

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα είδη και τις αιτίες της. Η σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Ελένη Κανάκογλου

ΑΜ:20016

Επιβλέπων:

Χαράλαμπος Πλατής

Αθήνα, Μάρτιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICY



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

**Missed nursing care: Investigating the perceptions of nurses about its
types and causes, its relation with job satisfaction.**

Eleni Kanakoglou

Registration Number:20016

Supervisor:

Charalambos Platis

Athens, March 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα είδη και τις αιτίες της. Η σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση.

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Χαράλαμπος Πλατής	Επιστημονικός Συνεργάτης	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Μάρκος Σαρρής	Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ελένη Κανάκογλου του Δημήτριου με αριθμό μητρώου 20016 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 13/8/2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

KANAKOΓΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

*

Χαράλαμπος Γ Πλατής, Επιστημονικός Συνεργάτης



Σύντομη περίληψη

Η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, αναφέρεται στην απουσία ή την καθυστέρηση στην διενέργεια οποιασδήποτε πράξης θεωρείται απαραίτητη σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή. Στόχος της παρούσας έρευνας, είναι να διερευνήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα είδη και τις αίτιες της, καθώς και την σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίησή τους. Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 148 νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων”, με την χρήση του ερωτηματολογίου MISSCARE. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Τα αποτελέσματα έδειξαν μέτρια συχνότητα παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, με συχνότερες παραλείψεις την αλλαγή στάσης του ασθενή, την φροντίδα του στόματος και την παρουσία των νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη. Επιπλέον, ως σημαντικότεροι λόγοι των παραλείψεων καταγράφηκε ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού και η έλλειψη ή η δυσλειτουργία των υλικών πόρων. Επιπρόσθετα, η έρευνα ανέδειξε την σημασία της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών η οποία είναι αρνητικά συνδεδεμένη με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Σε ένα πολύ στενό δημοσιονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί η δημόσια υγεία στην χώρα, η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας και όλων των αντίστοιχων ερευνών, προς όφελος της βελτίωσης της δημόσιας υγείας, αποτελεί τον μόνο δρόμο για την καλύτερευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την βελτίωση της εργασιακής απόδοσης των εργαζομένων του.

Λέξεις κλειδιά: Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, εργασιακή ικανοποίηση.

Abstract

Missed nursing care refers to the absence or delay in performing any operation deemed necessary in relation to patient care. The aim of this study is to investigate nurses' perceptions of its types and causes, as well as its relationship with their professional satisfaction. The research was conducted on a sample of 148 nurses of the General Hospital of Nikaia "Agios Panteleimon", using the MISSCARE questionnaire. Data analysis was performed with the statistical package SPSS. The results showed a moderate frequency of missed nursing care, with more frequent elements the turning of the patient, oral care and the presence of nurses in the medical visit. In addition, the main reasons for the omissions were the insufficient number of staff and the lack or malfunction of material resources. Furthermore, the research highlighted the importance of nurses' professional satisfaction which is negatively associated with missed nursing care. In a very narrow financial framework in which public health operates in the country, utilizing the results of the present research and all relevant research, for the benefit of improving public health, is the only way to improve the National Health System and the improving the work performance of its employees.

Key words: Missed nursing care, job satisfaction

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή κ. Χαράλαμπο Πλατή για τις υποδείξεις και συμβουλές του, για την προθυμία του καθώς και για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που αποκόμισα καθ' όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στους νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων” για την συμμετοχή τους στην διεξαγωγή της έρευνας μου.

Τέλος εγκάρδιες ευχαριστίες θέλω να δώσω στην οικογένεια μου για την συνεχείς συμπαράσταση και υπομονή τους ,

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1: Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα	5
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της παραλειπόμενης φροντίδας	5
1.2 Το μοντέλο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας της Kalisch	7
1.2.1 Ιδιότητες του μοντέλου	7
1.2.2 Οι άξονες στο περιβάλλον νοσηλείας	8
1.2.3 Παράγοντες που καθορίζουν τις εσωτερικές νοσηλευτικές διαδικασίες	8
1.3 Στοιχεία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας	10
1.3.1 Παρεμβάσεις που σχετίζονται με ατομικές ανάγκες	10
1.3.2 Προγραμματισμός εξόδου και εκπαίδευση ασθενών	10
1.3.3 Παρεμβάσεις βασικής νοσηλευτικής φροντίδας	12
1.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα	12
1.4.1 Ανθρώπινο δυναμικό	12
1.4.2 Επικοινωνία	14
1.4.3 Υλικοί πόροι	14
1.5 Προηγούμενες μελέτες	15
Κεφάλαιο 2: Εργασιακή ικανοποίηση	19
2.1 Εισαγωγή	19
2.2 Ορισμός εργασιακής ικανοποίησης	19
2.3 Μεθοδολογικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης	20
2.4 Ο ρόλος της εργασιακής ικανοποίησης και οι επιπτώσεις της στην απόδοση των υγειονομικών εργαζομένων και την έκβαση της υγείας των ασθενών	22
2.5 Οι καθοριστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης	25
2.5.1 Οργανωτικοί ή έξω-προσωπικοί παράγοντες	25
2.5.2 Οι διαπροσωπικοί παράγοντες	27
2.6 Συμπερασματικά	28
Κεφάλαιο 3: Η σχέση ανάμεσα στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την εργασιακή ικανοποίηση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση	30
Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία της έρευνας	35
4.1 Εισαγωγή	35
4.2 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις	35
4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	36
4.4 Ερευνητικά εργαλεία	36
4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	38

4.6 Στατιστική ανάλυση.....	38
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της Έρευνας	40
5.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος.....	40
5.1.1 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά	40
5.1.2 Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα	45
5.1.3 Λόγοι για παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα	49
5.2 Στατιστική συμπερασματολογία.....	52
5.2.1 Συσχετίσεις για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα	52
5.2.2 Συσχετίσεις για τους λόγους παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.....	57
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση και Συμπεράσματα.....	62
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων	62
6.2 Συμπεράσματα	66
6.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	68
Βιβλιογραφία	70

Κατάλογος εικόνων

Σχήμα 1: Το μοντέλο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας της Kalisch	6
---	---

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1: Τμήμα εργασίας	40
Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων του μέρους Α “Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα”.....	48
Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων του μέρους Β “Λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”.....	51

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά.....	41
Πίνακας 2: Κατανομή των απαντήσεων “Παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”.....	45
Πίνακας 3: Μέσες τιμές παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.....	47
Πίνακας 4: Κατανομή των απαντήσεων “Λόγοι Παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”.....	49
Πίνακας 5: Μέσες τιμές λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.....	52
Πίνακας 6: Συσχετίσεις Α μέρους (Συνολικό σκορ παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) με δημογραφικά & εργασιακά χαρακτηριστικά.....	53
Πίνακας 7: Συσχετίσεις παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων.....	55
Πίνακας 8: Συσχετίσεις Α μέρους (Συνολικό σκορ παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) με τις μεταβλητές ικανοποίησης από την εργασία.....	56
Πίνακας 9: Συσχετίσεις Β μέρους με δημογραφικά & εργασιακά χαρακτηριστικά.....	57
Πίνακας 10: Συσχετίσεις ανάμεσα στους επί μέρους παράγοντες των λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και δημογραφικών & εργασιακών χαρακτηριστικών.....	59
Πίνακας 11: Συσχετίσεις λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων.....	60
Πίνακας 12: Συσχετίσεις λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων.....	60

Εισαγωγή

Η διασφάλιση της ποιότητας της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών στις δομές παροχής υγείας και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία, αποτελεί μια πρόκληση στην οποία δίνεται όλο και μεγαλύτερη σημασία κατά τα τελευταία έτη. Η συστηματική πλέον καταγραφή των σφαλμάτων κατά την περίθαλψη από την πλευρά του συστήματος υγείας και η δυνατότητα αναφοράς τους από την πλευρά των ασθενών, αποτελούν τους σημαντικότερους λόγους για τους οποίους δίνεται πλέον περισσότερη προσοχή από τους ερευνητές του πεδίου. Τέτοια σφάλματα μπορούν να εκδηλωθούν με δύο τρόπους: σφάλματα κατά την εκτέλεση - όταν η προγραμματισμένη ενέργεια εκτελείται λανθασμένα- και λάθη παράλειψης (WHO 2009). Αυτά τα λάθη παράλειψης αναφέρονται στην βιβλιογραφία με τον όρο παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα (missed nursing care). Η παράλειψη νοσηλευτικής φροντίδας αναφέρεται στην έλλειψη ή την καθυστέρηση – μερική ή ολική - στην διενέργεια οποιασδήποτε πράξης σχετικής με τη φροντίδα του ασθενή (B. Kalisch, Missed nursing care: a qualitative study 2006).

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, το μοντέλο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να ερμηνευθεί εξετάζοντας μια σειρά παραγόντων, οι κυριότεροι από τους οποίους αφορούν την δομή του οργανισμού παροχής φροντίδας υγείας, τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου και των μονάδων του, την διαδικασία της νοσηλευτικής που εφαρμόζεται και τα χαρακτηριστικά του προσωπικού δίνοντας έμφαση σε πτυχές όπως η δυσαρέσκεια, οι απουσίες από την εργασία και η γενικότερη ικανοποίηση του από την εργασία (Kalisch, Landstrom και Williams 2009).

Η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να επιφέρει ανεπιθύμητες συνέπειες σε ασθενείς, επαγγελματίες υγείας και δομές υγειονομικής περίθαλψης. Τα αρνητικά αποτελέσματα για τους ασθενείς που έχουν συσχετιστεί με την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας είναι οι τραυματισμοί κατά την περίθαλψη, τα λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, οι πτώσεις, οι λοιμώξεις, οι επανεισαγωγές (Carthon, et al. 2015) και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και ο θάνατος (Ball, et al. 2018). Από την πλευρά των δομών υγείας, η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, επιβαρύνει με επιπλέον αυξήσεις του κόστους περίθαλψης, αύξηση της διάρκειας νοσηλείας ασθενών και αύξηση των επανεισαγωγών με ότι αυτό επιφέρει για την ομαλή

λειτουργία της δομής και τέλος δημιουργούν την ανάγκη περαιτέρω περίθαλψης για την διόρθωση της πιθανής βλάβης που δημιουργήσε η παραλειπόμενη φροντίδα (Kalisch, Tschannen and Lee, Does missed nursing care predict job satisfaction? 2011).

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, οι πτυχές που σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους, τους υλικούς πόρους και την επικοινωνία είναι οι πιο διαδεδομένοι παράγοντες που καθιστούν τους επαγγελματίες ανίκανους να παρέχουν όλη τη φροντίδα που απαιτείται από τους ασθενείς (Sasso, et al. 2017). Επιπλέον, η συνειδητοποίηση ότι δεν έχουν καταφέρει να παρέχουν στους ασθενείς τους όλη την απαραίτητη φροντίδα μπορεί να προκαλέσει δυσαρέσκεια, να επιτείνουν τις πιθανότητες για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) και να μειώσουν τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία (Kalisch, Tschannen and Lee, Does missed nursing care predict job satisfaction? 2011).

Η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο τους αρέσει και εκτιμούν τη δουλειά τους. Μπορεί να αναφέρεται στη γενική στάση ή την αντίληψη του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στη δουλειά του. Η ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία σχετίζεται άμεσα με καλύτερες συναισθηματικές καταστάσεις για τους ίδιους και πιο ποιοτική και συνεχή φροντίδα για τους ασθενείς. Με άλλα λόγια, η ενίσχυση της εργασιακής ικανοποίησης, είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της παραλειπόμενης φροντίδας υγείας (White, Aiken and McHugh 2019).

Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) στις ανεπτυγμένες χώρες, ένας στους δέκα νοσηλευόμενους ασθενείς υφίσταται κάποια βλάβη που προκύπτει από τη φροντίδα που λαμβάνει ή την παραλειπόμενη φροντίδα, ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο (WHO 2009). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η πιο σημαντική πτυχή που αφορά την ασφάλεια των ασθενών, είναι η προστασία τους από βλάβες κατά τη διάρκεια της θεραπείας που σχετίζεται με τη περίθαλψη. Το γεγονός αυτό, καθιστά την διασφάλιση της ποιότητας, της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών ως την μεγαλύτερη πρόκληση που αντιμετωπίζουν σήμερα οι νοσηλευτές και οι υπεύθυνοι χάραξης της νοσηλευτικής πολιτικής στη διαχείριση της περίθαλψης (B. Kalisch, Missed nursing care: a qualitative study 2006). Ο εντοπισμός του είδους της νοσηλευτικής φροντίδας που χάθηκε ή παραλείφθηκε και των συναφών παραγόντων είναι θεμελιώδης για τους διαχειριστές νοσηλευτικών υπηρεσιών καθώς αυτή η γνώση επιτρέπει

αποτελεσματικές στρατηγικές που μπορούν να συμβάλουν στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Η Ελλάδα εξαιτίας μια σειράς παραγόντων όπου μεταξύ άλλων εντοπίζονται η μακροχρόνια οικονομική κρίση και η γήρανση του πληθυσμού (Eurostat 2021), βρίσκεται σε ακόμα δυσμενέστερη θέση συγκριτικά με τις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού, φθάνει τους 3,2 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους και κατατάσσει την χώρα στην χειρότερη θέση σε ολόκληρη την ΕΕ σε αυτόν τον τομέα (Τζιάλλας Δ και συν 2018). Εκτεταμένα στοιχεία από νοσοκομεία έχουν δείξει ότι όταν οι νοσηλευτές εργάζονται υπό καθεστώς ανεπαρκούς προσωπικού και πόρων, είναι πιο πιθανό να αφήσουν την απαραίτητη φροντίδα των ασθενών ανολοκλήρωτη (Jones t.l., Hamilton P.,Murry N. 2015).

Για τους παραπάνω λόγους, η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να διερευνήσει τις αντιλήψεις του νοσηλευτικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας "Άγιος Παντελεήμων" - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής "Η Αγία Βαρβάρα", για τα είδη και τις αιτίες της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, θα επιχειρηθεί να απαντηθούν τρία κεντρικά ερευνητικά ερωτήματα: α) Ποιες είναι οι νοσηλευτικές πράξεις που παραλείπονται στη φροντίδα του ασθενή ,όπως τις αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές και σε ποια συχνότητα, β) ποιες είναι οι κύριες αίτιες που συμβάλουν στη παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και γ) ποια η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους και της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Για την επίτευξη των παραπάνω, χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο των Kalisch B.& Williams A. (2009), για την διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα είδη και τα αίτια της νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπεται. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και σταθμίστηκε από τους Παπασταύρου και συνεργάτες (Papastavrou, Charalambous, et al., To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. 2016). Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω της διανομής των ερωτηματολογίων από την ερευνήτρια στον πληθυσμό - στόχο και τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, καταχωρήθηκαν και επεξεργάστηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

Η διάρθρωση της εργασίας αποτελείται από δύο κύρια μέρη: το θεωρητικό (κεφάλαια 1-3) και το ερευνητικό (κεφάλαια 4-6). Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζει

τα σημαντικότερα στοιχεία της θεωρίας για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Το δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζει το θεωρητικό υπόβαθρο για την ικανοποίηση των ατόμων από την εργασία και ειδικότερα την ικανοποίηση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια να συλλεχθούν και να παρουσιασθούν συνοπτικά τα αποτελέσματα από προηγούμενες έρευνες, στην βιβλιογραφία που συσχετίζουν την ικανοποίηση από την εργασία με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας, το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει την μεθοδολογία που ακολούθησε η ερευνήτρια κατά την υλοποίηση της έρευνας. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων (δημογραφικά χαρακτηριστικά, περιγραφική στατιστική και στατιστική συμπερασματολογία) όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα η συζήτηση των βασικών συμπερασμάτων, των περιορισμών της μελέτης και των προτάσεων με σκοπό τα αποτελέσματα να συμβάλουν στον περιορισμό της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και την βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών.

Κεφάλαιο 1: Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της παραλειπόμενης φροντίδας

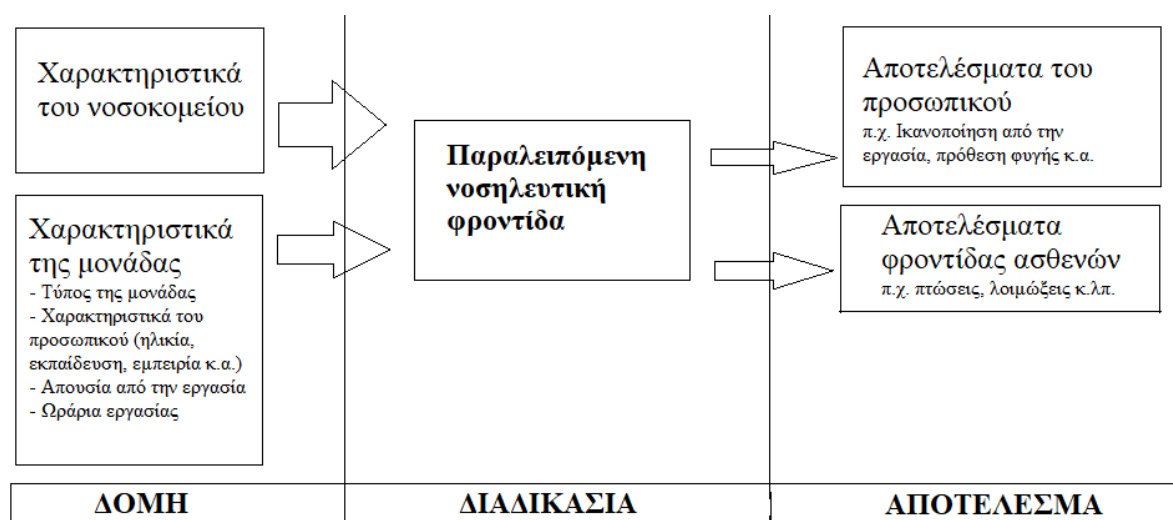
Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά δραστηριότητες που διενεργεί το νοσηλευτικό προσωπικό και μεταξύ άλλων συμπεριλαμβάνονται η χορήγηση φαρμάκων, οι αλλαγές θέσης, η καταγραφή ζωτικών μετρήσεων, η διατροφή και η εκπαίδευση για εξιτήριο από το νοσοκομείο. Όταν αυτά τα βασικά στοιχεία φροντίδας δεν προσφέρονται στον ασθενή, τότε αναφέρεται ως χαμένη νοσηλευτική φροντίδα ή σφάλματα παράλειψης (D. Ausserhofer, et al. 2014). Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και τα σφάλματα παράλειψης, παρατηρούνται συχνότερα σε νοσοκομεία που φροντίζουν ασθενείς με οξεία προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO 2009), ως σφάλμα ορίζεται η αποτυχία ολοκλήρωσης μιας προγραμματισμένης δράσης, όπως προβλέπεται, ή η εφαρμογή ενός εσφαλμένου σχεδίου. Για παράδειγμα, ένα σφάλμα μπορεί να προκύψει όταν κάτι γίνεται λανθασμένα (σφάλμα προμήθειας) ή όταν κάτι που πρέπει να γίνει δεν πραγματοποιείται (σφάλμα παράλειψης). Κατά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της φροντίδας, ανεξάρτητα από το αν το πρόβλημα είναι σφάλμα ή παράλειψη, είναι απαραίτητο να αναλυθεί γιατί συνέβη, να προσφερθούν λύσεις και να αποφευχθεί τυχόν υποτροπή (Kalisch, Landstrom and Williams 2009). Η παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενή έκβαση για τους ασθενείς, με σημαντική βλάβη, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς ασθενών (N. P. Bittner, et al. 2011).

Το μοντέλο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, προσδιορίστηκε για πρώτη φορά από την Beatrice J. Kalisch, σε μια ποιοτική μελέτη που υλοποιήθηκε ώστε να εντοπίσει τους τύπους νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπονταν τακτικά κατά τη διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο (B. Kalisch, Missed nursing care: a qualitative study 2006). Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της έρευνας, οι κύριες παραλείψεις στη νοσηλευτική περίθαλψη που καταγράφηκαν ήταν κίνηση των ασθενών, οι αλλαγές θέσης, η στοματική φροντίδα, η καθυστέρηση ή μη παράδοση του δίσκου φαγητού, η εκπαίδευση του ασθενούς, ο σχεδιασμός εξόδου, η τεκμηρίωση εισαγωγής και εξόδου, καθώς και η υγιεινή και η επιτήρηση.

Το μοντέλο της από την Kalisch, εξετάζει τρεις έννοιες: την δομή, την διαδικασία και το αποτέλεσμα. Η δομή αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, στα

χαρακτηριστικά της μονάδας φροντίδας ασθενών και στα ατομικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού. Η διαδικασία αναφέρεται στην περίθαλψη γενικά, από εκεί προέρχεται η απώλεια ή παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας και το αποτέλεσμα αναφέρεται στις άμεσες επιπτώσεις της φροντίδας στους ασθενείς, όπως είναι μεταξύ άλλων πτώσεις, έλκη πίεσης, λοιμώξεις κ.λπ., ενώ περιλαμβάνεται επίσης η ικανοποίηση του προσωπικού (Bear and Bowers 1998). Το μοντέλο παρουσιάζεται σχηματικά στο σχήμα 1 που ακολουθεί.

Σχήμα 1: Το μοντέλο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας της Kalisch



Πηγή: (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009), Απόδοση στα ελληνικά από την ερευνήτρια.

Εννοιολογικά, η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα θεωρείται σφάλμα παράλειψης και ορίζεται ως οποιαδήποτε πτυχή της απαιτούμενης φροντίδας ασθενούς που παραλείπεται (είτε εν μέρει είτε πλήρως) ή καθυστερεί σημαντικά (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009). Δύο κύριοι τύποι σφαλμάτων έχουν εντοπιστεί στην κίνηση για την ασφάλεια των ασθενών. πράξεις ανάθεσης (λάθη που γίνονται) και πράξεις παράλειψης (αποτυχία νοσηλευτικής φροντίδας). Τα παραπάνω μπορούν να οδηγήσουν δυνητικά σε πολύ δυσμενές αποτέλεσμα νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών (Hernández Cruz 2015).

Η παράλειψη νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που μπορεί να απειλήσει την ασφάλεια των ασθενών σε όλες τις χώρες και τους πολιτισμούς. Ο ορισμός της έννοιας και το αρχικό μοντέλο για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη αποτελεσματικών

νοσηλευτικών παρεμβάσεων που βοηθούν στην εξουδετέρωση των αρνητικών αποτελεσμάτων τέτοιων παραλείψεων (Kalisch, Tschannen and Lee, Does missed nursing care predict job satisfaction? 2011). Σύμφωνα με τον Οργανισμό για την Έρευνα και την Ποιότητα στην Υγεία των ΗΠΑ, τα σφάλματα παράλειψης είναι πιο δύσκολο να αναγνωριστούν από τα σφάλματα κατά την εκτέλεση, αλλά πιθανότατα αποτελούν μεγαλύτερο πρόβλημα (Kalisch, Landstrom and Williams 2009). Με άλλα λόγια, υπάρχουν πιθανώς πολλές περισσότερες περιπτώσεις παραλείψεων στη φροντίδα στις οποίες η παροχή πρόσθετης νοσηλευτικής φροντίδας θα πρέπει να βελτιώσει τα αποτελέσματα της (D. Ausserhofer, et al. 2014).

Η Kalisch αναφέρει εννέα τομείς νοσηλευτικής περίθαλψης που συχνά παραβλέπονται από το προσωπικό και οδηγούν σε χαμένες ενέργειες νοσηλευτικής φροντίδας: περιήγηση, επανατοποθέτηση, καθυστερημένη ή χαμένη σίτιση, εκπαίδευση ασθενών, σχεδιασμός εξιτηρίου, συναισθηματική υποστήριξη, υγιεινή, αξιολόγηση φροντίδας και επιτήρηση. Μεταξύ των λόγων ή παραγόντων που υποδεικνύει το νοσηλευτικό προσωπικό ότι σχετίζονται με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, περιλαμβάνονται η κακή κατανομή του απαραίτητου προσωπικού, ο ανεπαρκής χρόνος που απαιτείται για νοσηλευτική παρέμβαση, η κακή ομαδική εργασία, η αναποτελεσματική ανάθεση, τις συνήθειες και η άρνηση παροχής φροντίδας (B. J. Kalisch 2010).

1.2 Το μοντέλο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας της Kalisch

1.2.1 Ιδιότητες του μοντέλου

Το μοντέλο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας αποτελείται από πέντε κατηγορίες χαρακτηριστικών: 1) Προηγούμενα στο περιβάλλον φροντίδας που διευκολύνουν ή αναστέλλουν τη νοσηλευτική πρακτική, 2) στοιχεία της νοσηλευτικής διαδικασίας, 3) εσωτερικές αντιλήψεις και διαδικασίες λήψης αποφάσεων, 4) φροντίδα που παρέχεται όπως έχει προγραμματιστεί και φροντίδα που καθυστερεί ή παραλείπεται, και 5) τα αποτελέσματα του ασθενούς (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009).

Το μοντέλο της Kalisch περιλαμβάνει τα στάδια του “μοντέλου ποιότητας”, τα οποία είναι η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα, καθώς και εξωτερικοί και εσωτερικοί παράγοντες. Οι εξωτερικοί παράγοντες, είναι αυτοί που υπάρχουν στο γενικότερο

πλαίσιο του περιβάλλοντος φροντίδας και μπορούν να επηρεάσουν το προσωπικό κατά την απόφαση ως προς τη φροντίδα που θα παρασχεθεί, την κατανομή των εργατικών πόρων, του υλικού, της επικοινωνίας και των διαπροσωπικών σχέσεων. Στις εσωτερικές νοσηλευτικές διαδικασίες, συμπεριλαμβάνονται τα πρότυπα της ομάδας, η προτεραιότητα λήψης αποφάσεων, οι συνήθειες, οι αξίες και οι προσωπικές πεποιθήσεις. Στο στάδιο της διαδικασίας, υπάρχουν διάφορες νοσηλευτικές φροντίδες που εάν παραληφθούν οδηγούν σε αυτό που ορίζεται ως παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ενώ τέλος, στο στάδιο του αποτελέσματος, περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα των ασθενών και η ικανοποίηση του προσωπικού (Kalisch, Tschannen, et al. 2011).

1.2.2 Οι άξονες στο περιβάλλον νοσηλείας

Υπάρχουν τρεις άξονες που συντελούν στην εμφάνιση της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Ο πρώτος είναι οι εργατικοί πόροι που αφορούν τον αριθμό και τον τύπο του νοσηλευτικού προσωπικού που είναι διαθέσιμοι σε σχέση με τις απαιτήσεις περίθαλψης των ασθενών. Για παράδειγμα, το επίπεδο ικανοτήτων, εκπαίδευσης και εργασιακής εμπειρίας βρίσκονται μεταξύ άλλων σε αυτόν τον άξονα. Ο δεύτερος άξονας, είναι οι υλικοί πόροι, όπως τα φάρμακα, οι προμήθειες και ο εξοπλισμός που απαιτούνται για την ορθή νοσηλευτική φροντίδα. Ο τρίτος άξονας, είναι η ομαδική εργασία και η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, των γιατρών, των λοιπών επαγγελματιών υγείας και άλλου προσωπικού που συμμετέχουν στην διαδικασία της φροντίδας των ασθενών. Όποτε μπορούν να ικανοποιηθούν και οι τρεις πιο πάνω άξονες, είναι εφικτή η παροχή της απαραίτητης φροντίδας που θα δοθεί στους ασθενείς. Αντιθέτως, όταν οι διαθέσιμοι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι είναι περιορισμένοι, υπάρχει σύγκρουση κατά την παροχή περίθαλψης και οι νοσηλευτές καλούνται να λαμβάνουν αποφάσεις ή να δίνουν προτεραιότητα ποια φροντίδα θα παράσχουν και ποια θα παραλειφθεί (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009).

1.2.3 Παράγοντες που καθορίζουν τις εσωτερικές νοσηλευτικές διαδικασίες

Όσον αφορά τις εσωτερικές διαδικασίες των νοσηλευτών, ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στις νόρμες της ομάδας εντός της οποίας λειτουργούν τα άτομα. Κάθε ομάδα έχει ένα σύνολο κανόνων σχετικά με την αποδεκτή συμπεριφορά από τα μέλη

της. Ορισμένοι κανόνες θα τηρούνται αυστηρά, ενώ άλλοι επιτρέπουν μια σειρά συμπεριφορών εντός των πλαισίων της ομάδας. Οι κανόνες μπορεί να είναι επίσημοι ή σιωπηροί και τα νέα μέλη μαθαίνουν αυτές τις αποδεκτές συμπεριφορές σχετικά γρήγορα.

Ο δεύτερος εσωτερικός παράγοντας είναι η λήψη αποφάσεων για την ιεράρχηση της φροντίδας. Όταν οι νοσηλευτές καθορίζουν τα στοιχεία φροντίδας εντός της νοσηλευτικής διαδικασίας που είναι απαραίτητα για τους ασθενείς, το κάνουν με βάση τις αξιολογήσεις τους για τις συνθήκες και τις ανάγκες των ασθενών. Ανάλογα με τις συνθήκες των ασθενών, οι νοσηλευτές μπορούν να συμπεριλάβουν στο ημερήσιο πρόγραμμα φροντίδας συγκεκριμένες ενέργειες που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του ασθενούς, καθώς και να κρίνουν πόσο σημαντική είναι η συγκεκριμένη φροντίδα, για τη διαδικασία ίασης ενός ασθενούς, σχετικά με άλλα αιτήματα.

Ο τρίτος εσωτερικός παράγοντας αντιστοιχεί στις αξίες, τις στάσεις και τις πεποιθήσεις που έχουν οι νοσηλευτές για τους ρόλους και τις ευθύνες τους. Εδραιωμένα σε βάση προσωπικών αξιών και πολιτισμικών κανόνων, οι πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και οι προσδοκίες των ανθρώπων για τον εαυτό τους παίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς τους. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές έχουν εσωτερικές αξίες και πεποιθήσεις για τον ρόλο τους, οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους. Ακόμη όταν απαιτείται να λάβουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα που θα παρασχεθεί ή θα παραλειφθεί, είναι οι προσωπικές αξίες και οι πεποιθήσεις που μπορεί να “αναγκάσουν” τους νοσηλευτές να παρέχουν ορισμένες πτυχές της φροντίδας, καθώς και να λάβουν την απόφαση να παραλείψουν άλλες. Με αυτόν τον τρόπο, οι αξίες, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις έχουν επίδραση στο ποια στοιχεία της φροντίδας των ασθενών θα παρασχεθούν, καθώς και ποια θα καθυστερήσουν ή θα παραληφθούν.

Οι συνήθειες, ο τέταρτος και τελευταίος εσωτερικός παράγοντας, επηρεάζουν την τελική απόφαση των νοσηλευτών να καθυστερήσουν ή να παραλείψουν τη φροντίδα. Μόλις χαθεί η φροντίδα και δεν υπάρχει εμφανής επιζήμια επίδραση στον ασθενή ή κανείς δεν το προσέξει, είναι ευκολότερο να αποφασιστεί να καθυστερήσει ή να παραληφθεί αυτό το στοιχείο φροντίδας την επόμενη φορά. Αυτές οι συνήθειες μπορεί να είναι τόσο βαθιά ριζωμένες που οι νοσηλευτές δεν παίρνουν πλέον συνειδητές αποφάσεις να παραλείψουν τη φροντίδα αλλά αυτό συμβαίνει αυτόματα σε ορισμένες περιπτώσεις. (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009)

1.3 Στοιχεία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

Η φροντίδα του ασθενούς ενέχει πρωταρχικό ρόλο στη νοσηλευτική, η οποία περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πτυχές του ατόμου. Αυτές οι πτυχές περιλαμβάνουν την προστασία και τη βελτιστοποίηση της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών και ότι συμβάλλει στην παροχή ποιοτικής περίθαλψης. Η έννοια που διατυπώνει η Kalisch, είναι ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ενέργειες που λαμβάνονται στο πλαίσιο σημαντικών αποφάσεων, ενσωματώνονται σε τέσσερις διαστάσεις (ατομικές ανάγκες, προγραμματισμός εξόδου και εκπαίδευση, βασική φροντίδα υγείας και φροντίδα με συνεχείς αξιολογήσεις) και επηρεάζονται από τη νοσηλευτική διαδικασία, ακολουθούμενη από τις εσωτερικές διαδικασίες του νοσηλευτή που επηρεάζουν την τελική απόφαση που σχετίζεται με την καθυστέρηση ή την παράλειψη φροντίδας (Rachel, et al. 2019).

1.3.1 Παρεμβάσεις που σχετίζονται με ατομικές ανάγκες

Οι ανθρώπινες ανάγκες, απαιτούν από τη νοσηλευτική να πραγματοποιήσει παρεμβάσεις ατομικών αναγκών, καθώς υπάρχει διαφορετική ανταπόκριση από κάθε ασθενή. Ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τις δεξιότητές που έχει, για να αντιμετωπίσει και τις ανθρώπινες αντιδράσεις σε προβλήματα υγείας. Οι παρεμβάσεις από επαγγελματίες νοσηλευτές, πρέπει να βασίζονται σε επιστημονικά θεμέλια και να πραγματοποιούνται για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων, την κάλυψη του ελλείμματος και την αξιοποίηση της προθυμίας του ατόμου να προωθήσει τη φροντίδα του εαυτού. Σε αυτό το στοιχείο βασίζεται σε μεγάλο βαθμό η ανταπόκριση του ασθενή, είτε πρόκειται για φαρμακευτική αγωγή είτε για απαίτηση παροχής φροντίδας (Kalisch, Landstrom and Williams 2009).

1.3.2 Προγραμματισμός εξόδου και εκπαίδευση ασθενών

Σύμφωνα με την Lynda Carpenito¹, ο προγραμματισμός του σχεδίου απαλλαγής (discharge planning) του ασθενούς από την δομή, είναι μια συστηματική διαδικασία αξιολόγησης, προετοιμασίας και συντονισμού που διευκολύνει τη διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνικής βοήθειας και απαιτεί συντονισμένη

¹ Η Lynda Juall Carpenito-Moyet (1950) είναι αμερικανίδα νοσηλεύτρια. Αναγνωρίζεται ότι δημιούργησε, το 1983, το διεστιάκο μοντέλο, μια στρατηγική για σχέδια νοσηλευτικής που εστιάζει την προσοχή στον ασθενή και επιτρέπει τον εντοπισμό προβλημάτων στη φροντίδα.

δράση και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας (Carpenito-Moyet 2006).

Τα πρότυπα για την ποιοτική παροχή φροντίδας υγείας για κάθε νοσοκομείο, αναφέρουν ότι με στόχο την ομαλή συνέχεια της περίθαλψης απαιτείται έγκαιρος προγραμματισμός του εξιτηρίου. Με αυτόν τον τρόπο, κατά τη διάρκεια της παραμονής, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να αναγνωρίσει τις ειδικές ανάγκες κάθε ασθενή που προκύπτουν είτε λόγω ηλικίας, έλλειψη κινητικότητας ή άλλων λόγων και να εκπαιδεύσει τόσο τον ασθενή όσο και τους οικείους σχετικά με την βοήθεια που απαιτείται σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Damiani, et al. 2009).

Με τα παραπάνω, το νοσηλευτικό εξιτήριο είναι ένα αρχείο που εγγυάται τη συνέχεια της φροντίδας και τον διεπαγγελματικό συντονισμό, παρέχει ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τη χορήγηση φαρμάκων και βοηθά στην αποφυγή λαθών. Είναι επίσης ένα τυποποιημένο νομικό έγγραφο που παρέχει γρήγορη και σαφή περιγραφή της κατάστασης του ασθενούς και την νοσηλευτική φροντίδα που απαιτείται. Μια προγραμματισμένη παρέμβαση εξιτηρίου με μια ολοκληρωμένη εξατομικευμένη αξιολόγηση μειώνει τον αριθμό και τον χρόνο επανεισαγωγής στο νοσοκομείο (Fox, et al. 2013).

Όσον αφορά την εκπαίδευση των ασθενών, βοηθά στη βελτίωση της συμμετοχής τους και στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα υγείας τους. Η εκπαίδευση πραγματοποιείται όταν ο ασθενής αλληλεπιδρά με το νοσηλευτικό προσωπικό και με άλλους επαγγελματίες υγείας. Αυτή η εκπαίδευση περιλαμβάνει τόσο τη γνώση που απαιτείται κατά τη διαδικασία φροντίδας, όσο και αυτό που χρειάζεται μετά την έξοδο του ασθενούς, όπως η παρακολούθηση καθώς και οι περιστάσεις στις οποίες πρέπει να αναζητηθεί επείγουσα φροντίδα. Η εκπαίδευση είναι αποτελεσματική όταν χρησιμοποιούνται διάφορες τεχνικές σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς η μάθηση είναι πιο αποτελεσματική όταν προσαρμόζεται σε πολιτιστικές και θρησκευτικές αξίες και δεξιότητες, καθώς και όταν λαμβάνει χώρα στα κατάλληλα σημεία της διαδικασίας φροντίδας. Προκειμένου να επιτευχθεί η βέλτιστη υγεία, η εκπαίδευση πρέπει να περιέχει πληροφορίες για το πότε και πώς να συνεχιστούν οι καθημερινές δραστηριότητες μετά την έξοδο, προληπτικά μέτρα και εάν είναι απαραίτητο, πληροφορίες για το πώς να αντιμετωπιστεί η ασθένεια ή η αναπηρία. Η εκπαίδευση που παρέχεται τεκμηριώνεται στο κλινικό αρχείο του ασθενούς. Αυτό το στοιχείο περιλαμβάνει τη

διδασκαλία του ασθενούς σχετικά με τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και μελέτες και τον προγραμματισμό εξόδου του από το νοσοκομείο (Kalisch, Landstrom και Williams 2009).

1.3.3 Παρεμβάσεις βασικής νοσηλευτικής φροντίδας

Οι παρεμβάσεις βασικής φροντίδας είναι η ελάχιστη νοσηλευτική φροντίδα και αποτελούν τεχνικές ενέργειες χαμηλής έως μέσης πολυπλοκότητας. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι οι κατάλληλες ενέργειες για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών και της έλλειψης αυτονομίας των ασθενών, αφού αντανακλούν ολική ή μερική έλλειψη προσωρινή ή μόνιμη σωματική ή νοητική ικανότητα του χρήστη να τα κάνει μόνος του. Αυτές οι φροντίδες θεωρούνται συνήθεις νοσηλευτικές στα περισσότερα νοσοκομεία και αποτελούν μέρος της φροντίδας που πρέπει να παρέχεται από τους νοσηλευτές. Οι βασικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την υγιεινή και την άνεση που παρέχεται στους ασθενείς καθώς και την υποβοηθούμενη κίνηση όπου αυτό απαιτείται (Bittner and Gravlin 2009).

1.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Υπάρχουν παράγοντες που σχετίζονται με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και έχουν αντίκτυπο στη φροντίδα του ασθενούς. Αυτοί οι παράγοντες αντιστοιχούν στο διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό για την παροχή φροντίδας, στην επικοινωνία της διεπιστημονικής ομάδας και, τέλος, στους υλικούς πόρους που είναι διαθέσιμος για την παροχή της φροντίδας υγείας (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009).

1.4.1 Ανθρώπινο δυναμικό

Οι εργαζόμενοι αποτελούν το σημαντικότερο κεφάλαιο για κάθε σχεδόν οργανισμό έντασης εργασίας όπως αυτός του νοσοκομείου. Κάθε άτομο είναι προικισμένο με προσωπικότητα και ατομικότητα, φιλοδοξίες, αξίες, στάσεις, κίνητρα και ατομικούς στόχους, αλλά εάν περιλαμβάνεται ως ανθρώπινο δυναμικό στην δομή υγείας τότε πρέπει εκτός των άλλων να είναι προικισμένο με ικανότητες, δεξιότητες και γνώσεις απαραίτητες για την εκτέλεση των απαιτούμενων εργασιών. Οι οργανισμοί επιλέγουν το ανθρώπινο δυναμικό τους για να επιτύχουν μαζί και μέσω αυτών, τους στόχους

τους, και πιο συγκεκριμένα για τις υπηρεσίες υγείας την ποιοτική φροντίδα υγείας. Η Kalisch επισημαίνει ότι τα χαρακτηριστικά του προσωπικού, όπως κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα, χρονοδιαγράμματα εργασίας, στελέχωση, απουσίες, επιπλέον βάρδιες, εργασιακή εμπειρία, επίπεδο ικανοτήτων, κατάρτιση και εμπειρία του προσωπικού, είναι σχετικές πτυχές του ανθρώπινου δυναμικού (Gravlin and Bittner 2010).

Οι προϊστάμενοι της νοσηλευτικής υπηρεσίας, πρέπει να λάβουν υπόψη την ποσότητα και την ποιότητα του διαθέσιμου προσωπικού, για να καθορίσουν τα βέλτιστα επίπεδα στελέχωσης. Το επίπεδο στελέχωσης ανά μονάδα θα πρέπει να περιλαμβάνει νοσηλευτές που διαθέτουν τόσο την εμπειρία όσο και τις θεωρητικές γνώσεις, προκειμένου να επιτευχθούν βέλτιστα αποτελέσματα για τους ασθενείς και, συνεπώς, να μειωθεί η παράλειψη νοσηλευτικής φροντίδας (Tschannen and Kalisch 2009).

Η αυξημένη στελέχωση (ποσοτική και ποιοτική) έχει συνδεθεί με τη μείωση των διαφόρων επιπλοκών των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων των ποσοστών θνησιμότητας και της παραλειπούμενης φροντίδας. Οι επιπλοκές, σε πολλές περιπτώσεις, οδηγούν σε μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο και υψηλότερο κόστος για το σύστημα υγείας. Επομένως, μια μείωση στα επίπεδα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ πιθανό να μην οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων, αλλά να συμβεί ακριβώς το αντίθετο (Ball, et al. 2014). Επιπλέον, ανεπαρκής χρήση του νοσηλευτικού ανθρώπινου δυναμικού, όπως η ύπαρξη πολυάριθμου προσωπικού σε μια βάρδια, η ανάθεση ασθενών με βάση μόνο αριθμούς και όχι αναγκών φροντίδας, η μη επαρκής κάλυψη απουσιών, ο αυξημένος φόρτος εργασίας λόγω απροσδόκητων καταστάσεων υγείας, καθώς και ο μεγάλος αριθμός εισαγωγών, μειώνουν την ομαδική εργασία και επηρεάζουν την παραλειπούμενη νοσηλευτική φροντίδα (Kalisch and Lee 2011).

Το ανθρώπινο δυναμικό διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας των ασθενών, ο οποίος περιλαμβάνει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων στη φροντίδα με την διαθέσιμη ώρα ανά ασθενή την ημέρα, που μεταφράζεται ως η άμεση φροντίδα ασθενών σε μια δεδομένη μονάδα (Tschannen and Kalisch 2009).

1.4.2 Επικοινωνία

Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική νοσηλευτική, καθώς ορισμένες νοσηλευτικές δραστηριότητες είναι συνεργατικές και επομένως εξαρτώνται από την ικανότητα των νοσηλευτών να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και τους συναδέλφους της ίδιας ή άλλων ειδικοτήτων. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι αυτό που διατηρεί ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας και ικανοποίησης και αποφεύγει τα σφάλματα εξυπηρέτησης. Η ομαδική εργασία, οδηγεί σε υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση, αυξημένη ασφάλεια των ασθενών, βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών (Kalisch, Curley and Stefanov 2007). Η ανεπαρκής επικοινωνία ή η παντελής έλλειψη επικοινωνίας, επηρεάζει τον προγραμματισμό της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Τόσο οι γιατροί και οι νοσηλευτές όσο και το υπόλοιπο προσωπικό πρέπει να έχουν αποτελεσματική επικοινωνία –μεταξύ τους και με τους ασθενείς- για να διασφαλίζεται το καλύτερο αποτέλεσμα στην έκβαση της υγείας των τελευταίων (B. Kalisch 2006).

Η ομαδική εργασία απαιτεί τον συντονισμό της εργασίας ολόκληρης της ομάδας, διασφαλίζοντας ότι δεν θα χαθεί η προσοχή. Η ομαδική εργασία διασφαλίζει επίσης ότι η ομάδα προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες συνθήκες και μοιράζεται ένα κοινό μοντέλο για το ποια φροντίδα χρειάζεται κάθε περίπτωση. Αυτά απαιτούν αποτελεσματική επικοινωνία και εμπιστοσύνη μεταξύ τους, καθώς η ομαδική εργασία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής και ασφαλούς νοσηλευτικής φροντίδας (B. J. Kalisch 2010).

Η ομαδική εργασία επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο ικανοποίησης στην εργασία των νοσηλευτών (Kalisch, Lee and Rochman, Nursing staff teamwork and job satisfaction 2010). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο αυτό είναι η ύπαρξη επαρκούς προσωπικό και ο αριθμός ασθενών που νοσηλεύονται σε μια βάρδια. Η αναποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε παραλείψεις νοσηλευτικής φροντίδας. (Kalisch and Lee 2009)

1.4.3 Υλικοί πόροι

Η διαχείριση των υλικών πόρων με κριτήρια αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αποτελεί στρατηγικό σημείο κάθε οργανισμού υγείας, δημόσιου ή ιδιωτικού. Το εργασιακό περιβάλλον στο οποίο οι υλικοί πόροι που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας υγείας είναι περιορισμένοι, έχει αντίκτυπο στην έκβαση της υγείας των ασθενών. Στους υλικούς πόρους περιλαμβάνονται φάρμακα, προμήθειες

και ιατρικός εξοπλισμός (Kalisch, McLaughlin and Dabney 2012). Επίσης περιλαμβάνονται η υποδομή της μονάδας όπου παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα. Η σημασία της λειτουργίας του απαιτούμενου εξοπλισμού καθώς και οι υλικοί πόροι, προμήθειες και φάρμακα που δεν είναι διαθέσιμα, επηρεάζουν την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας με αποτέλεσμα να παραλείπεται αναγκαία νοσηλευτική φροντίδα (Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. 2009).

1.5 Προηγούμενες μελέτες

Αρκετές μελέτες έχουν διεξαχθεί κατά τα τελευταία χρόνια σχετικά με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα σε διάφορες χώρες. Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται συνοπτικά οι σημαντικότερες από αυτές.

Το 2006, η Kalisch διεξήγαγε την πρώτη έρευνα για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, με μια ποιοτική προσέγγιση, στην οποία σκοπός ήταν να προσδιορίσει την παρουσία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, τους συγκεκριμένους τομείς της παραλειπόμενης φροντίδας και τους λόγους για την παράλειψη. Αυτή η μελέτη διεξήχθη σε ομάδες εστίασης με νοσηλευτικό προσωπικό σε δύο νοσοκομεία 210 κλινών και σε ένα περιφερειακό ιατρικό κέντρο 458 κλινών των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, έδειξαν ότι υπάρχουν εννέα στοιχεία φροντίδας που το νοσηλευτικό προσωπικό τακτικά παραλείπει και τα οποία εξήχθησαν από τις ομάδες. Σε αυτά τα στοιχεία περιλαμβάνονται η περιπλάνηση – περπάτημα του ασθενούς, η αλλαγή στάσης, η σίτιση, η εκπαίδευση, η συναισθηματική υποστήριξη, η υγιεινή, η εισαγωγή και η θεραπεία, το πλάνο εξιτηρίου και η επιτήρηση. Επίσης επτά στοιχεία σχετίζονται με τους λόγους για τους οποίους χάθηκαν ορισμένες πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως είναι η έλλειψη προσωπικού, ο χρόνος που απαιτείται για τη νοσηλευτική παρέμβαση, η ανεπαρκής παροχή ανθρώπινου δυναμικού, η αναποτελεσματική ανάθεση, οι ρουτίνες και η άρνηση εκτέλεσης δραστηριοτήτων που οι νοσηλευτές θεωρούν ότι δεν αντιστοιχούν σε αυτούς (B. Kalisch 2006).

Αργότερα, το 2009, οι Kalisch και Williams ανέπτυξαν ένα ποσοτικό εργαλείο για τη μέτρηση της ποσότητας και του είδους της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων με τους οποίους σχετίζονται, μέσω των αντιλήψεων του νοσηλευτικού προσωπικού. Πραγματοποιήθηκαν δύο μελέτες, η

πρώτη με δείγμα 459 νοσηλευτών και η δεύτερη 639 νοσηλευτές. Το εργαλείο ονομάστηκε MISSCARE-Survey (Missed Care Survey), το προσχέδιο του οργάνου εγκρίθηκε, αναθεωρήθηκε και αξιολογήθηκε από 3 ομάδες ειδικού νοσηλευτικού προσωπικού διαδοχικά σε ανεξάρτητα νοσοκομεία. Η έρευνα αποτελείται από δύο μέρη, το μέρος Α όπου καταγράφεται η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και το μέρος Β που αναζητούνται οι λόγοι για τους οποίους χάθηκε ή παραλείφθηκε η νοσηλευτική φροντίδα. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη της έρευνας ήταν μια πολύπλοκη διαδικασία. Ωστόσο, με κάθε χρήση του εργαλείου MISSCARE που θα ακολουθήσει, θα παρέχεται μεγαλύτερη κατανόηση των δυνατοτήτων και των περιορισμών της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς γεγονός που αποτελεί πολύτιμη συνεισφορά στην πρακτική της νοσηλευτικής επιστήμης (Kalisch and Williams 2009).

Το 2009, ο Bittner διεξήγαγε μια ποιοτική μελέτη, στην οποία στόχος ήταν να κατανοήσει πώς η νοσηλευτική χρησιμοποιεί την κριτική σκέψη για να εκχωρήσει φροντίδα και να αποφύγει την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς οι γνωστικές διαδικασίες και η σχέση μεταξύ σφαλμάτων και παράλειψης προσοχής μπορεί να προκύψουν στην ανεπαρκή ανάθεση δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο συχνά παραλειπόμενοι τύποι φροντίδας ήταν η υγιεινή, η σίτιση, η αλλαγή θέσης, η φροντίδα του δέρματος, η λήψη ζωτικών μετρήσεων, η περιπατητική και η στοματική φροντίδα (Bittner and Gravlin 2009).

Την ίδια χρονιά οι Kalisch, Landstrom και Williams διεξήγαγαν μια άλλη έρευνα σχετικά με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, στην οποία εστίασαν σε πράξεις παράλειψης της νοσηλευτικής φροντίδας σε αντίθεση με πράξεις ανάθεσης, που οδήγησαν σε δυσμενές αποτέλεσμα ή έχουν σημαντικές δυνατότητες για αυτό το αποτέλεσμα. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ήταν ότι η νοσηλεία που παραλείφθηκε συχνότερα ήταν η περιήγηση – περπάτημα του ασθενούς, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, η αλλαγή στάσης, η στοματική φροντίδα, η εκπαίδευση των ασθενών και η ακρίβεια στον χρόνο χορήγησης φαρμάκων. Παράγοντες για την παράλειψη της φροντίδας ήταν οι περιορισμένοι ανθρωπίνι και υλικοί πόροι καθώς και η κακή επικοινωνία (Kalisch, Landstrom and Williams 2009).

Το 2010, η Kalisch διεξήγαγε μια άλλη έρευνα, σε 4 νοσοκομεία που βρίσκονται των ΗΠΑ, στην οποία ο στόχος ήταν να προσδιοριστεί εάν το επίπεδο της νοσηλευτικής ομαδικής εργασίας επηρεάζει τη φύση της νοσηλευτικής φροντίδας που χάθηκε. Ο

πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 216 μέλη της νοσηλευτικής ομάδας. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι το επίπεδο της νοσηλευτικής ομαδικής εργασίας σε νοσηλευόμενους ασθενείς επηρεάζει τη διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας. Η διαδικασία νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτή τη μελέτη μετρήθηκε από τις αναφορές των νοσηλευτών για φροντίδα που δεν ολοκλήρωσαν (παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα). Όταν η ομαδική εργασία ήταν ισχυρότερη, αναφέρθηκε ότι η νοσηλευτική φροντίδα δεν παραλείφθηκε. Επιπλέον, υποστηρίχθηκε η αρνητική σχέση μεταξύ των μέσων βαθμολογιών απώλειας προσοχής και των συνολικών βαθμολογιών ομαδικής εργασίας (B. J. Kalisch 2010).

Μια άλλη ποσοτική έρευνα που διεξήχθη το 2011 από τους Kalisch, Tschannen, Hyunhwa και Friese επικεντρώθηκε στον εντοπισμό των επιπέδων και των τύπων περίθαλψης και των λόγων για την παράλειψη φροντίδας στα νοσοκομεία. Τα συμπεράσματα αποκάλυψαν ότι τα στοιχεία περίθαλψης που παραλείφθηκαν ήταν η περιήγηση – περπάτημα των ασθενών (32,7%), η εκπαίδευση των ασθενών (31,8%) και η στοματική φροντίδα (25,5%). Ως προς τους παράγοντες, για την παράλειψη περίθαλψης καταγράφηκαν το ανθρώπινο δυναμικό, οι υλικοί πόροι και η επικοινωνία, ως κοινοί σε όλα τα νοσοκομεία (Kalisch, Tschannen, et al. 2011).

Ακόμα, μια έρευνα, που διεξήχθη το 2012 από τους Ball, Murrells, Rafferty, Morrow και Griffiths στην Αγγλία και στην οποία χρησιμοποιήθηκε διαφορετική μεθοδολογία αλλά με τον ίδιο στόχο, για τον προσδιορισμό της φύσης και του επιπολασμού της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας συμμετείχαν 2.917 νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πιο συχνές δραστηριότητες που παραλείπονταν ήταν: η άνεση της συνομιλίας με ασθενείς (66%), η εκπαίδευση των ασθενών (52%) και η εκπόνηση ή η ενημέρωση σχεδίων φροντίδας (47%) (Ball, et al. 2014).

Τέλος, σε έρευνα των Παπασταύρου, Ανδρέου και Βρυωνίδη το 2014, διερευνήθηκαν οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σε νοσοκομεία της Κύπρου, σχετικά με τις παραλείψεις και τους περιορισμούς της νοσηλευτικής φροντίδας με την συμμετοχή 23 νοσηλευτών σε 4 ομάδες εστίασης. Στα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρεται ότι, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας πλαισιώνεται από το βιοϊατρικό ήθος και τη διεπαγγελματική σύγκρουση ρόλων, ενώ τα πρότυπα της βασικής φροντίδας τίθενται σε κίνδυνο. Οργανωτικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να ασκούν σημαντική επίδραση στην ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Η αποτυχία εκτέλεσης των απαραίτητων νοσηλευτικών εργασιών μπορεί να οδηγήσει

σε δυσμενή έκβαση του ασθενούς, σύγκρουση ρόλων και ηθική επιβάρυνση για τους νοσηλευτές (Papastavrou, Andreou and Vryonides 2014).

Κεφάλαιο 2: Εργασιακή ικανοποίηση

2.1 Εισαγωγή

Η εργασιακή ικανοποίηση θεωρείται εδώ και δεκαετίες ως καθοριστική για την καλή απόδοση των εργαζομένων σε όλους τους τομείς της απασχόλησης. Η έννοια της εργασιακής ικανοποίησης, προέρχεται από τον τομέα της οργανωσιακής συμπεριφοράς (Blegen and Mueller, Nurses' job satisfaction: A longitudinal analysis. 1987). Ασφαλώς, υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία για την εργασιακή ικανοποίηση που περιλαμβάνει διάφορους ορισμούς της έννοιας της ικανοποίησης, τη μέτρησή της και τις επιπτώσεις της στην εργασιακή απόδοση και τα αποτελέσματα, καθώς και τους παράγοντες που την καθορίζουν. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της εργασιακής ικανοποίησης, οι διάφοροι τρόποι μέτρησης της, οι διαφορετικές θεωρίες της εργασιακής ικανοποίησης καθώς και οι προκλήσεις της. Περαιτέρω, πραγματεύεται ο ρόλος της ικανοποίησης γενικά, και στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ειδικότερα. Τέλος, παρουσιάζεται μια σύντομη ανασκόπηση των καθοριστικών παραγόντων της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

2.2 Ορισμός εργασιακής ικανοποίησης

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια από τις πιο διαδεδομένες και πιο διερευνημένες εργασιακές στάσεις στη βιομηχανική και οργανωτική ψυχολογία (Judge, et al. 2001), καθώς έχει μελετηθεί εκτενώς σε πολλά διαφορετικά πεδία. Όπως είναι αναμενόμενο, υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για την εργασιακή ικανοποίηση και δεν είναι εύκολο να επιλεγεί κάποιος ως ο πιο κατάλληλος. Οι περισσότεροι ερευνητές, ωστόσο, συμφωνούν ότι η ικανοποίηση είναι μια μεταβλητή που σχετίζεται με την συμπεριφορά και αντιπροσωπεύει τη συνολική αξιολόγηση της δουλειάς του ατόμου ως εμπειρία στον εργασιακό χώρο (Peters, et al. 2010). Άλλοι ερευνητές την περιγράφουν ως μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση που νιώθει ένα άτομο απέναντι στη δουλειά του. Για παράδειγμα, ο Spector το ορίζει ως τον βαθμό στον οποίο οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού έχουν θετική επίδραση σε μια εργασία και τα συστατικά της (Spector 1997). Άλλοι, όπως οι Shader et al., θεωρούν ότι είναι μια

πολυδιάστατη μεταβλητή απαραίτητη για την εργασιακή ολοκλήρωση του ατόμου (Shader, et al. 2001). Παρά την πληθώρα των ορισμών του όρου, το πιο σημαντικό στοιχείο της εργασιακής ικανοποίησης είναι το πώς η στάση και οι πεποιθήσεις του ατόμου μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του στο χώρο εργασίας. Οι υπάρχουσες θεωρίες για την ικανοποίηση από την εργασία και την επιρροή της στην απόδοση και την παραγωγικότητα των εργαζομένων είναι πολλές, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν στο επίκεντρο την θεωρία των κινήτρων του ατόμου

2.3 Μεθοδολογικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης

Στην βιβλιογραφία, υπάρχουν καταγεγραμμένες αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις όσον αφορά την μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης. Καθώς το παρόν κεφάλαιο, αποτελεί μέρος της ευρύτερης διερεύνησης της σχέσης ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών και της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, δεν αποσκοπεί στην εκτεταμένη παρουσίαση των θεωριών αυτών αλλά στην αναφορά των σημαντικότερων από αυτές, που έχουν απασχολήσει περισσότερο τους ερευνητές του πεδίου.

Μία από τις πιο σημαντικές και διαδεδομένες θεωρίες για την εργασιακή ικανοποίηση, είναι η ιεράρχηση των ανθρώπινων αναγκών του Maslow, η οποία υποστηρίζει ότι οι ανθρώπινες ανάγκες σχηματίζουν μια ιεραρχία πέντε επιπέδων (Kanfer 1990). Συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι η εκπλήρωση ψυχολογικών αναγκών, όπως η αμοιβή και τα οφέλη που προσφέρει ένας οργανισμός, πρέπει να ανταποκρίνονται στις συνολικές προσδοκίες του εργαζομένου. Μόλις καλυφθούν οι ψυχολογικές ανάγκες του εργαζομένου, το επόμενο επίπεδο αναγκών είναι το πόσο ασφαλής αισθάνεται ο εργαζόμενος στο περιβάλλον του, κάτι που συνεπάγεται επίσης την αίσθηση της εργασιακής ασφάλειας και την ύπαρξη καλών οργανωτικών πολιτικών. Το επόμενο επίπεδο ιεραρχικών αναγκών είναι το αίσθημα του ανήκειν στον οργανισμό, το οποίο εκδηλώνεται με μια θετική σχέση μεταξύ συναδέλφων και προϊσταμένων. Μόλις καλυφθούν οι προαναφερθείσες ανάγκες, το τέταρτο επίπεδο είναι η ανάγκη να εκτιμηθούν και να αναγνωριστούν τα άτομα μέσα στον οργανισμό. Το τελικό επίπεδο είναι η αυτοπραγμάτωση του εργαζομένου που είναι σε θέση να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του μέσα στον οργανισμό. Έτσι, σύμφωνα με το μοντέλο

αυτό του Maslow, οι οργανισμοί που προσπαθούν να αυξήσουν την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων θα πρέπει να ξεκινήσουν καλύπτοντας αυτές τις βασικές ανάγκες των εργαζομένων.

Μια άλλη σημαντική θεωρία είναι αυτή των χαρακτηριστικών εργασίας (Blanz 2017). Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση από την εργασία εμφανίζεται όταν το εργασιακό περιβάλλον εστιάζει σε βασικά παρακινητικά χαρακτηριστικά. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι υπάρχουν πέντε βασικές διαστάσεις της εργασίας που οδηγούν σε πολλές διαφορετικές ψυχολογικές καταστάσεις, μία από τις οποίες είναι η ικανοποίηση από την εργασία. Οι πέντε βασικές διαστάσεις της εργασιακής ικανοποίησης περιλαμβάνουν: ποικιλία δεξιοτήτων, ταυτότητα εργασίας, σημαντικότητα της εργασίας, αυτονομία και ανατροφοδότηση. Έτσι, σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι οργανισμοί που προσπαθούν να βελτιώσουν την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων θα πρέπει να επικεντρωθούν στη βελτίωση αυτών των πέντε βασικών εργασιακών διαστάσεων.

Μια ακόμη θεωρία της εργασιακής ικανοποίησης είναι η θεωρία των χαρακτηριστικών των ατόμων ή προσέγγιση της διάθεσης. Η θεωρία αυτή, εδράζεται στην ιδέα ότι ένα άτομο έχει μια προδιάθεση είτε να είναι ικανοποιημένο είτε όχι, η οποία παραμένει λίγο πολύ σταθερή με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η θεωρία εστιάζει περισσότερο στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων και επομένως παρέχει λίγες ευκαιρίες στους οργανισμούς να αυξήσουν το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία μεταξύ των εργαζομένων τους, καθώς η ικανοποίηση πιστεύεται ότι καθορίζεται εξ ολοκλήρου από προσωπικά χαρακτηριστικά (Gerhart 2005).

Τέλος, η τελευταία και εξίσου σημαντική θεωρία της εργασιακής ικανοποίησης που θα αναφερθεί στην παρούσα ενότητα, είναι η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg. Η θεωρία Herzberg υποστηρίζει ότι η εργασιακή δυσαρέσκεια και η ικανοποίηση είναι δύο ξεχωριστά και άσχετα φαινόμενα (Herzberg 1966). Υποδηλώνει ότι μόνο και μόνο επειδή ένας εργαζόμενος δεν είναι δυσαρεστημένος δεν σημαίνει ότι είναι ικανοποιημένος. Είναι γνωστή ως η θεωρία του διπλού παράγοντα επειδή υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο ομάδες παραγόντων που είτε ενισχύουν την ικανοποίηση είτε την εμποδίζουν. Αυτά είναι κίνητρα ή εγγενείς παράγοντες (παράγοντες παρακίνησης) και από-κίνητρα ή εξωγενείς παράγοντες (παράγοντες υγιεινής). Οι εγγενείς παράγοντες, όταν υπάρχουν, δημιουργούν υψηλά κίνητρα και υψηλή ικανοποίηση στον εργαζόμενο. Αυτοί οι παράγοντες εντοπίζονται

από την αναγνώριση της εργασίας έως την προαγωγή και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας, και όταν πληρούνται προκαλούν υψηλά επίπεδα κινήτρων και ικανοποίησης από την εργασία. Από την άλλη πλευρά, οι εξωγενείς παράγοντες όπως η αμοιβή, οι συνθήκες εργασίας, η πολιτική της εταιρείας και η ασφάλεια της εργασίας πρέπει να υπάρχουν για να αποφευχθεί η δυσαρέσκεια των εργαζομένων, ώστε οι εργαζόμενοι να μην αποθαρρύνονται. Η παρουσία παραγόντων υγιεινής είναι σημαντική γιατί φέρνουν τους εργαζόμενους πιο κοντά σε μια ουδέτερη θέση και πιο κοντά στην ικανοποίηση. Ο Herzberg υποστηρίζει ότι η βελτίωση και στους δύο αυτούς παράγοντες οδηγεί σε ικανοποίηση από την εργασία και μπορεί να αυξήσει τα κίνητρα.

2.4 Ο ρόλος της εργασιακής ικανοποίησης και οι επιπτώσεις της στην απόδοση των υγειονομικών εργαζομένων και την έκβαση της υγείας των ασθενών

Πληθώρα ερευνών σε διαφορετικούς τομείς, έχουν επιχειρήσει να διερευνήσουν την θεωρία ότι η ικανοποίηση των εργαζομένων οδηγεί σε καλύτερη απόδοση και παραγωγικότητα (Rowe, et al. 2005). Μάλιστα, η εργασιακή ικανοποίηση και η σχέση με την απόδοση έχουν διερευνηθεί ήδη από τη δεκαετία του 1930 στη βιομηχανική οργανωτική ψυχολογία, ξεκινώντας με τις μελέτες Hawthorne (Kaur 2012). Διάφορες μελέτες έχουν προσπαθήσει να αναλύσουν τη σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και απόδοσης και έχουν καταλήξει σε διαφορετικά συμπεράσματα. Για παράδειγμα, μια μετά-ανάλυση εννέα μελετών έδειξε μικρή σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της απόδοσης των εργαζομένων. Η μελέτη Vroom υπολόγισε επίσης ότι τα επίπεδα ικανοποίησης των εργαζομένων δεν είχαν περισσότερο από 2% στη διακύμανση της παραγωγής (Vroom 1964). Ωστόσο, τόσο ο Herzberg αρχικά όσο και οι Locke et al. στην συνέχεια, διατύπωσαν την ιδέα ότι μπορεί να υπάρχει σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των εργαζομένων και του ενδιαφέροντος για την εργασία, την αμοιβή, τα επιτεύγματα και την αναγνώριση (Locke, Cartledge and Knerr 1970). Αντιμέτωπη με αυτά τα ασαφή αποτελέσματα, μια βιβλιογραφική ανασκόπηση διερευνά τη σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της εργασιακής απόδοσης (Judge, et al. 2001). Διεξήγαγαν μια μετά-ανάλυση που συμπεριλήφθηκαν 312 βάσεις δεδομένων με το μέγεθος του δείγματος να ξεπερνάει τα 54 χιλιάδες άτομα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι

υπήρχε μέτρια σχέση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της εργασιακής απόδοσης. Εξέτασαν επίσης τη μετά-ανάλυση των Iaffaldano & Muchinsky, η οποία δεν βρήκε καμία συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της απόδοσης (Iaffaldano and Muchinsky 1985). Ο Judge et al., κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μελέτη των Iaffaldano et al. ήταν ελαττωματική καθώς είχε χρησιμοποιηθεί μια σειρά από υποθέσεις που έδωσαν ψευδή αποτελέσματα και κατά συνέπεια κατέληξαν σε λανθασμένα στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από την εργασία και της απόδοσης στην εργασία. Εκτός από τους Judge et al, σε άλλη έρευνα βρέθηκε μεγαλύτερη και πιο συνεπή συσχέτιση μεταξύ της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης και της απόδοσης (Petty, McGee and & Cavender 1984).

Σε γενικές γραμμές, οι μελέτες που διερεύνησαν τις επιπτώσεις της εργασιακής ικανοποίησης στην απόδοση ήταν μελέτες συσχέτισης. Μια από τις ελάχιστες έρευνες που επιχείρησε να αξιολογήσει την αιτιώδη σχέση μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης και παραγωγικότητας (απόδοση) ήταν μια τυχαιοποιημένη μελέτη ελέγχου (Oswald, Proto and Sgroi 2015). Η έρευνά αυτή διαπίστωσε ότι η ικανοποίηση είχε θετική επίδραση στην παραγωγικότητα, κάτι που υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση που λαμβάνει ένα άτομο από την εργασία του, έχει θετική επίδραση στην απόδοσή του στην εργασία αυτή.

Στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, η παροχή φροντίδας ασθενών υψηλής ποιότητας είναι ένα αποτέλεσμα που συνδέεται άμεσα με την απόδοση των εργαζομένων. Επιπλέον, τα τελευταία έτη, καταγράφεται μια παγκόσμια έλλειψη εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Συνεπώς είναι κρίσιμη η κατανόηση της διατήρησης των εργαζομένων στον χώρο της υγείας και η παροχή εκ μέρους τους υψηλής φροντίδας υγείας, γεγονότα που είναι συνυφασμένα με την ικανοποίηση των ατόμων από την εργασία. (Dieleman and Harnmeijer 2006). Οι μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία έτη σχετικά με την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, υποδεικνύουν τη σημασία αυτής της μεταβλητής στην εξήγηση της συμπεριφοράς των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της φροντίδας των ασθενών. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Αγγλία και την Ουαλία, αποδείχθηκε ότι οι πάροχοι που ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους ήταν πιο πιθανό να συνταγογραφήσουν φάρμακα που είναι γνωστό ότι προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς (Melville 1980). Αυτή η μελέτη έδειξε επίσης ότι οι γιατροί με χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ήταν πιο πιθανό να αφήσουν το βοηθητικό προσωπικό να συνταγογραφήσει χωρίς την κατάλληλη

επίβλεψη. Η συνταγογράφηση φαρμάκων σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα της περίθαλψης, καθώς είναι συχνά μία από τις διαδικασίες που συμπληρώνουν στενότερα την άμεση ιατρική φροντίδα που προσφέρεται από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς. Μια άλλη μελέτη σχετικά με την παροχή ιατρικής περίθαλψης που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξε ότι οι πολύ ικανοποιημένοι γιατροί ήταν πιο πιθανό να επιδείξουν υψηλή τήρηση των προτύπων κατά τη θεραπεία των ασθενών (DiMatteo, et al. 1993).

Επιπλέον, οι αλληλεπίδραση ανάμεσα σε νοσηλευτή και ασθενή είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την παροχή καλής ποιότητας φροντίδας. Σε μια μελέτη παρατήρησης σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε ψυχογηριατρικούς θαλάμους, οι ερευνητές μέτρησαν την ποιότητα της περίθαλψης και έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι ήταν πιο πιθανό να παρέχουν υψηλά επίπεδα φροντίδας και να είναι προσεκτικοί στους ασθενείς τους, σε σύγκριση με νοσηλευτές που ανέφεραν χαμηλή ικανοποίηση (Robertson, et al. 1995). Οι Choi & Boyle επιβεβαίωσαν αυτά τα ευρήματα σε μια πιο πρόσφατη έρευνα κατά τη διερεύνηση της συσχέτισης της ικανοποίησης νοσηλευτών και των πτώσεων ασθενών σε νοσοκομειακές μονάδες οξείας φροντίδας (Choi and Boyle 2013). Ανακάλυψαν, ότι η ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών σχετίζεται αντιστρόφως με τις τυχαίες πτώσεις ασθενών. Αυτό επιβεβαιώνει επίσης τη μελέτη των Alvarez & Fitzpatrick., η οποία, ενώ δεν βρήκε συσχέτιση μεταξύ της συνολικής εργασιακής ικανοποίησης και της πτώσης των ασθενών, βρήκε ότι οι υποκλίμακες ικανοποίησης από την εργασία, όπως η αλληλεπίδραση γιατρών - νοσηλευτών και η λήψη αποφάσεων, έδειξαν σημαντική θετική συσχέτιση με ποσοστά πτώσης ασθενών (Alvarez and Fitzpatrick 2007). Για άλλη μια φορά, τα συνολικά στοιχεία φαίνεται να υποδηλώνουν ότι η ικανοποίηση του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης συνδέεται σημαντικά με καλύτερα αποτελέσματα υγείας και φροντίδα των ασθενών. Αυτές οι μελέτες καταδεικνύουν τη σημασία της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης τόσο για τις σχέσεις παρόχου - ασθενούς όσο και για την ποιότητα της περίθαλψης.

Επιπρόσθετα, μια άλλη μελέτη που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες μεταξύ ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα, οι πολύ-επίπεδες αναλύσεις έδειξαν ότι οι ομάδες με υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης από την εργασία ήταν πιο πιθανό να έχουν υψηλές τιμές ποιότητας φροντίδας. Με βάση τα ευρήματά τους, έθεσαν το ερώτημα πώς να βρουν τρόπους να βελτιώσουν την

ικανοποίηση από την εργασία για να αυξήσουν την ποιότητα της περίθαλψης (Mohr, et al. 2011).

2.5 Οι καθοριστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης

Παρόλο που η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, οι Hayes et al. υποστήριξαν ότι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις βασικές ομάδες: Η πρώτη ομάδα αφορά εκείνα τα χαρακτηριστικά που φέρνει ένας εργαζόμενος μαζί του σε μια δουλειά, που ορίζονται ως ενδοπροσωπικά χαρακτηριστικά. Η δεύτερη ομάδα σχετίζεται με τους διαπροσωπικούς παράγοντες, οι οποίοι περιγράφουν σχέσεις ή αλληλεπιδράσεις μεταξύ εργαζομένων και άλλων. Τέλος, η τρίτη ομάδα αφορά έξω-προσωπικούς καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με παράγοντες στους οποίους οι νοσηλευτές ή οι εργαζόμενοι εν γένει, δεν έχουν καμία επιρροή και που περιλαμβάνουν παράγοντες όπως οι πολιτικές και το οργανωτικό κλίμα. Ως εκ τούτου, υπάρχουν χαρακτηριστικά προσωπικού επιπέδου (τόσο ενδο-προσωπικοί όσο και διαπροσωπικοί παράγοντες που παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες μεταξύ τους) και χαρακτηριστικά οργανωτικού επιπέδου, τα οποία έχουν περιγραφεί στη βιβλιογραφία ότι επηρεάζουν το επίπεδο της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών (Hayes, Bonner and Pryor, Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature 2010). Στην συνέχεια, παρουσιάζεται μέσω της σχετικής βιβλιογραφίας, πώς οι συναφείς οργανωτικοί παράγοντες και οι διαπροσωπικοί παράγοντες επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση.

2.5.1 Οργανωτικοί ή έξω-προσωπικοί παράγοντες

Οι παράγοντες αυτοί, δύνανται να διαφέρουν όσο οι πολιτικές μισθών ή οργανωτικής διαχείρισης, παρέχοντας ένα περιβάλλον που ευνοεί την ποιότητα της εργασίας. Οι οργανωτικοί παράγοντες έχουν θεωρηθεί ότι συνεισφέρουν στην εργασιακή ικανοποίηση τόσο σε ποσοτικές όσο και σε ποιοτικές μελέτες. Στην πιο πρόσφατη έκδοση τους σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών νοσοκομείων σε περιβάλλοντα οξείας φροντίδας, οι Lu et al. βρήκαν μια σειρά από έξω-προσωπικές μεταβλητές που σχετίζονται με την εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών (Lu, Barriball, et al., Job satisfaction among hospital nurses

revisited: a systematic review 2012). Η ανασκόπησή τους απαρίθμησε, μεταξύ άλλων, τους παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση. Συγκεκριμένα, διαπίστωσαν ότι οργανωτικές μεταβλητές όπως οι συνθήκες εργασίας, η στελέχωση, η προσωπική εξέλιξη και προαγωγή, η επαγγελματική κατάρτιση, οι ευκαιρίες για ανέλιξη, η επαγγελματική προώθηση, ο έπαινος, η αναγνώριση και η αμοιβή συνέβαλαν στην ικανοποίηση των νοσηλευτών στην εργασία. Μεταξύ άλλων παραγόντων, διαπίστωσαν επίσης ότι τα απαιτητικά καθήκοντα και η μεγαλύτερη ευθύνη στις ρουτίνες εργασίας τους ήταν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα ικανοποίησης των νοσηλευτών. Ακόμα, μια βιβλιογραφική ανασκόπηση από τον Blegen, που επικεντρώθηκε στην εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών, ανέφερε ότι τα εργασιακά περιβάλλοντα στα οποία οι προϊστάμενοι και οι υφιστάμενοι επικοινωνούν μεταξύ τους και στα οποία τα άτομα εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, αύξησαν την ικανοποίηση των νοσηλευτών (Blegen 1993).

Επιπρόσθετα, σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, τον Καναδά και την Αγγλία, διαπιστώθηκε ότι οργανωτικά χαρακτηριστικά όπως η επαρκής στελέχωση των νοσηλευτών και η οργανωτική υποστήριξη για τη νοσηλευτική είναι παράγοντες που μείωσαν τη δυσαρέσκεια και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών (Aiken, et al. 2012). Ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία με αδύναμη οργανωτική υποστήριξη, όπως μετράται από τον διαδομένο Δείκτη Νοσηλευτικής Εργασίας (Nursing Working Index), είχαν διπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν ότι είναι δυσαρεστημένοι με τη δουλειά τους. Έδειξαν επίσης ότι τα επίπεδα στελέχωσης προέβλεπαν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών, αλλά έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικά όταν ελέγχεται η οργανωτική υποστήριξη. Εκτός από αυτούς τους οργανωτικούς παράγοντες, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί των νοσοκομείων συσχετίστηκαν επίσης με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη δουλειά των νοσηλευτών, καθώς επηρεάζουν άμεσα τη διαθεσιμότητα προμηθειών και εξοπλισμού (Zangaro and Soeken 2007).

Στην έρευνα του Blegen διαπιστώθηκε ότι η οργανωτική δέσμευση, η επικοινωνία με τους συναδέλφους, η δικαιοσύνη, η ρουτίνα, ο έλεγχος και η αυτονομία είχαν μια μικρή έως μέτρια συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία (Blegen 1993). Ομοίως, η μελέτη που διεξήχθη από τους Chu et al., κατέληξε στα ίδια αποτελέσματα (Chu, et al. 2003), επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα του Blegen σχετικά με το ρόλο που

παίζει η ρουτίνα και η υποστήριξη των συναδέλφων στην ικανοποίηση από τη δουλειά του νοσηλευτή. Στα αποτελέσματά τους, πρότειναν ότι η ρουτίνα είχε αρνητική σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία, ενώ η υποστήριξη των συναδέλφων είχε θετική. Σε μια άλλη μελέτη, που διεξήχθη μεταξύ Καναδών νοσηλευτών αναφέρεται ότι η οργανωτική δέσμευση, η οποία αναφέρεται στην ταύτιση και τη δέσμευση για τους στόχους και την αποστολή του οργανισμού, προσδιορίστηκε επίσης ως παράγοντας για την εξήγηση της εργασιακής ικανοποίησης του νοσηλευτή (Kerr, et al. 2005).

2.5.2 Οι διαπροσωπικοί παράγοντες

Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία, την εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζουν επίσης και οι διαπροσωπικοί παράγοντες. Σε μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Utriainen & Kyngäs., ανέφεραν ότι οι σχέσεις με τους συναδέλφους, τα συναισθήματα σύμπτωσης και συνεκτικότητας, η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία, η ομαδική εργασία, το κοινωνικό κλίμα και η υποστήριξη από τους συναδέλφους συσχετίστηκαν με την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών (Utriainen and Kyngäs 2009). Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Κίνας, επιβεβαίωσε τα συμπεράσματα αυτά, διαπιστώνοντας ότι οι αλληλεπιδράσεις των εργαζομένων ήταν κρίσιμος παράγοντας για την ικανοποίηση από την εργασία (Lu, While and Barriball 2007). Παράγοντες όπως οι σχέσεις με ασθενείς, συναδέλφους και διευθυντές ήταν προγνωστικοί παράγοντες ικανοποίησης από την εργασία σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες .

Η τελευταία διάσταση της ικανοποίησης του νοσηλευτή, αφορά τις ατομικές ή ενδο-προσωπικές μεταβλητές. Οι μεταβλητές σε ατομικό επίπεδο είναι γνωστές ως δημογραφικές μεταβλητές, αλλά μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν εξατομικευμένα χαρακτηριστικά όπως η προϋπηρεσία, η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των τέκνων. Σε μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά ή προσωπικά χαρακτηριστικά συσχετίστηκαν ασθενώς με την εργασιακή ικανοποίηση στους νοσηλευτές (Lu, Barriball, et al. 2012). Συγκεκριμένα, μεταβλητές όπως η ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το μορφωτικό επίπεδο είχαν ασθενής σχέση με την εργασιακή ικανοποίηση. Ωστόσο, η ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Hayes et al., κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ηλικία των νοσηλευτών, το εκπαιδευτικό επίπεδο

και οι ατομικές στρατηγικές αντιμετώπισης της εργασίας επηρέασαν την εργασιακή ικανοποίηση (Hayes, Bonner and Pryor 2010). Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ωστόσο, ότι άλλες έρευνες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ηλικία δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία της εργασιακής ικανοποίησης (Penz, et al. 2008).

Τέλος, μελέτες που διεξήχθησαν σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, έδειξαν ότι οι δημογραφικές μεταβλητές παίζουν ρόλο στην εξήγηση της διακύμανσης της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών και των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Για παράδειγμα σε έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία στη νοσηλευτική κλινική πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Νότια Αφρική, διαπίστωσε ότι η ηλικία και η προϋπηρεσία επηρέασαν την εργασιακή ικανοποίηση (Munyewende, Rispel and Chirwa 2014).

2.6 Συμπερασματικά

Τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών, μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες ομάδες: i) *τα ενδο-προσωπικά χαρακτηριστικά*, τα οποία αποτελούνται από δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, τα έτη προϋπηρεσίας και ο αριθμός των τέκνων, ii) *τους διαπροσωπικούς παράγοντες* που σχετίζονται με τις σχέσεις των νοσηλευτών τόσο μεταξύ των συναδέλφων όσο και με τους ασθενείς και iii) *τις μεταβλητές του περιβάλλοντος εργασίας ή έξω-προσωπικές μεταβλητές* που σχετίζονται με τις οργανωτικές πολιτικές των νοσοκομείων και μπορεί να περιλαμβάνουν αμοιβές, προαγωγές και ευκαιρίες κατάρτισης. Όπως αναφέρθηκε, πολλές μελέτες σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης των νοσηλευτών σε χώρες υψηλότερου εισοδήματος είτε δεν επικεντρώνονται σε δημογραφικές μεταβλητές, είτε παράγουν αντικρουόμενα αποτελέσματα για τον ρόλο τους στον καθορισμό της ικανοποίησης των νοσηλευτών. Αντίθετα, τα στοιχεία από χώρες χαμηλού εισοδήματος υποδηλώνουν ότι οι δημογραφικές μεταβλητές είναι σημαντικές και πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τη μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και ειδικά των νοσηλευτών. Ρυθμίσεις. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο ρόλος των ενδο-προσωπικών και διαπροσωπικών χαρακτηριστικών φαίνεται να επικυρώνεται και στα δύο

περιβάλλοντα. Τα στοιχεία και στις χώρες υψηλού και χαμηλού εισοδήματος δείχνουν ότι οι οργανωτικές μεταβλητές του εργασιακού περιβάλλοντος διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των νοσηλευτών. Οι οργανωτικές πολιτικές και οι συνθήκες εργασίας είναι παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Κεφάλαιο 3: Η σχέση ανάμεσα στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την εργασιακή ικανοποίηση – Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η βιβλιογραφία για την σχέση ανάμεσα στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την εργασιακή ικανοποίηση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και η πλειοψηφία αυτών των ερευνών καταγράφονται κατά τα τελευταία 2-3 έτη. Η πρώτη ωστόσο μελέτη που διερεύνησε τον αντίκτυπο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στην εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού, πραγματοποιήθηκε στις αρχές της περασμένης δεκαετίας από τους (Kalisch, Tschannen and Lee 2011) (Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction?). Η έρευνα συνέλεξε δεδομένα από 3.135 νοσηλευτές και 939 βοηθούς νοσηλευτών σε 110 μονάδες φροντίδας ασθενών από δέκα διαφορετικά νοσοκομεία των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα, αποκάλυψαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που αντιλήφθηκε μικρότερα επίπεδα παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας φάνηκε να είναι πιο ικανοποιημένο από την τρέχουσα θέση και το επάγγελμά του. Οι αντιλήψεις για την επάρκεια του προσωπικού προέβλεψαν επίσης σε σημαντικό βαθμό τις μεταβλητές ικανοποίησης. Οι ερευνητές πρότειναν εστιασμένες παρεμβάσεις που να στοχεύουν στη μείωση της παραλειπόμενης φροντίδας και στη διασφάλιση επάρκειας προσωπικού για τη βελτίωση της ικανοποίησης από την εργασία και της φροντίδας των ασθενών.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο μιας διδακτορικής διατριβής που υποβλήθηκε στο τμήμα νοσηλευτικής του πανεπιστημίου του Cincinnati των ΗΠΑ κατά το 2019, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ 136 νοσηλευτών που εργάζονται σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας (Ogboenyiwa 2019). Στα αποτελέσματα αυτής της έρευνας καταγράφηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Παρόλα αυτά, δεν φάνηκε να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών. Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το ιδιαίτερο πλαίσιο και οι ιδιαιτερότητες που συναντώνται στις μονάδες εντατικής θεραπείας καθώς και το καθεστώς συνεχούς πίεσης κάτω από το οποίο εργάζονται οι νοσηλευτές σε αυτές.

Ακολούθως, σε μια συγχρονική ποσοτική μελέτη που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο MISSCARE, συμμετείχαν 7.079 νοσηλευτές που παρείχαν άμεση φροντίδα σε ασθενείς σε νοσοκομεία στην Αυστραλία, την Ισλανδία, την Τουρκία και τις ΗΠΑ (Bragadóttir, et al. 2020). Στην έρευνα αυτή, Χρησιμοποιήθηκε ένα πολυμεταβλητό μοντέλο για να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και της ικανοποίησης των νοσηλευτών με την θέση εργασίας που έχουν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υψηλότερα επίπεδα παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας συσχετίστηκαν με χαμηλότερη ικανοποίηση από την τρέχουσα θέση του εργαζομένου. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες της εργασιακής ικανοποίησης περιελάμβαναν τη χώρα, τη νοσηλευτική εμπειρία, τις υπερωρίες, την επάρκεια του προσωπικού και τον αριθμό των βαρδιών που χάθηκαν κατά τους προηγούμενους 3 μήνες. Η μελέτη καταλήγει ότι η συσχέτιση μεταξύ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική θέση αποτελεί φαινόμενο που απασχολεί τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο ενώ ταυτόχρονα οι παράγοντες που απαιτούν προσοχή είναι τα επίπεδα στελέχωσης, οι απουσίες και η εργασιακή εμπειρία.

Συνεχίζοντας την βιβλιογραφική ανασκόπηση, μια ακόμα μελέτη, που πραγματοποιήθηκε μεταξύ των νοσηλευτών της Ιορδανίας προκειμένου να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, της πρόθεσης αποχώρησης του προσωπικού και της ικανοποίησης από την εργασία (Al-Faouri, Obaidat and AbuAlRub 2021). Συμμετείχε ένα δείγμα ευκολίας 300 νοσηλευτών που συμπλήρωσε την αραβική έκδοση του MISSCARE, η οποία περιελάμβανε στοιχεία για τη μέτρηση των τύπων και των λόγων της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, την επάρκεια του προσωπικού, την ικανοποίηση από την εργασία και την πρόθεση αποχώρησης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι εργατικοί πόροι ήταν η πιο κοινή αιτία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Έδειξαν επίσης ότι ένας μικρός αριθμός νοσηλευτών ανά βάρδια συσχετίστηκε με υψηλό επίπεδο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Η έρευνα διαπιστώνει ότι οι νοσηλευτικές μονάδες της Ιορδανίας, καλούνται να αντιμετωπίσουν προβλήματα στελέχωσης που μπορεί να αυξήσουν το ποσοστό παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους νοσηλευτές καθώς και τους οργανισμούς. Προτείνουν, να εκπονηθούν σχέδια στελέχωσης βασισμένα στις πραγματικές ανάγκες των νοσοκομείων προκειμένου να αυξηθεί η αναλογία νοσηλευτών προς ασθενή με αποτέλεσμα την

ελάττωση του επιπέδου παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδα και την ενίσχυση της ικανοποίησης.

Σε άλλη έρευνα που είχε ως στόχο την διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης, της εργασιακής ικανοποίησης και της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των νοσηλευτών, συμμετείχαν 124 νοσηλευτές του πανεπιστημιακού νοσοκομείου επειγόντων περιστατικών Mansoura University της Αιγύπτου (Ibrahim and El-Wkeel 2021). Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι η πλειονότητα των νοσηλευτών κατέγραψε υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και μέτριο επίπεδο εργασιακής ικανοποίησης. Στην έρευνα επιβεβαιώθηκε μια στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών και της εργασιακής ικανοποίησης, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε θετικά με την αντίληψή τους για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Οι ερευνητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα κατάρτισης που θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να χρησιμοποιούν αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού στρες και της εξουθένωσης, ενώ ταυτόχρονα να δημιουργηθεί ένα ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον με επαρκές προσωπικό και πόρους για την αποφυγή εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης, παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Οι παρεμβάσεις αυτές, θεωρούν οι ερευνητές ότι θα οδηγήσουν σε αύξηση της εργασιακής ικανοποίησης μεταξύ των νοσηλευτών.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε πρόσφατα σε 205 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιατρό-χειρουργικές μονάδες τεσσάρων νοσοκομείων τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ινδία (Mandal and Seethalakshmi 2021). Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετιζόταν σημαντικά με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, τους τύπους νοσοκομείων και την εκπαίδευση που μαζί εξηγούσαν το 27% της διακύμανσης στην εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι εστιασμένες στρατηγικές για τη μείωση της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν την εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών και ότι η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης διαδικασίας για να αξιολογηθεί και να προβλεφθεί η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών.

Μια ακόμα έρευνα που αφορά την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την σχέση της με την εργασιακή ικανοποίηση έλαβε χώρα στην Αίγυπτο μεταξύ 533

νοσηλευτών του πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Αλεξάνδρειας οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν τόσο στο ερωτηματολόγιο MISSCARE (για την καταγραφή της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) όσο και στο N4CAST (σχετικά με το επίπεδο της μη νοσηλευτικής εργασίας που εκτελείται από νοσηλευτές και την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών) (Hammad, Guirguis and Mosallam 2021). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα συσχετίστηκε σημαντικά με τον αριθμό των ασθενών που εισήχθησαν και τους φρόντισαν στην τελευταία βάρδια και με την αντιληπτή επάρκεια προσωπικού. Σχεδόν όλες οι εργασίες μη νοσηλευτικής φροντίδας και τα περισσότερα στοιχεία ικανοποίησης έδειξαν αρνητική ασθενή συσχέτιση με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Ακόμη μια πρόσφατη έρευνα που αφορά την σχέση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση και την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, πραγματοποιήθηκε σε 513 νοσηλευτές από 9 νοσοκομεία στην Τσεχία, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο MISSCARE εμπλουτισμένο με στοιχεία που αξιολογούν την εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτή και δημογραφικά δεδομένα (Plevoná, et al. 2021). Στα αποτελέσματα της έρευνας συμπεριλαμβάνεται ότι οι νοσηλευτικές δραστηριότητες που παραλείπονταν πιο συχνά ήταν η περιπλάνηση ασθενών και η συναισθηματική υποστήριξη προς τον ασθενή ή την οικογένεια. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες νοσηλευτές ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με το ότι ήταν νοσηλευτές και λιγότερο ικανοποιημένοι με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στη μονάδα τους. Ακόμα, η ισχυρότερη συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ της ικανοποίησης με την τρέχουσα θέση και της ικανοποίησης από το να είσαι νοσηλευτής. Επιπρόσθετα, υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από την τρέχουσα θέση και του συνολικού επιπέδου της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς, η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτή σχετίζεται με το επίπεδο της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας καθώς υψηλότερα επίπεδα παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας συνεπάγεται μεγαλύτερη δυσαρέσκεια μεταξύ των νοσηλευτών.

Τέλος, όσον αφορά την ελληνική βιβλιογραφία, καταγράφεται έρευνα στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του ανοικτού πανεπιστημίου που αφορά την διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και την σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση και πραγματοποιήθηκε σε 282 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών δύο γενικών

νοσοκομείων, Καρδίτσας και Λάρισας (Κυρίτση 2020). Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ως σημαντικότερους παράγοντες παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας την έλλειψη ανθρώπινων και υλικών πόρων και ακολούθως την επικοινωνία και την ομαδική εργασία. Επίσης σημειώθηκε σημαντική επίδραση της ηλικίας, του τομέα εργασίας και την υπερωριακής εργασίας στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Τέλος, φάνηκε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του επιπέδου της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Κεφάλαιο 4: Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Εισαγωγή

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του τομέα Κοινωνικής Πολιτικής του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Ο τίτλος της έρευνας είναι “Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα: Διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα είδη και τις αιτίες της & η σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση” και διεκπεραιώθηκε από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ελένη Κανάκογλου, με επιβλέπων καθηγητή τον Χαράλαμπο Πλατή.

4.2 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις

Κύριος σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα είδη και τις αιτίες της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Σημειώνεται ότι ως παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδας αναφέρεται η απουσία ή η καθυστέρηση στην διενέργεια οποιασδήποτε πράξης θεωρείται απαραίτητη σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή. Επιμέρους στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής σχέσης του φαινομένου της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με την επαγγελματική ικανοποίηση. Με άλλα λόγια, εάν και πώς επηρεάζει η ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους οι νοσηλευτές σε σχέση με την επιμελή φροντίδα των ασθενών. Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα κληθεί να απαντήσει η παρούσα μελέτη, είναι τα εξής:

- Ποιες είναι οι νοσηλευτικές πράξεις που παραλείπονται στη φροντίδα του ασθενή, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι νοσηλευτές και σε ποια συχνότητα παρατηρείται το φαινόμενο για την περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων” - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής “Η Αγία Βαρβάρα”;
- Ποιες είναι οι κύριες αιτίες που συμβάλουν στη παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, σύμφωνα με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών;

- Υπάρχει σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους και της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και αν ναι, σε ποιο βαθμό παρουσιάζεται στο δείγμα;

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια περιγραφική μη πειραματική έρευνα η οποία διεξήχθη με την χορήγηση ερωτηματολογίων στους νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων” - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής “Η Αγία Βαρβάρα”. Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο του δείγματος ευκολίας. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική ενώ ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών στο νοσοκομείο αναφοράς είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένος με συνέπεια την δυσκολία από πλευράς νοσηλευτών να διαθέσουν έστω και λίγα λεπτά για την συμμετοχή τους στην έρευνα. Μοιράστηκαν 280 ερωτηματολόγια και ο συνολικός πληθυσμός που συμμετείχε στην έρευνα και από τον οποίο συγκεντρώθηκαν δεδομένα έφθασε τους 148 νοσηλευτές από 17 διαφορετικά νοσηλευτικά τμήματα (ποσοστό απόκρισης 53% περίπου). Ο χρόνος που διήρκησε η συλλογή των δεδομένων ανήλθε σε 2,5 μήνες και πιο συγκεκριμένα από 03/01/2022 έως 18/03/2022.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στη παρούσα έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο MISS NURSING CARE (MISSCARE) των Kalisch και Williams που κατασκευάστηκε για την διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τα ειδή και τα αίτια της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Kalisch and Williams 2009). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και σταθμιστεί από τους Βρυωνίδη και Παπαστάυρου, στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής του πρώτου και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016). Για την χρήση του ερωτηματολογίου έχει ληφθεί η σχετική άδεια από του δημιουργούς του μέσω e-mail. Η μεταφρασμένη έκδοση του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας.

Το εργαλείο της ερευνά απαρτίζεται από 3 μέρη συνολικά, τα οποία συνοπτικά είναι: Το αρχικό μέρος περιλαμβάνει την καταγραφή τόσο των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών (τόπος εργασίας, φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη προϋπηρεσίας κ.λπ.), όσο και στοιχεία για την εργασία (ώρες εργασίας, αριθμός ασθενών στην τελευταία βάρδια, απουσίες από την εργασία, πρόθεση παραίτησης από την παρούσα θέση, ικανοποίηση από την εργασία) και αποτελείται από είκοσι ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Το πρώτο μέρος (Part A) διερευνά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τις δραστηριότητες που υπάρχει περίπτωση να μην εκτελεστούν κατά την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς. Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που βαθμολογούνται σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert η οποία κυμαίνεται από το 1 (ποτέ δεν παραλείπεται) έως το 5 (πάντα παραλείπεται). Όσο πιο υψηλές οι βαθμολογίες, τόσο υψηλότερα επίπεδα χαμένης νοσηλευτικής φροντίδας που αντιπροσωπεύουν. Από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου που έχουν πραγματοποιήσει οι ερευνητές στην Ελληνική έκδοση έχουν παραχθεί δύο παράγοντες που αφορούν i) Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις Δραστηριότητες Καθημερινού βίου και ii) Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του.

Το δεύτερο μέρος (Part B) διερευνά τους λόγους για τους οποίους οι νοσηλευτές παραλείπουν ορισμένα στοιχεία φροντίδας, σύμφωνα με την άποψη των ίδιων. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις αναπτυγμένες σε τρεις υποομάδες ερωτήσεων που αφορούν α) την επάρκεια σε διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό για την παροχή φροντίδας, β) την διαθεσιμότητα σε υλικούς πόρους και γ) τις σχέσεις και τους παράγοντες επικοινωνίας που επηρεάζουν την ικανότητα παροχής φροντίδας. Οι απαντήσεις του Β μέρους, βαθμολογούνται σε μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 (δεν αποτελεί λόγο παράλειψης) έως το 4 (σημαντικός λόγος παράλειψης). Όσο πιο υψηλή βαθμολογία συγκεντρώνει κάθε στοιχείο, τόσο πιο σημαντική αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές την αιτία της παράλειψης για το στοιχείο αυτό. Για το δεύτερο μέρος της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου έχουν προκύψει 3 παράγοντες που αφορούν τις κατηγορίες i) Επικοινωνία και ομαδική εργασία, ii) Ανθρώπινοι πόροι και iii) Υλικοί πόροι.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, στο αρχικό τμήμα του ερωτηματολογίου που διερευνώνται τα χαρακτηριστικά της εργασίας, συμπεριλαμβάνεται και ένα σετ ερωτήσεων που αφορούν την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους.

Αυτό θα καταστήσει δυνατή την διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης με τα βασικά ευρήματα της έρευνας που σχετίζονται με τις πράξεις που παραλείπονται από τους νοσηλευτές και τις αιτίες της παράλειψης αυτής.

4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Προκειμένου να γίνει χρήση του ερωτηματολογίου λήφθηκε σχετική άδεια μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου από τους κατασκευαστές της Ελληνικής έκδοσης. Για την διενέργεια της έρευνας στο νοσοκομείο λήφθηκε σχετική άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο (Παράρτημα Β). Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα από τους ίδιους του συμμετέχοντες και διαφυλάχθηκε το απόρρητο της διαδικασίας. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας πριν συναινέσουν στην συμμετοχή τους. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προορίζονται για χρήση που αφορά τους σκοπούς της παρούσας έρευνας και πιο συγκεκριμένα την υλοποίηση της διπλωματικής εργασίας της ερευνήτριας καθώς και όποιας πιθανής δημοσίευσης προκύψει από αυτήν.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν εγγράφως, κωδικοποιήθηκαν, καταχωρήθηκαν ψηφιακά και αναλύθηκαν με την χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics Version 25. Επιπλέον, με την χρήση του SPSS δημιουργήθηκαν οι πίνακες και τα γραφήματα που χρησιμοποιούνται για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων στο επόμενο κεφάλαιο.

Για την βέλτιστη αποτύπωση των αποτελεσμάτων της έρευνας, αρχικά παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος καθώς επίσης και τα δημογραφικά στοιχεία που το αποτελούν. Στην συνέχεια, γίνεται χρήση μέτρων περιγραφικής στατιστικής για να παρουσιασθούν οι υπό διερεύνηση μεταβλητές. Επιπρόσθετα, γίνεται χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής για την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν και να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Πιο αναλυτικά, οι στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση των συσχετίσεων είναι το χ^2 test, οι συντελεστές συσχέτισης Pearson και

Spearman καθώς και οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney test και Kruskal-Wallis test.

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0,05$ δηλαδή η πιθανότητα σφάλματος των αποτελεσμάτων από την ανάλυση του συγκεκριμένου δείγματος είναι 5% (επίπεδο εμπιστοσύνης 95%).

Τέλος, τα δύο ξεχωριστά μέρη του ερωτηματολογίου υποβλήθηκαν σε έλεγχο αξιοπιστίας με την χρήση του συντελεστή Cronbach's Alpha και τα αποτελέσματα του ελέγχου ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Πιο συγκεκριμένα, για το μέρος Α του ερωτηματολογίου που αφορά την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ισούται με 0,902 ενώ για το Β μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά τους λόγους για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, ο συντελεστής Cronbach's Alpha ισούται με 0,852. Πρέπει να αναφερθεί ότι οποιαδήποτε τιμή μεγαλύτερη του 0,7 θεωρείται αποδεκτή ως προς την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου από την επιστημονική κοινότητα.

Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα της Έρευνας

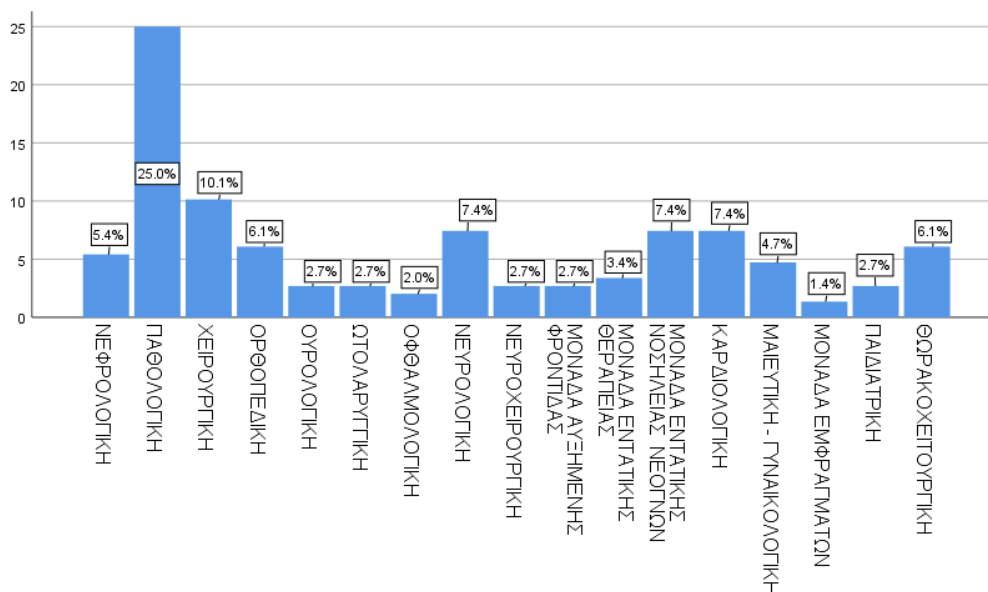
5.1 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τους 148 εργαζόμενους που συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα. Για την καλύτερη παρουσίαση των αποτελεσμάτων, η ενότητα χωρίζεται σε 3 υπό-ενότητες, μια για κάθε μέρος του ερωτηματολογίου: Αρχικά τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, στην συνέχεια την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και τέλος τους λόγους για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

5.1.1 Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Αρχικά το γράφημα 1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων στο δείγμα ανάλογα με το τμήμα εργασίας. Έτσι, φαίνεται ότι οι 148 συμμετέχοντες, εργάζονται σε 17 διαφορετικά τμήματα με 1 στους 4 να εργάζεται στην παθολογική κλινική. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες, απάντησαν ότι περνούν τον περισσότερο εργασιακό χρόνο τους στο νοσοκομείο, στο τμήμα εργασίας που δήλωσαν ότι εργάζονται.

Γράφημα 1: Τμήμα εργασίας



Στην συνέχεια, τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, παρουσιάζονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	N (%)
“Φύλο”	
• Άνδρας	19 (12,8%)
• Γυναίκα	129 (87,2%)
“Ηλικία”	
• Κάτω των 25 ετών	2 (1,4%)
• 25 έως 34 ετών	23 (15,5%)
• 35 έως 44 ετών	51 (34,5%)
• 45 έως 54 ετών	54 (36,5%)
• Πάνω από 55 ετών	18 (12,2%)
“Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης”	
• Απόφοιτος λυκείου	67 (45,3%)
• Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης μη πανεπιστημιακής	48 (32,4%)
• Απόφοιτος πανεπιστημίου - Πτυχίο	15 (10,1%)
• Μεταπτυχιακές σπουδές	18 (12,2%)
“Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ως νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια”	
• Κάτοχος διπλώματος στην νοσηλευτική	56 (39,7%)
• Πτυχίο στην νοσηλευτική (BSc)	42 (29,8%)
• Πτυχίο σε κλάδο εκτός νοσηλευτικής (BSc)	16 (11,3%)
• Μεταπτυχιακό επιπέδου Master στην νοσηλευτική	24 (17%)
• Διδακτορικό στην νοσηλευτική	3 (2,1%)
“Επαγγελματικός τίτλος / ρόλος”	
• Νοσηλευτικός Λειτουργός	37 (25%)
• Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός	34 (23%)
• Πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός	11 (7,4%)
• Βοηθός Νοσηλεύτης	60 (40,5%)
• Άλλος	6 (4,1%)
“Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα”	
• Λιγότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	5 (3,4%)
• Περισσότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	143 (96,6%)

“Ωράριο εργασίας”	
• Πρωινό ωράριο	42 (28,4%)
• Απογευματινό ωράριο	4 (2,7%)
• Βραδινό ωράριο	2 (1,4%)
• Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό και απογευματινό μόνο	14 (9,5%)
• Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό, απογευματινό και βραδινό	86 (58,1%)
“Εμπειρία στην παρούσα θέση”	
• Μέχρι 6 μήνες	12 (8,1%)
• Από 6 μήνες έως 2 χρόνια	17 (11,5%)
• Από 2 έως 5 χρόνια	24 (16,2%)
• Από 5 έως 10 χρόνια	22 (14,9%)
• Περισσότερα από 10 χρόνια	73 (49,3%)
“Εμπειρία στο παρόν νοσηλευτικό τμήμα”	
• Μέχρι 6 μήνες	12 (8,1%)
• Από 6 μήνες έως 2 χρόνια	22 (14,9%)
• Από 2 έως 5 χρόνια	25 (16,9%)
• Από 5 έως 10 χρόνια	31 (20,9%)
• Περισσότερα από 10 χρόνια	58 (39,2%)
“Βάρδια εργασίας (συνήθως)”	
• Βάρδια 8 ωρών	140 (95,9%)
• Κυκλική εναλλαγή βάρδιας 8 ωρών και βάρδιας 12 ωρών	6 (4,1%)
“Ωρες υπερωριακής εργασίας κατά τους τελευταίους 3 μήνες”	
• Καθόλου	87 (59,2%)
• 1- 6 ώρες	46 (31,3%)
• 6 - 12 ώρες	9 (6,1%)
• Περισσότερες από 12 ώρες	5 (3,4%)
“Ημέρες ή βάρδιες απουσίας από την εργασία (λόγω άδειας ασθένειας, τραυματισμού κ.λπ.)”	
• Καθόλου	90 (60,8%)
• Μία μέρα ή βάρδια	31 (20,9%)
• 2-3 μέρες ή βάρδιες	13 (8,8%)
• 4-6 μέρες ή βάρδιες	9 (6,1%)

<ul style="list-style-type: none"> • Πάνω από 6 μέρες ή βάρδιες 	5 (3,4%)
“Πρόθεση εγκατάλειψης της παρούσας θέσης εργασίας”	
<ul style="list-style-type: none"> • Μέσα στους επόμενους 6 μήνες 	7 (4,8%)
<ul style="list-style-type: none"> • Τον επόμενο χρόνο 	16 (10,9%)
<ul style="list-style-type: none"> • Δεν σκοπεύω να αφήσω την παρούσα εργασία μου 	124 (84,4%)
“Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι η στελέχωση του τμήματος σας είναι ικανοποιητική;”	
<ul style="list-style-type: none"> • 0% 	5 (3,4%)
<ul style="list-style-type: none"> • 25% 	17 (11,5%)
<ul style="list-style-type: none"> • 50% 	56 (37,8%)
<ul style="list-style-type: none"> • 75% 	65 (43,9%)
<ul style="list-style-type: none"> • 100% 	5 (3,4%)
“Στην τελευταία βάρδια: Πόσους ασθενείς φροντίσατε;”	17,65 (10,478) ^a
“Στην τελευταία βάρδια: Πόσες εισαγωγές ασθενών είχατε (συμπεριλαμβάνοντας και μεταφορές από άλλα τμήματα);”	6,09 (12,138) ^a
“Στην τελευταία βάρδια: Πόσα εξιτήρια ασθενών είχατε (συμπεριλαμβάνοντας και μεταφορές προς άλλα τμήματα);”	3,38 (3,573) ^a
“Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα θέση εργασίας;”	
<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ ικανοποιημένος/η 	32 (21,6%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιημένος/η 	82 (55,4%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ουδέτερος/η 	28 (18,9%)
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσανεστημένος/η 	6 (4,1%)
“Ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια;”	
<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ ικανοποιημένος/η 	49 (33,1%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιημένος/η 	69 (46,6%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ουδέτερος/η 	20 (13,5%)
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσανεστημένος/η 	10 (6,8%)
“Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα σας;”	
<ul style="list-style-type: none"> • Πολύ ικανοποιημένος/η 	55 (37,2%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ικανοποιημένος/η 	77 (52%)
<ul style="list-style-type: none"> • Ουδέτερος/η 	13 (8,8%)
<ul style="list-style-type: none"> • Δυσανεστημένος/η 	3 (2%)

^a Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 1, σχεδόν 9 στα 10 εργαζόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα είναι γυναίκες, με περισσότερους από 7 στους 10 να βρίσκονται σε ηλικίες μεταξύ 35 και 54 ετών. Σχεδόν οι μισοί είναι απόφοιτοι λυκείου και ο 1 στους 3 είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας μη πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ενώ ο 1 στους 5 κατέχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο. Επιπλέον, από τους συμμετέχοντες του δείγματος, περισσότεροι από 4 στους 10 είναι βοηθοί νοσηλεύτη. Η συντριπτική πλειοψηφία εργάζεται για περισσότερες από 37,5 ώρες την εβδομάδα με σχεδόν 6 στους 10 να έχουν κυκλικό ωράριο (πρωινό, απογευματινό και βραδινό). Επιπρόσθετα, σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες έχουν περισσότερα από 10 χρόνια προϋπηρεσίας στην θέση, με 4 στους 10 να έχουν περισσότερα από 10 χρόνια εμπειρία στο νοσηλευτικό τμήμα που εργάζονται κατά την διενέργεια της έρευνας. Ακολούθως, η συντριπτική πλειοψηφία εργάζεται σε βάρδια 8 ωρών ενώ μόλις 1 στους 10 δηλώνει ότι κατά τους τελευταίους 3 μήνες έχει υπερωριακή εργασία περισσότερες από 6 ώρες. Επίσης, περισσότεροι από 6 στους 10 δεν έχουν απουσιάσει από την εργασία τους ούτε για μια βάρδια κατά τους τελευταίους 3 μήνες. Περισσότεροι από 8 στους 10 δεν έχουν την πρόθεση να εγκαταλείψουν την εργασία τους ενώ πολύ μικρό ποσοστό αισθάνεται ότι η στελέχωση του τμήματος του είναι πλήρως ικανοποιητική. Οι εργαζόμενοι του δείγματος, κατά μέσο όρο στην τελευταία βάρδια, φρόντισαν 17,6 ασθενείς, με μέσο αριθμό εισαγωγών τις 6,1 και μέσο αριθμό εξιτηρίων τα 3,4. Τέλος σχεδόν 8 στους 10 δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την παρούσα θέση εργασίας τους ενώ οι 8 στους 10 δηλώνουν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από την δουλειά του νοσηλευτή ανεξάρτητα από την παρούσα θέση εργασίας τους.

5.1.2 Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Σε αυτή την υπό-ενότητα, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Μάλιστα, κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τα άτομα που κλήθηκαν να το συμπληρώσουν, διάβασαν ένα επεξηγηματικό σχόλιο σχετικά με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα: “Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες αντιμετωπίζουν συχνά πολλαπλές απαιτήσεις όσον αφορά τον χρόνο τους, οι οποίες τους αναγκάζουν να επαναπροσδιορίσουν προτεραιότητες και να μην ολοκληρώσουν όλη την φροντίδα που χρειάζονται οι ασθενείς τους. Στο μέτρο που είστε σε θέση να γνωρίζετε, πόσο συχνά οι ακόλουθες νοσηλευτικές εργασίες, παραλείπονται από το νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβάνοντας και τον εαυτό σας) στο τμήμα σας;”. Οι απαντήσεις σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου καταγράφονται σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (Ποτέ δεν παραλείπεται, Σπάνια παραλείπεται, Μερικές φορές παραλείπεται, Συχνά παραλείπεται, Πάντα παραλείπεται). Ο πίνακας 2 που ακολουθεί, παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων (ομοίως και το γράφημα 2), την διάμεσο τιμή καθώς και την απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό για κάθε ερώτηση.

Πίνακας 2: Κατανομή των απαντήσεων “Παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”

Στοιχεία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Διάμεσος τιμή
“Κινητοποίηση ασθενών τρεις φορές την ημέρα ή αναλόγως οδηγιών”	3.2%	17.7%	29.0%	30.6%	19.4%	Μερικές φορές παραλείπεται
“Αλλαγή θέσης ασθενών κάθε 2 ώρες”	11.4%	15.0%	23.6%	35.7%	14.3%	Μερικές φορές παραλείπεται
“Σίτιση ασθενούς όταν το φαγητό είναι ακόμα ζεστό”	0.0%	8.3%	20.3%	39.8%	31.6%	Σπάνια παραλείπεται
“Ρύθμιση γευμάτων των ασθενών που σιτίζονται μόνοι τους”	2.2%	4.4%	9.6%	36.0%	47.8%	Σπάνια παραλείπεται
“Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε διάστημα 30 λεπτών πριν ή μετά την προγραμματισμένη ώρα”	0.7%	6.8%	7.5%	17.7%	67.3%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Αξιολόγηση ζωτικών Σημείων σύμφωνα με τις οδηγίες”	0.0%	2.0%	4.7%	18.2%	75.0%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Παρακολούθηση Δελτίου λήψης και αποβολής υγρών”	0.0%	2.0%	2.0%	27.7%	68.2%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Πλήρης καταγραφή και τεκμηρίωση όλων των απαραίτητων δεδομένων”	3.4%	0.0%	6.8%	45.3%	44.6%	Σπάνια παραλείπεται

“Διδασκαλία ασθενών για την ασθένεια, τις εξετάσεις και τις διαγνωστικές τους εξετάσεις”	5.6%	8.4%	22.4%	45.5%	18.2%	Σπάνια παραλείπεται
“Συναισθηματική υποστήριξη στους ασθενείς και/ή την οικογένεια τους”	0.0%	10.9%	29.9%	42.9%	16.3%	Σπάνια παραλείπεται
“Λουτρό ασθενούς/φροντίδα δέρματος”	0.0%	11.0%	24.7%	45.2%	19.2%	Σπάνια παραλείπεται
“Φροντίδα στόματος”	5.0%	19.1%	26.2%	34.8%	14.9%	Μερικές φορές παραλείπεται
“Πλύσιμο χεριών”	0.0%	15.8%	11.6%	17.8%	54.8%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Προγραμματισμός εξιτηρίου ασθενούς και διδασκαλία”	0.7%	6.3%	15.5%	21.1%	56.3%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Επί κλίνης παρακολούθηση σακχάρου σύμφωνα με τις οδηγίες”	2.1%	2.1%	0.0%	19.0%	76.8%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Αξιολογήσεις/ εκτιμήσεις των ασθενών σε κάθε βάρδια”	2.0%	0.0%	4.7%	14.2%	79.1%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Εστιασμένες επανεκτιμήσεις ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς”	0.0%	3.7%	16.2%	36.0%	44.1%	Σπάνια παραλείπεται
“Φροντίδα περιοχής ενδοφλέβιου καθετήρα ή/και κεντρικού φλεβικού καθετήρα και εκτιμήσεις ανάλογα με την πολιτική του νοσηλευτηρίου”	0.0%	1.4%	10.8%	27.7%	60.1%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Ανταπόκριση σε κλήση του ασθενούς μέσα σε 5 το αργότερο λεπτά”	0.0%	5.8%	4.3%	53.2%	36.7%	Σπάνια παραλείπεται
“Ανταπόκριση σε αιτήματα ασθενών για χορήγηση PRN Φαρμάκων μέσα σε 15 λεπτά”	0.0%	2.1%	10.6%	30.3%	57.0%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των χορηγούμενων φαρμάκων”	0.0%	7.5%	10.9%	30.6%	51.0%	Ποτέ δεν παραλείπεται
“Παροχή Βοήθειας στους ασθενείς αναφορικά με ανάγκες τους για τουαλέτα μέσα σε 5 λεπτά από το αίτημα τους”	2.2%	2.2%	19.6%	42.8%	33.3%	Σπάνια παραλείπεται
“Φροντίδα δέρματος και πληγών”	2.0%	4.1%	4.7%	50.0%	39.2%	Σπάνια παραλείπεται
“Παρουσία στην ιατρική επίσκεψη που γίνεται για τους ασθενείς”	6.1%	19.6%	11.5%	28.4%	34.5%	Σπάνια παραλείπεται

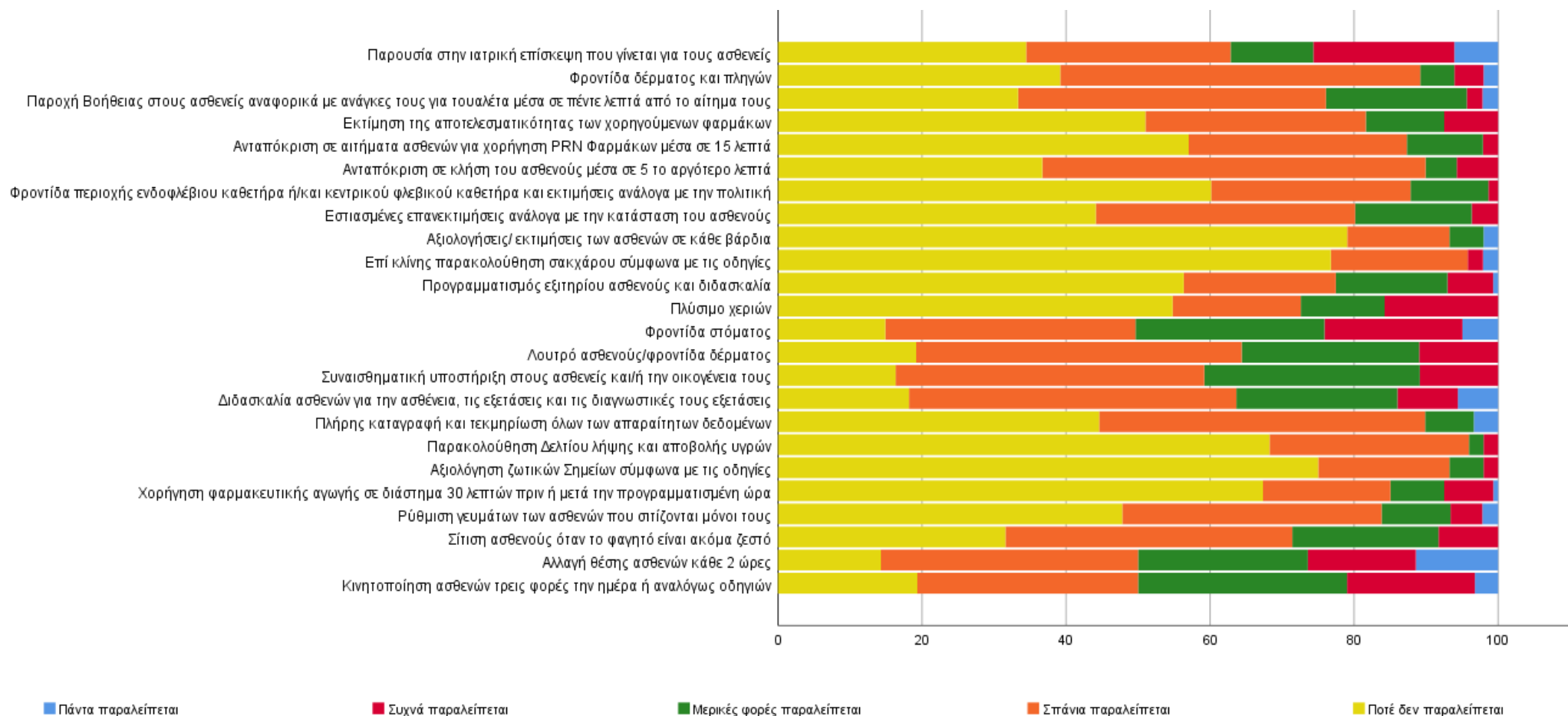
Στην συνέχεια, ο πίνακας 3, παρουσιάζει την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, τόσο του συνολικού σκορ του μέρους Α (Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα) όσο και των επί μέρους παραγόντων όπως αυτοί καθορίστηκαν από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου και προσαρμόστηκαν στην Ελληνική έκδοση. Ο δείκτης αξιοπιστίας του Α μέρους του ερωτηματολογίου για το δείγμα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικός (Cronbach A=0,902).

Πίνακας 3: Μέσες τιμές παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
“Σύνολο Α μέρους”	2	0,503
“Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις Δραστηριότητες Καθημερινού βίου”	2,21	0,655
“Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του”	1,67	0,386

Οι μέση τιμή του μέρους Α του ερωτηματολογίου στο δείγμα είναι 2, με τις αντίστοιχες μέσες τιμές ανά παράγοντα να είναι 2,21 για τις παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις δραστηριότητες καθημερινού βίου και 1,67 για τις παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του.

Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων του μέρους Α “Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα”



5.1.3 Λόγοι για παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Σε παρούσα υπό-ενότητα, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά τους λόγους της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, τα άτομα που κλήθηκαν να το συμπληρώσουν, διάβασαν ένα επεξηγηματικό σχόλιο σχετικά με αυτό: “ Σκεφτόμενοι τις νοσηλευτικές εργασίες, που παραλείπονται από το νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβάνοντας και τον εαυτό σας) στο τμήμα σας (όπως υποδείχθηκε στο Μέρος Α αυτού του ερωτηματολογίου), παρακαλώ να αναφέρετε τους λόγους για τους οποίους η νοσηλευτική φροντίδα παραλείπεται.”. Οι απαντήσεις σε αυτό το τμήμα του ερωτηματολογίου καταγράφονται σε μια πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert (Δεν αποτελεί λόγο παράλειψης, Μικρής σημασίας λόγος, Μέτριας σημασίας λόγος, Σημαντικός λόγος). Ο πίνακας 4 που ακολουθεί, παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων, την διάμεσο τιμή καθώς και την απάντηση με το μεγαλύτερο ποσοστό για κάθε ερώτηση.

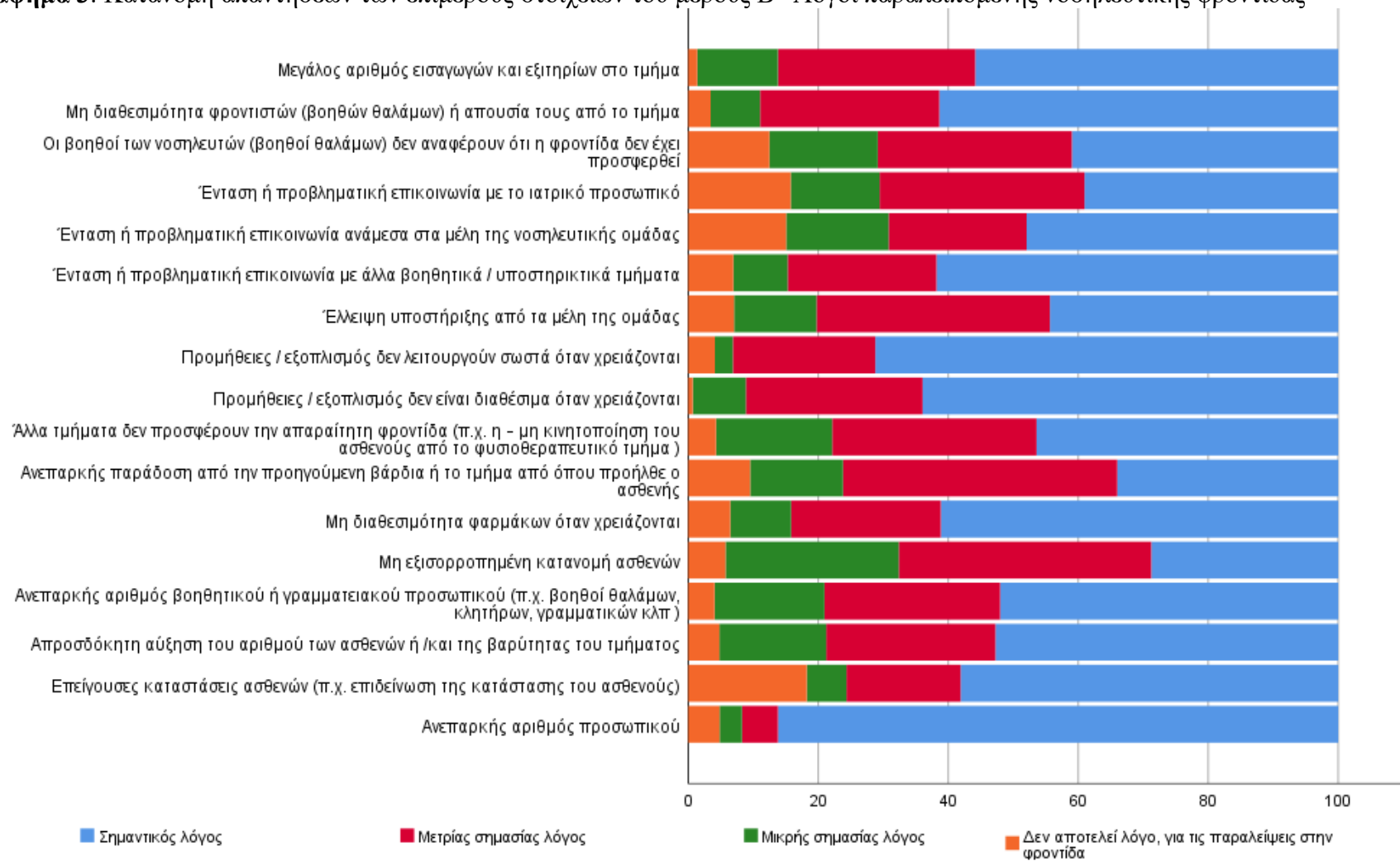
Πίνακας 4: Κατανομή των απαντήσεων “Λόγοι Παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”

Λόγος παράλειψης νοσηλευτικής φροντίδας	Σημαντικός λόγος	Μετρίας σημασίας λόγος	Μικρής σημασίας λόγος	Δεν αποτελεί λόγο	Διάμεσος τιμή
“Ανεπαρκής αριθμός προσωπικού”	86.2%	5.5%	3.4%	4.8%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Επείγουσες καταστάσεις ασθενών (π.χ. επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς)”	58.1%	17.6%	6.1%	18.2%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών ή /και της βαρύτητας του τμήματος”	52.7%	26.0%	16.4%	4.8%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού ή γραμματειακού προσωπικού (π.χ. βοηθοί θαλάμων, κλητήρων, γραμματικών κλπ)”	52.0%	27.0%	16.9%	4.1%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Μη εξισορροπημένη κατανομή ασθενών”	28.8%	38.8%	26.6%	5.8%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Μη διαθεσιμότητα φαρμάκων όταν χρειάζονται”	61.2%	23.0%	9.4%	6.5%	Σημαντικός λόγος παράλειψης

“Ανεπαρκής παράδοση από την προηγούμενη βάρδια ή το τμήμα από όπου προήλθε ο ασθενής”	34.0%	42.2%	14.3%	9.5%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Άλλα τμήματα δεν προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα (π.χ. η- μη κινητοποίηση του ασθενούς από το φυσιοθεραπευτικό τμήμα)”	46.4%	31.4%	17.9%	4.3%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Προμήθειες / εξοπλισμός δεν είναι διαθέσιμα όταν χρειάζονται”	63.9%	27.2%	8.2%	0.7%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Προμήθειες / εξοπλισμός δεν λειτουργούν σωστά όταν χρειάζονται”	71.2%	21.9%	2.7%	4.1%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Έλλειψη υποστήριξης από τα μέλη της ομάδας”	44.4%	35.9%	12.7%	7.0%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Ένταση ή προβληματική επικοινωνία με άλλα βοηθητικά / υποστηρικτικά τμήματα”	61.8%	22.9%	8.3%	6.9%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Ένταση ή προβληματική επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας”	47.9%	21.2%	15.8%	15.1%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Ένταση ή προβληματική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό”	39.0%	31.5%	13.7%	15.8%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Οι βοηθοί των νοσηλευτών (βοηθοί θαλάμων) δεν αναφέρουν ότι η φροντίδα δεν έχει προσφερθεί”	41.0%	29.9%	16.7%	12.5%	Μετρίας σημασίας λόγος παράλειψης
“Μη διαθεσιμότητα φροντιστών (βοηθών θαλάμων) ή απουσία τους από το τμήμα”	61.4%	27.6%	7.6%	3.4%	Σημαντικός λόγος παράλειψης
“Μεγάλος αριθμός εισαγωγών και εξιτηρίων στο τμήμα”	55.9%	30.3%	12.4%	1.4%	Σημαντικός λόγος παράλειψης

Ομοίως, το γράφημα 3 παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που αφορά τους λόγους παράλειψης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων των επιμέρους στοιχείων του μέρους Β “Λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας”



Επιπλέον, ο πίνακας 5, παρουσιάζει την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση που σημείωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, τόσο του συνολικού σκορ του μέρους Β (Λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) όσο και των επί μέρους παραγόντων όπως αυτοί καθορίστηκαν από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου και προσαρμόστηκαν στην Ελληνική έκδοση (Επικοινωνία και ομαδική εργασία, Ανθρώπινοι πόροι, Υλικοί πόροι). Ο δείκτης αξιοπιστίας του Β μέρους του ερωτηματολογίου για το δείγμα είναι Cronbach A=0,852.

Πίνακας 5: Μέσες τιμές λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
“Σύνολο Β μέρους”	3,28	0,484
“Επικοινωνία και ομαδική εργασία”	3,18	0,588
“Ανθρώπινοι πόροι”	3,35	0,611
“Υλικοί πόροι”	3,51	0,608

Οι μέση τιμή του μέρους Β του ερωτηματολογίου στο δείγμα είναι 3,28, με τις αντίστοιχες μέσες τιμές ανά παράγοντα να είναι 3,18 για την επικοινωνία και ομαδική εργασία, 3,18 για τους ανθρώπινους πόρους και 3,51 για τους υλικούς πόρους.

5.2 Στατιστική συμπερασματολογία

Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις συσχετίσεις που προκύπτουν μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, από τους στατιστικούς ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν. Προκειμένου τα αποτελέσματα να καταστούν περισσότερο αξιόπιστα και συγκρίσιμα με την βιβλιογραφία, ακολουθώντας την χρήση του ερωτηματολογίου MISSCARE στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι έλεγχοι συσχετίσεων πραγματοποιήθηκαν χωριστά για τα δύο μέρη του ερωτηματολογίου σε σχέση με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς επίσης με την μεταβλητή της ικανοποίησης από την εργασία.

5.2.1 Συσχετίσεις για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχετίσεων για τον μέρος Α του ερωτηματολογίου καθώς και οι μέσες τιμές που σημείωσαν οι συμμετέχοντες ανά μεταβλητή ελέγχου τόσο στο σύνολο του Α μέρους όσο και στους επί μέρους παράγοντες αυτού.

Πίνακας 6: Συσχετίσεις A μέρους (Συνολικό σκορ παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) με δημογραφικά & εργασιακά χαρακτηριστικά

		Δραστηριότητες Καθημερινού βίου (μέση τιμή)	Τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του (μέση τιμή)	Συνολικό σκορ A μέρους (μέση τιμή)	P value*
Φύλο	Γυναίκα	2.21	1.65	1.99	0,961
	Άνδρας	2.25	1.82	2.07	
Ηλικία	Κάτω των 25 ετών (<25)	-	1,42	-	0,651
	25 έως 34 ετών (25-34)	2,27	1,74	2,08	
	35 έως 44 ετών (35-44)	2,02	1,62	1,90	
	45 έως 54 ετών	2,32	1,70	2,03	
	Πάνω από 55 ετών (55+)	2,40	1,68	2,04	
Ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Λυκείου	2.27	1.69	2.00	0,005
	Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης / μη πανεπιστημιακής	1.99	1.57	1.82	
	Απόφοιτος πανεπιστημίου – πτυχίο	2.06	1.75	2.01	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	2.76	1.84	2.44	
Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ως νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια	Κάτοχος διπλώματος στην νοσηλευτική	2.12	1.63	1.89	0,131
	Πτυχίο στην νοσηλευτική	2.25	1.65	1.96	
	Πτυχίο σε κλάδο εκτός νοσηλευτικής (BSc)	1.85	1.71	1.98	
	Μεταπτυχιακό επιπέδου Master στην νοσηλευτική	2.41	1.69	2.22	
	Διδακτορικό στην νοσηλευτική	1.33	1.00	1.17	
Επαγγελματικός τίτλος / ρόλος	Νοσηλευτικός Λειτουργός	2.47	1.92	2.27	0,001
	Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός	1.88	1.46	1.69	
	Πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός	2.12	1.58	1.94	
	Βοηθός Νοσηλεύτης	2.28	1.70	2.01	
	Άλλος	1.17	1.00	1.00	
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	Λιγότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	1.92	1.82	1.87	0,701
	Περισσότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	2.23	1.67	2.01	
Ωράριο εργασίας	Πρωινό ωράριο	2.19	1.62	2.02	
	Απογευματινό ωράριο	2.38	2.00	2.19	

	Βραδινό ωράριο	2.46	2.17	2.75	0,549
	Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό και απογευματινό μόνο	2.46	1.62	2.05	
	Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό, απογευματινό και βραδινό	2.17	1.68	1.96	
Εμπειρία στην παρούσα θέση	Μέχρι 6 μήνες	1.78	1.64	1.80	0,336
	6 μήνες έως 2 χρόνια	2.28	1.61	1.99	
	2 έως 5 χρόνια	2.24	1.74	2.03	
	5 έως 10 χρόνια	1.85	1.58	1.75	
	Πάνω από 10 χρόνια	2.38	1.69	2.07	
Εμπειρία στο παρόν νοσηλευτικό τμήμα	Μέχρι 6 μήνες	1.97	1.64	1.92	0,707
	6 μήνες έως 2 χρόνια	1.96	1.55	1.82	
	2 έως 5 χρόνια	2.18	1.75	2.05	
	5 έως 10 χρόνια	2.25	1.71	1.99	
	Πάνω από 10 χρόνια	2.35	1.67	2.06	
Βάρδια εργασίας (συνήθως)	Βάρδια 8 ωρών	2.23	1.68	2.02	0,723
	Κυκλική εναλλαγή βάρδιας 8 και 12 ωρών	2.22	1.63	1.86	
Ώρες υπερωριακής εργασίας κατά τους τελευταίους 3 μήνες	Καθόλου	2.23	1.69	2.04	0,724
	1- 6 ώρες	2.16	1.64	1.93	
	6 - 12 ώρες	2.20	1.60	1.90	
	Πάνω από 12 ώρες	2.47	1.87	2.17	
Ημέρες ή βάρδιες απουσίας από την εργασία (λόγω άδειας ασθένειας, τραυματισμού)	Καθόλου	2.10	1.66	1.93	0,040
	Μία μέρα ή βάρδια	2.37	1.76	2.09	
	2-3 μέρες ή βάρδιες	2.08	1.55	1.92	
	4-6 μέρες ή βάρδιες	2.17	1.38	1.85	
	Πάνω από 6 μέρες ή βάρδιες	3.22	2.02	2.62	
Πρόθεση εγκατάλειψης της παρούσας θέσης εργασίας	Τους επόμενους 6 μήνες	3.25	1.88	2.68	0,021
	Τον επόμενο χρόνο	2.35	1.83	2.11	
	Δεν σκοπεύω να αφήσω την παρούσα εργασία	2.16	1.64	1.95	
Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι η στελέχωση του τμήματος σας είναι ικανοποιητική;	100%	1.50	1.35	1.29	0,002
	75%	2.16	1.66	1.97	
	50%	2.04	1.59	1.84	
	25%	2.88	2.02	2.45	
	0%	2.75	2.19	2.47	

* Kruskal Wallis Test & Mann-Whitney Test

Από τον πίνακα 6, φαίνεται ότι το σκορ που σημειώνουν οι συμμετέχοντες στο Α μέρος του ερωτηματολογίου και αφορά την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης (υψηλότερο σκορ και συνεπώς υψηλότερο επίπεδο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας για τα άτομα που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο), με τον επαγγελματικό ρόλο (υψηλότερο επίπεδο παραλείψεων στους νοσηλευτικούς λειτουργούς και εν συνεχεία στους βοηθούς νοσηλευτές), με τις μέρες ή τις βάρδιες απουσίας από την εργασία (περισσότερες παραλείψεις καταγράφουν τα άτομα που έχουν χάσει περισσότερες από 6 βάρδιες), με την πρόθεση εγκατάλειψης της παρούσας θέσης εργασίας (μεγαλύτερα επίπεδα παράλειψης για όσους σκοπεύουν να εγκαταλείψουν την εργασία τους κατά τους επόμενους 6 μήνες και με την άποψη για την στελέχωση του τμήματος (τα άτομα που θεωρούν ότι η στελέχωση δεν είναι καθόλου ικανοποιητική καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα παράλειψης).

Ακολούθως, ο πίνακας 7 παρουσιάζει την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και τα στοιχεία που αφορούν την τελευταία βάρδια των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7: Συσχετίσεις παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων

Στην τελευταία βάρδια:		Δραστηριότητες Καθημερινού βίου	Τρέχουσα	Συνολικό σκορ A (Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα)
			κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του	
Πόσους ασθενείς φροντίσατε;	Συντελεστής συσχέτισης	.189*	.190*	.127
	P value*	.048	.040	.212
Πόσες εισαγωγές ασθενών είχατε;	Συντελεστής συσχέτισης	.158	.237*	.159
	P value*	.115	.014	.136
Πόσα εξιτήρια ασθενών είχατε;	Συντελεστής συσχέτισης	.231*	.323**	.289**
	P value*	.021	.001	.006

*Pearson correlation

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, ο παράγοντας παράλειψης που αφορά τις δραστηριότητες καθημερινού βίου συσχετίζεται με τον αριθμό των ασθενών που φρόντισαν οι εργαζόμενοι καθώς επίσης και με τον αριθμό των ασθενών που πήραν εξιτήριο. Και οι δύο συσχετίσεις είναι ασθενείς και θετικές, δηλαδή όσο περισσότερους ασθενείς φέρεται να φρόντισε κάποιος, τόσο υψηλότερο το επίπεδο

της παράλειψης στις δραστηριότητες καθημερινού βίου. Ομοίως, οι παραλείψεις που σχετίζονται με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του, συσχετίζονται θετικά και ασθενώς με όλες τις μεταβλητές ελέγχου (αριθμός ασθενών που φρόντισαν, εισαγωγές και εξαγωγές ασθενών). Τέλος, η συνολική παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, φαίνεται ότι σχετίζεται ασθενώς και θετικά με τον αριθμό των ασθενών που πήραν εξιτήριο. Δηλαδή φαίνεται ότι όσοι περισσότεροι ασθενείς πήραν εξιτήριο κατά την βάρδια, τόσο υψηλότερα ήταν τα επίπεδα της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι τελευταίοι έλεγχοι συσχέτισης του Α μέρους του ερωτηματολογίου, αφορούν τις μεταβλητές που καταγράφουν την ικανοποίηση από την εργασία (πίνακας 8).

Πίνακας 8: Συσχετίσεις Α μέρους (Συνολικό σκορ παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας) με τις μεταβλητές ικανοποίησης από την εργασία

Παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα		σε σχέση με τις δραστηριότητες καθημερινού βίου (Mean)	σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του (Mean)	Συνολικό σκορ Α Μέρους (Mean)
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα θέση εργασίας σας;	Πολύ ικανοποιημένος/η	1.61	1.41	1.48
	Ικανοποιημένος/η	2.17	1.69	2.00
	Ουδέτερος/η	2.80	2.05	2.43
	Δυσανεστημένος/η	2.15	1.40	1.78
	P value*	0,000	0,000	0,000
Ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια;	Πολύ ικανοποιημένος/η	1.89	1.51	1.72
	Ικανοποιημένος/η	2.35	1.74	2.09
	Ουδέτερος/η	2.39	1.85	2.23
	Δυσανεστημένος/η	2.17	1.73	1.95
	P value*	0,006	0,006	0,002
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα σας;	Πολύ ικανοποιημένος/η	1.97	1.50	1.76
	Ικανοποιημένος/η	2.21	1.74	2.03
	Ουδέτερος/η	2.88	2.01	2.47
	Δυσανεστημένος/η	2.19	1.36	1.78
	P value*	0,000	0,000	0,000

*Spearman's Rank

Όπως φαίνεται στον πίνακα 8, η ικανοποίηση από την εργασία συσχετίζεται τόσο με το συνολικό σκορ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας όσο και με το σκορ των επί μέρους παραγόντων. Επιπλέον, σύμφωνα με τις μέσες τιμές ανά κατηγορία, φαίνεται ότι όσο πιο ικανοποιημένος είναι κάποιος, τόσο μικρότερο το σκορ που

σημειώνει στο Α μέρος του ερωτηματολογίου κάτι που συνεπάγεται ότι οι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, σημειώνουν υψηλότερο επίπεδο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Ομοίως, το ίδιο φαίνεται να ισχύει και με την ικανοποίηση που λαμβάνουν τα άτομα από το να είναι νοσηλευτές / νοσηλεύτριες ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία. Τέλος, όσο πιο ικανοποιημένα είναι τα άτομα από το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα τους, τόσο μικρότερο σκορ σημειώνουν στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

5.2.2 Συσχετίσεις για τους λόγους παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχετίσεων για τον μέρος Β του ερωτηματολογίου που αφορά τους λόγους για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και οι μέσες τιμές που σημείωσαν οι συμμετέχοντες ανά μεταβλητή ελέγχου τόσο στο σύνολο του Β μέρους όσο και στους επί μέρους παράγοντες αυτού.

Πίνακας 9: Συσχετίσεις Β μέρους με δημογραφικά & εργασιακά χαρακτηριστικά

		Επικοινωνία και ομαδική εργασία	Ανθρώπινοι πόροι	Υλικοί πόροι	Συνολικό σκορ Β Μέρους	P value
Φύλο	Γυναίκα	3.17	3.37	3.51	3.28	0,685
	Άνδρας	3.22	3.18	3.47	3.26	
Ηλικία	Κάτω των 25 ετών (<25)	3.50	3.75	4.00	3.65	0,163
	25 έως 34 ετών (25-34)	3.05	3.49	3.62	3.23	
	35 έως 44 ετών (35-44)	3.36	3.21	3.50	3.40	
	45 έως 54 ετών	3.15	3.36	3.39	3.24	
	Πάνω από 55 ετών (55+)	2.85	3.47	3.67	3.10	
Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	Απόφοιτος Λυκείου	3.22	3.21	3.51	3.26	0,600
	Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης / μη πανεπιστημιακής	3.16	3.43	3.58	3.28	
	Απόφοιτος πανεπιστημίου – πτυχίο	3.35	3.25	3.24	3.36	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	2.89	3.74	3.52	3.28	
Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ως νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια	Κάτοχος διπλώματος στην νοσηλευτική	3.34	3.18	3.63	3.39	0,081
	Πτυχίο στην νοσηλευτική	3.03	3.27	3.29	3.09	
	Πτυχίο σε κλάδο εκτός νοσηλευτικής (BSc)	3.18	3.50	3.71	3.37	

	Μεταπτυχιακό επιπέδου Master στην νοσηλευτική	3.27	3.70	3.67	3.48	
	Διδακτορικό στην νοσηλευτική	4.00	3.83	2.89	4.00	
Επαγγελματικός τίτλος / ρόλος	Νοσηλευτικός Λειτουργός	3.11	3.39	3.48	3.26	0,824
	Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός	3.17	3.48	3.51	3.29	
	Πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός	3.31	3.18	3.30	3.28	
	Βοηθός Νοσηλευτής	3.20	3.25	3.58	3.29	
	Άλλος	3.27	3.67	3.17	3.53	
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	Λιγότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	3.60	1.75	4.00	3.71	0,245
	Περισσότερες από 37.5 ώρες / εβδομάδα	3.18	3.41	3.49	3.28	
Ωράριο εργασίας	Πρωινό ωράριο	3.18	3.54	3.42	3.33	0,121
	Απογευματινό ωράριο	3.50	3.38	3.83	3.53	
	Βραδινό ωράριο	3.65	3.63	3.83	3.68	
	Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό και απογευματινό μόνο	3.36	3.43	3.83	3.43	
	Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό, απογευματινό και βραδινό	3.12	3.23	3.47	3.21	
Εμπειρία στην παρούσα θέση	Μέχρι 6 μήνες	3.40	2.56	3.87	3.44	0,440
	6 μήνες έως 2 χρόνια	3.33	3.65	3.20	3.40	
	2 έως 5 χρόνια	3.09	3.38	3.59	3.25	
	5 έως 10 χρόνια	3.34	3.31	3.65	3.39	
	Πάνω από 10 χρόνια	3.09	3.42	3.46	3.21	
Εμπειρία στο παρόν νοσηλευτικό τμήμα	Μέχρι 6 μήνες	3.33	2.56	3.90	3.39	0,629
	6 μήνες έως 2 χρόνια	3.12	3.40	3.33	3.17	
	2 έως 5 χρόνια	3.20	3.35	3.67	3.32	
	5 έως 10 χρόνια	3.15	3.48	3.40	3.26	
	Πάνω από 10 χρόνια	3.18	3.43	3.50	3.30	
Βάρδια εργασίας (συνήθως)	Βάρδια 8 ωρών	3.19	3.36	3.50	3.30	0,425
	Κυκλική εναλλαγή βάρδιας 8 ωρών και βάρδιας 12 ωρών	2.84	3.13	3.78	3.04	
Ώρες υπερωριακής	Καθόλου	3.28	3.39	3.65	3.38	0,249

εργασίας τους	1- 6 ώρες	2.97	3.27	3.30	3.07	
τελευταίους 3 μήνες	6 - 12 ώρες	3.33	3.47	3.11	3.39	
	Περισσότερες από 12 ώρες	3.44	3.40	3.87	3.51	
Ημέρες ή βάρδιες απουσίας από την εργασία (λόγω άδειας ασθένειας, τραυματισμού)	Καθόλου	3.21	3.27	3.52	3.30	0,135
	Μία μέρα ή βάρδια	3.07	3.41	3.51	3.23	
	2-3 μέρες ή βάρδιες	3.05	3.50	3.31	3.18	
	4-6 μέρες ή βάρδιες	3.66	3.67	3.37	3.69	
	Πάνω από 6 μέρες ή βάρδιες	3.20	3.65	4.00	3.35	
Πρόθεση εγκατάλειψης της παρούσας θέσης εργασίας	Μέσα στους επόμενους 6 μήνες	3.50	3.75	3.76	3.65	0,231
	Τον επόμενο χρόνο	3.23	3.47	3.46	3.43	
	Δεν σκοπεύω να αφήσω την παρούσα εργασία	3.17	3.31	3.49	3.26	
Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι η στελέχωση του τμήματός σας είναι ικανοποιητική;	100%	3.60	3.60	3.67	3.59	0,089
	75%	3.07	3.21	3.50	3.17	
	50%	3.25	3.38	3.48	3.33	
	25%	3.10	3.62	3.67	3.34	
	0%	3.57	3.65	3.20	3.73	

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ του Β μέρους του ερωτηματολογίου και των δημογραφικών και εργασιακών μεταβλητών που μελετήθηκαν. Ωστόσο, ορισμένες στατιστικά σημαντικές σχέσεις προέκυψαν από τους επί μέρους παράγοντες των λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και των μεταβλητών αυτών και παρουσιάζονται στον πίνακα 10 που ακολουθεί.

Πίνακας 10: Συσχετίσεις ανάμεσα στους επί μέρους παράγοντες των λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και δημογραφικών & εργασιακών χαρακτηριστικών

	Επικοινωνία και ομαδική εργασία	Ανθρώπινοι πόροι	Υλικοί πόροι
Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	0,025	0,003	0,481
Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ως νοσηλεύτης / νοσηλεύτρια	0,202	0,003	0,009
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	0,366	0,005	0,022
Εμπειρία στην παρούσα θέση	0,217	0,002	0,096
Εμπειρία στο παρόν νοσηλευτικό τμήμα	0,894	0,009	0,086
Ώρες υπερωριακής εργασίας κατά τους τελευταίους 3 μήνες	0,445	0,577	0,015
Ημέρες ή βάρδιες απουσίας από την εργασία (λόγω άδειας ασθένειας, τραυματισμού)	0,049	0,383	0,059

Ακολούθως, ο πίνακας 11 παρουσιάζει την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των λόγων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και τα στοιχεία που αφορούν την τελευταία βάρδια των συμμετεχόντων.

Πίνακας 11: Συσχετίσεις λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων

		Επικοινωνία και ομαδική εργασία	Ανθρώπινοι πόροι	Υλικοί πόροι	Συνολικό σκορ Β (Λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας)
Στην τελευταία βάρδια: Πόσους ασθενείς φροντίσατε;	Συντελεστής συσχέτισης	.093	.196*	.223**	.184
	P value*	.299	.018	.009	.049
Στην τελευταία βάρδια: Πόσες εισαγωγές ασθενών είχατε	Συντελεστής συσχέτισης	-.121	.158	.059	-.002
	P value*	.192	.075	.524	.987
Στην τελευταία βάρδια: Πόσα εξιτήρια ασθενών είχατε	Συντελεστής συσχέτισης	-.086	.006	.026	-.066
	P value*	.358	.945	.780	.505

*Pearson correlation

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 11, ο αριθμός των ασθενών που φρόντισαν κατά την τελευταία βάρδια οι συμμετέχοντες, έχει θετική ασθενής συσχέτιση με το συνολικό σκορ του Β μέρους του ερωτηματολογίου που αφορά τους λόγους παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον, θετικές και ασθενείς συσχετίσεις παρουσιάζονται και για δύο από τους επί μέρους παράγοντες και πιο συγκεκριμένα με τον παράγοντα ανθρώπινοι πόροι και με τον παράγοντα υλικοί πόροι.

Οι τελευταίοι έλεγχοι συσχέτισης του Β μέρους του ερωτηματολογίου, αφορούν τις μεταβλητές που καταγράφουν την ικανοποίηση από την εργασία (πίνακας 12).

Πίνακας 12: Συσχετίσεις λόγοι παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με στοιχεία της τελευταίας βάρδιας των εργαζόμενων

		Επικοινωνία και ομαδική εργασία	Ανθρώπινοι πόροι	Υλικοί πόροι	Συνολικό σκορ Β Μέρους
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα	Πολύ ικανοποιημένος/η	3.19	3.29	3.33	3.22

θέση εργασίας σας;	Ικανοποιημένος/η	3.23	3.28	3.59	3.31
	Ουδέτερος/η	3.05	3.62	3.53	3.29
	Δυσανεστημένος/η	3.00	3.42	3.17	3.13
	P value*	0,087	0,058	0,444	0,466
Ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια;	Πολύ ικανοποιημένος/η	3.34	3.40	3.68	3.40
	Ικανοποιημένος/η	3.17	3.36	3.50	3.30
	Ουδέτερος/η	2.81	3.14	3.02	2.92
	Δυσανεστημένος/η	3.20	3.45	3.75	3.35
	P value*	0,000	0,126	0,045	0,001
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα σας;	Πολύ ικανοποιημένος/η	3.18	3.38	3.46	3.24
	Ικανοποιημένος/η	3.21	3.33	3.54	3.33
	Ουδέτερος/η	2.93	3.25	3.47	3.07
	Δυσανεστημένος/η	3.67	3.67	3.67	3.67
	P value*	0,205	0,902	0,346	0,677

*Spearman's rank

Όπως φαίνεται στον πίνακα 12, η ικανοποίηση από την εργασία δεν φαίνεται να σχετίζεται με τους λόγους της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ούτε με τους επί μέρους παράγοντες αυτών. Δεν συμβαίνει όμως το ίδιο με την ικανοποίηση που λαμβάνουν τα άτομα από το να είναι νοσηλευτές / νοσηλεύτριες ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία, καθώς υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση τόσο με το συνολικό σκορ του Β μέρους του ερωτηματολογίου αλλά και με τους επί μέρους παράγοντες επικοινωνία και ομαδική εργασία καθώς επίσης και με τους υλικούς πόρους.

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση και Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Η μέση τιμή της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας για το δείγμα των νοσηλευτών που συμμετείχε στην έρευνα, είναι 2, που μπορεί να θεωρηθεί ως μέτριο επίπεδο παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με βάση την βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, στην έρευνα που πραγματοποίησαν οι (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016) σε νοσηλευτές που προέρχονταν από όλα τα νοσοκομεία της Κύπρου, η μέση τιμή της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας ήταν 2,31 δηλαδή ελαφρώς υψηλότερη. Επιπλέον σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την (Κυρίτση 2020) σε δείγμα 282 νοσηλευτών από τα γενικά νοσοκομεία Καρδίτσας και Λάρισας, η μέση τιμή παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας υπολογίστηκε σε 1,8. Αντίστοιχες τιμές σημειώθηκαν και στην έρευνα των (Palese, et al. 2015) όπου σε δείγμα 314 νοσηλευτών που εργάζονται σε Ιταλικά νοσοκομεία, η μέση τιμή παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας έφθασε το 2,36. Αν και οι τιμές που σημειώνονται στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην ευρύτερη Ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα υψηλές, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με την (B. Kalisch 2006), οι νοσηλευτές είναι συχνά απρόθυμοι να αναφέρουν παραλείψεις στην φροντίδα των ασθενών λόγω συναισθημάτων ενοχής και ανικανότητάς τους να διορθώσουν την κατάσταση. Μια άλλη ερμηνεία του σχετικά χαμηλού μέσου όρου παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, είναι ότι ορισμένες από τις νοσηλευτικές δραστηριότητες που δεν αναφέρονται ως παραληφθέντες, στην πραγματικότητα πραγματοποιήθηκαν είτε καθυστερημένα είτε σε χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας. Είναι σύνηθες το φαινόμενο στα Ελληνικά νοσοκομεία, όπου προσωπικό είναι ανεπαρκές, οι νοσηλευτές να αναγκάζονται να παρεκκλίνουν των καθιερωμένων προτύπων φροντίδας (π.χ. χρονοδιάγραμμα κ.α.), πριν αποφασίσουν να παραλείψουν εντελώς μια δραστηριότητα.

Εξετάζοντας τους δύο παράγοντες της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, οι παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις δραστηριότητες καθημερινού βίου σημείωσε μέση τιμή 2,21 και οι παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την

θεραπεία του σημείωσε μέση τιμή 1,67. Στην έρευνα των (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016), σημειώθηκαν παρόμοιες τιμές για τους δύο παράγοντες καθώς οι μέσοι όροι των δύο υπό-κατηγοριών ήταν 2,12 και 1,4 αντίστοιχα. Επίσης παρόμοιες τιμές στους δύο παράγοντες σημειώθηκαν και στην έρευνα της (Κυρίτση 2020) καθώς ήταν 2,2 και 1,9 αντίστοιχα. Στην έρευνα των (Palese, et al. 2015), σημειώθηκαν ελαφρώς υψηλότερες τιμές καθώς για τον παράγοντα παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις δραστηριότητες καθημερινού βίου ήταν 2,39 και ιδιαίτερα για τον παράγοντα παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του που σημείωσε μέσο όρο 2,34.

Τα στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπονται με μεγαλύτερη συχνότητα, είναι η αλλαγή θέσης των ασθενών κάθε 2 ώρες (πάντα ή συχνά σε ποσοστό 26,4%), η παρουσία στην ιατρική επίσκεψη που γίνεται για τους ασθενείς (πάντα ή συχνά 25,7%), η φροντίδα στόματος (πάντα ή συχνά 24,1%) και το πλύσιμο των χεριών (πάντα ή συχνά 15,8%). Αντίθετα τα στοιχεία εκείνα που παραλείπονται σπάνια ή ποτέ είναι η αξιολόγηση ζωτικών σημείων σύμφωνα με τις οδηγίες, η παρακολούθηση δελτίου λήψης και αποβολής υγρών, η επί κλίνης παρακολούθηση σακχάρου σύμφωνα με τις οδηγίες και οι αξιολογήσεις ή εκτιμήσεις των ασθενών σε κάθε βάρδια. Τα αποτελέσματα αυτά, είναι παρόμοια με εκείνα της έρευνας των (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016) όπου τα πιο συχνά παραλειπόμενα στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας φέρεται να είναι η παρουσία στην ιατρική επίσκεψη, η αλλαγή θέσης των ασθενών και η φροντίδα του στόματος. Στην έρευνα της (Κυρίτση 2020), τα στοιχεία που παραλείπονται συχνά ή πάντα είναι η αλλαγή θέσης (40,1%), η φροντίδα στόματος (24,8%) και η συναισθηματική υποστήριξη (23,4%). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες στην βιβλιογραφία, η αλλαγή θέσης των ασθενών όταν αυτοί είναι περιορισμένοι στο κρεβάτι, αποτελεί το στοιχείο με την συχνότερη παράλειψη. Παρόλο που η παρέμβαση αυτή θα πρέπει να είναι αδιαπραγμάτευτη για την ασφάλεια, την άνεση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς καθώς επίσης και για την πρόληψη της αυξημένης εξάρτησης στις καθημερινές δραστηριότητες κατά το εξιτήριο (Kalisch, Lee and Dabney 2014).

Σχετικά με τους λόγους της παραλειπούμενης νοσηλευτικής φροντίδας, ο πιο σημαντικός λόγος σύμφωνα με τις απαντήσεις της παρούσας έρευνας είναι ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού (86,2%), ενώ ακολουθούν οι προμήθειες και ο εξοπλισμός που δεν λειτουργούν σωστά όταν χρειάζονται (71,2%), οι προμήθειες και

ο εξοπλισμός που δεν είναι διαθέσιμα όταν χρειάζονται (63,9%) και η ένταση ή προβληματική επικοινωνία με άλλα βοηθητικά ή υποστηρικτικά τμήματα (61,8%). Τα προβλήματα που αφορούν στην έλλειψη ανθρώπινων πόρων, συναντώνται σε όλες σχεδόν τις παρόμοιες έρευνες: Στην έρευνα των (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016) ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού (76,4%) ως σημαντικότερος λόγος παράλειψης νοσηλευτικής φροντίδας, συνοδεύεται από τις επείγουσες καταστάσεις ασθενών (74,5%) και την απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών (77,1%). Παρομοίως και στην έρευνα των (Palese, et al. 2015), ως σημαντικότεροι λόγοι παράλειψης καταγράφονται η απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών (95,2%), ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού (94,9%) και ο μεγάλος αριθμός εισαγωγών και εξιτηρίων στο τμήμα (93,3%). Στην έρευνα της (Κυρίτση 2020), οι σημαντικότεροι λόγοι που εντοπίστηκαν ήταν ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού (79,1%), οι επείγουσες καταστάσεις ασθενών (71,3%) και η απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών (65,6%). Επιπλέον, εξετάζοντας τους επί μέρους παράγοντες των λόγων για την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα, φαίνεται ότι πιο σημαντικός είναι ο παράγοντας που αφορά τους υλικούς πόρους (μ.ο. 3,51), έπειτα οι ανθρώπινοι πόροι (μ.ο. 3,35) και ακολούθως η επικοινωνία και η ομαδική εργασία (μ.ο. 3,18).

Όσον αφορά την ικανοποίηση των νοσηλευτών, στην παρούσα έρευνα καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης καθώς το 77% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από την εργασία του στην παρούσα θέση, σχεδόν το 79,7% δήλωσε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο από το γεγονός ότι είναι νοσηλευτής / νοσηλεύτρια και σχεδόν το 89,8% απάντησε ικανοποιημένο ή πολύ ικανοποιημένο με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα του. Στην έρευνα των (Palese, et al. 2015), τα αντίστοιχα ποσοστά που σημειώθηκαν ήταν 70,1%, 85,5% και 59,5%. Η έρευνα της (Κυρίτση 2020), έδωσε επίπεδα ικανοποίησης από την παρούσα εργασία 67,4%, ικανοποίηση από την δουλειά του νοσηλευτή 74,5% και ικανοποίηση από το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα 76,2%. Στην έρευνα των (Papastavrou, Charalambous, et al. 2016), τα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία ήταν σημαντικά χαμηλότερα καθώς υπολογίστηκαν σε 58,4%.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα και σειρά δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών. Αρχικά, το επίπεδο εκπαίδευσης, όπου φαίνεται τα άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης (μεταπτυχιακό τίτλο) να σημειώνουν υψηλότερα

επίπεδα παραλείψεων. Το στοιχείο αυτό δεν συναντάται στην ευρύτερη βιβλιογραφία, θα μπορούσε ωστόσο να αποτελέσει παράγοντα περαιτέρω διερεύνησης. Εξάλλου, η δομή του δημόσιου νοσοκομείου στην Ελλάδα είναι αυστηρά ιεραρχική, έτσι άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης συνήθως φθάνουν πιο εύκολα σε θέσεις προϊσταμένων γεγονός που ίσως τους αποκόβει από την παροχή της σωστής νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, στατιστικά σημαντική συσχέτιση προέκυψε και με τον επαγγελματικό ρόλο, όπου φαίνεται ότι οι νοσηλευτές καταγράφουν περισσότερες παραλείψεις σε σχέση με τους υπόλοιπους ρόλους όπως είναι για παράδειγμα οι βοηθοί νοσηλευτή. Επιπλέον, η παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται στην παρούσα έρευνα με τις ημέρες ή βάρδιες απουσίας (όσοι έχουν λείψει αρκετές ημέρες φαίνεται να καταγράφουν ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο παραλείψεων), με την πρόθεση εγκατάλειψης της θέσης του νοσηλευτή (όσοι πράγματι σκοπεύουν να εγκαταλείψουν σύντομα καταγράφουν πολύ ψηλά επίπεδα παραλείψεων) και με την άποψη για ικανοποιητική στελέχωση του τμήματος. Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις στο τμήμα εργασίας, το φύλο, την ηλικία και την υπερωριακή εργασία.

Σχετικά με τα στοιχεία της τελευταίας βάρδιας, εντοπίστηκαν θετικές συσχετίσεις τόσο στο σύνολο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με το σύνολο των εξιτηρίων, όσο και με τους επί μέρους παράγοντες παραλείψεων: οι δραστηριότητες καθημερινού βίου συσχετίζονται θετικά με τον αριθμό των ασθενών που φρόντισαν στην τελευταία βάρδια οι νοσηλευτές και με τον αριθμό των εξιτηρίων κατά την τελευταία βάρδια. Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του, συσχετίζονται θετικά με τον αριθμό των ασθενών που φρόντισαν στην τελευταία βάρδια, τον αριθμό των εισαγωγών και τον αριθμό των εξιτηρίων. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι όσο αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που έχει να φροντίσει κάποιος νοσηλευτής σε μια δεδομένη βάρδια τόσο αυξάνονται και οι παραλείψεις στην φροντίδα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πλήθος αντίστοιχων ευρημάτων στην βιβλιογραφία όπως παρουσιάζεται και στην συγχρονική μελέτη σε 9 χώρες που πραγματοποιήθηκε από τους (Ball, et al. 2018). Στην έρευνα της (Κυρίτση 2020) καταγράφηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των ασθενών που φρόντισα σε μια βάρδια οι νοσηλευτές και των δύο παραγόντων παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας καθημερινού βίου και φροντίδας υγείας θεραπείας του ασθενούς.

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την εργασία, στην παρούσα έρευνα καταγράφεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας με όλα τα στοιχεία της ικανοποίησης: ικανοποίηση από την παρούσα θέση, από την

εργασία του νοσηλευτή και από το επίπεδο ομαδικής εργασίας. Μάλιστα, φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση, τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς, οι νοσηλευτές που δεν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους, φαίνεται να καταγράφουν υψηλότερη συχνότητα παραλείψεων. Ακριβώς στο ίδιο εύρημα καταλήγουν πλήθος μελετών: Η έρευνα των (Hammad, Guirguis and Mosallam 2021) ανάμεσα σε νοσηλευτές σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αιγύπτου, η έρευνα των (Plevonά, et al. 2021) νοσηλευτές στην Τσεχία καθώς και την αντίστοιχη έρευνα της (Κυρίτση 2020). Επιπλέον, το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα δύο ερευνών που διεξήχθησαν στις ΗΠΑ από τους (Kalisch, Tschannen and Lee 2011) και τους (Duffy, Culp and Padrutt 2018), όπου έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που καταγράφουν λιγότερα στοιχεία παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στη μονάδα φροντίδας ασθενών όπου εργάζονται είναι πιο ικανοποιημένοι από την τρέχουσα θέση και το επάγγελμά τους. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί με δύο τρόπους. Ο ένας είναι ότι όταν οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τις παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα, γίνονται πιο δυσαρεστημένοι από την εργασία τους. Στην περίπτωση της νοσηλευτικής, οι εργαζόμενοι έχουν άμεση γνώση για την επίδραση της ποιότητας της εργασίας τους στους ασθενείς. Έτσι, οι νοσηλευτές είναι πλήρως ενήμεροι για τον αντίκτυπο της παράλειψης στην φροντίδα των ασθενών (Grant 2007). Η δεύτερη αμφίδρομη με την πρώτη και καλά στοιχειοθετημένη στην βιβλιογραφία του πεδίου ερμηνεία, είναι ότι οι δυσαρεστημένοι νοσηλευτές είναι πιο επιρρεπείς στο να παραλείψουν στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας.

6.2 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα είδη και τις αιτίες της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και την σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. Η παρούσα έρευνα η οποία έλαβε χώρα σε νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας “Άγιος Παντελεήμων” - Γενικό Νοσοκομείο Δυτικής Αττικής “Η Αγία Βαρβάρα”, αναδεικνύει μέτρια συχνότητα παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, η οποία αφορά κυρίως πράξεις σχετικές με την τακτική αλλαγή στάσης του ασθενή, την φροντίδα του στόματος και την παρουσία των νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη

που γίνεται για τους ασθενείς. Επιπλέον, ως σημαντικότεροι λόγοι της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας καταγράφηκε ο ανεπαρκής αριθμός προσωπικού και η έλλειψη υλικών πόρων ή η μη σωστή λειτουργία του εξοπλισμού. Επιπρόσθετα, η έρευνα ανέδειξε την σημασία της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών η οποία είναι άμεσα αρνητικά συνδεδεμένη με την παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Καθώς το ζήτημα της μέτρησης και ανάλυσης της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας είναι σχετικά καινούριο στο ερευνητικό πεδίο της νοσηλευτικής και των πολιτικών υγείας εν γένει, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να συνεισφέρει στο μέτρο του δυνατού, στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από την σκοπιά των νοσηλευτών ώστε να προσδιοριστούν οι μηχανισμοί αυτοί οι οποίοι θα βοηθήσουν όχι στην εξάλειψη –αυτό είναι πρακτικά αδύνατον- αλλά στην ελάττωση του επιπέδου της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Την ώρα που το Εθνικό Σύστημα Υγείας φαίνεται να έχει ξεπεράσει προ πολλού τις αντοχές του, η παρούσα πανδημία αλλά και η πολυετής οικονομική και κοινωνική κρίση που προηγήθηκε, εντείνουν ακόμα περισσότερο την πίεση προς αυτό. Οι τρομακτικές ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό μάλιστα είναι ακόμα πιο έντονες στους νοσηλευτές όπου η χώρα καταγράφει την χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών ανά κάτοικο σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (υπολογίζονται περίπου σε 3,3 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους την στιγμή που ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ είναι 8,8 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους). Σημαντικές επίσης είναι οι ελλείψεις σε υλικούς πόρους, ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό και φάρμακα.

Τα παραπάνω δεν αφήνουν πολλά περιθώρια αισιοδοξίας για το σύστημα υγείας και ιδιαίτερα για τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία δέχονται ολοένα και μεγαλύτερη πίεση. Το πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο είναι τέτοιο που δεν επιτρέπει την υλοποίηση των προφανών και απαραίτητων παρεμβάσεων όπως είναι οι προσλήψεις προσωπικού και η αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία, ώστε να επιτευχθεί η συνολική αναβάθμιση του συστήματος υγείας και κατ' επέκταση την ελάττωση της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Συνεπώς, η αξιοποίηση των αποτελεσμάτων τόσο της παρούσας έρευνας όσο και όλων των αντίστοιχων ερευνών που παράγονται από το ερευνητικό δυναμικό της χώρας, από την πλευρά της πολιτικής ηγεσίας των νοσοκομείων αλλά και της κεντρικής κυβέρνησης, προς όφελος της βελτίωσης της δημόσιας υγείας, αποτελεί τον μόνο

δρόμο που μπορεί να οδηγήσει σε μια σταδιακή καλύτερευση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ταυτόχρονα να δώσει το όραμα και την απαραίτητη ώθηση στους εργαζόμενους για την βελτίωση της εργασιακής τους απόδοσης μέσω της αναβάθμισης της εργασιακής ικανοποίησης που λαμβάνουν.

6.3 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα κατά την διερεύνηση της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελεί η μεθοδολογική προσέγγιση με την οποία επιχειρείται συνήθως η καταγραφή της. Οι περισσότερες έρευνες μέχρι σήμερα, υλοποιούνται με την χρήση του ερωτηματολογίου MISSCARE και άλλων εργαλείων αυτοαναφοράς, τα οποία αφήνουν μεγάλα περιθώρια στην προσωπική ερμηνεία και εκτίμηση των νοσηλευτών. Συνεπώς ένας συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας πιθανόν να απέδιδε πολύ πιο χρήσιμα και εμπειριστατωμένα συμπεράσματα σχετικά με το ζήτημα της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον, η αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων με την αντίστοιχη σκοπιά των ίδιων των ασθενών θα ήταν ο ιδανικός τρόπος ταυτοποίησης των στοιχείων της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα, αφορά την αμφίπλευρη σχέση που παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία μεταξύ της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Οι ερευνητικές προσπάθειες θα πρέπει να εστιάσουν σε αυτή την σχέση καθώς φαίνεται ότι αποτελεί ιδιαίτερα κρίσιμη πτυχή για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα ενώ είναι γνωστό ότι η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να βελτιωθεί μέσω διαφόρων παραγόντων –όχι μόνο οικονομικών.

Τέλος, η δημιουργία ενός κεντρικού ερευνητικού εργαλείου που θα είναι διαθέσιμο σε πραγματικό χρόνο, το οποίο θα μετράει με τρόπο κοινό και καθολικό τις παραλείψεις της νοσηλευτικής φροντίδας για όλα τα δημόσια νοσοκομεία, θα πρέπει να αποτελέσει στόχο της πολιτικής ηγεσίας στον χώρο της υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, οι πληροφορίες που θα συγκεντρώνονται, θα μπορούν να αναλύονται σε τακτά χρονικά διαστήματα και να ανατροφοδοτούν τα ίδια ιδρύματα ώστε με την σειρά τους να βελτιώνουν στο μέτρο του δυνατού τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κυρίως

να εξασφαλίζουν τον ελάχιστο δυνατό αριθμό παραλείψεων στην νοσηλευτική φροντίδα.

Βιβλιογραφία

(ICN), International Council of Nurses. «International Council of Nurses (ICN).» *Nursing Definitions*. 2021. <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> (πρόσβαση September 2021).

Advisory Committee on Health Human Resources. *Our Health, Our Future Our Health, Our Future. Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Canada: Canada gov., 2022.

Aiken L H, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane D M, Busse R, McKee M et al. «Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.» *bmj*, 20 March 2012: 1-14.

Aiken, L. H., et al. "Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States." *Bmj*, 2012: 344.

Al-Faouri, I., D. M. Obaidat, και R. F. AbuAlRub. «Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses.» *In Nursing Forum*, 2021: Vol. 56, No. 2, pp. 273-283.

Alvarez, C. D., and J. J. (Fitzpatrick. "Nurses' job satisfaction and patient falls." *Asian Nursing Research*, 2007: 1(2), 83-94.

Ausserhofer, D., et al. "Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study." *BMJ quality & safety*, 2014: 23(2), 126-135.

Ball JE., Murrells T., Rafferty AM., Morrow E., Griffiths P. «'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care.» *BMJ Quality & Safety*, 11 January 2014: 116-125.

Ball, Bruyneel, L. H. Aiken, W. Sermeus, D. M. Sloane, and Rafferty. "Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study." *International journal of nursing studies*, 2018: 78, 10-15.

Ball, J. E., T. Murrells, A. M. Rafferty, E. Morrow, and P. Griffiths. "'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care." *BMJ quality & safety*, 2014: 23(2), 116-125.

Bear, M., and C. Bowers. "Using a nursing framework to measure client satisfaction at a nurse-managed clinic." *Public Health Nursing*, 1998: 15(1), 50-59.

Bittner, N. P., and G. Gravlin. "Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice." *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2009: 142-146.

- Bittner, N. P., G., Gravlin, R., Hansten, and B. J. Kalisch. "Unraveling care omissions." *ONA: The Journal of Nursing Administration*, 2011: 41(12), 510-512.
- Blanz, M. «Employees' job satisfaction: A test of the job characteristics model among social work practitioners.» *Journal of evidence-informed social work*, 2017: 14(1), 35-50.
- Blegen, M. A. «Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables.» *Nursing research*, 1993.
- Blegen, M. A., and C. W. Mueller. "Nurses' job satisfaction: A longitudinal analysis." *Research in Nursing & Health*, 1987: 10(4), 227-237.
- Bragadóttir, H., E. A. Burmeister, F. Terzioglu, και B. J. Kalisch. «The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses—An international study.» *Journal of Nursing Management*, 2020: 28(8), 1851-1860.
- Carpenito-Moyet, L. J. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.
- Carthon, J. M. B., K. B. Lasater, D. M. Sloane, και A. Kutney-Lee. «The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. .» *BMJ Quality & Safety*, 2015: 24(4), 255-263.
- Choi, J., and D. K. Boyle. "RN workgroup job satisfaction and patient falls in acute care hospital units." *The Journal of nursing administration*, 2013: 43(11), 586-591.
- Chu, C. I., H. M. Hsu, J. L. Price, and J. Y. Lee. "Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan." *International nursing review*, 2003: 50(3), 176-182.
- Damiani, G., et al. "Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates?" *BMC Health Services Research*, 2009: 9(1), 1-9.
- Dieleman, M., and J. W. Harnmeijer. *Improving health worker performance: in search of promising practices*. Geneva: World Health Organization, 2006.
- DiMatteo, M. R., et al. "Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study." *Health psychology*, 1993: 12(2), 93.
- Duffy, J. R., S. Culp, και T. Padrutt. «Description and factors associated with missed nursing care in an acute care community hospital.» *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2018: 48(7/8), 361-367.
- Eurostat. «Key figures on Europe — 2021 edition.» Έκδ. 4. *Eurostat*. Μοιτάζ: Louise Corselli-Nordblad and Helene Strandell. May 2021.
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/13394938/KS-EI-21-001-EN-N.pdf/ad9053c2-debd-68c0-2167-f2646efeaec1?t=1632300620367> (πρόσβαση Σεπτέμβριος 10, 2021).

- Evridiki Papastavrou, Andreas Charalambous, Stavros Vryonides, Christos Eleftheriou, Anastasios Merkouris,. «To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing.» *European Journal of Oncology Nursing*, April 2016: 48-56.
- Fox, M. T., M. Persaud, I. Maimets, D. Brooks, K. O'Brien, και D. & Tregunno. «Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis.» *BMC geriatrics*, 2013: 13(1), 1-9.
- GAKI E., KONTODIMOPOULOS N. , NIAKAS D. «Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses.» *Journal of Nursing Management*, 10 April 2013: 483-490.
- Gerhart, B. «The (affective) dispositional approach to job satisfaction: Sorting out the policy implications.» *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 2005: 26(1), 79-97.
- Grant, A. M. «Relational job design and the motivation to make a prosocial difference.» *Academy of management review*, 2007: 32(2), 393-417.
- Gravlin, και Bittner. «Nurses' and nursing assistants' reports of missed.» *J Nurs Admin*, 2010: 40(7-8), 329-335.
- Hammad, M., W. Guirguis, και R. Mosallam. «Missed nursing care, non-nursing tasks, staffing adequacy, and job satisfaction among nurses in a teaching hospital in Egypt.» *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 2021: 96(1), 1-9.
- Hayes, B., A. Bonner, and J. Pryor. "Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature." *Journal of nursing management*, 2010: 18(7), 804-814.
- Hernández Cruz, R. «Factores que influyen en el cuidado perdido de enfermería en pacientes de un hospital privado.» REPOSITORIO NACIONAL CONACYT, 2015.
- Herzberg, F. I. *Work and the Nature of Man*. Cleveland: World Pub, 1966.
- Iaffaldano, M. T., και P. M. Muchinsky. «Job satisfaction and job performance: A meta-analysis.» *Psychological bulletin*, 1985: 97(2), 251.
- Ibrahim, I. A., και N. S. El-Wkeel. «Exploring the Relationships between Job Burnout, Job Satisfaction, and Missed Nursing Care Among Staff Nurses.» *anta Scientific Nursing Journal*, 2021: Vol. 21 No. 2.
- Jones t.l., Hamilton P.,Murry N. «Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review.» *International Journal of Nursing Studies*, Φεβρουάριος June 2015: 1121-1137.
- Judge, T. A., C. J. Thoresen, J. E. Bono, και G. K. Patton. «The job satisfaction—job performance relationship: A qualitative and quantitative review.» *Psychological bulletin*, 2001: 127(3), 376.

- Kalisch Beatrice J., Williams Arthur. «Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care.» *The Journal of Nursing Administration*, May 2009: 211-219.
- Kalisch BJ., Landstrom GL., Hinshaw AS. «Missed nursing care: a concept analysis.» *Journal of advanced nursing*, July 2009: 1509-1517.
- Kalisch, B. J. «Missed nursing care view from the hospital bed.» *Reflections on Nursing Leadership*, 2010: 36(3).
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. «The impact of teamwork on missed nursing care.» *Nursing outlook*, 2010: 58(5), 233-241.
- Kalisch, B. J., D. Tschannen, and K. H. Lee. "Missed nursing care, staffing, and patient falls." *Journal of nursing care quality*, 2012: 27(1), 6-12.
- Kalisch, B. J., D. Tschannen, και H. Lee. «Hospital variation in missed nursing care.» *American Journal of Medical Quality*, 2011: 26(4), 291-299.
- Kalisch, B. J., H. Lee, και M. Rochman. «Nursing staff teamwork and job satisfaction.» *Journal of nursing management*, 2010: 18(8), 938-947.
- Kalisch, B. J., M. Curley, και S. Stefanov. «An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement.» *ONA: The Journal of Nursing Administration*, 2007: 37(2), 77-84.
- Kalisch, B. J., M. McLaughlin, και B. W. Dabney. «Patient perceptions of missed nursing care.» *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 2012: 38(4), 161-167.
- Kalisch, B. J., S. Lee, and B. W. Dabney. "Outcomes of inpatient mobilization: a literature review." *Journal of clinical nursing*, 2014: 1486-1501.
- Kalisch, B. J., και K. H. Lee. «Nurse staffing levels and teamwork: A cross-sectional study of patient care units in acute care hospitals.» *Journal of nursing scholarship*, 2011: 43(1), 82-88.
- Kalisch, B. J., G., Landstrom, και R. A. Williams. «Missed nursing care: errors of omission.» *Nursing outlook*, 2009: 57(1), 3-9.
- Kalisch, B. «Missed nursing care: a qualitative study.» *Journal of nursing care quality*, 2006: 21(4), 306-313.
- Kalisch, B., D. Tschannen, and H. Lee. "Does missed nursing care predict job satisfaction?" *Journal of Healthcare Management*, 2011: 56(2), 117-134.
- Kalisch, B., και H. Lee. «Nursing teamwork, staff characteristics, work schedules, and staffing.» *Health care management review*, 2009: 34(4), 323-333.
- Kalisch, B., και R. Williams. «Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care.» *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2009: 39(5), 211-219.
- kalisch, Beatrice J. «Missed Nursing Care A Qualitative Study.» *Journal of Nursing Care Quality*, October 2006: 306-313.

- Kalisch, Tschannen, Lee, και Friese. «Hospital variation in missed nursing care.» *American Journal of Medical Quality*, 2011: 26(4), 291-299.
- Kalisch, Tschannen, και Lee. «Does missed nursing care predict job satisfaction?» *Journal of Healthcare Management*, 2011: 56(2), 117-134.
- Kanfer, R. «Motivation theory and industrial and organizational psychology.» *Handbook of industrial and organizational psychology*, 1990: 1(2), 75-130.
- Kaur, R. «The role of factors on job satisfaction of employees—An empirical study.» *Journal of Business and Management*, 2012: 2(4), 49-52.
- Kerr, M. S., H. K. Laschinger, C. N. Severin, J. M. Almost, και J. Shamian. «New strategies for monitoring the health of Canadian nurses: results of collaborations with key stakeholders.» *Nursing Leadership*, 2005: 18(1), 67-76.
- Locke, E. A., N. Cartledge, και C. S. Knerr. «Studies of the relationship between satisfaction, goal-setting, and performance.» *Organizational behavior and human performance*, 1970: 5(2), 135-158.
- Lu, H., A. E. While, και K. L. Barriball. «Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China.» *International journal of nursing studies*, 2007: 44(4), 574-588.
- Lu, H., K. L. Barriball, X. Zhang, και A. E. While. «Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review.» *International journal of nursing studies*, 2012: 49(8), 1017-1038.
- . «Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review.» *International journal of nursing studies*, 2012: 49(8), 1017-1038.
- Mandal, L., και A. Seethalakshmi. «Missed care and nurses' job satisfaction.» *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 2021: 16(2), 308.
- McLeod, Saul. «Maslow's Hierarchy of needs.» *Simply Psychology*. 21 May 2018. <https://canadacollege.edu/dreamers/docs/Maslows-Hierarchy-of-Needs.pdf> (πρόσβαση September 2021).
- Melville, A. «Job satisfaction in general practice implications for prescribing.» *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 1980: 14(6), 495-499.
- Mohr, D. C., G. J. Young, M. Meterko, K. L. Stolzmann, και B. White. «Job satisfaction of primary care team members and quality of care.» *American Journal of Medical Quality*, 2011: 26(1), 18-25.
- Munyewende, P. O., L. C. Rispel, και T. Chirwa. «Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces.» *Human resources for health*, 2014: 12(1), 1-14.

Nagy, Mark S. «Using a single-item approach to measure facet job satisfaction.» *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2002: 77-86.

Ogboenyi, A. A. *Exploring the Associations of Burnout, Missed Nursing Care, Turnover Status, and Job Satisfaction Among Neonatal Intensive Care Nurses*. Cincinnati, 2019.

Oswald, A. J., E. Proto, και D. Sgroi. «Happiness and productivity.» *Journal of labor economics*, 2015: 33(4), 789-822.

Palese, A., et al. "Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting." *Internal and emergency medicine*, 2015: 10(6), 693-702.

Papastavrou, E., A. Charalambous, S. Vryonides, C. Eleftheriou, and A. Merkouris. "To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing." *European Journal of Oncology Nursing*, April 2016: 48-56.

Papastavrou, E., P. Andreou, και S. Vryonides. «The hidden ethical element of nursing care rationing.» *Nursing Ethics*, 2014: 21(5), 583-593.

Penz, K., N. J. Stewart, C. D'Arcy, και D. Morgan. «Predictors of job satisfaction for rural acute care registered nurses in Canada.» *Western Journal of Nursing Research*, 2008: 30(7), 785-800.

Peters, D. H., S. Chakraborty, P. Mahapatra, και L. Steinhardt. «Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states.» *Human resources for health*, 2010: 8(1), 1-11.

Petty, M. M., G. W. McGee, και J. W. & Cavender. « A meta-analysis of the relationships between individual job satisfaction and individual performance.» *Academy of management Review*, 1984: 9(4), 712-721.

Plevová, I., R. Zeleníková, D. Jarošová, και E. Janíková. «The relationship between nurse's job satisfaction and missed nursing care.» *Medycyna pracy*, 2021: 72(3), 231-237.

Polit F., Beck C. «Nursing research: Principles and Methods.» *Nursing Research: Principles and Methods*, 2004, 7 εκδ.: 758.

Rachel, H., C. Chiara, K. Robert, και S. & Francesco. «Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses.» *Acta Bio Medica*, 2019: 90 (4), 44.

Rikki Mangrum, Chris Publies., Rouguia Barry. «Understanding Omissions of Care in Nursing Homes. Final Report.» *Agency for Healthcare Research and Quality*, October 2019: 2-70.

Robertson, A., A. Gilloran, T. McGlew, K. McKee, A. McKinley, και D. Wight. «Nurses' job satisfaction and the quality of care received by patients in psychogeriatric wards.» *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1995: 10(7), 575-584.

Rowe, A. K., D. De Savigny, C. F. Lanata, και C. G. Victora. «How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?» *The Lancet*, 2005: 366(9490), 1026-1035.

Sasso, L., και συν. «Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care.» *BMJ Qual Saf*, 2017: 26 (11):929-32.

Shader, K., M. E. Broome, C. D. Broome, M. E. West, και M. Nash. « Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center.» *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2001: 31(4), 210-216.

Spector, P. E. *Job satisfaction: Application, assessment, causes, and consequences (Vol. 3)*. Sage, 1997.

Tschannen, D., και B. J. Kalisch. «The effect of variations in nurse staffing on patient length of stay in the acute care setting.» *Western Journal of Nursing Research*, 2009: 31(2), 153-170.

Τζιάλλας Δ και συν, Γκούτζιας Ε.,Κωνσταντινίδου Ε.,Δημακόπουλος Γ.,Αναγνωστόπουλος Φ. «Ποσοτική και Ποιοτική Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ.» *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2018, 57(4): 420–449, December 2018: 420-449.

Utriainen, K., και H. Kyngäs. «Hospital nurses' job satisfaction: a literature review.» *Journal of nursing management*, 2009: 17(8), 1002-1010.

Vroom, V. «Expectancy theory.» *Work and motivation*, 1964: 964.

White, E. M., L. H. Aiken, και M. D. McHugh. « Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes.» *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019: 67(10), 2065-2071.

WHO. *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. final technical report, World Health Organization, 2009.

«World Health Organization.» 13 September 2019. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (πρόσβαση September 2021).

Zangaro, G. A., και K. L. Soeken. « A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction.» *Research in nursing & health*, 2007: 30(4), 445-458.

Κυρίτση, Ν. «Διερεύνηση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την Παραλειπούμενη Νοσηλευτική Φροντίδα. Η σχέση της με την επαγγελματική ικανοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση.» *Διπλωματική εργασία Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου*. Πάτρα, 2020.

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο έρευνας

Το ερωτηματολόγιο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας- Ελληνική έκδοση
MISSED NURSING CARE (The MISSCARE Survey Greek version)

1. Ονόμασε το νοσηλευτικό τμήμα στο οποίο εργάζεσαι: _____
2. Περνώ τον περισσότερο από τον εργασιακό μου χρόνο σε αυτό νοσηλευτικό τμήμα:
_____ ναι, _____ όχι
3. Υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης:
 - 1) _____ Απόφοιτος Δημοτικού
 - 2) _____ Απόφοιτος Λυκείου
 - 3) _____ Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης/μη πανεπιστημιακής
 - 4) _____ Απόφοιτος πανεπιστημίου - πτυχίο
 - 5) _____ Μεταπτυχιακές σπουδές
4. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σας ως νοσηλεύτης/ νοσηλεύτρια:
 - 1) _____ Κάτοχος διπλώματος στην νοσηλευτική
 - 2) _____ Πτυχίο στην νοσηλευτική (BSc)
 - 3) _____ Πτυχίο σε κλάδο εκτός νοσηλευτικής (BSc)
 - 4) _____ Μεταπτυχιακό επιπέδου Master στην νοσηλευτική
 - 5) _____ Μεταπτυχιακό επιπέδου διδακτορικού στην νοσηλευτική
5. Φύλο: _____ Γυναίκα, _____ Άνδρας
6. Ηλικία:
 - 1) _____ Κάτω των 25 ετών (<25)
 - 2) _____ 25 έως 34 ετών (25-34)
 - 3) _____ 35 έως 44 ετών (35-44)
 - 4) _____ 45 έως 54 ετών (45-54)
 - 5) _____ πάνω από 55 ετών old (55+)
7. Επαγγελματικός τίτλος /ρόλος:
 - 1) _____ Νοσηλευτικός Λειτουργός
 - 2) _____ Ανώτερος νοσηλευτικός λειτουργός
 - 3) _____ Πρώτος νοσηλευτικός λειτουργός
 - 4) _____ Βοηθός Νοσηλεύτης
 - 5) _____ Άλλος [Παρακαλώ δηλώστε: _____]
8. Αριθμός ωρών/ εβδομάδα που συνήθως εργάζεστε (παρακαλώ σημειώστε μόνον μια απάντηση)
 - 1) _____ Κάτω των 37.5 ωρών την εβδομάδα
 - 2) _____ 37.5 ωρών ή περισσότερες την εβδομάδα

1

Πνευματικά δικαιώματα ελληνικής Έκδοσης
Copyright of the Greek version © Βρυωνίδης Σταύρος και Παπασταύρου Ευριδίκη [2017]
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

9. Ωράριο εργασίας (σημειώστε την επιλογή που περιγράφει καλύτερα το σύνηθες ωράριο εργασίας σας)

- 1) _____ Πρωινό ωράριο
- 2) _____ Απογευματινό ωράριο
- 3) _____ Βραδινό ωράριο
- 4) _____ Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό και απογευματινό ωράριο μόνον
- 5) _____ Κυκλικό ωράριο ανάμεσα σε πρωινό, απογευματινό και βραδινό ωράριο

10. Πόση εμπειρία έχετε στην παρούσα θέση (ρόλο) σας;

- 1) _____ Μέχρι 6 μήνες
- 2) _____ Περισσότερη από 6 μήνες και μέχρι 2 χρόνια
- 3) _____ Περισσότερη από 2 χρόνια και μέχρι 5 χρόνια
- 4) _____ Περισσότερη από 5 χρόνια και μέχρι 10 χρόνια
- 5) _____ Περισσότερη από 10 χρόνια

11. Πόση εμπειρία έχετε στο παρόν νοσηλευτικό τμήμα:

- 1) _____ Μέχρι 6 μήνες
- 2) _____ Περισσότερη από 6 μήνες και μέχρι 2 χρόνια
- 3) _____ Περισσότερη από 2 χρόνια και μέχρι 5 χρόνια
- 4) _____ Περισσότερη από 5 χρόνια και μέχρι 10 χρόνια
- 5) _____ Περισσότερη από 10 χρόνια

12. Σε ποια βάρδια συνήθως εργάζεστε; - η ερώτηση δεν εφαρμόζεται στον Κυπριακό χώρο και έτσι να μην απαντηθεί

- 1) _____ Βάρδια 8 ωρών
- 2) _____ Βάρδια 10 ωρών
- 3) _____ Βάρδια 12 ωρών
- 4) _____ κυκλική εναλλαγή Βάρδια 8 ωρών και βάρδιας 12 ωρών
- 5) _____ Άλλη παρακαλώ δηλώστε

13. Τους τελευταίους τρεις μήνες, πόσες ώρες υπερωριακής εργασίας εργασήκατε (πέραν των ωρών της εβδομάδας που εργάζεστε συνήθως);

- 1) _____ καθόλου
- 2) _____ 1- 6 ώρες
- 3) _____ 6 -12 ώρες
- 4) _____ περισσότερες από 12 ώρες

14. Τους τελευταίους τρεις μήνες, πόσες μέρες ή βάρδιες, έχετε απουσιάσει από την εργασία σας, λόγω άδειας ασθένειας, τραυματισμού, μη πιστοποιημένης άδειας ασθένειας-uncertified sick leave κλπ. (Αποκλείοντας τα εγκεκριμένα days off/εβδομάδα που δικαιούστε);

- 1) _____ Καθόλου
- 2) _____ Μια μέρα ή βάρδια
- 3) _____ 2-3 μέρες ή βάρδιες
- 4) _____ 4-6 μέρες ή βάρδιες

5) _____ πάνω από 6 μέρες ή βάρδιες

15. Σκοπεύετε να αφήσετε την παρούσα θέση εργασίας σας;

- 1) _____ μέσα στους επόμενους 6 μήνες
- 2) _____ Το επόμενο χρόνο
- 3) _____ Δεν σκοπεύω να αφήσω την παρούσα εργασία μου

16. Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι η στελέχωση του τμήματος σας είναι ικανοποιητική;

- 1) _____ 100%
- 2) _____ 75%
- 3) _____ 50%
- 4) _____ 25%
- 5) _____ 0%

17. Στην παρούσα ή στην τελευταία βάρδια που έχετε εργαστεί,

17- α) Πόσους ασθενείς έχετε φροντίσει; _____

17- β. Πόσες εισαγωγές ασθενών είχατε (συμπεριλαμβάνοντας και μεταφορές από άλλα τμήματα); _____

17- γ. Πόσα εξήγηρα ασθενών είχατε (συμπεριλαμβάνοντας και μεταφορές προς άλλα τμήματα); _____

Πιο κάτω παρακαλώ σημειώσε μια απάντηση για κάθε ερώτηση.

	Πολύ ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Ουδέτερος/η	δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσανεστημένος/η
18. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την παρούσα θέση εργασίας σας;					
19. Ανεξάρτητα από την παρούσα εργασία σας, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το να είστε νοσηλευτής/νοσηλεύτρια;					
20. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα σας;					

Part A: Missed Nursing Care Greek - Μέρος A: Παραλειπόμενη Νοσηλευτική φροντίδα

Οι Νοσηλεύτριες αντιμετωπίζουν συχνά πολλαπλές απαιτήσεις όσον αφορά τον χρόνο τους, οι οποίες τους αναγκάζουν να επαναπροσδιορίσουν προτεραιότητες και να μην ολοκληρώσουν όλη την φροντίδα που χρειάζονται οι ασθενείς τους. Στο μέτρο που είστε σε θέση να γνωρίζετε, πόσο συχνά οι ακόλουθες νοσηλευτικές εργασίες, **ΠΑΡΑΛΕΙΠΟΝΤΑΙ** από το νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβανοντας και τον εαυτό σας) στο τμήμα σας; Σημειώστε μόνο ένα κουτί για κάθε δήλωση.

	Πάντα παραλείπεται	Συχνά παραλείπεται	Μερικές φορές παραλείπεται	Σπάνια παραλείπεται	Ποτέ δεν παραλείπεται
1) Κινητοποίηση ασθενών τρεις φορές την ημέρα ή αναλόγως οδηγιών					
2) Αλλαγή θέσης ασθενών κάθε 2 ώρες					
3) Σίτιση ασθενούς όταν το φαγητό είναι ακόμα ζεστό					
4) Ρύθμιση γευμάτων των ασθενών που σιτίζονται μόνοι τους					
5) Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σε διάστημα 30 λεπτών πριν ή μετά την προγραμματισμένη ώρα					
6) Αξιολόγηση ζωτικών Σημείων σύμφωνα με τις οδηγίες					
7) Παρακολούθηση Δελτίου λήψης και αποβολής υγρών					
8) Πλήρης καταγραφή και τεκμηρίωση όλων των απαραίτητων δεδομένων					
9) Διδασκαλία ασθενών για την ασθένεια, τις εξετάσεις και τις διαγνωστικές τους εξετάσεις					
10) Συναισθηματική υποστήριξη στους ασθενείς και/ή την οικογένεια τους					
11) Λουτρό ασθενούς/φροντίδα δέρματος					
12) Φροντίδα στόματος					
13) Πλύσιμο χεριών					
14) Προγραμματισμός εξηγήριου ασθενούς και διδασκαλία					
15) Επί κλίνης παρακολούθηση σακχάρου σύμφωνα με τις οδηγίες					
16) Αξιολογήσεις/ εκτιμήσεις των ασθενών σε κάθε βάρδια					

	Πάντα παραλείπεται	Συχνά παραλείπεται	Μερικές φορές παραλείπεται	Σπάνια παραλείπεται	Ποτέ δεν παραλείπεται
17) Εστιασμένες επανεκτιμήσεις ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς					
18) Φροντίδα περιοχής ενδοφλέβιου καθετήρα ή/και κεντρικού φλεβικού καθετήρα και εκτιμήσεις ανάλογα με την πολιτική του νοσηλευτηρίου					
19) Ανταπόκριση σε κλήση του ασθενούς μέσα σε 5 το αργότερο λεπτά					
20) Ανταπόκριση σε αιτήματα ασθενών για χορήγηση PRN Φαρμάκων μέσα σε 15 λεπτά					
21) Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των χορηγούμενων φαρμάκων					
22) Παροχή Βοήθειας στους ασθενείς αναφορικά με ανάγκες τους για τουαλέτα μέσα σε πέντε λεπτά από το αίτημα τους					
23) Φροντίδα δέρματος και πηλγών					
24) Παρουσία στην ιατρική επίσκεψη που γίνεται για τους ασθενείς					

Μέρος Β: Λόγοι για παραλειπόμενη φροντίδα—Reasons for Missed Nursing Care

Σκεφτόμενοι τις νοσηλευτικές εργασίες, που παραλείπονται από το νοσηλευτικό προσωπικό (συμπεριλαμβάνοντας και τον εαυτό σας) στο τμήμα σας (όπως υποδείχθηκε στο Μέρος Α αυτού του ερωτηματολογίου), παρακαλώ να αναφέρετε τους **ΛΟΓΟΥΣ** για τους οποίους η νοσηλευτική φροντίδα παραλείπεται. Σημειώστε μόνο ένα κουτί για κάθε δήλωση.

	Σημαντικός λόγος	Μετρίου σημασίας λόγος	Μικρός σημασίας λόγος	Δεν αποτελεί λόγο, για τις παραλείψεις στην φροντίδα
1) Ανεπαρκής αριθμός προσωπικού				
2) Επείγουσες καταστάσεις ασθενών (π.χ. επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς)				
3) Απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών ή /και της βαρύτητας του τμήματος				
4) Ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού ή γραμματειακού προσωπικού (π.χ. βοηθοί θαλάμων, κλητήρων, γραμματικών κλπ)				
5) Μη εξισορροπημένη κατανομή ασθενών				

	Σημαντικός Λόγος	Μετρίας σημασίας Λόγος	Μικρής σημασίας Λόγος	Δεν αποτελεί λόγο, για τις παραλείψεις στην φροντίδα
6) Μη διαθεσιμότητα φαρμάκων όταν χρειάζονται				
7) Ανεπαρκής παράδοση από την προηγούμενη βάρδια ή το τμήμα από όπου προήλθε ο ασθενής				
8) Άλλα τμήματα δεν προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα (π.χ. η – μη κινητοποίηση του ασθενούς από το φυσιοθεραπευτικό τμήμα)				
9) Προμήθειες / εξοπλισμός δεν είναι διαθέσιμα όταν χρειάζονται				
10) Προμήθειες / εξοπλισμός δεν λειτουργούν σωστά όταν χρειάζονται.				
11) Έλλειψη υποστήριξης από τα μέλη της ομάδας.				
12) Ένταση ή προβληματική επικοινωνία με άλλα <u>ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ/ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ</u>				
13) Ένταση ή προβληματική επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της <u>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ</u>				
14) Ένταση ή προβληματική επικοινωνία με το <u>ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ</u>				
15) Οι βοηθοί των νοσηλευτών (βοηθοί θαλάμων) δεν αναφέρουν ότι η φροντίδα δεν έχει προσφερθεί				
16) Μη διαθεσιμότητα φροντιστών (βοηθών θαλάμων) ή απουσία τους από το τμήμα.				
17) Μεγάλος αριθμός εισαγωγών και εξιτηρίων στο τμήμα.				
18) Άλλος λόγος [παρακαλώ δηλώστε]				

All rights of the English Version protected by Beatrice Kalisch, 2009

Πνευματικά δικαιώματα ελληνικής Έκδοσης
Copyright of the Greek version © Βρουανίδης Σταύρος και Παπασταύρου Ευριδίκη [2017]
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Σημειώσεις για την ελληνική έκδοση του μέρους A του MISSCARE survey (MISSCARE survey Greek- Part A):

- Το μέρος A της πρωτότυπης έκδοσης του MISSCARE survey (Kalisch & Williams , 2009) περιείχε 24 ερωτήσεις. Με βάση τα αποτελέσματα πιλοτικής δοκιμής και της υφιστάμενης βιβλιογραφίας προστέθηκε μια ερώτηση που αφορούσε την παρουσία των νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη που γίνεται για τους ασθενείς και έτσι οι ερωτήσεις του μέρους A, που σχετίζονται με τα στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπονται, έγιναν 25.
- Η εγκυρότητα περιεχομένου και η υποκείμενη δομή των 25 ερωτήσεων (24 ερωτήσεις της αρχικής κλίμακας του Μέρους A του MISSCARE survey, συν η μια ερώτηση που είχε προστεθεί για την μελέτη μας, συνολικά 25) εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας την διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis and specifically principal component analysis with Oblimin rotation).
- Από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση και τις 25 ερωτήσεις έχουν παραχθεί δύο παράγοντες (διαστάσεις των στοιχείων νοσηλευτικής φροντίδας που δυνατόν να παραλείπονται), ως ακολούθως:

MISSCARE survey Greek - part A	Ερωτήσεις	Ιδιότητες (eigenvalues)
Total Scale	25	
Activities of Daily Living (ADL) Omissions (Fac. 1) Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τις Δραστηριότητες Καθημερινού βίου	13	8.278
Acute Care-Missed Nursing Care (Fac.2) Παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την θεραπεία του.	12	6.649

- Η ελληνική έκδοση του μέρους A του MISSCARE survey (MISSCARE survey Greek - part A) όπως έχει προκύψει από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση αποτελείται από 24 ερωτήσεις (αφαιρέθηκε μια ερώτηση που αφορούσε την παρουσία σε συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας όταν γίνονται λόγω μειωμένης φόρτισης σε σχέσης με τις άλλες αλλά και επειδή η ερώτηση αυτή έμεινε αναπάντητη από μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων).
- Η δομή της ελληνικής έκδοσης του MISSCARE survey Greek - part A μετά και την αφαίρεση της μίας ερώτησης και οι συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's Alpha έχουν ως ακολούθως:

MISSCARE survey Greek - part A	Ερωτήσεις	Cronbach's Alpha
Total MISSCARE survey Greek - part A Scale	24 ερωτήσεις	0.957
Activities of Daily Living (ADL) Omissions (Fac. 1)	12 ερωτήσεις (1, 2, 9,10, 11, 12, 13, 14, 19, 20, 22, 23)	0.914
Acute Care-Missed Nursing Care (Fac.2)	12 ερωτήσεις (3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 17,18, 21, 24)	0.877

- Όλες οι ερωτήσεις βαθμολογούνται σε μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 1 (ποτέ δεν παραλείπεται) έως 5 (πάντα παραλείπεται). Υψηλότερες βαθμολογίες σε μια νοσηλευτική δραστηριότητα αντιπροσωπεύουν πιο συχνή παράλειψη της συγκεκριμένης δραστηριότητας φροντίδας από τους νοσηλευτές.

Για περαιτέρω πληροφορίες/επεξηγήσεις: svtionii@cvtanet.com.cy (Σταύρος Βρουσιόνης)

Σημειώσεις για την ελληνική έκδοση του μέρους B του MISSCARE survey (MISSCARE survey Greek – Part B)

- Το μέρος B της πρωτότυπης έκδοσης του MISSCARE survey (Kalisch & Williams , 2009) (MISSCARE survey– Part B) που αναφέρεται στους ΛΟΓΟΥΣ για τους οποίους κάποιες νοσηλευτικές δραστηριότητες δυνατόν να παραλείπονται από τους νοσηλευτές, σύμφωνα με την αντίληψη των νοσηλευτών που συμπληρώνουν την κλίμακα ερωτήσεων, αποτελείται αρχικά από 16 ερωτήσεις.
- Σε μεταγενέστερες έρευνες των κατασκευαστών προστέθηκε ακόμα μια ερώτηση (η 17^η που αφορούσε την βαριά δραστηριότητα σε εισαγωγές και εξιτήρια στο τμήμα) και έτσι οι ερωτήσεις έγιναν στο σύνολο τους 17.
- Για κάθε ένα από τους λόγους οι ερωτηθέντες καλούνται να αποφασίσουν για το πόσο σημαντικός ή ασήμαντος είναι κατά την άποψη και αντίληψη τους, ως λόγος για παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα, επιλέγοντας μια από τις 4 εναλλακτικές επιλογές που έχουν στην διάθεση τους, 4 = σημαντικός λόγος, 3= μετρίως σημασίας λόγος, 2=μικρής σημασίας λόγος, 1 = δεν αποτελεί λόγο, για τις παραλείψεις στην φροντίδα.
- Όσο μεγαλύτερο είναι το συνολικό σκορ σε ένα αναφερόμενο λόγο, τόσο περισσότερο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι αυτός ο λόγος είναι σημαντικός για να επεξηγήσει τις παραλείψεις στην νοσηλευτική φροντίδα.
- Ο έλεγχος για εννοιολογική εγκυρότητα ή εγκυρότητα δομής (construct Validity), της ελληνικής έκδοσης του μέρους B του MISSCARE survey, (MISSCARE survey Greek – Part B) δηλαδή των 17 ερωτήσεων που αφορούν τους αντιλαμβανόμενους από τους νοσηλευτές λόγους για παραλείψεις έγινε χρησιμοποιώντας διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis - EFA), και συγκεκριμένα exploratory factor analysis WITH Principal component analysis with both oblimin and varimax rotations.
- Σε συνάφεια με τα αποτελέσματα των κατασκευαστών αλλά και άλλα αποτελέσματα από την διεθνή βιβλιογραφία από την διερευνητική παραγοντική ανάλυση αναδείχθηκαν 3 παράγοντες (διαστάσεις της έννοιας που αφορά τους λόγους για παραλείψεις) της του μέρους B της κλίμακας οι οποίες παρουσιάζονται πιο κάτω με το ποσοστό διακρίμανσης που επεξηγεί η κάθε μια από αυτές τις τρεις διαστάσεις, τις ιδιοτιμές που ανευρέθησαν (Eigenvalues) και τους συντελεστές αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach alpha τόσο της συνολικής κλίμακας MISSCARE survey Greek – part B Scale όσο και των τριών υποκλίμακων που έχουν παραχθεί.

MISSCARE survey Greek - part B	Ερωτήσεις	% of variance explained	Eigenvalues	Cronbach's Alpha
Total MISSCARE survey Greek – part B Scale	17 ερωτήσεις			0.980
Communication and Teamwork subscale (Επικοινωνία και ομαδική εργασία)	10 ερωτήσεις (5, 7, 8,10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)	47.982	8.157	0.991
Labor Resources subscale Ανθρώπινοι Πόροι	4 ερωτήσεις (1, 2, 3, 4,)	25.027	4.255	0.971
Material Resources subscale Υλικοί Πόροι	3 ερωτήσεις (6, 9, 10)	20.212	3.436	0.984

Για περαιτέρω πληροφορίες/επεξηγήσεις: svtionii@cvtanet.com.cy (Σταύρος Βρουνιώης)

Πνευματικά δικαιώματα ελληνικής Έκδοσης
Copyright of the Greek version © Βρουνιώης Σταύρος και Παπασταύρου Ευριδίκη [2017]
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Παράρτημα Β: Άδεια για την διενέργεια της έρευνας στο νοσοκομείο

1

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
Γ.Ν.ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»
Δ/ΝΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ Γ.Ν.ΝΙΚΑΙΑΣ-ΠΕΙΡΑΙΑ

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Μαρία Μιχελιδάκη
Αργυρώ Μάρκου
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 213207 6235
Email : diy@nikaia-hosp.gr

10.03.2022
Αρ. Πρωτ.: 11341
Ημερομηνία: 11/3/22

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2^{ης} Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΕΙΡΑΙΑ
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ» - Γ.Ν. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»
Προς:
Το Τμήμα Προσωπικού

ΘΕΜΑ: «Άδεια εκπόνησης ερευνητικής μελέτης της νοσηλεύτριας κ. Κανάκογλου (Εξ αναβολής)»

Σας διαβιβάζουμε την υπ' αριθμ. 7^η Απόφαση της 3^{ης}/16.02.2022 Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας και παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες.

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ:

7. Άδεια εκπόνησης ερευνητικής μελέτης της νοσηλεύτριας κ. Κανάκογλου (Εξ αναβολής)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει την εκπόνηση ερευνητικού Πρωτοκόλλου, στο πλαίσιο της Μεταπτυχιακής εργασίας της νοσηλεύτριας κ. Κανάκογλου.

Κοινοποίηση:
νοσηλεύτρια κ. Κανάκογλου Μ.Ε.Ν.Ν.

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΕΪΜΑΡΗΣ

REDMI NOTE 8 PRO
AI QUAD CAMERA