

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δικαιώματα ασθενών έχουν θεσπιστεί νομοθετικά σε όλες τις χώρες του κόσμου με στόχο τη διασφάλιση του επιπέδου φροντίδας ασθενών και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αποτελούν την βάση τους. Μέσα από την ιστορική αναδρομή διαφαίνονται αλλαγές στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών, καθιστώντας το άτομο ως κεντρικό άξονα, αναγνωρίζοντας τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών καθώς και φροντίδας υγείας (Βιβλιάριο δικαιωμάτων ασθενών 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικότερα οι νοσηλευτές σύμφωνα με τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, που απορρέουν από τα Ανθρώπινα Δικαιώματα καθιστώντας σαφές ότι βασικές αρχές στη νοσηλευτική είναι ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στη ζωή, στην αξιοπρέπεια πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό. (The ICN Code of Ethics for Nurses). Οι νοσηλευτές μέσα από την καθημερινή τους επαφή με ασθενείς, ασχολούνται με ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και έτσι υπάρχει επιστάμενη ανάγκη και απαίτηση να είναι γνώστες των δικαιωμάτων. (ICN, Nurses and Human Rights (1998)).

Τα επιτεύγματα στην ιατρική και τη τεχνολογία, έχουν παρατείνει την ζωή των ανθρώπων στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ΜΕΘ, δημιουργώντας ταυτόχρονα ηθικά ζητήματα (Cronqvist et al 2004), σε δικαιώματα ασθενών και συγκεκριμένα την ικανότητα της λήψης απόφασης (Ferrand et al 2001). Οι ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας συχνά στερούνται της ικανότητας λήψης αποφάσεων λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας τους (Curtis and Tonelli 2011). Στις περιπτώσεις της στέρησης αυτής της ικανότητας, οι συγγενείς έχουν τον ρόλο των αποφάσεων σε ότι αφορά τον ασθενή τους (Burchardi 2001). Επιπρόσθετα και οι ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας συχνά στερούνται της ικανότητας λήψης αποφάσεων λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας τους (Curtis and Tonelli 2011).

Και σε αυτές τις περιπτώσεις της στέρησης αυτής της ικανότητας, οι συγγενείς έχουν τον ρόλο των αποφάσεων σε ότι αφορά τον ασθενή τους (Burchardi 2001).

Σύμφωνα με κάποιες μελέτες οι νοσηλευτές ΜΕΘ, βιώνουν συχνά το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου (McClendon, Buckner 2007, De Villers and DeVon 2012). Το ηθικό αδιέξοδο είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που δημιουργείται όταν κάποιος αναγκάζεται να συμπεριφερθεί με ένα τέτοιο τρόπο, που παραβιάζει τα προσωπικά του πιστεύω και τις αξίες για το τι είναι σωστό και τι λάθος, (Fenton 1988).

Η διερεύνηση των στάσεων και των γνώσεων νοσηλευτών ΜΕΘ, των ασθενών και των συγγενών τους για τα δικαιώματα ασθενών και η συσχέτιση τους με την συχνότητα και την ενόχληση του ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών ΜΕΘ, αποτελεί τους στόχους της μελέτης αυτής.

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1. Σπουδαιότητα Προβλήματος διερεύνησης γνώσεων και στάσεων δικαιωμάτων ασθενών

Στην εντατική θεραπεία η φροντίδα και η νοσηλεία των ασθενών ταυτίζεται με την αντιμετώπιση καταστάσεων ηθικών ζητημάτων (Cronqvist et al 2004). Μεταξύ των σοβαρών ηθικών και νομικών προβλημάτων που υπάρχουν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, συγκαταλέγονται τα δικαιώματα των ασθενών και συγκεκριμένα η ικανότητα της λήψης απόφασης (Ferrand et al 2001). Οι ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας συχνά στερούνται της ικανότητας λήψης αποφάσεων λόγω της σοβαρότητας της ασθένειάς τους (Curtis and Tonelli 2011). Στις περιπτώσεις της στέρησης αυτής της ικανότητας, οι συγγενείς έχουν τον ρόλο των αποφάσεων σε ότι αφορά τον ασθενή τους (Burchardi 2001).

Τα δικαιώματα των ασθενών έχουν θεσπιστεί νομοθετικά σε διάφορες χώρες, με στόχο την υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ειδικότερα των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας αφορούν το κύριο δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής, της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενών καθώς και αυτό της φροντίδας υγείας (Βιβλιάριο δικαιωμάτων ασθενών, 2015). Τα δικαιώματα των ασθενών, αποτελούν παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας τους (Βιβλιάριο δικαιωμάτων ασθενών, 2015) και για τη διεκπεραίωση αυτού του παράγοντα, υπάρχει ανάγκη ενημέρωσης των πολιτών για την ύπαρξη των δικαιωμάτων αυτών. Η ενημέρωσή τους διεκπεραιώνεται μέσω της πληροφόρησης των ασθενών, η οποία αποτελεί την βασική αρχή που διέπει τα δικαιώματα ασθενών (Πολυκανδριώτη Μ 2010, 2011).

Σύμφωνα με τους κώδικες νοσηλευτικής δεοντολογίας και διεθνείς αρμοδιότητες νοσηλευτών, ο νοσηλευτής διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη εκπαίδευση του ασθενούς αναφορικά με τα δικαιώματά του. Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να διαφυλάξουν τα δικαιώματα των ασθενών, οπουδήποτε

και οποτεδήποτε. Η Αμερικανική Ένωση νοσοκομείων της ΑΗΑ, γνωστοποιεί ότι όλοι οι ασθενείς και όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γνωρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών. (Miracle, 2011).

Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας τους για τα δικαιώματα των ασθενών, ώστε να βοηθούν τους ασθενείς να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα δικαιώματά τους (Parsons 2002). Οι νοσηλευτές είναι οι πιο κατάλληλοι επαγγελματίες υγείας, για να αναλαμβάνουν το έργο της ενημέρωσης των ασθενών για την προώθηση, την προστασία και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους, διότι βρίσκονται πιο κοντά στους ασθενείς (Merakou et al. 2001). Ο ρόλος αυτός των νοσηλευτών θα επιτευχθεί με την εκπαίδευση για τα δικαιώματα των ασθενών. Η διδασκαλία της νοσηλευτικής ηθικής και δεοντολογίας υπάρχει σε όλα τα πανεπιστήμια στο προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο. Ο σκοπός αυτού του μαθήματος, είναι να εφοδιάσει τους φοιτητές νοσηλευτικής με τις γνώσεις σχετικά με τα δικαιώματα ασθενών (Aydin Er R et al.2014). Ο στόχος αυτός της εκπαίδευσης είναι ο ασθενής να μπορεί να πάρει τις σωστές επιλογές και αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Άρα, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι γνώστες των δικαιωμάτων των ασθενών, με στόχο να καθοδηγούν και να δίνουν σωστές οδηγίες στους ασθενείς (Parsons 2002).

Οι συγγενείς των ασθενών ΜΕΘ, διαδραματίζουν καθοριστικό παράγοντα ως συνήγοροι και εκπρόσωποι των ασθενών, που δεν έχουν τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων λόγω της πάθησης και της κατάστασης της υγείας τους, (Harcey 1999, Burchardi 2001, Maxwell et al. 2007, Mitchell et al. 2009). Οι συγγενείς για να λειτουργούν ως συνήγοροι και εκπρόσωποι των ασθενών, πρέπει να είναι γνώστες του περιεχομένου της νομοθεσίας της χώρας τους για τα δικαιώματα των ασθενών.

Στην Κύπρο σύμφωνα με δηλώσεις της βουλευτή Στέλλας Κυριακίδου, (Μάρτιος 2012) παρουσιάζονται τεράστια προβλήματα στην εφαρμογή της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο. Λόγοι των οποίων προβλημάτων εντοπίζονται στην μη εφαρμογή του νόμου, τονίζοντας ότι «ενώ η νομοθεσία αυτή έχει ψηφιστεί από το 2005, δεν έχει ουσιαστικά εφαρμοστεί» και συνεχίζει, λέγοντας ότι «διαπιστώθηκε για πολλοστή φορά, η έλλειψη σωστής ενημέρωσης, όχι μόνο ως προς τους ασθενείς αλλά και ως προς τους παροχείς υγείας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει σεβασμός των λειτουργών δικαιωμάτων

των ασθενών, των επιτρόπων και των διαδικασιών». Σε έρευνα της Στέλλας Μουστάκα Playbell το 2009, που είναι και η μόνη που έγινε σε Κυπριακό πληθυσμό αναφορικά με τις γνώσεις των Κυπρίων για τα δικαιώματα ασθενών, η πλειοψηφία (60%) δεν γνώριζαν την ύπαρξη της Νομοθεσίας, και οι πλείστοι (75%) από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και (55%) από τα δημόσια νοσηλευτήρια. (Dr. Stella Moustaka Playbell 2005).

Ο Υπουργός Υγείας στις 7 Απριλίου 2015, μία μέρα πριν την Ευρωπαϊκή μέρα για τα δικαιώματα ασθενών, δήλωσε ότι οι Κύπριοι ασθενείς δεν είναι ενήμεροι για τα δικαιώματα ασθενών και έστρεψε όλους τους πολίτες να ενημερωθούν για τα δικαιώματά τους. Επιπλέον τόνισε ότι γίνεται προσπάθεια ενημέρωσης από το Υπουργείο Υγείας (Φιλελεύθερος 2015).

Το επίπεδο φροντίδας για την υγεία των ασθενών διασφαλίζεται με την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Η προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στις προτεραιότητες των φορέων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και θεωρείται ως δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας κάθε κράτους. (Joolae et al 2007). Η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον παράλληλα με το ενδιαφέρον των διεθνών οργανώσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα. (WHO Regional Office for Europe, The Nordic Council of Ministers, The Nordic School of Public Health 1999). Πολλές χώρες έχουν προσδιορίσει νομοθετικά τα δικαιώματα των ασθενών, η εφαρμογή των οποίων επιβάλλεται και ελέγχεται μέσα από τις υπηρεσίες του κάθε κράτους (Joolae and Hajibabae 2012).

Η Βουλή των Αντιπροσώπων της Κύπρου καθόρισε και ψήφισε τον «Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμο του 2005», θεσπίζοντας τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας. Ο ορισμός και η εφαρμογή της νομοθεσίας των δικαιωμάτων των ασθενών καθορίζει και τη σχετική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας.

Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) χαρακτηρίζονται από προηγμένη τεχνολογία, υψηλό ρυθμό εργασίας και κρίσιμες αποφάσεις για θέματα ζωής και θανάτου σε βαρέως πάσχοντες. Η παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς με κρίσιμες και ταχέως μεταβαλλόμενες παθοφυσιολογικές διαταραχές, ενέχει πολλά ηθικά διλήμματα και νομικές ευθύνες τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους συγγενείς ασθενών. Επιπλέον η ελάχιστη, ή, η

απουσία δυνατότητας επικοινωνίας των ασθενών με το περιβάλλον τους, τους καθιστά συχνά ανήμπορους να δηλώσουν τις ανάγκες, προτιμήσεις τους και να εξασκήσουν αυτοβούλως τα δικαιώματά τους. Οι επαγγελματίες υγείας και ειδικά οι νοσηλευτές εντατικών μονάδων νοσηλείας, πρέπει να συνηγορούν υπέρ των δικαιωμάτων των ασθενών, σεβόμενοι τις βασικές αξίες και πεποιθήσεις των ασθενών (Hanks 2007).

Σύμφωνα με την Κυπριακή Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, παρατηρούνται κενά και προβλήματα στην εφαρμογή της Νομοθεσίας για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, ειδικότερα ως προς την ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους και τη διαδικασία υποβολής/εξέτασης των παραπόνων τους. Επίσης, δεν υπάρχει προηγούμενη μελέτη στην Κύπρο για τα δικαιώματα ασθενών εντατικής θεραπείας, που και διεθνώς η σχετική ερευνητική βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη και εμφανίζει κενά.

Ενώ τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει διάφορες μελέτες που διερευνούν το επίπεδο πληροφόρησης των ασθενών για τα δικαιώματά τους, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει τις γνώσεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το επίπεδο προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για τα δικαιώματα ασθενών στις μονάδες εντατικής θεραπείας.

Η έρευνα είναι χρήσιμη όχι μόνο γιατί προσπαθεί να περιγράψει τις στάσεις και τις αντιλήψεις για τα δικαιώματα των ασθενών, αλλά και επειδή προσπαθεί να περάσει σε μια πολύ ευαίσθητη περιοχή, τις μονάδες εντατικής θεραπείας. Δεδομένου ότι η έννοια «δικαιώματα των ασθενών», είναι ακόμα συγκριτικά νέα στην Κύπρο, δεν υπάρχει καμία σχετική δημοσίευση της Κύπρου, γεγονός που δίνει σε αυτόν τον τομέα το ενδιαφέρον για να εξερευνηθεί. Η έρευνα για τα δικαιώματα των ασθενών και ο βαθμός στους οποίους αυτοί ασκούνται και γίνονται σεβαστοί, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών, των ασθενών και των συγγενών, αποκαλύπτουν την υπάρχουσα κατάσταση όχι μόνο στον νοσηλευτικό τομέα αλλά στο ευρύτερο πολιτιστικό πλαίσιο της κοινωνίας.

Το ηθικό αδιέξοδο (moral distress), είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται σε επαγγελματίες υγείας στο χώρο της υγείας. Χαρακτηρίζεται ως δυσάρεστο συναισθήματα, ή/και ψυχολογική ανισορροπία που προκύπτει σε καταστάσεις όπου ο νοσηλευτής αναγκάζεται να συμπεριφερθεί με τέτοιο τρόπο που να παραβιάζει τα προσωπικά του πιστεύω και αξίες για

το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος. Ως εκ τούτου, άτομα σε ηθικό αδιέξοδο ενεργούν κατά τρόπο σε αντίθεση με τις προσωπικές και επαγγελματικές τους αξίες. (AACN, 2004, Fenton 1988, Jameton 1993). Η διερεύνηση της συσχέτισης της συχνότητας και ενόχλησης του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών ΜΕΘ, με την Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ, δεν έχει διερευνηθεί ξανά και αποτελεί καινοτομία βιβλιογραφικά, εγκαινιάζοντας ένα νέο ορίζοντα μελέτης, αυτών των δύο σχέσεων, των δικαιωμάτων των ασθενών και του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου.

1.1. Χρησιμότητα της μελέτης

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναμένεται να αναδείξουν τις στάσεις και το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών ΜΕΘ, των ασθενών και συγγενών τους για τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο, όπου θα γίνουν και συγκρίσεις μεταξύ των τριών αυτών ομάδων. Επιπρόσθετα, θα παρουσιαστεί το επίπεδο συσχέτισης του ηθικού αδιεξόδου με τα δικαιώματα ασθενών - νοσηλευτών ΜΕΘ, αναδεικνύοντας ένα καινοτόμο τομέα συσχέτισης στην βιβλιογραφία. Η καινούρια αυτή γνώση θα αποτελέσει το έναυσμα για μελλοντικές μελέτες σε αυτούς τους τομείς και σε άλλους τομείς της νοσηλευτικής γενικότερα.

Με την επίτευξη αυτής της μελέτης, θα κοινοποιηθούν τα αποτελέσματα στο Υπουργείο Υγείας καθώς και στην νοσηλευτική εκπαίδευση γενικότερα, με στόχο την ενίσχυση της προσπάθειας του Υπουργείου για ενημέρωση του κοινού και την ενίσχυση των μαθημάτων για τα δικαιώματα ασθενών σε φοιτητές νοσηλευτικής αλλά και την ύπαρξη παροδικών μαθημάτων ενίσχυσης των γνώσεων σε εν ενεργεία νοσηλευτές.

1.2 Σκοπός της παρούσας μελέτης

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση στάσεων και γνώσεων ενήλικων ασθενών, συγγενών και νοσηλευτών ως προς τα δικαιώματα ασθενών στην Κύπρο και η διερεύνηση και συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας.

1.3 Επιμέρους στόχοι

Στο πλαίσιο αυτό θα διερευνηθούν και οι επιμέρους στόχοι:

1. Διερεύνηση και σύγκριση στάσεων και γνώσεων ασθενών, συγγενών τους και νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών με την Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ.
2. Συσχέτιση στάσεων ασθενών, συγγενών και νοσηλευτών ΜΕΘ με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και μεταβλητές.
3. Συγκρίσεις στάσεων και γνώσεων νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών ανά επαρχία, και μεταξύ ιδιωτικών και δημοσίων νοσηλευτηρίων
4. Μέτρηση της συχνότητας και έντασης του ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών ΜΕΘ με την Κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley.
5. Συσχέτιση της συχνότητας και έντασης του ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών ΜΕΘ με την Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

2.1 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.2 Ιστορικές καταβολές δικαιωμάτων ασθενών

Ιστορικά η έννοια των δικαιωμάτων των ασθενών συνδέεται άμεσα με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τα ανθρώπινα δικαιώματα απορρέουν μέσα από την πολιτική, τη φιλοσοφική και τη κοινωνική εξέλιξη (Χρυσοσπάθη και Παπαθανάσογλου 2009). Τα ανθρώπινα δικαιώματα συνδέονται με την ιστορία της ανθρωπότητας και της ανθρώπινης εξέλιξης (Χρυσοσπάθη και Παπαδάτου 2006) όπου διαμορφώθηκαν μέσα από την εξέλιξη της ιστορίας και κατοχυρώθηκαν μέσω διακηρύξεων και διατάξεων.

Τα δικαιώματα των ασθενών περιλαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας, ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρεπούς μεταχείρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα προστασίας της υγείας. (Νομοθεσία 1(1)2005, Νόμος που προνοεί για την κατοχύρωση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και περί συναφών θεμάτων, Προοίμιο).

Τα δικαιώματα των ασθενών απασχολούσαν τα κοινωνικά σύνολα από τα αρχαία χρόνια. Οι πρώτοι κανόνες για τα δικαιώματα θεσπίστηκαν για τις υποχρεώσεις των ιατρών μέσα από τον Κώδικα του βασιλιά Hammurabi (περίπου το 1700 π.Χ.), όπου για πρώτη φορά ορίζονται οι υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στους ασθενείς τους (Peel 2005). «Αν ένας ιατρός διανοίξει όγκο ελευθέρου άνδρα με μεταλλικό μαχαίρι και του γιατρέψει τον οφθαλμό, θα αμειφθεί με πέντε αργυρά νομίσματα. Αν ο ελεύθερος ανδρας πεθάνει εξαιτίας των χειρισμό του γιατρού, θα του κοπούν τα χέρια, Αν ο γιατρός προκαλέσει θάνατο ενός σκλάβου τότε πρέπει να τον αντικαταστήσει» (Ιστορία της Ιατρικής και της Τεχνολογίας, 2005).

Στην ελληνική ιστορία τα δικαιώματα των ασθενών προασπίζονται μέσα από τον Ιπποκρατικό νόμο του 5ο αιώνα π.Χ. επιβάλλοντας στον ιατρό τον σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενούς (Nutton.1995). Στις σχέσεις ιατρού και ασθενούς υπήρχε εχεμύθεια. Τον 4ο αιώνα π.Χ., όλοι οι ιατροί ορκίζονταν στον Απόλλωνα, τον γιατρό, στον Ασκληπιό, στην Υγεία, στην Πανάκεια και σε όλους τους θεούς, ότι όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δουν ή θα ακούσουν, ή, πέρα από τις ασχολίες τους στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπούν υπολογίζοντας ότι αυτά είναι μυστικά. (Κωνσταντινίδης, 2006) Το καθήκον εχεμύθειας συναντάται ήδη στους θεραπευτές της αρχαίας Βαβυλώνας.

Στην δυτική Ευρώπη στα χρόνια του Μεσαίωνα ένα μεγάλο μέρος των ιατρικών γνώσεων και πρακτικών, από την αρχαιότητα χάθηκαν και κύριος φορέας της υγείας καθιερώθηκε η εκκλησία και ειδικότερα στα χέρια των μοναχών. Τα μοναστήρια μεταβλήθηκαν σε Ασκληπιεία του χριστιανικού κόσμου μέχρι την Αναγέννηση βασισμένα κοσμοθεωρία του χριστιανισμού. «Πάνω και πριν από κάθε τι άλλο πρέπει να νοσηλεύουμε τους ασθενείς υπηρετώντας τους όπως θα υπηρετούσαμε τον ίδιο το Χριστό...» (Άγιος Βενέδικτος 2008).

Στην Αγγλία το 1689, διαμόρφωσαν την «Διακήρυξη των δικαιωμάτων του ανθρώπου» (Bill of rights). Ο θεολόγος Thomas Gisborne (1758-1846) στο βιβλίο του “Citizens’ duties” στο κεφάλαιο για τα «καθήκοντα του ιατρού προς τον ασθενή», αναφέρει ότι ο ασθενής έχει δικαιώματα και ιατρός οφείλει να επιστρατεύσει όλες τις ικανότητες του να τον θεραπεύσει, (K. Merakou et al 2001). Στην Αμερικάνικη ήπειρο θεσπίστηκαν τα δικαιώματα του ανθρώπου με την «Διακήρυξη της ανεξαρτησίας» το 1774. (Chrisospathe, & Garanis-paradatos, 2006). Στη Γαλλική Εθνοσυνέλευση το 1793, καθιερώνεται το πρώτο δικαίωμα του ασθενούς ορίζοντας ότι κάθε ασθενής δικαιούται να έχει ένα κρεβάτι και τα κρεβάτια σε χώρους υγείας να απέχουν τουλάχιστο 3 πόδια (Merakou et al. 2001).

Πιο πρόσφατα στην Νέα Υόρκη ο Δικαστής Cardozo στην δίκη Schloendorff v Society of New York Hospitals το 1914, είχε πρώτος αναγνωρίσει το δικαίωμα του ασθενούς για συναίνεση, λέγοντας “Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body; and a surgeon who performs an operation

without his patient's consent commits an assault, for which he is liable in damages.”
Schloendorff v Society of New York Hospitals. 105 NE 92 (NY 1914).

Ωστόσο η περίοδος μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο και ειδικά με τη δίκη της Νυρεμβέργης, αποτέλεσε τον ακρογωνιαίο λίθο για την προστασία των ασθενών, θεσπίζοντας τον Κώδικα της Νυρεμβέργης το 1948 (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1984).

Σήμερα η εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών απορρέει από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Οι Διεθνείς Συνθήκες προάσπισης και κατοχύρωσης των Θεμελιωδών Ανθρώπινων Δικαιωμάτων είναι οι παρακάτω:

- 1948 - Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα
- 1950 – Η Σύμβαση του Συμβουλίου τα Ευρώπης για την προάσπιση των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών
- 1961 – Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Καταστατικός Χάρτης
- 1966 – Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα

Πρέπει να τονιστεί ότι η Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και ιδιαίτερα το άρθρο 25, το οποίο αναφέρεται στο καθολικό δικαίωμα στην υγεία και στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αποτέλεσε ένα σημαντικό πρώτο βήμα για την καθιέρωση της έννοιας των δικαιωμάτων των ασθενών – δικαιώματα, τα οποία απορρέουν από τη διακήρυξη που αναφέρει ότι «η αναγνώριση της αξιοπρέπειας, που είναι σύμφυτη σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και των ίσων και αναπαλλοτρίωτων δικαιωμάτων τους αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο».

2.3 Ανθρώπινα δικαιώματα

Τα ανθρώπινα δικαιώματα που προβλέπονται στην οικουμενική διακήρυξη των Η.Ε. είναι:

1. Η υποχρέωση όλων των κρατών μελών να σέβονται τα ανθρώπινα δικαιώματα.
2. Δικαίωμα στη ζωή.
3. Απαγόρευση βασανιστηρίων.
4. Απαγόρευση κάθε μορφής δουλείας και καταναγκαστικής εργασίας.
5. Δικαίωμα στην ελευθερία και ασφάλεια.
6. Δικαίωμα της «δίκαιης δίκης».
7. Καμιά τιμωρία χωρίς αυτή να προβλέπεται από νόμο.
8. Δικαίωμα του σεβασμού της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής.
9. Ελευθερία της σκέψης, συνείδησης και θρησκείας.
10. Ελευθερία της έκφρασης.
11. Ελευθερία του συναθροίζεσθαι και συνεταιρίζεσθαι.
12. Ελευθερία του παντρεύεσθαι.
13. Δικαίωμα αποτελεσματικής θεραπείας.
14. Απαγόρευση διακρίσεων.
15. Δικαίωμα για επιβολή περιορισμών σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης.
16. Επιβολή περιορισμών – απαγορεύσεων πολιτικής δραστηριότητας αλλοδαπών.
17. Απαγόρευση κατάχρησης δικαιωμάτων.
18. Περιορισμός απαγορεύσεων ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

2.3.1 Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Κύπρο

Στην Κύπρο τα ανθρώπινα δικαιώματα κατοχυρώνονται με ποικίλους τρόπους.

Από το 1960, δυνάμει της συνθήκης εγκαθίδρυσης της Κυπριακής Δημοκρατίας (άρθρο 5), προβλέπεται ότι η Δημοκρατία της Κύπρου «διασφαλίζει στον καθένα εντός της δικαιοδοσίας της τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες εν συγκρίσει με αυτές που τίθενται στο άρθρο 1 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και Θεμελιωδών Ελευθεριών που υπογράφηκαν στη Ρώμη στις 4 Νοεμβρίου 1950 και στο Πρωτόκολλο της Σύμβασης αυτής που υπογράφηκε στο Παρίσι στις 20 Μαρτίου 1952».

Το άρθρο 179 του Συντάγματος μας ρητά αναφέρει ότι, το Σύνταγμα αποτελεί τον υπέρτατο Νόμο της Κυπριακής Δημοκρατίας και ως τέτοιο διασφαλίζει όχι μόνο τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις ελευθερίες, αλλά προβλέπει και τους τρόπους της αποτελεσματικής εφαρμογής τους.

Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αποτελεί μέρος του Κυπριακού Δικαίου με βάση το Ν. 39/62, που κύρωσε τη Σύμβαση και σύμφωνα με το 169 του Συντάγματος έχει αυξημένη ισχύ έναντι οποιουδήποτε απλού νόμου.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα και ελευθερίες, προστατεύονται από το Μέρος II του Συντάγματος στα άρθρα 6-35.

Πρότυπο για το περιεχόμενο και τις διασφαλίσεις τους αποτέλεσε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είχαν άμεση επίδραση σε ολόκληρο το φάσμα του δικαίου, με αποτέλεσμα την αναμόρφωση του, σύμφωνα με τις αρχές τους:

- 1) ως προς την προσαρμογή του προϊσχύσαντος στη Δημοκρατία δικαίου,
- 2) ως προς την κρίση της συνταγματικότητας μεγάλου αριθμού νομοθετημάτων και κανονισμών.

Θεσμοί και μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου.

Η εφαρμογή των Διεθνών συμβάσεων για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων παρακολουθείται και ελέγχεται από:

- α) τα Δικαστήρια της Δημοκρατίας
- β) την Επίτροπο Διοικήσεως
- γ) τις Επιτροπές παρακολούθησης (Α.Δ. Ι & Παρ. κατά μελών της Αστυνομίας)
- δ) το ενιαίο Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης στο Στρασβούργο.
- ε) τον εθνικό Οργανισμό προστασίας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στ) την Επιτροπή Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Βουλής των Αντιπροσώπων.
- ζ) μη κυβερνητικές Οργανώσεις (Δένα Θεοδώρου, Δικηγόρος της Δημοκρατίας)

2.4 Δικαιώματα Ασθενών

Η Ιατρική Δεοντολογία και Ηθική αποτέλεσαν τη βάση για την καθιέρωση των κωδικών και κανονισμών για τα δικαιώματα των ασθενών με βάση τις διακηρύξεις και πρωτοβουλίες της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας (World Medical Association). Οι κυριότερες είναι οι εξής:

- 1948 - Γενεύη- Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας για τη σύγχρονη έκφραση του Ιπποκράτειου Όρκου
- 1949 - Λονδίνο – Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας
- 1964 - Ελσίνκι – Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας για τον πειραματισμό στον άνθρωπο
- 1973 – Απόφαση της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας για τις διακρίσεις στην Ιατρική
- 1973 – Διακήρυξη Ευρωπαϊκής Ένωσης Γενικών Ιατρών για το ιατρικό απόρρητο

- 1975 - Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας για τα βασανιστήρια ή άλλες αποτρόπαιες ή εξευτελιστικές αγωγές
- 1979 – Βέλγιο - Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς κατά το Βελγικό Δίκαιο
- 1981 – Λισσαβόνα – Διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρίας για τα Δικαιώματα του Ασθενή

Το πρώτο επίσημο κείμενο για τα δικαιώματα ασθενών έχει δημιουργηθεί στις Η.Π.Α. το 1973, από την Αμερικάνικη Νοσοκομειακή Εταιρία (American Hospital Association) και πρόκειται για τον Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς (Patients' Bill of Rights). (Fluss SS, 1993).

Στην Ευρώπη, χαρακτηριστικό στοιχείο μέχρι το 1993, ήταν το ενδιαφέρον για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τα δικαιώματα των ασθενών. Η πρώτη διατύπωση των δικαιωμάτων των ασθενών έγινε στην Γαλλία το 1974 με το “Chapter of Patients' Rights and Obligations”(Fluss SS, 1993). Το 1979 θεσπίστηκε ο Χάρτης του Νοσοκομειακού Ασθενούς από τη Νοσοκομειακή Επιτροπή της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας. Αργότερα, σύμφωνα με τη Διακήρυξη του Άμστερνταμ ορίστηκε για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών (1994):

«Οι ασθενείς έχουν το θεμελιώδες δικαίωμα στον ιδιωτικό βίο, στην εμπιστευτικότητα, στην αποδοχή ή την απόρριψη της θεραπείας και στην πληροφόρηση σχετικά με τους κινδύνους που ενέχουν οι ιατρικές διαδικασίες»

Η εν λόγω Σύμβαση, έθεσε στέρεα θεμέλια πάνω στα οποία μπορούν να στηριχθούν τα δικαιώματα των ασθενών, σε συνδυασμό με την κατάλληλη εθνική νομοθεσία και τους χάρτες.

Ακολουθώντας το παράδειγμα των διεθνών συμβουλίων και οργανισμών, οι οποίοι καθόρισαν και θεσμοθέτησαν τα δικαιώματα των ασθενών, βασιζόμενοι στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών του 2002, ανέπτυξαν και θεσμοθέτησαν στην Κύπρο τον «περί της κατοχύρωσης και της προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών Νόμο του 2005». Στην Κύπρο με την θέσπιση της νομοθεσίας δημιουργήθηκαν ταυτόχρονα αποτελεσματικοί μηχανισμοί για την παρακολούθηση του σεβασμού των δικαιωμάτων των

ασθενών, με την τοποθέτηση σε όλα τα μεγάλα νοσηλευτήρια, λειτουργών για τα δικαιώματα των ασθενών.

2.4.1 Διακηρύξεις και Οδηγίες για τα δικαιώματα ασθενών

2.4.1.1 Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών της Ρώμης (1950)

Σκοπός της Σύμβασης ήταν η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών. Με τη Σύμβαση αυτή ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, στο οποίο οι πολίτες μπορούν να προσφύγουν σε αυτό όταν θεωρούν ότι έχουν παραβιαστεί τα δικαιώματά του σύμφωνα με τη Σύμβαση. Η Σύμβαση παραμένει η μόνη διεθνής συμφωνία για τα ανθρώπινα δικαιώματα που παρέχει αυτό τον υψηλό βαθμό προστασίας του ατόμου, καθώς και τον ενεργό ρόλο του στη διεθνή σκηνή. Η Σύμβαση περιλαμβάνει αρκετά άρθρα και πρωτόκολλα (Ελληνική Επιτροπή Διεθνούς Αμνηστίας, 1992).

2.4.1.2 Διακήρυξη της Λισσαβόνας 1981

Η Διακήρυξη της Λισσαβόνας, θεσμοθέτησε τα νομικά δικαιώματα του ασθενούς και χαρακτηρίστηκε ως οδηγός δεοντολογίας προς τους ιατρούς και περιλάμβανε έξι ενότητες:

- ✓ Το δικαίωμα σε ιατρικής περίθαλψη υψηλής ποιότητας.
- ✓ Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής, (ο ασθενής έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον ιατρό του ελεύθερα).
- ✓ Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να περιθάλπεται από ένα ιατρό, που είναι ελεύθερος να προβαίνει σε κλινικές και ηθικές κρίσεις ελεύθερα χωρίς καμία εξωτερική παρέμβαση.
- ✓ Το δικαίωμα σε αυτοδιάθεση, ο ασθενής έχει δικαίωμα να αποδέχεται ή να αρνείται παροχή θεραπείας αφού λάβει επαρκή ενημέρωση.

- ✓ Το δικαίωμα σε εχεμύθεια, ο ασθενής έχει δικαίωμα προσδοκίας ότι ο ιατρός θα σεβαστεί την εμπιστευτική φύση όλων των ιατρικών λεπτομερειών και προσωπικών του δεδομένων.
- ✓ Το δικαίωμα της αξιοπρέπειας.
- ✓ Το δικαίωμα σε θρησκευτική βοήθεια, ο ασθενής έχει δικαίωμα να λάβει ή να απορρίψει κάθε πνευματική ή ηθική ανακούφιση που συμπεριλαμβάνει τη βοήθεια από ιερέα ανάλογης θρησκείας.

2.4.1.3 Διακήρυξη του Άμστερνταμ

Παγκοσμίως το πρώτο επίσημο σχετικό κείμενο αποτέλεσε η Διακήρυξη του Άμστερνταμ για την προαγωγή των Δικαιωμάτων των ασθενών το 1994. Πραγματοποιήθηκε στις 28-30 Μαρτίου 1994 υπό την αιγίδα του Περιφερειακού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη. Στόχος της συνδιάσκεψης ήταν ο καθορισμός στρατηγικών ανάπτυξης για τη προώθηση των Δικαιωμάτων των Ασθενών στα διάφορα κράτη. Τα δικαιώματα Ασθενών σύμφωνα με την Διακήρυξη του Άμστερνταμ περιελάμβαναν τα εξής κεφάλαια (WHO 1994):

- Τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις αξίες στο χώρο της υγείας,
- την πληροφόρηση,
- τη συγκατάθεση,
- την ιδιωτικότητα,
- την εμπιστευτικότητα,
- τη φροντίδα,
- τη θεραπεία,
- την εφαρμογή όλων αυτών των παραμέτρων

2.4.1.4 Χάρτης της Λουμπλιάνα για την αναμόρφωση των Υπηρεσιών Υγείας

Ο Χάρτης για τη Μεταρρύθμιση των Υπηρεσιών Υγείας, ο οποίος καταρτίστηκε από τη ΠΟΥ το 1996 στη Λουμπλιάνα, περιλαμβάνει μια σειρά από συστάσεις, οι οποίες αποσκοπούν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα κράτη μέλη της ΠΟΥ. Ο χάρτης επικεντρώθηκε στην αρχή που καθορίζει ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, θα πρέπει πρωτίστως να οδηγεί σε καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής. Βασιζόμενος στα παραδείγματα των κυρίως ευρωπαϊκών χωρών που είχαν επιχειρήσει την υλοποίηση μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, ο Χάρτης διακηρύσσει ότι η γενική υγεία ενός πληθυσμού, συνιστά έναν χρήσιμο δείκτη κοινωνικής ανάπτυξης. Οι υπουργοί Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που συμμετείχαν στη Διάσκεψη της Λουμπλιάνα, παρότρυναν τους πολίτες, τους οργανισμούς και τις κυβερνήσεις να αναγνωρίσουν την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επί της βάσεως ορισμένων θεμελιωδών αρχών. Ο Χάρτης της Λουμπλιάνα, έδωσε μεγάλη έμφαση στο δικαίωμα των πολιτών να συμμετέχουν στη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας, τονίζοντας τη σημασία της ανοικτής επικοινωνίας και της πρόσβασης σε πληροφορίες για ζητήματα μείζονος ενδιαφέροντος, όπως:

- ✓ Η ποιότητα των υπηρεσιών.
- ✓ Η διαχείριση των καταλόγων αναμονής.
- ✓ Ο χειρισμός των καταγγελιών.

2.4.1.5. Σύμβαση του Οβιέδο 1997

Τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, άλλα κράτη και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, υπέγραψαν τη Σύμβαση του Οβιέδο για την προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Αξιοπρέπειας του ατόμου, σε σχέση με τις εφαρμογές της Βιολογίας και της Ιατρικής. Η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Oviedo της Ισπανίας. Η Σύμβαση ετοιμάστηκε βασισμένη σε διεθνείς διακηρύξεις, συμβάσεις και χάρτες και περιλαμβάνει 14 κεφάλαια και 38 άρθρα τα οποία είναι:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Γενικές Διατάξεις

Άρθρο 1: Προθέσεις και στόχους.

Άρθρο 2: Το προβάδισμα του ανθρώπινου όντος.

Άρθρο 3: Ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη.

Άρθρο 4: Επαγγελματικά πρότυπα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Συναίνεση

Άρθρο 5: Γενικός κανόνας.

Άρθρο 6: Προστασία των προσώπων που βρίσκονται σε αδυναμία να συναινέσουν.

Άρθρο 7: Προστασία των ατόμων που πάσχουν από διανοητική διαταραχή.

Άρθρο 8: Επείγουσες καταστάσεις.

Άρθρο 9: Επιθυμίες εκφρασθείσες εκ των προτέρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση.

Άρθρο 10: Προσωπική ζωή και δικαίωμα στην ενημέρωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ανθρώπινο γονιδίωμα.

Άρθρο 11: Απαγόρευση διακρίσεων.

Άρθρο 12: Γενετικές εξετάσεις που έχουν τη δυνατότητα πρόβλεψης.

Άρθρο 13: Επεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα.

Άρθρο 14: Απαγόρευση επιλογής του φύλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Επιστημονική έρευνα.

Άρθρο 15: Γενικός κανόνας.

Άρθρο 16: Προστασία των προσώπων στα οποία διενεργείται η έρευνα.

Άρθρο 17: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συγκατατεθούν στη διενέργεια Έρευνας.

Άρθρο 18: Έρευνα σε έμβρυα «in vitro».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες με σκοπό τη μεταμόσχευση.

Άρθρο 19: Γενικός κανόνας.

Άρθρο 20: Προστασία των προσώπων που αδυνατούν να συναινέσουν στην αφαίρεση οργάνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους και διάθεση τμήματος του ανθρωπίνου σώματος.

Άρθρο 21: Απαγόρευση οικονομικού οφέλους.

Άρθρο 22: Διάθεση αφαιρεθέντος τμήματος του ανθρωπίνου σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Παραβιάσεις των διατάξεων της Σύμβασης.

Άρθρο 23: Παραβιάσεις δικαιωμάτων και αρχών.

Άρθρο 24: Αποζημίωση για απρόκλητο βλάβη.

Άρθρο 25: Κυρώσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Σχέση μεταξύ της παρούσας Σύμβασης και λοιπών διατάξεων.

Άρθρο 26: Περιορισμοί άσκησης δικαιωμάτων.

Άρθρο 27: Ευρύτερη προστασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10: Δημόσια συζήτηση.

Άρθρο 28: Δημόσια συζήτηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11: Ερμηνεία και παρακολούθηση της Σύμβασης.

Άρθρο 29: Ερμηνεία της Σύμβασης.

Άρθρο 30: Πρωτόκολλα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12: Τροποποιήσεις της Σύμβασης.

Άρθρο 32: Τροποποιήσεις της Σύμβασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13: Τελικοί όροι.

Άρθρο 33: Υπογραφή, επικύρωση και έναρξη ισχύος.

Άρθρο 34: Κράτη μη-μέλη.

Άρθρο 35: Επικράτειες.

Άρθρο 36: Επιφυλάξεις.

Άρθρο 37: Καταγγελία.

Άρθρο 38: Κοινοποιήσεις.

Σύμφωνα με την πιο πάνω σύμβαση, στόχος της είναι η προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος και η εγγύηση σεβασμού της ακεραιότητας και των λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση, σε σχέση με την εφαρμογή της βιολογίας και ιατρικής. Επιπλέον, οι διατάξεις της σύμβασης στοχεύουν στην δημόσια ασφάλεια, την πρόληψη και στην καταστολή των εγκλημάτων (π.χ. το εμπόριο ανθρωπίνων οργάνων), την δημόσια υγεία και στη προστασία των δικαιωμάτων και ελευθεριών των ανθρώπων.

Η Σύμβαση του Οβιέδο, αποτελεί το πρώτο νομοθέτημα διεθνούς δικαίου, που ενσωμάτωσε τη «συναίνεση μετά από ενημέρωση», πριν από οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Μετά την «συναίνεση μετά από ενημέρωση», δίνεται η δυνατότητα αυτονομίας των ασθενών και ο αποκλεισμός του πατερναλιστικού μοντέλου.

2.4.1.6 Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών

Ρώμη Νοέμβριος 2002 -EUROPEAN CHARTER OF PATIENTS' RIGHTS BASIS DOCUMENT* Rome, November 2002

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης των δικαιωμάτων των ασθενών, περιλαμβάνει δεκατέσσερα Δικαιώματα Ασθενών, τα οποία ως θεμελιώδη Δικαιώματα έχουν για στόχο το "υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας". Ο ευρωπαϊκός χάρτης των δικαιωμάτων του ασθενούς, ο οποίος συντάχθηκε το 2002 από το Active Citizenship Network (Δίκτυο της ενεργού ιθαγένειας), θεσπίζει 14 δικαιώματα τα οποία η ΕΟΚΕ προσυπογράφει και αναγνωρίζει. Η ΕΟΚΕ φρονεί ότι τρία από αυτά τα δικαιώματα παρουσιάζουν εγκάρσιο χαρακτήρα, ή, αποτελούν προϋπόθεση για άλλα δικαιώματα. Τα τρία αυτά δικαιώματα είναι: το δικαίωμα της ενημέρωσης, το δικαίωμα στην ελεύθερη και συνειδητή συγκατάθεση και το Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια. Τα 14 δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Χάρτας Δικαιωμάτων των Ασθενών είναι σε τίτλους τα εξής (Europe 2002):

1. Δικαίωμα της πρόληψης.
2. Δικαίωμα της πρόσβασης.
3. Δικαίωμα της πληροφόρησης.
4. Δικαίωμα της συγκατάθεσης.
5. Δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής.
6. Δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας.
7. Δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενή.
8. Δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας.
9. Δικαίωμα της ασφάλειας.
10. Δικαίωμα της καινοτομίας.
11. Δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας, πόνου & διακρίσεων.
12. Δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας.
13. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων.
14. Δικαίωμα της αποζημίωσης.

2.4.1.7. Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών 2009

Τον Σεπτέμβριο του 2009 εκδόθηκε στις Βρυξέλλες από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή, η Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών. Η Χάρτα περιλαμβάνει 14 δικαιώματα, τα οποία έχουν ως στόχο να εξασφαλιστεί ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.

Τα δικαιώματα αυτά είναι:

1. Δικαίωμα για τη λήψη προληπτικών μέτρων.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε μια καλή υπηρεσία για την πρόληψη της ασθένειας.

2. Δικαίωμα πρόσβασης.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που οι ανάγκες της υγείας του απαιτούν.

3. Δικαίωμα στην πληροφόρηση.

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδους πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο χρήσης τους.

4. Δικαίωμα στη συγκατάθεση.

Κάθε άτομο δικαιούται να έχει πρόσβαση σε κάθε πληροφορία που θα μπορούσε να το βοηθήσει να συμμετάσχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.

5. Δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα μεταξύ των διαφορετικών θεραπευτικών επιλογών.

6. Δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και στο απόρρητο.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στο απόρρητο των προσωπικών στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.

7. Δικαίωμα στον σεβασμό του χρόνου του ασθενούς.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την απαραίτητη θεραπεία μέσα σε άμεση και συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το δικαίωμα αυτό ισχύει σε κάθε φάση της θεραπείας.

8. Δικαίωμα στην τήρηση των προτύπων ποιότητας.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας με βάση τις προδιαγραφές και την ακριβή τήρηση των προδιαγραφών.

9. Δικαίωμα στην ασφάλεια.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερο από τις βλαβερές συνέπειες που προκαλούνται από την κακή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.

10. Δικαίωμα στην καινοτομία.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών εξετάσεων, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και ανεξάρτητα από τις οικονομικές σκοπιμότητες.

11. Δικαίωμα στην αποφυγή άσκοπης ταλαιπωρίας και πόνου.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να αποφύγει, στο πλαίσιο του εφικτού, τον πόνο και την ταλαιπωρία σε κάθε φάση της ασθένειάς του.

12. Δικαίωμα στην εξατομικευμένη θεραπεία.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα σε διαγνωστικά ή θεραπευτικά προγράμματα, τα οποία να είναι προσαρμοσμένα όσο το δυνατόν περισσότερο στις ατομικές του ανάγκες.

13. Δικαίωμα υποβολής καταγγελίας.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να διαμαρτύρεται όταν έχει υποστεί βλάβη και έχει το δικαίωμα να λάβει μια απάντηση ή άλλες πληροφορίες.

14. Δικαίωμα αποζημίωσης.

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει επαρκή αποζημίωση μέσα σε ένα εύλογο σύντομο χρονικό διάστημα οποτεδήποτε υποστεί σωματική, ψυχολογική ή ηθική βλάβη που προκλήθηκε από μια υπηρεσία υγείας.

2.1.4.8. Εφαρμογή των Δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της Διασυνοριακής Υγειονομικής Περίθαλψης

Η οδηγία για τα δικαιώματα των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη παρέχει σαφείς κανόνες και αξιόπιστες πληροφορίες στους ασθενείς όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε άλλη χώρα της ΕΕ. Οι χώρες της ΕΕ, όφειλαν έως τις 25 Οκτωβρίου 2013, να θεσπίσουν εθνική νομοθεσία για την εφαρμογή της οδηγίας.

Οι παράγοντες που οδήγησαν εις τη «θέσπιση» οδηγιών για την διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη είναι η δυνατότητα των ασθενών να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, οι επαγγελματίες υγείας να έχουν την δυνατότητα να εργάζονται σε

διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η ανάγκη επίτευξης «υψηλών» προσδοκιών για υγειονομική περίθαλψη και τέλος οι νέες εξελίξεις στις τεχνολογίες υγείας.

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, η ανάγκη για δημιουργία της οδηγίας για διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη, έχει προκύψει και μετά την ύπαρξη αρκετών υποθέσεων στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, που σχετίζονταν με αιτήματα Ευρωπαίων Πολιτών για κάλυψη του κόστους υγειονομικών υπηρεσιών.

Η Οδηγία

- Καλύπτει όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχονται από επαγγελματίες υγείας.
- Αφορά αξιολόγηση, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας των ασθενών.
- Καλύπτει τη συνταγογράφηση και διανομή φαρμακευτικών προϊόντων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού.
- Καλύπτει προσδοκίες ασθενών για ποιοτική περίθαλψη για θεραπεία εκτός της χώρας τους.
- Ενισχύει την συνεργασία μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το καλύτερο όφελος των ασθενών.
- Προστατεύει το δικαίωμα των ασθενών να αναζητούν θεραπεία εκτός της χώρας τους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Διασυνοριακή Περίθαλψη, 2015).

Στόχοι της Οδηγίας είναι:

1. Παροχή κανόνων και πληροφοριών στους ασθενείς για άσκηση των δικαιωμάτων τους, που αφορά πρόσβαση και αποζημίωση τους, όταν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας από κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
2. Παροχή πληροφοριών στους ασθενείς πριν την μετάβασή τους στο εξωτερικό, με στόχο την ενημέρωσή τους όσο αφορά την ασφάλεια και την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών σε διασυνοριακή βάση.

3. Καθιέρωση και διασφάλιση επίσημης συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων υγείας των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
4. Σωστή ισορροπία μεταξύ των συστημάτων υγείας.

Πρόνοιες της Οδηγίας για Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη είναι:

- Ενημέρωση ασθενών.
- Πληροφόρηση αναφορικά με το είδος της υπηρεσίας που υπόκεινται σε αποζημιώσεις.
- Έγκριση από τα κράτη μέλη για ασφάλεια.
- Διοικητικές διαδικασίες.
- Ασφάλεια, ποιότητα και συνέχεια στην περίθαλψη.
- Αντιμετώπιση σπάνιων παθήσεων.
- Συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Υ.Υ. Κύπρου, Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη, 2015).

2.4.2 Νομοθεσίες και Χάρτες Ευρωπαϊκών κρατών για τα Δικαιώματα Ασθενών

Παράλληλα πολλά κράτη έχουν θεσπίσει νομοθεσίες ή ανέπτυξαν χάρτες για τα Δικαιώματα Ασθενών.

Οι χώρες που έχουν θεσπίσει νομοθεσίες για τα Δικαιώματα Ασθενών είναι: Φιλανδία (1992), Ολλανδία (1994), Ισραήλ (1996), Λιθουανία (1996), Ισλανδία (1997), Λεττονία (1997), Ουγγαρία (1997), Ελλάδα (1997), Δανία (1998), Νορβηγία (1999), Βέλγιο (2002), Εσθονία (2002) και Κύπρος (2005) (Διαμαντούρος Ν 2005).

Τα κράτη που ανέπτυξαν χάρτες είναι:

- Γαλλία 1974 και έχει τροποποιηθεί το 1995.
- Μεγάλη Βρετανία 1991 και έχει τροποποιηθεί το 1997.
- Πορτογαλία 1991 και έχει τροποποιηθεί το 1997.
- Γερμανία το 1999.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 Εννοιολογικό – Θεωρητικό Πλαίσιο

Μέσα από τους ορισμούς των εννοιών, θα περιγραφούν και τα βασικά χαρακτηριστικά τους σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στοχεύοντας στη κατανόηση της λειτουργίας του ρόλου της κάθε έννοιας. Οι έννοιες που θα διασαφηνιστούν είναι οι «στάσεις», οι «γνώσεις», η «εντατική μονάδα», οι «Νοσηλευτές εντατικής μονάδας», «βαρέως πάσχων» τα «Δικαιώματα», τα «Φυσικά δικαιώματα», τα «Ανθρώπινα δικαιώματα», τα «Δικαιώματα Ασθενών», τα «Δικαιώματα Ασθενών στην Κύπρο», το «Ηθικό Αδιέξοδο», οι «Αρχές Βιοηθικής», οι «Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας».

3.1.1 Η έννοια της «Στάσης»

Η στάση ορίζεται ως μια αξιολογική διάθεση που στηρίζεται στις γνώσεις, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τις εμπειρίες και τις συμπεριφορές κατά το παρελθόν. Η στάση μπορεί από μόνη της να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες, τις συναισθηματικές ανταποκρίσεις και τις μελλοντικές εντάσεις και συμπεριφορές ενός ατόμου (Zimbardo και Leippe 1991).

Κατά την ψυχολογία η έννοια των στάσεων καθορίζεται ως εξής:

Ο Gordon Allport, όρισε τη στάση ως «μια νοητική και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, οργανωμένη μέσω εμπειριών, που ασκεί κατευθυντήρια, ή, δυναμική επίδραση στις αποκρίσεις του ατόμου προς όλα τα αντικείμενα και τις καταστάσεις με τα οποία αυτή σχετίζεται».

Σύμφωνα με τους Petty και Cacioppo 1981, οι στάσεις αναφέρονται σε «ένα γενικό και διαρκές, θετικό ή αρνητικό συναίσθημα για κάποιο πρόσωπο, αντικείμενο ή θέμα». Οι στάσεις έχουν τρεις διαστάσεις (Γεωργάς 1995):

- Συναισθηματική διάσταση: αναφέρεται σε αξιολογικά συναισθήματα αρέσκειας και δυσαρέσκειας ως προς το αντικείμενο της στάσης,

- Γνωστική διάσταση: αναφέρεται στη γνωστική αναπαράσταση του αντικειμένου της στάσης,
- Συμπεριφοριστική διάσταση: αναφέρεται σε συμπεριφορικές τάσεις ή προθέσεις

3.1.2 Θεωρίες των στάσεων

Υπάρχουν σύμφωνα με την σύγχρονη ψυχολογία, διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις των στάσεων οι οποίες αντιπροσωπεύουν αντίστοιχες θεωρητικές προσεγγίσεις της (Γεωργιά Δ. 1986). Οι κυριότερες είναι:

- Συμπεριφορισμό: οι στάσεις είναι συνήθειες που το άτομο έχει μάθει από το περιβάλλον του.
- Ψυχανάλυση: οι στάσεις αντιμετωπίζονται από ψυχοδυναμική άποψη.
- Γνωστική Ψυχολογία: οι στάσεις αντιμετωπίζονται από την άποψη της γνωστικής συνέπειας.

Η κοινή προσέγγιση των περισσότερων ερευνητών είναι ότι οι στάσεις αποτελούν προϊόν μάθησης (Βοσιάδου Σ., 2005).

3.2 Η έννοια της «Γνώσης»

Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη, γνώση είναι «το να γνωρίζει κανείς κάτι, να είναι ενήμερος για κάτι». Κατά την Ψυχολογία η έννοια της γνώσης καθορίζεται ως εξής:

«Γενικά η ασφαλής και αντίστοιχη προς την πραγματικότητα σύλληψη της σχέσης ενός πράγματος. Επίσης, η διαδικασία της αντίληψης και νόησης που οδηγεί στη σύλληψη της σχέσης ενός πράγματος. Η απόκτηση των γνώσεων οφείλεται στη λειτουργία των νοητικών ικανοτήτων ενός ατόμου και της προσωπικότητας του. Όταν πληθαίνουν οι γνώσεις δεν έχουμε μόνο μια ποσοτική αύξηση, αλλά κυρίως αναδιοργάνωση του συνόλου τους.» (Παπαδόπουλος Ν. Γ. 1994, σελ. 129).

Κατά τον Πλάτωνα η «γνώση», ορίζεται ως «επιστήμη» (γνώση) είναι «δόξα αληθείς μετά λόγου». Η λέξη «δόξα», σημαίνει «αντίληψη», «γνώμη», που μπορεί να είναι αληθής, ή, ψεύτικη, υποκειμενική θεώρηση κάποιου πράγματος.

Μορφές της γνώσης

Οι μορφές της γνώσης έχουν διαφοροποιηθεί τα τελευταία χρόνια και έχουν ως εξής (Gibbons et al, 1994):

- Παραδοσιακή γνώση- γραμμική και τυπικά ακαδημαϊκή: χαρακτηρίζεται από ομοιογένεια και είναι ιεραρχική.
- Μη γραμμική και αναστοχαστική: λογοδοτεί στη κοινωνία

3.3 Ορισμός της «εντατικής μονάδας»

Η εντατική μονάδα αναφέρεται σε πραγματική εγκατάσταση, ή, διακριτή μονάδα μέσα σε ένα νοσοκομείο όπου παρέχονται υπηρεσίες εντατικής νοσηλείας ασθενών με απειλητικές, ή, δυνητικά απειλητικές ασθένειες. Στην εντατική μονάδα παρέχονται ειδική τεχνογνωσία και εγκαταστάσεις για την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών των ασθενών. Σε αυτή, εργάζονται ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Australian Health Workforce Advisory Committee, 2002) .

Οι κατηγορίες των μονάδων εντατικής θεραπείας κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με το «critical care Information Advisory Group και Intensive Care Society» 2009 , BACCN 2009 ως εξής στον Πίνακα 1:

Πίνακας 1: Κατηγορίες μονάδων εντατικής θεραπείας

1	Γενική μονάδα εντατικής θεραπείας, εντατικής θεραπείας ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένων μονάδων που θεωρούνται ως ιατρικές ή χειρουργικές ΜΕΘ. Οι εξειδικευμένες μονάδες προσδιορίζονται παρακάτω. Μονάδες γενικής εντατικής θεραπείας μπορεί να παρέχει ένα μίγμα HDU High Dependency Unit υψηλή εξάρτηση μονάδα και επίπεδο ΜΕΘ
2	Καρδιοθωρακική μονάδα εντατικής θεραπείας Αυτό περιλαμβάνει τις μονάδες που επισημαίνονται ως ξεχωριστές καρδιολογικές ή θωρακικές πτέρυγες.

3	Liver Intensive Care Unit Εντατική μονάδα θεραπείας Ήπατος
4	Νευρολογική Εντατική μονάδα
5	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
9	Cardiac Care Unit; otherwise referred to as a Coronary Care Unit Καρδιολογική Μονάδα ,αλλιώς αναφέρεται ως τη Αγγειολογική μονάδα
10	Συνδυασμός Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας και Αγγειολογικής Μονάδας, οι κλίνες και το προσωπικό γεωγραφικά βρίσκονται στην ίδια μονάδα
11	Combined Coronary and Intensive Care Unit; the beds and staff for the two units are geographically in the same area Συνδυασμός Αγγειολογικής Μονάδας και Μονάδας Εντατικής, οι κλίνες και το προσωπικό γεωγραφικά βρίσκονται στην ίδια μονάδα
12	Combined High Dependency and Intensive Care Unit; the beds and staff for the two units are geographically in the same area Συνδυασμός Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας και Μονάδας Εντατικής, οι κλίνες και το προσωπικό γεωγραφικά βρίσκονται στην ίδια μονάδα
13	Μετεγχειρητική Μονάδα Ανάνηψης, αυτό περιλαμβάνει και χώρο ανάνηψης χειρουργείου
14	Εντατική Μονάδα Νευροχειρουργικής, Αυτό είναι μια μονάδα που ορίζεται για εντατική μονάδα και όχι τμήμα νευροχειρουργικής.

15	<p>Burns Critical Care Unit; this includes all special care burns facilities other than short term post-operative care areas</p> <p>Εντατική Μονάδα Εγκαυμάτων, αυτό περιλαμβάνει όλες τις ιδιαίτερες εγκαταστάσεις για την φροντίδα εγκαυμάτων εκτός της βραχυπρόθεσμης μετεγχειρητικής φροντίδας</p>
16	<p>Renal Unit; this includes an in-patient kidney dialysis unit, but excludes general nephrology or urology wards</p> <p>Νεφρολογική μονάδα: Αυτό περιλαμβάνει μια νοσοκομειακή μονάδα</p>
	<p>τεχνητού νεφρού, αλλά αποκλείει το Νεφρολογικό τμήμα ή Ουρολογικούς Θαλάμους</p>

3.3.1 Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) Α

Στο Α λειτουργεί η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), αλλιώς πολυδύναμη ΜΕΘ, όπου είναι ένας κλινικός χώρος/τμήμα που εφημερεύει καθημερινά επί 24ώρου βάσεως, 365 ημέρες το χρόνο. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερο, ανεξάρτητο, ειδικά εξοπλισμένο και στελεχωμένο χώρο, στον οποίο νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς που διατρέχουν άμεσο κίνδυνο και χρειάζονται συνεχή εκτίμηση-παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών τους με φάρμακα, ή, και ειδικά ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας. Άρχισε τη λειτουργία της τον Οκτώβριο του 2006, με την έναρξη της λειτουργίας του Α και σε αυτή νοσηλεύονται ασθενείς των τμημάτων της Νευροχειρουργικής, Καρδιολογικής/Παθολογικής, Καρδιοχειρουργικής και Χειρουργικής. Η Α αποτελεί μονάδα αναφοράς για όλη την Κύπρο, καθώς νοσηλεύει τους βαρέως πάσχοντες (ηλικίας 12 και άνω) ασθενείς από όλη την Κύπρο. Στην ΜΕΘ νοσηλεύονται και μετεγχειρητικά καρδιοχειρουργημένοι ασθενείς για 48 ώρες. (Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Α, 2015)

3.3.2 Η έννοια «Νοσηλευτή εντατικής μονάδας»

«Ο νοσηλευτής εντατικής είναι εγγεγραμμένος επαγγελματίας. Επιπλέον, να είναι ειδικευμένος, εκπαιδευμένος και εξοικειωμένος με την χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και προσφέρει ολοκληρωμένη εξατομικευμένη φροντίδας σε σοβαρά/βαριά πάσχοντες που απαιτούν πολύπλοκες παρεμβάσεις. Εργάζεται σε ένα πολύ τεχνικό περιβάλλον, προσφέροντας ένα μοναδικό συνδυασμό γνώσεων και δεξιοτήτων. Ο ρόλος του νοσηλευτή εντατικής θεραπείας είναι απαραίτητος για την διεπιστημονική ομάδα όπου απαιτείται παροχή τεχνογνωσίας κατά τη φροντίδα των ασθενών και των συγγενών τους. Διακατέχεται από ερευνητικό πνεύμα, υπευθυνότητα, αποτελεσματικότητα, συναισθηματική ωριμότητα, και επιπλέον διακατέχεται από ικανότητες επικοινωνίας και δημιουργικότητας.» (Haupt MT et al 2003, WFCCN 2005, Williams G et al 2006, BACCN 2009 σελ.11).

3.3.3 «Βαριά πάσχων»

«Είναι οι ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ή τα προβλήματα υγείας τους είναι απειλητικά για τη ζωή τους. Όσο πιο βαριά είναι ο ασθενής τόσο πιο τρωτή και ασταθής είναι η υγεία του, και ως εκ τούτου απαιτείται πιο έντονη και άγρυπνη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα» (American Association of critical- care nurses, Kirchhoff & Dahl, 2006).

3.4 Η έννοια «Δικαιώματα»

Ορίζεται ως η ελευθερία να ασκείται οποιαδήποτε εξουσία που παρέχεται από το νόμο (Oxford Dictionary of Law, 2006). Το δικαίωμα είναι αποδοθείσα έννομη ικανότητα, άρα προϋποθέτει τειθέμενο (θετικό) δίκαιο, καθώς και πολιτειακή εξουσία, που επιβάλλει αποτελεσματικά την προστασία των δικαιωμάτων που έχει θεσπίσει (Μάνεσης 1982, Ράικος 1984, Χρυσόγονος 1998, Δαγτόγλου 2005). Ο καθηγητής Ρούκανας περιέγραψε το δικαίωμα ως «εξουσία που το δίκαιο απονέμει σε ένα φυσικό ή νομικό πρόσωπο για να προβαίνει σε πράξη ή παράλειψη, ή να απαιτεί πράξη ή παράλειψη από άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα και κυρίως από το κράτος».

3.4.1. Η έννοια «Φυσικά δικαιώματα»

Τα θεμελιώδη δικαιώματα, είναι αυτά που απαντώνται σε πολιτισμένα έθνη και αφορούν όλα τα άτομα χωρίς οποιαδήποτε παρέμβαση από το κράτος (Oxford Dictionary of Law, 2006). Τα συγκεκριμένα λοιπόν δικαιώματα καθορίζουν το ποσοστό ελευθερίας που διαθέτουν τα μέλη συγκεκριμένης κοινωνίας, σε σχέση με την κρατική δύναμη, οριοθετώντας έτσι το μέγεθος της αυθυπαρξίας και του αυτοκαθορισμού που διαθέτει κάθε άνθρωπος. Αυτό σημαίνει ότι δεν καταργούνται, ή, μεταβάλλονται από τυπικό νόμο, ή, από οποιαδήποτε κανονιστική πράξη της εκτελεστικής λειτουργίας, αλλά θέτουν τα όρια και το νομικό πλαίσιο εντός του οποίου οφείλουν να κινούνται τα συντεταγμένα όργανα της πολιτείας, σε ό,τι αφορά τις σχέσεις τους με τους πολίτες. Υπό την ανωτέρω εκδοχή, τα θεμελιώδη δικαιώματα έχουν διακλαδικό νομικό χαρακτήρα, καθώς θέτουν τους πρωταρχικούς κανόνες του διοικητικού δικαίου, του ποινικού δικαίου, του εργατικού δικαίου, του αστικού δικαίου, καθώς και του δικονομικού δικαίου συνολικά. Τα θεμελιώδη δικαιώματα διακρίνονται σε ατομικά, πολιτικά και κοινωνικά. (Μάνεσης 1982, Ράικος 1984, Χρυσόγονος 1998, Δαγτόγλου 2005).

3.4.2. Η έννοια «Ανθρώπινα δικαιώματα»

Τα δικαιώματα και η ελευθερία τα οποία κάθε άνθρωπος δικαιούται. (Oxford Dictionary of Law, 2006).

3.4.3 « Δικαιώματα Ασθενών»

Τα Δικαιώματα Ασθενών βασίστηκαν στην Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και περιλαμβάνουν τις έννοιες της αξιοπρέπειας και της ισότητας όλων των ανθρώπων. Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων παρέχει σημαντικές κατευθύνσεις σχετικά με κοινωνικά, νομικά και ηθικά ζητήματα, και ειδικότερα με το δικαίωμα στην υγεία συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ασθενών, τα οποία ποικίλλουν στις διάφορες χώρες ανάλογα με την πολιτιστική και κοινωνική κουλτούρα της κάθε χώρας. Η εκπαίδευση των πολιτών και επαγγελματιών υγείας καθώς και η πολιτική κάθε χώρας παίζουν

καθοριστικό ρόλο στην προστασία και στη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

3.4.4. «Δικαιώματα Ασθενών στην Κύπρο»

Στην Κύπρο ο νόμος «Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004», είναι πρωτοποριακός Νόμος, ο οποίος κατοχυρώνει αυτόνομα τα δικαιώματα των ασθενών, καθορίζει και κατοχυρώνει τις ανθρώπινες αξίες που πρέπει να αντανakλώνται στο σύστημα υγείας. Είναι αποτέλεσμα κοινής προσπάθειας της Κοινωνίας των Πολιτών, της Εκτελεστικής και της Νομοθετικής Εξουσίας. Ετοιμάστηκε από την Επίτροπο Νομοθεσίας στα πλαίσια Νομοπαρασκευαστικής Επιτροπής υπό την προεδρία της, δυνάμει απόφασης του Υπουργικού Συμβουλίου με Αρ.56.682, ημερομηνίας 31 Οκτωβρίου 2002 (Γραφείο Επίτροπου Νομοθεσίας 2005).

Ο Νόμος έχει βασιστεί στην Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών της ΚΙΔΔΑ (Κίνησης Διεκδίκησης Δικαιωμάτων Ασθενών) και τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών 2002 («Χάρτα της Ρώμης»), με πρόταση Νόμου του βουλευτή Κυριάκου Τυρίμου (Γραφείο Επίτροπου Νομοθεσίας 2005)

Για τη δημιουργία του Νόμου «Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμο του 2004», η Νομοπαρασκευαστική Επιτροπή μελέτησε και έλαβε υπόψη: (1) Την ισχύουσα νομοθεσία, συμπεριλαμβανομένων και των διεθνών συμβάσεων που δεσμεύουν τη Δημοκρατία, (2) Τη νομοθεσία άλλων κρατών, (3) Διεθνείς διακηρύξεις και άλλες δεσμευτικές και μη δεσμευτικές διεθνείς πράξεις, (4) Τη Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών της ΚΙΔΔΑ (Κίνησης Διεκδίκησης Δικαιωμάτων Ασθενών)/Πρόταση Νόμου Κ. Τυρίμου (Γραφείο Επίτροπου Νομοθεσίας 2005).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ XV ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

3.5 Η έννοια του «ηθικού αδιεξόδου»

Το ηθικό αδιέξοδο (moral distress), είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται σε επαγγελματίες υγείας στο χώρο της υγείας. Χαρακτηρίζεται από δυσάρεστα συναισθήματα, ή/και

ψυχολογική ανισορροπία, που προκύπτει από καταστάσεις όπου ο νοσηλευτής αναγκάζεται να συμπεριφερθεί με τρόπο που παραβιάζει τα προσωπικά του πιστεύω και αξίες για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος. Ως εκ τούτου, άτομα σε ηθικό αδιέξοδο ενεργούν κατά τρόπο αντίθετο με τις προσωπικές και επαγγελματικές τους αξίες, (AACN,2004, Fenton 1988, Jameton 1993).

3.6. ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

3.6.1 Ηθική και Υγεία

Η ηθική ετυμολογικά προέρχεται από το «ήθος» που σημαίνει «χαρακτήρας», ενώ ο αντίστοιχος όρος στα αγγλικά είναι «morality» και σημαίνει συνήθειες. Ο όρος ηθική προέρχεται από την αρχαία Ελλάδα και αναφερόταν στην έννοια του καλού και του κακού, στην ενάρετη και δίκαιη ζωή. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, οι ηθικές αρετές είναι αποτέλεσμα εθισμού, επανάληψης και συνήθειας. Συμπερασματικά, κατά τον Αριστοτέλη, ηθική αναφέρεται στην συνήθεια και στην επανάληψη της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ηθική επίσης ήταν μία ενάρετη ζωή, δίκαιη και σύμφωνη με τους κανόνες της πράξης. Επιπλέον, ηθική ήταν και το σύστημα αρχών που ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η Ηθική λοιπόν, αποτελεί τη βάση για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών αλλά και στάσεων απέναντι σε καθημερινά ζητήματα. Είναι μια φιλοσοφική διάσταση που περιγράφει τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα του ανθρώπου, καθώς και τα πρότυπα πάνω στα οποία βασίζεται η λήψη μιας απόφασης (Ραφτόπουλος 2008).

Ο όρος Βιοηθική, αλλιώς Βιοιατρική Ηθική, ή, Ιατρική Ηθική, έχει τις ρίζες της στις Ελληνικές λέξεις "βιολογία», από την ελληνική ρίζα «βίος», «ζωή» και αναφέρεται στην έννοια της μελέτης και στον πειραματισμό των έμβιων όντων. Η λέξη «Βιοηθική», εφευρέθηκε το 1971 από τον Αμερικάνο Παθολόγο V.R Potter, στο Βιβλίο του «Bioethics: Bridge to the Future», όπου έλεγε «προτείνω τον όρο βιοηθική για να υπογραμμίσω τα δύο πιο σημαντικά συστατικά για την επίτευξη της νέας σοφίας που χρειαζόμαστε απεγνωσμένα: των βιολογικών γνώσεων και της ανθρώπινης αξίας». Ο Potter ήθελε με την έννοια «Βιοηθική», να τονίσει ότι χρειαζόμαστε ηθική στις υποχρεώσεις μας, όχι μόνο σε άλλους

ανθρώπους αλλά σε όλη την βιόσφαιρα (Kush, Singer 2006). Σκοπός του, ήταν να δώσει έμφαση στην εφαρμογή ηθικής σκέψης και ηθικές αξίες στα διλήμματα, ερωτήματα και ζητήματα που εγείρονται από τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης. Ο Potter ανέφερε ότι η «επίτευξη της νέας σοφίας που χρειάζονται απεγνωσμένα» ήταν η αναζήτηση ηθικών ζητημάτων στα επιτεύγματα της επιστήμης, δίνοντας λύσεις στο τι προκαλεί την ασθένεια και τι ηθικό μπορεί να πράξει ο άνθρωπος. Ο Callahan 1995, αποκαλεί την βιοηθική ως «διασταύρωση της ηθικής και των βιολογικών επιστημών αλλά επίσης μια πειθαρχία σε ακαδημαϊκό επίπεδο». Η ανάπτυξη της τεχνολογίας, και η παράταση της ζωής με τεχνητά μέσα, οδήγησε τους επιστήμονες και την ιατρική νοσηλευτική κοινότητα αντιμέτωπους με διλήμματα όπως, «Ποιος θα ζήσει», «Ποιος θα πεθάνει», και «Ποιος θα αποφασίσει». Αυτά τα διλήμματα και οι προβληματισμοί δημιούργησαν το φαινόμενο «Βιοηθική», μέσω της οποίας δίνονται λύσεις σε κάθε ηθικό ζήτημα, κάτω από το πρίσμα της ηθικής πλευράς της επιστήμης. Σύμφωνα με τους συγγραφείς/φιλοσόφους Kuhse, Singer 1998, στόχος της Βιοηθικής είναι "η αναζήτηση απαντήσεων σε βαθιά φιλοσοφικά ερωτήματα σχετικά με τη ζωή, το θάνατο, την σημασία του ανθρώπου ως είδος με στόχο να δώσει κατευθυντήριες οδηγίες και να ασκήσει έλεγχο σε μία δημόσια πολιτική».

Η βιοηθική αποτελείται από τέσσερις αρχές οι οποίες λειτουργούν ως αναλυτικό πλαίσιο, που εκφράζει τις γενικές αξίες στις οποίες βασίζονται οι κανόνες στην ηθική. Οι αρχές αυτές λειτουργούν ως κατευθυντήριες γραμμές για την επαγγελματική δεοντολογία. Το 1979 Tom Beauchamp και James Childress, δημοσίευσαν την πρώτη έκδοση «Principles of Biomedical ethics», παρουσιάζοντας τις τέσσερις αρχές της Βιοηθικής.

Οι αρχές της βιοηθικής είναι:

- ✓ η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας,
- ✓ η αρχή της ωφέλειας ,
- ✓ η αρχή της μη βλάβης
- ✓ η αρχή της δικαιοσύνης.

3.6.2 Αρχές Βιοηθικής.

3.6.2.1 Σεβασμός της αυτονομίας

Η «Αυτονομία» προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «αυτός» και «νόμος» και αναφέρεται στην αυτό διάθεση του ατόμου. Η αυτονομία έχει αποκτήσει έννοιες τόσο διαφορετικές, όσο η αυτο-διάθεση, τα δικαιώματα ελευθερίας, η προστασία της ιδιωτικής ζωής, η ατομική επιλογή, και η ελευθερία της θέλησης.

Η προσωπική αυτονομία σύμφωνα με τους Beauchamp και Childress, για να ευσταθεί πρέπει να απαλλάσσεται από την ελεγχόμενη παρέμβαση από τρίτα άτομα και περιορισμούς, που εμποδίζουν την ελεύθερη επιλογή του ατόμου. Το αυτόνομο άτομο δρα ελεύθερα σύμφωνα με τις επιλογές και τις επιθυμίες του.

Ο σεβασμός προς την αυτόνομη επιλογή θεωρείται σημαντικό ηθικό και νομικό δικαίωμα. Είναι βασικό στοιχείο σε πολλές διαφορετικές φιλοσοφικές και πολιτικές θεωρίες. Δύο φιλόσοφοι, ο Γερμανός του δέκατου όγδοου αιώνα, Immanuel Kant (1724-1804), και ο Άγγλος του 19ου αιώνα, John Stuart Mill (1806-1873), επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τι περιλαμβάνει αυτονομία.

Ο Κάντ διατύπωσε τη θεωρία της αυτονομίας, εξαίροντας την ελεύθερη βούληση του ατόμου, λέγοντας πως είναι επιτρεπτή η οποιαδήποτε μορφή «επέμβασης» στον άνθρωπο, αρκεί να γίνεται με τη συναίνεσή του, μετά από ενημέρωσή του βέβαια. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, έγκειται στο γεγονός ότι κάθε άτομο διακρίνεται από ελεύθερη βούληση, που μπορεί να ακολουθήσει αυτό που πιστεύει ανεξάρτητα από τους πάθη ή τις επιθυμίες του.

Ο John Stuart Mill υποστήριξε ότι η αυτονομία δεν είναι ένα απόλυτο δικαίωμα, δηλαδή, δεν είμαστε πάντα υποχρεωμένοι να το σεβαστούμε. Το κράτος, ή, ο ιδιώτης δικαιολογείται να παρεμβαίνει στην ατομική ελευθερία και αυτονομία της ευεργεσίας, όταν η δράση ενός ατόμου προκαλεί βλάβη στους άλλους, (Gillon 1994).

Η σεβασμός της αυτονομίας του ασθενούς, καθορίζεται από την ελεύθερη επιλογή του σε ότι αφορά την υγεία του και τη θεραπεία του, βασιζόμενος στις δικές του προσωπικές

πεποιθήσεις και αξίες. Ο σεβασμός της αυτονομίας εμπεριέχει συγκεκριμένους κανόνες: Ελικρίνεια, Σεβασμός της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας του ατόμου, προστασία εμπιστευτικών πληροφοριών, συναίνεση μετά από ενημέρωση και συνεπικύρωση στη λήψη σημαντικών αποφάσεων, όταν ζητηθεί. (Κλεάνθους, 2008).

Στην υγειονομική περίθαλψη, ο σεβασμός της αυτονομίας των ασθενών, απαιτεί από τους επαγγελματίες υγείας να σέβονται την αυτονομία του ασθενούς σε όποιο επίπεδο αυτονομίας είναι ο ασθενής στην καθορισμένη στιγμή. Η αρχή της αυτονομίας υποχρεώνει τους επαγγελματίες υγείας να δημιουργούν τις συνθήκες και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς στην λήψη αποφάσεων. Το δικαίωμα της αυτονομίας προστατεύει το άτομο σε ότι αφορά τη λήψη αποφάσεων για τη δική του ζωή, (Buchanan and Brock, 1989). Σύμφωνα με τον John Stuart Mills, «Πέρα από τον εαυτό του, πέρα από το δικό του σώμα και το μυαλό του, το άτομο είναι κυρίαρχο».

Η αρχή της αυτονομίας υλοποιείται μέσα από την πληροφόρηση του ασθενή για ότι αφορά την υγεία του, την ενημέρωση και τη συνειδητή συγκατάθεση του. Ο ασθενής, σύμφωνα με τον βαθμό της αυτονομίας που έχει, την πληροφόρηση και ενημέρωση που λαμβάνει από τους επαγγελματίες υγείας, ενεργεί αυτόνομα, σε ότι αφορά την υγεία και τη φροντίδα που του παρέχεται. (Γκαράνη-Παπαδάτου 2004)

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο θέμα της αυτονομίας των ασθενών είναι σύνθετος και πολυδιάστατος. Συνεργάζεται στενά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για την προώθηση της αυτόνομης λήψης αποφάσεων. Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους πρέπει να έχουν όλες τις πληροφορίες σχετικά με τη δεδομένη κατάσταση. Όχι μόνο θα πρέπει να τους δοθούν όλες οι πληροφορίες, πρέπει να έχουν επίσης μια σαφή εικόνα αυτού που τους παρουσιάστηκε. Στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής είναι και συνήγορος του ασθενούς, παρέχοντας πληροφορίες, αποσαφηνίζοντας σημεία, ενισχύοντας και παρέχοντας στήριξη.

Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απορρήτου, εμπεριέχονται στην αρχή του σεβασμού της αυτονομίας. Επιπρόσθετα, η αλήθεια, ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής, η προστασία προσωπικών δεδομένων, η απόκτηση συγκατάθεσης για παρέμβαση στους ασθενείς και η βοήθεια στους ασθενείς για να λάβουν σημαντικές αποφάσεις, αποτελούν σημαντικά μέρη της αρχής της αυτονομίας (Beauchamp, Childress, 2006).

3.6.2.2. Η αρχή της μη βλάβης

Η αρχή της μη βλάβης, αναφέρεται στην υποχρέωση κάθε ατόμου να μην επιφέρει βλάβη σε συνάνθρωπο του και εμπεριέχεται στη ρήση, «πάνω από όλα μη βλάψεις» όπως έχει διατυπωθεί στον Όρκο του Ιπποκράτη. Η αρχή του μη βλάπτειν, εμπεριέχει ηθικές επιταγές: Μη σκοτώσεις, μη προκαλέσεις πόνο, ή, βασανισμό, μη προσβάλεις την αξιοπρέπεια του ατόμου και μη στερήσεις τα αγαθά της ζωής του ατόμου. (Κλεάνθους, 2008).

Τα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την αρχή της μη βλάβης είναι (Gillon 1994):

- Η μόνη περίπτωση που μπορεί να προκληθεί βλάβη είναι κατά την ιατρική μόνο με γνώμονα το ανθρώπινο όφελος.
- Αναλαμβάνοντας τον ασθενή ο ιατρός, του παράσχει την κατάλληλη φροντίδα, και αυτό σημαίνει ότι για να μην του προκαλέσει ζημιά, πρέπει να συνεχίζει την επιστημονική του τεκμηρίωση.
- Η αντιστάθμιση του προσδοκώμενου οφέλους με τους κινδύνους, θα πρέπει να γίνεται όχι μόνο από τον ιατρό αλλά και από τον ασθενή και την κοινωνία.
- Η αρχή της μη βλάβης αποτελεί έναν τρόπο με τον οποίο οι ιατροί μπορούν να εκτιμούν τις ενέργειες τους, όταν η προτεινόμενη λύση ενέχει επίσης κινδύνους.

3.6.2.3 Ωφέλειας

Η αρχή της ωφέλειας περιέχει μια ομάδα κανόνων για την παροχή ωφέλειας και την εξισορρόπηση της ενάντια σε κινδύνους και βλάβες. Η αρχή της ωφέλειας δηλώνει ενέργειες ελέους, ευγένειας και φιλανθρωπίας. Η έννοια αυτής της αρχής περιλαμβάνει την αυταπάρνηση, τον αλτρουισμό, την αγάπη και την ανθρωπιά. (Κλεάνθους, 2008)

Η αρχή της ωφέλειας στην Υγεία, είναι σχετική με την υγειονομική περίθαλψη, την ανακάλυψη νέων θεραπειών και με την προσφορά των πολιτικών σε ότι αφορά την υγειονομική περίθαλψη σε ένα κράτος. (Earl E. Shelp, 1982).

Η αρχή της ωφέλειας, αναφέρεται στην πράξη όπου στόχος της είναι το συμφέρον του ασθενούς (Silva & Ludwick, 1999). Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη, ότι θα πρέπει να

δραστηριοποιηθούν για να βοηθηθούν τα άτομα και για να αποτραπεί η σωματική και η ψυχική βλάβη τους (Muthuswamy, 2011).

3.6.2.4. Δικαιοσύνη

Η αρχή της δικαιοσύνης αναφέρει ότι πρέπει να υπάρχει δικαιοσύνη ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Αναφέρεται στην ίση μεταχείριση ατόμων στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, χρώμα δέρματος, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας και φύλου. Η αρχή της δικαιοσύνης παρέχει τη βάση για τη λήψη αποφάσεων, ως προς τα είδη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που υπάρχουν σε μία κοινωνία, για την προσφορά και την παράδοση υπηρεσιών, σε ποια βάση θα γίνουν, καθώς και την κατανομή κόστους. (Ελενα Κλεάνθους 2008).

Οι νοσηλευτές πρέπει να ενδιαφέρονται για το πώς τα οφέλη και οι περιορισμοί θα κατανεμηθούν δίκαια στον πληθυσμό των ασθενών. Η αρχή της ισότητας αναφέρεται στην αντιμετώπιση των ασθενών χωρίς διακρίσεις και σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες. Οι ίδιες ανάγκες στην υγεία, αντικατοπτρίζουν και την ισότητα στη λήψη πόρων από την φροντίδα υγείας.

Φιλόσοφοι και άλλοι, πρότειναν κάθε μία από τις ακόλουθες αρχές ως έγκυρο υλικό για την αρχή της διανομής της δικαιοσύνης. σε κάθε πρόσωπο και ίσο μερίδιο για κάθε άτομο, ανάλογα με τις ανάγκες σε κάθε άτομο, σύμφωνα με την προσπάθεια σε κάθε άτομο, με τη συμβολή κάθε ατόμου, ανάλογα με την αξία κάθε ατόμου, και με τις ανταλλαγές ελεύθερης αγοράς (Beauchamp, Childress, 2006).

- ✓ Σε κάθε άτομο ίσο μερίδιο.
- ✓ Σε κάθε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του
- ✓ Για κάθε άτομο σύμφωνα με την προσπάθεια
- ✓ Για κάθε άτομο σύμφωνα με τη συμβολή
- ✓ Για κάθε άτομο σύμφωνα με την αξία
- ✓ Για κάθε άτομο σύμφωνα με τις ανταλλαγές ελεύθερης αγοράς

Αυτός ο τυπικός τρόπος κατανομής θεωρείται δίκαιος και κατ' επέκταση ηθικός, επειδή κατανέμει τους πόρους για την υγεία σύμφωνα με τις ανάγκες του καθενός. Η πολιτική υγείας είναι αυτή που θα εξασφαλίσει την ίση πρόσβαση σε ίσους πόρους υγείας. Η εστίαση στις ανάγκες επιτρέπει την δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων μεταξύ των ασθενών και αποτρέπει την κατανομή πόρων πέρα από τις ανάγκες (Fry and Johnston 2005).

Τα ηθικά ζητήματα που υπάρχουν στην αρχή της δικαιοσύνης είναι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που δεν προσφέρουν ίσες ευκαιρίες περίθαλψης σε όλες τις κατηγορίες πολιτών., (Daniels N). Επιπρόσθετα, άλλα ζητήματα είναι κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης, ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η φροντίδα με βάση την ηλικία, η ανεπάρκεια θεραπείας σε ασθενείς, και η επιλογή ασθενών βάση της βαρύτητας της υγείας τους (triage). (Beauchamp, Childress, 2006).

3.6.3 Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

Οι κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας διεθνώς απορρέουν από τα Ανθρώπινα Δικαιώματα καθιστώντας σαφές, ότι οι βασικές αρχές στη νοσηλευτική, είναι ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στη ζωή, στην αξιοπρέπεια και αυτό του σεβασμού. (The ICN Code of Ethics for Nurses)

Οι κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας διεθνώς, ορίζουν βασικές αρχές που διέπουν το νοσηλευτικό επάγγελμα και περιλαμβάνουν Νοσηλευτικούς, νομικούς, κοινωνικούς κανόνες και άλλες αρχές, οι οποίες σχετίζονται με τη συμπεριφορά του Νοσηλευτή κατά την άσκηση του επαγγέλματος του. Ο Εθνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Κύπρου στοχεύει:

- Στη διαφύλαξη της ασφάλειας και στην προστασία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα οι οποίοι είναι αποδέκτες της φροντίδας των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών Υγείας (προαγωγή υγείας, πρόληψη, φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση).
- Στην προστασία του Νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζοντας τις σχέσεις τόσο των Νοσηλευτών μεταξύ τους, όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

Στον Εθνικό κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας περιγράφονται οι κάτωθι νοσηλευτικές αξίες που σχετίζονται και με τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών:

- Η προαγωγή της υγείας και της ευεξίας του ατόμου.
- Η παροχή ισότιμης, ασφαλούς, επικαιροποιημένης, τεκμηριωμένης, δίκαιης και χωρίς διακρίσεις φροντίδας.
- Ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, του Νοσηλευτικού απορρήτου και των εμπιστευτικών πληροφοριών.
- Η διασφάλιση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων στη φροντίδα τους και της συγκατάθεσης τους μετά από ενημέρωση.
- Η προστασία και η προαγωγή της αυτονομίας του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- Η διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ατόμων σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας και η συνηγορία.
- Η δημιουργία και η διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Η λήψη δεοντολογικών αποφάσεων, και
- Η στήριξη και διάχυση της Νοσηλευτικής Έρευνας.

Επιπλέον στον κώδικα περιγράφονται οι θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, οι οποίες απορρέουν άμεσα από το καθήκον των Νοσηλευτών να προασπίζονται τα δικαιώματα των ατόμων, στα οποία παρέχουν φροντίδα ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 Εθνικό κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας :

- Η αυτονομία του ατόμου.
- Η μη πρόκληση βλάβης.
- Ο ωφελινισμός: οι Νοσηλευτές παρέχουν ολιστική φροντίδα η οποία στοχεύει στην ικανοποίηση των βιολογικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών των ατόμων.

- Η δικαιοσύνη: οι Νοσηλευτές αναγνωρίζουν και σέβονται τη διαφορετικότητα των ατόμων (σε επίπεδο γλώσσας, φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, κοινωνικής κατάστασης, εθνικότητας, διαφυλικού προσανατολισμού) και παρέχουν ισότιμη φροντίδα χωρίς διακρίσεις.
- Η πίστη/αφοσίωση: η παροχή όσων ο Νοσηλευτής έχει δεσμευτεί.
- Η προστασία και εμπιστευτικότητα προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων όπως περιγράφονται στον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα νόμο.
- Η ειλικρίνεια και ακριβολογία: ο Νοσηλευτής αποκαλύπτει την αλήθεια στο άτομο λαμβάνοντας υπόψη το γνωστικό επίπεδο και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.
- Η υπευθυνότητα, και
- Η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση: ο ασθενής αποτελεί μια αυτόνομη οντότητα και θα πρέπει να ζητείται η συγκατάθεση του όπου αυτό είναι εφικτό για οποιαδήποτε πράξη μετά από την αποτελεσματική ενημέρωσή του».

3.7 Δικαιώματα ασθενών και νοσηλευτική

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, «Οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να διασφαλίζουν τα δικαιώματα της υγείας των ανθρώπων σε όλες τις εποχές και σε όλους τους χώρους. Αυτό περιλαμβάνει τη διασφάλιση ότι η κατάλληλη φροντίδα παρέχεται στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων και σύμφωνα με νοσηλευτική ηθική». (ICN, Nurses and Human Rights, 1998).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής, ακολουθώντας τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ενστερνίζεται και υποστηρίζει τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, από τα οποία απορρέουν και τα Δικαιώματα Ασθενών (ICN, 2012). Συγκεκριμένα:

- υποστηρίζει ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι δικαίωμα όλων των ατόμων ανεξάρτητα από κοινωνικές, πολιτισμικές, οικονομικές, πολιτικές, γεωγραφικές, φυλετικές και θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, θέτοντας ως πρώτιστο θέμα την ισότητα των ανθρώπων σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης.

- αναγνωρίζει το δικαίωμα των ανθρώπων να επιλέξουν ή να απορρίψουν φροντίδα, θεραπεία ή διατροφή,
- αναγνωρίζει το δικαίωμα οι άνθρωποι να αντιμετωπίζονται με σεβασμό
- αναγνωρίζει το δικαίωμα της συνειδητής συγκατάθεσης
- αναγνωρίζει το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας και της αξιοπρέπειας

Θέτει ως ζήτημα ότι οι Νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να διασφαλίζουν, να σέβονται και να προωθούν ενεργά τα δικαιώματα υγείας των ανθρώπων, σύμφωνα με την Νοσηλευτική Ηθική. (ICN, 2011)

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής, οι Νοσηλευτές έχουν ευθύνη να συμμετέχουν στην ανάπτυξη της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής και νομοθεσίας που σχετίζονται με τα δικαιώματα των ασθενών. Υποστηρίζει ότι στο νοσηλευτικό επάγγελμα, υπάρχει ανάγκη αυξημένης εγρήγορσης και υπάρχει απαίτηση οι νοσηλευτές να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις νέες τεχνολογίες που υπάρχουν στο χώρο της υγείας με απώτερο στόχο την μη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (ICN, 2011). Επιπρόσθετα, σε θέματα εκπαίδευσης, συμβουλεύει ότι πρέπει να υπάρχει επαρκής εκπαίδευση στα προγράμματα Νοσηλευτικής, σε θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, καθώς και τον ρόλο των νοσηλευτών στην εκπαίδευση, προώθηση και προαγωγή αυτών των δικαιωμάτων. Ο κώδικας νοσηλευτικής ηθικής, καθιστά σαφές ότι είναι στη νοσηλευτική η κυρίαρχη αρχή είναι ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στη ζωή, την αξιοπρέπεια και το να αντιμετωπίζονται με σεβασμό.

Ερευνητές, έχουν προτείνει τον εμπλουτισμό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τα δικαιώματα ασθενών στην νοσηλευτική εκπαίδευση (Ilтанen S, et al 2012), ενώ τονίζουν την ανάγκη παροχής περιοδικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε νοσηλευτές, (Hakan Ozdemir M et al 2009, Mohammad Nejad E 2011). Υπάρχει αναγκαιότητα επιμόρφωσης σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών για νοσηλευτές με την εκπαίδευση να διασφαλίζει υψηλότερο επίπεδο γνώσεων σχετικά με τα δικαιώματα. (Ilтанen S, et al 2012). Είναι επίσης σημαντικό για την ανάπτυξη νέων μεθόδων εκπαίδευσης και για τα νομικά δικαιώματα των ασθενών.

3.8. Κλίμακες διερεύνησης στάσεων και γνώσεων δικαιωμάτων ασθενών

Τα δικαιώματα ασθενών σε όλες τις χώρες, έχουν βασιστεί στα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Επιπρόσθετα, η κάθε χώρα για την θέσπιση της νομοθεσίας, ή, των χαρτών για τα Δικαιώματα των Ασθενών, έχει βασιστεί στη πολιτισμική και κοινωνική της κουλτούρα. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

Η διερεύνηση των στάσεων και γνώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών, έχει διερευνηθεί σε πολλές χώρες και σε ποικιλία δείγματος (ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, φοιτητές). Διερευνώντας τις μελέτες που έχουν διεκπεραιωθεί, έχει διαπιστωθεί ότι δεν υπάρχει ερωτηματολόγιο που να έχει χρησιμοποιηθεί σε ευρεία κλίμακα. Η κάθε ερευνητική ομάδα, βασισμένη στη νομοθεσία, ή, στο χάρτη για τα δικαιώματα των ασθενών της χώρα που θα διεξαχθεί η μελέτη, τη πολιτισμική και κοινωνική κουλτούρα δημιουργεί τη δική της κλίμακα δικαιωμάτων των ασθενών.

Μερικές κλίμακες που έχουν δημιουργηθεί είναι οι εξής και παρουσιάζονται κατά χρονολογική σειρά:

□ F Zülfiyar and MF Ulusoy (2001) – Τουρκία

Ο πρωταρχικός στόχος ήταν να μετρηθεί κατά πόσο οι ασθενείς έχουν επίγνωση των δικαιωμάτων τους. Η κύρια υπόθεση ήταν ότι, όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και πολιτιστικής κουλτούρας των ασθενών, τόσο περισσότερο έχουν επίγνωση των δικαιωμάτων τους. Οι ερευνητές δημιούργησαν μία κλίμακα σε 2 ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλάμβανε παράγοντες και δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, φύλο, ηλικία, τόπος διαμονής (κέντρο της πόλης, πόλη ή χωριό), εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, επάγγελμα, οικονομική κατάσταση, ο τρόπος με τον οποίο καταβάλλεται το κόστος νοσηλείας, πόσες φορές ο ασθενής είχε νοσηλευτεί, τον αριθμό των ημερών που πέρασε σε νοσοκομείο, εάν ο ασθενής ήξερε τη διάγνωση και τις λεπτομέρειες της θεραπείας. Αυτές ήταν οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης. Η δεύτερη ενότητα είχε βασιστεί στη Χάρτα Δικαιωμάτων Ασθενών στην Ευρώπη. Τα 49 άρθρα του Χάρτη είχαν διαχωριστεί σε 6

διαστάσεις: : (1) ανθρώπινα δικαιώματα και αξίες της υγειονομικής περίθαλψης· (2) πληροφορίες (3) συγκατάθεση· (4) τήρηση του απορρήτου· (5) περίθαλψη και τη θεραπεία· και (6) εφαρμογή νομοθεσίας. Διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη σε 18 ασθενείς, όπου μετά τα αποτελέσματα έγιναν οι απαραίτητες αλλαγές στην κλίμακα. Στην δεύτερη ενότητα η βαθμολόγηση της κλίμακας ήταν τύπου Likert scale, (συμφωνώ απόλυτα, συμφωνώ εν μέρει, αδιαφορώ, διαφωνώ και διαφωνώ πλήρως). Για κάθε ερώτηση η ψηλότερη βαθμολογία ήταν το 5 και η χαμηλότερη το 1. Ο κάθε ερωτώμενος θα μπορούσε να έχει ως μικρότερη βαθμολογία το 22 και σαν ψηλότερη βαθμολογία το 110. Τα άτομα με μικρότερη βαθμολογία αξιολογήθηκαν ότι είχαν την χαμηλότερη επίγνωση των δικαιωμάτων των ασθενών και τα άτομα με την ψηλότερη βαθμολογία είχαν την ψηλότερη επίγνωση των δικαιωμάτων των ασθενών. Στην μελέτη έλαβαν μέρος 128 ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 45% των ερωτηθέντων ήταν αδιάφοροι για τα δικαιώματα των ασθενών, ενώ 32% (n = 41) των ασθενών είχε μια βαθμολογία μικρότερη από 70. Μόνο 23% (n = 30) είχε αποτέλεσμα είναι μεγαλύτερο από το 79. Οι ερωτηθέντες με πανεπιστημιακή μόρφωση είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους ερωτηθέντες χωρίς μόρφωση που είχαν λάβει τη χαμηλότερη βαθμολογία. Διαφαίνεται ότι η εκπαίδευση ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για την επίγνωση των δικαιωμάτων ασθενών.

□ Merakou, K et al 2001- Ελλάδα

Η μελέτη διενεργήθηκε στην Ελλάδα, με στόχο την διερεύνηση κατά πόσο τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών. Στη μελέτη έλαβαν μέρος 600 ασθενείς παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων, από 6 μεγάλα νοσηλευτήρια (100 ασθενείς από κάθε νοσηλευτήριο), με τη χρήση κλίμακας και δομημένων συνεντεύξεων. Η κλίμακα περιλάμβανε 6 διαστάσεις και σύνολο 34 ερωτήσεις. Οι διαστάσεις ήταν: η γνώση για τα δικαιώματα ασθενών, η πληροφόρηση, η συναίνεση, η εμπιστευτικότητα, τα παράπονα/καταγγελίες και οι διαδικασίες προστασίας των δικαιωμάτων. Οι συνεντεύξεις και η κλίμακα σε κάθε ασθενή είχε χρονική διάρκεια 15 με 20 λεπτά. Διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη με 50 ασθενείς, με σκοπό την αξιολόγηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας. Τα αποτελέσματα είχαν αναδείξει ότι 84.3% των ασθενών δεν είχαν γνώση για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (66,5%) είχε ενημερωθεί προσωπικά για τη κατάσταση τους, ενώ από το

ένα τρίτο είχε ενημερωθεί ο συγγενικός κύκλος για αυτούς (32,8%). Το επίπεδο κατανόησης πληροφοριών ήταν αρκετά ψηλό (90.7%), ενώ υπήρχε ικανοποίηση από τις πληροφορίες και ερωτήσεις που λάμβαναν από τον ιατρό σε ποσοστό 89%. Το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας δεν ήταν ζήτημα πρώτης προτεραιότητας διότι μόνο το 65.8% το θεωρούσε ως σημαντικό δικαίωμα. Το ένα τέταρτο (25.7%) δεν θα προέβαινε σε ενέργειες εάν υπήρχε καταπάτηση των δικαιωμάτων τους και το (28.8%) θα έκανε παράπονο για την καταπάτηση. Σε ερώτηση «Με ποιόν τρόπο πιστεύετε ότι τα δικαιώματα ασθενών θα μπορούσαν να τηρηθούν καλλύτερα στο νοσηλευτικό ίδρυμα», οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι μια επιτροπή, ή, ένας εμπειρογνώμονας θα βοηθούσε. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι παρά την θεσμοθέτηση νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών στην Ελλάδα, οι ασθενείς δεν έχουν επίγνωση των δικαιωμάτων τους (K Merakou et al. 2001).

□ Leino- Kilpi et al 2000- Φιλανδία, Γερμανία, Ελλάδα, Σκωτία και Ισπανία

Οι ερευνητές Leino- Kilpi et al δημιούργησαν μία κλίμακα με στόχο την διερεύνηση της αυτονομίας, της ιδιωτικότητας και της πληροφορημένης συναίνεσης, μέσα στα πλαίσια μίας διεθνούς έρευνας στην Φιλανδία, Γερμανία, Ελλάδα, Σκωτία και Ισπανία. Η κλίμακα δημιουργήθηκε μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση και περιλάμβανε 4 διαστάσεις, την αυτονομία αποτελούμενη από 11 ερωτήσεις, την ιδιωτικότητα αποτελούμενη από 11 ερωτήσεις, και την πληροφορημένη συναίνεση αποτελούμενη από 6 ερωτήσεις. Διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη στις προαναφερθείσες χώρες και επιπλέον δεύτερη πιλοτική στην Φιλανδία. Αυτή η κλίμακα είναι η μόνη με θεματολογία δικαιωμάτων ασθενών που έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες και σε διαφορετικό δείγμα. Έχουν δημοσιευτεί 4 άρθρα. Το δεύτερο άρθρο, αναφέρει τα ευρήματα από την Σκωτία, μίας συγκριτικής μελέτης για την αυτονομία, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και της πληροφορημένης συναίνεσης σε παρεμβάσεις μαιών. Τα ερωτήματα ήταν: «Ποια η αντίληψη των μητέρων για την αυτονομία, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και την πληροφορημένη συναίνεση σε Δημόσια Νοσηλευτήρια της Σκωτίας, από την οπτική γωνία των μητέρων και μαιών», «Υπάρχουν διαφορές στις αντιλήψεις των μαιών και μητέρων για αυτά τα θέματα?». Το δείγμα αποτέλεσαν 243 μητέρες και 170 μαιές. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha ήταν: πληροφόρηση- μητέρες 0.58/μιαίες 0.85, λήψη απόφασης- μητέρες 0.49/μιαίες 0.88, ιδιωτικότητα- μητέρες 0.58/μιαίες 0.75, πληροφορημένη συναίνεση- μητέρες 0.62/μιαίες 0.92

(Scott, et al 2003). Το τρίτο άρθρο διερευνούσε την αυτονομία, την ιδιωτικότητα και την πληροφορημένη συναίνεση κατά την φροντίδα ηλικιωμένων από την οπτική γωνία των ασθενών και των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς ήταν αρκετά ικανοποιημένοι με τις ευκαιρίες για να ασκήσουν την αυτονομία τους, αλλά υπήρχαν διαφορές σε θέματα πληροφόρησης και λήψης αποφάσεων. Στο δικαίωμα της ιδιωτικότητας υπήρχαν ομόφωνες απόψεις ασθενών και νοσηλευτών.

□ **Esmaeil Mohammad Nejad et al. 2011- Ιράν**

Στο Ιράν οι ερευνητές είχαν ως στόχο την αξιολόγηση της γνώσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών. Για την επίτευξη τους στόχου, δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελούσε τα δημογραφικά στοιχεία και το δεύτερο μέρος αποτελείτο από 10 ερωτήσεις σύμφωνα με το χάρτη δικαιωμάτων ασθενών στο Ιράν. Η βαθμολόγηση της κλίμακας ήταν τύπου Likert-scale (καλή, μέτρια, αδύναμη), όπου καλή έπαιρνε 3 βαθμούς, μέτρια 2 βαθμούς και αδύναμη 1 βαθμό. Η μέγιστη βαθμολογία ήταν 30 βαθμοί όπου η αξιολόγηση της γνώσης είχε ως εξής: 21-30 βαθμούς – υψηλή γνώση, 10-20 μέτρια γνώση, και 1-10 αδύναμη γνώση. Για τον έλεγχο της εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη και διαδικασία, δοκιμασίας και επαναδοκιμασίας σε 10 νοσηλευτές, όπου ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα = 0.90. Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ότι 41.6% των νοσηλευτών δεν είχαν κατάλληλο επίπεδο γνώσεων, για τα δικαιώματα των ασθενών. Το υψηλότερο επίπεδο γνώσης είχε εντοπιστεί σε θέματα εμπιστευτικότητας και διατήρησης του απόρρητου των ιατρικών πληροφοριών και το χαμηλότερο επίπεδο είχε εντοπιστεί στο δικαίωμα ενημέρωσης.

□ **Saad Abdullah Alghanim 2012 - Σαουδική Αραβία**

Η μελέτη διενεργήθηκε στην Σαουδική Αραβία, και είχε ως στόχο τη διερεύνηση των γνώσεων για το νομοσχέδιο περί δικαιωμάτων ασθενών και τη εφαρμογή του. Δείγμα αποτέλεσαν επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και ιατροί) και ασθενείς. Η κλίμακα αποτελείτο από 4 μέρη. Το δεύτερο μέρος διερευνούσε τις γνώσεις για τα δικαιώματα των ασθενών και εάν είχαν παρατηρήσει τυχόν βελτιώσεις στις σχέσεις ιατρών και νοσηλευτών τα τελευταία χρόνια. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να απαντήσουν θετικά, ή, αρνητικά. Το τρίτο μέρος της κλίμακας διερευνούσε το βαθμό που υλοποιήθηκαν θέματα που αφορούσαν

την νομοθεσία για τα δικαιώματα των ασθενών. Η βαθμολόγηση της κλίμακας ήταν τύπου Likert-scale 5 βαθμίδων (1= διαφωνώ απόλυτα -5=συμφωνώ απόλυτα). Ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε ότι η κλίμακα είχε υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha=0.888$). Το τέταρτο μέρος περιείχε πιθανά εμπόδια στην εφαρμογή της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών, όπου οι συμμετέχοντες καλούνταν να συμπληρώσουν τα πιθανά εμπόδια. Για την αύξηση της εγκυρότητας του περιεχομένου της κλίμακας πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη, όπου δύο ακαδημαϊκοί και δύο ιατροί αξιολόγησαν τα αποτελέσματα και διαμόρφωσαν τη τελική κλίμακα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς δεν είχαν πλήρη επίγνωση για το περιεχόμενο της νομοθεσίας.

□ S. Itanen et al 2012- Φιλανδία

Οι ερευνητές στην Φιλανδία, στόχευαν στην διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων επαγγελματιών υγείας για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών και στο να περιγράψουν τις μεταβλητές που συνδέονταν με τη γνώση. Για την επίτευξη του στόχου, δημιούργησαν κλίμακα που αποτελείτο από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος αφορούσε δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και διερεύνηση επιπέδου εκπαίδευσης και πηγών γνώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών. Η βαθμολόγηση έγινε με επιλογή θετικής, ή, αρνητικής απάντησης. Το δεύτερο μέρος, περιείχε αξιολόγηση των ερωτηθέντων για την σημασία της γνώσης σχετικά με τα δικαιώματα ασθενών, που έγινε με κλίμακα τύπου Likertscale 5 βαθμίδων (από το πολύ ψηλό επίπεδο μέχρι πολύ χαμηλό επίπεδο). Η κλίμακα είχε βασιστεί στο περιεχόμενο της νομοθεσίας της Φιλανδίας, για τα δικαιώματα ασθενών. Η εγκυρότητα της κλίμακας αξιολογήθηκε από δύο νομικούς σε θέματα υγείας. Επιπρόσθετα, διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη με δείγμα 17 επαγγελματιών υγείας. Με βάση τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης έγιναν αλλαγές και η τελική κλίμακα περιείχε 47 ερωτήσεις και 5 διαστάσεις. Ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε ότι η κλίμακα έχει υψηλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha=0.76$). Τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας ήταν εν μέρει εξοικειωμένοι με τα δικαιώματα ασθενών. Υψηλό επίπεδο γνώσης παρουσίαζαν τα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης, θεραπείας, πρόσβασης και δικαίωμα αυτοδιάθεσης, ενώ χαμηλό επίπεδο γνώσης είχαν ο τομέας ενημέρωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. Ηθικό Αδιέξοδο

Ο Jameton (1984) που ήταν ο πρώτος που όρισε το ηθικό αδιέξοδο στην νοσηλευτική ως «ένα φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται όταν τα άτομα, ενώ γνωρίζουν ηθικά και δεοντολογικά την κατάλληλη ενέργεια δεν την πράττουν λόγω επίδρασης συγκεκριμένων παραγόντων εξωτερικών ή εσωτερικών».

Κατά την Corley (2002) το ηθικό αδιέξοδο εμφανίζεται στους νοσηλευτές, όταν ο νοσηλευτής γνωρίζει τι είναι το καλλύτερο για τον ασθενή, αλλά δεν το πράττει λόγω συγκεκριμένων παραγόντων. Διαπίστωσε ότι το ηθικό αδιέξοδο μπορεί να είναι καταστροφικό διότι οδηγεί τους νοσηλευτές να εξετάσουν το ενδεχόμενο αλλαγής επαγγέλματος, συνάμα όμως έχει και θετικό αντίκτυπο διότι αυξάνει την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών σε ηθικά προβλήματα που βιώνουν καθημερινά κατά την εξάσκηση του επαγγέλματος.

Έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί για το ηθικό αδιέξοδο στους νοσηλευτές.

Ο Fenton (1988) έχει δώσει τον εξής ορισμό, «Το ηθικό αδιέξοδο είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που δημιουργείται όταν κάποιος αναγκάζεται να συμπεριφερθεί με ένα τέτοιο τρόπο που παραβιάζει τα προσωπικά του πιστεύω και αξίες για το τι είναι σωστό και τι λάθος».

Κατά τους ερευνητές Hamric και Blackhall (2007), «το ηθικό αδιέξοδο βιώνεται όταν κάποιος νομίζει ότι ξέρει ποια είναι η σωστή ηθικά πράξη, αλλά απογοητεύεται γιατί οι πληροφορίες που γνωρίζει είναι ελλιπείς».

4.1. Πηγές Ηθικού Αδιεξόδου

Οι πηγές του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών σύμφωνα με την Corley (2002) είναι:

- Συνεχιζόμενη υποστήριξη της ζωής με τεχνικά μέσα, αν και δεν είναι προς το συμφέρον των ασθενών.

- Ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, οικογένειας και ασθενών για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.
- Ανεπαρκής χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης.
- Άνιση στελέχωση όταν το προσωπικό δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένο για τη φροντίδα ασθενών
- Ανεπαρκής ανακούφιση πόνου σε ασθενείς.
- Παροχή ψεύτικων ελπίδων σε ασθενείς και στις οικογένειες τους.

4.2. Κλίμακες διερεύνησης ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές

Έχουν δημιουργηθεί και χρησιμοποιηθεί πολλές κλίμακες για διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές και γενικά επαγγελματίες υγείας. Οι κλίμακες με χρονολογική σειρά είναι οι εξής:

4.2.1. Οπτική αναλογική κλίμακα των Corley και Selig (1994)

Η Corley χρησιμοποίησε την οπτική αναλογική κλίμακα το 1994, για να μετρήσει το ηθικό αδιέξοδο σε νοσηλευτές ΜΕΘ στην Αμερική. Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας ήταν ότι πάνω από 80% των νοσηλευτών, ανέφεραν μέτρια έως υψηλά επίπεδα ηθικού αδιεξόδου ενώ το 1/3 βίωναν το ηθικό αδιέξοδο.

4.2.2 Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley (1995)

Η Corley δημιούργησε την κλίμακα ηθικού αδιεξόδου MDS Moral Distress Scale το 1995, βασισμένη στη θεωρία του Jameton αποτελούμενη από 38 ερωτήσεις. Τα θέματα προέκυψαν από βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνεντεύξεις. Η εγκυρότητα της επιβεβαιώθηκε με τη βοήθεια ειδικών. Η αξιοπιστία της μετά από έλεγχο και επανέλεγχο (test retest) ήταν αρκετά καλή =0.86. Η κλίμακα ήταν τύπου Likert scale 0-5. Το δείγμα αποτέλεσαν νοσηλευτές ΜΕΘ και νοσηλευτές άλλων τμημάτων και διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ηθικού αδιεξόδου από τους υπόλοιπους νοσηλευτές.

4.2.3 Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley et al (2001)

Η Corley το 2001, διαμόρφωσε την αρχική κλίμακα ηθικού αδιεξόδου MDS Moral Distress Scale, από 38 ερωτήσεις σε 32 με βαθμό μέτρησης 0-7. Το δείγμα αποτελούσαν μέλη της Αμερικάνικης Οργάνωσης Εντατικής Φροντίδας Νοσηλευτών (American Association of Critical-Care Nurses) n=53, Νοσηλευτές εντατικής θεραπείας ενός ιατρικού κέντρου n=22, νοσηλευτές από ιδιωτικό νοσηλευτήριο n=74 νοσηλευτές από postanesthesia care unit και νοσηλευτές από νευροχειρουργική μονάδα μεγάλου ιατρικού κέντρου n=29. Έπειτα έδωσε τα ερωτηματολόγια σε 214 νοσηλευτές εντατικής θεραπείας και μέσα από παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις διαστάσεις. Στον Πίνακα 2 αναγράφονται οι διαστάσεις και η παραγοντική ανάλυση.

Πίνακας 2: Διαστάσεις και Παραγοντική Ανάλυση της κλίμακας ηθικού αδιεξόδου της Corley et al (2001)

	Διαστάσεις	παραγοντική ανάλυση
1^η διάσταση	Ατομική Υπευθυνότητα Individual Responsibility 20 θέματα	M=4.98; SD=1.53; Cronbach's alpha= 0.97
2^η διάσταση	Όχι προς το όφελος του ασθενή Non in patient's best interest 7 θέματα	M=4.93; SD=1.12; Cronbach's alpha= 0.82
3^η διάσταση	Εξαπάτηση Deception 3 θέματα	M=4.34; SD=1.61; Cronbach's alpha= 0.83

4.2.4 Το ερωτηματολόγιο ηθικού αδιεξόδου της Hanna (2002)

Το ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Ηθικού Αδιεξόδου της Hanna περιλαμβάνει τον τύπο, τη συχνότητα, την ένταση και τη διάρκεια εμπειριών ηθικού αδιεξόδου (The Moral Distress Assessment Questionnaire by Hanna 2004). Η Hanna στα πλαίσια της διατριβής για να μελετήσει το ηθικό αδιεξόδο, έκανε μια φαινομενολογική μελέτη σε δείγμα 10 νοσηλευτών που παρείχαν θεραπεία σε γυναίκες που υποβάλλονταν σε άμβλωση. Με τα ευρήματα της

δημιούργησε το ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Ηθικού Αδιεξόδου της Hanna. Η κλίμακα έχει ψηλό βαθμό εγκυρότητας αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα για την αξιοπιστία της.

4.2.5 Η κλίμακα 14 ερωτήσεων των Kalvemark-Sporrøng (2005) και οι Απλές Ερωτήσεις των Kalvemark-Sporrøng et al (2005)

Οι Kalvemark και Sporrøng ερεύνησαν, τα ηθικά διλήμματα που αντιμετώπιζαν οι φαρμακοποιοί στην Σουηδία που αποτελείτο από 14 ερωτήσεις που δημιουργήθηκαν μετά από συνέντευξη με ομάδα εστίασης. Οι ερωτηθέντες έπρεπε να εκτιμήσουν καταστάσεις που τους προκαλούσαν άγχος και ένταση σε μία κλίμακα από 0-4. Οι ερευνητές δεν αξιολόγησαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας.

4.2.6 Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley et al (2005)

Το 2005, διενεργήθηκε μελέτη όπου εξετάστηκε η σχέση της συχνότητα και έντασης του ηθικού αδιεξόδου με το περιβάλλον εργασίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Το δείγμα αποτέλεσαν 106 νοσηλευτές από χειρουργικά και παθολογικά τμήματα δύο μεγάλων ιατρικών κέντρων. Σε αυτή την κλίμακα ενσωματώθηκαν και ερωτήσεις που αφορούσαν τη διαχείριση του πόνου, τη διαχείριση της περίθαλψης καθώς και ανίκανους επαγγελματίες υγείας, αυξάνοντας την κλίμακα από 32 σε 38 ερωτήσεις. Τα θέματα αυτά προέκυψαν από μια ομάδα ειδικών σε θέματα νοσηλευτικής ηθικής και μέτρησαν την αξιοπιστία της νέας κλίμακας, όπου 0.98 ήταν η ένταση ηθικού αδιεξόδου και 0.90 η συχνότητα ηθικού αδιεξόδου. Η ερώτηση που αφορούσε την «συνεργασία με επαγγελματίες υγείας που θεωρώ ότι μπορούν να βλάψουν τον ασθενή», παρουσίαζε την μεγαλύτερη συχνότητα και ενόχληση. Οι ερωτήσεις με την χαμηλότερη συχνότητα ήταν, «Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του ασθενή να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ασθενής έχει κακή πρόγνωση» και με την χαμηλότερη ένταση ήταν, «Χορηγώ φαρμακευτική αγωγή ενδοφλεβίως κατά τη διάρκεια ανακοπής χωρίς συμπίεσεις ή διασωλήνωση».

Η Elpern et al (2005), σε μελέτη της είχε χρησιμοποιήσει την κλίμακα ηθικού αδιεξόδου MDS της Corley, αποτελούμενο από 38 ερωτήσεις σε νοσηλευτές ΜΕΘ. Η έρευνα είχε δύο

μέρη και η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου ήταν το πρώτο μέρος. Στόχοι της μελέτης ήταν η αξιολόγηση επιπέδου ηθικού αδιεξόδου, ο καθορισμός καταστάσεων που ευθύνονταν για το ηθικό τους αδιέξοδο, οι επιπτώσεις του και οι εμπειρίες που βιώνουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ σε σχέση με το ηθικό αδιέξοδο και η σχέση του ηθικού αδιεξόδου με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα της μελέτης είναι ότι οι νοσηλευτές βίωναν μέτρια επίπεδα ηθικού αδιεξόδου και τα ψηλότερα επίπεδα προέκυπταν όταν παρείχαν επιθετική θεραπεία σε ασθενείς τελικού σταδίου.

4.2.7 Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου των Hamric and Blackhall (2007)

Οι ερευνήτριες Hamric and Blackhall (2007), χρησιμοποίησαν την κλίμακα ηθικού αδιεξόδου MDS της Corley, όπου μείωσαν τα θέματα από 38 σε 19. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση του ηθικού αδιεξόδου που βίωσαν οι νοσηλευτές ΜΕΘ, σε διάφορες μονάδες εντατικής θεραπείας στην πολιτεία της Βιρτζίνιας. Η κλίμακα περιλάμβανε την συχνότητα και την ένταση ηθικού αδιεξόδου. Ο βαθμός μέτρησης ξεκινούσε από το 0=ποτέ και το 4=πολύ συχνά για την συχνότητα με 0=καθόλου και 0=σε μεγάλο βαθμό. Για τον υπολογισμό του επιπέδου του ηθικού αδιεξόδου πολλαπλασίαζαν τον βαθμό συχνότητας, με τον βαθμό έντασης για κάθε θέμα. Τα αποτελέσματα θα έπρεπε να ήταν από το 0-16. Ο Cronbach's alpha (αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής) των 19 θεμάτων της κλίμακας ήταν 0.83.

4.2.8 Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου των Eisenberg et al (2009)

Η ερευνητές στο Ισραήλ είχαν στόχο τη δημιουργία κλίμακας ηθικού αδιεξόδου, που θα απευθυνόταν σε όλους τους νοσηλευτές ανεξάρτητα του χώρου εργασίας τους. Αρχικά διενέργησαν 5 ομάδες εστίασης με στόχο την συλλογή δεδομένων. Η ανάλυση δεδομένων επικεντρώθηκε σε περιγραφές των συμμετεχόντων για τις γνώσεις, πεποιθήσεις, σκέψεις και συναισθήματα τους για ηθικά ζητήματα στον νοσηλευτικό τους έργο. Δύο ειδικοί σε θέματα ποιοτικής μεθοδολογίας, αναλύοντας τα δεδομένα δημιούργησαν το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιέγραφε καταστάσεις που βίωναν οι νοσηλευτές κατά την καθημερινή τους εργασία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Το ερωτηματολόγιο είχε βαθμολογία από το 1-6 (1=καθόλου και 6= πολύ μεγάλο βαθμό, τον βαθμό έκτασης του ηθικού αδιεξόδου). Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε με την συμπλήρωση του από 179 νοσηλευτές από τα νοσηλευτικά ιδρύματα και την κοινότητα. Επιπρόσθετα, διενεργήθηκε

διερευνητική ανάλυση και έλεγχος των δύο ομάδων νοσηλευτών, νοσηλευτριών και κοινότητας, για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ τους. Η αξιοπιστία των τριών μέτρων εξετάστηκε με εσωτερική συνοχή- τη χρήση του cronbach's alpha. Τέλος, εξετάστηκε η αξιοπιστία με την διαδικασία «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας». Η κλίμακα αποτελείτο από 15 ερωτήσεις και η συμπλήρωση τους απαιτούσε 10 λεπτά. Προέκυψαν 3 διαστάσεις όπως αναγράφονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Διαστάσεις και Παραγοντική Ανάλυση κλίμακας ηθικού αδιεξόδου των Eisenberg et al (2009)

	Διαστάσεις	παραγοντική ανάλυση
1^η διάσταση	Σχέσεις (4 ερωτήσεις σχετιζόμενες με τις εργασιακές σχέσεις των νοσηλευτών)	Cronbach's alpha= 0.85
2^η διάσταση	Πόροι (4 ερωτήσεις που περιγράφουν καταστάσεις και προβλήματα που προκαλεί η έλλειψη πόρων)	Cronbach's alpha= 0.79
3^η διάσταση	Χρόνος (3 ερωτήσεις που περιγράφουν την έλλειψη χρόνου κατά την εργασία)	Cronbach's alpha= 0.80

Αφαιρέθηκαν 4 ερωτήσεις και την τελική κλίμακα αποτέλεσαν 11 ερωτήσεις. Κατά την διερευνητική ανάλυση προέκυψαν διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων νοσηλευτών. Η διαδικασία της «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας» ήταν 0.624 και 0.535 και για τις τρεις διαστάσεις. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας ήταν αποδεκτή από νοσηλευτές προερχόμενους από το Ισραήλ, αλλά χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση της από δείγμα άλλων χωρών (Eisenberg et al 2009).

4.3. Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Ηθικό αδιέξοδο και νοσηλευτές εντατικής θεραπείας

Οι νοσηλευτές εντατικής θεραπείας λόγω της φύσης της εργασίας τους, βιώνουν συχνά το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου (McClendon, Buckner 2007, De Villers and DeVon 2012). Κατά τη άσκηση της νοσηλευτικής σε μονάδες εντατικής θεραπείας, οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με ηθικά ζητήματα όπως λήψη αποφάσεων για τα ζητήματα ασθενών τελικού σταδίου, αυτονομία, διαχείριση πόρων υγειονομικής περίθαλψης καθώς και διλήμματα για την ποιότητα της ζωής (De Villers and DeVon 2012). Τα αίτια του ηθικού αδιεξόδου, ποικίλλουν ανάλογα με τη νοσηλευτική ειδικότητα και οι νοσηλευτές ΜΕΘ μπορεί να βιώνουν ένα διαφορετικό είδος ηθικού αδιεξόδου, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Hanna D,2004).

Οι αιτίες ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών ΜΕΘ σύμφωνα με τους «Hamric et al» (2006) διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

A) Κλινικές καταστάσεις: Σε αυτές περιλαμβάνονται περιστάσεις μάταιης θεραπείας ασθενών τελικού σταδίου, συγκρούσεων σε σχέση με θρησκευτικές και κοινωνικές πεποιθήσεις, προβλημάτων επικοινωνίας με τους βαρέως πάσχοντες, μη ικανοποιητική συνεργασία μεταξύ συναδέλφων και άλλων επαγγελματιών υγείας.

B) Εσωτερικοί παράγοντες: Οι εσωτερικοί παράγοντες σχετίζονται με τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται τα ηθικά διλήμματα – θέματα που αναδύονται μέσα από την κλινική πράξη. Τα θέματα είναι η έλλειψη επικοινωνίας με ασθενείς (Oberle & Hughes 2001), η αμφισβήτηση της καταλληλότητας της θεραπείας (Corley 2002), η συνεργασία με μη ικανούς συναδέλφους (Tourjuiul et al 2005), η έλλειψη προσωπικού και οι μειωμένοι πόροι (Corley 2002, Kilpi et al 2002). Επιπρόσθετα, στους εσωτερικούς παράγοντες συγκαταλέγονται και η ελλιπής κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας και η αυξημένη ηθική ευαισθησία (Corley 2002).

Γ) Εξωτερικοί παράγοντες: Στους εξωτερικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η χαμηλή ποιότητα φροντίδας λόγω του αυξημένου κόστους και η έλλειψη προσωπικού και αυτονομίας σε επαγγελματίες υγείας.

Αυτά συμφωνούν και με άλλους ερευνητές, που αναφέρουν την επιθετική, ή, μάταιη θεραπεία ασθενών, τα προβλήματα συναίνεσης, την εργασία με ανίκανους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς και νοσηλευτές), ως πηγές ηθικού αδιεξόδου (Radzvin L. 2011).

Άλλοι συγγραφείς αναφέρουν ως πηγές ηθικού αδιεξόδου στις ΜΕΘ, τη χρήση επιθετικής ιατρικής θεραπείας, η οποία πιθανό να αυξάνει την οδύνη στους ασθενείς (Oberle K Hughes D.2001, Georges J., Grypdonck M., 2002, Elpern E et al 2005, Hamric A., Blackhall 2007), την ανακριβή και ελλιπή πληροφόρηση από ιατρούς σε ασθενείς και συγγενείς τους, τη λήψη αποφάσεων για ανάνηψη και άλλες οδηγίες (Kinlaw K 2005), καθώς επίσης την επικοινωνία με ασθενείς και συγγενείς για θέματα πρόγνωσης και θεραπείας (Dunne K et al 2005).

Η εμφάνιση ηθικού αδιεξόδου έχει διερευνηθεί σε νοσηλευτές των μονάδων εντατικής θεραπείας με ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες. Εντοπίστηκαν τρεις ποιοτικές μελέτες, (Wiegand & Funk 2012) Atashzadeh Shorideh et al. 2012) Gutierrez 2005) και πέντε ποσοτικές, (Connell 2015), Hamric AB, Blackhall LJ 2007, Browing A.M. 2013, Elpern et al 2005, Ganz et al 2012.

Οι ποιοτικές μελέτες, είχαν στόχο τη διερεύνηση εμπειριών του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών εντατικής θεραπείας. Διαφάνηκε ότι καταστάσεις που αφορούν ζητήματα τέλους της ζωής, αποτελούν πηγή ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές (Gutierrez 2005, Shorideh et al. 2012, Wiegand and Funk 2012). Άλλα ζητήματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη ηθικού αδιεξόδου, είναι η ακατάλληλη χρήση πόρων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η προβληματική επικοινωνία επαγγελματιών υγείας με ασθενείς και τους οικείους τους αλλά και με άλλους επαγγελματίες υγείας (Gutierrez 2005, Shorideh et al. 2012). Σημαντικό παράγοντα αποτελεί και η μη ικανοποιητική ενημέρωση εκ μέρους των ιατρών σε ασθενείς και οικείους τους. (Gutierrez 2005, Shorideh et al. 2012).

Οι Wiegand and Funk (2012), διερεύνησαν τις συνέπειες του ηθικού αδιεξόδου που βιώνουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ σε ασθενείς και οικείους τους. Αρχικά, οι νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν περιγράψει τις καταστάσεις που τους προκαλούσαν ηθικό αδιέξοδο. Στην πλειονότητά τους αφορούσαν ζητήματα τέλους της ζωής (73%). Τα ζητήματα αυτά περιλάμβαναν ανωφελή χρήση φαρμάκων, δωρεά οργάνων, υπερδοσολογία, ή, ελλιπή χρήση αναλγητικών. Άλλες

καταστάσεις που προκαλούσαν ηθικό αδιέξοδο, αλλά σε μικρότερο ποσοστό ήταν η μη ενημέρωση των ασθενών, η έλλειψη σεβασμού προς τον ασθενή, η διατήρηση ασφάλειας στην νοσηλευτική φροντίδα και η ασφάλεια των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές ΜΕΘ, είχαν περιγράψει και συνέπειες του ηθικού αδιεξόδου σε μελλοντικούς ασθενείς, όπως μη ικανοποιητική νοσηλευτική φροντίδα, έλλειψη σεβασμού και ψεύτικες ελπίδες. Οι συνέπειες περιλαμβάναν την ταλαιπωρία των ασθενών και των συγγενών τους, ζητήματα ποιότητας της ζωής, ασέβεια και μη αξιοπρεπή φροντίδα καθώς και παρατεταμένη νοσηλεία. Τα αισθήματα που βιώνουν οι νοσηλευτές εξαιτίας του ηθικού αδιεξόδου, περιλαμβάνουν απογοήτευση, θυμό, θλίψη, ψυχολογική εξάντληση, ανικανότητα, ταλαιπωρία, αγωνία, απογοήτευση, κατάθλιψη, και σωματική εξάντληση. Οι νοσηλευτές ΜΕΘ, ως συνέπεια του ηθικού αδιεξόδου, είχαν μειωμένο ηθικό και μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση. Μειωμένη ηθικό και ικανοποίηση από την μειωμένη εργασία (Wiegand and Funk 2012).

Οι ποσοτικές μελέτες εστίασαν στη διερεύνηση του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές εντατικών μονάδων (Elpern et al 2005), στη φροντίδα βαρέων πασχόντων τελικού σταδίου (Hamric AB, Blackhall LJ 2007), αλλά και σε σχέση με την ψυχολογική ενδυνάμωση (Browning A.M. 2013), την επίδραση του φύλου των νοσηλευτών (Connell 2015) και τις οργανωτικές παρεμβάσεις για ενδυνάμωση (Ganz et al 2012).

Στις πλείστες μελέτες χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MDS της Corley et al 2001 (Elpern et al 2005; Ganz et al 2012), ή η εκδοχή της κλίμακας MDS με 19 ερωτήσεις (Hamric AB, Blackhall LJ 2007), ή, η εκδοχή με 21 ερωτήσεις (Connell 2015), ή με 32 ερωτήσεις (Browning A.M. 2013).

Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές αναφέρουν χαμηλή προς μέτρια συχνότητα και ένταση ηθικού αδιεξόδου (Elpern et al 2005, Ganz et al 2012). Τα ζητήματα που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο τόσο σε άνδρες, όσο και σε γυναίκες νοσηλευτές, είναι η παροχή επιθετικής φροντίδας σε ασθενείς (Elpern et al 2005, Hamric AB, Blackhall LJ 2007). Οι νοσηλευτές ΜΕΘ, ενστερνίζονται τις επιθυμίες της οικογένειας για υποστήριξη της ζωής του ασθενή, έστω και αν δεν είναι προς το συμφέρον του (Hamric AB, Blackhall LJ 2007, Connell 2015), την επιθετική θεραπεία υψηλού κόστους με την οποία επιταχύνεται ο θάνατος του ασθενή (Connell 2015) και τη φροντίδα βαρέως πασχόντων όπου δεν υπάρχει προθυμία από κανένα για διακοπή της παροχής του αναπνευστήρα (Hamric AB, Blackhall

LJ 2007). Σε αντίθεση, η αύξηση δόσης φαρμάκου που επιταχύνει το θάνατο του ασθενή, έχει διαφανεί ότι προκαλεί σε μικρότερο βαθμό ηθικό αδιέξοδο και σε άνδρες και γυναίκες νοσηλευτές (Connell 2015). Υπάρχει διαφοροποίηση ζητημάτων που προκαλούν σε μικρότερο βαθμό ηθικό αδιέξοδο σε σχέση με το φύλο των νοσηλευτών, με τους άνδρες νοσηλευτές να υποστηρίζουν την διενέργεια επώδυνων διεργασιών σε ασθενείς από φοιτητές ιατρικής για σκοπούς εκπαίδευσης και την απροθυμία λήψης ενεργειών σε περίπτωση ηθικών ζητημάτων λόγω άρνησης των προϊσταμένων. Οι γυναίκες θεωρούν ότι επηρεάζει σε λιγότερο βαθμό το ηθικό αδιέξοδο την αποφυγή λήψης δράσης σε περίπτωση που γνωρίζουν ότι συνάδελφος τους έχει πράξει ιατρικό, ή, νοσηλευτικό σφάλμα και δεν προχωρούν σε αναφορά του (Connell 2015).

Υπάρχουν διάφορες απόψεις των νοσηλευτών για τα επίπεδα του που μειώνουν, ή, αυξάνουν τα επίπεδα ηθικού αδιεξόδου σε ένταση και συχνότητα.

Σύμφωνα με τον Browning (2013), τα ζητήματα που συμβαίνουν συχνά και προκαλούν σε υψηλό βαθμό ηθικό αδιέξοδο είναι η τήρηση οδηγιών από την οικογένεια για συνέχιση υποστήριξης της ζωής ασθενή, που δεν είναι προς το συμφέρον του, η τήρηση ιατρικών οδηγιών για ανώφελες εξετάσεις και η τήρηση οδηγιών από την οικογένεια για τη φροντίδα του ασθενή τους για την οποία διαφωνούν οι νοσηλευτές. Οι «Ganz et al» 2012, προσθέτουν και την διενέργεια ιατρικών εξετάσεων όταν δεν είναι απαραίτητες και της καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης για παράταση της ζωής των ασθενών. Αντιθέτως, η τήρηση οδηγιών για τη διακοπή θεραπείας σε ασθενή που δεν μπορεί να αντεπεξέλθει οικονομικά, αποτελεί το φαινόμενο που συμβαίνει σε μικρότερο βαθμό στο τμήμα (Browning A.M. 2013, Ganz et al 2012).

Τα ζητήματα που προκαλούν ενόχληση σε νοσηλευτές σε μεγάλο βαθμό, είναι η προσφορά βοήθειας σε ιατρό που κατά τη γνώμη τους δεν προσφέρει σωστή φροντίδα σε ασθενείς, η εργασία σε συνθήκες που υπάρχει έλλειψη προσωπικού, η ελλιπή φροντίδα και η φροντίδα βαρέως πάσχοντα σε αναπνευστήρα όπου υπάρχει απροθυμία για διακοπή της παροχής του αναπνευστήρα. Επιπλέον, οι «Ganz et al» 2012, αναφέρουν ως φαινόμενο που προκαλεί ενόχληση σε νοσηλευτές την καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση σε ασθενείς, με σκοπό να παραταθεί η ζωή τους και η συνεργασία με μη ικανούς ιατρούς. Η τήρηση ιατρικών οδηγιών για ανώφελες θεραπείες και εξετάσεις σε βαρέως πάσχοντες, προκαλεί σε

μικρότερο βαθμό ενόχληση στους νοσηλευτές (Browning A.M. 2013), το ίδιο και η ζήτηση δωρεάς οργάνων από συγγενείς ασθενών που δεν έχουν προσδόκιμο ζωής καθώς επίσης η προετοιμασία ηλικιωμένων ασθενών για γαστροστομία (Ganz et al 2012).

Συμπερασματικά, διαφαίνεται ότι τα ζητήματα τέλους της ζωής και η επιθετική θεραπεία, είναι από τα ζητήματα που αυξάνουν το ηθικό αδιέξοδο σε νοσηλευτές και συμβαίνει επί το πλείστο συχνά πράγμα που τους προκαλεί σε μεγάλο βαθμό ενόχληση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Συστηματική Ανασκόπηση

Nurses' attitudes and knowledge regarding patients' rights: a systematic exploration of the literature

Περίληψη

Εισαγωγή: Τα δικαιώματα των ασθενών περιλαμβάνουν ένα σύνολο κανόνων που σταθμίζονται το ένα σε σχέση με το άλλο, συμπληρώνουν το ένα το άλλο και ως εκ τούτου πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ομάδα και όχι ως απομονωμένα άτομα. Οι διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων έχουν διερευνηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία και είναι δύσκολο να σχηματιστεί μια ολοκληρωμένη εικόνα για όλο το φάσμα των δικαιωμάτων των ασθενών, ιδιαίτερα από την άποψη των νοσηλευτών.

Στόχοι: Ο στόχος αυτής της ανασκόπησης είναι η διερεύνηση και η παρουσίαση εμπειρικών στοιχείων για τις στάσεις και γνώσεις των νοσηλευτών, αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών και η παρουσίαση στοιχείων όσο αφορά α) τη πηγή των γνώσεων των νοσηλευτών β) τη γνώση για τη νομοθεσία των δικαιωμάτων των ασθενών γ) τις στάσεις απέναντι σε όλο το φάσμα των δικαιωμάτων των ασθενών καθώς και προς δ) τις ιδιαίτερες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών.

Μέθοδος: Πρόκειται για συστηματική ανασκόπηση η οποία έχει διεξαχθεί με την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων, Web of Science, PUBMED, CINAHL, και Academic Search Complete, χρησιμοποιώντας προκαθορισμένες λέξεις-κλειδιά. Η ποιότητα των μελετών αξιολογήθηκε ανεξάρτητα με βάση καθιερωμένα εργαλεία.

Αποτελέσματα: Μόνο έξι σχετικές μελέτες έχουν εντοπιστεί. Οι μελέτες ανέδειξαν σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς, ιδιαίτερα την εξωτερική εγκυρότητα (δείγμα ευκολίας, χαμηλά ποσοστά ανταπόκρισης, και ανεπαρκές μέγεθος δείγματος). Άλλα ευρήματα περιλαμβάνουν: α) χαμηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών, β) διαφορές όσο αφορά τη γνώση συγκεκριμένων πτυχών των δικαιωμάτων των ασθενών, τόσο μεταξύ των ομάδων όσο μεταξύ των απαντήσεων από

άτομα από διάφορες χώρες, γ) ενδεχομένως χαμηλότερη προτεραιότητα αποδίδεται στο δικαίωμα των ασθενών στη πρόσβαση σε πληροφορίες, και δ) ανεπαρκή στοιχεία για τις πηγές της γνώσης για τα δικαιώματα ασθενών και άλλα συναφή ζητήματα.

Συμπεράσματα: Η έλλειψη σχετικών μελετών μαζί με το στενό γεωγραφικό εντοπισμό, την ετερογένεια και μεθοδολογικούς περιορισμούς καθιστούν την δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων δύσκολη. Η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση στο πιο πάνω θέμα, βασίζεται σε αυτά τα αποτελέσματα.

Εισαγωγή

Τα ανθρώπινα δικαιώματα προκύπτουν μέσα από την πολιτική, φιλοσοφική και κοινωνική εξέλιξη και συνδέονται άμεσα με την ιστορία της ανθρωπότητας. Διαμορφώθηκαν από την εξέλιξη της ιστορίας, μέσα από δηλώσεις και διατάξεις (Chrisospathe, Papathanassoglou 2009; Chrisospathe, Papadatos 2006). Τα δικαιώματα των ασθενών, συνδέονται άμεσα με τις έννοιες των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Σε διάφορες χώρες, τα δικαιώματα των ασθενών έχουν διαμορφωθεί μέσα από τη νομοθεσία και βασίζονται στις αξίες και τις αρχές της βιοηθικής. Αυτά περιλαμβάνουν ανθρώπινα δικαιώματα σχετικά με θέματα υγείας, όπως το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα στη σωματική και ψυχική ακεραιότητα και αυτονομία, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρεπούς μεταχείρισης κατά τη παροχή των υπηρεσιών υγείας, καθώς και το δικαίωμα στη προστασία της υγείας.

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών, οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να διαφυλάξουν τα δικαιώματα των ασθενών οπουδήποτε και οποτεδήποτε (ANA 2015) και ενεργούν ως συνηγόροι των ασθενών, «σε όλες τις περιπτώσεις, για όλες τις ηλικίες και για όλες τις ικανότητες των ασθενών». Ωστόσο, για να είναι σε θέση οι νοσηλευτές να προστατεύουν τα δικαιώματα των ασθενών πρέπει να ισχύουν αρκετές προϋποθέσεις, συμπεριλαμβανομένων της γνώσεως και της ευαισθητοποίησης αναφορικά με τα δικαιώματα των ασθενών και τις νομοθετικές διατάξεις (Joolae 2008), της θετικής στάσεως των νοσηλευτών και της ικανότητας τους να διαπραγματεύονται ηθικές καταστάσεις. Ως εκ τούτου, η αμφιθυμία και οι εσφαλμένες εκτιμήσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο (Rowson 2007), ιδιαίτερα σε

περιπτώσεις όπου ορισμένα δικαιώματα των ασθενών έρχονται σε αντιπαράθεση με διάφορα ζητήματα (π.χ. αυτονομία ενάντια στην προστασία της υγείας των βαρέως πασχόντων). Ως εκ τούτου, κατά την εξέταση των δικαιωμάτων των ασθενών είναι σημαντικό να τα διερευνήσουμε ως μία ομάδα από διατάξεις που υπάρχει ισορροπία μεταξύ τους. Να μη δίνεται προτεραιότητα σε διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων, ή, ακόμα και περιορισμούς της νομοθεσίας. Επιπλέον, ορισμένες πτυχές των δικαιωμάτων, πρέπει να προϋποθέτουν άλλες πτυχές των δικαιωμάτων, π.χ. το δικαίωμα για πληροφόρηση προϋποθέτει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής.

Διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών (π.χ. δικαίωμα για συναίνεση μετά από ενημέρωση), έχουν διερευνηθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία, είναι δύσκολο να σχηματιστεί ολοκληρωμένη εικόνα για τα δικαιώματα ασθενών, ιδιαίτερα από την άποψη των νοσηλευτών (Illtanen 2012). Λόγω του ότι τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών στην καθημερινή κλινική πρακτική, ενέχει προκλήσεις, η διερεύνηση των στάσεων και γνώσεων των νοσηλευτών είναι σημαντική στην τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών στην κλινική εμπειρία, με στόχο τα συμφέροντα των ασθενών και την υποστήριξη των νοσηλευτών.

Στόχος

Στόχος είναι η συστηματική ανασκόπηση των υφιστάμενων ερευνών αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών. Συγκεκριμένα, στοχεύουμε στην ανασκόπηση: α) των πηγών γνώσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών, β) της γνώσης των νοσηλευτών για τη νομοθεσία για τα δικαιώματα ασθενών, γ) τις στάσεις των νοσηλευτών για όλο το φάσμα των δικαιωμάτων των ασθενών στο σύνολό τους, καθώς και ως προς τις ιδιαίτερες πτυχές των δικαιωμάτων.

Μέθοδος

Λόγω έλλειψης ειδικών κατευθυντήριων γραμμών για την αναθεώρηση των ερευνών, ή, δεδομένων των ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί στις μελέτες, έχουμε χρησιμοποιήσει κατευθυντήριες γραμμές για την ανασκόπηση των ερευνών.

Κριτήρια καταλληλότητας επιλογής μελετών

Κριτήρια επιλογής είναι τα ακόλουθα:

1. Μελέτες που διερευνούσαν στάσεις και/ή γνώσεις νοσηλευτών για όλες τις πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών, ανεξάρτητα από τη μεθοδολογική προσέγγιση (ποιοτικές, ποσοτικές) ή σχεδιασμό της μελέτης.
2. Γραμμένες στην Αγγλική, ή, Ελληνική γλώσσα.
3. Πλήρεις δημοσιευμένες μελέτες.

Κριτήρια αποκλεισμού μελετών

Τα κριτήρια αποκλεισμού είναι τα ακόλουθα:

1. Βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, περιλήψεις, σχόλια, αναφορές περιστατικών, επιστολές, διατριβές, παρουσιάσεις συνεδρίων.
2. Μελέτες που διερευνούσαν επαγγελματίες υγείας εκτός νοσηλευτών.
3. Μελέτες που διερευνούσαν φοιτητές νοσηλευτικής.
4. Μελέτες που διερευνούσαν μόνο μία πτυχή των δικαιωμάτων των ασθενών (π.χ. αυτονομία, ιδιωτικότητα).

Συμμετέχοντες

Οι συμμετέχοντες στη παρούσα ανασκοπήση ήταν αποκλειστικά νοσηλευτές, ή, νοσηλευτές ως μια υπο-ομάδα επαγγελματιών υγείας.

Πληροφορίες πηγών αναζήτησης μελετών

Η συστηματική ανασκόπηση έχει διεξαχθεί σε βάσεις δεδομένων (CINAHL, PUBMED, Web of Science and Academic Search Complete). Ένας έμπειρος βιβλιοθηκονόμος είχε βοηθήσει κατά τη διάρκεια της συστηματικής ανασκόπησης. Είχαν διερευνηθεί στις βάσεις δεδομένων συστηματικές ανασκοπήσεις, ή, μετα-αναλύσεις για το παρόν θέμα και επιπλέον είχαν διερευνηθεί λίστες αναφορών σε δημοσιευμένα άρθρα που αφορούσαν σχετικές μελέτες με το θέμα.

Αναζήτηση μελετών

Η αναζήτηση μελετών έχει διεξαχθεί στις βάσεις δεδομένων χρησιμοποιώντας συνδυασμό των λέξεων: “nurses”, OR, “healthcare professionals”, OR, “healthcare providers”, OR, “healthcare workers”, OR, “healthcare personnel” AND “attitudes”, OR, “knowledge”, OR, “perceptions”, OR, “views”, OR, “opinions”, OR, “experiences”, OR, “awareness” AND “patients’ rights”. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης επανεξετάστηκαν από 3 μέλη της ερευνητικής ομάδας (ΕΚ, ΕΠ, ΝΜ). Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζεται στο **διαγραμμα 1**.

Μέθοδος επιλογής και αποκλεισμού μελετών

Διπλότυπα άρθρα είχαν αφαιρεθεί και οι τίτλοι των μελετών είχαν ελεγχθεί από 3 μέλη της ερευνητικής ομάδας (ΕΚ, ΕΠ, ΝΜ), χωριστά για τον προσδιορισμό των μελετών που θα επιλέγονταν. Περιλήψεις και/ή πλήρη κείμενα στη συνέχεια μελετήθηκαν ανεξάρτητα από 3 μέλη της ερευνητικής ομάδας (ΕΚ, ΕΠ, ΝΜ), με στόχο να συνάδουν με τα κριτήρια επιλογής. Οι επιλεγμένες μελέτες αποτιμήθηκαν σύμφωνα με λίστες ελέγχου και επαληθεύτηκαν από όλα τα άτομα της ερευνητικής ομάδας. Τυχόν ασάφειες είχαν επιληθεί μέσω διαβουλεύσεων με όλα τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

Πληροφορίες που περιλάμβαναν οι μελέτες αφορούσαν το δείγμα, τα χαρακτηριστικά, τον σχεδιασμό, τις αναλύσεις, τα υποσύνολα αναλύσεων, τις στατιστικές μεθόδους και τα κύρια αποτελέσματα. Στις περιπτώσεις που το δείγμα περιλάμβανε διάφορους επαγγελματίες υγείας, μόνο τα στοιχεία από νοσηλευτές είχαν διερευνηθεί.

Ποιοτική αξιολόγηση μελετών

Η ποιότητα των επιλεγμένων μελετών αξιολογήθηκε ανεξάρτητα από 2 μέλη της ερευνητικής ομάδας (ΕΚ, ΕΠ) και επιτεύχθηκε συναίνεση μέσα από συναντήσεις με όλα τα μέλη της. Η αξιολόγηση των επιλεγμένων ποσοτικών μελετών επιτεύχθηκε με το Critical appraisal tool for survey studies (center for Evidence-Based Management (CEBM1996; Crombie 1996). Το εργαλείο αξιολόγησης περιλαμβάνει 11 σημαντικά στοιχεία σχεδιασμού και ανάλυσης. Για την αξιολόγηση των ποιοτικών μελετών, χρησιμοποιήθηκε η λίστα

αξιολόγησης (CASP). Το CASP περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις που αξιολογούν τις ποιοτικές μελέτες.

Αποτελέσματα

Η ανασκόπηση διενεργήθηκε στο διάστημα Νοεμβρίου 2014 με Ιανουαρίου 2015. Η αρχική έρευνα απέφερε 59 αποτελέσματα από τη βάση PUBMED, 68 από τη βάση CINAHIL, 10 από τη βάση Web of Science και 8 από τη βάση Academic Search Complete. Σύνολο 105 άρθρων αποκλείστηκαν μετά από αναγνώριση του τίτλου τους (Academic Search Complete: 2; CINAHIL: 57; PubMed: 39; Web of Science: 7 και 15 άρθρα αποκλείστηκαν μετά από μια ανάγνωση της περίληψης. Η τελική επιλογή αφορά 5 ποσοτικές μελέτες και 1 ποιοτική μελέτη Σχεδιάγραμμα 1.

Γενική περιγραφή των χαρακτηριστικών των ποσοτικών μελετών

Οι ποσοτικές μελέτες διεξήχθησαν σε 4 διαφορετικά κράτη, περιλαμβανομένων της Φινλανδίας, Τουρκίας, Αιγύπτου και Ιράν. Χαρακτηριστικά των μελετών συνοψίζονται στον Πίνακα 4.

Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν 840 νοσηλευτές, όπου κυμαίνονταν από 22 έως 298 συμμετέχοντες. Εκτός από τους νοσηλευτές, στις περισσότερες μελέτες συμπεριλαμβάνονταν και άλλοι επαγγελματίες υγείας, όπως ιατροί (Illtanen et al 2012; Parsapoor et al 2012; Hanna et al 2012; Ozdemir et al 2009) και μαίες (Nejad et al 2011). Επιπρόσθετα, μερικές μελέτες αφορούσαν ασθενείς (Parsapoor et al 2012) και συγγενείς (Hanna et al 2012). Τα αποτελέσματα από τις μελέτες που αφορούσαν μόνο νοσηλευτές, είχαν χρησιμοποιηθεί για τη παρούσα ανασκόπηση.

Συνολικά 5 μελέτες με ποσοτικό σχεδιασμό έχουν διερευνήσει μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων την ευαισθητοποίηση των δικαιωμάτων των ασθενών και τις απόψεις σχετικά με τη μη ικανοποίηση των διαφόρων πτυχών των δικαιωμάτων των ασθενών, της αυτονομίας του ασθενούς, των δικαιωμάτων των ασθενών, τη προστασία της ιδιωτικής ζωής και την επίγνωση συναίνεσης. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία μέσω ερωτηματολογίων τύπου Likert, που αναπτύχθηκαν ειδικά για τους σκοπούς των αντίστοιχων μελετών.

Χαρακτηριστικά ποιοτικών μελετών

Έχει εντοπιστεί μόνο μία ποιοτική μελέτη όπου διεξήχθη στις Κάτω Χώρες (Klor et al 1991). Αυτή η μελέτη διερευνούσε απόψεις νοσηλευτών κοινοτικής σε αρκετές πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών.

Ποιοτική αξιολόγηση μελετών

Η εκτίμηση της μεθοδολογικής αξιολόγησης της ποιότητας των μελετών που έχουν εντοπιστεί μέσω της ανασκόπησης συνοψίζονται στον Πίνακες 5. Η τυχαία δειγματοληψία έχει χρησιμοποιηθεί μόνο σε μία ποσοτική μελέτη, ενώ οι υπόλοιπες μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει δειγματοληψία ευκολίας, η οποία μπορεί να έχει επηρεάσει την εξωτερική εγκυρότητα. Εξάιρεση αποτελεί μία μελέτη που περιλαμβάνει ιδιαίτερα μικρού μεγέθους δείγμα (48 νοσηλευτές), με ποσοστό ανταπόκρισης 82.75%. Το ποσοστό ανταπόκρισης των υπολοίπων μελετών κυμαινόταν μεταξύ 50% και 66%. Η μικρή ανταπόκριση μπορεί να είναι ένδειξη συστηματικών σφαλμάτων, δεδομένου ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι δεν συγκατατέθηκαν να συμμετάσχουν στις μελέτες μπορεί να είχαν διαφορετικές απόψεις και εμπειρίες, σε σύγκριση με αυτούς που συμμετείχαν σε μία μελέτη.

Όσο αφορά το μέγεθος του δείγματος, δύο μελέτες περιλάμβαναν 50 συμμετέχοντες, τρεις μελέτες περιλάμβαναν πάνω από 140 συμμετέχοντες, ενώ μία μελέτη από την Τουρκία (Ozdemir et al 2009), όπου είχε χρησιμοποιηθεί δείγμα τυχαίας δειγματοληψίας, συμμετείχαν 350 συμμετέχοντες. Μικρό μέγεθος δειγμάτων σε συνδυασμό με την ευκολία δειγματοληψίας μπορεί να έχουν απειλήσει σοβαρά την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Στην πλειοψηφία των μελετών με την ανάπτυξη των ερωτηματολογίων και την αξιολόγηση τους έχει διαφανεί, ότι τα θέματα της εγκυρότητας παραμένουν. Επιπλέον, η μεγάλη ετερογένεια των ερευνητικών εργαλείων, καθιστά απαραίτητες τις συγκρίσεις μεταξύ των μελετών.

Αποτελέσματα

Σε όλες τις μελέτες σημειώθηκε σημαντική ετερογένεια σε ότι αφορά την έμφαση στις διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών και την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών.

Κάποιοι συγγραφείς δίνουν έμφαση στις πηγές της γνώσης ενώ άλλοι εστιάζουν στη στάση νοσηλευτών.

A) Πηγές γνώσης νοσηλευτών αναφορικά με τα δικαιώματα ασθενών

Συνολικά 3 μελέτες αναφέρουν τις πηγές των γνώσεων όσο αφορά τα δικαιώματα των ασθενών. Οι πηγές των γνώσεων παρουσίασαν σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των μελετών. Οι πιο κοινές πηγές γνώσης περιλαμβάνουν μαθήματα σε προγράμματα προπτυχιακών σπουδών, ειδικά για τα δικαιώματα των ασθενών, ειδική εκπαίδευση αναφορικά με τη Νοσηλευτική δεοντολογία, ή, ανακοινώσεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Table 3). Για παράδειγμα στην Αίγυπτο, (Hanna et al 2013), τα μαθήματα στο προπτυχιακό επίπεδο στη Νοσηλευτική και σε άλλα είδη εκπαίδευσης, αποτελούν τη πηγή γνώσης για τα δικαιώματα ασθενών, ενώ σε μικρότερο βαθμό τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ή, οι ανακοινώσεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα προσδιορίστηκαν ως σημαντικές πηγές γνώσης. Μία μελέτη κάνει ειδική αναφορά σε θέματα δεοντολογίας ως μέρος της προπτυχιακής εκπαίδευσης στην νοσηλευτική (Ozdemir et al 2009), ενώ στην μελέτη από το Ιρακ, (Nejad et al 2011), οι ερευνητές αναφέρουν ότι το ένα τρίτο των νοσηλευτών δεν είχε λάβει εκπαίδευση στα δικαιώματα των ασθενών. Σε αντίθεση, η πλειοψηφία των νοσηλευτών στη Φινλανδία (61%) (Illtanen et al 2012), είχε λάβει μέρος σε εκπαίδευση σχετική με ηθικά ζητήματα.

B) Γνώση νοσηλευτών όσο αφορά τη νομοθεσία σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών

Το επίπεδο γνώσης των νοσηλευτών στα δικαιώματα των ασθενών, είτε ως αυτό-αναφορά είτε ως αξιολόγηση σε ερωτηματολόγια, έχει διερευνηθεί σε 4 από τις 5 έρευνες που έχουν προσδιοριστεί ποσοτικά, ενώ τα πραγματικά επίπεδα γνώσης εντοπίστηκαν σε μόνο 2 μελέτες. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που αναφέρουν ότι έχουν επίγνωση των γενικών διατάξεων του νόμου για τα δικαιώματα των ασθενών κυμαινόταν μεταξύ 50-80%. Το χαμηλότερο επίπεδο γνώσης αυτο-αναφοράς είχε σημειωθεί μεταξύ των νοσηλευτών στην Αίγυπτο, (Hanna et al 2013) και στη Φινλανδία (Illtanen et al 2012), δεδομένου ότι περίπου το ήμισυ των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν το περιεχόμενο του νόμου για τα δικαιώματα των ασθενών.

Ελαφρώς υψηλότερο επίπεδο γνώσης σε αυτό-αναφορές όσο αφορά τις νομοθετικές διατάξεις έχουν παρατηρηθεί στο Ιράν (58%) (Νεντζάντ κ.ά. 2011) και τα υψηλότερα επίπεδα αυτό-αναφοράς της γνώσης σημειώθηκαν σε νοσηλευτές και μαίες στην Τουρκία (Ozdemir et al 2009). Ωστόσο, σε αξιολόγηση των γνώσεων που διενεργήθηκε στην Φιλανδία (Illtanen et al 2012), υπήρχε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ πραγματικής γνώσης και αυτο-αναφοράς, με 68,8% των ερωτηθέντων να βαθμολογούνται ψηλότερα στην αξιολόγηση των γνώσεων. Αν και επιχειρήθηκε παρόμοια σύγκριση στην Τουρκία, (Ozdemir et al 2009), δεν έχουν παρατηρηθεί διαφορές.

Μόνο δύο μελέτες έχουν συνδέσει τους παράγοντες που σχετίζονται με τη γνώση για τα δικαιώματα των ασθενών και την ηλικία (Illtanen et al 2012), τα χρόνια εμπειρίας και το επίπεδο εκπαίδευσης των νοσηλευτών, ως παράγοντες που αυξάνουν θετικά το επίπεδο της γνώσης. Σύμφωνα με τους Nejad et al (2011), έχει εντοπιστεί ως θετικός παράγοντας τα χρόνια εμπειρίας των νοσηλευτών.

Γ) Γνώσεις σχετικά με συγκεκριμένες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών

Το επίπεδο γνώσης ποικίλη σε διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών σε όλες τις μελέτες, ωστόσο, οι συγκρίσεις είναι σημαντικές λόγω της ετερογένειας στα στοιχεία των ερωτηματολογίων. Στην Φιλανδία (Illtanen et al 2012), οι ερευνητές αξιολόγησαν την γνώση των νοσηλευτών με ερωτηματολόγιο αξιολόγησης 47 ερωτήσεων σε 5 θεματικές ενότητες των δικαιωμάτων των ασθενών, (ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και πρόσβασης για θεραπεία, αυτοδιάθεση, ενημέρωση, εμπιστευτικότητα και υποστήριξη των ασθενών μέσω διαμεσολαβητή), με τα υψηλότερα επίπεδα γνώσης να παρατηρούνται στα ζητήματα ποιότητας και πρόσβασης στη περίθαλψη και τα χαμηλότερα όσο αφορά την υποστήριξη των ασθενών μέσω διαμεσολαβητή.

Διαφορές έχουν παρατηρηθεί μεταξύ διαφορετικών ομάδων των νοσηλευτών, με τους νοσηλευτές της δημόσιας υγείας να παρουσιάζουν ψηλότερα επίπεδα γνώσης και τους πρακτικούς νοσηλευτές να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα γνώσης σε σχέση με τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές. Σε μικρότερης έκτασης ερωτηματολόγιο που συμπεριλάμβανε στοιχεία σχετικά με διαφορετικές διατάξεις της νομοθεσίας, είχε δοθεί σε Τουρκική μελέτη (Ozdemir et al 2009), με τα υψηλότερα επίπεδα γνώσης να εντοπίζονται

στο δικαίωμα των ασθενών στη πληροφόρηση και στην πρόσβαση για θεραπεία (99% των ερωτηθέντων) και το χαμηλότερο όσο αφορά το δικαίωμα στην ελευθερία της επιλογής. Δεν έχουν εντοπιστεί σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών και των μαιών. Σε μελέτη που έχει διεξαχθεί στο Ιραν (Nejad et al 2011), πτυχές που αφορούσαν τα δικαιώματα των ασθενών σε πληροφόρηση, έλαβε τις χαμηλότερες βαθμολογίες, παρά το γεγονός ότι δεν έχει αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσης. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν και με την ποιοτική μελέτη που έχει διεξαχθεί στην Ολλανδία (Klop et al 1991), όπου τα δικαιώματα που αφορούν τη πληροφορημένη συναίνεση, την ενημέρωση κατά την εισαγωγή και κατά τη διάρκεια του εξιτηρίου, δεν εφαρμόζονται στην καθημερινή πράξη. Το δικαίωμα «προστασίας ιδιωτικότητας και διατήρησης εμπιστευτικότητας για ιατρικά δεδομένα» παρουσιάζει το ψηλότερο ποσοστό γνώσης (95.5%) στο Ιραν (Nejad et al 2011). Όσο αφορά το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και το δικαίωμα επιλογής αλλαγής νοσηλευτικού ιδρύματος, μόνο το ένα τρίτο των ερωτηθέντων στην Τουρκία (Ozdemir et al 2009) το γνώριζαν.

Δ) Στάση νοσηλευτών όσο αφορά τα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα, καθώς και όσο αφορά ιδιαίτερες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών.

Από τις επιλεγμένες μελέτες, μία ποσοτική μελέτη (Parsapoor et al 2012) και μία ποιοτική μελέτη (Klop et al 1991), διερευνά τις στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών. Ο «Parsapoor et al» 2012, χρησιμοποίησε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 21 ερωτήσεις, όπου διερευνούσε ζητήματα της ιδιωτικότητας, της μη διακριτικής μεταχείρισης, το δικαίωμα στη πληροφόρηση, το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και της αναγκαιότητας αποκάλυψης ιατρικών λαθών, (Parsapoor et al 2012). Οι στάσεις των νοσηλευτών έναντι της προστασίας της ιδιωτικότητας, της μη διακριτικής μεταχείρισης, και το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ήταν θετικές, ενώ μικρότερη έμφαση είχαν οι νοσηλευτές στην αναγκαιότητα πρόσβασης των ασθενών στα ιατρικά τους αρχεία. Οι «Klop et al» συγκέντρωσαν δεδομένα μέσω συνεντεύξεων επικεντρωμένες σε κοινοτικούς νοσηλευτές, όσο αφορά τις απόψεις και τις εμπειρίες τους για τα δικαιώματα των ασθενών κατά την εισαγωγή και κατά το εξιτήριο των ασθενών (Klop et al 1991). Οι απόψεις των νοσηλευτών αναφορικά με τη σημασία της παροχής πληροφοριών εμφανίστηκαν αντικρουόμενες. Συγκεκριμένα, αν και οι νοσηλευτές θεωρούσαν σημαντική τη

πληροφόρηση των ασθενών για τη διάγνωση, τη πρόγνωση και τη θεραπεία, είχαν δώσει λιγότερη έμφαση στην παροχή πληροφοριών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα, ή, τη συναίνεση και την ευαισθητοποίηση όσον αφορά την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Συζήτηση

Στόχος αυτής της ανασκόπησης ήταν η σύνοψη στοιχείων σχετικά με τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών. Διαφαίνεται ότι δεν υπάρχει πληθώρα μελετών που διερευνούν τις γνώσεις και στάσεις νοσηλευτών για όλο το φάσμα των δικαιωμάτων των ασθενών παρά μόνο συγκεκριμένες πτυχές των δικαιωμάτων. Τα κύρια συμπεράσματα περιλαμβάνουν τα εξής: α) χαμηλά επίπεδα της ευαισθητοποίησης σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών μεταξύ των νοσηλευτών, β) ανεπαρκή αποδεικτικά στοιχεία όσον αφορά τις πηγές γνώσης και συναφείς παράγοντες, γ) ανεπαρκή γνώση νοσηλευτών αναφορικά με τις στάσεις τους έναντι των δικαιωμάτων των ασθενών δ) διαφορές όσο αφορά τις γνώσεις των νοσηλευτών για συγκεκριμένες πτυχές των δικαιωμάτων των ασθενών, τόσο μεταξύ τους όσο και μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων νοσηλευτών από διάφορες χώρες, ε) ενδεχομένως δίδεται χαμηλότερη προτεραιότητα στο δικαίωμα πρόσβασης των ασθενών σε πληροφορίες που αφορούν την φροντίδα και τη θεραπεία τους.

Τα αποτελέσματα αυτά, πρέπει να εξεταστούν λαμβάνοντας υπόψη τους σημαντικούς περιορισμούς της βιβλιογραφίας που προαναφέρθηκαν. Η δειγματοληψία ευκολίας στα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, είναι μία από τις σοβαρές αδυναμίες της ανασκόπησης. Επιπρόσθετα, η χρήση ερωτηματολογίων για πρώτη φορά με αβέβαιη εγκυρότητα, όπως διαφαίνεται αποτελεί επιπλέον περιορισμό. Η ερμηνεία και η σύνθεση των αποτελεσμάτων, η ετερογένεια των εργαλείων, καθώς και το δείγμα των μελετών, περιλαμβάνονται στους περιορισμούς της ανασκόπησης.

Αξιοσημείωτο επίσης, αποτελεί το γεγονός της μειωμένης παρουσίας στις μελέτες ευρωπαϊκών νοσηλευτών, βόρειας Αμερικής και γενικά από Αγγλοσαξονικές χώρες. Οι μελέτες εντοπίζονται σε χώρες της Ανατολικής Μεσογείου, με άμεσο επακόλουθο να εμποδίζεται η γενίκευση των συμπερασμάτων, δεδομένου ότι προηγούμενες εκθέσεις προτείνουν σαφείς διαφορές στις αναντιλήψεις των νοσηλευτών από την Ευρώπη στην

υλοποίηση των δικαιωμάτων των ασθενών, ιδιαίτερα στον Βόριο – Νότιο άξονα, (Klor et al 1991; Scott et al 2003). Επιπρόσθετα, αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τις διαφορές στις γνώσεις ή/και στάσεις των νοσηλευτών κατά την κλινική πρακτική δεν υπάρχουν.

Οι περιορισμοί στην ανασκόπηση πρέπει να ληφθούν υπόψη. Προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο γνώσης και στάσης των νοσηλευτών για όλο το φάσμα των δικαιωμάτων των ασθενών και όχι συγκεκριμένων πτυχών των δικαιωμάτων, έχουμε διερευνήσει αποκλειστικά μελέτες που διερευνούσαν δικαιώματα των ασθενών περιεκτικά. Αυτή η απόφαση, στηρίζεται στην ιδέα ότι τα δικαιώματα των ασθενών, αποτελούνται από ένα σύνολο διατάξεων που δεν αντιμετωπίζονται μεμονωμένα, δεδομένου ότι πρέπει να υπάρχει ισορροπία μεταξύ των πτυχών και των αρχών των δικαιωμάτων. Η ανάπτυξη αυτών των ισορροπιών και προτεραιοτήτων αποτελεί προϋπόθεση για την συνηγορία των ασθενών και της λήψης ηθικών αποφάσεων (Park et al 2014). Ο αποκλεισμός μελετών εκτός της αγγλικής και ελληνικής γλώσσας, καθώς επίσης και η επιλογή συγκεκριμένων βάσεων, αποτελούν επιπλέον περιορισμούς. Η επιλογή των συγκεκριμένων βάσεων δεδομένων στόχευε στην διερεύνηση μόνο νοσηλευτών και όχι άλλων κατηγοριών πληθυσμού. Αν και αυτή η στρατηγική μπορεί να οδήγησε στην μειωμένη επιλογή μελετών, δεν το θεωρούμε ως σφάλμα.

Ο μικρός αριθμός μελετών που διερευνούσαν τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών είναι αξιοσημείωτος λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία που υπάρχουν για πολλαπλά ηθικά διλήμματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές (Ozdemir et al 2009; Nejad et al 2011; Hanna et al 2013). Η μικρή έμφαση που δίδεται σε αυτά τα θέματα από τους ερευνητές μπορεί να ερμηνευτεί με βάση ότι τα δικαιώματα των ασθενών θεωρούνται ως βασικά και αυτονόητα. Όντως, σε μια ποιοτική Ευρωπαϊκή μελέτη, συμμετέχοντες από έξι χώρες ισχυρίστηκαν ότι οι νοσηλευτές δεν ενδιαφέρονται για ηθικά θέματα δεδομένου ότι αυτά θεωρούνται γνώσεις κοινής λογικής (Tadd et al 2006). Ωστόσο, αυτές οι απόψεις είναι σε πλήρη αντίθεση με τα αποτελέσματα των χαμηλών επιπέδων γνώσεων, που έχουν οι νοσηλευτές για τα δικαιώματα των ασθενών, όπως συνοψίζονται πιο πάνω.

Το χαμηλό επίπεδο γνώσης των δικαιωμάτων των ασθενών, εντοπίζεται και στα αποτελέσματα μεταξύ των Ελλήνων νοσηλευτών εντατικής θεραπείας. Το 75% δεν

γνώριζαν την ύπαρξη νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών και τις διατάξεις της νομοθεσίας (Chrisospathe Papathanassoglou 2011a). Επιπλέον, η έλλειψη γνώσης των νοσηλευτών προκύπτει ως κύριο θέμα σε ποιοτική μελέτη από τους ίδιους τούς ερευνητές (Chrisospathe Papathanassoglou 2011b). Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με έρευνα σε έξι ευρωπαϊκές χώρες, όπου προκύπτουν χαμηλά επίπεδα γνώσης, μειωμένη κατανόηση του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και μειωμένη εφαρμογή τους στην κλινική πράξη (Tadd et al 2006). Αν και οι Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας έχουν συνολικά πιο ευρεία λειτουργία από ότι τα δικαιώματα των ασθενών, εντούτοις, απορρέουν σε μεγάλο βαθμό από τις βασικές αρχές των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα και η προστασία του κοινού αποτελούν προτεραιότητα στους Κώδικες Δεοντολογίας (Papathanassoglou Mrouzika 2012). Για παράδειγμα, ο Κώδικας Δεοντολογίας και Συμπεριφοράς των Νοσηλευτών της Ευρώπης, τονίζει ότι πρέπει να δίνεται προτεραιότητα στα δικαιώματα των ασθενών, υπογραμμίζοντας τις βασικές αρχές, συμπεριλαμβανομένου της ποιότητας της φροντίδας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ισότιμης πρόσβασης (FEPI, 2011). Ο ρόλος των νοσηλευτών ως συνηγόρου του ασθενούς και ως εκπαιδευτικού, μαζί με τα χαμηλά επίπεδα γνώσης των νοσηλευτών ενδέχεται να συσχετίζεται με χαμηλή ευαισθητοποίηση των ασθενών για τα δικαιώματά τους. Πράγματι, σε μια ελληνική μελέτη, η πλειοψηφία των ασθενών αγνοούσαν την ύπαρξη των ειδικών κανονισμών για τα δικαιώματά τους (Merakou et al 2001).

Μέσα από αυτή την ανασκόπηση προκύπτουν πιθανές ελλείψεις στην προ-πτυχιακή και μετα-πτυχιακή εκπαίδευση στην Νοσηλευτική Δεοντολογία. Κενά στις γνώσεις των νοσηλευτών μπορεί να σχετίζονται επίσης με ξεπερασμένες γνώσεις και μη ρεαλιστικές πηγές γνώσεων. Επιπλέον, μέσα από τα αποτελέσματα μας προκύπτει ότι η κύρια και πιο κοινή πηγή γνώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών σε όλες τις χώρες αποτελεί η προπτυχιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών. Ωστόσο, κενά στην προ-πτυχιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών αναφορικά με την ηθική και τα δικαιώματα των ασθενών, έχουν αναφερθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία, (Champerlain 2001; Woods 2005; Gorgulu, Dinc 2007).

Επιπρόσθετα, η απογοήτευση και η μη ηθική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής εκπαίδευσης λειτουργούν ως εμπόδια για την ανάπτυξη ηθικής σε φοιτητές νοσηλευτικής. Η παροχή ευκαιριών για δεοντολογικό προβληματισμό και όχι μόνο η

θεωρητική κατάρτιση έχουν προταθεί ως ισχυρό μέσο για διδασκαλία των ηθικών αρχών (Lemonidou et al 2004).

Σε μερίδα μελετών, ως πηγή γνώσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών, δεν έχουν αναφερθεί τα φυλλάδια και οι ανακοινώσεις στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Αυτό προκύπτει με τα αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης στο Ιράν, όπου οι συμμετέχοντες ισχυρίζονται ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι ασθενείς «δεν είχαν δει ποτέ» και έτσι αγνοούσαν τα δικαιώματα των ασθενών (Joolaee et al 2008). Αν και αυτή η παρατήρηση πρέπει να ερμηνευτεί βάση των πολιτικών και κανονισμών που έχει κάθε χώρα και νοσηλευτικό ίδρυμα, είναι πιθανό αυτή η πρακτική να έχει ελάχιστες θετικές επιρροές στην ευαισθητοποίηση για τα δικαιώματα των ασθενών.

Οι διαφορές στο είδος και έκταση των ερωτηματολογίων, καθιστούν δύσκολες τις συγκρίσεις των γνώσεων για τα δικαιώματα ασθενών μεταξύ των χωρών. Τα αποτελέσματα επίσης, είναι δυνατό να αποκλίνουν μεταξύ της αξιολόγησης της γνώσης και αυτό-αναφοράς της γνώσης, με πιθανή υποτίμηση της πραγματικής γνώσης. Αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη για μελλοντικές προσπάθειες διερεύνησης γνώσεων για δικαιώματα των ασθενών. Από την άλλη πλευρά, η κοινή λογική και η διαισθητική κατανοητού περιεχομένου των διαφόρων διατάξεων των δικαιωμάτων των ασθενών, μπορεί να αποτελέσουν απατηλά υψηλή βαθμολογία στις αξιολογήσεις της γνώσης, ακόμα και μεταξύ των νοσηλευτών που έχουν άγνοια του νόμου. Πολλές ηθικές αποφάσεις των νοσηλευτών μπορεί να προέρχονται από τη διαίσθηση τους (Allmark 1992). Αυτό όμως μπορεί να αποτελέσει παγίδα στους ιατρούς, όπου βασίζουν τις αποφάσεις τους σε λανθασμένες αντιλήψεις και όχι στην πραγματική γνώση των νομοθετικών διατάξεων (Rowson 2007).

Οι επιλεγμένες μελέτες είναι περιορισμένες σε σχέση με την διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με την γνώση των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών. Ωστόσο, οι στάσεις και η εμπειρία φαίνεται να εμπλέκονται στον βαθμό της γνώσης. Οι γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών σε συγκεκριμένα άρθρα μπορεί να σχετίζονται με τον τύπο της μονάδας που εργάζονται, καθότι προκύπτουν διαφορετικά ηθικά ζητήματα σε διαφορετικές κλινικές μονάδες (Park et al 2014). Αυτό μπορεί να ευθύνεται για την ύπαρξη ευαισθητοποίησης για διαφορετικά ηθικά ζητήματα. Αν και αποτελέσματα σε μελέτη στην Φιλανδία, αναδεικνύουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα

γνώσης σε νοσηλευτές δημόσιας υγείας (Iltnanen et al 2012), τα δεδομένα αυτά είναι περιορισμένα. Ωστόσο, αποτελέσματα Ελληνικής μελέτης υποδηλώνουν σαφείς διαφορές στις γνώσεις και στάσεις για τα δικαιώματα ασθενών μεταξύ των νοσηλευτών εντατικής νοσηλευτικής και νοσηλευτών καρδιολογικής μονάδας, με τους τελευταίους να παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις και υψηλότερα επίπεδα γνώσης (Chrisospathi. Parathanassoglou 2011). Ως εκ τούτου, ο τύπος της μονάδας μπορεί να είναι σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για την ευαισθητοποίηση για τα δικαιώματα των ασθενών και θα πρέπει να δοθεί έμφαση σε μελλοντικές μελέτες.

Αυτή η ανασκόπηση δείχνει ότι οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν περισσότερες γνώσεις σχετικά με τις πτυχές του νόμου που θέτει ζητήματα ποιότητας και πρόσβασης στη περίθαλψη και μικρότερη επίγνωση σχετικά με το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του ασθενούς. Αξίζει να εξεταστεί κατά πόσο αυτές μπορεί να σχετίζονται με εγγενή προτεραιότητες που υπαγορεύονται από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και τους ίδιους τους ασθενείς. Πράγματι, μία μελέτη σε ασθενείς εντατικής θεραπείας στην Εσθονία, προτείνει ότι η ανάγκη για ασφάλεια και άνεση αποτελεί προτεραιότητα των ασθενών, σε σχέση με την ανάγκη για ενημέρωση και συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα (Aro et al 2012). Περαιτέρω, μία μελέτη σε Έλληνες ασθενείς προκύπτει ότι προτιμούν τους ιατρούς να λαμβάνουν αποφάσεις για λογαριασμό τους (Merakou et al 2001). Αυτά τα ευρήματα πρέπει να ερευνηθούν κατά πόσο μπορεί να έχουν σχέση με μία πατερναλιστική κουλτούρα στον τομέα της υγείας (Childress 1988).

Αν και δεν μπορούν να προκύψουν συμπεράσματα λόγω της ετερογένειας των δεδομένων, αυτή η ανασκόπηση δείχνει ότι το δικαίωμα των ασθενών στην ενημέρωση και το δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή ενδέχεται να απειλείται. Έχουν λοιπόν άμεση σχέση με το δικαίωμα για αυτονομία, το οποίο έχει προκύψει προβληματικό σε διάφορες χώρες (Scott et al 2003; Suhonoen et al 2003).

Συμπέρασμα

Η έλλειψη σχετικών μελετών, ο στενός γεωγραφικός εντοπισμός των συγκεκριμένων μελετών που έχουν εντοπιστεί, καθώς και η ετερογένεια και οι μεθοδολογικοί περιορισμοί καθιστούν την γενίκευση συμπερασμάτων για τις γνώσεις και στάσεις νοσηλευτών για τα

δικαιώματα των ασθενών δύσκολη υπόθεση. Τα αποτελέσματα δείχνουν χαμηλά επίπεδα ευαισθητοποίησης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών και διαφορές αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις τους για διάφορες πτυχές των δικαιωμάτων, τόσο μεταξύ των νοσηλευτών όσο μεταξύ των διαφόρων χωρών. Επιπλέον, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η προ-πτυχιακή και μετα-πτυχιακή εκπαίδευση στην Νοσηλευτική Δεοντολογία και πιθανών παραγόντων που συνδέονται με τις γνώσεις των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένου των θετικών στάσεων και των χρόνων εμπειρίας σχετίζονται άμεσα με τις γνώσεις και τις στάσεις για τα δικαιώματα των ασθενών.

Βασιζόμενοι σε αυτή την ανασκόπηση, προκύπτουν ένας αριθμός από προτάσεις για μελλοντική μελέτη. Αυτά περιλαμβάνουν την ανάγκη:

- A) διερεύνησης των γνώσεων και στάσεων των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών και σε άλλες χώρες, εκτός της Ανατολικής Μεσογείου,
- B) χρησιμοποίηση τυχαίας δειγματοληψίας, λήψης ικανοποιητικού αριθμού συμμετεχόντων και χρησιμοποίηση μεθόδων για μείωση σφαλμάτων με στόχο την εξασφάλιση γενίκευσης των αποτελεσμάτων,
- Γ) διεξαγωγής πολυκεντρικών διεθνών μελετών που επιτρέπουν στην πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ των νοσηλευτών από διάφορες χώρες και ανάπτυξη των διαφόρων παραγόντων που μπορεί να ευθύνονται για την ευαισθητοποίηση και τις στάσεις των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών,
- Δ) ανάπτυξης, εγκυροποίησης και τυποποίησης ερωτηματολογίων ή/και κλιμάκων που θα επιτρέπουν την πραγματοποίηση συγκρίσεων μεταξύ των συστημάτων και του περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών,
- Ε) να δοθεί έμφαση στις πηγές καθώς και στην επάρκεια της εκπαίδευσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών και,
- ΣΤ) διερεύνησης των περίπλοκων σχέσεων μεταξύ των στάσεων, γνώσεων και εμπειριών νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών.

Πίνακας 4: Συστηματική Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Συγγραφείς ,χρονολογία, χώρα	Τίτλος – Στόχοι	Μέθοδος/ Δείγμα	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		Πηγές γνώσης
				Γνώσεις	Στάσεις	
Klop et al 1991 Ολλανδία	Patients' rights and the admission and discharge process	Ποσοτική μελέτη Συνεντεύξεις με ασθενείς (n=11), και νοσηλευτές (νοσοκομείου και κοινότητας, n=22.	Δομημένες συνεντεύξεις σε 2 μέρη Το 1 ^ο αφορούσε τις προσωπικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και του εξιτηρίου τους Το 2 ^ο μέρος αφορούσε θέματα για τα δικαιώματα των ασθενών	Η ενημέρωση δεν γινόταν σε όλες τις περιπτώσεις κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της εισαγωγής και του εξιτηρίου	Οι νοσηλευτές του νοσοκομείου δεν πίστευαν ότι η ενημέρωση των ασθενών για θέματα φροντίδας κατά τη διάρκεια του εξιτηρίου ήταν σημαντική	Δεν αναφέρεται
	Στόχος: Διερεύνηση των αντιλήψεων και εμπειριών κατά τη διάρκεια της εισαγωγής και του εξιτηρίου όσο αφορά την ενημέρωση των ασθενών				Οι νοσηλευτές δεν ενημερώνουν τους ασθενείς σχετικά με το έντυπο εξιτηρίου	

Ozdemir et al 2009 Τουρκία	Midwives an nurses awareness of patients' rights	Συγχρονική συσχέτισης 57 μαίες και 241 νοσηλεύτες σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα σε 2 πόλεις στην Τουρκία (Ανταπόκριση 60%)	Δομημένο ερωτηματολόγιο από τους ερευνητές αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά, γνώσεις, ευαισθητοποίηση για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αφορούν τα δικαιώματα των ασθενών στην Τουρκία.	Το υψηλότερο επίπεδο γνώσης (99%) παρατηρήθηκε στο δικαίωμα της ενημέρωσης του ασθενή και στην ενημέρωση του πριν από ιατρική θεραπεία και το χαμηλότερο επίπεδο γνώσης (63%) στο δικαίωμα του ασθενούς να αλλάξει νοσηλευτή ή μαία.		Προ-πτυχιακά προγράμματα σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας Εκπαιδευτικά προγράμματα σε θέματα ενημέρωσης και συναίνεσης
	Στόχος: Διερεύνηση του επιπέδου ευαισθητοποίησης των μαιών και νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών στην Τουρκία					
Nejad et al 2011 Ιράν	Nurses awareness of patients' rights in a teaching hospital	Συγχρονική μελέτη 156 νοσηλεύτες με τυχαία επιλογή σε διάφορα νοσηλευτήρια στην Τεχεράνη	Δομημένα ερωτηματολόγια που περιλάμβαναν δημογραφικά χαρακτηριστικά και 10 ερωτήσεις που αφορούσαν τα 10 τμήματα του χάρτη δικαιωμάτων των ασθενών στο Ιράν Οι απαντήσεις βαθμολογήθηκαν σε	Το υψηλότερο επίπεδο γνώσης (95.5%) διαπιστώθηκε στο «δικαίωμα διατήρησης της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και διασφάλιση της εμπιστευτικότητας όλων των ιατρικών πληροφοριών». Το χαμηλότερο επίπεδο γνώσης (33.9%)		Δεν αναφέρεται

			κλίμακα διαβάθμισης ως υψηλή, μέτρια και κακή γνώση	<p>διαπιστώθηκε στο «δικαίωμα ενημέρωσης για την παροχή υγειονομικής, ασφαλιστική κάλυψη και νοσηλείας σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα».</p> <p>Υψηλή, μέτρια και φτωχή γνώση έχουν οι νοσηλευτές αντίστοιχα 58.33%, 39.10%, και 2.56%.</p> <p>Η γνώση των νοσηλευτών αντιστοιχούσε με την (P=0.008)</p>		
	<p>Στόχος:</p> <p>Αξιολόγηση του επιπέδου της γνώσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών και συναφών παραγόντων</p>					
Parsapoor et al 2012, Ιράν	Necessity of observing patients' rights: A survey on the attitudes of patients, nurses and physicians	<p>Συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης</p> <p>143 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης 61%),</p> <p>143 ασθενείς, 82 ιατροί (ποσοστό ανταπόκρισης 27.5%), από ένα γενικό νοσηλευτικό ίδρυμα, ένα</p>	<p>Δομημένα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια σε νοσηλευτές.</p> <p>Δομημένες συνεντεύξεις σε ασθενείς και ιατρούς</p>		<p>Οι νοσηλευτές είχαν θετικές στάσεις για:</p> <p>Δικαίωμα των ασθενών για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και στην παροχή της μη διακριτικής περιθαλψης</p>	Δεν αναφέρεται

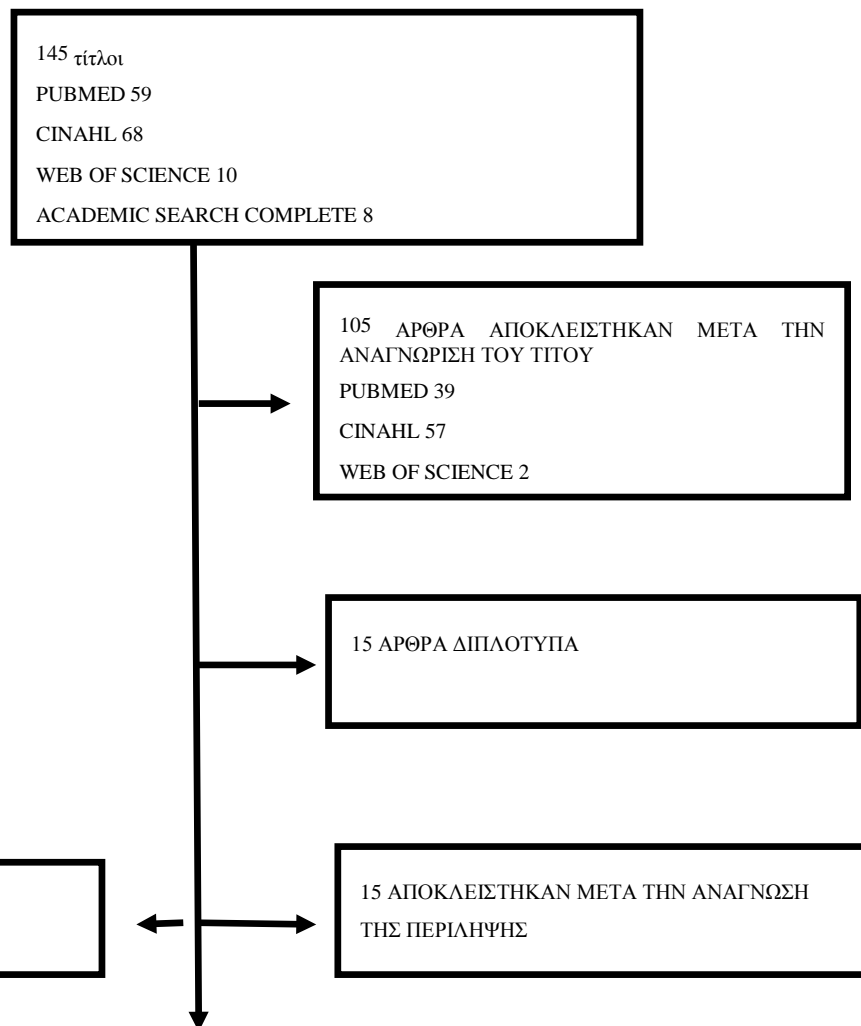
		ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα, και ένα μη πανεπιστημιακό δημόσιο νοσηλευτήριο	Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 2 μέρη συμπεριλαμβανομένου των δημογραφικών στοιχείων, και 21 ερωτήσεις αναφορικά με την αναγκαιότητα των δικαιωμάτων των ασθενών		<p>Δικαίωμα των ασθενών στην πρόσβαση σε πληροφορίες αναφορικά με τη ασθένεια τους</p> <p>Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής της θεραπείας τους</p> <p>Εφαρμογή συστήματος καταγραφής καταγγελιών από ασθενείς</p> <p>Αναγκαιότητα αποκάλυψης ιατρικών λαθών</p> <p>Οι νοσηλευτές είχαν αρνητικές στάσεις για το δικαίωμα των ασθενών στην πρόσβαση στον ιατρικό τους φάκελο.</p>	
	Στόχος: Σύγκριση στάσεων μεταξύ ληπτών και παροχών υγειονομικής περίθαλψης αναφορικά με τα δικαιώματα ασθενών.					
Ptananen et al 2012, Φινλανδία	Knowledge about patients 'rights among professionals in public health care in Finland	Συγχρονική μελέτη 191 επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές και ιατροί) σε δημόσια νοσηλευτήρια στην	Δομημένα ερωτηματολόγια που περιλάμβαναν το υπόβαθρο των συμμετεχόντων, αυτό-αξιολόγηση της γνώσης τους	50.3% αυτό-αξιολόγησαν τις γνώσεις τους για τα δικαιώματα των ασθενών ως χαμηλή. Η ακριβής αξιολόγηση γνώσεων με		61% των νοσηλευτών είχαν λάβει μέρος σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ηθικά ζητήματα

	<p>Φιλανδία (ποσοστό ανταπόκρισης 66%).</p>	<p>για τα δικαιώματα των ασθενών και αξιολόγηση των γνώσεων</p> <p>Το επίπεδο γνώση αυτό-αξιολογήθηκε με κλίμακα διαβάθμισης 5 σημείων Likert-scale</p> <p>Η αξιολόγηση του επιπέδου γνώσης για τα δικαιώματα των ασθενών έγινε με εργαλείο 47 ερωτήσεων σε 5 θεματικές ενότητες βασισμένο στον Φιλανδικό νόμο για τα δικαιώματα των ασθενών</p>	<p>κλίμακα αξιολόγησης ήταν 68.8%.</p> <p>Οι γνώσεις σχετικά με:</p> <p>Αυτοδιάθεση, απόφαση και συγκατάθεση ήταν 77%</p> <p>Το δικαίωμα για ενημέρωση και πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία των ασθενών ήταν 62.7%</p> <p>Το δικαίωμα για εμπιστευτικότητα ήταν 69.1%</p> <p>Περισσότερο από 85% γνώριζαν για το δικαίωμα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, χρόνο αναμονής, σεβασμού του ασθενή και πρόσβαση σε θεραπεία</p>		
Στόχος:	<p>Διερεύνηση του επιπέδου γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τα δικαιώματα των ασθενών</p>				

	και συσχέτισης τους με άλλους παράγοντες					
Abou Zeina et al 2013, Αίγυπτο	Patients' rights: A hospital survey in South Egypt	<p>Συγχρονική μελέτη</p> <p>48 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης 82.75%)</p> <p>72 ιατροί (ποσοστό ανταπόκρισης 81.8%)</p> <p>221 ασθενείς και 71 συγγενείς – με συνεντεύξεις 3 φορές την εβδομάδα (ποσοστό ανταπόκρισης 84.93%)</p>	<p>Δομημένα ερωτηματολόγια με αυτό-συμπληρούμενες ερωτήσεις για νοσηλευτές και ιατρούς. Περιλάμβαναν δημογραφικά χαρακτηριστικά, πεποιθήσεις και στάσεις και συμπεριφορές για τα δικαιώματα των ασθενών.</p> <p>Δομημένες συνεντεύξεις με ασθενείς και τους συγγενείς τους.</p> <p>Συμπληρωματικής ποιοτική συνέντευξη σε βάθος με διοικητές των νοσηλευτηρίων</p>	48 % των νοσηλευτών είχαν χαμηλό επίπεδο γνώσης για τα δικαιώματα των ασθενών		<p>Πηγές γνώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών ήταν μαθήματα σε προπτυχιακό επίπεδο (36%) και σε μερίδα συμμετεχόντων με μικρότερο ποσοστό ήταν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και φυλλάδια σε νοσηλευτήρια</p>
	<p>Στόχος:</p> <p>Αξιολόγηση του επιπέδου και των πηγών γνώσεων και κλινικών πρακτικών για τα δικαιώματα των ασθενών</p>					

Πίνακας 5: Πίνακας αξιολόγησης μελετών

Appraisal questions	Ozdemir et al., 2007	Nejad et al., 2011	Parsapoor et al., 2012	Iltanen et al., 2011	Abou Zeina et al., 2013
1. Η μελέτη είχε σαφή ερώτηση ή θέμα;	?	?	?	☐	☐
2. Ενδείκνεται η ερευνητική μέθοδος (μελέτη σχεδιασμού) για να δοθεί απάντηση στο ερώτημα;	☐	?	?	☐	☐
3. Περιγράφεται με σαφήνεια η μέθοδος επιλογής του δείγματος;	☐	?	?	☐	☐
4. Αποφεύχθηκε το σφάλμα /μεροληψία στην επιλογή του δείγματος;	?	X	?	?	?
5. Ήταν το δείγμα αντιπροσωπευτικό όσο αφορούσε τον πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται τα αποτελέσματα;	☐	X	X	?	?
6. Το μέγεθος του δείγματος είχε βασιστεί σε εκ προμελέτης στατιστική δοκιμασία;	X	X	X	X	X
7. Είχε επιτευχθεί ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης;	X	X	X	X	☐
8. Τα ερωτηματολόγια/εργαλεία ήταν έγκυρα και αξιόπιστα;	?	?	?	☐	☐
9. Αξιολογήθηκε η στατιστική σημασία;	☐	☐	☐	☐	X
10. Δίνονται διαστήματα εμπιστοσύνης στα κύρια αποτελέσματα;	X	X	X	X	X
11. Have confounding factors that been accounted for?	X	X	X	☐	X



6 ΑΡΘΡΑ ΓΙΑ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Διάγραμμα 1 Διάγραμμα Ροής της διαδικασίας έρευνας για τον εντοπισμό και χρήση βιβλιογραφιών στην συστηματική ανασκόπηση, με βάση το Center for Reviews and Dissemination for undertaking reviews (CRD,2009)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

6. ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1. Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική μελέτη με συγχρονικές συγκρίσεις και συσχετίσεις.

6.2. Πληθυσμός στόχος, δείγμα και δειγματοληψία

Η μελέτη αυτή απευθύνεται σε 2 διακριτούς πληθυσμιακούς στόχους: τον πληθυσμό νοσηλευτών ΜΕΘ στην Κύπρο και τον πληθυσμό ατόμων που είχαν εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ και των συγγενών τους.

Εφόσον, δεν υπήρχαν προηγούμενες μελέτες με παρόμοια ερευνητικά ερωτήματα, στα αποτελέσματα των οποίων θα μπορούσε να βασιστεί η ανάλυση στατιστικής ισχύος ως προς τις επιθυμούμενες συγκρίσεις, για τον εκ των προτέρων υπολογισμό του μεγέθους δείγματος λήφθηκαν υπόψη δύο παράμετροι: α) οι ανάγκες αξιοπιστίας της παραγοντικής ανάλυσης για την εγκυρότητα της κλίμακας και β) η επιθυμούμενη στατιστική ισχύς των συγκρίσεων που θα διενεργηθούν μεταξύ των ομάδων μελέτης (ασθενείς, νοσηλευτές και συγγενείς) ώστε να υπάρχει ισχύς εντοπισμού μεσαίου μεγέθους διαφοράς. Για την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας 32 αντικειμένων απαιτούνταν κατά προσέγγιση 224320 απαντητές ανά ομάδα με βάση τον εμπειρικό κανόνα που ορίζει 7 – 10 απαντητές ανά αντικείμενο. Το εκτιμώμενο μέγεθος πληθυσμού νοσηλευτών ΜΕΘ στην Κύπρο είναι περίπου 300 άτομα. Το μέγεθος αυτό δείγματος κρίθηκε ως ικανοποιητικό τόσο για την παραγοντική ανάλυση όσο και για την ανάδειξη συσχετίσεων και διαφορών. Το επιθυμούμενο μέγεθος δείγματος ατόμων που είχαν νοσηλευτεί σε ΜΕΘ και συγγενών τους υπολογίστηκε σε 300 άτομα (150 άτομα που είχαν νοσηλευτεί, 150 συγγενείς) το οποίο θεωρήθηκε ως επαρκές για την ανάδειξη μεσαίου μεγέθους διαφορών και συσχετίσεων για την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας 25 αντικειμένων.

Εφαρμόστηκε απογραφική δειγματοληψία του συνόλου των νοσηλευτών ΜΕΘ στην Κύπρο. Συμπεριλήφθησαν όλες οι ΜΕΘ δημόσιων νοσηλευτηρίων και επιλεγμένων ΜΕΘ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Ως προς το δείγμα συγγενών και νοσηλευομένων, εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας διαδοχικών ασθενών. Συγκεκριμένα, λήφθηκε δείγμα ατόμων που είχαν νοσηλευτεί στη ΜΕΘ ΓΝ Α κατά το διάστημα Ιουνίου - Σεπτεμβρίου 2014.

Ενδεικτικός πίνακας συνολικών αριθμών νοσηλευτών ΜΕΘ που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Δημόσιων Νοσηλευτηρίων παρουσιάζεται στον Πίνακα αρ.1 και ενδεικτικός πίνακας Νοσηλευτών ΜΕΘ που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων παρουσιάζεται στον Πίνακα αρ.6. Ενδεικτικός πίνακας αριθμού ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας στα Δημόσια Νοσηλευτήρια κατά το 2011 παρουσιάζεται στον Πίνακα αρ.7.

Πίνακας 6: Συνολικοί αριθμοί νοσηλευτών που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Δημόσιων Νοσηλευτηρίων (στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω επικοινωνίας με τις διευθύνσεις της Νοσηλευτικής υπηρεσίας)

ΠΟΛΗ	ΤΜΗΜΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
A	Μ.Ε.Θ.	72
	Καρδιολογική Μονάδα	30
Δ	Μ.Ε.Θ.	30
	Καρδιολογική Μονάδα	30
Ε	Μ.Ε.Θ.	30
Γ	Μ.Ε.Θ.	17
Β	Μ.Ε.Θ.	21

Πίνακας 7: Συνολικοί αριθμοί των νοσηλευτών που εργάζονται στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων που πληρούσαν τα κριτήρια νοσηλείας οξείας φροντίδας βαρέως πασχόντων (στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω επικοινωνίας με τις διευθύνσεις της Νοσηλευτικής υπηρεσίας)

ΠΟΛΗ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
Α	A12	11
	A14	14
Δ	A13	40
	Δ1	30

Πίνακας 8: Συνολικοί αριθμοί νοσηλευομένων στα δημόσια νοσηλευτήρια κατά το 2011.

(στοιχεία συλλέχθηκαν μέσω επικοινωνίας με τις διευθύνσεις της Νοσηλευτικής υπηρεσίας)

ΠΟΛΗ	ΤΜΗΜΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΑ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΕΤΟΣ
Α	A1	819
	A2	800
Δ	Δ2	827
	Δ1	820
Ε	Ε	837
Γ	Γ	444
Β	Β	797

6.3. Κριτήρια εισόδου και αποκλεισμού

6.3.1. Άτομα με εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ

6.3.1.1. Κριτήρια επιλογής

Τα κριτήρια εισόδου ατόμων με προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ στο πρωτόκολλο της μελέτης περιελάμβαναν άτομα που:

- α) Είχαν νοσηλευτεί σε Μ.Ε.Θ για διάστημα μεγαλύτερο των 48 ωρών,
- β) Έδωσαν συναίνεση μετά από ενημέρωση για να λάβουν μέρος στη μελέτη,
- γ) Είχαν πνευματική διαύγεια και ήταν σε θέση να συμπληρώσουν ικανοποιητικά το ερωτηματολόγιο (mini mental test) με συνολική βαθμολογία άνω του 23,
- δ) Ήταν ενήλικες (ηλικίας άνω των 18 ετών),
- ε) Μιλούσαν και κατανοούσαν την ελληνική γλώσσα,
- στ) Είχαν πάρει εξιτήριο από την ΜΕΘ πριν από 48 ώρες κατ' ελάχιστον.

6.3.1.2. Κριτήρια αποκλεισμού ατόμων με εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ

Στη μελέτη αυτή δεν συμπεριλήφθηκαν άτομα τα οποία δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής καθώς και όσοι με τους οποίους δεν θα ήταν εφικτή η επικοινωνία λόγω παραγόντων που σχετίζονταν με τη νοσηλεία τους.

6.3.2. Συγγενείς

6.3.2.1. Κριτήρια επιλογής συγγενών

Τα κριτήρια της επιλογής των συγγενών αποτελούσαν :

- α) να είναι από το οικείο περιβάλλον ατόμου με προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ που συναίνεσε να μετέχει στη μελέτη,
- β) να είναι οι κύριοι φροντιστές των ασθενών και,
- γ) να ομιλούν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

6.3.3. Νοσηλευτές ΜΕΘ

6.3.3.1. Κριτήρια επιλογής νοσηλευτών ΜΕΘ

Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν όλοι νοσηλευτές που εργάζονταν στις ΜΕΘ δημόσιων και επιλεγμένων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων που πληρούσαν τα κριτήρια Μονάδας Εντατικής Θεραπείας οξείας φροντίδας βάση της κλινικής βαρύτητας των νοσηλευομένων και της ικανότητας υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών (πχ., μηχανική υποστήριξη αναπνοής). Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε απογραφική δειγματοληψία του συνόλου των νοσηλευτών ΜΕΘ δημοσίων νοσηλευτηρίων και σκόπιμη δειγματοληψία νοσηλευτών ΜΕΘ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

6.4 Περιβάλλον διεξαγωγής έρευνας και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διανομή των ερωτηματολογίων σε νοσηλευτές ΜΕΘ πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια κατόπιν ενημέρωσης και συγκατάθεσης των διευθύνσεων των εμπλεκόμενων μονάδων. Τα ερωτηματολόγια παραδίδονταν μέσα σε φακέλους ανοικτούς και ανώνυμους. Επιπλέον, γινόταν και προφορική ενημέρωση από την ίδια την ερευνήτρια. Επιστροφή συμπληρωμένου ανωνύμου ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως ένδειξη συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια τοποθετούνταν σε κλειστούς σφραγισμένους φακέλους χωρίς διακριτικά και παραδίδονταν από τους συμμετέχοντες σε κιβώτιο με τα διακριτικά που βρισκόταν σε κάθε τμήμα και συλλέγονταν από ένα υπεύθυνο που ήταν είτε η ίδια η ερευνήτρια ή άτομο που είχε οριστεί από τη μονάδα. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια φυλάσσονταν στο τμήμα νοσηλευτικής με την ένδειξη τμήματος ΜΕΘ κατά επαρχία, καθώς και τον αριθμό των ερωτηματολογίων που είχαν δοθεί στο τμήμα ανάλογα με τον αριθμό νοσηλευτών ανά τμήμα. Προκειμένου για την αύξηση της ανταποκρισιμότητας, η κύρια ερευνήτρια προέβει σε επανειλημμένες υπενθυμίσεις. Με τη πάροδο τριών μηνών η προσπάθεια συγκέντρωσης επιπλέον συμπληρωμένων ερωτηματολογίων σταματούσε.

Για τη συγκέντρωση δείγματος νοσηλευομένων και συγγενών τους, εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας ατόμων με πρόσφατη νοσηλεία. Η ερευνήτρια, κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2014 -Σεπτέμβριος 2014 επισκεπτόταν τη ΜΕΘ καθημερινά και

ενημερωνόταν από την προϊστάμενη του τμήματος για τους ασθενείς με εξιτήριο και μεταφορά σε άλλα τμήματα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας. Μετά από παρέλευση δύο ημερών, η ερευνήτρια κατόπιν ενημέρωσης του ανάλογου τμήματος που μεταφέρθηκε ο ασθενής, τον επισκεπτόταν σε ώρες επισκεπτηρίου, με στόχο την εντόπιση και του συγγενή όπου ήταν δυνατό. Γινόταν ενημέρωση από την ερευνήτρια για τους στόχους της έρευνας και λαμβανόταν γραπτή πληροφορημένη συναίνεση του νοσηλευόμενου και του πλησιέστερου συγγενή. Η επιλογή του πλησιέστερου συγγενή, γινόταν με την προϋπόθεση ότι ήταν και ο κυριότερος φροντιστής του ασθενούς. Επιπλέον, η επιλογή του γινόταν με την συναίνεση του ασθενή και την διαβεβαίωση ότι ήταν ο κύριος φροντιστής του. Αφού γινόταν η αξιολόγηση της πνευματικής τους κατάστασης με το mini mental state test και διαπιστωνόταν ότι τα κριτήρια εισδοχής εκπληρώνονταν, ο νοσηλευόμενος και ο συγγενής του συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια ανεξάρτητα. Σε περιπτώσεις απουσίας του πλησιέστερου συγγενή/ κύριου φροντιστή, διευθετούνταν συνάντηση κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας και συμπληρωνόταν το ερωτηματολόγιο.

6.5 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Κατά το σχεδιασμό και διεξαγωγή της μελέτης ελήφθησαν υπόψη και διασφαλίστηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, συμπεριλαμβανομένων των αρχών μη βλάβης, αυτονομίας, εμπιστευτικότητας, δικαιοσύνης, αξιοπρέπειας και εμπιστευτικότητας/ απορρήτου βάσει της αναφοράς Belmont (Polit & Beck, 2010).

Η ερευνήτρια υπέβαλε αιτήσεις και έλαβε εγκρίσεις από τις σχετικές αρχές για διασφάλιση αδειών διεξαγωγής της έρευνας, συμπεριλαμβανομένης της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου, της Επιτροπής Προστασίας δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, και του Υπουργείου Υγείας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έλαβε χώρα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να τηρούνται πιστά οι αρχές της ενημερωμένης συγκατάθεσης, ανωνυμίας, εμπιστευτικότητας και απορρήτου για όλους τους συμμετέχοντες.

Η συμμετοχή στην παρούσα μελέτη ήταν εθελοντική και ανώνυμη. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν γραπτά και προφορικά από την ερευνήτρια για τη φύση της μελέτης και τον σκοπό της. Τονίστηκε στους νοσηλευόμενους ότι πιθανή άρνηση συμμετοχής των ιδίων, ή, των οικείων τους δεν θα ανακοινωνόταν και δεν θα επηρέαζε την

θεραπεία τους και τη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας, ή, το νοσηλευτικό ίδρυμα. Ενημερώθηκαν ότι ήταν ελεύθεροι να αποχωρήσουν όποια στιγμή επιθυμούσαν από τη μελέτη παρά την αρχική τους συγκατάθεση χωρίς να τους ζητηθούν εξηγήσεις. Για τυχόν απορίες, παρατηρήσεις, ή, παράπονα οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα μπορούσαν να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια της μελέτης. Διαβεβαιωνόταν η ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα των εμπλεκόμενων, καθώς και η δεοντολογική διαχείριση των προσωπικών τους δεδομένων. Τονίζεται ότι η δεοντολογική διαχείριση των προσωπικών δεδομένων τους, έγινε με την διασφάλιση της προστασίας του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, είχε τηρηθεί η εχεμύθεια και οι προσωπικές πληροφορίες δεν χρησιμοποιήθηκαν ούτε δημοσιοποιήθηκαν για σκοπούς άλλους για τους οποίους συλλεχθηκαν και για τους οποίους δόθηκε συγκατάθεση. Τα προσωπικά δεδομένα, προστατεύονταν κατάλληλα και η πρόσβαση σε αυτά είχε μόνο η ερευνήτρια για σκοπούς της παρούσας έρευνας και μόνο. Σε μελλοντικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις, ή, αναφορές δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες με τρόπο που να παραβιάζει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, όπως αυτό καθορίζεται από την σχετική «Κυπριακή νομοθεσία» και τις βασικές ηθικές αρχές διεξαγωγής έρευνας.

6.6 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για σκοπούς διερεύνησης των ερωτημάτων στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία;

Για Νοσηλευτές ΜΕΘ

Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ,

Κλίμακα ηθικού αδιεξόδου Corley (21 θέματα)

Για Ασθενείς

Προσαρμοσμένη κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Εκτίμηση Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination)

Για συγγενείς

Προσαρμοσμένη κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ.

6.6.1. Κλίμακα στάσεων, εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Εφαρμόστηκε η τροποποιημένη και προσαρμοσμένη βάση πιλοτικής μελέτης κλίμακα στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ των Chrysospathi & Parathanassoglou (2011). Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα νοσηλευτών ΜΕΘ στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε βάση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας και ανάλυσης ποιοτικών δεδομένων από ομάδες εστίασης. Έγινε πιλοτική μελέτη σε 510 νοσηλευτές εντατικής μονάδας στην Ελλάδα και διαφανήκαν πέντε παράγοντες (Parathanassoglou et al 2011a,b,c). Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις στάσεων, γνώσεων και εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών με απαντήσεις σε διαβαθμισμένη κλίμακα Likert 5 σημείων. Οι διαστάσεις της κλίμακας που απευθύνεται σε νοσηλευτές ΜΕΘ είναι (Parathanassoglou E et al 2011 a;b) Πίνακας 9.

Πίνακας 9: Διαστάσεις της Κλίμακας

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
Εφαρμογή νομοθεσίας	1-7
Ενημέρωση Ασθενούς	8-15
Στάση Νοσηλευτών προς θεμελιώδεις αρχές ηθικής	16-23
Ηθικά διλήμματα και συναισθήματα	24-32
Στάση Νοσηλευτών απέναντι στην ενημέρωση του ασθενούς	33-36

Πίνακας 10: συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha

Cronbach's alpha	0.69
Intra-class correlation coefficients for test-retest	0.71 to 0.95

Ο συντελεστής αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ελέγχθηκε από τους κατασκευαστές σε μικτό δείγμα ελληνόφωνων νοσηλευτών ΜΕΘ και ήταν 0.69 (Chrysospathi et al 2011).

Βάση των αποτελεσμάτων της πιλοτικής μελέτης προσαρμόστηκε η διατύπωση κάποιων ερωτήσεων για σκοπούς κατανόησης και αφαιρέθηκαν 4 ερωτήσεις που παρουσίαζαν χαμηλή συσχέτιση με τις υπόλοιπες στο Κυπριακό δείγμα νοσηλευτών ΜΕΘ. Η τελική κλίμακα που χορηγήθηκε στους νοσηλευτές περιελάμβανε 32 ερωτήσεις. Η τελική κλίμακα και τα αποτελέσματα της αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας κατά την πιλοτική εφαρμογή παρουσιάζονται στο Παράρτημα Α και Β. Συγκεκριμένα ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ήταν 0.635 και προέκυψαν πέντε διαστάσεις, οι οποίες επιβεβαιώθηκαν και με το συνολικό δείγμα μελέτης. Η ομαδοποίηση των ερωτήσεων σε παράγοντες παρουσίασε κάποιες διαφορές σε σύγκριση με την αρχική εκδοχή της κλίμακας.

Η ίδια κλίμακα τροποποιήθηκε για εφαρμογή σε νοσηλευόμενους και συγγενείς μέσω ομάδας ειδικών και πιλοτικής μελέτης. Ο λόγος που επιλέχθηκε τροποποίηση της ίδιας κλίμακας, ήταν η έλλειψη άλλων κατάλληλων κλιμάκων στη βιβλιογραφία και η ανάγκη συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων μεταξύ νοσηλευτών, ασθενών και συγγενών. Συγκεκριμένα η διατύπωση των ερωτήσεων προσαρμόστηκε κατάλληλα και αφαιρέθηκαν ερωτήσεις που δεν εφάρμοζαν την ιδιότητα των νοσηλευομένων και των συγγενών τους,

Η τελική κλίμακα που χορηγήθηκε στους νοσηλευόμενους περιελάμβανε 25 ερωτήσεις σε αντιστοιχία με ανάλογες ερωτήσεις στην κλίμακα των νοσηλευτών. Η τελική κλίμακα που χορηγήθηκε στους συγγενείς περιελάμβανε 27 ερωτήσεις σε αντιστοιχία με ανάλογες ερωτήσεις στην κλίμακα των νοσηλευομένων. Οι τελικές κλίμακες και τα αποτελέσματα της αξιοπιστίας και εγκυρότητας, κατά την πιλοτική εφαρμογή παρουσιάζονται στο Παράρτημα Α και Β. Συγκεκριμένα ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha ήταν 0.834 για την κλίμακα νοσηλευομένων και 0.536 για την κλίμακα συγγενών. Από την παραγοντική ανάλυση διαφάνηκε ότι οι κλίμακες νοσηλευομένων και συγγενών συμπεριφέρονταν ως μονοδιάστατες, σε αντίθεση με αυτήν των νοσηλευτών, εύρημα το οποίο επιβεβαιώθηκε και με το συνολικό δείγμα μελέτης.

6.6.2 Κλίμακα ηθικού αδιεξόδου Corley (21 θέματα)

Η κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley δημιουργήθηκε αρχικά το 1995 βασισμένη στην θεωρία του Jameton για το ηθικό αδιέξοδο, με κλίμακα 32 ερωτήσεων. Η κλίμακα δημιουργήθηκε με βάση ανασκόπησης της βιβλιογραφίας για τη ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Η εγκυρότητα της επιβεβαιώθηκε με τη βοήθεια ειδικών. Η αξιοπιστία επαναδοκιμασίας ήταν αρκετά καλή ($r = 0.86$).

Η διακρίνουσα εγκυρότητα της κλίμακας υποστηρίχθηκε από τη διαπίστωση σημαντικών διαφορών μεταξύ νοσηλευτών μονάδων εντατικής θεραπείας και γενικών νοσηλευτών σε δείγμα μελών της Αμερικάνικης Οργάνωσης Νοσηλευτών Εντατικής Φροντίδας (American Association of Critical- Care Nurses). Στη συνέχεια, η κλίμακα τροποποιήθηκε με επέκταση της διαβαθμισμένης κλίμακας απαντήσεων από 0-5 σε 0-7 (Corley et al 2001) και η εγκυρότητα και δομή της κλίμακας ελέγχθηκαν σε δείγμα 214 νοσηλευτών εντατικής θεραπείας. Μέσω παραγοντικής ανάλυσης προέκυψαν τρεις διαστάσεις (Πίνακας 11):

Πίνακας 11: Διαστάσεις και συντελεστές εσωτερικής συνοχής της κλίμακας ηθικού αδιεξόδου (Corley et al 2001).

	Διαστάσεις	συντελεστής εσωτερικής συνοχής
1^η διάσταση	Ατομική Υπευθυνότητα 20 θέματα	Cronbach's alpha= 0.97
2^η διάσταση	Όχι προς το όφελος του ασθενή 7 θέματα	Cronbach's alpha= 0.82
3^η διάσταση	Εξαπάτηση 3 θέματα	Cronbach's alpha= 0.83

Το 2007 οι ερευνητές Hamric and Blackhall τροποποίησαν την κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley και τη μείωσαν σε 21 θέματα. Η έρευνα τους επικεντρώθηκε σε ζητήματα τέλους της ζωής και η κλίμακα δοκιμάστηκε σε νοσηλευτές και ιατρούς μονάδας εντατικής θεραπείας (Hamric et al 2012).

Τα στοιχεία της κλίμακας περιγράφουν καταστάσεις που σχετίζονται με πιθανότητα ηθικού αδιεξόδου, για τις οποίες βαθμολογείται η συχνότητα εμφάνισης και η ένταση της καταπόνησης (ενόχλησης) που σχετίζεται με αυτά σε μία κλίμακα από 0 (ποτέ δεν συμβαίνει/δεν υπάρχει ενόχληση) μέχρι το 4 (συμβαίνει πολύ συχνά/υψηλό επίπεδο ενόχλησης). Για την αξιολόγηση του υφιστάμενου επιπέδου ηθικού αδιεξόδου, πολλαπλασιάζονται τα αποτελέσματα συχνότητας και ενόχλησης για κάθε στοιχείο και υπολογίζεται συνολικό άθροισμα. Με αυτό το σύστημα βαθμολόγησης όλα τα στοιχεία που χαρακτηρίζονται ότι ποτέ δεν έχουν συμβεί, ή, για τα οποία δεν υπάρχει ενόχληση δεν συμμετέχουν στην τελική βαθμολογία που αντικατοπτρίζει το επίπεδο ηθικού αδιεξόδου.

Ο συντελεστής Cronbach alpha εσωτερικής συνοχής ήταν 0,83.

6.6.3 Εκτίμηση Νοητικής Κατάστασης (Mini Mental State Examination)

"Η Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης" (Mini Mental State Examination), αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο εργαλείο για την εκτίμηση νευρογνωσιακών ελλειμμάτων σε ενήλικες. Ελέγχει 10 διαφορετικά στοιχεία της νοητικής κατάστασης τα οποία είναι ο προσανατολισμός, η μνημονική καταγραφή, η συγκέντρωση/δυνατότητα αριθμητικών πράξεων, η ανάκληση, η κατονομασία, η επανάληψη, η εκτέλεση εντολής τριών σταδίων, η αντίδραση, η αυτόματη γραφή και η αντιγραφή. Η επίδοση σε κάθε ένα από αυτά βαθμολογείται με άριστη βαθμολογία να είναι το 30. Το όριο βαθμολογίας για νοητικής διαύγειας είναι 23/24.

6.7 Περιγραφή ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν στις ομάδες μελέτης

Το ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν σε νοσηλευτές περιελάμβανε 4 ενότητες:

Ενότητα Α: Γνώση σε σχέση με το νόμο για τα δικαιώματα ασθενών και αρχές βιοηθικής.

Η ενότητα αυτή περιελάμβανε ερωτήσεις που επιδέχονταν ως επί το πλείστον απάντηση ναι, ή, όχι:

- εάν γνωρίζουν την ύπαρξη νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών και το περιεχόμενο της,
- εάν γνωρίζουν τις βασικές αρχές της βιοηθικής,
- εάν έχουν διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών τους σπουδών θέματα βιοηθικής,
- εάν έχουν διδαχθεί κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών τους σπουδών θέματα βιοηθικής,
- εάν γνωρίζουν στην Κύπρο να υφίσταται Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας.

Στην τελευταία ερώτηση υπήρχε επιλογή απαντήσεων τύπου Likert (όχι, αρκετά, πολύ καλά, πάρα πολύ καλά), αναφορικά με το περιεχόμενο του

Ενότητα Β: Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Ενότητα Γ: Κλίμακα ηθικού αδιεξόδου Corley (21 θέματα)

Ενότητα Δ: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ενότητα Δ αφορούσε κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, όπως φύλο, ηλικία, τύπος ΜΕΘ, αριθμός κρεβατιών, χρονικό διάστημα εργασίας στη ΜΕΘ, θέση, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση, πριν πόσα χρόνια είχε αποκτηθεί ο τελευταίος τίτλος σπουδών, νοσηλευτική ειδικότητα, συμμετοχή σε δραστηριότητες σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας, η αναλογία νοσηλευτών/ασθενών και ιατρών/ασθενών ανά βάρδια, συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και αξιολόγηση επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία στην ΜΕΘ σε αριθμητική κλίμακα από 0 μέχρι 10. Στο τέλος υπήρχε μία ερώτηση ανοικτού τύπου που ζητούσε να γράψουν εάν επιθυμούσαν οτιδήποτε θεωρούσαν σημαντικό να αναφέρουν, ή, σχόλιο και υπήρχε επίσης κενός χώρος για συμπλήρωση.

Το ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν σε άτομα με εμπειρία νοσηλείας σε ΜΕΘ περιελάμβανε 3 ενότητες:

Ενότητα Α: Γνώση σε σχέση με το νόμο για τα δικαιώματα ασθενών

Η ενότητα αυτή περιελάμβανε ερωτήσεις που επιδέχονταν ως επί το πλείστον απάντηση ναι, ή, όχι:

- εάν γνωρίζουν την ύπαρξη νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών,
- εάν γνωρίζουν το περιεχόμενο του νόμου,
- εάν γνωρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών,
- αυτοαξιολόγηση της γνώσης για τα δικαιώματα των ασθενών σε κλίμακα από 0 μέχρι 10.

Ενότητα Β: Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ- Εκδοχή για νοσηλευόμενους**Ενότητα Γ: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.**

Περιλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, ηλικία, τύπο ΜΕΘ που νοσηλεύτηκαν, χρονικό διάστημα νοσηλείας, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, εκπαίδευση. Στο τέλος υπήρχε μία ερώτηση ανοικτού τύπου, που ζητούσε από τους απαντητές να γράψουν ότι θεωρούσαν σημαντικό, ή, σχόλιο και υπήρχε κενός χώρος για συμπλήρωση.

Το ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν σε συγγενείς περιελάμβανε επίσης 3 ενότητες:

Ενότητα Α: Γνώση σε σχέση με το νόμο για τα δικαιώματα ασθενών.

Η ενότητα αυτή περιελάμβανε ερωτήσεις που επιδέχονταν ως επί το πλείστον απάντηση ναι, ή, όχι:

- εάν γνωρίζουν την ύπαρξη νομοθεσίας στα δικαιώματα ασθενών,
- εάν γνωρίζουν το περιεχόμενο του νόμου,
- εάν γνωρίζουν τα δικαιώματα των ασθενών,
- αυτοαξιολόγηση της γνώσης για τα δικαιώματα των ασθενών σε κλίμακα από 0 μέχρι 10.

Ενότητα Β: Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ- Εκδοχή για συγγενείς

Ενότητα Γ: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Περιλαμβάνονταν ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το τύπο ΜΕΘ που νοσηλεύτηκε ο συγγενής τους, το χρονικό διάστημα νοσηλείας, την οικογενειακή κατάσταση, των αριθμό παιδιών, και την εκπαίδευση. Στο τέλος υπήρχε μία ερώτηση ανοικτού τύπου που ζητούσε από τους απαντητές να γράψουν εάν επιθυμούσαν μία πληροφορία, ή, σχόλιο και υπήρχε κενός χώρος για συμπλήρωση.

6.8 Πιλοτική μελέτη για τη διερεύνηση εφικτότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των εργαλείων, αποφασίστηκε η πραγματοποίηση πιλοτικής έρευνας πριν τη διεξαγωγή της κυρίως μελέτης προκειμένου να εντοπιστούν αδυναμίες και τυχόν προβλήματα και να ληφθούν διορθωτικά μέτρα πριν από τη διενέργεια της μελέτης.

Αρχικά, το περιεχόμενο της κλίμακας γνώσεων και στάσεων ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ τροποποιήθηκε για εφαρμογή σε νοσηλευόμενους και συγγενείς από ομάδα ειδικών, που αποτελούνταν από 2 νοσηλευτές ΜΕΘ, εκ των οποίων η μια είχε μεταπτυχιακό τίτλο σε θέματα ηθικής (κύρια ερευνήτρια) και 3 καθηγητές νοσηλευτικής, εκ των οποίων ο ένας έχει εξειδίκευση σε θέματα ηθικής και ο άλλος στη βιοστατιστική και στη μεθοδολογία της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε δείγμα ευκολίας 60 νοσηλευτών ΜΕΘ, από όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια Πίνακας 12.

Πίνακας 12: Πιλοτική μελέτη

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΡΙΟ	ΠΙΛΟΤΙΚΗ -ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
A1	6
A2	4
B	3
Γ	5
Δ	5
E	6

Μετά από μελέτη του πίνακα συσχετίσεων, των διαδοχικών συγκρίσεων των τιμών του συντελεστή εσωτερικής συνοχής, Cronbah's alpha και συμβουλευτικής με την ομάδα ειδικών λήφθηκε απόφαση να αφαιρεθούν 4 ερωτήσεις Πίνακας 13.

Πίνακας 13: Ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν

Ερωτήσεις που αφαιρέθηκαν
Ερώτηση 7 =Σύμφωνα με την εμπειρία σας οι πληροφορίες που σχετίζονται με το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εμπιστευτικότητα;
Ερώτηση 12= Σύμφωνα με την εμπειρία σας, είναι πιθανόν να εφαρμοσθεί μια πειραματική θεραπεία στη ΜΕΘ, χωρίς να ενημερωθεί ο ασθενής;
Ερώτηση 13= Σύμφωνα με την εμπειρία σας είναι πιθανόν να εφαρμοσθεί μια πειραματική θεραπεία στη ΜΕΘ χωρίς να ενημερωθούν οι στενοί συγγενείς του ασθενούς, όταν ο ασθενής δεν διατηρεί τη συνείδησή του;
Ερώτηση 30= Σε ασθενείς που έχουν χαρακτηριστεί ως τελικού σταδίου, αλλά παραμένουν στη ΜΕΘ, η μη-συνέχιση της θεραπείας, σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα

Η τελική κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ (Chrysospathi & Parathanassoglou, 2011) διαμορφώθηκε σε 32 ερωτήσεις και ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής ήταν 0,80. Ο έλεγχος αξιοπιστίας «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας», πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 10 νοσηλευτών της Χ και της Ν του Γενικού Νοσοκομείου Α σε διάστημα ενός μηνός μεταξύ των δυο μετρήσεων. Ο συντελεστής συσχέτισης Pearson's r μεταξύ των δυο μετρήσεων ήταν 0.827.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε σε δείγμα ευκολίας 13 ασθενών και 14 συγγενών από το Γενικό Νοσοκομείο Α. Μετά μελέτη του πίνακα συσχετίσεων, διαδοχικές συγκρίσεις των τιμών συντελεστή εσωτερικής συνοχής, Cronbah's alpha και συμβουλευτική με την ομάδα ειδικών λήφθηκε απόφαση να αφαιρεθούν ερωτήσεις. Οι τελικές κλίμακες διαμορφώθηκαν με 27 ερωτήσεις για την κλίμακα συγγενών και 25 ερωτήσεις για την κλίμακα των ασθενών. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής ήταν 0,80 και 0,78 αντίστοιχα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΕΘ

7.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά νοσηλευτών ΜΕΘ

Στη μελέτη συμμετείχαν 206 νοσηλευτές ΜΕΘ Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων από όλη τη Κύπρο, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1. Δόθηκαν 325 ερωτηματολόγια, σε όλους τους νοσηλευτές ΜΕΘ των δημόσιων νοσηλευτηρίων και όσων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων επιλέγηκαν για συμμετοχή στη μελέτη. Επιστράφηκαν 206 ερωτηματολόγια αποδίδοντας ποσοστό ανταπόκρισης 63.38%, όπως φαίνεται στον πίνακα 14.

Πίνακας 14: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων Νοσηλευτών ΜΕΘ

Ηλικία	32,5±8,4 χρόνια	<u>MIN=22 MAX=59</u>	
Εργασία στη μονάδα	6,1±6,2 χρόνια	MIN=0 MAX=30	
		N	%
Μονάδα/Πόλη			
	Δ1	25	12,1%
	Δ2	16	7,8%
	B	19	9,2%
	A12	9	4,4%
	A13	14	6,8%
	Γ	13	6,3%
	A2	17	8,3%
	E	30	14,6%
	A1	40	19,4%
Φύλο	Δ1	14	6,8%
	A14	9	4,4%
	Άντρας	59	28,6%

	Γυναίκα	147	71,4%
Τύπος μονάδας			
	Καρδιολογική	56	28,1%
	Γενική	139	69,8%
	Άλλη	4	2,0%
Θέση που κατέχουν στη μονάδα			
	προϊστάμενου	12	5,8%
	υπεύθυνου	17	8,3%
	νοσηλευτικό προσωπικό	177	85,9%
Οικογενειακή κατάσταση			
	άγαμος/η	73	35,4%
	έγγαμος	118	57,3%
	διαζευγμένος/χήρος	8	3,9%
	Άγνωστο	7	3,4%
Προπτυχιακή εκπαίδευση			
	πτυχίο ανώτατης σχολής	186	90,3%
	Άγνωστο	7	3,4%
Μεταπτυχιακή εκπαίδευση			
	Καμία	133	64,6%
	Νοσηλευτική ιδιότητα	30	14,6%
	MSc	24	11,7%
	Μεταπτυχιακός φοιτητής	17	8,3%
	Υποψήφιος διδάκτωρ	1	0,5%
	Phd	1	0,5%

7.1.2 Ατομικά Χαρακτηριστικά

Από τους απαντητές, οι 147 (71,4%) ήταν γυναίκες και οι 59 (28,6%) άντρες με μέση ηλικία 35,2+8,4 χρόνια. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, 57.3% είναι έγγαμοι/μες και 35.4% ελεύθεροι/ες. Οι 12 (5,8%) κατέχουν θέση προϊσταμένου, οι 17 (8,3%) υπεύθυνου και οι υπόλοιποι (85,9%) είναι μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού. Η πλειοψηφία (90,3%) κατέχει πτυχίο ανώτατης σχολής και καμία μεταπτυχιακή εκπαίδευση (64.6%). Οι 139 (69,8%) εργάζονται σε Γενική μονάδα και οι 56(28,1%) σε καρδιολογική μονάδα εντατικής θεραπείας. Η μέση διάρκεια εργασίας στην παρούσα μονάδα τους ήταν 6,1+6,2 χρόνια. Η κατανομή νοσηλευτών ΜΕΘ ανά τμήμα/επαρχία και τα ποσοστά ανταπόκρισης παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

Πίνακας 15: Η κατανομή των συμμετεχόντων νοσηλευτών ΜΕΘ ανά τμήμα/επαρχία ήταν:

	Νοσηλευτήρια	Αριθμός Νοσηλευτών	Ποσοστό %
	<u>Δημόσια Νοσηλευτήρια</u>		
A	A2	17	56.66
Δ	A1	40	55.55
	Δ1	25	83.33
E	Δ2	16	53.33
	E	30	100
B	B	19	90.47
Γ	Γ	13	76.47
	<u>Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια</u>		
A	A13	14	35
	A12	9	81.81

	A14	9	64.28
Δ	Δ1	14	46.66

7.2 Παραγοντική ανάλυση

Η παραγοντική ανάλυση με βάση τα 32 λήμματα του ερωτηματολογίου των νοσηλευτών παρουσιάζεται στον πίνακα 16. Η μέθοδος εξαγωγής Maximum Likelihood και με περιστροφή Varimax with Kaiser normalisation, έδωσε αρχικά μια δομή 6 παραγόντων.

Πίνακας 16: Λήμματα κλίμακας και εννοιολογική κατηγορία βάσει των αποτελεσμάτων παραγοντικής ανάλυσης

ΠΑΡΑΓΩΝ	ΛΗΜΜΑΤΑ ΚΛΙΜΑΚΑΣ	ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ
1	1,2, 5,6,7, 9, 32, 17 (8 λήμματα)	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ
2	18, 21, 22, 25, 26, 27, 28 (7 λήμματα)	Στάση ως προς Συνηγορία
3	29, 30, 31, 10, 16 (5 λήμματα)	Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης
4	13, 14, 15, 19 (4 λήμματα)	Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής
5	8, 11, 12 (3 λήμματα)	Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση

6	23, 24	Αντίδραση Νοσηλευτή όταν καταπατούνται
	(2 λήμματα)	δικαιώματα ασθενών

Οι ερωτήσεις 3, 4 παρουσίασαν χαμηλές φορτίσεις σε όλους τους παράγοντες. Επιπλέον, εννοιολογικά οι 2 αυτές ερωτήσεις αξιολογούν πολύ γενικά αν είναι δυνατό να καταπατηθούν τα δικαιώματα των ασθενών στη ΜΕΘ, χωρίς να εξειδικεύουν ως προς συγκεκριμένα δικαιώματα. Βάσει των ανωτέρω οι ερωτήσεις 3 και 4 αφαιρέθηκαν από την τελική κλίμακα.

Η ερώτηση 20 επίσης παρουσίασε πολύ χαμηλές φορτίσεις σε όλους τους παράγοντες. Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στην ενημέρωση των συγγενών από τους Νοσηλευτές, διαδικασία η οποία σπάνια εφαρμόζεται στην Κύπρο. Ως εκ τούτου και αυτή η ερώτηση αφαιρέθηκε από την τελική κλίμακα.

Εννοιολογικά ο παράγων 6, μπορεί να ομαδοποιηθεί με τον παράγοντα 2. Οπότε, οι διαστάσεις της κλίμακας (29 ερωτήσεων) διαμορφώνονται σε 5 παράγοντες (Πίνακας 17). Υπολογίστηκε η συνολική βαθμολογία κάθε παράγοντα για κάθε νοσηλευτή, όπως επίσης και η συνολική βαθμολογία της κλίμακας 32 ερωτήσεων.

Πίνακας 17: Εννοιολογική κατάταξη σε 5 παράγοντες

ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΚΛΙΜΑΚΑΣ (Υποκλίμακα)	ΛΗΜΜΑΤΑ	Αριθμός στοιχείων	Ελάχιστη δυνατή βαθμολογία	Μέγιστη δυνατή βαθμολογία
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	1,2, 5,6,7, 9, 32, 17	8	8	40
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	18, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	9	9	45
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	29, 30, 31, 10, 16	5	5	25

Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	13, 14, 15, 19	4	4	20
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/οικογενειών	8, 11, 12	3	3	15

Ο Πίνακας 18 παρουσιάζει τις συσχετίσεις κατά Spearman μεταξύ των 5 παραγόντων. Παρατηρούμε ότι ο παράγοντας «Εμπειρία ως προς την τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών», έχει μια μέτρια θετική συσχέτιση με τον παράγοντα «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση των ασθενών/οικογενειών» ($r=0.46$, $p<0.01$) ενώ δεν έχει καμία συσχέτιση με τον παράγοντα «Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών» ($r=0.057$). Η μέση «Εμπειρία ως προς την τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ» είναι $31,6+4,9$, η μέση «Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών» είναι $33,5+4,6$, η μέση «Στάση ως προς την αυτονομία/συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων» είναι $19,6+3,5$, η μέση «Στάση ως προς τις βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ» είναι $18,4+2,2$ ενώ η μέση «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση ασθενών/οικογενειών» είναι $11,8+2,4$. Το μέσο επίπεδο Στάσεων (Συνολική Κλίμακα) είναι στο $114,6+11,4$ από το 175 που είναι το μέγιστο δυνατό ($35*5=175$). Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) ανά διάσταση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 20, κυμαίνεται από 0,50-0,82.

Πίνακας 18: Αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης κλίμακας Νοσηλευτών στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ – Πίνακας περιστροφής.

Λήμματα	Παράγοντες					
	1	2	3	4	5	6
Q.1	0,889					
Q.2	0,876					
Q.3				-0,244		0,298
Q.4					-0,342	
Q.5	0,676				0,292	0,202
Q.6	0,609			0,283		0,34

Q.7	0,554				0,272	0,274
Q.8	0,605				0,217	
Q.9	0,233					
Q.10	0,322		0,356	0,347		
Q.11	0,244				0,712	
Q.12	0,21				0,66	
Q.13	0,251			0,664		
Q.14				0,352		
Q.15	0,288	0,211		0,507		
Q.16	0,318		0,442			
Q.17	0,449					0,452
Q.18		0,481				
Q.19	0,358			0,52		
Q.20					0,219	
Q.21		0,514	0,222	0,204		0,335
Q.22		0,742				0,23
Q.23	0,228	0,264				0,47
Q.24		0,694				0,293
Q.25		0,67				
Q.26		0,321				
Q.27		-0,357				
Q.28		-0,376				
Q.29			0,583			
Q.30			0,616			
Q.31			0,661			0,211
Q.32	0,377			0,249		

19 Περιγραφική στατιστική των διαστάσεων της κλίμακας στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ και συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων (N=207).

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	-					
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	0,057	-				
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	0,34**	0,16*	-			
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	0,23**	0,1	0,32**	-		
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	0,46**	,15*	0,34**	0,21**	-	
Περιγραφικά						Συνολική κλίμακα (32 ερωτήσεις)
N	200	194	195	197	199	180
M.O.	31,6	33,5	19,6	18,4	11,8	114,6
T.A.	4,9	4,6	3,5	2,2	2,4	11,4
Ελάχιστη (Παρ)	10	20	10	4	3	49
Μέγιστη (Παρ)	40	42	25	20	15	140
Διάμεσος	32	34	20	19	12	116
Note. *p<0,05. **p<0,01. Παρ=Παρατηρούμενη						

20 Συντελεστής εσωτερικής συνοχής ανά διάσταση της κλίμακας και για τη συνολική κλίμακα

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ (Cronbach's alpha)
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	0.82
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	0.73
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	0.69
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	0.50
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	0.63
Συνολική κλίμακα (32 ερωτήσεις)	0.82

7.3 Γνώσεις ως προς το Νομικό Πλαίσιο για τα δικαιώματα ασθενών στην Κύπρο

7.3.1 Νοσηλευτές ΜΕΘ

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε σε γνώσεις ως προς το Νομικό Πλαίσιο στην Κύπρο. Η πλειοψηφία των νοσηλευτών ΜΕΘ γνωρίζει την ύπαρξη νομοθεσίας που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών (82,5%), αλλά δεν γνωρίζουν το περιεχόμενο της νομοθεσίας (61.6%). Επίσης, η πλειοψηφία (68,8%) δεν γνωρίζει την ύπαρξη νομοθεσίας που να αναφέρεται στον Κώδικα Δεοντολογίας Νοσηλευτών, ενώ το περιεχόμενο του το γνωρίζουν πολύ καλά και πάρα πολύ καλά σε ποσοστό 13,4 και 6 αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα για το νομικό πλαίσιο στην Κύπρο παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

21 Αποτελέσματα γνώσεων νοσηλευτών ως προς το νομικό πλαίσιο για τα δικαιώματα ασθενών στην Κύπρο

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ	Όχι	Ναι		
Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;	35 17,1%	170 82,5%		
Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου	117 61,6%	73 38,4%		
Γνωρίζετε τις βασικές αρχές της Βιοηθικής	82 40,6%	120 59,4%		
Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών θέματα βιοηθικής	60 29,6%	143 70,4%		
Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σας σπουδών θέματα βιοηθικής	110 53,4%	78 41,3%		
Γνωρίζεται εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που αναφέρεται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας	141 68,8%	64 31,2%		
Εάν ναι, γνωρίζεται το περιεχόμενο του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας	39,6%	45,7%	13,4%	6%
	Όχι	Αρκετά	Πολύ καλά	Πάρα Πολύ Καλά

7.3.2 Στάσεις και εμπειρίες Νοσηλευτών ΜΕΘ ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Συνολικά, η κατανομή των απαντήσεων ως προς τα 32 λήμματα της κλίμακας παρουσιάζεται στον πίνακα 22. Το 24,3% των νοσηλευτών (n=50) πιστεύει ότι ο «Ο νόμος για τα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών εφαρμόζεται στη ΜΕΘ» μερικές φορές. 1 στους 5 νοσηλευτές (20,9%) πιστεύει ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στην ΜΕΘ «Μερικές φορές». Ενώ στην ερώτηση εάν πιστεύουν ότι είναι δυνατό να καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενή στη ΜΕΘ, οι μισοί νοσηλευτές (49%) απαντούν ότι αυτό συμβαίνει μερικές φορές και 40 νοσηλευτές (19,6%) ότι συμβαίνει πολλές φορές.

Επίσης, αναφορικά με το δικαίωμα της αξιοπρέπειας και εμπιστευτικότητας, οι νοσηλευτές ΜΕΘ απαντούν ότι αυτά διασφαλίζονται. Συγκεκριμένα στο ερώτημα εάν σύμφωνα με την εμπειρία τους οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους και εάν με την εμπειρία τους οι προσωπικές πληροφορίες διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές, η πλειοψηφία των νοσηλευτών απαντά πολλές φορές και πάντα σε ποσοστό 38,5% , 46,8% και 36,4%, 40,8% αντίστοιχα. Αναφορικά με την ερώτηση «Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων των ασθενών» η πλειοψηφία 85,4% απαντά «πάντα». Στην ερώτηση «Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που μπορούν να συνεργαστούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση», δηλώνουν «πολλές φορές» το 27,2% και «πάντα» το 57,3%.

Ο ρόλος των νοσηλευτών ως συνηγόρου του ασθενή στη ΜΕΘ, αντικατοπτρίζεται στην ερώτηση «Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς στη ΜΕΘ», όπου μόνο οι μισοί νοσηλευτές 51,2% απαντούν «πάντα». Επιπλέον, φαίνεται ότι σπάνια οι νοσηλευτές προβαίνουν σε περαιτέρω ενέργειες σε περίπτωση καταπάτησης δικαιωμάτων των ασθενών, εφόσον 26,6% και 6,9% απαντούν «πολλές φορές» και «πάντα» αντίστοιχα.

Στην ερώτηση 26 του πίνακα 22, «Η Ιατρική οδηγία μη- ανάνηψης σας έχει προκαλέσει ποτέ αρνητικά συναισθήματα;» το 24,5% δηλώνει ότι «Πολλές φορές» και το 10,3% δηλώνει ότι, «Πάντα».

Η παρουσία ηθικών διλημάτων στη ΜΕΘ αναφέρεται από τους μισούς (45,6%) περίπου νοσηλευτές ΜΕΘ. Ως προς το δικαίωμα του ασθενούς για άρνηση θεραπείας, οι στάσεις των νοσηλευτών παρουσιάζουν μεγάλο εύρος με 16,7% να δηλώνουν ότι οι ασθενείς έχουν «σπάνια» αυτό το δικαίωμα, 23,5% «μερικές φορές», και 23% «πολλές φορές», ενώ 33,3% θεωρούν ότι οι ασθενείς «πάντα» έχουν αυτό το δικαίωμα.

Το δικαίωμα της ενημέρωσης των ασθενών από νοσηλευτές τους νοσηλευτές τους εμπεριέχεται στις ερωτήσεις 11 και 12. Στο ερώτημα «οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους», το 42,4% και 27,6% απαντούν «πολλές φορές» και «πάντα» αντίστοιχα. Στο ερώτημα «Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς», απαντούν «πολλές φορές» και «πάντα» 40,5% και 25% αντίστοιχα.

Γενικά διαφαίνεται ότι οι νοσηλευτές πιστεύουν ότι οι αρχές της μη βλάβης και της ισότητας διασφαλίζονται στη ΜΕΘ, εφόσον η πλειοψηφία (70,1%) δηλώνει ότι στην καθημερινή πρακτική στην ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή και 85,2%, δηλώνει ότι πρέπει όλοι οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στην ΜΕΘ.

Ως προς το δικαίωμα σεβασμού των ιδεολογικών πιστεύω και των θρησκευτικών πεποιθήσεων το 43,6% και 39,7% απαντούν «πολλές φορές» και «πάντα», αντίστοιχα. Η κατανομή των απαντήσεων των νοσηλευτών φαίνεται στον Πίνακα 22.

Πίνακας 22: Κατανομή απαντήσεων στην Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα		Μ.Ο.	Τ.Α.
1. Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλεύομενων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;	4 (1,9%)	15 (7,3%)	50 (24,3%)	104 (50,5%)	33 (16,0%)		3,7	0,9
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	3 (1,5%)	9 (4,4%)	43 (20,9%)	109 (52,9%)	42 (20,4%)		3,9	0,8
*3. Πιστεύετε ότι είναι δυνατόν να καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς της ΜΕΘ;	12 (5,9%)	45 (22,1%)	100 (49,0%)	40 (19,6%)	7 (3,4%)		2,9	0,9
*4. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	19 (9,3%)	64 (31,2%)	75 (36,6%)	38 (18,5%)	9 (4,4%)		2,8	1,0
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	6 (2,9%)	8 (3,9%)	16 (7,8%)	79 (38,5%)	96 (46,8%)		4,2	1,0
6. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	1 (0,5%)	14 (6,8%)	32 (15,5%)	75 (36,4%)	84 (40,8%)		4,1	0,9
7. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	6 (2,9%)	13 (6,3%)	21 (10,2%)	71 (34,6%)	94 (45,9%)		4,1	1,0
8. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	1 (0,5%)	13 (6,3%)	18 (8,7%)	56 (27,2%)	118 (57,3%)		4,3	0,9

9. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	11 (5,4%)	32 (15,7%)	50 (24,5%)	82 (40,2%)	29 (14,2%)		3,4	1,1
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	5 (2,5%)	2 (1,0%)	28 (13,9%)	63 (31,3%)	103 (51,2%)		4,3	0,9
11. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;	8 (3,9%)	21 (10,3%)	32 (15,8%)	86 (42,4%)	56 (27,6%)		3,8	1,1
12. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	17 (8,5%)	19 (9,5%)	33 (16,5%)	81 (40,5%)	50 (25,0%)		3,6	1,2
13. Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	2 (1,0%)	2 (1,0%)	12 (6,0%)	50 (24,9%)	135 (67,2%)		4,6	0,7
14. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;	26 (12,9%)	11 (5,5%)	4 (2,0%)	19 (9,5%)	141 (70,1%)		4,2	1,4
15. Πρέπει όλοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	2 (1,0%)	0 (0,0%)	5 (2,5%)	23 (11,3%)	173 (85,2%)		4,8	0,6
16. Η αρχή που υπαγορεύει ότι ο ασθενής πρέπει να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα και χωρίς την άσκηση ψυχολογικής ή σωματικής πίεσης, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	6 (3,0%)	10 (5,0%)	26 (12,9%)	55 (27,2%)	105 (52,0%)		4,2	1,0

17. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	4 (2,0%)	7 (3,4%)	34 (16,7%)	108 (52,9%)	51 (25,0%)		4,0	0,9
18. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ που είναι σε καταστολή διατηρούσαν τη συνείδησή τους, είναι πιθανόν να αρνούνταν κάποιες από τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε αυτούς ;	7 (3,4%)	20 (9,8%)	82 (40,0%)	90 (43,9%)	6 (2,9%)		3,3	0,8
19. Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων των ασθενών;	1 (0,5%)	1 (0,5%)	4 (1,9%)	24 (11,7%)	176 (85,4%)		4,8	0,5
20. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	12 (5,9%)	12 (5,9%)	32 (15,6%)	43 (21,0%)	106 (51,7%)		4,1	1,2
21. Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	0 (0,0%)	5 (2,5%)	24 (11,8%)	70 (34,5%)	104 (51,2%)		4,3	0,8
22. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη, οργή);	3 (1,5%)	5 (2,5%)	42 (20,7%)	84 (41,4%)	69 (34,0%)		4,0	0,9
23. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;	13 (6,4%)	43 (21,2%)	79 (38,9%)	54 (26,6%)	14 (6,9%)		3,1	1,0
24. Η παραβίαση της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	0 (0,0%)	7 (3,4%)	38 (18,7%)	73 (36,0%)	85 (41,9%)		4,2	0,8
25. Η άνιση μεταχείριση των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ ως προς την κατανομή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και του προσωπικού σας δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα;	4 (2,0%)	11 (5,4%)	41 (20,3%)	77 (38,1%)	69 (34,2%)		4,0	1,0

26. Ιατρική οδηγία μη- ανάνηψης σας έχει προκαλέσει ποτέ αρνητικά συναισθήματα;	30 (14,7%)	36 (17,6%)	67 (32,8%)	50 (24,5%)	21 (10,3%)		3,0	1,2	
*27. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας ως νοσηλεύτης ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;	6 (2,9%)	20 (9,8%)	73 (35,8%)	93 (45,6%)	12 (5,9%)		3,4	0,9	
*28. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα;	2 (1,0%)	6 (2,9%)	41 (20,1%)	109 (53,4%)	46 (22,5%)		3,9	0,8	
29. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	7 (3,4%)	34 (16,7%)	48 (23,5%)	47 (23,0%)	68 (33,3%)		3,7	1,2	
30. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	4 (2,0%)	19 (9,4%)	60 (29,7%)	71 (35,1%)	48 (23,8%)		3,7	1,0	
31. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	8 (3,9%)	14 (6,9%)	53 (26,1%)	69 (34,0%)	59 (29,1%)		3,8	1,1	
32. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	1 (0,5%)	8 (3,9%)	25 (12,3%)	89 (43,6%)	81 (39,7%)		4,2	0,8	
Σημείωση. * Έτυχαν αντίστροφης κωδικοποίησης στην υπολογισμό των παραγόντων									

Πίνακας 23: Πίνακας συσχετίσεων μεταξύ της βαθμολογίας των επιμέρους διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας στάσεων και εμπειριών και του βαθμού ηθικού αδιεξόδου, κλινικής εμπειρίας, και λόγων στελέχωσης στο δείγμα νοσηλευτών (N=206)

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	MORAL DISTRESS	Συχνότητα Εμφάνισης Ενοχλητικών Περιστατικών	Επίπεδο Ενόχλησης από Ενοχλητικά περιστατικά	Διάστημα εργασίας στη μονάδα (χρόνια)	Αναλογία νοσηλευτών - πρωινή βάρδια	Αναλογία νοσηλευτών - απογευματινή βάρδια
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	1											
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	0,057	1										
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	,340**	,155*	1									
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	,226**	0,098	,324**	1								
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	,460**	,150*	,342**	,210**	1							
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΡ	,640**	,554**	,675**	,452**	,610**	1						
MORAL DISTRESS	-,189*	,257**	0,115	-0,083	-0,05	0,075	1					
Συχνότητα	-0,037	0,038	-0,011	-,201*	-0,031	-0,03	,741**	1				
Ενόχληση	-0,102	,339**	,255**	0,086	0,115	,262**	,630**	0,171	1			

Διάστημα εργασίας στη μονάδα (χρόνια).	-0,01	0,093	,202*	0,136	-0,042	0,13	-0,014	-0,034	-0,048	1		
Επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία στη ΜΕΘ.	,198**	-0,029	0,067	0,139	,275**	,159*	0,02	-0,081	-0,128	-0,113		
Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών - πρωινή βάρδια.	0,115	-0,072	-0,046	-,157*	0,1	-0,044	-0,06	,181*	-0,028	0,033	1	
Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών - απογευματινή βάρδια	0,002	-0,054	0,022	-0,097	0,045	-0,059	-0,057	,183*	0,13	,194*	,675**	1
Αναλογία νοσηλευτών/ασθενών - νυχτερινή βάρδια	-0,001	-0,005	0,023	-,160*	0,096	-0,037	-0,128	0,139	0,123	,178*	,512**	,724**
Note. *p<0,05. **p<0,01. Spearman's rho correlation coefficient												

Στον Πίνακα 23 παρουσιάζονται συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας των επιμέρους διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας στάσεων και εμπειριών και του βαθμού ηθικού αδιεξόδου, κλινικής εμπειρίας και λόγων στελέχωσης στο δείγμα νοσηλευτών. Παρατηρούνται ισχυρές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της βαθμολογίας των επιμέρους διαστάσεων και της συνολικής, καθώς και συσχετίσεις με δείκτες ηθικού αδιεξόδου, οι οποίες θα παρουσιαστούν στο σχετικό κεφάλαιο. Επιπλέον, παρουσιάζονται ασθενείς αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας και της βαθμολογίας στις επιμέρους διαστάσεις με τους λόγους στελέχωσης. Επίσης παρουσιάζονται ασθενείς θετικές συσχετίσεις μεταξύ επιμέρους διαστάσεων (Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων και ως προς ενημέρωση) και το βαθμό ικανοποίησης από την εργασία στη ΜΕΘ.

Πίνακας 24: Περιγραφικά δεδομένα των απαντήσεων των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην κλίμακα στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, του βαθμού ηθικού αδιεξόδου, νοσηλευτικής εμπειρίας και λόγων στελέχωσης.

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων ασθενών	Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	MORAL DISTRESS	Συχνότητα Ενοχλητικών Περιστατικών	Επίπεδο Ενόχλησης	Διάστημα εργασίας στη μονάδα (χρόνια)	Αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών - προινή βάρδια	Αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών - απογευματινή βάρδια	Αναλογία νοσηλευτών/ ασθενών - νυκτερινή βάρδια
N	200	194	195	197	199	180	144	166	126	139	206	206	206
M.O.	31,6	33,5	19,6	18,4	11,8	114,6	106,8	39,7	53,7	6,1	2,2	2,6	3,0
T.A.	4,9	4,6	3,5	2,2	2,4	11,4	51,4	12,9	16,0	6,2	1,3	1,2	1,4
Ελάχιστη	10	20	10	4	3	49	0	0	5	0	1	1	1
Μέγιστη	40	42	25	20	15	140	248	68	84	30	8	8	15
Διάμεσος	32	34	20	19	12	116	102,5	41	54,5	4	2	2	3

7.3.3. Διαφορές και συσχετίσεις βάσει δημογραφικών χαρακτηριστικών

Ο πίνακας 25 παρουσιάζει τη μέση βαθμολογία Αντρών και Γυναικών νοσηλευτών στις 5 διαστάσεις και στη Συνολική κλίμακα των 32 ερωτήσεων. Παρατηρούμε ότι στον παράγοντα «Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών» οι Γυναίκες (Μ.Ο.=33,91 Τ.Α.=4,3) έχουν ψηλότερη βαθμολογία από τους Άντρες (Μ.Ο.=32,31 Τ.Α.=5) ($p=0.050$). Δεν παρατηρείται κάποια σημαντική επίδραση του φύλου στους υπόλοιπους 4 παράγοντες.

Πίνακας 25: Σύγκριση Αντρών και Γυναικών νοσηλευτών ως προς τους 5 παράγοντες και τη συνολική κλίμακα.

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	Συνολική κλίμακα (32 ερωτήσεις)
Άνδρας						
Mean	31,43	32,31	19,54	18,16	12,00	113,73
Std. Deviation	5,3	5,0	3,7	2,8	2,6	13,9
Median	32	32,5	20	19	13	117
Γυναίκα						
Mean	31,68	33,91	19,63	18,52	11,70	115,30
Std. Deviation	4,8	4,3	3,4	2,0	2,4	10,2
Median	32	34	20	20	12	115,5
p*	0,651	0,051	0,944	0,515	0,255	0,74
*Kruskall Wallis						

Ο πίνακας 26 παρουσιάζει τη σύγκριση ανάμεσα στα νοσηλευτήρια στα οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, ειδικότερα ως προς την πόλη. Η πόλη εργασίας δεν σχετίζεται με διαφορές στα επίπεδα κανενός παράγοντα ούτε και της Συνολικής κλίμακας.

Στον πίνακα 27 παρουσιάζονται διαφορές απαντήσεων μεταξύ νοσηλευτών δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Όσον αφορά τον παράγοντα «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση ασθενών/οικογενειών», τα δημόσια νοσηλευτήρια (Μ.Ο.=12 Τ.Α.=2,2) έχουν θετικότερη στάση από τους νοσηλευτές των Ιδιωτικών νοσηλευτηρίων (Μ.Ο.=10,9 Τ.Α.=3,2)

Πίνακας 26: Σύγκριση πόλης εργασίας ως προς τους 5 παράγοντες και Συνολική κλίμακα

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ		Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών		Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών		Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ		Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/οικογενειών		Συνολική Κλίμακα	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Δ (v=55)	32,80	4,24	33,54	4,64	19,94	3,40	18,55	1,90	11,48	2,93	116,5	9,7
Α (v=89)	39,95	5,85	33,67	4,55	19,26	3,74	18,34	2,50	11,69	2,51	113,7	13,3
Ε (v=30)	31,70	3,06	31,86	4,47	20,14	3,02	18,77	1,68	12,21	1,32	114,8	7,7
Γ (v=13)	30,85	2,79	35,50	3,45	19,77	3,22	18,58	1,93	11,92	1,50	116,2	9,18
Β (v=19)	31,68	5,53	33,53	4,88	19,26	3,31	17,68	2,63	12,33	2,52	114,6	12,3
ANOVA p*	0,29		0,19		0,71		0,54		0,60		0,76	

Πίνακας 27: Σύγκριση νοσηλευτών Ιδιωτικών και Δημόσιων νοσηλευτηρίων ως προς τους 5 παράγοντες και τη Συνολική κλίμακα.

	Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ		Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών		Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών		Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ		Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών		ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ιδιωτικό νοσηλευτήριο (n=46)	31,2	6,7	32,6	4,8	20,3	3,4	18,4	2,1	10,9	3,2	113,8	11,9
Δημόσιο νοσηλευτήριο (n=160)	31,7	4,4	33,7	4,5	19,4	3,5	18,4	2,3	12,0	2,2	115,2	11,2
Kruskall Wallis	0,33		0,16		0,15		0,78		0,07		0,52	

7.4 Ηθικό Αδιεξόδο

Το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης αφορούσε την μέτρηση της συχνότητας και έντασης του ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών ΜΕΘ, με την Κλίμακα ηθικού αδιεξόδου της Corley (Hamric and Blackhall 2007).

7.4.1 Αποτελέσματα Κλίμακας Ηθικού Αδιεξόδου

Η μέση τιμή του αναφερόμενου βαθμού ηθικού αδιεξόδου των 206 νοσηλευτών ήταν 106.75 ± 51.4 , με εύρος από 0 μέχρι 248. (Πίνακας 24)

7.4.2. Συσχετίσεις Κλίμακας Ηθικού Αδιεξόδου με Διαστάσεις και συνολική βαθμολογία Κλίμακας στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Το Ηθικό Αδιεξόδο φαίνεται να συσχετίζεται με την «Εμπειρία ως προς την τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ» ($r=0.189$ $p<0.05$) και με την «Στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών» ($r=0.257$ $p<0.01$). Το επίπεδο ικανοποίησης του νοσηλευτή (κλίμακα 1..10) δεν φαίνεται να έχει κάποια συσχέτιση είτε με τη Συχνότητα ($r=-0.081$), είτε με το επίπεδο Ενόχλησης ενός ενοχλητικού περιστατικού ($r=-0.128$ $p=0.23$), αλλά ούτε και με το συνολικό ηθικό αδιεξόδο (MORAL DISTRESS) ($r=0.02$) (Πίνακας 23) .

7.4.3. Διερεύνηση συσχετίσεων με συνολική βαθμολογία κλίμακας στάσης και εμπειριών νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ και επίπεδου Ενόχλησης Κλίμακας Ηθικού Αδιεξόδου

Διενεργήθηκε ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη μελέτη της συσχέτισης μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και του είδους της κλινικής και της πόλης στην οποία εργάζονται οι νοσηλευτές, με τη Συνολική κλίμακα στάσεων και εμπειριών των νοσηλευτών. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκε, επιπλέον, η ύπαρξη πρόθεσης για παραίτηση, όπως επίσης και αν ο νοσηλευτής συμμετέχει σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.

Στο 1ο βήμα της παλινδρόμησης διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές σε Γενικού τύπου μονάδα έχουν μειωμένα επίπεδα Στάσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές σε ΜΕΘ ($\beta=-5,16$ $p=0.02$).

Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές σε ιδιωτική κλινική επίσης εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου ($\beta=-4,766$, $p=0,06$, Πίνακας 28).

Στο 2ο βήμα τη παλινδρόμησης, μελετήσαμε αν η πόλη Α και οι ιδιωτικές κλινικές της Α μπορούν επιπλέον να εξηγήσουν τις Στάσεις των νοσηλευτών. Το επιπλέον ποσοστό της διασποράς που εξηγείται από αυτούς τους δύο παράγοντες είναι αμελητέο (F change=0.865 $p=0.424$). Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι οι νοσηλευτές σε κλινικές της Α έχουν κατά μέσο όρο μειωμένη βαθμολογία κατά 3,6, σε σχέση με τις υπόλοιπες πόλεις ($p=0.19$) και ταυτόχρονα δεν υπάρχει πλέον η επίδραση της Ιδιωτικής κλινικής ($p=0.49$). Οι νοσηλευτές των ιδιωτικών κλινικών της Α ($N=32$) έχουν κατά μέσο όρο μειωμένη βαθμολογία κατά 4 σε σχέση με τους υπόλοιπους χωρίς η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,20$) (Πίνακα 30).

Παράλληλα, διενεργήθηκε ιεραρχική παλινδρόμηση για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τα επίπεδα ενόχλησης ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών. Το επίπεδο ενόχλησης των νοσηλευτών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον τύπο μονάδας ($p=0.59$), αλλά φαίνεται ότι η συνολική βαθμολογία τη κλίμακας έχει συσχέτιση με την ενόχληση τους ($p=0.045$). Επίσης οι Γυναίκες έχουν αυξημένη ενόχληση κατά 6,65 μονάδες κατά μέσο όρο σε σχέση με τους Άντρες ($p=0.05$). Επιπλέον, μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές δείχνουν να έχουν μειωμένα επίπεδα ενόχλησης ηθικού αδιεξόδου σε σχέση με τους νεότερους ($p=0.047$). Τέλος, οι νοσηλευτές σε ιδιωτικές κλινικές έχουν μειωμένα επίπεδα ενόχλησης σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου νοσοκομείου. Στο 2ο βήμα τη παλινδρόμησης, φάνηκε ότι τα επίπεδα ενόχλησης των νοσηλευτών στην πόλη Α ήταν χαμηλότερα σε σχέση στις υπόλοιπες πόλεις ($p=0.043$). Οι νοσηλευτές των ιδιωτικών κλινικών της Α, δεν διαφέρουν από τους υπόλοιπους ($p=0.207$) (Πίνακας 30).

Πίνακας 29: Ιεραρχική παλινδρόμηση Συνολικής Κλίμακας Ερωτηματολογίου (32 ερωτήσεις) στάσεων νοσηλευτών ερωτήσεις) στάσεων νοσηλευτών

	β	t	Sig.	R _{2adj}	F	p
STEP 1				0,09	2,361	0,023
(Constant)	107,042	15,03	<0,001			
Γυναίκα	-1,355	-0,595	0,55			
Ηλικία	0,087	0,532	0,60			
Τύπος μονάδας (ΓΕΝΙΚΗ)	-5,161	-2,466	0,02			
Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.	0,796	0,924	0,36			
Επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία στη ΜΕΘ.	1,039	1,69	0,09			
Χρόνια υπηρεσίας	0,062	0,28	0,78			
Ιδιωτική κλινική	-4,766	-1,904	0,06			
Πρόθεση παραίτησης	-2,042	-0,729	0,47			
STEP 2				0,096	2,305	0,021
(Constant)	110,89	15,354	<0,001			
Γυναίκα	-0,579	-0,256	0,80			
Ηλικία	0,027	0,166	0,87			
Τύπος μονάδας (ΓΕΝΙΚΗ)	-5,63	-2,723	0,01			
Συμμετοχή σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.	1,247	1,431	0,16			

Επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία στη ΜΕΘ.	0,637	1,007	0,32			
Χρόνια υπηρεσίας	0,165	0,736	0,46			
Ιδιωτική κλινική	-1,93	-0,692	0,49			
Πρόθεση παραίτησης	-3,049	-1,092	0,28			
<i>Πόλη εργασίας A</i>	<i>-3,598</i>	<i>-1,314</i>	0,192			
<i>Ιδιωτικές Κλινικές A</i>	<i>-3,995</i>	<i>-0,696</i>	<i>0,207</i>			
Φύλο: Άντρας=0/ Γυναίκα=1, Τύπος μονάδας: 1=Γενική/0=Καρδιολογική, Πόλη εργασίας: 1=A/0=Άλλη, Σκέψη Παραίτησης: 1=Ναι αλλά δεν έφυγα/0=Όχι (1 άτομο παραιτήθηκε). Οι Ιδιωτικές Κλινικές A έχουν αφαιρεθεί από το βήμα 2 αφού δεν είχαμε στατιστική σημαντικότητα.						

Πίνακας 30: Ιεραρχική παλινδρόμηση του επιπέδου ΕΝΟΧΛΗΣΗΣ των Νοσηλευτών

		β	t	Sig.	R2adj	F	p
STEP 1					0,108	3,887	0,003
	(Constant)	32,107	1,865	0,065			
	Συνολική βαθμολογία κλίμακας (32 ερωτήσεις)	0,276	2,031	0,045			
	Γυναίκα	6,651	2,138	0,035			
	Ηλικία	-0,373	-2,012	0,047			
	Τύπος μονάδας (ΓΕΝΙΚΗ)	-1,72	-0,541	0,59			
	Ιδιωτική κλινική	-9,041	-2,587	0,011			

STEP 2				0,102	2,926	0,008
(Constant)	37,556	1,88	0,063			
Συνολική βαθμολογία κλίμακας (32 ερωτήσεις)	-0,011	2,068	0,041			
Φύλο	-2,229	2,192	0,03			
Ηλικία	0,116	-2,176	0,032			
Τύπος μονάδας (ΓΕΝΙΚΗ)	6,079	-0,383	0,702			
Ιδιωτική κλινική	-10,426	-1,63	0,106			
Πόλη εργασίας A	-1,772	-2,049	0,043			
Ιδιωτικές Κλινικές A	-2,066	0,861	0,391			
Φύλο: Άντρας=0/ Γυναίκα=1, Τύπος μονάδας: 1=Γενική/0=Καρδιολογική, Πόλη εργασίας: 1=A/0=Άλλη. Οι Ιδιωτικές Κλινικές A έχουν αφαιρεθεί από το βήμα 2 αφού δεν είχαμε στατιστική σημαντικότητα.						

7.4.4. Διαφορές βάσει βαθμού Γνώσης του νόμου και εκπαίδευσης στη βιοηθική και νοσηλευτική δεοντολογία

Οι πιο κάτω πίνακες παρουσιάζουν τη διερεύνηση διαφορών στις επι μέρους διαστάσεις και στη συνολική βαθμολογία Στάσεων και Εμπειριών ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, βάση της αναφερόμενης γνώσης του νόμου περί δικαιωμάτων ασθενών και νοσηλευτικής δεοντολογίας, όπως επίσης και της εκπαίδευσης σε προπτυχιακό επίπεδο στα θέματα αυτά. Παρόλο που σε κάποιους τομείς παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές, εν τούτοις όταν εισήχθησαν οι παράγοντες αυτοί στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, οι διαφορές δεν υφίσταντο πλέον, αναδεικνύοντας ότι οι πλέον σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη στάση και τις εμπειρίες των νοσηλευτών, είναι ο τύπος της μονάδας (ΜΕΘ) και η πόλη στην οποία βρίσκονται (Α).

Πίνακας 31: Ερώτηση για γνώσης ύπαρξης νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες

Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;						
	Όχι (N=36)		Ναι (N=170)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	29,7	6,6	32,0	4,4	-2,645	0,046
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	32,3	4,4	33,7	4,6	-1,651	0,096
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	18,3	3,4	19,9	3,4	-2,453	0,015
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	17,9	3,2	18,5	2,0	-1,46	0,146
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	10,4	3,1	12,1	2,2	-3,82	<0,001
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	109,3	14,3	116,0	10,3	-3,085	0,002

Πίνακας 32: Ερώτηση γνώσης περιεχομένου νομοθεσίας και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες

Εαν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου;						
	Όχι (N=97)		Ναι (N=73)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	31,6	4,6	32,7	4,1	-1,609	0,11
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	33,5	4,8	33,9	4,3	-0,55	0,583
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	19,5	3,5	20,3	3,2	-1,52	0,131
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	18,4	1,9	18,7	2,0	-1,128	0,261
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	12,0	2,2	12,2	2,2	-0,576	0,565
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	114,9	10,9	117,4	9,4	-1,438	0,153

Πίνακας 33: Ερώτηση για τις βασικές αρχές της βιοηθικής και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες

Γνωρίζετε τις βασικές αρχές της βιοηθικής;						
	Όχι (N=86)		Ναι (N=120)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	31,1	5,2	32,0	4,8	-1,168	0,244
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	32,8	4,5	33,9	4,6	-1,704	0,09
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	18,4	3,3	20,5	3,3	-4,261	<0,001
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	18,0	2,5	18,7	1,9	-2,369	0,025
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	11,6	2,7	11,9	2,3	-0,842	0,401
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	112,2	12,1	116,8	10,4	-2,749	0,007

Πίνακας 34: Ερώτηση για εκπαίδευση βιοηθικής κατά τη διάρκεια προπτυχιακών σπουδών και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες.

Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών θέματα βιοηθικής;						
	Όχι (N=63)		Ναι (N=143)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	31,5	5,5	31,7	4,7	- 0,198	0,844
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	33,7	4,7	33,3	4,5	0,567	0,571
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	19,1	3,4	19,8	3,5	- 1,245	0,215
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	17,9	2,9	18,6	1,8	- 2,029	0,087
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	12,0	2,4	11,7	2,5	0,63	0,53
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	114,7	13,0	114,9	10,6	- 0,136	0,892

Πίνακας 35: Ερώτηση αναφορικά με την εκπαίδευση κατά τη διάρκεια προπτυχιακών σπουδών σε θέματα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες

Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών θέματα νοσηλευτικής δεοντολογίας;						
	Όχι (N=14)		Ναι (N=192)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	30,5	7,6	31,7	4,7	- 0,871	0,385
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	30,5	4,4	33,7	4,5	-2,42	0,016
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	17,5	3,4	19,8	3,4	- 2,333	0,021
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	16,6	4,4	18,5	1,9	- 3,153	0,132
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	11,7	3,1	11,8	2,4	-0,14	0,889
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	108,0	19,6	115,3	10,5	- 2,186	0,03

Πίνακας 36: Ερώτηση για επίγνωση της ύπαρξης νομοθεσίας για τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες.

Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας;						
	Όχι (N=62)		Ναι (N=144)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	30,6	5,2	32,1	4,8	-1,979	0,049
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	33,2	4,0	33,6	4,8	-0,49	0,625
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	18,7	3,8	20,0	3,3	-2,288	0,023
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	18,3	2,1	18,5	2,3	-0,393	0,694
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	10,8	2,7	12,2	2,2	-3,761	0,001
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	112,3	9,9	116,0	11,8	-2,04	0,043

Πίνακας 37: Ερώτηση αναφορικά με τη γνώση περιεχομένου του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και η επίδραση της με επιμέρους υποκλίμακες

Εαν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας;						
	Όχι (N=45)		Αρκετά/Πολύ Καλά (N=99)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ	31,9	3,9	32,1	5,1	-0,299	0,765
Στάση ως προς τη Συνηγορία ασθενών	32,4	5,3	34,1	4,5	-1,906	0,059
Στάση ως προς Αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών	19,1	3,3	20,4	3,2	-2,027	0,045
Στάση ως προς βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ	18,3	2,0	18,5	2,4	-0,632	0,528
Εμπειρία ως προς την Ενημέρωση ασθενών/ οικογενειών	12,4	2,1	12,1	2,3	0,768	0,444
Συνολικό σκορ κλίμακας (32 ερωτήσεις)	114,4	10,6	116,7	12,3	-1,031	0,305

7.5. Στάσεις και εμπειρίες νοσηλευομένων και συγγενών

Η επιλογή των ασθενών έγινε με βάση τα κριτήρια εισδοχής. Ένα κριτήριο εισδοχής ήταν και η επιτυχία στο εργαλείο, «The Mini Mental State Examination tool» (Folstein et al, 1975) με στόχο επίτευξης αντικειμενικού μέτρου γνωστικής λειτουργίας. Η μέση τιμή των «Mini Mental State Examination» ήταν 26 σε εύρος βαθμολογίας 10-30. Μερίδα ασθενών, (12%) που προσεγγίστηκαν για να λάβουν μέρος στην μελέτη είχαν βαθμολογία κάτω του 20 και αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Αυτοί οι ασθενείς είχαν ως επί το πλείστον ΚΕΚ, και είχαν υποβληθεί σε κρανιοτομές με μικρή μερίδα πολυτραυματιών με πολύμηνη παραμονή στη ΜΕΘ.

7.5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών και συγγενών ΜΕΘ

Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών εμφανίζονται στον πίνακα 38. Η ηλικία των ασθενών είναι $61,2 \pm 14,8$, ενώ των συγγενών είναι $51,8 \pm 16,3$. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι άντρες $N=103$, (75,7%), σε αντίθεση με τους συγγενείς όπου η πλειοψηφία είναι γυναίκες $N=93$ (68,4%). Δεν υπάρχει ομοιογένεια στα αποτελέσματα αναφορικά με τον τύπο μονάδας, όπου οι ασθενείς δηλώνουν ότι κατά 59,6% έχουν νοσηλευτεί σε γενική μονάδα ενώ οι συγγενείς δηλώνουν ότι κατά 54,4% νοσηλεύτηκαν σε γενική ΜΕΘ. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών κυμαίνεται σε παρόμοια σχετικά επίπεδα με των συγγενών, με τους συγγενείς να έχουν λάβει εκπαίδευση Λυκείου, ανώτατη και Μεταπτυχιακού επιπέδου σε ποσοστό σχετικά μεγαλύτερο από τους ασθενείς (29,6%, 22,2% και 10,4%) αντίστοιχα. Στον Πίνακα 39 παρουσιάζονται οι διαγνώσεις εισαγωγής και τα τμήματα νοσηλείας των ασθενών ΜΕΘ, μετά το εξιτήριο τους από την ΜΕΘ. Όλοι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην μελέτη επιλέγησαν από το Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας. Η πλειονότητα των ασθενών μεταφέρονταν στο Αγγειοθωρακοχειρουργικό τμήμα (80,14%) με διαγνώσεις CABG/AVR/Ανακοπής.

Πίνακας 38: Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και αναφορά γνώσεων ως προς νομικό πλαίσιο δικαιωμάτων ασθενών στην Κύπρο νοσηλευόμενων και συγγενών που μετείχαν στη μελέτη

ΑΣΘΕΝΕΙΣ (N=136)				ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ (N=136)			
Ηλικία	61,2±14,8			Ηλικία	51,8±16,3		
Μέρες νοσηλείας	5,4 ± 11,8						
Φύλο				Φύλο			
	Αντρας	103	75,7%		Αντρας	43	31,6%
	Γυναίκα	33	24,3%		Γυναίκα	93	68,4%
Τύπος μονάδας				Τύπος μονάδας			
	Καρδιολογική	53	39,0%		Καρδιολογική	59	43,4%
	Γενική	81	59,6%		Γενική	74	54,4%
	Άλλη	2	1,5%		Άλλη	3	2,2%
Οικογενειακή κατάσταση				Οικογενειακή κατάσταση			
	Άγαμος/η	13	9,6%		Άγαμος/η	21	15,4%
	Έγγαμος	113	83,1%		Έγγαμος	110	80,9%
	Διαζευγμένος/χήρος	10	7,4%		Διαζευγμένος/χήρος	5	3,7%
Εκπαίδευση				Εκπαίδευση			
	Καμία	6	4,4%		Καμία	0	0,0%
	Δημοτικό	47	34,6%		Δημοτικό	31	23,0%
	Γυμνάσιο	30	22,1%		Γυμνάσιο	20	14,8%
	Λύκειο	24	17,6%		Λύκειο	40	29,6%
	Ανώτατη	24	17,6%		Ανώτατη	30	22,2%
	Μεταπτυχιακό	5	3,7%		Μεταπτυχιακό	14	10,4%
Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;							
	Ναι	71	52,2%		73	53,7%	
	Όχι	65	47,8%		63	46,3%	
Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου;							
	Ναι	19	26,8%		18	24,7%	
	Όχι	52	73,2%		55	75,3%	
Γνωρίζετε ποια είναι τα δικαιώματα των ασθενών;							
	Ναι	22	16,2%		25	18,4%	
	Όχι	114	83,8%		111	81,6%	
Εάν ναι, ΤΕ.ΠΑ.Κ πως αξιολογείτε τη γνώση σας για τα δικαιώματα των ασθενών [Κλίμακα (0..10)] ΣΕΛΙΔΑ							
		3,4±3,3				3,8 ± 3,2	135

Πίνακας 39: Διαγνώσεις εισαγωγής συμμετεχόντων ασθενών και Τμήματα νοσηλείας ασθενών μετά την ΜΕΘ

Τμήματα νοσηλείας ασθενών μετά την ΜΕΘ	Διαγνώσεις	Αριθμός ασθενών	
		N	ποσοστά
Αγγειοθωρακοχειρουργικό	CABG/AVR/Ανακοπή	109	80,14%
Νευροχειρουργικό	ΚΕΚ/Κρανιοτομές/Θλάσεις	12	8,82%
Πνευμονολογικό	Αναπνευστική Ανεπάρκεια	8	5,88%
Άλλα τμήματα (Χειρουργικό, Ορθοπεδικό, Παθολογικό)	Διάφορες Παθήσεις και επεμβάσεις	7	5,14%
	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ	136	Response Rate 69,38%

7.5.2. Γνώση Νομικού Πλαισίου για Δικαιώματα Ασθενών στην Κύπρο

Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου οι ασθενείς και συγγενείς ΜΕΘ, απάντησαν σε ερωτήματα σχετικά με το νομικό πλαίσιο των δικαιωμάτων ασθενών στην Κύπρο, κατ' αντιστοιχία των ανάλογων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου των Νοσηλευτών.

Παρατηρούμε ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς (52,2%), γνωρίζουν για την ύπαρξη νόμου περί δικαιωμάτων ασθενών και αντίστοιχο ποσοστό παρατηρείται για τους συγγενείς τους (53,7%). Από αυτούς που γνωρίζουν για την ύπαρξη νόμου, μόνο το 26,8% των ασθενών και το 24,7% των συγγενών γνωρίζουν το περιεχόμενο του νόμου.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (83,8%) και των συγγενών (81,6%), δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν για τα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα. Η αυτό-αξιολόγηση των ασθενών και συγγενών σχετικά με την γνώση τους για τα δικαιώματα ασθενών σε κλίμακα 0-10, παρατηρούμε να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (ασθενείς 3,4+3,3 και συγγενείς 3,8 + 3,2).

7.5.3. Μετρικά Χαρακτηριστικά της Κλίμακας στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Στους ασθενείς δόθηκε ερωτηματολόγιο 25 ερωτήσεων και στους συγγενείς ερωτηματολόγιο 27 ερωτήσεων, με τις 25 εξ' αυτών να είναι κοινές με τους ασθενείς (ΒΛΕΠΕ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ). Ο δείκτης αξιοπιστίας (Cronbach's alpha) στα δύο ερωτηματολόγια ήταν 0.761 και 0,665 αντίστοιχα.

7.5.4. Παραγοντική Ανάλυση ερωτηματολογίων ΑΣΘΕΝΩΝ και ΣΥΓΓΕΝΩΝ

Έγινε προσπάθεια παραγοντικής ανάλυσης των δύο ερωτηματολογίων (Ασθενών/ Συγγενών) για την εξαγωγή διαστάσεων. Εφαρμόστηκαν διάφοροι μέθοδοι εξαγωγής και περιστροφής αξόνων (Extraction and Rotation methods), σε αντίθεση με την αντίστοιχη κλίμακα των νοσηλευτών δεν αναδύθηκε κάποια εννοιολογικά ευνόητη δομή. Ενδεικτικά, οι φορτίσεις των λημμάτων στους παράγοντες φαίνονται στους Πίνακες 40 και 41. Στην ανάλυση που ακολουθεί χρησιμοποιείται η συνολική βαθμολογία της κλίμακας μόνο, τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών τους.

Πίνακας 40: Αποτελέσματα δοκιμής Παραγοντικής Ανάλυσης κλίμακας στάσεων και εμπειριών συγγενών

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ							
<u>ΔΗΜΜΑ</u>	1	2	3	4	5	6	7
Q.1			0,834				
Q.2	0,575		0,361				
Q.3r		0,385				0,566	
Q.4	0,553				0,375		
Q.5	0,498	-0,302				0,371	
Q.6	0,755						
Q.7	0,47						
Q.8	0,411	0,6					
Q.9		0,667					
Q.10	0,731						
Q.11	0,821						
Q.12							0,808
Q.13						-0,813	
Q.14					0,721		
Q.15	0,599		0,305		0,323		
Q.16	0,74				0,368		
Q.17					0,552		
Q.18			0,402		0,58		
Q.19				0,883			
Q.20		0,56					-0,417
Q.21				0,857			
Q.22		0,786					
Q.23		0,822					
Q.24		0,711					
Q.25			0,793				

Μέθοδος Εξαγωγής: Principal Component Analysis, Μέθοδος Περιστροφής: Varimax.

Φορτίσεις μικρότερες του 0,3 έχουν παραλειφθεί.

Πίνακας 41: Αποτελέσματα δοκιμής Παραγοντικής Ανάλυσης κλίμακας στάσεων και εμπειριών συγγενών – Pattern Matrix

ΛΗΜΜΑ	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Q.1		0,335	0,543		-0,394				
Q.2			0,818						
Q.3r		0,421			0,63				
Q.4			0,809						
Q.5	0,339		0,372			-0,322	0,535		
Q.6							0,739		
Q.7						0,316	0,703		
Q.8		0,544							
Q.9		0,377							0,724
Q.10			0,309			0,743			
Q.11						0,835			
Q.12	0,922								
Q.13	0,431								0,672
Q.14	0,92								
Q.15	0,623		0,362		0,494				
Q.16	0,587		0,327		0,477				
Q.17	0,326	0,309			0,485		-0,326		
Q.18	0,611		0,394						
Q.19				0,921					
Q.20				0,637				-0,302	
Q.21				0,885					

Q.22r		0,389	0,72
Q.23r			0,891
Q.24	0,784		
Q.25	0,843		
Q.26	0,75		
Q.27		0,524	0,467

Μέθοδος Εξαγωγής: Principal Component Analysis, Μέθοδος Περιστροφής: Varimax. Φορτίσεις μικρότερες του 0,3 έχουν παραλειφθεί

7.5.5. Απαντήσεις Νοσηλευόμενων – Συγγενών

Η κατανομή των απαντήσεων των ασθενών και συγγενών φαίνονται στα ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ II και III.

Η μέση συνολική βαθμολογία των ασθενών ήταν 108,7+10,9 με μέγιστο δυνατό το 125 και η μέση βαθμολογία συγγενών ήταν 116,2+11,1 με μέγιστο δυνατό το 175. Η μέση βαθμολογία των ασθενών είναι στο 86,9% του μέγιστου δυνατού ενώ των συγγενών στο 66,4%.

Οι συσχετίσεις τόσο στη συνολική κλίμακα όσο και στις επί μέρους κοινές ερωτήσεις των ασθενών-συγγενών παρουσιάζονται στον πίνακα 43. Η συνολική βαθμολογία των ασθενών έχει μια μέτρια θετική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία των συγγενών ($r=0.453$ $p<0.01$). Τη χαμηλότερη συσχέτιση την παρουσιάζει η ερώτηση «20, «Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);» ($r=0.177$ $p<0.05$). Όπου φαίνεται ότι οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά από τους συγγενείς.

Πίνακας 42 : Περιγραφικά στατιστικά συνολικής κλίμακας ασθενών και συγγενών.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.O.	T.A.	ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΔΥΝΑΤΟ	ΜΕΓΙΣΤΟ ΔΥΝΑΤΟ	M.O./Μέγιστο δυνατό
Ασθενείς	136	80	125	108,7	10,9	25	125	86,9%
Συγγενείς	136	84	135	116,2	11,1	27	175	66,4%

Η σύγκριση ανά ερώτηση, μεταξύ ασθενών και συγγενών παρουσιάζεται στον πίνακα 44. Παρατηρείται ότι στην ερώτηση 21 «*Η μη προστασία της αξιοπρέπειας σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;*» οι συγγενείς (4,43+0,9) έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς (4,15+1,1) ($p=0,004$). Στην ερώτηση «*Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;*», παρατηρείται ότι οι συγγενείς (4,57+0,9) έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς (4,43+1) ($p=0,142$). Επιπρόσθετα, και στην ερώτηση «*Στην περίπτωση που πιστεύεται ότι καταπατούνται τα δικαιώματα σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);*», οι συγγενείς (3,58+1,3), έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς (4,15+1,1) ($p=0,004$). Στις υπόλοιπες ερωτήσεις δεν παρατηρούνται αξιόλογες διαφορές.

Πίνακας 43: Συσχετίσεις κατά Pearson στις κοινές ερωτήσεις (N=25) ασθενών – συγγενών

	r
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ	0,453**
ΕΡΩΤΗΣΗ	
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;	,368**
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	,392**
*3. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	,642**
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	,503**
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	,322**
6. Οι ασθενείς(ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ) της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	,428**
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;;	,449**
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	,409**

9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοί τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	,376**
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας τους;	,491**
11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	,595**
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;	,866*
13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν κάτι που θα σας βλάψει;	,882**
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;	,809*
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	,432**
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	,421**
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	,351**
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	,471**
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);	,449**
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);	,177*
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειάς σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	,471**
22. Ως ασθενείς της ΜΕΘ έχετε δικαίωμα να αρνηθείτε μια θεραπευτική παρέμβαση;	,503**
23. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	,525**
24. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς (ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ) της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	,399**
25. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	,387**
** p< 0.01, *p<0,05. Spearman correlation coefficient	

Πίνακας 44 : Σύγκριση Ασθενών-Συγγενών ανά ερώτηση κλίμακας στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών.

	Συγγενείς (n=136)		Ασθενείς (n=136)		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;	4,84	0,5	4,83	0,6	-0,117	0,907
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	4,47	0,9	4,5	0,8	0,267	0,79
*3. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	2,39	1,4	2,38	1,4	-0,141	0,888
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	4,6	0,7	4,59	0,7	-0,102	0,919
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	4,57	0,8	4,51	0,9	-0,69	0,492
6. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	4,54	0,9	4,5	0,9	-0,403	0,688
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;;	4,57	0,9	4,43	1,0	-1,477	0,142
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	3,59	1,5	3,69	1,4	0,743	0,459
9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση που νομίζουν ότι αδικούνται;	3,94	1,4	3,91	1,4	-0,221	0,826
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας τους;	4,47	1,0	4,54	0,9	0,838	0,403

11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	4,52	0,9	4,53	0,9	0,087	0,931
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;	4,94	0,3	4,92	0,3	-0,599	0,55
13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν κάτι που θα σας βλάψει;	4,98	0,2	4,97	0,2	-0,3	0,764
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;	4,95	0,3	4,92	0,4	-0,729	0,467
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	4,63	0,7	4,64	0,7	0,238	0,812
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	4,64	0,7	4,7	0,6	1,154	0,251
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	4,58	1,0	4,71	0,7	1,466	0,145
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	4,73	0,7	4,63	0,8	-1,415	0,159
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);	4,33	0,9	4,17	1,1	-1,544	0,125
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);	3,58	1,3	3,24	1,5	-2,241	0,027
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειάς σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	4,43	0,9	4,15	1,1	-2,963	0,004
*22. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενή σας στη ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;	2,01	1,2	-	-	N/A	N/A

*23. Οι συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (π.χ. εάν νοσηλευόταν σε παθολογικό τμήμα θα ήσασταν αντιμέτωποι με πιο λίγα ηθικά διλήμματα);	2,55	1,5	-	-	N/A	N/A
24. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	3,41	1,6	3,67	1,6	2,076	0,04
25. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	3,48	1,6	3,63	1,5	1,148	0,253
26. Πιστεύετε ότι οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των οικείων τους στο βαθμό που μπορούν;	3,83	1,5	3,96	1,4	0,934	0,352
27. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	4,61	0,8	4,68	0,7	0,791	0,43

7.5.6. Συσχετίσεις της συνολικής βαθμολογίας στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες Ασθενών και Συγγενών

Διερευνήθηκε η συσχέτιση δημογραφικών και άλλων παραγόντων στη συνολική βαθμολογία με τη χρήση γραμμικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης δείχνουν ότι δεν υπάρχει διαφορά στη συνολική βαθμολογία αντρών και γυναικών ασθενών ($p=0.526$), αλλά ούτε αντρών και γυναικών συγγενών ($p=0.473$). Επιπλέον, η ηλικία δεν συσχετίζεται με τις απόψεις των ασθενών ($p=0.87$) και των συγγενών ($p=0.75$), (Πίνακας 45). Ο τύπος μονάδας που νοσηλεύεται ο ασθενής έχει σαφή επίδραση στη συνολική βαθμολογία των ασθενών ($p=0.001$) και στη συνολική βαθμολογία συγγενών ($p=0.014$). Συγκεκριμένα, τόσο οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Γενική μονάδα, όσο και οι συγγενείς τους, έχουν μειωμένη συνολική βαθμολογία από τους αντίστοιχους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και τους συγγενείς τους αντίστοιχα. Επιπλέον, η γνώση για το νόμο περί δικαιωμάτων ασθενών, ανεβάζει τη συνολική βαθμολογία τόσο στους ασθενείς ($p=0.025$) όσο και στους συγγενείς ($p<0.001$). Το επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών και συγγενών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη συνολική βαθμολογία (Πίνακας 45).

Πίνακας 45 : Αποτελέσματα μοντέλου πολλαπλής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τη συνολική βαθμολογία νοσηλευομένων και συγγενών στην κλίμακα στάσεων και εμπειριών σε σχέση με τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

	ΑΣΘΕΝΕΙΣ (Συνολική Κλίμακα)		ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ (Συνολική Κλίμακα)	
	β	p value	β	p value
(Constant)	110,464	<0,001	113,903	<0,001
Γυναίκα	1,399	0,526	-1,341	0,473
Ηλικία	-0,011	0,877	0,021	0,75
Τύπος μονάδας	-7,303	0,001	-4,597	0,014
Μέρες νοσηλείας	-0,119	0,129	-0,123	0,092
Γυμνάσιο	1,915	0,44	-2,573	0,347
Λύκειο	3,301	0,288	-1,465	0,516
Ανώτερη/ Ανώτατη	1,445	0,601	1,529	0,553
Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;	4,489	0,025	10,312	<0,001
Γνωρίζετε ποια είναι τα δικαιώματα των ασθενών;	0,876	0,753	3,23	0,203
R_{2adj}	0,086		0,256	
ANOVA F	2,36		6,033	
p	0,017		<0,001	

Ο τύπος μονάδας που νοσηλεύεται ο ασθενής έχει σαφή συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία των ασθενών ($p=0.001$) και τη συνολική βαθμολογία των συγγενών στην κλίμακα στάσεων και γνώσεων ($p=0.014$). Συγκεκριμένα, τόσο οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Γενική μονάδα, όσο και οι συγγενείς τους, έχουν μειωμένη συνολική βαθμολογία από τους αντίστοιχους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και τους συγγενείς τους αντίστοιχα. Επιπλέον, η γνώση για το νόμο περί δικαιωμάτων ασθενών, σχετίζεται με

υψηλότερη συνολική βαθμολογία τόσο στους ασθενείς ($p=0.025$), όσο και στους συγγενείς ($p<0.001$) αυτών. Το επίπεδο εκπαίδευσης ασθενών και συγγενών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τη συνολική βαθμολογία (Πίνακας 45).

7.6. Σύγκριση απαντήσεων Νοσηλευτών – Νοσηλευομένων στην κλίμακα στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Η σύγκριση των κοινών ερωτήσεων Νοσηλευτών – Ασθενών, και Νοσηλευτών-Συγγενών παρουσιάζονται στους πίνακες 46 και 47. Η σύγκριση περιλαμβάνει μόνο τις κοινές εκάστοτε ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων. Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε 16 από τις 24 κοινές ερωτήσεις και τάσεις διαφορών και σε κάποιες επιπλέον. Συγκεκριμένα, οι διαφορές περιλαμβάνουν:

Ερώτηση 1- «Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα ασθενών;»

Οι ασθενείς (4,83+0,6), φαίνεται να πιστεύουν περισσότερο από τους Νοσηλευτές (3,71+0,9) ότι ο νόμος περί δικαιωμάτων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική ($p<0.001$).

Ερώτηση 2- «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύεται ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;», παρατηρείται ότι οι ασθενείς (4,50+0,8) πιστεύουν περισσότερο από τους Νοσηλευτές (3,86+0,8), ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ ($p<0.0001$).

Ερώτηση 5 – «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους;», οι ασθενείς (4,59+0,7) πιστεύουν, ότι αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σεβασμό περισσότερο από τους νοσηλευτές (4,22+1).

Ερώτηση 6 – «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;», οι ασθενείς (4,51+0,9) το πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (4,10+0,9).

Ερώτηση 7 – «Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;», οι ασθενείς (4,50+0,9) πιστεύουν ότι ενημερώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές(4,14+1).

Ερώτηση 11 – «Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;», οι ασθενείς (4,54+0,9) έχουν δηλώσει ότι ενημερώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (3,79+1,1).

Ερώτηση 12 –«Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;», οι ασθενείς (4,53+0,9) πιστεύουν ότι ενημερώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό για την πορεία της υγείας του ασθενούς από τους νοσηλευτές (3,64+1,2).

Ερώτηση 13 –«Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;», οι ασθενείς (4,92+0,3) το πιστεύουν σε ελαφρώς μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (4,56+0,7).

Ερώτηση 14 –«Στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;», οι ασθενείς (4,97+0,2) έχουν δηλώσει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή από τους νοσηλευτές (4,18+1,4).

Ερώτηση 17–«Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;», οι ασθενείς (4,64+0,7) πιστεύουν ότι είναι σε μεγαλύτερο βαθμό οι νοσηλευτές ειλικρινείς από ότι πιστεύουν οι νοσηλευτές (3,96+0,9).

Ερώτηση 20 –«Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;». Οι ασθενείς (4,71+0,7) δηλώνουν ότι πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (4,07+1,2)

Ερώτηση 21 –«Πιστεύεται ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;», οι ασθενείς (4,63+0,8) έχουν δηλώσει σε

ελαφρώς μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (4,34+0,8) , ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ.

Ερώτηση 32 –«Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών της ΜΕΘ;», οι ασθενείς (4,68+0,7) έχουν δηλώσει ότι σύμφωνα με την εμπειρία τους τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις τους γίνονται σεβαστές σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι δηλώνουν σύμφωνα με την εμπειρία τους οι νοσηλευτές (4,18+0,8).

7.7.Σύγκριση απαντήσεων Νοσηλευτών-Συγγενών στην κλίμακα στάσεων και εμπειριών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ

Η σύγκριση περιλαμβάνει μόνο τις κοινές εκάστοτε ερωτήσεις των δύο ερωτηματολογίων. Παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές σε 18 από τις 26 κοινές ερωτήσεις και τάσεις διαφορών και σε κάποιες επιπλέον. Συγκεκριμένα, οι διαφορές περιλαμβάνουν:

Ερώτηση 1 – «Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευομένων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;», οι συγγενείς (4,84+0,5) σε πολύ μεγάλο βαθμό από τους νοσηλευτές (3,71+0,9), πιστεύουν ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευομένων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ.

Ερώτηση 2 – «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;», οι συγγενείς (4,47+0,9) δηλώνουν ότι βάση των εμπειριών τους τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι δηλώνουν εμπειρικά οι νοσηλευτές (3,86+0,8).

Ερώτηση 5 – «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους;», οι συγγενείς (4,6+0,7) πιστεύουν βάση των εμπειριών τους, ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους σε σχέση με τις δηλώσεις των νοσηλευτών (4,22+1,0).

Ερώτηση 6 – «Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;», οι

συγγενείς (4,57+0,8), σύμφωνα με την εμπειρία τους δηλώνουν ότι οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι δηλώνουν εμπειρικά οι νοσηλευτές (4,1+0,9).

Ερώτηση 11 – «Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;», οι συγγενείς (4,47+1,0), δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους, σε σχέση με τους νοσηλευτές (3,79+1,1).

Ερώτηση 12 –«Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;», οι συγγενείς (4,52+0,9), ενημερώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι πιστεύουν οι νοσηλευτές (3,64+1,2), για την πορεία της υγείας του ασθενούς τους.

Ερώτηση 13–«Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ», οι συγγενείς (4,94+0,3), πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές (4,56+0,7), ότι η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ.

Ερώτηση 14–«Στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;», οι συγγενείς (4,98+0,2), έχουν δηλώσει σε μεγαλύτερο βαθμό ότι στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή, σε σχέση με τους νοσηλευτές (4,18+1,4), που έχουν δηλώσει σε μικρότερο βαθμό.

Ερώτηση 15–«Πρέπει όλοι οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;», οι συγγενείς (4,95+0,3), έχουν δηλώσει σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές (4,8+0,6), ότι οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ.

Ερώτηση 17–«Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα υγείας;», σε μεγαλύτερο βαθμό εμπειρικά σε σχέση με τους

νοσηλευτές (3,96+0,9), έχουν δηλώσει οι συγγενείς (4,63+0,7), ότι οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα υγείας.

Ερώτηση 20–«Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;», η αρχή της ενημέρωσης πιστεύεται ότι πρέπει να συμβαίνει στην ΜΕΘ σύμφωνα με τις δηλώσεις των συγγενών (4,58+1,0), σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι πιστεύουν οι νοσηλευτές (4,07+1,2).

Ερώτηση 21–«Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;», οι συγγενείς (4,73+0,7), πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές (4,34+0,8), ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ.

Ερώτηση 23–«Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;», οι συγγενείς (3,58+1,3), σύμφωνα με τις δηλώσεις τους θα προβούν σε κάποια περαιτέρω ενέργεια στην περίπτωση που πιστεύουν ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς, σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τους νοσηλευτές (3,06+1,0).

Ερώτηση 23–«Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;», οι συγγενείς (4,61+0,8), εμπειρικά πιστεύουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους νοσηλευτές (4,18+0,8), ότι γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ.

Πίνακας 46: Σύγκριση Νοσηλευτών/ Ασθενών στις κοινές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων

Κοινές ερωτήσεις νοσηλευτών/Ασθενών	Νοσηλευτές		Ασθενείς		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
1. Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;	3,71	0,9	4,83	0,6	-14,204	0,000
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	3,86	0,8	4,50	0,8	-7,086	0,000
*4. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	2,78	1,0	2,38	1,4	2,878	0,998
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	4,22	1,0	4,59	0,7	-4,045	0,000
6. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	4,10	0,9	4,51	0,9	-4,130	0,000
7. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	4,14	1,0	4,50	0,9	-3,398	0,000
8. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	4,34	0,9	4,43	1,0	-0,818	0,207
9. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	3,42	1,1	3,69	1,4	-1,854	0,032
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	4,28	0,9	3,91	1,4	2,679	0,996
11. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;	3,79	1,1	4,54	0,9	-7,032	0,000
12. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	3,64	1,2	4,53	0,9	-7,792	0,000
13. Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	4,56	0,7	4,92	0,3	-6,142	0,000

14. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;	4,18	1,4	4,97	0,2	-7,734	0,000
15. Πρέπει όλοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	4,80	0,6	4,92	0,4	-2,350	0,010
17. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	3,96	0,9	4,64	0,7	-7,861	0,000
20. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	4,07	1,2	4,71	0,7	-6,086	0,000
21. Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	4,34	0,8	4,63	0,8	-3,259	0,001
22. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη, οργή);	4,04	0,9	4,17	1,1	-1,164	0,123
23. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;	3,06	1,0	3,24	1,5	-1,237	0,108
24. Η παραβίαση της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	4,16	0,8	4,15	1,1	0,088	0,535
29. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	3,66	1,2	3,67	1,6	-0,063	0,475
30. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	3,69	1,0	3,63	1,5	0,400	0,655
31. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	3,77	1,1	3,96	1,4	-1,359	0,087
32. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	4,18	0,8	4,68	0,7	-5,857	0,000

Σημείωση: Η αρίθμηση των ερωτήσεων είναι σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο των νοσηλευτών. Οι ερωτήσεις που δεν είναι κοινές με τους ασθενείς παραλείπονται.

Πίνακας 47: Σύγκριση Νοσηλευτών/ Συγγενών στις κοινές ερωτήσεις των ερωτηματολογίων

Κοινές ερωτήσεις νοσηλευτών/Ασθενών	Νοσηλευτές		Συγγενείς		t	p value
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
1. Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;	3,71	0,9	4,84	0,5	-14,641	0,000
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	3,86	0,8	4,47	0,9	-6,340	0,000
*4. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	2,78	1,0	2,39	1,4	2,742	0,997
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	4,22	1,0	4,6	0,7	-4,130	0,000
6. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	4,1	0,9	4,57	0,8	-4,826	0,000
7. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	4,14	1,0	4,54	0,9	-3,777	0,000
8. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	4,34	0,9	4,57	0,9	-2,262	0,012
9. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	3,42	1,1	3,59	1,5	-1,119	0,132
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	4,28	0,9	3,94	1,4	2,446	0,993
11. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;	3,79	1,1	4,47	1,0	-5,880	0,000

12. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	3,64	1,2	4,52	0,9	-7,642	0,000
13. Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	4,56	0,7	4,94	0,3	-6,621	0,000
14. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;	4,18	1,4	4,98	0,2	-7,852	0,000
15. Πρέπει όλοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	4,8	0,6	4,95	0,3	-3,126	0,001
17. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	3,96	0,9	4,63	0,7	-7,972	0,000
20. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	4,07	1,2	4,58	1,0	-4,312	0,000
21. Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	4,34	0,8	4,73	0,7	-4,898	0,000
22. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη, οργή);	4,04	0,9	4,33	0,9	-2,858	0,002
23. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;	3,06	1,0	3,58	1,3	-3,901	0,000
24. Η παραβίαση της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	4,16	0,8	4,43	0,9	-2,782	0,003
*27. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας ως νοσηλεύτριας ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;	3,42	0,9	2,01	1,2	11,634	1,000

*28. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα;	3,94	0,8	2,55	1,5	10,157	1,000
29. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	3,66	1,2	3,41	1,6	1,543	0,938
30. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	3,69	1,0	3,48	1,6	1,366	0,914
31. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	3,77	1,1	3,83	1,5	-0,413	0,340
32. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	4,18	0,8	4,61	0,8	-4,776	0,000

7.8 Σύνοψη των ευρημάτων της παρούσας μελέτης

Αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των στάσεων, εμπειριών και γνώσεων νοσηλευτών ΜΕΘ, ασθενών και συγγενών τους για τα δικαιώματα ασθενών, καθώς και η διερεύνηση συσχέτισή τους με κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά, και με το βαθμό ηθικού αδιεξόδου νοσηλευτών ΜΕΘ. Για την επίτευξη του στόχου αυτού, το δείγμα μελέτης αποτέλεσε το σύνολο νοσηλευτών ΜΕΘ από όλα τα δημόσια νοσηλευτήρια της Κύπρου και επιλεγμένα Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια (ανταποκρισιμότητα: 63,38%) καθώς επίσης δείγμα ευκολίας ασθενών ΜΕΘ και συγγενών τους από Α1. Ο τελικός αριθμός συμμετεχόντων ανήλθε στους 206 νοσηλευτές ΜΕΘ και 136 ασθενείς και 136 συγγενείς τους.

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης είναι η έλλειψη γνώσης για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών, των νοσηλευτών ΜΕΘ, και των συγγενών των πρώτων. Επιπρόσθετα, υπάρχει μερική έλλειψη γνώσης για την ύπαρξη του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, καθώς και του περιεχομένου του. Ακόμη, οι ασθενείς και οι συγγενείς τους δεν γνώριζαν το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών με αποτέλεσμα η αυτό-αξιολόγηση της γνώσης για τα δικαιώματα ασθενών ήταν σε χαμηλά επίπεδα.

Η συνολική βαθμολογία του Ηθικού Αδιεξόδου ήταν σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα ($106,74 \pm 5,14$) και παρουσίασε συσχέτιση με τη διάσταση «εμπειρία ως προς τη τήρηση δικαιωμάτων των ασθενών στη ΜΕΘ», καθώς και με τη διάσταση «στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών».

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης για κάθε ερευνητικό ερώτημα είναι τα εξής:

7.8.1. Γνώσεις και στάσεις Νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών

Η συνολική βαθμολογία της Κλίμακας στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ ήταν 180, με διακύμανση στη βαθμολογία 49 έως 140 και την Μ.Ο = 114,6 και Τ.Α. = 11,4. Το περιεχόμενο της νομοθεσίας δεν το γνώριζαν 97 άτομα, ενώ το 1/3 δεν γνώριζε το περιεχόμενο του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Η ερώτηση με τον υψηλότερο Μ.Ο. (Μ.Ο.=4,6, «πάντα»= 67,2% και «πολλές φορές» = 24,9%), αναφέρεται στην αρχή της ωφελιμότητας «Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ». Τους χαμηλότερους Μ.Ο έχουν οι ερωτήσεις 3 και 4. «Πιστεύεται ότι είναι δυνατό να καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς της ΜΕΘ» και «Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ, να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών», (Μ.Ο. =2,9 και Μ.Ο= 2,8 αντίστοιχα).

7.8.2. Συσχέτιση Κλίμακας στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ με κοινωνικό-οικονομικά δημογραφικά

Μέσω παραγοντικής ανάλυσης προέκυψαν 5 διαστάσεις της Κλίμακας στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ: «Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στην ΜΕΘ», «Στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών», «Στάση ως προς αυτονομία/Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών», «Στάση ως προς τις βασικές αρχές βιοηθικής στη ΜΕΘ» και «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση ασθενών/οικογενειών».

Στον παράγοντα «Στάση ως προς αυτονομία/Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών», οι γυναίκες έχουν υψηλότερο επίπεδο από τους άντρες.

Στον παράγοντα «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση ασθενών/οικογενειών», υπάρχουν ψηλότερα επίπεδα σε νοσηλευτές δημόσιων νοσηλευτηρίων σε σχέση με τους νοσηλευτές ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

7.8.3. Διερεύνηση συσχέτισης παραγόντων με βαθμολογία κλίμακας Στάση και εμπειριών των νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ και με το επίπεδο Ενόχλησης Κλίμακας Ηθικού Αδιεξόδου

Ο Μ.Ο Ηθικού Αδιεξόδου των νοσηλευτών ΜΕΘ ανέρχεται στο $106,75 \pm 51,4$ το οποίο είναι χαμηλό προς μέτριο επίπεδο, με το μέγιστο δυνατό το 336. Ο βαθμός Ηθικού Αδιεξόδου σχετίζεται με την «Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στην ΜΕΘ» ($r=0.189$ $p<0.05$) και με την «Στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών» ($r=0.257$ $p<0.01$).

Διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές σε Γενικού τύπου μονάδα έχουν κατά μέσο όρο μειωμένη βαθμολογία Στάσεων σε σχέση με τους νοσηλευτές σε ΜΕΘ ($p=0.02$). Επίσης, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές σε ιδιωτική κλινική έχουν χαμηλότερη βαθμολογία «Στάσεων» σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημοσίου. Οι νοσηλευτές σε κλινικές της Α έχουν μειωμένα επίπεδα «Στάσεων» σε σχέση με αυτούς στις υπόλοιπες πόλεις.

Το επίπεδο ενόχλησης των νοσηλευτών δεν φαίνεται να συσχετίζεται με τον τύπο μονάδας ($p=0.59$), αλλά φαίνεται ότι το συνολικό σκορ τη κλίμακας έχει συσχέτιση με την ενόχληση τους ($p=0.045$). Όπως επίσης οι Γυναίκες έχουν αυξημένη ενόχληση 6,65 μονάδες κατά μέσο όρο σε σχέση με τους Άντρες ($p=0.05$). Επιπλέον, μεγαλύτερη σε ηλικία νοσηλευτές δείχνουν να έχουν μειωμένα επίπεδα ενόχλησης σε σχέση με τους πιο νέους ($p=0.047$). Τέλος, οι νοσηλευτές σε ιδιωτικές κλινικές έχουν μειωμένα επίπεδα Ενόχλησης σε σχέση με τους νοσηλευτές του δημόσιου νοσοκομείου. Τα επίπεδα ενόχλησης των νοσηλευτών στην Α έχουν χαμηλότερα επίπεδα ενόχλησης από τους νοσηλευτές στις υπόλοιπες πόλεις ($p=0.043$). Οι νοσηλευτές των ιδιωτικών κλινικών της Α δεν διαφέρουν από τους υπολοίπους ($p=0.207$).

7.8.4. Γνώσεις και στάσεις Ασθενών και Συγγενών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών

Περίπου το ένα δεύτερο των ασθενών (52,2%) και συγγενών (53,7%), γνωρίζουν για την ύπαρξη νόμου περί δικαιωμάτων ασθενών. Από αυτούς που γνωρίζουν για την ύπαρξη νόμου, μόνο το 26,8% των ασθενών και το 24,7% των συγγενών γνωρίζουν το περιεχόμενο του νόμου.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών (83,8%) και των συγγενών (81,6%) δηλώνουν ότι δεν γνωρίζουν για τα δικαιώματα των ασθενών γενικότερα.

Η αυτό-αξιολόγηση των ασθενών και συγγενών σχετικά με την γνώση τους για τα δικαιώματα ασθενών σε κλίμακα 0-10, παρατηρούμε να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα (ασθενείς 3,4+3,3 και συγγενείς 3,8 + 3,2).

Η μέση συνολική βαθμολογία των ασθενών ήταν 108,7+10,9 με μέγιστο δυνατό το 125 και η μέση βαθμολογία συγγενών ήταν 116,2+11,1 με μέγιστο δυνατό το 175. Η μέση βαθμολογία των ασθενών είναι στο 86,9% του μέγιστου δυνατού, ενώ των συγγενών στο 66,4%. Αυτό δείχνει ότι οι ασθενείς ίσως να έχουν ψηλότερα επίπεδα στάσεων σε σχέση με τους συγγενείς τους.

Η συνολική βαθμολογία των ασθενών έχει μια μέτρια και θετική συσχέτιση με την συνολική βαθμολογία των συγγενών ($r=0.453$ $p<0.01$). Τη χαμηλότερη συσχέτιση παρουσιάζει η ερώτηση 20. «Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);» ($r=0.177$ $p<0.05$) όπου φαίνεται ότι οι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά από τους συγγενείς.

Στην ερώτηση «Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;», παρατηρείται ότι οι συγγενείς (4,57+0,9) έχουν ψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς (4,43+1) ($p=0,142$). Επιπρόσθετα, και στην ερώτηση «Στην περίπτωση που πιστεύεται ότι καταπατούνται τα δικαιώματα σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου) ;», οι συγγενείς (3,58+1,3), έχουν ψηλότερη βαθμολογία από τους ασθενείς (4,15+1,1) ($p=0,004$).

Τόσο οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε Γενική μονάδα, όσο και οι συγγενείς τους, έχουν μειωμένη συνολική βαθμολογία από τους αντίστοιχους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ και τους συγγενείς τους αντίστοιχα. Επιπλέον, η γνώση για νόμο περί δικαιωμάτων ασθενών, ανεβάζει τη συνολική βαθμολογία τόσο των ασθενών ($p=0.025$) όσο και των συγγενών ($p<0.001$).

Διαφαίνεται ότι συγκλίνουν οι ερωτήσεις όπου υπάρχουν διαφορές στις γνώσεις και στάσεις, νοσηλευτών με ασθενών και νοσηλευτών με συγγενών. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις που αναφέρονται :

- Στην εφαρμογή της νομοθεσίας για τα δικαιώματα στην ασθενών στην ΜΕΘ,
- Στο δικαίωμα για αξιοπρέπεια του ασθενή στην ΜΕΘ,
- Στη προστασία πληροφοριών με απαιτούμενη εχεμύθεια,
- Στο δικαίωμα για ενημέρωση του ασθενή, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις δηλώσεις νοσηλευτών και ασθενών, συγγενών.

Σε όλα τα δικαιώματα ασθενών:

- αρχή της ωφέλειας,
- μη βλάβη,
- ειλικρίνεια,
- ενημέρωση,
- ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου ασθενή και
- σεβασμός ιδεολογικών πιστεύω και θρησκευτικών πεποιθήσεων,

υπάρχουν συσχετίσεις ασθενών και συγγενών και αντίστοιχα σημαντικές διαφορές με τους νοσηλευτές ΜΕΘ.

Το δικαίωμα της ισότητας και ενέργειας σε περίπτωση καταπάτησης δικαιωμάτων, είναι τα θέματα στα οποία υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο στους συγγενείς σε σχέση

με τους νοσηλευτές, ενώ δεν υπήρχαν στατιστικά διαφορές στις απόψεις ασθενών και νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε στόχο τη διερεύνηση των στάσεων, εμπειριών και γνώσεων νοσηλευτών, νοσηλευομένων ΜΕΘ και συγγενών τους ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ καθώς και την εξέταση τυχόν διαφορών μεταξύ των ανωτέρω ομάδων. Επιπλέον, στο δείγμα των νοσηλευτών ΜΕΘ διερευνήθηκε η συσχέτιση με την ένταση του ηθικού αδιεξόδου. Περαιτέρω, μελετήθηκε η συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και χαρακτηριστικών της μονάδας και της νοσηλείας των ασθενών, με τις γνώσεις και στάσεις των συμμετεχόντων ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ. Η μελέτη αυτή είναι πρωτότυπη διότι πρώτη φορά διερευνούνται οι στάσεις και γνώσεις ασθενών ΜΕΘ, καθώς και των συγγενών τους, ως προς τα δικαιώματά τους και πρώτη φορά διενεργούνται συγκρίσεις με τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας. Επίσης, για πρώτη φορά διερευνήθηκε η ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ στάσεων και γνώσεων επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών και του βαθμού ηθικού αδιεξόδου που βιώνουν. Τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης επικεντρώνονται στα πιο κάτω θέματα:

1. Γνώσεις και στάσεις νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών,
2. Γνώσεις και στάσεις νοσηλευομένων και συγγενών για τα δικαιώματα ασθενών,
3. Διαφορές μεταξύ στάσεων/ γνώσεων νοσηλευτών και ασθενών, συγγενών,
4. Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων ασθενών και συγγενών,
5. Συσχέτιση στάσεων και εμπειριών νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ με κοινωνικό-οικονομικά δημογραφικά,
6. Επίπεδο Ενόχλησης από περιπτώσεις Ηθικού Αδιεξόδου,
7. Συσχέτιση βαθμού και επιπέδου ενόχλησης ηθικού αδιεξόδου με στάσεις και γνώσεις νοσηλευτών ως προς τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ.

Τα ευρήματα αυτά συζητούνται αναλυτικότερα στη συνέχεια:

8.1. Γνώσεις και στάσεις νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών

Σχετικά με την ύπαρξη της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών πάνω από τα 4/5 των νοσηλευτών απάντησαν ότι γνώριζαν την ύπαρξη νόμου. Τα ποσοστά αυτά είναι συγκρίσιμα αλλά υψηλότερα από αυτά μελέτης που διενεργήθηκε στην Ελλάδα σε νοσηλευτές ΜΕΘ και είχε ως στόχο τη διερεύνηση γνώσεων και στάσεων για δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ, όπου τα ¾ περίπου των νοσηλευτών ΜΕΘ δεν γνώριζαν την ύπαρξη νόμου για τα δικαιώματα ασθενών (Parathanassoglou et al 2011a). Επίσης χαμηλά ποσοστά γνώσης αναφέρθηκαν και σε νοσηλευτές γενικής νοσηλευτικής στη Σαουδική Αραβία, όπου μόνο 66.1% γνώριζαν την ύπαρξη νομοθεσίας (Alghanim 2012) . Το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών το γνώριζαν μόνο (35.43%). Στην Φιλανδία (Iltaanen et al.2011) σε αντίστοιχη ερώτηση 51.2% νοσηλευτών είχαν απαντήσει ότι γνώριζαν το περιεχόμενο της νομοθεσίας, αλλά στην κλίμακα αξιολόγησης για το περιεχόμενο της νομοθεσίας, 68.8% γνώριζαν το περιεχόμενο της νομοθεσίας. Οι νοσηλευτές είχαν αυτό-αξιολογήσει τις γνώσεις τους σε πιο χαμηλά επίπεδα από ότι ήταν στην πραγματικότητα. Τα αποτελέσματά μας ήταν συμφωνία με αυτά μιας μελέτης στην Τουρκία, όπου 78% των νοσηλευτών και μαιών είχαν δηλώσει ότι γνώριζαν το περιεχόμενο της νομοθεσία για τα δικαιώματα ασθενών (O'zdemir et al. 2009). Τα αίτια των διαφορών μεταξύ κρατών ως προς τη γνώση νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών είναι ασαφή, χωρίς να μπορούν να αποκλεισθούν και σφάλματα, εφόσον μόνο στη δικιά μας μελέτη εφαρμόστηκε απογραφική δειγματοληψία.

Τα αίτια της άγνοιας των νοσηλευτών για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών, μπορούν να εμνηυτούν σε πολλούς παράγοντες. Σε αυτούς συγκαταλέγονται η έλλειψη γνώσης για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών. Η έλλειψη γνώσης των νοσηλευτών για τα δικαιώματα των ασθενών μειώνει την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και μειώνει την ικανοποίηση των ασθενών (Saito et al., 2011, Eteraf et al 2013, Parker, 2013). Η εκπαίδευση των νοσηλευτών ευθύνεται για το επίπεδο γνώσης τους για τα δικαιώματα των ασθενών. Κενά στην προπτυχιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών αναφορικά με την ηθική και τα δικαιώματα των ασθενών έχουν αναφερθεί

εκτενώς στη βιβλιογραφία (Champerlain 2001; Woods 2005; Gorgulu, Dinc 2007). Άλλοι παράγοντες της μη εφαρμογής της νομοθεσίας των δικαιωμάτων των ασθενών στα νοσηλευτήρια είναι ο βαρύς φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, η έλλειψη ποιοτικού χρόνου με τους ασθενείς, η έλλειψη αναλώσιμων υλικών και αυξημένος αριθμός ασθενών στα νοσηλευτήρια σε συνδιασμό με την έλλειψη αριθμού επαγγελματιών υγείας, (Joolae et al 2008, Kumari et al 2013).

Αν και η δημιουργία του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στην Κύπρο είναι πρόσφατη, 30% του δείγματος των Νοσηλευτών δεν γνώριζαν την ύπαρξη του. Από τους νοσηλευτές ΜΕΘ που γνώριζαν την ύπαρξη του, το ένα πέμπτο δεν γνώριζαν το περιεχόμενο του. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με Ευρωπαϊκή έρευνα που διενεργήθηκε σε Μεγάλη Βρετανία, Φιλανδία, Ιταλία, Ελλάδα, Πολωνία και Ολλανδία, με στόχο την διερεύνηση των απόψεων για το περιεχόμενο και τη λειτουργία των κωδικών και τη χρήση τους στην καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών (Tadd et al. 2006). Σε όλες τις προαναφερθείσες χώρες, εκτός της Ιταλίας, οι νοσηλευτές δεν γνώριζαν τους κώδικες και δεν τους είχαν εφαρμόσει στην πράξη. Σε αντίστοιχη μελέτη στα Barbados μόνο 34% των νοσηλευτών δεν γνώριζαν το Κώδικα Δεοντολογίας της χώρας τους (Hariharan et al, 2006). Η ενίσχυση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε προ-πτυχιακό και μετα-πτυχιακό επίπεδο σε ηθικά και δεοντολογικά θέματα σε φοιτητές νοσηλευτικής μπορεί να επιλύσει το πρόβλημα της έλλειψης γνώσης νοσηλευτών για το περιεχόμενο και τη λειτουργία των κωδικών νοσηλευτικής δεοντολογίας. Επιπρόσθετα, η δημιουργία προγραμμάτων επιμόρφωσης νοσηλευτών θα καλύψει το κενό της γνώσης σε νοσηλευτές που ήδη εργάζονται σε νοσηλευτήρια.

8.1.1. Κλίμακα στάσεων, εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ σε Νοσηλευτές ΜΕΘ

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μόνο μια δημοσιευμένη ερευνητική περίληψη (Parathanassoglou et al. 2012), που αφορούσε γνώσεις και στάσεις νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών και έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα στα πλαίσια διδακτορικής μελέτης (Χρυσοσπάθη, 2012). Στην παρούσα μελέτη, φάνηκε ότι πάνω από τα τέσσερα πέμπτα των νοσηλευτών ήταν θετικοί σε σχέση με την εφαρμογή της αρχής ωφελιμότητας, που ήταν και το ερώτημα που συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό θετικών απαντήσεων. Ωστόσο,

αποτελέσματα από άλλες χώρες παρουσιάζουν μια διαφορετική εικόνα. Στην Τουρκία (O'zdemir et al. 2009), η ερώτηση με τα μεγαλύτερα ποσοστά όσο αφορούσε τα δικαιώματα ασθενών, ήταν σχετικά με το δικαίωμα της πληροφόρησης (99%). Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και μελέτη στο Ιράν, (Parsapoor 2012), όπου οι νοσηλευτές έχουν δηλώσει μεγάλη έμφαση σε αυτό το δικαίωμα. Σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Αυστραλία για διερεύνηση των ηθικών στάσεων μεταξύ νοσηλευτών, ανάμεσα στα ηθικά ζητήματα με την ψηλότερη βαθμολογία ήταν «το συμφέρον του ασθενή είναι κυρίαρχο» (Elder et al 2003) και υπάρχει συσχέτιση με τα αποτελέσματα της μελέτης μας.

Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ, δηλώσαν σε ψηλά ποσοστά ότι διασφαλίζεται η αρχή της εμπιστευτικότητας ιατρικών δεδομένων των ασθενών και αυτό συνάδει με τα αποτελέσματα μελέτης στο Ιράν (Nejad et al 2011), όπου σχεδόν όλοι οι νοσηλευτές έχουν ψηλό επίπεδο γνώσης σε αυτό (95.51%). Επιπρόσθετα, αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν αναδειχθεί στην Ελλάδα, όπου τις περισσότερες φορές οι νοσηλευτές ήταν ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς και οι προσωπικές πληροφορίες και η ιδιωτικότητα των ασθενών διαφυλάσσονταν με την απαιτούμενη εμπιστευτικότητα (Parathanassoglou et al 2011a).

Αντίθετα με τα πιο πάνω, σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελλάδα σε χειρουργικούς ασθενείς και νοσηλευτές για ζητήματα αυτονομίας, επίγνωσης συναίνεσης και προστασίας ιδιωτικής ζωής, είχε διαπιστωθεί ότι υπήρχαν διαφορετικές απόψεις ασθενών και νοσηλευτών (Lemonidou et al 2003). Οι νοσηλευτές πίστευαν ότι παρείχαν περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τους ασθενείς και επιπρόσθετα, οι ασθενείς πίστευαν ότι δεν διασφαλιζόταν η ιδιωτική τους ζωή, ειδικά σε θέματα εμπιστευτικότητας.

Μια μελέτη που διεξήχθη στη Φινλανδία πρότεινε ότι τα δικαιώματα των ασθενών όσον αφορά στην προστασία της ιδιωτικής ζωής μπορεί να εξασφαλιστούν καλύτερα σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία, από ό, τι στα δημόσια νοσοκομεία (Leino-Kilpi et al., 1997). Το εύρημα αυτό εξηγήθηκε από τη διαθεσιμότητα των δωματίων εξέτασης και από την παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης στους ασθενείς. Στην Τουρκία, μελέτη που διενεργήθηκε για αξιολόγηση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας σε ιδιωτικά και δημόσια νοσηλευτήρια (Taner, Antony, 2006), προκύπτει ότι τα θέματα της ενημέρωσης διασφαλίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια σε σχέση με τα δημόσια.

Επίσης, στην Τουρκία έχει διαφανεί ότι το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας διασφαλίζεται σε πιο ψηλό επίπεδο στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, (Ozdemir et al. 2009), σε σχέση με τα δημόσια νοσηλευτήρια.

Στην μελέτη μας διαφάνηκε ότι η στάση των νοσηλευτών για ενημέρωση των ασθενών στις δημόσιες ΜΕΘ ήταν θετικότερη σε σχέση με τις ιδιωτικές ΜΕΘ. Επιπρόσθετα, η στάση των νοσηλευτών ως προς την αυτονομία είναι θετικότερη έναντι των ιδιωτικών ΜΕΘ. Το πατερναλιστικό πρότυπο, ίσως να ευθύνεται εν μέρει για τις μειωμένες στάσεις των νοσηλευτών στις ιδιωτικές ΜΕΘ, όπου ο θεράπων ιατρός είναι ο κηδεμόνας του ασθενούς, ο κάτοχος της εξειδικευμένης γνώσης, ο αποκλειστικά υπεύθυνος για τη λήψη των αποφάσεων. Πληροφορεί τον ασθενή και τους οικείους του για τη διάγνωση και την πρόγνωση, τους εξηγεί τη θεραπευτική στρατηγική. Το πατερναλιστικό πρότυπο, μειώνει την αυτονομία των νοσηλευτών και αφαιρεί από τους νοσηλευτές τον ρόλο του συνηγόρου των ασθενών και όπως διαφαίνεται είχε παρατηρηθεί ελαφρώς μειωμένη η εμπειρία των νοσηλευτών ΜΕΘ ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, ως προς τη τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ σε σχέση με τους νοσηλευτές δημόσιων ΜΕΘ. Σε μελέτη στην Τουρκία (Bahcecik N, Ozturk H, 2003), οι ερευνητές είχαν διαπιστώσει ότι στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια για να προσελκυσουν περισσότερους πελάτες, ανάμεσα σε άλλες βελτιώσεις όσο αφορά την ποιότητα παροχής φροντίδας, είχαν καθιερώσει και την τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών και είχαν δώσει περαιτέρω σημασία στην ηθική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Η παρουσία ηθικών διλημμάτων στη ΜΕΘ, αναφέρθηκε σχεδόν από τους μισούς νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη. Τα ηθικά διλήμματα παρουσιάζονται σε διάφορα τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, αλλά οι νοσηλευτές ΜΕΘ βιώνουν συχνότερα ηθικά ζητήματα από ότι αυτοί σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα (Berger et al. 1991). Στην μελέτη μας δεν διαφάνηκαν διαφορές στην παρουσία ηθικών διλημμάτων σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα, οι γυναίκες νοσηλεύτριες ΜΕΘ είχαν περισσότερα ηθικά διλήμματα σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές ΜΕΘ (Papathanassoglou et al 2011a).

Σε σχέση με την αξιοπρέπεια του ασθενή στη ΜΕΘ, η πλειοψηφία των νοσηλευτών ΜΕΘ έχουν δηλώσει ότι αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σεβασμό. Τα αποτελέσματα αυτά δεν συνάδουν με μελέτη στην Τουρκία, για εμπειρίες φοιτητών νοσηλευτικής στις ΜΕΘ. Οι φοιτητές είχαν δηλώσει ότι μερικές νοσηλεύτριες δεν αντιμετώπιζαν τον απαιτούμενο σεβασμό για την προστασία της ιδιωτικότητας των ασθενών (Tastan et al. 2015). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί και σε μελέτη παρατήρησης σε ΜΕΘ, όπου 84% των ασθενών νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ χωρίς ενδυμασία, κάτι το οποίο καταπατούσε το δικαίωμα της ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειας των ασθενών. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τους ερευνητές Latour και Albarran ότι για τους νοσηλευτές ΜΕΘ, όπου η ανησυχία τους για τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών αποτελεί πρότυπο άριστης φροντίδας. (Latour & Albarran, John 2012).

8.2. Γνώσεις και στάσεις Ασθενών και Συγγενών για τα δικαιώματα ασθενών

Στη μελέτη μας, οι μισοί ασθενείς και συγγενείς δεν γνώριζαν την ύπαρξη νομοθεσίας. Αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, αφού στις πλείστες μελέτες, η πλειοψηφία των ασθενών δεν γνωρίζει την ύπαρξη νομοθεσίας και το περιεχόμενο της για τα δικαιώματα ασθενών (Joolae and Mehrdad 2003, Alghanim 2012). Ομοίως και στην Ελλάδα, η πλειοψηφία των ασθενών δεν γνώριζε την ύπαρξη νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών (Merakou et al 2001). Σε αντίθεση με την Ινδία όπου η πλειοψηφία των ασθενών γνώριζαν την έννοια των δικαιωμάτων ασθενών και τους στόχους των δικαιωμάτων (Fernandes et al 2014).

Σε σχέση με το δικαίωμα να προβούν σε ανάλογη ενέργεια σε περίπτωση καταπάτησης των δικαιωμάτων τους, αποδείχθηκε ότι υπάρχουν διαφορετικές απόψεις ασθενών και συγγενών, με τους συγγενείς να είναι πιο θετικοί να προβούν σε περαιτέρω ενέργεια από τους ασθενείς. Στην Αίγυπτο η πλειοψηφία ασθενών και συγγενών δεν θα προέβαιναν σε κάποια ενέργεια σε περίπτωση καταπάτησης των δικαιωμάτων τους (Zeina et al. Azza et al 2013). Στην Ελλάδα (Merakou et al 2001), το ένα τέταρτο των ασθενών και το ένα τρίτο θα έκανε παράπονο σε υπεύθυνο άτομο.

Τα τρία τέταρτα περίπου των ασθενών/ συγγενών, δήλωσαν ότι δικαίωμα της πληροφόρησης διασφαλιζόταν στη ΜΕΘ και σε παρόμοιο ποσοστό ότι ενημερώνονταν για την πορεία της ασθένειας τους από επαγγελματίες υγείας. 85% δήλωσαν ότι ενημερώνονταν από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειτο να γίνουν. Σε μελέτη που αφορούσε τις ανάγκες των ασθενών στην Εσθονία, παρόμοιο ποσοστό ασθενών ΜΕΘ είχαν δηλώσει ότι λάμβαναν ενημέρωση για την προσφερόμενη φροντίδα από νοσηλευτές ΜΕΘ (Aro et al. 2012). Στην Ελλάδα, τα δυο τρίτα των ασθενών σε τμήματα εκτός ΜΕΘ είχαν πληροφορηθεί για την κατάσταση της υγείας τους, ενώ στο ένα τρίτο των ασθενών την πληροφόρηση την είχαν λάβει οι συγγενείς τους εκ μέρους τους (Merakou et al 2001). Σε αντίθεση με τα πιο πάνω αποτελέσματα (Curtis et al 2011, Al-Qadheeb et al, 2013), ασθενείς στις ΜΕΘ είχαν δηλώσει ότι υπήρχε έλλειψη επικοινωνίας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Σε έρευνα που έγινε στην Ιορδανία (Alasad et al, 2015), με στόχο τη διερεύνηση των εμπειριών ασθενών κατά τη διάρκεια παραμονής τους στη ΜΕΘ, 64% των ασθενών δεν είχαν επαρκείς πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους και τη θεραπεία τους. Τα δεδομένα αυτά τονίζουν την ανάγκη εκπαίδευσης των νοσηλευτών σε θέματα επικοινωνίας πληροφόρησης και εκπαίδευσης των ασθενών.

Οι απαντήσεις των ασθενών και συγγενών συμφωνούν αναφορικά με το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας δηλώνοντας ότι οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ διαφυλάσσονταν με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές ΜΕΘ. Είναι αξιοσημείωτο ότι μόνο τα δύο τρίτα των ασθενών στην Ελλάδα (Merakou et al 2001) θεωρούσαν το δικαίωμα της εμπιστευτικότητας πληροφοριών σημαντικό και μόνο το ένα τρίτο δήλωσαν ότι η εμπιστευτικότητα είχε τηρηθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Σε μελέτη που διενεργήθηκε στην Εσθονία για τις ανάγκες των ενήλικων ασθενών στις ΜΕΘ, ένα τέταρτο των ασθενών είχαν δηλώσει ότι δεν μπορούσαν να προβούν σε αποφάσεις αναφορικά με την θεραπεία τους και τη φροντίδα κατά την παραμονή στην ΜΕΘ, (Aro et al.2012). Στην Ιορδανία (Alasad et al, 2015), περίπου οι μισοί ασθενείς ΜΕΘ, είχαν δηλώσει ότι δεν είχαν επιλογή στις αποφάσεις αναφορικά με τη θεραπεία τους. Στην μελέτη μας οι μισοί ασθενείς απάντησαν ότι συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία

τους και για το δικαίωμα άρνησης μίας θεραπευτικής παρέμβασης όπου οι μισοί περίπου δήλωσαν ότι είχαν το δικαίωμα άρνησης. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συμφωνούν με γαλλική μελέτη ασθενών ΜΕΘ, όπου το 53% των συγγενών δεν ήθελαν να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης της απόφασης, (Azoulay et al 2004). Εδώ όμως πρέπει να διασαφηνίσουμε ότι δεν γνωρίζουν οι ασθενείς μας την αντιμετώπιση που είχαν από τους νοσηλευτές όταν ήταν σε κωματώδη κατάσταση. Το πατερναλιστικό πρότυπο ίσως να ευθύνεται για τις απόψεις των ασθενών για το δικαίωμα άρνησης μίας θεραπευτικής παρέμβασης. Στην Ευρώπη, όπου και περιλαμβάνεται και η Κύπρος, επικρατεί το πατερναλιστικό πρότυπο, δηλαδή οι αποφάσεις λαμβάνονται κατά κύριο λόγο από τον ιατρό, με μικρή, ή, καθόλου εμπλοκή των συγγενών, ενώ στην Βόρειο Αμερική συμμετείχε ως επι το πλείστο η οικογένεια στη λήψη απόφασης, (Κρανιδιώτης et al 2010).

Σε μελέτες που διερευνούσαν το επίπεδο ικανοποίησης σε θέματα λήψης απόφασης έχει διαφανεί ότι οι συγγενείς είχαν βαθμολογήσει με χαμηλό βαθμό την ικανοποίησή τους σε αυτά τα θέματα στις ΜΕΘ (Azoulay et al. 2004, Rochard et al.2005). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ότι οι συγγενείς είχαν μεγάλες προσδοκίες από τους νοσηλευτές και γενικά τους επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΘ.

Στην μελέτη μας οι ασθενείς πίστευαν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους ασθενείς ότι ενημερώνονταν για την πορεία της ασθένειάς τους και για τη θεραπευτική τους παρεμβάσεις. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ότι οι νοσηλευτές γνώριζαν ότι δεν ενημέρωναν πλήρως τους ασθενείς ενώ οι ασθενείς, έχοντας εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές πίστευαν ότι λάμβαναν αρκετές πληροφορίες. Το προσωπικό στις ΜΕΘ πρέπει να αφιερώνει χρόνο και κόπο στην επικοινωνία με τους ασθενείς και την οικογένεια (Κρανιδιώτης et al 2010). Παράγοντες που επηρεάζουν την ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών από νοσηλευτές στις ΜΕΘ αλλά και σε άλλα τμήματα είναι η έλλειψη χρόνου, το βεβαρημένο πρόγραμμα εργασίας στις ΜΕΘ και η έλλειψη προσωπικού (Manojlovich 2009, Loghmani et al 2014).

8.3. Παράγοντες που σχετίζονται με τη στάση των νοσηλευτών και το επίπεδο Ενόχλησης Κλίμακας Ηθικού Αδιεξόδου

Το ηθικό αδιέξοδο των νοσηλευτών ΜΕΘ στη μελέτη μας κυμαίνεται σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα. Σε μελέτη που είχε γίνει στην Ελλάδα (Χαικάλη, 2011), σε νοσηλευτές ΜΕΘ είχε προκύψει ότι βίωναν ένα μέτριο επίπεδο ηθικού αδιεξόδου, το οποίο δεν συνάδει με τα δικά μας ευρήματα. Ο βαθμός ηθικού αδιεξόδου φάνηκε να σχετίζεται με την «Εμπειρία ως προς τη τήρηση δικαιωμάτων των ασθενών στη ΜΕΘ», με τους νοσηλευτές που ανέφεραν θετικότερη εμπειρία να παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό ηθικού αδιεξόδου. Η συσχέτιση αυτή έχει διαφανεί και από άλλους ερευνητές σε άλλους πληθυσμούς νοσηλευτών εκτός ΜΕΘ. Συγκεκριμένα, κάποιοι από τους παράγοντες που αναγνωρίζονται ως αιτιολογικοί και που αντικατοπτρίζονται στην κλίμακα ηθικού αδιεξόδου έχουν σχέση και με τα δικαιώματα των ασθενών. Σε αυτά συγκαταλέγονται η ανακριβής και η ελλιπής πληροφόρηση από ιατρούς σε ασθενείς και συγγενείς τους, η λήψη αποφάσεων για ανάνηψη και άλλες οδηγίες (Kinlaw 2005), καθώς και η επικοινωνία με ασθενείς και συγγενείς για θέματα πρόγνωσης και θεραπείας (Dunne et al 2005). Επί μέρους θέματα που σχετίζονται με τα δικαιώματα ασθενών και έχουν εντοπιστεί από ερευνητές ως πηγές ηθικού αδιεξόδου είναι και η μη ικανοποιητική ενημέρωση εκ μέρους των ιατρών σε ασθενείς και οικείους τους. (Gutierrez 2005, Shorideh et al. 2012).

Οι ηθικές συγκρούσεις οι οποίες πηγάζουν από το ηθικό αδιέξοδο, (Falcó-Pegueroles et al 2015), προκύπτουν μέσα από θέματα επιγνώσης συναίνεσης, εμπιστευτικότητας και προστασίας των συμφερόντων, καθώς και επιθυμιών των ασθενών. Επιπρόσθετα, η ελλιπής γνώση των νοσηλευτών σε ηθικά θέματα, και ο συνδυασμός με την περιορισμένη αυτονομία των νοσηλευτών, τα προβλήματα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στις ΜΕΘ, επηρεάζουν τους νοσηλευτές στην νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών (Karaniola et al 2014). Η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε ηθικά θέματα αλλά και η γνώση στους στην ηθική (moral knowledge), θα τους βοηθήσει να αναπτύξουν μία ηθική στάση με επακόλουθο την επαγγελματική τους ανάπτυξη (Cronqvist et al 2004).

Η διάσταση «Στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών», επίσης εμφάνισε συσχέτιση με το βαθμό ηθικού αδιεξόδου. Αυτή η συσχέτιση δεν έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα (Χαικάλη, 2011) όπου το ηθικό αδιέξοδο, το οποίο βίωσαν οι νοσηλευτές σε αυτή τη μελέτη δεν επηρεάζεται από το βαθμό αυτόνομίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενή είναι πολυδιάστατος στη ΜΕΘ, λόγω της κατάστασης των ασθενών. Οι ασθενείς βρίσκονται στη ΜΕΘ, με μειωμένη αυτονομία και συχνά δεν είναι σε θέση να λάβουν αποφάσεις. Η έλλειψη επικοινωνίας που είναι επακόλουθο της κατάστασή τους, μειώνει την αυτονομία τους. Ο νοσηλευτής, ως το άτομο που βρίσκεται κοντά στον ασθενή 24 ώρες το 24ωρο, λειτουργεί ως συνήγορος του ασθενούς, σε θέματα που διέπουν τα δικαιώματά του. Ο ρόλος αυτός για να είναι εφικτός βασίζεται στην κατάλληλη εκπαίδευση. Η ρόλος των νοσηλευτών ΜΕΘ ως συνήγοροι των ασθενών συγκαταλέγεται στους σημαντικότερους ρόλους του νοσηλευτού (Karanikola et al 2014).

Επίσης, φάνηκε ότι η «Εμπειρία ως προς τήρηση δικαιωμάτων των ασθενών στη ΜΕΘ», έχει σχέση με την «Στάση ως προς Αυτονομία/Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών». Όσο πιο θετική εμπειρία έχουν οι νοσηλευτές ΜΕΘ ως προς τη τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ, τόσο πιο θετική στάση έχουν ως προς Αυτονομία/Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών.

Συσχέτιση χρόνων εμπειρίας και αυτονομίας. Στα αποτελέσματα υπάρχει μία μικρή συσχέτιση της στάσης προς αυτονομία/συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών με τα χρόνια εμπειρίας. Όσα περισσότερα χρόνια εμπειρίας έχει ο νοσηλευτής στη ΜΕΘ τόσο πιο θετική στάση έχει ως προς την αυτονομία. Αυτό μπορεί να έχει σχέση στην Κύπρο όπου, όσο αυξάνονται τα χρόνια εμπειρίας των νοσηλευτών τόσο αυξάνονται και οι διοικητικοί τους ρόλοι, αναλαμβάνοντας ρόλους όπου λαμβάνουν αποφάσεις για το τμήμα που εργάζονται αυτόνομα. Σε αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα (Parathanassoglou et al 2011a), τα χρόνια προϋπηρεσίας είχαν σχέση με την εφαρμογή της νομοθεσίας, όση δηλαδή περισσότερη προϋπηρεσία είχε κάποιος νοσηλευτής ΜΕΘ τόσο περισσότερο ανέφερε ότι εφαρμόζε το νόμο για τα δικαιώματα ασθενών.

8.4. Γνώσεις και στάσεις Ασθενών και Συγγενών για τα δικαιώματα ασθενών

Η ανάγκη για σωστή ενημέρωση συγγενών ασθενών ΜΕΘ φαίνεται ότι αποτελεί τη μέγιστη ανάγκη για τους συγγενείς που θέλουν διαβεβαίωση ότι οι ασθενείς τους λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Quinn et al., 1996a, 1996b; Gelling and Prevost, 1999; Al-hassan and Hweidi, 2004; Yang, 2008; Bailey et al., 2009; Kinrade et al., 2009; Chatzaki et al., 2012). Αναφορικά με το δικαίωμα της πληροφόρησης, παρατηρήσαμε σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των νοσηλευτών και των ασθενών. Σύμφωνα με μελέτες που αφορούσαν στην επικοινωνία νοσηλευτών ΜΕΘ και ασθενών- συγγενών, έχει διαφανεί ότι νοσηλευτές ΜΕΘ πρέπει να είναι γνώστες των αναγκών των ασθενών και συγγενών ώστε να μπορούν να προσφέρουν την ανάλογη φροντίδα και υποστήριξη, (Brown, Deeny and McIlroy 2000, Mendonca and Warren 1998, O'Malley et al., 1991, Quinn et al., 1996, Verhaeghe et al., 2005). Αυτό έχει προκύψει και από άλλες έρευνες, όπου η πληροφόρηση και η διαβεβαίωση ανήκει στις προτεραιότητες των συγγενών των ασθενών στην ΜΕΘ, (Lam & Beaulieu 2004). Επιπρόσθετα, (Azouley et al 2003), το επίπεδο της επικοινωνίας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο επίπεδο ικανοποίησης των συγγενών για την φροντίδα του ασθενή τους στις ΜΕΘ. Σε μελέτη που έγινε στην Γαλλία σε 78 ΜΕΘ, (Azouley et al 2003), και διερευνούσε τις απόψεις των συγγενών και επαγγελματιών υγείας για τον ρόλο των συγγενών των ασθενών ΜΕΘ, έχει προκύψει ότι η επικοινωνία των συγγενών με τους επαγγελματίες υγείας δεν ήταν επαρκής, αφού 34% των συγγενών δεν καταλάβαιναν την διάγνωση, θεραπεία και πρόγνωση των ασθενών τους.

Οι ασθενείς πιστεύουν ότι λαμβάνουν επαρκή ενημέρωση σε σχέση με τους νοσηλευτές που δηλώνουν ότι η ενημέρωση που δίνουν στους ασθενείς δεν είναι πλήρης. Τα αποτελέσματα μας συμφωνούν με μελέτη από τους Hinkle and Fitzpatrick (2011), όπου διαφάνηκε ότι σε σύγκριση με συγγενείς ασθενών ΜΕΘ, ιατρούς ΜΕΘ και νοσηλευτές ΜΕΘ, οι ιατροί ΜΕΘ και νοσηλευτές ΜΕΘ είχαν χαμηλότερο μέσο όρο στη κλίμακα για πληροφόρηση σε σχέση με τους συγγενείς (Khalaila, 2012).

Σε αυτό το αποτέλεσμα έχει καταλήξει και έρευνα στην Ολλανδία (Klop et al 1991), όπου οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση των νοσηλευτών κατά τη

διαδικασία εισαγωγής και εξιτηρίου από το νοσηλευτικό ίδρυμα, διότι δεν είχαν το ανάλογο ενδιαφέρον και είχαν εμπιστοσύνη στο νοσηλευτικό προσωπικό.

Σε αντίθεση με τα πιο πάνω, στην Κρήτη σε μελέτη που διενεργήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση και σύγκριση των απόψεων των ασθενών και νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε χειρουργικά τμήματα, οι χαμηλότερες βαθμολογίες δόθηκαν στην ενημέρωση των συγγενών (Λαμπράκη et al 2013).

8.5. Συσχέτιση γνώσεων και στάσεων νοσηλευτών, ασθενών και συγγενών

Οι δηλώσεις των ασθενών και συγγενών συγκλίνουν σε θέματα: εφαρμογής νομοθεσίας, αξιοπρέπειας ασθενή, εχεμύθειας και ενημέρωσης. Οι διαφορές που διαφαίνονται είναι σε θέματα ισότητας και ενέργειας, σε περίπτωση καταπάτησης δικαιωμάτων ασθενών.

Οι ασθενείς και οι συγγενείς ΜΕΘ, πιστεύουν περισσότερο από τους νοσηλευτές ΜΕΘ ότι ο νόμος περί δικαιωμάτων των ασθενών εφαρμόζεται στη ΜΕΘ. Αυτό μπορεί να συγκριθεί με τα ευρήματα της Parathanassoglou et al (2011a), όπου οι νοσηλευτές ΜΕΘ, λόγω του ότι γνώριζαν το νομικό πλαίσιο, ενδεχομένως πιστεύουν ότι δεν εφαρμόζεται στην κλινική πρακτική. Επιπρόσθετα, υπάρχει ανάγκη οι νοσηλευτές να μάθουν τρόπο ώστε να θέτουν τη θεωρία για τα δικαιώματα ασθενών σε πράξη (Hakan Ozdemir et al, 2009), γεγονός το οποίο φαίνεται να είναι και η αιτία αυτών των διαφορών μεταξύ των νοσηλευτών ΜΕΘ και ασθενών, συγγενών. Οι νοσηλευτές γνώριζαν την θεωρία για τα δικαιώματα ασθενών και βίωναν ότι δεν εφαρμοζόταν στην πράξη. Στατιστικά υπάρχουν διαφορές στις απαντήσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ, ασθενών- συγγενών όσο αφορά τα θέματα εφαρμογής νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών στη ΜΕΘ, αξιοπρέπειας του ασθενούς, εχεμύθειας και ενημέρωσης. Σε παρόμοια αποτελέσματα έχει καταλήξει και μελέτη από τους Lemonidou et al 2003, όπου οι έννοιες της αυτονομίας, της ιδιωτικότητας και της πληροφορημένης συναίνεσης εκλαμβάνονταν διαφορετικά από τους ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευτές. Σε μελέτη που διενεργήθηκε σε ασθενείς και νοσηλευτές χειρουργικών τμημάτων (Scott et al 2003), επίσης η έννοια της ενημέρωσης εκλαμβάνονταν διαφορετικά σε ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευτές, με τους νοσηλευτές να είχαν δηλώσει ότι έδιναν περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα πιο πάνω ο τρόπος που εκλαμβάνουν οι νοσηλευτές και οι ασθενείς τις έννοιες της ενημέρωσης και του

περιεχόμενου της διαφέρει με πιθανές αιτίες να είναι το ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν τι θα πρέπει να ενημερώσουν τους ασθενείς και τι έχουν παραλείψει. Η γνώμη των ασθενών εντούτοις, διαφέρει από τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας που τους φροντίζουν (Mc Glynn et al 2003).

Αναφορικά με το δικαίωμα της ενημέρωσης, οι νοσηλευτές δήλωσαν σε μικρότερο βαθμό ότι ενημερώνουν τους ασθενείς σε σχέση με τους ασθενείς και συγγενείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας συνάδουν με τα αποτελέσματα μελέτης στη Σαουδική Αραβία (Alghanim, 2012), όπου στα ζητήματα πληροφόρησης σχετικά με το κόστος περίθαλψης ήταν πιο ενημερωμένοι οι ασθενείς έναντι των επαγγελματιών υγείας. Έρευνες αναφέρουν ότι οι συγγενείς όταν λαμβάνουν επαρκή ενημέρωση για τους συγγενείς τους στις ΜΕΘ, είναι ικανοποιημένοι με την φροντίδα, (Jamerson et al 1996, Higgins et al 2006). Σε έρευνα που έγινε σε πέντε Ευρωπαϊκές χώρες (Ελλάδα, Φιλανδία, Ισπανία, Γερμανία και Σκοτία), οι Έλληνες νοσηλευτές δεν συμμετείχαν στην ενημέρωση των ασθενών (Suhonen et al 2003). Στη μελέτη μας, η αιτία της διαφοράς των απόψεων των νοσηλευτών ΜΕΘ, ασθενών-συγγενών, μπορεί να βρίσκεται και στην έλλειψη χρόνου, που βιώνουν οι νοσηλευτές, στο μειωμένο προσωπικό ΜΕΘ, και στο βεβαρημένο καθημερινό πρόγραμμα της ΜΕΘ.

Οι αιτίες που ένας στους πέντε νοσηλευτές ΜΕΘ πιστεύουν, είναι ότι τα δικαιώματα ασθενών στη ΜΕΘ τηρούνται μερικές φορές όχι πάντα και αυτό έχει δηλωθεί και από άλλους ερευνητές. Αιτίες μη τήρησης της νομοθεσίας των δικαιωμάτων των ασθενών στα νοσηλευτήρια, είναι η έλλειψη προσωπικού, η ανεπαρκής γνώση για τα δικαιώματα ασθενών σε ασθενείς και συγγενείς, η μη ικανοποίηση νοσηλευτών για την εργασία τους, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η μη ικανοποιητική ηγεσία, η βεβαρημένη εργασία, η έλλειψη χρόνου και η έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής, (Joolae 2006; Joolae 2008; Alghanim 2012; Hanna et al 2013).

Το επίπεδο των γνώσεων των νοσηλευτών για τα δικαιώματα ασθενών έχει διερευνηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία (Joolae et al 2008; Ozdemir et al, 2009; Nejad et al, 2011; Ilanen et al 2012; Zeina et al 2013) και οι ερευνητές, έχοντας διαπιστώσει την προβλήματα στο επίπεδο γνώσης για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών, προτείνουν τη λήψη διαρθρωτικών μέτρων, τα οποία είναι:

- περαιτέρω εκπαίδευση σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών (Itanen et al 2012)
- ενθάρρυνση σοβαρής ενασχόλησης νοσηλευτών με τα δικαιώματα ασθενών (Mohammad Nejad et al, 2011),
- ενίσχυση της εκπαίδευσης για τα ηθικά, δεοντολογικά ζητήματα και νομικά δικαιώματα των ασθενών στην επαγγελματική και συνεχή κατάρτιση (Mohammad Nejad et al, 2011; Itanen et al 2012),
- ανάπτυξη νέων μεθόδων εκπαίδευσης για δημιουργία γνώσης για τα δικαιώματα ασθενών στους επαγγελματίες υγείας (Itanen et al 2012)
- συμπερίληψη του ζητήματος των δικαιωμάτων ασθενών, των ηθικών και δεοντολογικών θεμάτων σε προγράμματα εκπαίδευσης σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο στο Τμήματα Νοσηλευτικής (Hakan Ozdemir et al, 2009; Mohammad Nejad et al, 2011),
- Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μάθουν στους ασθενείς πώς να αναγνωρίζουν τα δικαιώματα τους. Επιπλέον, θα πρέπει να μάθουν τρόπο ώστε να θέτουν τη θεωρία για τα δικαιώματα ασθενών σε πράξη. (Hakan Ozdemir et al, 2009)
- κατάλληλη εκπαίδευση θα πρέπει να είναι διαθέσιμη για όλους τους επαγγελματίες υγείας (Hakan Ozdemir et al, 2009).

Ερευνητές προτείνουν λύσεις για ενημέρωση των ασθενών και συγγενών τους για τα δικαιώματα ασθενών, τα οποία είναι

- Τα δικαιώματα ασθενών να εμφανίζονται σε όλες τις εγκαταστάσεις δημόσιας υγείας, επιπρόσθετα, να ενημερώνονται οι ασθενείς από την τηλεόραση και τους ραδιοφωνικούς σταθμούς. Η διανομή φυλλαδίων θα πρέπει να γίνεται σε όσους αποτείνονται στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. (Hanaa Abou Zeina et al 2013),
- Η εμπλοκή εμπειρογνομόνων για αξιολόγηση εμποδίων για την εφαρμογή της νομοθεσίας και δημιουργία στρατηγικών σχεδίων για την εφαρμογή της (Mohammad Nejad et al, 2011),

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνουν τους ασθενείς για τα δικαιώματα τους και να υπάρχουν μηχανισμοί ελέγχου στα θεσμικά όργανα της δημόσιας υγείας (Hanaa Abou Zeina et al 2013),
- Σημαντικό ρόλο για την ενημέρωση των δικαιωμάτων ασθενών θα πρέπει να διαδραματίσουν και τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, εκπαιδευτικά ιδρύματα, εταιρίες που ασχολούνται με θέματα υγείας, η πολιτική ηγεσία και θρησκευτικές ομάδες (Hakan Ozdemir et al, 2009).

8.6. Συσχέτιση Κλίμακας στάσεων και εμπειριών για τα δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ με κοινωνικό-οικονομικά δημογραφικά

Σύμφωνα με την παραγοντική ανάλυση, οι γυναίκες έχουν ή παρουσιάζουν θετικότερη «Στάση ως προς αυτονομία/ Συμμετοχή στη λήψη απόφασης ασθενών» από τους άντρες, όπως και αναφέρουν θετικότερες εμπειρίες ως προς τήρηση δικαιωμάτων ασθενών στη ΜΕΘ. Αναφορικά με το φύλο, σε αντίστοιχη μελέτη στην Ελλάδα (Parathanassoglou et al 2011a), οι γυναίκες νοσηλεύτριες είχαν ισχυρότερες συναισθηματικές αντιδράσεις, όταν τα δικαιώματα των ασθενών δεν τηρούνταν. Επίσης, οι γυναίκες είχαν αναφέρει υψηλότερο επίπεδο αυτονομίας σε έρευνα στην Ιταλία (Karanikola et al 2014).

Οι νοσηλευτές ΜΕΘ δημόσιων νοσηλευτηρίων στον παράγοντα «Εμπειρία ως προς την ενημέρωση ασθενών/οικογενειών», είχαν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους νοσηλευτές Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων. Σε μελέτη στο Ιράν (Nejad et al 2011), το επίπεδο γνώσης για τα δικαιώματα ασθενών, ήταν πιο αυξημένο στα δημόσια νοσηλευτήρια σε σχέση με τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Στη μελέτη μας, δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο γνώσης μεταξύ των νοσηλευτών ΜΕΘ δημόσιων νοσηλευτηρίων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων.

8.7. Περιορισμοί της μελέτης

Ένας περιορισμός της μελέτης ήταν το χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης των νοσηλευτών ιδιωτικών νοσηλευτηρίων ΜΕΘ και η απουσία δεδομένων από ασθενείς και συγγενείς ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Αυτός ο περιορισμός δεν μας δίνει την δυνατότητα

ολοκληρωμένης εικόνας των στάσεων και γνώσεων για δικαιώματα ασθενών ΜΕΘ σε όλη την Κύπρο.

Επιπρόσθετα, η απουσία δείγματος από ιατρούς ΜΕΘ δημόσιων και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, δεν μας επέτρεπε να έχουμε ολοκληρωμένη εικόνα των στάσεων και γνώσεων όλων των επαγγελματιών υγείας για τα δικαιώματα των ασθενών. Οι στάσεις και γνώσεις τους θα μας επέτρεπε την συσχέτιση τους με τις αντίστοιχες στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και νοσηλευτών και επίσης θα μας δινόταν η ευκαιρία σύγκρισης τους με δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

Ένας άλλος περιορισμός της μελέτης είναι η μη συμπερίληψη ερώτησης στους ασθενείς και συγγενείς ΜΕΘ για την πηγή γνώσεων για τα δικαιώματα των ασθενών. Αυτό θα μας έδινε την πληροφορία των πηγών των γνώσεων τους και θα μας βοηθούσε να εισηγηθούμε προγράμματα ενημέρωσης και ενίσχυσης των γνώσεων τους.

Τέλος η απουσία ερευνητικών μελετών για τις στάσεις και γνώσεις για τα δικαιώματα ασθενών σε αναπτυγμένες χώρες (Ευρώπη, Η.Π.Α, κλπ), περιορίζει τη δυνατότητα ευρύτερων συγκρίσεων και ερμηνειών.

8.8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά υπάρχει ελλιπής γνώση για το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΜΕΘ εάν και γνωρίζουν εν μέρει την ύπαρξη της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών, δεν γνωρίζουν το περιεχόμενο της, όπως και δεν γνωρίζουν το περιεχόμενο του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στην Κύπρο.

Αναφορικά με τις γνώσεις και στάσεις των νοσηλευτών ΜΕΘ για τα δικαιώματα ασθενών, έχει διαφανεί ότι οι νοσηλευτές γνωρίζουν κατά κάποιο τρόπο τα δικαιώματα των ασθενών αλλά στην εφαρμογή τους δεν διασφαλίζονται στη ΜΕΘ. Υπάρχουν αναφορές ότι καταπατούνται τα δικαιώματα των ασθενών στη ΜΕΘ, δεν υπάρχει όμως πλήρης ενημέρωση των συγγενών και δεν διασφαλίζεται το δικαίωμα του ασθενούς σε περίπτωση άρνησης του για θεραπεία. Διασφαλίζεται κάπως ο σεβασμός των ιδεολογικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων των ασθενών και υπάρχει σεβασμός της αξιοπρέπειας και της

εμπιστευτικότητας. Ο ρόλος των νοσηλευτών ως συνηγόρου του ασθενούς δεν θεωρείται ως σημαντικός από τους μισούς νοσηλευτές ΜΕΘ.

Το ηθικό αδιέξοδο των νοσηλευτών σχετίζεται με τη διάσταση «εμπειρία ως προς τη τήρηση δικαιωμάτων των ασθενών στη ΜΕΘ», καθώς και με τη διάσταση «στάση ως προς τη συνηγορία ασθενών» όπου η συνολική βαθμολογία τους Ηθικού αδιεξόδου ήταν σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα.

Υπάρχει ελλιπής γνώση των ασθενών και συγγενών τους για την ύπαρξη νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών και άγνοια για το περιεχόμενο της. Παρατηρείται σύγκλιση των στάσεων και εμπειριών ασθενών και συγγενών σε αρκετά θέματα, και οι διαφορές τους είναι σε θέματα ισότητας και ενέργειας σε περίπτωση καταπάτησης δικαιωμάτων τους.

8.9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΣ

Οι κύριες προτάσεις που εισηγείται η παρούσα μελέτη για αξιοποίηση των ευρημάτων της επικεντρώνονται στα ακόλουθα:

Διερεύνηση ερευνητικού πεδίου

- Πρέπει να συνεχιστεί η μελέτη σε άλλους νοσηλευτές και γενικά σε επαγγελματίες υγείας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συνεχιστεί η μελέτη σε ασθενείς και συγγενείς και άλλων ειδικοτήτων αλλά και η σύγκριση γνώσεων και απόψεων τους τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Η μελέτη σε επαγγελματίες υγείας θα μας βοηθήσει στην διαμόρφωση μίας ολοκληρωμένης εικόνας για το επίπεδο των γνώσεων και στάσεων τους για τα δικαιώματα των ασθενών.
- Βάσει του χαμηλού επιπέδου γνώσης, φαίνεται ότι υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης των μαθημάτων τόσο σε προπτυχιακό όσο και μεταπτυχιακό επίπεδο για τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας. Ο εμπλουτισμός της γνώσης σε δεοντολογικά και ηθικά θέματα θα πρέπει να καθιερωθεί σαν επιμορφωτικά μαθήματα ή short courses σε επαγγελματίες υγείας που ήδη εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό

επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι υπάρχουν κενά στην προ-πτυχιακή εκπαίδευση των νοσηλευτών αναφορικά με την ηθική και τα δικαιώματα των ασθενών, (Champerlain 2001; Woods 2005; Gorgulu, Dinc 2007).

- Οι ασθενείς και γενικά οι πολίτες πρέπει να ενημερωθούν για την ύπαρξη και το περιεχόμενο της νομοθεσίας για τα δικαιώματα ασθενών. Η ενημέρωση θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας με:
 1. Δημιουργία ενημερωτικών ημερίδων για τα δικαιώματα ασθενών όπου θα προβληθούν μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, έντυπου τύπου και διαδικτύου.
 2. Τοποθέτηση ενημερωτικών αφισών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτήρια που θα αναφέρουν επιγραμματικά τα δικαιώματα ασθενών.
 3. Δημιουργία βιβλιαρίων για την νομοθεσία και το περιεχόμενο της για τα δικαιώματα ασθενών στην Κύπρο, όπου θα δίνονται σε κάθε εξωτερικό ή εσωτερικό ασθενή στα δημόσια ή ιδιωτικά νοσηλευτήρια της Κύπρου.
 4. Επιμορφωτικές διαλέξεις στους προϊστάμενους τμημάτων με στόχο την διασφάλιση της εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στα τμήματα τους.
 5. Διοργάνωση σεμιναρίων για το ευρύ κοινό για τα δικαιώματα των ασθενών.
 6. Ενημέρωση στα σχολεία δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για τα δικαιώματα των ασθενών.

ΔΙΕΘΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

AACN 2004, *About Critical Care Nursing*, American Association of Critical-Care Nurses, viewed 16 May 2015,

<http://www.aacn.org/wd/publishing/content/pressroom/aboutcriticalcarenursing.pcms?menu=>

Agård AS; Maindal HT 2009, 'Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses' perceptions of a challenging task', *Nursing in Critical Care*, Sep-Oct, vol.14, issue.5, pp. 264-72. doi: 10.1111/j.1478-5153.2009.00347.x.

Alasad JA, Abu Tabar N, Ahmad MM 2015, 'Patients' experience of being in intensive care units', *Journal of Critical Care*, Aug, vol.30, issue. p 859, 2015 Apr 1. pii: S08839441(15)00130-6. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.03.021. [Epub ahead of print]

Alghanim SA, 2012, 'Assessing knowledge of the patient bill of rights in central Saudi Arabia: a survey of primary health care providers and recipients', *Annals Of Saudi Medicine*, Mar-Apr; Vol. 32, issue.2, pp. 151-55

Al-Hassan M, Hweidi I. 2004, 'The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients', *International Journal of Nursing Practice*, vol. 10, pp. 64–71.

Allmark P, 1992, 'The ethical enterprise of nursing', *Journal of Advanced Nursing*, vol.17, pp.16-20

Allport, G. 1968, 'The historical background of modern social psychology'. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*, Vol. 1 (2nd ed.), p.810

Alphonsa B Fernandes, Sweta D’Cunha, Sucharita Suresh, 2014, ‘Patient Rights: Awareness and Practice in a Tertiary Care Indian Hospital’, *International Journal of Research Foundation of Hospital & Healthcare Administration*, January-June, vol.2, issue.1, pp.25-30

American Association of Critical Care Nurses, 2004, ‘The 4 A’s to rise above moral distress’. http://www.aacn.org/wd/practice/docs/4as_to_rise_above_moral_distress.pdf Retrieved on 24 January 2014

American Nurses Association 2010, ‘The nurse’s role in ethics and human rights: protecting and promoting individual worth, dignity, and human rights in practice settings’, <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Ethics-PositionStatements/-Nurses-Role-in-Ethics-and-Human-Rights.pdf>

Anne Sophie Agard, Helle Terkildsen Maindal, 2009, ‘Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses’ perceptions of a challenging task’, *Nursing in Critical Care*, Vol 14 No 5, pp.264-272

Ariane Boumendil, Dominique Somme, Maïté Garrouste-Orgeas and Bertrand Guidet, 2007, ‘Should elderly patients be admitted to the intensive care unit?’, *Intensive Care Medicine*, vol.33, Issue. 7 , pp.1252–1262 (2007-01-01) ISSN: 0342-4642 Available at: <http://ppn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/15254402003003011> [Accessed November 30, 2014].

Aro I, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. 2012, ‘Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey’, *Journal of Clinical Nursing*, Jul, vol.21, (13-14):1847-58. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x.

Azoulay E., Pochard F., Chevret S. et al. FAMIREA Study Group. 2004, ‘Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in decision-making process: a study in 78 French intensive care units’, *Critical Care Medicine*, vol.32, issue 9, pp.1832–1838.

Azoulay E; Pochard F; Chevret S; Arich C; Brivet F; Brun F; Charles PE; Desmettre T; Dubois D; Galliot R; Garrouste-Orgeas M; Goldgran-Toledano D; Herbecq P; Joly LM; Jourdain M; Kaidomar M; Lepape A; Letellier N; Marie O; Page B; Parrot A; RodieTalbere PA; Sermet A; Tenaillon A; Thuong M; Tulasne P; Le Gall JR; Schlemmer B; French Famirea Group, 2003, ‘Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff’, *Intensive Care Medicine* [Intensive Care Med], ISSN: 0342-4642, 2003 Sep; Vol. 29 , issue. 9, pp. 1498-1504

Bachanan A., Brock D. 1989, ‘Deciding for others: the ethics of surrogate decision making’, Cambridge: Cambridge University Press

Bahcecik N, Ozturk H., 2003, ‘The Hospital Ethical Climate Survey in Turkey’. *JONAS Healthc Law Ethics Regul.* Vol. 5, issue.4, pp. 94–99.

Bailey J, Sabbagh M, Loisele C, Boileau J, McVey L. 2009. ‘Supporting families in the ICU: a descriptive correlational study of informational support anxiety, and satisfaction with care’. *Intensive & Critical Care Nursing*; vol.26, pp.114–122.

Beauchamp an Childress 2006, ‘Principles of Biomedical Ethics’, Fifth Edition, Oxford University Press

Berger MC, Seversen A and Chvatal R. Ethical issues in nursing. *Western Journal of Nursing Research* 1991; 13: 514–521.

Brown R, Deeny P, McIlroy D. 2000, 'Family needs in critical care settings: a comparison of the perceptions of nurses and family members'. *All Ireland Journal of Nursing and Midwifery*, vol:1, pp.108–115.

Buchanan, Alan E., and Dan W. Brock, 1989. *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge: Cambridge University Press.

Bunch EH; 2001, 'Hidden and emerging drama in a Norwegian critical care unit: ethical dilemmas in the context of ambiguity', *Nursing Ethics*, vol.8, issue.1, pp.57-67

Burchardi Hilmar 2001, 'Surrogate for decision- making in the ICU', *Intensive Care Medicine*, vol. 27, pp. 1243-1244

Callahan Daniel 1995. "Bioethics" In vol. 1 of *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 247-256
Rev. ed. New York: Macmillan : Simon & Schuster Macmillan ; Prentice Hall
International.

CASP Critical Appraisal Skills Programme Oxford UK <http://www.casp-uk.net/>

Castiedine G, 1981, 'The nurse as the patient' advocate: pros and cons', *Nursing Mirror*, vol.153, issue.20, pp.38-40

CEBM, <http://www.cebma.org/wp-content/uploads/Critical-Appraisal-Questions-for-aSurvey.pdf> Adapted from Crombie 1996, *The Pocket Guide to Critical Appraisal*; the

critical appraisal approach used by the Oxford Centre for Evidence Medicine, checklists of the Dutch Cochrane Centre, BMJ editor's checklists and the checklists of the EPPI Centre.

Chamberlain M, 2001, 'Human Rights education for nursing students', *Nursing Ethics*, vol.8, issue.3, pp. 211-222

Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolakou E, Georgopoulos D. 2012, 'Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study'. *Journal of Clinical Nursing*, vol.21, pp.1831–1839.

Childress James F , 1988, 'Who Should Decide?: Paternalism in Health Care', Oxford University Press

Chrisospathe S, Garanis-papadatos T., 2006, 'Human rights , health and nursing science', *Nosileftiki*, vol.45, issue.3, pp.345–51.

Chrisospathe S. Papathanassoglou E., 2009, 'The historical evolution of the legislation on patients' rights', *Nosileftiki*, vol.48, issue.3, pp. 284–91.

Chrysospathi S, Papathanassoglou E, Lemonidou C,(2011a), "Pilot qualitative exploration of nurses', patients' and families' attitudes on critically ill patients' rights in Greece", *CONNECT: The World of Critical Care Nursing* 2011; 8 (2): 68-9.

Chrysospathi S, Papathanassoglou E, Lemonidou C,(2011), 'Development of an instrument for the assessment of intensive care nurses' knowledge and attitudes regarding critically ill patients' rights', *CONNECT: The World of Critical Care Nursing* 2011; 8 (2): 68

Chrysospathi S, Papathanassoglou E, Patiraki- Kourbani E, Lemonidou C, (2011b), “Greek intensive care nurses’ knowledge, attitudes and experiences regarding patients’ rights *CONNECT: The World of Critical Care Nursing 2011*; 8 (2): 68

Corley Mary C, Elswick R.K., Gorman Martha, Clor Theresa, 2001, ‘Development and evaluation of moral distress scale’, *Journal of Advanced Nursing*, vol.33, issue.2, pp. 250256

Corley Mary C, Minick Ptlene, Elswick RK, Jacobs, 2005, ‘Nurse moral distress and ethical work environment’, *Nursing ethics*, vol.12, issue.4, pp. 382-390

Crombie I.K. 1996, ‘The Pocket Guide to Critical Appraisal’. *BMJ Publishing Group*, London.

Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lutzen K, 2004, ‘Caring about- Caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing’, *Nursing Ethics*, vol.11, issue 1, pp. 63-76

Curtis JR, Nielsen EL, Treece PD, Downey L, Dotolo D, Shannon SE, Back AL, Rubinfeld GD, Engelberg RA, 2011, ‘Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial’, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 183, issue. 3, pp. 348–355
Curtis J R and Tonelli MR 2011, ‘Shared Decision- Making in the ICU, Value, Challenges and Limitations’, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, vol. 183, pp 183-184

Daniels N ,’Justice , Health and Health care’, Tufts University, access 30/5/2015 http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf

- Danute Ducinskiene, Jurgita Vladiskiene, Ramune Kalediene, Irja Haapala, 2006, 'Awareness and practice of patient's rights law in Lithuania', *BMC International Health and Human Rights*, vol. 6, No.10, <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/6/10/prepub>
- Donovan C. 1989, 'Approaches to advocacy, Cancer Nursing—a Revolution in Care' (Pritchard A.P. ed.). Proceedings of the fifth international conference on cancer nursing, London, 4–9 September 1988. McMillan Press Ltd, Basingstoke .
- Dr. Stella Moustaka Playbell ,2005, 'Doctoral thesis upon health behavior of Cypriots', Stella Moustaka Playbell, ww.playbell@cytanet.com.cy
- Earl E. Shelp, 1982, 'Beneficence and health care', *D. Reidel Publishing Company*, P.O. Box 17,3300 AA Dordrecht, Holland.
- Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. 2009, 'Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development', *Journal of Advanced Nursing*, Apr; vol.65, issue.4, pp. 885-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x. Epub 2009 Feb 19.
- Elder R; Price J; Williams G 2003, 'Differences in ethical attitudes between registered nurses and medical students', *Nursing Ethics*, Mar; vol.10, issue.2, pp.149-61.
- Erer S, Atici E, Erdemir AD, 2008, 'The views of cancer patients on patients' rights in context of information and autonomy', *Journal of Medical Ethics*, vol.34, pp384-388

Erlen J., Sereika S., 1997, 'Critical care nurses, ethical decision-making, and stress', *Journal of Advanced Nursing*, vol.26, pp. 963-961

Eteraf Oskouei, M. A., Sadegh Tabrizi, J., Gharibi, F., & Asghari Jafarabadi, M. 2013, 'Patient's rights protection through an education-based intervention', *Medical Law*, vol.7, issue 25, pp.13-27

European Charter of patients' rights

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf

F Zülfiyar, MF Ulusoy 2001, 'Are Patients Aware of Their Rights? A Turkish study', *Nursing Ethics*, vol.8, issue.6, pp. 487-498

Falcó-Pegueroles, Anna; Lluch-Canut, Teresa; Roldan-Merino, Juan; Goberna-Tricas, Josefina; Guàrdia-Olmos, Joan. 2015, 'Ethical conflict in critical care nursing', *Nursing Ethics*. Vol. 22 Issue 5, p594-607. 14p. DOI: 10.1177/0969733014549883.

Fenton, M 1988, 'Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator', *Canadian Journal of Nursing Administration*, vol.1, pp. 8-11.

FEPI ,2011, European Federation of regulatory bodies and competent authorities for nursing, <http://www.fepi.org/>

Ferrand E1, Bachoud-Levi AC, Rodrigues M, Maggiore S, Brun-Buisson C, Lemaire F.

2001, 'Decision-making capacity and surrogate designation in French ICU patients', *Intensive Care Medicine*, Aug; vol.27, issue.8, pp.1360-1364. (<http://dx.doi.org/10.1007/10.1007/s001340100982>)

Flass SS. 1993, Comparative overview of international and national developments in regard to patients' rights legislation. In: *Proceedings of the Symposium on the Rights of Patients in the Health Care System*; 1993 Apr 21-25; Lund and Orenas Castel, Sweden. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe,

Gay EB, Pronovost PJ, Bassett RD, Nelson JE. 2009, 'The intensive care unit family meeting: making it happen'. *Journal of Critical Care*. Vol.24, issue. 629.e1-629.e12.

Gillon R. 1994, 'Philosophical Medical Ethics', John Wiley and Sons, U.K.

Görgülü RS, Dinç L, 2007, 'Ethics in Turkish nursing education programs', *Nursing Ethics*, vol.14, issue.6, pp.741-752

Graham A. 1992, 'Advocacy: what the future holds', *British Journal of Nursing*, vol.1 issue.3, pp.148-158

Granitsas AN. 1992, 'Medical deontology: past and future:Part B'. *Iatriko Vima*, pp. 37-41 (in Greek)

Hakan Ozdemir M, Ozgür Can I, Ergönen AT, Hilal A, Onder M, Meral D. 2009, 'Midwives and nurses awareness of patients' rights'. *Midwifery*. Vol. 25, issue.6, pp.756-65.

Hamric Baile Ann, Blackhall Leslie J. 2007, ‘Nurse- physician perspectives on the care of dying in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate’, *Critical Care Medicine*, vol.35, no 2, pp. 422-429

Hamric Baile Ann, Blackhall Leslie J. 2007, ‘Nurse- physician perspectives on the care of dying in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate’, *Critical Care Medicine*, vol.35, no 2, pp. 422-429

Hamric Baile Ann, Borchers Todd Christopher, Epstein Gingell Elizabeth, 2012, ‘Development and testing of an instrument to measure moral distress in Healthcare professionals’, *AJOB Primary Research*, April- June, vol. 3, number 2, pp.1-9

Hanks R Robert 2007, ‘Barriers to Nursing Advocacy: A concept Analysis’, *Nursing Forum*, Vol.42, No.4, pp 171-177

Hanna AZA, El Nouman AA, Zayed MA. 2013, ‘Patients’ Rights: A Hospital Survey in South Egypt’. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*. vol.8, issue.3, pp. 46–52.

Haupt, Marilyn T. MD, FCCM (Chair); Bekes, Carolyn E. MD, FCCM; Brill, Richard J. MD, FCCM; Carl, Linda C. RN; Gray, Anthony W. MD, FCCM; Jastremski, Michael S. MD, FCCM; Naylor, Douglas F. MD, FCCM; PharmD, Maria Rudis, FCCM; MD, Antoinette Spevetz, FCCM; Wedel, Suzanne K. MD, FCCM; MD, Mathilda Horst, FCCM, 2003, ‘Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care’. *Critical Care Medicine* , vol.31, pp. 2677-2683.

Henriette D.C. Roscam Abbing 2004, ‘Rights in the European Context, Ten Years and After’, *European Journal of Health Law*, vol.11, pp7-15

Higgins I, Joyce T, Parker V, Fitzgerald M, McMillan M. 2007, ‘The immediate needs of relatives during the hospitalization of acutely ill older relatives’. *Contemporary Nurse* vol.26, pp. 208–220.

Hinkle J.L. & Fitzpatrick E. 2011, ‘Needs of American relatives of intensives of intensive care patients: perceptions of relatives, physicians and nurses’. *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.27, pp. 218–225.

Hogg M. A. Vaughan G.M. (2010), “Κοινωνική Ψυχολογία», Αθήνα: Gutenberg
<http://www.cpmental.com.cy/epnka/UserFiles/documents/patientsrights.ppt#256,1>,

ICN, (2011) "Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων»,
http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E10_Nurses_Human_Rights.pdf

ICN, (2012), “The ICN code of ethics for nurses”
http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf

Ilme Aro, Anna-Maija Pietila` and Katri Vehvila`inen-Julkunen, 2012, ‘Needs of adult patients in intensive care units of Estonian hospitals: a questionnaire survey’, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, pp. 1847–1858, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04092.x

Iltanen S, Leino-Kilpi H, Puukka P, Suhonen R. , 2012, ‘Knowledge about patients’ rights among professionals in public health care in Finland’, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* .Sep; vol.26, issue. 3, pp.436–48.

International Council of Nurses, Nurses and Human Rights (1998).<https://www1.umn.edu/humanrts/instree/nursesrole.html>

J.-L.Vincent, 1998, 'Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire', *Intensive Care Medicine* vol.24, pp.1251-1256

Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. 1996, 'The experiences of families with a relative in the intensive care unit', *Heart Lung*, vol. 25, pp. 467-474.

Jameton A. 1984, 'Nursing Practice: The Ethical Issues', Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice- Hall

Jameton, A. 1993, 'Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice', *Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, vol. 28, pp.1134-1145.

Joint Consultation Between the WHO Regional Office for Europe, The Nordic Council of Ministers and The Nordic School of Public Health, 1999, 'Patients' rights and citizens' empowerment: Through visions to reality'. Copenhagen, Denmark, <http://www.who.int/iris/handle/10665/108313>

Jonathan F. Will, JD, 2011, 'A Brief Historical and Theoretical Perspective on Patient Autonomy and Medical Decision Making: Part II: The Autonomy Model', *Chest*. Vol. 139, issue. 6, pp. 1491-7. doi: 10.1378/chest.11-0516

Joolae, S. & Mehrdad, N. 2003, 'An investigation on patients' awareness of their own rights'. In *Proceedings of 3rd National Congress of Bioethics*, June 25-28 Bursa, Turkey, pp. 517-524.

Joolae S, Hajibabae F, 2012, 'Patient rights in Iran: A review article'. *Nursing Ethics*, vol.19, issue.1, pp 45-57

Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi AR and Parsa-Yekta Z. 2007, 'Patient rights practice in Iran: A phenomenological research'. *Thesis for PhD in Nursing education*. Nursing & Midwifery School, Tehran University of Medical Science

Joolae S., 2008, 'Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians', *International Nursing Review*, vol.51, issue. 1, pp. 55–61.

Joolae S; Nikbakht-Nasrabadi A; Parsa-Yekta Z; Tschudin V; Mansouri I; 2006, 'An Iranian perspective on patients' rights', *Nursing Ethics*, vol.13, issue. 5, pp. 488-502

Joolae S; Tschudin V; Nikbakht-Nasrabadi A; Parsa-Yekta Z, 2008, 'Factors affecting patients' rights practice: the lived experiences of Iranian nurses and physicians', *International Nursing Review*, vol.55, issue.1, pp.55-61.

Karanikola, Maria N.K.; Albarran, John W.; Drigo, Elio; Giannakopoulou, Margarita; Kalafati, Maria; Mpouzika, Meropi; Tsiaousis, George Z.; Papathanassoglou, Elizabeth DE, 2014, 'Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy', *Journal of Nursing Management*, vol.22 ,issue.4, pp.472-84.

Kinrade T, Jackson A, Tomany J. 2009, 'The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members' perspectives', *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol.1, pp.82–88.

Klop, Renata, Leader, Project, Philipsen Hans, 1991, 'Patients ' rights and the admission and discharge process', *Journal of advanced nursing*, Vol.16, pp. 408-412

Kohnke M.F. 1982, 'Advocacy: Risk and Reality', *CV Mosby Co*, St Louis

Kuhse H, Singer P, 2006, 'Bioethics: An Anthology', Publisher: Wiley-Blackwell; 2nd Edition edition (30 Jan. 2006)

Kumari, K., Kumari, V., & Bishnoi, A. K, 2013, 'An Exploratory Study to Assess the Knowledge, Expressed Practices and Barriers in Protection of Patients' Rights among Nurses at MMIMS&R Hospital, Mullana, Ambala', *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, vol. 2, issue. 5, pp. 55-60. <http://dx.doi.org/10.9790/1959-0255560>

Lam P. & Beaulieu M. 2004, 'Experiences of families in the neurological ICU: a bedside phenomenon', *Journal of Neuroscience Nursing*, vol.36, pp.142–155.

Latour, Jos M.; Albarran, John, 2012, 'Privacy, dignity and confidentiality: a time to reflect on practice', *Nursing in Critical Care*, vol.17, issue.3, pp.109-11

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H., Mc Parland, J. 2000, 'Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent', Pub. Date: January 2000, Pages176, Bindinghard, cover, Volume 40 of Biomedical and Health Research ISBN print978-158603-039-1

Lemonidou C; Merkouris A; Leino-Kilpi H; Välimäki M; Dassen T; Gasull M; Scott PA; Tafas C; Arndt M, 2003, 'A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of

patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions', *Clinical Effectiveness in Nursing*, Jun; vol.7, issue.2, pp : 73-83

Lemonidou C, Papathanassoglou E, Giannakopoulou M, Patiraki E, Papadatou D. 2004, 'Moral professional personhood: ethical reflections during initial clinical encounters in nursing education', *Nursing Ethics*, Vol.11, issue 2, pp:122-37

Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A., 'Factors Affecting the Nurse-Patients' Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: a Qualitative Study', *Journal of Caring Sciences*. Mar; vol. 3, issue. 1, pp. 67–82.

Manojlovich M, 2009, 'Intensive Care Units, Communication Between Nurses and Physicians, and Patients' Outcomes', *American Journal of Critical Care*, vol. 18, issue.1, pp. 21-30.

Marko Jukic, Slavica Kozina, Gordan Kardum, Rosemary Hogg, Slavica Kvolik, 2011, 'Physicians overestimate patient's knowledge of the process of informed consent: a crosssectional study', *Medicinski Glasnik*, Vol. 8, No.1 ,pp.39-45

Mc Glynn EA, Asch SM, Adams J, Keeseey J, Hicks J, De Cristofaro A, 2003, 'The quality of health care delivered to adults in the United States', *New England Journal of Medicine* vol.348, issue.26, pp.2635-45.

McParland J1, Scott PA, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Valimaki M, Leino-Kilpi H. 2000, 'Autonomy and clinical practice. 1: Identifying areas of concern', *The British Journal of Nursing*, Apr 27-May 10, vol.9, issue. 8, pp.507-513.

McParland J1, Scott PA, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Valimaki M, Leino-Kilpi H. , 2000, ‘Autonomy and clinical practice 2: patient privacy and nursing practice’, *The British journal of nursing*, vol 9, No 9, pp.566-569

Mendonca D, Warren NA. 1998, ‘Percieved and unmet needs of critical care family members’, *Critical Care Nursing Quarterly*, vol.21, pp.58–67.

Merakou K, Dalla-Vorgia P, Garanis-Papadatos T, Kourea-Kremastinou J. 2001, ‘Satisfying patients’ rights: a hospital patient survey’, *Nursing Ethics*, vol.8, issue.6, pp.499–509.

Merakou K, Dalla-Vorgia P, Garanis-Papadatos T, Kourea-Kremastinou J, 2001, ‘Satisfying patients’ rights: A hospital patient survey’, *Nursing Ethics*, vol.8, issue. 6, pp.499-509

Michael Gibbons, Helga Nowotny, Camille Limoges, Schwartzman Simon, Scott Peter, Trow Martin, 1994, ‘The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies’, *SAGE Publications Ltd*,

Michael Peel, 2005, ‘Human Rights and Medical Ethics’, *Journal of Royal Society of Medicine*, Vol. 98, April 2005, pp.171-173

Mill John Stuart, John Gray , 1991, In J. Grey (Ed.), “On liberty and other essays”, Oxford, New York: Oxford University Press

Miracle V, 2011, ‘The rights and responsibilities of patients and nurses’. *Dimensions of Critical Care Nurses*, Volume 30, Issue 4, pp 194-195

Mohammad Nejad E, Begjani J, Abotalebi G, Salari A, Ehsani SR. 2011, 'Nurses awareness of patients rights in a teaching hospital'. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, Jan;4:2. [accessed date 13/06/2013]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713951/> [accessed date 13/06/2013]

Morrison A. 1991, 'The nurse's role in relation to advocacy', *Nursing Standard*, vol. 5, issue.41, pp.37-40

Mrayyan M, 2005, 'Nurse job satisfaction and retention: comparing public to private hospitals in Jordan', *Journal of Nursing Management*, Vol.13, issue.1, pp.40-50.

Muthuswamy, V. 2011, 'Ethical issues in genetic counselling with special reference to haemoglobinopathies'. *Indian Journal of Medical Research*, vol.134, issue.4, pp. 537-540. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3237255>,

N.S. Al-Qadheeb, J. Hoffmeister, R. Roberts, K. Shanahan, D. Garpestad, J.W. Devlin, 2013, 'Perceptions of nurses and physicians of their communication at night about intensive care patients' pain, agitation, and delirium', *American Journal of Critical Care*, vol. 22, issue, pp. e49–e61

Nutton V. 1995, 'What is an oath?', *Journal of the Royal Collage of Physicians of London*, vol.29, issue 6, pp. 518-524

O'Malley P, Favalaro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, son-Landau M, Deane D, Feeney J, Gmeiner J, Keefer N. 1991, 'Critical care nurse perceptions of family needs', *Heart & lung: the journal of critical care*, vol.20, pp. 189–201.

Ozdemir Hakar M, Ozgur Can I, Ergonen Akca T, Hilal Ahmet, Onder Mustafa, Meral

Demet, 2009, 'Midwives and nurses awareness of patients' rights', *Midwifery*, Vol. 25, pp 756-765

PA Scott, M Valimaki, H Leino-Kilpi, T Dassen, M Gasull, C Lemonidou, M Arndt, 2003, 'Autonomy, privacy and informed consent 3: elderly care perspective', *British Journal of Nursing*, Vol. 12, No 3, pp 158-168

PA Scott, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M, Schopp A, Suhonen R, Kaljonen A. Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics.*; vol 10, issue 1, pp: 28-38

Papathanassoglou ED, Mpouzika MD, 2012, 'Interpersonal touch: physiological effects in critical care', *Biological Research for Nursing*, vol.14, issue. 4, pp. 431-43. Epub 2012 Jul 6

Papathanassoglou ED, Tseroni M, Karydaki A, Vazaiou G, Kassikou J, Lavdaniti M. 2005, 'Practice and clinical decision – making autonomy among Hellenic critical care nurses', *Journal of Nursing Management*, vol.13, pp. 154-164

Park M, Jeon SH, Hong HJ, Cho SH., 2014, 'A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units', *Nursing Ethics*, vol.21, issue.5, pp.594-607.

Park, Mihyun; Jeon, Sang Hee; Hong, Hyun-Ja; Cho, Sung-Hyun, 2014, 'A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units', *Nursing Ethics*, vol. 21, issue. 5, pp. 594-607

Parker, A. 2013, 'Education May Help Decrease Nurses' Moral Distress', *American*

Journal of Critical Care, vol. 22, issue.4, pp. 286-287.

<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2013643>

Parsapoor A, Mohammad K, Malek Afzali H, Ala'eddini F, Larijani B. 2012, 'Necessity of Observing Patient's Rights: A Survey on the Attitudes of Patients, Nurses and Physicians', *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* , Jan 5:2.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713703/> [accessed on 30/05/2013]

Parsons, L.C., 2002. 'Protecting Patient Rights: A Nursing Responsibility', *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol.3, issue.3, pp.274–278.

'Patients' rights in Europe today', Speech by the European Ombudsman, Professor P. Nikiforos Diamandouros, to the Second Hygeia- Harvard Medical International Conference - 'Preventive Medicine in the 21st Century', Athens, Greece 3 June 2005

Petty, R. E., & Cacioppo, J. T. 1981, *Attitudes and persuasion: Classic and contemporary approaches*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers.

Philip G. Zimbardo, & Michael R. Leippe, 1991, 'The Psychology of Attitude Change and Social Influence', New York: McGraw-Hill, Inc., 1991) σ. 30.

Pochard F., Darmon M., Fassier T. et al., French FAMIREA study group. 2005, 'Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: a prospective multicenter study', *Journal of Critical Care* ,vol.20, issue.1, pp.90–96.

Polit Denise F. and Beck Cheryl Tatano 2010, 'Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice', 7th edition, Wolters Kluwer, Lippincott Williams and Wilkins

Quinn S, Redmond K, Begley C. 1996a. 'The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses Part I.', *Intensive & Critical Care Nursing*, vol.12, pp.168–172.

Quinn S, Redmond K, Begley C. 1996b, 'The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses Part II.', *Intensive & Critical Care Nursing*, vol.12, pp.239–245.

Quinn S, Redmond K, Begley C., 1996, 'The needs of relatives visiting adult critical care units as perceived by relatives and nurses. Part 2.', *Intensive and Critical Care Nursing*, vol.12, pp.239–245.

R. Suhonen, M. Välimäki, T. Dassen, M. Gasull, C. Lemonidou, P. A. Scott, A. Kaljonen, M. Arndt, & H. Leino-Kilpi 2003, 'Patients' autonomy in surgical care: a comparison of nurses' perceptions in five European countries', *International Nursing Review*, vol.50, pp.85–94

Rabia Khalaila, 2012, 'Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit', *Journal of Advanced Nursing*, vol.69, issue.5, pp. 1172–1182. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06109.x

Rahime Aydin Er, Ersoy N, Celik S. 2014, 'The Nursing Students' Views About the Patient's Rights at the West Black Sea Universities in Turkey', *Nursing and Midwifery Studies*, vol.3, issue. 4. e19136. Published online 2014 December 29.

Rowson R. , 2007, ‘Nurses’ difficulties with rights’, *Nursing Ethics*, vol.14, issue.6, pp. 838–40.

Salwa B. El-Sobkey, Alyah M. Almoajel, May N. Al-Muammar 2014, ‘Knowledge and attitude of Saudi health professions' students regarding patient's bill of rights’, *International Journal of Health Policy and Management*, vol.3, issue.3, pp. 117–122

Saito, Y., Kudo, Y., Shibuya, A., Satoh, T., Higashihara, M., & Aizawa, Y. 2011, ‘Building Medical Ethics Education to Improve Japanese Medical Students' Attitudes Toward Respecting Patients' Rights’, *The Tohoku journal of experimental medicine*, vol.224, issue.4, pp.307-315. <http://dx.doi.org/10.1620/tjem.224.307>

Schloendorff v Society of New York Hospitals. 105 NE 92 (NY 1914).

Scott PA, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Arndt M, Schopp A, Suhonen R, Kaljonen A., 2003, ‘Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five European countries’, *Nursing Ethics*, vol.10, issue.1, pp. 28-38

Scott, PA, Valimaki, M, Leino-Kilpi, H, Dassen, T, Gasull, M, Lemonidou, C, Arndt, M. 2003, ‘Autonomy, Privacy and information consent 1: concepts and definitions’, *British Journal of Nursing*, Vol 12, No 1, pp. 43–47.

Seetharaman Hariharan, Ramesh Jonnalagadda, ErrolWalrond, Harley Moseley, 2006, ‘Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados’, *BMC Medical Ethics*, 7:7 doi:10.1186/1472-6939-7-7, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16764719>

Senaratne, D. N. S., Veenith T, 2015, 'Age influences the predictive value of Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II and Intensive Care National Audit and Research Centre scoring models in patients admitted to Intensive Care Units after in-hospital cardiac arrest', *Indian Journal of Critical Care Medicine*, Vol. 19, Issue 3, pp. 155-158

Silva, M. C., & Ludwick, R. 1999, 'Interstate nursing practice and regulation: Ethical issues for the 21st Century'. *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 4, issue. 2. Retrieved from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume41999/No2Sep1999/InterstateNursingPracticeandRegulation.html>

Stroup DF1, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, Moher D, Becker BJ, Sipe TA, Thacker SB., 2000, 'Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group', *The Journal of the American Medical Association*, vol.283, issue.15, pp.2008-2012

Suhonen R, Välimäki M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, Scott PA, Kaljonen A, Arndt M, Leino-Kilpi H. , 2003, 'Patients' autonomy in surgical care: a comparison of nurses' perceptions in five European countries', *International Nursing Review*, vol. 50, issue.2, pp. 85-94.

Sutor J. 1993, 'Can nurses be effective advocates?', *Nursing Standard*, vol.7, issue.22, pp. 30-32

Tadd W, Clarke A, Lloyd L, Leino-Kilpi H, Strandell C, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, Zalewski Z, Bialecka A, van der Arend A, Heymans R., 2006, 'The value of nurses' codes: European nurses' views', *Nursing Ethics*, Jul; vol. 13, issue.4, pp.376-93.

Taner T1, Antony J., 2006, ‘Comparing public and private hospital care service quality in Turkey’, *International Journal of Health Care Quality Assurance incorporating, Leadership in Health Services*, vol.19, issue.2, pp.1-10

Tastan, Sevinc; Iyigun, Emine; Ayhan, Hatice; Hatipoglu, Sevgi., 2015, ‘Experiences of Turkish undergraduate nursing students in the intensive care unit’, *Collegian*. March 2015, vol. 22, issue.1, pp. 117-123, <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.12.003>

The ICN Code of Ethics for Nurses, www.icn.ch , access 23/4/2012

The promotion of patients’ rights in Cyprus. Compatibility with the European Charter of patients’ rights, access 17/04/2012

[http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/0/B53835E6B9037D2AC2257428001C2B28/\\$file/Patient's%20Right%20Booklet.pdf?OpenElement](http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/0/B53835E6B9037D2AC2257428001C2B28/$file/Patient's%20Right%20Booklet.pdf?OpenElement), access 17/04/2012

Turnock C, Kelleher M. 2001, ‘Maintaining patient dignity in intensive care settings’, *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 17, pp.144–154.

Universal Declaration of Human Rights, <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=grk>, access 23/4/2012

Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. 2005, ‘The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature’. *Journal of Clinical Nursing*, vol.14, pp. 501–509.

Williams G1, Schmollgruber S, Alberto L., 2006, ‘Consensus Forum: Worldwide

Guidelines on the Critical Care Nursing Workforce and Education Standards'. *Critical Care Clinics*, 2006, vol.22, pp 393-406.

Win Tadd, Angela Clarke, Llynos Lloyd, Helena Leino-Kilpi, Camilla Strandell, Chryssoula Lemonidou, Konstantinos Petsios, Roberta Sala, Gaia Barazzetti, Stefania Radaelli, Zbigniew Zalewski, Anna Bialecka, Arie van der Arend and Regien Heymans, 2006, 'The value of nurses' codes: European nurses' views', *Nursing Ethics*, vol.13, issue.4, pp.376-393

Woods M, 2005, 'Nursing Ethics education: Are we really delivering the good(s)?', *Nursing Ethics*, vol.12, issue.1, pp.5-18

Woogora J 2004, 'Patients' rights to privacy and dignity in the NHS', *Nursing Standard*, vol. 19, No. 18, pp 33-37

Yang S. 2008, 'A mixed methods study on the needs of Korean families in the intensive care unit', *Australian Journal of Advanced Nursing*, vol.25, pp.79-86.

Yousuf R.M., Fauzi ARM, How SH, Akter SFU, Shah A, 2009, 'Hospitalised patients' awareness of their rights: a cross-sectional survey from a tertiary care hospital on the east coast of Peninsular Malaysia', *Singapore Medicine Journal*, Vol. 50, No. 5, pp 494-499

Zeina, Hanaa A. Abou; El Nouman, Azza A.; Zayed, Moushera A.; Hifnawy, Tamer; El Shabrawy, Ekram M.; El Tahlawy, Eman, 2013, 'Patients' Rights: A Hospital Survey in South Egypt', *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, July 2013, Vol. 8, Issue 3, p. 46-52

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάμου, Ευθαλία; Γιακουμιδάκης, Κωνσταντίνος; Καδδά, Όλγα; Αργυρίου, Γεώργιος; Καπάδοχος, Θεόδωρος, 2011, 'Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 10, τεύχος 2 (Απρ. - Ιουν. 2011), pp.221-239

Βιβλιάριο Δικαιωμάτων των Ασθενών 2015, access 12/12/14

[http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/94A15074C2FBD34742257909003C916D/\\$file/Patient's%20Right%20Booklet.pdf](http://www.moh.gov.cy/MOH/MOH.nsf/0/94A15074C2FBD34742257909003C916D/$file/Patient's%20Right%20Booklet.pdf)

Βοσνιαδου, Σ., 2005, 'Εισαγωγή στην Ψυχολογία, Τόμος Β'. Αθήνα : Gutenberg (p. 42)

Γεωργιάς Δ. 1995, 'Κοινωνική Ψυχολογία', Τόμος Α, Αθήνα

Γκαράνη-Παπαδάτου Τ, 2004, 'Δίκαιο υγείας- Βιοηθική', Αθήνα

Δαγτόγλου Πρόδρομος, 2005, 'Ατομικά Δικαιώματα', Β' Έκδοση, pp.3-220.

Δένα Θεοδώρου, Δικηγόρος της Δημοκρατίας. «Τα ανθρώπινα δικαιώματα ως διαμορφωτικός παράγοντας στην άσκηση της Κρατικής εξουσίας» access 12/03/15
www.law.gov.cy/.../Τα%20Ανθρωπινα%20Δικαιωματα%20ως%20διαμορ...

Υπουργείο Υγείας Κύπρου, Διασυνοριακή Υγειονομική Περίθαλψη 2015, access 13/06/14

http://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page02_gr/page02_gr?OpenDocument

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Δημόσια Υγεία, Διασυνοριακή Περίθαλψη, 2015, access 13/05/15
http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_el.htm

Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1984, Κεφάλαιο 21, pp. 64-67

Έκκληση προς όλους να ενημερωθούν για αυτά, οι Κύπριοι ασθενείς αγνοούν τα δικαιώματά τους, Δηλώνει ο Φ. Πατσαλής <http://www.philenews.com/el-gr/koinoniaeidiseis/160/195347/oi-kyprioi-astheneis-agnooun-ta-dikaiomata-tous-dilonei-o-fpatsalis>

Ελληνική Επιτροπή Διεθνούς Αμνηστίας, 1992, «Διεθνείς Συμβάσεις για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα», Εκδόσεις Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος, Αθήνα, 1992

Έλενα Κλεάνθους 2008, Ευθανασία. *Ηθικά διλήμματα και προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σύμφωνα με τις αρχές της βιοηθικής*, <http://www.cyna.org/14th/articles/018.pdf>

Η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα εν συντομία, http://www.unric.org/html/greek/pdf/UDHR_simple_greek.pdf, access 12/10/2012, 11:41

Η Ιστορία της Ιατρικής και της Τεχνολογίας Κεφάλαιο 1 www.eng.ucy.ac.cy/cpitris/courses/ECE001/Notes/Ch01-2005.pdf, page 6

Κλινική Εντατικής Θεραπείας, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας 2015, <https://www.intensivecare.com.cy/index.php/el/ipiresies-nav-menu/ypiresies-monadaentatikis-therapeias> <https://www.intensivecare.com.cy/index.php/el/>

Κουλαουζίδης Γ. και Οικονόμου Α. 2010. *Εκπαίδευση Εκπαιδευτών ΕΚΔΔΑ: Εκπαιδευτικό Υλικό*. Αθήνα: ΕΚΔΔΑ.

Κρανιδιώτης Γ., Γεροβασίλης Β, Τασούλης Α., Νανάς Σ., 2010, 'Προτελευταία διλήμματα στη μονάδα εντατικής θεραπείας, Μη κλιμάκωση και απόσυρση της υποστηρικτικής της ζωής αγωγής', *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, vol.27, issue.1, pp.18-36

Κωνσταντινίδης Α. 2006, *Συνήγορος του Πολίτη Το ιατρικό απόρρητο*, Πρακτικά ημερίδας 29 Μαΐου 2006, σελ. 49.

Μ. Θεοδώρου, Μ. Μητροσύλη 1999, *Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Γ, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Μάνεσης Αριστόβουλος, 1982, *Ατομικές Ελευθερίες*, Δ' Έκδοση, 1982, σελ.7-104.

Μήνυμα του Υπουργού Υγείας Φίλιππου Πατσαλή με την ευκαιρία της 18ης Απριλίου: Ευρωπαϊκή Ημέρα Δικαιωμάτων των Ασθενών

<http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/A91076C2F774C861C2257E2A002845D0?OpenDocument>

Νομοθεσία 1(1)2005, Νόμος που προνοεί για την κατοχύρωση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και περί συναφών θεμάτων, Προοίμιο.

Νομοθεσία 1(1)2005, *Νόμος που προνοεί για την κατοχύρωση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και περί συναφών θεμάτων*, Προοίμιο.

Ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 – 1(I)2005 παρουσίαση Επίτροπο Νομοθεσίας την 7ην Νοεμβρίου 2005.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>

Παπαδόπουλος, Ν. Γ. 1994, *Λεξικό της Ψυχολογίας με τετραγλωσσία όρων*, Αθήνα

Πολυκανδριώτη Μ. 2010, Ανάγκες νοσηλευομένων ασθενών με στεφανιαία νόσο. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Vol.9, issue.4, pp.395-397.

Πολυκανδριώτη Μ. 2011, Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Vol.10, issue.4, pp.439-440.

Προβλήματα ασθενών στα νοσοκομεία στη ΕΠ. Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων»<http://www.kathimerini.com.cy/print.php?pageaction=kat&modid=1&artid=81284> , access 12/03/2012, 18:41

Ράικος Αθανάσιος , 1984, *Συνταγματικό Δίκαιο*, 1984, 3η Έκδοση, Τομ.Β΄, Τευχ.Α΄.

Ραφτόπουλος Β, 2008, *Ηθική και Δεοντολογία στη Νοσηλευτική*, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Ρούκουνας Ε.1995, *Διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων*. εκδόσεις Εστία, Αθήνα.

Τυπικό τού Αγίου Βενέδικτου, 2006, *Ιστορία της Ιατρικής: Η Μεσαιωνική Ιατρική*, (36ο κεφάλαιο). [12] historymed.blogspot.com/2008/08/blog-post_6981.htm 17/1/15.

Χαϊκάλη, Στυλιανή Ι., 2011, 'Ηθικό αδιέξοδο και επιπτώσεις του σε νοσηλευτές βαρέως πασχόντων ασθενών', *Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών*, <http://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/26089>, 24/04/2015,

Χρυσόγονος Κώστας, 1998, *Ατομικά & Κοινωνικά Δικαιώματα*, σελ.1-94.

Χρυσοσπάθη Σ., Παπαδάτου Τ., 2006, Ανθρώπινα δικαιώματα, υγεία και Νοσηλευτική, *Νοσηλευτική* 45 (3): 345-351

Χρυσοσπάθη Σ., Παπαθανάσογλου Ε., 2009, Η Διαχρονική Εξέλιξη της Νομοθετικής Κατοχύρωσης των Δικαιωμάτων των Ασθενών, *Νοσηλευτική* 48 (3): 284-291

Παράρτημα 0-I : Ερωτηματολόγια Νοσηλευτών, Ασθενών και Συγγενών και κοινές ερωτήσεις

NURSES	PATIENTS	RELATIVES
1. Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;	1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;	1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;
*3. Πιστεύετε ότι είναι δυνατόν να καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς της ΜΕΘ;		
*4. Η κρίσιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	*3. Η κρίσιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	*3. Η κρίσιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;
6. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;
7. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	6. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	6. Οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους ιατρούς πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;

8. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;;	7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;
9. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;
11. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;	10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας τους;	10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας των οικείων τους;
12. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;
13. Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;	12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;
14. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;	13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν κάτι που θα σας βλάψει;	13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει ποτέ να κάνουν κάτι που θα βλάψει τον ασθενή;
15. Πρέπει όλοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;	14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;	14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;

<p>16. Η αρχή που υπαγορεύει ότι ο ασθενής πρέπει να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα και χωρίς την άσκηση ψυχολογικής ή σωματικής πίεσης, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;</p>		
<p>17. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;</p>	<p>15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;</p>	<p>15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;</p>
	<p>16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;</p>	<p>16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;</p>
<p>18. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ που είναι σε καταστολή διατηρούσαν τη συνείδησή τους, είναι πιθανόν να αρνούνταν κάποιες από τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε αυτούς ;</p>		
<p>19. Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων των ασθενών;</p>		
<p>20. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;</p>	<p>17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;</p>	<p>17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;</p>
<p>21. Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;</p>	<p>18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;</p>	<p>18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;</p>
<p>22. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη, οργή);</p>	<p>19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);</p>	<p>19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);</p>

23. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;	20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ. να το αναφέρετε κάπου);	20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια (π.χ. να το αναφέρετε κάπου);
24. Η παραβίαση της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειας σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;
25. Η άνιση μεταχείριση των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ ως προς την κατανομή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και του προσωπικού σας δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα;		
26. Ιατρική οδηγία μη- ανάνηψης σας έχει προκαλέσει ποτέ αρνητικά συναισθήματα;		
*27. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας ως νοσηλεύτης ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;		*22. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενή σας στη ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;
*28. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα;		*23. Οι συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (π.χ. εάν νοσηλευόταν σε παθολογικό τμήμα θα ήσασταν αντιμέτωποι με πιο λίγα ηθικά διλήμματα) ;
29. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	22. Ως ασθενείς της ΜΕΘ έχετε δικαίωμα να αρνηθείτε μια θεραπευτική παρέμβαση;	24. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;
30. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	23. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	25. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;

31. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	24. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	26. Πιστεύετε ότι οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των οικείων τους στο βαθμό που μπορούν;
32. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	25. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	27. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;

Παράρτημα 0-Π: Κατανομή Απαντήσεων Συγγενών N=136

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;	1(0,7%)	0(0,0%)	4(3,0%)	10(7,4%)	120(88,9%)
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	3(2,2%)	3(2,2%)	9(6,7%)	32(23,7%)	88(65,2%)
*3. Η κρίσιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	54(40,0%)	23(17,0%)	29(21,5%)	9(6,7%)	20(14,8%)
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους;	1(0,7%)	2(1,5%)	8(5,9%)	28(20,7%)	96(71,1%)
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	4(3,0%)	0(0,0%)	7(5,2%)	28(20,7%)	96(71,1%)
6. Οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους ιατρούς πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	4(3,0%)	2(1,5%)	8(5,9%)	24(17,8%)	97(71,9%)
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	5(3,7%)	0(0,0%)	10(7,4%)	18(13,3%)	102(75,6%)
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	25(18,5%)	7(5,2%)	26(19,3%)	18(13,3%)	59(43,7%)
9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	15(11,1%)	12(8,9%)	16(11,9%)	15(11,1%)	77(57,0%)
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας των οικείων τους;	5(3,7%)	4(3,0%)	11(8,1%)	18(13,3%)	97(71,9%)

11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	5(3,7%)	1(0,7%)	7(5,2%)	28(20,7%)	94(69,6%)
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;	0(0,0%)	0(0,0%)	2(1,5%)	4(3,0%)	129(95,6%)
13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει ποτέ να κάνουν κάτι που θα βλάψει τον ασθενή;	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,7%)	1(0,7%)	133(98,5%)
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;	0(0,0%)	0(0,0%)	3(2,2%)	1(0,7%)	131(97,0%)
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	0(0,0%)	4(3,0%)	4(3,0%)	30(22,2%)	97(71,9%)
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	0(0,0%)	5(3,7%)	5(3,7%)	24(17,8%)	101(74,8%)
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	6(4,4%)	2(1,5%)	5(3,7%)	17(12,6%)	105(77,8%)
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	1(0,7%)	2(1,5%)	5(3,7%)	17(12,6%)	110(81,5%)
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);	1(0,7%)	7(5,2%)	17(12,6%)	32(23,7%)	78(57,8%)
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια (π.χ. να το αναφέρετε κάπου);	11(8,1%)	23(17,0%)	22(16,3%)	35(25,9%)	44(32,6%)
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	1(0,7%)	5(3,7%)	16(11,9%)	26(19,3%)	87(64,4%)
*22. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενή σας στη ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;	67(49,6%)	26(19,3%)	23(17,0%)	12(8,9%)	7(5,2%)

*23. Οι συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (π.χ. εάν νοσηλευόταν σε παθολογικό τμήμα θα ήσασταν αντιμέτωποι με πιο λίγα ηθικά διλήμματα) ;	49(36,3%)	24(17,8%)	16(11,9%)	31(23,0%)	15(11,1%)
24. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;	29(21,5%)	15(11,1%)	19(14,1%)	16(11,9%)	56(41,5%)
25. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	28(20,7%)	11(8,1%)	22(16,3%)	16(11,9%)	58(43,0%)
26. Πιστεύετε ότι οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των οικείων τους στο βαθμό που μπορούν;	17(12,6%)	11(8,1%)	20(14,8%)	17(12,6%)	70(51,9%)
27. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	1(0,7%)	5(3,7%)	6(4,4%)	21(15,6%)	102(75,6%)

Παράρτημα III: Κατανομή απαντήσεων ΑΣΘΕΝΕΙΣ (N=136)

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;	1(0,7%)	1(0,7%)	3(2,2%)	10(7,4%)	121(89,0%)

2.Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;	1(0,7%)	2(1,5%)	14(10,3%)	30(22,1%)	89(65,4%)
*3. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;	53(39,0%)	23(16,9%)	37(27,2%)	3(2,2%)	20(14,7%)
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;	0(0,0%)	4(2,9%)	7(5,1%)	29(21,3%)	96(70,6%)
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;	3(2,2%)	1(0,7%)	13(9,6%)	25(18,4%)	94(69,1%)
6. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;	3(2,2%)	4(2,9%)	8(5,9%)	27(19,9%)	94(69,1%)
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;	5(3,7%)	3(2,2%)	17(12,5%)	14(10,3%)	97(71,3%)
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;	19(14,0%)	8(5,9%)	30(22,1%)	17(12,5%)	62(45,6%)
9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;	16(11,8%)	13(9,6%)	13(9,6%)	22(16,2%)	72(52,9%)
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας τους;	1(0,7%)	6(4,4%)	11(8,1%)	18(13,2%)	100(73,5%)
11. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;	3(2,2%)	2(1,5%)	14(10,3%)	18(13,2%)	99(72,8%)
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;	0(0,0%)	0(0,0%)	2(1,5%)	7(5,1%)	127(93,4%)

13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν κάτι που θα σας βλάψει;	0(0,0%)	0(0,0%)	1(0,7%)	2(1,5%)	133(97,8%)
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;	0(0,0%)	0(0,0%)	4(2,9%)	3(2,2%)	129(94,9%)
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	1(0,7%)	2(1,5%)	8(5,9%)	22(16,2%)	103(75,7%)
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;	0(0,0%)	2(1,5%)	8(5,9%)	18(13,2%)	108(79,4%)
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;	2(1,5%)	1(0,7%)	8(5,9%)	12(8,8%)	113(83,1%)
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;	2(1,5%)	3(2,2%)	8(5,9%)	17(12,5%)	106(77,9%)
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);	3(2,2%)	10(7,4%)	21(15,4%)	28(20,6%)	74(54,4%)
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ, να το αναφέρετε κάπου);	24(17,6%)	22(16,2%)	28(20,6%)	20(14,7%)	42(30,9%)
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειάς σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;	6(4,4%)	7(5,1%)	21(15,4%)	28(20,6%)	74(54,4%)
22. Ως ασθενείς της ΜΕΘ έχετε δικαίωμα να αρνηθείτε μια θεραπευτική παρέμβαση;	25(18,4%)	10(7,4%)	14(10,3%)	21(15,4%)	66(48,5%)
23. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;	23(16,9%)	14(10,3%)	20(14,7%)	15(11,0%)	64(47,1%)
24. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;	15(11,0%)	5(3,7%)	25(18,4%)	16(11,8%)	75(55,1%)

25.Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;	2(1,5%)	0(0,0%)	9(6,6%)	17(12,5%)	108(79,4%)
---	---------	---------	---------	-----------	------------

Παράρτημα 0-III: Άδεια διεξαγωγής έρευνας από Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012.01.108
Αρ. Τηλ.: 22809038/039
Αρ. Φαξ: 22353878

13 Δεκεμβρίου 2012

Κυρία Έλενα Κλεάνθους
Αλέξανδρου Υψηλάντη 9
Κάτω Λακατάμια
2320 Λευκωσία

Αξιότιμη κυρία Κλεάνθους,


**Θέμα: «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής
θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 13 Δεκεμβρίου 2012 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, ερευνητικό πρωτόκολλο και ερωτηματολόγια), που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση


Δρ. Μιχάλης Βονιάτης
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

Κέντρο Υγείας Έγκωμης, Νίκου Κρανιδιώτη, 2411 Λευκωσία,
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: cnbc@bioethics.gov.cy Ιστοσελίδα: www.bioethics.gov.cy

Παράρτημα 0-IV: Άδεια διεξαγωγής μελέτης από Υπουργείο ΥγείαςΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣΑρ. φακ: 5.34.01.7.2Ε
Αρ. τηλ: 22605738
Email: igeorgiou@moh.gov.cy
Αρ. Πρωτ.: 0085/2013

12 Μαρτίου 2012

Κα Έλενα Κλεάνθους
Αλεξάνδρου Υψηλάντη 9,
2320 Κάτω Λακατάμια

Κυρία,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 4/3/2013 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσετε η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασίας σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.

- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,



(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: - Πρώτη Λειτουργό Υγείας

- Αν. Διευθυντή
Ιατρικών Υπηρεσιών και
Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

ΕΓ/σ

Διεύθυνση: Προδρόμου 1 και Χελωνος 17, 1448 Λευκωσία
Τηλ.: 22605300, Φαξ: 22305803, Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>

Παράρτημα 0-V: Άδεια διεξαγωγής μελέτης από Γραφείο Επιτρόπου προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.88
Αρ. Τηλ. : 22818303

14 Φεβρουαρίου 2013

Κυρία Έλενα Κλεάνθους
Αλεξάνδρου Υψηλάντη 9
2320 Λακατάμια

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής διδακτορικής έρευνας της φοιτήτριας κυρίας Έλενας Κλεάνθους στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΤΕ.ΠΑ.Κ) με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών».

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 8.2.2013, καθώς και στο ηλεκτρονικό μήνυμα σας ημερομηνίας 14.2.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι μετά από τις προσθήκες/διορθώσεις στα σημεία «Ε» και «Η», φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(I)/2012), στο εξής «ο Νόμος», και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παταχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠατ

Παράρτημα0-VI:Αίτηση για άδεια Διεξαγωγής έρευνας από Εκτελεστικό Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας

Αρχιτεκτόνου Κυπριανού 31
Ακίνητα Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λευκωσία, 15 Απριλίου 2013

Εκτελεστικό Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, Δρ. Πέτρο Μάτσα

Από: Ερευνήτρια

Έλενα Κλεάνθους

Επιβλέπων Καθηγήτρια:

Δρ. Ελισσάβετ Παπαθανάσσογλου

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με την παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕ.ΠΑ.Κ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναιέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς και των συγγενών τους ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχών διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισσάβη Παπαθανάσση, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 22001643, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy.

Με εκτίμηση,

ΕΛΕΝΑ ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ
RN, BSC(HONS), MA, PHD (CAND)
ΕΙΔΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ / ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
EMAIL: elena.kleanthous@cut.ac.cy
ΤΗΛ. 25002789, 99684930

Παράρτημα 0-VII: Αίτηση για άδεια Διεξαγωγής έρευνας από Πρώτη Νοσηλευτική Λειτουργό
Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Λεμεσού



Αρχιεπισκόπου Κυπριανού 31
Ακίνητο Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λευκωσία, 24 Απριλίου 2013

Πρώτη Νοσηλευτική Λειτουργό Μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού,

Από:

Έλενα Κλεάνθους, Υποψήφια Διδάκτωρ-Ερευνήτρια, Ειδικό Επιστημονικό Προσωπικό, ΤΕ.ΠΑ.Κ.

Δρ. Ελισσάβη Παπαθανάσογλου, Επιστημονικός Υπεύθυνος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πρόεδρος
Τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕ.ΠΑ.Κ.

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με την παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής μελέτης με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», στο πλαίσιο της διδακτορικής μου διατριβής, στο Τμήμα Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕ.ΠΑ.Κ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναινέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει και να συγκρίνει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας μονάδων εντατικής θεραπείας, ενηλίκων ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς και των συγγενών τους ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 22001643, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy.

Με εκτίμηση,

ΕΛΕΝΑ ΚΛΕΑΝΘΟΥΣ
RN, BSC(HONS), MA, PHD (CAND)
ΕΙΔΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ / ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ
EMAIL: elena.kleanthous@cut.ac.cy
ΤΗΛ. 25002789, 99684930

Παράρτημα 0-VIII: Αίτηση για άδεια Διεξαγωγής έρευνας από Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου



Αρχιτεκτόνου Κυπριανού 31
Ακίνηρα Συνεργατικού Ταμείου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3903 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λεμεσός, 10 Φεβρουαρίου 2014

Προς: Διευθυντή Γενικού Νοσοκομείου Αμμοχώστου

Από: Ερευνήτρια

Έλενα Κλεάνθους

Επιβλέπων Καθηγήτρια

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με τη παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συμβαινήσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχόν διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 25002797, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Με εκτίμηση,

Έλενα Κλεάνθους

RN, BSc (Hons), MA, PhD (cand)

Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό

Τμήμα Νοσηλευτικής / Σχολή Επιστημών Υγείας

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Email: elena.kleanthous@cut.ac.cy

Παράρτημα 0-IX: Αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας από Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο

Αρχιεπισκόπου Κυπριανού 31
Ακίνητα Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λεμεσός, 10 Φεβρουαρίου 2014

Προς Διευθυντή Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου- Πολυκλινική Υγεία

Δρ. Μπόκαρης Αθανάσιος

Υπόψη Κυρία Χριστοφίδου Άντρη

Από: Ερευνήτρια

Έλενα Κλεάνθους

Επιβλέπων Καθηγήτρια

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσoglou

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με τη παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναινέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών) μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχών διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσoglou, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 25002797, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Με εκτίμηση,

Έλενα Κλεάνθους

RN, BSc (Hons), MA, PhD (cand)

Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό

Τμήμα Νοσηλευτικής / Σχολή Επιστημών Υγείας

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Email: elena.kleanthous@cut.ac.cy

Παράρτημα

0-XI: Αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας σε Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο



Αρχιεπισκόπου Κυπριανού 31
Ακίνητα Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λεμεσός, 10 Φεβρουαρίου 2014

Δρ. Μαρίνο Σωτηρίου
Υπόψη: Κύριου Μάριου Γεωργίου

Από: Ερευνήτρια
Έλενα Κλεάνθους
Επιβλέπων Καθηγήτρια
Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσoglou

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με τη παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναινέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχών διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσoglou, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 25002797, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Με εκτίμηση,

Έλενα Κλεάνθους
RN, BSc (Hons), MA, PhD (cand)
Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό
Τμήμα Νοσηλευτικής / Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Email: elena.kleanthous@cut.ac.cy

Παράρτημα

0-XII: Αίτηση για διεξαγωγή μελέτης σε Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο



Αρχιεπισκόπου Κυπριανού 31
Ακίνητα Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λεμεσός, 10 Φεβρουαρίου 2014

Προς Διευθυντή Ιδιωτικού Νοσηλευτηρίου- Απολλώνειο

Δρ. Νίκο Σατραζάμη

Υπόψη Κυρίας Φρόσω Σωτηριάδου

Από: Ερευνήτρια

Έλενα Κλεάνθους

Επιβλέπων Καθηγήτρια

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με τη παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκρίθει από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναινέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών) μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχών διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 25002797, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Με εκτίμηση,

Έλενα Κλεάνθους

RN, BSc (Hons), MA, PhD (cand)

Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό

Τμήμα Νοσηλευτικής / Σχολή Επιστημών Υγείας

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Email: elena.kleanthous@cut.ac.cy

Παράρτημα

0-XIII: Αίτηση για διεξαγωγή άδειας από Ιδιωτικό Νοσηλευτήριο



Αρχιεπισκόπου Κυπριανού 31
Ακίνητα Συνεργατικού Ταμειτηρίου Λεμεσού
3ος όροφος, 3036 Λεμεσός
Τ.Θ. 50329, 3603 Λεμεσός
Τηλ.: 00357 25 829090, Φαξ: 00357 25 829091
e-mail: administration@cut.ac.cy
URL: www.cut.ac.cy

Λεμεσός, 10 Φεβρουαρίου 2014

Κύριο Αντωνιάδη
Υπόψη: Κυρίας Αλαγιώτου

Από: Ερευνήτρια
Έλενα Κλεάνθους
Επιβλέπων Καθηγήτρια
Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου

ΘΕΜΑ: Αίτηση για Άδεια Διεξαγωγής Έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Με τη παρούσα επιστολή, θα ήθελα να υποβάλω αίτηση για άδεια διεξαγωγής έρευνας με θέμα «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών», η οποία θα ενταχθεί μέσα στα πλαίσια της διδακτορικής μου διατριβής, στο τομέα Εντατικής του Τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας, του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Το πρωτόκολλο της προτεινόμενης έρευνας έχει αξιολογηθεί και εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΠΑΚ, από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα καθώς και την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επισυνάπτονται όλες οι σχετικές άδειες/συναινέσεις.

Η μελέτη στοχεύει να διερευνήσει τις στάσεις και γνώσεις επαγγελματιών υγείας μονάδων εντατικής θεραπείας ενηλίκων ασθενών ως προς την προστασία και τήρηση των δικαιωμάτων των ασθενών.

Για τυχών διευκρινήσεις, μπορείτε να αποστείνετε στην επιστημονική υπεύθυνη της μελέτης Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσσογλου, Τμήμα Νοσηλευτικής Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, τηλέφωνο επικοινωνίας: 25002797, και email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Με εκτίμηση,

Έλενα Κλεάνθους
RN, BSc (Hons), MA, PhD (cand)
Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό
Τμήμα Νοσηλευτικής / Σχολή Επιστημών Υγείας
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Email: elena.kleanthous@cut.ac.cy

Παράρτημα 0-XIV: Άδεια χρησιμοποίησης κλίμακας στάσεων και γνώσεων ως προς τα δικαιώματα βαρέως πασχόντων

Από: Elizabeth Papathanassoglou

Αποστολή: Κυρ 3/3/2013 8:13 μμ

Προς: Elena Kleanthous

Θέμα: FW: ερωτηματολόγιο

Αγαπητή Κυρία Έλενα Κλεάνθους,

Ευχαριστώ για το ενδιαφέρον σας για την κλίμακα αξιολόγησης στάσεων και γνώσεων ως προς τα δικαιώματα βαρέως πασχόντων που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ, την οποία έχω αναπτύξει στα πλαίσια προηγούμενης μελέτης. Δια της παρούσης βεβαιώνω ότι έχετε την άδειά να χρησιμοποιήσετε και να μετατρέψετε την κλίμακα στα πλαίσια της διδακτορικής σας διατριβής στο Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, για εκπόνηση έρευνας με τίτλο «Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών» στην οποία είμαι επιβλέπουσα.

καλή επιτυχία

Elizabeth D.E. Papathanassoglou, PhD, MSc, RN

Associate Professor, Critical Care Nursing

Head, Department of Nursing, Cyprus University of Technology

(+0357) 22001643, 99824336

Email: e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Παράρτημα 0-XV: Βιβλιάριο Δικαιωμάτων Ασθενών



ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ



Εισαγωγή

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών. Τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας, και ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και της αξιοπρεπούς μεταχείρισης στη παροχή υπηρεσιών υγείας και το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών καθώς και φροντίδας υγείας, αποτελούν βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, γι' αυτό και η Βουλή των Αντιπροσώπων ψήφισε τον "Περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμο του 2004".





Α. Δικαιώματα Ασθενών

- ⊖¹ Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε φροντίδα υγείας, όπως απαιτούν οι ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται μέσα σε εύλογο χρόνο, ανάλογα με τις ανάγκες αυτές.
- ⊖² Ο ασθενής έχει δικαίωμα καλής ποιότητας φροντίδας υγείας που τη χαρακτηρίζουν τα υψηλά τεχνικά επίπεδα και η ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και αυτού που παρέχει τη φροντίδα υγείας.
- ⊖³ Ο ασθενής έχει δικαίωμα αδιάκοπης συνέχισης της φροντίδας υγείας.
- ⊖⁴ Το συμφέρον του ασθενούς θα πρέπει να είναι ο κύριος παράγοντας επιλογής ανάμεσα σε διάφορες θεραπείες και φροντίδα.
- ⊖⁵ Ο ασθενής έχει αναφαίρετο δικαίωμα να επιλέξει και να αλλάξει το ιατρικό ίδρυμα που του παρέχει φροντίδα υγείας, και το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση να παράσχει σ' αυτόν κάθε εύλογη διευκόλυνση για την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.
- ⊖⁶ Όταν δεν υπάρχει πλέον ιατρικός λόγος για τη συνέχιση της παραμονής του ασθενούς σε ιατρικό ίδρυμα, αυτός δικαιούται πλήρη ενημέρωση, πριν να πάρει εξιτήριο ή να μεταφερθεί σε άλλο ίδρυμα.
- ⊖⁷ Όταν ο ασθενής παίρνει εξιτήριο και σε περίπτωση που η κατάστασή του το απαιτεί, του προσφέρονται κοινοτικές και κατ' οίκον υπηρεσίες, νοσημένον ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας.
- ⊖⁸ Ο ιατρός έχει υποχρέωση να λειτουργεί σύμφωνα με τους Κανονισμούς Δεοντολογίας και με βάση τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.





Β. Δικαίωμα σε αξιοπρεπή μεταχείριση κατά την παροχή φροντίδας υγείας.

⊖¹ Ο ασθενής έχει δικαίωμα αξιοπρεπούς μεταχείρισης κατά την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία του προσφέρεται με ανάλογο σεβασμό στις πολιτισμικές του αξίες.

⊖² Ο ασθενής έχει δικαίωμα κατά τη διάρκεια της φροντίδας υγείας που του παρέχεται, να απολαμβάνει υποστήριξη από την οικογένεια, συγγενείς και φίλους.

⊖³ Επίσης ο ασθενής έχει δικαίωμα συνεχούς πνευματικής στήριξης, περιλαμβανομένης της θρησκευτικής, καθώς και ψυχολογικής στήριξης και καθοδήγησης, εφόσον χρειάζεται.

⊖⁴ Ο ασθενής έχει δικαίωμα να δέχεται επισκέπτες κατά το χρόνο και σύμφωνα με τις διευθετήσεις της Διεύθυνσης του Νοσοκομείου, με βάση τις απαιτήσεις της φροντίδας υγείας του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος.

⊖⁵ Ο ασθενής έχει δικαίωμα ανακούφισης από πόνο και οδύνη, σύμφωνα με τη διαθέσιμη επιστημονική γνώση και τους εκάστοτε σε ισχύ κανονισμούς ιατρικής δεοντολογίας.

⊖⁶ Ο ασθενής έχει δικαίωμα φροντίδας υγείας και σεβασμού της αξιοπρέπειάς του μέχρι το τελικό στάδιο της ζωής του.





Γ. Δικαίωμα σε ισότιμη παροχής φροντίδας υγείας – απαγόρευση δυσμενούς διάκρισης

⊖¹ Η φροντίδα υγείας προσφέρεται σε όλους ισότιμα χωρίς δυσμενή διάκριση.

⊖² Όπου επιβάλλεται επιλογή μεταξύ ασθενών, να γίνεται χωρίς δυσμενή διάκριση, με δίκαιο τρόπο, και για να βασίζεται σε αντικειμενικά, επιστημονικά και επαγγελματικά κριτήρια.

Δ. Επείγον ιατρικό περιστατικό ή κατάσταση σοβαρού κινδύνου.
Δικαίωμα σε επείγουσα παροχή φροντίδας υγείας.
Το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση όπως:

⊖¹ Εξετάζει και περιθάλπει το συντομότερο δυνατό, κατά το μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του ή των δυνατοτήτων του κρατικού ιατρικού ιδρύματος.

⊖² Όταν ο ασθενής χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα και δεν μπορεί να του παρασχεθεί στο εν λόγω τμήμα, ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας παραπέμπει τον ασθενή σε κατάλληλο τμήμα του ιδίου ιατρικού ιδρύματος και διασφαλίζει κατά το μέγιστο δυνατό ότι ο ασθενής μεταφέρεται σε τέτοιο τμήμα. Σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο κρατικό ιατρικό ίδρυμα, λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς.





Ε. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Δικαίωμα σε επείγουσα εξέταση/παραπομπή σε αρμόδιο παροχέα:

Θ¹ Κάθε ασθενής που απευθύνεται ή μεταφέρεται σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Κρατικού Νοσοκομείου έχει δικαίωμα να τύχει ιατρικής εξέτασης από αρμόδιο παροχέα υπηρεσιών υγείας, μέσα σε εύλογο χρόνο.

Θ² Σε περίπτωση που ασθενής, μετά από διάγνωση, χρειάζεται επείγουσα φροντίδα, είναι υποχρέωση του παροχέα να παράσχει τη φροντίδα αυτή. Σε περίπτωση που χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα η οποία δεν μπορεί να του παρασχεθεί στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, τότε ο παροχέας φροντίζει να παραπέμψει τον ασθενή σε κατάλληλο τμήμα του ίδιου ιατρικού ιδρύματος ή άλλου κρατικού ιατρικού ιδρύματος και να διασφαλίζει, κατά το μέγιστο δυνατό, ότι ο ασθενής μεταφέρεται σε τέτοιο τμήμα. Σε περίπτωση παραπομπής σε άλλο κρατικό ιατρικό ίδρυμα, λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς.

ΣΤ. Δικαίωμα σε πληροφόρηση

Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα σε πληροφόρηση για τα δικαιώματα του ασθενούς για υπηρεσίες υγείας και τους τρόπους καλύτερης αξιοποίησής τους.

Θ¹ Ο ασθενής έχει δικαίωμα ολοκληρωμένης ιατρικής





πληροφόρησης.

⊖² Μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις δυνατόν να μην αποκαλύπτονται στον ίδιο τον ασθενή πληροφορίες, όταν υπάρχει βέβαιος λόγος να πιστεύεται ότι δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στην πνευματική ή φυσική του υγεία.

⊖³ Ο ασθενής έχει δικαίωμα να επιλέγει το πρόσωπο το οποίο θα ενημερώνεται εκ μέρους του.

⊖⁴ Οι πληροφορίες να δίνονται με τρόπο κατανοητό, με όσο το δυνατό λιγότερη τεχνική ορολογία.

⊖⁵ Ο ασθενής έχει δικαίωμα, εάν το επιθυμεί, να λαμβάνει και δεύτερη ιατρική γνωμάτευση, οπότε δικαιούται να εφοδιάζεται με αντίγραφο του ιατρικού αρχείου του, περιλαμβανομένης και ιατρικής έκθεσης, τηρουμένων των διαδικασιών.

⊖⁶ Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ενημερώνεται για την ταυτότητα και επαγγελματική θέση όσων του παρέχουν φροντίδα υγείας, καθώς και για τους κανονισμούς που αφορούν τους όρους και τις διαδικασίες παραμονής και παροχής φροντίδας υγείας στο Νοσοκομείο.

⊖⁷ Ο ασθενής, κατά την απόλυσή του από το ιατρικό ίδρυμα, έχει δικαίωμα να ζητά και να λαμβάνει γραπτή έκθεση για τη διάγνωση, τη θεραπευτική αγωγή και την κατάσταση της υγείας του.

⊖⁸ Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητά και να λαμβάνει εύλογο υπολογισμό της αναλυτικής κατάστασης των οικονομικών επιβαρύνσεων.





Ζ. Φροντίδα υγείας με τη συγκατάθεση του ασθενούς

⊖¹ Προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υγείας είναι η συγκατάθεση του ασθενούς, μετά από ολοκληρωμένη ιατρική πληροφόρηση, σε κατάλληλο χρόνο και κατά τρόπο κατανοητό, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται τις πληροφορίες που του παρέχονται και να αποφασίζει ελεύθερα και ανεπηρέαστα.

⊖² Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου η πληροφορία δύναται να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στη πνευματική ή φυσική υγεία του ασθενούς, δυνατόν να μην παρασχεθούν ορισμένες πληροφορίες στον ασθενή αλλά στον/στην σύζυγο, πατέρα, μητέρα ή τους κατιόντες αυτού.

⊖³ Σε περίπτωση καινοτόμου θεραπείας, ο ασθενής ενημερώνεται κατάλληλα και διασφαλίζεται η γραπτή συγκατάθεσή του.

⊖⁴ Η συγκατάθεση του ασθενούς απαιτείται για τη συμμετοχή του σε οποιαδήποτε κλινική διδασκαλία ή έρευνα.

Η. Φροντίδα υγείας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς

⊖¹ Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση, λόγω της πνευματικής ή φυσικής του κατάστασης να εκφράσει τη βούλησή του και είναι απαραίτητη η άμεση παροχή φροντίδας υγείας, η συγκατάθεση του θεωρείται δεδομένη, εκτός εάν είναι πρόδηλο από προηγουμένως εκφρασθείσες επιθυμίες ότι θα αρνείτο.





⊖² Σε περίπτωση κατά την οποία, λόγω της κατάστασης του ασθενούς, έχει διοριστεί ή θα έπρεπε να διοριστεί κατά νόμο πρόσωπο, του οποίου η συγκατάθεση είναι αναγκαία αλλά δεν μπορεί να εξασφαλιστεί έγκαιρα, και η παροχή φροντίδας υγείας επείγει, εκτός εάν είναι πρόδηλο ότι υπό τις συνθήκες το εν λόγω πρόσωπο θα αρνείτο.

⊖³ Όταν ανήλικος δεν έχει την ικανότητα να συγκατατεθεί σε λήψη φροντίδας υγείας, η φροντίδα υγείας παρέχεται μόνο με την εξουσιοδότηση του γονέα ή άλλου προσώπου. Η γνώμη του ανήλικου λαμβάνεται υπόψη ως αποφασιστικός παράγοντας, του οποίου η σημασία αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητας.

⊖⁴ Εάν το πρόσωπο που κατά το νόμο διορίστηκε, ή σε περίπτωση ανηλίκου ο γονέας, αρνείται να δώσει τη συγκατάθεσή του και ο παροχέας κρίνει ότι είναι προς το συμφέρον του ασθενούς, εάν παρέχεται χρόνος, το ζήτημα παραπέμπεται για απόφαση σε δικαστήριο ή σε άλλο όργανο, όπως ο νόμος ορίζει. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού, ο παροχέας υπηρεσιών υγείας ενεργεί κατά την κρίση του, σύμφωνα με το καλώς νοούμενο συμφέρον του ασθενούς.

Ⓜ. Συμμετοχή ασθενούς σε επιστημονική έρευνα ή πειραματική θεραπεία

Η συμμετοχή του ασθενούς σε επιστημονική έρευνα ή πειραματική θεραπεία επιτρέπεται μόνο, όταν:

⊖⁸ Δεν υπάρχει εναλλακτική λύση συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας.





- ⊖^b Οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο ασθενής δεν είναι δυνασάλογοι με τα πιθανά οφέλη της έρευνας.
- ⊖^c Ο ασθενής έχει πληροφορηθεί για τα δικαιώματά του.
- ⊖^d Ο ασθενής δίνει γραπτή συγκεκριμένη συγκατάθεση κατόπιν ολοκληρωμένης πληροφόρησης.

II. Εμπιστευτικότητα

- ⊖¹ Όλες οι πληροφορίες που αφορούν την ιατρική κατάσταση του ασθενούς, τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία, καθώς και άλλη πληροφορία προσωπικού χαρακτήρα, τηρούνται εμπιστευτικά ακόμα και μετά το θάνατο του και δεν αποκαλύπτονται σε οποιοδήποτε πρόσωπο ή αρχή.
- ⊖² Ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας ή οποιοσδήποτε εργαζόμενος σε ιατρικό ίδρυμα δεν αποκαλύπτει οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά ασθενή.
- ⊖³ Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος υποχρεούται να προβαίνει στις κατάλληλες διευθετήσεις για να διασφαλιστεί η μη αποκάλυψη πληροφοριών.
- ⊖⁴ Το ιατρικό ίδρυμα μπορεί να αποκαλύπτει σε τρίτο πρόσωπο ιατρικές πληροφορίες μόνο, όταν:





- ⊖^a ο ασθενής δώσει τη γραπτή συγκατάθεσή του.
- ⊖^b η αποκάλυψη γίνεται για σκοπούς θεραπείας του ασθενούς από άλλο αρμόδιο παροχέα υπηρεσιών υγείας.
- ⊖^c η αποκάλυψη γίνεται για σκοπούς δημοσίευσής τους σε ιατρικά περιοδικά ή για σκοπούς έρευνας ή διδασκαλίας, νοούμενου ότι οι πληροφορίες αυτές δεν μπορούν να προσδιορίσουν την ταυτότητα του ασθενούς.
- ⊖^d εάν υπάρχει νομική υποχρέωση.
- ⊖^e η απόκρυψη πληροφοριών δυνατόν να συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα άλλων ατόμων ή να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνία σαν σύνολο. Νοείται ότι λαμβάνονται όλα τα μέτρα για τη διαφύλαξη της ταυτότητας του ασθενούς.
- ⊖^f η εμπιστευτικότητα δεσμεύει οποιοδήποτε πρόσωπο που λαμβάνει οποιαδήποτε σχετική πληροφορία.

Κ. Προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς

- ⊖¹ Δεν επιτρέπεται παρείσδυση στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, χωρίς τη συγκατάθεση του ίδιου, εκτός αν τούτο κρίνεται αναγκαίο για διάγνωση, θεραπεία ή φροντίδα του.





- ⊖² Φροντίδα υγείας παρέχεται μόνο με την επίδειξη ανάλογου σεβασμού προς την προσωπική ζωή του ασθενούς και γίνεται μόνον στην παρουσία όσων είναι απαραίτητοι για τη φροντίδα υγείας.
- ⊖³ Ο ασθενής έχει δικαίωμα διευκολύνσεων για διασφάλιση της προστασίας της ιδιωτικής του ζωής.

Λ. Τήρηση ιατρικών αρχείων

- ⊖¹ Ο παροχέας υπηρεσιών υγείας οφείλει να τηρεί ολοκληρωμένα ιατρικά αρχεία τα οποία θα περιλαμβάνουν τη ταυτότητα του ασθενή και του παροχέα υγείας καθώς και ιατρική πληροφόρηση αναφορικά με τη θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό του, τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή που του παρέχεται.

Μ. Δικαιώματα ασθενών αναφορικά με τα ιατρικά αρχεία

- ⊖¹ Ο ασθενής έχει δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σε σχέση με πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο και περιλαμβάνονται στα ιατρικά αρχεία και όπου εφαρμόζεται η Νομοθεσία για προστασία προσωπικών δεδομένων.
- ⊖² Ο ασθενής έχει δικαίωμα να λαμβάνει άμεσα ή έμμεσα διά του





νόμιμου αντιπροσώπου του πληροφορίες, ή αντίγραφο, ή απόσπασμα αυτών. Στο δικαίωμα αυτό περιλαμβάνεται και η διόρθωση των πληροφοριών, η διαγραφή και το κλείδωμα των αρχείων λόγω ανακρίβειας ή ελλείψεων.

⊖³ Το δικαίωμα πρόσβασης μπορεί να περιοριστεί, αν:

⊖^a Η πληροφόρηση δυνατόν να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενούς, οπότε οι πληροφορίες δίνονται σε σύζυγο/πατέρα/μητέρα/κατιόντες αυτού.

⊖^b Είναι αδύνατο να αποκλειστεί η πρόσβαση χωρίς αποκάλυψη πληροφοριών για τρίτους.

⊖^c Προκειμένου περί γενετικών πληροφοριών, δυνατόν να προκληθεί σοβαρή βλάβη στην υγεία συγγενών αυτού.

N. Μηχανισμός Ελέγχου

Λειτουργός Δικαιωμάτων των ασθενών

⊖¹ Κάθε Κρατικό Νοσοκομείο οφείλει να έχει Λειτουργό των δικαιωμάτων των ασθενών ο οποίος:

⊖^a Θα παρέχει συμβουλές και βοήθεια σε ασθενείς.

⊖^b Θα χειρίζεται παράπονα που χρήζουν άμεσου χειρισμού, διαφορετικά θα τα παραπέμπει στην Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων.

⊖^c Θα καθοδηγεί και θα ενημερώνει το ιατρικό, παραϊατρικό, νοση





λευτικό και διοικητικό προσωπικό για τις διατάξεις της σχετικής Νομοθεσίας.

⊖² Υποχρεώσεις Λειτουργού Δικαιωμάτων Ασθενών

⊖^a Θα πρέπει να ασκεί τα καθήκοντα του με αμεροληψία.

⊖^b Να προωθεί την καλύτερη δυνατή λύση με γνώμονα πάντοτε τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων του ασθενούς.

⊖³ Το κρατικό νοσοκομείο υποχρεούται σε συμμόρφωση.

Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων (5 μέλη), μια σε κάθε επαρχία.

(α) Σε σχέση με κρατικά ιατρικά ιδρύματα.

⊖ⁱ Εξέταση, σε πρώτο βαθμό, παραπόνων που παραπέμπονται από το Λειτουργό Δικαιωμάτων Ασθενών από ένα μέλος.

⊖ⁱⁱ Εξέταση, σε δεύτερο βαθμό, παραπόνων ασθενών, οι οποίοι δεν έχουν ικανοποιηθεί από την απόφαση του Λειτουργού Δικαιωμάτων των Ασθενών.

(β) Σε σχέση με τα ιδιωτικά ιατρικά ιδρύματα.

⊖ⁱ Εξέταση παραπόνων σε πρώτο βαθμό από ένα μέλος.

⊖ⁱⁱ Εξέταση παραπόνων σε δεύτερο βαθμό.





Η επιτροπή έχει υποχρέωση να εξετάζει παράπονα ασθενών χωρίς καθυστέρηση, και

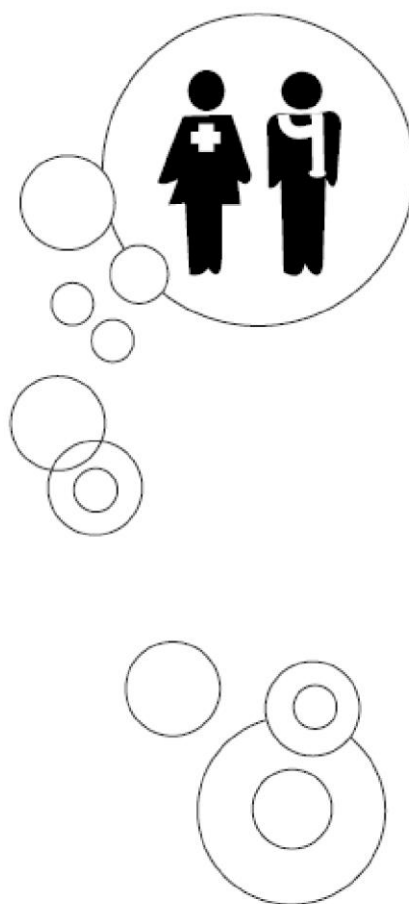
⊖ⁱ Εξέταση σε πρώτο βαθμό. Εντός 48 ωρών από την υποβολή του παραπόνου.

⊖ⁱⁱ Όταν πρόκειται για παράπονο που παραλέμπεται στο Λειτουργικό Δικαιωμάτων των Ασθενών, μέσα σε 15 μέρες.

⊖ⁱⁱⁱ Εξέταση σε δεύτερο βαθμό. Εντός ενός μηνός.

Ο ασθενής έχει δικαίωμα να πληροφορείται το αιτιολογημένο αποτέλεσμα της εξέτασης του παραπόνου αμέσως μετά την έκδοσή του. Το ιατρικό ίδρυμα έχει υποχρέωση να λάβει σοβαρά υπόψη την απόφαση και υπάρχει εμπιστευτικότητα των πρακτικών των συνεδριών και όλου του σχετικού υλικού της Επιτροπής.





Παράρτημα 0-XVI: Εθνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας

**ΕΘΝΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α	6
Βασικές έννοιες και ορισμοί	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β	9
Άρθρο 1: Διασφάλιση της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας	9
Άρθρο 2: Η σχέση του Νοσηλευτή με τα άτομα	9
Άρθρο 3: Η σχέση του Νοσηλευτή με το επάγγελμα	12
Άρθρο 4: Η σχέση του Νοσηλευτή με τους συνεργάτες του	14
Άρθρο 5: Τήρηση Νοσηλευτικών δεδομένων	15

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Δεοντολογία αποτελεί το επιστέγασμα της εφαρμοσμένης επαγγελματικής ηθικής. Ως δέον ορίζεται το πρόπον, το ορθό και το αναγκαίο. Η Δεοντολογία ορίζει τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν την άσκηση κάποιου επαγγέλματος. Ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας περιλαμβάνει Νοσηλευτικούς, νομικούς, κοινωνικούς κανόνες και άλλες οντότητες οι οποίες σχετίζονται με τη συμπεριφορά του Νοσηλευτή κατά την άσκηση του επαγγέλματός του. Ο Εθνικός Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στοχεύει:

- ✦ Στη διαφύλαξη της ασφάλειας και στην προστασία των ατόμων και της κοινωνίας γενικότερα, που είναι αποδέκτες της φροντίδας εκτός των άλλων και των Νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας (προαγωγή υγείας, πρόληψη, φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση).
- ✦ Στην προστασία του Νοσηλευτικού επαγγέλματος ρυθμίζοντας τις σχέσεις τόσο των Νοσηλευτών μεταξύ τους, όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.

5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Βασικές έννοιες και ορισμοί

Ασθενής/πάσχων είναι το άτομο το οποίο βιώνει μια διαταραχή σε οργανικό, κοινωνικό, ψυχικό, συναισθηματικό, πνευματικό επίπεδο και χρήζει ή αναζητά φροντίδα.

Άτομο αποτελεί το επίκεντρο της Νοσηλευτικής και ένα από τα τέσσερα βασικά στοιχεία των Νοσηλευτικών μοντέλων και θεωριών (άτομο, υγεία, περιβάλλον, Νοσηλευτική).

Κοινότητα είναι ο γεωγραφικός, ο κοινωνικός, ο πολιτισμικός σχηματισμός προς τον οποίο η υποχρέωση του Νοσηλευτή είναι η προαγωγή της ευεξίας, της υγείας, η πρόληψη της νόσου και η στήριξη των μελών της.

Νοσηλευτής είναι το πρόσωπο που έχει ολοκληρώσει πιστοποιημένο από ακαδημαϊκό φορέα βασικό πρόγραμμα σπουδών στη Νοσηλευτική επιστήμη και είναι εγγεγραμμένος στο Μητρώο Νοσηλευτών με βάση τον περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμο της Κυπριακής Δημοκρατίας (Νόμος 214/1988 με όλες τις μεταγενέστερες τροποποιήσεις του περιλαμβανομένων των εναρμονιστικών προνοιών αρ. 154/1 του 2003).

Νοσηλευτική είναι η επιστήμη που ενσωματώνει την αυτοδύναμη και διεπιστημονική φροντίδα των ατόμων κάθε ηλικίας, των οικογενειών τους, των ομάδων και των διαφόρων κοινοτήτων, των ασθενών ή υγιών ατόμων σε όλες τις δομές. Η Νοσηλευτική περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη φροντίδα των ασθενών, των ατόμων με ανικανότητες και αυτών που πεθαίνουν. Η συνηγορία, η προώθηση της ιδέας ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση της πολιτικής στην υγεία, η οργάνωση και διοίκηση των συστημάτων υγείας και η εκπαίδευση παίζουν επίσης βασικούς Νοσηλευτικούς ρόλους.

Νοσηλευτικές Αξίες είναι το σύνολο των δεσμεύσεων/δηλώσεων που προσδιορίζουν το Νοσηλευτικό επάγγελμα και οριοθετούν το πλαίσιο αναφοράς του. Οι Νοσηλευτικές αξίες είναι:

- ◆ η προαγωγή της υγείας και της ευεξίας του ατόμου,
- ◆ η παροχή ισότιμης, ασφαλούς, επικαιροποιημένης, τεκμηριωμένης, δίκαιης και χωρίς διακρίσεις φροντίδας,
- ◆ ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, του Νοσηλευτικού απορρήτου και των εμπιστευτικών πληροφοριών,

- ✦ η διασφάλιση της ενεργού συμμετοχής των ατόμων στη φροντίδα τους και της συγκατάθεσής τους μετά από ενημέρωση,
- ✦ η προστασία και η προαγωγή της αυτονομίας του Νοσηλευτικού επαγγέλματος,
- ✦ η διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ατόμων σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας και η συνηγορία,
- ✦ η δημιουργία και η διατήρηση θεραπευτικού περιβάλλοντος,
- ✦ η λήψη δεοντολογικών αποφάσεων, και
- ✦ η στήριξη και διάχυση της Νοσηλευτικής έρευνας.

Νοσηλευτική Διάγνωση ορίζεται μια κλινική κρίση ή διαπίστωση από Νοσηλευτές για την ανταπόκριση του ατόμου, της οικογένειας ή της κοινότητας σε υπαρκτά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Η Νοσηλευτική διάγνωση αποτελεί τη βάση για την επιλογή εκείνων των Νοσηλευτικών παρεμβάσεων που διασφαλίζουν το επιθυμητό αποτέλεσμα, σύμφωνα με το οποίο θα αξιολογηθεί η παρεχόμενη φροντίδα.

Νοσηλευτική Δεοντολογία αποτελεί το εννοιολογικό πλαίσιο για τη διαμόρφωση συγκεκριμένων συμπεριφορών αλλά και στάσεων απέναντι σε καθημερινά ζητήματα που άπτονται της φροντίδας. Αναφέρεται στις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα του ανθρώπου καθώς και τα πρότυπα πάνω στα οποία βασίζεται η λήψη απόφασης. Οι θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής Δεοντολογίας είναι:

- ✦ η αυτονομία του ατόμου,
- ✦ η μη πρόκληση βλάβης,
- ✦ ο ωφελιμισμός: οι Νοσηλευτές παρέχουν ολιστική φροντίδα η οποία στοχεύει στην ικανοποίηση των βιολογικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών των ατόμων,
- ✦ η δικαιοσύνη: οι Νοσηλευτές αναγνωρίζουν και σέβονται τη διαφορετικότητα των ατόμων (σε επίπεδο γλώσσας, φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, κοινωνικής κατάστασης, εθνικότητας, διαφυλικού προσανατολισμού) και παρέχουν ισότιμη φροντίδα χωρίς διακρίσεις,
- ✦ η πίστη/αφοσίωση: η παροχή όσων ο Νοσηλευτής έχει δεσμευτεί και οφείλει,
- ✦ η προστασία και εμπιστευτικότητα προσωπικών και ευαίσθητων δεδομένων όπως περιγράφονται στον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα νόμο,
- ✦ η ειλικρίνεια και ακριβολογία: ο Νοσηλευτής αποκαλύπτει την αλήθεια στο άτομο λαμβάνοντας υπόψη το γνωστικό επίπεδο και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου,



- ♦ η υπευθυνότητα, και
- ♦ η συγκατάθεση μετά από ενημέρωση: ο ασθενής αποτελεί μια αυτόνομη οντότητα και θα πρέπει να ζητείται η συγκατάθεσή του όπου αυτό είναι εφικτό για οποιαδήποτε πράξη μετά από την αποτελεσματική ενημέρωσή του.

Νοσηλευτικές Πράξεις ορίζονται το σύνολο των Νοσηλευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην πρόληψη, στη Νοσηλευτική διάγνωση, στη φροντίδα, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση της ευεξίας του ανθρώπου καθώς και στην έρευνα. Οι Νοσηλευτικές πράξεις αναφέρονται σε παρεμβάσεις σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Νοσηλευτικός Φάκελος ορίζεται το σύνολο των Νοσηλευτικών δεδομένων που καταχωρούνται με οργανωμένο τρόπο, σε οποιαδήποτε μορφή (έντυπη ή ψηφιακή).

Οικογένεια είναι οποιοσδήποτε κοινωνικός σχηματισμός με τον οποίο ο Νοσηλευτής συνεργάζεται για να προάγει την ευεξία, την υγεία, προλαμβάνει τη νόσο και στηρίζει τα μέλη της.

Συνεργάτες είναι επαγγελματίες ή μη επαγγελματίες φροντίδας υγείας, που εμπλέκονται στη διαδικασία και τους χώρους παροχής υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής, φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης.

Σχέδιο Νοσηλευτικής Φροντίδας ορίζεται ως ένα οργανωμένο και ολοκληρωμένο γραπτό σχέδιο που περιλαμβάνει το σύνολο των εξατομικευμένων Νοσηλευτικών διαγνώσεων και Νοσηλευτικών πράξεων που αφορούν στα άτομα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Άρθρο 1: Διασφάλιση της ποιότητας της Νοσηλευτικής φροντίδας

- ✦ Ο Νοσηλευτής παρέχει τις υπηρεσίες του με τρόπο που να συμβάλλει στην εκτίμηση, τη διασφάλιση και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας εφαρμόζοντας τα εθνικά πρότυπα ποιότητας.
- ✦ Ο Νοσηλευτής συμμετέχει σε Επιτροπές Διασφάλισης Ποιότητας της Φροντίδας Υγείας, Κλινικής Διακυβέρνησης, Κλινικού Ελέγχου, Έρευνας και προΐσταται των Γραφείων Ποιότητας κατόπιν κατάλληλης εκπαίδευσης ή κατάρτισης.
- ✦ Ο Νοσηλευτής λαμβάνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την ασφάλεια των ασθενών, τη δική του και των υπολοίπων επαγγελματιών φροντίδας υγείας.

Άρθρο 2: Η σχέση του Νοσηλευτή με τα άτομα

Η πρωταρχική επαγγελματική ευθύνη του Νοσηλευτή είναι η παροχή υπηρεσιών φροντίδας στα άτομα. Κατά την άσκηση του έργου του ο Νοσηλευτής προάγει ένα περιβάλλον φροντίδας που σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα, τις αξίες, τις συνήθειες και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου, της οικογένειάς του καθώς και της κοινότητας στην οποία ανήκει.

- ✦ Ο Νοσηλευτής παρέχει φροντίδα με γνώμονα τα συμφέροντα του ατόμου όσον αφορά στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση της υγείας του.
- ✦ Ο Νοσηλευτής παρέχει ποιότητα φροντίδας χρησιμοποιώντας τις επιστημονικές και επαγγελματικές του γνώσεις, δεξιότητες και εμπειρίες.
- ✦ Ο Νοσηλευτής φροντίζει τον ασθενή με αξιοπρέπεια και με ανάλογο σεβασμό προς τις πολιτισμικές του αξίες.
- ✦ Ο Νοσηλευτής παρέχει ισότιμη φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση προς όλα τα άτομα ανεξάρτητα από τις δικές του πεποιθήσεις.

1. Συγκατάθεση

- ⇒ Ο Νοσηλευτής διασφαλίζει την ελεύθερη και συνειδητή συγκατάθεση του ατόμου ή των νόμιμων, κατά περίπτωση, εκπροσώπων του, πριν και κατά την παροχή της Νοσηλευτικής φροντίδας, της αγωγής υγείας ή της διεξαγωγής έρευνας.



- ⇒ Ο Νοσηλευτής προάγει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στη λήψη αποφάσεων που αφορούν στη φροντίδα του.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής ενημερώνει τα άτομα για τις Νοσηλευτικές έρευνες που διεξάγονται σε χώρους παροχής Νοσηλευτικών υπηρεσιών. Σε περίπτωση συμμετοχής του ατόμου, είναι απαραίτητη η συγκατάθεσή του διασφαλίζοντας τα ακόλουθα:
 - ✓ Την ενημέρωσή του για τους σκοπούς της έρευνας.
 - ✓ Την τήρηση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών ερευνητικών δεδομένων που αφορούν στον ίδιο.
 - ✓ Τη διαβεβαίωση του ατόμου ότι δύναται να αρνηθεί συμμετοχή, χωρίς οποιαδήποτε επίπτωση στη φροντίδα του.
 - ✓ Τη διαβεβαίωση του ατόμου ότι έχει εξασφαλιστεί άδεια για τη διεξαγωγή της έρευνας από τους αρμόδιους φορείς.
 - ✓ Την προστασία του ατόμου από οποιαδήποτε σωματική, συναισθηματική, ψυχική ή άλλη βλάβη.

2. Η ενδυνάμωση του ατόμου μέσα από την ενημέρωση για θέματα υγείας

- ⇒ Ο Νοσηλευτής εγγυάται την παροχή της απαραίτητης και επαρκούς ενημέρωσης του ατόμου σχετικά με τη φροντίδα του στη βάση της συγκατάθεσής του μετά από πληροφόρηση. Ενημερώνει το άτομο για τη φροντίδα που πρόκειται να του παρασχεθεί με τρόπο απλό και κατανοητό, στη γλώσσα που κατανοεί, λαμβάνοντας υπόψη οποιοσδήποτε ιδιαιτερότητες.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής συνδράμει για την ορθή ενημέρωση του ατόμου αναφορικά με την πρόγνωση, διάγνωση και θεραπεία πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής πράξης, ώστε το άτομο να προβαίνει σε ελεύθερες επιλογές όπου αυτό είναι εφικτό.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής συμμετέχει ως εκπαιδευτής σε προγράμματα για την πρόληψη της ασθένειας, τον περιορισμό της εξέλιξης και των επιπτώσεών της. Ενημερώνει τις οικογένειες και άλλες ομάδες για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

3. Το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων

- ⇒ Ο Νοσηλευτής προστατεύει το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων των ατόμων και των εμπιστευτικών πληροφοριών. Σε περιπτώσεις που κρίνει ο ίδιος ή προβλέπει η κείμενη νομοθεσία, ασκεί συνηγορία.

- ⇒ Ο Νοσηλευτής σέβεται το δικαίωμα του κάθε ατόμου να διαφυλάττονται τα προσωπικά του δεδομένα κατά έκκληση, με σκοπό τη διασφάλιση της ιδιωτικότητάς του ακόμη και μετά το θάνατο.

4. Ευάλωτες/ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού

- ⇒ Ο Νοσηλευτής επιλαμβάνεται της διασφάλισης της υγείας της κοινότητας, της κάλυψης των αναγκών της, με ιδιαίτερη μέριμνα για τα άτομα που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής συμβάλλει στη βελτίωση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, και των συνθηκών διαβίωσης στην κοινότητα, με βάση τις αρχές και δεξιότητες της Νοσηλευτικής και της δημόσιας υγείας.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητές του για την αντιμετώπιση των ατομικών αναγκών υγείας, των οικογενειών και άλλων ομάδων όπου και αν προκύψουν (στο σπίτι, σχολείο, χώρο εργασίας).
- ⇒ Ο Νοσηλευτής ενημερώνεται σχετικά με τις διαφορετικές πολιτισμικές ανάγκες των ατόμων προκειμένου να συμβάλουν αποτελεσματικά στη νοσηλεία και πρόληψη μετάδοσης ασθενειών.

Στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού συγκαταλέγονται και **τα παιδιά, οι έφηβοι, οι ηλικιωμένοι, οι ψυχικά πάσχοντες, τα άτομα με ειδικές ικανότητες, τα άτομα με διαφορετική πολιτισμική προέλευση.**

11

5. Προστασία του φυσικού περιβάλλοντος

- ⇒ Ο Νοσηλευτής συμμετέχει στην προσπάθεια προστασίας του φυσικού περιβάλλοντος από τη μόλυνση και την οικολογική καταστροφή.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής ευαισθητοποιείται όσον αφορά στην απόρριψη ρυπογόνων αποβλήτων, καθώς αυτά επιβαρύνουν σημαντικά το περιβάλλον και την υγεία των πολιτών σε τοπικό και διεθνές επίπεδο. Ο Νοσηλευτής υιοθετεί τα μέτρα που προνοεί η υπηρεσία του αναφορικά με την απόρριψη ρυπογόνων και άλλων επικίνδυνων αποβλήτων.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής συμμετέχει ενεργά στην ευαισθητοποίηση του συστήματος υγείας σε ό,τι αφορά στην ανακύκλωση υλικών.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής επιμορφώνεται, διοργανώνει και συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα που αφορούν στην εξοικονόμηση ενέργειας και στην οικονομία στη διαχείριση υλικών. Επίσης ευαισθητοποιείται για τις κλιματικές αλλαγές και

τις επιπτώσεις που αυτές επιφέρουν στον πλανήτη και συμβάλλει με κάθε τρόπο στη μείωση εκπομπών αερίων τα οποία ευθύνονται για την υπερθέρμανση του πλανήτη.

- ⇒ Ο Νοσηλευτής ενημερώνεται για προγράμματα περιβαλλοντικής υγείας και συμβάλλει στην πρόληψη ασθενειών που σχετίζονται με έκθεση σε παθογόνους περιβαλλοντικούς και άλλους παράγοντες.
- ⇒ Ο Νοσηλευτής προσφέρει τις υπηρεσίες του σε αυτούς που τις χρειάζονται σε καταστάσεις κρίσεων (σε εμπόλεμες καταστάσεις, θεομηνίες, σεισμούς και άλλες καταστροφές οι οποίες ενδεχομένως να επιφέρουν μεταδοτικές ασθένειες).

6. Προστασία του περιβάλλοντος φροντίδας

- ⇒ Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ορθά τον τεχνολογικό και άλλο εξοπλισμό προς αποφυγή ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη χρήση του. Επίσης μεριμνά για την ασφάλεια των ατόμων κατά τη φροντίδα, εφαρμόζοντας τα κατάλληλα μέτρα και στη βάση των προνοιών που απορρέουν από ισχύουσες νομοθεσίες.

Άρθρο 3: Η σχέση του Νοσηλευτή με το επάγγελμα

- ✦ Ο Νοσηλευτής αναλαμβάνει τον κύριο ρόλο στον καθορισμό και την εφαρμογή αποδεκτών προτύπων της κλινικής Νοσηλευτικής πρακτικής, της διοίκησης, της έρευνας και της εκπαίδευσης.
- ✦ Ο Νοσηλευτής δραστηριοποιείται στην ανάπτυξη ενός πυρήνα διακριτής επαγγελματικής γνώσης βασισμένης στην έρευνα.
- ✦ Ο Νοσηλευτής διασφαλίζει τις συνθήκες διεξαγωγής, διάχυσης και αξιοποίησης των ερευνητικών πορισμάτων που αφορούν τη Νοσηλευτική και την προαγωγή της υγείας.
- ✦ Ο Νοσηλευτής, ενεργεί μέσω επαγγελματικών οργανισμών, συμμετέχει στη δημιουργία και διατήρηση ασφαλών, δίκαιων κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών εργασίας στη Νοσηλευτική.
- ✦ Προάγει με τη συμμετοχή του στους επαγγελματικούς συνδέσμους και σε άλλους οργανωμένους φορείς, τη δημιουργία ευνοϊκών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών για τους Νοσηλευτές.
- ✦ Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τις πράξεις και τις παραλήψεις του καθώς και για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξή του. Σε περίπτωση που πρόκειται να εξουσιοδοτήσει ένα άτομο να προβεί σε Νοσηλευτική πράξη είναι υπόλογος για την επιλογή του.

- ✦ Ο Νοσηλευτής χρησιμοποιεί την τεχνολογία και τα επιστημονικά επιτεύγματα με τρόπο ώστε να εγγυάται την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων.
- ✦ Ο Νοσηλευτής προάγει και διαφυλάσσει την αυτονομία του Νοσηλευτικού επαγγέλματος σε όλα τα επίπεδα και τους χώρους παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια) είτε εργάζεται στο δημόσιο, ή ιδιωτικό φορέα, είτε ασκεί το επάγγελμα ως αυτοεργοδοτούμενος.
- ✦ Ο Νοσηλευτής παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικής και διασφαλίζει ότι τα άτομα λαμβάνουν επαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους, την πρόληψη, τη φροντίδα, τη θεραπεία και την αποκατάσταση.
- ✦ Ο Νοσηλευτής αναπτύσσει και εφαρμόζει τη Νοσηλευτική κλινική κρίση όταν πρόκειται να κάνει μια παρέμβαση με βάση κάποια οδηγία.
- ✦ Ο Νοσηλευτής έχει το δικαίωμα άσκησης ελεύθερου αμειβόμενου επαγγέλματος, εφαρμόζοντας το σύνολο των Νοσηλευτικών πράξεων και όσα διδάχθηκε στα οικεία εκπαιδευτικά ιδρύματά του.
- ✦ Ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξή του, με τρόπο που να αναβαθμίζει και να εκσυγχρονίζει τις γνώσεις και τις πρακτικές του. Παρέχει ευκαιρίες διδασκαλίας/εκμάθησης στον καθορισμό προτύπων για την πρακτική, την έρευνα, την εκπαίδευση και τη διαχείριση της Νοσηλευτικής φροντίδας. Διεξάγει, διαδίδει και χρησιμοποιεί την έρευνα για την προαγωγή της υγείας και της Νοσηλευτικής. Ευαισθητοποιεί τους φοιτητές Νοσηλευτικής για την ανάγκη ενεργού συμμετοχής τους στους Επαγγελματικούς Νοσηλευτικούς Συνδέσμους και σε άλλους οργανωμένους φορείς.

1. Παγκύπριος Σύνδεσμος Νοσηλευτών και Μαιών

- ⇒ Συνεργάζεται με όλα τα Νοσηλευτικά σώματα για τον καθορισμό προτύπων εκπαίδευσης, Νοσηλευτικής πρακτικής, έρευνας και διοίκησης.
- ⇒ Αναπτύσσει και κοινοποιεί, σε συνεργασία με άλλους φορείς, οδηγίες και πρότυπα σχετικά με τη Νοσηλευτική πρακτική, την έρευνα, τη διοίκηση, με θέματα υγείας, περιβάλλοντος, κοινωνικοοικονομικά και άλλα.
- ⇒ Λειτουργεί ως ομάδα πίεσης σε συνεργασία με άλλους φορείς (lobbying) για κοινωνικά και οικονομικά δίκαιες συνθήκες εργασίας στη Νοσηλευτική. Αναπτύσσει τοποθετήσεις και οδηγίες σε ζητήματα που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον και την υγεία.

- ⇒ Συμμετέχει ισότιμα με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, σε εθνικές, ευρωπαϊκές και διεθνείς επιτροπές που προάγουν το Νοσηλευτικό επάγγελμα και επιδιώκουν τη διεπιστημονική συνεργασία.
- ⇒ Συμμετέχει με άλλους φορείς, εθνικούς και διεθνείς στο σχεδιασμό προτύπων και αρχών που αφορούν στην ανάπτυξη ικανοτήτων των Νοσηλευτών με στόχο την προαγωγή της ασφάλειας των πολιτών.

2. Ρυθμιστικά σώματα - Συμβούλιο Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου

- ⇒ Η ευθύνη των ρυθμιστικών σωμάτων αφορά στην προάσπιση των δικαιωμάτων του κοινού και στην προστασία των ατόμων μέσα από την αξιολόγηση των σπουδών και της επάρκειας των Νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας.
- ⇒ Τα ρυθμιστικά σώματα διαθέτουν συστήματα τα οποία αξιολογούν το περιεχόμενο, τα επίπεδα και τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εκπαίδευσης και της πρακτικής η οποία απαιτείται για την άσκηση της Νοσηλευτικής.
- ⇒ Αναπτύσσουν το πλαίσιο αξιολόγησης και αδειοδότησης που διασφαλίζει ότι οι εγγεγραμμένοι Νοσηλευτές δύνανται να ασκούν τη Νοσηλευτική με ασφάλεια.
- ⇒ Τα ρυθμιστικά σώματα διαμορφώνουν συστήματα αξιολόγησης της συνεχούς ικανότητας των Νοσηλευτών να παρέχουν Νοσηλευτική φροντίδα με στόχο την προαγωγή της ασφάλειας και την καλή υγεία των ατόμων.
- ⇒ Διασφαλίζουν ότι οι Νοσηλευτές συμμορφώνονται με τους κώδικες δεοντολογίας και βελτιώνουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.
- ⇒ Εξασφαλίζουν ότι οι Νοσηλευτές έχουν τις ικανότητες οι οποίες είναι αναγκαίες για την καλή πρακτική και ασκούν τα καθήκοντά τους με αφοσίωση, προσοχή, υπευθυνότητα και επιδεξιότητα.
- ⇒ Συμμετέχουν με άλλους φορείς, εθνικούς και διεθνείς, στο σχεδιασμό προτύπων και αρχών που αφορούν στην ανάπτυξη ικανοτήτων των Νοσηλευτών με στόχο την προαγωγή της ασφάλειας των πολιτών.

Άρθρο 4: Η σχέση του Νοσηλευτή με τους συνεργάτες του

- ✦ Ο Νοσηλευτής εδραιώνει μια καλή σχέση συνεργασίας με τους συνεργάτες και τους συναδέλφους του.
- ✦ Ο Νοσηλευτής λειτουργεί ως συνήγορος και θεματοφύλακας των δικαιωμάτων των ατόμων προστατεύοντάς τους από κακόβουλες ή μη πράξεις συναδέλφων ή

άλλων προσώπων που εμπλέκονται στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής, φροντίδας, θεραπείας και αποκατάστασης.

- ✦ Μοιράζεται τη γνώση και εμπειρία του με συναδέλφους και λοιπούς συνεργάτες του.
- ✦ Ενθαρρύνει την ανάπτυξη των γνώσεων, των δεξιοτήτων και της απόδοσης των συνεργατών του στο περιβάλλον εργασίας.
- ✦ Ο Νοσηλευτής σέβεται και ενθαρρύνει τις δεξιότητες και τη συνεισφορά των συνεργατών του στην παροχή φροντίδας υγείας.

Άρθρο 5: Τήρηση Νοσηλευτικών δεδομένων

Ο Νοσηλευτής τηρεί και διαφυλάσσει, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, τα Νοσηλευτικά δεδομένα τα οποία περιλαμβάνουν το Νοσηλευτικό ιστορικό, το Νοσηλευτικό σχέδιο φροντίδας με τις παρεμβάσεις, και, γενικότερα, πληροφορίες που αφορούν στον ασθενή ή στο υγιές άτομο.

15

Για τη σύνταξη του παρόντος **Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας** ελήφθησαν υπόψη αντίστοιχα κείμενα όπως ο Διεθνής Κώδικας του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτικής (ICN), ο Κώδικας Δεοντολογίας του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Ρυθμιστών στη Νοσηλευτική (FEPI), Κώδικες Νοσηλευτικής Δεοντολογίας Χωρών της Ευρώπης, η Διακήρυξη της Γενεύης, η Διακήρυξη του Ελσίνκι, ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων των Ασθενών, στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία όπως και οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τα δεδομένα της Κύπρου.

Η σύνταξη του κειμένου έγινε με τη συμμετοχή εκπροσώπων της Διεύθυνσης Νοσηλευτικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, του Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών ΠΑ.ΣΥ.Ν.Μ, του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Κύπρου, του Κλάδου Γενικής Νοσηλευτικής ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ, του Κλάδου Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας ΠΑ.ΣΥ.Δ.Υ και Ακαδημαϊκών Συμβούλων από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου ΤΕ.ΠΑ.Κ.

Παράρτημα 0-XVII: Νόμος που προνοεί για την κατοχύρωση και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και περί συναφών θεμάτων

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

N. 1(Ι)/2005

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟ

ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Αρ. 3943 της 7^{ης} ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2005**ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ****ΜΕΡΟΣ Ι**

Ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004 εκδίδεται με δημοσίευση στην Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με το Άρθρο 52 του Συντάγματος.

Αριθμός 1(Ι) του 2005

**ΝΟΜΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΝΟΕΙ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΥΡΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ
ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΚΑΙ ΠΕΡΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ**

Προοίμιο. Επειδή η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών απορρέει από διεθνείς και ευρωπαϊκές συμβάσεις και άλλες νομικές πράξεις και, ιδιαίτερα, από τις εκάστοτε διεθνείς συμβάσεις που κυρώνει η Κυπριακή Δημοκρατία, από τη Διοκήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων των Ασθενών καθώς και το Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που ενσωματώθηκε στη Συνταγματική Συνθήκη που υπογράφηκε στις 29 Οκτωβρίου 2004,

Και επειδή τα ανθρώπινα δικαιώματα στον τομέα της υγείας και, ειδικότερα, το δικαίωμα στη ζωή, το δικαίωμα σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας και ασφάλειας, το δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και αξιοπρεπούς μεταχείρισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, το δικαίωμα προστασίας της υγείας με κατάλληλα μέτρα πρόληψης ασθενειών και φροντίδας υγείας, δεν είναι νομοθετικά θεσμοθετημένα,

Και επειδή η προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων στον τομέα της υγείας συνιστά ουσιώδες παράγοντα διασφάλισης του επιπέδου φροντίδας για την υγεία των πολιτών,

Και για σκοπούς νομικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών και σύστασης αποτελεσματικού μηχανισμού για την παρακολούθηση του σεβασμού των δικαιωμάτων αυτών,

Η Βουλή των Αντιπροσώπων ψηφίζει ως ακολούθως:

977718532

ΜΕΡΟΣ Ι – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Συνοπτικός τίτλος. 1. Ο παρών Νόμος θα αναφέρεται ως ο περί της Κατοχύρωσης και της Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμος του 2004.

Ερμηνεία. 2. Στον παρόντα Νόμο, εκτός αν από το κείμενο προκύπτει διαφορετική έννοια-

«αρμόδια αρχή» έχει την έννοια που αποδίδεται στον όρο αυτό από τον εκάστοτε σε ισχύ νόμο περί Δημόσιας Υγείας·

«ασθενής» σημαίνει φυσικό πρόσωπο το οποίο πάσχει από οποιαδήποτε ασθένεια ή πάθηση ή κάθε πρόσωπο το οποίο ζητά ή στο οποίο παρέχεται φροντίδα υγείας·

«γενετικές πληροφορίες» σημαίνει το σύνολο των πληροφοριών οποιασδήποτε είδους που αναφέρονται στα κληρονομικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου ή στον τύπο της

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginety.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

κληρονομικότητας τέτοιων χαρακτηριστικών στο πλαίσιο μίας ομάδας ατόμων που συνδέονται με σχέση συγγένειας μεταξύ τους·

«δικαιώματα των ασθενών» σημαίνει τα δικαιώματα που προβλέπονται στον παρόντα Νόμο και που αναφέρονται σε πρόσωπο υπό την ιδιότητά του ως ασθενής·

«δυσμενής διάκριση» σημαίνει παράβαση της αρχής της ίσης μεταχείρισης στη βάση, μεταξύ άλλων, του φύλου, του γενετήσιου προσανατολισμού, της θρησκείας, της φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, του χρώματος, των φιλοσοφικών, πολιτικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων, της ηλικίας, της κατάστασης της υγείας, των ειδικών αναγκών και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης·

«επείγον ιατρικό περιστατικό» σημαίνει περιστατικό το οποίο απειλεί με άμεσο κίνδυνο τη ζωή ή με σοβαρή μη αναστρέψιμη ανικανότητα, σε περίπτωση που φροντίδα υγείας δεν παρέχεται άμεσα·

670035958

«ιατρικά αρχεία» σημαίνει τα αρχεία τα οποία καταρτίζονται εγγράφως ή ηλεκτρονικώς, ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο και τα οποία αποτελούνται από πληροφορίες που σχετίζονται με τη σωματική ή πνευματική υγεία ή κατάσταση του ασθενούς του οποίου η ταυτότητα μπορεί να προσδιοριστεί από αυτές και τα οποία καταρτίζονται από ή εκ μέρους προσώπου το οποίο παρέχει κατ' επάγγελμα υπηρεσίες υγείας·

90(Γ) του 2001. «ιατρικό ίδρυμα» σημαίνει οποιοδήποτε υσστατικό στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγείας είτε από ένα άτομο είτε από ομάδα ατόμων και περιλαμβάνει νοσοκομείο, νοσηλευτήριο, υγειονομικό κέντρο και οποιοδήποτε χώρο παρέχονται υπηρεσίες υγείας τα οποία ανήκουν ή ελέγχονται από τη Δημοκρατία ή οποιοδήποτε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου ή αρχή τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και ιδιωτικό νοσηλευτήριο, όπως καθορίζεται από τον περί Ιδιωτικών Νοσηλευτηρίων (Έλεγχος Ίδρυσης και Λειτουργίας) Νόμο του 2001 και περιλαμβάνει διαγνωστικό κέντρο, ιατρείο, εργαστήριο, φαρμακείο του ιδιωτικού τομέα·

«ιατρός» σημαίνει κάθε πρόσωπο εγγεγραμμένο ως ιατρός δυνάμει του περί Εγγραφής Ιατρών Νόμου και περιλαμβάνει ειδικευόμενο και ασκούμενο ιατρό·

Κεφ. 250.
30 του 1959
30 του 1961
53 του 1961
79 του 1968
114 του 1968
14 του 1974
18 του 1979
72 του 1991
66(Γ) του 1995
112(Γ) του 1996
102(Γ) του 2004.

«κατάσταση σοβαρού κινδύνου» σημαίνει κατάσταση που απειλεί με κίνδυνο τη ζωή ή σοβαρή μη αναστρέψιμη ανικανότητα στην περίπτωση που δεν παρέχεται φροντίδα υγείας·

«Κρατικό νοσοκομείο» σημαίνει νοσοκομείο το οποίο ανήκει ή ελέγχεται από τη Δημοκρατία·

«οικείος νόμος» σημαίνει το νόμο με τον οποίο ρυθμίζεται επάγγελμα το οποίο αναφέρεται στον όρο «παροχέας υπηρεσιών υγείας»·

«παροχέας υπηρεσιών υγείας» σημαίνει ιατρό, οδοντίατρο, φαρμακοποιό, νοσοκόμο, μαιά και μέλος παραϊατρικού προσωπικού, ο οποίος είναι εγγεγραμμένος ή του παρέχεται άδεια δυνάμει του οικείου νόμου ή, εάν το σχετικό επάγγελμα δεν ρυθμίζεται με νόμο, είναι αναγνωρισμένο σαν τέτοιο, καθώς και δικαστικό προσωπικό που παρέχει ή εμπλέκεται στην παροχή υπηρεσιών υγείας·

16 του 1967
4 του 1970
28 του 1976
32 του 1977
90 του 1985
«Συμβούλιο του Ιατρικού Σώματος» σημαίνει το Συμβούλιο που λειτουργεί δυνάμει των περί Ιατρών (Σύλλογοι, Πειθαρχία και Ταμείο Συντάξεων) Νόμων του 1967 έως 2002·

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginetcy.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

50 του 1987
208(Ι) του 2002.

«Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών» σημαίνει το τμήμα ιατρικού ιδρύματος που προορίζεται για την παροχή επείγουσας φροντίδας υγείας οποιουδήποτε είδους και έχει καθοριστεί από το εν λόγω ίδρυμα ως τέτοιο·

310307800
«υπηρεσίες υγείας» σημαίνει κάθε μορφή υπηρεσία υγείας του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα που παρέχεται σε πρόσωπο υπό την ιδιότητά του ως ασθενή·

«Υπουργός» σημαίνει τον Υπουργό Υγείας·

«φροντίδα υγείας» σημαίνει κάθε μορφή ιατρικής, οδοντιατρικής, παραϊατρικής, εργαστηριακής, φαρμακευτικής ή νοσηλευτικής υπηρεσίας για πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία ή προαγωγή της υγείας, περιλαμβανομένης και της ψυχικής.

Σκοπός του παρόντος Νόμου. 3. Οι διατάξεις του παρόντος Νόμου είναι συμπληρωματικές των δικαιωμάτων που απορρέουν από διεθνείς συμβάσεις αναφορικά με προστασία ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τις οποίες η Δημοκρατία έχει κυρώσει και των δικαιωμάτων που απορρέουν από άλλους νόμους, οι οποίοι περιέχουν ειδικές ρυθμίσεις που αφορούν συγκεκριμένα ανθρώπινα δικαιώματα.

ΜΕΡΟΣ II – ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δικαίωμα σε φροντίδα υγείας και θεραπεία. 4.-(1) Κάθε ασθενής έχει δικαίωμα σε φροντίδα υγείας, όπως αρμόζει στις ανάγκες της υγείας του και όπως αυτή παρέχεται εντός ευλόγου χρόνου ανάλογα με τις ανάγκες αυτές:

Νοείται ότι, σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού ο ασθενής έχει το δικαίωμα να τύχει χωρίς οποιουδήποτε περιορισμούς επείγουσας φροντίδας υγείας.

(2) Ο ασθενής έχει δικαίωμα καλής ποιότητας φροντίδας υγείας, που τη χαρακτηρίζουν τόσο τα υψηλά τεχνικά επίπεδα όσο και η ανθρώπινη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του παρέχοντος την φροντίδα υγείας.

(3) Η απόφαση για επιλογή ανάμεσα σε διάφορες θεραπείες και φροντίδα λαμβάνεται από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας και επικεντρώνεται πρώτιστα στο συμφέρον του ασθενούς.

673319910
(4) Ο ασθενής έχει δικαίωμα αδιάκοπης συνέχισης της φροντίδας υγείας και να αναμένει συνεργασία μεταξύ όλων των παροχέων υπηρεσιών υγείας και ιατρικών ιδρυμάτων, που εμπλέκονται στη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα που τον αφορά.

(5)(α) Ο ασθενής έχει αναφαίρετο δικαίωμα να επιλέξει και να αλλάξει το ιατρικό ίδρυμα ή τον παροχέα υπηρεσιών υγείας που του παρέχει φροντίδα υγείας, (νοουμένου ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας).

(β). Το ιατρικό ίδρυμα ή ο παροχέας υπηρεσιών υγείας παρέχουν στον ασθενή κάθε εύλογη διευκόλυνση για την άσκηση του δικαιώματος που αναφέρεται στην παράγραφο (α). (νοουμένου ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας).

(6)(α) Όταν δεν υπάρχει πλέον ιατρικός λόγος για τη συνέχιση της παραμονής ασθενούς σε ιατρικό ίδρυμα, αυτός δικαιούται πλήρους ενημέρωσης, πριν απολυθεί ή μεταφερθεί σε άλλο ίδρυμα, εάν τούτο κριθεί σκόπιμο, ανάλογα με την περίπτωση:

Νοείται ότι, η μεταφορά σε άλλο ίδρυμα μπορεί να γίνει μόνο εάν η διεύθυνση τέτοιου άλλου ιδρύματος έχει συμφωνήσει να αποδεχθεί τον εν λόγω ασθενή.

(β). Όταν ο ασθενής απολύεται και, σε περίπτωση που η κατάσταση του το απαιτεί, του προσφέρονται κοινοτικές και κατ' οίκον υπηρεσίες, νοουμένου ότι αυτό είναι συμβατό με τη λειτουργία του συστήματος υγείας.

(7) Ανεξάρτητα από τα πιο πάνω, ιατρός έχει υποχρέωση όπως λειτουργεί σύμφωνα με τους εκάστοτε σε ισχύ Κανονισμούς Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του Συμβουλίου του

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

Ιατρικού Σώματος και με βάση τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα.

- Αξιοπρέπεις μεταχείριση. 5.-(1) Ο ασθενής έχει δικαίωμα σε αξιοπρεπή μεταχείριση κατά την παροχή φροντίδας υγείας, η οποία του προσφέρεται με ανάλογο σεβασμό προς τις πολιτισμικές του αξίες.
- (2) Ο ασθενής έχει δικαίωμα, κατά τη διάρκεια της φροντίδας υγείας που του παρέχεται, να απολαμβάνει υποστήριξη από την οικογένεια, συγγενείς και φίλους του και συνεχή πνευματική στήριξη, περιλαμβανομένης και της θρησκευτικής, καθώς και ψυχολογική στήριξη και καθοδήγηση, εφόσον χρειάζεται.
- 410300672
- Νοείται ότι, ασθενής που εισάγεται σε ιατρικό ίδρυμα έχει δικαίωμα να δέχεται επισκέπτες κατά το χρόνο και σύμφωνα με διευθετήσεις, όπως καθορίζεται από τη διεύθυνση του εν λόγω ιδρύματος με βάση τις απαιτήσεις της φροντίδας υγείας του ασθενούς και την εύρυθμη λειτουργία του ιατρικού ιδρύματος.
- (3) Ο ασθενής έχει δικαίωμα ανακούφισης από πόνο και οδύνη, σύμφωνα με τη διαθέσιμη επιστημονική γνώση και τους εκάστοτε σε ισχύ Κανονισμούς Ιατρικής Επαγγελματικής Δεοντολογίας του Συμβουλίου του Ιατρικού Σώματος, εντός των πλαισίων του νόμου και των νομίμων διαδικασιών.
- (4) Ο ασθενής έχει δικαίωμα φροντίδας υγείας και σεβασμού της αξιοπρέπειάς του μέχρι και το τελικό στάδιο της ζωής του, εντός των πλαισίων του νόμου και των νομίμων διαδικασιών.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. 6. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι συνεχώς διαθέσιμες και προσβάσιμες, σύμφωνα με τις δυνατότητες του ισχύοντος Συστήματος Υγείας και τους διαθέσιμους οικονομικούς, ανθρώπινους και υλικούς πόρους του κράτους.
- Απαγόρευση δυσμενούς διάκρισης. 7.-(1) Η φροντίδα υγείας προσφέρεται σε όλους ισότιμα χωρίς δυσμενή διάκριση.
- (2) Όταν επιβάλλεται εκ των πραγμάτων επιλογή μεταξύ ασθενών για την παροχή συγκεκριμένης υπηρεσίας υγείας, αυτή πρέπει να γίνεται χωρίς διάκριση, κατά τρόπο δίκαιο και να βασίζεται σε αντικειμενικά επιστημονικά/επαγγελματικά κριτήρια.
- Φροντίδα υγείας επείγοντος ιατρικού περιστατικού ή κατάστασης σοβαρού κινδύνου. 8.-(1) Όταν ιατρικό ίδρυμα ή ιατρός ή άλλος αρμόδιος παροχέα υπηρεσιών υγείας κληθεί να παράσχει φροντίδα υγείας σε ασθενή κάτω από περιστάσεις που, εκ πρώτης όψεως, συνιστούν επείγον ιατρικό περιστατικό ή κατάσταση σοβαρού κινδύνου, εξετάζει και περιθάλπει τον ασθενή, το συντομότερο δυνατό, κατά το μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του ή των δυνατοτήτων του ιατρικού ιδρύματος.
- (2) Όταν στις περιπτώσεις που αναφέρονται στο εδάφιο (1), ιατρικό ίδρυμα ή ιατρός ή άλλος αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας αδυνατεί να παρέχει φροντίδα υγείας σε ασθενή παραπέμπει αυτόν σε άλλο ιατρικό ίδρυμα ή παροχέα υπηρεσιών υγείας όπου εύλογα αναμένεται ότι θα λάβει πλέον κατάλληλη φροντίδα υγείας και διασφαλίζει κατά το μέγιστο δυνατό ότι ο ασθενής μεταφέρεται σε τέτοιο ίδρυμα. Σε τέτοια περίπτωση λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς, όπου υπάρχει επιλογή μεταξύ εξίσου κατάλληλων ιδρυμάτων.
- (3) Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος προβαίνει στις κατάλληλες διευθετήσεις για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.
- 652807116
- Ιατρική εξέταση σε Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών. 9.-(1) Κάθε ασθενής που απευθύνεται ή μεταφέρεται σε Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών έχει δικαίωμα να τύχει ιατρικής εξέτασης από αρμόδιο παροχέα υπηρεσιών υγείας, μέσα σε εύλογο χρόνο.
- (2) Σε περίπτωση που ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας διαγνώσει ότι ο ασθενής χρειάζεται επείγουσα φροντίδα παρέχει στον ασθενή τη φροντίδα αυτή.
- Νοείται ότι, εάν ο ασθενής χρειάζεται περαιτέρω φροντίδα που δεν μπορεί να του παρασχεθεί στο εν λόγω Τμήμα, ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας παραπέμπει τον ασθενή σε κατάλληλο τμήμα του ίδιου ιατρικού ιδρύματος ή άλλου ιδρύματος και διασφαλίζει, κατά το μέγιστο δυνατό, ότι ο ασθενής μεταφέρεται σε τέτοιο τμήμα. Σε περίπτωση παραπομπής σε

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

άλλο ιατρικό ίδρυμα, λαμβάνεται υπόψη και η επιθυμία του ασθενούς, όπου υπάρχει επιλογή μεταξύ εξίσου κατάλληλων ιδρυμάτων.

(3) Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος που διαθέτει Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών προβαίνει στις κατάλληλες διευθετήσεις για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Δικαίωμα σε πληροφόρηση.

10.-(1) Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα σε πληροφόρηση για τα δικαιώματα του ασθενούς. Επαρκείς πληροφορίες για υπηρεσίες υγείας, καθώς και για τους τρόπους καλύτερης αξιοποίησής τους πρέπει να είναι διαθέσιμες στο κοινό, σύμφωνα με τις διατάξεις των επόμενων εδαφίων.

(2) Ο ασθενής έχει δικαίωμα ολοκληρωμένης ιατρικής πληροφόρησης.

(3) Πληροφορίες μπορεί να μην αποκαλύπτονται στον ίδιο τον ασθενή μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν υπάρχει βάσιμος λόγος να πιστευτεί ότι αυτές οι πληροφορίες δυνατόν να προκαλέσουν σοβαρή βλάβη στην πνευματική ή φυσική υγεία του ασθενούς.

(4) Ο ασθενής δεν θεωρείται ότι έχει παραιτηθεί του δικαιώματος σε πληροφόρηση, εκτός εάν το ζητήσει γραπτώς.

(5) Ο ασθενής έχει δικαίωμα να επιλέγει κατά πόσο κάποιο άλλο πρόσωπο και ποιο θα ενημερώνεται εκ μέρους του.

770441591

(6) Οι πληροφορίες δίνονται στον ασθενή ή στο άτομο που ο ίδιος επιλέγει να ενημερώνεται εκ μέρους του με τρόπο καταληπτό, περιορίζοντας όσο είναι δυνατό την τεχνική ορολογία.

(7) Ο ασθενής έχει δικαίωμα, εάν το επιθυμεί, να λαμβάνει και δεύτερη ιατρική γνώμη, οπότε δικαιούται, τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου 18, να εφοδιάζεται με αντίγραφο του ιατρικού αρχείου του, περιλαμβανομένης και ιατρικής έκθεσης και βιολογικές ουσίες και να του παρέχεται κάθε άλλη βοήθεια που χρειάζεται για το σκοπό αυτό.

(8)(α) Όταν ο ασθενής εισάγεται σε ιατρικό ίδρυμα, ενημερώνεται για την ποιότητα και την επαγγελματική θέση όλων όσων του παρέχουν φροντίδα υγείας, καθώς και για τους κανονισμούς που αφορούν τους όρους και τις διαδικασίες παραμονής και της παροχής φροντίδας υγείας στο εν λόγω ίδρυμα.

(β) Ο Υπουργός, κατόπιν διαβουλεύσεως με το Συμβούλιο του Ιατρικού Σώματος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου, εκδίδει οδηγίες για τον τρόπο παροχής των πληροφοριών που αναφέρεται στην παράγραφο (α).

(9) Ο ασθενής, κατά την απόλυσή του από ιατρικό ίδρυμα, έχει το δικαίωμα να ζητά και να λαμβάνει γραπτή έκθεση για τη διάγνωση, τη θεραπευτική αγωγή και την κατάσταση της υγείας του, τηρουμένων των διατάξεων του άρθρου 18.

(10) Ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητά και να λαμβάνει εύλογο υπολογισμό της αναλυτικής κατάστασης των οικονομικών επιβαρύνσεων, όπου υπάρχουν, σε οποιοδήποτε στάδιο της φροντίδας υγείας:

Νοείται ότι, η παροχή τέτοιου εύλογου υπολογισμού δεν εμποδίζει τον παροχέα υπηρεσιών υγείας από του να υπερβεί τον υπολογισμό ή να προβεί σε επιπρόσθετες χρεώσεις οι οποίες αφορούν αλλαγές στην κατάσταση του ασθενούς ή τις ανάγκες θεραπείας του, αφού ενημερώσει προηγουμένως τον ασθενή όπου αυτό είναι εύλογα δυνατό.

Φροντίδα υγείας με τη συγκατάθεση του ασθενούς.

11.-(1) Προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υγείας είναι η συγκατάθεση του ασθενούς που δίδεται ύστερα από ολοκληρωμένη ιατρική πληροφόρηση, που παρέχεται από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας στον ασθενή, σε κατάλληλο χρόνο και κατά τρόπο καταληπτό από τον ασθενή, ούτως ώστε ο τελευταίος να μπορεί να αντιλαμβάνεται τις πληροφορίες που του παρέχονται και να αποφασίζει ελεύθερα και ανεπηρέαστα.

Νοείται ότι, εάν ο ασθενής έχει ασκήσει το δικαίωμα δυνάμει του εδαφίου (5) του άρθρου 10,

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginetcy.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

οι διατάξεις του παρόντος εδαφίου εφαρμόζονται τηρουμένων των αναλογιών, σε σχέση με το πρόσωπο το οποίο ο ασθενής επέλεξε για να ενημερώνεται εκ μέρους του, το οποίο και αποφασίζει εκ μέρους του ασθενούς:

319576740

Νοείται περαιτέρω ότι, ο παροχός υπηρεσιών υγείας δύναται, σε εξαιρετικές περιπτώσεις, να μην παρέχει ορισμένες πληροφορίες στον ασθενή που αφορούν την ιατρική κατάσταση του, εάν κρίνει ότι, η παροχή των πληροφοριών αυτών δύναται να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην πνευματική ή φυσική υγεία του ασθενούς. Σε τέτοια περίπτωση οι πληροφορίες που δεν παρέχονται στον ασθενή παρέχονται στο/στη σύζυγο, τον πατέρα, τη μητέρα και τους κατόντας αυτού ή σε οποιοδήποτε εξ αυτών είναι εύλογο υπό τις περιστάσεις, οι οποίοι ενεργούν συναφώς κατά την κρίση τους.

(2) Η συγκατάθεση του ασθενούς ή του προσώπου που ενεργεί εκ μέρους του δυνάμει του εδαφίου (5) του άρθρου 10, μπορεί να δοθεί γραπτώς ή προφορικά, νοούμενο ότι διατιπώνεται το συντομότερο δυνατό και γραπτώς, εάν τούτο είναι εφικτό.

(3) Σε περίπτωση καινοτόμου θεραπείας, τηρουμένου του εδαφίου (5) του άρθρου 10 και του εδαφίου (1) του παρόντος άρθρου, ο ασθενής ενημερώνεται κατάλληλα και διασφαλίζεται η γραπτή συγκατάθεσή του:

Νοείται ότι, στην περίπτωση του εδαφίου (5) του άρθρου 10 και του εδαφίου (1) του παρόντος άρθρου, ο εκπρόσωπος ενημερώνεται κατάλληλα και διασφαλίζεται η γραπτή συγκατάθεσή του.

(4) Η συγκατάθεση του ασθενούς απαιτείται για τη χρήση όλων των ουσιών του ανθρώπινου σώματος. Η συγκατάθεση θεωρείται δεδομένη, όταν οι ουσίες θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια τρέχουσας διαδικασίας για τη διάγνωση, θεραπεία ή φροντίδα του ασθενούς, για την οποία έχει ήδη δοθεί συγκατάθεση.

(5) Η συγκατάθεση του ασθενούς είναι αναγκαία για συμμετοχή του σε οποιαδήποτε κλινική διάσκαλία.

Ιατρική πληροφόρηση. 12. Για τους σκοπούς των άρθρων 10 και 11, «ιατρική πληροφόρηση» περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

(α) διάγνωση της ιατρικής κατάστασης του ασθενούς και πρόγνωση αυτής, εάν τούτο είναι εφικτό·

(β) περιγραφή του σκοπού, του επωκόμενου οφέλους και της πιθανότητας επιτυχίας της προτεινόμενης θεραπείας·

(γ) τους κινδύνους που εμπεριέχονται στην προτεινόμενη θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων των παρενεργειών, του πόνου και της δυσφορίας·

(δ) την πιθανότητα επιτυχίας και τους κινδύνους των διαφόρων μορφών θεραπείας ή μη θεραπείας.

65355572

Φροντίδα υγείας χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενούς. 13.-(1) Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση, λόγω της πνευματικής ή φυσικής του κατάστασης, να εκφράσει τη βούλησή του και είναι απαραίτητη άμεση παροχή φροντίδας υγείας, η συγκατάθεσή του θεωρείται δεδομένη, εκτός εάν είναι πρόδηλο από προηγούμενως εκφρασθείσες επιθυμίες ότι θα αρνείτο.

(2) Σε περίπτωση κατά την οποία, λόγω της κατάστασης του ασθενούς, διορίζεται κατά νόμο ή θα έπρεπε να διοριστεί πρόσωπο του οποίου η συγκατάθεση είναι αναγκαία και η παροχή φροντίδας υγείας επείγουσα, η φροντίδα υγείας μπορεί να παρασχεθεί, εάν η συγκατάθεση δεν μπορεί να εξασφαλιστεί έγκαιρα, εκτός εάν είναι πρόδηλο ότι, υπό τις συνθήκες, το εν λόγω πρόσωπο θα αρνείτο:

Νοείται ότι, όταν η συγκατάθεση του προσώπου που διορίστηκε κατά νόμο είναι αναγκαία, ο ασθενής εμπλέκεται στη διαδικασία στο βαθμό που η ικανότητά του και οι συνθήκες το

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

επιτρέπουν.

(3) Όταν, σύμφωνα με το νόμο, ανήλικος δεν έχει την ικανότητα να συγκαταθεί σε λήψη φροντίδας υγείας, η φροντίδα υγείας παρέχεται μόνο με την εξουσιοδότηση του γονέα ή άλλου προσώπου, το οποίο δυνάμει του νόμου δύναται να παράσχει τέτοια εξουσιοδότηση και εφαρμόζονται κατ' αναλογία οι διατάξεις του εδαφίου (2):

Νοείται ότι, η γνώμη του ανήλικου λαμβάνεται υπόψη ως αποφασιστικός παράγοντας του οποίου η σημασία αυξάνεται ανάλογα με την ηλικία και το βαθμό ωριμότητας.

(4) Εάν το πρόσωπο που κατά νόμο διορίστηκε ή, σε περίπτωση ανήλικου, ο γονέας, ή άλλο πρόσωπο σύμφωνα με το εδάφιο (3), αρνείται να δώσει τη συγκατάθεσή του και ο παροχέας υπηρεσιών υγείας ο οποίος θα προσφέρει φροντίδα υγείας είναι της άποψης ότι η φροντίδα είναι προς το συμφέρον του ασθενούς, εάν παρέχεται χρόνος, το ζήτημα, παραπέμπεται για απόφαση σε δικαστήριο ή σε άλλο όργανο, όπως νόμος εκάστοτε ορίζει:

Νοείται ότι, σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού, ο παροχέας υπηρεσιών υγείας ενεργεί κατά την κρίση του, σύμφωνα με το καλύτερο νοούμενο συμφέρον του ασθενούς.

(5) Σε οποιαδήποτε περίπτωση όπου η πρόβουσα συγκατάθεση είναι αδύνατο να ληφθεί-

(α) οποιαδήποτε φροντίδα υγείας που επιβάλλεται ως επείγουσα μπορεί να παρασχεθεί μόνο αν ο παροχέας υπηρεσιών υγείας κρίνει ότι είναι προς όφελος της υγείας του ασθενούς ή συνάδει προς το καλύτερο νοούμενο συμφέρον του ασθενούς.

644966244

(β) οι προηγουμένως, τυχόν, εκφρασθείσες επιθυμίες από ασθενή σε σχέση με φροντίδα υγείας λαμβάνονται υπόψη.

Συμμετοχή ασθενούς σε επιστημονική έρευνα ή πειραματική θεραπεία.

14.-(1) Τηρουμένων των διατάξεων οποιοδήποτε εκάστοτε σε ισχύ νόμου, συμμετοχή ασθενούς σε επιστημονική έρευνα ή πειραματική θεραπεία επιτρέπεται μόνο υπό τις εξής προϋποθέσεις:

(α) δεν υπάρχει εναλλακτική λύση συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας·

(β) οι κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται ο ασθενής δεν είναι δυσανάλογοι με τα πιθανά οφέλη της έρευνας·

(γ) η ερευνητική μελέτη έχει εγκριθεί από το αρμόδιο σώμα μετά από ανεξάρτητη εξέταση της επιστημονικής της αξίας, συμπεριλαμβανομένης αξιολόγησης της σημασίας του στόχου της έρευνας και πολυθεματικής αναθεώρησης της ηθικής αποδοχής της·

(δ) ο ασθενής έχει πληροφορηθεί για τα δικαιώματά του όπως απορρέουν από τον παρόντα Νόμο.

(ε) ο ασθενής δίνει γραπτή συγκεκριμένη συγκατάθεση κατόπιν ολοκληρωμένης πληροφόρησης, όπως προνοείται από το άρθρο 13.

(2) Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να δώσει συγκατάθεση, έρευνα μπορεί να αναληφθεί μόνο αν πληρούνται οι πιο κάτω προϋποθέσεις:

(α) οι προϋποθέσεις που αναφέρονται στις παραγράφους (α) έως (δ) του εδαφίου (1)·

878192722

(β) τα αποτελέσματα της έρευνας έχουν τη δυνατότητα να παράξουν πραγματικό και άμεσο όφελος στην υγεία·

(γ) έρευνα συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας δεν δύναται να διεξαχθεί πάνω σε άτομα ικανά να συγκατατεθούν·

(δ) η αναγκία εξουσιοδότηση που προνοείται σύμφωνα με το άρθρο 13 έχει δοθεί συγκεκριμένα και γραπτώς· και

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

(ε) ο ενδιαφερόμενος δεν ενίσταται.

Εμπιστευτικότητα. 15.-(1)(α) Με την επιφύλαξη των διατάξεων του εδαφίου (2), όλες οι πληροφορίες για την ιατρική κατάσταση του ασθενούς, τη διάγνωση, την πρόγνωση και τη θεραπεία, καθώς και κάθε άλλη πληροφορία προσωπικού χαρακτήρα τηρούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά το θάνατό του και δεν αποκαλύπτονται σε οποιοδήποτε πρόσωπο ή αρχή.

(β) Ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας ή οποιοσδήποτε εργαζόμενος σε ιατρικό ίδρυμα δεν αποκαλύπτει οποιαδήποτε πληροφορία που αφορά σε ασθενή η οποία περιέχεται σε γνώση του, κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του ή της εργασίας του.

(γ) Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος ή ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας προβαίνει στις κατάλληλες διευθετήσεις για να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι κάτω από τη διεύθυνσή του δεν αποκαλύπτουν τέτοιες πληροφορίες.

(2) Το ιατρικό ίδρυμα ή ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας μπορούν να αποκαλύπτουν σε τρίτο πρόσωπο ιατρικές πληροφορίες εάν –

(α) ο ασθενής δώσει τη γραπτή συγκατάθεσή του. Η συγκατάθεση του ασθενούς μπορεί να θεωρείται δεδομένη, όταν η πληροφορία δίδεται σε πρόσωπο το οποίο συμμετέχει στη θεραπεία του ασθενούς.

(β) η αποκάλυψη γίνεται για σκοπούς θεραπείας του ασθενούς από άλλο αρμόδιο παροχέα υπηρεσιών υγείας.

(γ) οι πληροφορίες αποκαλύπτονται στο ιατρικό ίδρυμα που παρέχει φροντίδα υγείας στον ασθενή ή σε μέλος του προσωπικού του για το σκοπό εξεργασίας, ή αρχαιοθήτησής τους, ή για σκοπούς γνωστοποίησής τους, η οποία απαιτείται δια νόμου.

(δ) η αποκάλυψη των πληροφοριών γίνεται για σκοπούς δημοσίευσής τους σε ιατρικά περιοδικά ή για σκοπούς έρευνας ή διδασκαλίας, νοουμένου ότι πληροφορία από την οποία δυνατό να προσδιοριστεί η ταυτότητα του ασθενούς δεν αποκαλύπτεται.

(ε) υπάρχει νομική υποχρέωση προς τούτο.

(στ) το Συμβούλιο του Ιατρικού Σώματος του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου έχει αποφασίσει, αφού δόθηκε ευκαιρία στον ιατρό και τον ασθενή να εκφράσουν την άποψή τους, ότι η απόκρυψη των πληροφοριών αυτών δυνατό να συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο για την υγεία ή τη σωματική ακεραιότητα άλλων ατόμων ή να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην κοινωνία σαν σύνολο:

Νοείται ότι, κάθε πληροφορία αποκαλύπτεται στο βαθμό που απαιτείται για κάθε περίπτωση και λαμβάνεται κάθε μέτρο για σκοπούς διαφύλαξης της ταυτότητας του ασθενούς:

Νοείται περαιτέρω ότι, κάθε πρόσωπο που λαμβάνει οποιαδήποτε πληροφορία δυνάμει του παρόντος εδαφίου οφείλει να τηρεί τις διατάξεις του εδαφίου (1) του παρόντος άρθρου.

(3) Όλες οι πληροφορίες και στοιχεία που είναι δυνατό να αποκαλύψουν την ταυτότητα του ασθενούς πρέπει να προστατεύονται.

Προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς. 16.-(1) Δεν επιτρέπεται παρείσδυση στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, εκτός με τη συγκατάθεση του ίδιου και εάν αυτό κρίνεται αναγκαίο για τη διάγνωση, θεραπεία ή φροντίδα του.

(2) Φροντίδα υγείας παρέχεται μόνο με την επίδειξη ανάλογου σεβασμού προς την προσωπική ζωή του ασθενούς και γίνεται κατά κανόνα στην παρουσία μόνο εκείνων των προσώπων που είναι απαραίτητα για την παροχή της φροντίδας υγείας.

(3) Ασθενής που εισάγεται σε ιατρικό ίδρυμα δικαιούται διευκολύνσεων ή διευθετήσεων που

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

	<p>διασφαλίζουν την προστασία της ιδιοκτητικής του ζωής, ιδιαίτερα όταν το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει σ' αυτόν προσωπική φροντίδα ή εκτελεί ιατρικές εξετάσεις ή άλλη θεραπεία.</p>
Τήρηση ιατρικών αρχείων.	<p>17.-(1) Ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας οφείλει να τηρεί ιατρικά αρχεία, όπου εμφανίζεται η πορεία της θεραπείας του ασθενούς. Τα αρχεία αυτά περιλαμβάνουν λεπτομερή στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την ταυτότητα του ασθενούς και του αρμόδιου παροχέα υπηρεσιών υγείας, καθώς και ιατρική πληροφόρηση αναφορικά με τη θεραπεία που λαμβάνει ο ασθενής, το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό του, στο βαθμό που αυτό είναι γνωστό, τη διάγνωση της παρούσας ιατρικής κατάστασης του και της θεραπευτικής αγωγής που παρέχεται:</p> <p>Νοείται ότι, οι προσωπικές σημειώσεις του αρμόδιου παροχέα υπηρεσιών υγείας δεν αποτελούν μέρος του ιατρικού αρχείου.</p> <p>(2) Η διεύθυνση του ιατρικού ιδρύματος ή ο αρμόδιος παροχέας υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με την περίπτωση, έχουν την ευθύνη για την τήρηση και διαφύλαξη τακτικών και ενημερωμένων ιατρικών αρχείων, σύμφωνα με τους περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμους του 2001 και 2003.</p>
138(Ι) του 2001 37(Ι) του 2003.	
Δικαιώματα του ασθενούς αναφορικά με τα ιατρικά αρχεία.	<p>18.-(1) Ο ασθενής έχει δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης και αντίρρησης σε σχέση με πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο που περιλαμβάνονται στα ιατρικά αρχεία και κατά την άσκηση των δικαιωμάτων αυτών εφαρμόζονται αντίστοιχα, τμηρούμενων των αναλογιών, οι διατάξεις των άρθρων 11 έως 14 των περί Επεξεργασίας</p>
Επίσημη Εφημερίδα, Παράρτημα Τρίτο(Ι): 8.11.2002	<p>Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 και 2003 και των περί Επεξεργασίας Δεδομένων (Άδειες και Τέλη) Κανονισμών του 2002.</p> <p>(2) Χωρίς επηρεασμό των διατάξεων του εδαφίου (1), το δικαίωμα πρόσβασης του ασθενούς στα ιατρικά του αρχεία του παρέχει τη δυνατότητα να λαμβάνει, άμεσα ή έμμεσα δια του νομίμου αντιπροσώπου του, πληροφορίες που είναι καταχωρημένες στα αρχεία αυτά ή αντίγραφο ή απόσπασμα αυτών. Στο δικαίωμα αυτό περιλαμβάνεται η διόρθωση των πληροφοριών, η διαγραφή τους και το κλείδωμα των αρχείων λόγω ανακρίβειών και ελλείψεων:</p> <p>Νοείται ότι, το δικαίωμα πρόσβασης μπορεί να περιοριστεί, απορριφθεί ή ανασταλεί από τον εκάστοτε αρμόδιο για την τήρηση των σχετικών ιατρικών αρχείων αν-</p> <p>(α) η πληροφόρηση δύναται να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία του ασθενούς οπότε και εφαρμόζονται τμηρούμενων των αναλογιών, οι διατάξεις της δεύτερης επιφύλαξης του εδαφίου (1) του άρθρου 11. ή</p> <p>(β) είναι δυνατό να αποκαλύπτονται πληροφορίες για τρίτους και αδύνατο να αποκλειστεί η πρόσβαση σε τέτοιες πληροφορίες. Η</p>
	<p>413175940</p> <p>(γ) προκειμένου περί γενετικών πληροφοριών, δύναται να προκαλέσει σοβαρή βλάβη στην υγεία συγγενών αυτού εξ' αίματος ή ετεροθαλών αδελφών εκ μητρός ή σε πρόσωπο που συνδέεται άμεσα με αυτή τη γενετική γραμμή.</p>
Δικαίωμα εκπροσώπησης.	<p>19. Ο ασθενής έχει δικαίωμα κατάλληλης εκπροσώπησης, μέσω των δαόντων εγγεγραμμένων πλέον αντιπροσωπευτικών σωμάτων παγκύπριας εμβέλειας που εκπροσωπούν ομάδα ασθενών, σε θεσμικά όργανα, με σκοπό την έκφραση απόψεων, που αφορούν τον προγραμματισμό, τη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικής σε θέματα υγείας.</p>
Αμοιβή παροχέα υπηρεσιών υγείας.	<p>20. Τίποτα στον παρόντα Νόμο δεν επηρεάζει το δικαίωμα του παροχέα υπηρεσιών υγείας ή ιατρικού ιδρύματος σε αμοιβή.</p>

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ

Άσκηση των δυνάμεων του παρόντος Νόμου

21.-(1) Για σκοπούς άσκησης των δυνάμεων του παρόντος Νόμου δικαιωμάτων των ασθενών

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginetcy.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

δικαιωμάτων. εφαρμόζεται το παρόν Μέρος:

Νοείται ότι, στις περιπτώσεις άσκησης των δικαιωμάτων του άρθρου 18 εφαρμόζονται οι διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 και 2003.

(2) Η απόλαση των δικαιωμάτων που προβλέπονται από τον παρόντα Νόμο πρέπει να διασφαλίζεται χωρίς οποιαδήποτε δυσμενή διάκριση.

(3) Η απόλαση/άσκηση των δικαιωμάτων που προβλέπονται από τον παρόντα Νόμο υπόκειται μόνο σε ρυθμίσεις που συνάδουν με τις διεθνείς συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

(4) Εάν ο ασθενής δεν μπορεί ο ίδιος να ασκήσει τα δικαιώματα που αναφέρονται στο παρόν Μέρος, τα δικαιώματα αυτά ασκούνται από τον κατά νόμο αντιπρόσωπό του ή από πρόσωπο το οποίο ο ίδιος ορίζει για το σκοπό αυτό. Στην απουσία τέτοιου αντιπροσώπου, λαμβάνονται άλλα εύλογα μέτρα για την αποτελεσματική άσκηση των δικαιωμάτων του ασθενούς.

396073400

(5) Τηρουμένων των διατάξεων της επφύλαξης του εδαφίου (1), ο ασθενής δικαιούται να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες και συμβουλές που να τον καθιστούν ικανό να ασκεί τα δικαιώματα που καθορίζονται στο παρόν Μέρος. Παρέχεται στον ασθενή κάθε πληροφορία ή και βοήθεια για τη διαδικασία υποβολής των παραπόνων του.

(6) Τα παράπονα των ασθενών εξετάζονται πλήρως χωρίς καθυστέρηση, σύμφωνα με τις διατάξεις των ακόλουθων άρθρων, και ο ασθενής πληροφορείται το αιτιολογημένο αποτέλεσμα της εξέτασης αμέσως μετά την έκδοσή του.

Λειτουργός
Δικαιωμάτων των
Ασθενών για τη
διαφύλαξη των
δικαιωμάτων των
ασθενών σε Κρατικό
νοσοκομείο.

22.-(1) Κάθε Κρατικό νοσοκομείο οφείλει να έχει πρόσωπο υπεύθυνο για τη διαφύλαξη των δικαιωμάτων των ασθενών (στο εξής καλούμενο ως «Λειτουργός Δικαιωμάτων των Ασθενών»), του οποίου τα καθήκοντα είναι τα ακόλουθα:

(α) να παρέχει συμβουλές και βοήθεια σε ασθενείς για σκοπούς διαφύλαξης των δικαιωμάτων που τους παρέχονται δυνάμει του παρόντος Νόμου·

(β) να λαμβάνει και να χειρίζεται παράπονα ασθενών που χρήζουν, κατά την κρίση αυτού, άμεσου χειρισμού, διαφορετικά τα παραπέμπει στην Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων που καθιερύεται δυνάμει του άρθρου 23·

(γ) να καθοδηγεί και ενημερώνει το ιατρικό, παραϊατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό του ιδρύματος για όλα τα θέματα που αφορούν οι διατάξεις του παρόντος Νόμου:

Νοείται ότι, πότε στο παρόν άρθρο δε δίνει αρμοδιότητα

(i) εξέτασης θεμάτων που αφορούν ιατρική πραγματογνωμοσύνη ή ιατρική αμέλεια ή αίτημα για καταβολή αποζημιώσεων, ή

(ii) λήψης πειθαρχικών μέτρων για οποιοδήποτε θέμα για το οποίο αρμοδιότητα έχει το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Παγκόσιου Ιατρικού Συλλόγου κα/ή η αρμόδια αρχή.

(2) Καθήκοντα Λειτουργού Δικαιωμάτων των Ασθενών ανατίθενται σε δημόσιο υπάλληλο ή άλλο κατάλληλο πρόσωπο σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διαδικασίες από τον Υπουργό Υγείας σε συνεννόηση με τον Υπουργό Οικονομικών. Ο Λειτουργός Δικαιωμάτων των Ασθενών πρέπει να είναι ανεξάρτητος από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας του κρατικού νοσοκομείου σε σχέση με το οποίο του έχουν ανατεθεί καθήκοντα και τοποθετείται και/ή είναι υπόλογος στη γενική διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας.

(3) Σε περίπτωση που ο Λειτουργός Δικαιωμάτων των Ασθενών αδυνατεί να ασκήσει τα αναφερόμενα στο εδάφιο (1) καθήκοντά του, αυτά δύναται να ασκεί εκπρόσωπός του, στον οποίο ανατίθενται καθήκοντα με τον ίδιο τρόπο και έχει τις ίδιες υποχρεώσεις ως ο

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginetcy.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

Λειτουργός Δικαιωμάτων των Ασθενών.

222466468

(4) Ο Λειτουργός Δικαιωμάτων των Ασθενών δυνάμει του εδαφίου (1) ή ο εκπρόσωπός του δυνάμει του εδαφίου (3), έχει υποχρέωση όπως ασκεί τα καθήκοντά του με αμεροληψία και προσπαθεί να επιφέρει την καλύτερη δυνατή λύση με γνώμονα πάντοτε την κατά τον καλύτερο, υπό τις συνθήκες, τρόπο διαφύλαξης των δικαιωμάτων του ασθενούς.

(5) Η διεύθυνση του Κρατικού νοσοκομείου λαμβάνει τα κατάλληλα μέτρα για να συμμορφωθεί προς τις υποχρεώσεις που επιβάλλονται σ' αυτό δυνάμει του παρόντος άρθρου.

Επιτροπή Εξέτασης
Παραπόνων.

23.-(1) Καθιέρεται Επιτροπή Εξέτασης Παραπόνων (στο εξής καλούμενη ως «Επιτροπή»), ανά επαρχία, με αρμοδιότητα -

(α) καθόσον αφορά τα ιατρικά ιδρύματα που εμπίπτουν στις διατάξεις του άρθρου 22-

(i) να εξετάζει παράπονα ασθενών που παραπέμπονται από το Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών· και

(ii) να εξετάζει σε δεύτερο βαθμό παράπονα ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ικανοποιηθεί από την απόφαση του Λειτουργού Δικαιωμάτων των Ασθενών δυνάμει του άρθρου 22 ή από απόφαση δυνάμει της υποπαραγράφου (i).

(β) καθόσον αφορά τα ιατρικά ιδρύματα που δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του άρθρου 22 -

(i) να εξετάζει σε πρώτο βαθμό παράπονα ασθενών. Και

(ii) να εξετάζει σε δεύτερο βαθμό παράπονα ασθενών οι οποίοι δεν έχουν ικανοποιηθεί από απόφαση δυνάμει της υποπαραγράφου (i).

Νοείται ότι, τίποτε στο παρόν άρθρο δεν δίνει αρμοδιότητα

(i) εξέτασης θεμάτων που αφορούν ιατρική πραγματογνωμοσύνη ή ιατρική αμέλεια ή αίτημα για καταβολή αποζημιώσεων, ή

(ii) λήψη παθηργικών μέτρων για οποιοδήποτε θέμα για το οποίο αρμοδιότητα έχει το Παθηργικό Συμβούλιο του Παγκύπριου Ιατρικού Συλλόγου και/ή η αρμόδια αρχή, οπότε εφαρμόζεται το εδάφιο (8).

105530917

(2)(α) Η Επιτροπή απαρτίζεται από πέντε μέλη που διορίζονται ως τέτοια από τον Υπουργό για τετραετή θητεία. Τρία μέλη αποτελούν απαρτία.

(β)(i) Τοιούτιστα, ο πρόεδρος της Επιτροπής πρέπει να είναι ανεξάρτητος από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας και τα ιατρικά ιδρύματα που εδρεύουν στη συγκεκριμένη επαρχία·

(ii) κάθε μέλος της Επιτροπής που εξετάζει συγκεκριμένο παράπονο πρέπει να είναι ανεξάρτητο από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας και/ή το ιατρικό ίδρυμα που αφορά το παράπονο και, εν πάση περιπτώσει, σε κάθε περίπτωση που δυνατόν να υπάρξει κώλυμα το μέλος οφείλει να το δηλώνει.

(3) Η Επιτροπή εδρεύει στο μεγαλύτερο κρατικό ιατρικό ίδρυμα της επαρχίας στην οποία διορίζεται. Το Υπουργείο Υγείας παρέχει υπηρεσίες γραμματείας και όλες τις διευκολύνσεις για εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία της Επιτροπής.

(4)(α) Καθόσον αφορά την άσκηση των αρμοδιοτήτων που αναφέρονται στην υποπαραγράφο (i) της παραγράφου (α) και στην υποπαραγράφο (i) της παραγράφου (β) του εδαφίου (1), τα παράπονα των ασθενών εξετάζονται σε πρώτο βαθμό από ένα μέλος της Επιτροπής.

(β) Καθόσον αφορά την άσκηση των αρμοδιοτήτων που αναφέρονται στην υποπαραγράφο (ii) της παραγράφου (α) και στην υποπαραγράφο (ii) της παραγράφου (β) του εδαφίου (1), τα

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

παράπονα των ασθενών εξετάζονται από την Επιτροπή.

(5) Η Επιτροπή εξετάζει το ενώπιον της παραπεμφθέν παράπονο χωρίς καθυστέρηση και αποφασίζει επί αυτού εντός ειλόγου χρονικού διαστήματος και ειδικότερα –

(α) εφόσον πρόκειται για παράπονο σύμφωνα με την υποπαράγραφο (i) της παραγράφου (β) του εδαφίου (1), τούτο πρέπει να εξετάζεται και να εκδίδεται απόφαση το αργότερο εντός 48 ωρών από την υποβολή του παραπόνου·

(β) εφόσον πρόκειται για παράπονο σύμφωνα με την υποπαράγραφο (i) της παραγράφου (α) του εδαφίου (1), τούτο πρέπει να εξετάζεται και να εκδίδεται απόφαση το αργότερο εντός 15 ημερών από την παραπομπή του σχετικού παραπόνου σε αυτήν·

(γ) εφόσον πρόκειται για παράπονο σύμφωνα με την υποπαράγραφο (ii) της παραγράφου (α) και την υποπαράγραφο (ii) της παραγράφου (β) του εδαφίου (1), τούτο πρέπει να εξετάζεται και να εκδίδεται απόφαση το αργότερο εντός μηνός από την παραπομπή του παραπόνου για εξέταση σε δεύτερο βαθμό.

(6) Η απόφαση της Επιτροπής σύμφωνα με το εδάφιο (5) κοινοποιείται αμέσως στον ασθενή και στον επηρεαζόμενο παροχέα υπηρεσιών υγείας και/ή ιατρικό ίδρυμα οι οποίοι οφείλουν να τη λάβουν σοβαρά υπόψη.

(7) Τα πρακτικά των συνεδρίων της Επιτροπής, όλο το προπαρασκευαστικό υλικό για τις συνεδρίες της Επιτροπής που υποβάλλεται ενώπιόν της και τα πορίσματα των συνεδρίων της Επιτροπής αποτελούν εμπιστευτικό υλικό.

307106614

(8) Σε περίπτωση που η Επιτροπή κρίνει ότι υπάρχει εκ πρώτης όψεως υπόθεση για λήψη παιθαγωγικών μέτρων ενημερώνει σχετικά το αρμόδιο για τον παροχέα υπηρεσιών υγείας στον οποίο αφορά το παράπονο, επαγγελματικό σώμα και/ή αρχή, ανάλογα με την περίπτωση.

Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς για την άσκηση παραπόνου.

24.-(1) Η διεύθυνση ιατρικού ιδρύματος ή ο παροχέας υπηρεσιών υγείας έχει υποχρέωση όπως αναρτά σε περίοπτο μέρος και/ή ενημερώνει τον ασθενή για τα ονόματα των προσώπων που απαρτίζουν την αρμόδια Επιτροπή που αναφέρεται στο εδάφιο (1) του άρθρου 23, εξαιδικειοντάς κατά πόσον η Επιτροπή αυτή έχει αρμοδιότητα καθόσον αφορά το συγκεκριμένο ιατρικό ίδρυμα ή το συγκεκριμένο παροχέα υπηρεσιών υγείας ανάλογα με την περίπτωση, να ακούει παράπονα δυνάμει της παραγράφου (α) ή της παραγράφου (β) του εδαφίου (1) του άρθρου 23 και τον τρόπο επικοινωνίας με τα μέλη της Επιτροπής.

(2) Η διεύθυνση κάθε κρατικού νοσοκομείου έχει υποχρέωση, επιπρόσθετα από τις διατάξεις του εδαφίου (1), όπως αναρτά σε περίοπτο μέρος και/ή ενημερώνει τον ασθενή έγκαιρα για το όνομα του Λειτουργού Δικαιωμάτων των Ασθενών και του εκπροσώπου του, που διορίζονται δυνάμει των εδαφίων (1) και (3) του άρθρου 22, αντίστοιχα.

ΜΕΡΟΣ IV – ΤΕΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Αδίκηματι και ποινές.

25. Παροχέας υπηρεσιών υγείας που παραβιάζει οποιαδήποτε από τις διατάξεις του άρθρου 17 είναι ένοχος αδικήματος και ισχύουν, τηρουμένων των αναλογιών, οι διατάξεις των άρθρων 25 και 26 των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 και 2003:

Νοείται ότι, για τη στοιχειοθέτηση αδικήματος δυνάμει του παρόντος εδαφίου δεν απαιτείται η ύπαρξη πρόθεσης ή επαγγελματικής αμέλειας.

Έκδοση Κανονισμών.

26.-(1) Το Υπουργικό Συμβούλιο έχει εξουσία να εκδίδει Κανονισμούς που δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας σε σχέση με οποιοδήποτε θέμα το οποίο χρήζει ή είναι δεκτικό καθορισμού και γενικά για την καλύτερη εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος Νόμου.

(2) Χωρίς επηρεασμό της γενικότητας του εδαφίου (1), οι Κανονισμοί που εκδίδονται δυνάμει αυτού μπορούν να προνοούν –

Copyright © Leginet Ltd 2002-2004. All rights reserved.
Cyprus Legal Portal - <http://www.leginetcy.com>

Use of this document is subject to the agreed Terms and Conditions and it is protected by digitally embedded signatures against unauthorized use

(α) για τον τρόπο ενημέρωσης των ασθενών καθόσον αφορά τα δικαιώματα που ρυθμίζονται από τον παρόντα Νόμο και την άσκηση αυτών.

(β) για τους τρόπους μεταφοράς ασθενούς σε κατάλληλο ιατρικό ίδρυμα.

(γ) για τον τρόπο υπόδειξης από τον ασθενή προσώπου το οποίο θα λαμβάνει εκ μέρους του ιατρική ενημέρωση.

(δ) για τον τρόπο λήψης απόφασης από το Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών δυνάμει του άρθρου 22.

(ε) για τη σύνθεση, λειτουργία και κάθε άλλο θέμα που αφορά την Επιτροπή Παραπόνων δυνάμει του άρθρου 23.

(στ) για τον τρόπο ενημέρωσης ασθενών καθόσον αφορά το Λειτουργό Δικαιωμάτων των Ασθενών και την Επιτροπή Παραπόνων δυνάμει του άρθρου 24.

(3) Οι κατά τον παρόντα Νόμο εκδιδόμενοι Κανονισμοί κατατίθενται στη Βουλή των Αντιπροσώπων η οποία έχει εξουσία προς έγκριση ή απόρριψή τους, μέσα σε προθεσμία εξήντα ημερών από την κατάθεσή τους. Αν η Βουλή των Αντιπροσώπων εγκρίνει τους Κανονισμούς ή η προθεσμία των εξήντα ημερών παρέλθει άπρακτη, οι Κανονισμοί δημοσιεύονται στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας και τίθενται σε ισχύ από την ημερομηνία της δημοσίευσής τους.

Εναρξη της ισχύος του παρόντος Νόμου.

27. Ο παρών Νόμος τίθεται σε ισχύ εντός τριών μηνών από την ημερομηνία δημοσίευσής του στην Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας.

337572395

Παράρτημα 0-XVIII: Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτών**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ****ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Αξιότιμε Κύριε/Κυρία,

Τα δικαιώματα των ασθενών έχουν θεσπιστεί μέσα από νομοθεσίες στα περισσότερα κράτη του κόσμου και αποτελούν μια καθολική και διαχρονική παγκόσμια αξία. Ακολουθώντας το παράδειγμα διεθνών συμβουλίων και οργανισμών αναπτύχθηκαν και θεσμοθετήθηκαν τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο.

Πρόσκληση

Καλείστε να συμμετάσχετε στην ερευνητική μελέτη που διεξάγεται από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής. Θα σας δοθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο σε απλή γλώσσα και θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια ποιος θα έχει πρόσβαση στα δεδομένα της μελέτης. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν στη μελέτη προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο που ενέκρινε τη μελέτη.

Η αναλυτική ερευνητική πρόταση υποβλήθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, στην Επιτροπή Έρευνας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, στο Γραφείο Επιτροπής Προστασίας δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, στο Υπουργείο Υγείας, Διευθυντές κρατικών και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, οι οποίοι την εξέτασαν και την ενέκριναν. Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος του ερευνητικού τμήματος διδακτορικής διατριβής που διερευνά **«Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»**.

Γιατί επιλεχθήκατε;

Επιλεχθήκατε επειδή εργάζεστε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ενδιαφερόμαστε κατά κύριο λόγο για τις απόψεις σας καθώς πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις σας θα είναι σημαντικές για το σκοπό της μελέτης και, ως εκ τούτου, η συνεισφορά σας είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη του ερευνητικού μας στόχου.

Τι αναμένεται από εσάς;

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα και απαιτεί περίπου 20 λεπτά. Αποτελείται από ερωτήσεις που απαιτούν την επιλογή μιας έτοιμης απάντησης, σημειώνοντας ένα (✓), στο αντίστοιχο κενό. Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε 4 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στο Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο, η δεύτερη διερευνά τις στάσεις και γνώσεις σας απέναντι στα δικαιώματα των ασθενών, η τρίτη περιλαμβάνει καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου και η τέταρτη δημογραφικά στοιχεία. Παρακαλούμε συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις. Θα προτιμούσαμε να το συμπληρώσετε στον ελεύθερό σας χρόνο χωρίς να συζητήσετε με άλλα άτομα. Μόλις το συμπληρώσετε παρακαλούμε τοποθετήστε το στο ειδικό κουτί.

Συγκατάθεση

Η συγκατάθεση σας για τη συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Είστε ελεύθεροι να αρνηθείτε ή να διακόψετε τη συμπλήρωση οποιαδήποτε στιγμή. Δεν θα πρέπει να συμμετάσχετε εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.

Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία

Οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες. Δεν υπάρχει τρόπος αντιστοίχισης των ερωτηματολογίων με τη ταυτότητα του απαντητή. Όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές και μόνο τα άτομα που είναι αναμειγμένα στην έρευνα θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες. Σε καμία φάση της μελέτης δεν θα γίνει αναφορά άμεση ή έμμεση, σε πρόσωπα, μονάδες ή νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα παρουσιαστούν μετά την ολοκλήρωση της μελέτης σε διεθνείς επιστημονικές συνεδριάσεις και θα δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά. Σε κανένα σημείο στην ανάλυση ή τη δημοσίευση δεν θα αποκαλυφθούν οποιεσδήποτε πληροφορίες για την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Εάν έχετε ερωτήσεις που αφορούν στη μελέτη παρακαλώ επικοινωνήστε με:

Έλενα Κλεάνθους elena.kleanthous@cut.ac.cy

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Η γνώμη σας και η συνεργασία σας είναι πολύτιμες για εμάς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την βοήθειά σας.

Με εκτίμηση

Έλενα Κλεάνθους RN, Bsc, MA, Υποψήφια διδάκτορας

Εάν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη κρατήστε αυτές τις δύο σελίδες για το αρχείο σας και παραδώστε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

Εάν δεν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη τσεκάρτε παρακάτω και παραδώστε το ερωτηματολόγιο ασυμπλήρωτο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

- Δεν επιθυμώ να συμπληρώσω αυτό το ερωτηματολόγιο και το επιστρέφω ασυμπλήρωτο.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



«Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας Εντατικής Θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»

Ενότητα Α: Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο

A. Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;

- Όχι Ναι

B. Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου;

- Όχι Ναι

Γ. Γνωρίζετε τις βασικές αρχές της Βιοηθικής;

- Όχι Ναι

Δ. Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών θέματα βιοηθικής;

- Όχι Ναι

E. Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών σας σπουδών θέματα νοσηλευτικής δεοντολογίας;

- Όχι Ναι

Z. Έχετε διδαχθεί κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σας σπουδών θέματα βιοηθικής;

- Όχι Ναι

H. Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας;

- Όχι Ναι

Θ. Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας;

Όχι	Αρκετά	Πολύ καλά	Πάρα πολύ καλά

Ενότητα Β:**ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ- ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
1. Πιστεύετε ότι ο νόμος που αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών εφαρμόζεται στην καθημερινή πρακτική στη ΜΕΘ;					
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;					
3. Πιστεύετε ότι είναι δυνατόν να καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς της ΜΕΘ;					
4. Η κρίσιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;					
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;					
6. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι <u>προσωπικές πληροφορίες</u> των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;					
7. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;					
8. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται <u>οι οικείοι τους</u> πριν από κάθε παρέμβαση;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
9. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;					
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;					
11. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας τους;					
12. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για την πορεία της υγείας του ασθενούς;					
13. Η αρχή που υπαγορεύει ότι σε κάθε περίπτωση οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν ότι μπορούν προς όφελος του ασθενή, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;					
14. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν οτιδήποτε που μπορεί να βλάψει τον ασθενή;					
15. Πρέπει όλοι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ισότιμα κατά την κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;					
16. Η αρχή που υπαγορεύει ότι ο ασθενής πρέπει να σκέφτεται, να αποφασίζει και να ενεργεί ανεξάρτητα και χωρίς την άσκηση ψυχολογικής ή σωματικής πίεσης, πρέπει να εφαρμόζεται στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ;					
17. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
18. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ που είναι σε καταστολή διατηρούσαν τη συνείδησή τους, είναι πιθανόν να αρνούνταν κάποιες από τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε αυτούς ;					
19. Πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές της ΜΕΘ πρέπει να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των ιατρικών δεδομένων των ασθενών;					
20. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τις ιατρικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;					
21. Πιστεύετε ότι ο ρόλος του νοσηλευτή ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;					
22. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλούνται αρνητικά συναισθήματα (π.χ. λύπη, οργή);					
23. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια;					
24. Η παραβίαση της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;					
25. Η άνιση μεταχείριση των νοσηλευόμενων ασθενών στη ΜΕΘ ως προς την κατανομή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και του προσωπικού σας δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα;					
26. Ιατρική οδηγία μη- ανάνηψης σας έχει προκαλέσει ποτέ αρνητικά συναισθήματα;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
27. Κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας ως νοσηλεύτης ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;					
28. Οι νοσηλεύτές που εργάζονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους νοσηλεύτές που εργάζονται σε άλλα τμήματα;					
29. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;					
30. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;					
31. Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;					
32. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;					

Ενότητα Γ

Οι παρακάτω καταστάσεις συμβαίνουν στην κλινική πράξη. Εάν έχετε βιώσει τις καταστάσεις αυτές μπορεί να σας ενόχλησαν ή όχι. Παρακαλώ σημειώστε τσεκάροντας με ένα √ πόσο συχνά έχετε βιώσει κάθε κατάσταση όπως περιγράφεται και πόσο σας ενόχλησε. Εάν **δεν έχετε βιώσει ποτέ** μια συγκεκριμένη κατάσταση επιλέξτε "0" (ποτέ) στη στήλη της συχνότητας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ! 1. Ακόμα και εάν δεν έχετε βιώσει μια συγκεκριμένη κατάσταση παρακαλώ σημειώστε πόσο θα σας ενοχλούσε εάν σας συνέβαινε στην κλινική σας πράξη.

2. Θυμηθείτε ότι για κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε και για τις δύο διαστάσεις Συχνότητα και Πόσο σας ενόχλησε τσεκάροντας την κατάλληλη στήλη.

	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε				
	Ποτέ συχνά		Πολύ			Καθόλου		Σε μεγάλο βαθμό		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους										
2. Ρωτάω την οικογένεια του ασθενή για τη δωρεά οργάνων όταν ο θάνατος του ασθενή είναι αναπόφευκτος.										
3. Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του ασθενή ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον ασθενή.										
4. Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως το μόνο που κάνουν είναι να παρατείνουν την πορεία προς το θάνατο.										
5. Συμμορφώνομαι με το αίτημα της οικογένειας να μην συζητήσω με έναν ασθενή που πεθαίνει το ζήτημα του θανάτου, όταν εκείνος ρωτάει για το θάνατο.										
6. Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για εξετάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις που θεωρώ μη αναγκαίες σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο.										

	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε				
	Ποτέ συχνά		Πολύ			Καθόλου		Σε μεγάλο Βαθμό		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. Συνεχίζω να συμμετέχω στη φροντίδα τραυματισμένων ασθενών που δεν έχουν ελπίδα και που διατηρούνται στη ζωή σε αναπνευστήρα όταν κανείς δεν παίρνει την απόφαση να «βγάλει την πρίζα».										
8. Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον ασθενή την αλήθεια όταν αυτός/ αυτή το ζητήσει.										
9. Βοηθάω έναν ιατρό, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.										
10. Προετοιμάζω έναν ηλικιωμένο ασθενή για χειρουργική επέμβαση εισαγωγής σωλήνα γαστροστομίας, όταν αυτός έχει σοβαρή άνοια και για τον οποίον υπάρχει οδηγία μη ανάταξης.										
11. Επιτρέπω σε φοιτητές ιατρικής να πραγματοποιήσουν επώδυνες διαδικασίες σε ασθενείς αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητες τους.										
12. Παρέχω φροντίδα η οποία δεν ανακουφίζει ουσιαστικά τον ασθενή από τον πόνο επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των αναλγητικών θα προκαλέσω το θάνατο.										
13. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις οδηγίες σε σχέση με την ανάταξη του ασθενή σε πιθανή ανακοπή με την οικογένεια του όταν ο ασθενής είναι πλέον ανίκανος προς βούληση.										
14. Αυξάνω τη δόση της ενδοφλέβιας μορφίνης η οποία πιστεύω ότι θα επιταχύνει το θάνατο σε έναν ασθενή υπό καταστολή.										
15. Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του ασθενή να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ασθενής έχει κακή πρόγνωση.										
16. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω με τον ασθενή που πεθαίνει το ζήτημα του θανάτου, όταν εκείνος ρωτάει για το θάνατο.										

	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε				
	Ποτέ συχνά		Πολύ			Καθόλου		Σε μεγάλο βαθμό		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. Εργάζομαι με ιατρούς/νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των ασθενών.										
18. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα σε ασθενή.										
19. Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι ασθενείς δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς για να δώσουν την ενημερωμένη συγκατάθεση τους.										
20. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω με τον ασθενή την κατάστασή του.										
21. Εφαρμόζω τις οδηγίες για αναλγητική αγωγή ακόμα και όταν η οδηγία δεν ανακουφίζει από τον πόνο.										

Έχετε ποτέ **φύγει ή σκεφτεί να παραιτηθείτε** από την κλινική σας θέση επειδή έχετε αισθανθεί δυσάρεστα με τον τρόπο κατά τον οποίο το ίδρυμα σας έχει χειριστεί την παροχή φροντίδας σε ασθενή;

Παρακαλώ σημειώστε την θέση που κατείχατε τη δεδομένη στιγμή:

Προϊσταμένου	
Υπευθύνου	
Νοσηλευτικό προσωπικό	

Ναι, παραιτήθηκα από τη θέση μου _____

Ναι, σκέφτηκα να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα _____

Όχι, ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ ή να εγκαταλείψω μια θέση _____

Ενότητα Δ: Δημογραφικά στοιχεία**1. Φύλο:**

Ανδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

<input type="text"/>	Ετών
----------------------	------

3. Η ΜΕΘ που εργάζεστε είναι:

Καρδιολογική	
Γενική	
Άλλη	

4. Η ΜΕΘ που εργάζεστε πόσα κρεβάτια έχει;

<input type="text"/>	Αριθμός κρεβατιών
----------------------	-------------------

5. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε ως νοσηλεύτης ΜΕΘ;

Χρόνια	
Μήνες	

6. Ποιά θέση κατέχετε στη ΜΕΘ;

Προϊσταμένου	
Υπευθύνου	
Νοσηλευτικό προσωπικό	

7. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος	
Έγγαμος	
Διαζευγμένος/Χήρος	

8. Ποιός είναι ο αριθμός των τέκνων που έχετε;

9. Η προπτυχιακή σας εκπαίδευση είναι:

Δίπλωμα μέσης σχολής (ΔΕ)	
Πτυχίο ανώτατης σχολής (ΠΕ)	

10. Η μεταπτυχιακή σας εκπαίδευση είναι:

Καμία	
Νοσηλευτική ειδικότητα	
Μεταπτυχιακός τίτλος(Master 1 έτος)	
Μεταπτυχιακός τίτλος(Master 2 έτη)	
Μεταπτυχιακός φοιτητής	
Υποψήφιος Διδάκτωρ	
Κάτοχος διδακτορικού διπλώματος	
Μεταδιδακτορικές σπουδές	

11. Πριν πόσα χρόνια αποκτήσατε τον τελευταίο τίτλο σπουδών (πτυχίο, μεταπτυχιακό, διδακτορικό);

12. Έχετε κάποια νοσηλευτική ειδικότητα;

Χειρουργική νοσηλευτική	
Παθολογική νοσηλευτική	

Παιδιατρική νοσηλευτική	
Ψυχιατρική νοσηλευτική	
Εντατική νοσηλευτική	
Άλλη εξειδίκευση	

13. Έχετε συμμετάσχει κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής σας σταδιοδρομίας σε κάποιες από τις παρακάτω δραστηριότητες που να αφορούν σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Συνέδρια		
Σεμινάρια		
Οργανωμένα προγράμματα λίγων εβδομάδων		
Οργανωμένα προγράμματα λίγων μηνών		

14. Παρακαλώ σημειώστε κατα μέσο όρο την αναλογία νοσηλευτών προς ασθενείς σε μια τυπική βάρδια στη μονάδα σας.

Πρωινή βάρδια: 1 νοσηλευτής/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

Απογευματινή βάρδια: 1 νοσηλευτής/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

Νυχτερινή βάρδια: 1 νοσηλευτής/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

15. Παρακαλώ σημειώστε κατα μέσο όρο την αναλογία γιατρών προς ασθενείς σε μια τυπική βάρδια στη μονάδα σας.

Πρωινή βάρδια: 1 γιατρός/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

Απογευματινή βάρδια: 1 γιατρός/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

Νυχτερινή βάρδια 1 γιατρός/..... ασθενείς (αριθμός ασθενών)

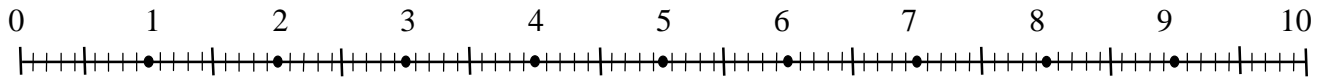
16. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά συμμετέχετε σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μέσα ή έξω από το νοσοκομείο σας.

Κάθε Μία με Μερικές Μία ή δύο Μία ή Λιγότερο εβδομάδα τρεις φορές το φορές το περισσότερες από μία

φορές το χρόνο χρόνο φορές κάθε 2- φορά κάθε μήνα 5 χρόνια
5 χρόνια



17. Παρακαλώ, σημειώστε με ένα βέλος(↓) το επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με την εργασία σας στη Μ.Ε.Θ.



Εάν επιθυμείτε να προσθέσετε οποιαδήποτε πληροφορία ή να κάνετε κάποιο σχόλιο παρακαλώ χρησιμοποιείστε τον παρακάτω χώρο

Καθόλου
ικανοποιημένος/η

Απόλυτα
ικανοποιημένος/η

Παράρτημα 0-ΧΙΧ: Ερωτηματολόγιο Ασθενών**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ****ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

Αξιότιμε Κύριε/Κυρία,

Τα δικαιώματα των ασθενών έχουν θεσπιστεί μέσα από νομοθεσίες στα περισσότερα κράτη του κόσμου και αποτελούν μια καθολική και διαχρονική παγκόσμια αξία. Ακολουθώντας το παράδειγμα διεθνών συμβουλίων και οργανισμών αναπτύχθηκαν και θεσμοθετήθηκαν τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο.

Πρόσκληση

Καλείστε να συμμετάσχετε στην ερευνητική μελέτη που διεξάγεται από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής. Θα σας δοθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο σε απλή γλώσσα και θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια ποιος θα έχει πρόσβαση στα δεδομένα της μελέτης. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν την μελέτη προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο που ενέκρινε τη μελέτη.

Η αναλυτική ερευνητική πρόταση υποβλήθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, στην Επιτροπή Έρευνας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, στο Γραφείο Επιτροπής Προστασίας δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, στο Υπουργείο Υγείας, Διευθυντές κρατικών και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, οι οποίοι την εξέτασαν και την ενέκριναν. Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος του ερευνητικού τμήματος διδακτορικής διατριβής που διερευνά **«Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας εντατικής θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»**.

Γιατί επιλεχθήκατε:

Επιλεχθήκατε επειδή νοσηλευθήκατε σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ενδιαφερόμαστε κατά κύριο λόγο για τις απόψεις σας καθώς πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις σας θα είναι σημαντικές για το σκοπό της μελέτης και, ως εκ τούτου, η συνεισφορά σας είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη του ερευνητικού μας στόχου.

Τι αναμένεται από εσάς:

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα και η συμπλήρωση του απαιτεί περίπου 20 λεπτά. Αποτελείται από ερωτήσεις που απαιτούν την επιλογή μιας έτοιμης απάντησης, σημειώνοντας ένα (✓), στο αντίστοιχο κενό. Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε 3 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στο Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο, η δεύτερη διερευνά τις στάσεις και γνώσεις σας απέναντι στα δικαιώματα των ασθενών και η τρίτη περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία. Θα προτιμούσαμε να το συμπληρώσετε στον ελεύθερό σας χρόνο χωρίς να συμβουλευτείτε άλλα άτομα. Μόλις το συμπληρώσετε θα το παραδώσετε στην ερευνήτρια.

Συγκατάθεση

Η συγκατάθεσή σας για την συμμετοχή στην μελέτη είναι εθελοντική. Είστε ελεύθεροι να αρνηθείτε ή να διακόψετε τη συμπλήρωση οποιαδήποτε στιγμή. Δεν θα πρέπει να συμμετάσχετε εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιοδήποτε ενδιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.

Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία

Οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες. Δεν υπάρχει τρόπος αντιστοίχισης των ερωτηματολογίων με τη ταυτότητα του απαντητή. Όλες οι πληροφορίες που αφορούν το άτομό σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και μόνο τα άτομα που είναι αναμειγμένα στην έρευνα θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες. Σε καμία φάση της μελέτης δεν θα γίνει αναφορά άμεση ή έμμεση, σε πρόσωπα, μονάδες ή νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα παρουσιαστούν μετά την ολοκλήρωση της μελέτης σε διεθνείς επιστημονικές συνεδριάσεις και θα δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά. Σε κανένα σημείο στην ανάλυση ή τη δημοσίευση δεν θα αποκαλυφθούν οποιεσδήποτε πληροφορίες για την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Εάν έχετε ερωτήσεις που αφορούν στη μελέτη παρακαλώ επικοινωνήστε με:

Έλενα Κλεάνθους elena.kleanthous@cut.ac.cy

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανασόγλου e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Η γνώμη σας και η συνεργασία σας είναι πολύτιμες για εμάς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την βοήθειά σας.

Με εκτίμηση

Έλενα Κλεάνθους RN, Bsc, MA, Υποψηφία διδάκτορας

Εάν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη κρατήστε αυτές τις δύο σελίδες για το αρχείο σας και παραδώστε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

Εάν δεν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη τσεκάρετε παρακάτω και παραδώστε το ερωτηματολόγιο ασυμπλήρωτο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

- Δεν επιθυμώ να συμπληρώσω αυτό το ερωτηματολόγιο και το επιστρέφω ασυμπλήρωτο.



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

α/α:	
------	--

**«Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας Εντατικής
θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»**

Ενότητα Α: Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο

A. Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;

Όχι Ναι

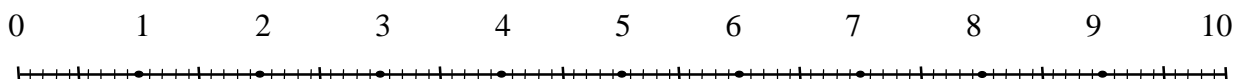
B. Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου;

Όχι Ναι

Γ. Γνωρίζετε ποια είναι τα δικαιώματα των ασθενών;

Όχι Ναι

Δ. Εάν ναι πως αξιολογείτε τη γνώση σας για τα δικαιώματα των ασθενών



Καμία γνώση
Πλήρης γνώση

Ενότητα Β:**ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ- ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;					
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;					
3. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;					
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπειά τους;					
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;					
6. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;					
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;;					
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;					
9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;					
10. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας τους;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Πολλές Φορές	Πάντα
11. Οι <u>στενοί συγγενείς των ασθενών</u> της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;					
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;					
13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να κάνουν κάτι που θα σας βλάψει;					
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;					
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;					
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους ασθενείς της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;					
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;					
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;					
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);					
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματά σας ενώ νοσηλεύεστε στην ΜΕΘ προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια, (π.χ. να το αναφέρετε κάπου);					
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειάς σας καθώς νοσηλεύεστε στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;					
22. Ως ασθενείς της ΜΕΘ έχετε δικαίωμα να αρνηθείτε μια θεραπευτική παρέμβαση;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές Φορές	Πολλές Φορές	Πάντα
23.Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;					
24.Πιστεύετε ότι οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία τους στο βαθμό που μπορούν;					
25.Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;					

Ενότητα Γ: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

ετών	
------	--

3. Η ΜΕΘ που νοσηλευτήκατε είναι:

Καρδιολογική	
Γενική	
Άλλη	

4. Πόσο χρονικό διάστημα νοσηλευτήκατε ως ασθενής στη ΜΕΘ;

Μέρες	
-------	--

5. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος	
--------	--

Έγγαμος	
Διαζευγμένος/Χήρος	

6. Ποιός είναι ο αριθμός των τέκνων που έχετε;

7. Η εκπαίδευση σας είναι:

Καμίας	
Δημοτικού	
Γυμνασίου	
Λυκείου	
Ανώτερης/ Ανώτατης	
μεταπτυχιακό	

Εάν επιθυμείτε να προσθέσετε οποιαδήποτε πληροφορία σκέψη ή παράπονο να κάνετε κάποιο σχόλιο παρακαλώ χρησιμοποιείστε τον παρακάτω χώρο

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Παράρτημα 0-XX: Ερωτηματολόγιο Συγγενών
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

No:

Αξιότιμε Κύριε/Κυρία,

Τα δικαιώματα των ασθενών έχουν θεσπιστεί μέσα από νομοθεσίες στα περισσότερα κράτη του κόσμου και αποτελούν μια καθολική και διαχρονική παγκόσμια αξία. Ακολουθώντας το παράδειγμα διεθνών συμβουλίων και οργανισμών αναπτύχθηκαν και θεσμοθετήθηκαν τα δικαιώματα των ασθενών στην Κύπρο.

Πρόσκληση

Καλείστε να συμμετάσχετε στην ερευνητική μελέτη που διεξάγεται από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Τμήμα Νοσηλευτικής. Θα σας δοθεί ανώνυμο ερωτηματολόγιο σε απλή γλώσσα και θα σας επεξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια ποιος θα έχει πρόσβαση στα δεδομένα της μελέτης. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες που αφορούν την μελέτη στο οποίο συμμετέχετε προς την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο που ενέκρινε τη μελέτη.

Η αναλυτική ερευνητική πρόταση υποβλήθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, στην Επιτροπή Έρευνας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, στο Γραφείο Επιτροπής Προστασίας δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, στο Υπουργείο Υγείας, Διευθυντές κρατικών και ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, οι οποίοι την εξέτασαν και την ενέκριναν. Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί αποτελεί μέρος του ερευνητικού τμήματος διδακτορικής διατριβής που διερευνά «**Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών**».

Γιατί επιλεχθήκατε;

Επιλεχθήκατε επειδή έχετε συγγενή που νοσηλεύεται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ενδιαφερόμαστε κατά κύριο λόγο για τις απόψεις σας καθώς πιστεύουμε ότι οι απαντήσεις σας θα είναι σημαντικές για το σκοπό της μελέτης και, ως εκ τούτου, η συνεισφορά σας είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη του ερευνητικού μας στόχου.

Τι αναμένεται από εσάς;

Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα και απαιτεί περίπου 20 λεπτά. Αποτελείται από ερωτήσεις που απαιτούν την επιλογή μιας έτοιμης απάντησης, σημειώνοντας ένα (✓), στο αντίστοιχο κενό. Το ερωτηματολόγιο είναι χωρισμένο σε 3 ενότητες. Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στο Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο, η δεύτερη διερευνά τις στάσεις και γνώσεις σας απέναντι στα δικαιώματα των ασθενών και η τρίτη περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία. Παρακαλούμε συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις. Θα προτιμούσαμε να το Θα προτιμούσαμε να το συμπληρώσετε στον ελεύθερό σας χρόνο χωρίς να συζητήσετε με άλλα

άτομα. Μόλις το συμπληρώσετε παρακαλούμε τοποθετήστε το στο ειδικό κουτί ή παραδώστε το στην ερευνήτρια.

Συγκατάθεση

Η συγκατάθεση σας για τη συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική. Είστε ελεύθεροι να αρνηθείτε ή να διακόψετε τη συμπλήρωση οποιαδήποτε στιγμή. Δεν θα πρέπει να συμμετάσχετε εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν την συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.

Εμπιστευτικότητα και ανωνυμία

Οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές και ανώνυμες. Δεν υπάρχει τρόπος αντιστοίχισης των ερωτηματολογίων με τη ταυτότητα του απαντητή. Όλες οι πληροφορίες θα παραμείνουν εμπιστευτικές και μόνο τα άτομα που είναι αναμειγμένα στην έρευνα θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες. Σε καμία φάση της μελέτης δεν θα γίνει αναφορά άμεση ή έμμεση, σε πρόσωπα, μονάδες ή νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα παρουσιαστούν μετά την ολοκλήρωση της μελέτης σε διεθνείς επιστημονικές συνεδριάσεις και θα δημοσιευθούν σε επιστημονικά περιοδικά. Σε κανένα σημείο στην ανάλυση ή τη δημοσίευση δεν θα αποκαλυφθούν οποιεσδήποτε πληροφορίες για την ταυτότητα των συμμετεχόντων. Εάν έχετε ερωτήσεις που αφορούν στη μελέτη παρακαλώ επικοινωνήστε με:

Έλενα Κλεάνθους elena.kleanthous@cut.ac.cy

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου e.papathanassoglou@cut.ac.cy

Η γνώμη σας και η συνεργασία σας είναι πολύτιμες για εμάς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την βοήθειά σας.

Με εκτίμηση

Έλενα Κλεάνθους RN, Bsc, MA, Υποψηφία διδάκτορας

Εάν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη κρατήστε αυτές τις δύο σελίδες για το αρχείο σας και παραδώστε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

Εάν δεν επιθυμείτε να συμμετάσχετε στη μελέτη τσεκάρτε παρακάτω και παραδώστε το ερωτηματολόγιο ασυμπλήρωτο στο ειδικό κουτί ή στην ερευνήτρια.

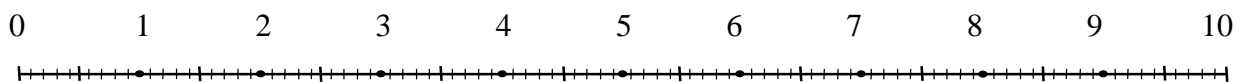
Δεν επιθυμώ να συμπληρώσω αυτό το ερωτηματολόγιο και το επιστρέφω ασυμπλήρωτο.

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



α/α:

«Στάσεις και γνώσεις ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών υγείας Εντατικής Θεραπείας ως προς τα δικαιώματα των ασθενών»**Ενότητα Α: Νομικό πλαίσιο στην Κύπρο****A. Γνωρίζετε εάν στην Κύπρο υπάρχει νόμος που να αναφέρεται στα δικαιώματα των νοσηλευόμενων ασθενών;**Όχι Ναι **B. Εάν ναι, γνωρίζετε το περιεχόμενο του νόμου;**Όχι Ναι **Γ. Γνωρίζετε ποια είναι τα δικαιώματα των ασθενών;**Όχι Ναι **Δ. Εάν ναι πως αξιολογείτε τη γνώση σας για τα δικαιώματα ασθενών**

Καμία γνώση

Πλήρης γνώση

Ενότητα Β:**ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ****ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ- ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ	ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ				
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
1. Πιστεύετε ότι στη ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Θεραπείας) πρέπει να τηρούνται τα δικαιώματα των ασθενών;					
2. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, πιστεύετε ότι τα δικαιώματα των ασθενών τηρούνται στη ΜΕΘ;					
3. Η κρισιμότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγήσει το προσωπικό της ΜΕΘ να εφαρμόσει παρεμβάσεις που καταπατούν τα δικαιώματα των ασθενών;					
4. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ασθενείς της ΜΕΘ αντιμετωπίζονται με τον απαιτούμενο σε αυτούς σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους;					
5. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι προσωπικές πληροφορίες των ασθενών που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ διαφυλάσσονται με την απαιτούμενη εχεμύθεια από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ;					
6. Οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους ιατρούς πριν γίνει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση;					
7. Εάν οι ασθενείς της ΜΕΘ δεν είναι σε κατάσταση που να μπορούν να συνεργασθούν, ενημερώνονται οι οικείοι τους πριν από κάθε παρέμβαση;					
8. Οι στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τον καθορισμό του θεραπευτικού πλάνου;					
9. Οι ασθενείς της ΜΕΘ ή οι οικείοι τους έχουν το νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα να διαμαρτυρηθούν σε οποιαδήποτε περίπτωση νομίζουν ότι αδικούνται;					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
10. Οι <u>ασθενείς</u> της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας των οικείων τους;					
11. Οι <u>στενοί συγγενείς των ασθενών</u> της ΜΕΘ ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για την πορεία της υγείας του ασθενούς;					
12. Πιστεύετε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κάνουν το καλύτερο για τον ασθενή;					
13. Στην καθημερινή κλινική πρακτική στη ΜΕΘ οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει ποτέ να κάνουν κάτι που θα βλάψει τον ασθενή;					
14. Όλοι οι ασθενείς έχουν δικαίωμα να αντιμετωπίζονται σαν ίσοι;					
15. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι νοσηλευτές είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;					
16. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, οι ιατροί είναι ειλικρινείς απέναντι στους συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ για θέματα της υγείας τους;					
17. Οι ασθενείς της ΜΕΘ πρέπει να ενημερώνονται από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πρόκειται να γίνουν;					
18. Πιστεύετε ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας ως συνηγόρου του ασθενούς είναι σημαντικός για τους ασθενείς της ΜΕΘ;					
19. Εάν καταπατηθούν τα δικαιώματα ενός ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ έχετε αρνητικά συναισθήματα (οργή, λύπη);					

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολλές φορές	Πάντα
20. Στην περίπτωση που πιστεύετε ότι καταπατούνται τα δικαιώματα ενός ασθενούς προβαίνετε σε κάποια περαιτέρω ενέργεια (π.χ. να το αναφέρετε κάπου);					
21. Η μη προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενούς που νοσηλεύεται στη ΜΕΘ σας προκαλεί αρνητικά συναισθήματα;					
22. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του συγγενή σας στη ΜΕΘ έχετε έλθει αντιμέτωποι με ηθικά διλήμματα;					
23. Οι <u>συγγενείς ασθενών</u> που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ έρχονται αντιμέτωποι με πιο πολλά ηθικά διλήμματα από τους συγγενείς ασθενών που νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (π.χ. εάν νοσηλευόταν σε παθολογικό τμήμα θα ήσασταν αντιμέτωποι με πιο λίγα ηθικά διλήμματα) ;					
24. Οι ασθενείς της ΜΕΘ έχουν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση;					
25. Οι <u>στενοί συγγενείς των ασθενών της ΜΕΘ</u> διατηρούν το δικαίωμα της άρνησης σε μια θεραπευτική παρέμβαση για τον ασθενή τους;					
26. Πιστεύετε ότι οι συγγενείς ασθενών της ΜΕΘ πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία των οικείων τους στο βαθμό που μπορούν;					
27. Σύμφωνα με την εμπειρία σας γίνονται σεβαστά τα ιδεολογικά πιστεύω και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις των ασθενών στις ΜΕΘ;					

Ενότητα Γ: Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

Άνδρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

ετών	
------	--

3. Η ΜΕΘ που νοσηλεύτηκε ο συγγενής σας είναι:

Καρδιολογική	
Γενική	
Άλλη	

4. Πόσο χρονικό διάστημα νοσηλεύτηκε ο συγγενής σας στην ΜΕΘ;

Μέρες	
-------	--

5. Ποιά είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος	
Έγγαμος	
Διαζευγμένος/Χήρος	

6. Ποιός είναι ο αριθμός των τέκνων που έχετε;

--

7. Η εκπαίδευση σας είναι:

Καμίας	
Δημοτικού	
Γυμνασίου	
Λυκείου	
Ανώτερης	
Ανώτατης	

Εάν επιθυμείτε να προσθέσετε οποιαδήποτε πληροφορία ή να κάνετε κάποιο σχόλιο παρακαλώ χρησιμοποιείστε τον παρακάτω χώρο

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Παράρτημα 0-XXI: Εργαλείο αξιολόγησης διανοητικής κατάστασης

87

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. J. Psychiatr. Res., 1975;12:189-98.
 Φουντουλάκης Κ., Τσολάκη Μ., Χατζή Ε., Κάζης Α. Εγκέφαλος, 1994;31:93-102
 Fountoulakis KN, Tsolaki M, Chantzi E, Kazis A. Am J Alzheimer's Disease. 2000;15(6):342-345

A. ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ**α. ΧΡΟΝΟΣ**

- | | | |
|---------------------------|---|---|
| 1. τι έτος έχουμε; | 0 | 1 |
| 2. τι εποχή | 0 | 1 |
| 3. τι μήνα | 0 | 1 |
| 4. τι μέρα της εβδομάδος | 0 | 1 |
| 5. πόσες του μηνός έχουμε | 0 | 1 |

σύνολο

β. ΧΩΡΟΣ (που βρισκόμαστε;)

- | | | |
|---------------|---|---|
| 6. Κράτος | 0 | 1 |
| 7. Νομός | 0 | 1 |
| 8. Πόλη | 0 | 1 |
| 9. Νοσοκομείο | 0 | 1 |
| 10. Όροφος | 0 | 1 |

σύνολο

B. ΑΜΕΣΗ ΜΝΗΜΗ

Πείτε 3 άσχετα μεταξύ τους αντικείμενα στον ασθενή (πχ τραπέζι, μήλο, δραχμή) και ζητήστε του να σας τα επαναλάβει αμέσως μετά. Δώστε 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση. Ακολούθως επαναλάβετε τα μέχρι να τα μάθει ο ασθενής. Καταγράψτε τον αριθμό των επαναλήψεων.

11. Αριθμός λέξεων που θυμάται αμέσως μετά

Γ. ΣΥΓΚΕΝΤΡΙΩΣΗ

Ζητήστε από τον ασθενή να αφαιρέσει από το 100 το 7 και να συνεχίσει να αφαιρεί (σύνολο 5 φορές)
 Εναλλακτικά να συλλαβίσει προφορικά τη λέξη «ΜΗΝΑΣ» αντίστροφα. Δώστε 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.

12. σύνολο

Δ. ΑΝΑΚΑΛΗΣΗ

Ρωτήστε τις 3 λέξεις που είπατε προηγουμένως. Δώστε 1 βαθμό για κάθε σωστή απάντηση.

13. σύνολο

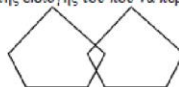
Ε. ΓΛΩΣΣΑ Δείξτε και ζητήστε να κατονομάσει :

- | | | |
|--|-----------|---|
| 14. Ρολοί | 0 | 1 |
| 15. Στυλό | 0 | 1 |
| 16. Να επαναλάβει: «τις πόλης, τις πάλης, τις όλης» ή «άσπρη πέτρα ζέζασπρη» | 0 | 1 |
| 17. Να εκτελέσει εντολή 3 σταδίων: «πάρτε αυτό το χαρτί με το δεξί σας χέρι, διπλώστε το στα δύο και αφήστε το στο τραπέζι» (3 βαθμοί) | 0,1,2 ή 3 | |

σύνολο

ΣΤ. ΓΡΑΠΤΟΣ ΛΟΓΟΣ Να διαβάσει και να εκτελέσει:

18. «ΚΛΕΙΣΤΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΑΣ» (1 βαθμός)
 19. Να γράψει μια πρόταση της εκλογής του που να περιέχει ρήμα και αντικείμενο (1 βαθμό)
 20. Να αντιγράψει:



0 1

σύνολο

Καθορίστε το επίπεδο συνειδήσεως

ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ :

ηλικία>74 → cut-off= 22/23 ηλικία≤74 → cut-off=23/24

