



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



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΗΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:
ΠΡΑΠΑ Ευαγγελία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια
Κοτρώτσιου Ευαγγελία

ΛΑΡΙΣΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

Μέλη της τριμελούς επιτροπής:

- κ. **Κοτρώτσιου Ευαγγελία**, καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας, επιβλέπουσα
καθηγήτρια
- κ. **Μαίρη Γκούβα**, Επίκουρος Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου
- κ. **Κων/νος Τσάρας**, Καθηγητής Εφαρμογών Τ.Ε.Ι. Λάρισας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | Σελ. |
|---|-------------|
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | |
| 1.1. Ορισμός της φροντίδας | 7 |
| 1.2. Η έννοια της φροντίδας στην υγεία | 8 |
| 1.3. Οι θεωρητικές προσεγγίσεις της φροντίδας | 10 |
| 2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ | |
| 2.1. Ερευνητικά δεδομένα | 17 |
| 2.2. Ερευνητικά εργαλεία | 17 |

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

| | |
|--|----|
| 3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ COSSETTE (CNPI-Short Scale) | |
| 3.1. Εισαγωγή | 25 |
| 3.2. Η εφαρμογή της κλίμακας CNPI-Short Scale σε ελληνικά δεδομένα | 34 |
| 3.3. Αποτελέσματα | 36 |
| 3.4. Συζήτηση – Συμπεράσματα | 59 |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας είναι ο εντοπισμός και η ανάδειξη μέσα από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία εύχρηστων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της φροντίδας υγείας και η στάθμιση του ερωτηματολογίου φροντίδας CNPI – Short Scale (Cossette 2007), για την ελληνική πραγματικότητα.

Υλικό-Μέθοδος: Για την μέτρηση της φροντίδας υγείας σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού ασθενών και νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο CNPI – Short Scale (Cossette 2007), το οποίο συμπληρώθηκε από **700** συμμετέχοντες κατά την περίοδο **2011-2012**. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι συμμετέχοντες ενημερωνόταν για το σκοπό της.

Αποτελέσματα: Κατά την εφαρμογή της μεταφρασμένης έκδοσης της κλίμακας CNPI – Short Scale ενισχύθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης της Cossette με πολύ λίγες διαφοροποιήσεις. Το γεγονός αυτό, ανέδειξε την κλίμακα CNPI – Short Scale σε ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της φροντίδας υγείας, το οποίο παρουσίασε δομική εγκυρότητα κατά την εφαρμογή του σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού.

Συμπεράσματα: Η αναζήτηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των οργάνων μέτρησης είναι δύο βασικά κριτήρια για την εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων στις έρευνες που πραγματοποιούνται στο χώρο της υγείας. Η αποτελεσματική έρευνα φέρεται να έχει αποδεδειγμένα αποτελέσματα στην ταυτοποίηση των στάσεων και των συμπεριφορών που συμπεριλαμβάνονται στα εργαλεία μέτρησης, τα οποία θα μπορούσαν τελικά να αποδείξουν τις συνέπειες της φροντίδας στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών.

Abstract

The **purpose** of this research is to identify and enhance through Greek and International bibliography user-friendly and reliable health care measurement tools. Moreover, we focused our interest to the analysis of the validity and reliability of CNPI – Short Scale (Cossette 2007), on Greek population.

Material-Method: For the measurement of health care to sample Greek population of patients and nurses we used research tool CNPI–Short Scale (Cossette 2007), which was supplemented by 700 participants during 2011-2012. Participation in the survey was voluntary and participants were informed about the purpose of the study.

Results: When applying localized version of CNPI – Short Scale the results of the study of Cossette were verified with few variations. This fact, has highlighted the scale CNPI – Short Scale a reliable tool for measuring health care , which outlined structural validity in applying to sample of Greek population.

Conclusions: The research of the reliability and validity of measurement tools are two basic criteria to ensure valid results in investigations in the area of health science. Effectively research has proven results in the identification of attitudes and behaviors that are included in the measurement tools, which would eventually prove the impact of caring on outcome of patients.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο ορισμός της έννοιας της φροντίδας και των συστατικών της στοιχείων αποτελεί πρόκληση για τους επιστημονικούς μελετητές της. Η φροντίδα συχνά περιγράφεται ως τρόπος ζωής παρά ως έργο, έχοντας θεωρητικές προεκτάσεις οι οποίες προσφέρουν συγκεκριμένους ορισμούς και υποθέσεις.

Η λέξη φροντίδα σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (1998) σημαίνει το έντονο ενδιαφέρον, η ιδιαίτερη προσοχή σε κάποιον ή κάτι. Η φροντίδα υπό αυτή την έννοια αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μία ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη. Όλη μας η ζωή ξετυλίγεται και βασίζεται στις ανάγκες μας και την ικανοποίησή τους, που μπορεί να είναι βασικές, βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και ανάγκες για αυτοπραγμάτωση. Η ανάγκη πιέζει προς ικανοποίηση, που προέρχεται μέσα από διάφορες διαδικασίες, σε άλλοτε άλλο βαθμό και ανάλογα με τις περιστάσεις και τις δυνατότητες. Όταν όμως δεν καλύπτεται με ικανοποιητικό για το άτομο τρόπο, τότε προκύπτει το λεγόμενο έλλειμμα που μεταφράζεται ως πρόβλημα. Τη στιγμή αυτή έχουμε ανάγκη φροντίδας, έχουμε την ανάγκη κάποιου άλλου στη ζωή μας. Το γεγονός αυτό μας βγάζει από τους εαυτούς μας και μας οδηγεί σε αλληλεπίδραση, σε εξέλιξη του εαυτού μας και των άλλων, μας οδηγεί στην πραγματική ζωή³⁸.

Η αρχή της φροντίδας επικράτησε σε κάθε σημείο της ιστορίας της ανθρωπότητας. Η φροντίδα παρέχονταν από διάφορα άτομα με αναρίθμητους τρόπους. Κατά τη διάρκεια της ιστορίας του ανθρώπινου είδους υπάρχουν πολλά παραδείγματα παροχής φροντίδας σε άλλους. Στον μεσαίωνα για παράδειγμα, θεσμοθετήθηκαν θρησκευτικοί κανόνες με αναμενόμενο σκοπό την παροχή φροντίδας σε άλλους. Οι παρέχοντες τη φροντίδα ήταν συνήθως γυναίκες, οι οποίες είχαν αφιερώσει τη ζωή τους στη φροντίδα και στο να ενδιαφέρονται για τους άλλους³⁸.

Η ιδέα της φροντίδας όμως παρέμεινε σταθερή και στη σύγχρονη εποχή. Η επιστημονική αρχή της παροχής φροντίδας πραγματοποιήθηκε την εποχή της εμφάνισης της Nightingale στη Νοσηλευτική²³. Η Montgomery²¹ αναφέρει πως η φροντίδα είναι τρόπος ύπαρξης και μία κατάσταση φυσικής ανταπόκρισης προς τους άλλους. Σύμφωνα με ορισμένους ανθρωπολόγους¹⁷, αυτή η ανταπόκριση φροντίδας είναι αναπόσπαστο κομμάτι της επιβίωσής μας και ένα από τα παλαιότερα και πιο παγκόσμια χαρακτηριστικά του ανθρώπινου πολιτισμού.

Η φροντίδα αδρά έχει δύο μορφές: είναι η επαγγελματική φροντίδα, που παρέχεται από τους επαγγελματίες φροντίδας οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι για να την παρέχουν με επιστημονικό τρόπο και η φροντίδα που παρέχεται καθημερινά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο, εμπειρικά και με βάση την αγάπη, το ενδιαφέρον και το νοιάξιμο³⁸.

Το υγιές άτομο έχει και βρίσκει με διάφορους τρόπους τη δυνατότητα να αυτοφροντίζεται. Όταν όμως το άτομο αρρωσταίνει και εμφανίζονται απώλειες δυνάμεων και δυνατοτήτων αυτο-φροντίδας, τότε εμφανίζεται ένα έλλειμμα που οδηγεί σε ανικανοποίητες ανάγκες. Το άρρωστο άτομο είναι σαν να παλινδρομεί ψυχικά σε πολύ προγενέστερα εξελικτικά στάδια, τότε που ως βρέφος είχε την ανάγκη της μητρικής φροντίδας. Τότε είναι η στιγμή που εμφανίζεται ο επαγγελματίας υγείας και αναλαμβάνει αυτό το ρόλο εγκαθιδρύοντας έτσι τη θεραπευτική σχέση ανάμεσα σε αυτόν και στο πάσχον άτομο³⁸.

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Henderson¹³ η φροντίδα αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής και τον ακρογωνιαίο λίθο της νοσηλευτικής πράξης. Σε πολλά βιβλία, νομικά έγγραφα και κώδικες ηθικής, η φροντίδα αναφέρεται ως συνώνυμο της νοσηλευτικής πράξης και περιγράφεται ως κύρια ευθύνη και ηθική υποχρέωση των νοσηλευτών.

Σίγουρο είναι ότι η φροντίδα αποτελεί βασικό, κυρίαρχο και αναπόσπαστο κομμάτι των επαγγελματιών υγείας. Όλοι οι καθένας με τον δικό του τρόπο φροντίζουν τους ανθρώπους όταν αυτοί χρειάζονται τις υπηρεσίες τους. Η ιδέα της φροντίδας εμπεριέχει την προσωπική και υποκειμενική εμπλοκή με τον ασθενή,

που είναι απαραίτητη για την κατάλληλη προσέγγιση και εφαρμογή των αντικειμενικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Έτσι ενώ ο ασθενής μπορεί να μην ψάχνει για συμβουλές ή μία θεραπευτική σχέση, αλλά το ίδιο το γεγονός ότι χρειάζεται ανθρώπινη βοήθεια, τον κάνει να βρίσκεται σε ευπαθή κατάσταση³⁸.

Η φροντίδα και η θεραπεία αποτελούν την καρδιά των διεργασιών της νοσηλευτικής και την ουσία της αποστολής της¹⁷. Επίσης είναι γενικά αποδεκτό πως το μεγαλύτερο μερίδιο της φροντίδας των ασθενών ανήκει στους νοσηλευτές οι οποίοι προσφέρουν, εκτός των άλλων, βασική φροντίδα σώματος και φροντίδα σε όλη τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας. Η φροντίδα είναι μία γενική θεώρηση και ένα περιεκτικό πλαίσιο που μας παρέχει μία ευρεία βάση κατανόησης των επιστημών που ασχολούνται με αυτήν. Σύμφωνα δε με τις Boykin & Schoenhofer⁴ τα αξιώματα τα οποία εμπεριέχονται στη θεωρία της νοσηλευτικής ως φροντίδα είναι τα εξής:

- Το άτομο δέχεται φροντίδα με αξίες οι οποίες πηγάζουν από το γεγονός ότι είναι άνθρωπος.
- Το άτομο ζει δεχόμενο φροντίδα από λεπτό σε λεπτό.
- Το άτομο είναι ολότητα και πλήρες σε κάθε λεπτό της ζωής του.
- Το άτομο ζει βασιζόμενο στη φροντίδα.
- Το άτομο εμπλουτίζεται συμμετέχοντας σε σχέσεις φροντίδας και φροντίζοντας άλλους.

Κινούμενοι μπροστά από τους εαυτούς τους και ξεπερνώντας τα όρια τους διαμέσου των σχέσεων φροντίδας και πνευματικότητας, οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν να ακούσουν τις προσδοκίες των ασθενών, τις ελπίδες και τα όνειρά τους. Η φροντίδα από τη φύση της δημιουργεί δυνατότητες για σχέσεις οι οποίες είναι θεραπευτικές και για τον ασθενή αλλά και για τον παρέχοντα την φροντίδα³⁸.

1.3 ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η έννοια της φροντίδας έχει μελετηθεί κατά καιρούς τόσο σε σχέση με τους νοσηλευτές όσο και με τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, θεωρίες φροντίδας έχουν αναπτυχθεί στα πεδία των επιστημών φροντίδας και της φιλοσοφίας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κάτωθι:

- **Η πρώτη θεωρητική κληρονομιά**

Η Nightingale, η πρώτη θεωρητικός της περιβαλλοντικής φροντίδας, πίστευε πως οι νοσηλευτές έπρεπε πρωταρχικά να εστιάσουν τις παρεμβάσεις τους στις αιτίες και τα συμπτώματα του πόνου και όχι στα συμπτώματα της ασθένειας. Τόνισε επίσης την επίδραση του περιβάλλοντος και της υγιεινής πάνω στην ανάρρωση του ασθενούς. Είχε παραθέσει δε, πέντε βασικά σημεία στην εξασφάλιση του περιβάλλοντος εκείνου που θα επιδρούσε θετικά στην υγεία: ο καθαρός αέρας, το καθαρό νερό, η αρκετή ξηρασία, η καθαριότητα και το φως.

Σήμερα οι παραπάνω απόψεις της αντανακλώνται στις βασικές πρακτικές για τον έλεγχο των λοιμώξεων. Επιπλέον, η πεποίθησή της πως οι νοσηλευτές πρέπει να εστιάσουν όχι μόνο στα κλινικά συμπτώματα της ασθένειας, αλλά να εξετάσουν και τις αιτιώδεις σχέσεις της ασθένειας, ήταν ένα αρχικό βήμα στην κατανόηση της έννοιας της υγείας και της φροντίδας²³.

- **Η θεωρία του Mayeroff**

Ίσως ο πρώτος άνθρωπος που αναφέρθηκε εκτενώς στην ιδέα της φροντίδας ήταν ο Milton Mayeroff, ένας φιλόσοφος ο οποίος είδε τη φροντίδα ως μία οντολογική θέση που παρέχει τάξη και σημασία για τη ζωή, τη βάση πάνω στη οποία οργανώνουμε τις σχέσεις μας και βρίσκουμε τη θέση μας στον κόσμο. Επομένως η φροντίδα δεν περιορίζεται στις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα κύρια συστατικά της φροντίδας σύμφωνα να τον Mayeroff είναι:

- Η γνώση. Ο φροντιστής απαιτεί να έχει τη γνώση του άλλου, να καταλαβαίνει τις ανάγκες του και να ανταποκρίνεται κατάλληλα σε αυτές.
- Η εναλλαγή ρυθμών. Ο φροντιστής μαθαίνει από τα λάθη του και τροποποιεί τη συμπεριφορά του ως απάντηση στον άλλο.

- Η υπομονή. Ο φροντιστής πρέπει να έχει υπομονή για να επιτρέψει σε κάποιον άλλο να αναπτυχθεί στο δικό του χρόνο και με το δικό του τρόπο.
- Η ειλικρίνεια. Αυτός που φροντίζει πρέπει να είναι αρκετά ειλικρινής ώστε να δεχθεί τον άλλον όπως πραγματικά είναι και όχι όπως αυτός που φροντίζει θα ήθελε να είναι.
- Η εμπιστοσύνη. Η εμπιστοσύνη στο άλλον μπορεί αυτόν τον άλλον να το ελευθερώσει.
- Η ταπεινότητα. Προϋποθέτει να έχει κανείς τη θέληση να μάθει από αυτόν τον οποίο φροντίζει.
- Η ελπίδα. Αφορά τη πεποίθηση ότι ο άλλος θα αναπτυχθεί θετικά μέσω της φροντίδας που του παρέχεται.
- Το κουράγιο. Απαιτείται για να ακολουθήσει την πορεία του άλλου στο άγνωστο.

Το έργο του Mayeroff, ενώ δεν απευθύνεται συγκεκριμένα στην κλινική πρακτική, συλλαμβάνει την ουσιώδη φύση της φροντίδας από φιλοσοφική σκοπιά²⁰.

- **Η θεωρία της Jean Watson**

Η θεωρία της Jean Watson πηγάζει από τα έργα της υπαρξιακής ανθρωπιστικής ψυχολογίας και φιλοσοφίας, καθώς επίσης και από πρόσφατες προόδους στη φυσική και την επιστήμη της νευρολογίας³²⁻³⁵.

Σύμφωνα λοιπόν με την Watson, η φροντίδα είναι μία υπερατομική, αντικειμενική, αμοιβαία συναλλαγή. Ο ασθενής και ο φροντιστής υγείας σχετίζονται στο επίπεδο του ότι είναι και οι δύο άνθρωποι και της τρωτότητάς τους και μαθαίνουν ο ένας τον άλλο. Η θεωρία της όμως συνεχίζεται ενσωματώνοντας την ιδέα του πνεύματος, δηλαδή ότι μία περίπτωση φροντίδας ενσωματώνει την ουσία ή το πνεύμα του ασθενή και του φροντιστή δημιουργώντας μία πραγματική ένωση, όπου και οι δύο είναι ικανοί στην υπέρβαση τους.

Επομένως η φροντίδα παρέχει πρόσβαση σε μία μεγαλύτερη δύναμη παρόμοια με την αγάπη. Αυτή η ενέργεια δημιουργεί ένα αίσθημα αρμονίας του μυαλού, του σώματος και του πνεύματος, που πραγματικά μπορεί να κάνει αποτελεσματική τη

διαδικασία της αυτό-θεραπείας. Πολλοί νοσοκομειακοί γιατροί και νοσηλευτές μπορούν να θυμηθούν στιγμές απόλυτης απορρόφησης με έναν ασθενή, κατά τις οποίες αισθάνθηκαν ότι κάτι σημαντικό είχε συμβεί. Αυτές οι στιγμές φροντίδας αποτελούν συχνά μία καμπή στην ανάρρωση του ασθενή ή την ανταπόκρισή του στην θεραπεία. Αυτή η ισότητα στη θεραπευτική σχέση είναι εντυπωσιακά διαφορετική από την επαγγελματική απόσταση που πολλοί φροντιστές υγείας συμβουλεύονται να διατηρήσουν.

Εν κατακλείδι, η Watson διατυπώνει με σαφήνεια μία ολιστική άποψη για τη φροντίδα του ασθενούς που αποτελεί θεμέλιο για την παροχή φροντίδας. Θεωρεί την υγεία ως μία ολότητα του σώματος, της ψυχής και του πνεύματος. Η επίτευξη μιας τέτοιας αρμονίας παράγει διαδικασίες αυτογνωσίας, αυτοσεβασμού, αυτό-ίασης και αυτό-φροντίδας.

- **Η θεωρία της φροντίδας της Gendron**

Η Diane Gendron αναλύει την επικοινωνία στην φροντίδα ως αισθητική μορφή. Σύμφωνα με τη θεωρία της η φροντίδα δεν μπορεί να κατανοηθεί στα πλαίσια των μεμονωμένων συμπεριφορών επικοινωνίας, αλλά ως η απόλυτη μορφή αυτού που αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Αναγνωρίζει τέσσερα στοιχεία αυτής της μορφής:

- Την εκφραστική μορφή, όπου τα ανθρώπινα συναισθήματα έχουν τη δυνατότητα να μεταβιβάζονται συμβολικά ως μορφές μέσα από την τέχνη, όπως τη χροιά, τον ρυθμό, την αρμονία και την ένταση.

- Τα κανάλια επικοινωνίας, λεκτικά και μη, μέσα από τα οποία μεταδίδεται η φροντίδα.

- Τις δυναμικές αισθητήριες και κινητήριες ανταποκρίσεις, όπου όταν ένας επαγγελματίας υγείας αλληλεπιδρά με έναν ασθενή, ο ασθενής θα βιώσει μία ολοκλήρωση των συναισθηματικών αισθητηρίων και κινητήριων σχεδίων, τέτοια ώστε οι πράξεις του επαγγελματία υγείας ίσως ερμηνευθούν ευγενικές ή σκληρές.

- Τη μεταφορά της ορχηστρικής μουσικής, η οποία χρησιμεύει στη σύλληψη θεμάτων που είναι παρόντα σε όλα τα διαφορετικά κανάλια επικοινωνίας.

Η Gendron προχωρά και πιο πέρα στην άποψη της φροντίδας ως ένα σύνολο συμπεριφορών επικοινωνίας. Ενσωματώνοντας την νευροψυχολογική έρευνα σε

ένα αισθητικό πλαίσιο, περιγράφει την ουσιώδη οργανική μορφή της φροντίδας. Αυτή η μορφή περιλαμβάνει ένα πολύπλοκο συγχρονισμό οργανικής ολοκλήρωσης λογικών λεκτικών και μη μηνυμάτων που συναντώνται με έναν τρόπο που θα μπορούσε να συγκριθεί με μία καλά ενορχηστρωμένη συμφωνία¹².

- **Η ανάλυση της φροντίδας της Gaut**

Στην θεωρία της η Gaut ορίζει τις απαραίτητες και επαρκείς συνθήκες της φροντίδας στο περιβάλλον της φροντίδας υγείας⁷. Βασισμένη σε μία σημασιολογική και φιλοσοφική ανάλυση αναγνώρισε τρεις γενικές έννοιες συνδεδεμένες με την φροντίδα:

- Την προσοχή και το ενδιαφέρον
- Την ευθύνη και την πρόνοια
- Την εκτίμηση, την αφοσίωση και την προσήλωση

Αναγνώρισε επίσης τις απαραίτητες και επαρκείς συνθήκες που ορίζουν μία πράξη φροντίδας:

- Πρέπει να υπάρχει ενημερότητα της ανάγκης για φροντίδα.
- Εκείνος που φροντίζει πρέπει να γνωρίζει το πώς να βελτιώσει την περίπτωση.
- Εκείνος που φροντίζει πρέπει να έχει την πρόθεση να βοηθήσει.
- Μία πράξη πρέπει να επιλεγεί και κατόπιν να υλοποιείται.
- Η αλλαγή στον ασθενή πρέπει να βασίζεται στο τι είναι καλό για αυτόν τον ασθενή και όχι σε κάποιον άλλον άνθρωπο.

Η ανάλυση αυτή συμπεριλαμβάνει και τις συνθήκες της γνώσης και της πράξης. Η υποστηρικτική επικοινωνία μόνο δεν αρκεί για να λάβει χώρα η φροντίδα. Χρειάζεται απαραίτητα και η γνώση στην οποία θα στηριχθούν οι διεργασίες φροντίδας¹¹.

- **Η επιστήμη των ολοκληρωμένων ανθρώπων της Martha Rogers**

Η θεωρία αυτή προτείνει πως οι σπουδές σε επαγγέλματα φροντίδας είναι σπουδές πάνω στο ανθρώπινο και περιβαλλοντικό πεδίο ως μορφές ενέργειας. Άνθρωπος και περιβάλλον θεωρούνται αμείωτα, πολυδιάστατα ενεργειακά πεδία που χαρακτηρίζονται από διαμόρφωση. Ασθενής και φροντιστής θεωρείται πως

συναρμολογούν μία διαδικασία αμοιβαίας επιλογής, συμμετοχής, συνειδητοποίησης και φροντίδας.

Μία έννοια-κλειδί στη θεωρία της Rogers είναι οι απόψεις της για τα θεραπευτικά βοηθήματα, όπως το θεραπευτικό άγγιγμα, το φως, η μουσική, ο χορός, η διήγηση ιστοριών κ.α.. Η ίδια πιστεύει ότι χρήση αυτών των βοηθημάτων είναι για τον άνθρωπο περιβαλλοντικό πεδίο καλύτερο και από την άμεση φυσική φροντίδα³⁰.

- **Η θεωρία της διαπολιτισμικής φροντίδας (Leininger,1999)**

Η Leininger προτείνει πως τα επαγγέλματα φροντίδας είναι από τη φύση τους διαπολιτισμικά επαγγέλματα. Η γνώση της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι απαραίτητη, αν οι φροντιστές πρόκειται να δώσουν επαρκή και αναγκαία φροντίδα σε ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς.

Σε αυτή την εθνογραφική προσέγγιση της έννοια της φροντίδας, η Leininger βλέπει τη φροντίδα ως το μέσο με το οποίο ο ασθενής θα αναρρώσει από την ασθένειά του ή από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης. Συνδέει την φροντίδα με την κουλτούρα και ανεξάρτητα από το πολιτιστικό υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι θεωρούνται εξαρτώμενοι από την ανθρώπινη φροντίδα για να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν. Απώτερος στόχος της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι όλα τα άτομα να βοηθηθούν, να γίνουν ικανά ώστε να διατηρούν την ευημερία, να βελτιώνουν τη ζωή τους ή και να αντιμετωπίζουν το θάνατο¹⁸.

- **Η θεωρία ελλείμματος αυτό-φροντίδας**

Η θεωρία αυτή της Dorothea Orem (1999) είναι μία νοσηλευτική θεωρία φροντίδας. Περιγράφει τρεις έννοιες που είναι βασικές:

- Την αυτό-φροντίδα, η οποία περικλείει τις βασικές δραστηριότητες που συντελούν στην προώθηση της υγείας, την ευημερία και τη διατήρηση της υγείας.

- Την ελλειμματική αυτό-φροντίδα, η οποία εμφανίζεται όταν τα άτομα δεν μπορούν πια να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της αυτό-φροντίδας.

- Τα νοσηλευτικά συστήματα, τα οποία είναι πολυδιάστατα και θεωρούνται ως ολικά ανταποδοτικά, μερικώς ανταποδοτικά ή υποστηρικτικά – εκπαιδευτικά

συστήματα. Αν ο ασθενής απαιτεί ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και δεν είναι σε θέση να βοηθήσει τις ανάγκες του, τότε η φροντίδα κατηγοριοποιείται ως ολική ανταποδοτική. Όταν η φροντίδα χαρακτηρίζεται ως μερικώς ανταποδοτική, μεταφράζεται σε ρόλο αλληλεξάρτησης μεταξύ του ασθενούς και του φροντιστή. Η υποστηρικτική – εκπαιδευτική φροντίδα είναι αυτή που οι φροντιστές είναι ικανοί να βοηθήσουν τους ασθενείς να πάρουν τις δικές τους αποφάσεις και να ενεργήσουν για να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις της αυτό-φροντίδας. Αυτό μεταφράζεται ως ένας ασθενής ανεξάρτητος έτσι ώστε οι υπηρεσίες του φροντιστή να μην είναι (ή σπάνια να είναι) αναγκαίες.

Η θεωρία της Orem θεωρεί την φροντίδα ως κάτι το οποίο εκτελείται από τους νοσηλευτές και τους ασθενείς. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να παρέχει αγωγή και υποστήριξη που βοηθούν τον ασθενή να αποκτήσει τις απαραίτητες ικανότητες για να μπορέσει να ασκήσει την αυτό-φροντίδα του²⁵.

- **Η υγεία ως αναπτυσσόμενη συνείδηση**

Η κεντρική θέση της θεωρίας της Margaret Newman (1994), θεωρεί την υγεία ως αναπτυσσόμενη συνείδηση, ότι δηλαδή δεν είναι τίποτε άλλο παρά η επέκταση της συνείδησης. Βασισμένη στη θεωρία της Rogers, πιστεύει πως η υγεία περιλαμβάνει την ασθένεια και αντανακλά μία κατώτερη διαμόρφωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενούς και περιβάλλοντος. Σύμφωνα με αυτό, η διαμόρφωση μπορεί να είναι κάτι που κάνει το άτομο συνειδητά ή ασυνειδητά και επηρεάζει την υγεία του. Η θεωρία της είναι σχεδόν ριζοσπαστική, γιατί απομακρύνει τη φροντίδα μακριά από παραδοσιακές δυτικότροπες απόψεις που αναπτύσσουν «καλούς» και «κακούς» διαχωρισμούς στην υγεία²².

- **Το μοντέλο της Rice (1995 & 1998)**

Βασισμένη σε προηγούμενες θεωρίες φροντίδας, η Rice προτείνει μία άλλη θεωρία που ορίζεται ως το μοντέλο Rice για τη δυναμική αυτοδιάθεση για την αυτό-φροντίδα, η οποία αναφέρεται στην επιλογή του ασθενούς σε σχέση με το τι ισορροπεί την υγεία του. Στόχος είναι η βέλτιστη υγεία, η οποία απορρέει από τα καλύτερα επίπεδα της λειτουργικότητας και μπορεί να αξιολογηθεί από

πολυάριθμους δείκτες. Είναι μία εξελισσόμενη, πολύ προσωπική και θεωρητική διαδικασία, η οποία απορρέει από τα κίνητρα του ασθενούς για βέλτιστη υγεία και εμπλέκει την αλληλεπίδραση του ασθενούς, του επαγγελματία φροντιστή και του περιβάλλοντος.

Ο ρόλος του φροντιστή είναι να διευκολύνει τον ασθενή στη διαδικασία της αυτοδιάθεσης για αυτό-φροντίδα μέσω πολυάριθμων στρατηγικών που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση του ασθενούς, την υπεράσπισή του, την πνευματικοαισθητική ταύτιση και τη διαχείριση του περιστατικού.

Οι ασθενείς από την άλλη θεωρούνται ως αυτοτελείς οντότητες της φροντίδας. Οι ανάγκες της φροντίδας υγείας είναι αμοιβαία αποφασισμένες από τον ασθενή αλλά και από το φροντιστή. Οι αντιλήψεις του ασθενούς για τις ανάγκες της φροντίδας υγείας αντανακλώνονται σε μία ισόβια και συνεχή έρευνα και γνώση για τη βέλτιστη υγεία. Τέτοια ισορροπία επιτυγχάνεται όταν το μυαλό, το σώμα και το πνεύμα είναι χωρίς ανάγκες και σε συντονισμό με τη φύση²⁶.

2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η φροντίδα έχει διερευνηθεί ως έννοια με διάφορους τρόπους και από διάφορους επιστήμονες, κυρίως όμως από θεωρητικούς επιστήμονες της νοσηλευτικής. Χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι μέθοδοι ποσοτικής έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίων, αλλά και ποιοτικής έρευνας κυρίως με ανάλυση περιεχομένου³⁹.

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι η προσέγγιση της φροντίδας είναι αρκετά δύσκολη γιατί επηρεάζεται από τους εκάστοτε συμμετέχοντες στη διαδικασία της, είτε αυτοί την παρέχουν είτε την αποδέχονται. Φαίνεται λοιπόν πως η φροντίδα διαμορφώνεται, επηρεάζεται και μεταβάλλεται ανάλογα με το πλαίσιο το οποίο εφαρμόζεται³⁹.

Για αρκετά χρόνια, διάφοροι ερευνητές (Benner & Wrubel 1989, Cara 1997, Swason 1993, Watson 1979, 1988, 2002) συνέδεσαν την αλληλεπίδραση ασθενών - νοσηλευτών με την προώθηση της έννοιας της φροντίδας στην υγεία. Το κύριο ενδιαφέρον αυτών των μελετών επικεντρωνόταν στην περιγραφή των συστατικών στοιχείων της φροντίδας, μία έννοια η οποία έχει χαρακτηριστεί ως πολύπλοκη και δύσκολο να ορισθεί και να μετρηθεί⁵.

Μία περιοχή η οποία δέχθηκε λιγότερη ερευνητική προσοχή, είναι η περιγραφή δεσμών μεταξύ των αλληλεπιδράσεων ασθενών - νοσηλευτών και τη διερεύνηση των αποτελεσμάτων αυτών των αλληλεπιδράσεων στην προώθηση της υγείας των ασθενών, της ποιότητας της φροντίδας, στην θνησιμότητα ή ακόμα και στην διάρκεια της νοσηλείας τους³⁹.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Για τους μελετητές η φροντίδα αντιπροσωπεύει τον πυρήνα της νοσηλευτικής, παρόλο που οι φιλοσοφικές της εκφάνσεις δεν μπορούν να αιχμαλωτιστούν μέσα σε συμβατικά εργαλεία μέτρησης⁷. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε την αξιολόγηση συγκεκριμένων δεικτών μέτρησης της φροντίδας,

γεγονός που θα μας φέρνει ένα βήμα πιο κοντά στην τεκμηρίωση του αντίκτυπου της φροντίδας στην υγεία του ασθενούς.

Τα τελευταία 25 χρόνια παρόμοιες μελέτες με αυτές των Leininger και Watson έφεραν επανάσταση στον ορισμό της έννοιας της φροντίδας και στην σημασία της νοσηλευτικής επιστήμης για την προαγωγή της φροντίδας στην υγεία.

Καθώς οι περισσότερες από αυτές προτιμούσαν την ποιοτική προσέγγιση της φροντίδας, η ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης της φροντίδας ήταν σταθερή και χρονολογείται πίσω στη δεκαετία του '80, όπου το 1981 ο Larson πρότεινε το εργαλείο Care Q¹⁶.

- **Care Q**

Κατά τη διάρκεια της μελέτης αυτής, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να τοποθετηθούν πάνω σε 50 διαφορετικές απόψεις που αποτελούν φροντίδα ως προς τη σημαντικότητά τους. Οι απόψεις αυτές ήταν γραμμένες σε 50 κάρτες (μία άποψη ανά μία κάρτα) και ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να τοποθετήσουν τις κάρτες βάση της παρακάτω κλίμακας:

1. Πολύ σημαντικό
2. Αρκετά σημαντικό
3. Κάπως σημαντικό
4. Ούτε σημαντικό, ούτε ασήμαντο
5. Κάπως ασήμαντο
6. Αρκετά ασήμαντο
7. Καθόλου σημαντικό

Με βάση την αντίληψη των συμμετεχόντων, τοποθετούνταν 1 κάρτα στο πολύ σημαντικό, 4 κάρτες στο αρκετά σημαντικό, 10 κάρτες στο κάπως σημαντικό, 20 κάρτες στο ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο, 10 κάρτες στο κάπως ασήμαντο, 4 κάρτες στο αρκετά ασήμαντο και 1 κάρτα στο καθόλου σημαντικό.

Οι απόψεις αυτές χωρίστηκαν σε 6 υποκατηγορίες με βάση το θέμα το οποίο αφορούσαν:

- Πρόσβαση ασθενούς και συγγενών σε νοσηλευτή (6 θέματα)
- Παροχή φυσικής και συναισθηματικής υποστήριξης (9 θέματα)

- Πρόβλεψη προβλημάτων και αλλαγών (5 θέματα)
- Παροχή αισθήματος δέσμευσης και κατανόησης (16 θέματα)
- Επίδειξη επαγγελματικής ικανότητας (8 θέματα)
- Παροχή διδασκαλίας και υποστήριξης (6 θέματα)

- **Care/Sat**

Το 1993 οι Larson & Ferketich προχώρησαν στην σύσταση του εργαλείου μέτρησης Care Q/Sat, χρησιμοποιώντας ως βάση το Care Q. Αποτελούνταν από 29 θέματα τα οποία αναφέρονταν σε 268 ασθενείς και ζητούσαν από αυτούς να εκτιμήσουν τη νοσηλευτική φροντίδα την οποία βίωσαν κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Κάθε ερώτηση ζητούσε από τους ασθενείς να τοποθετηθούν στο βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας, τοποθετώντας Χ σε μία γραμμή μήκους 100 εκατοστών, με τα άκρα αυτής να αναφέρονται στο *Διαφωνώ έντονα* και *Συμφωνώ έντονα*.

Τα 29 αυτά θέματα οργανώθηκαν σε 3 υποκατηγορίες ανάλογα με το περιεχόμενό τους:

- βοηθητική φροντίδα,
- αίσθηση ήπια παραμελημένου ασθενή και
- αίσθηση ενδυνάμωσης (καθιστώ ικανό τον ασθενή για αυτό-φροντίδα).

Το εργαλείο αυτό χρησιμοποιήθηκε ευρύτατα σε 30 άλλες μελέτες σε Ευρώπη και Αμερική. Δοκιμάστηκε σε ασθενείς, φοιτητές αλλά και νοσηλευτές, ενώ τροποποιήθηκε αρκετές φορές. Το μοναδικό μειονέκτημα είναι ότι παρουσιάζει δυσκολίες στη χρησιμοποίησή του και είναι χρονοβόρο¹⁷.

- **CBA**

Το Caring Behaviors Assessment (CBA) αναπτύχθηκε από τις Sherril Cronin και Barbara Harison το 1988. Είναι ένα από τα πρώτα εργαλεία μέτρησης της φροντίδας και βασίζεται στη θεωρία της Jean Watson και στους περιγραφόμενους από αυτή 10 παράγοντες φροντίδας (Watson 2002, Baldurdottir et al, 2002).

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε 104 ενήλικους ασθενείς χειρουργικών – ιατρικών μονάδων και αποτελείται από 63 θέματα, καταναμεμημένα σε 7 ομάδες, τα

οποία κάνουν ή λένε οι νοσηλευτές και στα οποία ο συμμετέχον ασθενής πρέπει να απαντήσει καθορίζοντας τη σημαντικότητά τους.

Τα αποτελέσματα έδωσαν ικανοποιητική αξιοπιστία και τα 63 θέματα ομαδοποιήθηκαν στους εξής 4 παράγοντες:

1. Φροντίδα
2. Υποστήριξη
3. Ευαισθησία στις προσωπικές ανάγκες
4. Παρουσία

Η εγκυρότητα του εργαλείου αυτού ελέγχθηκε και επικυρώθηκε από 4 ειδικούς πάνω στη θεωρία Watson, ενώ ειδική μέριμνα έδειξαν οι συγγραφείς στην αναγνωσιμότητα του ερωτηματολογίου (Chronin & Harison, 1988). Άλλοι μελετητές χρησιμοποίησαν μετέπειτα το BCA για τη διεξαγωγή ερευνών (12 στον αριθμό), κάποιες εκ των οποίων υποστήριξαν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου με στατιστική ανάλυση καθώς και μελέτη από ειδικούς¹⁰.

- **CDI**

Το Caring Dimensions Inventory (CDI) σχεδιάστηκε από τους Roger Watson και Amanddah Lea το 1997 (Watson & Lea, 1997). Σκοπός του ήταν η συλλογή στοιχείων από νοσηλευτές σχετικά με το τι αντιπροσωπεύει ο όρος φροντίδα στη νοσηλευτική (Watson & Lea, 1997, Lea et al, 1998). Η ανάπτυξή του βασίστηκε κυρίως σε εμπειρική προσέγγιση του περιεχομένου της φροντίδας και λιγότερο σε θεωρητικές απόψεις³⁷.

Συμμετείχαν 1430 νοσηλευτές και φοιτητές, οι οποίοι ερωτήθηκαν σε 25 θέματα (αργότερα προστέθηκαν άλλα 10) αν κάθε ένα από τα θέματα αυτά αντιπροσωπεύει τον όρο της φροντίδας στην υγεία. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν πολύ υψηλή και το περιεχόμενό του έγινε με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση (Leininger's caring construct (1985), Grobe & Hughes taxonomy (1993) και Larson & Ferketich's scale (1993)).

Επίσης, η παραγοντική ανάλυση έδειξε την παρουσία τεσσάρων παραγόντων βάση των οποίων ομαδοποιούνται τα θέματα του CDI:

1. Ψυχοκοινωνικοί παράμετροι – επικοινωνία στη φροντίδα

2. Τεχνικές και επαγγελματικές παράμετροι στη φροντίδα
3. Αποδεκτή επαφή ασθενούς με νοσηλεύτη – αλτρουισμός
4. Μη αποδεκτή επαφή ασθενούς με νοσηλεύτη

- **CBI (Caring Behaviour Inventory)**

Το εργαλείο αυτό μέτρησης της φροντίδας παρουσιάστηκε στην μελέτη των Wolf et al. το 1994³⁸. Συμμετείχαν 541 άτομα, εκ των οποίων 278 νοσηλεύτες και 263 ασθενείς. Βασίστηκε σε νοσηλευτική, κοινωνική, ψυχολογική και φιλοσοφική βιβλιογραφία σχετικά με την φροντίδα και στην θεωρία της Watson (1979, 1988).

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 43 θέματα αντιπροσωπευτικά της φροντίδας και οι συμμετέχοντες καλούνταν να εκφράσουν την συμφωνία τους σε μία 4βάθμια κλίμακα (Διαφωνώ απόλυτα – Συμφωνώ απόλυτα).

Κατά την στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν 42 θέματα ομαδοποιημένα σε 5 παράγοντες τα οποία εξηγούσαν το 54,4% της μεταβλητότητας του επιλεγόμενου μοντέλου:

1. Συμμετοχή στην εμπειρία του άλλου (4 θέματα)
2. Επαγγελματικές γνώσεις και ικανότητες (5 θέματα)
3. Θετική ανταπόκριση στην επικοινωνία (9 θέματα)
4. Σιγουριά ανθρώπινης παρουσίας (12 θέματα)
5. Σεβασμός διαφορετικότητας του άλλου (12 θέματα)

- **CES (Caring Efficacy Scale)**

Βασισμένο στην θεωρία της Watson για την ανθρώπινη φροντίδα (1979, 1988) και των Bandura & Ullmann's για την αυτό-φροντίδα, ο Coates το 1997 χρησιμοποίησε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από 30 θέματα. Οι συμμετέχοντες νοσηλεύτες καλούνταν να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να αναπτύξουν σχέσεις φροντίδας με τους ασθενείς σε μία 6βάθμια κλίμακα.

Μετά από παραγοντική ανάλυση δημιουργήθηκε ένα συνοπτικότερο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 12 θέματα, τα οποία ομαδοποιούνταν σε 3 παράγοντες φροντίδας και τα οποία εξηγούσαν το 69% της μεταβλητότητας του επιλεγόμενου μοντέλου⁶.

- **CAI (Caring Ability Inventory)**

Το 1990 ο Nkongho παρουσίασε το εργαλείο CAI σε μελέτη 543 συμμετεχόντων και συγκεκριμένα 462 φοιτητών διάφορων ειδικοτήτων μεγάλου μητροπολιτικού πανεπιστημίου και 75 νοσηλευτών που συμμετείχαν σε επαγγελματικό συνέδριο. Βιβλιογραφικά βασίστηκε στην θεωρία του Mayeroff (1971) καθώς και σε ευρύτερη βιβλιογραφία σχετικά με την φροντίδα.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησε ο Nkongho αποτελούνταν από 80 θέματα φροντίδας ομαδοποιημένα σε 8 κατηγορίες:

1. Γνώση της διαφορετικότητας των άλλων
2. Εναλλακτικοί ρυθμοί στην φροντίδα
3. Υπομονή
4. Ειλικρίνεια
5. Εμπιστοσύνη
6. Δια βίου εκπαίδευση
7. Ελπίδα
8. Κουράγιο, ικανότητα να ανταπεξέρχονται στο άγνωστο

Οι συμμετέχοντες καλούνταν να εκφράσουν τον βαθμό της ικανότητάς τους να φροντίζουν, μέσα από μία 7βάθμια κλίμακα (Διαφωνώ απόλυτα – Συμφωνώ απόλυτα). Μετά από στατιστική ανάλυση κατέληξε σε 37 θέματα ομαδοποιημένα σε 3 κατηγορίες: Γνώση της διαφορετικότητας των άλλων (14 θέματα), κουράγιο (13 θέματα) και υπομονή (10 θέματα)²⁴.

- **CBS (Caring Behaviours Scale)**

Ο Lin παρουσίασε το εργαλείο αυτό το 2001 επηρεασμένος από ποιοτικές συνεντεύξεις με 15 ταϊβανέζους επαγγελματίες και φοιτητές νοσηλευτικής επιστήμης¹⁹. Στη μελέτη του συμμετείχαν 297 φοιτητές νοσηλευτικής, οι οποίοι έπρεπε να περιγράψουν τις συμπεριφορές φροντίδας που ανέπτυσαν στην κλινική πρακτική. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε ώστε να είναι ευαίσθητο στην Ταϊβανέζικη κουλτούρα και αποτελούνταν από 56 θέματα τα οποία ομαδοποιούνται σε 3 θεματικές κατηγορίες, οι οποίες εξηγούν το 57,4% της μεταβλητότητας του μοντέλου:

1. Παροχή βοήθειας στον ασθενή μέσα από την τροχιά ασθένειας (32 θέματα)
2. Συνηγορία ασθενούς (15 θέματα)
3. Γνώση του ασθενή (9 θέματα)

- **CAPSTI (Caring Attributes, Professional Self, and Technological Influence Instrument)**

Στην μελέτη των Arthur et al. το 2001, 1910 νοσηλευτές από 11 χώρες κλήθηκαν να αξιολογήσουν 60 συμπεριφορές φροντίδας σε μία 5βάθμια κλίμακα¹. Τα 60 αυτά θέματα ομαδοποιήθηκαν σε 3 κατηγορίες:

1. Θεωρητική προοπτική (13 θέματα), η οποία περιλαμβάνει την εννοιολογική σημασία της φροντίδας.
2. Πρακτική προοπτική (41 θέματα), η οποία περιλαμβάνει τι κάνουν οι νοσηλευτές όταν φροντίζουν τους ασθενείς.
3. Παιδαγωγική προοπτική (7 θέματα), αντικατοπτρίζοντας πως μαθαίνεται ή διδάσκεται η φροντίδα.

Από τα 60 θέματα η μελέτη κατέληξε σε 31, ομαδοποιημένα σε 4 κατηγορίες οι οποίες εξηγούσαν το 44,49% της μεταβλητότητας του μοντέλου:

1. Επικοινωνιακή φροντίδα (10 θέματα)
2. Συμμετοχή στην φροντίδα (8 θέματα)
3. Συνηγορία φροντίδας (7 θέματα)
4. Διδασκαλία της φροντίδας (5 θέματα)

- **CNPI (Caring Nurse-Patient Interactions Scale)**

Η Sylvie Cossette το 2004 στην μελέτη της για την περιγραφή και αξιολόγηση της φροντίδας μέσω του εργαλείου CNPI, βασίστηκε στην θεωρία της Watson (1979, 1988). Συμμετείχαν 332 στο σύνολο νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής, με σκοπό την θεμελίωση της έρευνας πάνω στη σύνδεση μεταξύ της φροντίδας και των αποτελεσμάτων αυτής πάνω στους ασθενείς.

Σε πρώτη φάση το εργαλείο μέτρησης αποτελούνταν από 70 θέματα, ομαδοποιημένα σε 10 παράγοντες νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Ανθρωπισμός (6 θέματα)
2. Ελπίδα (7 θέματα)
3. Ευαισθησία (6 θέματα)
4. Σχέσεις αλληλοβοηθείας (7 θέματα)
5. Έκφραση συναισθημάτων (6 θέματα)
6. Επίλυση προβλημάτων (6 θέματα)
7. Διδασκαλία (11 θέματα)
8. Περιβάλλον (7 θέματα)
9. Ανάγκες (10 θέματα)
10. Πνευματικότητα (6 θέματα)

Δύο ζητήματα όμως οδήγησαν τους μελετητές στην μείωση του μήκους της παραπάνω κλίμακας και την δημιουργία μια πιο συνοπτικής “Μικρής Κλίμακας”. Πρώτον, πολλές από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου ήταν μέτρια έως και κατά πολύ όμοιες μεταξύ τους. Δεύτερον, το μακροσκελές από τη φύση του ερωτηματολόγιο των 70 ερωτήσεων ήταν δύσκολο στη χρήση του όσον αφορά το κλινικό περιβάλλον.

Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 377 φοιτητές νοσηλευτικής, οι οποίοι βρίσκονταν στο 1^ο έως 3^ο έτος των σπουδών τους. Οι 23 ερωτήσεις ομαδοποιούνταν σε 4 παράγοντες φροντίδας:

1. Κλινική φροντίδα (9 θέματα)
2. Φροντίδα σχέσης (7 θέματα)
3. Ανθρωπιστική φροντίδα (4 θέματα)
4. Φροντίδα άνεσης (3 θέματα)

Η συνοπτική CNPI κλίμακα έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί στην κλινική έρευνα ιδίως όταν το μήκος του ερωτηματολογίου αποτελεί πρόβλημα. Είναι ένα χρήσιμο εργαλείο έρευνας το οποίο αποδεικνύει ότι η φροντίδα είναι θεμελιώδης για τη νοσηλεία. Παρακάτω ακολουθεί εκτενέστερη ανάλυση της κλίμακας αυτής.

Επιλογικά, επισημαίνεται ότι οι κλίμακες Care-Q, Care/Sat, CBA και CBI είναι οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες από τους συγγραφείς για την μέτρηση της φροντίδας στην νοσηλευτική έρευνα και γι’ αυτό το λόγο η εγκυρότητά τους είναι καλύτερα τεκμηριωμένη. Παρόλ’ αυτά μερικές από τις εκφάνσεις της έννοιας της φροντίδας,

όπως η κατανόηση του ασθενούς, αποτελούν μέρος όλων των δημοσιευμένων εργαλείων μέτρησης της φροντίδας. Μεθοδολογικά, εκτός από το CBI, οι ερευνητές χρησιμοποιούσαν ένα δείγμα, αποτελούμενο πρωταρχικά από φοιτητές και επαγγελματίες της νοσηλευτικής επιστήμης, λόγω της ευκολίας συλλογής του⁷⁻⁹.

3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ COSSETTE (CNPI-Short scale)

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας στα επαγγέλματα υγείας, κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία και αναπόφευκτη. Η κατασκευή από την άλλη ενός εργαλείου μέτρησης μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία μικρή θεωρία, η οποία μπορεί και εξηγεί τις σχέσεις διαφορών συμπεριφορών που παρατηρούμε.

Η Sylvie Cossette στις μελέτες της ασχολήθηκε με την ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων μέτρησης της φροντίδας, τα οποία θα μπορούσαν να αξιολογήσουν και να ερμηνεύσουν στάσεις και συμπεριφορές που σχετίζονται με τους 10 παράγοντες φροντίδας σύμφωνα με τη θεωρία της Watson⁷. Οι μελέτες αυτές οδήγησαν στην παρουσίαση της CNPI – Long Scale το 2005 και αργότερα της CNPI – Short Scale το 2007. Η CNPI – Long Scale περιελάμβανε 70 ερωτήσεις οι οποίες ομαδοποιούνταν σε 10 παράγοντες. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν στη διάθεσή τους έναν ορισμό της έννοιας κάθε παράγοντα και τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν:

- (α) την σαφήνεια των περιεχομένων,
- (β) την συσχέτιση των δηλώσεων που μετρούν τους παράγοντες φροντίδας και
- (γ) κατά πόσον οι δηλώσεις ήταν σωστά διατυπωμένες.

Παρόλα αυτά, δύο λόγοι οδήγησαν στη δημιουργία μίας συνοπτικότερης κλίμακας, την επονομαζόμενη CNPI – Short Scale. Πρώτον, οι δέκα παράγοντες ήταν σε μεγάλο βαθμό συσχετισμένοι μεταξύ τους, γεγονός που αντανακλά την θεωρητική μη ανεξαρτησία των παραγόντων αυτών. Κατά δεύτερον, οι συγγραφείς θέλανε να προτείνουν ένα μικρότερο σε μέγεθος ερωτηματολόγιο, περισσότερο εύχρηστο για την κλινική έρευνα και συγκεκριμένα για την μελέτη πολύ άρρωστων

ασθενών. Ως εκ τούτου, οι δέκα παράγοντες συγχωνεύθηκαν σε τέσσερις θεωρητικούς βασικούς τομείς μετά από παραγοντική ανάλυση των δεδομένων. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν η CNPI – Short Scale αποτελούμενη από 23 θέματα τα οποία αντικατοπτρίζουν τους παρακάτω τέσσερις τομείς φροντίδας:

1. Κλινική φροντίδα (9 θέματα)
2. Φροντίδα μέσα από τη σχέση (7 θέματα)
3. Ανθρωπιστική φροντίδα (4 θέματα)
4. Φροντίδα άνεσης (3 θέματα)

Οι απαντήσεις δίνονταν με βάση μία 5βαθμια κλίμακα από το 1 (καθόλου) μέχρι το 5 (υπερβολικά).

Όσον αφορά τα ηθικά ζητήματα τα οποία ανακύπτουν σε τέτοιου είδους μελέτες, την άδεια για την εκπόνηση του σχεδίου που ανέλαβαν οι επί πτυχίω σπουδαστές εξέδωσε ο αναπληρωτής Κοσμήτορας του τμήματος Νοσηλευτικής Επιστήμης του Καναδά, ενώ ο πρόεδρος του Πανεπιστημίου των Επιστημών Υγείας ενέκρινε τη μελέτη. Στους φοιτητές δόθηκαν οδηγίες - εξηγήσεις για τη μελέτη από έναν βοηθό – μελετητή στην αρχή ενός από τα μαθήματα. Ενημερώθηκαν πως η συμμετοχή είναι εθελοντική και η εχεμύθεια εξασφαλισμένη. Οι εθελοντές σπουδαστές συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια, ενώ οι υπόλοιποι μπορούσαν είτε να εξέλθουν από την αίθουσα ή να παραμείνουν σε αυτήν διεξάγοντας τις δικές τους λοιπές δραστηριότητες.

Η κατασκευή ενός εργαλείου μέτρησης μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία μικρή θεωρία, η οποία μπορεί και εξηγεί τις σχέσεις διαφορών συμπεριφορών που παρατηρούμε. Η εγκυρότητα από την άλλη, αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο η κλίμακα μετράει αυτό για το οποίο είναι φτιαγμένη να μετρήσει. Επίσης, όσο πιο αφηρημένες είναι οι έννοιες που αποτελούν ενδιαφέρον μελέτης, τόσο πιο δύσκολο είναι να μετρηθούν⁸. Για τον λόγο αυτό, εν συνεχεία παραθέτουμε βασικές θεωρίες και τεχνικές στις οποίες στηρίχθηκε η ανάλυση της μελέτης της Cossette αλλά και τα αποτελέσματα που προέκυψαν:

- Κατ' αρχήν η ανάλυση παραγόντων (Factor Analysis) αποτελεί χρήσιμη ποσοτική τεχνική ανάλυσης για την διερεύνηση της εγκυρότητας μίας κλίμακας. Διακρίνεται σε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (Exploratory Factor Analysis –

EFA) και σε ανάλυση παραγόντων μέσω της επιβεβαίωσης (Confirmatory Factor Analysis – CFA). Η διαφορά των δύο αυτών μεθόδων έγκειται στο γεγονός ότι η μεν EFA εξερευνεί την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ερωτήσεων – θεμάτων που απαρτίζουν την κλίμακα μέτρησης, ενώ η CFA ελέγχει την υπόθεση ότι μία εκ των προτέρων καθορισμένη δομή κλίμακας μέτρησης παρατηρείται στα δεδομένα⁸.

Δεδομένου του ενδιαφέροντος των συγγραφέων για την πολυδιάστατη δομή των εργαλείων φροντίδας, χρησιμοποιήθηκαν ως αναφορές μόνο προγενέστερες μελέτες οι οποίες χρησιμοποιούσαν παραγοντική ανάλυση. Στο βιβλίο της Watson (2002) αναφέρονται 7 κλίμακες οι οποίες δημοσιεύθηκαν από το 1990 έως το 1997 και χρησιμοποιούσαν την παραγοντική ανάλυση (Nkongho 1990, Stanfield 1991, Hughes 1993a,b, 1998, Larson & Ferketich 1993, Wolf et al. 1994, Coates 1997)³⁹.

Από τότε μέχρι και το 2007 πέντε νέες κλίμακες στατιστικά τεκμηριωμένες μέσω της παραγοντικής ανάλυσης προστέθηκαν στον παραπάνω κατάλογο (Lea et al. 1998, Arthur et al. 2011, Lin 2001, Cossette et al. 2006, Wolf et al. 2006). Οι σχέσεις μεταξύ των κλιμάκων μέτρησης και των θεωριών φροντίδας εξετάστηκαν από τον Coates (2002) βάση τεκμηρίων⁶. Από το σύνολό τους όλες εκτός από μία χρησιμοποίησαν την EFA ως μεθοδολογία.

Οι μελέτες αυτές διέφεραν επίσης στην μεθοδολογία επιλογής των θεμάτων που απαρτίζουν τα ερωτηματολόγια αλλά και στον αριθμό αυτών. Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο κριτήριο ήταν η ιδιοτιμή ≥ 1 . Το τελευταίο μεθοδολογικό θέμα – πρόβλημα αναφέρεται στην δομική εγκυρότητα της κάθε κλίμακας, μετά από την απόρριψη ερωτημάτων η οποία προέκυπτε κατόπιν παραγοντικής ανάλυσης, αλλά και βάση ποιων κριτηρίων γινόταν η απόρριψη αυτή. Στις περισσότερες από τις αναλύσεις συμπεριελάμβαναν στα ερωτηματολόγια θέματα με υψηλή στατιστική σημαντικότητα.

- Το δείγμα αποτελούνταν από 531 σπουδαστές νοσηλευτικής επιστήμης στο 1^ο, 2^ο και 3^ο έτος σπουδών του νοσηλευτικού προγράμματος του Καναδά, εκ των οποίων ένα 20% ήταν ήδη εγγεγραμμένοι νοσηλευτές χωρίς όμως πανεπιστημιακό πτυχίο. Οι εθελοντές συμμετέχοντες έπρεπε να συμπληρώσουν μέσα σε μία ώρα την γαλλική εκδοχή του ερωτηματολογίου των 70 θεμάτων της CNPI – Long Scale καθώς και ένα κοινωνικο – δημογραφικό ερωτηματολόγιο. Τα δεδομένα της

μελέτης αυτής συλλέχθηκαν τον Σεπτέμβριο του 2002 και 2004, με τους σπουδαστές που συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια πάνω από μία φορά κατά τη διάρκεια του 3ετούς προγράμματος σπουδών να αποκλείονται, για να διατηρηθεί η ανεξαρτησία των δεδομένων. Για κάθε ερώτηση οι εκλιπούσες τιμές δεν ξεπερνούσαν το 1% και όταν αυτό συνέβαινε αντικαθιστούνταν από την επικρατούσα στην συγκεκριμένη ερώτηση τιμή.

- Το θεωρητικό μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από τους 4 παράγοντες που απαρτίζουν την CNPI – Short Scale (φροντίδα σχέσης, κλινική, ανθρωπιστική και φροντίδα άνεσης). Για την CFA μεθοδολογία κάθε ερώτημα υποθέτουμε ότι σχετίζεται μόνο με τον παράγοντα από τον οποίο προήλθε και οι σχέσεις μεταξύ τους είναι γραμμικές. Πολλά είδη εκτιμήσεων προτάθηκαν στη βιβλιογραφία για την επιλογή του μοντέλου που ταιριάζει καλύτερα στα δεδομένα. Οι πιο συχνές αναφέρονται στους δείκτες της τυποποιημένης ρίζας του τετραγώνου των καταλοίπων (SRMR), της ρίζας των τετραγώνων λάθους της προσέγγισης (RMSEA), του δείκτη goodness of fit (GFI), του συγκριτικού δείκτη (CFI), και του δείκτη κανονικότητας (NFI).

Οι τιμές των δεικτών $SRMR \leq 0.08$ και $RMSEA \leq 0.06$ υποδηλώνουν συνήθως ότι το χρησιμοποιούμενο μοντέλο εξηγεί ικανοποιητικά τα δεδομένα μας. Οι επιθυμητές τιμές των υπόλοιπων δεικτών GFI, CFI και NFI πρέπει να είναι πάνω από 0.95 ή 0.90. Το επίπεδο σημαντικότητας των ελέγχων ορίζεται ως συνήθως στο $\alpha = 0.05$. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής ερμηνεύθηκαν λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω υποθέσεις. Οι Bentler και Chou (1987) πρότειναν τη συμμετοχή πάνω από 5 συμμετεχόντων για την αξιολόγηση των παραμέτρων του μοντέλου, στόχος ο οποίος υπερκαλύφθηκε στην παρούσα μελέτη. Επίσης, υπολογίσθηκαν οι συντελεστές άλφα (alpha coefficients) για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής της κλίμακας στο σύνολό της και των τεσσάρων παραγόντων φροντίδας ξεχωριστά.

- Από το δείγμα των 531 συμμετεχόντων στην μελέτη το 67% γεννήθηκαν στον Καναδά, το 86% ήταν γυναίκες και ο μέσος όρος της ηλικίας τους ήταν τα 25,7 έτη με τυπική απόκλιση 7,4 έτη. Επιπλέον, το 64% ήταν πρωτοετής και το 30% τριτοετής φοιτητές. Τέλος, το 20% ήταν ήδη εγγεγραμμένοι νοσηλευτές χωρίς όμως να

κατέχουν κάποιο άλλο μη πανεπιστημιακό νοσηλευτικό πτυχίο και το 46% είχε προσληφθεί για μερική απασχόληση.

- Η αναζήτηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των οργάνων μέτρησης είναι δύο βασικά κριτήρια για την εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων στις έρευνες που πραγματοποιούνται στο χώρο της υγείας. Ένα όργανο μέτρησης δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ερευνητική μελέτη αν δεν έχει παρουσιάσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Ας τα μελετήσουμε λοιπόν το κάθε ένα ξεχωριστά.

Ως αξιοπιστία ενός ερευνητικού εργαλείου ορίζεται η έκταση στην οποία το εργαλείο δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις και αναφέρεται στην αναλογία ακρίβειας και ανακρίβειας στη μέτρηση. Οι τρεις κυριότερες ιδιότητες της αξιοπιστίας είναι η σταθερότητα, δηλαδή η ικανότητα μιας κλίμακας να δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επανειλημμένες μετρήσεις, η ομοιογένεια, που σημαίνει ότι όλα τα σημεία μετρούν την ίδια έννοια ή χαρακτηριστικό και την ισοδυναμία, δηλαδή την ικανότητα του εργαλείου να παράγει τα ίδια αποτελέσματα όταν χρησιμοποιούνται παράλληλα εργαλεία ή διαδικασίες. Στις εκτιμήσεις εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιείται ο συντελεστής άλφα του Cronbach, με τον οποίο υπολογίζεται η εσωτερική συνέπεια ή η ομοιογένεια ενός εργαλείου. Ειδικότερα ο άλφα συντελεστής αποτελεί το χαμηλότερο όριο για την αληθινή αξιοπιστία ολόκληρης της έρευνας. Μαθηματικά, η αξιοπιστία ορίζεται ως η αναλογία της μεταβλητότητας των ανταποκρίσεων της μελέτης, που είναι αποτέλεσμα των διαφορών ανάμεσα στους συμμετέχοντες. Συνεπώς, οι ανταποκρίσεις σε μία αξιόπιστη έρευνα θα διαφέρουν λόγω του ότι τα άτομα που συμμετέχουν έχουν διαφορετικές απόψεις και όχι διότι η έρευνα είναι συγχυτική ή προκαλεί διάφορες ερμηνείες. Με άλλα λόγια, όσο υψηλότερος είναι ο άλφα, δηλαδή όσο πιο κοντά στο 1, τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία. Για να θεωρείται αποδεκτή η τιμή του άλφα θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 0.7. Εάν μία κλίμακα εμφανίζει μικρού βαθμού εσωτερική συνοχή τότε μπορεί να βελτιωθεί με την προσθήκη ερωτήσεων ή με την επανεξέταση της σαφήνειας των ερωτήσεων που την απαρτίζουν.

Για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας της κλίμακας CNPI – Short Scale χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές Cronbach's alpha. Στο σύνολο της κλίμακας κυμαίνονταν από 0.91 έως 0.95, ενώ από 0.82 έως 0.93 για την κλινική φροντίδα, από 0.89 έως 0.91 για την φροντίδα σχέσης, από 0.64 έως 0.73 για την ανθρωπιστική φροντίδα και από 0.61 έως 0.74 για την φροντίδα άνεσης.

Η εγκυρότητα με τη σειρά της αναφέρεται στο κατά πόσο ένα ερευνητικό εργαλείο μετρά με ακρίβεια αυτό που υποτίθεται ότι μετρά. Μία κλίμακα μπορεί να είναι αξιόπιστη αλλά να μην είναι έγκυρη και η υψηλή αξιοπιστία δεν αποτελεί απαραίτητη ένδειξη της εγκυρότητας. Αντιθέτως όμως ένα έγκυρο εργαλείο είναι πάντοτε αξιόπιστο. Στη βιβλιογραφία περιγράφονται τρία είδη εγκυρότητας:

- περιεχομένου, δηλαδή η έκταση στην οποία το περιεχόμενο της κλίμακας αντιπροσωπεύει σφαιρικά μία έννοια,
- κριτηρίου, η οποία δείχνει το βαθμό της σχέσης ανάμεσα στην απόδοση σε μία κλίμακα και στην πραγματική συμπεριφορά του υποκειμένου,
- και δομική, η οποία βασίζεται στην έκταση στην οποία μία κλίμακα μετρά κάποια θεωρητική δομή ή ένα χαρακτηριστικό.

Η ανάλυση παραγόντων (factor analysis) αποτελεί μία προσέγγιση αξιολόγησης της δομικής εγκυρότητας, που δίνει στον ερευνητή πληροφορίες σχετικά με την έκταση στην οποία μία ομάδα σημείων μετρά την ίδια διάσταση μίας έννοιας. Τα σημεία αυτά φορτίζουν σε διαφορετικούς παράγοντες και η ανάλυση είναι επίσης ενδεικτική του κατά πόσο τα σημεία ενός εργαλείου αντανακλούν μία μοναδική ή περισσότερες έννοιες. Η δομική εγκυρότητα δεν είναι πάντα απευθείας παρατηρήσιμη, αλλά χρειάζεται να ανιχνευθεί και γι' αυτό είναι δύσκολο να μετρηθεί. Συνήθως είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί ανάλυση παραγόντων και να αναζητηθούν σε ένα εργαλείο μέτρησης, ομάδες προτάσεων που σχετίζονται εννοιολογικά αλλά και στατιστικά μεταξύ τους. Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων στοχεύει στην αξιολόγηση της εγκυρότητας του τρόπου διαχείρισης μίας ομάδας δεικτών, με τρόπο που να αντανακλούν την ίδια έννοια. Με άλλα λόγια, η μέθοδος αυτή αναλύει τον τρόπο με τον οποίο ομαδοποιούνται οι ανταποκρίσεις, έτσι ώστε να δίνουν νόημα για τη σχέση που υπάρχει ανάμεσά τους.

Οι αναλύσεις αυτές εξετάζουν τα σημεία των κλιμάκων ξεχωριστά για δομική εγκυρότητα.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης είναι καθοριστική για την εξασφάλιση ορθών αποτελεσμάτων στη διεξαγωγή μιας έρευνας. Όταν δεν αναφέρονται, τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αποδεκτά με επιφύλαξη και η μελέτη παρουσιάζει πολλούς περιορισμούς ως προς την ορθότητα των αποτελεσμάτων της.

- Όπως ήταν αναμενόμενο λόγω του μεγάλου μεγέθους δείγματος, οι δείκτες των ελέγχων ήταν υψηλοί και συγκεκριμένα:

- Ο δείκτης $\chi^2 = 811,43$ με 224 βαθμούς ελευθερίας και $p\text{-value} < 0.01$
- Ο δείκτης της τυποποιημένης ρίζας του τετραγώνου των καταλοίπων (Standardized Root Mean-squared Residuals) SRMR = 0.054
- Ο δείκτης της τυποποιημένης ρίζας λάθους της προσέγγισης (Root Mean-square Error of Approximation) RMSEA = 0.070
- Ο δείκτης καλής εφαρμογής του μοντέλου (Goodness of Fit Index) GFI = 0.88
- Ο συγκριτικός δείκτης καλής εφαρμογής (Comparative Fit Index) CFI = 0.98 και
- Ο δείκτης κανονικότητας (Normality Fit Index) NFI = 0.97

Οι 23 ερωτήσεις ήταν όλες στατιστικά σημαντικές και οι συσχετίσεις μεταξύ των τεσσάρων παραγόντων φροντίδας κυμαίνονταν από 0.66 έως 0.83 και ήταν όλες στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $\alpha=0.01$. Το ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγούσε η κάθε ερώτηση κυμαίνονταν από 0.42 έως 0.56 για την κλινική φροντίδα, από 0.53 έως 0.67 για την φροντίδα σχέσης, από 0.23 έως 0.58 για την ανθρωπιστική φροντίδα και από 0.37 έως 0.53 για την φροντίδα άνεσης.

- Πρωταρχικό συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν ότι το χρησιμοποιούμενο μοντέλο εξηγεί τα δεδομένα επαρκώς. Παρόλα αυτά, μελλοντικοί έλεγχοι με διαφορετικά δείγματα θα επικυρώσουν την δομική εγκυρότητά της καθώς η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς, κυρίως όσον αναφορά τους συμμετέχοντες οι οποίοι ήταν όλοι φοιτητές νοσηλευτικής από ένα πανεπιστήμιο του Καναδά. Αυτό ήταν βολικό δεδομένου του τεράστιου δείγματος που χρειάστηκε για να διεξαχθεί η CFA.

Επιπλέον, δεν υπάρχουν μεταγενέστερα αποτελέσματα μελετών χρησιμοποίησης των δύο κλιμάκων (Long & Short) που να υποστηρίζουν την προγνωστική ισχύ των συσχετίσεων μεταξύ των τομέων φροντίδας και των αποτελεσμάτων στην υγεία των ασθενών.

Ένα ακόμα σημαντικό αποτέλεσμα αποτελεί η ανίχνευση ομοιοτήτων της CNPI – Short Scale με άλλες κλίμακες της βιβλιογραφίας. Λαμβάνοντας υπόψη της ομοιότητες αυτές, ο τομέας την κλινικής φροντίδας, που δεν συμπεριλαμβάνεται πάντα στην έννοια της φροντίδας, αντικατοπτρίζεται στις περισσότερες από τις κλίμακες αυτές. Η κλινική φροντίδα προβάλλεται ως ένας μοναδικός τομέας της φροντίδας, που δίνει έμφαση στην σπουδαιότητα των κλινικών ικανοτήτων ως βάση μιας σχέσης φροντίδας.

Όσον αφορά τους άλλους τομείς της φροντίδας, ομοιότητες μπορούν να προκύψουν από τις κλίμακες που βασίζονταν στην θεωρία της Watson, δηλαδή από τις CBA και CBI. Ο τομέας της φροντίδας σχέσης είναι όμοιος με την έννοια «παρουσία» στην CBA κλίμακα και με τις έννοιες της «εξασφάλισης της ανθρώπινης παρουσίας» και της «θετικής συνεκτικότητας» στην CBI κλίμακα. Τα ερωτήματα που υπόκεινται στον τομέα αυτό διαπραγματεύονται το πραγματικό νόημα της παρουσίας και περιγράφουν το είδος της συνεκτικότητας που οι σπουδαστές και οι νοσηλευτές θέλουν να καθιερώσουν.

Ο τομέας της φροντίδας άνεσης αναφέρεται στη «στήριξη» στην CBA κλίμακα και στην «προσήλωση στους άλλους» στην CBI κλίμακα. Τελικά, ο τομέας της ανθρωπιστικής φροντίδας, που αναφέρεται στη θεμελιώδη συμπεριφορά ενός ανθρώπου που ενδιαφέρεται, εντοπίζεται στην «ευαισθησία» (CBA) και στον «σεβασμό της διαφορετικότητας των άλλων» (CBI).

Αντιθέτως, μία σημαντική διαφορά αποτελεί το γεγονός ότι στην CNPI – Short Scale δεν εμπεριέχονται στάσεις και συμπεριφορές «μη φροντίδας». Το θέμα κατά πόσον οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν ή όχι φροντίδα σπάνια συζητούνται σε μελέτες. ΕΦΑ αναλύσεις έδειξαν ότι οι ερωτήσεις που αφορούσαν τη «μη φροντίδα» ομαδοποιήθηκαν και δεν σχετίστηκαν με τα αρχικά θέματα φροντίδας στην οποία υποτίθεται ότι ανήκαν.

Σύμφωνα με τον Horan et al. (2003), παρόλο που η περίληψη των αρνητικά φορτισμένων ερωτήσεων ήταν μεθοδολογικά αποδεκτή στο παρελθόν για να ελαχιστοποιηθεί το σφάλμα στις απαντήσεις των ασθενών, το γεγονός της ομαδοποίησης των αρνητικών και των θετικών ερωτημάτων ξεχωριστά αποκαλύπτει μία μεθοδολογική παρά μία ουσιώδη δομή κλίμακας¹⁴.

Από την άλλη πλευρά, ενδιαφέρουσες μελέτες μπορεί να προκύψουν αν συμπεριληφθούν και αρνητικά φορτισμένες ερωτήσεις στις κλίμακες μέτρησης. Όντως από μία εννοιολογική άποψη η Watson (2001) εισηγείται ότι μία αόριστη έννοια όπως η φροντίδα μπορεί να αναγνωρισθεί και από αυτό που δεν είναι, δηλαδή την αρνητική της πλευρά. Η «μη-φροντίδα» καταγράφηκε λεπτομερώς από τον Riemen (1986) σε μία φαινομενολογική έρευνα στην οποία οι ασθενείς περιέγραφαν διάφορες οπτικές της φροντίδας και της μη-φροντίδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 3 θέματα προέκυπταν από τα δεδομένα: η παρουσία του νοσηλευτή, η ανταπόκριση του ασθενούς και οι συνέπειες. Η γενική εικόνα υποδηλώνει ότι η μη-φροντίδα συμβαίνει όταν δεν υπάρχει αλληλεπίδραση, δηλαδή όταν οι νοσηλευτές είναι παρόντες σωματικά αλλά συναισθηματικά απόμακροι²⁸.

Καθώς η μη-φροντίδα δεν υπάρχει σύμφωνα με τη θεωρία στην κλινική καθημερινότητα, παραμένει το γεγονός ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα στο κατά πόσον σχετικές ερωτήσεις πρέπει να συμπεριληφθούν στα ερωτηματολόγια.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3.2 Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ CNPI – Short Scale ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η CNPI – Short scale χρησιμοποιήθηκε μετά από την άδεια των συγγραφέων για μετάφρασή της στα ελληνικά. Καταρχήν έγινε μετάφραση στα ελληνικά από δύο άριστους γνώστες τόσο της ελληνικής όσο και της αγγλικής γλώσσας, προκειμένου να εξασφαλισθεί η ακριβής απόδοση των ερωτηματολογίων στα ελληνικά. Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο συζητήθηκε με τρίτο άτομο για την αξιολόγηση του λεκτικού, γραμματικού και εννοιολογικού περιεχομένου των μεταφράσεων. Ακολούθησε σχολαστικός έλεγχος και συζήτηση και μετάφραση εκ νέου στα αγγλικά και τέλος έγιναν ελάχιστες λεκτικές βελτιώσεις ώστε να τελειοποιηθεί η απόδοσή του στα ελληνικά.

Το δείγμα λήφθηκε από νοσοκομεία της Ελληνικής Επικράτειας.

Όσον αφορά στα κριτήρια επιλογής του δείγματος, το κύριο κριτήριο επιλογής των συμμετεχόντων ήταν :

1) Για τον ασθενή: Να έχει ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας και να επιθυμεί να συμμετάσχει στη έρευνα.

2) Για την οικογένεια: Να αποτελεί μέλος της οικογένειας αρρώστου που νοσηλεύτηκε σε νοσοκομείο.

3) Για τον νοσηλευτή: Να αποτελεί νοσηλευτή που εργάζεται σε νοσοκομείο.

Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συλλέχθηκαν από το **2011** έως **2012**.

Ασθενείς και νοσηλευτές ενημερώθηκαν πως η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι εθελοντική και η εχεμύθεια εξασφαλισμένη.

Ανάλυση των δεδομένων

Για τη διερεύνηση της εσωτερικής δομής του ερωτηματολογίου εφαρμόστηκε παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών (principal component analysis). Η παραγοντική ανάλυση δείχνει πως οι συσχετίσεις μεταξύ των παρατηρούμενων μεταβλητών μπορούν να εξηγηθούν από την ύπαρξη μικρότερου αριθμού δομών. Η ανάλυση αυτή ονομάζεται διερευνητική (exploratory) παραγοντική ανάλυση¹.

Αρχικά εξετάστηκε το κριτήριο της κανονικής κατανομής των μεταβλητών. Σύμφωνα με Tabachnick και Fidell (2001), όταν δεν ικανοποιείται η παραδοχή της κανονικότητας από τις μεταβλητές προς παραγοντική ανάλυση, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η μετατροπή των αρχικών τιμών. Προκειμένου να εφαρμοστεί η παραγοντική ανάλυση και στη συνέχεια ανάλυση συσσωματώσεων στην παρούσα έρευνα, έγινε μετατροπή των αρχικών τιμών σε λογάριθμους, εφόσον βρέθηκε ασύμμετρη κατανομή σε αρκετές μεταβλητές (βλ. Παράρτημα 1)

Το πρώτο βήμα της παραγοντικής ανάλυσης περιλαμβάνει την ανίχνευση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Είναι σημαντικό να υπάρχουν μεγάλες συσχετίσεις σε μεγάλο ποσοστό του πίνακα συσχετίσεων (correlation matrix). Για να εξεταστεί αν ο πίνακας συσχετίσεων είναι κατάλληλος για παραγοντική ανάλυση εξετάστηκε το κριτήριο KMO (Kaiser-Meyer-Olkin). Το κριτήριο αυτό υπολογίζει την καταλληλότητα του δείγματος. Οι τιμές του ποικίλουν από 0 έως 1. Ο δείκτης KMO είναι αποδεκτός όταν η τιμή είναι πάνω από 0,5. Επιπλέον εξετάστηκε το κριτήριο σφαιρικότητας του Bartlett, το οποίο εξετάζει την υπόθεση ότι ο αρχικός πίνακας συσχετίσεων είναι ταυτοτικός (identity) πίνακας. Η παραγοντική ανάλυση είναι κατάλληλη όταν ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ταυτοτικός. Συνεπώς ο έλεγχος πρέπει να είναι σημαντικός (τιμή σημαντικότητας $<0,05$). Ο τελικός προσδιορισμός του αριθμού των μεταβλητών που έχουν μεγάλες φορτώσεις σε κάθε παράγοντα έγινε με τη μέθοδο της ορθογώνιας περιστροφής (varimax rotation)⁴².

Η ομαδοποίηση των θεμάτων έγινε επίσης μέσω ανάλυσης συσσωματώσεων (cluster analysis) με τη μέθοδο Ward, η οποία προσφέρει καλύτερη ομαδοποίηση⁴². Το επόμενο βήμα ήταν η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων. Ο συσχετισμός μεταξύ των αθροιστικών κλιμάκων επιβεβαιώνει ότι οι κλίμακες μετρούν διαφορετικές δομές του φαινομένου προς εξέταση, εφόσον οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων είναι μικρότεροι του 0,7³.

Στη συνέχεια εξετάστηκε η κανονικότητα των υποκλιμάκων και υπολογίστηκαν οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα της κλίμακας φροντίδας και αλληλεπίδρασης ασθενή-νοσηλεύτη.

Τέλος, η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Ο δείκτης αυτός αποτυπώνει την συνοχή των ερωτήσεων⁴⁰.

3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

• ΕΚΔΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

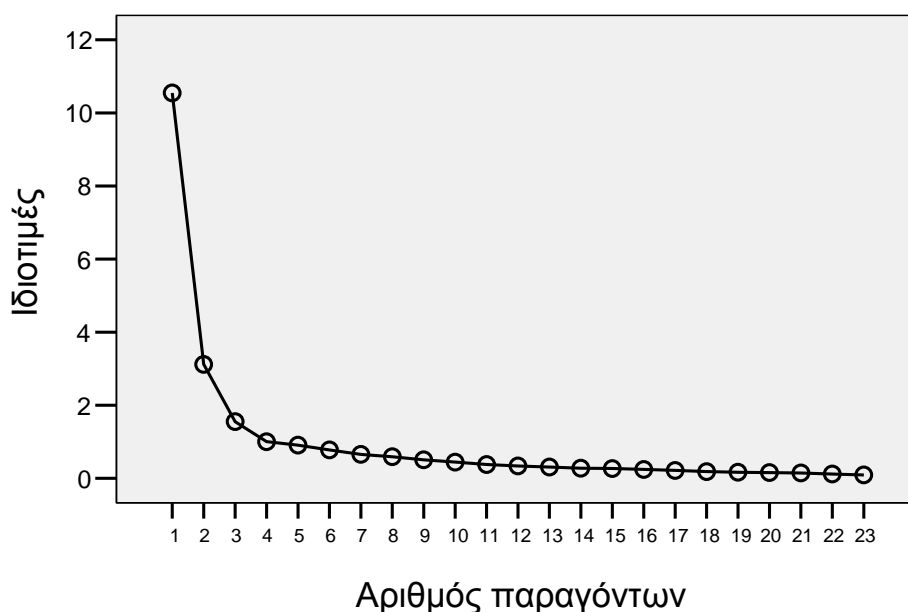
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται η μέση τιμή, οι σταθερές αποκλίσεις, η διάμεσος καθώς και οι συχνότητες εμφάνισης κάθε επιπέδου βαθμολογίας ανά ερώτηση της Κλίμακας Φροντίδας και αλληλεπιδράσεων ασθενή-νοσηλευτή. Παρατηρούμε ότι μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας (αρκετά/υπερβολικά) με ποσοστά άνω του 50% των συμμετεχόντων εμφανίζονται στις ερωτήσεις 1-7 οι οποίες αφορούν κυρίως την παροχή κλινικής φροντίδας καθώς και στις ερωτήσεις 21-23 οι οποίες αφορούν κυρίως στον σεβασμό των αναγκών των ασθενών.

| Στοιχεία | Μέση τιμή ± Σταθ. απόκλιση | Διάμεσος τιμή | Καθόλου (1) | Λίγο (2) | Μέτρια (3) | Αρκετά (4) | Υπερβολικά (5) | n |
|----------|----------------------------------|------------------|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------------|-----|
| 1 | 3,76 ± 0,97 | 4,00 | 3,0% | 8,4% | 18,9% | 49,4% | 20,4% | 668 |
| 2 | 3,66 ± 0,91 | 4,00 | 2,7% | 7,0 | 27,2% | 48,1% | 15,0% | 668 |
| 3 | 3,54 ± 0,91 | 4,00 | 3,6% | 8,2 | 28,9% | 49,4% | 9,8% | 660 |
| 4 | 3,33 ± 1,02 | 3,00 | 5,4% | 14,7 | 31,6% | 38,0% | 10,2% | 665 |
| 5 | 3,52 ± 0,94 | 4,00 | 2,6% | 11,0 | 31,0% | 42,8% | 12,6% | 661 |
| 6 | 3,48 ± 0,96 | 4,00 | 3,5% | 11,5 | 30,3% | 43,3% | 11,5% | 663 |
| 7 | 3,49 ± 0,98 | 4,00 | 3,5% | 11,1 | 32,3% | 39,7% | 13,5% | 660 |
| 8 | 3,40 ± 1,01 | 3,00 | 3,6% | 14,9 | 31,8% | 36,9% | 12,8% | 666 |
| 9 | 3,23 ± 1,07 | 3,00 | 6,3% | 18,1 | 32,6% | 31,9% | 11,0% | 662 |
| 10 | 2,95 ± 1,15 | 3,00 | 13,2% | 20,6 | 32,5% | 25,1% | 8,6% | 665 |
| 11 | 2,79 ± 1,18 | 3,00 | 18,5% | 20,5 | 29,9% | 25,4% | 5,7% | 665 |
| 12 | 2,79 ± 1,20 | 3,00 | 18,5% | 21,5 | 29,6% | 22,9% | 7,5% | 665 |
| 13 | 2,84 ± 1,14 | 3,00 | 15,3% | 22,2 | 31,9% | 24,7% | 6,0% | 668 |
| 14 | 2,94 ± 1,19 | 3,00 | 15,3% | 18,6 | 31,9% | 25,2% | 9,0% | 667 |
| 15 | 2,80 ± 1,22 | 3,00 | 17,9% | 23,3 | 28,3% | 21,4% | 9,1% | 669 |
| 16 | 2,82 ± 1,18 | 3,00 | 15,9% | 23,5 | 31,6% | 20,5% | 8,4% | 667 |
| 17 | 2,93 ± 1,17 | 3,00 | 14,2% | 22,2 | 28,1% | 27,8% | 7,8% | 670 |
| 18 | 3,18 ± 1,12 | 3,00 | 7,5% | 21,0 | 29,5% | 29,8% | 12,2% | 671 |
| 19 | 3,20 ± 1,10 | 3,00 | 7,0% | 20,5 | 28,9% | 32,9% | 10,8% | 660 |
| 20 | 3,16 ± 1,19 | 3,00 | 10,1% | 19,7 | 27,8% | 29,0% | 13,5% | 666 |
| 21 | 3,56 ± 1,05 | 4,00 | 4,3% | 11,5 | 25,4% | 41,0% | 17,7% | 668 |
| 22 | 3,66 ± 0,98 | 4,00 | 3,1% | 9,7 | 23,2% | 46,1% | 17,8% | 668 |
| 23 | 3,87 ± 1,00 | 4,00 | 2,1% | 9,6 | 16,1% | 43,9% | 28,3% | 669 |

Πίνακας 1. Περιγραφική ανάλυση των 23 στοιχείων – Εκδοχή οικογένειας

Για τον υπολογισμό των συντελεστών επιβαρύνσεων των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών (principal component analysis) και στη συνέχεια η ορθογώνια περιστροφή (varimax rotation). Η τιμή ΚΜΟ (Kaiser-Meyer-Olkin) ήταν 0,92. Όπως προαναφέρθηκε, για να είναι αποδεκτός ο δείκτης αυτός, θα πρέπει να είναι πάνω από 0.5. Η δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett ήταν σημαντική $p < 0,001$. Επομένως, ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ταυτοτικός και η παραγοντική ανάλυση κατάλληλη.

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει τους παράγοντες που έχουν ιδιοτιμές (eigenvalues) μεγαλύτερης της μονάδας. Ο αριθμός αυτών των παραγόντων είναι τέσσερις.



Διάγραμμα 1. Γραφική παράσταση των ιδιοτιμών για όλους τους παράγοντες

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τους παράγοντες και τα στοιχεία που ομαδοποιούνται. Παρατηρείται ότι:

- ο παράγοντας 1 απαρτίζεται από 10 στοιχεία (Ερ. 10-19) και ερμηνεύει ποσοστό 30,61% της συνολικής διασποράς
- ο παράγοντας 2 απαρτίζεται από 4 στοιχεία (Ερ. 21-23) και ερμηνεύει ποσοστό 13,73% της συνολικής διασποράς

- ο παράγοντας 3 απαρτίζεται από 4 στοιχεία (Ερ. 6-9) και ερμηνεύει ποσοστό 13,11% της συνολικής διασποράς
- ο παράγοντας 4 απαρτίζεται από 5 στοιχεία (Ερ. 1-5) και ερμηνεύει ποσοστό 13,04% της συνολικής διασποράς

Συνολικά οι παράγοντες που προέκυψαν ερμηνεύουν ποσοστό 70,51% της συνολικής διασποράς.

| | Παράγων 1 | Παράγων 2 | Παράγων 3 | Παράγων 4 |
|--------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Ερώτηση 1 | -,034 | ,213 | ,112 | ,841 |
| Ερώτηση 2 | ,071 | ,181 | ,127 | ,886 |
| Ερώτηση 3 | ,271 | ,114 | ,408 | ,605 |
| Ερώτηση 4 | ,374 | ,083 | ,424 | ,523 |
| Ερώτηση 5 | ,089 | ,309 | ,430 | ,590 |
| Ερώτηση 6 | ,176 | ,307 | ,674 | ,318 |
| Ερώτηση 7 | ,217 | ,378 | ,642 | ,302 |
| Ερώτηση 8 | ,375 | ,222 | ,721 | ,207 |
| Ερώτηση 9 | ,513 | ,115 | ,590 | ,197 |
| Ερώτηση 10 | ,743 | ,009 | ,448 | ,086 |
| Ερώτηση 11 | ,815 | -,007 | ,333 | ,088 |
| Ερώτηση 12 | ,865 | ,025 | ,288 | ,019 |
| Ερώτηση 13 | ,825 | ,103 | ,252 | ,080 |
| Ερώτηση 14 | ,819 | ,192 | ,213 | ,080 |
| Ερώτηση 15 | ,863 | ,118 | ,158 | ,061 |
| Ερώτηση 16 | ,863 | ,206 | ,053 | ,072 |
| Ερώτηση 17 | ,770 | ,350 | ,028 | ,141 |
| Ερώτηση 18 | ,653 | ,494 | -,011 | ,213 |
| Ερώτηση 19 | ,601 | ,522 | ,071 | ,197 |
| Ερώτηση 20 | ,323 | ,439 | -,071 | ,194 |
| Ερώτηση 21 | ,086 | ,749 | ,232 | ,148 |
| Ερώτηση 22 | ,183 | ,780 | ,271 | ,137 |
| Ερώτηση 23 | ,047 | ,749 | ,232 | ,169 |
| Ποσοστό εξηγουμένης διασποράς | 30,61 | 13,73 | 13,11 | 13,04 |

Πίνακας 2. Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Φροντίδας και Αλληλεπιδράσεων ασθενή –νοσηλεύτη

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, αρκετοί παράγοντες έχουν πολύπλοκη δομή (complex structure). Αυτό σημαίνει ότι έχουν συντελεστή συσχέτισης πάνω από 0,4 σε περισσότερους από έναν παράγοντες.

Η ομαδοποίηση των θεμάτων εξετάστηκε και με τη μέθοδο της ιεραρχικής ανάλυσης συσσωματώσεων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν ενισχύουν τα συμπεράσματα της Cossette και συνεργάτες (2006). Μελετώντας το δενδρόγραμμα (Διάγραμμα 2), παρατηρείται ότι στον παράγοντα 1 ομαδοποιούνται οι ερωτήσεις

| | | |
|---------|----|---------|
| Θέμα 15 | 15 | ↓↕↓↓↓↓□ |
| Θέμα 13 | 13 | ↓↗ ↔ |
| Θέμα 16 | 16 | ↓✱↓↓↓↓↗ |
| Θέμα 17 | 17 | ↓↗ |

Διάγραμμα 2. Ομαδοποίηση των θεμάτων κατά την ανάλυση συσσωματώσεων

Βάσει των παραπάνω αναλύσεων προέκυψαν τέσσερις αθροιστικές υποκλίμακες. Η πρώτη, της κλινικής φροντίδας, προκύπτει αθροίζοντας τις απαντήσεις κάθε περίπτωσης στα θέματα 1-9. Η δεύτερη υποκλίμακα, της φροντίδας σχέσης, προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων στα θέματα 10-17. Η τρίτη υποκλίμακα, της ανθρωπιστικής φροντίδας, προκύπτει αθροίζοντας τις απαντήσεις στα θέματα 18-20 και τέλος η υποκλίμακα της φροντίδας άνεσης, προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων στα θέματα 21-23. Με εξαίρεση το στοιχείο 17, η ομαδοποίηση που προέκυψε από την ανάλυση των συσσωματώσεων συμπίπτει με αυτή της Cossette.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται η μέση τιμή, η σταθερή απόκλιση και η διάμεσος για τις τέσσερις υποκλίμακες.

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Μέση τιμή (σ.α) | Διάμεσος |
|--|-----------------|----------|
| 1-9 (n=610) (Κλινική φροντίδα) | 31,32 (6,50) | 32,00 |
| 10-17 (n=634) (Φροντίδα σχέσης) | 22,74 (8,09) | 24,00 |
| 18-20 (n=652) (Ανθρωπιστική φροντίδα) | 9,55 (2,78) | 9,00 |
| 21-23 (n=660) (Φροντίδα άνεσης) | 11,08 (2,61) | 12,00 |

Πίνακας 3. Μέση τιμή, σταθερή απόκλιση και διάμεσος τιμή για τις 4 υποκλίμακες

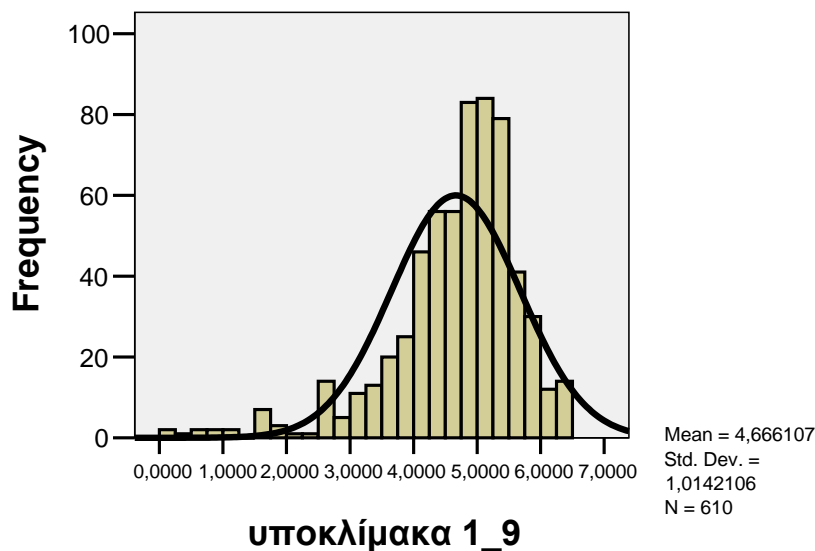
Ο συσχετισμός μεταξύ των τεσσάρων αθροιστικών κλιμάκων επιβεβαιώνει την πολυδιάστατη δομή του ερωτηματολογίου εφόσον οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων είναι μικρότεροι του 0,7 (βλ. Πίνακα 4). Αν οι κλίμακες παρουσιάζουν υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης αυτό σημαίνει ότι επικαλύπτονται και μετρούν την ίδια διάσταση της φροντίδας και αλληλεπίδρασης ασθενή-νοσηλεύτη (Carey & Seibert, 1993).

| | Συντελεστές Pearson | | | |
|--------------|------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Παράγοντας 1 | Παράγοντας 2 | Παράγοντας 3 | Παράγοντας 4 |
| Παράγοντας 1 | 1 | 0,597* | 0,603* | 0,577* |
| Παράγοντας 2 | | 1 | 0,689* | 0,390* |
| Παράγοντας 3 | | | 1 | 0,556* |
| Παράγοντας 4 | | | | 1 |

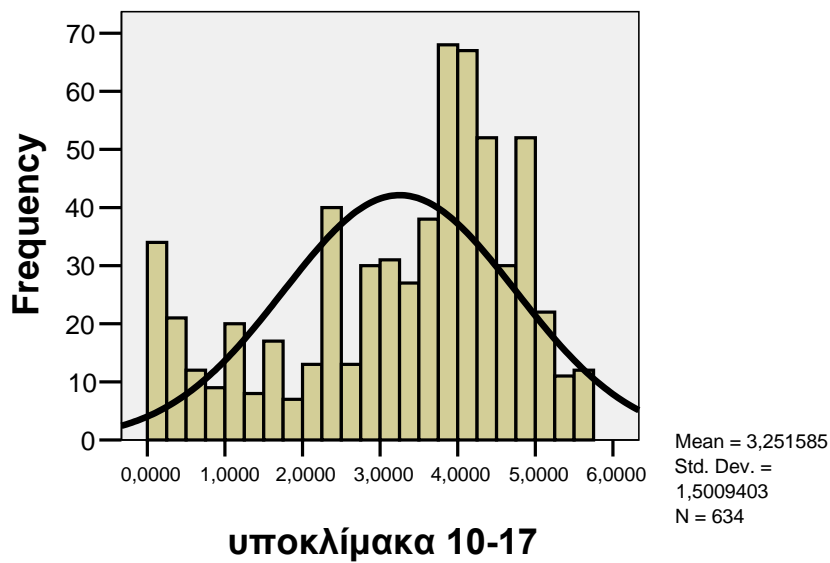
*Επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$

Πίνακας 4. Συντελεστές συσχέτισης των τεσσάρων παραγόντων

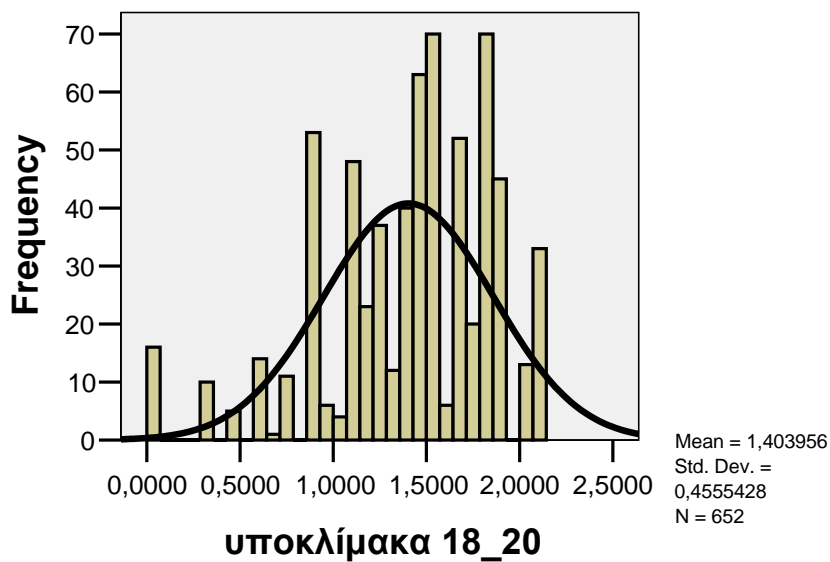
Από τα ιστογράμματα των δεδομένων για την κάθε υποκλίμακα παρατηρείται κωδωνοειδής κανονική καμπύλη για τους Παράγοντες 2 και 3, ενώ οι καμπύλες συχνότητων που αντιστοιχούν στους άλλους 2 Παράγοντες είναι ασύμμετρες δεξιά.



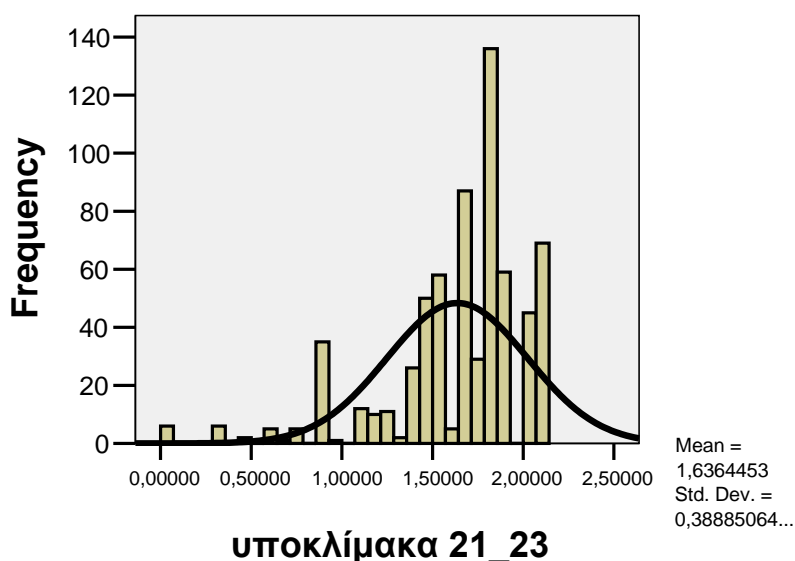
Διάγραμμα 3. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 1



Διάγραμμα 4. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 2



Διάγραμμα 5. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 3



Διάγραμμα 6. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 4

Η κατανομή συχνοτήτων μπορεί να χωρισθεί σε τρία ίσα μέρη. Οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν στα τριτημόρια, διαχωρίζουν τις περιπτώσεις σε εκείνες με υψηλή, με ενδιάμεση και με χαμηλή βαθμολογία στις τέσσερις υποκλίμακες (Πίνακας 4).

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Χαμηλή | Μέτρια | Υψηλή |
|-----------------------|-----------|--------|-----------|
| Κλινική φροντίδα | ≤ 29 | 30-33 | ≥ 34 |
| Φροντίδα σχέσης | ≤ 19 | 20-26 | ≥ 27 |
| Ανθρωπιστική φροντίδα | ≤ 9 | 10 | ≥ 11 |
| Φροντίδα άνεσης | ≤ 10 | 11 | ≥ 12 |

Πίνακας 4. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα για τις 4 υποκλίμακες

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Όλες οι ερωτήσεις παρουσιάζουν στενή συνάφεια με το σύνολο. Η τιμή του δείκτη είναι υψηλή για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο (0,94). Η υποκλίμακα της κλινικής φροντίδας εμφανίζει ικανοποιητική συνοχή με συντελεστή α Cronbach ίσον με 0,89. Η τιμή του δείκτη είναι 0,95 για την υποκλίμακα της φροντίδας σχέσης, 0,73 για την υποκλίμακα της ανθρωπιστικής φροντίδας και 0,82 για την

υποκλίμακα της φροντίδας άνεσης. Μελετώντας τις τιμές alpha, παρατηρείται ότι στην υποκλίμακα της ανθρωπιστικής φροντίδας, η τιμή του δείκτη θα βελτιωνόταν χωρίς το στοιχείο 20 (0,88).

- **ΕΚΔΟΧΗ ΑΣΘΕΝΗ**

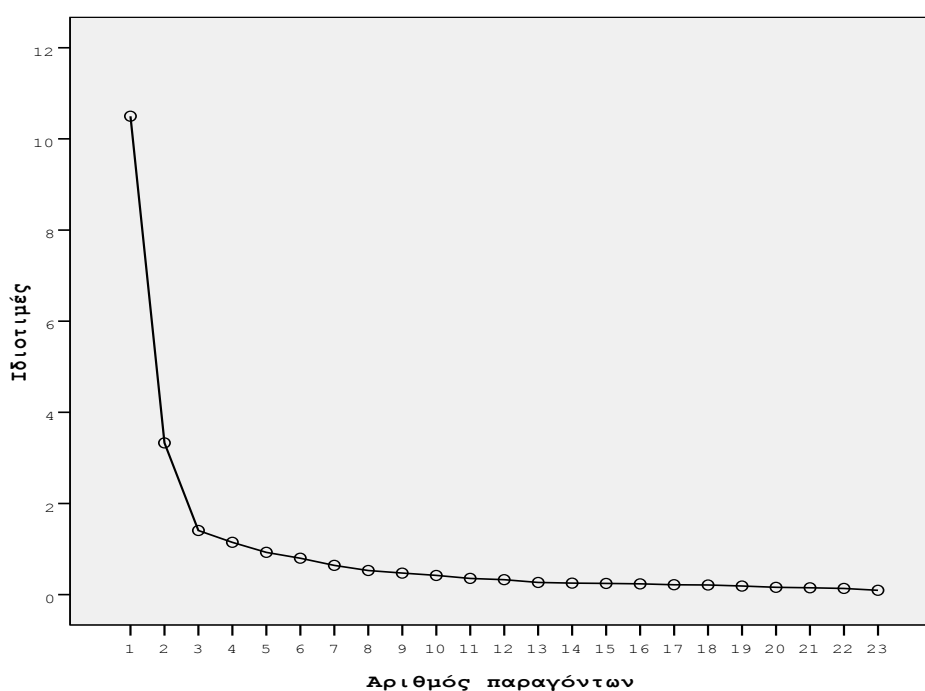
Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται η μέση τιμή, οι σταθερές αποκλίσεις, η διάμεσος καθώς και οι συχνότητες εμφάνισης κάθε επιπέδου βαθμολογίας ανά ερώτηση της Κλίμακας Φροντίδας και αλληλεπιδράσεων ασθενή-νοσηλεύτη. Παρατηρούμε ότι, παρόμοια με την εκδοχή της οικογένειας, και στην εκδοχή του ασθενή, ο μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας (αρκετά/ υπερβολικά) με ποσοστά άνω του 50% των συμμετεχόντων εμφανίζονται στις ερωτήσεις 1-6 οι οποίες αφορούν κυρίως την παροχή κλινικής φροντίδας καθώς και στις ερωτήσεις 21-23 οι οποίες αφορούν κυρίως στον σεβασμό των αναγκών των ασθενών.

| Στοιχεία | Μέση τιμή ± Σταθ. απόκλιση | Διάμεσος τιμή | Καθόλου (1) | Λίγο (2) | Μέτρια (3) | Αρκετά (4) | Υπερβολικά (5) | n |
|----------|----------------------------------|------------------|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------------|-----|
| 1 | 3,74 ± 0,96 | 4,00 | 2,7% | 8,7% | 20,0% | 49,5% | 19,1% | 669 |
| 2 | 3,63 ± 0,92 | 4,00 | 2,5% | 8,7% | 25,7% | 48,8% | 14,2% | 668 |
| 3 | 3,57 ± 0,93 | 4,00 | 3,7% | 7,8% | 28,4% | 48,0% | 12,1% | 669 |
| 4 | 3,40 ± 0,98 | 3,50 | 4,3% | 11,8% | 33,9% | 39,1% | 10,9% | 672 |
| 5 | 3,51 ± 0,97 | 4,00 | 3,3% | 11,7% | 28,9% | 43,0% | 13,1% | 665 |
| 6 | 3,44 ± 0,96 | 4,00 | 3,3% | 12,5% | 31,4% | 42,0% | 10,7% | 662 |
| 7 | 3,38 ± 0,99 | 3,00 | 3,9% | 14,0% | 33,2% | 37,7% | 11,3% | 666 |
| 8 | 3,36 ± 1,04 | 3,00 | 5,1% | 13,4% | 34,6% | 33,5% | 13,3% | 662 |
| 9 | 3,23 ± 1,11 | 3,00 | 7,7% | 17,4% | 31,2% | 31,9% | 11,8% | 661 |
| 10 | 2,87 ± 1,15 | 3,00 | 14,6% | 21,2% | 34,5% | 21,7% | 7,9% | 669 |
| 11 | 2,80 ± 1,17 | 3,00 | 16,6% | 22,6% | 31,9% | 21,7% | 7,2% | 664 |
| 12 | 2,80 ± 1,21 | 3,00 | 18,3% | 21,7% | 30,6% | 20,7% | 8,7% | 667 |
| 13 | 2,82 ± 1,20 | 3,00 | 18,0% | 20,7% | 31,3% | 21,9% | 8,2% | 662 |
| 14 | 2,89 ± 1,18 | 3,00 | 15,7% | 20,5% | 30,8% | 24,9% | 8,1% | 668 |
| 15 | 2,83 ± 1,21 | 3,00 | 18,0% | 21,0% | 29,8% | 22,6% | 8,5% | 667 |
| 16 | 2,81 ± 1,17 | 3,00 | 16,3% | 22,3% | 33,3% | 20,1% | 8,0% | 663 |
| 17 | 3,01 ± 1,16 | 3,00 | 12,5% | 19,9% | 31,2% | 26,8% | 9,5% | 663 |
| 18 | 3,26 ± 1,09 | 3,00 | 6,6% | 18,3% | 28,7% | 35,3% | 11,2% | 663 |
| 19 | 3,30 ± 1,06 | 3,00 | 5,7% | 16,0% | 33,6% | 31,9% | 12,7% | 667 |
| 20 | 3,29 ± 1,21 | 3,00 | 10,2% | 15,9% | 24,8% | 33,0% | 16,1% | 660 |
| 21 | 3,55 ± 1,06 | 4,00 | 4,2% | 12,9% | 24,3% | 40,6% | 18,0% | 667 |
| 22 | 3,66 ± 0,96 | 4,00 | 2,2% | 10,8% | 23,2% | 46,8% | 17,0% | 669 |
| 23 | 3,86 ± 0,99 | 4,00 | 2,1% | 8,9% | 17,1% | 44,6% | 27,3% | 666 |

Πίνακας 5. Περιγραφική ανάλυση των 23 στοιχείων – Εκδοχή ασθενή

Όπως προαναφέρθηκε, για τον υπολογισμό των συντελεστών επιβαρύνσεων των παραγόντων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των κυρίων συνιστωσών (principal component analysis) με ορθογώνια περιστροφή (varimax rotation). Η τιμή ΚΜΟ (Kaiser-Meyer-Olkin) ήταν 0,924 και η δοκιμασία σφαιρικότητας του Bartlett ήταν σημαντική $p < 0,001$, συνεπώς ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ταυτοτικός και η παραγοντική ανάλυση συνεπώς κατάλληλη.

Το διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζει τους τέσσερις παράγοντες που έχουν ιδιοτιμές (eigenvalues) μεγαλύτερης της μονάδας.



Διάγραμμα 7. Γραφική παράσταση των ιδιοτιμών για όλους τους παράγοντες

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των ερωτήσεων με τους παράγοντες στους οποίους ομαδοποιούνται. Συνολικά, οι τέσσερις παράγοντες που προέκυψαν ερμηνεύουν το 71,20% της συνολικής διασποράς.

Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι:

- ο παράγοντας 1 αποτελείται από 9 ερωτήσεις (Ερ. 9-17) και ερμηνεύει το 28,40% της συνολικής διασποράς

- ο παράγοντας 2 αποτελείται από 8 ερωτήσεις (Ερ. 1-7 και 23) και ερμηνεύει το 20,45% της συνολικής διασποράς
- ο παράγοντας 3 αποτελείται από 3 ερωτήσεις (Ερ. 8, 18-19) και ερμηνεύει το 12,70% της συνολικής διασποράς
- ο παράγοντας 4 αποτελείται από 3 ερωτήσεις (Ερ. 20-22) και ερμηνεύει το 9,64% της συνολικής διασποράς

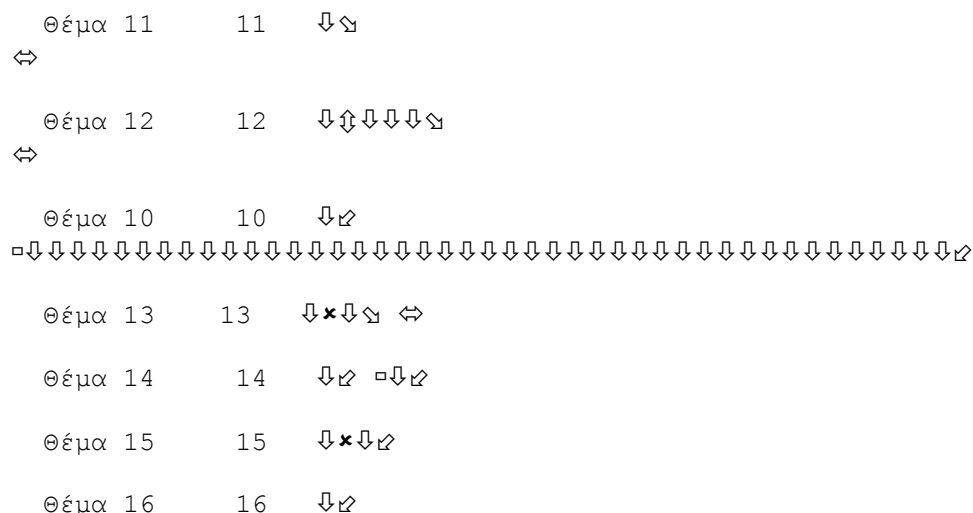
| | Παράγων 1 | Παράγων 2 | Παράγων 3 | Παράγων 4 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Ερώτηση 1 | -,006 | ,745 | -,123 | ,340 |
| Ερώτηση 2 | ,088 | ,779 | -,056 | ,330 |
| Ερώτηση 3 | ,255 | ,756 | ,111 | ,149 |
| Ερώτηση 4 | ,297 | ,680 | ,214 | ,050 |
| Ερώτηση 5 | ,082 | ,763 | ,361 | ,068 |
| Ερώτηση 6 | ,191 | ,638 | ,552 | -,025 |
| Ερώτηση 7 | ,308 | ,615 | ,540 | ,011 |
| Ερώτηση 8 | ,424 | ,479 | ,544 | -,034 |
| Ερώτηση 9 | ,539 | ,420 | ,382 | ,023 |
| Ερώτηση 10 | ,824 | ,238 | ,150 | ,054 |
| Ερώτηση 11 | ,892 | ,136 | ,108 | ,071 |
| Ερώτηση 12 | ,893 | ,141 | ,090 | ,109 |
| Ερώτηση 13 | ,851 | ,145 | ,149 | ,121 |
| Ερώτηση 14 | ,835 | ,192 | ,198 | ,082 |
| Ερώτηση 15 | ,873 | ,067 | ,182 | ,090 |
| Ερώτηση 16 | ,817 | ,051 | ,257 | ,167 |
| Ερώτηση 17 | ,585 | ,061 | ,537 | ,221 |
| Ερώτηση 18 | ,345 | ,089 | ,706 | ,269 |
| Ερώτηση 19 | ,341 | ,179 | ,619 | ,387 |
| Ερώτηση 20 | ,166 | ,060 | ,003 | ,741 |
| Ερώτηση 21 | ,137 | ,310 | ,236 | ,728 |
| Ερώτηση 22 | ,124 | ,456 | ,356 | ,589 |
| Ερώτηση 23 | ,005 | ,474 | ,348 | ,435 |
| Ποσοστό εξηγούμενης διασποράς | 28,40 | 20,45 | 12,70 | 9,64 |

Πίνακας 6. Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Φροντίδας και Αλληλεπιδράσεων ασθενή – νοσηλευτή (εκδοχή ασθενή)

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρείται ότι οι παράγοντες έχουν πολύπλοκη δομή (complex structure) καθώς αρκετές ερωτήσεις φορτώνουν σε περισσότερους από έναν παράγοντες με συντελεστή συσχέτισης πάνω από 0,4. Για παράδειγμα, η ερώτηση 23 με συντελεστή συσχέτισης 0,474 φορτώνει στον παράγοντα δύο αλλά εξίσου καλή συσχέτιση εμφανίζει και με τον παράγοντα τέσσερα με συντελεστή 0,435. Ομοίως υψηλούς συντελεστές συσχέτισης και με άλλους παράγοντες έχουν οι ερωτήσεις 5-9 και 22 γεγονός που σημαίνει ότι εννοιολογικά αυτές οι ερωτήσεις μπορούν να ενταχθούν σε διαφορετικούς παράγοντες.

Η ομαδοποίηση των θεμάτων εξετάστηκε και με τη μέθοδο της ιεραρχικής ανάλυσης συσσωματώσεων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν δίνουν μία λύση 3 παραγόντων όπου στον παράγοντα 1 ομαδοποιούνται οι ερωτήσεις 1-9 και 21-23, στον παράγοντα 2 οι ερωτήσεις 10-16 και στον παράγοντα 3 οι ερωτήσεις 17-20. Από τους παραπάνω παράγοντες, οι δύο (2^{ος} και 3^{ος}) ενισχύουν τα συμπεράσματα της Cossette. (βλ. Διάγραμμα 8) ενώ διαφορά με την ομαδοποίηση της Cossette παρουσιάζεται στον 1^ο παράγοντα ο οποίος εκτός των πρώτων 9 ερωτήσεων περιλαμβάνει και τις 21-23 όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των συσσωματώσεων.

| | | | |
|---------|----|--------------------|---|
| Θέμα 1 | 1 | ↓✱↓↓↓↓ | |
| Θέμα 2 | 2 | ↓↗ □↓↘ | |
| Θέμα 22 | 22 | ↓↘ ↔ ↔ | |
| Θέμα 23 | 23 | ↓↗↓↓↓↓↗ □↓↓↓↓↓↘ | |
| Θέμα 21 | 21 | ↓↗ ↔ ↔ | |
| Θέμα 8 | 8 | ↓✱↓↓↓↓↘ ↔ ↔ | |
| Θέμα 9 | 9 | ↓↗ □↓↗ ↔ | |
| Θέμα 3 | 3 | ↓✱↓↘ ↔ ↔ | |
| Θέμα 4 | 4 | ↓↗ □↓↗ | □↓↓ |
| Θέμα 6 | 6 | ↓↘ ↔ ↔ | ↔ |
| Θέμα 7 | 7 | ↓↗↓↓↗ | ↔ |
| Θέμα 5 | 5 | ↓↗ | ↔ |
| Θέμα 18 | 18 | ↓✱↓↘ | ↔ |
| Θέμα 19 | 19 | ↓↗ □↓↓↓↓↓↘ | ↔ |
| Θέμα 17 | 17 | ↓↓↓↗ □↓↓↓↗ | ↔ |
| Θέμα 20 | 20 | ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↗ | ↔ |



Διάγραμμα 8. Ομαδοποίηση των θεμάτων κατά την ανάλυση συσσωματώσεων

Επελέγησαν οι 3 υποκλίμακες όπως προέκυψαν από την ανάλυση συσσωματώσεων καθώς παρουσίαζαν πιο απλή και σταθερή δομή παρά τη διαφοροποίηση στον παράγοντα 1 σε σύγκριση με την ομαδοποίηση της Cossette (βλ. Πίνακα 7).

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Μέση τιμή (σ.α) | Διάμεσος |
|---------------------|-----------------|----------|
| 1-9 & 21-23 (n=580) | 42,61 (8,46) | 44,00 |
| 10-16 (n=580) | 19,65 (7,30) | 21,00 |
| 17-20 (n=580) | 12,89 (3,53) | 13,00 |

Πίνακας 7. Μέση τιμή, σταθερή απόκλιση και διάμεσος τιμή για τις 3 υποκλίμακες

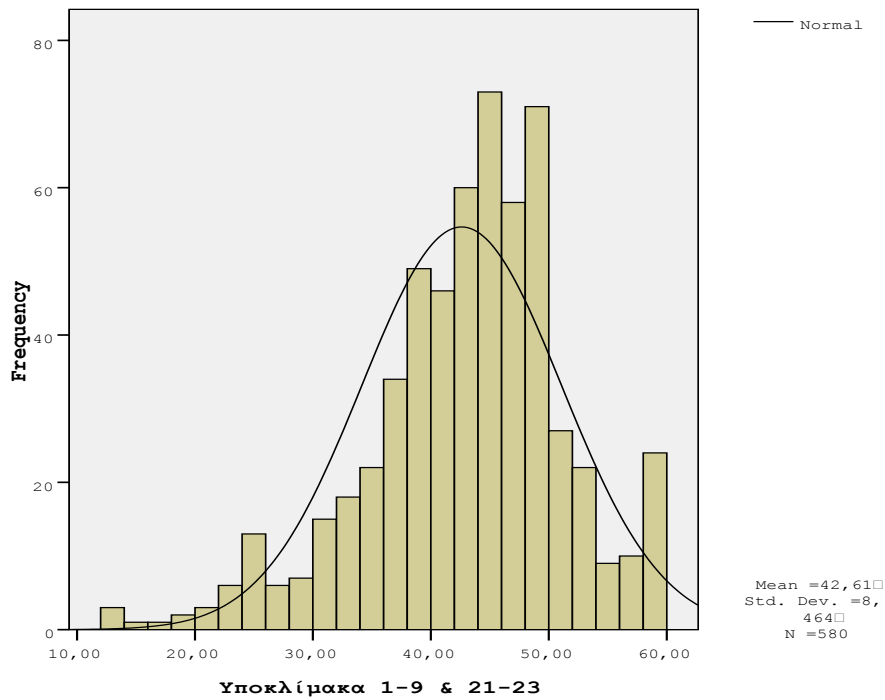
Ο συσχετισμός μεταξύ των τριών αθροιστικών κλιμάκων επιβεβαιώνει την πολυδιάστατη δομή του ερωτηματολογίου καθώς οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των κλιμάκων είναι μικρότεροι του 0,7 (βλ. Πίνακα 8).

| | Συντελεστές Pearson | | |
|--------------|---------------------|--------------|--------------|
| | Παράγοντας 1 | Παράγοντας 2 | Παράγοντας 3 |
| Παράγοντας 1 | 1 | 0,542* | 0,657* |
| Παράγοντας 2 | | 1 | 0,647* |
| Παράγοντας 3 | | | 1 |

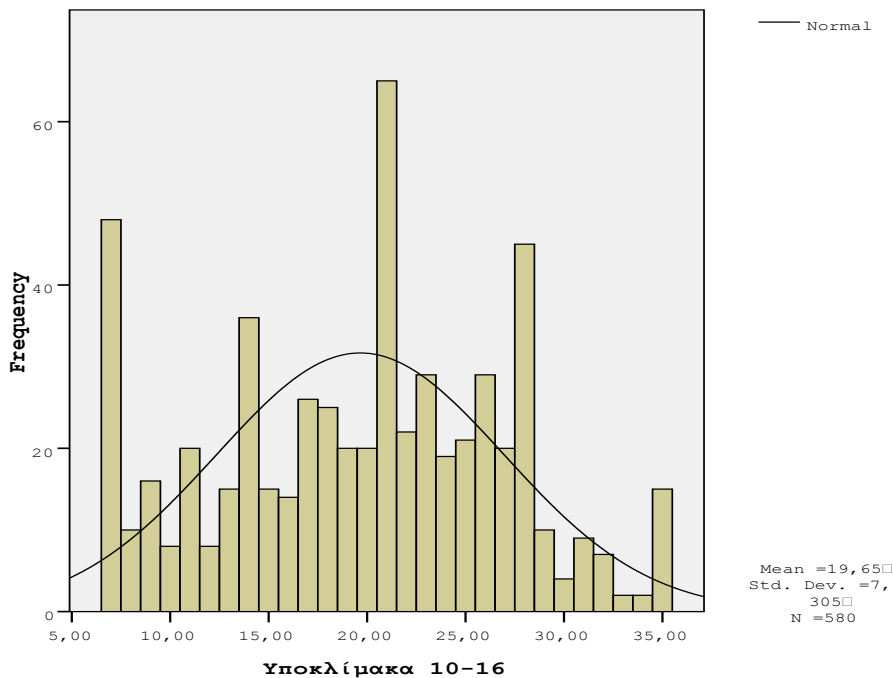
*Επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$

Πίνακας 8. Συντελεστές συσχέτισης των τεσσάρων παραγόντων

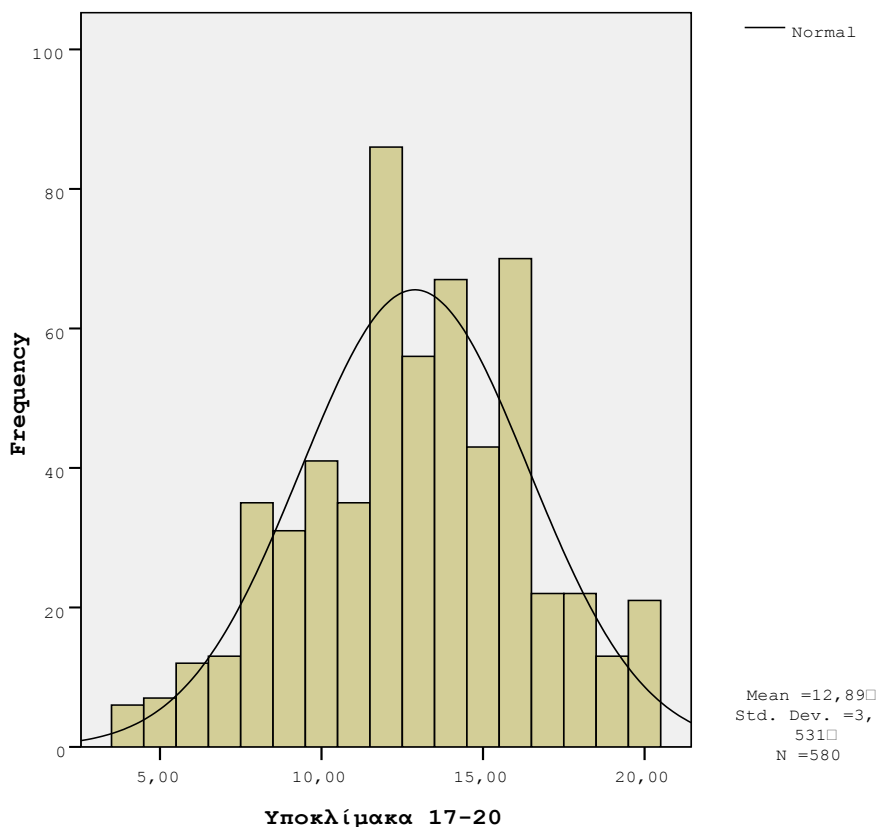
Από τα ιστογράμματα των δεδομένων για την κάθε υποκλίμακα παρατηρείται κωδωνοειδής κανονική καμπύλη για όλους τους Παράγοντες 1-3.



Διάγραμμα 9. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 1



Διάγραμμα 10. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 2



Διάγραμμα 11. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 3

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται και για τις τρεις υποκλίμακες οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν στα τριτημόρια τα οποία διαχωρίζουν τις περιπτώσεις σε υψηλή, μέση και χαμηλή βαθμολογία.

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Χαμηλή | Μέτρια | Υψηλή |
|------------------------|--------|--------|-------|
| Υποκλίμακα 1-9 & 21-23 | ≤39 | 40-46 | ≥47 |
| Υποκλίμακα 10-16 | ≤16 | 17-23 | ≥24 |
| Υποκλίμακα 17-20 | ≤11 | 12-14 | ≥15 |

Πίνακας 9. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλή, μέτρια και υψηλή βαθμολογία για τις 3 υποκλίμακες

Η ανάλυση εσωτερικής συνοχής σύμφωνα με το δείκτη alpha του Cronbach έδειξε υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας τόσο στο σύνολο του ερωτηματολογίου όσο και στις επιμέρους κλίμακες με το δείκτη alpha του Cronbach να κυμαίνεται από 0.790 ως 0,951 (βλ. Πίνακα 10).

| | Cronbach alpha |
|--|-----------------------|
| Υποκλίμακα 1-9 & 21-23 (12 ερωτήσεις) | 0,917 |
| Υποκλίμακα 10-16 (7 ερωτήσεις) | 0,951 |
| Υποκλίμακα 17-20 (4 ερωτήσεις) | 0,790 |
| Συνολικό ερωτηματολόγιο (23 ερωτήσεις) | 0,946 |

Πίνακας 10. Δείκτες αξιοπιστίας των τριών υποκλιμάκων και του συνολικού ερωτηματολογίου.

• **ΕΚΔΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

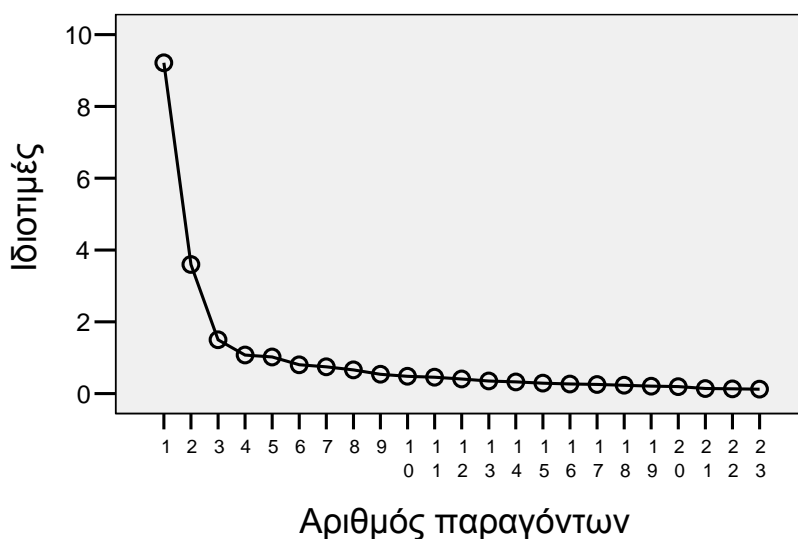
Από την περιγραφική ανάλυση παρατηρούμε ότι εν αντιθέσει με την εκδοχή της οικογένειας και την εκδοχή του ασθενή, οι νοσηλευτές σε ποσοστά άνω του 50% των συμμετεχόντων εκφράζουν υψηλό βαθμό συμφωνίας (αρκετά/ υπερβολικά) στο σύνολο των ερωτήσεων ανεξαρτήτως τομέα φροντίδας.

| Στοιχεία | Μέση τιμή ± Σταθ. απόκλιση | Διάμεσος τιμή | Καθόλου (1) | Λίγο (2) | Μέτρια (3) | Αρκετά (4) | Υπερβολικά (5) | n |
|----------|----------------------------------|------------------|----------------|-------------|---------------|---------------|-------------------|-----|
| 1 | 4,20 ± 0,83 | 4,00 | 0,9 | 4,2 | 8,3 | 47,7 | 38,9 | 666 |
| 2 | 3,99 ± 0,91 | 4,00 | 1,2 | 6,0 | 16,7 | 44,3 | 31,7 | 663 |
| 3 | 4,12 ± 0,84 | 4,00 | 0,7 | 4,9 | 10,2 | 49,8 | 34,3 | 667 |
| 4 | 3,97 ± 0,89 | 4,00 | 1,3 | 5,2 | 17,2 | 47,0 | 29,2 | 668 |
| 5 | 3,96 ± 0,90 | 4,00 | 0,9 | 6,3 | 18,8 | 44,3 | 29,7 | 666 |
| 6 | 4,00 ± 0,84 | 4,00 | 1,2 | 3,6 | 17,1 | 50,7 | 27,4 | 667 |
| 7 | 3,96 ± 0,77 | 4,00 | 0,5 | 3,9 | 17,6 | 55,5 | 22,6 | 665 |
| 8 | 3,97 ± 0,81 | 4,00 | 0,6 | 3,8 | 19,5 | 50,5 | 25,7 | 662 |
| 9 | 3,79 ± 0,87 | 4,00 | 0,8 | 7,5 | 23,6 | 48,5 | 19,6 | 664 |
| 10 | 3,56 ± 0,96 | 4,00 | 2,3 | 10,1 | 33,9 | 37,1 | 16,6 | 661 |
| 11 | 3,48 ± 1,00 | 4,00 | 4,0 | 11,1 | 32,1 | 38,8 | 13,9 | 667 |
| 12 | 3,42 ± 1,05 | 4,00 | 5,3 | 12,2 | 32,2 | 35,5 | 14,7 | 662 |
| 13 | 3,48 ± 1,02 | 4,00 | 3,9 | 12,5 | 30,0 | 38,3 | 15,2 | 663 |
| 14 | 3,57 ± 1,02 | 4,00 | 4,1 | 9,9 | 28,7 | 39,7 | 17,6 | 665 |
| 15 | 3,52 ± 1,03 | 4,00 | 3,8 | 12,2 | 29,0 | 38,2 | 16,8 | 665 |
| 16 | 3,52 ± 1,00 | 4,00 | 3,2 | 12,2 | 29,7 | 39,1 | 15,8 | 663 |
| 17 | 3,65 ± 1,03 | 4,00 | 3,0 | 12,2 | 21,9 | 42,6 | 20,3 | 666 |
| 18 | 3,90 ± 0,92 | 4,00 | 0,9 | 7,4 | 20,5 | 43,3 | 27,9 | 660 |
| 19 | 3,89 ± 0,95 | 4,00 | 2,0 | 7,5 | 16,6 | 47,2 | 26,7 | 663 |
| 20 | 3,61 ± 1,35 | 4,00 | 14,1 | 7,1 | 12,6 | 35,9 | 30,3 | 660 |
| 21 | 4,14 ± 0,93 | 4,00 | 1,7 | 6,0 | 9,3 | 42,5 | 40,5 | 666 |
| 22 | 4,26 ± 0,81 | 4,00 | 0,9 | 3,0 | 8,6 | 44,4 | 43,1 | 664 |
| 23 | 4,35 ± 0,81 | 5,00 | 0,5 | 3,6 | 7,7 | 36,4 | 51,8 | 660 |

Πίνακας 11. Περιγραφική ανάλυση των 23 στοιχείων – Εκδοχή νοσηλευτή

Έγινε ανάλυση παραγόντων κυρίων συνιστωσών για τις συσχετίσεις των 23 μεταβλητών. Καταρχήν εξετάστηκαν τα κριτήρια ΚΜΟ και Bartlett. Ο πρώτος δείκτης βρέθηκε ικανοποιητικός (0.90). Ο έλεγχος σφαιρικότητας του Bartlett έδειξε ότι ο πίνακας συσχετίσεων δεν είναι ταυτοτικός και επομένως μπορεί να εφαρμοστεί παραγοντική ανάλυση.

Από το παρακάτω διάγραμμα φαίνεται ότι έγιναν δεκτοί πέντε παράγοντες με ιδιοτιμή μεγαλύτερη της μονάδας.



Διάγραμμα 12. Γραφική παράσταση των ιδιοτιμών για όλους τους παράγοντες

Η ορθογωνική περιστροφή των παραγόντων έδωσε τη δομή που φαίνεται στον Πίνακα 12. Ο αριθμός των παραγόντων και η θεματική τους σύνθεση διαφέρει από της Cossette και συνεργάτες (2006). Συγκεκριμένα, προέκυψαν πέντε παράγοντες, οι οποίοι ερμηνεύουν ποσοστό 71,32% της συνολικής διασποράς. Στον πρώτο παράγοντα φορτίζουν οι ερωτήσεις 8-17. Ο παράγοντας αυτός εξηγεί το 26,95% της συνολικής διασποράς. Ο δεύτερος παράγοντας, στον οποίο φορτίζουν οι ερωτήσεις 3-8, ερμηνεύει ποσοστό 17% της συνολικής διασποράς. Ο τρίτος παράγοντας αποτελείται από πέντε θέματα (18,19, 21-23) και εξηγεί το 14% της συνολικής διακύμανσης. Ο τέταρτος παράγοντας, στον οποίο φορτίζουν μόνο δυο θέματα (1,2), εξηγεί το 8,46 της συνολικής διακύμανσης. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι ότι στον πέμπτο παράγοντα φορτίζει μόνο το θέμα 20. Αυτό δείχνει ότι η διατύπωση αυτής της ερώτησης θα πρέπει να επανεξεταστεί.

| | Παράγων 1 | Παράγων 2 | Παράγων 3 | Παράγων 4 | Παράγων 5 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Ερώτηση 1 | -,058 | ,262 | ,233 | ,801 | -,114 |
| Ερώτηση 2 | ,069 | ,281 | ,091 | ,819 | ,127 |
| Ερώτηση 3 | ,117 | ,668 | ,219 | ,399 | ,012 |
| Ερώτηση 4 | ,125 | ,763 | ,097 | ,196 | ,149 |
| Ερώτηση 5 | ,093 | ,746 | ,237 | ,311 | -,069 |
| Ερώτηση 6 | ,086 | ,708 | ,384 | ,022 | -,089 |
| Ερώτηση 7 | ,211 | ,761 | ,219 | ,089 | ,045 |
| Ερώτηση 8 | ,374 | ,647 | ,152 | ,053 | ,146 |
| Ερώτηση 9 | ,553 | ,351 | ,125 | ,373 | ,076 |
| Ερώτηση 10 | ,809 | ,193 | ,010 | ,209 | ,122 |
| Ερώτηση 11 | ,845 | ,092 | ,096 | ,067 | ,212 |
| Ερώτηση 12 | ,880 | ,109 | ,047 | -,014 | ,135 |
| Ερώτηση 13 | ,823 | ,149 | ,255 | -,022 | -,125 |
| Ερώτηση 14 | ,816 | ,223 | ,167 | ,014 | -,134 |
| Ερώτηση 15 | ,848 | ,093 | ,159 | -,077 | -,028 |
| Ερώτηση 16 | ,842 | ,086 | ,164 | -,063 | ,081 |
| Ερώτηση 17 | ,687 | ,044 | ,471 | ,106 | -,057 |
| Ερώτηση 18 | ,338 | ,203 | ,744 | ,050 | -,062 |
| Ερώτηση 19 | ,349 | ,232 | ,687 | -,052 | ,100 |
| Ερώτηση 20 | ,101 | ,084 | ,172 | ,012 | ,904 |
| Ερώτηση 21 | ,095 | ,190 | ,724 | ,199 | ,277 |
| Ερώτηση 22 | ,111 | ,282 | ,722 | ,216 | ,064 |
| Ερώτηση 23 | ,073 | ,435 | ,577 | ,164 | ,003 |
| Ποσοστό εξηγούμενης διασποράς | 26,95 | 16,99 | 14,00 | 8,46 | 4,90 |

Πίνακας 12. Παραγοντική ανάλυση της Κλίμακας Φροντίδας και Αλληλεπιδράσεων ασθενή –νοσηλευτή

Τα αποτελέσματα της ιεραρχικής ανάλυσης συσσωματώσεων διαφέρουν από τα αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης, καθώς προέκυψαν λιγότεροι παράγοντες (βλ. Διάγραμμα 13). Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα που δίνουν μία λύση 4 παραγόντων όπου στον παράγοντα 1 ομαδοποιούνται οι ερωτήσεις 1-8, στον παράγοντα 2 οι ερωτήσεις 9-17, στον παράγοντα 3 οι ερωτήσεις 18-19 και 21-23, και στον παράγοντα 4 η ερώτηση 20 (Διάγραμμα 13). Από τους παραπάνω παράγοντες, ο 1^{ος} και ο 2^{ος} αντικατοπτρίζουν περισσότερο τα συμπεράσματα της Cossette αν και με διαφοροποιήσεις καθώς η ερώτηση 9 από τον πρώτο παράγοντα στην ομαδοποίηση της Cossette πάει στον παράγοντα 2 και η ερώτηση 17 από τον παράγοντα 3 της Cossette πάει στον παράγοντα 2. Μεγαλύτερη διαφοροποίηση από της Cossette παρατηρείται στους παράγοντες 3 και 4.

| | | | |
|---------|----|--------------------------------|---|
| Θέμα 9 | 9 | ↓*↓↓↓↓ | ↔ |
| Θέμα 10 | 10 | ↓ | ↔ |
| Θέμα 20 | 20 | ↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓↓ | |

Διάγραμμα 13. Ομαδοποίηση των θεμάτων κατά την ανάλυση συσσωματώσεων

Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις με την ομαδοποίηση της Cossette, επελέγησαν οι 4 παράγοντες όπως προέκυψαν από την ανάλυση συσσωματώσεων καθώς παρουσίαζαν πιο σταθερή δομή (βλ. Πίνακα 13).

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Μέση τιμή (σ.α) | Διάμεσος |
|-----------------------|-----------------|----------|
| 1-8 (n=585) | 32,36 (5,07) | 32,00 |
| 9-17 (n=585) | 32,08 (7,40) | 33,00 |
| 18-19 & 21-23 (n=585) | 20,72 (3,47) | 21,00 |
| 20 (n=585) | 3,62 (1,35) | 4,00 |

Πίνακας 13. Μέση τιμή, σταθερή απόκλιση και διάμεσος τιμή για τις 4 υποκλίμακες

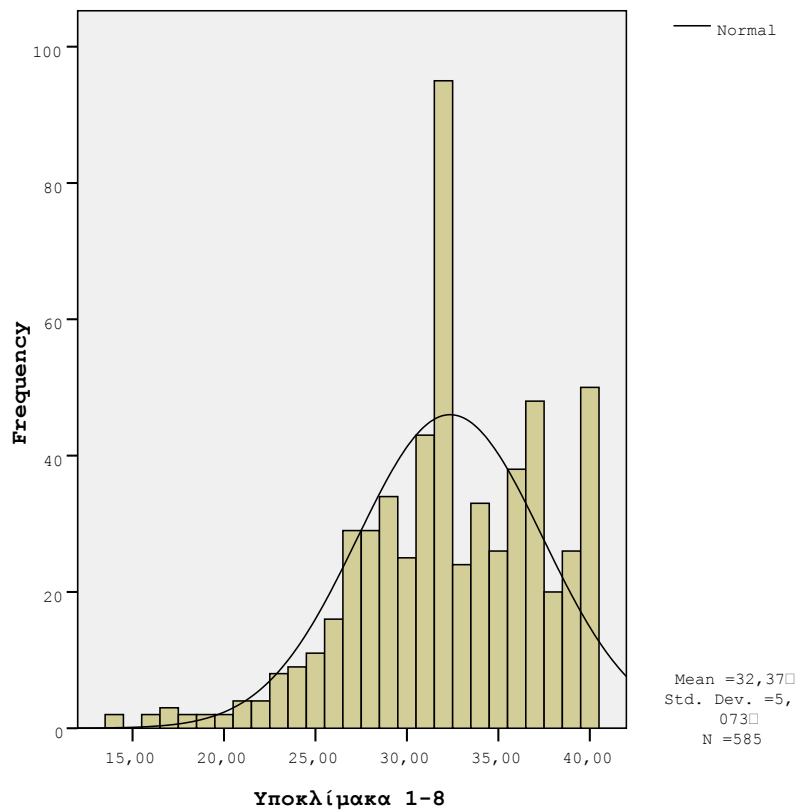
Από τον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων μας δίνει τιμές συντελεστή Pearson < 0,7 (0,414-0,581), γεγονός που δηλώνει ότι οι κλίμακες μετρούν διαφορετικές δομές.

| | Συντελεστές Pearson | | | |
|--------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | Παράγοντας 1 | Παράγοντας 2 | Παράγοντας 3 | Παράγοντας 4 |
| Παράγοντας 1 | 1 | 0,429* | 0,641* | 0,577* |
| Παράγοντας 2 | | 1 | 0,522* | 0,278* |
| Παράγοντας 3 | | | 1 | 0,357* |
| Παράγοντας 4 | | | | 1 |

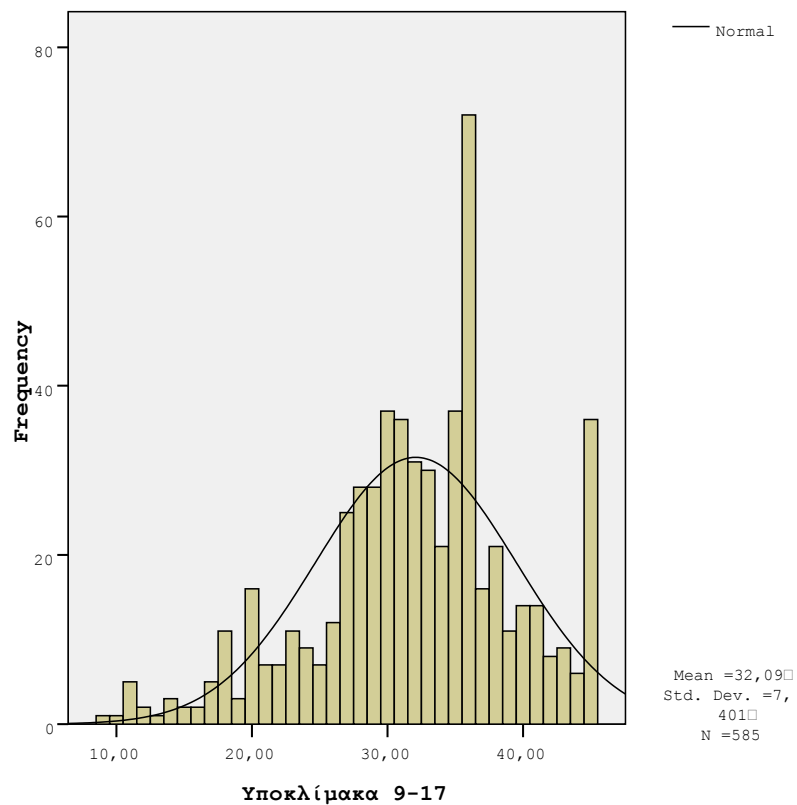
*Επίπεδο σημαντικότητας $p < 0,01$

Πίνακας 14. Συντελεστές συσχέτισης των τριών παραγόντων

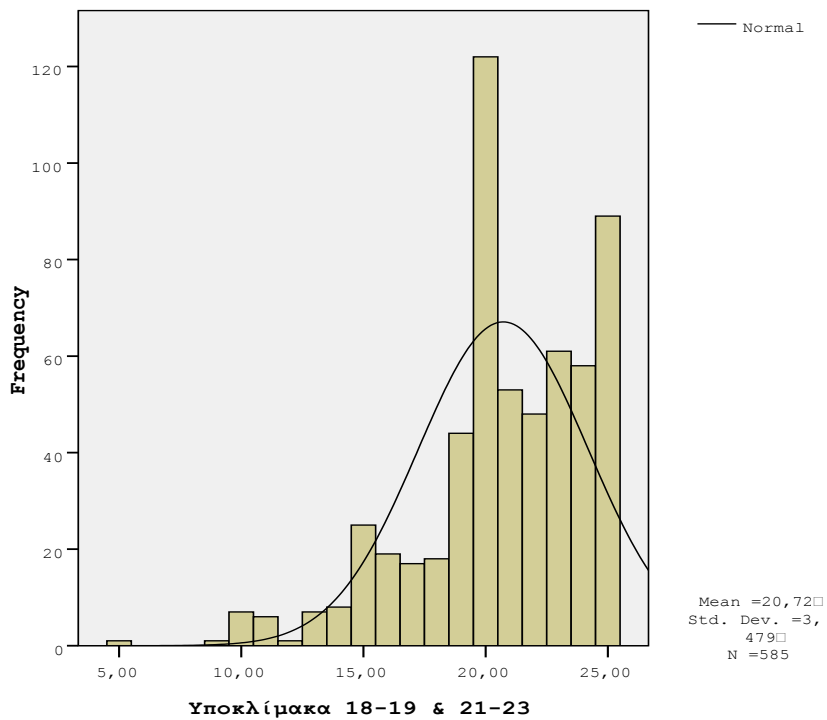
Από τα ιστογράμματα των δεδομένων για την κάθε υποκλίμακα παρατηρείται ότι οι καμπύλες συχνοτήτων στους παράγοντες 1-3 είναι ασύμμετρες δεξιά δηλ. υπάρχει μια συγκέντρωση τιμών στις υψηλότερες βαθμολογίες, με κάποια εξαίρεση στον παράγοντα 4 όπου υπάρχει μεγαλύτερη συμμετρία στην κατανομή.



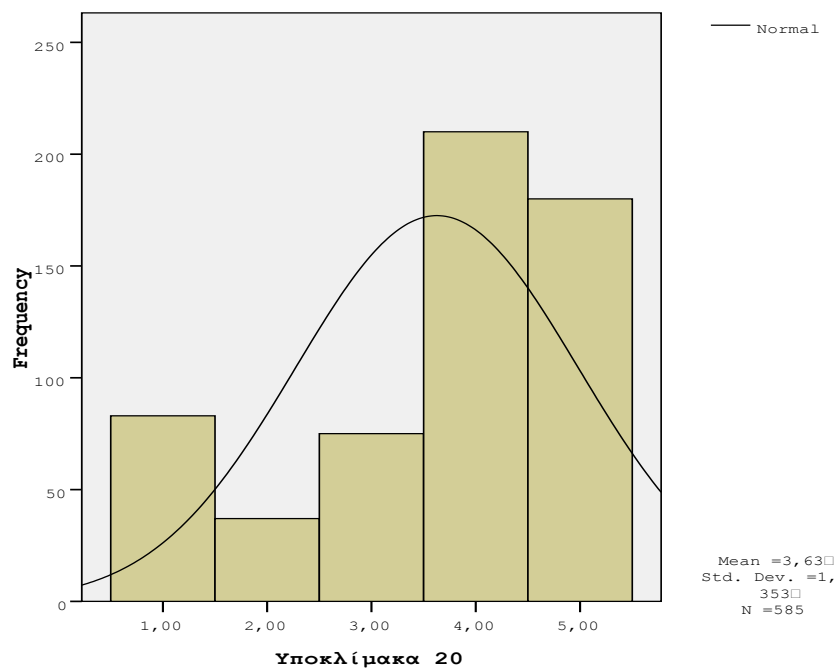
Διάγραμμα 14. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 1



Διάγραμμα 15. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 2



Διάγραμμα 16. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 3



Διάγραμμα 17. Ιστόγραμμα κατανομής για τον Παράγοντα 4

Στον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα της κλίμακας φροντίδας και αλληλεπίδρασης ασθενή-νοσηλευτή. Η υποκλίμακα με 1 θέμα (θέμα 20) δεν μπορεί να χωριστεί σε τριτημόρια. Η διατύπωση της θα πρέπει να επανεξεταστεί.

| ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ | Χαμηλή | Μέτρια | Υψηλή |
|--------------------------|--------|--------|-------|
| Υποκλίμακα 1-8 | ≤ 31 | 32-34 | ≥ 35 |
| Υποκλίμακα 9-17 | ≤ 30 | 31-35 | ≥ 36 |
| Υποκλίμακα 18-19 & 21-23 | ≤ 20 | 21-22 | ≥ 23 |

Πίνακας 15. Οριακές τιμές που αντιστοιχούν σε χαμηλά, μέτρια και υψηλά επίπεδα για τις 4 υποκλίμακες

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνέπειας των στοιχείων του υπολογίστηκε ο δείκτης alpha (Cronbach). Η ανάλυση εσωτερικής συνοχής σύμφωνα με το δείκτη alpha του Cronbach έδειξε υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας τόσο στο σύνολο του ερωτηματολογίου όσο και στις επιμέρους κλίμακες με το δείκτη alpha του Cronbach να κυμαίνεται από 0,853 ως 0,938 (βλ. Πίνακα 16). Ανάλυση αξιοπιστίας δεν διενεργείται σε υποκλίμακες με μία μόνο ερώτηση.

| | Cronbach alpha |
|---|-----------------------|
| Υποκλίμακα 1-8 (8 ερωτήσεις) | 0,890 |
| Υποκλίμακα 9-17 (9 ερωτήσεις) | 0,938 |
| Υποκλίμακα 18-19 & 21-23 (5 ερωτήσεις) | 0,853 |
| Συνολικό ερωτηματολόγιο | 0,933 |

Πίνακας 16. Δείκτες αξιοπιστίας των τριών υποκλιμάκων και του συνολικού ερωτηματολογίου.

3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η μετάφραση και ο έλεγχος της εφαρμογής της κλίμακας CNPI – Short Scale, σε δείγμα νοσηλευτών, ασθενών και των οικογενειών τους σε νοσοκομεία ανά την Ελλάδα. Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την μελέτη αυτή είναι αρκετά σημαντικά και κατά γενική ομολογία συμφωνούν με τη διεθνή εμπειρία της χρησιμοποίησης της κλίμακας.

Συγκεκριμένα, στην εκδοχή της οικογένειας, κατά την παραγοντική ανάλυση των δεδομένων μας προέκυψαν τέσσερις παράγοντες φροντίδας, οι οποίοι ερμήνευαν το 70,51% της συνολικής διασποράς του μοντέλου, ένα δηλαδή αρκετά υψηλό και ικανοποιητικό για την μελέτη ποσοστό. Κατά την ομαδοποίηση των ερωτήσεων με την μέθοδο της ανάλυσης συσσωματώσεων, ενισχύθηκε το παραπάνω αποτέλεσμα με τον παράγοντα «κλινική φροντίδα» (παράγοντας 1) να αποτελείται από τις ερωτήσεις 1-9, τον παράγοντα «φροντίδα μέσα από τη σχέση» (παράγοντας 2) από τις ερωτήσεις 10-17, τον παράγοντα «ανθρωπιστική φροντίδα» (παράγοντας 3) από τις ερωτήσεις 18-20 και τον παράγοντα «φροντίδα άνεσης» (παράγοντας 4) από τις ερωτήσεις 21-23. Η διαφορά με την ανάλυση της Cossette το 2007 εντοπίσθηκε στην ερώτηση 17, η οποία συμπεριλήφθηκε στην «ανθρωπιστική φροντίδα» και όχι στην «φροντίδα άνεσης», όπως προέκυψε στα ελληνικά δεδομένα.

Όσον αφορά την εκδοχή του ασθενή, κατά την παραγοντική ανάλυση των δεδομένων μας προέκυψαν και πάλι 4 παράγοντες φροντίδας, οι οποίοι ερμήνευαν το 71,20% της συνολικής διασποράς του μοντέλου. Κατά την ομαδοποίηση των ερωτήσεων με την μέθοδο της ανάλυσης συσσωματώσεων προέκυψαν τελικά 3 παράγοντες, όπου στην «κλινική φροντίδα» ομαδοποιούνταν οι ερωτήσεις 1-9 και 21-23, στην «φροντίδα μέσα από τη σχέση» οι ερωτήσεις 10-16 και στην «ανθρωπιστική φροντίδα» οι ερωτήσεις 17-20. Από τους παραπάνω παράγοντες, οι παράγοντες «φροντίδα μέσα από τη σχέση» και «ανθρωπιστική φροντίδα» ενίσχυσαν τα συμπεράσματα της μελέτης της Cossette, με τη διαφορά ότι στην «κλινική φροντίδα» συμπεριλήφθηκαν εκτός των ερωτήσεων 1-9 και οι ερωτήσεις 21-23, δηλ. οι ερωτήσεις που αποτελούσαν την «φροντίδα άνεσης» στην μελέτη της Cossette.

Αντιθέτως, στην εκδοχή του νοσηλευτή, ο αριθμός των παραγόντων και η θεματική τους σύνθεση διέφερε σημαντικά από τους αντίστοιχους στην μελέτη της Cossette. Συγκεκριμένα, με παραγοντική ανάλυση προέκυψαν πέντε παράγοντες οι οποίοι ερμήνευαν το 71,32% της συνολικής διασποράς. Εν συνεχεία και μετά την εφαρμογή της ανάλυσης συσσωματώσεων, καταλήξαμε σε τέσσερις παράγοντες φροντίδας. Αναλυτικά, στην «κλινική φροντίδα» ομαδοποιούνταν οι ερωτήσεις 1-8, στην «φροντίδα μέσα από τη σχέση» οι ερωτήσεις 9-17, στην «ανθρωπιστική φροντίδα» οι ερωτήσεις 18-19 και 21-23 και στην «φροντίδα άνεσης» μόνο η ερώτηση 20. Από τους προαναφερθέντες παράγοντες, «κλινική φροντίδα» και «φροντίδα μέσα από τη σχέση», αντικατόπτριζαν περισσότερο τα συμπεράσματα της Cossette, με εξαίρεση την ερώτηση 9 που από τον παράγοντα «κλινική φροντίδα» στην ομαδοποίηση της Cossette, συμπεριλήφθηκε στον παράγοντα «φροντίδα μέσα από τη σχέση» και η ερώτηση 17 που από τον παράγοντα «ανθρωπιστική φροντίδα» συμπεριλήφθηκε στον παράγοντα «φροντίδα μέσα από τη σχέση». Μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «ανθρωπιστική φροντίδα» και «φροντίδα άνεσης», οι οποίες μπορεί να οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στην διαφοροποίηση του δείγματος σε σχέση με αυτό στην μελέτη της Cossette. Πιο συγκεκριμένα, η Cossette χρησιμοποίησε για το δείγμα της μελέτης φοιτητές νοσηλευτικής και νοσηλευτές, ενώ το ελληνικό δείγμα αποτελούνταν από νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία. Το γεγονός αυτό, προκαλεί με τη σειρά του διαφοροποιήσεις στην προσέγγιση και την αντίληψη των συμμετεχόντων για την έννοια της φροντίδας υγείας. Η εργασιακή εμπειρία και ο επαγγελματισμός φαίνεται να έχουν κάποια επίδραση στο μοντέλο που εξετάσαμε.

Και στις τρεις εκδοχές, οι έλεγχοι της κανονικότητας των υποκλιμάκων ήταν ικανοποιητικοί και επιπλέον οι αναλύσεις της εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων απέδωσαν υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας, τόσο στο σύνολο (από 0,933 έως 0,946) όσο και στις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου (από 0,73 έως 0,951).

Συμπερασματικά, κατά την εφαρμογή της μεταφρασμένης έκδοσης της κλίμακας CNPI – Short Scale σε ελληνικό δείγμα ενισχύθηκαν τα αποτελέσματα της μελέτης της Cossette με πολύ λίγες διαφοροποιήσεις. Το γεγονός αυτό, αποδεικνύει ότι η

κλίμακα CNPI – Short Scale αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της φροντίδας υγείας, το οποίο παρουσίασε δομική εγκυρότητα κατά την εφαρμογή του σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια από νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας για την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας, μιας πολυδιάστατης κατά τα προαναφερόμενα έννοιας.

Επιπρόσθετα, οι διαφοροποιήσεις δεν ακυρώνουν σε καμία περίπτωση τα παραπάνω σημαντικά αποτελέσματα. Κάθε άλλο θα πρέπει να λάβουμε υπόψη και διάφορους εξωτερικούς παράγοντες, μη συμπεριλαμβανομένων στην μελέτη, οι οποίοι και προκαλούν τις διαφοροποιήσεις αυτές.

Η κοινωνική πραγματικότητα δεν είναι ανεξάρτητη από τα υποκείμενα που την αποτελούν. Ακόμη και οι παρατηρήσεις του κάθε ερευνητή γίνονται μέσα από ένα εννοιολογικό πλέγμα που είναι συνάρτηση των κοινωνικών και προσωπικών συνθηκών που απαρτίζουν το σύνολο των εμπειριών του. Από την άλλη, η κοινωνική πραγματικότητα κατασκευάζεται μέσα από τα νοήματα που δίνουν τα άτομα στη δική τους συμπεριφορά και την συμπεριφορά των άλλων. Οι άνθρωποι ανά τον κόσμο, παρουσιάζουν διαφορές στη βούληση, τα κίνητρα και στις πεποιθήσεις που συντελούν στην συμπεριφορά που εκδηλώνουν. Επίσης, ερμηνεύουν καθημερινές τους εμπειρίες στο πλαίσιο των κοινών παραστάσεων που έχουν κληρονομήσει ως μέλη μια κοινωνίας.

Είναι φύση αδύνατον τα δείγματα ανά τον κόσμο να μην παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις, που σε ορισμένες περιπτώσεις χωρών είναι ιδιαίτερα έντονες. Για παράδειγμα, η σύνθεση των δειγμάτων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση) αλλά και ως προς τα ήθη, τα έθιμα και την κουλτούρα των ατόμων που τα απαρτίζουν, σε μία τυχαία επιλογή δείγματος, παρουσιάζει αναπόφευκτα αποκλίσεις. Ακόμη, οι εργασιακές συνθήκες και ο επαγγελματισμός αποτελούν παράγοντες οι οποίοι δεν ελέγχονται, αλλά με βάση την κοινή λογική επιδρούν σημαντικά στην αξιολόγηση της φροντίδας της υγείας σε τέτοια πολύ-παραγοντικά μοντέλα.

Όπως γίνεται προφανές, οι διαφοροποιήσεις με τα αποτελέσματα της Cossette απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών, οι οποίες μας οδήγησαν στα προαναφερόμενα αποτελέσματα.

Η αναζήτηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας των οργάνων μέτρησης είναι δύο βασικά κριτήρια για την εξασφάλιση έγκυρων αποτελεσμάτων στις έρευνες που πραγματοποιούνται στο χώρο της υγείας. Σ' αυτό το σημείο ανάπτυξης της γνώσης για την φροντίδα, η αποτελεσματική έρευνα φέρεται να έχει αποδεδειγμένα αποτελέσματα στην ταυτοποίηση των στάσεων και των συμπεριφορών που συμπεριλαμβάνονται στα εργαλεία μέτρησης, τα οποία θα μπορούσαν τελικά να αποδείξουν τις συνέπειες της φροντίδας στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών. Ακολουθώντας την ίδια πρόθεση, είναι καιρός για τη δοκιμή των θεωρητικών προτάσεων στην πράξη, καθώς η δομή της φροντίδας κυμαίνεται σε μέσης τάξης θεωρητικές γραμμές. Επιπλέον, μας εκπλήσσει το γεγονός ότι η πολυδιαστατικότητα ερευνήθηκε μόνο από τις μισές δημοσιευμένες κλίμακες μέτρησης της φροντίδας. Φαίνεται πως η μελέτη της Cossette (2007) αποτελεί την πρώτη απόπειρα εφαρμογής της CFA μεθοδολογίας σε μία κλίμακα φροντίδας, με σκοπό την επιβεβαίωση ύπαρξης δομών οι οποίες βασίζονται σε θεωρητικά πλαίσια. Αντίθετα η επιβεβαίωση της διερεύνησης των τομέων φροντίδας είναι επιτακτική, αν κανείς θέλει να χρησιμοποιήσει έγκυρες κλίμακες στην καταγραφή των επιπτώσεων της φροντίδας στην υγεία του ασθενούς.

Ο απόλυτος στόχος της μέτρησης της φροντίδας είναι η επίτευξη μέσω εμπειρικών ερευνών, της επιπλέον αξίας στους τρόπους φροντίδας για την υγεία των ασθενών. Αυτό είναι ιδιαιτέρως σημαντικό για την σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη που οι προκλήσεις της οικονομικής απόδοσης υπάρχουν λόγω των διαφόρων επιλογών των επαγγελματιών υγείας και της επίδρασής τους στην υγεία των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να οδηγηθούν πέρα από την τεχνική, να ανταποκριθούν με σημαντικό τρόπο στον ασθενή και να διαπραγματευτούν τις περιπλοκότητες της σχέσης φροντίδας.

Η αξιολόγηση της ποιότητας έχει εξελιχθεί σε κεντρικό ζήτημα στα περισσότερα συστήματα υγείας. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους είναι σημαντική η πρόοδος της ποιότητας της φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένου της δυνατότητας που δίνει στους επαγγελματίες υγείας να εξασφαλίσουν αποδοτικότερες υπηρεσίες, να ελαχιστοποιήσουν τα ιατρικά λάθη παράλληλα με την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότερης φροντίδας και της βελτίωσης των

αποτελεσμάτων, και να κατευθύνουν την φροντίδα υγείας από τις «ανάγκες» των ασθενών στις «προτιμήσεις» των ασθενών. Ειδικότερα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που αποτελεί την κορωνίδα κάθε Εθνικού Συστήματος Υγείας, σταδιακά αναπτύσσονται όλο και περισσότερα εργαλεία αποτίμησης της ποιότητας των οποίων τα αποτελέσματα συμβάλουν στη θέσπιση προτεραιοτήτων και στην ορθολογική λήψη αποφάσεων. Με αφορμή τη μελέτη αυτή παραθέσαμε επιχειρήματα τα οποία είναι πλέον καιρός να υιοθετήσουν θεωρητικοί, εκπαιδευτικοί και κλινικοί ιατροί στην εμπειρική έρευνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Arthur D., Pang S. & Wong T. (2001). The effect of technology on the caring attributes of an international sample of nurses. *International Journal of Nursing Studies* 38, 37-43.
2. Bentler P.M. & Chou C.P. (1987). Practical issues in structural modeling. *Sociological methods and Research* 16(10), 78-117
3. Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for psychologists*, (3rd ed). Palgrave Macmillan.
4. Boykin A., & Schoenhofer, S.O. (2001). Nursing as caring: A Model for Transforming Practice. *Nursing Science Quarterly*, 7(4) 158.
5. Carey, R.G. & Seibert, J.V. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: questionnaire reliability and validity. *Med Care*, 31(9), 834-45.
6. Coates C. (1997) The caring efficacy scale: Nurses' self-reports of caring in practice settings. *Advance Practice Nursing Quarterly* 3(1), 53-59.
7. Cossette S. et al. (2004), "Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse – Patient Interactions Scale", *International Journal of Nursing Studies*, 42(2005):673-686.
8. Cossette S. et al. (2005), "A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse – Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale)", Blackwell Publishing Ltd.
9. Cossette S. et al. (2007), "The multidimensionality of caring: a confirmatory factor analysis of the Caring Nurse – Patients Interaction Short Scale", Blackwell Publishing Ltd.
10. Cronin, S.N., Harrison, B., 1988. Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart & Lung: Journal of Critical Care* 17 (4), 374-380.
11. Gaut D. (1983), "Development of a theoretically adequate description of caring", *Western Journal of Nursing Research*, 5(3), 313-324.

12. Gendron, Diana. 1988. The expressive form of caring. *Toronto, Canada: University of Toronto Press.*
13. Morris Weinberger, Ph.D., Eugene Z. Oddone, M.D., M.H.Sc., and William G. Henderson, Ph.D. for the Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission, *New England Journal of Medicine* 1996; 334:1441-1447.
14. Horan P.M., DiStefano C. & Molt R.W. (2003). Wording effects in self-esteem scales: Methodological artifact or response style. *Structural Equation Modeling* **10** (3) ,435-455.
15. Howitt, D. & Cramer, D. (2006). *Στατιστική με το SPSS*, (3^η έκδοση). Αθήνα: Κλειδάριθμος.
16. Larson P.J., 1984. Important nurse caring behaviors perceived dy patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 11 (6), 46-50.
17. Larson P.J. & Ferketich S.L. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research* **15** , 690-707.
18. Leininger M. (1999), "Transcultural nursing: concepts, theories and practices, Ed 3, Philadelphia, FA Davis.
19. Lin P. F. (2001). Development and Psychometric Evaluation of the Caring Behaviors Scale Of Baccalaureate Nursing Student in Taiwan. Unpublished thesis dissertation. Boston College School of Nursing, Boston, MA.
20. Mayeroff M. (1971), "On caring", New York: Harper & Row.
21. Montgomery, C. (1993). *Healing through communication: The practice of caring.* Sage Publications.
22. Newman M. (1994). *Health as expanding consciousness.* New York: National League for Nursing Press.
23. Nightingale F. (1992), "Notes on nursing: What it is and what it is not ", (Vommemorative Ed.). First Edition 1859, Philadelphia: Lippincott.
24. Nkongho N. O. (1990). The Caring Ability Inventory. In *Measurement of Nursing Outcomes. Volume 4: Measuring Client Self-Care and Coping Skills*, Springer, New York, pp. 3-16.
25. Orem D. (1999), "Nursing: concepts and practice", Ed 6, St. Louis, Mosby.

26. Rice R. (1995), "Dynamic self-determination for self-care", Presentation at the Indiana State Home Care Conference in Indianapolis.
27. Rice R. (1998), "Key concepts of self-care in the home", *J Geniatr Nurs* 19(1):15.
28. Riemen D. J. (1986). Noncaring and caring in the clinical settings: Patients' descriptions. *Topics in Clinical Nursing* 8 (2), 30-36.
29. Schorr, T.M., & Keneddy, M.S. (1999). One hundred years of American Nursing: Celebrating a century of caring. Philadelphia: Lippincott.
30. Rogers M. (1994), "The science of unitary human beings: current perspectives", *Nurs Sci Q* 7(1):33.
31. Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). Using multivariate statistics, (2nd ed.). New York: HarperCollins.
32. Watson J. (1985), "Nursing: Human science and human care", Norwalk, CT: Appleton-Centry-Crofts.
33. Watson J. (1988a), "Nursing: Human science and human care. A theory of nursing", New York: National League for Nursing.
34. Watson J. (1988b), "New dimensions of human caring theory", *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 175-181.
35. Watson J. (1999), "Post-modern nursing and beyond", Edinburgh, Scotland: Churchill Liningstone.
36. Watson J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*, Springer, New York.
37. Watson R. & Lea A., 1997. The Caring Dimensions Inventory (CDI): content validity, reliability and scaling. *Journal of Advance Nursing* 25 (1), 87-94.
38. Γκούβα Μαίρη – Κοτρώτσιου Ευαγγελία, "Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας", 2007, Εκδόσεις Δημήτρης Λαγός.
39. Παπασταύρου Ευριδίκη, "Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας επιβάρυνσης (Zarit Burden interview) σε Ελληνοκύπριους φροντιστές ασθενών με άνοια", *Νοσηλευτική* 2006, 45(4):439-449.
40. Νακάκης Κωνσταντίνος – Ουζούνη Χριστίνα: Καθηγητές εφαρμογών - Τμήμα Νοσηλευτικής - Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λαμίας, "Η αξιοπιστία και

η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες", Νοσηλευτική 2011, 50(2):231-239.

41. Φουντουλάκης, Κ., Ιακωβίδης, Β., Ιακωβίδης, Α., Χριστοφίδης, Α. & Ιεροδιακόνου, Χ. (1997). Η στάθμιση της Κλίμακας της Ικανοποίησης Ζωής στον ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 8, 292-304

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



10. Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version – Patient (CNPI-23P)

| # | Statement | Rating scale | | | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|---|---|---|---|
| | <i>Insert statement here</i> | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| A – Clinical Care | | | | | | |
| 1 | Knew how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Knew how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Checked if my medications soothed my symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Gave me indications and means to treat or prevent certain side-effects of my medications or treatments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Knew what to do in situations where one must act quickly. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Helped me with the care I cannot administer myself. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Showed ability and skill in their way of intervening with me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Closely monitored my health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Provided me with the opportunity to practice self-administered care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B – Relational Care | | | | | | |
| 10 | Helped me to look for a certain equilibrium/balance in my life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Helped me to explore what is important in my life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Helped me to clarify which things I would like significant persons to bring me. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Helped me to explore the meaning that I gave to my health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Helped me to recognize the means to efficiently resolve my problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Helped me to see things from a different point of view. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



| # | Statement | Rating scale | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|
| | <i>Insert statement here</i> | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| 16 | Tried to identify with me the consequences of my behaviour. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C – Humanistic Care | | | | | | |
| 17 | Considered me as a complete individual, showed that they were interested in more than my health problem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Encouraged me to be hopeful, when it was appropriate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Emphasized my efforts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Did not have an attitude of disapproval. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D – Comforting Care | | | | | | |
| 21 | Respected my privacy (e.g., did not expose me needlessly). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Took my basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Did treatments or gave medications at the scheduled time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



11. Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version – Family (CNPI-23F)

| # | Statement | Rating scale | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|
| | <i>Insert question here</i> | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| A – Clinical Care | | | | | | |
| 1 | Knew how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Knew how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Checked if their medications soothed their symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Gave them indications and means to treat or prevent certain side-effects of their medications or treatments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Knew what to do in situations where one must act quickly | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Helped them with the care they cannot administer themselves. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Showed ability and skill in their way of intervening with them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Closely monitored their health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Provided them with the opportunity to practice self-administered care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B – Relational Care | | | | | | |
| 10 | Helped them to look for a certain equilibrium/balance in their life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Helped them to explore what is important in their life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Helped them to clarify which things I would like significant persons to bring them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Helped them to explore the meaning that I gave to their health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Helped them to recognize the means to efficiently resolve their problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Helped them to see things from a different point of view. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



| # | Statement | Rating scale | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|
| | <i>Insert question here</i> | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| 16 | Tried to identify with them the consequences of their behaviour. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C – Humanistic Care | | | | | | |
| 17 | Considered them as complete individuals, showed that they were interested in more than their health problem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Encouraged them to be hopeful, when it was appropriate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Emphasized their efforts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Did not have an attitude of disapproval. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D – Comforting Care | | | | | | |
| 21 | Respected their privacy (e.g., did not expose them needlessly). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Took their basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Did treatments or gave medications at the scheduled time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



12. Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version – Nurse (CNPI-23N)

| # | Statement | Rating scale | | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------|---|---|---|---|
| <i>Insert question here</i> | | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| A – Clinical Care | | | | | | |
| 1 | Know how to give the treatments (e.g., intravenous injections, bandages, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Know how to operate specialized equipment (e.g., pumps, monitors, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Check if their medications soothe their symptoms (e.g., nausea, pain, constipation, anxiety, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Give them indications and means to treat or prevent certain side-effects of their medications or treatments. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Know what to do in situations where one must act quickly. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Help them with the care they cannot administer themselves. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Show ability and skill in my way of intervening with them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Closely monitor their health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Provide them with the opportunity to practice self-administered care. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B – Relational Care | | | | | | |
| 10 | Help them to look for a certain equilibrium/balance in their life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Help them to explore what is important in their life. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Help them to clarify which things they would like significant persons to bring them. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Help them to explore the meaning that they gave to their health condition. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Help them to see things from a different point of view. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| # | Statement | Rating scale | | | | |
|----------------------------|---|---------------------------------|---|---|---|---|
| | <i>Insert question here</i> | <i>Insert rating scale here</i> | | | | |
| 16 | Try to identify with them the consequences of their behaviour. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| C – Humanistic Care | | | | | | |
| 17 | Consider them as complete individuals, show that I am interested in more than their health problem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Encourage them to be hopeful, when it was appropriate. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Emphasize their efforts. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Do not have an attitude of disapproval. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D – Comforting Care | | | | | | |
| 21 | Respect their privacy (e.g., do not expose them needlessly). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Take their basic needs into account (e.g., sleeping, hygiene, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Do treatments or give medications at the scheduled time. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ: ΕΚΔΟΧΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (CNPI-23P)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προτάσεις, που αφορούν το διάστημα νοσηλείας του συγγενή σας και την εικόνα που αποκτήσατε για τους νοσηλευτές που τον φρόντισαν. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό συμφωνίας σας.

| | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΜΕΤΡΙΑ | ΑΡΚΕΤΑ | ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ |
|---|---------|------|--------|--------|------------|
| 1. Γνώριζαν τρόπους να παρέχουν τη νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. ενδοφλέβιες ενέσεις, επιδέσεις, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Γνώριζαν το χειρισμό ειδικών εξοπλισμών (π.χ. αντλίες, μηχανήματα παρακολούθησης, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Έλεγχαν εάν τα φάρμακα ανακουφίζουν τα συμπτώματά τους (π.χ. ναυτία, πόνος, δυσκοιλιότητα, άγχος, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Τους ανέφεραν ενδείξεις και μεθόδους να προλαμβάνουν ή να φροντίζουν κάποιες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής ή της θεραπείας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Γνώριζαν τι να κάνουν σε καταστάσεις όπου κάποιος πρέπει να δράσει άμεσα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Τους βοήθησαν με τη φροντίδα τους όπου δεν μπορούσαν να τα καταφέρουν μόνοι τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Έδειξαν ικανότητα και επιδεξιότητα στον τρόπο με τον οποίο παρέμβαιναν στους ασθενείς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Παρακολουθούσαν στενά την κατάσταση της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Τους παρείχαν τη δυνατότητα να ασκηθούν στο να φροντίζονται μόνοι τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Τους βοήθησαν στο να αναζητήσουν κάποια ισορροπία στη ζωή τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Τους βοήθησαν να διερευνήσουν τι είναι σημαντικό στη ζωή τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Τους βοήθησαν να διευκρινίσουν τι επιθυμούσαν να τους δώσουν τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Τους βοήθησαν να διερευνήσουν το νόημα που έδωσα στην κατάσταση της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Τους βοήθησαν να αναγνωρίζουν τις μεθόδους για να επιλύσουν αποτελεσματικά τα προβλήματά τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Τους βοήθησαν να δουν τα πράγματα από διαφορετική οπτική γωνία. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Προσπάθησαν να προσδιορίσουν μαζί τους τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Τους αντιλαμβάνονταν ως ολοκληρωμένα άτομα και έδειξαν να ενδιαφέρονται για όσα τους αφορούσαν και όχι μόνο για το πρόβλημα της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Τους ενθάρρυναν να είναι αισιόδοξοι, όταν αυτό ήταν απαραίτητο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Έδιναν έμφαση στις προσπάθειές τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Δεν είχαν απέναντί τους κάποια στάση αποδοκιμασίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Σεβάστηκαν την ιδιωτικότητά τους (π.χ. δεν τους εξέθεταν χωρίς λόγο). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Λάμβαναν υπόψη τους τις βασικές ανάγκες των ασθενών τους (π.χ. ύπνος, υγιεινή, κλπ.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Τους παρείχαν τη φροντίδα τους αλλά και τα φάρμακά τους στον προγραμματισμένο χρόνο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ: ΕΚΔΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ (CNPI-23P)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προτάσεις, που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχετε στους ασθενείς. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό συμφωνίας σας.

| | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΜΕΤΡΙΑ | ΑΡΚΕΤΑ | ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ |
|---|---------|------|--------|--------|------------|
| 1. Γνωρίζω τρόπους να παρέχω τη νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. ενδοφλέβιες ενέσεις, επιδέσεις, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Γνωρίζω το χειρισμό ειδικών εξοπλισμών (π.χ. αντλίες, μηχανήματα παρακολούθησης, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Έλέγχω εάν τα φάρμακα ανακουφίζουν τα συμπτώματά του ασθενούς (π.χ. ναυτία, πόνος, δυσκοιλιότητα, άγχος, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Αναφέρω τις ενδείξεις και τις μεθόδους για να προλαμβάνω ή να φροντίζω κάποιες παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής ή της θεραπείας των ασθενών. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Γνωρίζω τι να κάνω σε καταστάσεις όπου κάποιος πρέπει να δράσω άμεσα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Βοηθώ με τη φροντίδα μου όταν οι ασθενείς δεν μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Δείχνω ικανότητα και επιδεξιότητα στον τρόπο με τον οποίο παρεμβαίνω στους ασθενείς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Παρακολουθώ στενά την κατάσταση της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Τους παρέχω τη δυνατότητα να ασκηθούν στο να φροντίζονται μόνοι τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Τους βοηθώ να αναζητήσουν κάποια ισορροπία στη ζωή τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Τους βοηθώ να διερευνήσουν τι είναι σημαντικό στη ζωή τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Τους βοηθώ να διευκρινίσουν τι επιθυμούν να τους δώσουν τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. Τους βοηθώ να διερευνήσουν το νόημα που απέδωσαν στην κατάσταση της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Τους βοηθώ να βρίσκουν μεθόδους για να επιλύουν αποτελεσματικά τα προβλήματά τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Τους βοηθώ να δουν τα πράγματα από διαφορετική οπτική γωνία. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Προσπαθώ να προσδιορίσω μαζί τους τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Τους αντιλαμβάνομαι ως ολοκληρωμένα άτομα και δείχνω να ενδιαφέρομαι για όσα τους αφορούν και όχι μόνο για το πρόβλημα της υγείας τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Τους ενθαρρύνω να είναι αισιόδοξοι, όταν αυτό ήταν απαραίτητο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Δίνω έμφαση στις προσπάθειές τους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Δεν έχω απέναντί τους κάποια στάση αποδοκιμασίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Σέβομαι την ιδιωτικότητά τους (π.χ. δεν τους εκθέτω χωρίς λόγο). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Λαμβάνω υπόψη τους τις βασικές τους ανάγκες (π.χ. ύπνος, υγιεινή, κλπ.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Τους παρέχω τη φροντίδα αλλά και τη φαρμακευτική αγωγή τους στον προγραμματισμένο χρόνο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ΚΛΙΜΑΚΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΟΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΑΣΘΕΝΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ: ΕΚΔΟΧΗ ΑΣΘΕΝΗ (CNRI-23P)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προτάσεις, που αφορούν το διάστημα νοσηλείας σας και την εικόνα που αποκτήσατε για τους νοσηλευτές που σας φρόντισαν. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό συμφωνίας σας.

| | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΜΕΤΡΙΑ | ΑΡΚΕΤΑ | ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ |
|---|---------|------|--------|--------|------------|
| 1. Γνώριζαν τρόπους να παρέχουν τη νοσηλευτική φροντίδα (π.χ. ενδοφλέβιες ενέσεις, επιδέσεις, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Γνώριζαν το χειρισμό ειδικών εξοπλισμών (π.χ. αντλίες, μηχανήματα παρακολούθησης, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Έλεγχαν εάν τα φάρμακα ανακουφίζουν τα συμπτώματά μου (π.χ. ναυτία, πόνος, δυσκοιλιότητα, άγχος, κλπ.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Μου ανέφεραν ενδείξεις και μεθόδους να προλαμβάνω ή να φροντίζω κάποιες παρενέργειες της φαρμακευτικής μου αγωγής ή της θεραπείας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Γνώριζαν τι να κάνουν σε καταστάσεις όπου κάποιος πρέπει να δράσει άμεσα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Με βοήθησαν με τη φροντίδα τους όπου δεν μπορούσαν να τα καταφέρω μόνος/η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Έδειξαν ικανότητα και επιδεξιότητα στον τρόπο με τον οποίο παρέμβαιναν σε μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Παρακολουθούσαν στενά την κατάσταση της υγείας μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Μου παρείχαν τη δυνατότητα να ασκηθώ στο να φροντίζομαι μόνος/η μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Με βοήθησαν να αναζητήσω κάποια ισορροπία στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Με βοήθησαν να διερευνήσω τι είναι σημαντικό στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Με βοήθησαν να διευκρινίσουν τι επιθυμώ να μου δώσουν τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Με βοήθησαν να διερευνήσω το νόημα που απέδωσα στην | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| κατάσταση της υγείας μου. | | | | | |
| 14. Με βοήθησαν να αναγνωρίσω τις μεθόδους για να επιλύω αποτελεσματικά τα προβλήματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Με βοήθησαν να δουν τα πράγματα από διαφορετική οπτική γωνία. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Προσπάθησαν να προσδιορίσουν μαζί μου τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Με αντιλαμβάνονταν ως ολοκληρωμένο άτομο και έδειξαν να ενδιαφέρονται για όσα με αφορούσαν και όχι μόνο για το πρόβλημα της υγείας μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Με ενθάρρυναν να είμαι αισιόδοξοι, όταν αυτό ήταν απαραίτητο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Έδιναν έμφαση στις προσπάθειές μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Δεν είχαν απέναντί μου κάποια στάση αποδοκιμασίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Σεβάστηκαν την ιδιωτικότητά μου (π.χ. δεν με εξέθεταν χωρίς λόγο). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Λάμβαναν υπόψη τους τις βασικές μου ανάγκες (π.χ. ύπνος, υγιεινή, κλπ.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Μου παρείχαν τη φροντίδα τους αλλά και τα φάρμακά μου στον προγραμματισμένο χρόνο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |