, που προκαλείται από την έλλειψη επικοινωνίας και της συνεργασίας με αριθμό απαντήσεων το 14. Στην έκτη θέση βρίσκονται τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής και τους υπόλοιπους εργαζόμενους (όπως τις προϊστάμενες, τα υψηλόβαθμα στελέχη, το βοηθητικό προσωπικό του νοσοκομείου) με το κυριότερο τη μη καλή συνεργασία και επικοινωνία μαζί τους με αριθμό 9 από το σύνολο των απαντήσεων των φοιτητών.

Οι φοιτητές προσδιόρισαν τους παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική κοινωνικοποίησή τους μέσα στο νοσοκομείο. Ο επαγγελματικός ρόλος καλύπτει τις δεξιότητες, τη γνώση και τη συμπεριφορά που μαθαίνονται μέσω της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης. Οι αξίες και τα κίνητρα που η κοινωνία οριοθετεί και η αφομοίωση τους στις νοσοκομειακές τοποθετήσεις είναι σημαντικά στάδια στη διαδικασία κοινωνικοποίησης. Σύμφωνα με την αυτονομία του Corwin (1961), η ανεξαρτησία, η λήψη αποφάσεων και η καινοτομία επιτυγχάνονται μόνο μέσω της επαγγελματικής οδού. Ο Lengacher (1994) μελέτησε τη σημασία της προετοιμασίας κοινωνικοποίησης, των φοιτητών της νοσηλευτικής, από το προσωπικό της σχολής για την αντιμετώπιση της πραγματικότητας στην κλινική πράξη. Ο αυτοσεβασμός του φοιτητή διαδραματίζει έναν σημαντικό ρόλο για τη διευκόλυνση της διαδικασίας κοινωνικοποίησης. Με βάση την έρευνα των Sharif και Masoumi (2005) αποκάλυψαν την άποψη που εκφράστηκε από τους φοιτητές ότι συχνά η εργασία τους δεν ανταποκρινότανε από αυτά που είχαν διδαχθεί στη θεωρία. Κάτι που φαίνεται και σε αυτή τη μελέτη, όπου οι φοιτητές αναφέρουν ότι δεν χρησιμοποιούνται για να μάθουν αλλά για να διαπεραιώνουν «αγγαρείες» αντί των νοσηλευτικών πράξεων.

Στο πίνακα 11 αναφέρονται διάφορα γενικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές της νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής εκπαίδευσής τους στο κλινικό χώρο. Με κυριότερα προβλήματα τα εξής:

- τα πολυμελή τμήματα - ομάδες στα κλινικά εργαστήρια που επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της εκπαίδευσής με αριθμό απαντήσεων το 26,
- την έλλειψη νοσοκομειακού προσωπικού με αποτέλεσμα ύπαρξη υψηλού φόρτου εργασίας με αριθμό απαντήσεων το 20,
- την ύπαρξη χάσματος ανάμεσα στη θεωρία και στη κλινική πράξη με αριθμό απαντήσεων το 13,

- και την έλλειψη οργάνωσης και καθηκοντολογίου, με αποτέλεσμα ύπαρξη εκνευρισμών και λανθασμένων αποφάσεων με αριθμό απαντήσεων το 11.

Έχει διαπιστωθεί ότι οι φοιτητές αισθάνθηκαν ότι είχαν μια ανεπάρκεια στις κλινικές δεξιότητες. Η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης είναι ένα σημαντικό συστατικό της κλινικής πρακτικής (Grundy 1993). Η ανάπτυξη της εμπιστοσύνης πρέπει να διευκολυνθεί με τη διαδικασία της εκπαίδευσης και κατά συνέπεια οι φοιτητές να γίνονται ικανοί και βέβαιοι. Οι διαφορές μεταξύ της πραγματικής και της αναμενόμενης συμπεριφοράς στην κλινική τοποθέτηση δημιουργούν τις συγκρούσεις στην εξέλιξη των φοιτητών. Οι φοιτητές της νοσηλευτικής λαμβάνουν οδηγίες που είναι διαφορετικές σε σχέση με αυτά που έχουν διδαχθεί στην τάξη. Οι φοιτητές αισθάνονται ανήσυχοι και αβέβαιοι και αυτή η ανησυχία έχει επίδραση στην απόδοσή τους. Η ύπαρξη του χάσματος στη θεωρία με τη πρακτική είναι ένα ζήτημα που ταλαιπωρεί για πολλά έτη όπως έχει αποδειχθεί για να καθυστερήσει την αποτελεσματική εκπαίδευση των φοιτητών. Όλοι οι φοιτητές σε αυτήν την μελέτη σαφώς κατέδειξαν ότι υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής. Αυτή η εύρεση υποστηρίζεται από άλλες μελέτες όπως Hewison και Wildman (1996) και Bjork (1995). Η απόκλιση μεταξύ της θεωρίας και της πρακτικής ήταν θέμα από καιρό προς συζήτηση των δασκάλων, των επαγγελματιών και των αρχάριων νοσηλευτών. Όπως φαίνεται το πρόβλημα αυτό έχει ριζοβολήσει βαθιά στην ιστορία της εκπαίδευσης των νοσηλευτών. Το χάσμα έχει αναγνωριστεί για πάνω από 50 έτη. Αυτό ήταν το ζήτημα που προκάλεσε την εξέλιξη της εκπαίδευσης των νοσηλευτών στο τομέα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ο Moll (1991) υποστηρίζει ότι δίχως τη θεωρία είναι δύσκολο να αναλυθεί η πρακτική και χωρίς τη πρακτική, η θεωρία δεν έχει καμία έννοια. Οι αρχάριοι φοιτητές φθάνουν στην κλινική τοποθέτησή τους εξοπλισμένοι με τη σχετική θεωρητική γνώση (παραδείγματος χάριν, ψυχολογία ή παθολογία) αλλά δεν έχουν δει αυτό που θα αντιμετωπίσουν στην πρακτική. Χρειάζονται τη βοήθεια από τους πεπειραμένους επαγγελματίες υγείας για να αφομοιώσουν αυτήν την γνώση στην πρακτική τους. Σε ένα διαφορετικό επίπεδο, οι πεπειραμένοι επαγγελματίες που μαθαίνουν να γίνονται σύμβουλοι, να έχουν έναν πλούτο της γνώσης αλλά συχνά στερούνται τις θεωρητικές γνώση και την ορολογία. Η δυνατότητα στην χρήση της γνώσης στο πρακτικό επίπεδο εξαρτάται από τους διαθέσιμους πόρους και τα κοινωνικά πλαίσια στους οποίους οι φοιτητές εργάζονται και μαθαίνουν. Αυτά πρέπει να σχεδιαστούν προσεκτικά και να προγραμματιστούν έτσι ώστε να είναι λειτουργικά για τις τρέχουσες ανάγκες των φοιτητών και τη δυνατότητα ανάπτυξής τους. Με αποτέλεσμα ο κλινικός εκπαιδευτής και ο φοιτητής να μπορούν να προγραμματίσουν τις νέες ευκαιρίες ώστε να αποκτηθεί η επαγγελματική γνώση. Κατά συνέπεια μαθαίνουν πώς να χρησιμοποιήσουν τη θεωρία στην πρακτική τους.

## 5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- i. Συμπεράσματα και διαφοροποιήσεις για την εκτίμηση των προβλημάτων επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών της νοσηλευτικής στο κλινικό χώρο γενικά:

Η εύρεση αυτής της μελέτης και της λογοτεχνικής ανασκόπησης υποστηρίζουν την ανάγκη να ξανα ελεγχθούν οι κλινικές δεξιότητες στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής. Είναι σαφές ότι όλα τα θέματα που αναφέρονται από τους φοιτητές διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση τους γενικά. Υπήρξαν μερικές ομοιότητες μεταξύ των αποτελεσμάτων αυτής της μελέτης με άλλες αναφερόμενες μελέτες και επιβεβαίωσαν ότι μερικοί από τους παράγοντες είναι καθολικοί στην εκπαίδευση. Οι νοσηλευτικοί φοιτητές εξέφρασαν τις απόψεις τους για την κλινική εμπειρία τους, το χάσμα μεταξύ της θεωρία και της πρακτικής, τον επαγγελματικό ρόλο και την κλινική επίβλεψη και τις διαπροσωπικές σχέσεις που διαδραματίζονται στον κλινικό χώρο. Ανέφεραν επίσης την ανησυχία τους στη θεωρία με τη πρακτική και την έλλειψη ενθάρρυνσης στη διαπεραίωση των νοσηλευτικών πράξεων ώστε να θεωρηθούν ότι είναι αρκετά ικανοί να φροντίσουν τους ασθενείς. Παρόλου αυτά υπήρχε ένα μικρό ποσοστό που ήταν ευχαριστημένοι με την καλή κλινική επίβλεψη τους.

- ii. Προτεινόμενη περαιτέρω έρευνα:

Σε μια εκτενέστερη μελέτη του ίδιου θέματος είναι ενδιαφέρον να μελετηθεί η επίδραση στην εκτίμηση των αποτελεσματικών μεθόδων επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών στο κλινικό χώρο. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης θα βοηθούσε όχι μόνο τους εκπαιδευτικούς για να σχεδιάσουν τις στρατηγικές για την αποτελεσματικότερη κλινική διδασκαλία. Αλλά και οι σχολές πρέπει να ανησυχήσουν για την επίλυση των προβλημάτων των φοιτητών στην εκπαίδευση και την κλινική πρακτική. Επιπλέον των παραγόντων όπως: η προετοιμασία και η ενθάρρυνση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του κλινικού εκπαιδευτή και όλου του νοσοκομειακού προσωπικού, καθοδήγηση και υποστήριξη των φοιτητών ώστε να αντιληφθούν τη θέση τους στο χώρο. Επίσης σε μια τέτοια μελέτη είναι ενδιαφέρον να συμπεριληφθούν περισσότερα χαρακτηριστικά των κλινικών εκπαιδευτών και του υπόλοιπου νοσηλευτικού και νοσοκομειακού προσωπικού.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Παράρτημα: ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων στη διερεύνηση προβλημάτων επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των φοιτητών στο κλινικό χώρο:

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλώ αναφέρετε 5 προβλήματα επικοινωνίας/διαπροσωπικών σχέσεων που αντιμετωπίσατε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας στον κλινικό χώρο:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

#### Δημογραφικά στοιχεία :

Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα

Εξάμηνο: \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Εργάζεστε ως βοηθός νοσηλεύτη

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### *Ελληνική Βιβλιογραφία*

Γουίλκινσον, Γ. (2000) Βρετανική Ιατρική Εταιρεία: Οικογενειακός Ιατρικός Οδηγός Στρες, *Ελληνικά Γράμματα:7-30.*

Θεοδωρής Β. (2005) Βελτιώστε τις Διαπροσωπικές Σχέσεις στο Χώρο Εργασίας. *Επτάήμερη, αρ. φύλλου 24.*

Καψάλης Α.(2003) Παιδαγωγική Ψυχολογία. *Εκδόσεις: Αφων Κυριακίδη Θεσσαλονίκη, σελ.412-417.*

Κοτζαμπασάκη, Σ. (1993) Διερεύνηση του « Περιβάλλοντος Μάθησης των Σπουδαστών Νοσηλευτικής ΤΕΙ στον Κλινικό Τομέα». *Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διδακτορική Διατριβή.*

Κοτζαμπασάκη, Σ., Στρουμπούκη, Θ., Σταυροπούλου, Α. (1997) Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των σπουδαστών της νοσηλευτικής στον κλινικό χώρο. *Νοσηλευτική ,2:109-118.*

Κοτζαμπασάκη, Σ. (2006) Μοντέλα Κλινικής Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης: Εξέλιξη και επιδράσεις στη μάθηση των φοιτητών της Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική, 45(3): 315-325.*

Κωσταντινίδης Θ. (1997) Κοινωνιολογία του σχολείου και της σχολικής τάξης. *Εκδόσεις: Αφων Κυριακίδη Θεσσαλονίκη, σελ.160..*

Λανάρα, Β. (1978) Τα εκατό χρόνια της σχολής αδελφών νοσοκόμων του Ευαγγελισμού, 1875-1975. *Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο: 51-57.*

Λεξικό Κοινωνικών Επιστημών (1972) *Εκδόσεις: Ελληνική Παιδεία, σελ. 954.*

Λιακόπουλου Μ. (2007) Η Διασυνδεδετική Παιδοψυχιατρική και οι Διαπροσωπικές Σχέσεις στο γενικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο. *Ψυχιατρική, 18(2), 150-155.*

Μαλλιώρης Μ. (2007) Εργασιακό Άγχος. Οι Έλληνες κατέχουν την πρωτιά στην Ε.Ε..*Πελοπόννησος, Εις Υγείαν, σελ.32/4 & 33/5.*

Μετοχιάνακη, Η. (2000) Εισαγωγή στην Παιδαγωγική Α΄.

Μπίλης Λ.(1999) Επικοινωνία – Δημόσιες Σχέσεις. *Εκδόσεις: Interbooks, Αθήνα, σελ.27-29 κ. 48-50.*

Πιπερόπουλος Γ.(1999) Επικοινωνώ άρα Υπάρχω. *Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, σελ.47.*

Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2004) Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. *Αθήνα: εκδόσεις :Βήτα.*

Σμυρναίος Α.(2003) Εισήγηση στο Σεμινάριο του 17<sup>ου</sup> Πειραματικού Ολοήμερου Σχολείου Λάρισας.

Σταθοπούλου, Χ. (2007) Μάθηση Βασισμένη στη Διερεύνηση του Προβλήματος: Εφαρμογή στη Νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική, 46(1): 48-54.*

## Αγγλική Βιβλιογραφία

Adams, J. (2000) Stress: Φίλος για μια ολόκληρη ζωή. *Εκδόσεις Φυτράκη*:16-29.

Beck, D. Srivastava, R. (1991) Perceived level and source of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education* 30(3):127-132.

Bar-On (1997) Emotional Quotient Inventory Technical Manual. *Toronto:Multi-Health Systems*.

Bizek, K. S., & Oermann, M. H. (1990). Study of educational experiences, support and job satisfaction among critical care preceptors. *Heart & Lung*, 19(5), 439–444.

Bjork T., (1995), Neglected conflicts in the discipline of nursing: Perceptions of the importance and value of practical skill. *Journal of Advanced Nursing*.22(1):6-12.

Busen N., (1999) Mentoring in advanced practice nursing. *Journal of Advanced Nursing Practice* 2:2.

Cayne, J., (1995). Portfolios: a developmental influence? *Journal of Advanced Nursing* 21, 395–405.

Cassidy I. (2006) Student nurses' experiences of caring for infectious patients in source isolation. A hermeneutic phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1247-1256.

Chapman G. (1983) Ritual and rational action in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 8,3-20.

Courtenay M (1998) The teaching, learning and use of infection control knowledge in nursing. *NT Research* 3, 118–130.

Corwin RG., (1961) The professional employee: A study of conflict in nursing roles. *The American Journal of Sociology*, 66:604-615.

Day R, Field P, Campbell I & Reutter L (1995) Students' evolving beliefs about nursing: from entry to graduation in a four year baccalaureate programme. *Nurse Education Today* 15, 357–364.

Dibert, C., & Goldenburg, D. (1995). Preceptors' perceptions of benefits, rewards, supports, and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1144–1151.

- Endacott, R., Gray, M., Jasper, K., McMullan, M., Scholes, J., Webb, C., (2004). Using portfolios in the assessment of learning and competence: the impact of four models. *Nurse Education in Practice* 4 (4), 250–257.
- Edmond, C. (2001). A new paradigm for practice education. *Nurse Education Today*, 21(4), 251–259.
- ENB, (1996). Regulations and Guidelines for the Approval of Institutions and Courses. English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.
- Fehm, P. D. (1990). The road map to a meaningful nurse preceptorship program. *Nursing and Health Care: The Supplement*, (41-23654), 45–47.
- Ferguson, L. M. (1996). Preceptors' needs for faculty support. *Journal of Nursing Staff Development*, 12(2), 73–80.
- Fiske J. (1992) Εισαγωγή στην Επικοινωνία. Εκδόσεις: Επικοινωνία κ. Κουλτούρα, Αθήνα, σελ.42.
- Gammon J (1998) Analysis of the stressful effects of hospitalization and source isolation on coping and psychological constructs. *International Journal of Nursing Practice* 4, 84–96.
- Gallagher, P., (2001). An evaluation of a standards based portfolio. *Nurse Education Today* 21, 409–416.
- Gerrish, K., McManus, M., Ashworth, P., (1997). Levels of achievement: a review of the assessment of practice. *English National Board for Nursing, Midwifery & Health Visiting, London*.
- Goleman D. (2000) Η Συναισθηματική Νοημοσύνη στο Χώρο της Εργασίας. Μετάφραση: Μεγαλούδη Φ. Ελληνικά Γράμματα.
- Gray M & Smith L (1999) The professional socialization of diploma of higher education in nursing students (Project 2000): a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 29, 639–647.
- Grundy SE., (1993) The confidence scale. *Nurse Educator* 18(1):6-9.
- Harris, S., Dolan, G., Fairbairn, G., (2001). Reflecting on the use of student portfolios. *Nurse Education Today* 21, 278–286.

- Hart, G. Rotem, A. (1994) The best and the worst: Students' experience of clinical education. *The Australian journal of Advanced Nursing* 11(3):26-33.
- Hewison A., Wildman S.,(1996), The theory- practice gap in nursing: A new dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4):754-761.
- Hill, N., Wolf, K. N., Bossetti, B., & Saddam, A. (1999). Preceptor appraisals of rewards and student preparedness in the clinical setting. *Journal of Allied Health*, 28, 86–90.
- Hoffman KG, Donaldson JF. (2004) Contextual tensions of the clinical environment and their influence on teaching and learning. *Medical Education* 38: 448–454.
- Johnson M (1996) Student nurses: novices or practitioners of brilliant care? *Nursing Times* 92, 34–37.
- Kramer (1974) *Reality shock*.
- Kirby, S. (2003) Commentary on Maria Lorentzon: socializing nurse probationers in the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> centuries- relevance of historical reflection for modern policy makers. *Nurse Educ Today* 23:332-334.
- Knowles H (1993) The experience of infectious patients in isolation. *Nursing Times* 89, 53–56.
- Knowles, M. (1980) *The Modern Practice of Adult Education: From Pedagogy to Andragogy*. Chicago, Follet.
- Kalish, P, & Kalish, B. (1995) *The advance of American nursing* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Laforet-Fliesser, Y., Ward-Griffin, C., & Beynon, C. (1999). Selfefficacy of preceptors in the community: A partnership between service and education. *Nurse Education Today*, 19, 41–52.
- LeGris, J., & Cote, F. H. (1997). Collaborative partners in nursing education: A preceptorship model for BScN students. *Nursing Connections*, 10(1), 55 – 69.
- Lofmark A. & Wikblad K. (2001) Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing* 34, 43–50.
- Mac Kenzie D (1997) MRSA; The psychological effects. *Nursing Standard* 12, 49-53.

- Maginnis C & Croxon L (2007) Short Report: Clinical teaching model for nursing practice *Aust. J. Rural Health* 15, 218–219.
- Mannix J, Faga P, Beale B, Jackson D. (2006) Towards sustainable models for clinical education in nursing: an on-going conversation. *Nurse Education in Practice* 6: 3– 11.
- Martin GW (1998) Ritual action and its effect on the role of the nurse as advocate. *Journal of Advanced Nursing* 27, 189–194.
- Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe L, Steinberg R & Mazzulli T (2003) The immediate psychological and occupational impact of the SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal* 168, 1245–1251.
- McMahon R. (1993) Therapeutic Nursing: theory issues and practice. In: McMahon, R., Pearson, A (eds) *Nursing as Therapy*, London, *Chapman & Hall* 1-25.
- McMullan M. (2006) Students' perceptions on the use of portfolios in pre-registration nursing education: A questionnaire survey, *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006) 333–343.
- Mills JE, Francis KL, Bonner A. (2005) Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy* 410.
- Mitchell, M., (1994). The views of students and teachers on the use of portfolios as a learning and assessment tool in midwifery education. *Nurse Education Today* 14, 38–43.
- Morgan R. (2006) Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing* 15, 155-161.
- Murrell, K., Harris, L., Tomsett, G., (1998). Using a portfolio to assess clinical practice. *Professional Nurse* 13, 220–223.
- Pitkala, K.H., Mantyranta, T., (2004). Feelings related to first patient experiences in medical school: a qualitative study on students' personal portfolios. *Patient Education and Counseling* 54 (2), 171–177.

- Priest, H., Roberts, P., (1998). Assessing students' clinical performance. *Nursing Standard* 12, 37–41.
- Rees J, Davies H & Birchall C (2000) Psychological effects of source isolation (2): patient satisfaction. *Nursing Standard* 14, 32–36.
- Reid-Searl K, & Dwyer T. (2005) Clinical placements for undergraduate nursing students: an educators' guide. *Australian Nursing Journal* 12: 1–3.
- Rosier R.(1994-1996) The Competency Model Handbook. *Lexington: Linkage, vols 1-3*.
- Sellek T.,(1982) Satisfying and anxiety creating incidents for nursing students. *Nursing Times*,78(35):137-140.
- Schaffer, SM., Indorato KL., Deneselya DH. (1972) Teaching in schools of nursing. St. Louis, MO., CV Mosby.
- Sharif, F., Masoumi, S. (2005) A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing* 4:6.
- Shelander, S. (2001). Creating our nursing legacy. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 16(2), 63 – 66.
- Spouse, J. (2000) Bridging theory and practice in the supervisory relationship: a sociocultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 512-522.
- Stephen, RL. (1992) Imagery: A treatment for nursing student anxiety. *Journal of Nursing Education*, 31(7):314-319.
- Takahashi, J. J., Benotti, D. W., Shea, K. G., & Young, R. A. (1990). Project Alpha: Designing courses that recruit and retain OR nurses. *AORN Journal*, 5(12), 497–509.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. (1997) Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, τόμος 1, *Αθήνα: ιατρικές εκδόσεις: Πασχαλίδης*.
- Tiwari, A., Tang, C., (2003). From process to outcome: the effect of portfolio assessment on student learning. *Nurse Education Today* 23, 2692–2777.



- Trevitt, C., Grealish, L., & Reaby, L. (2001). Educational innovations: Students in transit using a self-directed preceptorship package to smooth the journey. *Journal of Nursing Education*, 40(5), 225–228.
- UKCC, (1986). Project 2000: A New Preparation for Practice. United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, London.
- Ward D (2000) Infection control: reducing the psychological effects of isolation. *British Journal of Nursing* 9, 162–170.
- Waterworth S (2003) Time management strategies in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 43, 432–440.
- Webb, C., Endacott, R., Gray, M., McMullan, M., Miller, C., Scholes, J., (2002). Models of portfolios. *Medical Education* 36 (10), 897–898.
- Wenzel, L.S., Briggs, K.L., Puryear, B.L., (1998). Portfolio: authentic assessment in the age of the curriculum revolution. *Journal of Nursing Education* 37, 208–212.
- Westra, R. J., & Graziano, M. J. (1992). Preceptors: A comparison of their perceived needs before and after the preceptor experience. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 23(5), 212–215.
- Yonge O. (2004). Preceptorship and the Preparatory Process for Undergraduate Nursing Students and Their Preceptors. *Journal for Nurses in Staff Development Volume 20, Number 6*, 294–297.
- Admiraal WF, Korthagen FA, Wubbels T. Br J Educ Psychol. (2000) Effects of student teachers' coping behaviour. Mar;70 ( Pt 1):33-52.
- Atwood DA., J Periodontol. (1979) Bone loss of edentulous alveolar ridges. Apr;50(4 Spec No):11-21.
- Brown LH, Wantroba I, Simonson G. Crit (1989) Reestablishing patency in an occluded central venous access device. *Care Nurse*. May;9(5):114-21.
- Benner P. (1985) Quality of life: a phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science. *ANS Adv Nurs Sci*. Oct;8(1):1-14.
- Beck DL, Srivastava R. , (1991) Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. *J Nurs Educ*. Mar;30(3):127-33.

- Burnard P, Morrison P. (1994) Self-disclosure and nursing students: the replication of a Jourard study. *Int J Nurs Stud.* Apr;31(2):194-200.
- Bain L. (1996) Preceptorship: a review of the literature. *J Adv Nurs.* Jul;24(1):104-7. Review.
- Byrd CY, Hood L, Youtsey N. (1997) Student and preceptor perceptions of factors in a successful learning partnership. *J Prof Nurs.* Nov-Dec;13(6):344-51.
- Bumgarner SD, Biggerstaff GH. (2000) A patient-centered approach to nurse orientation. *J Nurses Staff Dev.* Nov-Dec;16(6):249-54; quiz 255-6.
- Beattie H. (1998) Clinical teaching models: a review of the role of preceptor in the undergraduate nursing program. *Aust J Adv Nurs.* Jun-Aug;15(4):14-9. Review.
- Bassett CC. (1993) Role of the nurse teacher as researcher. *Br J Nurs.* Oct 14-27;2(18):911-2, 917-8.
- Clayton GM. (1989) Curriculum revolution: defining the components. *J Prof Nurs.* Jan-Feb;5(1):6, 55.
- Corlett J. (2000) The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Educ Today* Aug;20(6):499-505.
- Dishion TJ, Kavanagh K. (2000) A multilevel approach to family-centered prevention in schools: process and outcome. *Addict Behav.* Nov-Dec;25(6):899-911.
- Gignac-Caille AM, Oermann MH. (2001) Student and faculty perceptions of effective clinical instructors in ADN pr *J Nurs Educ.* Nov;40(8):347-53.
- Haythornthwaite JA, Benrud-Larson LM. (2000) Psychological aspects of neuropathic pain. *Clin J Pain.* Jun;16(2 Suppl):S101-5.
- Hedegaard M, Henriksen TB, Secher NJ, Hatch MC, Sabroe S. (1996) Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery? *Epidemiology.* Jul;7(4):339-45.
- Howe G. (1993) Making multimedia training aids accessible to users. A new United Kingdom initiative. *Ann N Y Acad Sci.* Dec 21;700:177-80.
- Hutchins JJ. (1993) A history of international collaboration. *NAHAM Manage J. Summer*;18(1):5, 10.
- Jackson D, Mannix J, Daly J. (2001) Retaining a viable workforce: a critical challenge for nursing. *Contemp Nurse.* Dec;11(2-3):163-72.
- Letizia M, Jennrich J. (1998) A review of preceptorship in undergraduate nursing education: implications for staff development. *J Contin Educ Nurs.* Sep-Oct;29(5):211-6.
- Lengacher CA. (1994) Effects of professional development seminars on role conception, role deprivation, and self-esteem of generic baccalaureate students. *Nursingconnections.* Spring;7(1):21-34.

- Myrick F, Awrey J. (1988) The effect of preceptorship on the clinical competency of baccalaureate student nurses: a pilot study. *Can J Nurs Res.* Fall;20(3):29-43.
- Myrick F. (1988) Preceptorship--is it the answer to the problems in clinical teaching? *J Nurs Educ.* Mar;27(3):136-8.
- Myrick F, Yonge OJ. (2001) Creating a climate for critical thinking in the preceptorship experience. *Nurse Educ Today.* Aug;21(6):461-7.
- Mussallem HK. (1960) Spotlight on nursing education. *Can Nurse.* Oct;56:900-6.
- McKenzie A. (1991) Nurses in research in primary health care. *Nurs RSA.* Feb;6(2):26-7.
- Morton-Cooper A, Wilkes J. (1993) Teaching and learning in practice. 3. The teaching-learning relationship. (i) What is teaching? *Nurs Times.* Oct 13-19;89(41).
- Morton-Cooper A, Wilkes J. (1993) The teaching-learning relationship (ii). What's in a title? *Nurs Times.* Oct 20-26;89(42):i-viii.
- Myrick F, Yonge O. (2002) Preceptor behaviors integral to the promotion of student critical thinking. *J Nurses Staff Dev.* May-Jun;18(3):127-33; quiz 134-5.
- Moir J, Abraham C. (1996) Why I want to be a psychiatric nurse: constructing an identity through contrasts with general nursing. *J Adv Nurs.* Feb;23(2):295-8.
- Melrose S, Shapiro B. (1999) Students' perceptions of their psychiatric mental health clinical nursing experience: a personal construct theory exploration. *J Adv Nurs.* Dec;30(6):1451-8.
- Myatt R, Langley S. (2003) Changes in infection control practice to reduce MRSA infection. *Br J Nurs.* Jun 12-25;12(11):675-81
- Moll U. (1991) Socio-pedagogical care of Turkish children in the pediatric hospital. *Kinderkrankenschwester.* Jul;10(7):273-5. German.
- Nolan P. (1998-1999) Ideology and mental health care - two historical perspectives. *Int Hist Nurs J.* Winter;4(2):15-21.
- Nolan CA. (1998) Learning on clinical placement: the experience of six Australian student nurses. *Nurse Educ Today.* Nov;18(8):622-9.
- Ohrling K, Hallberg IR. (2000) Nurses' lived experience of being a preceptor. *J Prof Nurs.* Jul-Aug;16(4):228-39.
- Poletti RA, Dobbs B. (1998) The future of nursing care in Europe. *Rev Enferm.* Jun;21(238):26-7. Spanish.
- Paterson C. (1997) Complementary practitioners as part of the primary health care team: consulting patterns, patient characteristics and patient outcomes. *Fam Pract.* Oct;14(5):347-54.
- Paterson BL. (1997) The negotiated order of clinical teaching. *J Nurs Educ.* May;36(5):197-205.

Philips Z, Barraza-Llorens M, Posnett J. (2000) Evaluation of the relative cost-effectiveness of treatments for infertility in the UK. *Hum Reprod.* Jan;15(1):95-106.

Philips JB 3rd, Rosenbloom AL, Schiebler GL. (1982) Subspecialty training in pediatrics: an academic model. *J Med Educ.* Sep;57(9):720-1.

Roberts PJ. (2000) Continuous medical education. *Ann Chir Gynaecol.*;89(2):

Spouse J. (1998) Scaffolding student learning in clinical practice. *Nurse Educ Today.* May;18(4):259-66.

Spouse J. (1998) Learning to nurse through legitimate peripheral participation. *Nurse Educ Today.* Jul;18(5):345-51; discussion 352.

Titchen A, Binnie A. (1995) The art of clinical supervision. *J Clin Nurs.* Sep;4(5):327-34.

Wood D, Bruner JS, Ross G. (1976) The role of tutoring in problem solving. *J Child Psychol Psychiatry.* Apr;17(2):89-100.

While AE, Barriball KL. (1993) School nursing: history, present practice and possibilities reviewed. *J Adv Nurs.* Aug;18(8):1202-11.

### *Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο*

[www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)

[www.medline.com](http://www.medline.com)

[www.who.com](http://www.who.com)

[www.blackwellnursing.com](http://www.blackwellnursing.com)