



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η χρήση των μη τεχνικών δεξιοτήτων στην καθ ημέρα κλινική
πρακτική των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Παπαγεωργίου Βασιλική
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πανταζόπουλος Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων Καθηγητής
Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η χρήση των μη τεχνικών δεξιοτήτων στην καθ ημέρα κλινική
πρακτική των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Παπαγεωργίου Βασιλική
Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πανταζόπουλος Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων Καθηγητής
Γουργουλιάνης Κωνσταντίνος, Καθηγητής, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2025

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**The use of non-technical skills in the daily clinical practice of
primary health care nurses**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1. Μη Τεχνικές Δεξιότητες	9
1.1. Ορισμός Μη Τεχνικών Δεξιοτήτων.....	9
1.2. Σημασία Μη Τεχνικών Δεξιοτήτων	9
1.3. Ποιες είναι οι Μη Τεχνικές Δεξιότητες.....	11
1.4. Εργαλεία Μέτρησης.....	15
2. Επικοινωνιακές Δεξιότητες.....	16
2.1. Ορισμός Επικοινωνίας-Επικοινωνιακών δεξιοτήτων	16
2.2. Διαδικασία της Επικοινωνίας.....	17
2.3. Θεωρίες Επικοινωνίας	19
2.4. Μορφές Επικοινωνίας.....	20
2.5. Σημασία επικοινωνιακών δεξιοτήτων στον υγειονομικό χώρο.....	22
2.6. Εκπαίδευση επικοινωνιακών δεξιοτήτων.....	23
3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	24
3.1. Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	24
3.2. Σύσταση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	25
3.3. Παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	26
Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	28
4. Ερευνητικός Σκοπός.....	28
5. Υλικό και Μέθοδος.....	28
5.1. Μεθοδολογία Σχεδιασμού Μελέτης	28
5.2. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	29
5.3. Ερευνητικό Εργαλείο της Μελέτης.....	29
5.4. Στατιστική Ανάλυση.....	32
6. Αποτελέσματα	34
6.1. Περιγραφική Στατιστική του Ερωτηματολογίου	34
6.2. Διερεύνηση σχέσεων με το ερωτηματολόγιο ICI.....	37

6.3.	Διερεύνηση σχέσεων με το ερωτηματολόγιο CSAS.....	41
6.4.	Διερεύνηση σχέσης ερωτηματολογίου ICI με ερωτηματολόγιο CSAS.....	46
7.	Συζήτηση.....	46
7.1.	Δημογραφικά στοιχεία	47
7.2.	Πρωταρχικό Ερευνητικό Ερώτημα	48
7.3.	Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα	49
7.4.	Περιορισμοί της μελέτης.....	51
7.5.	Συμπεράσματα.....	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		53
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου ICI		60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου CSAS.....		64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από την Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας		65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από την 3 ^η Δ.Υ.Πε. για τα Κέντρα Υγείας αναφοράς της		66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Ερωτηματολόγιο της μελέτης και έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη (πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου).....		68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: Αποτελέσματα ελέγχων κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για ποσοτικές μεταβλητές και ιστογράμματα αυτών		75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7: Αναλυτικές απαντήσεις ερωτηματολογίου ICI.....		77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8: Αναλυτικές απαντήσεις ερωτηματολογίου CSAS.....		80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σημασία των μη τεχνικών δεξιοτήτων έχει δειχθεί εδώ και πολλά χρόνια με πληθώρα μελετών, σε πολλούς επαγγελματικούς κλάδους όπως είναι και ο τομέας της υγείας. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες ως μη τεχνική δεξιότητα, έχουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινή κλινική πρακτική, υποστηρίζοντας άλλες δεξιότητες όπως η ηγεσία, η ομαδικότητα και η λήψη αποφάσεων.

Σκοπός: Πρωταρχικός στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η εύρεση του επιπέδου επικοινωνιακών δεξιοτήτων που κατέχουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ενώ κύριος δευτερεύον στόχος ήταν η αποτύπωση της πρόθεσης αυτών για εκμάθηση τέτοιων δεξιοτήτων.

Υλικό και μέθοδος: Ο πληθυσμός της συγχρονικής μελέτης ήταν νοσηλευτές εργαζόμενοι σε εννέα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) των νομών Ημαθίας και Πέλλας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια ICI και CSAS. Τα ερωτηματολόγια ήταν διαθέσιμα προς συμπλήρωση για δύο εβδομάδες σε κάθε ΚΥ. Συνολικά επιστράφηκαν 106 (82%) ερωτηματολόγια (105 έγκυρα).

Αποτελέσματα: Συνολικά συμμετείχαν 105 νοσηλευτές με την πλειονότητα αυτών να είναι γυναίκες νοσηλεύτριες. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο ICI, και βρέθηκαν ότι είναι υψηλού επιπέδου (ICI: 80,86). Η πρόθεση των νοσηλευτών να εκπαιδευτούν στις επικοινωνιακές δεξιότητες μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο CSAS, τα αποτελέσματα του οποίου έδειξαν ότι υπήρχε κυρίως θετική πρόθεση (CSAS: 95,36). Δεν βρέθηκαν σημαντικές σχέσεις των ερωτηματολογίων με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, με εξαίρεση τη στατιστικά σημαντική σχέση του ερωτηματολογίου CSAS με την εργασιακή προϋπηρεσία ($p=0,030$). Τέλος σημαντική σχέση βρέθηκε και μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Οι εργαζόμενοι νοσηλευτές στα ΚΥ των νομών Ημαθίας και Πέλλας, βρέθηκαν να έχουν υψηλού επιπέδου επικοινωνιακές δεξιότητες σε συνδυασμό με θέληση για εκπαίδευση σε αυτές.

Λέξεις-Κλειδιά: νοσηλευτές, κέντρα υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ICI, CSAS

ABSTRACT

Introduction: The importance of non-technical skills has been shown for many years by numerous studies, in many professional fields such as the health sector. Communication skills, as a non-technical skill, have an important role in daily clinical practice, supporting other skills such as leadership, teamwork and decision-making.

Objectives: The primary aim of this study was to find the level of communication skills possessed by nurses working in Primary Health Care, while the main secondary aim was to capture their intention to learn such skills.

Material and Methods: The population of the cross-sectional study was nurses working in nine Health Centers (HC) in the prefectures of Imathia and Pella. The ICI and CSAS questionnaires were used to collect data. Questionnaires were available for completion for two weeks in each HC. A total of 106 (82%) questionnaires were returned (105 valid).

Results: A total of 105 nurses participated with most of them being female nurses. Nurses' communication skills were measured with the ICI questionnaire and were found to be of a high level (ICI: 80.86). Nurses' intention to train in communication skills was measured by the CSAS questionnaire, the results of which showed that there was mainly a positive intention (CSAS: 95.36). No significant relationships of the questionnaires with the demographic data of the sample were found, except for the statistically significant relationship of the CSAS questionnaire with work experience ($p=0.030$). Finally, a significant relationship was found between both questionnaires ($p<0.001$).

Conclusions: The working nurses in the HC of the prefectures of Imathia and Pella were found to have high-level communication skills combined with a desire for training in them.

Keywords: nurses, health centers, primary health care, ICI, CSAS

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι τεχνολογικές καινοτομίες αποτελούσαν ήδη από τον καιρό της πρώτης μηχανής, ένα αντικείμενο ενδιαφέροντος και ζήτησης από τους διάφορους επαγγελματικούς κλάδους, με σκοπό να αυξήσουν το παραγόμενο έργο και εν συνεχεία το κέρδος. Με την πάροδο των χρόνων, η έρευνα γύρω από τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόδοση των διαφόρων εργασιακών συστημάτων, μεγάλωσε και άρχισε να διαφαίνεται η σημασία του ανθρώπινου παράγοντα, ως σημαντικό στοιχείο για την απόδοση της κάθε επιχείρησης. Αποκορύφωμα αυτής της έρευνας είναι η ένταξη του όρου «Μη Τεχνικές Δεξιότητες», δεξιότητες δηλαδή που δεν βοηθάνε στην χρήση εργαλείων και εξοπλισμού, αλλά χαρακτηρίζουν τον κάθε εργαζόμενο και τον τρόπο συμπεριφοράς και λειτουργίας του μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Παραδείγματα τέτοιων δεξιοτήτων είναι η «Ομαδικότητα», η «Ηγεσία», η «Επικοινωνία» κ.α.. Πρωτοεμφανίστηκαν στον χώρο της αεροπορίας το 1979 καθώς η έλλειψη των δεξιοτήτων αυτών θεωρήθηκε υπεύθυνη για αεροπορικά δυστυχήματα. Έκτοτε αποτέλεσαν ένα σημαντικό εργαλείο για κάθε επιχείρηση, και η εκπαίδευση των εργαζομένων σε αυτές ήταν από τους κύριους στόχους στην προσπάθεια να αυξήσουν την απόδοση και να μειώσουν τα δυσμενή συμβάντα.

Στις μέρες μας, στη διεθνή βιβλιογραφία είναι διαθέσιμες μελέτες για τη χρήση και τα οφέλη των μη τεχνικών δεξιοτήτων σε πολλούς επαγγελματικούς κλάδους. Δεν θα μπορούσε να παραλείπεται από αυτούς, ο τομέας της υγείας. Ο υγειονομικός χώρος ήταν πάντα ένα περιβάλλον όπου λόγω της φύσης του: μεγάλος αριθμός εργαζομένων, μεγάλος αριθμός ασθενών, πολλά ηθικά διλήμματα, αξιοποιούσε τις νέες γνώσεις, πρωτόκολλα συμπεριφοράς και εκπαιδεύσεις του προσωπικού του σε θέματα διαπροσωπικών σχέσεων, όπως είναι και οι μη τεχνικές δεξιότητες, προκειμένου να παρέχονται αξιόπιστα, αποτελεσματικά και ηθικά οι υπηρεσίες του, αλλά και να μειώνονται τα ανθρώπινα λάθη και τα δυσμενή γεγονότα.

Από τις διάφορες μη τεχνικές δεξιότητες στο χώρο της υγείας, οι επικοινωνιακές δεξιότητες ξεχωρίζουν για την άμεση χρήση τους σε καθημερινή βάση και για το συνδετικό ρόλο τους στην υποστήριξη των υπόλοιπων μη τεχνικών δεξιοτήτων. Ακόμα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως παράγοντας εύρυθμης λειτουργίας των οργανισμών που βασίζονται στις διαπροσωπικές σχέσεις όπως είναι τα συστήματα υγείας. Για το λόγο αυτό, στην παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επιλέχθηκαν ως αντικείμενο μελέτης. Ο χώρος εργασίας της ερευνήτριας ανήκει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς εργάζεται ως σχολική νοσηλεύτρια. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, ο πρωτεύον σκοπός της εργασίας διαμορφώθηκε ως η αναζήτηση του επιπέδου των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Απ' όσο γνωρίζει η ερευνήτρια, η παρούσα μελέτη, είναι η πρώτη μελέτη που ερευνήσε τις επικοινωνιακές δεξιότητες σε αυτό τον πληθυσμό στην Ελλάδα.

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μη Τεχνικές Δεξιότητες

1.1. Ορισμός Μη Τεχνικών Δεξιοτήτων

Οι μη τεχνικές δεξιότητες (Μ.Τ.Δ.), ορίζονται ως ένα σύμπλεγμα γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, που παρουσιάζονται από μεμονωμένα άτομα ή ομάδες, και χρειάζονται για να μειώσουν το λάθος και να βελτιώσουν την ανθρώπινη απόδοση σε περίπλοκα συστήματα.^[1] Οι δεξιότητες αυτές δεν υφίστανται μόνο για συγκεκριμένες επαγγελματικές θέσεις και κλάδους εργασίας, αλλά μπορούν να αξιοποιηθούν ευρέως σε κάθε επάγγελμα και ανατιθέμενη εργασία.^[2]

Σύμφωνα με την Australian Radiation Protection and Nuclear Safety Agency,^[3] οι Μ.Τ.Δ. είναι διαπροσωπικές ικανότητες στις οποίες περιλαμβάνονται οι: ικανότητες επικοινωνίας, οι ηγετικές ικανότητες, οι ικανότητες ομαδικής εργασίας, οι ικανότητες λήψης αποφάσεων και οι ικανότητες επίγνωσης της κατάστασης. Οι ίδιες δεν περιλαμβάνουν τις τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται για να ολοκληρωθεί μια δουλειά, όπως τις οδηγίες χρήση ενός μηχανήματος ή το πώς να διεκπεραιωθεί μια εργασία. Ωστόσο, έρχονται να συμπληρώσουν τις τεχνικές δεξιότητες κάνοντας τις πιο αποδοτικές και πιο αποτελεσματικές.

1.2. Σημασία Μη Τεχνικών Δεξιοτήτων

Η έννοια των Μ.Τ.Δ. ξεκίνησε να μελετάται στις Η.Π.Α. από την Εθνική Διοίκηση Αεροναυτικής και Διαστήματος (Ν.Α.Σ.Α.) το 1979, υπό τον τότε όρο Διαχείριση Πληρώματος (Crew Resource Management – C.R.M.). Από την έρευνα της Ν.Α.Σ.Α. στα αίτια των μέχρι τότε αεροπορικών δυστυχημάτων, δημιουργήθηκε το εργαστήριο εκπαίδευσης στη διαχείριση του πληρώματος. Η έρευνα αυτή, προσδιόρισε τις πτυχές του ανθρώπινου λάθους στην πλειονότητα των αεροπορικών δυστυχημάτων, ως αποτυχίες της διαπροσωπικής επικοινωνίας, της λήψης αποφάσεων και της ηγεσίας.^[4]

Η ανάπτυξη με τα χρόνια των προγραμμάτων C.R.M. και η χρήση τους σε πιλότους και αεροσυνοδούς, είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των επικοινωνιακών εμποδίων και την αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ασφάλεια.^[5] Λόγω της επιτυχίας του προγράμματος C.R.M. στην αεροπορία, η εκπαίδευση των Μ.Τ.Δ. έχει υιοθετηθεί και σε άλλες βιομηχανίες και τομείς υψηλής αξιοπιστίας, όπως η υγειονομική περίθαλψη, ο έλεγχος εναέριας κυκλοφορίας, η πυροσβεστική υπηρεσία, η υπεράκτια βιομηχανία πετρελαίου/φυσικού αερίου και η ναυτιλιακή βιομηχανία.^[6] Οι Μ.Τ.Δ. αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του

προσωπικού στους παραπάνω επαγγελματικούς κλάδους. Αυτές επιτρέπουν τη δημιουργία μιας κουλτούρα ασφάλειας ανάμεσα στους εργαζόμενους, διευκολύνουν τη συνεργασία και το συντονισμό των ομάδων εργασίας, καθώς και τη λήψη γρήγορων και σωστών αποφάσεων, όταν αυτές απαιτούνται σε επείγουσες συνθήκες. Η εκπαίδευση λοιπόν των Μ.Τ.Δ. στους υπαλλήλους μιας επιχείρησης ή βιομηχανίας έχει απώτερο σκοπό να αυξήσει την ασφάλεια και την αποδοτικότητα της εργασίας.

Ειδικότερα στον τομέα της υγείας, ο οποίος είναι και ο τομέας ενδιαφέροντος της εργασίας, πολλές είναι οι μελέτες που διερευνούν το ρόλο των Μ.Τ.Δ. στην αποδοτική και ασφαλή παροχή φροντίδα υγείας. Για να αναγνωριστεί ωστόσο η αξία των Μ.Τ.Δ., είναι σημαντικό αρχικά να παρατηρηθούν τα αποτελέσματα από την έλλειψη αυτών στους κλινικούς χώρους. Στη μελέτη των Uramatsu et al. (2017)^[7] φάνηκε ότι οι φτωχές Μ.Τ.Δ. θεωρήθηκαν ως σημαντική αιτία δυσμενών γεγονότων σχεδόν στο 50% των θανατηφόρων ιατρικών ατυχημάτων που εξετάστηκαν, ενώ παρομοίως στην μελέτη των Moreno et al. (2009),^[8] πολλά από τα λάθη που συνέβησαν στην μονάδα εντατικής θεραπείας αποδόθηκαν σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, μελέτη έχει δείξει ότι οι ιατροί και οι νοσηλευτές διαφωνούσαν στη σημασία της ηγεσίας και της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, γεγονός που μπορούσε δυνητικά να δημιουργήσει ασυμφωνίες και μη ασφαλείς καταστάσεις.^[9] Τέλος, τα αυξημένα επίπεδα κόπωσης και η αδυναμία ομαδικότητας, έχουν συσχετιστεί ισχυρά με τεχνικά σφάλματα.^[10] Γίνεται λοιπόν ξεκάθαρο πως οι Μ.Τ.Δ. αποτελούν ένα απαραίτητο εφόδιο για τους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να μειωθούν όλα τα δυσμενή γεγονότα που προκύπτουν από την έλλειψή τους.

Ως επακόλουθο των προηγούμενων, η εκπαίδευση στις Μ.Τ.Δ., και ακολούθως η βελτίωση τους, έχουν συσχετιστεί με θετικά αποτελέσματα για την παροχή φροντίδας και την υγεία των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Έχειδειχθεί ότι υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στις παρατηρούμενες τεχνικές δεξιότητες των νοσηλευτών με το γενικό σύνολο των Μ.Τ.Δ. τους,^[11] ενώ πολλές είναι οι μελέτες που, αναζητούν τη σημασία των Μ.Τ.Δ. σε τμήματα και χώρους των δομών υγείας, όπως είναι η χειρουργική,^[12] η επείγουσα φροντίδα,^[13] η μονάδα εντατικής θεραπείας,^[11] η μαιευτική πρακτική^[14] και η χειρουργική κλινική.^[15] Όπως έχει αναφερθεί ήδη, το κυριότερο όφελος από τη χρήση Μ.Τ.Δ. στον κλινικό χώρο είναι η ασφάλεια των ασθενών και η σωστή παροχή των υπηρεσιών υγείας. Ακόμα, έχουν αναγνωριστεί και επιπρόσθετα οφέλη των Μ.Τ.Δ. όπως είναι η συνέχιση της φροντίδας και η αύξηση της διοικητικής και κλινικής αποδοτικότητας, ενώ η ηγεσία ως Μ.Τ.Δ. επέτρεπε στους ιατρούς να συμμετέχουν πιο ενεργά στις διαδικασίες προγραμματισμού, παράδοσης και μετασχηματισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.^[12] Τέλος, οφέλη έχουνδειχθεί και στη βελτίωση της δυναμικής της ομάδας των επαγγελματιών υγείας.^[13] Ωστόσο, σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι η έρευνα των Μ.Τ.Δ. στους χώρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

παραμένει ακόμα μικρή, γεγονός που αποτέλεσε έναυσμα για τον καθορισμό του ερευνητικού θέματος της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

1.3. Ποιες είναι οι Μη Τεχνικές Δεξιότητες

Οι Μ.Τ.Δ. περιλαμβάνουν, αναλόγως και τον επαγγελματικό κλάδο που χρησιμοποιούνται, μια μεγάλη λίστα με ατομικά προσόντα και δεξιότητες. Στον τομέα της υγείας, ύστερα από σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται πως οι σημαντικότερες Μ.Τ.Δ., αυτές που επαναλαμβάνονται περισσότερες φορές ανάμεσα στις μελέτες, είναι οι εξής: 1) Επίγνωση της Κατάστασης, 2) Ομαδικότητα, 3) Λήψη Αποφάσεων, 4) Ηγεσία, και 5) Επικοινωνία.

1.3.1. Επίγνωση της Κατάστασης

Ο όρος επίγνωση της κατάστασης, αναφέρεται στην αντίληψη των στοιχείων του περιβάλλοντος εντός συγκεκριμένου χρόνου και χώρου, η κατανόηση της σημασίας τους και η προβολή της κατάστασής τους στο εγγύς μέλλον.^[16] Είναι μια σημαντική δεξιότητα που βοηθάει στην αποτελεσματική διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η επίγνωση της κατάστασης αποτελείται από τρία επίπεδα που το ένα διαδέχεται το άλλο:^[17]

- 1) Σωστή αντίληψη του περιβάλλοντος ή της κατάστασης
- 2) Σωστή κατανόηση του περιβάλλοντος ή της κατάστασης
- 3) Πρόβλεψη της μελλοντικής κατάστασης

Σε κάθε επόμενο στάδιο, το άτομο αξιοποιεί τις πληροφορίες που έλαβε από το προηγούμενο στάδιο.

Στον τομέα της υγείας, η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να αντιλαμβάνονται το περιβάλλον τους, είναι καίριας σημασίας για την ασφαλή λήψη αποφάσεων και παροχής φροντίδας. Η ανάπτυξη επίγνωσης του περιβάλλοντος έχει πολλά οφέλη, είτε χρησιμοποιείται από ένα άτομο είτε από όλη την ομάδα,^[18] τα οποία φαίνονται παρακάτω:

- Αυξάνει την ασφάλεια
- Αναγνωρίζει κινδύνους
- Βελτιώνει τα αποτελέσματα των ασθενών
- Βελτιώνει τη λήψη αποφάσεων
- Προάγει την αποτελεσματική επικοινωνία

- Διευκολύνει την ομαδικότητα
- Βελτιώνει την ικανοποίηση των ασθενών
- Βελτιώνει το ηθικό των επαγγελματιών υγείας

Η επίγνωση της κατάστασης στον υγειονομικό χώρο διευκολύνει τον κλινικό συλλογισμό, τη διαγνωστική ακρίβεια και την κατάλληλη στοχο-κεντρική απόδοση. Επιτρέπει στους κλινικούς ιατρούς να προσαρμόζουν άμεσα τις θεραπευτικές στρατηγικές ως απάντηση στις αλλαγές της κλινικής κατάστασης και να τροποποιούν ανάλογα την πορεία των δραστηριοτήτων για να επιτύχουν τον στόχο. Βοηθάει επίσης τους κλινικούς ιατρούς να προετοιμάσουν μελλοντικά επιχειρησιακά σχέδια και διαδικασίες βάση των εξελίξεων της κατάστασης υγείας των ασθενών.^[19]

1.3.2. Ομαδικότητα

Η ομαδικότητα είναι η διαδικασία κατά την οποία το κάθε μέλος της ομάδας, χρησιμοποιεί τις γνώσεις, τις εμπειρίες και τις ικανότητές του, μέσα από μια δυναμική αλληλεπίδραση με τα άλλα μέλη της ομάδας, με σκοπό την επίτευξη των κοινών στόχων του οργανισμού, επιτυγχάνοντας έτσι ένα συνεργατικό αποτέλεσμα.^[20] Στον τομέα της υγείας, οι ασθενείς σπανίως πλέον παρακολουθούνται από έναν μόνο επαγγελματία υγείας. Πλέον η παροχές υγείας παρέχονται από μια διεπιστημονική ομάδα, αποτελούμενοι από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως ιατροί και νοσηλευτές, οι οποίοι πρέπει να δουλέψουν μαζί, να επικοινωνούν συχνά και να μοιράζονται πληροφορίες.^[21] Στο περιβάλλον αυτού του περίπλοκου συστήματος υγείας, η αποτελεσματική ομαδικότητα είναι σημαντική για την ασφάλεια του ασθενούς καθώς ελαχιστοποιεί τα μη επιθυμητά συμβάντα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν τον ασθενή.^[22] Στα οφέλη της ομαδικότητας ως κουλτούρας στα συστήματα υγείας, συγκαταλέγονται οι βελτιωμένες εκβάσεις και η ικανοποίηση των ασθενών, η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας, η αυξημένη επαγγελματική υπευθυνότητα για τους νοσηλευτές, τα χαμηλότερα ποσοστά εναλλαγής του προσωπικού λόγω αποχώρησης αυτών από την δουλειά, και η βελτιωμένη δέσμευση στο χώρο εργασίας για τους νοσηλευτές.^[23]

1.3.3. Λήψη Αποφάσεων

Η διαδικασία επιλογής ενός σωστού και επιτυχημένου σχεδίου δράσης από δύο ή περισσότερες εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να επιτευχθεί ένα επιθυμητό αποτέλεσμα, είναι γνωστή ως διαδικασία λήψης αποφάσεων.^[24]

Η διαδικασία λήψης αποφάσεων που γίνεται βήμα-βήμα, αυξάνει τις πιθανότητες επιλογής της πιο ικανοποιητικής εναλλακτικής λύσης. Τα βήματα που υποστηρίζουν και βελτιώνουν τη διαδικασία αυτή είναι τα εξής:^[25]

- 1) Προσδιορισμός της απόφασης
- 2) Συλλογή σχετικών πληροφοριών
- 3) Προσδιορισμός των εναλλακτικών επιλογών
- 4) Ταξινόμηση των στοιχείων και της βαρύτητάς τους
- 5) Επιλογή από τις εναλλακτικές λύσεις
- 6) Υλοποίηση δράσης
- 7) Ανασκόπηση της επιλογής και των συνεπειών της

Η πολύπλοκη φύση των υγειονομικών συστημάτων, τα καθιστά ακατάλληλα για τη χρήση των παραδοσιακών προσεγγίσεων λήψης αποφάσεων, τα οποία βασίζονται σε σταθερά και προβλέψιμα συστήματα. Στα συστήματα υγείας, ως πρωταρχικός λόγος εμφάνισης μη επιθυμητών αποτελεσμάτων, έχει αναγνωριστεί η επικέντρωση της προσπάθειας επίλυσης των πιθανών προβλημάτων υγείας μόνο στο ίδιο το πρόβλημα, αποτυγχάνοντας έτσι να αναγνωριστεί το ευρύτερο σύστημα στο οποίο ανήκει η υγειονομική περίθαλψη. Πολλά προβλήματα υγείας είναι αποτέλεσμα της διαδραστικής και πολυδιάστατης φύσης του υγειονομικού συστήματος και σπάνια μπορούν να αποδοθούν σε μία βασική αιτία ή σε έναν παράγοντα.^[26] Η πολυπλοκότητα αυτή, της παροχής φροντίδας, απαιτεί την ικανότητα σωστής λήψης αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας.

1.3.4. Ηγεσία

Η ηγεσία είναι μια έννοια που ο ορισμός της συνεχώς εξελίσσεται ανά τα χρόνια. Μετά από μια μακρά περίοδο θεώρησης της ως προσωπικής ιδιότητας, γίνεται πλέον κατανοητό, τουλάχιστον από κάποιους μελετητές, ότι η ηγεσία είναι πολύ περισσότερο από ένα ατομικό χαρακτηριστικό, καθώς είναι ένα σύνθετο φαινόμενο στο οποίο οι συμμετέχοντες και το πλαίσιο έχουν πολύ σημαντικό ρόλο.^[27]

Η ιστορική εξέλιξη των βασικών θεωριών της ηγεσίας φανερώνει την πρόοδο που έχει σημειωθεί όλα αυτά τα χρόνια. Αναγνωρίζονται τέσσερις κύριες εποχές στη θεωρία της ηγεσίας:^[28]

1) Εποχή των χαρακτηριστικών:

Η εποχή αυτή χαρακτηρίστηκε από δύο θεωρίες. Η θεωρία του Μεγάλου Ανθρώπου, από το 1840, υποστήριζε ότι οι ηγέτες γεννιούνται και δεν δημιουργούνται. Η θεωρία αυτή το 1930-1940 εξελίχθηκε στη Θεωρία των Χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με την τελευταία, τα

χαρακτηριστικά των επιτυχημένων ηγετών μπορούν είτε να κληρονομηθούν είτε να αποκτηθούν μέσω εκπαίδευσης και εξάσκησης.

2) Εποχή της συμπεριφοράς:

Η θεωρία που διαδέχθηκε αυτή των χαρακτηριστικών, ήταν αυτή της Συμπεριφοράς, το 1940-1950. Σε αυτή υποστηριζόταν ότι οι ηγέτες κυρίως δημιουργούνται, αντί να γεννιούνται, και ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές μπορούν να διδαχθούν ώστε να εξασφαλιστεί αποτελεσματική ηγεσία. Η θεωρία αυτή δίνει έμφαση στην πραγματική συμπεριφορά του ηγέτη και όχι στα γνωρίσματα ή τα χαρακτηριστικά του, ωστόσο συνεχίζει να αγνοεί σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση και το περιβάλλον του ηγέτη.

3) Εποχή των καταστάσεων:

Όπως υποδηλώνει το όνομα, η εποχή της Κατάστασης, το 1960, επικεντρώθηκε στην ηγεσία σε συγκεκριμένες καταστάσεις, παρά στα χαρακτηριστικά ή τις συμπεριφορές των ηγετών. Έτσι οι ηγέτες έπρεπε να είναι σε θέση να αξιολογήσουν το πλαίσιο στο οποίο λειτουργούν και στη συνέχεια να αποφασίσουν ποιο στυλ θα «ταίριαζε» καλύτερα στην κατάσταση. Επειδή το καλύτερο στυλ ηγεσίας εξαρτιόταν από την κατάσταση, αυτή η προσέγγιση έγινε γνωστή ως η θεωρία ηγεσίας έκτακτης ανάγκης.

4) Εποχή της νέας ηγεσίας:

Για πρώτη φορά, αναγνωρίστηκε ότι η εστίαση σε μια πτυχή ή διάσταση της ηγεσίας δεν μπορεί να αντιμετωπίσει όλη την πολυπλοκότητα του φαινομένου. Αυτό οδήγησε στη νέα εποχή της ηγεσίας, που απομακρύνθηκε από τις προαναφερθείσες παραδοσιακές θεωρίες ηγεσίας, οι οποίες όριζαν την ηγεσία ως διαδικασία επιρροής μονής κατεύθυνσης, από πάνω προς τα κάτω, με διακριτή γραμμή μεταξύ ηγετών και υφιστάμενων. Την εποχή αυτή αναπτύχθηκαν οι μετασχηματιστική και συναλλακτική θεωρίες ηγεσίας, το 1990. Η μετασχηματιστική ηγεσία είναι μια θεωρία στην οποία οι ηγέτες ενθαρρύνουν, εμπνέουν και παρακινούν τους υφιστάμενους. Η συναλλακτική ηγεσία, από την άλλη πλευρά, βασίζεται στην εξουσία για να παρακινήσει τους υπαλλήλους. Ο ηγέτης ανταλλάσσει ανταμοιβή για την προσπάθεια των υφισταμένων και τιμωρεί κάθε υφιστάμενο που αποτυγχάνει να επιτύχει τους στόχους του.

Σε μεγάλους οργανισμούς όπως είναι τα συστήματα υγείας, η ηγεσία θα πρέπει να διαχειριστεί την ποικιλομορφία των επαγγελματικών κλάδων εντός του οργανισμού στο σύνολό τους, και να αξιοποιήσει αποτελεσματικά τους πόρους κατά το σχεδιασμό των διαδικασιών διαχείρισης, ενώ ταυτόχρονα να ενθαρρύνει το προσωπικό να εργαστεί για κοινούς στόχους. Στην προσπάθεια αυτή μπορεί να

υιοθετηθούν διάφορες προσεγγίσεις ηγεσίας όπως είναι η μετασχηματιστική ηγεσία και άλλες. Η καθοδήγηση για αποτελεσματική ηγεσία θα πρέπει να επικεντρώνεται στις δυναμικές σχέσεις μεταξύ των ηγετικών αξιών, της κουλτούρας, των ικανοτήτων και του οργανωτικού πλαισίου του οργανισμού.^[29]

1.3.5. Επικοινωνία

Η επικοινωνία ορίζεται ως η δραστηριότητα ή η διαδικασία έκφρασης ιδεών και συναισθημάτων ή παροχής πληροφοριών στους ανθρώπους.^[30] Αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία διαχείρισης που μπορεί να εφαρμόσει ένας οργανισμός για τη δημιουργία ομάδων και την επίτευξη υψηλών επιδόσεων.^[31] Η επικοινωνία ως μη τεχνική δεξιότητα, αναφέρεται συχνά ως υποστηρικτικός παράγοντας για τις υπόλοιπες. Έχει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ηγεσίας,^[32] στην ανάπτυξη της ομαδικότητας των επαγγελματιών υγείας,^[33] και στη διαδικασία λήψης κλινικών και μη αποφάσεων.^[34] Αναγνωρίζοντας τη σημασία αυτή των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία επικεντρώθηκε στην μελέτη μόνο της μη τεχνικής δεξιότητας της επικοινωνίας. Στην επόμενη ενότητα, θα αναπτυχθεί η έννοια της επικοινωνίας και το θεωρητικό υπόβαθρο αυτής.

1.4. Εργαλεία Μέτρησης

Οι Μ.Τ.Δ. μπορούν να αξιολογηθούν με τη χρήση πολλών διαφορετικών μέσων, όπως είναι ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις ή παρατηρήσεις πεδίου.^[35] Η ανασκόπηση των Gawronski et al. (2022)^[36] είχε ως στόχο να περιγράψει τα χαρακτηριστικά και τις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων που χρησιμοποιούνταν για την αξιολόγηση των Μ.Τ.Δ. σε επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια προσομοιώσεων υψηλής πιστότητας. Η ανασκόπηση κατέληξε σε 19 εργαλεία, τα οποία μελετούσαν από 3 έως και 6 διαφορετικές μη τεχνικές δεξιότητες. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης έδειξαν ότι το προτεινόμενο εργαλείο μέτρησης των Μ.Τ.Δ. ήταν το Team Emergency Assessment Measure (T.E.A.M.), καθώς όλα τα άλλα όργανα απαιτούσαν περαιτέρω έρευνα για την αξιολόγηση της ποιότητάς τους.^[36] Συγκεκριμένα για τις επικοινωνιακές δεξιότητες, που είναι και το αντικείμενο της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιούνται πολλές διαφορετικές κλίμακες. Η κλίμακα ICI^[37] σχεδιάστηκε για να μελετήσει τις γενικές τάσεις που διέπουν τη διαπροσωπική επικοινωνία των ερωτηθέντων μέσω ερωτήσεων αυτοαξιολόγησης. Ο σχεδιασμός της, επιτρέπει τη χρήση της σε μεγάλο εύρος καταστάσεων. Η κλίμακα SPCC-12^[38] επιτρέπει και αυτή την αυτό-αξιολόγηση των επικοινωνιακών ικανοτήτων των ερωτηθέντων, στο πλαίσιο του κοινωνικού περιγύρου. Επιπλέον, έχουν σχεδιαστεί κλίμακες αξιολόγησης της επικοινωνιακής σχέσης των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο επικοινωνίας PELEKI^[39] εξετάζει με τρεις υποκλίμακες τις παρεχόμενες, από τους

νοσηλευτές στους ασθενείς, πληροφορίες, φροντίδα και επικοινωνία. Ακόμα υπάρχει και η κλίμακα NQCPQ^[40] που διερευνάει την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών. Τέλος, η κλίμακα CSAS^[41] σχεδιάστηκε για να μετρήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Οι κλίμακες ICI και CSAS είναι αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, για τη συλλογή των δεδομένων της.

2. Επικοινωνιακές Δεξιότητες

2.1. Ορισμός Επικοινωνίας-Επικοινωνιακών δεξιοτήτων

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η επικοινωνία είναι η δραστηριότητα ή η διαδικασία, έκφρασης ιδεών και συναισθημάτων ή παροχής πληροφοριών στους ανθρώπους.^[30] Η επικοινωνία για τον άνθρωπο είναι συνυφασμένη με την ίδια του την ύπαρξη, καθώς μέσω αυτής εκφράζει τις ανάγκες του και τις επιθυμίες του, δημιουργεί και διατηρεί σχέσεις, και συμμετέχει ενεργά στην κοινωνία. Είναι αυτή που καθιστά δυνατή τη συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, και που επιτρέπει τη συνεχή ανάπτυξη και εξέλιξη τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας συνολικά. Ωστόσο, για να μπορεί να επιτευχθεί αποδοτική επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων, δεν αρκεί μόνο η ανταλλαγή πληροφοριών, αλλά σημαντικό ρόλο έχει και ο τρόπος με τον οποίο γίνεται από τους συνομιλητές. Αυτός είναι και ο ρόλος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

Ο περιεκτικός ορισμός των δεξιοτήτων επικοινωνίας, τις ορίζει ως οι ικανότητες που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι όταν προσφέρουν και λαμβάνουν διαφορετικά είδη πληροφοριών. Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν:^[42]

1. Ενεργητική Ακρόαση:

Αναφέρεται στην προσεκτική ακρόαση των λεγομένων του συνομιλητή που μιλάει, και προσφέρει σε αυτόν την προσοχή και τον σεβασμό του ακροατή.

2. Προσαρμογή της επικοινωνίας ανάλογα με το κοινό:

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το κοινό στο οποίο απευθύνεται ο ομιλητής και ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισής του, καθώς διαφορετικά επικοινωνιακά στυλ είναι κατάλληλα για διαφορετικές περιπτώσεις.

3. Φιλικότητα:

Χαρακτηριστικά όπως η ειλικρίνεια και η καλοσύνη, που συχνά ενθαρρύνουν την εμπιστοσύνη και την κατανόηση στις φιλικές σχέσεις, είναι εξίσου σημαντικές και στο περιβάλλον εργασίας.

4. Αυτοπεποίθηση:

Η παρουσίαση ιδεών και προτάσεων στον εργασιακό χώρο με αυτοπεποίθηση, είναι πιθανότερο να προκαλέσουν θετική ανταπόκριση στους συνεργάτες. Ο ομιλητής μπορεί να φαίνεται με αυτοπεποίθηση, με μερικούς απλούς τρόπους, όπως να διατηρεί οπτική επαφή όταν απευθύνεται σε κάποιον, να έχει σωστή στάση σώματος με ίσια πλάτη, καθώς και να προετοιμάζει τα λεγόμενά του εκ των προτέρων.

5. Ανατροφοδότηση:

Είναι σημαντικό ένας καλός ομιλητής να μπορεί να δεχτεί την κριτική και να παρέχει εποικοδομητική κριτική στους άλλους. Η ανατροφοδότηση θα πρέπει να παρέχει απαντήσεις στις ερωτήσεις, να παρέχει λύσεις ή/και να υποστηρίζει την τρέχουσα εργασία.

6. Ένταση και Σαφήνεια:

Η ομιλία είναι σημαντικό να είναι καθαρή και να μπορεί να ακουστεί. Η προσαρμογή της έντασης της φωνής ώστε να μπορεί να ακουστεί καθαρά ο ομιλητής αναλόγως του περιβάλλοντος είναι μια δεξιότητα πολύ σημαντική για την αποτελεσματική επικοινωνία.

2.2. Διαδικασία της Επικοινωνίας

Η έννοια της επικοινωνίας δεν είναι μόνο η μετάδοση της πληροφορίας. Αντιθέτως, πρόκειται για μια ολόκληρη διαδικασία, η οποία βασίζεται σε αρκετά διαφορετικά στοιχεία ώστε να ολοκληρωθεί, και που το καθένα από αυτά επηρεάζει διαφορετικά το τελικό αποτέλεσμα αυτής. Είναι μια δυναμική διαδικασία, που περιλαμβάνει τη μετάδοση ενός μηνύματος από τον αποστολέα, ο οποίος το κωδικοποιεί με κατάλληλο τρόπο και το αποστέλλει μέσω κατάλληλου μέσου στον παραλήπτη. Αυτός με τη σειρά του, αποκωδικοποιεί το μήνυμα, το κατανοεί, κωδικοποιεί την απάντησή του και την αποστέλλει πίσω στον αποστολέα. Η παραπάνω διαδικασία παρουσιάζεται στην Εικόνα 1. Τα στοιχεία που απαρτίζουν τη διαδικασία της επικοινωνίας λοιπόν, είναι τα εξής επτά:^[43]

1. Αποστολέας:

Είναι το άτομο που ξεκινάει τη συνομιλία και που γνωρίζει τι θέλει να επικοινωνήσει στα υπόλοιπα άτομα.

2. Κωδικοποίηση:

Στο στάδιο αυτό, ο αποστολέας χρησιμοποιεί λέξεις ή μη λεκτικές μεθόδους, όπως χειρονομίες, σύμβολα, στάση του σώματος κλπ, για να μεταφράσει την πληροφορία σε μήνυμα. Οι γνώσεις,

οι δεξιότητες του αποστολέα και η αντίληψή του, έχουν σημαντική επιρροή στην επιτυχία του μηνύματος.

3. Μήνυμα:

Όταν ολοκληρωθεί το στάδιο της κωδικοποίησης, ο αποστολέας έχει τότε το τελικό μήνυμα που θέλει να διαβιβάσει. Το μήνυμα μπορεί να είναι γραπτό, προφορικό, μη λεκτικό όπως χειρονομίες του σώματος, η σιωπή, επιφωνήματα κτλ, ή οτιδήποτε άλλο θα μπορούσε να προκαλέσει την απάντηση του παραλήπτη.

4. Κανάλι Επικοινωνίας:

Ο αποστολέας είναι αυτός που διαλέγει το κανάλι μέσα από το οποίο θα μεταδοθεί το μήνυμά του στον παραλήπτη. Η επιλογή πρέπει να γίνει προσεκτικά ώστε να είναι αποτελεσματικό το μήνυμα και να ερμηνευτεί σωστά από τον παραλήπτη. Η επιλογή αυτή εξαρτάται από τις διαπροσωπικές σχέσεις του αποστολέα και του παραλήπτη, καθώς επίσης και από το πόσο επείγον είναι το μήνυμα που μεταδίδεται. Μερικά από τα συνηθισμένα κανάλια που χρησιμοποιούνται είναι τα προφορικά, τα εικονικά, τα γραπτά, τα ηχητικά ή με χειρονομίες.

5. Παραλήπτης:

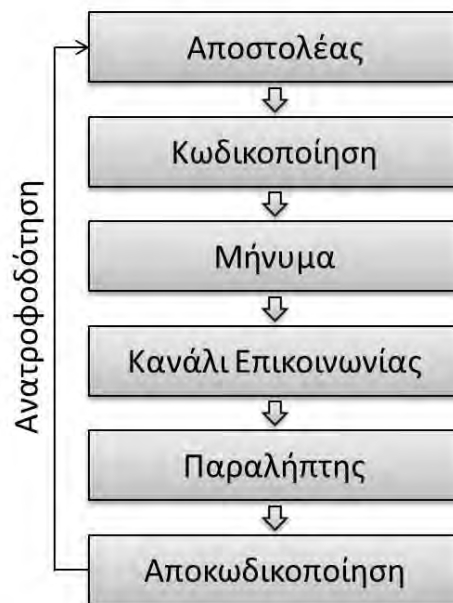
Ο παραλήπτης είναι το άτομο για το οποίο προορίζεται το μήνυμα. Αυτός προσπαθεί να το κατανοήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο ώστε να επιτευχθεί ο επικοινωνιακός στόχος. Ο βαθμός στον οποίο ο παραλήπτης αποκωδικοποιεί το μήνυμα εξαρτάται από τις γνώσεις του για το θέμα, την εμπειρία, την εμπιστοσύνη και τη σχέση του με τον αποστολέα.

6. Αποκωδικοποίηση:

Σε αυτό το στάδιο, ο παραλήπτης ερμηνεύει το μήνυμα του αποστολέα και προσπαθεί να το κατανοήσει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Μια αποτελεσματική επικοινωνία πραγματοποιείται μόνο εάν ο παραλήπτης κατανοήσει το μήνυμα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως προοριζόταν από τον αποστολέα.

7. Ανατροφοδότηση:

Τέλος, η ανατροφοδότηση είναι το τελευταίο βήμα της διαδικασίας που διασφαλίζει ότι ο παραλήπτης έχει λάβει το μήνυμα και το ερμήνευσε σωστά όπως προοριζόταν από τον αποστολέα. Αυξάνει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, καθώς επιτρέπει στον αποστολέα να γνωρίζει την αποτελεσματικότητα του μηνύματός του. Η απάντηση του παραλήπτη μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική.



Εικόνα 1: Διαδικασία της Επικοινωνίας

2.3. Θεωρίες Επικοινωνίας

Μέσα στο αχανές θεωρητικό πεδίο που περιβάλλει τις επικοινωνιακές σπουδές, και έπειτα από πληθώρα ερευνών και μελετών πάνω στην επικοινωνία, οι θεωρίες της επικοινωνίας διαχωρίστηκαν σε δύο βασικές σχολές: 1) τη Διαδικαστική-Γραμμική Προσέγγιση (Process School) και 2) τη Σημειωτική Προσέγγιση (Semiotics School). Οι δύο αυτές σχολές, αντιλαμβάνονται την επικοινωνία με δύο διακριτούς τρόπους, ως προς τη θεωρία αλλά και ως προς την εφαρμογή της.^[44]

Ο Fiske^[45] στο βιβλίο του “Introduction to Communication Studies”, ξεκίνησε την έρευνά του στις δύο σχολές. Η Διαδικαστική-Γραμμική Προσέγγιση, αναγνωρίζει την επικοινωνία ως τη μετάδοση μηνυμάτων. Δίνει έμφαση στον τρόπο με τον οποίο ο ομιλητής και ο ακροατής κωδικοποιούν και αποκωδικοποιούν τα μηνύματα, αλλά και στο πως ο ομιλητής χρησιμοποιεί τα μέσα και τους τρόπους επικοινωνίας. Ουσιαστικά, για την προσέγγιση αυτή, η επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένα άτομο επηρεάζει την συμπεριφορά ή τη σκέψη ενός άλλου. Στην προσέγγιση αυτή, είναι εφικτό η επικοινωνία να θεωρηθεί αποτυχημένη, όταν τα αποτελέσματα αυτής διαφέρουν ή συμφωνούν σε μικρότερο βαθμό από τον επιθυμητό στόχο. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να αναζητηθούν τα αίτια στα ξεχωριστά στάδια της διαδικασίας της επικοινωνίας.^[44]

Από την άλλη μεριά, η Σημειωτική Προσέγγιση, θεωρεί την επικοινωνία ως την παραγωγή και ανταλλαγή νοημάτων. Την απασχολεί ο τρόπος με τον οποίο τα μηνύματα αλληλοεπιδρούν με τους ανθρώπους με σκοπό να παραχθεί ένα νόημα. Στην προσέγγιση αυτή, χρησιμοποιείται ο όρος της

σημασίας, και δεν θεωρεί απαραίτητως τις παρεξηγήσεις ως ενδείξεις αποτυχημένης επικοινωνίας, αλλά αναγνωρίζει ότι μπορεί να οφείλονται σε πολιτισμικές διαφορές των συνομιλητών.^[44]

Οι δύο σχολές παρουσιάζουν επίσης διαφορές και στο πώς αντιλαμβάνονται την έννοια του μηνύματος. Για την Διαδικαστική Προσέγγιση, το μήνυμα είναι αυτό που μεταδίδεται από τη διαδικασία επικοινωνίας. Ο αποστολέας του μηνύματος είναι πολύ σημαντικός και το μήνυμα περιλαμβάνει ότι αυτός ήθελε ενσυνείδητα να βάλει σε αυτό μέσω οποιουδήποτε μέσου (πχ το τράβηγμα του αυτιού δεν αποτελεί μήνυμα εκτός αν έχει προκαθοριστεί από πριν ως τέτοιο). Το μήνυμα ωστόσο για τη Σημειωτική Προσέγγιση είναι μια κατασκευή σημείων, που μέσω της αλληλεπίδρασης με τους δέκτες, παράγουν νοήματα. Σημασία για την προσέγγιση αυτή δεν έχει ο αποστολέας, αλλά η έμφαση μετατοπίζεται στο κείμενο και στο πώς αυτό ερμηνεύεται. Επειδή κατά την ανάγνωση του μηνύματος, η ερμηνεία επηρεάζεται από τα πολιτισμικά στοιχεία του αναγνώστη, έτσι, αναγνώστες με διαφορετικές κοινωνικές εμπειρίες ή από διαφορετικούς πολιτισμούς, μπορεί να βρουν διαφορετικές έννοιες στο ίδιο κείμενο, χωρίς αυτό να θεωρείται αποτυχία επικοινωνίας. Το μήνυμα, λοιπόν, δεν είναι κάτι που αποστέλλεται από το Α στο Β, αλλά ένα στοιχείο σε μια δομημένη σχέση της οποίας τα άλλα στοιχεία περιλαμβάνουν την εξωτερική πραγματικότητα και τη σχέση συντάκτη - αναγνώστη.^[44]

2.4. Μορφές Επικοινωνίας

Η πολυδιάστατη έννοια της επικοινωνίας, όπως αυτή φαίνεται από την πληθώρα θεωριών για αυτήν, αποτυπώνεται επίσης και στις μορφές που μπορεί να πάρει. Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνία και η μετάδοση μιας πληροφορίας, ενός συναισθήματος, μιας σκέψης, δεν είναι απλώς η προφορική αποτύπωση αυτών με λέξεις, αλλά μια σύνθετη διαδικασία που αξιοποιεί διαφορετικές μορφές έκφρασης. Οι μορφές στις οποίες διαχωρίζεται η επικοινωνία, ταξινομούνται ως εξής:

- Άμεση - Έμμεση Επικοινωνία
- Λεκτική - Μη Λεκτική Επικοινωνία
- Εσωτερική - Εξωτερική Επικοινωνία
- Τυπική - Άτυπη Επικοινωνία
-

Η κάθε προσπάθεια επικοινωνίας χρησιμοποιεί ένα συνδυασμό διαφορετικών μορφών από τους παραπάνω, αναλόγως του επικοινωνιακού πλαισίου και των ακροατών.

2.4.1. Άμεση - Έμμεση Επικοινωνία

Ένας σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει την επικοινωνία, είναι η αμεσότητα του λόγου. Με βάση αυτή, η επικοινωνία χωρίζεται σε άμεση και έμμεση. Στην άμεση επικοινωνία, το μήνυμα του ομιλητή μεταφέρεται κυρίως με λέξεις, με έμφαση στην κυριολεκτική σημασία αυτών. Σε αυτή την προσέγγιση, ο ομιλητής λέει αυτό που σκέφτεται.

Από την άλλη μεριά, στην έμμεση επικοινωνία, το νόημα του μηνύματος μεταφέρεται όχι μόνο μέσω των λέξεων αλλά και μέσω μη λεκτικών συμπεριφορών (όπως είναι οι παύσεις, η σιωπή, ο τόνος της φωνής), υπαινιγμών και υποτιμήσεων. Στην προσέγγιση αυτή σημασία έχει η κοινή κατανόηση των συνομιλητών για το πλαίσιο της επικοινωνίας. Η έμμεση επικοινωνία χρησιμοποιείται από τους ομιλητές που προσπαθούν να αποφύγουν συγκρούσεις και άβολες καταστάσεις.^[46]

2.4.2. Λεκτική - Μη Λεκτική Επικοινωνία

Η έννοια της λεκτικής επικοινωνίας, αναφέρεται στην επικοινωνία που συντελείται με τη χρήση του προφορικού ή γραπτού λόγου. Από την άλλη μεριά, η μη λεκτική επικοινωνία είναι η μετάδοση πληροφοριών μεταξύ των ανθρώπων χωρίς τη χρήση λέξεων ή ομιλίας. Η επικοινωνία αυτή επιτυγχάνεται με διάφορους τρόπους, όπως με τις εκφράσεις του προσώπου, με χειρονομίες και με τη στάση του σώματος.^[47] Η μη λεκτική επικοινωνία θεωρείται αναπόφευκτη και από μερικούς ερευνητές αποδίδεται σε αυτήν 65% συνεισφορά στην συνολική επικοινωνιακή προσπάθεια, και μόνο 15% στην επικοινωνία με λέξεις.^[48] Από τη σύγκριση των δύο μορφών επικοινωνίας βλέπουμε ότι τα μη λεκτικά ερεθίσματα υπάρχουν συνεχώς ακόμα και όταν δεν υπάρχει λεκτική επικοινωνία, ενώ σε αντίθεση με τον προφορικό λόγο που χρειάζεται συνειδητή προσπάθεια να εκφραστεί, η μη λεκτική επικοινωνία συχνά πραγματοποιείται αυτόματα και ασυνείδητα.^[49]

2.4.3. Εσωτερική - Εξωτερική Επικοινωνία

Ένας ακόμα διαχωρισμός της επικοινωνίας είναι σε εσωτερική και εξωτερική. Η εσωτερική επικοινωνία αναφέρεται στην ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων μέσα στον οργανισμό. Η στρατηγική εσωτερική επικοινωνία ωφελεί την λειτουργία του οργανισμού, αυξάνοντας την εργασιακή ικανοποίηση, την αφοσίωση και μειώνοντας το ρυθμό παραιτήσεων του προσωπικού.^[50] Η εξωτερική επικοινωνία από την άλλη, αναφέρεται στην επικοινωνία του οργανισμού με άτομα ή ομάδες έξω από αυτόν. Η επικοινωνιακή αυτή προσέγγιση, περιλαμβάνει τις παρουσιάσεις αποτελεσμάτων ερευνών σε συνέδρια, τη σύνταξη αναφορών ή αρθρογραφία σε περιοδικά, καθώς και τη διοργάνωση ομιλιών σε εταιρείες ή σε πανεπιστήμια.^[51]

2.4.4. Τυπική - Άτυπη Επικοινωνία

Τέλος, η επικοινωνία μπορεί να είναι τυπική ή άτυπη. Η διαφορά μεταξύ των δύο μορφών, είναι ότι η τυπική επικοινωνία αποτελείται από προκαθορισμένες, επίσημες μεθόδους κοινοποίησης, ενώ για την άτυπη επικοινωνία δεν είναι απαιτούμενα.^[52] Στην τυπική επικοινωνία ακολουθούνται συγκεκριμένοι κανόνες, και συσχετίζεται με τη λειτουργία και την ιεραρχία της υπηρεσίας και όχι με το ίδιο το άτομο που μεταφέρει το μήνυμα.^[53] Από την άλλη, η άτυπη επικοινωνία βασίζεται στις κοινωνικές συναναστροφές των ανθρώπων. Περιλαμβάνει τις συζητήσεις των εργαζομένων για τα προβλήματά τους, για τη δουλειά, για τα ενδιαφέροντά τους, γεγονός που τους προσφέρει ικανοποίηση. Η άτυπη επικοινωνία έχει σημαντικό ρόλο μέσα σε ένα οργανισμό, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι καλύπτει τα κενά της τυπικής επικοινωνίας, και πως οι εργαζόμενοι τείνουν να βασίζονται σε αυτή, όταν δεν αποκτούν επαρκείς πληροφορίες μέσω της τυπικής επικοινωνίας.^[54] Πάντως και οι δύο μορφές συνυπάρχουν στον εργασιακό χώρο, και αλληλοσυμπληρώνουν το πληροφοριακό πλαίσιο των εργαζομένων.

2.5. Σημασία επικοινωνιακών δεξιοτήτων στον υγειονομικό χώρο

Το μεγαλύτερο μέρος των δημοσιευμένων μελετών, αναγνωρίζει τη σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων για τους επαγγελματίες υγείας, στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, χωρίς τις περισσότερες φορές να τους προσδιορίζουν.

Η σημασία και τα οφέλη της καλής επικοινωνίας στον ευρύτερο τομέα της υγείας, έχουν δειχθεί από πληθώρα μελετών ανά τα χρόνια. Μελέτες επικεντρωμένες στην επικοινωνιακή σχέση ιατρών και ασθενών^[55,56] έχουν καταδείξει τη σημασία της επικοινωνίας ως θεμελιώδη κλινική δεξιότητα, που βοηθάει στη βελτίωση της σχέσης ιατρού-ασθενούς, στην ανάπτυξη καλής συνεργασίας μεταξύ τους, στη διευκόλυνση της εκπαίδευσης του ασθενούς, στη διερεύνηση των σκέψεων και των συναισθημάτων των ασθενών και στην καθοδήγησή τους προς τη βελτίωση της υγείας τους, μέσω αύξησης της συμμόρφωσης στις ιατρικές συστάσεις και της προώθησης συμπεριφορών πρόληψης.

Η επικοινωνία έχει επίσης θετικά αποτελέσματα στην υγειονομική ομάδα ενθαρρύνοντας την απόδοση και την εργασιακή ικανοποίηση.^[55] Η μελέτη των Leal-Costa et al. (2020),^[57] έδειξε ότι και στο νοσηλευτικό προσωπικό υπάρχουν οφέλη από την αποτελεσματική επικοινωνία. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι επαγγελματίες νοσηλευτές που έχουν επαρκείς δεξιότητες επικοινωνίας αισθάνονται πιο σίγουροι και πιο ικανοί, αναπτύσσουν καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς τους, με αποτέλεσμα, να βελτιώνεται η αυτοαποτελεσματικότητά τους.

Η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας φαίνεται και από μειονεκτήματα που υπάρχουν λόγω ελαττωματικής επικοινωνιακής προσπάθειας, όπως είναι η επιδείνωση της υγείας των ασθενών,

τραυματισμοί ή και θάνατος. Σε μια αναδρομική ανασκόπηση νοσοκομειακών θανάτων, φάνηκε ότι τα προβλήματα στην επικοινωνία θεωρήθηκαν η κύρια αιτία θανάτων, όντας δύο φορές πιο συχνά από λάθη λόγω ανεπαρκών κλινικών δεξιοτήτων. Ακόμα δείχθηκε ότι περίπου το 50% των ανεπιθύμητων γεγονότων που ανιχνεύτηκαν στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, σχετίζονταν με επικοινωνιακές δυσκολίες.^[58]

Τέλος, οι συνθήκες των τελευταίων χρόνων όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού και η παγκοσμιοποίηση έχει επιφέρει αλλαγές και στο προφίλ των ασθενών που χρήζουν υπηρεσίες υγείας. Η ανασκόπηση της Sharkiya (2023)^[59] μελέτησε αν η ποιοτική επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τις εκβάσεις υγείας των ηλικιωμένων ασθενών. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης υποστήριξαν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί ακρογωνιαίό λίθο για βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας των ηλικιωμένων ασθενών, αλλά και επιπλέον ότι η αποτελεσματική επικοινωνία με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας περιλαμβάνει τον συνδυασμό λεκτικών αλλά και μη λεκτικών στοιχείων επικοινωνίας. Σε άλλο πλαίσιο, στη μελέτη των Thuraisingham et al. (2023),^[60] αναφέρεται ότι λόγω της παγκοσμιοποίησης, οι ιατροί της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερο ασθενείς με διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα, και πως για να εξασφαλιστεί ασφαλή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους τους ασθενείς, οι ιατροί θα πρέπει να κατανοήσουν πώς το κοινωνικο-πολιτιστικό και οικονομικό υπόβαθρο κάθε ασθενούς επηρεάζει τη συμπεριφορά τους, τις στάσεις και τις αξίες τους, αλλά και τις πεποιθήσεις τους για την υγεία τους. Υπογραμμίζεται έτσι την ανάγκη οι ιατροί να γνωρίζουν τις δικές τους επικοινωνιακές δεξιότητες και τον αντίκτυπό τους στις προοπτικές των ασθενών.

2.6. Εκπαίδευση επικοινωνιακών δεξιοτήτων

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες είναι απαραίτητες για τους επαγγελματίες υγείας για να δημιουργήσουν μια θετική σχέση με τους ασθενείς τους, βελτιώνοντας την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας λοιπόν, μπορεί να είναι αποτελεσματικές στρατηγικές για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι αντικείμενο ενδιαφέροντος πολλών μελετών. Η συστηματική ανασκόπηση των de Sousa Mata et al. (2021)^[61] είχε σκοπό να αναγνωρίσει τα καλύτερα προγράμματα εκπαίδευσης επικοινωνιακών δεξιοτήτων για την προώθηση αλλαγών στην συμπεριφορά και στην αυτοαποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας. Συμπεριέλαβε ιατρούς και νοσηλευτές, και από τον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, και φάνηκε ότι τα εκπαιδευτικά προγράμματα με διαλέξεις, βίντεο και δραματοποιήσεις, είχαν θετικά αποτελέσματα στην απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Η ίδια θετική χροιά, φάνηκε και στη μελέτη των Iversen et al. (2021),^[62] η οποία έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας

που πήραν μέρος στο πρόγραμμα εκπαίδευσης επικοινωνιακών δεξιοτήτων, βελτίωσαν την επικοινωνιακή συμπεριφορά τους υπέρ του να είναι πιο ασθενο-κεντρική. Συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές, έχειδειχθεί ότι η διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι σημαντική για να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν ένα ευρύ φάσμα στρεσογόνων παραγόντων στις καθημερινές τους αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς, αυξάνοντας έτσι την αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητά τους.^[57] Τέλος, ενδιαφέρον αποτελεί το συμπέρασμα της μελέτης των Zota et al. (2023),^[63] που έδειξε ότι οι νοσηλευτές αξιολόγησαν τη σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων υψηλότερα από τους ιατρούς, και ότι οι τελευταίοι μπορεί να υποτιμούν τη σημασία των δεξιοτήτων επικοινωνίας περισσότερο από τους νοσηλευτές. Καταλήγει να προτείνει ότι η επικοινωνία για την υγεία πρέπει να γίνει αναπόσπαστο μέρος της εκπαίδευσης για όλους τους επαγγελματίες υγείας.

Βασισόμενη στα οφέλη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων για τους επαγγελματίες υγείας, και στην ευρεία προσπάθεια για εκπαίδευση σε αυτές, η παρούσα εργασία στόχευσε και στην αποτύπωση της πρόθεσης των νοσηλευτών στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για να ενταχθούν σε ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης προκειμένου να εμπλουτίσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες.

3. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

3.1. Ορισμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με το Άρθρο 1, του Νόμου 4486/2017^[64], η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ορίζεται ως “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του”.

Η σημασία της ανάπτυξης της ΠΦΥ είχε ήδη αναγνωριστεί από το 1978, με τη Διεθνή Διάσκεψη στην Άλμα Άτα της Ε.Σ.Σ.Δ.. Σε αυτή, υποστηρίχθηκε ότι η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι προσβάσιμη, οικονομικά προσιτή και κοινωνικά σχετική. Σύμφωνα με τη διάσκεψη, η ΠΦΥ παρέχει το κλειδί για την επίτευξη του στόχου που τέθηκε, με τίτλο «Υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000». Όλες οι κυβερνήσεις, μέσω της διάσκεψης, κλήθηκαν να υιοθετήσουν το πρόγραμμα ΠΦΥ ως μέρος ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας.^[65]

Αρκετά χρόνια αργότερα, το 2018, 2000 εκπρόσωποι από περισσότερες από 120 χώρες ανανέωσαν τη δέσμευση για ολοκληρωμένη ΠΦΥ για όλους με τη Δήλωση της Αστάνα. Η νέα δήλωση επιβεβαίωσε τη «δέσμευση στο θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο επιτεύξιμο

πρότυπο υγείας χωρίς καμία διάκριση», και επιβεβαίωσε τη δέσμευση στις βασικές αρχές της Διάσκεψης της Άλμα Άτα. Στη Δήλωση της Αστάνα δηλώθηκε ότι είναι μη αποδεκτό να εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες στην υγεία. Η δήλωση αυτή δεσμεύτηκε να δώσει προτεραιότητα στην πρόληψη ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας, και στοχεύει στην κάλυψη όλων των αναγκών υγείας των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, μέσω ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας.^[66]

3.2. Σύσταση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα υπήρξε διαχρονικά κατακερματισμένη, ανοργάνωτη, χωρίς αξιολόγηση, χωρίς αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, με ελλείψεις στον εξοπλισμό της, κακή ποιότητα υπηρεσιών, μεγάλο κόστος και επικέντρωση στη θεραπεία αντί της πρόληψης. Διάφορες προσπάθειες πραγματοποιήθηκαν για την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) έως το 2009 χωρίς ουσιαστικά αποτελέσματα. Ωστόσο, από το 2017, με το νόμο Ν.4486/2017^[64] εισήχθη μια νέα μεταρρύθμιση για την ΠΦΥ, με την οποία δημιουργήθηκαν τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), ενσωματώθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.), ξεκίνησε η πιλοτική εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού, αλλά και του συστήματος παραπομπής στα νοσοκομεία, το οποίο είναι και σε εξέλιξη.^[67] Στη σύσταση λοιπόν της ΠΦΥ στην Ελλάδα περιλαμβάνονται και οργανώνονται ως εξής οι παρακάτω δομές υγείας, όπως φαίνονται στον Πίνακα 1.

Οι υγειονομικές δομές της ΠΦΥ, εντάσσονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) μπορεί, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε., να μετατρέπονται σε Τ.ΟΜ.Υ., εφόσον στελεχώνονται όπως η Ομάδα Υγείας. Η Ομάδα Υγείας αποτελείται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητας γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο.

Πίνακας 1: Σύσταση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με το Ν.4486/2017

Επίπεδο	Υγειονομική Μονάδα	Συντομογραφία
1ο Επίπεδο ΠΦΥ	: 1. Τοπικές Μονάδες Υγείας	(Το.Μ.Υ.)
	2. Περιφερειακά Ιατρεία	(Π.Ι.)
	3. Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	(Π.Π.Ι.)
	4. Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	(Ε.Π.Ι.)
	5. Τοπικά Ιατρεία	(Τ.Ι.)
2ο Επίπεδο ΠΦΥ	: 1. Κέντρα Υγείας	(Κ.Υ.)

3.3. Παροχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με την νομοθεσία που διέπει την ΠΦΥ,^[64] οι υπηρεσίες αυτής περιλαμβάνουν:

1. Τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα,
2. Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας,
3. Τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
4. Την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού,
5. Την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα,
6. Την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
7. Την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
8. Τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
9. Την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας,
10. Την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων,
11. Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη,
12. Τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,

13. Τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας,
14. Τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς,
15. Την κατ' οίκον φροντίδα υγείας και την κατ' οίκον νοσηλεία.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. Ερευνητικός Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της χρήσης των μη τεχνικών δεξιοτήτων (Μ.Τ.Δ.), και συγκεκριμένα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Το πρωταρχικό ερευνητικό ερώτημα που μελετήθηκε, είναι το εξής: «Ποιο είναι το επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;». Στα δευτερεύοντα ερευνητικά ερωτήματα, ανήκουν τα παρακάτω τέσσερα: 1) «Ποια είναι η στάση των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων;», 2) «Υπάρχει συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των νοσηλευτών με την ικανότητα επικοινωνίας τους;», 3) «Υπάρχει συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων των νοσηλευτών με την επιθυμία εκμάθησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων;», και 4) «Υπάρχει συσχέτιση της ικανότητας επικοινωνίας των νοσηλευτών με την πρόθεση εκμάθησης αντίστοιχων δεξιοτήτων;».

5. Υλικό και Μέθοδος

5.1. Μεθοδολογία Σχεδιασμού Μελέτης

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία ανήκει στις περιγραφικές μελέτες και συγκεκριμένα στις συγχρονικές μελέτες (cross-sectional studies). Ο μελετώμενος πληθυσμός της μελέτης ήταν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.) των νομών Ημαθίας (Κ.Υ. Βέροιας, Κ.Υ. Νάουσας, Κ.Υ. Αλεξάνδρειας) και Πέλλας (Κ.Υ. Αριδαίας, Κ.Υ. Άρνισσας, Κ.Υ. Έδεσσας, Κ.Υ. Σκύδρας, Κ.Υ. Γιαννιτσών, Κ.Υ. Κρύας Βρύσης). Δεν ορίστηκαν κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή του δείγματος, όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Το δείγμα αναγνωρίζεται από την ερευνήτρια ως δείγμα ευκολίας. Για τη συλλογή των δεδομένων, αρχικά εξασφαλίστηκαν οι γραπτές άδειες χρήσης των δύο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη, από τους κατόχους των πνευματικών δικαιωμάτων τους. Στη συνέχεια, τα ερωτηματολόγια, οργανώθηκαν σε ένα κοινό εργαλείο, το οποίο θα αναλυθεί παρακάτω. Οι γραπτές άδειες των ερωτηματολογίων παρατίθενται στα Παραρτήματα 1 και 2.

5.2. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Πρώτα εξασφαλίστηκε η έγκριση διεξαγωγής της μελέτης από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, και στη συνέχεια η έγκριση από την 3η Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, στην οποία υπάγονται τα Κ.Υ. Ημαθίας και Πέλλας. Οι παραπάνω γραπτές εγκρίσεις διεξαγωγής της έρευνας παρατίθενται στα Παραρτήματα 3 και 4. Έπειτα ακολούθησαν τηλεφωνικές επικοινωνίες με τους Υπεύθυνους Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των Κ.Υ. ενδιαφέροντος, με σκοπό να ενημερωθούν για τους σκοπούς της μελέτης, να απαντηθούν τυχόν απορίες τους, να ενημερωθεί η ερευνήτρια για το πλήθος των εργαζόμενων νοσηλευτών και να προγραμματιστεί η επίσκεψη αυτής προκειμένου να μοιράσει το ερωτηματολόγιο της μελέτης. Το σύνολο των εργαζόμενων νοσηλευτών στα εννέα Κ.Υ. ήταν 130 νοσηλευτές. Τα ερωτηματολόγια της μελέτης μοιράστηκαν δια ζώσης στα Κ.Υ. από τις 13 Αυγούστου 2024 και παρέμειναν σε αυτά για δύο εβδομάδες. Η παραλαβή των ερωτηματολογίων τελείωσε στις 07 Σεπτεμβρίου 2024. Συνολικά επιστράφηκαν 106 (82%) συμπληρωμένα ερωτηματολόγια εκ των οποίων 105 (99%) ήταν έγκυρα.

5.3. Ερευνητικό Εργαλείο της Μελέτης

Το ερευνητικό εργαλείο/ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων, σχεδιάστηκε από τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο ήταν για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, το δεύτερο για τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες και το τρίτο για την πρόθεσή τους για εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Στην πρώτη σελίδα του τελικού ερωτηματολογίου της μελέτης, βρισκόταν το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων. Αυτό παρείχε βασικές πληροφορίες για τους σκοπούς της μελέτης, ενημέρωνε για τον τρόπο διαχείρισης των δεδομένων και στο τέλος έδινε την επιλογή στους συμμετέχοντες να συμμετάσχουν ή όχι στη μελέτη. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα εργασία μαζί με το έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη, παρατίθενται στο Παράρτημα 5.

5.3.1. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Για την καταγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, στο πρώτο μέρος υπήρχαν επτά ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη θέση εργασίας, το ωράριο εργασίας, την εργασιακή προϋπηρεσία σε χρόνια και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντήσουν μία μόνο απάντηση σε κάθε ερώτηση.

5.3.2. Ερωτηματολόγιο Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων (Interpersonal Communication Inventory)

Μετά το ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων, βρισκόταν το Ερωτηματολόγιο Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων (Interpersonal Communication Inventory – ICI). Το ερωτηματολόγιο αυτό, δημιουργήθηκε το 1971 από τον M.J. Bienvenu,^[37] και αποτελεί ένα μέσο για να μετρηθούν οι γενικές τάσεις στη διαπροσωπική επικοινωνία. Το ίδιο μπορεί πιθανώς να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο συμβουλευτικής και εκπαίδευσης, ως συμπληρωματικό υλικό σε συνέντευξη ή για περαιτέρω έρευνα. Είναι ένα εργαλείο που μετράει τη διαδικασία της επικοινωνίας ως στοιχείο κοινωνικής αλληλεπίδρασης, το οποίο δεν προορίζεται για μέτρηση του περιεχομένου της επικοινωνίας, αλλά να αναγνωρίσει συνήθειες, χαρακτηριστικά και στυλ επικοινωνίας. Το εργαλείο θεωρείται καταλληλότερο για άτομα ηλικίας λυκείου και μεγαλύτερα. Ακόμα, μπορεί να προσαρμοστεί και στα δύο φύλα και σε οποιαδήποτε οικογενειακή κατάσταση. Οι ερωτήσεις στο ερωτηματολόγιο ICI έχουν σχεδιαστεί για να λαμβάνουν δεδομένα για τις διαστάσεις της αυτοαντίληψης, της ακρόασης, της σαφήνειας της έκφρασης και των δυσκολιών διαχείρισης συναισθημάτων θυμού των ερωτηθέντων.

Το εργαλείο αποτελείται από 40 ερωτήσεις τύπου Likert που συμπληρώνει ο ερωτώμενος. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν τρεις απαντήσεις: 1) ΝΑΙ, 2) ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, και 3) ΟΧΙ, σύμφωνα με τη σειρά που εμφανίζονται και στο ερωτηματολόγιο. Ο συμμετέχων επιλέγει μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση. Σύμφωνα με τον οδηγό του ερωτηματολογίου, η κάθε ερώτηση λαμβάνει ένα σκορ, και η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου για κάθε συμμετέχοντα προκύπτει από το άθροισμα των σκορ των επιμέρους ερωτήσεων. Πιο συγκεκριμένα, ο οδηγός αναφέρει ότι για τις ερωτήσεις 1-2-5-7-9-11-12-14-15-19-20-23-26-29-31-32-35-36-38-40, το σκορ της απάντησης «ΝΑΙ» είναι 3, της απάντησης «ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ» είναι 2, και της απάντησης «ΟΧΙ» είναι 0. Από την άλλη, για τις ερωτήσεις 3-4-6-8-10-13-16-17-18-21-22-24-25-27-28-30-33-34-37-39, το σκορ της απάντησης «ΝΑΙ» είναι 0, της απάντησης «ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ» είναι 1, και της απάντησης «ΟΧΙ» είναι 3. Η μέγιστη τελική βαθμολογία ενός ερωτηματολογίου ICI είναι 120 και η ελάχιστη 0. Για την ερμηνεία του ερωτηματολογίου λαμβάνεται υπόψη η τελική βαθμολογία αυτού, καθώς βαθμολογία ≤ 40 δείχνει αδυναμία στις επικοινωνιακές δεξιότητες, βαθμολογία 41-80 δείχνει μέτριες δεξιότητες, ενώ βαθμολογία > 80 δείχνει πολύ υψηλές επικοινωνιακές δεξιότητες.

Το αρχικό ερωτηματολόγιο ICI συντάχθηκε στην Αγγλική γλώσσα. Στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, η οποία μεταφράστηκε από την Κουλουμπού (2015)^[68] στη μελέτη της.

5.3.3. Ερωτηματολόγιο Στάσεων Απέναντι στην Εκμάθηση Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων (Communication Skills Attitude Scale)

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη σύσταση του εργαλείου της παρούσας μελέτης, ήταν το Ερωτηματολόγιο Στάσεων Απέναντι στην Εκμάθηση Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων (Communication Skills Attitude Scale – CSAS). Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε από τους Rees et al (2002)^[41], στην Αγγλική γλώσσα, και είχε στόχο να μετρήσει τη στάση των φοιτητών ιατρικής απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Το ερωτηματολόγιο εκτός από σπουδαστές ιατρικής, έχει χρησιμοποιηθεί και σε νοσηλευτές.^[69] Στην παρούσα εργασία, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου, όπως αυτή μεταφράστηκε από την Ταμπάκη (2019).^[70] Στην εργασία της Ταμπάκη, το μεταφρασμένο CSAS χρησιμοποιήθηκε σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Το αρχικό ερωτηματολόγιο CSAS, αποτελούνταν από 26 ερωτήσεις τύπου Likert, οι οποίες μοιράζονταν ισομερώς σε δύο υποκλίμακες: στις ερωτήσεις που έδειχναν Θετική Στάση απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και σε αυτές που έδειχναν Αρνητική Στάση. Για κάθε ερώτηση υπάρχουν πέντε απαντήσεις: 1) ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, 2) ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ, 3) ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ, 4) ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ, και 5) ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, σύμφωνα με τη σειρά που εμφανίζονται και στο ερωτηματολόγιο. Ο συμμετέχον επιλέγει μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση. Όπως και στην εργασία της Ταμπάκη, έτσι και εδώ, η ερώτηση 22 αφαιρέθηκε λόγω ότι απευθυνόταν αποκλειστικά σε φοιτητές και δεν μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε επαγγελματίες υγείας. Ως αποτέλεσμα, το τελικό, μεταφρασμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο CSAS, που χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα εργασία, είχε 25 ερωτήσεις. Από αυτές, οι ερωτήσεις 4-5-7-9-10-12-14-16-18-21-22-24 (12 ερωτήσεις) έδειχναν Θετική Στάση, και οι ερωτήσεις 1-2-3-6-8-11-13-15-17-19-20-23-25 (13 ερωτήσεις) έδειχναν Αρνητική Στάση.

Για τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου CSAS, πρώτα πρέπει να γίνει αντιστροφή των σκορ των ερωτήσεων που δείχνουν Αρνητική Στάση, εκτός της ερώτησης 1 που ήταν εξ αρχής ανεστραμμένο, ώστε να υπάρχει ίδια κατεύθυνση στις βαθμολογίες των ερωτήσεων τόσο για αυτές που δείχνουν Θετική όσο και Αρνητική Στάση.^[69] Έτσι, μετά την αντιστροφή των σκορ, η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται ως εξής: για την απάντηση «ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» το σκορ είναι 1, για την απάντηση «ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ» το σκορ είναι 2, για την απάντηση «ΟΥΔΕΤΕΡΟΣ» το σκορ είναι 3, για την απάντηση «ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ» το σκορ είναι 4, και για την απάντηση «ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ» το σκορ είναι 5. Η μέγιστη τελική βαθμολογία ενός ερωτηματολογίου είναι 125 και η ελάχιστη 25. Για την ερμηνεία του ερωτηματολογίου λαμβάνεται υπόψη η τελική βαθμολογία αυτού, καθώς βαθμολογία που βρίσκεται πιο κοντά στο 25 δείχνει μια αρνητική στάση για την εκμάθηση επικοινωνιακών

δεξιότητων, μια βαθμολογία κοντά στο 75 δείχνει ουδέτερη στάση, ενώ αντιθέτως, βαθμολογία που βρίσκεται πιο κοντά στο 125 δείχνει θετική στάση για την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

5.4. Στατιστική Ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο στατιστικής ανάλυσης IBM SPSS Statistics (Ver. 29.0). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τους στατιστικούς ελέγχους, ορίστηκε εξ αρχής στο 95% ($\alpha=0,05$). Για τις ονομαστικές μεταβλητές της μελέτης (φύλο, θέση εργασίας, ωράριο εργασίας, οικογενειακή κατάσταση) η περιγραφική στατιστική περιελάμβανε τον υπολογισμό των απόλυτων συχνοτήτων και των σχετικών συχνοτήτων. Για τις διατάξιμες (ηλικιακή ομάδα, επίπεδο εκπαίδευσης) και ποσοτικές μεταβλητές (εργασιακή προϋπηρεσία, συνολικό σκορ ICI, συνολικό σκορ CSAS), η περιγραφική στατιστική περιελάμβανε υπολογισμό των μέτρων θέσης και διασποράς. Για την μέτρηση της εσωτερικής εγκυρότητας των δύο ερωτηματολογίων, μετρήθηκε ο δείκτης Cronbach's Alpha.

Ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov, χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης. Οι έλεγχοι αυτοί, έδειξαν ότι η εργασιακή προϋπηρεσία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή, ενώ αντιθέτως τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ICI και του ερωτηματολογίου CSAS ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Τα αναλυτικά αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας και τα αντίστοιχα ιστογράμματα των ποσοτικών μεταβλητών, βρίσκονται στο Παράρτημα 6.

Στη συνέχεια, με βάση τα αποτελέσματα των ελέγχων κανονικότητας, επιλέχθηκαν οι κατάλληλοι ξεχωριστοί στατιστικοί έλεγχοι για εύρεση πιθανών σχέσεων των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων ICI και CSAS, με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, αλλά και των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων ICI και CSAS μεταξύ τους. Ο στατιστικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα, που χρησιμοποιείται για την εύρεση σχέσεων μιας εξαρτημένης ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή με μία ανεξάρτητη διχοτόμο μεταβλητή, χρησιμοποιήθηκε για τη ανίχνευση πιθανών σχέσεων των ανεξάρτητων μεταβλητών: Φύλο, Θέση Εργασίας και Ωράριο Εργασίας, με τις εξαρτημένες μεταβλητές: Συνολική Βαθμολογία ICI και CSAS αντίστοιχα, οι οποίες όπως είδαμε ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Η ανάλυση διασποράς μίας κατεύθυνσης (One-Way ANOVA) χρησιμοποιείται για την εύρεση σχέσεων μίας εξαρτημένης ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή με μία ανεξάρτητη ονομαστική μεταβλητή με παραπάνω από 2 κατηγορίες. Στην παρούσα μελέτη, ο στατιστικός αυτό έλεγχος χρησιμοποιήθηκε στην αναζήτηση σχέσεων των ανεξάρτητων μεταβλητών: Ηλικιακή Ομάδα, Επίπεδο Εκπαίδευσης και Οικογενειακή Κατάσταση, με τις εξαρτημένες μεταβλητές: Συνολική Βαθμολογία ICI και CSAS αντίστοιχα. Για την εύρεση σχέσεων μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιούνται

οι συντελεστές συσχέτισης. Στην περίπτωση που και οι δύο ποσοτικές μεταβλητές ακολουθούν την κανονική κατανομή, στην περίπτωσή μας η Συνολική Βαθμολογία ICI και η Συνολική Βαθμολογία CSAS, τότε η γραμμική σχέση τους εκτιμάται με το συντελεστή συσχέτισης Pearson. Από την άλλη μεριά, όταν έστω και μία ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, στην περίπτωσή μας η Εργασιακή Προϋπηρεσία, τότε η γραμμική σχέση τους εκτιμάται με το συντελεστή συσχέτισης Spearman. Επομένως, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman, χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της γραμμικής σχέσης της εργασιακής προϋπηρεσίας με τη Συνολική Βαθμολογία ICI και CSAS αντίστοιχα. Συγκεντρωτικά οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Στατιστικοί έλεγχοι για εύρεση σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της μελέτης

Εξαρτημένη Μεταβλητή	Ανεξάρτητη Μεταβλητή	Στατιστικός Έλεγχος
Συνολική Βαθμολογία ICI	Φύλο	t-Test
	Ηλικιακή Ομάδα	One-way ANOVA
	Επίπεδο Εκπαίδευσης	One-Way ANOVA
	Θέση Εργασίας	t-Test
	Ωράριο Εργασίας	t-Test
	Οικογενειακή Κατάσταση	One-Way ANOVA
	Εργασιακή Προϋπηρεσία	Συντελεστής Συσχέτισης Spearman
Συνολική Βαθμολογία CSAS	Φύλο	t-Test
	Ηλικιακή Ομάδα	One-Way ANOVA
	Επίπεδο Εκπαίδευσης	One-Way ANOVA
	Θέση Εργασίας	t-Test
	Ωράριο Εργασίας	t-Test
	Οικογενειακή Κατάσταση	One-Way ANOVA
	Εργασιακή Προϋπηρεσία	Συντελεστής Συσχέτισης Spearman
Συνολική Βαθμολογία ICI	Συνολική Βαθμολογία CSAS	Συντελεστής Συσχέτισης Pearson

6. Αποτελέσματα

6.1. Περιγραφική Στατιστική του Ερωτηματολογίου

6.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από την περιγραφική στατιστική των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων,δείχθηκε ότι οι άντρες νοσηλευτές ήταν 11 (10,5%) και οι γυναίκες νοσηλεύτριες ήταν 94 (89,5%). Δεν καταγράφηκαν απαντήσεις στην κατηγορία “Άλλο”. Ως προς την ηλικιακή ομάδα που ανήκε το δείγμα, 11 (10,5%) νοσηλευτές ήταν ηλικίας 26 - 35 χρονών, 50 (47,6%) νοσηλευτές ήταν ηλικίας 36 - 50 χρονών, και 44 (41,9%) νοσηλευτές ήταν ηλικίας 50 χρονών και άνω. Δεν καταγράφηκαν απαντήσεις στην ηλικιακή κατηγορία “18-25 χρονών”. Ο έλεγχος για το επίπεδο εκπαίδευσης έδειξε ότι, 15 (14,3%) συμμετέχοντες ήταν υποχρεωτικής εκπαίδευσης, 72 (68,6%) συμμετέχοντες ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης, 9 (8,6%) συμμετέχοντες ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 8 (7,6%) συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου, και 1 (1%) συμμετέχον ήταν κάτοχος διδακτορικού τίτλου. Η ανάλυση των δεδομένων για την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, έδειξε ότι 75 (71,4%) ήταν έγγαμοι, 14 (13,3%) ήταν άγαμοι, 12 (11,4%) ήταν διαζευγμένοι, και 4 (3,8%) ήταν χήροι. Για τη θέση εργασίας, οι συμμετέχοντες που είχαν θέση προϊσταμένου ήταν 6 (5,7%) ενώ 99 (94,3%) ήταν αυτοί που είχαν θέση νοσηλευτή εργαζόμενο σε βάρδιες. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, όσον αφορά το ωράριο εργασίας τους, 42 (40%) εργάζονταν μόνο πρωινές ώρες, και 63 (60%) εργάζονταν σε σύστημα βαρδιών. Η εργασιακή προϋπηρεσία των συμμετεχόντων, μετρημένη σε χρόνια, η οποία δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή, είχε διάμεσος τιμή τα 18 χρόνια και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος της ίσο με 16 (25^ο σημείο: 8, 75^ο σημείο 24). Η ελάχιστη προϋπηρεσία ήταν 3 χρόνια και η μέγιστη 38 χρόνια.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων λοιπόν, ήταν γυναίκες, ηλικίας 36 έως 50 χρονών, τεχνολογικής εκπαίδευσης, έγγαμες, που είχαν θέση νοσηλεύτριας και εργάζονταν σε σύστημα βαρδιών. Η μέση εργασιακή προϋπηρεσία αυτών ήταν τα 18 χρόνια. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

Όνομα Κατηγορίας	Επιλογές Κατηγορίας	Πλήθος (N)	Ποσοστό (%)	Δ	Ενδοτετ. Εύρος	
					25°	75°
Φύλο	Ανδρας	11	10,5	-	-	-
	Γυναίκα	94	89,5	-	-	-
Ηλικιακή Ομάδα	18-25 χρονών	0	0	-	-	-
	26-35 χρονών	11	10,5	-	-	-
	36-50 χρονών	50	47,6	-	-	-
	50 χρονών και άνω	44	41,9	-	-	-
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	15	14,3	-	-	-
	Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	72	68,6	-	-	-
	Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	9	8,6	-	-	-
	Μεταπτυχιακός Τίτλος	8	7,6	-	-	-
	Διδακτορικός Τίτλος	1	1	-	-	-
Οικογενειακή Κατάσταση	Έγγαμος/-η	75	71,4	-	-	-
	Άγαμος/-η	14	13,3	-	-	-
	Διαζευγμένος/-η	12	11,4	-	-	-
	Χήρος/-α	4	3,8	-	-	-
Θέση Εργασίας	Προϊστάμενος	6	5,7	-	-	-
	Νοσηλεύτης/-τρια Βάρδιας	99	94,3	-	-	-
Ωράριο Εργασίας	Μόνο Πρωί	42	40	-	-	-
	Βάρδιες	63	60	-	-	-
Εργασιακή Προϋπηρεσία (σε χρόνια)		-	-	18	8	24

Επεξήγηση Συντομεύσεων: Δ = Διάμεσος, Ενδοτετ. Εύρος = Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος

6.1.2. Επικοινωνιακές Δεξιότητες των Νοσηλευτών

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο ICI. Η εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική με τον δείκτη Cronbach's Alpha να είναι ίσος με $0,826 > 0,7$. Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου για όλους τους συμμετέχοντες ήταν $80,86 \pm 13,34$. Το τυπικό σφάλμα ήταν 1,301. Η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 49 και η μέγιστη 103. Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής για το ερωτηματολόγιο ICI παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου φαίνονται στο Παράρτημα 7.

Πίνακας 4: Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής για το ερωτηματολόγιο ICI

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό σφάλμα του μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Συνολική Βαθμολογία ICI	80,86	13,335	1,301	49	103

6.1.3. Πρόθεση Εκμάθησης Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων

Η πρόθεση εκμάθησης των νοσηλευτών μετρήθηκε με το ερωτηματολόγιο CSAS. Η εσωτερική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ήταν ικανοποιητική με τον δείκτη Cronbach's Alpha να είναι ίσος με $0,808 > 0,7$. Η μέση βαθμολογία των σκορ για το σύνολο των ερωτήσεων του CSAS, για όλους τους συμμετέχοντες ήταν $95,36 \pm 12,39$ με τυπικό σφάλμα 1,209. Για το σύνολο του ερωτηματολογίου, η ελάχιστη βαθμολογία ήταν 63 και η μέγιστη 115. Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής για το ερωτηματολόγιο CSAS παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου παρατίθενται στο Παράρτημα 8.

Πίνακας 5: Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής για ερωτηματολόγιο CSAS

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό σφάλμα του μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Συνολική Βαθμολογία CSAS	95,36	12,390	1,209	63	115

6.2. Διερεύνηση σχέσεων με το ερωτηματολόγιο ICI

Για τη διερεύνηση των πιθανών σχέσεων μεταξύ του ερωτηματολογίου ICI και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ανεξάρτητες μεταβλητές), υπενθυμίζεται ότι χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι t-Test για ανεξάρτητα δείγματα, η ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-Way ANOVA) και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Συνοπτικά, οι στατιστικοί έλεγχοι για την εύρεση πιθανών σχέσεων των αποτελεσμάτων του ICI με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση στο προκαθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha=0,05$).

Πιο συγκεκριμένα, η διερεύνηση σχέσης του φύλου με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου ICI, έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν ελαφρώς μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=81,13\pm 13,604$) από αυτή των ανδρών ($M=78,55\pm 11,040$), χωρίς ωστόσο να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους ($p=0,546>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τους άνδρες και τις γυναίκες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test for Equality of Variances (Levene's Test) ($p=0,294>0,05$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης φύλου και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Άρρεν	11	78,55	11,040	3,329
Θήλυ	94	81,13	13,604	1,403

Ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και του ερωτηματολογίου ICI, έδειξε ότι οι νοσηλευτές ηλικίας 36-50 χρονών είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=83,02\pm 11,975$) από αυτούς ηλικίας 26-35 χρονών ($M=75,64\pm 14,030$) και από αυτούς ηλικίας 50 χρονών και άνω

($M=79,70\pm 14,392$), χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και του ερωτηματολογίου ICI ($p=0,190>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,412>0,05$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης ηλικιακής ομάδας και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
26-35 χρονών	11	75,64	14,030	4,230	49	98
36-50 χρονών	50	83,02	11,975	1,694	53	103
50 χρονών και άνω	44	79,70	14,392	2,170	21	102

Από την αναζήτηση σχέσης μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και ερωτηματολογίου ICI, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=87,75\pm 9,953$) από τους νοσηλευτές υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M=80,20\pm 14,717$), από τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης ($M=81,38\pm 12,863$), από τους νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ($M=72,00\pm 15,419$) και από τους νοσηλευτές που κατείχαν διπλωματικό τίτλο ($M=78,00$). Μόνο ένας συμμετέχων κατείχε διπλωματικό τίτλο και για αυτό δεν είναι μετρήσιμη η τυπική απόκλισή του. Παρόλα αυτά, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με το ερωτηματολόγιο ICI ($p=0,177>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,492>0,05$) (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	15	80,20	14,717	3,800	53	100

Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	72	81,38	12,863	1,516	49	103
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	9	72,00	15,419	5,140	53	94
Μεταπτυχιακός Τίτλος	8	87,75	9,953	3,519	73	99
Διδακτορικός Τίτλος	1	78,00	-	-	78	78

Για τη σχέση της θέσης εργασίας με τη βαθμολογία του ICI, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=83,33\pm 16,269$) από τους νοσηλευτές βάρδιας ($M=80,71\pm 13,222$), χωρίς και πάλι να υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,642>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τους προϊσταμένους και τους νοσηλευτές βάρδιας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,630>0,05$) (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης θέσης εργασίας και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Προϊστάμενος	6	83,33	16,269	6,642
Νοσηλευτής/- τρια Βάρδιας	99	80,71	13,222	1,329

Ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης μεταξύ του ωραρίου εργασίας και του ερωτηματολογίου ICI, έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε βάρδιες είχαν οριακά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=80,90\pm 13,571$) από τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε πρωινό μόνο ωράριο ($M=80,79\pm 13,136$). Και σε αυτή την περίπτωση, φάνηκε μη στατιστικά σημαντική σχέση των δύο μεταβλητών ($p=0,965>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για το πρωινό ωράριο και τις βάρδιες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,558>0,05$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης ωραρίου εργασίας και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Μόνο πρωί	42	80,79	13,136	2,027
Βάρδιες	63	80,90	13,571	1,710

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση και τη σχέση της με τη βαθμολογία του ICI, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που ήταν έγγαμοι είχαν ελαφρώς μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ICI ($M=82,45 \pm 12,712$) από αυτούς που ήταν άγαμοι ($M=79,29 \pm 14,979$), από αυτούς που ήταν διαζευγμένοι ($M=72,67 \pm 14,317$) και από αυτούς που ήταν χήροι ($M=81,00 \pm 10,551$). Όπως και οι προηγούμενοι στατιστικοί έλεγχοι, έτσι και εδώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης ως προς τη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο ICI ($p=0,121 > 0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,483 > 0,05$) (Πίνακας 11).

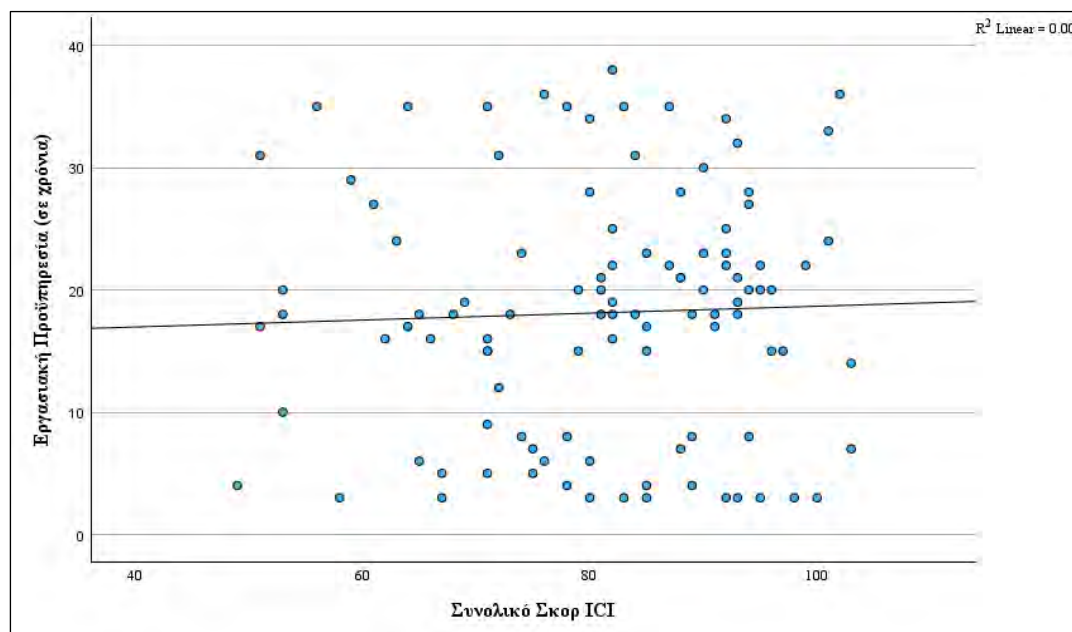
Πίνακας 11: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης οικογενειακής κατάστασης και ερωτηματολογίου ICI

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Έγγαμος/-η	75	82,45	12,712	1,468	51	103
Άγαμος/-η	14	79,29	14,979	4,003	51	98
Διαζευγμένος/-η	12	72,67	14,317	4,133	49	95
Χήρος/-α	4	81,00	10,551	5,276	71	92

Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της εργασιακής προϋπηρεσίας μετρημένης σε χρόνια με το ερωτηματολόγιο ICI ($r_s=0,063$, $p=0,520 > 0,05$) (Πίνακας 12). Το διάγραμμα διασποράς τη συσχέτισης φαίνεται στην Εικόνα 2.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman για εύρεση σχέσης εργασιακής προϋπηρεσίας και ερωτηματολογίου ICI

Συντελεστής Συσχέτισης Spearman	p-value	Πλήθος (N)
0,063	0,520	105



Εικόνα 2: Διάγραμμα διασποράς συσχέτισης εργασιακής προϋπηρεσίας με ερωτηματολόγιο ICI

6.3. Διερεύνηση σχέσεων με το ερωτηματολόγιο CSAS

Για τη διερεύνηση των πιθανών σχέσεων μεταξύ της βαθμολογίας του συνολικού ερωτηματολογίου CSAS και των δημογραφικών χαρακτηριστικών (ανεξάρτητες μεταβλητές), χρησιμοποιήθηκαν, οι στατιστικοί έλεγχοι t-Test για ανεξάρτητα δείγματα, η ανάλυση διασποράς μιας κατεύθυνσης (One-Way ANOVA) και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Σε γενικές γραμμές, οι στατιστικοί έλεγχοι για την εύρεση πιθανών σχέσεων των αποτελεσμάτων του CSAS με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος δεν έδειξαν κάποια στατιστικά σημαντική σχέση στο προκαθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας ($\alpha=0,05$), εκτός από τη σχέση τους με την εργασιακή προϋπηρεσία, όπου φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση.

Πιο αναλυτικά, η σχέση του φύλου με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου CSAS, έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν ελαφρώς μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=95,83\pm 11,964$) από αυτή των ανδρών ($M=91,36\pm 15,673$), όμως δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους ($p=0,260>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τους άνδρες και τις γυναίκες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,094>0,05$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης φύλου και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Αρρεν	11	91,36	15,673	4,726
Θήλυ	94	95,83	11,964	1,234

Ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και του ερωτηματολογίου CSAS, έδειξε ότι οι νοσηλευτές ηλικίας 50 χρονών και άνω είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=97,16 \pm 12,410$) από αυτούς ηλικίας 26-35 χρονών ($M=91,45 \pm 12,910$) και από αυτούς ηλικίας 36-50 χρονών ($M=94,64 \pm 12,239$). Παρόλα αυτά δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικιακής ομάδας και του ερωτηματολογίου CSAS ($p=0,338 > 0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,998 > 0,05$) (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης ηλικιακής ομάδας και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
26-35 χρονών	11	91,45	12,910	3,893	64	106
36-50 χρονών	50	94,64	12,239	1,731	67	115
50 χρονών και άνω	44	97,16	12,410	1,871	63	114

Από τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και ερωτηματολογίου CSAS, αναγνωρίστηκε ότι οι νοσηλευτές που κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο είχαν οριακά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=96,38 \pm 9,319$) από τους νοσηλευτές υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M=92,40 \pm 14,471$), από τους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης ($M=95,76 \pm 12,367$) και από τους νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ($M=95,56 \pm 13,144$). Διδακτορικό τίτλο είχε ένας μόνος συμμετέχων, του οποίου η βαθμολογία στο CSAS ήταν 101. Λόγω ότι αποτελούσε μοναδική τιμή δεν μπορεί να θεωρηθεί αντικειμενικά ότι είχε μεγαλύτερη μέση βαθμολογία από το υπόλοιπο δείγμα. Ο στατιστικός έλεγχος,

δεν κατάφερε να δείξει στατιστικά σημαντική σχέση του επιπέδου εκπαίδευσης με το ερωτηματολόγιο CSAS ($p=0,883>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,518>0,05$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης επιπέδου εκπαίδευσης και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης	15	92,40	14,471	3,736	72	114
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	72	95,76	12,367	1,457	63	115
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	9	95,56	13,144	4,381	72	111
Μεταπτυχιακός Τίτλος	8	96,38	9,319	3,295	80	109
Διδακτορικός Τίτλος	1	101,00	-	-	101	101

Αναζητώντας τη σχέση της θέσης εργασίας με τη βαθμολογία του CSAS, από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές είχαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=101,50\pm 11,005$) από τους νοσηλευτές βάρδιας ($M=94,99\pm 12,421$). Δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μεταβλητών ($p=0,213>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τους προϊσταμένους και τους νοσηλευτές βάρδιας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,726>0,05$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης θέσης εργασίας και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Προϊστάμενος	6	101,50	11,005	4,493
Νοσηλεύτης/- τρια Βάρδιας	99	94,99	12,421	1,248

Ο έλεγχος ύπαρξης σχέσης μεταξύ του ωραρίου εργασίας και του ερωτηματολογίου CSAS, έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν μόνο πρωινές ώρες είχαν οριακά μεγαλύτερη μέση βαθμολογία ($M=95,95\pm 13,211$) από τους νοσηλευτές που εργάζονταν σε βάρδιες ($M=94,97\pm 11,903$), Για ακόμα μια φορά, δεν βρέθηκε μη στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές ($p=0,692>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για το πρωινό ωράριο και τις βάρδιες, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,485>0,05$) (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Αποτελέσματα ελέγχου t-Test για εύρεση σχέσης ωραρίου εργασίας και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου
Μόνο πρωί	42	95,95	13,211	2,039
Βάρδιες	63	94,97	11,903	1,500

Μελετώντας τη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με τη βαθμολογία του CSAS, φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που ήταν χήροι είχαν ελαφρώς μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο CSAS ($M=99,50\pm 4,041$) από αυτούς που ήταν έγγαμοι ($M=94,39\pm 13,129$), από αυτούς που ήταν άγαμοι ($M=98,79\pm 9,947$) και από αυτούς που ήταν διαζευγμένοι ($M=96,08\pm 11,920$). Όπως και οι προηγούμενοι στατιστικοί έλεγχοι, έτσι και σε αυτή την περίπτωση δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης ως προς τη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο CSAS ($p=0,574>0,05$). Για το στατιστικό έλεγχο θεωρήθηκαν ίσες διακυμάνσεις για τις διάφορες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Levene's Test ($p=0,136>0,05$) (Πίνακας 18).

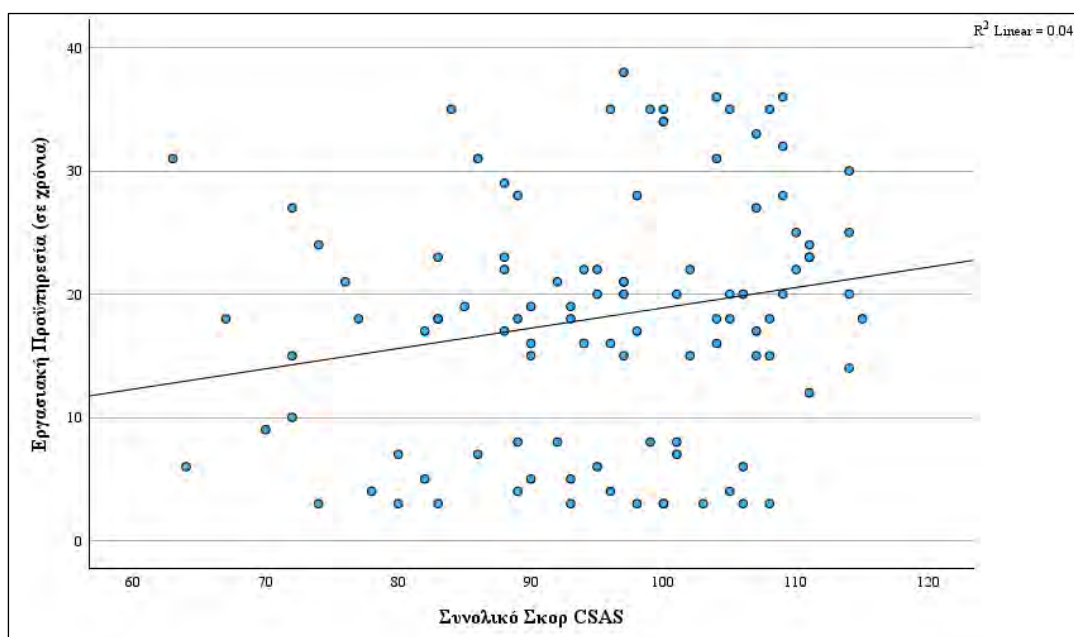
Πίνακας 18: Αποτελέσματα ελέγχου One-Way ANOVA για εύρεση σχέσης οικογενειακής κατάστασης και ερωτηματολογίου CSAS

Κατηγορίες ανεξάρτητης μεταβλητής	Πλήθος (N)	Μέσος (M)	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσου	Ελάχιστη Βαθμολογία	Μέγιστη Βαθμολογία
Έγγαμος/-η	75	94,39	13,129	1,516	63	114
Άγαμος/-η	14	98,79	9,947	2,659	76	111
Διαζευγμένος/-η	12	96,08	11,920	3,441	78	115
Χήρος/-α	4	99,50	4,041	2,021	96	105

Τέλος, η αναζήτηση πιθανής σχέσης της εργασιακής προϋπηρεσίας μετρημένης σε χρόνια με τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου CSAS, παρουσίασε στατιστικά σημαντική σχέση ($r_s=0,212$, $p=0,030<0,05$). Η σχέση της συσχέτισης χαρακτηρίζεται μικρή (Πίνακας 19). Το διάγραμμα διασποράς της συσχέτισης φαίνεται στην Εικόνα 3.

Πίνακας 19: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman για εύρεση σχέσης εργασιακής προϋπηρεσίας και ερωτηματολογίου CSAS

Συντελεστής Συσχέτισης Spearman	p-value	N
0,212	0,030	105



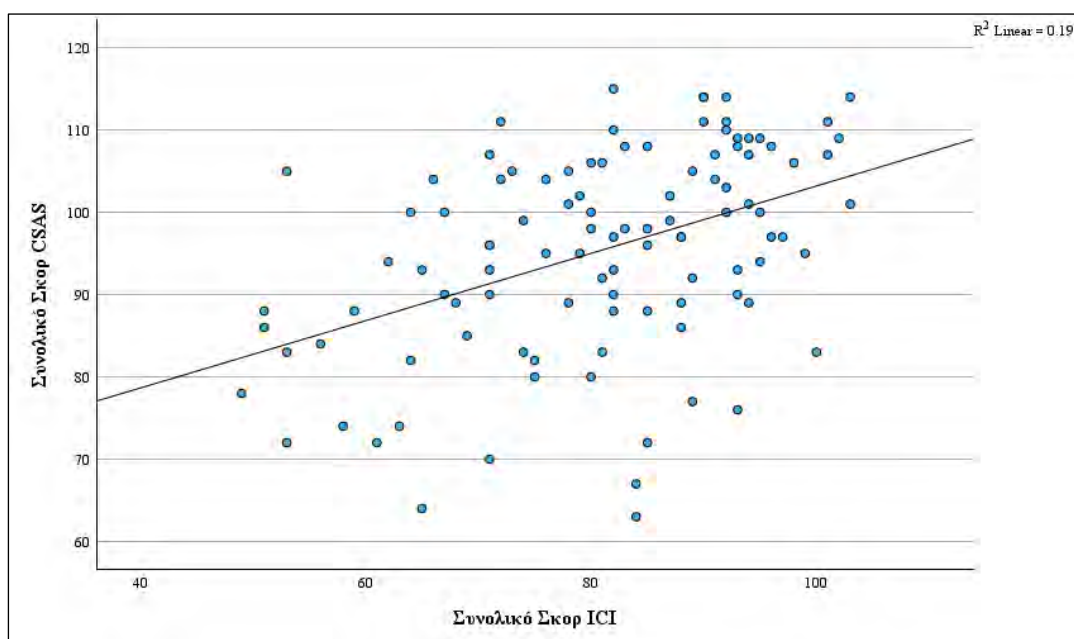
Εικόνα 3: Διάγραμμα διασποράς συσχέτισης εργασιακής προϋπηρεσίας με ερωτηματολόγιο CSAS

6.4. Διερεύνηση σχέσης ερωτηματολογίου ICI με ερωτηματολόγιο CSAS

Ο έλεγχος πιθανής σχέσης των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων ICI και CSAS, έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση των δύο ερωτηματολογίων ($r_s=0,440$, $p<0,001<0,05$). Η συσχέτιση μεταξύ των δύο ερωτηματολογίων της μελέτης, χαρακτηρίζεται ως μέτρια (Πίνακας 20). Το διάγραμμα διασποράς της συσχέτισης φαίνεται στην Εικόνα 4.

Πίνακας 20: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson για εύρεση σχέσης ερωτηματολογίου ICI και ερωτηματολογίου CSAS

Συντελεστής Συσχέτισης Pearson	p-value	N
0,440	<0,001	105



Εικόνα 4: Διάγραμμα διασποράς συσχέτισης ερωτηματολογίου ICI με ερωτηματολόγιο CSAS

7. Συζήτηση

Το βασικό ερευνητικό ερώτημα της παρούσας εργασίας ήταν να αναγνωριστεί το επίπεδο των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών που εργάζονται στην ΠΦΥ. Επιπλέον μελετήθηκε η στάση των νοσηλευτών της ΠΦΥ απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οι συσχετίσεις των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος με τα αποτελέσματα των δύο ερωτηματολογίων, αλλά και η συσχέτιση των δύο ερωτηματολογίων μεταξύ τους. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από νοσηλευτές που εργάζονταν στα εννέα κέντρα υγείας των νομών Ημαθίας και Πέλλας.

7.1. Δημογραφικά στοιχεία

Από τα χαρακτηριστικά του δείγματος φάνηκε ότι το συντριπτικό ποσοστό των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (94%). Το αποτέλεσμα αυτό δεν αποτέλεσε έκπληξη για την ερευνήτρια, διότι όπως φαίνεται και από τα στατιστικά στοιχεία της χώρας μας,^[71] το 83,63% των ενεργών νοσηλευτών είναι γυναίκες. Ακόμα φαίνεται να συμφωνούν σχεδόν απόλυτα με τα αποτελέσματα άλλων μελετών σε νοσηλευτές εργαζόμενους σε κέντρα υγείας της Ελλάδας,^[72,73] αλλά και σε μελέτες που είχαν ως δείγμα νοσηλευτές από κέντρα υγείας και νοσοκομεία.^[74,75]

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες της παρούσας εργασίας, ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 36-50 ετών (47,6%) και αμέσως μετά σε αυτή των 50 ετών και άνω (41,9%). Η μελέτη της Τεκτονίδου (2010)^[72] είχε μέσο όρο ηλικίας των νοσηλευτών τα 42 έτη, στην ίδια δηλαδή επικρατούσα ηλικιακή ομάδα με την παρούσα εργασία. Από την άλλη, η μελέτη της Φακή (2009),^[73] αν και είχε επίσης ως επικρατούσες ηλικίες αυτές των 40-49 ετών (53,3%), είχε πολύ μικρό ποσοστό νοσηλευτών που ήταν ηλικίας 50-59 ετών (7,6%). Το μικρό αυτό ποσοστό μπορεί να οφείλεται στο ότι η μελέτη ολοκληρώθηκε το 2009, δηλαδή αρκετά χρόνια πριν την παρούσα εργασία, οπότε θα μπορούσε απλά να έχει γηράσκει ο τότε νεότερος πληθυσμός νοσηλευτών.

Η πλειοψηφία των νοσηλευτών του δείγματος ήταν τεχνολογικής εκπαίδευσης (68,6%). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν φανεί και στις μελέτες των Τεκτονίδου (2010)^[72] (TEI 60,4%) και Κουφογιάννη (2015)^[74] (TEI 62,2%), ενώ στη μελέτη της Δεμιτζόγλου (2019)^[75] ήταν πολύ πιο υψηλό το αντίστοιχο ποσοστό (TEI 96,6%). Τα αποτελέσματα αυτά θεωρήθηκαν λογικά, διότι κοιτώντας τις αντίστοιχες προκηρύξεις του Ανωτάτου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (ΑΣΕΠ) για την πρόσληψη νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται ότι ο αριθμός των θέσεων που ζητούνται για νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης είναι έως και έξι φορές μεγαλύτερος^[76-78] σε σχέση με τις άλλες εκπαιδευτικές βαθμίδες.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, το μεγαλύτερο μέρος αυτού ήταν έγγαμοι (71,4%). Παρομοίως σε άλλες μελέτες που καταγράψανε την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών, έδειξαν ότι το μεγαλύτερο μέρος αυτών ήταν παντρεμένοι.^[72,73]

Σχετικά με τον τομέα εργασίας για τους νοσηλευτές της παρούσας μελέτης, το 94,3% δεν είχαν θέση προϊστάμενου και το 60% δούλευε σε βάρδιες. Η μεγάλη διαφορά στο ποσοστό των ατόμων που δεν κατείχαν θέση προϊσταμένου δικαιολογείται εύκολα από τον τρόπο στελέχωσης των κέντρων υγείας, όπου υπάρχει ένας προϊστάμενος για το σύνολο των εργαζόμενων νοσηλευτών. Αναφορικά με το ωράριο εργασίας, παρόμοια κατανομή ανάμεσα σε πρωινό ωράριο και βάρδιες, είχε και η μελέτη της Τεκτονίδου (2010)^[72] όπου το 67,5% των νοσηλευτών δούλευε σε βάρδιες. Στην παρούσα μελέτη, τα έξι από τα εννέα κέντρα υγείας ενδιαφέροντος εργάζονταν με σύστημα τουλάχιστον δύο βαρδιών, οπότε τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν αναμενόμενα.

Τέλος, η εργασιακή προϋπηρεσία των νοσηλευτών είχε διάμεση τιμή τα 18 χρόνια. Κατά μέσο όρο και άλλες μελέτες με πληθυσμό στόχο τους νοσηλευτές, παρουσιάζουν παρόμοια και ελαφρά λιγότερη εργασιακή προϋπηρεσία.^[72,74,75]

7.2. Πρωταρχικό Ερευνητικό Ερώτημα

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών μετρήθηκαν με το ερωτηματολόγιο ICI. Η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου ICI στην παρούσα μελέτη, ήταν $80,86 \pm 13,34$, βαθμολογία που φανερώνει ότι οι νοσηλευτές του δείγματος είχαν αρκετά υψηλό επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η μέση αυτή βαθμολογία είναι σε μικρό βαθμό μεγαλύτερη από εργασίες της διεθνούς βιβλιογραφίας, που έχουν εκτιμήσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες στο χώρο της υγείας, και σε διάφορες επαγγελματικές ομάδες του χώρου, με τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου. Μελέτη που σύγκρινε τις επικοινωνιακές δεξιότητες νοσηλευτών ηλικίας 20-39 ετών και 40-59 ετών,^[79] έδειξε ότι και οι δύο ηλικιακές ομάδες κατέχουν μεσαίου επιπέδου δεξιότητες επικοινωνίας ($67,5 \pm 13,61$ και $68,54 \pm 12,43$ αντίστοιχα). Η εργασία της Ταμπάκη (2019),^[70] εξέτασε τις επικοινωνιακές δεξιότητες σε ιατρούς και νοσηλευτές ιδιωτικών νοσοκομείων της Ελλάδας, και τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι η μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου μόνο για τους νοσηλευτές του δείγματος, ήταν $78,48 \pm 14,2$, μια βαθμολογία που επίσης δείχνει μέτριες επικοινωνιακές δεξιότητες σε νοσηλευτές. Επόμενη εργασία,^[80] είχε ως δείγμα ένα πιο ευρύ πληθυσμό επαγγελματιών εργαζόμενους σε νοσοκομεία (διοικητικούς, ιατρούς, νοσηλευτές). Ωστόσο η μέση βαθμολογία των νοσηλευτών στο ερωτηματολόγιο ICI, ήταν $75,2 \pm 15,2$, ένα ακόμα αποτέλεσμα που δείχνει μετρίου βαθμού επικοινωνιακές δεξιότητες για τους νοσηλευτές. Τέλος, αναφέρεται και η μελέτη των Ibrahim και Ramadan (2017),^[81] η οποία χρησιμοποίησε το ICI σε σπουδαστές νοσηλευτικής, και έδειξε ότι η μέση βαθμολογία τους ήταν $71,5 \pm 8,13$, δείχνοντας και σε αυτή την περίπτωση επικοινωνιακές δεξιότητες μετρίου επιπέδου.

Η παρούσα εργασία παρουσίασε μια μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο ICI, συγκριτικά μεγαλύτερη από τις παραπάνω μελέτες. Οι μελέτες των Tandon και Kaushik (2015),^[79] της Ταμπάκη (2019)^[70] και της Μανουσοπούλου (2018),^[80] συμπεριέλαβαν στον πληθυσμό τους και νοσηλευτές, εργαζόμενους όμως σε νοσοκομειακό περιβάλλον, σε αντίθεση με την παρούσα εργασία όπου το πλαίσιο της μελέτης ήταν αποκλειστικά κέντρα υγείας. Η διαφορά του περιβάλλοντος εργασίας μπορεί να είναι ένας παράγοντας που να επηρεάζει την διαπροσωπική επικοινωνία των εργαζομένων, ωστόσο αυτό μπορεί να αποδειχθεί μόνο μέσω νέας ειδικά σχεδιασμένης μελέτης. Ακόμα η μελέτη των Ibrahim και Ramadan (2017),^[81] είχε ως πληθυσμό φοιτητές νοσηλευτικής, οπότε πιθανός παράγοντας επιρροής των επικοινωνιακών δεξιοτήτων μπορεί να είναι και η εργασιακή εμπειρία. Παρόλα αυτά ένα τέτοιο συμπέρασμα δεν μπορεί να δειχθεί από τον ερευνητικό σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

7.3. Δευτερεύοντα Ερευνητικά Ερωτήματα

Όσον αφορά το δευτερεύον ερευνητικό ερώτημα σχετικά με την πρόθεση εκμάθησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων από τους νοσηλευτές, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο CSAS. Όπως αναφέρθηκε ήδη, είναι ένα ερωτηματολόγιο που οι ερωτήσεις του, χωρίζονταν σε δύο υποκατηγορίες, αυτές που δείχνουν θετική και αυτές που δείχνουν αρνητική στάση απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Για το λόγο αυτό και πολλές μελέτες που το χρησιμοποίησαν έβγαζαν δύο τελικές βαθμολογίες, μία για κάθε υποκατηγορία. Πρόκειται για ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε εξ αρχής για να χρησιμοποιηθεί σε φοιτητές ιατρικής. Η χρήση του σε άλλες επαγγελματικές ομάδες ήταν σχετικά περιορισμένη. Στην παρούσα εργασία, η συνολική μέση βαθμολογία του ερωτηματολογίου CSAS μετρήθηκε ίση με $95,36 \pm 12,39$, δείχνοντας έτσι ότι υπάρχει θετική στάση των νοσηλευτών απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Οι περισσότερες μελέτες που το χρησιμοποίησαν σε φοιτητές, έδειξαν ότι η στάση αυτών απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων ήταν κυρίως θετική.^[82-85] Επιπλέον υπάρχουν και μελέτες όπου το CSAS χρησιμοποιήθηκε σε νοσηλευτές, ιατρούς^[70,86] και ειδικευόμενους ιατρούς χειρουργικής.^[87] Η χρήση του ερωτηματολογίου σε νοσηλευτές και ιατρούς στην Ελλάδα,^[70] έδειξε ότι και οι δύο επαγγελματικοί κλάδοι είχαν θετική στάση στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μελέτη σε νοσηλευτές εργαζόμενους σε διάφορα νοσοκομειακά τμήματα, καθώς και αυτοί φάνηκε να έχουν θετική πρόθεση.^[86]

Σχετικά με τα δευτερεύοντα ερωτήματα που διερευνούσαν τις σχέσεις του κάθε ερωτηματολογίου με τα δημογραφικά στοιχεία, φάνηκε ότι στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μόνο μεταξύ του ερωτηματολογίου CSAS και της εργασιακής προϋπηρεσίας. Αναφορικά με τη δημοσιευμένη βιβλιογραφία, παρουσιάζεται μεγάλη ποικιλομορφία στις διάφορες κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων που καταγράφονται, μη επιτρέποντας έτσι τη σύγκριση όλων των στοιχείων του δείγματος.

Η ανάλυση των σχέσεων των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ICI, δεν έδειξε καμία στατιστικώς σημαντική σχέση της μέσης βαθμολογίας του ερωτηματολογίου με τις διάφορες κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων (Φύλο, Ηλικιακή ομάδα, Επίπεδο εκπαίδευσης, Θέση εργασίας, Ωράριο εργασίας, Οικογενειακή κατάσταση, Εργασιακή προϋπηρεσία). Τα αποτελέσματα αυτά δε συμφωνούν σε απόλυτο βαθμό με εργασίες που χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο σε νοσηλευτές, ιατρούς και διοικητικό προσωπικό.^[70,80] Στην εργασία της Ταμπάκη (2019),^[70] βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με το εκπαιδευτικό επίπεδο τους. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται στον τρόπο που ήταν σχεδιασμένη η ερώτηση και οι διαθέσιμες επιλογές της, καθώς οι επιλογές για την «υποχρεωτική», «τεχνολογική» και «πανεπιστημιακή» εκπαίδευση, ήταν συγχωνευμένες σε μία επιλογή, σε αντίθεση με την παρούσα εργασία όπου ήταν τρεις διαφορετικές. Από την άλλη, στην

εργασία της Μανουσοπούλου (2018),^[80] φαίνεται ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες ιατρονοσηλευτικού αλλά και διοικητικού προσωπικού, σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το φύλο και την ηλικία των συμμετεχόντων, αποτέλεσμα που δεν φάνηκε στην παρούσα εργασία. Βέβαια θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι δεν μπορεί να γίνει άμεση σύγκριση των παραπάνω μελετών, καθώς εκτός του ότι και οι τρεις δεν μοιράζονται κοινό επαγγελματικό κλάδο ως πληθυσμό για την κάθε μελέτη, επίσης δεν έχουν υλοποιηθεί σε ίδιο χώρο διεξαγωγής. Επομένως, τα δεδομένα αυτής της σύγκρισης μπορούν να θεωρηθούν ως έναυσμα για υλοποίηση μελέτης, με σκοπό να ληφθούν υπόψη ο βαθμός επιρροής των μεταβλητών αυτών στις επικοινωνιακές δεξιότητες.

Από την άλλη πλευρά, η στατιστική ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων σε σχέση με τις βαθμολογίες του ερωτηματολογίου CSAS, έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της μέσης βαθμολογίας του ερωτηματολογίου με τη εργασιακή προϋπηρεσία των νοσηλευτών, ενώ δεν έδειξε καμία στατιστικώς σημαντική σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων (Φύλο, Ηλικιακή ομάδα, Επίπεδο εκπαίδευσης, Θέση εργασίας, Ωράριο εργασίας, Οικογενειακή κατάσταση). Σχετικά με την εργασιακή προϋπηρεσία, η στατιστικά σημαντική σχέση που βρέθηκε στην παρούσα εργασία δεν βρέθηκε σε άλλη μελέτη.^[70] Η σύγκριση με τις δημοσιευμένες μελέτες σε φοιτητές, έγινε μόνο στο επίπεδο του φύλου, γιατί οι υπόλοιπες κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων δεν είχαν καταγραφεί. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες φοιτήτριες είχαν είτε σε στατιστικό βαθμό είτε όχι, μικρότερο σκορ στην υποκατηγορία αρνητικής στάσης και μεγαλύτερο σκορ στην υποκατηγορία θετικής στάσης, σε σχέση με τους άνδρες φοιτητές,^[83,84,88] παρόμοια αποτελέσματα δηλαδή με την παρούσα εργασία, που οι γυναίκες, αν και σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό, είχαν μεγαλύτερο σκορ και άρα θετικότερη στάση απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Συναφή αποτελέσματα έδειξε και η μελέτη των Zhang et al. (2019),^[87] που έγινε σε ειδικευόμενους χειρουργικής στην Κίνα. Τέλος αντιθέτως με τα παραπάνω αποτελέσματα, στην εργασία της Ταμπάκη (2019)^[70] που χρησιμοποιήθηκαν τα ίδια εργαλεία με την παρούσα μελέτη σε επαγγελματίες υγείας νοσοκομειακού περιβάλλοντος, φάνηκε ότι οι άνδρες είχαν υψηλότερα σκορ θετικής στάσης από τις γυναίκες.

Το τελευταίο δευτερεύον ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τη συσχέτιση των ερωτηματολογίων ICI και CSAS. Τα αποτελέσματα της σύγκρισης των δεδομένων των δύο ερωτηματολογίων, έδειξαν ότι βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών ΠΦΥ με την πρόθεσή τους για εκμάθηση τέτοιων δεξιοτήτων. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε σύνδεση των αυξημένων επικοινωνιακών δεξιοτήτων με την θετική πρόθεση για εκμάθηση τέτοιων. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την εργασία της Ταμπάκη που υπολόγισε δύο κλίμακες για το ερωτηματολόγιο CSAS, τη θετική και την αρνητική. Αυτή έδειξε μέτρια σχέση στατιστικού βαθμού των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με την αρνητική πρόθεση εκμάθησης δεξιοτήτων. Συμπερασματικά από τη σύγκριση των δύο μελετών, φάνηκε ότι οι αυξημένες επικοινωνιακές

δεξιότητες συσχετίστηκαν με μείωση των αρνητικών στάσεων^[70] και αύξηση της πρόθεσης εκμάθησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων σε ιατρούς και νοσηλευτές.

7.4. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα εργασία είχε και αυτή τους δικούς της περιορισμούς. Οι σημαντικότεροι περιορισμοί της μελέτης αφορούσαν τον αρχικό σχεδιασμό της. Όσον αφορά τον πληθυσμό της μελέτης, η ερευνήτρια ιδανικά θα ήθελε να συμπεριληφθεί μεγαλύτερος αριθμός εργαζόμενων νοσηλευτών, μέσω ένταξης περισσότερων ΚΥ και από άλλους νομούς. Η ολοκλήρωση αυτής της πρόθεσης περιορίστηκε από τα αυξημένα κόστη μετακίνησης προς τις δομές υγείας ενδιαφέροντος, και από τον χρόνο υλοποίησης ενός τέτοιου προγράμματος επισκέψεων προκειμένου να διαμοιραστούν τα ερωτηματολόγια από την ερευνήτρια. Ακόμα, η ερευνήτρια αναγνωρίζει ότι θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν οι πληροφορίες από ένα σημαντικό αριθμό νοσηλευτών που εργάζονται στις τέσσερις ΤΟΜΥ των νομών Ημαθίας και Πέλλας, αν είχαν συμπεριληφθεί και αυτές, αφού πρόκειται για δομές ΠΦΥ. Επιπλέον, το χρονικό διάστημα που επιλέχθηκε για τον διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων, στα τέλη του καλοκαιριού, μπορεί να οφείλεται για τα ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν μη συμπληρωμένα, καθώς είναι περίοδος που το προσωπικό λαμβάνει κανονικές άδειες. Η επιλογή άλλης χρονικής περιόδου, θα μπορούσε πιθανώς να οδηγήσει σε μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων και δεδομένων.

Όσον αφορά το ερευνητικό εργαλείο, και κυρίως τις ερωτήσεις δημογραφικών και κοινωνικών δεδομένων, εκ των υστέρων κατά τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων αναγνωρίστηκε ότι η μεταβλητή της ηλικιακής ομάδας που σχεδιάστηκε ως διατάξιμη μεταβλητή, θα εξυπηρετούσε περισσότερο να είναι ως ποσοτική μεταβλητή. Με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν στην συνέχεια να δημιουργηθούν ηλικιακές κατηγορίες σε δεύτερο χρόνο ώστε να επιτρέψει την ευκολότερη και εγκυρότερη σύγκριση με δεδομένα άλλων μελετών. Επιπλέον σχετικά με τη μεταβλητή του επιπέδου εκπαίδευσης, είναι πιθανόν να έχουν χαθεί κάποιες πληροφορίες των νοσηλευτών, και αυτό γιατί εφόσον οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν μία μόνο απάντηση, εάν κάποιος επέλεγε τον «Μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών» τότε δεν θα είχαμε δεδομένα για το εάν ήταν «Τεχνολογικής» ή «Πανεπιστημιακής» εκπαίδευσης. Θα έπρεπε να είχαν δημιουργηθεί δύο διαφορετικές ερωτήσεις ή να ήταν τροποποιημένες οι διαθέσιμες επιλογές, ώστε να μπορούν να συλλεχθούν όλες οι πληροφορίες.

Τέλος, σχετικά με τα αποτελέσματα, φάνηκε ότι σε συντριπτικό ποσοστό, οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες. Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την γενίκευση των αποτελεσμάτων και στον ανδρικό πληθυσμό των νοσηλευτών.

7.5. Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, η παρούσα μελέτη έδειξε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ΚΥ των νομών Ημαθίας και Πέλλας, παρουσίασαν μεγάλο βαθμού επικοινωνιακές δεξιότητες. Επιπλέον φάνηκε να έχουν κυρίως θετική στάση και πρόθεση σχετικά με την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα αυτά δεν φάνηκε να επηρεάζονται από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Επιπλέον, η εργασία εμφάνισε σε μεγάλο βαθμό συμφωνία των ευρημάτων της με εργασίες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Η παρούσα εργασία είναι η πρώτη που μελετά της επικοινωνιακές δεξιότητες σε νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, απ' όσο γνωρίζει η ερευνήτρια. Για να μπορεί να δημιουργηθεί μία πιο τεκμηριωμένη άποψη σχετικά με τις επικοινωνιακές δεξιότητες που κατέχουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, προτείνεται η διεξαγωγή παρόμοιων μελετών και σε άλλες δομές ΠΦΥ της Ελλάδας, συμπεριλαμβανομένων και των ΤΟΜΥ. Έτσι, η νέα αυτή γνώση θα μπορέσει να αποτελέσει έναυσμα για αξιολόγηση της γενικής κατάστασης και για δημιουργία προγραμμάτων εκμάθησης επικοινωνιακών δεξιοτήτων όπου αυτό θα κριθεί αναγκαίο και ωφέλιμο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Prineas S, Mosier K, Mirko C, Guicciardi S. Non-technical Skills in Healthcare. In 2021. p. 413–34.
2. Md Nasir AN, Farzeeha D, Noordin MK, Nordin M. Technical skills and non-technical skills: predefinition concept. In 2011.
3. Non-technical Skills | ARPANSA [Internet]. [cited 2023 May 31]. Available from: <https://www.arpansa.gov.au/regulation-and-licensing/safety-security-transport/holistic-safety/non-technical-skills>
4. Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The Evolution of Crew Resource Management Training in Commercial Aviation. 1999;
5. Ford J, Henderson R, O'Hare D. The effects of Crew Resource Management (CRM) training on flight attendants' safety attitudes. *J Safety Res.* 2014 Feb 1;48:49–56.
6. Human Factors 101 [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 23]. Non-Technical Skills (“Crew Resource Management”). Available from: <https://humanfactors101.com/topics/non-technical-skills-crm/>
7. Uramatsu M, Fujisawa Y, Mizuno S, Souma T, Komatsubara A, Miki T. Do failures in non-technical skills contribute to fatal medical accidents in Japan? A review of the 2010–2013 national accident reports. *BMJ Open.* 2017 Feb 16;7(2):e013678.
8. Moreno RP, Rhodes A, Donchin Y. Patient safety in intensive care medicine: the Declaration of Vienna. *Intensive Care Med.* 2009 Oct;35(10):1667–72.
9. Holgaard R, Bruun B, Zingenberg F, Dieckmann P. An interview study about how nurses and physicians talk about the same concepts differently. *BMC Med Educ.* 2024;24(1).
10. Hull L, Arora S, Aggarwal R, Darzi A, Vincent C, Sevdalis N. The impact of nontechnical skills on technical performance in surgery: a systematic review. *J Am Coll Surg.* 2012 Feb;214(2):214–30.
11. Elmohmady E, Abo Gad R, Abou Ramadan A. Contribution of Non -Technical Skills on Nurses' Performance Efficiency of Nursing Care Process in Intensive Care Units. *Tanta Sci Nurs J.* 2020 Dec 1;19(2):127–50.
12. Agha RA, Fowler AJ, Sevdalis N. The role of non-technical skills in surgery. *Ann Med Surg.* 2015 Oct 9;4(4):422–7.
13. Cooper S, Endacott R, Cant R. Measuring non-technical skills in medical emergency care: a review of assessment measures. *Open Access Emerg Med OAEM.* 2010 Jan 20;2:7–16.
14. Ghafili A, Gantare A, Lobet-Maris C, Gourdin M. Towards the Elaboration of a Non-Technical Skills Development Model for Midwives in Morocco. *Healthcare.* 2022 Sep 3;10(9):1683.

15. Marshall DC, Finlayson MP. Identifying the nontechnical skills required of nurses in general surgical wards. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):1475–87.
16. Endsley MR. Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Hum Factors J Hum Factors Ergon Soc*. 1995 Mar;37(1):32–64.
17. What is Situational Awareness (SA)? SA Meaning | Isarsoft [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://www.isarsoft.com/knowledge-hub/sa>
18. Improvement Cymru Academy. Situational Awareness Toolkit [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/improvement-cymru/improvement-cymru-academy1/resource-library/academy-toolkit-guides/situational-awareness-toolkit/>
19. Feller S, Feller L, Bhayat A, Feller G, Khammissa RAG, Vally ZI. Situational Awareness in the Context of Clinical Practice. *Healthcare*. 2023 Dec 4;11(23):3098.
20. Berber N, Slavić A, Aleksić M. Relationship between Perceived Teamwork Effectiveness and Team Performance in Banking Sector of Serbia. *Sustainability*. 2020 Jan;12(20):8753.
21. Librarian I. Why is Teamwork in Health Care Important? [Internet]. [cited 2024 Aug 21]. Available from: https://www.hrhresourcecenter.org/HRH_Info_Teamwork.html
22. Babiker A, El Husseini M, Al Nemri A, Al Frayh A, Al Juryyan N, Faki MO, et al. Health care professional development: Working as a team to improve patient care. *Sudan J Paediatr*. 2014;14(2):9–16.
23. Teamwork in Nursing: Top 5 Benefits | Maryville Nursing [Internet]. 2023 [cited 2024 Aug 21]. Available from: <https://nursing.maryville.edu/blog/top-5-benefits-of-teamwork-in-nursing.html>
24. Decision-Making : Definition, Importance and Principles [Internet]. [cited 2024 Jul 25]. Available from: <http://iglobal-ac.net/decision-making-definition-importance-andprinciples>
25. Dartmouth U of M. Decision-making process [Internet]. [cited 2024 Jul 25]. Available from: <https://www.umassd.edu/fycm/decision-making/process/>
26. Kuziemsky C. Decision-making in healthcare as a complex adaptive system. *Healthc Manage Forum*. 2016 Jan;29(1):4–7.
27. Silva A. What is Leadership? *J Bus Stud Q*. 2016 Sep;8(1):1–5.
28. Benmira S, Agboola M. Evolution of leadership theory. *BMJ Lead* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2024 Jul 26];5(1). Available from: <https://bmjleader.bmj.com/content/5/1/3>
29. Al-Sawai A. Leadership of Healthcare Professionals: Where Do We Stand? *Oman Med J*. 2013 Jul;28(4):285–7.
30. communication noun - Definition, pictures, pronunciation and usage notes | Oxford Advanced American Dictionary at OxfordLearnersDictionaries.com [Internet]. [cited 2024 Jul 29]. Available from: https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/communication

31. Bucăța G, Rizescu M. The Role of Communication in Enhancing Work Effectiveness of an Organization. *Land Forces Acad Rev*. 2017 Mar 1;22.
32. Cunningham L. A Tool Kit for Improving Communication in Your Healthcare Organization. *Front Health Serv Manage*. 2019;36(1):3–13.
33. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 [cited 2024 Apr 23]. (Advances in Patient Safety). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2637/>
34. Letho K, Potter K, EUGENE R. Title: The Role of Communication in Healthcare Decision-Making. *J Health Sci*. 2023 Oct 10;5182:18.
35. Scott J, Revera Morales D, McRitchie A, Riviello R, Smink D, Yule S. Non-technical skills and health care provision in low- and middle-income countries: a systematic review. *Med Educ*. 2016;50(4):441–55.
36. Gawronski O, Thekkan KR, Genna C, Egman S, Sansone V, Erba I, et al. Instruments to evaluate non-technical skills during high fidelity simulation: A systematic review. *Front Med* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 14];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.986296>
37. Bienvenu Sr. MJ. An Interpersonal Communication Inventory. *J Commun*. 1971;21(4):381–8.
38. Dilbeck K, McCroskey J, Richmond V, McCroskey L. Self-Perceived Communication Competence in the Thai Culture. *J Intercult Commun Res*. 2009 Mar 1;38:1–7.
39. Peleki T, Resmpitha Z, Mavraki A, Linardakis M, Rikos N, Rovithis M. Assessment of Patients and Nurses' Opinions on the Bidirectional Communication During Hospitalization: A Descriptive Study. 2015;9(3).
40. Vuković M, Gvozdenović BS, Stamatović-Gajić B, Ilić M, Gajić T. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. *Srp Arh Celok Lek*. 2010;138(1–2):79–84.
41. Rees C, Sheard C, Davies S. The development of a scale to measure medical students' attitudes towards communication skills learning: the Communication Skills Attitude Scale (CSAS). *Med Educ*. 2002 Feb;36(2):141–7.
42. K.V.S. Raju, T. Jagannadha Swamy. Communication Skills [Internet]. GOKARAJU RANGARAJU Institute of Engineering and Technology; Available from: <https://www.griet.ac.in/cls/COMMUNICATION%20SKILLS-1.pdf>
43. Patankar SS. A THEORITICAL REVIEW OF COMMUNICATION PROCESS, BARRIERS TO COMMUNICATION AND IMPORTANCE OF COMMUNICATION. 2021;8(8).

44. Beck A, Bennett P, Wall P. What's the Topic? The semiotic and process schools of communication theory: What's the Text? John Fiske Introduction to Communication Studies. In: Communication Studies. Routledge; 2004.
45. Fiske J. COMMUNICATION, MEANING, AND SIGNS. In: INTRODUCTION TO COMMUNICATION STUDIES [Internet]. 2nd ed. Routledge; 1990 [cited 2024 Aug 1]. p. 39–63. Available from: https://allissemiotics.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/10/s3_fiske_communicationmeaningand-signs.pdf
46. Joyce C. THE IMPACT OF DIRECT AND INDIRECT COMMUNICATION [Internet]. 2012. Available from: <https://conflictmanagement.org.uiowa.edu/sites/conflictmanagement.org.uiowa.edu/files/2020-01/Direct%20and%20Indirect%20Communication.pdf>
47. Nonverbal communication | Description, History, Characteristics, & Variations | Britannica [Internet]. 2024 [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.britannica.com/topic/nonverbal-communication>
48. Gheorghita N. The Role of the Nonverbal Communication in Interpersonal Relations. Procedia - Soc Behav Sci. 2012 Dec 31;47:552–6.
49. Patterson ML. Nonverbal Communication. In: The Corsini Encyclopedia of Psychology [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2010 [cited 2024 Aug 7]. p. 1–2. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470479216.corpsy0610>
50. Internal Communication - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/internal-communication>
51. External Communication - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2024 Aug 7]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/computer-science/external-communication>
52. Saleem M, Perveen N. The Impact of Formal and Informal Communication in Organizations a Case Study of Government and Private Organizations in Gilgit-Baltistan. 2017 Jan 1;139–44.
53. Gómez L, Dailey S. Formal Communication. In: The International Encyclopedia of Organizational Communication [Internet]. John Wiley & Sons, Inc.; 2017. p. 1–15. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118955567.wbieoc083>
54. Kandlousi NSAE, Ali AJ, Abdollahi A. Organizational Citizenship Behavior in Concern of Communication Satisfaction: The Role of the Formal and Informal Communication. Int J Bus Manag. 2010 Sep 17;5(10):p51.
55. Alnasir / Alnaser F. Effective Communication Skills and Patient's Health. 2020 Aug 8;3.
56. Chichirez C, Purcărea V. Interpersonal communication in healthcare. J Med Life. 2018;11(2):119–22.

57. Leal-Costa C, Tirado González S, Ramos-Morcillo AJ, Ruzafa-Martínez M, Díaz Agea JL, van-der Hofstadt Román CJ. Communication Skills and Professional Practice: Does It Increase Self-Efficacy in Nurses? *Front Psychol*. 2020 Jun 12;11:1169.
58. Coiera E. Communication Systems in Healthcare. *Clin Biochem Rev*. 2006 May;27(2):89–98.
59. Sharkiya SH. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Aug 22;23(1):886.
60. Thuraisingham C, Abd Razak SS, Nadarajah VD, Mamat NH. Communication skills in primary care settings: aligning student and patient voices. *Educ Prim Care*. 2023 May 4;34(3):123–30.
61. de Sousa Mata ÁN, de Azevedo KPM, Braga LP, de Medeiros GCBS, de Oliveira Segundo VH, Bezerra INM, et al. Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2021 Mar 6;19:30.
62. Iversen ED, Wolderslund M, Kofoed PE, Gulbrandsen P, Poulsen H, Cold S, et al. Communication Skills Training: A Means to Promote Time-Efficient Patient-Centered Communication in Clinical Practice. *J Patient-Centered Res Rev*. 2021 Oct 18;8(4):307–14.
63. Zota D, Diamantis DV, Katsas K, Karnaki P, Tsiampalis T, Sakowski P, et al. Essential Skills for Health Communication, Barriers, Facilitators and the Need for Training: Perceptions of Healthcare Professionals from Seven European Countries. *Healthcare*. 2023 Jan;11(14):2058.
64. Υπουργείο Υγείας [Internet]. [cited 2024 Aug 8]. N.4486_2017_Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Available from: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10452-n-4486-metarrythmish-ths-prwtobathmias-frontidas-ygeias-epeigoyses-rythmiseis-armodiothtas-ypourgeioy-ygeias-kai-alles-diatakseis>
65. Kisselev AK, Korneyev YE. Health Care Ten years after Alma Ata. *Int Rev Red Cross*. 1988 Dec;28(267):519–30.
66. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? *J Glob Health*. 2019;9(1):010313.
67. Βασιλική Τ, Ιωάννης Α, Πάυλος Σ. Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*. 2021;
68. Κουλουμπού Δ. Διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ικανότητας επικοινωνίας των εκπαιδευτικών. 2015 [cited 2024 Apr 21]; Available from: <http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/17068>

69. Panczyk M, Iwanow L, Zarzeka A, Jaworski M, Gotlib J. Communication skills attitude scale: a translation and validation study in a sample of registered nurses in Poland. *BMJ Open*. 2019 May 9;9(5):e028691.
70. Ταμπάκη Π. Στάσεις και αντιλήψεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ως προς την εφαρμογή προγραμμάτων ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων - Η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και ο ρόλος της Διοίκησης Ανθρωπίνων Πόρων στην ενίσχυση των soft skills των εργαζομένων [Μεταπτυχιακή Εργασία]. [Αθήνα]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2019.
71. Balkin EJ, Tauzer J, Xiarchi L. Reevaluating the care/cure dichotomy: A European perspective on gender inequalities in nursing leadership. *J Adv Nurs*. 2024;80(2):410–2.
72. Τεκτονίδου ΑΚ. Εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε δομές Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 2010 Sep [cited 2024 Oct 15]; Available from: <https://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/103>
73. Maria F, Gouva M, Papathanasiou I, Prapa PM, D P, E P, et al. Stress in workers in primary health care. *Interscientific Health Care*. 2009 Apr 1;1:9–15.
74. Κουφογιάννη ΑΑΜ 1478. Μυοσκελετικές κακώσεις που σχετίζονται με την εργασία σε νοσηλευτές. 2015 [cited 2024 Oct 15]; Available from: <http://repository.library.teiwest.gr/xmlui/handle/123456789/4680>
75. Δεμιτζόγλου Μ. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΠ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘ: ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. 2019 [cited 2024 Oct 15]; Available from: <http://repository.library.teiwest.gr/xmlui/handle/123456789/7939>
76. 2Κ/2019 | ΑΣΕΠ Ενημερωτική Πύλη [Internet]. [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://info.asep.gr/node/62694>
77. 6Κ/2020 | ΑΣΕΠ Ενημερωτική Πύλη [Internet]. [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://info.asep.gr/node/62724>
78. 7Κ/2022 | ΑΣΕΠ Ενημερωτική Πύλη [Internet]. [cited 2024 Oct 17]. Available from: <https://info.asep.gr/node/62773>
79. Tandon R, Kaushik P. Quality of Life and Interpersonal Communication among Nursing Professionals. *Int J Nurs Educ Res*. 2015 Sep 28;3(3):325–9.
80. Μανουσοπούλου Χ. Δεξιότητες επικοινωνίας και Διαχείριση συγκρούσεων στον εργασιακό χώρο του νοσοκομείου. 2018 Jul [cited 2024 Oct 9]; Available from: <https://apothesis.eap.gr/archive/item/91469>
81. Ibrahim HS, Ramadan FH. Effect of Communication Training Program on Nursing Students' Interpersonal Communication. 2017;

82. Trifkovič KČ, Lorber M, Denny M, Denieffe S, Gönc V, Trifkovič KČ, et al. Attitudes of Nursing Students Towards Learning Communication Skills. In: Teaching and Learning in Nursing [Internet]. IntechOpen; 2017 [cited 2024 Oct 31]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/54279>
83. Shankar PR, Dubey AK, Balasubramaniam R, Dwivedi NR. Student attitude towards communication skills learning in a Caribbean medical school. *Australas Med J*. 2013 Sep 30;6(9):466.
84. Harlak H, Gemalmaz A, Gurel FS, Dereboy C, Ertekin K. Communication Skills Training: Effects on Attitudes toward Communication Skills and Empathic Tendency. *Educ Health*. 2008 Jul;21(2):62.
85. Shankar RP, Dubey AK, Mishra P, Deshpande VY, Chandrasekhar TS, Shivananda PG. Student Attitudes towards Communication Skills Training in a Medical College in Western Nepal. *Educ Health*. 2006 Apr;19(1):71.
86. Iwanow L, Jaworski M, Gotlib J, Panczyk M. The nature of a nurse's workplace and their attitude towards learning communicative competence — a representative study of Polish nurses' population. *Med Res J*. 2019 Oct 17;4(3):148–56.
87. Zhang Y, Jiang G, Sun Y, Zhao X, Yu X. Adaptation of the Communication Skills Attitude Scale (CSAS) to Surgical Residents in China. *J Surg Educ*. 2019 Mar 1;76(2):329–36.
88. Busch AK, Rockenbach K, Schmutzer G, Brähler E. Do medical students like communication? Validation of the German CSAS (Communication Skills Attitude Scale). *GMS Z Für Med Ausbild*. 2015 Feb 11;32(1):Doc11.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου ICI

OXFORD UNIVERSITY PRESS LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Apr 24, 2024

This Agreement between University of Thessaly, Department of Medicine -- Vasiliki Papageorgiou ("You") and Oxford University Press ("Oxford University Press") consists of your license details and the terms and conditions provided by Oxford University Press and Copyright Clearance Center.

License Number 5775320944947

License date Apr 24, 2024

Licensed content publisher Oxford University Press

Licensed content publication Journal of Communication

Licensed content title An Interpersonal Communication Inventory

Licensed content author Bienvenu, Millard J.

Licensed content date Feb 7, 2006

Type of Use Thesis/Dissertation

Institution name

Title of your work The use of non-technical skills in the daily clinical practice of primary health care nurses

Publisher of your work University of Thessaly

Expected publication date Sep 2024

Permissions cost 0.00 EUR

Value added tax 0.00 EUR

Total 0.00 EUR

Title of new work The use of non-technical skills in the daily clinical practice of primary health care nurses

Institution name University of Thessaly

Expected presentation date Sep 2024

Order reference number vpapag24042024

Portions I would like to translate and reuse in my thesis, the Interpersonal Communication Inventory (ICI) questionnaire, to collect my data. I do not know for sure how many pages the ICI is. Thank you in advance.

Specific Languages Greek

University of Thessaly, Department of Medicine
Afxentiu 5

Requestor Location Veroia, other 59132
Greece
Attn: University of Thessaly, Department of Medicine

Publisher Tax ID GB125506730

Total 0.00 EUR

Terms and Conditions

**STANDARD TERMS AND CONDITIONS FOR REPRODUCTION OF
MATERIAL FROM AN OXFORD UNIVERSITY PRESS JOURNAL**

1. Use of the material is restricted to the type of use specified in your order details.
2. This permission covers the use of the material in the **English** language in the following territory: *world*. If you have requested additional permission to translate this material, the terms and conditions of this reuse will be set out in clause 12.
3. This permission is limited to the particular use authorized in (1) above and does not allow you to sanction its use elsewhere in any other format other than specified above, nor does it apply to quotations, images, artistic works etc that have been reproduced from other sources which may be part of the material to be used.
4. No alteration, omission or addition is made to the material without our written consent. Permission must be re-cleared with Oxford University Press if/when you decide to reprint.
5. The following credit line appears wherever the material is used: author, title, journal, year, volume, issue number, pagination, by permission of Oxford University Press or the sponsoring society if the journal is a society journal. Where a journal is being published on behalf of a learned society, the details of that society must be included in the credit line.
6. For the reproduction of a full article from an Oxford University Press journal for whatever purpose, the corresponding author of the material concerned should be informed of the proposed use. Contact details for the corresponding authors of all Oxford University Press journal contact can be found alongside either the abstract or full text of the article concerned, accessible from www.oxfordjournals.org. Should there be a problem clearing these rights, please contact journals.permissions@oup.com.
7. If the credit line or acknowledgement in our publication indicates that any of the figures, images or photos was reproduced, drawn or modified from an earlier source it will be necessary for you to clear this permission with the original publisher as well. If this permission has not been obtained, please note that this material cannot be included in your publication/photocopies.
8. While you may exercise the rights licensed immediately upon issuance of the license at the end of the licensing process for the transaction, provided that you have disclosed complete and accurate details of your proposed use, no license is finally effective unless and until full payment is received from you (either by Oxford University Press or by Copyright Clearance Center (CCC)) as provided in CCC's Billing and Payment terms and conditions. If full payment is not received on a timely basis, then any license preliminarily granted shall be deemed automatically revoked and shall be void as if never granted. Further, in the event that you breach any of these terms and conditions or any of CCC's Billing and Payment terms and conditions, the license is automatically revoked and shall be void as if never granted. Use of materials as described in a revoked license, as well as any use of the materials beyond the scope of an unrevoked license, may constitute

copyright infringement and Oxford University Press reserves the right to take any and all action to protect its copyright in the materials.

9. This license is personal to you and may not be sublicensed, assigned or transferred by you to any other person without Oxford University Press's written permission.

10. Oxford University Press reserves all rights not specifically granted in the combination of (i) the license details provided by you and accepted in the course of this licensing transaction, (ii) these terms and conditions and (iii) CCC's Billing and Payment terms and conditions.

11. You hereby indemnify and agree to hold harmless Oxford University Press and CCC, and their respective officers, directors, employees and agents, from and against any and all claims arising out of your use of the licensed material other than as specifically authorized pursuant to this license.

12. Unless otherwise specified, inclusion under a Creative Commons license or any other Open Access license allowing onward reuse is prohibited.

13. Where permission to translate has been agreed, the credit line and any copyright/disclaimer notices provided by OUP shall be included on the same page as the Material, translated into the language of the new work, except for trademark names:

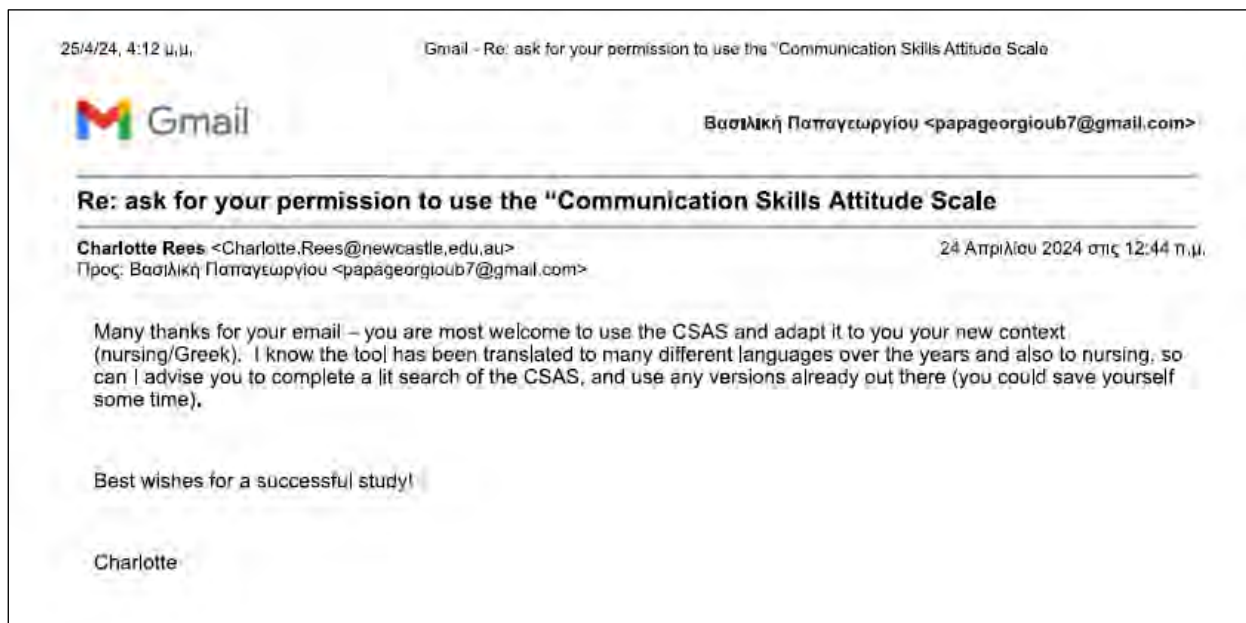
Translated and reproduced by permission of Oxford University Press on behalf of the <Society Name>. Translation Disclaimer: OUP and the <Society Name> are not responsible or in any way liable for the accuracy of the translation. The Licensee is solely responsible for the translation in this publication/reprint.

14. Other Terms and Conditions:

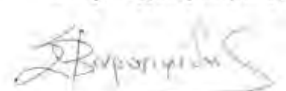
v1.5

Questions? customercare@copyright.com.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου CSAS



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας από την Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, Τμήματος Ιατρικής, Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΗΘΗΚΗΣ: 41500 Λάρισα Τηλ.: 2410685702 Fax: 2410685546 e-mail: gmed-didaktika@uth.gr	
Πληροφορίες: Παπαχατζοπούλου Βικτωρία Τηλέφωνο: 2410685702		Λάρισα, 11 Ιουνίου 2024 Αριθμ. πρωτ.:618
Προς την κα Βασιλική Παπαγεωργίου Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του ΤΙ ΣΕΥ ΠΘ		
Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την 8^η/10-06-2024 συνεδρίασή της έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας, με θέμα: «Η χρήση των μη τεχνικών δεξιοτήτων στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», από την κα Βασιλική Παπαγεωργίου.		
Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής		
Ο Πρόεδρος	Τα μέλη	
Σωκράτης Βαρνιτιμίδης	Θεόδωρος Ελευθεριάδης	Αλέξανδρος Δαμαλάς
		
Καθηγητής Ορθοπαιδικής	Καθηγητής Νεφρολογίας	Επ. Καθηγητής Ιατρικής Βιολογίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από την 3^η Δ.Υ.Πε. για τα Κέντρα Υγείας αναφοράς της

 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ Πληροφορίες: Θυμινούδη Αικ. Τηλέφωνο : 2310728901 E-mail : education@3ype.gr	Θεσσαλονίκη, 07/08/2024 Αρ. Πρωτ.: 31835 <u>Προς:</u> κ. Παπαγεωργίου Βασίλη <u>Κοινοποίηση:</u> Όπως πίνακας αποδεκτών
ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας. ΣΧΕΤ.: Η από 25-06-2024 αίτησή σας.	
Με το ανωτέρω σχετικό μας αποστέλλετε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας σας, στο πλαίσιο της διπλωματικής σας με θέμα «Η χρήση των μη τεχνικών δεξιοτήτων στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας», του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κ. Πανταζόπουλος Ιωάννης.	
Σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από: α) την παραλαβή της γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.) Μακεδονίας [6'/31-07-2024 (θέμα 2^ο) Συνεδρίαση], β) την εξέταση των δικαιολογητικών που μας αποστέλλετε, γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμων ερωτηματολογίων, τα οποία θα διανέμει στους νοσηλευτές των Κέντρων Υγείας των νομών Ημαθίας (Βέροιας, Νάουσας, Αλεξάνδρειας) και Πέλλας (Εδέσσας, Γιαννιτσών, Αριδαίας, Σκύδρας, Άρνισσας, Κρύας Βρύσης) αρμοδιότητας της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Μακεδονίας),	
και υπό τις προϋποθέσεις ότι : 1. Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας των χώρων που θα πραγματοποιηθεί η έρευνα 2. Θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν 3. Δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση των Μονάδων Υγείας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας	
η Υπηρεσία μας εγκρίνει την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας, εφιστώντας την προσοχή τόσο εκ μέρους σας όσο και εκ μέρους των δομών (σας οποίες κοινοποιείται το παρόν έγγραφο), στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή-ερευνητή.	
Παρακαλούμε να αποστείλετε στο Επιστημονικού Συμβουλίου Π.Φ.Υ. της 3ης Υ.Πε τα αποτελέσματα της μελέτης.	
 Ο Διοικητής της 3^{ης} ΥΠΕ (Μακεδονίας) Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης	
Διεύθυνση: Μαβίλη 11, Τ.Κ. 54630 Θεσσαλονίκη	

Εσωτερική Διανομή:
Γραφείο Υποδιοικήτων

Πίνακας αποδεκτών:
1. Κέντρο Υγείας Έδεσσας.
2. Κέντρο Υγείας Γιαννιτσών.
3. Κέντρο Υγείας Βέροιας.
4. Κέντρο Υγείας Νάουσας.
5. Κέντρο Υγείας Αριδαίας.
6. Κέντρο Υγείας Σκύδρας.
7. Κέντρο Υγείας Άρτας.
8. Κέντρο Υγείας Κρύας Βρύσης.
9. Κέντρο Υγείας Αλεξάνδρειας.

Διεύθυνση: Μαβίλη 11, Τ.Κ. 54630 Θεσσαλονίκη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5: Ερωτηματολόγιο της μελέτης και έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη (πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ : ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ : ΠΑΝΤΑΖΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΕΠΕΙΓΟΥΣΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ -
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ email : papageorgioub7@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

«Η χρήση των μη τεχνικών δεξιοτήτων στην καθ ημέρα κλινική πρακτική των νοσηλευτών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας»

Αγαπητέ νοσηλευτή/-τρια

Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε στα πλαίσια της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας μου, απευθύνεται σε νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχει ως στόχους να διερευνήσει: α) το επίπεδο επικοινωνιακών δεξιοτήτων αυτών, και β) πόσο πρόθυμοι είναι να εκπαιδευτούν σε επικοινωνιακές δεξιότητες. Οι μη τεχνικές δεξιότητες (Μ.Τ.Δ.) μπορούν να οριστούν ως συνδυασμός γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, στις οποίες περιλαμβάνονται οι δεξιότητες επικοινωνίας, ηγεσίας, ομαδικότητας και λήψης αποφάσεων. Ο ρόλος αυτών, είναι συμπληρωματικός στις τεχνικές δεξιότητες που πρέπει να έχει ο κάθε επαγγελματίας, κάνοντας τις τελευταίες πιο αποδοτικές και πιο αποτελεσματικές. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες συγκεκριμένα, έχουν ξεχωρίσει από πολλές μελέτες ως συνδετικός και υποστηρικτικός παράγοντας για τις υπόλοιπες, καθώς έχουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ηγεσίας, στην ανάπτυξη της ομαδικότητας των επαγγελματιών υγείας αλλά και στη διαδικασία λήψης κλινικών και μη αποφάσεων.

Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα χρειασθεί να αφιερώσετε περίπου 10 λεπτά. Η συμμετοχή σας και η ειλικρινείς σας απαντήσεις είναι πολύτιμες. Τα στοιχεία που θα δοθούν θα είναι σε γνώση

μόνο των ερευνητών και θα τηρηθεί το απόρρητο αυτών. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα. Όλα τα ευρήματα ή/και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές τους χρήσεις εκχωρούνται στα Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και εθελοντική. Μπορείτε να σταματήσετε να συμμετάσχετε στην έρευνα οποιαδήποτε στιγμή θελήσετε κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Σας ευχαριστούμε για το χρόνο που θα διαθέσετε!

- ☐ Επιθυμώ να συμμετάσχω στη μελέτη
- ☐ Δεν επιθυμώ να συμμετάσχω στη μελέτη

Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Για να απαντήσετε στις ερωτήσεις χρειάζεται μόνο να επιλέξετε την απάντηση που θεωρείτε ότι αντιπροσωπεύει καλύτερα την γνώμη σας σχετικά με το θέμα της ερώτησης. Σε κάθε ερώτηση επιλέξτε μία απάντηση.

Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

- 1) Φύλο : Άρρεν ☐ Θήλυ ☐ Άλλο ☐
- 2) Ηλικιακή ομάδα : ☐ 18 – 25
☐ 26 – 35
☐ 36 – 50
☐ 50 και άνω
- 3) Επίπεδο Εκπαίδευσης : ☐ Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης
☐ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
☐ Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
☐ Μεταπτυχιακός Τίτλος
☐ Διπλωματικός Τίτλος
- 4) Θέση εργασίας : Προϊστάμενος ☐ Νοσηλευτής/-τρια Βάρδιας ☐
- 5) Ωράριο εργασίας : Μόνο πρωί ☐ Βάρδιες ☐
- 6) Εργασιακή Προϋπηρεσία (σε χρόνια) : _____
- 7) Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμος/-η ☐ Άγαμος/-η ☐
Διαζευγμένος/-η ☐ Χήρος/-α ☐

Ερωτηματολόγιο Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων ICI

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αναφέρονται σε πρόσωπα διαφορετικά από το οικογενειακό περιβάλλον και τους συγγενείς σας. Απαντήστε σε κάθε ερώτηση ειλικρινώς, σύμφωνα με τον τρόπο που νιώθετε αυτή τη στιγμή. Δηλώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με κάθε μία από τις παρακάτω απόψεις, κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό, σύμφωνα με την παρακάτω αντιστοιχία:

1 = Ναι (συνήθως ή τις περισσότερες φορές)

2 = Μερικές Φορές

3 = Όχι (ποτέ ή σπάνια)

No.	Ερωτήσεις			
1	Σου βγαίνουν οι λέξεις με τον τρόπο που θέλεις σε μια ομιλία;	1	2	3
2	Όταν σου κάνουν μια ερώτηση που δεν είναι ξεκάθαρη, ρωτάς το πρόσωπο που την κάνει να σου εξηγήσει τι εννοεί;	1	2	3
3	Όταν προσπαθείς να εξηγήσεις κάτι, έχουν οι άλλοι την τάση να βάζουν λόγια στο στόμα σου;	1	2	3
4	Υποθέτεις απλώς ότι οι άλλοι ξέρουν τι προσπαθείς να πεις, χωρίς να εξηγήσεις στ' αλήθεια τι εννοείς;	1	2	3
5	Ρωτάς τους άλλους να σου πουν πώς νιώθουν σχετικά με το θέμα που προσπαθείς να θίξεις;	1	2	3
6	Είναι δύσκολο για σένα να μιλάς με άλλους ανθρώπους;	1	2	3
7	Σε μια συζήτηση μιλάς για πράγματα που ενδιαφέρουν τόσο εσένα όσο και τους άλλους;	1	2	3
8	Σου είναι δύσκολο να εκφράσεις τις απόψεις σου όταν διαφέρουν από αυτών που βρίσκονται γύρω σου;	1	2	3
9	Σε μια συζήτηση προσπαθείς να βάλεις τον εαυτό σου στη θέση των άλλων;	1	2	3
10	Σε μια συζήτηση έχεις την τάση να μιλάς περισσότερο από τους άλλους;	1	2	3
11	Έχεις επίγνωση το πώς ο τόνος της φωνής σου επηρεάζει τους άλλους;	1	2	3

12	Αποφεύγεις να πεις κάτι όταν ξέρεις ότι μόνο θα πληγώσει τους άλλους ή θα κάνει τα πράγματα χειρότερα;	1	2	3
13	Σου είναι δύσκολο να δεχτείς εποικοδομητική κριτική από τους άλλους;	1	2	3
14	Όταν κάποιος σε πληγώσει, το συζητάς μαζί του;	1	2	3
15	Ζητάς αργότερα συγγνώμη από κάποιον τον οποίο ίσως έχεις πληγώσει;	1	2	3
16	Σου προκαλεί μεγάλη αναστάτωση όταν κάποιος διαφωνεί μαζί σου;	1	2	3
17	Δυσκολεύεσαι να σκεφτείς καθαρά όταν είσαι θυμωμένος με κάποιον;	1	2	3
18	Αποφεύγεις να διαφωνήσεις με άλλους, επειδή φοβάσαι ότι θα θυμώσουν;	1	2	3
19	Όταν δημιουργείται ένα πρόβλημα ανάμεσα σε σένα και σε κάποιον άλλον, μπορείς να το συζητήσεις χωρίς να θυμώσεις;	1	2	3
20	Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που αποκαθιστάς τις διαφορές σου με τους άλλους;	1	2	3
21	Σκυθρωπιάζεις και μελαγχολείς για πολύ καιρό, όταν κάποιος σε αναστατώσει;	1	2	3
22	Νιώθεις πολλή αμηχανία όταν κάποιος σου κάνει ένα κοπλιμέντο;	1	2	3
23	Γενικά μπορείς να εμπιστευτείς τους άλλους;	1	2	3
24	Το βρίσκεις δύσκολο να κάνεις φιλοφρονήσεις και να επαινείς τους άλλους;	1	2	3
25	Προσπαθείς εσκεμμένα να αποκρύψεις τα λάθη σου από τους άλλους;	1	2	3
26	Βοηθάς τους άλλους να σε καταλάβουν, λέγοντάς τους πώς σκέφτεσαι, πώς νιώθεις, τι πιστεύεις;	1	2	3
27	Είναι δύσκολο για σένα να εμπιστεύεσαι τους ανθρώπους;	1	2	3
28	Έχεις την τάση να αλλάζεις θέμα όταν τα συναισθήματά σου εμπλέκονται στη συζήτηση;	1	2	3
29	Σε μια συζήτηση αφήνεις τους άλλους να ολοκληρώσουν τα λόγια τους προτού αντιδράσεις σε αυτά που λένε;	1	2	3
30	Πιάνεις τον εαυτό σου να μην προσέχει στη διάρκεια μιας συζήτησης;	1	2	3
31	Προσπαθείς να αφογκραστείς τι εννοεί κάποιος όταν σου μιλάει;	1	2	3

32	Φαίνεται πως οι άλλοι σε παρακολουθούν όταν μιλάς;	1	2	3
33	Σε μια συζήτηση σου είναι δύσκολο να δεις τα πράγματα από την οπτική του άλλου;	1	2	3
34	Προσποιείσαι ότι ακούς τους άλλους όταν πραγματικά δεν τους ακούς;	1	2	3
35	Σε μια συζήτηση μπορείς να αντιληφθείς τη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που κάποιος λέει και σε αυτά που ίσως αισθάνεται;	1	2	3
36	Ενώ μιλάς, είσαι ενήμερος για το πώς αντιδρούν οι άλλοι σε αυτά που λες;	1	2	3
37	Αισθάνεσαι ότι οι άλλοι θα εύχονταν να ήσουν ένα διαφορετικό άτομο;	1	2	3
38	Οι άλλοι καταλαβαίνουν τα συναισθήματά σου;	1	2	3
39	Σου επισημαίνουν ποτέ οι άλλοι ότι φαίνεται να νομίζεις ότι έχεις πάντα δίκιο;	1	2	3
40	Παραδέχεσαι το λάθος σου, όταν ξέρεις ότι κάνεις λάθος σε κάτι;	1	2	3

Ερωτηματολόγιο στάσεων απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων CSAS

1 = Διαφωνώ απόλυτα

2 = Διαφωνώ λίγο

3 = Ουδέτερος

4 = Συμφωνώ λίγο

5 = Συμφωνώ απόλυτα

No.	Ερωτήσεις					
1	Για να είμαι καλός νοσηλευτής, θα πρέπει να έχω καλές επικοινωνιακές δεξιότητες.	1	2	3	4	5
2	Δεν βρίσκω το νόημα στην εκμάθηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	1	2	3	4	5
3	Κανένας δεν πρόκειται να αποτύχει ως νοσηλευτής επειδή έχει φτωχές επικοινωνιακές δεξιότητες.	1	2	3	4	5
4	Η ανάπτυξη των επικοινωνιακών μου δεξιοτήτων είναι τόσο σημαντική όσο και η ανάπτυξη των νοσηλευτικών μου γνώσεων.	1	2	3	4	5
5	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να σέβομαι τους ασθενείς.	1	2	3	4	5
6	Δεν έχω χρόνο να καλλιεργήσω τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	1	2	3	4	5
7	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει ενδιαφέρον.	1	2	3	4	5
8	Δεν μπορώ να ασχοληθώ με το να πηγαίνω σε σεμινάρια επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	1	2	3	4	5
9	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να βελτιώσω τις συνεργατικές μου ικανότητες.	1	2	3	4	5
10	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει βελτιώσει την ικανότητά μου να επικοινωνώ με τους ασθενείς.	1	2	3	4	5
11	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων δηλώνει το προφανές και στη συνέχεια το περιπλέκει.	1	2	3	4	5
12	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι διασκεδαστική.	1	2	3	4	5
13	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι πολύ εύκολη.	1	2	3	4	5

14	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να σέβομαι τους συναδέλφους μου.	1	2	3	4	5
15	Βρίσκω δύσκολο το να εμπιστευτώ πληροφορίες σχετικές με τις επικοινωνιακές δεξιότητες οι οποίες μου δίνονται από μη κλινικούς καθηγητές.	1	2	3	4	5
16	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να αναγνωρίσω τα δικαιώματα των ασθενών σχετικά με το ιατρικό απόρρητο και την ενημερωμένη συναίνεση.	1	2	3	4	5
17	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων θα είχε πιο θετική εικόνα εάν ακουγόταν περισσότερο ως επιστημονικό πεδίο.	1	2	3	4	5
18	Όταν ξεκινούσα τις νοσηλευτικές μου σπουδές, θεώρησα πολύ καλή ιδέα να καλλιεργήσω τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	1	2	3	4	5
19	Δεν χρειάζομαι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες για να είμαι νοσηλεύτης.	1	2	3	4	5
20	Δυσκολεύομαι να παραδεχθώ ότι αντιμετωπίζω προβλήματα με τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	1	2	3	4	5
21	Θεωρώ πραγματικά χρήσιμη την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	1	2	3	4	5
22	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εφαρμόσιμη στην νοσηλευτική επιστήμη.	1	2	3	4	5
23	Δυσκολεύομαι να πάρω την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα σοβαρά.	1	2	3	4	5
24	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι σημαντική επειδή οι επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν ισόβιο χαρακτήρα.	1	2	3	4	5
25	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων πρέπει να αφορά τους ψυχολόγους κι όχι τους νοσηλευτές.	1	2	3	4	5

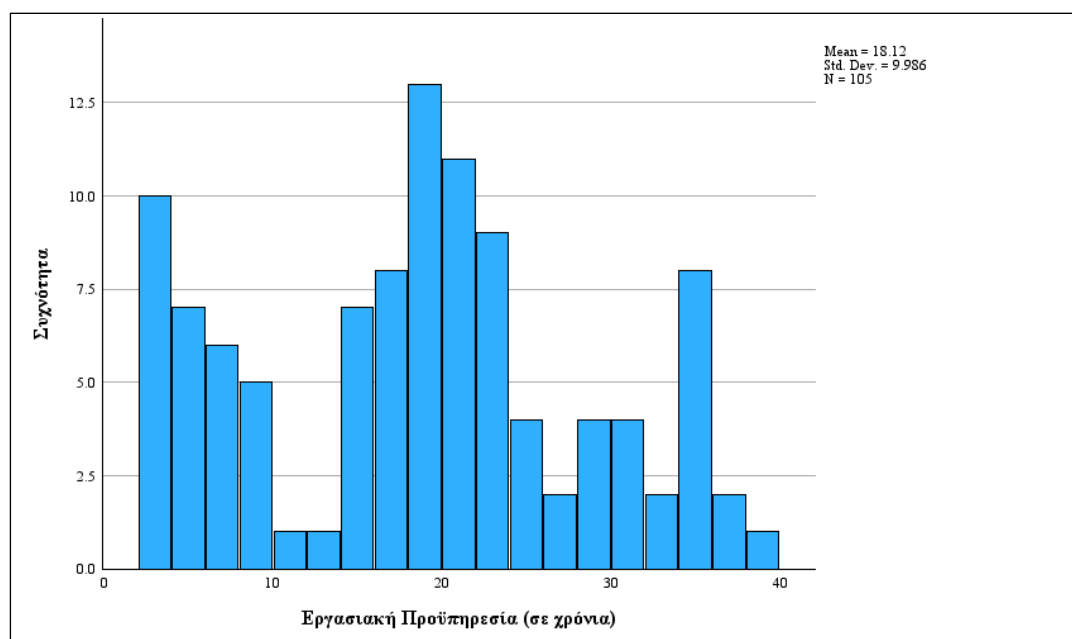
Ευχαριστούμε για το χρόνο που αφιερώσατε!

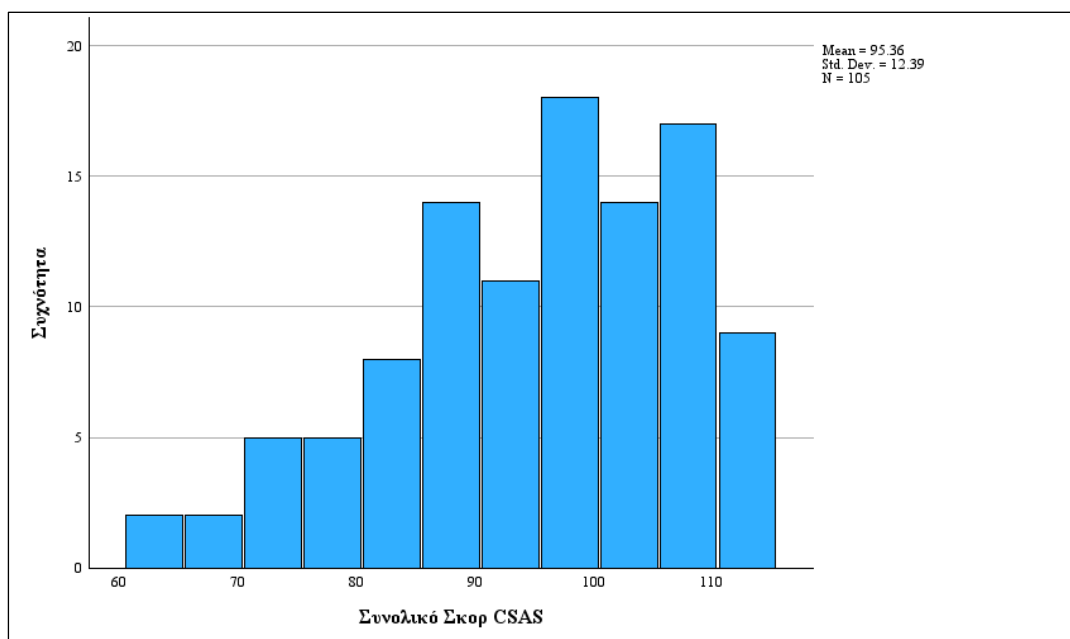
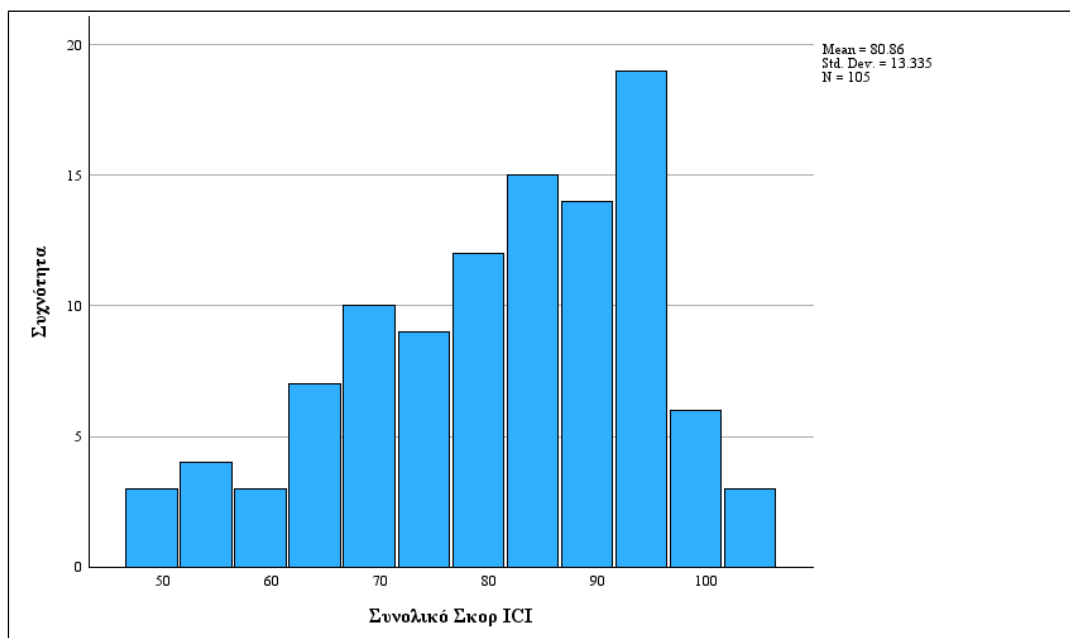
Για τα αποτελέσματα της μελέτης μπορείτε να ενημερωθείτε με ερώτηση στο email επικοινωνίας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6: Αποτελέσματα ελέγχων κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για ποσοτικές μεταβλητές και ιστογράμματα αυτών

Μεταβλητή	Statistic	df	Sig.
Εργασιακή προϋπηρεσία	0,102	105	0,009
Συνολική Βαθμολογία ICI	0,085	105	0,060
Συνολική Βαθμολογία CSAS	0,081	105	0,087

Επεξήγηση Συντομεύσεων: Statistic = Τιμή Στατιστικού Ελέγχου, df= Βαθμοί Ελευθερίας Ελέγχου, Sig. = *p*-value





ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7: Αναλυτικές απαντήσεις ερωτηματολογίου ICI

No.	Ερωτήσεις	1		2		3	
		N	%	N	%	N	%
1	Σου βγαίνουν οι λέξεις με τον τρόπο που θέλεις σε μια ομιλία;	69	65,7	32	30,5	4	3,8
2	Όταν σου κάνουν μια ερώτηση που δεν είναι ξεκάθαρη, ρωτάς το πρόσωπο που την κάνει να σου εξηγήσει τι εννοεί;	76	72,4	24	22,9	5	4,8
3	Όταν προσπαθείς να εξηγήσεις κάτι, έχουν οι άλλοι την τάση να βάζουν λόγια στο στόμα σου;	15	14,3	57	54,3	33	31,4
4	Υποθέτεις απλώς ότι οι άλλοι ξέρουν τι προσπαθείς να πεις, χωρίς να εξηγήσεις στ' αλήθεια τι εννοείς;	17	16,2	46	43,8	42	40
5	Ρωτάς τους άλλους να σου πουν πώς νιώθουν σχετικά με το θέμα που προσπαθείς να θίξεις;	23	21,9	55	52,4	27	25,7
6	Είναι δύσκολο για σένα να μιλάς με άλλους ανθρώπους;	13	12,4	20	19	72	68,6
7	Σε μια συζήτηση μιλάς για πράγματα που ενδιαφέρουν τόσο εσένα όσο και τους άλλους;	75	71,4	25	23,8	5	4,8
8	Σου είναι δύσκολο να εκφράσεις τις απόψεις σου όταν διαφέρουν από αυτών που βρίσκονται γύρω σου;	16	15,2	42	40	47	44,8
9	Σε μια συζήτηση προσπαθείς να βάλεις τον εαυτό σου στη θέση των άλλων;	64	61	34	32,4	7	6,7
10	Σε μια συζήτηση έχεις την τάση να μιλάς περισσότερο από τους άλλους;	11	10,5	45	42,9	49	46,7
11	Έχεις επίγνωση το πώς ο τόνος της φωνής σου επηρεάζει τους άλλους;	51	48,6	39	37,1	15	14,3
12	Αποφεύγεις να πεις κάτι όταν ξέρεις ότι μόνο θα πληγώσει τους άλλους ή θα κάνει τα πράγματα χειρότερα;	76	72,4	18	17,1	11	10,5
13	Σου είναι δύσκολο να δεχτείς εποικοδομητική κριτική από τους άλλους;	9	8,6	47	44,8	49	46,7
14	Όταν κάποιος σε πληγώσει, το συζητάς μαζί του;	33	31,4	54	51,4	18	17,1

15	Ζητάς αργότερα συγγνώμη από κάποιον τον οποίο ίσως έχεις πληγώσει;	79	75,2	21	20	5	4,8
16	Σου προκαλεί μεγάλη αναστάτωση όταν κάποιος διαφωνεί μαζί σου;	16	15,2	58	55,2	31	29,5
17	Δυσκολεύεσαι να σκεφτείς καθαρά όταν είσαι θυμωμένος με κάποιον;	44	41,9	48	45,7	13	12,4
18	Αποφεύγεις να διαφωνήσεις με άλλους, επειδή φοβάσαι ότι θα θυμώσουν;	17	16,2	45	42,9	43	41
19	Όταν δημιουργείται ένα πρόβλημα ανάμεσα σε σένα και σε κάποιον άλλον, μπορείς να το συζητήσεις χωρίς να θυμώσεις;	56	53,3	43	41	6	5,7
20	Είσαι ικανοποιημένος με τον τρόπο που αποκαθιστάς τις διαφορές σου με τους άλλους;	59	56,2	36	34,3	10	9,5
21	Σκυθρωπιάζεις και μελαγχολείς για πολύ καιρό, όταν κάποιος σε αναστατώνει;	20	19	55	52,4	30	28,6
22	Νιώθεις πολλή αμηχανία όταν κάποιος σου κάνει ένα κοπλιμέντο;	12	11,4	44	41,9	49	46,7
23	Γενικά μπορείς να εμπιστευτείς τους άλλους;	20	19	60	57,1	25	23,8
24	Το βρίσκεις δύσκολο να κάνεις φιλοφρονήσεις και να επαινείς τους άλλους;	14	13,3	21	20	70	66,7
25	Προσπαθείς εσκεμμένα να αποκρύψεις τα λάθη σου από τους άλλους;	6	5,7	41	39	58	55,2
26	Βοηθάς τους άλλους να σε καταλάβουν, λέγοντάς τους πώς σκέφτεσαι, πώς νιώθεις, τι πιστεύεις;	68	64,8	27	25,7	10	9,5
27	Είναι δύσκολο για σένα να εμπιστεύεσαι τους ανθρώπους;	24	22,9	6,	57,1	21	20
28	Έχεις την τάση να αλλάζεις θέμα όταν τα συναισθήματά σου εμπλέκονται στη συζήτηση;	21	20	48	45,7	36	34,3
29	Σε μια συζήτηση αφήνεις τους άλλους να ολοκληρώσουν τα λόγια τους προτού αντιδράσεις σε αυτά που λένε;	63	60	35	33,3	7	6,7

30	Πιάνεις τον εαυτό σου να μην προσέχει στη διάρκεια μιας συζήτησης;	25	23,8	61	58,1	19	18,1
31	Προσπαθείς να αφουγκραστείς τι εννοεί κάποιος όταν σου μιλάει;	70	66,7	27	25,7	8	7,6
32	Φαίνεται πως οι άλλοι σε παρακολουθούν όταν μιλάς;	64	61	36	34,3	5	4,8
33	Σε μια συζήτηση σου είναι δύσκολο να δεις τα πράγματα από την οπτική του άλλου;	7	6,7	38	36,2	60	57,1
34	Προσποιείσαι ότι ακούς τους άλλους όταν πραγματικά δεν τους ακούς;	16	15,2	47	44,8	42	40
35	Σε μια συζήτηση μπορείς να αντιληφθείς τη διαφορά ανάμεσα σε αυτά που κάποιος λέει και σε αυτά που ίσως αισθάνεται;	49	46,7	49	46,7	7	6,7
36	Ενώ μιλάς, είσαι ενήμερος για το πώς αντιδρούν οι άλλοι σε αυτά που λες;	54	51,4	47	44,8	4	3,8
37	Αισθάνεσαι ότι οι άλλοι θα εύχονταν να ήσουν ένα διαφορετικό άτομο;	19	18,1	33	31,4	53	50,5
38	Οι άλλοι καταλαβαίνουν τα συναισθήματά σου;	25	23,8	69	65,7	11	10,5
39	Σου επισημαίνουν ποτέ οι άλλοι ότι φαίνεται να νομίζεις ότι έχεις πάντα δίκιο;	9	8,6	43	41	53	50,5
40	Παραδέχεσαι το λάθος σου, όταν ξέρεις ότι κάνεις λάθος σε κάτι;	91	86,7	12	11,4	2	1,9

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8: Αναλυτικές απαντήσεις ερωτηματολογίου CSAS

No.	Ερωτήσεις	1		2		3		4		5	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1	Για να είμαι καλός νοσηλευτής, θα πρέπει να έχω καλές επικοινωνιακές δεξιότητες.	4	3.8	4	3.8	9	8.6	22	21	66	62.9
2	Δεν βρίσκω το νόημα στην εκμάθηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	67	63.8	17	16.2	8	7.6	8	7.6	5	4.8
3	Κανένας δεν πρόκειται να αποτύχει ως νοσηλευτής επειδή έχει φτωχές επικοινωνιακές δεξιότητες.	26	24.8	23	21.9	28	26.7	20	19	8	7.6
4	Η ανάπτυξη των επικοινωνιακών μου δεξιοτήτων είναι τόσο σημαντική όσο και η ανάπτυξη των νοσηλευτικών μου γνώσεων.	2	1.9	4	3.8	22	21	26	24.8	51	48.6
5	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να σέβομαι τους ασθενείς.	6	5.7	4	3.8	10	9.5	24	22.9	61	58.1
6	Δεν έχω χρόνο να καλλιεργήσω τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	37	35.2	15	14.3	22	21	24	22.9	7	6.7
7	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει ενδιαφέρον.	7	6.7	4	3.8	11	10.5	18	17.1	65	61.9
8	Δεν μπορώ να ασχοληθώ με το να πηγαίνω σε σεμινάρια επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	30	28.6	20	19	26	24.8	17	16.2	12	11.4
9	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να βελτιώσω τις συνεργατικές μου ικανότητες.	3	2,9	3	2,9	6	5,7	25	23,8	68	64,8
10	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει βελτιώσει την ικανότητά μου να επικοινωνώ με τους ασθενείς.	5	4,8	6	5,7	8	7,6	20	19	66	62,9

11	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων δηλώνει το προφανές και στη συνέχεια το περιπλέκει.	26	24,8	13	12,4	35	33,3	17	16,2	14	13,3
12	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι διασκεδαστική.	5	4,8	8	7,6	34	32,4	32	30,5	26	24,8
13	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι πολύ εύκολη.	12	11,4	18	7,1	35	33,3	24	22,9	16	15,2
14	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να σέβομαι τους συναδέλφους μου.	6	5,7	5	4,8	13	12,4	28	26,7	53	50,5
15	Βρίσκω δύσκολο το να εμπιστευτώ πληροφορίες σχετικές με τις επικοινωνιακές δεξιότητες οι οποίες μου δίνονται από μη κλινικούς καθηγητές.	13	12,4	15	14,3	37	35,2	27	25,7	13	12,4
16	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων με έχει βοηθήσει / θα με βοηθήσει να αναγνωρίσω τα δικαιώματα των ασθενών σχετικά με το ιατρικό απόρρητο και την ενημερωμένη συναίνεση.	10	9,5	4	3,8	19	18,1	29	27,6	43	41
17	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων θα είχε πιο θετική εικόνα εάν ακουγόταν περισσότερο ως επιστημονικό πεδίο.	7	6,7	5	4,8	27	25,7	31	29,5	35	33,3
18	Όταν ξεκινούσα τις νοσηλευτικές μου σπουδές, θεώρησα πολύ καλή ιδέα να καλλιεργήσω τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	6	5,7	7	6,7	26	24,8	22	21	44	41,9
19	Δεν χρειάζομαι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες για να είμαι νοσηλεύτης.	47	44,8	17	16,2	19	18,1	14	13,3	8	7,6
20	Δυσκολεύομαι να παραδεχθώ ότι αντιμετωπίζω προβλήματα με τις επικοινωνιακές μου δεξιότητες.	42	40	17	16,2	26	24,8	15	14,3	5	4,8

21	Θεωρώ πραγματικά χρήσιμη την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων.	-	-	3	2,9	17	16,2	20	19	65	61,9
22	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι εφαρμόσιμη στην νοσηλευτική επιστήμη.	3	2,9	4	3,8	15	14,3	24	22,9	59	56,2
23	Δυσκολεύομαι να πάρω την εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων στα σοβαρά.	61	58,1	15	14,3	24	22,9	8	7,6	4	3,8
24	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι σημαντική επειδή οι επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν ισόβιο χαρακτήρα.	5	4,8	3	2,9	26	24,8	25	23,8	46	43,8
25	Η εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων πρέπει να αφορά τους ψυχολόγους κι όχι τους νοσηλευτές.	66	62,9	12	11,4	16	15,2	6	5,7	5	4,8