



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Πώς αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές τη φροντίδα και η σχέση αυτού με την ανθεκτικότητά τους»

Σάρρου Μαρία, Νοσηλεύτρια

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας, Επιβλέπων καθηγητής

Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζόγλου Χρυσή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας, Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Who do nurses perceive care and the relationship with their
resilience»**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
2.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2.1 Η σημασία της φροντίδας.....	8
2.2 Η ηθική της φροντίδας.....	9
2.3 Νοσηλευτική και φροντίδα.....	11
2.4 Η σημασία της αυτογνωσίας στην προσπάθεια παροχής επαρκούς διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας.....	13
2.5 Η κριτική σκέψη στη φροντίδα	13
2.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα.....	14
2.7 Αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.....	16
2.8 Πνευματικότητα- θρησκευτικότητα και φροντίδα υγείας.....	17
2.9 Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής στη φροντίδα υγείας.....	19
3.1 Η ανθεκτικότητα – Resilience των νοσηλευτών στη φροντίδα υγείας.....	21
3.2 Φροντίδα και ανθεκτικότητα των νοσηλευτών.....	22
3.3 Η συγκρότηση μια ισχυρής ταυτότητας.....	25
3.4 Επαγγελματική κοινωνικοποίηση και ένταξη στην διεπαγγελματική ομάδα...25	
3.5 Αυτογνωσία και επαγγελματική αυτοανάλυση	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
4.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	27
4.2 Δείγμα και εργαλεία της μελέτης.....	27
4.3 Στατιστική ανάλυση	28
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	29
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	46
6.1 Περιορισμοί – Μελλοντικές προοπτικές.....	50
7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	51
8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	52

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Το ταξίδι δεν περνά πάντα από εύκολους δρόμους όμως τα όνειρά μας είναι η πηγή της ζωής. Σε αυτό το ταξίδι αμέριστη βοήθεια και ενδιαφέρον έδειξε η καθηγήτρια μου κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, την οποία εκτιμώ και ευχαριστώ ιδιαίτερα ως Επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας. Υπήρξε αρωγός στην προσπάθειά μου και μου έδωσε όραμα και ελπίδα για να συνεχίσω.

Ευχαριστώ και τα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής:

Την Αναπληρώτρια καθηγήτρια του ΤΕΙ Ηπείρου κα Γκούβα Μαίρη και την κα Χατζόγλου Χρυσή Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσιολογίας του Τμήματος Ιατρικής από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας που κατά τη διάρκεια των μαθημάτων τους μας μεταλαμπάδευσαν την σημαντική πολύτιμη γνώση τους.

Ευχαριστώ τους καθηγητές και τη γραμματεία του Μεταπτυχιακού προγράμματος της ΠΦΥ, τους συναδέλφους που βοήθησαν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τις προϊστάμενες και το προσωπικό και από τα δύο τμήματα που εργάστηκα Παθολογική και Αιμοδυναμικό για την κατανόηση και τη βοήθεια που μου παρείχαν .

Τέλος ευχαριστώ τους γονείς και τους φίλους μου που με ενθάρρυναν σε όλη αυτή την προσπάθεια.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η φροντίδα εκφράζει την αγάπη για την εργασία και την επιμέλεια προς τους ασθενείς και για τη σωστή επίτευξή της απαιτείται ψυχικό σθένος, θάρρος, αισιοδοξία και αυτογνωσία, απαραίτητα στοιχεία για τη σύνθεση της ανθεκτικότητας. Η ψυχολογική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών συναρτάται με την παρεχόμενη φροντίδα, καθώς επηρεάζει την αντοχή τους στην επαγγελματική εξουθένωση.

Σκοπός: Ήταν να διερευνηθεί η ψυχολογική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών σε σχέση με τα εργασιακά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, καθώς και η τυχόν συσχέτισή της με τον τρόπο που οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα.

Υλικό και μέθοδος: Επρόκειτο για συγχρονική μελέτη, η οποία και πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας νοσηλευτών που εργάζονταν σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ελληνικά νοσοκομεία. Έγινε χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Φροντίδας GR-NDI-24 και η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor- Davidson (CD-RISC). Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0, ενώ χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα excel 2010 και Sigma plot 12.5. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Αποτελέσματα: Το 89,7% του δείγματος ήταν γυναίκες. Το 85,7% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 23% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, διαφορά προέκυψε στις υποκλίμακες «έλεγχος» και «πνευματικότητα». Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΤΕΙ σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους αποφοίτους ΑΕΙ στην υποκλίμακα «έλεγχος» έναντι εκείνων των ΑΕΙ, $p=0,027$ και στην υποκλίμακα «πνευματικότητα»: $p<0,001$ (πίνακας 6, γράφημα 2). Οι έχοντες περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσία είχαν μικρότερες επιδόσεις συγκριτικά με εκείνους με 10-15 χρόνια στις «ανάγκες ασθενών» και $[F(4,238)=2,576, p=0,043]$. Όσοι ήταν κάτω των 44 ετών είχαν μικρότερη βαθμολογία στη μεταβλητή «ανάγκες ασθενών» ($p<0,001$), ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν υψηλότερη βαθμολογία στη «μακροθυμία» ($p=0,004$). Οι «ανάγκες ασθενών» συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με όλες τις παραμέτρους του CD-RISC, ενώ το κλινικό έργο συσχετίστηκε επίσης οριακά με την προσωπική επάρκεια και σημαντικά με την αποδοχή και τον έλεγχο ($p<0,01$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τη σημασία των εργασιακών και κοινωνικών παραγόντων στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και εμμέσως της αντιμετώπισης του stress και της εξουθένωσης των νοσηλευτών, καθώς και της αποτελεσματικότερης φροντίδας των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Φροντίδα, ψυχολογική ανθεκτικότητα, εκπαίδευση, εργασιακά χαρακτηριστικά

ABSTRACT

Introduction: Care expresses love for work and diligence towards patients and it requires psychic courage, courage, optimism and self-knowledge, essential elements for the composition of resilience. The psychological resilience of nurses is linked to the care provided as it affects their resistance to professional burnout.

Purpose: It was to investigate the psychological resilience of nurses in relation to their work and demographic characteristics, as well as its possible correlation with the way nurses perceive care.

Material and methods: This was a cross-sectional study, which was carried out on a sample of nurses who worked in secondary and tertiary Greek hospitals. Self-referral questionnaires were used. In particular, the GR-NDI-24 Care Survey and the Connor-Davidson Durability Scale (CD-RISC) were used. Statistical data was processed using the SPSS 22.0 statistical package, while the 2010 and Sigma plot 12.5 programs were used. Descriptive and inductive statistical analysis was performed. The level of statistical significance was set at $p = 0.05$.

Results: 89.7% of the sample was female. 85.7% were TEI graduates and 23% were holders of postgraduate degrees. Regarding the educational level, a difference emerged in the sub-scales "control" and "spirituality". In particular, TEI graduates scored significantly higher than university graduates in the control sub-scale compared to those of university graduates, $p = 0.027$ and in the "spirituality" sub-scale: $p < 0.001$ (Table 6, Graph 2). Those with more than 20 years of service had lower performance than those with 10-15 years in "patient needs" and $[F(4,238) = 2,576, p = 0,043]$. Those less than 44 years of age had a lower score in the patient needs variable ($p < 0.001$), while the older ones had a higher score on "long-term" ($p = 0.004$). Patient needs were statistically significant correlated with all CD-RISC parameters, while clinical work was also associated marginally with personal proficiency and significantly with acceptance and control ($p < 0.01$).

Conclusions: The findings of this study emphasize the importance of work and social factors in enhancing psychological resilience and indirectly addressing the stress and exhaustion of nurses as well as more effective patient care.

Key words: Care, psychological resilience, education, work characteristics

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην αγγλική γλώσσα η λέξη φροντίδα είναι «care» και προέρχεται από την παλαιά αγγλική λέξη carian ή caerian που σημαίνει ανησυχώ, ενδιαφέρομαι, έχω έγνοια για φροντίδα και νιώθω.

Εκφράζει τη γονική, ρομαντική αγάπη για την εργασία και την επιμέλεια προς τους ασθενείς. Οι ανησυχίες των ασθενών αγγίζουν τον συναισθηματικό κόσμο των νοσηλευτών ελπίζοντας να τους παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα με την προσδοκία της ανακούφισης, περιποίησης, ανθρώπινης επαφής, του σεβασμού, της υποστήριξης, κατανόησης, βοήθειας και οποιαδήποτε δραστηριότητα γίνεται από αγάπη και ενδιαφέρον για τη θεραπεία τους.

Στη νοσηλευτική επιστήμη η φροντίδα κατέχει πρωτεύοντα ρόλο και ταυτότητα. Για τους νοσηλευτές η ηθική υποχρέωση που αισθάνονται κατά τη διάρκεια της φροντίδας αποτελεί μέσο θεραπευτικής παρέμβασης και επικαιροποιεί τη διαπροσωπική σχέση μεταξύ νοσηλευτή –ασθενή στην οποία ο νοσηλευτής επιδρά και δέχεται την επίδραση της προσωπικότητας του ασθενούς. Τα δυο άτομα είναι πλήρως παρόντα στον χωροχρόνο αναπτύσσοντας αμοιβαία αισθήματα ενότητας καθώς μοιράζονται το σύνολο της ανθρώπινης εμπειρίας της ύπαρξης στον κόσμο.

Σ' αυτό το δύσκολο και επίπονο έργο οι σύγχρονοι Επαγγελματίες Υγείας παρόλη την προσπάθεια τους έρχονται αντιμέτωποι με τις προκλήσεις των καιρών, καθότι η έλλειψη προσωπικού, εμπειρων νοσηλευτών, η γήρανση του εργατικού δυναμικού και διάφορα διαπροσωπικά προβλήματα αποτελούν τροχοπαίδη στην παροχή φροντίδας όπως αναφέρονται και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Οι νοσηλευτές έχουν μεγάλο εργασιακό φόρτο και συχνά εργάζονται υπό συνθήκες πίεσης. Οι απαιτήσεις στις οποίες έρχονται αντιμέτωποι μπορεί να τους εξουθενώσουν. Οι ασθενείς περιμένουν περισσότερα από τους παρόχους φροντίδας υγείας όπως αυξημένο επίπεδο της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης, επικοινωνία, εύκολη προσβασιμότητα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, για αναζήτηση βοήθειας ή για ενημέρωση της κατάστασης της υγείας τους. Πολλές φορές οι απαιτήσεις σχετίζονται με τη φροντίδα που προσφέρουν στους ασθενείς. Σε αυτή τη διάδραση υπάρχουν δυσκολίες

στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Κεφάλαιο 2

2.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

“I feel the capacity to care is the thing which gives life its deepest significance.”

PabloCasals (2000)

Σύμφωνα με τη Watson πεμπτούσια της Νοσηλευτικής είναι η φροντίδα. Είναι ο πυρήνας και η καρδιά της επιστήμης. Αποτελεί πολυσύνθετη, πολυδιάστατη και πολύμορφη έννοια αφού καλείται ως τέχνη, επιστήμη, φιλοσοφία, ταλέντο και δώρο με σκοπό τη θεραπεία. Προσεγγίζεται με τρεις κυρίως διαστάσεις, την ανθρωπολογική, ανθρωπιστική και ψυχοκοινωνική. Με προσήλωση και δεξιοτεχνία στοχεύει στην προστασία και ενδυνάμωση της αξιοπρέπειας του ατόμου. Εξατομικεύεται με ευαισθησία η παρεχόμενη φροντίδα ανάλογα με την κουλτούρα του ασθενούς, προάγεται η δυναμική της θεραπευτικής σχέσης, η εφαρμογή κλινικών πράξεων με γνώση, γνήσιο ενδιαφέρον και ηθική. Είναι από τις ύψιστες μορφές τέχνης εμπλουτισμένη με συναισθήματα και προσφορά. Η σύλληψη του πραγματικού νοήματος καθίσταται δύσκολη να περιγραφεί και να κατανοηθεί όπως και άλλες ιδέες: αγάπη, καλοσύνη, ομορφιά. [1,2,3]

Μπορεί να θεωρηθεί ως η αίσθηση ή το έκδηλο ενδιαφέρον, η προσοχή, το μεράκι, η επαγρύπνηση, η περιποίηση, η ενασχόληση και η συμπόνια προς τους άλλους, η ενσυναίσθηση. Η φροντίδα στηρίζεται στην ολότητα του ανθρώπου, που πρώτος ανέφερε ο Ιπποκράτης και αποτελεί βασική συνθήκη ανθρώπινης αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Χρειάζεται επιμέλεια και ευθύνη για να καλύψει σφαιρικά τις ανάγκες του ατόμου οργανικές, ψυχικές, κοινωνικές, πνευματικές. Είναι μια σειρά από πράξεις που έχουν αντίκτυπο σε ένα άτομο και δημιουργεί στο φροντιστή θετικά συναισθήματα προσφοράς. [4]

Διαφυλάττει ένα εγγενές νόημα, γεννά και αναπαράγει ανάγκες και συναισθήματα. Έχει δύο μορφές: την επαγγελματική που παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας με επιστημονική εγκυρότητα και την απλή φροντίδα που παρέχεται σε συνάνθρωπο είτε με ανιδιοτέλεια έχοντας ως συστατικά αγάπη, ενδιαφέρον, νοιάξιμο, ανθρωπιά είτε με κάποια χρηματική ανταμοιβή. Το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας

συνήθως ανήκει στους νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα επί 24ώρου βάσεως. Η αίσθηση που δημιουργείται στη σχέση φροντίδας είναι αυθεντική νοηματοδοτώντας τη ζωή του φροντιστή και αυτού που λαμβάνει τη φροντίδα. Η ιδέα της εμπεριέχει υποκειμενική και προσωπική εμπλοκή με τον ασθενή για την κατάλληλη προσέγγιση και εφαρμογή αντικειμενικών γνώσεων και δεξιοτήτων. [5]

Η ευαλωτότητα που διακατέχει όλα τα ανθρώπινα όντα δημιουργεί ένα είδος αλληλεξάρτησης στη φροντίδα και βοήθεια των άλλων. Αυτή η ηθική υποχρέωση διασφαλίζει την εκπλήρωση των αναγκών κάποιου πιο «αδύναμου» . Για τη διεκπαιρέωσή της απαιτείται γνώση, θεωρητική εκπαίδευση και κλινική εμπειρία για να επέλθει η ανακούφιση του ασθενούς. [6]

Για την αποτελεσματική λειτουργία στη σχέση φροντίδας απαιτείται αυτονομία, αμοιβαίος σεβασμός και η καλλιέργεια ενός θετικού περιβάλλοντος με αγάπη κυρίως προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Σε όλο το φάσμα της περίθαλψης χρειάζεται συνεργασία, η οποία θα χαρακτηρίζεται από ισοδυναμία, αλληλοσυμπλήρωση γνώσεων και δεξιοτήτων και συντονισμένη προσπάθεια. Αυτό ανατροφοδοτεί τους νοσηλευτές ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα περίθαλψης , την πρόσβαση στην περίθαλψη , τα κλινικά αποτελέσματα, την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού , την επικοινωνία, την ορθολογική χρήση των παρεχόμενων πόρων , ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και τη μείωση της θνητότητας και θνησιμότητας. [7]

Η φροντίδα του ασθενή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ιδιαίτερη και μοναδική προσωπικότητα του κάθε νοσηλευτή, από το περιβάλλον που λαμβάνει χώρα και τις επικρατούσες συνθήκες αλλά και από τη σχέση που αναπτύσσεται και εξελίσσεται ανάμεσα σε έναν νοσηλευτή και έναν ασθενή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναδύεται ως διπλή η υπόσταση της φροντίδας. Απ' τη μία ως στάση ζωής-πεποιθήσεις και αξίες και από την άλλη ως εφαρμοσμένες διαδικασίες και πράξεις. Για αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας απαραίτητη είναι η δημιουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας με καλή επικοινωνία και συνεργασία. Ο Warren Benis υποστήριξε πως κανείς από μόνος του δεν είναι τόσο έξυπνος, καθώς η μεμονωμένη ατομική δράση καθίσταται όλο και πιο ανεπαρκής. [3,8]

2.2 Η ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Ηθική είναι ένας κλάδος της φιλοσοφίας που μελετά την ανθρώπινη συμπεριφορά και τον ιδανικό τρόπο ύπαρξης. [9]

Αποτελεί αναπόφευκτο κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής και φροντίδας. Περιλαμβάνει το σωστό, τα πρέπει και στοχεύει στο να γίνει ο νοσηλευτής καλύτερος και χρησιμότερος για τους ασθενείς, τις οικογένειες και το κοινωνικό σύνολο. Η μεγαλύτερη ανησυχία του να είναι η προστασία της αξιοπρέπειας του ασθενή, να αναγνωρίζει τις ανάγκες του και να τις ικανοποιεί. Για την άσκηση της νοσηλευτικής επιστήμης με επαγγελματισμό και ακεραιότητα οι νοσηλευτές πρέπει να εφαρμόζουν κώδικα δεοντολογίας. [10,11,12]

Για τη λήψη κρίσιμων νοσηλευτικών αποφάσεων ηθικού περιεχομένου τα κριτήρια και οι προσεγγίσεις των επαγγελματιών διαφέρουν. Σε καθημερινή πρακτική η τάση της ηθικής απόφασης είναι προς το «βέλτιστο συμφέρον» (best interest) του αρρώστου. Βάση της προσέγγισης αυτής κριτήριο για τη λήψη απόφασης είναι η ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή και μακροπρόθεσμα. Άλλη άποψη είναι αυτή των «ορίων» όπου δε κρίνεται απαραίτητη η υποστήριξη όσων τα επίπεδα ευημερίας τους στο μέλλον είναι χαμηλά. Λόγω της τεχνολογικής εξέλιξης και ανάπτυξης τα ηθικά διλήμματα αντί να μειώνονται πολλαπλασιάζονται. Στην καθημερινή πρακτική οι προσεγγίσεις στη ρύθμιση της φροντίδας καταδεικνύουν ένα περιορισμένο νομοθετικό πλαίσιο. Για τη λήψη μιας σωστής και ηθικά αποδεκτής απόφασης πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά όλοι οι παράμετροι και τα κλινικά, πολιτισμικά και κοινωνικοοικονομικά πλαίσια. [4,13]

Ηθικό αδιέξοδο βιώνουν οι νοσηλευτές όταν κυριεύονται από αισθήματα ανικανότητας, αρνητικά συναισθήματα, ανεπάρκεια γνώσεων ή ελλιπή ενημέρωση για το ιστορικό του ασθενή με αποτέλεσμα να μη μπορούν να επιλύσουν ηθικά διλήμματα που τυχόν μπορεί να προκύψουν. Αυτό λειτουργεί ως εφιαλτήριο στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας προς τους ασθενείς. Συνήθως τέτοιου είδους διλήμματα επικρατούν σε τμήματα όπως Μ.Ε.Θ. όπου τα προβλήματα των ασθενών είναι ποικίλα και συνήθως προκαλούν έντονο στρες στους νοσηλευτές, αν δεν είναι καλοί γνώστες του αντικειμένου

τους. Στη Μ.Ε.Θ. δεν υπάρχει επικοινωνία με τους ασθενείς ώστε να αναφέρουν λεκτικά τι επιθυμούν και τι όχι. Υπάρχει περίπτωση μια θεραπεία να είναι αρκετά επιθετική και ο ασθενής να μη θέλει να τη λάβει. Στο συγκεκριμένο τμήμα δεν είναι σε θέση να εκφέρει άποψη ο ίδιος παρά μόνο οι οικείοι του που πολλές φορές παρά τα αντικειμενικά σημάδια πως η ζωή του ασθενή δε μπορεί να υποστηριχθεί πλέον κλινικά, οι ίδιοι επιμένουν σε ένα θαύμα. Οι νοσηλευτές τότε αντιμετωπίζουν ηθικό αδιέξοδο, καθώς θεωρούν πως μάταια συνεχίζουν την υποστηρικτική θεραπεία. Επίσης, ένα ηθικά «άσχημο» κλίμα και μια ηθικά «κακή» απόφαση σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης και με μεγάλη πιθανότητα ο επαγγελματίας υγείας να αποχωρήσει από την εργασία του. [10,14]

2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Φροντίδα και Νοσηλευτική προκύπτουν να είναι αλληλένδετα συνδεδεμένες έννοιες. Η Νοσηλευτική θεωρείται ως κατεξοχήν επιστήμη της φροντίδας, ανθρωπιστική επιστήμη που συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια του ατόμου. Προάγει την αυτονομία και την συνεργατική φροντίδα ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και ομάδων. Προωθεί την υγεία, προλαμβάνει την ασθένεια και παρέχει φροντίδα σε ασθενείς, άτομα με ειδικές ανάγκες ή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας . Σέβεται την ιδιαιτερότητα, ιδιωτικότητα και ατομικότητα του κάθε ασθενούς. Η Rogers αναφέρει πως είναι ακαδημαϊκό επάγγελμα που συνδυάζει επιστήμη και τέχνη. Επιστήμη λόγω της θεωρητικής κατάρτισης που είναι απαραίτητο εφόδιο και ισχυρό όπλο για την κατανόηση των παθολογικών μηχανισμών δράσης που συνδυάζουν κριτική σκέψη, ευφυές πνεύμα και δημιουργική φαντασία για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν προς όφελος των ασθενών. [4, 15]

Φροντίδα Υγείας είναι το εύρος των αγαθών και υπηρεσιών που παρέχονται σε άτομα ή κοινωνίες με σκοπό την παρακολούθηση , προαγωγή , διατήρηση ή αποκατάσταση υγείας. [16]

Η εταιρεία Johnson & Johnson σε εκστρατεία της υποστήριξε πως: «οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα αβίαστα και βρίσκονται εκεί όταν κάποιος χρήζει της ανάγκης τους. Δουλεύουν αθόρυβα, χωρίς να επιζητούν τη δόξα». [17]

Εργαλεία για ποιοτική συνεργασία νοσηλευτή και ασθενούς είναι η ακρόαση. Η

ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων βασίζεται στην εμπιστοσύνη και στην αποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία είναι μια ακατάπαυστη και δυναμική διαδικασία, η οποία επιτυγχάνεται με τη χρήση γραπτού ή προφορικού λόγου, όπως επίσης και με χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου και στάση σώματος. Οι νοσηλευτές έχουν όμως και βαθιά γνώση της σημαντικότητας της ακρόασης, του να «ακούς», και της αφοσίωσης στον ασθενή κατά τη διάρκεια που εκφράζει κάποιον προβληματισμό. Γνωρίζουν πώς να το κάνουν σωστά, ώστε να μπορούν να αντιληφθούν τι είναι περισσότερο σημαντικό απ' τα λεγόμενά του. Η ακρόαση κατανόησης απαιτεί από το νοσηλευτή να γνωρίζει τον ασθενή και την οικογενειακή μονάδα συναισθηματικά και διανοητικά. Να μπορεί να κατανοήσει τη λεκτική επικοινωνία, τη στάση σώματος και τα αισθήματα του καθενός. Να αφουγκράζεται συναισθήματα, νοήματα και συμπεριφορές. Να αντιλαμβάνεται, να διαισθάνεται, να κατανοεί, να επιβεβαιώνεται και αναλόγως να εκτιμά. Να σηματοδοτεί την εξελικτική συμπεριφορά. Να μην ακούει μόνο με τα αυτιά αλλά με τα μάτια και την καρδιά. Στο σημείο αυτό γίνεται μια ευγενής προσέγγιση στην κατανόηση των συναισθημάτων και των αντιλήψεων του ασθενούς. Άλλωστε η μεγαλύτερη ανάγκη του ανθρώπου είναι η συναισθηματική του επιβίωση. Το 1946 η Nightingale απέρριψε την απρόσεκτη φλυαρία. Σύμφωνα με τα λεγόμενά της ο ασθενής αντιλαμβάνεται πόσο εύκολο θα ήταν αν υπήρχε κάποιο άτομο που θα μπορούσε να μιλήσει απλά και ανοιχτά, που θα μπορούσε να εκφράσει τις επιθυμίες του άμεσα και με ειλικρίνεια. [18,19,20]

Για την κατανόηση και τη συμπόνια στα προβλήματα των ασθενών ο νοσηλευτής- φροντιστής πρέπει να έχει και αυτό-συμπόνια. Έχουν και οι φροντιστές ανάγκες στοργής και φροντίδας. Η αυτό-συμπόνια και συναίσθηση αυξάνουν την αποτελεσματικότητα της φροντίδας των ασθενών. [21]

Παλαιότερα οι ιατρικές υπηρεσίες δεν εξέταζαν τις προτιμήσεις των ασθενών. Η ταυτόχρονη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης με την ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας παρουσιάζει ενδιαφέρον. Η αυξανόμενη τάση για ικανοποίηση των ασθενών κυριαρχεί, καθώς πλέον γίνεται μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με ερωτηματολόγια σχετικά με την υγειονομική τους περίθαλψη. Τα ερωτηματολόγια αυτά συνήθως περιλαμβάνουν την προσβασιμότητα, την τοποθεσία, το κόστος, γενικές παροχές θεραπείας και αποκατάστασης και τη στάση του θεραπευτή. Η φροντίδα γίνεται με επίκεντρο τον ασθενή και οι ίδιοι φαίνονται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι. [22]

Σε έρευνα που από τους Rajnikihar M. et al που διεξήχθη στη Σλοβενία, τον Αύγουστο του 2012 διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης νοσηλευτών

,την αντίληψη τους (νοσηλευτές- βοηθοί νοσηλευτών) για τους παράγοντες φροντίδας σύμφωνα με τη θεωρία της Watson όπως επίσης και την ικανοποίηση των ασθενών. Δόθηκε ερωτηματολόγιο σε 1.098 νοσηλευτές και 1.123 ασθενείς . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα που έλαβαν από τους νοσηλευτές. Βρέθηκαν διαφορετικές αντιλήψεις στη φροντίδα μεταξύ των νοσηλευτών, η οποία σχετίστηκε με το επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης. [23]

2.4 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΠΑΡΚΟΥΣ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Αυτογνωσία είναι η διαδικασία όπου ο νοσηλευτής αποκτά γνώση των συναισθημάτων, των απόψεων και των συμπεριφορών του». Πρωταρχικός στόχος στη νοσηλευτική επιστήμη είναι η προσωπική γνώση των σκέψεων, αξιών και συναισθημάτων. Για μια καλή ψυχική υγεία η αυτογνωσία κατέχει σημαντικό ρόλο. Κάθε άνθρωπος έχει τις δικές του αξίες, απόψεις και πιστεύω που είναι μοναδικά. [24]

Πυλώνας για προσφορά διαπολιτισμικής φροντίδας είναι η αυτογνωσία και η πληροφόρηση όσον αφορά τις πεποιθήσεις, αντιλήψεις, ήθη και έθιμα για οργανισμούς, κοινωνίες, πολιτισμικές ομάδες. Σε μια Ελλάδα που πλήττεται οικονομικά, κοινωνικά, ηθικά η εισβολή μεταναστών ή η ήδη υπάρχουσα χρόνια παρουσία τους τώρα προκαλεί ξеноφοβία και ρατσισμό, καθώς υπάρχει ανεπτυγμένο το αίσθημα του φόβου και της ανασφάλειας. Ο επαγγελματίας υγείας όταν καλείτε να αντιμετωπίσει έναν τέτοιο ασθενή πρέπει να αποβάλλει το στίγμα, να αποφύγει διακρίσεις, βίαιες και επιθετικές συμπεριφορές, καθώς μόνο έτσι μπορεί να προσφέρει φροντίδα. Η οποιαδήποτε προβολή του νοσηλευτή ή επαγγελματία υγείας δε θα αποφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα, λόγω του ότι ο φόβος μπορεί να συμβάλλει στην πρόκληση της συμπεριφοράς που ο νοσηλευτής φαντάζεται ή επιθυμεί να αποφύγει. Μία ευγενική στάση, η προσπάθεια για κατανόηση της γλώσσας και της διαφορετικότητας, η απουσία καχύποπτης διάθεσης και η επεξηγηματική παροχή φροντίδας μεγιστοποιεί την προσπάθεια επαρκούς διαπολιτισμικής φροντίδας. [25]

2.5 Η ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ορίζεται ως “η ενεργή πνευματική διαδικασία με τη χρήση δεξιοτήτων όπως η αντίληψη, ανάλυση, σύνθεση και αξιολόγηση των πληροφοριών που έχουν συλλεχθεί μέσω της παρατήρησης, εμπειρίας και επικοινωνίας”. [26]

Είναι η ικανότητα της ορθής λήψης κλινικών αποφάσεων με γνώμονα την ασφαλή και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Αποτελεί την πειθαρχημένη επιστημονική θεωρητική γνώση μέσα από διαλέξεις, εκπαιδευτικά προγράμματα, μετεκπαιδεύσεις, εργασίες και έρευνα.

Η κριτική σκέψη ενεργοποιείται από τις ανάγκες των ασθενών και βασίζεται στις αρχές της νοσηλευτικής διεργασίας. Χρησιμοποιείται στη νοσηλευτική διάγνωση και καλλιεργείται με την πάροδο του χρόνου. Στηρίζεται στην επιστημονική-θεωρητική γνώση των νοσημάτων και των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, στη λογική σκέψη, στο πλήρες ιστορικό του ασθενή και απαιτεί κλινική εμπειρία. [27,28]

Κύριο συστατικό για το χώρο της υγείας στην κατανόηση πρακτικών καθημερινών θεμάτων, πρόβλεψης και αντιμετώπισης άλλων. Για την απόκτησή της χρειάζεται αλλαγή της νοοτροπίας στη σκέψη, στη μελέτη, στην ακρόαση. Περιλαμβάνει την πρόβλεψη ενός πιθανού προβλήματος, την εντόπισή του, τον προσδιορισμό του, την επιλογή της καλύτερης, αμεσότερης και πιο αποτελεσματικής λύσης και τέλος την επανεξέταση της. Έχει θετική επίδραση στο νοσηλευτή καθώς το αίσθημα του ενδεχόμενου κινδύνου που βιώνει του προσδίδει κλινική ευαισθησία, ετοιμότητα, επαγρύπνηση και ακρίβεια στον τρόπο δράσης. Είναι σημαντικό να «παντρεύεται» η εμπειρία με την γνώση. Να μπορεί να διακρίνει το σωστό από το λάθος και να κατατάσσει τον ασθενή ορθά στην προτεραιότητα αν είναι υψηλού ή χαμηλού κινδύνου. [29]

Σε έρευνα από τους Παπαθανασίου και συν οι φοιτητές Νοσηλευτικής μέσω των μαθημάτων κατά τη διάρκεια των σπουδών τους προσπαθούν να αναπτύξουν ανεξαρτησία σκέψης, επιδεξιότητα σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, πνευματικό θάρρος, ακεραιότητα, επιμονή, υπομονή, αυτοπεποίθηση, ενδιαφέρον για έρευνα και δημιουργική περιέργεια. Θεωρείται βασική διαδικασία για την ασφαλή, επιτυχημένη και εξειδικευμένη νοσηλευτική επιστήμη. [26]

2.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πρωταρχικός και καθοριστικός στη φροντίδα, υποστήριξη και θεραπεία του ασθενή. Παρέχει βοήθεια στους ασθενείς ώστε να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο θεραπευτικό πλαίσιο (νοσοκομείο), τους ενθαρρύνει δίνοντας κίνητρα για τη ζωή, τους εκπαιδεύει ανάλογα και με την πάθηση (Σακχαρώδης Διαβήτης) επιδιώκει να τελέσει ο ασθενής πράξεις αυτοφροντίδας, τους συμμορφώνει στην ακολούθηση της θεραπείας. Δημιουργεί μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης ιδιαίτερα χρήσιμη για την επιτυχία των θεραπευτικών παρεμβάσεων και του αποτελέσματος. Η επικοινωνία, η εμπιστοσύνη, το αληθινό ενδιαφέρον, η ενσυναίσθηση του νοσηλευτή προς τον ασθενή λειτουργούν θετικά στη θεραπεία του. Η ικανότητα του νοσηλευτή να ακούει προσεκτικά τον ασθενή, να αφουγκράζεται τα συναισθήματά του, να τον κατανοεί χωρίς να ασκεί κριτική συντελούν στη μεταξύ τους αποτελεσματική επικοινωνία. [30]

Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό MedScape 2017 αναφέρεται ότι έγινε ερώτηση στους Νοσηλευτές. Τι είναι αυτό που τους αρέσει καλύτερα στην καριέρα τους και ανέφεραν τρεις λόγους : τους αρέσει που έχουν μια δουλειά, είναι ικανοποιημένοι με αυτό που κάνουν και τους αρέσει η αλληλεπίδραση με τους ασθενείς.

Στην έρευνα πήραν μέρος (10.026) εγγεγραμμένοι και πρακτικοί Νοσηλευτές στην Αμερική ηλικίας 45 έως 64 ετών στο μεγαλύτερο ποσοστό γυναίκες με κλινική εμπειρία πάνω από 21 χρόνια.

Το δεύτερο ερώτημα ήταν να καταγράψουν από ποια πτυχή της εργασίας τους αντλούν ικανοποίηση. Οι πρακτικοί Νοσηλευτές απάντησαν ότι αισθάνονται υπερήφανοι γι' αυτό που κάνουν καθότι οι ασθενείς είναι ευγνώμονες απέναντί τους. Οι εγγεγραμμένοι Νοσηλευτές συμφώνησαν με την απάντηση των πρακτικών και επιπροσθέτως ανέφεραν ότι ασκούν ένα επάγγελμα που τους αρέσει και είναι πολύ καλοί

στην δουλειά τους, όσο για το οικονομικό μέρος της εργασίας μόνο το 8% δήλωσε ότι είναι σημαντικό. Παρόλα αυτά όταν οι Νοσηλευτές ερωτήθηκαν από ποια πτυχή της εργασίας τους δεν είναι πλήρως ικανοποιημένοι. Απάντησαν ότι δεν είναι πλήρως ικανοποιημένοι από το ποσό που τους καταβάλλεται σε σχέση με την εργασία που προσφέρουν. [31]

Σε μία επόμενη έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2017 στο περιοδικό Medscape Nurses αναφέρεται ότι ήρθε η ώρα να ενδιαφερθούμε και να αναγνωρίσουμε την προσφορά των φροντιστών- νοσηλευτών. Περισσότεροι από 250 εγγεγραμμένοι Νοσηλευτές στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δήλωσαν το 93% ότι είναι ικανοποιημένοι από την επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος το 77% ότι αντλούν δύναμη από την εργασία τους είναι εργατικοί επαγγελματίες, συμπονετικοί και αγαπούν αυτό που κάνουν. Ωστόσο η κούραση είναι κοινό πρόβλημα όλων. Το 98% δήλωσε ότι η εργασία τους είναι και σωματικά και ψυχικά απαιτητική. Οι Νοσηλευτές με νυχτερινό ωράριο εργασίας σε ποσοστό 56% παραδέχτηκαν ότι οδηγούν το αυτοκίνητο μετά από νυχτερινή υπηρεσία προς το σπίτι με μειωμένα αντανακλαστικά και υπνηλία και ότι το 23% οδήγησαν το αυτοκίνητο έξω από το δρόμο για να ξεκουραστούν. Το 11% παραδέχτηκε ότι έχει κάνει λάθη λόγω κούρασης ή από υπερβολικό φόρτο εργασίας χωρίς διαλείμματα και χωρίς γεύμα ή δείπνο. Τέσσερες (4) στους πέντε (5) Νοσηλευτές ανέφεραν ότι είναι δύσκολο να ισορροπήσεις σώμα – πνεύμα και ψυχή. Στην σκέψη τους είναι να βρουν κάτι ανάλογο για εργασία εκτός Νοσοκομείου για να ισορροπήσει η ζωή τους.

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο εργατικό δυναμικό των νοσοκομείων και επενδύουν στην υποστήριξη του συστήματος υγείας, χωρίς όμως να κινδυνεύουν από επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με επαρκείς περιόδους ανάπαυσης ανάμεσα στα ωράρια εργασίας και πρόσβαση σε προγράμματα υγείας και ευεξίας, έτσι ώστε να ωφεληθούν και οι φροντιστές και οι φροντιζόμενοι. [32]

2.7 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τον Απρίλιο 2017 δημοσιεύτηκε στην Ευρώπη μία αξιόπιστη κλίμακα ονόματι

APROCENF που οι Νοσηλευτές θα μετράνε στο τέλος κάθε βάρδιας το γενικό πλαίσιο της περίθαλψης στην διαχείριση αξιολόγησης της φροντίδας. Αναπτύχθηκε για να αποδειχθούν οι κρίσιμοι παράγοντες διαχείρισης φροντίδας με αντίκτυπο τις ανάγκες ασθενών, συγγενών και επαγγελματιών Υγείας.

Η εφαρμογή της αξιοπιστίας στην Νοσηλευτική πρακτική επιτρέπει τον εντοπισμό και την βελτίωση των καταστάσεων στην διαδικασία παραγωγής συμβάλλοντας στην λήψη αποφάσεων. Για την ανταπόκριση της Νοσηλευτικής στις ανάγκες φροντίδας απαιτείται οργάνωση και ιεραρχία δραστηριοτήτων.

Το προϊόν της Νοσηλευτικής φροντίδας είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ διαρθρωτικών παραγόντων, ανθρώπινου κεφαλαίου, υπηρεσιών υγείας και μέθοδοι οργάνωσης εργασίας. Στηρίζεται στην έννοια της παραγωγής φροντίδας, της διαχείρισης λαθών στην ποιότητα υγείας και συνδυάζει παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας.

Αποτελείται από οκτώ (8) αντικείμενα όπως πόροι που απαιτούνται για περίθαλψη, ανάγκες του Νοσηλευτικού προσωπικού, προγραμματισμός Νοσηλευτικής φροντίδας και παρακολούθησή της, εκπαιδευτικά προγράμματα για επιμόρφωση των Επαγγελματιών Υγείας, παρακολούθηση αλληλεπίδρασης διεπιστημονικής ομάδας, ικανοποίηση αναγκών ασθενών, συγγενών και Επαγγελματιών Υγείας.

Η εφαρμογή της στην κλινική πράξη επιτρέπει στους Νοσηλευτές την μέτρηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας της παραγωγικής διαδικασίας συμβάλλοντας στην απόφαση διαχείρισης φροντίδας. [33]

Στην παρακάτω έρευνα η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας έγινε από τους ασθενείς.

Σε εμπειρική μελέτη που δημοσιεύτηκε απ' το πανεπιστήμιο Πελοποννήσου το 2016 σε δείγμα 284 ασθενών με όριο ηλικίας 58,7 ετών με χρόνια νεφρική νόσο που υποβάλλονται σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας με αιμοκάθαρση, αξιολογήθηκαν οι αντιλήψεις τους σχετικά με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και το βαθμό ικανοποίησης απ' τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι άνω του μέτριου από την παροχή φροντίδας και απ' την ενημέρωση και υποστήριξη που έλαβαν σχετικά με το πρόβλημα υγείας τους. Όσο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στο σύστημα συνεδρίας αιμοκάθαρσης, η πλειοψηφία επίσης ήταν άνω του μετρίου ικανοποιημένοι απ' την κλινική εξέταση του ιατρικού προσωπικού και το χάρισμα της διάκρισης που διέθεταν καθώς και απ' το αίσθημα αισιοδοξίας και ασφάλειας που

παρείχαν στη θεραπευτική διαδικασία. Μεγάλο βαθμό ικανοποίησης έδειξαν απ' τη διοίκηση και οργάνωση της μονάδας Τ.Ν με αποτελεσματικότητα στη βελτίωση της ποιοτικής φροντίδας με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και άνετο περιβάλλον στο τμήμα συνεδρίας.[34]

2.8 ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στην Ουάσιγκτον στο Πανεπιστήμιο του Maryland Medical Center υπάρχει τμήμα εξυπηρέτησης για πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες προς τους ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και προς την διεύθυνση του προσωπικού. Όλοι οι άνθρωποι στη διάρκεια της ζωής τους θέτουν υπαρξιακές ερωτήσεις για να καλύψουν τις πνευματικές ανησυχίες που τους απασχολούν ειδικά όταν ευρίσκονται αντιμέτωποι με προβλήματα υγείας όπου απειλείται η ζωή τους ή διάγουν μία κρίσιμη κατάσταση. Οι πνευματικές ανάγκες και ανησυχίες παίρνουν σημαντικές διαστάσεις όταν ο άνθρωπος ευρίσκεται στο κρεβάτι του πόνου. Ειδικά καταρτισμένα άτομα δίνουν απαντήσεις σε μεγάλα ζητήματα της ζωής. Οι πιο συχνές ερωτήσεις είναι, γιατί σε μένα Θεέ μου? Γιατί να μου συμβαίνουν όλα αυτά? Που μπορώ να στραφώ για βοήθεια και από πού να αντλήσω ελπίδα? Ποιος με αγαπά?

Υπάρχουν πόροι που οι άνθρωποι μπορούν να αντλήσουν βοήθεια και ισορροπία, να διευθετήσουν εν δυνάμει τα προβλήματά τους, να βρουν νόημα, ελπίδα, καλοσύνη στην κοινωνία της κρίσης μέσω της προσευχής, της εκκλησίας με μυστηριακές πρακτικές από τα ιερά κείμενα, την οικογένεια, φίλους καθώς και από ομάδες υποστήριξης;

Πιο συγκεκριμένα οι μελέτες των τελευταίων 50 ετών έδειξαν ότι οι άνθρωποι μέσω της πνευματικής καθοδήγησης αποκομούν πολλά οφέλη, κερδίζουν σε ψυχικά αποθέματα που θα σταθούν αρωγοί στην επίτευξη της βελτιωμένης αίσθησης ευημερίας με λιγότερες ημέρες παραμονής στο Νοσοκομείο με ανεκτές εμπειρίες διαμονής, καλύτερη προσαρμογή και συμβιβασμό με το νοσοκομειακό πλαίσιο που έχει ως αποτέλεσμα την

γρήγορη επάνοδο στην καθημερινότητα. [35]

Ανάλογη μελέτη αναφέρει πως τα υψηλά επίπεδα ενδογενούς κινήτρου σχετίζονται με μικρότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης λόγω της ψυχοκαταπόνησής τους και με αυξημένο σθένος γιατί η ενδογενής θρησκευτικότητα συνδέεται με υγιή προσωπικότητα και υγιή ψυχική κατάσταση.

Σε άλλη μελέτη ασθενείς παρακολούθηθηκαν για 24 εβδομάδες τη διερεύνηση της ταχύτητας ύφεσης της κατάθλιψης. Όσοι είχαν υψηλή θρησκευτικότητα με καθημερινή προσευχή, ανάγνωση ψυχοφελούς βιβλίου και συμμετοχή σε θρησκευτικές τελετές ανάρρωσαν ταχύτερο σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50%. [36]

2.9 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΛΑΘΩΝ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ως ανθρωπιστική επιστήμη έχει στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της τον ασθενή. Κάθε νοσηλευτικός χειρισμός εμπεριέχει την πιθανότητα λάθους. Σύμφωνα με τον Meurier το νοσηλευτικό λάθος είναι κάθε πράξη, απόφαση ή παράλειψη που αξιολογήθηκε ως μη ορθό από έμπειρους συναδέλφους και έχει δυσμενείς επιπτώσεις στον ασθενή. Λάθος επίσης θεωρείται, το σφάλμα, η αστοχία, η αποτυχία στην εκτίμηση. Τις περισσότερες φορές έχουν ελάχιστες επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών γιατί κάποιο έμπειρο μάτι προλαμβάνει και επανορθώνει και άλλοτε πάλι έχει ως συνέπεια την παράταση του χρόνου θεραπείας. Αποτελούν συχνή κατηγορία με αντίκτυπο στην υγεία και ασφάλεια των ασθενών. Ασφάλεια ορίζεται η προστασία του ασθενούς η οποία θα πρέπει να αποτελεί τον σημαντικότερο στόχο για κάθε σύγχρονο σύστημα υγείας ή ακούσιο συμβάν που μειώνει το όριο ασφαλείας κάθε ασθενή. Αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο ποιότητας της παρερχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας.

Η εμφάνιση λαθών υποδεικνύει δείκτη πλημμελούς ασφάλειας των νοσηλευομένων και η καταγραφή τους θα τα μειώσει και θα προάγει την ποιότητα και την ασφάλεια υγείας. Το πρόβλημα των νοσηλευτικών λαθών προέρχεται από ΗΠΑ και Αυστραλία. Πρώτοι κατέγραψαν με στοιχεία σύμφωνα με μελέτη της Institute of medicine ότι οι θάνατοι που πιθανόν να σχετίζονται με νοσηλευτικά και ιατρικά λάθη υπολογίζονται από 44.000 έως 98.000 το χρόνο, ενώ προκαλούνται βλάβες σε 1.000.000

ασθενών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία κύριοι παράγοντες στη δημιουργία λαθών είναι η ανεπαρκής στελέχωση, η ελλιπής εκπαίδευση, κακός σχεδιασμός ή μη τήρηση των διαδικασιών, ο τρόπος λήψης αποφάσεων και οι περιορισμένοι πόροι.

Τα ανεπιθύμητα συμβάντα έχουν σχέση με το φόρτο εργασίας, τη βίωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα ελλιπή συστήματα ηλεκτρονικής διαχείρισης φαρμάκων και τη διακοπή εργασίας κατά την προετοιμασία και χορήγηση τους. Σχετίζονται με ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, εσφαλμένη φαρμακευτική αγωγή στη δοσολογία και στο χρόνο χορήγησης, χειρουργικά και διαγνωστικά σφάλματα, ελαττωματικές ιατρικές συσκευές ακόμα και πτώσεις ασθενών. Ο περιορισμός στην εμφάνιση λαθών σχετίζεται με την ηλικία και την εμπειρία, με την ικανοποίηση απ' το αντικείμενο εργασίας, απ' τις επαγγελματικές σχέσεις και τη συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού. Στην Ελλάδα λόγω έλλειψης επαγγελματισμού ή χλευασμού ή τιμωρίας, τα λάθη αποκρύπτονται από ντροπή και ενοχή απέναντι στους συναδέλφους και στους ασθενείς. [37,38]

Σε έρευνα που έγινε σε 8 δημόσια νοσοκομεία και σε 3 ιδιωτικά πήραν μέρος 178 διπλωματούχοι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ΜΕΘ που στα καθήκοντα περιλαμβάνεται η χορήγηση φαρμάκων. Αναφέρθηκε ότι αιτιολογικοί παράγοντες για εμφάνιση λαθών είναι ο φόρτος εργασίας, η απόσπαση προσοχής των νοσηλευτών, η επαγγελματική εξουθένωση. Εννέα (9) στους δέκα (10) Νοσηλευτές παραδέχονται ότι έκαναν φαρμακευτικά λάθη σε ποσοστά 91,5% με λάθος δόση και ώρα χορήγησης. Οι νοσηλευτές επιθυμούν την επίσημη καταγραφή λαθών και εκτιμούν ότι θα βελτιώσει την φροντίδα υγείας.

Η παρακάτω έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2015 αποτελεί την πρώτη συνολική προσπάθεια αξιολόγησης της στάσης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ασφάλειας, διαχείρισης λαθών και δυσμενών συμβάντων κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Συμμετείχαν 810 Επ. Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί νοσηλευτών, φαρμακοποιοί, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές) που εργάζονται σε 12 νοσοκομεία στην Αττική και στην περιφέρεια. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι τα δυσμενή συμβάντα και τα λάθη αποτελούν μια πραγματικότητα στην υγεία. Η υγεία στα Ελληνικά νοσοκομεία δεν κρίνεται θετική με δεδομένο το χαμηλό μέσο συνολικό ποσοστό θετικών απαντήσεων που έλαβε το ερωτηματολόγιο (42,6%) καθώς και το χαμηλό μέσο ποσοστό θετικών απαντήσεων της συχνότητας αναφοράς των δυσμενών συμβάντων (39,4%). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι υγειονομικές υπηρεσίες θα πρέπει να αναπτύξουν

στρατηγικές για να βελτιωθεί η παρεχόμενη φροντίδα που έχει ως σκοπό τη διασφάλιση ασφάλειας του ασθενούς.

Δυστυχώς επειδή το ανθρώπινο Νοσηλευτικό δυναμικό δεν διεκδικεί το αλάθητο στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, τα λάθη μπορούν να προληφθούν με πρωτόκολλα καθοδήγησης, στα οποία οι εργαζόμενοι θα δυσκολεύονται να κάνουν λάθη και θα είναι εύκολο να κάνουν το σωστό. Είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης να κάνει λάθος, αλλά και να βρίσκει λύσεις και να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις. [39,40]

3.1 Η ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ–RESILIENCE ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίζουν καταστάσεις με επιτυχία παρά τις αντικειμενικές δυσκολίες. Στρατηγική επιβίωσης και προσαρμογής στις εκάστοτε συνθήκες, η ικανότητα του να συνεχίζεις και να προσαρμόζεσαι. Θεωρείται και χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που μπορεί κάποιος να τη μάθει και να τη χρησιμοποιεί. Αναπτύσσεται κυρίως στην παιδική ηλικία, καθώς βιώνουμε απογοητεύσεις ή ανησυχίες που κατά καιρούς παρουσιάζονται. Χρησιμοποιείται από τα άτομα για γρήγορη ανάκτηση των δυνάμεων μετά από δυσάρεστα γεγονότα (“bounce back”) που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του. [41,42]

Η ανθεκτικότητα είναι σύνθετη και πολύπλευρη. Επιτυγχάνεται με την αλληλεπίδραση και τη συνεργασία. Προστατεύει τους νοσηλευτές από τη συναισθηματική εξάντληση, συμβάλει στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας, στην πνευματική ευεξία και μειώνει την αποπροσωποποίηση. Υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας συνδέονται με ελπίδα, μεγάλη εργασιακή εμπειρία, ηλικία και μειωμένο εργασιακό άγχος. [43]

Αγκαλιάζει δύο αλληλοσυγκρουόμενα πεδία. Το πρώτο αφορά αντιξοότητες, τραυματικά γεγονότα και δυσάρεστες εμπειρίες της ζωής του ατόμου και το δεύτερο την αντιμετώπιση αυτών των δυσμενών καταστάσεων με επιτυχία, θάρρος και ψυχικό σθένος. [44]

Επικεντρώνεται στη δημιουργία πρόσθετων δυνάμεων, χρειάζεται αυτογνωσία, αισιοδοξία, παραγωγική διάθεση και ψυχικό σθένος ώστε να οικοδομηθεί μια ισχυρή

συναισθηματική νοημοσύνη. Στην ανθεκτικότητα η ευτυχία είναι ο απώτερος σκοπός. Χαρακτηριστικά όπως η αυτονομία, η γνώση του περιβάλλοντα χώρου, του διαθέσιμου υλικού, ο έλεγχος του περιβάλλοντος και οι σχέσεις συνεργασίας συνδέονται διαρθρωτικά στην ενδυνάμωση των νοσηλευτών. [45,46,47]

3.2 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Η ανθεκτικότητα επιπροσθέτως επηρεάζει την φροντίδα υγείας. Όσοι παραμένουν στο νοσηλευτικό χώρο ενώ έχουν αδυναμία να αντιμετωπίσουν οργανωτικές καταστάσεις επηρεάζουν αρνητικά και το αποτέλεσμα της φροντίδας. Η κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας γίνεται αντιληπτή με την παροχή προγραμμάτων υποστήριξης και ανάπτυξης στους νοσηλευτές είτε έχουν ένα καλό επίπεδο ανθεκτικότητας είτε χρειάζονται ενίσχυση. Τα προγράμματα έχουν την ικανότητα να μειώνουν το στρες, το άγχος, να ενισχύουν την προσοχή των εργαζομένων και την ηράκλεια αντοχή. Πρόσθετες συνεδρίες παρακολούθησης όπως τηλεδιασκέψεις καθίστανται ένα αποτελεσματικό σύστημα προγραμματισμού εργασίας προσφέροντας σθεναρά μεθόδους παρεμβάσεων και κατάρτισης σε νέους νοσηλευτές διαχείρισης άγχους και στρες. Ένα πλαίσιο υποστήριξης, θετικής οργανωτικής κουλτούρας και ανάπτυξης προγραμμάτων κρίνεται απαραίτητο ώστε να παραμείνουν αλώβητοι οι νοσηλευτές στο σημερινό περιβάλλον φροντίδας υγείας. [43,48,49]

Το νοσηλευτικό επάγγελμα από τη φύση του είναι ιδιαίτερα αγχωτικό και ψυχοπιεστικό και καλό είναι οι νοσηλευτές να οπλίζονται με ψυχική αντοχή, θετική σκέψη, αυτοπεποίθηση, επινοητικότητα, ευελιξία, ανάληψη ευθύνης και να είναι ικανοί να διαχωρίσουν την επαγγελματική από την προσωπική ζωή, ώστε να είναι ανθεκτικοί και αποτελεσματικοί στην παροχή φροντίδας. Ο διαχωρισμός της επαγγελματικής από την προσωπική ζωή θα μπορούσε να μετριάσει το άγχος και το στρες σε νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα πρώτης γραμμής ΜΕΘ, ΤΕΠ και Χειρουργείο. Εντούτοις επειδή πίσω από κάθε εργαζόμενο υπάρχει μια προσωπική ζωή και μια οικογένεια και για να

υπάρξει ισορροπία μεταξύ εργασιακής και προσωπικής ζωής και για πληρέστερη παροχή φροντίδας οι νοσηλευτές θα πρέπει να λαμβάνουν συναισθηματική υποστήριξη και από τους συναδέλφους, να νιώθουν ότι συμμερίζονται τα προβλήματά τους, να αλληλοβοηθούνται, να υπάρχει αλληλοκατανόηση και κλίμα εμπιστευτικότητας και συνεργατικότητας. [50]

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν αντιξοότητες στον εργασιακό τους χώρο. Επιφορτίζονται καθημερινά με το συναισθηματικό βάρος των ασθενών και των οικογενειών τους κουβαλώντας όμως και οι ίδιοι το δικό τους προσωπικό τραύμα. Υπάρχουν κάποιοι προστατευτικοί μηχανισμοί και αυτοί είναι το χιούμορ, η ηθική, η διορατικότητα, η δημιουργικότητα, η οικοδόμηση σχέσεων σε κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας και η απόκτηση πρωτοβουλίας με την αύξηση της εμπειρίας. Υπάρχουν ωστόσο και παράγοντες που τους απομακρύνουν από το νοσηλευτικό τους έργο και την άμεση παροχή φροντίδας στους ασθενείς όπως το εργασιακό στρες που επωμίζονται και ο εκφοβισμός που επιδεινώνεται σε ένα εχθρικό εργασιακό περιβάλλον. Εκ των δύο ο εκφοβισμός μειώνει την ικανότητα συγκέντρωσης σε νοσηλευτικές πράξεις με αποτέλεσμα να δημιουργούνται σφάλματα που ως αντίκτυπο έχουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη μειωμένη παραγωγικότητα, τη συχνή απουσία από την εργασία και την έκπτωση της ποιότητας φροντίδας. Όσοι νοσηλευτές εισπράττουν τον εργασιακό και συναδελφικό εκφοβισμό αδυνατούν να αντιληφθούν και να αναγνωρίσουν το πρόβλημα αποδίδοντας όποιο σφάλμα ή πρόβλημα δημιουργείται στον εαυτό τους νιώθοντας ανεπαρκείς ως επαγγελματίες υγείας. Κυριεύονται από αισθήματα φόβου, πανικού, ενοχής, ανασφάλειας, απομόνωσης αρχικά από συναδέλφους και έπειτα από το γενικότερο κοινωνικό σύνολο, ενώ επηρεάζεται και η ευθυκρισία τους.[51,52]

Γεγονότα που εντείνουν το στρες είναι ο φόρτος εργασίας, οι ιδιαίτεροι χαρακτήρες των ασθενών, η κριτική που δέχονται από ασθενείς, συνοδούς ή συναδέλφους, η έλλειψη υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον, η ασάφεια του καθηκοντολογίου, η συχνή εναλλαγή βάρδιας, η καθημερινή επαφή με τον πόνο και το θάνατο, η έλλειψη προσωπικού, η εξέλιξη της τεχνολογίας που άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δε μπορούν να ακολουθήσουν και ο μεταξύ συναδέλφων ανταγωνισμός. Έμφαση πρέπει να δίνεται στους παράγοντες που προωθούν την επιτυχία στη ζωή ώστε να εξαλείφονται οι παράγοντες που σχετίζονται με την αποτυχία. Για τη διαχείριση των προβλημάτων αυτών οι νοσηλευτές καλούνται να παρέχουν αυτοφροντίδα στους εαυτούς τους με τη δημιουργία μιας καλής φιλίας, μιας καλής ερωτικής σχέσης και τη διατήρηση του χιούμορ τους. Νοσηλευτές που ήταν πιο ανθεκτικοί είχαν μεγαλύτερη

κοινωνική υποστήριξη.

Παρά τις προσπάθειες θα υπάρξουν στιγμές που οι νοσηλευτές δε θα μπορούν να ανταπεξέλθουν. Μπορεί αυτές οι δυσκολίες να επιφέρουν ψυχολογικά προβλήματα, ψυχοσωματικές διαταραχές, μειωμένη ικανότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας, απουσία από την εργασία, κατάχρηση ουσιών ή και εγκατάλειψη του επαγγέλματος. Στην περίπτωση αυτή το νοσοκομείο της Βικτώρια των ΗΠΑ εισήγαγε συνεδριάσεις για τους νοσηλευτές ώστε να συζητούν τις ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές πτυχές της φροντίδας των ασθενών. Για το λόγο αυτό συμπεριλήφθηκε η συγκρότηση μιας διεπιστημονικής αποτελεσματικής επικοινωνίας σε γερά θεμελιωμένη ομάδα για επίλυση συγκρούσεων, με εργαστήρια μείωσης του άγχους που προσφέρουν αντίσταση στις καταστροφικές συμπεριφορές και αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας που είναι μια άμεση μορφή βίας.

Η διακοπή του καπνίσματος και η έναρξη γυμναστικής βοηθούν στη διαχείριση του στρες. Οι νοσηλευτές πρέπει να αισθάνονται πολύτιμοι στην εργασία τους. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζονται νοσηλευτές-ηγέτες που θα επιδείξουν θάρρος θα αγκαλιάσουν την ποικιλομορφία των χαρακτήρων που συνθέτουν το εργατικό δυναμικό για να το καθοδηγήσουν με συμπόνια και ταπεινότητα ώστε να αναπτυχθεί η ανθεκτικότητα και να στελεχωθούν τα νοσοκομεία με εξαιρετικά εύρωστους επαγγελματίες υγείας. Σε άλλο πρόγραμμα μείωσης του εργασιακού στρες, η ανάπτυξης της προσοχής και η βελτίωση της ανθεκτικότητας χρησιμοποίησαν αρχές όπως η ευγνωμοσύνη, η συμπόνια, η αποδοχή και η συγχώρεση ώστε να ανακάμψουν από προβλήματα που τους απασχολούν. [42,46]

Σύμφωνα με μια έρευνα όπου συμμετείχαν 73 Ε.Υ. ανέφεραν πως τα προσωπικά και ατομικά χαρακτηριστικά για την ανθεκτικότητα είναι η αισιοδοξία, η ευσυνειδησία, το χιούμορ, η πνευματικότητα, οι ισχυρές επαγγελματικές αξίες, οι ρεαλιστικές προσδοκίες, τα θετικά πρότυπα του εργασιακού περιβάλλοντος, το φύλο, η ηλικία, η διατήρηση ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και η ωριμότητα. Ο χώρος εργασίας και οι παράγοντες πίεσης συντελούν στη διαφοροποίηση της παρεχόμενης προσοχής και φροντίδας. Οι σχέσεις με τους συναδέλφους, οι αλληλεπιδράσεις με ανώτερα διευθυντικά πρόσωπα, ο φόρτος εργασίας και η προσωπική προσαρμογή και εμπλοκή στο χώρο, ανέπτυξαν μια ταυτότητα που σχετίστηκε με την ανθεκτικότητα. Υπογραμμίζεται πως η ανθεκτικότητα συνιστά και εκπαίδευση καθώς και κατάρτιση για τη διαχείριση των συναισθημάτων ώστε να αντιμετωπίζονται καλύτερα οι απαιτήσεις στην εργασία. [50]

Η διατήρηση της ανθεκτικότητας σχετίζεται και με την ενδογενή θρησκευτικότητα εμποδίζοντας την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς ρυθμίζει το άγχος παρεμποδίζοντας να εκδηλωθεί και παρέχοντας θετικούς τρόπους αντιμετώπισης. Η αντίληψη της παρουσίας του Θεού με σχέση αγαπητική μαζί του μάλλον φαίνεται να έχει ισχυρή ρυθμιστική επίδραση. Η θρησκευτικότητα βοηθά στην αντιμετώπιση των συναισθηματικών επιδράσεων καθώς παρέχει προστατευτικό τρόπο αναζήτησης παρηγοριάς και ανακούφισης, αποτρέποντας τη δυσφορία και τη θλίψη. Συνδράμει στην πρόληψη της κατάθλιψης, απομακρύνοντας συμπεριφορές που αυξάνουν το άγχος και ασκούν προστατευτικό ρόλο στην ψυχική υγεία και ευεξία.

Η χρήση της θετικής θρησκευτικής αντιμετώπισης, όπως η κατανόηση του Θεού ως συνεργάτη, κοινωνική ή πνευματική υποστήριξη (η αίσθηση ότι ο άνθρωπος αγαπά το Θεό και ο Θεός σε ανταπόδοση τον αγαπά). Αυτά τα δύο είδη υποστήριξης έχουν σχέση με προστατευτικές επιδράσεις απέναντι στο άγχος, μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή.

Τα υψηλά επίπεδα ενδογενούς κινήτρου σχετίζονται με μικρότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και με αυξημένο σθένος, γιατί η ενδογενής θρησκευτικότητα συνδέεται με υγιή προσωπικότητα, υγιή ψυχική κατάσταση και αντοχή στις ψυχοκαταπονήσεις.[53]

3.3 Η ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΜΙΑΣ ΙΣΧΥΡΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ

Η θεωρητική εκπαίδευση στην Νοσηλευτική φροντίδα συνάδει με την τήρηση συγκεκριμένων αρχών, θεωριών και πρωτοκόλλων που πολλές φορές παρατηρείται στο χώρο εργασίας. Υπάρχουν περιπτώσεις που ανακύπτουν συγκρούσεις ανάμεσα στο «δέον» και στην καθημερινή πρακτική. Στις περιπτώσεις αυτές ο Νοσηλευτής καλείται να συλλάβει πρωτοβουλίες με γνώμονα την κριτική σκέψη. Σ' αυτό το έργο συμβάλλουν ιδιαίτερα η δια βίου μάθηση, η επιμόρφωση, η υποστήριξη, η εποπτεία από την διεπιστημονική ομάδα και η εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων από την επαγγελματική του πείρα.

Συγκροτεί έτσι μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα, εμβαθύνοντας παράλληλα στο ουσιαστικό νόημα της Νοσηλευτικής φροντίδας και ενισχύει ζητήματα που αφορούν σχέσεις με συναδέλφους, ασθενείς και με τον εαυτό του. Γίνονται ικανοί, αποκτώντας μηχανισμούς άμυνας στην αντιμετώπιση προβλημάτων που πριν καθίστατο ευάλωτοι.

Αλλά και η επίδραση της εμπειρίας μέσα στο χρόνο τους βοηθάει να γίνονται ευέλικτοι, εναλλακτικοί, ώριμοι με γνώση του εαυτού τους (αυτογνωσία) μέχρι εκεί που μπορούν, αποκτώντας και ενσυναίσθηση ενισχύοντας έτσι και την επαγγελματική τους ταυτότητα, μια μοναδική προσωπική διαδικασία, ένα ταξίδι γνώσης του εαυτού, του άλλου και του περιγύρου. [51]

3.4 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΗΝ ΔΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Στο χώρο εργασίας ανακύπτουν καθημερινά προβλήματα και δυσκολίες για τις οποίες οι νεοδιοριζόμενοι Νοσηλευτές δεν είναι εκπαιδευμένοι και ενημερωμένοι (δυσκολίες συνεργασίας, συγκρούσεις και επιθετικότητα, σχέση εξουσίας μεταξύ τους, θέματα εκφοβισμού και παρενόχλησης), έτσι ώστε δεν υπάρχει χώρος να αναπτυχθεί ο ελεύθερος διάλογος με σκοπό να διατυπωθούν αντίθετες απόψεις προς όφελος των ασθενών για καλύτερη αντιμετώπιση και θεραπεία. Λύση σ' όλα τα παραπάνω αποτελεί η αρμονική συνεργασία, βασισμένη στον αλληλοσεβασμό μεταξύ των Νοσηλευτών καθώς και η πολυπρισματική θεώρηση των θεμάτων που ανακύπτουν, αποτελεί ανεκτίμητο βέλος στη φαρέτρα της θεραπευτικής ομάδας. Χρήσιμο εφόδιο για την προετοιμασία των νέων Νοσηλευτών σχετικά με την ανάληψη ευθυνών αποτελεί η ένταξή τους στο πρόγραμμα σπουδών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο μαθημάτων σχετικό με την Νοσηλευτική διεργασία σε πρακτικό επίπεδο.

3.5 ΑΥΤΟΓΝΩΣΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΑΛΥΣΗ

Οι φοιτητές της Νοσηλευτικής, στην αρχή της επαγγελματικής πορείας διακατέχονται από ιδεαλιστικά αισθήματα πάθους για προσφορά και φροντίδα των ασθενών. Στην πορεία της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας παρατηρείται να αντικαθιστούν τα αρχικά θετικά αισθήματα με υλιστικά κίνητρα καθώς αντιμετωπίζουν τις πραγματικές δύσκολες συνθήκες του χώρου εργασίας και αυτό οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας και αδυναμίας οριοθέτησης του εαυτού.

Ο Νοσηλευτής μεταφέροντας στην ενήλικη ζωή παιδικές ανασφάλειες και ανεκπλήρωτες ανάγκες ασυνείδητα ακολουθεί το ρόλο του ήρωα ή του σωτήρα υπερεκτιμώντας τις δυνατότητές του, περιπλέκεται στις σχέσεις του με τον ασθενή, διακατέχεται από αισθήματα ενοχής, με πρωταρχικό στόχο να εισπράξει την αγάπη και τον θαυμασμό του περιβάλλοντος.

Η επαγγελματική του όμως επιτυχία εξαρτάται από ένα μικρό ποσοστό των ακαδημαϊκών γνώσεων, το μεγαλύτερο όμως ποσοστό οφείλεται στην αυτογνωσία και την συναισθηματική νοημοσύνη του Νοσηλευτή. Όσο περισσότερο γνωρίζει κάποιος τους εγγενείς περιορισμούς και είναι σε θέση να αναγνωρίσει την ευάλωτη συναισθηματική του πλευρά, τόσο καλύτερα μπορεί να σταθεί στις δυσκολίες που έχει η φροντίδα των ασθενών. [52]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η ψυχολογική ανθεκτικότητα των νοσηλευτών σε σχέση με τα εργασιακά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, καθώς και η τυχόν συσχέτισή της με τον τρόπο που οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα.

Συγκεκριμένα, τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Συσχετίζεται η ψυχολογική ανθεκτικότητα με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές την φροντίδα;
2. Συσχετίζεται η ψυχολογική ανθεκτικότητα με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά;

4.2 Δείγμα και εργαλεία της μελέτης

Επρόκειτο για συγχρονική μελέτη, η οποία και πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας νοσηλευτών που εργάζονταν σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ελληνικά νοσοκομεία. Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια (252) σε νοσηλευτές ΤΕ και ΠΕ στα εξής νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (60), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο (122), Ελπίς (30), Ιασώ Θεσσαλίας (20), Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών (20). Έγινε χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο Φροντίδας GR-NDI-24 και η Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor- Davidson (CD-RISC). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 15 Δεκεμβρίου 2016 έως 15 Φεβρουαρίου το 2017.

Ερωτηματολόγιο φροντίδας (GR- NDI-24): Το αρχικό ερωτηματολόγιο φροντίδας NDI-35 σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για το νοσηλευτή οι παράμετροι της φροντίδας, όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα Likert και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. Από το αρχικό ερωτηματολόγιο και μετά από προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα προέκυψε το GR – NDI – 24. Περιλαμβάνει την υποκλίμακα κλινικού έργου με 18 ερωτήσεις και την κλίμακα αναγκών του ασθενούς με 6 ερωτήσεις. Η κλίμακα αποτελείται από 24 ερωτήσεις των 5 διαβαθμίσεων (1- Πολύ σημαντικό, 2-Μέτρια σημαντικό, 3-Λίγο σημαντικό, 4-Σημαντικό, 5- Καθόλου σημαντικό). Σημειώνεται ότι χαμηλότερη βαθμολογία πιθανολογεί και καλύτερη αντίληψη φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε στα ελληνικά από τους Kotrotsiou et al., το 2014. [54]

Κλίμακα Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC). Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτό-αναφορικές δηλώσεις των πέντε διαβαθμίσεων (0-Καθόλου αληθές, 1- Σπάνια αληθές, 2- Κάποιες φορές αληθές, 3- Συχνά αληθές, 4- Σχεδόν πάντα αληθές) οι οποίες έχουν δομηθεί με βάση τη μελέτη προηγούμενων ερευνών και συγγενών με την ανθεκτικότητα εννοιολογικών κατασκευών και αντιστοιχούν στους πέντε ακόλουθους παράγοντες: (1) Προσωπική επάρκεια, Υψηλά κριτήρια και Επιμονή – (2) Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο, Μακροθυμία όσον αφορά την αρνητική διάθεση και Ενδυναμωτική επίδραση του στρες – (3) Θετική αποδοχή της αλλαγής και Ασφαλείς Σχέσεις – (4) Έλεγχος – (5) Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η δοκιμασία της κλίμακας τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα έδειξε καλή εσωτερική συνέπεια (Cronbach $\alpha=0,89$) και επίσης καλή αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου (συντελεστής ενδοσυσχέτισης = 0,87). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και σταθμιστεί από τους Δημητριάδου, Ε., & Σταλίκας, Α. (Μετάφραση 2008).

4.3 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0, ενώ χρησιμοποιήθηκαν τα προγράμματα excel 2010 και Sigma plot 12.5. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης t-test, ANOVA με post-hoc ανάλυση και οι συσχετίσεις κατά Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0.05$

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 89,7% του δείγματος ήταν γυναίκες και η πλειονότητα (67,5%) των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι. Το 63,1% διέμενε σε πόλη μεγαλύτερη των 100.000 κατοίκων, ενώ το 91,7% είχε αδέρφια και το 70,2% ήταν γονείς.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	N	%
Φύλο		
Άντρας	26	10,3
Γυναίκα	226	89,7
Σύνολο	252	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	62	24,6
Έγγαμος/η	170	67,5
Διαζευγμένος/η	20	7,9
Σύνολο	252	100,0
Τόπος διαμονής		
Χωριό/Κωμόπολη	40	15,9
Πόλη <100.000 κατοίκους	53	21,0
Πόλη >100.000 κατοίκους	159	63,1
Σύνολο	252	100,0
Έχετε αδέρφια;		
Ναι	231	91,7
Όχι	21	8,3
Σύνολο	252	100,0
Έχετε παιδιά:		
Ναι	177	70,2
Όχι	75	29,8
Σύνολο	252	100,0

Το 91,3% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ, 8,7% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και το 23% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου σπουδών. Το 63 % είχε αθροιστικά προϋπηρεσία περισσότερα από 15 χρόνια και θεωρεί τον εαυτό του πολύ και πάρα πολύ καλό στην εργασία του.

Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	N	%
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Α.Ε.Ι	22	8,7
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι	230	91,3
Σύνολο	252	100,0
Επίπεδο μεταπτυχιακών		
Master/Διδακτορικό	58	23,0
Κανένα	194	77,0
Σύνολο	252	100,0
Επαγγελματική εμπειρία		
0-5 έτη	27	10,7
5-10 έτη	23	9,1
10-15 έτη	43	17,1
15-20 έτη	61	24,2
Περισσότερα από 20 έτη	98	38,9
Σύνολο	252	100,0

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, σημαντικές διαφορές προέκυψαν στις υποκλίμακες «ανάγκες ασθενών», στη «μακροθυμία» και στον «έλεγχο». Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι δείχνουν ενδεχομένως ευνοϊκότερη στάση απέναντι στις «ανάγκες των ασθενών» με οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά $F(2,236)=3,320$, $p=0,038$ στην post-hoc ανάλυση. Οι διαφορές ήταν μεγαλύτερες στις υποκλίμακες της «μακροθυμίας» [$F(2,241)=3,870$, $p=0,022$] και στον «έλεγχο»: [$F(2,246)=3,870$, $p=0,017$] (πίνακες 3 & 4, γράφημα 1).

Πίνακας 3. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

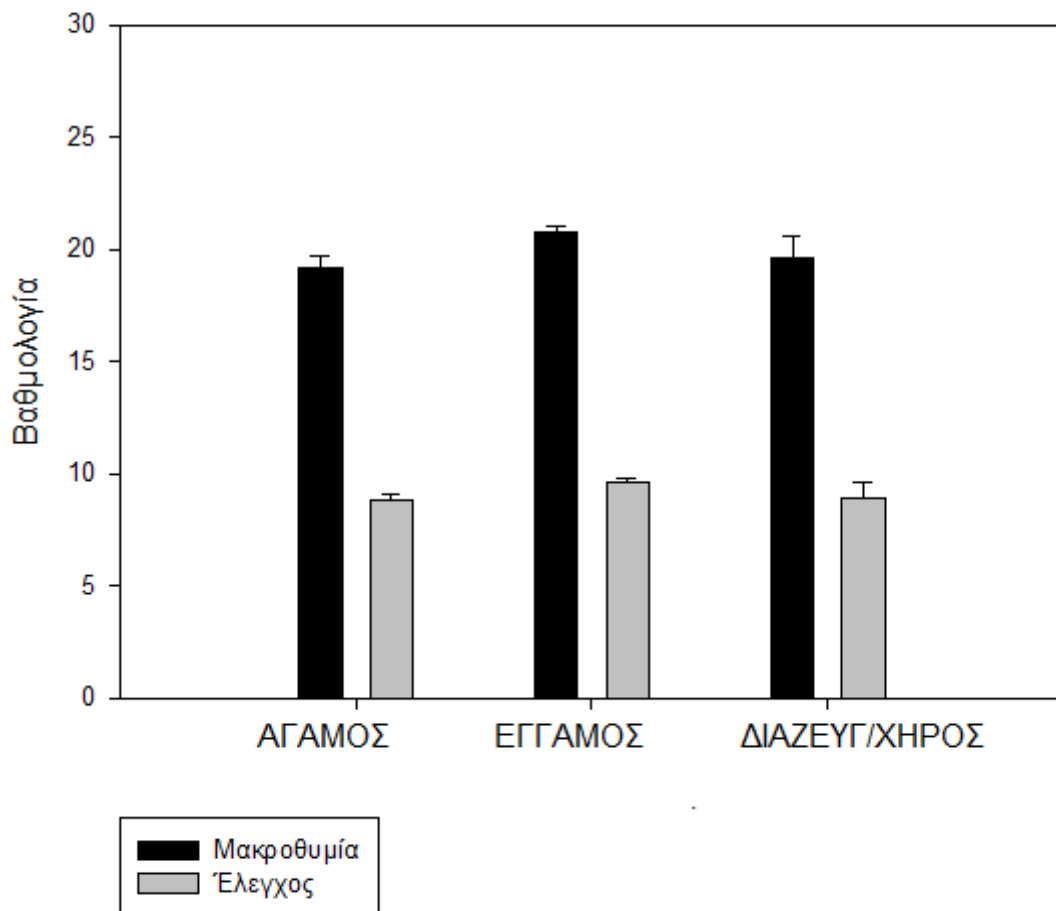
Οικογενειακή κατάσταση	F	p
Ανάγκες Ασθενών	3,320	0,038
Κλινικό Έργο	2,052	0,131
Προσωπική Επάρκεια	0,726	0,485
Μακροθυμία	3,870	0,022
Αποδοχή	0,955	0,386
Έλεγχος	4,119	0,017
Πνευματικές Επιρροές	2,499	0,084
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	2,870	0,059

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η		Έγγαμος/η		Διαζευγμένος/η	
	MT	TA	MT	TA	MT	TA

Πίνακας 4. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες του NDI και του CD-RISC ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

Ανάγκες Ασθενών	18,53	5,86	16,42	5,76	15,56	6,34
Κλινικό Έργο	30,83	12,47	27,27	12,17	26,17	12,24
Προσωπική Επάρκεια	24,45	4,19	25,17	4,56	24,39	4,53
Μακροθυμία	19,11	4,77	20,77	3,83	19,59	4,05
Αποδοχή	15,10	3,00	15,65	2,61	15,61	2,57
Έλεγχος	8,84	2,00	9,63	1,86	8,94	2,73
Πνευματικές Επιρροές	5,63	1,67	6,14	1,46	5,89	1,78
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	73,39	12,77	77,50	11,67	73,76	13,04
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση						

Γράφημα 1. Σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του CD-RISC σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



Πίνακας 5. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με τη μεταβλητή «διαμονή»

Διαμονή	F	p
Ανάγκες Ασθενών	0,088	0,916
Κλινικό Έργο	0,208	0,812
Προσωπική Επάρκεια	0,428	0,652
Μακροθυμία	1,949	0,145
Αποδοχή	0,315	0,730
Έλεγχος	1,280	0,280
Πνευματικές Επιρροές	3,325	0,038
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	0,950	0,388

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην post-hoc ανάλυση μεταξύ των διαφόρων υποομάδων της μεταβλητής «διαμονή» και των υποκλιμάκων της έρευνας.

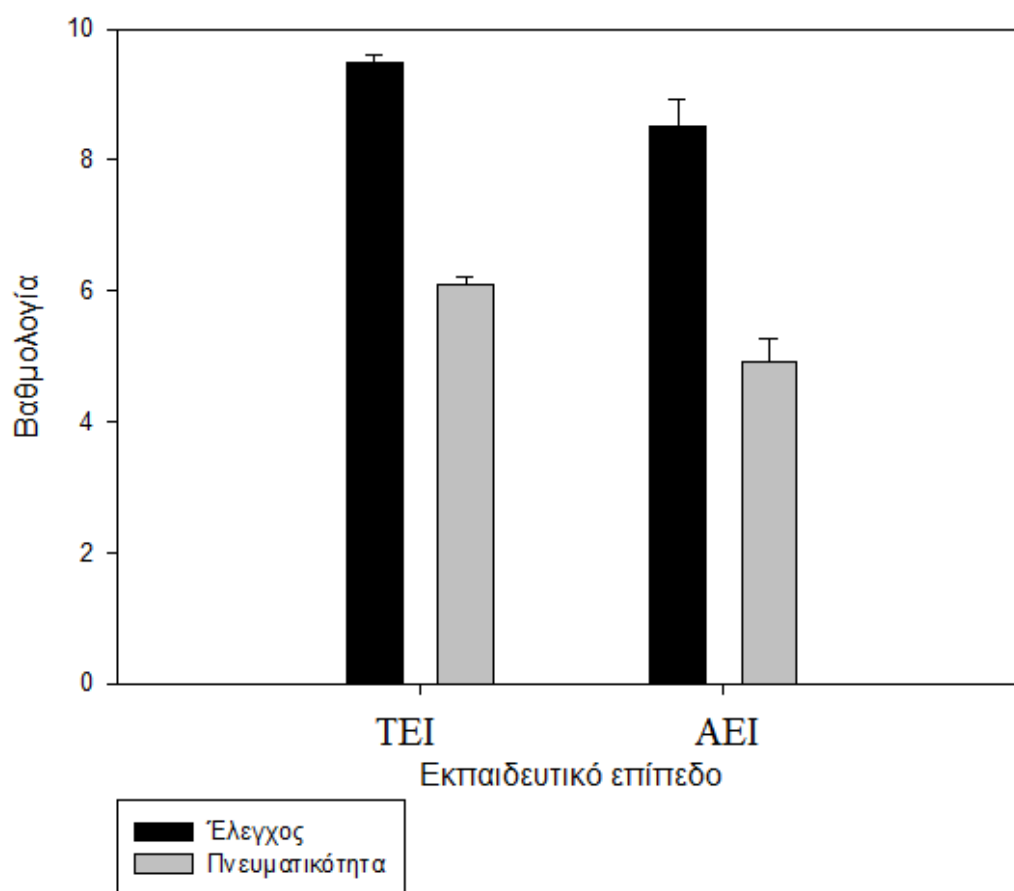
Πίνακας 6. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες του NDI και του CD-RISC ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο

	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	MT	TA	t	p
Ανάγκες Ασθενών	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	19,55	6,41	1,942	0,065
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	16,66	5,80		
Κλινικό Έργο	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	30,28	12,21	0,834	0,405
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	27,95	12,30		
Προσωπική Επάρκεια	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	23,82	3,86	1,250	0,212
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	25,04	4,44		
Μακροθυμία	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	18,56	4,64	2,078	0,039
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	20,44	4,00		
Αποδοχή	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	15,27	2,64	-0,459	0,647
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	15,55	2,69		
Έλεγχος	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	8,50	1,95	2,221	0,027
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	9,48	1,97		
Πνευματικές Επιρροές	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	4,91	1,72	3,543	<0,001
	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	6,10	1,49		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	Απόφοιτος ΑΕΙ	22	71,97	12,22	1,779	0,076

	Απόφοιτος ΤΕΙ	230	76,61	11,63		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, διαφορά προέκυψε στις υποκλίμακες «έλεγχος», «μακροθυμία» και «πνευματικότητα». Πιο συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΤΕΙ σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία έναντι των ΑΕΙ στις υποκλίμακες «έλεγχος» $p=0,027$, στη «μακροθυμία» $p=0,039$ και «πνευματικότητα»: $p<0,001$ (πίνακας 6, γράφημα 2).

Γράφημα 2. Σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του CD-RISC σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο



Όσον αφορά την επαγγελματική εμπειρία, σημαντικές διαφορές προέκυψαν στις υποκλίμακες «ανάγκες ασθενών» και «κλινικού έργου» του NDI με τους έχοντες περισσότερα από 20 χρόνια προϋπηρεσία να σημειώνουν μεγαλύτερες επιδόσεις συγκριτικά με εκείνους με 10-15 χρόνια που σημαίνει και αποδοτικότερη φροντίδα ασθενών: [F(4,233)=3,130, p=0,016 στην post-hoc ανάλυση] για τις «ανάγκες ασθενών» και [F(4,238)=2,576, p=0,038] για το «κλινικό έργο» (πίνακες 7 & 8, γράφημα 3). Στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε επίσης στη μεταβλητή «μακροθυμία» με τους έχοντες περισσότερα από 20 έτη προϋπηρεσίας να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με εκείνους με 5-10 υπηρεσίας: [F(4,238)=2,851, p=0,025] (γράφημα 4).

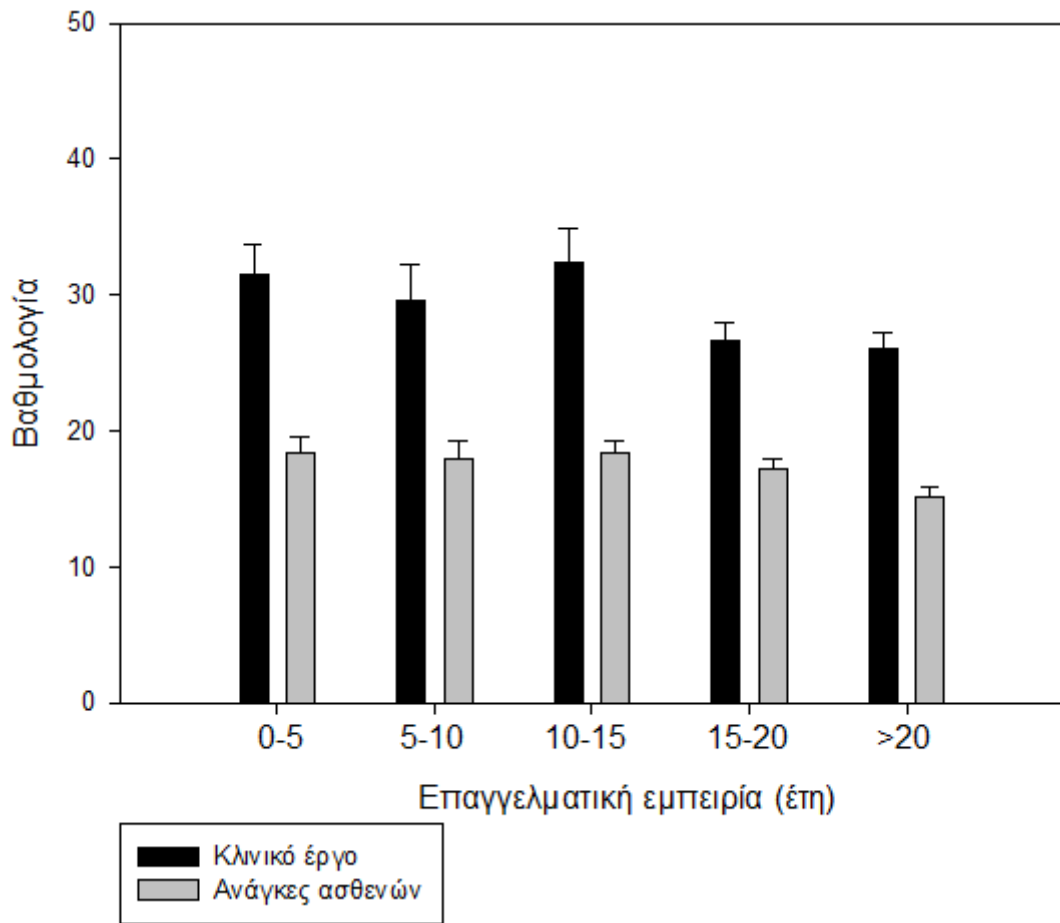
Πίνακας 7. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία

Επαγγελματική εμπειρία	F	p
Ανάγκες Ασθενών	3,130	0,016
Κλινικό Έργο	2,576	0,038
Προσωπική Επάρκεια	1,098	0,358
Μακροθυμία	2,851	0,025
Αποδοχή	0,341	0,850
Έλεγχος	2,489	0,044
Πνευματικές Επιρροές	0,922	0,452
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	1,464	0,214

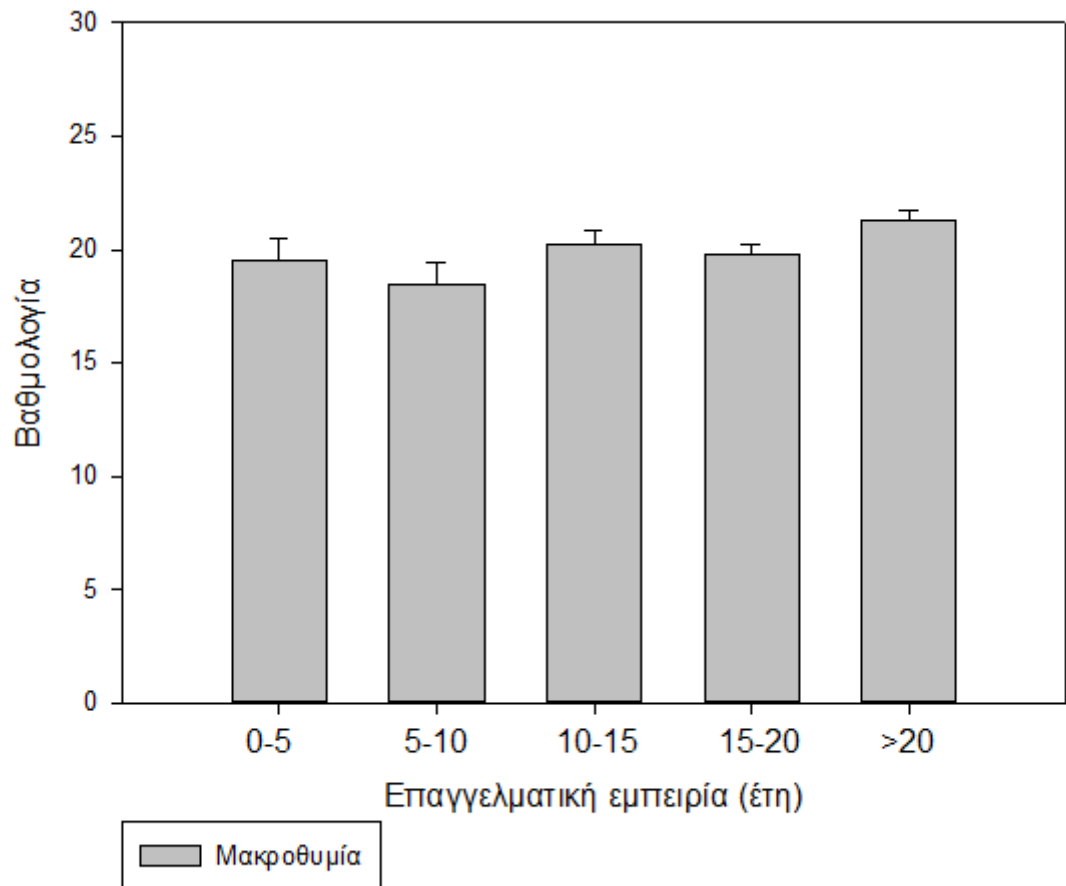
Πίνακας 8. Οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες του NDI και του CD-RISC ανάλογα με την επαγγελματική εμπειρία

Επαγγελματική εμπειρία	0-5 έτη		5-10 έτη		10-15 έτη		15-20 έτη		Περισσότερα από 20 έτη	
	MT	TA	MT	TA	MT	TA	MT	TA	MT	TA
Ανάγκες Ασθενών	17,93	5,78	17,95	6,39	18,48	5,42	17,29	5,16	15,22	6,11
Κλινικό Έργο	30,12	10,56	29,64	11,99	32,35	16,16	26,67	10,20	25,78	11,08
Προσωπική Επάρκεια	25,42	4,72	24,91	3,41	24,76	4,44	24,05	4,43	25,53	4,56
Μακροθυμία	19,77	5,36	18,48	4,40	20,19	4,13	19,78	3,31	21,28	4,01
Αποδοχή	15,33	3,23	15,13	2,72	15,36	2,96	15,58	2,42	15,74	2,66
Έλεγχος	9,04	2,12	8,78	2,00	9,37	1,84	9,13	1,93	9,87	1,96
Πνευματικές Επιρροές	6,15	1,54	5,43	1,85	6,05	1,43	6,00	1,48	6,09	1,57
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	76,48	14,30	72,74	11,78	75,68	11,79	74,74	10,82	78,43	12,28
MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική Απόκλιση										

Γράφημα 3. Σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες του CD-RISC σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία



Γράφημα 4. Οι διαφορές στην υποκλίμακα «μακροθυμία» του CD-RISC, σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία



Πίνακας 9. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με το φύλο

	Φύλο	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Ανάγκες Ασθενών	Άντρας	26	17,85	6,26	0,862	0,390
	Γυναίκα	214	16,79	5,86		
Κλινικό Έργο	Άντρας	24	32,79	14,10	1,964	0,051
	Γυναίκα	212	27,62	12,00		
Προσωπική Επάρκεια	Άντρας	24	24,67	4,80	-0,311	0,756
	Γυναίκα	223	24,96	4,42		
Μακροθυμία	Άντρας	26	20,19	3,97	-0,106	0,916
	Γυναίκα	219	20,28	4,17		
Αποδοχή	Άντρας	24	15,54	2,84	0,033	0,974
	Γυναίκα	224	15,52	2,70		
Έλεγχος	Άντρας	25	9,12	2,17	-0,716	0,475
	Γυναίκα	226	9,42	1,97		
Πνευματικές Επιρροές	Άντρας	26	5,62	1,63	-1,339	0,182
	Γυναίκα	225	6,04	1,54		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	Άντρας	21	75,86	13,23	-0,138	0,890
	Γυναίκα	215	76,24	12,04		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Δεν παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με το φύλο και την ύπαρξη ή μη αδελφών.

Πίνακας 10. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την ύπαρξη ή μη αδελφών

	Έχετε αδέρφια;	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Ανάγκες Ασθενών	Ναι	219	16,79	5,89	-0,969	0,334
	Όχι	21	18,10	5,96		
Κλινικό Έργο	Ναι	216	27,80	12,08	-1,430	0,154
	Όχι	20	31,90	14,24		
Προσωπική Επάρκεια	Ναι	226	24,97	4,45	0,391	0,696
	Όχι	21	24,57	4,47		
Μακροθυμία	Ναι	224	20,28	4,19	0,096	0,924
	Όχι	21	20,19	3,61		
Αποδοχή	Ναι	227	15,54	2,69	0,253	0,800
	Όχι	21	15,38	2,97		
Έλεγχος	Ναι	230	9,41	1,97	0,596	0,552
	Όχι	21	9,14	2,20		
Πνευματικές Επιρροές	Ναι	230	6,02	1,54	0,588	0,557
	Όχι	21	5,81	1,66		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	Ναι	215	76,32	12,10	0,440	0,661
	Όχι	21	75,10	12,60		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Πίνακας 11. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την ύπαρξη ή μη παιδιών

	Έχετε παιδιά;	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Ανάγκες Ασθενών	Ναι	168	16,41	5,88	-1,992	0,047
	Όχι	72	18,06	5,82		
Κλινικό Έργο	Ναι	166	27,39	12,38	-1,460	0,146
	Όχι	70	29,94	11,97		
Προσωπική Επάρκεια	Ναι	175	25,26	4,39	1,782	0,076
	Όχι	72	24,15	4,51		
Μακροθυμία	Ναι	173	20,83	3,71	3,308	0,001
	Όχι	72	18,94	4,79		
Αποδοχή	Ναι	175	15,73	2,54	1,876	0,062
	Όχι	73	15,03	3,03		
Έλεγχος	Ναι	176	9,63	1,96	2,979	0,003
	Όχι	75	8,83	1,96		
Πνευματικές Επιρροές	Ναι	176	6,18	1,49	2,797	0,006
	Όχι	75	5,59	1,61		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	Ναι	168	77,77	11,49	3,166	0,002
	Όχι	68	72,35	12,86		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Όσοι είχαν παιδιά εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες «μακροθυμία» ($p=0,001$), «έλεγχος» ($p=0,003$) και «πνευματικότητα» ($p=0,006$), καθώς και στη συνολική βαθμολογία ($77,77 \pm 11,49$ έναντι $72,35 \pm 12,86$, $p=0,002$).

Πίνακας 12. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου.

	Επίπεδο μεταπτυχιακών	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Ανάγκες Ασθενών	Master/Διδακτορικό	56	18,14	6,15	2,328	0,021
	Κανένα	172	16,11	5,51		
Κλινικό Έργο	Master/Διδακτορικό	52	30,04	13,74	1,557	0,121
	Κανένα	174	27,09	11,40		
Προσωπική Επάρκεια	Master/Διδακτορικό	56	25,36	4,62	0,792	0,429
	Κανένα	179	24,82	4,42		
Μακροθυμία	Master/Διδακτορικό	56	20,77	4,05	0,983	0,327
	Κανένα	177	20,14	4,24		
Αποδοχή	Master/Διδακτορικό	56	16,00	2,37	1,536	0,126
	Κανένα	180	15,36	2,82		
Έλεγχος	Master/Διδακτορικό	58	9,16	1,83	-1,014	0,311
	Κανένα	182	9,46	2,05		
Πνευματικές Επιρροές	Master/Διδακτορικό	58	5,79	1,61	-1,048	0,296
	Κανένα	182	6,04	1,54		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	Master/Διδακτορικό	53	77,38	12,16	0,770	0,442
	Κανένα	173	75,90	12,29		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Οι έχοντες μεταπτυχιακές σπουδές εμφάνισαν καλύτερη βαθμολογία και ευνοϊκότερη στάση στην υποκλίμακα «ανάγκες ασθενών» σε σχέση με όσους δεν είχαν κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο (18,14±6,15 έναντι 16,11±5,51, p=0,021).

Πίνακας 13. Στατιστικά σημαντικές διαφορές στις υποκλίμακες των εργαλείων της έρευνας σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα .

	Ηλικιακή ομάδα	N	ΜΤ	ΤΑ	t	p
Ανάγκες Ασθενών	≤44 έτη	127	18,45	5,56	4,469	<0,001
	>44 έτη	113	15,17	5,81		
Κλινικό Έργο	≤44 έτη	126	29,93	12,61	2,405	0,017
	>44 έτη	110	26,11	11,65		
Προσωπική Επάρκεια	≤44 έτη	129	24,67	4,39	-0,964	0,336
	>44 έτη	118	25,22	4,50		
Μακροθυμία	≤44 έτη	127	19,54	4,29	-2,909	0,004
	>44 έτη	118	21,06	3,83		
Αποδοχή	≤44 έτη	131	15,25	2,72	-1,682	0,094
	>44 έτη	117	15,83	2,67		
Έλεγχος	≤44 έτη	132	9,05	1,98	-2,873	0,004
	>44 έτη	119	9,76	1,94		
Πνευματικές Επιρροές	≤44 έτη	132	5,83	1,52	-1,803	0,073
	>44 έτη	119	6,18	1,57		
Συνολική Βαθμολογία CD-RISC	≤44 έτη	125	74,50	11,87	-2,311	0,022
	>44 έτη	111	78,13	12,18		
ΜΤ: Μέση Τιμή ΤΑ: Τυπική Απόκλιση t-test						

Όταν η μεταβλητή «ηλικία» διχοτομήθηκε στη διάμεσο τιμή της (44 έτη), βρέθηκε ότι όσοι ήταν κάτω των 44 ετών έδωσαν μεγαλύτερη βάση στη μεταβλητή «ανάγκες ασθενών» του NDI ($p < 0,001$), ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «μακροθυμία» ($p = 0,004$).

Πίνακας 14. Συσχετίσεις υποκλιμάκων NDI και CD-RISC

N=252		Κλινικό έργο	Προσωπική επάρκεια	Μακροθυμία	Αποδοχή	Έλεγχος	Πνευματικότητα	Συνολική βαθμολογία
Ανάγκες ασθενών	r	0,632	-0,112	-0,168	-0,171	-0,200	-0,157	-0,188
	p	<0,001	0,076	0,008	0,006	0,001	0,012	0,003
Κλινικό έργο	r		-0,122	-0,066	-0,161	-0,189	-0,095	-0,134
	p		0,053	0,300	0,010	0,003	0,132	0,034
Προσωπική επάρκεια	r			0,721	0,617	0,647	0,300	0,880
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Μακροθυμία	r				0,627	0,607	0,293	0,883
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Αποδοχή	r					0,537	0,269	0,779
	p					<0,001	<0,001	<0,001
Έλεγχος	r						0,274	0,759
	p						<0,001	<0,001
Πνευματικότητα	r							0,426
	p							<0,001

Οι «ανάγκες ασθενών» συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με όλες τις παραμέτρους του CD-RISC (οριακά με την προσωπική επάρκεια), ενώ το κλινικό έργο συσχετίστηκε επίσης οριακά με την προσωπική επάρκεια και σημαντικά με την αποδοχή και τον έλεγχο. Δε συσχετίστηκε με την Μακροθυμία και την πνευματικότητα. Όλες οι παράμετροι του CD-RISC συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τη σημασία των εργασιακών και κοινωνικών παραγόντων στην ενίσχυση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας και εμμέσως της αντιμετώπισης του stress και της εξουθένωσης των νοσηλευτών, καθώς και της αποτελεσματικότερης φροντίδας των ασθενών.

Πράγματι, η ψυχολογική ανθεκτικότητα συνιστά προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην κατάθλιψη, καθώς σχετίζεται αρνητικά με την ψυχολογική δυσφορία. Ενδεχομένως μια υψηλή ανθεκτικότητα θα μπορούσε να προλάβει την εκδήλωση φαινομένων εξουθένωσης και ψυχικής νοσηρότητας. Οι Davydov et al επιβεβαίωσαν τον προστατευτικό και θετικό ρόλο της ανθεκτικότητας στην επιτυχή αντιμετώπιση του stress και στην προσαρμογή σε αυτό.[55] Αντίστροφα, η χαμηλή ψυχολογική ανθεκτικότητα σχετίζεται με τις ψυχολογικές διαταραχές. Ουσιαστικά η ψυχολογική ανθεκτικότητα αναφέρεται σε μια κατηγορία καταστάσεων που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενους τύπους θετικής προσαρμογής εν μέσω σημαντικών ανακατατάξεων και ενώ υπάρχουν σημαντικές αντιξοότητες ή επικίνδυνες καταστάσεις. Πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία θετικής προσαρμογής, παρά το ότι στο περιβάλλον επικρατούν δύσκολες και αντίξοες συνθήκες και παρά την έκθεση του επαγγελματία [56].

Δεν υπάρχει ομοφωνία για τη σχέση των ετών προϋπηρεσίας, την ηλικία ή οικογενειακή κατάσταση και την ψυχολογική ανθεκτικότητα στους επαγγελματίες υγείας. Ακόμα και στα ίδια περιβάλλοντα, η μελέτη της ανθεκτικότητας σε διαφορετικούς χρόνους έχει δώσει διαφορετικά αποτελέσματα. Πράγματι, σε ένα δείγμα νοσηλευτών χειρουργείου στην Αυστραλία το 2007 είχε βρεθεί ότι η ψυχολογική ανθεκτικότητα σχετιζόταν με πέντε παραμέτρους, ήτοι την ελπίδα, την αυτό-αποτελεσματικότητα, την προσωπική επάρκεια, τον έλεγχο και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης, ενώ η ηλικία, η επαγγελματική εμπειρία, η εκπαίδευση και τα έτη εργασίας δεν παρουσίασαν κάποια συσχέτιση.[57] Ωστόσο, σε παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε δύο χρόνια αργότερα, το 2009, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ψυχολογική ανθεκτικότητα. Αν και η συσχέτιση ήταν ασθενής, δείχνει ότι η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την ανθεκτικότητα χρήζει περαιτέρω έρευνας, πιθανότατα με προοπτικές μελέτες, καθώς οι επαγγελματίες υγείας είναι πιθανό να εκδηλώνουν διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας σε διαφορετικά στάδια της σταδιοδρομίας τους.[58] Στα παραπάνω συνηγορεί και το γεγονός ότι τα έτη προϋπηρεσίας είναι πιθανόν να σχετίζονται με την ανάπτυξη ανθεκτικότητας, καθώς η εξοικείωση με τους υφιστάμενους φορείς παροχής φροντίδας και τους μηχανισμούς τους, αλλά και η συσσωρευμένη εμπειρία στον αποτελεσματικό χειρισμό καταστάσεων ευνοεί την καλλιέργεια και την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας.

Το επίπεδο εκπαίδευσης, όπως αυτό σχετίζεται με το ρόλο των νοσηλευτών (βοηθοί θαλάμου, νοσηλευτές, προϊστάμενοι) μπορεί επίσης να έχει τη δική του σημασία στην ανάπτυξη της ψυχολογικής ανθεκτικότητας. Πράγματι, έχει βρεθεί ότι το βοηθητικό προσωπικό εμφανίζει χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας, ενώ οι κλινικοί νοσηλευτές εμφανίζουν με τη σειρά τους χαμηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας σε σχέση με το εκείνους που έχουν και διοικητικά καθήκοντα.[59] Έχει βρεθεί ότι νοσηλευτές με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης διαχειρίζονται καλύτερα τους κοινωνικούς πόρους, γεγονός απαραίτητο για την εκτέλεση σύνθετων καθηκόντων φροντίδας, αφού η αξιοποίηση των κοινωνικών πόρων επιτρέπει την καλύτερη προσαρμογή σε αντίξοες συνθήκες. Όλα αυτά βοηθούν στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας αφού δίνονται επιπλέον ερεθίσματα για την υποστήριξή τους [60-62]. Ωστόσο, το εύρημα της παρούσας μελέτης ότι απόφοιτοι ΤΕΙ και εκείνοι χωρίς μεταπτυχιακό πιθανόν να αντιλαμβάνονται καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών ή να διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας σε σχέση με τους αποφοίτους ΑΕΙ, ίσως τονίζει τη σημασία των αυξημένων κλινικών καθηκόντων στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας και της ενσυναίσθησης. Πράγματι, οι απόφοιτοι ΑΕΙ τείνουν να αναλαμβάνουν περισσότερα διοικητικά καθήκοντα στο ελληνικό σύστημα υγείας και ίσως απομακρύνονται από τη «μάχιμη» νοσηλευτική. Αυτό θα μπορούσε να έχει ως συνέπεια μια υστέρηση στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας ή στην κατανόηση των αναγκών των ασθενών, καθώς απουσιάζει η καθημερινή τριβή με τα προβλήματά τους.

Θεωρείται ότι οι ενήλικες στην ηλικία των 36-44 ετών είναι σε μια από τις πιο παραγωγικές φάσεις της ζωής τους, βρίσκονται σε μια περίοδο του επαγγελματικού τους βίου, στην οποία γνωρίζουν τι θέλουν, έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και περισσότερη αυτογνωσία. Η ύπαρξη παιδιών είναι ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να επηρεάζει την ανθεκτικότητα, καθώς έχει βρεθεί ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε ογκολογικά τμήματα και είχαν παιδιά, είχαν και υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας σε σχέση με όσους δεν είχαν παιδιά.[62] Ο έγγαμος βίος θα μπορούσε να έχει παρόμοιες επιδράσεις, καθώς στον έγγαμο βίο υπεισέρχεται ο «άλλος» σε εγγύτητα, χρειάζονται αμοιβαίες υποχωρήσεις για την επίτευξη κοινών στόχων και οι «συμβαλλόμενοι» στη σχέση εξασκούνται στην αντιμετώπιση προκλήσεων και στην ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης κρίσεων και εν τέλει αντοχής σε αντίξοες συνθήκες, ενώ η φροντίδα του συντρόφου επιτρέπει την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Συνεπώς, η οικογενειακή κατάσταση θα μπορούσε πράγματι να διαδραματίζει ρόλο στη ανάπτυξη της ψυχολογικής ανθεκτικότητας, αλλά και στην δυνατότητα καλύτερης παροχής φροντίδας, μέσω ανάπτυξης της ενσυναίσθησης και της εν γένει κατανόησης των αναγκών του άλλου.

Στην παρούσα εργασία η σημαντική συσχέτιση της ανθεκτικότητας με τις κλίμακες φροντίδας δείχνει τη στενή σχέση μεταξύ των δύο παραμέτρων και τονίζει τη σημασία της βελτίωσης των συνθηκών εκείνων που ευνοούν την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας για την

αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας στους επαγγελματίες υγείας συμβάλλουν στρατηγικές που προσανατολίζουν τον επαγγελματία υγείας στην αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων υλικών και κοινωνικών πόρων. Χρειάζεται αναζήτηση καθοδήγησης, ψυχική ισορροπία, πνευματικότητα και αναστοχασμός και να αναπτυχθούν περαιτέρω συναφείς αρετές, που στην ουσία είναι σύμφυτες με το νοσηλευτικό λειτούργημα, ώστε να μπορέσει ο νοσηλευτής να ανταποκριθεί επιτυχώς στα καθήκοντά του, χωρίς να εξουθενωθεί ψυχικά και κατ' επέκταση και βιολογικά.

Θα πρέπει να ληφθεί μέριμνα για καταστάσεις που εντείνουν το στρες των νοσηλευτών, όπως είναι ο φόρτος εργασίας, οι ιδιαιτερότητες των ασθενών, η κριτική που δέχονται οι νοσηλευτές από ασθενείς, συνοδούς ή συναδέλφους, η έλλειψη υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον, η ασάφεια και η σύγκρουση στο πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων τους, το κυκλικό ωράριο, η υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας και ο μεταξύ συναδέλφων ανταγωνισμός. Ουσιαστικά, για τη διαχείριση των προβλημάτων αυτών, οι νοσηλευτές καλούνται να παρέχουν αυτοφροντίδα στους εαυτούς τους με τη δημιουργία συνεκτικών σχέσεων σε διαπροσωπικό επίπεδο, εντός και εκτός του χώρου εργασίας.

Για τους παραπάνω λόγους είναι ανάγκη να υποστηριχτεί η δημιουργία προγραμμάτων ανάπτυξης ψυχολογικής ανθεκτικότητας για νοσηλευτές. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να αξιοποιούν τη συσσωρευμένη εμπειρία παλαιότερων στελεχών σε κλινικό και διοικητικό επίπεδο και να περιλαμβάνουν τη λήψη μέτρων για την υποστήριξη στην πράξη των νοσηλευτών με την κατάλληλη καθοδήγηση.

6.1 Περιορισμοί –μελλοντικές προοπτικές

Το δείγμα προερχόταν από τα εξής νοσοκομεία: Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας (60), Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο (122), Ελπίς (30), Ιασώ Θεσσαλίας (20), Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών (20), οπότε τυχόν γενίκευση των συμπερασμάτων στο σύνολο των νοσηλευτών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη.

Ένα πιο μεγάλο και αντιπροσωπευτικό δείγμα θα μπορούσε να δώσει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τις διαστάσεις της ανθεκτικότητας και της σχέσης της με τη φροντίδα. Η σχέση ανάμεσα σε ηλικία και ανθεκτικότητα χρήζει περαιτέρω έρευνας και προοπτικές μελέτες γιατί οι Ε.Υ. είναι πιθανόν να εκδηλώνουν διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας στα διαφορετικά στάδια της επαγγελματικής τους καριέρας.

Επίσης, η περαιτέρω συνεκτίμηση δημογραφικών και κοινωνικών παραγόντων σε μεγαλύτερα δείγματα και στη βάση προοπτικών μελετών θα μπορούσε να αποσαφηνίσει τους

υποκείμενους μηχανισμούς της ανάπτυξης της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στα κλινικά περιβάλλοντα και των σχέσεών τους με τη φροντίδα στους νοσηλευτές.

7. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η φροντίδα στην Νοσηλευτική κατέχει υψηλή θέση και πρωτεύοντα ρόλο. Επικαιροποιεί την διαπροσωπική σχέση Ασθενούς – Νοσηλευτή. Συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια. Προάγει την αυτονομία, προωθεί την υγεία, προλαμβάνει την ασθένεια, σέβεται την ιδιαιτερότητα καθώς και την ιδιωτικότητα. Περιλαμβάνει ένα εύρος αγαθών και υπηρεσιών προς το κοινωνικό σύνολο με σκοπό την προαγωγή, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας του. Βασίζεται στην συνεργασία, ακρόαση, εμπιστοσύνη, αποτελεσματική επικοινωνία και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων τα οποία είναι και βασικά στοιχεία της ανθεκτικότητας.

Οι Επαγγελματίες Υγείας έχοντας ως εφόδιο αυτό το οπλοστάσιο προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες, αντιμετωπίζοντας με επιτυχία τις αντικειμενικές δυσκολίες

Η ανθεκτικότητα τους προστατεύει από την επαγγελματική εξουθένωση, την συναισθηματική εξάντληση, την κατάθλιψη συμβάλλοντας στην ολοκλήρωση της προσωπικότητας έχοντας αυτογνωσία, αυτονομία, αισιοδοξία, ψυχικό σθένος, ελπίδα θάρρος, παραγωγικότητα με απώτερο στόχο την ευτυχία.

Τους οπλίζει με ψυχική αντοχή, θετική σκέψη, αυτοπεποίθηση, επινοητικότητα, ευελιξία, ικανότητα, αποτελεσματικότητα, έτοιμη να αναλάβουν την ευθύνη της φροντίδας. Απαραίτητοι οι προστατευτικοί μηχανισμοί με το χιούμορ, διορατικότητα, προβλεψιμότητα, οικοδόμηση σχέσεων σε κλίμα εμπιστοσύνης και πρωτοβουλία. Προϋπόθεση όλων αυτών είναι η συνεχιζόμενη εκπαίδευση με ευρύ ορίζοντα γνώσεων και να μην περιορίζεται μόνο στα Νοσηλευτικά δρώμενα αλλά να ανταποκρίνεται στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες και προκλήσεις στο χώρο εργασίας. Για αποτελεσματική παροχή φροντίδας απαραίτητη είναι η δημιουργία μιας διεπιστημονικής ομάδας με καλή επικοινωνία και συνεργασία.

Η Ελλάδα παρά την οικονομική κρίση διαθέτει συνειδητοποιημένους Επαγγελματίες Υγείας που ασκούν το Νοσηλευτικό έργο με σύνεση, υπευθυνότητα και σεβασμό προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια ανεξάρτητα από κάθε πολιτισμική προέλευση.

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Braithwaite J, Wears R.L & Hollnagel E. Resilient health care: turning patient safety on its head, *International Journal for Quality in Health Care* 2015: 1–3. Available at: <http://resilienthealthcare.net/onewebmedia/Braithwaite,%20Wears,%20Hollnagel%20Turning%20patient%20safety%20on%20its%20head%20IJQHC%202015.pdf>
2. Παπασταύρου Ε. et al .Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ* 2010;49(4): 406–417.
3. Πατηράκη Ε, Κάρλου Χ. Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική-Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική* 2011;50(1):35-48.
4. Lachman V D. Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medsurg Nursing Pitman* 2012;21 (2): 112-4, 116.
5. Κοτρώτσιου Ε, Γκούβα Μ. Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας. 2η Έκδοση. Εκδόσεις Λαγός Αθήνα, 2012.
6. Kamp A, Hvid H. Elderly care in transition- Management meaning and identity at work . A Scandinavian perspective. 1st edition. Copenhagen Business School press, 2012 .
7. Χριστοφή Π. Διεπιστημονική προσέγγιση: Αναπόδραστη μετάβαση στη φροντίδα. *Cyprus Nursing Chronicles* 2015; 16(2) :11-15.
8. Morton P, Fontaine D. *Critical Care Nursing: A Holistic Approach*, 10th edition. Philadelphia Wolters Kluwer Health 2013; 33(1):75.
9. Butts JB, Rich KL. *Nursing Ethics. Across the Curriculum and into practice*. Third Edition. Jones and Bartlett Learning 2013.
10. Epstein B, Turner M. The nursing code of ethics: its value, its history. *The online Journal of issues in Nursing*. American Nurses Association 2013;20(2):4.
11. Chadwick R, Gallagher A. *Ethics and Nursing Practice*. Palgrave Second Edition. Macmilan Education 2016.
12. Burkhardt MA. *Ethics and Issues in contemporary Nursing*. 4th Edition, Cengage Learning 2013.
13. Δάγλα Μ. Βιοηθικές αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα νεογνών κατά την περιγεννητική περίοδο : απόψεις επαγγελματιών υγείας στη χώρα μας. Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών 2015. Διαθέσιμο στο: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/36588>

14. Χαϊκάλη ΙΣ. Ηθικό Αδιέξοδο και επιπτώσεις του σε νοσηλευτές βαρέως πασχόντων ασθενών. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Αθήνα, 2011.
15. Health topics- Nursing. World Health Organization 2017. Available at: <http://www.who.int/topics/nursing/en/>
16. Alligood MR. Nursing Theorists and Their Work. Eight Edition. Elsevier 2014.
17. Gordon S. What Do Nurses Really Do? Medscape 2006. Available at : http://www.medscape.com/viewarticle/520714_2 Accessed: 10.2.2017
18. Κοτρώτσιου Ε. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (σημειώσεις). Λάρισα, 2016.
19. Alfaro-Lefevre R. Critical Thinking, Clinical Reasoning and clinical Judgment-A practical approach. 6th edition. Elsevier 2017.
20. Petiprin A. Nursing theory definition. Nursing Theory 2016. Available at: <http://www.nursing-theory.org/articles/nursing-theory-definition.php> Accessed: 1.2.2017
21. Raab K. Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. Journal of Health Care Chaplaincy 2014;20(3):95-108.
22. Dae-Hee L, Se-Yeon P, Ji Sun H. Patient satisfaction with out-patient rehabilitation therapy: validity and reliability, Journal of physical Therapy Science 2016. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5276759/> Accessed: 29.12.2016
23. Pajnkihar M, Štiglic G, Vrbnjak D. The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. Peer Journal 2017.
24. Κοτρώτσιου Ε. Σημειώσεις Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Θέματα αυτογνωσίας και θεραπευτικής σχέσης. ΤΕΙ Θεσσαλίας-Τμήμα Νοσηλευτική 2014.
25. Μισουρίδου Ε. Διαπολιτισμική Νοσηλευτική Εξαρτήσεων. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα 2015;11:1-8.
26. Papathanasiou IV et al. Critical Thinking: The development of an essential skill for nursing students. Acta Inform Med 2014; 22(4): 283–286.
27. Lemon P, Burke K, Levett J et al. Faculty of Science, Medicine and Health Papers. Medical-Surgical Nursing-critical thinking for person-centered care. Frenchs Forest, NSW: Pearson Australia 2014.
28. Bittencourt GK, Crossetti MG. Critical Thinking skills in the nursing diagnosis process. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (2):341-7.

29. Price B. Applying critical thinking to nursing. *Continuing Professional Development. Nursing Standard* 2015;29(15):49-58.
30. Καμπά Ε & Γερογιάννη Γ. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2014;13(3):271-278.
31. Ault A. Most nurses have few to no regrets about career choice. *Medscape Nurses* 2017. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/874887?pa=Zr9VS4KdQoZcAaMB0qsFwnZ97rabdK%2FrKABN7loN%2F0GEogK7nHSE8FPrDMkQp2dgd%2FsGPYa%2BToEoLjuhFnUEHw%3D%3D>
32. Brooks M. Nurses love what they do but battle Fatigue,survey shows. *Medscape* 2017.Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/879761>
33. Cucolo DF, Perroce GM. Assessment of the nursing care product (AROCENF): a reliability and construct validity study. *Revista Latino-americana de enfermagem* 2017; 25.
34. Φερεντίνου Ε. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. Ίδρυμα πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή ανθρωπίνης κίνησης και ποιότητας ζωής τμήμα νοσηλευτικής, εθνικό αρχείο διδακτορικών διατριβών, εθνικό κέντρο τεκμηρίωσης 2015. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/10442/hedi/38233>
35. What is spiritual care? *University of Maryland Medical Center* 2017. Available at: <http://www.umm.edu/patients/pastoral/what-is-spiritual-care>
36. Κιούλος Κ , Μπεργιαννάκη Ι. Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2014; 31(3): 263-271.
37. Μήτσης Δ, Κελέση Μ, Καπαδόχος Θ. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση νοσηλευτικών λαθών στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η διαχείρισή της. *Το βήμα του Ασκληπιού* 2012;11(2):294-312.
38. Καπάκη Β. Αξιολόγηση της κουλτούρας ασφάλειας του ασθενούς σε δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Σπάρτη , 2015.
39. Spath LP. *Error reduction in Health care: A systems approach to improving patient safety*, 2nd edition. Jossey-Bass 2011.
40. Kalisch BJ, Xie B. Errprs of Omission-Missed nursing care. *Western Journal of nursing research* 2014; 36(7):875-890.
41. Masao G, Hiroshi I, Hiroyuki O. The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. *Journal of Nursing Education and Practice* 2013;3(11):12-18.

42. Cross W. Building Resilience in Nurses: The need for a multiple pronged approach, *Journal of nursing and care* 2015;4(2):124.
43. Rushto CH, Batcheller J, Schroeder K,Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity setting. *American journal of critical care* 2015;24(5):412-420.
44. Μωραΐτου Μ, Γαλανάκης Μ, Σαλιώνη Μ, Χατζηθεοδώρου Μ. Η επίδραση της ψυχολογικής ανθεκτικότητας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπείου* 2011;10(1):94-117.
45. Hart PL, Brannan JD, Chesnay MD. Resilience in Nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management* 2014;22(6): 720-734.
46. Chesak SS et al. Enhancing resilience among new nurses: Feasibility and Efficacy of a pilot intervention, *The Ochsner Journal* 2015;15(1):38-44.
47. Misyong K & Windsor C. Resilience and work-life balance in first-line nurse manager. *Asian Nursing Research. Korean Society of nursing science* 2015; 9(1):21-27.
48. Μπακάλης Β. Εκφοβισμός στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών (Bullying). *Περιεχειρητική νοσηλευτική* 2015;4(2):66-72.
49. Μισουρίδου Ε. Το φαινόμενο του εκφοβισμού στη Νοσηλευτική: αίτια και αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική* 2011;50(2)123-131.
50. McCann MC, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, Huggard J. Resilience in the health professions : a review of recent literature. *International journal of wellbeing* 2013.
51. SAMHSA. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, A Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No.(SMA) 14-4816. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Administration 2014.
52. Μισουρίδου Ε. Επαγγελματική αυτοανάπτυξη. [Διαφάνειες]. *Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών*. Αθήνα,2015. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/3113>.
53. Κιούλος Κ, Μπεργιαννάκη Ι. Θρησκευτικότητα, Πνευματικότητα και Κατάθλιψη. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2014; 31(3):263-271.
54. Kotrotsiou E, Gouva M, Kotrotsiou S, Malliarou M & Paralikas T. Validation of the Greek translation of the nursing dimensions inventory questionnaire (NDI -35) *Global journal of Health Science* 2014;6(5):30-37.
55. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health, 2010; 30(5): 479 – 95. doi:10.1016/j. cpr.2010.03.003.

56. Zou G, Shen X, Tian X, Liu C, Li G, Kong L, Li P. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health*. 2016;54(5):389-395
57. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing Studies*. 2007;59: 427–38.
58. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: a predictor study. *Int J Nurs Stud*. 2009; 46:968–76.
59. Sull A, Harland N, Moore A. Resilience of health-care workers in the UK; a cross-sectional survey. *J Occup Med Toxicol*. 2015; 10:20.
60. Britt-Pipe T, Buchda VL, Launder S, Hudak B, Hulvey L, Karns KE, et al. Building personal and professional resources of resilience and agility in the healthcare workplace. *Stress Health*. 2011;28: 11–22.
61. McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers MH. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*. 2013;45 (1):134–43
62. Kutluturkan S, Sozeri E, Uysal N, Bay F. Resilience and burnout status among nurses working in oncology. *Ann Gen Psychiatry*. 2016; 15:33.



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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/ Α

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΣΕ ΣΧΕΣΗ

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ

ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Ε.Ι.

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.Ι.

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ:

ΜΑΣΤΕΡ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή/νοσηλεύτρια;

(κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο σε αυτό που πιστεύετε για τον εαυτό σας)

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

Οδηγίες:

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

	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
2. Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
3. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
4. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
5. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
6. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5
7. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5
9. Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5

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