

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΑΛΚΗΣΤΙΣ ΧΑΜΟΥ

Νοσηλεύτρια ΠΕ

Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία
«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΑΡΑΛΕΙΠΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ
ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»

Επιβλέπουσα:

Κα ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΠΑΤΗΡΑΚΗ-ΚΟΥΡΜΠΙΑΝΗ

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής

ΑΘΗΝΑ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ κα ΠΑΤΗΡΑΚΗ

Κα ΜΠΑΚΑΛΙΔΟΥ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

ΦΙΛΟΙ

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως
Πασχόντων»

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Ιατρικής-Τμήμα Νοσηλευτικής

Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία
της Αλκήστιδος Χάμου, Νοσηλεύτριας ΠΕ

Τίτλος:

«Διερεύνηση της Σχέσης Παραλειπούμενης Φροντίδας με την Επαγγελματική Κόπωση σε
Νοσηλευτικό Προσωπικό Ογκολογικού Νοσοκομείου»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Εισαγωγή: Η παραλειπούμενη φροντίδα, η απαιτούμενη φροντίδα η οποία δεν παρέχεται, είναι ένας νέος δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Επηρεάζεται τόσο από το εργασιακό περιβάλλον και την ομαδική εργασία στο τμήμα, όσο και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των νοσηλευτών. Επίσης συνδέεται με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην παραλειπούμενη φροντίδα και την compassion fatigue (κόπωση συμπόνιας) στο προσωπικό ογκολογικού νοσοκομείου των Αθηνών.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας. Όλοι το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στις κλινικές και στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου κλήθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το MISSCARE Survey Greek Version και το Professional Quality of Life-5¹ έκδοση (2009). Μοιράστηκαν 150 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν 116 (77,33%). Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του έτους 2018.

Αποτελέσματα: Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (94,8%), ηλικίας 35-44 ετών (37,9%). Είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (54,3%). Εργάζονται είτε σε παθολογική, είτε σε χειρουργική κλινική με πλήρη απασχόληση. Η παραλειπούμενη φροντίδα έχει μέσο όρο $1,7 \pm 0,60$ (1-4,73). Γενικότερα σπάνια παραλείπεται η φροντίδα των ασθενών.

Η δραστηριότητα που παραλείπεται συχνότερα είναι η αλλαγή θέσης του ασθενούς (N=48, 41,4%), η οποία παραλείπεται μερικές φορές. Τόσο οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι, όσο και η επικοινωνία και η ομαδική εργασία αποτελούν μέτριας σημασίας αιτίες για την παράλειψη της φροντίδας. Οι συμμετέχοντες έχουν μέτριο compassion fatigue, μέτρια επαγγελματική εξουθένωση ($24,6\pm 5,3$) και μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες ($25,0\pm 6,6$). Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την αναγνώριση των αιτιών παράλειψης φροντίδας. Σχετίζονται επίσης η προϋπηρεσία, ο χρόνος που δαπανάται στο τμήμα και η ικανοποίηση από τη θέση εργασίας. Η αναγνώριση της παράλειψης φροντίδας συνδέεται με τις υπερωρίες και την ικανοποίηση από την εργασία.

Συμπεράσματα: Στην ογκολογία είναι λιγότερα τα ποσοστά παράλειψης φροντίδας. Επίσης παρατηρείται λιγότερη καταπόνηση από την εργασία.

Λέξεις-κλειδιά: παραλειπόμενη φροντίδα, ποιότητα επαγγελματική ζωής, επαγγελματική κόπωση, compassion fatigue, ογκολογικό νοσοκομείο, νοσηλευτικό προσωπικό

Postgraduate Program

«Organization and Management of Palliative and Supportive Care of the Chronic Patients»

National and Kapodistrian University of Athens

School of Health Sciences

Department of Medicine-Department of Nursing

Postgraduate Thesis

of Alkistis Chamou, RN

Title:

«Exploring the Relationship between Missed Nursing Care and Compassion Fatigue in the Nursing Staff of an Oncology Hospital»

Background: Missed care, the required care that is not provided, is a new indicator of the quality of nursing care. It is affected by the work environment and teamwork in the department, as well as by the personal characteristics of nurses. It is also linked to the nurses' satisfaction with their profession.

Aim: The purpose of this study was to explore the relationship between missed nursing care and compassion fatigue in the staff of one Athens' Oncology Hospital.

Methodology: A convenience sample was used. All nursing staff working in the clinics and outpatient clinics of the hospital was invited to participate in the study. The tools used were MISSCARE Survey Greek Version and Professional Quality of Life-5th Edition (2009). 150 questionnaires were distributed and 116 (77.33%) were completed. The questionnaires were collected in July and August 2018.

Results: The majority of participants were women (94.8%), aged 35-44 years (37.9%). They are graduates of higher education (54.3%). They work either in pathology or in a surgical clinic. Time of work is full time. Missed care averages 1.7 ± 0.60 (1-4.73). In general, patient care is rarely omitted. The most frequently omitted activity is the change in patient position (N = 48, 41.4%), which is sometimes omitted. Both material and human resources, as well as communication and teamwork, are of moderate importance for the lack

of care. Participants had moderate compassion fatigue, moderate occupational fatigue (24.6 ± 5.3) and moderate secondary traumatic stress (25.0 ± 6.6). The level of education is related to the identification of the causes of a lack of care. Recognition of the causes of missed nursing care is also related to the previous work experience, the time spent in the clinic, and job satisfaction. Recognition of missed nursing care is related to the overtime and the job satisfaction.

Conclusion: In oncology, there are lower rates of missed care than in other clinical environment. There is also less compassion fatigue at work.

Key words: missed care, professional quality of life, occupational fatigue, compassion fatigue, oncology hospital, nursing staff

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ	i
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ	4
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	75
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	81
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	109
Περιορισμοί και Αδύνατα Σημεία της Μελέτης	115
Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	116
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	123

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παραλειπόμενη φροντίδα ορίζεται ως «οποιαδήποτε απαιτούμενη πτυχή της φροντίδας των ασθενών που παραλείπεται (εν μέρει ή συνολικά) ή καθυστερεί» και επηρεάζεται από τους παράγοντες που εμπίπτουν στο περιβάλλον φροντίδας, επηρεάζοντας αυτές τις εσωτερικές διεργασίες των νοσηλευτών οι οποίες τους καθοδηγούν να αποφασίσουν ποια νοσηλευτική δραστηριότητα θα πρέπει να ολοκληρωθεί, να χαθεί ή να καθυστερήσει. (Kalisch et al., 2014) Συνδέεται με το περιβάλλον φροντίδας, τον τρόπο λειτουργίας του τμήματος και την προσωπική ηθική του κάθε επαγγελματία. (Vryonides, 2016; Srulovici, 2017) Μπορεί να έχει ως συνέπεια μακροπρόθεσμες επιπλοκές στην πορεία αποκατάστασης της υγείας των ασθενών που δεν φαίνονται άμεσα και αύξηση των απαιτήσεων στη φροντίδα τους. (Kalisch et al., 2009) Για παράδειγμα η παράλειψη αλλαγής θέσης ενός μόνιμα κατακεκλιμένου ασθενή που έχει αδυναμία στη μετακίνηση μπορεί να προκαλέσει κατακλίσεις στον ασθενή, οι οποίες αν δεν φροντιστούν επαρκώς θα μολυνθούν και τελικά η φροντίδα του θα γίνει πιο απαιτητική και ίσως κινδυνεύσει και η ίδια του η ζωή.

Εκτός όμως από τις επιπτώσεις στην ασφάλεια και την υγεία των ασθενών, η παράλειψη της φροντίδας επιδρά άμεσα και στους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές). Αναφέρεται ότι μειώνεται η ικανοποίησή τους από το επάγγελμα, ενώ παράλληλα αυξάνεται το stress και η κόπωση. Άλλοι περιγράφουν ότι έχουν χάσει τον αρχικό τους ενθουσιασμό και την τέχνη του να είσαι νοσηλεύτης. (Harvey et al., 2017) Επιδρά λοιπόν στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής.

Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής είναι η ποιότητα που κάποιος νιώθει σε σχέση με την εργασία του ως βοηθός (προσφορά). Επηρεάζεται τόσο από τα αρνητικά όσο και από τα θετικά στοιχεία ενός επαγγελματικού χώρου. Έχει δύο πτυχές, την θετική (Ικανοποίηση-Compassion Satisfaction) και την αρνητική (Κόπωση-Compassion Fatigue).

Η επαγγελματική Κόπωση (Compassion Fatigue) μπορεί να οριστεί ως το συναισθηματικό κόστος της φροντίδας των άλλων. Περιγράφεται ως η στρεσογόνα αντίδραση που προκύπτει ξαφνικά και χωρίς προειδοποίηση και περιλαμβάνει μία αίσθηση αβοήθητου, απομόνωσης και σύγχυσης. (Showalter, 2010) Προκαλεί την ψυχοσυναισθηματική εξάντληση του επαγγελματία και επηρεάζει τον τρόπο εργασίας του καθώς και τις σχέσεις του με τους άλλους. (Sheppard, 2015) Χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά συναισθήματα όπως η εξάντληση, η απογοήτευση, ο θυμός και η κατάθλιψη, που είναι χαρακτηριστικά της εξουθένωσης. (Stamm, 2010) Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι μία αρνητική αίσθηση που πηγάζει από το φόβο και τα τραύματα που σχετίζονται με την εργασία. Κάποιο τραύμα

στην εργασία μπορεί να είναι άμεσο (πρωτογενές) τραύμα. Σε άλλες περιπτώσεις, το τραύμα που σχετίζεται με την εργασία είναι ένας συνδυασμός τόσο του πρωτογενούς όσο και του δευτερογενούς τραύματος.

Η Επαγγελματική Ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως η ικανοποίηση του επαγγελματία που πηγάζει από την ικανότητα να κάνει καλά τη δουλειά του. Προέρχεται από τις συναισθηματικές ανταμοιβές της εργασίας με τους άλλους στον τομέα της υγείας, όπως όταν βελτιώνεται η πορεία της υγείας των ασθενών. (Stamm, 2010) Είναι ένας παράγοντας που εξισορροπεί τον κίνδυνο του Compassion Fatigue και προτείνεται ότι αυτό μπορεί να αντιπροσωπεύει την «ανθεκτικότητα του ανθρώπινου πνεύματος».

Η παράλειψη φροντίδας στους νοσηλευόμενους ασθενείς περιγράφεται ότι εγείρει συναισθήματα όπως θυμό και απογοήτευση στους νοσηλευτές. (Harvey et al., 2017) Τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με την επίδρασή της στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτών προέρχονται από ποιοτικές έρευνες. Η παρούσα έρευνα αναμένεται να περιγράψει με ποσοτικά δεδομένα το φαινόμενο της παραλειπούμενης φροντίδας, τις αιτίες που οδηγούν σε αυτό καθώς και την επίδρασή του στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής, την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των νοσηλευτών.

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της παραλειπούμενης φροντίδας και της επαγγελματικής κόπωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό ενός από τα ογκολογικά νοσοκομεία της Αθήνας. Το stress και η εξουθένωση υπάρχουν ως χαρακτηριστικά του χώρου της ογκολογίας. Το γεγονός της χρόνιας νόσου που καταλήγει στο θάνατο, οι ρυθμοί της εργασίας και γενικότερα οι εξωτερικές πιέσεις λειτουργούν ως παράγοντες πρόκλησης άγχους σε κάθε επαγγελματία. Όταν το άγχος διατηρείται για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει στην εξουθένωση. Η παράλειψη της φροντίδας είναι πιθανόν ένας επιπλέον παράγοντας ο οποίος μπορεί να φορτίσει καθημερινά τους επαγγελματίες. Η σύνδεση μεταξύ της παράλειψης φροντίδας και της επαγγελματικής κόπωσης στο χώρο της ογκολογίας αποτελεί το αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

Στο γενικό μέρος της εργασίας αρχικά περιγράφεται η έννοια της παραλειπούμενης φροντίδας. Αναφέρεται αναλυτικά ο ορισμός. Κατόπιν απαριθμούνται οι όροι που χρησιμοποιούνται στη βιβλιογραφία για να περιγράψουν το φαινόμενο της παράλειψης φροντίδας, τα μοντέλα και οι αντίστοιχες κλίμακες μέτρησης. Στη συνέχεια αναδεικνύεται η σημαντικότητα του προβλήματος της παραλειπούμενης φροντίδας, η συχνότητα που παρατηρείται, οι παράγοντες που την επηρεάζουν και οι αιτίες που την προκαλούν, οι επιπτώσεις που έχει στον κλινικό χώρο και οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση του φαινομένου. Τέλος παρουσιάζεται η επαγγελματική κόπωση (compassion fatigue) ως σημαντικό τμήμα

της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Δίνεται ο ορισμός του όρου compassion fatigue, τα χαρακτηριστικά του, τα στάδια εξέλιξης όταν κάποιος υποφέρει από compassion fatigue. Οι αιτίες που το προκαλούν και οι παράγοντες που το επηρεάζουν καθώς και στρατηγικές για την αντιμετώπισή του.

Κατόπιν ακολουθεί το ειδικό μέρος της εργασίας. Εκεί περιγράφονται ο σκοπός, οι επιμέρους στόχοι, το είδος της μελέτης, ο σχεδιασμός, τα στάδια της μελέτης, η μεθοδολογία και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και τα ηθικά θέματα που αντιμετωπίστηκαν. Στη συνέχεια αναλύονται και συζητούνται τα αποτελέσματα. Τέλος υπάρχουν τα συμπεράσματα, οι περιορισμοί της μελέτης καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας πιστεύω ακράδαντα ότι είναι μια μεγάλη ευκαιρία για μένα ως νοσηλεύτρια με ειδίκευση στην Ανακουφιστική Φροντίδα δεδομένου ότι έχω μια μοναδική ευκαιρία να αποκτήσω περισσότερες γνώσεις και να διευρύνω τους ορίζοντές μου σχετικά με την Παραλειπούμενη Φροντίδα και πώς αυτή επηρεάζει την Επαγγελματική Κόπωση.

ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η Έννοια της Παραλειπούμενης Φροντίδας

1.1. Παραλειπούμενη Φροντίδα –Ορισμός

Η παραλειπούμενη φροντίδα (missed nursing care) ορίζεται ως «οποιαδήποτε απαιτούμενη πτυχή της φροντίδας του ασθενούς παραλείπεται (εν μέρει ή τελείως) ή καθυστερεί» και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες στο περιβάλλον φροντίδας ενώ επηρεάζει τις διαδικασίες του νοσηλευτικού ιδρύματος και των νοσηλευτών που τους καθοδηγούν να αποφασίσουν ποια νοσηλευτική δραστηριότητα πρέπει να ολοκληρωθεί, να χαθεί ή να καθυστερήσει. Έχει μεγάλη επίδραση στην ασφάλεια και την υγεία των ασθενών και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Η παράλειψη φροντίδας είναι ένα λάθος παράλειψης. Η κίνηση σχετικά με τη διασφάλιση της ασφάλειας των ασθενών έχει ταυτοποιήσει δύο κατηγορίες λαθών, τα λάθη μέσα από τις πράξεις (όπως χορήγηση λάθος φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή) και τα λάθη λόγω παράλειψης (όπως παράλειψη της στοματικής φροντίδας του ασθενούς). (Kalisch, 2009).

Το φαινόμενο της παράλειψης φροντίδας ταυτοποιήθηκε πρώτα από την Kalisch (2006) σε μία ποιοτική έρευνα σχετικά με την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας. Διεξήχθησαν 25 ομάδες συνεντεύξεων (focus groups) με νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών και γραμματείς μονάδων σε δύο νοσοκομεία. Διαπιστώθηκε ότι 9 στοιχεία της φροντίδας παραλείπονταν συστηματικά. Αυτά ήταν τα εξής: κινητοποίηση του ασθενούς, αλλαγή θέσης, καθυστέρηση ή παράλειψη της σίτισης, εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών, πλάνο εξόδου από το νοσοκομείο, συναισθηματική στήριξη, υγιεινή, καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων, παρακολούθηση. Σκιαγραφήθηκαν 7 λόγοι οι οποίοι οδηγούσαν στην παράλειψη της φροντίδας και αυτοί ήταν οι εξής: έλλειψη προσωπικού, μη αποτελεσματική χρήση του υπάρχοντος προσωπικού, απαιτούμενος χρόνος για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, έλλειψη συνεργασίας στα μέλη της ομάδας, αναποτελεσματική ανάθεση εργασιών, συνήθεια και άρνηση.

1.2. Παραλειπόμενη φροντίδα – Ορολογία

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς διαφορετικοί όροι με παρόμοιο νόημα για την περιγραφή της παράλειψης φροντίδας. Ο πρώτος όρος “Nursing Care Left Undone” (νοσηλευτική φροντίδα που απομένει) χρησιμοποιήθηκε από την Aiken και τους συνεργάτες (2001) σε μία έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν ότι επενδύουν χρόνο ώστε να διεκπεραιώσουν δραστηριότητες που δεν άπτονται των καθηκόντων τους και δεν απαιτούν επιστημονική κατάρτιση (όπως καθαριότητα δωματίων, μεταφορά φαγητού), ενώ παράλληλα νοσηλευτικές δραστηριότητες που απαιτούν νοσηλευτικές ικανότητες και επιστημονική κατάρτιση (όπως στοματική υγιεινή, φροντίδα σώματος, εκπαίδευση, διασφάλιση άνεσης) συχνά παραμένουν ανεκπλήρωτες.

Κατόπιν η Sochalski (2004) σε μία έρευνα χρησιμοποίησε τον όρο “Unfinished Nursing Care/ Tasks Undone” (ημιτελής νοσηλευτική φροντίδα/ ανολοκλήρωτες εργασίες), ζητώντας από τους νοσηλευτές να επιλέξουν από μία λίστα 7 εργασιών ποιες από αυτές παρέλειψαν στην τελευταία τους βάρδια εξαιτίας της έλλειψης χρόνου. Στη λίστα περιλαμβάνονταν παρεμβάσεις όπως εκπαίδευση και συμβουλευτική του ασθενούς, φροντίδα στόματος και δέρματος, καταγραφή των προβλημάτων και των παρεμβάσεων στον ασθενή, σχέδιο εξόδου από την κλινική.

Το 2007 η Schubert και οι συνεργάτες της χρησιμοποίησαν τον όρο “Implicit Rationing of Nursing Care” (έμμεσος περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας) ο οποίος ορίστηκε ως εξής: η παρακράτηση ή αδυναμία εκτέλεσης των απαραίτητων νοσηλευτικών καθηκόντων ή της νοσηλευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς εξαιτίας της έλλειψης πόρων (προσωπικό, δεξιότητες, χρόνος). Ως απαραίτητα νοσηλευτικά καθήκοντα αναφέρονται μία ομάδα νοσηλευτικών δραστηριοτήτων ή παρεμβάσεων οι οποίες είναι ευρέως αναγνωρισμένες ως σημαντικές για τον ασθενή ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις εξής κατηγορίες: επίβλεψη, θεραπεία, υποστήριξη, πρόληψη και προφύλαξη, κινητοποίηση και αποκατάσταση, εκπαίδευση, τεκμηρίωση της νοσηλευτικής πρακτικής. Επηρεάζονται από τα επαγγελματικά στάνταρ, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα πολιτιστικά χαρακτηριστικά της εκάστοτε περιοχής ή χώρας.

Το 2006 η Kalisch ορίζει το “Missed Nursing Care” (παραλειπόμενη νοσηλευτική φροντίδα). Όπως προαναφέρθηκε, η παραλειπόμενη φροντίδα (missed nursing care) ορίζεται ως «οποιαδήποτε απαιτούμενη πτυχή της φροντίδας του ασθενούς παραλείπεται (εν μέρει ή τελείως) ή καθυστερεί» και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες στο περιβάλλον

φροντίδας ενώ επηρεάζει τις διαδικασίες του νοσηλευτικού ιδρύματος και των νοσηλευτών που τους καθοδηγούν να αποφασίσουν ποια νοσηλευτική δραστηριότητα πρέπει να ολοκληρωθεί, να χαθεί ή να καθυστερήσει. Έχει μεγάλη επίδραση στην ασφάλεια και την υγεία των ασθενών και επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Η παράλειψη φροντίδας είναι ένα λάθος παράλειψης.

Ο όρος “Task Incompletion” (μη ολοκλήρωση εργασιών) χρησιμοποιήθηκε από τους Al-Kandari F. και Thomas D. το 2009. Οι συγγραφείς στην έρευνά τους όρισαν το “Incomplete nursing care activity/ task” ως οποιαδήποτε νοσηλευτική δραστηριότητα απαιτείται για τη φροντίδα του ασθενούς, αλλά την οποία η νοσηλεύτρια αδυνατούσε να εκτελέσει ολοκληρωμένα κατά τη διάρκεια της βάρδιας.

Την ίδια χρονιά (2009) ο Lucero και οι συνεργάτες του δημοσιεύουν τον όρο “Unmet Nursing Care Needs” (ανικανοποίητες ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας) αναφερόμενοι στις νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρόλο που θεωρούνται απαραίτητες από τις εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες, παραμένουν ανολοκλήρωτες κατά τη διάρκεια της τελευταίας τους βάρδιας εξαιτίας της έλλειψης του διαθέσιμου χρόνου.

Το 2014 ο Ausserhofer και οι συνεργάτες του χρησιμοποίησαν τον όρο “Bedside Rationing/Care Left Undone” (φροντίδα που έμεινε ανολοκλήρωτη) με την ίδια σημασία που έχει το “Implicit Rationing of Nursing Care”. Δηλαδή ορίστηκε ως η παρακράτηση ή αδυναμία εκτέλεσης των απαραίτητων νοσηλευτικών καθηκόντων ή νοσηλευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς εξαιτίας της έλλειψης πόρων (προσωπικό, δεξιότητες, χρόνος).

1.3. Μοντέλα Παραλειπούμενης Φροντίδας

Επιπλέον, διαφορετικά μοντέλα περιγράφουν τη διαδικασία παράλειψης φροντίδας. Αυτά είναι τα ακόλουθα:

“Tasks Undone” (εργασίες που δεν έγιναν) από τους Lucero et al., 2009 (Παράρτημα, Εικόνα 1). Βασίζεται στο Μοντέλο “Process of Care and Outcomes” εντάσσει τα στοιχεία δομή-διαδικασία-αποτελέσματα και αποτελέσματα στην ποιότητα υγείας. Αυτό το μοντέλο αναδεικνύει μία προσωρινή σχέση ανάμεσα στο περιβάλλον φροντίδας, τους παράγοντες του ασθενή, τη διαδικασία φροντίδας και τα αποτελέσματα. Το περιβάλλον φροντίδας, οι παράγοντες του ασθενή και η διαδικασία φροντίδας έχουν ευθεία σχέση με τα αποτελέσματα. Τα παραδοσιακά δομικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού και νοσοκομειακού οργανισμού

ενσωματώνονται στο περιβάλλον φροντίδας. Η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί ως μία λειτουργία επίβλεψης για την άμεση διάγνωση της επιβάρυνσης της υγείας του ασθενούς.

“Implicit Rationing of Care” (έμμεσος περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας) από τους Schubert et al., 2007 (Παράρτημα, Εικόνα 2). Ο περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας συμβαίνει κατά τη διαδικασία της φροντίδας όταν οι νοσηλευτικοί πόροι δεν επαρκούν ώστε να παρέχουν ό,τι θεωρείται απαραίτητο στη φροντίδα των ασθενών. Οι ακριβείς λεπτομέρειες της παράλειψης εξαρτώνται από τις ατομικές διαδικασίες ατομικής απόφασης και κριτικής. Η έκταση της παράλειψης εκφράζεται με τον αριθμό και το επείγον των απαραίτητων νοσηλευτικών διαδικασιών που δεν γίνονται. Επηρεάζεται από τη διαθεσιμότητα των πόρων της νοσηλευτικής μονάδας ώστε να εκπληρωθούν οι ανάγκες φροντίδας των ασθενών και αυξάνεται όταν υπερβαίνουν τη δυνατότητα. Ανισορροπίες μπορεί να γίνουν εξαιτίας οργανικών και ατομικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, της κρίσης και της ιεράρχησης αναγκών σε συνδυασμό με το triage.

Η νοσηλευτική φροντίδα εξαρτάται από την επίλυση προβλημάτων και τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς, αναγνώριση των σχετιζόμενων προβλημάτων, σχεδιασμό της αναγκαίας νοσηλευτικής φροντίδας (μέτρα και παρεμβάσεις), εφαρμογή και αξιολόγηση της φροντίδας. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης διαδικασίας, κάθε νοσηλεύτρια πρέπει να αξιολογήσει τις ανάγκες κάθε ασθενούς και να κρίνει και να αποφασίσει αν θα εφαρμόσει πιστά ή θα προσαρμόσει το υπάρχον πλάνο φροντίδας. Βασιζόμενη στο γενικότερο φόρτο εργασίας του τμήματος, στις ανάγκες και στις προτιμήσεις του ασθενούς, η νοσηλεύτρια τότε πρέπει να αξιολογήσει αν υπάρχουν επαρκείς νοσηλευτικοί πόροι ώστε να παρέχει την αναγκαία φροντίδα σε όλους τους ασθενείς, ή αν χρειάζεται να παραλείψει την αναγκαία νοσηλευτική φροντίδα από κάποιους ασθενείς. Μπορεί να αναμένεται ότι, πριν η νοσηλεύτρια παραλείψει τις απαραίτητες νοσηλευτικές δραστηριότητες, θα προσπαθήσει να χρησιμοποιήσει άλλες πιθανότητες, όπως η ανάθεση της εργασίας σε κάποιον επαγγελματία, χαμηλότερη εκτέλεση ή απλή αναβολή της εργασίας.

“Missed Care” (παραλειπούμενη φροντίδα) δημοσιεύτηκε από την Kalisch το 2006 (Παράρτημα, Εικόνα 3). Το συγκεκριμένο μοντέλο βασίζεται στο Μοντέλο του Donabedian που αφορά τη δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα. Περιλαμβάνει τρεις τομείς: τη δομή (νοσοκομείο, κλινική, χαρακτηριστικά του προσωπικού, ομαδική εργασία), τη διαδικασία (παράλειψη φροντίδας) και τα αποτελέσματα (αποτελέσματα στο προσωπικό,

περιλαμβάνοντας την ικανοποίηση από την εργασία με την παρούσα θέση και την παρούσα απασχόληση, και αποτελέσματα στους ασθενείς, όπως πτώσεις, ποσοστά λοιμώξεων, συχνότητα εμφάνισης ελκών πίεσης).

Το πιο πρόσφατο μοντέλο είναι το “Failure to Maintain” (Αποτυχία διατήρησης) των Bail και Grealish, το οποίο δημοσιεύτηκε το 2016 (Παράρτημα, Εικόνα 4). Η «αποτυχία διατήρησης» είναι η ανεπαρκής παροχή βασικής νοσηλευτικής φροντίδας για ένα ηλικιωμένο άτομο στο νοσοκομείο η οποία έχει ως αποτέλεσμα μια από τις τέσσερις επιπλοκές-κλειδιά (λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, έλκη πίεσης, πνευμονία, ντελίριο) που συμβαίνουν πιο συχνά στους ηλικιωμένους με άνοια. Αυξάνουν σημαντικά το κόστος φροντίδας και είναι χρήσιμοι δείκτες για την ποιότητα της νοσοκομειακής απόδοσης. Οι συγκεκριμένες επιπλοκές μπορούν δυνητικά να προβλεφθούν. Ωστόσο, η φροντίδα που συμβάλλει στην πρόληψή τους (κινητοποίηση, ενυδάτωση, διατροφή, επικοινωνία) συχνά παραλείπεται ή μένει ανολοκλήρωτη από τους νοσηλευτές.

Η «αποτυχία διατήρησης» επεκτείνεται σε δύο άλλα πεδία: το “Implicit Rationing of Care” (έμμεσος περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας) και το “Failure to rescue” (αποτυχία διάσωσης) ως μέτρα ποιότητας. Η ημιτελής φροντίδα είναι ένα σημαντικό πρόβλημα στα νοσοκομεία διεθνώς. Οι προγνωστικοί παράγοντες της ημιτελούς φροντίδας περιλάμβαναν την αλληλεπίδραση της ομάδας, την επάρκεια των πόρων, το κλίμα ασφάλειας και την επάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού. Επίσης οι στρατηγικές ιεράρχησης των αναγκών των ασθενών από τους νοσηλευτές θέτουν σε κίνδυνο τους ευάλωτους ασθενείς των οποίων οι εκπαιδευτικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες μένουν ανεκπλήρωτες.

Το δεύτερο πεδίο στο οποίο επεκτείνεται το πλαίσιο της «αποτυχίας διατήρησης» πλαίσιο είναι ο όρος “Failure to rescue” (αποτυχία διάσωσης) (θάνατος μετά από επιπλοκές που έχουν γίνει στο νοσοκομείο). Η «αποτυχία διάσωσης» είναι μια έννοια που συνδέεται με μετρήσιμους δείκτες αποτελεσμάτων και είναι διαδεδομένη στην παρακολούθηση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις μέτρησης αποκλείονται οι ασθενείς ηλικίας άνω των 75 ετών οι οποίοι αυξάνουν το δείκτη.

Ανακεφαλαιώνοντας η «αποτυχία διατήρησης» υποδηλώνει ότι ο έμμεσος περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας οδηγεί σε επιπλοκές που έχουν αποκτηθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Το μοντέλο περιγράφει την άμεση σχέση μεταξύ του περιορισμού της νοσηλευτικής φροντίδας, συνδεδεμένο με την φυσική έκπτωση των ικανοτήτων των ηλικιωμένων ασθενών, και των κυριότερων τεσσάρων επιπλοκών σε αυτούς.

1.4. Κλίμακες Μέτρησης Παραλειπούμενης Φροντίδας

Τα περισσότερα εργαλεία αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο τριών βασικών ερευνών. Τα τρία αρχικά ερωτηματολόγια αυτών των ερευνών περιλαμβάνουν: “Tasks Undone – TU” με 7 στοιχεία (Aiken et al., 2001), το “Basel Extent of Rationing of Nursing Care - BERNCA” (Schubert et al., 2007) και το “Missed Nursing Care (MISSCARE) Survey” (Kalisch and Williams, 2009). Όλα τα υπόλοιπα εργαλεία αντιπροσωπεύουν μία μετάφραση, προσαρμογή ή συνδυασμό των αρχικών αυτών εργασιών. Παρόλο που τα εργαλεία που προέκυψαν από κάθε προσέγγιση είναι γενικά παρόμοια, υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των προσεγγίσεων.

Τα κύρια θέματα που καλύπτονται από την πληθώρα εργαλείων είναι 16 και είναι ως εξής: σχεδιασμός, τεκμηρίωση, αξιολόγηση, επιτήρηση, εποπτεία φροντίδας, υγιεινή, διατροφή, σωματική άνεση, κινητικότητα, εξάλειψη, θεραπείες, δοκιμές και διαδικασίες, εκπαίδευση, συναισθηματική και ψυχολογική άνεση, φροντίδα, συντονισμός και σχεδιασμός εξιτηρίου. Δομικές διαφορές στα εργαλεία περιλαμβάνουν: το εύρος και το μέγεθος της καταγραφής των δραστηριοτήτων, τις αναφερόμενες απαντήσεις, το είδος της κλίμακας των απαντήσεων, τον ορισμό της έλλειψης πόρων, τον ορισμό της ανάθεσης καθηκόντων, την αντιλαμβανόμενη σημασία των καθηκόντων και τη βαθμολόγηση. Αναλυτικότερα τα πιο συνηθισμένα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της παραλειπούμενης φροντίδας παρουσιάζονται παρακάτω.

“Tasks Undone – TU” (Aiken et al., 2001). Το πρώτο εργαλείο για την ποσοτική μέτρηση της παράλειψης φροντίδας (TU-7) δημιουργήθηκε για την έρευνα IHORC η οποία ήταν διεθνής με τη συμμετοχή 5 χωρών, ΗΠΑ Καναδάς, Αγγλία, Σκωτία και Γερμανία. Οι χώρες συνεργάστηκαν και δημιούργησαν ένα αρχικό ερωτηματολόγιο το οποίο δέχτηκε ελάχιστες προσαρμογές ανάλογα με τη χώρα στην οποία απευθύνονταν. Οι ερωτήσεις αφορούσαν μία ποικιλία θεμάτων που σχετίζονταν με τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας τους και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται, όπως επίσης και με την ικανοποίηση από την εργασία, τα επαγγελματικά τους σχέδια και το αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι νοσηλευτές καλούνται να απαντήσουν ποιες νοσηλευτικές δραστηριότητες, ανάμεσα στη λίστα των 7 θεμάτων του ερωτηματολογίου, δεν ολοκληρώθηκαν στην τελευταία βάρδια εξαιτίας της έλλειψης του απαραίτητου χρόνου. Τα θέματα που εξετάζονται είναι: εκπαίδευση των ασθενών και συμβουλευτική, στοματική φροντίδα και φροντίδα σώματος, τεκμηρίωση των προβλημάτων του ασθενούς και παρέμβαση, σχέδιο εξόδου. Υπήρξαν αρκετές αναθεωρήσεις του εργαλείου κατά τις οποίες προστέθηκαν επιπλέον θέματα.

“Basel Extent of Rationing of Nursing Care - BERNCA”. Η δημιουργία του εργαλείου BERNCA έγινε στο τμήμα της μελέτης International Hospital Outcomes Study (IHOS) που διεξήχθη στην Ελβετία. Βασίστηκε στο θεωρητικό πλαίσιο “Implicit Rationing of Nursing Care”, όπως επίσης και στα προκαταρκτικά στοιχεία, στην κλινική εμπειρία των μελών της ερευνητικής ομάδας και στο πλαίσιο νοσηλευτικής εκπαίδευσης του ελβετικού Ερυθρού Σταυρού. Δημιουργήθηκε μία αρχική λίστα 20 ερωτήσεων σχετικά με τις απαραίτητες νοσηλευτικές δραστηριότητες που έχουν επισημανθεί από τη βιβλιογραφία και την εμπειρία της ερευνητικής ομάδας ως αυτές που είναι πιο πιθανό να παραληφθούν κατά τη διάρκεια της ανεπάρκειας των νοσηλευτών. Η αρχική λίστα τροποποιήθηκε ελάχιστα. Οι ερωτήσεις της μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 5 βασικές κατηγορίες οι οποίες είναι οι εξής: 1) Δραστηριότητες της καθημερινότητας, 2) Φροντίδα και Υποστήριξη, 3) Αποκατάσταση και Οδηγίες και Εκπαίδευση, 4) Έλεγχος και Ασφάλεια, 5) Τεκμηρίωση. Χρησιμοποιώντας μία 4βαθμη κλίμακα βαθμολόγησης Likert (0=ποτέ, 1=σπάνια, 2=μερικές φορές, 3=συχνά), οι νοσηλευτές αξιολογούν πόσο συχνά αδυνατούσαν να φέρουν εις πέρας τις δραστηριότητες που περιέχονται στη λίστα τις προηγούμενες 7 ημέρες εργασίας. Για να αξιολογηθούν τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, είναι απαραίτητο να υπολογιστεί το συνολικό σκορ της παράλειψης φροντίδας και ο μέσος όρος. Την αρχική έκδοση του εργαλείου ακολούθησε μία αναθεωρημένη έκδοση (BERNCA-R) με περαιτέρω αύξηση των θεμάτων που εξετάζει σε 32 θέματα. Παράλληλα με αυτά τα θέματα, το εργαλείο ρωτά τις νοσηλεύτριες πόσο συχνά αδυνατούν να εκπληρώσουν τις βασικές νοσηλευτικές δραστηριότητες την τελευταία εργασιακή εβδομάδα εξαιτίας της έλλειψης του αναγκαίου χρόνου, της ανεπάρκειας του προσωπικού και/ή της απαραίτητης εκπαίδευσης. Κάθε θέμα βαθμολογείται σε κλίμακα τύπου Likert (η δραστηριότητα δεν απαιτήθηκε=0, ποτέ=1, σπάνια=2, μερικές φορές=3, συχνά=4).

“Unmet Nursing Care Needs” (Sochalski, 2004). Αυτό το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με βάση τις ομάδες εστίασης των πτυχιούχων νοσηλευτών οξείας φροντίδας. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν νοσηλευτικές παρεμβάσεις που σχετίζονται με τη συνολική διαδικασία φροντίδας που αν δεν εκπληρωθούν θα υποβιβάσουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τις ακόλουθες επτά δραστηριότητες: εκπαίδευση των ασθενών ή της οικογένειας, προετοιμασία των ασθενών και των οικογενειών τους για την έξοδο από το νοσοκομείο, άνεση/επικοινωνία με τους ασθενείς, επαρκής καταγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας, μασάζ στην πλάτη και φροντίδα δέρματος, στοματική υγιεινή και ανάπτυξη ή επικαιροποίηση των σχεδίων νοσηλευτικής φροντίδας. Οι

ερωτηθέντες καλούνται να επιλέξουν ποιες από τις δραστηριότητες που περιγράφονται ήταν απαραίτητες αλλά δεν πραγματοποιήθηκαν εξαιτίας της έλλειψης χρόνου.

“Revised Nursing Work Index - NWI-R” (Αναθεωρημένος Δείκτης Νοσηλευτικής Εργασίας). Μελετάει τα χαρακτηριστικά του επαγγελματικού περιβάλλοντος των νοσηλευτών. "Neonatal Extent of Work Rationing Instrument- NEWRI". Το εργαλείο αυτό προσαρμόστηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί στο περιβάλλον εργασίας της εντατικής νοσηλείας νεογνών. Στο συγκεκριμένο εργαλείο ζητείται να συμπληρωθούν οι εξής τρεις κατηγορίες για κάθε θέμα: συχνότητα που του αποδίδεται, σημαντικότητα, συχνότητα παράλειψης εξαιτίας της έλλειψης χρόνου.

“Perceived Implicit Rationing of Nursing Care - PIRNCA”, (Αντιληπτή υποτιθέμενη καθοδήγηση νοσηλευτικής φροντίδας). Το εργαλείο αυτό προέκυψε από την προσαρμογή του BERNCA, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της παραλειπούμενης νοσηλευτικής φροντίδας από νοσηλευτές που εργάζονται στις ΗΠΑ. Η προσαρμογή του BERNCA περιλάμβανε την αλλαγή της ορολογίας ώστε να αντικατοπτρίζει την καθομιλουμένη γλώσσα που χρησιμοποιείται συνήθως από τους νοσηλευτές στις ΗΠΑ. Επίσης συμπεριλήφθηκαν δραστηριότητες που καθορίζονται ως αρμοδιότητες της νοσηλευτικής πρακτικής όπως αυτές ορίζονται από τους ρυθμιστικούς οργανισμούς των ΗΠΑ. Το προσαρμοσμένο εργαλείο, “Perceived Implicit Rationing of Nursing Care – PIRNCA” περιέχει 31 θέματα, τα οποία χωρίζονται στις εξής κατηγορίες: Βοήθεια με την καθημερινή φροντίδα (8 θέματα), Χορήγηση της συνταγογραφούμενης φαρμακευτικής αγωγής (6 θέματα), Συναισθηματική στήριξη και εκπαίδευση (3 θέματα), Επίβλεψη/επαγρύπνηση (7 θέματα), Συντονισμός φροντίδας και σχέδιο εξόδου (3 θέματα), Τεκμηρίωση (4 θέματα). Οι προτεινόμενες απαντήσεις είναι ίδιες με αυτές του αρχικού ερωτηματολογίου. Η αρχική υπόδειξη δεν άλλαξε σε σχέση με το BERNCA: «Πόσο συχνά κατά τις τελευταίες επτά βάρδιες εργασίας σας αδυνατούσατε να εκτελέσετε, όταν χρειάζοταν, τις δραστηριότητες που ακολουθούν;». (Jones, 2014)

Το ερευνητικό πρόγραμμα “European Registered Nurse Forecasting -RN4CAST” διεξήχθη το 2009 με στόχο να διερευνήσει το νοσηλευτικό περιβάλλον εργασίας, την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, το φόρτο εργασίας, την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση από την εργασία και πώς αυτά συνδέονται με τα αποτελέσματα στους ασθενείς. Στοχεύει να δείξει τι συμβαίνει με την ποιότητα φροντίδας στην περίθαλψη των ασθενών και τα νοσηλευτικά αποτελέσματα όταν διαφοροποιούνται συγκεκριμένες πτυχές του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού (αναλογία νοσηλευτή-ασθενή,

νοσηλευτική εκπαίδευση, μείγμα νοσηλευτικών δεξιοτήτων, περιβάλλον νοσηλευτικής εργασίας). (Sermeus, 2011; Bruyneel, 2009)

Το “MISSCARE Survey” (Kalisch B.J. and Williams R.A., 2009) προέκυψε από μία ποιοτική έρευνα η οποία διεξήχθη από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου του Michigan. Έγιναν εστιασμένες συνεντεύξεις σε 25 ομάδες νοσηλευτικού προσωπικού (νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών) που εργάζονται σε παθολογικά-χειρουργικά τμήματα νοσοκομείου επειγόντων. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν ποιες ενέργειες παραλείπουν συστηματικά και γιατί. Τα θέματα που προέκυψαν από την ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου. Αυτό είναι ένα ερωτηματολόγιο βαθμολογούμενο σε κλίμακα τύπου Likert με 24 στοιχεία στο πρώτο μέρος (στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας) και 17 στοιχεία στο δεύτερο μέρος (αιτίες παράλειψης φροντίδας). Στο πρώτο μέρος ζητείται από τους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν πόσο συχνά παραλείπονται τα συγκεκριμένα στοιχεία της νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. κινητοποίηση ασθενούς τρεις φορές την ημέρα, χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής στην ώρα της, αλλαγή θέσης και γύρισμα, αξιολόγηση του ασθενούς, φροντίδα των ενδοφλέβιων γραμμών, εκπαίδευση του ασθενούς κ.λ.π.). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert 5 βαθμίδων, από «Ποτέ δεν παραλείπεται» μέχρι «Πάντα παραλείπεται». Στο δεύτερο μέρος, οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τους λόγους για τους οποίους η νοσηλευτική φροντίδα παραλείπεται. Βαθμολογείται επίσης με κλίμακα Likert 4 βαθμίδων, από «Δεν αποτελεί λόγο για τις παραλείψεις στη φροντίδα» μέχρι «Σημαντικός λόγος». Αργότερα κυκλοφόρησε αναθεωρημένη έκδοση του συγκεκριμένου εργαλείου με ελάχιστες διαφορές στη δομή του. Επίσης κυκλοφόρησε το εργαλείο προσαρμοσμένο για τους ασθενείς. Δηλαδή συμπληρώνεται από τους ασθενείς οι οποίοι καλούνται να αξιολογήσουν την παράλειψη της φροντίδας τους. Τέλος το συγκεκριμένο εργαλείο έχει μεταφραστεί σε πολλές διαφορετικές γλώσσες και έχει προσαρμοστεί για τη χρήση από τους νοσηλευτές της εκάστοτε χώρας.

Μία έρευνα είχε επεκτείνει τη διερεύνηση της παραλειπούμενης φροντίδας στη μέτρηση των εκτιμήσεων των ασθενών για τη φροντίδα που έλαβαν (ή όχι). Το πρώτο βήμα ήταν να καθοριστεί ποιες πτυχές των νοσηλευόμενων ασθενών θα μπορούσαν να αναφέρουν. Έγιναν διεξοδικές, ημιδομημένες συνεντεύξεις με 39 ασθενείς, οι οποίες αποκάλυψαν τρεις κατηγορίες νοσηλευτικής φροντίδας – αυτές που έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν πλήρως, αυτές που έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν μερικώς και αυτές που δεν έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν. (Kalisch, McLaughlin, & Dabney, 2012) Οι δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας που έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν πλήρως περιλάμβαναν την περιποίηση του στόματος, την ακρόαση, τη συνεχή ενημέρωση, την ανταπόκριση στα

φώτα κλήσεων, την ανταπόκριση σε συναγεμμούς, τη βοήθεια για το γεύμα, την φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της, το λουτρό καθαριότητας. Οι δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας που έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν μερικώς περιελάμβαναν την κινητοποίηση, το σχεδιασμό εξιτηρίου, εκπαίδευση ασθενών, χορήγηση φαρμάκων, αλλαγή θέσης, μέτρηση ζωτικών σημείων και πλύσιμο των χεριών. Τέλος, οι δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας που δεν έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν περιλάμβαναν την αξιολόγηση ασθενών, την παρακολούθηση και την φροντίδα των ενδοφλέβιων γραμμών. Με βάση τα ευρήματα αυτής της ποιοτικής μελέτης, αναπτύχθηκε και δοκιμάστηκε ένα ποσοτικό εργαλείο που εκτιμά την αντίληψη των ασθενών για την παραλειπόμενη φροντίδα, το MISSCARE Survey-Patient. Το μέσο αυτό περιλαμβάνει τρία τμήματα: α) δημογραφικά χαρακτηριστικά και κατάσταση υγείας (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, μόρφωση, οικογενειακή κατάσταση, ημέρες νοσηλείας, κατάσταση υγείας, διάγνωση, ιστορικό ασθενειών), β) στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας και γ) επιπλοκές. Το τμήμα των στοιχείων της νοσηλευτικής φροντίδας περιέχει 13 στοιχεία και χρησιμοποιεί κλίμακες τύπου Likert 5 βαθμίδων για τη μέτρηση της επικοινωνίας και της βασικής φροντίδας (1 = ποτέ, 2 = σπάνια, 3 = μερικές φορές, 4 = συνήθως και 5 = πάντα) και για τη μέτρηση της πραγματοποίησης των ενεργειών την κατάλληλη στιγμή (1 = <5 λεπτά, 2 = 5-10 λεπτά, 3 = 11-20 λεπτά, 4 = 21-30 λεπτά, 5 => 30 λεπτά). Ο μέσος όρος και των 13 στοιχείων χρησιμοποιείται ως συνολική βαθμολογία για την κλίμακα, κυμαινόμενος από 1 έως 5. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει μεγαλύτερο ποσοστό παράλειψης φροντίδας. Στο τμήμα των επιπλοκών οι συμμετέχοντες ρωτούνται: «Έχετε προσωπική εμπειρία από κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα κατά τη διάρκεια αυτής της νοσηλείας;» Τα προβλήματα περιλαμβάνουν πτώσεις, καταστροφή του δέρματος / έλκη πίεσης, σφάλματα στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, λοιμώξεις και ενδοφλέβια ξηρότητα ή εξαγγείωση. Περιλαμβάνεται επίσης μία γενική κατηγορία που ονομάζεται «άλλα προβλήματα». Σε αυτή οι ασθενείς μπορούν να προσθέσουν επιπλέον στοιχεία. Από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση προέκυψαν 3 υποκλίμακες: α) επικοινωνία (5 στοιχεία), β) χρόνος ανταπόκρισης (4 στοιχεία) και γ) βασική φροντίδα (4 στοιχεία). Από τη στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς ανέφεραν περισσότερη παράλειψη νοσηλευτικής φροντίδας στον τομέα της βασικής φροντίδας παρά στην επικοινωνία ή στο χρόνο ανταπόκρισης.

2. Η Σημαντικότητα της Παραλειπούμενης Φροντίδας

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας σχετικές με τη μελέτη λέξεις-κλειδιά. Από τα άρθρα που βρέθηκαν 39 από αυτά περιλήφθησαν σε πίνακες. Περιλαμβάνουν 32 ποσοτικές μελέτες, 5 ποιοτικές και 1 μικτή μελέτη. Οι μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο.

Οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, στην Ελβετία, την Κύπρο και την Αγγλία. Είναι μελέτες που έλαβαν χώρα την τελευταία δεκαετία (2009-2018) πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Αυτές είναι 5 μελέτες και αφορούν τις πρώτες έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με το αντικείμενο της παραλειπούμενης φροντίδας. Η πρώτη μελέτη πραγματοποιήθηκε από την Aiken το έτος 2001. Στις μελέτες συμμετείχαν μεγάλοι πληθυσμοί. Ο μικρότερος είναι 157 άτομα, νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε νοσοκομείο. Ο μεγαλύτερος πληθυσμός είναι 43329 άτομα, μία διεθνής μελέτη σε νοσηλευτικό προσωπικό. Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων στις μελέτες είναι 4700 άτομα. Το εργαλείο που έχει κυρίως χρησιμοποιηθεί είναι το MISSCARE Survey. Επίσης χρησιμοποιήθηκαν τα εξής: PES-NWI/ PES/ NWI, Unmet Nursing Needs, BERNCA, Care Left Undone, PIRNCA, RN4CAST, TU, MISSCARE Survey για ασθενείς. Οι περισσότερες μελέτες είναι περιγραφικές ή διατομεακές. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιούνται προγράμματα στατιστικής ανάλυσης και γίνονται δοκιμασίες επαγωγικής και περιγραφικής στατιστικής.

Οι ποιοτικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, στην Κύπρο και στην Αυστραλία την τελευταία δεκαετία (2006-2016). Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων είναι περίπου 10 άτομα. Στις μελέτες οργανώθηκαν ομάδες εστίασης (focus group) με ημιδομημένες ερωτήσεις, ατομικές συνεντεύξεις με ημιδομημένες ή ανοιχτές ερωτήσεις. Ανοιχτή ερώτηση σε ερωτηματολόγιο η οποία συμπληρώνονταν από τους συμμετέχοντες. Οι προσεγγίσεις ήταν η φαινομενολογική προσέγγιση και η γενική επαγωγική προσέγγιση. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης προγράμματα κατάλληλα για την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.

Οι πίνακες που περιγράφονται αναλυτικότερα τα στοιχεία από την ανασκόπηση των ποσοτικών ερευνών παρατίθενται παρακάτω. Στο Παράρτημα βρίσκεται ο πίνακας που περιγράφει τα αποτελέσματα από την ανασκόπηση των ποιοτικών ερευνών που αφορούν την παράλειψη φροντίδας.

2.1. Συχνότητα Παράλειψης Φροντίδας

Τόσο στις ποιοτικές όσο και στις ποσοτικές έρευνες οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών αναγνωρίζουν και περιγράφουν το είδος και τις δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας που παραλείπονται συχνά, λιγότερο συχνά ή και σπάνια. (Papastavrou et al., 2014; Winters and Neville, 2012) Οι νοσηλευτές είναι αμφιταλαντευόμενοι σχετικά με την εργασία τους. Αναλαμβάνουν την ευθύνη παροχής φροντίδας, την οποία θεωρούν βασικό στοιχείο, ενώ παράλληλα την υποβαθμίζουν σε σχέση με άλλα καθήκοντα ως μη σημαντική. (Harvey et al., 2016)

Πίνακας 1. Ανασκόπηση Μελετών Διερεύνησης της Συχνότητας Παράλειψης Νοσηλευτικής Φροντίδας

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Al-Kandari and Thomas 2009 ΚΟΥΒΕΪΤ	Αξιολόγηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών, των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που γίνονται συνήθως σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, αυτών που μένουν ανολοκλήρωτες σε μία βάρδια.	780 νοσηλευτές εργαζόμενοι στο Κουβέιτ: <ul style="list-style-type: none"> • 417 (53,5%) γενικές παθολογικές • 343 (44%) γενικές χειρουργικές κλινικές • 20 (2,6%) μετακινούμενοι από την παθολογική στη χειρουργική κλινική και το αντίστροφο. 	Μελέτη διερεύνησης. Μέρος ευρύτερης διεθνούς μελέτης που διοργανώθηκε από το ΙΗΟC. Προσαρμογή στο Κουβέιτ του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην ευρύτερη μελέτη που διοργανώθηκε από το ΙΗΟC στις ΗΠΑ.	Συνολικός αριθμός δραστηριοτήτων που εκτελούν οι νοσηλευτές: 56,6±48,5. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Νοσηλευτικές: 44,8±36,8 (21%). ➤ Μη-Νοσηλευτικές: 11,7±15,3 (79%). 44.8% αδυνατεί να εκπληρώσει τα καθήκοντά του κατά τη διάρκεια της βάρδιας. (42% στο παθολογικό & 46% στο χειρουργικό) Συχνά παραλείπεται: επικοινωνία με τους ασθενείς (26,8%), τεκμηρίωση της φροντίδας (23,3%), στοματική υγιεινή (17,7%). Στατιστικά σημαντική διαφορά στην παράλειψη στις διάφορες βάρδιες για την παθολογική και τη χειρουργική κλινική.
Ball et al. 2014 Αγγλία	Περιγραφή της φύσης και της συχνότητας ανολοκλήρωτης φροντίδας. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου επάρκειας προσωπικού και του ποσοστού ποιότητας φροντίδας και ασφάλειας ασθενών όπως δηλώνεται από τους νοσηλευτές.	2917 πτυχιούχοι νοσηλευτές 401 κλινικές: χειρουργικές, παθολογικές, παθολογικές/χειρουργικές. 46 γενικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Διατομεακή μελέτη βασισμένη στο πρωτόκολλο της RN4CAST Ερωτηματολόγια: <ul style="list-style-type: none"> ✓ RN4CAST Survey ✓ Practice Environment Scale (PES) ✓ Ερώτηση για ποιότητα φροντίδας την οποία χρησιμοποίησαν από το Agency for Healthcare Research and Quality's hospital survey ✓ Care Left Undone 	Κατά μέσο όρο παραλείπονται 4 θέματα. Πιο συχνά παραλείπονται: Άνεση/ επικοινωνία με τους ασθενείς (66%), Εκπαίδευση ασθενών (52%) Ανάπτυξη ή ανανέωση νοσηλευτικών σχεδίων φροντίδας (47%) Πιο σπάνια παραλείπονται: Διαχείριση του πόνου (7%) Θεραπευτική αγωγή και διαδικασίες (11%)
Friese et al. 2013 ΗΠΑ	Ποσοτικοποίηση της παράλειψης φροντίδας σε ογκολογικές κλινικές. Σύγκριση με άλλες κλινικές. Παράγοντες που την επηρεάζουν.	2318 συμμετέχοντες (πτυχιούχοι νοσηλευτές & βοηθοί νοσηλευτών) 352 ογκολογικοί, 12 κλινικές 1966	Υπολογισμός της συχνότητας παράλειψης κάθε θέματος Εργαλείο: MISSCARE Survey	Κινητοποίηση , συμμετοχή σε συναντήσεις, στοματική φροντίδα παραλείπονται πιο συχνά. Μικρότερη συχνότητα παράλειψης φροντίδας στις ογκολογικές κλινικές. Ο φόρτος εργασίας και η επάρκεια προσωπικού είναι παράγοντες που επηρεάζουν την παράλειψη

		παθολογικοί/χειρουργικοί, 50 κλινικές 9 νοσοκομεία		φροντίδας.
Gravlin and Bittner 2010 ΗΠΑ	Διερεύνηση της αναφοράς παράλειψης φροντίδας και των αιτιών της από πτυχιούχους νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών και από τους προϊστάμενους των νοσηλευτών.	241/568 (42,4%) πτυχιούχοι νοσηλευτές. 99/232 (42,6%) βοηθοί νοσηλευτών. 16 χειρουργικές κλινικές. 3 νοσοκομεία.	Ποσοτική, περιγραφική έρευνα. Ερωτηματολόγια: MISSCARE Survey, Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για την ανάθεση εργασιών, Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τα χαρακτηριστικά της κλινικής.	Συχνή παράλειψη: κινητοποίηση, αλλαγή θέσης, σίτιση ζεστού φαγητού, στοματική φροντίδα, συμμετοχή σε διεπιστημονικές συναντήσεις. Σπάνια: αξιολόγηση ασθενούς, μέτρηση γλυκόζης, υγιεινή χεριών, σχέδιο εξιτηρίου.
Harvey et al. 2016 Αυστραλία	Διερεύνηση της οξύμωρης θέσης των νοσηλευτών στην παροχή και στην παράλειψη φροντίδας.	7303 νοσηλευτές εργαζόμενοι στην Αυστραλία 91,1% (n=5191/5698) γυναίκες 51% (n=2599/5192) εργάζονται σε γηροκομεία ή σε παθολογικές/χειρουργικές μονάδες 97, 6% (n=5557/5696) ήταν πλήρους απασχόλησης	Πραγματική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που συλλέχθηκαν από μία ανοιχτή ερώτηση σε ερωτηματολόγιο.	Οι νοσηλευτές είναι αμφιταλαντευόμενοι σχετικά με την εργασία τους. Αναλαμβάνουν την ευθύνη παροχής φροντίδας, την οποία θεωρούν βασικό στοιχείο, ενώ παράλληλα την υποβαθμίζουν σε σχέση με άλλα καθήκοντα ως μη σημαντική.
Jones T. 2014 ΗΠΑ	Εκτίμηση των ψυχομετρικών δεδομένων ενός νέου εργαλείου μέτρησης του περιορισμού της φροντίδας (PIRNCA)	226 νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο σε μητροπολιτικό νοσοκομείο. Ανταπόκριση:7%.	Διατομεακή μελέτη Ερωτηματολόγια: PIRNCA (παράλειψη φροντίδας), Essentials of Magnetism (EOM II) (εργασιακό περιβάλλον), Overall Job Satisfaction (ικανοποίηση από την εργασία), Quality of Care (ποιότητα φροντίδας).	Συχνότερα παραλείπονται οι εξής δραστηριότητες: ✓ Έγκαιρη ανταπόκριση στα αιτήματα ✓ Ανασκόπηση της τεκμηρίωσης που συμπληρώνεται από τη διεπιστημονική ομάδα για πληροφορίες σχετικά με τον ασθενή. ✓ Τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας ✓ Υγιεινή ✓ Εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας ✓ Συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη του ασθενούς/ της οικογένειας

Kalisch and Lee 2012a ΗΠΑ	Διαφορές στην παράλειψη φροντίδας μεταξύ νοσοκομείων μαγνήτες και νοσοκομείων που δεν ήταν μαγνήτες: Θέματα που παραλείπονται, αιτίες, παράγοντες πρόβλεψης.	124 χειρουργικές, ενδιάμεσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας και αποκατάστασης κλινικές. 62 (50%) σε νοσοκομεία μαγνήτες. 11 νοσοκομεία, 4 μαγνήτες και 7 που δεν είναι μαγνήτες. 4412 (57,3%) νοσηλευτικό προσωπικό.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSACARE Survey	Παράλειψη στα νοσοκομεία που δεν είναι μαγνήτες: αλλαγή θέσης, προετοιμασία τροφής και σίτιση, τεκμηρίωση, εκπαίδευση ασθενών, στοματική φροντίδα, φροντίδα κεντρικών γραμμών, απάντηση σε κλήση ασθενών, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων, φροντίδα τραυμάτων. Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά: πλύσιμο χεριών και PRN αγωγή.
Kalisch BJ 2009 ΗΠΑ	Σύγκριση, μεταξύ των πτυχιούχων νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών, των αντιλήψεων για την παραλειπόμενη φροντίδα, των αιτιών παράλειψης φροντίδας.	Εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό σε 18 μονάδες ενός νοσοκομείου. Ανταπόκριση 52%, πτυχιούχοι νοσηλευτές (n=633) και βοηθοί νοσηλευτών (n=121).	Μικτή μεθοδολογία: Συλλογή δεδομένων με το ερωτηματολόγιο MISSCARE 4 ομάδες εστίασης (focus group) 2 με πτυχιούχους νοσηλευτές 2 με βοηθούς νοσηλευτών Ημι-δομημένες ερωτήσεις για την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου.	Παραλειπόμενη φροντίδα (στατιστικά σημαντική διαφορά): Στους πτυχιούχους νοσηλευτές 1,71±0,34. Στους βοηθούς νοσηλευτών: 1,49±0,37. Γενικά οι πτυχιούχοι νοσηλευτές αναφέρουν περισσότερη παράλειψη φροντίδας και στα επιμέρους θέματα με στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρόμοια αναφορά για τα θέματα: έγκαιρη χορήγηση φαρμάκων, χορήγηση PRN αγωγής σε 15 λεπτά από το αίτημα, αξιολόγηση ασθενών σε κάθε βάρδια, επαναξιολόγηση ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς, εκπαίδευση για το εξιτήριο.
Kalisch BJ 2006 ΗΠΑ	Εκτίμηση ποιες δραστηριότητες παραλείπονται συστηματικά σε παθολογικά-χειρουργικά τμήματα και ποιοι οι λόγοι για τους οποίους παραλείπονται.	2 νοσοκομεία 107 πτυχιούχοι νοσηλευτές 15 πρακτικοί νοσηλευτές 51 βοηθοί νοσηλευτών	25 ημιδομημένες συνεντεύξεις με ομάδες εστίασης Διάρκεια: 90-120 λεπτά Μαγνητοφώνηση, απομαγνητοφώνηση και αρχική ανάλυση από την ερευνητική ομάδα. Δεύτερη ανάλυση από τη συγγραφέα με χρήση NVivo και με βάση τη θεμελιωμένη θεωρία.	9 δραστηριότητες παραλείπονται συστηματικά: 1) Κινητοποίηση 2) Αλλαγή θέσης 3) Καθυστέρηση ή ακύρωση της σίτισης 4) Εκπαίδευση ασθενών 5) Σχεδιασμός εξιτηρίου 6) Συναισθηματική στήριξη 7) Υγιεινή 8) Καταγραφή προσλαμβανόμενων/ αποβαλλόμενων 9) Παρακολούθηση.
Kalisch et al. 2013a Λίβανο, ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών της.	ΗΠΑ: 633 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 14 χειρουργικές κλινικές.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη Χρήση του εργαλείου	Παράλειψη φροντίδας 1,71±0,34 για ΗΠΑ και 1,31±0,35 για Λίβανο. Περισσότερη ολική παράλειψη φροντίδας παρατηρείται στις ΗΠΑ.

	Σύγκριση με τις ΗΠΑ.	Λίβανο: 114 πτυχιούχοι νοσηλεύτες, εργαζόμενοι σε 18 χειρουργικές, μέσης φροντίδας και εντατικής νοσηλείας κλινικές σε ένα μεγάλο εκπαιδευτικό νοσοκομείο.	MISSCARE Survey στην αγγλική γλώσσα. Αποστολή ερωτηματολογίων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.	Στατιστικά σημαντική διαφορά και στα επιμέρους θέματα στην παράλειψη φροντίδας με αυτή του Λίβανου να είναι μικρότερη. Τα θέματα που δεν είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά ήταν: συναισθηματική στήριξη, σχέδιο εξιτηρίου, αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια.
Kalisch et al. 2012b ΗΠΑ	Εκτίμηση των στοιχείων της παραλειπούμενης φροντίδας που μπορούν να αναφέρουν οι ασθενείς. Ενδοσκόπηση στην έκταση και τον τύπο της παράλειψης φροντίδας που βιώνεται από τους ασθενείς.	38 ασθενείς Ηλικία 29-89 ετών 7 διαφορετικά τμήματα φροντίδας ασθενών 1 νοσοκομείο επείγουσας φροντίδας	Σε βάθος, ημιδομημένες, προσωπικές συνεντεύξεις με ανοιχτές και διαδραστικές ερωτήσεις Ιούλιος-Αύγουστος 2011 Φαινομενολογική προσέγγιση	3 κατηγορίες δραστηριοτήτων διαπιστώθηκαν: 1) Οι πλήρως αναφερόμενες, τις οποίες οι ασθενείς μπορούν να αξιολογήσουν 2) Οι μερικές αναφερόμενες, τις οποίες οι ασθενείς μπορούν με κάποιο τρόπο να αξιολογήσουν 3) Οι μη αναφερόμενες, τις οποίες οι ασθενείς δεν μπορούν να αξιολογήσουν. ✓ Συχνότερα παραλείπονται: Φροντίδα στόματος, ακρόαση, ενημέρωση, κινητοποίηση, σχέδιο εξιτηρίου, εκπαίδευση ασθενούς. ✓ Μερικές φορές παραλείπονται: Ανταπόκριση σε κλήσεις, ανταπόκριση σε καμπανάκι, βοήθεια στα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και παρακολούθηση της ανταπόκρισης, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αλλαγή θέσης. ✓ Σπάνια παραλείπονται: Λουτρό καθαριότητας, μέτρηση ζωτικών σημείων, υγιεινή χεριών.
Kalisch et al. 2011a ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παράλειψης φροντίδας σε διαφορετικά νοσοκομεία και των αιτιών της.	4086 νοσηλευτικό προσωπικό, 3143 πτυχιούχοι νοσηλεύτες 943 βοηθοί νοσηλευτών, εργαζόμενοι σε παθολογικές, χειρουργικές, μέσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSCARE Survey	Παράλειψη φροντίδας: 1,56±0,4. Σπάνια παραλείπεται η φροντίδα. Συχνά παραλειπούμενα: κινητοποίηση (32,7%), παρακολούθηση συναντήσεων για τη φροντίδα (31,8%) και στοματική φροντίδα (25,5%). Σπάνια παραλειπούμενα: αξιολόγηση ασθενών (97,7%), μέτρηση γλυκόζης (97,6%), ζωτικά σημεία (95,8%). Μη στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων, όσων αφορά τα στοιχεία που

		κλινικές και κλινικές αποκατάστασης. 10 νοσοκομεία. Ανταπόκριση: 59,8%.		παραλείπονται.
Kalisch et al. 2009b ΗΠΑ	Εκτίμηση της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών που οδηγούν στην παράλειψη φροντίδας.	459/1189 πτυχιούχοι νοσηλευτές. Ανταπόκριση: 38,6%. 28 κλινικές (εντατικής θεραπείας, μέσης φροντίδας, καρδιολογικές, χειρουργικές, παθολογικές, νεφρού, ογκολογικές, αποκατάστασης). 3 νοσοκομεία.	Περιγραφική μελέτη. MISSCARE Survey	Οι συμμετέχοντες αναφέρουν τα εξής ποσοστά για την παράλειψη των παρακάτω θεμάτων: Αξιολόγηση (44%) Βασική φροντίδα (73%) Σχεδιασμός φροντίδας (71%) Συχνή παράλειψη: κινητοποίηση (84%), αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της αγωγής (83%), αλλαγή θέσης (82%), στοματική φροντίδα (82%), εκπαίδευση ασθενούς (80%), έγκαιρη χορήγηση της PRN αγωγής (80%). Σπάνια παράλειψη: αξιολόγηση του ασθενούς σε κάθε βάρδια (17%), έλεγχος γλυκόζης (26%), υγιεινή χεριών (30%).
Kalisch et al. 2012c ΗΠΑ	Εκτίμηση αν η παράλειψη στοιχείων φροντίδας οδηγεί σε αυξημένο αριθμό πτώσεων ασθενών.	3432 πτυχιούχοι νοσηλευτές 980 βοηθοί νοσηλευτών 124 κλινικές 11 νοσοκομεία οξείας φροντίδας Ανταπόκριση: 57,3%	Διατομεακή, περιγραφική μελέτη Εργαλεία: ➤ MISSCARE Survey ➤ Δείκτες: Hours per patient day (HPPD), Fall rate	Παράλειψη φροντίδας: 1,50±0,18. HPPD: 11,12±4,55 (6,46-31,99) Πτώσεις: 3,82±2,74 (0-17,8). Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία της ολικής παράλειψης φροντίδας, τόσο περισσότερες ήταν και οι πτώσεις. Οι πτώσεις φάνηκε να συσχετίζονται και με τα εξής θέματα: κινητοποίηση, αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια, ανταπόκριση στις κλήσεις, βοήθεια με την τουαλέτα.
Kalisch et al. 2014 ΗΠΑ	Εκτίμηση της έκτασης και του είδους της παραλειπόμενης φροντίδας όπως αναφέρεται από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους και σύνδεσής της με ανεπιθύμητες εκβάσεις.	Διατομεακή περιγραφική μελέτη 729 νοσηλευόμενοι ασθενείς 20 τμήματα 2 νοσοκομεία επείγουσας φροντίδας	Εργαλείο MISSCARE Survey για ασθενείς.	Μέσος χρόνος νοσηλείας 7,86±8,83 ημέρες. Ηλικία: 59,76±16,42 έτη. Παράλειψη φροντίδας (ολική κλίμακα): 1,82±0,62. Οι ασθενείς αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό παράλειψης στον τομέα της βασικής φροντίδας (2,29±1,06) σε σύγκριση με την επικοινωνία (1,69±0,71) και το χρόνο ανταπόκρισης (1,52±0,64). Τα 5 στοιχεία που παραλείπονται πιο συχνά: Φροντίδα στόματος (50,3%), Κινητοποίηση (41,3%), Μεταφορά από το κρεβάτι στην καρέκλα

				(38,8%). Πληροφόρηση σχετικά με εξετάσεις/διαδικασίες (27%) και Λουτρό καθαριότητας (26,4%) Τα στοιχεία που παραλείπονται λιγότερο: Μη ακρόαση των ασθενών, Μη ανταπόκριση στις κλήσεις με φως, Μη ανταπόκριση στο βομβητή , Αιτήματα που δεν εκπληρώθηκαν, Μη βοήθεια στο λουτρό καθαριότητας.
Lucero et al. 2009 ΗΠΑ	Περιγραφή των αναφορών πτυχιούχων νοσηλευτών σχετικά με τις νοσηλευτικές ανάγκες ασθενών που δεν καλύπτονται. Σύγκριση της ποιότητας φροντίδας ανάμεσα στα νοσοκομεία.	10184 πτυχιούχοι νοσηλευτές. 168 νοσοκομεία οξείας φροντίδας στην Πενσυλβανία των ΗΠΑ.	Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν το 1999. Εργαλεία: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), Unmet Nursing Care Needs	Οι δραστηριότητες που παραλείπονται συχνότερα είναι: <ul style="list-style-type: none"> • Ανάπτυξη ή αναθεώρηση του πλάνου φροντίδας (42%) • Επικοινωνία με τους ασθενείς (40,3%) • Μασάζ στην πλάτη και φροντίδα δέρματος (31,7%) • Εκπαίδευση ασθενούς και οικογένειας (28,5%) • Επαρκής τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας (21,4%) • Υγιεινή στόματος (20,8%) • Πλάνο εξόδου/ Εκπαίδευση (12,9%)
Lucero et al. 2010 ΗΠΑ	Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των νοσηλευτικών αναγκών που δεν ικανοποιούνται και των επιπλοκών σε ασθενείς.	10184 πτυχιούχοι νοσηλευτές 168 νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων από διατομεακή μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1999	Μη εκπληρωμένες νοσηλευτικές ανάγκες: 1,9±0,5 (0,2-3,5). Οι νοσηλευτικές ανάγκες δεν εκπληρώνονται σε μέτριο βαθμό. Πιο αναλυτικά οι ανάγκες που δεν εκπληρώνονται με τις αντίστοιχες βαθμολογίες είναι οι εξής: <ul style="list-style-type: none"> Ανάπτυξη και αναθεώρηση των πλάνων φροντίδας 41±13 (8-74) Άνεση/επικοινωνία με τους ασθενείς 40±10 (7-69) Φροντίδα δέρματος/ μασάζ στην πλάτη 30±13 (0-69) Εκπαίδευση ασθενούς ή οικογένειας 29±11 (0-67) Επαρκής τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας 22±9 (0-42) Στοματική υγιεινή 20±10 (0-66) Προετοιμασία των ασθενών για το εξιτήριο 12±6 (0-26)

Morin and Leblanc 2005 Καναδάς	Εκτίμησης πώς οι νοσηλευτές κατανέμουν τις ώρες εργασίας, ποιες ανάγκες δεν ικανοποιούνται και αν αυτό ποικίλει ανάλογα με τον προφίλ των ασθενών.	104/167 πτυχιούχοι νοσηλευτές Ανταπόκριση: 62,3%	Περιγραφική μελέτη Δραστηριότητες που εξετάζονται: σίτιση, περιορισμός, προσωπική φροντίδα, κινητικότητα, θεραπεία, διαγνωστικές μέθοδοι, επικοινωνία. Συμπλήρωση 3 καρτών, που έχουν από μία περίπτωση η κάθε μία, ανάλογα με το χρόνο που αφιερώνουν σε κάθε δραστηριότητα.	Συνήθως διασφαλίζεται η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και οι διαγνωστικές διαδικασίες, σύμφωνα με τη συνταγογράφηση. Ακολουθούν η σίτιση και ο περιορισμός. Τέλος, πιο σπάνια παραλείπεται η κινητοποίηση, οι δραστηριότητες προσωπικής φροντίδας και η επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.
Papastavrou et al. 2016 Κύπρος	Εκτίμηση της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών της σε ογκολογικές κλινικές.	157 πτυχιούχοι νοσηλευτές (91,8%) εργαζόμενοι σε ογκολογικές κλινικές της Κύπρου.	Εργαλείο MISSCARESurvey	Συχνότητα παράλειψης φροντίδας: 2.31. Οι συχνότερα παραλειπόμενες ενέργειες: αλλαγή θέσης (66.9%), κινητοποίηση (49,1%), φροντίδα στόματος (61,1%), εκπαίδευση (37,6%), συναισθηματική στήριξη (32,5%), παρακολούθηση διεπιστημονικών συναντήσεων (87,9%). Θετική συσχέτιση της παράλειψης με την ικανοποίηση από την εργασία.
Papastavrou et al. 2014 Κύπρος	Διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, με τις παραλείψεις και με τον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.	23 πτυχιούχοι νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία των τριών μεγαλύτερων πόλεων στην Κύπρο. 17 γυναίκες και 6 άνδρες. Ηλικία: 24-48 έτη.	4 ομάδες εστίασης (focus group), οι οποίες διήρκεσαν 46-75 min.	4 θέματα αναδείχθηκαν: 1. Ιεράρχηση στην παροχή φροντίδας. 2. Επαγγελματικοί ρόλοι, αρμοδιότητες και σύγκρουση ρόλων. 3. Παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας. 4. Αντιλαμβανόμενες επιπτώσεις λόγω περιορισμού της φροντίδας.
Tschannen et al. 2010 ΗΠΑ	Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της διεργασίας νοσηλευτικής φροντίδας με το δείκτη αντικατάστασης των νοσηλευτών και με την πρόθεση αποχώρησης.	Πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 110 κλινικές: παθολογική-χειρουργική, αποκατάστασης, μέσης φροντίδας, εντατικής νοσηλείας 10 νοσοκομεία οξείας	Διατομεακή περιγραφική μελέτη MISSCARESurvey	Παράλειψη φροντίδας: 1,55±0,19 HPPD: 11,16±4,55 (6,5-32) Προσόντα: 0,75±0,15 (0,39-1,00) Αντικατάσταση προσωπικού: 1% (0%-8%) Πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα: 19,2% (0%-64%)

		φροντίδας		
Vryonides et al. 2016 Κύπρος	Περιγραφή των ειδών ηθικού κλίματος στις μονάδες καρκινοπαθών ενηλίκων και συσχετίσή τους με την παράλειψη φροντίδας.	Νοσηλευτές εργαζόμενοι σε ογκολογικές μονάδες στην Κύπρο.	Περιγραφική μελέτη συσχετίσεων Ερωτηματολόγια: EthicalClimateQuestionnaire, MISSCARE Survey Tool	Τύποι ηθικού κλίματος σύμφωνα με τους οποίους λειτουργούσαν τα τμήματα: φροντιστικός (3,18±1,39), νόμος και κώδικας (3,18±0,96), κανόνες (3,17±0,73), συντελεστικός (2,88±1,34), ανεξάρτητος (2,74±0,94). Η μέση συχνότητα παράλειψης φροντίδας είναι 2,51±0,90. Η φροντίδα παραλείπεται σπάνια έως μερικές φορές. Θετική συσχέτιση της παράλειψης φροντίδας με το συντελεστικό και τον ανεξάρτητο τύπο. Όσο περισσότερο κυριαρχούν οι συγκεκριμένοι τύποι ηθικού κλίματος, τόσο περισσότερο παραλείπεται η φροντίδα και το αντίστροφο. Αντίθετα παρατηρείται αρνητική συσχέτιση της παράλειψης φροντίδας με τους εξής τύπους: φροντιστικός, κανόνες και νόμοι και κώδικες. Όσο περισσότερο κυριαρχούν οι συγκεκριμένοι τύποι ηθικού κλίματος, τόσο λιγότερο παραλείπεται η φροντίδα και το αντίστροφο.
Winsett et al. 2016 ΗΠΑ	Εκτίμηση της παράλειψης φροντίδας και των αιτιών της.	Δείγμα ευκολίας από 168 νοσηλευτές εργαζόμενους σε χειρουργικά τμήματα 4 νοσοκομείων.	Περιγραφική μελέτη. Εργαλείο MISSCARESurvey.	Οι δραστηριότητες που παραλείπονται πιο συχνά είναι: η κινητοποίηση σύμφωνα με τις οδηγίες, η έγκαιρη χορήγηση φαρμάκων μέσα σε 30 λεπτά από την καθορισμένη ώρα και η στοματική φροντίδα.
Winters and Neville 2012 Αυστραλία	Εξερεύνηση της παράλειψης φροντίδας χρησιμοποιώντας ποιοτική, περιγραφική προσέγγιση.	5 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε παθολογική και χειρουργική κλινική σε νοσοκομείο της Νέας Ζηλανδίας.	Ατομικές συνεντεύξεις. Ανάλυση με γενική επαγωγική προσέγγιση.	3 κύρια θέματα αναδείχθηκαν: 1. Το είδος της φροντίδας που συνήθως καθυστερεί ή παραλείπεται. 2. Οι αιτίες για τη συστηματική καθυστέρηση ή παράλειψη. 3. Ηθική στενοχώρια
Zuniga et al. 2015 Ελβετία	Διερεύνηση του περιορισμού της φροντίδας στις νοσηλευτικές μονάδες της Ελβετίας.	Οίκοι ευγηρίας σε όλη την Ελβετία 156 εγκαταστάσεις 402 μονάδες 4307 νοσηλευτικό προσωπικό όλων των	Διατομεακή, πολυκεντρική υπο-μελέτη του Swiss Nursing Home Human Resources Project.	Δεν υπάρχει συχνός περιορισμός της φροντίδας στις νοσηλευτικές μονάδες. Οι πιο συχνές δραστηριότητες που θα παραληφθούν είναι η τεκμηρίωση της φροντίδας και η κοινωνική φροντίδα των ενοίκων.

		βαθμίδων	Ερωτηματολόγια: Basel Extent of Rationing Nursing Care (BERNCA), Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), Safety Attitudes Questionnaire, Health Professions Stress Inventory	
--	--	----------	--	--

Όσον αφορά τις νοσηλευτικές δραστηριότητες οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι παραλείπουν πιο συχνά τη στοματική φροντίδα (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Friese et al., 2013; Kalisch and Lee, 2012a; Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Lucero et al., 2010; Kalisch et al., 2009b; Lucero et al., 2009; Al-Kandari and Thomas, 2009) και ακολουθούν η κινητοποίηση (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Friese et al., 2013; Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009b; Morin and Leblanc, 2005) και η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας (Papastavrou et al., 2016; Jones, 2014; Ball et al., 2014; Kalisch and Lee, 2012a; Lucero et al., 2010; Kalisch et al., 2009b; Lucero et al., 2009). Η τεκμηρίωση της φροντίδας (Zuniga et al., 2015; Jones, 2014; Kalisch and Lee, 2012a; Lucero et al., 2010; Lucero et al., 2009; Al-Kandari and Thomas, 2009), η συμμετοχή σε διεπιστημονικές συναντήσεις (Papastavrou et al., 2016; Friese et al., 2013; Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Morin and Leblanc, 2005) και η επικοινωνία με τους ασθενείς (Ball et al., 2014; Lucero et al., 2010; Lucero et al., 2009; Al-Kandari and Thomas, 2009; Morin and Leblanc, 2005) δηλώνονται από αρκετούς νοσηλευτές ότι παραλείπονται συχνά. Συχνή παράλειψη παρατηρείται και στην αλλαγή θέσης (Papastavrou et al., 2016; Kalisch and Lee, 2012a; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009b), στη χορήγηση κατ' επίκληση φαρμακευτικής αγωγής έγκαιρα (Kalisch and Lee, 2012; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009), στη συναισθηματική υποστήριξη (Papastavrou et al., 2016; Jones, 2014; Kalisch et al., 2013a) και στην ανάπτυξη ή αναθεώρηση του πλάνου φροντίδας (Ball et al., 2014; Lucero et al., 2010; Lucero et al., 2009).

Λιγότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι παραλείπουν συχνά την έγκαιρη χορήγηση φαρμάκων, μέσα σε 30 λεπτά από την καθορισμένη ώρα (Winsett et al., 2016; Kalisch, 2009), την απάντηση σε κλήση ασθενών (Jones, 2014; Kalisch and Lee, 2012a), την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων (Kalisch and Lee, 2012a; Kalisch et al., 2009b), το μασάζ στην πλάτη και φροντίδα δέρματος (Lucero et al., 2010; Lucero et al., 2009), την κοινωνική φροντίδα (Zuniga et al., 2015), την φροντίδα κεντρικών γραμμών (Kalisch and Lee, 2012a), την φροντίδα τραυμάτων (Kalisch and Lee, 2012a), την επαναξιολόγηση ασθενών (Kalisch, 2009), την ενημέρωση από το φάκελο του ασθενούς σχετικά με την πορεία του (Jones, 2014), τη φροντίδα των ασθενών γενικότερα (Morin and Leblanc, 2005).

Πιο σπάνια παραλείπονται η αξιολόγηση των ασθενών όταν χρειάζεται (Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009), η μέτρηση της γλυκόζης (Kalisch et al., 2011; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009b) και των ζωτικών σημείων (Kalisch et al., 2011a), η χορήγηση θεραπευτικής αγωγής και η διεκπεραίωση διαγνωστικών και

λοιπών διαδικασιών (Ball et al., 2014; Morin and Leblanc, 2005), η διαχείριση του πόνου (Ball et al., 2014) και ο περιορισμός στο κρεβάτι των διεγερτικών ασθενών (Morin and Leblanc, 2005). Ο έλεγχος της λοίμωξης ανήκει επίσης στις λιγότερο συχνά παραλειπόμενες δραστηριότητες.

Αμφιλεγόμενα αποτελέσματα υπάρχουν σχετικά με τη σίτιση των ασθενών, καθώς μερικοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι παραλείπουν συχνά την προετοιμασία τροφής και τη σίτιση (Kalisch and Lee, 2012a; Gravlin and Bittner, 2010), ενώ άλλοι δηλώνουν ότι τα παραλείπουν σπάνια (Morin and Leblanc, 2005). Το ίδιο παρατηρείται και με την αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια όπου άλλοι δηλώνουν ότι παραλείπεται συχνά (Kalisch et al., 2013a; Kalisch, 2009) και άλλοι σπάνια (Kalisch et al., 2009b). Επίσης με το συντονισμό και σχεδιασμό του εξιτηρίου όπου οι (Kalisch et al., 2013a; Lucero et al., 2010; Kalisch, 2009; Lucero et al., 2009) διαπιστώνουν συχνή παράλειψη, ενώ ο (Gravlin and Bittner, 2010) σπάνια παράλειψη. Τέλος η υγιεινή των χεριών δηλώνεται ως συχνή παράλειψη στους Jones (2014) και Kalisch and Lee (2012a) σπάνια παράλειψη στους Gravlin and Bittner (2010) και Kalisch et al. (2009b).

Στην αρχική ποιοτική έρευνα βάσει της οποίας δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο MISSCARE Survey διαπιστώθηκαν 9 δραστηριότητες παραλείπονται συστηματικά και είναι οι εξής: κινητοποίηση, αλλαγή θέσης, καθυστέρηση ή ακύρωση της σίτισης, εκπαίδευση ασθενών, σχεδιασμός εξιτηρίου, συναισθηματική στήριξη, υγιεινή, καταγραφή προσλαμβανόμενων/ αποβαλλόμενων, παρακολούθηση. (Kalisch, 2006)

Παράλληλα οι ασθενείς αναγνωρίζουν τα εξής σχετικά με την παράλειψη φροντίδας. Συχνότερα παραλείπονται οι ακόλουθες δραστηριότητες: φροντίδα στόματος, ακρόαση, ενημέρωση, κινητοποίηση, σχέδιο εξιτηρίου, εκπαίδευση ασθενούς. Μερικές φορές παραλείπονται: ανταπόκριση σε κλήσεις, ανταπόκριση σε καμπανάκι, βοήθεια στα γεύματα, φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και παρακολούθηση της ανταπόκρισης, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αλλαγή θέσης. Σπάνια παραλείπονται: λουτρό καθαριότητας, μέτρηση ζωτικών σημείων, υγιεινή χεριών. (Kalisch et al, 2012) Σε μία ακόμη έρευνα με πληθυσμό νοσηλευόμενους ασθενείς είχε παρόμοια αποτελέσματα. Τα 5 στοιχεία που παραλείπονται πιο συχνά ήταν η φροντίδα στόματος (50,3%), η κινητοποίηση (41,3%), η μεταφορά από το κρεβάτι στην καρέκλα (38,8%), η πληροφόρηση σχετικά με εξετάσεις/διαδικασίες (27%), το λουτρό καθαριότητας (26,4%). Τα στοιχεία που παραλείπονται λιγότερο ήταν η μη ακρόαση των ασθενών, η μη ανταπόκριση στις κλήσεις με φως, η μη ανταπόκριση στο βομβητή, τα αιτήματα που δεν εκπληρώθηκαν, η μη βοήθεια στο λουτρό καθαριότητας. (Kalisch et al., 2014)

2.2. Παράγοντες που συνδέονται με την Παράλειψη Φροντίδας

Υπάρχει μεγάλος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας. Η παράλειψη φροντίδας διαφοροποιείται ανάλογα με τη χώρα (Kalisch et al., 2013a) και το είδος του νοσοκομείου. (Bragadottir et al., 2016) Το μόνο νοσοκομειακό χαρακτηριστικό που συνδέεται με αυτή είναι η πιστοποίηση του Προγράμματος Αναγνώρισης Μαγνητικού Κέντρου των Αμερικανών Νοσηλευτών (Νοσοκομεία Μαγνήτες) με τη φροντίδα να παραλείπεται λιγότερο στα συγκεκριμένα νοσοκομεία (Kalisch and Lee, 2012a). Επίσης το είδος της κλινικής επηρεάζει την παράλειψη φροντίδας. (Bragadottir et al., 2016) Στατιστικά σημαντική διαφορά μετρήθηκε μεταξύ της παθολογικής και της χειρουργικής κλινικής (Al-Kandari and Thomas, 2009). Στη ΜΕΘ παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό παράλειψης φροντίδας. (Kalisch and Lee, 2010) Οι νεφρολογικές κλινικές παρατηρείται να έχουν περισσότερη παράλειψη φροντίδας. (Kalisch et al., 2009b) Μικρότερη η συχνότητα παράλειψης στις ογκολογικές κλινικές. (Friese et al., 2013)

Πίνακας 2. Ανασκόπηση Μελετών Διερεύνησης των Παραγόντων που σχετίζονται με την Παράλειψη της Νοσηλευτικής Φροντίδας

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Al-Kandari and Thomas 2009 ΚΟΥΒΕΪΤ	Αξιολόγηση του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών, των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων που γίνονται συνήθως σε παθολογικές και χειρουργικές κλινικές, αυτών που μένουν ανολοκλήρωτες σε μία βάρδια.	780 νοσηλευτές εργαζόμενοι στο Κουβέιτ: <ul style="list-style-type: none"> • 417 (53,5%) γενικές παθολογικές • 343 (44%) γενικές χειρουργικές κλινικές • 20 (2,6%) μετακινούμενοι από την παθολογική στη χειρουργική κλινική και το αντίστροφο. 	Μελέτη διερεύνησης. Μέρος ευρύτερης διεθνούς μελέτης που διοργανώθηκε από το ΙΗΟC. Προσαρμογή στο Κουβέιτ του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην ευρύτερη μελέτη που διοργανώθηκε από το ΙΗΟC στις ΗΠΑ.	Αρνητική συσχέτιση της εκπλήρωσης των καθηκόντων με το φόρτο εργασίας (αναλογία νοσηλευτή-ασθενών <5). Θετική συσχέτιση της εκπλήρωσης των καθηκόντων με τη βάρδια. Αρνητική συσχέτιση της ηλικίας και της εκπαίδευσης με την παράλειψη φροντίδας. Το φύλο δεν φαίνεται να έχει ρόλο στην παράλειψη.
Ball et al. 2014 Αγγλία	Περιγραφή της φύσης και της συχνότητας ανολοκλήρωτης φροντίδας. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου επάρκειας προσωπικού και του ποσοστού ποιότητας φροντίδας και ασφάλειας ασθενών όπως δηλώνεται από τους νοσηλευτές.	2917 πτυχιούχοι νοσηλευτές 401 κλινικές: χειρουργικές, παθολογικές, παθολογικές/χειρουργικές. 46 γενικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Διατομεακή μελέτη βασισμένη στο πρωτόκολλο της RN4CAST Ερωτηματολόγια: <ul style="list-style-type: none"> ✓ RN4CAST Survey ✓ Practice Environment Scale (PES) ✓ Ερώτηση για ποιότητα φροντίδας την οποία χρησιμοποίησαν από το Agency for Healthcare Research and Quality's hospital survey ✓ Care Left Undone 	Στη βραδινή βάρδια παραλείπεται λιγότερο η φροντίδα. Όσο μεγαλύτερη βαρύτητα των ασθενών, τόσο αυξάνεται η παράλειψη, Στο θετικό περιβάλλον εργασίας παρατηρείται λιγότερη παράλειψη. Όσο αυξάνεται η αναλογία ασθενών νοσηλευτών, τόσο αυξάνεται και η παράλειψη φροντίδας. Θετική συσχέτισης της επάρκειας προσωπικού με την παράλειψη φροντίδας.
Blackman et al. 2017 Αυστραλία, Κύπρος, Ιταλία	Σύγκριση της συχνότητας και του είδους της παράλειψης φροντίδας μεταξύ των τριών χωρών. Υπάρχουν παράγοντες που βοηθούν στην πρόβλεψη;	1896 νοσηλευτές: 470 από την Αυστραλία, 959 από χειρουργικές και παθολογικές κλινικές σε 6 νοσοκομεία στην Κύπρο, 467 από 12 νοσοκομεία στην Ιταλία	Ερωτηματολόγιο MISSCARE	Η παράλειψη φροντίδας σχετίζεται με την ηλικία, τα τυπικά προσόντα, τη συχνότητα απουσίας από την εργασία και το περιβάλλον εργασίας. Όσο περισσότερα τυπικά προσόντα, τόσο λιγότερη παράλειψη φροντίδας παρατηρείται. Οι νεαρότεροι νοσηλευτές συνδέονται με αυξημένη παράλειψη φροντίδας. Όσο

				περισσότερο αυξάνεται η απουσία από την εργασία, τόσο αυξάνεται και η παράλειψη φροντίδας. Στα επαρχιακά νοσοκομεία παρατηρείται περισσότερη παράλειψη φροντίδας.
Blackman et al. 2014 Αυστραλία	Εκτίμηση της παράλειψης φροντίδας και των παραγόντων που συνδέονται με αυτή.	289 νοσηλεύτριες που εργάζονται στην Αυστραλία.	Μη πειραματική προσέγγιση. Ηλεκτρονική αποστολή και συλλογή του ερωτηματολογίου MISSSCARE.	Η παράλειψη φροντίδας συνδέεται με το είδος της βάρδιας, τη διαθεσιμότητα των πόρων, την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών, το φόρτο εργασίας, την προβλεψιμότητα του φόρτου εργασίας, την ικανοποίηση από την εργασία και την πρόθεσή τους να παραμείνουν στην παρούσα θέση εργασίας. Η δυσκολία στην επικοινωνία αυξάνει την παράλειψη φροντίδας. Η παράλειψη επίσης αυξάνεται όσο αυξάνεται ο φόρτος εργασίας και τα επείγοντα περιστατικά. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία και η περισσότερη διάθεση παραμονής στην εργασία συνδέονται με μειωμένη παράλειψη. Στις πρωινές και τις απογευματινές βάρδιες παρατηρείται περισσότερη παράλειψη.
Bragadottir et al. 2016 Ισλανδία	Διερεύνηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών του νοσοκομείου, της μονάδας, του προσωπικού, της επάρκειας προσωπικού και της ομαδικής εργασίας στην παράλειψη της φροντίδας.	864 πτυχιούχοι νοσηλευτές και πρακτικοί νοσηλευτές 27 παθολογικές, χειρουργικές, και εντατικής νοσηλείας κλινικές 8 νοσοκομεία της Ισλανδίας.	Χρήση των ερωτηματολογίων MISSSCARE Survey-Icelandic και Nursing Teamwork Survey-Icelandic	Η παράλειψη φροντίδας συσχετίζεται με το είδος του νοσοκομείου και της μονάδας, την ηλικία και το ρόλο των νοσηλευτών, την αντίληψή τους σχετικά με την επάρκεια προσωπικού και το επίπεδο ομαδικής εργασίας. Στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα παρατηρείται περισσότερη παράλειψη σε σύγκριση με τις ΜΕΘ. Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά νοσηλευτές και οι πτυχιούχοι καταγράφουν περισσότερη παράλειψη φροντίδας. Όσο πιο επαρκώς

				στελεχωμένο είναι το τμήμα και όσο περισσότερο το επίπεδο της ομαδικής εργασίας τόσο λιγότερη είναι η παράλειψη φροντίδας.
Kalisch and Lee 2012a ΗΠΑ	Διαφορές στην παράλειψη φροντίδας μεταξύ νοσοκομείων μαγνήτες και νοσοκομείων που δεν ήταν μαγνήτες: Θέματα που παραλείπονται, αιτίες, παράγοντες πρόβλεψης.	124 χειρουργικές, ενδιάμεσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας και αποκατάστασης κλινικές. 62 (50%) σε νοσοκομεία μαγνήτες. 11 νοσοκομεία, 4 μαγνήτες και 7 που δεν είναι μαγνήτες. 4412 (57,3%) νοσηλευτικό προσωπικό.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSACARESurvey	Στα νοσοκομεία μαγνήτες αναφέρεται λιγότερη παράλειψη φροντίδας σε σύγκριση με τα νοσοκομεία που δεν είναι μαγνήτες. Παράγοντες που επηρεάζουν είναι η επαγγελματική εμπειρία και η εκπαίδευση του προσωπικού, τα οποία συσχετίζονται θετικά με την παράλειψη φροντίδας.
Kalisch and Lee 2010 ΗΠΑ	Διερεύνηση της επίδρασης της ομαδικής εργασίας στην παράλειψη φροντίδας.	2216 νοσηλευτικό προσωπικό, 1719 πτυχιούχοι νοσηλευτές, 491 βοηθοί νοσηλευτών. 50 μονάδες εντατικής θεραπείας, μέσης φροντίδας, αποκατάστασης και χειρουργικές κλινικές. 4 νοσοκομεία. Ανταπόκριση: 59,7%.	Διατομεακή, περιγραφική μελέτη. Ερωτηματολόγια: <ul style="list-style-type: none"> • NursingTeamwork Survey • MISSCARE Survey 	Η ομαδική εργασία σχετίζεται θετικά με την παράλειψη φροντίδας. Αρνητική συσχέτιση: εμπιστοσύνη, προσανατολισμός της ομάδας, κοινό μοντέλο, ηγεσία, εφεδρείες. Οι βοηθοί νοσηλευτών αναφέρουν λιγότερη παράλειψη σε σχέση με τους πτυχιούχους νοσηλευτές. Θετική συσχέτιση της εργασιακής εμπειρίας με την παράλειψη και αρνητική συσχέτιση της επάρκειας προσωπικού με την παράλειψη.
Kalisch et al. 2013a Λίβανο, ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών της. Σύγκριση με τις ΗΠΑ.	ΗΠΑ: 633 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 14 χειρουργικές κλινικές. Λίβανο: 114 πτυχιούχοι νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε 18 χειρουργικές, μέσης φροντίδας και εντατικής νοσηλείας κλινικές σε ένα μεγάλο εκπαιδευτικό νοσοκομείο.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη Χρήση του εργαλείου MISSCARESurvey στην αγγλική γλώσσα. Αποστολή ερωτηματολογίων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.	Παράγοντες που επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας: χώρα, προϋπηρεσία, βάρδια εργασίας, απουσία από την εργασία, τμήμα εργασίας. Στο Λίβανο παρατηρήθηκε λιγότερη παράλειψη φροντίδας. Θετική συσχέτιση της παράλειψης με την εργασιακή εμπειρία και την απουσία από την εργασία. Στην βραδινή βάρδια αναφέρεται λιγότερη παράλειψη.

				Επίσης στις ΜΕΘ η παράλειψη είναι μικρότερη.
Kalisch et al. 2011a ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παράλειψης φροντίδας σε διαφορετικά νοσοκομεία και των αιτιών της.	4086 νοσηλευτικό προσωπικό, 3143 πτυχιούχοι νοσηλευτές 943 βοηθοί νοσηλευτών, εργαζόμενοι σε παθολογικές, χειρουργικές, μέσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας κλινικές και κλινικές αποκατάστασης. 10 νοσοκομεία. Ανταπόκριση: 59,8%.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSCARE Survey	Παράγοντες που σχετίζονται: εργασιακή εμπειρία, επίπεδο εκπαίδευσης, βάρδια εργασίας, απουσία από την εργασία, φόρτος εργασίας, αντίληψη επάρκειας στελέχωσης. Θετική συσχέτιση της εκπαίδευσης, της εργασιακής εμπειρίας, της απουσίας από την εργασία και του φόρτου εργασίας με την παράλειψη φροντίδας. Αρνητική συσχέτιση με την επάρκεια στελέχωσης. Στη βραδινή βάρδια αναφέρεται λιγότερη παράλειψη φροντίδας.
Kalisch et al. 2009b ΗΠΑ	Εκτίμηση της παραλειπούμενης φροντίδας και των αιτιών που οδηγούν στην παράλειψη φροντίδας.	459/1189 πτυχιούχοι νοσηλευτές. Ανταπόκριση: 38,6%. 28 κλινικές (εντατικής θεραπείας, μέσης φροντίδας, καρδιολογικές, χειρουργικές, παθολογικές, νεφρού, ογκολογικές, αποκατάστασης). 3 νοσοκομεία.	Περιγραφική μελέτη. MISSCARE Survey	Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων. Οι νεφρολογικές κλινικές παρατηρείται να έχουν περισσότερη παράλειψη φροντίδας. Τα προβλήματα στην επικοινωνία αποτελούν αιτία παράλειψης στις νεφρολογικές κλινικές. Θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της παράλειψης φροντίδας.
Kalisch et al. 2014 ΗΠΑ	Εκτίμηση της έκτασης και του είδους της παραλειπούμενης φροντίδας όπως αναφέρεται από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους και σύνδεσής της με ανεπιθύμητες εκβάσεις.	Διατομεακή περιγραφική μελέτη 729 νοσηλευόμενοι ασθενείς 20 τμήματα 2 νοσοκομεία επείγουσας φροντίδας	Εργαλείο MISSCARE Survey για ασθενείς.	Περισσότερη παράλειψη φροντίδας αναφέρουν: <ul style="list-style-type: none"> • Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης • Οι άνθρωποι με περισσότερα προβλήματα υγείας • Όσοι στο παρελθόν έχουν διαγνωστεί ή λάβει θεραπεία για ψυχιατρικά θέματα.
Papastavrou et al.	Διερεύνηση των εμπειριών	23 πτυχιούχοι νοσηλευτές,	4 ομάδες εστίασης (focus group),	4 θέματα αναδείχθηκαν:

2014 Κύπρος	και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, με τις παραλείψεις και με τον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.	εργαζόμενοι σε τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία των τριών μεγαλύτερων πόλεων στην Κύπρο. 17 γυναίκες και 6 άνδρες. Ηλικία: 24-48 έτη.	οι οποίες διήρκεσαν 46-75 min.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ιεράρχηση στην παροχή φροντίδας. 2. Επαγγελματικοί ρόλοι, αρμοδιότητες και σύγκρουση ρόλων. 3. Παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας. 4. Αντιλαμβανόμενες επιπτώσεις λόγω περιορισμού της φροντίδας.
Srulovici E. & Drach-Zahavy A. 2017 Ισραήλ	Εκτίμηση της επίδρασης της προσωπικής ευθύνης και της ευθύνης της κλινικής στην παραλειπόμενη φροντίδα της αρχικής βάρδιας με βάση τις νοσηλεύτριες της αυτής και της επόμενης βάρδιας.	295 νοσηλευτές: <ul style="list-style-type: none"> • 172 της αυτής βάρδιας • 123 της επόμενης βάρδιας 32 νοσηλευτικές κλινικές 8 γενικά δημόσια νοσοκομεία	Διατομεακός σχεδιασμός Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου MISSCARE από τις νοσηλεύτριες της πρώτης και της αμέσως επόμενης βάρδιας.	<p>Η παράλειψη φροντίδας συνδέεται αντιστρόφως με την υψηλή προσωπική συναίσθηση ευθύνης και όχι με αυτή του θαλάμου.</p> <p>Η συναίσθηση ευθύνης του θαλάμου επηρεάζει το σύνολο της παράλειψης φροντίδας.</p> <p>Παρόμοια αναφορά από τις νοσηλεύτριες των δύο βάρδιών.</p>
Tschannen et al. 2010 ΗΠΑ	Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της διεργασίας νοσηλευτικής φροντίδας με το δείκτη αντικατάστασης των νοσηλευτών και με την πρόθεση αποχώρησης.	Πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 110 κλινικές: παθολογική-χειρουργική, αποκατάστασης, μέσης φροντίδας, εντατικής νοσηλείας 10 νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Διατομεακή περιγραφική μελέτη MISSCARE Survey	<p>Παράγοντας που συνδέεται με την αντικατάσταση του προσωπικού είναι το φύλλο. Όσο μεγαλύτερο ήταν το ποσοστό των γυναικών στο τμήμα, τόσο μικρότερη η διάθεση για αποχώρηση.</p> <p>Παράγοντες που συνδέονται θετικά με τη διάθεση για αποχώρηση είναι: παράλειψη φροντίδας, απουσία από την εργασία.</p> <p>Αρνητική συσχέτιση της διάθεσης για αποχώρηση έχουν η ηλικία και οι υπερωρίες.</p>
Zuniga et al. 2015 Ελβετία	Διερεύνηση του περιορισμού της φροντίδας στις νοσηλευτικές μονάδες της Ελβετίας.	Οίκοι ευγηρίας σε όλη την Ελβετία 156 εγκαταστάσεις 402 μονάδες 4307 νοσηλευτικό προσωπικό όλων των βαθμίδων	Διατομεακή, πολυκεντρική υπο-μελέτη του Swiss Nursing Home Human Resources Project. Ερωτηματολόγια: Basel Extent of Rationing Nursing Care (BERNCA),	<p>Η επάρκεια προσωπικού, η ομαδική εργασία, το κλίμα ασφάλειας και το στρες στον εργασιακό χώρο σχετίζονται αρνητικά με τον περιορισμό της φροντίδας. Όσο πιο επαρκώς στελεχωμένο είναι το τμήμα και όσο</p>

			Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), Safety Attitudes Questionnaire, Health Professions Stress Inventory	περισσότερο το επίπεδο της ομαδικής εργασίας τόσο λιγότερη είναι η παράλειψη φροντίδας. Όσο πιο ασφαλείς νιώθουν οι εργαζόμενοι και όσο λιγότερο στρες βιώνουν, τόσο λιγότερο παραλείπουν τη φροντίδα.
--	--	--	---	--

Οι βαθμολογίες σε εργαλεία περιβάλλοντος εργασίας έχουν δείξει με συνέπεια μια μέτρια αντίστροφη επίδραση στην παράλειψη φροντίδας (Blackman et al., 2017; Papastavrou et al., 2014; Kalisch et al., 2013). Η αντιλαμβανόμενη επάρκεια των στελεχών και άλλων πόρων, η ομαδική εργασία (Bragadottir et al., 2016; Zuniga et al., 2015; Kalisch and Lee, 2010), η συνεργασία και το κλίμα ασφάλειας (Zuniga et al., 2015) των ασθενών έδειξαν τις ισχυρότερες επιδράσεις. Η συναίσθηση ευθύνης της κλινικής επηρεάζει το σύνολο της παράλειψης φροντίδας. (Sgulovici and Drach-Zahavy, 2017) Ανάλογα με το ηθικό κλίμα της κλινικής επηρεάζεται και η παράλειψη φροντίδας, με τους κανόνες, το φροντιστικό κλίμα και το βασικό κλίμα να έχουν αρνητική συσχέτιση με το ποσοστό παράλειψης φροντίδας. (Vryonides et al., 2016) Στο θετικό περιβάλλον εργασίας παρατηρείται λιγότερη παράλειψη φροντίδας (Ball et al., 2013). Επιπλέον σημαντικό ρόλο έχουν η εμπιστοσύνη (Kalisch and Lee, 2010), ο προσανατολισμός της ομάδας (Kalisch and Lee, 2010), το κοινό όραμα (Kalisch and Lee, 2010), η ηγεσία του τμήματος και οι εφεδρείες που χρησιμοποιούνται (Kalisch and Lee, 2010), όπως και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών (Blackman et al., 2014; Kalisch et al., 2009). Το προσωπικό από μονάδες με χαμηλά επίπεδα ατελούς φροντίδας περιγράφει την προσαρμογή της πρακτικής τους ώστε να ανταποκριθούν στις διακυμάνσεις του προσωπικού, του όγκου των ασθενών και της οξύτητας των περιστατικών. Οι βασικοί παράγοντες διευκόλυνσης της προσαρμογής περιελάμβαναν έναν συλλογικό προσανατολισμό, την επίγνωση της κατάστασης που επιτεύχθηκε μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών εργασίας κάθε μέλους και της προθυμίας να βοηθήσουν και να βοηθηθούν μεταξύ τους. Αντίθετα, οι προσαρμοστικές συμπεριφορές δεν περιγράφηκαν από το προσωπικό από μονάδες με υψηλά επίπεδα ημιτελούς φροντίδας.

Το στρες στον εργασιακό χώρο (Zuniga et al., 2015), η βαρύτητα των ασθενών (Ball et al., 2013) και ο φόρτος εργασίας συνδέονται με την αύξηση της παράλειψης φροντίδας. (Blackman et al., 2014; Friese et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Al-Kandari and Thomas, 2009). Όσο αυξάνεται η αναλογία ασθενών-νοσηλευτών, τόσο αυξάνεται και η παράλειψη φροντίδας (Ball et al., 2013). Οι ανεπαρκείς πόροι εργατικού δυναμικού χαρακτηρίζονταν σταθερά ως ο σημαντικότερος παράγοντας που συμβάλλει στην ημιτελή φροντίδα (Bragadottir et al., 2016; Zuniga et al., 2015; ; Ball et al., 2013; Friese et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch and Lee, 2010). Τέλος το είδος της βάρδιας είναι ένας επιπλέον παράγοντας, με την βραδινή βάρδια να αναφέρει μικρότερο ποσοστό παράλειψης. (Blackman et al., 2014; Ball et al., 2013; Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Al-Kandari and Thomas, 2009).

Η θέση εργασίας και ο ρόλος εργασίας (νοσηλευτής, διευθυντής, βοηθός νοσηλευτή), δείχνουν μια σημαντική επίδραση στην ημιτελή φροντίδα. (Bragadottir et al., 2016; Kalisch and Lee, 2010) Σε σύγκριση με τους βοηθούς νοσηλευτών, οι νοσηλευτές ανέφεραν περισσότερη παράλειψη φροντίδας. Δεν καταγράφηκαν σταθερές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και διευθυντικών στελεχών. Η επαγγελματική εμπειρία (Kalisch and Lee, 2012; Kalisch et al., 2011; Kalisch and Lee, 2010), η προϋπηρεσία και η εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, με τους πτυχιούχους νοσηλευτές να αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά παράλειψης φροντίδας (Kalisch et al., 2013; Kalisch and Lee, 2012; Kalisch et al., 2011; Kalisch and Lee, 2010; Al-Kandari and Thomas, 2009; Kalisch, 2009), σχετίζονται με την παράλειψη φροντίδας. Επίσης όσο αυξάνονται τα τυπικά προσόντα, τόσο μεγαλύτερη είναι η αναφορά της παράλειψης. Η ηλικία έχει σημαντικό ρόλο με τους νεότερους ηλικιακά να αναφέρουν λιγότερη παράλειψη φροντίδας (Blackman et al., 2017; Bragadottir et al., 2016; Al-Kandari and Thomas, 2009) Θετική συσχέτιση της παράλειψης με την ικανοποίηση από την εργασία (Papastavrou et al., 2016; Blackman et al., 2014), με τη συχνότητα απουσίας από την εργασία, (Blackman et al., 2017; Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011) και με την πρόθεση παραμονής στην παρούσα θέση εργασίας (Blackman et al., 2014). Αρνητική συσχέτιση με την προσωπική συναίσθηση ευθύνης. (Srulovici and Drach-Zahavy, 2017) Παράγοντες που συνδέονται με τη διάθεση για αποχώρηση από την παρούσα θέση εργασίας είναι η παράλειψη φροντίδας, η ηλικία, οι υπερωρίες, η απουσία από την εργασία. (Tschannen et al., 2010) Παράγοντας που συνδέεται με την αντικατάσταση του προσωπικού είναι το φύλο (Tschannen et al., 2010).

Από πλευράς των ασθενών περισσότερη παράλειψη φροντίδας αναφέρουν οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και όσοι στο παρελθόν έχουν διαγνωστεί ή λάβει θεραπεία για ψυχιατρικά θέματα. (Kalisch et al., 2014)

2.3. Αιτίες Παράλειψης Φροντίδας

Τόσο στις ποιοτικές όσο και στις ποσοτικές έρευνες οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών αναγνωρίζουν και περιγράφουν ορισμένες αιτίες παράλειψης φροντίδας. (Winters and Neville, 2012) Σημαντικά αποτελέσματα αποδείχθηκαν ότι έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά της μονάδας: μέγεθος, πληρότητα, απαιτήσεις μη νοσηλευτικής εργασίας (Aiken et al., 2001) και στελέχωση (Ball et al., 2018; Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009; Kalisch, 2009). Σε αρκετές περιπτώσεις δηλώνεται ότι ο αριθμός του βοηθητικού προσωπικού είναι ανεπαρκής. (Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009)

Πίνακας 3. Ανασκόπηση Μελετών Διερεύνησης των Αιτιών Παράλειψης της Νοσηλευτικής Φροντίδας

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Ball et al. 2018 Διεθνής μελέτη	Διερεύνηση αν η παράλειψη φροντίδας επηρεάζει τη σχέση μεταξύ της επάρκειας στελέχωσης και της θνησιμότητας σε διάστημα 30 ημερών	Μελέτη RN4CAST (2009-2011). 9 χώρες 300 γενικά νοσοκομεία 422.730 χειρουργικοί ασθενείς μεγαλύτεροι των 50 ετών 26.516 νοσηλευτές	Υπολογισμός του δείκτη θνησιμότητας Tasks-Undone (TU) για την παράλειψη φροντίδας Ερώτηση για την επάρκεια στελέχωσης, την εκπαίδευση, και το περιβάλλον εργασίας	Η θνητότητα επηρεαζόταν τόσο από τη στελέχωση, όσο και από την παράλειψη φροντίδας. Αύξηση στο φόρτο εργασίας των νοσηλευτών συνεπάγεται αύξηση στο ποσοστό παράλειψης φροντίδας και στη θνησιμότητα
Gravlin and Bittner 2010 ΗΠΑ	Διερεύνηση της αναφοράς παράλειψης φροντίδας και των αιτιών της από πτυχιούχους νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών και από τους προϊσταμένους των νοσηλευτών.	241/568 (42,4%) πτυχιούχοι νοσηλευτές. 99/232 (42,6%) βοηθοί νοσηλευτών. 16 χειρουργικές κλινικές. 3 νοσοκομεία.	Ποσοτική, περιγραφική έρευνα. Ερωτηματολόγια: MISSCARE Survey, Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για την ανάθεση εργασιών, Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο για τα χαρακτηριστικά της κλινικής.	Απροσδόκητη αύξηση στο φόρτο εργασίας και στη βαρύτητα των περιστατικών, ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού προσωπικού, πολλές εισαγωγές ή εξιτήρια, επάρκεια προσωπικού, επείγουσες καταστάσεις στους ασθενείς. Βοηθοί αναφέρουν επιπλέον: ανεπαρκής επικοινωνία με τους νοσηλευτές,
Kalisch and Lee 2012a ΗΠΑ	Διαφορές στην παράλειψη φροντίδας μεταξύ νοσοκομείων μαγνήτες και νοσοκομείων που δεν ήταν μαγνήτες: Θέματα που παραλείπονται, αιτίες, παράγοντες πρόβλεψης.	124 χειρουργικές, ενδιάμεσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας και αποκατάστασης κλινικές. 62 (50%) σε νοσοκομεία μαγνήτες. 11 νοσοκομεία, 4 μαγνήτες και 7 που δεν είναι μαγνήτες. 4412 (57,3%) νοσηλευτικό προσωπικό.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSCARE Survey	Με στατιστικά σημαντική διαφορά στα νοσοκομεία μαγνήτες αναφέρονται λιγότερο η δυσκολία στην επικοινωνία και οι εργασιακοί πόροι ως αιτίες παράλειψης φροντίδας.
Kalisch BJ 2009 ΗΠΑ	Σύγκριση, μεταξύ των πτυχιούχων νοσηλευτών και των βοηθών νοσηλευτών, των αντιλήψεων για την παραλειπόμενη φροντίδα, των αιτιών παράλειψης	Εργαζόμενο νοσηλευτικό προσωπικό σε 18 μονάδες ενός νοσοκομείου. Ανταπόκριση 52%, πτυχιούχοι νοσηλευτές (n=633) και βοηθοί νοσηλευτών (n=121).	Μικτή μεθοδολογία: Συλλογή δεδομένων με το ερωτηματολόγιο MISSCARE 4 ομάδες εστίασης (focus group) 2 με πτυχιούχους νοσηλευτές 2 με βοηθούς νοσηλευτών Ημι-δομημένες ερωτήσεις για την	➤ Ποσοτικό μέρος: Κύρια αιτία αναφέρονται ελλείψεις σε εργασιακούς/προσωπικούς πόρους (αύξηση του φόρτου εργασίας, επείγοντα περιστατικά, βαριά περιστατικά). Ακολουθούν οι ελλείψεις σε υλικό (φάρμακα μη διαθέσιμα, υλικό μη

	φροντίδας.		περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου.	<p>διαθέσιμο) και η επικοινωνία (οι βοηθοί δεν ενημερώνουν για την παρεχόμενη φροντίδα, ένταση στην επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών).</p> <p>➤ Ποιοτικό μέρος:</p> <p>Focus group πτυχιούχων νοσηλευτών: Αιτίες παράλειψης φροντίδας εξαιτίας ανεπάρκειας προσωπικού, έλλειψης εκπαίδευσης, ελλιπούς συνεργασίας και επικοινωνίας, έλλειψης κινήτρου, αδυναμίας αξιολόγησης και ιεράρχησης αναγκών από τους βοηθούς.</p> <p>Focus group βοηθών νοσηλευτών: Δυσπιστία από τους πτυχιούχους για τα κίνητρα, έλλειψη χρόνου, έλλειψη σεβασμού και ενεργητικής ακρόασης, κακή ανάθεση εργασιών, ελλιπής επαφή και επικοινωνία με τους πτυχιούχους νοσηλευτές.</p>
Kalisch BJ 2006 ΗΠΑ	Εκτίμηση ποιες δραστηριότητες παραλείπονται συστηματικά σε παθολογικά-χειρουργικά τμήματα και ποιοι οι λόγοι για τους οποίους παραλείπονται.	2 νοσοκομεία 107 πτυχιούχοι νοσηλευτές 15 πρακτικοί νοσηλευτές 51 βοηθοί νοσηλευτών	25 ημιδομημένες συνεντεύξεις με ομάδες εστίασης Διάρκεια: 90-120 λεπτά Μαγνητοφώνηση, απομαγνητοφώνηση και αρχική ανάλυση από την ερευνητική ομάδα. Δεύτερη ανάλυση από τη συγγραφέα με χρήση NVivo και με βάση τη θεμελιωμένη θεωρία.	7 αιτίες παράλειψης φροντίδας: <ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη προσωπικού • Απαιτούμενος χρόνος για τις παρεμβάσεις • Έλλειψη βοηθητικού ή εκπαιδευμένου προσωπικού • Δεν περιλαμβάνεται στα καθήκοντά μου • Αναποτελεσματική κατανομή εργασιών • Συνήθεια να μην ολοκληρώνονται ορισμένες εργασίες • Άρνηση.
Kalisch et al. 2013a Λίβανο, ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών της.	ΗΠΑ: 633 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 14 χειρουργικές κλινικές. Λίβανο: 114 πτυχιούχοι	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη Χρήση του εργαλείου MISSCARESurvey στην αγγλική γλώσσα.	Στο Λίβανο η επικοινωνία και η έλλειψη υλικών ήταν μεγαλύτερης σημασίας στην παράλειψη φροντίδας χωρίς η διαφορά μεταξύ των δύο χωρών να είναι

	Σύγκριση με τις ΗΠΑ.	νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε 18 χειρουργικές, μέσης φροντίδας και εντατικής νοσηλείας κλινικές σε ένα μεγάλο εκπαιδευτικό νοσοκομείο.	Αποστολή ερωτηματολογίων μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου.	στατιστικά σημαντική.
Kalisch et al. 2011a ΗΠΑ	Διερεύνηση της έκτασης της παράλειψης φροντίδας σε διαφορετικά νοσοκομεία και των αιτιών της.	4086 νοσηλευτικό προσωπικό, 3143 πτυχιούχοι νοσηλευτές 943 βοηθοί νοσηλευτών, εργαζόμενοι σε παθολογικές, χειρουργικές, μέσης φροντίδας, εντατικής θεραπείας κλινικές και κλινικές αποκατάστασης. 10 νοσοκομεία. Ανταπόκριση: 59,8%.	Περιγραφική, διατομεακή μελέτη. Χρήση του MISSCARE Survey	Ανεπάρκεια πόρων εργασίας (93,1%), ανεπάρκεια υλικών (89,6%), επικοινωνία (81,7%). Η αύξηση της βαρύτητας των περιστατικών, η έλλειψη φαρμάκων όταν είναι απαραίτητα, ανεπαρκής εκτίμηση των δεδομένων του ασθενούς.
Kalisch et al. 2009b ΗΠΑ	Εκτίμηση της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών που οδηγούν στην παράλειψη φροντίδας.	459/1189 πτυχιούχοι νοσηλευτές. Ανταπόκριση: 38,6%. 28 κλινικές (εντατικής θεραπείας, μέσης φροντίδας, καρδιολογικές, χειρουργικές, παθολογικές, νεφρού, ογκολογικές, αποκατάστασης). 3 νοσοκομεία.	Περιγραφική μελέτη. MISSCARE Survey	Εργασιακοί πόροι (85%) Υλικοί πόροι (56%) Επικοινωνία (38%). Πιο σημαντικά θέματα: αύξηση της βαρύτητας των ασθενών, επείγουσες καταστάσεις, επάρκεια προσωπικού, ανεπαρκής αριθμός βοηθών.
Papastavrou et al. 2016 Κύπρος	Εκτίμηση της παραλειπόμενης φροντίδας και των αιτιών της σε ογκολογικές κλινικές.	157 πτυχιούχοι νοσηλευτές (91,8%) εργαζόμενοι σε ογκολογικές κλινικές της Κύπρου.	Εργαλείο MISSCARE Survey	Αιτίες παράλειψης φροντίδας αναφέρονται οι εξής: ανεπαρκής στελέχωση, επείγουσες καταστάσεις και απροσδόκητη αύξηση στην οξύτητα των περιστατικών.
Papastavrou et al. 2014 Κύπρος	Διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, με τις παραλείψεις και με τον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.	23 πτυχιούχοι νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία των τριών μεγαλύτερων πόλεων στην Κύπρο. 17 γυναίκες και 6 άνδρες. Ηλικία: 24-48 έτη.	4 ομάδες εστίασης (focus group), οι οποίες διήρκεσαν 46-75 min.	4 θέματα αναδείχθηκαν: 1. Ιεράρχηση στην παροχή φροντίδας. 2. Επαγγελματικοί ρόλοι, αρμοδιότητες και σύγκρουση ρόλων. 3. Παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας. 4. Αντιλαμβανόμενες επιπτώσεις λόγω περιορισμού της φροντίδας.

Winsett et al. 2016 ΗΠΑ	Εκτίμηση της παράλειψης φροντίδας και των αιτιών της.	Δείγμα ευκολίας από 168 νοσηλευτές εργαζόμενους σε χειρουργικά τμήματα 4 νοσοκομείων.	Περιγραφική μελέτη. Εργαλείο MISSCARESurvey.	Αιτίες παράλειψης φροντίδας: απροσδόκητη αύξηση του φόρτου εργασίας, βαρύτητα περιστατικών, ανεπάρκεια στελέχωσης, επείγουσες καταστάσεις, μη διαθέσιμα φάρμακα.
Winters and Neville 2012 Αυστραλία	Εξερεύνηση της παράλειψης φροντίδας χρησιμοποιώντας ποιοτική, περιγραφική προσέγγιση.	5 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε παθολογική και χειρουργική κλινική σε νοσοκομείο της Νέας Ζηλανδίας.	Ατομικές συνεντεύξεις. Ανάλυση με γενική επαγωγική προσέγγιση.	3 κύρια θέματα αναδείχθηκαν: 1. Το είδος της φροντίδας που συνήθως καθυστερεί ή παραλείπεται. 2. Οι αιτίες για τη συστηματική καθυστέρηση ή παράλειψη. 3. Ηθική στενοχώρια

Μεταξύ των αξιολογούμενων χαρακτηριστικών του εργατικού δυναμικού, η εμπειρία μιας απροσδόκητης αύξησης του όγκου εργασίας (Ball et al., 2018; Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009), όπως οι πολλές εισαγωγές ή εξιτήρια (Gravlin and Bittner, 2010), η αύξηση της βαρύτητας του ασθενούς (Winsett et al., 2016; Kalisch et al., 2011; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) και των επειγουσών καταστάσεων (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) σε σχέση με τον αριθμό του προσωπικού ανά βάρδια έχει αναγνωριστεί ως ο σημαντικότερος συντελεστής στην παράλειψη φροντίδας καθώς οδηγεί σε μείωση του διαθέσιμου χρόνου (Kalisch, 2009) για την εκτίμηση των δεδομένων του ασθενούς (Kalisch et al., 2011) και για την παροχή φροντίδας. Οι ανεπαρκείς υλικοί πόροι (Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) και τα θέματα επικοινωνίας ομάδας (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2009; Kalisch, 2009) ήταν ο δεύτερος και ο τρίτος πιο σημαντικός λόγος για την παράλειψη φροντίδας. Η έλλειψη επικοινωνίας (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2009; Kalisch, 2009), σεβασμού και ενεργητικής ακρόασης και συνεργασίας (Kalisch, 2009) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι εξίσου σημαντικά. Αναλυτικότερα οι βοηθοί νοσηλευτών αναφέρουν ελλιπή επικοινωνία με τους νοσηλευτές (Gravlin and Bittner, 2010), ενώ οι νοσηλευτές ότι οι βοηθοί δεν ενημερώνουν για την παρεχόμενη φροντίδα (Kalisch, 2009). Περιγράφεται έλλειψη κινήτρου στους βοηθούς νοσηλευτών (Kalisch, 2009) καθώς και έλλειψη εκπαίδευσης (Kalisch, 2009) που έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία αξιολόγησης (Kalisch, 2009) και ιεράρχησης αναγκών (Papastavrou et al., 2014; Kalisch, 2009) για την παροχή φροντίδας. Από πλευράς τους οι βοηθοί νοσηλευτών αναφέρουν ότι αισθάνονται τη δυσπιστία των πτυχιούχων σχετικά με τα κίνητρά τους και ότι υπάρχει κακή ανάθεση εργασιών στην καθημερινή κλινική πράξη. (Kalisch, 2009)

Η δυσκολία στην επικοινωνία δεν είναι μόνο μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών ομάδων αλλά αναφέρεται ένταση και στην επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών (Kalisch, 2009). Γενικότερα οι επαγγελματικοί ρόλοι και αρμοδιότητες όπως επίσης και η μεταξύ τους σύγκρουση συμβάλλουν στην παράλειψη της φροντίδας. (Papastavrou et al., 2014) Η επίδραση της συμπεριφοράς της ομάδας στην παράλειψη φροντίδας ήταν ιδιαίτερα εμφανής στις ποιοτικές έρευνες. Τα μη διαθέσιμα φάρμακα (Winsett et al., 2016; Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009) ή / και προμήθειες (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009;) θεωρήθηκαν ότι συμβάλλουν περισσότερο στη μη ολοκληρωμένη φροντίδα από ό, τι ο δυσλειτουργικός εξοπλισμός.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στα νοσοκομεία τα οποία έχουν πιστοποίηση του Προγράμματος Αναγνώρισης Μαγνητικού Κέντρου των Αμερικανών Νοσηλευτών (Νοσοκομεία Μαγνήτες) αναφέρονται λιγότερο η δυσκολία στην επικοινωνία και οι εργασιακοί πόροι ως αιτίες παράλειψης φροντίδας. (Kalisch and Lee, 2012)

Στην αρχική ποιοτική έρευνα βάσει της οποίας δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο MISSCARE Survey περιγράφονται οι εξής 7 αιτίες παράλειψης φροντίδας: έλλειψη προσωπικού, απαιτούμενος χρόνος για τις παρεμβάσεις, έλλειψη βοηθητικού ή εκπαιδευμένου προσωπικού, δεν περιλαμβάνεται στα καθήκοντά μου, αναποτελεσματική κατανομή εργασιών, συνήθεια να μην ολοκληρώνονται ορισμένες εργασίες, άρνηση. (Kalisch, 2006)

2.4. Επιπτώσεις από την παράλειψη φροντίδας

Η παράλειψη φροντίδας έχει συνέπειες στους ασθενείς, στους νοσηλευτές και στον οργανισμό ολόκληρο. Τα αποτελέσματα στους ασθενείς αφορούν κακή ποιότητα φροντίδας, ανεπιθύμητες ενέργειες, λάθη στα φάρμακα, πτώσεις, νοσοκομειακές λοιμώξεις, έλκη πίεσης, νοσηρότητα στο νοσοκομείο. Όσον αφορά τα αποτελέσματα στους νοσηλευτές έχουμε χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία και μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης. (Kalisch et al., 2011) Όσον αφορά τα αποτελέσματα στον οργανισμό παρατηρείται αύξηση του κύκλου εργασιών και πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας. Οι διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας. (Lucero et al., 2009)

Πίνακας 4. Ανασκόπηση Μελετών Διερεύνησης των Επιπτώσεων από την Παράλειψη Νοσηλευτικής Φροντίδας

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Aiken et al. 2001 ΗΠΑ	Συλλογή πληροφοριών σχετικά με το κλίμα οργάνωσης, την επάρκεια προσωπικού και τα αποτελέσματα στους ασθενείς και τους νοσηλευτές.	Διεθνής μελέτη 43329 νοσηλευτές από ΗΠΑ, Καναδά, Αγγλία, Σκωτία και Γερμανία. 711 νοσοκομεία. Οργάνωση από International Hospital Outcomes Research Consortium	Ερωτηματολόγιο (TU-7) που εκτιμά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας, την ικανοποίηση, τα μελλοντικά σχέδια και την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας.	Σε όλες τις χώρες παρατηρείται: Συναισθηματική εξουθένωση και διάθεση αποχώρησης από την εργασία μέσα στον επόμενο χρόνο, ιδιαίτερα στους νεότερους νοσηλευτές. Καλή συνεργασία με γιατρούς και νοσηλευτές. Δεν υπάρχει επάρκεια προσωπικού και η νοσηλευτική διεύθυνση υπεύθυνη για αυτό. Όχι επαρκής μισθός. Αύξηση της αναλογίας ασθενών/νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές εκτελούν μη νοσηλευτικά καθήκοντα (καθαριότητα, μεταφορά δίσκων), ενώ παραλείπουν τα νοσηλευτικά (στοματική υγιεινή, φροντίδα δέρματος, εκπαίδευση και άνεση) Μείωση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας τον τελευταίο χρόνο. Ελλιπής εκπαίδευση για το εξιτήριο. Παράταση χρόνου παραμονής . Λάθη στην αγωγή, πτώσεις ασθενών, λοιμώξεις. Ένταση από τους ασθενείς και την οικογένεια. Επίταση της εξουθένωσης των νοσηλευτών.

<p>Ausserhofer et al. 2013 Ελβετία</p>	<p>Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του κλίματος ασφάλειας των ασθενών και τα αποτελέσματα στους ασθενείς σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας στην Ελβετία.</p>	<p>1630 πτυχιούχοι νοσηλευτές, ανταπόκριση 72%. 997 ασθενείς, ανταπόκριση 69%. 132 κλινικές: χειρουργικές, παθολογικές, παθολογικές-χειρουργικές. 35 νοσοκομεία οξείας φροντίδας στην Ελβετία.</p>	<p>Υπομελέτη που χρησιμοποιεί δεδομένα από τη διεθνή μελέτη RN4CAST. Εργαλεία:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Safety Organizing Scale • Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) • Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA-R) • Patient-to-RNs ratio • Skill mix • Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems 	<p>Το κλίμα ασφάλειας των ασθενών δεν ήταν προγνωστικός παράγοντας για τα αποτελέσματα στους ασθενείς. Ο πιο βασικός προγνωστικός παράγοντας ήταν ο περιορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας. Όσο περισσότερο παραμελούνταν η φροντίδα, τόσο αυξανόταν το ποσοστό των λαθών στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, των λοιμώξεων του κυκλοφορικού, της πνευμονίας και μειωνόταν η ικανοποίηση των ασθενών.</p>
<p>Ball et al. 2014 Αγγλία</p>	<p>Περιγραφή της φύσης και της συχνότητας ανολοκλήρωτης φροντίδας. Διερεύνηση της σχέσης του επιπέδου επάρκειας προσωπικού και του ποσοστού ποιότητας φροντίδας και ασφάλειας ασθενών όπως δηλώνεται από τους νοσηλευτές.</p>	<p>2917 πτυχιούχοι νοσηλευτές 401 κλινικές: χειρουργικές, παθολογικές, παθολογικές/χειρουργικές. 46 γενικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας</p>	<p>Διατομεακή μελέτη βασισμένη στο πρωτόκολλο της RN4CAST Ερωτηματολόγια:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ RN4CAST Survey ✓ Practice Environment Scale (PES) ✓ Ερώτηση για ποιότητα φροντίδας την οποία χρησιμοποίησαν από το Agency for Healthcare Research and Quality's hospital survey ✓ Care Left Undone 	<p>Όσο περισσότερα είναι τα θέματα που παραλείπονται τόσο μειώνεται ποιότητα της φροντίδας των ασθενών όπως επίσης και η βαθμολόγηση της ασφάλειας των ασθενών στη μονάδα/θάλαμο.</p>
<p>Jones T. 2014 ΗΠΑ</p>	<p>Εκτίμηση των ψυχομετρικών δεδομένων ενός νέου εργαλείου μέτρησης του περιορισμού της φροντίδας (PIRNCA)</p>	<p>226 νοσηλευτικό προσωπικό εργαζόμενο σε μητροπολιτικό νοσοκομείο. Ανταπόκριση: 70%.</p>	<p>Διατομεακή μελέτη Ερωτηματολόγια: PIRNCA (παραλείψη φροντίδας), Essentials of Magnetism (EOM II) (εργασιακό περιβάλλον), Overall Job Satisfaction (ικανοποίηση από την εργασία), Quality of Care (ποιότητα φροντίδας).</p>	<p>Ο περιορισμός της φροντίδας συνδέεται με μείωση της γενικότερης ικανοποίησης από την εργασία, την μείωση της ποιότητας φροντίδας. Ανεπιθύμητα αποτελέσματα στους ασθενείς:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Λάθη στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ➤ Πτώσεις ➤ Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις ➤ Επείγοντα περιστατικά

				<ul style="list-style-type: none"> ➤ Έλκη πίεσης ➤ Αύξηση της θνησιμότητας ➤ Μη ικανοποίηση ασθενών
Kalisch et al. 2012c ΗΠΑ	Εκτίμηση αν η παράλειψη στοιχείων φροντίδας οδηγεί σε αυξημένο αριθμό πτώσεων ασθενών.	3432 πτυχιούχοι νοσηλευτές 980 βοηθοί νοσηλευτών 124 κλινικές 11 νοσοκομεία οξείας φροντίδας Ανταπόκριση: 57,3%	Διατομεακή, περιγραφική μελέτη Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> ➤ MISSCARE Survey ➤ Δείκτες: Hours per patient day (HPPD), Fall rate 	Θετική συσχέτιση των πτώσεων με την παράλειψη φροντίδας (κινητοποίηση, αξιολόγηση ασθενών σε κάθε βάρδια, ανταπόκριση στις κλήσεις, βοήθεια στην τουαλέτα). Αρνητική συσχέτιση HPPD και πτώσεων. HPPD συνδέεται με την παράλειψη φροντίδας και τις πτώσεις. Η παράλειψη φροντίδας συνδέεται με τις πτώσεις και μεσολαβεί μεταξύ HPPD και πτώσεων.
Kalisch et al. 2014 ΗΠΑ	Εκτίμηση της έκτασης και του είδους της παραλειπούμενης φροντίδας όπως αναφέρεται από τους ασθενείς ή τις οικογένειές τους και σύνδεσής της με ανεπιθύμητες εκβάσεις.	Διατομεακή περιγραφική μελέτη 729 νοσηλευόμενοι ασθενείς 20 τμήματα 2 νοσοκομεία επείγουσας φροντίδας	Εργαλείο MISSCARE Survey για ασθενείς.	Εξαγγείωση των ενδοφλέβιων γραμμών (15%) Στέγνωμα των ενδοφλέβιων γραμμών (12%) Έλκη πίεσης (6,3%) Νέες λοιμώξεις (6,1%) Πτώσεις (2,3%) Λάθη στη φαρμακευτική αγωγή (2,2%) Οι ασθενείς που αναφέρουν επιπτώσεις βαθμολογούν υψηλότερα την ολική παράλειψη φροντίδας.
Kalisch et al. 2011b ΗΠΑ	Εκτίμηση της επίπτωσης που έχει η παράλειψη της φροντίδας στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών.	3135 πτυχιούχοι νοσηλευτές 939 βοηθοί νοσηλευτών 110 τμήματα (παθολογικό-χειρουργικό, αποκατάστασης, μέσης φροντίδας, εντατικής νοσηλείας) 60% συνολική ανταπόκριση (61,8% πτυχιούχοι, 53,4% βοηθοί)	Εργαλείο MISSCARE Survey	Γυναίκες μικρότερες από 34 χρονών Πλήρης απασχόληση, πρωινή βάρδια. Εμπειρία 6μήνες-5 χρόνια. Παράλειψη φροντίδας και επαγγελματική ικανοποίηση είναι αντιστρόφως ανάλογα. Η επαρκής στελέχωση συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση. Το είδος της κλινικής και το νοσοκομείο επηρεάζουν επίσης την ικανοποίηση. Μεγαλύτερη ικανοποίηση παρατηρείται στη ΜΕΘ και λιγότερη στη μονάδα αποκατάστασης.

Lucero et al. 2009 ΗΠΑ	Περιγραφή των αναφορών πτυχιούχων νοσηλευτών σχετικά με τις νοσηλευτικές ανάγκες ασθενών που δεν καλύπτονται. Σύγκριση της ποιότητας φροντίδας ανάμεσα στα νοσοκομεία.	10184 πτυχιούχοι νοσηλευτές. 168 νοσοκομεία οξείας φροντίδας στην Πενσυλβανία των ΗΠΑ.	Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων που συλλέχθηκαν το 1999. Εργαλεία: Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI), Unmet Nursing Care Needs	Όχι διαφορά ανάμεσα στις αναφορές των νοσηλευτών και τη συνολική εικόνα των νοσοκομείων. Διαφορές μεταξύ των νοσοκομείων που επηρεάζουν την ποιότητα φροντίδας.
Lucero et al. 2010 ΗΠΑ	Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των νοσηλευτικών αναγκών που δεν ικανοποιούνται και των επιπλοκών σε ασθενείς.	10184 πτυχιούχοι νοσηλευτές 168 νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων από διατομεακή μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1999	Η πιο συχνά αναφερόμενη επίπτωση είναι οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις [31±12 (0-59)]. Ακολουθούν οι πτώσεις [20±10 (0-55)] και η χορήγηση λάθος φαρμακευτικής αγωγής [15±8 (0-64)]. Η μη εκπλήρωση των νοσηλευτικών αναγκών συνδέεται σημαντικά με επιπτώσεις στους ασθενείς, όπως χορήγηση λάθος φαρμάκου/ δόσης, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, πτώσεις με συνέπεια τραυματισμό.
Morin and Leblanc 2005 Καναδάς	Εκτίμησης πώς οι νοσηλευτές κατανέμουν τις ώρες εργασίας, ποιες ανάγκες δεν ικανοποιούνται και αν αυτό ποικίλει ανάλογα με τον προφίλ των ασθενών.	104/167 πτυχιούχοι νοσηλευτές Ανταπόκριση: 62,3%	Περιγραφική μελέτη Δραστηριότητες που εξετάζονται: σίτιση, περιορισμός, προσωπική φροντίδα, κινητικότητα, θεραπεία, διαγνωστικές μέθοδοι, επικοινωνία. Συμπλήρωση 3 καρτών, που έχουν από μία περίπτωση η κάθε μία, ανάλογα με το χρόνο που αφιερώνουν σε κάθε δραστηριότητα.	Ο περιορισμός της φροντίδας και η μη ικανοποίηση των νοσηλευτικών αναγκών μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη μακροπρόθεσμη επιδείνωση της λειτουργικής αυτονομίας των πιο ηλικιωμένων ασθενών.
Papastavrou et al. 2014 Κύπρος	Διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των νοσηλευτών σχετικά με την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, με τις παραλείψεις και με τον περιορισμό της νοσηλευτικής φροντίδας.	23 πτυχιούχοι νοσηλευτές, εργαζόμενοι σε τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία των τριών μεγαλύτερων πόλεων στην Κύπρο. 17 γυναίκες και 6 άνδρες. Ηλικία: 24-48 έτη.	4 ομάδες εστίασης (focus group), οι οποίες διήρκεσαν 46-75 min.	4 θέματα αναδείχθηκαν: 1. Ιεράρχηση στην παροχή φροντίδας. 2. Επαγγελματικοί ρόλοι, αρμοδιότητες και σύγκρουση ρόλων. 3. Παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος επηρεάζουν την παράλειψη φροντίδας. 4. Αντιλαμβανόμενες επιπτώσεις λόγω

				περιορισμού της φροντίδας.
Schubert et al. 2009 Ελβετία	Περιγραφή της παράλειψης φροντίδας και ταυτοποίηση της κλινικά σημαντικής ουδού περιορισμού της φροντίδας.	1338 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε παθολογικές, χειρουργικές ή γυναικολογικές κλινικές 779 ασθενείς 8 νοσοκομεία στην Ελβετία, 5 γερμανόφωνα και 3 γαλλόφωνα	Περιγραφική, διατομεακή, πολυκεντρική μελέτη Εργαλεία: BERNCA, Υπολογισμός συχνότητας 5 επιπλοκών (λάθη στην αγωγή, πτώσεις, λοιμώξεις, επείγοντα περιστατικά, έλκη πίεσης), μία ερώτηση βαθμολογούμενη σε 5βαθμη κλίμακα (πολύ ικανοποιημένος έως πολύ δυσαρεστημένος) που εκτιμά τη συνολική ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα, χαρακτηριστικά του νοσοκομείου (μέγεθος, είδος, ιδιοκτησία) που λήφθηκαν από τις διοικήσεις.	Οι επιπτώσεις που περιγράφονται είναι: Λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, Πτώσεις, Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, Επείγοντα περιστατικά, Έλκη πίεσης. Η συχνότητα κυμαίνεται από 0(ποτέ) έως 2 (μερικές φορές) με συχνότητα ουδού 0,5. Οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, τα έλκη πίεσης και η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζονται άμεσα από την παράλειψη φροντίδας, με συχνότητα ουδού το 0,5. Τα υπόλοιπα έχουν συχνότητα ουδού το 1.
Schubert et al. 2008 Ελβετία	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του περιορισμού της φροντίδας και των αποτελεσμάτων στους ασθενείς.	1338/2052 πτυχιούχοι νοσηλευτές 118 κλινικές: παθολογικές, χειρουργικές, γυναικολογικές 8 ελβετικά νοσοκομεία οξείας φροντίδας 779/1190 ασθενείς Ανταπόκριση 65%	Πολυκεντρική, διατομεακή μελέτη με πρότυπο την IHOS Ερωτηματολόγια: BERNCA, NWI-R Χαρακτηριστικά νοσοκομείων (μέγεθος, είδος, ιδιοκτησία) που λήφθηκαν από τις διοικήσεις Αναλογία Ασθενών-Νοσηλευτών Ερώτηση στους νοσηλευτές σχετικά με τη συχνότητα επιπλοκών (λάθη στην αγωγή, πτώσεις, λοιμώξεις, επείγοντα περιστατικά, έλκη πίεσης) βαθμολογούμενη σε 4βαθμη κλίμακα (ποτέ έως συχνά) Ερώτηση βαθμολογούμενη σε 4βαθμη κλίμακα (πολύ ικανοποιημένος έως πολύ δυσαρεστημένος) που εκτιμά τη συνολική ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα	Η γενική συχνότητα του έμμεσου περιορισμού της νοσηλευτικής φροντίδας είναι 0,82±0,54 (0-2,68) Συχνότερα οι επιπλοκές εμφανίζονται ως εξής: Λάθη φαρμακευτικής αγωγής: 30% (380) Πτώσεις: 44% (558) Ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις: 58% (728) Επείγοντα περιστατικά: 16% (203) Έλκη πίεσης: 24% (313) Ο περιορισμός της φροντίδας συνδέεται με αύξηση της συχνότητας όλων των επιπλοκών, ενώ ταυτόχρονα διαπιστώνεται μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών.

Schubert et al., 2012 Ελβετία	Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της θνητότητας των ασθενών και δομικών μεταβλητών (έμμεσα επιβαλλόμενη παράλειψη φροντίδας, ποιότητα του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών, αναλογία ασθενών-νοσηλευτών) σε νοσοκομεία οξείας φροντίδας της Ελβετίας.	8 νοσοκομεία που συμμετείχαν στην μελέτη RICH και 71 νοσοκομεία για σύγκριση Συνολικά 165862 περιλήψεις από τη μελέτη RICH και 760608 περιλήψεις που αναφέρονται στα λοιπά νοσοκομεία με παρόμοια φροντίδα	Διατομεακή μελέτη συσχετίσεων	Οι ασθενείς που φροντίζονται σε νοσοκομεία με υψηλότερο περιορισμό της φροντίδας έχουν 51% περισσότερη πιθανότητα να πεθάνουν. Αυτοί που φροντίζονται σε εργασιακά περιβάλλοντα με αυξημένα ποσοστά ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας έχουν χαμηλότερη θνητότητα. Στα νοσοκομεία όπου η αναλογία ασθενών-νοσηλευτών είναι μεγαλύτερη ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται κατά 37%.
Sochalski J. 2004 ΗΠΑ	Διερεύνηση των αποτελεσμάτων της επάρκειας προσωπικού και των δεικτών της νοσηλευτικής διεργασίας στην αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.	Τυχαιοποιημένη δειγματοληψία 8670 νοσηλευτές εργαζόμενοι σε νοσοκομεία της Πενσυλβάνιας	Ερωτηματολόγιο 9 σελίδων που κάλυπτε τα εξής θέματα: ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, αναλογία ασθενών-νοσηλευτών, εργασίες που παραλείπονται, προβλήματα ασφάλειας ασθενών.	Η ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας συνδέεται αρνητικά με τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους είναι υπεύθυνη μια νοσηλεύτρια, το ποσοστό της φροντίδας που δεν ολοκληρώθηκε και τη συχνότητα των προβλημάτων ασφάλειας στους ασθενείς. Ο φόρτος εργασίας είναι άμεσα θετικά συνδεδεμένος με την μη ολοκληρωμένη φροντίδα και τα προβλήματα ασφάλειας στους ασθενείς. Η ανολοκλήρωτη φροντίδα έχει τον ισχυρότερο ρόλο στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών.
Tschannen et al. 2010 ΗΠΑ	Εκτίμηση της σχέσης μεταξύ της διεργασίας νοσηλευτικής φροντίδας με το δείκτη αντικατάστασης των νοσηλευτών και με την πρόθεση αποχώρησης.	Πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε 110 κλινικές: παθολογική-χειρουργική, αποκατάστασης, μέσης φροντίδας, εντατικής νοσηλείας 10 νοσοκομεία οξείας φροντίδας	Διατομεακή περιγραφική μελέτη MISSCARESurvey	Θετική συσχέτιση της αντικατάστασης του προσωπικού με την παράλειψη φροντίδας, το σύνολο των προσόντων και την απουσία από την εργασία. Όσο μεγαλύτερη παράλειψη φροντίδας, τόσο αυξάνεται η πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα. Οι μονάδες με τους έμπειρους και μεγαλύτερους σε ηλικία νοσηλευτές οι οποίοι κάνουν περισσότερες υπερωρίες, έχουν μικρότερο ποσοστό διάθεσης αποχώρησης.

Winters and Neville 2012 Αυστραλία	Εξερεύνηση της παράλειψης φροντίδας χρησιμοποιώντας ποιοτική, περιγραφική προσέγγιση.	5 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε παθολογική και χειρουργική κλινική σε νοσοκομείο της Νέας Ζηλανδίας.	Ατομικές συνεντεύξεις. Ανάλυση με γενική επαγωγική προσέγγιση.	3 κύρια θέματα αναδείχθηκαν: 1. Το είδος της φροντίδας που συνήθως καθυστερεί ή παραλείπεται. 2. Οι αιτίες για τη συστηματική καθυστέρηση ή παράλειψη. 3. Ηθική στενοχώρια
--	---	---	---	---

Υπάρχει αρνητική επίδραση της παράλειψης φροντίδας σε όλες τις κατηγορίες των αποτελεσμάτων των ασθενών, όπως μείωση της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης (Jones, 2014) και ανεπιθύμητα συμβάντα. Σε αυτά περιλαμβάνονται λάθη στην αγωγή (Kalisch et al., 2014; Jones, 2014; Lucero et al., 2010; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008; Aiken et al., 2001), πτώσεις (Kalisch et al., 2014; Jones, 2014; Kalisch et al., 2012; Lucero et al., 2010; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008; Aiken et al., 2001), νοσοκομειακές λοιμώξεις (Kalisch et al., 2014; Jones, 2014; Lucero et al., 2010; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008; Aiken et al., 2001), λοιμώξεις του κυκλοφορικού (Ausserhofer et al., 2013), πνευμονία (Ausserhofer et al., 2013), έλκη πίεσης (Kalisch et al., 2014; Jones, 2014; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008) και επείγοντα περιστατικά (Jones, 2014; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008). Επίσης παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας (Jones, 2014) και μείωση της ικανοποίησης (Jones, 2014; Ausserhofer et al., 2013; Schubert et al., 2009; Schubert et al., 2008). Σε συγκεκριμένη μελέτη μετρήθηκε 51% αύξηση της πιθανότητας θανάτου (Schubert et al., 2012). Όσο περισσότερο παραμελούνταν η φροντίδα, τόσο περισσότερο αυξάνονταν το ποσοστό των λαθών στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (Ausserhofer et al., 2013). Όσο περισσότερα είναι τα θέματα που παραλείπονται, τόσο μειώνεται η ποιότητα της φροντίδας των ασθενών, όπως επίσης και βαθμολόγηση ασφάλειας των ασθενών στη μονάδα/ θάλαμο. (Ball et al., 2013) Ο περιορισμός της φροντίδας και η μη ικανοποίηση των νοσηλευτικών αναγκών μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη μακροπρόθεσμη επιδείνωση της λειτουργικής αυτονομίας των πιο ηλικιωμένων ασθενών. (Morin and Leblanc, 2005) Επιπλέον δημιουργούν ένταση από τους ασθενείς και την οικογένεια προς τους επαγγελματίες υγείας. (Aiken et al., 2001) Οι συγκεκριμένες έρευνες βασίστηκαν σε δεδομένα που αναφέρθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επίδραση της παράλειψης φροντίδας στα αποτελέσματα των νοσηλευτών (αποτελέσματα εργασίας και επαγγέλματος) ήταν επίσης αρνητική. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας συνδέεται με τον αριθμό των ασθενών για τους οποίους είναι υπεύθυνη μια νοσηλεύτρια, (Sochalski, 2004) το ποσοστό της φροντίδας που δεν ολοκληρώθηκε, τη συχνότητα των προβλημάτων ασφάλειας στους ασθενείς. (Sochalski, 2004) Σε μία μελέτη μετρήθηκε μείωση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας τον τελευταίο χρόνο. (Aiken et al., 2001) Ο φόρτος εργασίας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την μη ολοκληρωμένη φροντίδα και τα προβλήματα ασφάλειας στους ασθενείς. (Sochalski, 2004) Η ανολοκλήρωτη φροντίδα έχει την ισχυρότερη επίδραση στην ποιότητα φροντίδας των ασθενών. (Sochalski, 2004) Συμβάλλει επίσης στη συναισθηματική εξουθένωση των

νοσηλευτών, η οποία επιτείνεται από την ένταση που δημιουργείται από τους ασθενείς και την οικογένεια και τη μειωμένη ικανοποίηση από τις οικονομικές απολαβές. (Aiken et al., 2001) Η επίδραση της παράλειψης φροντίδας στο νοσηλευτικό προσωπικό επίσης διερευνήθηκε σε ποιοτικές μελέτες. (Papastavrou et al., 2014; Winters and Neville, 2012) Οι νοσηλευτές περιέγραψαν εμπειρίες συνεπείς με την ηθική δυστυχία, τη σύγκρουση ρόλων και την μη ανταπόκριση στο ρόλο όταν αντιμετώπιζαν την αδυναμία παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς τους. Επιπλέον, περιέγραψαν αισθήματα απογοήτευσης, ανησυχίας και δυσαρέσκειας εξαιτίας της αδυναμίας να ασκήσουν το επάγγελμα κατά τρόπο συμβατό με τις προσωπικές και επαγγελματικές τους αξίες (Winters and Neville, 2012), παραδείγματος χάριν ελλιπής εκπαίδευση ασθενών και οικογένειας για το εξιτήριο. (Aiken et al., 2001)

Η επίδραση της παράλειψης φροντίδας ήταν επίσης αρνητική και στα αποτελέσματα του οργανισμού (κύκλος εργασιών, πρόθεση αποχώρησης και απουσία). Παρατηρήθηκε μείωση της γενικότερης ικανοποίησης από την εργασία (Jones, 2014) και αύξηση της διάθεσης αποχώρησης κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους. Έτσι η διοίκηση του οργανισμού καλείται να αντικαταστήσει συχνότερα το προσωπικό (Tschannen et al., 2010; Aiken et al., 2001). Η διάθεση αποχώρησης ήταν πιο αυξημένη στους νέους νοσηλευτές. (Tschannen et al., 2010; Aiken et al., 2001) Επίσης υπήρχε συχνότερη απουσία από την εργασία. (Tschannen et al., 2010) με παράλληλη αύξηση της αναλογίας ασθενών-νοσηλευτών. (Aiken et al., 2001) Περιγράφηκε ανεπάρκεια προσωπικού και η νοσηλευτική διεύθυνση θεωρήθηκε υπεύθυνη γι' αυτό. (Aiken et al., 2001) Σε συγκεκριμένη μελέτη βρέθηκε ότι στα νοσοκομεία όπου η αναλογία ασθενών-νοσηλευτών είναι μεγαλύτερη, ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται κατά 37%. (Schubert et al., 2012) Ωστόσο, οι μονάδες με τους έμπειρους νοσηλευτές, οι οποίοι κάνουν περισσότερες υπερωρίες, έχουν μικρότερο ποσοστό διάθεσης αποχώρησης. (Tschannen et al., 2010) Δεν υπήρξαν επαρκή δεδομένα σχετικά με τις επανεισαγωγές των ασθενών και σχετικά με τη διάρκεια του χρόνου νοσηλείας. Μία μόνο μελέτη αναφέρει παράταση του χρόνου παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο εξαιτίας της παράλειψης φροντίδας. (Aiken et al., 2001)

2.5. Παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της παραλειπόμενης Φροντίδας

Μόνο μία παρέμβαση που είχε ως στόχο να μειωθεί η συχνότητα της παραλειπόμενης φροντίδας περιγράφεται στη βιβλιογραφία. (Kalisch et al., 2013) Σχεδιάστηκε μία οιονεί πειραματική μελέτη με επαναλαμβανόμενα συστήματα μέτρησης, πριν την παρέμβαση, μετά την παρέμβαση και δύο μήνες μετά την παρέμβαση. Στόχος της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί πώς η παρέμβαση train-the-trainer επηρεάζει την ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα και το σύνολο της παραλειπόμενης φροντίδας. Πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας σε προσωπικό από τρεις παθολογικές-χειρουργικές μονάδες σε τρία διαφορετικά νοσοκομεία (μία κλινική από κάθε νοσοκομείο). Χρησιμοποιήθηκαν 4 συστήματα μέτρησης για να ελέγξουν την αποτελεσματικότητα αυτής της παρέμβασης, το Nursing Teamwork Survey, το MISSCARE Survey και ερωτήσεις για τη γνώση και την ικανοποίηση από την ομαδική εργασία. Η ανταπόκριση κυμάνθηκε μεταξύ 73% και 84%. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 242 μέλη.

Η παρέμβαση αφορά ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα στις νοσηλευτικές ομάδες (νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών) το οποίο περιλάμβανε διδακτικές παρουσιάσεις, σενάρια από την καθημερινότητα για παιχνίδια ρόλων (προσομοίωση), σύνοψη των διδαχθέντων και συζήτηση με τους συμμετέχοντες. Το εκπαιδευτικό περιεχόμενο συνδύαζε δύο προσεγγίσεις στην εκπαίδευση της ομάδας: διαχείριση των πόρων της ομάδας και στρατηγικές και εργαλεία για τη βελτίωση της απόδοσης και την προαγωγή της ασφάλειας των ασθενών. Το εκπαιδευτικό πρόγραμμα αποτελούνταν από μία δεκάλεπτη παρουσίαση για την παροχή της θεωρητικής βάσης σχετικά με τις 8 συμπεριφορές στη νοσηλευτική ομάδα. Ακολουθούσαν τα παιχνίδια ρόλων. Η παρέμβαση είχε διάρκεια μίας ώρας κάθε 4-6 εβδομάδες. Κάθε εργαζόμενος συμμετείχε συνολικά σε 3 παρουσιάσεις οι οποίες γίνονταν στην κλινική κατά τη διάρκεια του ωραρίου. Κατά τη διάρκεια κάθε συνεδρίας παιχνιδιού ρόλων, ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να παίξουν 3-4 σενάρια βασισμένα σε πραγματικές καταστάσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτικές ομάδες στις μονάδες νοσηλείας ασθενών. Μετά το πέρας κάθε σεναρίου ζητούνταν από τους συμμετέχοντες να προσδιορίσουν την παρουσία και/ή την απουσία των 8 συμπεριφορών της ομάδας και της παράλειψης φροντίδας. Οι ομάδες αποτελούνταν από 3-6 μέλη. Οι εκπαιδευτές ήταν εργαζόμενοι στο ίδιο τμήμα, δύο νοσηλευτές από την πρωινή βάρδια και ένας από τη βραδινή.

Στα αποτελέσματα περιλαμβάνονταν βαθμολογίες σε τρία ερωτηματολόγια που σχετίζονται με την ομαδική εργασία και σε ένα ερωτηματολόγιο σχετικό με την παράλειψη φροντίδας. Στατιστικά σημαντική βελτίωση της ομαδικής εργασίας (συμπεριφορά, γνώση και

ικανοποίηση) και της παράλειψης φροντίδας επιτεύχθηκε, η οποία διατηρήθηκε για δύο μήνες μετά την παρέμβαση. Ωστόσο, η κλινική σημασία της βελτίωσης ήταν μικρή: 4% βελτίωση στη συμπεριφορά της ομάδας, 6% βελτίωση στην ικανοποίηση της ομάδας, 4% βελτίωση στη γνώση της ομάδας και 4% μείωση της συχνότητας παράλειψης φροντίδας.

3. Η Επαγγελματική Κόπωση ως σημαντικό τμήμα της ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής

Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής είναι η ποιότητα που αισθάνεται κάποιος σε σχέση με την εργασία τους ως βοηθός. Τόσο η θετική όσο και η αρνητική πτυχή της εργασίας του ατόμου επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής (Παράρτημα, Εικόνα 5). Οι άνθρωποι που εργάζονται σε επαγγέλματα με βάση τη βοήθεια μπορεί να ανταποκριθούν σε ατομικές, κοινοτικές εθνικές ή ακόμα και διεθνείς κρίσεις. Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής εντάσσεται δύο τομείς, το θετικό (Compassion Satisfaction) και τον αρνητικό (Compassion Fatigue).

Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιώντας σχετικές με τη μελέτη λέξεις-κλειδιά. Από τα άρθρα που βρέθηκαν 19 από αυτά περιλήφθηκαν σε πίνακες. Περιλαμβάνουν 9 ποσοτικές μελέτες, 5 ποιοτικές και 5 μικτές μελέτες. Οι μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σε χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο.

Οι περισσότερες ποσοτικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ. Ακολουθούν ο Καναδάς, η Πορτογαλία, η Τουρκία, η Κίνα και η Κορέα. Είναι μελέτες που έλαβαν χώρα την τελευταία δεκαετία (2010-2019). Στις μελέτες συμμετείχαν πληθυσμοί από 20 έως 650 άτομα. Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων στις μελέτες είναι 165 άτομα. Το εργαλείο που έχει κυρίως χρησιμοποιηθεί είναι το Professional Quality of Life 5^η έκδοση. Οι περισσότερες μελέτες είναι περιγραφικές μη-πειραματικές ή διατομεακές είτε συγχρονικές, είτε συσχετίσεων. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιούνται προγράμματα στατιστικής ανάλυσης και γίνονται δοκιμασίες επαγωγικής και περιγραφικής στατιστικής.

Οι ποιοτικές μελέτες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στην Τουρκία και στην Ιαπωνία την τελευταία δεκαετία (2010-2018). Ο μέσος όρος των συμμετεχόντων είναι περίπου 28 άτομα (7-106). Στις μελέτες οργανώθηκαν ομάδες εστίασης (focus group) με ημιδομημένες ερωτήσεις, ατομικές συνεντεύξεις με ημιδομημένες ή ανοιχτές ερωτήσεις. Οι προσεγγίσεις ήταν η φαινομενολογική προσέγγιση, η δευτερογενής θεματική ανάλυση, απλή ανάλυση περιεχομένου, συνεχής συγκριτική μέθοδος και περιγραφική μελέτη. Σε ορισμένες μελέτες έγινε τριγωνοποίηση των αποτελεσμάτων. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης προγράμματα κατάλληλα για την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων.

Οι πίνακες που περιγράφονται αναλυτικότερα τα στοιχεία από την ανασκόπηση των ποιοτικών και των ποσοτικών ερευνών παρατίθενται παρακάτω.

Πίνακας 5. Ανασκόπηση Ποσοτικών Μελετών Διερεύνησης της Compassion Fatigue

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Al-Majid et al. 2018 ΗΠΑ	Διερεύνηση της ικανοποίησης και του Compassion Fatigue σε εντατικής φροντίδας, ογκολογικούς και προϊστάμενους νοσηλευτές	48 πτυχιούχοι νοσηλευτές: 38/97 (42%) κλινικοί 10/11 (91%) προϊστάμενοι Εργαζόμενοι σε ογκολογικές και εντατικής φροντίδας κλινικές μη κερδοσκοπικού, κοινοτικού, νοσοκομείου.	Διατομεακός ερευνητικός σχεδιασμός Εργαλεία: Professional Quality of Life	CS: 50.3±10, BO: 48.6±8.8, STS: 47.6±9.6 Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές είχαν περισσότερο δευτερογενές τραυματικό στρες από τους κλινικούς. Όσο λιγότερη εργασιακή εμπειρία, τόσο μικρότερη ικανοποίηση με μέσο όρο τα 10 χρόνια. Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης.
Anderson and Gustavson 2016 ΗΠΑ	Αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος εκπαίδευσης στο πλέξιμο στην επίπτωση του Compassion Fatigue ογκολογικών νοσηλευτριών.	39 νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε νοσοκομείο των ΗΠΑ.	Μελέτη παρέμβασης. Μικτή μεθοδολογία. Εργαλεία: ✓ Professional Quality of Life ✓ Ανοιχτή ερώτηση σχετικά με την παρέμβαση. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου πριν την παρέμβαση και 6 εβδομάδες μετά την παρέμβαση.	Παρατηρήθηκε μείωση της εξουθένωσης πριν και μετά την παρέμβαση. Οι νεότερες νοσηλεύτριες σημείωσαν λιγότερη ικανοποίηση και περισσότερη εξουθένωση πριν την παρέμβαση. Το ποσοστό βελτιώθηκε μετά την παρέμβαση.
Duarte and Pinto-Gouveia 2017 Πορτογαλία	Διερεύνηση του ρόλου ψυχολογικών παραγόντων (ενσυναίσθηση, συμπόνια, αυστηρότητα/ δυσκαμψία) στην ποιότητα επαγγελματικής ζωής πτυχιούχων νοσηλευτών	Δείγμα ευκολίας: 221 ογκολογικοί νοσηλευτές. 5 δημόσια νοσοκομεία: 2 ογκολογικά και 3 γενικά.	Διατομεακός ερευνητικός σχεδιασμός. Μέρος μιας μεγαλύτερης μελέτης. Εργαλεία: ✓ Professional Quality of Life ✓ Interpersonal Reactivity Index ✓ Self-Compassion Scale ✓ Acceptance and Action Questionnaire-II	Οι νοσηλευτές που ωφελούνται από τη βοήθεια και την υποστήριξη των άλλων έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και ευαισθησία σε σχέση με αυτούς που έχουν αναστάτωση. Επίσης προσπαθούν να δουν μέσα από την οπτική των άλλων. Δυσκολεύονται λιγότερο από αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν από βλέποντας τους άλλους να υποφέρουν και συμπονοούν περισσότερο. Οι νοσηλευτές που είναι πιο επιρρεπείς στις αρνητικές συνέπειες είναι πιο

				επικριτικές και έχουν περισσότερη ψυχολογική ακαμψία. Βλέπονταν τους άλλους να υποφέρουν βιώνουν περισσότερη αναστάτωση και λιγότερη ενσυναίσθηση και ευαισθησία.
Duarte and Pinto-Gouveia 2016 Πορτογαλία	Αξιολόγηση της επίδρασης μιας εσωτερικής, σύντομης, βασισμένης στην επίγνωση παρέμβασης για την αντιμετώπιση του Compassion Fatigue και της εξουθένωσης των ογκολογικών νοσηλευτών.	Αρχικά 93 ογκολογικοί νοσηλευτές Ομάδα παρέμβασης: 45 Ομάδα ελέγχου: 48 Τελικά: 48 άτομα Ομάδα παρέμβασης: 29 Ομάδα ελέγχου: 19 2 μεγάλα ογκολογικά νοσοκομεία. Έτη: 2013-2015	Μη-τυχαιοποιημένη μελέτη σύγκρισης. Εργαλεία: 1. Professional Quality of Life-5 2. Depression, Anxiety, Stress Scale-21 3. Acceptance and Action Questionnaire-II 4. Ruminative Responses Scale-Short 5. Five Facets of Mindfulness Questionnaire 6. Self-Compassion Scale 7. Satisfaction with Life Scale	Ομάδα παρέμβασης: σημαντική μείωση στο Compassion Fatigue, στην εξουθένωση, στο στρες, στην αποφυγή της εμπειρίας. Αύξηση στην ικανοποίηση από τη ζωή, στην επίγνωση και την συμπόνια του εαυτού. Η ομάδα παρέμβασης δεν ανέφερε κάποια σημαντική διαφοροποίηση.
Giarelli et al. 2016 ΗΠΑ	Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα στην εργασιακή ζωή και τον κίνδυνο ανάπτυξης Compassion Fatigue.	20 πτυχιούχες νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε αιματολογική-ογκολογική κλινική σε επαρχιακό εκπαιδευτικό νοσοκομείο στην Πενσυλβανία των ΗΠΑ. Αναπόκριση 30% (N=20/67).	Περιγραφική Μικτή μεθοδολογία ✓ Ποσοτικά δεδομένα: Impact Events Scale (IES) Life Events Scale (LES) Professional Quality of Life V	<i>Impact Events Scale (IES)</i> : Ήπιο έως καθόλου στρες (n=14) Διείσδυση ήπια έως καθόλου: n=19 Ήπια έως καθόλου αποφυγή: n=19 <i>Life Events Scale (LES)</i> : 120,95 ± 86,45 <i>Professional Quality of Life V</i> Εξουθένωση: 19,5 ± 5,65 Δευτερεύον Στρες: 20 ± 4,9 Ικανοποίηση: 39,75 ± 8,15
Hooper et al. 2010 ΗΠΑ	Διερεύνηση της επίπτωσης CS, BO, CF μεταξύ πτυχιούχων νοσηλευτών εργαζόμενων στα επείγοντα και σε άλλες επιλεγμένες ειδικότητες.	109/138 (82%) πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε: Επείγοντα: 49 (78%) Ογκολογική: 12 (86%) Νεφρολογική: 16 (72%) Εντατική: 32 (84%) Μάρτης-Ιούνιος 2008.	Διατομεακή, σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή μελέτη. Εργαλεία: ✓ Φόρμα δημογραφικών στοιχείων ✓ Professional Quality of Life-4	82% επείγοντα έχουν από μέσο μέχρι υψηλό επίπεδο εξουθένωσης και 86% έχουν μέσο έως υψηλό Compassion Fatigue. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των κλινικών. Οι νοσηλευτές των επειγόντων έχουν

				τάση για λιγότερη ικανοποίηση, της εντατικής για εξουθένωση και της ογκολογικής για Compassion Fatigue.
Jang et al. 2016 Κορέα	Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στον επαγγελματισμό και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής σε πτυχιούχες ογκολογικές νοσηλεύτριες, εργαζόμενες σε 3βάθμιο νοσοκομείο στην Κορέα.	291/300 νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε κλινικές σε σχέση με τον καρκίνο. 285 ήταν έγκυρα τελικά. 2 τριτοβάθμια νοσοκομεία Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2013.	Διατομεακή μελέτη συσχετίσεων με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Εργαλεία: ✓ Korean version of Hall's Professionalism Inventory ✓ Professional Quality of Life -5	Επαγγελματισμός: 77,98±7,31 CS: 33.84±5.62 CF: 28.38±5.36 STS: 28.33±5.48 Η ικανοποίηση επηρεάζεται από παράγοντες του επαγγελματισμού, όπως επίσης και η εξουθένωση και το δευτερεύον τραυματικό στρες. CF: δημόσιες υπηρεσίες, αυτονομία, αυτοκυριαρχία, κλήση, συνεργασία των επαγγελματιών. BO: συνεργασία των επαγγελματιών, δημόσιες υπηρεσίες, αυτονομία, αυτοκυριαρχία, κλήση. STS: Δημόσιες υπηρεσίες.
Mooney et al. 2017 ΗΠΑ	Διερεύνηση του Compassion Fatigue σε νοσηλευτές εργαζόμενους σε μονάδες εντατικής θεραπείας και ογκολογικές κλινικές, λαμβάνοντας υπόψη δημογραφικούς και επαγγελματικούς παράγοντες.	86 νοσηλευτές: 68/165 (43%) εργαζόμενοι σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 18/36 (50%) εργαζόμενοι σε ογκολογική κλινική Κοινοτικό νοσοκομείο μαγνήτης	Διατομεακός ερευνητικός σχεδιασμός Συλλογή δεδομένων μέσω REDCap Εργαλεία: Professional Quality of Life	✓ Compassion Satisfaction: 38,7±5,86 (36-43) ✓ Εξουθένωση: 25±5,46 (21-28) ✓ Compassion Fatigue: 20,5±5,82 (16-24,3) Στους εργαζόμενους της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση και υψηλότερη εξουθένωση σε σχέση με την ογκολογική κλινική. Οι άντρες νοσηλευτές ανέφεραν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερη εξουθένωση.
Pfaff et al. 2017 Καναδάς	Αξιολόγηση της επίπτωσης ενός προγράμματος, διάρκειας 6 εβδομάδων, με	27 επαγγελματίες υγείας συμμετέχοντες στο πρόγραμμα	Μικτή μεθοδολογία ✓ Ποσοτικά δεδομένα (αρχή και τέλος):	Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μείωση του στρες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος.

	Θέμα την ανάπτυξη αντοχής στο Compassion Fatigue σε διεπιστημονική ομάδα τοπικού ογκολογικού νοσοκομείου στον Καναδά.	12 συμπλήρωσαν την αξιολόγηση που ακολούθησε στο τέλος του προγράμματος	Professional Quality of life- V5 Index of clinical stress Silencing Response Scale	Δύο βασικά θέματα αναδείχθηκαν: 1. Αυξημένη επίγνωση και δυνατότητα αναγνώρισης του Compassion Fatigue, τόσο στον εαυτό τους, όσο και στους άλλους. 2. Δέσμευση για στρατηγικές προσωπικής φροντίδας.
Wu et al. 2016 ΗΠΑ & Καναδάς	Διερεύνηση την εμπειρίας του Compassion Fatigue, της εξουθένωσης και της ικανοποίησης στους ογκολογικούς νοσηλευτές των ΗΠΑ και του Καναδά. Σύγκριση των ευρημάτων από τις δύο χώρες.	549 πτυχιούχοι νοσηλευτές: 486 αμερικανοί 63 канаδοί. Ιούνιος-Αύγουστος 2014.	Ποσοτική, περιγραφική, μη πειραματική μελέτη. Εργαλεία: ✓ Professional Quality of Life-5 ✓ Abendroth Demographic Questionnaire (τροποποιημένο) Συλλογή μέσω του FluidSurveys.	Παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά. Παρόμοια επίπεδα Compassion Fatigue, εξουθένωσης και ικανοποίησης. Η συνοχή της ομάδας στο εργασιακό περιβάλλον θεωρείται σημαντική και στις δύο ομάδες νοσηλευτών. Αμερική: Νεαρότερες νοσηλεύτριες έχουν δευτερογενές στρες. Οι πιο έμπειρες έχουν λιγότερη εξουθένωση. Η εκπαίδευση συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση. Οι νοσηλευτές με διαταραγμένη διαχείριση του στρες έχουν αυξημένη εξουθένωση. Οι περισσότερες ώρες εργασίας αύξησαν την ικανοποίηση. Η παραμέληση του εαυτού και οι τραυματικοί θάνατοι συνδέονται με Compassion Fatigue. Καναδάς: Το στρες συνδέεται με αυξημένη συχνότητα πονοκέφαλων. Επίσης συνδέεται με οικονομικούς παράγοντες. Η παραμέληση των προσωπικών αναγκών αυξάνει το compassion fatigue.
Yilmaz et al. 2018 Τουρκία	Αξιολόγηση ενός προγράμματος παρέμβασης σε πτυχιούχους ογκολογικούς νοσηλευτές σχετικά με το Compassion Fatigue, την	43 νοσηλευτές που φροντίζουν ογκολογικούς ασθενείς σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο.	Εκτίμηση πριν και 5 εβδομάδες μετά την παρέμβαση. Εργαλεία: • Professional Quality of Life IV-Scale	Μειώθηκε το Compassion Fatigue και η εξουθένωση, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση της ικανοποίησης και των σκορ στο εργαλείο μετά-τραυματικής ανάπτυξης.

	ικανοποίηση και την εξουθένωση, που είναι ενδεικτικά της ποιότητας επαγγελματικής ζωής.		<ul style="list-style-type: none"> • Post-Traumatic Growth Inventory Μάρτιος-Απρίλιος 2016 	
Yoder E. A. 2010 ΗΠΑ	Περιγραφή του Compassion Fatigue, των καταστάσεων που το προκαλούν και των στρατηγικών αντιμετώπισης.	Πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε νοσοκομείο μαγνήτης: κατ' οίκον φροντίδα, εντατική θεραπεία, επείγοντα, μονάδα προοδευτική φροντίδα, ογκολογική και παθολογική-χειρουργική κλινική. 106/178 (60%) συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. 71/106 απάντησαν στις ποιοτικές ερωτήσεις που ακολουθούσαν.	Μικτή μεθοδολογία: 1. Professional Quality of Life IV 2. Ποιοτικές ερωτήσεις Περιγραφή γεγονότος Compassion Fatigue Προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης του Compassion Fatigue	Η κόπωση από την εργασία εξαρτάται από τη βάρδια, σε αυτές που εργάζονται σε 8ωρη βάρδια να είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με την 12ωρη. Οι νοσηλευτές στην εντατική είναι πιο ικανοποιημένοι από αυτούς στα επείγοντα. Όσο μικρότερη εργασιακή εμπειρία, τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση. Αρνητική συσχέτιση της ικανοποίηση με την κόπωση και το δευτερογενές στρες.
Yu et al. 2016 Κίνα	Διερεύνηση του επιπολασμού των παραγόντων πρόβλεψης της ποιότητας επαγγελματικής ζωής σε ογκολογικούς νοσηλευτές της Κίνας.	Δείγμα ευκολίας 650/669 πτυχιούχων ογκολογικών νοσηλευτών Ανταπόκριση (97,16%) 10 3βάθμια και 5 2βάθμια νοσοκομεία στη Σαγκάη της Κίνας. Μάρτιος-Ιούνιος 2013.	Διατομεακός σχεδιασμός με ερωτηματολόγιο Εργαλεία: 1. Professional Quality of Life Scale 2. Jefferson Scales of Empathy 3. Simplified Coping Style Questionnaire 4. Perceived Social Support Scale 5. Chinese Big Five Personality Inventory (συντόμευση)	CF: 21.39 ±4.84 (18-24) CS: 31.81±6.49 (28-36) BO: 21.14±4.95 (18-24) Υψηλότερη εξουθένωση και burnout διαπιστώθηκε μεταξύ των ογκολογικών νοσηλευτών που είχαν περισσότερη εργασιακή εμπειρία, εργάζονταν σε 2βάθμια νοσοκομεία και χρησιμοποιούσαν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Η γνωστική ενσυναίσθηση, η εκπαίδευση και η υποστήριξη από τον οργανισμό ταυτοποιήθηκαν ως σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες. Ο σημαντικότερος προβλεπτικός παράγοντας είναι η αντίληψη με προοπτική. Ο ανοιχτός χαρακτήρας και η συγκατάβαση συνδέονται με την

				ικανοποίηση, ενώ ο νευρωτισμός με την εξουθένωση και το Compassion Fatigue.
Zajac et al. 2019 ΗΠΑ	Διερεύνηση της αποτελεσματικότητας από μία παρέμβαση στήριξης πένθους μετά το θάνατο του ασθενούς, σε νοσηλευτικό προσωπικό για την αντιμετώπιση του Compassion Fatigue.	107/186 (58%) νοσηλευτικό προσωπικό αρχικά 91/186 (49%) συμπλήρωσαν τελικά και τα δύο ερωτηματολόγια 2 παθολογικοί και δύο παθολογικοί-χειρουργικοί θάλαμοι γενικού κέντρου για τον καρκίνο	Μικτή μεθοδολογία Εργαλεία: <ul style="list-style-type: none"> • Professional Quality of life scale • Press Ganey Survey results • Ποιοτική ερώτηση στο ερωτηματολόγιο μετά την παρέμβαση 	Πριν την παρέμβαση παρατηρήθηκε μέση ικανοποίηση και μέσο δευτερογενές τραυματικό στρες. Η εξουθένωση ήταν χαμηλή. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο Compassion Fatigue πριν και μετά την παρέμβαση. Βελτιώθηκε σημαντικά η αντίληψη των ασθενών σχετικά με τις δεξιότητες των νοσηλευτών στο δεύτερο μισό του 2015.

Πίνακας 6. Ανασκόπηση Ποιοτικών Μελετών Διερεύνησης της Compassion Fatigue

ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ-ΕΤΟΣ-ΧΩΡΑ	ΣΤΟΧΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Anderson and Gustavson 2016 ΗΠΑ	Αξιολόγηση της επίδρασης ενός προγράμματος εκπαίδευσης στο πλέξιμο στην επίπτωση του Compassion Fatigue ογκολογικών νοσηλευτριών.	39 νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε νοσοκομείο των ΗΠΑ.	Μελέτη παρέμβασης. Μικτή μεθοδολογία. Εργαλεία: ✓ ProfessionalQualityofLife ✓ Ανοιχτή ερώτηση σχετικά με την παρέμβαση. Συμπλήρωση ερωτηματολογίου πριν την παρέμβαση και 6 εβδομάδες μετά την παρέμβαση.	Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά την εμπειρία τους. Αναγνώρισαν την έλλειψη χρόνου ως περιοριστικό παράγοντα συμμετοχής. Πρότειναν επιπλέον παρεμβάσεις με δραστηριότητες όπως μουσική και ζωγραφική.
Finley and Sheppard 2018 ΗΠΑ	Ενδεδειγμένη επιστημονική εκτίμηση με ποιοτική μέθοδο των εμπειριών ογκολογικών νοσηλευτών με μικρή εργασιακή εμπειρία. Φωτισμός για στοχευμένες παρεμβάσεις.	5 νοσηλεύτριες με μικρή εργασιακή εμπειρία (<=7ετών) Ογκολογική κλινική Το δείγμα προέκυψε από μία αρχική μελέτη όπου συμμετείχαν 16 πτυχιούχοι νοσηλευτές από διαφορετικές κλινικές (τραύμα, εντατική, νευρολογική, ογκολογική)	Δευτερογενής θεματική ανάλυση Συνεντεύξεις με ανοιχτές ερωτήσεις Διάρκεια 60 λεπτά	Οι νέες εργαζόμενες συνδέονται με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η υπερβολική σύνδεση, η μακρά παραμονή των ασθενών στην κλινική και η υψηλή θνησιμότητα πυροδοτούν το CF. Συμπτώματα: εσωτερίκευση του πόνου και των φόβων των ασθενών και των οικογενειών τους, στοιχειωμένοι από θανάτου ορισμένων ασθενών, συναισθηματική εξάντληση, υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς θα πεθάνουν, βίωση εξουθένωσης, φυσικής εξάντλησης και υπερπροστασία των αγαπημένων προσώπων.
Fukumori et al. 2017 Ιαπωνία	Περιγραφή των δομικών στοιχείων των γνωστικών αντιδράσεων των νοσηλευτών από την έκθεσή τους στις τραυματικές εμπειρίες των ασθενών μέχρι την έναρξη του CF.	30 πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι στην ογκολογία 29 γυναίκες 1 άνδρας Ηλικία: 39±9 (23-57) έτη	Ημι-δομημένες συνεντεύξεις Διάρκεια: 35±7 λεπτά Φεβρουάριος 2014-Μάρτιος 2016 Ανάλυση περιεχομένου Συνεχής συγκριτική μέθοδος	40 γνωρίσματα- 613 δηλώσεις Κατάταξη στις εξής 11 κατηγορίες: • Αίσθηση επαγγελματικής ανεπάρκειας • Συμπόνια για τους ασθενείς

		<p>Εμπειρία: 16±10 έτη Εμπειρία στην ογκολογία: 11±7 έτη 6 ογκολογικά νοσοκομεία</p>		<p>και τις οικογένειές τους</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιθυμία στήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους • Περισυλλογή ή στοχασμός της οικογένειας κάποιου • Αίσθηση επαγγελματικής αποστολής • Δυσaréσκεια με το ιατρικό προσωπικό • Επιθυμία ενσωμάτωσης με τους συναδέλφους • Επιθυμία αποφυγής των καθηκόντων • Χάσμα μεταξύ των αντιλήψεων κάποιου και της πραγματικότητας • Αναθέρωση του νοήματος της ζωής • Αίσθηση αδυναμίας απέναντι στον καρκίνο
<p>Giarelli et al. 2016 ΗΠΑ</p>	<p>Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα στην εργασιακή ζωή και τον κίνδυνο ανάπτυξης Compassion Fatigue.</p>	<p>20 πτυχιούχες νοσηλεύτριες εργαζόμενες σε αιματολογική-ογκολογική κλινική σε επαρχιακό εκπαιδευτικό νοσοκομείο στην Πενσυλβανία των ΗΠΑ. Ανταπόκριση 30% (N=20/67).</p>	<p>Περιγραφική Μικτή μεθοδολογία ✓ Ποιοτικά δεδομένα: Ατομικές συνεντεύξεις σε βάθος, διάρκειας 30-50 λεπτά, με θέμα τις αντιλήψεις τους και τις συστάσεις τους σχετικά με το στρες στον εργασιακό χώρο. Θεματική ανάλυση περιεχομένου Χρήση του λογισμικού NVIVO 10.</p>	<p>Κατηγορίες στην ανάλυση:</p> <p>A. Αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα επαγγελματικής ζωής Δυσκολία στην επικοινωνία Συνθήκες στο περιβάλλον εργασίας Παράγοντες συνδεόμενοι με τη φροντίδα</p> <p>B. Στρες στην προσωπική ζωή Οι νοσηλευτές περιγράφουν την ανταπόδοση από το επάγγελμά τους. Ένας αναφέρει ότι κουβαλάει το stress μαζί του.</p>

				<p>C. Αντίληψη για τον προσωπικό κίνδυνο ανάπτυξης Compassion Fatigue</p> <p>D. Συστάσεις για μείωση του στρες στην εργασία Προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης Αλλαγές στο περιβάλλον εργασίας, πολιτική και πρωτοβουλία νοσηλευτών.</p>
Gunusen et al. 2018 Τουρκία	Περιγραφή των εμπειριών δευτερογενούς τραυματικού στρες των νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς με καρκίνο.	13 πτυχιούχες νοσηλεύτριες σε Ογκολογική κλινική Ηλικία:31 έτη Εργασιακή εμπειρία: 9 έτη Σεπτέμβριος με Οκτώβριο 2016	Ποιοτική φαινομενολογική μελέτη Ημι-δομημένες συνεντεύξεις με διάρκεια 28-63 λεπτά Ανάλυση περιεχομένου	<p>Τρία διαφορετικά θέματα προέκυψαν:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Κύκλος της απελπισίας 2) Αντιμετώπιση 3) Αλλαγή <ul style="list-style-type: none"> ✓ Προσωπική εξέλιξη ✓ Ψυχολογική κόπωση
Perry B. 2008 Καναδάς	Διερεύνηση τι περιλαμβάνουν οι εμπειρίες των υποδειγματικών ογκολογικών νοσηλευτών που διευκολύνει την αποφυγή CF.	7 πτυχιούχοι ογκολογικοί νοσηλευτές που αναγνωρίζονται από τους συναδέλφους τους ως υπόδειγμα	Φαινομενολογική μελέτη Ημι-δομημένες συνεντεύξεις Ανάλυση για επαναλαμβανόμενα θέματα με 3 σημεία αναφοράς: <ul style="list-style-type: none"> • Επανάληψη των ιδεών • Επανεμφάνιση των ιδεών • Σθεναρότητα με την οποία εκφράστηκαν οι ιδέες 	<p>Τα ευρήματα επικεντρώνονται σε 3 θέματα:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Λεπτά σύνδεσης ✓ Δίνοντας ουσία στα λεπτά ✓ Αναζωογονητικά λεπτά
Perry et al. 2011 Καναδάς	Περιγραφή της εμπειρίας του CF στους πτυχιούχους κλινικούς ογκολογικούς νοσηλευτές του Καναδά	19 πτυχιούχοι νοσηλευτές που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση μέσω του Canadian Oncology Nursing Journal Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες	Ποιοτική περιγραφική μελέτη διερεύνησης Θεματική ανάλυση με 5 θέματα: <ul style="list-style-type: none"> • Ορισμός του CF • Αιτίες του CF • Παράγοντες που επιδεινώνουν το CF • Παράγοντες που ανακουφίζουν το CF • Αποτελέσματα του CF 	<p>Οι συμμετέχοντες είχαν περιορισμένη γνώση σχετικά με τοCF.</p> <p>Αιτίες CF: Έλλειψη εξωτερικής υποστήριξης και γνώσεων, Ανεπάρκεια χρόνου για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας.</p> <p>Επιδείνωση CF:Το χάσμα μεταξύ της ποιότητας φροντίδας που οι νοσηλευτές επιθυμούν να</p>

				<p>προσφέρουν και του τι μπορούν να κάνουν στην πραγματικότητα/ αδυναμία ανακούφισης, Συνυπάρχον φυσικό και συναισθηματικό στρες, υπερβολικό συναισθηματικό δέσιμο.</p> <p>Ανακούφιση CF: Υποστήριξη από τους συναδέλφους, Ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής, Σύνδεση με τους άλλους, Αναγνώριση, Ωριμότητα και εμπειρία.</p> <p>Αποτελέσματα CF: Βαθιά κόπωση πνεύματος και σώματος, Αρνητικές συνέπειες στις προσωπικές σχέσεις, Σκέψεις να αφήσουν την ειδικότητα.</p>
Pfaff et al. 2017 Καναδάς	Αξιολόγηση της επίπτωσης ενός προγράμματος, διάρκειας 6 εβδομάδων, με θέμα την ανάπτυξη αντοχής στο Compassion Fatigue σε διεπιστημονική ομάδα τοπικού ογκολογικού νοσοκομείου στον Καναδά.	27 επαγγελματίες υγείας συμμετέχοντες στο πρόγραμμα 12 συμπλήρωσαν την αξιολόγηση που ακολούθησε στο τέλος του προγράμματος	Μικτή μεθοδολογία ✓ Ποιοτικά δεδομένα (μέση και τέλος): Ομάδες εστίασης και Προσωπικές συνεντεύξεις μέσω του ίδιου ημι-δομημένου οδηγού Τριγωνοποίηση των δεδομένων	Οι συμμετέχοντες ανέφεραν μείωση του στρες μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος. Δύο βασικά θέματα αναδείχθηκαν: 3. Αυξημένη επίγνωση και δυνατότητα αναγνώρισης του Compassion Fatigue, τόσο στον εαυτό τους, όσο και στους άλλους. 4. Δέσμευση για στρατηγικές προσωπικής φροντίδας.
Yoder E. A. 2010 ΗΠΑ	Περιγραφή του Compassion Fatigue, των καταστάσεων που το προκαλούν και των στρατηγικών αντιμετώπισης.	Πτυχιούχοι νοσηλευτές εργαζόμενοι σε νοσοκομείο μαγνήτης: κατ' οίκον φροντίδα, εντατική θεραπεία, επείγοντα, μονάδα προοδευτική φροντίδα, ογκολογική και παθολογική-χειρουργική κλινική. 106/178 (60%) συμπλήρωσαν το	Μικτή μεθοδολογία: 1. Professional Quality of Life IV 2. Ποιοτικές ερωτήσεις Περιγραφή γεγονότος Compassion Fatigue Προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης του	✓ Καταστάσεις που προκαλούν Φροντίδα για τους ασθενείς Θέματα του συστήματος Προσωπικά ζητήματα ✓ Στρατηγικές αντιμετώπισης Στρατηγικές που συνδέονται με την εργασία

		ερωτηματολόγιο. 71/106 απάντησαν στις ποιοτικές ερωτήσεις που ακολουθούσαν.	CompassionFatigue Ανάλυση περιεχομένου (ποιοτικά δεδομένα)	Προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης
--	--	---	--	---

3.1. Επαγγελματική κόπωση (*Compassion Fatigue*) – Ορισμός

Η κόπωση χωρίζεται σε δύο τμήματα: το Burnout (Εξουθένωση) και το Secondary Traumatic Stress (Δευτερογενές Τραυματικό Στρες). Το πρώτο αφορά θέματα τυπικά της εξουθένωσης. Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ένα αρνητικό συναίσθημα που πηγάζει από ένα τραύμα συνδεδεμένο με την εργασία, είτε είναι πρωτογενές είτε δευτερογενές τραύμα.

Η εξουθένωση (Burnout) είναι ένα τμήμα του Compassion Fatigue. Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν διαίσθηση τι είναι η εξουθένωση. Στον ερευνητικό τομέα η εξουθένωση συνδέεται με συναισθήματα απελπισίας και δυσκολίας στη διεκπεραίωση των εργασιακών καθηκόντων αποτελεσματικά. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνήθως βαθμιαία έναρξη. Μπορεί να αντιπροσωπεύουν την αίσθηση ότι οι προσπάθειές δεν φέρνουν αποτέλεσμα, ή μπορεί να συνδέονται με υψηλό φόρτο εργασίας ή με μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι ακόμη ένα κομμάτι του Compassion Fatigue. Αφορά την έκθεση σε ανθρώπους που έχουν βιώσει εξαιρετικά ή τραυματικά στρεσογόνα γεγονότα. Τα αρνητικά αποτελέσματα του δευτερογενούς στρες περιλαμβάνουν φόβο, δυσκολία στον ύπνο, εικόνες που εισβάλλουν ή αποφυγή ανάμνησης των τραυματικών εμπειριών ενός ατόμου. Το δευτερογενές στρες συνδέεται με τον ηθικό τραυματισμό.

Παρόμοια επίπεδα compassion fatigue, εξουθένωσης και ικανοποίησης στον τομέα της υγείας παρατηρούνται μεταξύ των διαφόρων χωρών. (Wu et al., 2016)

3.2. Χαρακτηριστικά *Compassion Fatigue*

Χαρακτηριστικά είναι τα συμπτώματα του Compassion Fatigue στα οποία κυριαρχούν η εξάντληση, η σύγχυση, ο θυμός, η κατάθλιψη. Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την άσκηση των καθηκόντων τους έρχονται σε επαφή με τον πόνο και τα τραύματα τόσο των ασθενών, όσο και των οικογενειών τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δένονται συναισθηματικά με τους ανθρώπους που φροντίζουν. Η συνεχής αυτή διαδικασία τους οδηγεί να βιώνουν εξουθένωση (Finley and Sheppard, 2018), βαθιά κόπωση πνεύματος και σώματος. (Perry et al., 2011) και φυσική εξάντληση. (Finley and Sheppard, 2018) Συχνά

αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους να περισυλλογίζεται ή στοχάζεται την οικογένεια κάποιου (Fukumori et al., 2017; Giarelli et al., 2016), ακόμη και εκτός του πλαισίου της εργασίας. Ιδιαίτερα οι ογκολογικοί νοσηλευτές προσπαθούν να συμβιβαστούν με την υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς θα πεθάνουν, (Finley and Sheppard, 2018) πράγμα που τους δημιουργεί αίσθηση αδυναμίας απέναντι στον καρκίνο. (Fukumori et al., 2017)

Αυτή η κατάσταση έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στις προσωπικές, όσο και στις επαγγελματικές σχέσεις. (Perry et al., 2011) Η πλειοψηφία των νοσηλευτών εκφράζει δυσαρέσκεια με το ιατρικό προσωπικό (Fukumori et al., 2017), το οποίο δεν παρέχει το συναίσθημα που πολλές φορές χρειάζεται και που οι ίδιοι περιμένουν να δοθεί. Έτσι θεωρούν ότι οι ασθενείς δεν φροντίζονται επαρκώς. Παράλληλα όμως έχουν και την επιθυμία ενσωμάτωσης με τους συναδέλφους (Fukumori et al., 2017), ως ένα μέσο προστασίας του εαυτού τους από οδυνηρά συναισθήματα και καταστάσεις. Σε προσωπικό επίπεδο νιώθουν διαρκή φόβο και έννοια για τους δικούς τους ανθρώπους και οδηγούνται σε υπερπροστασία των αγαπημένων προσώπων. (Finley and Sheppard, 2018)

Σε αυτή τη διαδικασία αντιλαμβάνονται το χάσμα μεταξύ των προσωπικών τους αντιλήψεων και προσδοκιών και της πραγματικότητας. (Fukumori et al., 2017; Perry et al., 2011) Αυτό οδηγεί ορισμένους σε επαναπροσδιορισμό της επαγγελματικής αποστολής και αναθεώρηση του νοήματος της ζωής. (Fukumori et al., 2017) Από την άλλη μεριά κάποιοι επαγγελματίες επιθυμούν να αποφύγουν τα καθήκοντά τους (Fukumori et al., 2017), ενώ παράλληλα καλλιεργούν σκέψεις να αφήσουν την ειδικότητα, το επάγγελμά τους. (Perry et al., 2011)

3.3. Στάδια εξέλιξης *Compassion Fatigue*

Οι επαγγελματίες υγείας αρχικά νιώθουν συμπόνια για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και επιθυμούν να τους στηρίξουν. (Fukumori et al., 2017) Στη διαδικασία παροχής φροντίδας έρχονται συστηματικά σε επαφή τον πόνο και τους φόβους των ασθενών και των οικογενειών τους, τα οποία πολλές φορές εσωτερικεύουν. (Finley and Sheppard, 2018) Παράλληλα σε ορισμένες περιπτώσεις αδυνατούν να βοηθήσουν και να ανακουφίσουν τα συμπτώματα στο βαθμό και με τον τρόπο που οι ίδιοι επιθυμούν. (Perry et al., 2011) Αυτό τους δημιουργεί αίσθηση επαγγελματικής ανεπάρκειας. (Fukumori et al., 2017) Με τον

τρόπο αυτό νιώθουν πολλές φορές στοιχειωμένοι από τους θανάτους ορισμένων ασθενών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συναισθηματική εξάντληση. (Finley and Sheppard, 2018)

Αρχικά λοιπόν βιώνεται απελπισία, απογοήτευση, θυμός και παρόμοια δυσάρεστα συναισθήματα τα οποία οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν. Μέσα από τη διαδικασία της αντιμετώπισης οδηγούνται σε αλλαγή. Ανάλογα με τον τρόπο διαχείρισης η αλλαγή έχει ως αποτέλεσμα είτε την προσωπική εξέλιξη και τη βελτίωση της προσωπικότητας του επαγγελματία, είτε την ψυχολογική κόπωση και την εξουθένωση. (Gunusen et al., 2018; Giarelli et al., 2016)

3.4. Αιτίες που προκαλούν Compassion Fatigue

Έχουν περιγραφεί αρκετές αιτίες που συνδέονται με το Compassion Fatigue. Η Φροντίδα για τους ασθενείς (Yoder, 2010) και υπερβολική σύνδεση μαζί τους κατά τη διάρκεια της μακράς παραμονής τους στην κλινική όπως και η υψηλή θνησιμότητα το πυροδοτούν. (Finley and Sheppard, 2018) Μεγαλύτερο ποσοστό σύνδεσης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους παρατηρείται στις νέες εργαζόμενες. (Finley and Sheppard, 2018) Θέματα του συστήματος (Yoder, 2010), όπως η έλλειψη υποστήριξης και εκπαίδευσης του προσωπικού, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της κόπωσης. (Perry et al., 2011) Επιπλέον η ανεπάρκεια χρόνου για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας σύμφωνα με τα πρότυπα καταπονεί τους επαγγελματίες υγείας. (Giarelli et al., 2016; Perry et al., 2011) Τέλος τα προσωπικά ζητήματα και ο τρόπος που διαχειρίζεται κάποιος τις καταστάσεις που τον δυσκολεύουν είναι μία ακόμη αιτία ανάπτυξης του Compassion Fatigue. (Yoder, 2010)

3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν (θετικά και αρνητικά)

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επηρεάζουν το Compassion Fatigue, είτε θετικά, είτε αρνητικά. Αυτοί οι παράγοντες συνδέονται με το εργασιακό περιβάλλον, (Giarelli et al., 2016) τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των

επαγγελματιών. Συγκρίνοντας την ικανοποίηση με την κόπωση και το δευτερογενές στρες, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση της ικανοποίησης με την κόπωση και το δευτερογενές στρες. (Yoder, 2010)

Σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον, το νοσοκομείο και το τμήμα εργασίας συνδέονται με την κόπωση. Όσον αφορά το νοσοκομείο και το τμήμα εργασίας, οι νοσηλευτές στην εντατική είναι πιο ικανοποιημένοι από αυτούς στα επείγοντα. (Yoder, 2010) Στους εργαζόμενους της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση και υψηλότερη εξουθένωση σε σχέση με την ογκολογική κλινική. (Mooney et al., 2017) Υψηλότερη εξουθένωση και burnout διαπιστώθηκε μεταξύ των ογκολογικών νοσηλευτών που εργάζονταν σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία. (Yu et al., 2016) Οι νοσηλευτές των επειγόντων έχουν τάση για λιγότερη ικανοποίηση, της εντατικής τάση για εξουθένωση και της ογκολογικής τάση για compassion fatigue. (Hooper et al., 2010)

Η κόπωση από την εργασία συνδέθηκε επίσης με τη βάρδια. Στους νοσηλευτές που εργάζονται σε 8ωρες βάρδιες η κόπωση είναι μεγαλύτερη σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονται 12ωρες. (Yoder, 2010) Σε μία ακόμη έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες ώρες εργασίας αύξησαν την ικανοποίηση. (Wu et al., 2016)

Η εργασιακή εμπειρία είναι ένας ακόμη παράγοντας που συνδέεται με την κόπωση. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες είναι διφορούμενα. Αναλυτικότερα, οι ερευνητές διαπιστώνουν τα εξής. Όσο λιγότερη εργασιακή εμπειρία, τόσο μικρότερη ικανοποίηση με μέσο όρο τα 10 χρόνια. (Al-Majid et al., 2018) Οι πιο έμπειροι νοσηλευτές έχουν λιγότερη εξουθένωση. (Wu et al., 2016) Όσο μικρότερη εργασιακή εμπειρία, τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση. (Yoder, 2010) Υψηλότερη εξουθένωση και burnout διαπιστώθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που είχαν περισσότερη εργασιακή εμπειρία. (Yu et al., 2016)

Ο εργασιακός ρόλος και η θέση ευθύνης συνδέονται με κόπωση και στρες. Οι προϊστάμενοι νοσηλευτές είχαν περισσότερο δευτερογενές τραυματικό στρες και αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης σε σύγκριση με τους κλινικούς νοσηλευτές. (Al-Majid et al., 2018)

Η συνοχή της ομάδας στο εργασιακό περιβάλλον θεωρείται σημαντική στην ανάπτυξη είτε της ικανοποίησης, είτε της κόπωσης. (Wu et al., 2016; Giarelli et al., 2016) Η δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. (Giarelli et al., 2016)

Τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία το φύλο και η εκπαίδευση, παίζουν ρόλο. Οι νεαρότερες νοσηλεύτριες έχουν δευτερογενές στρες (Wu et al., 2016) και σημείωσαν λιγότερη ικανοποίηση και περισσότερη εξουθένωση. (Anderson and Gustavson, 2016) Οι

άντρες νοσηλευτές ανέφεραν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερη εξουθένωση. (Mooney et al., 2017) Η εκπαίδευση συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση. (Wu et al., 2016) Η εκπαίδευση και η υποστήριξη από τον οργανισμό ταυτοποιήθηκαν ως σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες απέναντι στο compassion fatigue. (Yu et al., 2016)

Τέλος τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή την αποφυγή του Compassion Fatigue. Οι νοσηλευτές που ωφελούνται από τη βοήθεια και την υποστήριξη των άλλων έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και ευαισθησία σε σχέση με αυτούς που έχουν άγχος. Επίσης προσπαθούν να δουν μέσα από την οπτική των άλλων. Έτσι δυσκολεύονται λιγότερο από αρνητικά συναισθήματα που προκύπτουν από βλέποντας τους άλλους να υποφέρουν και συμπονούν περισσότερο. Οι νοσηλευτές που είναι πιο επιρρεπείς στις αρνητικές συνέπειες είναι πιο επικριτικοί και έχουν περισσότερη ψυχολογική ακαμψία. Βλέποντας τους άλλους να υποφέρουν βιώνουν περισσότερη αναστάτωση και λιγότερη ενσυναίσθηση και ευαισθησία. (Duarte and Pinto-Gouveia, 2017; Yu et al., 2016) Το συνυπάρχον φυσικό και συναισθηματικό στρες λόγω προσωπικών καταστάσεων (Perry et al., 2011) καθώς και το υπερβολικό συναισθηματικό δέσιμο (Perry et al., 2011) αυξάνουν την κόπωση. Οι νοσηλευτές με διαταραγμένη διαχείριση του στρες έχουν αυξημένη εξουθένωση. Η παραμέληση του εαυτού, των προσωπικών αναγκών και οι τραυματικοί θάνατοι συνδέονται με compassion fatigue. (Wu et al., 2016) Υψηλότερη εξουθένωση και burnout διαπιστώθηκε μεταξύ των νοσηλευτών που χρησιμοποιούσαν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης. (Yu et al., 2016) Ο ανοιχτός χαρακτήρας και η συγκατάβαση συνδέονται με την ικανοποίηση, ενώ ο νευρωτισμός με την εξουθένωση και το compassion fatigue. (Yu et al., 2016) Το στρες στην προσωπική ζωή, το οποίο μπορεί να προέρχεται από προσωπικά και οικονομικά προβλήματα, δημιουργεί επιπλέον κίνδυνο για την ανάπτυξη κόπωσης. (Giarelli et al., 2016) Η ικανοποίηση επηρεάζεται από παράγοντες του επαγγελματισμού, όπως επίσης και η εξουθένωση και το δευτερεύον τραυματικό στρες. (Jang et al., 2016)

3.6. Στρατηγικές αντιμετώπισης

Στις στρατηγικές αντιμετώπισης του Compassion Fatigue περιλαμβάνονται τόσο αυτές που συνδέονται με την εργασία, όσο και οι προσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης. (Giarelli et al., 2016; Yoder, 2010)

Ορισμένα πιλοτικά προγράμματα για την ανάπτυξη αντοχής στο Compassion Fatigue βρέθηκε ότι μειώνουν το βαθμό του (Yilmaz et al., 2018; Pfaff et al., 2017) καθώς βοηθούν το προσωπικό να το αναγνωρίσει τόσο στον εαυτό του, όσο και στους άλλους και παράλληλα το βοηθούν να αναπτύξει στρατηγικές προσωπικής φροντίδας. (Pfaff et al., 2017; Giarelli et al., 2016) Παρέμβαση με βάση την εσωτερική επίγνωση απέδειξε ότι μειώθηκε σημαντικά το compassion fatigue, ενώ παράλληλα αυξήθηκε η ικανοποίηση από τη ζωή, η δυνατότητα επίγνωσης του εαυτού και η συμπόνια. (Duarte and Pinto-Gouveia. 2016) Οι ασθενείς αναγνωρίζουν βελτίωση των δεξιοτήτων των νοσηλευτών μετά από παρεμβάσεις στήριξης του προσωπικού. (Zajac et al., 2019) Σε παρέμβαση με δραστηριότητα το πλέξιμο παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της εξουθένωσης μετά την παρέμβαση. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά την εμπειρία τους και πρότειναν επιπλέον παρεμβάσεις με δραστηριότητες όπως η μουσική και η ζωγραφική. Επίσης περιέγραψαν την έλλειψη χρόνου ως περιοριστικό παράγοντα συμμετοχής σε δραστηριότητες αυτοφροντίδας και αποφόρτισης, ενώ ταυτόχρονα αναγνώρισαν τη σημασία τους. (Anderson and Gustavson, 2016)

Η υποστήριξη από τους συναδέλφους, η ισορροπία μεταξύ της εργασίας και της προσωπικής ζωής και ο τρόπος σύνδεσης με τους άλλους παίζουν σημαντικό ρόλο. (Perry et al., 2011; Perry, 2008) Πρωτοβουλίες για μείωση του στρες στον εργασιακό τομέα και αλλαγές για βελτίωση του περιβάλλοντος βοηθούν στη μείωση της κόπωσης και της εξουθένωσης. (Giarelli et al., 2016) Επίσης ουσιαστική είναι η αναγνώριση του κινδύνου για ανάπτυξη κόπωσης και η χρησιμοποίηση κάθε εμπειρίας με στόχο την προσωπική ωριμότητα και εξέλιξη. (Perry et al., 2011) Πολλοί νοσηλευτές λαμβάνουν ανταπόδοση από το επάγγελμά τους μέσα από τη σχέση που καλλιεργούν με τους ανθρώπους και τις οικογένειες που φροντίζουν. (Giarelli et al., 2016) Οι υποδειγματικοί ογκολογικοί νοσηλευτές αναφέρουν ότι δίνουν ουσία στα λεπτά που περνούν με τους ασθενείς, αξιοποιώντας την εμπειρία και προσπαθώντας να κερδίσουν ωριμότητα. (Perry, 2008)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης της παραλειπούμενης φροντίδας με την επαγγελματική κόπωση (compassion fatigue) σε νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικού νοσοκομείου.

Ως επιμέρους στόχοι της μελέτης διαμορφώνονται οι παρακάτω:

- A. Περιγραφή της παραλειπούμενης φροντίδας.
- B. Περιγραφή των αιτιών εξαιτίας των οποίων παραλείπεται η φροντίδα.
- C. Περιγραφή της επαγγελματικής κόπωσης (εξουθένωση, δευτερεύον μετατραυματικό στρες).
- D. Συσχέτιση της παραλειπούμενης φροντίδας με την επαγγελματική εξουθένωση, τα επαγγελματικά και δημογραφικά στοιχεία.

Μεθοδολογία και Δείγμα

Δείγμα ευκολίας. Όλοι οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονται στις κλινικές και στα εξωτερικά ιατρεία ογκολογικού νοσοκομείου των Αθηνών προσκλήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του έτους 2018.

Αρχικά ενημερώνονταν σχετικά με τη διαδικασία και το σκοπό της έρευνας. Στη συνέχεια, τους δινόταν προς συμπλήρωση η φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης και τα έντυπα της μελέτης. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν υπό συνθήκες εξασφαλισμένης ανωνυμίας και τήρησης του απορρήτου. Οι συμμετέχοντες είχαν χρονικό περιθώριο μίας εβδομάδας να συμπληρώσουν τα έντυπα. Τα συμπληρωμένα έντυπα τοποθετούνταν σε δύο φακέλους, έναν για τα έντυπα και έναν για τη φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης. Κατόπιν ένα ανεξάρτητο με την έρευνα άτομο συνέλεγε τους φακέλους, τους οποίους παρέδωσε στην ερευνητική ομάδα. Μοιράστηκαν 150 ερωτηματολόγια και συμπληρώθηκαν 116 (ποσοστό συμμετοχής 77,33%). Όσοι δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη δεν διευκρίνισαν τους συγκεκριμένους λόγους που τους οδήγησαν

στη συγκεκριμένη απόφαση. Όλα τα στοιχεία διατηρούνται εμπιστευτικά και ασφαλή κατά τη διάρκεια της μελέτης και θα καταστραφούν από τον ερευνητή μετά την ολοκλήρωσή της.

Είδος Μελέτης

Συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχετίσεων, ποσοτική, μη πειραματική.

Χώρος Μελέτης

Χώρο μελέτης και συλλογής των δεδομένων αποτέλεσαν οι κλινικές και τα εξωτερικά ιατρεία ογκολογικού νοσοκομείου της περιοχής των Αθηνών. Ο προϊστάμενος νοσηλευτής ενημερώθηκε σχετικά, ενώ είχε κατατεθεί και πρωτόκολλο προς έγκριση στην επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.

Ερωτηματολόγια Συλλογής Δεδομένων

Ως βασικά εργαλεία συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εξής:

- Το ερωτηματολόγιο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας – Ελληνική έκδοση MISSED NURSING CARE (The MISSCARE Survey Greek Version) που έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από το Πανεπιστήμιο Κύπρου. (Papastavrou et al., 2016; Kalisch BJ and Williams, 2009) Η χρήση του ερωτηματολογίου στην έρευνα έγινε κατόπιν άδειας και παραχώρησής του από τους δημιουργούς της ελληνικής έκδοσης.

Το “MISSCARE Survey” (Kalisch B.J. and Williams R.A., 2009) έχει τρία μέρη: 1) ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία και το εργασιακό περιβάλλον, 2) ερωτήσεις σχετικά με τις καθημερινές δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας οι οποίες μπορεί να παραλείπονται, 3) ερωτήσεις σχετικά με τις αιτίες παράλειψης της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ερωτήσεις των δημογραφικών στοιχείων και του εργασιακού περιβάλλοντος (τμήμα εργασίας, εκπαίδευση, φύλο, θέση εργασίας, ωράριο εργασίας και υπερωρίες, εργασιακή εμπειρία, αναρρωτικές, πρόθεση παραίτησης, πληρότητα, φόρτος εργασίας, ικανοποίηση από την εργασία) είναι πολλαπλής επιλογής, εκτός από αυτή που

αναφέρεται στο φόρτο εργασίας όπου απαριθμείται ο αριθμός των ασθενών που φροντίστηκαν στην τελευταία βάρδια.

Το πρώτο μέρος (στοιχεία νοσηλευτικής φροντίδας) αποτελείται από 24 ερωτήσεις (κινητοποίηση ασθενούς, αλλαγή θέσης, σίτιση, προετοιμασία φαγητού, χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής στην ώρα της, μέτρηση ζωτικών σημείων, μέτρηση αποβαλλόμενων/προσλαμβανόμενων υγρών, γραπτή τεκμηρίωση, εκπαίδευση του ασθενούς, συναισθηματική στήριξη, φροντίδα δέρματος/λουτρό καθαριότητας, φροντίδα στόματος, πλύσιμο χεριών, πλάνο εξόδου και εκπαίδευση, μέτρηση γλυκόζης, αξιολόγηση του ασθενούς σε κάθε βάρδια, επαναξιολόγηση ανάλογα με τις ανάγκες, φροντίδα των ενδοφλέβιων/κεντρικών γραμμών, ανταπόκριση στις κλήσεις μέσα σε 5 λεπτά, χορήγηση κατ'επίκληση φαρμακευτικής αγωγής σε 15 λεπτά, αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής, συμμετοχή στις διεπιστημονικές συσκέψεις, βοήθεια στην τουαλέτα σε 5 λεπτά από τη στιγμή που ζητήθηκε, φροντίδα δέρματος/τραυμάτων). Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου Likert 5 βαθμίδων, από 1 («Ποτέ δεν παραλείπεται») μέχρι 5 («Πάντα παραλείπεται»). Οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν πόσο συχνά οι συγκεκριμένες δραστηριότητες νοσηλευτικής φροντίδας παραλείπονται από το νοσηλευτικό προσωπικό στο τμήμα τους. Υψηλότερες βαθμολογίες σε μια νοσηλευτική δραστηριότητα αντιπροσωπεύουν πιο συχνή παράλειψη της συγκεκριμένης δραστηριότητας από τους νοσηλευτές και υψηλότερη τιμή της Ολικής τιμής της κλίμακας αντιπροσωπεύει περισσότερη Ολική Παράλειψη Φροντίδας.

Το δεύτερο μέρος (αιτίες παράλειψης φροντίδας) αποτελείται από 17 στοιχεία (ανεπάρκεια προσωπικού, επείγουσες καταστάσεις, απρόσμενη αύξηση του φόρτου εργασίας, ανεπάρκεια βοηθητικού/γραμματειακού προσωπικού, μη εξισορροπημένη κατανομή ασθενών, μη διαθέσιμα φάρμακα, ανεπαρκής παράδοση από βάρδια/τμήμα, δεν προσφέρεται η απαραίτητη φροντίδα από άλλα τμήματα, μη διαθέσιμες προμήθειες/εξοπλισμός, μη λειτουργικός εξοπλισμός/προμήθειες, έλλειψη υποστήριξης από μέλη της ομάδας, ένταση/προβληματική επικοινωνία με βοηθητικά τμήματα, ένταση/προβληματική επικοινωνία με τη νοσηλευτική ομάδα, ένταση/προβληματική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, οι βοηθοί νοσηλευτών δεν αναφέρουν ότι η φροντίδα δεν προσφέρεται, μη διαθεσιμότητα φροντιστών/βοηθών, μεγάλος αριθμός εισαγωγών/εξιτηρίων). Διακρίνονται 3 υποκλίμακες: επικοινωνία και ομαδική εργασία, ανθρώπινοι πόροι, υλικοί πόροι. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται επίσης με κλίμακα Likert 4 βαθμίδων, από 1 («Δεν αποτελεί λόγο για τις παραλείψεις στη φροντίδα») μέχρι

4 («Σημαντικός λόγος»). Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν τους λόγους για τους οποίους η νοσηλευτική φροντίδα παραλείπεται στο τμήμα τους και πόσο σημαντικός ή ασήμαντος λόγος παράλειψης φροντίδας είναι ο καθένας. Όσο μεγαλύτερο είναι το συνολικό σκορ σε ένα αναφερόμενο λόγο και στην Ολική τιμή της κλίμακας, τόσο περισσότερο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται ότι αυτός ο λόγος είναι σημαντικός για να επεξηγήσει τις παραλείψεις στη νοσηλευτική φροντίδα. (Kalisch, 2009)

Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί από τους Βρυωνίδης Σ. και Παπασταύρου Ε. (2017) στην Κύπρο. Στην ελληνική έκδοση προστέθηκε μία ερώτηση στο πρώτο μέρος της (ενέργειες που παραλείπονται) που αφορά την παρουσία νοσηλευτών στην ιατρική επίσκεψη που γίνεται για τους ασθενείς. Όπως προέκυψε από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis and specifically principal component analysis with Oblimin rotation) αφαιρέθηκε η ερώτηση που αφορούσε την παρουσία σε συναντήσεις διεπιστημονικής ομάδας όταν γίνονται (μειωμένη φόρτιση, μεγάλος αριθμός δεν απαντούσε την ερώτηση). Διακρίνονται δύο υποκλίμακες: Παράλειψη δραστηριοτήτων της καθημερινής φροντίδας, παράλειψη της επείγουσας φροντίδας. Η δομή της ελληνικής έκδοσης του MISSCARE survey Greek-part A μετά και την αφαίρεση της μίας ερώτησης και οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha τόσο της συνολικής κλίμακας όσο και των δύο υποκλιμάκων έχουν ως εξής: Ολόκληρο το A μέρος $\alpha=0,957$, παράλειψη δραστηριοτήτων καθημερινής φροντίδας $\alpha=0,914$, παράλειψη της επείγουσας φροντίδας $\alpha=0,877$.

Στο δεύτερο μέρος που αφορά στους λόγους για τους οποίους παραλείπεται η φροντίδα δεν έγινε κάποια αλλαγή στις ερωτήσεις. Ο έλεγχος για την εννοιολογική εγκυρότητα ή την εγκυρότητα δομής της ελληνικής έκδοσης του δεύτερου μέρους του MISSCARE Survey έγινε χρησιμοποιώντας τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis WITH principal component analysis with both oblimin and varimax rotations). Αναδείχθηκαν τρεις υποκλίμακες: επικοινωνία και ομαδική εργασία, ανθρώπινοι πόροι, υλικοί πόροι. Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha τόσο της συνολικής κλίμακας όσο και των τριών υποκλιμάκων έχουν ως εξής: Ολόκληρο το B μέρος $\alpha=0,980$, Επικοινωνία και ομαδική εργασία $\alpha=0,991$, Ανθρώπινοι πόροι $\alpha=0,971$, Υλικοί πόροι $\alpha=0,984$.

- Το ερωτηματολόγιο «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ (ProQOL)-5η έκδοση (2009)» το οποίο δημιουργήθηκε από τη Stamm (2010) και η ελληνική έκδοση υπάρχει διαθέσιμη στο διαδίκτυο. (<https://www.proqol.org>) Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής

συμπεριλαμβάνει δύο διαστάσεις, την θετική (Compassion Satisfaction) και την αρνητική (Compassion Fatigue). Το Compassion Fatigue χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αφορά πράγματα όπως εξάντληση, σύγχυση, θυμός και κατάθλιψη, χαρακτηριστικά γνωρίσματα της εξουθένωσης (Burnout). Το δευτερογενές μετατραυματικό στρες είναι ένα αρνητικό συναίσθημα που πηγάζει από το φόβο και τα τραύματα που συνδέονται με την εργασία. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο που αξιολογεί την compassion fatigue και την compassion satisfaction. Περιέχει 30 ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες, θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίες που έχουν άμεση επαφή με τις ζωές των ανθρώπων. Διακρίνονται 3 υποκλίμακες: compassion satisfaction, εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες. (Παράρτημα, Εικόνα 6) Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου Likert 5 βαθμίδων, από 1 («Ποτέ») μέχρι 5 («Πολύ συχνά»). Οι επαγγελματίες καλούνται να σκεφτούν την τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση των τελευταίων 30 ημερών. Επιλέγουν τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει τη συχνότητα στην οποία βίωσαν την αντίστοιχη εμπειρία τις τελευταίες 30 ημέρες. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της compassion satisfaction αντιπροσωπεύει μεγαλύτερη ικανοποίηση που συνδέεται με την ικανότητα να είναι αποτελεσματικοί φροντιστές στην εργασία τους. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της εξουθένωσης αντιπροσωπεύει μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης εξουθένωσης. Οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach alpha των τριών υποκλιμάκων έχουν ως εξής: Compassion satisfaction $\alpha=0,88$, Εξουθένωση $\alpha=0,75$, Δευτερογενές τραυματικό στρες $\alpha=0,81$.

Στατιστική Ανάλυση

Οι απόλυτες (n) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών, ενώ η μέση τιμή (MT), η τυπική απόκλιση (TA) το εύρος τιμών και το 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης της μέσης τιμής των ποσοτικών μεταβλητών.

Ο έλεγχος της αξιοπιστίας των εργαλείων συλλογής των δεδομένων στο δείγμα της μελέτης έγινε με το συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach' s alpha. Ο συντελεστής Kolmogorov-Smirnov test καθώς και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Ο έλεγχος αναζήτησης διαφορών μεταξύ των εξαρτημένων μη παραμετρικών ποσοτικών μεταβλητών και των κατηγορικών διχότομων μεταβλητών έγινε με τη δοκιμασία Mann –

Whitney – U και των μεταβλητών με περισσότερες από δύο κατηγορίες με τη δοκιμασία Kruskal – Wallis.

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman rho χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ μη παραμετρικών ποσοτικών μεταβλητών.

Ερωτηματολόγια με απώλεια δεδομένων >10% θα εξαιρούνταν από την ανάλυση. Σε κανένα από τους 116 συμμετέχοντες δεν υπήρχε απώλεια δεδομένων στο ερωτηματολόγιο της MissedNursingCare μεγαλύτερο του 10% και δεν εξαιρέθηκε.

Η πολυπαραγοντική διερεύνηση της επίδρασης ανεξάρτητων μεταβλητών (δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος) στις εξαρτημένες ποσοτικές μεταβλητές έγινε με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση συμπεριλήφθηκαν ανεξάρτητες μεταβλητές που δημιουργούσαν επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < ,025$ στην μονοπαραγοντική ανάλυση.

Τιμές του επιπέδου σημαντικότητας (p-value) μικρότερες του 0,05 (5%) θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών IBM SPSS 21.0.

Ηθικά θέματα

Αρχικά, το ερευνητικό σχέδιο κατατέθηκε προς έγκριση στην επιστημονική επιτροπή του ογκολογικού νοσοκομείου όπου θα διεξαγόταν και ακολούθησε η άδεια από αυτή. Είχε προηγηθεί επικοινωνία και λήψη άδειας από τους δημιουργούς των ερωτηματολογίων.

Η μελέτη αυτή, λόγω του θέματός της αλλά και της μεθοδολογίας της, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερα ηθικά ζητήματα. Γίνονται έτσι σεβαστά τα δικαιώματα της προσωπικής απόφασης και της διαφάνειας, αφού λαμβάνεται η γραπτή πληροφορημένη συγκατάθεση των συμμετεχόντων νοσηλευτών με την ενημέρωσή τους από τον ερευνητή, σχετικά με τη διαδικασία και το σκοπό της διεξαγωγής της έρευνας. Αυτό συμπεριλαμβάνει ακόμα και τη δυνατότητα αποχώρησής τους μελλοντικά, εάν το επιθυμούν, χωρίς δέσμευση. Τονίζονται ακόμη η ιδιωτικότητα, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα αφού εξασφαλίζεται το απόρρητο των συλλεγομένων πληροφοριών και η αποκλειστική πρόσβαση σε αυτά μόνο των ερευνητών. Επίσης το όνομα του νοσοκομείου δεν θα αναφέρεται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων και στη δημοσιοποίησή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εκτίμηση της Αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου MISSCARE survey Greek

Το ερωτηματολόγιο MISSCARE survey Greek στο δείγμα της μελέτης εμφάνισε ικανοποιητικούς συντελεστές αξιοπιστίας τόσο για τις ολικές τιμές των δυο Κλιμάκων όσο και για τους επιμέρους παράγοντες (Cronbach's alpha $\alpha > 0,851$) (Πίνακας 7.)

Πίνακας 7. Συντελεστές Αξιοπιστίας Cronbach's α των Κλίμακων και Επιμέρους Παραγόντων του ερωτηματολογίου MISSCARE survey Greek

Total MISSCARE survey Greek PartA	$\alpha = ,929$
Πρώτου Παράγοντα (Καθημερινές Δραστηριότητες)	$\alpha = ,917$
Δεύτερου Παράγοντα (Επείγουσα Φροντίδα)	$\alpha = ,868$
Total MISSCARE survey Greek – part B Scale	$\alpha = ,917$
Πρώτου Παράγοντα (Επικοινωνία και Ομαδική Εργασία)	$\alpha = ,906$
Δεύτερου Παράγοντα (Εργατικοί Πόροι)	$\alpha = ,851$
Τρίτου Παράγοντα (Υλικοί Πόροι)	$\alpha = ,856$

Δημογραφικά Στοιχεία

Η μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (94,8%). Οι συμμετέχοντες που έχουν ηλικία μεταξύ 35-44 ετών είναι το 37,9% (N=44). Αυτοί που έχουν ηλικία μεταξύ 45-54 ετών είναι το 28,4% (N=33). Και αυτοί που έχουν ηλικία μεταξύ 25-34 ετών είναι το 25,0% (N=29). (Πίνακας 8) Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια μη πανεπιστημιακή σχολή (49.1%). Περίπου 37% των συμμετεχόντων είχε είτε δίπλωμα στη νοσηλευτική είτε πτυχίο νοσηλευτικής (39,7%). (Πίνακας 9)

Πίνακας 8. Κατανομή των απαντήσεων που αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία)

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Φύλο		
Αντρας	6	5,2%
Γυναίκα	110	94,8%

Ηλικία		
<25 ετών	2	1,7 %
25-34 ετών	29	25,0 %
35-44 ετών	44	37,9 %
45-54 ετών	33	28,4 %
>55 ετών	8	6,9 %

Πίνακας 9. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Εκπαίδευση των συμμετεχόντων

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Δημοτικό	1	0,9 %
Λύκειο	24	20,7 %
Τριτοβάθμια μη πανεπιστημιακή	57	49,1 %
Πανεπιστήμιο	13	11,2 %
Μεταπτυχιακό	21	18,1 %
Εκπαίδευση στη Νοσηλευτική		
Βοηθός Νοσηλεύτη	33	28,4 %
Δίπλωμα Νοσηλευτικής	10	8,6 %
Πτυχίο Νοσηλευτικής	46	39,7 %
Πτυχίο εκτός Νοσηλευτικής	4	3,4 %
Μεταπτυχιακό Νοσηλευτικής	21	18,1 %
Διδακτορικό Νοσηλευτικής	2	1,7 %

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζεται είτε σε χειρουργική κλινική (49,1%), είτε σε παθολογική κλινική (36,2%). (Πίνακας 10) Οι περισσότεροι εργάζονται με πλήρη απασχόληση (92,2 % , N=107). Σχεδόν οι μισοί εργαζόμενοι (47,4 % , N=55) εργάζονται σε βάρδιες με πρωινό-απογευματινό-βραδινό ωράριο. Το 29,3 % (N=34) εργάζονται μόνο πρωινά και το 14,7 % (N=17) εργάζονται σε πρωινές και απογευματινές βάρδιες. Η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν εργάζεται υπερωρίες (40,5 % , N=47) ή έχει εργαστεί 1-6 ώρες τον τελευταίο μήνα (30,2 % , N=35). (Πίνακας 11)

Πίνακας 10 Κατανομή απαντήσεων που αφορούν το Τμήμα Εργασίας

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Χειρουργικό	57	49,1 %
Παθολογικό	42	36,2 %
Μ.Ε.Θ.	5	4,3 %
Εξωτερικά Ιατρεία	3	2,6 %
Τμήμα Μεταμόσχευσης	2	1,7 %
Γραφείο	3	2,6 %
Βραχεία Νοσηλεία	2	1,7 %
Ορθοπαιδικό	1	0,9 %
Διανομή Κυτταροστατικών	1	0,9 %

Πίνακας 11. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν τις Ώρες Εργασίας, το Ωράριο Εργασίας και τις Υπερωρίες

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Ώρες Εργασίας	9	7,8%
<37,5	107	92,2%
>=37,5		
Ωράριο Εργασίας		
Πρωινό Ωράριο	34	29,3 %
Απογευματινό Ωράριο	3	2,6 %
Βραδινό Ωράριο	7	6,0 %
Πρωινό-Απογευματινό Ωράριο	17	14,7 %
Πρωινό-Απογευματινό-Βραδινό Ωράριο	55	47,4 %
Υπερωρίες		
Καθόλου	47	40,5 %
1-6 ώρες	35	30,2 %
6-12 ώρες	12	10,3 %
>12 ώρες	19	16,4 %

Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είναι τεχνολογικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 54,3% (N=64) και διετούς εκπαίδευσης σε ποσοστό 29,3% (N=33). (Πίνακας 12) Η εμπειρία

στο παρόν τμήμα παρουσιάζει ποικιλία. Το μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι συμμετέχοντες με εμπειρία λιγότερη των 6 μηνών (12,9%, N=15). Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι συμμετέχοντες με 2-5 χρόνια εμπειρίας (26,7%, N=31). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (47,4 %, N=55) δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα από 10 χρόνια εμπειρία στην παρούσα θέση εργασίας. (Πίνακας 13)

Πίνακας 12. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν τον Επαγγελματικό Ρόλο

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης	8	6,9%
Προϊστάμενος Νοσηλευτής	8	6,9%
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης	64	55,2%
Διευτούς Εκπαίδευσης	33	28,4%
Υπεύθυνη Βάρδιας	1	0,9%
Υποχρεωτική Εκπαίδευση	2	1,7%

Πίνακας 13. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Εμπειρία στο παρόν Τμήμα και την Εμπειρία στην Παρούσα Θέση

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Εμπειρία στο Τμήμα		
<6 μήνες	15	12,9 %
6 μήνες – 2 χρόνια	27	23,3 %
2 – 5 χρόνια	31	26,7 %
5 – 10 χρόνια	22	19,0 %
>10 χρόνια	21	18,1 %
Εμπειρία στη Θέση		
<6 μήνες	7	6,0 %
6 μήνες – 2 χρόνια	19	16,4 %
2 – 5 χρόνια	14	12,1 %
5 – 10 χρόνια	21	18,1 %
>10 χρόνια	55	47,4 %

Σχεδόν το σύνολο του δείγματος (87,1%, N=101) το τελευταίο τρίμηνο δεν έχει απουσιάσει καθόλου από την εργασία λόγω ασθένειας. Επίσης το 85,3% (N=99) δεν σκοπεύει να αφήσει την παρούσα θέση εργασίας. (Πίνακας 14)

Πίνακας 14. Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Απουσία από την Εργασία και την Πρόθεση Εγκατάλειψης της Παρούσας Θέσης

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Απουσία από την εργασία		
Καθόλου	101	87,1%
1 μέρα	9	7,8%
2-3 μέρες	3	2,6%
4-6 μέρες	1	0,9%
>6 μέρες	2	1,7%
Εγκατάλειψη Θέσης Εργασίας		
Δεν σκοπεύω	99	85,3%
Σε 6 μήνες	4	3,4%
Σε 1 χρόνο	11	9,5%

Το 40,9% δηλώνει ότι το τμήμα έχει ικανοποιητική στελέχωση σε ποσοστό 75%. Ακολουθεί το 25,1% το οποίο δηλώνει ότι το τμήμα έχει ικανοποιητική στελέχωση σε ποσοστό 50%. (Πίνακας 15) Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (30,2%, N=35), είτε απλά ικανοποιημένοι (48,3%, N=56) από την παρούσα θέση εργασίας τους. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (39,7%, N=46), είτε απλά ικανοποιημένοι (44,8%, N=52) από το επάγγελμα του νοσηλευτή. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (28,4%, N=33), είτε απλά ικανοποιημένοι (47,4%, N=55) από το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα τους. (Πίνακας 16)

Πίνακας 15. Ικανοποίηση από στελέχωση

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ		
	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
0%	8	6,9 %
25%	18	15,5 %
50%	30	25,9 %
75%	47	40,5 %
100%	12	10,3 %

Πίνακας 16. Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση από τη Θέση Εργασίας, από το Επάγγελμα του Νοσηλευτή και από το Επίπεδο Ομαδικής Εργασίας στο Τμήμα

	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα επί τοις εκατό (N%)
Ικανοποίηση από τη Θέση Εργασίας		
Πολύ δυσαρεστημένος	2	1,7 %
Δυσαρεστημένος	8	6,9 %
Ουδέτερος	15	12,9 %
Ικανοποιημένος	56	48,3 %
Πολύ ικανοποιημένος	35	30,2 %
Ικανοποίηση από το Επάγγελμα του Νοσηλευτή		
Πολύ δυσαρεστημένος	3	2,6 %
Δυσαρεστημένος	7	6,0 %
Ουδέτερος	8	6,9 %
Ικανοποιημένος	52	44,8 %
Πολύ ικανοποιημένος	46	39,7 %
Ικανοποίηση από το Επίπεδο Ομαδικής Εργασίας		
Πολύ δυσαρεστημένος	2	1,7 %
Δυσαρεστημένος	7	6,0 %
Ουδέτερος	19	16,4 %
Ικανοποιημένος	55	47,4 %
Πολύ ικανοποιημένος	33	28,4 %

Στην τελευταία βάρδια φροντίστηκαν κατά μέσο όρο $20,36 \pm 11,65$ (1-50) ασθενείς. Εισήχθησαν στις κλινικές κατά μέσο όρο $4,29 \pm 3,49$ (0-13) ασθενείς, ενώ παράλληλα πήραν εξιτήριο $3,30 \pm 3,10$ (0-15) ασθενείς.

Πίνακας 17. Κατανομή απαντήσεων Φροντίδα των Ασθενών, τις Εισαγωγές και τα Εξιτήρια στην τελευταία βάρδια

	Φροντίδα στην τελευταία βάρδια	Εισαγωγές στην τελευταία βάρδια	Εξιτήρια στην τελευταία βάρδια
Μέσος Όρος	20,36	4,29	3,30
Μέσος Δείγματος	20,00	4,00	3,00
Τυπική Απόκλιση	11,65	3,49	3,10
Ελάχιστο	1	0	0
Μέγιστο	50	13	15

Περιγραφή της παραλειπόμενης φροντίδας με το ερωτηματολόγιο *MISSCARE survey Greek*

A. Περιγραφή της παραλειπόμενης φροντίδας με το ερωτηματολόγιο *MISSCARE Survey Part A*

Η φροντίδα παραλείπεται κατά μέσο όρο $1,7 \pm 0,60$ (1-4,73). Γενικότερα σπάνια παραλείπεται η φροντίδα των ασθενών. Αυτό ισχύει τόσο για τις δραστηριότητες επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας ($1,6 \pm 0,58$) όσο και για τις δραστηριότητες της καθημερινότητας ($1,8 \pm 0,68$) (Πίνακας 20).

Πίνακας 18. Τιμές Ολικής MISSCARE Survey Part A και υποκλιμάκων

MISSCARE survey Greek – part A Scale (Ερωτηματολόγιο MISSCARE Greek – Μέρος A της Κλίμακας)	Μέση Τιμή (SD)	Εύρος	95% CI
Total MISSCARE survey Greek – part A Scale (Σύνολο Ερωτηματολογίου MISSCARE ελληνική έκδοση - Μέρος A της Κλίμακας)	1,7 (.60)	1-4,73	1,6 – 1,8
Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale (Παράλειψη Δραστηριοτήτων της Καθημερινότητας - Μέρος A της Κλίμακας)	1.8 (.68)	1.0-4.75	1.8-2.0
Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale (Παράλειψη Επείγουσας Νοσηλευτικής Φροντίδας - Μέρος A της Κλίμακας)	1.6 (.58)	1.0-4.70	1.5-1.7

SD: Σταθερή απόκλιση, 95% CI: 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης

Πίνακας 19. Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο MISSCARE Survey Part A

Ερώτηση	Παράλειψη Φροντίδας (N=116, %)					Μέση Τιμή (SD)	95% CI
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα		
A2 Αλλαγή θέσης	12 (10,3)	24 (20,7)	48 (41,4)	23 (19,8)	8 (6,9)	2.9 (1,1)	2.7- 3.1
A1 Κινητοποίηση	32 (27,6)	42 (36,2)	29 (25,0)	7 (6,0)	6 (5,2)	2,3 (1,1)	2.1 – 2,5
A12 Φροντίδα Στόματος	36 (31,0)	34 (29,3)	30 (25,9)	9 (7,8)	7 (6,0)	2.3 (1,2)	2,1-2,5
A3 Σίτιση	40 (34,5)	44 (37,9)	21 (18,1)	6 (5,2)	5 (4,3)	2.1 (1,1)	1.9-2,3
A9 Εκπαίδευση	44 (37,9)	36 (31,0)	20 (17,2)	12 (10,3)	3 (2,6)	2.1 (1.1)	1.9-2.3
A10 Συναισθηματική στήριξη	47 (40,5)	34 (29,3)	26 (22,4)	6 (5,2)	3 (2,6)	2.0 (1.0)	1.8-2.2
A24 Παρουσία στην Ιατρική Επίσκεψη	59 (50.9)	31 (26.7)	11 (9.5)	11 (9.5)	4 (3.4)	1.9 (1.1)	1.7-2.1
A11 Φροντίδα Δέρματος	58 (50.0)	31 (26.7)	18 (15.5)	6 (5.2)	2 (1.7)	1.8 (1.0)	1.6-2.0
A17 Εστιασμένη Επανεκτίμηση	54 (46,6)	43 (37,1)	12 (10,3)	6 (5,2)	1 (,9)	1,8 (,90)	1,60-1,9
A22 Βοήθεια στην τουαλέτα	57 (49.1)	40 (34.5)	14 (12.1)	3 (2.6)	0 (0)	1.7 (.79)	1.5-1.8
A5 Έγκαιρη Χορήγηση Φαρμάκων	65 (56.0)	39 (33.6)	6 (5.2)	2 (1.7)	4 (3.4)	1,6 (,93)	1,5-1,8
A14 Σχέδιο Φροντίδας για Εξιτήριο	69 (59,5)	29 (25,0)	13 (11,2)	3 (2,6)	2 (1,7)	1,6 (,91)	1,5-1,8
A21 Εκτίμηση Αποτελεσματικότητας	63 (54,3)	39 (33,6)	7 (6,0)	4 (3,4)	1 (,9)	1.6 (.83)	1.5-1.8

Φαρμάκων							
A13 Υγιεινή Χεριών	74 (63,8)	29 (25,0)	5 (4,3)	3 (2,6)	5 (4,3)	1,6 (1,0)	1,4-1,8
A4 Ρύθμιση Γευμάτων	72 (62,1)	28 (24,1)	8 (6,9)	4 (3,4)	2 (1,7)	1,6 (.90)	1,4-1,7
A8 Καταγραφή και Τεκμηρίωση	66 (56,9)	35 (30,2)	10 (8,6)	1 (.9)	1 (.9)	1,6 (.77)	1,4-1,7
A19 Άμεση ανταπόκριση σε κλίση	75 (64,7)	30 (25,9)	6 (5,2)	2 (1,7)	3 (2,6)	1,5 (.88)	1,4-1,7
A23 Φροντίδα Δέρματος	66 (56,9)	42 (36,2)	7 (6,0)	1 (.9)	0 (0)	1,5 (.69)	1,4-1,6
A20 Κατ' επίκληση Φαρμακευτική Αγωγή	72 (62,1)	34 (29,3)	6 (5,2)	1 (.9)	1 (.9)	1,5 (.71)	1,3-1,6
A6 Ζωτικά Σημεία	81 (69,8)	26 (22,4)	6 (5,2)	0	2 (1,7)	1,4 (.74)	1,3-1,5
A16 Αξιολόγηση σε κάθε βάρδια	80 (69,9)	28 (24,1)	5 (4,3)	1 (.9)	1 (.9)	1,4 (.70)	1,3-1,5
A18 Φροντίδα Καθετήρων	86 (74,1)	24 (20,7)	5 (4,3)	0 (0)	1 (.9)	1,3 (.64)	1,2-1,5
A7 Καταγραφή Ισοζυγίου	85 (73,3)	26 (22,4)	3 (2,6)	0	0	1,3 (.51)	1,2-1,4
A15 Παρακολούθηση Σακχάρου	95 (81,9)	17 (14,7)	3 (2,6)	0 (0)	1 (.9)	1,2 (.58)	1,1-1,3

SD Τυπική Απόκλιση, CI Διάστημα Εμπιστοσύνης

Η δραστηριότητα που παραλείπεται συχνότερα είναι η αλλαγή θέσης του ασθενούς, η οποία παραλείπεται μερικές φορές. Οι υπόλοιπες δραστηριότητες παραλείπονται είτε σπάνια, είτε ποτέ. Σχεδόν ποτέ δεν παραλείπεται η μέτρηση των ζωτικών σημείων και της γλυκόζης αίματος, η αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια, η καταγραφή του ισοζυγίου και η φροντίδα των καθετήρων. Σπάνια παραλείπεται η κινητοποίηση των ασθενών, η φροντίδα του στόματος, η σίτιση, η εκπαίδευση και η συναισθηματική στήριξη. (Πίνακας 21)

B. Περιγραφή των αιτιών παράλειψης της φροντίδας με το ερωτηματολόγιο MISSCARE Survey Greek Part B

Πίνακας 20. Τιμές Ολικής MISSCARE Survey Part B και υποκλιμάκων

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Μέση Τιμή (SD)	Εύρος	95% CI
Total MISSCARE survey Greek - part B Scale	3.0 (.74)	1.0-4.0	2.9-3.2
Υλικοί Πόροι - part B Scale	3.3 (.89)	1.0-4.0	3.2-3.5
Ανθρώπινοι Πόροι - part B Scale	3.2 (.89)	1.0-4.0	3.0-3.4
Επικοινωνία και ομαδική εργασία - part B Scale	2.9 (.80)	1.0-4.0	2.8-3.0

Τόσο οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι, όσο και η επικοινωνία και η ομαδική εργασία αποτελούν μέτριας σημασίας αιτίες για την παράλειψη της φροντίδας. Μεγαλύτερη σημασία έχουν οι υλικοί πόροι ($3,3 \pm 0,89$). Ακολουθούν οι ανθρώπινοι πόροι ($3,2 \pm 0,89$). Η επικοινωνία και η ομαδική εργασία έχουν το μικρότερο μέσο όρο σημαντικότητας ($2,9 \pm 0,80$).

Πίνακας 21. Κατανομή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο MISSCARE Survey Part B

Ερώτηση	Αίτιο Παράληψης Φροντίδας (N=116, %)				Μέση Τιμή (SD)	95% CI
	Δεν αποτελεί	Μικρής σημασίας	Μέτριας Σημασίας	Σημαντικό		
B1 Ανεπάρκεια Προσωπικού	13 (11,2)	5 (4,3)	10 (8,6)	88 (75,9)	3.5 (1.0)	3.3-3.7
B9 Μη διαθέσιμος Εξοπλισμός	9 (7.8)	12 (10.3)	24 (20.7)	70 (60.3)	3.4 (.96)	3.2-3.5
B6 Μη διαθεσιμότητα φαρμάκων	11 (9.5)	14 (12.1)	15 (12.9)	75 (64.7)	3.3 (1.0)	3.2-3.5
B10 Εξοπλισμός δεν λειτουργεί	10 (8.6)	13 (11.2)	23 (19.8)	70 (60.3)	3.3 (.98)	3.1-3.5
B3 Απροσδόκητη αύξηση Αριθμού ή Βαρύτητας	11 (9.5)	15 (12.9)	29 (25.0)	60 (51.7)	3.2 (1.0)	3.0-3.4
B17 Μεγάλος αριθμός Εισαγωγών και Εξιτηρίων	9 (7.8)	23 (19.8)	22 (19.0)	61 (52.6)	3.2 (1.0)	3.0-3.4
B4 Ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού προσωπικού	14 (12.1)	21 (18.1)	23 (19.8)	58 (50.0)	3.1 (1.1)	2.9-3.3
B14 Προβληματική Επικοινωνία με Ιατρικό Προσωπικό	18 (15.5)	14 (12.1)	25 (21.6)	59 (50.9)	3.1 (1.1)	2.9-3.3
B2 Επείγουσες Καταστάσεις	24 (20.7)	13 (11.2)	15 (12.9)	64 (55.2)	3.0 (1.2)	2.8-3.3
B12 Προβληματική Επικοινωνία με Τμήματα	15 (12.9)	21 (18.1)	36 (31.0)	41 (35.3)	2.9 (1.0)	2.7-3.1
B11 Έλλειψη Υποστήριξης από Ομάδα	20 (17.2)	22 (19.0)	28 (24.1)	45 (38.8)	2.9 (1.1)	2.6-3.1
B13 Προβληματική Επικοινωνία με Νοσηλευτική Ομάδα	22 (19.0)	21 (18.1)	19 (16.4)	53 (45.7)	2.9 (1.2)	2.7-3.1
B16 Μη Διαθεσιμότητα βοηθών θαλάμων	24 (20.7)	23 (19.8)	19 (16.4)	48 (41.4)	2.8 (1.2)	2.6-3.0
B5 Μη εξισορροπημένη Κατανομή Ασθενών	22 (19.0)	19 (16.4)	32 (27.6)	43 (37.1)	2.8 (1.1)	2.6-3.0
B8 Άλλα τμήματα δεν προσφέρουν την αναγκαία φροντίδα	16 (13.8)	28 (24.1)	35 (30.2)	37 (31.9)	2.8 (1.0)	2.6-3.0
B7 Ανεπαρκής Παράδοση από προηγούμενη βάρδια	28 (24.1)	25 (21.6)	25 (21.6)	38 (32.8)	2.6 (1.2)	2.4-2.9
B15 Βοηθοί Νοσηλευτών δεν αναφέρουν την Ολοκλήρωση Φροντίδας	33 (28.4)	17 (14.7)	22 (19.0)	40 (34.5)	2.6 (1.2)	2.4-2.9

SD Τυπική Απόκλιση, CI Διάστημα Εμπιστοσύνης

Σημαντικούς λόγους παράλειψης αποτελούν οι εξής: ανεπάρκεια προσωπικού, μη διαθέσιμος εξοπλισμός, μη διαθεσιμότητα φαρμάκων, εξοπλισμός ο οποίος δεν λειτουργεί, απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών ή της βαρύτητας των περιστατικών, μεγάλος αριθμός εισαγωγών και εξιτηρίων.

Μέτριας σημασίας λόγοι παράλειψης φροντίδας είναι οι εξής: ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού προσωπικού, προβληματική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, επείγουσες καταστάσεις, προβληματική επικοινωνία με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, έλλειψη υποστήριξης από την ομάδα των εργαζομένων στο τμήμα, προβληματική επικοινωνία με τη νοσηλευτική ομάδα, μη διαθεσιμότητα βοηθών θαλάμων, μη εξισορροπημένη κατανομή ασθενών, τα υπόλοιπα τμήματα δεν προσφέρουν την αναγκαία φροντίδα, ανεπαρκής παράδοση των γενόμενων στην προηγούμενη βάρδια, οι βοηθοί νοσηλευτών δεν αναφέρουν την ολοκλήρωση της φροντίδας. Επιπλέον λόγοι παράλειψης φροντίδας αναφέρεται η σωματική και ψυχολογική κόπωση, οι εσωτερικές ανακατατάξεις των νοσηλευτών εντός του νοσοκομείου και η άρνηση των ασθενών για συνεργασία.

Γ. Περιγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων για το Ερωτηματολόγιο Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής (ProQOL)

Οι συμμετέχοντες έχουν μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση (38,9±8,0), μέτρια επαγγελματική εξουθένωση (24,6±5,3) και μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες (25,0±6,6) (Πίνακας 24).

Το 65,5% (N=76) των συμμετεχόντων έχει μέτρια επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ το 31,9% (N=37) υψηλή και το 2,6% (N=3) χαμηλή. Το 68,1% (N=79) των συμμετεχόντων έχει μέτρια επαγγελματική εξουθένωση, σε αντίθεση με το 31,9% (N=37) το οποίο έχει χαμηλή. Το 63,8% (N=74) των συμμετεχόντων έχει δευτερογενές τραυματικό στρες σε μέτριο βαθμό. Το 35,3% (N=41) σε χαμηλό βαθμό. Μόλις ένας συμμετέχοντας (0,9%) δηλώνει ότι έχει υψηλό βαθμό δευτερογενούς τραυματικού στρες. (Πίνακας 25)

Πίνακας 22. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην Κλίμακα της Ποιότητας της Επαγγελματικής Ζωής

	Μέση Τιμή (SD)	Διάμεσος	Εύρος	95% CI
Επαγγελματική Ικανοποίηση	38,9 (8,0)	40.0	16-88	37,5-40,3
Επαγγελματική Εξουθένωση	24,6 (5,3)	25.0	12-38	23,6-25,6
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	25.0 (6.6)	25.0	12-42	23.8-26.3

SD Τυπική Απόκλιση, CI Διάστημα Εμπιστοσύνης

Πίνακας 23. Ερμηνεία των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην Κλίμακα της Ποιότητας της Επαγγελματικής Ζωής

	Χαμηλή (N %)	Μέτρια (N %)	Υψηλή (N %)
Επαγγελματική Ικανοποίηση	3 (2.6)	76 (65.5)	37 (31.9)
Επαγγελματική Κόπωση			
Επαγγελματική Εξουθένωση	37 (31.9)	79 (68.1)	0 (0.0)
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	41 (35.3)	74 (63.8)	1 (.9)

Διερεύνηση της επίδρασης των Δημογραφικών και Επαγγελματικών Χαρακτηριστικών στις απαντήσεις τους για την MISSCARE Survey

Πίνακας 24. Συσχετίσεις της Ολικής τιμής και των υποκλιμάκων της MISSCARE survey Greek - part A Scale με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά

MISSCARE survey Greek - part A Scale	Total MISSCARE survey Greek - part A Scale	Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale	Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale
Τμήμα Εργασίας	$\chi(8)^2=12.0, p=.149$	$\chi(8)^2=10.7, p=.198$	$\chi(8)^2=11.3, p=.185$
Περισσότερος χρόνος παραμονής στο τμήμα	$z=-1.2, p=.223$	$z=-1.2, p=.213$	$z=-1.0, p=.321$
Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης	$\chi(4)^2=5.0, p=.279$	$\chi(4)^2=4.8, p=.314$	$\chi(4)^2=6.2, p=.187$
Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	$\chi(5)^2=6.5, p=.264$	$\chi(5)^2=5.5, p=.360$	$\chi(5)^2=6.8, p=.233$
Φύλο	$z=-1.1, p=.270$	$z=-.52, p=.604$	$z=-1.5, p=.132$
Ηλικία	$\chi(4)^2=.24, p=.993$	$\chi(4)^2=.89, p=.926$	$\chi(4)^2=1.8, p=.767$
Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος	$\chi(5)^2=9.0, p=.109$	$\chi(5)^2=8.7, p=.120$	$\chi(5)^2=6.1, p=.297$
Ώρες εργασίας ανά εβδομάδα	$z=-35, p=.726$	$z=-.10, p=.918$	$z=-8.5, p=.393$
Ωράριο εργασίας	$\chi(4)^2=1.7, p=.789$	$\chi(4)^2=2.1, p=.713$	$\chi(4)^2=1.2, p=.884$
Εμπειρία στην παρούσα θέση	$\chi(4)^2=3.9, p=.424$	$\chi(4)^2=4.5, p=.341$	$\chi(4)^2=4.3, p=.365$
Εμπειρία στο παρόν τμήμα	$\chi(4)^2=5.0, p=.288$	$\chi(4)^2=5.0, p=.288$	$\chi(4)^2=3.6, p=.463$
Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες	$\chi(3)^2=7.4, p=.060$	$\chi(3)^2=8.1, p=.044$	$\chi(3)^2=6.8, p=.079$

Απουσία λόγω ασθένειας/ τραυματισμού	$\chi(4)^2=6,6, p=.158$	$\chi(4)^2=4,9, p=.298$	$\chi(4)^2=7,1, p=.131$
Επιθυμία αλλαγής της παρούσας θέσης	$\chi(2)^2=,68, p=.710$	$\chi(2)^2=,78, p=.678$	$\chi(2)^2=,28, p=.868$
Ικανοποιητική στελέχωση	$\chi(4)^2=6,5, p=.165$	$\chi(4)^2=7,1, p=.133$	$\chi(4)^2=5,0, p=.280$
Αριθμός φροντιζομένων ασθενών στην τελευταία βάρδια	$r=-.02, p=.876, N=106$	$r=-.05, p=.607, N=106$	$r=.06, p=.558, N=106$
Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια	$r=-.14, p=.204, N=84$	$r=-.15, p=.180, N=84$	$r=.11, p=.301, N=84$
Αριθμός ασθενών με εξιτήριο στην τελευταία βάρδια	$r=-.11, p=.327, N=79$	$r=-.14, p=.211, N=79$	$r=-.07, p=.523, N=79$
Ικανοποίηση από παρούσα θέση εργασίας	$\chi(4)^2=10,6, p=.031$	$\chi(4)^2=9,9, p=.043$	$\chi(4)^2=8,3, p=.082$
Ικανοποίηση από επάγγελμα/ Νοσηλευτική	$\chi(4)^2=6,2, p=.138$	$\chi(4)^2=5,6, p=.227$	$\chi(4)^2=6,2, p=.185$
Ικανοποίηση από ομαδική εργασία στο τμήμα	$\chi(4)^2=4,2, p=.375$	$\chi(4)^2=2,1, p=.717$	$\chi(4)^2=5,9, p=.210$
Επαγγελματική Ικανοποίηση	$r=-.29, p=.002, N=116$	$r=-.25, p=.006, N=116$	$r=-.29, p=.002, N=116$
Επαγγελματική Εξουθένωση	$r=.19, p=.047, N=116$	$r=-.16, p=.091, N=116$	$r=-.20, p=.029, N=116$
Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες	$r=.15, p=.099, N=116$	$r=-.11, p=.255, N=116$	$r=-.22, p=.016, N=116$

Ο αριθμός των υπερωριακών ωρών εργασίας επηρέαζε τις απαντήσεις του προσωπικού στον παράγοντα Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωρίες περιέγραψαν υψηλότερη τιμή στον παράγοντα Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale ($2,3 \pm ,80$) έναντι εκείνων που δεν είχαν καθόλου υπερωρίες ($1,8 \pm ,58$), εκείνων που είχαν 1-6 ώρες ($1,8 \pm ,74$) και εκείνων που είχαν 6-12 ώρες ($1,6 \pm ,39$). Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ή δεν ικανοποιούσαν τη διόρθωση Bonferroni (Καθόλου υπερωρίες σε σύγκριση με 1-6 ώρες υπερωρίες ($z=-.39, p=.697$), με 6-12 ώρες ($z=-1.1, p=.266$) και με περισσότερες από 12 ώρες ($z=-2.1, p=.032$, με διόρθωση Bonferroni $p<.009$). συμμετέχοντες με 1-6 ώρες υπερωρίας σε σύγκριση με 6-12 ώρες ($z=-.65, p=.517$) και με περισσότερες από 12 ώρες ($z=-2.1, p=.032$, με διόρθωση Bonferroni $p<.009$). Συμμετέχοντες με 6-12 ώρες υπερωρίες έναντι με εκείνους με περισσότερες από 12 ώρες ($z=-2.4, p=.017$, με διόρθωση Bonferroni $p<.009$).

Οι απαντήσεις του προσωπικού για την ικανοποίηση του από την παρούσα θέση εργασίας επηρέαζε τις απαντήσεις του στην Ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part A Scale καθώς και του παράγοντα Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale.

Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την παρούσα θέση εργασίας έδωσαν υψηλότερη τιμή στην ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part A ($2,5 \pm ,50$) έναντι εκείνων που ήταν Δυσανεστημένοι ($2,0 \pm ,47$), που απάντησαν Ουδέτερα ($1,7 \pm ,61$), Ικανοποιημένοι ($1,8 \pm ,57$) και Πολύ Ικανοποιημένοι ($1,6 \pm ,57$). Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ή δεν ικανοποιούσαν τη διόρθωση Bonferroni (Πολύ Δυσανεστημένος σε σύγκριση με Δυσανεστημένος ($z=-1.3$, $p=.192$), με Ουδέτερος ($z=-1.5$, $p=.136$), με Ικανοποιημένος ($z=-1,9$, $p=.064$) και Πολύ Ικανοποιημένος ($z=-2.1$, $p=.034$ με διόρθωση Bonferroni $p<.005$). Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Δυσανεστημένοι δε διέφεραν στις απαντήσεις για την Ολική τιμή της MISSCARE survey Greek - part A από εκείνους που απάντησαν Ουδέτερα ($z=-1.3$, $p=.208$), Ικανοποιημένοι ($z=-1.4$, $p=.152$) και Πολύ Ικανοποιημένοι ($z=-2.6$, $p=.008$ με διόρθωση Bonferroni $p<.005$). Επιπλέον αντίστοιχα οι απαντήσεις των ασθενών που απάντησαν Ουδέτερα, Ικανοποιημένοι και Πολύ Ικανοποιημένοι δε διέφεραν σε όλες τις μεταξύ τους συγκρίσεις ($p>.050$)

Αντίστοιχα οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την παρούσα θέση εργασίας έδωσαν υψηλότερη τιμή στην ολική τιμή της Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale ($2,8 \pm ,70$) και ακολουθούσαν εκείνοι που ήταν Δυσανεστημένοι ($2,2 \pm ,43$), εκείνοι που απάντησαν Ουδέτερα ($1,9 \pm ,78$), Ικανοποιημένοι ($1,9 \pm ,65$) και Πολύ Ικανοποιημένοι ($1,7 \pm ,67$). Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ή δεν ικανοποιούσαν τη διόρθωση Bonferroni, με εξαίρεση εκείνους που απάντησαν Δυσανεστημένος και Πολύ Ικανοποιημένος ($z=-2.8$, $p=.005$ με διόρθωση Bonferroni $p<.005$).

Πίνακας 25. Συσχετίσεις της ολικής τιμής και των υποκλιμάκων της MISSCARE survey Greek - part B Scale με τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Total MISSCARE survey Greek - part B Scale	Υλικοί Πόροι B Scale	Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale	Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale
Τμήμα Εργασίας	$x(8)^2=8.1$, $p=.423$	$x(8)^2=8.3$, $p=.404$	$x(8)^2=6.6$, $p=.575$	$x(8)^2=8.2$, $p=.418$
Περισσότερος χρόνος παραμονής στο τμήμα	$z=-.54$, $p=.591$	$z=-.08$ $p=.937$	$z=-2.2$, $p=.026$	$z=-.09$, $p=.930$
Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης	$x(4)^2=10.5$, $p=.032$	$x(4)^2=11.6$, $p=.020$	$x(4)^2=7.3$, $p=.119$	$x(4)^2=8.4$, $p=.076$

Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	$\chi(5)^2=13.9,$ p=.016	$\chi(5)^2=7.8,$ p=.170	$\chi(5)^2=8.4,$ p=.135	$\chi(5)^2=10.4,$ p=.066
Φύλο	z=-.10, p=920	z=-.28 p=781	z=-.52, p=603	z=-.07, p=945
Ηλικία	$\chi(4)^2=8.5,$ p=.075	$\chi(4)^2=3.8,$ p=.437	$\chi(4)^2=4.0,$ p=.400	$\chi(4)^2=8.1,$ p=.087
Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος	$\chi(5)^2=8,9$ p=.113	$\chi(5)^2=6.6,$ p=.248	$\chi(5)^2=4.8,$ p=.439	$\chi(5)^2=8.6,$ p=.124
Ωρες εργασίας ανά εβδομάδα	z=-35, p=729	z=-.92 p=359	z=-.27, p=789	z=-.13, p=893
Ωράριο εργασίας	$\chi(4)^2=3.8,$ p=.429	$\chi(4)^2=6.2,$ p=.182	$\chi(4)^2=1,3,$ p=.860	$\chi(4)^2=3.6,$ p=.467
Εμπειρία στην παρούσα θέση	$\chi(4)^2=3,5,$ p=.480	$\chi(4)^2=4,1,$ p=.394	$\chi(4)^2=11.8,$ p=.019	$\chi(4)^2=3.4,$ p=.496
Εμπειρία στο παρόν τμήμα	$\chi(4)^2=1.3,$ p=.862	$\chi(4)^2=2.6$ p=.634	$\chi(4)^2=5.6,$ p=.235	$\chi(4)^2=1.4,$ p=.846
Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες	$\chi(3)^2=5.1,$ p=.167	$\chi(3)^2=2.3,$ p=.504	$\chi(3)^2=6,1,$ p=.105	$\chi(3)^2=4.7,$ p=.199
Απουσία λόγω ασθένειας/ τραυματισμού	$\chi(4)^2=2.9,$ p=.573	$\chi(4)^2=3,9,$ p=.418	$\chi(4)^2=2.5,$ p=.651	$\chi(4)^2=2.8,$ p=.584
Επιθυμία αλλαγής της παρούσας θέσης	$\chi(2)^2=1.5,$ p=.470	$\chi(2)^2=1.9,$ p=.385	$\chi(2)^2=4.6,$ p=.098	$\chi(2)^2=.85,$ p=.653
Ικανοποιητική στελέχωση	$\chi(4)^2=3.5,$ p=.474	$\chi(4)^2=2,1,$ p=.717	$\chi(4)^2=6.9,$ p=.139	$\chi(4)^2=3.5,$ p=.473
Αριθμός φροντιζομένων ασθενών στην τελευταία βάρδια	r=-.06, p=.523, N=106	r=-.08, p=.417, N=106	r=.12, p=.217, N=106	r=-.13, p=.195, N=106
Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια	r=-.12, p=.289, N=84	r=-.17, p=.121, N=84	r=.002, p=.982, N=84	r=-.16, p=.142, N=84
Αριθμός ασθενών με εξιτήριο στην τελευταία βάρδια	r=-.12, p=.295, N=79	r=-.14, p=.236, N=79	r=-.04, p=.723, N=79	r=-.14, p=.230, N=79
Ικανοποίηση από παρούσα θέση εργασίας	$\chi(4)^2=7.1,$ p=.130	$\chi(4)^2=,70$ p=.851	$\chi(4)^2=8,8,$ p=.067	$\chi(4)^2=6.1,$ p=.193
Ικανοποίηση από επάγγελμα/ Νοσηλευτική	$\chi(4)^2=9.1,$ p=.060	$\chi(4)^2=2.9,$ p=.567	$\chi(4)^2=6,7,$ p=.154	$\chi(4)^2=9.7,$ p=.045
Ικανοποίηση από ομαδική εργασία στο τμήμα	$\chi(4)^2=10.1,$ p=.038	$\chi(4)^2=4.4,$ p=.353	$\chi(4)^2=10.7,$ p=.031	$\chi(4)^2=8.7,$ p=.068
Επαγγελματική Ικανοποίηση	r=-.13, p=.171,	r=.02, p=.852,	r=-.13, p=.169,	r=-.09, p=.332,

	N=116	N=116	N=116	N=116
Επαγγελματική Εξουθένωση	r=.16, p=.097, N=116	r=.01, p=.881, N=116	r=.27, p=.004, N=116	r=.11, p=.253, N=116
Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες	r=.11, p=.236, N=116	r=.14, p=.128, N=116	r=.07, p=.443, N=116	r=.11, p=.255, N=116

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση εάν δαπανούν τον περισσότερο χρόνο τους σε αυτό το τμήμα σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις τους στην υποκλίμακα Ανθρώπινοι Πόροι. Το προσωπικό που απάντησε ότι δαπανά τον περισσότερο χρόνο του στο συγκεκριμένο τμήμα έδωσε χαμηλότερες απαντήσεις στην υποκλίμακα Ανθρώπινοι Πόροι από εκείνους που απάντησαν ότι δεν τον δαπανούν ($3,2 \pm,89$ έναντι $3,9 \pm,022$).

Επιπλέον το επίπεδο της υψηλότερης εκπαίδευσης συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις για την ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part B Scale και της υποκλίμακας των Υλικών Πόρων. Όπως φαίνεται στον παρακάτω Πίνακα οι συμμετέχοντες απόφοιτοι λυκείου έδωσαν απαντήσεις με τις υψηλότερες τιμές στην Total MISSCARE survey Greek - part B Scale και Υλικών Πόρων. Στατιστικά σημαντικές διαφορές και υπήρξαν μόνο μεταξύ των απαντήσεων των απόφοιτων λυκείου και των αποφοίτων τριτοβάθμιας εκπαίδευσης για την Total MISSCARE survey Greek - part B Scale ($z=-2.9, p=.003$ με διόρθωση Bonferroni $p<.005$) και ($z=-3.3, p=.001$ με διόρθωση Bonferroni $p<.005$) για την υποκλίμακα των Υλικών Πόρων

Πίνακας 26. Συσχετίσεις της Ολικής τιμής και της υποκλίμακας «Υλικοί Πόροι» της MISSCARE survey Greek - part B Scale με το επίπεδο Εκπαίδευσης

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Total MISSCARE survey Greek - part B Scale	Υλικοί Πόροι B Scale
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)
Απόφοιτος Δημοτικού	2.2 (0)	2,7 (0)
Απόφοιτος Λυκείου	3.4 (.68)	3,8 (.35)
Απόφοιτος Τριτοβάθμιας	2.9 (.68)	3,2 (.91)
Απόφοιτος Πανεπιστημίου	3.0 (.89)	3,3 (1,1)
Μεταπτυχιακές Σπουδές	3.1 (.77)	3,3 (.97)

SD Σταθερή απόκλιση

Το επίπεδο της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις στην Total MISSCARE survey Greek - part B Scale. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ότι οι συμμετέχοντες Βοηθοί Νοσηλευτών έδωσαν τις υψηλότερες απαντήσεις στην Total MISSCARE survey Greek - part B Scale. Οι

διαφορές μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων νοσηλευτικής εκπαίδευσης δεν ήταν στατιστικά σημαντικές με διόρθωση Bonferroni.

Πίνακας 27. Συσχετίσεις της Ολικής τιμής της MISSCARE survey Greek - part B Scale με το επίπεδο εκπαίδευσης στη Νοσηλευτική

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Total MISSCARE survey Greek - part B Scale
	Μέση τιμή (SD)
Βοηθός Νοσηλευτή	3,3 (7,2)
Δίπλωμα Νοσηλευτικής ΤΕ	3,0 (,64)
Πτυχίο Νοσηλευτικής ΠΕ	2,9 (,72)
Πτυχίο εκτός Νοσηλευτικής	2,4 (,30)
Μεταπτυχιακό Νοσηλευτικής	3,1 (,78)
Διδακτορικό Νοσηλευτικής	1,8 (,09)

SD Σταθερή απόκλιση

Το χρονικό διάστημα εμπειρία στην παρούσα θέση συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις στην υποκλίμακα Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ότι οι συμμετέχοντες με χρονική παραμονή στην παρούσα θέση 2 με 5 έτη έδωσαν υψηλότερες τιμές απαντήσεων στην υποκλίμακα Ανθρώπινοι Πόροι. Οι διαφορές μεταξύ των διαφορετικών χρονικών διαστημάτων εμπειρίας στην παρούσα θέση δεν ήταν στατιστικά σημαντικές με διόρθωση Bonferroni με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με χρονική εμπειρία 2-5 έτη έναντι 5 – 10 έτη ($z=-3.2$, $p=.001$, με διόρθωση Bonferroni $p<.005$).

Πίνακας 28. Συσχετίσεις της υποκλίμακας "Ανθρώπινοι Πόροι" της MISSCARE survey Greek - part B Scale με την εμπειρία στην παρούσα θέση εργασίας

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale
	Μέση τιμή (SD)
>6 μήνες	3,0 (1,0)
6 μήνες – 2 έτη	3,0 (1,0)
2 έτη – 5 έτη	3,7 (,39)
5 έτη– 10 έτη	3,0 (,73)
>10 έτη	3,3 (,94)

SD Σταθερή απόκλιση

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από την ικανοποίηση από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική επηρέαζαν τις απαντήσεις τους για την υποκλίμακα Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων και φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που ήταν Δυσανεστημένοι ακολουθούμενους από εκείνους που ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική έδωσαν τις υψηλότερες απαντήσεις στην υποκλίμακα Επικοινωνία και Ομαδική Εργασία.. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές με διόρθωση Bonferroni με εξαίρεση τους συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Δυσανεστημένοι έναντι εκείνων που απάντησαν Ουδέτερα ($z=-2,8$, $p=.005$, με διόρθωση Bonferroni $p<.005$).

Πίνακας 29. Συσχετίσεις της υποκλίμακας "Επικοινωνία και Ομαδική Εργασία" της MISSCARE survey Greek - part B Scale με την ικανοποίηση από τη Νοσηλευτική

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale.
	Μέση τιμή (SD)
Πολύ Δυσανεστημένος	3,3 (,73)
Δυσανεστημένος	3,6 (,31)
Ουδέτερος	2,8 (,55)
Ικανοποιημένος	2,8 (,81)
Πολύ Ικανοποιημένος	2,9 (,84)

SD Σταθερή απόκλιση

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για την ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα επηρέαζαν τις απαντήσεις τους για την Ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part B Scale και την υποκλίμακα των Ανθρώπινων Πόρων. Από το παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι όσοι απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την Ομαδική εργασία στο τμήμα έδωσαν τις υψηλότερες απαντήσεις στην Ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part B Scale και την υποκλίμακα των Ανθρώπινων Πόρων. Οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές με διόρθωση Bonferroni.

Πίνακας 30. Συσχετίσεις της Ολικής τιμής και της υποκλίμακας "Ανθρώπινοι Πόροι" της MISSCARE survey Greek - part B Scale με την ικανοποίηση από την Ομαδική Εργασία

MISSCARE survey Greek - part B Scale	Total MISSCARE survey Greek - part B	Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale.
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)
Πολύ Δυσανεστημένος	3,9 (,12)	4.0 (0.0)
Δυσανεστημένος	3,4 (,43)	3,5 (,39)
Ουδέτερος	3,3 (,49)	3.7 (,44)
Ικανοποιημένος	2,9 (,75)	3.1 (,87)
Πολύ Ικανοποιημένος	2,9 (,82)	2,9 (1.1)

SD Σταθερή απόκλιση

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων για το MISSCARE survey Greek - part A Scale

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Total MISSCARE survey Greek - part A Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της Total MISSCARE survey Greek - part A Scale ήταν: το Τμήμα Εργασίας, ο Περισσότερος χρόνος παραμονής στο παρόν τμήμα, ο Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, η Απουσία λόγω ασθένειας/ Τραυματισμού, η Αίσθηση για την ικανοποιητική Στελέχωση, ο Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια, η Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Επαγγελματική Ικανοποίηση, η Επαγγελματική Εξουθένωση και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες. Για τις μεταβλητές: ο Περισσότερος χρόνος παραμονής στο παρόν τμήμα, ο Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος, η Αίσθηση για την ικανοποιητική Στελέχωση, ο Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες, δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p > .146$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 31. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Total MISSCARE survey Greek - part A Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign

Σταθερά	1,6	,06		27,0	>,0001
Απασχόληση στο Γραφείο	,58	,33	,16	1,8	,077
>12 ώρες υπηρωρίες τον τελευταίο μήνα	,45	,14	,28	3,2	,002
>6 ημέρες απουσίας λόγω ασθένειας/ τραυματισμού	1,0	,40	,22	2,6	,013
Πολύ Δυσανεστημένος από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική	,88	,33	,24	2,7	,008
R ² =0.188, N=113, F=6,24, P<.0001					

Συνολικά 113 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 18,8% (R² = 0,188) της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την ολική τιμή της Total MISSCARE survey Greek - part A Scale ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Τμήμα Εργασίας, τις υπηρωρίες των τελευταίο μήνα, τις ημέρες απουσίας από την εργασία και την ικανοποίηση τους από το επάγγελμα τη Νοσηλευτική. Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν στο Γραφείο, είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπηρωριών τον τελευταίο μήνα και περισσότερες από 6 ημέρες απουσίας από την εργασία τους λόγω τραυματισμού ή ασθένειας καθώς και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσανεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική, έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην Total MISSCARE survey Greek - part A Scale.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale ήταν: το Τμήμα Εργασίας, ο Περισσότερος χρόνος παραμονής στο παρόν τμήμα, ο Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, η Αίσθηση για την ικανοποιητική Στελέχωση, ο Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια, ο Αριθμός ασθενών με εξιτήριο στην τελευταία βάρδια, η Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Επαγγελματική Ικανοποίηση, η Επαγγελματική Εξουθένωση. Για τις μεταβλητές: το Τμήμα Εργασίας, ο Περισσότερος χρόνος παραμονής στο παρόν τμήμα, η Αίσθηση για την ικανοποιητική Στελέχωση, ο Αριθμός εισαχθέντων ασθενών στην τελευταία βάρδια, ο Αριθμός ασθενών με εξιτήριο στην τελευταία βάρδια, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Επαγγελματική Εξουθένωση, δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p > .130$) και δε συμπεριλήφθηκαν στην πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 32. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	2.5	,34		7.4	>,0001
Τεχνολογικής Εκπαίδευσης Επαγγελματικός Ρόλος	-,24	,12	-,16	-1,9	,056
>12 ώρες υπηρωρίες τον τελευταίο μήνα	,48	,16	,26	2,9	,004
Πολύ Δυσανεστημένος από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική	,75	,38	,18	2,0	,051
Επαγγελματική Ικανοποίηση	-,01	,01	-,17	-1,8	,074
$R^2=0.165$, $N=113$, $F=5,32$, $P=.001$					

Συνολικά 113 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 16.5% ($R^2 = 0,165$) της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για τον Επαγγελματικό τους Ρόλο, τις υπηρωρίες του τελευταίο μήνα, την ικανοποίηση τους από το επάγγελμα τη Νοσηλευτική και την Επαγγελματική Ικανοποίηση. Οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπηρωριών τον τελευταίο μήνα και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσανεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική, έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale, αντίθετα οι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και οι συμμετέχοντες με υψηλές τιμές στην Επαγγελματική Ικανοποίηση έδωσαν χαμηλότερες τιμές στην ίδια υποκλίμακα.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale ήταν: το Τμήμα Εργασίας, το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης, το φύλο, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, και η Απουσία λόγω ασθένειας/ τραυματισμού, η Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα, η Επαγγελματική Ικανοποίηση, η Επαγγελματική Εξουθένωση και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες. Για τις μεταβλητές: το φύλο, η Ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα, και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p>.122$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 33. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Acute Care - Missed Nursing Care Part A Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	1.4	,06		25.4	>,0001
Απασχόληση στο Γραφείο	.71	,31	.20	2.3	,024
>12 ώρες υπερωρίες τον τελευταίο μήνα	,36	,14	,23	2,7	,005
>6 ημέρες απουσία λόγω ασθένειας/ τραυματισμού	1,1	,38	,25	2,9	,005
Πολύ Δυσανεστημένος από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική	,86	,31	,24	2,8	,007
$R^2=0.198$, $N=113$, $F=6.65$, $P<.0001$					

Συνολικά 113 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 19,8% ($R^2 = 0,198$) της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της **Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale** ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Τμήμα Απασχόλησης, τις υπερωρίες του τελευταίο μήνα, τις ημέρες απουσίας από την εργασία λόγω τραυματισμού ή ασθένειας και την ικανοποίηση τους από το επάγγελμα τη Νοσηλευτική. Οι συμμετέχοντες που απασχολούνταν στο Γραφείο, είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα, απουσίαζαν περισσότερες από 6 ημέρες λόγω ασθένειας ή τραυματισμού και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσανεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική, έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Acute Care-Missed Nursing Care Part A Scale**.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Total MISSCARE survey Greek - part B Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της **Total MISSCARE survey Greek - part B Scale** ήταν: το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης, και το υψηλότερο επίπεδο Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η Ηλικία και ο Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, η Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα, η Επαγγελματική Ικανοποίηση, η Επαγγελματική Εξουθένωση και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες. Για τις μεταβλητές η Επαγγελματική Ικανοποίηση, και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p>.117$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 34. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Total MISSCARE survey Greek - part B Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	2.9	,12		24.3	>,0001
Τριτοβάθμιο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	-2,6	,13	-,18	-2.0	,045
Βοηθός Νοσηλεύτη: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	,26	,15	,15	1,7	,088
Διδακτορικό: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	-,91	,47	-,16	-1,9	,059
Ηλικιακή Ομάδα 35-44 ετών	,33	,13	,22	2,6	,012
>12 ώρες υπηρωρίες τον τελευταίο μήνα	,29	,17	,15	1,7	,090
Δυσανεστημένος από το θέση εργασίας	,57	,25	,20	2,3	,026
Δυσανεστημένος από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική	,45	,27	,15	1,7	,090
R ² =0.261, N=113, F=5.29, P<.0001					

Συνολικά 113 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 26,1% της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της **Total MISSCARE survey Greek - part B Scale** ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής και Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, την ηλικία, τις υπερωρίες του τελευταίο μήνα, και την ικανοποίηση τους από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/Νοσηλευτική. Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος στη Νοσηλευτική έδωσαν χαμηλότερες τιμές στην **Total MISSCARE survey Greek - part B Scale**, ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών, όσοι είχαν ηλικία 35-44 ετών, όσοι είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα, και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσανεστημένοι από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/ νοσηλευτική, έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Total MISSCARE survey Greek - part B Scale**.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Υλικοί Πόροι B Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της **Υλικοί Πόροι B Scale** ήταν: το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης, και το υψηλότερο επίπεδο Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, ο Επαγγελματικός Τίτλος/ Ρόλος, το ωράριο εργασίας, ο αριθμός εισαχθέντων ασθενών και εξιτηρίων στην

τελευταία βάρδια, και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες. Για τις μεταβλητές το ωράριο εργασίας, ο αριθμός εισαχθέντων ασθενών και εξιτηρίων στην τελευταία βάρδια, και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες, δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p>.115$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 35. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Υλικό Πόροι part B Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	3.3	,09		35.6	>,0001
Λύκειο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	,53	,19	,24	2,7	,007
Διδακτορικό: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	-1,3	,60	-,19	-2,2	,034
Προϊστάμενος Επαγγελματικός Ρόλος	-,58	,31	-,17	-1,9	,064
$R^2=0.138$, N=116, F=6.00, P=.001					

Συνολικά 116 συμμετέχοντες ελέγχθηκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 13.8% της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της **Υλικό Πόροι B Scale** ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής και Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, και τον Επαγγελματικό του Ρόλο. Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι Λυκείου έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Υλικό Πόροι B Scale** και οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος στη Νοσηλευτική και οι προϊστάμενοι έδωσαν χαμηλότερες τιμές στην **Υλικό Πόροι B Scale**.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της **Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale** ήταν: ο χρόνος παραμονής στο τμήμα, το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης, και το υψηλότερο επίπεδο Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η εμπειρία στην Παρούσα Θέση και στο Παρόν Τμήμα, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, η Επιθυμία αλλαγής της Παρούσας Θέσης, η αντίληψη για τη Στελέχωση, και ο αριθμός των φροντιζομένων ασθενών, Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα, η Επαγγελματική Ικανοποίηση και η Επαγγελματική Εξουθένωση. Για τις μεταβλητές η εμπειρία στην Παρούσα Θέση, στο Παρόν Τμήμα, η Επιθυμία αλλαγής της Παρούσας Θέσης, ο αριθμός των

φροντιζομένων ασθενών, η Επαγγελματική Ικανοποίηση δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p > .102$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 36. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	2.4	,38		6.3	>,0001
Λύκειο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	,50	,19	,23	2,7	,009
Διδακτορικό: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	-1,3	,57	-,20	-2,4	,020
Εμπειρία στην παρούσα θέση 2 με 5 έτη	,65	,24	,24	2,7	,007
Καθόλου υπερωρίες τον τελευταίο μήνα	-,35	,15	-,20	-2,3	,024
Δυσανεστημένος από το θέση εργασίας	,61	,30	,18	2,1	,041
Επαγγελματική εξουθένωση	,03	,01	,20	2,3	,024
$R^2=0.260$, $N=112$, $F=6.13$, $P<.0001$					

Συνολικά 112 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 26,0% της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της **Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale** ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής και Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, την εμπειρία στην παρούσα θέση εργασίας, τις υπερωρίες του τελευταίο μήνα, την ικανοποίηση τους από τη θέση εργασίας και την Επαγγελματική Εξουθένωση. Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι Λυκείου, όσοι είχαν εμπειρία 2-5 ετών στην παρούσα θέση, όσοι ήταν δυσανεστημένοι από τη θέση εργασίας έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale**. Επιπλέον οι συμμετέχοντες που έδωσαν απαντήσεις με υψηλές τιμές Επαγγελματικής Εξουθένωσης έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Ανθρώπινοι Πόροι part B Scale**. Αντίθετα οι κάτοχοι διδακτορικού Διπλώματος στη Νοσηλευτική και όσοι δεν είχαν καθόλου υπερωρίες τον τελευταίο μήνα έδωσαν χαμηλότερες απαντήσεις.

Πολυπαραγοντική Διερεύνηση των απαντήσεων της Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale

Οι μεταβλητές που ελέγχθηκαν στην πολυπαραγοντική διερεύνηση της **Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale** ήταν: το υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης, και το υψηλότερο επίπεδο Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, η ηλικία, ο επαγγελματικός Τίτλος/Ρόλος, οι Υπερωρίες τους τελευταίους μήνες, ο αριθμός των φροντιζομένων, εισαχθέντων ασθενών και όσων έλαβαν εξιτήριο στην τελευταία

βάρδια, Ικανοποίηση από την παρούσα θέση εργασίας, η Ικανοποίηση από το Επάγγελμα/ Νοσηλευτική, η Ικανοποίηση από την ομαδική εργασία στο τμήμα, η Επαγγελματική Εξουθένωση και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Σοκ. Για τις μεταβλητές: ο αριθμός των φροντιζομένων, εισαχθέντων ασθενών και όσων έλαβαν εξιτήριο στην τελευταία βάρδια, η Επαγγελματική Εξουθένωση και το Δευτερογενές Μετατραυματικό Σοκ. δεν επαληθεύθηκε συσχέτιση στην γραμμική παλινδρόμηση ($p>.119$) και δε συμπεριλήφθηκαν στη πολυπαραγοντική δοκιμασία.

Πίνακας 37. Πρότυπο γραμμικής παλινδρόμησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale

Πρότυπο	Συντελεστής B	Τυπική απόκλιση	β	t	Sign
Σταθερά	3.0	,13		23.3	>,0001
Τριτοβάθμια εκπαίδευση υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης	-2,6	,14	-,16	-1,8	,073
Βοηθός Νοσηλευτή: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	,43	,16	,24	2,6	,010
Διδακτορικό: Υψηλότερο επίπεδο νοσηλευτικής εκπαίδευσης	-1,0	,53	-,17	-2,0	,052
Ηλικιακή Ομάδα 45-55 ετών	-,48	,16	-,27	-,31	,003
Δυσανεστημένος από το θέση εργασίας	,49	,28	,16	1,8	,081
Δυσανεστημένος από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική	,53	,29	,16	1,8	,072
$R^2=0.233$, $N=113$, $F=5.36$, $P<.0001$					

Συνολικά 113 συμμετέχοντες ελεγχθήκαν στη δοκιμασία. Ποσοστό 23,3% της μεταβλητότητας των απαντήσεων για την τιμή της **Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale** ερμηνεύεται από τις απαντήσεις τους για το Υψηλότερο επίπεδο επαγγελματικής και Νοσηλευτικής εκπαίδευσης, την ηλικία, και την ικανοποίηση τους από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/ Νοσηλευτική. Οι συμμετέχοντες βοηθοί νοσηλευτή, όσοι ήταν δυσανεστημένοι από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/ Νοσηλευτική έδωσαν υψηλότερες απαντήσεις στην **Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale**. Αντίθετα οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι κάτοχοι διδακτορικού Διπλώματος στη Νοσηλευτική οι συμμετέχοντες ηλικίας 45-55 ετών έδωσαν χαμηλότερες απαντήσεις.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως στις περισσότερες μελέτες οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων εργάζονται είτε σε παθολογική, είτε σε χειρουργική κλινική. Οι περισσότεροι εργάζονται με πλήρη απασχόληση. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν οι μισοί εργαζόμενοι (47,4 %, N=55) εργάζονται σε βάρδιες με πρωινό-απογευματινό-βραδινό ωράριο. Το 29,3 % (N=34) εργάζονται μόνο πρωινά και το 14,7 % (N=17) εργάζονται σε πρωινές και απογευματινές βάρδιες. Επιπλέον η πλειοψηφία των εργαζομένων δεν εργάζεται υπερωρίες (40,5 %, N=47) ή έχει εργαστεί 1-6 ώρες τον τελευταίο μήνα (30,2 %, N=35). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (47,4 %, N=55) δηλώνουν ότι έχουν περισσότερα από 10 χρόνια εμπειρία στην παρούσα θέση εργασίας. Η εμπειρία στο παρόν τμήμα παρουσιάζει ποικιλία. Το μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι συμμετέχοντες με εμπειρία λιγότερη των 6 μηνών (12,9%, N=15). Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι συμμετέχοντες με 2-5 χρόνια εμπειρίας (26,7%, N=31).

Σχεδόν το σύνολο του δείγματος (87,1%, N=101) το τελευταίο τρίμηνο δεν έχει απουσιάσει καθόλου από την εργασία λόγω ασθένειας. Επίσης το 85,3% (N=99) δεν σκοπεύει να αφήσει την παρούσα θέση εργασίας. Το 40,9% δηλώνει ότι το τμήμα έχει ικανοποιητική στελέχωση σε ποσοστό 75%. Ακολουθεί το 25,1% το οποίο δηλώνει ότι το τμήμα έχει ικανοποιητική στελέχωση σε ποσοστό 50%. Γενικά στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (30,2%, N=35), είτε απλά ικανοποιημένοι (48,3%, N=56) από την παρούσα θέση εργασίας τους. Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (28,4%, N=33), είτε απλά ικανοποιημένοι (47,4%, N=55) από το επίπεδο ομαδικής εργασίας στο τμήμα τους. Σχετικά με το φόρτο εργασίας, οι ασθενείς που φροντίστηκαν στην τελευταία βάρδια ήταν κατά μέσο όρο $20,36 \pm 11,65$ (1-50). Αντίστοιχα οι εισαγωγές και τα εξιτήρια της τελευταίας βάρδιας ήταν κατά μέσο όρο $4,29 \pm 3,49$ (0-13) και $3,30 \pm 3,10$ (0-15).

Οι συμμετέχοντες στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες (94,8%, N=110), ηλικίας μεταξύ 35-44 ετών (37,9%, N=44). Αυτοί που έχουν ηλικία μεταξύ 45-54 ετών είναι το 28,4% (N=33). Και αυτοί που έχουν ηλικία μεταξύ 25-34 ετών είναι το 25,0% (N=29). Έχουν ανώτατη εκπαίδευση, απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (54,3%). Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δηλώνουν είτε πολύ ικανοποιημένοι (39,7%, N=46), είτε απλά ικανοποιημένοι (44,8%, N=52) από το επάγγελμα του νοσηλευτή.

Σχετικά με την παραλειπόμενη φροντίδα έχει μέσο όρο $1,7 \pm 0,60$ (1-4,73). Γενικότερα σπάνια παραλείπεται η φροντίδα των ασθενών. Αυτό ισχύει και για τις δύο υποκλίμακες της φροντίδας, για τις δραστηριότητες επείγουσας νοσηλευτικής φροντίδας ($1,6 \pm 0,58$) και για τις δραστηριότητες της καθημερινότητας ($1,8 \pm 0,68$). Η δραστηριότητα που παραλείπεται συχνότερα είναι η αλλαγή θέσης του ασθενούς (N=48, 41,4%), η οποία παραλείπεται μερικές φορές. Στη διεθνή βιβλιογραφία, όσον αφορά στην αλλαγή θέσης παρατηρείται συχνή παράλειψη (Papastavrou et al., 2016; Kalisch and Lee, 2012; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009). Η παράλειψη στην παρούσα μελέτη είναι σε μικρότερο ποσοστό, παρατηρείται μερικές φορές. Αντίστοιχα στη βιβλιογραφία ενέργειες που παραλείπονται μερικές φορές είναι οι εξής: η έγκαιρη χορήγηση φαρμάκων, μέσα σε 30 λεπτά από την καθορισμένη ώρα (Winsett et al.,

2016; Kalisch, 2009), η απάντηση σε κλήση ασθενών (Jones, 2014; Kalisch and Lee, 2012), η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων (Kalisch and Lee, 2012; Kalisch et al., 2009), το μασάζ στην πλάτη και φροντίδα δέρματος (Lucero et al., 2010; Lucero et al., 2009), την κοινωνική φροντίδα (Zuniga et al., 2015), την φροντίδα κεντρικών γραμμών (Kalisch and Lee, 2012), την φροντίδα τραυμάτων (Kalisch and Lee, 2012), την επαναξιολόγηση ασθενών (Kalisch, 2009), την ενημέρωση από το φάκελο του ασθενούς σχετικά με την πορεία του (Jones, 2014), τη φροντίδα των ασθενών γενικότερα (Morin and Leblanc, 2005).

Στη μελέτη οι υπόλοιπες δραστηριότητες παραλείπονται είτε σπάνια, είτε ποτέ. Σχεδόν ποτέ δεν παραλείπεται η μέτρηση των ζωτικών σημείων και της γλυκόζης αίματος, η αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια, η καταγραφή του ισοζυγίου και η φροντίδα των καθετήρων. Παρομοίως στη διεθνή βιβλιογραφία η μέτρηση της γλυκόζης αίματος (Kalisch et al., 2011; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009b) και η μέτρηση των ζωτικών σημείων (Kalisch et al., 2011a) ανήκουν στις σπάνια παραλειπόμενες ενέργειες. Η αξιολόγηση των ασθενών σε κάθε βάρδια έχει ορισμένες μελέτες όπου δηλώνεται ότι παραλείπεται συχνά (Kalisch et al., 2013a; Kalisch, 2009) ενώ άλλοι δηλώνουν ότι παραλείπεται σπάνια (Kalisch et al., 2009b).

Σπάνια παραλείπεται η κινητοποίηση των ασθενών, η φροντίδα του στόματος, η σίτιση, η εκπαίδευση και η συναισθηματική στήριξη. Αυτό παρατηρήθηκε σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία όπου εκτός από τη σίτιση οι υπόλοιπες ενέργειες παραλείπονται συχνά. Οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι παραλείπουν πιο συχνά τη στοματική φροντίδα (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Friese et al., 2013; Kalisch and Lee, 2012a; Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Lucero et al., 2010; Kalisch et al., 2009b; Lucero et al., 2009; Al-Kandari and Thomas, 2009) και ακολουθούν η κινητοποίηση (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Friese et al., 2013; Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009b; Morin and Leblanc, 2005) και η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας (Papastavrou et al., 2016; Jones, 2014; Ball et al., 2014; Kalisch and Lee, 2012a; Lucero et al., 2010; Kalisch et al., 2009b; Lucero et al., 2009). Συχνή παράλειψη παρατηρείται επίσης στη συναισθηματική υποστήριξη (Papastavrou et al., 2016; Jones, 2014; Kalisch et al., 2013a). Η σίτιση στη μελέτη παραλείπεται σπάνια. Αυτό συμφωνεί με ένα μέρος των μελετών στις οποίες παρατηρούνται αμφιλεγόμενα αποτελέσματα. Μερικοί νοσηλευτές δηλώνουν ότι παραλείπουν συχνά την προετοιμασία τροφής και τη σίτιση (Kalisch and Lee, 2012a; Gravlin and Bittner, 2010), ενώ άλλοι δηλώνουν ότι τα παραλείπουν σπάνια (Morin and Leblanc, 2005). Οι ενέργειες που παραλείπονται σπάνια στη βιβλιογραφία είναι: η αξιολόγηση των ασθενών όταν χρειάζεται (Kalisch et al., 2011a; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch et al., 2009), η χορήγηση θεραπευτικής αγωγής και η διεκπεραίωση διαγνωστικών και λοιπών διαδικασιών (Ball et al., 2014; Morin and Leblanc, 2005), η διαχείριση του πόνου (Ball et al., 2014) και ο περιορισμός στο κρεβάτι των διεγερτικών ασθενών (Morin and Leblanc, 2005). Ο έλεγχος της λοίμωξης ανήκει επίσης στις λιγότερο συχνά παραλειπόμενες δραστηριότητες.

Τόσο οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι, όσο και η επικοινωνία και η ομαδική εργασία αποτελούν μέτριας σημασίας αιτίες για την παράλειψη της φροντίδας. Μεγαλύτερη σημασία έχουν οι υλικοί πόροι ($3,3\pm 0,89$). Ακολουθούν οι ανθρώπινοι πόροι ($3,2\pm 0,89$). Η επικοινωνία και η ομαδική εργασία έχει το μικρότερο μέσο όρο ($2,9\pm 0,80$). Οι ανεπαρκείς υλικοί πόροι (Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) και τα θέματα επικοινωνίας ομάδας (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2009; Kalisch, 2009) αναφέρονται στη βιβλιογραφία ως ο δεύτερος και ο τρίτος πιο σημαντικός λόγος για την παράλειψη φροντίδας. Η έλλειψη επικοινωνίας (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch et al., 2009; Kalisch, 2009), σεβασμού και ενεργητικής ακρόασης και συνεργασίας (Kalisch, 2009) μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι εξίσου σημαντικά. Στο εργασιακό περιβάλλον σημαντικό ρόλο έχει η επάρκεια των υλικών πόρων ώστε να διεκπεραιώνονται οι εργασίες. Ταυτόχρονα η επάρκεια στελέχωσης είναι ουσιώδης καθώς το ανθρώπινο δυναμικό συμβάλλει στην υλοποίηση των εργασιών. Είναι βασικό οι υλικοί και οι ανθρώπινοι πόροι που αναγνωρίζονται ως οι πρωτεύοντες αιτίες παράλειψης φροντίδας. Η καλή συνεργασία, η επαρκής επικοινωνία και το ομαδικό πνεύμα συνεπικουρούν. Έτσι είναι τρίτη αιτία παράλειψης φροντίδας. Στο νοσοκομείο όπου διεξάγεται η έρευνα οι τρεις αυτοί παράγοντες δεν έχουν υψηλή βαθμολογία. Εκτιμάται ότι υπάρχει επάρκεια υλικών πόρων. Επίσης οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η στελέχωση είναι ικανοποιητική σε ποσοστό 75%. Δηλώνουν επίσης ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα στην επικοινωνία. Οπότε οι τρεις αυτές αιτίες δεν έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα.

Σημαντικούς λόγους παράλειψης αποτελούν οι εξής: ανεπάρκεια προσωπικού, μη διαθέσιμος εξοπλισμός, μη διαθεσιμότητα φαρμάκων, εξοπλισμός ο οποίος δεν λειτουργεί, απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των ασθενών ή της βαρύτητας των περιστατικών, μεγάλος αριθμός εισαγωγών και εξιτηρίων. Παρόμοιες αιτίες αναγνωρίζονται και στη διεθνή βιβλιογραφία. Μεταξύ των αξιολογούμενων χαρακτηριστικών του εργατικού δυναμικού, η εμπειρία μιας απροσδόκητης αύξησης του όγκου εργασίας (Ball et al., 2018; Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009), όπως οι πολλές εισαγωγές ή εξιτήρια (Gravlin and Bittner, 2010), η αύξηση της βαρύτητας του ασθενούς (Winsett et al., 2016; Kalisch et al., 2011; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) και των επειγουσών καταστάσεων (Winsett et al., 2016; Papastavrou et al., 2016; Gravlin and Bittner, 2010; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) σε σχέση με τον αριθμό του προσωπικού ανά βάρδια έχει αναγνωριστεί ως ο σημαντικότερος συντελεστής στην παράλειψη φροντίδας καθώς οδηγεί σε μείωση του διαθέσιμου χρόνου (Kalisch, 2009) για την εκτίμηση των δεδομένων του ασθενούς (Kalisch et al., 2011) και για την παροχή φροντίδας.

Μέτριας σημασίας λόγοι παράλειψης φροντίδας είναι οι εξής: ανεπαρκής αριθμός βοηθητικού προσωπικού, προβληματική επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, επείγουσες καταστάσεις, προβληματική επικοινωνία με τα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου, έλλειψη υποστήριξης από την ομάδα των εργαζομένων στο τμήμα, προβληματική επικοινωνία με τη νοσηλευτική ομάδα, μη διαθεσιμότητα βοηθών θαλάμων, μη εξισορροπημένη κατανομή ασθενών, τα υπόλοιπα τμήματα δεν προσφέρουν την αναγκαία φροντίδα, ανεπαρκής παράδοση των γενόμενων στην προηγούμενη βάρδια, οι βοηθοί νοσηλευτών δεν

αναφέρουν την ολοκλήρωση της φροντίδας. Επιπλέον λόγοι παράλειψης φροντίδας αναφέρεται η σωματική και ψυχολογική κόπωση, οι εσωτερικές ανακατατάξεις των νοσηλευτών εντός του νοσοκομείου και η άρνηση των ασθενών για συνεργασία. Στη διεθνή βιβλιογραφία η δυσκολία στην επικοινωνία δεν είναι μόνο μεταξύ των διάφορων επαγγελματικών ομάδων αλλά αναφέρεται ένταση και στην επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών (Kalisch, 2009). Γενικότερα οι επαγγελματικοί ρόλοι και αρμοδιότητες όπως επίσης και η μεταξύ τους σύγκρουση συμβάλλουν στην παράλειψη της φροντίδας. (Papastavrou et al., 2014) Τα μη διαθέσιμα φάρμακα (Winsett et al., 2016; Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009) ή / και προμήθειες (Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011; Kalisch, 2009; Kalisch et al., 2009) θεωρήθηκαν ότι συμβάλλουν περισσότερο στη μη ολοκληρωμένη φροντίδα από ό, τι ο δυσλειτουργικός εξοπλισμός.

Οι συμμετέχοντες έχουν μέτριο compassion fatigue, μέτρια επαγγελματική εξουθένωση ($24,6 \pm 5,3$) και μέτριο δευτερογενές τραυματικό στρες ($25,0 \pm 6,6$). Πιο αναλυτικά, το 68,1% (N=79) των συμμετεχόντων έχει μέτρια επαγγελματική εξουθένωση, σε αντίθεση με το 31,9% (N=37) το οποίο έχει χαμηλή. Το 63,8% (N=74) των συμμετεχόντων έχει δευτερογενές τραυματικό στρες σε μέτριο βαθμό. Το 35,3% (N=41) σε χαμηλό βαθμό. Μόλις ένας συμμετέχοντας (0,9%) δηλώνει ότι έχει υψηλό βαθμό δευτερογενούς τραυματικού στρες. Έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες που σύγκριναν την compassion fatigue μεταξύ διαφόρων νοσοκομείων και διαφόρων τμημάτων εργασίας. Στους εργαζόμενους της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση και υψηλότερη εξουθένωση σε σχέση με την ογκολογική κλινική. (Mooney et al., 2017) Υψηλότερη εξουθένωση και burnout διαπιστώθηκε μεταξύ των ογκολογικών νοσηλευτών που εργάζονταν σε δευτεροβάθμια νοσοκομεία. (Yu et al., 2016) Οι νοσηλευτές των επειγόντων έχουν τάση για λιγότερη ικανοποίηση, της εντατικής τάση για εξουθένωση και της ογκολογικής τάση για compassion fatigue. (Hooper et al., 2010) Ιδιαίτερα οι ογκολογικοί νοσηλευτές προσπαθούν να συμβιβαστούν με την υπόθεση ότι όλοι οι ασθενείς θα πεθάνουν, (Finley and Sheppard, 2018) πράγμα που τους δημιουργεί αίσθηση αδυναμίας απέναντι στον καρκίνο. (Fukumori et al., 2017)

Το προσωπικό που απάντησε ότι δαπανά τον περισσότερο χρόνο του στο συγκεκριμένο τμήμα αναγνωρίζει λιγότερο τον παράγοντα Ανθρώπινοι Πόροι ως αιτία παράλειψης φροντίδας από εκείνους που απάντησαν ότι δεν τον δαπανούν.

Οι συμμετέχοντες Βοηθοί Νοσηλευτών αναγνώρισαν περισσότερες αιτίες στην συνολική κλίμακα των αιτιών της παραλειπούμενης φροντίδας. Επιπλέον το επίπεδο της υψηλότερης εκπαίδευσης συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά με τις απαντήσεις σχετικά με τις αιτίες για την Παράλειψη Φροντίδας και με την υποκλίμακα των Υλικών Πόρων. Πιο συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες απόφοιτοι λυκείου έδωσαν απαντήσεις με τις υψηλότερες τιμές στην ολική κλίμακα των αιτιών παράλειψης φροντίδας και σε αυτή των υλικών πόρων. Στη βιβλιογραφία σε σύγκριση με τους βοηθούς νοσηλευτών, οι νοσηλευτές ανέφεραν περισσότερη παράλειψη φροντίδας. Δεν καταγράφηκαν σταθερές διαφορές μεταξύ νοσηλευτών και διευθυντικών στελεχών. Η επαγγελματική εμπειρία (Kalisch and Lee, 2012; Kalisch et al., 2011; Kalisch and Lee, 2010), η προϋπηρεσία και η εκπαίδευση νοσηλευτικού προσωπικού, με τους πτυχιούχους νοσηλευτές να αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά παράλειψης φροντίδας (Kalisch et al., 2013; Kalisch and

Lee, 2012; Kalisch et al., 2011; Kalisch and Lee, 2010; Al-Kandari and Thomas, 2009; Kalisch, 2009) σχετίζονται με την παράλειψη φροντίδας.

Οι συμμετέχοντες με χρονική παραμονή στην παρούσα θέση 2 με 5 έτη αναγνώρισαν περισσότερες αιτίες παράλειψης φροντίδας στην υποκλίμακα Ανθρώπινοι Πόροι. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωρίες περιέγραψαν περισσότερη παράλειψη φροντίδας στην υποκλίμακα Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale ($2,3 \pm,80$) έναντι εκείνων που δεν είχαν καθόλου υπερωρίες ($1,8 \pm,58$), εκείνων που είχαν 1-6 ώρες ($1,8 \pm,74$) και εκείνων που είχαν 6-12 ώρες ($1,6 \pm,39$). Οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την παρούσα θέση εργασίας ανέφεραν περισσότερη παράλειψη φροντίδας στο σύνολο της Παραλειπούμενης Φροντίδας. Επιπλέον οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την παρούσα θέση εργασίας ανέφεραν περισσότερη παράλειψη φροντίδας στην υποκλίμακα που αφορά της καθημερινές δραστηριότητες φροντίδας/ Activities of Daily Living (ADL) Omissions Part A Scale. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων από την ικανοποίηση από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική επηρέαζαν τις απαντήσεις τους για την υποκλίμακα Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale. Οι συμμετέχοντες που ήταν Δυσανεστημένοι ακολουθούμενους από εκείνους που ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από το επάγγελμα/ Νοσηλευτική αναγνώρισαν περισσότερες αιτίες παράλειψης φροντίδας στην υποκλίμακα Επικοινωνία και Ομαδική Εργασία. Θετική συσχέτιση της παράλειψης με την ικανοποίηση από την εργασία (Papastavrou et al., 2016; Blackman et al., 2014), με τη συχνότητα απουσίας από την εργασία, (Blackman et al., 2017; Kalisch et al., 2013; Kalisch et al., 2011) και με την πρόθεση παραμονής στην παρούσα θέση εργασίας (Blackman et al., 2014) παρατηρείται και στη βιβλιογραφία. Αντίθετα παρατηρείται αρνητική συσχέτιση με την προσωπική συναίσθηση ευθύνης. (Srulovici and Drach-Zahavy, 2017) Παράγοντες που συνδέονται με τη διάθεση για αποχώρηση από την παρούσα θέση εργασίας είναι η παράλειψη φροντίδας, η ηλικία, οι υπερωρίες, η απουσία από την εργασία. (Tschannen et al., 2010) Παράγοντας που συνδέεται με την αντικατάσταση του προσωπικού είναι το φύλο (Tschannen et al., 2010).

Όσοι απάντησαν ότι ήταν Πολύ Δυσανεστημένοι από την Ομαδική εργασία στο τμήμα αναγνώρισαν τις περισσότερες αιτίες παράλειψης φροντίδας τόσο στην ολική κλίμακα, όσο και την υποκλίμακα των Ανθρώπινων Πόρων. Η αντιλαμβανόμενη επάρκεια των στελεχών και άλλων πόρων, η ομαδική εργασία (Bragadottir et al., 2016; Zuniga et al., 2015; Kalisch and Lee, 2010), η συνεργασία και το κλίμα ασφάλειας (Zuniga et al., 2015) των ασθενών έδειξαν τις ισχυρότερες επιδράσεις. Η συναίσθηση ευθύνης της κλινικής επηρεάζει το σύνολο της παράλειψης φροντίδας. (Srulovici and Drach-Zahavy, 2017) Επιπλέον σημαντικό ρόλο έχουν η εμπιστοσύνη (Kalisch and Lee, 2010), ο προσανατολισμός της ομάδας (Kalisch and Lee, 2010), το κοινό όραμα (Kalisch and Lee, 2010), η ηγεσία του τμήματος και οι εφεδρείες που χρησιμοποιούνται (Kalisch and Lee, 2010), όπως και η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών (Blackman et al., 2014; Kalisch et al., 2009). Το προσωπικό από μονάδες με χαμηλά επίπεδα ατελούς φροντίδας περιγράφει την προσαρμογή της πρακτικής τους ώστε να ανταποκριθούν στις διακυμάνσεις του προσωπικού, του όγκου των ασθενών και της οξύτητας των περιστατικών. Οι βασικοί παράγοντες

διευκόλυνσης της προσαρμογής περιελάμβαναν έναν συλλογικό προσανατολισμό, την επίγνωση της κατάστασης που επιτεύχθηκε μέσω της συνεχούς αξιολόγησης των αναγκών εργασίας κάθε μέλους και της προθυμίας να βοηθήσουν και να βοηθηθούν μεταξύ τους. Αντίθετα, οι προσαρμοστικές συμπεριφορές δεν περιγράφηκαν από το προσωπικό από μονάδες με υψηλά επίπεδα ημιτελούς φροντίδας.

Τα παραπάνω στοιχεία επιβεβαιώνονται και από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, όπου διαπιστώθηκαν τα παρακάτω στοιχεία.

Οι συμμετέχοντες που εργάζονταν στο Γραφείο, είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα και περισσότερες από 6 ημέρες απουσίας από την εργασία τους λόγω τραυματισμού ή ασθένειας καθώς και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική ανέφεραν περισσότερη ολική παράλειψη φροντίδας.

Οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική, περιέγραψαν περισσότερη παράλειψη φροντίδας στον τομέα των καθημερινών δραστηριοτήτων, αντίθετα οι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και οι συμμετέχοντες με υψηλές τιμές στην Επαγγελματική Ικανοποίηση έδωσαν χαμηλότερες τιμές στην ίδια υποκλίμακα.

Οι συμμετέχοντες που απασχολούνταν στο Γραφείο, είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα, απουσίαζαν περισσότερες από 6 ημέρες λόγω ασθένειας ή τραυματισμού και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από το επάγγελμα/ νοσηλευτική, ανέφεραν περισσότερη παράλειψη φροντίδας στον τομέα των επείγουσων καταστάσεων.

Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος στη Νοσηλευτική περιέγραψαν λιγότερες αιτίες σχετικά με την παράλειψη φροντίδας, ενώ οι βοηθοί νοσηλευτών, όσοι είχαν ηλικία 35-44 ετών, όσοι είχαν περισσότερες από 12 ώρες υπερωριών τον τελευταίο μήνα, και όσοι απάντησαν ότι ήταν δυσαρεστημένοι από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/ νοσηλευτική, περιέγραψαν περισσότερες. Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι Λυκείου περιέγραψαν περισσότερες αιτίες στον τομέα των Υλικών Πόρων και οι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος στη Νοσηλευτική και οι προϊστάμενοι έδωσαν λιγότερες.

Οι συμμετέχοντες απόφοιτοι Λυκείου, όσοι είχαν εμπειρία 2-5 ετών στην παρούσα θέση, όσοι ήταν δυσαρεστημένοι από τη θέση εργασίας περιέγραψαν περισσότερες αιτίες που αφορούν στους Ανθρώπινους Πόρους. Επιπλέον οι συμμετέχοντες που έδωσαν απαντήσεις με υψηλές τιμές Επαγγελματικής Εξουθένωσης περιέγραψαν επίσης περισσότερες αιτίες που αφορούν στους Ανθρώπινους Πόρους. Αντίθετα οι κάτοχοι διδακτορικού Διπλώματος στη Νοσηλευτική και όσοι δεν είχαν καθόλου υπερωρίες τον τελευταίο μήνα περιέγραψαν λιγότερες αιτίες.

Οι συμμετέχοντες βοηθοί νοσηλευτή, όσοι ήταν δυσαρεστημένοι από τη θέση εργασίας και το επάγγελμα/ Νοσηλευτική αναγνώρισαν περισσότερες αιτίες στον τομέα Επικοινωνία και ομαδική εργασία part B Scale.. Αντίθετα οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι κάτοχοι διδακτορικού Διπλώματος στη Νοσηλευτική οι συμμετέχοντες ηλικίας 45-55 ετών αναγνώρισαν λιγότερες αιτίες.

Περιορισμοί και Αδύνατα Σημεία της Μελέτης

Οι δυνητικοί περιορισμοί αλλά και τα αδύνατα σημεία που παρατηρήθηκαν σχετίζονται με το ενδεχόμενο της άρνησης των νοσηλευτών να συμμετάσχουν στη μελέτη εξαιτίας συγκεκριμένων λόγων τους οποίους δεν επιθυμούσαν να διευκρινίσουν.

Επίσης το δείγμα είναι ευκολίας. Επομένως τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού των Ελλήνων νοσηλευτών. Περιορίστηκε σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο των Αθηνών. Θα ήταν ωφέλιμο να διερευνηθεί το φαινόμενο της παράλειψης φροντίδας και σε Γενικά Νοσοκομεία όπως επίσης και σε νοσοκομεία άλλων πόλεων.

Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Η έννοια της παραλειπούμενης φροντίδας είναι ένα «ανεξερεύνητο» πεδίο στην Ελλάδα. Η παρούσα μελέτη περιορίστηκε σε δείγμα ευκολίας και απευθύνθηκε σε ένα ογκολογικό νοσοκομείο των Αθηνών. Επομένως τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο του πληθυσμού των Ελλήνων νοσηλευτών. Προτείνεται να επεκταθεί η εκτίμηση της παράλειψης φροντίδας και σε γενικά νοσοκομεία και άλλες κλινικές. Επίσης παρουσιάζει ενδιαφέρον η εκτίμηση της παράλειψης φροντίδας από πλευράς των ασθενών. Έτσι θα αποκτήσουμε εικόνα ποιες από τις δραστηριότητες που παραλείπονται μπορούν να αντιληφθούν, τη συχνότητα και την έκταση της παράλειψης φροντίδας που βιώνουν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι οικογένειές τους. Η συγκεκριμένη μελέτη εκτίμησε την παράλειψη φροντίδας σε σχέση με την κόπωση από την εργασία και φαίνεται ότι η αντίληψη των νοσηλευτών για την επαγγελματική τους εξουθένωση δεν επηρεάζει σημαντικά την παραλειπούμενη νοσηλευτική φροντίδα. Άλλες παράμετροι που θα μπορούσαν να εκτιμηθούν είναι οι παράγοντες που σχετίζονται με την παράλειψη νοσηλευτικής φροντίδας και οι επιπτώσεις από την παράλειψη, όπως λάθη στη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, πτώσεις, ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, επείγουσες καταστάσεις, έλκη πίεσης, αύξηση της θνησιμότητας, μείωση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα φροντίδας και των νοσηλευτών από το επάγγελμά τους. Μπορούν να οργανωθούν έρευνες στις οποίες θα γίνει συγκεκριμένη παρέμβαση για την αντιμετώπιση της παράλειψης φροντίδας και θα εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά της στο άμεσο και στο απώτερο μέλλον διερευνώντας με τη χρήση ερωτηματολογίων την παράλειψη φροντίδας πριν την παρέμβαση, αμέσως μετά την παρέμβαση και σε ορισμένο χρονικό διάστημα μετά την παρέμβαση. Τέλος μια πιθανή μελλοντική

έρευνα θα ήταν να βρεθούν άλλες παράμετροι που επηρεάζουν τις απαντήσεις των νοσηλευτών για την παραλειπόμενη φροντίδα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έννοια της παραλειπόμενης φροντίδας αποτελεί ένα δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στους ασθενείς. Είναι ένας σύγχρονος όρος και έχει ανοικτό πεδίο έρευνας. Μπορεί να εκτιμηθεί τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς. Η παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται να επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του νοσοκομείου, του εργασιακού περιβάλλοντος και από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε επαγγελματία. Στο ογκολογικό νοσοκομείο δεν περιγράφεται μεγάλο ποσοστό παράλειψης της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης αναφέρεται μικρός βαθμός επαγγελματικής κόπωσης. Η επαγγελματική κόπωση δεν συνδέεται με την παράλειψη της νοσηλευτικής φροντίδας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aiken, L., H., Clarke, S., P., Sloane, D., M., Sochalski, J., A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
2. Al-Kandari, F., & Thomas, D. (2009). Factors contributing to nursing task incompleteness as perceived by nurses working in Kuwait general hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3430-3440.
3. Al-Majid, S., Carlson, N., Kiyohara, M. (2018). Assessing the degree of compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care, oncology, and charge nurses. *Journal of Nursing Administration*, 48(6), 310-315.
4. Anderson, L., W., & Gustavson, C., U. (2016). The impact of a knitting intervention on compassion fatigue in oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(1), 102-104.
5. Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M., A., De Geest, S., Schwendimann, R. (2013). The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 240-252.
6. Bail, K., & Grealish, L. (2016). 'Failure to Maintain': a theoretical proposition for a new quality indicator of nurse care rationing for complex older people in hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 146-161.
7. Ball, J., E., Bruyneel, L., Aiken, L., H., Sermeus, W., Sloane, D., M., Rafferty, A., M., et al. (2018). Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 78, 10-15.
8. Ball, J., E., Murrells, T., Rafferty, A., M., Morrow, E., Griffiths, P. (2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *British Medical Journal of Quality & Safety*, 23, 116-125.
9. Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., Verrall, C., et al. (2014). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 47-56.
10. Blackman, I., Papastavrou, E., Palese, A., Vryonides, S., Henderson, J., Willis, E. (2017). Predicting variations to missed nursing care: a three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*, 00, 1-9.
11. Bragadóttir, H., Kalisch, B., J., Tryggvadóttir, G., B. (2016). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1524-1534.
12. Bruyneel, L., Heede, K., V., Diya, L., Aiken, L., Sermeus, W. (2009). Predictive Validity of the International Hospital Outcomes Study Questionnaire: An RN4CAST Pilot Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 202-210.
13. Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: a non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98-107.
14. Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout

- and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121.
15. Finley, B., A., & Sheppard, K., G. (2018). Compassion fatigue exploring early-career oncology nurses' experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), E61-E66.
 16. Friese, C., R., Kalisch, B., J., Lee, K., H. (2013). Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nursing*, 36(6), E51-E57.
 17. Fukumori, T., Miyazaki, A., Takaba, C., Taniguchi, S., Asai, M. (2017). Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: a qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue. *Psycho-Oncology*, 27(2), 620-625.
 18. Giarelli, E., Denigris, J., Fisher, K., Maley, M., Nolan, E. (2016). Perceived quality of work life and risk for compassion fatigue among oncology nurses: a mixed-methods study. *Oncology Nursing Forum*, 43(3), E121-E131.
 19. Gravlin, G., Bittner, N., P. (2010). Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *Journal of Nursing Administration*, 40(7-8), 329-335.
 20. Günüşen, N., P., Üstün, B., Ak, P., S., Besen, D., B. (2018). Secondary traumatic stress experiences of nurses caring for cancer patients. *International Journal of Nursing Practice*, e12717.
 21. Harvey, C., Thompson, S., Pearson, M., Willis, E., Toffoli, L. (2017). Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. *Nursing Inquiry*, 1-8.
 22. Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., R., Wetsel, M., A., Reimels E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
 23. Jang, I., Kim, Y., Kim, K. (2016). Professionalism and professional quality of life for oncology nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2835-2845.
 24. Jones, T., L. Validation of the perceived implicit rationing of nursing care (PIRNCA) instrument. (2014). *Nursing Forum*, 49(2), 77-87.
 25. Kalisch, B., J., & Lee, K., H. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. (2012a). *Nursing Outlook*, 60, E32-E39.
 26. Kalisch, B., J., & Lee, K., H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*, 58, 233-241.
 27. Kalisch, B., J., & Williams, R., A. (2009a). Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219.
 28. Kalisch, B., J., Doumit, M., Lee, K., H., Zein, J., E. (2013a). Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *Journal of Nursing Administration*, 43(5), 274-279.
 29. Kalisch, B., J., Landstrom, G., Williams, R., A. (2009b). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*, 57, 3-9.
 30. Kalisch, B., J., Landstrom, G., L., Hinshaw, A., S. (2009c). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.

31. Kalisch, B., J., McLaughlin, M., Dabney, B., W. (2012b). Patient perceptions of missed nursing care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 38, 161-167.
32. Kalisch, B., J., Tschannen, D., Lee, H., Friese, C., R. (2011a). Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*, 26, 291-299.
33. Kalisch, B., J., Tschannen, D., Lee, K., H. (2011b). Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management*, 56(2), 117-131.
34. Kalisch, B., J., Tschannen, D., Lee, K., H. (2012c). Missed nursing care, staffing, and patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), 6-12.
35. Kalisch, B., J., Xie, B., Dabney., B., W. (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality*, 29(5), 415-422.
36. Kalisch, B., J., Xie, B., Ronis, D., L. (2013b). Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nursing Research*, 62(6), 405-413.
37. Kalisch, B., J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 306-313.
38. Kalisch, B., J. (2009). Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork? *Journal of Nursing Administration*, 39(11), 485-493.
39. Lucero, R., J., Lake, E., T., Aiken, L., H. (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2185-2195.
40. Lucero, R., J., Lake, E., T., Aiken, L., H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2299-2310.
41. Mooney, C., Fetter, K., Gross, B., W., Rinehart, C., Lynch, C., Rogers, F., B. (2017). A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158-163.
42. Morin, D., & Leblanc, N. (2005). Less money, less care: how nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 214-220.
43. Papastavrou, E., Andreou, P., Vryonides, S. (2014). The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*, 21, 583-593.
44. Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., Eleftheriou, C., Merkouris, A. (2016). To what extent are patients' needs met on oncology units? The phenomenon of care rationing. *Journal of Oncology Nursing*, 21, 48-56.
45. Perry, B., Toffner, G., Merrick, T., Dalton, J. (2011). An exploration of the experience of compassion fatigue in clinical oncology nurses. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 21(2), 91-105.
46. Perry, B. (2008). Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(2), 87-99.
47. Pfaff, K., A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L., J., DiBiase, R., Moretti, O. (2017). Reducing the "cost of

- caring” in cancer care: evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 512-519.
48. Schubert, M., Clarke, S., P., Aiken, L., H., De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(3), 230-238.
49. Schubert, M., Clarke, S., P., Glass, T., R., Schaffert-Witvliet, B., De Geest, S. (2009). Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 884-893.
50. Schubert, M., Glass, T., R., Clarke, S., P., Aiken, L., H., Schaffert-Witvliet B., Sloane, D., M., et al. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-237.
51. Schubert, M., Glass, T., R., Clarke, S., P., Schaffert-Witvliet, B., De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-424.
52. Sermeus, W., Aiken, L., H., Van den Heede, K., Rafferty, A., M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M., T., et al. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BioMed Central Nursing*, 10(6), 1-9.
53. Sheppard, K. (2015). Compassion fatigue among registered nurses: Connecting theory and research. *Applied Nursing Research*, 28(1), 57-59.
54. Showalter, S., E. (2010). Compassion fatigue: what is it? why does it matter? recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 27(4), 239-242.
55. Sochalski, J. (2004). Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2), II67-II73.
56. Srulovici, E., & Drach-Zahavy, A. (2017). Nurses’ personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 163-171.
57. Stamm, B. (2010a). The Concise ProQOL (professional quality of life) Manual. <http://www.proqol.org>.
58. Stamm, B. (2010b). The professional quality of life elements theory and life measurements. <http://www.proqol.org>.
59. Tschannen, D., Kalisch, B., J., Lee, K., H. (2010). Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(4), 22-39.
60. Vryonides, S., Papastavrou, E., Charalambous, A., Andreou, P., Eleftheriou, C., Merkouris, A. (2016). Ethical climate and missed nursing care in cancer care units. *Nursing Ethics*, October 10, 1-17.
61. Winsett, R., P., Rottet, K., Schmitt, A., Wathen, E., Wilson, D. (2016). Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks – evaluating our work environment. *Applied Nursing Research*, 32,128-133.

62. Winters, R., Neville, S. (2012). Registered nurse perspectives on delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 28(1), 19-28.
63. Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., Su, Y. (2016). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among oncology nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum*, 43(4), E161-E169.
64. Yilmaz, G., Üstün, B., Günüşen, N., P. (2018). Effect of a nurse-led intervention programme on professional quality of life and post-traumatic growth in oncology nurses. *International Journal of Nursing Practice*, e12687.
65. Yoder, E., A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197.
66. Yu, H., Jiang, A., Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28-38.
67. Zajac, L., M., Moran, K., J., Groh, C., J. (2019). Confronting compassion fatigue: assessment and intervention in inpatient oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(4), 446-453.
68. Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Hamers, J., P., H., Engberg, S., Simon, M., Schwendimann, R. (2015). The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1463-1474.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Επισυνάπτονται τα εξής έντυπα που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας:

- Φόρμα Συναίνεσης
- Το ερωτηματολόγιο της παραλειπόμενης νοσηλευτικής φροντίδας-Ελληνική έκδοση
- ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ – 5η έκδοση (2009)

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Αγαπητέ Κύριε/Κυρία

Στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μεταπτυχιακής εργασίας στο Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Οργάνωση και Διαχείριση Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας Χρονίως Πασχόντων» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών διεξάγεται έρευνα με τίτλο «Διερεύνηση της σχέσης Παραλειπούμενης Φροντίδας με την Επαγγελματική Κόπωση σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Ογκολογικού Νοσοκομείου». Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση πιθανής σχέσης της παραλειπούμενης φροντίδας με την επαγγελματική κόπωση (secondary traumatic stress και burnout) στο νοσηλευτικό προσωπικό ογκολογικού νοσοκομείου. Γι' αυτό η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σημαντική.

Ελπίζουμε ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετέχετε συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια. Αφορούν τη μέτρηση της παραλειπούμενης φροντίδας, τις πιθανές αιτίες που οδηγούν στην παράλειψη της φροντίδας και την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σας.

Για τη διεξαγωγή της μελέτης έχει εξασφαλιστεί άδεια από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου. Επιπλέον έχουν ληφθεί υπ' όψιν όλες οι αρχές ηθικής στην έρευνα.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Η συναίνεσή σας θα φυλαχτεί σε ασφαλή και ιδιαίτερο χώρο. Δεν θα υπάρχει πρόσβαση σ' αυτή άλλων πλην των ερευνητών. Επιπλέον σε κανένα στάδιο της μελέτης δεν πρόκειται να γίνει αναφορά στα άτομα που συμμετείχαν, ούτε στο νοσοκομείο όπου διεξήχθη η έρευνα.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας.

Χάμου Άλκηστις, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc(c).

Τηλ.: 6979669424, nutemp@yahoo.gr.

ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Συμφωνώ να συμμετέχω στη μελέτη με θέμα «Διερεύνηση της σχέσης Παραλειπούμενης Φροντίδας με την Επαγγελματική Κόπωση σε Νοσηλευτικό Προσωπικό Ογκολογικού Νοσοκομείου». Είμαι ενήμερος/η για την εχεμύθεια των πληροφοριών που θα συλλέξετε. Επίσης κατανοώ ότι μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**:.....

Το ερωτηματολόγιο της παραλειπούμενης 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) _____ Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης
 - 2) _____ Προϊστάμενος Νοσηλεύτης
 - 3) _____ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης
 - 4) _____ Διετούς Εκπαίδευσης
 - 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

9. Ωράριο εργασίας (σημειώστε την επιλογή που περιγράφει καλύτερα το σύνθητες 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 εργαστήκατε (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

Πνευματικά δικαιώματα ελληνικής Έκδοσης

Copyright of the Greek version © Βρυωνίδης Σταύρος και Παπασταύρου Ευριδίκη [2017]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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 εξιτήρια ασθενών είχατε (συμπεριλαμβάνοντας και μεταφορές προς άλλα τμήματα); _____

Πιο κάτω παρακαλώ σημείωσε 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 Νοσηλευτές/τριες 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 (συμπεριλαμβάνοντας 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 εξιτηρίου 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 πληγών					
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	Μετρίας σημασίας λόγος	Μικρής 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

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ
5^η έκδοση (2009)

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, και θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε αυτά τα πράγματα τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1. Είμαι ευτυχισμένος / η.	1	2	3	4	5
2. Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίξω ανθρώπους.	1	2	3	4	5
4. Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους.	1	2	3	4	5
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους.	1	2	3	4	5
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/ υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου .	1	2	3	4	5
11. Λόγω της βοήθειας που παρέχω , έχω αισθανθεί εκνευρισμένος για διάφορα πράγματα.	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η δουλειά μου.	1	2	3	4	5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθά.	1	2	3	4	5
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει.	1	2	3	4	5
15. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν.	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος με το πως καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα.	1	2	3	4	5

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.

/www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/ -η.	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/ η λόγω της δουλειάς μου .	1	2	3	4	5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω .	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/ η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου.	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω.	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές , τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι “βαλτώνω” από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά.	1	2	3	4	5