



ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ
ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΚΡΗΤΗ»**



Υπό:

Αλεξάκη Αικατερίνη

Σταυροπούλου Ηλιάννα

Επιβλέπων Καθηγητής: Ροβίθης Μιχαήλ,

Επίκουρος καθηγητής τμήμα Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Εγκρίθηκε σύμφωνα με την με α.π. 1682 απόφαση του Προέδρου του τμήματος από :

Ονοματεπώνυμο εισηγητή: Ροβίθης Μιχαήλ

Αλεξάκη Αικατερίνη, φοιτήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Κρήτης (Ονοματεπώνυμο – ιδιότητα - υπογραφή)

Σταυροπούλου Ηλιάνα, φοιτήτρια ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Κρήτης (Ονοματεπώνυμο – ιδιότητα - υπογραφή)

*Ελέγχθηκε με το πρόγραμμα λογοκλοπής Turnitin και το ποσοστό ίδιου κειμένου δεν υπερβαίνει το 7%.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Ροβίθη Μιχαήλ για την καθοδήγησή του και το εξαιρετικό κλίμα συνεργασίας, που υπήρξε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας. Την ευγνωμοσύνη μας εκφράζουμε και στο νοσηλευτικό προσωπικό του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου, για την συμβολή του στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπως επίσης και στα μέλη της επιστημονικής επιτροπής του Βενιζελείου για την έγκριση διεξαγωγής της πτυχιακής μας εργασίας. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την Anita Joel Smith για την παραχώρηση της άδειας να χρησιμοποιήσουμε το ερωτηματολόγιό της σχετικά με τη διαίθηση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ.....	10
1.1. Ορισμοί διαίσθησης.....	10
1.2. Βασικές δαιισθητικές θεωρίες.....	13
1.3. Τύποι διαίσθησης.....	18
1.4. Χαρακτηριστικά δαιισθητικού νοσηλευτή.....	19
1.5. Παράγοντες που επηρεάζουν και αναπτύσσουν δαιισθηση.....	20
1.6. Ρόλος δαιισθησης στη νοσηλευτική πρακτική.....	22
1.7. Δαιισθηση στην καθημερινή ζωή.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2-ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ.....	31
2.1. Ορισμοί κλινικής απόφασης.....	31
2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη κλινικής απόφασης.....	33
2.3. Θεωρίες λήψης απόφασης.....	37
2.4. Μοντέλα λήψης κλινικής απόφασης.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3-ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ.....	46
3.1. Φυσιολογία της δαιισθητικής λήψης απόφασης.....	46
3.2. Υποτίμηση της δαιισθησης στη λήψη κλινικής απόφασης.....	48
3.3. Σύνδεση εμπειρίας με τη δαιισθηση και την λήψη απόφασης.....	51
3.4. Συνδυασμός δαιισθησης και τεκμηριωμένης πρακτικής.....	54
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	57
4.1. Σκοπός.....	57
4.2. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	57
4.3. Μεθοδολογία.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	61
5.1. Αποτελέσματα.....	61
5.2. Συζήτηση.....	71
5.3. Περιορισμοί Μελέτης.....	74
5.4. Συμπεράσματα.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	77
6.1. Βιβλιογραφία.....	77
6.2. Παραρτήματα.....	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Ο νοσηλευτής αναπτύσσει ή καλλιεργεί διαίσθηση μέσα από την εμπειρία, την μνήμη, τη συμπύνοια κ.α. Δεν αρκεί μόνο η κατανόηση των αντικειμενικών δεδομένων για την παροχή βέλτιστης φροντίδας στον ασθενή, αλλά κυρίως η χρήση της διαίσθησης είναι αυτή που κάνει τον νοσηλευτή να λαμβάνει τις πιο σωστές αποφάσεις για τον κάθε ασθενή εξατομικευμένα. Αν και πολύ συχνά η διαίσθηση σαν δεξιότητα υποτιμάται στον κλινικό χώρο, ωστόσο αναμφισβήτητα δεν θα παρεχόταν η ιδανική φροντίδα, αν αυτή δεν υπήρχε.

Σκοπός: Ο προσδιορισμός των επιπέδων διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η επίδρασή της στη λήψη κλινικής απόφασης.

Μέθοδοι: Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Smith Intuition Instrument, το οποίο αποτελείται από 18 ερωτήσεις κλειστού τύπου, πέντε ερωτήσεις σχετικά με τη λήψη κλινικής απόφασης που απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα Likert type, βασισμένες στην κλίμακα της Rew (2000) "Use of Intuition in Clinical Decision Making" (7 items), αλλά και μία ενότητα για την συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 185 νοσηλευτές από 24 Κλινικές-Τμήματα.

Αποτελέσματα: Ο βαθμός διαίσθησης του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν σε μεσαία επίπεδα (43-66/ $p < 0,05$). Θετική ήταν η συσχέτιση μεταξύ εμπειρίας και διαίσθησης ($r = 0,256/p < 0,05$), αλλά και μεταξύ των κλιμάκων διαίσθησης και λήψης κλινικής απόφασης ($p < 0,001$). Δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των επιπέδων διαίσθησης και της μορφής του Τμήματος (ανοιχτά-κλειστά).

Συμπεράσματα: Η διαίσθηση αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο στη νοσηλευτική επιστήμη. Χρησιμοποιείται έντονα από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης και συνδέεται στενά με τα έτη προϋπηρεσίας. Ωστόσο, δεν αποτελεί μεμονωμένα ισχυρή πηγή γνώσης, γι' αυτό και θα πρέπει να συνδυάζεται με την τεκμηριωμένη πρακτική, ώστε να υπάρχουν ευχαριστημένοι ασθενείς από τη μια και ικανοποιημένοι νοσηλευτές από την άλλη.

Λέξεις-κλειδιά: διαίσθηση, λήψη κλινικής απόφασης, κλινική πρακτική, νοσηλευτική διαδικασία.

ABSTRACT

Background: The nurse develops or cultivates intuition through experience, memory, sympathy etc. The understanding of objective data is not sufficient by itself for the provision of optimum care to patient, as mainly the use of intuition is that, which motivates the nurse taking better individualized decisions for each patient. Although, intuition as a skill, is underestimated very often on clinical setting, however if it did not exist, undeniably the ideal care couldn't be provided.

Aim: To specify the levels of intuition in the nursing staff as well as its influence on the clinical decision-making.

Methods: For the purposes of the present study the Smith Intuition Instrument was used which is composed of 18 closed-type questions, five questions about decision-making, which are answered in 5-point Likert Type Scale, based on Rew's Scale (2000) "Use of Intuition in Clinical Decision Making" (7 items), as well as, a questions concerning the demographic data of the participants. The sample of the study was comprised of 185 nurses from 24 Clinics-Departments.

Results: The levels of intuition of the nursing staff was at mean levels (43-66/ $p < 0,05$). The correlation between experience and intuition was positive, as well as between intuition and clinical decision-making scale ($p < 0,001$). There were no significant correlations between levels of intuition and the type of Department (open-close).

Conclusions: Intuition constitutes a reliable tool in the nursing science. It is used intensely from the nursing staff at the decision-making process and it is closely connected with years of experience. However, it does not constitute separately strong source of knowledge and for that reason it should be combined with evidence-based practice, so to exist pleased patients from the one side and satisfied nurses from the other.

Keywords: intuition, decision-making, clinical practice, nursing process.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διαίσθηση χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική πρακτική και είναι μια δεξιότητα, που συνεχώς αναπτύσσεται, καθώς βασίζεται στην προηγούμενη εμπειρία και γνώση των νοσηλευτών, ενώ παράλληλα αποτελεί ουσιαστική παράμετρο στη διαδικασία λήψης απόφασης. Δεν υποβιβάζεται, ωστόσο, η σημαντικότητα της λογικής κρίσης, ενώ προτείνεται ο αρμονικός συνδυασμός τους.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η σχέση μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή στη διαισθητική λήψη αποφάσεων. Δεν θα έπρεπε να παραληφθεί το γεγονός, πως οι νοσηλευτές συνδέονται σε ενεργειακό/σωματικό/κοινωνικό επίπεδο με τον ασθενή τους, εκτός από τις περιπτώσεις που το άγχος καθίσταται ανασταλτικός παράγοντας. Ωστόσο, οι αποφάσεις, που λαμβάνονται με γνώμονα τη διαίσθηση, είναι δύσκολο να αξιολογηθούν, αφού σχετίζονται με παράγοντες όπως η συμπεριφορά, η πολυπλοκότητα των δεδομένων, η εμπειρία, η λήψη ρίσκων κ.α. (Johansson, Palmqvist & Rönnberg, 2017), γεγονός που οδηγεί στη συνεχή υποτίμησή της στον κλινικό χώρο (Turan et al., 2016). Σε επείγουσες καταστάσεις, όπου η απόφαση πρέπει να ληφθεί άμεσα, όπως στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, όπου γίνεται διαλογή, η διαίσθηση κρίνεται αναγκαία δεξιότητα, καθώς η ζωή του ασθενή βρίσκεται σε κίνδυνο (Aktas & Alemdar, 2017).

Σε μελέτες, που έχουν γίνει σχετικά με τη συσχέτιση εμπειρίας και διαίσθησης, αποκαλύφθηκε, πως συνδέονται άμεσα, αφού οι αρχάριοι νοσηλευτές με μικρή εμπειρία δεν χρησιμοποιούν τόσο τη διαίσθηση, όσο οι παλαιότεροι, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη θεωρία της Benner. Η εμπειρία αυτή αποκομίζεται από τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό και την ανάπτυξη παρεμβάσεων για τη διαχείρισή της (Pretz & Folse, 2011, Benner & Tanner, 1987). Σε άλλες μελέτες υποστηρίζεται, ακόμη, ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού προσωπικού (40,1%) έπραττε με γνώμονα τόσο τη διαίσθηση, όσο και τη λογική κρίση, κάτι που αναμφισβήτητα οδηγεί στη βέλτιστη λήψη αποφάσεων για τον ασθενή (Chen et al., 2016, Miller & Hill, 2018). Το 2015, οι Rovithis et al., ανέφεραν στη μελέτη τους, ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν τη διαίσθησή τους, όμως δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της διαίσθησης και της επαγγελματικής εμπειρίας (Rovithis et al., 2015).

Η μελέτη αυτή ήταν σημαντικό, λοιπόν, να πραγματοποιηθεί, διότι πρέπει να αποσαφηνιστεί η επίδρασή της διαίσθησης στη λήψη της τελικής κλινικής απόφασης και στη βέλτιστη έκβαση της πορεία του ασθενούς, ενώ είναι απαραίτητο να δοθούν

απαντήσεις στο ερώτημα εάν οι νοσηλευτές ενεργούν διαισθητικά ή αναλυτικά. Παράλληλα, με την εκπόνηση της έρευνας αυτής θα επικαιροποιηθούν τα δεδομένα προηγούμενης μελέτης στο ίδιο γεωγραφικό πλαίσιο, καθιστώντας εφικτή τη διαπίστωση αλλαγών σχετικά με τα επίπεδα διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ

Ήδη από τον 15^ο αιώνα η διαίσθηση απασχολούσε τη σκέψη πολλών ερευνητών. Η έννοια της διαίσθησης είναι μια σύνθετη ενότητα, που μπορεί να γίνει πλήρως αντιληπτή μόνο μέσα από την εμπειρία. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται μέσα από τη βιβλιογραφία, κατά κύριο λόγο, όμως, από την θεμελιώτρια της διαίσθησης, Patricia Benner, η οποία χαρακτηρίζει τη διαίσθηση ήδη από το 1987 ως «κατανόηση χωρίς λογική» διευκρινίζοντας ότι «αυτή η κατανόηση δεν είναι μυστική ή τυχαία ανθρώπινη ιδιότητα, αλλά αντιθέτως η διαισθητική λήψη απόφασης είναι αυτό που ξεχωρίζει τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους ειδικούς με τις αποφάσεις ή τους υπολογισμούς που γίνονται από έναν αρχάριο ή μια μηχανή» (Benner & Tanner, 1987, p. 23). Από την άλλη, οι Schraeder & Fisher (1986, p. 3937) έδωσαν τον δικό τους ορισμό για τη διαίσθηση εξηγώντας, πως «η διαισθητική αντίληψη είναι η ικανότητα να βιώνει κάποιος μια κατάσταση στο σύνολό της για την επίλυση ενός προβλήματος ή για τη λήψη μιας απόφασης με περιορισμένες αλλά συγκεκριμένες πληροφορίες». Την ίδια χρονική περίοδο αποσαφηνίστηκε ακόμα περισσότερο η διαισθητική έννοια ως:

- «η γνώση ενός γεγονότος ή μιας αλήθειας σαν ολότητα».
- «η γνώση που είναι ανεξάρτητη από τη γραμμική διαδικασία αιτιολόγησης» (Rew, 1986, p. 15).

Πολύ συχνά, η διαίσθηση παρομοιάζεται και με «έκτη αίσθηση, ένστικτο, κοινή λογική και θάρρος», (Burnard, 1989, King & Appleton, 1997, p. 2). Οι Rovithis et al., το 2015 (p. 1) έδωσαν διάφορους ορισμούς σχετικά με τη διαίσθηση προκειμένου να γίνει απόλυτα κατανοητή. Ανέφεραν σχετικά, ότι «η διαίσθηση είναι το είδος της γνώσης, που για να έχει πρόσβαση κάποιος σε αυτό δεν υπάρχει κάποια συνειδητή επίγνωση της συλλογιστικής σκέψης», «αποτελεί μια λογική διαδικασία που βασίζεται στη σιωπηλή γνώση», καθώς επίσης και «το αποτέλεσμα της ενσωμάτωσης των τρόπων γνώσης σε μια απροσδόκητη συνειδητοποίηση που στη συνέχεια θα δημιουργήσει λογικές διαδικασίες, οι οποίες θα κατευθύνουν τη νοσηλευτική φροντίδα». Ο βασικότερος ορισμός, που αναφέρθηκε στη μελέτη τους, ανέλυσε την έννοια της διαίσθησης ως «μια μη γραμμική διαδικασία γνώσης, η οποία προκύπτει από τρεις βασικές παραμέτρους, τη συναισθηματική και σωματική

αντίληψη, που προέρχονται από θετικά/αρνητικά συναισθήματα ή από τα πέντε αισθητήρια όργανα αντίστοιχα και τη δημιουργία σχέσης με τον ασθενή σε φυσικό ή πνευματικό επίπεδο» (Rovithis et al., 2015, p. 1).

Το δικό του στίγμα στην κατανόηση της διαίσθησης άφησε ο Hogarth (2001, p. 2878) λέγοντας πως είναι «η απάντηση, η οποία προκύπτει από ελάχιστη προσπάθεια, χωρίς συνειδητή επίγνωση και απαιτεί λίγη ή καθόλου συνειδητή σκέψη». Αντίστοιχα, το 2017 οι Mayer & Magee (p. 472) σε μια μελέτη σχετικά με τον καταλυτικό ρόλο της διαίσθησης στη ζωή του γνωστού συγγραφέα Paulo Coelho, προσδιόρισαν τη διαίσθηση ως «μια μορφή γνώσης που υλοποιείται σαν συνειδητοποίηση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των σωματικών αισθήσεων» και ως «ένα κλειδί για βαθύτερη κατανόηση». Στην ίδια μελέτη, οι Bechara, Damasio & Tranel (1997, p. 475), προσέγγισαν τη διαίσθηση από τη σκοπιά της βιολογίας, υπογραμμίζοντας ότι, αποτελεί «μια συναισθηματική αντίδραση που βασίζεται στις αναμενόμενες συνέπειες μιας διαδικασίας λήψης απόφασης που έχει αξιολογηθεί».

Αρκετοί φιλόσοφοι και ψυχολόγοι αντιλαμβάνονται τη διαίσθηση σαν «μια πνευματική διαδικασία στην οποία κάποιος σχηματίζει άμεσα πεποίθηση ή κρίση χωρίς συνειδητοποίηση μιας διαδικασίας συμπερασμάτων κατά την εργασία» (Rorthy, 1967, Audi, 2001,2004, Haidt, 2001, Kahneman, 2011, Pust, 2012, p. 3-4). Κάποια παραδείγματα διαισθητικής λήψης απόφασης σύμφωνα με τον Kahneman (2011), αποτελούν οι προσωπικές προτιμήσεις και τα γούστα.

Διαβάζοντας κάποιος τα παραπάνω θα αναρωτηθεί: “από πού προέρχεται, όμως, η ετυμολογία της λέξης διαίσθηση”. Η προέλευσή της είναι λατινική από τη λέξη *intuitio* και «περιλαμβάνει τα συναισθήματα που έχει κάποιος όταν κάτι είναι αληθές, ακόμα κι αν δεν έχει καθόλου αποδείξεις για αυτό» (Collins Dictionary, 2014, p. 3937). Το αγγλικό λεξικό της Οξφόρδης (2016, p. 3937), απέδωσε τη διαίσθηση ως «τη στιγμιαία σύλληψη ενός αντικειμένου χωρίς την παρέμβαση οποιουδήποτε συλλογισμού», ενώ η Smith (2007, p. 35) σαν 1) «την ικανότητα να ξέρει κάποιος ή να αποφασίζει για κάτι χωρίς μια λογική εξήγηση» και 2) «το στοιχείο της κριτικής σκέψης στο οποίο η μη λογική διαδικασία της γνώσης εκφράζεται μέσω φυσικών, συναισθηματικών και πνευματικών συνδέσεων». Ο Barrow (1987, p. 50), επισήμανε τη διαίσθηση ως «απαραίτητο στοιχείο για τη λήψη αποφάσεων σε περίπλοκες καταστάσεις» και ανάλογα ο Pearson (2013, p. 213), ως «η ικανότητα να γνωρίζει κάποιος κάτι, χωρίς να ξέρει το πώς», ενώ οι Hamers, Abu-Saad &

Halfens (1994, p. 3937) ως «*μια ασυνείδητη διαδικασία, η οποία διαφέρει από τη συνειδητή διαδικασία σκέψης*».

Το 2000, η Rew (p. 45) θέλησε να εξηγήσει ακόμα περισσότερο την έννοια της διαίσθησης αναφέροντας, πως «*η διαίσθηση είναι συστατικό της περίπλοκης λήψης απόφασης, δηλαδή είναι η πράξη μέσω της οποίας αποφασίζει κάποιος τι να κάνει σε μια διφορούμενη και συχνά αβέβαιη κατάσταση. Είναι η πράξη του να συνθέτει κανείς εμπειρικά, δεοντολογικά, αισθητικά και προσωπικά τη γνώση*». Ακόμη ένας ορισμός, που έχει βρεθεί στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι αυτός που τονίζει ότι «*η διαίσθηση είναι η ικανότητα να συγκεντρώνει κανείς πληροφορίες και να κάνει υποθέσεις και συνδέσεις με αυτές*» (Wright, 2013, p. 63).

Συχνά η διαίσθηση παρομοιάζεται με τα ενστικτώδη συναισθήματα, τα οποία ορίστηκαν από τον Cork (2014, p. 245), σαν «*τα αισθήματα του να γνωρίζει κάποιος ότι κάτι δεν είναι σωστό και να προσαρμόζει τη φροντίδα ανάλογα, αλλά να μην είναι σε θέση να εξηγήσει με απτά δεδομένα γιατί αισθάνθηκε έτσι*». Το λεξικό της Meriam Webster, μιας αμερικάνικης εταιρίας έκδοσης βιβλίων, ορίζει τη διαίσθηση ως «*την αίσθηση καθοδήγησης για την ανταπόκριση του ατόμου χωρίς την πλήρη κατανόηση της ακριβούς αιτίας κάποιου πράγματος*» (Turan et al., 2016, p. 1) .

Πώς καταλαβαίνουν, όμως, οι ίδιοι οι νοσηλευτές τη διαίσθηση; Κάποιοι, την αντιλαμβάνονται σαν ένα «*εσωτερικό συναίσθημα*» και την περιγράφουν ως «*αυτόματα, ασυνείδητη, ακούσια και ξαφνική αίσθηση, που δεν επηρεάζεται ούτε από εξωτερικά ερεθίσματα του ασθενούς ούτε από αντικειμενικά δεδομένα από το εξωτερικό περιβάλλον*» (Hassani et al., 2016, p. 34). Στο ερώτημα από που προέρχεται αυτή η αίσθηση, η απάντηση παραμένει άγνωστη και ίσως μπορεί να θεωρηθεί ως πηγή το εσωτερικό κάθε ατόμου. Παράλληλα, μια άλλη ομάδα νοσηλευτών κατανοεί τη διαίσθηση σαν «*συναίσθημα που παρέχει έμπνευση, έτσι ώστε να πράξουν με έναν συγκεκριμένο τρόπο ή να προβλέψουν κάτι σχετικά με την κατάσταση του ασθενή*» (Hassani et al., 2016, p. 34), ή ακόμα και σαν «*σιωπηρή γνώση*», «*αίσθηση ανησυχίας/αρμονίας*», «*αυτόματα απάντηση*», «*συναισθηματική γνώση*» (Μπαντούνα, 2017, p. 95).

Η διαίσθηση συνήθως προκαλείται στο νοσηλευτικό προσωπικό σε ανύποπτο χρόνο παρέχοντας σπουδαία βοήθεια για την επίλυση προβλημάτων και την διενέργεια παρεμβάσεων. Κάποιοι ορισμοί των τελευταίων χρόνων την αποκαλούν και «*εκ προθέσεως συντονισμός*» (Μπαντούνα, 2017, p. 96). Πού στοχεύει τελικά η διαίσθηση στο

νοσηλευτικό επάγγελμα; Κύριος στόχος της είναι η εξασφάλιση της υγιούς συνεργασίας του νοσηλευτή με τον ασθενή, με σκοπό την παροχή της βέλτιστης φροντίδας, με οδηγό πάντα τη σκέψη ότι ο κάθε ασθενής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ολιστικά και εξατομικευμένα, ενώ παράλληλα ο νοσηλευτής σέβεται τις προσωπικές του επιθυμίες και πεποιθήσεις (Μπαντούνα, 2017).

1.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η διαίσθηση αποτελεί αντικείμενο έρευνας πολλών μελετητών, αφού βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος εδώ και αρκετά χρόνια. Από το 1987 κιόλας, η Benner, θεωρητικός της νοσηλευτικής επιστήμης και θεμελιώτρια της δαισθητικής έννοιας, ξεκίνησε να ασχολείται εντατικά με αυτό το θέμα μαζί με την Tanner, αναγνωρίζοντας σε πρώτο επίπεδο την ουσιαστική υποτίμησή της. Η θεωρία τους έχει κοινή γραμμή πλευσης με αυτή του Dreyfus', καθώς και οι τρεις θεωρούν ότι στη δαισθητική λήψη απόφασης περιλαμβάνονται τα εξής χαρακτηριστικά:

- η αναγνώριση μοτίβων
- η επιβεβαίωση ομοιοτήτων
- η κατανόηση με βάση την κοινή λογική
- η ικανότητα τεχνογνωσίας
- η αίσθηση σημαντικότητας
- η νοητική ορθολογικότητα

Η αναγνώριση μοτίβων αναφέρεται ως η ικανότητα να διακρίνει ο νοσηλευτής τις σχέσεις ανάμεσα στις καταστάσεις χωρίς να έχει προηγούμενα στοιχεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η άμεση αναγνώριση των αντιδράσεων ενός ασθενούς από τους νοσηλευτές του κλινικού χώρου. Πιστεύεται, ότι τα κριτήρια, που δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο περιεχόμενο, δεν μπορούν να συμπεριληφθούν, ενώ παράλληλα τα γνωστικά μοντέλα στηρίζουν την αναγνώριση μοτίβων ως την παρατήρηση χαρακτηριστικών, που αποθηκεύονται στη μνήμη και συγκρίνονται με τα παρόντα χαρακτηριστικά, που εμφανίζει ο ασθενής. Οι αρχάριοι νοσηλευτές χρειάζονται οπωσδήποτε αυτά τα χαρακτηριστικά, για να αξιολογήσουν σωστά τον ασθενή, ενώ στους εξειδικευμένους νοσηλευτές αυτή η δεξιότητα αποκαλύπτεται από την αρχή.

Η αναγνώριση ομοιοτήτων είναι η δεξιότητα του να ανακαλύπτει κανείς ομοιότητες, που φαινομενικά δεν σχετίζονται μεταξύ τους, εξαιτίας των διαφοροποιήσεων, που υπάρχουν σε αυτές από καταστάσεις του παρελθόντος και του μέλλοντος. Η ικανότητα αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και στην ανακάλυψη ανομοιομορφιών, όπως το να ξεχωρίζει το νοσηλευτικό προσωπικό, ότι αυτός ο ασθενής αντιδράει με διαφορετικό τρόπο στη θεραπεία από ότι άλλοι ασθενείς με το ίδιο νόσημα. Με την αναγνώριση τόσο των ομοιοτήτων, όσο και των ανομοιομορφιών, η επίλυση προβλημάτων γίνεται εύκολη διαδικασία, ενώ παράλληλα ενισχύεται και η ανάπτυξη καινούργιων ερευνητικών ερωτημάτων.

Σχετικά με το τρίτο χαρακτηριστικό, την κατανόηση με βάση την κοινή λογική, σημαντική παράμετρο αποτελεί η κουλτούρα, ο πολιτισμός αλλά και η γλώσσα κάθε λαού, στοιχεία τα οποία την επηρεάζουν άμεσα.

Η ικανότητα τεχνογνωσίας στηρίζεται στη νοημοσύνη, που έχει κάθε νοσηλευτής, όταν δηλαδή πρέπει να τοποθετήσει έναν ενδοφλέβιο καθετήρα, πιάνει το άκρο του σαν να είναι προέκταση των δαχτύλων του, αφού είναι πλήρως εξοικειωμένος με τη διαδικασία και δεν είναι κάτι άγνωστο για αυτόν, καθώς έχει ήδη την εμπειρία.

Μιλώντας για την αίσθηση σημαντικότητας, όπου είναι και το πέμπτο χαρακτηριστικό, εννοείται η ικανότητα να ξεχωρίζει κάποιος τα σημαντικά από τα λιγότερο σημαντικά γεγονότα, κάτι που ο εξειδικευμένος-έμπειρος νοσηλευτής εφαρμόζει πολύ εύκολα. Το διαδικτυο αντικαθιστά πολύ συχνά αυτή τη δεξιότητα, αφού, εάν κάποιος νοσηλευτής δε γνωρίζει, ποιο σύμπτωμα θεωρείται σημαντικό και ποιο όχι, μπορεί μέσα από αυτό να δώσει απάντηση στον προβληματισμό του, παρόλο που μέσω της παρατήρησης θα έπαιρνε περισσότερες πληροφορίες.

Τελευταίο χαρακτηριστικό, που αναφέρει ο Dreyfus και η Benner, είναι η νοητική ορθολογικότητα ή πιο απλά το να γνωρίζει κάποιος τι πρέπει να κάνει σε μια κατάσταση, λαμβάνοντας υπόψιν τα αντικειμενικά δεδομένα και οτιδήποτε αναφέρει ο ασθενής σαν πληροφορία. Αναφορικά με την Benner, οι νοσηλευτές ταξινομούνται σε πέντε επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας στον κλινικό χώρο, τα οποία συσχετίζονται με την κλινική εμπειρία και τη χρήση της διαίσθησης και είναι τα παρακάτω:

- οι αρχάριοι νοσηλευτές
- οι προχωρημένοι αρχάριοι
- οι νοσηλευτές με επάρκεια

- οι ικανοί νοσηλευτές
- οι ειδικοί

Πιο αναλυτικά, οι αρχάριοι νοσηλευτές στηρίζονται αποκλειστικά και μόνο στους κανόνες και τα πρότυπα φροντίδας λόγω έλλειψης εμπειρίας, ενώ οι προχωρημένοι αρχάριοι δεν δύνανται να ανταπεξέλθουν σε περίπλοκες καταστάσεις, παρόλο που έχουν εξοικείωση με τον κλινικό χώρο. Από την άλλη, οι νοσηλευτές με επάρκεια, έχουν κάποια εμπειρία δύο-τριών χρόνων και κριτική ικανότητα, ενώ στερούνται ταχύτητας και ευελιξίας, συγκριτικά με τους νοσηλευτές του επόμενου επιπέδου, που είναι οι ικανοί, οι οποίοι αντιλαμβάνονται ολιστικά τις καταστάσεις. Στο τελευταίο επίπεδο είναι οι ειδικοί, οι οποίοι δεν βασίζονται πλέον στον αναλυτικό τρόπο σκέψης, αλλά λειτουργούν διαισθητικά (Benner & Tanner, 1987).

Σε συμφωνία με τη θεωρία της Benner είναι και η θεωρία των Johansson, Palmqvist και Rönneberg, οι οποίες επίσης υποστήριξαν, ότι η εμπειρία έχει εξέχουσα σημασία και συνδέεται άμεσα με τη διαισθητική κρίση. Προσθέτουν, όμως, ότι ακόμα και αρχάριοι νοσηλευτές ή νοσηλευτές με μικρή εμπειρία έχουν μεγαλύτερη διαισθητική ικανότητα, αν βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία και έχουν τόσο κλινική εμπειρία, όσο και εμπειρίες ζωής. Και μάλιστα, η θέλησή τους να κάνουν χρήση της δεξιότητας της διαίσθησης σχετίζεται περισσότερο με την προσωπική τους εμπειρία και όχι τόσο με την επαγγελματική. Οι νοσηλευτές, που είναι έμπειροι πίστευαν, ότι οι αρχάριοι νοσηλευτές με λιγότερο από ένα χρόνο εμπειρία, ούτε έχουν ούτε χρησιμοποιούν τη διαίσθηση. Από την άλλη, οι αρχάριοι έχουν παραδεχτεί, ότι, παρόλο που έχουν ζήσει διαισθητικές καταστάσεις, δεν αποδέχτηκαν αυτή την ιδιότητα, επειδή δεν είχαν εμπειρία στον κλινικό χώρο (Johansson, Palmqvist & Rönneberg, 2017).

Στη θεωρία των Benner και Tanner, όμως, αντιτίθεται ο Cork, ο οποίος διαπίστωσε κάποια κωλύματα σχετικά με την αξιολόγηση και τη μέτρηση των εννοιών σε ό,τι αφορά τους νοσηλευτές, που βρίσκονται στο πέμπτο επίπεδο επαγγελματικής επάρκειας, τους ειδικούς (Hassani et al., 2016). Κι άλλοι ερευνητές, όμως, διαφωνούν με τη Benner ως προς την ύπαρξη της διαίσθησης αποκλειστικά και μόνο στο επίπεδο των ειδικών και πιστεύουν, ότι η διαισθητική κρίση είναι παρούσα σε όλα τα επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας. Μετά από έρευνα, που έκαναν, διαπίστωσαν, ότι οι προχωρημένοι αρχάριοι νοσηλευτές, αφού εκπλήρωναν τις καθημερινές δραστηριότητές τους, όπως είναι η εντατική παρακολούθηση ή monitoring των μετεγχειρητικών ασθενών, ένιωθαν

δαισθητικά, είτε ότι η κατάσταση του ασθενούς θα βελτιωθεί, είτε ότι θα επιδεινωθεί χωρίς, όμως, να ξέρουν, πώς να αντιδράσουν. Οι προχωρημένοι αρχάριοι ήταν σε θέση, όμως, να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τον ασθενή, ακόμα κι αν το θεωρητικό υπόβαθρο της γνώσης τους ήταν περιορισμένο. Οι νοσηλευτές με επάρκεια δεν είχαν αυξημένα ποσοστά συγκέντρωσης συγκριτικά με τους προηγούμενους, ανέλυαν πιο εύκολα τη σύνδεση μεταξύ των κλινικών συμπτωμάτων και των φυσιολογικών μεταβολών αλλά και είχαν βιώσει δαισθητικές εμπειρίες. Επιπλέον, ένιωθαν αυτοπεποίθηση όταν είχαν αντιμετωπίσει παρόμοια περιστατικά και ήξεραν τι να κάνουν και στην κλινική πράξη συνδύαζαν τη λογική κρίση με τη δαισθητική ικανότητα. Φυσικά, η γνώση, που είχαν ήδη αποκτήσει, έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο στη λήψη κλινικής απόφασης. Οι ικανοί νοσηλευτές του τετάρτου επιπέδου επαγγελματικής επάρκειας, χρησιμοποιούσαν τη διαίσθηση από την πρώτη κιόλας επαφή με τον ασθενή, αποκτώντας έτσι μια συνολική εικόνα για την κατάστασή του. Συνδυάζοντας την εμπειρία, τη γνώση και την παρατήρηση, η δαισθητική κρίση τους έβγαине αυθόρμητα και ασυνείδητα. Τέλος, οι ειδικοί νοσηλευτές έπαιρναν αποφάσεις άμεσα και ήταν σίγουροι για αυτές, αφού ανακαλούσαν μνήμες με παρόμοια περιστατικά ασθενών. Όσες περισσότερες δαισθητικές αποφάσεις έπαιρναν οι νοσηλευτές, τόσο πιο πολύ αυξανόταν η αυτοπεποίθησή τους πάνω σε αυτό το θέμα. Οι αποφάσεις τους ήταν τόσο αποτελεσματικές, γιατί είχαν μεγάλο υπόβαθρο γνώσεων και εμπειριών να τους καθοδηγήσουν (King & Clark, 2002).

Ακόμα μία δαισθητική θεωρία είναι η γνωστική εμπειρική θεωρία του εαυτού (Cognitive Experiential Self Theory), η οποία, όμως, συνδυάζει εμπειρικές και λογικές διαδικασίες επεξεργασίας των πληροφοριών. Η θεωρία αυτή αξιολογεί την θεωρία του Φρόιντ, σχετικά με το ασυνείδητο. Αυτό που έλειπε στην ουσία ήταν μια θεωρία για το ασυνείδητο που να μπορεί να εφαρμοστεί, τόσο σε ζώα, όσο και σε ανθρώπους. Αυτό κατάφερε η Cest Theory, με την προσθήκη ενός μοντέλου που βασίζεται στην εμπειρία. Τα χαρακτηριστικά του ασυνείδητου, που προτείνονται από αυτή τη θεωρία, έχουν όλα τα θετικά στοιχεία της Φροϋδικής θεωρίας, χωρίς τα αρνητικά. Σύμφωνα με αυτή υπάρχουν δύο διαφορετικά είδη σχήματος, το περιγραφικό και αυτό που λειτουργεί σαν κινητήρια δύναμη. Το πρώτο αναφέρεται στο πώς πιστεύουν οι άνθρωποι ότι είναι οι ίδιοι και ο κόσμος γύρω τους, ενώ το δεύτερο στις σχέσεις που βρίσκονται μέσα σε άκρες. Η εμπειρική διαδικασία, που αναλύει η Cest Theory, σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο που επηρεάζει την εμπειρία, τα "vibes" του ατόμου και τα συναισθήματα που πολλές φορές

αγνοούνται. Επιπλέον, σε αυτή τη θεωρία συσχετίζονται οι τέσσερις βασικές ανάγκες με τέσσερις θεμελιώδεις απόψεις, οι οποίες είναι:

- η ανάγκη ύπαρξης ισορροπίας ανάμεσα στην χαρά και στον πόνο ενός ατόμου
- η ανάγκη για πεποίθηση ότι ο κόσμος έχει νόημα
- η ισορροπία ανάμεσα στη σκέψη ότι οι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης και υποστηρικτικοί ή επικίνδυνοι και άξιοι εμπιστοσύνης
- η ανάγκη αυτοεκτίμησης (Epstein, 1998)

Άλλοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με το θέμα της διαίσθησης είναι οι Rovithis et al., (2015), όπου ανέφεραν, ότι η διαίσθηση είναι μια διαδικασία που προκύπτει από τρεις βασικούς παράγοντες:

- τη γνώση σχετικά με την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς ή τη φροντίδα και την ενσυναίσθηση για αυτόν, που προέρχεται από θετικά ή αρνητικά συναισθήματα και αναφέρεται ως συναισθηματική αντίληψη.
- την ανάλυση των ερεθισμάτων από τα πέντε αισθητήρια όργανα, η οποία οδηγεί σε μια γνωστική κατάσταση, που ορίζεται ως σωματική αντίληψη.
- τη δημιουργία σχέσης με τον ασθενή σε φυσικό ή πνευματικό επίπεδο. Η κατανόηση της μη λεκτικής επικοινωνίας και της γλώσσας του σώματος πραγματοποιείται μέσω των σωματικών συνδέσεων, ενώ μέσω των πνευματικών κατανοείται η ενέργεια που νιώθει ο νοσηλευτής απέναντι στον ασθενή, η οποία κατευθύνεται από τη γνώση και τη διαίσθηση.

Σε ίδιου περιεχομένου έρευνα, το 2005 αυτή τη φορά καθορίστηκαν από την Rew τρεις διαστάσεις της διαίσθησης, οι οποίες είναι:

- η διαίσθηση σαν γνωστικό συμπέρασμα
- η διαίσθηση σαν ολότητα
- η διαίσθηση σαν προγνωστική λειτουργία

Σε αυτή τη θεωρία της Rew βασίστηκαν τα συμπεράσματα, ότι οι νοσηλευτές τελικά χρησιμοποιούν τη διαισθητική τους κρίση κατά τη λήψη μιας απόφασης και μάλιστα τη θεωρούν αξιόπιστο εργαλείο (Rovithis & Parissopoulos, 2005). Ακόμα μια θεωρία για τη διαίσθηση, είναι η διανοητική συνεχής θεωρία του Hammond (Cognitive Continuum Theory), σύμφωνα με την οποία διαφορετικές νοητικές διαδικασίες σχετικά με τη λήψη απόφασης, υποστηρίζουν τόσο τη λογική, όσο και τη διαισθητική κρίση. Τα άτομα

συμπεριφέρονται κάθε φορά με διαφορετικούς τρόπους γνώσης με βάση την πολυπλοκότητα της κατάστασης, την αβεβαιότητα επίλυσης των προβλημάτων, τις πληροφορίες που είναι διαθέσιμες τη δεδομένη στιγμή, τα στοιχεία, τις προσωπικές αξίες και πεποιθήσεις κτλ. (Chen et al., 2016).

Παρόμοιας φύσεως θεωρία είναι αυτή που περιγράφεται από τους Lee & Chien, (2018) η οποία υποστηρίζει, ότι στις διαδικασίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν δύο τύποι επεξεργασίας των πληροφοριών, ο λογικός και ο βιωματικός, που μπορεί να είναι είτε ολιστικής είτε επαγωγικής-συμπερασματικής φύσης.

1.3. ΤΥΠΟΙ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ

Μετά την κατανόηση της έννοιας της διαίσθησης, προκύπτουν ερωτηματικά σχετικά με το αν υπάρχει ένας τύπος διαίσθησης με βάση τον οποίον λειτουργούν όλοι οι νοσηλευτές ή αν προκύπτουν κι άλλοι. Οι συνηθέστεροι τύποι είναι τρεις:

Ο πρώτος είναι η ολιστική διαίσθηση, σύμφωνα με την οποία για να ληφθεί μια απόφαση είναι απαραίτητη η λήψη στοιχείων από ποικίλες πηγές και όχι μόνο από συγκεκριμένες. Συνεχίζοντας με τον δεύτερο τύπο, η επαγωγική-συμπερασματική διαίσθηση, αναφέρεται σε μια πράξη, που πραγματοποιείται εύκολα μέσω της καθημερινής εξάσκησής της, η οποία, όμως, δεν γινόταν πάντα με αυτόν τον τρόπο, αλλά παλαιότερα απαραίτητος οδηγός ήταν η λογική κρίση. Ο τρίτος και τελευταίος τύπος είναι η συναισθηματική διαίσθηση, όπου όπως είναι προφανές κατευθύνεται αποκλειστικά από τα συναισθήματα (Pretz & Folse, 2011).

Υπάρχουν, όμως, συγγραφείς που υποστηρίζουν διαφορετικούς τύπους διαίσθησης από τους παραπάνω. Σύμφωνα με τους Lee & Chien (2018), χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, τα άτομα που αντιδρούν χωρίς να έχουν υπόψιν τους καμία προηγούμενη εμπειρία ή πληροφορία ή κάποια λογική εξήγηση και τα άτομα που ανταποκρίνονται βασιζόμενοι σε προηγούμενες εμπειρίες, αναμνήσεις, πληροφορίες που υπάρχουν ήδη στο μυαλό τους ή μέσω της σύντομης έκθεσης σε διάφορους παράγοντες.

Αντίστοιχα, άλλοι συγγραφείς υποστηρίζουν κάποιους άλλους τύπους διαίσθησης, τον λογικό – αναλυτικό, ο οποίος προχωρά σε παρεμβάσεις βασιζόμενος αποκλειστικά σε αντικειμενικά δεδομένα και απτά στοιχεία που προκύπτουν από την νοσηλευτική

πρακτική και τον διαισθητικό, ο οποίος δρα άμεσα επηρεαζόμενος από την κλινική του εμπειρία και τα συναισθήματα (Chilcote, 2016).

Παράλληλα οι Hassani, Abdi & Jalali (2016), διαχωρίζουν τη διαίσθηση σε τρεις φάσεις: α) την γνωστική, όπου αρχικά υποσυνείδητα αξιολογούνται οι καταστάσεις και αργότερα επεξεργάζονται λογικά, β) την μεταβατική, όπου μεταφέρεται στο σώμα του νοσηλευτή μια αίσθηση προερχόμενη από το ίδιο το σώμα του και γ) την ενσωματωμένη, όπου ο νοσηλευτής επηρεάζεται και λειτουργεί με βάση τις σκέψεις του. Οι Hassani et al., (2016), καθόρισαν τέσσερις τύπους διαίσθησης:

- αυτόν που αντιλαμβάνεται τη διαίσθηση σαν συναίσθημα
- αυτόν που την αντιλαμβάνεται σαν σκέψη
- αυτόν που την αντιλαμβάνεται σαν προειδοποιητικά σημάδια
- σαν καμπανάκι

Τύποι διαίσθησης που συναντώνται πιο σπάνια, αλλά υπάρχουν, αποτελούν η χρήση της διαίσθησης στην δημιουργικότητα, δηλαδή στην πραγματοποίηση ανακαλύψεων, όπως επίσης και η διαίσθηση που χρησιμοποιείται στην επίλυση προβλημάτων. Αυτός ο τύπος αναφέρεται στην αποτελεσματική διαχείριση ενός προβλήματος, του οποίου οι πληροφορίες επεξεργάζονται ασυνείδητα, με βάση τα στοιχεία που υπάρχουν στη μακρόχρονη μνήμη (Hassani et al., 2016).

1.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΙΣΘΗΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μέσα στον κλινικό χώρο οι διαισθητικοί νοσηλευτές πολύ εύκολα θα γίνουν αντιληπτοί από τον καθένα. Μπορεί κανείς να τους ξεχωρίσει από μερικά χαρακτηριστικά που τους διέπουν, αρκεί να τα παρατηρήσει. Τα χαρακτηριστικά αυτά ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες:

- στον επαγγελματισμό
- στη σύνδεση-σχέση
- στην καλοσύνη

Η πρώτη κατηγορία αναφέρεται στο επίπεδο κλινικών γνώσεων και δεξιοτήτων και στις εμπειρίες, που έχει ένας νοσηλευτής μέσα από το συγκεκριμένο επάγγελμα. Η δεύτερη κατηγορία περιγράφει αρκετά στοιχεία που πρέπει να έχει ένας διαισθητικός νοσηλευτής,

όπως η ικανότητα επικοινωνίας, η συμπόνοια, η αφοσίωση, η πνευματικότητα και η ηρεμία. Όλοι οι διαισθητικοί νοσηλευτές επιδιώκουν να είναι κοντά με τους ασθενείς τους και να έχουν άριστη επικοινωνία μαζί τους, έτσι ώστε να γνωρίζουν τα πάντα για αυτούς, είτε έχουν σχέση με την ασθένεια, είτε όχι. Συχνά, η διαίσθηση στους νοσηλευτές συσχετίζεται και με την πνευματική σύνδεση που έχουν με το Θεό και θεωρείται ως ουράνια φωνή και ως μια μυστικιστική κατάσταση, άρα έχει αποκαλυφθεί ότι άνθρωποι που είναι κοντά στο Θεό, έχουν υψηλότερα ποσοστά διαίσθησης. Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία, ανήκει η προθυμία για βοήθεια και η συνείδηση. Οι διαισθητικοί νοσηλευτές έχουν περισσότερη καλοσύνη και νοιάζονται για την ανθρώπινη ηθική. Ακόμα και σε περιπτώσεις, όπου η διάγνωση δεν προμηνύει ελπιδοφόρα βελτίωση για την κατάσταση του ασθενή, ο νοσηλευτής είναι πάντα πρόθυμος να βοηθήσει και να παλέψει για τη ζωή του ασθενή μέχρι την τελευταία στιγμή. Βασικό συστατικό για τη χρήση της διαίσθησης είναι και η συνείδηση του κάθε νοσηλευτή. Μέσα από αυτή, μαθαίνει να λειτουργεί με περισσότερη υπομονή και να έχει πιο έντονη σχέση με τον ασθενή. Με λίγα λόγια, έχοντας συνείδηση, οι νοσηλευτές είναι περισσότερο “άνθρωποι” και παρέχουν καλύτερη ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς τους (Hassani et al., 2016).

1.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΥΝ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ

Αφού κάποιος ξεχωρίσει μέσα σε ένα κλινικό ή μη περιβάλλον τα διαισθητικά άτομα, αναμφίβολα θα αναρωτηθεί: “η διαίσθηση που έχει κάθε άνθρωπος, και ειδικότερα ένας νοσηλευτής, αλλάζει ανάλογα με τους παράγοντες που έρχεται αντιμέτωπος;”. Και όπως είναι λογικό, υπάρχουν μεταβλητές, όπως η διάθεση, που επηρεάζουν άμεσα την διαίσθηση. Δηλαδή, η θετική-αισιόδοξη διάθεση είναι πάρα πολύ ευεργετική στην επίλυση προβλημάτων, στην επινόηση πρωτοπόρων ιδεών αλλά και στον εντοπισμό λύσεων, όπου χρειάζεται, ενώ ταυτόχρονα βοηθάει με έναν ιδιαίτερο τρόπο τις συσχετίσεις που από σημασιολογικής πλευράς δεν συνδέονται, να αντιστοιχίζονται. Δεν θα έπρεπε να παραληφθεί, ότι εκτός από τα παραπάνω ενθαρρύνει και την λήψη αποφάσεων με την χρήση τόσο της διαίσθησης, όσο και των συναισθημάτων. Αντίθετα, η αρνητική διάθεση δίνει την εντύπωση, ότι στο περιβάλλον υπάρχουν προβλήματα και δυσκολίες, όπου αυτό κατά συνέπεια εμποδίζει την επέκταση τόσο της σκέψης όσο και

της δράσης. Συνεπώς, χρησιμοποιούνται πιο λογικές στρατηγικές και ταυτόχρονα περιορίζεται η ανάπτυξη της διαίσθησης (Remmers & Michalak, 2016).

Συνεχίζοντας, πέρα από την διάθεση υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες, που επηρεάζουν και αναπτύσσουν διαίσθηση, όπως η γνώση και η εμπειρία, με την τελευταία να λαμβάνει εξέχουσα θέση στη βιβλιογραφία. Η διαισθητική γνώση παρουσιάζεται σαν απόρροια όλων αυτών, που αποκτώνται μέσα από την μαθησιακή εμπειρία και φυλάσσονται-παραμένουν κάτω από το συνειδητό επίπεδο, γεγονός που συνδέεται με τη σιωπηρή γνώση. Επομένως, όσο πιο πολλά πράγματα μαθαίνει κανείς, τόσο πιο εύκολα εκφράζεται με σαφήνεια. Τα μέσα για να αποκτηθεί η διαισθητική γνώση δεν έχουν καθοριστεί σαφώς, αλλά παρουσιάζονται σαν μια διαδικασία παράκαμψης της γραμμικής αιτιολογίας, που κερδίζεται μέσω των πνευματικών-ψυχικών συνδέσεων και του ενστίκτου.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η εμπειρία συνδέεται με ανθεκτικά δεσμά με τη διαίσθηση. Το μοντέλο της Patricia Benner "Novice To Expert", διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην καλλιέργεια της διαισθητικής εμπειρίας. Κατά την διαδικασία μετάβασης από αρχάριο σε έμπειρο νοσηλεύτη, η διαίσθηση αποκτάται με την αύξηση της εμπειρίας. Η εμπειρία δίνει στο νοσηλεύτη την ευελιξία να αντιδρά με τον κατάλληλο τρόπο σε κάθε περίπτωση, αφού όλα τα συμβάντα τού είναι πλέον γνωστά.

Σημαντικό παράγοντα σε αυτό αποτελεί και η μνήμη, η οποία βοηθάει και στις μελλοντικές εμπειρίες (Alba, 2018). Εξίσου βασική παράμετρος για την ανάπτυξη διαίσθησης φαίνεται να είναι και η κλινική απόδοση. Δηλαδή, όσο πιο ικανός είναι ο νοσηλεύτης στον κλινικό χώρο, τόσο πιο πολύ λαμβάνει αποφάσεις με οδηγό την διαίσθηση (Razieh, Somayeh & Fariba, 2018).

Σύμφωνα με την Payne (2015), η διαίσθηση επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες, την αναγνώριση μοτίβων και την μνήμη, οι οποίοι πηγάζουν πάλι, όμως, από την εμπειρία. Οι Rovithis & Parissoroulos (2005), αναφέρουν ορισμένους παράγοντες, όπως η απευθείας επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με τον ασθενή μέσα από την οποία γίνονται αντιληπτά αισθήματα ταραχής, ανησυχίας και φόβου, η αποδοχή του εαυτού, η αυτοπεποίθηση, η ενέργεια και η εμπειρία, που βοηθούν στην γέννηση της διαίσθησης και στην χρήση της κατά την λήψη μιας απόφασης. Επιπλέον παράγοντες που διαπιστώθηκαν από τους Hassani, Abdi & Jalali (2016), σαν εργαλεία για την ανάπτυξη της

διαίσθησης είναι η προσωπικότητα, το περιβάλλον, καθώς και η αποδοχή της εγκυρότητας της διαίσθησης.

Εκτενώς με το συγκεκριμένο θέμα ασχολήθηκε η Μπαντούνα (2017), η οποία ανέφερε μια σειρά παραγόντων συμπεριλαμβανομένων του χρόνου, της συμβολής των συνοδών-συγγενών, της ανατροφοδότησης της γνώσης, της αβεβαιότητας της κατάστασης, της θέλησης, της ιεραρχίας, της εμπιστοσύνης του νοσηλευτή κ.α.

Από ορισμένους ερευνητές προτείνονται κάποιες εκπαιδευτικές τεχνικές για τη βελτίωση της διαισθητικής κρίσης, όπως το άδειασμα του μυαλού, το γράψιμο, η αυθόρμητη ανταλλαγή ιδεών και παραδειγμάτων που αφορούν τη διαίσθηση ανάμεσα σε ομάδες, η δημιουργία ενός κλίματος που βασίζεται στην περιέργεια και στην αμφισβήτηση των εμπειριών, η ενίσχυση της δημιουργικότητας και η ανεκτικότητα απέναντι στην αβεβαιότητα (Hassani, Abdi & Jalali, 2016).

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν όχι μόνο στην ανάπτυξη της διαίσθησης, αλλά και στη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας στον κλινικό χώρο. Ωστόσο, έχει αποκαλυφθεί, πως ακόμα κι αν ο ίδιος ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αναπτύξει διαίσθηση, εάν αυτό δεν επιδοκιμάζεται από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους του, δεν έχει καμία απολύτως σημασία (Μπαντούνα, 2017).

1.6. ΡΟΛΟΣ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Η διαίσθηση για πρώτη φορά εμφανίστηκε στη δεκαετία του 1970, παράλληλα με την ανάλυση των αφηρημένων εννοιών (Hassani et al., 2016). Πολλοί νοσηλευτές, όταν ακούν τη λέξη διαίσθηση, την μπερδεύουν με τη διορατικότητα. Όμως, στην ουσία είναι δύο εντελώς διαφορετικές έννοιες. Μπορεί και τα δύο να είναι στοιχεία της μη αναλυτικής ψυχικής λειτουργίας, ωστόσο με τη βοήθεια της διαίσθησης ανακαλύπτεται η λύση σε ένα πρόβλημα, η οποία δεν προκύπτει από αντικειμενικά δεδομένα, ενώ με τη διορατικότητα ξαφνικά συλλαμβάνεται η λύση, συγκεντρώνοντας όλα τα στοιχεία που προκύπτουν από το πρόβλημα. Επιπλέον, η διαίσθηση αναφέρεται ως μια διαδικασία σταδιακή, που πηγάζει από την εμπειρία του ατόμου, ενώ η διορατικότητα ως μια συνεχής διαδικασία. Όταν το άτομο παίρνει μια απόφαση διαισθητικά δεν είναι σε θέση να εξηγήσει πώς κατέληξε σε αυτή την απόφαση, ενώ στη διορατικότητα το άτομο ξαφνικά συνειδητοποιεί τη λύση που έψαχνε χωρίς να είναι σε θέση να αναφέρει τη διαδικασία

μέσω της οποίας έφτασε σε αυτή τη λύση. Παρ'ολ'αυτά, πιστεύεται ότι η διαίσθηση προηγείται της διορατικότητας (Zander, Öllinger & Volz, 2016).

Το νοσηλευτικό προσωπικό σε μεγάλο ποσοστό χρησιμοποιεί τη διαίσθηση για να διαπιστώσει ότι κάτι πηγαίνει λάθος με κάποιον ασθενή και δεν στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο στις κατευθυντήριες οδηγίες. Ακόμη και οι νοσηλευτές που βρίσκονται στη διαλογή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, έχουν τη διαίσθηση σαν οδηγό τους, ειδικά όταν επικρατεί φασαρία και αναστάτωση. Αυτό είναι απόλυτα λογικό, καθώς ο διαθέσιμος χρόνος είναι αρκετά περιορισμένος, η κατάσταση του ασθενή μπορεί να επιδεινωθεί από στιγμή σε στιγμή, ενώ μέσα σε λίγα λεπτά θα πρέπει να έχει ληφθεί ένα σύντομο ιστορικό του ασθενούς κάτω από την τεράστια πίεση του φόρτου εργασίας (Aktas & Alemdar, 2017).

Και σε άλλους τομείς, όμως, πέρα από τη διαλογή, η διαίσθηση είναι πάντα παρούσα κατά τη φροντίδα του ασθενή και κατά τη λήψη κλινικής απόφασης, όπως για παράδειγμα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, στις χειρουργικές κλινικές κ.α. (Miller & Hill, 2018). Εξάλλου, δεν θα έπρεπε να παραληφθεί το γεγονός, ότι η νοσηλευτική σαν επάγγελμα θεωρούνταν πάντα, ότι στηρίζεται στη διαίσθηση και όχι στη λογική.

Το νοσηλευτικό προσωπικό καταλήγει στη λήψη μιας απόφασης με τη βοήθεια των δεξιοτήτων που έχει πάνω σε καίρια θέματα που απαιτούν κριτική σκέψη. Η διαίσθηση στη νοσηλευτική, όμως, δεν είναι εύκολο ζήτημα. Προϋποθέτει την πλήρη αποδοχή της σαν έννοια, αλλά και την ύπαρξή της στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Για τη λήψη διαισθητικών αποφάσεων στη νοσηλευτική φροντίδα είναι απαραίτητη η διαπροσωπική επαφή τους, όχι σε επιφανειακό επίπεδο, αλλά πρέπει να μπορεί ο νοσηλευτής να καταλάβει τι έχει ο ασθενής του, είτε σωματικά, είτε ψυχολογικά, πέρα από τα συμπτώματα που ο ίδιος αναφέρει.

Οι προσωπικές αξίες του κάθε νοσηλευτή συνδέονται άμεσα με τη διαισθητική του ικανότητα, όπως το να είναι πάντα εκεί για τον ασθενή του, να μπορεί να τον προσεγγίσει συναισθηματικά και να τον θεωρεί δικό του άνθρωπο. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να "βλέπει" και να αναγνωρίζει τα σημάδια στον ασθενή πριν αυτός τα εκφράσει. Όπως είναι εξίσου σημαντικό να εμπιστεύεται τη διαίσθηση των γονέων που έχουν άρρωστα παιδιά στο νοσοκομείο, αφού όπως έχει ήδη αναφερθεί, η διαίσθηση του γονέα είναι πάρα πολύ ισχυρή και υπάρχει από τη στιγμή που το έμβρυο βρίσκεται στην κοιλιά της μητέρας του και επίσης να μην είναι αδιάλλακτοι σε ό,τι αφορά τη δική τους διαίσθηση.

Αυτά τα σημάδια θα μπορέσει να τα χρησιμοποιήσει αργότερα για να βγάλει μια απόφαση για τον ασθενή. Για να καταλάβει, όμως, εάν έχει πάρει τη σωστή απόφαση, θα πρέπει να αξιολογήσει τα αποτελέσματά της, σκεπτόμενος τους κινδύνους που ελλοχεύει η απόφαση αυτή για τον ασθενή, τις κατευθυντήριες οδηγίες που παρέχονται από τον οργανισμό-νοσοκομείο και την έγκριση της παρέμβασης από τους συναδέλφους του (Johansson, Palmqvist & Rönnerberg, 2017).

Η σημαντικότητα της διαίσθησης στη νοσηλευτική πρακτική ενισχύεται και από το γεγονός, ότι ήταν ένας από τους κύριους λόγους δημιουργίας της νοσηλευτικής επιστήμης, αλλά και άλλων πρακτικών περιθάλψης που βασίζονταν σε λαϊκές πρακτικές των παλιών εποχών και περιγράφει περισσότερο μια συμπεριφορά παρά μια λογική πράξη. Με τη βοήθεια της διαίσθησης το άτομο αξιολογείται ολιστικά και εξατομικευμένα, ενώ παράλληλα προλαμβάνεται και η επιδείνωση της κατάστασής του, αφού είναι μια διαδικασία άμεση και γρήγορη (Turan et al., 2016).

Σε αρκετές χώρες, όπως είναι η Ταιβάν, η διαίσθηση δεν χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική, αλλά περιγράφεται σαν έννοια μέσα από την εμπειρία των νοσηλευτών σε κλινικά θέματα. Πέρα από τους ήδη επαγγελματίες υγείας, ακόμα και οι φοιτητές νοσηλευτικής έχουν σαν οδηγό τη διαίσθηση, όταν είναι ανάγκη να αξιολογήσουν τις διαθέσιμες πληροφορίες που λαμβάνουν μέσω του διαδικτύου.

Ο χώρος της εκπαίδευσης είναι επίσης ένας τομέας που έχει ανάγκη την διαίσθηση σαν έννοια για την καλύτερη καθοδήγηση και εξέλιξη των νοσηλευτών στο συγκεκριμένο επάγγελμα. Ένα παράδοξο γεγονός, που αποδεικνύει, ότι οι νοσηλευτές χαρακτηρίζονται από διαισθητικότητα είναι, ότι στα ανέκδοτα που αφηγούνται και στα άρθρα που δημοσιεύουν αναφέρουν σε μεγάλο βαθμό τη διαίσθηση (Rew & Barrow, 2007).

Ορισμένοι νοσηλευτές πιστεύουν, ότι η διαίσθηση που έχουν μέσα στον κλινικό χώρο, δεν επηρεάζεται σε τόσο μεγάλο βαθμό από την κατάσταση του ασθενή, είτε αυτή είναι σε καλό, είτε σε κακό επίπεδο, αλλά επηρεάζεται από την ετοιμότητα του νοσηλευτή να δράσει και φυσικά από το αποτέλεσμα. Οι ερευνητές χωρίζουν την κατάσταση του ασθενούς σε κάποιες υποκατηγορίες, όπως:

- τα κλινικά σημάδια
- τη συμπεριφορά του ασθενή
- την πρόγνωση (Hassani et al., 2016).

Η διαίσθηση έχει χαρακτηριστεί ως “τα μάτια της καρδιάς” των νοσηλευτών, αφού ο νοσηλευτής είναι σε θέση να διαπιστώσει την πιο ωφέλιμη παρέμβαση για τον ασθενή, εξαιτίας της νευροφυσιολογικής αντίδρασης, που πηγάζει από την εμπειρία, τα συναισθήματα και τις προθέσεις. Αποτελεί μια ασυνείδητη δεξιότητα συνδυάζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο γνώσεων με την εμπειρία, χωρίς το όριο επεξεργασίας πληροφοριών που έχει το αντιληπτικό μέρος του εγκεφάλου, γεγονός που αποδεικνύει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της. Επίσης, χαρακτηρίζεται και σαν τρόπος επικοινωνίας που δεν εκφράζεται, αφού μέσα από την καθημερινή επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή, ο νοσηλευτής ευαισθητοποιείται απέναντι στον ασθενή, τον συναισθάνεται περισσότερο και αναγνωρίζει τις ανάγκες του.

Γιατί να χρησιμοποιήσει, όμως, ο νοσηλευτής τη διαίσθηση στην κλινική πρακτική; Υπάρχουν αμέτρητοι λόγοι για να απαντήσει κανείς σε αυτό το ερώτημα. Η διαίσθηση καλλιεργεί την ομαδικότητα, δηλαδή τη συνεργασία με άλλα άτομα, αλλά προσφέρει και πλήρη κατανόηση της σύνδεσης μυαλού-σώματος και πώς αυτή η σύνδεση συμβάλλει με θετικό τρόπο στη διαχείριση του ασθενή. Ο ρόλος της είναι να δείχνει στον νοσηλευτή καινούργιους τρόπους να ασκεί με σωστό τρόπο το επάγγελμά του, αλλά και να τον βοηθάει να είναι πιο γρήγορος και αποτελεσματικός, όταν το απαιτούν οι καταστάσεις, ιδίως σε επείγοντα περιστατικά. Μέσα από τη χρήση της διαίσθησης, οι θάνατοι συνεχώς μειώνονται, καθώς οι επιπλοκές αναγνωρίζονται έγκαιρα και ανιχνεύονται στοιχεία σχετικά με την κατάσταση του ασθενούς, τα οποία υπό άλλες συνθήκες δεν θα γίνονταν αντιληπτά. Επιπλέον, ο νοσηλευτής γίνεται πιο ευέλικτος στις λύσεις που πρέπει να βρει, λαμβάνει ευκολότερα αποφάσεις ακόμα και με ελλιπή δεδομένα και αντιμετωπίζει ολιστικά κάθε άτομο, αφού κατανοεί πλήρως τη φύση της ασθένειας, τα συμπτώματα, τις επιπλοκές και τις παραμέτρους γύρω από αυτήν (Μπαντούνα, 2017).

Εκτός από τους ασθενείς, όμως, η διαίσθηση λειτουργεί σαν κινητήρια δύναμη και στην προαγωγή της έρευνας και στην έκβαση της διάγνωσης. Παρ’ολ’αυτά, δεν πρέπει να παραληφθεί ότι μέσω αυτής ο νοσηλευτής διαχειρίζεται τον ασθενή, όχι μόνο στο επίπεδο της ασθένειας, αλλά ενδιαφέρεται και για τις συναισθηματικές/ψυχικές και πνευματικές του ανάγκες, ενώ παράλληλα ανακαλύπτονται καινούργια μονοπάτια στη νοσηλευτική επιστήμη και προστίθενται σημαντικά ευρήματα στο καζάνι της γνώσης.

Δεν υποβαθμίζεται, βεβαίως, η σημαντικότητα της λογικής κρίσης και της συνείδησης, απλώς υπογραμμίζονται τα πολυάριθμα οφέλη της διαισθητικής κρίσης. Εξατομικευμένα

κάθε νοσηλευτής χρησιμοποιεί όλες τις αισθήσεις και τις γνώσεις που έχει μέχρι τώρα με απώτερο σκοπό να παρέχει τη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας και να ενισχύσει τη σχέση του, τόσο με τον ασθενή, όσο και με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας. Η διαίσθηση στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί ισχυρή πηγή κατανόησης της κατάστασης του ασθενούς, με αποτέλεσμα την έγκαιρη εφαρμογή παρεμβάσεων (Μπαντούνα, 2017). Επιπροσθέτως, η διαίσθηση φαίνεται να δίνει απαντήσεις εκεί όπου η λογική κρίση δε μπορεί (Resnik, 2017).

Συνοψίζοντας, μελέτες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι νιώθουν ικανοποίηση σε μεγαλύτερο βαθμό, όταν χρησιμοποιούν τη διαίσθηση σαν οδηγό κατά τη λήψη μιας κλινικής απόφασης (Remmers & Michalak, 2016).

1.7. ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Η διαίσθηση σαν ιδιότητα υπάρχει σε όλες τις πλευρές της καθημερινής ζωής και σε όλα τα επαγγέλματα. Υπήρχε από τους προϊστορικούς χρόνους, όταν ακόμα οι άνθρωποι έπρεπε να αποφασίσουν άμεσα πάνω σε θέματα σχετικά με την επιβίωσή τους.

Πιστεύεται, ότι κυριαρχεί σε μεγάλο βαθμό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας γυναίκας. Όπως αναφέρεται πολλές φορές, η διαίσθηση “ανήκει” στην εγκυμοσύνη, καθώς μια γυναίκα σε αυτή τη φάση είναι ιδιαίτερα σημαντικό να εμπιστεύεται τόσο το ένστικτό της, όσο και το σώμα της, σχετικά με τα μηνύματα που της δίνει. Άρα, η διαίσθηση είναι ένα φαινόμενο που υπάρχει κατευθείαν από την στιγμή που δημιουργείται ο άνθρωπος και γίνεται αντιληπτό σε διάφορες φάσεις της ζωής. Ο ίδιος ο Αρχιμήδης το επιβεβαιώνει, μέσα από το παράδειγμά του, δηλαδή, την στιγμή που έκανε μπάνιο ανακάλυψε διαισθητικά την γνωστή Αρχή της Άνωσης και βγήκε στο δρόμο γυμνός και ολοφάνερα περιχαρής, επαναλαμβάνοντας αυτή τη φράση (Lee & Chien, 2018).

Σταθμός σε αυτό το κεφάλαιο ήταν ολόκληρη η ζωή του γνωστού συγγραφέα Paulo Coelho, ο οποίος βίωνε τη διαίσθηση ήδη μέσα από την κοιλιά της μητέρας του. Όταν ακόμη ήταν έμβρυο, η μητέρα του Λυδία, προσευχόταν στον Άγιο Ιωσήφ, καθώς συνειδητοποιούσε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά με το μωρό της, και αποφάσισε να συσχετίσει τα δεδομένα της κατάστασης με την θέλησή της για δράση, η οποία προερχόταν από τη διαίσθηση. Ύστερα, σε ηλικία έξι ετών και ενώ ο Coelho είχε ξεκινήσει

το σχολείο, γνώριζε διαισθητικά ότι αυτό που ήθελε να κάνει στη ζωή του ήταν να γράφει και να διαβάζει βιβλία.

Σχετικά με τις σπουδές του στη νομική, τις εγκατέλειψε, γνωρίζοντας διαισθητικά ότι δεν ήταν μια απόφαση που θα τον έκανε ευτυχισμένο. Προσωρινά για μικρό χρονικό διάστημα άλλαξε επάγγελμα και αποφάσισε να γίνει μάγος, την ίδια στιγμή που γνώρισε και την πρώτη του γυναίκα, η οποία τον βοήθησε να συνεχίσει αυτό το επάγγελμα. Όμως και πάλι, με τη βοήθεια της διαίσθησης δεν άργησε να συνειδητοποιήσει ότι είχε κάνει λάθος επιλογές, τόσο σε επαγγελματικό όσο και σε πνευματικό αλλά και προσωπικό επίπεδο. Χώρισε και με τη δεύτερη σύζυγό του, επέστρεψε στον χριστιανισμό και ανέπτυξε κάποιες θεωρίες, οι οποίες συνέδεαν τη διαίσθηση με την εμπειρία αλλά και με τη λογική κρίση.

Μάλιστα και στα βιβλία του μέχρι σήμερα συσχετίζει άμεσα τη διαίσθηση με τη λογική κρίση, θεωρώντας πως είναι εφικτό να εφαρμοστούν από κοινού. Παραδείγματα τέτοιων βιβλίων του είναι "Ο Αλχημιστής", "Οι Βαλκυρίες" κ.α. Ακόμη και στην καθημερινότητά του, χρησιμοποιούσε και τις δύο αυτές προσεγγίσεις, όταν για παράδειγμα ορθολογικά ζήτησε να πάει στη Βραζιλία να γίνει συγγραφέας, αλλά διαισθητικά μετακόμισε στη Γαλλία (Mayer & Maree, 2017).

Πέρα από τον Coelho, όμως, με τη διαίσθηση ασχολήθηκαν και άλλοι φιλόσοφοι αλλά και ψυχολόγοι. Οι αρχαίοι φιλόσοφοι πίστευαν ότι η λέξη "νους" σήμαινε την ικανότητα των ανθρώπων να κατανοήσουν εάν κάτι συμβαίνει στην πραγματικότητα. Ο νους συχνά μεταφράζεται και σαν "καλή αίσθηση" ή "διαίσθηση" και συγκρούεται με την έννοια της λογικής.

Η διαίσθηση, παράλληλα, έχει μελετηθεί και από την σκοπιά της ψυχολογίας σαν ένα παζλ, στο οποίο τα κομμάτια ενώνονται αστραπιαία με αυτόματο τρόπο, ενώ θεωρείται, ότι πηγάζει από την επεξεργασία των πληροφοριών, διαδικασία που γίνεται ασυνείδητα, συνειρμικά και γρήγορα. Οι εμπειρίες από προηγούμενα γεγονότα και οι αναπαραστάσεις τους σε πνευματικό επίπεδο χτίζουν τη βάση για διαισθητική λήψη αποφάσεων. Έτσι, γίνεται σαφές, ότι οι αποφάσεις με οδηγό τη διαίσθηση, έχουν άμεση σύνδεση με την εμπειρία και προέρχονται από ασυνείδητες διαδικασίες.

Καθημερινό και συχνό φαινόμενο πλέον αποτελεί και η κατάθλιψη. Τι γίνεται όμως, με τους ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν και παράλληλα πρέπει να πάρουν μια απόφαση; Συχνά, νιώθουν ότι δεν ξέρουν τι να κάνουν και ανακυκλώνουν πάντα στο μυαλό τους τις ίδιες

αρνητικές πληροφορίες, γεγονός που όχι μόνο δεν δίνει λύση στο πρόβλημα, αλλά χειροτερεύει την κατάσταση, αφού το άτομο δεν μπορεί να αφήσει ελεύθερη τη διαισθητική του σκέψη και υπάρχει στο μυαλό του μόνο η λογική κρίση. Επιπλέον, τα καταθλιπτικά άτομα ακόμα κι αν πάρουν μια απόφαση στο τέλος δεν είναι ικανοποιημένοι με αυτή, ενώ συγχρόνως δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν και να δεχτούν βοήθεια, είτε από το εξωτερικό περιβάλλον, είτε από τον ίδιο τους τον εαυτό.

Στη συνέχεια, αυτά τα άτομα νιώθουν σε πολύ μεγάλο βαθμό ενοχές και αίσθημα μετάνοιας και παρόλο που αυτό θα μπορούσε να τους βοηθήσει να μην πάρουν κάποια λάθος απόφαση, έχει σαν αποτέλεσμα να γίνονται παθητικά όντα και να μένουν άπραγοι. Άρα, όντας χωρίς αυτοπεποίθηση και με έλλειψη αυτοεκτίμησης τείνουν να παίρνουν αποφάσεις, οι οποίες οδηγούν τελικά σε ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Ακόμη, τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη δεν είναι εφικτό να βασίζονται και να θυμούνται προηγούμενες εμπειρίες που είχαν κατά την λήψη μιας απόφασης, με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνουν στρατηγικές που δεν ενισχύουν την προσαρμογή τους στην πραγματικότητα. Επομένως, η ιδιότητα της διαίσθησης δεν χρησιμοποιείται στα καταθλιπτικά άτομα (ενώ υπάρχει), αφού ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την διαίσθηση είναι και η διάθεση. Αυτό επιβεβαιώνεται και από το γεγονός, ότι κάνουν συστηματική χρήση της λογικής κρίσης και των αντικειμενικών δεδομένων (Remmers & Michalak, 2016).

Σε συνδυασμό με την ψυχολογία, με το θέμα της διαίσθησης έχουν ασχοληθεί και αρκετοί νευροεπιστήμονες. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν, ότι η διαίσθηση, που έχουν οι άνθρωποι στην καθημερινή τους, ζωή πηγάζει από τα συναισθήματα, όπως ο φόβος, η χαρά, η ζήλια κλπ., αλλά και από την απόκρισή τους σε αυτά. Η απόκριση αυτή διαμορφώνεται από πολλές παραμέτρους, όπως για παράδειγμα, από τις βιολογικές ανάγκες, την διαδικασία της κοινωνικοποίησης, από τις ασθένειες του σώματος ή της ψυχής (Resnik, 2017).

Όμως, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους και τους νευροεπιστήμονες, οι οποίοι δίνουν βάση στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η διαίσθηση στον άνθρωπο στην καθημερινή ζωή, οι φιλόσοφοι εστιάζουν στο αν είναι σωστό τελικά να εμπιστευόμαστε τη διαισθητική μας κρίση. Αρκετοί θεωρούν ότι η διαίσθηση μπορεί να οδηγήσει σε αβάσιμα συμπεράσματα, όπως ήδη γνωστοποιήθηκε και με τις ευρετικές διαδικασίες, αφού δεν είναι λίγες οι φορές που οδηγεί σε λάθος αποφάσεις.

Ακόμη, η επαναλαμβανόμενη αποκλειστική χρήση της διαίσθησης, υστερεί μεταδοτικότητας κι αυτό είναι όντως ένα σοβαρό πρόβλημα, γιατί όταν λαμβάνονται αποφάσεις στην καθημερινότητα, δεν είναι δυνατόν να εξηγήσει κάποιος το “γιατί” έκανε αυτή την επιλογή και όχι κάποια άλλη (Resnik, 2017).

Όσο παράξενο κι αν φαίνεται η διαίσθηση χρησιμοποιείται και σε άλλα επαγγέλματα, όπως στους μαθηματικούς, σε διάφορους επιστήμονες αλλά και σε ζωγράφους, αφού συνδέεται με τη δημιουργικότητα, στοιχείο απαραίτητο για την διαδικασία της ανακάλυψης. Ακόμη και ο Steve Jobs, ο “ευαγγελιστής της ψηφιακής εποχής”, χρησιμοποιούσε έντονα τη διαίσθηση στη ζωή του και στις ανακαλύψεις του.

Για ένα πρόβλημα που σχετίζεται με τη δημιουργικότητα πάντα θα βρεθεί μια πρωτοποριακή λύση, που συχνά δεν είναι εφικτό να την ανακαλύψει κανείς εκ των προτέρων, κι αυτό συμβαίνει, όταν τα αντικειμενικά δεδομένα είναι περιορισμένα ή δεν υπάρχουν καθόλου. Ένα προϊόν αξιολογείται με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες:

- στην καινοτομία
- στη δυνατότητα να εφαρμοστεί
- στη συσχέτιση
- στην εξειδίκευση

Με βάση αυτές τις κατηγορίες αξιολογούνται και οι διαισθητικές αποφάσεις. Ένα διαισθητικό άτομο, το οποίο θα ασχοληθεί με την επίλυση ενός προβλήματος, αξιολογεί ένα προϊόν με βάση το πόσο επίκαιρη είναι η πληροφορία σχετικά με αυτό, εάν είναι δυνατόν να εφαρμοστεί με βάση την καταλληλότητά του και με βάση την έκτασή του. Παρόλο που, έχει διαπιστωθεί μικρή συσχέτιση ανάμεσα στη διαίσθηση και τη δημιουργικότητα, φαίνεται ότι η διαισθητική λήψη αποφάσεων αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για τις δημιουργικές διαδικασίες.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν στεγανά σχετικά με τον τρόπο που βρίσκει κανείς λύσεις σε κάποιο πρόβλημα, αλλά αντιθέτως μπορεί να χρησιμοποιηθεί ποικιλία των διαθέσιμων επιλογών. Κάποιος, ο οποίος έχει οδηγό τη διαίσθηση στη ζωή του, είναι πιθανότερο, όταν πρόκειται για ένα πρόβλημα, οι λύσεις που θα βρει να είναι πρωτότυπες και εναλλακτικές, συγκριτικά με ένα άτομο που βασίζεται μόνο στις διαθέσιμες πληροφορίες. Επίσης, η διαίσθηση και η λήψη απόφασης με βάση τη διαίσθηση έχουν συσχετιστεί με τη γέννηση

δημιουργικών ανακαλύψεων. Για αυτό τον λόγο, η διαισθητική λήψη απόφασης μπορεί να εφαρμοστεί στην αξιολόγηση της δημιουργικότητας.

Στη συνέχεια, ένας ακόμη τομέας που χρησιμοποιείται η διαίσθηση είναι και η φαρμακευτική και πιο συγκεκριμένα, η ανακάλυψη καινούργιων ναρκωτικών για φαρμακευτική χρήση (Petervari, Osman & Bhattacharya, 2016). Παράλληλα με τη φαρμακευτική η διαίσθηση δε θα μπορούσε να εκλείπει από τον τομέα τόσο της ιατρικής, όπου είναι θεμελιώδης παράγοντας για την έκβαση διάγνωσης, όσο και από τον οικονομικό τομέα, όπου κυριαρχεί η άμεση λήψη μιας απόφασης (Chilcote, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί ζωτικής σημασίας διαδικασία στη νοσηλευτική πρακτική (Payne, 2015), παρά την περίπλοκη φύση της (Tanner, 2006). Η πολυπλοκότητα αυτή οφείλεται στη συνεχιζόμενη αύξηση της οξύτητας της κατάστασης του ασθενή και στις απαιτήσεις της τεχνολογίας που διαρκώς εξελίσσεται (Nibbelink & Brewer, 2017). Οι νοσηλευτές λαμβάνουν συνεχώς αποφάσεις στην καθημερινή κλινική ρουτίνα, πάντα με ασφάλεια για τον ασθενή και την υγεία του (Manetti, 2018).

Η Tanner (2006, p. 103), προσδιόρισε την κλινική απόφαση ως *«μια ερμηνεία ή ένα συμπέρασμα για τις ανάγκες του ασθενούς, τις ανησυχίες ή τα προβλήματα υγείας του και/ή την απόφαση του νοσηλευτή να αναλάβει δράση(ή όχι), να χρησιμοποιήσει ή να τροποποιήσει υπάρχουσες προσεγγίσεις ή να αυτοσχεδιάσει καινούργιες, όπως κρίνεται κατάλληλο από την ανταπόκριση του ασθενούς»*. Αυτός ο ορισμός της Tanner έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από διάφορους συγγραφείς (Manetti, 2019), καθώς παρέχει πληροφορίες όχι μόνο σχετικά με τον τρόπο σκέψης των νοσηλευτών, αλλά και με τον τρόπο δράσης τους (Manetti, 2018).

Οι Benner et al., (2009, p. 103), αναφέρθηκαν στην κλινική απόφαση ως *«τα μέσα με τα οποία οι νοσηλευτές κατανοούν τα προβλήματα, τα ζητήματα ή τις ανησυχίες των πελατών και ασθενών, παρακολουθούν τις σημαντικές πληροφορίες και ανταποκρίνονται με σχετικούς και εμπλεκόμενους τρόπους»*. Ο Banning (2008, p. 103), διευκρίνισε κι αυτός με τη σειρά του τη λήψη απόφασης ως *«μια διαδικασία που πραγματοποιούν οι νοσηλευτές σε καθημερινή βάση, όταν κάνουν κρίσεις, σχετικά με τη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς και σχετικά με θέματα διαχείρισης»*. Η λήψη απόφασης επισημαίνεται και στο λεξικό της Merriam Webster ως *«η διαδικασία διαμόρφωσης μιας γνώμης ή αξιολόγησης μέσω της διάκρισης και της σύγκρισης»* (Merriam Webster Dictionary, 2018, p. 103), ενώ στο ιατρικό λεξικό του Stedman ως *«μια νοητική διαδικασία ή διαδικασία σκέψης που χρησιμοποιείται για την ανάλυση των δεδομένων, την έκβαση διαγνώσεων και την λήψη αποφάσεων σχετικά με τις παρεμβάσεις και την αξιολόγηση της φροντίδας»* (Stedman Medical Dictionary, 2018, p. 103). Συνεχίζοντας, η Αμερικάνικη Ένωση Κολλεγίων της Νοσηλευτικής (American Association of Colleges of Nursing, 2008, p. 104), έχει διατυπώσει

τον δικό της ορισμό αναφορικά με την κλινική απόφαση ως «τα αποτελέσματα της κριτικής σκέψης στη νοσηλευτική πρακτική» (Manetti, 2019).

Πολλές φορές συγχέεται η λήψη απόφασης με την επίλυση προβλήματος, όμως, στην πραγματικότητα είναι δύο εντελώς διαφορετικές διαδικασίες, ωστόσο η μία συμπληρώνει την άλλη (Murdoch, 2019). Ο Dowie (1993, p. 236), τόνισε ότι «λήψη απόφασης είναι η αξιολόγηση των εναλλακτικών επιλογών και τέτοιες αποφάσεις βασίζονται σε αξιολογήσεις του μέλλοντος με ηθικές και νόμιμες σκέψεις». Το 2005 οι Ernst & Paulus διευκρίνισαν ότι «λήψη απόφασης είναι η διαδικασία κατά την οποία δημιουργούνται προτιμήσεις ως προς τις διαθέσιμες επιλογές, επιλέγεται ο τρόπος δράσης και η διεξαγωγή της, βιώνοντας το αποτέλεσμα και αξιολογώντας το» (Ernst & Paulus, 2005, p. 309).

Προχωρώντας παρακάτω θα δοθεί ένας ακόμη ορισμός, με τον οποίο εξηγείται η λήψη απόφασης ως «κλάδος της ψυχολογίας, της νοητικής επιστήμης και της κοινωνιολογίας, που αφορά την κατανόηση, την μοντελοποίηση και την βελτίωση των διαδικασιών λήψης απόφασης» (Taylor, Dowding & Johnson, 2017, p. 3). Ο Hammond (2000, p. 41) καθόρισε τη λήψη απόφασης ως «κοινή λειτουργία των καθηκόντων και των νοητικών διαδικασιών» και ανέφερε πως «μέσω των εργασιακών ιδιοτήτων εκτιμώνται και συνδυάζονται οι πληροφορίες, για να καταλήξουν οι νοσηλευτές σε κρίσεις». Η Tanner επισήμανε ότι για να φτάσουν σε αυτές τις κρίσεις οι νοσηλευτές εφαρμόζουν έναν συνδυασμό αιτιολογικών μοτίβων (Tanner, 2006).

Σε άλλη μελέτη, η λήψη απόφασης ορίζεται απλώς ως «η διαδικασία του να κάνει κάποιος μια επιλογή» (Payne, 2015, p. 225). Εκτός από τη λήψη απόφασης, η Benner επισήμανε στη βιβλιογραφία και τη διαισθητική λήψη απόφασης ως «αυτό που ξεχωρίζει την απόφαση των ειδικών από τις αποφάσεις ή τους υπολογισμούς που γίνονται από έναν αρχάριο ή μια μηχανή» (Benner & Tanner, 1987, p. 23).

Αργότερα, ο Standing αναφέρθηκε σε αυτήν με έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό, ο οποίος προέκυψε από τις αντιλήψεις των νοσηλευτών ως «μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την παρατήρηση, την επεξεργασία των δεδομένων, την κριτική σκέψη, την επίλυση προβλημάτων, την κλινική κρίση, την πρακτική αντανάκλασης, τις ηθικές αξίες, την επαγγελματική υπευθυνότητα, την επιστήμη και την τεκμηριωμένη πρακτική με σκοπό να γίνει η καλύτερη επιλογή για τον ασθενή και να μειωθεί ο πιθανός κίνδυνος βλάβης» (Standing, 2008, p. 73).

2.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Προκειμένου η λήψη κλινικής απόφασης να είναι σωστή και κατάλληλη για τον ασθενή, δεν θα πρέπει να εμπεριέχει ρίσκα και κινδύνους, παρά μόνο οφέλη, γεγονός που καθίσταται δύσκολο και κάποιες φορές ανέφικτο στην κλινική πράξη, ειδικά αν κατευθύνεται μόνο από τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Πληθώρα παραγόντων επηρεάζουν την λήψη αποφάσεων, κυρίως των διαισθητικών και αυτών που σχηματίζονται με οδηγό την αισθητηριακή αντίληψη, όπως είναι αποφάσεις ή κρίσεις που σχετίζονται με το σχήμα, το βάθος ή το μέγεθος. Πόσες φορές έχει ξεγελαστεί κάποιος από μια ευρετική, η οποία αποσαφηνίζει την οπτική εικόνα ως απόδειξη για την απόσταση κάποιου αντικειμένου; Οι ατμοσφαιρικές συνθήκες είναι αυτές που δείχνουν τα διάφορα αντικείμενα πιο ξεκάθαρα ή πιο θολά και άρα κατευθύνουν και τις αποφάσεις των ατόμων.

Στη συνέχεια, δε θα ήταν δυνατό να μην αναφερθούν τα προσωπικά ενδιαφέροντα κάθε ατόμου, τα συναισθήματα, οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τη φυλή ή το έθνος, τα οποία οδηγούν σε αναληθείς και επηρεασμένες κρίσεις (Resnik, 2017). Σε περιπτώσεις που καθίσταται αναγκαίο να γίνεται διαλογή ασθενών, όπως στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, η λήψη απόφασης όχι μόνο είναι ζωτικής σημασίας, αλλά μπορεί να σώσει τη ζωή κάποιου ασθενή ή να επιδεινώσει την ήδη επιβαρυσμένη υγεία του. Αυτές οι αποφάσεις διαμορφώνονται με βάση τη διαίσθηση, την κριτική σκέψη, την εμπειρία, αλλά και τις δεξιότητες που σχετίζονται με τον νου του νοσηλευτή (Atlas & Alemdar, 2017).

Ακόμη ένας παράγοντας που καθοδηγεί τη λήψη απόφασης αποτελεί η πρακτική σοφία, δηλαδή μια ηθική δεξιότητα, που σύμφωνα με τον Αριστοτέλη παρέχει κατευθυντήριες οδηγίες για τη διενέργεια ηθικών πράξεων και αποφάσεων και απαιτεί από τον νοσηλευτή να γνωρίζει πολύ καλά τον ρόλο του, να αντιλαμβάνεται άμεσα την κατάσταση του ασθενή και να έχει την απαραίτητη γνώση και εμπειρία για να πράξει όσο το δυνατόν ορθότερα, αναμένοντας τα βέλτιστα αποτελέσματα. Δεν αρκεί, όμως, μόνο αυτό για να ληφθεί η πιο σωστή απόφαση για τον ασθενή, αλλά πρωταρχικής σημασίας είναι η ολιστική και εξατομικευμένη αξιολόγησή του. Όσες περισσότερες πληροφορίες συγκεντρώνει ο νοσηλευτής για τον ασθενή του, τόσο περισσότερο ολοκληρωμένη θα είναι και η εικόνα που έχει στο μυαλό του. Άρα, θα είναι σε θέση να αναγνωρίζει το πρόβλημα του ασθενή και τις αλλαγές στην κατάστασή του, κυρίως μέσω της παρατήρησης, διαδικασία, η οποία επηρεάζεται από τις προσδοκίες ασθενή-νοσηλευτή, τις εμπειρίες του από

προηγούμενους ασθενείς, τις αξίες του ίδιου και της κλινικής, αλλά και την θεωρητική και πρακτική γνώση που έχει ο ασθενής για την κατάστασή του (Manetti, 2019). Παράλληλα, τα περισσότερα άρθρα αναφέρουν και τη διαίσθηση σαν καίριο συστατικό της λήψης απόφασης (Rovithis et al., 2015, Johansson, Palmqvist & Rönnerberg, 2017, Hassani et al., 2016).

Πώς θα πάρει, όμως, ο νοσηλευτής την σωστή απόφαση για τον ασθενή, αν προηγουμένως δεν έχει εκπαιδευτεί για να λάβει την απαιτούμενη γνώση; Κι αυτή η γνώση πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να τού επιτρέπει να συνδυάζει την σωματική και κοινωνική πτυχή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, προκειμένου να αντιλαμβάνεται όχι μόνο τα ζητήματα που αφορούν τη νοσηλευτική πρακτική, αλλά και αυτά που αφορούν τον ασθενή ως άνθρωπο. Ο νοσηλευτής πρέπει συνεχώς να εκπαιδεύεται και να μαθαίνει καινούργια πράγματα σε όλα τα στάδια της επαγγελματικής του πορείας, ώστε να αποκτά περισσότερη εμπειρία και να διαχειρίζεται τις καταστάσεις όσο το δυνατόν καλύτερα προς όφελος του ασθενή (de Tantillo & De Santis, 2019). Μέσα στη βιβλιογραφία επισημαίνονται τρεις πηγές γνώσης, με βάση τις οποίες καταλήγει το νοσηλευτικό προσωπικό στη λήψη απόφασης, οι οποίες είναι:

- το “άλλο”
- ο εαυτός του ατόμου
- το ένστικτο

Το “άλλο” περιλαμβάνει τα σχέδια/μοτίβα που θα ακολουθήσει ο νοσηλευτής. Συνδυάζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο γνώσης με τα δεδομένα μέσω της παρατήρησης (όπως για παράδειγμα οι εκφράσεις του προσώπου), μπορούν να διεξαχθούν σπουδαία συμπεράσματα για τον ασθενή. Εξίσου χρήσιμα δεδομένα λαμβάνονται μέσω των νοσηλευτικών και ιατρικών αρχείων.

Ο εαυτός του ατόμου συντίθεται από τα μοτίβα, την προσωπική και επαγγελματική εμπειρία. Η προσωπική εμπειρία σχετίζεται με την προσωπική επαφή και επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή (λεκτική και μη λεκτική), ενώ η επαγγελματική έχει να κάνει με τη διαχείριση ανάλογων καταστάσεων στο παρελθόν.

Συνεχίζοντας, το ένστικτο χρησιμοποιείται όταν καθίσταται αδύνατο να διαφοροποιηθεί μια σωστή από μια λανθασμένη απόφαση, κατά κύριο λόγο σε περίπλοκες καταστάσεις (Voldbjerg et al., 2016).

Επιπρόσθετοι παράγοντες που αφορούν τη διαδικασία λήψης απόφασης μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες:

- εξωτερικό περιβάλλον
- κατάσταση υγείας του ασθενή
- εμπειρία των νοσηλευτών

Στο εξωτερικό περιβάλλον ανήκουν το περιβάλλον του κλινικού χώρου, οι συγκρούσεις στον χώρο εργασίας και ο εύκαιρος εξοπλισμός και συσκευές. Το κλινικό περιβάλλον διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη λήψη απόφασης, καθώς αν ο ασθενής βρίσκεται σε έναν χώρο χωρίς ιδιωτικότητα, ενδεχομένως να αποκρύψει μέρος των πληροφοριών από το νοσηλευτικό προσωπικό, άρα λόγω ελλιπών στοιχείων θα ληφθούν λανθασμένες αποφάσεις. Παράλληλα, οι συγκρούσεις και η συχνή διακοπή της επικοινωνίας αποτελούν σοβαρά κλύματα, που επηρεάζουν άμεσα την λήψη απόφασης. Λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και των παραπόνων των ασθενών εξαιτίας της αναμονής, ο νοσηλευτής αναγκάζεται να επιταχύνει τη διαδικασία επικοινωνίας με τον ασθενή που ήδη παρακολουθεί, με αποτέλεσμα να έχει ξανά ελλιπείς πληροφορίες, ενώ ταυτόχρονα ουσιαστική ανεπάρκεια παρουσιάζεται και στον εξοπλισμό.

Στη δεύτερη κατηγορία ανήκει το βασικό ενόχλημα του ασθενή, το προηγούμενο ιστορικό λήψης φαρμάκων και τα αντικειμενικά ευρήματα.

Στην τρίτη και τελευταία κατηγορία, της εμπειρίας, αναφέρεται η χρήση της διαίσθησης λόγω προηγούμενης εμπειρίας σε ανάλογες καταστάσεις και η επαγγελματική επάρκεια (Chang et al., 2017).

Ένας πολύ απλός παράγοντας, που συχνά, όμως, παραλείπεται η σημαντικότητά του και διαμορφώνει σε μεγάλο βαθμό τη λήψη απόφασης, είναι το άγχος, οδηγώντας σε μη υγιείς αποφάσεις. Και τα άλλα συναισθήματα, βέβαια, πέρα από αυτό, επηρεάζουν άμεσα τη διαδικασία μέσα από την οποία ο νοσηλευτής καταλήγει σε μια απόφαση (Polat et al., 2019), όπως, και ο τρόπος αξιολόγησης της πληροφορίας, το αν γίνεται προτεραιότητα ή όχι, καθώς και ο τρόπος που ανταποκρίνεται ο νοσηλευτής, στοιχεία που διαμορφώνονται από υποκειμενικά και αντικειμενικά κριτήρια του προσωπικού.

Άλλες παράμετροι, που γνωστοποιούνται μέσα από τη βιβλιογραφία, είναι ο χρόνος, ο φόβος, το πλήθος των ασθενών κ.α. (Johansen & O'Brien, 2016). Κάτι που σίγουρα προκαλεί μεγάλη εντύπωση είναι το γεγονός πως έχει αποδειχθεί, ότι οι αποφάσεις των νοσηλευτών στον κλινικό χώρο, διαμορφώνονται περισσότερο από τις προηγούμενες

εμπειρίες παρά από την παρούσα κατάσταση (Nibbelink & Brewer, 2017). Μάλιστα, μελέτες έχουν δείξει πως νοσηλευτές με 16 ή περισσότερα χρόνια εμπειρίας αξιολογούν συστηματικά τον εαυτό τους πιο υψηλά σε σχέση με τους υπόλοιπους, ως προς την διαπίστωση του προβλήματος, την λήψη απόφασης, την ταξινόμηση των προτεραιοτήτων, την κλινική εφαρμογή και την αντανάκλαση/αναστοχασμό, ενώ παράλληλα οι αρχάριοι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν τι χρειάζεται ο ασθενής από τα δεδομένα που έχουν (Manetti, 2019). Μέσω της εμπειρίας αυξάνεται και η αυτοπεποίθηση, αφού ο νοσηλευτής είναι ήδη γνώστης του τρόπου με τον οποίο πρέπει να δράσει, άρα νιώθει περισσότερο προετοιμασμένος να αναλογιστεί τις διαθέσιμες επιλογές, να ρωτήσει για πράγματα που δεν ξέρει, να παρέμβει με ορθό τρόπο και να εμπιστευτεί τις ικανότητες που ήδη έχει. Σαν αποτέλεσμα, αποκτά ευχέρεια στην επικοινωνία και κατέχει πώς να αντιδρά σε επείγουσες καταστάσεις (Nibbelink & Brewer, 2017).

Μέσα στον κλινικό χώρο, ο οποίος αποτελεί μια μικρή κοινότητα, η επιρροή σε μια απόφαση είναι αναπόφευκτη. Οι συνήθειες, οι παρεμβάσεις ρουτίνας, οι ανισότητες, το κοινωνικό στυλ των νοσηλευτών, η κουλτούρα, οι διαφορές ισχύος μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, αποτελούν μερικά μόνο από τα παραδείγματα που τελικά καθορίζουν μια απόφαση, ενώ χαρακτηριστικά, όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του ασθενή, δεν έχει προσδιοριστεί σαφώς αν την επηρεάζουν και σε τι βαθμό (Tanner, 2006).

Τι χρειάζεται, όμως, ο νοσηλευτής για να καταλήξει στη βέλτιστη τελική κρίση; Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η δεξιότητα της ταυτόχρονης εκτέλεσης πολλών ενεργειών, αφού πρώτα έχουν τεθεί προτεραιότητες σχετικά με το ποια είναι πιο σημαντική (Manetti, 2019). Επιπλέον, ένας καλός επαγγελματίας υγείας, και κυρίως ένας νοσηλευτής, θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα διάφορα συμπτώματα στο σώμα/όργανο του ασθενή, να τα εξετάζει ως προς την παθολογική τους διάσταση, να τα συγκεντρώνει όλα μαζί και να ξεχωρίζει μια παθολογική κατάσταση από μια άλλη, ώστε να μπορέσει να προβεί στις κατάλληλες ενέργειες (Murdoch, 2019). Όλα αυτά δε θα ήταν εφικτά αν το περιβάλλον δεν ήταν υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό προς τον νοσηλευτή, ώστε να βρει ποια πληροφορία του είναι χρήσιμη, πώς θα τη διαχειριστεί, πώς θα τη συλλάβει και σε ποια θεραπεία θα προχωρήσει εκτιμώντας τα αποτελέσματά της (Maharmeh et al., 2016).

Η καλύτερη απόφαση είναι αυτή που προσδιορίζεται από 4 θεμελιώδη στοιχεία:

- το πλαίσιο

- τη δομημένη γνώση
- τη διεργασία κριτικής σκέψης
- τη διεργασία λήψης απόφασης

Το πλαίσιο αναφέρεται στο κλίμα που επικρατεί στον κλινικό χώρο αλλά και στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή. Η γνώση προκύπτει από το σύνολο των γνώσεων που έχει ο νοσηλευτής σαν άτομο/επαγγελματία υγείας ή από την ασθένεια και άλλους παράγοντες, ενώ η κριτική σκέψη βοηθά το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίζει μια κατάσταση με ψυχραιμία και ωριμότητα χωρίς προκαταλήψεις και να ψάχνει συνεχώς εναλλακτικές. Ο ζήλος, η περιέργεια, η οξύνοια, η πνευματική ειλκρίνεια και διαύγεια αποτελούν κύρια συστατικά για τον συνδυασμό μιας ορθολογικής απόφασης και ενός υγιούς ατόμου (Chen et al., 2016). Η σωστή και ολοκληρωμένη λήψη απόφασης προϋποθέτει την πλήρη κατανόηση και αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή και φυσικά την άμεση ανταπόκριση του νοσηλευτή.

Οι νοσηλευτές είναι αναγκαίο να αναγνωρίζουν αν η ασθένεια έχει επηρεάσει κοινωνικά, σωματικά και ψυχολογικά, τόσο τον ασθενή, όσο και την οικογένεια του και να μην στέκονται μόνο σε παθοφυσιολογικά θέματα. Για να το πετύχουν αυτό, χρησιμοποιούν 2 προσεγγίσεις:

- μαθαίνουν το άτομο σαν ασθενή
- μαθαίνουν το άτομο σαν άτομο

Τελικά, η διαδικασία λήψης απόφασης είναι μια συνεχιζόμενη διαδικασία στην κλινική πρακτική, καθώς οι νοσηλευτές αποφασίζουν πάντα για τον ασθενή για οποιαδήποτε παρέμβαση, γεγονός που τους κάνει να νιώθουν άξιοι σεβασμού και αποδοχής (Maharmeh et al., 2016). Η απόρροια της διεργασίας λήψης κλινικής απόφασης είναι οι τελικές συνέπειες, στις οποίες εμπεριέχεται η αποδοχή της εκάστοτε επιλογής, η επαναξιολόγηση της και η αυτό-αξιολόγηση. Μια επιλογή υιοθετείται και εφαρμόζεται μόνο εάν ο νοσηλευτής πιστεύει πως η έκβαση θα είναι ωφέλιμη για τον ασθενή (Johansen & O'Brien, 2016).

2.3. ΘΕΩΡΙΕΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Κατά τη διάρκεια των χρόνων, έχουν μελετηθεί διάφορες θεωρίες σχετικά με την λήψη απόφασης στον κλινικό/και μη χώρο. Σαν έννοια γνωστοποιήθηκε στις αρχές του 1950 από

τους Edwards & Hammond (Shaban, 2015). Θεωρείται, ότι η λήψη απόφασης προέρχεται από δύο θεμελιώδεις τομείς, την ψυχολογία και την οικονομική επιστήμη.

Το 1967 οι Hammond et al., γνωστοποίησαν, πως οι αποφάσεις λαμβάνονται κάτω από συνθήκες αβεβαιότητας. Χρησιμοποιώντας τον νοσηλευτικό κλάδο ως παράδειγμα, ανέλυσαν τον τρόπο που οι νοσηλευτές συνδέουν μεταξύ τους τα στοιχεία για να καταλήξουν σε μια απόφαση και πώς τελικά η απόφαση αυτή αναιρείται, όταν προκύπτουν νέα δεδομένα (Johansen & O'Brien, 2016).

Από φιλοσοφικής άποψης, η νοσηλευτική ανέκαθεν στηριζόταν στη λογική σε ό,τι είχε να κάνει με τη λήψη αποφάσεων. Η κλασική λήψη απόφασης βασίζεται στη λογική προσέγγιση ότι το άτομο πρέπει να κάνει την πιο ιδανική επιλογή, μέσα από την αξιολόγηση όλων των διαθέσιμων επιλογών. Ωστόσο, στην καθημερινή κλινική πράξη οι έμπειροι νοσηλευτές δεν χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση, αλλά την εμπειρία τους από προηγούμενες καταστάσεις. Αυτή η άποψη οδήγησε στην υιοθέτηση της νατουραλιστικής λήψης απόφασης, η οποία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη διαδικασία σε καταστάσεις που υπάρχει περιορισμένος χρόνος και αναλογεί μερίδιο ευθύνης σε κάθε άτομο, όπως ακριβώς συμβαίνει και στη νοσηλευτική πρακτική (Nibbelink & Brewer, 2017).

Όσο πιο περίπλοκη είναι η κατάσταση, τόσο πιο πολύπλοκη είναι και η διαδικασία λήψης απόφασης και άρα αυξάνεται η πιθανότητα να γίνει μια λανθασμένη επιλογή. Όμως, σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει η εμπειρία, καθώς όσο πιο έμπειρος είναι ο νοσηλευτής, τόσο πιο εύκολα διαχειρίζεται μια κατάσταση (Maharmeh et al., 2016). Ο Dowie, ο οποίος έχει ασχοληθεί εκτενώς με αυτό το θέμα, αναφέρει, πως εάν μια απόφαση είναι λογική, τότε θα πρέπει να δίνει την εικόνα του πώς θα είναι το μέλλον μετά τη λήψη της, άρα ουσιαστικά, όταν τα άτομα πραγματοποιούν μια επιλογή, προβλέπουν το μέλλον τους.

Το κλασικό παράδειγμα σχετικά με τη λήψη απόφασης αναφέρεται ως "Κλασική Λήψη Απόφασης" (Classical Decision Making), σύμφωνα με το οποίο το άτομο αποφασίζει μέσα σε ένα περιβάλλον με πλήρη βεβαιότητα, καθώς το πρόβλημα έχει προσδιοριστεί, γνωρίζοντας όλες τις πιθανές εναλλακτικές λύσεις αλλά και τις συνέπειες αυτών και διαλέγοντας την καλύτερη ιδανική λύση. Αυτή η κλασική θεωρία εφαρμόζεται συχνά στο management, αλλά και σε διάφορα επαγγέλματα υγείας, αν και εξηγείται ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε ανεξέλεγκτα, χαοτικά περιβάλλοντα ή επείγουσες καταστάσεις, παρά

μόνο σε ελεγχόμενες, ιδανικές καταστάσεις. Κατά κύριο λόγο εμφανίζεται σε εργαστηριακούς χώρους.

Η νατουραλιστική θεωρία (Naturalistic Decision Making), η οποία αναφέρθηκε και προηγουμένως, αναπτύχθηκε στα μέσα του 1980 και ονομάζεται εναλλακτικά και “συμπεριφορική”. Σύμφωνα με αυτήν, οι άνθρωποι ζουν με περιορισμούς εξαιτίας της λογικής κρίσης. Η λήψη απόφασης σε αυτή τη θεωρία προκύπτει από κακώς δομημένα προβλήματα σε αβέβαιες/δυναμικές συνθήκες με ανάρμοστους, ανταγωνιστικούς στόχους, που συχνά μεταβάλλονται. Εδώ, σημαντική παράμετρος αποτελεί ο χρόνος, ενώ παράλληλα, σε αντίθεση με το κλασικό παράδειγμα, το πρόβλημα δεν έχει προσδιοριστεί σαφώς, ενώ το άτομο που αποφασίζει στερείται των απαραίτητων γνώσεων, υιοθετεί μια επαρκή λύση και η επιλογή του πηγάζει αποκλειστικά και μόνο από τα δεδομένα που αντιλαμβάνεται, μέσω της εμπειρίας. Η νατουραλιστική θεωρία είναι χρήσιμη σε χαοτικά περιβάλλοντα, όπου υπάρχει έλλειψη πληροφοριών.

Στη συνέχεια, οι περιγραφικές θεωρίες (Descriptive Theories) δεν εστιάζουν στο αν το άτομο είναι λογικό ή παράλογο, αλλά στον τρόπο με τον οποίο αποφασίζει στον πραγματικό κόσμο, με τις πραγματικές συνθήκες και μέσα. Μέσω αυτών των θεωριών γνωστοποιούνται οι μαθησιακές και νοητικές ικανότητες των καθημερινών ανθρώπων.

Οι περιγραφικές θεωρίες χρησιμοποιούνται σε διάφορα επαγγέλματα, κυρίως στη νοσηλευτική.

Συνεχίζοντας, υπάρχουν οι κανονιστικές θεωρίες (Normative Theories), οι οποίες περιγράφονται ως “κλασικές/θετικιστικές” και προέρχονται από τις στατιστικές/μαθηματικές/οικονομικές επιστήμες. Στις κανονιστικές θεωρίες οι ερευνητές στηρίζουν τη λογική κρίση ως οδηγό για τη λήψη αποφάσεων και εμβαθύνουν στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τη λογική και τα αποδεικτικά στοιχεία. Δίνεται έμφαση στην αξιολόγηση και όχι στο πώς λαμβάνονται αποφάσεις. Μια κριτική που έχει ασκηθεί στις κανονιστικές θεωρίες είναι ότι αποτυγχάνουν να αντικατοπτρίσουν την πραγματικότητα στις καταστάσεις που σχετίζονται με φροντίδα, κυρίως στη νοσηλευτική.

Στη συνέχεια, αναπτύχθηκαν οι θεωρίες αντίληψης (Perspective Theories), οι οποίες εφαρμόζονται στις επιστήμες που σχετίζονται με τη διαχείριση, αλλά και σε άλλα περιβάλλοντα, προκειμένου να λειτουργήσουν ως αρωγός για να αποφασίζουν ορθά τα άτομα. Ένα μοντέλο αντίληψης, που χρησιμοποιείται στον κλινικό χώρο, είναι οι

κατευθυντήριες οδηγίες και οι πολιτικές της κλινικής, που αλλιώς ονομάζονται και πρωτόκολλα και παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές.

Συγκρίνοντας την διαδικασία λήψης απόφασης με την ποιότητα της απόφασης, για να διαπιστωθεί η ακρίβειά της, χρησιμοποιείται η Κοινωνική Θεωρία (Social Judgment Theory), η οποία διευκρινίζει, ότι οι αποφάσεις ενός ατόμου επηρεάζονται από το κοινωνικό περιβάλλον (Shaban, 2015).

Προχωρώντας παρακάτω στις νοσηλευτικές θεωρίες, συναντώνται 4 στοιχεία που επιδρούν άμεσα στη νοσηλευτική διαδικασία, τα οποία είναι:

- το άτομο (ασθενής)
- το περιβάλλον
- οι στόχοι/ρόλοι/λειτουργίες της υγείας
- οι στόχοι/ρόλοι/λειτουργίες της νοσηλευτικής

Από αυτά τα στοιχεία το άτομο (ασθενής) είναι ζωτικής σημασίας (Agora, 2015).

Μια πολύ νέα θεωρία αναφορικά με την καθημερινή κλινική πρακτική και τη λήψη απόφασης, όπου απαιτείται, είναι η θεωρία της "σοφίας στην πράξη" (Wisdom in Action). Η σοφία είναι απαραίτητο στοιχείο για την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης, της εξειδικευμένης λήψης απόφασης και της συμπονετικής φροντίδας. Η ονομασία αυτής της θεωρίας προέρχεται από τη θεωρία της Benner "Σκέψη στην Πράξη" (Thinking-in-Action) και του Schön "Αντανάκλαση στην Πράξη" (Reflection-in-Action). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι νοσηλευτές πράττουν με σοφία στις αποφάσεις τους, όταν έχουν γνώσεις σχετικά με το κλινικό περιβάλλον και είναι εξοικειωμένοι με αυτό. Η απόφαση, που αφορά τη φροντίδα, σχετίζεται με την παρέμβαση που θα πραγματοποιηθεί στον ασθενή. Μετά την λήψη της απόφασης και την εφαρμογή της παρέμβασης σειρά έχει η αξιολόγηση. Στη νοσηλευτική πρακτική υπάρχουν 3 τύποι αξιολόγησης :

- εκτίμηση των εργαστηριακών αποτελεσμάτων
- εκτίμηση των ζωτικών σημείων
- εκτίμηση των παρεμβάσεων στον ασθενή μέσω της εντατικής παρακολούθησης (monitoring) (Matney et al., 2020).

Για να ξέρει ο νοσηλευτής πότε η απόφαση που πήρε ήταν σωστή, σε εθνικό επίπεδο, αξιολογούνται οι δομές φροντίδας υγείας και η ποιότητα σε όλες τις υπηρεσίες και εκτιμάται η νοσηλευτική φροντίδα. Άλλο μέτρο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας

που παρέχεται είναι και η ικανοποίηση του ασθενούς, αν και πολλές φορές υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ της άποψης του ασθενούς για τη φροντίδα που του δόθηκε και της πραγματικής ποιότητας της φροντίδας (de Tantillo & De Santis, 2019). Όταν οι αποφάσεις παρουσιάζουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία και κατάσταση του ασθενή, πολύ σπάνια θα επεξηγηθούν περαιτέρω. Η επεξήγηση, δηλαδή, θα δοθεί μόνο σε λανθασμένες κρίσεις (Murdoch, 2019).

2.4. ΜΟΝΤΕΛΑ ΛΗΨΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η Tanner, η οποία ασχολήθηκε εκτενώς με τη λήψη απόφασης, ανέπτυξε το δικό της μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η κλινική απόφαση ταυτίζεται με την επίλυση προβλήματος, περιλαμβάνοντας την αξιολόγηση, τη διάγνωση, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή. Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα 200 μελετών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έμπειροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τρεις μεθόδους για τη λήψη απόφασης, οι οποίες είναι:

- οι λογικές διαδικασίες, που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και εφαρμογή των κατάλληλων παρεμβάσεων. Οι λογικές διαδικασίες εφαρμόζονται όταν απουσιάζει η πραγματική γνώση (π.χ. αρχάριοι νοσηλευτές) και ακολουθούνται αποκλειστικά οι κατευθυντήριες οδηγίες, όταν υπάρχει μεγάλο χάσμα ανάμεσα σε αυτό που περίμενε το άτομο να συμβεί και σε αυτό που τελικά συνέβη, αλλά και όταν υπάρχουν περισσότερες από μια διαθέσιμες επιλογές.
- η διαίσθηση, η οποία προκύπτει από προηγούμενες εμπειρίες και λόγω αυτής οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται άμεσα στον ασθενή.
- η περιγραφική σκέψη, όπου μέσω αυτής το άτομο αναφέρει και ερμηνεύει ιστορίες και γεγονότα.

Στο μοντέλο της Tanner κυριαρχούν τέσσερις βασικές διαδικασίες για να καταλήξει ο νοσηλευτής σε μια απόφαση, οι οποίες είναι:

- η παρατήρηση, όπου δεν είναι απαραίτητο βήμα για την αξιολόγηση, αλλά αποτελεί μια παράμετρο των προσδοκιών των νοσηλευτών για την κατάσταση του ασθενή. Οι προσδοκίες αυτές πηγάζουν από όσα ξέρουν οι νοσηλευτές για τον συγκεκριμένο ασθενή από την ανταπόκρισή του, μέσω της εμπειρίας και των

πρωτοκόλλων. Άλλοι παράγοντες που διαμορφώνουν την κλινική παρατήρηση είναι οι αξίες, η κουλτούρα της κλινικής κ.α.

- η ερμηνεία και ανταπόκριση, όπου αναπτύσσονται μέσω της αρχικής διαδικασίας της παρατήρησης και κατανόησης της κατάστασης του ασθενή. Ο νοσηλευτής κάνει αρχικά υποθέσεις για οτιδήποτε έχει παρατηρήσει μέχρι να βρεθεί ο πραγματικός τρόπος ανταπόκρισης του ασθενή. Κυρίαρχο ρόλο σε αυτές τις υποθέσεις διαδραματίζει η διαίσθηση, η οποία κατευθύνει αυτή την ανταπόκριση.
- η αντανάκλαση στη δράση, όπου αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα στο μοντέλο της Tanner. Θεωρείται ότι είναι η δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να κατανοεί πώς ο ασθενής ανταποκρίνεται στην εκάστοτε παρέμβαση μέσω της αξιολόγησης, ώστε να τις προσαρμόσει κατάλληλα την επόμενη φορά. Η αντανάκλαση στη δράση δεν είναι μια θορυβώδης διαδικασία και ακολουθείται από την κλινική εκμάθηση, μέσω της οποίας γνωστοποιείται τι έχει αποκομίσει ο νοσηλευτής από όλη τη διαδικασία. Σε κάθε αβέβαιη κατάσταση, όπου υπάρχει ανάγκη λήψης απόφασης, θα υπάρξουν οι έξυπνες αποφάσεις και αυτές που οδηγούν σε σφάλματα. Η αντανάκλαση απαιτεί αίσθημα ευθύνης και γνώση των αποτελεσμάτων από την πλευρά του νοσηλευτή.

Το παραπάνω μοντέλο της Tanner παρέχει όλη τη γνώση που χρειάζεται κάποιος, για να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτονται οι νοσηλευτές κάτω από δύσκολες, πολύπλοκες καταστάσεις, όπου απαιτείται η λήψη μιας απόφασης. Βοηθά, επίσης, τους σπουδαστές νοσηλευτικής να υιοθετήσουν την έννοια της διορατικότητας και της κριτικής σκέψης στην κλινική πρακτική. Στη συνέχεια, μέσω αυτού θα αναπτύξουν ικανότητες αντανάκλασης και ένα ευρύ φάσμα γνώσεων, αλλά και θα αναγνωρίζουν τις αλλαγές στην κλινική κατάσταση του ασθενή, αποκτώντας πολύτιμη εμπειρία (Tanner, 2006).

Σε άλλη μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, παρουσιάζεται και η ανάπτυξη δύο ακόμη μεθόδων της Tanner, σύμφωνα με τις οποίες οι νοσηλευτές που κάνουν πρακτική αποφασίζουν είτε με τη διαίσθηση, είτε με την υποθετική-παραπλανητική μέθοδο. Η πρώτη μέθοδος είναι η αναγνώριση μοτίβων, μέσα από τα οποία οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν, διαχωρίζουν και αναλύουν τις υπάρχουσες πληροφορίες. Αυτό γίνεται μέσα από την αναζήτηση των μοτίβων, που τους κατευθύνουν στην έκβαση μιας διάγνωσης ή θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή. Σημαντική διαφορά μεταξύ των αρχάριων και έμπειρων νοσηλευτών είναι ότι οι αρχάριοι

δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν μοτίβα ή ομοιότητες στους ασθενείς, σε αντίθεση με τους έμπειρους που το κάνουν ευκολότερα και γρηγορότερα, αφού έχουν αντιμετωπίσει στο παρελθόν παρόμοιες καταστάσεις. Η δεύτερη μέθοδος είναι η θεωρία ανάλυσης της απόφασης, σύμφωνα με την οποία οι ασκούμενοι νοσηλευτές εύκολα μπορούν να αντιληφθούν όλες τις πιθανές θεραπείες που είναι δυνατό να δοθούν στον ασθενή (Rahajeng & Muslimah, 2019).

Στη μελέτη των Miller και Hill, παρουσιάζονται ξεκάθαρα τα δύο βασικά μοντέλα λήψης απόφασης, τα οποία είναι:

- το λογικό-αναλυτικό μοντέλο, το οποίο αναφέρεται ως λογικό, ακολουθώντας γραμμική και διαδοχική αλληλουχία. Εδώ τα πρωτόκολλα των κατευθυντήριων οδηγιών, η διεπιστημονική εισροή δεδομένων και η προσωπική γνώση αποτελούν αξιόλογους παράγοντες στη διαδικασία λήψης απόφασης.
- το διαισθητικό μοντέλο, στο οποίο η διαίσθηση παρουσιάζεται ως ακρογωνιαίος λίθος της ολιστικής, εξατομικευμένης φροντίδας. Αυτό το μοντέλο έχει μελετηθεί διεξοδικά από την Rew, την Benner και την Tanner (Miller & Hill, 2018).

Πιο αναλυτικά, επεξηγήθηκαν τα δύο αυτά μοντέλα στη μελέτη της Krishnan (2018), η οποία τα ονόμασε ως συστηματικό-θετικιστικό μοντέλο και διαισθητικό-ανθρωπιστικό μοντέλο.

Το πρώτο μοντέλο (συστηματικό-θετικιστικό), αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1970 στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ενώ το 1980 εγκαθιδρύθηκε στη νοσηλευτική επιστήμη. Αυτή η σαφής, λογική και γνωστική προσέγγιση πιστεύεται, ότι προκαλεί τα βέλτιστα αποτελέσματα στους ασθενείς. Βασίζεται στην υποθετική προσέγγιση της θεωρίας επεξεργασίας πληροφοριών, η οποία πηγάζει από τις γνωστικές επιστήμες και χρησιμοποιείται στην ιατρική έκβαση της διάγνωσης. Ουσιώδης είναι ο ρόλος της εμπειρίας σε αυτό το μοντέλο και της γνώσης που αποκομίζεται, η οποία οδηγεί στην τεχνογνωσία. Η λήψη απόφασης σε αυτό το μοντέλο στηρίζεται σε παράγοντες, όπως εργαστηριακά ευρήματα και άλλα διαγνωστικά στοιχεία. Οι υποθέσεις που έχουν γίνει σχετικά με αυτό το μοντέλο λήψης κλινικής απόφασης αναφέρουν ότι, η ανταπόκριση του ατόμου στην υγεία και την ασθένεια μπορεί να εντοπιστεί, να μετρηθεί και να κατανοηθεί, όπως και ο τρόπος συμπεριφοράς μπορεί να διαμελιστεί σε μικρότερα κομμάτια. Ακόμα, το υποθετικό αυτό μοντέλο συνδυάζει την κλινική αιτιολογία με την υπόθεση μέσω των παρατηρήσεων για να καταλήξει ο νοσηλευτής σε συμπεράσματα.

Το δεύτερο μοντέλο (διαισθητικό-ανθρωπιστικό) αναπτύχθηκε στο τέλος του 1980 και βασίζεται στη μελέτη των Benner & Tanner, (1984), οι οποίες ανέφεραν ότι η διαίσθηση αποτελεί ουσιαστικό κομμάτι της κλινικής απόφασης και σχετίζεται άμεσα με την εμπειρία. Η διαίσθηση αξιολογείται περισσότερο ως τέχνη παρά ως επιστήμη, ενώ προκύπτει ότι οι αποφάσεις λαμβάνονται σε ασυνείδητο επίπεδο, με την πρακτική σοφία να έχει εξέχουσα θέση. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία υπάρχουν δύο τρόποι σκέψης, ο συνειδητός και ο ασυνείδητος. Μέσω της ασυνείδητης σκέψης βρίσκεται ευκολότερα η λύση σε περίπλοκες καταστάσεις. Ωστόσο, πολύ σημαντική παράμετρος είναι ότι μέσω της διαισθητικής κρίσης διακρίνεται ο έμπειρος από τον αρχάριο νοσηλευτή, με τον αρχάριο να στηρίζεται περισσότερο στη λογική κρίση. Η διαίσθηση είναι μια γρήγορη, στιγμιαία, παράξενη, μη λογική διαδικασία, που απαιτεί ελάχιστη ψυχική προσπάθεια. Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι ολιστικό και το άτομο που αποφασίζει νιώθει ασφαλής, παρόλο που δεν έχει σαφή δικαιολόγηση για την επιλογή του. Και σε αυτό το μοντέλο τονίζεται η σημασία της εμπειρίας, μέσω της οποίας αποκτάται και η τεχνογνωσία. Οι υποθέσεις στο διαισθητικό-ανθρωπιστικό μοντέλο επεξηγούν ότι η λήψη αποφάσεων με βάση τη διαίσθηση δεν στηρίζεται στα τεκμηριωμένα δεδομένα, αλλά στην αντίληψη των ατόμων σχετικά με την κατάστασή τους. Η διαίσθηση ταυτίζεται με τον σκεπτικισμό, γιατί δεν επεξηγείται με επιστημονική αιτιολογία (Krishnan, 2018).

Συνοψίζοντας τα δύο αυτά μοντέλα λήψης απόφασης, διαπιστώνονται σημαντικές διαφορές στην προσέγγισή τους. Δηλαδή, το διαισθητικό μοντέλο είναι ολιστικό, μέσα από αυτό ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στον πόνο του ασθενή, λειτουργεί αυτόματα μέσα από τις εμπειρίες του παρελθόντος, επεξηγεί την πραγματικότητα σε συγκεκριμένες εικόνες και επεξεργάζεται συναισθηματικά γρηγορότερα τις πληροφορίες για να δράσει άμεσα. Επίσης, η εμπειρία σαν κατάσταση είναι υποσυνείδητη και παθητική και μέσω αυτής ο νοσηλευτής πιστεύει κάτι χωρίς αποδεικτικά στοιχεία. Σε αντίθεση, το λογικό μοντέλο είναι αναλυτικό και απαιτεί προσπάθεια η εφαρμογή του. Μέσω αυτού ο νοσηλευτής επικεντρώνεται στη λογική αιτιολόγηση των γεγονότων και η συμπεριφορά του επηρεάζεται από συνειδητές καταστάσεις του παρόντος. Η πραγματικότητα επεξηγείται μέσω των λέξεων, των συμβόλων και των αριθμών. Οι πληροφορίες επεξεργάζονται με μη συναισθηματικό τρόπο, γεγονός που οδηγεί σε καθυστερημένη εφαρμογή των παρεμβάσεων. Ακόμα, η εμπειρία είναι μια συνειδητή, ενεργή διαδικασία, όμως το άτομο βασίζεται περισσότερο στα αποδεικτικά στοιχεία (Alba, 2018).

Οι αποφάσεις που λαμβάνονται στην καθημερινή κλινική πρακτική διαμορφώνονται από λιγότερο επιστημονικά αλλά πρακτικά αποδεικτικά στοιχεία, όπως:

- τις διαθέσιμες πηγές πληροφοριών που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό
- τις προτιμήσεις των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας
- τις εμπειρίες των νοσηλευτών (Coutts, 2018).

Πρωταρχικό ρόλο στη σωστή φροντίδα του ασθενή διαδραματίζει η εκπαίδευση των νοσηλευτών ήδη από τη φοιτητική τους διαδρομή στη διενέργεια πράξεων, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για αυτές, αφού πρώτα έχουν θέσει ως στόχο την ευεξία τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους (Tanner, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΧΡΗΣΗ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ

3.1. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Πώς λειτουργεί άραγε ο εγκέφαλος, όταν ο νοσηλευτής ή οποιοδήποτε άλλο άτομο παίρνει μια απόφαση; Διάφοροι ερευνητές ασχολήθηκαν με αυτό το θέμα προκειμένου να ανακαλύψουν τις περιοχές του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες, τα μοτίβα της νευρολογικής δραστηριότητας και τον ρόλο των νευροδιαβιβαστών.

Αντικείμενο μελέτης αρχικά αποτέλεσε συγκεκριμένα ο τρόπος που λαμβάνεται μια ηθική απόφαση. Δηλαδή, άτομα στα οποία ο μετωπιαίος λοβός δεν λειτουργεί σωστά ή και καθόλου, δεν αποφασίζουν με γνώμονα την ηθική. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άτομα που παρουσιάζουν βλάβη στο συναισθηματικό κέντρο του εγκεφάλου, όπου εδώ υπεύθυνα για την λήψη μιας μη ηθικής απόφασης είναι τα συναισθήματα (Resnik, 2017).

Στη συνέχεια, δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στη διαισθητική λήψη απόφασης, μέσω της σύνδεσής της με την γαλβανική απόκριση του δέρματος, του τρόπου δηλαδή με τον οποίο ανταποκρίνεται το δέρμα στα διάφορα ερεθίσματα. Σύμφωνα με την Payne, στους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια που λαμβάνουν μια απόφαση, η δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος είναι αρκετά έντονη. Θεωρείται, λοιπόν, ότι αυτό το γεγονός αντιπροσωπεύει τα αποδεικτικά στοιχεία της χρήσης της διαίσθησης στη νοσηλευτική πρακτική.

Σε άλλη μελέτη της η Payne έχει τονίσει τη διέγερση (από την πτυχή της φυσιολογίας) των ατόμων που παίρνουν μια απόφαση ενώ έχουν ήδη εμπειρία πάνω στο συγκεκριμένο θέμα (Kozlowski et al., 2017). Η Bechara συσχετίζει κι αυτή την αλληλεπίδραση πολλών περιοχών του εγκεφάλου μεταξύ τους κατά τη λήψη μιας απόφασης, γνωστοποιώντας πως η λήψη αποφάσεων διαμορφώνεται από τα μηνύματα που προκύπτουν από τους βιολογικούς μηχανισμούς, οι οποίοι εμπλέκουν τόσο ασυνείδητες, όσο και συνειδητές διαδικασίες. Κατά τη γνώμη της, η διαδικασία λήψης απόφασης προϋποθέτει την εμπλοκή αισθητηριακών και αυτόνομων δεδομένων και διαμορφώνεται μέσω της μνήμης, της σωματικής συγκίνησης λόγω των συναισθημάτων και της γνώσης. Επίσης, η Bechara ασχολήθηκε μαζί με τον Damasio με τη λήψη απόφασης με αρωγό τη διαίσθηση. Ανέπτυξαν μια θεωρία (Somatic Marker Hypothesis), η οποία είναι επηρεασμένη από τη θεωρία της Benner σχετικά με την αναγνώριση μοτίβων και την εμπειρία. Η ταύτιση με τη θεωρία της Benner έγκειται και στο ότι και οι δύο θεωρίες αναφέρουν πως όταν ένας

νοσηλευτής πρέπει να αποφασίσει για κάτι, η διαίσθηση (εφόσον αναπτυχθεί) είναι μια σωματική κατάσταση που προκαλεί ένα προειδοποιητικό σημάδι, το οποίο με τη σειρά του οδηγεί στη μεροληπτική, αλλά πλεονεκτική απόφαση. Η διαισθητική λήψη απόφασης κατευθύνεται από το μυαλό, το οποίο εμπλέκει την αναγνώριση μοτίβων και τη μνήμη.

Ωστόσο, σε περίπτωση που η διαίσθηση δεν αναπτυχθεί, ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει την κατάσταση με γνωστικούς και λογικούς τρόπους, μέσω της συνειδητής εμπλοκής της αναγνώρισης μοτίβων και της μνήμης, ώστε να καταλήξει σε μια απόφαση (Payne, 2015). Η θεωρία των Bechara & Damasio θεωρείται τόσο ανατομική όσο και γνωστική-νοητική διαδικασία, μέσω της οποίας προκύπτουν συναισθηματικά και σωματικά ερεθίσματα. Πέρα από την αναγνώριση μοτίβων, τη μνήμη και την εμπειρία εμπλέκεται και η γνώση. Όλα αυτά τα στοιχεία μετατρέπουν τη διαισθητική διαδικασία που συμβαίνει στο σώμα σε απάντηση που δίνεται μέσω του δέρματος και τελικά σε μια επιτυχημένη απόφαση.

Εκτιμώντας τα οφέλη αυτής της θεωρίας, θα μπορούσε κανείς να πει πως είναι σχετικά με την εκπαίδευση, την έρευνα, τη θεωρία και την κλινική πρακτική. Στην εκπαίδευση μέσω της SMH θα μπορούσε να μετρηθεί η ύπαρξη διαίσθησης στους φοιτητές νοσηλευτικής ή στους αποφοίτους, αλλά και να έρθουν στην επιφάνεια οι τρόποι με τους οποίους αναπτύσσεται. Το πιο σημαντικό όφελος αποτελεί η δυνατότητα συσχέτισης αυτής της θεωρίας με άλλα μοντέλα λήψης απόφασης στη νοσηλευτική πρακτική. Ακόμα, θα ήταν εφικτό να κατανοηθούν όλοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατοχύρωση μιας απόφασης, καθώς και ο συνδυασμός της διαίσθησης με την τεκμηριωμένη πρακτική (Miller & Hill, 2018).

Περαιτέρω ευρήματα σε μελέτες αποκάλυψαν πως η αμυγδαλή (περιοχή του εγκεφάλου μέσα στους λοβούς), τα γάγγλια και οι φλοιοί του εγκεφάλου διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στη διαίσθηση. Ειδικά τα βασικά γάγγλια βοηθούν ιδιαίτερα στην επεξεργασία των πληροφοριών που αφορούν τη διαίσθηση. Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ο ρόλος του κογχομετωπιαίου φλοιού στη διαισθητική λήψη απόφασης, μέσω της παρατήρησης της ηλεκτρομαγνητικής απόκρισης του εγκεφάλου κατά την εκτέλεση μιας εργασίας. Η ενεργοποίηση του κογχομετωπιαίου φλοιού δε σχετίζεται με τις απαιτήσεις της εκάστοτε εργασίας, τα σωματικά ερεθίσματα και την αναγνώριση αυτών των ερεθισμάτων από το άτομο, αλλά συνδέεται με το γεγονός ότι τα άτομα αντιλαμβάνονται

την συνοχή. Επομένως, ο κορχομετωπιαίος φλοιός ευθύνεται για τη λήψη απόφασης με βάση τη διαίσθηση.

Σε άλλη μελέτη έχει αποκαλυφθεί, ότι στην καρδιά φυλάσσονται οι επεξεργασμένες πληροφορίες, που προκύπτουν από την ανάλυση των συναισθημάτων, πριν ακόμα το σώμα έρθει σε επαφή με αυτό το συναίσθημα. Αυτό γίνεται μέσω της μείωσης του καρδιακού ρυθμού. Αποδεικνύεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της καρδιάς και του μυαλού σε ότι έχει να κάνει με την επεξεργασία των πληροφοριών. Ωστόσο, φαίνεται η καρδιά να δέχεται πριν από τον εγκέφαλο τη διαισθητική πληροφορία.

Στον εγκέφαλο η επεξεργασία των δεδομένων γίνεται από τον κορχομετωπιαίο φλοιό, τις ινιακές και βρεγματικές περιοχές. Σημαντική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ του φύλου και της διαίσθησης. Δηλαδή, οι γυναίκες επεξεργάζονται περισσότερα διαισθητικά δεδομένα συγκριτικά με το ανδρικό φύλο. Ουσιαστικό ρόλο στη λήψη απόφασης με βάση τη διαίσθηση έχουν και οι νευρώνες-καθρέφτες, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την κατανόηση ενεργειών/πράξεων. Επομένως, όπως γίνεται εμφανές από τη βιβλιογραφία, η διαισθητική λήψη απόφασης κατευθύνεται από μια συγκεκριμένη αντίδραση που συμβαίνει στο σώμα του ατόμου. Οι Agor & Crosset υποστηρίζουν κι αυτοί emphaticά, πως η χρήση της διαίσθησης εξαρτάται από τα σωματικά δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, ο εγκέφαλος χωρίζεται σε δύο μέρη, το δεξιό και το αριστερό. Ο αριστερός είναι υπεύθυνος για τη νοημοσύνη, ενώ ο δεξιός για τη διαίσθηση. Τα δύο ημισφαίρια ενώνονται μεταξύ τους με νευρικές ίνες. Με την αρμονική συνεργασία των δύο ημισφαιρίων, ο εγκέφαλος παράγει το έργο που χρειάζεται (Turan et al., 2016).

Σε άλλη έρευνα ο εγκέφαλος έχει θεωρηθεί υπεύθυνος και για την άμεση αναγνώριση πιθανού επερχόμενου κινδύνου που θα εμφανιστεί στο μέλλον (Hassani, Abdi & Jalali, 2016), ενώ ορισμένοι επισημαίνουν τη διαίσθηση ως εγκεφαλική λειτουργία που χρησιμοποιείται από τα άτομα, προκειμένου να αντιληφθούν την πραγματικότητα (Μπαντούνα, 2017).

3.2. ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Η έντονη δυσπιστία σε οτιδήποτε δεν εξηγείται με τη λογική ή την επιστήμη των μαθηματικών υπάρχει ήδη από την εποχή του Πλάτωνα (Benner & Tanner, 1987). Παρόλο που, η σημαντικότητα της διαίσθησης έχει τονιστεί ιδιαίτερα μέσα στη βιβλιογραφία

(Rovithis & Parissoroulos, 2005), ωστόσο συνεχίζει να υποτιμάται ουσιαστικά στην κλινική πρακτική. Αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός, πως είναι μια έννοια που δε μπορεί να μετρηθεί και άρα θεωρείται αναξιόπιστη, καθόλου επιστημονική και κρίνεται πλήρως ακατάλληλη στον κλινικό χώρο. Όμως, τελικά, η διαίσθηση παρέχει σημαντική γνώση, αν και δύσκολα μπορεί ένας νοσηλευτής να εξηγήσει και στους άλλους πώς τον βοήθησε στη λήψη απόφασης. Λόγω της σημαντικής θέσης που έχει καταλάβει η τεκμηριωμένη πρακτική, η έννοια της διαίσθησης παραγκωνίζεται στη νοσηλευτική εκπαίδευση. Πριν, όμως, υποτιμηθεί και αξιολογηθεί λανθασμένα θα έπρεπε να γίνει πλήρως κατανοητή από τα άτομα που διδάσκουν τη νοσηλευτική επιστήμη (Turan et al., 2016).

Οι Benner & Tanner επισήμαναν ακόμα, ότι οι νοσηλευτές εξαιτίας της έλλειψης επιστημονικών δεδομένων, πολλές φορές νιώθουν ότι υστερούν αξίας, όταν χρησιμοποιούν τη διαίσθησή τους. Αυτό το γεγονός είναι πιθανό να προκαλέσει αισθήματα ενοχής στο νοσηλευτικό προσωπικό που επιλέγει τη διαίσθηση ως οδηγό για τις γνώσεις του στη νοσηλευτική πράξη. Ορισμένες φορές, ακόμα και οι πιο εξειδικευμένοι νοσηλευτές υποτιμούν τη διαίσθησή τους. Μερίδιο ευθύνης σε αυτό έχει και το εκπαιδευτικό σύστημα, το οποίο προάγει μόνο τον ορθολογισμό ως σωστή παράμετρο για τη λήψη αποφάσεων, καθώς και ο πολιτισμός που μέσω αυτού γίνεται προσπάθεια να αντικατασταθεί η διαισθητική κρίση με τη λογική.

Εκτός αυτού, υποστηρίζεται σύμφωνα με τον Burnard (1989), πως η διαίσθηση είναι ιδιότητα του γυναικείου φύλου, ενώ ο ορθολογισμός επιλέγεται από το αντίθετο φύλο. Όλα τα παραπάνω δημιουργούνται εξαιτίας των απόψεων των εκπαιδευτικών σχετικά με τη διαίσθηση και των αναγκών της ίδιας της κοινωνίας για αποφάσεις επιστημονικές, γραμμικές και ορθολογικές.

Στον κλινικό χώρο πολύ βασικός παράγοντας είναι και η λογοδοσία των νοσηλευτών, η τεκμηρίωση, δηλαδή, των πράξεων τους, γεγονός που καθίσταται ανέφικτο, αφού η διαίσθηση δε μπορεί να εξηγηθεί στους άλλους (Rovithis & Parissoroulos, 2005). Στη συνέχεια, η διαίσθηση θεωρείται δεξιότητα που δεν είναι νόμιμη σχετικά με τη λήψη απόφασης, αλλά και βάση για τη διενέργεια παράλογων πράξεων, αβάσιμη γνώση ή/και υπερφυσική έμπνευση (Benner & Tanner, 1987). Η νομιμότητα αυτή φαίνεται να εξαρτάται από την πολύπλοκη, μυστηριώδη φύση της (Hassani et al., 2016). Πολλοί νοσηλευτές, μάλιστα, έχουν αναφέρει ότι, όταν κάποιες φορές έχουν χρησιμοποιήσει τη διαίσθησή τους, έχουν έρθει αντιμέτωποι με προβλήματα. Ακριβώς επειδή δε μπορούν να

τη συσχετίσουν με τα αντικειμενικά δεδομένα, μειώνουν την αξία της (Johansson, Palmqvist & Rönnerberg, 2017).

Ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός πως ακόμα και σε άλλους πολιτισμούς, όπου μπορεί η λέξη να μην υπάρχει, γίνεται χρήση της διαίσθησης σαν εμπειρία (Rew & Barrow, 2007). Άλλος λόγος υποτίμησης της πέρα από τη δυσκολία της ποσοτικοποίησης είναι και το ότι οι νοσηλευτές δεν ασχολούνται τόσο με τον ασθενή, ώστε να ταυτιστούν τα αντικειμενικά ευρήματα με τη διαισθητική τους κρίση, σύμφωνα με τους Kosowski & Roberts. Όπως έχει αποδειχθεί, λόγω της παραμέλησής της δε δίνεται η απαραίτητη σημασία στη θεραπευτική διαδικασία του ασθενή. Πληθώρα παραγόντων καθιστά δύσκολη την αντίληψη της διαίσθησης, όπως για παράδειγμα:

- ο ακριβής προσδιορισμός της από εννοιολογική άποψη
- η ακράδαντη επιμονή στην ορθολογική κρίση
- η αδυναμία κατανόησης του τρόπου με τον οποίο η διαίσθηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με τη λογική και να παρέχει πληροφορίες, οι οποίες στηρίζονται στην τεκμηριωμένη πρακτική
- η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη συνεισφορά της στην εκπαίδευση-έρευνα-πρακτική ή ακόμα και η αμφισβήτηση της ακρίβειας αυτών των γνώσεων
- η άβολη θέση των νοσηλευτών να περνούν για ανόητοι, όταν οι υπόλοιποι ζητούν εξηγήσεις για τον τρόπο δράσης τους
- η έλλειψη διαίσθησης από τους ίδιους τους νοσηλευτές
- η υπέρμετρη εξάρτηση από την τεχνολογία για την επιβεβαίωση της κλινικής εικόνας του ασθενή
- ο φόβος ότι μια πράξη που βασίζεται στη διαίσθηση ενδεχομένως να είναι εσφαλμένη (Hassani, Abdi & Jalali, 2016).

Στη συνέχεια, έχει γνωστοποιηθεί πως από τις υπάρχουσες μορφές γνώσης (εμπειρική, αισθητική, ηθική, προσωπική), οι νοσηλευτές εδώ και χρόνια εστιάζουν μόνο στην εμπειρική και ορθολογική, παραγκωνίζοντας έτσι τη σημασία των άλλων, όπως και της διαίσθησης (Hassani et al., 2016). Το θέμα της διαίσθησης έχει διερευνηθεί στον Ελλαδικό χώρο από το 2005 και μάλιστα είχε επισημανθεί πως αν συνεχιστεί η απαξίωσή της, το νοσηλευτικό επάγγελμα θα αντιμετωπίσει μεγάλο κίνδυνο. Οι φοιτητές νοσηλευτικής, που πραγματοποιούν την πρακτική τους στον κλινικό χώρο και έρχονται για πρώτη φορά

σε επαφή με το περιβάλλον του νοσοκομείου, θα ενταχθούν σε μια ρουτίνα που περιλαμβάνει τη λήψη αποφάσεων μόνο με κριτήριο τη λογική κρίση. Άρα, η νοσηλευτική θα σταματήσει να αναπτύσσεται σαν κλάδος, αφού η λήψη απόφασης θα περιορίζεται σε μία μόνο παράμετρο (Rovithis & Parissoroulou, 2005). Ωστόσο, με την αναγνώριση της διαίσθησης στον κλινικό χώρο η γνώση θα πολλαπλασιαστεί και η εμπειρία των νοσηλευτών συνεχώς θα ενισχύεται. Έτσι κι αλλιώς, μέσα από αυτήν ο ασθενής έμμεσα ή άμεσα βγαίνει ωφελημένος (Rovithis et al., 2015).

3.3. ΣΥΝΔΕΣΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ

Πρώτη η Benner μαζί με την Tanner εστίασαν στη σύνδεση της διαίσθησης με την εμπειρία, ορίζοντας πέντε διαδοχικά επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας, σύμφωνα με τα οποία, ο "ειδικός" νοσηλευτής που βρίσκεται στο πέμπτο επίπεδο, δε βασίζεται καθόλου στον αναλυτικό τρόπο σκέψης, αλλά μόνο στη διαίσθηση προκειμένου να λάβει μια απόφαση για τον ασθενή. Λόγω της προηγούμενης εμπειρίας του, μπορεί να αναγνωρίζει άμεσα την προέλευση του προβλήματος και να το αντιμετωπίζει κατάλληλα. Αντίθετα, ο αρχάριος νοσηλευτής, ο οποίος δεν έχει καθόλου κλινική εμπειρία στη διαχείριση καταστάσεων, στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο στα πρωτόκολλα και τις κατευθυντήριες οδηγίες (Benner & Tanner, 1987).

Σε αντίθεση με αυτή τη θεωρία οι King & Clark ασχολήθηκαν κι αυτοί εκτενώς με τη συσχέτιση εμπειρίας και διαίσθησης, όμως θεώρησαν πως σε όλα τα επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας, από τον αρχάριο μέχρι τον ειδικό, η διαίσθηση είναι παρούσα. Πιο αναλυτικά, αναφέρεται πως στην έρευνα που έκαναν στο νοσηλευτικό προσωπικό της Χειρουργικής Κλινικής και της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ενός νοσοκομείου στην Αγγλία, διαπιστώθηκε η ύπαρξη διαίσθησης τόσο στους αρχάριους όσο και στους προηγμένους αρχάριους, αλλά και στους νοσηλευτές με επάρκεια, καθώς και στους ικανούς. Όσο αυξάνεται το επίπεδο, τόσο μεγαλύτερη είναι η εμπειρία. Ωστόσο, παρά την ύπαρξη διαίσθησης σε όλα τα επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας, η ουσιαστική διαφορά έγκειται στο γεγονός πως οι ειδικοί χρησιμοποιούσαν με πιο αποτελεσματικό τρόπο τη διαίσθησή τους, χωρίς όμως να αποχωρίζονται τη λογική κρίση (King & Clark, 2002).

Με τη θεωρία τους συμφωνούν και οι King & Appleton (1997), οι οποίοι πιστεύουν, πως η διαίσθηση χρησιμοποιείται και από τους φοιτητές, τους μη ειδικούς και τους ειδικούς

νοσηλευτές. Μάλιστα, θεωρούν πως η διαίσθηση είναι μια ιδιότητα που αναπτύσσεται εξαρχής στο νοσηλευτικό προσωπικό και απλά όσο περνάει ο καιρός ενισχύεται μέσω της εμπειρίας (Rovithis & Parissopoulos, 2005). Και στους αρχάριους και στους ειδικούς νοσηλευτές, φαίνεται η διαίσθηση να εξαρτάται από την αλληλεπίδραση γνώσης-εμπειρίας-αυτοεκτίμησης-πνευματικότητας και ηλικίας κάθε νοσηλευτή, αλλά και από την στενή σχέση που έχουν με τον ασθενή (Chilcote, 2017). Ωστόσο, μόνο οι έμπειροι νοσηλευτές είναι σε θέση να αναγνωρίζουν κλινικά προειδοποιητικά σημάδια που μαρτυρούν ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά με τον ασθενή. Μέσα από αυτή την ασυνείδητη διαδικασία είναι πιθανό να φαίνονται τα αποτελέσματα τους περισσότερο αντικειμενικά ή να βοηθούνται οι νεότεροι νοσηλευτές κατά τη λήψη μιας απόφασης (Douw et al., 2015).

Σε μια κρίσιμη, περίπλοκη κατάσταση η εμπειρία από προηγούμενες περιπτώσεις είναι πολύτιμος οδηγός για την παροχή σωστής φροντίδας στους ασθενείς, αλλά και για την αξιολόγησή της. Ακόμα και οι νεότεροι νοσηλευτές μπορούν να επωφεληθούν από την εμπειρία των παλαιότερων, να ακούσουν τις συμβουλές τους και να μάθουν να αναλαμβάνουν ευθύνες (de Tantillo & De Santis, 2019). Αυτό έχει γνωστοποιηθεί και από τη μελέτη της Payne, η οποία διευκρίνισε, ότι οι νοσηλευτές που έχουν μεγάλη εμπειρία στον κλινικό χώρο κάνουν λιγότερα λάθη κατά τη λήψη αποφάσεων, ενώ παράλληλα χρησιμοποιούν ποικίλους τρόπους, μέσω των οποίων καταλήγουν σε μια κρίση (Payne, 2015). Η διαίσθηση κάνει τους νοσηλευτές να νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σχετικά με τις αποφάσεις τους, αλλά και τους βοηθάει να συνδέονται πιο έντονα με τους ασθενείς (Nibbelink & Brewer, 2017). Οι έμπειροι νοσηλευτές, ακόμη, μπορούν λόγω της διαίσθησης να συνδυάσουν όλα τα στοιχεία της κατάστασης, ώστε να καταλήξουν σε μια απόφαση. Αντίθετα, οι λιγότερο έμπειροι αντιμετωπίζουν την κλινική κατάσταση από θεωρητικής, διαδικαστικής άποψης ως ένα παζλ, που πρέπει μέσω της λογικής κρίσης και της κατάλληλης μεθοδολογίας να βάλουν τα κομμάτια στη σωστή θέση (Payne, 2015).

Μέσω της εμπειρίας οι νοσηλευτές ξέρουν τι να περιμένουν από την κατάσταση του ασθενή κάθε φορά και μπορούν να προβλέψουν το μέλλον σχετικά με την υγεία του. Με την ασυνείδητη αντίληψη της κατάστασης του ασθενή, λαμβάνονται οι αποφάσεις, πράττει το νοσηλευτικό προσωπικό και προκύπτουν τα αποτελέσματα. Το χρώμα του δέρματος, οι εκφράσεις του προσώπου και άλλοι παράγοντες βοηθούν τον νοσηλευτή να καταλάβει τι συμβαίνει, αφού έχει έρθει ξανά αντιμέτωπος στο παρελθόν με ασθενείς με

τα ίδια χαρακτηριστικά και χρησιμοποιεί αυτές τις εμπειρίες μέσω της μνήμης. Άλλωστε, τα μόνιτορ και γενικότερα τα αντικειμενικά δεδομένα δεν αντικατοπτρίζουν με σαφήνεια και ακρίβεια την σοβαρότητα μιας κατάστασης.

Στα ίδια συμπεράσματα με την Benner κατέληξαν και οι McCutcheon & Pincombe, (2001), συσχετίζοντας τη διαίσθηση με την εμπειρία και τη γνώση (Rovithis & Parissopoulos, 2005). Στη μελέτη της η Tanner τόνισε κι αυτή με τη σειρά της, ότι οι έμπειροι νοσηλευτές λειτουργούν διαισθητικά απλά επειδή ξέρουν τι να κάνουν χωρίς κάποια εξήγηση, ενώ οι αρχάριοι πρέπει να αποκτήσουν εμπειρία σχετικά με την αναγνώριση ενός προβλήματος, να συνδυάσουν τις θεωρητικές γνώσεις, να ελέγξουν και τις κατευθυντήριες οδηγίες και ύστερα να αποφασίσουν τον τρόπο δράσης (Tanner, 2006).

Σε άλλη έρευνα, προσδιορίζεται μια άλλη πτυχή σχετικά με τον συνδυασμό εμπειρίας και διαίσθησης, όπου εδώ παρατηρήθηκε μεγαλύτερη χρήση διαίσθησης από τους νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας, που είχαν πάλι περισσότερα χρόνια εμπειρίας και ενθαρρύνονταν από την οικογένεια και φίλους σε κοινωνικό επίπεδο (Miller & Hill, 2018). Με τη λέξη "εμπειρία" δεν νοείται μόνο η εμπειρία που έχει ένας νοσηλευτής στον κλινικό χώρο, αλλά οποιαδήποτε εμπειρία έχει με τη διαίσθηση (Pretz & Folse, 2011). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως απλώς με την εμπειρία, η διαίσθηση βελτιώνεται και οδηγούνται τα άτομα στην παροχή φροντίδας (Johansson, Palmqvist & Rönnberg, 2017).

Μια μελέτη εμφανίζεται μόνο στη βιβλιογραφία να συσχετίζει τη λογική κρίση και όχι τη διαίσθηση με την εμπειρία. Πιο συγκεκριμένα, επεξηγείται πως οι νοσηλευτές που αποφασίζουν με γνώμονα τη λογική έχουν περισσότερη εμπειρία, είναι μεγαλύτερης ηλικίας και έχουν δουλέψει αρκετά στη συγκεκριμένη μονάδα (Nibbelink & Brewer, 2017). Όμως, αυτή η άποψη αποτελεί έναν κόκκο άμμου μπροστά στις μελέτες που υποστηρίζουν το αντίθετο. Οι νοσηλευτές που είναι έμπειροι και γνώστες του νοσηλευτικού αντικειμένου, αξιολογούν άμεσα και διαισθητικά την φροντίδα που παρέχουν. Κάθε νοσηλευτής αποκομίζει ουσιαστικές γνώσεις, οι οποίες μετατρέπονται σε κλινική εμπειρία, που θα χρειαστεί μελλοντικά. Η εξειδίκευση αποκτάται όταν οι εμπειρίες αξιολογούνται μέσω της κριτικής σκέψης και της αντανάκλασης, έτσι ώστε ο νοσηλευτής να ξεκαθαρίσει τις πληροφορίες που απαιτήθηκαν μέσω της εμπειρίας και πώς αυτές χρησιμεύουν στην κλινική πρακτική.

Οι άνθρωποι γεννιούνται χωρίς καθόλου διαισθητικές γνώσεις, τις οποίες αποκτούν με τον καιρό, γεγονός που γίνεται συνειδητά, αποτελεσματικά και χωρίς προσπάθεια. Με τον

ίδιο ακριβώς τρόπο και οι φοιτητές νοσηλευτικής μαθαίνουν να εκφράζονται μέσω της νοσηλευτικής διαλέκτου σχετικά με την κατάσταση του ασθενή. Ύστερα, με τη βοήθεια της διαίσθησης αντιλαμβάνονται και την κλινική αιτιολόγηση μέσω των εμπειριών στην πράξη. Οι Lyneham et al., (2008), ανέφεραν ότι η εξειδίκευση και η απόκτηση εμπειρίας στη χρήση της διαίσθησης μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της απόκτησης:

- νοητικής διαίσθησης, όπου η αξιολόγηση της κατάστασης γίνεται υποσυνείδητα και αργότερα μπορεί να αναλυθεί μέσω της λογικής κρίσης
- παραδοσιακής διαίσθησης, όπου μέσω αυτής ο νοσηλευτής αξιοποιεί τις σωματικές αισθήσεις και άλλες συμπεριφορές
- ενσωματωμένης διαίσθησης, όπου ο νοσηλευτής εμπιστεύεται και ακολουθεί τις σκέψεις του (Hassani et al., 2016).

3.4. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Η αναγνώριση μιας κατάστασης ή ο καθορισμός προτεραιοτήτων χωρίς την ύπαρξη αντικειμενικών δεδομένων είναι κατά κύριο λόγο διαισθητικές λειτουργίες. Όταν, όμως, υπάρχουν αντικειμενικά δεδομένα, το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να τα συνδυάζει μεταξύ τους, ώστε να δίνει εξηγήσεις για τις παρεμβάσεις που κάνει στον ασθενή. Καθώς η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα που μαθαίνεται μέσω της πράξης, οι νοσηλευτές γνωρίζουν διαισθητικά τι είναι πρακτικό για αυτούς, αναπτύσσοντας έτσι επαγγελματική σοφία. Πολλές φορές έρχονται αντιμέτωποι με σημαντικές ελλείψεις τεκμηριωμένων δεδομένων, οπότε θα πρέπει να ξέρουν να αντιλαμβάνονται μέσω της εμπειρίας τα πραγματικά συναισθήματα, τις προθέσεις και τις ευαισθησίες των άλλων, ιδιαίτερα των ασθενών. Η χρήση της διαίσθησης έναντι των επιστημονικών δεδομένων απαιτεί εμπειρία (που αποκτάται μέσω της εκμάθησης), παρατήρηση των αντιδράσεων του ασθενή και δημιουργία στενής σχέσης μεταξύ τους (Coutts, 2018).

Όπως είναι προφανές, γιατί αναγκαστικά να χρησιμοποιούνται, είτε τα επιστημονικά ευρήματα είτε η διαίσθηση κατά τη λήψη μιας απόφασης; Αφού, μπορούν να συνδυαστούν και να οδηγήσουν στα βέλτιστα αποτελέσματα (Manetti, 2018). Αυτό ακριβώς επιβεβαιώνεται και στη βιβλιογραφία. Άλλωστε, η διαίσθηση άπειρες φορές έχει οδηγήσει σε αποτελεσματική λήψη μιας απόφασης και δε γίνεται να συνεχίζει να ενισχύεται η μη εγκυρότητά της, απλά επειδή μέχρι τώρα οι νοσηλευτές είχαν συνηθίσει

να στηρίζονται μόνο στην τεκμηριωμένη πρακτική. Σαφώς, δεν προτείνεται η παραγκώνιση της λογικής κρίσης και των αντικειμενικών δεδομένων, αλλά ο συνδυασμός τους, αφού από μόνη της η διαίσθηση δεν είναι επαρκής τρόπος έκβασης συμπερασμάτων (Rovithis & Parissopoulos, 2005).

Επιπρόσθετα, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο η διαίσθηση όσο και η τεκμηριωμένη πρακτική αποτελούν πολύτιμες προσεγγίσεις στην κλινική πράξη, αλλά και ότι η εφαρμογή τους εξαρτάται από την πολυπλοκότητα κάθε περίπτωσης και το επίπεδο εμπειρίας των νοσηλευτών (Pretz & Folse, 2011). Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Johansson, Palmqvist & Rönnberg, υποστηρίζοντας πως και η διαίσθηση και η τεκμηριωμένη πρακτική βοηθούν στην λήψη κλινικών αποφάσεων, καθώς και από τη γνωστή θεωρία του Hammond. Ο Hammond θεωρεί, πως η διαίσθηση και η λογική δεν θα έπρεπε να κρίνονται σαν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις, αλλά σαν δύο πτυχές της ίδιας νοητικής λειτουργίας, αφού διαμορφώνουν την κλινική απόφαση. Μέσω της ταυτόχρονης χρήσης διαίσθησης και αντικειμενικών δεδομένων, ο νοσηλευτής αποκτά μεγάλη αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τις πράξεις του (Johansson, Palmqvist & Rönnberg, 2017).

Η διαίσθηση υποτιμάται αρκετά στον κλινικό χώρο λόγω του αφηρημένου χαρακτήρα της, όπως ακριβώς αφηρημένη έννοια είναι και η φροντίδα, που δύσκολα αξιολογείται με ποσοτικές παραμέτρους. Ούτε σε αυτή τη μελέτη υποβαθμίζεται η σπουδαιότητα της τεκμηριωμένης πρακτικής (Chilcote, 2017). Και στη μελέτη των Rew & Barrow, τονίζεται η ένωση της διαισθητικής δεξιότητας με τα επιστημονικά ευρήματα κατά την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και τον σχεδιασμό των παρεμβάσεων που στοχεύουν στη φροντίδα του (Rew & Barrow, 2007). Κάποιοι ερευνητές, ακόμη, εντάσσουν τις διαισθητικές κρίσεις στη λογική διαδικασία εξαιτίας της μεγάλης ακρίβειας και ποιότητάς τους, ενώ παράλληλα θεωρούν ότι εξαιτίας της διαισθητικής δύναμης των νοσηλευτών λαμβάνονται και πιο σωστές αποφάσεις (Hassani, Abdi & Jalali, 2016).

Πολύ σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης στην προαγωγή της διαίσθησης και στην καθοδήγηση για τις σωστές αποφάσεις στην κλινική πράξη. Ίσως δεν είναι απόλυτα εφικτό να διδάξουν οι εκπαιδευτικοί τους φοιτητές νοσηλευτικής πώς ακριβώς να παίρνουν μια απόφαση ορθά, ωστόσο, πρέπει να το προσπαθούν. Είναι αναγκαίο να τούς μαθαίνουν διάφορες στρατηγικές εφαρμογής της θεωρίας στην πράξη, δηλαδή στον κλινικό χώρο, οι οποίες να στοχεύουν στην μάθηση μέσω της εμπειρίας και στην

αντανάκλαση/αναστοχασμό. Καθώς δεν υπάρχει ακριβής μέθοδος για την εκμάθηση της ορθής κρίσης είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών σε όλα τα επίπεδα της επαγγελματικής επάρκειας αλλά και η συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα που βασίζονται στην τεκμηριωμένη πρακτική (de Tantillo & De Santis, 2019). Προκειμένου να διδαχθεί η διαίσθηση στους νοσηλευτές θεωρείται αναγκαία η δημιουργία μιας συνήθειας, η οποία συνειδητά να οδηγεί σε συγκεκριμένες πράξεις και αποτελέσματα.

Τέτοια παραδείγματα μπορεί να θεωρηθούν ότι είναι η εκπαίδευση σχετικά με θέματα βιοχημείας-φαρμακολογίας-παθολογίας, γνώσεις οι οποίες χρειάζονται καθημερινά στο κλινικό περιβάλλον του νοσηλευτή (Coutts, 2018). Σύμφωνα με τους Paul & Heaslip, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρέχουν τις πληροφορίες στους σπουδαστές, όμως πρέπει μόνοι τους μέσω της κριτικής σκέψης να τις μετατρέψουν σε γνώσεις. Αυτό γίνεται μέσω της αξιολόγησης κάθε πληροφορίας (Paul & Heaslip, 1995). Δίνεται τόσο έντονα σημασία στον ρόλο της εκπαίδευσης, γιατί επισημαίνεται, πως τα εμπόδια που δημιουργούνται σε οτιδήποτε σχετίζεται με τη διαίσθηση οφείλονται στις προσωπικές πεποιθήσεις των εκπαιδευτικών για αυτή, αλλά και στις απαιτήσεις της κοινωνίας για τη λήψη αποφάσεων μόνο με γνώμονα τα επιστημονικά δεδομένα, τα οποία βασίζονται στη λογική κρίση (Rovithis & Parissopoulos, 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και η επίδρασή της στην λήψη κλινικής απόφασης.

4.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- Ποια είναι τα επίπεδα διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό;
- Γίνεται χρήση της διαίσθησης κατά τη λήψη κλινικής απόφαση ;
- Υπάρχει διαφοροποίηση στα επίπεδα διαίσθησης ανάμεσα στα τμήματα;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ετών εμπειρίας και διαίσθησης;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων νοσηλευτικής επάρκειας και εμπειρίας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων νοσηλευτικής επάρκειας και της διαίσθησης;

4.3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η μελέτη που διεξήχθη ήταν συγχρονική περιγραφική με μερικές συσχετίσεις, ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι η απλότητα, η ταχύτητα με την οποία μπορούν να γίνουν και το χαμηλό κόστος.

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ-ΔΕΙΓΜΑ

Στην παρούσα διπλωματική εργασία εφαρμόστηκε η μέθοδος της μη τυχαίας δειγματοληψίας, και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας διότι χρησιμοποιείται ευρέως στη νοσηλευτική έρευνα, ενώ παράλληλα παρατηρείται χαμηλότερο κόστος και εξοικονόμηση χρόνου (Nieswiadomy, 2012, 2008).

Το δείγμα αποτέλεσε το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και συγκεκριμένα 185 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών από 24 Κλινικές-Τμήματα.

Το πεδίο της μελέτης ήταν το Γενικό Δημόσιο Νοσοκομείο της Κρήτης και ειδικότερα το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο, το οποίο είναι ενταγμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ενώ υπάγεται στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια (Κρήτης) και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Το Νοσοκομείο διαθέτει 412 ανεπτυγμένες κλίνες ενώ, όταν εφημερεύει, δέχεται επείγοντα περιστατικά από όλη τη Κρήτη και το νότιο Αιγαίο.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα κατά έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο είναι για τη μέτρηση των επιπέδων διαίσθησης, το ερωτηματολόγιο Smith Intuition Instrument, το οποίο αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε 4 κύριες ενότητες. η πρώτη ενότητα περιέχει 6 ερωτήσεις που αφορούν τις πνευματικές συνδέσεις, η δεύτερη ενότητα, αναφέρεται στα καθησυχαστικά συναισθήματα και έχει 5 ερωτήσεις, η τρίτη ενότητα απαρτίζεται από 4 ερωτήσεις για τις σωματικές αισθήσεις και η τελευταία ενότητα, περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις σχετικά με τα άσχημα συναισθήματα. Όσον αφορά τη λήψη κλινικών αποφάσεων χρησιμοποιήθηκαν πέντε ερωτήσεις που απαντώνται σε πενταβάθμια κλίμακα likert-type, με βαθμολογία από 1-5, όπου 1= «δε με εκφράζει ποτέ», 2= «με εκφράζει σπάνια», 3= «με εκφράζει μερικές φορές», 4= «με εκφράζει συχνά», 5= «με εκφράζει πάντα», οι οποίες βασίστηκαν στην κλίμακα της Rew (2000) “Use of Intuition in Clinical Decision Making” (7 items).

Τέλος υπάρχει και μια ενότητα για τη συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη μελέτη.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε καθημερινή βάση, όποτε αυτό ήταν εφικτό, από τις κλινικές-τμήματα του Βενιζελείου, όταν το νοσηλευτικό προσωπικό δεν ήταν απασχολημένο με φόρτο εργασίας και ήταν φυσικά διατεθειμένο να απαντήσει στα ερωτηματολόγια. Πιο συγκεκριμένα, η συλλογή δεδομένων, πραγματοποιήθηκε το διάστημα Φεβρουαρίου-Μαρτίου 2020.

ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Αρχικά, κατατέθηκε πρόταση ερευνητικής εργασίας στο ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. (πρώην ΤΕΙ Κρήτης) με τίτλο: «Διερεύνηση του βαθμού διαίσθησης και λήψη κλινικής απόφασης στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γενικού Δημόσιου Νοσοκομείου στη νήσο Κρήτη», με αριθμό πρωτοκόλλου 1682, εγκρίθηκε επιτυχώς. Έπειτα, ζητήθηκε γραπτή άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του Βενιζέλειου και Πανάκειου Γενικού Νοσοκομείου Κρήτης, η οποία εγκρίθηκε, με αριθμό πρωτοκόλλου 2625.

ΑΡΧΕΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών η φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα επεξεργάστηκαν ποσοτικά συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με το νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δέσμευσε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ-ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Έγινε υπολογισμός στις συχνότητες των περιγραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και νοσηλευτριών της έρευνας καθώς και των ερωτήσεων των δυο Κλιμάκων Διαίσθησης και Λήψης Κλινικής Απόφασης. Εκτιμήθηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας τους Cronbach's α καθώς και των ενοτήτων της Κλίμακας Διαίσθησης και κρίθηκαν μέτριοι έως υψηλοί. Ο έλεγχος της κατανομής τους με την μέθοδο Blom έδειξε κατά προσέγγιση κανονική κατανομή και ακολούθησαν έλεγχοι συσχέτισεων μεταξύ τους κατά Pearson (συγκλίνουσα εγκυρότητα, convergent validity, πίνακας 5) αλλά και ως προς τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Τέλος, εφαρμόστηκε ιεραρχική γραμμική

παλινδρόμηση των επιπέδων βαθμολογίας της Κλίμακας Λήψης Κλινικής Απόφασης ως προς την Κλίμακα Διάισθησης και των ενοτήτων της στους συμμετέχοντες της έρευνας. Αρχικά έγινε αδρή παλινδρόμηση και σε δεύτερο στάδιο η χρήση συμμεταβλητών ελέγχου. Σε όλες τις αναλύσεις θεωρήθηκε επίπεδο σημαντικότητας το $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

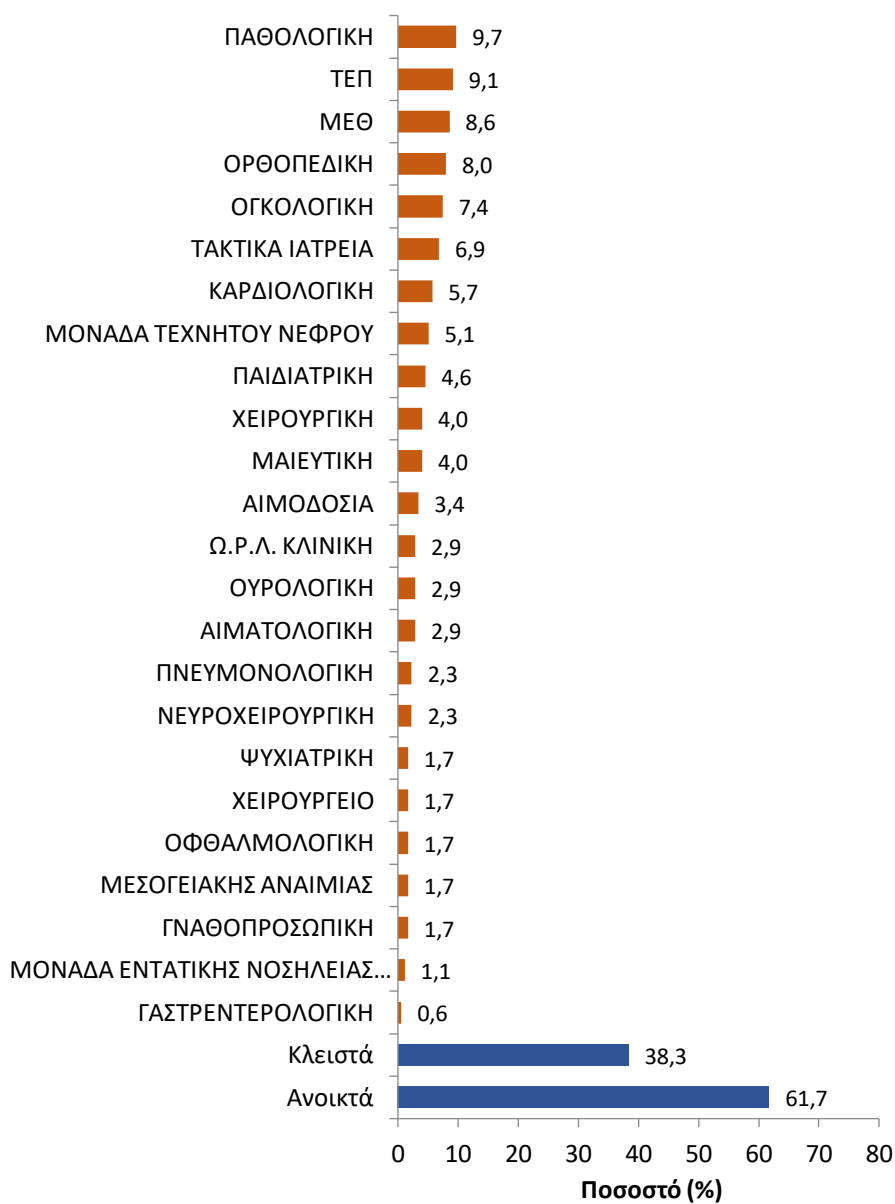
5.1. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 185 νοσηλευτές (15,7%) και νοσηλεύτριες (84,3%) (Πίνακας 1). Το 33,4% ήταν ηλικίας άνω των 50 ετών, το 68,1% έγγαμοι/ες ή με παιδιά, το 71,4% νοσηλευτές/τριες ή το 28,6% βοηθοί, το 53,5% ήταν τεχνολογικής ή πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ενώ επιπλέον 10,3% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή και διδακτορικού διπλώματος. Επίσης οι μισοί τουλάχιστον είχαν 20 έτη προϋπηρεσίας.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 185 νοσηλευτών/τριων της έρευνας.

		v	%
Φύλο	<i>Άνδρες</i>	29	15,7
	<i>Γυναίκες</i>	156	84,3
Ηλικία, χρόνια	<i>18-29</i>	26	14,1
	<i>30-39</i>	34	18,4
	<i>40-49</i>	63	34,1
	<i>50-63</i>	62	33,4
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Έγγαμος/η</i>	126	68,1
	<i>Αγαμος/η</i>	50	27,0
	<i>Χήρος/α</i>	2	1,1
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	7	3,8
Παιδιά	<i>Ναι</i>	126	68,1
	<i>Όχι</i>	59	31,9
Ιδιότητα	<i>Νοσηλευτής/τρια</i>	132	71,4
	<i>Βοηθός νοσηλευτή/τριας</i>	53	28,6
Εκπαίδευση	<i>ΕΠΑΛ</i>	47	25,4
	<i>ΙΕΚ</i>	20	10,8
	<i>ΤΕ/ΠΕ</i>	99	53,5
	<i>MSc, PhD</i>	19	10,3
Έτη προϋπηρεσίας	<i>μέση τιμή (διάμεσος) [ελάχ., μεγ.]</i>	19,2 (20,0) [0, 37]	

Σχήμα 1. Κατανομή τμημάτων/κλινικών από τα οποία προέρχεται το δείγμα της έρευνας.



Οι συμμετέχοντες προέρχονταν συνολικά από 24 Τμήματα – Κλινικές, εκ των οποίων οι περισσότεροι (9,7%) από την Παθολογική Κλινική ή τα ΤΕΠ (9,1%) (σχήμα 1) και με την πλειοψηφία 61,7%) να προέρχεται από ανοικτά τμήματα-κλινικές.

Πίνακας 2. Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου Διάισθησης (Smith Intuition Instrument) από τους νοσηλευτές/τριες της έρευνας.

Ερωτήσεις	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
	%				
Σωματικές αισθήσεις					
1. Νιώθω ένα ρίγος στη σπονδυλική μου στήλη όταν σκέφτομαι πως κάτι δεν πάει καλά με το ασθενή μου.	36,8	27,6	21,1	11,9	2,7
4. Αισθάνομαι ναυτία (ανακατωσούρα στο στομάχι) όταν κάτι πάει στραβά.	33,0	33,5	23,8	8,1	1,6
6. Νιώθω μία ανατριχίλα στα χέρια και στον αυχένα όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου.	35,7	33,5	21,1	9,2	0,5
12. Νιώθω έναν κόμπο στο λαιμό όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου.	20,0	25,9	34,1	15,7	4,3
Άσχημα συναισθήματα					
2. Αισθάνομαι ανήσυχος/η για την κατάσταση κάποιου ασθενή μου.	2,7	12,4	48,1	30,3	6,5
7. Έχω ένα κακό προαίσθημα όσον αφορά την κατάσταση κάποιου ασθενή.	21,6	29,7	35,1	11,9	1,6
9. Έχω ένα δυσάρεστο συναίσθημα όσον αφορά την κατάσταση κάποιου ασθενή.	17,3	28,6	40,0	12,4	1,6
Πνευματικές συνδέσεις					
3. Συνδέομαι σε ψυχικό επίπεδο με τους ασθενείς μου.	11,4	24,9	36,2	24,9	2,7
8. Αισθάνομαι μία πνευματική σύνδεση με τον ασθενή μου.	27,0	29,2	28,1	12,4	3,2
10. Βιώνω μία βαθιά σύνδεση με τον ασθενή μου.	24,9	31,9	24,9	15,7	2,7
13. Αισθάνομαι ένα πεδίο ενέργειας γύρω από τον ασθενή μου.	35,1	25,9	24,9	11,4	2,7
16. Δεν χρειάζομαι προφορική επικοινωνία για να αισθανθώ μια πνευματική σύνδεση με τον ασθενή μου.	28,6	22,2	29,2	17,3	2,7
18. Αισθάνομαι ενέργεια να προέρχεται από τον ασθενή μου.	23,8	21,6	24,9	20,0	9,7
Καθησυχαστικά συναισθήματα					
5. Αισθάνομαι ηρεμία όταν ξέρω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά.	3,2	1,6	5,4	34,6	55,1
11. Έχω ένα συναίσθημα γαλήνης όταν γνωρίζω πως ο ασθενής μου βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση.	5,4	5,9	15,1	42,2	31,4
14. Βιώνω ευχάριστα συναισθήματα όταν ο ασθενής μου είναι καλά.	3,2	4,3	9,7	37,3	45,4
15. Ενθαρρύνομαι όταν η κατάσταση του ασθενή μου είναι σταθερή.	2,7	7,0	11,9	38,4	40,0
17. Αισθάνομαι ανακούφιση όταν η κατάσταση του ασθενή μου είναι σταθερή.	4,9	5,9	16,2	30,3	42,7

Στον **Πίνακα 2** επίσης, δίνονται οι κατανομές αποκρίσεων στις 18 ερωτήσεις της Κλίμακας Διάισθησης. Στην απόκριση «πάντα» φαίνεται ότι οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στην ενότητα «Καθησυχαστικά συναισθήματα» έχουν τα υψηλότερα ποσοστά καταγραφής (>30,%) σε σχέση με τις άλλες ερωτήσεις και ενότητες. Μεταξύ άλλων, η ερώτηση «5. Αισθάνομαι ηρεμία όταν ξέρω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά» καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό στην απόκριση «συχνά» ή/και «πάντα» (89,7%) ή η «14. Βιώνω ευχάριστα συναισθήματα όταν ο ασθενής μου είναι καλά» (82,7%). Στον αντίποδα, το χαμηλότερο ποσοστό με 9,7% στις σχετικές αποκρίσεις καταγράφεται στις ερωτήσεις «4. Αισθάνομαι ναυτία (ανακατωσούρα στο στομάχι) όταν κάτι πάει στραβά» και «6. Νιώθω μία ανατριχίλα στα χέρια και στον αυχένα όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου».

Πίνακας 3. Κατανομή απαντήσεων στις ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου Λήψης Κλινικής Απόφασης από τους νοσηλευτές/τριες της έρευνας.

Ερωτήσεις	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
	%				
1.Θεωρώ ότι το να ακολουθώ το ένστικτό μου είναι σημαντικό και με βοηθάει στη λήψη της σωστής απόφασης για τον ασθενή.	13,9	15,6	38,3	22,2	10,0
2.Όταν πρόκειται για έναν ασθενή ξέρω τι πρέπει να κάνω βασιζόμενος/η στο ένστικτό μου, χωρίς να μπορώ πάντα να το εξηγήσω.	19,4	25,6	36,7	13,3	5,0
3.Κάποιες φορές έρχεται στο μυαλό μου μια παρέμβαση/θεραπευτική λύση χωρίς να έχει προηγηθεί η ύπαρξη αντικειμενικών δεδομένων που με οδηγούν σε αυτή.	23,9	31,7	30,0	10,6	3,9
4.Υπάρχουν φορές που έχω ακολουθήσει ενστικτωδώς κάποιο αίσθημα ανησυχίας που έχω, έχω προετοιμαστεί κατάλληλα (π.χ. ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός, φάρμακα) και τελικά με έχει βοηθήσει να χειριστώ έγκαιρα/ορθά μία απρόοπτη κατάσταση.	13,9	16,7	33,3	28,3	7,8
5.Θεωρώ ότι η λήψη κλινικής απόφασης που προκύπτει αποκλειστικά και μόνο από αντικειμενικά δεδομένα έχει αυξημένες πιθανότητες να είναι λανθασμένη.	21,1	32,8	31,7	11,1	3,3

Αντίστοιχα στον **Πίνακα 3**, δίνονται οι κατανομές αποκρίσεων στις 5 ερωτήσεις της Κλίμακας Λήψης Κλινικής Απόφασης. Η ερώτηση «4.Υπάρχουν φορές που έχω ακολουθήσει ενστικτωδώς κάποιο αίσθημα ανησυχίας που έχω, έχω προετοιμαστεί κατάλληλα (π.χ. ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός, φάρμακα) και τελικά με έχει βοηθήσει να χειριστώ έγκαιρα/ορθά μία απρόοπτη κατάσταση» καταγράφει το υψηλότερο ποσοστό στην απόκριση «συχνά» ή/και «πάντα» (36,1%) ή η «5.Θεωρώ ότι η λήψη κλινικής απόφασης που προκύπτει αποκλειστικά και μόνο από αντικειμενικά δεδομένα έχει αυξημένες πιθανότητες να είναι λανθασμένη.» το χαμηλότερο (14,4%).

Πίνακας 4. Επίπεδα ενοτήτων του ερωτηματολογίου Διαίσθησης & Λήψης Κλινικής Απόφασης των συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών της έρευνας.

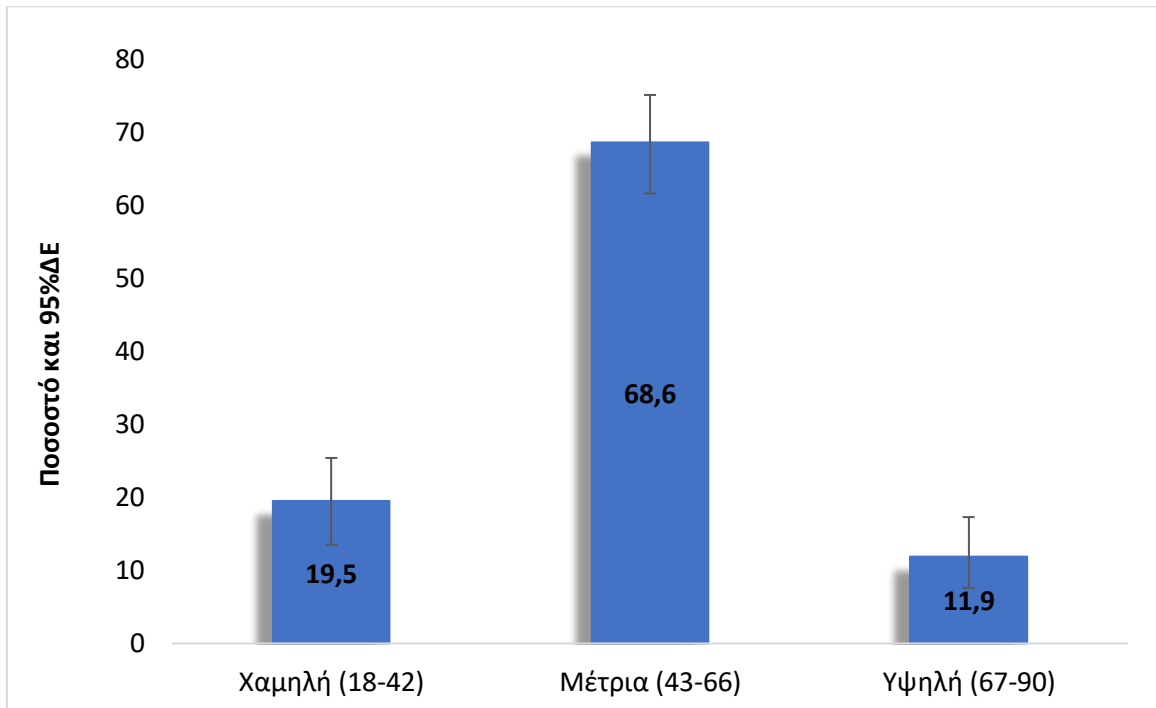
Ενότητες	Μέση τιμή^α	Τυπ. αποκλ.	Διάμεσος	Ελάχ.	Μέγ.	Συντελεστής αξιοπιστίας¹
Συνολική Κλίμακα Διαίσθησης^α	52,5	12,0	53,0	18	80	0,909
<i>Σωματικές αισθήσεις</i>	8,9	3,4	8,0	4	17	0,808
<i>Άσχημα συναισθήματα</i>	8,2	2,3	8,0	3	14	0,724
<i>Πνευματικές συνδέσεις</i>	14,9	5,2	15,0	6	30	0,853
<i>Καθησυχαστικά συναισθήματα</i>	20,5	4,2	21,0	5	25	0,867
Συνολική Κλίμακα Λήψης Κλινικής Απόφασης^α	13,4	4,0	14,0	5	25	0,776

¹ Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach α.

^α Διαβάθμιση κλίμακας από 1=ποτέ έως 5=πάντα, όπου οι σχετικές ερωτήσεις αθροίστηκαν, με υψηλή βαθμολογία να υποδηλώνει μεγάλο βαθμό διαίσθησης ή λήψης απόφασης.

Στον **Πίνακα 4**, παρουσιάζονται τα επίπεδα των ενοτήτων του ερωτηματολογίου Διαίσθησης & Λήψης Κλινικής Απόφασης των συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών της έρευνας. Η εκτίμηση των συντελεστών αξιοπιστίας απέδωσε ικανοποιητική συνέπεια αποκρίσεων (>0,700). Σημειώνεται ακόμη ότι ο έλεγχος στις μέσες τιμές (ως προς το σύνολο των ερωτήσεων τους) μεταξύ των ενοτήτων έδειξε σημαντική διαφοροποίησή τους με σημαντικά υψηλότερα μέσα επίπεδα εκείνη με «καθησυχαστικά συναισθήματα» έναντι χαμηλότερων των «σωματικών αισθήσεων» (ανάλυση διακύμανσης: 4,1 έναντι 2,2, $p < 0,001$) (**αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται στον πίνακα**).

Σχήμα 2. Κατανομή διαβάθμισης της Συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Διαισθησης των συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών της έρευνας.



Επίσης στο **Σχήμα 2** παρουσιάζεται η κατανομή διαβάθμισης της Συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας Διαισθησης των συμμετεχόντων νοσηλευτών/τριών της έρευνας. Διακρίνεται ότι με υψηλή Διαισθηση βρέθηκε το 11,9% των συμμετεχόντων και χαμηλή το 19,5%. Ωστόσο σημαντικά υψηλότερο ποσοστό (>50%) βρέθηκε με μέτρια επίπεδα Διαισθησης ($p < 0,05$).

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης των επιπέδων βαθμολογίας διαίσθησης και λήψης απόφασης από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

	Σωματικές αισθήσεις	Άσχημα συναισθήματα	Πνευματικές συνδέσεις	Καθησυχαστικά συναισθήματα	Συνολική Κλίμακα Διαίσθησης
	r-Pearson				
Άσχημα συναισθήματα	0,581*				
Πνευματικές συνδέσεις	0,502*	0,591*			
Καθησυχαστικά συναισθήματα	0,384*	0,457*	0,509*		
Συνολική Κλίμακα Διαίσθησης	0,746*	0,771*	0,866*	0,765*	
Συνολική Κλίμακα Λήψης Κλινικής Απόφασης	0,291*	0,453*	0,473*	0,452*	0,528*

* $p < 0,001$

Συσχετίζοντας τα επίπεδα των Κλιμάκων και ενοτήτων μεταξύ τους (**Πίνακας 5**), διαπιστώνονται σημαντικές θετικές συσχετίσεις. Μεταξύ άλλων, η Κλίμακα Λήψης Κλινικής Απόφασης φαίνεται να αυξάνεται όσο αυξάνεται η βαθμολογία σε όλες τις ενότητες καθώς και στη συνολική Κλίμακα Διαίσθησης ($p < 0,001$). Παράλληλα, οι ενότητες της Κλίμακας Διαίσθησης διέπονται από υψηλές συσχετίσεις υποδεικνύοντας ισχυρή δομική εγκυρότητα ($p < 0,001$).

Πίνακας 6. Συσχέτιση χαρακτηριστικών και των επιπέδων βαθμολογίας διαίσθησης και λήψης απόφασης από τους συμμετέχοντες της έρευνας.

	Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	Ηλικία (χρόνια)	Οικογενειακή κατάσταση (1:Έγγαμος/η, 2:άλλο)	Ιδιότητα (1:Νοσηλεύτης/τρια, 2: Βοηθός νοσηλεύτη/τριας)	Εκπαίδευση (1:ΕΠΑΛ, 2: ΙΕΚ, 3:ΤΕ/ΠΕ, 4:MSc, PhD)	Έτη προϋπη- ρεσίας	Τμήμα (1:κλειστό, 2:ανοικτό)
r-Pearson							
Συνολική Κλίμακα Διαίσθησης	0,217*	0,216*	-0,122	0,058	-0,083	0,256*	-0,083
Σωματικές αισθήσεις	0,223*	0,154*	-0,123	0,047	-0,125	0,155	-0,164*
Άσχημα συναισθήματα	0,240*	0,118	-0,068	0,060	-0,031	0,209*	-0,057
Πνευματικές συνδέσεις	0,088	0,164*	-0,090	0,026	-0,023	0,199*	0,027
Καθησυχαστικά συναισθήματα	0,200*	0,225*	-0,102	0,062	-0,092	0,255*	-0,092
Συνολική Κλίμακα Λήψης Κλινικής Απόφασης	0,033	0,184*	-0,015	0,031	0,025	0,178*	0,049

* $p < 0,05$

Επίσης από τη συσχέτιση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 6), διαπιστώνονται σημαντικές θετικές συσχετίσεις με το γυναικείο φύλο, την ηλικία τα έτη προϋπηρεσίας ($p < 0,05$). Μεταξύ άλλων, οι νοσηλεύτριες φαίνεται να συνδέονται με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα «άσχημων συναισθημάτων» ($r = 0,240$, $p < 0,05$), οι μεγαλύτεροι σε ηλικία με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στα «καθησυχαστικά συναισθήματα» ($r = 0,225$, $p < 0,05$) και οι έχοντες περισσότερα έτη προϋπηρεσίας με σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συνολικής κλίμακας διαίσθησης ($r = 0,256$, $p < 0,05$). Σημειώνεται ότι δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές μονομεταβλητές συσχετίσεις με την εκπαίδευση, την ιδιότητα των συμμετεχόντων ή τη μορφή του Τμήματος παρά μόνο φαίνεται ότι τα κλειστά τμήματα να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα «σωματικών αισθήσεων» ($r = -0,164$, $p < 0,05$).

Πίνακας 7. Ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση των επιπέδων βαθμολογίας της Κλίμακας Λήψης Κλινικής Απόφασης ως προς την Κλίμακα Διάισθησης και των ενοτήτων της στους συμμετέχοντες της έρευνας.

	Συνολική Κλίμακα Λήψης Κλινικής Απόφασης	
	1 ^ο μοντέλο ^α	2 ^ο μοντέλο
Προγνωστικοί παράγοντες	συντελεστές β (p-value)	
Συνολική Κλίμακα Διάισθησης	0,171 (<0,001)	0,173 (0,001)
<i>Σωματικές αισθήσεις</i>	0,302 (0,002)	0,275 (0,007)
<i>Άσχημα συναισθήματα</i>	0,769 (<0,001)	0,768 (<0,001)
<i>Πνευματικές συνδέσεις</i>	0,376 (<0,001)	0,366 (<0,001)
<i>Καθησυχαστικά συναισθήματα</i>	0,441 (<0,001)	0,442 (<0,001)

Οι παλινδρόμησης έγιναν ανεξάρτητα για κάθε μια από τις προγνωστικές παραμέτρους.

^α 1^ο μοντέλο ➔ αδρή παλινδρόμηση

2^ο μοντέλο ➔ διόρθωση με το φύλο, την ηλικία & τα έτη προϋπηρεσίας.

Τέλος, στον **Πίνακα 7** παρουσιάζεται η ανάλυση ιεραρχικής γραμμικής παλινδρόμησης της σχέσης των επιπέδων βαθμολογίας της Κλίμακας Λήψης Κλινικής Απόφασης ως προς την Κλίμακα Διάισθησης και των ενοτήτων της, στους συμμετέχοντες της έρευνας. Καταγράφονται οι μη διορθωμένοι συντελεστές παλινδρόμησης (β), όπου στο 1^ο μοντέλο γίνεται αδρή συσχέτιση μεταξύ κλιμάκων και στο 2^ο με τη χρήση σημαντικών συμμεταβλητών (φύλο, ηλικία και έτη προϋπηρεσίας). Σε όλες τις παλινδρομήσεις και στα δυο μοντέλα εκτιμήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με θετικούς συντελεστές (θετική συσχέτιση). Συγκεκριμένα, η αυξημένη λήψη κλινικών αποφάσεων φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη συνολική διάισθηση (β=0,173, p=0,001) ή αυξημένη διάισθηση που αφορά «σωματικές αισθήσεις» (β=0,275, p=0,007), «άσχημα συναισθήματα» (β=0,768, p<0,001), «πνευματικές συνδέσεις» (β=0,366, p<0,001) ή «καθησυχαστικά συναισθήματα» (β=0,442, p<0,001).

5.2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός διαίσθησης και η επίδρασή της στην λήψη κλινικής απόφασης στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γενικού Δημόσιου Νοσοκομείου στη νήσο Κρήτη.

Τα αποτελέσματα της παρούσας πτυχιακής έδειξαν, ότι η διαίσθηση των νοσηλευτών ήταν σε μέτρια έως υψηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, πάνω από το 50% των συμμετεχόντων ($n=185$) είχαν διαίσθηση από 43-66 ($p<0,05$). Παρόμοια αποτελέσματα εξήγαγαν και οι Rovithis et al. (2015), αξιολογώντας τα επίπεδα διαίσθησης σε 122 νοσηλευτές από δύο γενικά δημόσια νοσοκομεία στη νήσο Κρήτη, εκ των οποίων το ένα αποτέλεσε πεδίο μελέτης και στην παρούσα έρευνα. Αξιολόγησαν τα επίπεδα διαίσθησης των νοσηλευτών στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και στις Χειρουργικές Κλινικές καταλήγοντας στο σκορ 53,2 (μεσαία επίπεδα).

Σε σχετικές μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν εκτός του ελλαδικού χώρου και αφορούσαν τμήματα ΜΕΘ και ΤΕΠ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είχε διαίσθηση και τη χρησιμοποιούσε έντονα κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων ειδικά σε περίπλοκες καταστάσεις (Chang et al., 2016, Hassani et al., 2016, Maharmeh et al., 2016, Aktas & Alemdar, 2017, Alba, 2018). Επιπρόσθετα, τέσσερις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες κλινικές, πέρα των προαναφερθέντων, όπως π.χ. στις χειρουργικές (Rovithis et al., 2015), στην καρδιολογική-ογκολογική (Taylor, Dowding & Johnson, 2017) κ.α. και έδειξαν ξανά τα ίδια αποτελέσματα σχετικά με τη χρήση διαίσθησης κατά τη λήψη κλινικής απόφασης. Μάλιστα, έχει αναφερθεί πως η διαίσθηση τούς έχει βοηθήσει να καταλάβουν αν κάτι πηγαίνει στραβά με τον ασθενή (Aktas & Alemdar, 2017). Ακόμη, βοηθητική ήταν η παρουσία της στην αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή (Hassani et al., 2016), αλλά και στη λήψη αποφάσεων με γνώμονα την ηθική (Alba, 2018). Τελικά, οι νοσηλευτές ένιωθαν μεγαλύτερη ικανοποίηση στην εργασία τους λειτουργώντας διαισθητικά και πίστευαν στη θετική επίδρασή της (Hassani et al., 2016).

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αφού διαπιστώθηκε πως το νοσηλευτικό προσωπικό ($n=185$) χρησιμοποιεί τη διαίσθησή του, για να καταλήξει σε μια απόφαση για τον ασθενή, καθώς όσο αυξανόταν η κλίμακα της διαίσθησης, τόσο αυξανόταν και η κλίμακα λήψης κλινικής απόφασης. Ωστόσο, φαίνεται ότι τα άτομα γυναικείου φύλου με μεγαλύτερη ηλικία και περισσότερα

χρόνια προϋπηρεσίας τη χρησιμοποιούν περισσότερο ($p < 0,05$). Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε αφορούσε 24 διαφορετικές Κλινικές-Τμήματα, τα οποία ταξινομήθηκαν σε ανοιχτά-κλειστά, προκειμένου να απαντηθεί το τρίτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το αν διαφοροποιούνται τα επίπεδα διαίσθησης ανάμεσα στα τμήματα. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων δεν προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στα επίπεδα διαίσθησης/λήψης κλινικής απόφασης και στα τμήματα ($r = 0,164$, $p < 0,05$). Ανάλογα ευρήματα είναι αυτά των Rovithis et al. (2015), όπου δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα διαίσθησης ανάμεσα σε ΜΕΘ-ΤΕΠ-Χειρουργικές Κλινικές. Παράλληλα, και οι Miller & Hill (2018), στην έρευνα που έκαναν σε 99 νοσηλευτές από Χειρουργικές Κλινικές, ΜΕΘ, ΜΑΦ-Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας κατέληξαν στα ίδια συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα διαίσθησης ήταν 111,83 στους νοσηλευτές των Χειρουργικών Κλινικών, 110,16 στους νοσηλευτές των ΜΕΘ και 111,65 στους νοσηλευτές των ΜΑΦ-Μονάδων Βραχείας Νοσηλείας.

Επιδιώκοντας να επιβεβαιωθεί ή να διαψευσθεί η σχέση μεταξύ των ετών εμπειρίας και της διαίσθησης, αποκαλύφθηκε η άμεση σύνδεσή τους ($p < 0,05$). Δηλαδή, παρουσιάστηκαν σημαντικές θετικές συσχετίσεις ανάμεσά τους, που σημαίνει, πως όσο αυξανόταν η εμπειρία των νοσηλευτών τόσο αυξανόταν και το επίπεδο διαίσθησής τους. Τα άτομα που είχαν περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα στη συνολική κλίμακα διαίσθησης ($r = 0,256$, $p < 0,05$).

Ανάλογα εκφράστηκαν και οι Voldbjerg et al. (2016), οι Maharmeh et al. (2016), αλλά και οι Hassani et al. (2016) και στις δύο μελέτες που πραγματοποίησαν στο ίδιο δείγμα και γεωγραφικό πλαίσιο. Ειδικότερα, ανέφεραν, ότι όσοι νοσηλευτές είχαν λιγότερες κλινικές εμπειρίες, χρησιμοποιούσαν λιγότερο τη διαίσθησή τους και δεν παρατηρούσαν τα προειδοποιητικά σημάδια που αυτή τους παρείχε. Οι Polat et al. (2018), βρήκαν φτωχή αλλά θετική συσχέτιση μεταξύ τους, ενώ παρομοίως οι Miller & Hill (2018), βρήκαν χαμηλή αλλά πάλι θετική συσχέτιση ($r = 0,286$, $p < 0,004$).

Δύο μόνο μελέτες δεν επαλήθευσαν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας σχετικά με τη σύνδεση εμπειρίας-διαίσθησης. Η πρώτη είναι αυτή των Rovithis et al. (2015), όπου τα σκορ διαίσθησης για 5-10 χρόνια εμπειρίας ήταν 49,6 και για 11-15 χρόνια εμπειρίας ήταν 54,8, άρα δεν υπήρχε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσά τους. Η δεύτερη είναι της Alba (2018), όπου ούτε κι εδώ βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ

εμπειρίας και διαίσθησης στους νοσηλευτές που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

Η Benner (1987), θεμελιώτρια της διαισθητικής έννοιας, έδινε μεγάλη σημασία στην εμπειρία των νοσηλευτών και τη σύνδεσή της με τη διαίσθηση. Έτσι, όρισε τα πέντε διαδοχικά επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας "Novice to Expert", τα οποία περιλαμβάνουν τους αρχάριους, προχωρημένους αρχάριους, νοσηλευτές με επάρκεια, ικανούς και τους ειδικούς. Όσο αυξάνεται το επίπεδο αυξάνεται και η εμπειρία. Άρα, φαίνεται να ταυτίζεται η επαγγελματική επάρκεια με την εμπειρία, αφού την αποκτά κάποιος και ανεβαίνει επίπεδο, μόνο όταν αποκτά εμπειρία.

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας (n=185) τουλάχιστον το 50% των νοσηλευτών είχαν 20 έτη προϋπηρεσίας (δηλαδή αρκετή εμπειρία) και μεσαία έως υψηλά επίπεδα διαίσθησης (43-66). Επομένως, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε αρκετά υψηλό επίπεδο επαγγελματικής επάρκειας, επιβεβαιώνοντας τη θεωρία της Benner, πως η διαίσθηση υπάρχει έντονα κυρίως στο επίπεδο των ειδικών (experts), οι οποίοι αντιλαμβάνονται μια κατάσταση μέσω της μεγάλης τους εμπειρίας και διαισθητικής ιδιότητας και πράττουν κατάλληλα.

Τα παραπάνω ευρήματα επαληθεύονται από τις Miller & Hill (2018), οι οποίες βρήκαν θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εμπειρία και τα επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας ($r=0,562/p=0,001$), αλλά και ανάμεσα στη διαίσθηση και τα επίπεδα επαγγελματικής επάρκειας ($r=0,248/p=0,013$). Παρομοίως και οι Voldbjerg et al. (2016), αφού παρατήρησαν, πως οι νεότεροι (εργασιακά) νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν σαν πηγή γνώσης τους παλαιότερους, καθώς δεν είχαν οι ίδιοι αρκετή εμπειρία, συνδέοντάς την με την επαγγελματική επάρκεια.

Στην συγκεκριμένη μελέτη το ένα ερευνητικό εργαλείο, που χρησιμοποιήθηκε, ήταν το ερωτηματολόγιο "Smith Intuition Instrument" (Το Όργανο της Διαίσθησης), όπως ακριβώς και στη μελέτη των Rovithis et al., (2015). Οι κατανομές των αποκρίσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έδειξαν, ότι στην ενότητα "Καθησυχαστικά Συναισθήματα", η απόκριση "πάντα" είχε τα υψηλότερα ποσοστά καταγραφής (>30%). Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση 5: «Αισθάνομαι ηρεμία όταν ξέρω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά» και στην ερώτηση 14: «Βιώνω ευχάριστα συναισθήματα όταν ο ασθενής μου είναι καλά», τα υψηλότερα ποσοστά ήταν στις αποκρίσεις "συχνά ή/και πάντα" (89,7%-

ερώτηση 5/ 82,7%-ερώτηση 14). Ίδια αποτελέσματα εξήγαγαν και οι Rovithis et al. (2015) για τη συγκεκριμένη ενότητα.

Στη συνέχεια, στην ενότητα "Σωματικές Αισθήσεις" η ερώτηση 4: «Αισθάνομαι ναυτία (ανακατωσούρα στο στομάχι) όταν κάτι πάει στραβά» και η ερώτηση 6: «Νιώθω μια ανατριχίλα στα χέρια και στον αυχένα όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου», είχαν το χαμηλότερο ποσοστό στις ίδιες αποκρίσεις (9,7%). Σε αυτή την ενότητα οι Rovithis et al. (2015) βρήκαν τα υψηλότερα ποσοστά στις αποκρίσεις "ποτέ" και "σπάνια", ενώ παράλληλα στην ενότητα "Άσχημα Συναισθήματα" στις αποκρίσεις "μερικές φορές" και "συχνά". Και στην παρούσα έρευνα φαίνεται να υπάρχουν υψηλά επίπεδα "Άσχημων Συναισθημάτων", κατά κύριο λόγο όμως στις γυναίκες νοσηλεύτριες ($r=0,240/p<0,05$).

Τελικά, τα υψηλότερα σκορ διαίσθησης παρατηρήθηκαν στα "Καθησυχαστικά Συναισθήματα" (4,1 Ανάλυση Διακύμανσης), ενώ τα χαμηλότερα στις "Σωματικές Αισθήσεις" (2,2 Ανάλυση Διακύμανσης/ $p<0,001$). Παρόμοια ευρήματα σχετικά με τα επίπεδα διαίσθησης στα "Καθησυχαστικά Συναισθήματα" ανακάλυψαν και οι Rovithis et al. (2015).

5.3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

- Ακαδημαϊκές υποχρεώσεις.
- Απροθυμία μεγάλου αριθμού νοσηλευτών για συμπλήρωση ερωτηματολογίων λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας.
- Σημαντική έλλειψη ερευνητικών μελετών πάνω στο θέμα.

5.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαίσθηση αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο στη νοσηλευτική επιστήμη και δεν πρέπει να υποτιμάται λόγω του αφηρημένου χαρακτήρα της και της αδυναμίας ποσοτικοποίησής της. Προσφέρει πληθώρα πλεονεκτημάτων στη νοσηλευτική φροντίδα, αφού βοηθάει τον νοσηλευτή να είναι γρήγορος και αποτελεσματικός, ευέλικτος στις λύσεις που καλείται να βρει, να λαμβάνει αποφάσεις ευκολότερα ακόμα και με ελλιπή δεδομένα κ.α. (Μπαντούνα, 2017). Επιπλέον, φαίνεται να δίνει λύσεις εκεί όπου η λογική κρίση αδυνατεί (Resnik, 2017).

Ειδικότερα, η έντονη χρήση της διαίσθησης κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων αποδείχθηκε από πολλές μελέτες, συμπεριλαμβανομένης και της παρούσας έρευνας, τονίζοντας πως αποτελεί ουσιαστική παράμετρο για τη βέλτιστη έκβαση της πορείας του ασθενούς. Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώθηκε με την αναλογική αύξηση των κλιμάκων διαίσθησης και λήψης κλινικής απόφασης (Chang et al., 2016, Hassani et al., 2016, Alba, 2018).

Επιπλέον, γνωστοποιήθηκε η θετική συσχέτιση της διαίσθησης με την εμπειρία τόσο στη συγκεκριμένη όσο και σε άλλες έρευνες μέσα στη βιβλιογραφία (Voldbjerg et al., 2016, Miller & Hill, 2018, Hassani et al., 2016), επιβεβαιώνοντας έτσι τη θεωρία των Benner & Tanner (1987). Πιο συγκεκριμένα, νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας στον κλινικό χώρο εμπιστεύονταν περισσότερο τη διαίσθησή τους, όταν πρόκειται για έναν ασθενή. Λίγες μόνο μελέτες εμφανίζονται να υποστηρίζουν, πως δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ τους, όπως αυτή των Rovithis et al. (2015) και της Alba (2018).

Η θεωρία των Benner & Tanner (1987) επιβεβαιώθηκε και από τη συσχέτιση της διαίσθησης με την επαγγελματική επάρκεια στην παρούσα μελέτη, αλλά και στη μελέτη των Miller & Hill (2018), δεδομένου ότι η επαγγελματική επάρκεια ταυτίζεται με την εμπειρία. Τουλάχιστον οι μισοί νοσηλευτές είχαν 20 έτη εμπειρίας και μεσαία έως υψηλά επίπεδα διαίσθησης, άρα θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε υψηλό επίπεδο επαγγελματικής επάρκειας, καθώς σύμφωνα με τη Benner μόνο οι ειδικοί (experts) είχαν διαισθητική ικανότητα και μεγάλη εμπειρία.

Παρά την μεγάλη αξία της η διαίσθηση μεμονωμένα δεν αποτελεί επαρκή πηγή γνώσης για την παροχή φροντίδας στον ασθενή, αλλά θα πρέπει να συνδυάζεται με τα αντικειμενικά δεδομένα και την τεκμηριωμένη πρακτική (Voldbjerg et al., 2016, Maharmeh et al., 2016, Chen et al., 2016). Η εφαρμογή τους εξαρτάται από την πολυπλοκότητα κάθε περίπτωσης και το επίπεδο εμπειρίας των νοσηλευτών (Pretz & Folse, 2011). Μέσω της ταυτόχρονης χρήσης διαίσθησης και αντικειμενικών δεδομένων, ο νοσηλευτής αποκτά μεγάλη αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τις πράξεις του (Johansson, Palmqvist & Rönnberg, 2017).

Από τη βιβλιογραφία έγινε εμφανές πως, στις περισσότερες μελέτες, που έχουν γίνει πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, περιορίζεται το πεδίο μελέτης στο χώρο της ΜΕΘ, των ΤΕΠ και των Χειρουργικών Κλινικών. Η πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης έγκειται στο γεγονός, ότι περιλαμβάνει δείγμα από 24 διαφορετικές Κλινικές-Τμήματα, παρέχοντας μια

πιο ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τη χρήση της διαίσθησης κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aktaş, Y. Y., & Alemdar, D. K. (2017). Triage Decision-Making Levels of Healthcare Professionals Working in Emergency Departments. *Journal of Academic Emergency Medicine, 16*(3), 92.
- Alba, B. (2018). Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing ethics, 25*(7), 855-866.
- Arora, S. (2015). Integration of Nursing Theories in Practice. *Int J Nurs Sci Pract Res, 1*(1), 8-12.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgement: how expert nurses use intuition- American Journal of Nursing.
- Chang, W., Liu, H. E., Goopy, S., Chen, L. C., Chen, H. J., & Han, C. Y. (2017). Using the five-level taiwan triage and acuity scale computerized system: factors in decision making by emergency department triage nurses. *Clinical nursing research, 26*(5), 651-666.
- Chen, S. L., Hsu, H. Y., Chang, C. F., & Lin, E. C. L. (2016). An exploration of the correlates of nurse practitioners' clinical decision-making abilities. *Journal of Clinical Nursing, 25*(7-8), 1016-1024.
- Chilcote, D. R. (2017, January). Intuition: a concept analysis. In *Nursing forum* (Vol. 52, No. 1, pp. 62-67).
- Coutts, A. (2018). Making clinical nursing decisions in the absence of scientific evidence. *Gastrointestinal Nursing, 16*(9), 24-26.
- de Tantillo, L., & De Santis, J. P. (2019). Nursing judgment: A concept analysis. *Advances in Nursing Science, 42*(3), 266-276.
- Douw, G., Schoonhoven, L., Holwerda, T., van Zanten, A. R., van Achterberg, T., & van der Hoeven, J. G. (2015). Nurses' worry or concern and early recognition of deteriorating patients on general wards in acute care hospitals: a systematic review. *Critical Care, 19*(1), 230.
- Epstein, S. (1998). Cognitive-experiential self-theory. In *Advanced personality* (pp. 211-238). Springer, Boston, MA.

- Hassani, P., Abdi, A., & Jalali, R. (2016). State of science, “intuition in nursing practice”: A systematic review study. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(2), JE07.
- Hassani, P., Abdi, A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). The intuitive nurse in critical care practice: a phenomenological study. *Nursing Reports*, 6(1).
- Hassani, P., Abdi, A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). The perception of intuition in clinical practice by Iranian critical care nurses: A phenomenological study. *Psychology research and behavior management*, 9, 31.
- Hassani, P., Abdi, A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). Use of intuition by critical care nurses: a phenomenological study. *Advances in medical education and practice*, 7, 65.
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016, January). Decision making in nursing practice: a concept analysis. In *Nursing forum* 51 (1), 40-48.
- King, L., & Clark, J. M. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 37(4), 322-329.
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC medical education*, 17(1), 255.
- Krishnan, P. (2018). A philosophical analysis of clinical decision making in nursing. *Journal of Nursing Education*, 57(2), 73-78.
- Lee, T. Y., & Chien, C. S. (2018). Connecting Creativity With Intuitive Knowing. *Canadian Social Science*, 14(2), 16-26.
- Μαρία, Μ. Β. (2017). Η έννοια και ο ρόλος της διαίσθησης στη νοσηλευτική. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 16(2).
- Maharmeh, M., Alasad, J., Salami, I., Saleh, Z., & Darawad, M. (2016). Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health*, 8(15), 1807.
- Manetti, W. (2018). Evaluating the clinical judgment of prelicensure nursing students in the clinical setting. *Nurse educator*, 43(5), 272-276.
- Manetti, W. (2019, January). Sound clinical judgment in nursing: A concept analysis. In *Nursing forum* (54(1), 102-110.
- Matney, S. A., Avant, K., Clark, L., & Stagers, N. (2020). Development of a Theory of Wisdom-in-Action for Clinical Nursing. *Advances in Nursing Science*, 43(1), 28-41.

- Mayer, C. H., & Maree, D. (2017). A psychobiographical study of intuition in a writer's life: Paulo Coelho revisited. *Europe's journal of psychology, 13*(3), 472.
- Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnerberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making—A mixed-studies review. *Journal of clinical nursing, 26*(23-24), 3936-3949.
- Michael, R., Areti, S., Nektaria, K., Michael, S., Despoina, S., Manolis, L., & Nikolaos, R. (2015). Evaluation of intuition levels in nursing staff. *Health Science Journal, 9*(3), 1.
- Miller, E. M., & Hill, P. D. (2018). Intuition in clinical decision making: Differences among practicing nurses. *Journal of Holistic Nursing, 36*(4), 318-329.
- Murdoch, S. (2019). Clinical decision making in paramedic practice. *Journal of Paramedic Practice, 11*(6), 236-238.
- Nibbelink, C. W., & Brewer, B. B. (2018). Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *Journal of clinical nursing, 27*(5-6), 917-928.
- Nibbelink, C. W., & Carrington, J. M. (2019). Nurse Decision Making in Acute Care. *CIN: Computers, Informatics, Nursing, 37*(3), 151-160.
- Paul, R. W., & Heaslip, P. (1995). Critical thinking and intuitive nursing practice. *Journal of advanced nursing, 22*(1), 40-47.
- Payne, L. K. (2015). Toward a Theory of Intuitive Decision-Making in Nursing. *Nursing science quarterly, 28*(3), 223-228.
- Pétervári, J., Osman, M., & Bhattacharya, J. (2016). The role of intuition in the generation and evaluation stages of creativity. *Frontiers in psychology, 7*, 1420.
- Polat, Ş., Kutlu, L., Ay, F., Purisa, S., & Erkan, H. A. (2019). Decision-making styles, anxiety levels, and critical thinking levels of nurses. *Japan Journal of Nursing Science, 16*(3), 309-321.
- Pretz, J. E., & Folse, V. N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of clinical nursing, 20*(19-20), 2878-2889.
- Rahajeng, I. M., & Muslimah, F. (2019). The Application of Clinical Judgment and Decision Making of Critical Care Nurses in Intensive Care Units (ICUs). *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS), 2*(1), 1-14.
- Razieh, S., Somayeh, G., & Fariba, H. (2018). Effects of reflection on clinical decision-making of intensive care unit nurses. *Nurse education today, 66*, 10-14.

- Remmers, C., & Michalak, J. (2016). Losing your gut feelings. Intuition in depression. *Frontiers in psychology, 7*, 1291.
- Resnik, D. B. (2017). The role of intuition in risk/benefit decision-making in human subjects' research. *Accountability in research, 24*(1), 1-29.
- Rew, L. (2000). Acknowledging intuition in clinical decision making. *Journal of holistic nursing, 18*(2), 94-108.
- Rew, L., & Barrow Jr, E. M. (2007). State of the science: intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science, 30*(1), E15-E25.
- Rovithis, M., & Parissopoulos, S. (2005). Intuition in nursing practice. *ICUS Nursing Web Journal, 22*, 1-10.
- Shaban, R. (2015). Theories of clinical judgment and decision-making: A review of the theoretical literature. *Australasian Journal of Paramedicine, 3*(1).
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education, 45*(6), 204-211.
- Taylor, P., Dowding, D., & Johnson, M. (2017). Clinical decision making in the recognition of dying: a qualitative interview study. *BMC palliative care, 16*(1), 11.
- Turan, N., Kaya, H., Özsaban, A., & Aydın, G. Ö. (2016). Intuition: An Important Tool in the Practice of Nursing. *Physiology, 4*, 11-13.
- Voldbjerg, S. L., Grønkjær, M., Wiechula, R., & Sørensen, E. E. (2017). Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. *Journal of clinical nursing, 26*(9-10), 1313-1327.
- Zander, T., Öllinger, M., & Volz, K. G. (2016). Intuition and insight: two processes that build on each other or fundamentally differ? *Frontiers in psychology, 7*, 1395.

6.2. Παραρτήματα

Παράρτημα Ι – Έγκριση Πρωτοκόλλου


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Η ΑΝΑΠΑΝΩΤΡΙΑ ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΚΟΣΤΑΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 2/19-02-2020

ΑΠΟΦΑΣΗ 20
ΘΕΜΑ 6

Εισηγήση για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Αικατερίνης Αλεξάκη και Ηλιάνας Σταυροπούλου φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΚΡΗΤΗ»

Το ΕΠΣΥ αφού έλαβε υπόψη:

- α) την αριθμ. πρωτ. 2625/12-02-2020 αίτηση των Αικατερίνης Αλεξάκη και Ηλιάνας Σταυροπούλου φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, που ζητούν έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΚΡΗΤΗ»
- β) τα σχετικά συνημμένα:
- 1) το αριθμ. πρωτ.:1682/5-2-2020 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με το οποίο ανατίθεται στις φοιτήτριες Αικατερίνη Αλεξάκη και Ηλιάνα Σταυροπούλου η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΚΡΗΤΗ», με επιβλέποντα την πτυχιακή εκπαιδευτικό τον κ. Ροβίθη Μιχαήλ, Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.
- 2) πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας, χρονοδιάγραμμα, βιβλιογραφία, έντυπο ενημέρωσης – συγκατάθεσης και ερωτηματολόγια
- γ) τη σύμφωνη γνώμη της Δ/ντριας της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου μας κ. Μαρίας Σπινθούρη
- δ) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου μας
- ε) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

Α. Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Αικατερίνης Αλεξάκη και Ηλιάνας Σταυροπούλου φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ "ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ"
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ
ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 2/19-02-2020
ΑΠΟΦΑΣΗ 20
ΘΕΜΑ 6

ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΝΗΣΟ ΚΡΗΤΗ», χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας.

Β. Να τηρηθούν απαραίτητως οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και για τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας να ενημερωθεί και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας.

Γ. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΧΑΪΝΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ
ΛΑΔΟΜΕΝΟΥ ΦΑΝΗ
ΒΕΛΕΓΡΑΚΗ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ
ΤΣΑΤΣΑΚΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ
ΠΑΝΤΟΥΒΑΚΗ ANNA
ΓΕΩΡΓΑΡΑΚΗ ANNA

Ακριβές απόσπασμα από το πρακτικό

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΓΑΚΗ ΙΩΑΝΝΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 5/2/2020

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Αρ. Πρωτ. : 1682

ΠΡΟΣ:

ΑΛΕΞΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΗΛΙΑΝΑ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης της Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6857 ΑΛΕΞΑΚΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ


ΥΝ6926 ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΗΛΙΑΝΑ

με θέμα: «Διερεύνηση του βαθμού διαίσθησης και λήψη κλινικής απόφασης στο Νοσηλευτικό προσωπικό ενός Γενικού Δημόσιου Νοσοκομείου στη νήσο Κρήτη».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία ονομάζεται: Ροβίθης Μιχαήλ

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Η Πρόεδρος του Τμήματος

Ευριδίκη Πατελάρου
Αναπλ. Καθηγήτρια

Παράρτημα II - Ερωτηματολόγιο

Το Όργανο της Διαίσθησης

Δημογραφικά:

1. Φύλλο: Γυναίκα Άνδρας
2. Ηλικία: 20-29 30-39 40-49 50-59 60-69
3. Ιδιότητα: Νοσηλεύτης Β. Νοσηλεύτης
4. Τμήμα Εργασίας: Τ.Ε.Π. Χειρουργική Μ.Ε.Θ.
5. Χρόνια εμπειρίας ως νοσηλεύτης: 1-4 5-10 16-20 21-25 >25

Οδηγίες: Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα τη συχνότητα των ακόλουθων συμπεριφορών όσον αφορά τις κλινικές σας εμπειρίες και τις εμπειρίες ζωής σας.

	Ποτέ 1	Σπάνια 2	Μερικές φορές 3	Συχνά 4	Πάντα 5
1. Νιώθω ένα ρίγος στη σπονδυλική μου στήλη όταν σκέφτομαι πως κάτι δεν πάει καλά με το ασθενή μου.					
2. Αισθάνομαι ανήσυχος/η για την κατάσταση κάποιου ασθενή μου					
3. Συνδέομαι σε ψυχικό επίπεδο με τους ασθενείς μου.					
4. Αισθάνομαι ναυτία (ανακατωσούρα στο στομάχι) όταν κάτι πάει στραβά					

5. Αισθάνομαι ηρεμία όταν ξέρω ότι τα πράγματα θα πάνε καλά.					
6. Νιώθω μία ανατριχίλα στα χέρια και στον αυχένα όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου.					
7. Έχω ένα κακό προαίσθημα όσον αφορά την κατάσταση κάποιου ασθενή.					
8. Αισθάνομαι μία πνευματική σύνδεση με τον ασθενή μου.					
9. Έχω ένα δυσάρεστο συναίσθημα όσον αφορά την κατάσταση κάποιου ασθενή.					
10. Βιώνω μία βαθιά σύνδεση με τον ασθενή μου.					
11. Έχω ένα συναίσθημα γαλήνης όταν γνωρίζω πως ο ασθενής μου βρίσκεται σε σταθερή κατάσταση.					
12. Νιώθω έναν κόμπο στο λαιμό όταν κάτι δεν πάει καλά με τον ασθενή μου.					
13. Αισθάνομαι ένα πεδίο ενέργειας γύρω από τον ασθενή μου					
14. Βιώνω ευχάριστα συναισθήματα όταν ο ασθενής μου είναι καλά.					

15. Ενθαρρύνομαι όταν η κατάσταση του ασθενή μου είναι σταθερή					
16. Δεν χρειάζομαι προφορική επικοινωνία για να αισθανθώ μια πνευματική σύνδεση με τον ασθενή μου					
17. Αισθάνομαι ανακούφιση όταν η κατάσταση του ασθενή μου είναι σταθερή					
18. Αισθάνομαι ενέργεια να προέρχεται από τον ασθενή μου					

Λήψη Κλινικής Απόφασης

ΜΕ ΕΚΦΡΑΖΕΙ

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
	1	2	3	4	5
1)Θεωρώ ότι το να ακολουθώ το ένστικτό μου είναι σημαντικό και με βοηθάει στη λήψη της σωστής απόφασης για τον ασθενή.					
2)Όταν πρόκειται για έναν ασθενή ξέρω τι πρέπει να κάνω βασιζόμενος/η στο ένστικτό μου, χωρίς να μπορώ πάντα να το εξηγήσω.					
3)Κάποιες φορές έρχεται στο μυαλό μου μια παρέμβαση/θεραπευτική λύση χωρίς να έχει προηγηθεί η ύπαρξη αντικειμενικών δεδομένων που με οδηγούν σε αυτή.					
4)Υπάρχουν φορές που έχω ακολουθήσει ενστικτωδώς κάποιο αίσθημα ανησυχίας που έχω, έχω προετοιμαστεί κατάλληλα (πχ ιατρονοσηλευτικός εξοπλισμός ,φάρμακα) και τελικά με έχει βοηθήσει να χειριστώ έγκαιρα/ορθά μία απρόοπτη κατάσταση.					
5)Θεωρώ ότι η λήψη κλινικής απόφασης που προκύπτει αποκλειστικά και μόνο από αντικειμενικά δεδομένα έχει αυξημένες πιθανότητες να είναι λανθασμένη.					

Παράρτημα III- Χρονοδιάγραμμα ολοκλήρωσης πτυχιακής εργασίας

Χρονοδιάγραμμα

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ								
ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΕΚ	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡΤ	ΑΠΡ	ΜΑΙΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ	ΣΕ
Αναζήτηση βιβλιογραφίας								
Συγγραφή βιβλιογραφικής Ανασκόπησης								
Συλλογή δεδομένων								
Ανάλυση -								
Συγγραφή αποτελεσμάτων								
Συγγραφή συζήτησης - συμπερασμάτων								
Προεκτάσεις μελέτης								
Τελική αξιολόγηση συγγράμματος								
Βιβλιοδεσία								
Προετοιμασία παρουσίασης μελέτης								
Παρουσίαση πτυχιακής								
Εισηγητής : Μ. Ροβίθης επίκουρος καθ. ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.								

Παράρτημα IV – Πρωτόκολλο Πτυχιακής



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ
ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΕΝΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΣΤΗ ΝΗΣΟ
ΚΡΗΤΗ»**

Κατατίθεται για έγκριση στο

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Φοιτήτριες: Ηλιάνα Σταυροπούλου, ΑΜ ΥΝ6926

Αικατερίνη Αλεξάκη, ΑΜ ΥΝ6857

Επιβλέπων Καθηγητής: Ροβίθης Μιχάλης, Επίκουρος καθ., τμήμα
Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

ΗΡΑΚΛΕΙΟ Νοέμβριος 2019

Εισαγωγή

Ορισμοί Διαίσθησης

Το 1987, η Patricia Benner, θεωρητικός της νοσηλευτικής επιστήμης ερεύνησε με την μέθοδο των συνεντεύξεων την ύπαρξη της διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στις συνεντεύξεις της, θεώρησε ότι περιλαμβάνονται τα έξι κομβικά σημεία της διαισθητικής νοσηλευτικής κρίσης του Dreyfus, τα οποία είναι:

- (1) η αναγνώριση μοτίβων,
- (2) η αναγνώριση ομοιότητας,
- (3) η κατανόηση με βάση την κοινή λογική,
- (4) η ικανότητα τεχνογνωσίας,
- (5) η αίσθηση σημαντικότητας και
- (6) η νοητική ορθολογικότητα.

Επιπροσθέτως, όρισε πέντε διαδοχικά επίπεδα επάρκειας, τα οποία συσχέτισε με την κλινική εμπειρία και την χρήση διαίσθησης. Στο πρώτο επίπεδο, κατατάσσονται οι αρχάριοι (novice), οι οποίοι λόγω έλλειψης εμπειρίας εξαρτώνται άμεσα από την τεκμηριωμένη πρακτική. Ακολούθως, οι προχωρημένοι αρχάριοι (advanced beginners), δεν δύνανται να ανταπεξέλθουν σε περίπλοκες καταστάσεις, παρόλο που έχουν εξοικείωση με τον κλινικό χώρο. Στο τρίτο επίπεδο, παρουσιάζονται οι νοσηλευτές με επάρκεια (competent), οι οποίοι έχουν εμπειρία δύο-τριών χρόνων και κριτική ικανότητα, ενώ στερούνται ταχύτητας και ευελιξίας, συγκριτικά με τους νοσηλευτές του επόμενου επιπέδου. Συνεχίζοντας, σειρά έχουν οι ικανοί (proficient) νοσηλευτές, που αντιλαμβάνονται ολιστικά τις καταστάσεις και τέλος οι ειδικοί (expert), οι οποίοι δεν βασίζονται πλέον στον αναλυτικό τρόπο σκέψης, αλλά λειτουργούν διαισθητικά.

Σύμφωνα με τη Benner (1987), η διαίσθηση ορίζεται ως η κατανόηση χωρίς λογική, ενώ διαισθητική κρίση είναι οτιδήποτε ξεχωρίζει την κρίση ενός ειδικού από τις αποφάσεις ή τους υπολογισμούς που πιθανόν να έκανε ένας αρχάριος ή μια μηχανή. Όπως αναφέρει η Tanner (2006), η κλινική απόφαση διατυπώνεται ως μια ερμηνεία ή ένα συμπέρασμα σχετικά με τις ανάγκες, τις ανησυχίες ή τα προβλήματα υγείας ενός ασθενή και/ή απόφαση

για δράση (ή όχι), χρήση ή τροποποίηση συγκεκριμένων προσεγγίσεων, ή αυτοσχεδιασμό καινούργιων, όπως κρίνεται κατάλληλο από την απόκριση του ασθενή. Η Payne (2015), επιπρόσθετα, αντιλαμβάνεται τη διαίσθηση ως μη συνειδητή και μη λογική κατάσταση γνώσης, ενώ οι Rovithis και Parissopoulos την αποτυπώνουν ως (1) την ενσωμάτωση μορφών γνώσης σε μία ξαφνική συνειδητοποίηση, που επιταχύνει τη λογική διαδικασία και που διευκολύνει τη δράση για φροντίδα του ασθενή/πελάτη και (2) τη νοητική διαδικασία που συνδέει ασύνδετα στοιχεία σε μια ενότητα.

Λήψη Κλινικών Αποφάσεων

Η λήψη κλινικών αποφάσεων αποτελεί ζωτικής σημασίας διαδικασία στη νοσηλευτική πρακτική (Payne, 2015), παρά την περίπλοκη φύση της (Tanner, 2006). Η Tanner (2006), τόνισε τη δυσκολία λήψης κλινικής απόφασης. Βασική προϋπόθεση, όπως υποστηρίζει, θεωρεί ότι είναι ο συνδυασμός αφηρημένων, γενικεύσιμων και εφαρμόσιμων γνώσεων, που πηγάζουν τόσο από την επιστήμη όσο και από τη θεωρία. Σύμφωνα με το μοντέλο που ανέπτυξε σχετικά με την λήψη αποφάσεων διέκρινε τέσσερα θεμελιώδη συστατικά :

- 1) παρατήρηση: εντοπισμός των αλλαγών στην κλινική κατάσταση των ασθενών
- 2) ερμηνεία και απόκριση :κατανόηση και ανάλυση των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί κατά τη διάρκεια της παρατήρησης
- 3) ανατροφοδότηση: οτιδήποτε αποκομίζουν οι νοσηλευτές από την εμπειρία τους, συμβάλλει στη συνεχή ανάπτυξη κλινικής γνώσης και απόφασης.

Επίσης, συνοψίζοντας τα αποτελέσματα 200 μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έμπειροι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τρεις μεθόδους για την λήψη κλινικής απόφασης, οι οποίες είναι :

- 1) λογικές διαδικασίες ,που χρησιμοποιούνται για την διάγνωση και εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων
- 2) διαίσθηση, η αναγνώριση μιας κατάστασης χωρίς αποδεικτικά στοιχεία
- 3) περιγραφική σκέψη, η ερμηνεία μιας προσωπικής εμπειρίας ή περιστατικού.

Σύμφωνα με την Preetha Krishnan (2018), ο συνδυασμός γνώσεων, που βασίζονται στην τεκμηριωμένη πρακτική και τη διαίσθηση μπορεί να οδηγήσει στη βέλτιστη λήψη κλινικής απόφασης. Παρ'ολ'αυτά, θεωρείται ότι η λήψη απόφασης με βάση τη διαίσθηση είναι κατώτερης μορφής κρίση στον κλινικό χώρο, δεδομένης της ασάφειας γύρω από αυτόν τον όρο (Payne, 2015). Πιο συγκεκριμένα, η εκτίμηση των επιπέδων διαίσθησης θεωρείται

υψηλού βαθμού δυσκολίας διαδικασία (Rovithis, 2015). Ωστόσο, στην πράξη το νοσηλευτικό προσωπικό τείνει να αποφασίζει περισσότερο βάση πολλών παραγόντων και όχι μόνο αντικειμενικών δεδομένων (Tanner,2006). Η Miller (2018), υποστηρίζει ότι η διαίσθηση συνιστά τον ακρογωνιαίο λίθο της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, αναφορικά με τους Payne (2015), και Rovithis (2015), Miller (2018) αλλά και Benner (1987), διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στη λήψη κλινικών αποφάσεων, ενώ παράλληλα συνδέεται άμεσα με την εμπειρία στην κλινική πρακτική (Benner, 1987, Payne, 2015).

Σχετικές Μελέτες Διαίσθησης και Λήψης Κλινικής Απόφασης

Σε μελέτη οι **Pretz και Folse (2011)**, ασχολήθηκαν με δύο βασικά ερωτήματα :

- ✓ εάν η χρήση της διαίσθησης κυριαρχούσε σε όλους τους τομείς της ζωής ή περιοριζόταν μόνο στον εργασιακό τομέα και
- ✓ εάν το επίπεδο διαίσθησης αυξανόταν αναλογικά με την εμπειρία

Το βασικό τους δείγμα, αποτέλεσαν φοιτητές και ενεργοί εργαζόμενοι νοσηλευτές .Οι συγγραφείς αξιολόγησαν την αξιοπιστία πολλών ερευνητικών εργαλείων, τόσο νοσηλευτικών όσο και ψυχολογικών, όπως τα Rational Experiential Inventory, Myers Briggs Type Indicator, Types of Intuition Scale, Miller Intuitiveness Instrument, Smith Intuition Instrument, Acknowledges Use of Intuition in Nursing Scale, κατοχυρώνοντας την εγκυρότητα της μελέτης. Τα αποτελέσματα που εξήγαγαν, απέδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ εμπειρίας και προθυμίας για χρήση της διαίσθησης. Πιο συγκεκριμένα, οι αρχάριοι νοσηλευτές, δεν βασίζονταν τόσο σε αυτή, λόγω έλλειψης εμπειρίας, σε σχέση με τους παλαιότερους. Όσον αφορά την χρήση της διαίσθησης βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές δεν την χρησιμοποιούσαν σε όλους τους τομείς της ζωής, αλλά μόνο στον εργασιακό χώρο.

Αντίστοιχα, σκοπός της Payne (2015), ήταν να παρουσιάσει μια σαφή θεωρία λήψης κλινικής απόφασης με βάση τη διαίσθηση, που να ενσωματώνει έναν βιολογικό-φυσιολογικό δείκτη, να μπορεί να ερευνηθεί πειραματικά και να αποδεικνύει την ύπαρξη αυτού του φαινομένου. Η μελέτη αυτή αποτελεί συνδυασμό των θεωριών της Benner και του Damasio (Somatic Marker Hypothesis). Η Benner (1987), θεώρησε ότι οι έμπειροι νοσηλευτές έχουν υψηλότερα επίπεδα διαίσθησης και λαμβάνουν καλύτερες κλινικές αποφάσεις. Ταυτόχρονα, ο Damasio υποστήριξε ότι η δραστηριότητα στο κέντρο λήψης αποφάσεων (κογχομετωπιαίος φλοιός), είναι εντονότερη στον εγκέφαλο ενός έμπειρου ατόμου σε σχέση με αυτόν ενός άπειρου. Λαμβάνοντας υπόψιν τις παραπάνω θεωρίες, η

Payne (2015), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η διαισθητική λήψη απόφασης στη νοσηλευτική βασίζεται στη λογική και μπορεί να ερευνηθεί πειραματικά.

Σε σχέση με τη λήψη κλινικών αποφάσεων από τους νοσηλευτές, οι Maharmeh et.al, (2016), διεξήγαγαν έρευνα, η οποία επικεντρώθηκε στη λήψη κλινικής απόφασης του νοσηλευτικού προσωπικού σε τρεις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας της Ιορδανίας. Η μέθοδος που επιλέχθηκε, ήταν ένας συνδυασμός συνεντεύξεων και παρατήρησης. Οι ερευνητές υπογράμμισαν τη σημασία της εμπειρίας καθώς δημιουργεί ισχυρό υπόβαθρο για τη διενέργεια διαισθητικών πράξεων και ισχυρίστηκαν ότι αποκομίζεται από τη διάγνωση της κατάστασης του ασθενή και την ανάπτυξη παρεμβάσεων για τη διαχείρισή της. Για την σωστή ανάπτυξη αυτών των παρεμβάσεων συστήνεται η αρμονική συνύπαρξη διαίσθησης και λογικής κρίσης στην καθημερινή κλινική πρακτική με σκοπό να οδηγήσουν στη βέλτιστη ποιότητα φροντίδας.

Ανάλογα, οι Chen et.al (2016), ασχολήθηκαν με τον συσχετισμό των ικανοτήτων λήψης κλινικής απόφασης, ανάμεσα στους εργαζόμενους νοσηλευτές σε ένα κλινικό κέντρο στην Ταιβάν. Χρησιμοποιήθηκαν τρία ερευνητικά εργαλεία για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων τα οποία ήταν :

- α) Knowledge Readiness Scale,
- β) Critical Thinking Disposition Inventory και
- γ) Clinical Decision Making Model Inventory.

Στη μελέτη τους ανέφεραν τρία μοντέλα λήψης κλινικής απόφασης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα οποία είναι :

- i. μοντέλο επεξεργασίας πληροφοριών, βασισμένο στον ορθολογισμό, που χρησιμοποιείται στη λήψη ιατρικών αποφάσεων
- ii. διαισθητικό-ανθρωπιστικό μοντέλο, το οποίο επικεντρώνεται στη χρήση της διαίσθησης και τη σύνδεση μεταξύ εμπειρίας και κλινικής απόφασης
- iii. μοντέλο γνωστικής αλληλουχίας, το οποίο υποστηρίζει ότι διαφορετικές γνωστικές αλληλουχίες για τη λήψη αποφάσεων σχετίζονται με μια αλληλουχία που περιέχει τόσο διαίσθηση όσο και λογική.

Στη μελέτη τους υποστήριξαν emphaticά, το γεγονός πως οι έμπειροι νοσηλευτές τείνουν να λαμβάνουν αποφάσεις διαισθητικά, ενώ οι αρχάριοι με λιγότερα από 5 χρόνια εμπειρίας,

περισσότερο λογικά, ωστόσο η πλειοψηφία (40,1 %) του νοσηλευτικού προσωπικού συνολικά, έπραττε κατά κύριο λόγο διαισθητικά σε συνδυασμό, όμως με τη λογική.

Κατά τους Miller & Hill (2018), η κριτική σκέψη αποτελείται από δύο γνωστικές διαδικασίες, την λογική και τη διαίσθηση, οι οποίες χρησιμοποιούνται στη λήψη αποφάσεων. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να αναζητήσει τους συσχετισμούς και τις διαφορές στη χρήση της διαίσθησης, ανάμεσα σε νοσηλευτές από εννέα διαφορετικά τμήματα σε μια πολυκλινική των ΗΠΑ, χρησιμοποιώντας το εργαλείο της Rew (Rew's Intuitive Judgment Scale). Τα αποτελέσματα είχαν ταύτιση με τη θεωρία της Benner, καθώς οι πιο έμπειροι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερη διαισθητικότητα, χωρίς αυτό να συνεπάγεται την πλήρη απουσία της στους νεότερους. Επιπλέον, εργαζόμενοι με περισσότερα χρόνια εμπειρίας αυτό-ταξινομήθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα νοσηλευτικής επάρκειας. Όσον αφορά τα επίπεδα διαίσθησης ανάμεσα στα τμήματα δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική σχέση, όπως έδειξαν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Rovithis et.al. (2015).

Το 2018, η Preetha Krishnan, προσέγγισε το θέμα της κλινικής απόφασης διαφορετικά υιοθετώντας δύο διαφορετικά μοντέλα, το συστηματικό-θετικιστικό και το διαισθητικό-ανθρωπιστικό. Το πρώτο μοντέλο βασίστηκε στη θεωρία επεξεργασίας πληροφοριών και χρησιμοποιείται ευρύτατα στη διαμόρφωση της ιατρικής διάγνωσης. Τρωτό σημείο του συγκεκριμένου μοντέλου αποτελεί η παραγκώνιση της γνώμης, του πολιτισμικού υπόβαθρου και των συναισθημάτων του ασθενή. Εν αντιθέσει με το προηγούμενο μοντέλο, η ανθρωπιστική προσέγγιση εστιάζει στη διαίσθηση ως αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής απόφασης και άμεσα συνδεδεμένο με την εμπειρία. Δεν έχει αποδειχθεί, όμως, η αποκλειστική χρήση ενός μοντέλου στη νοσηλευτική πρακτική και ως εκ τούτου προτείνεται ο συνδυασμός διαίσθησης και λογικής κρίσης .

Σε μια πολύ πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που διεξήχθη στην Ινδονησία, οι Rahajeng & Muslimah (2019), έθεσαν ως στόχο την κατανόηση της λήψης κλινικής απόφασης σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και παρατήρησαν ότι οι νοσηλευτές συνδυάζουν ποικίλες τεχνικές προτού λάβουν την τελική απόφαση. Στο περιβάλλον των μονάδων αυτών, οι εργαζόμενοι καλούνται να διαμορφώσουν αποφάσεις σχετικά με την παρέμβαση, την επικοινωνία και την αξιολόγηση, οι οποίες επηρεάζονται από την εμπειρία τους, την κατάσταση του ασθενή, το πλάνο της μονάδας, τις βάρδιες, τη διεπαγγελματική συνεργασία, τους σωματικούς και προσωπικούς πόρους. Βοηθητικός παράγοντας για τις αποφάσεις αυτές αποτελούν τα εργαλεία αξιολόγησης. Παρά τη γνώση που παρέχεται σε

αυτή τη μελέτη, ο αριθμός των πληροφοριών σχετικά με την διαδικασία λήψης κλινικής απόφασης στις Μ.Ε.Θ, παραμένει περιορισμένος.

Καταλήγοντας, στον Ελλαδικό χώρο, οι Rovithis et.al (2015), συνέκριναν τα επίπεδα διαίσθησης του νοσηλευτικού προσωπικού στο Τμήμα Επειγόντων Περαστικών, τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και τις χειρουργικές κλινικές σε δύο γενικά-δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου. Η μελέτη τους, στηρίχθηκε στη θεωρία της διαίσθησης ως μια μη γραμμική διαδικασία γνώσης, που προκύπτει από τη συνένωση τριών παραγόντων :

- 1) γνώση σχετικά με την αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή, ή τη φροντίδα και την ενσυναίσθηση γι' αυτόν, που προέρχεται από θετικά ή αρνητικά συναισθήματα και αναφέρεται ως συναισθηματική αντίληψη
- 2) ανάλυση ερεθισμάτων από τα πέντε αισθητήρια όργανα οδηγεί σε μια γνωστική κατάσταση που ορίζεται ως σωματική αντίληψη
- 3) δημιουργία σχέσης με τον ασθενή σε φυσικό ή πνευματικό επίπεδο.

Τα ευρήματα της μελέτης τους, αποκάλυψαν ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων διαίσθησης ανάμεσα στα τμήματα, όπως επίσης και μεταξύ διαίσθησης και των ετών επαγγελματικής εμπειρίας. Αξιοσημείωτο είναι, ότι τα υψηλότερα ποσοστά διαίσθησης αφορούσαν τις κατηγορίες των πνευματικών σχέσεων (spiritual connection) και των συναισθημάτων διαβεβαίωσης (reassuring feelings).

Σημαντικότητα της Μελέτης

Κρίνεται αναγκαία η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, διότι έχει διαπιστωθεί σημαντική έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά τόσο με τη διαίσθηση όσο και με το συνδυασμό διαίσθησης και κλινικής απόφασης, ενώ ακόμα και σε διεθνές επίπεδο, οι μελέτες που υπάρχουν περιορίζονται σε βιβλιογραφικές, με τις ερευνητικές να σπανίζουν. Επίσης η διαίσθηση ως έννοια και δεξιότητα δεν έχει γνωστοποιηθεί και αναγνωριστεί επαρκώς στον κλινικό χώρο, γεγονός που γίνεται εμφανές από τη συνεχόμενη υποτίμησή της. Στη συνέχεια, πρέπει να αποσαφηνιστεί αν η επίδρασή της συμβάλει στη λήψη της τελικής απόφασης και στη βέλτιστη έκβαση στην πορεία του ασθενούς, ενώ είναι απαραίτητο να δοθούν απαντήσεις στο ερώτημα εάν οι νοσηλευτές ενεργούν διαισθητικά ή αναλυτικά ή συνδυάζοντας και τα δύο. Παράλληλα, με την εκπόνηση της έρευνας αυτής θα

επικαιροποιηθούν τα δεδομένα προηγούμενης μελέτης στο ίδιο γεωγραφικό πλαίσιο, καθιστώντας εφικτή τη διαπίστωση αλλαγών σχετικά με τα επίπεδα διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ο προσδιορισμός των επιπέδων διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η επίδρασή της στην λήψη κλινικής απόφασης. Από την ανασκόπηση γίνεται εμφανής η ουσιαστική έλλειψη ερευνητικών δεδομένων

Ειδικό Μέρος

Σχεδιασμός Μελέτης

Είδος Μελέτης

Η παρούσα πτυχιακή εργασία υιοθετεί τον σχεδιασμό της συγχρονικής περιγραφικής μελέτης με μερικές συσχετίσεις για να απαντήσει σε ερευνητικά ερωτήματα που θέτει. Σύμφωνα με τον Μερκούρη (2008) : «περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για την λήψη πληροφοριών ως προς τα χαρακτηριστικά ενός φαινομένου, ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης. Δεν γίνεται κανενός είδους παρέμβασης, αφού ο σκοπός είναι η απεικόνιση των πραγμάτων, όπως αυτά εκ φύσεως συμβαίνουν. Ενδείκνυται για τη διερεύνηση άγνωστων φαινομένων όσων δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς και παρέχει υλικό για τις έρευνες των επομένων επιπέδων. Σπάνια όμως μία έρευνα έχει αμιγώς περιγραφικό σχεδιασμό, αφού συχνά γίνεται διερεύνηση συσχετίσεων ή/και σύγκριση ομάδων. Στην περίπτωση που διερευνώνται συσχετίσεις ή γίνονται συγκρίσεις, οι έρευνες αυτές ονομάζονται περιγραφικές συσχέτισης και συγκριτικές περιγραφικές αντίστοιχα» (Μερκούρης 2008, σελ.89). Οι περιγραφικές μελέτες έχουν σκοπό απλά να περιγράψουν τον πληθυσμό σε ένα συγκεκριμένο τόπο και χρόνο. Τα κύρια πλεονεκτήματα αυτών των μελετών είναι: η απλότητα τους, η ταχύτητα με την οποία μπορούν να γίνουν και το χαμηλό κόστος.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης αυτής είναι τα εξής :

- 1) Ποια είναι τα επίπεδα διαίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό;
- 2) Γίνεται χρήση της διαίσθησης κατά τη λήψη κλινικής απόφαση ;
- 3) Υπάρχει διαφοροποίηση στα επίπεδα διαίσθησης ανάμεσα στα τμήματα;
- 4) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ετών εμπειρίας και διαίσθησης;
- 5) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων νοσηλευτικής επάρκειας και εμπειρίας;
- 6) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων νοσηλευτικής επάρκειας και της διαίσθησης;

Ερευνητικό Πεδίο

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί σε ένα Γενικό Δημόσιο Νοσοκομείο της Κρήτης και ειδικότερα στο Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο. Το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΒΓΝΗ), είναι ενταγμένο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ενώ υπάγεται στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια (Κρήτης) και παρέχει πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Είναι το δεύτερο σε μέγεθος (οργανικές κλίνες:440, ανεπτυγμένες: 412) και προσωπικό (περίπου 1000 στελέχη) νοσοκομείο της Κρήτης, ενώ, όταν εφημερεύει, δέχεται επείγοντα περιστατικά από όλη τη Κρήτη και το νότιο Αιγαίο.

Δείγμα- Δειγματοληπτική Μέθοδος

Στην παρούσα διπλωματική εργασία θα εφαρμοστεί η μέθοδος της μη τυχαίας δειγματοληψίας, και πιο συγκεκριμένα η δειγματοληψία, ευκολίας διότι χρησιμοποιείται ευρέως στη νοσηλευτική έρευνα, ενώ παράλληλα παρατηρείται χαμηλότερο κόστος και εξοικονόμηση χρόνου (Nieswiadomy, 2012, 2008). Το δείγμα θα αποτελέσει το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στο Βενιζέλειο Γενικό νοσοκομείο.

Ερευνητικά Εργαλεία

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα κατά έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο είναι για τη μέτρηση των επιπέδων διαίσθησης, το ερωτηματολόγιο Smith Intuition Instrument, το οποίο αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες είναι χωρισμένες σε 4 κύριους τομείς. Ο πρώτος τομέας περιέχει 6

ερωτήσεις που αφορούν τις πνευματικές συνδέσεις, ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στα καθισχυαστικά συναισθήματα και έχει 5 ερωτήσεις, ο τρίτος τομέας απαρτίζεται από 4 ερωτήσεις για τις σωματικές αισθήσεις και ο τελευταίος περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις σχετικά με τα άσχημα συναισθήματα. Όσον αφορά τη λήψη κλινικών αποφάσεων θα χρησιμοποιηθούν πέντε ερωτήσεις που απαντώνται με πενταβάθμια κλίμακα likert-type, με βαθμολογία από 1-5, όπου 1= «δε με εκφράζει ποτέ», 2= «με εκφράζει σπάνια», 3= «με εκφράζει μερικές φορές», 4= «με εκφράζει συχνά», 5= «με εκφράζει πάντα».

Τέλος θα υπάρχει και μια ενότητα για τη συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Δεοντολογία της Έρευνας

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Μέθοδος Στατιστικής Ανάλυσης-Παρουσίασης Αποτελεσμάτων

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες έκδοση 23 (Statistical Package of Social Sciences 23h edition, SPSS) και θα εφαρμοστεί η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης. Τα αποτελέσματα πρόκειται να παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα και σε ραβδογράμματα που σύμφωνα με την Σαχίνη (2004), 'είναι ο πιο χρήσιμος τρόπος γραφικής

παράστασης κατανομής συχνότητας δεδομένων ονομαστικού και τακτικού επιπέδου...’ (Σαχίνη-Καρδάση 2004, σελ. 173). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το 0,05.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Benner, P., & Tanner, C. (1987). How expert nurses use intuition. *AJN The American Journal of Nursing*, 87(1), 23-34.
- Chen, S. L., Hsu, H. Y., Chang, C. F., & Lin, E. C. L. (2016). An exploration of the correlates of nurse practitioners’ clinical decision-making abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1016-1024.
- Krishnan, P. (2018). A philosophical analysis of clinical decision making in nursing. *Journal of Nursing Education*, 57(2), 73-78.
- Maharmeh, M., Alasad, J., Salami, I., Saleh, Z., & Darawad, M. (2016). Clinical decision-making among critical care nurses: A qualitative study. *Health*, 8(15), 1807-1819.
- Μερκούρης, Α., 2008. *Μεθοδολογία νοσηλευτικής έρευνας*. 1η έκδοση. Αθήνα: Ελλην.
- Miller, E. M., & Hill, P. D. (2018). Intuition in clinical decision making: Differences among practicing nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 36(4), 318-329.
- Nieswiadomy, R., M. (2012, 2008). *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Βασικές Αρχές*, 6^η Έκδοση, Εκδόσεις Λαγός, Ιλίσια, Αθήνα.
- Payne, L. K. (2015). Toward a Theory of Intuitive Decision-Making in Nursing. *Nursing science quarterly*, 28(3), 223-228.
- Pretz, J. E., & Folse, V. N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of clinical nursing*, 20(19-20), 2878-2889.
- Rahajeng, I. M., & Muslimah, F. (2019). The Application of Clinical Judgment and Decision Making of Critical Care Nurses in Intensive Care Units (ICUs). *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(1), 1-14.
- Rovithis, M., & Parissopoulos, S. (2005). Intuition in nursing practice. *ICUS Nursing Web Journal*, 22, 1-10.
- Michael, R., Areti, S., Nektaria, K., Michael, S., Despoina, S., Manolis, L., & Nikolaos, R. (2015). Evaluation of intuition levels in nursing staff. *Health Science Journal*, 9(3), 1
- Σαχίνη-Καρδάση 2004, *Μεθοδολογία έρευνας Εκδόσεις Βήτα*. Αθήνα

- Smith, A. J. (2006). Continued psychometric evaluation of an intuition instrument for nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 24(2), 82-89.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6).

Παράρτημα Ι – Χρονοδιάγραμμα Πτυχιακής Εργασίας

Χρονοδιάγραμμα

ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ								
ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΕΚ	ΙΑΝ	ΦΕΒ	ΜΑΡΤ	ΑΠΡ	ΜΑΙΟΣ	ΙΟΥΝΙΟΣ	ΣΕ
Αναζήτηση βιβλιογραφίας	■	■	■					
Συγγραφή βιβλιογραφικής Ανασκόπησης		■	■	■				
Συλλογή δεδομένων				■	■			
Ανάλυση -					■			
Συγγραφή αποτελεσμάτων					■	■		
Συγγραφή συζήτησης - συμπερασμάτων					■	■		
Προεκτάσεις μελέτης					■	■		
Τελική αξιολόγηση συγγράμματος					■	■		
Βιβλιοδεσία					■	■		
Προετοιμασία παρουσίασης μελέτης					■	■		
Παρουσίαση πτυχιακής							■	
Εισηγητής : Μ. Ροβίθης επίκουρος καθ. ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.								