



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

-ΦΡΟΝΤΙΔΑ-

ΠΩΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ (ΤΕΠ) ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ ΘΕΟΔΩΣΗΣ (ΠΑΤΗΡ ΣΕΡΓΙΟΣ) Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος
Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας

Λάρισα, 2018



UNIVERSITY OF THESSALY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
Medical Department
postgraduate
Programme
PRIMARY HEALTH CARE



**HEALTH CARE- WAYS IN WHICH ER NURSES PERCEIVE
THE CONCEPT OF CARE**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ 5
ABSTRACT.....σελ 7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....σελ 8
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ 8
2. ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ 9
3. Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 12
4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....σελ 13
5. ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 14
5.1.Η ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΚΥΡΙΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 15
5.2.ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 15
5.3.Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 16
5.4.ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 17
6. Η ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ 18
7. Η ΣΞΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ...σελ 22
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑσελ 24

9. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ “ΚΛΕΙΣΤΑ” ΤΜΗΜΑΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	σελ 25
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	σελ 28
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	σελ 28
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	σελ 28
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	σελ 31
A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	σελ 31
B. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	σελ 42
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	σελ 55
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ 61
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	σελ 66

Περίληψη

Το κλασικό μοντέλο φροντίδας, κατά το οποίο το θεραπευτικό προσωπικό αποφασίζει και χορηγεί όσα είναι απαραίτητα για τη φροντίδα ενός ασθενούς καταρρίφθηκε σε πολλές περιπτώσεις στο Δυτικό κόσμο. Εναντιθέτως, ένα νέο μοντέλο φροντίδας προήλθε από τις θεωρητικές βάσεις και την πρακτική παρατήρηση των σφαλμάτων του προηγούμενου μοντέλου. Το σύγχρονο μοντέλο φροντίδας αφορά την εξατομικευμένη θεραπεία. Σύμφωνα με τις αρχές της εξατομικευμένης θεραπείας, οι νοσηλευτές προσαρμόζουν όλη τη θεραπευτική διαδικασία στις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενούς, ώστε να του προσφέρουν μία καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών υγείας και μετέπειτα ζωής. Παρόλα αυτά, διάφοροι παράγοντες επιφορτίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς να δίνεται ο κατάλληλος χώρος και χρόνος να εφαρμόσουν μία τέτοια προσέγγιση, δημιουργώντας έτσι συγκρούσεις και ανικανοποίηση από την εργασία τους.

Στην παρούσα εργασία θελήσαμε να ερευνήσουμε τις στάσεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών –ΤΕΠ, από διάφορα κέντρα στην Ελληνική επικράτεια απέναντι στις ανάγκες των ασθενών και την ικανοποίηση από το καθεστώς εργασίας τους. Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σταθμισμένη κλίμακα GR-NDI-24, υπό τη μορφή ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας μας παρείχαν την εικόνα ενός μέτρια ικανοποιημένου νοσηλευτικού προσωπικού για τα κέντρα μελέτης, κάτι που μπορεί εύκολα να εξηγηθεί μέσα από την οικονομική κρίση που βιώνεται στη χώρα μας. Επιπλέον, οι νοσηλευτές αξιολόγησαν ως περισσότερο σημαντικό το κλινικό έργο παρά τις εξατομικευμένες ανάγκες των ασθενών, γεγονός που είναι φυσιολογικό, καθώς οι νοσηλευτές καλούνται να φέρουν σε πέρας ένα δύσκολο καθήκον, υπό κακές συνθήκες.

Παρόλο που οι νεότερες γενιές νοσηλευτών έχουν εκπαιδευτεί καλύτερα στην πολυπολιτισμικότητα και τις θεωρίες της εξατομικευμένης θεραπείας, απαιτείται να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο περιβάλλον στα Ελληνικά νοσοκομεία, που θα τους επιτρέψει να αναπτύξουν όλο το εύρος των δεξιοτήτων τους, καθώς και να τους

ανταμείβει αναλογικά με το φόρτο εργασίας τους, ώστε να τους παρέχει μεγαλύτερη ικανοποίηση και κατ' επέκταση οι ίδιοι να προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας.

Abstract

In older models of care, nurses would decide and administer all the necessary components of a patient's health care. These models are now outdated and have been replaced by new, personalised care models. According to personalised care principles, nurses design the health care model according to a patient's unique needs, providing them with better quality health care service and a better quality of life in general. Nevertheless, various factors burden nurses at task, preventing them from imposing a personalised health care model, creating conflict at the same time, and lower job satisfaction levels for them.

In this research, we opted to investigate nurses' attitudes towards patient needs and their work regime, in governmental health care facilities all around Greece. To this purpose, we used the GR-NDI-24 questionnaire.

Our research results suggest that nurses are moderately satisfied with their job and tasks at hand. This can be easily explained through the financial crisis Greece is undergoing for the last five years. Furthermore, nurses pointed out that clinical work is deemed more important than patient needs. This finding is well supported by the fact that nurses are expected to get through impossible tasks, under difficult circumstances.

Although younger nurses' generations are trained better than their predecessors in multicultural subjects as well as personalised health care, the government needs to create a suitable environment within Greek hospitals to allow them to fully develop their true working potential. Nurses should also be paid extra for the extra workload they are burdened with, so that they will have better job satisfaction levels, thus providing better quality health care.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Μέσα από τη μελέτη των θεωριών φροντίδας, έτσι όπως εξελίχθηκαν κατά τη διάρκεια του προηγούμενου και στις αρχές του παρόντος αιώνα, έχει προκύψει μία σημαντική έννοια. Η έννοια αυτή είναι η φροντίδα που έχει ως κέντρο της τον ασθενή. Χαρακτηριστικά περιγράφεται ότι κατά τη διάρκεια της ασθενοκεντρικής φροντίδας, ο ασθενής υπόκειται τη διαδικασία της θεραπείας ως ένα άτομο με μοναδικότητα [1]. Μέσα από μία τέτοια πρακτική φανερώνεται ο σεβασμός προς τον ασθενή ως άτομο και όχι ως καταναλωτή του προϊόντος της υγείας [2]. Η προσέγγιση αυτή αφορά μία συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας, σύμφωνα με την οποία λαμβάνεται υπόψη η γνώμη του ασθενούς κατά τη λήψη αποφάσεων για την πορεία της θεραπείας του και δεν περιορίζεται μόνο στον ορισμό κοινών στόχων ασθενούς και ιατρών [3].

Η θεραπεία που έχει ως κέντρο της τον ασθενή αναφέρεται επίσης σε συγκεκριμένο είδος αλληλεπίδρασης μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς. Η οποία χαρακτηρίζεται από αυξημένη ανταπόκριση του θεράποντος στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς (και λαμβάνοντάς τον υπόψη στη λήψη αποφάσεων θεραπευτικής δράσης), αλληλεπίδρασης μεταξύ του ασθενούς και του προσωπικού, καθώς και σχετικά με την παροχή των κατάλληλων πληροφοριών [4]. Με το σύνολο των παραπάνω δράσεων κατά τη νοσηλεία και τη θεραπευτική διαδικασία, το ιατρικό προσωπικό παρέχει στον ασθενή έναν ολιστικό τρόπο θεραπείας. Ο οποίος δεν περιορίζεται μόνο στην εξάλειψη των σωματικών συμπτωμάτων του ασθενούς, αλλά στοχεύει στη βελτίωση της καλής ποιότητας ζωής του ασθενούς, ενδυναμώνοντάς τον και τοποθετώντας τον ως το κύριο πρόσωπο, με σημαντικό ρόλο στην προσωπική τους φροντίδα. Πληροφορώντας επαρκώς τον ασθενή, παρέχοντας την κατάλληλη επεξήγηση και απλοποίηση των ιατρικών όρων, φροντίζοντας να νιώθει ασφαλής, να κατανοεί ότι έχει υποστήριξη, άνεση, αποδοχή και ότι συμμετέχει σε νόμιμες θεραπευτικές διαδικασίες επιτυγχάνεται ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας που έχει ως κέντρο της τον ασθενή [5].

2. Εξατομικευμένη θεραπεία

Η φιλοσοφία που κρύβεται πίσω από τη θεραπεία που έχει ως κέντρο της τον ασθενή είναι η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως οντότητα και όχι ως ένα συνονθύλευμα ασθενειών [6]. Αυτού του είδους η θεραπεία παρέχει φροντίδα στον ασθενή μέσα από ένα φάσμα δραστηριοτήτων. Οι οποίες περιλαμβάνουν το σεβασμό προς τις αντιλήψεις και τις αξίες του ασθενούς, αυξημένη αλληλεπίδραση μαζί του που ξεπερνά το τυπικό τελετουργικό της θεραπείας, περιέχει την ευχάριστη παρουσία του επαγγελματία υγείας και τέλος την επαρκή ανταπόκριση στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του ασθενούς [7]. Όταν ο επαγγελματίας υγείας εργάζεται με τις πεποιθήσεις και τις αξίες του ασθενούς, τότε ενισχύει μία από τις σημαντικότερες αρχές αυτού του μοντέλου θεραπείας [8]. Για να επιτευχθεί αυτή η συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών όμως, πρέπει να θεωρείται ότι οι ασθενείς είναι αρκετά ώριμοι και εκπαιδευμένοι ώστε να μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις που να καθορίσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους και ότι έχουν την ικανότητα να πάρουν μία απόφαση ή να κάνουν επιλογές σχετικά με όσα χρειάζονται και επιθυμούν [9].

Μέσα από τη βιβλιογραφία είναι προφανές ότι τα βασικά χαρακτηριστικά της θεραπείας που έχει ως κέντρο της τον ασθενή περιλαμβάνουν την εξατομίκευση της φροντίδας του και τη συμμετοχή του ασθενούς σε αυτή μέσα από την ανταλλαγή πληροφοριών και την ισομοιρασμένη λήψη αποφάσεων. Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας σε αυτό το θεραπευτικό μοντέλο είναι η συνεχής του παρουσία, η προσφορά προσωπικής υποστήριξης και πρακτικής έμπειρης γνώμης, η καθοδήγηση του ασθενούς ώστε να επιλέγει το μονοπάτι που θα ακολουθήσει από μόνος του και με το δικό τους εξατομικευμένο τρόπο [10].

Η ανάπτυξη μίας ιδέας που θα μπορεί να μεταφραστεί σε εφαρμόσιμο σύστημα και που θα έχει στο κέντρο του τον ασθενή, προέκυψε από τους περιορισμούς του κλασικού μοντέλου φροντίδας που εφαρμόζεται και στη χώρα μας, το βιοϊατρικό μοντέλο. Όπου οι ασθένειες θεωρείται ότι υποδεικνύουν την παρουσία μίας διαδικασίας ασθένειας στο άτομο, η οποία θα πρέπει να διορθωθεί μηχανιστικά [11].

Το μοντέλο φροντίδας που έχει ως κέντρο της τον ασθενή, συμπεριλαμβάνει τους νοσηλευόμενους σε όλες τις εκφάνσεις της φροντίδας που προορίζεται γι' αυτούς και απομακρύνει τα στενά πλαίσια της ιατρικής πρακτικής από αυτούς. Ο λόγος που συμβαίνει αυτή η μετατόπιση είναι το γεγονός, πως η επικοινωνία των ασθενών και των θεραπόντων στηρίζεται σε πολύ βασικές και τυπικές φόρμες, σε σημείο που φαίνεται ότι ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως μηχανή. Με την αλλαγή προοπτικής μεταξύ των θεραπόντων και του ασθενούς μπορεί να επιτευχθεί ένα διαφορετικό επίπεδο επικοινωνίας, η οποία θα έχει και καλύτερη ποιότητα. Η επικοινωνία αυτή στηρίζεται σε βασικές παραδοχές σχετικά με τον ασθενή. Ο κάθε ασθενής λαμβάνεται ως ένα άτομο που έχει φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες. Όταν δεν υπάρχει ανταπόκριση του θεραπευτικού προσωπικού στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς, τότε ο ίδιος εύκολα θα νιώσει αποξενωμένος ή μπορεί να αναπτύξει την πεποίθηση ότι οι αρμόδιοι για τη θεραπεία του τον αντιμετωπίζουν ως έναν αριθμό [12].

Οι ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ασθενούς μπορεί να φαντάζουν υπερβολικές όταν αναφέρονται απλά σαν όροι, αλλά στην πραγματικότητα μπορούν να ικανοποιηθούν σε μεγάλο βαθμό από απλές, ανθρώπινες κινήσεις. Για παράδειγμα, όταν ένας επαγγελματίας υγείας, ιδιαίτερα ο νοσηλευτής που έρχεται συνεχόμενα σε επαφή με τον ασθενή, ακούσει ένα παράπονό του ή αφιερώσει δύο λεπτά για να καθησυχάσει τον ασθενή του, τότε ικανοποιεί σχεδόν πλήρως μία ψυχολογική ανάγκη του ασθενούς, καθώς τον κάνει να νιώθει ασφαλής [12].

Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του συστήματος είναι το γεγονός ότι η σωστή εργασία γίνεται από το σωστό άτομο. Βεβαίως, για να μπορεί να λειτουργήσει οργανωμένα ένα σύστημα ολιστικής θεραπείας όπου το προσωπικό σέβεται τον ασθενή και τον αντιμετωπίζει ως ολότητα, θα πρέπει να είναι το ίδιο καλά οργανωμένο σε όλα τα επίπεδα [13].

Συνεπώς, παράγοντες όπως η ηγεσία, οι προγραμματισμένες δράσεις που έχουν επίβλεψη, η σωστή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, η σωστή επικοινωνία μεταξύ τους, καθώς και η χρήση προηγμένης τεχνολογίας επιτρέπει στο σύστημα

υγείας και συγκεκριμένα στους νοσηλευτές να παρέχουν την ποιότητα φροντίδας που απαιτείται προς τους ασθενείς που αναλαμβάνουν [13].

3. Η αντίληψη της έννοιας της φροντίδας

Η έννοια της φροντίδας αποτελεί έναν όρο που μπορεί να χαρακτηριστεί επιστημονικά, αλλά και ανθρώπινα. Η φροντίδα, ως έννοια, δεν είναι κάτι καινούριο, αλλά προήλθε από την ανάγκη του ανθρώπου για αλληλεπίδραση με άλλους συνανθρώπους του όταν βρίσκεται σε μία κατάσταση ανάγκης. Η φροντίδα προέκυψε σαν ανάγκη, όταν παρουσιάστηκε ο πόνος και η αναγκαιότητα της αντιμετώπισής του. Συνεπώς αναφερόμαστε σε μία πανάρχαια έννοια, η οποία υποδηλώνει την ανθρωπιά [13].

Επειδή το άτομο που πρωταρχικά θα παρέχει φροντίδα στο συνάνθρωπό του είναι η μάνα, η φροντίδα στο παρελθόν συσχετίστηκε άμεσα με τη μητρική φροντίδα. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της νοσηλείας, η φροντίδα θεωρήθηκε ως μία προέκταση της μητρικής φροντίδας και αργότερα χαρακτηρίστηκε ως μία καθαρά γυναικεία αρετή, άρα ήταν προτιμότερο οι παρέχοντες φροντίδα να είναι γένους θηλυκού [13].

Παρόλα αυτά, από τη στιγμή που η νοσηλευτική μετατράπηκε σε επιστήμη και ενσωμάτωσε μέσα της τις παρελθοντικές πρακτικές, προσδιορίστηκε ότι η φροντίδα δεν είναι απλά μία αρετή, αλλά ένα ολόκληρο σύστημα δράσης και συμπεριφοράς του επαγγελματία παροχέα φροντίδας, ανεξαρτήτως φύλου [13].

Η φροντίδα μπορεί να λάβει πολλές εκφάνσεις, οι οποίες εξαρτούνται από πολιτιστικούς και προσωπικούς παράγοντες. Γι' αυτό το λόγο, η έννοια της φροντίδας είναι δυνατό να γίνει αντιληπτή με πολλούς διαφορετικούς τρόπους επίσης. Πρώτιστης σημασίας είναι η ανάγκη να προσδιοριστεί, να μετρηθεί και να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται, με στόχο να διατηρήσουν και να αυξήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλεία τους. Οι μελέτες που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη φροντίδα οι ασθενείς και οι παροχείς φροντίδας, καθώς και οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αντίληψη μίας πληθυσμιακής ομάδας είναι πολυάριθμες και αναπτύσσονται περισσότερο από τα τελευταία είκοσι χρόνια [13].

4. Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα

Μία αρκετά εκτενής μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών και τη συσχέτισή της με την αντίληψη που έχουν για την έννοια της φροντίδας [14] υποστηρίζει ότι η βοήθεια του ασθενούς από τεχνικής άποψης εξαρτάται από την πορεία πράξεων που θα επιλέξει να επιτελέσει ο νοσηλευτής, συμπεριλαμβανόμενης και της συμπεριφοράς του. Εξαιτίας μίας τέτοιας πεποίθησης, ο ασθενής έχει μεγάλες απαιτήσεις από τη διαπροσωπική φροντίδα που του προσφέρεται και η ανάπτυξη μίας διαπροσωπικής σχέσης με το νοσηλευτικό προσωπικό είναι μία διαδικασία που θα εκτιμήσει ιδιαίτερα. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι συγγραφείς προσδιορίζουν τη φροντίδα ως την προώθηση της υγείας, της υποστήριξης των ασθενών, της εκπαίδευσης και της ανάπτυξης του ασθενούς μέσα από την απελευθέρωση των ίδιων τους των προσωπικών πόρων. Η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στην αλληλεπίδραση και τη συμμετοχή του ασθενούς προς ένα σκοπό ικανοποίησης των γενικότερων και των προσωπικών αναγκών σε σχέση με την καθημερινότητα, ανάγκες που έχουν διακοπεί εξαιτίας της κακής κατάστασης της υγείας τους [15].

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η ικανοποιητική φροντίδα, έχει περιγραφεί ταυτόχρονα με τις μειώσεις στον αριθμό του προσωπικού που παρατηρείται συνεχώς, σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτή η παρατήρηση πραγματοποιείται σε μία περίοδο που εγείρονται απαιτήσεις για την επέκταση της νοσηλευτικής φροντίδας, όσων αφορά τη χρονική διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στη μονάδα θεραπείας, η οποία τείνει να μειωθεί [16]. Η πτώση της ποιότητας της φροντίδας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αντίληψη του ασθενούς για τη φροντίδα. Αυτή η αρνητική αντίληψη μπορεί, στη συνέχεια, να έχει μία αρνητική επιρροή στην αντίληψη του νοσηλευτή ως προς την ποιότητα της φροντίδας που ο ίδιος θα προσφέρει. Αυτή η αλυσιδωτή αντίδραση τονίζει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης της φροντίδας και της αντίληψης της ποιότητας φροντίδας [17].

Τα ερευνητικά τους ερωτήματα και η πορεία της έρευνας βασίζεται στη θεωρία της Henderson. Σύμφωνα με τη θεωρία της, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργεί μία

φυσική και εποικοδομητική σχέση με τον ασθενή, με στόχο να πετύχει το σκοπό της νοσηλευτικής φροντίδας, ο οποίος είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, αλλά και να βοηθήσει τον ασθενή να πετύχει τη μεγαλύτερη δυνατή αυτο-αποτελεσματικότητα [18]. Για να γίνει κάτι τέτοιο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ανταποκρίνεται γρήγορα στις ανάγκες του ασθενούς, να παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και να είναι ικανός να παρατηρεί, να καταλαβαίνει και τις μη λεκτικές εκφράσεις του ασθενούς [18]. Οι ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να ικανοποιούνται με τρόπο που είναι συνηθισμένος ή μαθημένος ο ασθενής και που δεν αντικρούει τη θεραπεία και το νοσηλευτικό πλάνο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εκτελεί ιατρικές συνταγές που πρότεινε ο θεράπων ιατρός [18].

5. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ως παράγοντες αντίληψης της φροντίδας

Η αντίληψη της φροντίδας για τους ασθενείς ήταν διαφορετική ανάλογα με την ηλικιακή τους ομάδα. [19]. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ήταν και αυτοί που αντιλαμβάνονταν τη φροντίδα με τον πιο απλό τρόπο, με αποτέλεσμα να ικανοποιούνται ευκολότερα σε σχέση με ασθενείς των νεαρότερων ηλικιακών ομάδων [20]. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο έπαιξε και το φύλο τους. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι γυναίκες και οι άνδρες αντιλαμβάνονται τη φροντίδα με διαφορετικό τρόπο. Στην περίπτωση αυτή, οι άνδρες είναι αυτοί που ικανοποιούνται με λιγότερες παροχές, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο απαιτητικές. Αντίστοιχα συνδέεται με την αντίληψη της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών και το μορφωτικό επίπεδο. Οι συγγραφείς παρατήρησαν ότι όσο μεγαλύτερο ήταν το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, τόσο περισσότερες απαιτήσεις είχαν από το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τη φροντίδα τους [20].

5.1 Η παρουσία του νοσηλευτή ως κύριου παρέχοντος φροντίδας

Σχετικά με την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς όσον αφορά τη φροντίδα που λαμβάνουν κατά τη νοσηλεία τους, φαίνεται ότι όλες οι πληθυσμιακές ομάδες εμφανίζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που ταιριάζουν στις απαιτήσεις τους από τους νοσηλευτές. Κάποια από αυτά είναι σταθερά καθ'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, ενώ κάποια άλλα εμφανίζουν διακυμάνσεις ανάλογα με τη διάρκειά της [21].

Το πρωταρχικό σημείο της φροντίδας που αντιλαμβάνονταν όλοι οι ασθενείς είναι η παρουσία του νοσηλευτή. Σύμφωνα με τις απαιτήσεις των ασθενών, η πρώτη τους απαίτηση είναι η παρουσία του νοσηλευτή ως κεντρικό πρόσωπο της θεραπείας τους, καθώς θεωρούν ότι ο νοσηλευτής είναι ο κυριότερος πάροχος φροντίδας γι' αυτούς [22]. Εξετάζοντας με μεγαλύτερη λεπτομέρεια την απαίτηση για κεντρική παρουσία του νοσηλευτή στη διάρκεια της θεραπείας, ανακαλύφθηκε ότι η αντίληψη της φροντίδας από τους ασθενείς μπορεί να κατηγοριοποιηθεί περαιτέρω στις απαιτήσεις σχετικά α) με τις γνώσεις του νοσηλευτή, β) τις ικανότητες του νοσηλευτή και γ) την επίτευξη μίας προσωπικής φροντίδας προς τον ασθενή, ακόμη και σε επίπεδο που θα επιθυμούσαν ο νοσηλευτής να λειτουργήσει ως σύντροφος ή συνοδός και συμβουλάτορας. Τέλος, ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί για μεγάλο χρονικό διάστημα στο παρελθόν, σημείωσαν ότι θα επιθυμούσαν οι νοσηλευτές και οι θεράποντες ιατροί να συνεργάζονται κατά την παροχή της φροντίδας [22].

5.2 Το περιβάλλον νοσηλείας ως παράγοντας ποιότητας φροντίδας

Ένας από τους παράγοντες που παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών και ενώ φαίνεται άσχετος με τις ικανότητες του νοσηλευτή είναι το περιβάλλον νοσηλείας [23]. Οι παράμετροι του φυσικού περιβάλλοντος που θεωρούνται απαραίτητοι για την ποιοτική νοσηλεία των ασθενών είναι η καθαριότητα των δωματίων και κλινών, το καλό φαγητό, τα επίπεδα ήχου, οι υπόλοιποι ασθενείς με τους οποίους συστεγάζονταν, η άνεση και αισθητική που εκπέμπουν τα δωμάτια ή οι κλινικές. Σχετικά με την παροχή φροντίδας από τους νοσηλευτές σε αυτή τη

διάσταση, οι ασθενείς απάντησαν ότι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με καθαρά ρούχα, ένα καθαρό κρεβάτι και νόστιμο φαγητό [24].

5.3 Η επικοινωνία ως παράγοντας βελτιωμένης αντίληψης φροντίδας

Στη συνέχεια, σημαντικός παράγοντας που επισημαίνεται από όλους τους ασθενείς είναι η σωστή επικοινωνία με τους νοσηλευτές και η παροχή πληροφοριών. Οι ασθενείς θεωρούν ότι η φροντίδα τους είναι πλήρης όταν λαμβάνουν έναν επαρκή όγκο πληροφοριών για την κατάστασή τους, ώστε να μη νιώθουν απομονωμένοι. Θεώρησαν επίσης πολύ σημαντικό παράγοντα την επεξήγηση των πληροφοριών που λαμβάνουν από το νοσηλευτή. Όσο πιο ξεκάθαρες ήταν οι επεξηγήσεις που λάμβαναν και χωρίς υπεκφυγές, τόσο καλύτερα καταλάβαιναν οι ασθενείς την κατάστασή και ένιωθαν περισσότερο ικανοποιημένοι. Η συγκεκριμένη παράμετρος έπαιξε σημαντικό ρόλο και με την πάροδο του χρόνου. Οι ασθενείς που λάμβαναν πληροφορίες για τις εργασίες ρουτίνας της πτέρυγας στην οποία νοσηλεύονταν από την αρχή της νοσηλείας τους, θεώρησαν ότι η φροντίδα που λάμβαναν ήταν καλύτερης ποιότητας [25].

Επιπλέον, η δυνατότητα που είχαν κάποιοι ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά και να έχουν κάποιο λόγο στη θεραπεία τους, επηρέασε θετικά την αντίληψή τους για την ποιότητα της φροντίδας που λάμβαναν [25].

Όπως προαναφέρθηκε, είναι σημαντικό να υπάρχει μια ισορροπημένη σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του νοσηλευόμενου. Πολλοί ασθενείς επιθυμούν και επιδιώκουν να αναπτύξουν μία διαπροσωπική σχέση με τους νοσηλευτές τους, καθώς τους κάνει να νιώθουν περισσότερο οικεία προς τον παροχέα φροντίδας τους και τους κάνει περισσότερο δεκτικούς προς τη θεραπεία τους. Τα χαρακτηριστικά που οι ασθενείς της συγκεκριμένης έρευνας ανέφεραν ότι είναι προαπαιτούμενα για να δημιουργηθεί μία καλή σχέση μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών είναι η αμοιβαία κατανόηση, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη, η ειλικρίνεια, η συνεργασία και η παρουσία χιούμορ. Μέσα από τη διαπροσωπική σχέση, ο ασθενής ένιωθε ότι τον διαχειρίζονται ως μοναδικό άτομο, λαμβάνοντας έτσι την ποιότητα της φροντίδας που του δίνονταν

ως κάτι θετικό. Οι ασθενείς στους οποίους ο νοσηλευτής έδειχνε μεγαλύτερη ικανότητα στο να συμπάσχει, τους αφιέρωνε περισσότερο χρόνο για συνομιλία και έδειχνε υπομονή μαζί τους δήλωναν ότι ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι με τη φροντίδα που λάμβαναν. Εκτός όμως από την αύξηση των επιπέδων ικανοποίησης των ασθενών που παρατηρήθηκαν, σημειώθηκε επίσης και η αύξηση της διορατικότητας των νοσηλευτών. Καθώς μετά από συγκεκριμένα διαστήματα συνομιλίας και αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς παρατηρήθηκε ότι μπορούσαν να απαντούν από μόνοι τους τις αναπάντητες ερωτήσεις τους και να μπορούν να έχουν μία καλή ιδέα για τις ανάγκες τους, είτε αλληλεπιδρούσαν με τους ίδιους είτε με διαφορετικούς ασθενείς. Ακόμη, η αρχική επαφή των νοσηλευτών με τους ασθενείς ήταν πολύ σημαντική για την ανάπτυξη αυτής της διαπροσωπικής σχέσης, αλλά και για την αυτοπεποίθηση που είχαν στην πορεία της θεραπείας τους [26].

5.4 Οι τεχνικές ικανότητες του νοσηλευτή ως παράγοντας θετικής αντίληψης φροντίδας

Μεγάλης σημασίας θεωρείται και ο παράγοντας των ικανοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και η ικανότητά τους να χειρίζονται τον τεχνικό εξοπλισμό. Οι ασθενείς θεωρούσαν ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς με τις δεξιότητές τους, αλλά και το θεράποντα ιατρό κατά τη διάρκεια των εξετάσεων και της θεραπείας, έχοντας την ικανότητα να δείξουν στους ασθενείς τον τρόπο με τον οποίο θα ακολουθήσουν τις οδηγίες του ιατρού [27]. Επιπλέον, θεωρούσαν ότι οι νοσηλευτές θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην καταπράυνση του πόνου [28].

6. Η πνευματικότητα και η αντίληψη της φροντίδας

Η σύγχρονη μορφή της νοσηλευτικής φροντίδας στηρίζεται σε επιστημονικά και κλινικά δεδομένα. Αντιθέτως, η παραδοσιακή μορφή της νοσηλευτικής φροντίδας περιείχε ένα σημαντικό πνευματικό στοιχείο και μία θρησκευτική κληρονομιά [29]. Οι Koenigetal. (2001) περιγράφουν στη μελέτη τους ότι οι πρώτες κοινωνίες που φρόντιζαν τους ασθενείς και τους άπορους με ένα ολιστικό τρόπο ήταν οι θρησκευτικές κοινωνίες. Παρόλα αυτά, το σύστημα υγείας προωθεί μία περισσότερο αυτοματοποιημένη πρακτική για την παροχή φροντίδας. Με αυτόν τον τρόπο, οι άνθρωποι που συμμετέχουν σε αυτό το σύστημα έχουν όλο και λιγότερες συνδέσεις με τη θρησκεία και την πνευματικότητα [29].

Την τελευταία δεκαετία, ο κλάδος της παροχής φροντίδας πραγματοποιεί μία στροφή προς τις ολιστικές ανάγκες των ατόμων και πλέον υποστηρίζεται από το Διεθνές Σύστημα Υγείας ότι οι ασθενείς θα πρέπει να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και τις πνευματικές πρακτικές τους. Βάση για μία τέτοια αλλαγή από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αποτελεί η αυξημένη πολυπολιτισμικότητα του ίδιου του οργανισμού [30]. Ο ΠΟΥ υποστηρίζει πλέον ότι οι νοσηλευτές και οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα, θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους και να εξασκούν και την πνευματική διάσταση της φροντίδας [30].

Βέβαια, η πνευματικότητα παραμένει σε πολλές χώρες ακόμη ένα ανεξερευνήτο θέμα. Κατά τη διάρκεια της νέας χιλιετίας έχουν εμφανιστεί αναρίθμητες μορφές πνευματικότητας, στις οποίες, οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι εκπαιδευμένοι, χωρίς να υπάρχει η κατάλληλη καθοδήγηση και χωρίς αυτή να παρέχεται από εξειδικευμένο προσωπικό. Στις αρχές της δεκαετίας, αρκετοί νοσηλευτές κατηγορήθηκαν ότι δε φέρθηκαν ανάλογα σε ασθενείς που είχαν τις δικές τους πνευματικές απαιτήσεις. Τέτοια περιστατικά δείχνουν ότι παρά την εκτενή έρευνα που γίνεται στην πνευματική διάσταση της φροντίδας και παρά το έδαφος που κερδίζουν αυτές οι αντιλήψεις στην καθημερινότητα, η πράξη απέχει πολύ από την εφαρμογή τους. Μέχρι στιγμής, οι μόνες προσπάθειες που έχουν γίνει σε αυτόν τον τομέα είναι στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου έχουν γίνει κινήσεις αναγνώρισης της σημασίας της, αλλά

οι νοσηλευτές φαίνεται ότι δεν είναι ακόμη σίγουροι για τη σημασία που έχει η πνευματικότητα, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να εφαρμόζεται στον τομέα της φροντίδας [31].

Οι McSherry et al, (2011), ανέλαβαν να μελετήσουν το εν λόγω θέμα, με στόχο να αποσαφηνίσουν τις αντιλήψεις και το επίπεδο κατανόησης των νοσηλευτών σχετικά με την πνευματικότητα στη φροντίδα. Θέλησαν επίσης να διαπιστώσουν και να γνωστοποιήσουν στο κοινό ότι πάντα υπάρχουν κάποια όρια μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή στο θέμα της πνευματικότητας, και να αποσαφηνίσουν ποια είναι τα συστατικά αυτών των ορίων. Τέλος, ενδιαφέρθηκαν να μελετήσουν κατά πόσο οι νοσηλευτές θεωρούν ότι μία πνευματική διάσταση της φροντίδας συγκαταλέγεται στο δικό τους καθήκον και κατά πόσο θα πρέπει να το εξασκούν. Σύμφωνα με τα παραπάνω ερωτήματα, κατασκεύασαν ένα ερωτηματολόγιο που συμπεριλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την αντίληψη των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και μία δεύτερη ενότητα, που οι συμμετέχοντες ερωτούνταν κατά πόσο θα πρέπει να είναι μέρος των καθηκόντων ενός νοσηλευτή η πνευματική φροντίδα του ασθενούς, ως μέρος της ολιστικής του φροντίδας. Στην έρευνα συμμετείχαν πάνω από 1000 άτομα από τα ιδρύματα υγείας σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο [32].

Η ενότητα που αφορούσε τον ορισμό της πνευματικότητας συγκέντρωσε ένα εύρος απαντήσεων, καθώς η πνευματικότητα είναι κάτι που μπορεί να οριστεί διαφορετικά για κάθε άνθρωπο, αλλά σε γενικές γραμμές, οι εξηγήσεις του ορισμού που έδωσαν οι συμμετέχοντες συμφωνούν με τους ορισμούς που παρέχονται από την κλίμακα και τον τρόπο με τον οποίο κατασκευάστηκε. Οι διαφορές που διαπιστώθηκαν σχετίζονται με τη φύση της συγχώρεσης και της βοήθειας που μπορεί να δοθεί στους ασθενείς για να εξερευνηθούν το νόημα της ασθένειας, το οποίο είναι ένα ιδιαίτερα συναισθηματικό θέμα [32].

Στη συνέχεια εξετάστηκαν προτάσεις που σχετίζονται με την παροχή πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς. Τα 2/3 των συμμετεχόντων συμφώνησαν με την πεποίθηση ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να σέβονται την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπεια των ασθενών, υποστηρίζοντάς τους με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές τους αντιλήψεις. Επιπλέον, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι γνωρίζουν πώς θα πρέπει να

αναφέρουν και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να έρχονται σε επαφή με τους θρησκευτικούς τους αρχηγούς, όταν αυτό είναι εφικτό. Επίσης, οι ίδιοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και η οικογένεια, θα πρέπει να παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς. Αυτή η πεποίθηση δηλώνει ότι ναι μεν, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι μπορούν να παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς, αλλά ότι δεν είναι οι μόνοι που θα πρέπει να το κάνουν. Βέβαια, παρόλο που οι συμμετέχοντες παραδέχονται ότι οι ασθενείς έχουν αυτές τις πνευματικές ανάγκες και μερικές φορές τους τις φανερώνουν, τις περισσότερες φορές δεν είναι έτοιμοι ή καταρτισμένοι να ανταποκριθούν [32].

Διαπιστώθηκε ότι η εκπαίδευση που έχουν λάβει οι νοσηλευτές σε αυτόν τον κλάδο είναι ιδιαίτερα ελλιπής. Η έρευνα αυτή έδειξε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι επαγγελματίες που ξεκίνησαν να ασκούνται στο χρονικό διάστημα των δεκαετιών 1970-1990, δηλαδή πριν την αναθεώρηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η οποία συνέβη μετά τη δεκαετία του 1980 και στην οποία έγινε και η εισαγωγή της πνευματικής διάστασης των ασθενών [32].

Σε μία ακόμη έρευνα που εξετάζει το θέμα της πνευματικότητας, οι Balbonietal, 2012, υποστηρίζουν ότι ιδιαίτερα στις σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος, η πνευματικότητα έχει σημαντική θέση στη ζωή των ασθενών. Υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με την πορεία της ασθένειας, καθώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών [33] και τη μεγαλύτερη πιθανότητα παροχής μία πιο εντατικής φροντίδας στο τέλος της ζωής τους [34]. Οι ίδιοι οι ασθενείς θεωρούν την πνευματική φροντίδα ως σημαντικό κομμάτι στο τέλος της ζωής τους [35]. Εκτός από την ποιότητα ζωής γενικότερα, θεωρούν ότι η πνευματικότητα σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από το ίδρυμα νοσηλείας, αλλά και στην ανάπτυξη μίας περισσότερο δεκτικής συμπεριφοράς από τον ασθενή, που οδηγεί στη χορήγηση λιγότερο επιθετικών θεραπειών και μειωμένων κόστων νοσηλείας [36]. Δυστυχώς όμως, αναφέρουν ότι αυτή η πνευματική φροντίδα τις περισσότερες φορές δεν προσφέρεται [37].

Στο κίνημα για τη Θρησκεία και την Πνευματική Φροντίδα σε Ασθενείς Καρκίνου, μελετήθηκαν οι αντιλήψεις των ασθενών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των

ιατρών για την παροχή θρησκευτικής φροντίδας ή την έλλειψη παροχής της. Οι ερευνητικές υποθέσεις των συγγραφέων στηρίζονται σε τέσσερις παράγοντες έλλειψης παροχής πνευματικής φροντίδας οι οποίοι αφορούν την πεποίθηση ότι 1) η πνευματική φροντίδα δεν είναι σημαντική στο τέλος της ζωής των ασθενών, 2) είναι ανάρμοστη για την αλληλεπίδραση μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, 3) ότι δεν έχει κάποια θετική επίδραση στους ασθενείς και 4) ότι οι επαγγελματίες δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο να παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες, αλλά δεν έχουν και την εμπειρία να το κάνουν [38].

Στην έρευνα μελετάται πόσο συχνά δίνεται φροντίδα από τους ιατρούς/ νοσηλευτές και λαμβάνεται από τους ασθενείς. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές είναι συχνότεροι πάροχοι φροντίδας προς τους ασθενείς τους σε σχέση με τους ιατρούς, οι οποίοι φαίνεται να μην παρέχουν σχεδόν καθόλου πνευματική φροντίδα, αλλά και πάλι, οι νοσηλευτές την παρέχουν περιστασιακά. Σε συνέχεια αυτού του ερωτήματος, οι ασθενείς απάντησαν ότι η λήψη πνευματικής φροντίδας είναι αρκετά ή πολύ σημαντική, είτε προέρχεται από τους νοσηλευτές, είτε από τους ιατρούς, ενώ οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν απάντησαν ότι είναι καλό να παρέχεται πνευματική φροντίδα περιστασιακά και θεωρούν ότι εξίσου περιστασιακά είναι πρόπον να παρέχεται κάποιου είδους πνευματική φροντίδα στους ασθενείς, ενώ οι περισσότερες θετικές απαντήσεις δόθηκαν από ήδη θρησκευόμενα άτομα. Τέλος, η διαθεσιμότητα ελεύθερου χρόνου και παροχή εκπαίδευσης φάνηκε ότι περιορίζουν την παροχή μίας τέτοιας φροντίδας, όπως προβλέφθηκε αρχικά. Στην πραγματικότητα, ο μεγαλύτερος περιοριστικός παράγοντας είναι η έλλειψη εκπαίδευσης, τονίζοντας την ανάγκη για την επαρκή εκπαίδευση του προσωπικού [38].

7. Η σεξουαλικότητα στην παροχή φροντίδας

Η έννοια της σεξουαλικότητας από μόνη της είναι αρκετά παρεξηγημένη και γίνεται ακόμη περισσότερο, όταν εισέρχεται στην επαγγελματική πρακτική. Ο λόγος για τον οποίο η σεξουαλικότητα καταπιέζεται ή αποκρύπτεται όπου είναι δυνατόν οφείλεται γεγονός ότι μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του 1970, η σεξουαλικότητα ήταν γνωστή ως τομέας της σεξολογίας, ενώ μόνο τότε παρατηρήθηκε μια αλλαγή στον τρόπο σκέψης των ερευνητών [39].

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί μέχρι σήμερα για τη σεξουαλικότητα την εντάσσουν στην ανθρώπινη ύπαρξη και τη θεωρούν ως ένα αναπόσπαστο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης προσωπικότητας, συνεπώς, οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις από τους ασθενείς τους σε θέματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα [39].

Από τη στιγμή που η σεξουαλικότητα αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας ενός ανθρώπου, η ασθένεια και ιδιαίτερα οι σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος, μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις σε αυτήν. Εκτός από την ασθένεια την ίδια, άλλοι παράγοντες, όπως ένα χειρουργείο, η ραδιοθεραπεία και συγκεκριμένα φάρμακα μπορούν να επιδράσουν ισχυρά σε έναν ασθενή. Τέτοιου είδους επιπτώσεις μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογία και την κοινωνική συμπεριφορά του ασθενούς, καθώς επηρεάζουν το σύνολο της προσωπικότητάς του [39].

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές τους ομοφυλόφιλους. Συγκεκριμένα οι Siminoff et al, 1991 έδειξαν ότι κάποιες νοσηλεύτριες αντιμετωπίζουν άνδρες ομοφυλόφιλους με αρνητικό τρόπο. Παρόλο που είναι λίγοι αυτοί οι συμμετέχοντες που υποστήριξαν ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζεται σπάνια, έστω και μικρές αντιδράσεις προς τη σεξουαλικότητα του ασθενούς μπορεί να τον επηρεάσουν αρνητικά. Ένας από τους λόγους που υπάρχει μία τέτοια αρνητική αντίδραση είναι το γεγονός ότι η ομοφυλοφιλία θεωρείται ως αποκλίνουσα μορφή σεξουαλικότητας, περιθωριοποιώντας τους ομοφυλόφιλους ακόμη και στην περίπτωση της φροντίδας. Τέλος, αρκετοί νοσηλευτές ανέφεραν ότι η φροντίδα που λάμβαναν οι ομοφυλόφιλοι άνδρες ήταν τουλάχιστον ανεπαρκής,

επειδή οι επαγγελματίες δεν ήθελαν να τους πλησιάζουν ή να τους αγγίζουν, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη φύση του επαγγέλματός τους [39].

Χαρακτηριστικό παράδειγμα για τη διάκριση που γίνεται σύμφωνα με το φύλο ή τη σεξουαλική προσέγγιση ενός νοσηλευτή αποτελεί η γενικευμένη αντίληψη ότι είναι προτιμότερο οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς τους να ανήκουν στο ίδιο φύλο. Το συγκεκριμένο φαινόμενο δε σχετίζεται τόσο με τις εξετάσεις ρουτίνας, αλλά με εξετάσεις που συμπεριλαμβάνουν την επαφή ή την ψηλάφηση μίας ευαίσθητης περιοχής και συγκεκριμένα, περιοχών των γεννητικών οργάνων των ασθενών. Έχει καταγραφεί ιδιαίτερα ότι οι ασθενείς αποφεύγουν τους άνδρες νοσηλευτές. Κάτι τέτοιο συμβαίνει κατά κόρον μεταξύ γυναικών ασθενών και ανδρών νοσηλευτών, καθώς έχουν συνδυάσει το άγγιγμα του άνδρα ως παρενοχλητικό [40].

Το νοσηλευτικό προσωπικό όμως δεν αποτελείται μόνο από επαγγελματίες που έχουν ετερόφυλη σεξουαλικότητα. Είναι φυσιολογικό ότι ανάμεσα στους ετεροφυλόφιλους νοσηλευτές οποιουδήποτε φύλου, υπάρχουν και οι νοσηλευτές που ανήκουν στην ευρύτερη ομοφυλόφιλη κοινότητα. Σύμφωνα με όσα καταγράφηκαν σχετικά με την επαφή των νοσηλευτών και των ομοφυλόφιλων ασθενών, μπορούμε εύκολα να οδηγηθούμε στην εικασία ότι οι ασθενείς θα προτιμούσαν να μην έρχονται σε επαφή με κάποιον ομοφυλόφιλο νοσηλευτή. Παρόλο που δεν υπάρχουν έρευνες που να αφορούν το συγκεκριμένο θέμα, είναι προφανές ότι οι ομοφυλόφιλοι επαγγελματίες οφείλουν να καταπιέσουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα, ώστε να προστατευθούν από τις αντιδράσεις των ίδιων τους των ασθενών [41].

8. Παράγοντες αντίληψης φροντίδας στην Ελλάδα

Σε μία έρευνα που έγινε για τα Ελληνικά νοσοκομεία και την αντίληψη της φροντίδας από τους Merkouris et al, (2004) τονίζει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα ανάλογα με τις συνθήκες στις οποίες ζουν και νοσηλεύονται. Στην Ελληνική πραγματικότητα, υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία, αλλά ταυτόχρονα υπάρχουν και αρκετοί προσωπικοί ή ιδιωτικοί νοσηλευτές που προσλαμβάνονται και εργάζονται για τον ασθενή [42]. Η Dimitriadou (1991), σε μία παλαιότερη μελέτη της, στην οποία συμμετείχαν 800 Έλληνες ασθενείς, σημείωσε ότι το 60.5% θεωρούσε αναγκαία την παρουσία ενός συγγενικού προσώπου που θα επιτελούσε υποστηρικτικά χρέη αντί για νοσηλεύτη και το 49.5% των ερωτηθέντων διέθεταν κάποιο συγγενή ή κάποιον άλλο που παρείχε τη φροντίδα γι' αυτούς, ενώ ο ρόλος του επαγγελματία νοσηλευτή περιοριζόταν μόνο στην εκτέλεση των τεχνικών καθηκόντων [43].

Σε παλαιότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στις ΗΠΑ και την Αυστραλία, έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των ασθενών δήλωναν πώς επιθυμούσαν να έχουν μία στενότερη επαφή με τους νοσηλευτές τους, αναπτύσσοντας έτσι μία σχέση εμπιστοσύνης [44]. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές καλούνται να επιτελούν πολλές εργασίες οι οποίες δε σχετίζονται με την παροχή φροντίδας [45].

Η ανάγκη που έχουν οι ασθενείς να αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις με τους νοσηλευτές τους καθώς και μία οικειότητα συνδέεται άμεσα με την κατανομή του χρόνου των νοσηλευτών. Συχνά, όπως και στην περίπτωση της χώρας μας, οι νοσηλευτές έχουν επιβαρυνόμενο ωράριο, με μεγάλο φόρτο εργασίας, πολλούς ασθενείς να φροντίζουν και μειωμένο χρόνο για να επιτελέσουν όλες αυτές τις λειτουργίες. Η νοσηλευτική δε σχετίζεται μόνο με τις τεχνικές δεξιότητες του επαγγελματία, αλλά κυρίως με την ικανότητά του να παρέχει φροντίδα, γεγονός που στην Ελλάδα θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από το Υπουργείο Υγείας, ώστε να κατανείμει το χρόνο των νοσηλευτών κατάλληλα, για να μπορούν να εξασκούν το βασικό τους ρόλο ως πάροχοι φροντίδας [45].

9. Αντίληψη φροντίδας σε “κλειστά” τμήματα νοσοκομείων

Η μελέτη των Mehrotra et al, 2013, εξετάζει την αντίληψη που έχουν για τη φροντίδα, ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 528 ασθενείς, οι οποίοι ρωτήθηκαν για την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στην εντατική μονάδα θεραπείας [46].

Οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σημείωσαν ότι η φροντίδα που έλαβαν στη συγκεκριμένη μονάδα θεραπείας ήταν συγκριτικά χειρότερη από την ποιότητα φροντίδας που λάμβαναν σε άλλες μονάδες, σε παρελθοντική τους νοσηλεία. Οι ασθενείς απέδωσαν την κακή ποιότητα φροντίδας που έλαβαν σε έλλειψη συντονισμού μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς ανέφεραν ότι υπήρχαν πολλές καθυστερήσεις στη χορήγηση της φροντίδας. Υπήρχαν ασθενείς που ανέφεραν ότι εκτός από την καθυστέρηση που υπήρχε, δεν υπήρχε και συνεννόηση μεταξύ του ιατρού και του νοσηλευτή. Τέλος, κάποιοι ασθενείς ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές ήταν ιδιαίτερα απομακρυσμένοι από τους ασθενείς και τους φέρονταν εντελώς απρόσωπα.

Παλαιότερες μελέτες για τις μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν φέρει ανάμικτα αποτελέσματα, με την πλειοψηφία των μελετών να δείχνουν ότι όσο περισσότερο απομονωμένοι ήταν οι ασθενείς, τόσο μεγαλύτερη ήταν και η πιθανότητα να παραπονεθούν για την ποιότητα της φροντίδας που λάμβαναν. Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι ασθενείς, επειδή συνήθως νοσηλεύονταν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και είχαν παράλληλα, σημαντικά και επικίνδυνα συμπτώματα για τους ίδιους, δήλωναν ότι δε λαμβάνονταν υπόψη οι προτιμήσεις και οι ανάγκες τους [47].

Στην Ελλάδα, η πρώτη απόπειρα για τη μελέτη της αντίληψης της φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό έγινε από τους Kotrotsiou E. et al (2014). Η ερευνητική ομάδα εισήγαγε για πρώτη φορά την κλίμακα NDI, μεταφράζοντας και στη συνέχεια εφαρμόζοντας την κλίμακα σε Έλληνες νοσηλευτές του νοσοκομείου της Λάρισας. Οι ίδιοι οι ερευνητές αιτιολογούν ότι η επιλογή του δείγματος έγινε καθαρά για να επιβεβαιωθεί πως η ερευνητική κλίμακα έχει μεταφερθεί και μεταφραστεί κατάλληλα

για τον Ελληνικό πληθυσμό. Από την κλίμακα προέκυψαν δύο υποκλίμακες, αυτή του κλινικού έργου και αυτή των αναγκών των ασθενών, τις οποίες και χρησιμοποιούμε στην παρούσα έρευνα και η αρχική κλίμακα μετονομάστηκε σε GR-NDI 24 [48]. Η πρώτη εκτεταμένη έρευνα που χρησιμοποίησε την κλίμακα GR-NDI 24 είναι αυτή των Fotiadou E. et al, 2016, οι οποίοι μελέτησαν την αντίληψη της φροντίδας από νοσηλευτές που εργάζονται σε μαθησιακά κέντρα για άτομα με ειδικές ανάγκες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι εργαζόμενοι που συμμετείχαν σημείωσαν μεγάλα σκορ στις υποκλίμακες της φροντίδας και του αλτρουισμού, ενώ δήλωσαν ότι είναι πολύ ή και απόλυτα ευχαριστημένοι με το αντικείμενο εργασίας τους. Οι νοσηλευτές δήλωσαν επίσης ότι όποια ανικανοποίηση από την εργασία τους, προέρχεται από το μισθό και λιγότερο από τις συνθήκες εργασίας τους. Στην έρευνα αυτή δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική παρατήρηση για τη διάκριση μεταξύ του κλινικού έργου και των αναγκών των ασθενών, όπως παρουσιάζονται στην αρχική κλίμακα [49]. Οι δύο αυτές έρευνες είναι πολύ πρόσφατες και παρέχουν μία πρώτη ματιά στον τομέα της φροντίδας και της εξατομικευμένης θεραπείας. Η διεξαγωγή περισσότερων εκτεταμένων ερευνών και σε διαφορετικές εγκαταστάσεις φροντίδας θα μπορούσαν να σκιαγραφήσουν τον Ελληνικό χώρο της φροντίδας με καλύτερο τρόπο και σε αυτήν την κατεύθυνση κινείται και η παρούσα έρευνα [49].

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η έρευνα των Watson R. Et al, 2003 ήταν η πρώτη που χρησιμοποίησε το ερευνητικό εργαλείο CDI-25, το οποίο αποτελεί πρόδρομο του εργαλείου NDI, που χρησιμοποιήθηκε στις Ελληνικές έρευνες, αλλά και στην παρούσα εργασία. Στην έρευνα των Watson et al. πραγματοποιήθηκε διερεύνηση στην αντίληψη της φροντίδας μεταξύ Βρετανών και Ισπανών νοσηλευτών. Ο λόγος που επιλέχθηκαν αυτές οι δύο χώρες είναι οι ιδιαίτερες πολιτισμικές διαφορές τους σε όλα τα επίπεδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπήρχαν αρκετές ομοιότητες στην αντίληψη που έχουν οι νοσηλευτές των δύο εθνικοτήτων για τη φροντίδα. Οι κοινές δηλώσεις συμπεριλάμβαναν την επεξήγηση της κλινικής διαδικασίας στον ασθενή, την παρουσία του νοσηλευτή κατά την κλινική διαδικασία, την καλή διάθεση να ακούσει τον ασθενή, να υπάρχει συννενοήση μεταξύ του νοσηλευτή και του θεράποντα ιατρού, την καθοδήγηση του ασθενούς στην αυτοφροντίδα και τη συμπερίληψή του στη φροντίδα, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης του

νοσηλευτή, την παροχή σιγουριάς για μία κλινική διαδικασία, το σεβασμό του προσωπικού χώρου και την παρατήρηση των επιδράσεων ενός φαρμάκου σε έναν ασθενή. Παρόλο που υπήρχαν όντως πολλές κοινές αντιλήψεις σχετικά με τη φροντίδα, η προτεραιότητά τους διέφερε στους νοσηλευτές των δύο χωρών, γεγονός το οποίο εξαρτάται από το εθνικό σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας [50].

--- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ---

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αντίληψης των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για την έννοια της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας καθώς επίσης και η διερεύνηση της σχέσης της με τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης ήταν τα εξής:

1. Πώς αντιλαμβάνονται οι Νοσηλευτές των ΤΕΠ την έννοια της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας;
2. Υπάρχει σχέση μεταξύ της αντίληψης για την έννοια της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών ΤΕΠ και ποια είναι αυτή;
3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της αντίληψης για την έννοια της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας και των εργασιακών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών ΤΕΠ και ποια είναι αυτή;

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχέδιο Μελέτης

Η μελέτη ανήκει στις Περιγραφικές μελέτες συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν Συγχρονικού τύπου ή Χρονικής στιγμής.

Πληθυσμός και Δείγμα

Τον Μελετώμενο Πληθυσμό αποτελούν Νοσηλευτές, ανεξαρτήτου επιπέδου εκπαίδευσης, που εργάζονται σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) δημόσιων Νοσοκομείων της χώρας. Το Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά n=190 Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης και πόλεων της Επαρχίας (Ιωάννινα, Λάρισα, Τρίκαλα, Καρδίτσα, Βόλος).

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν η Δειγματοληψία μη Πιθανότητας και συγκεκριμένα η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή των μονάδων του δείγματος ήταν αυτή της Δειγματοληψίας Ευκολίας. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την συμπλήρωση του δείγματος δεν τέθηκαν, πέραν του τμήματος εργασίας.

Ερευνητικά Εργαλεία

Για την συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό, πλήρως δομημένο και αυτοσυμπληρούμενο από τους συμμετέχοντες Ερωτηματολόγιο (Παράρτημα). Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δύο μέρη, τα εξής:

A. Έντυπο ατομικών χαρακτηριστικών. Το πρώτο μέρος περιελάμβανε την καταγραφή παραμέτρων σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ. Ειδικότερα τα μελετώμενα χαρακτηριστικά αφορούσαν: την ηλικία, το φύλο, την ύπαρξη μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, την οικογενειακή κατάσταση, την κατοχή εργασιακής θέσης ευθύνης, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη επαγγελματικής προϋπηρεσίας, την έδρα – πόλη του νοσοκομείου εργασίας, την ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας και την ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας.

B. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε την Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 («Nursing Dimensions Inventory questionnaire») των *Kotrotsiou et al.* (2014). Η Κλίμακα GR-NDI-24 προέκυψε μετά από την προσαρμογή

στα ελληνικά δεδομένα του Ερωτηματολογίου Φροντίδας NDI-35 των *Watson et al.* (1999). Το Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI) είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται διεθνώς στη βιβλιογραφία ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο αυτοαξιολόγησης των αντιλήψεων για την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα.

Η Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 αποτελείται από 24 δηλώσεις. Όλες οι δηλώσεις απαντώνται σε μια 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση σημείων από «Πολύ σημαντικό (1)» έως «Καθόλου σημαντικό (5)». Από την παραγοντική ανάλυση του GR-NDI-24 εξάγονται δύο Υποκλίμακες – Παράγοντες που αποτελούν τις Διαστάσεις της παρεχόμενης Νοσηλευτικής Φροντίδας. Η διάσταση «Κλινικό έργο (Clinical work)» με 17 δηλώσεις και η διάσταση «Ανάγκες ασθενών (Patient needs)» με 7 δηλώσεις. Κάθε Υποκλίμακα είναι ανεξάρτητη και η μέτρηση γίνεται ξεχωριστά για την κάθε μία, προσθέτοντας τη βαθμολογία των επιμέρους δηλώσεων (αθροιστικό σκορ). Το συνολικό σκορ της Κλίμακας κυμαίνεται από 24 έως 120 και για τις δύο Υποκλίμακες από 17 έως 85 για το «Κλινικό έργο» και από 7 έως 35 για τις «Ανάγκες ασθενών». Όσο μικρότερο είναι το σκορ τόσο περισσότερο ως σημαντική αξιολογείται η αντίληψη για την παρεχόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε δέκα (10) δημόσια Νοσοκομεία της χώρας κατά το 1^ο εξάμηνο του 2017. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους Νοσηλευτές που εργάζονταν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου αφού προηγήθηκε ενημέρωση για το σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Η συμμετοχή των Νοσηλευτών ήταν εθελοντική, ανώνυμη και διασφαλίστηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας.

Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με το λογισμικό πρόγραμμα “SPSS 19.0 for Windows”, χρησιμοποιώντας μεθόδους της Περιγραφικής και της Επαγωγικής Στατιστικής.

Συγκεκριμένα για την Περιγραφική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η κατανομή συχνοτήτων (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) για τις ποιοτικές μεταβλητές και οι εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς (μέση τιμή, διάμεσος τιμή, σταθερή απόκλιση, ελάχιστη και μέγιστη τιμή) για τις ποσοτικές μεταβλητές. Όσον αφορά την Επαγωγική ανάλυση για να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές στατιστικές δοκιμασίες (Mann-Whitney test και Kruskal-Wallis test για ανεξάρτητα δείγματα καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman) επειδή τα δείγματα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή.

Τα αθροιστικά σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 (Κλινικό έργο, Ανάγκες ασθενών και Σύνολο Κλίμακας) χρησιμοποιήθηκαν ως μέτρα έκβασης, δηλαδή εξαρτημένες μεταβλητές, των υπό διερεύνηση σχέσεων. Τα επίπεδα σημαντικότητας (p value) ήταν αμφίπλευρα και το επίπεδο της αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στην τιμή $p < 5\%$.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

A. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ατομικά χαρακτηριστικά και ικανοποίηση από την εργασία

Στους Πίνακες 1 και 2 παρουσιάζεται η κατανομή των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους και ως προς την ικανοποίηση από την εργασία τους.

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Ανδρας	35	18,4%

Γυναίκα	155	81,6%
Ηλικία (έτη)		
Mean ± St. Dev.	42,12 ± 7,55	
Min – Max	20 – 60	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	38	20,0%
Έγγαμος/η	135	71,1%
Διαζευγμένος/η	13	6,8%
Χήρος/α	4	2,1%
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
ΔΕ	67	35,3%
ΤΕ	119	62,6%
ΠΕ	4	2,1%
Μεταπτυχιακός τίτλος		
Ναι	21	11,1%
Όχι	169	88,9%
Εργασιακή θέση ευθύνης		
Ναι	14	7,4%
Όχι	176	92,6%
Επαγγελματική προϋπηρεσία (έτη)		
1 - 5	17	8,9%

6 - 10	31	16,3%
11 - 15	38	20,0%
16 - 20	42	22,1%
>20	62	32,6%
Έδρα – Πόλη Νοσοκομείου		
Αθήνα	64	33,7%
Θεσσαλονίκη	13	6,8%
Άλλες πόλεις	113	59,5%

Από τον Πίνακα 1 σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος προκύπτει ότι, το 81,6% ήταν γυναίκες και το 18,4% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20 έως 60 ετών με μέση τιμή τα 42,12 έτη (SD=7,55). Το 71,1% των Νοσηλευτών ήταν έγγαμοι, το 20,0% άγαμοι και το 8,9% διαζευγμένοι / χήροι.

Αναφορικά με τα εκπαιδευτικά τους χαρακτηριστικά το 64,7% ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ / ΤΕ) και το 35,3% Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΕ), ενώ το 11,1% των Νοσηλευτών κατείχε κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Σχετικά με τα εργασιακά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών το 92,6% δεν κατείχε θέση ευθύνης στην εργασία τους ενώ το 7,4% κατείχε θέση ευθύνης. Επαγγελματική προϋπηρεσία από 1 έως 10 έτη είχε το 25,2% των Νοσηλευτών, από 11 έως 20 έτη το 42,1% και πάνω από 20 έτη το 32,6%. Από τους συνολικά 190 Νοσηλευτές ΤΕΠ του δείγματος το 59,5% εργάζονταν σε Νοσοκομεία της Επαρχίας (Ιωάννινα, Λάρισα, Τρίκαλα, Καρδίτσα, Βόλος), το 33,7% σε Νοσοκομεία της Αθήνας και το 6,8% της Θεσσαλονίκης.

Πίνακας 2: Ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από την εργασία τους (n=190).

Εργασιακή Ικανοποίηση	n	%
Ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας		
Καθόλου	1	0,5%
Λίγο	13	6,8%
Μέτρια	66	34,7%
Πολύ	75	39,5%
Πάρα πολύ	35	18,4%
Mean ± St. Dev.	2,68 ± 0,87	
Min – Max	0 – 4	
Ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας		
Καθόλου	6	3,2%
Λίγο	17	8,9%
Μέτρια	85	44,7%
Πολύ	60	31,6%
Πάρα πολύ	22	11,6%
Mean ± St. Dev.	2,39 ± 0,92	
Min – Max	0 – 4	

Κλίμακα μέτρησης: 0 (Καθόλου) έως 4 (Πάρα πολύ).

Από τον Πίνακα 2 σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος προκύπτει ότι, η πλειονότητα των Νοσηλευτών 57,9% δήλωσε πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας τους, ενώ μόνο το 7,3% δήλωσε λίγο ή καθόλου. Στην 5βαθμη κλίμακα μέτρησης η

μέση τιμή της ικανοποίησης από το αντικείμενο της εργασίας ήταν 2,68 (SD=0,87), τιμή μεγαλύτερη του σημείου «Μέτρια».

Επίσης με μικρότερο ποσοστό 43,2% οι Νοσηλευτές δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη θέση της εργασίας τους, ενώ ένα σημαντικό μέρος τους 12,1% δήλωσε λίγο ή καθόλου. Στην 5βαθμη κλίμακα μέτρησης η μέση τιμή της ικανοποίησης από τη θέση της εργασίας ήταν 2,39 (SD=0,92), τιμή μεγαλύτερη του σημείου «Μέτρια».

Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24

Στους Πίνακες 3 και 4 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 («Nursing Dimensions Inventory questionnaire») των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος.

Πίνακας 3: Δηλώσεις της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Δηλώσεις Κλίμακας			
Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24	Υποκλίμακα	Mean ± St. Dev.	Min – Max
α.α. 1	Κλινικό έργο	2,15 ± 1,35	1 – 5
α.α. 2	Κλινικό έργο	1,61 ± 1,17	1 – 5
α.α. 3	Ανάγκες ασθενών	2,36 ± 1,39	1 – 5
α.α. 4	Κλινικό έργο	1,46 ± 1,03	1 – 5
α.α. 5	Ανάγκες ασθενών	2,47 ± 1,24	1 – 5
α.α. 6	Κλινικό έργο	1,81 ± 1,23	1 – 5
α.α. 7	Κλινικό έργο	1,57 ± 1,15	1 – 5
α.α. 8	Ανάγκες ασθενών	2,47 ± 1,44	1 – 5

α.α. 9	Κλινικό έργο	2,18 ± 1,25	1 – 5
α.α. 10	Ανάγκες ασθενών	2,32 ± 1,30	1 – 5
α.α. 11	Κλινικό έργο	1,84 ± 1,20	1 – 5
α.α. 12	Κλινικό έργο	1,84 ± 1,20	1 – 5
α.α. 13	Κλινικό έργο	1,85 ± 1,21	1 – 5
α.α. 14	Ανάγκες ασθενών	2,66 ± 1,29	1 – 5
α.α. 15	Ανάγκες ασθενών	2,97 ± 1,28	1 – 5
α.α. 16	Κλινικό έργο	1,96 ± 1,26	1 – 5
α.α. 17	Κλινικό έργο	1,82 ± 1,17	1 – 5
α.α. 18	Κλινικό έργο	1,74 ± 1,14	1 – 4
α.α. 19	Κλινικό έργο	1,68 ± 1,20	1 – 5
α.α. 20	Κλινικό έργο	1,53 ± 1,08	1 – 5
α.α. 21	Κλινικό έργο	1,83 ± 1,17	1 – 5
α.α. 22	Κλινικό έργο	1,57 ± 1,10	1 – 5
α.α. 23	Ανάγκες ασθενών	2,56 ± 1,51	1 – 5
α.α. 24	Κλινικό έργο	1,46 ± 1,04	1 – 5

Κλίμακα μέτρησης: 1 (Πολύ σημαντικό) έως 5 (Καθόλου σημαντικό).

Από τον Πίνακα 3 σχετικά με τις απαντήσεις των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος στις δηλώσεις της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 προκύπτει ότι, όλες οι 17 δηλώσεις της Υποκλίμακας «Κλινικό έργο» είχαν μικρότερη μέση τιμή απαντήσεων, δηλαδή μεγαλύτερη σημαντικότητα, από όλες τις 7 δηλώσεις της Υποκλίμακας «Ανάγκες ασθενών». Με άλλα λόγια οι

Νοσηλευτές έδιναν μεγαλύτερη σημαντικότητα στα στοιχεία που απαρτίζουν το «Κλινικό έργο» απ' ότι τις «Ανάγκες ασθενών». Επίσης σε όλες τις 24 δηλώσεις της Κλίμακας η μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν από τους Νοσηλευτές ήταν μικρότερες του 3, το οποίο αποτελεί το μεσαίο σημείο της 5βαθμης κλίμακας μέτρησης, γεγονός που δείχνει την αυξημένη σημαντικότητα που αποδίδουν οι Νοσηλευτές σε όλα τα στοιχεία της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας.

Σχετικά με την Υποκλίμακα «Κλινικό έργο» τη μικρότερη μέση τιμή των απαντήσεων των Νοσηλευτών, δηλαδή τη μεγαλύτερη σημαντικότητα, παρουσίαζαν οι εξής δηλώσεις:

- η δήλωση 4 «*Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή*» ($1,46 \pm 1,03$),
- η δήλωση 24 «*Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία*» ($1,46 \pm 1,04$),
- η δήλωση 20 «*Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή*» ($1,53 \pm 1,08$),
- η δήλωση 7 «*Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή*» ($1,57 \pm 1,15$),
- η δήλωση 22 «*Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)*» ($1,57 \pm 1,10$) και
- η δήλωση 2 «*Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία*» ($1,61 \pm 1,17$).

Σχετικά με την Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών» τη μικρότερη μέση τιμή των απαντήσεων των Νοσηλευτών, δηλαδή τη μεγαλύτερη σημαντικότητα, παρουσίαζαν οι εξής δηλώσεις:

- η δήλωση 10 «*Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα*» ($2,32 \pm 1,30$),
- η δήλωση 3 «*Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά*» ($2,36 \pm 1,39$),
- η δήλωση 5 «*Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή*» ($2,47 \pm 1,24$) και
- η δήλωση 8 «*Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της*» ($2,47 \pm 1,44$).

Πίνακας 4: Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Κλίμακα Νοσηλευτικής				
Φροντίδας GR-NDI-24	Cronbach's Alpha	Mean ± St. Dev.	Median	Min – Max
- Κλινικό έργο (θεωρητικό εύρος: 17 - 85)	0,93	29,90 ± 13,89	25,00	17 - 81
- Ανάγκες ασθενών (θεωρητικό εύρος: 7 - 35)	0,83	17,82 ± 6,65	17,50	7 – 34
- Σύνολο Κλίμακας (θεωρητικό εύρος: 24 - 120)	0,94	47,72 ± 18,99	42,50	24 - 113

Ο συντελεστής Cronbach's Alpha (α) εφαρμόστηκε για να αξιολογηθεί η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24. Ο συντελεστής α βρέθηκε 0,94 για το Σύνολο της Κλίμακας, 0,93 για την Υποκλίμακα «Κλινικό έργο» και 0,83 για την Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών». Οι τιμές όλων των συντελεστών α ήταν $>0,70$ γεγονός που φανερώνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων που απαρτίζουν τόσο το Σύνολο της Κλίμακας όσο και των Υποκλιμάκων της (Πίνακας 4).

Το ολικό σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 κυμαίνονταν από 24 έως 113 με μέση τιμή 47,72 (SD=18,99) και διάμεσο

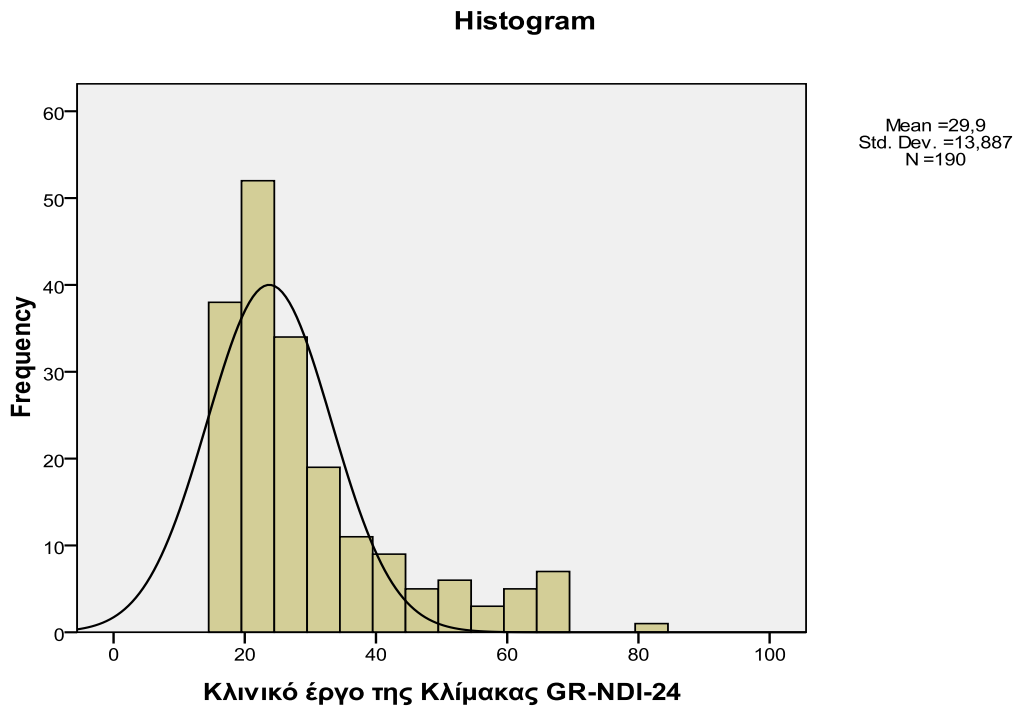
τιμή 42,50. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν κατά πολύ μικρότερες της τιμής 72 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων, γεγονός που δηλώνει ότι η πλειονότητα των Νοσηλευτών ΤΕΠ αξιολογούσε ως ιδιαίτερα σημαντική την Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (Πίνακας 4).

Στην Υποκλίμακα «Κλινικό έργο» το σκορ κυμαίνονταν από 17 έως 81 με μέση τιμή 29,90 (SD=13,89) και διάμεσο τιμή 25,00. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν κατά πολύ μικρότερες της τιμής 51 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων, γεγονός που δηλώνει ότι η πλειονότητα των Νοσηλευτών ΤΕΠ αξιολογούσε ως ιδιαίτερα σημαντικό το «Κλινικό έργο» της Νοσηλευτικής Φροντίδας (Πίνακας 4).

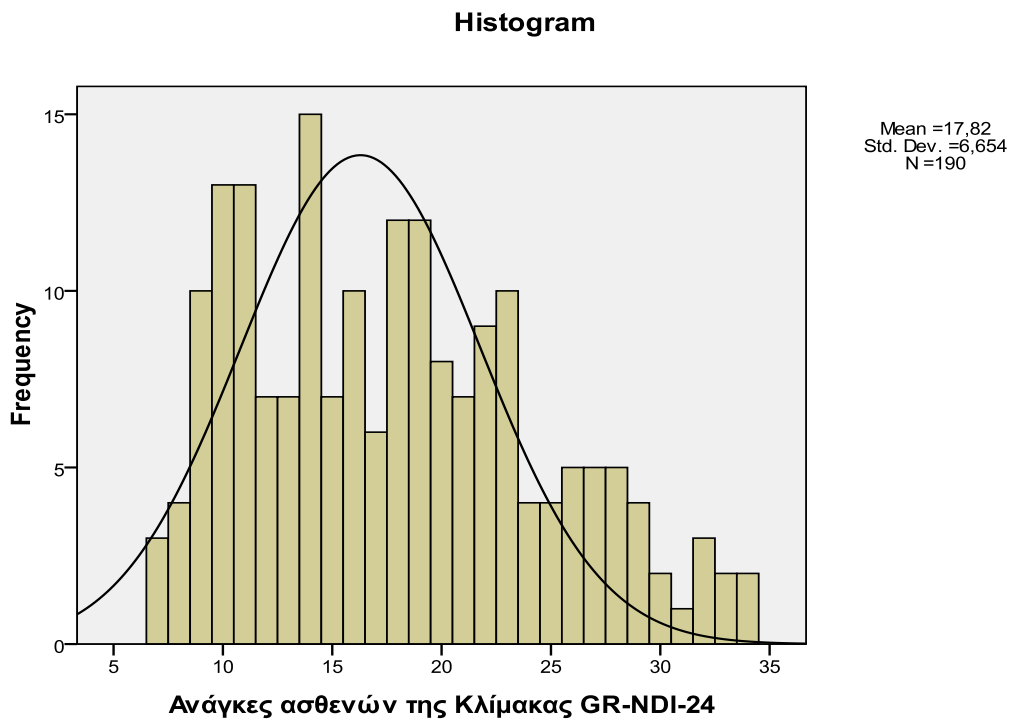
Στην Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών» το σκορ κυμαίνονταν από 7 έως 34 με μέση τιμή 17,82 (SD=6,65) και διάμεσο τιμή 17,50. Τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή ήταν μικρότερες της τιμής 21 που αντιστοιχεί στο μεσαίο σημείο της κλίμακας μέτρησης των απαντήσεων, γεγονός που δηλώνει ότι η πλειονότητα των Νοσηλευτών ΤΕΠ αξιολογούσε ως σημαντική τις «Ανάγκες ασθενών» της Νοσηλευτικής Φροντίδας (Πίνακας 4).

Συγκριτικά για τις δύο Υποκλίμακες της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24, η μέση τιμή του σκορ ανά δήλωση ήταν για το «Κλινικό έργο» 1,76 (29,90/17) και για τις «Ανάγκες ασθενών» 2,55 (17,82/7), γεγονός που δείχνει ότι οι Νοσηλευτές ΤΕΠ αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντικό το «Κλινικό έργο» απ' ότι τις «Ανάγκες ασθενών» (Πίνακας 4).

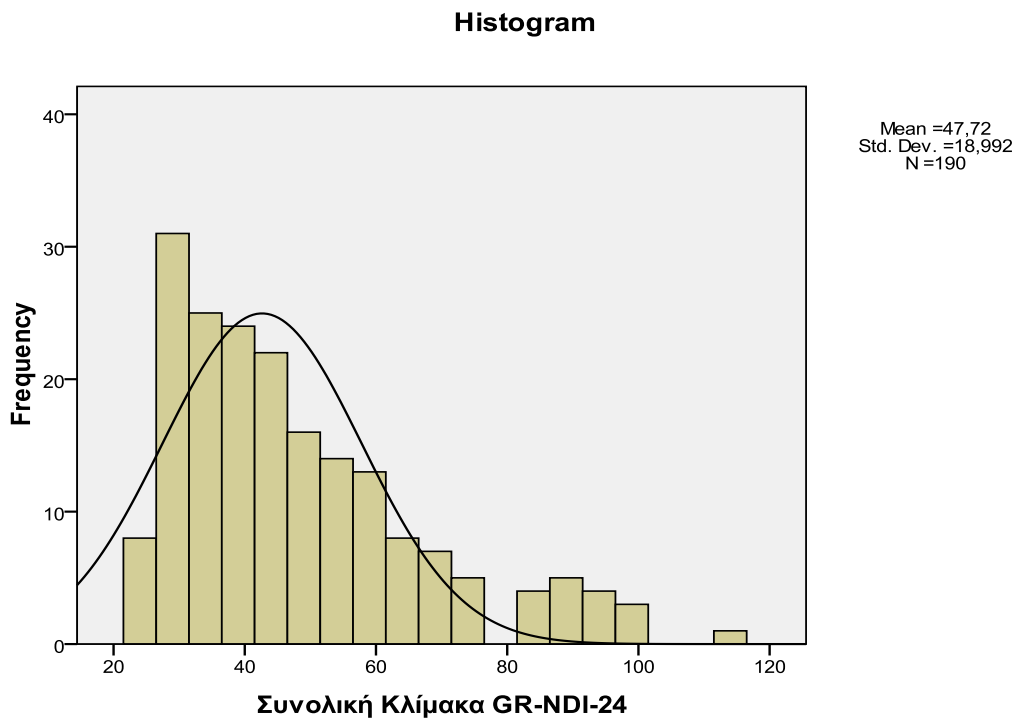
Στα Γραφήματα που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα ιστογράμματα συχνότητας της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 («Nursing Dimensions Inventory questionnaire») των 190 Νοσηλευτών ΤΕΠ.



Σχήμα 1: Ιστόγραμμα συχνότητας της Υποκλίμακας «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.



Σχήμα 2: Ιστόγραμμα συχνότητας της Υποκλίμακας «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.



Σχήμα 3: Ιστόγραμμα συχνότητας της Συνολικής Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.

B. ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σχέση Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 και χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών

Στους Πίνακες 5 έως 7 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των αθροιστικών σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 (*εξαρτημένες μεταβλητές*: Κλινικό έργο, Ανάγκες ασθενών, Σύνολο Κλίμακας) με τα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος (*ανεξάρτητες μεταβλητές*).

Πίνακας 5: Συσχέτιση της Υποκλίμακας «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 με τα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Χαρακτηριστικά	«Κλινικό έργο»		U / χ^2 / r_s	P value
	Mean \pm SD	Median		
Φύλο			U=2.147,5	0,050
Άνδρας	33,54 \pm 15,20	29,00		
Γυναίκα	29,08 \pm 13,49	25,00		
Ηλικία (έτη)			$r_s=-0,144$	0,048
Οικογενειακή κατάσταση			$\chi^2=2,164$	0,339
Άγαμος/η	32,34 \pm 15,45	29,50		
Έγγαμος/η	29,96 \pm 14,03	25,00		
Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	23,94 \pm 4,99	23,00		
Επίπεδο Εκπαίδευσης			U=4.118,0	0,994
ΔΕ	30,81 \pm 15,18	25,00		
ΤΕ/ΠΕ	29,41 \pm 13,17	25,00		
Μεταπτυχιακός τίτλος			U=1.517,0	0,278

Ναι	26,76 ± 13,62	25,00		
Όχι	30,29 ± 13,91	25,00		
Εργασιακή θέση ευθύνης			U=1.061,5	0,389
Ναι	25,86 ± 8,90	23,00		
Όχι	30,22 ± 14,18	25,00		
Επαγγελματική προϋπηρεσία (έτη)			U=3.176,0	0,026
≤20	31,29 ± 14,51	26,00		
>20	27,03 ± 12,12	23,00		
Έδρα – Πόλη Νοσοκομείου			U=3.447,0	0,015
Αθήνα/Θεσσαλονίκη	27,90 ± 13,85	22,00		
Άλλες πόλεις	31,27 ± 13,81	27,00		
Ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας			r _s =-0,185	0,011
Ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας			r _s =-0,185	0,011

Από τον Πίνακα 5 προκύπτουν τα εξής:

- Το **φύλο** των Νοσηλευτών ΤΕΠ σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,050$). Ειδικότερα οι γυναίκες Νοσηλεύτριες ΤΕΠ εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντικό το «Κλινικό έργο» από τους άνδρες Νοσηλευτές ΤΕΠ.
- Η **ηλικία** των Νοσηλευτών ΤΕΠ σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,048$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των Νοσηλευτών ΤΕΠ τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,144$).
- Τα **έτη της επαγγελματικής προϋπηρεσίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,026$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντικό το «Κλινικό έργο» από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας.
- Η **έδρα – πόλη του Νοσοκομείου** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,015$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία της Αθήνας/Θεσσαλονίκης εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντικό το «Κλινικό έργο» από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία πόλεων της Επαρχίας.
- Η **ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,011$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από το αντικείμενο της εργασίας τους τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,185$).

- Η ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,011$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από τη θέση της εργασίας τους τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,185$).
- Τα άλλα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ δεν σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.

Πίνακας 6: Συσχέτιση της Υποκλίμακας «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 με τα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Χαρακτηριστικά	«Ανάγκες ασθενών»		U / χ^2 / r_s	P value
	Mean \pm SD	Median		
Φύλο			U=2.329,0	0,191
Άνδρας	19,43 \pm 7,75	18,00		
Γυναίκα	17,45 \pm 6,35	17,00		
Ηλικία (έτη)			$r_s=-0,176$	0,015
Οικογενειακή κατάσταση			$\chi^2=0,579$	0,749
Άγαμος/η	18,61 \pm 7,25	19,00		
Έγγαμος/η	17,64 \pm 6,70	17,00		
Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	17,47 \pm 4,85	19,00		

Επίπεδο Εκπαίδευσης			U=4.031,0	0,805
ΔΕ	18,01 ± 6,97	18,00		
ΤΕ/ΠΕ	17,71 ± 6,50	17,00		
Μεταπτυχιακός τίτλος			U=1.422,5	0,138
Ναι	15,86 ± 6,05	14,00		
Όχι	18,06 ± 6,70	18,00		
Εργασιακή θέση ευθύνης			U=1.029,0	0,305
Ναι	15,79 ± 4,82	17,00		
Όχι	17,98 ± 6,76	17,50		
Επαγγελματική προϋπηρεσία (έτη)			U=3.020,0	0,008
≤20	18,75 ± 6,93	18,00		
>20	15,89 ± 5,62	16,00		
Έδρα – Πόλη Νοσοκομείου			U=3.643,5	0,050
Αθήνα/Θεσσαλονίκη	16,70 ± 6,34	15,00		
Άλλες πόλεις	18,58 ± 6,78	18,00		
Ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας			r _s =-0,084	0,250
Ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας			r _s =-0,161	0,026

Από τον Πίνακα 6 προκύπτουν τα εξής:

- Η **ηλικία** των Νοσηλευτών ΤΕΠ σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,015$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των Νοσηλευτών ΤΕΠ τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,176$).
- Τα **έτη της επαγγελματικής προϋπηρεσίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,008$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντική τις «Ανάγκες ασθενών» από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας.
- Η **έδρα – πόλη του Νοσοκομείου** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,050$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία της Αθήνας/Θεσσαλονίκης εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντική τις «Ανάγκες ασθενών» από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία πόλεων της Επαρχίας.
- Η **ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,026$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από τη θέση της εργασίας τους τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,161$).
- Τα άλλα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ δεν σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.

Πίνακας 7: Συσχέτιση της Συνολικής Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 με τα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

Χαρακτηριστικά	«Σύνολο Κλίμακας»		U / χ^2 / r_s	P value
	Mean \pm SD	Median		
Φύλο			U=2.198,5	0,080
Άνδρας	52,97 \pm 21,07	47,00		
Γυναίκα	46,53 \pm 18,36	42,00		
Ηλικία (έτη)			r_s =-0,158	0,030
Οικογενειακή κατάσταση			χ^2 =1,088	0,581
Άγαμος/η	50,95 \pm 21,74	48,00		
Έγγαμος/η	47,60 \pm 19,04	42,00		
Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	41,41 \pm 8,06	42,00		
Επίπεδο Εκπαίδευσης			U=4.058,0	0,863
ΔΕ	48,82 \pm 20,76	43,00		
ΤΕ/ΠΕ	47,11 \pm 18,02	42,00		
Μεταπτυχιακός τίτλος			U=1.421,5	0,137

Ναι	42,62 ± 18,92	40,00		
Όχι	48,35 ± 18,96	44,00		
Εργασιακή θέση ευθύνης			U=1.045,0	0,345
Ναι	41,64 ± 12,06	39,00		
Όχι	48,20 ± 19,38	43,00		
Επαγγελματική προϋπηρεσία (έτη)			U=3.093,0	0,014
≤20	50,04 ± 19,92	45,50		
>20	42,92 ± 16,02	39,00		
Έδρα – Πόλη Νοσοκομείου			U=3.488,5	0,020
Αθήνα/Θεσσαλονίκη	44,60 ± 18,66	39,00		
Άλλες πόλεις	49,84 ± 19,00	47,00		
Ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας			r _s =-0,155	0,033
Ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας			r _s =-0,189	0,009

Από τον Πίνακα 7 προκύπτουν τα εξής:

- Το **φύλο** των Νοσηλευτών ΤΕΠ σχετίζονταν οριακά στατιστικά σημαντικά, στο επίπεδο του 10%, με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,080$). Ειδικότερα οι γυναίκες Νοσηλεύτριες ΤΕΠ εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντική τη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα από τους άνδρες Νοσηλευτές ΤΕΠ.
- Η **ηλικία** των Νοσηλευτών ΤΕΠ σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,030$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ηλικία των Νοσηλευτών ΤΕΠ τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,158$).
- Τα **έτη της επαγγελματικής προϋπηρεσίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,014$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντική τη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ με λιγότερα έτη προϋπηρεσίας.
- Η **έδρα – πόλη του Νοσοκομείου** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,020$). Ειδικότερα οι Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία της Αθήνας/Θεσσαλονίκης εμφάνιζαν μικρότερες τιμές σκορ και άρα αξιολογούσαν ως περισσότερο σημαντική τη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα από τους Νοσηλευτές ΤΕΠ που εργάζονταν σε Νοσοκομεία πόλεων της Επαρχίας.
- Η **ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,033$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από το αντικείμενο της εργασίας τους τόσο μειώνονταν το

σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,155$).

- Η **ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($p=0,009$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν η ικανοποίηση των Νοσηλευτών ΤΕΠ από τη θέση της εργασίας τους τόσο μειώνονταν το σκορ και άρα αυξάνονταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (ασθενής αρνητική σχέση, $r_s=-0,189$).
- Τα άλλα χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών ΤΕΠ δεν σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τη Συνολική Κλίμακα αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.

Σχέση των διαστάσεων της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαστάσεων (Υποκλιμάκων) της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος.

Πίνακας 8: Συσχέτιση των διαστάσεων της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 των Νοσηλευτών ΤΕΠ (n=190).

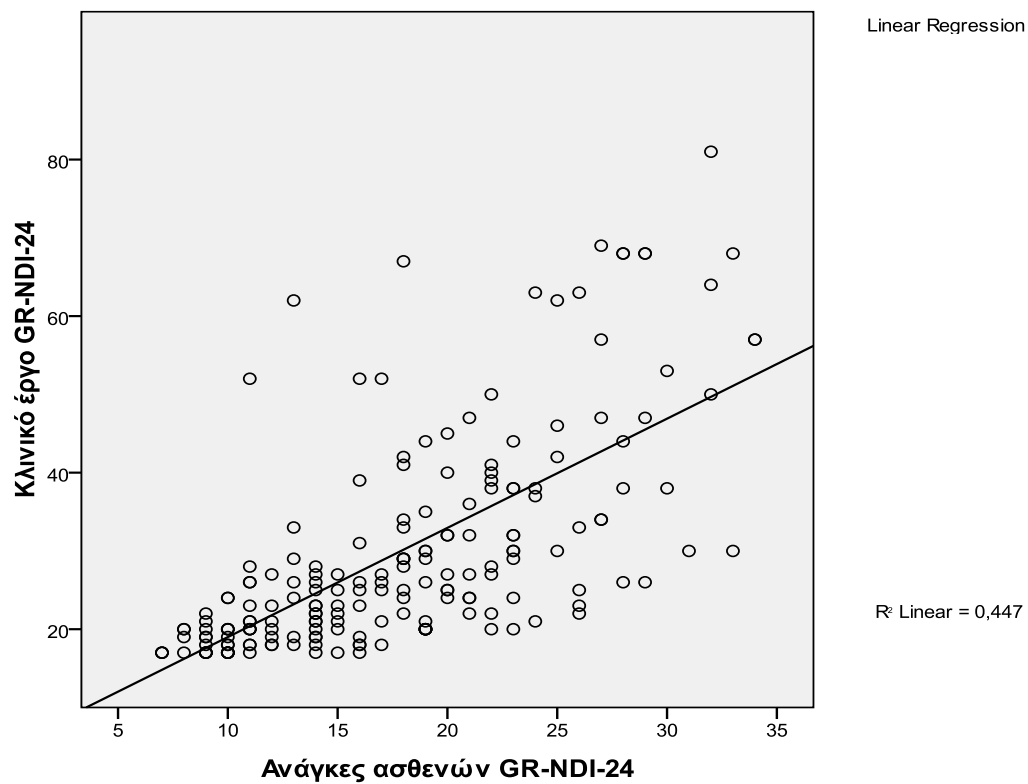
Κλίμακα Νοσηλευτικής			
Φροντίδας GR-NDI-24	Κλινικό έργο	Ανάγκες ασθενών	Σύνολο Κλίμακας
Κλινικό έργο	1	0,725*	0,949*
Ανάγκες ασθενών		1	0,887*
Σύνολο Κλίμακας			1

* $p<0,001$

Συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r_s)

Από τον Πίνακα 8 προκύπτουν τα εξής:

- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της διάστασης «Κλινικό έργο» και της διάστασης «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($r_s=0,725$ και $p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν το σκορ στο «Κλινικό έργο» τόσο αυξάνονταν το σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» (και αντίστροφα). Το Γράφημα της ανωτέρω σχέσης φαίνεται στο Σχήμα 4.
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της διάστασης «Κλινικό έργο» και της Συνολικής Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($r_s=0,949$ και $p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν το σκορ στο «Κλινικό έργο» τόσο αυξάνονταν το σκορ στη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (και αντίστροφα).
- Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της διάστασης «Ανάγκες ασθενών» και της Συνολικής Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 ($r_s=0,887$ και $p<0,001$). Ειδικότερα όσο αυξάνονταν το σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» τόσο αυξάνονταν το σκορ στη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα (και αντίστροφα).



Σχήμα 4: Διάγραμμα σκεδασμού της διάστασης «Κλινικό έργο» με την διάσταση «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24.

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία θελήσαμε να εξετάσουμε τις στάσεις των νοσηλευτών ΤΕΠ ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών από διαφορετικά νοσοκομεία της Ελλάδας. Επιπλέον, σύμφωνα με τις τρέχουσες θεωρίες νοσηλευτικής φροντίδας που υιοθετούν μία περισσότερο ολιστική προσέγγιση, θελήσαμε να μελετήσουμε κατά πόσο οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στις ανάγκες των ασθενών ή στο κλινικό έργο.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι στην παρούσα έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (81,6% έναντι του 18,4% που ήταν άνδρες), γεγονός που συνάδει με την κλασική θεωρία της φροντίδας όπου η νοσηλευτική θεωρείται ένα θηλυκό επάγγελμα, καθώς οι γυναίκες πιστεύεται ότι είναι οι καταλληλότερες στην παροχή φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες.

Από τους συμμετέχοντες, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΠΕ / ΤΕ), ένα εύρημα που δίνει μία ιδιαίτερη διάσταση στη φύση της νοσηλευτικής και της παροχής φροντίδας από μόνο του. Παρόλο που δεν απουσιάζουν ανώτερες και κατώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης στην παρούσα έρευνα, η στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων –σε μεγάλο ποσοστό- με νοσηλευτές Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είναι πιθανότερο να σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα στην παροχή φροντίδας, όπως υποστηρίζεται και από άλλες έρευνες [51], ακόμη κι αν δεν απασχολούνται σε κάποια θέση ευθύνης (92,6% δεν κατείχε θέση ευθύνης στην εργασία τους).

Τα πρώτα ερωτήματα της έρευνας αφορούσαν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το αντικείμενο εργασίας τους και τη θέση εργασίας τους. Η ανάλυση έδειξε ότι και για τα δύο ερωτήματα, ο μέσος όρος των απαντήσεων κυμάνθηκαν σε επίπεδα μέτριας ικανοποίησης, γεγονός που μπορεί να ερμηνευτεί από πολλές παραμέτρους, όπως η οικονομική κρίση που υπάρχει στη χώρα μας, η έλλειψη προσωπικού και η δυσαναλογία νοσηλευτών- ασθενών.

Σχετικά με τις απαντήσεις των Νοσηλευτών ΤΕΠ του δείγματος στις δηλώσεις της Κλίμακας αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 προκύπτει ότι οι Νοσηλευτές φαίνεται πώς δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο «Κλινικό έργο» απ' ότι τις «Ανάγκες ασθενών», αν και θεωρούν ιδιαίτερης σημαντικότητας τις ανάγκες των ασθενών επίσης. Το συγκεκριμένο εύρημα επίσης δεν είναι παράξενο, καθώς οι νοσηλευτές ΤΕΠ καλούνται να φέρουν σε πέρας ένα δύσκολο καθήκον. Το καθήκον τους αυτό, δηλαδή, η αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών, συχνά γίνεται κάτω από οργανωτικά δύσκολες συνθήκες, με πολλές ελλείψεις και μεγάλο εργασιακό φόρτο. Οι δηλώσεις που συγκέντρωσαν το μικρότερο μέσο όρο, δηλαδή, «*Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή*», «*Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία*», «*Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή*», «*Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή*» και «*Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία*» επιβεβαιώνουν τον παραπάνω ισχυρισμό, υποδεικνύοντας ότι παρόλο που οι νοσηλευτές ενδιαφέρονται για όλες τις πτυχές του καθήκοντός τους, δεν υπάρχει επαρκής χρόνος για τη θεραπεία του ασθενούς.

Η επαγωγική ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε κάποιες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις μεταξύ των εξεταζόμενων παραμέτρων. Αρχικά, εξετάστηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με το κλινικό έργο και στη συνέχεια αυτοί που σχετίζονται με τη φροντίδα των ασθενών.

Η πρώτη παράμετρος που συσχετίστηκε με το κλινικό έργο είναι το φύλο των νοσηλευτών. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ήταν αυτές που χαρακτήρισαν το κλινικό έργο ως περισσότερο σημαντικό. Στη συνέχεια, παρατηρήθηκε ότι και η ηλικία των εργαζόμενων συσχετίστηκε με τη σημαντικότητα του κλινικού έργου. Είναι άξιο να σημειωθεί ότι η συσχέτιση που προέκυψε ήταν αρνητική. Αυτή η παρατήρηση μεταφράζεται υποδεικνύοντας ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία των νοσηλευτών, τόσο μειώνεται το σκορ του κλινικού έργου γι' αυτούς. Αντίστοιχα, τα έτη προϋπηρεσίας συσχετίστηκαν σημαντικά με το κλινικό έργο. Ο συνδυασμός των δύο προηγούμενων παραμέτρων μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι με το πέρασμα των ετών, οι νοσηλευτές μπορούν να αντιληφθούν σε μεγαλύτερο βαθμό την αξία και τη σημαντικότητα του κλινικού έργου. Παρόλα αυτά, οι ίδιοι δεν έχουν την πίεση ενός

νέου επαγγελματία για να αποδείξουν την αξία τους και εξαιτίας αυτής της στάσης μπορούν να επιτελούν το καθήκον τους με μεγαλύτερη άνεση. Επιπλέον, η έδρα του νοσοκομείου φάνηκε ότι αποτελεί άλλη μία σημαντική παράμετρο για το κλινικό έργο. Συγκεκριμένα, στις δύο μεγάλες πόλεις, την Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, το κλινικό έργο θεωρείται σημαντικό. Σε αυτές τις πόλεις, οι νοσηλευτές έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με ένα μεγάλο εύρος περιστατικών, πολλά από τα οποία είναι σοβαρά, κάτι που δε συμβαίνει το ίδιο συχνά στις επαρχιακές πόλεις. Είναι εμφανής λοιπόν, η ανάγκη να ανταπεξέλθουν στην αμεσότητα ενός περιστατικού. Αυτή η αναγκαιότητα μπορεί να λειτουργήσει ως εμπόδιο στην εξάσκηση μίας περισσότερο ολιστικής μορφής νοσηλείας. Τέλος, η ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας συσχετίστηκαν με το κλινικό έργο, καθώς όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας, τόσο περισσότερο σημαντικό θεωρείται το κλινικό έργο. Θεωρείται γενικά ότι οι νοσηλευτές που είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τη θέση και το αντικείμενο εργασίας είναι αυτοί που κατέχουν διοικητικές θέσεις. Οι εργαζόμενοι σε διοικητικές θέσεις δεν έρχονται σε καθημερινή επαφή με επείγοντα περιστατικά, αλλά έχουν το χρόνο να σχεδιάσουν και να προσπαθήσουν να εφαρμόσουν θεραπευτικά πλάνα που στηρίζονται σε επικρατείς νοσηλευτικές θεωρίες, όπως αυτή της ολιστικής θεραπευτικής. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η σημαντικότητα του κλινικού έργου εντοπίζεται στη σκοπιά από την οποία το βλέπει ο νοσηλευτής και από τις επιμέρους παραμέτρους που έχουν συνθέσει την επαγγελματική του ταυτότητα μέσα στο χώρο.

Αντίστοιχα, η υποκλίμακα των αναγκών των ασθενών έδειξε ότι οι παράμετροι της ηλικίας των νοσηλευτών, της επαγγελματικής προϋπηρεσίας, της έδρας του νοσοκομείου και της ικανοποίησης από τη θέση εργασίας εμφάνισαν σημαντικές συσχετίσεις. Αναλυτικά, η ίδια εικόνα που παρουσίασε η συσχέτιση της ηλικίας των νοσηλευτών και η σημαντικότητα του κλινικού έργου, φαίνεται να υπάρχει και για τις ανάγκες των ασθενών. Συνεπώς, μέσα από την παρούσα έρευνα φαίνεται ότι η αυξημένη ηλικία των νοσηλευτών παίζει γενικότερα έναν θετικό ρόλο στο ενδιαφέρον τους για το κλινικό έργο και τις ανάγκες των ασθενών. Η εμπειρία τους είναι ιδιαίτερα αυξημένη και ταυτόχρονα, οι δυσκολίες και τα εμπόδια του

επαγγέλματός τους φαίνεται να τους ευαισθητοποιούν σε γενικότερο βαθμό. Αντίστοιχη εικόνα με την προηγούμενη υποκλίμακα έδειξε και η παράμετρος της επαγγελματικής προϋπηρεσίας, καθώς οι νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας θεώρησαν σημαντικές τις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, ανιχνεύθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της έδρας του νοσοκομείου και της ικανοποίησης του προσωπικού από τη θέση εργασίας. Και σε αυτήν την υποκλίμακα, όσο μεγαλύτερη η πόλη και όσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση από τη θέση εργασίας, τόσο περισσότερο σημαντικές θεωρούνται οι ανάγκες των ασθενών.

Τέλος, εξετάστηκε συνολικά η κλίμακα για τυχόν συσχετίσεις με τις εξεταζόμενες παραμέτρους. Οι παράμετροι της ηλικίας, τα έτη της επαγγελματικής προϋπηρεσίας, η έδρα του νοσοκομείου και η ικανοποίηση από τη θέση και το αντικείμενο της εργασίας συσχετίστηκαν με την κλίμακα συνολικά με τον ίδιο τρόπο που συσχετίστηκαν στις υποκλίμακες.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μία καινούρια κίνηση στη νοσηλευτική μελέτη για την Ελλάδα. Δεν έχουν υπάρξει στο παρελθόν αντίστοιχες έρευνες στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας, συνεπώς υπάρχει έλλειψη Ελληνικής βιβλιογραφίας που θα επέτρεπε τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μας με αυτά άλλων μελετητών. Η ερευνητική κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε, έχει σταθμιστεί από τους Kotrotsiou E. et al, (2014) και για πρώτη φορά έχει αναλυθεί από τους Fotiadou E. et al (2015). Η μόνη σύγκριση που μπορεί να γίνει είναι με αυτή της τελευταίας έρευνας. Σύμφωνα με την έρευνα των Fotiadou E. et al, σε νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται σε εγκαταστάσεις για άτομα με ειδικές ανάγκες, φαίνεται ότι το προσωπικό είναι ευχαριστημένο από το περιεχόμενο της εργασίας τους, αλλά όχι από το μισθό τους. Επιπλέον, η έρευνά τους έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες των ασθενών τους. Η δική μας έρευνα έρχεται σε αντίθεση με αυτό το τελευταίο εύρημα, καθώς οι νοσηλευτές των ΤΕΠ θεωρούν το κλινικό έργο σημαντικότερο από τις ανάγκες των ασθενών τους. Παρόλα αυτά, δεν είναι δυνατή η σύγκριση του βαθμού σημαντικότητας των αναγκών των ασθενών για τις δύο μελέτες, ούτε η συγκριτική παρατήρηση των διαφορών των παραμέτρων του κλινικού έργου και των αναγκών των ασθενών. Πρόδρομος της παρούσας έρευνας

είναι η έρευνα των Watson R et al, 2003, η οποία μελετά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών της Βρετανίας και της Ισπανίας. Η έρευνα αυτή δείχνει ότι οι νοσηλευτές των δύο χωρών θεωρούν σημαντικό το κλινικό έργο και τις ανάγκες των ασθενών. Παρόλα αυτά, οι Βρετανοί νοσηλευτές τείνουν να τοποθετούν το κλινικό έργο σε προτεραιότητα, ενώ οι Ισπανοί, θεωρούν ως προτεραιότητα τις ανάγκες των ασθενών, χωρίς οι διαφορές που παρατηρούνται να είναι στατιστικά σημαντικές. Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το CDI-25, το οποίο αποτελεί πρόδρομο του εργαλείου NDI που χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα έρευνα. Αναφορικά, οι παράμετροι της ηλικίας των νοσηλευτών και του φύλου των νοσηλευτών εμφάνισαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην έρευνά μας και στην έρευνα των Watson and Lea 1998 [51]. Η συγκεκριμένη έρευνα τονίζει ότι η διαφορά ηλικίας και το φύλο επηρεάζουν την αντίληψη της φροντίδας μεταξύ των νοσηλευτών. Όπως και στη δική μας έρευνα, έτσι και στην έρευνα των Watson and Lea 1998 [51] οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούν το κλινικό έργο πολύ σημαντικό. Μέσα από αυτή τους την αντίληψη, οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη εμπειρία επιλέγουν να εργάζονται με περισσότερο τεχνικό και επαγγελματικό τρόπο από τους νεότερους συναδέλφους τους. Αντίστοιχα, για την παράμετρο του φύλου, οι γυναίκες ήταν αυτές που αξιολόγησαν το κλινικό έργο ως ιδιαίτερα σημαντικό, εύρημα με το οποίο συμφωνεί και η δική μας έρευνα. Η αντίληψη ότι οι άνδρες νοσηλευτές εκλαμβάνουν το κλινικό έργο με λιγότερο τεχνικό και επαγγελματικό τρόπο έχει υποστηριχθεί και στο παρελθόν από την έρευνα των Applegate & Kaye, 1993 [52].

Σαν μία γενικότερη εικόνα, η δική μας έρευνα φαίνεται να πλησιάζει περισσότερο τις αντιλήψεις των Βρετανών νοσηλευτών και αυτό οφείλεται κυρίως στη δομή του συστήματος υγείας, από το οποίο έχει αντλήσει έμπνευση και προτάσεις το δικό μας εθνικό σύστημα υγείας.

Η έρευνά μας παρέχει κάποιες πρώτες πληροφορίες για τη νοσηλευτική φροντίδα και για τις προτεραιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού των ΤΕΠ κάποιων νοσοκομειακών μονάδων στην Ελλάδα. Με αυτόν τον τρόπο ανοίγεται ο δρόμος για μελλοντικές μελέτες επάνω στον τομέα, σε μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομειακών μονάδων, σε άλλες κλινικές και σε διαφορετικά νοσοκομειακά καθεστώτα [ιδιωτικά ή

δημόσια], που θα επιτρέπουν την εκτενή σύγκριση και μελέτη των παραμέτρων που επηρεάζουν τη νοσηλευτική φροντίδα και τις στάσεις των νοσηλευτών.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Redman R W Patient-centered care: an unattainable ideal? *Res TheoryNursPract*, 2004, 18(1): 11-14
2. Shaller D, Patient-centered care: what does it take? Picker Institute, Oxford and The Commonwealth Fund. 2007, Available from <http://tinyurl.com/shaller>
3. Ponte PR, Conlin G, Conway JB et al Making patient-centered care come alive: achieving full integration of the patient's perspective. *J NursAdm*, 2003, 33(2): 82-90
4. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A, Uncovering the limits of patient-centeredness: implementing a self-management trail for chronic illness. *Qual Health Res*, 2005, 125(2): 224-39
5. Pelzang R, Wood B, Black S, Nurses' understanding of patient-centred care in Bhutan. *Br J Nurs*, 2010, 19(3): 186-93
6. Epstein RM, The science of patient-centered care. *J FamPract*, 2000, 49(9): 805-7
7. McCormack B, McCane, TV Development of a framework for personcentred nursing. *J AdvNurs*, 2006, 56(5): 472-9
8. Stewart M, Towards a global definition of patient centred care., 2001, *BMJ*322(7284): 444-5
9. Lutz BJ, Bowers B J, Patient-centered care: understanding its interpretation and implementation in health care. *SchInqNursPract*, 2000, 14(2): 165-82
10. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA, Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 2008, 20(12): 600-7
11. Mead N, Bower P, Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *SocSci Med*, 2000, 51(7): 1087-110
12. Kelly J, Barriers to achieving patient-centered care in Ireland. *DimensCritCare Nurs*, 2007, 26(1): 29-34
13. Davies PG, Patient Centredness. *J Epidemiol Community Health*, 2007, 61(1): 39

14. Johansson P, Oleni M and Fridlund B., Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study, *Scand J Caring Sci*; 2002; 16; 337–344
15. McGivern SA. Patient satisfaction with quality of care in a hospital system in Qatar. *J HealthcQual* 1999; 21: 28–36, 41.
16. Robinson Wolf Z, Colahan M, Costello A, Warwick F, Ambrose MS, Giardino ER. Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MedsurgNurs* 1998; 7: 99–105.
17. Williams SA. The relationship of patients' perception of holistic nurse caring to satisfaction with nursing care. *J Nurs Care Qual* 1997; 11: 15–29.
18. Henderson V. *Basic Principles of Nursing Care*, 2nd edn. (revised), 1997, International Council of Nurses, Geneva.
19. Lövgrén G, Sandman P-O, Engström B, Norberg A, Eriksson S. The view of caring among patients and personnel. *Scand J Caring Sci* 1998; 12: 33–41.
20. Bengtsson G, Wilde Larsson B, Uden G. Outcome indicators to evaluate, from a patients' perspective. *NursSci Res Nordic Count* 1998; 18: 9–14.
21. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J AdvNurs* 1999; 29: 364–72.
22. Staniszewska S, Ahmed L. Patients' expectations and satisfaction with health care. *Nurs Stand* 1998; 12: 34–38.
23. Lövgrén G, Engström B, Norberg A. Patients' narratives concerning good and bad caring. *Scand J Caring Sci* 1996; 10: 151–6.
24. Clare J, Hofmeyer A. Discharge planning and continuity of care for aged people: indicators of satisfaction and implications for practice. *Aust J AdvNurs* 1998; 16: 7–13
25. Mitchell R, Leanna JC, Hyed R. Client satisfaction with nursing services. *AAOHN J* 1999; 47: 74–78.
26. McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand* 1996; 10: 34–38.

27. Redmond GM, Sorrell JM. Studying patient satisfaction: patient voices of quality. *Outcomes ManagNursPract* 1999; 3: 67–72.
28. Larrabee JH, Engle VF, Tolley EA. Predictors of patient-perceived quality. *Scand J Caring Sci* 1995; 9: 153–64
29. Koenig HG, McCullough ME & Larson DB, *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, Oxford, 2011
30. Department of Health, Scottish Government 2009, NHS Education for Scotland 2009
31. Castledine, Professional misconduct. Senior nurse who demeaned the spiritual beliefs of patients and staff., 2005 *British Journal of Nursing* 14, 745
32. McSherry W and Jamieson S., An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care, 2011 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1757–1767 doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x
33. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W: Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet*, 2003, 361:1603-1607
34. Phelps AC, Maciejewski PK, Nilsson M, et al: Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *JAMA*, 2009, 301:1140-1147
35. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, et al: The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: Preliminary findings. *J Palliat Med*, 2011, 14:1022-1028
36. Williams JA, Meltzer D, Arora V, et al: Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med*, 2011, 26:1265-1271
37. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, et al: Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J ClinOncol*, 2011, 25:5753-5757
38. Balboni M. et al, Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training, *J ClinOncol*, 2012, 31:461-467.

39. Guthrie C., Nurses' perceptions of sexuality relating to patient care, *J Clin Nursing* 1999; 8, 313-321
40. Nipouli L. Salmon C., “Being a Nurse Is Not My Gender, It’s What I Was Professionally Trained to Do” The Experiences of Male Nurses in Providing Intimate Care to Female Patients at a Health Care Facility in Central Finland, 2015
41. Wylie K. Knudson G, Khan SI, Bonierbale M. et al, Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health, Published Online June 17, 2016 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00682-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00682-6)
42. Merkouris A., Papathanassoglou EDE, Lemonidou C., Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach?, *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41, 355–367
43. Dimitriadou, A., Judgements of patients for the nursing services. Proceedings of the 18th Annual Panhellenic Nursing Congress, 1991 May 14–16, Athens, Greece, pp. 71–87
44. Hogan, B., Patient satisfaction: expectations and experiences of nursing care. *Contemporary Nurse*, 2000, 9, 275–283
45. Lemonidou, C., Plati, C., Brokalaki, H., Mantas, J., Lanara, V., Allocation of nursing time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 1996, 10, 131–136
46. Mehrotra P et al, Effects of Contact Precautions on Patient Perception of Care and Satisfaction: A Prospective Cohort Study, *INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY* OCTOBER 2013, VOL. 34, NO. 10
47. Gasink LB, Singer K, Fishman NO, et al. Contact isolation for infection control in hospitalized patients: is patient satisfaction affected? *Infect Control HospEpidemiol* 2008;29:275-278, doi: 10.1086/527508
48. Kotrotsiou E., Gouva M., Kotrotsiou S., Malliarou M., Paralikas T., Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35), *Global Journal of Health Science*; 2014, Vol. 6, No. 5

49. Fotiadou E., Malliarou M., Zetta S., Gouva M. Kotrotsiou E., Nursing Care as Perceived by Nurses Working in Disability Community Settings in Greece, *Global Journal of Health Science*, 2016, Vol. 8, No. 2
50. Watson R. et al, Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses, *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 85–92
51. Watson R. & Lea A., Perceptions of caring among nurses: the influence of age and sex. *Journal of Clinical Nursing* 1998: 7, 97.
52. Applegate J.S. & Kaye L.W. Male elder caregivers. In *Doing ‘Women’s Work’. Men in Nontraditional Occupations* (Williams C.L., ed.), Sage, Newbury Park, 1993, pp. 152–167.

5. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2017

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ _____

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

1. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΜΑΣΤΕΡ _____

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/Α _____

ΠΟΙΑ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ (π.χ. προϊστάμενος κ.α.):

.....

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ
.....

3. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

0-5 _____

5-10 _____

10-15 _____

15-20 _____

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 _____

4 ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ

Α) ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Β) ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

B: GR-NDI-24

Οδηγίες: Κυκλώστε σε κάθε πρόταση έναν αριθμό από το 1 (πολύ σημαντικό) έως το 5 (καθόλου σημαντικό), δηλώνοντας έτσι τί θα ήταν σημαντικό για σας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου:

	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
2. Να καθυστεράσεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
3. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
4. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
5. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
6. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5
7. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5

9.	Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κλπ.)	1	2	3	4	5
10.	Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
11.	Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
12.	Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1	2	3	4	5
13.	Να ντύνεσαι προσεγγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
14.	Να κάθεται με έναν ασθενή	1	2	3	4	5
15.	Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	1	2	3	4	5
16.	Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε ένα ανώτερο ιεραρχικά	1	2	3	4	5
17.	Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
18.	Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1	2	3	4	5
19.	Να ακούς τον ασθενή	1	2	3	4	5
20.	Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5
21.	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
22.	Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
23.	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
24.	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ