



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

«ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

Παπασταμάτη Άννα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Μαλλιαρού Μαρία

Αθήνα, Μάιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

«ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»

Παπασταμάτη Άννα

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαλλιαρού Μαρία

Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής-
Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Σαράφης Παύλος

Αν. Καθηγητής Τμήματος
Νοσηλευτικής- Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας

Αθήνα, Μάιος 2026

Περίληψη

Η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς επηρεάζεται σημαντικά από την ποιότητα της επικοινωνίας, την εμπιστοσύνη και τις συμπεριφορές φροντίδας. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης των ασθενών και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, συγχρονική (cross-sectional), συσχετιστική μελέτη σε δείγμα 104 ενηλίκων ασθενών με πρόσφατη εμπειρία νοσηλείας. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου με τη χρήση των εργαλείων Communication Assessment Tool (CAT), Trust in Nurses Scale (TINS) και Caring Behaviors Inventory – Greek Version (CBI-GR). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης των ασθενών ($\rho=0,54$, $p<0,001$). Επιπλέον, οι συμπεριφορές φροντίδας συσχετίστηκαν θετικά με την εμπιστοσύνη, με ισχυρότερη συσχέτιση να καταγράφεται στη διάσταση της ανθρώπινης παρουσίας ($\rho=0,70$, $p<0,001$). Η ανθρώπινη παρουσία, η θετική συνεκτικότητα, οι επαγγελματικές γνώσεις και η ποιότητα της επικοινωνίας αναδείχθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονταν με την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία και οι ανθρωποκεντρικές συμπεριφορές φροντίδας συμβάλλουν ουσιαστικά στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών και ενισχύουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις-κλειδιά: επικοινωνία, εμπιστοσύνη, νοσηλευτική φροντίδα, θεραπευτική σχέση, caring behaviors, ασθενείς.

ABSTRACT

The quality of the therapeutic relationship between nurses and patients is significantly influenced by communication quality, trust, and caring behaviors. The aim of the present study was to investigate the relationship between perceived quality of nurses' communication, patients' trust in nurses, and perceived caring behaviors in the Greek hospital setting.

A quantitative, cross-sectional, correlational study was conducted on a sample of 104 adult patients with recent hospitalization experience. Data were collected through an anonymous online questionnaire using the Communication Assessment Tool (CAT), the Trust in Nurses Scale (TINS), and the Caring Behaviors Inventory – Greek Version (CBI-GR). Statistical analysis was performed using SPSS.

The findings revealed a statistically significant positive correlation between communication quality and patients' trust ($\rho=0.54$, $p<0.001$). In addition, caring behaviors were positively associated with trust, with assurance of human presence showing the strongest correlation ($\rho=0.70$, $p<0.001$). Human presence, positive connectedness, professional knowledge, and communication quality were identified as significant factors associated with trust.

In conclusion, effective communication and patient-centered caring behaviors contribute substantially to the development of trust between patients and nurses and enhance the quality of nursing care.

Keywords: communication, trust, nursing care, therapeutic relationship, caring behaviors.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Μαλλιαρού Μαρία, για την πολύτιμη καθοδήγηση, τη συνεχή υποστήριξη και τις ουσιαστικές επιστημονικές της συμβουλές καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική τόσο στη διαμόρφωση της ερευνητικής προσέγγισης όσο και στην ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες που αφιέρωσαν χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη και αγάπη μου στον σύζυγό μου και στην κόρη μου για την αμέριστη στήριξη, την υπομονή, την κατανόηση και την ενθάρρυνση που μου προσέφεραν σε όλη τη διάρκεια της προσπάθειας αυτής. Η παρουσία τους αποτέλεσε πολύτιμη δύναμη και πηγή έμπνευσης για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	iv
ABSTRACT.....	v
Ευχαριστίες	vi
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	4
1.1 Η επικοινωνία στη νοσηλευτική πρακτική.....	4
1.2 Η θεραπευτική σχέση στη νοσηλευτική.....	5
1.3 Η εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς.....	5
1.4 Συμπεριφορές φροντίδας και ποιότητα εμπειρίας.....	6
1.5 Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου με την παρούσα μελέτη.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	7
2.1 Επικοινωνία στη νοσηλευτική και ποιότητα φροντίδας.....	7
2.2 Η εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς.....	8
2.3 Συμπεριφορές φροντίδας (Caring Behaviors) και εμπειρία ασθενούς.....	9
2.4 Συνδυαστική διερεύνηση επικοινωνίας, εμπιστοσύνης και συμπεριφορών φροντίδας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	13
3.1 Σχέση αντιλαμβανόμενης ποιότητας επικοινωνίας και εμπιστοσύνης στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς	13
3.2 Ρόλος των συμπεριφορών φροντίδας στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης	14
3.3 Εννοιολογικό μοντέλο της παρούσας μελέτης.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	17
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	17
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	17
4.2 Ερευνητικές υποθέσεις.....	17
4.3 Σχεδιασμός της έρευνας, μεταβλητές, πληθυσμός και δείγμα.....	18
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	20
4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	23
4.7 Στατιστική ανάλυση	24
4.8 Ηθικά ζητήματα.....	25

4.9 Περιορισμοί της μελέτης.....	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	28
5.1 Στατιστική ανάλυση	28
5.2 Αποτελέσματα	29
5.3 Συζήτηση	59
5.4 Περιορισμοί της έρευνας.....	63
5.5 Συμπεράσματα.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	71
Τελικό ερευνητικό ερωτηματολόγιο.....	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	84
Αναλυτικές απαντήσεις λόγων εισαγωγής	84
Αναλυτικές απαντήσεις αιτίας προηγούμενης εισαγωγής.....	86

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Συντομογραφία Πλήρης όρος

CAT	Communication Assessment Tool (Εργαλείο Αξιολόγησης Επικοινωνίας)
CAT-N	Communication Assessment Tool – Nurses (Εργαλείο Αξιολόγησης Επικοινωνίας Νοσηλευτών)
TINS	Trust in Nurses Scale (Κλίμακα Εμπιστοσύνης προς τους Νοσηλευτές)
CBI	Caring Behaviors Inventory (Απογραφή Συμπεριφορών Φροντίδας)
CBI-GR	Caring Behaviors Inventory – Greek Version (Απογραφή Συμπεριφορών Φροντίδας – Ελληνική Έκδοση)
CFA	Confirmatory Factor Analysis (Επιβεβαιωτική Παραγοντική Ανάλυση)
CFI	Comparative Fit Index (Συγκριτικός Δείκτης Προσαρμογής)
TLI	Tucker–Lewis Index (Δείκτης Tucker–Lewis)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Τετραγωνικό Σφάλμα Προσέγγισης Ρίζας Μέσου Όρου)
SRMR	Standardized Root Mean Square Residual (Τυποποιημένο Τετραγωνικό Υπόλοιπο Ρίζας Μέσου Όρου)
χ^2/df	Chi-square/degrees of freedom ratio (Λόγος χ^2 προς βαθμούς ελευθερίας)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες)
WHO	World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
SD	Standard Deviation (Τυπική Απόκλιση)
IQR	Interquartile Range (Ενδοτεταρτημοριακό Εύρος)
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Ενδοταξικός Συντελεστής Συσχέτισης)
SE	Standard Error (Τυπικό Σφάλμα)
CI	Confidence Interval (Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Συντομογραφία Πλήρης όρος

Cronbach's α	Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach
p	p-value (Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας)
rho	Spearman correlation coefficient (Συντελεστής συσχέτισης Spearman)
r	Pearson correlation coefficient (Συντελεστής συσχέτισης Pearson)
β	Regression coefficient (Συντελεστής παλινδρόμησης)
Mean	Mean value (Μέση Τιμή)
Median	Median value (Διάμεσος)
N	Number/Frequency (Απόλυτη συχνότητα – Μέγεθος δείγματος)
COVID-19	Coronavirus Disease 2019 (Νόσος από τον Κορωνοϊό 2019)
CT	Computed Tomography (Αξονική Τομογραφία)
MRI	Magnetic Resonance Imaging (Μαγνητική Τομογραφία)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αποτελεί πολυδιάστατη έννοια, η οποία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την τεχνογνωσία και την κλινική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, αλλά και από την ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ επαγγελματιών και ασθενών. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς κατέχει κεντρική θέση, καθώς οι νοσηλευτές βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τους νοσηλευόμενους, αναλαμβάνοντας όχι μόνο την εφαρμογή ιατρικών οδηγιών αλλά και τη διαρκή υποστήριξη και φροντίδα τους. Η ποιότητα της επικοινωνίας που αναπτύσσεται σε αυτή τη σχέση επηρεάζει άμεσα την εμπειρία του ασθενούς, την ικανοποίησή του από τη νοσηλεία και τη συνολική αντίληψη για το σύστημα υγείας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδη δεξιότητα στη νοσηλευτική πράξη. Δεν περιορίζεται στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει στοιχεία όπως η ενεργητική ακρόαση, η σαφήνεια, η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός και η ικανότητα κατανόησης των αναγκών και των συναισθημάτων του ασθενούς. Η ποιότητα της επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών και με θετικές κλινικές εκβάσεις (Makoul, Krupat and Chang, 2007). Το Communication Assessment Tool (CAT), το οποίο αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της επικοινωνιακής συμπεριφοράς από την οπτική των ασθενών, αναδεικνύει τη σημασία της σαφήνειας, της ευγένειας και της συνεργατικής προσέγγισης στη θεραπευτική διαδικασία (Makoul, Krupat and Chang, 2007). Στενά συνδεδεμένη με την επικοινωνία είναι η έννοια της εμπιστοσύνης. Η εμπιστοσύνη αποτελεί βασικό πυλώνα της θεραπευτικής σχέσης και αναπτύσσεται μέσα από τη συνέπεια, την αξιοπιστία και την επαγγελματική επάρκεια που επιδεικνύει ο νοσηλευτής. Σύμφωνα με τους Radwin και Cabral (2010), η εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές σχετίζεται με την αίσθηση ασφάλειας, τη διαφάνεια στην ενημέρωση και την αντίληψη ότι ο επαγγελματίας υγείας ενεργεί προς όφελος του ασθενούς. Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης ενισχύει τη συνεργασία, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τη συνολική θετική εμπειρία νοσηλείας.

Επιπλέον, οι συμπεριφορές φροντίδας που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης. Η ελληνική προσαρμογή του Caring Behaviors Inventory (CBI-GR) κατέδειξε ότι οι διαστάσεις της ανθρώπινης παρούσιας, του σεβασμού, της επαγγελματικής γνώσης και της θετικής συνεκτικότητας

αποτελούν βασικά στοιχεία της αντιλαμβανόμενης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας (Papastavrou et al., 2010). Οι συμπεριφορές αυτές ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας και αξιοπρέπειας του ασθενούς και συνδέονται άμεσα με την εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται στη σχέση με τον νοσηλευτή. Στο σύγχρονο υγειονομικό περιβάλλον, όπου οι οργανισμοί υγείας λειτουργούν συχνά υπό συνθήκες πίεσης και περιορισμένων πόρων, η διερεύνηση της ποιότητας της επικοινωνίας και του επιπέδου εμπιστοσύνης από την οπτική των ίδιων των ασθενών αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Η συστηματική αποτύπωση των αντιλήψεων των νοσηλευόμενων ασθενών μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση παραγόντων που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τη θεραπευτική σχέση και να αποτελέσει βάση για παρεμβάσεις βελτίωσης της νοσηλευτικής πρακτικής.

Η παρούσα μελέτη στόχευσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών και του επιπέδου εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται στη μεταξύ τους σχέση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Μέσω της χρήσης σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης, επιδιώχθηκε η ανάδειξη της συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών, καθώς και η διερεύνηση πιθανών διαφορών σε συνάρτηση με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Τα ευρήματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν στην ενίσχυση της επιστημονικής γνώσης γύρω από τη θεραπευτική σχέση στη νοσηλευτική φροντίδα και να προσφέρουν πρακτικές κατευθύνσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα μελέτη υιοθέτησε ποσοτικό, συγχρονικό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό και στόχευσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών και του επιπέδου εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται στη μεταξύ τους σχέση. Το δείγμα αποτελείται από ενήλικες ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο εντός του τελευταίου μήνα, ενώ η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου που περιλαμβάνει τα εργαλεία CAT, TINS και CBI-GR. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων αποσκοπεί στη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των βασικών μεταβλητών και στην εξέταση πιθανών διαφορών ανάλογα με δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Μέσα από την παρούσα ερευνητική προσέγγιση επιδιώκεται η ενίσχυση της επιστημονικής κατανόησης της θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική φροντίδα και η ανάδειξη πρακτικών κατευθύνσεων για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Παρά την εκτενή διεθνή βιβλιογραφία που εξετάζει την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και τις συμπεριφορές φροντίδας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής, οι περισσότερες μελέτες διερευνούν τις μεταβλητές αυτές μεμονωμένα ή σε διαφορετικά δείγματα πληθυσμού. Στο ελληνικό νοσοκομειακό πλαίσιο, η ταυτόχρονη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας επικοινωνίας των νοσηλευτών, του επιπέδου εμπιστοσύνης των ασθενών και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας στο ίδιο δείγμα ασθενών παραμένει περιορισμένη. Η έλλειψη αυτή καθιστά αναγκαία τη συστηματική μελέτη των μεταξύ τους σχέσεων, προκειμένου να αναδειχθούν οι παράγοντες που διαμορφώνουν τη θεραπευτική σχέση και την εμπειρία φροντίδας στον ελληνικό χώρο. Η παρούσα μελέτη έρχεται να καλύψει το εν λόγω ερευνητικό κενό, εξετάζοντας συνδυαστικά τις παραπάνω μεταβλητές σε δείγμα ασθενών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Η επικοινωνία στη νοσηλευτική πρακτική

Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους βασικότερους πυλώνες της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς διαμορφώνει το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η θεραπευτική σχέση και επηρεάζει ουσιαστικά την εμπειρία του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Στο σύγχρονο περιβάλλον υγείας, η φροντίδα δεν περιορίζεται μόνο στην εφαρμογή τεχνικών και κλινικών παρεμβάσεων, αλλά περιλαμβάνει και τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση, μέσω της οποίας ο ασθενής αισθάνεται ότι ακούγεται, κατανοείται και υποστηρίζεται. Οι νοσηλευτές λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της αντίληψης για την ποιότητα της φροντίδας μέσα από την καθημερινή επικοινωνία.

Η βιβλιογραφία αναγνωρίζει την επικοινωνία ως μια δυναμική και αμφίδρομη διαδικασία, η οποία δεν περιορίζεται στην απλή μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει την ανταλλαγή νοημάτων, συναισθημάτων και προσδοκιών (Street et al., 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει σαφήνεια, ενεργητική ακρόαση και ενσυναίσθηση, στοιχεία που συμβάλλουν στη δημιουργία ενός περιβάλλοντος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο για να εξηγήσει, να απαντήσει σε ερωτήσεις και να προσαρμόσει τον λόγο του στις ανάγκες του, ενισχύεται η κατανόηση και μειώνεται η αβεβαιότητα.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται τα τελευταία χρόνια στην επικοινωνία που εστιάζει στον ασθενή (patient-centered communication), η οποία βασίζεται στην αναγνώριση των αξιών, των προτιμήσεων και των ανησυχιών του ατόμου. Η προσέγγιση αυτή προάγει τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και ενισχύει τη συνεργατική διάσταση της θεραπευτικής σχέσης (Kwame & Petrucka, 2021). Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει επισημάνει τη σημασία της ανθρωποκεντρικής φροντίδας ως βασικής αρχής για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2016).

Εκτός από τη λεκτική διάσταση, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η μη λεκτική επικοινωνία, όπως η οπτική επαφή, η στάση του σώματος και ο τόνος της φωνής. Τα στοιχεία αυτά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής ερμηνεύει τα μηνύματα που λαμβάνει και διαμορφώνουν τη συναισθηματική ατμόσφαιρα της αλληλεπίδρασης. Η

ποιότητα της επικοινωνίας έχει συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και με θετικότερες εκβάσεις υγείας (Birkhäuser et al., 2017),(Doyle et al., 2013). Ως εκ τούτου, η επικοινωνία δεν αποτελεί απλώς επαγγελματική δεξιότητα, αλλά βασικό δείκτη ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

1.2 Η θεραπευτική σχέση στη νοσηλευτική

Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποτελεί τον πυρήνα της νοσηλευτικής πρακτικής και διαφοροποιεί τη φροντίδα από μια απλή τεχνική παροχή υπηρεσιών. Η νοσηλευτική πράξη είναι εγγενώς διαπροσωπική και αναπτύσσεται μέσα από συνεχή αλληλεπίδραση, η οποία επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς όσο και τη συνολική εμπειρία της νοσηλείας.

Η θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας της Watson υπογραμμίζει ότι η φροντίδα εκδηλώνεται μέσα από την παρουσία, την αυθεντικότητα και την ενσυναίσθηση του επαγγελματία υγείας (Watson, 1979). Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης δεν εξαρτάται μόνο από την τεχνική επάρκεια, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο ο νοσηλευτής προσεγγίζει τον ασθενή ως πρόσωπο με ανάγκες, συναισθήματα και ανησυχίες. Στο πλαίσιο αυτό, η επικοινωνία λειτουργεί ως μηχανισμός εξισορρόπησης της ασυμμετρίας που χαρακτηρίζει τη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Ο ασθενής, συχνά σε κατάσταση ευαλωτότητας καλείται να εμπιστευτεί τις γνώσεις και τις αποφάσεις του νοσηλευτή. Μέσα από ανοιχτή και υποστηρικτική επικοινωνία, ενισχύεται η συνεργασία και δημιουργείται ένα πλαίσιο στο οποίο ο ασθενής αισθάνεται ότι συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του (Street et al., 2009).

1.3 Η εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή–ασθενούς

Η εμπιστοσύνη αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της θεραπευτικής σχέσης και αναφέρεται στην πεποίθηση του ασθενούς ότι ο νοσηλευτής θα ενεργήσει με επαγγελματική επάρκεια, συνέπεια και γνήσιο ενδιαφέρον για την ευημερία του (Dinc & Gastmans, 2013). Σε περιβάλλοντα νοσηλείας, όπου ο ασθενής βρίσκεται συχνά σε σωματική και ψυχολογική ευαλωτότητα, η εμπιστοσύνη λειτουργεί ως στοιχείο που μειώνει την αβεβαιότητα και ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας. Η ποιότητα της επικοινωνίας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της εμπιστοσύνης. Η σαφής ενημέρωση, η συνέπεια στον λόγο και στη συμπεριφορά, καθώς και η ενσυναίσθητική ανταπόκριση ενισχύουν την αντίληψη αξιοπιστίας του νοσηλευτή (Street et al., 2009). Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης σχετίζονται με θετικότερες εκβάσεις υγείας και μεγαλύτερη

συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες (Birkhäuser et al., 2017). Η συστηματική διερεύνηση της εμπιστοσύνης στη νοσηλευτική πράξη έχει καταστεί εφικτή μέσω εργαλείων όπως το Trust in Nurses Scale, το οποίο επιτρέπει την ποσοτική αποτύπωση της έννοιας (Radwin & Cabral, 2010).

1.4 Συμπεριφορές φροντίδας και ποιότητα εμπειρίας

Οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν τον τρόπο με τον οποίο η φροντίδα γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή στην καθημερινή κλινική πράξη. Περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η διαθεσιμότητα, ο σεβασμός, η προθυμία για ακρόαση και η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς. Οι συμπεριφορές αυτές αντανakλούν τη στάση και την προσέγγιση του νοσηλευτή και επηρεάζουν βαθιά την εμπειρία της νοσηλείας.

Εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι όταν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται υψηλά επίπεδα συμπεριφορών φροντίδας, αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και ενισχυμένη εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό (Ferede et al., 2023). Η συστηματική αποτύπωση αυτών των συμπεριφορών είναι εφικτή μέσω εργαλείων όπως το Caring Behaviors Inventory, το οποίο έχει προσαρμοστεί και επικυρωθεί στον ελληνικό πληθυσμό (Papastavrou et al., 2011).

1.5 Σύνδεση θεωρητικού πλαισίου με την παρούσα μελέτη

Η επικοινωνία, η εμπιστοσύνη και οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της νοσηλευτικής πρακτικής. Η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζει τη διαμόρφωση της εμπιστοσύνης, ενώ οι συμπεριφορές φροντίδας λειτουργούν ως απτές ενδείξεις της στάσης και της προσέγγισης του νοσηλευτή. Παρά την εκτενή διεθνή βιβλιογραφία, η ταυτόχρονη διερεύνηση των τριών αυτών παραμέτρων στο ίδιο δείγμα ασθενών παραμένει περιορισμένη, ιδιαίτερα στο ελληνικό πλαίσιο.

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική σχέση και των συμπεριφορών φροντίδας, όπως αυτές βιώνονται από ασθενείς που έχουν πρόσφατα νοσηλευθεί στην Ελλάδα. Μέσα από αυτή τη διερεύνηση επιδιώκεται η συμβολή στην κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την εμπειρία φροντίδας και η ενίσχυση της επιστημονικής τεκμηρίωσης στον ελληνικό χώρο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Επικοινωνία στη νοσηλευτική και ποιότητα φροντίδας

Η επικοινωνία στη νοσηλευτική πρακτική αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση της εμπειρίας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Σε εμπειρικό επίπεδο, η επικοινωνία έχει συνδεθεί με σημαντικές εκβάσεις, όπως η ικανοποίηση από τη φροντίδα, η συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες και η ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Δεν αφορά αποκλειστικά τη μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση, την ενσυναισθητική προσέγγιση και την ικανότητα προσαρμογής της πληροφόρησης στις ανάγκες του ασθενούς.

Σύμφωνα με τους Street et al. (2009), η αποτελεσματική επικοινωνία επιδρά μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών, όπως η βελτίωση της κατανόησης της κλινικής κατάστασης, η μείωση της αβεβαιότητας και η ενίσχυση της συμμετοχής του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Η επικοινωνία λειτουργεί τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο, επηρεάζοντας τη συνολική εμπειρία φροντίδας.

Η συστηματική ανασκόπηση των Doyle et al. (2013) επιβεβαίωσε ότι η θετική εμπειρία επικοινωνίας αποτελεί σταθερό προβλεπτικό παράγοντα ικανοποίησης και σχετίζεται με καλύτερη αντίληψη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και από τους Xie et al. (2020), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι η επικοινωνιακή επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται θετικά με την εμπιστοσύνη και την πρόθεση συνεργασίας των ασθενών.

Επιπλέον, η ποιότητα της επικοινωνίας μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι Asan et al. (2021) υποστηρίζουν ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν τις προσδοκίες των ασθενών ως προς την πληροφόρηση και τη συμμετοχή στη φροντίδα. Οι νεότεροι και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου ασθενείς συχνά αναζητούν αναλυτικότερη ενημέρωση, ενώ οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς δίνουν έμφαση στη διαπροσωπική διάσταση και στον σεβασμό. Παράλληλα, η αποτελεσματική επικοινωνία μειώνει την αντιλαμβανόμενη ανασφάλεια και ενισχύει το αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας (Vermeir et al., 2015). Η δυνατότητα έκφρασης αποριών και η αίσθηση ότι ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο για εξηγήσεις συμβάλλουν στη θετική αξιολόγηση της φροντίδας.

Η ανάπτυξη σταθμισμένων εργαλείων, όπως το Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007), κατέστησε δυνατή τη συστηματική και ποσοτική αποτύπωση της

επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία και παρουσιάζει υψηλή εσωτερική συνοχή, επιτρέποντας τη διερεύνηση της σχέσης της επικοινωνίας με μεταβλητές όπως η εμπιστοσύνη και η ικανοποίηση.

Συνολικά, τα εμπειρικά δεδομένα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό δείκτη ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και επηρεάζει ουσιαστικά την εμπειρία του ασθενούς. Η συστηματική διερεύνησή της κρίνεται απαραίτητη για την κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας θετικής θεραπευτικής σχέσης.

2.2 Η εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή–ασθενούς

Η εμπιστοσύνη αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της θεραπευτικής σχέσης και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση και τη συμπεριφορά του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας, η εμπιστοσύνη δεν αφορά μόνο την αντίληψη της τεχνικής επάρκειας του νοσηλευτή, αλλά περιλαμβάνει και την αξιολόγηση της ηθικής του στάσης, της συνέπειας στη συμπεριφορά και της αυθεντικότητας του ενδιαφέροντος που επιδεικνύει προς τον ασθενή. Πρόκειται για μια σύνθετη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία διαμορφώνεται σταδιακά μέσα από επαναλαμβανόμενες αλληλεπιδράσεις και εμπειρίες.

Σύμφωνα με τους Dinc και Gastmans (2013), η εμπιστοσύνη στη νοσηλευτική σχέση βασίζεται σε τρεις βασικούς άξονες: την επαγγελματική ικανότητα, την ηθική ακεραιότητα και την προθυμία παροχής φροντίδας. Η επαγγελματική ικανότητα αναφέρεται στην αντίληψη του ασθενούς ότι ο νοσηλευτής διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες. Η ηθική ακεραιότητα σχετίζεται με την ειλικρίνεια, τη διαφάνεια και τον σεβασμό της αξιοπρέπειας. Η προθυμία παροχής φροντίδας αφορά τη διαθεσιμότητα και την ανθρώπινη παρουσία. Η συνύπαρξη αυτών των στοιχείων δημιουργεί το υπόβαθρο για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης.

Η εμπειρική έρευνα έχει αναδείξει τη λειτουργική σημασία της εμπιστοσύνης για την πορεία της θεραπείας. Η μελέτη των Birkhäuser et al. (2017), η οποία συμπεριέλαβε μεγάλο αριθμό μελετών έδειξε ότι υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς επαγγελματίες υγείας σχετίζονται με καλύτερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες, αυξημένη προσήλωση στη φαρμακευτική αγωγή και θετικότερες αντιλήψεις για τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η εμπιστοσύνη λειτουργεί ως ενισχυτικός μηχανισμός της θεραπευτικής διαδικασίας, επηρεάζοντας όχι μόνο την ψυχολογική στάση

του ασθενούς αλλά και τη συμπεριφορά του. Σημαντική είναι επίσης η αλληλεπίδραση μεταξύ εμπιστοσύνης και επικοινωνίας. Η σαφής, ειλικρινής επικοινωνία με βάση την ενσυναίσθηση ενισχύει την αντίληψη αξιοπιστίας του νοσηλευτή (Street et al., 2009). Όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι ακούγεται, ότι οι ανησυχίες του λαμβάνονται υπόψη και ότι οι πληροφορίες που λαμβάνει είναι πλήρεις και κατανοητές, αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης θετικής θεραπευτικής σχέσης. Αντίθετα, η ασαφής πληροφόρηση ή η έλλειψη συνέπειας μπορεί να οδηγήσει σε αμφισβήτηση και μειωμένη εμπιστοσύνη.

Η ποσοτική αποτύπωση της εμπιστοσύνης κατέστη δυνατή μέσω της ανάπτυξης εργαλείων όπως το Trust in Nurses Scale (Radwin & Cabral, 2010). Το συγκεκριμένο εργαλείο επιτρέπει τη μέτρηση της εμπιστοσύνης μέσα από ερωτήματα που αφορούν την αξιοπιστία, την επαγγελματική επάρκεια και τη φροντίδα. Η χρήση σταθμισμένων εργαλείων συμβάλλει στη συστηματική διερεύνηση της εμπιστοσύνης και επιτρέπει τη συσχέτισή της με άλλες μεταβλητές, όπως η ποιότητα της επικοινωνίας και οι συμπεριφορές φροντίδας.

Επιπλέον, η εμπιστοσύνη φαίνεται να επηρεάζεται και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Έχει παρατηρηθεί από προηγούμενες εμπειρίες με το σύστημα υγείας, το μορφωτικό επίπεδο και η διάρκεια νοσηλείας μπορούν να διαφοροποιήσουν την αξιολόγηση της αξιοπιστίας του νοσηλευτικού προσωπικού. Ασθενείς που έχουν βιώσει συνεπή και ποιοτική φροντίδα στο παρελθόν εμφανίζουν μεγαλύτερη προδιάθεση για ανάπτυξη εμπιστοσύνης, ενώ αρνητικές εμπειρίες ενδέχεται να λειτουργήσουν ανασταλτικά.

Συμπερασματικά, η εμπιστοσύνη αποτελεί κεντρική μεταβλητή στη θεραπευτική σχέση και συνδέεται με σημαντικές εκβάσεις σε επίπεδο στάσεων και συμπεριφορών. Η συστηματική διερεύνησή της στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης κρίνεται απαραίτητη, καθώς συμβάλλει στην κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

2.3 Συμπεριφορές φροντίδας (Caring Behaviors) και εμπειρία ασθενούς

Οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν βασική διάσταση της νοσηλευτικής πρακτικής και συνδέονται άμεσα με τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σε αντίθεση με τις τεχνικές δεξιότητες, οι οποίες αφορούν την κλινική επάρκεια, οι συμπεριφορές φροντίδας σχετίζονται με τη διαπροσωπική και

συναισθηματική διάσταση της νοσηλευτικής παρέμβασης. Περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η ενσυναισθητική στάση, η ενεργητική ακρόαση, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και η διαθεσιμότητα για υποστήριξη.

Η έννοια της φροντίδας έχει αναλυθεί εκτενώς στη νοσηλευτική βιβλιογραφία, ωστόσο σε εμπειρικό επίπεδο οι συμπεριφορές φροντίδας εξετάζονται κυρίως μέσα από την αντίληψη των ίδιων των ασθενών. Οι Papastavrou et al. (2011), κατά την προσαρμογή του Caring Behaviors Inventory (CBI) στον ελληνικό πληθυσμό, ανέδειξαν ότι οι ασθενείς αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στη διαπροσωπική προσέγγιση και στην αίσθηση ότι ο νοσηλευτής δείχνει ειλικρινές ενδιαφέρον. Η ύπαρξη επικυρωμένης ελληνικής έκδοσης του εργαλείου επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση της μεταβλητής στο ελληνικό νοσοκομειακό πλαίσιο.

Εμπειρικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας σχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με τους Ferede et al. (2023), οι ασθενείς που αξιολόγησαν θετικά τη διαθεσιμότητα και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού ανέφεραν υψηλότερη συνολική ικανοποίηση από την εμπειρία νοσηλείας. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η φροντίδα δεν περιορίζεται σε τεχνικές πράξεις, αλλά περιλαμβάνει τη διαμόρφωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Παράλληλα, οι συμπεριφορές φροντίδας φαίνεται να συνδέονται στενά με την εμπιστοσύνη. Όταν ο ασθενής αντιλαμβάνεται ότι αντιμετωπίζεται με σεβασμό και κατανόηση, αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης θετικής αξιολόγησης της αξιοπιστίας του νοσηλευτή (Radwin & Cabral, 2010). Η σύνδεση αυτή υποδηλώνει ότι οι συμπεριφορές φροντίδας λειτουργούν ως ενισχυτικός παράγοντας της θεραπευτικής σχέσης.

Επιπλέον, η βιβλιογραφία έχει εξετάσει τη σχέση μεταξύ συμπεριφορών φροντίδας και ποιότητας επικοινωνίας. Η ενσυναισθητική επικοινωνία και η σαφήνεια στην ενημέρωση ενισχύουν την αντίληψη φροντίδας, καθώς ο ασθενής βιώνει μια ολιστική προσέγγιση που συνδυάζει τεχνική επάρκεια και ανθρώπινη παρουσία (Street et al., 2009). Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας φαίνεται να αποτελεί κρίσιμο παράγοντα διαφοροποίησης της εμπειρίας νοσηλείας.

Τέλος, ορισμένες μελέτες υποδεικνύουν ότι η αντίληψη των συμπεριφορών φροντίδας ενδέχεται να διαφοροποιείται ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι διαφοροποιήσεις αυτές υπογραμμίζουν τη σημασία

διερεύνησης της μεταβλητής σε συγκεκριμένα πολιτισμικά και οργανωτικά πλαίσια, ώστε να αναδειχθούν πιθανές ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος υγείας. Συνολικά, οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν κρίσιμη παράμετρο της νοσηλευτικής πρακτικής και συνδέονται με την ικανοποίηση, την εμπιστοσύνη και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

2.4 Συνδυαστική διερεύνηση επικοινωνίας, εμπιστοσύνης και συμπεριφορών φροντίδας

Παρότι η επικοινωνία, η εμπιστοσύνη και οι συμπεριφορές φροντίδας έχουν μελετηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία, αρκετές έρευνες εξετάζουν τις μεταβλητές αυτές μεμονωμένα. Ωστόσο, η ταυτόχρονη διερεύνησή τους στο ίδιο ερευνητικό πλαίσιο επιτρέπει πληρέστερη κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης και της συνολικής εμπειρίας του ασθενούς. Η σύνδεση των τριών αυτών διαστάσεων αναδεικνύει την πολυπαραγοντική φύση της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ποιότητα της επικοινωνίας λειτουργεί ως βασικός παράγοντας διαμόρφωσης της εμπιστοσύνης (Street et al., 2009). Όταν ο ασθενής λαμβάνει σαφή, ειλικρινή και προσαρμοσμένη ενημέρωση, αυξάνεται η αντίληψη αξιοπιστίας του επαγγελματία υγείας. Παράλληλα, οι συμπεριφορές φροντίδας ενισχύουν αυτή τη διαδικασία, καθώς προσδίδουν ανθρώπινη διάσταση στη θεραπευτική σχέση. Οι τρεις μεταβλητές φαίνεται να λειτουργούν συμπληρωματικά, διαμορφώνοντας ένα συνεκτικό πλαίσιο εμπειρίας φροντίδας.

Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η θετική αξιολόγηση της επικοινωνίας συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης, ενώ οι συμπεριφορές φροντίδας ενισχύουν περαιτέρω τη συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλεία (Doyle et al., 2013), (Ferede et al., 2023). Η συνδυαστική τους διερεύνηση επιτρέπει την κατανόηση όχι μόνο των άμεσων σχέσεων μεταξύ μεταβλητών, αλλά και της δυναμικής αλληλεπίδρασής τους.

Παρά το πλούσιο διεθνές ερευνητικό έργο, στο ελληνικό πλαίσιο η ταυτόχρονη χρήση σταθμισμένων εργαλείων, όπως το Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007), το Trust in Nurses Scale (Radwin & Cabral, 2010) και το Caring Behaviors Inventory (Papastavrou et al., 2011), στο ίδιο δείγμα ασθενών παραμένει περιορισμένη. Η έλλειψη αυτή αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω εμπειρικής διερεύνησης των σχέσεων μεταξύ των τριών μεταβλητών σε ελληνικά νοσοκομειακά περιβάλλοντα.

Επιπλέον, η διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο, μπορεί να προσφέρει

χρήσιμα δεδομένα για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων βελτίωσης της ποιότητας. Η κατανόηση των παραγόντων που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν τη θεραπευτική σχέση συμβάλλει ουσιαστικά στη διοίκηση και οργάνωση των μονάδων υγείας.

Συνεπώς, η συνδυαστική μελέτη της επικοινωνίας, της εμπιστοσύνης και των συμπεριφορών φροντίδας κρίνεται απαραίτητη για την αποτύπωση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της εμπειρίας νοσηλείας. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την ανάλυση των διασυνδέσεων μεταξύ των μεταβλητών και δημιουργεί το απαραίτητο υπόβαθρο για τη διατύπωση του εννοιολογικού πλαισίου που ακολουθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιθανότητα διαμεσολαβητικού ρόλου της εμπιστοσύνης μεταξύ επικοινωνίας και συνολικής αξιολόγησης της φροντίδας. Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ποιοτική επικοινωνία ενισχύει αρχικά την εμπιστοσύνη, η οποία στη συνέχεια επηρεάζει θετικά την ικανοποίηση και τη συνεργασία του ασθενούς (Birkhäuser et al., 2017). Η διαμεσολαβητική αυτή λειτουργία υποδηλώνει ότι οι μεταβλητές δεν δρουν ανεξάρτητα, αλλά αποτελούν στοιχεία μιας δυναμικής και αλληλεπιδραστικής διαδικασίας.

Επιπλέον, η σύγχρονη προσέγγιση στη διοίκηση μονάδων υγείας δίνει έμφαση στην εμπειρία του ασθενούς ως δείκτη ποιότητας και οργανωτικής αποτελεσματικότητας. Η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό παρεμβάσεων εκπαίδευσης του προσωπικού, στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και στην ενίσχυση της ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Συνεπώς, η συστηματική διερεύνηση των τριών μεταβλητών αποκτά ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο σε ερευνητικό, αλλά και σε διοικητικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Σχέση αντιλαμβανόμενης ποιότητας επικοινωνίας και εμπιστοσύνης στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς

Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους μηχανισμούς μέσω των οποίων διαμορφώνεται η εμπιστοσύνη στη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, όπου η επαφή με τον ασθενή είναι συνεχής και συχνά εντατική, η ποιότητα της επικοινωνίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την οικοδόμηση μιας σταθερής και ασφαλούς θεραπευτικής σχέσης. Μέσα από την επικοινωνία, ο ασθενής αξιολογεί όχι μόνο τη μεταδιδόμενη πληροφορία, αλλά και την πρόθεση, τη διαθεσιμότητα και την επαγγελματική στάση του νοσηλευτή (Street et al., 2009).

Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας περιλαμβάνει στοιχεία όπως η σαφήνεια, η ενεργητική ακρόαση, ο σεβασμός και η ενθάρρυνση της συμμετοχής του ασθενούς. Τα στοιχεία αυτά συμβάλλουν στη δημιουργία μιας σχέσης όπου ο ασθενής αισθάνεται ότι λαμβάνεται υπόψη και ότι οι ανάγκες του αναγνωρίζονται. Όταν οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την επικοινωνία με τους νοσηλευτές, τείνουν να αναπτύσσουν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς αυτούς, καθώς η ποιοτική επικοινωνία λειτουργεί ως ένδειξη επαγγελματικής επάρκειας και γνήσιου ενδιαφέροντος (Makoul et al., 2007), (Street et al., 2009).

Επιπλέον, η εμπιστοσύνη ενισχύεται όταν η επικοινωνία είναι συνεπής και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ασθενούς. Η επαναλαμβανόμενη εμπειρία σαφούς και υποστηρικτικής επικοινωνίας δημιουργεί την προσδοκία ότι ο νοσηλευτής θα συνεχίσει να ενεργεί με τρόπο αξιόπιστο και προσανατολισμένο στο συμφέρον του ασθενούς. Αντίθετα, η ασάφεια, η έλλειψη ενημέρωσης ή η απρόσωπη επικοινωνία μπορούν να υπονομεύσουν την εμπιστοσύνη, ακόμη και όταν η τεχνική ποιότητα της φροντίδας είναι υψηλή (Dinc & Gastmans, 2013). Η επικοινωνία συνδέεται άμεσα με την εμπιστοσύνη και επηρεάζει τη συμπεριφορά των ασθενών. Οι ασθενείς που εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας είναι πιο πιθανό να συνεργαστούν, να αποδεχθούν τις παρεχόμενες οδηγίες και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους (Birkhäuser et al., 2017). Στη νοσηλευτική, η σχέση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι νοσηλευτές αποτελούν συχνά το πρώτο και πιο σταθερό σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας.

Η χρήση εργαλείων που αποτυπώνουν την επικοινωνία από την οπτική του ασθενούς, όπως το Communication Assessment Tool, επιτρέπει τη διερεύνηση αυτής της σχέσης με

συστηματικό και ποσοτικό τρόπο. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας, όπως μετράται μέσω τέτοιων εργαλείων, μπορεί να λειτουργήσει ως προγνωστικός παράγοντας της εμπιστοσύνης, ενισχύοντας τη θεωρητική βάση για τη διερεύνηση της σχέσης αυτών των δύο μεταβλητών στην παρούσα μελέτη (Makoul et al., 2007).

3.2 Ρόλος των συμπεριφορών φροντίδας στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης

Οι συμπεριφορές φροντίδας αποτελούν κρίσιμο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης και λειτουργούν συμπληρωματικά προς την επικοινωνία στη διαμόρφωση της εμπιστοσύνης. Ενώ η επικοινωνία αφορά κυρίως τον τρόπο ανταλλαγής πληροφοριών και συναισθημάτων, οι συμπεριφορές φροντίδας εκφράζουν έμπρακτα το ενδιαφέρον, τον σεβασμό και την παρουσία του νοσηλευτή. Οι ασθενείς αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας σε μεγάλο βαθμό με βάση τις συμπεριφορές που βιώνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Watson, 1979).

Οι συμπεριφορές φροντίδας ενισχύουν την εμπιστοσύνη, καθώς λειτουργούν ως απτές αποδείξεις ότι ο νοσηλευτής είναι προσανατολισμένος στην ευημερία του ασθενούς (Ferede et al., 2023). Πράξεις όπως η προθυμία για βοήθεια, η διαθεσιμότητα για συζήτηση και η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενούς δημιουργούν ένα πλαίσιο ασφάλειας και αποδοχής, μέσα στο οποίο η εμπιστοσύνη μπορεί να αναπτυχθεί. Μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας σχετίζονται με αυξημένη εμπιστοσύνη και ικανοποίηση των ασθενών (Papastavrou et al., 2011), (Ferede et al., 2023). Παράλληλα, οι συμπεριφορές φροντίδας συνδέονται άμεσα με την ποιότητα της επικοινωνίας. Η επικοινωνία που έχει ως βάση την ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και η ήρεμη προσέγγιση του ασθενούς αποτελούν εκφάνσεις caring behaviors και ενισχύουν την αντίληψη ότι ο νοσηλευτής είναι παρών και υποστηρικτικός.

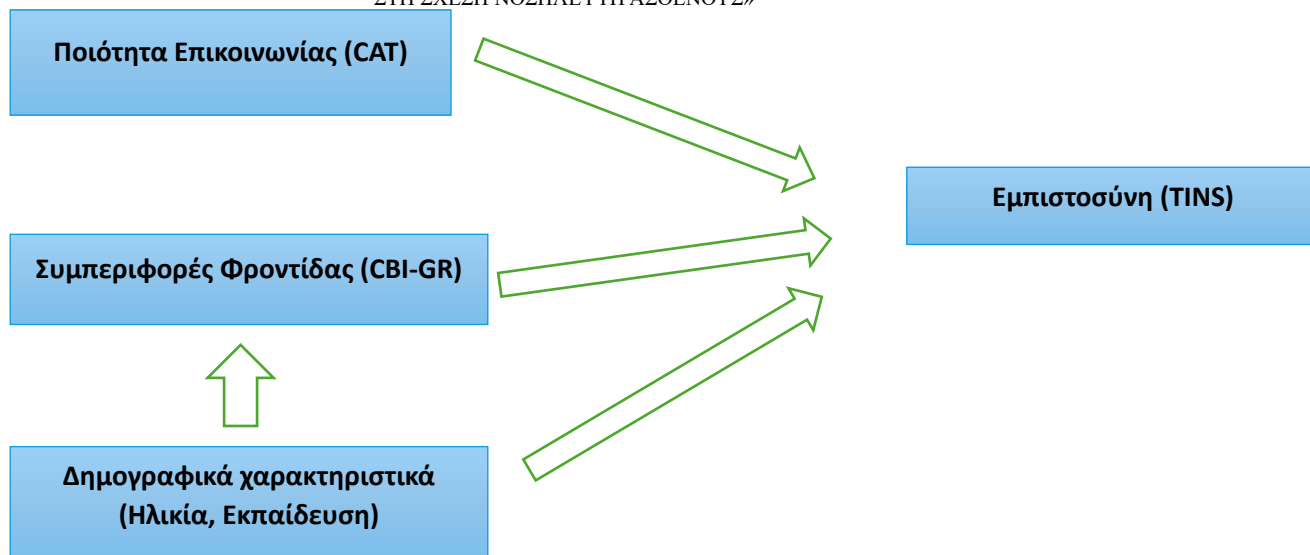
Η χρήση του Caring Behaviors Inventory και των σταθμισμένων εκδοχών του, όπως το CBI-GR, επιτρέπει τη συστηματική αποτίμηση αυτών των συμπεριφορών από την οπτική του ασθενούς. Η δυνατότητα ποσοτικής διερεύνησης των caring behaviors καθιστά εφικτή τη μελέτη της σχέσης τους με την επικοινωνία και την εμπιστοσύνη, ενισχύοντας την κατανόηση της πολυπλοκότητας της θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική πρακτική (Papastavrou et al., 2011).

3.3 Εννοιολογικό μοντέλο της παρούσας μελέτης

Με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο και τα εμπειρικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, η παρούσα μελέτη εστιάζει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης των ασθενών και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας. Οι τρεις αυτές έννοιες προσεγγίζονται ως αλληλένδετες διαστάσεις της θεραπευτικής σχέσης, οι οποίες διαμορφώνουν την εμπειρία του ασθενούς στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας.

Το εννοιολογικό μοντέλο της μελέτης βασίζεται στη θεωρητική παραδοχή ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας των νοσηλευτών επηρεάζει άμεσα το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών, καθώς η σαφήνεια, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός ενισχύουν την αντίληψη αξιοπιστίας του επαγγελματία υγείας. Παράλληλα, οι αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές φροντίδας σχετίζονται θετικά με την εμπιστοσύνη, καθώς αποτελούν έμπρακτη έκφραση της φροντίδας και της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης του νοσηλευτή. Οι δύο αυτές μεταβλητές λειτουργούν συμπληρωματικά, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης. Επιπλέον, δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, ενδέχεται να επηρεάζουν την αντίληψη τόσο της επικοινωνίας όσο και της εμπιστοσύνης, τροποποιώντας τις μεταξύ τους σχέσεις.

Στο πλαίσιο αυτό, προσδιορίζονται οι βασικές μεταβλητές της μελέτης. Ως ανεξάρτητη μεταβλητή θεωρείται η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας των νοσηλευτών, ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή ορίζεται το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους νοσηλευτές. Παράλληλα, οι αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές φροντίδας εξετάζονται ως επιπρόσθετη μεταβλητή που σχετίζεται με την εμπιστοσύνη και ενδέχεται να ενισχύει τη θεραπευτική σχέση. Επιπλέον, δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, λαμβάνονται υπόψη ως παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν τις υπό μελέτη σχέσεις. Το εννοιολογικό αυτό πλαίσιο θέτει τις βάσεις για τη διατύπωση των ερευνητικών υποθέσεων και τη μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθεί στο επόμενο κεφάλαιο, χωρίς να προκαταλαμβάνει τα αποτελέσματα της ανάλυσης.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει ως κύριο σκοπό τη συστηματική διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών και του επιπέδου εμπιστοσύνης των ασθενών στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και την εξέταση της πιθανής επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών στις παραπάνω μεταβλητές. Με βάση το θεωρητικό μοντέλο που αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η επικοινωνία προσεγγίζεται ως βασικός μηχανισμός διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης, μέσω του οποίου ο ασθενής αξιολογεί την επαγγελματική επάρκεια, τη διαθεσιμότητα και τον σεβασμό του νοσηλευτή (Street et al., 2009). Παράλληλα, η εμπιστοσύνη θεωρείται κεντρική διάσταση της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς και συνδέεται με σημαντικές εκβάσεις, όπως η ικανοποίηση, η συνεργασία και η συμμόρφωση στη θεραπεία (Birkhäuser et al., 2017).

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα έρευνα επιδίωξε να εξετάσει εάν η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας σχετίζεται θετικά με την εμπιστοσύνη των ασθενών, καθώς και να διερευνήσει κατά πόσο δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, διαφοροποιούν την αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της επικοινωνίας και το επίπεδο εμπιστοσύνης. Η μελέτη εντάχθηκε σε ποσοτικό, συσχετιστικό ερευνητικό πλαίσιο και βασίστηκε στη χρήση σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης, τα οποία επιτρέπουν τη συστηματική και αντικειμενική αποτύπωση των υπό διερεύνηση εννοιών. Η συνδυαστική διερεύνηση επικοινωνίας και εμπιστοσύνης στο ίδιο δείγμα ασθενών αποσκοπεί στη βαθύτερη κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον.

4.2 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μελέτης διατυπώθηκαν με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο και τα εμπειρικά δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η διεθνής έρευνα έχει δείξει ότι η ποιότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας στον χώρο της υγείας συνδέεται με την ανάπτυξη εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας, καθώς η σαφήνεια, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός λειτουργούν ως δείκτες επαγγελματικής επάρκειας και ηθικής δέσμευσης (Street et al., 2009). Παράλληλα, μετα-αναλυτικά ευρήματα υποστηρίζουν ότι η εμπιστοσύνη σχετίζεται θετικά με σημαντικές ψυχολογικές και

συμπεριφορικές εκβάσεις των ασθενών (Birkhäuser et al., 2017). Με βάση τα παραπάνω, διατυπώθηκε η πρώτη ερευνητική υπόθεση:

H1: Υπάρχει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών και του επιπέδου εμπιστοσύνης των ασθενών. Συγκεκριμένα, υψηλότερες τιμές στην ποιότητα επικοινωνίας αναμένεται να σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης. Επιπλέον, η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι η αξιολόγηση της επικοινωνίας και η ανάπτυξη εμπιστοσύνης ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο. Διαφορές στις προσδοκίες, στην κατανόηση της παρεχόμενης πληροφορίας και στον τρόπο αλληλεπίδρασης με τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη της ποιότητας της επικοινωνίας και της σχέσης εμπιστοσύνης (Asan et al., 2021). Με βάση αυτό το σκεπτικό, διατυπώθηκε η δεύτερη υπόθεση:

H2: Δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, συνδέονται με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα επικοινωνίας και/ή το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών.

H3: Υπάρχει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας και του επιπέδου εμπιστοσύνης των ασθενών.

Οι παραπάνω υποθέσεις είναι σαφώς διατυπωμένες, ελέγξιμες και επιτρέπουν τη διερεύνησή τους μέσω κατάλληλων στατιστικών αναλύσεων, όπως ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και οι έλεγχοι διαφορών μεταξύ ομάδων.

4.3 Σχεδιασμός της έρευνας, μεταβλητές, πληθυσμός και δείγμα

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί ποσοτικό, μη πειραματικό και διατομεακό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό, με συσχετιστικό χαρακτήρα. Ο σχεδιασμός αυτός επιλέχθηκε καθώς επιτρέπει τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, χωρίς παρέμβαση ή χειρισμό των ερευνητικών παραγόντων. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής έρευνας, οι διατομεακές συσχετιστικές μελέτες χρησιμοποιούνται ευρέως για την εξέταση σχέσεων μεταξύ ψυχοκοινωνικών και διαπροσωπικών μεταβλητών, όπως η επικοινωνία και η εμπιστοσύνη (Makoul et al., 2007), (Radwin & Cabral, 2010).

Η μελέτη έχει περιγραφικό–αναλυτικό χαρακτήρα. Περιγραφικό, διότι αποτυπώνει τα επίπεδα αντιλαμβανόμενης ποιότητας επικοινωνίας και εμπιστοσύνης όπως αυτά

αναφέρονται από τους ασθενείς. Αναλυτικό, διότι προχωρά στη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών, καθώς και στη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Η βασική ανεξάρτητη μεταβλητή της έρευνας είναι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας των νοσηλευτών, όπως αξιολογείται από τους ασθενείς μέσω σταθμισμένου εργαλείου. Η κύρια εξαρτημένη μεταβλητή είναι το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους νοσηλευτές, το οποίο επίσης αποτυπώνεται μέσω έγκυρης κλίμακας μέτρησης.

Ως επιπρόσθετες μεταβλητές εξετάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης, τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ή ελεγχόμενες μεταβλητές στη στατιστική ανάλυση. Η συμπερίληψη των δημογραφικών μεταβλητών τεκμηριώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία υποδεικνύει ότι ατομικά χαρακτηριστικά μπορεί να επηρεάζουν την αντίληψη της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης στον χώρο της υγείας (Asan et al., 2021).

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης βασίζεται στη θεωρητική παραδοχή ότι η επικοινωνία λειτουργεί ως βασικός μηχανισμός διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης (Street et al., 2009), ενώ η εμπιστοσύνη αποτελεί κρίσιμη διάσταση της ποιότητας φροντίδας και σχετίζεται με σημαντικές εκβάσεις υγείας (Birkhäuser et al., 2017).

Ο πληθυσμός αναφοράς της μελέτης αποτελείται από ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται ή λαμβάνουν υπηρεσίες φροντίδας σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού συνδέεται με τον σκοπό της μελέτης, καθώς οι ασθενείς αυτοί έχουν άμεση και πρόσφατη εμπειρία αλληλεπίδρασης με νοσηλευτικό προσωπικό και είναι σε θέση να αξιολογήσουν την ποιότητα της επικοινωνίας και το επίπεδο εμπιστοσύνης.

Το δείγμα της μελέτης προέκυψε μέσω μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με βάση τη διαθεσιμότητα και τη συναίνεσή τους κατά το χρονικό διάστημα συλλογής δεδομένων. Η επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου δειγματοληψίας είναι συχνή σε διατομεακές μελέτες στον χώρο της υγείας, ιδιαίτερα όταν ο στόχος είναι η διερεύνηση σχέσεων μεταξύ μεταβλητών και όχι η γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ευρύτερο πληθυσμό με αυστηρή αντιπροσωπευτικότητα.

Κριτήρια ένταξης στη μελέτη αποτέλεσαν:

- η ηλικία άνω των 18 ετών,
- η ικανότητα κατανόησης της ελληνικής γλώσσας,
- η γνωστική επάρκεια για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου,
- και η παροχή γραπτής ή προφορικής ενημερωμένης συναίνεσης.

Ασθενείς με σοβαρή γνωστική διαταραχή ή σε κλινική κατάσταση που δεν επέτρεπε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποκλείστηκαν από τη συμμετοχή.

Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού και δείγματος θεωρείται κατάλληλη για την επίτευξη των στόχων της μελέτης, καθώς επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων από άτομα με άμεση εμπειρία της νοσηλευτικής φροντίδας και, συνεπώς, τεκμηριωμένη δυνατότητα αξιολόγησης των υπό διερεύνηση μεταβλητών.

Το τελικό δείγμα της μελέτης αποτελείται από 104 ασθενείς. Το μέγεθος αυτό κρίνεται επαρκές για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ συνεχών μεταβλητών, καθώς για τον έλεγχο συσχέτισης μέσω του συντελεστή Pearson, δείγμα άνω των 100 συμμετεχόντων θεωρείται επαρκές για την ανίχνευση μέτριων συσχετίσεων με ικανοποιητική στατιστική ισχύ. Επιπλέον, σε διατομεακές συσχετιστικές μελέτες στον χώρο της νοσηλευτικής, δείγματα μεγέθους 100–200 ατόμων θεωρούνται κατάλληλα για την αξιόπιστη εκτίμηση σχέσεων μεταξύ ψυχοκοινωνικών μεταβλητών (Birkhäuser et al., 2017).

Το μέγεθος του δείγματος επιτρέπει την εφαρμογή παραμετρικών στατιστικών ελέγχων, υπό την προϋπόθεση ότι πληρούνται οι σχετικές προϋποθέσεις κανονικότητας, καθώς και τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ υποομάδων ως προς δημογραφικά χαρακτηριστικά.

4.4 Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διαμορφώθηκε με στόχο την ολοκληρωμένη αποτύπωση των υπό διερεύνηση μεταβλητών. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τέσσερα διακριτά μέρη: (α) δημογραφικά χαρακτηριστικά, (β) κλίμακα αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας επικοινωνίας, (γ) κλίμακα μέτρησης της εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές και (δ) κλίμακα αξιολόγησης των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας. Η επιλογή σταθμισμένων και ψυχομετρικά τεκμηριωμένων εργαλείων κρίθηκε απαραίτητη,

προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των μετρήσεων, καθώς και η δυνατότητα συγκρισιμότητας με διεθνή ερευνητικά δεδομένα.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η συμπερίληψη των μεταβλητών αυτών βασίστηκε σε βιβλιογραφικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι δημογραφικοί παράγοντες δύνανται να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας και την εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας (Asan et al., 2021). Η καταγραφή των στοιχείων αυτών επέτρεψε τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων μεταξύ υποομάδων.

Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της επικοινωνίας αξιολογήθηκε μέσω του Communication Assessment Tool (CAT), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Makoul, Krupat και Chang (2007) με σκοπό τη μέτρηση της αντίληψης των ασθενών σχετικά με τις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας. Το εργαλείο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς σε κλινικά περιβάλλοντα και έχει τεκμηριώσει υψηλή εσωτερική συνοχή και ικανοποιητική εγκυρότητα κατασκευής. Οι επιμέρους ερωτήσεις του CAT αξιολογούν διαστάσεις της επικοινωνίας, όπως η σαφήνεια της πληροφόρησης, η ενεργητική ακρόαση, ο σεβασμός και η ενθάρρυνση συμμετοχής του ασθενούς στη διαδικασία φροντίδας. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert, επιτρέποντας την ποσοτική αποτύπωση της συνολικής αντίληψης του ασθενούς για την ποιότητα της επικοινωνίας. Για τη χρήση του εργαλείου στην παρούσα μελέτη ελήφθη σχετική άδεια από τον δημιουργό του εργαλείου, Dr. Gregory Makoul.

Η εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές μετρήθηκε μέσω του Trust in Nurses Scale (TINS), το οποίο αναπτύχθηκε από τη Radwin και τον Cabral (2010). Η κλίμακα αυτή σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της εμπιστοσύνης στο πλαίσιο της νοσηλευτικής φροντίδας και αποτυπώνει διαστάσεις όπως η αξιοπιστία, η επαγγελματική επάρκεια, η συνέπεια και η φροντίδα. Η ψυχομετρική αξιολόγηση του εργαλείου έχει καταδείξει υψηλό επίπεδο εσωτερικής αξιοπιστίας και επαρκή εγκυρότητα κατασκευής, γεγονός που υποστηρίζει τη χρήση του σε ερευνητικά πρωτόκολλα που εξετάζουν τη θεραπευτική σχέση. Στην παρούσα μελέτη, το TINS χρησιμοποιήθηκε ως βασικό εργαλείο αποτύπωσης της εξαρτημένης μεταβλητής. Για τη χρήση της κλίμακας στην παρούσα μελέτη ελήφθη σχετική άδεια από τη δημιουργό του εργαλείου, Dr. Laurel Radwin.

Οι αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές φροντίδας αξιολογήθηκαν μέσω της ελληνικής εκδοχής του Caring Behaviors Inventory (CBI-GR). Το αρχικό εργαλείο αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της φροντίδας όπως αυτή βιώνεται από τον ασθενή, ενώ η ελληνική του

προσαρμογή έχει επικυρωθεί ψυχομετρικά από τους Papastavrou και συνεργάτες (2011), οι οποίοι τεκμηρίωσαν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του σε ελληνικό πληθυσμό. Το CBI-GR αποτυπώνει κεντρικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως η ανθρώπινη παρουσία, η συναισθηματική υποστήριξη και η ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενούς. Η χρήση του εργαλείου στην παρούσα μελέτη επιτρέπει τη διερεύνηση της σχέσης των συμπεριφορών φροντίδας με την ποιότητα της επικοινωνίας και το επίπεδο εμπιστοσύνης. Το CBI-GR χρησιμοποιήθηκε στην ήδη ελληνικά προσαρμοσμένη και ψυχομετρικά σταθμισμένη μορφή του και, ως εκ τούτου, δεν απαιτήθηκε νέα διαδικασία πολιτισμικής προσαρμογής ή ελέγχου χρονικής σταθερότητας (test-retest).

Συνολικά, η επιλογή των συγκεκριμένων εργαλείων βασίστηκε στη θεωρητική συνάφεια με τον σκοπό της μελέτης, στην τεκμηριωμένη ψυχομετρική τους επάρκεια και στη δυνατότητα ποσοτικής αποτύπωσης των βασικών διαστάσεων της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς.

4.5 Μετάφραση, πολιτισμική προσαρμογή και ψυχομετρικός έλεγχος των εργαλείων

Για τη χρήση των ερευνητικών εργαλείων στην παρούσα μελέτη ελήφθησαν οι απαραίτητες άδειες από τους δημιουργούς των αντίστοιχων κλιμάκων. Συγκεκριμένα, ελήφθη άδεια χρήσης του Communication Assessment Tool (CAT) από τον Dr. Gregory Makoul και του Trust in Nurses Scale (TINS) από τη Dr. Laurel Radwin. Το εργαλείο Caring Behaviors Inventory – Greek Version (CBI-GR) χρησιμοποιήθηκε στην ήδη ελληνικά προσαρμοσμένη και ψυχομετρικά σταθμισμένη μορφή του.

Για τα εργαλεία CAT και TINS πραγματοποιήθηκε διαδικασία μετάφρασης και πολιτισμικής προσαρμογής στην ελληνική γλώσσα, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του World Health Organization (WHO) για τη διαπολιτισμική προσαρμογή ερευνητικών εργαλείων. Αρχικά πραγματοποιήθηκαν δύο ανεξάρτητες μεταφράσεις των εργαλείων από την αγγλική στην ελληνική γλώσσα από επαγγελματίες με γνώση της αγγλικής γλώσσας και της ορολογίας υγείας. Στη συνέχεια, οι δύο μεταφράσεις συγκρίθηκαν και συντέθηκε ενιαία ελληνική έκδοση των εργαλείων.

Ακολούθησε διαδικασία αντίστροφης μετάφρασης (back-translation) από δίγλωσσο άτομο με πολύ καλή γνώση της αγγλικής γλώσσας, το οποίο δεν είχε πρόσβαση στην αρχική μορφή των εργαλείων. Η αντίστροφη μετάφραση συγκρίθηκε με την πρωτότυπη αγγλική έκδοση, προκειμένου να διασφαλιστεί η εννοιολογική και γλωσσική ισοδυναμία των ερωτήσεων.

Μετά την ολοκλήρωση της μεταφραστικής διαδικασίας πραγματοποιήθηκε πιλοτική εφαρμογή των εργαλείων σε μικρή ομάδα 15 συμμετεχόντων, με στόχο την αξιολόγηση της σαφήνειας, της κατανόησης και της πολιτισμικής καταλληλότητας των ερωτήσεων. Οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν σημαντικές δυσκολίες κατανόησης ή προβλήματα διατύπωσης, γεγονός που υποστήριξε τη χρήση της τελικής ελληνικής μορφής των εργαλείων στην κύρια έρευνα.

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των εργαλείων πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της εσωτερικής συνοχής μέσω του δείκτη Cronbach's α , καθώς και έλεγχος χρονικής σταθερότητας (test-retest) για τα εργαλεία CAT και TINS σε υποομάδα 15 συμμετεχόντων με χρονικό διάστημα δέκα ημερών μεταξύ των δύο μετρήσεων. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει την αξιολόγηση της συνέπειας των μετρήσεων στον χρόνο και ενισχύει την τεκμηρίωση της αξιοπιστίας των εργαλείων στο συγκεκριμένο δείγμα. Επιπλέον, για τα εργαλεία CAT-N και TINS πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Confirmatory Factor Analysis – CFA), με στόχο τη διερεύνηση της εγκυρότητας κατασκευής των εργαλείων στο συγκεκριμένο δείγμα. Η αξιολόγηση της προσαρμογής των μοντέλων βασίστηκε σε δείκτες προσαρμογής, όπως οι Comparative Fit Index (CFI), Tucker–Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) και Standardized Root Mean Square Residual (SRMR).

4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της πλατφόρμας Google Forms. Το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με σκοπό την προσέγγιση ενηλίκων ατόμων που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και είχαν πρόσφατη εμπειρία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Η επιλογή της ηλεκτρονικής συλλογής δεδομένων υποστηρίζει τη διευκόλυνση της συμμετοχής και επιτρέπει την τυποποιημένη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ωστόσο προϋποθέτει ιδιαίτερη προσοχή στη σαφή ενημέρωση των συμμετεχόντων και στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

Στην αρχική σελίδα του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου παρατέθηκε σύντομο ενημερωτικό σημείωμα, στο οποίο περιγραφόταν ο σκοπός της μελέτης, η εθελοντική φύση της συμμετοχής, η εκτιμώμενη διάρκεια συμπλήρωσης και η διαχείριση των δεδομένων. Η συνέχιση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μετά την ανάγνωση του ενημερωτικού σημειώματος θεωρήθηκε ως παροχή ενημερωμένης συναίνεσης, σύμφωνα

με τη συνήθη πρακτική στις ανώνυμες διαδικτυακές έρευνες χαμηλού κινδύνου. Επισημάνθηκε ότι οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή τη συμπλήρωση, χωρίς καμία συνέπεια.

Το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν ανώνυμα και δεν συλλέχθηκαν προσωπικά δεδομένα που να επιτρέπουν άμεση ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε σε χρόνο και χώρο επιλογής των συμμετεχόντων, χωρίς παρέμβαση του ερευνητή, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα επίδρασης εξωτερικών παραγόντων στις απαντήσεις. Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων, οι απαντήσεις εξήχθησαν από το Google Forms σε ηλεκτρονικό αρχείο και κωδικοποιήθηκαν για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης.

Για τον έλεγχο της χρονικής σταθερότητας (test–retest) των εργαλείων CAT και TINS, υποομάδα 15 συμμετεχόντων κλήθηκε να επανασυμπληρώσει το συγκεκριμένο εργαλείο μετά από χρονικό διάστημα δέκα ημερών. Η επανασυμπλήρωση πραγματοποιήθηκε με τον ίδιο ηλεκτρονικό τρόπο και υπό παρόμοιες συνθήκες, ώστε να αξιολογηθεί η συνέπεια των απαντήσεων στον χρόνο. Το διάστημα των δέκα ημερών θεωρείται κατάλληλο για test–retest, καθώς περιορίζει την πιθανότητα ανάκλησης των αρχικών απαντήσεων, χωρίς να αναμένεται ουσιαστική μεταβολή της μετρούμενης αντίληψης.

Τέλος, σημειώνεται ότι η ηλεκτρονική διανομή μέσω μέσων κοινωνικής δικτύωσης συνδέεται με μη πιθανοθεωρητική προσέγγιση συμμετεχόντων και, συνεπώς, ενδέχεται να επηρεάσει τον βαθμό γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Η παράμετρος αυτή λαμβάνεται υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων.

4.7 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS version 27.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε έλεγχος πληρότητας, ορθότητας καταχώρησης και διερεύνηση πιθανών ακραίων τιμών.

Για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε το κριτήριο Kolmogorov–Smirnov. Οι ποσοτικές μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή παρουσιάστηκαν με μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (Standard Deviation – SD), ενώ για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον η διάμεσος (Median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range –

IQR). Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες.

Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε είτε το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test είτε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann–Whitney U, ανάλογα με την κατανομή των δεδομένων.

Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson ή Spearman (rho), ανάλογα με την κανονικότητα των δεδομένων. Η ισχύς της συσχέτισης ερμηνεύτηκε σύμφωνα με καθιερωμένα κριτήρια, όπου τιμές από 0,10 έως 0,30 θεωρήθηκαν χαμηλές, από 0,31 έως 0,50 μέτριες και μεγαλύτερες από 0,50 υψηλές συσχετίσεις.

Για τη διερεύνηση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονταν με τις κλίμακες εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές (TINS), αξιολόγησης της επικοινωνίας (CAT-N) και νοσηλευτικής φροντίδας (CBI-GR), πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με συντελεστές εξάρτησης (β), τυπικά σφάλματα (SE) και τυποποιημένους συντελεστές (standardized β coefficients).

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των εργαλείων υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνοχής Cronbach's α . Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε διαδικασία test–retest για τα εργαλεία CAT-N και TINS σε υποομάδα 15 συμμετεχόντων με χρονικό διάστημα δέκα ημερών μεταξύ των δύο μετρήσεων. Η χρονική σταθερότητα των εργαλείων αξιολογήθηκε μέσω των συντελεστών Intraclass Correlation Coefficients (ICCs). Τιμές ICC έως 0,40 θεωρήθηκαν χαμηλές, από 0,41 έως 0,60 μέτριες, από 0,61 έως 0,80 υψηλές και άνω του 0,80 πολύ υψηλές. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι (two-tailed) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$. Επιπλέον, για τα εργαλεία CAT-N και TINS πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Confirmatory Factor Analysis – CFA), με στόχο τη διερεύνηση της εγκυρότητας κατασκευής των εργαλείων στο συγκεκριμένο δείγμα. Η αξιολόγηση της προσαρμογής των μοντέλων βασίστηκε σε δείκτες προσαρμογής, όπως οι Comparative Fit Index (CFI), Tucker–Lewis Index (TLI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) και Standardized Root Mean Square Residual (SRMR).

4.8 Ηθικά ζητήματα

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας στον χώρο των επιστημών υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον σεβασμό της αυτονομίας

των συμμετεχόντων, στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, καθώς και στην εθελοντική φύση της συμμετοχής.

Πριν από τη συμπλήρωση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναλυτικά για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, τη διάρκεια συμπλήρωσης και τον τρόπο διαχείρισης των πληροφοριών. Τονίστηκε ότι η συμμετοχή είναι απολύτως εθελοντική και ότι υπήρχε η δυνατότητα διακοπής της συμπλήρωσης οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Η συνέχιση στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μετά την ανάγνωση του ενημερωτικού κειμένου θεωρήθηκε ως παροχή ενημερωμένης συναίνεσης, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για ανώνυμες διαδικτυακές έρευνες χαμηλού κινδύνου.

Δεν συλλέχθηκαν προσωπικά δεδομένα που να επιτρέπουν την άμεση ή έμμεση ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε ηλεκτρονική μορφή με περιορισμένη πρόσβαση και χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε συγκεντρωτική μορφή, χωρίς δυνατότητα αναγνώρισης μεμονωμένων απαντήσεων.

Επιπλέον, τηρήθηκαν οι αρχές του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (General Data Protection Regulation – GDPR, Κανονισμός ΕΕ 2016/679), διασφαλίζοντας τη νόμιμη, δίκαιη και διαφανή επεξεργασία των δεδομένων, καθώς και την προστασία της ιδιωτικότητας των συμμετεχόντων.

Η φύση της μελέτης χαρακτηρίζεται ως ελάχιστου κινδύνου, καθώς δεν περιλαμβάνει παρέμβαση, κλινική δοκιμή ή συλλογή ευαίσθητων ιατρικών δεδομένων. Ωστόσο, τηρήθηκαν όλες οι αρχές της προστασίας προσωπικών δεδομένων και της ερευνητικής ακεραιότητας.

4.9 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσίασε ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτυακού ερωτηματολογίου, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, καθώς συμμετείχαν άτομα με πρόσβαση στο διαδίκτυο και βασικές ψηφιακές δεξιότητες. Επιπλέον, η δειγματοληψία ήταν μη τυχαία (δειγματοληψία ευκολίας), κάτι που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των νοσηλεύομενων ασθενών. Ένας ακόμη περιορισμός σχετίζεται με τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων, τα οποία ενδέχεται

να επηρεάζονται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η κοινωνικά επιθυμητή συμπεριφορά ή η παρούσα συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων. Επιπρόσθετα, ο συγχρονικός (cross-sectional) σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει τη διερεύνηση αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών, αλλά μόνο τον εντοπισμό συσχετίσεων. Τέλος, η μελέτη βασίστηκε σε συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης, τα οποία, παρά την τεκμηριωμένη αξιοπιστία και εγκυρότητά τους, ενδέχεται να μην αποτυπώνουν πλήρως όλες τις διαστάσεις της θεραπευτικής σχέσης.

Ακόμη, η παρούσα μελέτη βασίστηκε αποκλειστικά στην οπτική των ασθενών και δεν συμπεριέλαβε δεδομένα από τους ίδιους τους νοσηλευτές ή από αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας φροντίδας. Η ενσωμάτωση πολλαπλών πηγών δεδομένων θα μπορούσε να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, οι συνθήκες στελέχωσης και οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των νοσοκομειακών μονάδων ενδέχεται να επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών και την αξιολόγηση της επικοινωνίας και της φροντίδας, χωρίς ωστόσο να διερευνώνται άμεσα στην παρούσα μελέτη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Στατιστική ανάλυση

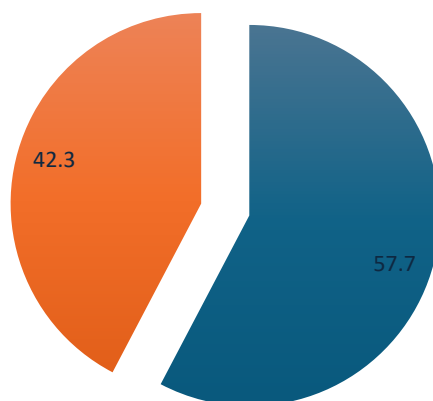
Για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Οι ποσοτικές μεταβλητές που ακολουθούσαν κανονική κατανομή περιγράφηκαν με τη μέση τιμή (Mean) και την τυπική απόκλιση (Standard Deviation: SD), ενώ για όσες δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον η διάμεσος (Median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (Interquartile Range: IQR). Οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάστηκαν με απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε είτε το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test είτε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney, ανάλογα με την κατανομή των δεδομένων. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες TIN, CAT-N, CBI, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Οι συντελεστές intraclass correlation coefficients (ICCs) χρησιμοποιήθηκαν για να διερευνηθεί η συμφωνία των απαντήσεων στη διαδικασία test-retest. Η συμφωνία θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής είναι μέχρι 0,4, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,41 έως 0,6, υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,61 έως 0,80 και πολύ υψηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης είναι μεγαλύτερος από 0,8. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 27.0.

5.2 Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελούταν από 104 ασθενείς με μέση ηλικία τα 40,2 έτη (SD=11,2 έτη). Ακολουθεί ο πίνακας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Το 65,4% ήταν γυναίκες. Η πλειοψηφία ήταν απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (71,2%), έγγαμοι (57,7%) που ζούσαν συνολικά κατά μέσο όρο με 3 άτομα στο σπίτι. Το 57,7% είχε εισαχθεί προγραμματισμένα και για όλους ήταν αρκετά έως πολύ σημαντική η εξατομικευμένη φροντίδα. Ο διάμεσος χρόνος νοσηλείας ήταν οι 4 ημέρες (ενδ. εύρος :3 – 5), με το 51,9% να έχει και προηγούμενη νοσηλεία.

		N	%
Ηλικία, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		40,2 (11,2)	38 (32 – 46,45)
Φύλο	Άνδρας	36	34,6
	Γυναίκα	68	65,4
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	1	1,0
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	29	27,9
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	74	71,2
Η οικογενειακή σας κατάσταση	Έγγαμος	60	57,7
	Συγκατοίκηση με σύντροφο	10	9,6
	Διαζευγμένος/η	9	8,7
	Σε διάσταση	2	1,9
	Χήρος/α	1	1,0
	Άγαμος ή καμία συγκατοίκηση με σύντροφο	22	21,2
Συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας, πόσοι άνθρωποι ζείτε στο σπίτι σας;		2,8 (1,1)	3 (2 – 3)
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	60	57,7
	Επείγουσα εισαγωγή	44	42,3
Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να είναι η φροντίδα σας εξατομικευμένη;	Καθόλου σημαντικό	0	0,0
	Όχι πολύ σημαντικό	0	0,0
	Αρκετά σημαντικό	6	5,8
	Σημαντικό	9	8,7
	Πολύ σημαντικό	89	85,6
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο, Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)		4,3 (2,9)	4 (3 – 5)
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	50	48,1
	Ναι	54	51,9

Ακολουθεί το γράφημα σχετικά με τον τύπο εισαγωγής στο νοσοκομείο.

**Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο**

■ Προγραμματισμένη εισαγωγή ■ Επείγουσα εισαγωγή

Οι κυριότεροι λόγοι εισαγωγής στο νοσοκομείο αφορούσαν κυρίως χειρουργικές επεμβάσεις και προγραμματισμένα χειρουργεία. Σημαντικό ποσοστό εισαγωγών σχετιζόταν επίσης με μαιευτικά και γυναικολογικά περιστατικά, όπως τοκετός, πρόκληση τοκετού και αιμορραγίες. Άλλες συχνές αιτίες ήταν ορθοπεδικά και τραυματικά περιστατικά, όπως κατάγματα, κακώσεις και τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα, καθώς και παθολογικά ή λοιμώδη νοσήματα, όπως πνευμονία, γαστρεντερίτιδα, COVID-19, υψηλός πυρετός και λοιμώξεις του αναπνευστικού. Επιπλέον, καταγράφηκαν εισαγωγές λόγω καρδιολογικών και αναπνευστικών συμπτωμάτων, αλλά και λόγω κοιλιακών και γαστρεντερολογικών προβλημάτων, όπως κοιλιακό άλγος, σκωληκοειδίτιδα, κολικοί και χολολιθίαση. Τέλος, αναφέρθηκαν και περιπτώσεις χρόνιων ή σοβαρών νοσημάτων, όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, υπέρταση και καρκίνος μαστού. Ανάμεσα σε όσους είχαν και προηγούμενες νοσηλείες αυτές αφορούσαν κυρίως χειρουργικές, παθολογικές, μαιευτικές και τραυματολογικές αιτίες.

Στους πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα περιγραφικά στοιχεία για τις κλίμακες εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές, αξιολόγησης της επικοινωνίας και νοσηλευτικής φροντίδας.

Αρχικά δίνονται οι αναλυτικές απαντήσεις στην κλίμακα εμπιστοσύνης. Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές ήταν διαθέσιμοι όταν τους χρειάζονταν, με το 44,2% να απαντά «συνήθως» και το 30,8% «πάντα». Αντίστοιχα, το 27,9% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές ενεργούσαν προς το συμφέρον τους «συνήθως», ενώ η πλειονότητα (60,6%) απάντησε «πάντα». Όσον αφορά την εμπιστοσύνη στις πληροφορίες και τις οδηγίες των νοσηλευτών, το 40,4% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι τους εμπιστευόταν «συνήθως» και το 37,5% «πάντα». Παρόμοια εικόνα καταγράφηκε και ως προς τη συνέπεια των νοσηλευτών σε όσα υπόσχονταν να κάνουν, με το 48,1% να απαντά «συνήθως» και το 27,9% «πάντα». Συνολικά, το επίπεδο εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν υψηλό, καθώς η μέση τιμή αξιολόγησης ήταν 8,2 (SD=1,4) -σε κλίμακα από το 1 έως το 10.

		N	%
Πόσο συχνά ήταν εκεί οι νοσηλευτές όταν τους χρειαζόσασταν;	Ποτέ	0	0,0
	Σπάνια	2	1,9
	Μερικές φορές	24	23,1
	Συνήθως	46	44,2
	Πάντα	32	30,8
Πόσο συχνά πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές ενεργούσαν προς το συμφέρον σας;	Ποτέ	0	0,0
	Σπάνια	2	1,9
	Μερικές φορές	10	9,6
	Συνήθως	29	27,9
	Πάντα	63	60,6
Πόσο συχνά εμπιστεύεστε ό,τι σας λένε οι νοσηλευτές;	Ποτέ	0	0,0
	Σπάνια	1	1,0
	Μερικές φορές	22	21,2
	Συνήθως	42	40,4
	Πάντα	39	37,5
Πόσο συχνά οι νοσηλευτές κάνουν ό,τι σας είπαν ότι θα κάνουν;	Ποτέ	0	0,0
	Σπάνια	1	1,0
	Μερικές φορές	24	23,1
	Συνήθως	50	48,1
	Πάντα	29	27,9

Παρακαλώ αξιολογήστε πόσο εμπιστευόσασταν τους/τις νοσηλευτές/-τριες σε μία κλίμακα από 1 έως 10, όπου το 1 σημαίνει ότι δεν τους/τις εμπιστευόσασταν καθόλου και το 10 ότι τους/τις εμπιστευόσασταν όσο το δυνατόν περισσότερο., Μέση τιμή (SD), Διάμεσος (ενδ. εύρος)	8,2 (1,4)	8 (7,5 – 9)
--	-----------	-------------

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι αναλυτικές απαντήσεις στην κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας. Τα ποσοστά αξιολόγησης της επικοινωνίας στις επιμέρους ερωτήσεις ως «εξαιρετική» κυμάνθηκαν συνολικά από 8,7% έως 53,8%. Ο/Η νοσηλευτής/τρια αντιμετώπισε τον/την ασθενή με σεβασμό (53,8%), επικοινωνούσε με την ομάδα υγειονομικής φροντίδας (50,0%), βοήθησε έγκαιρα (44,2%), χαιρέτησε με τρόπο που δημιούργησε αίσθημα άνεσης (37,5%), έδειξε φροντίδα και ενδιαφέρον (26,9%), επέτρεψε να μιλήσει χωρίς διακοπές (24,0%), μιλούσε με τρόπο κατανοητό (24,0%), έδειξε ενδιαφέρον για τις απόψεις σχετικά με την υγεία (21,2%), έδινε προσοχή κατά την επικοινωνία (20,2%), έλεγξε αν έγινε κατανοητή η πληροφορία (15,4%), μιλούσε με την ιδιότητά του/της ως νοσηλευτής/τρια (14,4%), ενημέρωσε σχετικά με το σχέδιο φροντίδας (12,5%), ενθάρρυνε ερωτήσεις (11,5%) και ενέπλεξε τον/την ασθενή στις αποφάσεις στον μικρότερο βαθμό (8,7%). Συνολικά η παρεχόμενη φροντίδα αξιολογήθηκε ως εξαιρετική από το 27,9%,

		N	%
Ο/Η νοσηλευτής/τρια μου είπε ότι είναι νοσηλευτής/νοσηλεύτρια.	Κακή	20	19,2
	Μέτρια	30	28,8
	Καλή	16	15,4
	Πολύ καλή	23	22,1
	Εξαιρετική	15	14,4
Ο/Η νοσηλευτής/τρια με χαιρέτησε με τρόπο που με έκανε να αισθανθώ άνετα.	Κακή	1	1,0
	Μέτρια	2	1,9
	Καλή	16	15,4
	Πολύ καλή	46	44,2
	Εξαιρετική	39	37,5
Ο/Η νοσηλευτής/τρια με αντιμετώπισε με σεβασμό.	Κακή	1	1,0
	Μέτρια	2	1,9
	Καλή	12	11,5
	Πολύ καλή	33	31,7
	Εξαιρετική	56	53,8
Ο/Η νοσηλευτής/τρια έδειξε ενδιαφέρον για τις απόψεις μου σχετικά με την υγεία μου.	Κακή	2	1,9
	Μέτρια	17	16,3
	Καλή	25	24,0
	Πολύ καλή	38	36,5

	Εξαιρετική	22	21,2
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου έδινε προσοχή (με κοίταζε, με άκουγε προσεκτικά).	Κακή	2	1,9
	Μέτρια	14	13,5
	Καλή	27	26,0
	Πολύ καλή	40	38,5
	Εξαιρετική	21	20,2
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου επέτρεψε να μιλήσω χωρίς διακοπές.	Κακή	2	1,9
	Μέτρια	5	4,8
	Καλή	32	30,8
	Πολύ καλή	40	38,5
	Εξαιρετική	25	24,0
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενημέρωσε σχετικά με το σχέδιο φροντίδας μου.	Κακή	9	8,7
	Μέτρια	23	22,1
	Καλή	27	26,0
	Πολύ καλή	32	30,8
	Εξαιρετική	13	12,5
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου μιλούσε με τρόπο που μπορούσα να καταλάβω.	Κακή	3	2,9
	Μέτρια	19	18,3
	Καλή	20	19,2
	Πολύ καλή	37	35,6
	Εξαιρετική	25	24,0
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έλεγξε για να βεβαιωθεί ότι κατάλαβα τα πάντα.	Κακή	12	11,5
	Μέτρια	32	30,8
	Καλή	24	23,1
	Πολύ καλή	20	19,2
	Εξαιρετική	16	15,4
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενθάρρυνε να κάνω ερωτήσεις.	Κακή	8	7,7
	Μέτρια	27	26,0
	Καλή	34	32,7
	Πολύ καλή	23	22,1
	Εξαιρετική	12	11,5
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενέπλεξε στις αποφάσεις όσο ήθελα.	Κακή	14	13,5
	Μέτρια	24	23,1
	Καλή	34	32,7
	Πολύ καλή	23	22,1
	Εξαιρετική	9	8,7
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έδειξε φροντίδα και ενδιαφέρον.	Κακή	4	3,8
	Μέτρια	7	6,7
	Καλή	22	21,2
	Πολύ καλή	43	41,3
	Εξαιρετική	28	26,9
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με βοήθησε έγκαιρα	Κακή	1	1,0

	Μέτρια	1	1,0
	Καλή	18	17,3
	Πολύ καλή	38	36,5
	Εξαιρετική	46	44,2
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια επικοινωνούσε με την ομάδα υγειονομικής μου φροντίδας.	Κακή	2	1,9
	Μέτρια	2	1,9
	Καλή	18	17,3
	Πολύ καλή	30	28,8
	Εξαιρετική	52	50,0
Πώς θα αξιολογούσατε τη φροντίδα που σας παρείχε ο/η νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια;	Κακή	0	0,0
	Μέτρια	10	9,6
	Καλή	18	17,3
	Πολύ καλή	47	45,2
	Εξαιρετική	29	27,9

Για την κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας με τους νοσηλευτές (CAT-N) πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση και τα αποτελέσματα της δίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

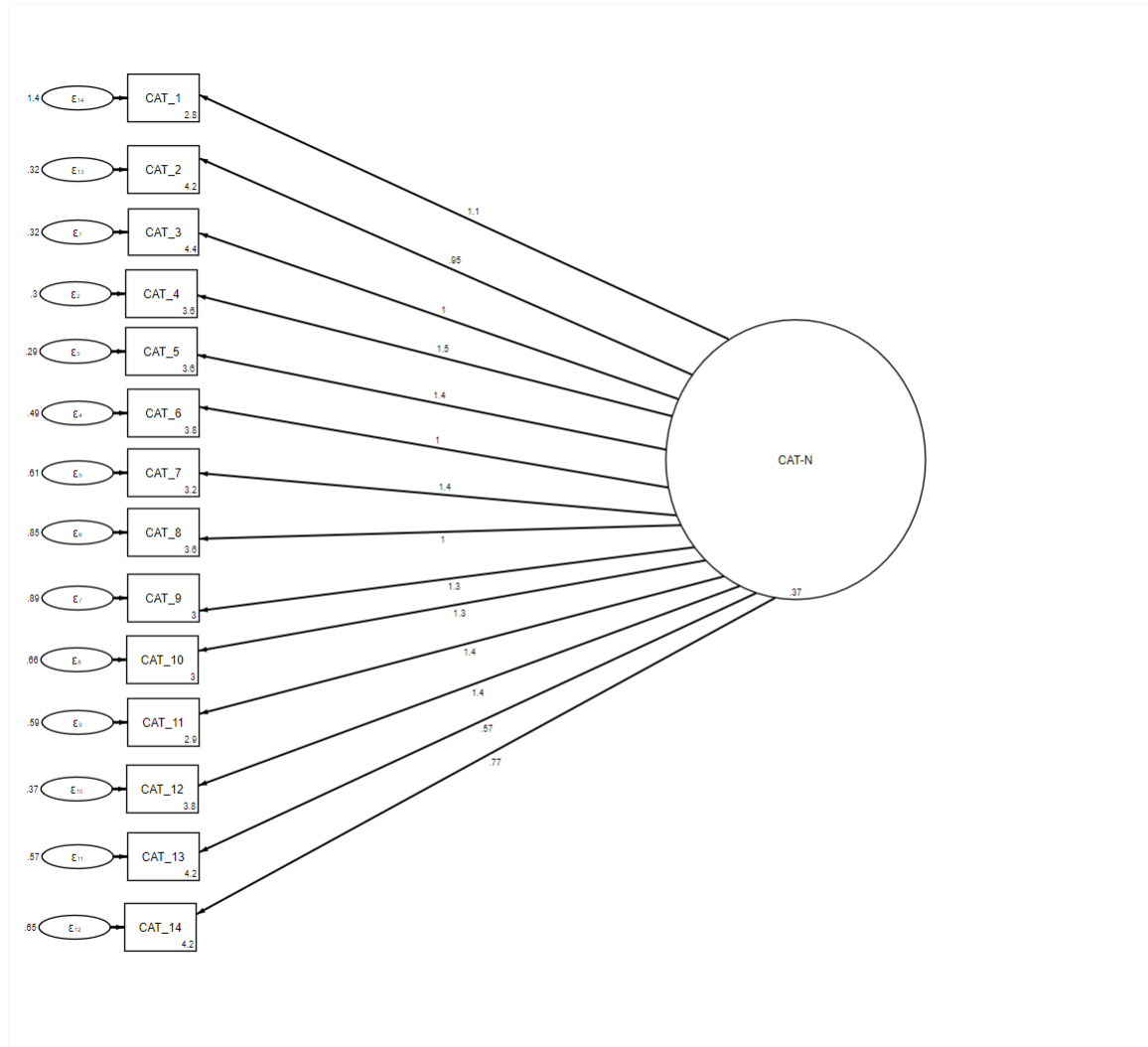
CFI	TLI	RMSEA	χ^2/df	SRMR
0,96	0,95	0,075	1,58	0,072

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, όπου ο δείκτης CFI και TLI ήταν 0,96 και 0,95. Η τιμή του δείκτη RMSEA ήταν 0,075 υποδεικνύοντας αποδεκτή προσαρμογή. Επίσης, αποδεκτές ήταν οι τιμές για τους δείκτες $\chi^2/df=1.58 (<3)$, SRMR=0,072 (≤ 0.08).

Στη συνέχεια δίνεται ο πίνακας για τους συντελεστές αξιοπιστίας α του Cronbach συνολικά και εάν κάθε φορά διαγραφόταν μία ερώτηση, καθώς και η συσχέτιση της κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία. Οι συντελεστές συσχέτισης της κάθε ερώτησης με τη συνολική κλίμακα κρίθηκαν ικανοποιητικοί. Δεν θα βελτιωνόταν σημαντικά ο συντελεστής αξιοπιστίας σημαντικά αν αφαιρούταν κάποια από τις ερωτήσεις, οπότε παραμένουν μέσα στους παράγοντες όλες οι ερωτήσεις.

	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Cronbach's Alpha
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου είπε ότι είναι νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια.	0,496	0,924	0,92
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με χαιρέτησε με τρόπο που με έκανε να αισθανθώ άνετα.	0,705	0,916	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με αντιμετώπισε με σεβασμό.	0,709	0,916	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έδειξε ενδιαφέρον για τις απόψεις μου σχετικά με την υγεία μου.	0,779	0,912	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου έδινε προσοχή (με κοίταζε, με άκουγε προσεκτικά).	0,797	0,912	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου επέτρεψε να μιλήσω χωρίς διακοπές.	0,621	0,918	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενημέρωσε σχετικά με το σχέδιο φροντίδας μου.	0,715	0,914	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια μου μιλούσε με τρόπο που μπορούσα να καταλάβω.	0,596	0,919	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έλεγξε για να βεβαιωθεί ότι κατάλαβα τα πάντα.	0,681	0,916	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενθάρρυνε να κάνω ερωτήσεις.	0,720	0,914	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με ενέπλεξε στις αποφάσεις όσο ήθελα.	0,757	0,913	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έδειξε φροντίδα και ενδιαφέρον.	0,762	0,913	
Ο/Η νοσηλεύτης/τρια με βοήθησε έγκαιρα	0,385	0,924	

Ο/Η νοσηλεύτης/τρια επικοινωνούσε με την ομάδα υγειονομικής μου φροντίδας.	0,461	0,922	
--	-------	-------	--



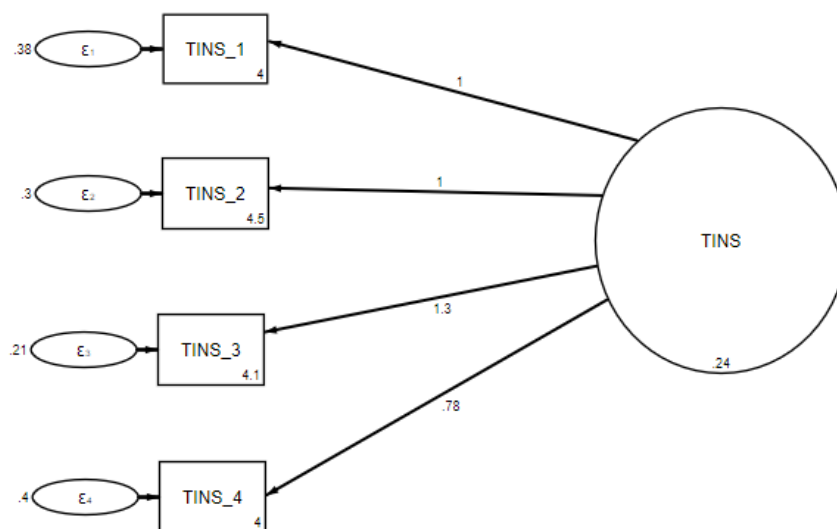
Αντίστοιχα, πραγματοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την **κλίμακα εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές (TINS)** και τα αποτελέσματα της δίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

CFI	TLI	RMSEA	χ^2/df	SRMR
1,00	0,99	0,010	1,01	0,025

Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε αποδεκτή προσαρμογή για το ερωτηματολόγιο, όπου ο δείκτης CFI και TLI ήταν 1,00 και 0,99. Αποδεκτή ήταν και η τιμή του δείκτη RMSEA ο οποίος ήταν ίσος με 0,010, υποδεικνύοντας καλή προσαρμογή. Επίσης, αποδεκτές ήταν οι τιμές για τους δείκτες $\chi^2/df=1,01$ (<3), SRMR=0,025 ($\leq 0,08$).

Στη συνέχεια παρουσιάζεται ο πίνακας με τον συνολικό συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's α , καθώς και οι τιμές του σε περίπτωση διαγραφής κάθε ερώτησης, μαζί με τις συσχετίσεις κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας. Οι συσχετίσεις των επιμέρους ερωτήσεων με το συνολικό σκορ κρίθηκαν ικανοποιητικές ($>0,30$). Επιπλέον, η αφαίρεση οποιασδήποτε ερώτησης δεν θα οδηγούσε σε βελτίωση του συντελεστή αξιοπιστίας. Συνεπώς, όλες οι ερωτήσεις διατηρήθηκαν στους επιμέρους παράγοντες της κλίμακας.

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted	Cronbach's Alpha
Πόσο συχνά ήταν εκεί οι νοσηλευτές όταν τους χρειαζόσασταν;	0,530	0,702	0,75
Πόσο συχνά πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές ενεργούσαν προς το συμφέρον σας;	0,563	0,684	
Πόσο συχνά εμπιστεύεστε ό,τι σας λένε οι νοσηλευτές;	0,635	0,641	
Πόσο συχνά οι νοσηλευτές κάνουν ό,τι σας είπαν ότι θα κάνουν;	0,459	0,738	



Με βάση τις ερωτήσεις υπολογίστηκε μια συνολική βαθμολογία εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές, η οποία κυμαινόταν από 11 έως 20 μονάδες (δυνατό εύρος από 4 έως 20), με μέση τιμή 16,7 (SD=2,3) και συντελεστή αξιοπιστίας 0,75, υψηλότερο από 0,7 (υποδηλώνοντάς αποδεκτή αξιοπιστία).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Κλίμακα εμπιστοσύνης	11,0	20,0	16,7 (2,3)	17 (15 – 18)	0,75

Αντίστοιχα, η βαθμολογία στην κλίμακα επικοινωνίας κυμαινόταν από 20 έως 65 (δυνατό εύρος από 1 έως 5), με μέση τιμή 46,0 (10,1) και συντελεστή αξιοπιστίας 0,92

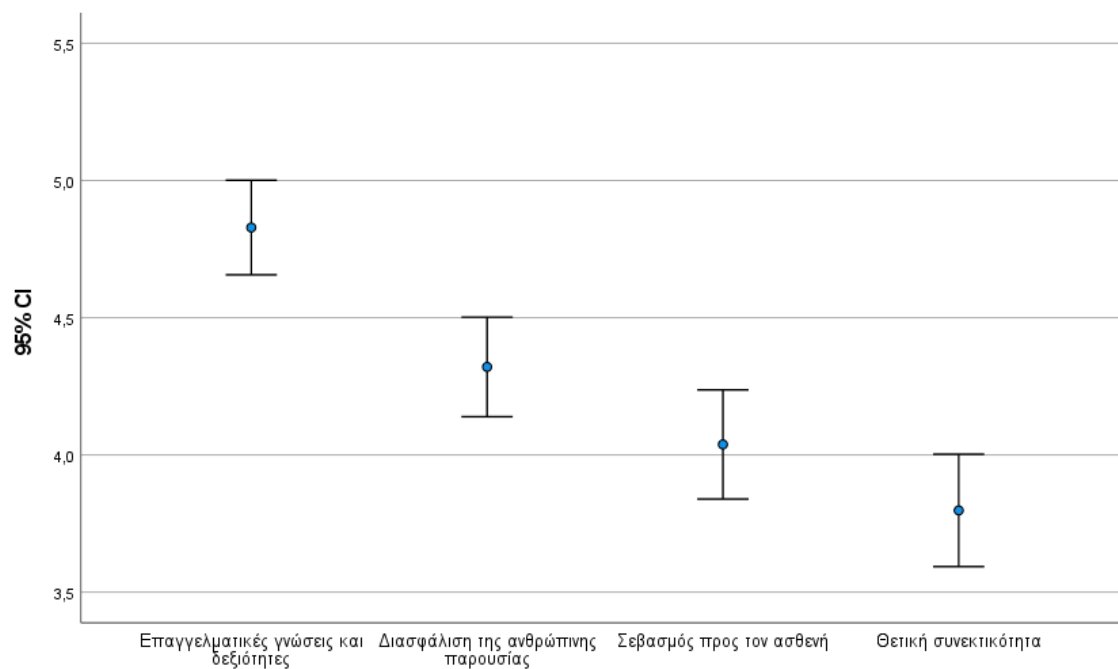
	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's a
Κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας	1,5	5,0	3,5 (0,8)	0,92

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις νοσηλευτικής φροντίδας, οι οποίες μπορούν να κυμανθούν από 1 έως 6. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα. Η βαθμολογία στη συνολική βαθμολογία νοσηλευτικής φροντίδας κυμαινόταν από 1,8 μέχρι 6 μονάδες με μέση τιμή ίση με 4,3 μονάδες (SD=0,9 μονάδες). Η βαθμολογία στη διάσταση «Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας» κυμαινόταν από 1,8 έως 6 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 4,3 μονάδες (SD=0,9) και στη διάσταση «Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες» κυμαινόταν από 2,2 έως 6 μονάδες με μέση τιμή 4,8 μονάδες (SD=0,9). Στη διάσταση «Σεβασμός προς τον ασθενή» κυμαινόταν από 1,2 έως 6 μονάδες με μέση τιμή 4 μονάδες (SD=1,0) και στη διάσταση «Θετική συνεκτικότητα» κυμαινόταν από 1,4 έως 6 μονάδες με μέση τιμή 3,8 μονάδες (SD=1,1).

Η βαθμολογία στη διάσταση επαγγελματικών δεξιοτήτων ήταν σημαντικά υψηλότερη από αυτή της διασφάλισης της ανθρώπινης παρουσίας και από τη βαθμολογία των διαστάσεων σχετικά με το σεβασμό και τη θετική συνεκτικότητα ($p < 0,001$ για όλες τις ανά δυο συγκρίσεις). Αντίστοιχα, η βαθμολογία διασφάλισης της ανθρώπινης παρουσίας διέφερε σημαντικά από αυτή του σεβασμού προς τον ασθενή και της θετικής συνεκτικότητας ($p < 0,001$ για όλες τις ανά δυο συγκρίσεις) και του σεβασμού ήταν σημαντικά υψηλότερη από την θετική συνεκτικότητα ($p < 0,001$). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach ήταν για όλες τις διαστάσεις μεγαλύτερος του 0,7, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Συνολική βαθμολογία νοσηλευτικής φροντίδας	1,8	6,0	4,3 (0,9)	-	0,95
Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας	1,8	6,0	4,3 (0,9)	4,4 (3,8 – 5,1)	0,92
Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες	2,2	6,0	4,8 (0,9)	5 (4,2 – 5,4)	0,89
Σεβασμός προς τον ασθενή	1,2	6,0	4,0 (1,0)	4,2 (3,2 – 4,8)	0,93
Θετική συνεκτικότητα	1,4	6,0	3,8 (1,1)	-	0,88

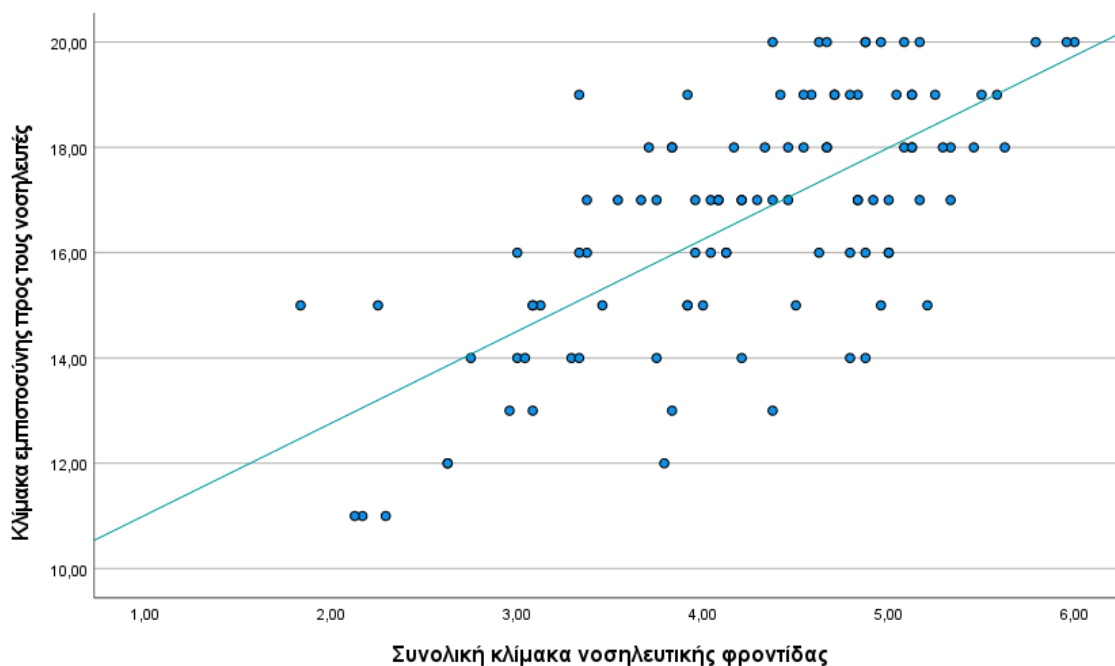
Ακολουθεί το γράφημα των μέσων βαθμολογιών στις διαστάσεις νοσηλευτικής φροντίδας, με φθίνουσα σειρά.



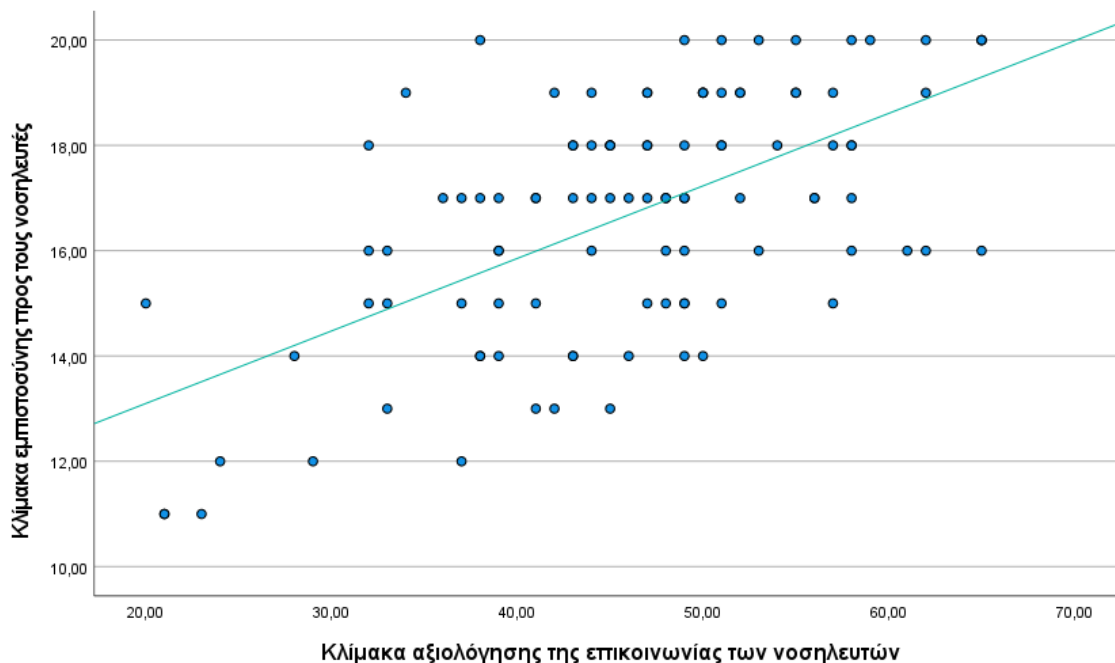
Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συσχετίσεις των κλιμάκων εμπιστοσύνης στους νοσηλευτές, αξιολόγησης της επικοινωνίας μαζί τους και παροχής φροντίδας. Οι συσχετίσεις προέκυψαν σημαντικές και θετικές, υποδηλώνοντας ότι καλύτερη επικοινωνία με τους νοσηλευτές και καλύτερη από αυτούς παρεχόμενη φροντίδα συνολικά και στις επιμέρους διαστάσεις σχετιζόταν με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς αυτούς. Οι συσχετίσεις ανάμεσα στις κλίμακες επικοινωνίας και νοσηλευτικής φροντίδας ήταν, επίσης, σημαντικές και θετικές υποδηλώνοντας ότι καλύτερη επικοινωνία σχετιζόταν και με καλύτερη φροντίδα.

		Κλίμακα αξιολόγησης της επικοινωνίας των νοσηλευτών	Συνολική κλίμακα νοσηλευτικής φροντίδας	Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας	Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες	Σεβασμός προς τον ασθενή	Θετική συνεκτικότητα
Κλίμακα εμπιστοσύνης	rh o	0,54	0,64	0,70	0,66	0,58	0,47
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κλίμακα αξιολόγησης της επικοινωνίας των νοσηλευτών	rh o		0,87	0,81	0,63	0,87	0,87
	P		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Συνολική κλίμακα νοσηλευτικής φροντίδας	rh o			0,95	0,83	0,96	0,94
	P			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας	rh o				0,77	0,87	0,84
	P				<0,001	<0,001	<0,001
Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες	rh o					0,73	0,70
	P					<0,001	<0,001
Σεβασμός προς τον ασθενή	rh o						0,92
	P						<0,001

Έπεται το γράφημα συσχέτισης των κλιμάκων συνολικής νοσηλευτικής φροντίδας και εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές.



Δίνεται αντίστοιχα και το γράφημα συσχέτισης των κλιμάκων αξιολόγησης επικοινωνίας με τους νοσηλευτές και εμπιστοσύνης προς αυτούς.

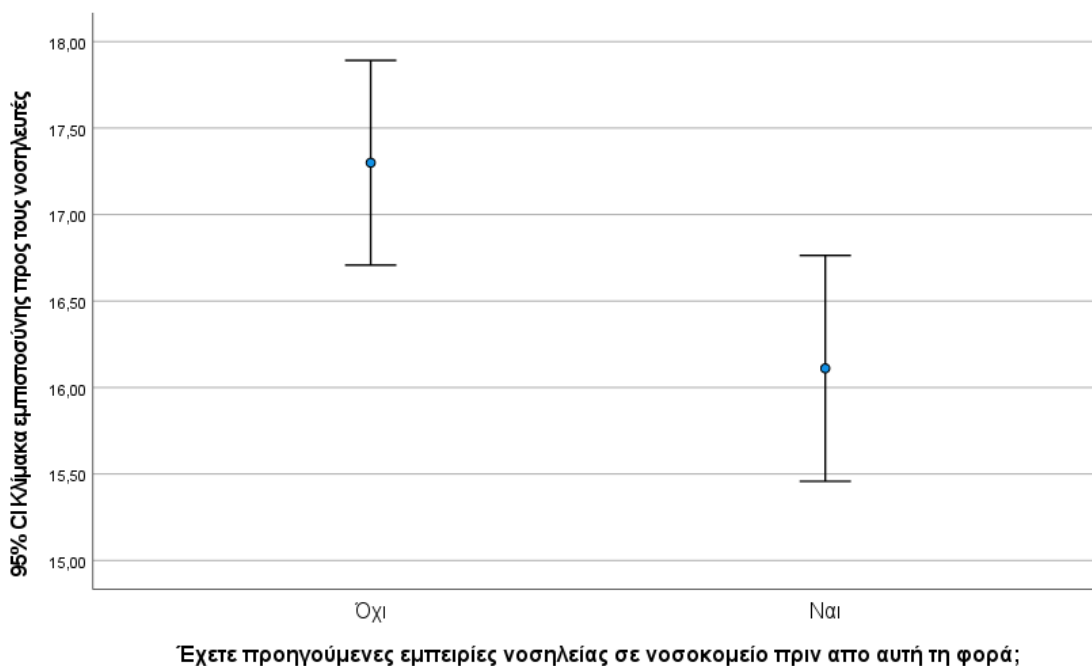


Οι διαφορές ως προς την εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές ελέγχθηκε με βάση τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Σημαντική ήταν η διαφορά ανάλογα με το φύλο και την ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας νοσηλείας. Μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους νοσηλευτές έδειξαν οι άντρες, σε σχέση με τις γυναίκες και όσοι δεν είχαν προηγούμενη νοσηλεία.

		Κλίμακα εμπιστοσύνης		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	17,4 (2,1)	17 (16 – 19)	0,021+
	Γυναίκα	16,3 (2,4)	17 (14,5 – 18)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	16,9 (2,4)	17 (15 – 19)	0,512+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	16,6 (2,3)	17 (15 – 18)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	16,9 (2,6)	17 (16 – 19)	0,388+
	Ναι	16,6 (2,2)	17 (15 – 18)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	17,1 (2,1)	17 (16 – 19)	0,102+
	Επείγουσα εισαγωγή	16,2 (2,5)	17 (14 – 18)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	17,3 (2,1)	17,5 (16 – 19)	0,009+
	Ναι	16,1 (2,4)	16 (14 – 18)	

+Mann-Whitney test

Έπεται το γράφημα της μέσης βαθμολογίας εμπιστοσύνης ανάλογα με προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας.



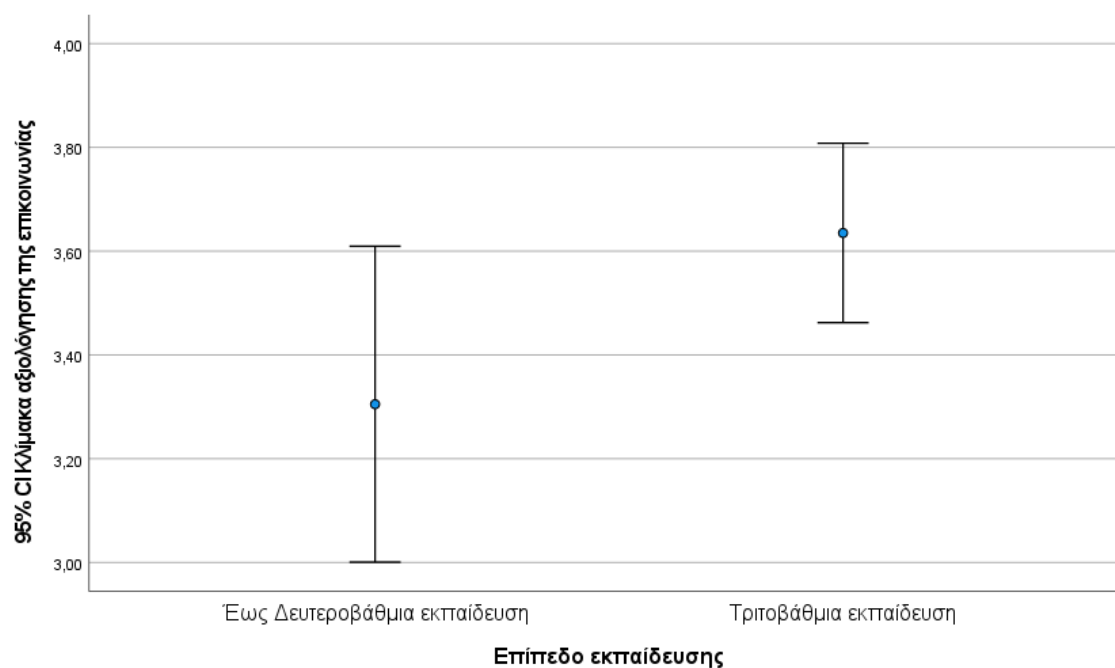
Ελέγχθηκαν και οι διαφορές ως προς την αξιολόγηση της επικοινωνίας που είχαν με τους νοσηλευτές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Σημαντική προέκυψε η διαφορά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, με τους απόφοιτους Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν αξιολογούν καλύτερη την επικοινωνία τους με τους νοσηλευτές, σε σχέση με τους απόφοιτους έως και Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

		Κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	3,6 (0,8)	0,402+
	Γυναίκα	3,5 (0,8)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,3 (0,8)	0,049+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	3,6 (0,8)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	3,5 (0,9)	0,994+
	Ναι	3,5 (0,7)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	3,7 (0,7)	0,081+
	Επείγουσα εισαγωγή	3,4 (0,8)	
	Όχι	3,6 (0,7)	0,208+

Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Ναι	3,5 (0,9)	
---	-----	-----------	--

+Student's t- test

Ακολουθεί το γράφημα της μέσης βαθμολογίας αξιολόγησης επικοινωνίας ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών.

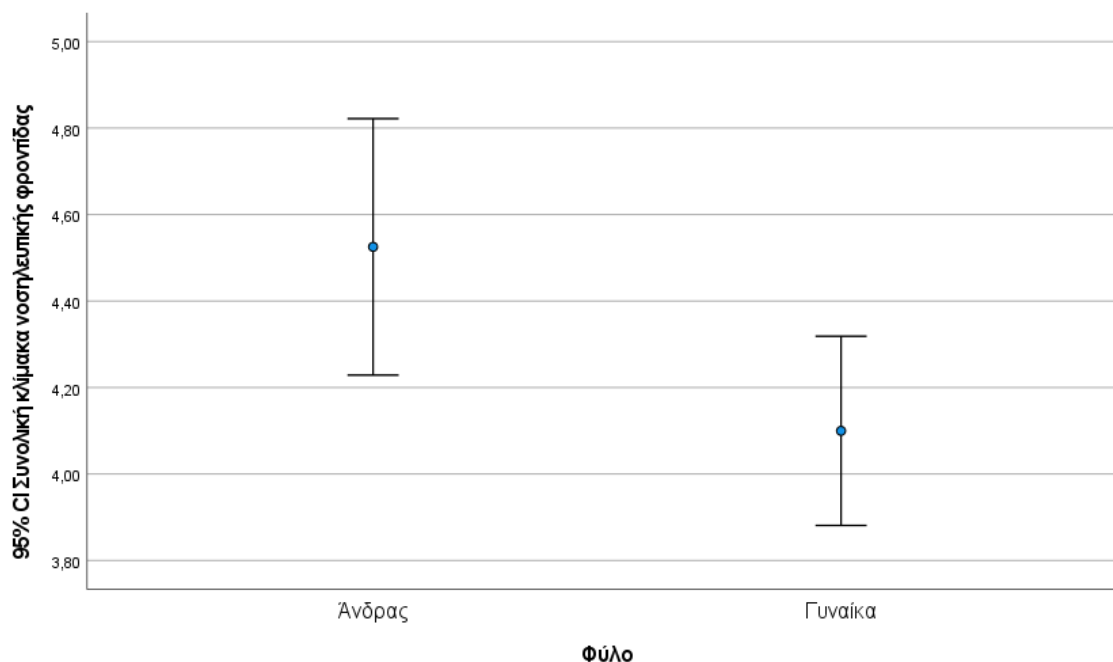


Στους ακόλουθους πίνακες δίνονται και τα αντίστοιχα αποτελέσματα για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα νοσηλευτικής φροντίδας. Συνολικά η αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας διέφερε ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες, με τους άντρες να την αξιολογούν ως καλύτερη.

		Συνολική κλίμακα νοσηλευτικής φροντίδας	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	4,5 (0,9)	0,023+
	Γυναίκα	4,1 (0,9)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,2 (1)	0,590+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,3 (0,9)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	4,3 (1)	0,767+
	Ναι	4,2 (0,9)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	4,3 (0,9)	0,300+
	Επείγουσα εισαγωγή	4,1 (0,9)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	4,4 (0,9)	0,256+
	Ναι	4,1 (0,9)	

+Student's t- test

Δίνεται το γράφημα της μέσης βαθμολογίας συνολικής αξιολόγησης νοσηλευτικής φροντίδας ανάλογα με το φύλο.



Η βαθμολογία σχετικά με την διασφάλιση ανθρώπινης παρουσίας διέφερε και αυτή ανάλογα με το φύλο, με τους άντρες να έχουν σημαντικά αυξημένη βαθμολογία, σε σχέση με τις γυναίκες.

		Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	4,6 (0,8)	4,8 (3,9 – 5,3)	0,016+
	Γυναίκα	4,2 (0,9)	4,3 (3,5 – 4,9)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,3 (1)	4,2 (3,6 – 5,3)	0,641+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,3 (0,9)	4,5 (3,9 – 5)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	4,3 (1)	4,4 (3,9 – 5,3)	0,903+
	Ναι	4,3 (0,9)	4,4 (3,8 – 5)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	4,4 (1)	4,4 (3,8 – 5,3)	0,365+
	Επείγουσα εισαγωγή	4,2 (0,9)	4,4 (3,7 – 5)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	4,4 (0,9)	4,6 (3,9 – 5,1)	0,229+
	Ναι	4,2 (0,9)	4,4 (3,5 – 5)	

+Mann-Whitney test

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες, με τους άντρες αναγνωρίζουν καλύτερη απόδοση των νοσηλευτών στην διάσταση αυτή, σε σχέση με τις γυναίκες.

		Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	5,1 (0,8)	5,4 (4,9 – 5,6)	0,029+
	Γυναίκα	4,7 (0,9)	5 (4,1 – 5,4)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,9 (0,9)	5,2 (4,2 – 5,6)	0,358+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,8 (0,9)	5 (4,2 – 5,4)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	4,9 (0,9)	5,1 (4,4 – 5,6)	0,651+
	Ναι	4,8 (0,9)	5 (4,2 – 5,4)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	4,9 (0,9)	5,2 (4,2 – 5,6)	0,400+
	Επείγουσα εισαγωγή	4,8 (0,9)	5 (4,3 – 5,4)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	4,9 (0,9)	5,2 (4,4 – 5,6)	0,079+
	Ναι	4,7 (0,9)	5 (4,2 – 5,4)	

+Mann-Whitney test

Αντίστοιχα, η αξιολόγηση του σεβασμού προς τον ασθενή διέφερε ανάλογα με το φύλο, με τις γυναίκες να θεωρούν ότι έλαβαν μειωμένο σεβασμό, σε σχέση με την αξιολόγηση που έγινε από τους άντρες.

		Σεβασμός προς τον ασθενή		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	4,3 (1)	4,4 (3,8 – 5)	0,028+
	Γυναίκα	3,9 (1)	4 (3,1 – 4,8)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,9 (1,2)	4 (3 – 4,7)	0,299+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,1 (1)	4,3 (3,5 – 4,8)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	4,1 (1,1)	4,3 (3,3 – 5)	0,537+
	Ναι	4 (1)	4,1 (3,2 – 4,8)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	4,1 (1)	4,2 (3,3 – 4,8)	0,443+
	Επείγουσα εισαγωγή	3,9 (1)	4,2 (3,2 – 4,8)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	4,1 (1)	4,3 (3,3 – 4,8)	0,331+
	Ναι	3,9 (1)	4 (3,2 – 4,8)	

+Mann-Whitney test

Στην διάσταση θετικής συνεκτικότητας δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές.

		Θετική συνεκτικότητα	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	4 (1,1)	0,082+
	Γυναίκα	3,7 (1)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Έως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,6 (1,1)	0,312+
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	3,9 (1)	
Έγγαμος/Συγκατοίκηση	Όχι	3,9 (1,1)	0,713+
	Ναι	3,8 (1)	
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.	Προγραμματισμένη εισαγωγή	3,9 (1,1)	0,169+
	Επείγουσα εισαγωγή	3,6 (0,9)	
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;	Όχι	3,9 (1)	0,384+
	Ναι	3,7 (1,1)	

+Student's t- test

Η ηλικία των ασθενών δεν παρουσίασε σημαντικές συσχετίσεις με τις βαθμολογίες στις υπό μελέτη κλίμακες. Για τις ημέρες νοσηλείας προέκυψαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις με την κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας και τις διαστάσεις διασφάλισης ανθρώπινης παρουσίας και θετικής συνεκτικότητας της κλίμακας αξιολόγησης φροντίδας, υποδηλώνοντας ότι περισσότερες μέρες νοσηλείας σχετίζονταν με χειρότερη αξιολόγηση της επικοινωνίας με τους νοσηλευτές και της προσπάθειας διασφάλισης ανθρώπινης παρουσίας και θετικής συνεκτικότητας από αυτούς.

		Ηλικία	Ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο
Κλίμακα εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές	rho	0,09	-0,14
	P	0,377	0,156
Κλίμακα αξιολόγησης της επικοινωνίας των νοσηλευτών	rho	-0,06	-0,21
	P	0,538	0,032
Συνολική κλίμακα νοσηλευτικής φροντίδας	rho	0,07	-0,18
	P	0,471	0,062
Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας	rho	0,12	-0,21
	P	0,235	0,032
Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες	rho	0,11	-0,11
	P	0,283	0,246
Σεβασμός προς τον ασθενή	rho	0,04	-0,13
	P	0,700	0,177
Θετική συνεκτικότητα	rho	0,04	-0,20
	P	0,723	0,041

Στη συνέχεια έγινε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με **εξαρτημένη μεταβλητή την βαθμολογία εμπιστοσύνης** και ανεξάρτητες τα χαρακτηριστικά των ασθενών, την αξιολόγηση της επικοινωνίας και της νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο τύπος εισαγωγής, η προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας, η επικοινωνία με τον νοσηλευτή και οι διαστάσεις σχετικά με την διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας, την θετική συνεκτικότητα και των επαγγελματικών γνώσεων σχετίζονταν με την εμπιστοσύνη προς τους νοσηλευτές. Όσοι μπόκαν επειγόντως είχαν μειωμένη βαθμολογία, άρα και εμπιστοσύνη, σε σχέση με όσους είχαν προγραμματισμένη επίσκεψη. Μειωμένη ήταν και η εμπιστοσύνη για όσους είχαν προηγούμενη νοσηλεία, σε σχέση με όσους δεν είχαν. Η καλύτερη αξιολόγηση των ασθενών της προσπάθειας των νοσηλευτών για διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας, θετική συνεκτικότητα, καθώς και η αναγνώριση περισσότερων επαγγελματικών δεξιοτήτων σχετίζονταν με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς αυτούς. Αντίστοιχα, καλύτερη επικοινωνία σχετιζόταν με αυξημένη εμπιστοσύνη.

Μεγαλύτερη επίδραση στην εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους νοσηλευτές είχε η προσπάθεια διασφάλισης ανθρώπινης παρουσίας.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,003	0,010	-0,022	0,764
Ηλικία	0,000	0,000	-0,077	0,295
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	-0,020	0,011	-0,139	0,069
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	-0,008	0,008	-0,062	0,321
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,023	0,008	-0,179	0,006
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	0,001	0,001	0,047	0,476
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,021	0,008	-0,168	0,013
Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας	0,044	0,010	0,647	<0,001
Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες	0,024	0,008	0,326	0,004
Σεβασμός προς τον ασθενή	0,006	0,013	0,095	0,639
Θετική συνεκτικότητα	0,038	0,010	0,624	<0,001
Κλίμακα αξιολόγησης της επικοινωνίας	0,024	0,011	0,290	0,039

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b : τυποποιημένος συντελεστής

Αντίστοιχα, για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονταν ανεξάρτητα με την αξιολόγηση της επικοινωνίας και της νοσηλευτικής φροντίδας έγιναν πολλαπλές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις αντίστοιχες βαθμολογίες ανεξάρτητες τα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Για την κλίμακα αξιολόγησης επικοινωνίας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,293	0,184	-0,180	0,115
Ηλικία	-0,001	0,008	-0,016	0,891
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	0,374	0,202	0,219	0,067
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	0,108	0,166	0,065	0,517
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,252	0,160	-0,161	0,117
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	-0,022	0,028	-0,081	0,446
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,075	0,166	-0,049	0,651

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η συνολική κλίμακα αξιολόγησης νοσηλευτικής φροντίδας παρουσίασε σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο, με τις γυναίκες ασθενείς να αξιολογούν τη φροντίδα συνολικά χειρότερα από ότι οι άνδρες ασθενείς.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,510	0,218	-0,267	0,022
Ηλικία	0,004	0,010	0,048	0,686
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	0,256	0,239	0,128	0,287
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	0,017	0,196	0,009	0,933
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,188	0,189	-0,102	0,320
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	-0,027	0,034	-0,087	0,416
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,080	0,196	-0,044	0,683

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Παρομοίως, από την ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή **την διασφάλιση ανθρώπινης παρουσίας** σημαντική ήταν και πάλι η διαφορά ανάλογα με το φύλο, με τις γυναίκες να αξιολογούν τους νοσηλευτές χειρότερη στην διάσταση αυτή, συγκριτικά με τους άντρες.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,062	0,025	-0,279	0,016
Ηλικία	0,001	0,001	0,071	0,546
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	0,031	0,028	0,132	0,270
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	0,010	0,023	0,046	0,646
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,012	0,022	-0,058	0,571
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	-0,004	0,004	-0,117	0,272
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,007	0,023	-0,032	0,764

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

β :συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b : τυποποιημένος συντελεστής

Για την διάσταση σχετικά με τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες των νοσηλευτών δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,034	0,022	-0,182	0,121
Ηλικία	0,001	0,001	0,014	0,906
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	-0,004	0,024	-0,020	0,871
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	-0,001	0,020	-0,007	0,947
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,013	0,019	-0,074	0,482
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	-0,002	0,003	-0,073	0,499
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,015	0,020	-0,086	0,434

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b : τυποποιημένος συντελεστής

Για την διάσταση σχετικά με τον **σεβασμό προς τον ασθενή**, σημαντική ήταν και πάλι η διαφορά ανάλογα με το φύλο, καθώς οι γυναίκες αξιολόγησαν χαμηλότερα τον βαθμό σεβασμού που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές προς τους ασθενείς συγκριτικά με τους άνδρες συμμετέχοντες.

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,066	0,031	-0,246	0,035
Ηλικία	0,000	0,001	-0,033	0,780
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	0,047	0,034	0,166	0,171
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	0,000	0,028	0,001	0,989
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,031	0,027	-0,119	0,253
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	0,000	0,005	-0,008	0,940
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	0,001	0,028	0,003	0,975

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

β : συντελεστής εξάρτησης SE: τυπικό σφάλμα b : τυποποιημένος συντελεστής

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για την **θετική συνεκτικότητα**, με τις γυναίκες και σε αυτή την διάσταση αν αξιολογούν χειρότερα την προσπάθεια των νοσηλευτών (σε σχέση με την αξιολόγηση των ανδρών).

	β	SE	b	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,531	0,252	-0,241	0,038
Ηλικία	0,003	0,011	0,028	0,810
Επίπεδο εκπαίδευσης (Τριτοβάθμια vs Έως Δευτεροβάθμια)	0,379	0,277	0,164	0,173
Έγγαμος/Συγκατοίκηση (Ναι vs Όχι)	0,024	0,226	0,011	0,917
Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο (Επείγουσα vs Προγραμματισμένη εισαγωγή)	-0,278	0,218	-0,131	0,206
Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο	-0,029	0,039	-0,080	0,453
Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά; (Ναι vs Όχι)	-0,029	0,226	-0,014	0,900

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Test-retest

Η διαδικασία test-retest (για όλες τις κλίμακες της μελέτης) έγινε σε 15 άτομα και τα αποτελέσματα της δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Σημαντική συμφωνία υπήρξε σε όλες τις ερωτήσεις και των τριών ερωτηματολογίων.

Ερώτηση	ICC	95% ΔΕ	P
Trust in nurses			
1	0,98	0,93 – 0,99	<0,001
2	0,88	0,64 – 0,96	<0,001
3	0,95	0,884 – 0,98	<0,001
4	0,92	0,77 – 0,97	<0,001
5	0,97	0,90 – 0,99	<0,001
CAT-N			
1	0,87	0,60 – 0,96	<0,001
2	0,97	0,92 – 0,99	<0,001
3	0,78	0,34 – 0,93	0,004
4	0,79	0,38 – 0,93	0,003
5	0,93	0,79 – 0,98	<0,001
6	0,97	0,91 – 0,99	<0,001
7	0,93	0,79 – 0,98	<0,001
8	0,93	0,880 – 0,98	<0,001
9	0,85	0,55 – 0,95	<0,001
10	0,73	0,19 – 0,91	0,010
11	0,79	0,36 – 0,93	0,003
12	0,90	0,70 – 0,99	<0,001
13	0,83	0,49 – 0,94	<0,001
14	0,93	0,78 – 0,98	<0,001
CBI			
1	0,90	0,71 – 0,97	<0,001
2	0,87	0,61 – 0,96	<0,001
3	0,95	0,86 – 0,98	<0,001
4	0,97	0,92 – 0,99	<0,001
5	0,93	0,81 – 0,98	<0,001
6	0,68	0,05 – 0,89	0,020
7	0,95	0,86 – 0,98	<0,001
8	0,95	0,86 – 0,99	<0,001
9	0,98	0,93 – 0,99	<0,001
10	0,87	0,60 – 0,96	<0,001
11	0,92	0,77 – 0,97	<0,001
12	0,81	0,42 – 0,94	0,002
13	0,95	0,86 – 0,99	<0,001

14	0,78	0,34 – 0,93	0,004
15	0,95	0,86 – 0,98	<0,001
16	0,78	0,34 – 0,93	<0,001
17	0,92	0,75 – 0,97	<0,001
18	0,98	0,93 – 0,99	<0,001
19	0,97	0,91 – 0,99	<0,001
20	0,98	0,94 – 0,99	<0,001
21	0,95	0,86 – 0,98	<0,001
22	0,99	0,98 – 1,00	<0,001
23	0,70	0,12 – 0,90	0,015
24	1,00	-	<0,001

5.3 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης των ασθενών προς το νοσηλευτικό προσωπικό και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι τόσο η ποιότητα της επικοινωνίας όσο και οι συμπεριφορές φροντίδας σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους νοσηλευτές, επιβεβαιώνοντας πλήρως ή μερικώς τις ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης.

Ειδικότερα, διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αξιολόγησης της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές ($\rho=0,54$, $p<0,001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς που αντιλαμβάνονταν θετικότερα την επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης. Η αποτελεσματική επικοινωνία φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένο αίσθημα ασφάλειας των ασθενών, μεγαλύτερη συμμετοχή στη διαδικασία φροντίδας και θετικότερη συνολική εμπειρία νοσηλείας. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που υποστηρίζουν ότι η σαφήνεια στην ενημέρωση, η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η ασθενοκεντρική προσέγγιση αποτελούν βασικά στοιχεία ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης και της εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας (Street et al., 2009; Makoul et al., 2007; Kwame and Petrucka, 2021).

Επιπλέον, ιδιαίτερα ισχυρές θετικές συσχετίσεις καταγράφηκαν μεταξύ της εμπιστοσύνης και των διαστάσεων της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε στη διάσταση «διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας» ($\rho=0,70$, $p<0,001$), ενώ σημαντικές θετικές συσχετίσεις προέκυψαν και για τις επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες ($\rho=0,66$), τον σεβασμό προς τον ασθενή ($\rho=0,58$) και τη θετική συνεκτικότητα ($\rho=0,47$). Η σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης, της παρουσίας και της ενσυναίσθησης των νοσηλευτών έχει αναδειχθεί και σε προηγούμενες μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς αξιολογούν ιδιαίτερα θετικά τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Norouzinia et al., 2016). Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν ότι η εμπιστοσύνη των ασθενών δεν βασίζεται αποκλειστικά στην τεχνική επάρκεια των νοσηλευτών, αλλά επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τη διαπροσωπική και ανθρωποκεντρική διάσταση της φροντίδας. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες των Papastavrou et al. (2011) και Ferede et al. (2023), οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι caring behaviors αποτελούν

βασικό παράγοντα διαμόρφωσης θετικής εμπειρίας νοσηλείας και ενίσχυσης της εμπιστοσύνης προς το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, σύμφωνα με τα οποία η διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας αποτέλεσε τον σημαντικότερο ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης που σχετιζόταν με την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους νοσηλευτές. Παράλληλα, σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονταν με την εμπιστοσύνη ήταν η θετική συνεκτικότητα, οι επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες, καθώς και η ποιότητα της επικοινωνίας. Το εύρημα αυτό ενισχύει τη θεωρητική προσέγγιση της Watson (1979) σχετικά με τη σημασία της ανθρώπινης παρουσίας και της αυθεντικής θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική φροντίδα. Φαίνεται ότι οι ασθενείς αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στην αίσθηση ότι ο νοσηλευτής είναι παρών, διαθέσιμος και πραγματικά προσανατολισμένος στις ανάγκες τους.

Το συγκεκριμένο εύρημα αποκτά ιδιαίτερη σημασία στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου οι αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, ο περιορισμένος χρόνος και ο υψηλός φόρτος εργασίας συχνά δυσχεραίνουν την ανάπτυξη ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Παρά τις οργανωτικές δυσκολίες, οι ασθενείς φαίνεται να αξιολογούν ιδιαίτερα θετικά την παρουσία, τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών. Το στοιχείο αυτό υποδηλώνει ότι η ποιότητα της φροντίδας δεν αξιολογείται μόνο με βάση την τεχνική επάρκεια, αλλά και με βάση τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει τη διαπροσωπική σχέση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Αντίστοιχα ευρήματα έχουν αναφερθεί και στη διεθνή βιβλιογραφία, όπου η ανθρώπινη παρουσία και η θεραπευτική επικοινωνία περιγράφονται ως βασικά συστατικά της ασθενοκεντρικής φροντίδας και της ενίσχυσης της εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας (Papastavrou et al., 2011; Birkhäuser et al., 2017).

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι άνδρες ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές και αξιολόγησαν θετικότερα τη συνολική νοσηλευτική φροντίδα συγκριτικά με τις γυναίκες. Επιπλέον, οι γυναίκες αξιολόγησαν χαμηλότερα τη διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας, τον σεβασμό προς τον ασθενή και τη θετική συνεκτικότητα. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με διαφορετικές προσδοκίες, ανάγκες ή αντιλήψεις σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα και την επικοινωνία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η διαφοροποίηση αυτή πιθανόν

αντανακλά διαφορετικούς τρόπους αξιολόγησης της εμπειρίας νοσηλείας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι γυναίκες συχνά εμφανίζουν αυξημένες προσδοκίες ως προς τη συναισθηματική υποστήριξη, τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και την ποιότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Ως αποτέλεσμα, ενδέχεται να αξιολογούν αυστηρότερα πτυχές της θεραπευτικής σχέσης και της νοσηλευτικής φροντίδας. Παράλληλα, οι διαφορές αυτές μπορεί να σχετίζονται και με κοινωνικούς ή πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται και εκφράζουν τις ανάγκες τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Doyle et al., 2013).

Επιπρόσθετα, οι ασθενείς χωρίς προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές σε σχέση με όσους είχαν προηγούμενες νοσηλείες. Το αποτέλεσμα αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ότι οι προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας διαμορφώνουν αυξημένες προσδοκίες ή περισσότερο κριτική στάση απέναντι στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, οι ασθενείς με προγραμματισμένη εισαγωγή εμφάνισαν υψηλότερη εμπιστοσύνη σε σχέση με εκείνους που εισήχθησαν επείγοντως, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με μειωμένο άγχος, καλύτερη προετοιμασία και μεγαλύτερο αίσθημα ελέγχου της κατάστασης.

Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η υποκειμενική εμπειρία της νοσηλείας επηρεάζεται σημαντικά από την ψυχολογική κατάσταση και τις προσδοκίες των ασθενών κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Οι ασθενείς που εισάγονται επείγοντως συχνά βιώνουν αυξημένο στρες, αβεβαιότητα και αίσθημα απώλειας ελέγχου, παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την αντίληψή τους σχετικά με την επικοινωνία και τη φροντίδα. Αντίθετα, η προγραμματισμένη νοσηλεία επιτρέπει καλύτερη ψυχολογική προετοιμασία και προσαρμογή στο νοσοκομειακό περιβάλλον, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αντίστοιχα, προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες νοσηλείας ενδέχεται να οδηγούν τους ασθενείς σε πιο αυστηρή ή επιφυλακτική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας (Street et al., 2009).

Ένα ακόμη σημαντικό εύρημα της μελέτης ήταν η αρνητική συσχέτιση των ημερών νοσηλείας με την αξιολόγηση της επικοινωνίας, της ανθρώπινης παρουσίας και της θετικής συνεκτικότητας. Συγκεκριμένα, όσο αυξανόταν η διάρκεια νοσηλείας, τόσο μειωνόταν η θετική αξιολόγηση των παραπάνω διαστάσεων. Το αποτέλεσμα αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με τη σταδιακή αύξηση των αναγκών και των απαιτήσεων των

ασθενών κατά τη μακροχρόνια νοσηλεία, αλλά και με την πιθανή επιβάρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού σε συνθήκες αυξημένου φόρτου εργασίας και περιορισμένων πόρων. Το εύρημα αυτό ενδέχεται να αντανακλά και τις οργανωτικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα σύγχρονα νοσοκομεία, όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση και η περιορισμένη διαθεσιμότητα χρόνου για εξατομικευμένη επικοινωνία με τους ασθενείς. Σε συνθήκες παρατεταμένης νοσηλείας, οι ασθενείς ενδέχεται να αναπτύσσουν αυξημένες ανάγκες συναισθηματικής υποστήριξης και ενημέρωσης, οι οποίες δεν είναι πάντοτε εφικτό να καλυφθούν πλήρως. Το στοιχείο αυτό αναδεικνύει τη σημασία ενίσχυσης της ανθρωποκεντρικής διάστασης της φροντίδας και της υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού σε οργανωτικό επίπεδο.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει σημαντικά στην ελληνική βιβλιογραφία, καθώς εξετάζει συνδυαστικά την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και τις συμπεριφορές φροντίδας στο ίδιο δείγμα ασθενών, αξιοποιώντας σταθμισμένα εργαλεία αξιολόγησης (CAT-N, TINS και CBI-GR). Η συνδυαστική αυτή προσέγγιση επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης στο ελληνικό νοσοκομειακό πλαίσιο και αναδεικνύει τη σημασία της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (Confirmatory Factor Analysis – CFA) έδειξαν αποδεκτή έως πολύ καλή προσαρμογή των εργαλείων CAT-N και TINS στο δείγμα της παρούσας μελέτης. Οι δείκτες προσαρμογής (CFI, TLI, RMSEA και SRMR) κυμάνθηκαν σε αποδεκτά επίπεδα, ενισχύοντας την εγκυρότητα κατασκευής των εργαλείων και την καταλληλότητά τους για χρήση στον ελληνικό νοσοκομειακό πληθυσμό. Παράλληλα, οι υψηλοί δείκτες αξιοπιστίας των εργαλείων και τα υψηλά επίπεδα χρονικής σταθερότητας κατά τη διαδικασία test–retest ενισχύουν την αξιοπιστία των ευρημάτων της έρευνας.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών και της ανθρωποκεντρικής διάστασης της φροντίδας. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων που εστιάζουν στην ενσυναίσθηση, στην ενεργητική ακρόαση και στη θεραπευτική επικοινωνία θα μπορούσε να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της εμπιστοσύνης και της εμπειρίας των ασθενών. Επιπλέον, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν τη σημασία ενσωμάτωσης της θεραπευτικής επικοινωνίας και των caring behaviors στην εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση των νοσηλευτών. Η ενίσχυση δεξιοτήτων όπως η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και η εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενούς μπορεί να

συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της εμπειρίας νοσηλείας. Παράλληλα, η διοίκηση των μονάδων υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη σημασία της ανθρώπινης παρουσίας και της διαπροσωπικής υποστήριξης ως βασικών δεικτών ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

5.4 Περιορισμοί της έρευνας

Παρά τη συμβολή της παρούσας μελέτης στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης των ασθενών και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας, ορισμένοι περιορισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και γενίκευση των ευρημάτων.

Αρχικά, η μελέτη υιοθέτησε διατομεακό (cross-sectional) ερευνητικό σχεδιασμό, γεγονός που επιτρέπει τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών, χωρίς όμως να καθιστά δυνατή την εξαγωγή αιτιολογικών συμπερασμάτων. Επομένως, παρότι διαπιστώθηκαν σημαντικές σχέσεις μεταξύ της επικοινωνίας, της εμπιστοσύνης και των συμπεριφορών φροντίδας, δεν μπορεί να τεκμηριωθεί σχέση αιτίου–αποτελέσματος μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

Επιπλέον, το δείγμα της μελέτης προέκυψε μέσω μη πιθανοθεωρητικής δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling), καθώς η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε διαδικτυακά μέσω Google Forms και διαμοιρασμού στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η μέθοδος αυτή, αν και διευκόλυνε την πρόσβαση σε συμμετέχοντες και την ταχεία συλλογή δεδομένων, περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον συνολικό πληθυσμό των νοσηλευόμενων ασθενών στην Ελλάδα. Είναι πιθανό να συμμετείχαν περισσότερο άτομα με αυξημένη εξοικείωση με την τεχνολογία ή μεγαλύτερο ενδιαφέρον για ζητήματα υγείας και φροντίδας.

Παράλληλα, το μέγεθος του δείγματος, αν και επαρκές για τη διερεύνηση συσχετίσεων και την εφαρμογή των στατιστικών αναλύσεων που χρησιμοποιήθηκαν, παραμένει σχετικά περιορισμένο για την πλήρη αντιπροσώπευση όλων των κατηγοριών ασθενών και νοσοκομειακών πλαισίων. Επιπλέον, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε πληθυσμούς με διαφορετικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων βασίστηκαν στην προσωπική τους

αντίληψη και εμπειρία, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως η συναισθηματική κατάσταση, οι προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας ή η επιθυμία παροχής κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Συνεπώς, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα πληροφοριακής μεροληψίας (information bias).

Επιπλέον, η παρούσα μελέτη βασίστηκε αποκλειστικά στην οπτική των ασθενών και δεν συμπεριέλαβε δεδομένα από τους ίδιους τους νοσηλευτές ή από αντικειμενικούς δείκτες ποιότητας φροντίδας. Η ενσωμάτωση πολλαπλών πηγών δεδομένων θα μπορούσε να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

Τέλος, η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο και σε ιδιαίτερες οργανωτικές και κοινωνικές συνθήκες του συστήματος υγείας. Παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, οι συνθήκες στελέχωσης και οι οργανωτικές ιδιαιτερότητες των νοσοκομείων ενδέχεται να επηρεάζουν την εμπειρία των ασθενών και την αξιολόγηση της επικοινωνίας και της φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνεύονται εντός του συγκεκριμένου πλαισίου διεξαγωγής της έρευνας.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα μελέτη παρέχει σημαντικά δεδομένα για τη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον και συμβάλλει στην ενίσχυση της επιστημονικής γνώσης σχετικά με την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και τις συμπεριφορές φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική.

5.5 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας της επικοινωνίας των νοσηλευτών, της εμπιστοσύνης των ασθενών προς το νοσηλευτικό προσωπικό και των αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ενηλίκων ασθενών με τη χρήση σταθμισμένων εργαλείων αξιολόγησης (CAT-N, TINS και CBI-GR), με στόχο την αποτύπωση της εμπειρίας των ασθενών σχετικά με τη θεραπευτική σχέση και τη νοσηλευτική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν ικανοποιητικά επίπεδα εμπιστοσύνης των ασθενών προς τους νοσηλευτές, καθώς και θετικές αξιολογήσεις τόσο της επικοινωνίας όσο και της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Παράλληλα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί

βασικό παράγοντα ενίσχυσης της θεραπευτικής σχέσης. Επιπλέον, οι αντιλαμβανόμενες συμπεριφορές φροντίδας σχετίστηκαν σημαντικά με την εμπιστοσύνη των ασθενών, με τη διάσταση της διασφάλισης της ανθρώπινης παρουσίας να παρουσιάζει την ισχυρότερη συσχέτιση με την εμπιστοσύνη των ασθενών.

Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν τη σημασία της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη νοσηλευτική πρακτική και αναδεικνύουν ότι η ποιότητα της φροντίδας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην τεχνική επάρκεια των νοσηλευτών, αλλά περιλαμβάνει και τη διαπροσωπική διάσταση της επικοινωνίας, της ενσυναίσθησης, της παρουσίας και του σεβασμού προς τον ασθενή. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν διαφοροποιήσεις ανάλογα με ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η προηγούμενη εμπειρία νοσηλείας και ο τύπος εισαγωγής στο νοσοκομείο, γεγονός που υποδηλώνει ότι η εμπειρία της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται και από ατομικούς και κλινικούς παράγοντες.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην ενίσχυση της ελληνικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, καθώς εξετάζει συνδυαστικά την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και τις συμπεριφορές φροντίδας στο ίδιο δείγμα ασθενών. Η χρήση αξιόπιστων και σταθμισμένων εργαλείων ενισχύει την εγκυρότητα των ευρημάτων και παρέχει χρήσιμα δεδομένα για την κατανόηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την εμπειρία των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας.

Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της θεραπευτικής επικοινωνίας και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών σε δεξιότητες επικοινωνίας, ενσυναίσθησης και διαχείρισης της θεραπευτικής σχέσης ενδέχεται να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της εμπιστοσύνης και της συνολικής εμπειρίας των ασθενών. Παράλληλα, η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να αξιοποιήσει τα ευρήματα της μελέτης για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που προάγουν την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών.

Τέλος, προτείνεται η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών με μεγαλύτερα και περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα, καθώς και η διερεύνηση των υπό μελέτη μεταβλητών σε διαφορετικά νοσοκομειακά και κλινικά περιβάλλοντα. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμη η συνδυαστική αξιολόγηση της θεραπευτικής σχέσης τόσο από την οπτική των ασθενών όσο και από την οπτική των νοσηλευτών, προκειμένου να επιτευχθεί πιο



ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C. et al. (2017) ‘Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis’

Kwame, A. and Petrucka, P.M. (2021) ‘A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse–patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward’, BMC Nursing, 20, 158. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Papastavrou, E., Karlou, C., Tsangari, H., Efstathiou, G., Sousa, V.D., Merkouris, A. and Patiraki, E. (2011) ‘Cross-cultural validation and psychometric properties of the Greek version of the Caring Behaviors Inventory’, Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(3), pp. 435–443.

Radwin, L.E. and Cabral, H.J. (2010) ‘Trust in Nurses Scale: Construct validity and internal reliability evaluation’, Journal of Advanced Nursing, 66(3), pp. 683–689.

Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K. and Epstein, R.M. (2009) ‘How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes’, Patient Education and Counseling, 74(3), pp. 295–301.

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

World Health Organization (2016) Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO.

Asan, O., Montague, E. and Howell, J. (2021) ‘Assessing patient experience and communication through patient-centered measures’, Frontiers in Psychology, 12, 643314. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.643314>

Dinc, L. and Gastmans, C. (2013) ‘Trust in nurse–patient relationships: A literature review’, Nursing Ethics, 20(5), pp. 501–516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>

Doyle, C., Lennox, L. and Bell, D. (2013) ‘A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness’, BMJ Open, 3(1), e001570. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>

Ferede, A.J., Wettergren, L., Erlandsson, K., Derseh, L., Lindgren, H. and Geda, B. (2023) ‘Patients’ perceptions of caring behaviors at referral hospitals’, International Journal of Nursing Sciences, 10(2), pp. 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.03.002>

Makoul, G., Krupat, E. and Chang, C.H. (2007) 'Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool', *Patient Education and Counseling*, 67(3), pp. 333–342. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.05.005>

Radwin, L.E. and Cabral, H.J. (2010) 'Trust in Nurses Scale: Construct validity and internal reliability evaluation', *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), pp. 683–689. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05234.x>

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E. and Vogelaers, D. (2015) 'Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations', *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), pp. 1257–1267. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>

Xie, Z., Or, C.K.L. and Chen, X. (2020) 'Patient–nurse communication and patient satisfaction: A systematic review', *BMC Nursing*, 19, 77. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00459-5>

European Union (2016) Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union, L119, pp. 1–88.

Kwame, A. and Petrucka, P.M., 2021. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2>

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. and Samami, E., 2016. Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), pp.65–74. Available at: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Άδεια χρήσης του Communication Assessment Tool (CAT)



Makoul, Gregory 3 Νοε 2025



προς με, gmakoul ▾

Hi Anna, and thanks for reaching out. You may use the Communication Assessment Tool (CAT) for academic (non-commercial) research with the following requirements:

1. I hold the copyright to all versions of the CAT in any language, and in any format. You must include the following copyright line on any version, whether print or electronic: **Copyright © 2004/2025 – Gregory Makoul, PhD – All rights reserved**
2. I have attached a version in English — it includes notes that should be helpful in your work to make sure that the translation is both technically accurate and culturally appropriate.
3. You must send the translated version to me, along with documentation of the methods you used for translation.

Please keep me posted on your progress — I'm happy to help along the way.

With all good wishes,

-Greg

Gregory Makoul, PhD MS

Faculty of Medicine | Yale School of Medicine



Άδεια χρήσης του Trust in Nurses Scale (TINS)

Στις Τετ 22 Οκτ 2025 στις 9:15 μ.μ., ο/η Laurel Radwin <laurel.e.radwin@gmail.com> έγραψε:

Good Day,

I am pleased to grant permission to you, Anna Papastamati, for use of the TINS in the Master's Study, "Patients' Perceptions of the Quality of Communication and Trust in the Nurse–Patient Relationship." The memo attached to this email verifies this permission.

Anna, you asked my thoughts on using the 4-item or 5-item scale. It has been a while since I looked at the CAT so I don't know whether that 5th item adds redundancy.

My best advice is to go ahead and use the 5-item *and conduct a correlation analysis between the fifth item and items in the CAT*. That is probably the best way to assure that your correlation coefficients are not artificially inflated.

Good luck with reaching Dr. Andreas Charalambous. Please let me know in around 10 days whether he does not respond. If he does not, I will ask the PI for our studies for a copy.

Please also reach out if you would like me to adapt the permission form in any way.

Yours,
Laurie

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Τελικό ερευνητικό ερωτηματολόγιο



ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**ΤΙΤΛΟΣ: «ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ»**

Ερευνήτρια: Παπασταμάτη Άννα

Επιβλέπουσα: Μαλλιαρού Μαρία

Αθήνα, 2026

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Καλείστε να συμμετάσχετε στην έρευνα η οποία εκπονείται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Αντιλήψεις των ασθενών για την ποιότητα της επικοινωνίας και την εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς».

Πριν αποφασίσετε αν θα συμμετάσχετε ή όχι, είναι σημαντικό να καταλάβετε γιατί γίνεται η συγκεκριμένη έρευνα. Αφιερώστε λίγο χρόνο για να διαβάσετε προσεκτικά τις παρακάτω πληροφορίες, εάν το επιθυμείτε. Ρωτήστε μας αν υπάρχει κάτι που δεν είναι σαφές ή δεν καταλαβαίνετε ή αν θέλετε περισσότερες πληροφορίες για το παρόν ενημερωτικό κείμενο. Πάρτε χρόνο για να αποφασίσετε εάν θέλετε ή όχι να συμμετάσχετε.

Ο σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας και την εμπιστοσύνη στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Χρησιμοποιώντας το εργαλείο Trust in Nurses Scale (TINS) που αξιολογεί την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους νοσηλευτές, το εργαλείο Communication Assessment Tool-Nurse (CAT-N), και το εργαλείο Caring Behavior Inventory- Greek Version (CBI-GR), η μελέτη επιδιώκει να κατανοήσει τη σχέση μεταξύ εμπιστοσύνης, επικοινωνίας και συμπεριφορών φροντίδας στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς και να υποστηρίξει τη διαδικασία στάθμισης των νέων εργαλείων.

Τύπος ερευνητικής παρέμβασης

Αυτή η έρευνα περιλαμβάνει τη συμμετοχή σας στο ανώνυμο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο που αναπτύξαμε, η οποία θα διαρκέσει 10 λεπτά.

Γιατί έχετε επιλεγεί

Η έρευνα αφορά ενήλικους νοσηλευόμενους ασθενείς. Στην παρούσα έρευνα, δικαίωμα συμμετοχής έχουν όσοι είναι ηλικίας 18 ετών και άνω, κατανοούν την ελληνική γλώσσα και έχουν πρόσφατη εμπειρία νοσηλείας.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα απαιτεί την απάντηση μιας σειράς ερωτήσεων δημογραφικού χαρακτήρα, το ερωτηματολόγιο Trust in Nurses Scale (TINS), το ερωτηματολόγιο Communication Assessment Tool- Nurse (CAT-N) και το ερωτηματολόγιο Caring Behavior Inventory- GR (CBI-GR)

Εθελοντική Συμμετοχή

Η συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη είναι εντελώς εθελοντική. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να επιλέξετε το κουμπί «Επόμενο» στην ηλεκτρονική φόρμα, αφού διαβάσατε και συμφωνείτε με το κείμενο συγκατάθεσης.

Μπορείτε ακόμα να διακόψετε τη συμμετοχή σας ανά πάσα στιγμή χωρίς αρνητικές συνέπειες.

Κάνοντας κλικ στο κουμπί «Επόμενο» στο κάτω μέρος της σελίδας, επιβεβαιώνετε ότι:

- ☐ Είστε τουλάχιστον 18 ετών
- ☐ Κατανοείτε τον σκοπό του ερευνητικού έργου
- ☐ Επιλέγετε ελεύθερα και εθελοντικά να συμμετάσχετε σε αυτό το ερευνητικό έργο

Διαδικασία συμμετοχής στην έρευνα

Η έρευνα πραγματοποιείται με την εφάπαξ συμπλήρωση της ανώνυμης ηλεκτρονικής φόρμας, που θα διαρκέσει 10 λεπτά. Δε θα σας επιφέρει καμία οικονομική επιβάρυνση. Οι πληροφορίες που θα σας ζητηθούν είναι αρχικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι πάρα πολύ σημαντικά για την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.

Για την επίτευξη του σκοπού, θα διενεργηθεί μια συγχρονική μελέτη. Οι συγχρονικές μελέτες μπορούν συνήθως να διεξαχθούν ταχύτερα και είναι οικονομικές για τους ερευνητές, ενώ μπορεί να είναι χρήσιμες σε θέματα προγραμματισμού, παρακολούθησης και αξιολόγησης της δημόσιας υγείας. Δεν υπάρχει καμία ευθύνη, ούτε περιορισμός από τη συμμετοχή σας στην έρευνα, σε καμία περίπτωση.

Διάρκεια έρευνας

Η έρευνα θα διεξαχθεί κατά τους μήνες Φεβρουάριο- Μάρτιο του έτους 2026 μέχρι την επίτευξη του κατάλληλου αριθμού δείγματος και κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου καλείστε να συμμετέχετε μόνο μια φορά απαντώντας την ηλεκτρονική φόρμα που διαρκεί λίγα λεπτά.

Κίνδυνοι συμμετοχής

Καθώς σας ζητούμε να μοιραστείτε μαζί μας ορισμένες εμπιστευτικές πληροφορίες, μπορεί να αισθανθείτε άβολα. Ωστόσο, η συμμετοχή σας είναι απολύτως ανώνυμη – δεν υπάρχει κανένας τρόπος ταυτοποίησης των απαντήσεων από τους ερευνητές – και ως εκ τούτου δεν υπάρχουν κίνδυνοι από τη συμμετοχή σας. Οι ειλικρινείς απαντήσεις σας είναι σημαντικές για εμάς και όλες οι πληροφορίες θα αναφέρονται ως συνολικά (ομαδικά) δεδομένα. Η ανώνυμη συλλογή πληροφοριών διασφαλίζει την εμπιστευτικότητά σας, καθώς δεν υπάρχει καμία σύνδεση μεταξύ των δεδομένων που συλλέγονται και εσάς.

Οφέλη από τη συμμετοχή στην έρευνα

Δεν θα υπάρξει άμεσο όφελος για εσάς, αλλά η συμμετοχή σας θα μας βοηθήσει να μάθουμε περισσότερα σχετικά με την εμπειρία σας από την εφαρμογή.

Πώς θα χρησιμοποιηθούν τα δεδομένα που συλλέγονται και τα αποτελέσματα της μελέτης. Στα ανώνυμα δεδομένα θα έχει πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια και οι εκτελούντες επεξεργασία. Το χρονικό διάστημα διατήρησής τους είναι 4 έτη, καθώς εξετάζεται ενδεχόμενη μελλοντική χρήση τους για λόγους δημοσίευσης επιστημονικών άρθρων σε έγκριτα ελληνικά και διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Η νομική βάση για την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή επιθυμείτε πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με την κυρία Παπασταμάτη Άννα (email: annapapastamati@gmail.com). Εάν θεωρείτε ότι παραβιάζονται τα προσωπικά σας δεδομένα, μπορείτε να κάνετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, η οποία είναι η αρμόδια εποπτική αρχή για την προστασία των

θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των προσωπικών τους δεδομένων.

Στοιχεία Ερευνητή

Παπασταμάτη Άννα

Επιβλέπων:

Μαρία Μαλλιάρου

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής,

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν επιλέγοντας την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα την κατάσταση ή την άποψή σας ή γράφοντας την απάντησή στον κενό χώρο που δίνεται στην ερώτηση.

1) Η ηλικία σας(απαντήστε σε αριθμό):

2) Φύλο:

1. Άνδρας

2. Γυναίκα

3) Επίπεδο εκπαίδευσης

1. Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό, Γυμνάσιο για 9 χρόνια ή λιγότερο)

2. Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Λύκειο, Τεχνική Σχολή περίπου 12 έτη)

3. Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ, ΤΕΙ για 15 έτη ή περισσότερα)

4) Η οικογενειακή σας κατάσταση

1. Έγγαμος

2. Συγκατοίκηση με σύντροφο

3. Διαζευγμένος/η

4. Σε διάσταση

5. Χήρος/α

6. Άγαμος ή καμία συγκατοίκηση με σύντροφο

5) Συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας, πόσοι άνθρωποι σήμερα ζείτε στο σπίτι σας; (Αν ζείτε μόνος/η απαντήστε «1»). _____

6) Τύπος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο.

1. Προγραμματισμένη εισαγωγή

2. Επείγουσα εισαγωγή

7) Ποια ήταν η αιτία της εισαγωγής σας στο νοσοκομείο;

8) Πόσο σημαντικό είναι για σας να είναι η φροντίδας σας εξατομικευμένη;

1. Πολύ σημαντικό

2. Σημαντικό

3. Αρκετά σημαντικό

4. Όχι πολύ σημαντικό

5. Καθόλου σημαντικό

9) Ημέρες νοσηλείας σας στο νοσοκομείο: _____ ημέρες

10) Έχετε προηγούμενες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο πριν από αυτή τη φορά;

1. Ναι

2. Όχι

11) Για ποιο λόγο νοσηλευτήκατε;

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

(TRUST IN NURSES SCALE)

1. Πόσο συχνά ήταν εκεί οι νοσηλευτές όταν τους χρειαζόσασταν;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συνήθως

Πάντα

2. Πόσο συχνά πιστεύετε ότι οι νοσηλευτές ενεργούσαν προς το συμφέρον σας;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συνήθως

Πάντα

3. Πόσο συχνά εμπιστεύεστε ό, τι σας λένε οι νοσηλευτές;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συνήθως

Πάντα

4. Πόσο συχνά οι νοσηλευτές κάνουν ό, τι σας είπαν ότι θα κάνουν;

Ποτέ

Σπάνια

Μερικές φορές

Συνήθως

Πάντα

5. Παρακαλώ αξιολογήστε πόσο εμπιστευόσασταν τους/τις νοσηλευτές/-τριες σε μία κλίμακα από 1 έως 10, όπου το 1 σημαίνει ότι δεν τους/τις εμπιστευόσασταν καθόλου και το 10 ότι τους/τις εμπιστευόσασταν όσο το δυνατόν περισσότερο.

Κυκλώστε ή σημειώστε έναν αριθμό:



- | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----|--------------------------|
| 1 | ☐ | 2 | ☐ | 3 | ☐ | 4 | ☐ | 5 | ☐ |
| 6 | ☐ | 7 | ☐ | 8 | ☐ | 9 | ☐ | 10 | ☐ |

Communication Assessment Tool

Εργαλείο Αξιολόγησης Επικοινωνίας (CAT-N)

Παρακαλώ, αξιολογήστε πόσο καλά ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια που σας φρόντισε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας ανταποκρίθηκε σε κάθε μία από τις παρακάτω δηλώσεις. (Κλίμακα αξιολόγησης 1-5 1 = Κακή 2 = Μέτρια 3 = Καλή 4 = Πολύ καλή 5 = Εξαιρετική)

1. Ο/Η νοσηλευτής/τρια μου είπε ότι είναι νοσηλευτής/νοσηλεύτρια.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

2. Ο/Η νοσηλευτής/τρια με χαιρέτησε με τρόπο που με έκανε να αισθανθώ άνετα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

3. Ο/Η νοσηλευτής/τρια με αντιμετώπισε με σεβασμό.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

4. Ο/Η νοσηλευτής/τρια έδειξε ενδιαφέρον για τις απόψεις μου σχετικά με την υγεία μου.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

5. Ο/Η νοσηλευτής/τρια μου έδινε προσοχή (με κοίταζε, με άκουγε προσεκτικά).

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

6. Ο/Η νοσηλευτής/τρια μου επέτρεψε να μιλήσω χωρίς διακοπές.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

7. Ο/Η νοσηλευτής/τρια με ενημέρωσε σχετικά με το σχέδιο φροντίδας μου.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

8. Ο/Η νοσηλευτής/τρια μου μιλούσε με τρόπο που μπορούσα να καταλάβω.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

9. Ο/Η νοσηλευτής/τρια έλεγξε για να βεβαιωθεί ότι κατάλαβα τα πάντα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

10. Ο/Η νοσηλευτής/τρια με ενθάρρυνε να κάνω ερωτήσεις.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

11. Ο/Η νοσηλευτής/τρια με ενέπλεξε στις αποφάσεις όσο ήθελα.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12. Ο/Η νοσηλεύτης/τρια έδειξε φροντίδα και ενδιαφέρον.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

13. Ο/Η νοσηλεύτης/τρια επικοινωνούσε με την ομάδα υγειονομικής μου φροντίδας.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

14. Πώς θα αξιολογούσατε τη φροντίδα που σας παρείχε ο/η νοσηλεύτης/νοσηλεύτρια;

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**ΟΔΗΓΙΕΣ:**

Παρακαλούμε διαβάστε τις πιο κάτω θέσεις οι οποίες περιγράφουν τη νοσηλευτική φροντίδα. Για κάθε θέση παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που περιγράφει κατά την άποψη σας καλύτερα τη συχνότητα με την οποία εφαρμόζεται η νοσηλευτική φροντίδα. (Κλίμακα αξιολόγησης 1-6 1=Ποτέ, 2= Σπάνια, 3= Μερικές φορές, 4= Συχνά, 5= Αρκετά συχνά, 6= Πάντα)

Οι νοσηλευτές

1. Ακούνε με προσοχή τον ασθενή
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
2. Παρέχουν οδηγίες ή συμβουλές στον ασθενή
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
3. Αντιμετωπίζουν τον κάθε ασθενή ως ξεχωριστό άτομο
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
4. Αφιερώνουν αρκετό χρόνο με τον ασθενή
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
5. Υποστηρίζουν τον ασθενή
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
6. Συναισθάνονται τη θέση του ασθενούς(κατανοούν τη θέση του ασθενούς)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
7. Βοηθούν τον ασθενή να ωριμάσει(τον ενδυναμώνουν)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
8. Δείχνουν υπομονή και καρτερικότητα με τον ασθενή
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
9. Γνωρίζουν πώς να εφαρμόζουν τις διάφορες νοσηλίες (για παράδειγμα ενέσεις, ορούς και άλλα)
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
10. Εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς
1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
11. Επιδεικνύουν επαγγελματική γνώση και επιδεξιότητα

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

12. Χειρίζονται τον εξοπλισμό με επιδεξιότητα

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

13. Παρέχουν ευκαιρίες στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματα του σχετικά με την ασθένειά του και τη θεραπεία.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

14. Συμπεριλαμβάνουν τον ασθενή στο σχεδιασμό της φροντίδας του.

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

15. Χειρίζονται τα προσωπικά δεδομένα του ασθενούς με εχεμύθεια

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

16. Επισκέπτονται συχνά τον ασθενή χωρίς να περιμένουν κλήση του

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

17. Συζητούν με τον ασθενή

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

18. Ενθαρρύνουν τον ασθενή να καλεί για βοήθεια όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

19. Ικανοποιούν τις ανάγκες του ασθενούς (εκφραζόμενες και μη εκφραζόμενες)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

20. Ανταποκρίνονται γρήγορα στην κλήση του ασθενούς

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

21. Βοηθούν στη μείωση του πόνου του ασθενούς

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

22. Δείχνουν ενδιαφέρον για τον ασθενή

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

23. Παρέχουν τη θεραπεία και τα φάρμακα έγκαιρα

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

24. Ανακουφίζουν τους ασθενείς από τα συμπτώματα της ασθένειας του

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Αναλυτικές απαντήσεις λόγων εισαγωγής

		N	%
Ποια ήταν η αιτία της εισαγωγής σας στο νοσοκομείο;	Αιμορραγία	1	1,0
	Αιμορραγία μήτρας χειρουργείο υστερόσκοπηση	1	1,0
	Αμυγδαλεκτομή	4	3,9
	Αρθροσκοπηση	1	1,0
	Αρθροσκόπηση γόνατος	1	1,0
	Αυτοανοσο	1	1,0
	Βήχας πυρετός	1	1,0
	Βουβωνοκληλη	1	1,0
	Γαστρεντερίτιδα	2	1,9
	Γαστρικό μανίκι	1	1,0
	Γεννα	3	2,9
	Γυναικολογικά	1	1,0
	Δυσκολία στην αναπνοή πόνος στο στήθος	1	1,0
	Δύσπνοια	1	1,0
	Δύσπνοια πνευμονία	1	1,0
	Δύσπνοια πόνος στο στήθος	1	1,0
	Εμπυρετο	1	1,0
	Έντονος πόνος στην μέση, πρίξιμο κοιλιάς	1	1,0
	Επεμβαση	1	1,0
	Επεμβαση γυναικολογική	1	1,0
	Ηθμοειδεκτομή, σρδ, πολύποδες, χρόνια ιγμορίτιδα	1	1,0
	Θεραπεία για σκλήρυνση κατά πλάκας	1	1,0
	Θεραπεία πολλαπλής σκλήρυνσης	1	1,0
	Κάκωση γόνατος	1	1,0
	Καρκίνος μαστού	1	1,0
	Κάταγμα επιγονατίδας	1	1,0
	Κάταγμα ισχίου	1	1,0
	Κάταγμα κλείδας	1	1,0
	Κοιλιακό άλγος	4	3,9
	Κοιλιακό άλγος διάρροια	1	1,0
	Κοιλιακό άλγος εμετοι	1	1,0
	Κολικός εντέρου	1	1,0
	Κολικός νεφρού	1	1,0
	Κύστη κόκκυγα	1	1,0
	Λοίμωξη αναπνευστικού βήχας	1	1,0
	Λοίμωξη από covid19 δύσπνοια	1	1,0
	Μούδιασμα προσώπου άνω άκρων	1	1,0

	Όγκος μαστού	1	1,0
	Οξεία σκωληκοειδίτιδα	1	1,0
	Ορθοπεδική κάκωση	1	1,0
	Παροχέτευση χοληφόρων	1	1,0
	Πνευμονία	1	1,0
	Πολύποδας στην χολή	1	1,0
	Προκαρδιο αλγος	2	1,9
	Πρόκληση τοκετού	2	1,9
	Πυρετός αμυγδαλίτιδα	1	1,0
	Πυρετός υψηλός αιματοουρία	1	1,0
	Ρήξη χιαστού	1	1,0
	Ρινοπλαστική χειρουργείο διάφραγμα ρινος	1	1,0
	Σκωληκοειδής Απόφυση	1	1,0
	Σπάσιμο χεριού σε τροχαίο	1	1,0
	Σπονδυλοδεσία	1	1,0
	Στεφανιογραφία	1	1,0
	Συγκοπτικό	1	1,0
	Ταχυκαρδία βήχας	1	1,0
	Τενοντίτιδα χειρουργείο αρθροσκόπηση ώμου	1	1,0
	Τοκετός	9	9,0
	Τροχαίο ατύχημα κατάγμα κνήμης	1	1,0
	Υπέρταση	1	1,0
	Υψηλός πυρετός ζάλη	1	1,0
	Υψηλός πυρετός και βήχας	1	1,0
	Υψηλός πυρετός και έντονος πόνος πάνω απο την μεση	1	1,0
	Υψηλός πυρετός κοιλιακό άλγος	1	1,0
	Χειρουργεί αφαίρεση ινομυωματος	1	1,0
	Χειρουργείο	4	3,9
	Χειρουργείο αμυγδαλών	1	1,0
	Χειρουργείο αφαίρεση όγκου εντέρου	1	1,0
	Χειρουργείο αφαίρεση πολύποδα μήτρας	1	1,0
	Χειρουργείο αφαίρεση χολής	1	1,0
	Χειρουργείο διαφραγμα στην μύτη	1	1,0
	Χειρουργείο διαφραγματοκήλης	1	1,0
	Χειρουργείο θυρεοειδούς	1	1,0
	Χειρουργείο λιποαναρρόφηση	1	1,0
	Χειρουργείο προστάτη	1	1,0
	Χειρουργείο Σπονδυλοδεσία	1	1,0
	χειρουργείο στο μαστό	1	1,0
	Χειρουργείο χολής	2	1,9
	Χολή	1	1,0

	Χολοκυστεκτομή	1	1,0
	Χολολιθίαση	1	1,0
	ABLATION	1	1,0

Αναλυτικές απαντήσεις αιτίας προηγούμενης εισαγωγής

		N	%
	Αμυγδαλές	2	1,9
	Ατύχημα	1	1,0
	Γαστρεντερίτιδα	2	1,9
	Γέννηση παιδιού	1	1,0
	Για αφαίρεση ινομυωμάτων	1	1,0
	Διπλή μαστεκτομή	1	1,0
	Δύσπνοια συλλογή ασκητικού υγρού	1	1,0
	Εγχείριση	1	1,0
	Εκκολπωματιτίδα	2	1,9
	Εξάρθρωση επιγονατίδας	1	1,0
	Επεμβαση γυναικολογική	1	1,0
	Θεραπεία για πολλαπλή σκλήρυνση	1	1,0
	Θυρεοειδεκτομή	1	1,0
	Ινομυωματεκτομή	1	1,0
	Κάταγμα επιγονατίδας	1	1,0
	Κάταγμα ισχίου χειρουργείο	1	1,0
	Κοιλιακό άλγος πέτρα στο νεφρό	1	1,0
	Κολπική Μαρμαρυγή	1	1,0
	Κύστη κόκκυγα	1	1,0
	Λήψη αντιβίωσης και παρακολούθηση	1	1,0
	Λήψη θεραπείας για σκλήρυνση κατά πλάκας	1	1,0
	Λιποαναρρόφηση	1	1,0
	Μαστεκτομή	1	1,0
	Νοσηση από γρίπη Α και RSV	1	1,0
	Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου	1	1,0
	Πνευμονία	1	1,0
	Πνευμονία βήχας	1	1,0
	Πνευμονία δύσπνοια	1	1,0
	Πυελονεφρίτιδα	2	1,9
	Σκωληκοειδεκτομή	1	1,0
	Σπονδυλοδεσία	1	1,0
	Τοκετός	1	1,0
	Τοκετός με καισαρική	1	1,0

	Τροχαίο	1	1,0
	Τροχαίο κάταγμα αγκώνα	1	1,0
	Υπέρταση/ Τρακάρισμα	1	1,0
	Υστεροσκοπήση	1	1,0
	Χειρουργείο	3	2,9
	Χειρουργείο αφαίρεση όγκου εντέρου	1	1,0
	Χειρουργείο αφαίρεση πολύποδα μήτρας	1	1,0
	Χειρουργείο βουβωνοκήλης	1	1,0
	Χειρουργείο γαστρικό μανίκι	1	1,0
	Χειρουργείο ινομυωμάτων	1	1,0
	Χειρουργείο σπονδυλοδεσίας	1	1,0
	Χολοκυστεκτομή	3	2,9
	ABLATION	1	1,0