

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ  
ΕΡΕΥΝΑ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΓΕΩΡΓΙΑ Α. ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΗ  
ΒΑΣΙΛΙΚΗ Β. ΚΑΣΑΣΤΟΓΙΑΝΝΗ**

**ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ. ΕΠΙΚ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2009**

**ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Μπελλάλη Θάλεια.** Επικ. Καθηγήτρια (επιβλέπουσα)

**Δημητριάδου Αλεξάνδρα.** Επικ. Καθηγήτρια

**Μηνασίδου Ευγενία.** Καθηγ. Εφαρμογών

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η έρευνα στον τομέα της υγείας

- 1.1. Η νοσηλευτική επιστήμη
- 1.2. Πηγές γνώσης της νοσηλευτικής
  - 1.2.1. Η παράδοση
  - 1.2.2. Οι αυθεντίες
  - 1.2.3. Η προσωπική εμπειρία
  - 1.2.4. Δοκιμή και λάθος
  - 1.2.5. Η διαίσθηση
  - 1.2.6. Ο λογικός συλλογισμός
  - 1.2.7. Ο συνδυασμός πληροφοριών
- 1.3. Η επιστημονική έρευνα
  - 1.3.1 Αξιόπιστη γνώση
- 1.4. Η επιστημονική μέθοδος
  - 1.4.1. Τα στάδια της επιστημονικής μεθόδου
  - 1.4.2. Θεωρίες και νόμοι
  - 1.4.3. Δοκιμασίες υποθέσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Νοσηλευτική και έρευνα

- 2.1. Η έρευνα στη νοσηλευτική
  - 2.1.1. Τα εξελικτικά στάδια της νοσηλευτικής έρευνας
  - 2.1.2. Η νοσηλευτική έρευνα σήμερα και στο μέλλον
- 2.2. Οι ρόλοι των νοσηλευτών ερευνητών
- 2.3. Οι στόχοι και οι μέθοδοι της νοσηλευτικής έρευνας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ηθικά θέματα της νοσηλευτικής έρευνας

- 3.1. Τα χαρακτηριστικά της ηθικής της έρευνας
- 3.2. Οι κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική της έρευνας
  - 3.2.1. Κώδικες ηθικής της έρευνας στον τομέα της υγείας
  - 3.2.2. Επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας
- 3.3. Δικαιώματα των ανθρώπινων υποκειμένων
  - 3.3.1. Έρευνες με επιστημονική ισχύ
  - 3.3.2. Δικαίωμα να μην υποστεί οποιαδήποτε βλάβη

3.3.3. Το δικαίωμα στην τήρηση του απορρήτου (εμπιστευτικότητα)

3.3.4. Δικαίωμα για αυτόβουλη συμμετοχή

3.3.5. Το δικαίωμα για πληροφόρηση

3.4. Πληροφορημένη συγκατάθεση

3.5. Κανόνες ηθικής στην έρευνα με παιδιά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Περιορισμοί και δυσκολίες εκπόνησης της νοσηλευτικής έρευνας

4.1. Δυσκολίες εφαρμογής της επιστημονικής μεθόδου

4.2. Ειδικοί περιορισμοί της νοσηλευτικής έρευνας

4.2.1. Ηθικοί περιορισμοί

4.2.2. Το χάσμα μεταξύ θεωρητικών και κλινικών νοσηλευτών

4.2.3. Η απουσία βιβλιογραφίας και μεταφραστικές δυσκολίες

Συμπεράσματα-προτάσεις

Βιβλιογραφία

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική έρευνα αν και αποτελεί ένα σχετικά νέο τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης, φαίνεται να έχει πλέον κερδίσει ένα σημαντικό ρόλο στην νοσηλευτική δραστηριότητα. Αναμφισβήτητα, είναι η πιο ακριβής και συνεπής μέθοδος παραγωγής νέας και αξιόπιστης γνώσης καθώς και έλεγχου της ισχύος της ήδη υπάρχουσας. Μάλιστα, είναι πολύ θετικό το γεγονός πως η νοσηλευτική ερευνητική δραστηριότητα φαίνεται να έχει αυξηθεί ποσοτικά τα τελευταία χρόνια.

Η παρούσα εργασία έχει ως στόχο την παρουσίαση των παραμέτρων που καθορίζουν τη νοσηλευτική έρευνα και το πως αυτοί οι παράμετροι επηρεάζουν τις στάσεις των νοσηλευτών απέναντι στην έρευνα. Επίσης, γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι πιθανές δυσκολίες εκπόνησης ερευνητικών μελετών προκειμένου να διατυπωθούν προτάσεις βελτίωσης τόσο των απόψεων και των στάσεων των νοσηλευτών απέναντι στην έρευνα όσο και των συνθηκών πραγματοποίησης των νοσηλευτικών ερευνητικών προγραμμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° Η ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κλειδί στην ανθρώπινη εξέλιξη ήταν και είναι η ικανότητα του ατόμου να παρατηρεί, να θέτει ερωτήσεις και να προσπαθεί να τις απαντήσει. Πάνω σε αυτή τη διεργασία στηρίχτηκε και η πρόοδος της νοσηλευτικής επιστήμης. Οι παρατηρήσεις και οι προβληματισμοί των πρώτων νοσηλευτών αποτέλεσαν τους θεμέλιους λίθους του επαγγέλματος, οι οποίοι το οδήγησαν στο σήμερα και θα το στηρίξουν και στο μέλλον. Στο διάστημα αυτό, πολλά νοσηλευτικά προβλήματα βρήκαν τη λύση τους, απαντήθηκαν πολλές ερωτήσεις και πλέον υπάρχει πληθώρα γνώσης, που μπορεί να αξιοποιηθεί από τους νοσηλευτές.

Ο πιο οργανωμένος και συστηματικός τρόπος για να απαντηθούν τα διάφορα ερωτήματα είναι η επιστημονική έρευνα. Οι νοσηλευτές, εφαρμόζοντας επιστημονική έρευνα κατάφεραν να διαμορφώσουν τα πλαίσια της Νοσηλευτικής και να αποδώσουν την ιδιαίτερη θέση της στον τομέα της υγείας, να βελτιώσουν την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας-σε όλα τα επίπεδα- και να δημιουργήσουν μια σημαντική βάση αξιόπιστης γνώσης. Γίνεται, συνεπώς, φανερό για ποιους λόγους η έρευνα αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την Νοσηλευτική.

Το παρόν το κεφάλαιο ξεκινά με μια περιγραφή της νοσηλευτικής επιστήμης. Στη συνέχεια, αναφέρονται οι πηγές της νοσηλευτικής γνώσης, ορίζεται η επιστημονική έρευνα και η έννοια της αξιόπιστης γνώσης, αναλύεται η επιστημονική μέθοδος και καθορίζονται τα στάδια της, ενώ γίνεται συζήτηση για τις θεωρίες και τους νόμους που γεννιούνται από την επιστημονική έρευνα, καθώς και για τη διαδικασία της δοκιμασίας των υποθέσεων.

### 1.1 Η νοσηλευτική επιστήμη

Είναι γεγονός, πως η έννοια της Νοσηλευτικής ποικίλει μεταξύ των διάφορων ειδικών και των διάφορων κρατών. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (1953) η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την φροντίδα ανθρώπων κάθε ηλικίας, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων, ασθενών και υγιών, υπό όλες τις συνθήκες, σε πλαίσια αυτονομίας και συνεργασίας. Η Νοσηλευτική περικλείει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και την φροντίδα ασθενών, αναπήρων και ετοιμοθάνατων ανθρώπων. Η προάσπιση, η προαγωγή ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η συμμετοχή στη διοίκηση συστημάτων ασθένειας ή υγείας και η εκπαίδευση αποτελούν, επίσης, βασικούς νοσηλευτικούς ρόλους. Από τον παραπάνω αλλά και από άλλους ορισμούς που κατά καιρούς έχουν δοθεί για τη νοσηλευτική προκύπτει πως δεν είναι απλά ένα επάγγελμα. Αποτελεί ένα δυναμικό σώμα, που έχει τη δυνατότητα να συνδυάζει γνώσεις από φυσικές, συμπεριφορικές,

κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες και, ταυτόχρονα, να παράγει νέα γνώση μέσα από μια πλήθος διεργασιών, που αναφέρονται στην συνέχεια του κεφαλαίου.

Άλλωστε, η ίδια η φιλοσοφία της φροντίδας υγείας, η οποία αποτελεί τον ύψιστο στόχο της Νοσηλευτικής και των άλλων επιστημών υγείας, εμπεριέχει τη μελέτη των ηθικών επιταγών, των μεθόδων και των ανθρώπων που συμβάλλουν στη διατήρησή της υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, ο αντικειμενικός σκοπός και το νόημα της φιλοσοφίας της φροντίδας υγείας είναι ο συνδυασμός των άφθονων πληροφοριών που προέρχονται από τα συνεχώς μεταβαλλόμενα πεδία της κοινωνιολογίας, της βιοτεχνολογίας, της ιατρικής, της νοσηλευτικής και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Ο Cochrane (1972) υποστηρίζει πως οι παρεμβάσεις υγείας και φροντίδας πρέπει να υπόκεινται σε συστηματική αξιολόγηση με χρήση αμερόληπτων μεθόδων και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει συνεχώς να αναθεωρούν και να αξιολογούν το επίπεδο των γνώσεων.

Η παραδοχή πως η επιστήμη είναι ένα οργανωμένο σώμα γνώσης, που πηγάζει από την εφαρμογή λογικών και εμπειρικών μεθόδων και έχει την ικανότητα να θέτει σε εφαρμογή την επιστημονική γνώση, τότε και η Νοσηλευτική-σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό- της είναι μια επιστήμη. Ως κλάδος που διαθέτει επιστημονική γνώση, μπορεί μέσα από συστηματικές διεργασίες να παράγει γνώση και τέλος, μέσω της κλινικής πράξης μπορεί να δοκιμάσει, να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει αυτή τη γνώση. Επομένως, η Νοσηλευτική ικανοποιεί όλα τα δεδομένα της επιστήμης και μέσα από οργανωμένες και έγκυρες διεργασίες μετουσιώνεται σε νοσηλευτική επιστήμη.

## 1.2 Πηγές γνώσης της νοσηλευτικής

Πηγές γνώσης της νοσηλευτικής αποτελούν η παράδοση, οι αυθεντίες, η προσωπική εμπειρία, η δοκιμή και το λάθος, η διαίσθηση, ο λογικός συλλογισμός, ο συνδυασμός πληροφοριών και η επιστημονική έρευνα. Αναλυτικότερα:

### 1.2.1 Η παράδοση

Αποτελεί ένα πλούσιο σώμα συσσωρευμένης γνώσης, η οποία απαντά σε πολλές ερωτήσεις και δίνει λύσεις σε πολλά προβλήματα. Η γνώση αυτή γίνεται αποδεκτή από πολλούς γιατί θεωρητικά ο χρόνος έχει αποδείξει την αλήθεια και την αποτελεσματικότητά της. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείται και στην Νοσηλευτική, καθώς πολλές απόψεις σχετικά με το επάγγελμα και τις πρακτικές που εφαρμόζει πηγάζουν από την παράδοση. Όμως κάτι τέτοιο εμπεριέχει και κάποιους κινδύνους για την πρόοδο του νοσηλευτικού κλάδου, ο οποίος πρέπει υποχρεωτικά να ακολουθεί τις εξελίξεις των άλλων επιστημών και της κοινωνίας, προκειμένου να διατηρήσει την αποτελεσματικότητά του. Συνεπώς, οι παραδόσεις θα πρέπει να αξιολογούνται και όταν χρειάζεται είτε να αναθεωρούνται είτε να απορρίπτονται (Σαχίνη-Καρδάση, 2004 Σαπουντζή-Κρέπια, 2005).



### 1.2.2 Οι αυθεντίες

Είναι άνθρωποι, οι οποίοι εξαιτίας της εμπειρίας ή της μόρφωσης τους κατέχουν ιδιαίτερη θέση στην κοινωνία. Μάλιστα, η μετάδοση γνώσης από τις αυθεντίες θεωρείται ως μια από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους και αυτό συμβαίνει για δύο λόγους :

- Πρώτον, γιατί όλοι οι άνθρωποι, από τη γέννησή τους μαθαίνουν να ακούν, να πιστεύουν και να υπακούν τους ανωτέρους τους
- Δεύτερον, πιστεύεται πως όσες κοινωνίες λειτούργησαν σύμφωνα με τις απόψεις που θέσπιζαν οι αυθεντίες κατάφεραν να διατηρηθούν και να αναπτυχθούν μέσα στο πέρασμα του χρόνου. Φυσικά, αυτός ο σεβασμός των μελών της κοινωνίας στις αυθεντίες διατηρήθηκε από γενιά σε γενιά μέχρι σήμερα.

Από την άλλη, οι αυθεντίες δεν αποτελούν πάντα αξιόπιστη πηγή γνώσης, γιατί στις περισσότερες περιπτώσεις η εμπειρογνωμοσύνη τους βασίζεται κυρίως στις προσωπικές τους εμπειρίες. Για αυτό το λόγο πρέπει πάντα να υπόκεινται στον απαραίτητο έλεγχο (Schafersman,1994· Σαχίνη-Καρδάση,2004· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

### 1.2.3 Η προσωπική εμπειρία

Ο κάθε άνθρωπος, άσχετα από το επίπεδο μόρφωσής του, είναι σε θέση να λύνει διάφορα προβλήματα βασιζόμενος στις παρατηρήσεις και τις εμπειρίες του. Άλλωστε, αυτή η ικανότητα αποτελούσε πάντα το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ανθρώπινου γένους, που συνετέλεσε καθοριστικά στην εξέλιξη του πολιτισμού μας. Ωστόσο, η προσωπική εμπειρία δεν μπορεί να θεωρηθεί ως αξιόπιστη πηγή γνώσης, για τρεις λόγους :

- Οι εμπειρίες του κάθε ανθρώπου περιορίζονται σε ένα μικρό τομέα και έτσι είναι αδύνατον να έχουν γενική εφαρμογή.
- Διαμορφώνονται από το άτομο που τις βιώνει και τις περισσότερες φορές είναι μη επαναλήψιμες, γεγονός που δεν επιτρέπει την επαλήθευσή τους από άλλους
- Αναπόφευκτα, η απόδοση και η εφαρμογή τους καθορίζονται από μη αντικειμενικά κριτήρια, όπως είναι οι προσωπικές και κοινωνικές προκαταλήψεις και στερεότυπα (Schafersman,1994· Σαχίνη-Καρδάση,2004· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

### 1.2.4 Δοκιμή και λάθος

Πολλές φορές, όταν ο άνθρωπος ασχολείται με ένα πρόβλημα εφαρμόζει διάφορους διαδοχικούς τρόπους προκειμένου να βρει τη λύση του, αυξάνοντας έτσι τις γνώσεις και τις εμπειρίες του. Αν και αυτή η μέθοδος μπορεί να είναι πρακτική, από την άλλη συχνά τείνει να

οδηγεί σε τυχαία και ανεπαρκή συμπεράσματα (Schafersman,1994· Σαχίνη-Καρδάση,2004· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

### 1.2.5 Η διαίσθηση

Η διαίσθηση μπορεί να αποτελεί αιτία για μια διαφορετική προσέγγιση των προβλημάτων. Ακόμη και τα όνειρα μπορούν να οδηγήσουν σε μια δημιουργική λύση κάποιες φορές. Ωστόσο, αυτές οι διαδεδομένες συναισθηματικές και πολιτισμικές επιρροές δεν συνάδουν με την απόλυτη αξιοπιστία και αντικειμενικότητα των επιστημονικών συμπερασμάτων που έχει ανάγκη η Νοσηλευτική (Schafersman,1994· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

### 1.2.6 Ο λογικός συλλογισμός

Ο λογικός συλλογισμός είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο κινητοποιεί τις διανοητικές του ικανότητες με σκοπό να επιλύσει ένα πρόβλημα. Διακρίνεται στον επαγωγικό και στον παραγωγικό συλλογισμό. Θεωρητικά, ο κάθε ένας μπορεί να σκεφτεί λογικά, στην πράξη όμως κάτι τέτοιο είναι ιδιαίτερα δύσκολο. Η λογική δεν είναι μια ικανότητα με την οποία οι άνθρωποι γεννιούνται ή που μπορεί κάποιος να την αναπτύξει και να την βελτιώσει μόνος του. Αντίθετα, αποτελεί ένα προσόν που διδάσκεται και μάλιστα απαιτεί συγκεκριμένο εκπαιδευτικό περιβάλλον (Schafersman,1994· Σαχίνη-Καρδάση,2004· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

### 1.2.7 Ο συνδυασμός πληροφοριών

Η Νοσηλευτική, ως κλάδος του τομέα υγείας, συνδέεται άμεσα με τις άλλες επιστήμες που αφορούν τον άνθρωπο, και οι θεωρίες της περιπίπτουν σε θεωρίες άλλων επιστημών. Με αυτό τον τρόπο, πολλά νοσηλευτικά προβλήματα βρίσκουν τη λύση τους μέσα από την άντληση πληροφοριών που προέρχονται από άλλες επιστήμες (Σαπουντζή-Κρέπια,2005· Κουλούρη και συν., 2008).

## 1.3 Η επιστημονική έρευνα

Η επιστημονική έρευνα είναι η πλέον εξελιγμένη μέθοδος απόκτησης νέας γνώσης. Είναι μια συστηματική και καλώς σχεδιασμένη διαδικασία για την επίλυση προβλημάτων με βάση την εμπειρική πραγματικότητα (Παρασκευόπουλος, 1993,41). Μέσα από τη διαδικασία αυτή, ο επιστήμονας προσπαθεί να επιτύχει τους δύο βασικούς σκοπούς της επιστημονικής έρευνας:

- α. Να παράγει νέα αξιόπιστη γνώση
- β. Να απαντήσει σε διάφορες ερωτήσεις

Η έρευνα διακρίνεται σε βασική και εφαρμοσμένη. Η βασική έρευνα γίνεται, κυρίως από πανεπιστημιακά και ερευνητικά κέντρα, και για την προώθηση της ανθρώπινης γνώσης. Από την άλλη, η εφαρμοσμένη έρευνα γίνεται και από επιχειρήσεις και σαν προορισμό έχει την επίλυση πρακτικών προβλημάτων. Στο θεσμικό πλαίσιο για την έρευνα και την τεχνολογία (ν.3653/2008) η βασική και η εφαρμοσμένη έρευνα ορίζονται ως εξής:

«Βασική έρευνα»: Η πρωτότυπη θεωρητική ή πειραματική εργασία ελεύθερης επιλογής που διενεργείται πρωταρχικά με σκοπό την απόκτηση νέας γνώσης των υποκειμένων αιτίων και της θεμελίωσης των φαινομένων και των διατηρήσιμων γεγονότων, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα άμεσης πρακτικής εφαρμογής της.

«Εφαρμοσμένη έρευνα»: Η πρωτότυπη θεωρητική ή πειραματική εργασία που διενεργείται πρωταρχικά με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένου πρακτικού αποτελέσματος.

Οι δύο αυτές μορφές έρευνας δεν είναι άσχετες μεταξύ τους, η βασική έρευνα αποτελεί το θεμέλιο για την εφαρμοσμένη, ενώ σε εφαρμοσμένες επιστήμες, όπως η Νοσηλευτική, η διάκριση τους τείνει να ελαχιστοποιείται.

Οι συγκεκριμένες και σαφώς καθορισμένες διαδικασίες που ακολουθούνται κατά τη διερεύνηση στο πλαίσιο της επιστήμης, συναποτελούν την επιστημονική μέθοδο.

### 1.3.1 Αξιόπιστη γνώση

Γνώση είναι μια αντίληψη που σχηματίζουμε σχετικά με το τι συμβαίνει γύρω μας και η οποία συνοδεύεται από την πεποίθηση ότι η συγκεκριμένη αυτή αντίληψη είναι αληθής (Εύδοξος, Εθνικό Αστεροσκοπείο της Εκπαίδευσης, 2000).

Αξιόπιστη γνώση είναι η γνώση η οποία έχει πολλές πιθανότητες να είναι αληθινή γιατί αυτό έχει πιστοποιηθεί από κάποια αξιόπιστη μέθοδο. Το να διακρίνει κανείς την αξιόπιστη γνώση από την πίστη είναι αδικαιολόγητο. Άλλωστε οι πεποιθήσεις του καθενός πηγάζουν από τις γνώσεις του. Η μόνη διάκριση, που ίσως θα μπορούσε να γίνει, είναι στο αν οι γνώσεις ή τα πιστεύω κάποιου αντιπροσωπεύουν την αλήθεια και αν αυτή η αλήθεια είναι επιβεβαιωμένη. Κάθε άτομο διαθέτει γνώση, δεν είναι όμως η γνώση του καθενός αξιόπιστα αληθινή και τεκμηριωμένη. Στην πραγματικότητα, τα περισσότερα άτομα πιστεύουν σε πράγματα είτε μη πιστοποιημένα είτε και τα δύο. Έτσι, πολλοί άνθρωποι διαθέτουν αρκετή αναξιόπιστη γνώση και το χειρότερο επενεργούν στηριζόμενοι σε αυτή (Schafersman, 1994).

Όπως αναφέρθηκε ήδη, υπάρχουν πολλοί τρόποι που συμβάλλουν στο να γνωρίζουμε πράγματα και μάλιστα πολλοί από αυτούς σχετίζονται με την επιστήμη, αλλά δεν είναι αξιόπιστοι γιατί η παραγόμενη γνώση δεν μπορεί να αξιολογηθεί ή είναι ανεπαρκής. Η επιστήμη είναι η μέθοδος που επιτρέπει στον άνθρωπο να αποκτήσει, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, αξιόπιστη γνώση.

Ενώ, η επιστημονική γνώση μπορεί να εμπειριστατωθεί και συνεπώς να θεωρείται αξιόπιστη, μέσω της επιστημονικής μεθόδου.

#### 1.4 Η επιστημονική μέθοδος

Η επιστημονική μέθοδος είναι η διαδικασία με την οποία οι επιστήμονες, συλλογικά και διαχρονικά, προσπαθούν να συντάξουν μια σαφή, αξιόπιστη, συνεπή και μη αυθαίρετη παρουσίαση του κόσμου και των φαινομένων (Schafersman, 1994).

Η επιστημονική μέθοδος προέρχεται από το πλαίσιο που καθορίζει η επιστημονική σκέψη και η διεργασία αυτή αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία, η επιστημονική μέθοδος θεμελιώνεται. Όταν ο ερευνητής χρησιμοποιεί την επιστημονική μέθοδο για να μελετήσει ή να ερμηνεύσει ένα φαινόμενο τότε εφαρμόζει την επιστημονική σκέψη. Όλοι οι επιστήμονες εξασκούν την επιστημονική σκέψη, από την στιγμή που ξεκινούν να ερευνούν ένα φαινόμενο, καθώς χρησιμοποιούν κάποια επιστημονική μέθοδο. Και όταν κάποιος εφαρμόζει τις μεθόδους και τις αρχές που διέπουν την επιστημονική σκέψη τότε θέτει τον εαυτό του σε κριτική σκέψη. Κριτική σκέψη είναι η ορθή σκέψη, που μπορεί επιτυχημένα, να οδηγήσει στις πιο αξιόπιστες απαντήσεις και λύσεις. Με άλλα λόγια, η κριτική σκέψη παρέχει αξιόπιστη γνώση σχετικά με κάθε τομέα της ζωής και της κοινωνίας. Η επιστημονική σκέψη είναι όμοια τόσο για τη θεωρία όσο και για την πρακτική, ενώ ταυτίζεται με την κριτική σκέψη.

Η επιστημονική και κριτική σκέψη δεν αναπτύχθηκε από σημερινούς επιστήμονες. Αυτή η τιμή πρέπει να αποδοθεί στους φιλοσόφους της ελληνιστικής εποχής, όπως ο Αριστοτέλης, οι οποίοι θεωρούνται οι πρώτοι επιστήμονες. Οι μεταγενέστεροι, όμως, επιστήμονες ήταν αυτοί που κατά τον 17<sup>ο</sup> και 18<sup>ο</sup> αιώνα άρχισαν και πάλι να εφαρμόζουν την κριτική σκέψη και να την χρησιμοποιούν για επιστημονικούς σκοπούς. Μάλιστα, θεωρούνται οι πιο σαφείς, αυστηροί και επιτυχημένοι εφαρμοστές της κριτικής σκέψης (Schafersman, 1994).

Η επιστημονική και κατά προέκταση και η κριτική σκέψη βασίζονται σε τρεις παράγοντες :

1. Στον εμπειρισμό. Η θέση που υποστηρίζει πως κάθε επιστημονική έρευνα οφείλει να χρησιμοποιεί στοιχεία που προέρχονται από την εμπειρία. Εμπειρικά στοιχεία είναι τα στοιχεία εκείνα που κάποιος μπορεί να δει, να ακούσει, να αγγίξει, να γευτεί ή να μυρίσει. Είναι, δηλαδή, στοιχεία που γίνονται αντιληπτά από τις αισθήσεις μας. Τα εμπειρικά στοιχεία είναι σημαντικά γιατί μπορούν να τα βιώσουν όλοι οι άνθρωποι και είναι επαναλαμβανόμενα. Συνεπώς, τα εμπειρικά στοιχεία μπορούν να ελεγχθούν από περισσότερα από ένα άτομα. Τα εμπειρικά στοιχεία είναι τα μόνα που τους αποδίδονται αυτές οι ιδιότητες και κατά συνέπεια χρησιμοποιούνται από τους επιστήμονες ώστε οι τελευταίοι να προβούν σε

σημαντικές, για την εργασία τους, αποφάσεις καθώς και να καταλήξουν σε αξιόπιστα αποτελέσματα.

2. Στην αιτιοκρατία. Η άποψη, σύμφωνα με την οποία πίσω από κάθε γεγονός υπάρχει μία ή περισσότερες συγκεκριμένες αιτίες και πως όλα μπορούν να εξηγηθούν με λογικό τρόπο σκέψης. Οι επιστήμονες πάντα χρησιμοποιούν τον λογικό συλλογισμό. Η λογική μας επιτρέπει να κάνουμε σωστούς συλλογισμούς, αλλά είναι ένα πολύπλοκο θέμα και δεν μαθαίνεται εύκολα. Έτσι, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν μπορούν να εφαρμόσουν τον λογικό συλλογισμό, γιατί ποτέ δεν έμαθαν πώς να το κάνουν. Συχνά, η εφαρμογή του λογικού συλλογισμού απαιτεί μια εσωτερική πάλη με τη θέληση, γιατί κάποιες φορές η λογική αναγκάζει κάποιον να αρνηθεί τα συναισθήματά του και να αντικρίσει την πραγματικότητα και αυτό, τις πιο πολλές φορές είναι οδυνηρό. Όμως, τα συναισθήματα δεν αποτελούν τεκμήρια και οι υποκειμενικές πεποιθήσεις δεν θεωρούνται ουσιαστικές.
3. Στον σκεπτικισμό. Η παραδοχή πως οποιαδήποτε πεποίθηση ή συμπέρασμα μπορεί να αμφισβητηθεί. Οι επιστήμονες οφείλουν να εξετάζουν διαρκώς τα στοιχεία, τις υποθέσεις και τα αίτια των απόψεών τους. Το να εξαπατάται κάποιος, είτε από τον ίδιο του τον εαυτό είτε από άλλους, είναι μία από τις πιο κοινές ανθρώπινες αδυναμίες. Ο μόνος τρόπος για να απαλλαγεί κάποιος από την εξαπάτηση είναι η επαναλαμβανόμενη και αυστηρή εξέταση των δεδομένων που στηρίζουν τις απόψεις του. Θα πρέπει να διερωτάται κανείς για την αλήθεια και την αξιοπιστία τόσο των γνώσεων που λαμβάνει από άλλους όσο και για τις γνώσεις που ήδη κατέχει. Ένας τρόπος για να το επιτύχει αυτό κάποιος είναι να αντιπαραβάλλει τις πεποιθήσεις του έναντι της αντικειμενικής πραγματικότητας. Έτσι, μπορεί να προβλέψει τις συνέπειες ή την λογική έκβαση των ενεργειών του, που καθορίζονται από αυτές τις πεποιθήσεις ( Schafersman,1994· Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

#### 1.4.1 Τα στάδια της επιστημονικής μεθόδου

Η επιστημονική μέθοδος, προκειμένου να παράγει γνώση ή να ελέγξει την αξιοπιστία της ήδη υπάρχουσας, περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα ενώ χαρακτηρίζεται από την επαναλαμβανόμενη εκτέλεσή τους :

1. Παρατήρηση και περιγραφή ενός φαινομένου ή μια ομάδας φαινομένων.
2. Διατύπωση μιας υπόθεσης που εξηγεί τα φαινόμενα
3. Χρησιμοποίηση της υπόθεσης ώστε να γίνει πρόβλεψη της εμφάνισης συναφών φαινομένων ή για να προβλεφθούν τα αποτελέσματα νέων παρατηρήσεων

4. Εκτέλεση πειραματικών δοκιμασιών των προβλέψεων από διαφορετικούς, ανεξάρτητους ερευνητές και κατάλληλες πειραματικές προβλέψεις (Παρασκευόπουλος, 1993· Schafersman, 1994· Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Σαπουντζή-Κρέπια, 2005').

Τα ερευνητικά στοιχεία αξιολογούνται σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση και θεωρούνται:

- Σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση και πως κατέχουν την αλήθεια, επομένως γίνονται αποδεκτά ως στοιχεία και ενσωματώνονται στο υπάρχον σώμα της γνώσης
- Ασυμβίβαστα με την υπάρχουσα γνώση αλλά πειστικά, αληθινά και ικανοποιητικά για να ενσωματωθούν με την υπάρχουσα γνώση
- Ασυμβίβαστα με την υπάρχουσα γνώση, χωρίς να αποδέχονται την αξία της, συνεπώς είναι αντικρουόμενα και μη αποδεκτά ως στοιχεία (Κουλούρη και συν, 2008).

Αν οι δοκιμές επιβεβαιώσουν την υπόθεση, τότε αυτή ίσως να γίνει αποδεκτή ως θεωρεία.

Σε αντίθετη περίπτωση, θα πρέπει η υπόθεση είτε να απορριφθεί είτε να τροποποιηθεί.

#### 1.4.2 Θεωρίες και νόμοι

Για την επιστήμη οι λέξεις «θεωρεία» και «νόμος» έχουν διαφορετική σημασία από αυτή της καθημερινής πρακτικής. Η επιστημονική θεωρεία ή νόμος αντιπροσωπεύουν μία υπόθεση ή μία ομάδα σχετικών μεταξύ τους υποθέσεων, οι οποίες έχουν επιβεβαιωθεί μέσα από επαναλαμβανόμενες δοκιμασίες. Οι θεωρίες στην επιστήμη, συχνά, διατυπώνονται σχετικά με κάποιες έννοιες και εξισώσεις και αποτελούν τους «επιστημονικούς νόμους» αποκτώντας παγκόσμια ισχύ. Αποδεκτές επιστημονικές θεωρίες και νόμοι γίνονται το μέσον για να κατανοήσουμε τα διάφορα φαινόμενα, ενώ ταυτόχρονα δημιουργούν τις βάσεις ώστε να εξερευνηθούν οι λιγότερο κατανοητές περιοχές της γνώσης (Schafersman, 1994').

Δεν είναι εύκολο να απορριφθούν οι θεωρίες. Απαιτούνται πολλές, επαναλαμβανόμενες δοκιμές μέχρι να διαπιστώσουν οι επιστήμονες αν το νέο φαινόμενο με το οποίο ασχολούνται δεν αποτελεί την απάντηση στην ερώτηση τους και ότι θα πρέπει να το τροποποιήσουν. Φυσικά, αλλαγές στον επιστημονικά τρόπο σκέψης και στις επιστημονικές θεωρίες απαντώνται, αλλάζοντας κάποιες φορές την άποψη των ανθρώπων για τον κόσμο (Kuhn, 1962). Η δύναμη της αλλαγής είναι η επιστημονική μέθοδος και η έμφαση που αυτή δίνει στην έρευνα.

Στον χώρο της Νοσηλευτικής, η πλειοψηφία των νοσηλευτικών θεωριών αναπτύχθηκε τα τελευταία 30 χρόνια. Μόλις κατά την διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών οι θεωρητικοί της νοσηλευτικής επιστήμης υποστήριζαν έντονα την χρήση των εννοιολογικών προτύπων ως κατευθυντήριες οδηγίες στην άσκηση της νοσηλευτικής πράξης (Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

### 1.4.3 Δοκιμασίες υποθέσεων

Βασικό χαρακτηριστικό κάθε επιστημονικής υπόθεσης αποτελεί η ικανότητά της να υποστεί έλεγχο. Κάθε επιστημονική υπόθεση θα πρέπει να μπορεί να ελεγχθεί, δηλαδή από τη μία ο επιστήμονας να μπορεί να προσκομίσει τα στοιχεία που τον οδήγησαν στην συγκεκριμένη υπόθεση και από την άλλη, αν μέσω της υπόθεσης, ο επιστήμονας προσπαθεί να κάνει προβλέψεις τότε θα πρέπει και αυτές οι προβλέψεις να μπορούν να ελεγχθούν. Η επιστημονική μέθοδος απαιτεί τον αποκλεισμό ή την τροποποίηση μιας υπόθεσης όταν οι προβλέψεις αυτής της υπόθεσης, ξεκάθαρα και επαναλαμβανόμενα δε συμπίπτουν με τα αποτελέσματα των δοκιμασιών.

Καμία επιστημονική έρευνα δεν είναι άψογη. Όσο προσεκτικός και αν είναι ο ερευνητής κατά την διάρκεια της οργάνωσης και της εφαρμογής της επιστημονικής μεθόδου, πάντα θα υπάρχουν σφάλματα. Για αυτό το λόγο, είναι ανάγκη κάθε έρευνα να υπόκειται σε πολλές και επαναλαμβανόμενες δοκιμασίες. Άλλωστε, η «αλήθεια» είναι μια έννοια σχετική που μεταβάλλεται μέσα στο χωρο-χρόνο. Το σημαντικότερο είναι πως πρέπει να γίνονται έρευνες γιατί κάθε άρτια και δοκιμασμένη έρευνα προσφέρει γνώση και όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται « τα αποτελέσματα μιας μελέτης, οσοδήποτε καλά σχεδιασμένη και αναλυμένη και αν είναι, δεν προσφέρουν στο σύνολο της έρευνας τίποτε περισσότερο από ότι ένας και μόνο χορωδός στην απόδοση μίας χορωδίας χιλίων ατόμων» (Miettinen , 1994)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ

Ιστορικά, οι άνθρωποι ασχολούνται με την ανάπτυξη της γνώσης αποδίδοντας τη θέση του κάθε κλάδου, που παράγει κάποιας μορφής γνώση, είτε είναι επιστήμη ή εμπειρία, τέχνη, φιλοσοφία, ιστορία και πάει λέγοντας. Κατά επέκταση, από τότε που η Νοσηλευτική καθιερώθηκε ως κλάδος, δηλαδή, ως γνωστικό και παραγωγικό πεδίο οι νοσηλευτές σταδιακά άρχισαν να διαμορφώνουν μια ανάλογη στάση. Από πολύ νωρίς, οι νοσηλευτές διαπίστωσαν πως το επάγγελμά τους έχει ιδιαίτερες και πολύπλοκες γνωσιακές ανάγκες, οι οποίες δεν μπορούσαν να καλυφθούν από πηγές όπως η εμπειρία, η παράδοση, η διαίσθηση και άλλες, που έχουν ήδη αναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο (Algase, 2006). Οι Johnson και Rather (1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γνώση της παροχής φροντίδας είναι ιδιαίτερη, σύνθετη και πολυσχιδής. Οι Urshur, Van Deukerkhof και Goel (1990, 2001) υποστήριξαν ότι η γνώση που εμπλουτίζεται από συμπεράσματα ερευνών είναι αυτή που δίνει στα στοιχεία την αλήθεια και την αξία για την παροχή της φροντίδας. Θεωρούν, δηλαδή, πως τα ερευνητικά συμπεράσματα αντιπροσωπεύουν μια πηγή γνώσης απαραίτητης για την άσκηση της Νοσηλευτικής .

Αν σκεφτεί κανείς πως η επιστημονική έρευνα, με την έννοια της εφαρμογής επιστημονικού και κριτικού λογισμού έχει τις ρίζες της στους αρχαίους Έλληνες φιλοσόφους, τότε διαπιστώνει πως η σχέση της Νοσηλευτικής με την έρευνα ως πηγή αξιόπιστης και οργανωμένης γνώσης, είναι σχετικά πρόσφατη. Παρά ταύτα, η πρόοδος που έχει σημειωθεί σε αυτό τον τομέα είναι σημαντική και αξίζει να διερευνηθεί.

Το παρόν κεφάλαιο αναλύει τη σχέση της Νοσηλευτικής με την έρευνα, περιγράφει την ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας, παρουσιάζει το παρόν και το μέλλον της έρευνας στην Νοσηλευτική, διερευνά τον ρόλο του ερευνητή νοσηλευτή και παραθέτει τους στόχους και τις μεθόδους που εφαρμόζονται στην νοσηλευτική έρευνα.

### 2.1 Η έρευνα στη νοσηλευτική

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Νοσηλευτική αποτελεί έναν επιστημονικό κλάδο που χρειάζεται την έρευνα προκειμένου να απαντηθούν τα νοσηλευτικά ερωτήματα. Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει πως η νοσηλευτική έρευνα, που εφαρμόζεται από τους νοσηλευτές ερευνητές, δεν διαφέρει από την επιστημονική έρευνα που διεξάγεται από οποιοδήποτε επιστήμονα άλλου τομέα. Χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια των ερευνητών να εφαρμόσουν συστηματικά και αυστηρά τις επιστημονικές μεθόδους ενώ ο μοναδικός στόχος της είναι η απόκτηση αξιόπιστης και συνεπής γνώσης .



Σύμφωνα με την King (1987) η νοσηλευτική έρευνα είναι το εργαλείο με το οποίο οι ερευνητές μπορούν να μελετούν και να ελέγχουν τις νοσηλευτικές διεργασίες. Για άλλους, νοσηλευτική έρευνα είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη της νοσηλευτικής πράξης (Σαχίνη-Καρδάση,2004).

Αναμφισβήτητα, η νοσηλευτική έρευνα έχει πολλαπλούς ρόλους και διαμορφώνεται ανάλογα με την ερώτηση ή το πρόβλημα με το οποίο ασχολείται ο ερευνητής. Άλλοτε, παρέχει δεδομένα με σκοπό τη διατύπωση νοσηλευτικών θεωριών και άλλοτε δοκιμάζει την ακρίβεια αυτών των θεωριών με σκοπό την αποσαφήνιση των διαδικασιών ή των φαινομένων. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις διάφορες παραμέτρους που είτε δημιουργούν την ανάγκη για νοσηλευτική έρευνα είτε διαμορφώνουν τις μεθόδους αυτής της έρευνας, ο πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας είναι η διαρκής βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής.

Σήμερα, ιδανικό των υπηρεσιών υγείας δεν είναι πια η θεραπεία της ασθένειας ή η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον πελάτη ποιότητα ζωής. Η νοσηλευτική έρευνα ακολουθεί αυτή την νέα τάση των υπηρεσιών υγείας και αναζητά την επιστημονική γνώση που συμβάλλει ώστε οι νοσηλευτές να παράγουν οργανωμένο νοσηλευτικό έργο προς όφελος των ασθενών, των οικογενειών, των κοινοτήτων καθώς και των ίδιων των νοσηλευτών ( Σαχίνη-Καρδάση,1994· Κουλούρη και συν,2008).

Η Σαχίνη-Καρδάση (2004) βασισμένη στις απόψεις των Polit και Hungler (1993) υποστηρίζει πως η νοσηλευτική έρευνα βοηθά την Νοσηλευτική:

- Να ορίσει τις παραμέτρους της και τον τελειώς καθορισμένο και μοναδικό ρόλο της στην παροχή φροντίδας υγείας.
- Να δείξει στους άλλους την κοινωνική σχετικότητα και αποτελεσματικότητα της πρακτικής της.
- Να αποκαλύπτει αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και δραστηριότητες για διάφορες ομάδες πληθυσμού.
- Να εξαλείφει νοσηλευτικές πράξεις που δεν είναι αποτελεσματικές στην επίτευξη επιθυμητών εκβάσεων.
- Να αναγνωρίζει μεθόδους νοσηλευτικής φροντίδας που βελτιώνουν την κατάσταση υγείας και είναι αποτελεσματικές σε κόστος.

Επίσης, σύμφωνα με τη Σαχίνη-Καρδάση (2004), η νοσηλευτική έρευνα καθιστά τους νοσηλευτές ικανούς :

- Να περιγράφουν τα χαρακτηριστικά μιας κατάστασης για την οποία λίγα είναι γνωστά.

- Να ερμηνεύουν φαινόμενα που πρέπει να μελετώνται στο σχεδιασμό νοσηλευτικής φροντίδας.
- Να προλέγουν πιθανά αποτελέσματα ορισμένων νοσηλευτικών αποφάσεων σε σχέση με τη φροντίδα αρρώστου-πελάτη.
- Να ελέγχουν το συμβάν ανεπιθύμητων εκβάσεων σε άρρωστο-πελάτη.
- Να εισηγούνται, με αρκετό βαθμό εμπιστοσύνης, δραστηριότητες που θα πετύχουν επιθυμητή συμπεριφορά του πελάτη.

Αναμφισβήτητα, το επίκεντρο ενδιαφέροντος για κάθε νοσηλευτή οφείλει να είναι η βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική φροντίδα, όμως, είναι το αποτέλεσμα της πρακτικής, την πρόοδο της οποίας εξασφαλίζει η έρευνα, μέσα από την απάντηση ερωτήσεων και τη λύση προβλημάτων. Για αυτό το λόγο, λοιπόν, η ερευνητική προσπάθεια είναι επιτακτική στο χώρο της Νοσηλευτικής. Φυσικά, μόνο η πραγματοποίηση ερευνών δεν είναι αρκετή ώστε οι νοσηλευτές να καταλήξουν σε ασφαλή συμπεράσματα και να διαμορφώσουν την άσκηση της κλινικής πρακτικής. Απαιτείται συστηματική μετά-ανάλυση και έλεγχος πολλών και άριστα σχεδιασμένων μελετών για την λήψη αποφάσεων και την οργάνωση δράσεων για την προαγωγή της βελτίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

### 2.1.1 Τα εξελικτικά στάδια της νοσηλευτικής έρευνας

Η νοσηλευτική έρευνα άργησε να αναπτυχθεί, ίσως γιατί και η ίδια η Νοσηλευτική καθυστέρησε να βρει τη θέση της μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Είναι γνωστό, πως στο παρελθόν ο καθεαυτού ρόλος των νοσηλευτών ήταν κυρίως η παροχή φροντίδας στους ασθενείς, όπως αυτή καθοριζόταν από το γιατρό. Αυτή η κατάσταση ενέπλεξε την νοσηλευτική φροντίδα με το βιοιατρικό μοντέλο και λειτούργησε ως τροχοπέδη για την πρόοδο της Νοσηλευτικής.

Η πρώτη προσπάθεια διαφοροποίησης του ρόλου των νοσηλευτών από αυτό της ιατρικής, η οποία αποτέλεσε και τον θεμέλιο λίθο για το νοσηλευτικό επάγγελμα, έγινε από την Florence Nightingale (1820-1910). Η Nightingale ήταν η πρώτη νοσηλεύτρια που ασχολήθηκε με την έρευνα και οι θεωρίες που ανέπτυξε, κατά την διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, εκδόθηκαν στο βιβλίο της «Notes on Nursing : What its, and what it is not» το έτος 1859 (Κουλούρη και συν, 2008· Bloy, 2009).

Παρά ταύτα, οι επόμενοι νοσηλευτές μάλλον άργησαν να ασχοληθούν με την έρευνα, για αυτό το λόγο στις δεκαετίες που ακολούθησαν λίγα στοιχεία υπάρχουν που να αφορούν την νοσηλευτική έρευνα (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Το 19<sup>ο</sup> αιώνα κύριο πρόβλημα αποτελούσε η εκπαίδευση των νοσηλευτών. Οι αντιλήψεις της Florence Nightingale, η ανάπτυξη του Ερυθρού

Σταυρού το 1868 και οι συμβάσεις της Γενεύης το 1864, διαμόρφωσαν νέα δεδομένα και απαιτήσεις στο χώρο της εκπαίδευσης του νοσηλευτικού προσωπικού. Αξίζει να αναφερθεί πως το 1873 η Linda Richards υπήρξε η πρώτη επίσημα εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια αποφοιτώντας από το New England Hospital For Women and Children της Βοστώνης. Αυτή είναι μια τάση που ακολούθησε και η Ελλάδα (Κουρκούτα 2002). Ενώ κατά την περίοδο 1900-1940, εξαιτίας της εμπόλεμης κατάστασης (1<sup>ος</sup> και 2<sup>ος</sup> παγκόσμιος πόλεμος) δημιούργησε την ανάγκη για εκπαίδευση και στρατολόγηση μεγάλου αριθμού νοσηλευτών. Διαφαίνεται, πως οι απαιτήσεις των καιρών συνέβαλλαν ώστε οι περισσότερες νοσηλευτικές μελέτες να αφορούν την νοσηλευτική εκπαίδευση.

Μετά το 2<sup>ο</sup> παγκόσμιο πόλεμο (1939-1945) παρατηρείται μια γενικότερη στροφή των επιστημών, οι οποίες γίνονται περισσότερο επαγγελματικές παρά ακαδημαϊκές. Αυτό γίνεται ορατό και στο χώρο της Νοσηλευτικής όπου διαπιστώνεται μια στροφή των νοσηλευτών προς τον προσδιορισμό της ταυτότητας της Νοσηλευτικής. Επιπρόσθετα, η διατύπωση της Φεμινιστικής Θεωρίας από τον Linton ήδη από το 1937, έδωσε δύναμη στις γυναίκες, που αποτελούσαν σχεδόν την απόλυτη πλειοψηφία στον νοσηλευτικό κλάδο, να διεκδικούν τα δικαιώματά τους, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο .

Στις δεκαετίες 1950 και 1960 ένα σύνολο παραγόντων επιδρά θετικά στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας, η οποία στρέφεται πλέον στην εφαρμογή επιστημονικών μεθόδων για την απόκτηση γνώσης. Τότε ορίστηκαν για πρώτη φορά οι ηθικές αξίες που πρέπει να διέπουν την νοσηλευτική έρευνα, με τη διατύπωση του Νοσηλευτικού Κώδικα Ηθικής από το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN) το 1953. Κάποιοι από τους παράγοντες που ωφέλησαν την νοσηλευτική έρευνα εκείνη την εποχή ήταν:

1. Η είσοδος των νοσηλευτικών σχολών στην ανώτατη εκπαίδευση, με συνέπεια την βελτίωση του επιπέδου εκπαίδευσης και την αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών με ακαδημαϊκή εκπαίδευση ( Σαχίνη-Καρδάση,2004).
2. Η ανάπτυξη επιστημονικών θεωριών σχετικά με την μεθοδολογία έρευνας (θεωρία της ποσοτικής ανάλυσης στην δεκαετία 1950, η ανάπτυξη των φαινομενολογικών προσεγγίσεων από τον Heidegger το1962, η θεμέλια θεωρία από τους Glaser και Strauss το 1967 και πολλές άλλες) (Priest *et al*, 2002).
3. Η υποστήριξη της νοσηλευτικής έρευνας σε οικονομικό επίπεδο, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και στην Αγγλία.
4. Η αύξηση των δυνατοτήτων για άμεση ανταλλαγή γνώσεων και πληροφοριών, αφού άρχισαν να δημοσιεύονται νοσηλευτικά περιοδικά και να οργανώνονται συναντήσεις και συνδιασκέψεις ( Σαχίνη-Καρδάση,2004).

Κατά την διάρκεια της δεκαετίας 1970 εμφανίζεται στην ιατρική η έννοια της Τεκμηριωμένης Πρακτικής από τον Archibald Cochrane το 1972. Σκοπός της Τεκμηριωμένης Πρακτικής είναι η βελτίωση της άσκησης ενός επαγγέλματος με την παροχή του καλύτερου διαθέσιμου τεκμηρίου, που αναζητάτε μέσα από έρευνες κατά το δυνατόν έγκυρες και διαθέσιμες. Αναγνωρίζοντας τη σημασία της Τεκμηριωμένης Πρακτικής ο χώρος της Νοσηλευτικής υιοθέτησε τις αρχές της, και η νοσηλευτική έρευνα επικεντρώθηκε στη βελτίωση της φροντίδας υγείας με την εφαρμογή επιστημονικών ευρημάτων (Γκουντάβα και Λάππα, 2005).

Η δεκαετία του 80, παρουσιάζεται ακόμα πιο ελπιδοφόρα για την νοσηλευτική έρευνα. Εμφανίζονται περισσότεροι θεωρητικοί νοσηλευτές, που επιδεικνύουν μεγαλύτερη άνεση στην οργάνωση και εκτέλεση ερευνών. Προς αυτή την κατεύθυνση, σημαντικό ρόλο έπαιξε και η ίδρυση του National Center For Nursing Research το 1987 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, που αργότερα μετονομάστηκε σε National Institute of Nursing Research και προκάλεσε μια μεγάλη στροφή στην νοσηλευτική έρευνα στην Αμερική. Επίσης, η ευρεία χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών διευκόλυνε πολυεπίπεδα τους νοσηλευτές στις ερευνητικές τους προσπάθειες. Η δημιουργία βάσεων δεδομένων συνέβαλε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση και στην άμεση μετάδοση γνώσεων σε παγκόσμιο πλέον επίπεδο, ενώ παράλληλα η συλλογή και ανάλυση δεδομένων απλοποιήθηκε χάρη στα υπολογιστικά συστήματα. Ακόμη, οι νοσηλευτές ερευνητές της εποχής άρχισαν να βλέπουν πιο θετικά την μελέτη των ανθρώπων στο περιβάλλον τους και να εφαρμόζουν την αφήγηση ως ερευνητική μέθοδο. Η Bruner, το 1986, υποστήριξε πως η αφηγηματική γνώση (η γνώση που παράγεται από την αφήγηση καταστάσεων) είναι τόσο σημαντική όσο και η παραδειγματική γνώση (η γνώση που παράγεται μέσα από μετρήσεις και πειράματα).

Στις δεκαετίες 1990-2000 επιτελείται εξέλιξη των ερευνητικών σχεδίων μαζί με μια αύξηση της ποικιλομορφίας των θεμάτων που πραγματεύεται η νοσηλευτική έρευνα. Ενδεικτικό αυτής της προόδου της νοσηλευτικής έρευνας είναι μια μελέτη που έγινε από τους Mcvigar και Caan και δημοσιεύτηκε στο International Review of Administrative Sciences το 2009 με τίτλο «Research capability in doctoral training. Evidence for increased diversity of skills in nursing research». Στην μελέτη οι συγγραφείς, εξετάζοντας 204 περιλήψεις ερευνών που έγιναν από νοσηλευτές κατά την διδακτορική τους εκπαίδευση για τη χρονική περίοδο 1983-2002, προσπάθησαν να διαμορφώσουν άποψη σχετικά με την εξέλιξη της ερευνητικής ικανότητας στην Νοσηλευτική. Η σύγκριση των περιλήψεων του διαστήματος 1997-2002 με εκείνες του διαστήματος 1983-1996 οδήγησε στην ανακάλυψη σημαντικών μεταβολών στις εφαρμοζόμενες μεθοδολογίες και μεθόδους. Πιο συγκεκριμένα, η συχνότητα των μεθοδολογιών της φαινομενολογίας, του εργασιακού περιβάλλοντος και της θεμέλιας θεωρίας αυξήθηκε ενώ μειώθηκε αισθητά η εμφάνιση της

εθνογραφίας. Το πλαίσιο «προαγωγή των αναγκών των ασθενών» εμφανίστηκε για πρώτη φορά. Όσον αφορά τις ερευνητικές μεθόδους συλλογής δεδομένων και πληροφοριών οι συνεντεύξεις αυξήθηκαν έναντι της χρήσης των ερωτηματολογίων, που παρουσίασαν μείωση. Κάποιες μέθοδοι, όπως οι ομάδες εστίασης, πρωτοεμφανίστηκαν κατά την διάρκεια της δεκαετίας 1990. Σχετικά με την πρόοδο της κλινικής έρευνας παρατηρήθηκε αύξηση της συχνότητας όλων των πειραματικών μεθόδων. Από τα συμπεράσματα της έρευνας διαπιστώνεται πως κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες η νοσηλευτική έρευνα παρουσιάζει μια προοδευτική ωρίμανση, γεγονός που γεννά πολλές ελπίδες για το μέλλον.

### 2.1.2 Η νοσηλευτική έρευνα σήμερα και στο μέλλον

Στη σημερινή εποχή, η νοσηλευτική ερευνητική δραστηριότητα τόσο από θεωρητικούς όσο και από κλινικούς νοσηλευτές, παρουσιάζει ποσοτική αύξηση. Προς αυτή την κατεύθυνση έχουν συμβάλει πολλοί παράγοντες όπως η διευρυμένη ενημέρωση σχετικά με την σημασία της πρακτικής που βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα, η μετατόπιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε ανώτερα εκπαιδευτικά επίπεδα, καθώς και η εμφάνιση νέων νοσηλευτικών ρόλων οι οποίοι απαιτούν την ερευνητική δραστηριότητα ως τομέα της Νοσηλευτικής (Woodward *et al*, 2005).

Η Νοσηλευτική εμφανίζεται πια ως, ίσως, το πιο ποικιλόμορφο από όλα τα επαγγέλματα υγείας. Ο τομέας της υγείας, γενικότερα, προσφέρει ένα ιδιαίτερο πεδίο έρευνας που δείχνει να μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά συμπεράσματα για την εξέλιξη της Νοσηλευτικής. Ταυτόχρονα, οι κοινωνικές, ψυχολογικές, ηθικές και οικονομικές επιδράσεις που δέχεται ο χώρος της υγείας αποτελούν μια επιπλέον πρόκληση για την μελέτη του. Τα ενδιαφέροντα και οι ανησυχίες των νοσηλευτών καλύπτουν ένα πολύ μεγάλο φάσμα, που ξεκινάει από την προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτή και επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης πολυπλοκότητας και της Νοσηλευτικής, ως επιστημονικό τομέα.

Ωστόσο, υπάρχουν κάποια θέματα στα οποία οι νοσηλευτές εστιάζουν ιδιαίτερα. Ανάλογα με το αντικείμενο ή το φαινόμενο που εξετάζεται, η νοσηλευτική έρευνα διακρίνεται:

1. Στην ιστορική έρευνα. Η ιστορική έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια να φωτιστεί το παρελθόν του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές που διεξάγουν ιστορική έρευνα δεν στοχεύουν μόνο στην απόκτηση πληροφοριών για διάφορα γεγονότα του παρελθόντος. Αναζητούν τρόπους και γνώσεις που θα τους βοηθήσουν να κατανοήσουν τις σύγχρονες τάσεις, που παρατηρούνται στο επάγγελμα και ταυτόχρονα να διαμορφώσουν τις μελλοντικές τάσεις, ώστε να αποφευχθούν λάθη που έχουν ήδη γίνει. Παράλληλα, η ιστορική έρευνα θεωρείται σημαντική γιατί βοηθάει να αναδειχτεί ο ρόλος της Νοσηλευτικής και η σημασία της κατά την διάρκεια της

ανθρώπινης ιστορίας, σκοπεύοντας στην κοινωνική αναγνώριση και καταξίωση των νοσηλευτών και του νοσηλευτικού επαγγέλματος ( Σαπουντζή-Κρέπια,2005).

2. Στις έρευνες που μελετούν την ίδια την Νοσηλευτική ως επάγγελμα, τους στόχους και τους σκοπούς της. Η νοσηλευτική για πολλούς αιώνες υπήρξε ένα επάγγελμα παρεξηγημένο από την κοινωνία, ενώ η άμεση σχέση της με την ιατρική δε της επέτρεπε να καθορίσει τα εργασιακά της πλαίσια και να οργανωθεί ως κλάδος. Οι ερευνητές, αναγνωρίζοντας την ανάγκη των νοσηλευτών να αναπτύξουν τη δική τους επαγγελματική ταυτότητα, άρχισαν να μελετούν το χώρο της Νοσηλευτικής. Μέσα από την έρευνα και την παρατήρηση παρουσιάστηκαν τα σαφή όρια και καθήκοντα της Νοσηλευτικής και αναδείχτηκε αυτή ως επιστήμη. Παράλληλα, οι μελέτες βοήθησαν στο να κατανοήσει τόσο η κοινωνία όσο και οι ίδιοι οι νοσηλευτές την σημασία του νοσηλευτικού έργου και να γίνουν οι απαραίτητες κινήσεις, ώστε να προστατεύονται τα νομικά και ηθικά δικαιώματα των νοσηλευτών και των ατόμων που δέχονται τη νοσηλευτική φροντίδα. Σε αυτή την κατηγορία ερευνών συμπεριλαμβάνονται και όσες ασχολούνται με τις ανάγκες των νοσηλευτών, προσπαθούν να προσδιορίσουν τις επαγγελματικές και προσωπικές τους αξίες, υπογραμμίζουν τα προβλήματα που αυτοί αντιμετωπίζουν και παραθέτουν τις ανάλογες προτάσεις ( Fletcher, 2001· Najar *et al*, 2005· Chiang-Hanisko, 2005· Woodwadr *et al*,2005· Algase,2006· Andersen, 2007· Holloway *et al*,2007· Lingard, 2007· Lavin *et al*, 2007· Williams, 2007· Deschamps, 2008· Rassin,2008· Παππά και συν, 2008· Butterworth, 2009).

3. Στις έρευνες που σκοπό έχουν να βελτιώσουν το νοσηλευτικό έργο. Αναφέρθηκε, ήδη, πως στόχος της Νοσηλευτικής είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, η Watson (1988) προτείνει την ανθρώπινη φροντίδα ως ηθικό ιδανικό της Νοσηλευτικής. Παράλληλα, έχει γίνει πλέον αντιληπτό από τους νοσηλευτές πως αποτελεί επαγγελματική τους ευθύνη η φροντίδα που στηρίζεται σε στοιχεία και πως οι εφαρμογές τους πρέπει να βασίζονται σε έγκυρη, τεκμηριωμένη ερευνητικά γνώση. Άλλωστε, η έγκυρη και τεκμηριωμένη ερευνητικά γνώση παρέχει την δυνατότητα της ενσυνείδητης λήψης κλινικών αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία και τη φροντίδα των ασθενών. Σε ένα επάγγελμα τόσο πολύπλοκο όσο η Νοσηλευτική, η γνώση συμβάλλει στην αντιμετώπιση των σύνθετων καταστάσεων και βοηθάει τους νοσηλευτές να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους και να εργαστούν με κάθε ομάδα ατόμων, σε κάθε περιβάλλον. Είναι αυτές οι έρευνες, που παρέχουν τα στοιχεία που διαμορφώνουν τις νοσηλευτικές θεωρίες και κατά προέκταση τα νοσηλευτικά μοντέλα, ώστε οι νοσηλευτές να εκτιμούν, να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν την νοσηλευτική φροντίδα. Ταυτόχρονα, διαμορφώνεται ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο οι νοσηλευτές έχουν την ευκαιρία και ασκήσουν του έργου τους πετυχαίνοντας μια σχετική ομοιομορφία κατά την παροχή φροντίδας ( Λάμπρου και συν., 2005· Κουλούρη και συν, 2008).

4. Στις έρευνες που αφορούν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού τους στην παροχή υπηρεσιών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων των σύγχρονων επιστημών υγείας, οι οποίες πρέπει να στοχεύουν στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Από αυτόν αλλά και από άλλους ορισμούς, προκύπτει πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, των καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους με τους επαγγελματίες υγείας και με τον έλεγχο του κόστους. Για την επίτευξη της ποιότητας στην υγεία πολλά νοσηλευτικά ιδρύματα οργανώνουν επιτροπές, στις οποίες συμμετέχουν και νοσηλευτές. Ο ρόλος των επιτροπών είναι να αποτιμούν τα προβλήματα που υπάρχουν και να διαμορφώνουν παρεμβάσεις και πολιτικές για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς/πελάτες αλλά και των συνθηκών εργασίας των εργαζομένων. Η αποτίμηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας συμβαίνει σε δύο επίπεδα, στο επίπεδο των ιατρονοσηλευτικών μέτρων και προγραμμάτων υγείας, κυρίως μέσω οικονομικών αξιολογήσεων και στο επίπεδο των υπηρεσιών, μέσω διαδικασιών συγκριτικής ανάλυσης με βάση σημεία αναφοράς. Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας φαίνεται να διαδίδεται σε όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Στην Ελλάδα, μεγαλύτερο είναι το ερευνητικό πεδίο σχετικά με μελέτες ικανοποίησης, που ξεκινάει από σχετική έρευνα που δημοσιεύτηκε το 1990 (Πολύζος και συν., 2005)

5. Στις έρευνες που μελετούν τον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Οι έρευνες αυτές είναι πολυσχιδής και ασχολούνται με διάφορους τομείς όπως η λειτουργία των διοικητικών δομών σε κρατικό και τοπικό επίπεδο, αλλά και ενδοϋπηρεσιακά στα πλαίσια λειτουργίας των νοσοκομειακών ιδρυμάτων. Με αυτό τον τρόπο, επιχειρείτε να καθοριστούν τα προβλήματα και οι ελλείψεις στη διοίκηση και τη στελέχωση των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση και προστασία των δικαιωμάτων των εργαζομένων, την εμπιστοσύνη και συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, την διαχείριση των οικονομικών πόρων και πολλών άλλων παραμέτρων. Τελικός σκοπός, αυτών των προσπαθειών είναι να βοηθήσουν στην επίλυση των διάφορων προβλημάτων ώστε να βελτιωθεί η παροχή των υπηρεσιών υγείας προς το κοινό ( Αλεξιάδης, 2000· Πολύζος και συν., 2000· Σαριβουγιούκας και συν., 2008· Σίσκου και συν., 2008').

6. Στις έρευνες σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία. Η Νοσηλευτική εκπαίδευση δίνει, πλέον, έμφαση στην εφαρμογή στοιχείων που προκύπτουν από την έρευνα. Αυτό συμβαίνει σε δύο επίπεδα. Από τη μία, τα ευρήματα των ερευνών χρησιμοποιούνται με σκοπό την εκλογίκευση και υποστήριξη των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Οι γνώσεις και τα συμπεράσματα της επιστημονικής έρευνας συνδυάζονται ευρέως κατά τη σπουδή των νοσηλευτών, όσον αφορά τη νοσηλευτική θεωρία και πρακτική, καθώς και κατά την εκπαίδευσή τους στην απόκτηση κλινικών δεξιοτήτων. Από την άλλη, η έρευνα βοηθάει για να αποκαλυφθούν κενά της εκπαιδευτικής διαδικασίας, όπως αυτά προκύπτουν από την αδυναμία των νοσηλευτών να εκπληρώσουν το έργο τους με επιτυχία (Jayln *et al*, 2007, Pearson *et al*, 2008· Πεχλιβανίδου και συν, 2008· Kim, 2009· Martin-Arribas,2009· Mcvicar *et al*, 2009).

Επομένως, η νοσηλευτική έρευνα:

- Αποσκοπεί στη διατήρηση της ιστορικής μνήμης του επαγγέλματος, την καταξίωση του ως επιστημονικού κλάδου, την ανάδειξη του νοσηλευτικού έργου και της οριοθέτησης των ευθυνών και των δικαιωμάτων των νοσηλευτών.
- Ενδιαφέρεται για την προαγωγή και βελτίωση του έργου των νοσηλευτών, όπως και για την αξιοποίηση του έμψυχου και άψυχου δυναμικού, με μοναδικό στόχο την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.
- Παρέχει γνώσεις σχετικά με την υπάρχουσα κατάσταση στο χώρο της υγείας και υπογραμμίζει τις ανάγκες των πολιτών βοηθώντας τις διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας να αναπτύξουν αποτελεσματικές και αποδοτικές πολιτικές και συστήματα.
- Στηρίζει την νοσηλευτική εκπαίδευση, περιεχώντας έγκυρες πληροφορίες για την οργάνωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ώστε οι νέοι νοσηλευτές να είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στις απαιτήσεις του επαγγέλματος και των εξελίξεων των άλλων επιστημών.

Οι ευκαιρίες που προσφέρονται, σήμερα, μέσα από την επιστημονική προσέγγιση της νοσηλευτικής έρευνας είναι πολύ σημαντικές. Ένας συνδυασμός παραγόντων, όπως η είσοδος των σχολών επαγγελματιών υγείας στην ανώτατη εκπαίδευση, η παγκόσμια ανάπτυξη πτυχιακών και μεταπτυχιακών προγραμμάτων, σε συνδυασμό με την αύξηση των χρηματοδοτήσεων για την υγεία συνέβαλλαν, αποφασιστικά, στο να παραμεριστούν κάποια από τα μεγαλύτερα εμπόδια της νοσηλευτικής έρευνας και να διαμορφωθούν οι ανάλογες στρατηγικές ( Kim,2009· Mcvicar,2009) .

Οι νοσηλευτές, όπως και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας, οφείλουν να επιδείξουν μεγάλη προσοχή, σχετικά με τις υποχρεώσεις τους για την υποστήριξη και την ανάπτυξη της επόμενης γενιάς νοσηλευτών ερευνητών. Τα πρώτα βήματα προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ήδη



γίνει στην Αγγλία αρχικά με το Finch Report, που διατυπώθηκε από το UK Clinical Research Collaboration το 2007, και το οποίο περιγράφει τη διαμόρφωση της κλινικής ακαδημαϊκής ερευνητικής σταδιοδρομίας για τους νοσηλευτές (Kim, 2009). Στην συνέχεια, ιδρύθηκε, στην Αγγλία επίσης, μια νέα Ακαδημία Νοσηλευτικής, Μαιευτικής και Νοσηλευτικής Έρευνας που η λειτουργία της ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2009, η αποστολή της οποίας έχει καθοριστεί ως :

*« μια ειδική φωνή συνεργασίας για όλες τις απόψεις σχετικά με την έρευνα από νοσηλευτές, μαίες και επισκέπτες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών ανάπτυξης, της εφαρμογής και της εκτίμησης μέσω διαπραγματεύσεων και διαλόγου με άλλους φορείς »*

Η ακαδημία ιδρύθηκε από μια πρωτοβουλία συνεργασίας μεταξύ των Royal Association, Royal College of Midwives, Council of Deans of Health, Nurse Directors group of the Association of UK University Hospitals, Nurse Directors Association, Queens Nursing Institute, Mental Health Nurse Academics UK, UK Clinical Research Facility Network and Nurses in Primary Care Research. Είναι η πρώτη φορά, που όλοι αυτοί οι οργανισμοί ενώθηκαν για ένα κοινό σκοπό. Η κίνηση τους αποτελεί ένδειξη για το πόσο θετικά βλέπουν την ανάπτυξη εξειδικευμένης έρευνας και μάλιστα όχι μόνο από νοσηλευτές αλλά και από μαίες και επισκέπτες υγείας (Butterworth,2009).

## 2.2 Οι ρόλοι των νοσηλευτών ερευνητών

Οι νοσηλευτές ερευνητές εστιάζουν σε δραστηριότητες που αφορούν την έρευνα και κατά προέκταση την ποιοτική βελτίωση του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Αναπτύσσουν και συντηρούν την γνωσιακή βάση για τους υπόλοιπους ερευνητές, τους εκπαιδευτικούς και εκπαιδευόμενους νοσηλευτές, καθώς και για τους κλινικούς νοσηλευτές.

Συγκεκριμένα, σκοποί των νοσηλευτών ερευνητών είναι :

- Διαπιστώνουν προβλήματα στην παροχή φροντίδας υγείας σε συνεργασία με κλινικούς νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, με ερευνητές άλλων επιστημονικών κλάδων, με ασθενείς/πελάτες των υπηρεσιών υγείας, τις οικογένειές τους και με την κοινωνία.
- Αναπτύσσουν, συντονίζουν και διεξάγουν έρευνα, ώστε να διαπιστωθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές μέσα στο εργασιακό τους περιβάλλον.
- Εξασφαλίζουν υποστήριξη της ερευνητικής δραστηριότητας όσον αφορά οικονομικούς πόρους, προσωπικό, εξοπλισμό, όργανα μετρήσεων, πρόσβαση σε υποκείμενα και απαραίτητες υπηρεσίες.

- Διεξάγουν νοσηλευτική έρευνα ακολουθώντας καθιερωμένες και επίσημες ηθικές κατευθυντήριες γραμμές και συμβουλευονται επίσημες επιτροπές προστασίας των ανθρώπινων υποκειμένων.
- Διαδίδουν τα ερευνητικά συμπεράσματα μέσω παρουσιάσεων σε συνέδρια, ανακοινώσεις στα μέσα επικοινωνίας και δημοσιεύσεις.

Στον τομέα της κλινικής πρακτικής οι νοσηλευτές ερευνητές :

- Αναλύουν ή συνθέτουν έρευνες με σκοπό να προσαρμόσουν τα ερευνητικά ευρήματα στην κλινική πρακτική.
- Αναπτύσσουν τις κλινικές παρεμβάσεις στηρίζοντας την εφαρμογή των ερευνητικών αποτελεσμάτων στην κλινική πράξη.
- Εκτιμούν την επίδραση των εφαρμογών των ερευνητικών δεδομένων στην κλινική πράξη.

Σχετικά με την αξιολόγηση και την κριτική των ερευνών οι νοσηλευτές ερευνητές :

- Βοηθούν στη διαμόρφωση των ερευνητικών ερωτήσεων καθώς και στην ανάπτυξη και ολοκλήρωση των ερευνών.
- Ασκούν κριτική σε ολοκληρωμένες έρευνες πριν από τη δημοσίευσή τους.

Ως εκπαιδευτικοί-μέντορες οι νοσηλευτές ερευνητές :

- Εκπαιδεύουν και βοηθούν με τις γνώσεις τους, όσους νοσηλευτές επιθυμούν να εκπαιδευτούν στην ερευνητική διαδικασία ή να ασχοληθούν με την εφαρμογή ερευνών.

Από ηγετικές θέσεις οι νοσηλευτές ερευνητές :

- Προάγουν την νοσηλευτική έρευνα, γιατί μπορούν να επηρεάζουν τη λήψη των διοικητικών αποφάσεων και να εξασφαλίζουν την υποστήριξη των διοικήσεων. Ταυτόχρονα, έχουν τη δυνατότητα να διδάξουν τους υφισταμένους τους την αναγκαιότητα και σπουδαιότητα της νοσηλευτικής έρευνας και πως αυτή διεξάγεται (The Association of Rehabilitation Nurses, ).

Οι περισσότεροι ερευνητές νοσηλευτές απασχολούνται σε πανεπιστημιακά περιβάλλοντα και μόνο ένας περιορισμένος αριθμός εργάζεται σε κλινικές. Και όμως, η κλινική πρακτική αποτελεί τη σφραγίδα της Νοσηλευτικής, και η παρουσία πτυχιούχων νοσηλευτών, που ασχολούνται με την έρευνα, στο κλινικό περιβάλλον θα δημιουργούσε μια σημαντική επίδραση στην προαγωγή της έρευνας που επικεντρώνεται στον ασθενή/πελάτη. Η ανάγκη να αναπτυχτεί η νοσηλευτική έρευνα μέσα από τις ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, μεγαλύτερη ευελιξία κινήσεων των νοσηλευτών και ανάπτυξη μηχανισμών ανταμοιβής των προσπαθειών έχει , ξεκάθαρα, διατυπωθεί από τον Butterworth και τους συνεργάτες του το 2003 (Kim, 2009).

### 2.3 Οι στόχοι και οι μέθοδοι της νοσηλευτικής έρευνας

Κάθε νοσηλευτική έρευνα ξεκινάει με την διατύπωση μιας ερώτησης, την οποία απευθύνει ο ερευνητής σχετικά με κάποιο πρόβλημα που του έχει κινήσει το ενδιαφέρον. Το είδος της ερευνητικής ερώτησης καθορίζει τον στόχο του ερευνητή και τον βοηθάει να κινηθεί προς την συγκεκριμένη κατεύθυνση ( Παρασκευόπουλος, 1993· Schafersman, 1994). Οι κυριότεροι στόχοι των ερευνητών νοσηλευτών είναι :

α) Η περιγραφή φαινομένων που έχουν σχέση με την Νοσηλευτική. Οι έρευνες αυτές ονομάζονται περιγραφικές και ο σκοπός τους είναι να περιγράψουν και να ταξινομήσουν τις παρατηρήσεις των ερευνητών σχετικά με το αντικείμενο του ενδιαφέροντός τους.

β) Η διερεύνηση των διαστάσεων και των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση κάποιων φαινομένων. Οι διερευνητικές μελέτες, σε αντίθεση με τις περιγραφικές, δεν προσπαθούν να περιγράψουν ένα φαινόμενο αλλά ασχολούνται με τους παράγοντες που το καθορίζουν.

γ) Η επεξήγηση των αιτιών που προκαλούν τα φαινόμενα. Οι ερευνητές οργανώνουν τις επεξηγηματικές έρευνες προκειμένου να διαπιστώσουν τις αιτίες που δημιουργούν την γέννηση ενός φαινομένου και απαντούν στην ερώτηση «γιατί» εμφανίζεται το συγκεκριμένο φαινόμενο.

δ) Η πρόβλεψη και ο έλεγχος φαινομένων και της έκβασης κάποιων συγκεκριμένων αποφάσεων κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου. Με την βοήθεια των μελετών αυτών οι ερευνητές νοσηλευτές προσπαθούν να προβλέψουν τους παράγοντες που πιθανόν να οδηγούν στην εκδήλωση μιας κατάστασης (Σαχίνη-Καρδάση,2004).

Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται στην νοσηλευτική έρευνα ποικίλουν και οι νοσηλευτές ερευνητές έχουν στη διάθεσή τους ένα μεγάλο αριθμό εναλλακτικών προσεγγίσεων. Η πιο συχνή διάκριση αυτών των προσεγγίσεων είναι μεταξύ της ποσοτικής και ποιοτικής μεθόδου, για την συγκέντρωση επιστημονικών πληροφοριών.

Η ποσοτική έρευνα, βασίζεται στο παράδειγμα του λογικού θετικισμού και εστιάζει σε δεδομένα που είναι μετρήσιμα. Γενικά, περιλαμβάνει την αυστηρή και συστηματική συλλογή αριθμητικών πληροφοριών και χρησιμοποιεί την στατιστική, για την ανάλυση αυτών των πληροφοριών. Οι δεσπόζουσες ερευνητικές μέθοδοι είναι η δειγματοληψία πιθανότητας και η δειγματοληψία μη πιθανότητας. Η πρώτη, περιλαμβάνει την απλή τυχαία δειγματοληψία, τη συστηματική δειγματοληψία και τη στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία, ενώ η δεύτερη, τη δειγματοληψία ευκολίας, τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας, τη σκόπιμη δειγματοληψία και τη σκόπιμη αναλογική δειγματοληψία. Παρατηρείται πως οι ερευνητές νοσηλευτές εφαρμόζουν συχνότερα τη σκόπιμη αναλογική δειγματοληψία (Σαπουντζή-Κρέπια, 2005).

Η ποιοτική έρευνα, βασίζεται στο παράδειγμα της φαινομενολογίας (phenomenology), της θεμέλιωμένης θεωρίας (Grounded theory), της ανάλυσης περιεχομένου (content analysis), της

εθνογραφίας (ethnography) και άλλων. Αυτή η μορφή έρευνας εξετάζει τις εμπειρίες των ανθρώπων, που συμμετέχουν στην έρευνα ως υποκείμενα, εστιάζοντας κυρίως στις ερμηνείες που δίνει για το υπό εξέταση φαινόμενο το κάθε υποκείμενο. Οι κυριότερες ερευνητικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στις ποιοτικές μελέτες είναι η συνέντευξη, η μελέτη περίπτωσης, η εθνογραφία και η εθνομεθοδολογία (Priest *et al*, 2000· Woods *et al*, 2002· Μπελλάλη, 2006).

Το είδος της μεθοδολογίας που θα επιλέξει ο ερευνητής εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως οι γνώσεις, η προτιμήσεις και η φιλοσοφία του. Σε κάθε περίπτωση, όμως, ο βασικότερος ρυθμιστής σχετικά με την επιλογή αυτή είναι το είδος της ερευνητικής ερώτησης, καθώς και το πεδίο που διερευνάται (Μπελλάλη, 2006).

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°. ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ηθική είναι ο κλάδος της φιλοσοφίας που ασχολείται με την εύρεση του τι είναι αποδεκτό και ορθό και τι ανάρμοστο και λαθεμένο. Η ηθική διαμορφώνει και ασκεί κριτική στη σχέση μεταξύ των μέσων και των σκοπών. Επίσης, καθορίζει τον τρόπο που ελέγχονται τα μέσα, ώστε να εξυπηρετούν τους ανθρώπινους σκοπούς. Περικλείει θέματα που αφορούν τις συγκρούσεις, τις εκλογές και τις συνθήκες που διαμορφώνουν τη συνείδηση του ατόμου. Όπου εμφανίζεται μία σύγκρουση, απαιτείται η εκλογή μεταξύ διαφορετικών επιλογών. Ενώ, η εκλογή επηρεάζεται από το σύνολο των αξιών που διαμορφώνουν τη συνείδηση του ανθρώπου (Φώτης και συν, 2007).

Στα πλαίσια μιας έρευνας, οι μελετητές, κατά την εκτέλεση των σταδίων της επιστημονικής μεθόδου, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές προκλήσεις και, παράλληλα, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν διάφορες ηθικές επιλογές. Ενώ, οφείλουν να γνωρίζουν πως οι συνέπειες αυτών των επιλογών τους θα έχουν αντίκτυπο στον ίδιο τους τον εαυτό, στον επιστημονικό τους τομέα και γενικότερα στην επιστήμη, αλλά και στην κοινωνία συνολικά. Επομένως, η ηθική διαχείριση της έρευνας είναι μια βασική προϋπόθεση, που οφείλουν να πληρούν όλοι οι ερευνητές ( Shafersman, 1994· Brown *et al*, 2007).

Καθώς το αντικείμενο εργασίας και μελέτης των επαγγελματιών υγείας αποτελεί ο άνθρωπος, είναι επόμενο να δημιουργούνται πολύ σημαντικά ηθικά θέματα. Στο χώρο της Νοσηλευτικής, η έρευνα επικεντρώνεται αποκλειστικά στον άνθρωπο, στις απόψεις του απέναντι στη ζωή και την ασθένεια, στις εμπειρίες και στους παράγοντες -εσωτερικούς και εξωτερικούς- που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του. Οι νοσηλευτές ερευνητές διαρκώς καλούνται να λάβουν αποφάσεις και να αντιμετωπίσουν ηθικά διλήμματα. Κατά συνέπεια, οι ευθύνες και η ανάγκη ύπαρξης ηθικών κανόνων οι οποίοι θα σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και θα λειτουργούν ευεργετικά τόσο για τους ασθενείς όσο και για την πρόοδο της νοσηλευτικής γνώσης, αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα ( Allmark, 2002· Maijal *et al*, 2002, Northway, 2002· Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Brown *et al*, 2007).

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται λόγος για τη θέση της ηθικής στην νοσηλευτική έρευνα. Διατυπώνονται τα γενικά ηθικά χαρακτηριστικά της έρευνας, ενώ, στη συνέχεια αναφέρεται πως διαμορφώθηκαν οι κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική της έρευνας στον τομέα της υγείας. Θεωρήθηκε αναγκαίο να παρουσιαστούν κάποιοι από τους βασικότερους κώδικες ηθικής καθώς και ο τρόπος λειτουργίας των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Αμέσως μετά, ο αναγνώστης πληροφορείται για τα δικαιώματα των ανθρώπινων υποκειμένων ενός ερευνητικού προγράμματος και μαθαίνει σχετικά με την αρχή της πληροφορημένης συγκατάθεσης. Τέλος, αναλύεται η ανάπτυξη του κανονισμού ηθικής για την έρευνα με παιδιά.

### 3.1 Τα χαρακτηριστικά της ηθικής της έρευνας

Αν και η ηθική της έρευνας έχει ως κύριο στόχο την προστασία των δικαιωμάτων όσων συμμετέχουν, ως υποκείμενα, σε αυτές, ωστόσο, παρουσιάζει μια σειρά από επιμέρους χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι :

- Αντικειμενικότητα. Ο ερευνητής οφείλει να παρουσιάζει στην μελέτη του όλες τις πληροφορίες και τα αποτελέσματα της προσπάθειάς του, ακόμα και όσα δεν δρουν υποστηρικτικά για την ερευνητική υπόθεση. Από την άλλη, δεν επιτρέπει σε προσωπικά του πιστεύω και προκαταλήψεις να επηρεάσουν την αξιοπιστία και την αντικειμενικότητα των επιστημονικών συμπερασμάτων. Έτσι, προσπαθεί να εξαλείψει εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να έχουν αρνητικές επιδράσεις στην αυστηρή και σαφή εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου, όπως αυτή αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 1. Επίσης, θα πρέπει να παρουσιάζει τα αποτελέσματα της μελέτης του χωρίς καμία παραποίηση (Schafersman, 1994· Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

- Συνεργασία με εξουσιοδοτημένες επιτροπές επιθεώρησης των ερευνών και συμμόρφωση με τις απαιτήσεις αυτών. Όλοι οι ερευνητές είναι υποχρεωμένοι, πριν ξεκινήσουν την έρευνά τους και αφού την ολοκληρώσουν, να υποβάλλουν τα δεδομένα τους στα κατάλληλα όργανα, ώστε να γίνει η αξιολόγηση των ερευνητικών προτάσεων και η αποτίμηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων από ειδικούς εμπειρογνώμονες. Οι επιτροπές αυτές ονομάζονται « επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας» ( review ethics committees/ research ethics committees/ local ethics committees ). Για παράδειγμα, το National Association of EMS Physicians και το Prehospital Emergency Care προβάλλουν ως απαίτηση την εξής θέση : « Οι εκθέσεις που περιλαμβάνουν την ανάπτυξη αποτελεσμάτων, προερχόμενες από έρευνες σε ανθρώπινα υποκείμενα, θα πρέπει να επιδεικνύουν την αποδοχή τους από κάποια επίσημη εξεταστική επιτροπή (human subjects committee) ( Northway, 2002· Larkin *et al*, 2004· Σαχίνη-Καρδάση,2004· Brown *et al*, 2007).

- Ειλικρίνεια κατά την παρουσίαση της διαδικασίας. Όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, από το πώς προέκυψε το ερευνητικό θέμα ως την επιλογή του δείγματος, την οργάνωση της έρευνας και την αποσαφήνιση των ευρημάτων παρουσιάζουν ηθικές προεκτάσεις. Είναι, λοιπόν, απαραίτητο να υπάρχει πλήρης διαφάνεια των σκοπών και των αποτελεσμάτων της έρευνας. Ο ερευνητής δεν θα πρέπει να αποκρύπτει στοιχεία για ενδεχόμενους κινδύνους ή να δίνει αναληθείς πληροφορίες σχετικά με τις συνέπειες της εργασίας του τόσο στις επιτροπές επιθεώρησης όσο και στα άτομα που πρόκειται να συμμετέχουν σε αυτή ( Schafersman,1994· Northway, 2002· Σαχίνη-Καρδάση,2004).

- Προσεκτική εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου ώστε να μη θίγονται τα δικαιώματα των ανθρώπων που συμμετέχουν στην έρευνα. Πολλές φορές, κατά τη διάρκεια μιας έρευνας, ο ερευνητής έρχεται αντιμέτωπος με κάποια πολύ δύσκολα προβλήματα και ευαίσθητες καταστάσεις όπου τα υποκείμενα κινδυνεύουν να υποστούν κάποια σωματική ή ψυχολογική βλάβη. Σε αυτές τις περιπτώσεις πρώτο μέλημα του ερευνητή είναι η προστασία των δικαιωμάτων των υποκειμένων, ακόμα και αν αυτό σημαίνει πως ίσως θα πρέπει να επανεκτιμηθεί η όλη διαδικασία ή και να διακοπεί (Allmark, 2002· Maijal *et al*, 2002· Northway, 2002· Σαχίνη-Καρδάση, 2004).
- Παρουσίαση των πηγών που στηρίζουν οικονομικά την έρευνα. Κατά την παρουσίαση και δημοσίευση της μελέτης ο ερευνητής κοινοποιεί όλους τους φορείς που χρηματοδότησαν την εργασία του.
- Πρόσθεση νέων, αξιόπιστων γνώσεων στο ήδη υπάρχον σώμα επιστημονικής γνώσης. Δηλαδή, η έρευνα θα συνεπάγεται την ανακάλυψη νέων δεδομένων, χρήσιμων για τη συνολική πρόοδο της επιστήμης. Για το λόγο αυτό γίνονται δημοσιεύσεις των ερευνητικών συμπερασμάτων, υπάρχει διαρκής επικοινωνία μεταξύ των επιστημών και οργανώνονται συνέδρια και συνδιαλέξεις σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Αναγνώριση της συνεισφοράς όλων όσων συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση μιας μελέτης. Κατά τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων μιας έρευνας θα πρέπει, εκτός όλων των άλλων δεδομένων, να γίνεται αναφορά και σε όλη την ερευνητική ομάδα καθώς και σε πρόσωπα ή φορείς που βοήθησαν σε διάφορα στάδια της έρευνας για την πραγματοποίησή της.

### 3.2 Οι κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική της έρευνας

Η ηθική της έρευνας είναι γενικά μία πολύ πρόσφατη έννοια. Πριν από το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο, η έρευνα ήταν περισσότερο μια οργανωμένη θεραπευτική άποψη. Ακόμα και οι επιστημονικά καταρτισμένοι, όπως η Florence Nightingale ή ο Doctor Lydgate (Eliot 1871-72/1994), μπορούσαν να δοκιμάσουν νέες ιδέες και θεραπείες. Επικρατούσε η αίσθηση πως δεν ήταν ανάγκη να ελέγχεται αυτή η δραστηριότητα πέρα και πάνω από τον κανονισμό της συμβατικής θεραπείας ( Allmark, 2002).

Δυστυχώς, η ιστορία αποκαλύπτει πολλές τρομακτικές ενέργειες, που πραγματοποιήθηκαν στο όνομα της έρευνας. Η Σαχίνη-Καρδάση αναφέρει στο βιβλίο της «Από το 1932 ως το 1972, περισσότεροι από 400 γεωργοί και εργάτες ημέρας στην Αλαμπάμα ήταν υποκείμενα μιας κυβερνητικής μελέτης που σχεδιάστηκε για να τους στερήσει εσκεμμένα τη θεραπεία για σύφιλη, προκειμένου να μελετήσει την αθεράπευτη νόσο. Στις αρχές του 1960, ο Timothy Leary και ο

Richard Alpert (υφηγητής και επίκουρος καθηγητής, αντίστοιχα, στο Πανεπιστήμιο Harvard) εξάντλησαν την ανοχή της επιστημονικής κοινότητας, επειδή χρησιμοποίησαν ανθρώπινα υποκείμενα στη μελέτη των αποτελεσμάτων της ψιλοκουβίνης και του LSD. Το 1963, ένας γιατρός στο Jewish Chronic Disease Hospital ένεσε σε ηλικιωμένους αρρώστους, που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο, ζωντανά καρκινικά κύτταρα χωρίς να τους πληροφορήσει». Αλλά, τα πιο φρικιαστικά εγκλήματα είναι, ίσως, αυτά που διενεργήθηκαν από τους Γερμανούς γιατρούς κατά τη διάρκεια του Δεύτερου Παγκόσμιου πολέμου.

Στο χώρο της Νοσηλευτικής η ηθική αποτελεί τμήμα της νοσηλευτικής πρακτικής από τα αρχικά στάδια οργάνωσης της σύγχρονης μορφής της, στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Οι αρχικές προσπάθειες να καθοριστεί η ηθική της Νοσηλευτικής, εστιάζονταν περισσότερο στις ηθικές αρετές των νοσηλευτών, παρά στην προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών/πελατών. Ο Association of Rehabilitation Nurses Researcher Special Interest Group κατά την περιγραφή του νοσηλευτικού ρόλου αναφέρει : «Ο ηθικός ρόλος των νοσηλευτών έχει περιγραφεί στη νοσηλευτική βιβλιογραφία για αρκετές δεκαετίες. Ξεκινώντας από τις πρώιμες προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από ακατάλληλους και ανίκανους νοσηλευτές» (Dolan,1978).

Κατά τη σύγχρονη εποχή, η ηθική στη Νοσηλευτική συνεπάγεται το σεβασμό για τα ανθρώπινα δικαιώματα όσων δέχονται τη νοσηλευτική φροντίδα. Η έννοια της ηθικής έχει μετατοπιστεί πλέον προς την προώθηση και προστασία αυτών των δικαιωμάτων, ενώ, ο προηγούμενος ρόλος των νοσηλευτών αναπτύχθηκε ώστε να περιλαμβάνει την προάσπιση των ασθενών, των κοινωνικών ομάδων και του εργασιακού πλαισίου (Mallik & Rafferty, 2000· Wheeler, 2000· Young *at al*, 1995).

Αυτή η προσπάθεια των νοσηλευτών για προστασία των ασθενών/πελατών αντανακλάται και στο πεδίο της νοσηλευτικής έρευνας.

### 3.2.1 Κώδικες ηθικής της έρευνας στον τομέα της υγείας

Εντύπωση προκαλεί η διαπίστωση πως η μοναδική χώρα που ανέπτυξε κάποιο κώδικα ερευνητικής ηθικής, πριν από το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο, ήταν η Γερμανία (Vollman & Winan, 1996).

Οι δίκες της Νυρεμβέργης μετά τον πόλεμο αποκάλυψαν τρομακτικές ερευνητικές ενέργειες των Γερμανών γιατρών στους αιχμαλώτους ( Kennedy & Grubb, 2000). Στο φως αυτών των αποκαλύψεων, συντάχθηκε το 1947 ο Κώδικας Νυρεμβέργης από τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύλλογο ρυθμίζοντας τους ερευνητικούς κανόνες (British Medical Journal, 1996). Στο επίκεντρο του Κώδικα είναι η εκούσια συναίνεση όσων συμμετέχουν σε κάποια έρευνα. Το πρόβλημα, όμως,



που δημιουργούσε το γεγονός πως για όλες τις έρευνες ήταν υποχρεωτική η συγκατάθεση, ήταν πως καθιστούσε αδύνατη την πραγματοποίηση ερευνών σε κάποιες ομάδες ατόμων, όπως τα παιδιά και όσοι δεν ήταν ικανοί πνευματικά.

Μετάπειτα, αναπτύχθηκε ο δεύτερος διεθνώς αναγνωρισμένος κώδικας ηθικής της έρευνας. Ο κώδικας αυτός συντάχθηκε από το Διεθνές Ιατρικό Σύνδεσμο και έγινε αποδεκτός από τη 18<sup>η</sup> Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση στο Ελσίνκι Φιλανδίας το 1964. Αποτελεί τη Διακήρυξη του Ελσίνκι, η οποία αναθεωρήθηκε το 1975 και το 1983. Η Διακήρυξη τροποποίησε τον Κώδικα Νυρεμβέργης σε πολλά σημεία, ένα από τα οποία ήταν να επιτρέψει την έρευνα σε υποκείμενα που ήταν ανίκανα να έχουν τον απόλυτο έλεγχο της κατάστασής τους. Επίσης, διακρίνει την έρευνα σε δύο τομείς:

α) στη θεραπευτική έρευνα, δηλαδή στην έρευνα που εμπεριέχει παρεμβάσεις κατά τις οποίες οι συμμετέχοντες διατηρούν μια λογική πιθανότητα να έχουν θεραπευτικό όφελος και

β) στην μη θεραπευτική έρευνα, όπου δεν υπάρχει ξεκάθαρη πιθανότητα θεραπευτικού οφέλους, αλλά κυρίως διενεργείται με σκοπό την επιστημονική γνώση. Ένας από τους περιορισμούς που προτάθηκαν με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι είναι πως όλες οι ερευνητικές προτάσεις θα πρέπει να υποβάλλονται σε κάποια ανεξάρτητη ερευνητική επιτροπή προς αξιολόγηση.

Για τους νοσηλευτές, ο πρώτος διεθνής κώδικας ηθικής διαμορφώθηκε από το International Council of Nurses (ICN) το 1953. Ο κώδικας αυτός αναθεωρήθηκε και επαναδιατυπώθηκε πολλές φορές, με πιο πρόσφατη την έκδοση του 2005. Σε αυτό τον κώδικα, οι νοσηλευτές βρίσκουν ένα γενικό οδηγό ηθικής συμπεριφοράς βασισμένο σε κοινωνικές αξίες και ανάγκες, που επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα του νοσηλευτικού ενδιαφέροντος από την κλινική παροχή φροντίδας και τη διοίκηση ως την εκπαίδευση και την έρευνα (ICN, 2006).

Από την άλλη, ο Σύνδεσμος Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA) διαμόρφωσε οδηγίες για ηθικές ερευνητικές μελέτες στην Νοσηλευτική το 1968. Στον κώδικα ηθικής της ANA έχουν εντοπιστεί τέσσερα σημεία που αφορούν το ρόλο των νοσηλευτών στην ερευνητική διαδικασία (Φώτης και συν., 2007)

1. Ο νοσηλευτής/τρια συμμετέχει σε δραστηριότητες που προσφέρουν στη συνέχεια της πορείας της ανάπτυξης της γνώσης του επαγγέλματος.
2. Ο νοσηλευτής/τρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος στην εφαρμογή και βελτίωση των δεδομένων της Νοσηλευτικής.
3. Ο νοσηλευτής/τρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να ιδρύσει και να διατηρήσει τις συνθήκες εργασίας που θα συμβάλλουν σε υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.

4. Ο νοσηλευτής/τρια συμμετέχει στις προσπάθειες του επαγγέλματος να προστατέψει το κοινό από την παραπληροφόρηση και κακή εκπροσώπηση και τη διατήρηση της ακεραιότητας της Νοσηλευτικής.

Ενώ το 1972, ακολούθησε ο Σύνδεσμος Καναδών Νοσηλευτών (CNA) με την έκδοση ανάλογων οδηγιών.

Την ίδια χρονιά ανακοινώθηκε από την Εθνική Επιτροπή για την Προστασία των Ανθρώπινων Υποκειμένων Βιοϊατρικής και Συμπεριφορικής Έρευνας των ΗΠΑ το Belmont Report. Σύμφωνα με το Belmont Report, υπάρχουν τρεις αρχές που πρέπει να διακρίνουν μία έρευνα: η αρχή οφέλους και μη βλάβης, η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης.

Στην Ελλάδα, ψηφίστηκε από τη Βουλή στις 8 Νοεμβρίου 2005 ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, που στο κεφάλαιο Ζ, στο άρθρο 24, παράγραφο 1, αναφέρει : « Η ιατρική έρευνα διεξάγεται ελεύθερα στο πλαίσιο των θεμελιωδών πνευματικών και ηθικών αξιών, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό στον άνθρωπο και την αξιοπρέπειά του ». Ενώ στις επόμενες παραγράφους απαριθμούνται τα δικαιώματα των ανθρώπινων υποκειμένων και οι υποχρεώσεις των γιατρών που διενεργούν έρευνες.

Όσον αφορά τη Νοσηλευτική, ο Κώδικας Ηθικής Δεοντολογίας ορίζεται από το προεδρικό διάταγμα υπ' αριθμό 216/25-7-2001. Σύμφωνα με το άρθρο 16 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας : « Ο νοσηλευτής που ασχολείται με την έρευνα οφείλει να τηρεί τις γενικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας κατά τη διενέργεια κάθε επιδημιολογικής, κλινικής ή άλλης έρευνας, όπως αυτές ορίζονται στους διεθνείς κώδικες και διατυπώνονται ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας. Επίσης, οφείλει να λαμβάνει ιδιαίτερη μέριμνα για το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν με τη συναίνεσή τους σε επιστημονική έρευνα, για την επιστημονική ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας και για την τήρηση του νοσηλευτικού απορρήτου ». Ακόμα, στο άρθρο 17, του ίδιου Κώδικα αναφέρεται πως : « Ο νοσηλευτής δεν μπορεί να συνδυάζει την έρευνα με τις νοσηλευτικές φροντίδες εκτός της περίπτωσης που αυτή η έρευνα μπορεί να προσφέρει διαγνωστικά ή θεραπευτικά στον ασθενή ». Η σημασία αυτού του δεύτερου άρθρου θα γίνει αντιληπτή στη συνέχεια του κεφαλαίου.

### 3.2.2 Επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Αναμφισβήτητα η ύπαρξη αυτών των ηθικών κανόνων συνέβαλλε αποφασιστικά στην ηθική διαμόρφωση των ερευνητικών προσπαθειών και στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ανθρώπινων υποκειμένων. Ωστόσο, έχουν παρατηρηθεί περιπτώσεις όπου οι ερευνητές δε συμμορφώθηκαν με αυτούς τους κανόνες.

Δύο έρευνες, που δημοσιεύτηκαν από τον Beecher το 1966 και τον Pappworth το 1967, αποκάλυψαν ένα τεράστιο αριθμό αντιδεοντολογικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν, στην Αγγλία, από επιφανείς γιατρούς και δημοσιεύτηκαν σε έγκριτες εφημερίδες. Μάλιστα, πολλές από τις εργασίες αυτές αφορούσαν παιδιά και κάποιες έφταναν μέχρι το σημείο της θεραπευτικής παράληψης σε ομάδες παιδιών, συμπεριλαμβανομένων με πνευματικά νοσήματα/αδυναμίες και ανήλικη παραβατικότητα (Beecher, 1966). Παραδόξως, οι τριγμοί των εργασιών των Beecher και Pappworth είχαν μεγαλύτερη επίδραση στην τόνωση του κανονισμού για την έρευνα, από ότι είχε ο Κώδικας Νυρεμβέργης. Σταδιακά, οι έγκυρες εφημερίδες και τα περιοδικά ανέφεραν πως οι έρευνες που δημοσίευαν είχαν υποβληθεί σε ηθική αναθεώρηση, πως στο δυτικό κόσμο λειτουργούσαν επιτροπές ηθικής και πως οι ερευνητές ελέγχονταν από πολλούς ηθικούς κώδικες.

Τα σημεία αυτά, αν και προϋπήρχαν στον Κώδικα Νυρεμβέργης άρχισαν να εφαρμόζονται πολύ αργότερα. Έτσι, σήμερα, η ηθική της έρευνας εκτός από τους κώδικες ηθικής, στηρίζεται και στις επιτροπές ηθικής. Ο σκοπός των επιτροπών ηθικής είναι ουσιαστικά η εξέταση και η ανάλυση της όλο και αυξανόμενης, από ηθικής απόψεως, πολυπλοκότητας των ιατρονοσηλευτικών ερευνητικών σχεδίων.

Έργο της κάθε επιτροπής είναι η τήρηση των κανόνων της δεοντολογίας, οι οποίοι περιβάλλονται με ισχύ νόμου, ώστε η απομάκρυνση από αυτούς ή η παραβίασή τους να αποτελεί αδίκημα, ανεξάρτητα από το αν το τελικό αποτέλεσμα είναι θετικό για την πρόοδο της επιστημονικής γνώσης. Είναι συνήθως συμβουλευτικά και επικουρικά όργανα των ερευνητών ή των ερευνητικών φορέων, καθώς εξετάζουν κάθε θέμα σχετικό με την προστασία όσων πρόκειται να συμμετάσχουν ή συμμετέχουν σε κάποιο ερευνητικό πρόγραμμα. Ενώ, ως βασικός ρόλος τους παρουσιάζεται η αξιολόγηση των ερευνητικών προσπαθειών, με γνώμονα τις διεθνώς αναγνωρισμένες αρχές δεοντολογίας.

Επιτροπές ηθική σε νοσοκομεία και ερευνητικά ιδρύματα υπάρχουν σχεδόν σε όλες τις χώρες, που διαθέτουν ανεπτυγμένη ερευνητική δραστηριότητα, με σκοπό τον έλεγχο των ερευνητικών προγραμμάτων, ειδικά όταν αυτά εφαρμόζονται σε ανθρώπινα υποκείμενα. Τέτοιες επιτροπές, οι οποίες άρχισαν να δημιουργούνται στις ΗΠΑ από την δεκαετία 1970 είναι για παράδειγμα η Commission for the Protection of Human Subjects Biomedical and Behavioral Research (1978), η Presidents Commission for the Study of Ethical Problems (1982) καθώς και η Institutional Review Board (IRB) η οποία, συνήθως, κατευθύνει ηθικά τις έρευνες που υποστηρίζονται από ομοσπονδιακά κεφάλαια. Μάλιστα, το 1983 η IRB εξέδωσε τον Κώδικα Ομοσπονδιακών Κανονισμών.

Αυτές οι επιτροπές είναι διεπιστημονικές και συμμετέχουν ιατροί, νοσηλευτές και άλλοι επιστήμονες υγείας, αλλά όχι όσοι είναι υπεύθυνοι για το ερευνητικό πρόγραμμα ή τη θεραπεία

του ασθενή. Επίσης, ως μέλη των επιτροπών μπορούν να μετέχουν και εκπρόσωποι άλλων επιστημών, όπως νομικής, θεολογίας ή φιλοσοφίας. Η σύνθεση αυτών των επιτροπών διαφέρει από χώρα σε χώρα και από ίδρυμα σε ίδρυμα.

Όσον αφορά την Ελλάδα στο θέμα των επιτροπών, το 1992 με το νόμο 2071/92 ιδρύθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως επιτελικό όργανο. Ο νόμος 2519/1997 προβλέπει ειδικά όργανα στα νοσοκομεία, επιφορτισμένα με την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Το 2005, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, συνεδρίασε προκειμένου να εξετάσει τα ηθικά και κοινωνικά ζητήματα αρμοδιότητάς της που αφορούν στη σύσταση και λειτουργία των Επιτροπών Ηθικής και Δεοντολογίας (ΕΗΔ) στη βιοϊατρική έρευνα. Μεταξύ άλλων, στα πλαίσια της συνεδρίασης διαπιστώθηκε πως τα όργανα που συντάχθηκαν σύμφωνα με το νόμο 2519/1997 δεν είναι σε θέση να καλύψουν και τις απαιτήσεις του ελέγχου της δεοντολογίας στη βιοϊατρική έρευνα, όπως επιβάλλεται από τα διεθνή πρότυπα. Πολύ σημαντικό βήμα αποτελεί και το εθνικό θεσμικό πλαίσιο για την έρευνα που διαμορφώθηκε από τον νόμο 3653/2008, που έχει ως σκοπό την μεθοδική προώθηση και προαγωγή της έρευνας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων και των ερευνών στις βιολογικές και ιατρικές επιστήμες. Βασικό σημείο του νόμου αποτελεί η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Έρευνας και Τεχνολογίας (Ε.Ο.Ε.Τ.), για την αξιολόγηση ερευνητικών προτάσεων και την αποτίμηση των διάφορων ερευνητικών προγραμμάτων.

Τα πλαίσια της ηθικής της έρευνας έχουν αναπτυχθεί ευρύτατα κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Σχεδιασμένα τόσο για να εμποδίζουν την επανεμφάνιση ωμοτήτων προηγούμενων ερευνητών όσο και για να προάγουν την επιστημονική έρευνα και κατά πρόεκταση την επιστημονική γνώση. Ωστόσο, είναι πολύ βασικό για κάθε νοσηλευτή και γενικότερα για κάθε επαγγελματία υγείας να καταλάβει πως κανένας κώδικας συμπεριφοράς, καμία ηθική επιτροπή και καμία νομοθετική ρύθμιση δεν μπορεί να βοηθήσει και να προστατέψει τον ίδιο και τον ασθενή/πελάτη, όσο η βαθιά κατανόηση, η παραδοχή και η αποδοχή ότι η δεοντολογία και η ηθικά αποδεκτή συμπεριφορά αποτελούν χρέος του (Northway, 2002· Φώτης και συν., 2007).

### 3.3 Δικαιώματα των ανθρώπινων υποκειμένων

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει πως, σε σχέση με τις ερευνητικές μελέτες, τα δικαιώματα των ανθρώπων που πρόκειται να συμμετάσχουν ή συμμετέχουν ως υποκείμενα σε αυτές είναι : α) το δικαίωμα να συμμετέχουν σε έρευνες με επιστημονική ισχύ, β) το δικαίωμα να μην υποστούν οποιαδήποτε σωματική ή ψυχολογική βλάβη, γ) το δικαίωμα να διαφυλαχτεί το απόρρητο των δεδομένων, δ) το δικαίωμα για αυτόβουλη συμμετοχή και ε) το δικαίωμα για πληροφόρηση σχετικά με την έρευνα (Allmark, 2002· Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

### 3.3.1 Έρευνες με επιστημονική ισχύ

« Η έρευνα που επαναλαμβάνει, χωρίς σκοπό, άλλη εργασία ή δεν είναι επαρκής ώστε να συνεισφέρει κάτι χρήσιμο στην υπάρχουσα γνώση, είναι από μόνη της αντιδεοντολογική » (Department of Health, UK, 2001). Η άποψη που εκφράζει αυτή η έκθεση, στηρίζεται στο σκεπτικό πως μια ανίσχυρη επιστημονικά έρευνα αποτελεί, αρχικά, σπατάλη οικονομικών πόρων και πολύτιμου χρόνου τόσο για την πολιτεία όσο και για τον ερευνητή αλλά και για τα υποκείμενα. Από την άλλη, μπορεί να θεωρηθεί πως είναι ένα είδους απάτης για τους συμμετέχοντες, γιατί ενώ πιστεύουν πως λαμβάνουν μέρος σε μια διαδικασία που θα αποφέρει χρήσιμα αποτελέσματα, δεν ισχύει κάτι τέτοιο.

Όπως αναφέρθηκε ήδη στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας η επιστημονική ερευνητική διαδικασία, που πραγματοποιείται με την αυστηρή εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου, αποτελεί τον πιο αποδεκτό τρόπο απόκτησης νέας αξιόπιστης γνώσης και πως η γνώση αυτή θα πρέπει να είναι ο κύριος στόχος του κάθε ερευνητή. Η έρευνα μπορεί να συνεισφέρει στο σώμα της υπάρχουσας γνώσης με δύο τρόπους. Από τη μία, η ερευνητική προσπάθεια θα συνεπάγεται την ανακάλυψη νέων δεδομένων. Στο χώρο της υγείας οι διαστάσεις που παίρνουν αυτά τα δεδομένα είναι μεγάλες γιατί μπορεί να οδηγήσουν στη θεραπεία ή την ανακούφιση χιλιάδων ασθενών. Ενώ, μερικές φορές η συνεισφορά στη γνώση αφορά το γεγονός ότι η έρευνα πραγματοποιείται ώστε τα άτομα της επιστημονικής ομάδας να διδαχτούν σχετικά με τις μεθόδους της ερευνητικής διαδικασίας. Έτσι, οι νέοι ερευνητές και οι σπουδαστές που επιχειρούν μια εργασία, ίσως να μην προσφέρουν καμία νέα γνώση, αλλά ίσως να μάθουν πώς να πετυχαίνουν στο μέλλον αποδοτική έρευνα.

Σε κάθε περίπτωση, ο ερευνητής οφείλει να πληροφορεί τα υποκείμενα για το σκοπό της μελέτης, ενώ οι πληροφορίες αυτές θα πρέπει να περιλαμβάνονται και στις εκθέσεις που παρουσιάζει στις επιτροπές ηθικής, προκειμένου να λάβει την άδεια για να προχωρήσει στην ολοκλήρωση της.

### 3.3.2 Δικαίωμα να μην υποστεί οποιαδήποτε βλάβη

Στο άρθρο 24, παράγραφος 2(γ) του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας αναφέρεται ρητά πως η έρευνα στον άνθρωπο επιτρέπεται όταν : « Οι κίνδυνοι στους οποίου εκτίθεται ο άνθρωπος είναι δυσανάλογα μικροί σε σχέση με τα πιθανά οφέλη για την έρευνα ». Ενώ, στο άρθρο 26, παράγραφος 2(α), του ίδιου Κώδικα ορίζεται η υποχρέωση του γιατρού ερευνητή για την προστασία των υποκειμένων ως εξής : « Ο ιατρός ερευνητής θεωρεί ύψιστο καθήκον του την προστασία της ζωής, της υγείας και της αξιοπρέπειας του προσώπου στο οποίο διεξάγεται η έρευνα, η οποία προστασία προηγείται του συμφέροντος της επιστήμης ή της κοινωνίας ».

Από τις δύο παραγράφους προκύπτει πως για να πραγματοποιηθεί μια έρευνα καταρχήν θα πρέπει να υπολογίζεται η αναλογία μεταξύ πιθανόν κινδύνων και ωφελειών για τα υποκείμενα. Δηλαδή, κανένας από τους συμμετέχοντες δεν θα πρέπει να εκτίθεται στον κίνδυνο βλάβης, η οποία δεν καλύπτεται από την πιθανότητα πολύ μεγαλύτερης ωφέλειας (Kennedy & Grubb, 2000). Στο σημείο αυτό υπεισέρχεται η έννοια του « ελάχιστου κινδύνου » (minimal risk), ο οποίος σύμφωνα με το Τμήμα Υγείας, Παιδείας και Πρόνοιας ( νυν Τμήμα Υγείας Ανθρώπινων Υπηρεσιών) των ΗΠΑ σημαίνει πως το άτομο που συμμετέχει στην έρευνα δεν κινδυνεύει να υποστεί κάποια βλάβη, που δεν θα τον απειλούσε και στην καθημερινή του ζωή.

Η έννοια του κινδύνου και των βλαβών περιλαμβάνει ένα πολύ μεγάλο εύρος. Αφορά αρνητικές σωματικές, ψυχικές, νομικές, οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες που μπορούν να υποστούν τα υποκείμενα, κατά τη διάρκεια ή μετά την ολοκλήρωση της μελέτης. Συνεπώς, πρόκειται για κινδύνους που πρέπει να αποφεύγουν τόσο οι ερευνητές που διενεργούν ποσοτικές όσο και οι ερευνητές που διενεργούν ποιοτικές μελέτες, είτε αφορούν θεραπευτικές είτε μη θεραπευτικές έρευνες. Για το λόγο αυτό, υπό το British Medical Association (BMA, 2001) έγινε μια συζήτηση κατά την οποία τα μέλη υποστήριξαν πως θα ήταν προτιμότερο να πάψει τελείως να ισχύει η διάκριση μεταξύ θεραπευτικών και μη θεραπευτικών ερευνών και αντί αυτού πρότειναν πως κάθε έρευνα, θα πρέπει να θεωρείται πως διαθέτει μια ικανοποιητική αναλογία κινδύνων και ωφελειών.

### 3.3.3 Το δικαίωμα στην τήρηση του απορρήτου (εμπιστευτικότητα)

Ένα άλλο κοινό θέμα συζήτησης γύρω από την νοσηλευτική έρευνα είναι η εμπιστευτικότητα και η τήρηση του απορρήτου, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό κανόνα σε όλους τους νοσηλευτικούς κώδικες ηθικής. Η γενική αρχή που διέπει την εμπιστευτικότητα στην έρευνα είναι πως γενικά τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς, για τους οποίους τα υποκείμενα συναίνεσαν. Όπως, γενικά ισχύει στον τομέα της υγείας για την εμπιστευτικότητα, η αρχή αυτή λειτουργεί περιοριστικά και για τους ερευνητές.

Επομένως, ο ερευνητής οφείλει να σέβεται το δικαίωμα των υποκειμένων για εμπιστευτικότητα και να μην μεταβιβάζει τις πληροφορίες που συλλέγει σε τρίτους. Εξαίρεση αποτελούν οι περιπτώσεις όπου αυτές οι πληροφορίες πρέπει να κοινοποιηθούν για την επίτευξη ενός υψηλότερου σκοπού, όπως είναι η προάσπιση της δημόσιας υγείας ή η προστασία της ζωής και της ακεραιότητας ενός ανθρώπου. Ο NMC Code of Professional Conduct επιτρέπει στους νοσηλευτές να αθετήσουν το απόρρητο όταν μια τέτοια κίνηση είναι αναγκαία για το κοινό καλό, όταν απαιτείται από τον νόμο ή όταν πρόκειται για το καλό ενός παιδιού (NMC, 2002).

### 3.3.4 Δικαίωμα για αυτόβουλη συμμετοχή

Ένας από τους ρόλους των νοσηλευτών και γενικότερα των ερευνητών είναι η προάσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν σε έρευνες. Όσον αφορά τη θεωρία της ηθικής, αυτό συνεπάγεται τον σεβασμό για την αυτονομία των υποκειμένων, ώστε να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με το αν θα συμμετέχουν ή όχι σε μια μελέτη και να εξασφαλίζουν τις απαραίτητες πληροφορίες για αυτό το σκοπό. Το θεμελιώδες δικαίωμα της αυτόβουλης συμμετοχής σε μία έρευνα και της αυτοαπόφασης έχει διπλή σημασία. Προασπίζεται το δικαίωμα του ατόμου, που επιλέχτηκε ως υποκείμενο έρευνας, να αποδεχτεί τη συμμετοχή του σε αυτή. Παράλληλα, διατηρεί το δικαίωμά του είτε να αποσυρθεί από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή το θελήσει είτε να ζητήσει συμπληρωματικές πληροφορίες.

Φυσικά, για να διατηρηθούν αυτά τα δικαιώματα, το υποκείμενο δε θα πρέπει να δέχεται κανενός είδους πίεση και εξαναγκασμό. Η έννοια του εξαναγκασμού περιλαμβάνει αφενός εκφοβισμούς και απειλές για πιθανές κυρώσεις που θα επέλθουν με την άρνηση της συμμετοχής ή την απόφαση για διακοπή της και αφετέρου υποσχέσεις για μεγάλες αμοιβές, ιδίως όταν πρόκειται για άτομα που ανήκουν σε χαμηλές οικονομικές τάξεις. Στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην Νοσηλευτική και την κλινική έρευνα τα υποκείμενα θα πρέπει να λαμβάνουν ιδιαίτερες διαβεβαιώσεις πως οποιαδήποτε απόφαση τους δεν θα επηρεάσει τη σχέση τους με τον ερευνητή, κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Για αυτό το λόγο, άλλωστε, διατυπώθηκε και το άρθρο 17 του Νοσηλευτικού Κώδικα Δεοντολογίας, που αναφέρθηκε ήδη σε προηγούμενη παράγραφο.

### 3.3.5 Το δικαίωμα για πληροφόρηση

Σύμφωνα με τον Francis Bacon « η γνώση είναι δύναμη » και στην περίπτωση των ανθρώπων που πρόκειται να συμμετέχουν σε μία έρευνα, η γνώση τους παρέχει τη δύναμη να αποφασίσουν εκούσια αν θα λάβουν μέρος στην μελέτη ή όχι. Η διαφάνεια κατά την παροχή πληροφοριών και οι ειλικρινείς απαντήσεις σε όλες τις απορίες των υποκειμένων αποτελούν ηθική υποχρέωση όλων των ερευνητών. Μάλιστα, εμφανίζεται πιο έντονα στο χώρο της νοσηλευτικής έρευνας, όπου είναι απαραίτητη η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή/πελάτη/υποκειμένου.

Επομένως, ο ερευνητής οφείλει να πληροφορεί τα δυνητικά υποκείμενα της μελέτης του σχετικά με τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους καθώς και για το στόχο της έρευνας. Αυτό σημαίνει πως η ενημέρωση των συμμετεχόντων από τον ερευνητή περιλαμβάνει :

1. Το σκοπό της έρευνας, την αναμενόμενη διάρκειά της, τις διαδικασίες και τις μεθόδους που θα λάβουν χώρα.

2. Την αναφορά του δικαιώματος των υποκειμένων να αρνηθούν τη συμμετοχή τους ή να αποσυρθούν από την έρευνα, οποιαδήποτε στιγμή, μετά την έναρξη.

3. Την παρουσίαση όλων των πιθανών κινδύνων, των ταλαιπωριών ή των δυσμενών αποτελεσμάτων που μπορεί να προκύψουν.

4. Τα ενδεχόμενα ερευνητικά οφέλη, τόσο για τα ίδια τα υποκείμενα όσο και για τον ερευνητή, την κοινωνία και την επιστήμη γενικότερα.

5. Τους σκοπούς για τους οποίους θα χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα που παρέχουν τα υποκείμενα, ποιοι θα έχουν πρόσβαση σε αυτά και πια μέτρα θα λάβει ο ερευνητής προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

6. Τη διαβεβαίωση πως ο ερευνητής ακολουθεί κάποιο συγκεκριμένο κώδικα ηθικής και πως η έρευνα υπόκειται σε ηθικό έλεγχο από επίσημη επιτροπή ηθικής αναθεώρησης ερευνών.

7. Τη γνωστοποίηση των ταυτοτήτων των ερευνητών και το πώς μπορούν τα υποκείμενα να επικοινωνούν μαζί τους.

Επιπλέον, όταν ο ερευνητής πραγματοποιεί κάποια έρευνα που περιλαμβάνει τη χρήση πειραματικών διαδικασιών, πρέπει να διευκρινίζει στα υποκείμενα πριν την έναρξη της έρευνας την πειραματική της φύση.

Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες όπου το θέμα της μελέτης άπτεται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και υπάρχει ο κίνδυνος τα υποκείμενα να δώσουν πλασματικές πληροφορίες, αν γνωρίζουν πλήρως το αντικείμενο της έρευνας. Τέτοια ερευνητικά θέματα αφορούν την άσκηση ενδοοικογενειακής βίας, την κακοποίηση, τη χρήση αλκοόλ ή παραισθησιογόνων ουσιών, τις αμβλώσεις, τις επιδράσεις μιας νόσου ή μιας αναπηρίας και πολλά άλλα. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, όπου οι ερευνητές που πραγματεύονται τέτοια θέματα θεωρούν προτιμότερο να αποκρύψουν κάποια στοιχεία προκειμένου τα υποκείμενα να μη διστάσουν να δώσουν ειλικρινείς απαντήσεις και κατά συνέπεια να μη διακινδυνεύσει η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

Προκειμένου να διαφυλαχτεί ο σεβασμός στην αυτονομία του ατόμου και το δικαίωμά του για αυτοαπόφαση, τα υποκείμενα θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένα. Σε αντίθετη περίπτωση, η συμμετοχή σε μία έρευνα θα πρέπει να θεωρείται ως καταπάτηση των δικαιωμάτων τους και η συγκατάθεσή τους άκυρη.

### 3.4 Πληροφορημένη συγκατάθεση

Η πληροφορημένη συγκατάθεση είναι το νομικό δόγμα σύμφωνα με το οποίο κάθε ενήλικας έχει το δικαίωμα να αποφασίζει για το τι μπορεί να γίνει ή δεν μπορεί να γίνει σε σχέση με το άτομό του, και αφορά το δικαίωμα του για αυτονομία. Η πραγματική έννοια της συγκατάθεσης δεν είναι νέα, αλλά διαμορφώνεται για εκατοντάδες χρόνια. Έχει τις ρίζες της στον Ιπποκρατικό Όρκο,



όπου υπάρχει η απαίτηση για σεβασμό του ασθενή. Καλλιεργήθηκε κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης μέσω της διεκδίκησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Η κοινωνία άρχισε να εναντιώνεται σε ιατρικούς πειραματισμούς με μη πληροφορημένα υποκείμενα από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αν και εκείνη την εποχή η συγκατάθεση σήμαινε απλώς πως ο ασθενής συμφωνούσε με τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να έχει γίνει καμία συζήτηση που να περιλαμβάνει τους κινδύνους, τα ωφέλεια ή τις εναλλακτικές προοπτικές (Quallich, 2005)

Σήμερα, η αρχή της πληροφορημένης συγκατάθεσης αφορά την περίπτωση όπου το άτομο κατανοεί πλήρως τη σημασία της αποδοχής ή της άρνησης μιας συγκεκριμένης θεραπείας ή έρευνας. Αυτό θα πρέπει να γίνεται σεβαστό από τους νοσηλευτές, κατά την εκτέλεση των παρεμβάσεων τους. Κάθε επαγγελματίας υγείας και κάθε ερευνητής γνωρίζει πως η εξασφάλιση της πληροφορημένης συγκατάθεσης από τους πιθανούς συμμετέχοντες σε μια έρευνα αποτελεί μια ηθική επιταγή, πριν από την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας (Ross, 2004, Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Τα τρία βασικά στοιχεία της πληροφορημένης συγκατάθεσης είναι :

1. Στοιχεία σχετικά με τη φύση και τους κινδύνους της προτεινόμενης θεραπείας ή δοκιμασίας. Δηλαδή, το άτομο που δίνει τη συγκατάθεσή του θα πρέπει να είναι κατάλληλα πληροφορημένο.

2. Η ικανότητα συμμετοχής και η κατανόηση των πληροφοριών από το υποκείμενο. Αυτό σημαίνει πως η συγκατάθεση θα πρέπει να δίνεται από κάποιον που είναι πνευματικά ικανός να το κάνει.

3. Η απουσία εξαναγκασμών ώστε το άτομο που παρέχει τη συγκατάθεσή του να λειτουργεί ανεξάρτητα κατά τη λήψη των αποφάσεών του.

Αν και τα κριτήρια αυτά είναι γνωστά, υπάρχουν πιθανά εμπόδια που δυσχεραίνουν την εφαρμογή τους και δεν συντελούν στην απόλυτη εφαρμογή της αρχής της πληροφορημένης συγκατάθεσης. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου τα άτομα δεν είναι σε θέση να αποφασίσουν μόνα τους για τη συμμετοχή τους σε μία έρευνα. Οι άνθρωποι αυτοί αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως «ευάλωτα υποκείμενα» ( vulnerable subjects ). Ο όρος αυτός έχει επικρατήσει αναφορικά με τις ομάδες των ατόμων για τους οποίους, επειδή δεν είναι ικανοί να παρέχουν την συγκατάθεσή τους σχετικά με τη συμμετοχή τους και/ή διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο με αρνητικές για αυτούς συνέπειες, απαιτείται ειδική μέριμνα για την προστασία των δικαιωμάτων τους ( Polit & Hungler, 1999). Λαμβάνοντας υπόψη αυτό τον όρο, πρόκειται για ομάδες ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες, με πνευματικές και ψυχιατρικές παθήσεις, κωματώδεις ασθενείς, ηλικιωμένοι, παιδιά και για πολλούς και τα έμβρυα. Στις περιπτώσεις αυτές η συγκατάθεση παρέχεται από το άτομο που έχει οριστεί νομικά ως πληρεξούσιος (Northway, 2002).

### 3.5 Κανόνες ηθικής στην έρευνα με παιδιά

Είναι σχετικά πρόσφατη, η ανάπτυξη κανόνων ηθικής της έρευνας, που εστιάζουν ειδικά σε παιδιά. Έτσι, σε μεγάλο βαθμό, η ιστορία της ανάπτυξης τέτοιων κανονισμών είναι η ίδια όπως και αυτών που ισχύουν για τους ενήλικες. Αναφέρθηκε, ήδη, πως οι ηθικοί κανόνες της έρευνας αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα μετά από τις έντονες αντιδράσεις, που προκάλεσαν οι αποκαλύψεις για τις φρικτές παρεμβάσεις που εφαρμόστηκαν σε ανθρώπους, στο όνομα της έρευνας. Δυστυχώς, μεταξύ των θυμάτων υπήρχαν και παιδιά (Allmark, 2002· Northway, 2002).

Οι έρευνες που πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή παιδιών, οφείλουν να πληρούν τα ίδια ηθικά κριτήρια με τις έρευνες που πραγματοποιούνται με τη συμμετοχή ενηλίκων. Επομένως, θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από επιστημονικό κύρος και αυστηρή εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου, να προστατεύουν το συμφέρον των παιδιών και να διαφυλάσσουν την ασφάλειά τους, καθώς και να επιδεικνύουν τον απαραίτητο σεβασμό στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα τους. Ωστόσο, το γεγονός ότι τα παιδιά αποτελούν μια ομάδα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά –ανήκουν στα « ευάλωτα υποκείμενα », όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη παράγραφο- η έρευνα με παιδιά εμφανίζει κάποιες προεκτάσεις που αξίζει να διερευνηθούν.

- *επιστημονικό κύρος* : υπάρχει μια σημαντική αρχή για την έρευνα που αφορά παιδιά, σύμφωνα με την οποία « έρευνα θα πρέπει να γίνεται σε παιδιά μόνο όταν δεν μπορεί να γίνει σε ενήλικες » (CPCH, 2000). Εκπαιδευτική έρευνα, δηλαδή έρευνα που οργανώνεται με σκοπό να διδαχτούν οι ερευνητές τους τρόπους και τις μεθόδους της επιστημονικής έρευνας, μπορεί να γίνει σε ενήλικες και επομένως δεν θα πρέπει να γίνεται σε παιδιά. Αλλά και εδώ εμφανίζονται κάποιες διαφωνίες. Δεν μπορεί κάποιος να μάθει πως παίρνει συνέντευξη από παιδιά κάνοντας συνεντεύξεις με ενήλικες. Ίσως ο καλύτερος τρόπος για να αναπτύξουν οι ερευνητές τις ικανότητές τους είναι, καταρχήν, μαθαίνοντας να εργάζονται με ενήλικες και στη συνέχεια να δουλεύουν ως βοηθοί σε συμβατικές ( μη εκπαιδευτικές ) ερευνητικές μελέτες με παιδιά.

Αυτό οδηγεί και σε ένα ακόμα συμπέρασμα, πως αν η έρευνα με παιδιά θα πρέπει να γίνεται μόνο όταν δεν μπορεί να διενεργηθεί ενήλικες, τότε γεννιέται η απορία, πότε τα αποτελέσματα μιας έρευνας με ενήλικες μπορούν ή όχι να εφαρμοστούν σε παιδιά. Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα συνδέεται κυρίως με τη βιοϊατρική ποσοτική έρευνα ( Smyth & Weindling, 1999· Arnold *et al*, 1995). Αυτό συμβαίνει γιατί τα παιδιά δεν είναι σαν τους ενήλικες. Συχνά, προσβάλλονται από διαφορετικές ασθένειες, μπορούν να προσβληθούν από τις ίδιες ασθένειες με τους ενήλικες αλλά με διαφορετικούς τρόπους και οι βιοϊατρικές παρεμβάσεις τα επηρεάζουν διαφορετικά. Επακόλουθα, η μη εξειδικευμένη βιοϊατρική έρευνα που επιχειρείται σε παιδιά τα καθιστά « θεραπευτικός ορφανά » ( therapeutic orphans ), γιατί δεν θα υπάρχουν τα κατάλληλα δεδομένα για να στηρίξουν θεραπείες για αυτά. Η πιο γνωστή εκδήλωση αυτής της κατάστασης είναι η θεραπεία παιδιών

«χωρίς άδεια» ( of license ), δηλαδή, η θεραπεία με φάρμακα που επιτρέπονται μόνο σε ενήλικες, γιατί δεν έχουν γίνει έρευνες που να αποκαλύπτουν την αποτελεσματικότητά τους στα παιδιά.

- *όφελος και ασφάλεια* : στην έρευνα με ενήλικες, η κύρια αρχή πίσω από την προστασία του οφέλους περιλαμβάνει τον υπολογισμό των κινδύνων και των ωφελειών. Η ίδια αρχή ισχύει και για τις έρευνες με παιδιά. Μια σημαντική επιπλέον άποψη είναι πως τα πιθανά οφέλη και οι κίνδυνοι ίσως να έχουν μακροχρόνιες συνέπειες σε παιδιά, μιας και είναι νεότερα από έναν μέσο ασθενή/συμμετέχοντα.

Οι σωστά δομημένες θεραπευτικές έρευνες θα πρέπει να τηρούν πάντα αυτή την αρχή, ώστε η βασική ανησυχία των επιτροπών ηθικής να είναι αν ο ερευνητής έχει υπολογίσει σωστά την αναλογία μεταξύ των κινδύνων και των ωφελειών. Ωστόσο, υπάρχει ένα πρόβλημα με τις μη θεραπευτικές έρευνες. Σαφώς και ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να συμμετέχει σε μια έρευνα μόνο για το καλό της επιστήμης. Επομένως, μπορεί να συναινέσει σε μια μη θεραπευτική έρευνα, υπό τον όρο ότι υπάρχουν ελάχιστοι κίνδυνοι που συνδέονται με αυτή την έρευνα ( Kennedy & Grubb, 1998 ). Από την άλλη όμως, γεννιέται το ερώτημα, αν μπορεί να επιτραπεί στους γονείς να μεταβιβάσουν τον αλτρουισμό τους στα παιδιά τους και να τα επιτρέψουν να συμμετέχουν σε μη θεραπευτικές έρευνες.

Επεκτείνοντας αυτά τα σημεία στην ποιοτική έρευνα, εκτιμάται αν τέτοιου είδους έρευνες συνάδουν με την προστασία των ωφελειών των παιδιών υπολογίζοντας τους πιθανούς κινδύνους και ωφέλειες. Συγκεκριμένα, μελετώντας τα ανθρώπινα συναισθήματα και τις εμπειρίες υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθεί ψυχολογική βλάβη. Παρά ταύτα, ακόμα και αν είναι πιθανό τέτοιου είδους κίνδυνοι να υφίστανται στο επίπεδο του «ελάχιστου», εκτός από τις περιπτώσεις όπου η έρευνα εξετάζει ευαίσθητα θέματα όπως η παιδική κακοποίηση.

Το όριο ανάμεσα στην προστασία των ωφελειών, της αξιοπρέπειας και των δικαιωμάτων όσων λαμβάνουν μέρος σε μια έρευνα δεν είναι σαφές. Αν η έρευνα υπονομεύει την αξιοπρέπεια ή τα δικαιώματα κάποιου, τότε αυτό επίσης μπορεί να θεωρηθεί ως βλάβη. Πράγματι, σε αυτό το επίπεδο δημιουργούνται τα πιο δύσκολα προβλήματα όσον αφορά την έρευνα με παιδιά.

- *αξιοπρέπεια και δικαιώματα* : η συζήτηση σχετικά με την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των παιδιών που μετέχουν σε έρευνες, εστιάζεται σε δύο κύρια σημεία, στην συγκατάθεση για την πραγματοποίηση της έρευνας και τον σεβασμό στο δικαίωμα για τήρηση του απορρήτου.

## ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ

Στις έρευνες που γίνονται με παιδιά, όπως και στους ενήλικες, οι ερευνητές οφείλουν να ζητούν τη συγκατάθεση είτε των ίδιων των παιδιών –αν αυτό είναι εφικτό– είτε των γονέων/κηδεμόνων τους. Και σε αυτή την περίπτωση η πληροφορημένη συγκατάθεση θα πρέπει να

πληροί τα τρία βασικά κριτήρια: της ικανότητας για συγκατάθεση, της πληροφόρησης του ατόμου που δίνει τη συγκατάθεση του για την έρευνα και την εκούσια παροχή της συγκατάθεσης.

1. **Ικανότητα.** Τα πολύ μικρά παιδιά δεν μπορούν να συναινέσουν μόνα τους. Έτσι, είναι σύνηθες να συναινούν οι γονείς τους στη θέση τους. Από την άλλη όμως, δημιουργούνται κάποια ερωτήματα σχετικά με το σκοπό της γονικής συγκατάθεσης όσον αφορά τις έρευνες στο χώρο της υγείας. Κανονικά, η ύπαρξη της συγκατάθεσης θεωρείται ως απόδειξη σεβασμού προς την αυτονομία αυτού που την παρέχει. Φυσικά, κάτι ανάλογο δεν ισχύει για τη δια πληρεξούσιου συγκατάθεση. Στην πραγματικότητα, η γονική συναίνεση ίσως να λειτουργεί προστατευτικά για το παιδί. Εντούτοις, εάν λειτουργούν σωστά οι μηχανισμοί ηθικής εκτίμησης και αξιολόγησης, τότε κανένα παιδί δεν κινδυνεύει από οποιαδήποτε έρευνα. Έτσι, η γονική εξουσιοδοτημένη συγκατάθεση μπορεί να θεωρηθεί πως έχει διπλό σκοπό. Από τη μία, εξασφαλίζει μια συμπληρωματική αλλά όχι απόλυτη προστασία στο παιδί. Και από την άλλη, η κοινωνία ως υποστηρικτής του θεσμού της οικογένειας, αποδίδει με αυτό τον τρόπο σεβασμό στο γονικό ρόλο. Παράλληλα, η γονική συναίνεση μπορεί να είναι απαραίτητη σε πρακτικό επίπεδο, μιας και κάποιες έρευνες μπορεί να απαιτούν τη συνεργασία των γονιών, για παράδειγμα πηγαίνοντας τα παιδιά τους στις συναντήσεις με τους ερευνητές.

Υπάρχουν και κάποιες πολύ σπάνιες περιπτώσεις, όπου δεν απαιτείται η συγκατάθεση των γονιών προκειμένου να γίνει μια έρευνα σε μικρά παιδιά. Μια τέτοια περίπτωση είναι όταν πρόκειται για ερευνητική θεραπεία, που εφαρμόζεται σε έκτατες καταστάσεις κατά τις οποίες οι γονείς δεν είναι σε θέση να υπογράψουν την πληροφορημένη συγκατάθεση ( Mason & Allmark, 2000 ). Δυστυχώς όμως, έχουν εμφανιστεί και φαινόμενα κατά τα οποία η γονική συμπεριφορά είναι ασυνεπής ως προς την προστασία του παιδιού. Μια προσπάθεια συγκεκαλυμμένης επιτήρησης γονιών, που ήταν ύποπτοι πως σκοπίμως έβλαπταν τα παιδιά τους, ήταν μια έρευνα που απαιτούσε να μην υπάρχει η γονική συγκατάθεση ( Southall *et al*, 1997 ). Παρομοίως, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια μιας ετήσιας εκτεταμένης μελέτης για τη σεξουαλική κακοποίηση των παιδιών, συμπεριλάμβανε την παράκαμψη της συγκατάθεσης ( Hobbs & Wynne, 1987 ).

Τα μικρά παιδιά δεν αποτελούν μια ομογενοποιημένη ομάδα. Τα νεογνά δεν μπορούν να εκφράσουν καμία άποψη, τα παιδιά των έξι ετών όμως μπορούν. Τα παιδιά που ανήκουν στη δεύτερη ομάδα, μπορούν να θεωρηθούν ικανά να δηλώσουν ή όχι την επιθυμία να συμμετέχουν σε κάποια έρευνα, αν και δεν μπορούν να συναινέσουν. Άλλωστε, όταν τα μικρά παιδιά δυσανασχετούν με μία θεραπεία, σε γενικές γραμμές απορρίπτεται η άποψή τους. Παραδείγματος χάρη, όταν ένα εξάχρονο παιδί λέει πως δεν επιθυμεί να εγχειριστεί, η επέμβαση θα γίνει παρά τη θέλησή του.

Όταν, όμως, η παρέμβαση γίνεται στα πλαίσια μιας ερευνητικής εργασίας τότε υπάρχει ισχυρό κίνητρο να ακουστεί η γνώμη του παιδιού. Τουλάχιστον μία από τις κατευθυντήριες γραμμές είναι πως η συναίνεση παιδιών της σχολικής ηλικίας είναι απαραίτητη για να γίνει μία έρευνα. Έτσι, αν ένα παιδί έξι ετών αντιτίθεται σε μια αιμοληψία ή στο να συμμετέχει σε μια συνέντευξη στα πλαίσια μιας έρευνας, τότε το παιδί αυτό θα πρέπει να αποσύρεται από την διαδικασία ( RCPCH, 2000 ). Αν και δεν έχει δοθεί απάντηση για πιο λόγο θα πρέπει να γίνεται αυτό, πιστεύεται πως ίσως το stress που προκαλεί, σε ένα παιδί αυτής της ηλικίας, ο εξαναγκασμός να υποστεί ερευνητικές παρεμβάσεις μπορεί να διαταράξει αρνητικά την ισορροπία κινδύνων και ωφελειών.

Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν περισσότερο, ίσως να είναι ικανά να συναινέσουν από μόνα τους. Από μια εμπειρική έρευνα των Ondrusek *et al* (1998), σχετικά με την αξία της παιδικής συγκατάθεσης, αμφισβητήθηκε ότι αυτό μπορεί να γίνει πριν από την ηλικία των εννέα ετών. Όταν τα παιδιά είναι ώριμα ηλικιακά, τότε θα πρέπει να ακολουθείτε η διαδικασία ώστε να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την έρευνα. Από την άλλη, επειδή οι έφηβοι συνήθως ζουν με τις οικογένειές τους, πιστεύεται γενικά πως η γονική συναίνεση είναι απαραίτητη και για παιδιά της εφηβείας (RCPCH, 2000). Ωστόσο, η άποψη αυτή αντιτίθεται στα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποίησε ο Coyne το 1998. Στα πλαίσια της ποιοτικής αυτής έρευνας, πάρθηκαν συνεντεύξεις από παιδιά ηλικίας εφτά έως δεκαπέντε ετών. Από την έρευνα διαπιστώθηκε πως όλα τα παιδιά θεωρούσαν περιττή την άδεια των γονιών τους ενώ την ίδια άποψη είχαν και οι γονείς.

2. Πληροφόρηση. Το κριτήριο αυτό δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ηθικά προβλήματα, όπως η συγκατάθεση των παιδιών ή των γονέων/κηδεμόνων τους. Η πληροφόρηση για κάθε μία από αυτές τις ομάδες είναι όμοια με την πληροφόρηση που απαιτεί ο κάθε ενήλικας, προκειμένου να δώσει πληροφορημένη συγκατάθεση. Το μόνο πρόβλημα που δημιουργείται είναι η ανακάλυψη του καλύτερου τρόπου παρουσίασης των πληροφοριών στα παιδιά ώστε να τις κατανοήσουν.

3. Εθελοντική συμμετοχή. Αυτό το κριτήριο εμφανίζει ένα πλήθος ηθικών προβλημάτων. Τα μικρά παιδιά δεν μπορούν να συναινέσουν, αλλά μερικά από αυτά μπορούν να εκφράσουν την επιθυμία να συμμετέχουν ή όχι σε κάποια έρευνα. Ο κίνδυνος που υπάρχει είναι πως οι ενήλικες που έχουν τη συνήθεια να ακυρώνουν τις διαμαρτυρίες των μικρών παιδιών, κατά των ιατρικών παρεμβάσεων, ίσως το ίδιο εύκολα να αγνοήσουν και τις παιδικές διαμαρτυρίες όταν οι παρεμβάσεις έχουν να κάνουν με κάποια ερευνητική εργασία. Είναι επόμενο, οι γονείς να νιώθουν πως δεν μπορούν να αποτρέψουν τη συμμετοχή του παιδιού τους, γιατί καθώς έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους, ίσως να αισθάνονται την υποχρέωση να βοηθήσουν τους ερευνητές. Συνεπώς, εξαρτάται από τους ερευνητές αν θα λάβουν υπόψη τους τη συγκεκριμένη διαφωνία του παιδιού.

Με τα μεγαλύτερα παιδιά το πρόβλημα εμφανίζεται ελαφρώς διαφοροποιημένο. Όλες οι έρευνες στον τομέα της υγείας, που περιλαμβάνουν τη συγκατάθεση όσων συμμετέχουν, έχουν ένα πιθανό πρόβλημα σχετικά με την εκούσια συμμετοχή των υποκειμένων. Αυτό οφείλεται στις δυνάμεις που αναπτύσσονται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών /πελατών τους. Ο κίνδυνος είναι πως οι συμμετέχοντες ίσως να νιώθουν αναγκασμένοι να συναινέσουν σε μια έρευνα λόγω του σεβασμού, του φόβου ή της ευγνωμοσύνης που αισθάνονται για τον ερευνητή. Όταν από ένα μεγαλύτερο παιδί ζητείται να συναινέσει, τότε το πρόβλημα που δημιουργείται οφείλεται στις αντιθέσεις μεταξύ ενηλίκων και παιδιών (Bricher, 1999).

Κάποιες έρευνες που ασχολήθηκαν με τη συγκατάθεση από ενήλικες, δείχνουν πως τα προβλήματα που αφορούν την εθελοντική συμμετοχή είναι πιο συχνά πλασματικά παρά πραγματικά (Mason & Allmark, 2000· Faden *et al*, 1980). Ίσως οι ερευνητές να γνωρίζουν πως πρέπει να αποφεύγουν να εξαναγκάζουν τους πιθανούς συμμετέχοντες ή ίσως τα υποκείμενα να γνωρίζουν το δικαίωμα τους για αυτοαπόφαση. Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται πως δεν υπάρχει ανάλογη έρευνα σε σχέση με τα παιδιά (Sugarman, 1999). Οι Oesterheld *et al* (1998) υποστηρίζουν πως αν τα παιδιά νιώθουν το δικαίωμά τους να λένε «όχι», είναι ένα από τα πολλά αναπάντητα ερωτήματα που προκύπτουν στις έρευνες με παιδιά. Επομένως, οι ερευνητές θα πρέπει να γνωρίζουν το πρόβλημα και να διαβεβαιώνονται πως τα παιδιά που πιθανόν να πάρουν μέρος σε μια έρευνα, κατανοούν το ότι μπορούν να αρνηθούν τη συμμετοχή τους και πως δεν θα υπάρξουν συνέπειες για αυτή τους την άρνηση.

#### ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η αρχή της εμπιστευτικότητας ισχύει και στην έρευνα με υποκείμενα παιδιά. Ο ερευνητής διαφυλάσσει το απόρρητο των πληροφοριών και τις χρησιμοποιεί μόνο για τον ερευνητικό σκοπό. Ο μόνος λόγος που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την αθέτηση του απορρήτου –όπως και στις έρευνες με ενήλικες- είναι όταν πρόκειται να προστατέψουν το παιδί. Για παράδειγμα, όταν ο ερευνητής ανακαλύψει στοιχεία που αποδεικνύουν την κακοποίηση ενός παιδιού, θα πρέπει να παραθέσει τα στοιχεία αυτά στις αρχές, ακόμα και αν το παιδί ή οι κηδεμόνες του δε συναίνεσαν να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες με αυτό τον τρόπο.

Προχωρώντας από τη γενική αρχή της εμπιστευτικότητας στην εφαρμογή της σε έρευνες με μικρά και μεγαλύτερα παιδιά, όσον αφορά τα μικρά παιδιά η «εμπιστευτικότητα» ανήκει στους γονείς (Kennedy & Grubb, 2000). Εάν ζητηθεί από τους γονείς να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για μια έρευνα όπου θα συμμετέχει το παιδί τους, τότε θα πρέπει να πληροφορηθούν σχετικά. Παρομοίως, κάθε πληροφορία που συλλέγεται κατά τη διάρκεια μιας έρευνας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο για τους σκοπούς για τους οποίους συναίνεσαν οι γονείς.

Για τα μεγαλύτερα παιδιά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η γονική συγκατάθεση είναι αναγκαία ακόμα και όταν συναινεί το ίδιο το παιδί. Αυτό, όμως, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα σχετικά με την εμπιστευτικότητα. Η απόκτηση της συγκατάθεσης των γονιών περιλαμβάνει την γνωστοποίηση σε αυτούς, των λόγων για τους οποίους το παιδί είναι υποψήφιο να συμμετέχει στην έρευνα. Η πληροφόρηση των γονιών δεν αποτελεί εμπόδιο όταν γνωρίζουν όλες τις λεπτομέρειες του ιατρικού ιστορικού του παιδιού ή τον σκοπό για τον οποίο το παιδί είναι πρόθυμο να παρέχει προσωπικές πληροφορίες. Όμως, υπάρχουν έρευνες για τις οποίες ένα παιδί έχει επιλεγεί ως δυνητικό υποκείμενο βάση μιας κατάστασης ή ενός χαρακτηριστικού που οι γονείς αγνοούν. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η μελέτη που περιλαμβάνει τη συνέντευξη νεαρών κοριτσιών που έχουν κάνει άμβλωση, χωρίς να το γνωρίζουν οι γονείς τους. Η απαίτηση για γονική συγκατάθεση θα καθιστούσε αδύνατη την ολοκλήρωση της έρευνας. Επομένως ο ερευνητής θα έπρεπε να ζητήσει από την επιτροπή ηθικής να παρακάμψει την απαίτηση για γονική συγκατάθεση. Βέβαια, αυτό συνεπάγεται πως ο ερευνητής είναι υποχρεωμένος να πείσει την επιτροπή ηθικής πως η έρευνά του είναι υψίστης σημασίας.

Ένα ακόμα πρόβλημα που μπορεί να προκύψει, ειδικά με δεδομένα που προέρχονται από συνεντεύξεις, είναι πως οι γονείς ίσως να θελήσουν να μάθουν τι είπε το παιδί τους (Coyne, 1998) ή ίσως και να είναι παρόντες κατά τις συνεντεύξεις. Όπως και να έχει, η δυσκολία αυτή μπορεί να αποφευχθεί στις περισσότερες των περιπτώσεων γιατί οι γονείς ενημερώνονται εκ των προτέρων, κατά την διάρκεια της αίτησης για συγκατάθεση, ότι κάτι τέτοιο δεν είναι δυνατό.

Η καλύτερη φροντίδα υγείας για τα παιδιά απαιτεί και ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες. Η έρευνα που αφορά παιδιά πρέπει να χαρακτηρίζεται από ηθική αξιοπιστία. Οποίοι προτείνουν ερευνητικά προγράμματα με παιδιά ως υποκείμενα, καθώς και οι επιτροπές ηθικής που τους ελέγχουν θα πρέπει να πρέπει να φροντίζουν για το κύρος της επιστήμης, για το καλό των συμμετεχόντων και για τα δικαιώματά τους. Πιθανόν να μην υπάρχουν ιδιαίτερα ηθικά θέματα σε έρευνες με παιδιά, αλλά κάποια συγκεκριμένα θέματα τείνουν να εγείρονται με μεγάλη ένταση ή με ασυνήθιστους τρόπους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Από τα προηγούμενα κεφάλαια γίνεται σαφές πως η πραγματοποίηση της επιστημονικής έρευνας είναι μία περίπλοκη διαδικασία, η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ερευνητής, από τα πρώτα κιόλας στάδια της ερευνητικής του προσπάθειας είναι αρκετές. Ωστόσο, πέρα από τις δυσκολίες που παρουσιάζει η ορθή εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου και οι οποίες είναι κοινές για όλους τους επιστήμονες, υπάρχουν και αυτές που απορρέουν από συγκεκριμένους παράγοντες, οι οποίοι ποικίλουν ανάλογα με τον κάθε επιστημονικό κλάδο.

Αναμφισβήτητα, κάτι ανάλογο ισχύει και για τους νοσηλευτές ερευνητές. Ο πολύπτυχος χαρακτήρας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, συνεπάγεται τη γέννηση διαφόρων περιορισμών που δυσχεραίνουν τη νοσηλευτική έρευνα. Συνεπώς, πέρα από τα προαναφερθέντα εμπόδια που οφείλονται στην περιπλοκότητα και την αυστηρότητα της επιστημονικής μεθόδου, οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την έρευνα καλούνται να υπερπηδήσουν και κάποια συγκεκριμένα εμπόδια, που φαίνεται να είναι συνέπεια της ιδιαιτερότητας της Νοσηλευτικής.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναφέρονται οι πιο σημαντικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εκπονούν ερευνητικές μελέτες, όπως οι ίδιοι τις αναφέρουν σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Αρχικά, περιγράφονται οι δυσκολίες που οφείλονται στην εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου και πως αυτές εμφανίζονται στην νοσηλευτική έρευνα. Τέλος, παρουσιάζονται οι «εξειδικευμένοι» περιορισμοί της νοσηλευτικής έρευνας.

### 4.1 Δυσκολίες εφαρμογής της επιστημονικής μεθόδου

Έχει ήδη γίνει σαφές πως η επιστημονική έρευνα είναι η πιο εξελιγμένη και ταυτόχρονα η πιο αξιόπιστη πηγή γνώσης. Αυτό, όμως, δε σημαίνει πως δεν μπορούν να γίνουν λάθη κατά την εφαρμογή της. Κάποιοι από τους παράγοντες που δρουν περιοριστικά για τη διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών είναι οι εξής : τα ηθικά ζητήματα (ethics), τα προβλήματα μετρήσεων, τα λάθη στις δοκιμές, η πολυπλοκότητα των υποκειμένων, η ανθρώπινη φύση των ερευνητών και άλλοι γενικοί περιορισμοί ( Schafersman, 1994· Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

- Ηθικά ζητήματα (ethics)

Οι ηθικοί περιορισμοί της επιστημονικής έρευνας διακρίνονται σε δύο ομάδες. Από τη μία, η συζήτηση αφορά στα δικαιώματα του ατόμου έναντι της επιστήμης. Παράλληλα, ανακύπτει πρόβλημα σχετικά με το αν η επιστημονική έρευνα είναι σε θέση να ασχοληθεί με κάποια



συγκεκριμένα θέματα, αφού κάποιες ερωτήσεις δεν είναι δυνατόν να απαντηθούν με ένα «ναι» ή ένα «όχι», ούτε κανείς μπορεί να διαβεβαιώσει ότι η μία άποψη είναι ορθότερη από την άλλη, γιατί πολύ απλά αυτές οι ρωτήσεις στηρίζονται στα ανθρώπινα ιδανικά (Αντύπας, 2004· Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα στην Νοσηλευτική τα ζητήματα ηθικής αποτελούν ένα σημαντικό πεδίο και για το λόγο αυτό έγινε ήδη εκτενέστερη αναφορά στο κεφάλαιο 3, ενώ στο παρόν κεφάλαιο αναφέρονται κάποιοι πιο συγκεκριμένοι περιορισμοί της νοσηλευτικής έρευνας.

- Προβλήματα μετρήσεων

Για να μπορέσει ο επιστήμονας να ασχοληθεί με ένα πρόβλημα θα πρέπει κατ' επανάληψη να προβεί σε μετρήσεις και υπολογισμούς διαφόρων μεταβλητών και δεδομένων. Αυτό είναι εύκολο να συμβεί όταν πρόκειται να υπολογιστούν μεταβλητές για τις οποίες έχουν κατασκευαστεί τα ανάλογα όργανα, όπως για παράδειγμα η θερμοκρασία, η αρτηριακή πίεση, το ύψος κλπ. Υπάρχουν, όμως, και μεταβλητές που αφορούν ψυχολογικά και κοινωνικά δεδομένα, όπως ο φόβος, το άγχος, ο πόνος και άλλα, για τα οποία δεν υπάρχουν ακριβή όργανα μέτρησης (Α. Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Ταυτόχρονα, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα φαινόμενα δεν μπορούν να απομονωθούν ή που δεν είναι εφικτή η επανάληψή των μετρήσεων. Τότε τα αποτελέσματα ίσως να εξαρτώνται μερικώς από την ιστορία και τη φύση της καταστάσεως. Το φαινόμενο αυτό απαντάται συχνά κατά τις έρευνες όπου το υποκείμενο είναι ο άνθρωπος και κυρίως στις ποιοτικές έρευνες (Schafersman, 1994· Priest *et al*, 2002· Woods *et al*, 2002· Μπελλάλη, 2006).

- Τα λάθη στις δοκιμές

Το λάθος στις δοκιμές έχει πολλές πηγές. Καταρχήν, υπάρχει πάντα ο παράγοντας τύχη, που μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε αποτέλεσμα. Στην περίπτωση της επιστημονικής έρευνας, όμως, ο ερευνητής μπορεί να αξιολογήσει αυτή την παράμετρο με τη βοήθεια της ποσοτικοποίησης και την ορθολογική κρίση (Λάγιου και συν., 2005). Στη συνέχεια, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία του ουσιαστικού λάθους στα όργανα μέτρησης. Επειδή αυτό το είδος του σφάλματος έχει ίσες πιθανότητες να παραχθεί από οποιοδήποτε όργανο μέτρησης, ονομάζεται τυχαίο σφάλμα (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Επίσης, υπάρχει και το μη-τυχαίο ή συστηματικό σφάλμα, που οφείλεται σε παράγοντες που οδηγούν το αποτέλεσμα σε μία μόνο κατεύθυνση. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα ερευνών που απέτυχαν γιατί από τα δεδομένα τους προέκυπτε ένα νέο σφάλμα, που όμως ερμηνεύτηκε ως συστηματικό σφάλμα. Αντίστροφα, υπάρχουν παραδείγματα υποτιθέμενων «νέων ανακαλύψεων» που αργότερα αποκαλύφθηκε πως δεν μπορούσαν να εξηγηθούν από τους ερευνητές εξαιτίας των συστηματικών σφαλμάτων. Μία τέτοια περίπτωση είναι όταν οι μάρτυρες δεν είναι αντιπροσωπευτικοί του πληθυσμού ή όταν η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος δεν είναι δυνατόν να διερευνηθεί, επειδή λείπουν τα απαραίτητα κοινωνικοοικονομικά ή δημογραφικά

στοιχεία του στατιστικού πληθυσμού ή των συμμετεχόντων στην έρευνα, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί πως σημαντικά σφάλματα προκύπτουν και όταν το δείγμα που χρησιμοποιείται είναι μικρό. Αν και δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στον ελάχιστο αριθμό ατόμων που απαιτούνται για την εφαρμογή παραγοντικών αναλύσεων, από πολλούς θεωρείται απαραίτητη η συμμετοχή 150-300 περιπτώσεων ή μία αναλογία ατόμων δείγματος προς μεταβλητές-στοιχεία ίση με 5 (Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Λάγιου και συν., 2005· Αλετράς και συν., 2009). Ωστόσο, η επιστήμη διαθέτει συγκεκριμένους τρόπους υπολογισμού και σε κάποιες περιπτώσεις περιορισμού των σφαλμάτων. Έτσι, είναι σημαντικό για τον καθορισμό μιας συγκεκριμένης μέτρησης, ο ερευνητής να παραθέτει το λάθος και τους περιορισμούς των μετρήσεων όταν εκθέτει τα αποτελέσματα της εργασίας του (Ραφτόπουλος και συν., 2002· Λάμπρου και συν., 2005).

- Η πολυπλοκότητα των υποκειμένων

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα των επιστημών που ασχολούνται με τον άνθρωπο είναι η πολυπλοκότητά του. Ο κάθε άνθρωπος δεν είναι μονοδιάστατος, αντίθετα αποτελεί μια πολυσχιδή προσωπικότητα, η οποία διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες όπως η γονιδιακή κληρονομιά αλλά και την ηλικία και το περιβάλλον. Μάλιστα, οι δύο τελευταίοι παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί γιατί διαρκώς μεταβάλλονται. Έτσι, δημιουργούνται μεταβλητές που είναι δύσκολο να διακριθούν, να μετρηθούν και να μελετηθούν. Η αδυναμία αυτή είναι ιδιαίτερα αισθητή στις ποσοτικές έρευνες και δημιούργησε την ανάγκη εφαρμογής των ποιοτικών ερευνών, καθώς αυτές εμβαθύνουν στην κατανόηση των ανθρώπινων εμπειριών (Priest *et al*, 2000· Allmark 2002· Maijala *et al*, 2002· Woods *et al*, 2002· Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Λάγιου και συν., 2005· Μπελλάλη, 2006· Αλετράς, 2009).

- Η ανθρώπινη φύση των ερευνητών

Ο κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από την κοινωνική του θέση και την μόρφωσή του, δεν παύει να έχει μειονεκτήματα και αδυναμίες. Οι επιστήμονες δεν εξαιρούνται από τον κανόνα, αν και η ιδιότητά τους απαιτεί να υπερνικήσουν πάθη όπως η προκατάληψη και να είναι απόλυτα αντικειμενικοί, όταν ασχολούνται με μία έρευνα. Αν και η επιστημονική μέθοδος επιχειρεί να ελαχιστοποιήσει την επίδραση των προκαταλήψεων του επιστήμονα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Πολλές φορές, κατά τη διάρκεια μιας δοκιμασίας μιας υπόθεσης ή μιας θεωρίας, ο επιστήμονας μπορεί να δείξει προτίμηση σε μία έκφανση, με συνέπεια να προκαταβάλει τα αποτελέσματα ή τις ερμηνείες της έρευνας. Ένα άλλο σφάλμα που κάνουν κάποιοι ερευνητές είναι πως αγνοούν ή αποκλείουν όσα δεδομένα δεν υποστηρίζουν την υπόθεσή τους. Ιδανικά, ο ερευνητής είναι πάντα ανοιχτός στο ενδεχόμενο ότι η υπόθεσή είναι είτε ορθή είτε λανθασμένη. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις ο επιστήμονας μπορεί να πιστεύει ακράδαντα πως η

υπόθεσή του είναι σωστή (ή λανθασμένη) ή να δέχεται εσωτερικές ή εξωτερικές πιέσεις ώστε να φτάσει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Όμως, το βασικότερο ίσως σφάλμα είναι όταν ο ερευνητής δέχεται μία υπόθεση ως εξήγηση του υπό μελέτη φαινομένου, χωρίς να προβεί στις απαραίτητες δοκιμασίες. Σήμερα, σε ένα πεδίο ενεργούς έρευνας και επικοινωνίας μεταξύ των μελών της επιστημονικής κοινότητας, οι προκαταλήψεις και τα σφάλματα μπορούν να απαλειφθούν. Αυτό ισχύει γιατί οι ερευνητικές προσπάθειες και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτές μπορούν να δοκιμαστούν κατ' επανάληψη, από διαφορετικούς επιστήμονες που διαθέτουν διαφορετικές πεποιθήσεις (Schaferman, 1994· Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Maijala *et al*, 2002).

- Γενικοί περιορισμοί

Πέρα από όλα τα παραπάνω, έχουν παρατηρηθεί και διάφοροι άλλοι παράγοντες που δρουν περιοριστικά στη διενέργεια μιας έρευνας. Η εύρεση οικονομικών πόρων μπορεί να αποδειχτεί μια ιδιαίτερα δύσκολη προσπάθεια. Πολλές φορές ο ερευνητής αναγκάζεται να παίζει το ρόλο του οικονομικού διαπραγματευτή, γεγονός που οδηγεί σε χάσιμο πολύτιμου χρόνου. Σε αυτό το στάδιο, υπάρχει και ο κίνδυνος ο ερευνητής, προκειμένου να εξοικονομήσει τους πόρους που χρειάζεται, να επηρεαστεί από το χρηματοδότη του και τα αποτελέσματα της έρευνας να είναι επιτηδευμένα. Επίσης, ένας άλλος παράγοντας είναι ο χρόνος. Όταν σχεδιάζεται μια έρευνα, τίθεται ένα καθορισμένο χρονικό περιθώριο μέσα στο οποίο πρέπει να ολοκληρωθεί. Οποιαδήποτε καθυστέρηση οδηγεί σε αύξηση των εξόδων, πιθανή αλλοίωση των δεδομένων – μιας και μεταβάλλονται κάποιοι παράγοντες – και ίσως και σε ακύρωση της όλης προσπάθειας (Schaferman, 1994· Σαχίνη-Καρδάση, 2004· Σαπουντζή-Κρέπια, 2005).

## 4.2 Ειδικοί περιορισμοί της νοσηλευτικής έρευνας

### 4.2.1 Ηθικοί περιορισμοί

Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας αναλύθηκε η θέση και οι αρχές της ηθικής στην νοσηλευτική έρευνα. Απαριθμήθηκαν οι ηθικοί περιορισμοί που διέπουν την έρευνα με ανθρώπινα υποκείμενα, προκειμένου αυτά να προστατευτούν, καθώς και οι δικλείδες ασφαλείας που έχουν διαμορφωθεί ( κώδικες ηθικής της έρευνας, επιτροπές ελέγχου κ.α.) ώστε να διασφαλιστεί κάτι τέτοιο. Με αυτό τον τρόπο, γίνεται κατανοητό πως οι νοσηλευτές ερευνητές έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά από ηθικές προκλήσεις προκειμένου να πραγματοποιήσουν μια μελέτη.

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όμως, προκύπτει πως η νοσηλευτική ερευνητική διαδικασία επηρεάζεται αρνητικά και από δύο ακόμη παραμέτρους, όσον αφορά την εφαρμογή των αρχών της ηθικής της έρευνας.

Το πρώτο πρόβλημα που παρουσιάζεται, αφορά τις γνώσεις και το βαθμό εξοικείωσης των νοσηλευτών με τους ηθικούς κανόνες που διέπουν την νοσηλευτική έρευνα. Δηλαδή, οι νοσηλευτές είτε αγνοούν εντελώς είτε γνωρίζουν ελάχιστα σχετικά με την έννοια της ηθικής της έρευνας. Το φαινόμενο αυτό γίνεται έντονα αντιληπτό σε άρθρο της Benhamou-Jantelet (2002) που αφορά μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ένα μεγάλο γαλλικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο με σκοπό να καταδείξει: α) τις γνώσεις και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών στη λήψη ηθικών αποφάσεων κατά την κλινική πρακτική και β) τις γνώσεις τους σχετικά με τους ηθικούς κανόνες της κλινικής έρευνας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως οι γνώσεις των νοσηλευτών για τα ερευνητικά πρωτόκολλα, ειδικά για τις ηθικές απαιτήσεις και συνέπειες μιας νοσηλευτικής έρευνας είναι περιορισμένες. Το δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με τους κανόνες ηθικής και τις επιτροπές ελέγχου των ερευνών. Το εύρος των νοσηλευτικών ενδιαφερόντων καθώς και οι διαφορετικές απόψεις για το τι είναι και τι πραγματεύεται η Νοσηλευτική έχει οδηγήσει στη διαμόρφωση πολλών κανόνων και κωδικών δεοντολογίας, οι οποίοι διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα και από ειδικότητα σε ειδικότητα. Αυτό έχει ως συνέπεια, πολλοί επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να μην παραβούν κάποιο συγκεκριμένο κανόνα δεοντολογίας να καταλήγουν άθελά τους να αθετούν κάποιον άλλο (Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2008). Συνεπώς, η πολυφωνία για το τι θεωρείται ηθικό και τι όχι, στα πλαίσια μιας έρευνας, μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στους ερευνητές.

Όσον αφορά στο θέμα των επιτροπών ηθικού ελέγχου των ερευνών, τα προβλήματα που δημιουργούνται έχουν καθοριστεί ξεκάθαρα από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής κατά τη συνεδρίασή της το 2005. Τα στοιχεία που παρατίθενται από την Επιτροπή, οδηγούν στο συμπέρασμα πως στην Ελλάδα ο αριθμός των Επιτροπών Ηθικής και Δεοντολογίας (ΕΗΔ) που λειτουργούν στα νοσηλευτικά και ερευνητικά ιδρύματα είναι πολύ μικρότερος από αυτόν που προβλέπει ο νόμος. Η έλλειψη, όμως, αυτών των ΕΗΔ έχει ως συνέπεια, όπως επίσης επισημαίνει η Επιτροπή, οι περισσότερες έρευνες να μην υποβάλλονται σε έλεγχο δεοντολογίας. Βεβαίως, αυτή η διαφοροποίηση από τα διεθνή πρότυπα έχει αρνητικές επιπτώσεις για το κύρος των ερευνητών και των μελετών τους, αλλά παράλληλα πιθανόν να θέτει σε κίνδυνο τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτές τις μελέτες (Εισήγηση για τη συγκρότηση Επιτροπών Ηθικής και Δεοντολογίας στη Βιοϊατρική Έρευνα, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, 2005).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να αναφερθεί πως εξαιτίας της προόδου της επιστήμης και κατά συνέπεια των αυξανόμενων τεχνολογικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων, ανοίγονται νέοι ορίζοντες στην έρευνα του τομέα της υγείας και της Νοσηλευτικής ειδικότερα. Από τα νέα δεδομένα αναφύονται πρωτοεμφανιζόμενα ηθικά διλήμματα, τα οποία δυστυχώς οι νόμοι, οι

κώδικες δεοντολογίας και οι Επιτροπές Ηθικής, ως επί το πλείστον, αδυνατούν να διαχειριστούν (Αντύπας,2004).

#### 4.2.2 Το χάσμα μεταξύ θεωρητικών και κλινικών νοσηλευτών

Αναμφισβήτητα, το πρόβλημα αυτό δεν εντοπίζεται μόνο στο χώρο της Νοσηλευτικής. Υπάρχει σε όλες τις επιστήμες και η κύρια πηγή του φαίνεται να είναι οι διαφορές του αντικειμένου εργασίας των επαγγελματιών με αυτή των θεωρητικών. Όσον αφορά τους πρώτους, είναι σαφές πως ο ρόλος τους είναι κυρίως να παρέχουν υπηρεσίες. Έτσι, η εργασία των επαγγελματιών είναι απαραίτητα προκαθορισμένη, απαιτεί τον συνεχή καθορισμό στόχων και την επίτευξή τους, ώστε να παρέχουν όσο το δυνατόν πιο επιτυχημένες υπηρεσίες προς τους πελάτες. Από την άλλη, ο βασικός στόχος των θεωρητικών είναι η ανάπτυξη της γνώσης. Ο χρόνος τους αφιερώνεται στον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή ερευνών, με συνέπεια, το αποτέλεσμα της εργασίας τους να είναι η παραγωγή γνώσης (Leckie *et al* 1996).

Οι κλινικοί νοσηλευτές, εξαιτίας της ποικιλομορφίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, έχουν περίπλοκες γνωσιακές ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές απαιτούν μια ολιστική άποψη του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο εργάζονται (Algase, 2006). Σε αυτό το γενικευμένο εργασιακό πλαίσιο, που εστιάζει στην φροντίδα του ασθενούς, οι κλινικοί νοσηλευτές αναλαμβάνουν καθήκοντα που απαιτούν πληροφορίες ειδικά διαμορφωμένες. Για παράδειγμα, η Blythe και η Royle (1993) αναφέρουν πως οι νοσηλευτές χρειάζονται « πληροφορίες που να τους βοηθούν στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα των ασθενών και πληροφορίες για ευρύτερα θέματα σχετικά με τη Νοσηλευτική » και πως τις περισσότερες φορές αυτές οι πληροφορίες έχουν να κάνουν με την άμεση παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (Leckie *et al*, 1996).

Παράλληλα, οι θεωρητικοί του κλάδου καθώς και οι οργανισμοί που διεξάγουν έρευνα, δε φαίνεται να κατανοούν αυτές τις ανάγκες των κλινικών νοσηλευτών. Αυτό επηρεάζεται από το γεγονός, ότι πολλές φορές οι έρευνες δε διεξάγονται από νοσηλευτές. Μάλιστα πολλοί οργανισμοί επιμένουν να υποστηρίζουν το μοντέλο, όπου οι έρευνες πραγματοποιούνται από ένα γιατρό, ο οποίος υποστηρίζεται από άλλους επαγγελματίες υγείας, μεταξύ των οποίων ίσως να βρίσκονται και νοσηλευτές. Δηλαδή, συνήθως οι νοσηλευτές παίζουν το ρόλο του βοηθού έρευνας ή απλά συμβάλλουν κατά τη συλλογή δεδομένων υπό την επίβλεψη ενός γιατρού (Kim, 2009).

Η κατάσταση αυτή έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες τόσο για την εξέλιξη της νοσηλευτικής έρευνας όσο και για τη Νοσηλευτική γενικότερα. Από τη μία, δε δίνεται η ευκαιρία στους νοσηλευτές να αναπτύξουν ερευνητικές δεξιότητες. Η απλή συμμετοχή σε ερευνητικές προσπάθειες τους στερεί την απαραίτητη γνώση, που χρειάζεται για προχωρήσουν από μόνοι τους στην πραγματοποίηση ερευνών. Συνεπώς, δεν είναι εύκολο να πραγματοποιηθούν αμιγώς

νοσηλευτικές έρευνες. Από την άλλη, η προσπάθεια παραγωγής νοσηλευτικής γνώσης από άτομα που δεν είναι νοσηλευτές ή που δεν γνωρίζουν τις πραγματικές συνθήκες εργασίας και τις ανάγκες των νοσηλευτών, έχει ως αποτέλεσμα η παραχθείσα γνώση να απέχει από τη νοσηλευτική πρακτική. Οι κλινικοί νοσηλευτές φαίνεται να αδυνατούν να αφομοιώσουν τις γνώσεις αυτές, γεγονός που τους επιφορτίζει με περισσότερο stress αντί να τους διευκολύνει (Woodard *et al*, 2005).

#### 4.2.3 Η απουσία βιβλιογραφίας και μεταφραστικές δυσκολίες

Υπάρχουν πολλές αναφορές για την απουσία βιβλιογραφίας στην Νοσηλευτική, και το πώς αυτή η έλλειψη δρα περιοριστικά για την πρόοδο της νοσηλευτικής έρευνας. Αν και οι περισσότεροι υποστηρίζουν πως η εφαρμογή δραστηριοτήτων και πολύ περισσότερο η έρευνα θα πρέπει να καταγράφονται και να δημοσιεύονται, στην πράξη δε συμβαίνει αυτό. Στο μεγαλύτερο ποσοστό η Νοσηλευτική πάσχει από έλλειψη δημοσιεύσεων. Ο Alla, αρχισυντάκτης του French Journal of Public Health, κατά την ομιλία του στο συνέδριο για την Προαγωγή τη Υγείας που έλαβε χώρα στο Λουξεμβούργο το 2008, προκειμένου να υπογραμμίσει τη σημασία των δημοσιεύσεων των εργασιών, δήλωσε πως « οτιδήποτε δεν δημοσιεύεται, δεν έχει σημασία, δεν υφίσταται » (Deschamps, 2008). Η έρευνα, όμως, έχει ανάγκη από την προηγηθείσα γνώση, για να μπορέσει να στηριχτεί πάνω της ώστε να διευρυνθεί το σώμα της γνώσης.

Το πρόβλημα αυτό αναφέρεται σε πολλές εργασίες σχετικές με την ερευνητική δραστηριότητα των νοσηλευτών. Για παράδειγμα, οι Woodward και οι συνεργάτες στην εργασία τους με τίτλο « The perceptions and experiences of nurses undertaking research in the clinical setting » (2005) προσπάθησαν να εξετάσουν την νοσηλευτική ερευνητική δραστηριότητα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Μεταξύ άλλων, η μελέτη έδειξε πως ένα από τα θέματα που προβληματίζαν τους κλινικούς νοσηλευτές κατά την πραγματοποίηση ερευνών ήταν η περιορισμένη έκταση της διάδοσης των ερευνητικών συμπερασμάτων μέσω της δημοσίευσης των εργασιών (Woodward *et al*, 2005).

Παράλληλα, η Leckie και οι συνεργάτες (1996) αναφέρουν πως οι νοσηλευτές, λόγω της φύσης της εργασίας τους, δεν έχουν τη δυνατότητα να έχουν άμεση και συνεχή ενημέρωση για τις δημοσιευμένες έρευνες. Οι Blythe και Royle (1993) εξηγούν πως οι νοσηλευτές αναζητούν «ξεκάθαρες κατευθύνσεις από καλά πληροφορημένες πηγές ή υλικό από άμεσες αναφορές γιατί η αναζήτηση πληροφοριών είναι είτε στα πλαίσια της καθημερινής εργασίας τους είτε οφείλονται στις ανάγκες του ασθενούς, οι οποίες απαιτούν συνήθως την άμεση λήψη αποφάσεων». Επίσης, τονίζουν πως επειδή οι νοσηλευτές δεν μπορούν να απομακρύνονται από το χώρο εργασίας τους, χρειάζονται πηγές πληροφοριών που να είναι προσβάσιμες και από το χώρο της νοσηλευτικής

μονάδας. Έτσι, αναδύεται το μεγάλο πρόβλημα της έλλειψης προσβασιμότητας στις πηγές πληροφοριών, το οποίο σύμφωνα με τις Corcoran-Perry και Graves (1990) αποτυπώνεται από τους νοσηλευτές ως εξής «τόσες πολλές πληροφορίες και γνώσεις που βρίσκονται σε λάθος σημεία, ανακριβείς, ασυνεπείς, δυσανάγνωστες ή δυσκολονόητες». Επίσης, σε πολλές έρευνες έχει υπογραμμιστεί το γεγονός ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις βιβλιοθήκες ελάχιστα γιατί δεν γνωρίζουν πώς να το κάνουν. Οι Bunyan και Lutz (1991) υποστηρίζουν πως αν και οι νοσηλευτές δείχνουν θετική στάση απέναντι στις βιβλιοθήκες, ωστόσο, η πλειοψηφία φαίνεται να είναι «μη εξοικειωμένη με τις περισσότερες διαθέσιμες υπηρεσίες και πηγές» (Leckie *et al*, 1996).

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που δρα περιοριστικά στη διάδοση και δημοσίευση των ερευνών είναι και τα προβλήματα που δημιουργούνται κατά τη μετάφρασή τους από τη μία γλώσσα στην άλλη. Οι μεταφράσεις των κειμένων συχνά γίνονται βιαστικά, με αποτέλεσμα να μην είναι πολύ ακριβείς. Επίσης, η αδυναμία απόλυτης μεταφοράς συγκεκριμένων εκφράσεων και όρων από τη μία γλώσσα στην άλλη οδηγεί στην αλλοίωση του ύφους και του νοήματος των κειμένων. Το πρόβλημα αυτό εμφανίζεται σε ακόμα μεγαλύτερο βαθμό στο χώρο της υγείας καθώς υπάρχουν πάρα πολλοί όροι και είναι απαραίτητη η ακριβής μετάφρασή τους. Η σημασία της αυστηρής μεταφοράς μελετών και κειμένων από την μία γλώσσα στην άλλη και των δυσκολιών που παρατηρούνται σε αυτή την προσπάθεια είναι πολλές. Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στο άρθρο των Κάραλη και συν. με τίτλο « Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας “αίσθηση συνεκτικότητας” που δημοσιεύτηκε το 2004 και αφορά την διαδικασία μετάφρασης και στάθμισης από τα αγγλικά στα ελληνικά της κλίμακας “αίσθηση συνεκτικότητας” του Antonovsky (Σπάρος, 2001· Κάραλης και συν., 2004· Deschamps, 2008).

Επίσης, υπάρχει και δυσκολία στην συνεργασία ερευνητών μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά και στην εφαρμογή ερευνητικών αποτελεσμάτων λόγω διαπολιτισμικών διαφορών. Η ποικιλομορφία σχετικά με τις πολιτικές υγείας και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε λαού δυσχεραίνουν την ανταλλαγή γνώσεων μεταξύ των επιστημόνων υγείας και πολλές φορές εμποδίζουν την άμεση εφαρμογή των ερευνητικών αποτελεσμάτων σε πολλά κράτη (Deschamps, 2008· Martin-Arribas *et al*, 2009).

Όσον αφορά την Ελλάδα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε πως αν και οι Έλληνες νοσηλευτές επιδεικνύουν μια θετική στάση απέναντι στην έρευνα και την ερευνητική δραστηριότητα, ωστόσο δεν υπάρχουν δημοσιευμένες μελέτες που να πραγματεύονται τις δυσκολίες και τους περιορισμούς της νοσηλευτικής έρευνας. Παρόλα αυτά, η εμπειρία δείχνει πως οι Έλληνες νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα που αντιμετωπίζουν και οι νοσηλευτές των υπόλοιπων κρατών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τους ορισμούς, που κατά καιρούς έχουν δοθεί στη Νοσηλευτική προκύπτει πως αποτελεί ένα δυναμικό σώμα, που έχει τη δυνατότητα να συνδυάζει γνώσεις από φυσικές, συμπεριφορικές, κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες ενώ, ταυτόχρονα παράγει νέα γνώση μέσα από ένα πλήθος διεργασιών. Έτσι η Νοσηλευτική μεταμορφώνεται σε επιστημονικό κλάδο.

Ο πιο οργανωμένος και συστηματικός τρόπος απόκτησης αξιόπιστης γνώσης είναι η επιστημονική έρευνα. Οι άλλες πηγές γνώσης της Νοσηλευτικής είναι η παράδοση, οι αυθεντίες, η προσωπική εμπειρία, η δοκιμή και το λάθος, η διαίσθηση, ο λογικός συλλογισμός και ο συνδυασμός πληροφοριών. Η νοσηλευτική έρευνα δε διαφέρει από την επιστημονική έρευνα που διεξάγεται από οποιοδήποτε επιστήμονα άλλου τομέα. Χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια των ερευνητών να εφαρμόσουν συστηματικά και αυστηρά τις επιστημονικές μεθόδους, ενώ ο μοναδικός στόχος της είναι η απόκτηση αξιόπιστης και συνεπής γνώσης, ώστε να εξασφαλίζεται η διαρκής βελτίωση της νοσηλευτικής πρακτικής.

Μετά από μια μεγάλη πορεία, η νοσηλευτική ερευνητική δραστηριότητα παρουσιάζει, σήμερα, μια ποσοτική αύξηση. Τα ενδιαφέροντα και οι ανησυχίες των νοσηλευτών καλύπτουν ένα πολύ μεγάλο φάσμα, που ξεκινάει από την προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτή και επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης πολυπλοκότητας και της νοσηλευτικής, ως επιστημονικό τομέα.

Ανάλογα με το αντικείμενο ή το φαινόμενο που εξετάζεται, η νοσηλευτική έρευνα διακρίνεται : στην ιστορική έρευνα, στις έρευνες που μελετούν την ίδια τη νοσηλευτική ως επάγγελμα, τους στόχους και τους σκοπούς της, στις έρευνες που αφορούν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας και του προσωπικού τους στην παροχή υπηρεσιών, στις έρευνες που μελετούν τον τρόπο διοίκησης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και στις έρευνες σχετικά με την εκπαιδευτική διαδικασία.

Στα πλαίσια μιας έρευνας, οι μελετητές, κατά την εκτέλεση των σταδίων της επιστημονικής μεθόδου, έρχονται αντιμέτωποι με πολλές προκλήσεις και, παράλληλα, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν διάφορες ηθικές επιλογές. Επομένως, η ηθική διαχείριση της έρευνας είναι μια βασική προϋπόθεση, που οφείλουν να πληρούν όλοι οι ερευνητές. Στο χώρο της υγείας, καθώς το αντικείμενο εργασίας και μελέτης είναι ο άνθρωπος, είναι επόμενο να δημιουργούνται πολύ σημαντικά ηθικά θέματα.

Κατά τη σύγχρονη εποχή, η ηθική στη Νοσηλευτική συνεπάγεται το σεβασμό για τα ανθρώπινα δικαιώματα όσων δέχονται τη νοσηλευτική φροντίδα και ο ρόλος των νοσηλευτών αναπτύχθηκε ώστε να περιλαμβάνει την προάσπιση των ασθενών, των κοινωνικών ομάδων και του



εργασιακού πλαισίου. Η προσπάθεια των νοσηλευτών για προστασία των ασθενών/ πελατών αντανακλάται και στο πεδίο της νοσηλευτικής έρευνας.

Τα δικαιώματα των ανθρώπων που συμμετέχουν ως υποκείμενα σε μια έρευνα εξασφαλίζονται από τους Κώδικες Ηθικής και από τις Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας της έρευνας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει πως, σε σχέση με τις ερευνητικές μελέτες, τα δικαιώματα των ανθρώπων που πρόκειται να συμμετάσχουν ή συμμετέχουν ως υποκείμενα σε αυτές είναι : α) το δικαίωμα να συμμετέχουν σε έρευνες με επιστημονική ισχύ, β) το δικαίωμα να μην υποστούν οποιαδήποτε σωματική ή ψυχολογική βλάβη, γ) το δικαίωμα να διαφυλαχτεί το απόρρητο των δεδομένων, δ) το δικαίωμα για αυτόβουλη συμμετοχή και ε) το δικαίωμα για πληροφόρηση σχετικά με την έρευνα (Allmark, 2002· Σαχίνη-Καρδάση, 2004).

Ο πολύπτυχος χαρακτήρας του νοσηλευτικού επαγγέλματος, όπως έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες, συνεπάγεται τη γέννηση διαφόρων περιορισμών που δυσχεραίνουν τη νοσηλευτική έρευνα. Συνεπώς, πέρα από τα εμπόδια που οφείλονται στην περιπλοκότητα και την αυστηρότητα της επιστημονικής μεθόδου, οι νοσηλευτές που ασχολούνται με την έρευνα καλούνται να υπερπηδήσουν και κάποια συγκεκριμένα εμπόδια, που φαίνεται να είναι συνέπεια της ιδιαιτερότητας της Νοσηλευτικής.

Κάποιοι από τους παράγοντες που δρουν περιοριστικά για τη διεξαγωγή επιστημονικών ερευνών είναι οι εξής : τα ηθικά ζητήματα (ethics), τα προβλήματα μετρήσεων, τα λάθη στις δοκιμές, η πολυπλοκότητα των υποκειμένων, η ανθρώπινη φύση των ερευνητών και άλλοι γενικοί περιορισμοί. Ενώ, όσον αφορά ειδικά τη νοσηλευτική έρευνα οι ειδικοί περιορισμοί σχετίζονται με την ηθική, το χάσμα μεταξύ των θεωρητικών και κλινικών νοσηλευτών και με την απουσία βιβλιογραφίας και τις μεταφραστικές δυσκολίες.

Οι παράγοντες αυτοί δρουν αποτρεπτικά στην διενέργεια νοσηλευτικών ερευνών. Οι νοσηλευτές διστάζουν να ασχοληθούν με την έρευνα γιατί θεωρούν πως είτε δεν αναγνωρίζεται η προσπάθειά τους είτε γιατί λόγω του φόρτου εργασίας τους δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες μια τόσο δύσκολης και χρονοβόρας διαδικασίας.

Ίσως, όμως, ο πιο σημαντικός παράγοντας που λειτουργεί περιοριστικά στην πραγματοποίηση νοσηλευτικών ερευνών είναι η απουσία των απαραίτητων γνώσεων σχετικά με τη μεθοδολογία έρευνας από τους νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές δείχνουν αδυναμία κατά την αναζήτηση και αξιοποίηση των κατάλληλων πληροφοριών, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα πως είτε δεν γνωρίζουν πώς να κάνουν έρευνα είτε δεν έχουν αναπτύξει αρκετές δεξιότητες κριτικής της έρευνας.

Προκειμένου να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια θα πρέπει να γίνει μια συλλογική προσπάθεια από όλους τους φορείς που σχετίζονται με το νοσηλευτικό κλάδο. Από τη μία, κρίνεται απαραίτητο οι νοσηλευτικές σχολές να δώσουν έμφαση στον τομέα της εκπαίδευσης που αφορά το μάθημα «Μεθοδολογία Έρευνας» ώστε οι σπουδαστές, από πολύ νωρίς να εξοικειώνονται με τις ερευνητικές μεθόδους. Παράλληλα, είναι ανάγκη οι ήδη εργαζόμενοι νοσηλευτές να κατανοήσουν την σημασία της έρευνας, για την πρόοδο της Νοσηλευτικής, και να είναι ενημερωμένοι για την ερευνητική διαδικασία. Για να επιτευχτεί αυτό θα πρέπει τα νοσηλευτικά ιδρύματα να ενισχύσουν το θεσμό της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ώστε το προσωπικό τους να μπορεί να παρακολουθεί τις εξελίξεις και να ενημερώνεται για την πρόοδο των νοσηλευτικών ερευνητικών μεθόδων.

## Βιβλιογραφία

- Allmark P. (2002). The ethics of research with children. *Nurse Researcher*:10(2):7-19
- Andersen L.B. (2007). What determines the behavior and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *Journal of Research in Nursing*:12(2):165-181
- Benhamou-Jantelet G. (2002). Nurses' ethical perceptions of health care and medical clinical research: an audit in a French university teaching hospital. *Nursing Ethics*:9(6):663-671
- Bloy M. (2009). Florence Nightingale (1820-1910). The Victorian Web, literature, history and culture in the age of Victoria. Πρόσβαση 19/2/2009
- Brown L.H., Shah M.N., Menegazzi J.J. (2007). Research quality improvement: drawing lines in the grey zone, *Prehospital Emergency Care*
- Butterworth T. (2009). Rethinking nursing, midwifery and health visiting research; a challenge to the profession. *Journal of Research in Nursing*. <http://jrn.sagepub.com> . Πρόσβαση 2/4/2009
- Fletcher M. (2001). Research probes new nursing roles, impacts [Advanced Nursing Practice: challenges & Opportunities in BC ]. *The Canadian Nurse*
- Hill M.J. (2002). Research nurses and good clinical practice (from the Editor) (Editorial), *Dermatology Nursing*
- International Council of Nurses (ICN). (2006). The ICN Code of Ethics for Nurses. [www.icn.ch](http://www.icn.ch), Πρόσβαση 19/2/2009
- Kim M.J. (2009). Clinical academic research careers in nursing: towards global nursing. *Journal of Research in Nursing*. <http://irn.sagepub.com>. Πρόσβαση 2/4/2009
- Καράλης Ι., Langius Α., Τσιρογιάννη Μ., Feresjö T., Nettelbladt P., Λιονής Χ. (2004). Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*:21(2):195-203
- Κουλούρη Α., Ρούπα Ζ. (2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*:7(4):264-278
- Larkin P.J., Dierckx de Casterlé B., Schotsmans P. (2004). A relational ethical dialogue with research ethics committees. *Nursing Ethics*: 11(3):266-276
- Lavin M.A., Meter G.A., Ellis P. (2007). A dialogue on the future of nursing practice. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*
- Maijala H., Åstedt-Kurki P., Paavilainen E. (2002). Interaction as an ethically sensitive subject of research. *Nurse Researcher*:10(2):20-37

- Mcvicar A., Caan W. (2009). Research capability in doctoral training. Evidence for increased diversity of skills in nursing research. *International Review of Administrative Sciences*: 75(1):79-97
- Northway R., (2002), Commentary, *Nurse Researcher*:10(2):4-6
- Priest H., Roberts P., Woods L. (2002). An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 1: theoretical issues. *Nurse researcher*:10(1):30-42
- Quallich S.A. (2005). The practice of Informed Consent. *AAACN Viewpoint*
- Rassin M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics*: 15(2):234-242
- Rose J., Glass N. (2008). The importance of emancipator research to contemporary nursing practice. *Contemporary Nurse*
- Ross J.A. (2004). Potential barriers to informed consent. *Journal of the Alabama Academy of Science*
- Schafersman S.D. (1994). An introduction to science. *Scientific thinking and the scientific method.* [wolfs@nsrl.rocher.edu](mailto:wolfs@nsrl.rocher.edu). Πρόσβαση 19/2/2009
- Williams C.S. (2007). The research challenge for professions allied to medicine. *Journal of Research in Nursing*: 12(3):227-244
- Woods L., Priest H., Roberts P. (2002). An overview of three different approaches to the interpretation of qualitative data. Part 2: practical illustrations. *Nurse researcher*: 10(1):43-51
- Woodward V., Webb C., Prowse M. (2005). The perceptions and experiences of nurses undertaking research in the clinical setting. *Journal of Research in Nursing*: 10(3):317-336
- Αλεξιάδης Α.Δ. (2000). Η αξιολόγηση του παραϊατρικού προσωπικού του τομέα Υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* :17(2):205-211
- Αλετράς Β.Ο., Μπασιούρη Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ., Νιάκος Δ.Α. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*:26(1):79-89
- Αντύπας Κ. (2004). Ηθικά διλήμματα στην υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Δάνεια μήτρα. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* :21(1):86-96
- Βαλάσση-Αδάμ Ε. (2001). Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* :18(3):216-217
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2005). Εισήγηση για τη συγκρότηση επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας στη βιοϊατρική έρευνα
- Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής. (2008). Γνώμη για την ηθική της έρευνας στις βιολογικές επιστήμες
- Εύδοξος. Εθνικό Αστεροσκοπείο της Εκπαίδευσης. (2000). Περί της επιστημονικής μεθόδου. <http://eudoxos.snd.edu.gr> . Πρόσβαση 24/2/2009

- Ζάχος Ι., Σπάρος Λ. (2006). Κριτήρια αιτιότητας και διερεύνηση των αιτιατών σχέσεων στις επιστήμες υγείας #. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :23(6):615-625
- Κουρκούτα Λ. (2002). Χρονικό της πρώτης διοίκησης του θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός» (1884-1900). Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :19(5):573-576
- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. Κεφάλαιο Ζ'. (2005). Βουλή των Ελλήνων. Πρακτικά της ΚΔ Συνεδρίασης της Ολομέλειας της Βουλής.
- Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 216/25-7-2001. ΦΕΚ 167. Τεύχος Α
- Λάγιου Π., Λάγιου Α., Καλαποθάκη Β., Adami Η.Ο., Τριχόπουλος Δ. (2005). Επιδημιολογική διερεύνηση της αιτιολογίας χρόνιων νοσημάτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :22(1):36-49
- Λάμπρου Α., Σπάρος Λ. (2005). Σχεδιασμός του αντικειμένου των προγνωστικών μελετών θεραπευτικής παρέμβασης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :22(2):192-198
- Μπελλάλη Θ. (2006). Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :23(3):298-307
- Νόμος υπ' αριθμ. 3653. (2008). Θεσμικό πλαίσιο έρευνας και τεχνολογίας και άλλες διατάξεις. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας
- Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ. (2007). Αξιολόγηση της αποδοτικότητας στο χώρο της υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :24(1):34-47
- Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :25(1):73-82
- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :25(1):94-101
- Παρασκευόπουλος Ι. (1993). Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Τόμος 1. Αθήνα.
- Πεχλιβανίδου Α., Σουλιώτης Κ., Καλαφάτη Μ., Μπελλάλη Θ., Τσαμαδιάς Ι., Γιαννακά Φ., Τούντας Γ. (2008), Διερεύνηση των κριτηρίων που επηρεάζουν την επιλογή της ιατρικής ειδικότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :25(2):167-176
- Πολύζος Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος Γ., Ασημακοπούλου Ι., Υφαντόπουλος Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :22(3):284-295
- Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :17(6):627-639

- Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Θ. (2002). Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :19(5):577-589
- Σαπουντζή-Κρέπια Δ. (2005). Σημειώσεις Μεθοδολογία Έρευνας. Θεσσαλονίκη. Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- Σαριβουγιούκας Ι., Βαγγελάτος Α., Κατραβά Α., Καλαμαρά Χ. (2008). Τμήμα επειγόντων περιστατικών και πληροφοριακή υποστήριξη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :25(1):102-110
- Σαχίνη-Καρδάση Α. (2004). Μεθοδολογία έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Αθήνα: ΒΗΓΑ Ιατρικές Εκδόσεις
- Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :25(5):663-672
- Σπάρος Λ. (2001). Η έννοια της νοσηρότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :18(3):303-311
- Φώτης Θ., Κατωπόδη Δ., Παφύλα Ζ. (2007). Ηθικά διλήμματα στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας
- Χρυσάκης Μ., Υφαντόπουλος Γ. (2007). Κοινωνιομετρία και υπηρεσίες υγείας: Ανάλυση των υγειονομικών και διοικητικών δικτύων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής :24(1):93-112