

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

**Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΕΛΙΖΑ ΙΑΤΡΙΔΟΥ

Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2024

**Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Καθηγήτρια Ε. Πατηράκη (Επιβλέπουσα)

Αναπληρωτής Καθηγητής Στ. Κατσαραγάκης

Ακαδημαϊκή Υπότροφος Μ. Χατζοπούλου

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία και τα συμπεράσματά της σε οποιαδήποτε μορφή αποτελούν συνιδιοκτησία του Τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και του φοιτητή. Οι προαναφερόμενοι διατηρούν το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής (τμηματικά ή συνολικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να αναφέρεται ο τίτλος, ο συγγραφέας, ο επιβλέπων καθηγητής και το εν λόγω τμήμα του ΕΚΠΑ.

Η έγκριση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας από το Τμήμα Νοσηλευτικής δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Η υποφαινόμενη δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία είναι εξ' ολοκλήρου δικό μου έργο και συγγράφηκε ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής. Δηλώνω υπεύθυνα ότι κατά τη συγγραφή ακολούθησα την πρέπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία αποφυγής λογοκλοπής. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Υπογραφή

Ελίζα Ιατρίδου

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια κα Πατηράκη και τον καθηγητή κ. Κατσαραγάκη για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Ευχαριστώ θερμά την οικογένεια και τις συμφοιτήτριες μου για την αμέριστη συμπαράσταση τους.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	4
Κατάλογος Πινάκων.....	8
Κατάλογος Γραφημάτων.....	11

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	13
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑ

Ορισμοί

1.1 Πνευματικότητα.....	19
1.2 Διάκριση Πνευματικότητας και θρησκείας.....	21
1.3 Πνευματική Φροντίδα.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΥΟ

Πνευματική Φροντίδα στην Νοσηλευτική

2.1 Σημαντικότητα της Πνευματικής Φροντίδας.....	26
2.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής	27
2.2.1 Florence Nightingale.....	28
2.2.2 Dorothy Orem.....	29
2.2.3 Madeleine Leininger.....	30
2.2.4 Callista Roy.....	31
2.2.5 Jean Watson.....	32
2.3.1 Η πνευματική φροντίδα στην σύγχρονη νοσηλευτική.....	34
2.3.2 Cicely Saunders.....	35
2.3.3 Η επάρκεια των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα.....	36
2.3.4 Εμπόδια στην παροχή πνευματικής φροντίδας	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΑ

Κλίμακες αξιολόγησης παροχής πνευματικής φροντίδας

3.1 Ανασκόπηση των εργαλείων αξιολόγησης παροχής πνευματικής φροντίδας.....	45
3.2 Κλίμακα SCCS.....	50

3.2.1 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Τουρκία.....	51
3.2.2 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Βραζιλία.....	53
3.2.3 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Ταιβάν	55
3.2.4 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Κίνα.....	57
3.2.5 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Κορέα.....	59
3.3 Αξιολόγηση και αιτιολόγηση της επιλογής της Κλίμακας SCCS.....	61

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΣΣΕΡΑ

Μεθοδολογία

4.1 Ερευνητικός σκοπός και επιμέρους στόχοι.....	63
4.2 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	63
4.3 Διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής της SCCS	64
4.4 Συμμετέχοντες και Δειγματοληψία.....	65
4.5 Χορήγηση Ερωτηματολογίου και Συλλογή Δεδομένων.....	68
4.6 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων.....	70
4.6.1 Έντυπο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων:	70
4.6.2 Έντυπο όρων «πνευματικότητας» και «πνευματικής φροντίδας».....	71
4.6.3 Ψυχομετρικό Εργαλείο SCCS.....	71
4.7 Ανάλυση περιεχομένου.....	75
4.8 Στατιστικές τεχνικές.....	76
4.9 Ερευνητική Ηθική και Δεοντολογία.....	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΝΤΕ

Αποτελέσματα

5.1 Εγκυρότητα περιεχομένου.....	79
5.2 Περιγραφική ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών.....	80
5.3 Ανάλυση περιεχομένου της ερώτησης περί αντίληψης του όρου «πνευματικότητα».....	86

5.4 Περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου.....	88
5.5 Διαδικασία Στάθμισης.....	106
5.5.1 Διερευνητική παραγοντική ανάλυση.....	106
5.5.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής.....	109
5.5.3 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Έλεγχος- επανέλεγχος).....	110
5.6 Διερεύνηση σχέσης της SCCS-GR και διαφόρων χαρακτηριστικών	112

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΞΙ

Συζήτηση

6.1 Συζήτηση.....	117
6.2 Περιορισμοί.....	132
6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα και βελτίωση κλινικής πρακτικής.....	133
6.4 Συμπεράσματα.....	134
Περίληψη.....	136
Abstract.....	137
Παράρτημα Α.....	140
Παράρτημα Β.....	149
Παράρτημα Γ.....	157
Βιβλιογραφία.....	159

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 Ικανότητας παροχής πνευματικής φροντίδας EPICC

Πίνακας 2- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το σεβασμό στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Πίνακας 3- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για την δεκτικότητα στις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Πίνακας 4- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί μη επιβολής προσωπικών πνευματικών/ θρησκευτικών πεποιθήσεων στους ασθενείς

Πίνακας 5- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο γνωρίζουν τους προσωπικούς περιορισμούς όταν ασχολούνται με πνευματικές / θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Πίνακας 6- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης σχετικά με το αν μπορούν να ακούσουν ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια / αναπηρία του

Πίνακας 7- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης σχετικά με τη στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση με έναν ασθενή

Πίνακας 8- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το αν μπορούν να περιγράψουν προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς

Πίνακας 9- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης αν υπάρχει δυνατότητα προσαρμογής της φροντίδας στις πνευματικές ανάγκες/ προβλήματα ενός ασθενούς σε συνεννόηση μαζί του

Πίνακας 10- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης αν μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες / τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας με τη διεπιστημονική ομάδα

Πίνακας 11- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για τον αν μπορούν να καταγράψουν τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο

Πίνακας 12- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί αναφοράς γραπτώς της πνευματικής λειτουργίας ασθενούς

Πίνακας 13- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί προφορικής περιγραφής της πνευματικής λειτουργίας ενός ασθενούς

Πίνακας 14- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί αποτελεσματικής ανάθεσης της φροντίδας για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας / εργαζόμενο παροχής φροντίδας / κλάδο φροντίδας

Πίνακας 15- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί παραπομπής σε άλλο εργαζόμενο παροχής φροντίδας

Πίνακας 16- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το αν ξέρουν πότε να απευθυνθούν σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς

Πίνακας 17- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να παρέχουν σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα

Πίνακας 18- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να αξιολογήσουν την πνευματική φροντίδα που παρείχαν, σε συνεννόηση με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα

Πίνακας 19- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να δώσουν σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που υπάρχουν στο ίδρυμα φροντίδας

Πίνακας 20- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να βοηθήσουν έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές του πρακτικές

Πίνακας 21- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να φροντίσουν την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας

Πίνακας 22- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να παραπέμψουν τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε έναν πνευματικό σύμβουλο

Πίνακας 23- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να συμβάλουν στη διασφάλιση της ποιότητας σε ό,τι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα μέσα στο τμήμα

Πίνακας 24- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να συμβάλλουν στην επαγγελματική ανάπτυξη σε ό,τι αφορά την πνευματική φροντίδα

Πίνακας 25- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να εντοπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα σε συναντήσεις με ομότιμους τους

Πίνακας 26- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να καθοδηγήσουν άλλους εργαζόμενους παροχής φροντίδας σε ό,τι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς

Πίνακας 27- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να κάνουν προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη διαχείριση της μονάδας νοσηλείας.

Πίνακας 28- Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να εφαρμόσουν ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας

Πίνακας 29- Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών και φορτίσεις συντελεστών μετά από περιστροφή *Equamax* των συνιστωσών της *SCCS-GR*

Πίνακας 30- Περιγραφικά μέτρα και δείκτης εσωτερικής συνοχής *Cronbach's alpha* των συνιστωσών της *SCCS-GR*

Πίνακας 31- Δείκτες συσχέτισης του *Spearman* μεταξύ των κλιμάκων των συνιστωσών της *SCCS-GR* κατά τον έλεγχο και τον επανέλεγχο (*test-retest*)

Πίνακας 32- Διαφορές των κλιμάκων *SCCS-GR* ως προς το φύλο

Πίνακας 33- Διαφορές των κλιμάκων *Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας* ως προς την ηλικία

Πίνακας 34- Διαφορές των κλιμάκων *SCCS-GR* ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας

Πίνακας 35- Διαφορές των κλιμάκων *Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας* ως προς τον επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζεστε σήμερα

Πίνακας 36- Διαφορές των κλιμάκων *Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας* ως προς την θέση εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε σήμερα

Πίνακας 37- Διαφορές των κλιμάκων *Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας* ως προς τα σοβαρά προβλήματα υγείας ή/και προβλήματα υγείας απειλητικά για την ζωή

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Διάγραμμα για το φύλο

Γράφημα 2. Ιστόγραμμα για την ηλικία

Γράφημα 3α. Διάγραμμα για τον τόπο μόνιμης κατοικίας

Γράφημα 3β. Ραβδόγραμμα για την κατοικία των συμμετεχόντων σε λοιπές περιοχές της Ελλάδος, εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης

Γράφημα 4. Διάγραμμα για τον παρόντα επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζονται

Γράφημα 5. Διάγραμμα για τη θέση εργασίας

Γράφημα 6. Διάγραμμα για τα προβλήματα υγείας

Γράφημα 7. Ραβδόγραμμα για τους ασθενείς που φρόντιζαν οι συμμετέχοντες

Γράφημα 8. Scree plot για τον αριθμό συνιστωσών

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι μια προσέγγιση που βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους που αντιμετωπίζουν προβλήματα που σχετίζονται με απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Dhar et al., 2013, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). Η ανακουφιστική φροντίδα αναγνωρίζεται ρητά στο ανθρώπινο δικαίωμα στην υγεία. Προλαμβάνει και ανακουφίζει ολιστικά τον πόνο (σωματικό, ψυχικό και πνευματικό) μέσω της έγκαιρης αναγνώρισης, της σωστής εκτίμησης και την θεραπεία. Η Ανακουφιστική Φροντίδα ενσωματώνεται σε όλα τα επίπεδα της υπηρεσίας υγειονομικής περίθαλψης όπως στα νοσοκομεία, στα γηροκομεία, στην κοινότητα και σε μονάδες και ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας (Sekse et al., 2018).

Η Ανακουφιστική Φροντίδα απαιτείται για ένα ευρύ φάσμα ασθενειών. Η πλειονότητα των ενηλίκων που χρειάζονται Ανακουφιστική Φροντίδα έχουν χρόνιες παθήσεις όπως καρδιαγγειακά νοσήματα (38,5%), καρκίνο (34%), χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού (10,3%), AIDS (5,7%), διαβήτη (4,6%) καθώς και πολλές άλλες ασθένειες όπως ενδεικτικά η νεφρική ανεπάρκεια, η χρόνια ηπατική νόσο, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσο του Πάρκινσον, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η νευρολογική νόσο, η άνοια κ.α (“Palliative care,” n.d.). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπολογίζεται πως κάθε χρόνο 56,8 εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται Ανακουφιστική Φροντίδα (“Palliative care,” n.d.).

Η Ανακουφιστική Φροντίδα χρησιμοποιεί μια διεπιστημονική προσέγγιση και παρέχεται μέσω προσωποκεντρικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας που δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στις πολύμορφες και ποικίλες ιδιαίτερες ανάγκες και προτιμήσεις των ασθενών (Sekse et al., 2018).

Η διεπιστημονική ομάδα της ανακουφιστικής φροντίδας περιλαμβάνει το σύνολο των ειδικών που καλούνται να καλύψουν τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, όπως οι επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές κ.α.), κοινωνικούς λειτουργούς, ιερείς κ.α. Ιδιαίτερο ρόλο στην διεπιστημονική ομάδα έχουν οι νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές βρίσκονται κοντά στους ασθενείς. Συχνά λειτουργούν ως σύνδεσμος μεταξύ των διαφορετικών επαγγελματιών υγείας, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών και των οικογενειών τους, έχοντας έναν ενημερωτικό και συντονιστικό ρόλο (Sekse et al., 2018). Για την βέλτιστη παροχής ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς, οι νοσηλευτές καλούνται συχνά να αναγνωρίσουν, να αξιολογήσουν

και να καλύψουν και τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, να τις περιλάβουν στο εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας τους, να διασυνδέσουν και να παραπέμψουν τους ασθενείς στα αντίστοιχα αρμόδια μέλη της διεπιστημονικής ομάδας.

Η σημασία της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστική πτυχή της ολιστικής φροντίδας (Candy 2002). Η διασύνδεση σώματος, ψυχής και πνεύματος δείχνει ότι η ολιστική φροντίδα και η υγεία μπορούν να επιτευχθούν μόνο όταν αυτές οι πτυχές φροντίζονται παράλληλα (Narayanasamy, 2001). Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών επηρεάζει άμεσα την ευημερία και την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν τις ασθένειες ή/και τις χρόνιες παθήσεις τους (H. G. Koenig 2002, C. Puchalski και Ferrell 2010, Dr. A. Narayanasamy 2007).

Η έννοια της πνευματικότητας περιλαμβάνει διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένων υπαρξιακών προκλήσεων, στάσεων, αξιών και θρησκευτικών θεωρήσεων (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.).

Οι νοσηλευτές καλούνται να έχουν γνώσεις και δεξιότητες έτσι ώστε να καθίστανται επαρκείς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις ποικίλες πνευματικές ανάγκες των ασθενών σε οποιαδήποτε φάση της ασθένειας τους εμφανιστούν (McSherry and Jamieson, 2011a; Narayanasamy, 2001).

Παρά την αυξανόμενη αναγνώριση του ρόλου της πνευματικότητας στην υγειονομική περίθαλψη, εξακολουθεί να υπάρχει ένα σημαντικό κενό στην ενσωμάτωσή της στη νοσηλευτική πρακτική (Milligan 2004; Aru Narayanasamy 2006). Τα εμπόδια που εμφανίζονται είναι ποικίλα και κατηγοριοποιούνται σε ατομικά και οργανωτικά (Momeni et al., 2022). Η κατανόηση του όρου *πνευματικότητα* και οι επικαλυπτόμενοι όροι *πνευματικότητας* και *θρησκείας* αποτέλεσαν αρχικά το σημαντικότερο εμπόδιο, το οποίο κατά τον Rushton εξακολουθεί να υφίσταται (Rushton, 2014).

Ως μέρος των συνεχιζόμενων προσπαθειών για τη βελτίωση της ικανότητας των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας, ερευνητές προσπάθησαν να καθορίσουν και να αξιολογήσουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή τέτοιας φροντίδας (Hodge, 2004; McMullan et al., 2003; van Leeuwen et al., 2009). Η διαδικασία απόκτησης αυτών των δεξιοτήτων είναι δυναμική και περιλαμβάνει συνεχή αυτό-αξιολόγηση, διεπιστημονική εποπτεία και εκπαίδευση (Hodge, 2018). Η ανάπτυξη τους μπορεί να συμβάλλει στην βέλτιστη νοσηλευτική

πρακτική, σε θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα για τους ασθενείς αλλά και στην πνευματική και ψυχική ευεξία των ίδιων των νοσηλευτών (Koenig et al., 2012).

Τις τελευταίες δυο δεκαετίες υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον των ερευνητών για τον σχεδιασμό εργαλείων αξιολόγησης των δεξιοτήτων των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Έχουν σχεδιαστεί κλίμακες όπως ενδεικτικά είναι η Spiritual Care Competency Scale (SCCS) από τους van Leeuwen et al. (van Leeuwen et al., 2009), η κλίμακα Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS) από τους Mamier και Taylor (Mamier and Taylor, 2015), η κλίμακα Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS) από τους McSherry et al. (McSherry, Draper, και Kendrick 2002), η κλίμακα Spiritual Care Intervention - Provision Scale (SCIPS) από τους Musa και Pevalin (Musa and Pevalin, 2016), η κλίμακα Spiritual Care-Giving Scale (SCGS) από τους Tiew και Creedy (Tiew and Creedy, 2012), οι οποίες εφαρμόζονται και προσφέρουν σημαντικό υλικό για την ανάπτυξη της τεκμηριωμένης βάσης δεδομένων και την εξέλιξη της επιστήμης.

Η πολιτισμική προσαρμογή, η επικύρωση και η εφαρμογή τέτοιων εργαλείων έχουν ύψιστη σημασία τόσο για την αξιολόγηση της ολιστικής φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή αποτελεσματικών υπηρεσιών ολιστικής ανακουφιστικής φροντίδας, όσο και για τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων με σκοπό την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας.

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της πνευματικότητας στη νοσηλευτική πρακτική, κάποιες χώρες έχουν θεσπιστεί νομοθετικές ρυθμίσεις και επαγγελματικές κατευθυντήριες γραμμές (Chan, 2010; “Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d., Kang et al., 2023). Ενδεικτικά, ο Ευρωπαϊκός Σύλλογος Ανακουφιστικής Φροντίδας συνέταξε την Ομάδα Αναφοράς Πνευματικής Φροντίδας το 2010, η οποία μετατράπηκε το 2019 σε Ομάδα Αναφοράς (Spiritual Care Reference Group) (“Spiritual Care,” n.d.). Στόχος αυτής της διεπιστημονικής ομάδας είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή μεθόδων και προτύπων πνευματικής φροντίδας ασθενών και φροντιστών, που βασίζονται σε τεκμηριωμένες βάσεις δεδομένων, καθώς και η προώθηση εκπαίδευσης υψηλής ποιότητας. Η Ομάδα Αναφοράς συνεργάζεται με εθνικούς οργανισμούς μελών του EAPC και άλλων εθνικών και διεθνών ιδρυμάτων (“Spiritual Care,” n.d.). Η συνεχιζόμενη έρευνα αποτελεί βασικό πυλώνα στην εξέλιξη του πεδίου αυτού.

Σπουδάζοντας στο μεταπτυχιακό αυτό πρόγραμμα της Εξειδικευμένης Ανακουφιστικής Φροντίδας του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και έχοντας βρεθεί ως μέλος διεπιστημονικών ομάδων Ανακουφιστικής Φροντίδας με τον ρόλο της Εικαστικής Ψυχοθεραπεύτριας απέκτησα γνώσεις και βιωματικές εμπειρίες πάνω στο πεδίο της συνεισφοράς των νοσηλευτών και της σημαντικότητας αυτής στην παροχή πνευματικής φροντίδας στο πλαίσιο της Ανακουφιστικής Φροντίδας ασθενών με απειλητικές για την ζωή τους ασθένειες. Θέλοντας να συνεισφέρω στην εξέλιξη της Ανακουφιστικής Φροντίδας επέλεξα στην μεταπτυχιακή αυτή διπλωματική εργασία να διερευνήσω την ικανότητα των νοσηλευτών στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για την ζωή τους νόσους.

Για τη διερεύνηση του θέματος εκτός της μελέτης της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε η στάθμιση της Κλίμακας Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας (SCCS) (Leeuwen et al., 2009).

Στόχος αποτελεί τα ευρήματα της μελέτης να συμβάλουν στο υπάρχον σύνολο γνώσεων στην Ελλάδα αλλά εκτός αυτής, στο πεδίο της επάρκειας των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας καθώς επίσης να συμπεριληφθούν ως βάσεις δεδομένων στην εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, έρευνας και πρακτικής.

Η κατανόηση της επίδρασης των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην ικανότητα τους για παροχή πνευματικής φροντίδας μπορεί να βοηθήσει στην προσαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων αναγκών και προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές σε διαφορετικά περιβάλλοντα και πλαίσια. Αυτή η έρευνα θα έχει τη δυνατότητα να ενημερώσει την πολιτική και την πρακτική υγειονομικής περίθαλψης, καθώς παρέχει σημαντικά στοιχεία και υπογραμμίζει τη σημασία της εξειδίκευσης των νοσηλευτών και της ενσωμάτωσης της πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Επεκτείνοντας τη βιβλιογραφία για την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα, η μελέτη αυτή θα παίξει σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ολιστικής φροντίδας, στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Η έρευνα, επιδιώκει την προώθηση μιας πιο ολοκληρωμένης κατανόησης του ρόλου της πνευματικότητας στην υγειονομική περίθαλψη και την καθοδήγηση της ανάπτυξης πολιτιστικά ευαίσθητων εργαλείων και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την

ενίσχυση της ικανότητας των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών.

Συνοψίζοντας το θεωρητικό αυτό υπόβαθρο και την σημασία αυτής της μελέτης τονίζεται η σημαντικότητα της κατανόησης και της ανάπτυξης δεξιοτήτων των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων και η επικύρωση της SCCS-GR θα συμβάλει στον αυξανόμενο όγκο έρευνας στο πεδίο αυτό και θα έχει πρακτικές επιπτώσεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση, πρακτική και πολιτική. Εν κατακλείδι, αυτή η μελέτη στοχεύει στη βελτίωση της συνολικής ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση για την αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών των ασθενών.

Το περίγραμμα της μελέτης έχει ως εξής:

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας: Στο κεφάλαιο αυτό θα πραγματοποιηθεί ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με τις έννοιες της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας στην νοσηλευτική πρακτική. Θα ακολουθήσει σύντομη ιστορική αναφορά στους θεωρητικούς της νοσηλευτικής πρακτικής και στα μοντέλα που εφάρμοσαν εντάσσοντας την πνευματική φροντίδα ως ισάξιο σημαντικό συστατικό της φροντίδας. Θα επισημανθεί ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας και στα εμπόδια που υπάρχουν στην εφαρμογή αυτής. Θα γίνει αναφορά σε εργαλεία που είναι διαθέσιμα για την αξιολόγηση των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Για την επισκόπηση της βιβλιογραφίας διενεργήθηκε ανασκόπηση σε διεθνές και ελληνικές βάσεις βιβλιοθηκών από τις 15/10/2022 έως τις 15/12/ 2023.

Μεθοδολογία: Στο κεφάλαιο θα γίνει περιγραφή του σχεδιασμού της έρευνας, του δείγματος, της συλλογής δεδομένων και της διαδικασίας ανάλυσης δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη. Θα γίνει επεξήγηση της διαδικασίας μετάφρασης και προσαρμογής της SCCS-GR για τη χρήση της στο ελληνικό πλαίσιο, καθώς και των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της.

Αποτελέσματα: Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα ευρήματα της μελέτης, συμπεριλαμβανομένων των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της SCCS-GR και της επίδρασης των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στη βαθμολογία τους. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι βασικές πτυχές και οι προκλήσεις της παροχής πνευματικής φροντίδας των νοσηλευτών που εργάζονται στο πλαίσιο της ελληνικής υγειονομικής περίθαλψης, όπως μετρήθηκαν από την SCCS-GR.

Συζήτηση: Στο κεφάλαιο θα συζητηθούν τα ευρήματα στο πλαίσιο της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, δίνοντας έμφαση στις επιπτώσεις στη νοσηλευτική πρακτική, την εκπαίδευση και τη μελλοντική έρευνα. Θα αναφερθούν οι περιορισμοί της μελέτης και θα δοθούν συστάσεις για περαιτέρω διερεύνηση της ικανότητας πνευματικής φροντίδας μεταξύ των νοσηλευτών στην Ελλάδα.

Συμπέρασμα: Στο τελικό αυτό κεφάλαιο θα γίνει σύνοψη των κύριων ευρημάτων και της συνεισφοράς της μελέτης, και θα τονιστεί η σημασία των πολιτισμικά προσαρμοσμένων εργαλείων για την αξιολόγηση και την ενίσχυση της ικανότητας πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς και τον πιθανό αντίκτυπο στη φροντίδα και τα αποτελέσματα των ασθενών στο ελληνικό πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑ

Ορισμοί

1.1 Πνευματικότητα

Ο ρόλος της πνευματικότητας στην υγεία και στην υγειονομική φροντίδα είναι αναγνωρισμένος από τους επαγγελματίες υγείας. Η έννοια της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας ως μέρος της ολιστικής φροντίδας είναι συνδεδεμένη με την νοσηλευτική και την υγειονομική περίθαλψη όπως πολλοί θεωρητικοί συγγραφείς αναφέρουν (Baldacchino, 2008; Koenig, 2002; McSherry et al., 2004; Narayanasamy, 2001; Shelly and Fish, 1988; Taylor, 2002). Ο Narayanasamy τονίζει πως το σώμα, η ψυχή και το πνεύμα είναι διασυνδεδεμένα και αλληλεξαρτώμενα και μόνο όταν φροντίζονται παράλληλα μπορεί να επέλθει ολιστική φροντίδα και υγεία (Narayanasamy, 2001; van Leeuwen et al., 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 2014) αναγνωρίζει την πνευματικότητα ως μία από τις τέσσερις διαστάσεις της υγείας, μαζί με την σωματική, ψυχική και κοινωνική πτυχή της (Dhar et al., 2013).

Η έννοια της πνευματικότητας είναι πολύπλοκη και πολύπλευρη, και έχει αποδοθεί με ποικίλους ορισμούς στη βιβλιογραφία (King and Koenig, 2009).

Η πνευματικότητα είναι η μεγαλύτερη των διαστάσεων του ανθρώπου, ενώ ταυτόχρονα τις ενσωματώνει όλες μαζί (Narayanasamy, 2001).

Οι Mc Sherry et al (McSherry et al., 2004) περιγράφουν την ποικιλομορφία των αντιλήψεων περί του όρου της *πνευματικότητας* στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, ξεχωρίζοντας τις δυο κύριες προσεγγίσεις που επικρατούν, τη θρησκευτική και την ανθρωπιστική.

Η πολυεπίπεδη προσέγγισή του όρου ανέδειξε την ανάγκη εύρεσης μιας λειτουργικής προσέγγισης (van Leeuwen and Cusveller, 2004). Η Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας (European Association for Palliative Care, EAPC) υιοθέτησε τον ορισμό της πνευματικότητας στο πεδίο της υγείας ως την *«δυναμική διάσταση της ανθρώπινης ζωής που σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν νόημα, σκοπό και υπερβατικότητα, καθώς επίσης και τον τρόπο που συνδέονται με τη στιγμή, τον εαυτό τους, τους άλλους, τη φύση, το σημαντικό ή/και το ιερό»* (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.).

Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στην πολυδιάστατη φύση της πνευματικότητας, που περιλαμβάνει προσωπικά, κοινοτικά, περιβαλλοντικά και υπερβατικά στοιχεία, εμπεριέχει υπαρξιακές προκλήσεις και θεωρήσεις που βασίζονται σε στάσεις και αξίες (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.).

Οι Mc Sherry et al. (2012) συμπληρώνουν τον ορισμό προσθέτοντας πως «*Η πνευματικότητα είναι καθολική, βαθιά προσωπική και ατομική. Υπερβαίνει τις τυπικές έννοιες της τελετουργίας ή της θρησκευτικής πρακτικής για να περιλάβει την μοναδικότητα της ύπαρξης του κάθε ατόμου. Είναι στον πυρήνα και την ουσία αυτού που είμαστε, αυτή η σπίθα που διαπερνά ολόκληρο τον ιστό του ατόμου και απαιτεί να είμαστε όλοι άξιοι αξιοπρέπειας και σεβασμού. Υπερβαίνει τις διανοητικές ικανότητες, ανυψώνοντας το κύρος όλης της ανθρωπότητας*».

Είναι αποδεχτή κοινωνικά η άποψη πως κάθε άνθρωπος έχει πνευματικότητα, είτε έχει πίστη στον Θεό ή σε κάποιο υπέρτατο όν, είτε όχι (Burnard, 1988).

Ο Murray (Murray et al., 2004) τόνισε πως η πνευματικότητα μπαίνει στο επίκεντρο του θεραπευτικού ενδιαφέροντος, κυρίως όταν το άτομο αντιμετωπίζει συναισθηματικό στρες, κάποια απειλητική ασθένεια ή/και τον επικείμενο θάνατο.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η πνευματική διάσταση του ατόμου είναι μια αναπόσπαστη πτυχή της ύπαρξης του. Το άτομο ασκεί τη λειτουργία της νοσηματοδότησης και όταν κληθεί να αντιμετωπίσει ξαφνικές, απειλητικές ή/και χρόνιες ασθένειες που περιορίζουν τη ζωή του ή/και τον επικείμενο θάνατο, τότε εκφράζει εντονότερα τις πνευματικές του ανάγκες (Steinhauser et al., 2000; Grant et al., 2004; Murray et al., 2004; Winkelman et al., 2011).

Η πνευματικότητα του ατόμου μπορεί να επηρεαστεί από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και θρησκευτικούς παράγοντες (Batcheller, Davis, και Yoder-Wise 2013, Tanyi 2002).

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η πνευματικότητα γίνεται αντιληπτή μέσα από την έκφραση των πνευματικών αναγκών που αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της ολιστικής φροντίδας των ασθενών και συνδέεται με την έκβαση της υγείας.

1.2 Διάκριση μεταξύ Πνευματικότητας και Θρησκείας

Οι όροι πνευματικότητα και θρησκεία αν και αλληλεπικαλύπτονται, είναι διαφορετικές έννοιες. Χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά και ενώ μοιράζονται ορισμένα κοινά σημεία, είναι διακριτές κατασκευές με μοναδικά χαρακτηριστικά και επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου.

Η θρησκεία αποτελεί ένα οργανωμένο σύστημα πίστης και λατρείας που περιλαμβάνει συγκεκριμένες τελετουργίες, πρακτικές, δόγματα και σύμβολα που έχουν σχεδιαστεί για να διευκολύνουν την εγγύτητα με μια υπερβατική οντότητα ή οντότητες και να ενθαρρύνουν την κατανόηση της σχέσης και της ευθύνης κάποιου απέναντι σε άλλους που ζουν μαζί σε μια κοινότητα (Koenig et al., 2012). Είναι συχνά θεσμική, επίσημη, δομημένη και μοιράζεται σε μια ομάδα ανθρώπων, συχνά οργανώνεται με βάση μιας ιεραρχίας, όπου υπάρχουν διακριτοί ρόλοι.

Από την άλλη πλευρά, η πνευματικότητα είναι μια σύνθετη και πολύπλευρη ευρύτερη έννοια η οποία περιγράφεται ως ατομική, υποκειμενική και λιγότερο τυπική από τη θρησκεία (Zinnbauer et al., 2001). Περιλαμβάνει προσωπικές πεποιθήσεις, εμπειρίες και πρακτικές που σχετίζονται με την αναζήτηση υπαρξιακού νοήματος, σκοπού και υπέρβασης (Narayanasamy, 2001). Ο άνθρωπος εκδηλώνει την πνευματικότητα του μέσω της θρησκείας, της πίστης, της προσευχής, του διαλογισμού, της αλληλεπίδραση με τους άλλους και της σχέση του με τη φύση.

Παρά τις διαφορές τους, η πνευματικότητα και η θρησκεία συχνά διασταυρώνονται, αλληλοσυνδέονται και αλληλοεπηρεάζονται. Έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο η πνευματικότητα όσο και η θρησκευτική συμμετοχή συνδέονται με την βελτίωση της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της βελτιωμένης σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, της ποιότητας ζωής και της ευημερίας των ασθενών. Μπορούν επίσης να επηρεάσουν την συμπεριφορά των ασθενών απέναντι στην θεραπεία τους, στις στρατηγικές αντιμετώπισης και τις αποφάσεις για αυτήν (Koenig, 2012). Και οι δυο προσφέρουν στα άτομα παρηγοριά, ανακούφιση, ελπίδα και δύναμη, ειδικά σε περιόδους ασθένειας, πένθους, έντονου άγχους ή αντιξοότητας (Koenig, 2012).

Οι νοσηλευτές που παρέχουν πνευματική φροντίδα οφείλουν να γνωρίζουν τις χαρακτηριστικές πτυχές της πνευματικότητας και της θρησκείας των ασθενών. Ο λόγος είναι πως ενώ ορισμένοι ασθενείς μπορεί να βρουν παρηγοριά και υποστήριξη στις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και πρακτικές, άλλοι μπορεί να αντλήσουν δύναμη από μη θρησκευτικές πηγές πνευματικότητας, όπως από τις σχέσεις τους, την επαφή τους με την τέχνη, τη μουσική και τη φύση. Η πνευματική φροντίδα θα πρέπει να εξατομικεύεται και να παρέχεται με σεβασμό ως προς

τις πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις / προτιμήσεις κάθε ασθενούς (Puchalski et al., 2014).

Καταλήγοντας, ενώ η πνευματικότητα και η θρησκεία έχουν αλληλοκαλυπτόμενα στοιχεία, είναι διακριτές κατασκευές. Και οι δύο συμβάλλουν σημαντικό ρόλο στη έκβαση της θεραπείας και την υγεία των ασθενών. Η κατανόηση των διαφορών τους είναι απαραίτητη για την παροχή ολοκληρωμένης, με επίκεντρο τον ασθενή φροντίδας.

1.3 Πνευματική Φροντίδα

Η πνευματική φροντίδα έχει αναδειχθεί ως βασικό συστατικό της ολιστικής φροντίδας και της νοσηλευτικής πρακτικής, δίνοντας έμφαση στη διασύνδεση της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και πνευματικής ευημερίας των ασθενών (Puchalski et al., 2014).

Η πνευματική φροντίδα είναι η ενσωμάτωση της πνευματικότητας στο θεραπευτικό πλάνο το οποίο στοχεύει στην ολιστική θεραπεία (Cooper κ.ά. 2020, Leeuwen και Schep-Akkerman 2015, Gijssberts et al., 2019).

Η έννοια της έχει συζητηθεί εκτενώς στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, παρ'όλ'αυτά ο ορισμός και τα συστατικά της παραμένουν πολύπλοκα και πολύπλευρα.

Η πνευματική φροντίδα ευθυγραμμίζεται με την θεραπευτική προσέγγιση η οποία έχει επίκεντρο τους ασθενείς και δίνει έμφαση στο σεβασμό και την ανταπόκριση στις αξίες, τις προτιμήσεις και τις εκφρασμένες ανάγκες τους. Περιλαμβάνει την αναγνώριση και τον σεβασμό των πνευματικών πεποιθήσεων και αξιών των ασθενών και την παροχή υποστήριξης στις διεργασίες νοσηματοδότησης και αναζήτησης σκοπού στην εμπειρία της ασθένειας ή και στο τέλος της ζωής τους (Balboni et al., 2010).

Η πνευματική φροντίδα περιλαμβάνει τρία κύρια πεδία, τα οποία λειτουργούν ως βάση για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών των ασθενών και την παροχή ολιστικής φροντίδας. Αυτές οι συνιστώσες περιλαμβάνουν υπαρξιακές προκλήσεις, θεωρήσεις που βασίζονται σε στάσεις και αξίες, και θρησκευτικές θεωρήσεις (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.)

- ***Υπαρξιακές Προκλήσεις***

Οι υπαρξιακές προκλήσεις αναφέρονται στα βαθιά ερωτήματα και τις ανησυχίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν τα άτομα κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ιδιαίτερα ενόψει αντιξοοτήτων, ασθένειας ή απώλειας. Αυτές οι προκλήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ζητήματα ταυτότητας, νοήματος, θανάτου, ενοχής, ντροπής, συμφιλίωσης, συγχώρεσης, ελευθερίας, ευθύνης, ελπίδας και αγάπης (“September | 2023 | EAPC Blog,” n.d.) Η αντιμετώπιση των υπαρξιακών προκλήσεων στην πνευματική φροντίδα περιλαμβάνει τη βοήθεια των ασθενών να εξερευνήσουν, να εκφράσουν και να επεξεργαστούν τους προβληματισμούς που αναδύονται, προσφέροντας υποστήριξη και ανακούφιση (Puchalski, 2014).

- ***Θεωρήσεις που βασίζονται σε στάσεις και αξίες***

Οι στάσεις και οι αξίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων, των συμπεριφορών και των σχέσεων των ατόμων με τον εαυτό τους, τους άλλους και τον κόσμο γύρω τους. Η πνευματική φροντίδα αναγνωρίζει τη σημασία αυτών των στάσεων και αξιών, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να αναλογιστούν τους σημαντικούς παράγοντες της εμπειρίας και της ζωής τους, του τρόπου που σχετίζονται με τον εαυτό και τους άλλους, του τρόπου δράσης και λήψης αποφάσεων (“September | 2023 | EAPC Blog,” n.d.). Διερευνώντας και επιβεβαιώνοντας τις αξίες και τις στάσεις των ασθενών, οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών, των προτιμήσεων και των στόχων τους, προάγοντας τη φροντίδα σχεδιάζοντας το προσωπικό πλάνο φροντίδας βάση αυτών (Puchalski et al., 2014).

- ***Θρησκευτικές Θεωρήσεις***

Η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι συχνά στενά αλληλένδετες, με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και πρακτικές που διαμορφώνουν την πνευματική κοσμοθεωρία των ατόμων και την αίσθηση του νοήματος και του σκοπού. Οι θρησκευτικές εκτιμήσεις στην πνευματική φροντίδα περιλαμβάνουν πτυχές όπως η πίστη, οι πεποιθήσεις, οι θρησκευτικές τελετουργίες και πρακτικές και η σχέση με τον Θεό ή το «απόλυτο» (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.). Αναγνωρίζοντας και σεβόμενοι τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και παραδόσεις των ασθενών, οι νοσηλευτές οφείλουν να τους διευκολύνουν να τις εφαρμόζουν και να τις ακολουθούν, είτε διαμορφώνοντας τις ανάλογες συνθήκες στο περιβάλλον της περίθαλψης είτε

μεσολαβώντας στη διεπιστημονική ομάδα και διασυνδέοντας τους με πνευματικούς φορείς και κοινότητες (Puchalski et al., 2014).

Τα άτομα που νοσούν έρχονται σε επαφή με τις πνευματικές τους ανάγκες και αναζητούν πνευματική υποστήριξη αναλόγως της σοβαρότητας της ασθένειας ή της αναπηρίας που τους έχει προκαλέσει, την κοινωνική και την οικογενειακή υποστήριξη που έχουν, τις εμπειρίες απώλειας που έχουν βιώσει και τον τρόπο που διαχειρίζονται τον πόνο και το πένθος (Branco et al., 2014).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η πνευματική φροντίδα μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της υγείας. Η αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών συμβάλει στην ενεργητική στάση των ασθενών απέναντι στη θεραπεία τους, λειτουργεί ευεργετικά ως πηγή εσωτερικής δύναμης, ανθεκτικότητας, βοηθά στη διαχείριση του πόνου και της απώλειας, παρέχει ελπίδα, ενισχύει την αίσθηση γαλήνης, ικανοποίησης, ευημερίας, αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών ιδιαίτερα για ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες ή καλούνται να πάρουν δύσκολες αποφάσεις στο τέλος της ζωής τους (Büssing, Balzat, και Heusser 2010, C. M. Puchalski et al., 2014, (Carr, 2008; Koenig, 2012; Williams et al., 2011).

Η παροχή πνευματικής φροντίδας βοηθά τους ασθενείς να αποκαταστήσουν και να διατηρούν την αίσθηση της ακεραιότητας του σώματος, του νου και του πνεύματός τους (Chung et al., 2007). Προάγει την αρμονία και σχέση με τον εαυτό, τον Θεό και τους άλλους, βοηθάει στην νοσηματοδότηση της εμπειρίας της ασθένειας, ενισχύει την εμπιστοσύνη και την πίστη στο υπέρτατο ον, βοηθά στην αναδιάταξη των προτεραιοτήτων της ζωής, προάγει την ανάπτυξη ουσιαστικών στοχευμένων συμπεριφορών (McEwen, 2005; Mok et al., 2010). Εν κατακλείδι, ενισχύει την πνευματική ανάπτυξη των ασθενών και προάγει την πνευματική τους ευημερία (McEwen, 2005; Smith, 2006).

Οι ασθενείς που δέχονται πνευματική φροντίδα μπορούν ευκολότερα να προσαρμοστούν ψυχολογικά στις συνθήκες που βιώνουν και αναπτύσσουν δεξιότητες αντιμετώπισης των κρίσιμων καταστάσεων (Cavendish et al., 2006; Narayanasamy, 2001). Εμφανίζουν μεγαλύτερη αποδοχή της πραγματικότητας και αναφέρουν την αίσθηση της εσωτερικής ειρήνης (McEwen, 2005; Mok et al., 2010).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) υπογραμμίζει τη σημασία της πνευματικής ευεξίας ως αναπόσπαστο μέρος της υγείας του ατόμου (World Health Organization, 2014, Nissen et al., 2021). Έχοντας πνευματική ευεξία οι ασθενείς εμφανίζουν μεγαλύτερη ανοχή στις

συναισθηματικές και σωματικές απαιτήσεις της ασθένειας, παρουσιάζουν λιγότερο άγχος και αρνητικά συναισθήματα (Blaber et al., 2015), συνεπώς έχουν μικρότερα ποσοστά κίνδυνου στο να εμφανίσουν κατάθλιψη ή/και αυτοκτονικές τάσεις (Balducci, 2019). Διευκολύνονται στο να διατηρήσουν της αίσθηση του ελέγχου που ενισχύει την αυτοπεποίθηση τους και την αίσθηση της ικανοποίησης (Rieg et al., 2006).

Συνοψίζοντας, στόχος της πνευματικής φροντίδας είναι οι ασθενείς να είναι ικανοί να δημιουργούν προσωπικές στρατηγικές για να αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους και να ξεπερνούν τα όποια εμπόδια εμφανίζονται κατά τη διάρκεια των καταστάσεων κρίσης και να επιτυγχάνουν εσωτερική γαλήνη (Baldacchino, 2006).

Η πνευματική φροντίδα περιλαμβάνει τόσο την αναγνώριση της σημασίας της πνευματικής διάστασης της φροντίδας των ασθενών, όσο και την εκτίμηση των πνευματικών αναγκών και την κάλυψη τους (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.) και θεωρείται κρίσιμο συστατικό της ολιστικής φροντίδας η οποία έχει επίκεντρο τον ασθενή (Puchalski et al., 2014). Η ολοκληρωμένη πνευματική φροντίδα διαπερνά όλες τις πτυχές της φροντίδας με τον ίδιο τρόπο που η πνευματικότητα δίνει νόημα σε όλες τις πτυχές της ζωής (Sawatzky and Pesut, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΥΟ

Πνευματική Φροντίδα στην Νοσηλευτική

2.1 Σημαντικότητα Πνευματικής Φροντίδας στη Νοσηλευτική Πρακτική

Η πνευματική φροντίδα παίζει σημαντικό ρόλο στη νοσηλευτική πρακτική (Caldeira et al., 2013). Οι νοσηλευτές, έχοντας ένα πολύπλευρο ρόλο καλούνται να ικανοποιούν ολιστικά τις ανάγκες των ασθενών συνεπώς και των πνευματικών αναγκών (Chan et al., 2006).

Δεδομένου της αναγνώρισης πως η πνευματική ευημερία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σωματική υγεία και τη συναισθηματική του ευεξία (Burkhart and Hogan, 2008), παρέχοντας πνευματική φροντίδα στους ασθενείς, οι νοσηλευτές έχουν βαθύ αντίκτυπο στη θεραπεία και τη συνολική ευημερία τους (Tanyi, 2002).

Η σημασία της πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική επεκτείνεται και στον αντίκτυπο που έχει στους ίδιους τους νοσηλευτές. Η επίγνωση της παροχής επαρκούς πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς ενισχύει την επαγγελματική ικανοποίηση, την αίσθηση του νοήματος στην εργασία συνεπώς και την προσωπική ευημερία των νοσηλευτών, μειώνοντας την αίσθηση εξουθένωσης (Vivat, 2008, Narayanasamy and Owens, 2001; Rieg et al., 2006).. Οι νοσηλευτές που παρέχουν πνευματική φροντίδα συχνά έχουν έντονη την αίσθηση σκοπού και εκπλήρωσης που υπερβαίνει τα συνηθισμένα επαγγελματικά επιτεύγματα (Vivat, 2008).

Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών προϋποθέτει αλλά και ενισχύει μια βαθύτερη αίσθηση σύνδεσης με τους ασθενείς, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και διευκολύνοντας την ανοιχτή επικοινωνία σχετικά με τους φόβους, τις ελπίδες και τις ανησυχίες των ασθενών (Ross, 2006). Τέτοιες συνδέσεις λειτουργούν ενδυναμωτικά για τους νοσηλευτές, εμπλουτίζοντας την επαγγελματική τους εμπειρία, ενισχύοντας τη δέσμευσή τους να φροντίζουν τον άνθρωπο όχι μόνο την ασθένεια (McSherry and Jamieson, 2011), καθιστώντας την εμπειρία φροντίδας πιο ουσιαστική και προσωπικά ανταποδοτική (Vivat, 2008).

Η παροχή πνευματικής φροντίδας προϋποθέτει ενώ παράλληλα βοηθά τους νοσηλευτές να έρθουν σε επαφή με τη δική τους πνευματικότητα, γεγονός που συμβάλλει όπως προαναφέρθηκε ενισχυτικά στο να διαχειριστούν το επαγγελματικό τους άγχος και στη μείωση της αίσθησης της εξουθένωσης, παράγοντες ιδιαίτερα σημαντικούς σε νοσηλευτές που εργάζονται σε πλαίσια με υψηλή πίεση. Λειτουργεί επίσης ως αυτοφροντίδα, δίνοντας τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να

κατανοήσουν και να συμβιβαστούν με την ασθένεια, τον πόνο, τον θάνατο και άλλα υπαρξιακά ζητήματα που αντιμετωπίζουν συχνά στη εργασία τους, να αντιμετωπίσουν τις συναισθηματικές προκλήσεις του επαγγέλματός τους, συμβάλλοντας στη δική τους ανθεκτικότητα και συναισθηματική ευεξία (Vivat, 2008).

Η πνευματική φροντίδα είναι υποκειμενική και δυναμική φροντίδα. Προϋποθέτει ενεργητική παρουσία από τους νοσηλευτές, οι οποίοι καλούνται να είναι σε επαφή με την δική τους πνευματικότητα για να μπορέσουν να συνδεθούν και να σχετιστούν με τους ασθενείς. Για την παροχή της βασική προϋπόθεση είναι να έχει εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και να προσφέρεται ένα ασφαλές περιβάλλον (McSherry and Jamieson, 2011).

Η παροχή πνευματικής φροντίδας είναι μια ουσιαστική πτυχή της ενσωμάτωσης μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης με τη νοσηλευτική πρακτική που βασίζεται σε τεκμηριωμένη βάση δεδομένων (Panczyk et al., 2021) την οποία οι θεωρητικοί τις τελευταίες δεκαετίες προσπαθούν να συνθέσουν σε επαγγελματικά νοσηλευτικά πρότυπα και ηθικές οδηγίες (Ferrell, 2019, ‘National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) | NCHPC | National Coalition For Hospice and Palliative Care’, Laranjeira et al., 2023).

Η ενσωμάτωση των προτύπων πνευματικής φροντίδας παρέχει στους νοσηλευτές μια μεγαλύτερη κατανόηση των αναγκών των ασθενών και των παρεμβάσεων που καλούνται να κάνουν, ενισχύοντας τον ρόλο τους και τις δυνατότητές τους να εμπνέουν ελπίδα και να ανακουφίζουν ολιστικά τον πόνο (Laranjeira et al., 2020).

Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον για την πνευματική φροντίδα στην εκπαίδευση και την πρακτική των νοσηλευτών, συγγραφείς αναφέρουν πως ακόμα παραμένει η λιγότερο ανεπτυγμένη και πιο παραμελημένη διάσταση της φροντίδας (Gijsberts et al., 2019).

2.2.Θεωρητικές προσεγγίσεις της νοσηλευτικής

Η πνευματική φροντίδα στη νοσηλευτική έχει μακρά ιστορία και έχει αναγνωριστεί ως αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής ξεκινώντας από τα πρώτα καθολικά θρησκευτικά τάγματα και τη Florence Nightingale (Calabria and Macrae, 2013).

Αρκετοί θεωρητικοί της νοσηλευτικής έχουν τονίσει τον ουσιαστικό ρόλο της πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική. Αυτές οι θεωρίες υπογραμμίζουν διαφορετικές πτυχές της

πνευματικής φροντίδας και προσφέρουν καθοδήγηση για την ενσωμάτωση της πνευματικότητας στη νοσηλευτική φροντίδα.

2.2.1 Florence Nightingale

Η Florence Nightingale (Ιταλία, 1820) συχνά αναγνωρίζεται ως η ιδρυτής της σύγχρονης νοσηλευτικής. Λειτουργησε κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στο έργο της έδωσε έμφαση στις τέσσερις φιλοσοφικές αρχές «άνθρωπος - υγεία - περιβάλλον – νοσηλευτική» ως πυλώνες της περίθαλψης. Όριζε την υγεία ως *την καλή κατάσταση και τη δυνατότητα ενεργοποίησης του συνόλου των δυνάμεων του οργανισμού*. Παρόλο που δεν όρισε μια δομημένη θεωρία, ενίσχυσε το ιατρικό μοντέλο που εφαρμόζονταν μέχρι τότε και επικεντρωνόταν κυρίως στις σωματικές διαστάσεις της υγείας, υποστηρίζοντας την πρωτοποριακή για την εποχή της άποψη πως η νοσηλευτική ξεπερνούσε την απλή σωματική φροντίδα. Τόνισε την πνευματική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας, υποστηρίζοντας ότι η φροντίδα των πνευματικών αναγκών των ασθενών είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της φυσικής τους κατάστασης, την ενίσχυση της θεραπείας και την βελτίωση της υγείας τους. Έδινε έμφαση στην κατανόηση της μοναδικής κοσμοθεωρίας του ασθενούς (Selanders and Crane, 2012). Κατά την άποψή της, η παράβλεψη της πνευματικής πτυχής μπορούσε να εμποδίσει τη διαδικασία επούλωσης, μειώνοντας τη συνολική αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Selanders and Crane, 2012). Υποστήριξε την άποψη πως το περιβάλλον με τα φυσικά, ψυχολογικά και πνευματικά του στοιχεία, επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την ανάρρωσή των ασθενών. Τόνισε το ρόλο των νοσηλευτών στην παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, που σήμαινε τη δημιουργία ενός χώρου που θα γαλουχούσε όχι μόνο το σώμα αλλά και το μυαλό και το πνεύμα (Dossey, 2000).

Η πίστη της Nightingale στη διασύνδεση της σωματικής, ψυχολογικής και πνευματικής ευεξίας ήταν πολύ μπροστά από την εποχή της. Υποστήριξε ότι αυτές οι πτυχές δεν ήταν ξεχωριστές οντότητες αλλά ήταν στενά αλληλένδετες, επηρεάζοντας η μία την άλλη και πως η νοσηλευτική πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλες αυτές τις πτυχές για βέλτιστη αποτελεσματική φροντίδα (Dossey, 2000).

Η θεωρία της Nightingale υπογραμμίζει αυτή την ολιστική άποψη για την υγεία. Οι ιδέες της έθεσαν τα θεμέλια για την ολιστική νοσηλευτική, η οποία αναγνωρίζει ολόκληρο το άτομο και ενσωματώνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές πτυχές της φροντίδας, και επηρέασαν τη μετέπειτα εξέλιξη της νοσηλευτικής πρακτικής και εκπαίδευσης μέχρι σήμερα,

επιβεβαιώνοντας τη σημασία της πνευματικής φροντίδας στην προαγωγή της υγείας και της θεραπείας (Selanders and Crane, 2012).

2.2.2 Dorothy Orem

Η Dorothy Elizabeth Orem (Ηνωμένες Πολιτείες, 1914) νοσηλεύτρια με εξειδίκευση στην εκπαίδευση στην νοσηλευτική, αναγνωρισμένη για τη σημαντική συμβολή της στη νοσηλευτική θεωρία μέσω της ανάπτυξης της Θεωρίας της Νοσηλευτικής Ελλειμματικής Φροντίδας.

Η Orem όρισε την υγεία ως *τη δομική και λειτουργική ολότητα και ακεραιότητα, την ικανότητα του ατόμου να σκέπτεται τον εαυτό του, να ερμηνεύει συμβολικά την εμπειρία του και να επικοινωνεί με τους όμοιους του*. Η Orem υποστηρίζει ότι όταν τα άτομα δεν είναι σε θέση να εκπληρώσουν τις δικές τους απαιτήσεις αυτοφροντίδας εμφανίζεται έλλειμμα αυτοφροντίδας που οδηγεί σε ασθένεια ή/και άλλες δυσμενείς καταστάσεις.

Θεωρούσε τη νοσηλευτική ως ένα σύστημα υποστήριξης στο οποίο οι νοσηλευτές προσφέρουν εξειδικευμένη βοήθεια σε άτομα με αδυναμία να αυτοεξυπηρετηθούν, με σκοπό να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτοεξυπηρέτησής τους και να επιτύχουν τη βέλτιστη υγεία (Taylor and Renpenning, 2011).

Τρεις ήταν οι έννοιες πάνω στις οποίες στήριξε την θεωρία της: την αυτοφροντίδα, την ελλειμματική αυτοφροντίδα και τα νοσηλευτικά συστήματα. Όρισε την αυτοφροντίδα ως μια ρυθμιστική λειτουργία του ανθρώπου, εκούσια δράση εξασφάλισης της τροφοδοσίας σε αναγκαίο υλικό, προκειμένου να συνεχιστεί η διατήρηση και η ανάπτυξη της ακεραιότητας τους. Την θεωρούσε ως μαθησιακή συμπεριφορά που ασκούν τα άτομα για να διατηρήσουν την υγεία και ευημερία τους. Το μοντέλο της υποστηρίζει την αναγκαιότητα της διατήρησης της ισορροπίας σε όλες τις πτυχές της ζωής και την αυτοφροντίδα σε σωματικό, ψυχικό και πνευματικό επίπεδο (Orem et al., 2001).

Στη θεωρία της, κύριος ρόλος των νοσηλευτών είναι η κατανόηση, η ενθάρρυνση και η διευκόλυνση των ασθενών να συμμετέχουν σε πρακτικές ενίσχυσης της πνευματικότητας ως μέρος των δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησης. Πρότεινε πρακτικές διαλογισμού, προσευχής και άλλων μορφών θρησκευτικής ή και πνευματικής δέσμευσης. Επιπρόσθετο ρόλο των νοσηλευτών όριζε την ενίσχυση για διατήρηση της ενεργούς δράσης των ασθενών, για αυτοεξυπηρέτηση και για ανάληψη ατομικής ευθύνης (Orem et al., 2001).

Η Orem έθετε ως προϋπόθεση στη θεωρία της την παραδοχή ότι ο άνθρωπος χρειάζεται συνεχή και σκόπιμη αισθητηριακή τροφοδοσία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, ώστε να επιβιώσει, να είναι λειτουργικός και υγιής (Denyes et al., 2001).

Η θεωρία της ήταν από τις πρώτες θεωρίες της νοσηλευτικής που έθετε την πνευματικότητα και την ικανοποίηση των πνευματικών αναγκών στο επίκεντρο της (Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 7, σελ. 169-173).

2.2.3 Madeleine Leininger

Η Madeleine Leininger, (Ηνωμένες Πολιτείες, 1925) νοσηλεύτρια γνωστή για τη δουλειά της στη *διαπολιτισμική νοσηλευτική*, στη νοσηλευτική εκπαίδευση και έρευνα. Ανέπτυξε τη Θεωρία της Πολιτιστικής Φροντίδας Ποικιλομορφίας και Καθολικότητας μετά από εκτεταμένη έρευνα και παρατηρήσεις σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Μέσω της θεωρίας της υποστηρίζει ότι η αποτελεσματική και συμπονετική υγειονομική περίθαλψη απαιτεί βαθιά κατανόηση και σεβασμό των ιδιαίτερων πνευματικών πεποιθήσεων, αξιών και πρακτικών που είναι ενσωματωμένες σε διάφορους πολιτισμούς (Leininger and McFarland, 2006).

Η Leininger βλέπει τη φροντίδα ως το μέσο με το οποίο ο ασθενής θα αναρρώσει από την ασθένειά του ή από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης. Συνδέει την φροντίδα με την κουλτούρα και εισηγείται πως δεν θα έπρεπε να διαχωρίζεται η φροντίδα με την κουλτούρα στις παρεμβάσεις και αποφάσεις φροντίδας. Η θεωρία της αποτελεί μια επαναστατική προσέγγιση στη νοσηλευτική, η οποία εστιάζει στην έννοια της *διαπολιτισμικής νοσηλευτικής* και αναγνωρίζει την πολιτισμική και πνευματική ποικιλομορφία. Τονίζει τον κρίσιμο ρόλο που παίζουν αυτοί οι πολιτισμικοί παράγοντες στην αντίληψη των ατόμων για την υγεία, την ασθένεια, τη φροντίδα και τη θεραπεία. Σε αυτό το πλαίσιο, η πολιτιστική φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο σωματικές και ψυχολογικές διαστάσεις, αλλά και τις πνευματικές πτυχές της ζωής του ατόμου (Leininger & McFarland, 2006).

Η θεωρία της Leininger αναγνωρίζει ότι η πνευματικότητα συχνά χρησιμεύει ως πηγή δύναμης, ανθεκτικότητας, ελπίδας και παρηγοριάς για τους ασθενείς, ιδιαίτερα σε περιόδους αντιξοότητας. Με τον τρόπο αυτόν η πνευματική φροντίδα, ως μέρος της πολιτισμικά σύμφωνης φροντίδας, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας (Leininger & McFarland, 2010, Roy, Whetsell, and Frederickson 2009).

Στην πρακτική εφαρμογή της θεωρίας της, η Leininger υποστηρίζει την ενεργή στάση των νοσηλευτών στην ενίσχυση και διευκόλυνση της συμμετοχής ή/και της χρήσης μεθόδων φροντίδας που βασίζονται στα ιδιαίτερα πολιτισμικά στοιχεία των ασθενών, όπως η χρήση πολιτιστικών συμβόλων, η εκτέλεση θρησκευτικών τελετουργιών, πρακτικών προσευχής, διαλογισμού, τεχνικές παρηγοριάς κ.α. που ευθυγραμμίζονται με τις πνευματικές πεποιθήσεις των ασθενών για την υποστήριξη της πνευματικής τους φροντίδας τους (Leininger and McFarland, 2006).

Η θεωρία της Leininger έχει επηρεάσει σημαντικά τη νοσηλευτική πρακτική και εκπαίδευση, ενθαρρύνοντας τους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης να αναζητήσουν κατανόηση και σεβασμό για την πολιτισμική και πνευματική ποικιλομορφία των ασθενών τους. Υποστηρίζει μια ολιστική, με επίκεντρο τον ασθενή προσέγγιση που αναγνωρίζει την εγγενή αξία της πνευματικής φροντίδας στην προαγωγή της υγείας, της θεραπείας και της ευεξίας (Sagar, 2012).

2.2.4 Callista Roy

Η Callista Roy (Ηνωμένες Πολιτείες, 1939) νοσηλεύτρια με εξειδίκευση στην παιδιατρική νοσηλευτική και την κοινωνιολογία με μακρά και διακεκριμένη καριέρα στη νοσηλευτική εκπαίδευση και έρευνα. Είναι γνωστή για τη δημιουργία του Roy Adaptation Model RAM το οποίο προσεγγίζει ολιστικά τους ασθενείς δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πνευματική ακεραιότητα τους μέσω της ενίσχυσης στη διεργασία της νοσηματοδότησης και της εύρεσης σκοπού στην ασθένεια και τον ρόλο της στη ζωή (Roy et al., 2009).

Η πνευματική ακεραιότητα, ένας από τους τέσσερις προσαρμοστικούς πυλώνες στο μοντέλο RAM, εστιάζει στη σχέση του ατόμου με τον κόσμο και μια ανώτερη δύναμη, που θα μπορούσε να είναι ο Θεός, το σύμπαν ή μια άλλη έννοια ενός υπέρτατου όντος ή δύναμης. Η ενίσχυση της επιτυγχάνεται με την αρμονική σχέση του ατόμου με τον εαυτό και τους άλλους, το περιβάλλον και της δημιουργίας της ατομικής κοσμοθεωρίας, επιτρέποντας στο άτομο τις κατάλληλες συνθήκες για να βιώσει την αίσθηση της ενότητας και του σκοπού και να αποδώσει αξία στην ύπαρξη του (Leininger and McFarland, 2006, Roy et al., 2009).

Στο μοντέλο RAM, η πνευματική δυσφορία θεωρείται ως αποτυχία στην προσαρμογή και συχνά εκδηλώνεται με αρνητικά συναισθήματα αγωνίας, θυμού και φόβου και συνοδεύεται με το αίσθημα μοναξιάς, αποσύνδεσης ή και απελπισίας. Η απώλεια, η ασθένεια και ο επικείμενος

θάνατος επιδοκιμάζουν την πνευματική ακεραιότητα και προκαλούν πνευματική δυσφορία (Roy et al., 2009). Ένας από του βασικούς ρόλους της ολιστικής νοσηλευτικής πρακτικής σύμφωνα με το μοντέλο RAM είναι να προωθεί την επιτυχή προσαρμογή των ασθενών τόσο στη αποδοχή της νόσου, όσο και στη θεραπεία και την αποκατάσταση του. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές οφείλουν να αξιολογούν την ικανότητα των ασθενών να προσαρμοστούν στις εκάστοτε συνθήκες και να είναι ικανοί να σχεδιάζουν αντίστοιχες παρεμβάσεις. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν τη διευκόλυνση της έκφρασης συναισθημάτων, την παροχή ενεργητικής ακρόασης και υποστήριξης, την προσφορά πληροφοριών και την διασύνδεση με επαγγελματίες και υπηρεσίες όπως κληρικούς, πνευματικούς σύμβουλους, ομάδες υποστήριξης και κοινωνικές υπηρεσίες (Fitzpatrick and Whall, 2015).

Το μοντέλο προσαρμογής RAM της Roy υπογραμμίζει τον αναπόσπαστο ρόλο της πνευματικότητας στην υγειονομική περίθαλψη και στην νοσηλευτική πρακτική και υποστηρίζει την ολιστική ανακουφιστική φροντίδα.

2.2.5 Jean Watson

Η Jean Watson (Ηνωμένες Πολιτείες, 1940), ήταν θεωρητικός και καθηγήτρια νοσηλευτικής, με σπουδές στην ψυχική υγεία, στην εκπαιδευτική ψυχολογία και τη συμβουλευτική. Ανέπτυξε τη Θεωρία της Ανθρώπινης Φροντίδας η οποία στηρίχθηκε στην άποψη ότι ο άνθρωπος είναι μια ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, και υπογράμμισε τη σημασία της ολιστικής αντιμετώπισης του ατόμου στη διαδικασία φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των πνευματικών του αναγκών. Το επίκεντρο της θεωρίας της προτείνει τη φροντίδα ως ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η φιλοσοφία της Watson περί επιστήμης της φροντίδας απέκλινε από το παραδοσιακά κυρίαρχο ιατρικό μοντέλο, το οποίο εστίαζε κυρίως στις φυσικές πτυχές της υγείας (“Watson, J. (2008) *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder. - References - Scientific Research Publishing,” n.d.).

Η νοσηλευτική πρακτική, όπως ορίζεται από την Watson αποτελείται από διαπροσωπικές προσπάθειες των νοσηλευτών να προστατεύσουν, να ενισχύσουν και να διατηρήσουν την ανθρωπότητα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, την ακεραιότητα και την ολότητα, βοηθώντας τον ασθενή να βρει νόημα στην αρρώστια, στην ταλαιπωρία, στον πόνο και στην ύπαρξη, να τον βοηθήσουν να αποκτήσει αυτογνωσία, αυτοέλεγχο, αυτοφροντίδα και αυτοθεραπεία, έτσι ώστε

να αποκατασταθεί η αίσθηση εσωτερικής αρμονίας, ανεξάρτητα από τις εξωτερικές συνθήκες (‘Watson, J., 2008).

Σύμφωνα με την Watson (“Watson, J. (2008) *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder. - References - Scientific Research Publishing,” n.d.), η φροντίδα δεν είναι απλώς ένα σύνολο συγκεκριμένων ενεργειών ή εργασιών αλλά ένα ιδεώδες που στηρίζεται στις αξίες, τη θέληση για δέσμευση, τη γνώση και τις δραστηριότητες φροντίδας. Κατά την άποψή της, η φροντίδα περιλαμβάνει βαθύ σεβασμό για την εγγενή αξία, αξιοπρέπεια και μοναδικότητα του κάθε ατόμου, και επεκτείνεται στις τρεις υποστάσεις της ύπαρξης του ανθρώπου, σώμα, ψυχή και πνεύμα. Τονίζει ιδιαίτερα τον ρόλο της αγάπης, της καλοσύνης και του σεβασμού στη νοσηλευτική φροντίδα ως θεραπευτικές παρεμβάσεις που δημιουργούν ένα θεραπευτικό περιβάλλον που καλύπτει ολιστικά τους ασθενείς και προάγει την ευεξία και την υγεία (“Watson, J. (2008) *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder. - References - Scientific Research Publishing,” n.d.).

Η Watson συγκρότησε τους δέκα παράγοντες («Carative Factors», «Caritas Processes») που οφείλουν να υπηρετούν και να εφαρμόζουν οι νοσηλευτές με σκοπό να υποστηρίξουν και να ενισχύσουν την εμπειρία της ολιστικής φροντίδας των ασθενών (*Carative Factors by Watson*):

1. Ουμανιστικό – αλτρουιστικό σύστημα αξιών
2. Πίστη – Ελπίδα
3. Ευαισθησία προς τον εαυτό και τους άλλους
4. Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, αλληλοβοήθειας και φροντίδας
5. Έκφραση θετικών και αρνητικών αισθημάτων και συναισθημάτων
6. Δημιουργική, εξατομικευμένη και αποτελεσματική διαδικασία φροντίδας
7. Διαπροσωπική διδαχή και εκμάθηση
8. Υποστηρικτικό, προστατευτικό και / ή επανορθωτικό πνευματικό, φυσικό, κοινωνικό και ψυχικό περιβάλλον
9. Υπηρέτηση των ανθρώπινων αναγκών

(“Watson, J. (2008) Nursing The Philosophy and Science of Caring. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder. - References - Scientific Research Publishing,” n.d.)

Η θεωρία της Watson συνεχίζει να καθοδηγεί τη νοσηλευτική εκπαίδευση και πρακτική, εμπνέοντας τις γενιές επαγγελματιών υγείας να παρέχουν ολιστική και ανακουφιστική φροντίδα.

2.3.1 Η πνευματική φροντίδα στην σύγχρονη νοσηλευτική

Στη σύγχρονη νοσηλευτική λογοτεχνία η πνευματική φροντίδα αναγνωρίζεται ως βασικό στοιχείο της ολιστικής νοσηλευτικής πρακτικής (Carr, 2010; McEwen, 2005).

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών στον Κώδικα Δεοντολογίας Νοσηλευτών επισημαίνει τη σημασία ενός ιδανικού φυσικού, κοινωνικού και πνευματικού περιβάλλοντος για την υγεία των ασθενών (“Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements | ANA,” n.d.).

Η βιβλιογραφία αναγνωρίζει πως για τη διατήρηση της έννοιας της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική και την επικέντρωση στην ολιστική περίθαλψη είναι αναγκαία η συμπερίληψη της πνευματικής φροντίδας των ασθενών (Batcheller et al., 2013).

Ο ρόλος των νοσηλευτών δεν είναι να υπερνικούν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, αλλά να τους παρέχουν ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εύφορο για την πνευματική ανάπτυξη και ευημερία τους (Lo and Brown, 1999).

Η νοσηλευτική είναι ένα πνευματικά κατευθυνόμενο επάγγελμα που στοχεύει στη βελτίωση του ηθικού των ανθρώπων και της θρέψης της ψυχής τους (Callister et al. 2004).

Ο Dickinson (1975) συνέδεσε την πνευματική φροντίδα στη νοσηλευτική πρακτική με την θεωρία του ψυχολόγου Erikson, υποστηρίζοντας πως η πνευματική φροντίδα περιλαμβάνει τη βοήθεια των ανθρώπων να αναπτύσσουν αρετές όπως η ελπίδα, η θέληση, ο σκοπός και η φροντίδα (Reed, 1991).

Η πνευματική φροντίδα αναφέρεται ως η χρήση της τέχνης και της διαίσθησης στη νοσηλευτική πρακτική (Dyson et al., 1997).

Οι Strang et al μέσα από την έρευνα τους ανέδειξαν την αντίληψη των ασθενών οι οποίοι θεωρούν τους νοσηλευτές ως καλή πηγή πνευματικών πληροφοριών και πιστεύουν πως είναι σε θέση να εκπληρώσουν τις πνευματικές τους ανάγκες, κάτι που κάνουν με πρόθεση (Strang et al., 2002).

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα μεγάλο ενδιαφέρον για την σημασία της πνευματικής φροντίδας (Lundmark 2006), στην νοσηλευτική λογοτεχνία υπάρχουν διαφορετικοί ορισμοί και περιγραφές της πνευματικής φροντίδας χωρίς να υπάρχει σαφής συναίνεση. Η πνευματική φροντίδα ορίζεται ως «*μια προσπάθεια να αγγίξετε το πνεύμα ενός άλλου ατόμου*» (Dell'Orfano, 2002), ως «*ένα σύνολο εξαιρετικά ρευστών διαπροσωπικών διαδικασιών αμοιβαίας αναγνώρισης των ανθρώπινων αξιών και εμπειριών*» (Mok et al., 2010), ως «*μια διαδραστική και σκόπιμη διαδικασία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή με στόχο την ενίσχυση της πνευματικής ευεξίας των ασθενών*» (Burkhart et al., 2011).

2.3.2 Cicely Saunders

Η Dame Cicely Saunders (Ηνωμένο Βασίλειο, 1918 νοσηλεύτρια, κοινωνική λειτουργός και ιατρός με σπουδές στην πολιτική, την φιλοσοφία και τα οικονομικά. Είναι διεθνώς αναγνωρισμένη για τη σημαντική συνεισφορά της στον τομέα της ανακουφιστικής φροντίδας και της πνευματικής φροντίδας. Ξεκίνησε το πρωτοποριακό της έργο στα μέσα του 20^{ου} αιώνα και συνέβαλε καθοριστικά στη διαμόρφωση της σύγχρονης κατανόησης της φροντίδας στο τέλος της ζωής (Clark, 2007).

Αφιέρωσε την καριέρα της στην αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών στο τέλος της ζωής τους, κρίνοντας πως η μέχρι τότε φροντίδα που παρέχονταν δεν ήταν αρκετή και προτείνοντας πως για την ολιστική κάλυψη του οι νοσηλευτές όφειλαν να καλύψουν και τις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Εισηγάγε την έννοια του «*ολικού πόνου*» ο οποίος εμπεριέχει σωματικούς, συναισθηματικούς, κοινωνικούς και πνευματικούς παράγοντες. Το πρωτοποριακό της έργο έδωσε έμφαση στη σημασία της πνευματικής φροντίδας ως θεμελιώδης πτυχή της ανακουφιστικής φροντίδας, απαραίτητη για τη διασφάλιση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέχρι το θάνατο και την παροχή υποστήριξης στις οικογένειες τους (Saunders, 2000).

Ίδρυσε το St. Christopher's Hospice στο Λονδίνο το 1967, τον πρώτο ξενώνα ανακουφιστικής φροντίδας στον κόσμο, με σκοπό να ενσωματώσει την ολιστική κλινική πρακτική, την εκπαίδευση και την έρευνα για την βέλτιστη παροχή φροντίδας στους ασθενείς (Clark, 2007). Εισηγάγε την ανάγκη δημιουργίας ξενώνων ανακουφιστικής φροντίδας παγκοσμίως.

Το όραμα και η δέσμευσή της έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αναμόρφωση της νοσηλευτικής πρακτικής, της ανάπτυξη της σύγχρονης ανακουφιστικής φροντίδας αλλά και της

κοινωνικής στάσης απέναντι στον ολικό πόνο, τις πνευματικές ανάγκες και τον θάνατο. Το έργο της συνεχίζει να έχει σημαντική επιρροή στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται ο ολικός πόνος και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.

2.3.3 Η επάρκεια των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα

Οι νοσηλευτές που καλούνται να φροντίσουν ανθρώπους με χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή τους νόσους, και να τους παρέχουν πνευματική φροντίδα έρχονται έντονα αντιμέτωποι με τη δική τους πνευματικότητα (Weaver et al., 2001). Ο ρόλος τους στην παροχή πνευματικής φροντίδας, ο τρόπος προσέγγισης της (προσωπική, διαδικαστική, πολιτιστική, ευαγγελική) καθώς και ο τρόπος παροχής της δεν είναι ξεκάθαροι (Narayanasamy and Owens, 2001).

Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι επαρκώς καταρτισμένοι, να κατανοούν την έννοια της πνευματικότητας, τη σχέση της με την υγεία, να έχουν δεξιότητες, ευαισθησία και σεβασμό προς την ποικιλομορφία των ιδιαίτερων υποκειμενικών πνευματικών αναγκών, να είναι ικανοί να τις αξιολογούν, να τις καλύπτουν και να τις αναφέρουν στην διεπιστημονική ομάδα (Puchalski et al., 2014). Δεξιότητας όπως η ενεργητική ακρόαση, η κατανόηση με ενσυναίσθηση και η υποστηρικτική συμβουλευτική κρίνονται απαραίτητες (Puchalski et al., 2014). Για την βέλτιστη απόδοση τους οφείλουν να συμμετέχουν σε συνεχή αυτό-αναστοχασμό, εποπτεία και συνεχή εκπαίδευση. Με τον τρόπο αυτό θα μπορούν να είναι σε επαφή με δική τους πνευματικότητα, να δρουν ενσυνείδητα και να είναι ικανοί να παρέχουν ολοκληρωμένη και αποτελεσματική πνευματική φροντίδα στους ασθενείς (Timmins and Neill, 2013).

Για την παροχή πνευματικής φροντίδας βασική προϋπόθεση είναι η εδραίωση μιας διαπροσωπικής σχέσης εμπιστοσύνης των νοσηλευτών με τους ασθενείς, στην οποία θα υπάρχει ειλικρίνεια, όρια και ευαισθησία (Burkhart et al., 2011; Carson and Koenig, 2008; Tanyi, 2002). Οι νοσηλευτές χρειάζεται να αναγνωρίζουν την μοναδικότητα του κάθε ασθενούς και να σχετίζονται μαζί τους χωρίς επίκριση, με αποδοχή, ασκώντας ενεργητική ακρόαση και παρέχοντας επί της ουσίας τον εαυτό τους ως θεραπευτικό διαμεσολαβητή για την προώθηση της ελπίδας (Rieg et al., 2006; Soeken and Carson, 1987). Επίσης, οφείλουν να μπορούν να κάνουν μια πνευματική συζήτηση, να έχουν γνώσεις για την αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών, να αναγνωρίζουν τις εσωτερικές δυνάμεις και την ελπίδα των ασθενών και να τις αναδεικνύουν, να δείχνουν σεβασμό στις πνευματικές πεποιθήσεις, στις πολιτιστικές και θρησκευτικές αξίες τους.

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την παροχή πνευματικής φροντίδας είναι ύψιστης σημασίας για την επάρκεια των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία συγγραφείς έχουν προσπαθήσει να κατηγοριοποιήσουν βασικές δεξιότητες που σχετίζονται με την ικανότητα παροχής πνευματικής φροντίδας.

Οι van Leeuwen et al (van Leeuwen et al., 2009), χρησιμοποίησαν τον όρο «πνευματική επάρκεια» («spiritual competence»), μέσα στον οποίο συμπεριελάμβαναν το σύνολο των γνώσεων και των δεξιοτήτων που απαιτείται να κατέχει ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας ώστε να μπορεί να παρέχει πνευματική φροντίδα. Όρισαν ως τους τρεις βασικούς τομείς ικανοτήτων για την παροχή πνευματικής φροντίδας την επίγνωση και τη χρήση του εαυτού, τις πνευματικές διαστάσεις της νοσηλευτικής διαδικασίας και διασφάλισης, και την ποιοτική τεχνογνωσία. Έπειτα πρόσθεσαν τις δεξιότητες χειρισμού των πεποιθήσεων των ασθενών, την ικανότητα αντιμετώπισης των θεμάτων περί πνευματικότητας, την ικανότητα συλλογής πληροφοριών, συζήτησης και σχεδιασμού, παροχής φροντίδας, αξιολόγηση και ενσωμάτωση της στην θεραπευτική πολιτική (van Leeuwen and Cusveller, 2004).

Οι Mc Mullan et al συσχέτισαν τις δεξιότητες αυτές με τα χαρακτηριστικά και τις ιδιότητες των νοσηλευτών, τονίζοντας πως η ανάπτυξη τους καθορίζει την αποτελεσματική και την βέλτιστη εκτέλεση της νοσηλευτικής πρακτικής (McMullan et al., 2003).

Κατά τον Hodge (2004) η ικανότητα παροχής πνευματικής φροντίδας ως δυναμική διεργασία απαιτεί αλληλένδετες δεξιότητες, όπως:

- την επίγνωση του εξατομικευμένου συστήματος αξιών και της κοσμοθεωρίας του ασθενούς,
- την ενσυναισθητική κατανόηση της πνευματικής κοσμοθεωρίας του ασθενούς,
- την τεχνογνωσία
- την ικανότητα σχεδιασμού και εφαρμογής στρατηγικών παρέμβασης
- την σημασία της ικανότητας των νοσηλευτών να συσχετιστούν με την πνευματικότητα, τη θρησκεία και τη δομημένη υποκειμενική πνευματική κοσμοθεωρία των ασθενών (Ross et al., 2014; van Leeuwen and Cusveller, 2004).

Κατά την Baldacchino (Baldacchino, 2006) τέσσερα είναι τα πεδία στα οποία οι νοσηλευτές χρειάζονται να είναι επαρκείς έτσι ώστε να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Αυτά είναι:

- η παροχή πνευματικής φροντίδας όπως ορίζει η νοσηλευτική πρακτική – πρωτόκολλα
- η επικοινωνία με τους ασθενείς
- η επικοινωνία με τη διεπιστημονική ομάδα και άλλους κλινικούς και εκπαιδευτικούς φορείς
- η διαφύλαξη της ηθικής στην φροντίδα των ασθενών.

Το Πρότυπο Εκπαίδευσης Πνευματικής Φροντίδας EPICC (‘EPICC Network – Enhancing Nurses’ and Midwives’ Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care’) περιγράφει και ταξινομεί τις ικανότητες πνευματικής φροντίδας σε τρία πεδία που αφορούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις στάσεις και διαφαίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Ικανότητας παροχής πνευματικής φροντίδας EPICC

ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ	ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ (ΓΝΩΣΕΙΣ)	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ (ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ)	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ (ΣΤΑΣΗ)
ΕΝΔΟΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ Επίγνωση της σημασίας της πνευματικότητας στην υγεία και την ευημερία.	<p>Ικανότητα κατανόησης της έννοιας της πνευματικότητας.</p> <p>- Ικανότητα εξήγησης του αντίκτυπου της πνευματικότητας στην υγεία και την ευημερία ενός ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του για τον εαυτό του και τους άλλους.</p> <p>- Ικανότητα κατανόησης του αντίκτυπου των δικών του αξιών και πεποιθήσεων στην παροχή πνευματικής φροντίδας.</p>	<p>- Ικανότητα να αναλογίζεται με νόημα τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις και να αναγνωρίζει ότι αυτές μπορεί να διαφέρουν από των άλλων.</p> <p>- Ικανότητα φροντίδας του εαυτού. του.</p>	<p>- Προθυμία να εξερευνά τις προσωπικές, θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις του εαυτού του και των άλλων.</p> <p>- Διαθεσιμότητα να είναι ανοιχτός και να σέβεται τις διαφορετικές εκφράσεις πνευματικότητας των ατόμων.</p>
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ Ενασχόληση με την πνευματικότητα των ατόμων, αναγνωρίζοντας τις μοναδικές πνευματικές και πολιτιστικές κοσμοθεωρίες, πεποιθήσεις και πρακτικές τους.	<p>- Ικανότητα κατανόησης των τρόπων με τους οποίους τα άτομα εκφράζουν την πνευματικότητά τους.</p> <p>- Επίγνωση των διαφορετικών κοσμοθεωριών /θρησκευτικών απόψεων και του τρόπου που αυτές μπορεί να επηρεάσουν τις</p>	<p>- Ικανότητα να αναγνωρίζει τη μοναδικότητα της πνευματικότητας των ανθρώπων.</p> <p>-Ικανότητα να αλληλοεπιδρά και να ανταποκρίνεται με ευαισθησία στην πνευματικότητα των άλλων.</p>	<p>- Αξιοπιστία, προσιτότητα και σεβασμός στις εκφράσεις πνευματικότητας των ατόμων και τις διαφορετικές κοσμοθεωρίες /θρησκευτικές απόψεις.</p>

	αντιδράσεις των ατόμων σε βασικά γεγονότα της ζωής.		
<p>ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ</p> <p>Αξιολόγηση των πνευματικών αναγκών και πόρων χρησιμοποιώντας κατάλληλες επίσημες ή ανεπίσημες προσεγγίσεις και σχεδιασμός της πνευματικής φροντίδας, διατηρώντας το απόρρητο και λαμβάνοντας ενημερωμένη συγκατάθεση.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ικανότητα κατανόησης της έννοιας της πνευματικής φροντίδας. - Επίγνωση των διαφορετικών προσεγγίσεων της πνευματικής αξιολόγησης. - Ικανότητα κατανόησης των ρόλων άλλων επαγγελματιών στην παροχή πνευματικής φροντίδας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ικανότητα να διεξάγει και να τεκμηριώνει μια πνευματική αξιολόγηση για τον εντοπισμό πνευματικών αναγκών και πόρων. - Ικανότητα να συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες. - Ικανότητα να συγκρατεί και να αντιμετωπίζει κατάλληλα τα συναισθήματα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Διαθεσιμότητα να είναι ανοιχτός, προσιτός και μη επικριτικός. - Διαθέσιμος να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα.
<p>ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ</p> <p>Ανταπόκριση στις πνευματικές ανάγκες και πόρους μέσα σε μια σχέση φροντίδας, συμπόνιας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ικανότητα κατανόησης της έννοιας της συμπόνιας και της παρουσίας και τη σημασία της στην πνευματική φροντίδα. - Ικανότητα κατάλληλης ανταπόκρισης σε προσδιορισμένες πνευματικές ανάγκες και πόρους. - Ικανότητα αξιολόγησης του βαθμού ικανοποίησης των πνευματικών αναγκών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ικανότητα να αναγνωρίζει τους προσωπικούς περιορισμούς στην παροχή πνευματικής φροντίδας και να αναφέρεται σε άλλους όπως αρμόζει. - Ικανότητα να αξιολογεί και να τεκμηριώνει προσωπικές, επαγγελματικές και οργανωτικές πτυχές της παροχής πνευματικής φροντίδας και να επαναξιολογεί κατάλληλα. 	

Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://blogs.staffs.ac.uk/epicc/files/2019/06/EPI-CC-Spiritual-Care-Education-Standard.pdf?fbclid=IwAR3C-vneoyoZCrgLzhWpqZUIZ4rYApUTBOsjbexWeXB_fxwCavS9bzodmtU EPICC-Spiritual-Care-Education-Standard

Η EPICC θέτει, όπως και άλλοι συγγραφείς, ως προϋπόθεση την εδραίωση μιας σχέσης συμπόνιας και μιας ανθρωποκεντρικής και στοχαστικής στάσης διαφάνειας, παρουσίας και εμπιστοσύνης, θεμελιώδη στοιχεία για τη νοσηλευτική πρακτική στο σύνολό της.

Θεωρητικοί συμπληρώνουν, ως σημαντικούς παράγοντες για την επάρκεια των νοσηλευτών, την επίγνωση και την πνευματική τους εξέλιξη (Smith, 2006; Tanyi, 2002), την πνευματική τους ευημερία και την εμπειρία τους από προηγούμενα βιώματα στη διαχείριση κρίσεων και πνευματικών ζητημάτων στην επαγγελματική και προσωπική τους ζωή (Burkhart and Hogan, 2008), το επίπεδο αυτογνωσίας και την επαφή με τη δική τους πνευματικότητα (McSherry, 2008), την πίστη, την ενόραση και την αυτοβελτίωση τους (Lundmark, 2006), την επαγγελματική τους δέσμευση (Carson and Koenig, 2008), την επαγγελματική τους ικανότητα (Carr, 2008), την ακριβή αισθητηριακή αντίληψη τους και την ικανότητα τους να κατανοούν τα συναισθήματα και τις συμπεριφορών των ασθενών (Ross, 2006).

Οι Puchalski et al. (2010) προσθέτουν την προϋπόθεση της ικανότητας των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν τα διαφορετικά πολιτισμικά, θρησκευτικά και πνευματικά υπόβαθρα των ασθενών και την ανταπόκριση με ευαισθησία σε αυτά, έτσι ώστε να επιτυγχάνουν την παροχή πολιτισμικά κατάλληλης και με σεβασμό πνευματικής φροντίδας. Καθώς οι πολιτισμικές και πνευματικές πεποιθήσεις τον ανθρώπων διαφέρουν σε κάθε χώρα, κατά τους Rykkje et al. (2022) ο τρόπος παροχής πνευματική φροντίδα δεν μπορεί να γενικευτεί. Οι γενικές αρχές της μπορούν να είναι μεταβιβάσιμες, αλλά υπάρχει ανάγκη για τοπικές τροποποιήσεις. Ωστόσο διατηρείται η ανάγκη για μια ενοποιημένη και τυποποιημένη μέθοδο για την απόκτηση ικανοτήτων πνευματικής φροντίδας σε διεπιστημονικά εκπαιδευτικά και πρακτικά περιβάλλοντα (Rykkje et al., 2022).

Από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται πως η παροχή πνευματικής φροντίδας από τους νοσηλευτές είναι μια δυναμική διεργασία η οποία απαιτεί ποικιλόμορφες και πολυδιάστατες δεξιότητες. Βασικότερο στοιχείο αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές αλληλοεπιδρούν και χρησιμοποιούν τον εαυτό τους στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, και οι νοσηλευτικές τους παρεμβάσεις (Sawatzky and Pesut, 2005; van Loon, 2005). Συνεπώς, μπορεί ειπωθεί πως οι δεξιότητες των νοσηλευτών για παροχή πνευματικής φροντίδας αφορούν το πως «είναι» στον ρόλο τους, σε αντίθεση με τι «κάνουν» (Bradshaw, 1994; Halm et al., 2000).

Το διεθνές δίκτυο έργων EPICC (Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care) αποκάλυψε

σημαντική διακύμανση στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται η πνευματικότητα στα προγράμματα εκπαίδευσης νοσηλευτών σε όλη την Ευρώπη (Mcsherry et al., 2020; van Leeuwen et al., 2021), γεγονός που περιπλέκει την κατανόηση ανάπτυξης των δεξιοτήτων των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα.

2.3.4 Εμπόδια στην παροχή πνευματικής φροντίδας των νοσηλευτών

Παρά την αναγνώριση της σημαντικότητας της παροχής πνευματικής φροντίδας στα πλαίσια μιας ολιστικής περίθαλψης, καθώς και του ρόλου των νοσηλευτών στην παροχή αυτής, από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται πως συχνά οι νοσηλευτές δεν αξιολογούν ορθά και δεν καλύπτουν πλήρως τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών (Stranahan 2001, Ali et al., 2018, Rushton, 2014). Οι παράγοντες που λειτουργούν ως εμπόδιο είναι ποικιλόμορφοι.

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι McSherry and Jamieson (2013) σε 4054 νοσηλευτές και διερεύνησαν την αντίληψη τους για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα διαπίστωσαν πως ενώ η έννοια της πνευματικότητας και η παροχή πνευματικής φροντίδας αναγνωρίζονται πλέον ως θεμελιώδεις πτυχές του ρόλου τους, υπάρχει αβεβαιότητα και φόβος γύρω από τα όρια μεταξύ της προσωπικής πεποίθησης και της επαγγελματικής πρακτικής. Ανέδειξαν την ανάγκη για μεγαλύτερη σαφήνεια μεταξύ των προσωπικών και επαγγελματικών ορίων με σκοπό να μπορέσουν οι νοσηλευτές να αισθάνονται πιο σίγουροι και ικανοί στον ρόλο τους ως πάροχοι πνευματικής φροντίδας. Ερωτηθέντες και ερευνητές υποστήριξαν την επίσημη ενσωμάτωση της πνευματικότητας στα προγράμματα εκπαίδευσης των νοσηλευτών και τόνισαν την ανάγκη για εμβάθυνση στον τομέα αυτό.

Και άλλοι συγγραφείς επίσης υποστηρίζουν πως κατά την νοσηλευτική εκπαίδευση σε προπτυχιακό επίπεδο η διδασχή της πνευματικής φροντίδας δε αντιμετωπίζεται επαρκώς, με αποτέλεσμα οι φοιτητές να μην έχουν την ευκαιρία να συνδυάσουν τη θεωρία με την πράξη σε κλινικά περιβάλλοντα κατά την πρακτική τους (Connors et al., 2016; Kalkim et al., 2018; Ross et al., 2018; Rushton, 2014). Επιπροσθέτως αναφέρονται σε ελλιπή κατάρτιση των νοσηλευτών και στην αυξανόμενη ανάγκη για εκπαίδευση και απόκτηση δεξιοτήτων στο πεδίο αυτό (Paal et al., 2014).

Συγγραφείς υποστηρίζουν πως σημαντικό εμπόδιο είναι ο μη σαφής ρόλος των νοσηλευτών και η μη επαρκής προετοιμασία τους για την πρακτική (Deal, 2010; M et al., 2015), η έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων στην παροχή πνευματικής φροντίδας και συνεπώς η χαμηλή αυτοπεποίθηση τους στον τομέα αυτόν (O'Brien et al., 2019, M. J. Balboni et al., 2013). Σε έρευνα

των Keall et al. (2014) ανεδείχθη ως εμπόδιο ο φόβος των νοσηλευτών για την αντίδραση των ασθενών στις προσπάθειές τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα.

Ο Rushton (2014) συνοψίζει τα κύρια εμπόδια εστιάζοντας στην έλλειψη κατάρτισης και εκπαίδευσης κατά την φοίτηση και την εργασία τους, στη δυσκολία αποσαφήνισης και κατανόησης της έννοιας της πνευματικότητας, στην έλλειψη διαθέσιμου χρόνου τους, στην έλλειψη σαφών κατευθυντήριων γραμμών και προτύπων και τέλος στην μη αποσαφήνιση των παρεμβάσεων που μπορούν να κάνουν.

Οι Ali et al. (2018) κατέταξαν τα εμπόδια στα εξής πέντε πεδία:

- έλλειψη οντολογικής ολοκλήρωσης,
- έλλειψη φαινομενολογικής κατανόησης,
- έλλειψη υποστήριξης και περιβαλλοντικοί περιορισμοί,
- ελλιπής δομή προγράμματος σπουδών και απροετοίμαστη πρακτική

Οι Laranjeira et al., (2023) πραγματοποίησαν περιγραφική συγχρονική μελέτη με χρήση διαδικτυακής έρευνας με αυτοαναφορά, στην οποία συμμετείχαν 251 επαγγελματίες εγγεγραμμένοι στην Πορτογαλική Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας (APCP), και στα αποτελέσματά τους ανέδειξαν τα παρακάτω εμπόδια:

- τον φόβο αποκάλυψης θεμάτων που θα μπορούσαν να επιδεινώσουν την κατάσταση των ασθενών
- τις διαφορετικές πνευματικές πεποιθήσεις μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών
- τις διαφορές μεταξύ των πεποιθήσεων των επαγγελματιών και των ασθενών
- την αίσθηση ντροπής της προσέγγισης της πνευματικότητας σε επαγγελματικό πλαίσιο
- το γεγονός ότι η πνευματική φροντίδα αντιμετωπίζεται ως θέμα ταμπού από την ομάδα επαγγελματιών υγείας
- την έλλειψη χρόνου των νοσηλευτών
- την υπερφόρτωση εργασίας των νοσηλευτών
- την έλλειψη ιδιωτικότητας
- την έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας.

Αντίστοιχα, οι Momeni et al. (2022) διέκριναν δυο κατηγορίες εμποδίων: τα *ατομικά* και τα *οργανωτικά* εμπόδια και συνέθεσαν οκτώ υποκατηγορίες:

- τη μη συμμόρφωση με τα πρότυπα ανθρώπινων πόρων,
- την έλλειψη προσοχής των διευθυντικών στελεχών στη σημασία της ολιστικής φροντίδας,
- εμπόδια κινήτρων,
- εμπόδια εκπαίδευσης,
- εμπόδια στη διεπαγγελματική συνεργασία,
- περιβαλλοντικά εμπόδια,
- εμπόδια που σχετίζονται με τους νοσηλευτές και
- εμπόδια επικοινωνίας.

Πέραν της στοχευμένης εκπαίδευσης των νοσηλευτών, οι ερευνητές προτείνουν ενίσχυση χάραξης πολιτικής και υποδομών (Momeni et al., 2022).

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως οι νοσηλευτές παρόλο που γνωρίζουν ότι η παροχή πνευματικής φροντίδας είναι μέρος του ρόλου τους (Guedes et al., 2021), στην πλειονότητα τους δεν διαθέτουν τις γνώσεις, τις δεξιότητες ή τον χρόνο για να παρέχουν επαρκή πνευματική φροντίδα (Chahrour et al., 2021; Benito et al., 2014, Rachel et al., 2019). Ενώ υπάρχει μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας σχετικά με την πνευματική φροντίδα, υπάρχουν ακόμα κενά μεταξύ θεωρίας και πρακτικής που σχετίζονται με την ικανότητα τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα (Gijssberts et al., 2019).

Οι ερευνητές συμπεραίνουν πως για να γεφυρωθεί το χάσμα που υπάρχει μεταξύ των οδηγιών ορθής πρακτικής και της πνευματικής φροντίδας που εν τέλει παρέχεται από τους επαγγελματίες, θα χρειαστεί να παρέχεται διαρκώς πνευματική φροντίδα, με σκοπό την μάθηση από την πρακτική άσκηση, καθώς επίσης να λαμβάνει χώρα η αξιολόγηση της. Εστιάζουν επίσης στην ανάγκη σχεδιασμού μοντέλων ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ενσυναίσθησης και ικανότητας δημιουργίας σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς με ενεργητική ακρόαση και σεβασμό στην αξιοπρέπεια τους.

Οι προτάσεις των συγγραφέων για την κάλυψη αυτών των κενών εστιάζουν επίσης στον σχεδιασμό και την εφαρμογή εκπαιδεύσεων που θα βασίζονται σε υπαρκτά-ανθρωπιστικές προσεγγίσεις, οι οποίες θα εστιάζουν και θα προωθούν την ολιστική φροντίδα και ευεξία του

ατόμου, και θα προσφέρουν την δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να βιώσουν ατομικές εμπειρίες υπαρξιακής και πνευματικής συνειδητότητας, να αποκτήσουν επίγνωση εαυτού, να πετύχουν προσωπική ανάπτυξη, να νιώσουν ευημερία και ικανοποίηση (Haufe et al., 2020). Έχοντας ανάλογα βιώματα, θα είναι καλύτερα προετοιμασμένοι στο να παρέχουν πνευματική φροντίδα και στους ασθενείς τους (Haufe et al., 2020, Ali et al., 2018)

Πέραν της εκπαίδευσης, η χρήση μιας ορισμένης προσέγγισης η οποία θα βασίζεται σε πρότυπα με τεκμηριωμένη βάση δεδομένων πάνω στις δεξιότητες που χρειάζεται να έχουν οι νοσηλευτές για να παρέχουν πνευματική φροντίδα θα είναι βοηθητική, καθώς θα τους παρέχει τις απαραίτητες γνώσεις, θα τους βοηθά να αναπτύσσουν δεξιότητες και να δομήσουν στάσεις για την βέλτιστη πρακτική άσκηση με ασφάλεια (Cobb et al., n.d.).

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες ανά τον κόσμο έγιναν προσπάθειες για να ενσωματωθεί η εκπαίδευση της πνευματικής φροντίδας στα προγράμματα σπουδών των νοσηλευτών ωστόσο, δεν υπάρχει συναίνεση για το πώς μπορεί να γίνει αυτό και δεν υπάρχει επαρκής αξιολόγηση των υπάρχοντων εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Benner, 2012; Kalkim et al., 2016; McSherry and Jamieson, 2011; Narayanasamy, 1993; Ross et al., 2014; Yuan and Porr, 2014).

Η διασφάλιση της επάρκειας των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα είναι μέγιστης σημασίας και απαιτούμενη για να εξασφαλιστεί πως η νοσηλευτική πρακτική παραμένει ανθρωποκεντρική και πως η πνευματική φροντίδα που παρέχεται είναι ασφαλής και αποτελεσματική στον πρωταρχικό στόχο της, την βελτίωση της ευημερίας των ασθενών (Vincensi, 2019).

Η ενσωμάτωση της πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική συνεχίζει να αποτελεί μια πρόκληση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΑ

Κλίμακες αξιολόγησης παροχής πνευματικής φροντίδας

3.1 Ανασκόπηση των εργαλείων αξιολόγησης παροχής πνευματικής φροντίδας

Η διερεύνηση της ικανότητας των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα καθώς και των εμποδίων στην παροχή αυτής, πραγματοποιείται μέσα από αξιολογήσεις και την χορήγηση αντίστοιχων ποιοτικών και ποσοτικών εργαλείων.

Σε πρόσφατη ανασκόπηση των Rachel et al. (2019) με σκοπό τον εντοπισμό των διαθέσιμων εργαλείων που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα και την αξιολόγηση των επαγγελματιών νοσηλευτών ανέδειξε 14 κλίμακες που καλύπτουν τους βασικούς τομείς:

- *«Πεποιθήσεις και αξίες και στάσεις γύρω από την πνευματική φροντίδα»,*
- *«Συχνότητα παροχής ή βαθμός στον οποίο παρέχουν πνευματική φροντίδα ή προθυμία»,*
- *«Επίπεδο γνώσεων των 'ερωτηθέντων' πάνω στην πνευματικότητα και πνευματική φροντίδα»,*
- *«Ικανότητα ανταπόκρισης στον πνευματικό πόνο» και*
- *«Πολλαπλοί τομείς: πεποιθήσεις και στάσεις γύρω από την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα, ποσότητα προετοιμασίας, εκπαίδευσης και γνώσης, πρακτικές πνευματικής φροντίδας, αντιληπτή ικανότητα και άνεση με παροχή και αντιληπτά εμπόδια».*

Συγκεκριμένα ανέδειξαν τις παρακάτω κλίμακες.

- **Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SCCRS) (Mcherry et al., 2002)**
Μετρά τις πεποιθήσεις και τις αξίες των νοσηλευτών σε τέσσερις τομείς: 1. *Πεποιθήσεις για την πνευματικότητα*, 2. *Πεποιθήσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν Πνευματική φροντίδα*, 3. *Πεποιθήσεις για τη Θρησκευτικότητα και την έκφραση της θρησκευτικότητας* και 4. *Πεποιθήσεις και αξίες γύρω από την Εξατομικευμένη Φροντίδα*. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=17 θεμάτων. Συντελεστής άλφα Cronbach 0,64.
- **Student Survey of Spiritual Care (SSSC) (Meyer, 2003).**
Αξιολογεί την αντιληπτική ικανότητα των φοιτητών νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα, τη θρησκευτική τους δέσμευση και πόση έμφαση δόθηκε στην πνευματικότητα κατά τη νοσηλευτική τους εκπαίδευση. Κλίμακα n=9 θεμάτων. Συντελεστής αξιοπιστίας 0,84.

- **The Spiritual Care in Practice (SCIP). (Burkhart and Schmidt, 2012)**

Αξιολογεί πόσο συχνά συμμετέχουν οι ερωτηθέντες σε μεθόδους αναγνώρισης των ενδείξεων που δίνουν οι ασθενείς για πνευματικές ανάγκες και τον βαθμό στον οποίο παρέχουν πνευματικές παρεμβάσεις. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=12 θεμάτων, κλίμακα. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.91.

- **The Spiritual Care Inventory (SCI). (Burkhart et al., 2011)**

Μετρά την αντιλαμβανόμενη πεποίθηση των νοσηλευτών για το βαθμό που παρέχουν πνευματική φροντίδα. Τρεις υποκλίμακες: 1) *Παρεμβάσεις πνευματικής φροντίδας*, 2) *Νόημα κατασκευής* και 3) *Τελετουργίες πίστης*. Η πρώτη αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι ερωτηθέντες αισθάνονται ότι παρέχουν παρεμβάσεις για την προώθηση της πνευματικότητας των ασθενών. Η δεύτερη αξιολογεί τις αναστοχαστικές πρακτικές και τη δημιουργία νοήματος που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές μετά από πνευματικές συναντήσεις με ασθενείς. Η τρίτη αξιολογεί τον βαθμό στον οποίο οι ερωτηθέντες χρησιμοποίησαν τελετουργίες πίστης ως απάντηση σε πνευματικές συναντήσεις με ασθενείς. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=17 θεμάτων. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.82, 0.92, 0.86.

- **Spiritual Care Needs Inventory (SCNI) revised version (Wu et al., 2016)**

Μετρά την προθυμία των νοσηλευτών να παρέχουν φροντίδα πνευματικών διαστάσεων. Αξιολογείται η προθυμία για παροχή πνευματικής φροντίδας σε δύο τομείς πνευματικής φροντίδας: 1. *Φροντίδα και σεβασμός* και 2. *Νόημα και ελπίδα*. Κλίμακα n=21 θεμάτων. Κλίμακα likert 3 (ως προς την προθυμία να παρέχουν πνευματική φροντίδα: «πρόθυμους», «δεν ξέρουν πώς να παρέχουν» και «απρόθυμους»). Ο δείκτης εγκυρότητας περιεχομένου σε επίπεδο στοιχείου (CVI) κυμαινόταν από 0,82 έως 1,00 με CVI σε επίπεδο οργάνου 0,87 και άλφα Cronbach 0,96.

- **Spiritual Care Perspectives Scale (SCPS) (Highfield et al., 2000)**

Μετρά τις στάσεις, τις πεποιθήσεις, τις πρακτικές, τις προοπτικές και την προετοιμασία των νοσηλευτών σχετικά με την πνευματική φροντίδα. Αξιολογεί τη συχνότητα παροχής πνευματικής φροντίδας, ικανότητα παροχής πνευματικής φροντίδας, επίπεδο άνεσης

παρέχοντας πνευματική φροντίδα, κατάρτιση/εκπαίδευση στην πνευματική φροντίδα. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=6 θεμάτων.

- **Spirituality Questionnaire Evaluation Tool (Hoffert et al., 2007)**

Μετρά την αντιληπτή άνεση και ικανότητα των φοιτητών νοσηλευτικής να εκτελέσουν μια πνευματική αξιολόγηση. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=10 θεμάτων. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.74.

- **The Spiritual Care Perspective Scale Revised (Taylor et al., 1999)**

Μετρά την στάση απέναντι στην πνευματική φροντίδα. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=10 θεμάτων. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.75.

- **Modification of the Response Empathy Scale (Elliott et al., 1982)**

Μετρά τον βαθμό στον οποίο οι ερωτηθέντες ήταν σε θέση να ανταποκριθούν με ενσυναίσθηση στον πνευματικό πόνο των ασθενών. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.86, 0.82.

- **Communicating for Spiritual Care Test (CSCT) (Taylor et al., 2009)**

Μετρά την ποσότητα των γνώσεων που έχουν οι ερωτηθέντες σχετικά με την επικοινωνία για πνευματική φροντίδα σε 24 θέματα που αντικατοπτρίζουν το περιεχόμενο που διδάσκεται στο πρόγραμμα παρέμβασης. Κλίμακα n=24 θεμάτων.

- **The Spiritual Importance scale (SI)**

Μετρά την κατανόηση των πνευματικών θεμάτων από τους μαθητές και το πόσο σημαντικό θεωρούν ότι βασίζεται στο περιεχόμενο που τους παρέχεται σε ένα μάθημα Πνευματικότητα και Κλινική Φροντίδα. Οι συντελεστές Cronbach α για το SI ήταν 0,72 στην προ-δοκιμή και 0,74 στη μετα-δοκιμή.

- **The Nurse Spiritual Assessment Questionnaire (NSAQ) (Taylor, 2013)**

Μετρά το επίπεδο άνεσης που είχαν οι νοσηλευτές όταν έκαναν στους ασθενείς διάφορες ερωτήσεις σχετικά με την πνευματικότητα ως μέρος της νοσηλευτικής τους αξιολόγησης. Κλίμακα likert 5 βαθμών («εξαιρετικά άβολα», «κάπως άβολα», «κάπως άνετα», «αρκετά

άνετα» και «δεν καταλαβαίνω αυτήν την ερώτηση») και n=21 θεμάτων. Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.

- **Spirituality Scale (Nardi and Rooda, 2011)**

Μετρά το επίπεδο συνειδητοποίησης της πνευματικότητας των ερωτηθέντων και τη χρήση στρατηγικών για την αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών των ασθενών. Τρεις ενότητες: 1. 10 δημογραφικές ερωτήσεις, 2. προσωπική πνευματικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή, 3. 30 ερωτήσεις σχετικά με τις πεποιθήσεις και τις αξίες, 15 ερωτήσεις για τις θεραπευτικές στρατηγικές και συμπεριφορές. Συντελεστής άλφα Cronbach 0.949.

- **Adaption of Taylor's Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (DeKoninck, Hawkins, & Fyke, 2016).**

Το μέτρο προσαρμόστηκε από την Κλίμακα Taylor's Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. Οι δημογραφικές πληροφορίες και τα αντιληπτά εμπόδια στην παροχή πνευματικής φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική εξετάστηκαν σε 15 ερωτήσεις σύντομης απάντησης και πολλαπλής επιλογής. 26 ερωτήσεις διαπίστωσαν τις πρακτικές πνευματικής φροντίδας των ερωτηθέντων.

Αντίστοιχες κλίμακες στο πεδίο αυτό είναι οι ακόλουθες.

- **Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS) (Mamier and Taylor, 2015)**

Μετρά την συχνότητα που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές να παρέχουν θεραπείες πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς τους. Προορίζεται να βοηθήσει την έρευνα σχετικά με την πνευματική φροντίδα στη νοσηλευτική πρακτική και την κατανόηση του βαθμού στον οποίο η πνευματική φροντίδα ενσωματώνεται στην καθημερινή φροντίδα. Κλίμακα likert 6 βαθμών (που κυμαίνεται από «Ποτέ» έως «Πάντα») και n= 17 θεμάτων. Συντελεστής Cronbach alpha 0,95.

- **Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) (“Spiritual Care Competence Questionnaire - Questionnaire,” n.d.)**

Μετρά την ικανότητα πνευματικής φροντίδας σε 7 πεδία: 1. Αντίληψη πνευματικών αναγκών, 2. Ομαδικό πνεύμα, 3. Ικανότητες τεκμηρίωσης, 4. Ικανότητες πνευματικής αυτογνωσίας, 5. Γνώσεις για άλλες θρησκείες, 6. Ικανότητες συνομιλίας και 7. Ικανότητες ενδυνάμωσης. Κλίμακα likert 4

βαθών (που κυμαίνεται από «διαφωνώ κάθιστα» έως «συμφωνώ απόλυτα») και n=26 θεμάτων. Συντελεστή Cronbach alpha 0.82, 0.81, 0.84, 0.83, 0.73, 0.86, 0.79.

- **Spiritual Care-Giving Scale (SCGS) (Tiew and Creedy, 2012)**

Μετρά την αντίληψη των φοιτητών νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα σε 5 πεδία: 1. *Ιδιότητες για την πνευματική φροντίδα*, 2. *Προοπτικές πνευματικότητας*, 3. *Ορισμός της πνευματικής φροντίδας*, 4. *Στάσεις πνευματικής φροντίδας*, 5. *Αξίες πνευματικής φροντίδας*. Κλίμακα likert 6 βαθμών (που κυμαίνεται από 'διαφωνώ έντονα' έως 'απόλυτα συμφωνώ') και n=35 θεμάτων. Συντελεστή Cronbach alpha 0,86.

- **Spiritual Care Intervention - Provision Scale (SCIPS) (Musa and Pevalin, 2016)**

Μετρά τη συχνότητα με την οποία οι νοσηλευτές παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους, σε δύο πτυχές: 1) *Θρησκευτική* και 2) *Υπαρξιακή*. Κλίμακα n=17 θεμάτων. Συντελεστής Cronbach alpha κυμαίνονται από 0,77 και άνω. Η κλίμακα αυτή έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα (E. C. Fradelos et al., 2020).

- **Spiritual Care-Giving Scale (SCGS) (Tiew and Creedy, 2012)**

Μετρά την κατανόηση της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής σε πέντε διαστάσεις: 1. *Ιδιότητες για πνευματική φροντίδα*, 2. *Πνευματικές προοπτικές*, 3. *Ορισμός της πνευματικής φροντίδας* 4. *Στάσεις πνευματικής φροντίδας* 5. *Αξίες πνευματικής φροντίδας*. Κλίμακα ikert 6 βαθμών (κυμαίνεται από «διαφωνώ έντονα» έως «συμφωνώ απόλυτα») και n=35 θεμάτων. Με συντελεστή Cronbach alpha για τις υποκλίμακες να κυμαίνονται από 0,822 έως 0,926.

- **Spiritual Care Competence Scale (SCCS) (van Leeuwen et al., 2009)**

Μετρά την ικανότητα των φοιτητών νοσηλευτικής και των επαγγελματιών στην παροχή πνευματικής φροντίδας σε έξι τομείς: 1. *Αξιολόγηση και την εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας*, 2. *Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα*, 3. *Προσωπική υποστήριξη*, 4. *Συμβουλευτική ασθενών*, 5. *Παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες*, 6. *Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς* και 7. *Επικοινωνία*. Κλίμακα likert 5 βαθμών και n=27 θεμάτων. Συντελεστής Cronbach alpha μεγαλύτερο του 0.70.

Όλες οι παραπάνω κλίμακες έχουν διαφορετικούς στόχους, ικανότητες και δυνατότητα εφαρμογής. Η κλίμακα η οποία αξιολογεί σε ένα ευρύ πεδίο την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα είναι η SCCS των van Leeuwen et al. (2009). Την κλίμακα αυτή επέλεξε η ερευνήτρια ως την καταλληλότερη προς χρήση για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

3.2 Κλίμακα SCCS

Η κλίμακα SCCS αναπτύχθηκε από τους Van Leeuwen et al. (Leeuwen, 2009) (van Leeuwen et al., 2009). Αναπτύχθηκε ως μέρος ενός ερευνητικού προγράμματος που υλοποίησε η ερευνητική ομάδα Ethics of Care του Ede Christian University, υπό την ικανή καθοδήγηση του Henk Jochemsen. Είναι ειδικά σχεδιασμένη για να καλύψει την ανάγκη για αυτό-αξιολόγηση των ικανοτήτων των φοιτητών νοσηλευτικής και των ασκούμενων νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Η κλίμακα εστιάζει στην προσωπική ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα και όχι στην άποψη τους για την πνευματική φροντίδα γενικότερα. Οι κατασκευαστές χρησιμοποιούν τον όρο «πνευματικότητα» και δεν εστιάζουν αποκλειστικά στην θρησκεία, γεγονός που συνάδει και με την άποψη των Garssen et al. (2017) για την ανάγκη σχεδιασμού έγκυρων εργαλείων αξιολόγησης της πνευματικής φροντίδας.

Όσον αφορά τη δομή, η SCCS περιλαμβάνει έξι παράγοντες και συνολικά 27 ερωτήσεις (van Leeuwen et al., 2009). Αναλυτική περιγραφή θα ακολουθήσει στο κεφάλαιο 4.6.3.

Η επικύρωση της SCCS διενεργήθηκε αρχικά σε ένα μέγεθος δείγματος 197 φοιτητών νοσηλευτικής 3^{ου} και 4^{ου} έτους. Η συλλογή δεδομένων για αυτήν την επικύρωση πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2004. Σε κάθε συμμετέχοντα αρχικά δόθηκαν λεπτομερείς γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ερωτηματολόγιο και έντυπο γραπτής συγκατάθεσης και έπειτα τους χορηγήθηκε η κλίμακα (van Leeuwen et al., 2009).

Για τη βαθμολόγησή η SCCS χρησιμοποιεί κλίμακα Likert 5 βαθμών όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτήν την κλίμακα είναι ενδεικτικές πιο προηγμένων δεξιοτήτων στην παροχή πνευματικής φροντίδας.

Η κλίμακα βρέθηκε ότι είναι κατάλληλη για ποικίλες περιπτώσεις χρήσης, συμπεριλαμβανομένων κλινικών, εκπαιδευτικών και ερευνητικών σκοπών, κάτι που την καθιστά ως ένα ευέλικτο εργαλείο, εξίσου αποτελεσματικό τόσο για φοιτητές όσο και για επαγγελματίες υγείας (van Leeuwen et al., 2009)

Για τον προσδιορισμό της σταθερότητας πραγματοποιήθηκε δοκιμασία και επαναληπτική δοκιμασία (test-retest) σε δείγμα συμμετεχόντων $n=109$ σε διάστημα 2 εβδομάδων. Ωστόσο, ένας περιορισμός που βρέθηκε κατά την επικύρωση της κλίμακας ήταν ότι επικεντρωνόταν κυρίως σε ένα ομοιογενές δείγμα χριστιανών φοιτητών νοσηλευτικής. Αυτό περιορίζει τη δυνατότητα εφαρμογής της σε έναν ευρύτερο, πιο διαφοροποιημένο πληθυσμό (van Leeuwen et al., 2009).

Τα πλεονεκτήματα της SCCS είναι ότι παρέχει μια δομημένη και επικυρωμένη προσέγγιση για την αξιολόγηση της ικανότητας των φοιτητών νοσηλευτικής και των επαγγελματιών στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Η κλίμακα είναι ολοκληρωμένη και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τομέων σχετικών με την πνευματική φροντίδα. Επιπλέον, έχει αποδεδειγμένη αξιοπιστία, η οποία αποδεικνύεται από τους συντελεστές Cronbach alpha (van Leeuwen et al., 2009).

Τα μειονεκτήματα που σχετίζονται με τη SCCS σχετίζονται με τη φύση των μέτρων αυτοαναφοράς, τα οποία ενδέχεται να εισάγουν μεροληψία στις απαντήσεις, καθώς οι συμμετέχοντες μπορεί να υπερεκτιμήσουν τις ικανότητές τους. Η αρχική επικύρωση διεξήχθη σε μια ομοιογενή ομάδα χριστιανών φοιτητών νοσηλευτικής, περιορίζοντας την πιθανή εφαρμογή της σε πιο διαφορετικούς πληθυσμούς. Επιπλέον, τα μέτρα κλίμακας αντιλαμβάνονταν την ικανότητα αντί για την πραγματική ικανότητα, η οποία θα μπορούσε ενδεχομένως να διαφέρει.

Η κλίμακα κρίθηκε κατάλληλη να χρησιμοποιηθεί για κλινικούς, εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς σκοπούς τόσο σε φοιτητές όσο και σε επαγγελματίες στον κλάδο της υγείας.

Έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών ως εργαλείο και έχει επίσης σταθμιστεί στην Τουρκία (Daghan et al., 2019), στη Βραζιλία (Dezorzi et al., 2019), στην Ταϊβάν (Fang et al., 2022), στην Κίνα (Hu et al., 2019) και στην Κορέα (Kang et al., 2019) και έχει αξιολογηθεί ως αξιόπιστο εργαλείο.

3.2.1 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Τουρκία (SCCS-T)

Για την στάθμιση της κλίμακας SCCS στην Τουρκία οι Dagham et al (Daghan et al., 2019) διέπραξαν μια μεθοδολογική μελέτη, με στόχο να αξιολογήσουν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της τουρκικής έκδοσης της κλίμακας SCCS-T. Η έρευνα διεξήχθη σε τελειόφοιτους προπτυχιακούς φοιτητές νοσηλευτικής ($n = 297$) σε 2 σχολές νοσηλευτικής και επιστήμης υγείας σε μια πόλη στο δυτικό τμήμα της Τουρκίας από τον Μάρτη έως τον Ιούνιο του 2016. Τα

εκπαιδευτικά πλαίσια όπου διεξήγαγαν την έρευνα επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της μη πιθανής δειγματοληψίας, καθώς ήταν εύκολα προσβάσιμα για τους ερευνητές.

Τα κριτήρια που έθεσαν οι ερευνητές ήταν οι συμμετέχοντες να φοιτούν στο εκπαιδευτικό πλαίσιο στο οποίο γίνεται η έρευνα, να μιλούν την Τουρκική γλώσσα, να είναι μουσουλμάνοι, να έχουν κλινική εμπειρία, να είναι παρόντες/παρούσες στις σχολές τους κατά την περίοδο που διεξάγεται η έρευνα και να επιθυμούν την συμμετοχή τους.

Οι ερευνητές μοίρασαν στους συμμετέχοντες φόρμα κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων (με στοιχεία για την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τον τύπο της οικογένειας, το εκπαιδευτικό ίδρυμα όπου φοιτούν και το εργασιακό καθεστώς στο οποίο βρίσκονται) και το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο SCCS-T. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στις αίθουσες διδασκαλίας και συλλέχθηκαν από τους ερευνητές.

Για τη διερεύνηση της εγκυρότητας πραγματοποιήθηκε επανεξέταση (retest) σε 30 συμμετέχοντες σε διάστημα 2 εβδομάδων, η οποία ανέδειξε πως η σταθερότητα της SCCS-T δεν μεταβάλλεται στον χρόνο.

Ο πληθυσμός των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 21-36 χρονών, το 81,8% ήταν γυναίκες, οι 97,6% ήταν άγαμες, ενώ το 6,8% εργάζονταν ως νοσηλεύτες.

Κατά τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση οι ερευνητές στην SCCS-T συνδύασαν τρεις παράγοντες από την αρχική κλίμακα SCCS. Ο πρώτος παράγοντας με τίτλο *«αξιολόγηση και εκτέλεση της πνευματικής φροντίδας»* περιλαμβάνει 6 στοιχεία με τιμές από .64 έως .80. Ο δεύτερος παράγοντας με τίτλο *«επαγγελματισμός και συμβουλευτική ασθενών στην πνευματική φροντίδα»* περιλάμβανε 15 στοιχεία με τιμές .44 έως .86. Ο παράγοντας δυο της SCCS-T περιλαμβάνει τον συνδυασμό των παραγόντων 2 και 3 και 4 της πρωτότυπης κλίμακας SCCS. Ο τρίτος παράγοντας με τίτλο *«στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς»* περιλαμβάνει 6 στοιχεία με τιμές .83 έως .90. Ο παράγοντας τρία της SCCS-T αποτελείται από τον συνδυασμό των παραγόντων 5 και 6 της πρωτότυπης κλίμακας SCCS.

Στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis CFA) των 3 παραγόντων, ο παράγοντας ένα έδωσε τιμές από .80 έως .90, ο παράγοντας δυο έδωσε τιμές από .68 έως .92 και τέλος ο παράγοντας τρία έδωσε τιμές από .85 έως .94. Ο συντελεστής άλφα του Cronbach στον πρώτο παράγοντα ήταν .94, στον δεύτερο .96 και στον τρίτο .97. Στην συνολική

κλίμακα SCCS-T ο συντελεστής άλφα του Cronbach ήταν .97. Ο συντελεστής Sprearman-Brown συνολικά ήταν .88, με αντίστοιχες τιμές στις υποκλίμακες .93, .89, .96.

Η τιμή Kaiser–Meyer–Olkin KMO για την εγκυρότητα της κατασκευής βρέθηκε στο .957 και η τιμή Bartlett για τη σημαντικότητα της έρευνας βρέθηκε στο $p < .001$ συνεπώς το μέγεθος του δείγματος της έρευνας ήταν επαρκές και το σύνολο των δεδομένων ήταν κατάλληλο για την παραγοντική ανάλυση , Johnson and Christensen, 2014).

Το SCCS-T έδειξε μια δομή 3 παραγόντων που εξηγεί το 75% της διακύμανσης σε αντίθεση με την αρχική κλίμακα SCCS 6 παραγόντων.

Το μοντέλο τριών παραγόντων της SCCS-T βρέθηκε να είναι μια αξιόπιστη και έγκυρη κλίμακα για την αξιολόγηση των ικανοτήτων πνευματικής φροντίδας των φοιτητών νοσηλευτικής και των νοσηλευτών στην Τουρκία.

Τα αποτελέσματα διέκριναν τους νοσηλευτές ως επαρκής στην παροχή πνευματικής φροντίδα. Λοιποί συγγραφείς (Ozbasaran et al. 2011; Eglenceκαι Simsek 2014; Cetinkaya et al. 2013) τονίζουν πως ο ρόλος αυτός δεν είναι ξεκάθαρος και οι ερευνητές υποθέτουν πως η σύνθεση των 6 παραγόντων της αρχικής κλίμακας σε 3 στην τουρκική κλίμακα οφείλεται σε αυτή την ασάφεια. Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως τα αποτελέσματα της μελέτης τους θα εισαχθούν στο σύστημα υγείας και προτείνουν η SCCS-T να χρησιμοποιηθεί στον προγραμματισμό της εκπαίδευσης των νοσηλευτών και των φοιτητών νοσηλευτών.

Ο κύριος περιορισμός της έρευνας ήταν ο πληθυσμός του δείγματος των συμμετεχόντων οι οποίοι δεν είχαν κλινική εμπειρία.

3.2.2 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Βραζιλία (SCCS-B)

Για την στάθμιση της κλίμακας SCCS στην Βραζιλία οι Dezorzi et al (Dezorzi et al., 2019) διεξήγαγαν μια μεθοδολογική και συγχρονική μελέτη. Στόχος τους ήταν η μετάφραση, η προσαρμογή και η μέτρηση της αξιοπιστίας της SCCS για τη χρήση στους επαγγελματίες υγείας στη Βραζιλία.

Οι ερευνητές απευθύνθηκαν σε νοσηλευτές που εργάζονταν στο Hospital de Clínicas de Porto Alegre της νότιας Βραζιλίας, και συγκεκριμένα στη μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας, στη μονάδα εντατικής θεραπείας ενηλίκων και στη μονάδα παιδιατρικής εντατικής θεραπείας. Το δείγμα συλλέχθηκε στο διάστημα Ιανουάριο με Απρίλιο του 2016. Οι ερευνητές έστειλαν μέσω

email πρόταση για εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα σε 350 επαγγελματίες στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Έπειτα έστειλαν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας SurveyMonkey το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο μαζί με μια φόρμα με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, διάρκεια επαγγελματικής εμπειρίας και πνευματικές ή/και θρησκευτικές επιλογές). Οι συμμετέχοντες που αποδέχτηκαν την συμμετοχή τους ήταν 181 (n=181).

Ακολούθησε επαναληπτική δοκιμασία (test-retest) σε διάστημα δυο με τέσσερις εβδομάδες, στο οποίο συμμετείχαν n=38 νοσηλευτές, η οποία δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις έξι υποκλίμακες.

Το δείγμα των συμμετεχόντων είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Dezorzi et al., 2019):

- Μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41,8 έτη
- 77,3% ήταν γυναίκες.
- Επίπεδο εκπαίδευσης: 38,7% είχε ακαδημαϊκή εξειδίκευση, 17,1% είχε μεταπτυχιακή εκπαίδευση
- Μέση επαγγελματική εμπειρία ήταν 15 χρόνια (εύρος 10 έως 26 ετών)
- Το 78,5% ανέφερε ένα ευρύ φάσμα πνευματικών και/ή θρησκευτικών επιλογών, και το 21,5% ανέφερε ότι δεν είχε πνευματικές ή/και θρησκευτικές πεποιθήσεις

Η κλίμακα SCCS-B διατήρησε και τις 6 υποκλίμακες της αρχικής SCCS με τα 27 στοιχεία.

Η εγκυρότητα κατασκευής αξιολογήθηκε με παραγοντική ανάλυση, η εσωτερική συνέπεια εκτιμήθηκε με τον συντελεστή άλφα του Cronbach και τη μέση συσχέτιση μεταξύ στοιχείων (mean inter-item correlation MIIC). Ο συντελεστής άλφα του Cronbach και το MIIC της έκδοσης SCCS-B ήταν 0,92 και 0,29, αντίστοιχα, παρέχοντας στοιχεία για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας. Ο συντελεστής ενδοταξικής συσχέτισης (intraclass correlation coefficient) κυμάνθηκε από 0,67 έως 0,84, επιβεβαιώνοντας τη σταθερότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας.

Για τους 6 παράγοντες της κλίμακας SCCS-B ο συντελεστής δειγματοληπτικής επάρκειας για την εγκυρότητα της κατασκευής Kaiser-Meyer-Olkin βρέθηκε στο .88 και ο συντελεστής Bartlett βρέθηκε στο $p < 0,001$, υποδεικνύοντας ότι το δείγμα ήταν επαρκές για παραγοντική ανάλυση, (Johnson and Christensen, 2014).

Τα αποτελέσματα της μελέτης συγκριτικά με αυτά της αρχικής κλίμακας SCCS, όλες οι παράγοντες δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις τιμές του συντελεστή άλφα Cronbach και MHC παρά μόνο ο παράγοντας «στάση προς την πνευματικότητα του ασθενούς» είχε καλύτερες τιμές. Οι ερευνητές ανέφεραν μελέτες που σχετίζουν τον τρόπο που οι επαγγελματίες υγείας συνδέονται με τη δική τους πνευματικότητα και την ποιότητα της πνευματικής φροντίδας που παρέχουν (Lemmer, 2010, Wasner et al., 2005) και τόνισαν την ανάγκη για περεταίρω διερεύνησης, με σκοπό να προσδιοριστεί με σαφήνεια η σχέση αυτή είτε μέσω ποιοτικής έρευνας στον ίδιο πληθυσμό είτε μέσω της χορήγησης της SCCS-B σε συμμετέχοντες που βρίσκονται σε συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Οι ερευνητές προτείνουν την χορήγηση της SCCS-B και σε άλλους πληθυσμούς.

Η έρευνα ανέδειξε την ψυχομετρική ποιότητα της SCCS-B, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της για την μέτρηση των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης της Βραζιλίας να παρέχουν πνευματική φροντίδα.

Οι περιορισμοί της μελέτης κατά τους ερευνητές εστιάστηκε στο γεγονός ότι το διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας δεν υπήρχε άλλο ανάλογο σταθμισμένο εργαλείο για την παράλληλη χορήγηση του και τον έλεγχο της εγκυρότητας της SCCS-B.

Οι ερευνητές ορίζουν πως η μελέτη αυτή και τα αποτελέσματα της μπορούν να συμβάλουν στον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε ποικίλα επίπεδα εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακά ή επαγγελματικά πλαίσια, σε σκοπό την διασφάλιση της επάρκειας των νοσηλευτών να παρέχουν ολιστική φροντίδα.

3.2.3 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Ταϊβάν (SCCS-Ta)

Οι Fang et al (Fang et al., 2022) διεξήγαγαν έρευνα με σκοπό να αξιολογήσουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας ικανότητας πνευματικής φροντίδας (SCCS) σε νοσηλευτές ογκολογίας στην Ταϊβάν.

Στην μελέτη αυτή χρησιμοποίησαν δείγμα ευκολίας από ένα περιφερειακό εκπαιδευτικό νοσοκομείο στην Ταϊβάν, από τον Νοέμβριο του 2017 έως τον Φεβρουάριο του 2019. Οι συμμετέχοντες είχαν ένα εύρος ηλικίας 20 με 65 χρονών. Ήταν επαγγελματίες νοσηλευτές ενεργοί και μη ενεργοί. Για την ένταξη τους στην έρευνα προϋπόθεση ήταν η κλινική τους εμπειρία για τουλάχιστον 2 έτη σε ογκολογικό θάλαμο, ιατροχειρουργικό ή γυναικολογικό τμήμα ή τμήμα

ανακουφιστικής φροντίδας. Εξαιρέθηκαν νοσηλευτές άνω των 65 χρονών καθώς και εργαζόμενοι σε μαιευτήριο ή παιδιατρικό τμήμα. Οι ερευνητές προσκάλεσαν 237 νοσηλευτές από τους οποίους οι 215 (N=215) πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και εν τέλη συμμετείχαν.

Για την αξιοπιστία της SCCS-Ta πραγματοποιήθηκε επαναληπτική δοκιμή (retest) σε διάστημα από 14 συμμετέχοντες σε διάστημα 2 εβδομάδων.

Αρχικά οι ερευνητές έκαναν ενημέρωση για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας στο νοσοκομείο σε βάρδιες. Μετά τη συναίνεση των νοσηλευτών και κατόπιν συνεννόησης οι ενδιαφερόμενοι συμπλήρωσαν ανώνυμα τα ερωτηματολόγια και οι ερευνητές τα συλλέξαν από συγκεκριμένο σημείο.

Το δείγμα των συμμετεχόντων είχε τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Fang et al., 2022):

- Μέσος όρος ηλικίας 27.61 έτη
- Γυναίκες 95.8%
- Εργαζόμενοι πλήρης απασχόλησης 97.7%
- Απόφοιτοι πανεπιστημίου 61.4%
- Βουδιστές 25.1%, Ταοϊστές 28.8%, Χριστιανοί 9.3%, Μουσουλμάνοι 0.5%, λοιπές θρησκείες ή χωρίς πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις 36.3%

Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν δείκτη εγκυρότητας περιεχομένου κλίμακας (S-CVI), έκαναν παραγοντική ανάλυση για την αξιολόγηση και την εγκυρότητα της κλίμακας. Ο συντελεστής άλφα Cronbach υπολογίστηκε στο 0.96. Η εγκυρότητα περιεχομένου ορίστηκε ως σχετική με τιμή .8 (Content validity index CVI).

Ο συντελεστής KMO βρέθηκε στο .94 και ο συντελεστής Bartlett βρέθηκε ικανοποιητικός ($p < 0.001$) και η SCCS-Ta κρίθηκε επαρκής για την παραγοντική ανάλυση.

Πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Confirmatory factor analysis CFA) για τους 6 παράγοντες με τα 27 στοιχεία της πρωτότυπης SCCS.

Πραγματοποιήθηκε Συγκλίνουσα Εγκυρότητα και Διακριτική Εγκυρότητα

Η SCCS-Ta περιέχει 4 παράγοντες με 27 στοιχεία. Ο πρώτος παράγοντας περιέχει 6 στοιχεία, τα οποία αντιστοιχούν στον δεύτερο παράγοντα της SCCS, έχει τίτλο «επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας της πνευματικής φροντίδας» και έχει συντελεστή άλφα Cronbach .95. Ο δεύτερος παράγοντας περιέχει 7 στοιχεία και αποτελεί τον συνδυασμό του δεύτερου και του

τρίτου παράγοντα της αρχικής κλίμακας SCCS, έχει τίτλο «προσωπική υποστήριξη, συμβουλευτική και παραπομπή ασθενών» και έχει συντελεστή άλφα Cronbach .93. Ο τρίτος παράγοντας περιέχει 6 στοιχεία και αποτελεί τον συνδυασμό του πέμπτου και του έκτου παράγοντα της αρχικής κλίμακας SCCS, έχει τίτλο «στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς και επικοινωνία» και έχει συντελεστή άλφα Cronbach.93. Ο τέταρτος παράγοντας έχει 8 στοιχεία και αποτελεί τον συνδυασμό του πρώτου και του τέταρτου παράγοντα της αρχικής κλίμακας SCCS, έχει τίτλο «εκτίμηση, υλοποίηση, παροχή και αξιολόγηση της πνευματικής φροντίδας» και έχει συντελεστή άλφα Cronbach .94.

Οι μετρήσεις των στοιχείων της έρευνας ανέδειξαν την SCCS-Ta ως έγκυρη κλίμακα με εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν την έλλειψη αυτοπεποίθησης των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας και τη μη επαρκή αντίληψη της πνευματικής φροντίδας. Οι ερευνητές προτείνουν την χρήση της SCCS-Ta και την εξέλιξη της ως οδηγό αξιολόγησης των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Οι ίδιοι κρίνουν πως η αξιολόγηση των νοσηλευτών θα βοηθήσει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την παροχή πνευματικής φροντίδας και στον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων στο πεδίο αυτό.

3.2.4 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Κίνα (SCCS-C)

Οι Hu, Van Leeuwen and Li (Hu et al., 2019) διερεύνησαν έρευνα για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακα ικανότητας πνευματικής φροντίδας (SCCS) στους νοσηλευτές στην Κίνα.

Χρησιμοποίησαν δείγμα ευκολίας από 13 διαφορετικά τμήματα 10 κέντρων υγείας και νοσοκομείων (3 πανεπιστημιακά νοσοκομεία, 2 αντικαρκινικά, 1 ψυχιατρείο, 2 νοσοκομεία κινεζικής ιατρικής, 1 παιδιατρικό και 1 κοινοτικό κέντρο υγείας) από τις πόλεις Henan και Jilin. Πληθυσμός στόχος τους ήταν νοσηλευτές να μιλούν κινέζικα και να εργάζονται στην Κίνα. Δεν τέθηκαν κριτήρια αποκλεισμού στην έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε το διάστημα Μάρτιο με Απρίλη του 2018. Οι ερευνητές απευθύνθηκαν σε 800 νοσηλευτές από τους οποίους ανταποκρίθηκαν οι 709 (n=709).

Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε φόρμα με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλλο, εκπαίδευση, χρόνια εμπειρίας, εργασιακό πλαίσιο), η κινεζική έκδοση της κλίμακας Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS-M) και η SCCS-C.

Η εγκυρότητα κατασκευής της κλίμακας προσδιορίστηκε με διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor analysis) με περιστροφή promax (promax rotation). Για την αξιολόγηση της εγκυρότητας χρησιμοποιήθηκε ως συντελεστής συσχέτισης η PCSCCS-M. Για την ποιότητα της δομής του περιεχομένου πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis). Δοκιμάστηκε η εσωτερική συνέπεια και σταθερότητα της κλίμακας με χρήση του συντελεστή άλφα Cronbach.

Οι ερευνητές έστειλαν μια πρόσκληση ενδιαφέροντος μαζί με την φόρμα με τα δημογραφικά στοιχεία, την SCCS-C και την PCSCCS-M μέσω μιας επαγγελματικής πλατφόρμας που ονομάζεται «SO JUMP» και σε δεύτερη φάση οι ερευνητές δημιούργησαν 4 ομάδες συνομιλίας στο WeChat μέσω των οποίων έστειλαν τα ερωτηματολόγια. Είχε προηγηθεί η συμπλήρωση έντυπης συγκατάθεσης.

Οι ερευνητές έκαναν διερευνητική παραγοντική ανάλυση (exploratory factor Analysis) στο 50% του δείγματος και στο άλλο 50% έκαναν επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (confirmatory factor analysis). Τα χαρακτηριστικά του δείγματος ήταν 94,4% γυναίκες, 73,2% είχαν προπτυχιακή εκπαίδευση, ο μέσος όρος κλινικής εμπειρίας ήταν τα 10,39 έτη.

Η συσχέτιση της SCCS-C με την PCSCCS-M ήταν 0,67 ($p < 0,01$) επιδεικνύοντας καλή ταυτόχρονη εγκυρότητα.

Ο συντελεστής Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) της SCCS-C ήταν 0,9. Κατά τη δοκιμή σφαιρικότητας του Bartlett οι τιμές ήταν $\chi^2 = 6896,34$, $df = 351$, $p < 0,001$), που αποδεικνύει την καταλληλότητα.

Οι ερευνητές από τη διερευνητική παραγοντική ανάλυση όρισαν 3 παράγοντες στην κλίμακα SCCS-C συνδυάζοντας υποκλίμακες της SCCS. Συγκεκριμένα όρισαν ως τον πρώτο παράγοντα με τίτλο «*αξιολόγηση, εφαρμογή, επαγγελματισμός και βελτίωση ποιότητας της πνευματικής φροντίδας*» με 12 στοιχεία, ο οποίος έδωσε συντελεστή άλφα του Cronbach .93, τον δεύτερο παράγοντα με τίτλο «*προσωπική και ομαδική υποστήριξη*» με 10 στοιχεία, ο οποίος έδωσε συντελεστή άλφα του Cronbach .92, και τέλος τον τρίτο παράγοντα με τίτλο «*στάση απέναντι στην πνευματικότητα των ασθενών και την επικοινωνία*» με 6 στοιχεία, ο οποίος έδωσε συντελεστή άλφα του Cronbach .89.

Ο συντελεστής διαίρεσης στο μισό Guttman της SCCS-C ήταν .84, υποδεικνύοντας την επαρκή αξιοπιστία της.

Το μοντέλο 3 παραγόντων της SCCS-C έδειξε πιο επαρκή εφαρμογή την πρωτότυπη κλίμακα 6 παραγόντων SCCS, παρόλα αυτά και στις δυο κλίμακες οι δείκτες προσαρμογής ήταν ιδανικοί.

Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως τα δημογραφικά στοιχεία του φύλου της ηλικίας και της κλινικής εμπειρίας δεν σχετίζονται με την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Διαφάνηκε συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος καθώς νοσηλευτές με χαμηλό εισόδημα σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλα τα πεδία της κλίμακας. Επίσης υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών και του παράγοντα με τίτλο «προσωπική και ομαδική υποστήριξη».

Κατά τους ερευνητές οι περιορισμοί της έρευνας βρίσκονται στον πληθυσμό του δείγματος ο οποίος δεν αντιπροσωπεύει το σύνολο των νοσηλευτών στην Κίνα. Η διαδικτυακή χορήγηση του υλικού της έρευνας ενδεχομένως να αποτέλεσε περιορισμό που σχετίζεται με την ικανότητα των νοσηλευτών να χειρίζονται αυτή την τεχνολογία και τα αντίστοιχα προγράμματα.

3.2.5 Στάθμιση Κλίμακας SCCS στην Κορέα (SCCS-K)

Οι Kang et al (Kang et al., 2019) διεξήγαγαν έρευνα με στόχο να εξετάσουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της κλίμακας SCCS σε νοσηλευτές που εργάζονται στην Κορέα και παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με οξείες ή ανίατες ασθένειες. Οι συμμετέχοντες (N=248) εργάζονταν στα 40 ξενώνες (hospices) και μονάδες ανακουφιστικής φροντίδας στη Νότια Κορέα. Προϋπόθεση για την συμμετοχή στην έρευνα ήταν οι συμμετέχοντες να είχαν κλινική εμπειρία τουλάχιστον ενός έτους, να είναι κάτοχοι πιστοποιητικού ή μεταπτυχιακού τίτλου σχετικού με την ανακουφιστική φροντίδα και τους ξενώνες, και να μην είχαν προβλήματα σε καμία γνωστική ικανότητα. Από τις 248 απαντήσεις στα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, οι 233 ήταν έγκυρες.

Κατά τη διαδικασία χορήγησης της κλίμακας έγινε ενημέρωση σκοπού της έρευνας, χορηγήθηκε η SCCS-K, μια φόρμα καταγραφής γενικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και μια γραπτή συναίνεσης.

Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν τα ακόλουθα (Kang et al., 2019):

- Μέσος όρος ηλικίας 35.9 έτη (τιμές από 23 έως 66 έτη)
- Γυναίκες 100%
- 51% άγαμοι, 48.1% έγγαμοι, 0.9% διαζευγμένοι

- 15.5% κάτοχοι πτυχίου αναπληρωτή («associate degree»), 59.2% είχε πτυχίο, 25.3% είχε μεταπτυχιακό
- 22% ήταν ειδικευμένοι νοσηλευτές ή νοσηλευτές με εξειδίκευση στην ογκολογία με μεταπτυχιακό, 79.8% είχαν πιστοποιητικό από εκπαιδευτικό πρόγραμμα των ξενώνων.
- Μέσος όρος εργασίας σε νοσηλευτικά πλαίσια 12 έτη και σε ξενώνες 4 έτη

Πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου παραγοντική ανάλυση.

Αρχικά πραγματοποιήθηκε μετάφραση της SCCS και ανάλυση περιεχομένου (content validity) της SCCS-K όπου έδωσαν τιμές 92 με 96% και MIIIC 0.30 έως 0.71, και αποδεικνύουν το επαρκές επίπεδο εσωτερικής συνέπειας. Η SCCS-K διατήρησε τους 6 παράγοντες και 27 στοιχεία της αρχικής SCCS. Ο συντελεστής Kaiser-Meyer-Olkin βγήκε 0.917. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δοκιμής Bartlett, η τιμή χ^2 ήταν 3877.49 ($P < 0.001$).

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα εξετάστηκαν με χρήση του συντελεστή άλφα του Cronbach, ανάλυση αντικειμένων και διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αξιοπιστία ήταν υψηλή, όπως υποδεικνύεται από τον γενικό συντελεστή Cronbach α 0.942. Αναλυτικά, πρώτος παράγοντας με τίτλο «αξιολόγηση και εφαρμογή πνευματικής φροντίδας» με 7 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .906, δεύτερος παράγοντας με τίτλο «επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας της πνευματικής φροντίδας» με 7 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .890, τρίτος παράγοντας με τίτλο «προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενών» με 4 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .695, τέταρτος παράγοντας με τίτλο «παραπομπή σε επαγγελματίες» με 4 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .809, πέμπτος παράγοντας με τίτλο «στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς» με 3 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .874, και τέλος έκτος παράγοντας με τίτλο «επικοινωνία» με 2 στοιχεία και συντελεστή Cronbach α .852.

Οι ερευνητές βάσει των αποτελεσμάτων προτείνουν μελλοντική έρευνα με σκοπό την επανεξέταση των παραγόντων δυο και τρία με τίτλους «επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας πνευματικής φροντίδας» και «προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενούς».

Οι περιορισμοί της έρευνας κατά τους ερευνητές επικεντρώνονται στον περιορισμό των κλινικών πλαισίων που πραγματοποιήθηκε και των ασθενών, καθώς και του γυναικείου πληθυσμού των συμμετεχόντων.

Οι ερευνητές προτείνουν την χρήση της SCCS-K για την αξιολόγηση των νοσηλευτών και τον σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων με σκοπό οι νοσηλευτές να μπορούν να προσφέρουν υψηλής ποιότητας πνευματική φροντίδα σε ασθενείς τελικού σταδίου σε κλινικά πλαίσια. Επίσης, προτείνουν τη δημιουργία περεταίρω κλινικών προτύπων και πολιτικών.

3.3 Αξιολόγηση και αιτιολόγηση της επιλογής της Κλίμακας SCCS

Η επιλογή της κλίμακας SCCS των Van Leeuwen et al. (van Leeuwen et al., 2009) για τους σκοπούς της έρευνας αυτής έγινε καθώς κρίθηκε πως παρέχει:

Ολιστική προσέγγιση: Η SCCS καλύπτει ένα ευρύ φάσμα πεδίων που αφορά τομείς δεξιοτήτων πνευματικής φροντίδας, που ξεπερνούν τις απλές θεραπευτικές πτυχές ή την πράξη της παροχής φροντίδας. Περιλαμβάνει αξιολόγηση και εφαρμογή πνευματικής φροντίδας, επαγγελματισμό, προσωπική υποστήριξη, συμβουλευτική ασθενών, στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς και επικοινωνία. Η πληρότητα αυτή της δίνει ένα σημαντικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις άλλες κλίμακες, καθώς κρίνεται πως παρέχει μια ολιστική άποψη της ικανότητας πνευματικής φροντίδας των νοσηλευτών.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα: Η SCCS έχει επικυρωθεί και έχει βρεθεί αξιόπιστη σε διάφορα πολιτισμικά πλαίσια. Έχει σταθμιστεί και χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες και μελέτες (van Leeuwen and Schep-Akerman, 2024). Αυτή η διαπολιτισμική επικύρωση προσθέτει στην αξιοπιστία της και αυξάνει την πιθανότητα να είναι αξιόπιστη και έγκυρη και στο ελληνικό πλαίσιο.

Ευελιξία: Η SCCS δεν περιορίζεται στη χρήση σε ερευνητικό περιβάλλον. Είναι εξίσου αποτελεσματική για κλινικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς. Αυτή η ευελιξία την καθιστά χρήσιμο εργαλείο για την χρήση της στην Ελλάδα στο κλινικό νοσηλευτικό πλαίσιο, στον εκπαιδευτικό τομέα και στο ευρύτερο σύστημα υγείας.

Ολοκληρωμένη βαθμολογία: Η SCCS χρησιμοποιεί μια κλίμακα Likert πέντε σημείων, η οποία δίνει μια πιο λεπτή κατανόηση του επιπέδου ικανότητας των νοσηλευτών. Αυτό το

ολοκληρωμένο σύστημα βαθμολόγησης θα μπορούσε να προσφέρει μια βαθύτερη εικόνα για τις δυνατότητες των νοσηλευτών στην Ελλάδα στην παροχή πνευματικής φροντίδας.

Συμπερασματικά, η ολιστική προσέγγιση, η αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα, η ευελιξία και η ολοκληρωμένη βαθμολόγηση της SCCS την καθιστούν κατάλληλη επιλογή για την αξιολόγηση των ικανοτήτων πνευματικής φροντίδας νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΣΣΕΡΑ.

Μεθοδολογία

4.1 Ερευνητικός σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί η επάρκεια των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή του νόσους ή/και χρόνιες παθήσεις.

Για την επίτευξη του σκοπού αυτού θα πραγματοποιηθεί η στάθμιση του SCCS στα Ελληνικά και θα αξιολογηθούν οι ψυχομετρικές του ιδιότητες στον επιλεγμένο πληθυσμό.

Οι επιμέρους στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

1. Να μεταφραστεί και να προσαρμοστεί η κλίμακα SCCS στα ελληνικά.
2. Να αξιολογηθούν οι ψυχομετρικές ιδιότητες της προσαρμοσμένης κλίμακας SCCS-GR (προσδιορισμός της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της).
3. Να διερευνήσει την αντίληψη των νοσηλευτών για την έννοια της πνευματικότητας.
4. Να διερευνήσει κατά πόσον τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με την επάρκεια πνευματικής φροντίδας.

4.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα έρευνα χρησιμοποιεί έναν περιγραφικό, συγχρονικό ερευνητικό σχεδιασμό. Ο σχεδιασμός αυτός είναι μια μη πειραματική μέθοδος που επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από ένα συγκεκριμένο δείγμα σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο συγχρονικός σχεδιασμός επιλέχθηκε λόγω της αποτελεσματικότητάς του στη συλλογή δεδομένων για το υπό μελέτη φαινόμενο (Sedgwick, 2014).

Ο σχεδιασμός αυτός ταιριάζει με τους στόχους της έρευνας, ιδίως επειδή η πρόθεση δεν είναι να αλλάξουν οι συνθήκες, αλλά να κατανοηθεί και να περιγραφεί η τρέχουσα κατάσταση. Στόχος είναι να διερευνηθεί η αντίληψη της έννοιας της πνευματικότητας μεταξύ των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα και φροντίζουν ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ή/και χρόνιες

ασθένειες, να περιγραφεί και να αξιολογηθεί η ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα και να αναλυθεί πώς τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους μπορεί να επηρεάζουν την ικανότητα αυτή. Η ερευνητική μεθοδολογία περιελάμβανε μια διαδικασία δύο σταδίων: μετάφραση και προσαρμογή της SCCS στα ελληνικά και αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της προσαρμοσμένης κλίμακας.

4.3 Διαδικασία Μετάφρασης και Προσαρμογής της SCCS

Η διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής της SCCS ακολούθησε τα στάδια που οροθετήθηκαν από τους Beaton et al. (2000), τα οποία είναι τα εξής:

1. Αρχικά, δύο ανεξάρτητοι, έμπειροι μεταφραστές μετέφρασαν την αγγλική έκδοση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά. Η πρώτη μεταφράστρια είναι νοσηλεύτρια, κλινική ψυχολόγος, δίγλωσση (Ελληνικά/Αγγλικά) μέλος ΕΔΙΠ ψυχολογίας και η δεύτερη είναι ψυχίατρος, μεταφράστρια και οι δυο κατείχαν άριστα την αγγλική γλώσσα. Αυτή η προσέγγιση συνιστάται για την ελαχιστοποίηση της προκατάληψης και τη διασφάλιση της πιστότητας της μετάφρασης (Sousa and Rojjanasrirat, 2011).
2. Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των δύο μεταφρασμένων ελληνικών εκδόσεων, με σύνθεση φράσεων και ορολογίας που χρησιμοποιούσαν οι δύο μεταφραστές. Στόχος είναι η σύγκριση των σημασιολογικών διαφορών μεταξύ των αγγλικών και των ελληνικών εννοιών, η συναίνεση και η δημιουργία μιας ενοποιημένης έκδοσης (Beaton et al., 2000).
3. Πραγματοποιήθηκε εκ των υστέρων μετάφραση του τελικού ερωτηματολογίου στα αγγλικά από δύο νέους ανεξάρτητους μεταφραστές, παρόμοιους σε χαρακτηριστικά και προσόντα με τους αρχικούς μεταφραστές. Η πρώτη είναι νοσηλεύτρια με μεταπτυχιακές σπουδές στην ψυχική υγεία, και η δεύτερη κλινική ψυχολόγος με άριστες γνώσεις της αγγλικής γλώσσας και οι δυο. Σκοπός της εκ των υστέρων μετάφραση είναι η επιβεβαίωση πως το νόημα του μεταφρασμένου περιεχομένου βρίσκεται σε συμφωνία με αυτό της αρχικής έκδοσης (Polit and Yang, 2016).
4. Τα δύο αγγλικά ερωτηματολόγια που μεταφράστηκαν συγκρίθηκαν με το αρχικό για να εξασφαλιστεί η συνέπεια και η πιστότητα (Beaton et al., 2000).
5. Στη συνέχεια, το μεταφρασμένο ελληνικό ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε δέκα νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα, οι οποίοι κλήθηκαν να συμμετάσχουν εθελοντικά και να αξιολογήσουν τις οδηγίες και την

εγκυρότητα του περιεχομένου της μεταφρασμένης κλίμακας. Η διαδικασία αυτή βοηθά στην αξιολόγηση της σκοπιμότητας, της κατανόησης και της πολιτισμικής συνάφειας του εργαλείου στο πλαίσιο του στόχου (Polit and Beck, 2006).

6. Τέλος, ζητήθηκε ανατροφοδότηση από τους μεταφραστές με σκοπό να διασφαλιστεί περαιτέρω η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μεταφρασμένης κλίμακας για τον πληθυσμό-στόχο (Beaton et al., 2000).

Αυτή η διαδικασία διασφαλίζει ότι η SCCS-GR διατηρεί σημασιολογική, ιδιοματική, βιωματική και εννοιολογική ισοδυναμία με την αρχική αγγλική έκδοση της SCCS (Beaton et al., 2000; Sousa and Rojjanasrirat, 2011).

4.4 Συμμετέχοντες και Δειγματοληψία

Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας, όπως υποδηλώνει και το όνομά της, είναι ένα είδος τεχνικής δειγματοληψίας χωρίς πιθανότητες, κατά την οποία οι συμμετέχοντες επιλέγονται λόγω της εύκολης προσβασιμότητάς τους και της εγγύτητάς τους στον ερευνητή (Etikan, 2016).

Το δείγμα αποτελούνταν από πτυχιούχους νοσηλευτές από διάφορα εργασιακά περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, κέντρων αποκατάστασης και μονάδων ανακουφιστικής φροντίδας.

Η δειγματοληψία ευκολίας έχει πολλά πλεονεκτήματα για την παρούσα μελέτη. Πρώτον, είναι πρακτική, αποτελεσματική και οικονομικά αποδοτική, επιτρέποντας την προσέλευση μεγάλου μεγέθους δείγματος σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Επιτρέπει επίσης στον ερευνητή να ελέγχει καλύτερα τη διαδικασία συμμετοχής, γεγονός ιδιαίτερα σημαντικό για την πολύπλοκη διαδικασία μετάφρασης, χορήγησης και επικύρωσης μιας ψυχομετρικής κλίμακας σε ένα νέο πολιτισμικό πλαίσιο (Etikan, 2016).

Ωστόσο, η δειγματοληψία ευκολίας μπορεί να είναι περιορισμένη, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε μεροληψία του δείγματος, καθώς το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό ολόκληρου του πληθυσμού, αλλά μάλλον εκείνου που είναι πιο προσιτός (J.Lavrakas, 2008). Για την αντιμετώπιση αυτού του περιορισμού, η ερευνήτρια απευθύνθηκε σε νοσηλευτές σε όλη την Ελλάδα. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ερμηνεύονται με γνώμονα αυτόν τον περιορισμό.

Το δείγμα λήφθηκε από:

- Το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Η ερευνήτρια απευθύνθηκε στους φοιτητές των μεταπτυχιακών προγραμμάτων: ‘Εξειδικευμένη Ανακουφιστική Φροντίδα και Προηγμένη Νοσηλευτική Ογκολογία’, ‘Διαχείριση Κρίσεων και Μαζικών Καταστροφών και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας’, ‘Εφαρμοσμένης Νοσηλευτικής Επιστήμης’, ‘Προηγμένη Κλινική Νοσηλευτική’, ‘Προηγμένη Παιδιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα’ και ‘Ψυχικής Υγείας’.
- Τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΣΝΕ). Η ερευνήτρια ζήτησε από τον ΕΣΝΕ να σταλθεί η κλίμακα στα μέλη του συνδέσμου.
- Το κοινωνικό δίκτυο Facebook. Η ερευνήτρια απευθύνθηκε στις ακόλουθες ιδιωτικές και δημόσιες διαδικτυακές ομάδες νοσηλευτών: (‘Ε.Ν.Ε’, ‘Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας’, ‘Σελίδα Ενημέρωσης Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ’, ‘Μεταπτυχιακό Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων 2017’, ‘Σύλλογος Μεταπτυχιακών Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ’, ‘Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών- τμήμα Νοσηλευτικής’, ‘Νοσηλευτική- Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας’, ‘Νοσηλευτική Τει Ηρακλείου Κρήτης’, ‘Νοσηλευτική’, ‘Ε.Ν.Ε Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές’, ‘Γραφείο Εκπαίδευσης Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός- Πολυκλινική»’, ‘Ομάδα για Νοσηλευτική Σύρου’, ‘Νοσηλευτές ΠΕ.ΤΕ. ΔΕ’, ‘Φίλοι & Μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Νοσηλευτικής Έρευνας’, ‘Ενιαία Νοσηλευτική Ανα-ΓΕΝΝΗΣΗ (ΕΝΑ)’, ‘ΤΕΙ Νοσηλευτικής Αθηνών’, ‘Λοιπό Επικουρικό Προσωπικό Υπουργείου Υγείας (2020-2022)’, ‘Νοσηλευτικά- Ιατρικά Θέματα/Συνέδρια’, ‘Νοσηλευτικό Προσωπικό Αιγινήτειου Νοσοκομείου’, ‘Ειδικευόμενοι Νοσηλευτές’, ‘ΕΣΝΕ (Εθνικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Ελλάδος)’, ‘Φροντίδα Υγείας- Νοσηλευτική’, ‘Απόφοιτοι Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ’, ‘Νοσηλευτική Ειδικότητα Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής’, ‘Τμήμα Νοσηλευτικής- Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας’, ‘Εκπαιδευτικοί Νοσηλευτικής ΠΕ 87.02’, ‘Εκπαιδευτικοί Νοσηλευτές’, ‘Σελίδα Ενημέρωσης Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ’, ‘(Δ.Ε.Ν.) Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Νοσηλευτές’, ‘Νοσηλευτές- Εργασιακά Θέματα’, ‘Νοσηλευτική ΤΕΙ Λάρισας’, ‘Νέα Δυναμική Νοσηλευτών’, ‘Σύλλογος Μεταπτυχιακών Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ’, ‘Δίκτυο Νέων Ψυχιάτρων & Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας’, ‘Νοσηλευτές/τριες Ελλήνων Νοσοκομείων (Greek Nurses)’, ‘Νοσηλευτική ΤΕΙ Πάτρας’, ‘Ένωση Νοσηλευτών-τριων’, ‘Νοσηλευτική Κοινότητα’.

Η ερευνήτρια δημοσίευσε τον σύνδεσμο της ηλεκτρονικής μορφής της έρευνας στο σύνολο των ανωτέρων πηγών. Συμπληρωματικά, χορηγήθηκαν σε έντυπη μορφή το σύνολο των εγγράφων που συνόδευαν την SCCS-GR (τα οποία αναφέρονται στην ενότητα 4.6) και στους συμμετέχοντες ενός συνεδρίου και ενός συμποσίου του κλάδου των νοσηλευτών, στα οποία συμμετείχε η ερευνήτρια. Το συνέδριο οργανώθηκε από τον Εθνικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΣΝΕ) και πραγματοποιήθηκε στις 3-6 Μαΐου 2023 στην Σύρο. Πρόκειται για το 50^ο Πανελλήνιο Συνέδριο του ΕΣΝΕ. Το συμπόσιο οργανώθηκε από τον Τομέα Νοσηλευτικής Ογκολογίας του Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος και πραγματοποιήθηκε στις 3-5 Νοεμβρίου 2023 στην Χαλκίδα. Πρόκειται για το 10^ο Πανελλήνιο Συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας.

Μέγεθος δείγματος

Το απαιτούμενο μέγεθος δείγματος για τη στάθμιση κλίμακας προτείνεται να συμπεριλαμβάνονται 5-10 άτομα ανά στοιχείο για να γίνει η παραγοντική ανάλυση (De Vellis, 2012, Jonhson and Christensen, 2014, O'Rourke and Hatcher, 2013) Για την κλίμακα SCCS το απαιτούμενο δείγμα αναλογεί σε ένα εύρος 135- 270 συμμετεχόντων, καθώς περιλαμβάνει 27 στοιχεία. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αυτή ήταν 202 νοσηλευτές.

Οι συμμετέχοντες νοσηλευτές που συμμετείχαν στην αξιολόγηση της εγκυρότητας περιεχομένου της κλίμακας κατά τη διαδικασία της μετάφρασης εξαιρέθηκαν από το δείγμα της μελέτης.

Κριτήρια Επιλογής Συμμετεχόντων

Τα κριτήρια επιλογής για τη μελέτη απαιτούσαν οι συμμετέχοντες να είναι πτυχιούχοι νοσηλευτικής από ελληνικά Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ), Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΤΕΙ) και Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΤΕΙ) που εργάζονταν σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης και ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας και φρόντιζαν ασθενείς με χρόνια ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν δύο βασικά κριτήρια ένταξης:

1. Να είχαν εργαστεί για τουλάχιστον έξι μήνες σε κλινικό περιβάλλον με αυτόν τον συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών.
2. Να μην είχαν προβλήματα γνωστικής ικανότητας.

Αυτά τα κριτήρια εξασφάλισαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν σημαντικό επίπεδο εμπειρίας στη φροντίδα της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών υπό έρευνα και ήταν γνωστικά ικανοί να κατανοήσουν τις απαιτήσεις της ερευνητικής μελέτης.

Υπήρχαν επίσης κριτήρια αποκλεισμού στη μελέτη για περαιτέρω βελτίωση της επιλογής των συμμετεχόντων. Οι νοσηλευτές δεν έγιναν δεκτοί ως συμμετέχοντες εάν δεν συμμετείχαν στη θεραπευτική διαδικασία, φροντίδα και υγιεινή των συγκεκριμένων ασθενών και δεν είχαν άμεση διαπροσωπική επαφή μαζί τους στο πλαίσιο των επαγγελματικών τους καθηκόντων.

Αυτά τα κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν για να διασφαλιστεί ότι οι συμμετέχοντες συμμετείχαν άμεσα στην παροχή συνεχούς φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η άμεση και συνεχής αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών ήταν καθοριστική για την κατανόηση της αντίληψης της πνευματικότητας στο πλαίσιο αυτής της μελέτης.

4.5 Χορήγηση Ερωτηματολογίου και Συλλογή Δεδομένων

Η ερευνήτρια σχεδίασε ηλεκτρονική έκδοση της SCCS-GR βάση του προγράμματος Google Forms, με σκοπό να διανεμηθεί ηλεκτρονικά. Στον ηλεκτρονικό σύνδεσμο συμπεριέλαβε:

- κείμενο ενημέρωσης του σκοπού της έρευνας καθώς και των στοιχείων επικοινωνίας με την ερευνήτρια για τυχόν ανάγκη αναζήτησης περαιτέρω πληροφοριών περί της διαδικασίας. Η αποστολή της ενημέρωσης εξασφάλισε ότι οι συμμετέχοντες ήταν καλά ενημερωμένοι σχετικά με το σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης, μια βασική ηθική απαίτηση στην έρευνα (June 1 et al., n.d.)
- έντυπο εθελοντικής συμμετοχής, διασφάλισης της ανωνυμίας και συγκατάθεσης στην συμμετοχή στην συγκεκριμένη έρευνα. Το έντυπο αυτό εγγυάται την εθελοντική συμμετοχή, την ανωνυμία και την άδεια συμμετοχής στη έρευνα, απαραίτητα στοιχεία για την προστασία των δικαιωμάτων, της ιδιωτικής ζωής και της ευημερίας των συμμετεχόντων (June 1 et al., n.d.)
- έντυπο αποσαφήνισης των όρων «πνευματικότητα» και «πνευματική φροντίδα» με σκοπό την διασφάλιση της κατανόησης των εννοιών, συνεπώς και του ευρύτερου περιεχομένου του ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες
- έντυπο δημογραφικών στοιχείων

- την κλίμακα SCCS-GR

Ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος για την πρόσβαση και τη συμμετοχή στην έρευνα στάλθηκε ηλεκτρονικά για αποτελεσματική διανομή (Bujang and Baharum, 2017). Η μέθοδος αυτή παρείχε ένα γρήγορο και οικονομικά αποδοτικό μέσο για την προσέγγιση ενός ευρέος φάσματος συμμετεχόντων και διευκόλυνε την ταχεία και ασφαλή συλλογή δεδομένων (Wright, 2005).

Η ηλεκτρονική έκδοση της SCCS-GR διανεμήθηκε, συμπληρώθηκε και επιστράφηκε ηλεκτρονικά.

Η διαδικασία χορήγησης πραγματοποιήθηκε σε δύο στάδια. Στην πρώτη φάση, η ερευνήτρια εντόπισε ομάδες νοσηλευτών και νοσηλευτικών ιδρυμάτων σε εκπαιδευτικά και κοινωνικά δίκτυα και τους έστειλε τον ηλεκτρονικό σύνδεσμο για να τον προωθήσουν στα μέλη τους. Επιπλέον, έστειλε τον σύνδεσμο με τα προαναφερθέντα συνοδευτικά έντυπα στον προσωπικό λογαριασμό των μελών των ομάδων αυτών, τον οποίο βρήκε μέσω των προφίλ των ομάδων. Συνολικά, αυτά στάλθηκαν σε 1678 προσωπικά προφίλ. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 20,5% (345 απαντήσεις), αλλά μόνο το 10,4% πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα και παρείχε έγκυρες απαντήσεις (175 απαντήσεις).

Επιπλέον, έγινε διανομή όλων των παραπάνω εντύπων σε χαρτί αυτοπροσώπως σε δύο περιπτώσεις, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Διανεμήθηκαν 90 έντυπα ερωτηματολόγια. Το ποσοστό ανταπόκρισης των σφραγισμένων ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν ήταν 31,1% (28 απαντήσεις), εκ των οποίων το 96,4% ήταν έγκυρα (27 ερωτηματολόγια).

Έτσι, ο συνολικός αριθμός έγκυρων ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν ήταν 175 ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια και 27 έντυπα ερωτηματολόγια. Ο συνολικός αριθμός έγκυρων απαντήσεων ήταν $n=202$.

Σε μια δεύτερη φάση, δύο εβδομάδες μετά την πρώτη αποστολή του συνδέσμου, επαναλήφθηκε η ίδια διαδικασία προκειμένου να επανεξεταστεί και να ελεγχθεί αργότερα η σταθερότητα των απαντήσεων με τις πληροφορίες που συλλέχθηκαν. Η σύγκριση των απαντήσεων διασφαλίζει τη σταθερότητα του ερωτηματολογίου (Bujang, 2017). Ένας δεύτερος σύνδεσμος στάλθηκε σε όλους τους συμμετέχοντες που είχαν δηλώσει στην πρώτη φάση (δοκιμή) ότι συμφωνούσαν να συμμετάσχουν στην επαναληπτική δοκιμή. Ο δεύτερος σύνδεσμος περιείχε μόνο το επαναληπτικό τεστ SCCS-GR.

Η αποστολή και η συλλογή όλων των ηλεκτρονικών και έντυπων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τις 27.3.2022 έως την 1.12.2022.

4.6 Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν:

4.6.1 Έντυπο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων:

Το έντυπο συλλογής δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών είναι ένα εργαλείο που παρέχει στους ερευνητές ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού του δείγματος. Τα δημογραφικά δεδομένα που ζητήθηκαν στην έρευνα αυτή περιλάμβαναν πληροφορίες για:

- Φύλο
- Ηλικία
- Εθνικότητα
- Οικογενειακή κατάσταση
- Αριθμός και ηλικίες παιδιών
- Τόπος μόνιμης κατοικίας
- Χρόνια συνολικής υπηρεσίας στον κλάδο της νοσηλευτικής
- Εκπαίδευση
- Ωράριο εργασιακής απασχόλησης
- Χρόνια συνολικής υπηρεσίας στον κλάδο
- Μονάδα απασχόλησης
- Χρόνια απασχόλησης στην παρούσα μονάδα
- Αριθμός ωρών εργασίας εβδομαδιαίως
- Προβλήματα υγείας

- Προβλήματα ψυχικής υγείας

4.6.2 Έντυπο όρων «πνευματικότητας» και «πνευματικής φροντίδας»

Το έντυπο αυτό περιλάμβανε αρχικά μια ανοιχτή ερώτηση στην οποία οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να διατυπώσουν εν συντομία τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον όρο «πνευματικότητα» και έπειτα δόθηκαν οι όροι «πνευματικότητα» και «πνευματική φροντίδα» έτσι όπως ορίζονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ανακουφιστικής Φροντίδας (EAPC). Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν αποτέλεσαν μια βάση δεδομένων για το πώς γίνεται αντιληπτός ο όρος «πνευματικότητα» από τους συμμετέχοντες. Οι όροι δόθηκαν για την αποσαφήνιση τους πριν την συμπλήρωση της κλίμακας. Για την ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην ερώτηση αυτή χρησιμοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου από την ίδια την ερευνήτρια.

4.6.3 Ψυχομετρικό Εργαλείο SCCS

Η περιγραφή της κλίμακας SCCS έγινε στο κεφάλαιο 3.2. Η κλίμακα SCCS δημοσιοποιήθηκε αρχικά το 2008 από τις εκδόσεις του University of Groningen/UMCG από τους R.V. Leuwen et al σε άρθρο με τίτλο «*Towards nursing competencies in spiritual care*» (Leeuwen, 2009) και το 2009 αναδημοσιεύθηκε στο άρθρο των Reve Van Leuwen et al με τίτλο «*The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care*» στο περιοδικό «*Journal of Clinical Nursing*» (Leeuwen et al., 2009). Στην δεύτερη δημοσίευση η κλίμακα παρουσιάζεται με τροποποίηση στην δομή της, (αλλαγή στην σειρά παρουσίασης των 6 παραγόντων και αλλαγή ενός όρου) χωρίς αιτιολόγηση και αναλυτική παρουσίαση των διαδικασιών που έλαβαν χώρα προκειμένου να γίνουν οι αλλαγές αυτές. Για τον σκοπό αυτής της έρευνας η ερευνήτρια χρησιμοποίησε την αρχική δημοσίευση (Leeuwen, 2009) καθώς σε αυτήν είχε πρόσβαση στο στάδιο της έναρξης της έρευνας.

Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 3 η κλίμακα SCCS περιλαμβάνει έξι παράγοντες και συνολικά 27 ερωτήσεις. Αναλυτικά, όπως μεταφράστηκε στα Ελληνικά, οι παράγοντες και οι ερωτήσεις διαμορφώθηκαν ως ακολούθως:

- **Παράγοντας 1**

Τίτλος: «Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς»

Ερωτήσεις:

1) Δείχνω σεβασμό, χωρίς προκατάληψη, στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ανεξάρτητα από το πνευματικό/θρησκευτικό του υπόβαθρο.

2) Είμαι δεκτικός στις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές μου.

3) Δεν προσπαθώ να επιβάλω τις δικές μου πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις σε έναν ασθενή.

4) Γνωρίζω τους προσωπικούς μου περιορισμούς όταν ασχολούμαι με τις πνευματικές / θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

- **Παράγοντας 2**

Τίτλος: «Επικοινωνία»

Ερωτήσεις:

5) Μπορώ να ακούσω ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια / αναπηρία του.

6) Έχω στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση μου με έναν ασθενή (ήσυχος, συμπονετικός, εμπνέω εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση, ενσυναισθητικός, γνήσιος, ευαίσθητος, ειλικρινής και προσωπικός)

- **Παράγοντας 3**

Τίτλος: «Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας»

Ερωτήσεις:

7) Μπορώ να περιγράψω προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς.

8) Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς, σε συνεννόηση μαζί του.

9) Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας μου με τη διεπιστημονική ομάδα.

10) Μπορώ να καταγράψω τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο.

11) Μπορώ να αναφέρω γραπτά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.

12) Μπορώ να περιγράψω προφορικά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.

- **Παράγοντας 4**

Τίτλος: «Παραπομπή»

Ερωτήσεις:

13) Μπορώ να αναθέσω αποτελεσματικά τη φροντίδα για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας / εργαζόμενο παροχής φροντίδας/ κλάδο φροντίδας.

14) Κατόπιν αιτήματος ενός ασθενούς με πνευματικές ανάγκες, μπορώ με έγκαιρο και αποτελεσματικό τρόπο να τον παραπέμψω σε άλλο εργαζόμενο παροχής φροντίδας (π.χ. εφημέριος/ο ίδιος ο ιερέας/ιμάμης του ασθενούς).

15) Ξέρω πότε πρέπει να απευθυνθώ σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς.

- **Παράγοντας 5**

Τίτλος: «Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών»

Ερωτήσεις:

16) Μπορώ να παρέχω σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα.

17) Μπορώ να αξιολογήσω την πνευματική φροντίδα που παρείχα, σε συνεννόηση με τον ασθενή και την διεπιστημονική ομάδα.

18) Μπορώ να δώσω σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που υπάρχουν στο ίδρυμα φροντίδας (που περιλαμβάνουν πνευματική φροντίδα, κέντρο διαλογισμού, θρησκευτικές υπηρεσίες).

19) Μπορώ να βοηθήσω έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές του πρακτικές (συμπεριλαμβανομένης της παροχής ευκαιριών για τελετουργίες, προσευχή, διαλογισμό, ανάγνωση της Βίβλου / Κορανίου, ακρόαση μουσικής).

20) Μπορώ να φροντίσω την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας (π.χ. σωματική φροντίδα).

21) Μπορώ να παραπέμψω τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε έναν πνευματικό σύμβουλο / ποιμένα κ.λπ., αν με ρωτήσουν ή/ και αν αναφέρουν πνευματικές ανάγκες.

- **Παράγοντας 6**

Τίτλος: «Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα»

Ερωτήσεις

22) Μέσα στο τμήμα, μπορώ να συμβάλω στη διασφάλιση της ποιότητας σε ότι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα.

23) Μέσα στο τμήμα, μπορώ να συμβάλω στην διασφάλιση της ποιότητας σε ότι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα.

24) Μέσα στο τμήμα, μπορώ να εντοπίσω προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα σε συναντήσεις με ομότιμους μου.

25) Μπορώ να καθοδηγήσω άλλους εργαζόμενους παροχής φροντίδας σε ότι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς.

26) Μπορώ να κάνω προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη διαχείριση της μονάδα νοσηλείας.

27) Μπορώ να εφαρμόσω ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας.

(Leeuwen, 2009). Το αγγλικό ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνεται στο Παράρτημα Γ

Το ερωτηματολόγιο της κλίμακας SCCS που εμπεριέχεται στα δυο άρθρα όπως προαναφέρθηκε, παρουσιάζεται με δυο διαφορετικές δομές. Στο άρθρο των Leeuwen et al με τίτλο «*The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care*» (Leeuwen et al., 2009) οι 6 παράγοντες διατηρούν τους ίδιους τίτλους και κάθε παράγοντας περιέχει τις ίδιες ερωτήσεις, αλλά η σειρά των παραγόντων είναι η ακόλουθη:

Παράγοντας 1 Τίτλος: «Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας

Παράγοντας 2 Τίτλος: «Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα»

Παράγοντας 3 Τίτλος: «Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών»

Παράγοντας 4 Τίτλος: «Παραπομπή»

Παράγοντας 5 Τίτλος: «Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς»

Παράγοντας 6 Τίτλος: «Επικοινωνία»

Το σύνολο των ερωτήσεων διατηρείται το ίδιο και στα δυο άρθρα, με μοναδική διαφοροποίηση στον παράγοντα «*Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα*» οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αντί του όρου «department» αναφέρεται ο όρος «nursing ward». Συγκεκριμένα:

- Η ερώτηση «*Within the department, I can contribute to quality assurance in the area or spiritual care*» διατυπώθηκε ως «*Within the nursing ward, I can contribute to quality assurance in the area or spiritual care*»
- Η ερώτηση «*Within the department, I can contribute to professional development in the area of spiritual care*» διατυπώθηκε ως «*Within the nursing ward, I can contribute to professional development in the area of spiritual care*»
- Η ερώτηση «*Within the department, I can identify problems relating to spiritual care in peer discussion sessions*» διατυπώθηκε ως «*Within the nursing ward, I can identify problems relating to spiritual care in peer discussion sessions*».

Για τη βαθμολόγησή η SCCS χρησιμοποιεί κλίμακα Likert 5 βαθμών («*διαφωνώ απόλυτα/ διαφωνώ/ ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ/ συμφωνώ/ συμφωνώ απόλυτα*»). Οι ελάχιστες και οι μέγιστες δυνατές τιμές είναι 27 και 135 αντίστοιχα. Κατά τη βαθμολογία οι τιμές χαμηλότερα του 64 δείχνουν χαμηλή ικανότητα, οι τιμές μεταξύ 64-98 υποδηλώνουν μέση ικανότητα ενώ οι τιμές 99 και άνω δείχνουν υψηλή ικανότητα .

Η αξιοπιστία της SCCS είναι επαρκής, με συντελεστή Cronbach $\alpha > 0,70$ (Leeuwen, 2009).

Οι διαφορετικοί τομείς που καλύπτονται από τη SCCS αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους συντελεστές Cronbach α :

- Παράγοντας «*αξιολόγηση και η εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,82$,
- Παράγοντας «*επαγγελματισμός και η βελτίωση της ποιότητας της πνευματικής φροντίδας*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,82$,
- Παράγοντας «*προσωπική υποστήριξη και η συμβουλευτική ασθενών*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,81$,
- Παράγοντας «*παραπομπή*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,79$,
- Παράγοντας «*στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,56$
- Παράγοντας «*επικοινωνία*» βαθμολογήθηκε με $\alpha 0,71$ (van Leeuwen et al., 2009) (Leeuwen, 2009).

4.7 Ανάλυση περιεχομένου

Η ανάλυση περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν από την ερώτηση ανοικτού τύπου. Η μέθοδος αυτή συνιστάται για έρευνες που αποσκοπούν στην καταγραφή διαφορετικών προοπτικών, απόψεων ή/και εμπειριών σε έναν πληθυσμό, στον εντοπισμό ομοιοτήτων και διαφορών και στη δημιουργία νέας γνώσης (Clarke and Braun, 2017, Nowell et al., 2017). Επιλέχθηκε η ανάλυση περιεχομένου, καθώς η ερώτηση ανοικτού τύπου που τέθηκε στους συμμετέχοντες αποσκοπούσε στη διερεύνηση της κατανόησης των συμμετεχόντων για τον όρο «πνευματικότητα». Ακολούθησε η διερεύνηση των ποιοτικών δεδομένων, η δημιουργία μοτίβων (θεμάτων) εντός του συνόλου δεδομένων και η ανάλυση και

αναφορά τους. Ορίστηκαν τα «θέματα», τα οποία αναφέρονται σε μοτίβα νοήματος, και με αυτόν τον τρόπο τα δεδομένα συνοψίστηκαν και οργανώθηκαν για να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά τους, ενώ ακολούθησε ανάλυση και ερμηνεία των παρατηρήσεων.

4.8 Στατιστικές τεχνικές

Για την καταχώρηση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα στατιστικών εφαρμογών SPSS έκδοσης 25 (IBM Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 5%.

Η περιγραφή των μεταβλητών της έρευνας έγινε με χρήση της απόλυτης συχνότητας (n) καθώς και της σχετικής συχνότητας (%). Αναλυτικά ως προς τις στατιστικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, η εσωτερική συνοχή αξιολογήθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη Cronbach's alpha, με αποδεκτό όριο πάνω από 0,7 (DeVellis, 2016). Η εγκυρότητα κατασκευής αξιολογήθηκε με διερευνητική παραγοντική ανάλυση. Χρησιμοποιήθηκε η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών με περιστροφή equamax. Για την διερεύνηση των διαφορών μέσων και διαμέσων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t -test και Mann-Whitney U αναλόγως αν πληρούνταν η υπόθεση της κανονικότητας. Οι τιμές που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή την ανάλυση ήταν μέσος όρος και τυπική απόκλιση (για μεταβλητές με κανονικότητα) διάμεσος και ενδοτεταρτημοριακό εύρος (για μεταβλητές χωρίς κανονικότητα). Η κανονικότητα των μεταβλητών ελέγχθηκε με μέσω της κύρτωσης και της ασυμμετρίας.

4.9 Ερευνητική Ηθική και Δεοντολογία

Για τη στάθμιση της SCCS η ερευνήτρια αναζήτησε τον συγγραφέα Rene van Leeuwen με σκοπό να λάβει την ειδική άδεια του να χρησιμοποιήσει την κλίμακα και να εκτελέσει τη διαδικασία στάθμισης της. Παρά τις πολλαπλές προσπάθειες η ερευνήτρια δεν κατάφερε να έρθει σε επαφή με μαζί του. Η ερευνήτρια αναζήτησε και ήρθε σε επαφή με την ερευνητική ομάδα Ethics of Care του Ede Christian University, με την οποία συνεργάστηκε ο Rene van Leeuwen για την έκδοση της κλίμακας SCCS, της οποίας δεν ήταν πια μέλος, και αιτήθηκε από αυτούς την ειδική άδεια. Η απάντηση του πανεπιστημίου δήλωνε πως ο εκπαιδευτικός αυτός φορέας δεν ήταν αρμόδιος για την χορήγηση της συγκεκριμένης άδειας, και η πρόταση τους περιελάμβανε την ελεύθερη χρήση της κλίμακας και την χορήγηση της από το ελεύθερο άρθρο των εκδόσεων του

University of Groningen/UMCG με τίτλο «*Towards nursing competencies in spiritual care*» στο οποίο συμπεριλαμβάνεται (Leeuwen, 2009).

Η δεοντολογία της έρευνας ελήφθη υπόψη και τηρήθηκε διεξοδικά κατά την εκτέλεση αυτής της μελέτης (Sieber, 1992).

Για την πραγματοποίηση της έρευνας τηρήθηκαν οι αρχές που πρέπει να διέπουν τον κώδικα ηθικής μιας έρευνας και που θεσπίστηκαν από τον κώδικα ηθικής Belmont Report που είναι: «η αρχή του οφέλους και μη βλάβης», «η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια», «η αρχή της δικαιοσύνης, της διαφάνειας, της ιδιωτικότητας, της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας» (Polit and Hungler, 1995).

Η συμμετοχή στην έρευνα έγινε κατόπιν ανοικτής πρόσκλησης, δεν είχε υποχρεωτικό χαρακτήρα και στηρίχθηκε στην ελεύθερη βούληση των συμμετεχόντων νοσηλευτών.

Πριν τη χορήγηση της κλίμακας χορηγήθηκαν έντυπα ενημέρωσης και συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και το περιεχόμενο της μελέτης, την αναμενόμενη διάρκεια της συμμετοχής τους και τα δικαιώματά τους ως συμμετέχοντες (Flick, 2018). Ζητήθηκε η συναίνεση τους. Ενημερώθηκαν για το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν από τη μελέτη ανά πάσα στιγμή χωρίς αρνητικές συνέπειες. Διασφαλίστηκε η εμπιστευτικότητα. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε τηρώντας τους κανόνες προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της αξιοπιστίας και αμεροληψίας της έρευνας.

Για τη διασφάλιση της ασφάλειας, της ιδιωτικότητας, της προστασίας των δεδομένων και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων έγινε επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα με τρόπο ώστε να μην μπορούν πλέον να αποδοθούν σε συγκεκριμένο υποκείμενο χωρίς τη χρήση συμπληρωματικών πληροφοριών. Οι εν λόγω συμπληρωματικές πληροφορίες διατηρήθηκαν χωριστά και διασφαλίστηκε ότι δεν θα μπορούν να αποδοθούν σε ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο σύμφωνα με τις οδηγίες προστασίας δεδομένων.

Η ερευνήτρια είναι η μόνη υπεύθυνη επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και καταχώρησε τα επώνυμα στοιχεία, τα οποία οδηγούν σε ταυτοποίηση (emails, φόρμες συναίνεσης), σε έναν «ανώνυμο πίνακα», ο οποίος θα φυλάσσεται σε ασφαλές μέρος και στον οποίο κανείς άλλος δεν θα έχει πρόσβαση (Flick, 2018).

Τέλος, κατά την αναφορά των ευρημάτων, η ερευνήτρια υποστήριξε την αρχή της ακεραιότητας διασφαλίζοντας την ακρίβεια και την αλήθεια στη διάδοση των ευρημάτων της έρευνας (Resnik, 2007). Χρησιμοποιήθηκε «γενίκευση γνωρισμάτων» για τα δεδομένα των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και δεν συμπεριλήφθηκαν αναγνωριστικά που να συνδέουν τους συμμετέχοντες με τις απαντήσεις τους σε καμία αναφορά ή δημοσίευση (Sieber, 1992).

Με στόχο την τήρηση του κώδικα δεοντολογίας και προστασίας των δικαιωμάτων των συμμετεχόντων στην έρευνα η ερευνήτρια έλαβε έγκριση από τη θεσμική επιτροπή του τμήματος Νοσηλευτικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με αριθμό πρωτοκόλλου 434 (17/3/2023).

Η ερευνήτρια είναι μέλος της EAP (European Association for Psychotherapy) και της EFAT (European Federation of Art Therapists) και σαν μέλος αυτών διέπτετε από τον κώδικα δεοντολογίας των Ψυχοθεραπευτών και των Εικαστικών Θεραπευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΝΤΕ.

Αποτελέσματα

5.1 Εγκυρότητα περιεχομένου

Η διαδικασία της μετάφρασης και προσαρμογής της κλίμακας SCCS στα Ελληνικά όπως προαναφέρθηκε ακολουθήθηκε το μοντέλο των Beaton et al. (2000). Κατά τη διαδικασία αυτή έγιναν τροποποιήσεις στα παρακάτω σημεία.

Στον πρώτο παράγοντα με τίτλο «*Στάση απέναντί στην πνευματικότητα του ασθενούς*»

- Στην ερώτηση νούμερο 2 η αγγλική έκφραση «*I am open*» αποδόθηκε και από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της διαδικασίας ως «*είμαι δεκτικός*».

Στον τρίτο παράγοντα με τίτλο «*Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας*»

- Στην ερώτηση νούμερο 8 η αγγλική έκφραση «*in consultation with the patient*» αποδόθηκε και από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της διαδικασίας ως «*σε συνεννόηση με τον ασθενή*».
- Στην ερώτηση νούμερο 9 η αγγλική διατύπωση «*I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems through multidisciplinary consultation*» μεταφράστηκε από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της μετάφρασης, ως «*Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς μέσω διεπιστημονικής διαβούλευσης*». Ωστόσο στο 5^ο στάδιο της μετάφρασης, οι νοσηλευτές έδειξαν δυσκολία στην κατανόηση του νοήματος της και οι μεταφραστές συμφώνησαν στη διατύπωση της ερώτησης ως «*Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας μου με την διεπιστημονική ομάδα*». Η απόδοση αυτή κρίθηκε πως διευκρινίζει ορθότερα το περιεχόμενο της ερώτησης.
- Στην ερώτηση νούμερο 10 ο αγγλικός όρος «*nursing component*» αποδόθηκε από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της μετάφρασης ως «*νοσηλευτική συνιστώσα*». Ωστόσο στο 2^ο στάδιο της μετάφρασης οι μεταφραστές συμφώνησαν πως ο όρος «*νοσηλευτική συνιστώσα*» δε γίνεται κατανοητός και πρότειναν την φράση «*νοσηλευτική διάσταση*». Η μετάφραση του όρου αυτού δόθηκε καθώς ενέκριναν οι μεταφραστές και οι ερευνητές πως

περιγράφει με αρκετά ικανοποιητικό τρόπο το απαιτούμενο νόημα για τους σκοπούς της έρευνας. Οι νοσηλευτές που κλήθηκαν να αξιολογήσουν την εγκυρότητα του περιεχομένου δεν σχολίασαν αρνητικά την απόδοση του όρου «*νοσηλευτική διάσταση*».

Στον τέταρτο παράγοντα με τίτλο «*Παραπομπή*» στις ερωτήσεις νούμερο 13,14,25 διατυπώνεται ο όρος «*care worker*». Οι μεταφραστές πρότειναν τον όρο «*εργαζόμενος παροχής φροντίδας*». Οι νοσηλευτές που κλήθηκαν να αξιολογήσουν την εγκυρότητα του περιεχομένου κατανόησαν πλήρως τον όρο.

Στον έκτο παράγοντα με τίτλο «*Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα*»:

- Στις ερωτήσεις 22, 23 η αγγλική διατύπωση «*in the area of spiritual care*» αποδόθηκε από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της μετάφρασης ως «στον τομέα της πνευματικής φροντίδας» αλλά σε επόμενη φάση κατέληξαν στην απόδοση «*σε ότι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα*» καθώς έκριναν πως εννοιολογικά η έκφραση αυτή διατύπωνε καλύτερα το νόημα της ερώτησης.
- Στην ερώτηση νούμερο 24 η αγγλική διατύπωσή «*in peer discussions session*» μεταφράστηκε από τους δυο μεταφραστές στην πρώτη φάση της μετάφρασης ως «*σε συναντήσεις με ομότιμους μου*», καθώς στην νοσηλευτική πρακτική στην Ελλάδα χρησιμοποιείται ο όρος «*συνάντηση*» και όχι ο όρος «*συνεδρία*» («*session*») στην αντίστοιχη πρακτική.

5.2 Περιγραφική ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών

Στην ενότητα αυτή των αποτελεσμάτων, παρατίθενται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των συμμετεχόντων.

Στην συνολική διαδικασία της έρευνας συμμετείχαν δυο κατηγορίες συμμετεχόντων:

α) οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στη διαδικασία της μετάφρασης και προσαρμογής της SCCS-GR και

β) οι συμμετέχοντες που συμμετείχαν στην στάθμιση της.

Το δείγμα των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην διαδικασία μετάφρασης και προσαρμογής του ερωτηματολογίου είχε μέγεθος $n=10$ νοσηλευτές. Για την συμμετοχή τους στο στάδιο αυτό της έρευνας το μόνο κριτήριο που ορίστηκε από την ερευνήτρια ήταν να εργάζονται σε μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας και να φροντίζουν τον συγκεκριμένο πληθυσμό των ασθενών στον οποίο αναφέρεται η έρευνα αυτή. Καθώς ο στόχος της συμμετοχής τους ήταν η ανατροφοδότηση στην κατανόηση της μεταφρασμένης κλίμακας και όχι η συμμετοχή τους στο δείγμα της έρευνας, δεν τους χορηγήθηκε η κλίμακα δημογραφικών δεδομένων. Οι νοσηλευτές που συμμετείχαν εργάζονταν σε μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας στην Αττική.

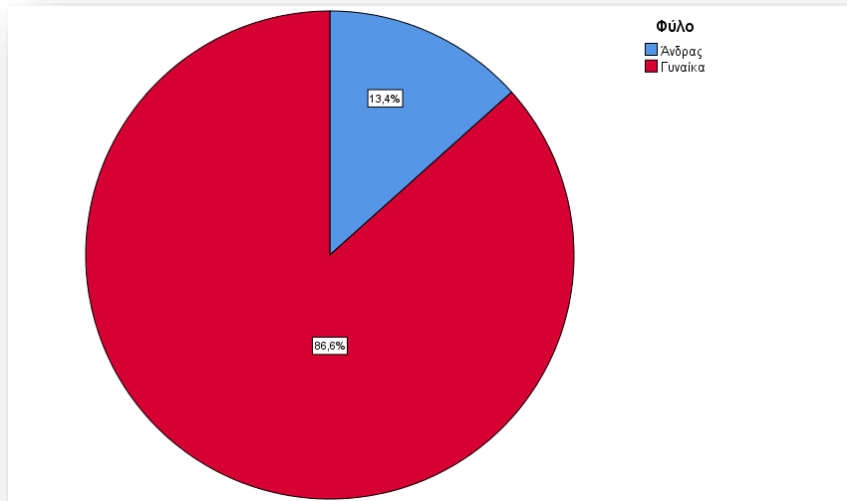
Το τελικό δείγμα των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην στάθμιση της SCCS-GR είχε μέγεθος $n=202$ νοσηλευτές (175 ηλεκτρονικά και 27 έντυπα ερωτηματολόγια) (Συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 9,90%)

Αρχικά συνολικά στάλθηκαν σε 1678 προσωπικά προφίλ νοσηλευτών. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 20,5% (345 απαντήσεις), αλλά μόνο το 10,4% τηρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα (175 απαντήσεις).

Δια ζώσης δόθηκαν 90 έντυπα ερωτηματολόγια. Το ποσοστό ανταπόκρισης των εντυπωμένων ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν ήταν 31,1 % (28 απαντήσεις), εκ των οποίων το 96,4% τηρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα (27 ερωτηματολόγια).

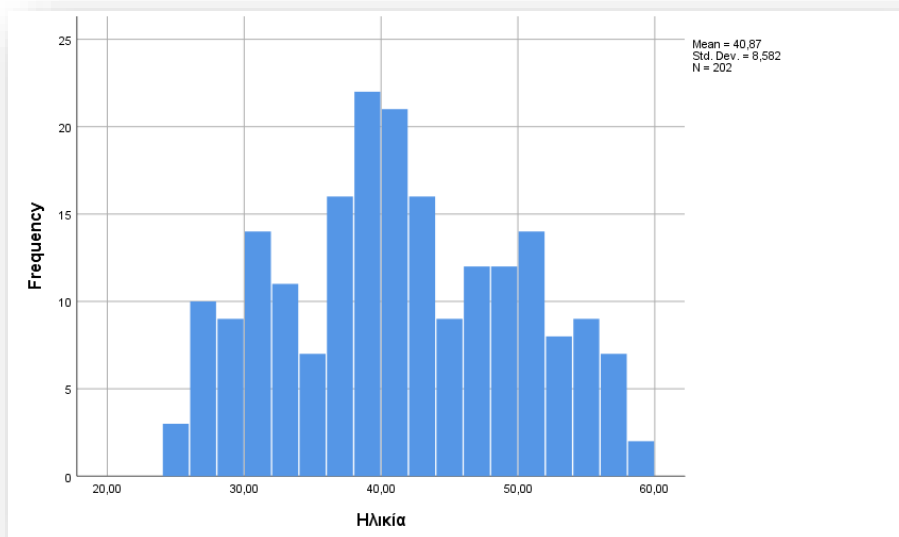
Το δείγμα των νοσηλευτών που συμμετείχε στον έλεγχο της επαναληψιμότητας ήταν 82 συμμετέχοντες (40,5% του ολικού δείγματος). Το ερωτηματολόγιο του επανελέγχου συμπλήρωσαν 62 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης 75,61%).

Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων η πλειονότητα, 8 στους 10 ήταν γυναίκες ενώ το 13,4% άνδρες (Γράφημα 1).



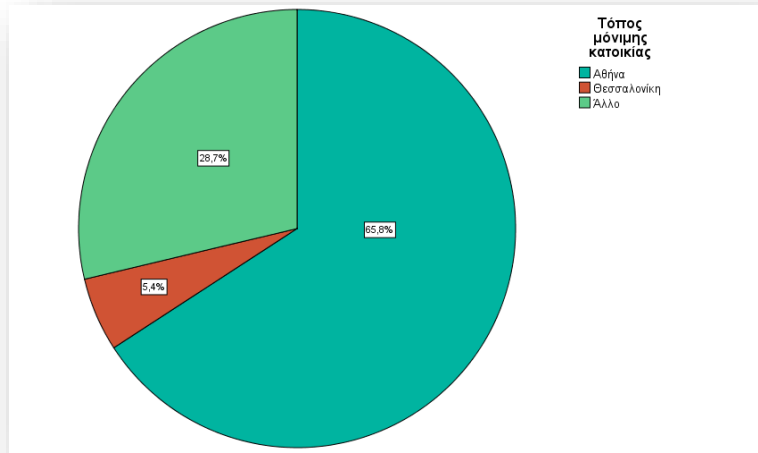
Γράφημα 1. Διάγραμμα για το φύλο

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων (Γράφημα 2), ο μέσος όρος αυτής ήταν 40,87 έτη, η τυπική απόκλιση 8,58, το εύρος κυμαινόταν από 25 έως 58 έτη.



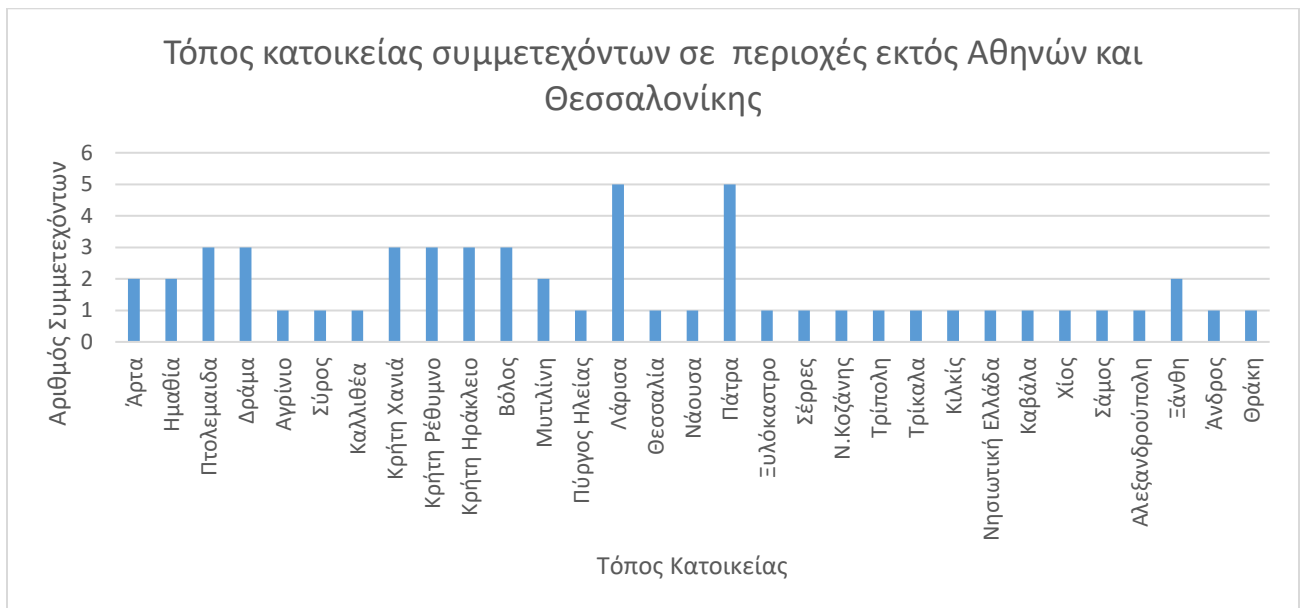
Γράφημα 2. Ιστόγραμμα για την ηλικία

Ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας των συμμετεχόντων η πλειονότητα (65,8%, 138 νοσηλευτές) ήταν από την Αθήνα, το 5,4% από Θεσσαλονίκη (11 νοσηλευτές) και το 28,7% από λοιπές περιοχές (Γράφημα 3α).



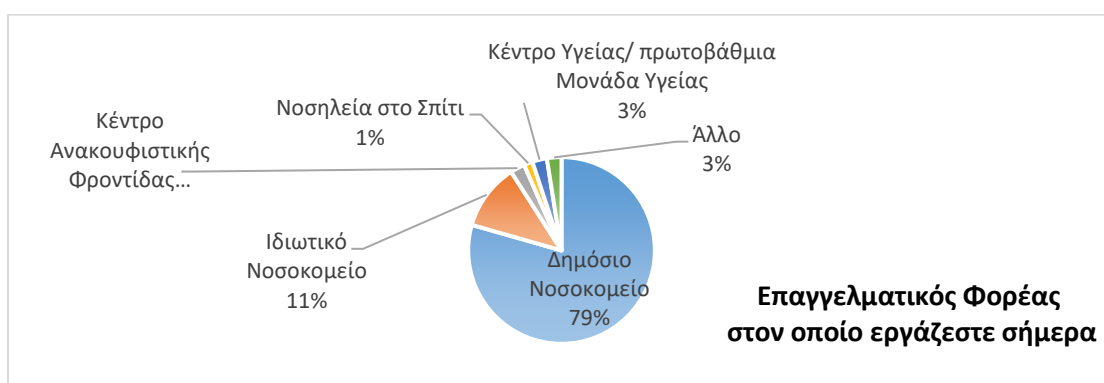
Γράφημα 3α. Διάγραμμα για τον τόπο μόνιμης κατοικίας

Αναλυτικά, ο αριθμός των συμμετεχόντων που κατοικούσαν σε λοιπές περιοχές εκτός Αθηνών και Θεσσαλονίκης καθώς και ο ακριβής τόπος κατοικίας παρουσιάζονται στο γράφημα 3β.



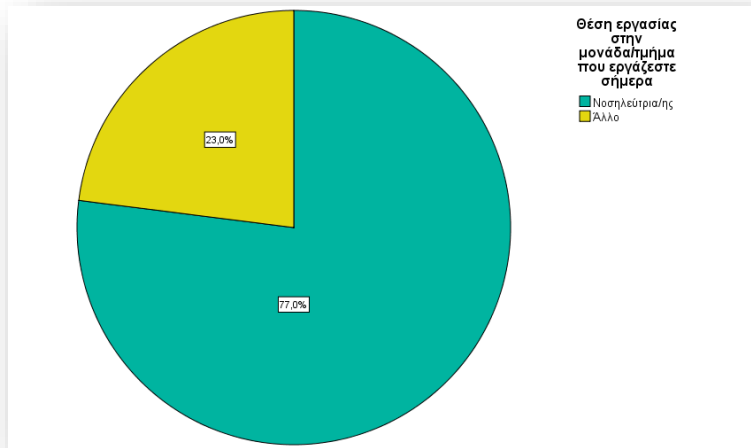
Γράφημα 3β. Ραβδόγραμμα για την κατοικία των συμμετεχόντων σε λοιπές περιοχές της Ελλάδος εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης

Αναφορικά με τον παρόντα επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζονται (Γράφημα 4), το 78,7% εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο ενώ το 21,3% δήλωσε άλλον φορέα. Πιο συγκεκριμένα, το 11,4% δήλωσε ιδιωτικό νοσοκομείο, το 2,5% Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας, το 1,5% Νοσηλεία στο σπίτι, το 3,5% Κέντρο υγείας/Πρωτοβάθμια Μονάδα Υγείας ενώ το 2,5% «άλλο» .



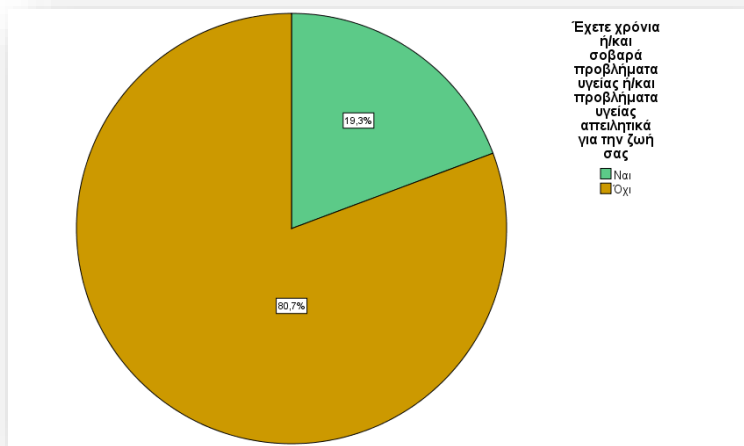
Γράφημα 4^α . Διάγραμμα για τον παρόντα επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζονται

Ως προς τη θέση εργασίας στο τμήμα που εργάζονται σήμερα, η πλειονότητα (77,0%) δήλωσε κλινικός νοσηλευτής ενώ το 23,0% άλλο (Γράφημα 5). Πιο συγκεκριμένα, το 23,0% δήλωσε «προϊστάμενος/η».



Γράφημα 5. Διάγραμμα για τη θέση εργασίας

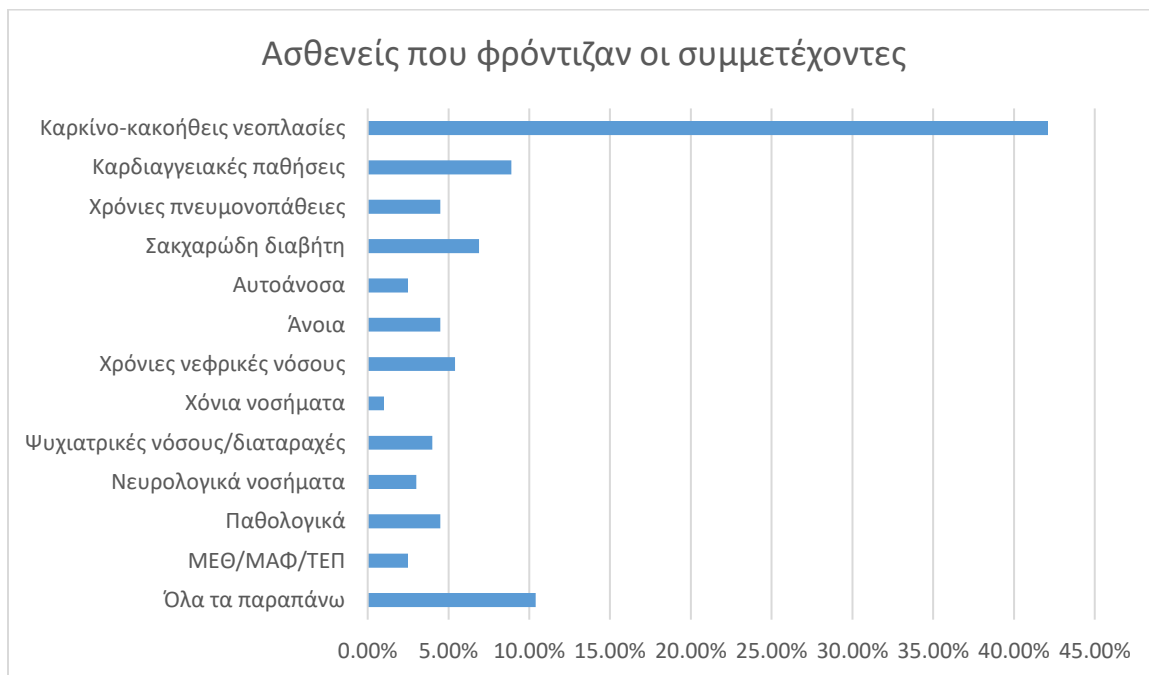
Αναφορικά με το αν έχουν χρόνια ή/και σοβαρά προβλήματα υγείας ή/και προβλήματα υγείας απειλητικά για τη ζωή τους (Γράφημα 6), το 19,3% απάντησε θετικά ενώ το 80,7% αρνητικά.



Γράφημα 6. Διάγραμμα για τα προβλήματα υγείας

Αναφορικά με τον πληθυσμό των ασθενών με τον οποίο εργάζονται η πλειονότητα των συμμετεχόντων (42,1%) εργάζεται με ασθενείς με καρκίνο και κακοήθεις νεοπλασίες το 10,4% με παθολογικά, νευρολογικά νοσήματα, χρόνια νοσήματα και ψυχιατρικές νόσους και διαταραχές,

το 8,9% με καρδιαγγειακές παθήσεις, το 6,9% με σακχαρώδη διαβήτη και το υπόλοιπο ποσοστό με άλλες χρόνιες και απειλητικές για την ζωή νόσους όπως φαίνεται στο γράφημα 7.



Γράφημα 7. Ραβδόγραμμα για τους ασθενείς που φρόντιζαν οι συμμετέχοντες

5.3 Ανάλυση περιεχομένου της ερώτησης περί αντίληψης του όρου «πνευματικότητα»

Η αντίληψη των νοσηλευτών περί του όρου της *πνευματικότητας* στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης αναζητήθηκε μέσω της αντίστοιχης ανοιχτής ερώτησης που δόθηκε στους συμμετέχοντες «*Περιγράψτε εν συντομία τον όρο «πνευματικότητα» έτσι όπως τον αντιλαμβάνεστε*»

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν επεξεργάστηκαν μέσω της μεθόδου της ανάλυσης περιεχομένου. Για την ανάλυση περιεχομένου η ερευνήτρια ξεχώρισε από τον δόκιμο όρο για την «πνευματικότητα» όπως αυτός ορίζεται από την European Association for Palliative Care και χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες («πνευματικότητα είναι η δυναμική διάσταση της ανθρώπινης ζωής που σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν

ή/και αναζητούν νόημα, σκοπό και υπερβατικότητα, καθώς επίσης και τον τρόπο που συνδέονται με τη στιγμή, τον εαυτό τους, τους άλλους, τη φύση, το σημαντικό ή/και το ιερό», “Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.) και όρισε 8 θεματικές. Σε κάθε θεματική συγκεντρώθηκαν οι αντίστοιχες απαντήσεις των συμμετεχόντων που σχετίζονταν με αυτήν. Οι θεματικές που ορίστηκαν και το ποσοστό των απαντήσεων οι οποίες αναφέρονταν στην αντίστοιχη θεματική ήταν:

Θεματική Ένα: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν νόημα» - 18,31% (37 απαντήσεις)

Θεματική Δυο: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν σκοπό» - 10,86% (22 απαντήσεις)

Θεματική Τρία: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν υπερβατικότητα - συνδέονται με το σημαντικό ή/και το ιερό» - 37,62% (76 απαντήσεις)

Θεματική Τέσσερα: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) συνδέονται με τη στιγμή» - 3,46 % (7 απαντήσεις)

Θεματική Πέντε: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) συνδέονται με τον εαυτό» - 14,35% (29 απαντήσεις)

Θεματική Έξι: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) συνδέονται με τους άλλους» - 18,31% (37 απαντήσεις)

Θεματική Επτά: «ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) συνδέονται με τη φύση» - 0% (0 απαντήσεις)

Θεματική Οκτώ: «Άλλο». Στην θεματική αυτή συγκεντρώθηκαν απαντήσεις που αναφερόντουσαν σε θέματα που δεν αντιστοιχούσαν στις υπόλοιπες θεματικές - 46,03% (93 απαντήσεις)

Παρόμοιο αλλά όχι αυτούσιο ορισμό (απαντήσεις που περιλάμβαναν από 3 και πάνω από τις οκτώ θεματικές που περιείχαν περιεχόμενο του δόκιμου όρου) έδωσε το 6,4% των συμμετεχόντων (13 απαντήσεις).

Παραπλήσιο αλλά όχι ολόσωστο ορισμό (απαντήσεις που περιλάμβαναν από 3 και πάνω από τις 7 θεματικές που περιείχαν περιεχόμενο του δόκιμου όρου) έδωσε το 6,4% των συμμετεχόντων (13 απαντήσεις).

Λάθος ορισμό (απαντήσεις που δεν περιλάμβαναν καμία από τις θεματικές που περιείχαν περιεχόμενο του δόκιμου όρου) έδωσε το 22,77% των συμμετεχόντων (46 απαντήσεις).

Κανέναν ορισμό (απαντήσεις που δεν περιλάμβαναν καμία επεξήγηση του όρου πνευματικότητα και απάντησαν «δεν γνωρίζω») έδωσε το 0,49% (1 απάντηση).

Από τις απαντήσεις φάνηκε πως οι συμμετέχοντες δεν είχαν πλήρη και ολοκληρωμένη αντίληψη του όρου πνευματικότητας όπως ορίζεται από την EAPC, ενώ αρκετοί ήταν αυτοί οι οποίοι έδωσαν ως απάντηση όρους που δεν σχετίζονται με την πνευματικότητα. Η πλειονότητα των απαντήσεων ήταν μονολεκτικές ή πολύ περιορισμένης ανάπτυξης. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να φανερώνει τη δυσκολία των Ελλήνων νοσηλευτών να αντιληφθούν ή/και να διατυπώσουν αναλυτικά τον όρο.

5.4 Περιγραφική ανάλυση του ερωτηματολογίου

Στη συνέχεια έπεται η περιγραφική ανάλυση όλων των ερωτήσεων που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο προς στάθμιση όπως συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες.

Παράγοντας 1. Τίτλος «Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς». (Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 1-4)

Στον Πίνακα 2 παρατίθενται οι απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση σχετικά με το σεβασμό στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς ανεξάρτητα από το πνευματικό/θρησκευτικό του υπόβαθρο (ερώτηση ερωτηματολογίου νο1). Ένα μικρό ποσοστό (0,5%) δεν δείχνει σεβασμό ενώ η πλειονότητας απάντησε θετικά (90,0%).

Πίνακας 2

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το σεβασμό στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Δείχνω σεβασμό, χωρίς προκατάληψη, στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ανεξάρτητα από το πνευματικό/θρησκευτικό του υπόβαθρο.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
Διαφωνώ	0	0,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	1	0,5
Συμφωνώ	52	25,7
Συμφωνώ απόλυτα	148	73,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Αναφορικά με τη δήλωση για τη δεκτικότητα στις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς ακόμα κι αν υπάρχει προσωπική διαφοροποίηση (ερώτηση ερωτηματολογίου νο2) οι απαντήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Η πλειονότητα απάντησε πως συμφωνεί (97,0%) ενώ 2,5% απάντησε πως ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 0,5% πως διαφωνεί.

Πίνακας 3

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για την δεκτικότητα στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Είμαι δεκτικός στις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές μου.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
Διαφωνώ	0	0,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	5	2,5
Συμφωνώ	60	29,7
Συμφωνώ απόλυτα	136	67,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στον Πίνακα 4 παρατηρείται ότι στη δήλωση πως δεν προσπαθούν να επιβάλουν τις δικές τους πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις σε έναν ασθενή (ερώτηση ερωτηματολογίου νο3) το 2,5% διαφώνησε. Ουδέτερη ως προς τη δήλωση εμφανίζεται το 1,0% και σε συμφωνία ή απόλυτη συμφωνία ήταν το 97,5% των ερωτώμενων.

Πίνακας 4

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί μη επιβολής προσωπικών πνευματικών/θρησκευτικών πεποιθήσεων στους ασθενείς

Δεν προσπαθώ να επιβάλω τις δικές μου πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις σε έναν ασθενή.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	1,0
Διαφωνώ	1	0,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	2	1,0
Συμφωνώ	29	14,4
Συμφωνώ απόλυτα	168	83,2

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στην δήλωση ότι γνωρίζουν τους προσωπικούς τους περιορισμούς όταν ασχολούνται με τις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο4) η πλειονότητα του δείγματος βρίσκεται σε συμφωνία ή απόλυτη συμφωνία (93,1%). Με τη δήλωση αυτή διαφώνησε το 1,0%, ενώ το 5,9% ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν (Πίνακας 5).

Πίνακας 5

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο γνωρίζουν τους προσωπικούς περιορισμούς όταν ασχολούνται με πνευματικές / θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

Γνωρίζω τους προσωπικούς μου περιορισμούς όταν ασχολούμαι με τις πνευματικές / θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5

Διαφωνώ	1	0,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	12	5,9
Συμφωνώ	79	39,1
Συμφωνώ απόλυτα	109	54,0

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παράγοντας 2. Τίτλος «Επικοινωνία». (Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 5-6)

Στον Πίνακα 6 παρατίθενται οι απαντήσεις στην ερώτηση σχετικά με το αν μπορούν να ακούσουν ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια/αναπηρία του πόσο (ερώτηση ερωτηματολογίου νο5). Το 2,0% διαφώνησε, το 5,4% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε ενώ το 92,5% συμφώνησε στην δήλωση αυτή.

Πίνακας 6

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης σχετικά με το αν μπορούν να ακούσουν ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια / αναπηρία του

Μπορώ να ακούσω ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια / αναπηρία του.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	2	1,0
Διαφωνώ	2	1,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	5,4
Συμφωνώ	53	26,2
Συμφωνώ απόλυτα	134	66,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη συνέχεια (Πίνακας 7) παρατίθενται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση (ερώτηση ερωτηματολογίου νο6) σχετικά με το αν έχουν στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση τους με έναν ασθενή (ήσυχος, συμπονετικός, εμπνέω εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση, ενσυναισθητικός, γνήσιος, ευαίσθητος, ειλικρινής και προσωπικός). Η πλειονότητα απάντησε πως συμφωνεί (92,6%), ενώ το 2,0% διαφώνησε και το 5,4% κράτησε ουδέτερη στάση.

Πίνακας 7

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης σχετικά με τη στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση με έναν ασθενή

Έχω στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση μου με έναν ασθενή (ήσυχος, συμπονετικός, εμπνέω εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση, ενσυναισθητικός, γνήσιος, ευαίσθητος, ειλικρινής και προσωπικός).	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	2	1,0
Διαφωνώ	2	1,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	11	5,4
Συμφωνώ	66	32,7
Συμφωνώ απόλυτα	121	59,9

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παράγοντας 3. Τίτλος «Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας».

(Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 7-12)

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων σε ποσοστό 73,8% συμφώνησαν/συμφώνησαν απόλυτα με την ερώτηση σχετικά με το αν μπορούν να περιγράψουν προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο7). Ουδέτεροι εμφανίζονται 45 ερωτώμενοι (22,3%) και σε διαφωνία/απόλυτη διαφωνία ήταν το 4,0% των συμμετεχόντων (Πίνακας 8).

Πίνακας 8

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το αν μπορούν να περιγράψουν προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς

Μπορώ να περιγράψω προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς.	<i>n</i>	<i>%</i>
--	----------	----------

Διαφωνώ απόλυτα	4	2,0
Διαφωνώ	4	2,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	45	22,3
Συμφωνώ	109	54,0
Συμφωνώ απόλυτα	40	19,8

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παρεμφερείς απαντήσεις δόθηκαν στην ερώτηση για το αν μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς, σε συνεννόηση μαζί του (ερώτηση ερωτηματολογίου νο8). Η πλειονότητα απάντησε πως συμφωνεί (74,7%), ένα 2,5% διαφώνησε με την ερώτηση ενώ το 23,3% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε (Πίνακας 9).

Πίνακας 9

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης αν υπάρχει δυνατότητα προσαρμογής της φροντίδας στις πνευματικές ανάγκες/ προβλήματα ενός ασθενούς σε συνεννόηση μαζί του

Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς, σε συνεννόηση μαζί του.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	3	1,5
Διαφωνώ	1	0,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	47	23,3
Συμφωνώ	99	49,0
Συμφωνώ απόλυτα	52	25,7

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην ερώτηση αν μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες /τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας με τη διεπιστημονική ομάδα (ερώτηση ερωτηματολογίου νο9), στην συντριπτική τους πλειονότητα με σχεδόν από 7 στους 10 να συμφωνούν ή να συμφωνούν απόλυτα (67,3%). Διαφώνησαν μόνο 9 ερωτώμενοι και το 29,2% ήταν ουδέτεροι στη συγκεκριμένη ερώτηση (Πίνακας 10).

Πίνακας 10

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης αν μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες / τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας με τη διεπιστημονική ομάδα

Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας μου με τη διεπιστημονική ομάδα.	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	2	1,0
Διαφωνώ	5	2,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	59	29,2
Συμφωνώ	93	46,0
Συμφωνώ απόλυτα	43	21,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη συνέχεια ερωτήθηκαν αν μπορούν να καταγράψουν τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο (ερώτηση ερωτηματολογίου νο10). Εδώ υπήρξε μεγαλύτερη διασπορά των απαντήσεων καθώς το 59,4% απάντησε πως συμφωνεί, το 9,4% πως διαφωνεί ενώ το 31,2% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για τον αν μπορούν να καταγράψουν τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο

Μπορώ να καταγράψω τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο.	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	5	2,5
Διαφωνώ	14	6,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	63	31,2

Συμφωνώ	85	42,1
Συμφωνώ απόλυτα	35	17,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στην ερώτηση αν μπορούν να αναφέρουν γραπτά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο11) οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα (Πίνακας 12). Το 7,4% διαφώνησε/διαφώνησε απόλυτα, 64 ερωτώμενοι (31,7%), εμφανίστηκαν ουδέτεροι και σε ποσοστό 60,9% οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ή συμφώνησαν απόλυτα.

Πίνακας 12

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί αναφοράς γραπτώς της πνευματικής λειτουργίας ασθενούς

Μπορώ να αναφέρω γραπτά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	3	1,5
Διαφωνώ	12	5,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	64	31,7
Συμφωνώ	82	40,6
Συμφωνώ απόλυτα	41	20,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στην ερώτηση αν μπορούν να περιγράψουν προφορικά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο12) οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα (Πίνακας 13). Το 2,0% διαφώνησε/διαφώνησε απόλυτα, 43 ερωτώμενοι (21,3%) εμφανίστηκαν ουδέτεροι και σε ποσοστό 76,7% οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ή συμφώνησαν απόλυτα.

Πίνακας 13

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί προφορικής περιγραφής της πνευματικής λειτουργίας ενός ασθενούς

Μπορώ να περιγράψω προφορικά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	3	1,5
Διαφωνώ	1	0,5
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	43	21,3
Συμφωνώ	101	50,0
Συμφωνώ απόλυτα	54	26,7

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παράγοντας 4. Τίτλος «Παραπομπή». (Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 13-15)

Στον Πίνακα 14 που ακολουθεί, καταγράφονται οι απαντήσεις σχετικά με το αν μπορούν να αναθέσουν αποτελεσματικά τη φροντίδα για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας/εργαζόμενο παροχής φροντίδας/κλάδο φροντίδας (ερώτηση ερωτηματολογίου νο13). Σε ποσοστό 63,3% οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν σύμφωνες ή απόλυτα σύμφωνες με αυτή τη τοποθέτηση, ενώ διαφώνησε το 6,4% του δείγματος. Ουδέτερη άποψη εξέφρασε το 30,2% των συμμετεχόντων.

Πίνακας 14

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί αποτελεσματικής ανάθεσης της φροντίδας για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας/εργαζόμενο παροχής φροντίδας/κλάδο φροντίδας

Μπορώ να αναθέσω αποτελεσματικά τη φροντίδα για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας/εργαζόμενο παροχής φροντίδας/κλάδο φροντίδας.	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
Διαφωνώ	12	5,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	61	30,2

Συμφωνώ	96	47,5
Συμφωνώ απόλυτα	32	15,8

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη συνέχεια ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες αν μπορούν με έγκαιρο και αποτελεσματικό τρόπο να τον παραπέμψουν σε άλλο εργαζόμενο παροχής φροντίδας έναν ασθενή μετά από αίτημα του σχετικά με τις πνευματικές του ανάγκες (ερώτηση ερωτηματολογίου νο14). Βρέθηκε ότι το 71,8% του δείγματος συμφώνησε με την πρόταση, 39 ερωτώμενοι δεν δήλωσαν ούτε θετική ούτε αρνητική άποψη (19,3%) και το 8,9% των ερωτώμενων διαφώνησαν (Πίνακας 15).

Πίνακας 15

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης περί παραπομπής σε άλλο εργαζόμενο παροχής φροντίδας

Κατόπιν αιτήματος ενός ασθενούς με πνευματικές ανάγκες, μπορώ με έγκαιρο και αποτελεσματικό τρόπο να τον παραπέμψω σε άλλο εργαζόμενο παροχής φροντίδας (π.χ. εφημέριος/ο ίδιος ο ιερέας/ιμάμης του ασθενούς).	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	3,0
Διαφωνώ	12	5,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	39	19,3
Συμφωνώ	96	47,5
Συμφωνώ απόλυτα	49	24,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Αναφορικά με το αν γνωρίζουν πότε να απευθυνθούν σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο15), θετικά απάντησε το 47,9% των συμμετεχόντων, αρνητικά το 6,9% ενώ το 32,2% απάντησε πως ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί (Πίνακας 16).

Πίνακας 16

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης για το αν ξέρουν πότε να απευθυνθούν σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς

Ξέρω πότε πρέπει να απευθυνθώ σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	3,0
Διαφωνώ	14	6,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	65	32,2
Συμφωνώ	82	40,6
Συμφωνώ απόλυτα	35	17,3

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παράγοντας 5. Τίτλος «Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών».

(Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 16-21)

Η πλειονότητα των ερωτώμενων δήλωσε ότι μπορούν να παρέχουν σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα (47,5%) (ερώτηση ερωτηματολογίου νο16), ενώ το 9,9% απάντησε αρνητικά (Πίνακας 17). Υψηλό ήταν το ποσοστό των αναποφάσιστων (42,6%).

Πίνακας 17

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να παρέχουν σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα

Μπορώ να παρέχω σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	3	1,5
Διαφωνώ	17	8,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	86	42,6

Συμφωνώ	72	35,6
Συμφωνώ απόλυτα	24	11,9

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων κατά πόσο μπορούν να αξιολογήσουν την πνευματική φροντίδα που παρείχαν, σε συνεννόηση με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα (ερώτηση ερωτηματολογίου νο17). Το 9,4% του δείγματος, διαφώνησε ή διαφώνησε απόλυτα με αυτή τη δήλωση, 73 ερωτώμενοι (36,1%) δεν ήταν ούτε σύμφωνοι, αλλά ούτε και διαφώνησαν και η πλειονότητα (54,5%) συμφώνησε ότι μπορούν να αξιολογήσουν την πνευματική φροντίδα που παρείχαν.

Πίνακας 18

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να αξιολογήσουν την πνευματική φροντίδα που παρείχαν, σε συνεννόηση με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα

Μπορώ να αξιολογήσω την πνευματική φροντίδα που παρείχα, σε συνεννόηση με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	1	0,5
Διαφωνώ	18	8,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	73	36,1
Συμφωνώ	88	43,6
Συμφωνώ απόλυτα	22	10,9

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στον Πίνακα 19 που ακολουθεί, καταγράφονται οι απαντήσεις του δείγματος κατά πόσο μπορούν να δώσουν σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που υπάρχουν στο ίδρυμα φροντίδας (ερώτηση ερωτηματολογίου νο18). Σχεδόν 7 στους 10 (67,9%), πιστεύουν

ότι μπορούν να το κάνουν, ενώ 21 συμμετέχοντες (10,4%) δήλωσαν την διαφωνία τους ως προς την ανάθεση. Δεν εμφανίστηκαν σίγουροι για αυτό πάνω από 2 στους 10 ερωτώμενους (21,8%).

Πίνακας 19

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να δώσουν σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που υπάρχουν στο ίδρυμα φροντίδας

Μπορώ να δώσω σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που υπάρχουν στο ίδρυμα φροντίδας (που περιλαμβάνουν πνευματική φροντίδα, κέντρο διαλογισμού, θρησκευτικές υπηρεσίες).	<i>n</i>	<i>%</i>
Διαφωνώ απόλυτα	6	3,0
Διαφωνώ	15	7,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	44	21,8
Συμφωνώ	87	43,1
Συμφωνώ απόλυτα	50	24,8

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να βοηθήσουν έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές του πρακτικές (ερώτηση ερωτηματολογίου νο19), η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε να συμφωνεί ή να συμφωνεί απόλυτα σε ποσοστό 63,3%. Το 12,4% φάνηκε πως διαφωνεί ενώ το 24,3% του δείγματος εμφανίστηκε ουδέτερο (Πίνακας 20).

Πίνακας 20

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να βοηθήσουν έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές του πρακτικές

Μπορώ να βοηθήσω έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές του πρακτικές (συμπεριλαμβανομένης της παροχής ευκαιριών για τελεουργίες, προσευχή,	<i>n</i>	<i>%</i>
---	----------	----------

διαλογισμό, ανάγνωση της Βίβλου / Κορανίου, ακρόαση μουσικής).

Διαφωνώ απόλυτα	4	2,0
Διαφωνώ	21	10,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	49	24,3
Συμφωνώ	74	36,6
Συμφωνώ απόλυτα	54	26,7

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να φροντίσουν την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας (ερώτηση ερωτηματολογίου νο20). Παρατηρείται ότι πάνω από 7 στους 10 (73,8%) συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα, ενώ το 7,4% διαφωνεί ή τοποθετούνται με απόλυτη διαφωνία. Με ουδέτερη άποψη εμφανίζεται το 18,8% των ερωτώμενων.

Πίνακας 21

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να φροντίσουν την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας

Μπορώ να φροντίσω την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής του φροντίδας (π.χ. σωματική φροντίδα).	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	4	2,0
Διαφωνώ	11	5,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	38	18,8
Συμφωνώ	99	49,0
Συμφωνώ απόλυτα	50	24,8

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να παραπέμψουν τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε έναν πνευματικό σύμβουλο, (ερώτηση ερωτηματολογίου νο21) αρνητική άποψη μέσω διαφωνίας εξέφρασε το 10,4% του δείγματος, θετική άποψη το 69,3% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 20,3% (Πίνακας 22).

Πίνακας 22

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να παραπέμψουν τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε έναν πνευματικό σύμβουλο

Μπορώ να παραπέμψω τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε έναν πνευματικό σύμβουλο / ποιμένα κ.λπ., αν με ρωτήσουν ή/ και αν αναφέρουν πνευματικές ανάγκες.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	7	3,5
Διαφωνώ	14	6,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	41	20,3
Συμφωνώ	81	40,1
Συμφωνώ απόλυτα	59	29,2

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Παράγοντας 6. Τίτλος «Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα». (Ερωτήσεις ερωτηματολογίου αριθμοί 22-27)

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να συμβάλουν στη διασφάλιση της ποιότητας σε ότι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα, αρνητική άποψη εξέφρασε το 9,9% του δείγματος (ερώτηση ερωτηματολογίου νο22), θετική άποψη το 61,9% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 28,2% (Πίνακας 23).

Πίνακας 23

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν μέσα στο τμήμα να συμβάλουν στη διασφάλιση της ποιότητας σε ό,τι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα.

Μέσα στο τμήμα, μπορώ να συμβάλω στη διασφάλιση της ποιότητας σε ό,τι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	5	2,5
Διαφωνώ	15	7,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	57	28,2
Συμφωνώ	95	47,0
Συμφωνώ απόλυτα	30	14,9

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να συμβάλλουν στην επαγγελματική ανάπτυξη σε ό,τι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα (ερώτηση ερωτηματολογίου νο23), αρνητική άποψη εξέφρασε το 11,9% του δείγματος, θετική άποψη το 57,0% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 31,2% (Πίνακας 24).

Πίνακας 24

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να συμβάλλουν στην επαγγελματική ανάπτυξη σε ό,τι αφορά την προσφερόμενη πνευματική φροντίδα

Μέσα στο τμήμα, μπορώ να συμβάλω στην επαγγελματική ανάπτυξη σε ό,τι αφορά την πνευματική φροντίδα.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	3,0
Διαφωνώ	18	8,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	63	31,2
Συμφωνώ	86	42,6
Συμφωνώ απόλυτα	29	14,4

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να εντοπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα σε συναντήσεις με τους ομότιμους τους (ερώτηση ερωτηματολογίου νο24), αρνητική άποψη εξέφρασε το 7,0% του δείγματος, θετική άποψη το 65,8% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 27,2% (Πίνακας 25).

Πίνακας 25

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να εντοπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα σε συναντήσεις με ομότιμους τους

Μέσα στο τμήμα, μπορώ να εντοπίσω προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα σε συναντήσεις με ομότιμους μου.	<i>N</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	6	3,0
Διαφωνώ	8	4,0
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	55	27,2
Συμφωνώ	95	47,0
Συμφωνώ απόλυτα	38	18,8

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να καθοδηγήσουν άλλους εργαζόμενους σε ό,τι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς (ερώτηση ερωτηματολογίου νο25), αρνητική άποψη εξέφρασε το 14,9% του δείγματος, θετική άποψη το 51,5% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 33,7% (Πίνακας 26).

Πίνακας 26

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να καθοδηγήσουν άλλους εργαζόμενους σε ό,τι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς

Μπορώ να καθοδηγήσω άλλους εργαζόμενους σε ό,τι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς.	<i>N</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	8	4,0
Διαφωνώ	22	10,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	68	33,7
Συμφωνώ	81	40,1
Συμφωνώ απόλυτα	23	11,4

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να κάνουν προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας (ερώτηση ερωτηματολογίου νο26), αρνητική άποψη εξέφρασε το 18,4% του δείγματος, θετική άποψη το 45,6% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 36,1% (Πίνακας 27).

Πίνακας 27

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να κάνουν προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη διαχείριση της μονάδας νοσηλείας.

Μπορώ να κάνω προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη διαχείριση της μονάδας νοσηλείας.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	8	4,0
Διαφωνώ	29	14,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	73	36,1
Συμφωνώ	70	34,7
Συμφωνώ απόλυτα	22	10,9

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

Στη δήλωση κατά πόσο μπορούν να εφαρμόσουν ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας (ερώτηση ερωτηματολογίου νο27), αρνητική άποψη εξέφρασε το 19,9% του δείγματος, θετική άποψη το 37,6% των ερωτώμενων και χωρίς ξεκάθαρη τοποθέτηση το 43,6% (Πίνακας 28).

Πίνακας 28

Περιγραφική ανάλυση της ερώτησης κατά πόσο μπορούν να εφαρμόσουν ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας

Μπορώ να εφαρμόσω ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας.	<i>n</i>	%
Διαφωνώ απόλυτα	9	4,5
Διαφωνώ	29	14,4
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	88	43,6
Συμφωνώ	57	28,2
Συμφωνώ απόλυτα	19	9,4

Οι τιμές αφορούν σε απόλυτες (*n*) και σχετικές συχνότητες (%).

5.5 Διαδικασία Στάθμισης

Η συγκεκριμένη ενότητα αφορά στα βήματα που ακολουθήθηκαν προκειμένου να σταθμιστεί η SCCS-GR.

5.5.1 Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση στα 27 στοιχεία της SCCS-GR αποκάλυψε 6 ορθογώνιους παράγοντες (μέτρο επάρκειας δειγματοληψίας Kaiser-Meyer-Olkin ίσο με 0,870 και τεστ σφαιρικότητας Bartlett = 3011,266, με 351 βαθμούς ελευθερίας, $p < ,001$). Αυτοί οι έξι παράγοντες στο μοντέλο εξηγούν το 66,57% της συνολικής διακύμανσης. Οι μετρήσεις της δειγματοληπτικής επάρκειας (Measures of Sampling Adequacy) βρέθηκαν υψηλότερες από 0,70, γεγονός που υποδηλώνει επαρκές μέγεθος δείγματος για την παραγοντική ανάλυση.

Η ανάλυση των κύριων συνιστωσών με περιστροφή equamax έδωσε έξι παράγοντες οι οποίοι ταυτίζονταν με το αρχικό εργαλείο (Πίνακας 29, Γράφημα 8) ως εξής:

1. Παράγοντας Σ4: «Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 2,74 και εξηγούσε το 10,2% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 1-4.
2. Παράγοντας Σ6: «Επικοινωνία». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 2,00 και εξηγούσε το 7,4% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 5-6.
3. Παράγοντας Σ2: «Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 3,99 και εξηγούσε το 14,8% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 7-12.
4. Παράγοντας Σ3: «Παραπομπή». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 2,80 και εξηγούσε το 10,4% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 13-15.
5. Παράγοντας Σ5: «Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 2,02 και εξηγούσε το 7,5% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 16-21.
6. Παράγοντας Σ1: «Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα». Αυτός ο παράγοντας είχε ιδιοτιμή 4,43 και εξηγούσε το 16,40% της διακύμανσης. Αποτελούνταν από τις ερωτήσεις 22-27.

Πίνακας 29

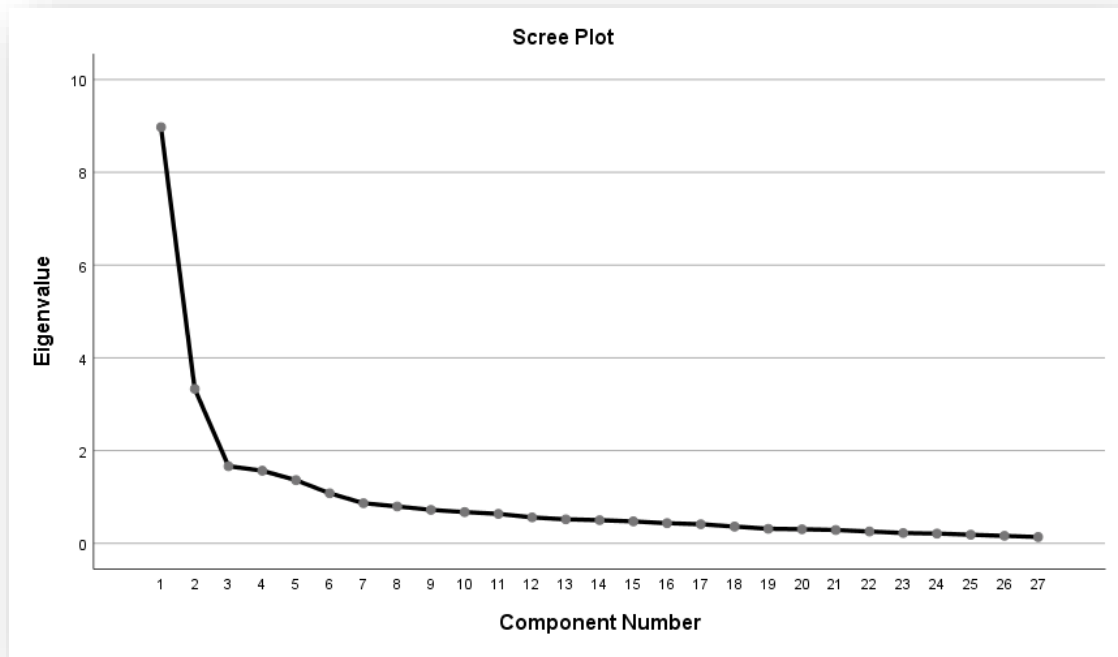
Ανάλυση Κυρίων Συνιστωσών και φορτίσεις συντελεστών μετά από περιστροφή Equamax των συνιστωσών της SCCS-GR

	Σ1	Σ2	Σ3	Σ4	Σ5	Σ6
SCCS1		0,106		0,758		0,199
SCCS2		0,106		0,737		0,183
SCCS3			0,114	0,719		0,192
SCCS4			0,186	0,710		
SCCS5				0,180	0,168	0,819
SCCS6				0,300		0,822

SCCS7	0,131	0,504		0,268	0,187	0,486
SCCS8		0,616	0,163	0,232	0,373	0,167
SCCS9		0,572	0,218	0,306	0,306	0,132
SCCS10	0,271	0,762				0,236
SCCS11	0,197	0,760	0,179			0,279
SCCS12		0,625	0,246		0,227	0,439
SCCS13		0,106	0,705			
SCCS14	0,113		0,781	0,151	0,124	0,279
SCCS15	0,162	0,283	0,678		0,150	0,171
SCCS16	0,300	0,482	0,329	0,205	0,480	- 0,159
SCCS17	0,310	0,550	0,444	0,218	0,448	- 0,155
SCCS18	0,160	0,138	0,632	-0,107	0,535	
SCCS19	0,169		0,184	0,126	0,841	
SCCS20	0,283	0,176			0,728	0,234
SCCS21	0,451		0,382		0,550	0,241
SCCS22	0,662	0,104	0,175	0,265	0,256	0,229
SCCS23	0,782				0,285	
SCCS24	0,655	0,159	0,228	-0,141	0,241	0,239
SCCS25	0,616	0,353			0,299	
SCCS26	0,713	0,219	0,155		0,190	
SCCS27	0,820	0,105	0,216		0,167	

Σημειώσεις. SCCS: Spiritual Care Competence Scale.

Παρουσιάζονται οι τιμές που είναι πάνω από 0,10. Με έντονη γραφή σημειώνονται οι φορτίσεις.



Γράφημα 8. Scree plot για τον αριθμό συνιστωσών

5.5.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων καθώς και οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής για κάθε συνιστώσα της SCCS-GR παρατίθενται στον Πίνακα 30. Η ανάλυση της συνολικής αξιοπιστίας της SCCS-GR έδωσε τιμή του συντελεστή Cronbach α ίση με 0,920. Όλες οι συνιστώσες έδωσαν αποδεκτές και ικανοποιητικές τιμές αξιοπιστίας καθώς ήταν πάνω από 0,7.

Πίνακας 30

Περιγραφικά μέτρα και δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha των συνιστωσών της SCCS-GR

	<i>MO</i>	<i>TA</i>	<i>Δ</i>	<i>E</i>	<i>M</i>	<i>25°</i>	<i>75°</i>	<i>a</i>
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς	18,58	1,82	19,0	0	18	20		0,764
Επικοινωνία	9,05	1,34	9,5	2 0	9	10		0,806

Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	23,06	3,96	23,0	6 0	21	25	0,871	
Παραπομπή Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	11,19	2,18	12,0	6 5	10	13	0,712	
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	22,32	4,16	23,0	9 30	20	25	0,829	
Συνολική κλίμακα	105,18	13,27	104,0	58	135	98	115	0,920

Σημειώσεις. SCCS: Spiritual Care Competence Scale, Μ.Ο.: μέσος όρος, Τ.Α.: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος, Ε: ελάχιστη τιμή, Μ: μέγιστη τιμή, 25ο: 25ο εκατοστημόριο, 75ο: 75ο εκατοστημόριο, α: Cronbach's alpha.

5.5.3 Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (Έλεγχος-επανάλεγχος)

Από το συνολικό δείγμα, 62 συμμετέχοντες συμμετείχαν στην διαδικασία επανελέγχου δύο εβδομάδες μετά την αρχική χορήγηση του εργαλείου. Οι συσχετίσεις Spearman rho αξιολογήθηκαν από 0,638 («Επικοινωνία») έως 0,787 («Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών») με $p < 0,001$ για όλες τις συνιστώσες (Πίνακας 31).

Πίνακας 31

Δείκτες συσχέτισης του Spearman μεταξύ των κλιμάκων των συνιστωσών της SCCS-GR κατά τον έλεγχο και τον επανέλεγχο (test-retest)

	Επανάλεγχος (retest)					
Έλεγχος (test)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς [1]	0,665***	
Επικοινωνία [2]	0,638***	
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας [3]	0,648***	
Παραπομπή [4]	0,654***	
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών [5]	0,787***	
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα [6]	0,676***	

Σημειώσεις. SCCS: Spiritual Care Competence Scale.

*** $p < 0,001$.

Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων ήταν επίσης εξαιρετική καθώς ο Συντελεστής Ενδοσυσχέτισης (Intraclass Correlation Coefficient - ICC) ήταν ίσος με 0,961 για όλες τις ερωτήσεις (την συνολική κλίμακα). Για κάθε μία κλίμακα βρέθηκε ίσος με:

(α) Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς = 0,824,

(β) Επικοινωνία = 0,541,

(γ) Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας = 0,734,

(δ) Παραπομπή = 0,687,

(ε) Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών = 0,729,

(στ) Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα = 0,808.

5.6 Διερεύνηση σχέσης της SCCS-GR και διαφόρων χαρακτηριστικών

Η συγκεκριμένη ενότητα αφορά στη διερεύνηση της σχέσης της SCCS-GR και διαφόρων δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

Στον Πίνακα 32 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς το φύλο. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο σύνολο των θεματικών του ερωτηματολογίου μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Πίνακας 32

Διαφορές των κλιμάκων SCCS-GR ως προς το φύλο

	Άνδρας	Γυναίκα	<i>t/U</i> [‡]	<i>p</i>
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς [‡]	19,00 (1,00)	19,00 (2,00)	1952,00	0,130
Επικοινωνία [‡]	9,00 (2,00)	10,00 (1,00)	1973,00	0,136
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	21,96 ± 4,52	23,23 ± 3,85	-1,551	0,122
Παραπομπή	11,41 ± 2,27	11,15 ± 2,17	0,561	0,575
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	22,44 ± 5,23	22,30 ± 3,99	0,164	0,870
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα [‡]	22,00 (5,00)	21,00 (6,00)	2257,00	0,708

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (Μ.Ο.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

[‡]Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς την ηλικία. Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν στις κλίμακες «Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών» ($p = 0,044$, στατιστική ισχύς:-0,286), και «Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα» ($p = 0,001$, στατιστική ισχύς:-0,460). Στις προαναφερθείσες κλίμακες οι υγειονομικοί μεγαλύτερης ηλικίας κατέγραψαν μεγαλύτερα σκορ

σε σύγκριση με τους νεαρότερους σε ηλικία συναδέρφους τους δηλαδή οι μεγάλοι και οι μικροί δεν είχαν ίδια επάρκεια παροχής πνευματικής φροντίδας, οι μεγαλύτεροι είχαν μεγαλύτερη επάρκεια.

Πίνακας 33

Διαφορές των κλιμάκων Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας ως προς την ηλικία

	25- 40 ετών	41+ ετών	<i>t/U</i> [‡]	<i>P</i>
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς [‡]	19,00 (2,00)	19,00 (2,00)	4989,50	0,789
Επικοινωνία [‡]	9,00 (1,00)	10,00 (2,00)	5082,500	0,792
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	22,84 ± 3,89	23,30 ± 4,04	-0,823	0,411
Παραπομπή	10,95 ± 2,05	11,44 ± 2,29	-1,594	0,112
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	21,75 ± 3,84	22,93 ± 4,41	-2,028	0,044
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	19,99 ± 4,37	22,02 ± 4,45	-3,269	0,001

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (M.O.), τυπική απόκλιση (T.A.), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.
[‡]Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στον Πίνακα 34 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσωσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές δηλαδή τα επίπεδα επάρκειας παροχής πνευματικής φροντίδας μεταξύ υγειονομικών που ζουν στην Αθήνα και στην επαρχία ήταν παρόμοια.

Πίνακας 34

Διαφορές των κλιμάκων SCCS-GR ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας

	Αθήνα	Άλλο	t/U^\ddagger	p
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς [‡]	19,00 (2,00)	19,00 ± 2,00	4041,50	0,148
Επικοινωνία [‡]	10,00 (1,00)	9,00 ± 1,00	4404,00	0,613
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	22,86 ± 3,90	23,45 ± 4,07	-1,008	0,315
Παραπομπή	11,13 ± 2,16	11,30 ± 2,22	-0,546	0,586
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	22,29 ± 4,06	22,38 ± 4,38	-0,135	0,893
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	20,90 ± 4,41	21,12 ± 4,75	-0,318	0,751

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (Μ.Ο.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελέγχους t -test και αντίστοιχο p -value.

[‡]Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο p -value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στον Πίνακα 35 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσωσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς τον παρόντα επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζονται σήμερα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές δηλαδή τα επίπεδα επάρκειας παροχής πνευματικής φροντίδας μεταξύ υγειονομικών εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομείο ή άλλο φορέα ήταν παρόμοια.

Πίνακας 35

Διαφορές των κλιμάκων Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας ως προς τον επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζεστε σήμερα

	Δημόσιο νοσοκομείο	Άλλος	t/U^\ddagger	p
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς [‡]	19,00 (3,00)	19,00 (2,00)	2958,50	0,158
Επικοινωνία [‡]	9,00 (2,00)	10,00 (1,00)	3312,50	0,736

Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	22,91 ± 3,86	23,60 ± 4,32	-1,018	0,310
Παραπομπή	11,07 ± 2,24	11,63 ± 1,89	-1,498	0,136
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	22,08 ± 4,10	23,23 ± 4,31	-1,625	0,106
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	20,86 ± 4,27	21,42 ± 5,35	-0,725	0,469

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (Μ.Ο.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

‡Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στον Πίνακα 36 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς την παρούσα θέση εργασίας στο τμήμα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές δηλαδή τα επίπεδα επάρκειας παροχής πνευματικής φροντίδας μεταξύ κλινικών νοσηλευτών και προϊσταμένων ήταν παρόμοια.

Πίνακας 36

Διαφορές των κλιμάκων Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας ως προς την θέση εργασίας στο τμήμα που εργάζεστε σήμερα

	Κλινικός Νοσηλευτής/τρια	προϊστάμενος/η	<i>t/U</i> ‡	<i>p</i>
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς‡	19,00 (2,00)	20,00 (2,00)	2932,50	0,065
Επικοινωνία‡	9,00 (2,00)	10,00 (1,00)	3273,00	0,398
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	23,10 ± 3,76	23,07 ± 4,53	0,058	0,954
Παραπομπή	11,06 ± 2,14	11,50 ± 2,26	1,194	0,234
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	22,31 ± 3,74	22,50 ± 5,31	0,224	0,823

Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	4,19	20,71 ±	22,04 ± 5,38	1,548	0,127
---	------	---------	--------------	-------	-------

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (Μ.Ο.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

‡Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Στον Πίνακα 37 παρουσιάζονται οι διαφορές μέσων και διαμέσων στο δείγμα ως προς το αν έχουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή/και προβλήματα υγείας απειλητικά για την ζωή. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε στην κλίμακα «Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς» (στατιστική ισχύς:-0,604). Πιο συγκεκριμένα, οι υγειονομικοί με προβλήματα υγείας κατέγραψαν χαμηλότερη ανεκτικότητα απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς σε σύγκριση με συναδέλφους τους χωρίς προβλήματα υγείας.

Πίνακας 37

Διαφορές των κλιμάκων Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας ως προς τα σοβαρά προβλήματα υγείας ή/και προβλήματα υγείας απειλητικά για την ζωή

	Ναι	Όχι	<i>t/U</i> ‡	<i>p</i>
Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς‡	18,00(3,00)	19,00 (2,00)	2433,50	0,018
Επικοινωνία‡	10,00 (1,00)	9,00 (2,00)	2974,50	0,501
Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας	22,10 ± 4,78	23,29 ± 3,72	-1,688	0,093
Παραπομπή	11,36 ± 2,15	11,15 ± 2,19	0,545	0,587
Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών	22,41 ± 3,86	22,30 ± 4,24	0,148	0,883
Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα	21,41 ± 4,20	20,87 ± 4,59	0,669	0,504

Οι τιμές αφορούν σε μέσο όρο (Μ.Ο.), τυπική απόκλιση (Τ.Α.), ελέγχους *t*-test και αντίστοιχο *p*-value.

‡Οι τιμές αφορούν σε διάμεσο (Δ), ενδοτεταρτημοριακό εύρος, Mann-Whitney U test και αντίστοιχο *p*-value.

Με έντονη γραφή σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΞΙ

Συζήτηση Αποτελεσμάτων

6.1 Συζήτηση

Όπως παγκοσμίως έτσι και οι Έλληνες επιστήμονες τα τελευταία χρόνια μελετούν τον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τους, σε κάθε επίπεδο, δομούνται και καλλιεργούν μια πνευματική κουλτούρα. Ενδεικτικά, στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες σχετικά με τον ρόλο της πνευματικότητας των νοσηλευτών και την σχέση της με την πνευματική κουλτούρα του υγειονομικού συστήματος (Fradelos et al., 2022), τον προσδιορισμό της οργανωτικής κουλτούρας και της υποκουλτούρας στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία (Bellou, 2008), την αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την παροχή πνευματικής φροντίδας από νοσηλευτές (Fradelos and Tzavella, 2020), την μετάφραση και επικύρωση της Κλίμακας Παρέμβασης-Παροχής Πνευματικής Φροντίδας (Spiritual Care Intervention-Provision Scale) (E. Fradelos et al., 2020) καθώς και την πολιτισμική προσαρμογή και επικύρωση της κλίμακας πνευματικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Spiritual Coping Strategies Scale) στα ελληνικά (Missouridou et al., 2023).

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν σταδιακά και συλλογικά θα υποστηρίξουν τον απώτερο στόχο της δημιουργίας συστημάτων υγείας στην Ελλάδα που θα λειτουργούν με πνευματική κουλτούρα και θα είναι επαρκή για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την αυτοαξιολόγηση της ικανότητας των νοσηλευτών στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει την ικανότητα των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ή/και χρόνιες ασθένειες. Για το σκοπό αυτό επιλέχθηκε η χρήση της κλίμακας SCCS των Van Leeuwen et al. (van Leeuwen et al., 2009), η οποία αξιολογεί την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα, και τέθηκε ως επιμέρους στόχος η στάθμιση και αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της προσαρμοσμένης της.

Η SCCS έχει σταθμιστεί αντίστοιχα στην Ταϊβάν (Fang et al., 2022), στην Κίνα (Hu et al., 2019), στην Τουρκία (Daghan et al., 2019), στην Κορέα (Kang et al., 2019) και στην Βραζιλία

(Dezorzi et al., 2019), ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε πληθώρα ερευνών παγκοσμίως (van Leeuwen and Schep-Akkerman, 2024).

Ως πληθυσμός-στόχος ορίστηκαν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές νοσηλευτικής και οι εργαζόμενοι νοσηλευτές από νοσοκομεία διαφορετικών εκπαιδευτικών επιπέδων, που εργάζονται σε διαφορετικά τμήματα/μονάδες. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν $n=202$. Οι συμμετέχοντες προέρχονταν από 33 περιφέρειες της Ελλάδας. Συγκριτικά, οι ερευνητές στην Τουρκία χρησιμοποίησαν ο καθένας ως πληθυσμό-στόχο τους τελειόφοιτους φοιτητές νοσηλευτικής από 2 εκπαιδευτικά ιδρύματα σε 1 πόλη ($n=297$) (Daghan et al., 2019), στην Κίνα από 13 διαφορετικά τμήματα νοσοκομείων από 2 επαρχίες της χώρας ($n=800$) (Hu et al., 2019), στη Βραζιλία μόνο επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε 1 νοσοκομείο σε 1 πόλη ($n=40$) (Dezorzi et al., 2019), στην Ταϊβάν νοσηλευτές από 1 νοσοκομείο σε 1 πόλη ($n=215$) (Fang et al., 2022), στην Κορέα εργαζόμενοι νοσηλευτές από 40 νοσοκομεία ($n=248$) (Kang et al., 2019), ενώ οι δημιουργοί της αρχικής κλίμακας SCCS στις Κάτω Χώρες χρησιμοποίησαν πληθυσμό φοιτητών του 3ου και 4ου έτους νοσηλευτικής από 2 εκπαιδευτικά ιδρύματα ($n=197$) (van Leeuwen et al., 2009).

Ο λόγος για τον οποίο η ερευνήτρια θέλησε να απευθυνθεί στην ευρύτερη περιοχή της Ελλάδας και καθόρισε τα αντίστοιχα κριτήρια ένταξης σχετίζεται με τον ερευνητικό στόχο της διερεύνησης της επίδρασης των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στην ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα, τα αποτελέσματα της οποίας αναφέρονται παρακάτω. Το δείγμα ευκολίας και η μικρή συμμετοχή νοσηλευτών (1 άτομο) από διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας δεν επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Η μετάφραση και η προσαρμογή των 27 ερωτήσεων της κλίμακας στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από νοσηλευτές και επαγγελματίες ψυχικής υγείας με εξειδίκευση στη μετάφραση, χρησιμοποιώντας τη διαδικασία Beaton. Οι ερωτήσεις μεταφράστηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην αφήνουν ουσιαστικές σημασιολογικές διαφορές μεταξύ της αγγλικής και της ελληνικής έκδοσης, αλλά να αποδίδουν όσο το δυνατόν καλύτερα το νόημα της ερώτησης και να συνάδουν οι όροι με αυτούς που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα. Ωστόσο, χρειάστηκε συζήτηση μεταξύ των μεταφραστών και των ερευνητών για να διευκρινιστούν οι διαφορές στα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 2.

Άλλοι ερευνητές έχουν ακολουθήσει παρόμοια προσέγγιση. Οι κατασκευαστές της 2ης έκδοσης της κλίμακας SCCS (Leeuwen et al., 2009) αντικατέστησαν τον όρο «*department*» με

τον όρο «*ward*», καθώς ο νέος όρος θεωρήθηκε πιο οικείος στους νοσηλευτές. Οι Κινέζοι ερευνητές (Hu et al., 2019) συνεργάστηκαν με τον κατασκευαστή της κλίμακας Dr van Leeuwen και επαναδιατύπωσαν και τροποποίησαν τους αγγλικούς όρους «*mind*», «*mental*» και «*psych**» με τον όρο «*spiritual*» και αντικατέστησαν επίσης τον όρο «*spiritual care*» με τον κινεζικό όρο «*心灵*». Τροποποιήσεις έγιναν επίσης από τους Fang et al. (Fang et al., 2022b) χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του δείκτη εγκυρότητας στοιχείου-περιβάλλοντος (I-CVI), με την οποία μέτρησαν τη βαθμολογία κάθε στοιχείου της κλίμακας. Χαμηλές βαθμολογίες έλαβαν οι εκφράσεις «*in consultation with*», «*personal limitations*», «*in my dealings with*», οι οποίες αντικαταστάθηκαν μετά από ανατροφοδότηση από εμπειρογνώμονες

Τέλος, στη μετάφραση της κλίμακας SCCS από τους Dezorzi κ.ά. (Dezorzi et al., 2019), η επιτροπή απέκλεισε ορισμένους νοσηλευτικούς όρους από την κλίμακα, προκειμένου να καταστήσει το ερωτηματολόγιο προσιτό σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Στο άρθρο τους, οι Dezorzi δίνουν το παράδειγμα της αντικατάστασης της φράσης «*on a patient's spiritual functioning*» με τη φράση «*how the patient exercises his or her spirituality*». Μια κοινή πρόκληση για τους ερευνητές κατά τη μεταφραστική διαδικασία ήταν να βρουν τους κατάλληλους όρους που να μεταφέρουν το νόημα των ερωτήσεων χωρίς να αλλάζουν το περιεχόμενό τους, προκειμένου να αυξηθεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μεταφρασμένης κλίμακας.

Η πλειονότητα των ερευνητών έκανε μικρές τροποποιήσεις στα δεδομένα. Τα αποτελέσματά τους δείχνουν ότι το SCCS είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για χρήση σε διαφορετικά εθνικά και πολιτισμικά πλαίσια υγείας, με τις κύριες τροποποιήσεις που έγιναν για να ληφθεί υπόψη η πολιτισμική ευαισθησία κάθε χώρας. Η τελική έκδοση του SCCS-GR που μεταφράστηκε στα ελληνικά κρίθηκε ικανοποιητική από την επιστημονική επιτροπή και τους συμμετέχοντες στη μελέτη.

Σύμφωνα με τα στατιστικά αποτελέσματα, η ψυχομετρική ανάλυση που εφαρμόστηκε στο SCCS-GR έδειξε ότι το προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο με 6 υποκλίμακες έχει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και ισχυρή εγκυρότητα κατασκευής, επομένως μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ικανότητας των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας στην Ελλάδα. Η διαδικασία δοκιμής-επαναληπτικής εξέτασης δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Η διαδικασία επανεξέτασης πραγματοποιήθηκε μετά από δύο εβδομάδες, όπως ομοίως έκαναν οι ερευνητές στην Ολλανδία, την Τουρκία, τη Βραζιλία, την Ταϊβάν και όχι

οι ερευνητές στην Κίνα και την Κορέα. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των συμμετεχόντων σε αυτή τη διαδικασία για το SCCS-GR ήταν $n=62$, σε σύγκριση με $n=109$, $n=30$, $n=38$, $n=14$ στις παραπάνω μελέτες (Daghan et al., 2019; Dezorzi et al., 2019; Fang et al., 2022; Hu et al., 2019; Kang et al., 2019; van Leeuwen et al., 2009).

Στην παρούσα μελέτη το μέτρο επάρκειας δειγματοληψίας Kaiser-Meyer-Olkin ήταν 0,870 και το τεστ σφαιρικότητας Bartlett = 3011,266, με 351 βαθμούς ελευθερίας, $p < ,001$, επομένως το μέγεθος του δείγματος ήταν επαρκές και το σύνολο δεδομένων ήταν κατάλληλο για την παραγοντική ανάλυση (DeVellis, 2012, Johnson and Christensen, 2014b).

Όσον αφορά την παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου, το SCCS-GR διατήρησε τους 6 παράγοντες της κλίμακας SCCS, όπως έγινε και στα SCCS-K και SCCS-B (Dezorzi et al., 2019; Kang et al., 2019). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα SCCS-C και SCCS-T, όπου επισημάνθηκαν 3 παράγοντες, και το SCCS-Ta, όπου επισημάνθηκαν 4 παράγοντες (Daghan et al., 2019b- Fang et al., 2022, Hu et al., 2019). Το γεγονός ότι το φαινόμενο της σύνθεσης των παραγόντων παρατηρείται σε κάθε χώρα μπορεί να οφείλεται στο ότι σε κάθε χώρα τόσο ο πολιτισμός, ο πληθυσμός, η θρησκεία, η ιστορία, η γεωγραφική θέση και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την έννοια της πνευματικότητας και μπορεί επίσης να σχετίζονται με τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται πνευματική φροντίδα στο εκάστοτε σύστημα υγείας (Tiew and Drury, 2012- MacLaren, 2004, Ozbasaran et al., 2011).

Η ελληνική έκδοση διατήρησε τον ίδιο αριθμό στοιχείων σε κάθε υποκλίμακα και ήταν συνεπής με τη θεωρητική δομή της αρχικής κλίμακας. Κατά τη διάρκεια της μεταφραστικής διαδικασίας, δεν υπήρξε κανένα εμπόδιο στην ονομασία των παραγόντων και των στοιχείων τους.

Με βάση την παραγοντική ανάλυση, ο συντελεστής φόρτωσης SCCS-GR των 6 παραγόντων φορτώθηκε με τιμές μεταξύ 0,712-0,883. Ομοίως, το μοντέλο SCCS-C με 3 παράγοντες έδωσε τιμές μεταξύ 0,49-0,81 (Hu et al., 2019), το μοντέλο SCCS-T με 3 παράγοντες έδωσε τιμές μεταξύ 0,436-0,895 (Daghan et al., 2019), το μοντέλο SCCS-Ta με 4 παράγοντες έδωσε τιμές μεταξύ 0,71-0,89 (Fang et al, 2022), το 6-παραγοντικό μοντέλο SCCS-B έδωσε τιμές 0,67-0,84 (Dezorzi et al., 2019), το 6-παραγοντικό μοντέλο SCCS-K έδωσε τιμές 0,695-0,906 και το 6-παραγοντικό μοντέλο SCCS έδωσε τιμές 0,52-0,82 (van Leeuwen et al., 2009).

Από την περιγραφική ανάλυση, η συνολική αξιοπιστία του SCCS-GR έδωσε τιμή του συντελεστή α του Cronbach 0,920. Συγκεκριμένα, η συνιστώσα «στάση απέναντι στην πνευματικότητα των ασθενών» είχε $\alpha = 0,764$, η συνιστώσα «επικοινωνία» είχε $\alpha = 0,806$, η συνιστώσα «αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας» είχε $\alpha = 0,871$, η συνιστώσα «παραπομπή» είχε $\alpha = 0,712$, η συνιστώσα «προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενών» είχε $\alpha = 0,829$ και η συνιστώσα «επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα» είχε $\alpha = 0,883$. Οι αντίστοιχες βαθμολογίες SCCS ήταν χαμηλότερες (0,56, 0,71, 0,71, 0,71, 0,82, 0,79, 0,79, 0,82) (van Leeuwen et al., 2009). Την ίδια συνολική τιμή με συντελεστή άλφα του Cronbach 0,92 έδωσε και το SCCS-C (Dezorzi et al., 2019), ενώ οι αντίστοιχες τιμές των SCCS-K (0,942), SCCS-Ta (0,96), SCCS-T (0,97) ήταν υψηλότερες (Daghan et al., 2019, Fang et al., 2022a- Kang et al., 2019).

Καθώς ο συντελεστής άλφα του Cronbach έπρεπε να είναι μεγαλύτερος από 0,80, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αξιοπιστία του SCCS-GR είναι αποδεκτή (DeVellis, 2012; Johnson and Christensen, 2014). Ως εκ τούτου, το SCCS-GR έδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια του ερωτηματολογίου, καθώς και υψηλό βαθμό συνέπειας και σταθερότητας και η εγκυρότητα περιεχομένου του είναι ισχυρή. Ο ερευνητικός στόχος της μελέτης, που αφορούσε τη μετάφραση και προσαρμογή του SCCS στα ελληνικά ώστε να θεωρηθεί αξιόπιστο εργαλείο για τη διερεύνηση της ικανότητας των νοσηλευτών του δείγματος στην παροχή πνευματικής φροντίδας, επιτεύχθηκε και θεωρείται ότι τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη χρήση του είναι αξιόπιστα.

Με βάση τη δομή της παρούσας μελέτης, η ικανότητα των νοσηλευτών του πληθυσμού-στόχου να παρέχουν πνευματική φροντίδα εξετάστηκε στους άξονες των 6 παραγόντων της κλίμακας SCCS και της ανοικτής ερώτησης σχετικά με την αντίληψη του όρου πνευματικότητα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τον εαυτό τους στα ακόλουθα στοιχεία.

Οι αντιλήψεις των νοσηλευτών του δείγματος για την πνευματικότητα διερευνήθηκαν μέσω μιας ερώτησης ανοικτού τύπου. Από την ανάλυση περιεχομένου των δεδομένων που συλλέχθηκαν, η ερευνήτρια εντόπισε 8 θέματα (Κεφάλαιο 5.3). Το θέμα με την υψηλότερη βαθμολογία ήταν το θέμα τρία, το οποίο περιελάμβανε απαντήσεις που αφορούσαν *‘τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν υπερβατικότητα -*

συνδέονται με το σημαντικό ή/και το ιερό'. Το θέμα αυτό έλαβε το 37,62% των απαντήσεων σε συνδυασμό με άλλα θέματα και το 21,28% μεμονωμένα. Ένα βασικό εύρημα της έρευνας είναι ότι, παρόλο που στη βιβλιογραφία έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια να διαφοροποιηθεί ο όρος πνευματικότητα από τον όρο θρησκεία, φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων ορίζει τον πυρήνα της πνευματικότητας ότι περιλαμβάνει κυρίως θέματα που σχετίζονται με τη θρησκεία και τις σχέσεις με το υπερβατικό.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ένα ποσοστό 18,31% των συμμετεχόντων που προσδιόρισαν την «νοσηματοδότηση» ως στοιχείο της ανθρώπινης πνευματικότητας, 18,31% εκείνων που προσδιόρισαν τη «σύνδεση με τους άλλους», ενώ σχετικά μικρότερα ποσοστά προσδιόρισαν τη «σύνδεση με τον εαυτό» (14,35%) και την «αναζήτηση σκοπού» (10,86%). Εντυπωσιακά χαμηλό ήταν το ποσοστό των συμμετεχόντων που προσδιόρισαν τη «σύνδεση με τη στιγμή» (3,46%) ως στοιχείο της πνευματικότητας, ενώ κανείς δεν προσδιόρισε τη «σύνδεση με τη φύση» (0%) ως στοιχείο της πνευματικότητας. Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι το 46,03% των συμμετεχόντων έδωσε απαντήσεις που περιλάμβαναν στοιχεία τα οποία δεν σχετίζονταν με τα θέματα που όριζε ο δόκιμος όρος και δεν είχαν σχέση με το περιεχόμενο της πνευματικότητας. Ένα άλλο σημαντικό εύρημα ήταν ότι το 22,77% των συμμετεχόντων έδωσε έναν «λάθος» ορισμό, ενώ το 0,49% έδωσε έναν «μηδενικό» ορισμό.

Με βάση του δόκιμου όρου της πνευματικότητας, όπως ορίζεται από την EAPC (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.) και χρησιμοποιείται στη νοσηλευτική θεωρία και πρακτική, μπορεί να ειπωθεί από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ότι το επίπεδο αντίληψης της πνευματικότητας των συμμετεχόντων νοσηλευτών είναι μέτριο.

Τα αποτελέσματα αυτά πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ήταν όλοι Έλληνες και οι Έλληνες είναι κατά κύριο λόγο θρησκευόμενοι, με το 92% να πιστεύει στον Τριαδικό Θεό. Στην Ελλάδα, το 79% του πληθυσμού πιστεύει στην ύπαρξη Θεού, το 16% δηλώνει ότι πιστεύει σε μια ανώτερη δύναμη, ενώ το 4% δεν πιστεύει σε καμία από τις δύο (https://el.wikipedia.org/wiki/religion_in_Greece). Επίσης, η βασική εκπαίδευση των Ελλήνων σε θέματα που σχετίζονται με την πνευματικότητα πραγματοποιείται στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, κυρίως μέσω του μαθήματος των θρησκευτικών. Η εκπαίδευση των φοιτητών νοσηλευτικής σε θέματα πνευματικότητας και πνευματικής φροντίδας περιορίζεται στο βασικό πρόγραμμα σπουδών τους.

Παρόλο που ο όρος πνευματικότητα χρησιμοποιείται ευρέως σε επιστημονική βάση και διδάσκεται στους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους στην πνευματική φροντίδα, τα ευρήματα δείχνουν ότι δεν είναι πλήρως κατανοητός. Τόσο η κατανόηση του όρου όσο και η σύνδεση των νοσηλευτών με την πνευματικότητά τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει τη στάση τους απέναντι στη φροντίδα που παρέχουν (Alshehry et al., 2020- Harris and Tao, 2022- McDonnell-Naughton et al., 2020- Oluma and Abadiga, 2020, Markani et al., 2018).

Στη βιβλιογραφία, σημειώνεται ότι στις μελέτες που διεξήχθησαν για τη στάθμιση του SCCS, οι ερευνητές δεν διερεύνησαν τις αντιλήψεις και την κατανόηση του όρου πνευματικότητα από τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, υπάρχουν μελέτες που διεξήχθησαν σε δυτικούς και ανατολικούς πολιτισμούς και διερεύνησαν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα σε σχέση με την πνευματική φροντίδα.

Μια τέτοια μελέτη διεξήχθη από τους Melhem et al. (2016) στην Ιορδανία. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα Spiritual Caregiving Scale (Tiew and Creedy, 2012). Στη μελέτη συμμετείχαν 408 νοσηλευτές οι οποίοι δεν είχαν παρακολουθήσει μαθήματα πνευματικότητας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν υψηλό επίπεδο πνευματικότητας και αντίληψης της πνευματικής φροντίδας παρά την έλλειψη εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες διαφώνησαν με τη δήλωση «όλοι έχουν πνευματικότητα» και συνέδεσαν την πνευματική φροντίδα («*spiritual care*») με τη θρησκευτική φροντίδα («*religion care*»). Οι ερευνητές όρισαν τα ευρήματά τους ως αποκαλυπτικά της έλλειψης γνώσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον ορισμό της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας και εστίασαν στον σημαντικό ρόλο της ισλαμικής κουλτούρας, καθώς η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν μουσουλμάνοι. Οι ερευνητές τόνισαν ότι η πνευματικότητα των μουσουλμάνων είναι συνυφασμένη με τη θρησκεία τους και επηρεάζεται από τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και στάσεις. Πρότειναν την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατά τη διάρκεια της προπτυχιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης και προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης με στόχο την κατανόηση των ευρύτερων πτυχών της πνευματικότητας.

Για τον ίδιο ερευνητικό σκοπό, οι W. McSherry και S. Jamieson (McSherry and Jamieson, 2011) διεξήγαγαν διαδικτυακή έρευνα σε 4054 μέλη του Royal College of Nursing στην Αγγλία.

Χρησιμοποίησαν την κλίμακα αξιολόγησης της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale SSCRS, McSherry, 1997). Οι πτυχές της πνευματικότητας που διερευνώνται στην SSCRS είναι οι εξής: 1) ελπίδα, 2) υπαρξισμός - νόημα, σκοπός και εκπλήρωση, 3) συγχώρεση, 4) πεποιθήσεις και αξίες, 5) πνευματική φροντίδα, 6) σχέσεις, 7) πίστη σε θεό ή θεότητα, 8) ηθική και συμπεριφορά, 9) δημιουργικότητα και αυτοέκφραση. Η κλίμακα περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την κατανόηση της πνευματικότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν ευρεία κατανόηση του όρου πνευματικότητα και αναγνώριζαν το ευρύ φάσμα στοιχείων και υποεννοιών που περιλαμβάνει ο όρος. Οι McSherry και Jamieson αναφέρουν ότι παρά την κατανόηση του όρου, οι νοσηλευτές αναζητούν περαιτέρω καθοδήγηση και εκπαίδευση στον τομέα της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας.

Δύο παρόμοιες μελέτες έχουν διεξαχθεί στην Τουρκία. Η πρώτη διεξήχθη από τους Ozbasaran et al. (2011) σε δείγμα 348 νοσηλευτών σε δημόσιο νοσοκομείο της δυτικής Τουρκίας. Χρησιμοποίησαν την κλίμακα SSCRS, η οποία έδωσε τιμή 3,21, υποδεικνύοντας ότι η αντίληψη των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα ήταν «*αβέβαιη*» ή «*λιγότερο σαφής*», αποτέλεσμα που δείχνει ότι οι νοσηλευτές είναι μπερδεμένοι σχετικά με το τι είναι η πνευματικότητα και η πνευματική φροντίδα. Οι ερευνητές σχολίασαν ότι οι νοσηλευτές συνδέουν την πνευματικότητα κυρίως με θρησκευτικά στοιχεία και τον ισλαμικό πολιτισμό. Η δεύτερη μελέτη διεξήχθη από τους Cetinkaya et al. (2013) σε δείγμα 289 νοσηλευτών από τρία νοσοκομεία της δυτικής Τουρκίας. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν το ειδικά σχεδιασμένο από αυτούς «Έντυπο δεδομένων καθοριστικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών» («Nurses' Defining Characteristics Data Form») και την κλίμακα SSCRS. Η μέση βαθμολογία της κλίμακας πνευματικότητας και πνευματικής φροντίδας ήταν $62,43 \pm 7,54$, γεγονός που δείχνει ότι η αντίληψη των νοσηλευτών του δείγματος για την πνευματική φροντίδα είναι υψηλή.

Παρόμοια αποτελέσματα ανέφεραν οι Wong et al. (2008) σε μελέτη τους στο Χονγκ Κονγκ, στην οποία συμμετείχαν 429 νοσηλευτές και συμπλήρωσαν την κλίμακα SSCRS. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές είχαν μεγάλη επίγνωση της πνευματικότητας και είχαν έντονο ενδιαφέρον για την παροχή πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς τους.

Οι Wu και Lin (2011) διερεύνησαν το ίδιο θέμα σε ένα δείγμα 350 νοσηλευτών σε ένα κέντρο υγείας στην Ταϊβάν. Οι επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών του δείγματός τους

επικεντρώνονταν κυρίως στην παροχή άμεσης φροντίδας στους ασθενείς, οπότε ήταν εξοικειωμένοι με το θέμα της μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε η κινεζική έκδοση της κλίμακας SSCRS. Τα συμπεράσματα της μελέτης ήταν ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη της έννοιας της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας και ότι η κλινική εμπειρία σχετίζεται με την αντίληψη της πνευματικότητας. Οι ερευνητές τόνισαν την επείγουσα ανάγκη για πρόσθετα εκπαιδευτικά προγράμματα ή κατάρτιση στην πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα στην Ταϊβάν.

Μια άλλη συγχρονική μελέτη με τον ίδιο σκοπό διεξήχθη στο Ιράν το 2013 από τους Zakaria Kiaei et al. (2015). Οι συμμετέχοντες ήταν 259 νοσηλευτές που εργάζονταν σε έξι νοσοκομεία συνδεδεμένα με το Πανεπιστήμιο Ιατρικών Επιστημών του Qazvin. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση της περσικής έκδοσης της κλίμακας SSCRS, σε συνδυασμό με 3 ανοιχτές ποιοτικές ερωτήσεις σχετικά με τα μαθήματα εκπαίδευσης/κατάρτισης που είχαν παρακολουθήσει κατά την ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση και τη μεταπτυχιακή επαγγελματική τους κατάρτιση για την ανάπτυξη ικανοτήτων στην πνευματική φροντίδα. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι γνώσεις τους σχετικά με την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα περιορίζονταν σε «γενικό περιεχόμενο» στα πανεπιστημιακά προγράμματα και βασίζονταν κυρίως σε θρησκευτικά θέματα, γεγονός στο οποίο οι ερευνητές απέδωσαν το αποτέλεσμα της έρευνας που καθόριζε την περιορισμένη κατανόηση του ευρύτερου ρόλου και της λειτουργίας της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας από τους νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέφεραν μια μέτρια αντίληψη των Ιρανών νοσηλευτών, με συνολική μέση βαθμολογία για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα 2,84 (εύρος βαθμολογίας: 1-4). Η εν λόγω έρευνα έδειξε επίσης σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών και της σχέσης τους με την πνευματικότητα και την ικανότητά τους στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Οι ερευνητές εστιάζουν στην ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του ρόλου της θρησκείας στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την παροχή πνευματικής φροντίδας.

Μια παρόμοια μελέτη διεξήχθη από τους Kaddourah et al. (2018) σε 5 νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης στο Ριάντ της Σαουδικής Αραβίας, στην οποία συμμετείχαν 978 νοσηλευτές. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν την κλίμακα SSCRS. Η μέση βαθμολογία ήταν $3,8 \pm 0,5$. Η μελέτη διαπίστωσε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα και της νοσηλευτικής τους εμπειρίας. Στα αποτελέσματα, οι ερευνητές ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές είναι προσανατολισμένοι

προς την πνευματικότητα και αναγνωρίζουν τη σημασία της παροχής πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς τους.

Σημειώνεται ότι η δυσκολία κατανόησης της έννοιας της πνευματικότητας που παρουσιάζουν οι νοσηλευτές στην Ελλάδα έχει καταγραφεί και σε άλλες χώρες και οι ερευνητές προτείνουν περαιτέρω εκπαίδευση ως τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματος (Bush et al., 2023, Fradelos et al., 2024, Melhem et al., 2016; Zakaria Kiaei et al., 2015).

Πληροφορίες από το ποσοτικό μέρος αυτής της έρευνας και τη χρήση του SCCS-GR για τη διερεύνηση της επάρκειας των νοσηλευτών στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα, προκύπτουν τα εξής.

Στον παράγοντα «*Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς*», οι συμμετέχοντες ανέφεραν σε υψηλά ποσοστά ότι δείχνουν σεβασμό χωρίς προκαταλήψεις στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς ανεξάρτητα από το πνευματικό/θρησκευτικό του υπόβαθρο (90%), ότι είναι δεκτικοί στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές τους (97%), ότι δεν προσπαθούν να επιβάλουν τις δικές τους πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις στον ασθενή (97.5%) και ότι έχουν επίγνωση των προσωπικών τους περιορισμών όταν ασχολούνται με τις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς (93%). Οι νοσηλευτές του δείγματός στην παρούσα μελέτη αναφέρουν ότι έχουν αρκετά καλή στάση απέναντι στην πνευματικότητα των ασθενών, μπορούν να διαφοροποιούνται με σεβασμό και να είναι αντικειμενικοί.

Στον παράγοντα «*Επικοινωνία*», τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 92,5% των συμμετεχόντων μπορούν να ακούσουν ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια/αναπηρία του και το 92,6% έχουν μια στάση αποδοχής όταν αλληλεπιδρούν με έναν ασθενή. Σε αυτόν τον τομέα, οι νοσηλευτές παρουσιάζουν καλά ανεπτυγμένες δεξιότητες. Παρόμοια αποτελέσματα ανέφεραν οι Rachel et al. (2019) στη μελέτη τους, οι οποίοι έδειξαν ότι οι νοσηλευτές είναι γενικά πρόθυμοι να παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους, ιδίως στους τομείς της «*ακρόασης*», της «*συνοδείας*», της «*παροχής καθησυχασμού*», της «*παροχής αλληλεπίδρασης*» και του «*σεβασμού των θρησκευτικών και πολιτιστικών πεποιθήσεων*» των ασθενών τους.

Ο παράγοντας «*Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας*» περιλαμβάνει στοιχεία που αξιολογούν την ικανότητα των νοσηλευτών να εντοπίζουν τις πνευματικές

ανάγκες/προβλήματα των ασθενών και να σχεδιάζουν την πνευματική φροντίδα. Οι απαντήσεις που δόθηκαν είχαν σχετικά χαμηλότερες τιμές. Το 73,8% των συμμετεχόντων απάντησαν θετικά δηλώνοντας ότι μπορούν να περιγράψουν προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς, το 74,7% ότι μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς σε συνεννόηση με τον ασθενή, το 67,3% ότι μπορούν να προσαρμόσουν τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας με τους συναδέλφους τους, το 59,4% ότι μπορούν να προσαρμόσουν τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο, το 60,9% ότι μπορούν να αναφέρουν γραπτώς την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς και τέλος το 76,7% ότι μπορούν να περιγράψουν προφορικά την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς. Τα ευρήματα δείχνουν ότι στον τομέα της περιγραφής και καταγραφής πληροφοριών στο σχέδιο φροντίδας ενός ασθενούς, τα ποσοστά μειώνονται και ως εκ τούτου αναδεικνύουν τις ελλείπουσες δεξιότητες ή τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τη διαδικασία.

Ο παράγοντας «*Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών*» ήταν χαμηλός στο σύνολο της ενότητας. Στην παροχή και την αυτοαξιολόγηση της πνευματικής φροντίδας, το 47,5% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά ότι ήταν σε θέση να παράσχουν πνευματική φροντίδα σε έναν ασθενή, το 54,5% ότι μπορούσαν να αξιολογήσουν την πνευματική φροντίδα που παρείχαν σε συνεννόηση με τον ασθενή και την διεπιστημονική ομάδα, το 67,9% ότι μπορούσαν να παράσχουν σε έναν ασθενή πληροφορίες σχετικά με τα πνευματικά μέσα που είναι διαθέσιμοι στη μονάδα φροντίδας, 63,3% ότι μπορούν να βοηθήσουν έναν ασθενή να συνεχίσει τις καθημερινές πνευματικές συνήθειες- 73,8% ότι μπορούν να φροντίσουν για την πνευματικότητα ενός ασθενούς κατά τη διάρκεια της καθημερινής φροντίδας- 69,3% ότι μπορούν να παραπέμψουν τα μέλη της οικογένειας ενός ασθενούς σε πνευματικό σύμβουλο/παπά κ.λπ. όταν τους ζητηθεί ή/και όταν αναφέρουν πνευματικές ανάγκες.

Σε αντίθεση με τα ευρήματα αυτής της μελέτης, οι Fradelos et al (2024) έδειξαν στην έρευνά τους ότι οι νοσηλευτές στην Ελλάδα σπάνια παρέχουν παρεμβάσεις που σχετίζονται με τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και διαπίστωσαν ότι οι παρεμβάσεις που παρείχαν αφορούσαν υπαρξιακές και όχι θρησκευτικές ανάγκες. Τα δεδομένα τους έδειξαν ότι η μέση βαθμολογία για την *υπαρξιακή φροντίδα* ήταν 29,40 ($\pm 4,76$), ενώ για τη θρησκευτική φροντίδα ήταν 17,80 ($\pm 5,68$). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την ίδια μελέτη, οι Έλληνες νοσηλευτές παρέχουν συχνά πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους με θετικό πνευματικό κλίμα, συνέπεια και ανοχή, ενώ το υψηλό

μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών επιδρά θετικά στην παροχή της. Η αντίθεση στα αποτελέσματα των δύο μελετών αναδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα επί του θέματος.

Ο παράγοντας «*Επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα*» περιλαμβάνει στοιχεία που σχετίζονται με την ικανότητα υποστήριξης και συμβουλευτικής των ασθενών, αξιολόγησης και διασφάλισης της ποιότητας της παρεχόμενης πνευματικής φροντίδας και σχεδιασμού πολιτικών στον τομέα αυτό. Αυτός ο παράγοντας είχε τον χαμηλότερο συντελεστή άλφα του Cronbach. Οι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ότι μπορούν να συμβάλουν στη διασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης πνευματικής φροντίδας κατά 61,9%, μπορούν να συμβάλουν στην επαγγελματική ανάπτυξη σε ό,τι αφορά την πνευματική φροντίδα κατά 57% και το 65,8% από αυτούς δήλωσαν ότι μπορούν να εντοπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την πνευματική φροντίδα στις συναντήσεις μεταξύ ομοτίμων. Σχεδόν οι μισοί από το δείγμα (51,8%) δήλωσαν ότι μπορούν να καθοδηγήσουν άλλους εργαζόμενους σε ό,τι αφορά την παροχή πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς, το 45,6% από αυτούς μπορούν να κάνουν προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη μονάδα νοσηλείας, ενώ μόνο το 37,6% μπορούν να εφαρμόσουν ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας.

Τα στοιχεία αυτού του παράγοντα σχετίζονται τόσο με τις γνώσεις των νοσηλευτών επί του θέματος όσο και με τον τρόπο λειτουργίας του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν έλλειψη δεξιοτήτων των νοσηλευτών στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής και ηγεσίας στην παροχή πνευματικής φροντίδας, καθώς και εμπόδια στη διεπιστημονική συνεργασία. Επισημαίνουν επίσης την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σχετικά με τα εμπόδια στο λειτουργικό επίπεδο των περιβαλλόντων υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τις πολιτικές ολιστικής φροντίδας που παρέχουν.

Σύμφωνα με τους Albaqawi et al. (2019) ο τύπος του νοσοκομείου ή/και της υγειονομικής μονάδας, οι παρεχόμενες υπηρεσίες, η κουλτούρα και η ηγεσία είναι παράγοντες που επηρεάζουν την αίσθηση της πνευματικότητας στον εργασιακό χώρο. Οι Fradelos et al. (2024)) έδειξαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των τμημάτων υγείας και της παροχής πνευματικής φροντίδας, τονίζοντας ότι τα εξωτερικά ιατρεία παρείχαν λιγότερες παρεμβάσεις. Οι Taylor et al. (2023) τονίζουν ότι οι μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρουν υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας παρέχουν περισσότερη πνευματική υποστήριξη από ό,τι τα νοσοκομεία οξείας περίθαλψης.

Η ανάγκη αξιολόγησης και βελτίωσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και η εφαρμογή της ολοκληρωμένης φροντίδας σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις στην Ελλάδα μελετήθηκε πρόσφατα από τους Konstantinidis και Talias (2023). Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να αξιολογήσουν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εφαρμογή της προοπτικής της ολοκληρωμένης φροντίδας, να κατανοήσουν τα εμπόδια στην εφαρμογή της και να εντοπίσουν τους τομείς που χρήζουν βελτίωσης, προκειμένου να ενημερωθούν για μελλοντικές πολιτικές και στρατηγικές πρωτοβουλίες για τη βελτίωση της εφαρμογής της προοπτικής της ολοκληρωμένης φροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν τη σημασία της αναγνώρισης των διαφορετικών, μοναδικών αναγκών και χαρακτηριστικών των διαφόρων πληθυσμών ασθενών κατά το σχεδιασμό και την εφαρμογή συστημάτων ολοκληρωμένης φροντίδας και της εστίασης στην προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας και της χρήσης της τεχνολογίας για την ενίσχυση του συντονισμού της φροντίδας. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Οι Konstantinidis και Talias (2023) υπογραμμίζουν την ανάγκη βελτίωσης του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζεται, ιεραρχείται και αντιμετωπίζεται η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών στα πλαίσια της θεραπείας της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την ανάγκη για ισχυρές και συστηματικές αξιολογήσεις ώστε να διασφαλιστεί ότι εφαρμόζονται αποτελεσματικότερες υπηρεσίες. Επισημαίνουν επίσης την ανάγκη χρήσης πρωτοκόλλων και παροχής κατευθυντήριων γραμμών για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Τέλος, επισημαίνουν την ανάγκη για βελτιωμένες πρακτικές διαχείρισης πληροφοριών, καθώς και για καλύτερη συνεργασία και συντονισμό μεταξύ των διαφόρων φορέων, τομέων, ειδικοτήτων και κοινωνικών πόρων που εμπλέκονται στη φροντίδα και διαχείριση των ασθενών για την παροχή ολιστικής και αποτελεσματικής φροντίδας σε αυτούς τους ασθενείς. Τέλος, συνιστούν την επένδυση στη συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού για την αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων ασθενειών. Τα δεδομένα της παρούσας μελέτης συμπληρώνουν τα ευρήματα των Konstantinidis και Talias και ενισχύουν τη σημασία της πρότασής τους.

Τα αποτελέσματα της ανοιχτής ερώτησης της έρευνας έδειξαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών στην Ελλάδα δεν κατανοεί πλήρως την έννοια της πνευματικότητας. Τα αποτελέσματα του ποσοτικού μέρους της μελέτης έδειξαν τους παράγοντες στους οποίους υπάρχουν κενά δεξιοτήτων και εμπόδια στην εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα των δύο αυτών τμημάτων της μελέτης είναι συνεπή.

Εκτός από τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την αυτοαξιολόγησή τους για την ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα, στόχος ήταν να διερευνηθεί κατά πόσον τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με την ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι η ηλικία και η προσωπική υγεία είναι μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Οι ηλικιωμένοι νοσηλευτές σημείωσαν ελαφρώς υψηλότερη βαθμολογία από τους νεότερους συναδέλφους τους στους παράγοντες *«προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενών»* και *«επαγγελματισμός και βελτίωση της ποιότητας στην πνευματική φροντίδα»*. Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν από τους Ozbasaran et al. (2011) και επίσης από τους McSherry and Jamieson (2011) οι οποίοι τόνισαν τις διαφορές στις αντιλήψεις και τις ικανότητες που σχετίζονται με την πνευματικότητα μεταξύ των νεότερων φοιτητών νοσηλευτικής σε σύγκριση με τους πιο έμπειρους νοσηλευτές. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι νεότεροι νοσηλευτές ή φοιτητές νοσηλευτικής μπορεί να αισθάνονται λιγότερο προετοιμασμένοι να παρέχουν πνευματική φροντίδα, πιθανώς λόγω της περιορισμένης κλινικής εμπειρίας και προσωπικής ωριμότητας στην αντιμετώπιση σύνθετων πνευματικών αναγκών. Ο Baldacchino (2006) τονίζει ότι η ωριμότητα και η εμπειρία ζωής που συχνά συνδέεται με την μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να ενισχύσει την ευαισθησία ενός νοσηλευτή σε πνευματικά ζητήματα. Στην έρευνά του αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι νοσηλευτές μπορεί να αισθάνονται πιο άνετα να συζητούν την πνευματικότητα με τους ασθενείς και μπορεί να έχουν αναπτύξει περισσότερη ενσυναίσθηση και κατανόηση μέσω των εμπειριών της ζωής. Οι Leeuwen και Schep-Akkerman (2015) υποστηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι νοσηλευτές είναι πιο πιθανό να έχουν αναπτύξει προσωπικές πνευματικές πεποιθήσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν θετικά την άνεσή τους στην παροχή πνευματικής φροντίδας.

Ένα άλλο εύρημα της μελέτης αυτής είναι ότι οι νοσηλευτές με σοβαρά ή/και απειλητικά για τη ζωή προβλήματα υγείας φαίνεται να έχουν λιγότερη ανοχή στην πνευματικότητα των ασθενών από ό,τι οι συνάδελφοί τους χωρίς προβλήματα υγείας. Οι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν τις δικές τους προκλήσεις υγείας μπορεί να βιώσουν αλλαγές στις απόψεις τους για την πνευματικότητα, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν τόσο την προσωπική τους ευημερία όσο και την προσέγγισή τους για την παροχή πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς. Οι McSherry και Jamieson, (2011) και ο Baldacchino (2006) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ της προσωπικής υγείας των

νοσηλευτών, των αντιλήψεών τους για την πνευματικότητα και της ικανότητάς τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα και τα ευρήματά τους αναφέρουν ότι τα προβλήματα υγείας των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσουν την πνευματική τους προοπτική και τη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς τους. Οι Heidari et al. (2022) είχαν παρόμοια ευρήματα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών έχει επιπτώσεις τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο και επηρεάζει την ανθεκτικότητα και την εργασιακή τους απόδοση. Οι Atashzadeh-Shoorideh et al. (2017) υποστήριξαν ότι η ψυχική υγεία των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την επαγγελματική τους δέσμευση, τη στάση και την απόδοσή τους στη φροντίδα των ασθενών.

Η έρευνα αυτή δεν έδειξε καμία συσχέτιση μεταξύ του φύλου, του τόπου κατοικίας (Αθήνα ή επαρχία), της επαγγελματικού φορέα (δημόσιο ή άλλο) ή την εργασία στην οποία απασχολούνταν οι νοσηλευτές.

Σε παρόμοιες μελέτες σχετικά με την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα, οι συγγραφείς εκφράζουν ερευνητικά ευρήματα που ποικίλλουν. Οι Chen et al. (2020) αναφέρουν ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της ικανότητας πνευματικής φροντίδας και παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και τα έτη εργασιακής εμπειρίας. Παρόμοια ευρήματα καταγράφουν και οι Abusafia et al. (2021). Οι Melhem et al. (2016) αναφέρουν ότι η ηλικία δεν ήταν παράγοντας που επηρέαζε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα, αλλά ανέδειξαν το φύλο ως σημαντικό παράγοντα, υποδεικνύοντας ότι οι γυναίκες νοσηλευτές ανέφεραν πολύ υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας και αντιλήψεων για την πνευματική φροντίδα από τους άνδρες νοσηλευτές. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι αυτό μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες έχουν καλύτερη ικανότητα να μοιράζονται συναισθήματα και συναισθήματα με τους ασθενείς από ό,τι οι άνδρες νοσηλευτές. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από την Milligan (2001), η οποία διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι οι γυναίκες νοσηλευτές τείνουν να εστιάζουν στα συναισθήματα των ασθενών, ενώ οι άνδρες νοσηλευτές επικεντρώνονται στις σωματικές πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι Ozbasaran et al. (2011), στα αποτελέσματα παρόμοιας μελέτης, διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αντιλήψεων των νοσηλευτών για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα και της ηλικίας τους ($p < 0,05$), της οικογενειακής κατάστασης ($p < 0,05$)

και του μορφωτικού επιπέδου ($p < 0,01$). Έδειξαν επίσης ότι η πίστη στο «κακό μάτι» και τη «μοίρα», στοιχεία της θρησκευτικής τους κουλτούρας, επηρέασαν τις αντιλήψεις τους για την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα. Τέλος, διαπίστωσαν ότι η μονάδα στην οποία εργάζονταν οι νοσηλευτές είχε σημαντική θετική επίδραση. Οι Han et al., (2023) αναφέρουν ότι το επίπεδο των μεταπτυχιακών σπουδών και της κλινικής εργασιακής εμπειρίας συσχετίζεται με την ανεπτυγμένη ικανότητα παροχής πνευματικής φροντίδας, κάτι με το οποίο συμφωνούν και άλλοι συγγραφείς (Cheng et al., 2020, Machul et al., 2022, Zakaria Kiaei et al., 2015, Wu και Lin, 2011, McSherry and Jamieson, 2011). Τέλος, σύμφωνα με τους Melhem et al. (2016), οι νοσηλευτές που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας και αντιλήψεων για την πνευματική φροντίδα σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται στον κρατικό τομέα. Οι ερευνητές σημείωσαν ότι η διαφορά αυτή μπορεί να σχετίζεται με παράγοντες όπως το κλινικό πλαίσιο, οι θεσμικές νοσηλευτικές πολιτικές ή τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τα οποία δεν εξέτασαν στη μελέτη τους.

6.2 Περιορισμοί

Αν και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι ενθαρρυντικά, υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Στην διαδικασία της στάθμισης της SCCS ένας από τους κύριους περιορισμούς της είναι το γεγονός ότι η ερευνήτρια χρησιμοποίησε την αρχική της δομή, όπως δημοσιεύτηκε αρχικά το 2008 από τις εκδόσεις του University of Groningen/UMCG από τους R.V. Leuwen et al σε άρθρο με τίτλο «*Towards nursing competencies in spiritual care*» (Leeuwen, 2009). Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 4.6.3, στη δεύτερη έκδοση της SCCS, οι κατασκευαστές είχαν αλλάξει τη σειρά παρουσίασης των 6 παραγόντων της κλίμακας. Δεν βρέθηκε βιβλιογραφία σχετικά με τους λόγους αυτής της αλλαγής στη δομή, αλλά εικάζεται ότι σχετίζεται με τη βέλτιστη κατανόηση του περιεχομένου από τους συμμετέχοντες.

Ένας άλλος περιορισμός έγκειται στη φύση του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε, το οποίο βασίζεται στην αυτοαναφορά. Τα μέτρα αυτοαναφοράς μπορούν να επηρεαστούν από σφάλματα απόκρισης ή ακόμη και από σφάλματα κοινωνικής επιθυμίας

Το γεγονός ότι το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε μέσω του GoogleForms και όχι μέσω έντυπης φόρμας μπορεί επίσης να αποτελεί περιορισμό, καθώς οι συμμετέχοντες μπορεί να μην ήταν εξοικειωμένοι με την πλατφόρμα ή να είχαν προβλήματα στη χρήση του Διαδικτύου και των ηλεκτρονικών συσκευών που χρησιμοποιούσαν.

Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας.

Παρόλο που το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιητικό στο σύνολό του και η πρόσκληση για συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανοικτή και απευθυνόταν σε ένα ευρύ κοινό νοσηλευτών με διαφορετικό εκπαιδευτικό και επαγγελματικό υπόβαθρο στην ευρύτερη περιοχή της Ελλάδας, ο μεγαλύτερος όγκος συμμετεχόντων ήταν από την Αθήνα, ενώ ο αριθμός των συμμετεχόντων από άλλες περιοχές ήταν μικρός (1 άτομο). Το γεγονός αυτό δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Τέλος, η ερευνήτρια και η επιστημονική ομάδα που συμμετείχε στην μελέτη αυτή ήταν από τον κλάδο της ψυχολογίας και της ψυχοθεραπείας.

6.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα και βελτίωση κλινικής πρακτικής

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης μπορούν να συμβάλουν στην υπάρχουσα γνώση και να παράσχουν δεδομένα για την αυτοαξιολόγηση των νοσηλευτών στην Ελλάδα για την παροχή πνευματικής φροντίδας. Δεδομένου ότι η πνευματικότητα είναι μια σύνθετη έννοια που έχει διατυπωθεί με διαφορετικούς τρόπους και παρόλο που έχει οριστεί ένας δόκιμος όρος στο πλαίσιο της υγείας, εξακολουθούν να υπάρχουν δυσκολίες στην κατανόηση του πλήρους νοήματός της ή ακόμη και στην αναπαραγωγή της από τους νοσηλευτές. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει τη δυσκολία κατανόησης και αναπαραγωγής της έννοιας της πνευματικότητας από τους νοσηλευτές, καθώς και τη συσχέτιση αυτής της δυσκολίας με την αυτοαξιολόγησή τους στον τομέα αυτό. Στον τομέα αυτό προτείνεται ο σχεδιασμός προγραμμάτων βιωματικής εκπαίδευσης με θέματα που σχετίζονται με την αναγνώριση της ατομικής πνευματικότητας και την εμπάθυσή της, σε συνδυασμό με θέματα που σχετίζονται με τους παράγοντες που ορίζονται από το SCCS.

Προτείνεται επίσης η μελλοντική έρευνα να διερευνήσει περαιτέρω τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας SCCS-GR.

Τέλος, προτείνεται ότι η μελλοντική έρευνα να διερευνήσει τις απόψεις των ασθενών που λαμβάνουν πνευματική φροντίδα σε σχέση με την αυτοαναφορά των νοσηλευτών που παρέχουν πνευματική φροντίδα.

6.4 Συμπεράσματα

Η μελέτη αυτή δείχνει ότι η ικανότητα των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή του νόσους ή/και χρόνιες παθήσεις είναι περιορισμένη. Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι οι νοσηλευτές δεν κατανοούν πλήρως την έννοια της πνευματικότητας.

Οι δημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα είναι η ηλικία και η προσωπική τους υγεία.

Ένα μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών έχει ικανοποιητική στάση απέναντι στην πνευματικότητα των ασθενών και έχει καλή επικοινωνία μαζί τους. Έλλειψη δεξιοτήτων και εμπόδια εντοπίζονται στους τομείς της συμβουλευτικής των ασθενών, της παροχής πνευματικής φροντίδας και της αξιολόγησης της πνευματικής φροντίδας. Σημαντικές δυσκολίες παρουσιάζονται σε οργανωτικό επίπεδο και σε θέματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την εφαρμογή πολιτικής και ηγεσίας στην παροχή πνευματικής φροντίδας καθώς και στην διεπιστημονική συνεργασία.

Τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με την υπάρχουσα διεθνή βιβλιογραφία.

Στην παρούσα μελέτη, το SCCS-GR βρέθηκε να είναι ένα έγκυρο εργαλείο για τη μέτρηση της ικανότητας των νοσηλευτών στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η ψυχομετρική ανάλυση που εφαρμόστηκε στο SCCS-GR στον ελληνικό πληθυσμό, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, έδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια του ερωτηματολογίου, καθώς και υψηλό βαθμό συνέπειας και σταθερότητας, γεγονός που το καθιστά σημαντικό για την ανίχνευση της ικανότητας των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς. Επιπλέον, η εσωτερική δομή του ερωτηματολογίου βρέθηκε αρκετά καλή και δεν διέφερε από τη δομή του αρχικού ερωτηματολογίου SCCS των Van Leeuwen et al (van Leeuwen et al., 2009). Η εγκυρότητα

περιεχομένου του είναι υψηλή. Διαπιστώθηκε ότι το SCCS-GR είναι ένα δυνητικά χρήσιμο εργαλείο για τη μέτρηση της ικανότητας πνευματικής φροντίδας των νοσηλευτών στην Ελλάδα.

Το επικυρωμένο SCCS-GR μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής, του ποιοτικού ελέγχου της παροχής υπηρεσιών, του σχεδιασμού πολιτικών και προτύπων του συστήματος υγείας με κλινικές κατευθυντήριες γραμμές και πολιτικές για την πνευματική φροντίδα, την εκπαίδευση και την έρευνα. Προτείνεται ότι το SCCS-GR μπορεί να εφαρμοστεί σε διαφορετικά πλαίσια και πληθυσμούς επαγγελματιών υγείας πέραν των νοσηλευτών.

Από τα ευρήματα της μελέτης προτείνεται ότι απαιτούνται πρόσθετα εκπαιδευτικά προγράμματα ή κατάρτιση σχετικά με την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα για να βελτιωθεί η ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική φροντίδα.

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Η ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΕΛΙΖΑ ΙΑΤΡΙΔΟΥ

Εικαστική Ψυχοθεραπεύτρια

Περίληψη

Σκοπός

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη για να διερευνήσει την ικανότητα των νοσηλευτών που εργάζονται στην Ελλάδα να παρέχουν πνευματική φροντίδα σε ασθενείς με απειλητικές για τη ζωή ή/και χρόνιες ασθένειες. Για τον σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε η προσαρμογή, ο ψυχομετρικός έλεγχος και η στάθμιση της κλίμακας «Spiritual Care Competence Scale» των van Leeuwen et al. στον ελληνικό πληθυσμό.

Μεθοδολογία

Η μελέτη ήταν ποσοτική. Χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας n=202 νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης και ξενώνες ανακουφιστικής φροντίδας σε 33 πόλεις της Ελλάδας.

Για τη συλλογή δεδομένων χορηγήθηκε ένα «έντυπο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων», μια ερώτηση ανοικτού τύπου για τον προσδιορισμό των αντιλήψεων των συμμετεχόντων σχετικά με την πνευματικότητα και το SCCS-GR.

Ελέγχθηκαν η αξιοπιστία, η συγχρονική εγκυρότητα και η εσωτερική δομή της κλίμακας SCCS-GR. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 25. Τα αποτελέσματα της ανοικτής ερώτησης υποβλήθηκαν σε ανάλυση περιεχομένου.

Αποτελέσματα

Ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha της κλίμακας SCCS-GR βρέθηκε υψηλός ($\alpha = 0,920$). Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση των 27 στοιχείων του SCCS-GR αποκάλυψε 6 ορθογώνιους παράγοντες παρόμοιους με το αρχικό όργανο (δειγματοληπτική επάρκεια Kaiser-Meyer-Olkin = 0,870, έλεγχος σφαιρικότητας Bartlett = 3011,266, με 351 βαθμούς ελευθερίας, $p < 0,001$).

Η ψυχομετρική ανάλυση έδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή και ομοιογένεια του ερωτηματολογίου, υψηλό βαθμό συνέπειας, σταθερότητας και εγκυρότητας περιεχομένου.

Οι δείκτες αξιοπιστίας που προέκυψαν τόσο με τη μέθοδο εξέτασης- επανεξέτασης όσο και με τη μέθοδο της εσωτερικής συνέπειας επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία του SCCS-GR στον ελληνικό πληθυσμό.

Συμπεράσματα

Το SCCS-GR είναι ένα έγκυρο εργαλείο.

Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην Ελλάδα δεν κατανοούν πλήρως την έννοια της πνευματικότητας και δηλώνουν μέτριο επίπεδο ικανότητας στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική φροντίδα είναι η ηλικία και η προσωπική υγεία. Ένα μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών έχει ικανοποιητική στάση απέναντι στην πνευματικότητα των ασθενών και έχει καλή επικοινωνία μαζί τους. Εντοπίζονται ελλείψεις δεξιοτήτων και εμπόδια στους τομείς της συμβουλευτικής των ασθενών, της παροχής πνευματικής φροντίδας και της αξιολόγησης της πνευματικής φροντίδας. Σημαντικές δυσκολίες συναντώνται σε οργανωτικό επίπεδο και σε θέματα που σχετίζονται με την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και την ηγεσία στην παροχή πνευματικής φροντίδας και τη διεπιστημονική συνεργασία.

Λέξεις Κλειδιά

Πνευματική Φροντίδα, Πνευματικότητα, Νοσηλεύτες/ριες, Ανακουφιστική Φροντίδα, εργαλεία αξιολόγησης πνευματικής φροντίδας.

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
FACULTY OF NURSING
Postgraduate Programme

SPECIALIZED PALLIATIVE CARE AND ADVANCED NURSING ONCOLOGY
Direction: Adult Palliative Care

NURSES' COMPETENCE IN PROVIDING SPIRITUAL CARE

ELIZA IATRIDOU

Art Psychotherapist

Abstract

Purpose

This study was conducted to investigate the ability of nurses working in Greece to provide spiritual care to patients with life-threatening and/or chronic illnesses. For this purpose, the adaptation, psychometric testing and weighting of the van Leeuwen et al.'s Spiritual Care Competence Scale was performed in the Greek population.

Methodology

The study was quantitative. A convenience sample of n=202 nurses working in public and private hospitals, rehabilitation centres and palliative care hospices in 33 cities in Greece was used.

A "socio-demographic data form", an open-ended questionnaire to determine participants' perceptions of spirituality and the SCCS-GR, was administered for data collection.

The reliability, concurrent validity and internal structure of the SCCS-GR scale were checked. SPSS 25 was used for statistical analysis. The results of the open-ended question were subjected to content analysis.

Results

The internal consistency Cronbach's alpha reliability index of the SCCS-GR scale was found to be high ($\alpha = 0.920$). Confirmatory factor analysis of the 27 items of the SCCS-GR revealed 6 orthogonal factors similar to the original instrument (Kaiser-Meyer-Olkin sampling adequacy = 0.870, Bartlett's test of sphericity = 3011.266, with 351 degrees of freedom, $p < 0.001$).

Psychometric analysis showed high internal consistency and homogeneity of the questionnaire, high degree of consistency, stability and content validity.

The reliability indices obtained by both the test-retest method and the internal consistency method confirm the reliability of the SCCS-GR in the Greek population.

Conclusions

The SCCS-GR is a valid tool.

Nurses working in Greece do not fully understand the concept of spirituality and report a moderate level of competence in providing spiritual care. The factors affecting their ability to provide spiritual care are age and personal health. A large percentage of nurses have a satisfactory attitude towards patients' spirituality and have good communication with them. Skill deficits and barriers are identified in the areas of patient counselling, spiritual care provision and spiritual care assessment. Significant difficulties are found at the organisational level and in issues related to policy development and implementation and leadership in spiritual care provision and interdisciplinary collaboration.

Keywords

Spiritual care, Spirituality, Nurses, Palliative care, Palliative care, spiritual care assessment tools.

Παράρτημα Α

Έντυπα που χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες της έρευνας.



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Τμήμα Νοσηλευτικής
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
Εξειδίκευση: Ανακουφιστική Φροντίδα Ενηλίκων

Έρευνα «Επάρκεια των Νοσηλευτών στην Παροχή Πνευματικής Φροντίδας»

Ενημέρωση

Σκοπός της έρευνας: Στο πλαίσιο της έρευνας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος της Νοσηλευτικής, με ειδικότητα την Ανακουφιστική Φροντίδα Ενηλίκων, η φοιτήτρια Ιατρίδου Ελίζα, υπό την εποπτεία της Καθηγήτριας κα. Πατηράκη Ελισάβετ, μελετά την «Επάρκεια των Νοσηλευτών στην Παροχή Πνευματικής Φροντίδας».

Στόχος της μελέτης είναι η στάθμιση της κλίμακας του Van Leeuwen “Spiritual Care Competence Scale” (Leeuwen, R. R. V. (2008), Towards nursing competencies in spiritual care. s.n.) ο εντοπισμός και η αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του προσαρμοσμένου ερωτηματολογίου στους νοσηλευτές που δουλεύουν στην Ελλάδα και φροντίζουν ασθενείς με χρόνιες ή/και απειλητικές για τη ζωή τους νόσους, και η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας. Απώτερος σκοπός είναι η διαθεσιμότητα της σταθμισμένης στα Ελληνικά κλίμακας προς χρήση από κάθε ενδιαφερόμενο.

Κόστη και Οφέλη της Συμμετοχής: Η συμμετοχή στην έρευνα αυτή δεν είναι υποχρεωτική και δεν συνοδεύεται από κάποια επιβάρυνση πέραν της χρονικής. Δεν αναμένεται να αποκομίσετε άμεσο προσωπικό όφελος από την συμμετοχή σας. Η συμμετοχή θα βοηθήσει σημαντικά στον εμπλουτισμό της τεκμηριωμένης βάσης δεδομένων της Νοσηλευτικής στην Ανακουφιστική Φροντίδα. Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας σε αυτήν την έρευνα.

Εμπιστευτικότητα και Διάχυση των Αποτελεσμάτων: Για τη στάθμιση του ερωτηματολογίου η ερευνήτρια έχει πάρει άδεια από την επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του

.....			
<i>Αυτοάνοσα</i>	<i>Άνοια</i>	<i>Χρόνιες νεφρικές νόσους</i>	<i>Άλλο.....</i>

Εάν δεν εργάζεστε λυπούμαστε αλλά δεν είστε μέσα στον πληθυσμό που μελετάμε και δεν χρειάζεται να συνεχίσετε. Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας

- Αντιμετωπίζω δυσκολίες στις «γνωστικές δεξιότητες» μου (αντίληψη, προσοχή, μνήμη, μάθηση, λήψη αποφάσεων, γλωσσικές ικανότητες): Ναι..... Όχι.....

Συγκατάθεση

- Δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί για τις διαδικασίες της μελέτης, τον σκοπό, τη διάρκεια, τους πιθανούς κινδύνους και τι αναμένεται από μένα. Έχω διαβάσει το έγγραφο πληροφόρησης
- Είχα αρκετό χρόνο να το σκεφτώ και να το συζητήσω με άτομο της επιλογής μου (συνάδελφους, συγγενείς ή φίλους)
- Είχα την ευκαιρία να κάνω όλες τις ερωτήσεις που ήθελα και οι ερωτήσεις μου απαντήθηκαν ικανοποιητικά
- Κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου σε αυτήν τη μελέτη και ότι η ερευνήτρια εγγυάται την εμπιστευτικότητα των δεδομένων αυτών.
- Συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων όπως περιγράφηκε παραπάνω.
- Συμφωνώ ότι τα ερευνητικά δεδομένα που συλλέγονται για αυτήν την έρευνα ενδέχεται να υποβληθούν σε περαιτέρω επεξεργασία, υπό τον όρο ότι αυτή η επεξεργασία περιορίζεται στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας.

Αποδέχομαι τους όρους συμμετοχής και συναινώ στην εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα αυτή.

Συναινώ..... Δεν συναινώ.....

Ημερομηνία.....

Υπογραφή συμμετέχοντος.....

email.....

Δημογραφικά στοιχεία

<p>Φύλο: Άνδρας... Γυναίκα..... Άλλο.....</p>	<p>Ηλικία:</p>
<p>Εθνικότητα:</p>	<p>Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος..... Έγγαμος..... Χήρος/α..... 2^{ος} γάμος..... Διαζευγμένος/η..... Άλλο.....</p>
<p>Αριθμός παιδιών:</p>	<p>Ηλικία παιδιών:.....</p>
<p>Τόπος μόνιμης κατοικίας:.....</p>	<p>Ζείτε με: Μόνος.... Γονείς..... Σύζυγο/σύντροφο.... Άλλο.....</p>

- Χρόνια συνολικής υπηρεσίας στον κλάδο της Νοσηλευτικής:.....
- Επαγγελματικό φορέα στον οποίο εργάζεστε σήμερα:
Δημόσιο νοσοκομείο..... Ιδιωτικό νοσοκομείο..... Κέντρο Ανακουφιστικής Φροντίδας..... Άλλο.....
- Μονάδα/ τμήμα απασχόλησης στον φορέα που εργάζεστε σήμερα:
.....

- Θέση εργασίας στην μονάδα που εργάζεστε σήμερα
.....

<p>Χρόνια απασχόλησης στην παρούσα μονάδα/τμήμα.....</p>	<p>Η βάρδια σας είναι: 6ώρη.....8ώρη.....Άλλο.....</p>	<p>Αριθμός ωρών εργασίας: <40..... 48..... 56.....</p>
--	--	--

- Έχετε χρόνια ή/και σοβαρά προβλήματα υγείας ή/και προβλήματα υγείας απειλητικά για την ζωή σας;
Ναι..... Όχι.....
- Εάν έχετε προβλήματα υγείας αναφέρετε ονομαστικά τι είδους προβλήματα:.....
.....
.....

- Περιγράψτε εν συντομία τον όρο «πνευματικότητα» έτσι όπως τον αντιλαμβάνεστε.....
.....
.....
.....

Ορολογία

«Πνευματικότητα»

«Πνευματικότητα είναι η δυναμική διάσταση της ανθρώπινης ζωής που σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα (άτομο και κοινότητα) βιώνουν, εκφράζουν ή/και αναζητούν νόημα, σκοπό και υπερβατικότητα, καθώς επίσης και τον τρόπο που συνδέονται με τη στιγμή, τον εαυτό τους, τους άλλους, τη φύση, το σημαντικό ή/και το ιερό». Η πνευματικότητα είναι πολυδιάστατη και εμπεριέχει:

1. Υπαρξιακές προκλήσεις (πχ. ερωτήματα που αφορούν την ταυτότητα, το νόημα, τον θάνατο, την ενοχή, τη ντροπή, την συμφιλίωση, τη συγχώρεση, την ελευθερία, την ευθύνη, την ελπίδα, την αγάπη)
2. Θεωρήσεις που βασίζονται στις αξίες και την στάση προς την ζωή (πχ. τι είναι πιο σημαντικό για το κάθε άτομο, πώς σχετίζεται με τον εαυτό του/ τους άλλους/ την ζωή)
3. Θρησκευτικές αξίες (πίστη, πεποιθήσεις, θρησκευτικές πρακτικές, σχέση με τον Θεό/ το απόλυτο)

(“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.).

«Πνευματική Φροντίδα»

Η Πνευματική Φροντίδα περιλαμβάνει τόσο την αναγνώριση της σημασίας της πνευματικής διάστασης της φροντίδας των ασθενών, όσο και την εκτίμηση των πνευματικών αναγκών και την παροχή υποστήριξης τους (“Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC,” n.d.).

Κλίμακα Επάρκειας Παροχής Πνευματικής Φροντίδας

Leeuwen, R. R. V. (2008). Towards nursing competencies in spiritual care. s.n.

Σε κάθε ερώτηση, παρακαλώ, κυκλώστε τον αριθμό που αντικατοπτρίζει καλύτερα το επίπεδό σας.

Στάση απέναντι στην πνευματικότητα του ασθενούς

1) Δείχνω σεβασμό, χωρίς προκατάληψη, στις πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ανεξάρτητα από το πνευματικό/θρησκευτικό του υπόβαθρο.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

2) Είμαι δεκτικός στις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς, ακόμη και αν διαφέρουν από τις δικές μου.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

3) Δεν προσπαθώ να επιβάλω τις δικές μου πνευματικές/θρησκευτικές πεποιθήσεις σε έναν ασθενή.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

4) Γνωρίζω τους προσωπικούς μου περιορισμούς όταν ασχολούμαι με τις πνευματικές /θρησκευτικές πεποιθήσεις ενός ασθενούς

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Επικοινωνία

5) Μπορώ να ακούσω ενεργά την «ιστορία ζωής» ενός ασθενούς σχετικά με την ασθένεια / αναπηρία του.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

6) Έχω στάση αποδοχής στη αλληλεπίδραση μου με έναν ασθενή (ήσυχος, συμπονετικός, εμπνέω εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση, ενσυναισθητικός, γνήσιος, ευαίσθητος, ειλικρινής και προσωπικός)

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Αξιολόγηση και εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας

7) Μπορώ να περιγράψω προφορικά ή/και γραπτά τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

8) Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες/ προβλήματα ενός ασθενούς, σε συνεννόηση μαζί του.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

9) Μπορώ να προσαρμόσω τη φροντίδα στις πνευματικές ανάγκες / τα προβλήματα ενός ασθενούς, μέσω της επικοινωνίας μου με τη διεπιστημονική ομάδα.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

10) Μπορώ να καταγράψω τη νοσηλευτική διάσταση της πνευματικής φροντίδας ενός ασθενούς στο νοσηλευτικό πλάνο.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

11) Μπορώ να αναφέρω *γραπτά* την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

12) Μπορώ να περιγράψω *προφορικά* την πνευματική λειτουργία ενός ασθενούς.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Παραπομπή

13) Μπορώ να αναθέσω αποτελεσματικά τη φροντίδα για τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενούς σε άλλο πάροχο φροντίδας / εργαζόμενο παροχής φροντίδας / κλάδο φροντίδας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

14) Κατόπιν αιτήματος ενός ασθενούς με πνευματικές ανάγκες, μπορώ με *έγκαιρο* και *αποτελεσματικό* τρόπο να τον *παραπέμψω* σε άλλον εργαζόμενο παροχής φροντίδας (π.χ. εφημέριος/ο ίδιος ο ιερέας/ιμάμης του ασθενούς).

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

15) Ξέρω *πότε* *πρέπει* να απευθυνθώ σε έναν πνευματικό σύμβουλο σχετικά με την πνευματική φροντίδα ενός ασθενούς.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική των ασθενών

16) Μπορώ να παρέχω σε έναν ασθενή πνευματική φροντίδα.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

26) Μπορώ να κάνω προτάσεις πολιτικής σχετικά με πτυχές της πνευματικής φροντίδας στη διαχείριση της μονάδας νοσηλείας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

27) Μπορώ να εφαρμόσω ένα σταδιακά αναπτυσσόμενο σχέδιο πνευματικής φροντίδας στην μονάδα νοσηλείας.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα

Συμμετοχή σε επαναληπτική διαδικασία

Η επαναληπτική διαδικασία είναι απαραίτητη για την μέτρηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας/ Εάν επιθυμείτε να συμμετέχετε και σε αυτή την φάση θα σας ζητήσουμε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο σε 2 εβδομάδες. Θα σας σταλθεί σύνδεσμος στο email σας, ο οποίος ανοίγει το on line ερωτηματολόγιο.

Επιθυμώ..... Δεν
επιθυμώ.....

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας

Παράρτημα Β

Οι ορισμοί των ερωτηθέντων για την πνευματικότητα

«Περιγράψτε εν συντομία τον όρο «πνευματικότητα» έτσι όπως τον αντιλαμβάνεστε»

Η αναζήτηση του ανθρώπου για κάτι που δεν βλέπει με τα μάτια του αλλά αισθάνεται με την ψυχή του.

Η πίστη μας στο Θεό, η θεία χάρη και η θεία ευλογία

Η σχέση και η πίστη σε κάτι ανώτερο

Η σχέση με τις ανώτερες δυνάμεις, πίστη και νοηματοδότηση της ζωής

Είναι η εσωτερική αντίληψη του ανθρώπου για πράγματα τα οποία δε μπορεί να εξηγήσει με λογική

Ο τρόπος ζωής με βάση την πίστη του καθένα

Πίστη

Η ανάγκη του ανθρώπου να συνδεθεί με κάτι ανώτερο από τον ίδιο

Η υπαρξιακές ανησυχίες που προβληματίζουν και αποτελούν πρόβλημα νοηματοδότης στις ζωής, έκφρασης συναισθημάτων ασθενών και οικογένειας.

Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο νοηματοδοτεί τη ζωή του, τις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους και τον Θεό.

Η αναζήτηση υπαρξιακού νοήματος

Αναζήτηση του σκοπού της ζωής, μια υπαρξιακή αιτιολόγηση στο πλαίσιο του πνευματικού, πολιτιστικού κ κοινωνικού περιβάλλοντος στο οποίο διαβιώ, με επιρροές από τη θρησκεία και την επιστήμη.

Είναι η ανώτερη αντίληψη για κάποια πράγματα

Είναι η ψυχή του ανθρώπου και πως αντιλαμβάνεται το κόσμο και τον εαυτό του. Συναίσθημα, πιστεύω, αξίες, σκέψεις

Αντίληψη και σκέψη πέρα από την κοινή ανθρώπινη λογική, καθοδηγούμενη είτε από πίστη στο Θεό, είτε από διερεύνηση του μεταφυσικού, είτε από ενασχόληση με δραστηριότητες του πνεύματος όπως τέχνες, γράμματα και φιλοσοφία.

Μια συλλογική σκέψη που δείχνει την αντίληψη του πνεύματος

Η ουσία της ζωής αφαιρώντας την ύλη.

Η πνευματική διάσταση του ατόμου. Η έννοια του υπερφυσικού για τον καθένα

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι σχετίζονται με την ύπαρξη τους, το πνεύμα τους

Η αναζήτηση της ύπαρξης μας μέσα στο σύμπαν, με σύνθετες σκέψεις, νέες ιδέες και δημιουργικότητα

Ηθική, κριτική σκέψη, ενσυναίθηση

Ευρεία έννοια της πίστης περιλαμβάνοντας και την γενική θεώρηση του κόσμου και της σύνδεσης του ατόμου με αυτό

Εσωτερική ικανότητα για διεύρυνση πνευματική

Αποδοχή και σεβασμός στην ανθρώπινη ύπαρξη, το νόημα της ύπαρξης και υπέρβαση του εγώ

Τρόπος αντίληψης και σκέψης

Σχετικότητα, αντίληψη του Θείου, δοτικότητα, αλτρουισμός, κοινωνική ανάπτυξη, προσωπική ανάπτυξη, δημιουργικότητα

Το επίπεδο της διανοητικής κατάστασης ενός ανθρώπου σε συνδυασμό με τη μόρφωση του

Η αναζήτηση του μη υλικού, η αυθυπέμβαση

Αντίληψη του εαυτού

Είναι η αναζήτηση του νοήματος της ζωής που συνδέεται για εμένα με την θρησκεία μου τον Χριστιανισμό

Ικανότητα ανάλυσης και ακοής

Εσωτερική αρμονία

Οι ικανότητες και ιδιότητες που συνθέτουν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου

Αντίληψη του κόσμου

Ο άνθρωπος αναζητά τρόπους ώστε να βρει το νόημα της ζωής

Η ικανότητα της εν τω βάθει ,αντίληψης, ευφυΐας, κριτικής ίσως και αναζήτησης ,σαυτό που θεωρεί καθένας μας ιερό

Οι ιδιότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο κάποιου ατόμου.

Ανθρώπινη Ικανότητα

Πίστη σε μια ανώτερη δύναμη

Ενσυναίσθηση

Είναι κυρίως ένας όρος που έχει να κάνει με την ψυχοκοινωνική κατάσταση της κοινότητας, την θρησκευτικότητά της και τον πολιτισμό.

Αναζήτηση σκοπού ζωής σε συνάρτηση με την πίστη μας

Η αντίληψη του νοήματος της ζωής

Η δέσμευση του ανθρώπου με κάτι υπερβατό

Μια άλλη υπόσταση

Η αναζήτηση του σκοπού ζωής

Εσωτερική ανθρώπινη ικανότητα για υπέρβαση του εαυτού αναζητώντας νόημα και σκοπό στη ζωή

Εσωτερική ηρεμία, πίστη στο Θεό, αγάπη προς τον συνάνθρωπο

Πνευματικότητα είναι ο τρόπος με τον οποίο το άτομο προσπαθεί να δώσει νόημα και σκοπό στη ζωή του και στην εμπειρία της επαφής του με τον ίδιο τουτον εαυτό, τους άλλους, τη φύση και τις υπερφυσικές δυνάμεις.

Οι ιδιότητες που συνιστούν τον πνευματικό "κόσμο" ενός ανθρώπου

Θεωρώ ότι ο άνθρωπος αποτελείται από το σώμα και το πνεύμα (ψυχή). Οπότε με τον όρο πνευματικότητα εννοούμε τις πεποιθήσεις και τις ανάγκες της ψυχής (πίστη στο Θεό, ζωή μετά τον θάνατο, δύναμη προσευχής)

Αναζήτηση εμπειριών βασισμένων σε θρησκευτικές πεποιθήσεις

Πνευματικό, νοητικό, μαθησιακό επίπεδο ενός ανθρώπου.

Η ενασχόληση με τα θεία

Η σχέση του ανθρώπου με μια ανώτερη δύναμη

Η βαθμός ικανότητας για τη συναισθηματική στήριξη των χρόνιων ασθενών

Εξέλιξη, εσωτερική ανάβαση ενός ατόμου, αυτογνωσία, εσωτερική κάθαρση

Οι ικανότητες/Τα χαρακτηριστικά που συνθέτουν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου

Εσωτερική αναζήτηση κ νοηματοδότηση των πραγμάτων
Επαφή με κάθε τι που προσφέρει ηρεμία κ γαλήνη

Η πνευματικότητα για κάθε άνθρωπο είναι διαφορετική και μπορεί να πιστεύουν ότι υπάρχουν στη ζωή περισσότερα από ότι βιώνουν σε επίπεδο αισθήσεων και φυσικό

Το επίπεδο του ψυχικού πνεύματος του ανθρώπου

Σχέση ατόμου με κάτι που πιστεύει

Εν συναίσθηση σε συνδυασμό με αυτογνωσία

Η αναζήτηση και η αντίληψη του σκοπού της ζωής

Ανάγκη ψυχικής επικοινωνίας

Διαύγεια

Ολιστική προσέγγιση

Οξυδέρκεια

Η εσωτερική αναζήτηση του σκοπού της ζωής

Η ικανότητα που συγκροτεί το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου.

Αγάπη προς τον εαυτό και τον συνάνθρωπο.

Πίστη στο Θείο όπως το ορίζει ο καθένας προσωπικά.

Ένα σύνολο από στοιχεία και ικανότητες ενός ατόμου που έχουν σχέση με τον τρόπο σκέψης, αντίληψης και συμπεριφοράς στην ζωή του

Πνευματικότητα είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο μπορεί να έχει έντονο το στοιχείο της εν συναίσθησης

Η καλλιέργεια του πνεύματος μέσα από μια γκάμα δραστηριοτήτων

Η προσωπική διαύγεια της νόησης , η δυναμική του νου να αξιολογεί την νόηση του ασθενούς - συνομιλητή σε βάθος , η δυνατότητα διαχείρισης του πνευματικού πάσχοντος.

Θρησκευτικότητα

Αντίληψη ! συνεννόηση Δημοκρατία.

Η εσωτερική κατάσταση εκείνη όπου νους και σώμα είναι σε αρμονία και ισορροπία

Είναι μια πιο ευρεία έννοια της πίστης

Με τον όρο πνευματικότητα εννοούμε τις ιδέες, γνώσεις, πνευματικές και υπαρξιακές αναζητήσεις, τις θρησκευτικές αντιλήψεις και τις παραδόσεις μας. Όλα αυτά που στο διάβα της ζωής μας και την επαφή μας με άλλα άτομα έχουμε γνωρίσει, αποδεχθεί ή απορρίψει, τα έχουμε κάνει κτήμα μας και δημιουργήσαν τον άνθρωπο και την προσωπικότητα που είμαστε.

Εσωτερική αρμονία

Ο εσώτερος εαυτός. Η εμπειρία, η σοφία, η γνώση, η καλλιέργεια στοιχείων που αντανακλώνται στον χαρακτήρα

Πίστη σε κάτι το ανώτερο

Η πίστη του ατόμου σε μια ανώτερη δύναμη που του παρέχει ασφάλεια .

Πίστη εν συναίσθηση, αξίες

Αναζήτηση ύπαρξης ανώτερης δύναμης

Να μπορείς να αντιλαμβάνεσαι τους γύρω σου

Ταπεινότητα και διάκριση

Θρησκευτικό πνεύμα

Η πνευματικότητα είναι μια εμπειρία που κάθε άνθρωπος μπορεί να βιώσει με διαφορετικό τρόπο ανεξάρτητα από την πίστη, την ιδεολογία ή δόγμα. Είναι η αναζήτηση του νοήματος της ζωής όπως τη βιώνει ο καθένας ξεχωριστά.

Η ιδιότητα του νου να αναλύει και να προσδίδει νόημα στην πραγματικότητα.

Πνεύμα

Πίστη

Μια πιο γενική έννοια της πίστης, η σύνδεση με κάτι ανώτερο

Οι πνευματικές ικανότητες ενός ατόμου

Η αντίληψη μιας άνωθεν δύναμης

Υγιές πνεύμα

Αντίληψη

Η εσωτερική ικανότητα για υπερβάσεις που αφορούν το πνεύμα

Δε γνωρίζω τι σημαίνει

Οι ικανότητες ενός ανθρώπου που συνθέτουν το πνευματικό του επίπεδο

Πνευματικότητα για εμένα είναι ένα σύνολο από δεξιότητες και θέματα τα οποία αφορούν τη θρησκεία ενός ανθρώπου.

Οτιδήποτε σχετικό με την συναισθηματική κατάσταση των ασθενών, εν συνείδηση επαγγελματιών, ανακούφιση ψυχολογικής κατάστασης ασθενών

Οι ικανότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου

Αναφέρονται όλα τα συστήματα αξιών τα οποία καθορίζουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά του ατόμου στις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του και τα οποία διαμορφώθηκαν στο χρόνο από τις ηθικές, πολιτισμικές, φιλοσοφικές και ψυχολογικές εμπειρίες του.

Η ικανότητα του ανθρώπου να επεξεργάζεται και να μεταδίδει νοήματα, γνώσεις και συναισθήματα έπειτα από προβληματισμό και εσωτερική αναζήτηση στοχεύοντας στα άυλα αγαθά και την ψυχική, αέναη επικοινωνία.

Ικανότητα αντίληψης, επεξεργασίας, διαχείρισης, διεκπεραίωσης όλων των θεμάτων επί ανθρώπινου που υπερβαίνουν τα συνήθη ή τετριμμένα.

Σημασία της ύπαρξης μας

Η αντίληψη, η έκφραση κ η συμπεριφορά ενός ατόμου

Πνευματικότητα σημαίνει συνείδηση προς τους άλλους ανθρώπους και προς τον εαυτό μας κατά την άποψη μου αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ανθρώπινης εξέλιξης συμβάλλει στην ανάπτυξη της δημιουργικής σκέψης. Έχει να κάνει με την εν συνείδηση

Είναι η εσωτερική αναζήτηση της ευημερίας -αρμονίας του ατόμου ! Δεν εξαρτάται μόνο από την πίστη του ατόμου στα θεία, αλλά και σε γενικότερες αξίες και ιδανικά

Συνδυασμός αντιληπτικότητας, ευσυνειδησίας, ευαισθησίας, καλλιέργειας, δεκτικότητας, ανοιχτού και εξελισσόμενου νου

Πνευματικότητα είναι η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες στο χώρο που δραστηριοποιείται και να βρίσκει λύσεις τόσο προληπτικά όσο και κατασταλτικά.

Αντίληψη εαυτού

Ενσυναίσθηση

Εσωτερική αντίληψη

Ενσυναίσθηση των αναγκών των άλλων

Συνδυασμός οξυδέρκειας, μόρφωσης, καλλιέργειας και εμπειριών ζωής που μεταλαμπαδεύονται.

Μια εσωτερική ανθρώπινη διερεύνηση

Η τάση του ατόμου κοινωνικά θρησκευτικά και ηθικά

Υπαρξιακές ανησυχίες

Την πνευματικότητα οι ψυχίατροι την προσεγγίζουν πολιτισμικά, υπερβατικά και θρησκευτικό-ηθικά. Προσωπικά την θεωρώ ως την αναζήτηση του σκοπού της ζωής και ως την επίτευξη της εσωτερικής αρμονίας.

Εσωτερική ικανότητα και διεργασία κατά την οποία συνδυάζουμε τις δικές μας δυνατότητες με "εξωανθρώπινες" δυνάμεις!

Η ικανότητα να αντιλαμβάνομαι και να μεταδίδω κάτι πέρα του φυσικού, του υλικού

Συναισθήματα

Το πλαίσιο αντίληψης των χαρακτηριστικών του βίου σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο και η συσχέτισή τους με το αντίστοιχο νόημα και σκοπό της ζωής

Μια διάσταση του ανθρώπου -περαν της σωματικής - που αντικατοπτρίζει την ψυχική και συναισθηματική του κατάσταση

Η αντίληψη του μυαλού

Δέσμευση του ανθρώπου σε καταστάσεις

Το να αντιλαμβάνεσαι κάποιον άνθρωπο και την τρέχουσα κατάσταση του με άλλον τρόπο εκτός των πέντε αισθήσεων

Οι ικανότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου

Η αντίληψη της πίστης, η ανάγκη για υποστήριξη από τον Θεό ή ό,τι ο καθένας πιστεύει.

πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου - πνευματική διάσταση

Η σύνδεση της φύσης του ανθρώπου με κάτι ανώτερο χωρίς υπόσταση ! Ίσως αναφέρεται και στην πίστη .

Λειτουργώ με βάση τα πιστεύω μου ,τις εμπειρίες και τον ιδιαίτερο ψυχικό μου κόσμο.

Καλλιέργεια ψυχής και πνεύματος, εν συναίσθηση

Σύνδεση με τον Θεό

Διαύγεια λογική σκέψη

Ενσυναίσθηση και προσπάθεια ανακούφισης και παρηγόρησης .

Πίστη, ελπίδα

Αγάπη

Οτιδήποτε βιώνει ένας άνθρωπος πέρα από αισθητηριακή και φυσικό επίπεδο. Για κάποιον μπορεί να είναι η πίστη σε κάποια θρησκεία, για κάποιον άλλον η σύνδεση του με τη φύση.

Αναζήτηση του νοήματος της ζωής

Έκφραση και αναζήτηση νοήματος

Σχετίζεται με υπαρξιακά ζητήματα όπως την ανάγκη του ατόμου να πιστεύει σε κάτι ανώτερο από το οποίο αντλεί δύναμη, το νόημα που αποδίδει στη ζωή του κτλ.

αναζήτηση σκοπού και νοήματος της ζωής

Εσωτερική επικοινωνία με τον Θεό

Η προσωπική αντίληψη για τη ζωή και το θάνατο

εσωτερικός κόσμος του ανθρώπου

Ελπίδα

Γνωστική και ψυχολογική ανοιχτοτητα και καλλιέργεια του ατόμου

Πίστη

Ήρεμο και διαβασμένο μυαλό

Λογικά σχετίζεται με το ηθικό και τη διάθεση

Η ψυχική και πνευματική κατάσταση σε ηρεμία

Η ψυχική αντίληψη του ανθρώπου και η αντίδραση του στο περιβάλλον του

Διαύγεια μυαλού

Πίστη αυθεντικότητα εσωτερική αρμονία καλύτερος άνθρωπος

Επαφή με τον θεό

Η ανάγκη του ανθρώπου να έρθει κοντά στα θεία

Πίστη στο θεό

Όταν το άτομο θέλει να επικοινωνήσει με τον θεό

Ψυχική ευημερία

Καλλιέργεια του πνεύματος, αναζήτηση σκοπού

Εσωτερικός κόσμος του ανθρώπου

Αναζήτηση εσωτερικής ηρεμίας

Η δέσμευση του ανθρώπου με την πίστη και τον θεό

Στάση ζωής, ηθικές αξίες, θρησκευτικές πεποιθήσεις

Αναζήτηση σκοπού ζωής και επίτευξη εσωτερικής αρμονίας για την ικανότητα αυθυπέμβασης

σύνδεση που έχει ο άνθρωπος να καλλιεργήσει το πνεύμα του κυρίως μέσω θρησκευτικών πεποιθήσεων

Η σχέση με οποιαδήποτε ανώτερη δύναμη πιστεύει κάποιος

Η εμπειρία και η αντίληψη που κατέχει κάποιος ώστε να είναι ικανός να αναγνωρίζει τις αξίες του που δεν αφορούν τον ίδιο

<p>Η αντίληψη και η προσωπική εξέλιξη του ατόμου ως προς τις μη υλικές ανάγκες του ανθρώπου Οι ικανότητες που συγκροτούν το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου και η πίστη στο μεταφυσικό υπερβατισμό</p>
Η ανάγκη του ανθρώπου να ικανοποιεί τον εσωτερικό του κόσμο
Διαύγεια νόησης
Ανάγκη για πίστη και εσωτερική ειρήνη.
Η ψυχική αντίληψη του ανθρώπου και η αντίδραση του στο περιβάλλον του
Η ψυχική και πνευματική κατάσταση σε αρμονίας
Ηθική και πίστη
Ψυχική ηρεμία και εξελιγμένη νόηση
Πίστη
Ελπίδα
Καλλιέργεια του ατόμου στις γνώσεις και την ψυχή του
Η προσωπική αντίληψη για τη ζωή και το θάνατο
Εσωτερική επικοινωνία με τον Θεό
Αναζήτηση σκοπού και νοήματος της ζωής
Ενασχόληση με υπαρξιακά ζητήματα, πίστη σε κάτι ανώτερο από το οποίο αντλεί δύναμη, νοηματοδότηση της ζωής
Έκφραση και αναζήτηση νοήματος
Αναζήτηση του νοήματος της ζωής
Πίστη, επαφή με την φύση, νοηματοδότηση
Αγάπη
Πίστη, ελπίδα
Ενσυναίσθηση και προσπάθεια ανακούφισης και παρηγόρησης .
Διαύγεια λογική σκέψη
Σύνδεση με τον Θεό
Επαφή με το πνεύμα του ανθρώπου και πίστη
Αντίληψη της ζωής ικανότητα νοηματοδότησης και εύρεσης σκοπού
Επαφή με τα συναισθήματα
Η ικανότητα να αντιλαμβάνομαι και να μεταδίδω κάτι πέρα του φυσικού, του υλικού

Παράρτημα Γ

Spiritual Care Competency Scale

(Leeuwen, 2009)

Appendix Spiritual Care Competence Scale

1 = completely disagree/2 = disagree/3 = neither agree or disagree/4 = agree/5 = fully agree

Attitude towards patient spirituality

1) I show unprejudiced respect for a patient's spiritual/religious beliefs regardless

of his or her spiritual/religious background

1 - 2 - 3 - 4 - 5

2) I am open to a patient's spiritual/religious beliefs, even if they differ from my own

1 - 2 - 3 - 4 - 5

3) I do not try to impose my own spiritual/religious beliefs on a patient

1 - 2 - 3 - 4 - 5

4) I am aware of my personal limitations when dealing with a patient's spiritual/religious beliefs

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Communication

5) I can listen actively to a patient's 'life story' in relation to his or her illness/handicap

1 - 2 - 3 - 4 - 5

6) I have an accepting attitude in my dealings with a patient (concerned, sympathetic, inspiring trust and confidence, empathetic, genuine, sensitive, sincere and personal)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Assessment and implementation of spiritual care

7) I can report orally and/or in writing on a patient's spiritual needs

1 - 2 - 3 - 4 - 5

8) I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems in consultation with the patient

1 - 2 - 3 - 4 - 5

9) I can tailor care to a patient's spiritual needs/problems through multidisciplinary consultation

1 - 2 - 3 - 4 - 5

10) I can record the nursing component of a patient's spiritual care in the nursing plan

1 - 2 - 3 - 4 - 5

11) I can report in writing on a patient's spiritual functioning

1 - 2 - 3 - 4 - 5

12) I can report orally on a patient's spiritual functioning

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Referral

13) I can effectively assign care for a patient's spiritual needs to another care provider/care worker/care discipline

1 - 2 - 3 - 4 - 5

14) At the request of a patient with spiritual needs, I can in a timely and effective manner refer him or her to another care worker (e.g. a chaplain/the patient's own priest/imam)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

15) I know when I should consult a spiritual advisor concerning a patient's spiritual care

1 - 2 - 3 - 4 - 5

Personal support and patient counselling

16) I can provide a patient with spiritual care

1 - 2 - 3 - 4 - 5

17) I can evaluate the spiritual care that I have provided in consultation with the patient and in the disciplinary/multi-disciplinary team

1 - 2 - 3 - 4 - 5

18) I can give a patient information about spiritual facilities within the care institution (including spiritual care, meditation centre, religious services)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

- 19) I can help a patient continue his or her daily spiritual practices (including providing opportunities for rituals, prayer, meditation, reading the Bible/Koran, listening to music)
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 20) I can attend to a patient's spirituality during the daily care (e.g. physical care)
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 21) I can refer members of a patient's family to a spiritual advisor/pastor, etc. if they ask me and/or if they express spiritual needs
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- Professionalization and improving the quality of spiritual care
- 22) Within the department, I can contribute to quality assurance in the area of spiritual care
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 23) Within the department, I can contribute to professional development in the area of spiritual care
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 24) Within the department, I can identify problems relating to spiritual care in peer discussions session
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 25) I can coach other care workers in the area of spiritual care delivery to patients
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 26) I can make policy recommendations on aspects of spiritual care to the management of the nursing ward
1 - 2 - 3 - 4 - 5
- 27) I can implement a spiritual-care improvement project in the nursing ward
1 - 2 - 3 - 4 - 5

Βιβλιογραφία

- Abusafia, A.H., Mamat, Z., Rasudin, N.S., Bakar, M., Ismail, R., 2021. Spiritual Care Competence among Malaysian Staff Nurses. *Nurse Media Journal of Nursing* 11, 1–9. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i1.34757>
- Albaqawi, H.M., Alquwez, N., Almazan, J.U., Alharbi, S.M., Catimbang, C.C., Rivera, P.P., Cruz, J.P., 2019. Workplace Spiritual Climate and Its Influence on Nurses' Provision of Spiritual Care in Multicultural Hospitals. *Religions* 10, 118. <https://doi.org/10.3390/rel10020118>
- Ali, G., Snowden, M., Wattis, J., Rogers, M., 2018. Spirituality in Nursing education: Knowledge and practice gaps 27–49.
- Alshehry, A.S., Almazan, J.U., Alquwez, N., 2020. Influence of Religiosity on the Saudi Nursing Students' Attitudes Toward Older People and Perceptions on Elderly Care. *J Relig Health* 59, 2701–2714. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00857-z>
- Atashzadeh-Shoorideh, F., Abdoljabbar, M., Karamkhani, M., Khubestani, M.S., Pishgooie, S.A., 2017. The relationship between Nurses' spiritual health and their caring behaviors. *Journal of Pizhūhish dar dīn va salāmat* 3, 5–17.
- Balboni, M.J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A.C., Gorman, D.P., Zollfrank, A., Peteet, J.R., Prigerson, H.G., Vanderweele, T.J., Balboni, T.A., 2013. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 31, 461–467. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>

- Balboni, T.A., Paulk, M.E., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Loggers, E.T., Wright, A.A., Block, S.D., Lewis, E.F., Peteet, J.R., Prigerson, H.G., 2010. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 28, 445–452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
- Baldacchino, D., 2015. Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions* 6, 594–613. <https://doi.org/10.3390/rel6020594>
- Baldacchino, D.R., 2008. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today* 28, 550–562. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.003>
- Baldacchino, D.R., 2006. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 15, 885–896. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x>
- Balducci, L., 2019. Geriatric Oncology, Spirituality, and Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 57, 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.009>
- Batcheller, J., Davis, J., Yoder-Wise, P.S., 2013. Hope for the future: intensifying spirituality in the workplace. *Nurs Adm Q* 37, 309–316. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3182a2f9ae>
- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B., 2000. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)* 25, 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bellou, V., 2008. Identifying organizational culture and subcultures within Greek public hospitals. *J Health Organ Manag* 22, 496–509. <https://doi.org/10.1108/14777260810898714>
- Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., Barbero, J., 2014. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 47, 1008-1018.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.06.018>
- Benner, P., 2012. Educating nurses: a call for radical transformation-how far have we come? *J Nurs Educ* 51, 183–184. <https://doi.org/10.3928/01484834-20120402-01>
- Blaber, M., Jones, J., Willis, D., 2015. Spiritual care: Which is the best assessment tool for palliative settings? *International Journal of Palliative Nursing* 21, 430–438. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.9.430>
- Bradshaw, A., 1994. *Lighting the Lamp: The Spiritual Dimension of Nursing Care*.
- Branco, Z., Brito, D., Sousa, C., 2014. The Spiritual Needs of Ailing Hospitalized Patients: An Integrative Review. *Aquichan* 14, 100–108. <https://doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.8>
- Bujang, M.A., 2017. A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. *Archives of Orofacial Sciences* 12, 1–11.
- Bujang, M.A., Baharum, N., 2017. Guidelines of the minimum sample size requirements for Kappa agreement test. *ebph* 14. <https://doi.org/10.2427/12267>
- Burkhart, L., Hogan, N., 2008. An Experiential Theory of Spiritual Care in Nursing Practice. *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732308318027>
- Burkhart, L., Schmidt, L., Hogan, N., 2011a. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *J Adv Nurs* 67, 2463–2472. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
- Burkhart, L., Schmidt, L., Hogan, N., 2011b. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of advanced nursing* 67, 2463–72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
- Burkhart, L., Schmidt, W., 2012. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *J Prof Nurs* 28, 315–321. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.03.003>
- Burnard, P., 1988. The spiritual needs of atheists and agnostics. *Professional nurse*.

- Bush, R.S., Baliko, B., Raynor, P., 2023. Building Spiritual Care Competency in Undergraduate Psychiatric Mental Health Nursing Students: A Quality Improvement Project. *J Holist Nurs* 41, 256–264. <https://doi.org/10.1177/08980101221103104>
- Büssing, A., Balzat, H., Heusser, P., 2010. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res* 15, 266–273. <https://doi.org/10.1186/2047-783X-15-6-266>
- Calabria, M.D., Macrae, J.A., 2013. *Suggestions for Thought by Florence Nightingale: Selections and Commentaries*. University of Pennsylvania Press.
- Caldeira, S., Carvalho, E.C., Vieira, M., 2013. Spiritual distress-proposing a new definition and defining characteristics. *Int J Nurs Knowl* 24, 77–84. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2013.01234.x>
- Candy, J., 2002. Spirituality and Mental Health Care: Rediscovering a “Forgotten” Dimension: By John Swinton. *Psychiatric Bulletin* 26, 118–118. <https://doi.org/10.1192/pb.26.3.118>
- Carr, T., 2008. Mapping the Processes and Qualities of Spiritual Nursing Care. *Qualitative health research* 18, 686–700. <https://doi.org/10.1177/1049732307308979>
- Carr, T.J., 2010. Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. *Qual Health Res* 20, 1379–1392. <https://doi.org/10.1177/1049732310372377>
- Carson, V.B., Koenig, H.G. (Eds.), 2008. *Spiritual Dimensions of Nursing Practice*, Revised edition. ed. Templeton Press, West Conshohocken, Pa.
- Cavendish, R., Konecny, L., Naradovy, L., Luise, B.K., Como, J., Okumakpeyi, P., Mitzeliotis, C., Lanza, M., 2006. Patients’ perceptions of spirituality and the nurse as a spiritual care provider. *Holist Nurs Pract* 20, 41–47. <https://doi.org/10.1097/00004650-200601000-00010>
- Cetinkaya, B., DüNDAR, S.A., Azak, A., 2013. Nurses’ perceptions of spirituality and spiritual care. *Australian Journal of Advanced Nursing* 31, 5–10. <https://doi.org/10.37464/2013.311.1602>
- Chahrour, W.H., Hvidt, N.C., Hvidt, E.A., Viftrup, D.T., 2021. Learning to care for the spirit of dying patients: the impact of spiritual care training in a hospice-setting. *BMC Palliat Care* 20, 115. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00804-4>
- Chan, M.F., 2010. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs* 19, 2128–2136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x>
- Chan, M.F., Chung, L.Y.F., Lee, A.S.C., Wong, W.K., Lee, G.S.C., Lau, C.Y., Lau, W.Z., Hung, T.T., Liu, M.L., Ng, J.W.S., 2006. Investigating spiritual care perceptions and practice patterns in Hong Kong nurses: results of a cluster analysis. *Nurse Educ Today* 26, 139–150. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.08.006>
- Chen, M.-L., Chen, Y.-H., Lin, L.-C., Chuang, L.-L., 2020. Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. *J Nurs Manag* 28, 1286–1294. <https://doi.org/10.1111/jonm.13080>
- Cheng, Q., Liu, X., Li, X., Wang, Y., Lin, Q., Qing, L., Wei, D., Chen, Y., 2020. Spiritual care competence and its relationship with self-efficacy: An online survey among nurses in mainland China. *Journal of nursing management* 29. <https://doi.org/10.1111/jonm.13157>
- Chung, L.Y.F., Wong, F.K.Y., Chan, M.F., 2007. Relationship of nurses’ spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs* 58, 158–170. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04225.x>
- Clark, D., 2007. From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer. *The Lancet Oncology* 8, 430–438. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70138-9](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70138-9)
- Clarke, V., Braun, V., 2017. Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology* 12, 297–298. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Cobb, M., Puchalski, C., Rumbold, B., Cobb, M., Puchalski, C., Rumbold, B. (Eds.), n.d. *Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare*, Oxford Textbooks in Public Health. Oxford University Press, Oxford, New York.

- Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements | ANA [WWW Document], n.d. URL <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/ethics/code-of-ethics-for-nurses/coe-view-only/> (accessed 11.27.23).
- Connors, J., Good, P., Gollery, T., 2016. Using Innovative Teaching Strategies to Improve Nursing Student Competence and Confidence in Providing Spiritual Care. *Nurse Educator* 42, 1. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000301>
- Cooper, K.L., Chang, E., Luck, L., Dixon, K., 2020. How Nurses Understand Spirituality and Spiritual Care: A Critical Synthesis. *J Holist Nurs* 38, 114–121. <https://doi.org/10.1177/0898010119882153>
- Daghan, S., Kalkim, A., Sağkal Midilli, T., 2019a. Psychometric Evaluation of the Turkish Form of the Spiritual Care Competence Scale. *J Relig Health* 58, 14–27. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0594-2>
- Daghan, S., Kalkim, A., Sağkal Midilli, T., 2019b. Psychometric Evaluation of the Turkish Form of the Spiritual Care Competence Scale. *J Relig Health* 58, 14–27. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0594-2>
- Deal, B., 2010. A Pilot Study of Nurses' Experience of Giving Spiritual Care. *The Qualitative Report* 15, 852–863. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2010.1184>
- Dell'Orfano, S., 2002. The meaning of spiritual care in a pediatric setting. *J Pediatr Nurs* 17, 380–385. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.129972>
- Denyes, M.J., Orem, D.E., Bekel, G., 2001. Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly*. <https://doi.org/10.1177/089431840101400113>
- DeVellis, R.F., 2012. *Scale Development: Theory and Applications*. SAGE.
- Dezorzi, L.W., Raymundo, M.M., Goldim, J.R., van Leeuwen, R., 2019. Cross-cultural validation of the Brazilian version of the spiritual care competence scale. *Palliat Support Care* 17, 322–327. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000159>
- Dhar, N., Nandan, D., Chaturvedi, S., 2013. Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health* 2, 3. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.115826>
- Dossey, B.M., 2000. *Florence Nightingale: mystic, visionary, healer*. Springhouse Corp., Springhouse, PA.
- Dyson, J., Cobb, M., Forman, D., 1997. The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1183–1188. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.00446.x>
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., Zapadka, J.K., 1982. Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of Counseling Psychology* 29, 379–387. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.29.4.379>
- Etikan, I., 2016. Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *AJTAS* 5, 1. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>
- Fang, H.-F., Susanti, H.D., Dlamini, L.P., Miao, N.-F., Chung, M.-H., 2022a. Validity and reliability of the spiritual care competency scale for oncology nurses in Taiwan. *BMC Palliat Care* 21, 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00903-w>
- Fang, H.-F., Susanti, H.D., Dlamini, L.P., Miao, N.-F., Chung, M.-H., 2022b. Validity and reliability of the spiritual care competency scale for oncology nurses in Taiwan. *BMC Palliative Care* 21, 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00903-w>
- Ferrell, B., 2019. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs* 6, 151–153. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_75_18
- Fitzpatrick, J., Whall, A., 2015. *Conceptual Models of Nursing: Global Perspectives*, 5th edition. ed. Pearson, Boston.
- Flick, U., 2018. *Managing Quality in Qualitative Research*. SAGE Publications.

- Fradelos, E., Alexandropoulou, C.-A., Kontopoulou, L., Papathanasiou, I.V., Tzavella, F., 2022. Factors Affecting Greek Nurses' Caring Behaviors: The Role of Nurses' Spirituality and the Spiritual Climate of Hospitals. *J Relig Health* 61, 1816–1830. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01503-x>
- Fradelos, E., Papathanasiou, I., Tzavella, F., 2020. Translation and Validation of the Spiritual Care Intervention-Provision Scale in the Greek Language. *Scientifica* 2020, 7. <https://doi.org/10.1155/2020/8568043>
- Fradelos, E.C., Alikari, V., Artemi, S., Missouridou, E., Mangoulia, P., Kyranou, M., Saridi, M., Toska, A., Tsaras, K., Tzavella, F., 2024. A Mixed-Method Study on the Assessment of Factors Influencing Nurses' Provision of Spiritual Care. *Healthcare* 12, 854. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080854>
- Fradelos, E.C., Papathanasiou, I.V., Tzavella, F., 2020. Translation and Validation of the Spiritual Care Intervention-Provision Scale in the Greek Language. *Scientifica (Cairo)* 2020, 8568043. <https://doi.org/10.1155/2020/8568043>
- Fradelos, E.C., Tzavella, F., 2020. Spiritual Climate as is Perceived by Greek Clinical Nurses. A Validation study. *Mater Sociomed* 32, 66–70. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.66-70>
- Garssen, B., Ebenau, A.F., Visser, A., Umland, N., Groot, M., 2017. A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nurs Inq* 24. <https://doi.org/10.1111/nin.12178>
- Gijsberts, M.-J.H.E., Liefbroer, A.I., Otten, R., Olsman, E., 2019. Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature. *Med Sci (Basel)* 7, 25. <https://doi.org/10.3390/medsci7020025>
- Grant, E., Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Tilley, S., Ryan, D., 2004. Spiritual issues and needs: perspectives from patients with advanced cancer and nonmalignant disease. A qualitative study. *Palliat Support Care* 2, 371–378. <https://doi.org/10.1017/s1478951504040490>
- Guedes, A., Carvalho, M.S., Laranjeira, C., Querido, A., Charepe, Z., 2021. Hope in palliative care nursing: concept analysis. *Int J Palliat Nurs* 27, 176–187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176>
- Halm, M.A., Myers, R.N., Bennetts, P., 2000. Providing spiritual care to cardiac patients: assessment and implications for practice. *Crit Care Nurse* 20, 54–56, 58–64, 66–72.
- Han, K.-H., Hung, K.-C., Cheng, Y.-S., Chung, W., Sun, C.-K., Kao, C.-C., 2023. Factors affecting spiritual care competency of mental health nurses: a questionnaire-based cross-sectional study. *BMC Nursing* 22, 202. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01302-z>
- Harris, S., Tao, H., 2022. The Impact of US Nurses' Personal Religious and Spiritual Beliefs on Their Mental Well-Being and Burnout: A Path Analysis. *J Relig Health* 61, 1772–1791. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01203-y>
- Haufe, M., Leget, C., Potma, M., Teunissen, S., 2020. How can existential or spiritual strengths be fostered in palliative care? An interpretative synthesis of recent literature. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002379>
- Heidari, A., Afzoon, Z., Heidari, M., 2022. The correlation between spiritual care competence and spiritual health among Iranian nurses. *BMC Nurs* 21, 277. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01056-0>
- Highfield, M., Taylor, E., Amenta, M., 2000. Preparation to Care: The Spiritual Care Education of Oncology and Hospice Nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2. <https://doi.org/10.1097/00129191-200002020-00003>
- Hodge, D.R., 2018. Spiritual Competence: What It Is, Why It Is Necessary, and How to Develop It. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work* 27, 124–139. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1228093>

- Hodge, D.R., 2004. Spirituality and People with Mental Illness: Developing Spiritual Competency in Assessment and Intervention. *Families in Society* 85, 36–44. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.257>
- Hoffert, D., Henshaw, C., Mvududu, N., 2007. Enhancing the ability of nursing students to perform a spiritual assessment. *Nurse Educ* 32, 66–72. <https://doi.org/10.1097/01.NNE.0000264327.17921.b7>
- Hu, Y., Leeuwen, R.V., Li, F., 2019a. Psychometric properties of the Chinese version of the spiritual care competency scale in nursing practice: a methodological study. *BMJ Open* 9, e030497. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030497>
- Hu, Y., Li, F., Chiou, J.-F., 2019b. Psychometric properties of the Chinese mainland version of the Palliative Care Spiritual Care Competency Scale (PCSCCS-M) in nursing: a cross-sectional study. *BMC Palliative Care* 18, 27. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0409-6>
- J.Lavrakas, P., 2008. *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412963947>
- Johnson, R., Christensen, L., 2014a. *Educational Research Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches Fifth Edition*.
- Johnson, R., Christensen, L., 2014b. *Educational Research Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches Fifth Edition*.
- June 1, E. date, June 1, 2003 with amendments effective, 2010, January 1, reserved, 2017 Copyright © 2017 American Psychological Association All rights, n.d. Ethical principles of psychologists and code of conduct [WWW Document]. <https://www.apa.org>. URL <https://www.apa.org/ethics/code> (accessed 1.2.24).
- Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A., Al-Tannir, M., 2018. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care at Five Tertiary Care Hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Oman Medical Journal* 33, 154. <https://doi.org/10.5001/omj.2018.28>
- Kalkim, A., Midilli, T., Baysal, E., 2016. An Investigation of the Perceptions and Practices of Nursing Students Regarding Spirituality and Spiritual Care. *Religions* 7, 101. <https://doi.org/10.3390/rel7080101>
- Kalkim, A., Sagkal Midilli, T., Daghan, S., 2018. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Their Spiritual Care Competencies: A Correlational Research Study. *J Hosp Palliat Nurs* 20, 286–295. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000446>
- Kang, K.-A., Choi, Y., Kim, S.-J., 2019. Validation of a Korean Version of the Spiritual Care Competence Scale: Focused on the Hospice and Palliative Care Setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 21, 1. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000589>
- Kang, K.-A., Kim, D.-B., Koh, S.-J., Park, M.-H., Park, H.Y., Yoon, D.H., Yoon, S.-J., Lee, S.-J., Choi, J.-E., Han, H.-S., Chun, J., 2023. Spiritual Care Guide in Hospice-Palliative Care. *J Hosp Palliat Care* 26, 149–159. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2023.26.4.149>
- Keall, R., Clayton, J.M., Butow, P., 2014. How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *J Clin Nurs* 23, 3197–3205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12566>
- King, M.B., Koenig, H.G., 2009. Conceptualising spirituality for medical research and health service provision. *BMC Health Serv Res* 9, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-116>
- Koenig, H., King, D., Carson, V.B., Koenig, H., King, D., Carson, V.B., 2012. *Handbook of Religion and Health, Second Edition, Second Edition*. ed. Oxford University Press, Oxford, New York.
- Koenig, H.G., 2012. Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry* 2012, 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>

- Koenig, H.G., 2002. An 83-year-old woman with chronic illness and strong religious beliefs. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 288, 487–493. <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.487>
- Konstantinidis, N.V., Talias, M.A., 2023. Healthcare Professionals' Perspectives on the Implementation of the Integrated Care Models for Chronic Patients. *Cureus* 15. <https://doi.org/10.7759/cureus.42173>
- Laranjeira, C., Benito, E., Dixe, M.A., Dones, M., Specos, M., Querido, A., 2023a. SPACEE Protocol: "Spiritual Care Competence" in Palliative Care Education and Practice: Mixed-Methods Research in the Development of Iberian Guidelines. *Int J Environ Res Public Health* 20, 3505. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043505>
- Laranjeira, C., Dixe, M.A., Querido, A., 2023b. Perceived Barriers to Providing Spiritual Care in Palliative Care among Professionals: A Portuguese Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 20, 6121. <https://doi.org/10.3390/ijerph20126121>
- Laranjeira, C.A., Querido, A.I.F., Charepe, Z.B., Dixe, M.D.A.C.R., 2020. Hope-based interventions in chronic disease: an integrative review in the light of Nightingale. *Rev Bras Enferm* 73, e20200283. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0283>
- Leeuwen, R., 2009. Toward Nursing Competencies in Spiritual Care. *Studies in Spirituality* 19. <https://doi.org/10.2143/SIS.19.0.2043682>
- Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., 2015. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care in Different Health Care Settings in the Netherlands. *Religions* 6, 1346–1357. <https://doi.org/10.3390/rel6041346>
- Leeuwen, R., Tiesinga, L., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H., 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of clinical nursing* 18, 2857–69. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- Leininger, M.M., McFarland, M.R., 2006. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Jones & Bartlett Learning.
- Lemmer, C.M., 2010. Reflections on teaching "spirituality in the healthcare environment." *J Holist Nurs* 28, 145–149. <https://doi.org/10.1177/0898010109350770>
- Lo, R., Brown, R., 1999. Holistic care and spirituality: potential for increasing spiritual dimensions of nursing. *Aust J Holist Nurs* 6, 4–9.
- Lundmark, M., 2006. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nurs* 15, 863–874. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01189.x>
- M, B., P, B., I, O., 2015. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient education and counseling* 98. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.017>
- Machul, M., van Leeuwen, R., Ozga, D., Jurek, K., Boczkowska, S., Dobrowolska, B., 2022. The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC Nurs* 21, 106. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00889-z>
- MacLaren, J., 2004. A kaleidoscope of understandings: Spiritual nursing in a multi-faith society. *J Adv Nurs* 45, 457–462; discussion 462–464. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.2929_1.x
- Mamier, I., Taylor, E.J., 2015. Psychometric evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. *West J Nurs Res* 37, 679–694. <https://doi.org/10.1177/0193945914530191>
- Markani, A.K., Yaghmaei, F., Khodayari fard, M., 2018. Relationship between Oncology Nurses' Spiritual Wellbeing with Their Attitudes towards Spiritual Care Providing Based on Neuman System Model: Evidences from IRAN. *J Caring Sci* 7, 113–118. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.018>
- McDonnell-Naughton, M., Gaffney, L., Fagan, A., 2020. Spirituality and Caring for the Older Person: A Discussion Paper. *J Relig Health* 59, 2775–2793. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01027-2>
- McEwen, M., 2005. Spiritual nursing care: state of the art. *Holist Nurs Pract* 19, 161–168. <https://doi.org/10.1097/00004650-200507000-00007>

- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M.A., Jasper, M., Miller, C.M.L., Scholes, J., Webb, C., 2003. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature. *J Adv Nurs* 41, 283–294. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02528.x>
- McSherry, W., 2008. *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice: An Interactive Approach*, 2nd edition. ed. Jessica Kingsley, London ; Philadelphia.
- McSherry, W., Cash, K., Ross, L., 2004. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs* 13, 934–941. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x>
- McSherry, W., Draper, P., Kendrick, D., 2002. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies* 39, 723–734. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7)
- Mcsherry, W., Draper, P., Kendrick, D., 2002. The Construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International journal of nursing studies* 39, 723–34. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7)
- McSherry, W., Jamieson, S., 2013. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* 22, 3170–3182. <https://doi.org/10.1111/jocn.12411>
- McSherry, W., Jamieson, S., 2011a. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs* 20, 1757–1767. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
- McSherry, W., Jamieson, S., 2011b. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 20, 1757–1767. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
- Mcsherry, W., Ross, L., Attard, J., Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A., 2020. Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality* 10, 1–17. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726053>
- Melhem, G.A.B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q., Rahim, M.A.A.-, 2016. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian Journal of Palliative Care* 22, 42. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173949>
- Melhem, G.A.B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q., Rahim, M.A.A.-, --. Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Giving: A Comparison Study Among All Health Care Sectors in Jordan. *Indian J Palliat Care* 22, 42–49. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.173949>
- Meyer, C.L., 2003. How effectively are nurse educators preparing students to provide spiritual care? *Nurse Educ* 28, 185–190. <https://doi.org/10.1097/00006223-200307000-00010>
- Milligan, F., 2001. The concept of care in male nurse work: an ontological hermeneutic study in acute hospitals. *J Adv Nurs* 35, 7–16. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01818.x>
- Milligan, S., 2004. Perceptions of spiritual care among nurses undertaking postregistration education. *Int J Palliat Nurs* 10, 162–171. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.4.12792>
- Missouridou, E., Mangoulia, P., Pavlou, V., Kasidi, K., Parissopoulos, S., Apostolara, P., Roditi, E., Sakellaridi, V., Koutelekos, I., Faso, G., Fradelos, E., 2023. Cultural Adaptation and Validation of the Spiritual Coping Strategies Scale (SCSS) for Greece. *Adv Exp Med Biol* 1425, 183–190. https://doi.org/10.1007/978-3-031-31986-0_17
- Mok, E., Wong, F., Wong, D., 2010. The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *J Adv Nurs* 66, 360–370. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x>
- Momeni, G., Hashemi, M.S., Hemati, Z., 2022. Barriers to Providing Spiritual Care from a Nurses' Perspective: A Content Analysis Study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 27, 575–580. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_422_21

- Murray, S.A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., Benton, T.F., 2004. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med* 18, 39–45. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm837oa>
- Musa, A.S., Pevalin, D.J., 2016. Development of the Arabic Spiritual Care Intervention-Provision Scale. *J Clin Nurs* 25, 2275–2284. <https://doi.org/10.1111/jocn.13174>
- Narayanasamy, A., 2006. The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing* 15, 840–851. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01616.x>
- Narayanasamy, A., 2001. *Spiritual Care: A practical guide for nurses and health care practitioners*, 2nd ed, 2nd edition. ed. Quay Books, a division of Mark Allen Publishing Ltd, Dinton.
- Narayanasamy, A., 1993. Nurses' awareness and educational preparation in meeting their patients' spiritual needs. *Nurse Education Today* 13, 196–201. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(93\)90102-8](https://doi.org/10.1016/0260-6917(93)90102-8)
- Narayanasamy, A., Owens, J., 2001. A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing* 33, 446–455. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x>
- Narayanasamy, Dr.A., 2007. Palliative care and spirituality. *Indian Journal of Palliative Care* 13. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.38897>
- Nardi, D., Rooda, L., 2011. Spirituality-based nursing practice by nursing students: an exploratory study. *J Prof Nurs* 27, 255–263. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.006>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP) | NCHPC | National Coalition For Hospice and Palliative Care, n.d. URL <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/> (accessed 12.31.23).
- Nissen, R.D., Viftrup, D.T., Hvidt, N.C., 2021. The Process of Spiritual Care. *Front Psychol* 12, 674453. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>
- Nowell, L.S., Norris, J.M., White, D.E., Moules, N.J., 2017. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods* 16, 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- O'Brien, M.R., Kinloch, K., Groves, K.E., Jack, B.A., 2019. Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *J Clin Nurs* 28, 182–189. <https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
- Oluma, A., Abadiga, M., 2020. Caring behavior and associated factors among nurses working in Jimma University specialized hospital, Oromia, Southwest Ethiopia, 2019. *BMC Nursing* 19, 19. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0407-2>
- Orem, D.E., Taylor, S.G., Renpenning, K.M., 2001. *Nursing: concepts of practice*, 6th ed. ed. Mosby, St. Louis.
- O'Rourke, N., Hatcher, L., 2013. *A Step-by-Step Approach to Using SAS for Factor Analysis and Structural Equation Modeling*, Second Edition.
- Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A.B., Gurol Aslan, G., Coban, A., 2011. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 20, 3102–3110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03778.x>
- Paal, P., Roser, T., Frick, E., 2014. Developments in spiritual care education in German - speaking countries. *BMC Medical Education* 14, 112. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-112>
- Palliative care [WWW Document], n.d. URL <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (accessed 6.2.24).
- Panczyk, M., Iwanow, L., Musik, S., Wawrzuta, D., Gotlib, J., Jaworski, M., 2021. Perceiving the Role of Communication Skills as a Bridge between the Perception of Spiritual Care and Acceptance of Evidence-Based Nursing Practice—Empirical Model. *Int J Environ Res Public Health* 18, 12591. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312591>

- Polit, D.F., Beck, C.T., 2006. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* 29, 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Polit, D.F., Hungler, B.P., 1995. *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia, Pa., J.B. Lippincott Co.
- Polit, D.F., Yang, F.M., 2016. *Measurement and the Measurement of Change: A Primer for the Health Professions*. Wolters Kluwer.
- Puchalski, C., Ferrell, B., 2010. *Making Health Care Whole: Integrating Spirituality into Patient Care*, First Edition, 1. ed. Templeton Press, West Conshohocken, PA.
- Puchalski, C.M., 2014. The FICA Spiritual History Tool #274. *Journal of Palliative Medicine* 17, 105–106. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.9458>
- Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., Reller, N., 2014. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. *J Palliat Med* 17, 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Rachel, H., Chiara, C., Robert, K., Francesco, S., 2019a. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed* 90, 44–55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Rachel, H., Chiara, C., Robert, K., Francesco, S., 2019b. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed* 90, 44–55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Rachel, H., Chiara, C., Robert, K., Francesco, S., 2019c. Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed* 90, 44–55. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- Reed, P.G., 1991. Preferences for spiritually related nursing interventions among terminally ill and nonterminally ill hospitalized adults and well adults. *Applied Nursing Research* 4, 122–128. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80068-0](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80068-0)
- Resnik, D., 2007. What is Ethics in Research & Why Is It Important.
- Rieg, L.S., Mason, C.H., Preston, K., 2006. Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabil Nurs* 31, 249–256. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00021.x>
- Ross, L., 2006. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* 15, 852–862. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x>
- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hall, J., Steinfeldt, V.Ø., Jarvis, P., 2018. Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Educ Today* 67, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.002>
- Ross, L., van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., Downes, C., Jarvis, P., Schep-Akkerman, A., 2014. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today* 34, 697–702. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014>
- Roy, C., Whetsell, M.V., Frederickson, K., 2009. The Roy Adaptation Model and Research: Global Perspective. *Nurs Sci Q* 22, 209–211. <https://doi.org/10.1177/0894318409338692>
- Rushton, L., 2014a. What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *Br J Nurs* 23, 370–374. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.370>
- Rushton, L., 2014b. What are the barriers to spiritual care in a hospital setting? *Br J Nurs* 23, 370–374. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.7.370>
- Rykkje, L., Søvik, M.B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P., Giske, T., 2022. Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *J Clin Nurs* 31, 1440–1464. <https://doi.org/10.1111/jocn.16067>

- Sagar, P., 2012. *Transcultural Nursing Theory and Models: Application in Nursing Education, Practice, and Administration* (Springer, 2012).
- Saunders, C., 2000. The evolution of palliative care. *Patient Educ Couns* 41, 7–13. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(00\)00110-5](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(00)00110-5)
- Sawatzky, R., Pesut, B., 2005. Attributes of spiritual care in nursing practice. *J Holist Nurs* 23, 19–33. <https://doi.org/10.1177/0898010104272010>
- Sedgwick, P., 2014. Retrospective cohort studies: advantages and disadvantages. *BMJ (online)* 348, g1072. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1072>
- Sekse, R.J.T., Hunskaar, I., Ellingsen, S., 2018. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing* 27, e21–e38. <https://doi.org/10.1111/jocn.13912>
- Selanders, L., Crane, P., 2012. The Voice of Florence Nightingale on Advocacy. *Online journal of issues in nursing* 17, 1. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol17No01Man01>
- September | 2023 | EAPC Blog [WWW Document], n.d. URL <https://eapcnet.wordpress.com/2023/09/> (accessed 12.29.23).
- Shelly, J.A., Fish, S., 1988. *Spiritual Care: The Nurse's Role*, Subsequent edition. ed. Intervarsity Pr, Downers Grove, Ill.
- Sieber, J.E., 1992. *Planning Ethically Responsible Research: A Guide for Students and Internal Review Boards*. SAGE.
- Smith, A.R., 2006. Using the synergy model to provide spiritual nursing care in critical care settings. *Crit Care Nurse* 26, 41–47.
- Soeken, K.L., Carson, V.J., 1987. Responding to the spiritual needs of the chronically ill. *Nurs Clin North Am* 22, 603–611.
- Sousa, V.D., Rojjanasrirat, W., 2011. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 17, 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>
- Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC, n.d. URL <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> (accessed 7.3.21a).
- Spiritual Care – European Association for Palliative Care, EAPC, n.d. URL <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> (accessed 5.1.22b).
- Spiritual Care Competence Questionnaire - Questionnaire [WWW Document], n.d. URL <http://59175341.swh.strato-hosting.eu/Questionnaire/> (accessed 1.1.24).
- Spiritual Care [WWW Document], n.d. . EAPC. URL <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> (accessed 12.30.23).
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L., Tulsky, J.A., 2000. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 284, 2476–2482. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2476>
- Stranahan, S., 2001. Spiritual perception, attitudes about spiritual care, and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res* 23, 90–104. <https://doi.org/10.1177/01939450122044970>
- Strang, S., Strang, P., Ternstedt, B.-M., 2002. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* 11, 48–57. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x>
- Tanyi, R.A., 2002a. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 39, 500–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
- Tanyi, R.A., 2002b. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 39, 500–509. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x>
- Taylor, E., 2002. *Spiritual Care: Nursing Theory, Research, and Practice*.
- Taylor, E.J., 2013. New Zealand hospice nurses' self-rated comfort in conducting spiritual assessment. *Int J Palliat Nurs* 19, 178–185. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.4.178>

- Taylor, E.J., Highfield, M.F., Amenta, M., 1999. Predictors of oncology and hospice nurses' spiritual care perspectives and practices. *Appl Nurs Res* 12, 30–37. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(99\)80156-6](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(99)80156-6)
- Taylor, E.J., Mamier, I., Bahjri, K., Anton, T., Petersen, F., 2009. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs* 18, 1131–1140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02526.x>
- Taylor, E.J., Pariñas, S., Mamier, I., Atarhim, M.A., Angeles, L., Aslan, H., Aktürk, Ü., Erci, B., Soriano, G., Sinaga, J., Chen, Y.-H., Merati-Fashi, F., Odonel, G., Neathery, M., Permatasari, W., Ricci-Allegra, P., Foith, J., Caldeira, S., Dehom, S., 2023. Frequency of nurse-provided spiritual care: An international comparison. *Journal of Clinical Nursing* 32, 597–609. <https://doi.org/10.1111/jocn.16497>
- Taylor, S.G., Renpenning, K., 2011. *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. Springer Publishing Company, New York, NY, US.
- Tiew, L., Drury, V., 2012. Singapore Nursing Students' Perceptions and Attitudes About Spirituality and Spiritual Care in Practice: A Qualitative Study. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association* 30, 160–9. <https://doi.org/10.1177/0898010111435948>
- Tiew, L.H., Creedy, D.K., 2012a. Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *Int J Nurs Stud* 49, 682–690. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.014>
- Tiew, L.H., Creedy, D.K., 2012b. Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *Int J Nurs Stud* 49, 682–690. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.014>
- Timmins, F., Neill, F., 2013. Teaching nursing students about spiritual care - a review of the literature. *Nurse Educ Pract* 13, 499–505. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.01.011>
- van de Geer, J., Groot, M., Andela, R., Leget, C., Prins, J., Vissers, K., Zock, H., 2017. Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes: Results of a quasi-experimental study. *Palliat Med* 31, 743–753. <https://doi.org/10.1177/0269216316676648>
- van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughey, A., Giske, T., Kleiven, T., McSherry, W., 2021. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *J Adv Nurs* 77, 973–986. <https://doi.org/10.1111/jan.14613>
- van Leeuwen, R., Cusveller, B., 2004. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs* 48, 234–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03192.x>
- van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A.E., 2024. Dissemination of the Spiritual Care Competence Scale (SCCS). *Journal for the Study of Spirituality* 14, 75–91. <https://doi.org/10.1080/20440243.2024.2329560>
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H., 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 18, 2857–2869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Middel, B., Post, D., Jochemsen, H., 2008. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *J Clin Nurs* 17, 2768–2781. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02366.x>
- van Leeuwen, R., Tiesinga, L.J., Post, D., Jochemsen, H., 2006. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *J Clin Nurs* 15, 875–884. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01615.x>
- van Loon, A.M., 2005. Commentary on Fawcett T and Noble A (2004) The challenge of spiritual care in a multi-faith society experienced as a Christian nurse. *Journal of Clinical Nursing* 13, 136–142. *J Clin Nurs* 14, 266–268. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00987.x>

- Vincensi, B.B., 2019. Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs* 6, 104–110. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_48_18
- Vivat, B., 2008. Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliat Med* 22, 859–868. <https://doi.org/10.1177/0269216308095990>
- Wasner, M., Longaker, C., Fegg, M.J., Borasio, G.D., 2005. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat Med* 19, 99–104. <https://doi.org/10.1191/0269216305pm995oa>
- Watson, J. (2008) *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition, University Press of Colorado, Boulder. - References - Scientific Research Publishing [WWW Document], n.d. URL <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2037740> (accessed 12.29.23).
- Williams, J.A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G., Curlin, F.A., 2011. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 26, 1265–1271. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1781-y>
- Winkelman, W.D., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Peteet, J.R., Block, S.D., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., Balboni, T.A., 2011. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med* 14, 1022–1028. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0536>
- Wong, K.F., Lee, L.Y.K., Lee, J.K.L., 2008. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev* 55, 333–340. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2008.00619.x>
- World Health Organization, 2014. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 28, 130–134. <https://doi.org/10.3109/15360288.2014.911801>
- Wright, K.B., 2005. Researching Internet-Based Populations: Advantages and Disadvantages of Online Survey Research, Online Questionnaire Authoring Software Packages, and Web Survey Services. *Journal of Computer-Mediated Communication* 10, JCMC1034. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2005.tb00259.x>
- Wu, L.-F., Koo, M., Liao, Y.-C., Chen, Y.-M., Yeh, D.-C., 2016. Development and Validation of the Spiritual Care Needs Inventory for Acute Care Hospital Patients in Taiwan. *Clin Nurs Res* 25, 590–606. <https://doi.org/10.1177/1054773815579609>
- Wu, L.-F., Lin, L.-Y., 2011. Exploration of Clinical Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Nursing Research* 19, 250. <https://doi.org/10.1097/JNR.0b013e318236cf78>
- Yuan, H., Porr, C., 2014. Integrating Spiritual Care into a Baccalaureate Nursing Program in Mainland China. *J Holist Nurs* 32, 240–243. <https://doi.org/10.1177/0898010114524483>
- Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., Shah Bahrami, E., 2015. Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review* 62, 584–592. <https://doi.org/10.1111/inr.12222>
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Scott, A., 2001. The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects. *Journal of Personality* 67, 889–919. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00077>