



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



ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Νοσηλεύτρια

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ

ΛΑΡΙΣΑ 2012

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ
ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ

Νοσηλεύτρια

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Ευαγγελία (Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας)

Γκούβα Μαίρη (Επίκουρος Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου)

Λαχανά Ελένη (Καθηγήτρια Εφαρμογών ΤΕΙ Λάρισας)

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	5
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	10
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας.....	10
1.2 Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική επιστήμη.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	20
2.1 Νοσηλευτική φροντίδα και η χρησιμότητα των θεωριών.....	20
2.2 Νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη στη θεωρία.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	32
3.1 Σημαντικότητα διερεύνησης της έννοιας της φροντίδας	32
3.2.Μεθοδολογία & εργαλεία μέτρησης της νοσηλευτικής φροντίδας	33
3.3 Αντιλήψεις νοσηλευτών και ασθενών για την έννοια της φροντίδας.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	46
4.1.Σκοπός της μελέτης.....	47
4.2.Ερευνητικές υποθέσεις.....	47
4.3.Δείγμα μελέτης	47
4.4.Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη.....	48
4.5.Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	49
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	91

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η φροντίδα αποτελεί την καρδιά των διεργασιών της Νοσηλευτικής. Το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές.

Σκοπός: Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται την φροντίδα οι νοσηλευτές και πως αυτό σχετίζεται με τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά.

Υλικό-Μέθοδος: Στην παρούσα έρευνα, συμμετείχαν με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας 100 νοσηλευτές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Η συλλογή των δεδομένων επιτεύχθηκε σε τμήματα χειρουργικής και παθολογικής κατεύθυνσης με τη βοήθεια τεσσάρων ερωτηματολογίων: (α) Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων (β) NDI-35 της Watson R. (γ) SpREUK για την πνευματικότητα (δ) Κλίμακα Αλτρουισμού των Ahmed και Jackson. Για την ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική, και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές και μη παραμετρικές δοκιμασίες. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Η (βαθμολογία στην) κλίμακα του αλτρουισμού συσχετίστηκε θετικά με την κλίμακα κλινικού έργου ($p < 0,05$). Η κλίμακα « ανάγκες ασθενούς» συσχετίστηκε θετικά με την αναζήτηση υποστήριξης ($p < 0,01$), τον αναστοχασμό ($p < 0,05$) και το κλινικό έργο ($p < 0,01$). Το «κλινικό έργο» συσχετίστηκε θετικά με τον αναστοχασμό. Όσοι από τους ερωτώμενους διέθεταν κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του κλινικού έργου έναντι των υπολοίπων (78,1 έναντι 69,01 αντίστοιχα), ($p < 0,05$). Οι διαζευγμένοι διέφεραν ως προς τους έγγαμους στη βαθμολογία της φροντίδας, (27,71 και 20,59 αντίστοιχα, $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται να αναδείξουν τη σημασία της πνευματικότητας του επαγγελματία υγείας στην αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, με τελικό αντίκτυπο στο επιτελούμενο κλινικό έργο και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η πνευματικότητα του νοσηλευτή συμπληρώνει την ακαδημαϊκή του εκπαίδευση στην παροχή της φροντίδας.

ABSTRACT

Background: Patient care is in the heart of the Nursing process; the largest part of patient care can be attributed to the nurses.

Purpose: To investigate the way nurses perceive patient care and how that is associated with their psychological characteristics.

Material and method: This study, which used convenience sampling, included 100 secondary and tertiary care nurses. Data were collected in surgical and medical departments by means of 4 questionnaires: a) socio-demographic data questionnaire, b) Nursing Dimensions Inventory (NDI) by Watson R., c) SpREUK questionnaire on spirituality, and d) Altruism subscale of the Acceptance of Welfare Scale (AWS, Ahmed & Jackson). Parametric and non-parametric descriptive and inferential statistical analysis was used. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: The altruism scale was positively correlated with the clinical work scale ($p < 0.05$). The “patient’s needs” scale was positively correlated with “search support” ($p < 0.01$), “self-reflection” ($p < 0.05$) and “clinical work” ($p < 0.01$). “Clinical work” was positively correlated with “self-reflection”. Respondents who had a postgraduate certificate scored higher in the “clinical work” subscale in comparison to those who did not have such a degree (78.1 vs. 69.1, respectively, $p < 0.05$). Moreover, divorced participants had different scores than married ones in the patient care scale (27.71 vs. 20.59, respectively, $p < 0.05$).

Conclusion: This study results reveal the significance of the health professional’s spirituality in terms of identifying and satisfying the patient’s needs, and what that entails for the performed clinical work and the quality of the provided care. The nurse’s spirituality adds to their academic education to promote their patient care practices.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ένα ευχαριστώ θα ήταν πολύ λίγο σε όλους όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση αυτής της ερευνητικής εργασίας. Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω την επιβλέπουσά μου Καθηγήτρια κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου όχι μόνο για την καθοδήγησή της αλλά για όσα μου έμαθε στη διάρκεια της πολύτιμης συνεργασίας μας, στην οποία κυριάρχησε η μεθοδικότητα και η ευγένεια. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τις συνεπιβλέπουσές μου την κ. Μαίρη Γκούβα και την κ. Ελένη Λαχανά. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υπομονή τους και την αμέριστη ηθική υποστήριξη κατά το δύσκολο δρόμο διεκπεραίωσης της παρούσας εργασίας μου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία της έννοιας της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές. Στην πλέον πρόσφατη προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας, η φροντίδα καθορίζεται ως η διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας με σκοπό να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς και η προαγωγή της ευεξίας του.

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη φροντίδας, σύνθεση γνώσεων, φιλοσοφίας, κλινικής πράξης, διαπροσωπικής επικοινωνίας, καλλιεργημένης προσωπικότητας αλλά και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου. Είναι μέγιστος συντελεστής στην παροχή φροντίδας υγείας και αποτελεί μια σημαντική δύναμη στη μελλοντική της διάπλαση. Η άσκησή της απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και ένα σύστημα αξιών. Η φροντίδα δεν αποτελεί μόνο ένα σύνολο αντιλήψεων και θεωριών, ούτε περιορίζεται στις τεχνικές δεξιότητες των νοσηλευτών, αλλά καθορίζεται από τον τρόπο που οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις γνώσεις και τις δεξιότητες για να εκτιμήσουν τη μοναδικότητα του ατόμου που χρήζει φροντίδας.

Οι ανακαλύψεις και οι πρόοδοι στη νοσηλευτική έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση και τη διαφοροποίηση των γνώσεων που ο νοσηλευτής πρέπει να κατέχει στην καθημερινή του εργασία. Οι παραδοσιακοί ρόλοι με έμφαση στη θεραπεία και τη φροντίδα, η οποία παρέχεται στο χώρο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν είναι πλέον επαρκείς. Η καθημερινή νοσηλευτική πράξη έχει ανάγκη ενός βάρους γνώσεων, το οποίο πρέπει ν' αναπτύσσεται ταχέως, όσο το νοσηλευτικό επάγγελμα θα συνεχίσει να εξελίσσεται.

Η δια βίου μάθηση είναι απαραίτητη στη νοσηλευτική, λόγω των γρήγορων αλλαγών στο σύστημα παροχής υγείας και στο μεταβαλλόμενο ρόλο των νοσηλευτών. Η εξειδίκευση της γνώσης και η νοσηλευτική έρευνα, που τεκμηριώνει αυτή τη γνώση, είναι η καρδιά ενός από τους πολλούς νέους ρόλους, όπως είναι και η βάση για την παραδοσιακή νοσηλευτική φροντίδα.

Η παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας αποτελεί βασική υποχρέωση των νοσηλευτών, δικαίωμα των αρρώστων και συντελεστή επιτάχυνσης της προόδου- επιστημονικής και κλινικής- του νοσηλευτικού έργου. Οι νοσηλευτές, ειδικά σήμερα, θα πρέπει να καταβάλουν κάθε προσπάθεια ώστε να διατηρηθεί η φροντίδα ως το κεντρικό και ενωτικό επίκεντρο του επαγγέλματός τους, καθώς η σύγχρονη κοινωνία παρουσιάζει μια έντονη τάση υποτίμησής της.

Ο προβληματισμός για την παροχή της φροντίδας στη σύγχρονη εποχή και η προσπάθεια να διερευνηθούν οι παράγοντες που ευοδώνουν την άσκηση της Νοσηλευτικής επιστήμης «παρά τη κλίνη», αποτέλεσαν το έναυσμα για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνονται την φροντίδα οι νοσηλευτές που εργάζονται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και πως αυτό σχετίζεται με τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά, αποτελεί το σκοπό της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Η έρευνα αυτή φιλοδοξεί να αποτελέσει αφορμή για περαιτέρω προβληματισμό και ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού κόσμου, πάνω στον ευαίσθητο τομέα της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.

Η έρευνα δομείται στα ακόλουθα κεφάλαια:

Στην εισαγωγή επιχειρείται μια γενική προσέγγιση του θέματος της έρευνας και γίνεται αναφορά στον σκοπό αυτής της ερευνητικής προσπάθειας. Στη συνέχεια επιχειρείται μια θεωρητική προσέγγιση της έννοιας της φροντίδας γενικότερα και ειδικότερα σε σχέση με τη νοσηλευτική επιστήμη. Γίνεται αναφορά στις σπουδαιότερες θεωρίες της φροντίδας και τονίζεται η σημαντικότητα αυτών στη νοσηλευτική πράξη. Επίσης πραγματοποιείται μια ανασκόπηση μελετών που σχετίζονται με αντιλήψεις ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα, σύγκριση αντιλήψεων ασθενών – νοσηλευτών, αντιλήψεις φοιτητών νοσηλευτικής και αντιλήψεις νοσηλευτών για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Ακολουθεί η μεθοδολογία όπου περιγράφεται η μεθοδολογική πορεία της έρευνας. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά και κατά θέμα τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, στα συμπεράσματα αναφέρονται τα συμπεράσματα που πηγάζουν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας

Η φροντίδα ως έννοια, όπως και πολλές άλλες στην ανθρώπινη ιστορία, όπως αγάπη, καλοσύνη, ομορφιά, παραμένουν αόριστες και υπάρχει μία συνεχή προσπάθεια για κατανόηση του περιεχομένου της και της ουσίας της (Παπασταύρου και συν, 2010). Μία σύντομη ματιά στη βιβλιογραφία για τον εντοπισμό του ορισμού, αποκαλύπτει την απεραντοσύνη και την πολυπλοκότητα των ερμηνειών της φροντίδας.

Η φροντίδα θεωρείται μία θεμελιώδης έννοια για τον άνθρωπο, ως κοινωνικό ον, που σημαίνει ότι οι άνθρωποι σχετίζονται μεταξύ τους και αποτελεί ένα ουσιαστικό κομμάτι στη ζωή τους (Heidegger, 1975). Αποτελεί τον ανθρώπινο τρόπο ύπαρξης σε κάθε σχέση και είναι πολύ περισσότερο από την επιθυμία ενός προσώπου για συμπάθεια, παρηγοριά για υγεία ή ενδιαφέρον για κάποιον άλλον (Mayeroff, 1971).

Είναι το σύνολο των ενεργειών που πραγματοποιείται με συστηματική ευθύνη και επιμέλεια αλλά συγχρόνως αποτελεί σκοπό και έργο. Είναι η απασχόληση του μυαλού για οτιδήποτε το κάνει να αισθάνεται αγωνία και καταβάλλει εντατικές προσπάθειες για να βοηθήσει κάποιο άτομο, να διατηρήσει ή να επανακτήσει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας (Κουλούρη & Ρούπα, 2008).

Φροντίδα είναι η ιδιαίτερη προσοχή, το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ενασχόληση με κάποιον ή κάτι, το μεράκι, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία, η επαγρύπνηση. (Μπαμπινιώτης, 2000:1998) Είναι κάτι περισσότερο από μία πράξη, είναι μία στάση, μία συμπεριφορά και καλύπτει περισσότερο από μια στιγμή προσοχής και ζήλου. Αντιπροσωπεύει μία στάση ανησυχίας, ευθύνης και συναισθηματικής εμπλοκής με τον άλλον (Das Gracias & Das Santos, 2009).

Σημαίνει ότι οι άνθρωποι αγαπούν αυτόν που έχει ανάγκη, το αδύναμο και αβέβαιο ανθρώπινο πλάσμα (Arman & Rehnsfeldth, 2006). Η διαδραστική αυτή διαδικασία επιτυγχάνεται

από το συνειδητό και διαισθητικό άνοιγμα του εαυτού σε έναν άλλον, με σκοπό να εμπιστευθεί και να μοιραστεί ενέργεια, εμπειρίες, ιδέες, τεχνικές και γνώσεις (Blattner, 1981).

«Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη και βασίζεται στο υπόβαθρο της ανάγκης που προκύπτει όταν υπάρχει έλλειμμα ως προς κάτι. Τη στιγμή αυτή έχουμε ανάγκη φροντίδας, έχουμε την ανάγκη της παρουσίας του άλλου στη ζωή μας, που θα έρθει ως αρωγός φροντίζοντας για την ικανοποίηση της ανάγκης και την αντιμετώπιση του ελλείμματός της» (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011). Είναι ουσιαστική και απαραίτητη για τη συνολική αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου, τη συναισθηματική ασφάλεια και την ικανοποίηση (Dingman et al, 1999 ; Koloroutis, 2004 ; Swanson, 1993 ; Watson, 2002). Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με διάφορους τρόπους ή μένουν ανικανοποίητες. Ορισμένες ικανοποιούνται από το ίδιο το άτομο χωρίς βοήθεια, αλλά οι περισσότερες για να καλυφθούν πλήρως ή μερικώς, απαιτούν σχέσεις και αλληλεπιδράσεις με άλλους ανθρώπους (Carol et al, 2002).

Οι άνθρωποι έχουν ένα ορισμένο σύνολο προσδοκιών και γνωρίζουν πότε αισθάνονται την ανάγκη για φροντίδα, η οποία προωθεί περαιτέρω την αίσθηση της ασφάλειας. (Duffy 2003, 2005). Όταν οι προσδοκίες του ατόμου ταιριάζουν με τη συμπεριφορά που έλαβε, στη συνέχεια η ικανοποίηση θα επιτευχθεί (Dingman et al, 1999).

Όλοι καταλαβαίνουμε πότε είναι παρούσα και πότε όχι η φροντίδα. Μπορούμε αμέσως να τη βιώσουμε όταν συναντάμε έναν άλλο άνθρωπο, χωρίς καν να μιλάει. Μπορεί να εκδηλωθεί με ένα απαλό άγγιγμα, με ένα βλέμμα, ένα χαμόγελο ή ένα γαλήνιο τόνο φωνής όπως η ανταλλαγή συναισθημάτων μεταξύ των ανθρώπων. Είναι δυνατόν να ανακαλέσουμε μνήμες φροντίδας μόνο κοιτάζοντας μια εικόνα ή ακούγοντας ένα παλιό τραγούδι. (Petterson, 2006).

Η δυνατότητα φροντίδας είναι έμφυτη. Μένει σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα μας, μέχρι σταδιακά να ξυπνήσει και αναπτύσσεται μέσω των σχέσεων μας, στην οικογένεια, στην κοινότητα και στην κοινωνία. Ως συνέπεια, αναπόφευκτα βρισκόμαστε στο κέντρο ενός ομόκεντρου κύκλου της φροντίδας. Στον εσωτερικό κύκλο, τον κύκλο της οικειότητας, τοποθετούνται τα άτομα που

νοιαζόμαστε γιατί τα αγαπάμε. Στον μεσαίο κύκλο, τον κύκλο εγγύτητας, τοποθετούνται τα άτομα που νοιαζόμαστε γιατί έχουμε μια προσωπική σχέση μαζί τους, ενώ στον εξωτερικό κύκλο, τον κύκλο των ξένων, μας ενδιαφέρει γιατί έχουμε κατά νου τις ανάγκες της ανθρωπότητας. (Wright, 2001).

Ο Van Hoof (1996) αναπτύσσει την ιδέα ότι « η φροντίδα είναι μία οντολογική δομή της ανθρώπινης ύπαρξης, η οποία λαμβάνει δύο μορφές : φροντίδα για τον εαυτό μας και φροντίδα για τους άλλους ». Είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δεικτικότητα και ανταπόκριση.

Η Leininger (1988), αναγνωρίζοντας ότι η φροντίδα έχει πολλαπλές έννοιες και χαρακτηρισμούς, καθορίζει τη φροντίδα ως γενική έννοια της υποβοήθησης, υποστήριξης ή πράξεις διευκόλυνσης για άτομο ή ομάδα με εμφανή ή αναμενόμενη ανάγκη να βελτιωθεί η κατάσταση. Αναφέρει ότι η λέξη φροντίδα έχει χρησιμοποιηθεί για περισσότερο από εκατό χρόνια, χωρίς ωστόσο να ορίζεται με συνέπεια. Είναι απαραίτητη σε όλη μας τη ζωή και κάνει διάκριση μεταξύ της γενικής φροντίδας και της επαγγελματικής φροντίδας. Βλέπει τη γενική φροντίδα ως διεκδικητική, υποστηρικτική ή διευκολυντική πράξη προς ένα άλλο άτομο, ομάδα με εμφανείς ή αναμενόμενες ανάγκες για να βελτιωθεί μια ανθρώπινη κατάσταση. Η επαγγελματική φροντίδα χαρακτηρίζεται από τις γνωστικές και πολιτιστικές συμπεριφορές, από τις τεχνικές διαδικασίες ή σχέδια που επιτρέπουν σε ένα άτομο , οικογένεια ή κοινότητα να βελτιώσει ή να διατηρήσει μία ευνοϊκή κατάσταση υγείας.

Ομοίως και οι Γκούβα, Κοτρώτσιου (2011) στο βιβλίο τους αναφέρονται στη διάκριση της φροντίδας σε επαγγελματική, που παρέχεται από επαγγελματίες φροντίδας, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι για να την παρέχουν με επιστημονικό τρόπο, και στην φροντίδα που παρέχεται καθημερινά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο, εμπειρικά και με βάση την αγάπη , το ενδιαφέρον και το νοιάξιμο.

Ο Mayeroff (1971 αναφ. σε Wright 2001) αναφέρει ότι όσο πιο βαθιά καταλαβαίνουμε τον κεντρικό ρόλο της φροντίδας στη ζωή μας, τόσο περισσότερο συνειδητοποιούμε την κεντρική θέση ως ανθρώπινη κατάσταση στις ανθρώπινες σχέσεις. Δηλώνει, ότι η φροντίδα δεν είναι απλώς ένα

θέμα που έχει καλές προθέσεις, διαφορετικά θα είχε λίγο χώρο στη σφαίρα της επαγγελματικής φροντίδας, και δείχνει ότι η βάση για τη λήψη σοφών αποφάσεων στη σχέση φροντίδας προκύπτει ουσιαστικά από τη σύζευξη συναισθήματος και σκέψης και αναφέρει χαρακτηριστικά *« για τη φροντίδα κάποιου θα ήθελα να ξέρω πολλά πράγματα. Θα ήθελα να ξέρω, για παράδειγμα, ποιος είναι ο άλλος, ποιές είναι οι δυνάμεις του και τα όριά του, ποιές είναι οι ανάγκες του, τι είναι ευνοϊκό για την ανάπτυξή του. Θα ήθελα να ξέρω πώς να ανταποκριθώ στις ανάγκες του και ποιες είναι οι δικές μου δυνάμεις και τα δικά μου όρια »*.

Ο May (1969) ορίζει ως φροντίδα ένα συναίσθημα που υποδηλώνει μία σχέση αφοσίωσης, με δεδομένο να υποφέρει για τον άλλο. Ο Bevis (1988) αναπτύσσει περαιτέρω τον ορισμό του May αναφέροντας ότι η φροντίδα απαιτεί τα συναισθήματα να μετατραπούν σε συμπεριφορές κι αυτές οι συμπεριφορές και συναισθήματα να συνοδεύονται από εποικοδομητική και θετική σκέψη.

Η Montgomery (1993) αναφέρει πως η φροντίδα είναι τρόπος ύπαρξης, μια κατάσταση φυσικής ανταπόκρισης προς τους άλλους, γιατί απαιτεί προσωπική εμπλοκή και είναι το αντίθετο της αποξένωσης, της αδιαφορίας ή της απάθειας. Είναι η φυσική κατάσταση να είσαι άνθρωπος .

Η Watson (2002) θεωρεί τη φροντίδα κέντρο για το άτομο, η οποία διατηρεί την αξιοπρέπεια και την ανθρωπιά. Περιλαμβάνει αξίες, θέληση, δέσμευση για φροντίδα, γνώση, ενέργειες φροντίδας και συνέπειες (Watson, 1988b). Μία δέσμευση για την ανακούφιση των τρωτών σημείων του άλλου, παρέχοντας προσοχή και ενδιαφέρον για κάθε ανθρώπινη ζωή Αυτή η παροχή φροντίδας χαρακτηρίζεται από τη Watson (2006) ως ηθικό ιδεώδες.

Η διαφύλαξη, λοιπόν, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, η υποστήριξη της ακεραιότητας και της διαπροσωπικής συνεκτικότητας με σημαντικές σχέσεις είναι τα αποτελέσματα που έχουν σχέση με τη φροντίδα (Jordan, L.G. & Sister Mary Elizabeth O'Brien, 2010).

Η φροντίδα αποτελεί ένα καθολικό και πολιτιστικό φαινόμενο (Widar et.al, 2007). Ως κέντρο για το άτομο, διατηρεί την αξιοπρέπεια και την ανθρωπιά. Είναι κάτι που γίνεται με τους ανθρώπους, για τους ανθρώπους, ως άνθρωποι, κι αυτό είναι που το κάνει σημαντικό (Tschudin V, 2003).

1.2 Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική επιστήμη

Η Νοσηλευτική αφορά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους, με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων και υποστήριξη για έναν ειρηνικό θάνατο (Raftopoulos et.al, 2003 ; Svensson et.al, 2003). Η American Nurses Association (2003) ορίζει ότι η Νοσηλευτική είναι η προστασία, η προαγωγή και βελτιστοποίηση της υγείας και των ικανοτήτων, η πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, η ανακούφιση του πόνου μέσω της διάγνωσης και θεραπείας της ανθρώπινης ανταπόκρισης και υπεράσπισης της φροντίδας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και πληθυσμών (αναφ. σε Kalish et al, 2009)

Θεωρείται ευρέως, ως μία τέχνη και μια επιστήμη όπου η φροντίδα αποτελεί το θεωρητικό πλαίσιο της Νοσηλευτικής (Tayray, 2009). Ως τέχνη , εκφράζεται μέσω των ενεργειών του επαγγελματία νοσηλευτή, με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή (Raftopoulos , Svensson 2003). Απαιτεί ικανότητες, όπως η έκφραση του εαυτού, η κατανόηση και η ερμηνεία των υποκειμενικών εμπειριών των ασθενών και η δημιουργική χρήση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων (Leininger, 1988). Ως επιστήμη, περιλαμβάνει μια αναλυτική και συστηματική διαδικασία για την επίλυση νοσηλευτικών προβλημάτων μέσω καθιερωμένων αρχών (Watson, 1985).

Η Νοσηλευτική αποτελεί σύνθεση επιστήμης, τέχνης, καλλιεργημένης προσωπικότητας, αλλά και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου (Ραγιά, 1980) και θα πρέπει να διέπεται και να εμπνέεται από πνευματικές αρχές και να ασκείται με νοσηλεύουσα αγάπη, φιλαδελφία και ανθρωπιά, χωρίς τις οποίες δε χρησιμεύει ούτε η επιστήμη ούτε η τέχνη (Ραγιά, 2001).

Σύμφωνα με τη σοφία και το όραμα της Florence Nightingale, η Νοσηλευτική είναι ένα ταξίδι ζωής της φροντίδας και θεραπείας , που επιδιώκει να κατανοήσει και να διατηρήσει την ολότητα της ανθρώπινης ύπαρξης και να προσφέρει συμπόνια, ενημέρωση και καταρτισμένη ανθρώπινη φροντίδα για την κοινωνία και την ανθρωπότητα (Watson, 2009). Ένα ταξίδι ανάπτυξης, σε μια προσπάθεια να ανακαλυφθεί η βασική ουσία της δέσμευσης για φροντίδα που είναι ηθικής σημασίας για τη νοσηλευτική σχέση. Ένα ταξίδι που ποτέ δεν τελειώνει, μια εξερεύνηση της ζωής, στο πλαίσιο της Νοσηλευτικής, δίνοντας τη βαθιά εμπειρία της φροντίδας (Basford & Slevin, 2003).

Απαιτεί μια δυναμική αλληλεπίδραση της βιολογικής, κοινωνιολογικής και ψυχολογικής επιστήμης και τέχνης για την παροχή βέλτιστης φροντίδας στους ασθενείς (Barr and Bush, 1998). Είναι μία προσωπική υπηρεσία μέσα σε μια σχέση από μόνη της θεραπευτική και προϋποθέτει προσωπική δέσμευση, η οποία εκφράζεται μέσα από αυτό που μπορεί να είναι το πιο ουσιαστικό για τους ανθρώπους από τις ανθρώπινες πράξεις και την πράξη της φροντίδας.(Roach, 1982).

Το 1970, η Leininger , για πρώτη φορά, ορίζει τη φροντίδα, στο ουσιαστικό νόημά της, ως την παροχή εξατομικευμένων και απαραίτητων υπηρεσιών, ώστε να βοηθήσει το άτομο να διατηρήσει την κατάσταση της υγείας του ή να αναρρώσει από ασθένεια (Bassett, 2004).

Σύμφωνα με την Nightingale, η φροντίδα αποτελεί, στον τομέα της Νοσηλευτικής, έναν από τους πιο γνωστούς νοσηλευτικούς ρόλους και το πιο σημαντικό έργο (Finfgeld-Connett,2008). Η Watson (2005) υποστηρίζει ότι η φροντίδα πρέπει να αποτελεί το πλαίσιο για την νοσηλευτική έρευνα ενώ η Leininger (1988) πιστεύει ότι η φροντίδα αποτελεί το κέντρο της Νοσηλευτικής και ενστερνίζεται την υπεροχή της. Ομοίως, οι Benner και Wrubel (1989) προβάλλουν την άποψη ότι η φροντίδα αποτελεί την πρωτοκαθεδρία και ως έννοια το επίκεντρο της θεωρίας για την νοσηλευτική πρακτική.

Το 1990, συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη της γνώσης σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα ήταν περιορισμένη από την έλλειψη θεωριών φροντίδας και την έλλειψη ορισμών των χαρακτηριστικών της φροντίδας (Morse et. al, 1990).

Το 1991, νοσηλευτές δημοσίευσαν μία συγκριτική ανάλυση των εννοιών και θεωριών της φροντίδας. Προέκυψαν πέντε μεγάλες έννοιες όπως : 1. Ανθρώπινο χαρακτηριστικό, 2. Ηθική επιταγή, 3. Επιρροή, 4. Διαπροσωπική αλληλεπίδραση και 5. Παρέμβαση. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η φροντίδα, ως έννοια, δεν έχει ξεκαθαριστεί σαφώς και συχνά δεν είχε ενδιαφέρον για την νοσηλευτική πρακτική (Morse et.al,1990).

Σύμφωνα με τον Crowden (1994) « η φροντίδα είναι ένα κεντρικό και βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής και μπορεί κάλλιστα να είναι η ουσία της ». Πιστεύει, επίσης, ότι η φροντίδα δεν μπορεί να περιγραφεί ως paradigm μοναδικό στη νοσηλευτική. Η φροντίδα, είναι κάτι το οποίο μπορεί να αποτελέσει τουλάχιστον ένα μέρος της νοσηλευτικής, αλλά είναι, επίσης, μια έννοια η οποία έχει πολύτιμη αξία και εκτός της νοσηλευτικής. Η φροντίδα δεν είναι μοναδική στην νοσηλευτική αλλά, είναι μοναδική για την νοσηλευτική (Tschudin, 2003).

Το 1997, συγγραφείς πραγματοποίησαν μια ανάλυση του περιεχομένου της φροντίδας και προσδιορίστηκαν τέσσερις κρίσιμες ιδιότητες της φροντίδας: 1. Ιδιαίτερη προσοχή, 2. Ενδιαφέρον, 3. Πρόβλεψη και 4. Γνωριμία με τον ασθενή. Διαπίστωσαν, επίσης, ότι η ποσότητα του χρόνου, ο σεβασμός προς τα άτομα και η πρόθεση για φροντίδα, προσδιορίστηκαν ως οι πρόδρομοι της φροντίδας (McCance et al, 1997).

Η Valentine (1997) θεωρεί ότι η φροντίδα είναι μια πολυδιάστατη έννοια, που αποτελείται από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματικών γνώσεων, της επαγρύπνησης και της θεραπευτικής επικοινωνίας.

Το 1999 οι Dingman, Williams, Fosbinder και Warnick όρισαν τη φροντίδα ως την ουσία της νοσηλευτικής, αποτελώντας, στη διάσταση της επαγγελματικής νοσηλευτικής, σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών. Θεωρητικοί νοσηλευτές έχουν

αναγνωρίζει ότι η φροντίδα είναι ουσιαστική και απαραίτητη για τη συνολική αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου, τη συναισθηματική ασφάλεια και την ικανοποίησή του (Dingman et.al, 1999; Koloroutis, 2004 ; Swanson, 1993 ; Watson, 2002).

Η Νοσηλευτική και η φροντίδα θεμελιώνονται σε μια σχέση κατανόησης, ενότητας και σύνδεσης μεταξύ του επαγγελματία νοσηλευτή και του ασθενούς (Tayray, 2009). Η φροντίδα που παρέχεται διατηρεί τη νοσηλευτική ως επάγγελμα, η οποία δημιουργεί και αναδημιουργεί την κουλτούρα της φροντίδας, που αποτελεί την ουσιαστική ηθική (Finggeld-Connett, 2008).

Υπάρχουν, λοιπόν, δύο παράγοντες που εμπλέκονται στην πράξη της φροντίδας στην νοσηλευτική, ο ασθενής και ο νοσηλευτής. Η ταυτότητα τους καθορίζεται, εν μέρει, από τους ρόλους που έχουν, και αυτοί οι ρόλοι είναι οριοθετημένοι από το σύστημα φροντίδας υγείας. Λειτουργούν σε έναν μοναδικό κοινωνικό κόσμο στον οποίο ο καθένας φέρνει τις δικές του εμπειρίες ζωής, αξίες, πιστεύω και προσδοκίες. Ο καθένας είναι ένα ολοκληρωμένο ον με κάποιες ειδικές ανάγκες και επιθυμίες (Summer & Fisher, 2008). Είμαστε άτομα που ενεργούν, αντιδρούν, αλληλεπιδρούν, μοιράζονται, αλληλοεξαρτώνται, βοηθούμε ο ένας τον άλλον, ανταλλάσσουμε εμπειρίες, διαφοροποιούμαστε και ενσωματωνόμαστε, συνδεόμαστε, συμμετέχουμε και διαπραγματευόμαστε μεταξύ μας και ζούμε σε μια συγκρουσιακή αρμονία και κατέχοντας μια φυσική, κοινωνική, πολιτική, θεσμική θέση στο χώρο (Erdmann, 1998). Αυτό σημαίνει ότι η επικοινωνία ανάμεσα σε νοσηλευτή και ασθενή ρέει προς τις δύο κατευθύνσεις και το ιδανικό είναι να μπορεί ο καθένας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του άλλου (Summer & Fisher, 2008).

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι κάτι περισσότερο από ένα σύνολο εργασιών και δράσεων. Μπορεί να θεωρηθεί ως θεραπεία, όπου η ποιότητα της έχει άμεση θεραπευτική επίδραση στην ευημερία και στην ανάρρωση του ασθενούς (Barr and Bush, 1998).

Οι νοσηλευτές εργάζονται προς την κατεύθυνση της προώθησης της αυτονομίας και της πρόληψης βλαβών στους ασθενείς τους. Η γνωστική σκέψη εξετάζει τη μοναδικότητα των ασθενών και εργάζεται προς την ευημερία του κάθε ασθενή. (Udomluck et al, 2010).

Η φροντίδα για τους ασθενείς αποτελεί την καθημερινότητα των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές βρίσκουν τον εαυτό τους στον κόσμο των ασθενών και οι μεν επενδύουν τη φροντίδα τους και οι δε αποκαλύπτονται μέσα από τη φροντίδα (Vouzavali et al, 2011).

Η Griffin ορίζει την πράξη παροχής φροντίδας ως παροχή βοήθειας, και υπηρεσιών που πραγματοποιείται μέσα από τη σχέση νοσηλευτή – ασθενή. Αναλύει ότι η σχέση υποδηλώνεται περισσότερο από μια τυπική απόδοση του καθήκοντος και περιλαμβάνει την εκτίμηση ότι απαιτείται η αναγνώριση του ασθενούς ως άτομο. Υποδηλώνει μια αίσθηση σύνδεσης και αυτό ενεργοποιεί τις ενέργειες φροντίδας, που επιβεβαιώνονται και εξετάζονται. Οι νοσηλευτικές γνώσεις κατευθύνουν τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις αλλά το αίσθημα του ενδιαφέροντος ή απλά η ευγένεια δημιουργεί αυτές τις δράσεις φροντίδας (Griffin 1983 αναφ.σε Udomluck et al 2010).

Η φροντίδα στη νοσηλευτική σημαίνει σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, σημαίνει ότι το άλλο άτομο είναι το πιο πολύτιμο ανθρώπινο ον στον κόσμο. Ένας νοσηλευτής μπορεί να δείξει τον σεβασμό για το πρόσωπο που νοσηλεύει με το να δείχνει κατανόηση, ενδιαφέρον, συμπόνια, παροχή πληροφοριών, θάρρος, πίστη και αγάπη (Arman & Rehnsfeldth, 2006).Λαμβάνει χώρα κάθε φορά που νοσηλευτής- ασθενής έρχονται σε επαφή. Εισέρχεται στον κόσμο του ασθενούς, ώστε να τον γνωρίσει ως άτομο που χρήζει φροντίδας και αυτό προέρχεται από την επιστημολογία όπου η νοσηλευτική φροντίδα ξεδιπλώνεται (Schoenhofer, 2002).

Φροντίδα σημαίνει ο νοσηλευτής να είναι ανοικτός και διορατικός, να δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τους ασθενείς, να είναι ηθικά υπεύθυνος, πραγματικά παρόν, πραγματικά αφιερωμένος και να έχει το θάρρος να συμμετέχει κατάλληλα ως επαγγελματίας (Sarmiento et al, 2004).

Ο Barker (2000), στηριζόμενος στην νοσηλευτική του εμπειρία αναφέρει: « *μία από τις αρετές της φροντίδας είναι ότι η προσοχή των νοσηλευτών εστιάζεται στη συνειδητοποίηση για το άτομο, ποιός είναι , και με ποιο τρόπο αυτό ενισχύει την αύξηση της ευαισθητοποίησης αυτής της εμπειρίας για το άτομο* » .

Οι Basford και Slevin (2003) κάνουν τη διαπίστωση: « *Οι ασθενείς είναι άνθρωποι που αναζητούν την ελπίδα, θέλουν να κατανοήσουν και να γίνουν κατανοητοί. Πολύ συχνά αισθάνονται ανίσχυροι και οι νοσηλευτές βιώνουν μαζί τους, στο βαθμό που είναι δυνατόν, αυτά που βιώνουν. Ελπίζουν να τους βοηθήσουν να βρουν νόημα, όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς νόημα για αυτούς. Τους βοηθούν να μαζέψουν τα κομμάτια τους, ώστε να γίνουν πάλι 'ένα'* » .

Ο Mallison (2000) αναφέρει με γλαφυρό τρόπο :« *Περιμένετε έως ότου χρησιμοποιήσετε τα χέρια σας, τα μάτια και τη φωνή σας για να διαλύσετε τον τρόπο, για να δείξετε σε ένα αβοήθητο άτομο, ότι η ζωή του είναι σεβαστή, ότι έχει αξιοπρέπεια. Η φροντίδα σας το βοηθά να νοιαστεί για τον εαυτό του, η ανικανότητά του σας ωθεί να σκεφτείτε για τη συντομία της δικής σας ζωής* »

Ο φιλόσοφος Stan Van Hooft (2003) αναφέρει ότι η φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί μία ολιστική αρετή σε αντίθεση με το γνώρισμα του θάρρους που βρίσκεται εν υπνώσει και εκφράζεται μόνο όταν το απαιτούν οι περιστάσεις. Η φροντίδα είναι ένα πλαίσιο ή υπόδειγμα που υπάρχει σε όλες της πτυχές της ύπαρξής μας στο βαθμό που η ύπαρξή μας εκφράζει τη φροντίδα για τους άλλους.

Συμβαίνει στην καθημερινότητα της εργασίας ενός νοσηλευτή, σε περιπτώσεις νοσηλείας (Arman & Rehnsfeldth, 2006) όπου η νοσηλευτική φροντίδα διαπραγματεύεται με τις πιο προσωπικές πτυχές ενός ατόμου σε 24ωρη βάση και οδηγεί σε μια μοναδική σχέση ανάπτυξης μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών (Morse, 1991) .

Συμβαίνει κάθε φορά όπου ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή, κάθε φορά που εισέρχεται στο ζωτικό χώρο ή φαινομενικό πεδίο του άλλου ατόμου και είναι σε θέση να

ανιχνεύσει την κατάσταση του άλλου προσώπου, της άλλης ύπαρξης (πνεύμα, ψυχή) να συμπάσχει και να ανταποκρίνεται σε καταστάσεις με τέτοιον τρόπο, ώστε ο παραλήπτης να απελευθερώνει τα υποκειμενικά του συναισθήματα και σκέψεις (Watson, 1985).

Η φροντίδα αποτελεί μια ηθική συνειδητοποίηση ότι οι νοσηλευτές κρατάν στα χέρια τους τη ζωή ενός άλλου ανθρώπου, μια έκφραση ζωής συνοδευόμενη από εμπιστοσύνη, αγάπη, εντιμότητα, ειλικρίνεια. Είναι η κατανόηση και η σύνδεση με τη βαθιά ανθρώπινη διάσταση της ζωής και του θανάτου όπου ο νοσηλευτής ανοίγει την καρδιά του στην ανθρώπινη εμπειρία του πόνου, της απώλειας, της αναζήτησης της ουσίας και είναι μάρτυρας όλων αυτών καθημερινά , αν όχι κάθε στιγμή (Watson, 2009).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (ICN, 2000), σημειώνει ότι κατά την παροχή φροντίδας, οι νοσηλευτές θα πρέπει να ενισχύουν τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο θα γίνονται σεβαστές οι αξίες, οι συνήθειες, τα ανθρώπινα δικαιώματα και τα πνευματικά πιστεύω των ασθενών.

Είναι σημαντικό, ότι όλη η φροντίδα ακολουθεί μια ολιστική προσέγγιση. Αυτή η φροντίδα αντιμετωπίζει τις φυσικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, πνευματικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές ανάγκες του ατόμου. Τοποθετείται το άτομο στο επίκεντρο των ενεργειών του επαγγελματία υγείας και αναφέρεται στην ανθρωποκεντρική φροντίδα, η οποία προσανατολίζεται και εστιάζεται στις ανάγκες και στα συναισθήματα του ατόμου (Field and Smith, 2008). Τοποθετεί το άτομο πρώτα, παρά την ασθένεια ή την κατάσταση, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τα συναισθήματα του ασθενούς. Δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή, να έχει τον έλεγχο της θεραπείας του και να έχει άποψη σε ότι έχει προγραμματιστεί για αυτόν .Ο ασθενής είναι στο κέντρο κάθε φροντίδας και θεραπείας που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, από την πιο απλή παρέμβαση έως την πιο περίπλοκη τεχνική παρέμβαση. Με άλλα λόγια, η φροντίδα περιστρέφεται γύρω από τον ασθενή, με τέτοια προσέγγιση όπου ο ασθενής έχει ενεργή συμμετοχή στο πλάνο φροντίδας του και στην αξιολόγηση αυτού, ώστε να έχει λόγο για το αν η θεραπεία είναι κατάλληλη και αποδεκτή από αυτούς. (Field and Smith, 2008). Η επαγγελματική φροντίδα εξουσιοδοτεί τον ασθενή να συμβάλλει στην ευημερία και στην υγεία του (Arthur & Randle, 2007)

Από μια διαπολιτισμική προοπτική, η Madeleine Leininger (1999), περιγράφει την έννοια της φροντίδας ως τον ουσιαστικό, κεντρικό, μοναδικό, κυρίαρχο τομέα, που διακρίνει τη Νοσηλευτική από τους άλλους κλάδους υγείας. Η φροντίδα είναι επίσης ουσιαστική ανθρώπινη ανάγκη απαραίτητη για την υγεία και την επιβίωση των ατόμων και σε αντίθεση με τη θεραπεία, είναι προσανατολισμένη να υποστηρίξει ένα άτομο ή ομάδα όσον αφορά τη βελτίωση της ανθρώπινης κατάστασης. Οι πράξεις φροντίδας αναφέρονται στην άμεση ή έμμεση ενθάρρυνση και επιδέξιες διαδικασίες, δραστηριότητες και αποφάσεις που βοηθούν τους ανθρώπους με τρόπους που δείχνουν ενσυναίσθηση, συμπόνια και υποστήριξη και εξαρτώνται από τις ανάγκες, τα

προβλήματα και τις αξίες του ατόμου που δέχεται βοήθεια. Η Leininger (1988) , επίσης, μετά από μελέτες πολλών πολιτισμών σε όλον τον κόσμο, τονίζει τη σημασία για τους νεότερους νοσηλευτές, να κατανοήσουν και γνωρίσουν συγκεκριμένες πολιτιστικές συμπεριφορές ,κατά την παροχή φροντίδας, που αντανακλούν τις διαδικασίες της ανθρώπινης φροντίδας σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

Η εφαρμογή της φροντίδας στην καθημερινή πράξη εξαρτάται και από τον ασθενή και από τον νοσηλευτή, του οποίου η θεωρητική εκπαίδευση καθώς και η κλινική του εμπειρία είναι βασική προϋπόθεση για την εξάσκηση του επαγγέλματός του. Αυτά τα δύο στοιχεία δομούν το οικοδόμημα βάσει του οποίου γίνονται οι συλλογισμοί και οι λήψεις των αποφάσεων, θέματα που είναι εξόχως απαραίτητα στην παροχή φροντίδας. (Κουλούρη & Ρούπα, 2008).

Είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει συναισθήματα, επαγγελματικές γνώσεις, ικανότητες, δεξιότητες και νοσηλευτικές ενέργειες (Bankert & Kozel, 2005). Όπως αναφέρει η Davis (2005) « με ενδιαφέρον για πέρα από όσα βλέπουν μόνο τα μάτια, με γνώσεις, με θεραπευτικές τεχνικές επικοινωνίας, ίσως είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς ».

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες περίπου, η επαγγελματική ανθρώπινη φροντίδα, όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται ως η ουσία και ο πυρήνας της επαγγελματικής νοσηλευτικής. Η εστίαση αυτή είναι εμφανής στη νοσηλευτική πράξη, στις νοσηλευτικές θεωρίες, στα νοσηλευτικά προγράμματα σπουδών και στη φιλοσοφική και ηθική αντίληψη της νοσηλευτικής απέναντι στην ανθρωπότητα και στις σχέσεις φροντίδας ασθενών (Watson, 2009).

Η γνώση των θεωριών που αφορούν την επιστήμη της φροντίδας, αγκαλιάζει τον επιστημολογικό πλουραρισμό επιδιώκοντας την αλληλεπίδραση των ανθρωπιστικών και κλινικών επιστημών, προσαρμοσμένη έτσι ώστε να καλύπτει ηθικές, διαισθητικές, εμπειρικές, προσωπικές και πνευματικές γενικότερα παραμέτρους (Κουλούρη & Ρούπα 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

2.1Νοσηλευτική φροντίδα και η χρησιμότητα των θεωριών

Οι θεωρίες απαρτίζονται από έννοιες οι οποίες αποτελούν περιλήψεις ιδεών ή διανοητικών εικόνων που αντικατροπτίζουν την πραγματικότητα και ερμηνεύουν γεγονότα ή καταστάσεις (Σαπουντζή, 2001). Ξεκινούν με υποθέσεις για τη φύση και την ανθρώπινη συμπεριφορά (Chinn & Kramer, 1999). Προέρχονται από εννοιολογικά πλαίσια, συστήματα ή μοντέλα που αναζητούν την αιτιολόγηση των σχέσεων ή των φαινομένων. Τέτοια πλαίσια ή μοντέλα επιτρέπουν στο χρήστη να οπτικοποιήσει διαγραμματικά τον τρόπο που οι έννοιες μιας θεωρίας συνδέονται η μια με την άλλη. Επίσης τέτοια μοντέλα μπορούν να παράγουν υποθέσεις ή εμπειρικές μεθόδους για την αξιολόγηση των προτεινόμενων ενεργειών (Κοτρώτσιου, 2010). Η νέα γνώση, η πρόοδος στην τεχνολογία και άλλων παραγόντων, καθιστούν τη θεωρία δυναμική και όχι στατική με συνέπεια οι υπάρχουσες θεωρίες να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου (Σαπουντζή, 2001).

Η Νοσηλευτική ως επιστήμη στηρίζεται σε γνώσεις βασισμένες σε στοιχεία και σε τεκμηριωμένες πρακτικές που περιγράφουν και επεξηγούν τις εννοιολογικές δομές της φροντίδας (Κουλούρη & Ρούπα, 2008). Εμπεριέχει μια συστηματική παρατήρηση των πράξεων φροντίδας και περιγράφει , εξηγεί, προβλέπει και ορίζει τις εκβάσεις που σχετίζονται με την ανθρώπινη προσαρμογή στην υγεία και την ασθένεια (Vinson, 2000).

Στην Νοσηλευτική, οι θεωρίες είναι χρήσιμες για την καθοδήγηση των νοσηλευτικών πράξεων αλλά και για να χρησιμοποιούνται στην έρευνα στο πεδίο της νοσηλευτικής φροντίδας (Σαπουντζή, 2001).

Οι νοσηλευτικές θεωρίες είναι αναγκαίες γιατί:

- Οργανώνουν και συμπυκνώνουν τη συσσωρευμένη νοσηλευτική γνώση, έτσι ώστε να καταδεικνύουν στο κοινωνικό σύνολο το μοναδικό και χαρακτηριστικό ρόλο της Νοσηλευτικής για την κοινωνία
- Επεξηγούν και ορίζουν τα νοσηλευτικά προβλήματα και παρέχουν λύσεις σε αυτά, ορίζοντας το είδος της φροντίδας που κάθε φορά έχουν ανάγκη τα άτομα και επεξηγώντας γιατί το κάθε άτομο έχει ανάγκη αυτού του είδους τη φροντίδα και κάνουν εφικτή την εξατομικευμένη και ολιστική παροχή φροντίδας στο κάθε άτομο (Μαντζούκας και Ζώη, 2008).

Οι Polit και Hungler (1983) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτικές θεωρίες βοηθούν τους νοσηλευτές να κατανοήσουν, να αναλύσουν και να ερμηνεύσουν τις σύνθετες καταστάσεις υγείας των ασθενών και να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους μέσα από τη διαδικασία της νοσηλευτικής

διεργασίας. Δίνουν ένα πλαίσιο για την αξιολόγηση των προβλημάτων του ασθενούς, καθορίζουν τη νοσηλευτική διάγνωση, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο, οι νοσηλευτικές θεωρίες συμβάλλουν στην επιστημονική ανάπτυξη και την επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών καθοδηγώντας την νοσηλευτική πράξη, την εκπαίδευση και την έρευνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Θεωρία της Nightingale. Η πρόμη θεωρητική κληρονομιά.

Η Florence Nightingale (1992), η πρώτη θεωρητικός της περιβαλλοντικής φροντίδας , στο βιβλίο της *Σημειώσεις για τη Φροντίδα*, περιγράφει την ασθένεια σαν μια επανορθωτική διαδικασία που δεν συνοδεύεται από πόνο. Θεωρούσε την ασθένεια σαν μια προσπάθεια της φύσης να θεραπεύσει μια διαδικασία δηλητηρίασης ή αποσύνθεσης. Πίστευε πως οι νοσηλευτές πρέπει πρωταρχικά να εστιάσουν τις παρεμβάσεις τους στις αιτίες και τα συμπτώματα του πόνου και όχι στα συμπτώματα της ασθένειας. Τόνιζε την επίδραση του περιβάλλοντος και της υγιεινής πάνω στην ανάρρωση του ασθενούς και παρέθετε πέντε βασικά σημεία στην εξασφάλιση της "υγείας του σπιτιού": καθαρός αέρας, καθαρό νερό, αρκετή ξηρασία, καθαριότητα και φώς. Υποστήριζε ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να πραγματοποιούν ακριβείς παρατηρήσεις των ασθενών και να είναι σε θέση να περιγράψουν την κατάσταση του ασθενούς στο γιατρό με συστηματικό τρόπο. Να εξετάζουν κριτικά τη φροντίδα του ασθενούς και να παίρνουν τις κατάλληλες και απαραίτητες ενέργειες που θα διευκολύνουν την ανάρρωσή του. Οι νοσηλευτές πρέπει να εστιάσουν όχι μόνο στα κλινικά συμπτώματα της ασθένειας αλλά επίσης να εξετάσουν και τις αιτιώδεις σχέσεις της ασθένειας.). Απαριθμεί τις δραστηριότητες του νοσηλευτή προκειμένου να ολοκληρώσει τη φροντίδα του ασθενούς, και πολλές από αυτές συνεχίζουν να ισχύουν μέχρι σήμερα, όπως οι επιμελημένες, ακριβείς μετρήσεις και καταγραφές της κατάστασης του ασθενούς και η αναφορά τους στο γιατρό.

Σήμερα, οι απόψεις της Nightingale αντανakλώνται στις βασικές πρακτικές για τον έλεγχο των λοιμώξεων, όπως το πλύσιμο των χεριών και την αποκομιδή μολυσματικών απορριμμάτων, τη φροντίδα του περιβάλλοντος του ασθενούς, που αποτελούν σημαντικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις φροντίδας (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011).

Πρώτθσε τη συλλογή και αξιοποίηση στατιστικών υγείας, επηρέασε δραστικά τη νοσηλευτική εκπαίδευση και προήγαγε την επιστήμη της δημόσιας υγείας (Small, 1998).

Θεωρία των ολοκληρωμένων ανθρώπων της Martha Rogers.

Άνθρωπος και περιβάλλον θεωρούνται ως αμείωτα, πολυδιάστατα ενεργειακά πεδία που χαρακτηρίζονται από τη διαμόρφωση, η οποία ρέει σε ψηλές και χαμηλές συχνότητες, που συνέχεια αλλάζει με δημιουργικούς και απρόβλεπτους τρόπους. Ο ασθενής και ο νοσηλευτής θεωρείται πως συνομολογούν σε μια διαδικασία αμοιβαίας επιλογής, αμοιβαίας συμμετοχής, συνειδητοποίησης και φροντίδας (Smith, 1999).

Η Rogers (1970) θεωρεί ότι οι άνθρωποι είναι συνεχώς μεταβαλλόμενα ενεργειακά πεδία που αλληλεπιδρούν με άλλα πεδία. Το άτομο αποτελεί ένα ενιαίο ενεργειακό σύστημα που βρίσκεται σε συνεχή αμοιβαία αλληλεπίδραση με το συμπαντικό ενεργειακό σύστημα , επιτυγχάνοντας να επηρεάσει δραστικά το χώρο της νοσηλευτικής και να ενθαρρύνει τους νοσηλευτές στην αντιμετώπιση του ατόμου ως ολοκληρωμένης ενότητας κατά τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας.

Οι σκέψεις της Rogers, έχουν ειδική συνάφεια με τη φροντίδα, ειδικότερα με την ανακουφιστική φροντίδα και τις εφαρμογές της στους ασθενείς τελικού σταδίου. Συναισθήματα όπως η πίστη, η αγάπη και η ελπίδα δεν μετρώνται εύκολα, υπάρχουν όμως σίγουρα (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011).

Όταν οι παραδοσιακές θεραπείες αποτυγχάνουν ή πλησιάζει ο θάνατος, οι ασθενείς μπορεί να επιλέξουν συμπληρωματικές θεραπείες, εναλλακτικές μορφές φροντίδας και ανακούφισης, αλλά και έντονες ενδοπροσωπικές ανταποδόσεις. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις αντιπροσωπεύουν ανθρώπινες κινήσεις σε διαστάσεις τέτοιες, που να γνωρίζουμε ο ένας τον άλλον πέρα από όσα με φυσικό τρόπο μπορούμε να γευτούμε, να μυρίσουμε, να ακούσουμε ή να δούμε. Η Rogers αποκαλεί αυτή τη γνώση αναγνώριση της διαμόρφωσης και εκτίμηση (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011).

Μία έννοια κλειδί στη δουλειά της Rogers είναι οι απόψεις της για τα θεραπευτικά βοηθήματα. Πιστεύει πως η εστίαση των συμμετοχικών, μη επιβαλλόμενων θεραπευτικών βοηθημάτων, είναι στο ανθρωπο-περιβαλλοντικό πεδίο καλύτερη από την άμεση φυσική φροντίδα (Rogers, 1994 ; Riehl-Sisca, 1998). Αυτά τα βοηθήματα συνεχίζουν να εξελίσσονται αφού η συνειδητοποίησή μας (αντανακλώντας μεγαλύτερη ποικιλία, γρηγορότερους ρυθμούς, αισθήματα και τρόπους γνώσης) υπερβαίνει το χρόνο και το χώρο, επιτρέποντας στα άτομα να έρθουν σε επαφή με τη ζωτική τους φύση ή την αδιάσπαστη ολότητά τους. Τέτοια βοηθήματα περιλαμβάνουν το θεραπευτικό άγγιγμα, τα έργα τέχνης, το διαλογισμό, το φως, το χρώμα , τη μουσική και τους ήχους, το χορό, το γέλιο και άλλα θεραπευτικά τελετουργικά, που συχνά αναφέρονται σαν συμπληρωματικές ή εναλλακτικές θεραπείες και έχουν μεγάλο ιστορικό στην Ασιατική ιατρική (Κοτρώτσιου, 2010).

Θεωρία της Newman: Η υγεία σαν αναπτυσσόμενη συνείδηση.

Η κεντρική θέση της θεωρίας της Margaret Newman, που θεωρεί την υγεία σαν αναπτυσσόμενη συνείδηση, είναι ότι η υγεία δεν είναι τίποτε άλλο παρά η επέκταση της συνείδησης η οποία θεωρείται ότι συνυπάρχει με το σύμπαν και εντοπίζεται σε όλη την ύλη. Κάτω από αυτό το πρίσμα η Newman θεωρεί ως ύψιστη μορφή γνώσης την αγάπη (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011).

Το μοντέλο της Newman χρησιμοποιεί μια συστηματική προσέγγιση που εστιάζει στις ανθρώπινες ανάγκες προστασίας και ανακούφισης από το stress. Πίστευε ότι οι αιτίες του stress μπορούν να αναγνωριστούν και να θεραπευτούν με τη βοήθεια νοσηλευτικών παρεμβάσεων και να επέλθει η ισορροπία των ατόμων, μέσω της αναγνώρισης των προβλημάτων, της εξασφάλισης συναίνεσης σχετικά με τους στόχους και την αξιοποίηση της έννοιας της πρόληψης (Newman, 1994).

Η υγεία και η ασθένεια θεωρούνται από τη Newman ως μοναδική διαδικασία που κινείται μέσα σε διαφορετικούς βαθμούς οργάνωσης και αποδιοργάνωσης παίρνοντας μια ολοκληρωμένη μορφή. Βασισμένη στη δουλειά της Roger, η Newman πιστεύει πως η υγεία περιλαμβάνει την ασθένεια και αντανακλά μια κατώτερη διαμόρφωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος (Rice, 1998). Σύμφωνα με αυτό, η διαμόρφωση μπορεί να είναι κάτι που κάνει το άτομο (συνειδητά ή ασυνείδητα) και επηρεάζει την υγεία του. Ο νοσηλευτής προσελκύει τον ασθενή προς την αναγνώριση και την εκτίμηση της διαμόρφωσης και μια νέα διορατικότητα αναδύεται για τον ασθενή που μπορεί να οδηγήσει σε νέα επίπεδα σκέψης και διαφορετικούς τρόπους διαβίωσης (Γκούβα και Κοτρώτσιου, 2011).

Η Newman όρισε πέντε αλληλεπιδρώσες μεταβλητές: τη φυσιολογική, την ψυχολογική, την κοινωνικοπολιτισμική, την αναπτυξιακή και την πνευματική όπου λειτουργούν στο χρόνο ώστε να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να ανακτήσουν τη σταθερότητα του συστήματος. Το μοντέλο βασίζεται στην αντίδραση του ατόμου στο stress, αποσκοπώντας στη διαφύλαξη των ορίων για να προστατεύσει τη σταθερότητά του (McEwen & Wills, 2004).

Η θεωρία της Newman συνέβαλε στον εμπλουτισμό της νοσηλευτικής επιστήμης, ως ένα πλαίσιο προσανατολισμένο στις ανάγκες και την αιτιότητα. Έχει απήχηση στους νοσηλευτές που θεωρούν τον ασθενή ως μια ολιστική ύπαρξη η οποία αντιδρά στους στρεσογόνους παράγοντες, καθώς προβλέπει τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων ενίσχυσης των αμυντικών γραμμών κατά του stress το οποίο μπορεί να αποσταθεροποιήσει το σύστημα (McEwen & Wills, 2004).

Είναι σχεδόν ριζοσπαστική, γιατί απομακρύνει τη νοσηλευτική μακριά από παραδοσιακές δυτικότερες απόψεις που αναπτύσσουν « καλούς» και «κακούς» διαχωρισμούς στην υγεία (Γκούβα και Κοτρώτσιου, 2011).

Διαπολιτισμική φροντίδα της Madeline Leininger

Η Madeline Leininger απέδειξε τη σημασία της πολιτισμικής προσέγγισης στην υγεία και την ασθένεια. Υπήρξε παραγωγική ερευνήτρια και θεωρείται ιδρύτρια της ειδικότητας της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής (McEwen & Wills, 2004).

Η Leininger (1999) προτείνει πως η πολιτισμική φροντίδα παρέχει ευρύτερα και πιο ενδιαφέροντα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής για να προωθήσει την υγεία και την ευημερία. Θεωρεί τη φροντίδα σαν το μέσο με το οποίο ο ασθενής θα αναρρώσει από την ασθένειά του ή από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης και συνδέει τη φροντίδα με την κουλτούρα και εισηγείται πως δεν θα έπρεπε να διαχωρίζονται στις νοσηλευτικές πράξεις και αποφάσεις.

Ο σκοπός της θεωρίας είναι, μετά από μελέτη, οι νοσηλευτές να ανακαλύψουν, να τεκμηριώσουν, να εξηγήσουν και να ερμηνεύσουν τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ατόμων ή της ομάδας, ώστε να παρέχουν την κατάλληλη ολιστική διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα προσαρμοσμένη στην πολιτιστική τους παράδοση, στον τρόπο ζωής τους, στις ανάγκες και στις προσδοκίες τους. Οι κύριες έννοιες του μοντέλου είναι ο πολιτισμός, η πολιτισμική φροντίδα, οι διαφορές (απολκίσεις) και ομοιότητές της (καθολικότητες). Άλλες κύριες έννοιες είναι η φροντίδα και η παροχή της, η εκ των έσω άποψη (γλωσσικές εκφράσεις, αντιλήψεις, πεποιθήσεις και πρακτικές ατόμων ή ομάδων ενός συγκεκριμένου πολιτισμού απέναντι σε ορισμένα φαινόμενα), η εκ των έξω άποψη (παγκόσμιες πεποιθήσεις και πρακτικές γλωσσικής έκφρασης απέναντι σε ορισμένα φαινόμενα, που διατηρούνται σε αρκετούς πολιτισμούς ή ομάδες), το δημόσιο σύστημα υγείας, το επαγγελματικό σύστημα υγείας και η πολιτισμικά προσαρμοσμένη νοσηλευτική φροντίδα (Leininger 1991, 1995).

Κεντρική αντίληψη της θεωρίας είναι η σημασία της κατανόησης από πλευράς του νοσηλευτή της προσωπικής άποψης του ασθενούς σχετικά με την ασθένεια. Επικεντρώνεται στην αναγνώριση και κατανόηση των πολιτισμικών ομοιοτήτων και διαφορών και η αξιοποίηση της πληροφορίας αυτής στη θετική έκβαση της νοσηλευτικής φροντίδας και της υγείας (McEwen & Wills, 2004).

Απώτερος στόχος, λοιπόν, της διαπολιτισμικής φροντίδας, είναι οι νοσηλευτές να βοηθήσουν, να υποστηρίξουν ή να καταστήσουν ικανά όλα τα άτομα να διατηρούν την ευημερία, να βελτιώνουν τη ζωή τους ή να αντιμετωπίζουν το θάνατο.(Rice, 1998).

Ανεξάρτητα από το πολιτιστικό υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι θεωρούνται σαν εξαρτώμενοι από την ανθρώπινη φροντίδα για να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν, καθώς μοιράζονται καθολικά κοινές ανάγκες φροντίδας για επιβίωση, παρηγοριά και ανάπτυξη (Κοτρώτσιου, 2010).

Ως νέα θεωρία, ένωσε έρευνα και γνώση της διαπολιτισμικής φροντίδας, που δεν υπήρχε στο παρελθόν και είχε παραμεληθεί στη νοσηλευτική πράξη (Lundy & Janes, 2009). Καθώς έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στην έρευνα, υπάρχει η δυνατότητα αξιοποίησής της σε κάθε περίπτωση, από κάθε νοσηλευτή που εργάζεται με άτομα, οικογένειες ή ομάδες με διαφορετική πολιτισμική καταγωγή (McEwen & Wills, 2004).

Θεωρία ελλειμματικής αυτό-φροντίδας της Orem.

Η θεωρία της Orem προϋποθέτει την παραδοχή, ότι ο άνθρωπος χρειάζεται συνεχή και σκόπιμη αισθητηριακή τροφοδοσία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, ώστε να επιβιώνει και να λειτουργεί (McEwen & Wills, 2004).

Στον άνθρωπο η δυνατότητα εκούσιας δράσης ασκείται στην αναγνώριση αναγκών και στην εξασφάλιση του αναγκαίου υλικού τροφής. Τα ώριμα άτομα δοκιμάζουν τους περιορισμούς στην προσπάθεια φροντίδας του εαυτού και των άλλων, στη δράση που θα τους εξασφαλίσει τροφή που θα συντηρήσει τη ζωή και θα ρυθμίσει τις λειτουργίες τους. Η ανθρώπινη δραστηριότητα ασκείται στην ανακάλυψη, ανάπτυξη και μετάδοση προς άλλους τρόπων και μέσων αναγνώρισης των αναγκών και ικανοποίησής τους (Orem, 1995).

Η φροντίδα θεωρείται από την Orem, σαν κάτι το οποίο εκτελείται από τους νοσηλευτές και τους ασθενείς (Orem, 1999 ; Riehl-Sisca, 1998). Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρέχει αγωγή και υποστήριξη, που βοηθούν τον ασθενή να αποκτήσει τις απαραίτητες ικανότητες για να μπορέσει να ασκήσει αυτοφροντίδα. Η θεωρία της ελλειμματικής αυτοφροντίδας της Dorothea Orem περιγράφει τρεις έννοιες που είναι βασικές στην νοσηλευτική πράξη : την αυτοφροντίδα, την ελλειμματική αυτοφροντίδα (έλλειμμα εξαρτώμενης φροντίδας) και τα νοσηλευτικά συστήματα.

1. Η αυτοφροντίδα περικλείει τις βασικές δραστηριότητες που συνδράμουν στην προώθηση της υγείας, την ευημερία και τη διατήρηση της υγείας.

2. Η ελλειμματική αυτοφροντίδα συντελείται όταν τα άτομα δεν μπορούν πια να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αυτοφροντίδας, που περιλαμβάνουν την ανάγκη για τροφή, οξυγόνο, ανάπαυση, κοινωνική αλληλεπίδραση και άλλα στοιχεία της ανθρώπινης λειτουργίας.

3. Τα νοσηλευτικά συστήματα, είναι πολυδιάστατα και θεωρούνται ως ολικά ανταποδοτικά (αν ο ασθενής απαιτεί ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και δεν είναι σε θέση να βοηθήσει στις ανάγκες υγείας του), μερικώς ανταποδοτικά (όταν η φροντίδα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τον νοσηλευτή και τον ασθενή σε μία σχέση αλληλεξάρτησης), υποστηρικτικά – εκπαιδευτικά συστήματα (ο ασθενής με τη βοήθεια των νοσηλευτών) είναι ικανός να πάρει τις δικές του αποφάσεις και ενέργειες για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις της αυτοφροντίδας (Orem, 1999).

Θεωρία ανοικτού συστήματος της King.

Η θεωρία της King, έχει σαν κύρια στοιχεία τα διαπροσωπικά συστήματα σύμφωνα με τα οποία δύο άνθρωποι, που είναι συνήθως άγνωστοι μεταξύ τους, νοσηλευτής και άτομο (υγιής ή ασθενής), παρέχουν και δέχονται βοήθεια με σκοπό να διατηρήσουν ένα επίπεδο υγείας που θα επιτρέπει την εκπλήρωση των κοινωνικών τους ρόλων (Σαπουντζή, 2001).

Βασίζεται στις αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή και ασθενή, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι τύποι συστημάτων, διότι νοσηλευτής και ασθενής είναι άτομα, ανήκουν σε ομάδες, συνιστούν ομάδα και ανήκουν σε κοινωνικά συστήματα μέσα στα οποία λειτουργούν (Σαπουντζή, 2001).

Το εννοιολογικό μοντέλο της I. King περιλαμβάνει τρεις τύπους δυναμικών αλληλεπιδραστικών συστημάτων, καθώς θεωρεί ,ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι διαφορετική σε κάθε νοσηλευτική κατάσταση και επηρεάζεται από τον νοσηλευτή, τον ασθενή και την κοινότητα (Ugarriza, 2002).

Τα δυναμικά αλληλεπιδραστικά συστήματα είναι :

α. Άτομο (προσωπικό σύστημα). Εικόνα σώματος, ανάπτυξη και εξέλιξη, αντιλήψεις, εαυτός, τόπος και χρόνος είναι στοιχεία κρίσιμης σημασίας για το προσωπικό σύστημα (Ugarriza, 2002).

β. Ομάδα (διαπροσωπικό σύστημα). Είναι το σύστημα όπου κατά κύριο λόγο επιτελείται η νοσηλευτική διαδικασία , μια σειρά από πράξεις που υποδηλώνουν δράση, αντίδραση, αλληλεπίδραση και συναλλαγή (Ugarriza, 2002).

γ. Κοινωνία (κοινωνικό σύστημα) . Είναι κοινωνικοί ρόλοι, συμπεριφορές και πρακτικές που αναπτύχθηκαν για να διατηρηθούν οι αξίες και οι μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση πράξεων και κανόνων. Οικογένεια, θρησκεία, εκπαιδευτικό σύστημα, εργασία, σύστημα υγείας, αποτελούν όλα παραδείγματα του κοινωνικού συστήματος (Ugarriza, 2002).

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να υποστηρίξει τον ασθενή να επανακτήσει την υγεία του ή τον υγιή να τη βελτιώσει και να τη διατηρήσει (Σαπουντζή,2001).

Το μοντέλο και η θεωρία της King συνέβαλε στην επαύξηση της νοσηλευτικής επιστήμης, προς όφελος της εκπαίδευσης, της πρακτικής και της έρευνας σε διεθνές επίπεδο (McEwen & Wills, 2004).

Θεωρία της προσαρμογής της Roy

Η θεωρία της Roy αποτελείται από τέσσερα προσαρμοστικά επίπεδα, που αποτελούν και τις ειδικές κατηγορίες οι οποίες εξυπηρετούν την αξιολόγηση. Μέσα από τα τέσσερα επίπεδα «

επιτελούνται οι αποκρίσεις και αλληλεπιδράσεις του ασθενούς με το περιβάλλον και διαπιστώνεται η προσαρμογή» (Roy & Andrews, 1999). Αυτά είναι :

1. Το φυσιολογικό-φυσικό επίπεδο : Οι φυσικές και χημικές διαδικασίες που αποτελούν τις λειτουργίες και δραστηριότητες των ζωντανών οργανισμών. Αυτές προϋποθέτουν τη φυσιολογική ακεραιότητα, όπως αυτή διαπιστώνεται στο βαθμό της ολότητας που επιτυγχάνεται μέσω της προσαρμογής στις μεταβολές των αναγκών. Σε ομάδες, πρόκειται για τον τρόπο με τον οποίο τα ανθρώπινα συστήματα εκδηλώνουν την προσαρμογή σε σχέση με τους βασικούς πόρους λειτουργίας.

2. Το επίπεδο ταυτότητας εαυτού-έννοιας-ομάδας: Εστιάζει στην ψυχολογική και πνευματική ακεραιότητα και αίσθηση ενότητας, νοήματος, σκοπού του σύμπαντος.

3. Το επίπεδο λειτουργίας ρόλων: Αναφέρεται στο ρόλο που κάθε άτομο αναλαμβάνει στην κοινωνία, εκπληρώνοντας την ανάγκη της κοινωνικής ακεραιότητας. Με τον τρόπο αυτό αναγνωρίζει ποιος είναι σε σχέση με τους άλλους.

4. Το επίπεδο αλληλεξάρτησης: Οι στενές σχέσεις των ανθρώπων και οι σκοποί, δομές και ανάπτυξη, ατομικά και ως σύνολα, και το προσαρμοστικό δυναμικό αυτών των σχέσεων. (Roy & Andrews, 1999).

Οι άνθρωποι είναι βιοψυχοκοινωνικά προσαρμοστικά συστήματα που αντιμετωπίζουν την περιβαλλοντική αλλαγή μέσω της διαδικασίας της προσαρμογής. Τα υποσυστήματα αυτά αποτελούν προσαρμοστικές λειτουργίες που παρέχουν μηχανισμούς για την αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και την αλλαγή. Ο νοσηλευτικός στόχος, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, είναι η προώθηση της προσαρμογής των ασθενών κατά τη διάρκεια της υγείας και της ασθένειας. Η Νοσηλευτική επίσης ρυθμίζει ερεθίσματα που επηρεάζουν την προσαρμογή. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες λαμβάνουν συνήθως τη μορφή της αύξησης, μείωσης, τροποποίησης, κατάργησης ή διατήρησης των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που επηρεάζουν την προσαρμογή (Basavanthappa, 2007).

Θεωρία της Jean Watson για τη φροντίδα.

Η θεωρία της Jean Watson είναι μια από τις πιο πρόσφατες μεγάλες θεωρίες νοσηλευτικής, καθώς η κωδικοποίησή της ολοκληρώθηκε το 1979 και αναθεωρήθηκε το 1985 (Watson, 1988b). Θεωρεί τον άνθρωπο ως ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Προτείνει τη φροντίδα ως ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το ιδεώδες της φροντίδας περιλαμβάνει αξίες, θέληση για δέσμευση, γνώση και δραστηριότητες φροντίδας. Όλα αυτά τα στοιχεία καθοδηγούν τη νοσηλευτική πρακτική και εκφράζονται μέσα από αυτή, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται στη μοναδικότητα του κάθε ατόμου. (Παπασταύρου και συν, 2010).

Η Watson (1988b) προτείνει μια φιλοσοφική προσέγγιση της φροντίδας, η οποία αντανακλά την υπαρξιακή, φαινομενολογική και πνευματική επίδραση. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η φροντίδα μπορεί να αποδειχθεί και να εφαρμοστεί αποτελεσματικά μόνο μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Η Watson εισηγείται 10 παράγοντες φροντίδας, οι οποίες σε συνδυασμό με την επιστημονική γνωσιολογική βάση και την κλινική επάρκεια καθοδηγούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες προς την προαγωγή, την πρόληψη και την αποκατάσταση της υγείας. Ανάμεσα στους συγκεκριμένους παράγοντες περιλαμβάνεται ένα ανθρωπιστικό, αλτρομιστικό σύστημα αξιών, η ενίσχυση της πίστης και της ελπίδας των ανθρώπων προς τον εαυτό τους και το άτομο, στοιχεία που τα φροντίζει η καλλιέργεια ευαισθησίας με στόχο την προαγωγή της αυτοανάπτυξης, η δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, η έκφραση συναισθημάτων και η διατήρηση ενός υποστηρικτικού και προστατευτικού περιβάλλοντος με στόχο την προαγωγή της αρμονίας και της ευημερίας. (Παπασταύρου και συν, 2010).

1. Ουμανιστικό-αλτρομιστικό σύστημα αξιών
2. Πίστη-ελπίδα
3. Ευαισθησία προς τον εαυτό και τους άλλους
4. Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, αλληλοβοήθειας και φροντίδας
5. Έκφραση θετικών και αρνητικών αισθημάτων και συναισθημάτων
6. Δημιουργική, εξατομικευμένη και αποτελεσματική διαδικασία φροντίδας
7. Διαπροσωπική διδαχή και εκμάθηση
8. Υποστηρικτικό, προστατευτικό και επανορθωτικό πνευματικό, φυσικό, κοινωνικό και ψυχικό περιβάλλον
9. Υπηρετήση των ανθρώπινων αναγκών
10. Υπαρξιακές-φαινομενολογικές και ψυχικές δυνάμεις (Watson, 1988).

Οι εν λόγω παράγοντες της Watson, αποτελούν το ανθρωπιστικό σύστημα αξιών και την επιστημονική βάση που καθοδηγεί τις νοσηλευτικές πράξεις, ενώ το μοντέλο στηρίζεται στη φιλοσοφία του ανθρωπισμού η οποία αποτελεί κεντρικό στοιχείο της φροντίδας των ανθρώπινων υπάρξεων (Watson, 1985).

Θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων της Perlaui.

Η θεωρία της Perlaui βασίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις, όπου ο νοσηλευτής ενθαρρύνει τον ασθενή για την επίλυση των προβλημάτων του. Οι διαπροσωπικές σχέσεις μπορούν να θεωρηθούν μικρόκοσμοι των τρόπων λειτουργίας του ατόμου στις σχέσεις του (Thompson, 1986).

Προκειμένου να επομορφωθεί ο ασθενής και να βοηθηθεί στην απόκτηση αυτογνωσίας, η Perlaui (1963) επεξεργάστηκε την έννοια του συμμετοχου- παρατηρητή.

Το διαπροσωπικό μοντέλο σχέσης συντίθεται από τέσσερις αλληλοδιαδεχόμενες φάσεις:

1. Προσανατολισμός. Είναι μία διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής και ο πελάτης γνωρίζουν ο ένας τον άλλον σαν πρόσωπα.
2. Ταύτιση. Είναι η διαδικασία όπου οι πελάτες κατανοούν τα προβλήματα που μπορούν να δουλευτούν στη σχέση.
3. Φειδώ. Είναι η μέθοδος όπου ο πελάτης 'χρησιμοποιεί 'τον νοσηλευτή ώστε να επιλυθούν τα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί.
4. Απόσπαση. Είναι η διαδικασία κατά την οποία η (επαγγελματική) σχέση παύει να υπάρχει, καθώς οι ανάγκες των ασθενών έχουν καλυφθεί και οι ασθενείς βρίσκονται σε μια συναισθηματική ισορροπία και ωριμότητα (Κοτρώτσιου, 2008).

Μεγάλης σημασίας είναι η φάση του προσανατολισμού, καθώς λαμβάνει χώρα η αμοιβαία γνωριμία μεταξύ επαγγελματία και ατόμου και αναπτύσσεται η διαπροσωπική σχέση. Νοσηλευτής και ασθενής χρειάζονται αυτή τη φάση για να γνωρίσουν τις δυνατότητες και τα όρια στο πλαίσιο της σχέσης φροντίδας. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ατομικές ανάγκες και συνήθειες του ασθενούς που πρέπει να φροντίσει και αντιστρόφως μαθαίνουν και οι δύο ποιες πράξεις συμπεριλαμβάνει αυτή η φροντίδα (Mischo-Kelling & Wittneben, 1995).

Η διαμόρφωση, ανάπτυξη, χρήση και ο τερματισμός της σχέσης ασθενούς-νοσηλευτή αποτελεί ένα φαινόμενο που μελετάται στη νοσηλευτική καθώς αποτελεί ζωτικό στοιχείο της φροντίδας και συμβάλλει καθοριστικά στο τελικό αποτέλεσμα (Forchuck et al, 2000).

Θεωρία των Roper-Logan-Tierney.

Οι Roper-Logan-Tierney βασιζόμενοι στη θεωρία των δεκατεσσάρων γενικών ανθρωπίνων αναγκών της Henderson και στην ιεράρχιση των ανθρώπινων αναγκών του Maslow, δημιούργησαν τη νοσηλευτική θεωρία που ονόμασαν *Τα Βασικά Στοιχεία Της Νοσηλευτικής* (*The elements of Nursing*) (Roper, Logan & Tierney, 1980 ; Newton, 1996).

Αναγνωρίζουν δώδεκα δραστηριότητες διαβίωσης που κάθε άνθρωπος πρέπει επαρκώς να ικανοποιήσει, ώστε να εξασφαλίσει την επιβίωσή του:

1. Διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος (maintaining a safe environment)
2. Επικοινωνία (communicating)
3. Αναπνοή (Breathing)
4. Λήψη τροφής και υγρών (eating and drinking)
5. Απέκκριση (eliminating)
6. Φροντίδα προσωπικής καθαριότητας και ενδυμασίας (personal cleansing and dressing).
7. Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος (controlling body temperature).
8. Κίνηση (mobilizing).
9. Εργασία και ψυχαγωγία (working and playing)
10. Έκφραση σεξουαλικότητας (expressing sexuality).
11. Εξασφάλιση επαρκούς ύπνου (sleeping).
12. Θάνατος (dying).

(Roper, Logan & Tierney, 1980).

Αρχικά πραγματοποιείται μια αξιολόγηση της δυνατότητας του ατόμου να τις εκτελεί με ανεξαρτησία ή όχι. Σε περίπτωση που υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτικό-οικονομικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την ανεξάρτητη διεκπεραίωση των δώδεκα δραστηριοτήτων διαβίωσης από το άτομο, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να εντοπίσει τα προβλήματα αυτά και να σχεδιάσει νοσηλευτική φροντίδα που να το βοηθά να ξεπεράσει ή να προσαρμοστεί σε αυτά (Μαντζούκας & Ζώη, 2008).

2.2 Νοσηλευτική φροντίδα βασισμένη στη θεωρία

Οι παραπάνω θεωρητικοί της νοσηλευτικής, και άλλοι πολλοί, υποστηρίζουν ότι η καθοδηγούμενη από τη θεωρία πρακτική, αποτελεί το μέλλον της νοσηλευτικής. Στον 21^ο αιώνα, οι νοσηλευτές οφείλουν να εντάξουν την πρακτική αυτή στον πυρήνα της νοσηλευτικής, ενσωματώνοντας την αποτελεσματική πρακτική με την τέχνη και επιστήμη της φροντίδας. (Walker & Redman, 1999). Οφείλουμε να βασιζόμαστε σε τεκμηριωμένες θεωρητικές αρχές κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας, ώστε να παρέχουμε πλήρη, ολιστική και αποτελεσματική παρέμβαση (McEwen & Wills, 2004). Οφείλουμε να ερευνούμε τη βιβλιογραφία, να αξιολογούμε κριτικά τα ευρήματα της έρευνας και να συνθέτουμε εμπειρική και συνεπή με το γενικό πλαίσιο θεωρητική πληροφορία, κατάλληλη να εφαρμοστεί στην πρακτική. Οφείλουμε να αμφισβητούμε συνεχώς την πρακτική και να αναζητούμε καλύτερες εναλλακτικές λύσεις (Rosswurm & Larrabee, 1999). Είναι επιζήμιο να αντιλαμβανόμαστε τη θεωρία και την έρευνα ως πνευματικές δραστηριότητες, διαχωρισμένες από την κλινική πρακτική, αλλά, οφείλουμε να συνειδητοποιούμε ότι αυτές παρέχουν τη βάση της πρακτικής (McEwen & Wills, 2004). Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών δεκαετιών, οι θεωρητικοί της νοσηλευτικής επιστήμης υποστήριξαν έντονα τη χρήση εννοιολογικών προτύπων ως κατευθυντήριες οδηγίες στην άσκηση της νοσηλευτικής πράξης, συστήνοντας ταυτόχρονα ρεαλιστική και πρακτική εφαρμογή των θεωριών μαζί με την εκπαίδευση και την εμπειρική εργασία (Κουλούρη & Ρούπα, 2008). Η ανάπτυξη των νοσηλευτικών θεωριών, οδήγησε στην ανάπτυξη πολυάριθμων συστημάτων θεωρητικής ανάλυσης και αξιολόγησης, την ανάδειξη της φιλοσοφίας των επιστημών παρέχοντας στους νοσηλευτές πολύτιμα εφόδια για να στηριχθούν και να χρησιμοποιήσουν στην καθημερινή άσκηση των καθηκόντων (Κουλούρη & Ρούπα, 2008).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των τελευταίων πέντε δεκαετιών αποδεικνύει ότι οι αλλαγές στη φροντίδα υγείας, την κοινωνία, το περιβάλλον, όπως και η δημογραφική σύνθεση του πληθυσμού (γήρανση, αστικοποίηση, αύξηση των μειονοτήτων), οδήγησαν στην ανάγκη ανανέωσης ή ενημέρωσης των υπαρχουσών θεωριών, αλλά, και στην ανάπτυξη νέων με διαφορετικό περιεχόμενο. Η παροχή φροντίδας υγείας είναι μια δυναμική, συνεχώς μεταβαλλόμενη διαδικασία, έτσι και οι θεωρίες χρειάζονται συνεχή ανανέωση και επανεκτίμηση. Πολλοί καταξιωμένοι θεωρητικοί της νοσηλευτικής συνεχίζουν να συγγράφουν, να αναθεωρούν και να βελτιώνουν τις θεωρίες τους στο φως των νέων δεδομένων, ενώ και νέοι μελετητές αναζητούν την έμπνευση στη μεταβαλλόμενη πραγματικότητα του χώρου της υγείας. Νέοι συγγραφείς ανασκοπούν το έργο των παλαιότερων, ανακαλύπτοντας ιδέες που διατηρούν την αξία τους για τη νοσηλευτική επιστήμη και μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση και επέκταση των θεωρητικών αναζητήσεων (McEwen & Wills, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.1 Σημαντικότητα διερεύνησης της έννοιας της φροντίδας

Η φροντίδα παρουσιάζεται ως μια νεφελώδη έννοια στην νοσηλευτική και έχει προκαλέσει όλα αυτά τα χρόνια έντονες και συνεχείς προσπάθειες για να συλλάβουν το νόημά της οι επαγγελματίες νοσηλευτές.

Στο σημερινό παγκόσμιο κλίμα της νοσηλευτικής (γενικότερα στη φροντίδα) η έννοια της φροντίδας πρέπει να πλαισιωθεί εξ αρχής, προκειμένου να αντικατοπτρίζει τις τρέχουσες εξελίξεις και αλλαγές, στον τρόπο άσκησης της νοσηλευτικής από τους νοσηλευτές. Έχει δημιουργηθεί, λοιπόν, η ανάγκη κατανόησης ποιές από τις νοσηλευτικές συμπεριφορές δείχνουν φροντίδα και ποιές επηρεάζουν την έκβαση των ασθενών και προάγουν την ευημερία και την υγεία.(Sherwood, 1997 ; Smith, 1999 ; Boykin & Schoenhofer, 2001 ; Brilowski & Wendler, 2005 ; Finggeld-Connet, 2008).

Ο Eriksson (1992) επιβεβαιώνει, ότι η έρευνα θα βοηθήσει τους νοσηλευτές, να περιορίσουν τη γενική έννοια της φροντίδας, να αναπτύξουν την ικανότητά τους και να ορίσουν τις διάφορες μορφές της. Η σαφήνεια της έννοιας θα τους βοηθήσει να αναπτύξουν τα κατάλληλα μέσα και να επικυρώσουν τα ευρήματα των ερευνών.

Η νοσηλευτική βιβλιογραφία δίνει έμφαση στην αξία της διερεύνησης της φροντίδας και στον τρόπο με τον οποίο αυτή εκφράζεται. Σύμφωνα με πολλούς συγγραφείς, οι νοσηλευτές, ειδικότερα στην σημερινή εποχή, θα πρέπει να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για τη διατήρηση της φροντίδας ως το επίκεντρο του επαγγέλματός τους, επειδή στη σύγχρονη εποχή υπάρχει μια τάση υποτίμησής της (Patistea, 1999).

Η πρακτική προσέγγιση της έννοιας της φροντίδας προϋποθέτει την εξέταση των αντιλήψεων και νοσηλευτών και ασθενών. Για να έχει νόημα η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να βασίζεται στη συμφωνία απόψεων νοσηλευτών και ασθενών και αυτό συμπεριλαμβάνει και συμπεριφορές φροντίδας (Larson, 1981).

Οι νοσηλευτές δεν μπορεί να είναι βέβαιοι ότι η συμπεριφορά τους είναι σύμφωνη με τις αντιλήψεις των ασθενών για τη φροντίδα τους όπως, δεν μπορούν να υποθέσουν αν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις προσπάθειες τους για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, για αυτό για την αποφυγή αυτών των προβλημάτων, είναι επιτακτική η ανάγκη οι νοσηλευτές να επικυρώνουν την έλλειψη ικανοποίησης των αναγκών φροντίδας των ασθενών (Christofer & Hegedus, 2000 ; Widmark et al, 2000).

3.2. Μεθοδολογία & εργαλεία μέτρησης της νοσηλευτικής φροντίδας

A. Μέθοδοι έρευνας νοσηλευτικής φροντίδας

Στη νοσηλευτική αναγνωρίζονται δύο κυρίαρχες μορφές επιστημονικής αναζήτησης:

1. Ο εμπειρισμός-ποσοτική προσέγγιση, ο οποίος συγκεκριμενοποιεί την εμπειρία και υποβάλλει σε δοκιμασία τις προτάσεις και υποθέσεις με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και ερευνητικών κλιμάκων για τη συλλογή των δεδομένων.

2. Η ποιοτική μελέτη με συχνότερα χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία τη φαινομενολογία, όπως και άλλες μορφές ποιοτικής έρευνας (ερμηνευτική, ιστορική, εθνογραφική) οι οποίες μελετούν τις βιωμένες εμπειρίες και το νόημα των γεγονότων (Gortner & Schultz, 1993).

Είναι σημαντικό, ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται μια συστηματικότερη προσπάθεια συνδυασμού ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων για την πληρέστερη απεικόνιση του φαινομένου της φροντίδας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να προσεγγίζεται η έννοια της φροντίδας πολυπαραγοντικά μέσα από μεγάλα δείγματα και με αυτό τον τρόπο να επιτυγχάνεται η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Patistea, 1999).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι μελέτες διερεύνησης των απόψεων των ασθενών ή των απόψεων των νοσηλευτών μεμονωμένα χρησιμοποίησαν την ποιοτική μεθοδολογία, ενώ οι μελέτες που συνέκριναν τις απόψεις νοσηλευτών και ασθενών ταυτόχρονα, χρησιμοποίησαν την ποσοτική μεθοδολογία.

B. Εργαλεία μέτρησης νοσηλευτικής φροντίδας

Μεγάλος αριθμός ερευνών που είχαν διεξαχθεί τη δεκαετία του 70 βασιζόταν κυρίως στο εργαλείο Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort, γνωστότερο ως CARE-Q με κύρια εμπνευστή τη Larson και η προσέγγιση αυτή συνέχισε να επηρεάζει την έρευνα για πολλά χρόνια. (Larson, 1987 ; Keane, 1987) Είναι το πρώτο εργαλείο φροντίδας που αναφέρεται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία και είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο για την αξιολόγηση της φροντίδας. Το Care-Q χρησιμοποιεί τη μεθοδολογία Q για να εντοπίσει τις πιο σημαντικές συμπεριφορές φροντίδας (Watson J., 2009).

Αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980, αναπτύχθηκαν νέα εργαλεία και ερωτηματολόγια, για τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως το Caring Behaviors Inventory (CBI) Caring Behavior Assessment (CBA) (Wolf et.al, 1998 ; Walsh & Dolan, 1999).

Τη δεκαετία του '90 αναπτύχθηκε το Caring Dimensions Inventory (CDI) που αναπτύχθηκε από τη Watson & Lea (1997) και ένα παράγωγό του το Nursing Dimensions Inventory (NDI) (Watson et.al, 1999a, 2001).

Εκτός από τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας ως γενικό όρο, αναπτύχθηκε μια νέα τάση αξιολόγησής της με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Το εργαλείο μέτρησης της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές είναι το Individualized Care Scale (ICS) (Suhonen et.al, 2005 ; Suhonen et.al, 2007).

Η ανασκόπηση των μελετών κατά τη διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας δείχνει τη χρήση και πολλών άλλων νέων εργαλείων, (εκ των οποίων πολλά αποτελούν παράγωγα παλαιότερων) στηριζόμενα στις σύγχρονες εξελίξεις και απαιτήσεις της νοσηλευτικής έρευνας, με σκοπό να οδηγήσουν σε εγκυρότερα αποτελέσματα και να εξυπηρετήσουν πληρέστερα το σκοπό των μελετών.

Γ. Σκοπός της χρήσης των τυπικών εργαλείων της νοσηλευτικής έρευνας για την έννοια της φροντίδας

- Η συνεχής βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μέσω της χρήσης των αποτελεσμάτων
- Αξιολόγηση δομών, ρυθμίσεων και περιβαλλόντων όπου η φροντίδα είναι περισσότερο έκδηλη
- Παρακολούθηση των μοντέλων φροντίδας σε σχέση με τις συνηθισμένες πρακτικές φροντίδας
- Αξιολόγηση των συνεπειών από την έλλειψη φροντίδας
- Ανάπτυξη της γνώσης και της κατανόησής μας για τη σχέση που υπάρχει μεταξύ της φροντίδας και της υγείας
- Εμπειρική επικύρωση των θεωριών που ήδη υπάρχουν, καθώς και την παραγωγή νέων θεωριών φροντίδας
- Δημιουργία νέων κατευθύνσεων για προγράμματα σπουδών και παιδαγωγικών μεθόδων στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας στις επιστήμες υγείας, συμπεριλαμβανομένης της διεπιστημονικής έρευνας και εκπαίδευσης (Watson, 2009)

3.3 Αντιλήψεις νοσηλευτών και ασθενών για την έννοια της φροντίδας

Οι μελέτες της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας άρχισαν το 1970 και συνεχίζονται έως και σήμερα (Larson, 1987 ; Keane et.al,1987). Το πρώτο πεδίο αναζήτησης και μελέτης της έννοιας της φροντίδας, αποτέλεσε η ογκολογική νοσηλευτική, μια από τις ειδικότητες, που από

πολύ νωρίς απάντησε στην πρόκληση του ορισμού μιας τόσο πολύπλοκης και σημαντικής έννοιας (Κάρλου & Πατηράκη, 2011).

Από τη δεκαετία του '90 διεξάγεται πληθώρα μελετών που ερευνούν συστηματικά και σε βάθος την έννοια της φροντίδας, τόσο με συνδυασμό ερευνητικών μεθόδων, όσο και συγκριτικά σε διαφορετικούς πληθυσμούς νοσηλευτών-ασθενών-φοιτητών (Κάρλου & Πατηράκη, 2011). Ένα σημαντικό μέρος της έρευνας έχει διεξαχθεί διερευνώντας την έννοια της φροντίδας από τη σκοπιά των νοσηλευτών (Hegedus, 1999 ; Tierney, 2003), ωστόσο, η διερεύνηση των αντιλήψεων των ασθενών για την έννοια της φροντίδας, είναι εξίσου σημαντική με τις απόψεις των νοσηλευτών (Das Gracias & das Santos, 2009).

A. Αντιλήψεις ασθενών για την έννοια της φροντίδας

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους, αποτελώντας αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους (Mc Donnel & Nash, 1990).

Οι Muntlin, Gunningberg και Garlsson, (2006) σε μία προοπτική-περιγραφική μελέτη, θέλησαν να προσδιορίσουν τις αντιλήψεις ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, σε τμήμα πρώτων βοηθειών σε σουηδικό πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Οι συμμετέχοντες ήταν 99 γυναίκες και 101 άνδρες, οι οποίοι απάντησαν σε ερωτηματολόγιο και τα αποτελέσματα από την επεξεργασία των δεδομένων έδειξαν ότι οι ασθενείς εκτιμούν την ποιότητα της φροντίδας ως αρκετά καλή αλλά υπάρχουν τομείς που χρήζουν βελτίωσης. Υψηλό ποσοστό συσχέτισε τη φροντίδα με το περιβάλλον στο τμήμα των επειγόντων περιστατικών, ενώ το 20% δήλωσαν ότι δεν είχαν λάβει αποτελεσματική ανακούφιση του πόνου. Περισσότερο από το 20% εκτιμούν ότι οι νοσηλευτές δεν δείχνουν ενδιαφέρον για την κατάσταση της ζωής τους και δεν λαμβάνουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την αυτοφροντίδα

Σε ποιοτική μελέτη των Larrabee & Bolden *Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care* (2001) , εξετάστηκε ένα δείγμα 199 ενήλικων ασθενών στη Ν.Αμερική σχετικά με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Η ανάλυση του περιεχομένου απέδωσε πέντε βασικά θέματα σημαντικά για τους ασθενείς: το νοσηλευτικό προσωπικό να δίνει σημασία στις ανάγκες μου, να παρέχει νοσηλευτική φροντίδα ευχάριστα, να νοιάζεται για μένα, να είναι αρμόδιο και να παρέχει άμεσα βοήθεια.

Σε μία άλλη ποσοτική, περιγραφική μελέτη των Rchaidia et al. (2011), σε δείγμα 100 ογκολογικών ασθενών και αφού πραγματοποιήθηκε στάθμιση του ερωτηματολογίου Care-Q στα

ολλανδικά, κλήθηκαν να δηλώσουν τα χαρακτηριστικά που πρέπει να διαθέτει ο « καλός νοσηλευτής ». Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καλοί νοσηλευτές διαθέτουν : ενσυναίσθηση (προς τους ασθενείς και την οικογένειά του), επαγγελματισμό, , σεβασμό, επικοινωνία και επίκεντρό του είναι ο ασθενής.

Στο άρθρο τους *''Caring for'' behaviors that indicate to patients that nurses ''care about'' them*, οι Henderson και συνεργάτες (2007), πραγματοποίησαν μία μελέτη διερεύνησης, του τι συνιστά την αλληλεπίδραση νοσηλευτών και ασθενών και εξακρίβωσης των αντιλήψεων των ασθενών περί αυτού. Πραγματοποιήθηκε τυχαία επιλογή δείγματος σε δύο πτέρυγες , γενικές και χειρουργικές, 160 κλινών σε δημόσιο νοσοκομείο οξείας φροντίδας, μιας πόλης στην Αυστραλία. Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι η φροντίδα αποδεικνύεται όταν : (α) οι νοσηλευτές επικεντρώνονται στις ανάγκες των ασθενών και ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένα αιτήματα αυτών θεωρώντας απαραίτητο να ενημερώνονται όταν αυτά τα αιτήματα δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν άμεσα, (β) γίνεται αισθητή η παρουσία του νοσηλευτή κατά την έναρξη της βάρδιας και ακολουθεί ενημέρωση των ασθενών για την αναμενόμενη ρουτίνα, (γ) πραγματοποιείται συζήτηση με τους ασθενείς την κατάλληλη χρονική στιγμή, (δ) υπάρχει αλληλεπίδραση και γνωριμία για τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, ώστε να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης και σύνδεση μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών (ε) υπάρχει σωστή διαχείριση του χρόνου, καλύτερη οργάνωση των νοσηλευτικών πράξεων ώστε να υπάρχει χρόνος ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα αλλά και συγκεκριμένων αιτημάτων έξω από την άμεση θεραπευτική αγωγή φροντίδας.

Μία μη πειραματική, περιγραφική μελέτη διενήργησαν οι Baldursdottir και Jonsdottir (2002) για να διερευνηθούν οι αντιλήψεις ασθενών για την παροχή φροντίδας και να προσδιοριστούν συμπεριφορές φροντίδας των νοσηλευτών ως σημαντικοί δείκτες για τη φροντίδα των ασθενών. Σε 300 ενήλικες ασθενείς που επισκέφτηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών σε νοσοκομείο στο Ρέικικ της Ισλανδίας και δεν έχριζαν νοσηλείας, ταχυδρομήθηκαν ερωτηματολόγια βασισμένα στο εργαλείο Caring Behaviors Assessment και ανοιχτές ερωτήσεις για να προσθέσουν οι ασθενείς σχόλια σχετικά με επιπρόσθετα μέτρα όπου το νοσηλευτικό προσωπικό θα μπορούσε να πάρει για να αισθανθούν φροντίδα. Η ανάλυση των δεδομένων κατέληξε σε επτά θέματα: (α) παρέμβαση στις ανθρώπινες ανάγκες, (β) Υποστήριξη/προστασία, (γ) Διδασκαλία/μάθηση, (δ) Ανθρωπισμός/πίστη-ελπίδα/ευαισθησία, (ε) παροχή βοήθειας/εμπιστοσύνη, (στ) Υπαρξιακή/πνευματική δύναμη, (ζ) Έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων.

Οι Nordgren & Fridlund (2001) πραγματοποίησαν συλλογή μαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων για να περιγράψουν αντιλήψεις ασθενών για την αυτοδιάθεση και πώς βρίσκει την έκφρασή της στο πλαίσιο της φροντίδας. Κατά την ανάλυση βρέθηκαν τρεις κατηγορίες : (α)

Εμπιστοσύνη (β) Αποδοχή (γ) Αίσθημα αδυναμίας. Οι ασθενείς εξέφρασαν μεγάλο αίσθημα εμπιστοσύνης στην παρεχόμενη φροντίδα και αποδέχτηκαν τις διαδικασίες υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα εξέφρασαν την αίσθηση αδυναμίας καθώς δεν αποτέλεσαν μέρος της διαδικασίας λήψης αποφάσεων, καθώς και έλλειψη γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με τις στρατηγικές θεραπείας. Οι ασθενείς επιθυμούν να έχουν το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης αλλά δεν έχουν τη δύναμη και τη γνώση να είναι σε θέση να επηρεάσουν τη δική τους φροντίδα. Η γνώση, λοιπόν, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των ασθενών σε συνάντησή τους με την επαγγελματική φροντίδα εκφράζεται ως δύναμη. Η αίσθηση της έλλειψης αυτοδιάθεσης, μπορεί να μειωθεί με τη βοήθεια και υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού προκειμένου να μάθει τις ανάγκες του ασθενούς και να καταλήξουν σε αμοιβαία κατανόηση.

Σε μια ανασκοπική έρευνα των Polikandrioti & Ntokou (2011) σχετικά με τις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών, αναδείχθηκε ότι οι ανάγκες των ασθενών ποικίλουν ανάλογα με τις παραδόσεις, τον πολιτισμό και την πνευματικότητα των ασθενών. Η πλειοψηφία των μελετών έδειξαν ότι οι κύριες ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών είναι: εμπιστοσύνη, πληροφόρηση, εκπαίδευση, αυτοφροντίδα και υποστήριξη. Η μη ικανοποίηση των αναγκών ή η όχι καλή αξιολόγηση αυτών ασκεί αρνητική επίδραση στην έκβαση της νόσου και επιβάλλει μια τεράστια οικονομική επιβάρυνση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της κάθε χώρας. Επίσης, έρευνες επιβεβαίωσαν την επιθυμία και τις προσδοκίες των ασθενών να συμμετέχουν στη φροντίδα τους. Η κατανόηση της σημασίας της αξιολόγησης των αναγκών των νοσηλευόμενων ασθενών πρέπει να ωθεί τους επαγγελματίες νοσηλευτές να παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς ώστε να μπορεί να μειωθεί το χάσμα μεταξύ των αναγκών των ασθενών και της παρεχόμενης φροντίδας.

Η διερεύνηση των αντιλήψεων, ασθενών και συγγενών για τη φροντίδα, αποτέλεσε ο σκοπός της ποιοτικής μελέτης της Attree (2001). Η ποιοτική ανάλυση των ημιδομημένων συνεντεύξεων, 34 ασθενών με οξεία παθολογική νόσο και επτά συγγενών, έδειξε ότι η φύση της παρεχόμενης φροντίδας και οι διαπροσωπικές πτυχές της, αποδείχθηκαν ως βασικά ζητήματα ποιότητας για τους ασθενείς. 'Καλή' φροντίδα χαρακτηρίστηκε η εξατομικευμένη και παρέχεται με ανθρωπισμό, μέσω μιας στοργικής σχέσης με το νοσηλευτικό προσωπικό που δείχνει συμμετοχή, δέσμευση και ανησυχία. Η 'όχι και τόσο καλή' φροντίδα αποτελεί ρουτίνα, δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και παρέχεται με απρόσωπο τρόπο, από προσωπικό που κρατάει απόσταση, δεν γνωρίζουν τους ασθενείς και δεν τους εμπλέκουν στη φροντίδα (Attree, 2001).

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (Yellen et al, 2002) καθώς η νοσηλευτική φροντίδα είναι η βασικότερη νοσοκομειακή υπηρεσία η οποία σχετίζεται άμεσα με τη γενική ικανοποίηση του ασθενούς, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημαντικότητα που δίνουν οι ασθενείς στη φροντίδα που λαμβάνουν από το

νοσηλευτικό προσωπικό (Wagner & Bear, 2009). Οι ασθενείς διαθέτουν παραδοσιακή αντίληψη της φροντίδας, με βάση την παροχή της σωματικής σε συνδυασμό με τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες (Rosenthal, 1992).

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας αλλά και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Timmis, 2005 ; Montazeri, 2008). Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών, επιτυγχάνεται μια βασική συνεργασία, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα (Asadi-Lari et al, 2003) και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους, διότι είναι δυνατόν, μέσω της αξιολόγησης, να επιτευχθεί βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Oldridge et al, 1998 ; Thompson et al, 1998).

B. Σύγκριση απόψεων νοσηλευτών και ασθενών για την έννοια της φροντίδας.

Υπάρχει μια σχέση μεταξύ συμπεριφορών φροντίδας των νοσηλευτών και ικανοποίησης των ασθενών, καθώς παρουσιάζουν υψηλή συσχέτιση (Davis & Dufty, 1999). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, παρέχοντας τις κατάλληλες συμπεριφορές φροντίδας (Chang et al, 2005).

Οι Smith και Sullivan χρησιμοποίησαν το εργαλείο αξιολόγησης Care-Q για να διερευνήσουν τις αντιλήψεις νοσηλευτών και ασθενών στην κατ'οίκον φροντίδα. Δύο ομάδες, 14 ασθενείς και 15 νοσηλευτές, κλήθηκαν να κατατάξουν σε σειρά σημαντικότητας συμπεριφορές φροντίδας. Οι νοσηλευτές κατέταξαν ως την πιο σημαντική συμπεριφορά φροντίδας το 'ακούει τον ασθενή' και οι επτά πιο εκφραστικές συμπεριφορές ήταν : έκφραση εμπιστοσύνης, αποδοχή συναισθημάτων, πίστη, αλληλεπίδραση, παρηγοριά και παροχή ευθυμίας όπως επίσης και τρία εργαλεία μέτρησης συμπεριφορών (φυσική φροντίδα, θεραπεία, πληροφόρηση). Οι ασθενείς κατέταξαν το στοιχείο ' βάζει πρώτα τον ασθενή ότι κι αν συμβεί' στην υψηλότερη θέση. Από τις 10 πρώτες συμπεριφορές φροντίδας , πέντε ήταν εκφραστικές και πέντε οργανικές από τις οποίες ξεχώρισαν οι: 'παροχή ειλικρινών πληροφοριών στον ασθενή' και 'θεραπεία'. Γενικότερα οι νοσηλευτές και οι ασθενείς σε αυτή τη μελέτη βρισκόταν σε ευρεία συμφωνία σχετικά με τη σημαντικότητα συμπεριφορών φροντίδας, γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται στη στενή σχέση που αναπτύσσεται αναπόφευκτα σε νοσηλευτές και σε μακροχρόνιους ασθενείς στην κατ'οίκον φροντίδα.

Οι Κάρλου και Πατηράκη (2011) διεξήγαγαν μία ανασκόπηση με σκοπό να διερευνήσουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της φροντίδας οι νοσηλευτές και οι ασθενείς στο χώρο της ογκολογικής νοσηλευτικής. Διεξήχθη περιεκτική αναζήτηση μελετών

και η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα σύμφωνα με την προσωπικότητα και τις αξίες τους, ενώ επηρεάζονται από τις πεποιθήσεις τους για τον καρκίνο. Θεωρούν σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν ευαισθησία, ενσυναίσθηση, ικανότητες επικοινωνίας και κατάλληλη εκπαίδευση που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές με την πάροδο των χρόνων. Θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διάφορων νοσηλευτικών διαδικασιών. Η διαφορά των αντιλήψεων των συμπεριφορών φροντίδας νοσηλευτών και ασθενών στην ογκολογία φαίνεται να συγκλίνει στα εξειδικευμένα αντικαρκινικά κέντρα.

Στην έρευνά τους *Η έννοια της φροντίδας: αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία* οι Παπασταύρου και συνεργάτες (2010) μελέτησαν την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας ως γενικής και της εξατομικευμένης ως ειδικότερης έννοιας, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς και τους νοσηλευτές και κατέγραψαν την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Συμμετείχαν, με τη μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας, 182 νοσηλευτές και 187 ασθενείς από έξι ευρωπαϊκές χώρες (Κύπρο, Ελλάδα, Φινλανδία, Ουγγαρία, Ιταλία, Τσεχία) σε τμήματα χειρουργικής κατεύθυνσης με τη χρήση (α) της Κλίμακας Συμπεριφορών Φροντίδας , (β) της Κλίμακας Εξατομικευμένης Φροντίδας σε δύο διαστάσεις, της κλίμακας υποστήριξης και κλίμακας παροχής εξατομικευμένης φροντίδας και (γ) της Κλίμακας Ικανοποίησης Ασθενών. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι δεν υπάρχει σύγκλιση απόψεων μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών όσον αφορά τη διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας (γενικής και εξατομικευμένης) και της σημαντικότητας των συμπεριφορών φροντίδας. Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία της φροντίδας για τους ασθενείς ήταν οι συμπεριφορές φροντίδας που κατατάσσονται στις τεχνικές δεξιότητες των νοσηλευτών ενώ οι τελευταίοι έδειξαν μεγαλύτερη προτίμηση σε ψυχοκοινωνικές συμπεριφορές. Επίσης, από τα ευρήματα είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές παρείχαν στους ασθενείς εξατομικευμένη φροντίδα αν και δεν υποστήριζαν σε μεγάλο βαθμό τη συγκεκριμένη μορφή. Διαφορετικές απόψεις για την εξατομικευμένη φροντίδα είχαν οι ασθενείς οι οποίοι ενώ είχαν θετική αντίληψη για την εξατομικευμένη φροντίδα, δεν αισθάνονταν ότι ελάμβαναν τη συγκεκριμένη μορφή φροντίδας. Η παρούσα μελέτη έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και της εξατομικεύσής της και της ικανοποίησης των ασθενών.

Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των Πατιστέα και Σιαμάντα (1999) γίνεται σύγκριση απόψεων ασθενών και νοσηλευτών για τη φροντίδα και τις διαδικασίες φροντίδας. Η ανασκόπηση δείχνει ότι ενώ οι κλινικοί νοσηλευτές εστιάζουν την προσοχή τους στις ψυχοκοινωνικές πτυχές της φροντίδας, οι ασθενείς δίνουν υψηλότερη σημασία στις τεχνικές δεξιότητες και στην επαγγελματική επάρκεια. Ομοίως με τους ασθενείς ένα μικρό ποσοστό των νοσηλευτών θεωρεί ως θεμελιώδες συστατικό της φροντίδας την κλινική πείρα. Η μη παροχή φροντίδας συμπεριλαμβάνει

συμπεριφορές όπως έλλειψη σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας, μειωτικές και απάνθρωπες ενέργειες και έλλειψη αναγνώρισης και μοναδικότητας του ασθενούς.

Πολλές από τις μελέτες δείχνουν γενικά σημαντικές διαφορές αντιλήψεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών για τις συμπεριφορές νοσηλευτικής φροντίδας. Η διαφορά αυτή μπορεί να σημαίνει ότι οι ανάγκες των ασθενών δεν γίνονται αντιληπτές από τους νοσηλευτές με αποτέλεσμα να παραμένουν ανικανοποίητες και να οδηγεί στη δυσαρέσκεια των ασθενών για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Chang et al.,2005).

Οι διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, είναι λογική και αναμενόμενη. Οι νοσηλευτές επηρεάζονται από την εκπαίδευση που έχουν λάβει και το περιβάλλον στο οποίο παρέχουν τις υπηρεσίες τους (Barnum, 1998) ενώ οι ασθενείς έχουν αναπτύξει, ως άνθρωποι μιας κοινωνίας, τις δικές τους απόψεις, οι οποίες αντικατοπτρίζουν το μοναδικό τρόπο σκέψης και ζωής. Οι διαφορές θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως συμπληρωματικές μεταξύ τους και όχι ως αντιφατικές (Meleis, 1997).

Οι νοσηλευτικές προσεγγίσεις για τη φροντίδα μπορεί να είναι αποτέλεσμα της φιλοσοφίας της εκπαίδευσης των νοσηλευτών ή επιρροή από τη δική τους φιλοσοφία για τη ζωή, όπου το επάγγελμα αποτελεί σημαντικό μέρος. Οποιαδήποτε προσπάθεια να αποδοθεί ορισμός στην έννοια της φροντίδας προϋποθέτει ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να αξιολογήσουν τις δικές τους αντιλήψεις για τον κόσμο (Barnum, 1998).

Γ. Αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για τη φροντίδα

Μία ερευνητική προσπάθεια μέτρησης των απόψεων και αντιλήψεων των φοιτητών Νοσηλευτικής σχετικά με τη φροντίδα διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές στα πρώτα χρόνια των σπουδών τους, συμφωνούν με τους ασθενείς προσδίδοντας στη φροντίδα τεχνικές και πρακτικές διαστάσεις. Στα τελευταία έτη των σπουδών τους διαπιστώθηκε ότι αρχίζουν να συγκλίνουν οι απόψεις τους με αυτές των επαγγελματιών νοσηλευτών, εστιάζοντας περισσότερο σε διαδικασίες ψυχολογικής αλλά και κοινωνικής στήριξης στη φροντίδα των ασθενών (Khademian et al, 2008).

19 φοιτητές νοσηλευτικής του τελευταίου έτους σπουδών και κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης, στην Τουρκία, περιέγραψαν περιστατικά συμπεριφορών που περιείχαν ή όχι φροντίδα. Από την ανάλυση των δεδομένων, τα θέματα της φροντίδας τοποθετήθηκαν σε δύο ομάδες (1) Επαγγελματική/βοηθητική συμπεριφορά με βασικά στοιχεία το σεβασμό, τη συμπόνια, το ενδιαφέρον και την επικοινωνία και (2) Τεχνική δεξιότητα ως σημαντικό στοιχείο για την παροχή καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλευτές πρέπει να αυξήσουν τις γνώσεις και τις ικανότητές τους και να ακολουθούν τις εξελίξεις στη νοσηλευτική φροντίδα (Elcigil & Sari, 2007).

Σκοπός μελέτης των Pearcey & Draper (2008) , μέσα από τις αντιλήψεις φοιτητών νοσηλευτικής , του πρώτου έτους σπουδών, ήταν να διερευνηθεί το κλινικό νοσηλευτικό περιβάλλον. Οι υποψήφιοι νοσηλευτές έδειξαν απογοητευμένοι από την πραγματικότητα της κλινικής νοσηλευτικής και δήλωσαν την έλλειψη νοσηλευτικής φροντίδας, σε σχέση με τις δικές τους προσδοκίες. Η γραφειοκρατία, η εκπλήρωση των στόχων και η διεκπεραίωση των καθηκόντων, αποτελούν αρνητικοί παράγοντες στην παροχή φροντίδας, στην επαφή και επικοινωνία με τον ασθενή. Δεσμεύτηκαν να διατηρήσουν τις προσωπικές τους αξίες για την φροντίδα των ασθενών, την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μαζί τους.

Δ. Αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα

Σε μία μελέτη διερεύνησης αντιλήψεων και συμπεριφορών φροντίδας, οι Brunton & Beaman (2000) χρησιμοποίησαν ως δείγμα 200 νοσηλευτές οι οποίοι κατέταξαν συμπεριφορές φροντίδας κατά σειρά σημαντικότητας ως εξής: αξιολόγηση του ασθενούς ως ανθρώπινη οντότητα, σεβασμός για τον ασθενή, να διαθέτουν ευαισθησία, να μιλούν με τον ασθενή, να τηρούν εχεμύθεια στις πληροφορίες των ασθενών, αντιμετώπιση του ασθενούς ως ατόμου, ενθάρρυνση του ασθενούς να καλεί όταν έχει πρόβλημα, να είναι ειλικρινής με τον ασθενή, να ακούει με προσοχή τον ασθενή.

Στην ερευνητική εργασία τους *Nurse caring behaviors* οι Greenhalgh et al. (1998) θέλησαν να εξετάσουν τις συμπεριφορές φροντίδας και πώς αυτές συνδέονται με την νοσηλευτική πράξη από την πλευρά ψυχιατρικών και γενικών νοσηλευτών. Εξετάζεται επίσης εάν η φροντίδα επηρεάζεται από την ηλικία , το φύλο ή τα προσόντα των νοσηλευτών. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Care-Q και δείγμα 118 νοσηλευτών όλων των βαθμών και εμπειριών σε γενικό και ψυχιατρικό νοσοκομείο ,σε μια πόλη της Φινλανδίας. Οι νοσηλευτές κατέταξαν συμπεριφορές φροντίδας για κάλυψη των φυσιολογικών αναγκών υψηλότερα από τις συμπεριφορές φροντίδας κάλυψης συναισθηματικών αναγκών. Δίνουν έμφαση στην παρακολούθηση και στην παρηγορητική συμπεριφορά και δίνουν λιγότερη προσοχή σε συμπεριφορές πρόληψης. Το φύλο φάνηκε να έχει μεγαλύτερη επιρροή στην αποτίμηση συμπεριφορών φροντίδας καθώς οι άνδρες νοσηλευτές είχαν λιγότερες πιθανότητες από τις γυναίκες νοσηλεύτριες να είναι προσβάσιμοι σχηματίζοντας σχέσεις εμπιστοσύνης ή την εκτέλεση της παρηγορητικής φροντίδας.

Οι Dunn & Schmitz (2005) διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 50 ανώτερους νοσηλευτές με στόχο τον ερμηνευτικό σχεδιασμό των αντιλήψεων τους για τις δυσανάλογες απαιτήσεις των ασθενών για νοσηλευτική φροντίδα και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις. Τέσσερα κύρια θέματα αναδείχθηκαν από την επεξεργασία των δεδομένων: χαρακτηριστικά του

ασθενούς, οικογενειακές ανάγκες, στελέχωση προσωπικού και το οργανωτικό πλαίσιο. Υπάρχουν ασθενείς που, λόγω της βεβαρημένης κατάστασης υγείας και σε βιοφυσικό και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, χρήζουν απαιτητική, συνεχόμενη και χρονοβόρα νοσηλευτική φροντίδα, η οποία κατ'επέκταση στερείται από τους υπόλοιπους ασθενείς. Αυξημένες είναι και οι απαιτήσεις των οικογενειών αυτών των ασθενών όπου οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να καταναλώσουν αρκετό χρόνο προς βοήθεια και υποστήριξη αυτών είτε με τη συμβουλευτική είτε παραπέποντάς τους σε υπηρεσίες υποστήριξης. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται και από την ελλειπή στελέχωση του προσωπικού και από την εμπειρογνομosύνη αυτού. Εάν το διαθέσιμο προσωπικό είναι μικρό σε αριθμό, σε αναλογία με τους ασθενείς ή αν το προσωπικό είναι άπειρο, ακόμη κι αν είχε τη φροντίδα ασθενών χαμηλών απαιτήσεων, οι απαιτήσεις θεωρούνται υψηλές σε σχέση με το περιορισμένο νοσηλευτικό δυναμικό και σε αριθμό και σε προσόντα. Με επαρκές προσωπικό, ποσοτικά και ποιοτικά, γίνεται καλύτερη κατανομή του χρόνου για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, με συνέπεια να μειώνονται και τα επίπεδα άγχους και απογοήτευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Arthur et.al. (1999) θέλησαν να συγκρίνουν απόψεις, ενός μεγάλου δείγματος νοσηλευτών από έντεκα χώρες, σχετικά με τη φροντίδα, την επαγγελματική αυτοαντίληψη και τις τεχνολογικές επιρροές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές πίστευαν στη δημιουργία αίσθησης και ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών βασισμένη στην αλήθεια και στο σεβασμό. Η σχέση πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακούν και να δίνουν προσοχή στον ασθενή. Το δείγμα εξέφρασε ,επίσης, τη σημαντικότητα να αισθάνεται ανησυχία όπως επίσης τη σημαντικότητα της συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα. Από τη μελέτη αναδείχθηκε και η ανάγκη για ανάπτυξη δεξιοτήτων υψηλής τεχνολογίας προς ενίσχυση της φροντίδας των ασθενών και την επίτευξη της ευημερίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές σε όλον τον κόσμο μοιράζονται πολλά κοινά, ενώ διατηρούν μεμονωμένα πολιτιστικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη φροντίδα και τη νοσηλευτική πράξη.

Η Dyson το 1996 ολοκλήρωσε μια πιλοτική έρευνα στην οποία διερευνά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για στάσεις και συμπεριφορές φροντίδας. Συμμετείχε δείγμα εννέα ειδικευμένων νοσηλευτών και η επεξεργασία των δεδομένων έδειξε εννέα θέματα: ενδιαφέρον και ευαισθησία, δίνω τον εαυτό μου, στυλ εργασίας, κίνητρα, επικοινωνία και κάλυψη αναγκών, γνωστικό υπόβαθρο και μάθηση, ατομική προσέγγιση, γενική προσέγγιση, τιμότητα και ειλικρίνεια. Τα ευρήματα της μελέτης υποστήριξαν σε μεγάλο βαθμό την ιδέα ότι η φροντίδα είναι ένας συνδυασμός του τι κάνει ο νοσηλευτής και της προσωπικότητάς του. Δίνει έμφαση στην ανθρωπιστική και ψυχοκοινωνική συνιστώσα της φροντίδας.

Δέκα νοσηλευτές στο Hong Kong πέρασαν από συνέντευξη καταγράφοντας τις αντιλήψεις τους για συμπεριφορές φροντίδας στο κλινικό τους περιβάλλον, ποια είναι τα εμπόδια σε αυτές τις συμπεριφορές και τρόπους εξάλειψης αυτών. Η ποιοτική ανάλυση έδειξε ότι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημασία της έκφρασης συμπεριφορών φροντίδας και των διαπροσωπικών δεξιοτήτων επικοινωνίας για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Η έλλειψη προσωπικού, η παραδοσιακή νοσηλευτική προσέγγιση, η κυριαρχία της ιατρικής στο σύστημα υγείας, η επιρροή της κινέζικης κουλτούρας στην εργασία τους, όπως, επίσης, οι περιορισμένες δεξιότητές τους και η έλλειψη εκπαίδευσης θεωρήθηκαν εμπόδια της έκφρασης των συμπεριφορών φροντίδας. Τρόποι αντιμετώπισης των εμποδίων θεωρήθηκαν : η καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού, η συναδελφική υποστήριξη, η αποτελεσματική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και η προώθηση ενός δημοκρατικότερου περιβάλλοντος θα βοηθούσε στην καλύτερη έκφραση συμπεριφορών φροντίδας προς τους ασθενείς. Μια δημιουργική προσέγγιση είναι αναγκαία, ώστε να ενσωματωθούν αυτές οι στρατηγικές στο σύστημα υγείας, το οποίο κυριαρχείται από την τεχνολογία και τους οικονομικούς περιορισμούς (Yam & Rossiter, 2000).

Μία διαδκτυακή έρευνα των McSherry & Jamieson (2011), πραγματοποιήθηκε για να γνωρίσουν τις αντιλήψεις νοσηλευτών, μελών του Royal College of Nursing, για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα. Διαπιστώθηκε, από την ανάλυση των δεδομένων ότι θεωρούν την πνευματικότητα θεμελιώδη πτυχή της νοσηλευτικής. Αναγνωρίζουν ότι η μέριμνα για τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών βελτιώνει και τη συνολική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, παρά την προσοχή που δίνεται στην πνευματική διάσταση, η πλειονότητα των νοσηλευτών, εξακολουθεί να πιστεύει ότι απαιτείται περισσότερη καθοδήγηση και υποστήριξη από διοικητικά όργανα, ώστε να μπορέσουν να υποστηρίξουν και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών

Σκοπός μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης, που πραγματοποιήθηκε από τις Καλαφάτη και Παϊκοπούλου (2011) , ήταν ο προσδιορισμός των προβλημάτων των νοσηλευτών σε μονάδα εντατικής θεραπείας, παρέχοντας φροντίδα σε έναν αυξανόμενο πολυπολιτισμικό πληθυσμό. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει επικεντρωθεί σε τέσσερα ζητήματα: (1) Η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, που δυσκολεύει δεδομένων των πολιτισμικών διαφορών στη λεκτική ή τη μη λεκτική επικοινωνία, στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και στον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων τους (2) Η λήψη αποφάσεων που αφορά είτε στον ίδιο τον ασθενή ή και στην οικογένειά του ή και στο θεράποντα ιατρό (3) Η αυτονομία και ο αυτοπροσδιορισμός του ασθενούς που καθορίζονται από σχετικά νομικά έγγραφα θεμάτων όπως η εντολή « μη ανάνηψης », η δωρεά οργάνων και η ευθανασία και (4) Η περιθανάτια φροντίδα, που καθορίζεται από τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του και πρέπει να γίνεται απόλυτα σεβαστή από τους νοσηλευτές, χωρίς προσωπικές παρεμβάσεις και πιστεύω

σχετικά με το θάνατο και τη φροντίδα του νεκρού σώματος. Οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τον τρόπο που θα παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς μονάδας εντατικής θεραπείας με πολιτισμικές διαφορές. Οφείλουν να αναπτύξουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές με σεβασμό στην κουλτούρα, με οικουμενική αντίληψη και διαπολιτισμική φιλοσοφία (Καλαφάτη & Παϊκοπούλου 2011).

Με βάση θεωρίες και έρευνες της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, η Patistea (1999) , παρουσιάζει τη μεγάλη ποικιλία των τρόπων με τον οποίο έχει σχεδιαστεί η φροντίδα και εκφράζεται στον επαγγελματικό τομέα. Η μελέτη αυτών των θεωριών και ερευνών έδειξε ότι οι προσεγγίσεις των νοσηλευτών περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ερμηνειών : ανθρωπολογικό, φιλοσοφικό και ψυχολογικό. Οι αντιλήψεις αυτές δεν θα πρέπει να αλληλοαποκλείονται ,αλλά, αντίθετα η μια να συμπληρώνει την άλλη. Δεδομένου ότι η φροντίδα είναι το ζητούμενο της νοσηλευτικής και το κεντρικό σημείο της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή, είναι επιθυμητό για τους νοσηλευτές να ενσωματώσουν στην πράξη τις διάφορες προοπτικές φροντίδας που περιγράφονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Θα πρέπει να αναπτύξουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που θα τους κάνει ικανούς να παρέχουν ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Η εκπαίδευση, επίσης, των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι ικανή να προετοιμάζει επαγγελματίες οι οποίοι θα είναι σε θέση να αποτελέσουν φροντιστές της υγείας και της ευεξίας κατά τρόπο που να συμβάλλει στην ανάπτυξη και του νοσηλευτή και του ασθενούς και να δίνει έμφαση στη φύση της νοσηλευτικής ως ανθρώπινη επιστήμη (Patistea, 1999).

Στο άρθρο της *Caring for the silent patient* , η Benner (2002) περιγράφει απόψεις νοσηλευτών σχετικά με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι νοσηλευτές , μέσα από τις αφηγήσεις τους, αναφέρουν ως σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας των σιωπηλών ασθενών, όπως χαρακτηριστικά αναφέρονται στο άρθρο, τη γνωριμία με τον ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με αναζήτηση πληροφοριών από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να διατηρήσουν αναλλοίωτη την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια αλλά και την εικόνα του βαρέως ασθενούς, θεωρώντας ότι, κατ'αυτόν τον τρόπο, υπερασπίζονται την ύπαρξή του και την ατομικότητά του. Οι εμπειρία και οι δεξιότητες αποτελούν , επίσης, απαραίτητες προϋποθέσεις στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε βαρέως ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας.

Οι Wu & Lin (2011) σε ερευνητική τους εργασία, διερεύνησαν το ρόλο των ειδικών δημογραφικών χαρακτηριστικών, σε δείγμα 350 νοσηλευτών, και τη συσχέτιση αυτών με τις αντιλήψεις τους για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την σημαντικότητα της εκπαίδευσης και το θετικό αντίκτυπο αυτής, στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα. Κατά συνέπεια, θεωρήθηκαν αναγκαία τα πρόσθετα προγράμματα εκπαίδευσης ή κατάρτισης στην πνευματική φροντίδα, ώστε

οι νοσηλευτές να βελτιώσουν την ικανότητά τους στην κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών.

Οι αντιλήψεις 20 νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα, αποτέλεσαν αντικείμενο ποιοτικής προσέγγισης και ανάλυσης περιεχομένου (Mahmoodishan et.al, 2010). Από την ανάλυση προέκυψαν τρία θέματα: 1.Νόημα και σκοπός της εργασίας και της ζωής 2.Θρησκευτική συμπεριφορά 3. Υπέρβαση. Η πνευματικότητα παρέχει μια θετική προοπτική στη ζωή αλλά και στο επάγγελμα, αρμονία του νου, ειρηνική διάδραση και λειτουργεί ως κίνητρο στους νοσηλευτές για την προώθηση της πνευματικής φροντίδας και της πνευματικότητας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1.Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται την φροντίδα οι νοσηλευτές που εργάζονται στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας και πως αυτό σχετίζεται με τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά.

4.2.Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη είναι οι ακόλουθες :

1. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές τη φροντίδα σχετίζεται με την πνευματικότητα.
2. Η πνευματικότητα συσχετίζεται με το φύλο του νοσηλευτή
- 3.Το επίπεδο σπουδών επηρεάζει την παρεχόμενη φροντίδα
- 4.Η οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτή επηρεάζει την παρεχόμενη φροντίδα
5. Ο αλτρουισμός συσχετίζεται θετικά με την παρεχόμενη φροντίδα

4.3. Δείγμα μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και στο Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας στο χρονικό διάστημα Μάρτιος 2012. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν νοσηλευτές, εκπαίδευσης ΔΕ, ΤΕ, ΠΕ., εργαζόμενοι στον παθολογικό και χειρουργικό τομέα. Επιλέχθηκαν νοσηλευτές που ήταν διαθέσιμοι σε κάθε βάρδια (δείγμα ευκολίας) με βάση την αποδοχή των προϊσταμένων των τμημάτων αλλά και των ίδιων, στο να συμμετέχουν στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή στη μελέτη ήταν η συναίνεση των συμμετεχόντων, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας, τον σκοπό της καθώς και την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους.

4.4. Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία:

1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία αλλά και προσωπικά, εργασιακά και εκπαιδευτικά στοιχεία του ερωτώμενου. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούν την ηλικία, το φύλο, την ομοιότητα των φυσιολογικών χαρακτηριστικών με τους γονείς, την εκπαιδευτική κατάρτιση του προσωπικού, τον τόπο διαμονής τους, και την ύπαρξη αδελφών και παιδιών.

2. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε με σκοπό να προσαρμοστεί στην ελληνική πραγματικότητα το ερωτηματολόγιο της φροντίδας NDI-35 (Watson et al.,1999), το οποίο σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για το νοσηλευτή οι παράμετροι της φροντίδας, όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου

3. Το ερωτηματολόγιο SpREUK, το οποίο αναπτύχθηκε με σκοπό να βοηθήσει στη διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας σε πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και στο πως η πνευματικότητα τους βοηθά να αντιμετωπίζουν την ασθένεια. Αποτελείται από 15 στοιχεία και περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: αναζήτηση υποστήριξης, πίστη σε ανώτερη δύναμη και αναστοχασμό. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στο σύνολο των ερωτήσεων με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό πνευματικότητας (Büssin, 2010).

4. Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, (1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, (1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach’s του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι 0,70.

4.5. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
NDI-35	0,90
Αλτρουισμού	0,72
SpREUK	0,87

4. 6 Στατιστική ανάλυση

Αρχικά πραγματοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών (παραγόντων) και υπολογίστηκαν οι συντελεστές εσωτερικής αξιοπιστίας των κλιμάκων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε συνοπτική στατιστική περιγραφή των δεδομένων, με αναφορά των βασικών μέτρων διασποράς των δεδομένων (π.χ. μέσος, τυπική απόκλιση), ενώ ακολούθησε επαγωγική στατιστική ανάλυση για τη σύγκριση των μεταβλητών μεταξύ των διαφόρων υποομάδων. Χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα, καθώς και η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) προκειμένου για περισσότερα από δύο δείγματα, με συνοδό post-hoc ανάλυση, όπου εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των υποομάδων. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη δοκιμασία Shapiro –Wilk. Σε περίπτωση μη κανονικής κατανομής εφαρμόστηκαν οι δοκιμασίες Mann-Whitney-U test και Kruskal Wallis. Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων έγιναν με τη δοκιμασία Spearman. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < 0,05$. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 17.0 .

Ανάλυση παραγόντων κλίμακας φροντίδας: Η καταλληλότητα των στοιχείων για την ανάλυση παραγόντων εξετάστηκε μέσω του μέτρου Kaiser –Meyer- Olkin (KMO), το οποίο εξετάζει τους μερικούς συσχετισμούς μεταξύ των στοιχείων και η αξία του θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη του 0,60 προκειμένου να επιτευχθεί μια ικανοποιητική ανάλυση. Το αρχικό αποτέλεσμα σε αυτήν τη μελέτη για το KMO ήταν 0,62. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν αρχικά με τη μέθοδο ανάλυσης πρωταρχικών παραγόντων (Principal Components Analysis – PCA) και υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των μεμονωμένων στοιχείων του ερωτηματολογίου και των παραγόντων (factor loadings) κατόπιν περιστροφής Varimax. Ως κριτήριο για την επιλογή του αριθμού των παραγόντων που θα δημιουργούνταν χρησιμοποιήθηκαν η μέθοδος Scree plot. Οι παράγοντες αυτοί, συσχετίζονται με ομάδες ερωτήσεων και δημιουργούν τις αντίστοιχες αθροιστικές κλίμακες (κλίμακα κλινικού έργου και κλίμακα «αναγκών ασθενούς»). Ως όριο συσχέτισης για να συμπεριληφθεί ένα στοιχείο στην αθροιστική κλίμακα υιοθετήθηκε το 0,40. Οι ελλείπουσες τιμές κάθε μεταβλητής αντικαταστάθηκαν από το μέσο όρο των απαντήσεων στην αντίστοιχη ερώτηση. Προέκυψαν οι εξής παράγοντες :

Παράγοντες	Ερωτήσεις	a Cronbach
1 Υποκλίμακα κλινικού έργου	1,2,5,11,12,16,19,20,21,24,25,26,28,29,30,33,35	0,94
2 Υποκλίμακα αναγκών ασθενούς	4, 10,15,17,22,23	0,77

* Στην κλίμακα πνευματικότητας , ο a Cronbah ήταν ίσος με 0,87 και στην κλίμακα αλτρουισμού ήταν ίσος με 0,77.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 72% του δείγματος και έγγαμοι το 74%. Η πλειονότητα διέμενε σε πόλη με πληθυσμού >150.000 κατοίκους (66%). Το 95% αναφέρει ότι έχει αδέρφια, ενώ γονείς ήταν το 25% των συμμετεχόντων (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	28	28
Γυναίκα	72	72
Σύνολο	100	100
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος /η	9	9
Έγγαμος/η	74	74
Διαζευγμένος/η	8	8
Χήρος /α	9	9
Σύνολο	100	100
Τόπος διαμονής		
Χωριό/ Κομόπολη	17	17
Πόλη <150.000 κατοίκους	17	17
Πόλη >150.000 κατοίκους	66	66
Σύνολο	100	100
Ύπαρξη αδερφών		
Ναι	95	95
Όχι	5	5
Σύνολο	100	100
Ύπαρξη παιδιών		
Ναι	75	75
Όχι	25	25
Σύνολο	100	100

Η πλειονότητα ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (63,3% όσων απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση), ενώ μεταπτυχιακές σπουδές είχε πραγματοποιήσει το 11%. Το 63,6% είχε επαγγελματική εμπειρία μεγαλύτερη των 15 ετών (πίνακας 2).

Πίνακας 2. Επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων

	N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος ΑΕΙ	8	8,2
Απόφοιτος ΤΕΙ	62	63,3
Απόφοιτος ΔΕ	28	28,6
Σύνολο	98	100,0
Επίπεδο μεταπτυχιακών		
Master/ Διδακτορικό	11	11,0
Κανένα	89	89,0
Σύνολο	100	100,0
Επαγγελματική εμπειρία		
0-5 έτη	9	9,1
5-10 έτη	15	15,2
10-15 έτη	12	12,1
15-20 έτη	19	19,2
Περισσότερα από 20 έτη	44	44,4
Σύνολο	99	100,0

Το 59% έφερε όνομα από την οικογένεια του πατέρα του, ενώ στον πατέρα και τη μητέρα ανέφεραν ότι μοιάζουν φυσιογνωμικά το 45% και 44% αντίστοιχα. Ως προς το χαρακτήρα το 54% πιστεύει ότι φέρει κάποια χαρακτηριστικά της μητέρας, έστω και όχι αποκλειστικά.

Πίνακας 3. Αποψη των συμμετεχόντων για την ομοιότητά τους προς τους προγόνους τους.

	N	%
Ποιού το όνομα πήρατε		
Πατρικού παππού	21	21
Μητρικού παππού	9	9
Πατρικής γιαγιάς	38	38
Μητρικής γιαγιάς	11	11
Άλλου	21	21
Σύνολο	100	100
Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά		
Πατέρα	45	45
Μητέρα	44	44
Πατέρα και μητέρα	6	6
Άλλον	5	5
Σύνολο	100	100
Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα		
Πατέρα	40	40
Μητέρα	25	25
Πατέρα και μητέρα	29	29
Άλλον	6	6
Σύνολο	100	100

Σε όλες τις εξεταζόμενες υποκλίμακες, οι συμμετέχοντες έδωσαν αποτελέσματα ανώτερα της δυναμικής μέσης τιμής, με την καλύτερη επίδοση να σημειώνεται στην υποκλίμακα του κλινικού έργου ($70,16 \pm 12,90$), με μέγιστη το 85 (πίνακας 4) .

Πίνακας 4. Περιγραφική στατιστική των κλιμάκων της έρευνας

	Περιγραφική στατιστική				
	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
<i>Αναζήτηση υποστήριξης (5-25)</i>	100	6,00	25,00	14,74	4,46
<i>Πίστη σε ανώτερη δύναμη (5-25)</i>	100	5,00	24,00	15,77	3,86
<i>Αναστοχασμός (5-25)</i>	100	6,00	25,00	16,56	3,99
<i>Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας (15-75)</i>	100	24,00	73,00	47,07	10,04
<i>Κλινικό έργο (17-85)</i>	100	22,00	85,00	70,16	12,90
<i>Ανάγκες ασθενούς (7-35)</i>	86	9,00	35,00	21,49	6,16
<i>Αλτρουϊσμός (8-40)</i>	96	8,00	33,00	23,78	3,29

Η (βαθμολογία στην) κλίμακα του αλτρουισμού συσχετίστηκε θετικά με την κλίμακα κλινικού έργου ($p < 0,05$). Η κλίμακα « ανάγκες ασθενούς » συσχετίστηκε θετικά με την αναζήτηση υποστήριξης ($p < 0,01$), τον αναστοχασμό ($p < 0,05$) και το κλινικό έργο($p < 0,01$). Το «κλινικό έργο» συσχετίστηκε θετικά με τον αναστοχασμό. Θετικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν μεταξύ και των τριών υποκλιμάκων της πνευματικότητας ($p < 0,01$) (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Συσχετίσεις μεταξύ των εξεταζόμενων υποκλιμάκων.

			Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Αναστοχα- σμός	Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Κλινικό έργο	Ανάγκες ασθενούς	Αλτρουϊσμός
rho	Αναζήτηση υποστήριξης	Correlation	0,577**	0,337**	0,774**	0,073	0,286**	0,194
		Coefficient						
		p	0,000	0,001	0,000	0,522	0,008	0,059
		N	100	100	100	79	86	96
	Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Correlation		0,480**	0,847**	0,168	0,109	0,084
		Coefficient						
		p		0,000	0,000	0,140	0,318	0,418
		N		100	100	79	86	96
	Αναστοχασμός	Correlation			0,736**	0,292**	0,247*	0,040
		Coefficient						
		p			0,000	0,009	0,022	0,698
		N			100	79	86	96
	Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Correlation				0,240*	0,253*	0,137
		Coefficient						
		p				0,033	0,019	0,184
		N				79	86	96
	Κλινικό έργο	Correlation					0,444**	-0,225*
		Coefficient						
		p					0,000	0,049
		N				72	77	
	Ανάγκες ασθενούς	Correlation						-0,049
		Coefficient						
		P						0,653
		N					85	

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ-ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Ως προς τις υποκλίμακες της πνευματικότητας, στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ των γυναικών παρουσιάστηκε στην υποκλίμακα « πίστη σε ανώτερη δύναμη » (16,26 έναντι 14,5 των ανδρών, $p < 0,05$) και στη συνολική βαθμολογία πνευματικότητας (48,35 έναντι 4,79 των ανδρών, $p < 0,05$). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις υποκλίμακες της φροντίδας και στην κλίμακα αλτρουισμού (πίνακες 6,7,8).

Πίνακας 6. Διαφορές στην κλίμακα της πνευματικότητας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Αναζήτηση υποστήριξης	Άντρας	28	13,71	4,08	0,152
	Γυναίκα	72	15,14	4,56	
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Άντρας	28	14,50	4,03	0,040
	Γυναίκα	72	16,26	3,70	
Αναστοχασμός	Άντρας	28	15,57	3,99	0,122
	Γυναίκα	72	16,94	3,95	
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Άντρας	28	43,79	9,56	0,041
	Γυναίκα	72	48,35	9,99	

t-test

Πίνακας 7. Διαφορές στις υποκλίμακες της φροντίδας ως προς το φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Κλινικό έργο	Άντρας	24	68,71	12,44	0,511
	Γυναίκα	55	70,80	13,16	0,503
Ανάγκες ασθενούς	Άντρας	25	22,28	6,16	0,449
	Γυναίκα	61	21,16	6,18	0,450

Πίνακας 8. Διαφορές στην κλίμακα του αλτρουισμού ως προς το φύλο

Ranks				
	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Αλτρουϊσμός	Άντρας	28	43,39	1215,00
	Γυναίκα	68	50,60	3441,00
	Σύνολο	96		

p=0,247

Mann-Whitney-U test

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εξεταζόμενες κλίμακες ως προς την ύπαρξη αδελφών (πίνακες 9,10,11)

Πίνακας 9. Διαφορές στην κλίμακα της πνευματικότητας ως προς την ύπαρξη αδελφών

	Αδέρφια	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Ναι	95	14,68	4,53	0,588
	Όχι	5	15,80	2,86	
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Ναι	95	15,62	3,88	0,093
	Όχι	5	18,60	2,07	
Στοχασμός	Ναι	95	16,59	3,94	0,749
	Όχι	5	16,00	5,29	
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Ναι	95	46,89	10,19	0,449
	Όχι	5	50,40	6,19	

t-test

Πίνακας 10. Διαφορές στις υποκλίμακες της φροντίδας ως προς την ύπαρξη αδελφών

	Αδέρφια	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Κλινικό έργο	Ναι	75	70,13	12,77	0,927
	Όχι	4	70,75	17,40	0,948
Ανάγκες ασθενούς	Ναι	82	21,35	6,17	0,362
	Όχι	4	24,25	6,13	0,419
t-test					

Πίνακας 11. Διαφορές στην κλίμακα του αλτρουισμού ως προς την ύπαρξη αδελφών

Ranks				
	Αδέρφια	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Αλτρουϊσμός	Ναι	92	48,82	4491,50
	Όχι	4	41,13	164,50
	Σύνολο	96		
p=0,602				
Mann-Whitney-U test				

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις εξεταζόμενες κλίμακες ως προς την ύπαρξη παιδιών (πίνακες 12,13,14)

Πίνακας 12. Διαφορές στην κλίμακα της πνευματικότητας ως προς την ύπαρξη παιδιών

	Παιδιά	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Ναι	75	14,67	4,23	0,777
	Όχι	25	14,96	5,16	
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Ναι	75	15,85	3,74	0,711
	Όχι	25	15,52	4,27	
Στοχασμός	Ναι	75	16,31	3,98	0,273
	Όχι	25	17,32	3,98	
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Ναι	75	46,83	9,51	0,677
	Όχι	25	47,80	11,66	
t-test					

Πίνακας 13. Διαφορές στις υποκλίμακες της φροντίδας ως προς την ύπαρξη παιδιών

	Παιδιά	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Κλινικό έργο	Ναι	60	69,77	13,73	0,629
	Όχι	19	71,42	10,04	
Ανάγκες ασθενούς	Ναι	64	21,22	6,48	0,492
	Όχι	22	22,27	5,17	

t-test

Πίνακας 14. Διαφορές στην κλίμακα του αλτρουισμού ως προς την ύπαρξη παιδιών

Ranks				
	Παιδιά	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Αλτρουισμός	Ναι	72	48,33	3479,50
	Όχι	24	49,02	1176,50
	Σύνολο	96		

0,915

Mann-Whitney-U test

Όσοι από τους ερωτώμενους διέθεταν κάποιον μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα του κλινικού έργου έναντι των υπολοίπων (78,1 έναντι 69,01 αντίστοιχα), διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,05$) (πίνακας 15). Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στις υπόλοιπες κλίμακες σε σχέση με το επίπεδο σπουδών (πίνακες 16,17).

Πίνακας 15. Διαφορές στην κλίμακα της πνευματικότητας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

	Επίπεδο μεταπτυχιακών	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Master/	11	13,73	3,80	0,427
	Διδακτορικό Κανένα	89	14,87	4,54	
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Master/	11	14,82	2,40	0,389
	Διδακτορικό Κανένα	89	15,89	4,00	
Στοχασμός	Master/	11	17,55	2,62	0,387
	Διδακτορικό Κανένα	89	16,44	4,12	
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Master/	11	46,09	7,73	0,733
	Διδακτορικό Κανένα	89	47,19	10,31	
t-test					

Πίνακας 16. Διαφορές στην κλίμακα της φροντίδας ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

	Επίπεδο μεταπτυχιακών	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Κλινικό έργο	Master/	10	78,10	7,49	0,037
	Διδακτορικό Κανένα	69	69,01	13,15	
Ανάγκες ασθενούς	Master/	11	23,64	5,18	0,218
	Διδακτορικό Κανένα	75	21,17	6,26	
t-test					

Πίνακας 17. Διαφορές στην κλίμακα του αλτρουισμού ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Ranks				
	Επίπεδο μεταπτυχιακών	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Αλτρουϊσμός	Master/ Διδακτορικό	11	45,27	498,00
	Κανένα	85	48,92	4158,00
	Σύνολο	96		
p=0,682				
Mann-Whitney-U test				

Σε σχέση με τις βασικές σπουδές (ΑΕΙ-ΤΕΙ-ΔΕ), διαφορές παρουσιάστηκαν στην κλίμακα αλτρουισμού, με τους αποφοίτους ΑΕΙ, να συγκεντρώνουν με στατιστικά σημαντική διαφορά υψηλότερη βαθμολογία έναντι των δύο άλλων βαθμίδων [23,75 έναντι 20,11(ΤΕΙ) και 19,88(ΔΕ)] (πίνακας 20).

Πίνακας 18. Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα πνευματικότητας σε σχέση με τις βασικές σπουδές

Εκπαιδευτικό επίπεδο		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	2	0,318	0,728
	Within Groups	95		
	Σύνολο	97		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	2	1,646	0,198
	Within Groups	95		
	Σύνολο	97		
Στοχασμός	Between Groups	2	2,255	0,111
	Within Groups	95		
	Σύνολο	97		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	2	1,505	0,227
	Within Groups	95		
	Σύνολο	97		

Πίνακας 19. Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα φροντίδας σε σχέση με τις βασικές σπουδές

Εκπαιδευτικό επίπεδο		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	2	3,002	0,056
	Within Groups	74		
	Σύνολο	76		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	2	0,753	0,474
	Within Groups	74		
	Σύνολο	76		

Πίνακας 20. Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα αλτρουισμού σε σχέση με τις βασικές σπουδές

		Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	p
Αλτρουϊσμός	Between Groups	4	8,226	0,016
	Within Groups			
	Σύνολο			
Kruskal Wallis test				

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, διαφορά παρατηρήθηκε στην υποκλίμακα « ανάγκες ασθενών» με τους διαζευγμένους να διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ως προς τους έγγαμους, συγκεντρώνοντας υψηλότερη βαθμολογία από αυτούς (27,71 έναντι 20,59) (πίνακας 24). Στις υπόλοιπες κλίμακες δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (πίνακες 21,22,23).

Πίνακας 21. Ανάλυση διακόμανσης για την κλίμακα πνευματικότητας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	3	1,082	0,361
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	3	0,313	0,816
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Στοχασμός	Between Groups	3	1,063	0,368
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	3	0,835	0,478
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		

Πίνακας 22. Ανάλυση διακόμανσης για την κλίμακα φροντίδας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	3	1,140	0,339
	Within Groups	75		
	Σύνολο	78		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	3	3,486	0,019
	Within Groups	82		
	Σύνολο	85		

Πίνακας 23. Ανάλυση διακύμανσης για την κλίμακα αλτρουισμού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	P
Αλτρουϊσμός	Between Groups	4	0,530	0,912
	Within Groups			
	Σύνολο			

Πίνακας 24. Post-hoc ανάλυση για την υποκλίμακα « ανάγκες ασθενών» σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Συγκρίσεις κατά ζεύγος						
Ανάγκες ασθενούς						
Bonferroni						
(I)	(J)	Μέση διαφορά (I-J)	Std. Error	P	95% ΔΕ	
οικογενειακή κατάσταση	οικογενειακή κατάσταση				Άνω όριο	Κάτω όριο
Διαζευγμένος /η	Άγαμος/η	4,16	2,97750	0,998	-3,89	12,21
	Έγγαμος/η	7,12*	2,35582	0,020	0,75	13,49
	Χήρος/α	7,09	3,05783	0,138	-1,18	15,36

* p<0,05

Σημειώνεται ότι ως προς τον τόπο διαμονής, την ομοιότητα προς τους προγόνους και την επαγγελματική εμπειρία δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ παράρτημα)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται να αναδείξουν τη σημασία της πνευματικότητας του νοσηλευτή στην αναγνώριση και ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς, με τελικό αντίκτυπο στο επιτελούμενο κλινικό έργο και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Ο αναστοχασμός ιδιαίτερα και η αναζήτηση υποστηρίξις συσχετίστηκαν θετικά με τις ανάγκες του ασθενούς, φανερώνοντας ότι η πνευματικότητα του νοσηλευτή συμπληρώνει την ακαδημαϊκή του εκπαίδευση στην παροχή της φροντίδας.

Η φροντίδα είναι άρρηκτα δεμένη με την πνευματική διάσταση. Στο εγχειρίδιο νοσηλευτικής με τίτλο «Nursing concepts for health promotion» τονίζεται: «Η πνευματική διάσταση προσπαθεί να είναι σε αρμονία με τον κόσμο, προσπαθεί να δώσει απαντήσεις για το άπειρο και έρχεται ουσιαστικά να εστιάσει σε περιόδους συναισθηματικής πίεσης, φυσικής ασθένειας, απώλειας, πένθους, και θανάτου» (Murray & Zentner, 1989 ; Τζούνης, 2008). Η πνευματικότητα είναι σημαντική στους νοσηλευτές, καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως στρατηγική παρέμβαση και ως μια υποστηρικτική δύναμη στην εργασία και στη φροντίδα των ασθενών (Rays & McGee, 2006). Οι πνευματικές πεποιθήσεις του ασθενούς, η σημασία της πίστης στη θεραπευτική διαδικασία και η σχέση ιατρού ασθενούς δε θα πρέπει να παραγκωνίζονται και να υιοθετείται μια μηχανιστική αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια. Ασθενείς και οι ιατροί έχουν πλέον συνειδητοποιήσει την αξία των στοιχείων όπως η πίστη, η ελπίδα και ο οίκτος στη θεραπευτική διαδικασία (Culliford, 2006).

Κομβικό σημείο στην κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και συνεπώς στην παροχή φροντίδας, εστιασμένη στις ανάγκες του, αποτελεί η ανάπτυξη της σχέσης του νοσηλευτή με τον ασθενή μέσα από τη διαπροσωπική κατανόηση, τη συνεργασία και την προσπάθεια για την ανοικτή και αποτελεσματική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής καλείται να βιώσει τον κόσμο του ασθενούς και να αναπτύξει τη συναισθηματική του νοημοσύνη. Αφετηρία στη διαδικασία αυτή είναι η αναγνώριση των δικών του συναισθημάτων και αναγκών. Με τον τρόπο αυτό θα αντιληφθεί τη διαφορετικότητα των απόψεων και των αξιών και τη σημασία που αυτές έχουν για τον ασθενή και θα αποφύγουν να μεθερμηνεύσουν ως φυσιολογικές τις δικές τους απόψεις και τη δική τους θεώρηση της πραγματικότητας, σε αντιδιαστολή με αυτή

του ασθενούς. Απόρροια της διαδικασίας αυτής είναι η εστίαση στις ανάγκες του ασθενούς (Law, 2004 ; Murphy, 2006).

Η εκπαίδευση του νοσηλευτή συμβάλλει και στην αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς και στη ικανοποίησή τους, μέσα από την επαγγελματική πρακτική. Το επίπεδο εκπαίδευσης, επίσης, συμβάλλει στην ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης και επηρεάζει τομείς που αφορούν στον τρόπο επικοινωνίας, στην ευελιξία στην επίλυση των προβλημάτων, στην υιοθέτηση νέων τεχνικών και μεθόδων και στην αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων (Παπαγεωργίου και συν, 2011 ; Druskat & Wolff, 2001).

Η αυτονομία , η υπευθυνότητα, η συμβουλευτική/καθοδήγηση, η ισοτιμία, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη, η ακεραιότητα και οι γνώσεις ενισχύουν το νοσηλευτικό έργο. Η ενσυναίσθηση και η ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης, που οικοδομούνται μέσα από επίπονες, χρονοβόρες διεργασίες και την εμπειρία βοηθούν στη μετατόπιση της επικέντρωσης από τις προσωπικές επιθυμίες και ανάγκες στην κοινωνική ευημερία μέσω της προσφοράς βοήθειας (Benabou & Tirole, 2004). Ο αλτρουισμός είναι αλληλένδετος με ιδανικά και αξίες που οδηγούν στην υπέρβαση του ατόμου και συνδέεται με την ενεργό συμμετοχή των ανθρώπων σε πράξεις και στάσεις που αφορούν στο κοινό καλό. Ακόμα και αν ο αλτρουισμός βασίζεται σε ένα μείγμα εγωιστικών κινήτρων (Decety & Batson, 2007), ως στάση ζωής, είναι ένα αντίδοτο στον ατομισμό και στην εσωστρέφεια και προάγει ανιδιοτελή προσφορά (Amato, 1990 ; Starnes & Wymer, 1999).

Στην ανάπτυξη αυτών των ποιοτήτων η οικογένεια και η εκπαίδευση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Όπως δείχτηκε και στην παρούσα μελέτη, οι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης συγκέντρωσαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του αλτρουισμού, ενώ οι διαζευγμένοι στην υποκλίμακα των αναγκών του ασθενούς. Επίσης οι απόφοιτοι ΑΕΙ είχαν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα του κλινικού έργου. Η κλινική κατάρτιση και αποτελεσματικότητα είναι απαραίτητες για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας, αλλά μόνον όταν συνοδεύονται και από την ανάπτυξη και καλλιέργεια ποιοτήτων, όπως ο αλτρουισμός και η ενσυναίσθηση. Οι βιωματικές εμπειρίες του νοσηλευτή συνδράμουν στην αυτογνωσία του και στην ικανότητά του να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του άλλου. Στο πλαίσιο αυτό, η οικογένεια και οι καταστάσεις που το άτομο αντιμετωπίζει μέσα σε αυτή ευθύνεται για την ενσυναίσθηση για την πρωτοβουλία και την έγκαιρη προετοιμασία, για την επίλυση των προβλημάτων, και για την ευελιξία σε σχέση με την εκτέλεση

συλλογικών καθηκόντων. Το άτομο αποκτά επίγνωση των ορίων του και του εαυτού του. Στη βάση των κοινωνικών συναναστροφών βρίσκεται η ικανότητα των ανθρώπων να καταλαβαίνουν τις απόψεις και τα συναισθήματα των άλλων και να επικοινωνούν μαζί τους. Με τον ίδιο τρόπο, στη σχέση νοσηλευτή –ασθενούς, αυτογνωσία και φροντίδα είναι συνοδοιπόροι στην πορεία προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Μελέτες δείχνουν ότι η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, η αυτοφροντίδα και η υποστήριξη είναι βασικές ανάγκες των νοσηλευομένων ασθενών και ικανοποίησή τους σχετίζεται με την έκβαση της ασθένειας, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας (Διαμαντοπούλου & Λαβδανίτη, 2010 ; McClure et al, 1983 ; River,2006).

Στην παρούσα εργασία βρέθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά υπέρ των γυναικών νοσηλευτών σε ορισμένες υποκλίμακες της πνευματικότητας. Το ερώτημα αν οι γυναίκες (που παραδοσιακά ακολουθούσαν επαγγέλματα φροντίδας) υπερτερούν από τους άντρες συναδέλφους τους δεν έχει ακόμα απαντηθεί οριστικά. Ίσως η επικέντρωση σε συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας δώσει στο μέλλον μια σαφή απάντηση σχετικά με τις διαφορές των δύο φύλων στον τομέα αυτό (Bryant, 2007).

Συνοψίζοντας, τα ευρήματά μας επαληθεύουν τις αρχικές υποθέσεις, καθώς η οικογενειακή κατάσταση, το φύλο και η εκπαίδευση φαίνεται πως επηρεάζουν τη φροντίδα, ενώ και ο αλτρουισμός συσχετίζεται με την πνευματικότητα. Η ανάδειξη της σημασίας των στοιχείων της πνευματικότητας και του αλτρουισμού για τη νοσηλευτική φροντίδα επισημαίνει την αναγκαιότητα της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής εκπαίδευσης, με έμφαση στο κλινικό της σκέλος, μέσα από την αλληλεπίδραση με τον ασθενή, σε πραγματικές συνθήκες, ώστε σταδιακά να οικοδομηθεί η βιωματική εμπειρία, που θα συμπληρώσει και θα ενισχύσει τη θεωρητική κατάρτιση του νοσηλευτή. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης προκρίνουν την ενσωμάτωση στο πρόγραμμα σπουδών των νοσηλευτών ακόμα περισσότερων θεμάτων που αφορούν στην παροχή ολιστικής φροντίδας και ενισχύουν εκείνες τις αντιλήψεις και τις αρχές που οδηγούν τους μελλοντικούς νοσηλευτές στην ανάπτυξη μιας ασφαλούς και επαγγελματικά άψογης συμπεριφοράς, μια ανάγκη που επισημαίνεται και από άλλους ερευνητές. Ενδιαφέρον ίσως σε κάποια μελλοντική έρευνα θα ήταν να διερευνηθεί η σχέση της πνευματικότητας και του αλτρουισμού με τις διαστάσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης και την κλινική

αποτελεσματικότητα σε πραγματικές συνθήκες άσκησης του κλινικού έργου,
ιδιαίτερα σε περιβάλλον ελληνικού νοσοκομείου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahmed, S.A. and Jackson, D.N. (1979) Psychographics for Social Policy Decisions: Welfare Assistance. *Journal of Consumer research*. 5. 229-239

Amato, P.R. (1990) Personality and Social Network Involvement as Predictors of Helping Behavior in Everyday Life. *Social Psychology Quarterl.*, 53(1), 31-43.

Arman, M., Rehnsfeldth, A. (2006) The presence of love in ethical caring. *Nursing Forum*. 41, 4-12.

Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Drury, J., Eastwood, H., Johansson, I., Jooste, K., Naude, M., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohnq, K.Y., Stevenson, O.R., Sinda, M.T., Thorne, S., Van der Wal, D., Xiao, S. (1999) Practicing nurses' perceptions of caring, *International Journal of Nursing Studies*. 36(5), 387-396.

Arthur, D., Randle, J. (2007) The professional self-concept of nurses:of review of the literature from 1992-2006. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 24, 60-64.

Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D. (2003) Unmet health needs in patients with coronary heart disease: implications and potential for improvement in caring services. *Health and Quality of Life Outcomes*. 1:26.

Attree, M. (2001) Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so good' quality care. *Journal Advanced of Nursing*. 33(4), 456-66.

Baldursdottir, M.S., Jonsdottir H. (2002) The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lun.*, 31(1),67-75.

Bankert, E.G., Kozel, V.V. (2005) Transforming pedagogy in nursing education: a caring learning environment for adult students. *Nursing Education Perspect*. 26, 227-229.

Barker, P. (2000) Reflections on caring as a virtue ethic within an evidence-based culture. *International Journal of Nursing Studies*. 37, 329-36.

Barnum, B.S. (1998) *Nursing theory: Analysis-Application-evaluation*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.

Barr, W., Bush, H. (1998) Four factors of nursing care in ICU. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 17(4), 214-223.

Basavanthappa,Bt. (2007) *Nursing theories*. New Delhi : Jaypee.

Basford, L., Slevin, O. (2003) *Theory and practice of nursing: an integrated approach to caring practice*. second edition. United Kingdom: Nelson Thornes.

Bassett, C. (2004) *Nursing care: from theory to practice*. London and Philadelphia : Whurr Publishers.

Bénabou, R. and Jean Tirole, J. (2005) Incentives and Prosocial Behavior. National Bureau of Economic Research, 1-7. Retrieved April 9, 2008, from NBER Working Paper Series.

Benner, P., Wrubel, J. (1989) *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison-Wesley.

Benner, P. (2002) Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care*. 11, 480-481.

Bevis, E.O. (1988) *Caring : A life force*. In M.M. Leininger (Ed.) *Caring* (pp.49-59) Detroit: Wayne State University Press.

Blattner ,B. (1981) *Holistic Nursing Englewood Cliffs*. NJ: Prentice Hall.

Boykin, A., Schoenhofer, S. (2001) The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly*. 25, 1-7.

Bryant, A. (2007) Gender Differences in Spiritual Development During the College Years *Sex Roles* 56 , 11-12

Brilowski, G.A., Wendler, M.C. (2005) An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 50, 641-650.

Brunton, B., Beaman, M. (2000) Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 12(11), 451-456.

Carol, Taylor, Carol Lillis, Priscilla Le Mone (2002) Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής. Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας, 3^η έκδοση. Τόμος I(1), σ.50 , Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης

Chang, Y., Lin, Y.P., Chang, H.J., Lin, C.C. (2005) Cancer patient and staff ratings of caring behaviors- Relationship to level of pain intensity. *Cancer Nursing*. 28(5), 331-339.

Chin, P., Kramer, M. (1999) *Theory and nursing*. ed 5th. St.Louis, Mosby.

Christofer, K.A., Hegedus, K. (2000) Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviors. *European Journal of Oncology Nursing*. 4(4), 196-204.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyng, H. (1998) Nurse caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 27(5), 927-932.

Crowden, A. (1994) On the moral natyre of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 20 p.1104-1110.

Culliford, L. (2002) Spiritual values and skills are increasingly recognised as necessary aspects of clinical care. *BMJ*. 21, 325(7378) p.1434–1435.

Davis, L.A. (2005) A phenomenological study of patient expectations concerning nursing care. *Holist Nurs Pract*. 19, 26-38.

Davis, B.A., Dufty, E. (1999) Patient satisfaction with nursing care in a rural and an urban emergency department. *Australian Journal Rural Healt*. 7(2), 97-103.

Das Gracas, E.M., Dos Santos, G.F (2009) Nursing care methodology in the phenomenological approach. *Rev Esc Enferm USP* 43(1), 200-7.

Decety, J. & Batson, C.D. (2007) Social neuroscience approaches to interpersonal sensitivity. *Social Neuroscience*. 2(3-4), 151-157.

Dingman, Williams, Fosbinder & Warnick (1999) Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*. 29(12) , 30-37.

Druskat, V.U., Wolff, S.B. (2001) Building the emotional intelligence of groups. *Harv Bus Rev* 79. 0–90, 164

Duffy, J.R.(2003) Caring relationships and evidence based practice : can the coexist? . *International journal for human caring*, 7(3),45-50

Duffy, J.R.(2005) In my opinion.Implementing the Quality- Caring

Model in acute care. *Journal of Nursing Administration*. 35(1), 4-6.

Dunn, S.V., Schmitz, K. (2005) Nurses' perceptions of patients' requirements for nursing resources. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 22(3).

Dyson, J. (1996) Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 23(6), 263-1269.

Elcigil, A., Sari, H.Y. (2007) Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. *Nurse Education Today*. 27(5), 91-498.

Erdmann, AL.(1998) O sistema de cuidados de enfermagem:sua organizacao nas instituicoes de saude. *Texto e Contexto Enferm*.7(2), 2-69.

Eriksson, K. (1992) The alleviation of suffering- the idea of caring. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 6(2), 119-123.

Field, L., Smith, B. (2008) *Nursing care an essential guide*. England: Pearson Education

Finggeld-Connett, D. (2008) Metasynthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursin*. 17, 196-204.

Forchuck, C., Westwell, J., Martin, M., Bamber-Azzaparedi, W., Kosterewa- Tolman, D., Hux, M. (2000) The developing nurse-client

relationship: Nurses Perspectives. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 6(1), 3-10.

Gortner, S.R., Schultz, P.R. (1993) Approaches to nursing science methods. *Journal of Nursing Scholarship*. 20,22-24.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyng, H. (1998) Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*. 27(5), 27-932.

Heidegger, M.(1975) *The basic problems of phenomenology*.
Bloomington: Indiana University Press.

Hegedus, K.S. (1999) Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviors. *Journal Advanced Nursing*. 30(5),1090-6.

Henderson, A., Van Eps, M.A., Pearson, K., James, K., Henderson, P., Osborne, Y.(2007) Caring for behaviors that indicate to patients that nurses "care about them". *Journal of Advanced Nursing*. 60(2) ,146-153.

Huggins K.N., Gandy W.M. & Kohut C.D. (1993) Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. *Heart and Lun*. 22(4), 356-364.

International Council of Nursing, (2000) Code of Ethics for Nurses, Geneva.

Jenson ,K.(1993) Care-beyond virtue and command. *Health Care for women International*. 14,45-354.

Jordan,L.G., Sister Mary Elizabeth O' Brien (2010) The perceptions of Nursing Team Caring Behaviors Among Residents of an Assisted Living Facility for Retired Veterans. Washington, D.C.

Khademian, Z., Vizesfar, F. (2008) Nursing students' perception of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*. 61(4),456-562.

Kalisch, B.J., Landstrom, G.L., Hinshaw, A.S. (2009) Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced nursing*. 65(7),509-1517.

Keane, M.S., Chastain, B., Rudisill, K.(1987) Caring: Nurse-patient perceptions. *Rehabil Nursing*. 12,182-187.

Koloroutis, M.(Ed).(2004) Relationship-Based care: A model for transforming practice, Minneapolis,MN: *Creative-Health Care Management*.

Larrabee, J.H., Bolden, L.(2001) Defining Patient-Perceived Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Qualit*. 16(1), 4-60.

Larson, P.J. (1981) Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors, Universtity of California, San Francisco

Larson, P.J.(1987) Comparison of cancer patients' and professional nurse's perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart Lun.* 16, 87-193.

Leininger, M.M.(1988) The phenomenon of caring: importance, research question and theoretical consideration, In M.M. Leininger (ed), caring (pp.3-15), Detroit: Wayne State University Press

Leininger, M.M.(1991) *Culture care diversity and universality: A theory of nursing.* New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M.M.(1995) Assumptive premises of the theory. In: McQuiston CM, Webb AA (eds), *Foundations of nursing theory.* Thousand Oaks, CA: Sage, 387-402.

Leininger, M.(1999) *Transcultural nursing concepts, theories and practices.* 3rd ed. Philadelphia: FA Davis.

Law, KS.,Wong, CS., Song, L.(2004) The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *J Appl Psychol.* 89, 483-496.

Lundy, K.S., Janes, S.(2009) *Community health nursing-caring for the public's health.* 2nd ed, Janes and Bartlett Learning.

Murphy, KR.(2006). *A critique of Emotional Intelligence.* NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah

May, R.(1969) *Love and will.* New York: Dell Publishing Co. Inc.

Mahmoodishan,G., Alhani, F., Ahmadi, F. andKazemnejad,A. (2010)
Iranian nurses' perception of spirituality and spiritual care: a
qualitative content analysis study. *Journal of Medical Ethics and
History of Medicin.* 3:6.

Mayeroff, M.(1971) *On caring.* New York: Harper & Row
Publishers.

McCance, T.V, Mckenna, H.P., Boore, J.R.P. (1997) *Caring: dealing
with a difficult concept. International Journal of Nursing Studies,* 34(
4), 241-248.

McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, N.D., Wandelt, M.A. (1983)
Magnet hospitals:Attraction and retention of professional nurses.
American Academy of Nursing Task Force on Nursing Practice in
Hospitals. American Nurses Association, Kansas City, MO.

McDonnel, C., Nash, J.G. (1990) *Compendium of instruments
measuring patient satisfaction with nursing care. Quality Review
Bulletin.* 182-188.

McEwen, M., Wills, E.M. (2004) *Theoretical basis for nursing.*
Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

McSherry, W., Jamieson, S. (2011) *An online survey of nurses'
perceptions of spirituality and spiritual care. Journal of Clinical
Nursing.* 20.1757-1767.

Mallison, M. (2000) How can you bear to be a nurse. *American Journal of Nursing*. 100(10):38.

Meleis, A.I. (1997) *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 3rd edn. Lippincott, Philadelphia

Meltzer, L.S., Huckabay, L.M. (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. **13**.202-208.

Mischo-Kelling, M., Wittneben, K. (1995) *Pflegebildung und Pflege-theorien*, Munchen-Wien-Baltimore, Urban und Schwartzberg

Montazeri, A. (2008) Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental clinical cancer research*. 27-32.

Montgomery, C. (1993) *Healing through communication: The practice of caring*, Sage Publications.

Morse, J.M., Solberg, S., Neander, W., Boffort, J., Johnson J. (1990) Concepts of caring and caring as a concept. *Advanced Nursing of Scienc*. **13**.1-14.

Morse, J.M. (1991) Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*. 16(4),455-468.

Muntlin, A., Gunningberg, L., Garlsson, M., (2006) Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*. 15(8), 1045-1056.

Murray RB, Zentner JP. (1989) Nursing concepts for health promotion. London: Prentice Hall;

Nelms,T.,P. (1996) Living a caring presence in nursing : a Heideggerian hermeneutical analysis. *Journal of Advanced Nursing* 24(2), 368-374.

Newman, M. (1994) Health as expanding consciousness. New York :National League for Nursing Press.

Newton, C. (1996) *The Roper-Logan-Tierney model in action*, Basingstoke, Macmillan Ltd.

Nightingale, F. (1992) *Notes on nursing: what is and what it is not* (Commemorative Ed). First edition 1859. Philadelphia: Lippincott.

Nordqren, S., Fridlund, B. (2001) Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. *Journal Advanced Nursing*. 35(1),117-25.

Oldridge, N., Gottlieb, M., Guyatt, G., Jones, N., Steiner, D., Feeny D. (1998) Predictors of Health-Related Quality of Life With

Cardiac Rehabilitation After Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitatio*. 18(2), 95-103.

Orem, DE. (1995) *Nursing: Concepts of practice*, 5th ed., St. Louis, Mosby.

Orem, DE. (1999) *Nursing: concepts and practice*, Ed 6, St.Louis, Mosby.

Patistea, E. (1999) Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. *Journal of Clinical Nursing*. **8**. 487-495.

Patistea, E., Siamanta, H. (1999) A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research. *Journal of professional nursing*. 15(5), 302-312.

Pearcey, P., Draper, P. (2008) Exploring clinical nursing experiences: Listening to student nurses. *Nurse Education Today*. 28(5), 595-601.

Peplau, H.E. (1963) A working definition of anxiety. In: Burd SF, Marshall MA (eds) *Some clinical approaches of psychiatric nursing*. Toronto, Macmillan, 323-327.

Pettersson, S.B. (2006) *Caring in research and practice-some nursing aspects* The Sahlgrenska Academy at Goteborg University, Goteborg: Sweden.

Polit, D.F., Hungler, B.P. (1983) *Nursing research principles and methods*, 2nd ed, Philadelphia: Linpicott Co.

Polikandrioti, M., Ntikou, M. (2011) Needs of hospitalized patients. *Health Science Journal*. 5(1).

Ragia, A. (1980) Can Knowledge be promoted and values ignored? Implications for nursing education. *Journal Advanced Nursing*. 15, 504-509.

Rays, S.L., McGee, D. (2006) Psychiatric nurses' perspectives of spirituality and spiritual needs during an amalgamation. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 13(3), 330-6

Rchaidia, L., Dierckx de Casterle B., Verbeke, G., Gastmans ,C. (2011) Oncology patients' perceptions of the good nurse : an exploratory study on the psychometric properties of the Flemish adaptation of the Qare-Q instrument. *Journal of Clinical Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03861x.

Rice, R. (1998) Implementing undergraduate student learning in home care. *Geniatric Nursing*. 19(2), 106.

Riehl-Sisca, J. (1998) *Conceptual models for nursing practice*, ed5, Norwalk, CT, Appleton & Lange.

River, N.J., Pearson Prentice Hall. (2006) available at <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnprojects/report.htm>

(retrieved on 17.8.2008).

Roach, S.M. (1982) The act of caring as expressed in a code of ethics. *Canadian nurse*. 78 (6), 30-32.

Rogers, M. (1970) *An introduction to the theoretical basis of nursing*, Philadelphia: Davis.

Rogers, M. (1994) The science of unitary human beings: current perspectives. *Nurs Sci Q* . 7(1), 33.

Roper, N., Logan, W., Tierney, A. (1980) *The elements of nursing*, Edinburgh: Churchill Livingstone .

Rosswurm, M.A., Larrabee, J.H. (1999) A model for change to evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*. 31(4), 317-322.

Rosenthal, K.A. (1992) Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 21(6), 536-539.

Roy, C., Andrews, H.A. (1999) *Roy adaptation model*, 2nd ed, Stamford, CT: Appleton & Lange.

Sarmiento ,T.P., Laschinger, H.K., Iwasiw, C. (2004) Nurse educators' workplace empowerment, burnout and job satisfaction: testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*. **46**.135-143.

Sherwood, G.D. (1997) Meta-synthesis of qualitative analyses of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice Nursing Quarterly* . **31**. 32-42.

Shoenhofer, S. (2002) Choosing Personhood: Intentionality and the theory of nursing as caring . *Holistic Nursing Practice*. 16(4), 36-40.

Sitzman, K.,L. (2007) Teaching- learning professional caring based on Jean Watson's theory of human caring. *International Journal for Human Caring*. 11(4), 8-16.

Small, H. (1998) *Florence Nightingale avenging angel*. New York: St Martin's Press.

Smith, M., Sullivan, J. (1997) Nurses' and patients' perceptions of most important behaviors in a long-term care setting. *Geriatric Nursing*. **27**. 855-864.

Smith, M.C. (1999) Caring and the Science of Unitary Human Beings. *Advances in Nursing Science*. 2(4), 14-28.

Starnes, B.J. and Wymer, W.W. (2001) Conceptual Foundations and Practical Guidelines for Recruiting Volunteers to Serve in Local Nonprofit Organisations: Part II. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*. 9(1), 97–118.

Suhonen, R., Valimaki,M., Leino-Kilpi, H. (2005) Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* . 50 (3) , 283-292.

Summer, F.J., Fisher, Jr.P. (2008) The moral construct of caring in nursing as communicative action, the theory and practice of a caring science. *Advances in Nursing Science*. 31(4), 19-36.

Svensson, H., Stora hoersalen, Designhuset, Lund Institute of Technology, Sweden, 2003, The public transport preferences of elderly people. www.empathy.com

Swanson, K.M. (1993) Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*. 25(4), 352-357.

Tayray, J. (2009) Art,Science or both? Keeping the care in nursing. *Nursing Clinics of North America*. 44(4), 415-421.

Thompson, L. (1986) Peplau's theory: An application to short term therapy. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*. 24(8), 26.

Tierney, A.J. (2003) Comments on a comparative analysis of lay-caring and professional (nursing) caring relationships. *Int J Nurs Stud*. 40(5), 511-13.

Timmis, F. (2005) A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical Care*. 10(4):174-83.

Trakas, D.,J. (2008) Loving to death. Sickness in the twilight years and end-of-life care. *Medische antropologie* . 20(1)

Tschudin, V. (2003) *Ethics in Nursing: The caring relationship*. Elsevier Health Sciences, London.

Udomluck, S., Tonmukayakul, O., Tiansawad, S., Srisuphan, W. (2010) Development of Thai Nurses' Caring Behavior Scale. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 14(1), 32-44.

Ugarriza, D.N. (2002) Intentionality: Applications within selected theories of nursing. *Holist Nurs Pract*. 16(4), 41-50.

Van Hooft, S.(1996) Bioethics and caring. *Journal of Medical Ethics*. 22.83-92.

Van Hooft, S. (2003) Caring and ethics in nursing in: Tschudin V,ed. *Approaches to ethics: nursing beyond boundaries*, London, *Bulterworth- Heinemann*, 1-12.

Valentine, K.L. (1997) Exploration of the relationship between caring and cost. *Holistic Nursing Practice*. 11(4),71-81.

Vinson, J.A. (2000) Nursing's epistemology revisited in relation professional education competencies. *Journal of Professional Nursing*. 16(1), 39-46.

Vouzavali, F., Papathanassoglou, E., Karanikola, M., Koutroubas, A., Patiraki, E., Papadatou, D. (2011) The patient is my space: hermeneutic investigation of the nurse-patient relationship in critical care, 16(3),140-151

Wagner, D., Bear, M. (2009) Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *Journal Advanced Nursing*. **65**. 692-701.

Walker, PH., Redman, R. (1999) Theory guided evidence-based reflective practice. *Nursing Science Quarterly*. 12(4), 298- 303 .

Walsh, M., Dolan, B. (1999) Emergency nurses and their perceptions of caring . *Emerg Nurs*. **7**. 24-31.

Watson, J. (1985) *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder (CO): *Universtity Press of Colorado*

Watson, J. (1985) The philosophy of science of caring, Revised 1995, Boulder. CO: Colorado Associated University Press.

Watson, J. (1988b) *Nursing: Human science and human care: a theory of nursing*. National League for nursing . New York.

Watson, R., Deary,I.J., Lea A. (1999a) A longitudinal study into the perceptions of caring and nursing among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing*. **30**. 1080-1089.

Watson, R., Deary,I.J., Lea A. (2001) A 35-item version of the caring dimensions inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. *International Journal of Nursing Studies*. **38**. 511-521.

Watson, J. (2002) *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer Publishing.

Watson, J. (2005) *Caring sciences as sacred science*. Philadelphia: PA:FA Davis.

Watson, J. (2006) Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*. 30(1), 48-55.

Watson, J. (2009) *Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care*. University of Colorado, JHSA SPRING

Watson, J. (2009) Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo da saude sao Paulo*. 33(2), 143-149.

Watson, J. (2009) *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (second edition) Springer publishing company.

Widar,M., Ek AC., Ahlstrom, G. (2007) Caring and uncaring experiences as narrated by persons with long-term pain after a stroke. *Scand Journal of Caring Science*. 21(1), 41-7.

Widmark-Petersson, V., Von Essen, L., Sjoden, P.O. (2000) Perceptions of caring among patients with cancer and their staff. Differences and disagreements 23(1), 32-39.

Wolf, Z.R., Colahan, M., Costello, A. (1998) Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing*. **7**. 99-105.

Wright, V.-St Clair. (2001) Caring: the moral motivation for good Occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*. **48**.187-199.

Wu, L.F., Lin, L.Y. (2011) Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research*. 19(4), 250-256.

Yam. B.M.C. , Rossiter, J.C. (2000) Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*. **9**. 293-302.

Yellen, E., Davis, G.C., Ricard, R. (2002) The measurement of patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*. 16(4) , 23-29.

Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Ε. (2011) *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός.

Διαμαντοπούλου, Ε., Λαβδανίτη, Μ. (2010) Η Διερεύνηση της Συναισθηματικής Νοσημοσύνης στη Νοσηλευτική Πρακτική των Ελλήνων Νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 49(1), 62-72.

Καλαφάτη, Μ., Παϊκοπούλου, Δ. (2011) Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική*. 50(1), 49-62.

Κάρλου, Χ., Πατηράκη, Ε. (2011) Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική*. 50(1), 35-48.

Κοτρώτσιου, Ε. (2010) *Φροντίδα στο σπίτι* , Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Σχολή επιστημών υγείας Τμήμα ιατρικής, Λάρισα.

Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ., Ριζούλης, Α. (2008) Η έννοια της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 7.57-71

Κουλούρη, Α., Ρούπα, Ζ. (2008) Η επιστημολογία της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 7(4), 264-278

Μαντζούκας, Σ., Ζώη, Α. (2008) Το νοσηλευτικό θεωρητικό μοντέλο των Roper-Logan-Tierney και η εφαρμογή του στην κλινική πράξη. *Νοσηλευτική*,. 47(1), 21-36.

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998) *Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας*.

Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.

Παπαγεωργίου, Δ.Ε., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., Σταματάκη, Π., Καγιαλάρη, Μ. (2011) Μελέτη Παραγόντων σχετιζόμενων με την Ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης του Νοσηλευτικού Προσωπικού. *Νοσηλευτική*. 50 (2), 185-193

Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., Palese, Α., Tomietto, Μ., Balogh, Ζ., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Jarosova, D., Πατηράκη, Ε., 2010. Η Έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία, *Νοσηλευτική*, 49(4), 406-417.

Ραγιά, Α. (2001) Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*. **40**. 8-13.

Ραφτόπουλος, Β., Ραφτόπουλος, Α., Κοτρώτσιου, Ε., Παραλίκας, Θ. (2003) Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή. *Νοσηλευτική*. 42(1), 97-109.

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ. (2001) *Χρόνια ασθένεια & νοσηλευτική φροντίδα, μία ολιστική προσέγγιση*. Δεύτερη έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.

Τζούνης, Ε., Παπασταύρου. Ε., Γκούβα, Μ., Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Τζούνη, Μ. (2008). *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 7(4), 322-342

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΜΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ –ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Ομοιότητα προς προγόνους

Ποιού το όνομα πήρατε		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	4	1,486	0,213
	Within Groups	95		
	Σύνολο	99		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	4	0,911	0,461
	Within Groups	95		
	Σύνολο	99		
Στοχασμός	Between Groups	4	0,808	0,523
	Within Groups	95		
	Σύνολο	99		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	4	1,216	0,309
	Within Groups	95		
	Σύνολο	99		

Ποιού το όνομα πήρατε		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	4	0,756	0,558
	Within Groups	74		
	Σύνολο	78		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	4	0,797	0,530
	Within Groups	81		
	Σύνολο	85		

Ποιού το όνομα πήρατε	Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	P
Αλτρουϊσμός	4	4,610	0,330

Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	3	0,876	0,456
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	3	1,578	0,200
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Στοχασμός	Between Groups	3	1,698	0,173
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	3	1,406	0,246
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		

Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	4	0,756	0,558
	Within Groups	74		
	Σύνολο	78		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	4	0,797	0,530
	Within Groups	81		
	Σύνολο	85		

Σε ποιον μοιάζετε φυσιολογικά Αλτρουϊσμός	Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	P
	4	3,610	0,230

Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα	Βαθμοί ελευθερίας	F	P	
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	3	0,466	0,706
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	3	0,089	0,966
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Στοχασμός	Between Groups	3	0,837	0,477
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	3	0,222	0,881
	Within Groups	96		
	Σύνολο	99		

Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα	Βαθμοί ελευθερίας	F	P	
Κλινικό έργο	Between Groups	3	2,360	0,078
	Within Groups	75		
	Σύνολο	78		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	3	0,846	0,473
	Within Groups	82		
	Σύνολο	85		

Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα		Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	P
Αλτρουϊσμός	Between Groups	3	2,729	0,435
	Within Groups	92		
	Σύνολο	95		

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Τόπος διαμονής		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	2	0,808	0,449
	Within Groups	97		
	Σύνολο	99		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	2	0,091	0,913
	Within Groups	97		
	Σύνολο	99		
Στοχασμός	Between Groups	2	0,028	0,972
	Within Groups	97		
	Σύνολο	99		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	2	0,302	0,740
	Within Groups	97		
	Σύνολο	99		

Τόπος διαμονής		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	2	1,583	0,212
	Within Groups	76		
	Σύνολο	78		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	2	0,351	0,705
	Within Groups	76		
	Σύνολο	78		

Τόπος διαμονής		Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	p
Αλτρουϊσμός	Between Groups	2	7,100	0,211
	Within Groups			
	Σύνολο			

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Επαγγελματική εμπειρία		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Αναζήτηση υποστήριξης	Between Groups	4	0,236	0,917
	Within Groups	94		
	Σύνολο	98		
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Between Groups	4	1,084	0,369
	Within Groups	94		
	Σύνολο	98		
Αναστοχασμός	Between Groups	4	0,072	0,990
	Within Groups	94		
	Σύνολο	98		
Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας	Between Groups	4	0,397	0,811
	Within Groups	94		
	Σύνολο	98		

Επαγγελματική εμπειρία		Βαθμοί ελευθερίας	F	P
Κλινικό έργο	Between Groups	4	0,331	0,856
	Within Groups	73		
	Σύνολο	77		
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	4	1,256	0,294
	Within Groups	73		
	Σύνολο	77		

Επαγγελματική εμπειρία		Βαθμοί ελευθερίας	Chi-square	P
Αλτρουϊσμός	Between Groups	4	2,194	0,700
	Within Groups			
	Σύνολο			

Συσχετίσεις ερωτήσεων (factor loadings) κατά την ανάλυση παραγόντων του ερωτηματολογίου φροντίδας

Ερωτήσεις	Παράγοντες
1	,453
2	,756
3	
4	
5	,677
6	
7	
8	

9			
10			,659
11		,860	
12		,837	
13			
14			
15			,748
16		,657	
17			,524
18			
19		,632	
20		,617	
21		,816	
22			,739
23			,651
24		,502	
25		,788	
26		,565	
27			
28		,876	
29		,898	
30		,690	
31			
32			
33		,846	
34			,526
35		,786	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / / ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ; ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ
ΟΧΙ ΟΧΙ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ: ΜΑΣΤΕΡ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ ΚΑΝΕΝΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: 0 - 5 ΕΤΗ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ
5-10 ΕΤΗ
10-15 ΕΤΗ
15-20 ΕΤΗ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο στάδιο της νόσου)

Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
---------	---	---	---	---	---	-----------

NDI – 35

	1	2	3	4	5
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της					
2. Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία					
3. Να προσεύχεσαι για τον ασθενή					
4. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενούς ατομικά					
5. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή					
6. Να κρατάς επαφή με τον ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο					
7. Να διασφαλίζεις σε έναν ασθενή τελικού σταδίου ότι δεν πρόκειται να πεθάνει					
8. Να παραμένεις στην εργασία σου μετά το τέλος της βάρδιας για την ολοκλήρωση μιας δουλειάς					
9. Να έρχεσαι στη δουλειά, όταν δεν αισθάνεσαι καλά					
10. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή					
11. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς					
12. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή					
13. Να βάζεις έναν ασθενή να κάνει κάτι, έστω και αν αυτός ή αυτή δεν θέλει					
14. Να δείχνεις ότι είσαι απασχολημένος συνέχεια					
15. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριος του/της					
16. Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
17. Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα					
18. Να αισθάνεσαι λύπη για κάποιον ασθενή					
19. Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο					
20. Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή					
21. Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς					
22. Να κάθεται με έναν ασθενή					
23. Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή					
24. Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε					

ένα ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή					
25. Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας					
26. Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή					
27. Να οργανώνεις την εργασία των άλλων για τον ασθενή					
28. Να ακούς τον ασθενή					
29. Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή					
30. Να καθοδηγείς τον ασθενή για μια πτυχή της αυτοφροντίδας (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
31. Να μοιράζεσαι ένα προσωπικό πρόβλημα με κάποιον ασθενή					
32. Να κρατάς ενήμερους τους συγγενείς για ότι αφορά τον ασθενή					
33. Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)					
34. Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)					
35. Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία					

1. Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
2. Πιστεύετε στη γενναιοδωρή προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιοδώρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
4. Οι άνθρωποι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεχτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάστασή σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά σε μια ασθένεια	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	1	2	3	4	5
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11. Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του	1	2	3	4	5

13.	Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14.	Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15.	Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	1	2	3	4	5