



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

Θέμα Διπλωματικής Εργασίας:

Πώς αντιλαμβάνονται οι συγγενείς ασθενών ΜΕΘ τη φροντίδα

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια:

Χαλκιά Χρύσα

Νοσηλεύτρια

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ευαγγελία Κοτρώτσιου

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Μέλη τριμελούς επιτροπής :

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Μαίρη Γκούβα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου

Κωνσταντίνος Τσάρας, Επίκουρος καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ 2015



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

How ICU patients' relatives perceive care

Πίνακας περιεχομένων	
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	6
1.Φροντίδα και θεωρίες φροντίδας στη Νοσηλευτική	6
1.1 Η έννοια της φροντίδας στη Νοσηλευτική.....	6
1.2 Η αλληλεπίδραση νοσηλευτή ασθενούς.....	6
1.3 Ο ρόλος της οικογένειας.....	9
1.4 Θεωρίες Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	10
1.5. Η Θεωρία της Watson.....	11
1.5.1 Ορισμός της Διαπροσωπικής Φροντίδας και της Στιγμής της Φροντίδας	14
1.5.2 Στιγμές και Περιστάσεις Φροντίδας.....	15
1.5.3 Συναίσθηση Φροντίδας (Θεραπείας).....	16
1.5.4 Εργαλεία μέτρησης της φροντίδας	18
2. Οι ιδιαιτερότητες της φροντίδας στη ΜΕΘ	20
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	24
3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	24
3.1 Σκοπός.....	24
3.2 Διαδικασία-δείγμα μελέτης.....	24
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	26
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	43

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα εκφράζεται μέσα από τις δράσεις, την γνώση και την εμπειρία των λειτουργών της με επίκεντρο την ανακούφιση και την ανθρώπινη επαφή. Στο Περιβάλλον των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) απαιτείται η παροχή πολύ εξειδικευμένης και πολυδιάστατης φροντίδας. Οι ασθενείς νοσηλεύονται σε κρίσιμη, απειλητική για τη ζωή τους κατάσταση και συχνά ιατροί και νοσηλευτές απευθύνονται προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην πρόγνωση και στη θεραπεία του ασθενούς. Η δυνατότητα των συγγενών να εκφράσουν την άποψή τους για τη φροντίδα που παρέχεται στους οικείους τους, δίνει στο νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορίες για προβληματικά πεδία της φροντίδας και συμβάλλει στη κατανόηση των εξατομικευμένων αναγκών υγείας, με αποτέλεσμα καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία και τη μεταγενέστερη αποκατάσταση, αλλά και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της ΜΕΘ. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στη διερεύνηση των αντιλήψεων των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Τα ευρήματα της μελέτης αποτυπώνουν μια ρεαλιστική οπτική των συγγενών και δίνουν το έναυσμα για περαιτέρω βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντιλαμβανόμενη φροντίδας από τους συνοδούς των ασθενών στις ΜΕΘ αντανακλά την αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενούς-οικογένειας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version – Family (CNPI-23F) και ένα ερωτηματολόγιο εκτίμησης του αλτρουισμού που συμπληρώθηκαν από τους συνοδούς των ασθενών. Το αντιλαμβανόμενο επίπεδο φροντίδας ήταν υψηλό. Οι έγγαμοι, οι γυναίκες και όσοι ήταν ηλικίας άνω των 47 ετών ανέφεραν καλύτερη κλινική φροντίδα και υψηλότερη ικανοποίηση από αυτήν σε επιμέρους διαστάσεις της. Η αξιολόγηση της φροντίδας επιδειωνόταν όσο μεγαλύτερος ήταν ο χρόνος νοσηλείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στη ΜΕΘ φανερώνουν ισχυρή και θετική αλληλεπίδραση νοσηλευτών – ασθενών. Ωστόσο, χρειάζεται επαγρύπνηση και συνεχής επικοινωνία με το περιβάλλον του ασθενούς, με σκοπό την καλύτερη δυνατή ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Λέξεις κλειδιά: φροντίδα, οικογένεια, ασθενής, νοσηλευτής, αλληλεπίδραση

ABSTRACT

The perceived care by patients' attendants in ICUs reflects the interaction between nurse-patient-family. The purpose of this study is to investigate the perceptions of relatives of patients hospitalized at ICUs on the care provided to patients by ICU nurses. The Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version - Family (CNPI-23F) questionnaire and an assessment questionnaire of altruism were filled in by patients' attendants. The perceived level of care was high. The married women and those who were older than 47 years reported a better clinical care and higher satisfaction in some dimensions. The assessment of care get worse the higher was the time of hospitalization. The services offered in the ICU show strong and positive nurse – patient interaction. However, it takes vigilance and continuous communication with the patient's environment in order to best meet the needs of the patient and his family.

Key words: care, family, patient, nurse, interaction

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Φροντίδα και θεωρίες φροντίδας στη Νοσηλευτική

1.1 Η έννοια της φροντίδας στη Νοσηλευτική

Η Φροντίδα γενικά αναφέρεται στην ιδιαίτερη μέριμνα, την έγνοια για πρόσωπα και πράγματα (Μπαμπινιώτης, 1998). Σε κάθε έκφανση και έκφραση σχέσης κατέχει περίοπτη θέση, από τη γονεϊκή αγάπη, τη φιλία, και τη ρομαντική σχέση, μέχρι τη φροντίδα για την εργασία, αλλά και την επιμέλεια των ασθενών. Η φροντίδα χαρακτηρίζεται από δεκτικότητα και ανταπόκριση και σύμφωνα με τον VanHoof (1996) πρόκειται για μια «...οντολογική δομή της ανθρώπινης ύπαρξης, η οποία λαμβάνει δύο μορφές: φροντίδα για τον εαυτό μας και φροντίδα για τους άλλους». Η Νοσηλευτική ειδικότερα αφορά στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους. Σκοπός της παρεχόμενης φροντίδας είναι η προστασία και την προαγωγή της υγείας, με την εφαρμογή προληπτικών και θεραπευτικών μέσων και η υποστήριξη της πορείας του ανθρώπου τόσο προς την ανάρρωση και την αξιοπρεπή διαβίωση, όσο και εκείνης προς έναν αξιοπρεπή και ειρηνικό θάνατο (Ραφτόπουλος, 2003). Η αποτελεσματική παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας απαιτεί ικανότητες, όπως είναι η έκφραση του εαυτού, η κατανόηση και η ερμηνεία των υποκειμενικών εμπειριών των ασθενών και η δημιουργική χρήση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Επειδή η Νοσηλευτική αποτελεί σύνθεση επιστήμης, τέχνης, και πνευματικότητας, η φροντίδα θα πρέπει να εμφορείται από πνευματικές αρχές και να ασκείται με αλτρουιστικό πνεύμα και ανθρωπιά (Ραγιά, 2001). Ακολουθώντας την παρακαταθήκη της Florence Nightingale, η Νοσηλευτική είναι ένα ταξίδι ζωής στη φροντίδα και τη θεραπεία. Μέλημά της είναι η διατήρηση της ολότητας της ανθρώπινης ύπαρξης, η προσφορά συμπόνιας, ενημέρωσης και τεκμηριωμένης επιστημονικά φροντίδας για την κοινωνία και την ανθρωπότητα συνολικά (Watson, 2009).

1.2 Η αλληλεπίδραση νοσηλευτή ασθενούς

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας προϋποθέτει ανθρώπινη επαφή. Νοσηλευτής και ασθενής σχετίζονται αναγκαστικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι αλληλεπιδράσεις νοσηλευτή-ασθενούς καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα των στάσεων και συμπεριφορών στον ανθρωπιστικό, σχεσιακό και κλινικό τομέα της νοσηλευτικής

πρακτικής και αποτελούν το κύριο μέσο για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας (Happ et al. 2011). Η αλληλεπίδραση θεωρείται ως ένας γενικός όρος, που περιλαμβάνει την πληροφόρηση των συγγενών, τη συζήτηση, τις επαφές μεταξύ των νοσηλευτών και των συντρόφων των ασθενών, και τη συνεργασία. Τα μέλη της οικογένειας θεωρούνται κυρίως ως δότες και παραλήπτες πληροφοριών. Οι ασθενείς σήμερα έχουν ολοένα και περισσότερες γνώσεις και πληροφορίες, χρησιμοποιούν την πληροφορική για έρευνα και συχνά αναλαμβάνουν οι ίδιοι πρωτοβουλίες φροντίδας. Οι νοσηλευτές δρουν ως σχεδιαστές της στρατηγικής και οδηγοί των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας, και ως υπέρμαχοι αυτών που δε μπορούν να μιλήσουν από μόνοι τους. (Chatzaki et al, 2012; Hashim et al, 2012; Khalaila, 2013; Nilsen et al, 2013)

Η σημασία της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης στη νοσηλευτική έχει τονιστεί αρκετά από τους νοσηλευτές και τους επιστήμονες της νοσηλευτικής από την εποχή της Florence Nightingale το 19^ο αιώνα μέχρι και σήμερα. Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις και μέθοδοι για την περιγραφή ή τη διερεύνηση του φαινομένου της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενή. Ως επαγγελματίες που περνούν τον περισσότερο χρόνο τους με ασθενείς και κατοίκους οίκων ευγηρίας, οι νοσηλευτές έχουν τελικά μία ιδιαίτερα σημαντική θέση στην υγεία, ικανοποιώντας τις ανάγκες επικοινωνίας των ασθενών. Υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία για την έρευνα σχετικά με την αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Η θεμελιώδης μελέτη του Parsons (1968) εξέταζε την επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών, όπως τις προσδοκίες της κάθε πλευράς και τη διαδικασία αλληλεπίδρασης. Στη συνέχεια, και άλλοι συνέχισαν αυτές τις έρευνες, όπως οι Ruesch και Bateson (1995), και ο Niklas Luhmann (1993) που περιέγραψε την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, και την παρατήρηση της γλώσσας του σώματος.

Ξεκινώντας με τη δουλειά της Peplau (1952), μία ολόκληρη σχολή σκέψης για την αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενή αναπτύχθηκε μέσα στη νοσηλευτική επιστήμη. Το πολιτικό, οικονομικό, και κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον στη Βόρεια Αμερική έδωσε μεγάλη ακαδημαϊκή προσοχή στις ανθρώπινες σχέσεις – και έτσι, οι νοσηλευτές ξεκίνησαν να εξετάζουν τη διαδικασία της αλληλεπίδρασής τους με τους ασθενείς (Meleis, 1997). Η Peplau περιέγραψε τις θεραπευτικές διαπροσωπικές διαδικασίες που αναλαμβάνουν οι νοσηλευτές για να ενισχύσουν τους ασθενείς τους. Άλλοι θεωρητικοί, όπως οι Orlando (1961), Travelbee (1971),

Wiedenbach (1964), King (1971), καθώς επίσης και οι Paterson και Zderad (1976), ταυτοποίησαν συγκεκριμένες πτυχές της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενή: εσκεμμένες σκέψεις, συναισθήματα, και πράξεις για την κατανόηση του ασθενή και των αναγκών του, βοήθεια στους ασθενείς ώστε να βρουν νόημα και ελπίδα στις εμπειρίες τους (Στουφής και Λεπίδου, 2011).

Οι νοσηλευτές θεσπίζουν και προάγουν ένα περιβάλλον ασφαλούς θεραπευτικής φροντίδας. Η συνεργασία φροντιστή-ασθενή στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, το σεβασμό και την επικοινωνία, και παρέχει σωματική και συναισθηματική ασφάλεια, καθώς ικανοποιούνται οι μοναδικές ανάγκες του κάθε ασθενή και της οικογένειάς του. Οι νοσηλευτές δρουν σύμφωνα με το νοσηλευτικό κώδικα δεοντολογίας και χρησιμοποιούν πολιτισμικές και ηγετικές δεξιότητες για να ενισχύσουν ένα στυλ φροντίδας στο οποίο ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο. Οι νοσηλευτές ενθαρρύνουν τους ασθενείς να σχεδιάσουν και να διαχειριστούν ενεργά τη φροντίδα τους, όπως την πρόληψη ασθενειών, την προαγωγή της ευεξίας και της υγείας τους, και τη διαχείριση των χρόνιων νόσων. Οι νοσηλευτές έχουν συμβουλευτικό ρόλο, καθώς σχεδιάζουν τη φροντίδα σύμφωνα με τις προτιμήσεις του ασθενούς (Αδάμου και συν., 2011; Μανουσάκη 2011).

Μέσα στα κοινωνικά τους καθήκοντα να υπηρετούν τους άλλους και την κοινωνία, οι νοσηλευτές στηρίζουν τους ασθενείς σε ένα σύνθετο περιβάλλον υγείας. Η κατανόηση του ατόμου, της υγείας και του περιβάλλοντος αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής πρακτικής. Οι επιστημονικές και τεχνολογικές γνώσεις, και η αφοσίωση στη θεραπευτική σχέση αποτελούν καταλύτες για τη λήψη των αποφάσεων των νοσηλευτών. Είναι εκεί για τους άλλους, και τους βοηθάνε σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, φροντίζοντάς τους συνεχώς, ανεξαρτήτως του χώρου – νοσοκομείο ή άλλο περιβάλλον (π.χ., κατ' οίκον νοσηλεία, μακροχρόνια φροντίδα, εξωτερικά ιατρεία, μελλοντικοί εικονικοί χώροι, κτλ.). Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τις γνώσεις τους για να ενδυναμώσουν τους άλλους και για να αλλάξουν το σύστημα. Οι νοσηλευτικές γνώσεις είναι βασισμένες στις ενδείξεις και είναι δυναμικές, και η δια βίου μάθηση είναι απαραίτητη για την εφαρμογή τους (Αδάμου, 2011).

Οι νοσηλευτές έχουν το ξεχωριστό προνόμιο να δρουν ως συνεργάτες με τους ασθενείς τους. Έρχονται αντιμέτωποι και δημιουργούν πολλά επίπεδα σχέσεων φροντίδας με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό τους, τα οποία είναι

θεραπευτικά και συνειδητά. Δημιουργούν επίσης επαγγελματικές και προσωπικές σχέσεις μεταξύ τους, μέσω συναδερφικής διαπραγμάτευσης και συνεργασίας, και αυτές τους οι εμπειρίες τους βοηθούν με τους ασθενείς τους. Καθώς οι τεχνολογικές εξελίξεις επαναπροσδιορίζουν τον ορισμό της «παρουσίας», είτε εικονική είτε πραγματική, ο ασθενής παραμένει στο επίκεντρο της φροντίδας. Οι νοσηλευτές βρίσκονται εκεί ανεξάρτητα με τον ορισμό της «παρουσίας». Ειδικά στις μονάδες αυξημένης φροντίδας και στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), η αβεβαιότητα της οικογένειας κατά τη διάρκεια των πρώτων ωρών και η ανάγκη των ιατρών και νοσηλευτών να εστιάσουν αποκλειστικά στις κρίσιμες ανάγκες του ασθενή, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την αλληλεπίδραση τις πρώτες ημέρες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ένας συναισθηματικός δεσμός μεταξύ του των επαγγελματιών υγείας και της οικογένειας, μία ειλικρινής επικοινωνία που ενημερώνει την οικογένεια για την κατάσταση του ασθενούς βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, και η απαραίτητη εμπιστοσύνη που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες της οικογένειας που αγωνιά. Όσον αφορά τις λιγότερο σημαντικές ανάγκες, η «στήριξη» και η «παροχή άνεσης» θεωρούνται επίσης από τη βιβλιογραφία και ως οι λιγότερο σχετικές (Pardavila & Vivar, 2012; Shatell, 2014).

1.3 Ο ρόλος της οικογένειας

Η οικογένεια θεωρείται ένα οργανωμένο σύνολο ατόμων που τα μέλη της αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Τα δομικά στοιχεία αφορούν κυρίως τις σχέσεις και τις αλληλεπιδράσεις των μελών που ισχυροποιούν την οικογένεια όταν παρουσιασθούν προβλήματα και συγκρούσεις. Η παρουσία μιας απειλής σε προβλήματα υγείας συχνά συσπειρώνει τα μέλη για να μοιρασθούν τις ανησυχίες και τις υποχρεώσεις και να αναζητήσουν προστασία, στήριξη και ασφάλεια. Η οικογένεια θεωρείται βασικό μέρος της ομάδας παροχής υπηρεσιών και σημαντικός «συνεργάτης» για την φροντίδα του ασθενή από μέλος της οικογένειας. Η πληροφόρηση της οικογένειας αναγνωρίζεται πλατιά ως αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας και σημαντική πηγή στήριξης των συγγενών. Οι οικογένειες αναζητούν πληροφορίες κατά την αρχική φάση για την κατάσταση του αρρώστου εάν θα επανέλθει πλήρως ή θα υπάρχει μειωμένη ικανότητα. Η ανεύρεση ισορροπίας και ομοιόστασης της οικογένειας αναζητείται μέσα από το νέο ρόλο. Οι νοσηλευτές οφείλουν να

ενημερώσουν και να συμβουλεύουν τις οικογένειες για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και για τα συστήματα παροχής υπηρεσιών. Με την κατάλληλη εκπαίδευση και συμβουλή ενθαρρύνουν τις οικογένειες να παρέχουν φροντίδα στα άτομα και να καθησυχάσουν τους νέους φροντιστές ότι χρειάζεται προσοχή και χρόνος για την ανάπτυξη της νέας ρουτίνας. Η οικογένεια θα πρέπει να γνωρίζει τι να περιμένει από τον άρρωστο όσον αφορά την βελτίωση της λειτουργικής ικανότητάς του, γι αυτό και παρέχονται όλες οι πληροφορίες για τις διαθέσιμες υπηρεσίες και πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια και το περιβάλλον. Μερικές φορές οι φροντιστές αποζητούν πληροφόρηση που θα τους ενδυναμώσει κατά την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Padilla, 2014).

Οι οικογένειες δρουν ως πληρεξούσιοι των ασθενών σε κρίσιμη κατάσταση, αναλαμβάνοντας την ευθύνη για αποφάσεις που σχετίζονται με τη φροντίδα και τη θεραπεία τους. Οι οικογένειες δικαιούνται μία επαρκή, έγκαιρη, ειλικρινή, και ολοκληρωμένη πληροφόρηση, μία πνευματική βοήθεια, καθώς και να διευκολύνεται η παρουσία τους. Η αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας βοηθά στο να φανεί η σημασία που αποδίδει η οικογένεια των ασθενών σε κρίσιμες παραμέτρους της νοσηλείας, αλλά και επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να βελτιστοποιεί τους απαραίτητους πόρους για τη φροντίδα του ασθενούς.

Οι εντάσεις και οι συγκρούσεις μπορεί να συμβούν μέσα στην οικογένεια, σε διάφορες πλευρές αυτής ή εκτός οικογένειας. Ένταση μπορεί να υπάρξει μεταξύ δύο μελών της οικογένειας – για παράδειγμα, μεταξύ δύο αδερφών που έχουν διαφορετική άποψη σε ένα συγκεκριμένο θέμα ή μεταξύ ενός μέλους και της υπόλοιπης οικογένειας ή μεταξύ μιας μειονότητας της οικογένειας και άλλων μελών. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν κάποια προηγούμενη και ομόφωνη θέση της οικογένειας αμφισβητείται από ένα ή περισσότερα μέλη. Οι οικογενειακές επιβαρύνσεις που αναφέρονται συχνότερα είναι η οικονομική πίεση, η ένταση μέσα στο σπίτι, η έκπτωση της σωματικής και πνευματικής υγείας στα μέλη που έχουν αναλάβει τη φροντίδα της οικογένειας, διατάραξη της ρουτίνας της οικογένειας και ανησυχία για το μέλλον (Schulz, 2008).

1.4 Θεωρίες Νοσηλευτικής Φροντίδας

Οι θεωρίες είναι νοητικά κατασκευάσματα, απαρτίζονται από έννοιες που αποδίδουν περιληπτικά ιδέες ή νοητικές αναπαραστάσεις, οι οποίες αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα και ερμηνεύουν γεγονότα ή καταστάσεις

(Σαπουντζή –Κρέπια, 2001). Αναπτύσσονται μέσα από εννοιολογικά πλαίσια, συστήματα ή μοντέλα που αναζητούν την αιτιολόγηση των σχέσεων ή των φαινομένων. Τέτοια θεωρητικά μοντέλα οδηγούν σε υποθέσεις ή εμπειρικές μεθόδους για την αξιολόγηση των προτεινόμενων δράσεων (Κοτρώτσιου, 2010). Η νέα γνώση και η τεχνολογική πρόοδος τροφοδοτούν διαρκώς με νέα δεδομένα την ανθρώπινη σκέψη και οδηγούν σε απόρριψη ή εμπλουτισμό των υφιστάμενων θεωριών με την πάροδο του χρόνου. Στη Νοσηλευτική, οι εννοιολογικές δομές της φροντίδας ερμηνεύονται από τεκμηριωμένες πρακτικές. Γίνεται μια συστηματική παρατήρηση των πράξεων φροντίδας μέσω της οποίας επιχειρείται η πρόβλεψη των εκβάσεων που σχετίζονται με την ανθρώπινη προσαρμογή στην υγεία και την ασθένεια. Στην Νοσηλευτική, οι θεωρίες χρησιμεύουν για την καθοδήγηση των νοσηλευτικών πράξεων αλλά και για να χρησιμοποιούνται στην έρευνα στο πεδίο της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι νοσηλευτικές θεωρίες βοηθούν τους νοσηλευτές να κατανοήσουν, να αναλύσουν και να ερμηνεύσουν τις σύνθετες καταστάσεις υγείας των ασθενών και να εφαρμόσουν τις γνώσεις τους μέσα από τη διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας. Συνεπώς, οι νοσηλευτικές θεωρίες συμβάλλουν στην επιστημονική ανάπτυξη και την επαγγελματική αυτονομία των νοσηλευτών καθοδηγώντας την νοσηλευτική πράξη, την εκπαίδευση και την έρευνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Κουλούρη & Ρουπα, 2008).

1.5. Η Θεωρία της Watson

Η θεωρία της Watson ανάγει τον άνθρωπο ως ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, και τη φροντίδα ως την πεμπτουσία της Νοσηλευτικής που κατέχει κεντρική θέση στην κλινική πρακτική. Η φροντίδα συνοψίζει και εμπεριέχει ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η θέληση για δέσμευση, γνώση και δραστηριότητες φροντίδας καθοδηγούν τη νοσηλευτική πρακτική και εκφράζονται μέσα από αυτή, σε εξατομικευμένη βάση, με αφετηρία τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου. Η Watson εισηγείται 10 παράγοντες φροντίδας. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνεται ένα ανθρωπιστικό, αλτρομιστικό σύστημα αξιών και η ενίσχυση της πίστης και της ελπίδας των ανθρώπων προς τον εαυτό τους και τους άλλους. Στοχεύει στην προαγωγή της αυτο-ανάπτυξης, στη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης, στην έκφραση των συναισθημάτων και στη διατήρηση ενός

υποστηρικτικού και προστατευτικού περιβάλλοντος με στόχο την προαγωγή της αρμονίας και της ευημερίας του ανθρώπου.

Οι 10 κατευθυντήριες οδηγίες της Watson αφορούν ουσιώδη στοιχεία που πρέπει να βρίσκονται στο επίκεντρο της φροντίδας και εντοπίζουν τα συστατικά του ανθρωπισμού στη νοσηλευτική φροντίδα, στις θεραπευτικές σχέσεις καθώς και στις κλινικές δραστηριότητες. Τα 10 αυτά πεδία περιλαμβάνουν (1) τον αλτρουισμό, (2) την πίστη και την ελπίδα, (3) την ευαισθησία απέναντι στον εαυτό μας και τους άλλους, (4) την εμπιστοσύνη και τη βοήθεια, (5) την έκφραση των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων (6) δημιουργική επίλυση προβλημάτων, (7) διαπροσωπική διδασκαλία-μάθηση (8) υποστηρικτικό, προστατευτικό, ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, (9) ανθρώπινες ανάγκες και (10) υπαρξιακές-φαινομενολογικές-πνευματικές δυνάμεις (Watson, 1988). Πιο αναλυτικά, ως ζητήματα φροντίδας παρουσιάζονται παρακάτω:

10 Διαδικασίες Φροντίδας

1. Να ενστερνίζεστε αλτρουιστικές αξίες και να ασκείτε καλοσύνη προς τον εαυτό σας και τους άλλους.
2. Να ενσταλάζετε πίστη και ελπίδα και να τιμάτε τους άλλους.
3. Να είστε ευαίσθητοι προς τον εαυτό σας και τους άλλους με το να καλλιεργείτε ατομικά πιστεύω και πρακτικές.
4. Να αναπτύσσετε σχέσεις βοήθειας, εμπιστοσύνης και φροντίδας.
5. Να προάγετε και να δέχεστε τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς ακούτε πραγματικά την ιστορία του άλλου.
6. Να χρησιμοποιείται δημιουργικές, επιστημονικές μεθόδους επίλυσης προβλημάτων για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα.
7. Να μοιράζεστε τη διδασκαλία και τη μάθηση που αφορά τις ατομικές ανάγκες και τους τρόπους κατανόησης.
8. Να δημιουργείτε ένα θεραπευτικό περιβάλλον για το σωματικό και τον πνευματικό εαυτό, που σέβεται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.
9. Να βοηθάτε με βασικές σωματικές, συναισθηματικές, και πνευματικές ανθρώπινες ανάγκες.
10. Να ανοιχτείτε στο μυστήριο και να επιτρέψετε την είσοδο των Θαυμάτων.

(Jean Watson, «Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας/Επιστήμη της Φροντίδας»)

Το μοντέλο ή η θεωρία της φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί επίσης και ως μία φιλοσοφική και ηθική/δεοντολογική βάση για το επάγγελμα της νοσηλευτικής και ως μέρος του κυρίου σημείου επικέντρωσης για τη νοσηλευτική σε επιστημονικό επίπεδο. Ένα μοντέλο της φροντίδας περιλαμβάνει τόσο την τέχνη όσο και την επιστήμη – προσφέρει ένα πλαίσιο εργασίας που ενστερνίζεται και διασταυρώνεται με την τέχνη, την επιστήμη, τις κλασικές σπουδές, την πνευματικότητα, και με νέες διαστάσεις της ιατρικής και της νοσηλευτικής για το νου και το σώμα, που εξελίσσονται ανοιχτά ως κεντρικές για τα ανθρώπινα φαινόμενα της νοσηλευτικής πρακτικής.

Οι ιδέες, όπως διατυπώθηκαν αρχικά, καθώς και στη σημερινή φάση εξέλιξής τους (Watson, 1999), δίνουν σε κάποιον την ευκαιρία να αξιολογήσει, να κριτικάρει και να δει το πώς ή το εάν μπορεί να ταυτοποιήσει τον εαυτό του μέσα στο πλαίσιο ή τις αναδυόμενες ιδέες σε σχέση με τις δικιές του «θεωρίες και φιλοσοφίες της νοσηλευτικής και/ή της πρακτικής της φροντίδας».

Εάν κάποιος επιλέξει να χρησιμοποιήσει την οπτική της φροντίδας ως θεωρία, μοντέλο, φιλοσοφία, ηθική ή δεοντολογία για το μετασχηματισμό του εαυτού του και της πρακτικής του, ή του εαυτού του και του συστήματος, τα ακόλουθα ερωτήματα μπορεί να βοηθήσουν (Watson, 1996): Υπάρχει συμφωνία μεταξύ (α) των αξιών και των κύριων εννοιών και πεποιθήσεων στο μοντέλο, και του δεδομένου νοσηλευτή, ομάδας, συστήματος, οργανισμού, διδακτέας ύλης, πληθυσμιακών αναγκών, κλινικού διοικητικού περιβάλλοντος, ή άλλης μονάδας που λαμβάνει υπόψη την αλληλεπίδραση με το μοντέλο φροντίδας για το μετασχηματισμό και/ή τη βελτίωση της πρακτικής; Ποια είναι η οπτική ενός ατόμου για τον άνθρωπο; Και για το τι σημαίνει άνθρωπος, φροντίδα, θεραπεία, ανάπτυξη, εξέλιξη, μετασχηματισμός, κτλ. Για παράδειγμα, όπως είπε ο Teilhard de Chardin: «Είμαστε άνθρωποι που βιώνουμε μία πνευματική εμπειρία, ή είμαστε πνευματικά όντα που βιώνουν μία ανθρώπινη εμπειρία;» Ένας τέτοιος συλλογισμός, όσον αφορά αυτό το φιλοσοφικό ερώτημα, μπορεί να καθοδηγήσει την κοσμοθεωρία κάποιου και να τον βοηθήσει να ξεκαθαρίσει που ταυτοποιεί τον εαυτό του μέσα στο πλαίσιο της φροντίδας. Ενδιαφέρονται αυτοί που αλληλεπιδρούν και χρησιμοποιούν το μοντέλο για την προσωπική τους εξέλιξη; Είναι αφοσιωμένοι στην αναζήτηση αυθεντικών συνδέσεων και σχέσεων φροντίδας-θεραπείας για τον εαυτό τους και τους άλλους; Έχουν «συναίσθηση» της φροντίδας ή μη φροντίδας που παρέχουν, συνειδητά, σε μία

δεδομένη στιγμή και σε ένα άτομο και επίπεδο συστήματος; Ενδιαφέρονται και είναι αφοσιωμένοι στο να επεκτείνουν τη συναίσθηση και τις πράξεις της φροντίδας τους στον εαυτό τους, στους άλλους, στο περιβάλλον, στη φύση, και στο ευρύτερο σύμπαν; Ενδιαφέρονται αυτοί που δουλεύουν μέσα στο μοντέλο να μετακινηθούν από ένα τεχνο-θεραπευτικό προσανατολισμό σύγχρονης ιατρικής επιστήμης σε ένα πραγματικό μοντέλο φροντίδας-θεραπείας-αγάπης; Δραστηριότητες βασισμένες στη θεωρία νοσηλευτικής φροντίδας που δρουν ως οδηγοί για την πρακτική, την εκπαίδευση και την έρευνα έχουν αναπτυχτεί σε ολόκληρες τις ΗΠΑ, καθώς σε άλλα μέρη του κόσμου. Το έργο της Watson είναι μία από αυτές τις θεωρίες νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιούνται συνέχεια ως οδηγοί. Τα μοντέλα νοσηλευτικής στοχαστικής/κριτικής πρακτικής ακολουθούν ολοένα και περισσότερο τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για τη φροντίδα.

1.5.1 Ορισμός της Διαπροσωπικής Φροντίδας και της Στιγμής της Φροντίδας

Οι σχέσεις διαπροσωπικής φροντίδας αποτελούν τη βάση της θεωρίας – η λέξη «διαπροσωπική» έχει μία έννοια ανησυχίας για τον εσωτερικό κόσμο, και μία υποκειμενική σημασία, αλλά πάει πέρα από το «εγώ» και τη δεδομένη στιγμή, φτάνοντας στις βαθύτερες συνδέσεις του πνεύματος με το ευρύτερο σύμπαν. Συνεπώς, η σχέση διαπροσωπικής φροντίδας μετακινείται πέρα από το «εγώ», σε πνευματικές, ακόμα και κοσμικές ανησυχίες και συνδέσεις, που αξιοποιούν θεραπευτικές δυνατότητες. Η διαπροσωπική φροντίδα έχει ως στόχο να συνδεθεί με το πνεύμα ή την ψυχή του άλλου μέσω των διαδικασιών της φροντίδας και της θεραπείας, και με το να βρίσκεται σε μία αυθεντική σχέση, μέσα στη στιγμή.

Μία τέτοια διαπροσωπική σχέση επηρεάζεται από τη συναίσθηση και τη σκοπιμότητα της φροντίδας του νοσηλευτή καθώς αυτός ή αυτή εισέρχεται στο χώρο ζωής ή στο πεδίο φαινομένων ενός άλλου ατόμου, και μπορεί να ανιχνεύσει την κατάσταση ύπαρξης του άλλου ατόμου (στο επίπεδο της ψυχής και του πνεύματος). Συνεπάγεται μία επικέντρωση στη μοναδικότητα του εαυτού και του άλλου και στη μοναδικότητα της στιγμής, όπου υπάρχει μία αμοιβαία σχέση, μέσα στη στιγμή, ενώ ταυτόχρονα, γίνεται και υπέρβαση της στιγμής, και το άτομο είναι ανοιχτό σε νέες δυνατότητες.

Η διαπροσωπική φροντίδα επιδιώκει την αυθεντικότητα της ύπαρξης και της εξέλιξης, την ικανότητα να είναι κάποιος παρών στον εαυτό του και τον άλλο σε ένα στοχαστικό πλαίσιο – ο διαπροσωπικός νοσηλευτής έχει την ικανότητα να εστιάζει τη συναίσθηση και τη σκοπιμότητα στη φροντίδα, τη θεραπεία, και την ολότητα, αντί για την ασθένεια.

Οι ικανότητες διαπροσωπικής φροντίδας σχετίζονται με την οντολογική ανάπτυξη των ανθρωπίνων ικανοτήτων και των τρόπων ύπαρξης και εξέλιξης του νοσηλευτή – συνεπώς, οι «ικανότητες οντολογικής φροντίδας» γίνονται τόσο βασικές σε αυτό το μοντέλο όσο και οι «ικανότητες τεχνολογικής θεραπείας» στο παραδοσιακό, σύγχρονο, μοντέλο Δυτικής ιατρικής-νοσηλευτικής.

Μέσα στο μοντέλο της διαπροσωπικής φροντίδας, η συναίσθηση κλινικής φροντίδας εισέρχεται, σε ένα θεμελιώδες δεοντολογικό επίπεδο, μέσα σε αυτό το πλαίσιο. Ο νοσηλευτής επιχειρεί να εισέρθει και να παραμείνει μέσα στο πλαίσιο αναφοράς του άλλου για να συνδεθεί με τον εσωτερικό κόσμο και το πνεύμα του άλλου – μαζί, ξεκινούν μία αμοιβαία αναζήτηση νοήματος και ολότητας της ύπαρξης και της εξέλιξης για να πραγματοποιήσουν μέτρα ανακούφισης, ελέγχου του άλγους, μία αίσθηση ευεξίας, ολότητας, ή ακόμα και πνευματικής υπέρβασης του άλγους. Το άτομο θεωρείται ως ολόκληρο, ανεξαρτήτως ασθένειας (Watson, 1996)

1.5.2 Στιγμές και Περιστάσεις Φροντίδας

Μία περίσταση φροντίδας συμβαίνει κάθε φορά που ένας νοσηλευτής και ένας ασθενής συναντιούνται με τις μοναδικές ιστορίες της ζωής τους και τα πεδία των φαινομένων τους σε μία αλληλεπίδραση άνθρωπος-προς-άνθρωπο. Η συνάντηση σε μία δεδομένη στιγμή γίνεται ένα εστιακό σημείο στο χωροχρόνο. Γίνεται υπερβατική όπου υπάρχουν εμπειρία και αντίληψη, αλλά η πραγματική περίσταση φροντίδας έχει ένα μεγαλύτερο δικό της πεδίο σε μία δεδομένη στιγμή. Η διαδικασία ξεπερνά τον εαυτό της, αλλά προέρχεται από πτυχές της που γίνονται μέρος της ιστορίας της ζωής του κάθε ατόμου, καθώς και μέρος κάποιου μεγαλύτερου, πιο σύνθετου, μοτίβο ζωής (Watson, 1985/1988).

Μία στιγμή φροντίδας περιλαμβάνει μία πράξη και μία επιλογή τόσο από το νοσηλευτή όσο και από τον ασθενή. Η στιγμή της συνάντησης τους δίνει την ευκαιρία να αποφασίσουν το πώς να είναι μέσα στη στιγμή και μέσα στη σχέση, καθώς και το τι να κάνουν κατά τη διάρκεια της στιγμής. Εάν η στιγμή της φροντίδας

είναι διαπροσωπική, καθένας νιώθει μία σύνδεση με τον άλλο σε πνευματικό επίπεδο, υπερβαίνοντας, έτσι, το χώρο και το χρόνο, δίνοντας νέες δυνατότητες για θεραπεία και ανθρώπινη σύνδεση σε βαθύτερο επίπεδο από ότι η σωματική αλληλεπίδραση. Όπως είπε η Watson (1985/1988, σελ. 59-60): «...μαθαίνουμε ο ένας από τον άλλο πώς να είμαστε άνθρωποι ταυτοποιώντας τους εαυτούς μας με τους άλλους, βλέποντας τα διλήμματά τους σε εμάς. Αυτό από το οποίο μαθαίνουμε όλοι είναι η αυτογνωσία. Ο εαυτός που μαθαίνουμε ...είναι κάθε εαυτός. Είναι καθολικός – ο ανθρώπινος εαυτός. Μαθαίνουμε να αναγνωρίζουμε τους εαυτούς μας στους άλλους ...και αυτό κρατά ζωντανή την κοινή μας ανθρωπιά και αποφεύγει να αναγάγει τον εαυτό μας ή τον άλλο στην ηθική κατάσταση του αντικειμένου».

1.5.3 Συναίσθηση Φροντίδας (Θεραπείας)

Η δυναμική της διαπροσωπικής φροντίδας (θεραπείας) μέσα σε μία στιγμή φροντίδας φαίνεται σε ένα πεδίο συναίσθησης. Οι διαπροσωπικές διαστάσεις μίας στιγμής φροντίδας επηρεάζονται από τη συναίσθηση του νοσηλευτή τη στιγμή της φροντίδας, που με τη σειρά της επηρεάζει το πεδίο του όλου. Ο ρόλος της συναίσθησης, από μία ολογραφική οπτική της επιστήμης, έχει συζητηθεί σε παλαιότερα κείμενα (Watson, 1992, σελ. 148) και περιλαμβάνει τα ακόλουθα σημεία: Ολόκληρη η συναίσθηση φροντίδας-θεραπείας-αγάπης περιλαμβάνεται σε μία στιγμή φροντίδας.

Αυτός που δίνει τη φροντίδα και αυτός που τη δέχεται αλληλοσυνδέονται. Η διαδικασία φροντίδας-θεραπείας συνδέεται με τα άλλα άτομα και την υψηλότερη ενέργεια του σύμπαντος. Η συναίσθηση φροντίδας-θεραπείας-αγάπης του νοσηλευτή μεταδίδεται στον ασθενή. Η συναίσθηση φροντίδας-θεραπείας-αγάπης υπάρχει μέσα από το χωροχρόνο και τον υπερβαίνει, και γίνεται κυρίαρχη στις φυσικές διαστάσεις. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, αναγνωρίζεται ότι η διαδικασία αφορά σχέσεις και συνδέσεις – υπερβαίνει το χωροχρόνο και τη φυσική ύπαρξη. Είναι υποκειμενική μεταξύ δύο ατόμων, με υπερβατικές δυνατότητες που ξεπερνούν τη δεδομένη στιγμή της φροντίδας.

Αλτρουισμός και φροντίδα

Η λέξη αλτρουισμός δηλώνει την εκδήλωση ενδιαφέροντος και δράσης για τον άλλον, χωρίς προφανές όφελος, πέραν της πεποίθησης ότι θα αποφευχθεί ζημία του άλλου ή και θα υπάρξει όφελος για τον άλλον. Έχει αφετηρία του έναν συνδυασμό

εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που οδηγούν το άτομο να προφέρει στον πλησίον, ακόμα και με τίμημα τη θυσία προσωπικών κεκτημένων, με σκοπό τη βελτίωση της θέσης του συνανθρώπου μας.

Βασικές Έννοιες της «Θεωρίας της Ανθρώπινης Φροντίδας/Επιστήμης της Φροντίδας» της Jean Watson

Οι Βασικές Έννοιες/Πρακτικές: Εξέλιξη από τη Θεραπεία στη Φροντίδα (Watson, 2008, σελ. 34)

- Άσκηση καλοσύνης και αυτοκυριαρχίας
- Αυθεντική παρουσία: να επιτρέπετε τη βαθιά πίστη στον άλλο (ασθενή, συνάδελφο, οικογένεια, κτλ.)
- Καλλιέργεια της προσωπικής σας πνευματικής πρακτικής προς την ολοκλήρωση του νου/σώματος/πνεύματος – πέρα από το «εγώ»
- Να γίνετε εσείς το περιβάλλον φροντίδας-θεραπείας
- Να επιτρέπετε τα θαύματα (να είστε ανοιχτοί στα απροσδόκητα και ανεξήγητα φαινόμενα της ζωής)

Βασικές Έννοιες της Θεωρίας:

- **Μία σχεσιακή φροντίδα για τον εαυτό σας και τους άλλους** που στηρίζεται σε μία ηθική/δεοντολογική/φιλοσοφική βάση της αγάπης και των αξιών
- **Διαπροσωπική σχέση φροντίδας** (που ξεπερνά το «εγώ» και πηγαίνει σε μία υψηλότερη «πνευματική» φροντίδα που βασίζεται στις «Στιγμές της Φροντίδας»)
 - ❖ Ηθική δέσμευση για την προστασία και την ενίσχυση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
 - ❖ Σεβασμός/«αγάπη» για το άλλο άτομο – να τιμάτε τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις συνήθειες και τις ιεροτελεστίες του
 - ❖ Συναίσθηση φροντίδας του εαυτού ως άτομο/νοσηλευτής και του άλλου ως άτομο – σύνδεση ως άνθρωποι
 - ❖ Εγκάρδια/θεραπευτική φροντίδα βασισμένη στο να ασκείτε και να τιμάτε την ολότητα του νου-σώματος-πνεύματος στον εαυτό σας και στον άλλο
 - ❖ Εσωτερική αρμονία (αυτοκυριαρχία) – διατήρηση ισορροπίας
 - ❖ Πρόθεση να «κάνετε» για τον άλλο και να «είστε» εκεί για κάποιον που σας χρειάζεται (Τι κάνετε (δεξιότητες) και πως το κάνετε (πρόθεση συνειδητής φροντίδας))

- ❖ «Αυθεντική Παρουσία» (να τιμάτε/να συνδέεστε ως άνθρωπος προς άνθρωπο)
- **Στιγμή/Περίσταση Φροντίδας:** Εγκάρδιες Συναντήσεις με το άλλο άτομο: Όταν δύο άτομα, το καθένα με το δικό του «πεδίο φαινομένων»/υπόβαθρο συναντιούνται σε μία αλληλεπίδραση άνθρωπος προς άνθρωπο που είναι σημαντική, αυθεντική, συνειδητή, που τιμά το άλλο άτομο, και έτσι μοιράζεστε την ανθρώπινη εμπειρία ώστε να επεκταθεί η κοσμοθεωρία σας και το πνεύμα σας σε μία εκ νέου ανακάλυψη του εαυτού σας και του άλλου και των νέων δυνατοτήτων της ζωής.
- **Πολλαπλοί τρόποι μάθησης** (μέσω της επιστήμης, της τέχνης, της αισθητικής, της ηθικής, της διαίσθησης, καθώς και προσωπικοί, πολιτισμικοί, και πνευματικοί)
- **Στοχαστική προσέγγιση** (αύξηση της συναίσθησης και της παρουσίας στον ανθρωπισμό του εαυτού και του άλλου) (Cara., 2003,
- **Η φροντίδα τους περιλαμβάνει όλους, είναι κυκλική, και επεκτείνεται:** Φροντίδα για τον εαυτό σας, για τους άλλους, για τους ασθενείς/πελάτες/οικογένειες, για το περιβάλλον/φύση και για το σύμπαν.

1.5.4 Εργαλεία μέτρησης της φροντίδας

Το 2002, η Watson δημοσίευσε ένα βιβλίο, όπου παρουσίαζε και εξέταζε 21 κλίμακες φροντίδας. Ανέλυε τις θεωρητικές βάσεις και τις μεθοδολογικές ιδιότητες του κάθε εργαλείου (Watson, 2002). Τα ερωτηματολόγια για τη φροντίδα care-Q και care-sat (Larson, 1984; Larson και Ferketich; 1993), CBA (Cronin και Harrison, 1988), και CBI (Wolf, 1986, Wolf et al., 1994) ήταν παραδοσιακά τα εργαλεία που χρησιμοποιούνταν πιο πολύ για τη μέτρηση της φροντίδας στη νοσηλευτική έρευνα, και ήταν τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα. Αναπτύχθηκε επίσης μια νέα τάση αξιολόγησης της φροντίδας με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή, ενώ άρχισε να αξιολογείται η αντιλαμβανόμενη φροντίδα από τον ασθενή ή την οικογένειά του.

Η ποσοτικοποίηση των αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή –ασθενούς επιτρέπει την εξέταση των σχέσεων ανάμεσα στη φροντίδα, στις στάσεις και στις συμπεριφορές των νοσηλευτών και την έκβαση των ασθενών (Valentine, 1999). Μια τέτοια προσέγγιση υιοθετήθηκε από την Cossette και συν (2005), οι οποίοι σχεδίασαν μια

κλίμακα μέτρησης της αλληλεπίδρασης νοσηλευτή –ασθενούς, όσον αφορά τα ζητήματα φροντίδας, τη CNPI (Caring Nurse-Patient Interactions Scale) της οποίας διατίθεται βραχεία έκδοση και για την οικογένεια: η 23-item Version – Family (CNPI-23F), που είναι κατάλληλη για την αξιολόγηση των αντιλήψεων, τόσο των ίδιων των νοσηλευτών, όσο και των ασθενών, αλλά και των συνοδών τους. Η κλίμακα CNPI βασίστηκε στη θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας της Watson (1979, 1988). Παρόλο που υπάρχουν διάφορες θεωρίες που αναφέρονται σε διάφορες θεωρητικές διαστάσεις της φροντίδας, στη θεωρία ανθρώπινης φροντίδας της Watson οι θεραπευτικοί της παράγοντες παρέχουν σαφείς οδηγίες για την αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενή (Tomey και Alligood, 2002). Σύμφωνα με τη Watson, ο νοσηλευτής πρέπει να αναπτύξει και να διατηρήσει μια σχέση εμπιστοσύνης και αυθεντικότητας με τον ασθενή του, προκειμένου να προάγει τη θεραπεία του και την υγεία του. Επιπλέον, στη θεωρία της Watson, ο νοσηλευτής μέσα από αυτή τη σχέση φροντίδας προστατεύει, βελτιώνει και διατηρεί την αξιοπρέπεια, τον ανθρωπισμό και την ακεραιότητα του ασθενούς ως ψυχοσωματική ολότητα. Ως εκ τούτου, η θεωρία της Watson, εστιάζοντας κυρίως στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς μπορεί να χρησιμεύσει ως οδηγός για την ανάπτυξη μιας κλίμακας που να συλλαμβάνει τον πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής.

2. Οι ιδιαιτερότητες της φροντίδας στη ΜΕΘ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας- Μ.Ε.Θ είναι ένα ειδικά εξοπλισμένο τμήμα των νοσοκομείων, που στελεχώνεται από εξειδικευμένο προσωπικό, με στόχο την αντιμετώπιση ασθενών που χαρακτηρίζονται «Βαριά Πάσχοντες» και των οποίων απειλείται άμεσα η ζωή και η υγεία. Οι ΜΕΘ αποτελούν την πιο προχωρημένη μορφή των μονάδων Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής.

Η εντατική θεραπεία παρέχεται όταν πλέον έχουν εξαντληθεί όλες οι διαθέσιμες συμβατικές θεραπευτικές δυνατότητες και στοχεύει στην παροδική υποκατάσταση διαταραγμένων ή ανεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών. Η θεραπευτική και η νοσηλευτική αντιμετώπιση επικεντρώνεται στις ζωτικά απαραίτητες λειτουργίες (αναπνοή,κυκλοφορία,ομοιόσταση). Ανεξάρτητα από την υποκείμενη βασικής πάθηση οι επιπλοκές που έχουν επιπτώσεις στις ζωτικές λειτουργίες ακολουθούν συνήθως μια πρότυπη αλληλουχία και απαιτούν πολυεπίπεδη αντιμετώπιση και 24ωρη παρακολούθηση και υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών. Για το σκοπό αυτό επιβάλλεται η συνεχής παρουσία εξειδικευμένης ομάδας επαγγελματιών υγείας, αλλά και η ύπαρξη ιατρικού εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας. Στη ΜΕΘ εκτελούνται από όλους τους γιατρούς που εργάζονται εκεί και σε συνεργασία με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων, όλες οι απαραίτητες μικροεπεμβάσεις τόσο για τον έλεγχο (monitoring), όσο και για τη θεραπεία των ασθενών, όπως καθετηριασμοί κεντρικών φλεβών (υποκλείδιοι, σφαγιτιδικοί, μηριαίοι), τοποθέτηση πνευμονικών καθετήρων για πλήρες αιμοδυναμικό monitoring, συνεχούς μέτρησης της καρδιακής παροχής και κορεσμού της αιμοσφαιρίνης του μεικτού φλεβικού αίματος, προσωρινών διαφλεβικών βηματοδοτών, τοποθέτηση αρτηριακών γραμμών, συνεχούς μέτρησης αερίων αίματος και θερμοκρασίας, τοποθέτηση σωλήνων παροχέτευσης θώρακα, διασωληνώσεις, διαδερμικές τραχειοστομίες, ενδοσκοπικές γαστροστομίες (PEG), βρογχοσκοπήσεις, τοποθέτηση καθετήρων συνεχούς μέτρησης του κορεσμού της αιμοσφαιρίνης του αίματος του σφαγιτιδικού κόλπου, μέτρηση ενδοκράνιας πίεσης, μέτρηση ιστικής οξυγόνωσης και θερμοκρασίας εγκεφάλου, μέτρηση των βιοχημικών αλλαγών του εγκεφαλονωτιαίου και περιτοναϊκού υγρού με τη μέθοδο της μικροδιάλυσης, περιτοναϊκές πλύσεις, συνεχής αρτηριοφλεβική και φλεβοφλεβική αιμοδιήθηση, αιμοδιύλιση κλπ (Πάτσιος και συν, 2014).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΜΕΘ είναι πολυεπίπεδος και αφορά τον ασθενή ως ολότητα και την νόσο σε όλο το φάσμα της εξέλιξής της. Ο νοσηλευτής δεν καταγράφει απλώς, αλλά ιεραρχεί τα προβλήματα και τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενούς προγραμματίζοντας την επίλυσή τους και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Ελέγχει την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και παρέχει στον ιατρό την αναγκαία ανατροφοδότηση, για τυχόν επαναπροσδιορισμό της θεραπείας. Οι νοσηλευτές των Μ.Ε.Θ πρέπει να διαθέτουν γνώσεις και δεξιότητες για να ανταπεξέλθουν σε ένα ανταγωνιστικό και αυξημένων απαιτήσεων περιβάλλον (Αδάμου, 2011).

Στη ΜΕΘ, η έλλειψη χρόνου του προσωπικού, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη σαφούς επικοινωνίας μεταξύ των μελών της ομάδας ιατρικής φροντίδας, καθώς και αποφάσεις για τη θεραπεία που δεν βασίζονταν στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς προκαλούν συχνά απογοήτευση στους νοσηλευτές που καταλήγουν να έχουν περιορισμένο ρόλο, παρά το ότι διαθέτουν ειδικές γνώσεις και κατανόηση για τις εμπειρίες και τις επιθυμίες των ασθενών (Beckstrand et al., 2006). Σημαντικός παράγοντας για την εκπλήρωση της αποστολής των νοσηλευτών στη ΜΕΘ είναι ένα εργασιακό περιβάλλον με έντονη επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ νοσηλευτριών και γιατρών, με τη δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών παρηγορητικής αγωγής και την άμεση διαθεσιμότητα συμβουλών σε θέματα ηθικής. Η κατάλληλη στήριξη των ασθενών, των οικογενειών των ασθενών και του προσωπικού είναι επιβεβλημένη (Malloy et al., 2006; El Nabawy Ahmed Moawad, 2013). Ωστόσο, έχει βρεθεί ότι στο 71% των περιπτώσεων που μελετήθηκαν, η επικοινωνία μεταξύ νοσηλεύτριας και ασθενή ήταν μικρής διάρκειας (<1 λεπτό), και αφορούσε κυρίως σε θέματα φυσικής φροντίδας του ασθενή (Στουφής και Λεπίδου, 2011). Η φιλοσοφία της φροντίδας στη ΜΕΘ είναι να παρασχεθεί η μέγιστη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας που να καλύπτουν όλες τις φυσικές, ψυχολογικές και πνευματικές ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του. Η επικοινωνία με τους ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη ή και προθανάτια κατάσταση στη ΜΕΘ αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό κομμάτι αυτής της φροντίδας. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που περιλαμβάνονται θα χρειαστεί να εξατομικεύονται για κάθε ασθενή. Η επικοινωνία με τον ασθενή ακόμα και σ' αυτή τη λεπτή φάση της νοσηλείας του στη ΜΕΘ, μπορεί να απαιτήσει το ίδιο επίπεδο επαγρύπνησης και το χρόνο, που απαιτεί η επιθετική υποστήριξη της ζωής (Στουφής και Λεπίδου, 2011).

Η εισαγωγή ενός ασθενούς σε ΜΕΘ έχει επίδραση στον ασθενή, καθώς και στην οικογένεια του ασθενούς. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι κατά την περίοδο αυτή της σοβαρής ασθένειας, η οικογένεια του ασθενούς που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση, βιώνει ένα μοναδικό σύνολο των αναγκών που συνδέονται κυρίως με την αντίληψή τους για τη διασφάλιση, την εγγύτητα, την ενημέρωση, την άνεση και υποστήριξη. Οι ανάγκες αυτές μπορεί να βιώνονται σιωπηλά, να περάσουν απαρατήρητες από το υγειονομικό προσωπικό και οι οποίες, αν δεν ικανοποιηθούν να προκαλέσουν στρες και άγχος στα μέλη της οικογένειας. Αντίθετα, γνωρίζοντας και ικανοποιώντας τις ανάγκες τους ενισχύεται η ικανότητα της οικογένειας να αλληλεπιδρά και να υποστηρίξει τον ασθενή. Παράλληλα, αυξάνεται η ικανοποίηση του ασθενούς και της οικογένειάς του σχετικά με την αντίληψη φροντίδας, και προάγεται η εμπιστοσύνη και η αξιοπιστία της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς.

Οι σημαντικότερες αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία των νοσηλευόμενων σε ΜΕΘ ασθενών λαμβάνονται όταν η κατάστασή τους είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και σε στιγμές όπου ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για τον εαυτό του. Στο πλαίσιο αυτό το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να απευθυνθεί προς το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, το οποίο επιφορτίζεται με τη ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στην πρόγνωση και στη θεραπεία του νοσηλευόμενου. Συνεπώς, ιδιαίτερη σημασία και διαμεσολαβητικό ρόλο στην αλληλεπίδραση νοσηλευτή-ασθενούς, έχουν οι στενοί συγγενείς του ασθενούς. Η αντίληψη που έχουν για τη φροντίδα και η ικανοποίηση από αυτή αποτελούν γνώμονα για την άριστη συνεργασία με το προσωπικό της ΜΕΘ, αλλά και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών (Azoulay et al, 2004). Ασθενείς και συνοδοί αξιολογούν την παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, τις υποδομές ξενοδοχειακού τύπου, το σεβασμό των ατομικών δικαιωμάτων και της προσωπικότητας του ασθενή και τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο νοσοκομειακό περιβάλλον αξιολογείται πλέον όχι μόνο με τις αποφάσεις που λαμβάνονται από τους λειτουργούς υγείας, αλλά και μέσω της ενεργού συμμετοχής των ασθενών και των συνοδών τους (Huang et al, 2014).

Αναφορικά με την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών από το επίπεδο φροντίδας, ο ασθενής είναι αυτός που ανακαλύπτει προβληματικές περιοχές στην παροχή υπηρεσιών υγείας, και συμβάλλει εντοπίζοντας τις στη βελτίωση της

φροντίδας. Ειδικά στις ΜΕΘ, όπου ο ασθενής συχνά δεν έχει επίπεδο συνείδησης, το ρόλο αυτό αναλαμβάνουν οι συνοδοί του. Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν, το επίπεδο εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Ωστόσο, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι προσδοκίες του ασθενή, η βαρύτητα της κατάστασής του και η σχέση με τους επαγγελματίες υγείας: Η επικοινωνία των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση. Επίσης, η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή κατάσταση των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα, η διαμονή και η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σχετικά με τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς από τους νοσηλευτές της ΜΕΘ. Διερευνήθηκε η άποψή τους για την αλληλεπίδραση νοσηλευτών – ασθενών σε επίπεδο κλινικής και σχεσιακής φροντίδας, ενώ επιχειρήθηκε και συσχέτιση των ευρημάτων με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των συγγενών και το αλτρουιστικό τους προφίλ.

3.2 Διαδικασία-δείγμα μελέτης

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των συγγενών των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη Μονάδα κατά τη χρονική περίοδο Μαΐου – Ιουλίου 2015. Στην έρευνα συμμετείχαν όσοι συνοδοί ασθενών ανήκαν στους πρώτου βαθμού συγγενείς τους και μιλούσαν και έγραφαν καλά ελληνικά. Μόνον σε τρεις περιπτώσεις οι συνοδοί αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. Συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια Caring Nurse-Patient Interactions Scale: 23-item Version – Family (CNPI-23F) και του αλτρουισμού. Το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτελεί βραχεία εκδοχή του ερωτηματολογίου CNPI-70F και αναφέρεται στη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή – ασθενούς υπό το πρίσμα των συνοδών του ασθενούς (Cossete et al., 2006). Περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις που κατανέμονται στους τομείς της κλινικής φροντίδας, της σχεσιακής φροντίδας, της ανθρωπιστικής και της φροντίδας για τη δημιουργία άνεσης και ρωτώνται σε τρεις άξονες: ρεαλισμού (αν συμβαίνει πραγματικά), σημαντικότητας (πόσο σπουδαίο είναι για το συνοδό) και ικανοποίησης (αν είναι ικανοποιημένος από τη συγκεκριμένη δράση). Το δεύτερο ερωτηματολόγιο αποτελείται από οχτώ δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν τη συμπεριφορά αλτρουισμού και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν

(Ahmed και Jackson, 1979). Οι συγγενείς των ασθενών συμπλήρωσαν επίσης και ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.

Στατιστική ανάλυση

Έγινε περιγραφική στατιστική και επαγωγική στατιστική ανάλυση, δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων, ενώ χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (t-test, ANOVA) και post hoc ανάλυση με τη δοκιμασία Bonferonni. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$. Ο συντελεστής α Cronbach του CNPI ήταν ίσος με 0,95, δείχνοντας άριστη εσωτερική αξιοπιστία. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 22.0 .

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 60% του δείγματος. Το 53% εργαζόταν και το 74% ήταν έγγαμοι. Παιδιά είχε το 69% και το 90% αδέρφια. Το 39% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ.

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Φύλο	N (%)
Άνδρας	40
Γυναίκα	60
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμος/η	24
Έγγαμος/η	74
Διαζευγμένος/η	1
Χήρος/η	1
Εργασιακή κατάσταση	
Άνεργος	28
Εργαζόμενος	53
Συνταξιούχος	19
Τόπος διαμονής :	
Χωριό/ Κωμόπολη	18
Πόλη <100.000 κατοίκους	22
Πόλη >100.000 κατοίκους	60
Έχετε αδέρφια ; Ναι	90
Όχι	10
Έχετε παιδιά; Ναι	69
Όχι	31

Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων

Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης	23
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	38
Απόφοιτος Παν.	19
Απόφοιτος Τ.Ε.Ι.	20
Επίπεδο μεταπτυχιακών Μάστερ/Διδακτορικό	9
Κανένα	81

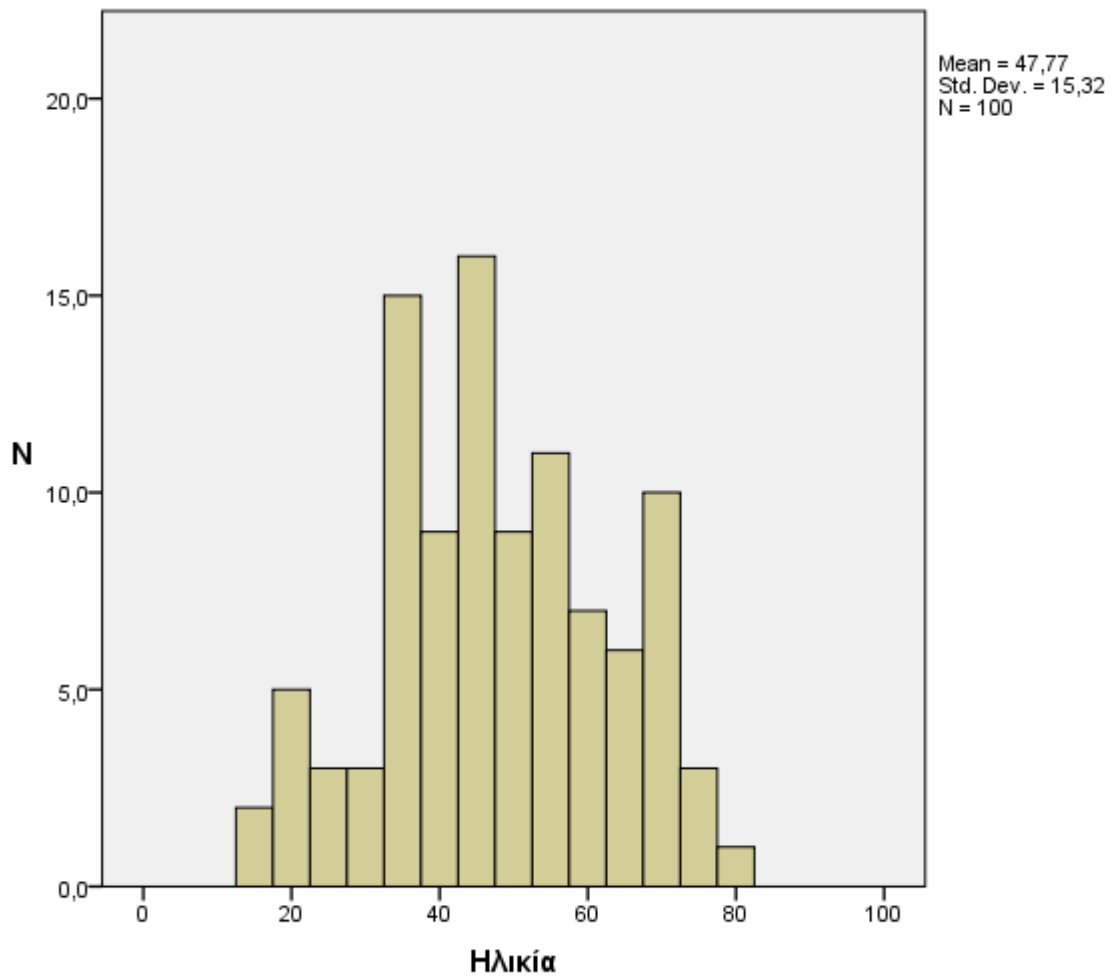
Η συνολική διάρκεια της νόσου ήταν 386,34 μέρες (μέση τιμή), ενώ της νοσηλείας στη ΜΕΘ ήταν 77,87 μέρες.

Πίνακας 3. Διάρκεια νόσου

	N	ΜΤ	ΤΑ
Συνολικός χρόνος ασθένειας (σε ημέρες)	100	386,34	1332,190
Χρόνος νοσηλείας στη ΜΕΘ (σε ημέρες)	100	77,87	132,427
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση			

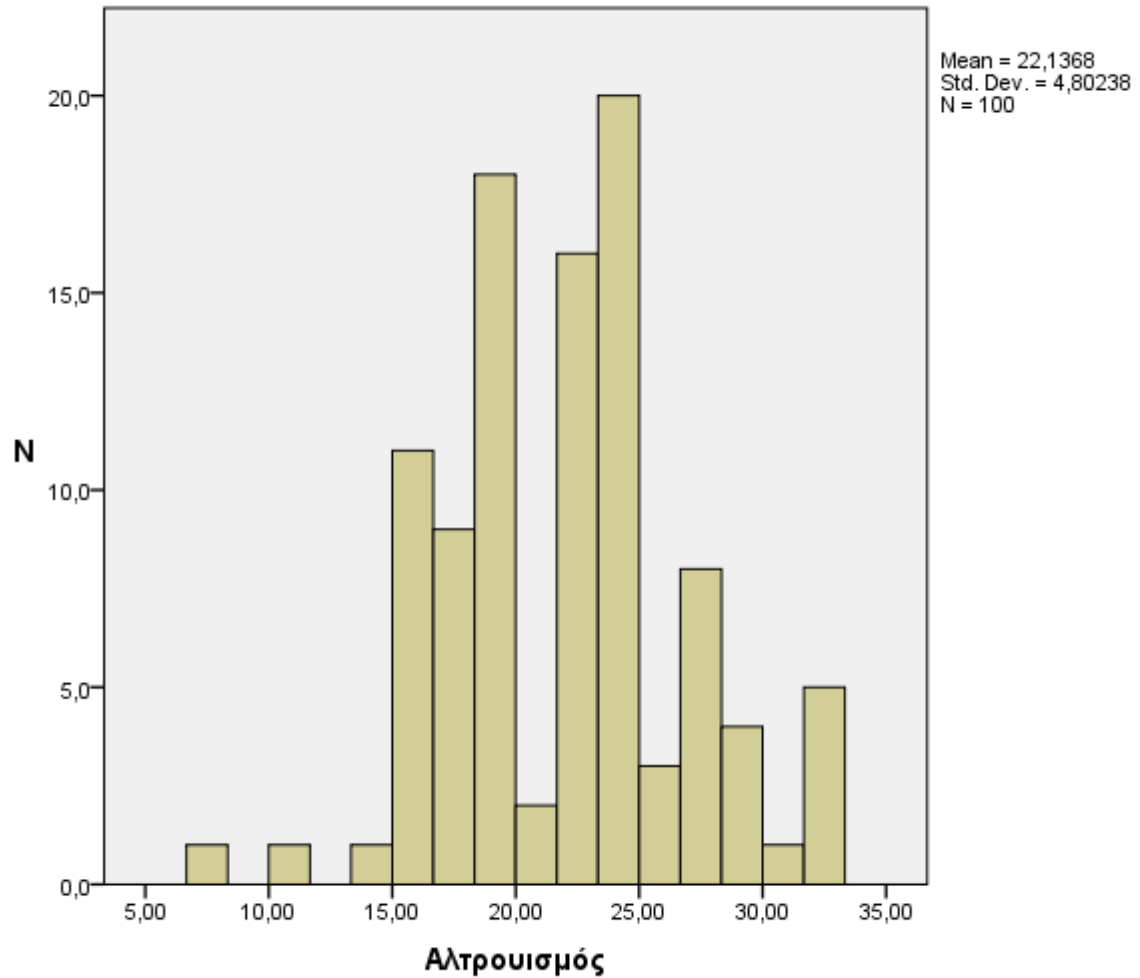
Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $47,77 \pm 15,32$ έτη

Γράφημα 1. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος



Η βαθμολογία στην κλίμακα αλτρουισμού ήταν $22,13 \pm 4,80$.

Γράφημα 2. Η κλίμακα αλτρουισμού

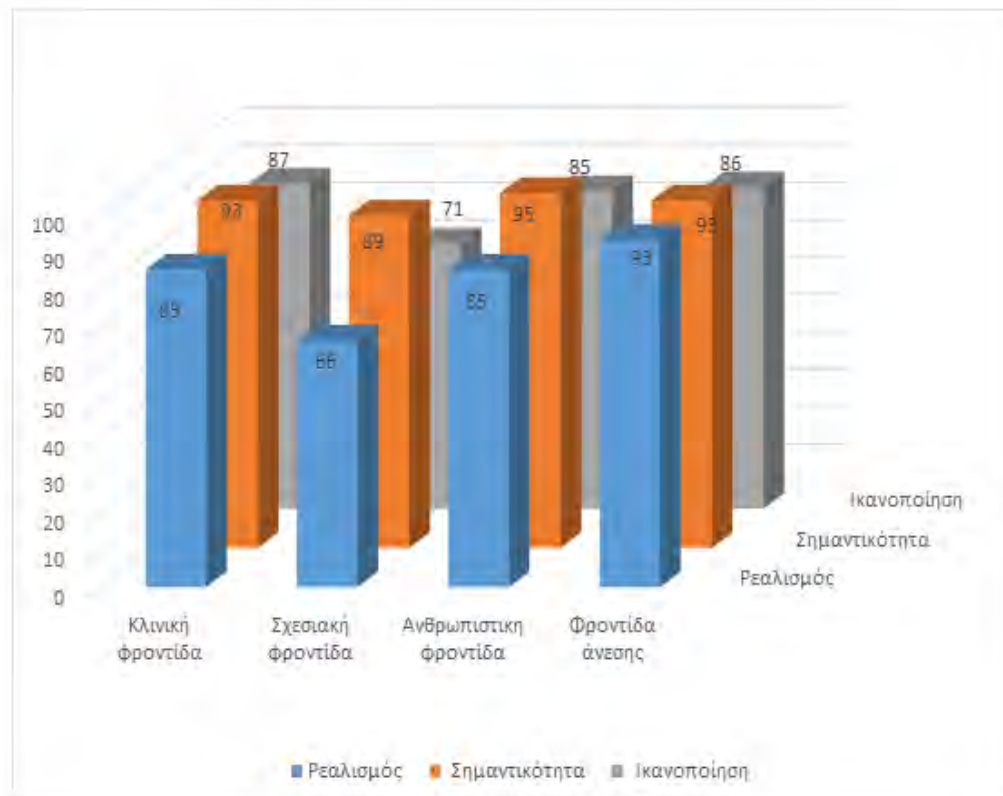


Εκτός από τις μέσες τιμές, έγινε αναγωγή των αποτελεσμάτων %, όπως φαίνεται και στο γράφημα 2. Η διάσταση με την υψηλότερη συγκριτικά βαθμολογία στον άξονα της ικανοποίησης ήταν η κλινική φροντίδα (87%) και τη χαμηλότερη η σχεσιακή φροντίδα (71%). Στον άξονα του ρεαλισμού, η φροντίδα άνεσης είχε την υψηλότερη βαθμολογία (93%). Σε κάθε περίπτωση, οι βαθμολογίες κυμάνθηκαν άνω του 65% και στη σημαντικότητα άνω του 90%.

Πίνακας 4. Περιγραφική στατιστική των διαστάσεων και των αξόνων του CNPI

N=100		Ελάχιστο	Μέγιστο	ΜΤ	ΤΑ
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	23,00	45,00	38,64	5,36
	Σημαντικότητας	30,00	45,00	41,88	4,06
	Ικανοποίηση	26,00	45,00	38,84	4,52
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	7,00	35,00	23,79	6,83
	Σημαντικότητας	13,00	35,00	30,41	6,07
	Ικανοποίηση	7,00	35,00	25,76	5,48
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	9,00	20,00	16,47	2,68
	Σημαντικότητας	9,00	20,00	18,50	2,36
	Ικανοποίηση	9,00	20,00	16,96	2,55
Φροντίδα άνεσης	Ρεαλισμός	7,00	15,00	13,46	1,70
	Σημαντικότητας	6,00	15,00	13,92	1,63
	Ικανοποίηση	6,00	15,00	13,09	1,87
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση					

Γράφημα 3. Ποσοστιαία αναλογία επί του ιδανικού των διαστάσεων του CNPI



Οι γυναίκες διέφεραν οριακά στατιστικά σημαντικά από τους άνδρες στη διάσταση της σχεσιακής φροντίδας (στον άξονα ικανοποίηση)- $p=0,057$, έχοντας υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 5. Φύλο και διαστάσεις του CNPI

Διάσταση	Άξονας	Φύλο	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	Άνδρας	40	38,98	5,60	0,613
		Γυναίκα	60	38,41	5,22	
	Σημαντικότητα	Άνδρας	40	41,83	4,82	0,914
		Γυναίκα	60	41,92	3,50	
	Ικανοποίηση	Άνδρας	40	38,16	4,46	0,231
		Γυναίκα	60	39,29	4,54	
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	Άνδρας	40	23,05	7,15	0,379
		Γυναίκα	60	24,29	6,62	
	Σημαντικότητα	Άνδρας	40	31,05	6,39	0,397
		Γυναίκα	60	29,98	5,87	
	Ικανοποίηση	Άνδρας	40	24,46	6,13	0,057
		Γυναίκα	60	26,61	4,88	
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	Άνδρας	40	16,58	2,74	0,751
		Γυναίκα	60	16,40	2,66	
	Σημαντικότητα	Άνδρας	40	18,60	2,72	0,731
		Γυναίκα	60	18,43	2,11	
	Ικανοποίηση	Άνδρας	40	16,67	2,74	0,356
		Γυναίκα	60	17,16	2,41	
Παροχή άνεσης	Ρεαλισμός	Άνδρας	40	13,48	2,00	0,960
		Γυναίκα	60	13,46	1,48	
	Σημαντικότητα	Άνδρας	40	13,98	1,61	0,777
		Γυναίκα	60	13,88	1,66	
	Ικανοποίηση	Άνδρας	40	13,05	1,89	0,859
		Γυναίκα	60	13,12	1,88	
t-test						
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση						

Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο

Πίνακας 6. Εκπαιδευτικό επίπεδο και φροντίδα

Διάσταση	Αξονας	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	Μέση εκπαίδευση	60	38,25	5,30	0,380
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	39,23	5,46	
	Σημαντικότητα	Μέση εκπαίδευση	60	41,68	3,99	0,555
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	42,18	4,20	
	Ικανοποίηση	Μέση εκπαίδευση	60	39,10	4,44	0,490
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	38,45	4,68	
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	Μέση εκπαίδευση	60	23,68	6,66	0,853
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	23,95	7,18	
	Σημαντικότητα	Μέση εκπαίδευση	60	29,61	6,47	0,094
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	31,73	5,17	
	Ικανοποίηση	Μέση εκπαίδευση	60	26,22	4,97	0,297
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	25,03	6,20	
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	Μέση εκπαίδευση	60	16,26	2,85	0,335
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	16,79	2,40	
	Σημαντικότητα	Μέση εκπαίδευση	60	18,25	2,51	0,179
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	18,90	2,07	
	Ικανοποίηση	Μέση εκπαίδευση	60	17,12	2,53	0,434
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	16,69	2,59	
Παροχή ανεσης	Ρεαλισμός	Μέση εκπαίδευση	60	13,35	1,79	0,408
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	13,64	1,55	
	Σημαντικότητα	Μέση εκπαίδευση	60	13,72	1,75	0,125
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	14,24	1,36	
	Ικανοποίηση	Μέση εκπαίδευση	60	13,17	1,75	0,620
		ΑΕΙ/ΤΕΙ	40	12,97	2,07	
t-test						
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση						

Οι έγγαμοι είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άγαμους (στους οποίους συμπεριελήφθησαν και ο ένας χήρος και ο ένας διαζευγμένος) στη διάσταση της κλινικής φροντίδας(άξονας ρεαλισμού) – στατιστικά σημαντική διαφορά, $p=0,037$, καθώς και στη διάσταση της «άνεσης», με υψηλότερη και εκεί βαθμολογία (λίαν στατιστικά σημαντική διαφορά- $p=0,017$).

Πίνακας 7. Οικογενειακή κατάσταση και φροντίδα

Διάσταση	Άξονας	Οικ.κατάσταση	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	Άγαμος	26	36,77	5,66	0,037
		Έγγαμος	74	39,32	5,12	
	Σημαντικότητα	Άγαμος	26	41,48	4,42	0,573
		Έγγαμος	74	42,01	3,95	
	Ικανοποίηση	Άγαμος	26	37,68	4,08	0,135
		Έγγαμος	74	39,25	4,62	
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	Άγαμος	26	22,27	6,46	0,188
		Έγγαμος	74	24,33	6,92	
	Σημαντικότητα	Άγαμος	26	30,12	5,78	0,776
		Έγγαμος	74	30,51	6,21	
	Ικανοποίηση	Άγαμος	26	24,88	5,26	0,347
		Έγγαμος	74	26,07	5,56	
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	Άγαμος	26	15,96	2,14	0,263
		Έγγαμος	74	16,65	2,84	
	Σημαντικότητα	Άγαμος	26	18,42	2,35	0,848
		Έγγαμος	74	18,53	2,38	
	Ικανοποίηση	Άγαμος	26	16,72	2,17	0,589
		Έγγαμος	74	17,04	2,67	
Παροχή άνεσης	Ρεαλισμός	Άγαμος	26	13,12	1,45	0,224
		Έγγαμος	74	13,59	1,77	
	Σημαντικότητα	Άγαμος	26	13,88	1,40	0,903
		Έγγαμος	74	13,93	1,71	
	Ικανοποίηση	Άγαμος	26	12,32	1,82	0,017
		Έγγαμος	74	13,35	1,83	
t-test						
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση						

Οι ηλικίας άνω των 47 ετών (διάμεση τιμή της ηλικίας) διέφεραν σε όλους τους άξονες της κλινικής φροντίδας από τους μικρότερους τους (οριακά στατιστικά σημαντικά $p=0,062$ - για το ρεαλισμό, λίαν στατιστικά σημαντικά $p=0,007$ - για τη σημαντικότητα και στατιστικά σημαντικά- $p=0,026$ - για την ικανοποίηση) έχοντας υψηλότερη βαθμολογία.

Πίνακας 8. Ηλικιακή ομάδα και φροντίδα

Διάσταση	Άξονας	Ηλικιακή ομάδα	N	ΜΤ	ΤΑ	p
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	≤47 έτη	52	37,69	5,34	0,062
		>47 έτη	48	39,72	5,24	
	Σημαντικότητα	≤47 έτη	52	40,85	4,40	0,007
		>47 έτη	48	43,02	3,33	
	Ικανοποίηση	≤47 έτη	52	37,90	4,57	0,026
		>47 έτη	48	39,95	4,24	
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	≤47 έτη	52	23,02	6,92	0,240
		>47 έτη	48	24,65	6,70	
	Σημαντικότητα	≤47 έτη	52	29,65	6,31	0,198
		>47 έτη	48	31,23	5,76	
	Ικανοποίηση	≤47 έτη	52	24,88	5,64	0,101
		>47 έτη	48	26,70	5,20	
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	≤47 έτη	52	16,17	2,58	0,236
		>47 έτη	48	16,81	2,77	
	Σημαντικότητα	≤47 έτη	52	18,21	2,41	0,189
		>47 έτη	48	18,83	2,28	
	Ικανοποίηση	≤47 έτη	52	16,55	2,68	0,094
		>47 έτη	48	17,42	2,33	
Παροχή ανεσης	Ρεαλισμός	≤47 έτη	52	13,21	1,52	0,106
		>47 έτη	48	13,76	1,85	
	Σημαντικότητα	≤47 έτη	52	13,81	1,53	0,477
		>47 έτη	48	14,04	1,74	
	Ικανοποίηση	≤47 έτη	52	12,81	1,91	0,114
		>47 έτη	48	13,40	1,80	
t-test						
ΜΤ: Μέση τιμή ΤΑ : Τυπική απόκλιση						

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την εργασιακή κατάσταση.

Πίνακας 9. Εργασιακή κατάσταση και φροντίδα

Εργασιακή κατάσταση			
Διάσταση	Άξονας	F	p
Κλινική φροντίδα	Ρεαλισμός	1,723	0,184
	Σημαντικότητα	0,024	0,976
	Ικανοποίηση	0,058	0,944
Σχεσιακή φροντίδα	Ρεαλισμός	1,014	0,367
	Σημαντικότητα	0,055	0,947
	Ικανοποίηση	0,234	0,792
Ανθρωπιστική φροντίδα	Ρεαλισμός	0,409	0,666
	Σημαντικότητα	0,385	0,681
	Ικανοποίηση	0,203	0,817
Παροχή ανεσης	Ρεαλισμός	0,310	0,734
	Σημαντικότητα	0,177	0,838
	Ικανοποίηση	1,017	0,365
απονα			

Οι διαστάσεις του CNPI συσχετίστηκαν σημαντικά μεταξύ τους ($p < 0,001$), σημαίνει ότι υψηλότερη βαθμολογία σε έναν άξονα συνοδεύεται από αναλογικά υψηλότερη βαθμολογία σε άλλη. Αυτό συνέβαινε για όλες τις διαστάσεις. Ο αλτρουισμός συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά μόνο στη διάσταση της κλινικής φροντίδας και μόνο στο ρεαλισμό. Ο χρόνος νοσηλείας συσχετίστηκε αρνητικά με το ρεαλισμό σε όλες τις διαστάσεις πλην της ανθρωπιστικής φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι μακρότερος χρόνος νοσηλείας, συνοδεύεται από χαμηλότερη αξιολόγηση των διαστάσεων της φροντίδας στον άξονα του ρεαλισμού.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις αξόνων CNPI, αλτρουισμού και χρόνου νοσηλείας στη διάσταση της κλινικής φροντίδας

Κλινική φροντίδα	N=100	Σημαντικότητα	Ικανοποίηση	Αλτρουισμός	Χρόνος νοσηλείας
Ρεαλισμός	r	,560**	,588**	,230*	-,517**
	p	<0,001	<0,001	,026	<0,001
Σημαντικότητα	r		,404**	,085	-,380**
	p		<0,001	,414	<0,001
Ικανοποίηση	r			-,020	-,340**
	p			,849	,001
Αλτρουισμός	r				-,136
	p				,198
**p<0,01					

Πίνακας 11. Συσχετίσεις αξόνων CNPI, αλτρουισμού και χρόνου νοσηλείας στη διάσταση της σχεσιακής φροντίδας

Σχεσιακή φροντίδα	N=10	Σημαντικότητα	Ικανοποίησ	Αλτρουισμός	Χρόνος νοσηλείας
Ρεαλισμός	r	0,384** <0,001	0,675** <0,001	0,167 0,108	-0,412** <0,001
	p				
Σημαντικότητα	r		0,284** 0,005	0,163 0,119	-0,427** <0,001
	p				
Ικανοποίηση	r			0,095 0,364	-0,194 ,061
	p				
Αλτρουισμός	r				-0,136 0,198
	p				
**p<0,01					

Πίνακας 11. Συσχετίσεις αξόνων CNPI, αλτρουισμού και χρόνου νοσηλείας στη διάσταση της ανθρωπιστικής φροντίδας

Ανθρωπιστική φροντίδα	N=100	Σημαντικότητα	Ικανοποίηση	Αλτρουισμός	Χρόνος νοσηλείας
Ρεαλισμός	r	0,503** <0,001	0,727** <0,001	0,181 0,079	-0,182 0,076
	p				
Σημαντικότητα	r		0,359** <0,001	0,049 0,634	0,039 0,708
	p				
Ικανοποίηση	r			0,062 ,561	-0,132 0,209
	p				
Αλτρουισμός	r				-0,136 0,198
	p				
**p<0,01					

Πίνακας 12. Συσχετίσεις αξόνων CNPI, αλτρουισμού και χρόνου νοσηλείας στη διάσταση της φροντίδας για άνεση

Άνεσης	N=10 0	Σημαντικότητ α	Ικανοποίησ η	Αλτρουισμό ς	Χρόνος νοσηλείας
Ρεαλισμός	r	0,537**	0,568**	0,101	-0,401**
	p	<0,001	<0,001	0,329	<0,001
Σημαντικότητα	r		0,274**	-0,006	-0,070
	p		0,007	0,957	0,501
Ικανοποίηση	r			-0,020	-0,173
	p			0,844	0,095
Αλτρουισμός	r				-0,136
	p				0,198
**p<0,01					

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό να διερευνηθεί η άποψη των συγγενών ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ σχετικά με την αλληλεπίδραση νοσηλευτών – ασθενών σε επίπεδο κλινικής και σχεσιακής φροντίδας, ενώ επιχειρήθηκε συσχέτιση των ευρημάτων με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των συγγενών και το αλτρουιστικό τους προφίλ. Τα ευρήματα της μελέτης δείχνουν πως οι παράγοντες της αλληλεπίδρασης συσχετίζονται μεταξύ τους και με το αλτρουιστικό προφίλ, ενώ κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμβάλλουν στη διαμόρφωση της άποψης των συγγενών, αφού οι ηλικιωμένοι συνοδοί και έγγαμοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από συγκεκριμένες παραμέτρους της φροντίδας, ιδιαίτερα στη διάσταση της παροχής άνεσης και της κλινικής φροντίδας. Η καταγραφή των απόψεών τους μαρτυρά ότι το επίπεδο παροχής φροντίδας στη ΜΕΘ της μελέτης είναι υψηλό και το γεγονός αυτό εισπράττεται από τους συνοδούς των ασθενών, ενδεικτικό της πολύ καλής αλληλεπίδρασης των νοσηλευτών με την οικογένεια του ασθενούς. Ωστόσο, όσο παρατείνεται η νοσηλεία του ασθενούς, τόσο η θετική αξιολόγηση φθίνει.

Η παρατεταμένη νοσηλεία του ασθενούς έχει ως αποτέλεσμα οι συγγενείς να εξοικειώνονται με το περιβάλλον της ΜΕΘ, να γνωρίζουν τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία της. Αυτό μπορεί να αμβλύνει την αρχική πολύ θετική εντύπωση, ταυτόχρονα όμως επιτρέπει, μέσα από την ανατροφοδότηση με το νοσηλευτικό προσωπικό να τεθούν προτεραιότητες και να αντληθούν στοιχεία προκειμένου να χαράξει η ΜΕΘ τον στρατηγικό προγραμματισμό της. Μελέτες σε άλλα τμήματα νοσοκομείων δείχνουν ότι η επιμήκυνση του χρόνου νοσηλείας μπορεί να συνδυάζεται με καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης, παρόλο που οι ασθενείς εξουθενώνονται από τις κακές συνθήκες νοσηλείας (Νικολάου, 2011). Παράλληλα όμως γίνεται εμφανές και το σταθερό ενδιαφέρον των λειτουργών της υγείας. Ίσως στη ΜΕΘ, η βαρύτητα της κατάστασης εξουθενώνει ποικιλοτρόπως τους οικείους του, που προοδευτικά συναισθάνονται τη βαρύτητα της ευθύνης του άτυπου φροντιστή και απαιτούν ολοένα και πληρέστερες υπηρεσίες φροντίδας. Επίσης η κάποια υστέρηση που σημειώνεται στην αξιολόγηση της σχεσιακής φροντίδας πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς στη ΜΕΘ συχνά είναι σε καταστολή, οπότε σε επίπεδο ασθενούς τουλάχιστον δεν είναι αντικειμενικά δυνατό να καλλιεργηθεί σε βάθος η σχέση του νοσηλευτή με τον ίδιο τον ασθενή.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι οι έγγαμοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, εύρημα που συναντάται και σε άλλες μελέτες. Θεωρείται ότι οι έγγαμοι διαθέτουν ένα περισσότερο υποστηρικτικό περιβάλλον (πχ ο/η σύζυγος θα μπορούσαν να επισκέπτονται εναλλάξ τον ασθενή ή να διεκπεραιώνουν γραφειοκρατικές διαδικασίες) και μπορούν να έχουν περισσότερη υποστήριξη από τους οικείους τους, οι οποίοι πιο εύκολα μπορεί να είναι διαθέσιμοι, σε σχέση με κάποιον που μένει μόνος του ή δεν έχει συγγενείς, όπως άλλωστε ισχύει και για τους ίδιους τους ασθενείς, όταν αυτοί νοσηλεύονται σε άλλα τμήματα (King & Reis, 2012; Σωτηροπούλου και συν, 2014). Επίσης, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (άνω των 47 ετών) έδωσαν υψηλότερη βαθμολογία στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, στον άξονα του ρεαλισμού. Το εύρημα αυτό συνηγορεί με την παλαιότερη διαπίστωση ότι οι ηλικιωμένοι γενικότερα είθισται να εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας. Αυτό πιθανότατα οφείλεται στο ότι τρέφουν πιθανότατα χαμηλότερες προσδοκίες από τους νεότερους ή στο ότι αποφεύγουν να αμφισβητήσουν την αυθεντία των επιστημόνων υγείας από φόβο μήπως διαταράξουν τις σχέσεις μαζί τους (Quintana et al, 2006; Νικολάου, 2011). Σε σχέση με το φύλο, η ικανοποίηση των γυναικών από τη σχεσιακή φροντίδα ευθυγραμμίζεται με την πεποίθηση ότι οι γυναίκες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλεία, σε σχέση με τους άνδρες. Το εύρημα αυτό έχει αποδοθεί στο γεγονός ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας και έτσι ίσως είναι εξοικειωμένες με αυτές (Σωτηροπούλου και συν, 2014). Ωστόσο, σε άλλη μελέτη οι γυναίκες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένες από τους άνδρες από την ιατρική φροντίδα και ενημέρωση (Νικολάου, 2011).

Μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις Ελληνικές υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ΜΕΘ έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα (Πολύζος και συν, 2005,; Νικολάου, 2011; Σωτηροπούλου και συν, 2014). Οι ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και λιγότερο η επάρκεια της φροντίδας προβληματίζουν τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε ένα περιβάλλον υποχρηματοδότησης των δημοσίων νοσοκομείων και δείχνουν το υψηλό επίπεδο και τον αλτρουισμό των νοσηλευτών. Η εκπαίδευση στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας και η εμπάθунση της αλληλεπίδρασης με τον ασθενή και τους οικείους του θα πρέπει να ξεκινά ήδη από την κλινική άσκηση των φοιτητών. Οι νοσηλευτές πρέπει από νωρίς στη σταδιοδρομία τους να είναι έτοιμοι να μπουν στη θέση των ασθενών τους. Αυτό θα τους δώσει τη δυνατότητα να προσφέρουν καλής

ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Μέσω των παιχνιδιών ρόλων, οι φοιτητές νοσηλευτικής θα κατανοήσουν πώς να βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του ασθενούς. Συνεπώς, η ύλη για την εκπαίδευση της νοσηλευτικής θα πρέπει να περιλαμβάνει παιχνίδια ρόλων ή ασκήσεις εξομοίωσης για να μάθουν οι φοιτητές πώς να λειτουργούν κατάλληλα όταν αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν ότι ως επαγγελματίες υγείας, οι πεποιθήσεις τους δε θα πρέπει να επηρεάζουν την ικανότητά τους να αλληλεπιδρούν θετικά με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Μπορούν να προσφέρουν την επαγγελματική τους άποψη με ένα θεραπευτικό τρόπο, ενώ ταυτόχρονα ακούνε προσεκτικά την άποψη του ασθενούς.

Το μέλλον της νοσηλευτικής θα εξαρτηθεί από το εάν η νοσηλευτική θα εξελιχθεί στο διακριτό, υγειονομικό και θεραπευτικό επάγγελμα φροντίδας, που ήταν πάντα, αλλά δεν έχει γίνει ακόμα πλήρως. Η νοσηλευτική βρίσκεται σήμερα αντιμέτωπη με το να σταθεί και να εξελιχθεί μέσα στο δικό της πρότυπο, ενώ ταυτόχρονα πρέπει να το υπερβεί και να συνεργαστεί με άλλους κλάδους των επιστημών υγείας. Το μέλλον ήδη δείχνει ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εργάζονται μέσα σε ένα κοινό πλαίσιο σχέσεων φροντίδας, ιατρικής για το νου και το σώμα, υιοθετώντας θεραπευτικές τέχνες, πρακτικές και διαδικασίες φροντίδας, και τις πνευματικές διαστάσεις της φροντίδας πιο ολοκληρωμένα. Συνεπώς, η νοσηλευτική βρίσκεται στο δικό της σταυροδρόμι δυνατοτήτων, μεταξύ κοσμοθεωριών, προτύπων, αιώνων και εποχών – μπορεί και πρέπει να χτίσει πάνω στην κληρονομιά της και τις τελευταίες εξελίξεις στην επιστήμη και την τεχνολογία – αλλά και πρέπει να υπερβεί τον εαυτό της για το άγνωστο μέλλον. Ωστόσο, το μέλλον της νοσηλευτικής είναι ελπιδοφόρο και περιλαμβάνει θαυμαστά μοντέλα φροντίδας και θεραπείας, που θα γίνουν ευκαιρίες για την προσφορά γενναίων υπηρεσιών φροντίδας σε ατομικό, συστηματικό, κοινωνικό, εθνικό, και παγκόσμιο επίπεδο για το νοσηλευτή και τον ευρύτερο κόσμο.

Περιορισμοί

Το γεγονός ότι το δείγμα της μελέτης προερχόταν από ένα μόνο νοσοκομείο δεν επιτρέπει γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης χρησιμοποιήθηκε ένα μόνο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης φροντίδας και η μέτρηση δεν επαναλήφθηκε κάποιο χρονικό διάστημα μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2002). Nursing theorist and their work. (5th Edition) Mosby, pp.84-95.

Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner G., Bollaert, P.E., Darmon, M., et al. (2005). Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 171:987-994.

Beckstrand, R., Callister, L., & Kirchhoff, K. (2006): Providing a “good death”: critical care nurses’ suggestions for improving end-of life care. *Am J Crit Care.* 15:38-45.

Buckley, P., & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses’ knowledge of critical care family needs. *Intensive Crit Care Nurs.* 27:263–272.

Burks, D. J., & Kobus, A. M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Med Educ.* 46:317-325.

Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E., & Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs.* 21:1831-1839.

Cossette S., Cara C., Ricard N., & Pepin J. (2005). Development and psychometric evaluation of a scale to assess patient-nurse interactions with a caring worldview. *International Journal of Nursing Studies.* 42:673–686.

Cossette S., Cote’ J.K., Pepin J., Ricard N., & D’Aoust L.-X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interaction from a caring perspective. Refinement of the caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing.* 55:198–214.

Davidson, J.E., Daly, B.J., Agan, D., Brady, N.R., & Higgins, P.A. (2010). Facilitated sensemaking: a feasibility study for the provision of a family support program in the intensive care unit. *Crit Care Nurs,* 33:177-189.

El Nabawy Ahmed Moawad, G. (2013). Nurses’ perception of obstacles and supportive behaviors in providing end of life care to critically ill pediatric patients. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare* 3:95-105.

Felsmann, M., Andruszkiewicz, A., & Kosobucka, A. (2015). The adaptation of the Caring Nurse-Patient Interaction scale (CNPI-70) to polish conditions on the basis of nursing student’s self-assessment of their caring competencies. Medical and Biological Sciences. 29:47-55.

- Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D.D., Tate, J., George, E., Houze, M., & Sereika, S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. PubMed. 20:e28–e40.
- Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital, *Procedia. Soc. Behav. Sci.* 36:103–11.
- Huang, Y.P., Kellett, U., Wang, S.Y., Chang, M.Y., & Chih, H.M. (2014). Experience of nurses caring for child with hematopoietic stem cell transplantation in general pediatric ward: a descriptive phenomenological approach. *Cans. Nurs.* 37:E32-39.
- Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs.* 69:1172-1182.
- King, K.B., & Reis, HT. (2012). Marriage and long-term survival after coronary artery bypass grafting. *Health Psychol.* 31:5-62.
- Malloy, P., Ferrell, B.R., Virani, R., Uman, G., Rhome, A.M., Whitlatch, B., Bednash, G. (2006). Evaluation of end-of-life nursing education for continuing education and clinical staff development educators. *J Nurses Staff Dev.* 22:31-36.
- Nilsen, M.L., Sereika, S., & Happ, M.B. (2013). Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk during Patient Encounters in ICU. *Heart & Lung*. PubMed. 42:5–12.
- Padilla Fortunatti, C.F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm.* 32:306-316.
- Pardavila, B.M.I, & Vivar C.G. (2012). Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva.* 23:51-67.
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer. New York.
- Quintana, JM., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastián, J.A., de-la-Sierra, E., Thompson, A.. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research.* 6:102-111.
- Schulz, R., & Sherwood, P.R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.*108:23-27.
- Shattell, M. (2014). Nurse – patient interaction: A review of the literature. *J Clin Nurs.* 13:714-722.
- Van Hooft, S. (1996). Bioethics and caring. *Journal of Medical Ethics.* 22:83-92.
- Yanhua, C., & Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurs Educ Today.* 31:832-836.

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

Watson, J. (1979). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Little Brown, Boston, MA.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care. A theory of nursing*. National League for Nursing Publications. 15:1-111.

Watson, J. (2001). *Via negativa: Considering caring by way of noncaring*. *The Australian Journal of Holistic Nursing*. 7:4-8.

Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. Springer, New York.

Watson, R., & Thompson, D.R. (2006). Use of factor analysis in *Journal of Advanced Nursing: literature review*. *Journal of Advanced Nursing*. 55: 330-341.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Αδάμου, Ε., Γιακουμιδάκης, Κ., Καδδά, Ο., Αργυρίου, Γ., Καπάδοχος, Θ., Βασιλόπουλος Γ., & Μαρβάκη, Χ. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 10:221-239.

Κουκούλη, Σ., Αλεβυζάκη, Α., Λαμπράκη, Μ., & Σταυροπούλου, Α. (2013). Διερεύνηση των εμπειριών της οικογένειας νοσηλευόμενων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) τριών νοσοκομείων της Κρήτης. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 1(1):131-140

Κουλούρη, Α., & Ρούπα, Ζ. (2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 7:265-278.

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

Κούρτη, Μ., Φιλντίσης, Γ., Χριστοφίλου, Ε., Φλώρος, Ι., & Καλλέργης, Γ. (2014). Μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας από την παροχή φροντίδας στο νοσηλευόμενο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 31: 60-70.

Μανουσάκη, Ε. (2011). *Νοσηλευτική Εργασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και τη θέση τους στις Μονάδες Εντατική Θεραπείας*. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ιατρική σχολή, Παν/μιο Κρήτης, Ηράκλειο .

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). *Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.

Νικολάου, Ε., (2011). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Παν/μιο Κρήτης, Ηράκλειο.

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

Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ., & Μπαλασοπούλου, Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Το βήμα του Ασκληπιού. 13:351-365.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., & Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 22: 284-295.

Πολυκανδριώτη, Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού. 10:439-440.

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

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

Σαπουντζή –Κρέπια, Δ. (2001). Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής νοσηλευτικής. Νοσηλευτική. 41:129-137.

Στουφής, Ν., & Λεπίδου, Μ. (2011). Διαστάσεις στην επικοινωνία ασθενών-νοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. 4:54-58.

Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ο., & Μαρβάκη, Χ. (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. Το βήμα του Ασκληπιού. 13:160-176.