ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.

ΚΑΝΕΛΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ……ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ……

ΑΘΗΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2025

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών αποτελεί βασικό στοιχείο της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς ενισχύει την εμπιστοσύνη, βελτιώνει την εμπειρία νοσηλείας και συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η αξιολόγηση της σχέσης της με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών.

Δείγμα-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική, συγχρονική μελέτη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν κατά το χρονικό διάστημα από 1 Φεβρουαρίου έως 15 Απριλίου 2026. Στη μελέτη συμμετείχαν 155 νοσηλευτές και 150 ασθενείς από ανοιχτά και κλειστά τμήματα του νοσοκομείου. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια PELEKI και PRAPA, τα οποία έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics 25.0.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν θετική αξιολόγηση της επικοινωνίας και της νοσηλευτικής φροντίδας από νοσηλευτές και ασθενείς. Οι ασθενείς αξιολόγησαν υψηλότερα την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας, ενώ η επικοινωνία ήταν η χαμηλότερα αξιολογημένη διάσταση από τους νοσηλευτές. Επιπλέον, η μεγαλύτερη ηλικία και η αυξημένη επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών συσχετίστηκαν με θετικότερες αξιολογήσεις της φροντίδας και της επικοινωνίας.

Συμπεράσματα: Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών αξιολογήθηκε θετικά και αναδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας ποιοτικής φροντίδας. Οι ασθενείς έδωσαν έμφαση στην ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας, ενώ η επικοινωνία αποτέλεσε τη χαμηλότερα αξιολογημένη διάσταση από τους νοσηλευτές. Η ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και η μείωση του φόρτου εργασίας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της φροντίδας και της εμπειρίας των ασθενών.

Λέξεις-Κλειδιά: επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή, νοσηλευτική φροντίδα, θεραπευτική επικοινωνία, ικανοποίηση ασθενών, επικοινωνιακές δεξιότητες, νοσηλευτές.

Abstract

Introduction: Effective communication between nurses and patients is a key factor in delivering high-quality nursing care, enhancing trust and improving both the hospitalization experience and clinical outcomes.

Aim: The aim of the present study was to investigate nurse–patient communication during hospitalization and to evaluate its relationship with the quality of nursing care provided and patient satisfaction.

Sample and Methods: A quantitative cross-sectional study was conducted at Attikon University General Hospital between February 1 and April 15, 2026. The study included 155 nurses and 150 patients from both inpatient wards and intensive care units. Data were collected using the PELEKI and PRAPA questionnaires, which have been translated and culturally adapted for the Greek population. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 25.0.

Results: Both nurses and patients positively evaluated communication and nursing care. Patients rated the humanistic dimension of care more highly, while communication was the lowest-rated dimension among nurses. Additionally, older age and greater professional experience among nurses were associated with more positive evaluations of care and communication.

Conclusions: Nurse–patient communication was positively evaluated and identified as a key factor in high-quality nursing care. Patients emphasized the humanistic dimension of care, while communication was the lowest-rated dimension among nurses. Strengthening communication skills and reducing workload may further improve the quality of care and patient experience.

Keywords: nurse–patient communication, nursing care, therapeutic communication, patient satisfaction, communication skills, nurses.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 12

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 12

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 12
2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ 12
3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 14
4. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 15
4.1 ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 15
4.2 ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 16
4.3 ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 18
4.4 ΑΝΕΠΙΣΗΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 18
5. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 19
6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 21
7. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 23
8. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 27
9. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 29
10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ 33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 35
2.ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ 35
2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ 35
2.1.1 ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ 37
2.2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ 39
2.2.1 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ 42
2.3 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ 44
2.4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ 46
2.4.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ 46
2.4.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ 47
2.4.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ 48
2.4.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ 49
2.4.5 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ 50

2.4.6 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ 52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 54
3.1 ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 54
3.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 55
3.3 ΜΕΤΡΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 56
3.4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 61
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 61
4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ 61
4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 61
4.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 62
4.4 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ 65
4.5. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 66
4.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ 66
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 67
5.1 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 67
5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 68
5.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ 69
5.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 73
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ 73
6.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΛΗΘΥΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 73
6.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ 79
6.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PELEKI ΚΑΙ PRAPA 81
6.4 ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ 89

6.5 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 137

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ 137

7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ 145

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 146

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ 146

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ 165

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α 168

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ 168

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ 169

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β 176

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ 176

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ 177

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ 180

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ 180

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1. 71

Πίνακας 2. Τιμές του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach’s Alpha της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ασθενών (PRAPA). 71

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των νοσηλευτών 73

Γράφημα 1. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση το φύλο. 74

Γράφημα 2. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση την εκπαιδευτική κατηγορία 74

Πίνακας 4. Υποκλίμακα επαγγελματικών χαρακτηριστικών νοσηλευτών 75

Γράφημα 3. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση τις νύχτες εργασίας τους ανά μήνα 77

Πίνακας 5. Υποκλίμακα ποιοτικών χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος και της υγείας των νοσηλευτών 78

Γράφημα 4. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση την ικανοποίησή τους από την εργασία..... 79

Πίνακας 6. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών 80

Γράφημα 5. Κατανομή των ασθενών του δείγματος με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. 81

Πίνακας 7. Απαντήσεις νοσηλευτών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PELEKI 1 – «Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο»..... 82

Πίνακας 8. Απαντήσεις (συχνότητα και ποσοστό %) νοσηλευτών στην υποκλίμακα PELEKI 2 – «Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες»..... 83

Πίνακας 9. Απαντήσεις νοσηλευτών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PELEKI 3 – «Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών»..... 85

Πίνακας 10. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 1 – «Κλινική φροντίδα» 86

Πίνακας 11. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 2 – «Φροντίδα μέσα από τη σχέση»..... 87

Πίνακας 12. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 3 – «Ανθρωπιστική φροντίδα»..... 89

Πίνακας 13. Σύγκριση των μέσων τιμών, των τυπικών αποκλίσεων και των διακυμάνσεων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PELEKI και των τριών υποκλιμάκων αυτού. 90

Πίνακας 14. Σύγκριση των μέσων τιμών, των τυπικών αποκλίσεων και των διακυμάνσεων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PRAPA και των τριών υποκλιμάκων αυτού. 91

Πίνακας 15. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 92

Πίνακας 16. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 93

Πίνακας 17. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 94

Γράφημα 6. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες) . 95

Γράφημα 7. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα) 96

Γράφημα 8. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία)... 96

Γράφημα 9. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών α) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και β) κατόχων μεταπτυχιακού/διδακτορικού στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)..... 97

Πίνακας 18. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 98

Πίνακας 19. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 99

Πίνακας 20. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 101

Πίνακας 21. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους..... 102

Πίνακας 22. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους..... 104

Πίνακας 23. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους..... 105

Γράφημα 10. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες) 107

Γράφημα 11. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή και β) δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες) 108

Γράφημα 12. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που σε σχέση με την εργασία τους δηλώνουν α) πολύ ικανοποιημένοι και β) λίγο ικανοποιημένοι στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες) 108

Γράφημα 13. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) ουδέτερη στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες) 109

Γράφημα 14. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα) 110

Γράφημα 15. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή και β) δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα) 110

Γράφημα 16. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) ουδέτερη στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα) 111

Γράφημα 17. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που σε σχέση με την εργασία τους δηλώνουν α) πολύ ικανοποιημένοι και β) ουδέτεροι στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία) 112

Γράφημα 18. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία) 113

Γράφημα 19. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) καλή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία) 113

Πίνακας 24. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «κλινική φροντίδα» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 114

Πίνακας 25. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα μέσα από τη σχέση» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 116

Πίνακας 26. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «ανθρωπιστική βοήθεια» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών 117

Πίνακας 27. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI (πληροφορίες-φροντίδα-επικοινωνία) 119

Πίνακας 28. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο) 121

Πίνακας 29. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες)..... 124

Πίνακας 30. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών) 126

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος αποτελεί μια πολυδιάστατη οντότητα στην οποία η σωματική, η ψυχική, η συναισθηματική και κοινωνική διάσταση αλληλεπιδρούν διαρκώς μεταξύ τους και επηρεάζονται από το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται (Veniou et al 2013). Στο πλαίσιο αυτό η επικοινωνία αναδεικνύεται ως μία από τις σημαντικότερες ανθρώπινες ανάγκες αλλά και ως βασικό στοιχείο της παροχής υπηρεσιών υγείας (Sadeghi et al 2011). Ειδικότερα στον χώρο της νοσηλευτικής, η επικοινωνία αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι νοσηλευτές αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που βρίσκονται σε συνεχή και άμεση επαφή με τους ασθενείς σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας τους (Babaii et al 2021). Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών αναγνωρίζεται διεθνώς ως καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Street et al 2009), για την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών (Bakhshi et al 2024) και την επίτευξη θετικών κλινικών αποτελεσμάτων (Μπελλάλη 2018). Μέσω της επικοινωνίας οι νοσηλευτές έχουν την δυνατότητα να συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση υγείας των ασθενών, να αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τις ανησυχίες τους, να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα και να δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας (Fakhr et al 2013).

Η επικοινωνία στον χώρο της υγείας αποτελεί μια δυναμική και αμφίδρομη διαδικασία, η οποία επηρεάζεται τόσο από τα ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών όσο και από το ευρύτερο νοσοκομειακό περιβάλλον (Andriyanto, 2019). Στο πλαίσιο ενός νοσοκομείου οι τρεις πτυχές του μηνύματος (ο αποστολέας του μηνύματος, ο δέκτης και το περιβάλλον) μπορούν να οριστούν ως ο νοσηλευτής, ο ασθενής και το νοσοκομειακό περιβάλλον και οι τρεις θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψην κατά την εξέταση των εμποδίων (Sadeghi et al 2011). Η επικοινωνία βοηθάει στην αποτελεσματική λειτουργία του νοσοκομείου και είναι πέρα από την απλή πληροφόρηση καθώς περιέχονται ψυχολογικές διαδικασίες που εξαρτώνται τόσο από τις συνθήκες όσο και από τα μέσα μετάδοσης (Κηπουροπούλου et al 2022). Οι νοσηλευτές εξελίσσονται επαγγελματικά και εντάσσονται σε

πολυεπιστημονικές ιατρικές ομάδες και αναλαμβάνουν νέους ρόλους με αυξημένο βαθμό εξειδίκευσης (Harvey et al 2012). Ο σύγχρονος νοσηλευτής δεν περιορίζεται πλέον στην εκτέλεση ιατρικών οδηγιών, αλλά συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων, στον συντονισμό της φροντίδας και στην παροχή εξατομικευμένης υποστήριξης προς τον ασθενή (Cherry et al 2016). Η νοσηλευτική επικοινωνία αποτελεί μια σύνθετη διαπροσωπική διαδικασία και δεν περιορίζεται μόνο στην μετάδοση ή στην εκτέλεση τεχνικών πράξεων. Περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση, τη συναισθηματική υποστήριξη, την ενεργητική ακρόαση και την θεραπευτική αλληλοεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς (Kourkouta et al 2014).

Η ανάπτυξη αποτελεσματικής επικοινωνίας συμβάλλει ουσιαστικά στην βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, στην αύξηση της συμμόρφωσης στις θεραπευτικές οδηγίες, στην μείωση του άγχους και του φόβου που συνοδεύουν τη νοσηλεία καθώς και στη βελτίωση της συνολικής εμπειρίας τους από τις υπηρεσίες υγείας (Afriyie, 2020). Οι σύγχρονες εξελίξεις στην νοσηλευτική επιστήμη και η υιοθέτηση ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων στη φροντίδα έχουν αναδείξει ακόμη περισσότερο τη σημασία του ασθενούς στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Παράλληλα η αποτελεσματική επικοινωνία ενισχύει και την επαγγελματική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών, διευκολύνοντας τη σωστή λήψη κλινικών αποφάσεων, την αποφυγή λαθών και την παροχή ασφαλούς και ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Αντίθετα η ελλιπής ή προβληματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε σύγχυση, παρερμηνείες, ανεπαρκή συνεργασία, μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών και αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της θεραπείας και της νοσηλείας (Bakhshi et al 2024, Veniou et al 2013). Ωστόσο παρόλο που τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς αναγνωρίζουν τη σημασία της επικοινωνίας, στην καθημερινή κλινική πράξη συχνά παρατηρούνται σημαντικά εμπόδια όπως ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η έλλειψη χρόνου, οι οργανωτικές δυσκολίες, η συναισθηματική πίεση και η ανεπαρκής εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες (Fakhr-Movahedi et al 2011, Kwame et al 2021). Οι νοσηλευτές συχνά αναλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως η παροχή φροντίδας και οι διοικητικές διαδικασίες, με αποτέλεσμα να παραβλέπουν τη σημαντική επίδραση της αποτελεσματικής επικοινωνίας στην οικοδόμηση μιας ουσιαστικής σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. (Kwame et al 2022, Höglander et al 2023).

Παρά το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, εξακολουθούν να υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα που να εξετάζουν ταυτόχρονα τις απόψεις τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών στο ελληνικό

νοσοκομειακό περιβάλλον. Η πλειονότητα των διαθέσιμων μελετών επικεντρώνεται είτε αποκλειστικά στους επαγγελματίες υγείας είτε αποκλειστικά στους ασθενείς, χωρίς να διερευνά συγκριτικά τις δύο οπτικές πλευρές της επικοινωνιακής διαδικασίας. Επιπλέον, οι συνεχείς μεταβολές στον χώρο της υγείας, η αυξημένη πίεση στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και οι αλλαγές που προέκυψαν μετά την πανδημία COVID-19, καθιστούν αναγκαία την επανεκτίμηση της ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί βασικό παράγοντα για την παροχή ανθρωποκεντρικής φροντίδας, την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ασθενών και τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να καλύψει αυτό το ερευνητικό κενό διερευνώντας παράλληλα τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την επικοινωνία που αναπτύσσουν με τους ασθενείς και τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της επικοινωνίας που λαμβάνουν. Η συμβολή της έρευνας έγκειται στην παραγωγή σύγχρονων δεδομένων από ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών και θα βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρεί να διερευνήσει τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτή επηρεάζει την ποιότητα της φροντίδας, την ικανοποίηση των ασθενών και την συνολική πορεία της νοσηλεία τους. Παράλληλα εξετάζονται οι παράγοντες που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία στο νοσοκομειακό περιβάλλον καθώς και οι επικοινωνιακές δεξιότητες που απαιτούνται στο σύγχρονο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Στο **γενικό μέρος** παρουσιάζονται η έννοια και τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας, οι μορφές και τα εμπόδια της αποτελεσματικής επικοινωνίας στον χώρο της υγείας καθώς και η έννοια της θεραπευτικής επικοινωνίας. Επιπλέον αναλύονται ειδικές μορφές επικοινωνίας με διαφορετικές ομάδες ασθενών και εξετάζεται η επίδραση της πανδημίας COVID-19 στις επικοινωνιακές πρακτικές των επαγγελματιών υγείας. Στο **ειδικό μέρος** παρουσιάζεται η ερευνητική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν (ΠΓΝΑ). Περιγράφονται η μεθοδολογία της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, ενώ ακολουθεί η παρουσίαση και η συζήτηση των αποτελεσμάτων καθώς και η διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων για την βελτίωση της επικοινωνίας και της νοσηλευτικής φροντίδας στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η «επικοινωνία» ετυμολογικά σχετίζεται με τις λέξεις «κοινωνία» και «κοινότητα» και προέρχεται από τη λατινική λέξη «communicare», που σημαίνει «κάνω κάτι κοινό» ή «μοιράζομαι» (Kourakos et al 2017). Κατά τη ρωμαϊκή και χριστιανική περίοδο, η επικοινωνία είχε κυρίως παρηγορητικό και υποστηρικτικό χαρακτήρα, με έμφαση στη συμπόνια και τη συναισθηματική ενίσχυση του ασθενούς (McCabe et al., 2013). Με την Αναγέννηση αναπτύχθηκαν πιο συστηματικές μορφές επικοινωνίας, βασισμένες στη συλλογή πληροφοριών και την παρατήρηση του ασθενούς (Blais et al., 2020). Η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής ανέδειξε σταδιακά τη σημασία της επικοινωνίας ως αναπόσπαστου μέρους της φροντίδας. Από τις τελετουργικές πρακτικές της αρχαιότητας μέχρι τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα η επικοινωνία εξακολουθεί να είναι βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Mallette et al 2021). Σημαντικοί θεωρητικοί, όπως η Florence Nightingale, ο Carl Rogers και η Hildegard Peplau, υποστήριξαν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στην οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης, στην ενίσχυση της συνεργασίας και στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών (Mallette et al 2021, Rogers, 1995, Peplau, 1990). Σήμερα η επικοινωνία αποτελεί κεντρική δεξιότητα για τους επαγγελματίες υγείας και προωθείται η συμμετοχική προσέγγιση όπου ο ασθενής είναι ενεργός συνεργάτης. Οι αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν το κλειδί για την επιτυχία της φροντίδας των ασθενών και την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων (Mallette et al 2021). Αποτελεί θεμέλιο της νοσηλευτικής φροντίδας και διαμορφώνει την ποιότητα της σχέσης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Potter et al 2021).

2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Η σημασία της επικοινωνίας αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο ως μια από τις θεμελιώδεις λειτουργίες και απαραίτητες δεξιότητες στον χώρο της δημόσιας υγείας (Maibach et al 2007). Πλήθος εξελίξεων τα τελευταία χρόνια τεκμηριώνουν αυτή τη διαπίστωση. Ήδη από το 2003, το Ινστιτούτο Ιατρικής αναγνώρισε επίσημα την επικοινωνία ως βασική επαγγελματική ικανότητα στον τομέα της δημόσιας υγείας και υπογράμμισε την

ανάγκη για συστηματικές δράσεις που θα ενισχύσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Η αναγνώριση αυτή σηματοδότησε μια ευρύτερη αλλαγή στην προσέγγιση της δημόσιας υγείας, όπου η αποτελεσματική μετάδοση πληροφοριών και η καλλιέργεια ουσιαστικής αλληλεπίδρασης με το κοινό θεωρούνται πλέον κρίσιμα στοιχεία για την προαγωγή της υγείας και τη διαχείριση σύγχρονων προκλήσεων (Gebbie et al 2003).
Η επικοινωνία αποτελεί μια θεμελιώδη διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα ανταλλάσσουν πληροφορίες, σκέψεις, συναισθήματα και εμπειρίες με σκοπό την αμοιβαία κατανόηση και αλληλεπίδραση. Δεν περιορίζεται μόνο στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά προϋποθέτει την κατανόηση του μηνύματος από τον αποδέκτη και τη δημιουργία ενός κοινού πλαισίου επικοινωνίας (Δίκαιος et al., 1999· Λιόνης et al., 2016). Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2012), η επικοινωνία ορίζεται ως η αποστολή και λήψη μηνυμάτων μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημάτων ή συμπεριφορών μεταξύ πομπού και δέκτη. Γενικότερα επικοινωνία είναι η διαδικασία που έχει να κάνει με την ανταλλαγή και κατανόηση των πληροφοριών, συναισθημάτων, σκέψεων ή ιδεών μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων. Η διαδικασία της επικοινωνίας είναι συνδεδεμένη με τις ανθρώπινες σχέσεις και έχει σημαντικό ρόλο στην υλοποίηση των στόχων καθώς και την απόδοση αλλά και την συμπεριφορά των μελών μιας ομάδας (Μπιτσώρη 2015).

Σύμφωνα με την Schiavo, η επικοινωνία στον χώρο της υγείας αποτελεί έναν πολυεπίπεδο και διεπιστημονικό τομέα που συνδυάζει έρευνα, θεωρία και πρακτική (Schiavo, 2013). Αποτελεί βασικό στοιχείο της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών και συμβάλλει στη συλλογή, διαχείριση και διάδοση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία των ατόμων. Η αποτελεσματική επικοινωνία διευκολύνει τη λήψη αποφάσεων, ενισχύει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών και προάγει την υιοθέτηση συμπεριφορών που συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής (Kreps et al., 1998, Fleischer et al., 2009).
Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας και επηρεάζει άμεσα όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διαδικασίας. Μέσω αυτής, οι νοσηλευτές συλλέγουν πληροφορίες για την κατάσταση υγείας των ασθενών, αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τις ανησυχίες τους, παρέχουν ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη και συμβάλλουν στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας (Kourkouta et al., 2014). Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει συνδεθεί με αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, καλύτερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες, βελτιωμένα κλινικά αποτελέσματα και υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας (Afriyie, 2020·

Σωτηροπούλου et al., 2015). Αντίθετα, η ανεπαρκής ή προβληματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνείες, σύγχυση, λανθασμένες αποφάσεις και μειωμένη αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων, επηρεάζοντας αρνητικά τόσο την ασφάλεια όσο και την εμπειρία των ασθενών (Veniou et al., 2013). Ωστόσο ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας τείνουν να υπερεκτιμούν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την αναγνώριση και τη βελτίωση των σχετικών ελλειμμάτων (Ha et al 2010, Levinson et al 2010, Matusitz & Spear, 2014). Για τον λόγο αυτό, η ανάπτυξη και η συνεχής βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Η έννοια της επικοινωνίας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και προβληματισμού με ποικίλες προσεγγίσεις στο πέρασμα των δεκαετιών, τόσο στη σύγχρονη εποχή όσο και στην αρχαιότητα. Σημαντικοί φιλόσοφοι και στοχαστές ασχολήθηκαν με την επικοινωνία και τον ρόλο της στη μετάδοση της γνώσης και των ιδεών, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τον Αριστοτέλη, ο οποίος ανέδειξε τη σημασία του λόγου ως βασικού μέσου πειθούς και κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Σταμάτης 2011).

3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η επικοινωνία αποτελεί μια δυναμική και αμφίδρομη διαδικασία μέσω της οποίας μεταδίδονται πληροφορίες, γνώσεις, ιδέες και συναισθήματα μεταξύ ατόμων ή ομάδων. Στον χώρο της υγείας, η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στην ενημέρωση, την εκπαίδευση και τη διαμόρφωση στάσεων και συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Kreps et al 1998). Η διαδικασία της επικοινωνίας ξεκινά από τον πομπό, ο οποίος διαμορφώνει και κωδικοποιεί το μήνυμα που επιθυμεί να μεταδώσει. Το μήνυμα αποστέλλεται μέσω ενός κατάλληλου καναλιού επικοινωνίας προς τον δέκτη, ο οποίος το λαμβάνει, το αποκωδικοποιεί και το ερμηνεύει σύμφωνα με τις γνώσεις, τις εμπειρίες, τις αντιλήψεις και τα προσωπικά του χαρακτηριστικά (Θανασάς et al., 2016· Δίκαιος et al., 1999).

Η επικοινωνία για να είναι πλήρης πρέπει να έχει τα παρακάτω βασικά συστατικά:

- την πηγή του μηνύματος (αποστολέας)
- το μήνυμα
- τον στόχο-δέκτη του μηνύματος
- την κωδικοποίηση του μηνύματος

- την αποκωδικοποίηση του μηνύματος
- τα κανάλια μεταβίβασης των μηνυμάτων
- την ανατροφοδότηση (Θανασάς et al 2016)

Δεν είναι δυνατόν να υπάρξει επικοινωνία εάν δεν υπάρξει κάποιο από τα παραπάνω στοιχεία. Καθοριστικό στοιχείο της επικοινωνιακής διαδικασίας είναι η ανατροφοδότηση (feedback), μέσω της οποίας ο δέκτης ανταποκρίνεται στο μήνυμα και παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό κατανόησής του. Η ανατροφοδότηση επιτρέπει στον πομπό να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και να προσαρμόσει το μήνυμά του όταν απαιτείται (Δίκαιος et al., 1999).

Η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται τόσο με τον πομπό όσο και με τον δέκτη, όπως οι στάσεις, οι αντιλήψεις, οι προηγούμενες εμπειρίες, το μορφωτικό επίπεδο και το κοινωνικό περιβάλλον. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διευκολύνουν ή να δυσχεράνουν την κατανόηση του μηνύματος και να επηρεάσουν την ποιότητα της επικοινωνίας (Δίκαιος et al., 1999). Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η ορθή εφαρμογή της επικοινωνιακής διαδικασίας είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς, τη σωστή ανταλλαγή πληροφοριών και τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων που συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Kourkouta et al., 2014).

4. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

4.1 ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λεκτική επικοινωνία αποτελεί την πλέον ανεπτυγμένη μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας, καθώς βασίζεται στη χρήση ενός οργανωμένου γλωσσικού κώδικα. Η γλώσσα θεωρείται ένα δυναμικό σύστημα λέξεων και κανόνων που επιτρέπει στους ανθρώπους να ανταλλάσσουν πληροφορίες, ιδέες και συναισθήματα μέσω του προφορικού και του γραπτού λόγου (Σταμάτης, 2011). Στη λεκτική επικοινωνία, οι πληροφορίες μεταδίδονται μέσω των ήχων της φωνής, οι οποίοι παράγονται από τον ομιλητή και γίνονται αντιληπτοί από τον ακροατή (Jiang et al., 2021). Μέσω της ομιλίας, τα άτομα εκφράζουν σκέψεις, μεταφέρουν γνώσεις και οργανώνουν πληροφορίες, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση και μετάδοση της γνώσης (Σταμάτης, 2011)

Στον τομέα της υγείας, η λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στη μετάδοση πληροφοριών μέσω του προφορικού ή του γραπτού λόγου και αποτελεί βασικό εργαλείο επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Schiavo, 2013). Μέσω αυτής, οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνουν τους ασθενείς για τη διάγνωση, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τα μέτρα πρόληψης, παρέχουν οδηγίες και ενισχύουν τη συνεργασία και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπεία (Schiavo, 2013). Η λεκτική επικοινωνία διακρίνεται σε προφορική και γραπτή. Η προφορική επικοινωνία χαρακτηρίζεται από την άμεση ανταλλαγή πληροφοριών και τη δυνατότητα ανατροφοδότησης, γεγονός που επιτρέπει την ταχεία διόρθωση πιθανών παρερμηνειών. Αντίθετα, η γραπτή επικοινωνία προσφέρει τη δυνατότητα καταγραφής και αρχειοθέτησης των πληροφοριών και θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη για τη μετάδοση σύνθετων και ακριβών μηνυμάτων. Ωστόσο, η έλλειψη άμεσης ανατροφοδότησης μπορεί να δυσχεράνει την αποσαφήνιση τυχόν ασάφειας του μηνύματος (Kreps, 2013).

Η αποτελεσματική χρήση της λεκτικής επικοινωνίας είναι απαραίτητη για την κατανόηση των πληροφοριών, τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες, ενώ παράλληλα συμβάλλει στη διαμόρφωση συμπεριφορών που προάγουν την υγεία (Schiavo, 2013).

4.2 ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο της συνολικής επικοινωνιακής διαδικασίας, καθώς σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα υπερβαίνει το 70% της ανθρώπινης επικοινωνίας (Σταμάτης, 2011). Περιλαμβάνει τη μετάδοση μηνυμάτων μέσω της γλώσσας του σώματος, όπως εκφράσεις προσώπου, κινήσεις άκρων και στάση σώματος, και συμβάλλει τόσο στην έκφραση συναισθημάτων όσο και στη συμπλήρωση του λεκτικού μηνύματος (Richmond et al., 2000, Σταμάτης, 2011). Η σημασία της είναι ιδιαίτερα εμφανής στη σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενούς, καθώς η προσοχή και η στάση του γιατρού επηρεάζουν άμεσα την άνεση, την εμπιστοσύνη και την έκφραση του ασθενούς (Martin et al., 2005). Αντίθετα, η έλλειψη οπτικής επαφής ή η απόσπαση προσοχής μπορεί να μειώσει την αίσθηση φροντίδας, με εξαίρεση επείγουσες καταστάσεις (Παπαγιάννης, 2010).

Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει χειρονομίες, στάση σώματος, εκφράσεις προσώπου, τόνο φωνής και οπτική επαφή, μέσω των οποίων ο ασθενής μπορεί να εκφράσει συναισθήματα όπως φόβο ή δυσαρέσκεια, ακόμη και όταν δεν τα εκφράζει λεκτικά (Δικαίος

et al., 1999, Patterson et al., 2023). Τα μη λεκτικά μηνύματα προκύπτουν από τρεις βασικές πηγές: τη γενική εικόνα του ατόμου (εμφάνιση, έκφραση, στάση), τα παραγλωσσικά στοιχεία της ομιλίας (τόνος, ένταση, ρυθμός) και το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η επικοινωνία (Βένιου et al., 2013). Η επιστημονική μελέτη της μη λεκτικής επικοινωνίας έχει τις ρίζες της ήδη από την εποχή του Δαρβίνου, αλλά αναπτύχθηκε συστηματικά τον 20ό αιώνα (Patterson et al., 2021). Στην υγειονομική φροντίδα, οι επαγγελματίες υγείας αντλούν σημαντικές πληροφορίες από τις μη λεκτικές εκφράσεις των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα μεταδίδουν οι ίδιοι μηνύματα υποστήριξης, ιδιαίτερα σε συνθήκες περιορισμένου χρόνου (DiMatteo & Martin, 2011). Η σημασία της ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο σε καταστάσεις κρίσης, όπως η πανδημία COVID-19, όπου περιορίστηκαν τα λεκτικά και εκφραστικά κανάλια λόγω της χρήσης μάσκας (Schlögl et al., 2021, Bakhshi et al., 2024).

Βασικά στοιχεία μη λεκτικής επικοινωνίας:

- Οπτική επαφή: Εκφράζει ενδιαφέρον και σεβασμό, ενώ η απουσία της μπορεί να δημιουργήσει αίσθημα απόρριψης (Burgoon, Guerrero & Floyd, 2016, DiMatteo & Martin, 2011).
- Στάση σώματος και χειρονομίες: Ανοιχτή στάση ενισχύει την εμπιστοσύνη, ενώ κλειστή στάση μπορεί να εκληφθεί ως αμυντική συμπεριφορά (Λιονής et al., 2016).
- Έκφραση προσώπου: Μεταδίδει συναισθήματα και επηρεάζει την εμπιστοσύνη και τη θεραπευτική σχέση (DiMatteo & Martin, 2011).
- Τόνος και ρυθμός φωνής: Επηρεάζουν το συναισθηματικό μήνυμα και την αντίληψη του ασθενούς (McCabe & Timmins, 2013).
- Απόσταση και επαφή: Η σωστή φυσική απόσταση ενισχύει την άνεση, ενώ η κατάλληλη αφή μπορεί να εκφράσει ενσυναίσθηση (Burgoon et al., 2021).

Συνολικά, η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα στη νοσηλευτική πράξη, καθώς ενισχύει ή τροποποιεί το λεκτικό μήνυμα και συμβάλλει ουσιαστικά στη μετάδοση συναισθημάτων, στάσεων και προθέσεων (Λιονής et al., 2016).

4.3 ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επίσημη επικοινωνία ακολουθεί τα τυπικά κανάλια ενός οργανισμού και καθορίζει ποιοι επικοινωνούν μεταξύ τους σύμφωνα με την ιεραρχική δομή και τις γραμμές εξουσίας (Δικαίος et al., 1999). Ανάλογα με την κατεύθυνση της ροής των πληροφοριών, διακρίνεται:

- σε επικοινωνία προς τα κάτω,
- προς τα πάνω και
- οριζόντια επικοινωνία (Δικαίος et al., 1999).

Η **επικοινωνία προς τα κάτω** αφορά τη μεταβίβαση πληροφοριών από τα ανώτερα προς τα κατώτερα διοικητικά επίπεδα. Περιλαμβάνει οδηγίες, καθορισμό αρμοδιοτήτων, επεξήγηση διαδικασιών και μετάδοση των αξιών του οργανισμού. Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από τη σαφήνεια και την ακρίβεια των μηνυμάτων, συμβάλλοντας στην κατανόηση των στόχων και στη βελτίωση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, ενδέχεται να παρουσιαστούν προβλήματα όπως παραμόρφωση των πληροφοριών, καθυστερήσεις ή υπερφόρτωση πληροφοριών (Keyton, 2010, Δικαίος et al., 1999).

Η **επικοινωνία προς τα πάνω** αναφέρεται στη ροή πληροφοριών από τα κατώτερα προς τα ανώτερα ιεραρχικά επίπεδα και λειτουργεί ως μηχανισμός ανατροφοδότησης. Μέσω αυτής, οι εργαζόμενοι εκφράζουν απόψεις, προβληματισμούς και προτάσεις, ενώ η διοίκηση αποκτά πληρέστερη εικόνα της λειτουργίας του οργανισμού και των αναγκών του προσωπικού. Η αποτελεσματική αξιοποίησή της ενισχύει τη συμμετοχή, την εμπιστοσύνη, την εργασιακή ικανοποίηση και τη συνολική οργανωσιακή αποτελεσματικότητα (Δικαίος et al., 1999, Keyton, 2011, Babbie, 2010).

Η **οριζόντια επικοινωνία** πραγματοποιείται μεταξύ ατόμων ή τμημάτων που βρίσκονται στο ίδιο ιεραρχικό επίπεδο. Διευκολύνει τον συντονισμό, τη συνεργασία και την επίλυση προβλημάτων, ενώ παράλληλα ενισχύει το αίσθημα συμμετοχής, την αλληλοκατανόηση και το κλίμα εμπιστοσύνης μέσα στον οργανισμό (Keyton, 2010, Δικαίος et al., 1999).

4.4 ΑΝΕΠΙΣΗΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η ανεπίσημη ή άτυπη επικοινωνία λειτουργεί ανεξάρτητα από τα επίσημα κανάλια επικοινωνίας. Παρότι χαρακτηρίζεται ως «ανεπίσημη», αυτό δεν την καθιστά λιγότερο σημαντική. Αντιθέτως, αποτελεί έναν από τους βασικούς τύπους επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται από την απουσία τυπικών κανόνων, διαδικασιών και ιεραρχικών δομών. Αναπτύσσεται κυρίως στο πλαίσιο των καθημερινών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και βασίζεται στην αυθόρμητη ανταλλαγή πληροφοριών, συναισθημάτων και απόψεων μεταξύ

των ατόμων (Δικαίος et al., 1999). Η γλώσσα που χρησιμοποιείται είναι συνήθως απλή και ανεπίσημη, ενώ συχνά συνοδεύεται από μη λεκτικά στοιχεία, όπως οι εκφράσεις του προσώπου, οι χειρονομίες και ο τόνος της φωνής, τα οποία ενισχύουν και συμπληρώνουν το λεκτικό μήνυμα (Knapp et al., 2014). Η συγκεκριμένη μορφή επικοινωνίας βασίζεται στις προσωπικές σχέσεις των μελών ενός οργανισμού και μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη συνοχή και τη σύνδεση των μελών του, ανεξάρτητα από τη θέση που κατέχουν στην ιεραρχία. Παρόλο που η ανεπίσημη επικοινωνία δεν ελέγχεται εύκολα και ενδέχεται να οδηγήσει σε παραπληροφόρηση ή να υπονομεύσει την επίσημη επικοινωνία, παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα. Οι πληροφορίες διαδίδονται ταχύτερα, ενισχύεται το κλίμα συνεργασίας, διευκολύνεται η ομαδικότητα των εργαζομένων και συχνά επιτυγχάνεται ταχύτερη επίλυση προβλημάτων, χωρίς τις καθυστερήσεις που προκαλούν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (Δικαίος et al., 1999).

5. ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Παρά τη σημασία της, η επικοινωνία δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική, ακόμη και όταν περιλαμβάνει όλα τα βασικά στοιχεία της επικοινωνιακής διαδικασίας. Επιτυχημένη θεωρείται όταν το μήνυμα που λαμβάνει ο αποδέκτης κατανοείται πλήρως και ανταποκρίνεται στο νόημα που επιδίωξε να μεταδώσει ο πομπός (Δικαίος et al., 1999). Τα συνηθέστερα εμπόδια στην επικοινωνία είναι:

- οι διαπροσωπικές σχέσεις,
- οι παρεμβολές στο μήνυμα,
- τα χαρακτηριστικά του ίδιου του μηνύματος,
- η ασυνέπεια μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας και
- η προσωπική οπτική των συμμετεχόντων (Δικαίος et al., 1999).

Οι **διαπροσωπικές σχέσεις**, δηλαδή η εικόνα που διαμορφώνει κάθε άτομο για τον συνομιλητή του, επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά, τις προσδοκίες και τον τρόπο ερμηνείας των πληροφοριών. Η επικοινωνία δεν αποτελεί μια απλή διαδικασία μεταφοράς πληροφοριών, αλλά μια σύνθετη αλληλεπίδραση που επηρεάζεται από εμπειρίες, στάσεις, αντιλήψεις και στερεότυπα. Παράλληλα, οι αντιλήψεις του πομπού σχετικά με τις γνώσεις, τις ικανότητες ή το μορφωτικό επίπεδο του δέκτη ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο

διαμόρφωσης του μηνύματος. Όταν ο πομπός θεωρεί ότι ο δέκτης δεν μπορεί να κατανοήσει πλήρως το περιεχόμενο, είναι πιθανό να απλοποιήσει υπερβολικά ή να παραλείψει σημαντικές πληροφορίες, μειώνοντας την ακρίβεια και την πληρότητα της επικοινωνίας. Επομένως, η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει αμοιβαία εμπιστοσύνη, σαφήνεια και επίγνωση των υποκειμενικών παραγόντων που επηρεάζουν όλα τα εμπλεκόμενα μέρη (Δικαίος et al., 1999).

Οι **παρεμβολές στο μήνυμα** μπορεί να είναι φυσικές, όπως ο θόρυβος, ή να σχετίζονται με ανθρώπινους παράγοντες, όπως η έλλειψη προσοχής, οι συχνές διακοπές, η παρουσία τρίτων προσώπων, η υπερφόρτωση πληροφοριών και η έλλειψη ιδιωτικότητας. Τα εμπόδια αυτά δυσχεραίνουν την ανταλλαγή πληροφοριών, ιδιαίτερα όταν αφορούν ευαίσθητα προσωπικά ζητήματα, και περιορίζουν την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα που λαμβάνει (Bach & Grant, 2015). Βασική προϋπόθεση της αποτελεσματικής κλινικής επικοινωνίας αποτελεί η ύπαρξη ενός ήσυχου περιβάλλοντος που εξασφαλίζει εμπιστευτικότητα και προστασία της ιδιωτικότητας. Ωστόσο, στην καθημερινή νοσοκομειακή πρακτική συχνά παρατηρείται η διεξαγωγή σημαντικών συζητήσεων σε ακατάλληλους χώρους ή παρουσία τρίτων προσώπων, γεγονός που μπορεί να περιορίσει την ελεύθερη έκφραση του ασθενούς και να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της επικοινωνίας. Επιπλέον, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση σε αρκετές περιπτώσεις, καθώς η κλινική εξέταση ή η συζήτηση προσωπικών ζητημάτων πραγματοποιείται συχνά σε χώρους όπου δεν εξασφαλίζεται πλήρως η απομόνωση του ασθενούς (Παπαγιάννης, 2010).

Εμπόδια μπορεί να προκύψουν και από **το ίδιο το μήνυμα**. Για να είναι αποτελεσματική η επικοινωνία, το περιεχόμενο πρέπει να είναι σαφές, ακριβές και προσαρμοσμένο στο επίπεδο κατανόησης του αποδέκτη. Η χρήση ασαφών εκφράσεων, εξειδικευμένης ορολογίας ή υπερβολικά σύνθετων πληροφοριών αυξάνει τον κίνδυνο παρερμηνειών και δυσχεραίνει την κατανόηση του πραγματικού νοήματος του μηνύματος (Δικαίος et al., 1999).

Η **ασυνέπεια του μηνύματος** αποτελεί ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο και εμφανίζεται όταν υπάρχει αντίφαση μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Όταν οι λέξεις δεν συμβαδίζουν με τη στάση του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο της φωνής ή την οπτική επαφή, ο δέκτης ενδέχεται να αμφισβητήσει την αξιοπιστία του μηνύματος ή να το ερμηνεύσει λανθασμένα. Ως αποτέλεσμα, η επικοινωνία καθίσταται λιγότερο αποτελεσματική και αυξάνεται η πιθανότητα παρεξηγήσεων (Δικαίος et al., 1999).

Τέλος, σημαντικό εμπόδιο αποτελεί η **προσωπική οπτική**, δηλαδή ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει την πραγματικότητα. Η προσωπική αυτή θεώρηση διαμορφώνεται από προηγούμενες εμπειρίες, αξίες, πεποιθήσεις και συναισθηματικές καταστάσεις και λειτουργεί ως φίλτρο κατά την αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων (Littlejohn et al., 2011). Συνεπώς, το ίδιο μήνυμα μπορεί να ερμηνευθεί διαφορετικά από διαφορετικούς ανθρώπους. Όταν οι προσωπικές αντιλήψεις είναι άκαμπτες και δεν επιτρέπουν την αποδοχή εναλλακτικών απόψεων, αυξάνεται η πιθανότητα παρεξηγήσεων και συγκρούσεων, με αποτέλεσμα η επικοινωνία να μετατρέπεται από διαδικασία αμοιβαίας κατανόησης σε πεδίο αντιπαράθεσης (Δικαίος et al., 1999).

6. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η επικοινωνιακή διαδικασία επηρεάζεται από παράγοντες που σχετίζονται με τον ασθενή, τον νοσηλευτή, το ίδιο το μήνυμα και το ευρύτερο αλλά και με το ευρύτερο πλαίσιο λειτουργίας ενός οργανισμού, οι οποίοι μπορούν να δυσχεράνουν την αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών και την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης (Arnold & Boggs, 2020). Οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι:

- οι γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές,
- ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη χρόνου,
- η διαφορά γνώσεων και εξουσίας και
- το φύλο.

Οι **γλωσσικές και πολιτισμικές διαφορές** αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Ασθενείς που δεν κατέχουν επαρκώς τη γλώσσα επικοινωνίας ή προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο ενδέχεται να δυσκολεύονται να κατανοήσουν τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας, να εκφράσουν τα συμπτώματα και τις ανάγκες τους ή να παρερμηνεύσουν πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία τους (Artuso et al., 2013). Παράλληλα, η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας χωρίς κατάλληλη επεξήγηση μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση και να περιορίσει τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων (Street et al., 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία στη γλώσσα που είναι οικεία στον ασθενή συμβάλλει στη μείωση του άγχους και στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας και της θεραπευτικής διαδικασίας (Artuso et al., 2013). Επιπλέον, οι πολιτισμικές αξίες, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την υγεία, την ασθένεια και τη φροντίδα (Lin et al., 2023). Για παράδειγμα,

η έκφραση του πόνου, η αποδοχή συγκεκριμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων ή η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ πολιτισμικών ομάδων (Papadopoulos, 2018· Campinha-Bacote, 2011). Η ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός στη διαφορετικότητα αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την παροχή ποιοτικής και ισότιμης φροντίδας (Papadopoulos et al., 2016).

Ο **αυξημένος φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση και η έλλειψη διαθέσιμου χρόνου** αποτελούν ίσως τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία στον χώρο της υγείας. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού αυξάνει τις επαγγελματικές απαιτήσεις και περιορίζει τον χρόνο που μπορεί να αφιερωθεί σε κάθε ασθενή (Norouzinia et al., 2015). Παράλληλα, η επαγγελματική εξουθένωση, το άγχος και η κόπωση μειώνουν την προσοχή, την υπομονή και τη διάθεση για ουσιαστική επικοινωνία (Maslach et al., 2016). Αρκετοί ασθενείς αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές επικεντρώνονται κυρίως στην εκτέλεση των καθηκόντων τους και λιγότερο στην επικοινωνία, γεγονός που συχνά συνδέεται με τις αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις και όχι με προσωπική επιλογή των επαγγελματιών υγείας (McCabe, 2014). Η πίεση χρόνου οδηγεί συχνά σε σύντομες και τυπικές αλληλεπιδράσεις, οι οποίες δεν επιτρέπουν την πλήρη κατανόηση των αναγκών του ασθενούς (Kourkouta et al., 2014). Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί επαρκή χρόνο και κατάλληλο χώρο, ώστε να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης και να δοθεί στον ασθενή η αίσθηση ότι αποτελεί το επίκεντρο της φροντίδας (Παπαγιάννης, 2010).

Η **διαφορά γνώσεων και εξουσίας** μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς μπορεί να δυσχεράνει την επικοινωνία. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται ανασφάλεια ή δισταγμό απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, γεγονός που τους αποτρέπει από το να εκφράσουν απορίες ή ανησυχίες. Η χρήση εξειδικευμένης ορολογίας ενδέχεται να ενισχύσει αυτό το αίσθημα και να μειώσει την κατανόηση των παρεχόμενων πληροφοριών (Street et al., 2009). Η προσαρμογή της γλώσσας στο επίπεδο του ασθενούς, η ενεργητική ακρόαση και η ενθάρρυνση των ερωτήσεων συμβάλλουν στη μείωση αυτής της ανισορροπίας και στην ενίσχυση της συνεργασίας.

Το **φύλο** αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που επηρεάζει την επικοινωνιακή διαδικασία, καθώς οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί ρόλοι που αποδίδονται σε άνδρες και γυναίκες διαμορφώνουν διαφορετικά πρότυπα επικοινωνίας (Taylor et al., 2002). Οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο εκφραστικό λόγο, να δίνουν έμφαση στη συναισθηματική διάσταση της επικοινωνίας και να αξιοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό μη λεκτικά στοιχεία,

όπως η βλεμματική επαφή και η γλώσσα του σώματος (McCabe & Timmins, 2019). Αντίθετα, οι άνδρες συχνά υιοθετούν έναν πιο λειτουργικό και κατευθυντικό τρόπο επικοινωνίας, εστιάζοντας στη μετάδοση πληροφοριών και στην επίλυση προβλημάτων (Tannen, 1990).

7. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι κρίσιμη για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Επηρεάζει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών και ωφελεί τόσο τους ίδιους όσο και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Sharkiya 2023). Πιο συγκεκριμένα τα χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής και ποιοτικής επικοινωνίας είναι:

- Η ενεργητική ακρόαση
- Η συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις
- Η παροχή χρόνου και ενθάρρυνση στην έκφραση ανησυχιών
- Η κατανοητή και προσαρμοσμένη γλώσσα
- Η ενσυναίσθηση και εμπιστοσύνη
- Ο καθορισμός επόμενων βημάτων φροντίδας

Η **ενεργητική ακρόαση** αποτελεί έναν από τους βασικότερους πυλώνες της αποτελεσματικής επικοινωνίας στον χώρο της υγείας. Δεν αφορά μόνο την παθητική λήψη πληροφοριών από τον επαγγελματία υγείας, αλλά μια ενεργή διαδικασία συμμετοχής και ανταπόκρισης, κατά την οποία ο ασθενής αισθάνεται ότι ακούγεται και γίνεται ουσιαστικά κατανοητός. Η ενεργητική ακρόαση προϋποθέτει υψηλό επίπεδο συγκέντρωσης και συνειδητής προσπάθειας. Κατά τη διαδικασία αυτή, ο ακροατής αξιοποιεί όλες του τις αισθήσεις προκειμένου να κατανοήσει τόσο τα λεκτικά όσο και τα μη λεκτικά μηνύματα του συνομιλητή. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται όχι μόνο στις λέξεις, αλλά και στα συναισθήματα που τις συνοδεύουν (Arnold et al., 2020). Η ενεργητική ακρόαση περιλαμβάνει τεχνικές όπως η παρακολούθηση με οπτική επαφή, η επανάληψη ή αναδιατύπωση των λεγομένων από τον ασθενή και η χρήση λεκτικών και μη λεκτικών ενδείξεων κατανόησης, ενισχύοντας την αίσθηση σεβασμού και αποδοχής μεταξύ των δύο μερών. Αυτό συμβάλλει στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης και στην καλύτερη κατανόηση των αναγκών του ασθενούς, αυξάνοντας την πιθανότητα συμμόρφωσης με το θεραπευτικό πλάνο (DiMatteo &Martin 2011). Βασικά χαρακτηριστικά της ενεργητικής ακρόασης αποτελούν η διατήρηση της οπτικής επαφής, η

πλήρης αφοσίωση στον ασθενή, η αποφυγή διακοπών και η προσπάθεια περιορισμού εξωτερικών θορύβων ή άλλων παραγόντων που αποσπούν την προσοχή. Ο ακροατής περιμένει να ολοκληρωθεί το μήνυμα πριν προχωρήσει σε ερμηνεία ή ανταπόκριση. Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν ο ακροατής ανταποκρίνεται στο περιεχόμενο και στα συναισθήματα του μηνύματος, εκφράζοντας παράλληλα όσα κατανόησε. Οι μη λεκτικές συμπεριφορές που ενισχύουν την ενεργητική ακρόαση περιλαμβάνουν την ελαφριά κλίση του σώματος προς τα εμπρός, την εστίαση στο πρόσωπο του συνομιλητή, τα νεύματα επιβεβαίωσης και τη διατήρηση άνετης στάσης σώματος (Balzer Riley, 2015). Η ενεργητική ακρόαση απαιτεί εξάσκηση, ώστε το άτομο να μπορεί να ακούει προσεκτικά, να διατηρεί την προσοχή του χωρίς παρεμβολές και να μην προετοιμάζει την απάντησή του πριν ολοκληρωθεί ο λόγος του συνομιλητή. Όταν ο επαγγελματίας υγείας λειτουργεί ως ενεργητικός ακροατής, δείχνει γνήσιο ενδιαφέρον για τον ασθενή και συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (DiMatteo &Martin 2011). Η δεξιότητα της ακρόασης αποτελεί βασικό στοιχείο για την αποτελεσματική επικοινωνία και αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας. Απαιτεί προσεκτική προσήλωση και ενεργή συμμετοχή όλων των αισθήσεων, προκειμένου να γίνεται σωστή κατανόηση τόσο των λεκτικών μηνυμάτων όσο και εκείνων που εκφράζονται μέσα από τη στάση και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο (Kourkouta et al 2014).

Η **συμμετοχή του ασθενούς** στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία και αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό της ποιοτικής φροντίδας υγείας. Μέσω της σαφούς, ειλικρινούς και αμφίδρομης επικοινωνίας, ενισχύεται η κατανόηση του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και προάγεται η ενεργός εμπλοκή του στη θεραπευτική διαδικασία (Stewart et al 2014). Η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αποτελεί κεντρικό στοιχείο της σύγχρονης ιατρικής επικοινωνίας και συνδέεται άμεσα με την έννοια της αυτονομίας και ενδυνάμωσης του ασθενούς (Martin& DiMatteo 2013). Η ενεργός συμμετοχή σημαίνει ότι ο ασθενής δεν ενημερώνεται απλά για τις επιλογές του, αλλά συμμετέχει στην απόφαση σχετικά με τη φροντίδα του, λαμβάνοντας υπόψη τα προσωπικά του δεδομένα, τις αξίες και τις προτιμήσεις του. Αυτή η προσέγγιση ενισχύει την εμπιστοσύνη και μειώνει την πιθανότητα παρερμηνειών ή αμφιβολιών σχετικά με τη θεραπεία (Emanuel et al 1992).

Η **επαρκής διάθεση χρόνου** επιτρέπει στον ασθενή να **εκφράσει ελεύθερα τις ανησυχίες**, τα ερωτήματα και τις δυσκολίες του, χωρίς την αίσθηση βιασύνης ή διακοπής, γεγονός που ενισχύει την κατανόηση και την εμπιστοσύνη στη θεραπευτική σχέση. Ωστόσο, στην καθημερινή κλινική πράξη, οι επαγγελματίες υγείας έρχονται συχνά αντιμέτωποι με χρονικούς περιορισμούς, ενώ οι απαιτήσεις και οι ανάγκες των ασθενών ξεπερνούν τη διάρκεια που προβλέπεται για την επίσκεψη (DiMatteo &Martin 2011). Η επαρκής χρονική διάρκεια της επικοινωνίας συνδέεται με αυξημένη ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας, καθώς και με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Αντίθετα, οι σύντομες επισκέψεις, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με ανεπαρκείς επικοινωνιακές δεξιότητες, μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών και σε αρνητική αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας. Δεν είναι τυχαίο ότι πολλοί ασθενείς αναφέρουν την έλλειψη επαρκούς χρόνου και ουσιαστικής επικοινωνίας ως λόγο αναζήτησης άλλου επαγγελματία υγείας. Ο χρόνος αποτελεί μηχανισμό υποστήριξης που ενδυναμώνει τη σχέση εμπιστοσύνης και επιτρέπει στον ασθενή να μοιραστεί πληροφορίες που διαφορετικά ίσως να κρατούσε για τον εαυτό του. Η ενθάρρυνση των ανοικτών ερωτήσεων από τον επαγγελματία βοηθά στη συλλογή πλούσιων και ουσιαστικών δεδομένων του ιστορικού και των συμπτωμάτων, ενώ παράλληλα φροντίζει ώστε ο ασθενής να νιώθει ενεργός συνομιλητής στη διαδικασία φροντίδας (DiMatteo &Martin 2011).

Συνήθως οι επαγγελματίες στον ιατρικό χώρο μαθαίνουν μια πολύπλοκη **γλώσσα** με την οποία επικοινωνούν μεταξύ τους. Η ιατρική ορολογία, αν και απαραίτητη για την επιστημονική ακρίβεια είναι στομφώδης, τυπική και επιβλητική και συχνά λειτουργεί ως εμπόδιο όταν δεν συνοδεύεται από επεξηγήσεις σε απλή γλώσσα προκαλώντας άγχος, σύγχυση και απορίες στους ασθενείς. Η αποφυγή εξειδικευμένου ιατρικού λεξιλογίου και η χρήση απλών όρων είναι καθοριστική για τη σωστή κατανόηση των πληροφοριών, των οδηγιών και των επιλογών θεραπείας. Επομένως η γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία και ασθενούς πρέπει να είναι απλή, κατανοητή και προσαρμοσμένη στο επίπεδο κατανόησης του ασθενούς. Η χρήση απλής γλώσσας έχει τεκμηριωμένα οφέλη, καθώς μειώνει τις πιθανότητες παρερμηνειών και καθιστά τον ασθενή ικανό να λάβει με ασφάλεια τεκμηριωμένες αποφάσεις για την υγεία του (DiMatteo &Martin 2011). Οι ασθενείς με περιορισμένο επίπεδο υγειονομικής παιδείας δυσκολεύονται να κατανοήσουν οδηγίες και πληροφορίες, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη συμμόρφωση στη θεραπεία και τα κλινικά αποτελέσματα (Nutbeam, 2008). Για τον λόγο αυτό, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να προσαρμόζει τη γλώσσα του, αποφεύγοντας σύνθετους όρους και ελέγχοντας συστηματικά την κατανόηση του ασθενούς. Η χρήση κατανοητής και

προσαρμοσμένης στον ασθενή γλώσσας, απαλλαγμένης από εξειδικευμένη ιατρική ορολογία και επικριτικό ύφος, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης. Παράλληλα, η αξιοποίηση της μη λεκτικής επικοινωνίας από τον ιατρό, όπως η διατήρηση οπτικής επαφής, η ανοιχτή στάση σώματος και η ενεργητική ακρόαση, διευκολύνει τον ασθενή να εκφράσει τις σκέψεις, τις απορίες και τους προβληματισμούς του. Οι πρακτικές αυτές λειτουργούν ως σαφείς ενδείξεις ενδιαφέροντος και διάθεσης συνεργασίας εκ μέρους του επαγγελματία υγείας, ενισχύοντας μια πιο ισότιμη και συμμετοχική θεραπευτική αλληλεπίδραση. Επιπλέον, η επικοινωνία που βασίζεται στην κατανόηση και τη μη λεκτική υποστήριξη συμβάλλει στην ενίσχυση του αισθήματος αυτοαποτελεσματικότητας του ασθενούς και αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Μπαρλαμά et al 2023).

Η **ενσυναίσθηση** αποτελεί καίρια επικοινωνιακή ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, καθώς διευκολύνει την ουσιαστική κατανόηση της βιωματικής εμπειρίας του ασθενούς (Ανδριοπούλου et al 2020). Η ενσυναίσθηση και η ικανότητα του επαγγελματία να αντιλαμβάνεται και να ανταποκρίνεται στα συναισθήματα του ασθενούς αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα της επικοινωνίας (Τσούνης et al 2014). Η έννοια της ενσυναίσθησης αφορά τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς, με την έννοια της κατανόησης των συναισθημάτων του άλλου και όχι με την έννοια της λύπης ή του οίκτου (Σαραντοπούλου, 2017). Συνδέεται άμεσα με την καλλιέργεια εμπιστοσύνης και διαμορφώνει ένα περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής νιώθει άνετα να εκφράσει φόβους, ανησυχίες ή αμφιβολίες. Στο πλαίσιο αυτό, η επαγγελματική στάση και η αντικειμενικότητα ενισχύουν τη διαμόρφωση μιας σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης (Τσούνης et al 2014).

Η αποτελεσματική επικοινωνία πρέπει να περιλαμβάνει **σαφή καθορισμό και συζήτηση των επόμενων βημάτων στη φροντίδα** του ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας παρουσιάζει με σαφήνεια τα στάδια της διαδικασίας, τις ενέργειες που πρόκειται να πραγματοποιηθούν, τις προσδοκίες από την πλευρά του ασθενούς, καθώς και τον χρόνο επανεξέτασης. Παράλληλα, η σύγχρονη πολιτική υγείας σε διεθνές επίπεδο ενισχύει ολοένα και περισσότερο την ενεργή συμμετοχή των ασθενών, αντιμετωπίζοντάς τους ως ισότιμους συνεργάτες σε κάθε φάση της προσωπικής τους φροντίδας. Η σαφήνεια αυτή ενισχύει την αίσθηση ελέγχου από τον ασθενή και περιορίζει την αβεβαιότητα σε θέματα που αφορούν την υγεία του (Newell et al 2015).

8. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η επικοινωνία μεταξύ ανθρώπων μπορεί να εκδηλωθεί με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με το πλαίσιο και τις συνθήκες στις οποίες λαμβάνει χώρα. Η ποιότητα και η αποτελεσματικότητά της μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά, όταν τα άτομα διαθέτουν κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες και εφαρμόζουν τις αντίστοιχες τεχνικές. Οι βασικότερες τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι:

- Ο διάλογος
- Η ακρόαση
- Η συνέντευξη
- Η σιωπή
- Η αφή
- Η υποβολή ανοιχτών ερωτήσεων
- Η υποβολή κλειστών ερωτήσεων
- Χιούμορ

Η ενθάρρυνση του ασθενούς από τον επαγγελματία υγείας να εκφράζει απορίες και να συμμετέχει ενεργά στη συζήτηση αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για την ανάπτυξη ουσιαστικού **διαλόγου**. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς συμβάλλει στη βελτίωση της κατανόησης, στην αύξηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα και στη βελτίωση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία (Street et al., 2009). Παράλληλα, η αμφίδρομη επικοινωνία απαιτεί συνεχή ανατροφοδότηση και επιβεβαίωση της κατανόησης, ώστε να διασφαλίζεται ότι τα μηνύματα έχουν ερμηνευθεί σωστά από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Τεχνικές όπως η επαναδιατύπωση των πληροφοριών από τον ασθενή με δικά του λόγια έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές προς αυτή την κατεύθυνση (Schillinger et al., 2003). Επιπλέον, η συνεργατική επικοινωνία ενισχύει τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς και υποστηρίζει το μοντέλο της εξατομικευμένης φροντίδας, στο οποίο οι ανάγκες, οι αξίες και οι προτιμήσεις του ασθενούς βρίσκονται στο επίκεντρο της λήψης αποφάσεων (Oates et al., 2000).

Η **ακρόαση** αποτελεί βασική δεξιότητα της θεραπευτικής επικοινωνίας και απαιτεί συγκέντρωση, προσοχή και ενεργή παρατήρηση τόσο των λεκτικών όσο και των μη λεκτικών μηνυμάτων. Μέσω της ενεργητικής ακρόασης, ο νοσηλευτής εκδηλώνει σεβασμό, ενδιαφέρον και κατανόηση, ενθαρρύνοντας τον ασθενή να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Η διαδικασία αυτή επηρεάζει θετικά τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και συμβάλλει στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης (Casey & Wallis, 2011). Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να υιοθετεί την οπτική του ασθενούς, κατανοώντας τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την κατάσταση (Riley, 2017). Η σαφής και κατανοητή επικοινωνία, η υπομονή, η ενεργή παρουσία και η διατήρηση οπτικής επαφής αποτελούν βασικά στοιχεία που ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της ακρόασης.

Η **συνέντευξη** αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία επικοινωνίας στον χώρο της υγείας, καθώς επιτρέπει τη συστηματική διερεύνηση των αναγκών, των εμπειριών και των προσδοκιών του ασθενούς (McCabe & Timmins, 2013). Παράλληλα, διευκολύνει την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Silverman et al., 2016). Η συνέντευξη μπορεί να είναι δομημένη, ημιδομημένη ή μη δομημένη, ανάλογα με τον βαθμό ευελιξίας και τον σκοπό της διαδικασίας. Η δομημένη συνέντευξη βασίζεται σε προκαθορισμένες ερωτήσεις, ενώ η ημιδομημένη επιτρέπει προσαρμογή στις απαντήσεις του ασθενούς. Η μη δομημένη συνέντευξη δίνει έμφαση στην ελεύθερη έκφραση εμπειριών και συναισθημάτων (Silverman et al., 2016). Η διαδικασία της συνέντευξης περιλαμβάνει τρία στάδια: έναρξη, κύριο μέρος και ολοκλήρωση. Στην έναρξη δημιουργείται σχέση εμπιστοσύνης, στο κύριο μέρος συλλέγονται πληροφορίες μέσω τεχνικών όπως οι ανοικτές ερωτήσεις και η ενεργητική ακρόαση, ενώ στην ολοκλήρωση γίνεται σύνοψη και επιβεβαίωση της κατανόησης (Arnold & Boggs, 2020). Η χρήση τεχνικών όπως η ανατροφοδότηση, η επαναδιατύπωση και η παρατήρηση της μη λεκτικής επικοινωνίας συμβάλλει στην πληρέστερη συλλογή πληροφοριών και στη μείωση παρερμηνειών (Rogers & Farson, 1987). Η αποτελεσματική συνέντευξη οδηγεί σε καλύτερη εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς και σε υψηλότερη ποιότητα φροντίδας (McCabe & Timmins, 2013).

Η **σιωπή** αποτελεί ισχυρό μέσο επικοινωνίας, καθώς μπορεί να μεταφέρει συναισθήματα και νοήματα χωρίς τη χρήση λόγου. Συχνά εκφράζει άγχος, φόβο, αμηχανία ή ανάγκη για σκέψη και επεξεργασία των πληροφοριών (Hall, 2013). Αντίστοιχα, η **αφή** αποτελεί σημαντική μη

λεκτική μορφή επικοινωνίας, μέσω της οποίας μεταδίδονται συναισθήματα ασφάλειας, υποστήριξης και εμπιστοσύνης (Field, 2010). Μεταφέρει θετικά μηνύματα, όπως αίσθημα ασφάλειας, ζεστασιάς και αυτοπεποίθησης. Παρόλα αυτά δεν έχει πάντοτε θετικό χαρακτήρα καθώς μπορεί επίσης να εκφράσει αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό, απόρριψη και επιθετικότητα (Hertenstein et al. 2006). Ωστόσο, η ερμηνεία της αφής επηρεάζεται έντονα από πολιτισμικούς παράγοντες, καθώς κάθε κοινωνία έχει διαφορετικούς κανόνες και αντιλήψεις σχετικά με τη σωματική επαφή. Σε ορισμένους πολιτισμούς η αφή θεωρείται φυσιολογικός και αποδεκτός τρόπος επικοινωνίας, ενώ σε άλλους αντιμετωπίζεται με μεγαλύτερη επιφυλακτικότητα και περιορισμούς. Έτσι, τα όρια και οι προσδοκίες γύρω από τη σωματική επαφή διαμορφώνονται από τις πολιτισμικές αξίες και τα κοινωνικά πρότυπα (Manusov, 2016). Για τον λόγο αυτό, η χρήση της απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και επαγγελματική ευαισθησία (Floyd, 2006).

Οι **ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου** είναι τεχνικές που ενισχύουν την επικοινωνιακή δεξιότητα του επαγγελματία υγείας. Οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα και να περιγράψει τις εμπειρίες και τα συναισθήματά του, ενώ οι κλειστού τύπου ερωτήσεις οδηγούν σε σύντομες και συγκεκριμένες απαντήσεις. Η σωστή χρήση τους συμβάλλει στη βελτίωση της συλλογής πληροφοριών και της οργάνωσης της συνέντευξης. Οι ανοικτές ερωτήσεις προτιμώνται κυρίως στην αρχή της επικοινωνίας, ενώ οι κλειστές στο τελικό στάδιο για επιβεβαίωση στοιχείων (DiMatteo & Martin, 2011).

Τέλος, το χιούμορ, όταν χρησιμοποιείται κατάλληλα, αποτελεί σημαντικό εργαλείο επικοινωνίας, καθώς μειώνει το άγχος και ενισχύει τη συναισθηματική αποφόρτιση (DiMatteo & Martin, 2011). Όταν οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το χιούμορ στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς είναι πιο προσιτοί και δημιουργεί θετικότερο κλίμα ενισχύοντας την διαπροσωπική τους σχέση. Επιπλέον μπορεί να ενισχύσει το αίσθημα ασφάλειας και ανθρωπιάς του ασθενούς, όταν χρησιμοποιείται με ευαισθησία και σεβασμό (McCabe 2014). Ωστόσο, η χρήση του απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, καθώς η ακατάλληλη εφαρμογή μπορεί να οδηγήσει σε παρεξηγήσεις ή αρνητικά συναισθήματα (Martin et al., 2003).

9. ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν θεμελιώδη παράγοντα για τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς συμβάλλουν στη βελτίωση της συλλογής πληροφοριών,

της διάγνωσης, της θεραπείας, της εκπαίδευσης του ασθενούς, καθώς και της ομαλής λειτουργίας της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Η συστηματική εφαρμογή οργανωμένων και στοχευμένων επικοινωνιακών δεξιοτήτων ενισχύει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, καθώς συμβάλλει στη σαφή και ορθή μετάδοση των μηνυμάτων, περιορίζοντας πιθανά εμπόδια που μπορεί να αλλοιώσουν το περιεχόμενό τους. Οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διαθέτουν υψηλού επιπέδου επικοινωνιακές δεξιότητες, όχι μόνο για τη μετάδοση πληροφοριών με σαφήνεια, αλλά και για την παροχή ενσυναίσθησης, σεβασμού και υποστήριξης προς τους ασθενείς (Haq et al 2004). Οι σημαντικότερες δεξιότητες περιλαμβάνουν: την ενεργητική ακρόαση, την ενσυναίσθηση, τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και την ξεκάθαρη και κατανοητή ομιλία.

Η **ενεργητική ακρόαση** θεωρείται θεμελιώδης δεξιότητα επικοινωνίας και περιλαμβάνει την πλήρη συγκέντρωση στον ομιλητή, την αποφυγή διακοπών και την παροχή ανατροφοδότησης για την επιβεβαίωση της ορθής κατανόησης. Στο χώρο της υγείας συμβάλλει ουσιαστικά στην καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων και των ανησυχιών του ασθενούς (Rogers et al 1987). Η σημασία της ενεργητικής ακρόασης συχνά υποτιμάται, παρότι αποτελεί βασικό στοιχείο της ποιοτικής επικοινωνίας. Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι ακούν επαρκώς τους ασθενείς, ωστόσο στην πράξη αυτό δεν ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Αυτό συχνά οδηγεί σε δυσαρέσκεια των ασθενών, οι οποίοι αισθάνονται ότι δεν εισακούγονται (Lang et al 2000). Σύμφωνα με τους Lang et al. (2000), η ενεργητική ακρόαση επιτρέπει την ουσιαστική διερεύνηση των σκέψεων και των ανησυχιών των ασθενών, ενώ η απουσία της μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη εκτίμηση των πραγματικών προβλημάτων. Όπως επισημαίνει ο Meryn (1998), ένα από τα συχνότερα παράπονα των ασθενών είναι ότι οι ιατροί δεν τους ακούν πραγματικά. Οι ασθενείς επιθυμούν πλήρη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, τις θεραπευτικές επιλογές, τις πιθανές παρενέργειες, καθώς και υποστήριξη στη διαχείριση του πόνου και του άγχους. Για την ανάπτυξη της ενεργητικής ακρόασης απαιτείται κατανόηση της διαπροσωπικής επικοινωνίας και συνειδητή απομάκρυνση του επαγγελματία από προσωπικές σκέψεις, ώστε να εστιάζει αποκλειστικά στο μήνυμα του ασθενούς (Meryn 1998).

Η αποτελεσματική επικοινωνία δεν περιορίζεται στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει και τη συναισθηματική υποστήριξη, καθώς και τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (Babaii et al 2021). Η **ενσυναίσθηση** αποτελεί βασική τεχνική επικοινωνίας που επιτρέπει την κατανόηση και συμμετοχή στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες του ασθενούς (Babaii et al 2021). Αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η ενσυναίσθηση

διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς και στη συνολική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Kelley et al 2013, Pehrson et al 2016). Η έλλειψή της επηρεάζει τόσο την ποσότητα και ποιότητα των πληροφοριών που ανταλλάσσονται όσο και την ικανοποίηση των ασθενών. Η ενσυναίσθηση αποτελεί φυσική ανθρώπινη ικανότητα, ωστόσο στην κλινική πράξη συχνά περιορίζεται από τυποποιημένα μοντέλα συνέντευξης που δεν προσαρμόζονται επαρκώς στις ανάγκες κάθε ασθενούς (Spiro H. 2009). Σύμφωνα με τον Halpern (2003), η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης, τη βελτίωση της διάγνωσης και την αύξηση της συμμόρφωσης του ασθενούς στη θεραπεία. Οι ασθενείς που αισθάνονται ότι γίνονται κατανοητοί εμφανίζουν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και καλύτερη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας (Neumann et al 2011). Μια τέτοιους είδους επικοινωνία μπορεί να βοηθήσει στην αποτελεσματική διαχείριση της νόσου συμβάλλοντας στην ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα αποδεικνύοντας πως όταν ο επαγγελματίας υγείας επικοινωνεί με ενσυναίσθηση μπορεί να επιτύχει βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς (Dean & McAllister 2016). Στην κλινική πράξη η ενσυναίσθηση είναι ένα αυθόρμητο αίσθημα που δημιουργείται από τις αλληλοεπιδράσεις με τους ασθενείς και δεν ταυτίζεται με την συμπάθεια, ούτε με την έννοια της λύπης ή του οίκτου (Τσούνης et al 2014). Κατά τον Mercer et al (2008), η ενσυναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί τις πεποιθήσεις, τα βιώματα και την κατάσταση του ασθενούς και να ανταποκρίνεται θεραπευτικά σε αυτά. Η χρήση τεχνικών ενσυναίσθησης συμβάλλει στη δημιουργία ισορροπίας μεταξύ συναισθηματικής σύνδεσης και επαγγελματικής αποστασιοποίησης (Kerasidou et al 2016).

Η εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας είναι καθοριστικής σημασίας. Η ενσωμάτωση μαθημάτων επικοινωνίας και ενσυναίσθησης στα προγράμματα σπουδών, καθώς και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση μέσω σεμιναρίων, μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα της φροντίδας. Η μελέτη των Thomas et al (2006) έδειξε ότι η ανεπαρκής επικοινωνία οδηγεί σε δυσπιστία και αρνητικά συναισθήματα των ασθενών προς το σύστημα υγείας, ενώ η εκπαίδευση των επαγγελματιών βελτιώνει ουσιαστικά την εμπιστοσύνη. Αντίστοιχα, οι Cserző et al (2024) κατέδειξαν ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης ενισχύουν όχι μόνο την ποιότητα φροντίδας αλλά και τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας.

Η ενσυναίσθηση που επιδεικνύει ο ιατρός και οι επαγγελματίες υγείας απέναντι στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση

της παρεχόμενης φροντίδας και της θεραπευτικής διαδικασίας (Σαραντοπούλου 2017). Πιο συγκεκριμένα:

- ο γιατρός είναι σε θέση να οδηγηθεί σε ακριβέστερη διάγνωση όταν διαθέτει επίγνωση και ουσιαστική κατανόηση τόσο της συναισθηματικής όσο και της βιολογικής κατάστασης του ασθενούς του.
- ενισχύει συνολικά την αποτελεσματικότητα της ιατρικής αγωγής, δημιουργώντας ένα κλίμα εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς.
- έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που αισθάνονται κατανοητοί από τους επαγγελματίες υγείας είναι πιο πρόθυμοι να συμμορφώνονται με τις θεραπευτικές οδηγίες και τις ιατρικές συστάσεις.
- η ικανοποίηση των ασθενών από τη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν μειώνει την πιθανότητα προσφυγής σε νομικές ενέργειες κατά των ιατρών σε περιπτώσεις όπου το θεραπευτικό αποτέλεσμα δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους (DiMatteo &Martin 2011).

Η **λεκτική επικοινωνία** και η **μη λεκτική επικοινωνία** όπως έχουμε ήδη αναφέρει είναι δύο μορφές επικοινωνίας που συμπληρώνουν η μια την άλλη, δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο επικοινωνιακό μήνυμα (Δικαίος et al 1999). Η λεκτική επικοινωνία επιτρέπει τη σαφή μετάδοση πληροφοριών και την εξήγηση σύνθετων εννοιών, ενώ η μη λεκτική επικοινωνία (εκφράσεις προσώπου, τόνος φωνής, στάση σώματος) μεταφέρει συναισθήματα και στάσεις που συχνά είναι πιο ισχυρά από τον προφορικό λόγο (Hall et al 1988). Ο συνδυασμός τους ενισχύει την κατανόηση και τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Ali 2024).

Η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας περιλαμβάνοντας **ξεκάθαρη ομιλία και η σωστή έκφραση** αποτελούν κρίσιμες δεξιότητες στον χώρο της υγείας Η επικοινωνία δεν αφορά μόνο τη μετάδοση πληροφοριών, αλλά και τη διασφάλιση ότι ο ασθενής κατανοεί πλήρως τις οδηγίες (Silverman et al 2016). Σε συνθήκες νοσοκομείου, όπου οι ασθενείς βιώνουν άγχος και φόβο, η σαφής και απλή γλώσσα είναι ιδιαίτερα σημαντική. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να προσαρμόζεται στο μορφωτικό και πνευματικό επίπεδο των ασθενών, καθώς και στις ατομικές τους ιδιαιτερότητες, προκειμένου να διευκολύνεται η κατανόηση των πληροφοριών και να διαμορφώνεται ένα θετικό επικοινωνιακό κλίμα, το οποίο ενισχύει την αποτελεσματική επικοινωνία (Λιόνης et al 2016). Η ξεκάθαρη ομιλία περιλαμβάνει:

- **Σαφή άρθρωση των λέξεων και σωστός ρυθμός ομιλίας:** Ο ομιλητής πρέπει να μιλάει με κατάλληλη ταχύτητα και ευκρίνεια, ώστε να μην χάνεται καμία πληροφορία (McCabe & Timmins, 2013).

- **Αποφυγή περίπλοκων ιατρικών όρων:** Η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας μειώνει την πιθανότητα παρερμηνειών και άγχους στον ασθενή (Arnold & Boggs, 2020).

- **Σωστή δομή προτάσεων:** Οι σύντομες, καλά δομημένες προτάσεις διευκολύνουν την παρακολούθηση της πληροφορίας, ιδιαίτερα από ασθενείς που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση (Hall et al 1988).

Η σωστή έκφραση, πέρα από τη γλωσσική ακρίβεια, περιλαμβάνει και τον τρόπο που μεταδίδεται το μήνυμα. Ο τόνος της φωνής, η ένταση, η επαφή με τα μάτια και η στάση του σώματος επηρεάζουν την αντίληψη του ασθενούς και τη διάθεσή του να συνεργαστεί (Hall et al 1988).

10. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ

Η επικοινωνιακή επάρκεια των επαγγελματιών υγείας δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια αυτονόητη ή δευτερεύουσα δεξιότητα, αλλά ως ένα ουσιώδες και αυτόνομο πεδίο γνώσης και εκπαίδευσης. Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης εμπιστοσύνης και τη βελτίωση της εμπειρίας του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της θεραπευτικής διαδικασίας. Η ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ενσωμάτωσης σχετικών μαθημάτων στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών και Νοσηλευτικών Σχολών, καθώς και μέσω οργανωμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και οι κλινικές. Παράλληλα, η συμμετοχή σε εξειδικευμένα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και σεμινάρια επαγγελματικής ανάπτυξης μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας (Παναγοπούλου 2004). Οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να καλλιεργηθούν και να αναπτυχθούν μέσα από τη συστηματική εκπαίδευση και την επαγγελματική εμπειρία. Δεδομένου ότι η επικοινωνία αποτελεί μια αμφίδρομη διαδικασία, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη και ο ρόλος του ασθενούς ως ενεργού συμμετέχοντα στη θεραπευτική

σχέση. Επιπλέον, η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να ενισχυθεί μέσω της αξιοποίησης θεωριών επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης που προέρχονται από άλλους επιστημονικούς κλάδους, όπως η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και οι επιστήμες της συμπεριφοράς (Fleischer et al., 2009).

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα επικοινωνίας θα πρέπει να στοχεύουν στην ανάπτυξη βασικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, όπως:

- η ενεργητική ακρόαση, η οποία αφορά την ουσιαστική κατανόηση των λεγομένων του συνομιλητή,
- η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα κατανόησης και ανταπόκρισης στα συναισθήματα και στις ανάγκες του άλλου,
- η αντανάκλαση, μέσω της οποίας επιβεβαιώνεται η ορθή κατανόηση των πληροφοριών που μεταδίδονται,
- η ανατροφοδότηση, η οποία περιλαμβάνει την παροχή πληροφοριών και οδηγιών με σαφή, κατανοητό και αποδεκτό τρόπο.

Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση σε ειδικότερες επικοινωνιακές δεξιότητες που σχετίζονται άμεσα με το κλινικό έργο, όπως:

- η αποτελεσματική λήψη νοσηλευτικού και ιατρικού ιστορικού,
- η ορθή συλλογή πληροφοριών κατά τη φυσική εξέταση,
- η διαχείριση δύσκολων συνομιλιών και η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων,
- η ενίσχυση της συνεργασίας με τον ασθενή και το οικογενειακό του περιβάλλον,
- η διαχείριση συγκρούσεων και συναισθηματικά φορτισμένων καταστάσεων.

Μέσα από τέτοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αναδεικνύονται οι δυσκολίες και τα εμπόδια που επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, ενώ παράλληλα προτείνονται τεκμηριωμένες καλές πρακτικές, χρήσιμα εργαλεία και αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισής τους. Η εφαρμογή βασικών αρχών επικοινωνίας, όπως η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, η αποφυγή υπερφόρτωσης του ασθενούς με πληροφορίες, η ενθάρρυνση της διατύπωσης ερωτήσεων και η συστηματική αξιοποίηση της

ανατροφοδότησης, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και στην ενίσχυση της θεραπευτικής σχέσης (Παναγοπούλου 2004).

Συμπερασματικά, η ανάπτυξη και η συνεχής ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας αποτελεί επένδυση υψηλής αξίας για τα συστήματα υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας, στη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία και τελικά στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, η εκπαίδευση στην επικοινωνία θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο της βασικής όσο και της συνεχιζόμενης επαγγελματικής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η αποτελεσματική επικοινωνία των γιατρών και των ασθενών αποτελεί απαραίτητη ιατρική δραστηριότητα και είναι μια κεντρική κλινική λειτουργία που δεν μπορεί να ανατεθεί (Simpson et al 1991). Έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα της υγείας του ασθενούς και έχει θετική επίδραση καθώς βοηθά όχι μόνο στην καταγραφή του ιστορικού και στην μετάδοση πληροφοριών αλλά και στο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Stewart 1991, Oates et al 2000). Η επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς σαν μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Πρόκειται για μια ανισότιμη σχέση συνεργασίας και αλληλεπίδρασης που συνάπτεται αναγκαστικά και είναι σημαντικό για την διατήρηση της υγείας και επιβίωσης (Neumann et al 2011). Το είδος της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενή διαμορφώνεται με διαφορετικούς τρόπους και εξαρτάται από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται η ιατρική συνάντηση αλλά και από τις πεποιθήσεις των δύο μελών (Szasz & Hollender, 1956). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επαφή αυτή έχει μακροχρόνιο χαρακτήρα και βασίζεται σε μια σχέση εμπιστοσύνης που έχει αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου, ενώ σε άλλες περιπτώσεις πρόκειται για μια σύντομη και απρόσωπη αλληλεπίδραση, κατά την οποία ο γιατρός παρέχει μια συγκεκριμένη ιατρική υπηρεσία και ο ασθενής ανταποκρίνεται οικονομικά. Όταν υπάρχει μακροχρόνια γνωριμία, ο γιατρός διαθέτει ήδη σημαντικές πληροφορίες για τον τρόπο ζωής, τις εμπειρίες και τα

προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, γεγονός που διευκολύνει την κατανόηση και την ορθή αξιολόγηση του προβλήματος υγείας. Αντίθετα, στις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει προηγούμενη σχέση, η έλλειψη αυτών των δεδομένων μπορεί να δυσκολέψει τη διαγνωστική διαδικασία και να αυξήσει τον κίνδυνο ελλιπούς ή ανακριβούς διάγνωσης (DiMatteo& Martin, 2011).

Σύμφωνα με τους Roter et al. (1997), διακρίνονται πέντε βασικοί τύποι επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς:

- Ο στενά αμιγώς βιοϊατρικός τύπος. Επικεντρώνεται στη συλλογή βιοϊατρικών πληροφοριών μέσω κυρίως κλειστών ερωτήσεων.
- Ο διευρυμένος βιοϊατρικός τύπος. Διατηρεί τον βιοϊατρικό προσανατολισμό, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη σε μικρό βαθμό ορισμένες ψυχοκοινωνικές παραμέτρους.
- Ο βιοψυχοκοινωνικός τύπος. Εξισορροπεί τη συζήτηση μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών θεμάτων.
- Ο ψυχοκοινωνικός τύπος. Δίνει έμφαση στις κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις της υγείας.
- Ο καταναλωτικός τύπος. Ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ ο ιατρός αναλαμβάνει τον ρόλο του συμβούλου και του φορέα ενημέρωσης και καθοδήγησης.

Το βιοϊατρικό μοντέλο επικοινωνίας κυριάρχησε για πολλές δεκαετίες στην κλινική πρακτική (Βοβολή et al., 2025). Βασίζεται στην αντίληψη ότι η υγεία και η ασθένεια μπορούν να εξηγηθούν κυρίως μέσω βιολογικών μηχανισμών (Engel, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, η επικοινωνία επικεντρώνεται στη συλλογή κλινικών δεδομένων και στην παροχή θεραπευτικών οδηγιών, ενώ οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες λαμβάνονται περιορισμένα υπόψη. Η σχέση ιατρού-ασθενούς χαρακτηρίζεται από ιεραρχική δομή, με τον ιατρό να κατέχει τον ρόλο του ειδικού και τον ασθενή να συμμετέχει παθητικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Cegala et al., 2003). Παρά τα πλεονεκτήματά του στη διάγνωση και αντιμετώπιση οργανικών νοσημάτων, το μοντέλο έχει δεχθεί κριτική για τον περιορισμένο βαθμό συμμετοχής του ασθενούς και την ανεπαρκή αναγνώριση των ψυχοκοινωνικών διαστάσεων της ασθένειας (Dean & McAllister, 2016, Σαραντοπούλου,

2017). Συχνά εστιάζεται στο σωματικό πρόβλημα το οποίο αναγκάζει τον ασθενή να προσέλθει στο νοσοκομείο θέτοντας εκτός συζήτησης όλες τις άλλες διαστάσεις του προβλήματος (Μπελλάλη 2018). Έτσι με την πάροδο του χρόνου τέθηκε υπό αμφισβήτηση λόγω των προβλημάτων από την έλλειψη ή την ανεπαρκούς επικοινωνία στην κλινική πράξη ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών (Thorne et al 2004).

Ως απάντηση στους περιορισμούς του βιοϊατρικού μοντέλου αναπτύχθηκε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο από τον Engel (1977). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι η υγεία και η ασθένεια αποτελούν αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Κατά συνέπεια, ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως μια ολότητα και όχι αποκλειστικά ως φορέας μιας νόσου. Η επικοινωνία βασίζεται στη συνεργασία, στην ενεργό συμμετοχή του ασθενούς και στην κατανόηση των προσωπικών, κοινωνικών και συναισθηματικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του. Το μοντέλο αυτό θεωρείται σήμερα η κυρίαρχη ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών υγείας (White, 2005).

2.1.1 ΦΡΑΓΜΟΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και ιατρών, καθώς πλήθος ερευνητικών δεδομένων δείχνουν ότι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ποιότητα της φροντίδας και τα θεραπευτικά αποτελέσματα (Martin & DiMatteo, 2013). Η στάση, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά του ασθενούς επηρεάζονται σημαντικά από τον τρόπο με τον οποίο ο ιατρός επικοινωνεί μαζί του. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης είναι δυνατόν να εμφανιστούν διάφοροι φραγμοί που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική επικοινωνία και επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση της φροντίδας (Jahan et al., 2019).

Ο περιορισμένος χρόνος αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους φραγμούς στην επικοινωνία. Οι αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις και ο μεγάλος αριθμός ασθενών συχνά δεν επιτρέπουν στους ιατρούς να αφιερώσουν επαρκή χρόνο σε κάθε περιστατικό. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς ενδέχεται να αισθάνονται ότι οι ανάγκες και οι ανησυχίες τους δεν αναγνωρίζονται πλήρως (DiMatteo & Martin, 2011). Αντίθετα, όταν ο ασθενής νιώθει ότι ο ιατρός αφιερώνει χρόνο και ενδιαφέρον, εμφανίζει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και συμμόρφωση στη θεραπεία (Zolnierek et al., 2009).

Η ιατρική ορολογία που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες στον χώρο της υγείας για να επικοινωνούν μεταξύ τους είναι άλλο ένα εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η εξειδικευμένη γνώση καθιστά την ιατρική πληροφόρηση δυσνόητη για τους ασθενείς, ενώ συχνά τους προκαλεί φόβο, απορίες και σύγχυση. Παράλληλα η αδυναμία των γιατρών να μεταφέρουν τις πληροφορίες με απλό και κατανοητό τρόπο περιορίζει ουσιαστικά την επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών (DiMatteo &Martin 2011). Οι ανακρίβειες ή οι ελλείψεις στην επικοινωνία μπορεί να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς οδηγώντας σε σύγχυση, δυσαρέσκεια και μη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες (Πετρέλης 2022).

Κάθε ασθενής, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κοινωνικής θέσης ή μόρφωσης, όταν επισκέπτεται έναν γιατρό για πρώτη φορά, είτε το παραδέχεται είτε όχι, συνήθως βιώνει συναισθήματα ανησυχίας, αντιπάθειας και άγχους (Spyropoulos 2017). Το άγχος που συνοδεύει την ασθένεια επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνεί αποτελεσματικά. Συχνά δυσκολεύεται να περιγράψει με σαφήνεια τα συμπτώματά του ή να κατανοήσει και να συγκρατήσει τις πληροφορίες που λαμβάνει κατά την ιατρική επίσκεψη (Smedley et al., 2003). Η κατάσταση αυτή αυξάνει τον κίνδυνο παρερμηνειών, μειωμένης συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και μη συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή (Martin et al., 2005, Πετρέλης, 2022).

Οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τη θεραπευτική σχέση. Χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, το μορφωτικό επίπεδο, η εθνικότητα, η ψυχική κατάσταση και οι προσωπικές αξίες επηρεάζουν τόσο τον τρόπο επικοινωνίας όσο και την κατανόηση των πληροφοριών μεταξύ ιατρού και ασθενούς (Smedley et al., 2003). Επιπλέον, η μετάδοση των πληροφοριών επηρεάζεται από χαρακτηριστικά τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρού, καθώς και από την εκάστοτε κλινική κατάσταση (Waitzkin, 1984).

Οι πολιτισμικές διαφορές και οι γλωσσικές ανισότητες αποτελούν σημαντικούς φραγμούς στην επικοινωνία. Οι διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια, οι προκαταλήψεις, οι εμπειρίες διακρίσεων και η έλλειψη κοινής γλώσσας μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση. Παράλληλα, αρκετοί επαγγελματίες υγείας δηλώνουν δυσκολία στην επικοινωνία με ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης λόγω περιορισμένης εκπαίδευσης σε θέματα διαπολιτισμικής επικοινωνίας (Paternotte et al., 2015).

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι μια κεντρική κλινική λειτουργία για την οικοδόμηση μιας θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους. Ωστόσο πολλοί γιατροί τείνουν να υπερεκτιμούν την ικανότητά τους στην επικοινωνία (Ha et al 2010). Σε αρκετές περιπτώσεις οι γιατροί υιοθετούν έναν συγκεκριμένο τρόπο επικοινωνίας χωρίς ουσιαστικό διάλογο, (Spyropoulos 2017) διατηρούν έναν περισσότερο πατερναλιστικό ρόλο έχοντας τον έλεγχο της επικοινωνίας. Αυτό συχνά εκδηλώνεται με πολλές ερωτήσεις από τον γιατρό και συχνές διακοπές κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Waitzkin 1984). Η ανεπαρκής ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων του γιατρού αποτελεί σημαντικό πρόβλημα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι οι φοιτητές Ιατρικής κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους πορείας, σταδιακά απομακρύνονται από την ολιστική προσέγγιση της φροντίδας του ασθενούς. Αντίθετα, εγκλωβίζονται στην αποκλειστική εφαρμογή του βιοϊατρικού μοντέλου, γεγονός που αποδίδεται στην έντονη και συνεχόμενη πίεση που βιώνουν τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο. Ως συνέπεια οι μελλοντικοί γιατροί τείνουν να αποφεύγουν τη συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με τις κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις του ασθενούς, με αποτέλεσμα να παραλείπεται η αποκάλυψη ουσιωδών πληροφοριών, οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλουν καθοριστικά στη βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας του (DiMatteo &Martin 2011).

2.2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική επιστήμη εξελίσσεται διαρκώς, ακολουθώντας τις κοινωνικές, επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις. Η σύγχρονη νοσηλευτική ενσωματώνει νέες τεχνολογίες στην παροχή φροντίδας και διευρύνει τον ρόλο του νοσηλευτή στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και τη διεπιστημονική συνεργασία (Μαλάμου et al., 2022). Η μεταβολή αυτή έχει επεκτείνει το πεδίο δράσης των νοσηλευτών σε τομείς και δραστηριότητες που παλαιότερα δεν εντάσσονταν στις αρμοδιότητές τους (Λουραντάκη et al., 2017). Ο σύγχρονος νοσηλευτής δεν αποτελεί πλέον απλό εκτελεστή ιατρικών οδηγιών. Η συνεχής εκπαίδευση και η επιστημονική του κατάρτιση τον καθιστούν επαγγελματία υγείας ικανό να παρέχει ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Πέρα από τις κλινικές γνώσεις και δεξιότητες, αξιοποιεί στοιχεία όπως η ψυχολογική υποστήριξη, η κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και η ενσυναίσθηση (Liapis, 2018). Η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία της νοσηλευτικής πρακτικής και βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική και δυναμική διαδικασία που αποσκοπεί στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και της συνολικής ευεξίας του ασθενούς (ANA, 2017).

Στο νοσοκομειακό περιβάλλον, οι νοσηλευτές εκτελούν μεγάλο μέρος των καθηκόντων τους σε άμεση επαφή με τον ασθενή, δίπλα στο κρεβάτι του (Newell et al., 2015). Για τον λόγο αυτό βρίσκονται συχνά πιο κοντά στον ασθενή από άλλους επαγγελματίες υγείας και έχουν τη δυνατότητα να γνωρίσουν καλύτερα τις ανάγκες, τις ανησυχίες και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του. Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας αποτελεί βασική τους ευθύνη. Η θεραπευτική σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς υπερβαίνει την απλή ανταλλαγή πληροφοριών, καθώς επικεντρώνεται στην κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και στην προώθηση της συνολικής του ευεξίας. Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στη δημιουργία εμπιστοσύνης, ενισχύει την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία και παράλληλα μειώνει το άγχος και την ανασφάλειά του (Liapis, 2018).

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που ξεκινά από την πρώτη τους συνάντηση και εξελίσσεται καθ' όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης. Για την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής σχέσης, ο νοσηλευτής οφείλει να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς από την αρχή. Αυτό προϋποθέτει κατάλληλες συνθήκες επικοινωνίας, μέσα σε ένα περιβάλλον που προάγει το αίσθημα ασφάλειας και άνεσης. Παράλληλα, ο νοσηλευτής χρειάζεται να διατηρεί τον επαγγελματικό του ρόλο, αποφεύγοντας συμπεριφορές που ενδέχεται να οδηγήσουν σε παρερμηνείες ή σύγχυση ρόλων. Η ύπαρξη ενός ήρεμου χώρου, απαλλαγμένου από θορύβους και παρεμβολές, συμβάλλει σημαντικά στη διασφάλιση της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας της επικοινωνίας (Kourkouta et al., 2014).

Ωστόσο, η διασφάλιση της ιδιωτικότητας στα νοσοκομεία δεν είναι πάντοτε εφικτή. Συχνά ευαίσθητες συζητήσεις και νοσηλευτικές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται σε χώρους όπου η παρουσία τρίτων προσώπων δεν μπορεί να αποφευχθεί πλήρως. Οι συνθήκες αυτές ενδέχεται να προκαλέσουν αμηχανία στους ασθενείς και να περιορίσουν την ελεύθερη έκφραση των σκέψεων, των συναισθημάτων και των ανησυχιών τους, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της επικοινωνίας και της θεραπευτικής σχέσης (Kourkouta et al., 2014).

Εκτός από την καταλληλότητα του χώρου, η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει και επαρκή χρόνο. Κάθε ασθενής διαθέτει διαφορετικό τρόπο έκφρασης και χρειάζεται τον απαραίτητο χρόνο για να αναπτύξει εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Όταν ο νοσηλευτής αφιερώνει χρόνο, δείχνει αμέριστη προσοχή και αποφεύγει τις διακοπές ή τη

βιασύνη, ενισχύεται το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, ο ασθενής είναι πιο πρόθυμος να εκφράσει τις ανησυχίες του και να μοιραστεί σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του, γεγονός που διευκολύνει την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας (Kourkouta et al., 2014, McCabe et al., 2013).

Η ενεργητική ακρόαση από μόνη της δεν επαρκεί, εάν δεν συνοδεύεται από σαφή και κατανοητή μετάδοση των πληροφοριών προς τον ασθενή. Η χρήση σύνθετης ιατρικής ορολογίας μπορεί να δυσκολέψει την κατανόηση και να δημιουργήσει σύγχυση ή ανασφάλεια. Συχνά οι ασθενείς αποφεύγουν να ζητήσουν διευκρινίσεις, είτε λόγω δισταγμού είτε λόγω φόβου ότι θα εκτεθούν. Για τον λόγο αυτό, η γλώσσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής πρέπει να είναι απλή, κατανοητή και προσαρμοσμένη στο μορφωτικό και γνωστικό επίπεδο του ασθενούς. Στόχος δεν είναι η επίδειξη επιστημονικών γνώσεων, αλλά η αποτελεσματική μετάδοση των απαραίτητων πληροφοριών, ώστε ο ασθενής να κατανοεί πλήρως την κατάσταση της υγείας του και τις οδηγίες που λαμβάνει (Kourkouta et al., 2014).

Μία ακόμη σημαντική προϋπόθεση της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η ειλικρίνεια και η διαφάνεια. Η επικοινωνία με τον ασθενή πρέπει να είναι σαφής και να μην δημιουργεί αμφιβολίες ή παρερμηνείες. Συμπεριφορές όπως νεύματα ή συζητήσεις με συνοδούς παρουσία του ασθενούς μπορεί να δημιουργήσουν την εντύπωση ότι αποκρύπτονται πληροφορίες, με αποτέλεσμα να κλονίζεται η εμπιστοσύνη του. Όταν απαιτείται επικοινωνία με μέλη της οικογένειας ή του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενούς, αυτή θα πρέπει να πραγματοποιείται με διακριτικότητα, σε κατάλληλο χρόνο και χώρο, διασφαλίζοντας την εμπιστευτικότητα και τον σεβασμό προς τον ασθενή (Kourkouta et al., 2014, Fry et al., 2014).

Η επικοινωνία αποτελεί αμφίδρομη διαδικασία, ωστόσο την κύρια ευθύνη για την οργάνωση και την αποτελεσματική διεξαγωγή της φέρει ο νοσηλευτής. Ο ασθενής συχνά βιώνει άγχος, φόβο και ανασφάλεια λόγω της κατάστασης της υγείας του, γεγονός που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνεί (Kallergis, 2009). Ανάλογα με την προσωπικότητα και τους μηχανισμούς προσαρμογής του, μπορεί να εκδηλώσει θυμό, καχυποψία, παράπονα, επιθετικότητα ή άρνηση της πραγματικότητας. Οι αντιδράσεις αυτές αποτελούν συνήθως αμυντικούς μηχανισμούς απέναντι σε μια δύσκολη ή απειλητική κατάσταση. Ο νοσηλευτής οφείλει να τις αναγνωρίζει και να τις αντιμετωπίζει με ψυχραιμία, κατανόηση και επαγγελματισμό, χωρίς να τις εκλαμβάνει ως προσωπική επίθεση (Vuković et al., 2010). Ιδιαίτερα ο θυμός του ασθενούς συχνά στρέφεται προς τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποτελούν τα πιο άμεσα πρόσωπα του περιβάλλοντός του. Στην πραγματικότητα, όμως, ο

θυμός αυτός συνδέεται συνήθως με το άγχος, τον φόβο και την αβεβαιότητα που προκαλεί η ασθένεια. Για τον λόγο αυτό, οι νοσηλευτές χρειάζεται να ανταποκρίνονται με κατανόηση, σαφή ενημέρωση και διάθεση υποστήριξης, διατηρώντας παράλληλα τα επαγγελματικά τους όρια και τη θεραπευτική τους στάση (Kallergis, 2009).

Συνεπώς, η αποτελεσματική επικοινωνία από την οπτική γωνία του νοσηλευτή αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης. Η ανάπτυξη εμπιστοσύνης, η ενεργητική ακρόαση, η σαφής ενημέρωση, ο σεβασμός της ιδιωτικότητας και η κατανόηση των συναισθηματικών αναγκών του ασθενούς συμβάλλουν ουσιαστικά στην παροχή ποιοτικής, ανθρωποκεντρικής και ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας (McCabe et al., 2013, Kourkouta et al., 2014).

2.2.1 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας και την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από το σύστημα υγείας (Lahoti 1996). Παρότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς αναγνωρίζουν τη σημασία της επικοινωνίας, στην πράξη αυτή συχνά παραμένει ανεπαρκής (Fakhr-Movahedi et al 2011). Τα σημαντικότερα εμπόδια σχετίζονται με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την έλλειψη χρόνου, τις συνθήκες εργασίας, καθώς και τις διαφορές ηλικίας, φύλου και γλώσσας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς (Jahromi et al 2014).

Ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η σωματική και ψυχική κόπωση και η έλλειψη επαρκούς χρόνου αποτελούν από τα σημαντικότερα εμπόδια στην επικοινωνία με τους ασθενείς (Lahoti 1996). Οι νοσηλευτές καλούνται να ανταποκριθούν σε πολλαπλές αρμοδιότητες, γεγονός που συχνά περιορίζει τον χρόνο που μπορούν να αφιερώσουν σε κάθε ασθενή. Όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής διαθέτει χρόνο για να τον ακούσει, νιώθει ότι τον φροντίζουν, τον εκτιμούν και τον κατανοούν. Αντίθετα, η έλλειψη χρόνου δημιουργεί την αίσθηση ότι οι ανάγκες του παραμελούνται (Jahromi et al 2014). Επιπλέον, το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη ποιότητα επικοινωνίας, λανθασμένες υποθέσεις και χαμηλότερη ικανοποίηση τόσο του προσωπικού όσο και των ασθενών (Chapman 2009).

Εξίσου σημαντικά εμπόδια αποτελούν οι συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος, όπως οι πολυσύχναστοι θάλαμοι, η έλλειψη ιδιωτικότητας και η παρουσία μεγάλου αριθμού ασθενών στον ίδιο χώρο (Bakhtiari et al 2009). Η αποφυγή συνωστισμού, η επαρκής στελέχωση των

νοσηλευτικών τμημάτων και η σαφής οργάνωση των υπηρεσιών υγείας συμβάλλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της επικοινωνίας και της ποιότητας της φροντίδας (Jahromi et al 2014). Από την πλευρά των ασθενών, σημαντικά εμπόδια επικοινωνίας αποτελούν οι διαφορές ηλικίας, φύλου και γλώσσας με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επίδραση του φύλου στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο, επηρεάζοντας τον βαθμό άνεσης και εμπιστοσύνης κατά τη θεραπευτική διαδικασία (Jahromi et al 2014). Ωστόσο, οι νοσηλευτές φαίνεται να επηρεάζονται λιγότερο από το φύλο των ασθενών κατά την άσκηση των επαγγελματικών τους καθηκόντων (Anoosheh et al 2009).

Ιδιαίτερη σημασία έχει και η γλωσσική ή πολιτισμική διαφοροποίηση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Η έλλειψη εξοικείωσης με τη γλώσσα ή τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς μπορεί να δυσχεράνει σημαντικά την επικοινωνία (Tay et al 2012). Ακόμη και στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας ενδέχεται να ερμηνεύονται διαφορετικά σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Για τον λόγο αυτό, η γνώση της κουλτούρας, της γλώσσας, των εθίμων και των πεποιθήσεων των ασθενών συμβάλλει στην ανάπτυξη αποτελεσματικής και αμερόληπτης επικοινωνίας, ενισχύοντας τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς (Norouzinia et al 2015).

Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει επίσης ενεργητική ακρόαση, σεβασμό, ιδιωτικότητα και χρήση σαφούς και κατανοητής γλώσσας. Η προσεκτική ακρόαση των αναγκών και των ανησυχιών του ασθενούς ενισχύει τη θεραπευτική σχέση και συμβάλλει στην παροχή ολιστικής φροντίδας. Παράλληλα, η ειλικρίνεια, η ευγένεια και η προσαρμογή της επικοινωνίας στις ανάγκες του ασθενούς αποτελούν βασικά στοιχεία της επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής (Kourkouta et al 2014).

Μια θετική σχέση νοσηλευτή-ασθενή αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας και μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή (McCabe 2014). Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η συστηματική εκπαίδευση των νοσηλευτών σε δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων, ήδη από τα προγράμματα σπουδών τους, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες των ασθενών και να βελτιώνουν τα κλινικά αποτελέσματα (Wikström et al 2011).

Τέλος, οι ανάγκες επικοινωνίας διαφέρουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Ορισμένοι επιθυμούν κυρίως να ακουστούν, ενώ άλλοι χρειάζονται λεπτομερείς εξηγήσεις και καθοδήγηση. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αναγνωρίζουν αυτές τις διαφοροποιήσεις και να

προσαρμόζουν ανάλογα την επικοινωνία τους, αποφεύγοντας τη σιωπή ή την αδιαφορία απέναντι στις απορίες και τις ανάγκες των ασθενών, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να υπονομεύσει την εμπιστοσύνη και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Kourkouta et al 2014).

2.3 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΓΩΝΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας συχνά προσεγγίζουν την υγεία και την ασθένεια μέσα από διαφορετικά βιωματικά και εννοιολογικά πλαίσια. Για τον ασθενή, η ασθένεια αποτελεί μια προσωπική εμπειρία που συνδέεται με τα συμπτώματα, τις καθημερινές του ανάγκες και το κοινωνικοπολιτισμικό του υπόβαθρο. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας προσεγγίζουν την υγεία και την παθολογία κυρίως μέσω βιοϊατρικών κριτηρίων, αξιοποιώντας επιστημονικές γνώσεις, κλινικούς δείκτες και διαγνωστικά εργαλεία. Οι διαφορετικές αυτές αντιλήψεις επηρεάζουν και τις θεραπευτικές προσδοκίες των δύο πλευρών. Οι ασθενείς συχνά επιζητούν άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων και παρεμβάσεις συμβατές με τις προσωπικές τους πεποιθήσεις, ενώ οι επαγγελματίες υγείας βασίζουν τις αποφάσεις τους στις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής και στη μακροπρόθεσμη προαγωγή της υγείας (DiMatteo & Martin 2011).

Η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα τόσο για την ικανοποίηση του ασθενούς όσο και για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ωστόσο, η επικοινωνία συχνά επηρεάζεται αρνητικά από το άγχος, την αβεβαιότητα και τον φόβο που συνοδεύουν την ασθένεια (Sharkiya 2023). Η μεταβολή της καθημερινότητας, η εξάρτηση από άλλους και οι περιορισμοί που επιβάλλει η νόσος μπορούν να επηρεάσουν την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση του ασθενούς, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να εμφανιστούν δυσκολίες στην περιγραφή των συμπτωμάτων, στη διατύπωση ερωτήσεων και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία (Κουτελέκος 2015). Επιπλέον, η ανεπαρκής επικοινωνία ενδέχεται να οδηγήσει σε υποεκτίμηση της σοβαρότητας της νόσου, καθώς αρκετοί ασθενείς αποφεύγουν να αναφέρουν σημαντικές επιπτώσεις της στην καθημερινή τους ζωή (Kourakos et al 2017).

Ένα από τα συχνότερα παράπονα των ασθενών είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν αφιερώνουν επαρκή χρόνο στην ακρόαση των ανησυχιών τους και δεν παρέχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την πάθηση, τη θεραπεία και τις πιθανές παρενέργειες (Meryn 1998).

Η παροχή σαφών, αντικειμενικών και κατανοητών πληροφοριών σχετικά με τις εξετάσεις και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της συνεργασίας του ασθενούς (Bashkin et al 2024). Παράλληλα, πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η επαρκής ενημέρωση και η προετοιμασία των ασθενών πριν από ιατρικές πράξεις έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη φροντίδα που λαμβάνουν (Ortiz et al 2015, Alanazi 2014, Althobiti et al 2020, Krupic et al 2025).

Επιπλέον, η εφαρμογή στρατηγικών ενσυναίσθησης και υποστήριξης μπορεί να περιορίσει τις αρνητικές επιδράσεις του ψυχολογικού στρες, να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και να προάγει την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους (Wu et al 2023). Οι πρακτικές αυτές μειώνουν τις πιθανότητες παρερμηνειών και ενισχύουν τη θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Κουτελέκος 2015). Όταν αναπτύσσεται ποιοτική επικοινωνία, οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας, ενώ διευκολύνεται η αποκάλυψη σημαντικών πληροφοριών που συμβάλλουν στη διαμόρφωση ακριβέστερης κλινικής εικόνας και αποτελεσματικότερων θεραπευτικών αποφάσεων (Oates et al 2000, Epstein et al 2007). Οι προϋποθέσεις που απαιτούνται από μέρους του ασθενούς για την καθιέρωση μιας ποιοτικής επικοινωνίας είναι οι εξής:

- Εμπιστοσύνη: Είναι η βάση της σχέσης. Αν δεν υπάρχει ή αν χαθεί και δεν μπορεί να αποκατασταθεί, τότε η αλλαγή γιατρού είναι η καλύτερη επιλογή

- Ειλικρίνεια και συμμόρφωση: ο ασθενής οφείλει να είναι απόλυτα ειλικρινής και να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες και τις συστάσεις του γιατρού.

- Αποδοχή αβεβαιότητας: Είναι λάθος του ασθενή να απαιτεί απόλυτη βεβαιότητα από τον γιατρό. Η διάγνωση και η θεραπεία συχνά είναι σύνθετες διαδικασίες με αβέβαιους και μεταβαλλόμενους παράγοντες όπως τη σωματική και ψυχολογική κατάσταση, το κληρονομικό υπόβαθρο, τις συνήθειες, την αντίδραση στις θεραπείες, τη συνεργασία του ασθενούς, καθώς και την επίδραση του περιβάλλοντός του.

- Απομάκρυνση συμβουλών τρίτων: Ο ασθενής πρέπει να πηγαίνει στον γιατρό αφήνοντας στην άκρη «συμβουλές» τρίτων, ακόμη κι αν προέρχονται από άτομα με παρόμοιο πρόβλημα, και να εμπιστεύεται την ιατρική γνώση του ειδικού.

- Προσεκτική ακρόαση: Ο ασθενής πρέπει να ακούει προσεκτικά τον γιατρό, καθώς συχνά θυμάται μόνο μέρος όσων του λέγονται και τείνει να κρατά κυρίως ότι θέλει να ακούσει (Spyropoulos 2017)

2.4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.4.1 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι χρόνιες ασθένειες, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και ο καρκίνος, αποτελούν τις συχνότερες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως και συνδέονται με σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό κόστος (WHO, 2023). Η μακροχρόνια πορεία τους καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου σχεδίου φροντίδας που περιλαμβάνει όχι μόνο φαρμακευτική αγωγή αλλά και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Hamine et al. 2015). Καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων διαδραματίζει η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Street et al. 2009). Παράλληλα, η συνεργασία των μελών της διεπιστημονικής ομάδας υγείας και η συντονισμένη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων και άλλων επαγγελματιών συμβάλλουν στη συνέχεια και τη συνοχή της φροντίδας, μειώνοντας τον κίνδυνο λαθών και αντικρουόμενων οδηγιών (McDonald et al. 2007). Η σαφής, κατανοητή και αμφίδρομη επικοινωνία ενισχύει τη συμμόρφωση των ασθενών και τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων (Street et al. 2009). Τα άτομα με χρόνιες παθήσεις μπορεί να αισθάνονται ενοχές, θυμό, κατάθλιψη ή στιγματισμό για την πάθηση τους. Τα συναισθήματα αυτά δυσκολεύουν την αποδοχή μιας χρόνιας ασθένειας και την προσαρμογή του ασθενούς στην νέα κατάσταση, μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα (Booker 2005). Συχνά καλούνται να λαμβάνουν καθημερινά αποφάσεις για την διαχείριση της νόσου ενώ συχνά αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες (Huygens et al. 2016). Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια στην ενεργό αυτοδιαχείριση όπως ο έλεγχος του βάρους, η τακτική άσκηση, η κόπωση, ο πόνος, η κατάθλιψη, η έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης και η κακή επικοινωνία με τους γιατρούς (Jerant et al. 2005). Κατά την διάρκεια αυτής ενδέχεται να εμφανιστούν ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Οι ασθενείς ενδέχεται να αναπτύξουν απαθείς ή αμυντικές συμπεριφορές οι οποίες δυσκολεύουν την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και είναι απαραίτητο να αναγνωρίζονται ώστε να βελτιωθεί η φροντίδα τους (Booker 2005).

Η επιτυχής αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς. Η αυτοδιαχείριση προϋποθέτει την υιοθέτηση νέων

συμπεριφορών και την τροποποίηση υφιστάμενων συνηθειών (Michie et al. 2003). Σύμφωνα με τους Epstein και Street (2011), η συμμετοχική λήψη αποφάσεων ενισχύει την εμπιστοσύνη στη θεραπευτική σχέση και οδηγεί σε καλύτερα κλινικά και ψυχολογικά αποτελέσματα. Παράλληλα, η ασθενοκεντρική επικοινωνία, η οποία δίνει έμφαση στις αξίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς, έχει συσχετιστεί με αυξημένη ικανοποίηση, καλύτερη διαχείριση της νόσου και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Epstein & Street 2011, Rathert et al. 2017). Ωστόσο, η αλλαγή συμπεριφοράς αποτελεί σύνθετη διαδικασία που επηρεάζεται από παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, το επίπεδο γνώσεων, η αυτοπεποίθηση του ασθενούς και η ποιότητα της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας (Michie et al. 2003).

2.4.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ

Η παιδιατρική νοσηλευτική αποτελεί εξειδικευμένο τομέα της νοσηλευτικής επιστήμης, ο οποίος απαιτεί συνδυασμό επιστημονικής γνώσης, τεχνικών δεξιοτήτων και αποτελεσματικής επικοινωνίας. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και παιδιού αποτελεί βασικό στοιχείο της παιδιατρικής φροντίδας, καθώς επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση, τη συνεργασία και την προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Το νοσοκομειακό περιβάλλον είναι συχνά άγνωστο στα παιδιά, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει φόβο και άγχος, ενώ η έκφραση συναισθημάτων και ανησυχιών είναι συχνά δυσκολότερη σε σύγκριση με τους ενήλικες (Kyle 2008). Σύμφωνα με την Kyle (2008), η φροντίδα του παιδιού δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση της νόσου, αλλά περιλαμβάνει τη στήριξη της φυσιολογικής ανάπτυξης, της ψυχοσυναισθηματικής ευεξίας και της οικογένειας. Για τον λόγο αυτό, η επικοινωνία πρέπει να είναι ειλικρινής, απλή και προσαρμοσμένη στην ηλικία και στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η κατάλληλα προσαρμοσμένη επικοινωνία συμβάλλει στη μείωση του άγχους και της αντίστασης στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τεχνικές όπως το θεραπευτικό παιχνίδι, η αφήγηση ιστοριών και η χρήση οπτικών μέσων διευκολύνουν την κατανόηση και την έκφραση των συναισθημάτων του παιδιού, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια επώδυνων ή αγχωτικών διαδικασιών (Kyle 2008). Παράλληλα, η μη λεκτική επικοινωνία, όπως οι εκφράσεις του προσώπου, η στάση του σώματος και ο τόνος της φωνής, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικίες όπου οι λεκτικές δεξιότητες δεν έχουν πλήρως αναπτυχθεί (Hockenberry et al. 2021). Η επικοινωνία με την οικογένεια αποτελεί επίσης αναπόσπαστο μέρος της παιδιατρικής νοσηλευτικής. Οι γονείς γνωρίζουν καλύτερα τις ανάγκες του παιδιού τους και η συμμετοχή τους στη φροντίδα ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης του παιδιού (Kyle 2008). Ο νοσηλευτής λειτουργεί ως συνδετικός κρίκος μεταξύ παιδιού, οικογένειας και ομάδας υγείας, παρέχοντας

ενημέρωση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη. Μέσα από σαφή και κατανοητή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας, τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τη φροντίδα στο σπίτι, μειώνεται το άγχος των γονέων και ενισχύεται η συμμόρφωση στη θεραπεία. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική, ειδικά σε περιπτώσεις χρόνιας νόσου ή παρατεταμένης νοσηλείας (Hockenberry et al. 2019). Οι παιδιατρικοί νοσηλευτές οφείλουν να διαθέτουν ανεπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, ώστε να βοηθούν τα παιδιά και τις οικογένειές τους να κατανοούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν, να προετοιμάζονται για τις αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά δύσκολες καταστάσεις. Η χρήση σαφούς και προσαρμοσμένης γλώσσας, με σεβασμό στην ηλικία, τη σοβαρότητα της κατάστασης και το πολιτισμικό υπόβαθρο της οικογένειας, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής παιδιατρικής φροντίδας (Kyle 2008).

2.4.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΜΕΘ

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) αποτελεί ανεξάρτητο τμήμα του νοσοκομείου, το οποίο χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό για τη στελέχωσή του και προηγμένη ιατρική τεχνολογία ώστε να λειτουργεί αποτελεσματικά και ομαλά (Αδάμου et al 2015). Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών στην ΜΕΘ είναι βασικό στοιχείο της ποιοτικής φροντίδας και της συνολικής υποστήριξης των ασθενών ιδιαίτερα όταν αυτοί βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση ή υπό μηχανικό αερισμό. Στο περιβάλλον της ΜΕΘ η κυρίαρχη μορφή επικοινωνίας είναι η μη λεκτική επικοινωνία όπως η γλώσσα του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις (Happ et al 2014). Η μορφή αυτή επικοινωνίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, ιδίως όταν η λεκτική επικοινωνία είναι περιορισμένη ή αδύνατη όπως συμβαίνει στους ασθενείς της ΜΕΘ. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ, κυρίως λόγω του μηχανικού αερισμού ή της καταστολής, αντιμετωπίζουν συχνά σοβαρές δυσκολίες στην επικοινωνία και στην έκφραση των αναγκών και των συναισθημάτων τους (Dithole et al 2017). Η αδυναμία αυτή μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους, φόβου και θυμού στους ίδιους τους ασθενείς, ενώ παράλληλα προκαλεί αισθήματα απογοήτευσης και στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο καταβάλλει συνεχείς προσπάθειες για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας (Happ et al 2014).

Παρά το γεγονός ότι οι νοσηλευτές περνούν τον περισσότερο χρόνο στο πλευρό του ασθενούς, σε σύγκριση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας (όπως ιατροί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι κ.ά.), η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες

παραδοσιακά απευθυνόταν κυρίως σε άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως οι ιατροί, και δεν περιλάμβανε τους νοσηλευτές. Ως αποτέλεσμα, η επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους συχνά παραμελείται ή είναι αναποτελεσματική (Boyle et al 2015). Η έλλειψη αυτής της εκπαίδευσης περιορίζει τη δυνατότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν αποτελεσματικά τις ανάγκες των ασθενών και ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Happ et al 2014). Οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται κυρίως στην επίλυση προβλημάτων και στην εκτέλεση ιατροτεχνολογικών καθηκόντων ενώ η «ακρόαση» δεν έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστικό μέρος της επαγγελματικής τους πρακτικής. Ωστόσο δεξιότητες όπως η κατανόηση της οπτικής γωνίας του άλλου και η ενσυναίσθηση είναι εξίσου σημαντικές με τις δεξιότητες που σχετίζονται με τη τεχνική κατάρτιση και επαγγελματική συμπεριφορά (Boyle et al 2015). Η μελέτη των Carlson et al 2015 έδειξε ότι τα μέλη της οικογένειας εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση από την φροντίδα που παρέχεται στην ΜΕΘ αλλά χαμηλή ικανοποίηση στην επικοινωνία, ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη.Η ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών εντατικής θεραπείας είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ιδιαίτερα σε συζητήσεις που αφορούν την πρόγνωση και τους στόχους της φροντίδας (Boyle et al 2015).

Συνοπτικά μπορούμε να πούμε ότι εμπόδια στην ουσιαστική επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών στη ΜΕΘ είναι τα υψηλά επίπεδα φόρτου νοσηλευτικής εργασίας καθώς έχουν αναλάβει την γενική φροντίδα των ασθενών σε συνδυασμό με την υποστελέχωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας, η σοβαρή κλινική κατάσταση του ασθενούς και οι περιορισμένες επικοινωνιακές δεξιότητες του προσωπικού (Αδάμου et al 2015, Boyle et al 2015,).

2.4.4 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών με ψυχική νόσο αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα της ψυχιατρικής φροντίδας και βασικό μέσο για την παροχή ολιστικής και ανθρωποκεντρικής νοσηλευτικής φροντίδας. Στον χώρο της ψυχικής υγείας, η επικοινωνία δεν περιορίζεται στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά λειτουργεί ως θεραπευτικό εργαλείο που συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, στην κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και στη βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης (Barker 2010). Οι ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και τα μανιακά επεισόδια, συχνά προκαλούν διαταραχές στη σκέψη, στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία

και στη συναισθηματική έκφραση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να δυσκολεύονται να εκφράσουν τις ανάγκες τους και να κατανοήσουν τις οδηγίες των φροντιστών τους (Stuart, 2012). Παράλληλα, μπορεί να βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, φόβο και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Ο νοσηλευτής καλείται να προσεγγίσει τον ασθενή με σεβασμό, αποδοχή και κατανόηση, ανεξάρτητα από τη διάγνωση ή τη σοβαρότητα της ψυχικής νόσου (Videbeck, 2020). Η επικοινωνία διακρίνεται σε λεκτική και μη λεκτική. Στην ψυχιατρική νοσηλευτική, η μη λεκτική επικοινωνία έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς συχνά αποκαλύπτει συναισθήματα και στάσεις που δεν εκφράζονται με λόγια (Stuart 2012).

Η προσέγγιση του ασθενούς διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος της ψυχικής διαταραχής. Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, ο νοσηλευτής οφείλει να χρησιμοποιεί σαφείς και σύντομες οδηγίες και να αποφεύγει την αντιπαράθεση με μη λογικές σκέψεις καθώς αυτή μπορεί να αυξήσει το άγχος και την καχυποψία του ασθενούς (Floyd 2006). Σε ασθενείς με κατάθλιψη απαιτείται υπομονή, υποστήριξη και ενθάρρυνση της έκφρασης συναισθημάτων, ενώ σε μανιακά επεισόδια είναι αναγκαία η διατήρηση σταθερής και ήρεμης στάσης με σαφή όρια (Videbeck 2020). Η παροχή κατάλληλου χρόνου για επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας ψυχικής υγείας. Ο νοσηλευτής πρέπει να αφιερώνει χρόνο για να ακούει τον ασθενή, να δείχνει ενδιαφέρον για τις εμπειρίες του και να ενθαρρύνει τις προσπάθειές του για βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης (Floyd 2006, Videbeck 2010).

Συνοψίζοντας, η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς με ψυχική διαταραχή είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί συνδυασμό γνώσης, ευαισθησίας, υπομονής και επαγγελματικής εμπειρίας, ώστε να υποστηρίζεται η ψυχική ευεξία και να βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Floyd 2006, Barker 2010, Videbeck 2010). Η εκπαίδευση των νοσηλευτών στις δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την ενεργητική ακρόαση, την αναγνώριση μη λεκτικών σημάτων, τη διαχείριση συγκρούσεων και την προσαρμογή της συμπεριφοράς στις ατομικές ανάγκες και στο κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο (Stuart, 2012).

2.4.5 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΕΓΚΑΥΜΑΤΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Ένα έγκαυμα και η επακόλουθη θεραπευτική του αντιμετώπιση είναι από τις πιο επώδυνες εμπειρίες που μπορεί να βιώσει ένας ασθενής. Κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης, οι ασθενείς περνάνε από διαδοχικά στάδια προσαρμογής και αντιμετωπίζουν σημαντικές συναισθηματικές προκλήσεις, οι οποίες εξελίσσονται παράλληλα με τα στάδια της σωματικής αποκατάστασης. Επομένως η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και εγκαυματία ασθενή

αποτελεί βασικό παράγοντα για την αποτελεσματική φροντίδα. Σχεδόν οι μισοί από τους επιζώντες εγκαυμάτων αναπτύσσουν κάποια ψυχική διαταραχή μετά τον τραυματισμό τους όπως άγχος, μετατραυματικό στρες, κατάθλιψη και παραλήρημα (Wiechman et al 2004). Ο έντονος σωματικός πόνος, η δυσμορφία του σώματος, η ανησυχία για πιθανή αναπηρία και η επίπονη διαδικασία της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως οι καθημερινές αλλαγές τραυμάτων και η κινησιοθεραπεία, ενισχύουν την ανασφάλεια και το φόβο που αισθάνεται ο ασθενής, ενώ μπορούν να προκαλέσουν δυστροπία στη συμπεριφορά, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία και τη συνεργασία με το προσωπικό (Loehr et al 2022, Palmu et al 2011).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η επικοινωνία πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενή, με σαφείς οδηγίες, ενθαρρυντικές φράσεις και υποστήριξη στη συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα του. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτή και εγκαυματία είναι επομένως καθοριστική για την επιτυχή αποκατάσταση και την ολιστική βελτίωση της υγείας του ασθενή. Η αίσθηση αποδοχής και η ασφάλεια που προσφέρει ο νοσηλευτής μπορούν να μειώσουν τον φόβο και την ανασφάλεια του ασθενή, ενώ παράλληλα βελτιώνουν τη συμμόρφωση στις αλλαγές τραυμάτων, στην κινησιοθεραπεία και άλλες θεραπευτικές διαδικασίες (Loehr et al 2022). Οι υποστηρικτικές ψυχολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει να επικεντρώνονται στις άμεσες ανάγκες των ασθενών, όπως η διαταραχή του ύπνου και η αποτελεσματική διαχείριση του πόνου. Οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις όπως η ύπνωση και οι τεχνικές χαλάρωσης, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στον έλεγχο του πόνου και μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά στη φαρμακευτική αγωγή (Wiechman et al 2004). Συνολικά, η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και εγκαυματία ασθενή δεν περιορίζεται μόνο στη μετάδοση πληροφοριών, αλλά περιλαμβάνει ενεργητική ακρόαση, την ενσυναίσθηση, την ενθάρρυνση και ψυχολογική υποστήριξη. Όταν ο νοσηλευτής διαθέτει χρόνο να ακούσει τον ασθενή και να κατανοήσει τις ανησυχίες του, ο ασθενής αισθάνεται κατανοητός, ασφαλής και ότι λαμβάνει ουσιαστική υποστήριξη, γεγονός που βελτιώνει τη συνεργασία στη φροντίδα και ενισχύει τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες. Η ενθάρρυνση και η αναγνώριση των προσπαθειών του ασθενή συμβάλλουν στην ανάπτυξη αυτοεκτίμησης και αυτό-αποτελεσματικότητας, στοιχεία που σχετίζονται με ταχύτερη ανάρρωση και βελτιωμένη ποιότητα ζωής (Wiechman et al 2004).

Η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτών σε δεξιότητες επικοινωνίας, ενσυναίσθησης και ψυχολογικής υποστήριξης είναι απαραίτητη, ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις

ιδιαίτερες ανάγκες των εγκαυματιών ασθενών και να συμβάλλουν στην ολιστική αποκατάστασή τους. Ο νοσηλευτής, εφόσον κατανοήσει τη συναισθηματική κατάσταση του εγκαυματία δεδομένου ότι τα εγκαύματα συχνά προκαλούν ουλές, παραμορφώσεις ακόμη και σωματικές αναπηρίες στους ασθενείς, οφείλει να εφαρμόσει κατάλληλες τεχνικές επικοινωνίας, προκειμένου να υποστηρίξει τον ασθενή στην προσαρμογή του στα νέα δεδομένα της ζωής του (Wiechman et al 2004). Η εφαρμογή στρατηγικών που εστιάζουν στην ψυχολογική και συναισθηματική διάσταση της φροντίδας ενισχύει την ποιότητα ζωής των ασθενών και καθιστά τη νοσηλευτική φροντίδα περισσότερο αποτελεσματική και ανθρωποκεντρική (Loehr et al 2022).

2.4.6 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΓΛΩΣΣΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Το διαφορετικό γλωσσικό, κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο των ασθενών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει άμεσα την επικοινωνία με τους νοσηλευτές και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Οι γλωσσικές διαφορές αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Δυστυχώς, το γλωσσικό εμπόδιο συχνά δεν είναι άμεσα εμφανές, καθώς ο ασθενής μπορεί να δείχνει ότι κατανοεί ή να συμφωνεί, χωρίς στην πραγματικότητα να έχει αντιληφθεί πλήρως τις πληροφορίες ή τις οδηγίες που του δίνονται. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνείες, λανθασμένη λήψη φαρμάκων, μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και αυξημένο κίνδυνο για την ασφάλεια του ασθενούς (Schyve 2007). Οι πολιτισμικές διαφορές οι οποίες συχνά συνδέονται με τις γλωσσικές διαφορές αποτελούν εξίσου ουσιαστικό εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία. Ο πολιτισμός επηρεάζει όχι μόνο την κατανόηση μιας λέξης ή μιας πρότασης, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο, την υγεία και την ασθένεια. Η εκμάθηση μιας γλώσσας δεν ταυτίζεται με την κατανόηση ενός πολιτισμού που σημαίνει ότι ακόμη και τα άτομα που μοιράζονται την ίδια μητρική γλώσσα μπορεί να έχουν διαφορετικά πολιτισμικά υπόβαθρα. Παράλληλα, όσοι γεννήθηκαν στον ίδιο τόπο και μιλούν την ίδια γλώσσα δεν μοιράζονται απαραίτητα όλα τα χαρακτηριστικά ενός κοινού πολιτισμού. Αποτέλεσμα αυτών είναι ότι υπάρχει ο κίνδυνος είτε να υποτιμηθεί η επίδραση των πολιτισμικών διαφορών είτε να δημιουργηθούν στερεότυπα βασισμένα στον πολιτισμό των ατόμων. Και οι δύο αυτές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας (Schouten et al 2006).

Οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με την ασθένεια, τη θεραπεία, τον πόνο και τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Διαφορές στις αξίες, στις θρησκευτικές πεποιθήσεις και στις πολιτισμικές πρακτικές μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις παρεχόμενες οδηγίες, καθώς και τη διάθεσή τους να συνεργαστούν με το θεραπευτικό προσωπικό. Η έλλειψη πολιτισμικής κατανόησης από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε επικοινωνιακές ασυμφωνίες και μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Ως αποτέλεσμα όλων αυτών ενδέχεται να παρατηρηθεί μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία και διαφοροποιήσεις στον βαθμό εμπιστοσύνης προς τους νοσηλευτές, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ευαισθητοποίηση και την πολιτισμικά προσαρμοσμένη φροντίδα. (Mar 2011). Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι καθοριστικός στη γεφύρωση αυτών των διαφορών μέσω της ανάπτυξης διαπολιτισμικών δεξιοτήτων. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναγνωρίζουν τις μοναδικές ανάγκες του κάθε ασθενούς, να προσαρμόζουν τις πρακτικές τους και να προάγουν την επικοινωνία που σέβεται τις πολιτισμικές διαφορές. Η εμπλοκή της οικογένειας, η αναγνώριση γλωσσικών και μη λεκτικών σημάτων, καθώς και η ευαισθησία στις θρησκευτικές ή κοινωνικές πεποιθήσεις είναι βασικά στοιχεία που ενισχύουν την εμπιστοσύνη και την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη φροντίδα τους. Ο σεβασμός της ποικιλομορφίας είναι απαραίτητος στην υγειονομική περίθαλψη και συνεπάγεται την ενσωμάτωση της φυλής, της εθνικότητας, του πολιτισμού, των εμπειριών ζωής και της θρησκείας του ασθενούς στο σχέδιο φροντίδας (Darnell et al 2015). Η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, η προσαρμογή της επικοινωνίας στις ανάγκες του ασθενούς και η αξιοποίηση επαγγελματιών διερμηνέων, όταν απαιτείται, συμβάλλουν στη βελτίωση της επικοινωνίας και των κλινικών εκβάσεων (Schouten et al 2006). Η ενίσχυση της πολιτισμικής επάρκειας στη νοσηλευτική πρακτική αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ισότιμης, ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας υγείας. Έχει αποδειχθεί ότι όταν οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν υπόψη την κουλτούρα των ασθενών κατά τον σχεδιασμό της φροντίδας, οι ασθενείς αισθάνονται πιο άνετα και πρόθυμοι να μοιραστούν τις πολιτισμικές τους αξίες και αντιλήψεις. Με αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι ανισότητες και βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Engebretson et al 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Ο νέος κορωνοϊός SARS-CoV-2, ο οποίος προκαλεί τη νόσο του κορωνοϊού 2019 (COVID-19), εμφανίστηκε για πρώτη φορά τον Δεκέμβριο του 2019 στην πόλη Γουχάν της Κίνας (Zhu et al., 2020). Ο ιός ανήκει στην οικογένεια των κορωνοϊών, οι οποίοι είναι γνωστοί για την ικανότητά τους να προκαλούν αναπνευστικές λοιμώξεις με ποικίλου βαθμού σοβαρότητας, από ήπια συμπτώματα έως σοβαρή πνευμονία και οξύ σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας (Huang et al., 2020). Η ταχεία εξάπλωση του ιού σε παγκόσμιο επίπεδο και η σημαντική επιβάρυνση των συστημάτων υγείας οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να κηρύξει τη νόσο COVID-19 ως πανδημία τον Μάρτιο του 2020 (Kotfis et al, 2020). Είναι μια αρκετά μεταδοτική ασθένεια που μεταδίδεται μέσω του αναπνευστικού συστήματος προσβάλλοντας κυρίως τους πνεύμονες αλλά μπορούν να επηρεαστούν και άλλα συστήματα του ανθρώπινου σώματος. (Salawu et al 2020).

Η πανδημία Covid-19 ήταν μια κατάσταση εκτάκτους ανάγκης για την δημόσια υγεία προκαλώντας παράλληλα με τις σωματικές επιπτώσεις της νόσου και σημαντικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Οι συνεχιζόμενοι κοινωνικοί και οικονομικοί περιορισμοί, οι εντολές παραμονής στο σπίτι και η αυξανόμενη επιβάρυνση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης επηρέασαν αρνητικά την ψυχική ευημερία πολλών ατόμων (Berkhout et al., 2021). Με το ξέσπασμα της πανδημίας οι νοσηλευτές βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή για την καταπολέμηση του ιού (Sharour et al 2022). Ήταν αυτοί που εργάζονταν στην καθημερινή φροντίδα αυτών των ασθενών και αποτελούσαν την γέφυρα ανάμεσα στους ασθενείς, την υπόλοιπη υγειονομική ομάδα και των οικογενειών τους (Eliyana all 2021). Η πανδημία επέφερε τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω ενός συνδυασμού στρεσογόνων παραγόντων στο χώρο εργασίας και προσωπικών φόβων. Το αυξημένο άγχος, η εργασιακή εξουθένωση (burnout) και ο φόβος μετάδοσης του ιού επηρέασαν τόσο τους νοσηλευτές όσο και τους ασθενείς, οδηγώντας συχνά σε επικοινωνιακά εμπόδια και συναισθηματική αποστασιοποίηση (WHO 2022). Ο νοσηλευτές έπρεπε να προσαρμοστούν σε νέες πολιτικές και μονοπάτια με ξαφνική αλλαγή ρόλων και ευθυνών, αντιμετωπίζοντας υψηλό κίνδυνο μόλυνσης, αυξημένο φόρτο εργασίας και έλλειψη επικοινωνίας με τα μέλη της οικογένεια τους λόγω του φόβου εξάπλωσης του ιού (Villar et al. 2021, Sánchez-Sánchez et al. 2021). Επιπλέον, παρατηρήθηκε αύξηση των περιστατικών λεκτικών προσβολών και επιθετικής συμπεριφοράς από ασθενείς προς το

νοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που επιβάρυνε περαιτέρω τις συνθήκες εργασίας στα νοσοκομεία (Okechukwu et al 2020).

3.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα πρωτόκολλα απομόνωσης που περιόριζαν την επαφή με ασθενείς και τις οικογένειες τους και ο αυξημένος φόρτος εργασίας διαμόρφωσαν ένα νέο συχνά απρόσωπο πλαίσιο επικοινωνίας με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των ασθενών (Teixeira et al 2023). Η υποχρεωτική χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ) που καλύπτει εν μέρει ή ολόκληρο το πρόσωπο και το σώμα, δημιούργησε ένα φυσικό φράγμα, δυσχεραίνοντας την οπτική επαφή και την αναγνώριση μη λεκτικών εκφράσεων. Η έλλειψη ορατού προσώπου αποτέλεσε ιδιαίτερα σημαντικό εμπόδιο για ηλικιωμένους ασθενείς ή για εκείνους με γνωστικές, επικοινωνιακές ή ακουστικές δυσκολίες, μειώνοντας την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και της παρεχόμενης φροντίδας (Selman et al 2020). Παράλληλα, οι κυβερνητικές οδηγίες για τους ευάλωτους πληθυσμούς περιλάμβαναν την αυτοαπομόνωση και την τήρηση κοινωνικής απόστασης. Η κοινωνική απόσταση περιλάμβανε μέτρα όπως το κλείσιμο επιχειρήσεων, γραφείων και σχολείων, περιορισμούς στις δημόσιες συγκεντρώσεις, την απαγόρευση χειραψίας, αγγίγματος και αγκαλιών, καθώς και τη διατήρηση απόστασης περίπου 1,5 ή δύο μέτρων μεταξύ των ατόμων. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη του αγγίσματος επιβάρυνε περαιτέρω την ψυχική ευημερία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας, καθώς το άγγιγμα συνδέεται με τη μετάδοση φροντίδας, άνεσης και συμπόνιας, καθώς και με τη δημιουργία δεσμών σύνδεσης και συνεργασίας μεταξύ τους (Durkin et al 2021).

Τα αυστηρά μέτρα πρόληψης της μετάδοση εμπόδιζαν τη φυσική και λεκτική επικοινωνία που αποτελεί βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό η μη λεκτική επικοινωνία ή γλώσσα του σώματος αποτέλεσε καθοριστικός παράγοντας υποστήριξης της επικοινωνίας (Morley et al 2021). Τα μάτια και το βλέμμα είναι απαραίτητα για την επικοινωνία με τον ασθενή, ενώ λόγω δυσκολίας στην ανάγνωση χειλιών, η ακοή αναδεικνύεται σημαντική για την κατανόηση του λόγου (Gualandi et al 2023). Η χρήση μάσκας περιόρισε ένα σημαντικό μέρος του ήχου και των εκφράσεων του προσώπου και ενισχύθηκαν κάποιοι άλλοι τρόποι βελτιώνοντας την ποιότητα της επικοινωνίας. Επηρέασε τον διάλογο ο οποίος δεν ήταν απλός και εύκολος καθώς τα λόγια του ομιλητή δεν ήταν καθαρά και χρειαζόταν να καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια είτε επαναλαμβάνοντας αυτά

που λέει πάνω από μια φορά, είτε αυξάνοντας την ένταση της φωνή του και αντίστροφα και ο συνομιλητής να αντιμετωπίζει ανάλογα προβλήματα. Οι κινήσεις του κεφαλιού, η στάση του σώματος και οι κινήσεις τον χεριών ήταν πιο έντονες, απότομες και είχαν μεγαλύτερη διάρκεια και έκταση. Η γλώσσα του σώματος είχε περάσει σε ένα άλλο επίπεδο όπου χρησιμοποιούταν συχνά από πολλούς ανθρώπους ως μια νέα αυτοσχέδια νοηματική γλώσσα. Οι άνθρωποι προσπαθούσαν να σχηματίσουν μια λέξη νοητά στον αέρα, χρησιμοποιούσαν τα δάκτυλα για να δείξουν έναν αριθμό και έκαναν υπερβολικές χειρονομίες προσπαθώντας να πουν κάτι (Schlögl et al 2021).

Τα μέτρα πρόληψης και οι περιορισμοί στις επισκέψεις, αν και απαραίτητα για τον περιορισμό της διασποράς του ιού, επηρέασαν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών περιορίζοντας την προσωπική επαφή, την έκφραση συναισθημάτων, την αναγνώριση προσώπου και τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης (Shin et al 2023). Οι νοσηλευτές συχνά επικοινωνούσαν περισσότερο πρακτικά και λιγότερο ανθρώπινα, ενώ οι ασθενείς ένιωθαν απομόνωση και απώλεια προσωπικής ταυτότητας, αφού συχνά αντιμετωπίζονταν απρόσωπα και αναφέρονταν απλώς ως «ασθενείς με COVID-19. Παράλληλα, ανέλαβαν συχνά τον ρόλο του ενδιάμεσου ανάμεσα στους ασθενείς και τις οικογένειες, χρησιμοποιώντας την τεχνολογία για να διευκολύνουν την επικοινωνία, κάτι που παρότι είχε θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς, αύξησε τον φόρτο εργασίας και τη συναισθηματική πίεση των νοσηλευτών (Sun et al 2026). Συνολικά, η επικοινωνία κατά την περίοδο της επιδημίας έγινε πιο δύσκολη και περιορισμένη, επηρεάζοντας τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και τη συναισθηματική ευημερία ασθενών και νοσηλευτών. Παρ' όλα αυτά, ανέδειξε τη σημασία της ανθρώπινης επαφής στη νοσηλευτική φροντίδα και την ανάγκη για στρατηγικές που θα ενισχύουν την επικοινωνία ακόμη και σε συνθήκες κρίσης (Shin et al 2023).

3.3 ΜΕΤΡΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, τα νοσοκομεία και οι νοσηλευτές εφάρμοσαν νέες στρατηγικές επικοινωνίας με στόχο τη διατήρηση της ενημέρωσης, της συναισθηματικής υποστήριξης και της ασφάλειας ασθενών και οικογενειών. Η ανάγκη περιορισμού της φυσικής επαφής οδήγησε στην ευρεία αξιοποίηση ψηφιακών μέσων επικοινωνίας, ενώ παράλληλα ενισχύθηκαν οι διαδικασίες ενημέρωσης σχετικά με τα μέτρα προστασίας, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις αλλαγές στη λειτουργία των νοσοκομείων. Οι νοσηλευτές συνέβαλαν σημαντικά στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές

τους, χρησιμοποιώντας απλή και κατανοητή γλώσσα, ενσυναίσθηση και υποστηρικτική στάση, συμβάλλοντας στη μείωση του άγχους και της αβεβαιότητας (Hart et al. 2020).

Τα κυριότερα μέτρα επικοινωνίας ήταν:

- Η χρήση της τεχνολογίας (Τηλεφωνικές κλήσεις, Βιντεοκλήσεις, Μηνύματα και email)

- Οργάνωση των Χώρων και των Χρόνων

- Προσαρμογές στη Φυσική Επικοινωνία κατά την Πανδημία COVID-19

- Εκπαίδευση Νοσηλευτών κατά την Πανδημία COVID-19

Η **χρήση της τεχνολογίας** αποτέλεσε βασικό εργαλείο επικοινωνίας ιδιαίτερα λόγω της απαγόρευσης επισκεπτηρίων και της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του ιού. Οι νοσηλευτές διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή και υποστήριξη αυτών των τεχνολογικών λύσεων. Η χρήση της τεχνολογίας ενίσχυσε την ανθρωποκεντρική φροντίδα, διατήρησε τη σύνδεση ασθενών-οικογενειών και λειτούργησε ως κρίσιμο εργαλείο επικοινωνίας σε συνθήκες υγειονομικής κρίσης. Οι τηλεφωνικές κλήσεις χρησιμοποιήθηκαν ευρέως για την τακτική ενημέρωση των οικογενειών σχετικά με την κλινική κατάσταση, την πορεία της νόσου και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις των ασθενών. Σε πολλές νοσοκομειακές μονάδες καθιερώθηκαν συγκεκριμένες ώρες επικοινωνίας, ώστε να διασφαλίζεται η συνέπεια και η αξιοπιστία της πληροφόρησης. Οι νοσηλευτές είχαν συχνά τον ρόλο του βασικού συνδέσμου με τις οικογένειες χρησιμοποιώντας απλή και κατανοητή γλώσσα για να μειώσουν το άγχος και την αβεβαιότητα. Η αξιοποίηση βιντεοκλήσεων μέσω εφαρμογών όπως Zoom, Microsoft Teams ή ειδικά διαμορφωμένων tablets στα δωμάτια των ασθενών επέτρεψε τη διατήρηση οπτικής επαφής μεταξύ ασθενών και συγγενών. Το μέτρο αυτό ήταν ιδιαίτερα σημαντικό για τους ασθενείς σε απομόνωση ή σε μονάδες εντατικής θεραπείας, καθώς συνέβαλε στη μείωση του αισθήματος μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης. Τα μηνύματα (SMS) και τα email χρησιμοποιήθηκαν ως συμπληρωματικά μέσα επικοινωνίας, ιδιαίτερα σε μονάδες υψηλού κινδύνου, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και οι κλινικές COVID-19. Η χρήση τους επέτρεψε τη συστηματική, έγκαιρη και ασφαλή ενημέρωση των οικογενειών, χωρίς να απαιτείται φυσική παρουσία στο νοσοκομείο (Hart et al 2020).

Παράλληλα, τα νοσοκομεία **αναδιοργάνωσαν τους χώρους και τους χρόνους επικοινωνίας**, δημιουργώντας ειδικούς χώρους για τηλεφωνικές και διαδικτυακές ενημερώσεις και καθορίζοντας συγκεκριμένες ώρες επικοινωνίας με τις οικογένειες. Επιπλέον, διαχωρίστηκαν

οι «καθαρές» από τις «μολυσμένες» ζώνες, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις προβλέφθηκαν ειδικοί χώροι για κατ' εξαίρεση επικοινωνία με συγγενείς, κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου (Kentish-Barnes et al. 2021).

Η εκτεταμένη χρήση μέσων ατομικής προστασίας (ΜΑΠ), όπως μάσκες, ασπίδες προσώπου και προστατευτικές στολές, επηρέασε σημαντικά τη **φυσική (πρόσωπο με πρόσωπο) επικοινωνία** μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Για την αντιμετώπιση αυτών των περιορισμών εφαρμόστηκαν στοχευμένες προσαρμογές (Selman et al. 2020). οι νοσηλευτές υιοθέτησαν πιο καθαρή άρθρωση, βραδύτερο ρυθμό ομιλίας και εντονότερη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας μέσω της οπτικής επαφής, των χειρονομιών και της στάσης του σώματος (Schlögl et al 2021). Παράλληλα, ενισχύθηκε η χρήση οπτικής επαφής, χειρονομιών και στάσης σώματος για την υποστήριξη του λεκτικού μηνύματος. Σε αρκετές περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν καρτέλες με ονόματα, ρόλους ή ακόμα και φωτογραφίες του προσώπου του επαγγελματία υγείας πάνω στον προστατευτικό εξοπλισμό, συμβάλλοντας στη μείωση του άγχους και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης των ασθενών (Pathan et al 2022).

Τέλος, η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη **εκπαίδευσης και υποστήριξης** του νοσηλευτικού προσωπικού. Λόγω της αυξημένης συναισθηματικής φόρτισης, της συνεχούς έκθεσης σε κρίσιμα περιστατικά και των περιορισμών στην επικοινωνία, έγινε αναγκαία η εφαρμογή στοχευμένων παρεμβάσεων υποστήριξης. Πολλά νοσοκομεία εφάρμοσαν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές που μετακινήθηκαν σε τμήματα COVID-19, τα οποία περιλάμβαναν αρχική εκπαίδευση πριν την ανάληψη καθηκόντων, συνεχιζόμενη εκπαίδευση κατά τη φροντίδα ασθενών και εξειδικευμένη εκπαίδευση για εργασία σε θαλάμους αρνητικής πίεσης (Sun et al. 2020).

3.4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Η πανδημία Covid-19 αποτέλεσε μια πρωτοφανής πρόκληση για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως και επηρέασε βαθιά την παροχής φροντίδας (Nalbandian et al 2021). Τα συστήματα υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, επηρεάστηκαν έντονα, αντιμετωπίζοντας σοβαρά εμπόδια και προκλήσεις στη φυσιολογική τους λειτουργία και επέφεραν ραγδαίες αλλαγές τόσο στον τρόπο αντίδρασης των συστημάτων υγείας όσο και στην συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Κωνσταντινίδης et al 2022). Ένας από τους τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η επικοινωνία ασθενών και νοσηλευτών. Η καραντίνα και η απομόνωση που αποτέλεσαν βασικά μέτρα δημόσιας υγείας με σκοπό τον περιορισμό της μετάδοσης της νόσου σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, είχε σοβαρές

επιπτώσεις στην ψυχική υγεία όχι μόνο στον γενικό πληθυσμό αλλά και στους φορείς παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Hossain et al 2020). Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν αυξημένο άγχος, δυσπιστία ή φόβο απέναντι στο σύστημα υγείας, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν μακροχρόνιες επιπτώσεις της νόσου (long-COVID), οι οποίες απαιτούν συνεχή ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη (Greenhalgh et al., 2020). Επιπλέον η εμπειρία της νόσησης και της παρατεταμένης απομόνωσης άφησε σε αρκετούς ασθενείς δυσκολίες στη συναισθηματική έκφραση, καθώς ο φόβος της εκ νέου μόλυνσης, η ανάμνηση της νοσηλείας και η αβεβαιότητα για τη μελλοντική τους υγεία τους οδήγησαν σε συναισθηματική απόσυρση και μειωμένη διάθεση επικοινωνίας. Η κοινωνική επανένταξη μετά το τέλος της επιδημίας δεν υπήρξε ομαλή. Αρκετοί ασθενείς βίωσαν στιγματισμό ή διακριτική συμπεριφορά λόγω του ιστορικού νόσησης από COVID-19, γεγονός που ενίσχυσε την κοινωνική απομόνωση και δυσκόλεψε την αποκατάσταση των διαπροσωπικών σχέσεων (Brooks et al 2020). Από τη άλλη μεριά οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν αυξημένο φόρτο εργασίας, συνεχή έκθεση στον κίνδυνο μόλυνσης και την ψυχολογική πίεση της φροντίδας ασθενών σε συνθήκες αβεβαιότητας. Οι παράγοντες αυτοί συνέβαλαν στην εμφάνιση άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), καταθλιπτικών συμπτωμάτων και δευτερογενούς τραυματικού στρες στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Pfefferbaum et al 2020).

Σύμφωνα με τα παραπάνω στη μετά-COVID εποχή, παρατηρείται αυξημένη συχνότητα ψυχολογικών διαταραχών όπως άγχος, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες τόσο στους ασθενείς όσο και στους επαγγελματίες υγείας δυσχεραίνοντας την μεταξύ τους επικοινωνία (Rosa et al 2020). Ωστόσο οι δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών δεν περιορίζονται μόνο σε τεχνικά ή οργανωτικά ζητήματα αλλά επεκτείνονται και σε συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας και την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Η επιθετική συμπεριφορά των ασθενών αποτελεί ένα διαχρονικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Alkorashy et al 2016). Η επιθετικότητα των ασθενών συχνά συνδέεται με δυσκολίες στην επικοινωνία η οποία προέρχεται από παρανοήσεις, αναμονές, απογοητεύσεις λόγω λειτουργικών περιορισμών υγείας ή άγχος για την κατάσταση της υγείας, γεγονός που δυσχεραίνει την αποτελεσματική αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού (Chipps et al 2024). Ωστόσο μετά την πανδημία, αρκετές μελέτες (Chipps et al 2024, Molero Jurado et al 2023, Oerther et al 2021, Gheri et al 2026, Zhang et al 2023, Qi et al 2022) έχουν καταγράψει αύξηση της λεκτικής και ψυχολογικής επιθετικότητας από ασθενείς και τις οικογένειες τους προς τους νοσηλευτές, με δυσμενείς επιπτώσεις όχι μόνο

στην ψυχική υγεία των νοσηλευτών αλλά και στην ποιότητα της φροντίδας, καθώς καταγράφονται υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και προθέσεων αποχώρησης από το επάγγελμα.

Η επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών διαμορφώνεται από νέες συνθήκες και ανάγκες. Οι νοσηλευτές καλούνται να υιοθετήσουν πιο ανθρωποκεντρικές προσεγγίσεις, δίνοντας έμφαση στην ενεργητική ακρόαση, στη σαφή και κατανοητή πληροφόρηση και στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης. Η ενσυναίσθηση αναδεικνύεται ως κρίσιμη δεξιότητα, ιδιαίτερα για ασθενείς που βίωσαν απομόνωση ή τραυματικές εμπειρίες κατά τη νοσηλεία τους. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της μετα-COVID εποχής είναι η αυξημένη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας στην υγεία. Η τηλεϊατρική, οι ηλεκτρονικοί φάκελοι υγείας και οι ψηφιακές πλατφόρμες επικοινωνίας προσφέρουν νέες δυνατότητες αλληλεπίδρασης μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Παρότι η τεχνολογία μπορεί να βελτιώσει την πρόσβαση στη φροντίδα, ενδέχεται να δημιουργήσει και νέες προκλήσεις, όπως η απώλεια προσωπικής επαφής ή οι ανισότητες στην ψηφιακή επάρκεια των ασθενών (Haleem et al, 2021). Ο νοσηλευτής ανέλαβε πολυδιάστατο ρόλο καθώς εκτός από επαγγελματίας υγείας ήταν και ενημερωτής, ψυχολόγος, υποστηρικτής και διαμεσολαβητής επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και της οικογενείας (Halcomb et al 2020).

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας στη νοσηλευτική πρακτική και κατέστησε σαφές ότι η τεχνική επάρκεια δεν αρκεί χωρίς ανθρώπινη προσέγγιση. Στη μετά-COVID εποχή η επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών καλείται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, συνδυάζοντας την τεχνολογία με την ενσυναίσθηση, την κατανόηση και τον σεβασμό. Η επένδυση στην εκπαίδευση και την υποστήριξη των νοσηλευτών αποτελεί βασικό παράγοντα για την παροχή ποιοτικής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας. Η ενίσχυση της επικοινωνίας στη μετά-COVID εποχή προϋποθέτει συνεχή εκπαίδευση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των νοσηλευτών. Εκπαιδευτικά προγράμματα που εστιάζουν στην επικοινωνία, στη διαχείριση συναισθημάτων και στην αντιμετώπιση κρίσεων μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Labrague et al 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

4.1 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ

Η κύριος σκοπός της επικοινωνίας και της αλληλεπίδρασης στο περιβάλλον υγείας είναι να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας ή την ευημερία του ασθενούς (Fleischer et al 2006). Στόχος κάθε οργανωμένου συστήματος είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και επάρκειας, ενώ τα συστήματα υγείας δεν διαφοροποιούνται ως προς αυτό. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί, σε μεγάλο βαθμό μέσω της ανάπτυξης αποτελεσματικής και ορθής επικοινωνίας (Norouzinia et al 2015). Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της παροχής φροντίδας υγείας και είναι βασικό εργαλείο για την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής και ουσιαστικής σχέσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Είναι μια δυναμική διαδικασία που δεν περιορίζεται στην απλή ανταλλαγή πληροφοριών άλλα βασίζεται στην ενσυναίσθηση, στον σεβασμό, στην ενεργητική ακρόαση και την αποδοχή της μοναδικότητας κάθε ατόμου. Η θεραπευτική επικοινωνία ορίζεται ως μια δομημένη, επαγγελματική διαδικασία που χρησιμοποιείται συνειδητά από τον νοσηλευτή με σκοπό την υποστήριξη, την κατανόηση και την προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας του ασθενή (Ραγιά 2009).

4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι βασικοί στόχοι περιλαμβάνουν:

- τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας,
- την κατανόηση των αναγκών, συναισθημάτων και ανησυχιών του ασθενή,
- τη μείωση του άγχους και του φόβου,
- την ενίσχυση της συνεργασίας του ασθενή με το θεραπευτικό πλάνο (Ραγιά 2009).
- υποστήριξη της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ατόμου (Rogers, 1961).

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι η **δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και ασφάλειας**. Η εμπιστοσύνη επιτρέπει στον ασθενή να αισθανθεί προστατευμένος και αποδεκτός, γεγονός που διευκολύνει την ανοιχτή έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων. Όταν ο επαγγελματίας υγείας επιδεικνύει ενσυναίσθηση, συνέπεια και

σεβασμό, ενισχύεται η θεραπευτική σχέση και μειώνεται η αίσθηση τρωτότητας του ασθενούς (Ραγιά 2009). Παράλληλα, βασικός στόχος είναι η **κατανόηση των αναγκών, των συναισθημάτων και των ανησυχιών του ασθενούς**. Μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της κατάλληλης χρήσης ανοιχτών ερωτήσεων, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να συλλέξει ουσιαστικές πληροφορίες που αφορούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Η κατανόηση αυτή διευκολύνει την προσαρμογή της φροντίδας στις ανάγκες του ατόμου και στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (Ραγιά 2009).

Ένας ακόμη σημαντικός στόχος της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι η **μείωση του άγχους και του φόβου** που συχνά βιώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της θεραπείας. Η παροχή σαφών πληροφοριών και η υποστηρικτική στάση μπορούν να περιορίσουν την αβεβαιότητα και να ενισχύσουν το αίσθημα ελέγχου του ασθενούς απέναντι στην κατάσταση που βιώνει (McCabe & Timmins, 2013). Επιπλέον, η θεραπευτική επικοινωνία στοχεύει στην **ενίσχυση της συνεργασίας του ασθενούς με το θεραπευτικό πλάνο.** Όταν ο ασθενής κατανοεί τη φύση της θεραπείας, τους στόχους και τα αναμενόμενα αποτελέσματα, είναι πιο πιθανό να συμμορφωθεί με τις οδηγίες και να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του. Η συνεργατική αυτή σχέση έχει συσχετιστεί με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών (Ραγιά 2009). Τέλος, κεντρικός στόχος της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι η **υποστήριξη της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ατόμου**. Ο σεβασμός στις επιλογές, στις αξίες και στις επιθυμίες του ασθενούς ενισχύει την αυτοεκτίμηση και προάγει την ενεργή συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του. Η αναγνώριση του ασθενούς ως ισότιμου και ενεργού μέλους της θεραπευτικής διαδικασίας αποτελεί βασική αρχή της σύγχρονης, ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας (Rogers, 1995).

4.3. ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης και διακρίνεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που προάγουν την εμπιστοσύνη και τη θεραπευτική αλλαγή.

Πιο συγκεκριμένα η θεραπευτική επικοινωνία διακρίνεται από:

- Ενσυναίσθηση
- Άνευ όρων θετική αποδοχή

- Γνησιότητα
- Ενεργητική ακρόαση
- Σεβασμό
- Μη κριτική στάση
- Εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα
- Ειλικρίνεια και σαφήνεια
- Επαγγελματικά όρια
- Υποστηρικτικό κλίμα
- Στόχευση στη σχέση (Rogers, 1995, Peplau 1952, Hagerty et al 2017).

Η **ενσυναίσθηση**, δηλαδή η ικανότητα του επαγγελματία να κατανοεί τον εσωτερικό κόσμο του ασθενούς, χωρίς να ταυτίζεται συναισθηματικά μαζί του, αποτελεί κεντρικό στοιχείο. Πρόκειται για μια βαθιά, βιωματική κατανόηση των συναισθημάτων, των νοημάτων και των προσωπικών εμπειριών του ασθενούς, η οποία μεταδίδεται μέσα από λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως η αντανάκλαση συναισθήματος, η αναδιατύπωση και η κατάλληλη σιωπή. Η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια ή τη συναισθηματική ταύτιση. Αντίθετα, προϋποθέτει επαγγελματικά όρια και διατήρηση της αντικειμενικότητας, ώστε ο θεραπευτής να μπορεί να κατανοεί χωρίς να «απορροφάται» από το συναίσθημα του ασθενούς. Η αποτελεσματική ενσυναίσθηση συμβάλλει στη μείωση της αίσθησης τρωτότητας, στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης και στην ενθάρρυνση της προσωπικής έκφρασης. Συνεπώς, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί απλώς μια επικοινωνιακή δεξιότητα, αλλά έναν δυναμικό θεραπευτικό παράγοντα που συμβάλλει καθοριστικά στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής επικοινωνίας (Rogers, 1995).

Η **άνευ όρων θετική αποδοχή** αναφέρεται στη σταθερή στάση σεβασμού και αποδοχής του προσώπου του ασθενούς, ανεξάρτητα από τις συμπεριφορές, τις επιλογές ή τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Σύμφωνα με τον Carl Rogers (1995), η άνευ όρων θετική αποδοχή χαρακτηρίζεται από την αποδοχή του ασθενούς χωρίς κριτική ή αξιολόγηση εκ μέρους του θεραπευτή ο οποίος αποδέχεται τον ασθενή ως πρόσωπο με εμπειρίες, συναισθήματα, εσωτερική αξία και αξιοπρέπεια, ακόμη και όταν διαφωνεί με συγκεκριμένες πράξεις ή στάσεις του. Η στάση αυτή δεν συνεπάγεται καθολική έγκριση όλων των πράξεων του

ασθενούς, αλλά σεβασμό προς το πρόσωπο του ανεξαρτήτως συμπεριφοράς (Rogers, 1995). Παράλληλα, στο πλαίσιο της διαπροσωπικής θεωρίας της νοσηλευτικής, η Hildegard Peplau (1952) επισημαίνει ότι ο σεβασμός και η αποδοχή αποτελούν προϋποθέσεις για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης στη σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Η αποδοχή του ασθενούς χωρίς κριτική διευκολύνει τη συνεργασία, δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας και ενισχύει την ενεργό συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία (Peplau, 1952). Επομένως, η άνευ όρων θετική αποδοχή δεν είναι απλώς μια ηθική στάση, αλλά ουσιαστικός θεραπευτικός παράγοντας που ενισχύει τη σχέση, προάγει την αυτογνωσία και υποστηρίζει την προσωπική ανάπτυξη (Rogers, 1995· Peplau, 1952).

Η **ενεργητική ακρόαση** αναφέρεται στην πλήρη προσοχή του θεραπευτή τόσο στα λεγόμενα όσο και στα μη λεκτικά μηνύματα του ασθενούς. Σύμφωνα με τον Carl Rogers (1995), η ενεργητική ακρόαση δεν περιορίζεται στην παθητική ακρόαση, αλλά περιλαμβάνει την αναδιατύπωση, την αντανάκλαση συναισθημάτων και τις διευκρινιστικές ερωτήσεις, με σκοπό να γίνει ορατή στον ασθενή η κατανόηση του βιώματός του. Η προσοχή στα μη λεκτικά μηνύματα όπως οι εκφράσεις προσώπου, η στάση σώματος και ο τόνος φωνής επιτρέπει στον θεραπευτή να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα που μπορεί να μην εκφράζονται λεκτικά (Peplau, 1952). Μέσα από την ενεργητική ακρόαση, ο ασθενής νιώθει ότι ακούγεται πραγματικά και γίνεται κατανοητός, γεγονός που μειώνει την αίσθηση απομόνωσης, ενισχύει την εμπιστοσύνη και προωθεί την αυθόρμητη έκφραση. Η ενεργητική ακρόαση, επομένως, δεν είναι απλώς τεχνική, αλλά ένας θεραπευτικός παράγοντας που ενισχύει τη σχέση και τη προάγει της προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς (Rogers, 1995, Peplau, 1952).

Η **γνησιότητα**, ο **σεβασμός** και η **μη κριτική στάση** αποτελούν επίσης βασικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής επικοινωνίας. Σύμφωνα με τον Carl Rogers (1995), η γνησιότητα σημαίνει ότι ο θεραπευτής δεν προσποιείται, ούτε χρησιμοποιεί τεχνικές επικοινωνίας με μηχανικό τρόπο αλλά εκφράζει με ειλικρίνεια τις σκέψεις και τα συναισθήματα του διατηρώντας ταυτόχρονα τα επαγγελματικά του όρια. Αυτή η αυθεντικότητα ενισχύει την εμπιστοσύνη, προάγει την διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή και δημιουργεί ένα ασφαλές και ανοιχτό πλαίσιο επικοινωνίας (Rogers, 1995). Ο σεβασμός και η μη κριτική στάση από την άλλη συνδέεται με την αποδοχή των αξιών, των πεποιθήσεων και της πολιτισμικής ταυτότητας του ασθενούς. Ο θεραπευτής αναγνωρίζει την μοναδικότητα του κάθε ασθενούς και προσαρμόζει τη επικοινωνία και την φροντίδα με βάση τις ατομικές ανάγκες και τις κοινωνικό-πολιτισμικές συνθήκες χωρίς επικριτικό ύφος (Peplau, 1952). Η

συνδυαστική παρουσία γνησιότητας, σεβασμού και μη κριτικής στάσης δημιουργεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον όπου ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής αποδεκτός και κατανοητός μειώνοντας την αμυντική στάση και διευκολύνοντας την ελεύθερη έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων του (Rogers, 1995, Peplau, 1952).

Η δημιουργία **υποστηρικτικού κλίματος, η στόχευση της σχέσης,** η **εχεμύθεια και η εμπιστευτικότητα** προάγουν την αίσθηση ασφάλειας και την διαπροσωπική σύνδεση του ασθενούς διευκολύνοντας την έκφραση συναισθημάτων, την κατανόηση αναγκών και την ενδυνάμωση του ασθενούς. Ιδιαίτερα όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι οι πληροφορίες που κοινοποιεί παραμένουν εμπιστευτικές ενισχύεται η εμπιστοσύνη και η ανοιχτή επικοινωνία (Peplau, 1952). Η **ειλικρίνεια και η σαφήνεια** αφορούν τη μετάδοση πληροφοριών με τρόπο αληθή και κατανοητό προσαρμοσμένο στο επίπεδο κατανόησης του ασθενούς. Η σαφής και ειλικρινής επικοινωνία μειώνει την αβεβαιότητα και ενισχύει την κατανόηση ενώ συμβάλλει στην λήψη ενημερωμένων αποφάσεων από τον ασθενή (Rogers, 1995). Τέλος η **διατήρηση των επαγγελματικών ορίων** είναι ουσιώδης για την σωστή ισορροπία μεταξύ συναισθηματικής οικειότητας και επαγγελματικής απόστασης. Ο θεραπευτής θα πρέπει να προσφέρει υποστήριξη χωρίς να υπερβαίνει τα όρια της επαγγελματικής σχέσης διασφαλίζοντας την ασφάλεια και την ακεραιότητα της θεραπευτικής διαδικασίας (Peplau, 1952).

4.4 ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Τα εμπόδια στη θεραπευτική επικοινωνία είναι παράγοντες που δυσκολεύουν ή παρεμποδίζουν τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Μπορούν να επηρεάσουν την κατανόηση, τη συνεργασία και τελικά την έκβαση της θεραπείας. Τα εμπόδια στη θεραπευτική διαδικασία μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις βασικές ομάδες: α) Εμπόδια που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, β) Εμπόδια που σχετίζονται με τον ασθενή, γ) Περιβαλλοντικά εμπόδια και δ) Ψυχολογικά και συναισθηματικά εμπόδια.

Ένα σημαντικό σύνολο εμποδίων αφορά τον επαγγελματία υγείας. Η έλλειψη ενεργητικής ακρόασης, η περιορισμένη ενσυναίσθηση, η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας χωρίς επεξήγηση, καθώς και η πίεση χρόνου μπορούν να μειώσουν την ποιότητα της επικοινωνίας. Επιπλέον, αυταρχικές στάσεις ή προκαταλήψεις επηρεάζουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση και ενδέχεται να οδηγήσουν σε μειωμένη εμπιστοσύνη από την πλευρά του ασθενούς (Rogers, 1995). Παράλληλα, εμπόδια μπορεί να προέρχονται από τον ίδιο τον ασθενή. Το

άγχος, ο φόβος για τη διάγνωση ή την πρόγνωση, ο πόνος, καθώς και το χαμηλό επίπεδο γνώσης και κατανόησης των θεμάτων υγείας δυσχεραίνουν την κατανόηση των πληροφοριών και τη λήψη αποφάσεων (Shin et al 2023). Η άρνηση της νόσου ή οι πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές μπορούν επίσης να επηρεάσουν την αλληλεπίδραση. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel G. L. (1977), η υγεία και η ασθένεια δεν καθορίζονται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά και από ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις, γεγονός που καθιστά την επικοινωνία ένα σύνθετο φαινόμενο. Επιπλέον, το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο. Ο θόρυβος, η έλλειψη ιδιωτικότητας, οι συχνές διακοπές και ο αυξημένος φόρτος εργασίας περιορίζουν την ποιότητα της αλληλεπίδρασης. Σε συνθήκες πίεσης, μειώνεται η δυνατότητα ουσιαστικού διαλόγου και εξατομικευμένης προσέγγισης (WHO 2016). Τέλος, ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης, η ντροπή, η ενοχή ή η επαγγελματική εξουθένωση (burnout), επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνιακή διαδικασία. Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με μειωμένη ενσυναίσθηση και αυξημένη συναισθηματική αποστασιοποίηση, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπευτική σχέση (Leiter et al 1996).

4.5. ΜΟΡΦΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι βασικές μορφές της θεραπευτικής επικοινωνίας στη φροντίδα υγείας διακρίνονται κυρίως σε λεκτικές (η χρήση απλής γλώσσας, ανοιχτών ερωτήσεων και κατάλληλου τόνου), μη λεκτικές (στάση σώματος, εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες, οπτική επαφή) και στη γραπτή επικοινωνία (ιδιαίτερα στο πλαίσιο οδηγιών, ενημερωτικών φυλλαδίων ή ηλεκτρονικής αλληλογραφίας). Οι μορφές αυτές αλληλοσυμπληρώνονται και συμβάλλουν στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Αν και τα χαρακτηριστικά τους έχουν ήδη αναλυθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, στη θεραπευτική επικοινωνία η έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο οι μορφές αυτές αξιοποιούνται για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, την κατανόηση των αναγκών του ασθενούς και την ενίσχυση της συμμετοχής του στη θεραπευτική διαδικασία. Η αποτελεσματική χρήση τους συμβάλλει στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, στο οποίο ο ασθενής αισθάνεται ασφαλής να εκφράσει τις ανησυχίες, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του (Mehrabian, 1971, Peplau, 1952).

4.6 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι τεχνικές της θεραπευτικής επικοινωνίας αποτελούν εξειδικευμένες δεξιότητες που διευκολύνουν την κατανόηση, την έκφραση συναισθημάτων και την ανάπτυξη της

θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιεί:

- ενεργητική ακρόαση
- ανοιχτές ερωτήσεις,
- αντανάκλαση συναισθημάτων,
- περίληψη όσων ειπώθηκαν,
- σιωπή ως εργαλείο ενθάρρυνσης,
- επιβεβαίωση και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ασθενή (Rogers, 1995, Arnold et al 2020, Stein-Parbury 2013, Peplau, 1952, Engel 1977).

Η ενεργητική ακρόαση επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να κατανοήσει ουσιαστικά τις ανάγκες και τις ανησυχίες του ασθενούς, ενώ οι ανοιχτές ερωτήσεις ενθαρρύνουν την ελεύθερη έκφραση σκέψεων και συναισθημάτων. Η αναδιατύπωση, η διευκρίνιση και η σύνοψη συμβάλλουν στην αποφυγή παρερμηνειών και στην καλύτερη κατανόηση του μηνύματος. Παράλληλα, η αντανάκλαση συναισθημάτων βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίσει και να εκφράσει τα συναισθήματά του, ενώ η θεραπευτική σιωπή προσφέρει χρόνο για επεξεργασία σκέψεων και εμπειριών (Stein-Parbury, 2013, Peplau, 1952). Τέλος, η σαφής και προσαρμοσμένη παροχή πληροφοριών ενισχύει τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και μειώνει το άγχος του (Engel, 1977). Η αποτελεσματική εφαρμογή των τεχνικών της θεραπευτικής επικοινωνίας συμβάλλει στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, στην ενίσχυση της συνεργασίας και στην παροχή ποιοτικής, ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας (Granados-Gámez et al., 2022).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικόν (ΠΓΝΑ) σχετικά με το επίπεδο επικοινωνίας τους με τους ασθενείς του εν λόγω νοσοκομείου. Επιπλέον, μέσω του ερωτηματολογίου φροντίδας ασθενών διερευνάται και η άποψη των ασθενών για τις υπηρεσίες και τη φροντίδα που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό του ΠΓΝΑ.

Αναλυτικότερα, διατυπώνονται οι παρακάτω επιμέρους στόχοι της έρευνας:

- **Στόχος 1:** Η διερεύνηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού του ΠΓΝΑ.
- **Στόχος 2:** Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών.
- **Στόχος 3:** Ο έλεγχος για την ύπαρξη ανεξάρτητων μεταβλητών που επηρεάζουν το επίπεδο της επικοινωνίας του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών της παρούσας έρευνας.
- **Στόχος 4:** Η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών σχετικά με την επικοινωνία και την φροντίδα που λαμβάνουν από τους νοσηλευτές του ΠΓΝΑ.
- **Στόχος 5:** Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών.
- **Στόχος 6:** Ο έλεγχος για την ύπαρξη ανεξάρτητων μεταβλητών που επηρεάζουν τη γνώμη των ασθενών της παρούσας μελέτης σχετικά με το επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- **Στόχος 7:** Η ανάπτυξη μοντέλων παλινδρόμησης για τον ποσοτικό προσδιορισμό της επίδρασης των διάφορων ανεξάρτητων μεταβλητών στις απαντήσεις των νοσηλευτών και των ασθενών.

5.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω αναφερόμενους στόχους, οι ερευνητικές υποθέσεις που διερευνήθηκαν είναι οι εξής:

- **Υπόθεση 1:** Κάποια από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως π.χ. η μεγάλη ηλικία και η χαμηλή εκπαιδευτική κατηγορία, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών ΠΓΝΑ.
- **Υπόθεση 2:** Κάποια από τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως π.χ. τα πολλά έτη προϋπηρεσίας, η ύπαρξη νυχτερινού ωραρίου και

ο υψηλός αριθμός νυχτερινών ωρών εργασίας, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

- **Υπόθεση 3:** Κάποια από τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών όπως π.χ. η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία ή η κακή κατάσταση της υγείας τους, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

- **Υπόθεση 4:** Οι ασθενείς εμφανίζονται γενικά ικανοποιημένοι από το επίπεδο της επικοινωνίας και της φροντίδας τους από τους νοσηλευτές του ΠΓΝΑ.

5.3 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν» κατά το χρονικό διάστημα 1 Φεβρουαρίου του 2026 έως 15 Απριλίου του 2026. Στο πληθυσμό της μελέτης συμπεριελήφθησαν οι μόνιμοι και επικουρικοί νοσηλευτές άνω των 18 ετών όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) που εργάζονταν σε ανοιχτά και κλειστά τμήματα και οι ασθενείς ελληνικής καταγωγής άνω των 18 ετών νοσηλευόμενοι στις παραπάνω κλινικές με διάρκεια νοσηλείας τουλάχιστον τριών ημερών. Από τη μελέτη αποκλείστηκαν οι νοσηλευτές της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ενηλίκων, της καρδιοχειρουργικής μονάδας και της μονάδας εντατικής νοσηλείας νεογνών κυρίως λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών των τμημάτων και της φύσης της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Επίσης οι νοσηλευτές των εξωτερικών ιατρειών, των ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), της αιμοδοσίας, της αποστείρωσης, του χειρουργείου (Κεντρικού και ΤΕΠ), του μαιευτηρίου, της Μονάδας Εξωσωματικής Γονιμοποίησης, του αναισθησιολογικού, του αιμοδυναμικού εργαστηρίου και της παιδιατρικής κλινικής.

Οι νοσηλευτές και οι ασθενείς των παραπάνω τμημάτων αποκλείστηκαν από τη μελέτη κυρίως λόγω της μικρής διάρκειας νοσηλείας των ασθενών (λιγότερο από τρεις ημέρες), της ηλικίας των συμμετεχόντων (κάτω των 18 ετών), καθώς και λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της επικοινωνίας ή της περιορισμένης δυνατότητας άμεσης επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Ο πληθυσμός των ασθενών προήλθε από τη Μονάδα Εμφραγμάτων (ΜΕΜΦ), την Παθολογική, την Καρδιολογική, την Ορθοπεδική, τη Χειρουργική και την Πνευμονολογική Κλινική, κατόπιν εξασφάλισης των απαιτούμενων αδειών από τους Διευθυντές των αντίστοιχων κλινικών (Παράρτημα Γ). Ο συνολικός

πληθυσμός της μελέτης αποτέλεσαν 155 νοσηλευτές και 150 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και αποδέχθηκαν εθελοντικά να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Για την υλοποίηση της μελέτης υποβλήθηκε αίτημα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΓΝΑ και εξασφαλίστηκε η απαιτούμενη γραπτή έγκριση για τη διεξαγωγή της (Παράρτημα Γ). Κατόπιν έγινε επικοινωνία με τους προϊσταμένους των τμημάτων ώστε να εξασφαλιστεί η άδεια τους και η συνεργασία τους ώστε να μοιραστούν τα ερωτηματολόγια και να συμπληρωθούν από τους συμμετέχοντες (νοσηλευτές-ασθενείς). Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων των Νοσηλευτών έγινε από τους ίδιους τους νοσηλευτές και των ασθενών έγινε με την μορφή συνέντευξης από την ερευνήτρια. Κατά τη διάρκεια της μελέτης τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας, διασφαλίζοντας την ανωνυμία και την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική, ενώ τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από ενημερωτική επιστολή και έντυπο συγκατάθεσης. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, με πλήρη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων και δεν παρατηρήθηκαν ελλιπείς απαντήσεις που να απαιτούν αποκλεισμό συμμετεχόντων από τη στατιστική ανάλυση.

5.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ήδη διαμορφωμένα ερωτηματολόγια για νοσηλευτές και ασθενείς μεταφρασμένα και προσαρμοσμένα στον ελληνικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα για τους νοσηλευτές χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο των Peleki et al. 2015 το οποίο το προσάρμοσαν στην ελληνική πραγματικότητα και το οποίο περιλάμβανε ένα πληροφοριακό ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων που αφορά δημογραφικά στοιχεία και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών και ένα ερωτηματολόγιο επικοινωνίας “PELEKI” όπου οι απαντήσεις μετρούνταν με βάση την κλίμακα Likert από το 1-5 (Παράρτημα Α). Το ερωτηματολόγιο των νοσηλευτών χωρίστηκε σε τρεις υποκλίμακες: «πληροφορίες» (Peleki 1), «φροντίδα» (Peleki 2) και «επικοινωνία» (Peleki 3). Ο Πίνακας 1 περιλαμβάνει τις τιμές του δείκτη Cronbach’s Alpha (Cronbach-a) για την συνολική κλίμακα νοσηλευτών (Peleki) και για τις τρεις υποκλίμακες: «πληροφορίες» (Peleki 1), «φροντίδα» (Peleki 2) και «επικοινωνία» (Peleki 3). Ο δείκτης για όλες τις κλίμακες είναι υψηλός (>0,7) κάτι που υποδηλώνει ότι έχουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και είναι κατάλληλες για περαιτέρω στατιστική ανάλυση.

Πίνακας 1. Τιμές του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας νοσηλευτών (PELEKI).

Κλίμακα	**Cronbach's Alpha**
PELEKI (συνολική)	**0,908**
PELEKI – 1 (πληροφορίες)	0,805
PELEKI – 2 (φροντίδα)	0,779
PELEKI – 3 (επικοινωνία)	0,790

Για τους ασθενείς χρησιμοποιήθηκε το ήδη διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών των Cossette et al. 2006 μεταφρασμένο και προσαρμοσμένο στην ελληνική πραγματικότητα όπως παρουσιάστηκε στην έρευνα της Πράπα 2012. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 5 ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και 23 ερωτήσεις όπου οι απαντήσεις μετρούνταν με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert που αξιολογούσαν την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της επικοινωνίας που είχαν με τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου για τους ασθενείς ήταν με τη μέθοδο της συνέντευξης (Παράρτημα Β). Ο Πίνακας 2 περιλαμβάνει τις τιμές του δείκτη Cronbach-a για την συνολική κλίμακα ασθενών (Prapa) και για τις τρεις υποκλίμακες: «κλινική φροντίδα» (Prapa 1), «φροντίδα μέσα από τη σχέση» (Prapa 2) και «ανθρωπιστική φροντίδα» (Prapa 3). Ο δείκτης για όλες τις κλίμακες είναι υψηλός (>0,7) κάτι που υποδηλώνει ότι έχουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και είναι κατάλληλες για περαιτέρω στατιστική ανάλυση.

Πίνακας 2. Τιμές του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha της συνολικής κλίμακας και των τριών υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου ασθενών (PRAPA).

Κλίμακα	**Cronbach's Alpha**
PRAPA (συνολική)	**0,927**
PRAPA – 1 (κλινική φροντίδα)	0,802
PRAPA – 2 (φροντίδα μέσα από τη σχέση)	0,923
PRAPA – 3 (ανθρωπιστική φροντίδα)	0,757

Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων νοσηλευτών (PELEKI) και ασθενών (PRAPA) καθώς επίσης και των επιμέρους κλιμάκων των ερωτηματολογίων (PELEKI 1, PELEKI 2, PELEKI 3 και PRAPA 1, PRAPA 2, PRAPA 3), ελέγχθηκε με τη χρήση του δείκτη Cronbach-a. Για τιμές του δείκτη μεγαλύτερες του 0,7 η κλίμακα θεωρείται ότι έχει αποδεκτό βαθμό αξιοπιστίας.

Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, έκδοση 25.0, ενώ για τις γραφικές απεικονίσεις των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό πρόγραμμα Microsoft Excel 365. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων περιλαμβάνει την περιγραφική και την επαγωγική στατιστική. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την παρουσίαση α) των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και των ασθενών, β) των εργασιακών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και γ) των περιγραφικών μέτρων (μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, διασπορά κ.τ.λ.) των απαντήσεων των νοσηλευτών και ασθενών στα σχετικά ερωτηματολόγια. Αντίθετα, η επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για τον στατιστικό έλεγχο των απόψεων τόσο των νοσηλευτών, όσο και των ασθενών ανάλογα με την διαφοροποίηση των επιλεγμένων ανεξάρτητων μεταβλητών.

Οι δημογραφικές και λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές (π.χ. ηλικία, φύλλο, οικογενειακή κατάσταση, έτη προϋπηρεσίας κ.τ.λ.) αναλύθηκαν ως προς τις ελάχιστες (min) και μέγιστες (max) τιμές τους, τις μέσες τιμές τους (average), την τυπική απόκλιση (standard deviation), τη διασπορά (variance), το εύρος (range), τη διάμεσο (median), και το εύρος τιμών μεταξύ των τεταρτημορίων (interquartile range). Η κανονικότητα των ποσοτικών μεταβλητών ελέγχθηκε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov και με τη χρήση διαγραμμάτων ποσοστημορίων (Q-Q plots). Για την σύγκριση των μέσων τιμών μιας ποσοτικής ή κατηγορικής μεταβλητής με δύο επίπεδα, έγινε χρήση του παραμετρικού ελέγχου t-test. Στην περίπτωση ποσοτικών ή κατηγορικών μεταβλητών με περισσότερα από δύο επίπεδα, χρησιμοποιήθηκε η σύγκριση μέσων τιμών με τον έλεγχο διασπορών (One Way ANOVA). Στις πολλαπλές συγκρίσεις μέσων τιμών στον έλεγχο ANOVA, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για αποφυγή υψηλών σφαλμάτων τύπου Ι. Σε όλες τις περιπτώσεις, το επίπεδο σημαντικότητας α ορίστηκε στο 0,05 ή 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το τελικό δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από 155 νοσηλευτές και 150 ασθενείς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών (ΠΓΝΑ). Στις επόμενες ενότητες παρουσιάζονται τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων PELEKI και PRAPA.

6.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΛΗΘΥΜΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

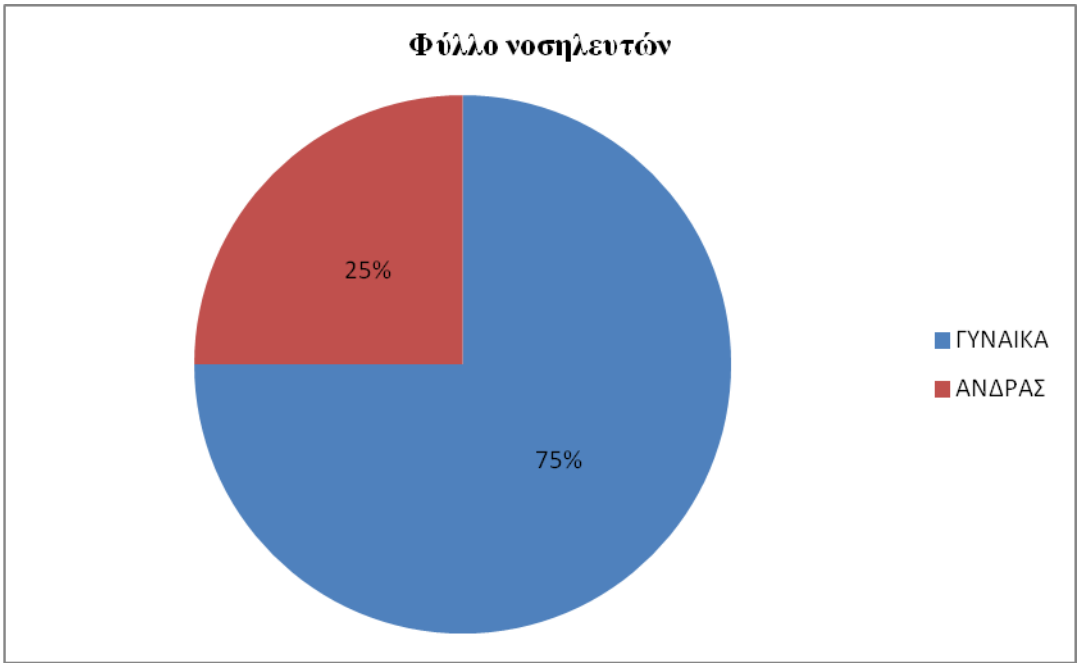
Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 155 νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών (ΠΓΝΑ) με μέσο όρο ηλικίας τα 43,75 έτη. Οι γυναίκες υπερείχαν αριθμητικά των ανδρών στον πληθυσμό της μελέτης. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν 117 γυναίκες και 38 άνδρες με ποσοστά συμμετοχής 75,5% και 24,5% αντίστοιχα (Πίνακας 3, Γράφημα 1). Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμαίνεται από τα 24 έως τα 62 έτη με την πλειοψηφία (52,9%) να βρίσκεται στο ηλικιακό εύρος 41-50 έτη. Το 74,2% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι/ες και το 20,6% ανύπαντροι/ες. Οι διαζευγμένοι/ες αποτελούν το 3,2% και οι χήροι/ες το 1,9% του δείγματος. Αναφορικά με την μόρφωση των ερωτηθέντων, οι 78 (50,3%) έχουν αποφοιτήσει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, 51 (32,9%) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου και οι 26 (16,8%) είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας 3, Γράφημα 2).

Πίνακας 3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των νοσηλευτών.

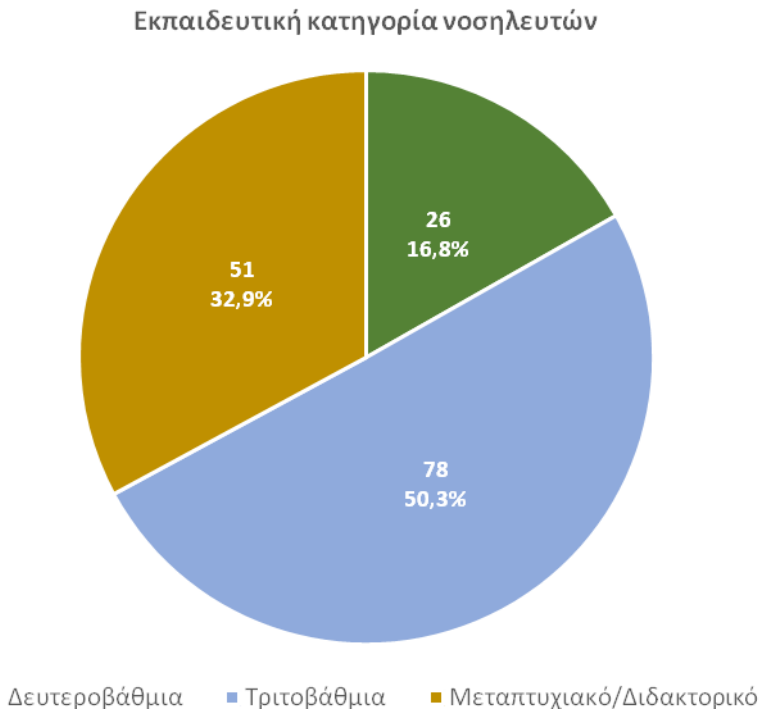
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Φύλο		
Άνδρας	38	24,5%
Γυναίκα	117	75,5%
Ηλικία		
Έως 30 ετών	14	9,0%
31 – 40	31	20,0%
41 – 50	82	52,9%
51 και άνω	28	18,1%
Οικογενειακή κατάσταση		

Έγγαμος/η	115	74,2%
Άγαμος/η	32	20,6%
Διαζευγμένος/η	5	3,2%
Χήρος/α	3	1,9%
Εκπαιδευτική κατηγορία		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	26	16,8%
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	78	50,3%
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	51	32,9%

Γράφημα 1. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση το φύλο.



Γράφημα 2. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση την εκπαιδευτική κατηγορία.



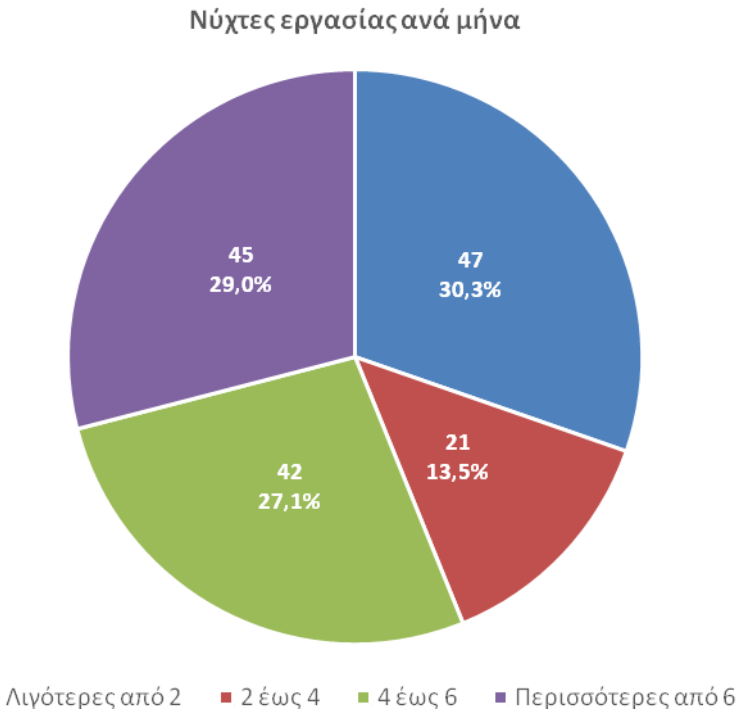
Σχετικά με τα εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών του ΠΓΝΑ, η πλειοψηφία αυτών (86,5%) αποτελούν μόνιμο προσωπικό (Πίνακας 4). Παρατηρείται ότι 75 (48,4%) από τους συμμετέχοντες έχουν 21 με 30 συνολικά έτη προϋπηρεσίας ενώ 122 (78,7%) εργάζονται στο υφιστάμενο τμήμα τους από 1 έως 10 έτη. Σχετικά με το νοσηλευτικό τομέα εργασίας, 87 νοσηλευτές εργάζονται στον Παθολογικό τομέα (56,1%), 43 στον Χειρουργικό (27,7%), 15 στον Διατομεακό τομέα (9,7%) και 10 στον Ψυχιατρικό τομέα (6,5%). Επιπλέον, η πλειοψηφία αυτών σε ποσοστό 76,8% εργάζεται σε πρωινό και σε νυχτερινό ωράριο. Σχετικά με τις νυχτερινές ημέρες εργασίας ανά μήνα (Πίνακας 4, Γράφημα 3), 47 νοσηλευτές εργάζονται λιγότερες από 2 νυχτερινές βάρδιες (30,3%), 45 νοσηλευτές εργάζονται περισσότερες από 6 νυχτερινές βάρδιες (29,0%), 42 νοσηλευτές από 4 έως 6 νύχτες (27,1%) και 21 νοσηλευτές από 2 έως 4 νύχτες το μήνα (13,5%).

Πίνακας 4. Υποκλίμακα επαγγελματικών χαρακτηριστικών νοσηλευτών

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Υπαλληλική σχέση με το ΠΓΝΑ		
Μόνιμος υπάλληλος	134	86,5%
Επικουρικός υπάλληλος	21	13,5%
Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια		

0-10	33	21,3%
11-20	42	27,1%
21-30	75	48,4%
31 και άνω	5	3,2%
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα εργασίας		
0-10	122	78,7%
11-20	28	18,1%
21-30	3	1,9%
31 και άνω	2	1,3%
Νοσηλευτικός τομέας εργασίας		
Παθολογικός τομέας	87	56,1%
Χειρουργικός τομέας	43	27,7%
Ψυχιατρικός τομέας	10	6,5%
Διατομεακός τομέας	15	9,7%
Εργασία αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο		
Ναι	36	23,2%
Όχι	119	76,8%
Νύχτες εργασίας ανά μήνα		
<2	47	30,3%
2 – 4	21	13,5%
4 – 6	42	27,1%
>6	45	29,0%

Γράφημα 3. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση τις νύχτες εργασίας τους ανά μήνα



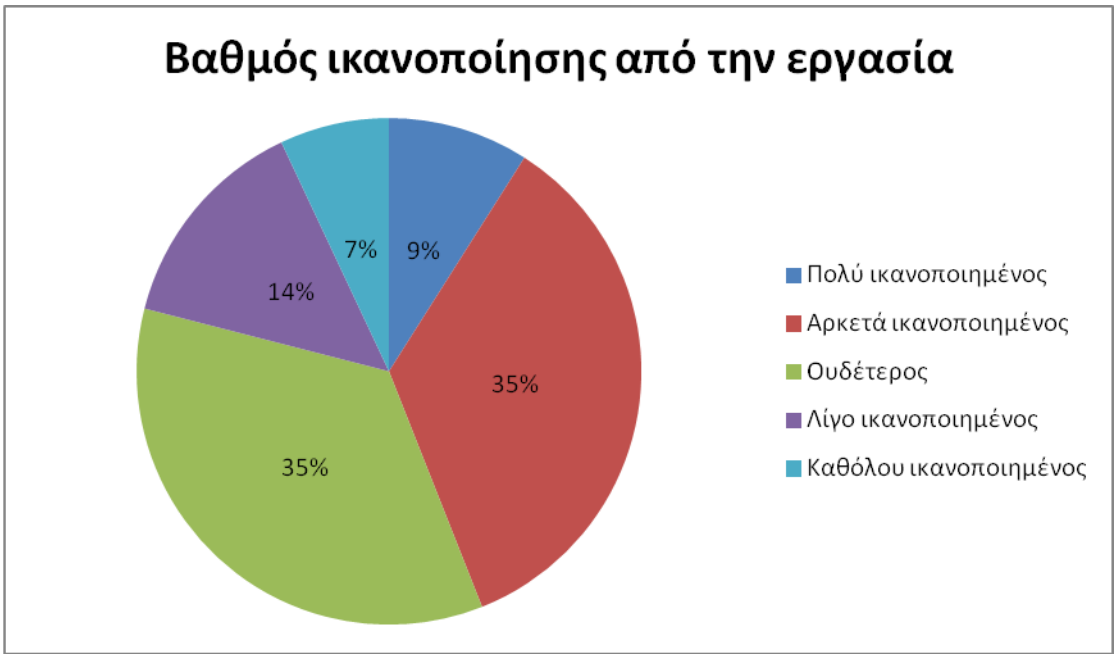
Όσον αφορά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας και της υγείας των νοσηλευτών τα στοιχεία αναδεικνύουν το γεγονός ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών (35,5%) έχει ουδέτερη ικανοποίηση από την εργασία, ενώ σε ποσοστό 34,8% το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αρκετά ικανοποιημένο από την εργασία του. Αντίθετα, μικρή ικανοποίηση από την εργασία του λαμβάνει το 13,6% του δείγματος των νοσηλευτών (Πίνακας 5, Γράφημα 4). Η πλειοψηφία των νοσηλευτών (63,2%) δηλώνει ότι δεν επιθυμεί να αλλάξει τμήμα εργασίας, ενώ σε ποσοστό 60,0% θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή αν ξεκινούσαν σήμερα την καριέρα τους. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί σε ποσοστό 59,4% ότι η ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται από το τμήμα εργασίας τους είναι καλή και σε ποσοστό 23,9% ότι είναι πολύ καλή. Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων νοσηλευτών, 61 από αυτούς πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι καλή (39,4%) και 50 ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή (32,3%). Οι υπόλοιποι συμμετέχοντες θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια και κακή, ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες νοσηλευτές δεν θεωρεί την κατάσταση της υγείας του ως πολύ κακή.

Πίνακας 5. Υποκλίμακα ποιοτικών χαρακτηριστικών του εργασιακού περιβάλλοντος και της υγείας των νοσηλευτών

Ποιοτικά χαρακτηριστικά εργασίας και υγείας	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Πώς αισθάνεστε από την εργασία σας;		
Πολύ ικανοποιημένος/η	14	9,0%
Αρκετά ικανοποιημένος/η	54	34,8%
Ουδέτερος/η	55	35,5%
Λίγο ικανοποιημένος/η	21	13,6%
Καθόλου ικανοποιημένος/η	11	7,1%
Θέλετε να αλλάξετε τμήμα εργασίας;		
Ναι	57	36,8%
Όχι	98	63,2%
Θα επιλέγατε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας;		
Ναι	62	40,0%
Όχι	93	60,0%
Ποια η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα σας;		
Πολύ καλή	37	23,9%
Καλή	92	59,4%
Ουδέτερη	11	7,1%
Μέτρια	11	7,1%
Κακή	4	2,6%
Ποια η γενική κατάσταση της υγείας σας;		
Πολύ καλή	50	32,3%
Καλή	61	39,4%
Μέτρια	39	25,2%

Κακή	5	3,2%
Πολύ κακή	0	0,0%

Γράφημα 4. Κατανομή των νοσηλευτών του δείγματος με βάση την ικανοποίησή τους από την εργασία.



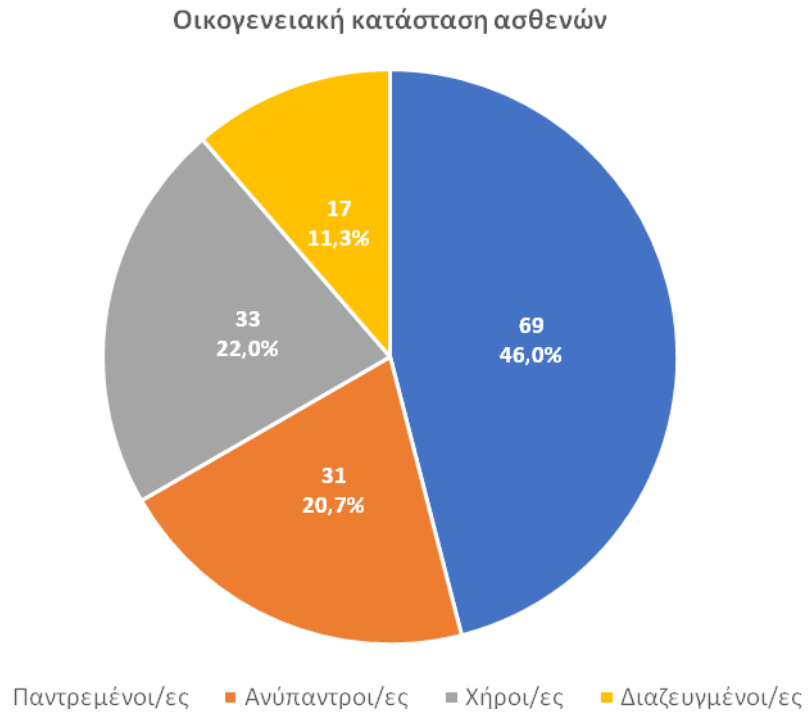
6.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 150 ασθενείς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικών (ΠΓΝΑ). Οι άνδρες του δείγματος των ασθενών υπερτερούν αριθμητικά έναντι των γυναικών. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν 99 άνδρες και 51 γυναίκες με ποσοστά συμμετοχής 66,0% και 34,0% αντίστοιχα (Πίνακας 6). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84,7%) βρίσκεται στο ηλικιακό εύρος άνω των 50 ετών. Το 46,0% των ερωτηθέντων είναι παντρεμένοι/ες και το 20,7% ανύπαντροι/ες, Οι χήροι/ες αποτελούν το 22,0% και οι διαζευγμένοι/ες το 13,3% (Πίνακας 6, Γράφημα5). Αναφορικά με την μόρφωση των ερωτηθέντων ασθενών, οι 112 (74,7%) έχουν αποφοιτήσει από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 30 (20,0%) είναι κάτοχοι πτυχίου τεχνικής εκπαίδευσης και οι 8 (5,3%) είναι κάτοχοι πτυχίου πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Σχετικά με τον αριθμό τέκνων, η πλειοψηφία των ασθενών έχει 2 τέκνα (36,7%).

Πίνακας 6. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ασθενών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Φύλο		
Άνδρας	99	66,0%
Γυναίκα	51	34,0%
Ηλικία		
Έως 30 ετών	1	0,7%
31 – 40	2	1,3%
41 – 50	20	13,3%
51 και άνω	127	84,7%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	69	46,0%
Άγαμος/η	31	20,7%
Χήρος/α	33	22,0%
Διαζευγμένος/η	17	11,3%
Εκπαιδευτική κατηγορία		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	112	74,7%
Πτυχίο ΤΕ	30	20,0%
Πτυχίο ΠΕ	8	5,3%
Μεταπτυχιακό	-	-
Διδακτορικό	-	-
Αριθμός τέκνων		
0	39	26,0%
1	38	25,3%
2	55	36,7%
Περισσότερα από 2	18	12,0%

Γράφημα 5. Κατανομή των ασθενών του δείγματος με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση.



6.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PELEKI ΚΑΙ PRAPA

Εξετάζοντας τα στοιχεία που προκύπτουν από την υποκλίμακα PELEKI 1 «πληροφορίες των νοσηλευτών προς τους ασθενείς» του Πίνακα 7 συνολικά, η υποκλίμακα PELEKI 1 παρουσίασε μέση τιμή 4,01, γεγονός που υποδηλώνει καλό επίπεδο παροχής πληροφοριών από το νοσηλευτικό προσωπικό προς τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην ενημέρωση των ασθενών α) για την λειτουργία του τμήματος κατά την πρώτη ημέρα που έρχονται σε αυτό (συμφωνεί απολύτως το 67,1% των ερωτηθέντων), β) για την λήψη ζωτικών σημείων (συμφωνεί απολύτως το 67,1%) και γ) για τα δικαιώματα των ασθενών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (συμφωνεί απολύτως το 61,3%). Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει μικρή βαρύτητα στην ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (συμφωνεί απολύτως το 14,2%) και τις αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία τους (συμφωνεί απολύτως το 17,4%). Επιπλέον, η ικανοποίηση των νοσηλευτών

από την συχνότητα ενημέρωσης των ασθενών εμφανίζεται μειωμένη καθώς μόνο το 16,1% συμφωνεί απόλυτα με την υφιστάμενη συχνότητα ενημέρωσης.

Πίνακας 7. Απαντήσεις νοσηλευτών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PELEKI 1 – «Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο»

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ λίγο	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ απολύτως
Ενημερώνετε τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους	3 (1,9%)	4 (2,6%)	21 (13,5%)	32 (20,6%)	**95 (61,3%)**
Ενημερώνετε τους ασθενείς κατά την λήψη ζωτικών σημείων	2 (1,3%)	4 (2,6%)	8 (5,2%)	37 (23,9%)	**104 (67,1%)**
Ενημερώνετε τους ασθενείς κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων (δηλαδή για το είδος της εξέτασης, το σκοπό, την προετοιμασία και για το τι θα γίνει κατά την διάρκεια της εξέτασης)	0 (0,0%)	5 (3,2%)	31 (20,0%)	54 (34,8%)	65 (41,9)
Πληροφορείτε τους ασθενείς για τα φάρμακα κατά τη νοσηλεία (το είδος, τη δόση, τις παρενέργειες)	2 (1,3%)	10 (6,5%)	50 (32,3%)	42 (27,1%)	51 (32,9%)
Κρατάτε τους ασθενείς ενήμερους για την κατάσταση της υγείας τους	3 (1,9%)	16 (10,3%)	62 (40,0%)	52 (33,5%)	22 (14,2%)
Ενημερώνετε τους ασθενείς για το τμήμα την πρώτη ημέρα που έρχονται (προσανατολισμό στο χώρο, ρουτίνα, κουδούνι)	0 (0,0%)	2 (1,3%)	14 (9,0%)	35 (22,6%)	**104 (67,1%)**
Ενημερώνετε τους ασθενείς για το αν και πόσο συχνά θα πρέπει να κινούνται	2 (1,3%)	2 (1,3%)	14 (9,0%)	76 (49,0%)	61 (39,4%)

Προσπαθείτε να τους συμπεριλάβετε/ενημερώσετε στις αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία	5 (3,2%)	19 (12,3%)	60 (38,7%)	44 (28,4%)	27 (17,4%)
Είστε ικανοποιημένοι από τη συχνότητα που ενημερώνετε τους ασθενείς σας	4 (2,6%)	6 (3,9%)	65 (41,9%)	55 (35,5%)	25 (16,1%)
Παρέχετε πληροφορίες στους ασθενείς όποτε ακριβώς σας το ζητάνε	3 (1,9%)	2 (1,3%)	48 (31,0%)	63 (40,6%)	39 (25,2%)

Για όσον αφορά την υποκλίμακα PELEKI 2 «φροντίδα που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο» από τα στοιχεία του Πίνακα 8 συνολικά, η υποκλίμακα PELEKI 2 παρουσίασε μέση τιμή 4,20, γεγονός που υποδηλώνει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δίνει μεγάλη σημασία στην ευγενική προσέγγιση των ασθενών (συμφωνεί απόλυτα το 63,9%) και στη διαφύλαξη της ιδιωτικότητας των ασθενών (συμφωνεί απόλυτα το 60,6%). Επιπλέον η πλειοψηφία των νοσηλευτών συμφωνεί λίγο ή απόλυτα α) με την επίδειξη προσοχής στις προσωπικές ανάγκες του ασθενή (92,2%), β) με την παροχή πληροφοριών για τις θέσεις ανακούφισης του πόνου των ασθενών (88,3%) και γ) με την έγκαιρη ευαισθητοποίησή τους για κάποια ενόχληση που νιώθει ο ασθενής (83,2%).

Πίνακας 8. Απαντήσεις (συχνότητα και ποσοστό %) νοσηλευτών στην υποκλίμακα PELEKI 2 – «Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες»

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ λίγο	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ απολύτως
Είστε ευγενικοί και φιλικοί με τους ασθενείς σας (τρόπος ομιλίας, προστασία της έκθεσης του σώματος, σεβασμός διαφορετικότητας)	1 (0,6%)	0 (0,0%)	7 (4,5%)	48 (31,0%)	**99 (63,9%)**
Ανταποκρίνεστε αμέσως στο κάλεσμα για βοήθεια (κουμπί ειδοποίησης-σήμα)	0 (0,0%)	9 (5,8%)	24 (15,5%)	75 (48,4%)	47 (30,3%)

Δίνετε προσοχή στις προσωπικές ανάγκες του ασθενή	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (7,7%)	98 (63,2%)	45 (29,0%)
Διαφυλάσσετε την ιδιωτικότητα των ασθενών (παραβάν, προστασία της έκθεσης σώματος)	2 (1,3%)	4 (2,6%)	11 (7,1%)	44 (28,4%)	**94 (60,6%)**
Δίνετε πληροφορίες στους ασθενείς για το πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους στο σπίτι, μετά τη έξοδό τους από το νοσοκομείο	0 (0,0%)	10 (6,5%)	32 (20,6%)	75 (48,4%)	38 (24,5%)
Ευαισθητοποιήστε έγκαιρα για κάποια ενόχληση που μπορεί να προκάλεσε στους ασθενείς το πρόβλημα υγείας τους	0 (0,0%)	6 (3,9%)	20 (12,9%)	89 (57,4%)	40 (25,8%)
Πληροφορείτε τον ασθενή για τις θέσεις ανακούφισης του πόνου και τα φάρμακα που δίνονται	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (11,6%)	74 (47,7%)	63 (40,6%)
Ελέγχετε συχνά τον πόνο του ασθενή	0 (0,0%)	0 (0,0%)	40 (25,8%)	67 (43,2%)	48 (31,0%)

Σχετικά με την επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών (Υποκλίμακα PELEKI 3), από τα στοιχεία του Πίνακα 9 προκύπτει ότι η υποκλίμακα παρουσίασε μέση τιμή 3,84, γεγονός που υποδηλώνει ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες δίνουν μεγάλη βαρύτητα στην ανταπόκριση στις ανησυχίες και τα παράπονα των ασθενών κατά την παραμονή τους στην κλινική (συμφωνεί λίγο ή απολύτως το 80,6%), καθώς και στην ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης, ώστε οι ασθενείς να εκφράζουν ζητήματα που τους απασχολούν (συμφωνεί λίγο ή απολύτως το 74,2%). Αντίθετα, το 41,9% των συμμετεχόντων διατηρεί ουδέτερη στάση ως προς τον χρόνο που αφιερώνει στην επικοινωνία με τους ασθενείς.

Πίνακας 9. Απαντήσεις νοσηλευτών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PELEKI 3 – «Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών»

	Διαφωνώ απολύτως	Διαφωνώ λίγο	Ουδέτερος/η	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ απολύτως
Αφιερώνετε αρκετό χρόνο στους ασθενείς για να επικοινωνήσετε (να συμπαρασταθείτε στις δύσκολες στιγμές, να συζητήσετε, να ακούσετε και να κατανοήσετε τα προβλήματα τους)	0 (0,0%)	18 (11,6%)	65 (41,9%)	47 (30,3%)	25 (16,1%)
Είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από την επικοινωνία σας	0 (0,0%)	2 (1,3%)	45 (29,0%)	72 (46,5%)	36 (23,2%)
Ανταποκρίνεστε στις ανησυχίες και τα παράπονα που έχουν οι ασθενείς κατά την παραμονή τους στην κλινική	0 (0,0%)	5 (3,2%)	25 (16,1%)	93 (60,0%)	32 (20,6%)
Ο ασθενής εμπιστεύεται στο νοσηλευτικό προσωπικό κάτι που τον απασχολεί	0 (0,0%)	3 (1,9%)	37 (23,9%)	75 (48,4%)	40 (25,8%)
Είστε ικανοποιημένοι από την επικοινωνία σας με τους ασθενείς	3 (1,9%)	3 (1,9%)	53 (34,2%)	57 (36,8%)	39 (25,2%)

Στον Πίνακα 10 αναφέρονται οι απαντήσεις των ασθενών στην υποκλίμακα του ερωτηματολογίου ασθενών PRAPA 1(κλινική φροντίδα» των νοσηλευτών). Συνολικά, η υποκλίμακα PRAPA 1 παρουσίασε μέση τιμή 4,69 γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έχει «πάρα πολύ» καλή γνώση στο α) να παρέχει θεραπευτική διαδικασία (94,0%), β) να βοηθάει τους ασθενείς με ανάγκες που δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν μόνοι τους (84,7%) και γ) να θέτει σε λειτουργία ειδικά μηχανήματα (82,7%). Αντίθετα, οι ασθενείς θεωρούν ότι οι νοσηλευτές έδειξαν τις

ικανότητές τους και την τεχνική τους επάρκεια με τον τρόπο που έκαναν τις επεμβάσεις σε «πάρα πολύ» καλό βαθμό σε ποσοστό 43,3%.

Πίνακας 10. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 1 – «Κλινική φροντίδα»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Γνώριζαν πώς να παρέχουν κάποια θεραπευτική διαδικασία (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, περίδεση τραύματος κ.τ.λ.)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (6,0%)	**141 (94,0%)**
Γνώριζαν να θέτουν σε λειτουργία ειδικά μηχανήματα (π.χ. αντλίες, μόνιτορ κ.α.)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,0%)	23 (15,3%)	**124 (82,7%)**
Έλεγχαν εάν η φαρμακευτική μου αγωγή ανακούφιζε τα συμπτώματά μου (π.χ. ναυτία, πόνο, δυσκοιλιότητα άγχος κ.α.)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (2,7%)	36 (24,0%)	110 (73,3%)
Μου έδιναν οδηγίες και μέσα να αντιμετωπίσω ή να αποτρέψω συγκεκριμένες παρενέργειες από τα φάρμακα ή τις θεραπευτικές παρεμβάσεις	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (5,3%)	46 (30,7%)	96 (64,0%)
Γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν σε περιπτώσεις επείγοντος, όπου κάποιος πρέπει να δρα άμεσα.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	43 (28,7%)	107 (71,3%)
Με βοήθησαν με τις ανάγκες της φροντίδας μου, που δεν μπορούσα να αντιμετωπίσω μόνος	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	23 (15,3%)	**127 (84,7%)**

μου					
Έδειξαν τις ικανότητές τους και την τεχνική τους επάρκεια, με τον τρόπο που έκαναν τις παρεμβάσεις	0 (0,0%)	10 (6,7%)	31 (20,7%)	44 (29,3%)	65 (43,3%)
Κατέγραφαν προσεκτικά την κατάσταση της υγείας μου	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,0%)	34 (22,7%)	113 (75,3%)
Μου παρείχαν την δυνατότητα για αυτό-φροντίδα (να φροντίζω τον εαυτό μου μόνος, όταν αυτό ήταν δυνατό)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	3 (2,0%)	28 (18,7%)	118 (78,7%)

Από τα στοιχεία του Πίνακα 11 σχετικά με την άποψη των ασθενών για την «φροντίδα μέσα από την σχέση» με τους νοσηλευτές (υποκλίμακα PRAPA 2). Συνολικά, η υποκλίμακα PRAPA 2 παρουσίασε μέση τιμή 4,00 γεγονός που υποδηλώνει θετική αξιολόγηση της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Οι ασθενείς θεωρούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό τους βοήθησε «πάρα πολύ» να διευκρινίσουν ποια πράγματα θα ήθελαν να τους φέρουν σημαντικοί άνθρωποι γι' αυτούς σε ποσοστό 73,3%. «Πολύ» βοήθεια έλαβαν επίσης στο α) να αναγνωρίσουν τα μέσα με τα οποία θα επιλύσουν αποτελεσματικά τα προβλήματά τους σε ποσοστό 38,7%, β) να διερευνήσουν κάθε τι που είναι σημαντικό στη ζωή τους σε ποσοστό 38,0% και γ) να ψάξουν να βρουν συγκεκριμένη ισορροπία στη ζωή τους σε ποσοστό 36,0%.

Πίνακας 11. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 2 – «Φροντίδα μέσα από τη σχέση»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Με βοήθησαν να ψάξω για να βρω συγκεκριμένη ισορροπία στη ζωή μου	2 (1,3%)	12 (8,0%)	37 (24,7%)	**54 (36,0%)**	45 (30,0%)
Με βοήθησαν να	3 (2,0%)	9 (6,0%)	27 (18,0%)	**57**	54 (36,0%)

διερευνήσω κάθε τι που είναι σημαντικό στη ζωή μου				**(38,0%)**	
Με βοήθησαν να διευκρινίσω ποια πράγματα θα ήθελα σημαντικοί άνθρωποι για μένα να μου φέρουν	0 (0,0%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)	35 (23,3%)	**110 (73,3%)**
Με βοήθησαν να ανακαλύψω το νόημα που έδωσα στην κατάσταση της υγείας μου	1 (0,7%)	15 (10,0%)	42 (28,0%)	42 (28,0%)	50 (33,3%)
Με βοήθησαν να αναγνωρίσω τα μέσα με τα οποία θα επιλύσω αποτελεσματικά τα προβλήματά μου	2 (1,3%)	12 (8,0%)	32 (21,3%)	**58 (38,7%)**	46 (30,7%)
Με βοήθησαν να δω τα πράγματα από διαφορετική σκοπιά	0 (0,0%)	15 (10,0%)	34 (22,7%)	52 (34,7%)	49 (32,7%)
Προσπάθησαν να αναγνωρίσουν μαζί μου τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς μου	2 (1,3%)	15 (10,0%)	40 (26,7%)	46 (30,7%)	47 (31,3%)

Σχετικά με τις απόψεις των ασθενών για την «ανθρωπιστική φροντίδα» που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό (Υποκλίμακα PRAPA 3), τα αποτελέσματα του Πίνακα 12 δείχνουν ότι η συγκεκριμένη υποκλίμακα παρουσίασε τη μεγαλύτερη μέση τιμή (Μ.Ο.=4,72) μεταξύ όλων των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου PRAPA. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι οι ασθενείς αξιολογούν ιδιαίτερα θετικά τις ανθρωπιστικές διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως ο σεβασμός, η ιδιωτικότητα, η υποστήριξη και η αναγνώριση των προσωπικών τους αναγκών. Οι ασθενείς απάντησαν πως οι νοσηλευτές έδωσαν «πάρα πολύ» έμφαση στις προσπάθειές τους σε ποσοστό 88,7% και σεβάστηκαν «πάρα πολύ» την ιδιωτικότητα τους σε ποσοστό 85,3%. Στην ερώτηση αν το νοσηλευτικό προσωπικό τους αντιμετώπισε ως ολοκληρωμένα άτομα και δεν ενδιαφέρονταν μόνο για τα προβλήματα της υγείας τους, οι ασθενείς απάντησαν «πάρα πολύ» σε ποσοστό 50,7% και «πολύ» σε ποσοστό 40,0%.

Πίνακας 12. Απαντήσεις ασθενών (συχνότητα και ποσοστό %) στην υποκλίμακα PRAPA 3 – «Ανθρωπιστική φροντίδα»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
Με αντιμετώπισαν ως ολοκληρωμένο άτομο και δεν ενδιαφέρονταν μόνο για τα προβλήματα της υγείας μου	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (9,3%)	**60 (40,0%)**	76 (50,7%)
Με προέτρεπαν να έχω ελπίδα όποτε ήταν απαραίτητο	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)	39 (26,0%)	109 (72,7%)
Έδιναν έμφαση τις προσπάθειές μου	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	16 (10,7%)	**133 (88,7%)**
Δεν με αποδοκίμαζαν	0 (0,0%)	1 (0,7%)	8 (5,3%)	28 (18,7%)	113 (75,3%)
Σεβάστηκαν την ιδιωτικότητα μου (π.χ. δεν με εξέθεσαν χωρίς να υπάρχει λόγος)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	22 (14,7%)	**128 (85,3%)**
Έλαβαν υπόψη τις βασικές μου ανάγκες (π.χ. ύπνο, υγιεινή)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	30 (20,0%)	119 (79,3%)
Παρείχαν την θεραπεία ή φάρμακα στον προκαθορισμένο χρόνο	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	48 (32,0%)	102 (68,0%)

6.4 ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Ο Πίνακας 13 περιλαμβάνει τα συγκεντρωτικά περιγραφικά μέτρα του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PELEKI καθώς επίσης και των τριών υποκλιμάκων αυτού. Σχετικά με το συνολικό ερωτηματολόγιο, η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,04, η τυπική απόκλιση 0,88 και η διακύμανση 0,78. Στην υποκλίμακα πληροφοριών (PELEKI 1), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,01, η τυπική απόκλιση 0,97 και η διακύμανση 0,94. Η υποκλίμακα φροντίδας (PELEKI 2) εμφανίζει την μεγαλύτερη μέση τιμή 4,20 ενώ η τυπική απόκλιση

είναι 0,77 και η διακύμανση 0,59. Τέλος, η υποκλίμακα επικοινωνίας (PELEKI 3) έχει την χαμηλότερη μέση τιμή 3,84 με την τυπική απόκλιση να είναι 0,83 και τη διακύμανση 0,68.

Πίνακας 13. Σύγκριση των μέσων τιμών, των τυπικών αποκλίσεων και των διακυμάνσεων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PELEKI και των τριών υποκλιμάκων αυτού.

	Ονομασία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
Συνολικό ερωτηματολόγιο (πληροφορίες – φροντίδα – επικοινωνία)	**PELEKI**	**4,04**	**0,88**	**0,78**
Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο	PELEKI 1	4,01	0,97	0,94
Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες	PELEKI 2	4,20	0,77	0,59
Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών	PELEKI 3	3,84	0,83	0,68

Ο Πίνακας 14 περιλαμβάνει τα συγκεντρωτικά περιγραφικά μέτρα του ερωτηματολογίου φροντίδας ασθενών PRAPA καθώς επίσης και των τριών υποκλιμάκων αυτού. Σχετικά με το συνολικό ερωτηματολόγιο, η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,49, η τυπική απόκλιση 0,78 και η διακύμανση 0,61. Στην υποκλίμακα «κλινική φροντίδα» (PRAPA 1), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,69, η τυπική απόκλιση 0,58 και η διακύμανση 0,34. Η υποκλίμακα «φροντίδα μέσα από τη σχέση» (PRAPA 2) έχει την χαμηλότερη μέση τιμή 4,00 ενώ η τυπική απόκλιση είναι 0,99 και η διακύμανση 0,98. Τέλος, η υποκλίμακα επικοινωνίας (PRAPA 3) εμφανίζει τη μεγαλύτερη μέση τιμή 4,72 με την τυπική απόκλιση να είναι 0,51 και τη διακύμανση 0,26.

Πίνακας 14. Σύγκριση των μέσων τιμών, των τυπικών αποκλίσεων και των διακυμάνσεων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PRAPA και των τριών υποκλιμάκων αυτού.

	Ονομασία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διακύμανση
Συνολικό ερωτηματολόγιο (κλινική φροντίδα – φροντίδα μέσα από τη σχέση– ανθρωπιστική φροντίδα)	**PRAPA**	**4,49**	**0,78**	**0,61**
Κλινική φροντίδα	PRAPA 1	4,69	0,58	0,34
Φροντίδα μέσα από τη σχέση	PRAPA 2	4,00	0,99	0,98
Ανθρωπιστική φροντίδα	PRAPA 3	4,72	0,51	0,26

6.5 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης, με στόχο τη σύγκριση των απαντήσεων των νοσηλευτών και των ασθενών σε συνάρτηση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Παράλληλα, εξετάζονται οι απόψεις των δύο ομάδων, προκειμένου να εντοπιστούν πιθανές διαφοροποιήσεις και αποκλίσεις στις αντιλήψεις τους σχετικά με τα υπό εξέταση ζητήματα. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει την καταγραφή διαφορών στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική εμπειρία και λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες.

Με βάση τα στοιχεία που αναφέρονται στους Πίνακες 15, 16 και 17 φαίνεται ότι υπάρχουν κάποιες στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των **δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών** και των απαντήσεών τους στο ερωτηματολόγιο PELEKI και στις υποκλίμακές του. Πιο συγκεκριμένα στους Πίνακες 15, 16 και 17 φαίνονται οι μέσες τιμές, οι τυπικές αποκλίσεις και τα p-values για καθεμία από τις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PELEKI. Αναλύοντας τα στοιχεία, φαίνεται ότι σε γενικές γραμμές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών δεν επηρεάζουν τις απόψεις τους. Εξαίρεση αποτελεί η ανεξάρτητη μεταβλητή της ηλικίας όπου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των νοσηλευτών ανάλογα με την ηλικιακή τους ομάδα και στις τρεις υποκλίμακες «πληροφορίες», «φροντίδα» και «επικοινωνία» (p-values < 0.05).

Συγκεκριμένα, οι πολλαπλές συγκρίσεις των ηλικιακών ομάδων δείχνουν ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι παρέχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερες πληροφορίες (p-value = 0,007), φροντίδα (p-value = 0,000) και επικοινωνία (p-value = 0,000) στους ασθενείς εάν βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα άνω των 50 ετών σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 31 – 40 ετών (Γράφημα 6, Γράφημα 7 και Γράφημα 8).

Πίνακας 15. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 1 (πληροφορίες)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Φύλο			
Άνδρας	4,01	±0,97	0,472
Γυναίκα	4,00	±0,97	
Ηλικία			
Έως 30 ετών	4,09	±1,01	**0,050**
31 – 40	3,80	±0,93	
41 – 50	4,01	±0,96	
51 και άνω	4,18	±0,99	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	4,03	±0,98	0,690
Άγαμος/η	3,90	±0,96	
Διαζευγμένος/η	4,02	±0,77	
Χήρος/α	4,07	±0,83	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,88	±0,92	**0,043**

Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,11	±0,95	
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	3,90	±1,01	

Πίνακας 16. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 2 (φροντίδα)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Φύλο			
Άνδρας	4,14	±0,73	0,203
Γυναίκα	4,21	±0,78	
Ηλικία			
Έως 30 ετών	4,40	±0,73	**0,000**
31 – 40	3,93	±0,70	
41 – 50	4,20	±0,79	
51 και άνω	4,39	±0,71	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	4,22	±0,76	0,297
Άγαμος/η	4,09	±0,81	
Διαζευγμένος/η	4,20	±0,65	
Χήρος/α	4,54	±0,59	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,17	±0,78	0,857

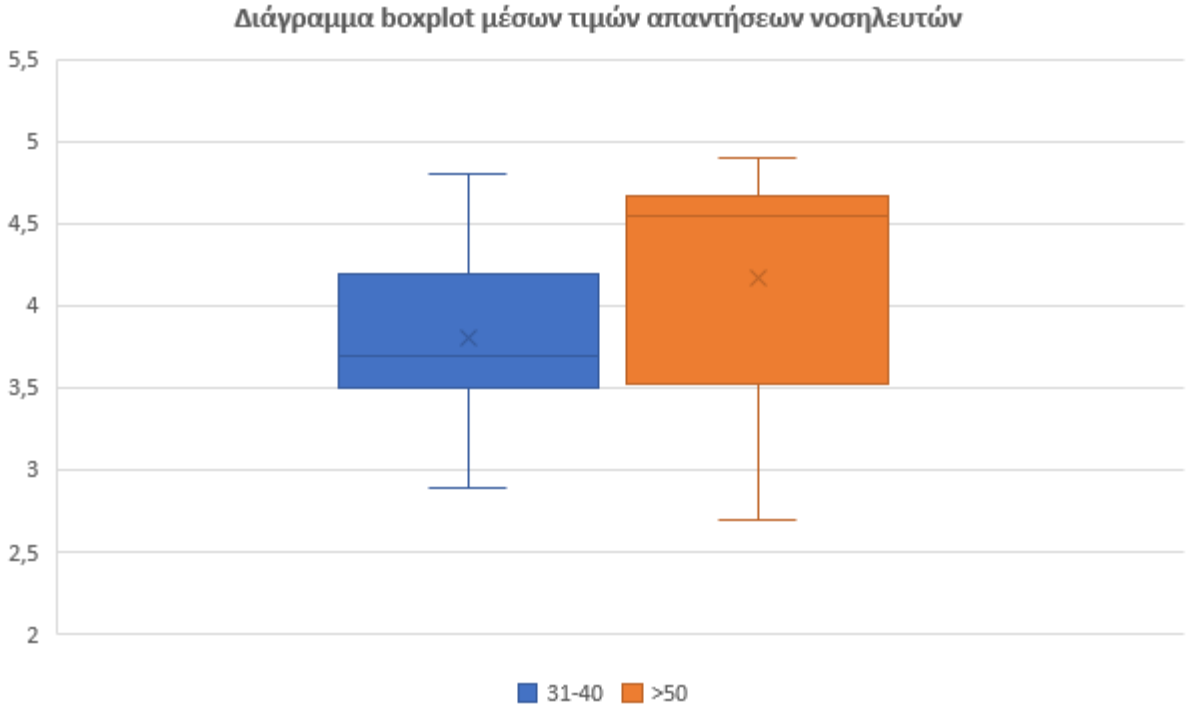
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4,22	±0,77	
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	4,18	±0,77	

Πίνακας 17. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «Επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

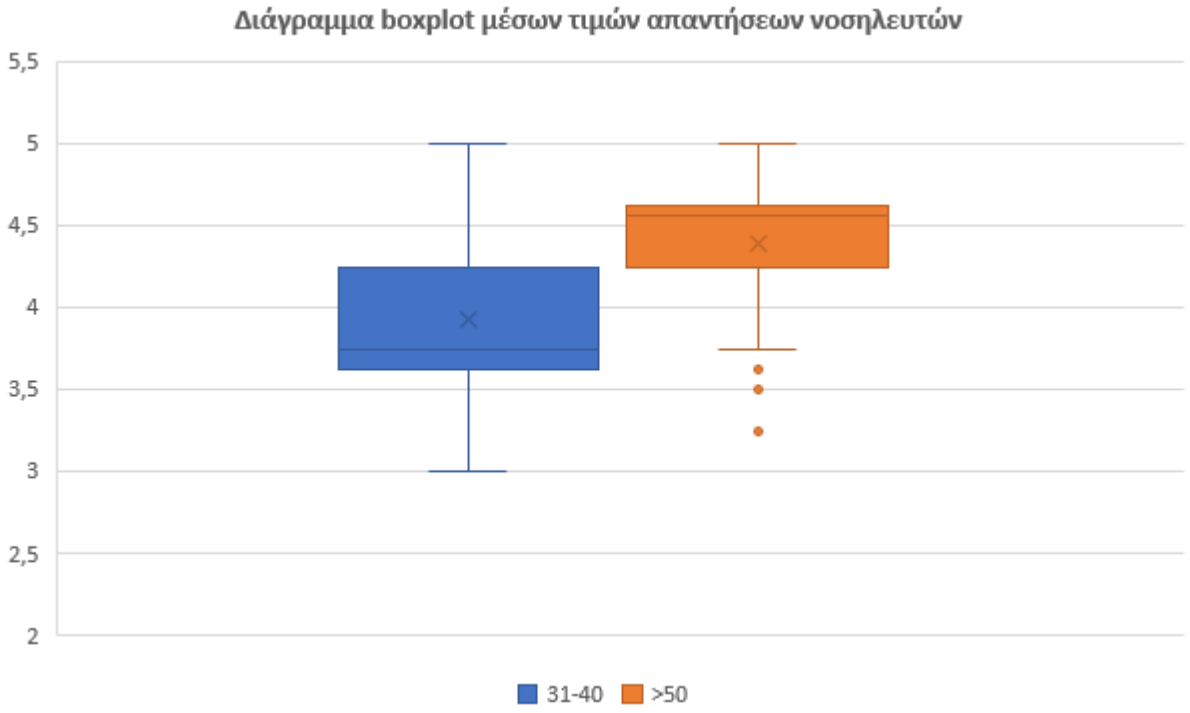
Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 3 (επικοινωνία)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Φύλο			
Άνδρας	3,77	±0,72	0,225
Γυναίκα	3,86	±0,86	
Ηλικία			
Έως 30 ετών	4,04	±1,10	**0,001**
31 – 40	3,54	±0,74	
41 – 50	3,81	±0,80	
51 και άνω	4,14	±0,72	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	3,85	±0,78	0,939
Άγαμος/η	3,79	±1,00	
Διαζευγμένος/η	3,88	±0,78	
Χήρος/α	4,00	±0,76	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,85	±0,80	0,869

Τριτοβάθμια εκπαίδευση	3,82	±0,82	
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	3,87	±0,84	

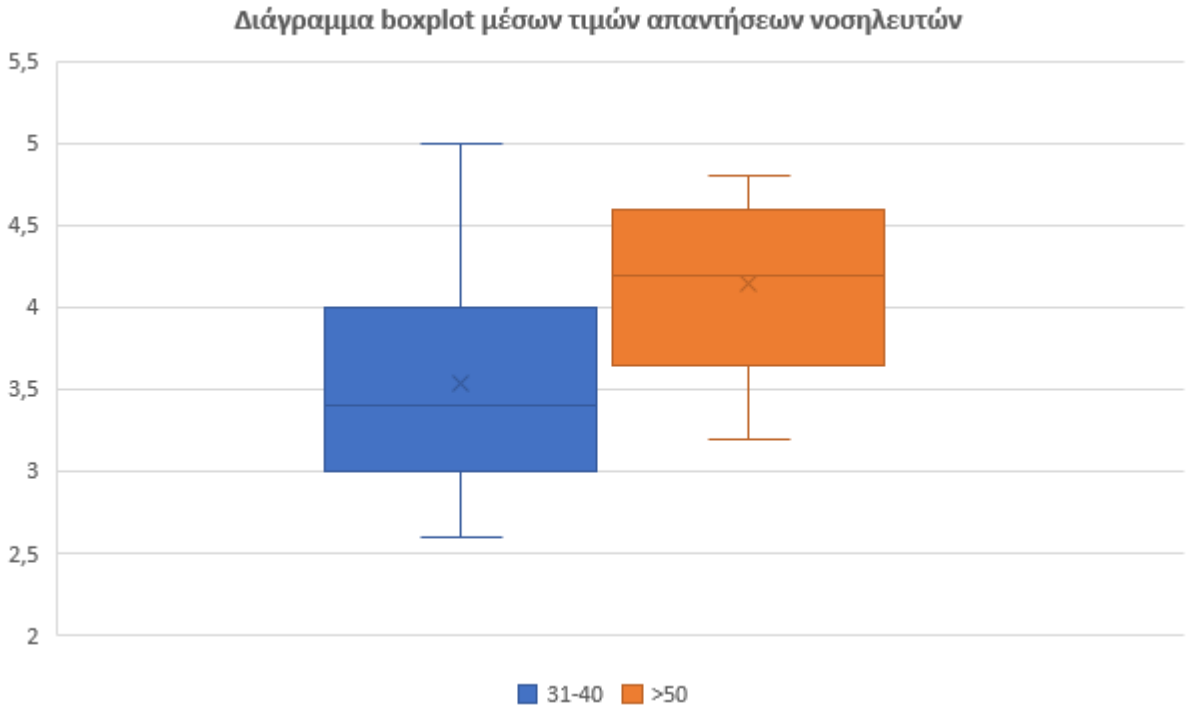
Γράφημα 6. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)



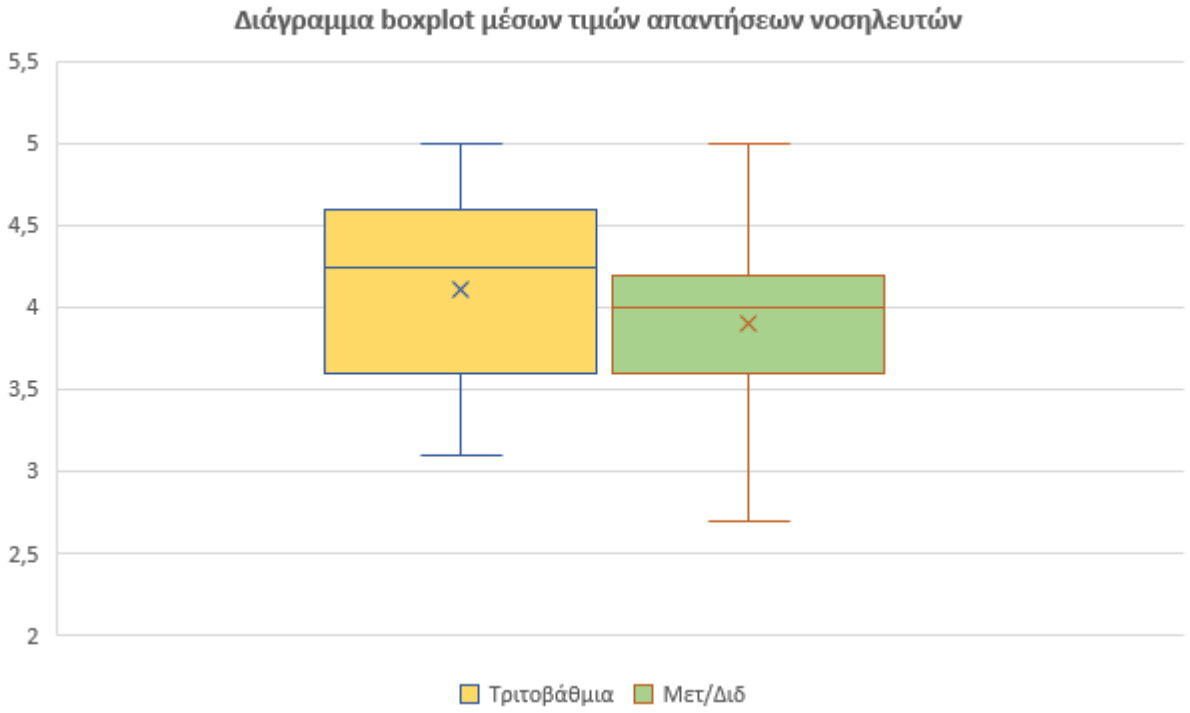
Γράφημα 7. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα)



Γράφημα 8. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών ηλικιακού εύρους α) 31 έως 40 ετών και β) άνω των 50 ετών στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία)



Γράφημα 9. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών α) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και β) κατόχων μεταπτυχιακού/διδακτορικού στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)



Επιπλέον, στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρήθηκε (Πίνακας 15 και Γράφημα 9) στις απαντήσεις των νοσηλευτών στην υποκλίμακα «Πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσής τους (p-value = 0,043). Οι πολλαπλές συγκρίσεις έδειξαν ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αξιολόγησαν υψηλότερα την παροχή πληροφοριών προς τους ασθενείς συγκριτικά με τους κατόχους μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου (p-value = 0,016).

Αναφορικά με τη σχέση των **επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών** με τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PELEKI, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακες 18, 19 και 20). Τα p-values είναι αρκετά υψηλά σε όλες τις συγκρίσεις και σε δύο μόνο περιπτώσεις πλησιάζουν το όριο σημαντικότητας του 5%. Συγκεκριμένα, στη σχέση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια και των απαντήσεων στην υποκλίμακα «πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI (p-value = 0,056) και στη σχέση μεταξύ των βραδινών ημερών εργασίας ανά μήνα και τις απαντήσεις των νοσηλευτών στην υποκλίμακα «επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI (p-value = 0,058).

Η περεταίρω ανάλυση των στοιχείων με πολλαπλές συγκρίσεις για τα έτη προϋπηρεσίας, έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό με 21 έως 30 έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια θεωρεί ότι οι πληροφορίες που δίνει στους ασθενείς είναι καλύτερες ή περισσότερες σε σχέση με το προσωπικό που έχει περισσότερα από 30 έτη προϋπηρεσίας. Αντίστοιχα, το προσωπικό που εκτελεί 2 έως 4 νύχτες εργασίας το μήνα θεωρεί ότι η επικοινωνία με τους ασθενείς είναι καλύτερη σε σχέση με τους συναδέλφους τους που πραγματοποιούν 4 έως 6 νύχτες εργασίας το μήνα.

Πίνακας 18. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 1 (πληροφορίες)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Υπαλληλική σχέση με το ΠΓΝΑ			
Μόνιμος υπάλληλος	4,01 (±0,98)	±0,98	0,446
Επικουρικός υπάλληλος	3,99 (±0,94)	±0,94	
Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια			
0-10	3,97 (±0,97)	±0,97	0,056
11-20	3,91 (±0,99)	±0,99	
21-30	4,10 (±0,94)	±0,94	
31 και άνω	3,56 (±1,15)	±1,15	
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα εργασίας			
0-10	4,01 (±0,95)	±0,95	0,875
11-20	4,03 (±0,98)	±0,98	
21-30	3,87 (±1,14)	±1,14	
31 και άνω	3,75 (±1,55)	±1,55	

Νοσηλευτικός τομέας εργασίας			
Παθολογικός τομές	4,06 (±0,96)	±0,96	0,182
Χειρουργικός τομέας	3,97 (±0,99)	±0,99	
Ψυχιατρικός τομέας	3,68 (±1,04)	±1,04	
Διατομεακός τομέας	3,98 (±0,91)	±0,91	
Εργασία αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο			
Ναι	4,06 (±0,88)	±0,88	0,260
Όχι	3,99 (±1,00)	±1,00	
Νύχτες εργασίας ανά μήνα			
<2	4,02 (±0,94)	±0,94	0,380
2 – 4	4,18 (±0,96)	±0,96	
4 – 6	3,95 (±0,95)	±0,95	
>6	3,96 (±1,02)	±1,02	

Πίνακας 19. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 2 (φροντίδα)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Υπαλληλική σχέση με το ΠΓΝΑ			
Μόνιμος υπάλληλος	4,20 (±0,77)	±0,77	0,452
Επικουρικός υπάλληλος	4,18 (±0,74)	±0,74	
Έτη προϋπηρεσίας ως			

νοσηλευτής/τρια			
0-10	4,17 (±0,78)	±0,78	0,251
11-20	4,09 (±0,72)	±0,72	
21-30	4,27 (±0,79)	±0,79	
31 και άνω	4,13 (±0,79)	±0,79	
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα εργασίας			
0-10	4,20 (±0,74)	±0,74	0,537
11-20	4,18 (±0,87)	±0,87	
21-30	4,21 (±0,83)	±0,83	
31 και άνω	4,25 (±1,06)	±1,06	
Νοσηλευτικός τομέας εργασίας			
Παθολογικός τομές	4,26 (±0,74)	±0,74	0,271
Χειρουργικός τομέας	4,13 (±0,80)	±0,80	
Ψυχιατρικός τομέας	4,01 (±0,72)	±0,72	
Διατομεακός τομέας	4,12 (0,86)	±0,86	
Εργασία αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο			
Ναι	4,27 (±0,70)	±0,70	0,125
Όχι	4,17 (±0,79)	±0,79	
Νύχτες εργασίας ανά μήνα			
<2	4,23 (±0,77)	±0,77	0,696
2 – 4	4,27 (±0,76)	±0,76	
4 – 6	4,15 (±0,81)	±0,81	
>6	4,16 (±0,74)	±0,74	

Πίνακας 20. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά επαγγελματικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	**PELEKI 3 (επικοινωνία)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Υπαλληλική σχέση με το ΠΓΝΑ			
Μόνιμος υπάλληλος	3,84	±0,81	0,416
Επικουρικός υπάλληλος	3,87	±0,94	
Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια			
0-10	3,79	±0,94	0,372
11-20	3,72	±0,76	
21-30	3,92	±0,81	
31 και άνω	3,96	±0,68	
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα εργασίας			
0-10	3,83	±0,81	0,337
11-20	3,86	±0,86	
21-30	3,47	±0,92	
31 και άνω	4,50	±0,53	
Νοσηλευτικός τομέας εργασίας			
Παθολογικός τομές	3,92	±0,84	0,320
Χειρουργικός τομέας	3,74	±0,85	
Ψυχιατρικός τομέας	3,66	±0,63	
Διατομεακός τομέας	3,79	±0,74	

Εργασία αποκλειστικά σε πρωϊνό ωράριο			
Ναι	3,96	±0,70	0,090
Όχι	3,80	±0,86	
Νύχτες εργασίας ανά μήνα			
<2	3,95	±0,74	0,058
2 – 4	4,07	±0,80	
4 – 6	3,72	±0,78	
>6	3,72	±0,91	

Συγκρίνοντας τα **ποιοτικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας** των νοσηλευτών με τις απαντήσεις τους στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PELEKI, διαπιστώνεται ότι υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών από το εργασιακό τους περιβάλλον εν γένει με την συνολική αλληλεπίδρασή τους με τους ασθενείς (Πίνακες 21, 22 και 23).

Πίνακας 21. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «πληροφορίες» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους

Περιβάλλον εργασίας και υγεία	**PELEKI 1 (πληροφορίες)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Πώς αισθάνεστε από την εργασία σας;			
Πολύ ικανοποιημένος/η	4,49	±0,68	**0,003**
Αρκετά ικανοποιημένος/η	4,04	±0,92	
Ουδέτερος/η	3,95	±1,00	
Λίγο	3,79	±1,03	

ικανοποιημένος/η			
Καθόλου ικανοποιημένος/η	3,93	±1,06	
Θέλετε να αλλάξετε τμήμα εργασίας;			
Ναι	3,78	±1,02	**0,000**
Όχι	4,14	±0,92	
Θα επιλέγατε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας;			
Ναι	4,14	±0,89	**0,004**
Όχι	3,91	±1,01	
Ποια η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα σας;			
Πολύ καλή	4,31	±0,85	**0,000**
Καλή	4,02	±0,96	
Ουδέτερη	3,48	±0,90	
Μέτρια	3,60	±1,04	
Κακή	3,40	±1,19	
Ποια η γενική κατάσταση της υγείας σας;			
Πολύ καλή	4,03	±0,92	0,452
Καλή	4,06	±0,93	
Μέτρια	3,92	±1,04	
Κακή	3,78	±1,34	
Πολύ κακή	-	-	

Πίνακας 22. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους

Περιβάλλον εργασίας και υγεία	**PELEKI 2 (φροντίδα)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Πώς αισθάνεστε από την εργασία σας;			
Πολύ ικανοποιημένος/η	4,46	±0,64	0,059
Αρκετά ικανοποιημένος/η	4,26	±0,72	
Ουδέτερος/η	4,13	±0,78	
Λίγο ικανοποιημένος/η	4,07	±0,81	
Καθόλου ικανοποιημένος/η	4,10	±0,92	
Θέλετε να αλλάξετε τμήμα εργασίας;			
Ναι	4,00	±0,81	**0,000**
Όχι	4,31	±0,72	
Θα επιλέγατε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας;			
Ναι	4,31	±0,68	**0,006**
Όχι	4,12	±0,82	
Ποια η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα σας;			
Πολύ καλή	4,44	±0,72	**0,000**
Καλή	4,18	±0,75	
Ουδέτερη	3,83	±0,79	

Μέτρια	3,98	±0,76	
Κακή	4,00	±0,88	
Ποια η γενική κατάσταση της υγείας σας;			
Πολύ καλή	4,17	±0,72	0,950
Καλή	4,20	±0,75	
Μέτρια	4,23	±0,82	
Κακή	4,15	±1,08	
Πολύ κακή	-	-	

Πίνακας 23. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «επικοινωνία» του ερωτηματολογίου PELEKI, ανά ποιοτικό χαρακτηριστικό των νοσηλευτών σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και την υγεία τους

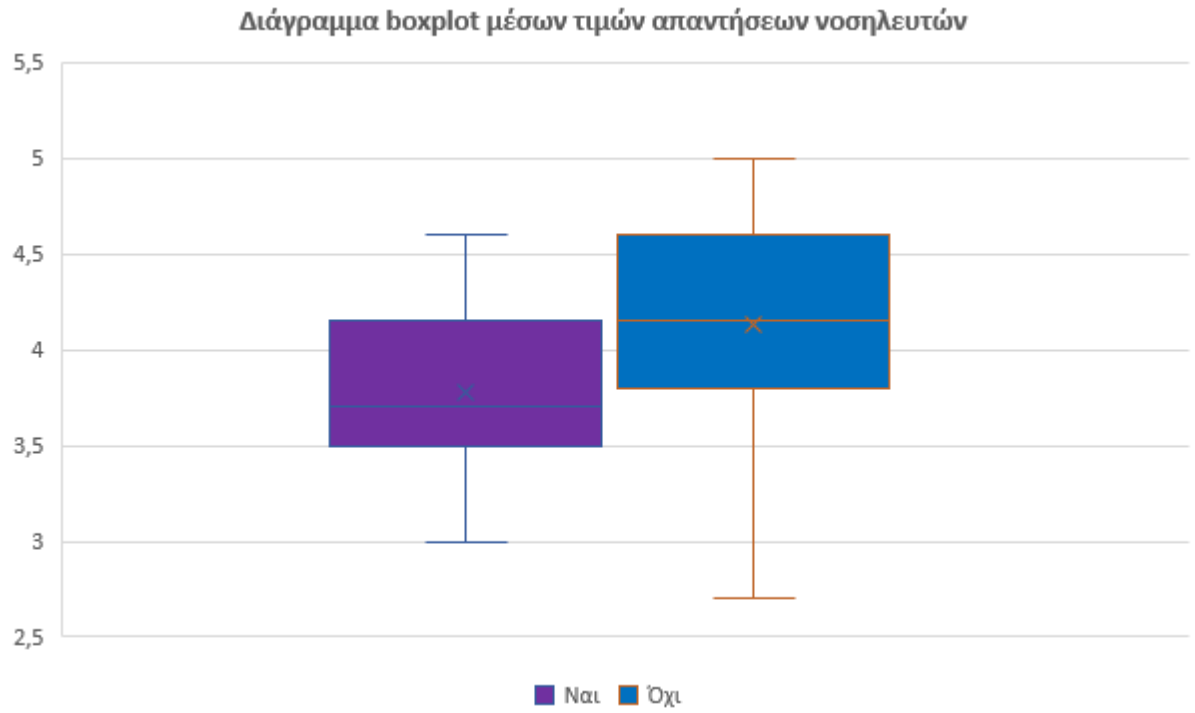
Περιβάλλον εργασίας και υγεία	**PELEKI 3 (επικοινωνία)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Πώς αισθάνεστε από την εργασία σας;			
Πολύ ικανοποιημένος/η	4,34 (±0,66)	±0,66	**0,001**
Αρκετά ικανοποιημένος/η	3,96 (±0,75)	±0,75	
Ουδέτερος/η	3,73 (±0,84)	±0,84	
Λίγο ικανοποιημένος/η	3,54 (±0,83)	±0,83	
Καθόλου ικανοποιημένος/η	3,71 (±0,92)	±0,92	
Θέλετε να αλλάξετε τμήμα εργασίας;			
Ναι	3,51 (±0,85)	±0,85	**0,000**

Όχι	4,03 (±0,75)	±0,75	
Θα επιλέγατε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας;			
Ναι	3,88 (±0,83)	±0,83	0,270
Όχι	3,82 (±0,83)	±0,83	
Ποια η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα σας;			
Πολύ καλή	4,21 (±0,77)	±0,77	**0,000**
Καλή	3,79 (±0,78)	±0,78	
Ουδέτερη	3,53 (±0,66)	±0,66	
Μέτρια	3,64 (±0,87)	±0,87	
Κακή	3,15 (±1,31)	±1,31	
Ποια η γενική κατάσταση της υγείας σας;			
Πολύ καλή	3,86 (±0,79)	±0,79	0,277
Καλή	3,77 (±0,79)	±0,79	
Μέτρια	3,87 (±0,92)	±0,92	
Κακή	4,32 (±0,69)	±0,69	
Πολύ κακή	-	-	

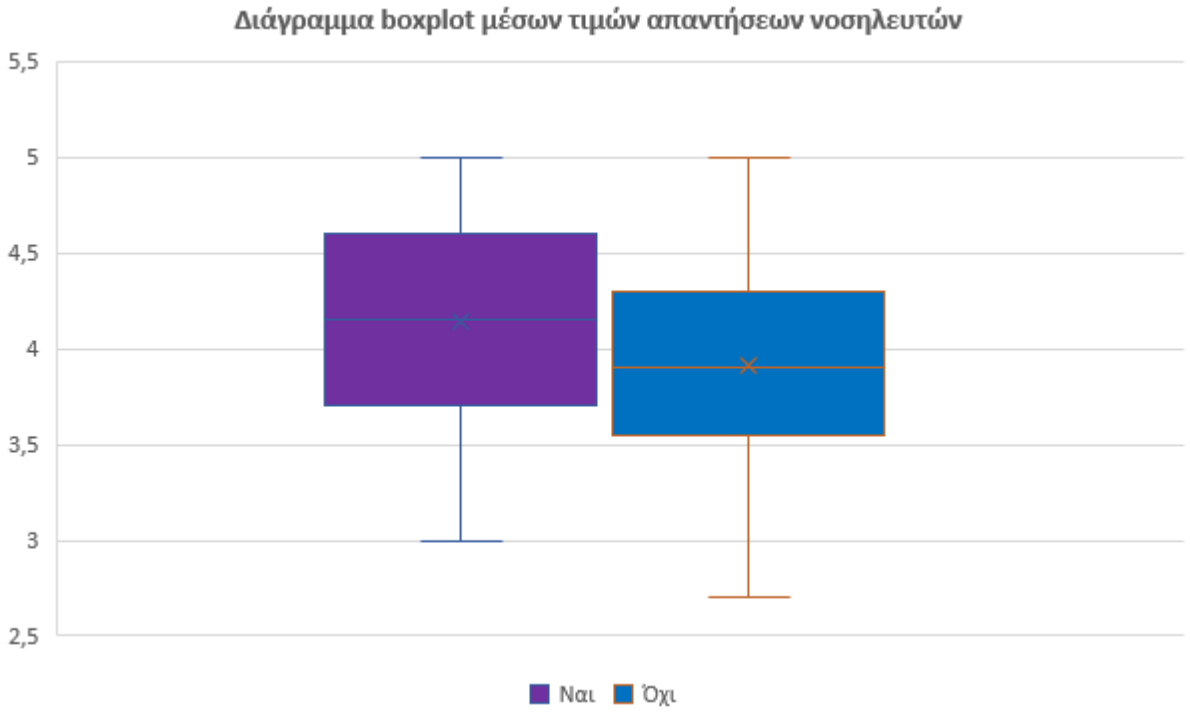
Στην περίπτωση της υποκλίμακας «πληροφορίες» - PELEKI 1 υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση με όλα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 21 και στα Γραφήματα 10 και 11, οι νοσηλευτές/τριες που δηλώνουν ότι δεν επιθυμούν αλλαγή του τμήματος εργασίας τους ή που θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή παρέχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερες πληροφορίες στους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας (p-value = 0,000) ή με αυτούς που δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/τριας (p-value =

0,004). Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική σχέση υπάρχει ανάμεσα στην παροχή πληροφοριών και στην ικανοποίηση από το περιβάλλον εργασίας ή στην ικανοποίηση από την ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα (Πίνακας 21). Η περεταίρω ανάλυση των στοιχείων με πολλαπλές συγκρίσεις, έδειξε ότι οι νοσηλευτές/τριες που δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» από την εργασίας τους παρέχουν στατιστικά σημαντικά καλύτερες πληροφορίες στους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν «λίγο ικανοποιημένοι» από την εργασία τους (p-value = 0,000, Γράφημα 12). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό που θεωρεί «πολύ καλή» την παρεχόμενη φροντίδα από το τμήμα εργασίας παρέχει στατιστικά σημαντικά καλύτερες πληροφορίες στους ασθενείς σε σχέση με το προσωπικό που δηλώνει ότι η παροχή φροντίδας από το τμήμα εργασίας του είναι «ουδέτερη» (p-value = 0,000, Γράφημα 13).

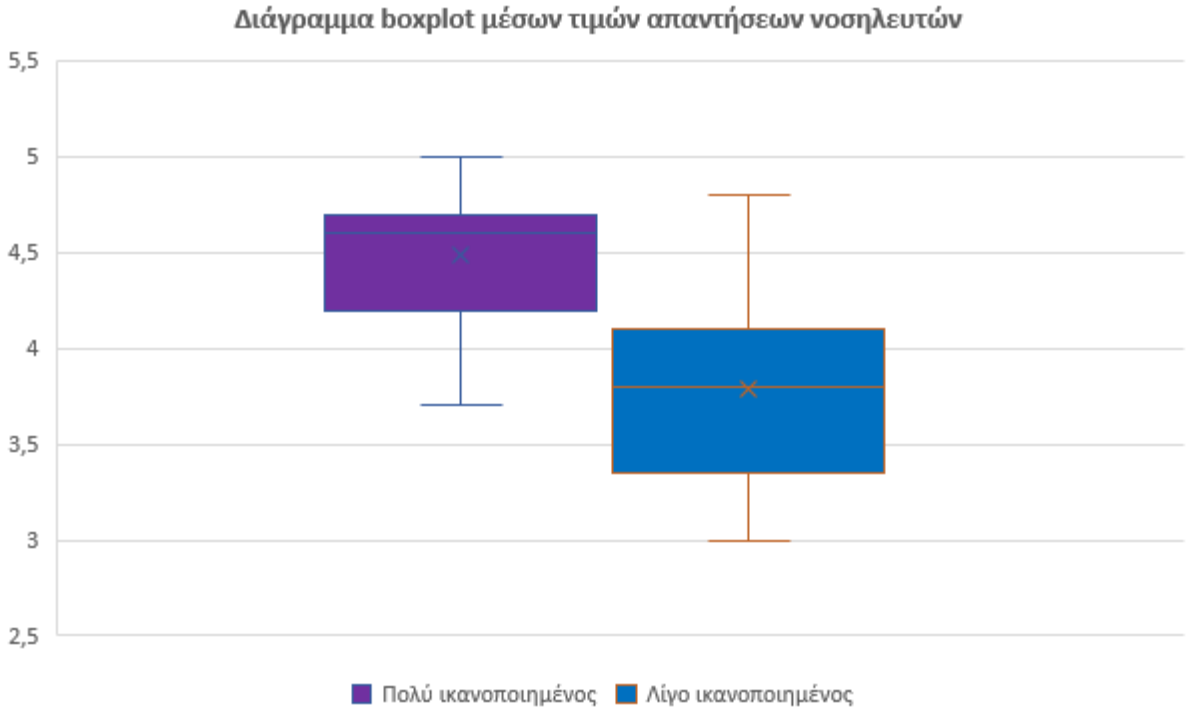
Γράφημα 10. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)



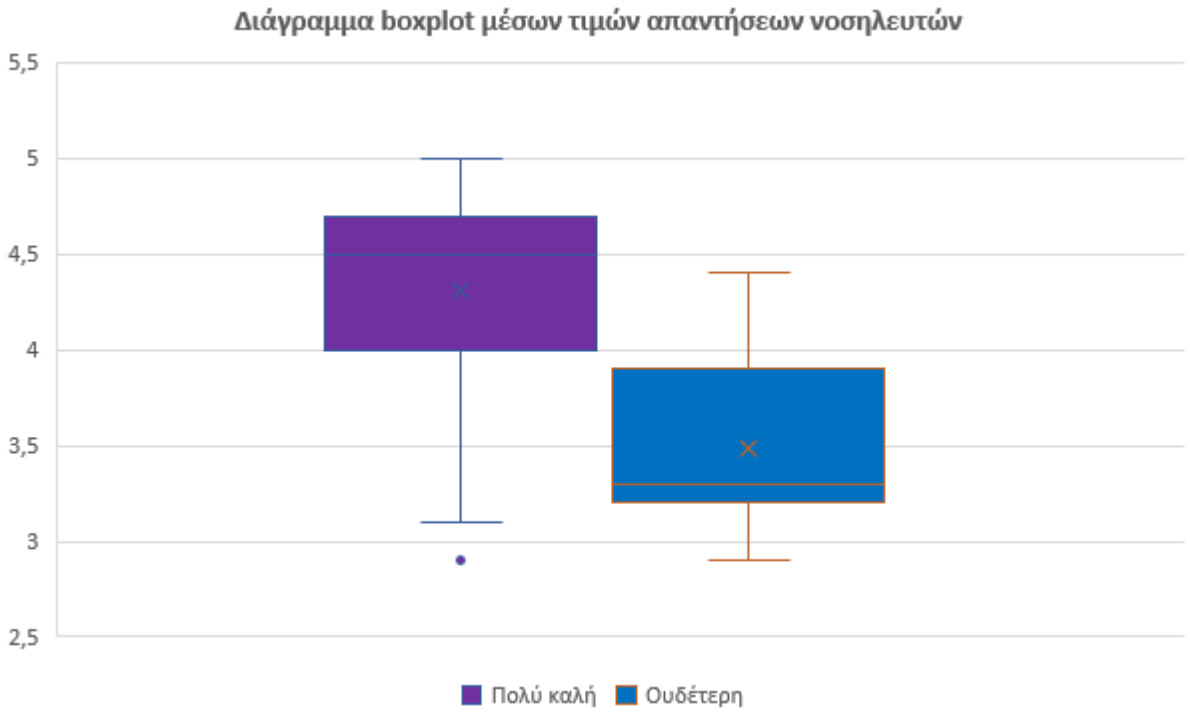
Γράφημα 11. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή και β) δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)



Γράφημα 12. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που σε σχέση με την εργασία τους δηλώνουν α) πολύ ικανοποιημένοι και β) λίγο ικανοποιημένοι στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)

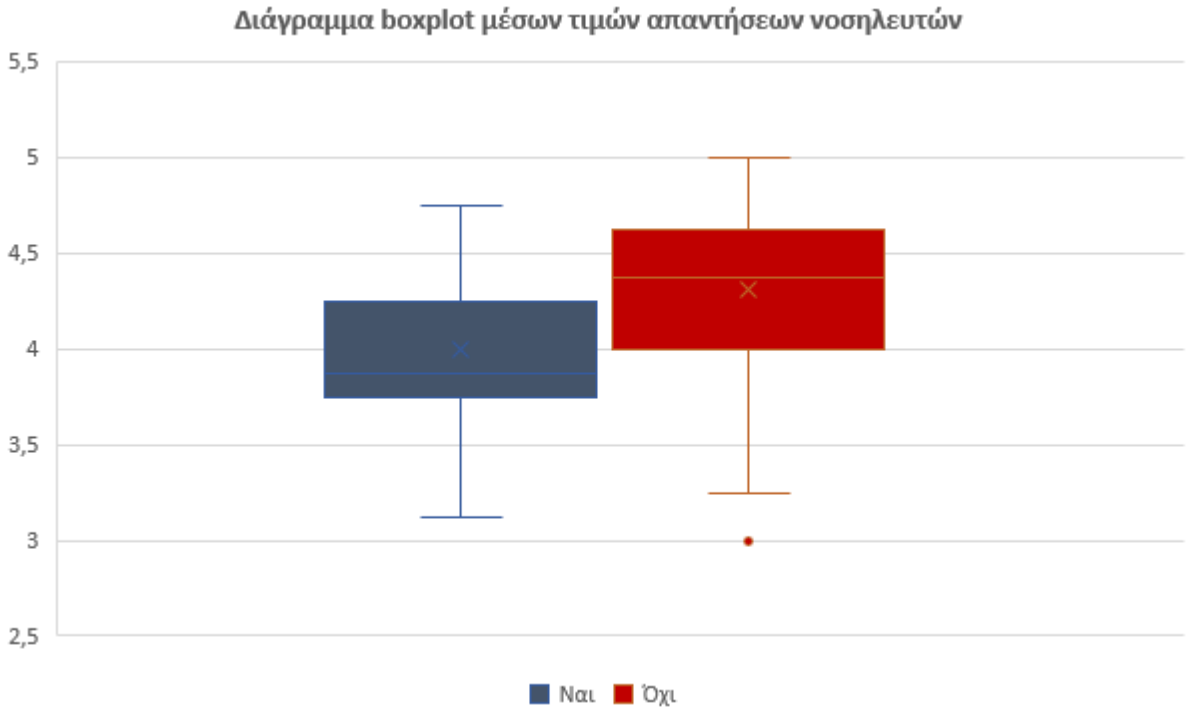


Γράφημα 13. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) ουδέτερη στο ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (πληροφορίες)

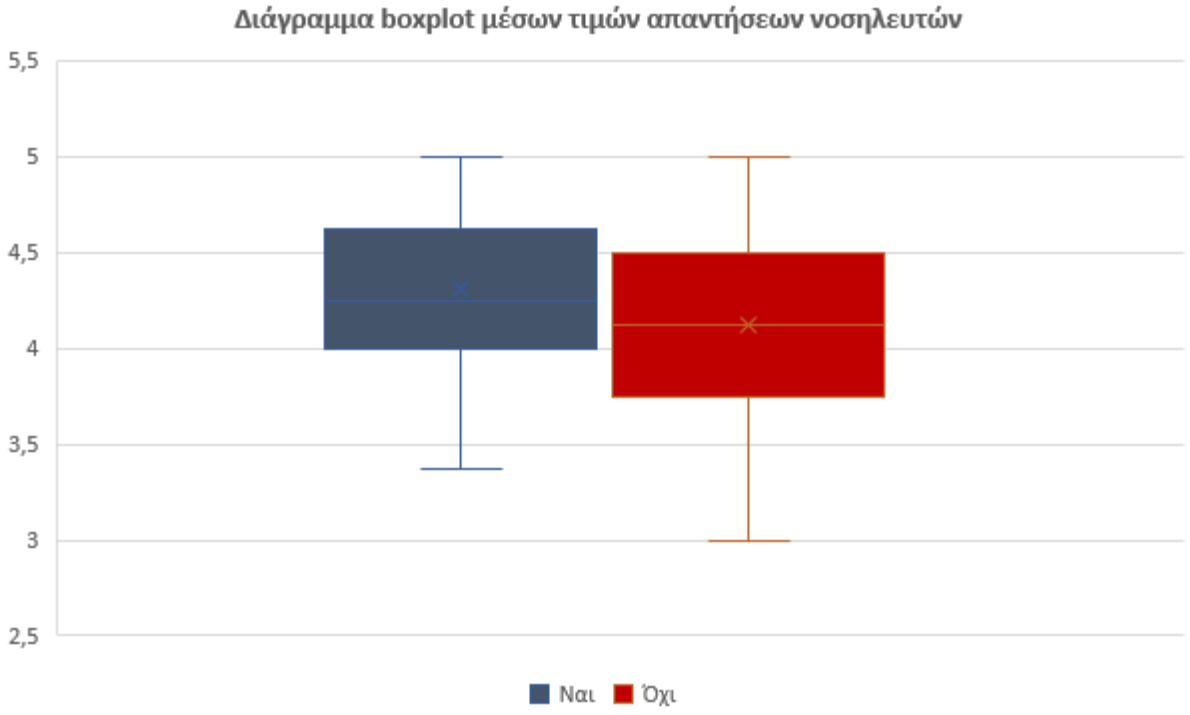


Όπως φαίνεται στον Πίνακα 22, παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση και στη φροντίδα (υποκλίμακα «φροντίδα» - PELEKI 2) που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς σχετικά α) με την επιθυμία τους να παραμείνουν στο ίδιο τμήμα εργασίας (p-value = 0,000, Γράφημα 14), β) με την ικανοποίησή τους από το επάγγελμα του νοσηλευτή (p-value = 0,006, Γράφημα 15)) και γ) με την ποιότητα της φροντίδας από το τμήμα τους (p-value = 0,000, Γράφημα 16). Η περεταίρω ανάλυση των στοιχείων με πολλαπλές συγκρίσεις, έδειξε ότι οι νοσηλευτές που πιστεύουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα στο τμήμα τους είναι «πολύ καλή» παρέχουν περισσότερη ή καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν «ουδέτεροι» (p-value = 0,000).

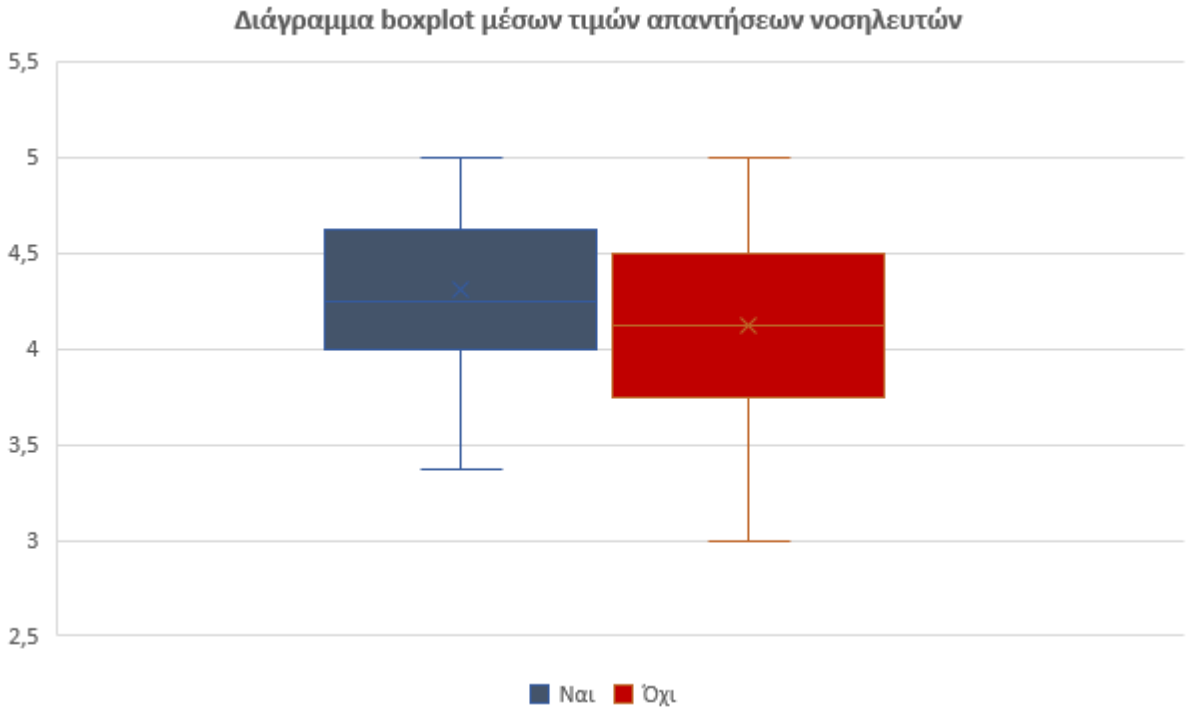
Γράφημα 14. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα)



Γράφημα 15. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή και β) δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα)

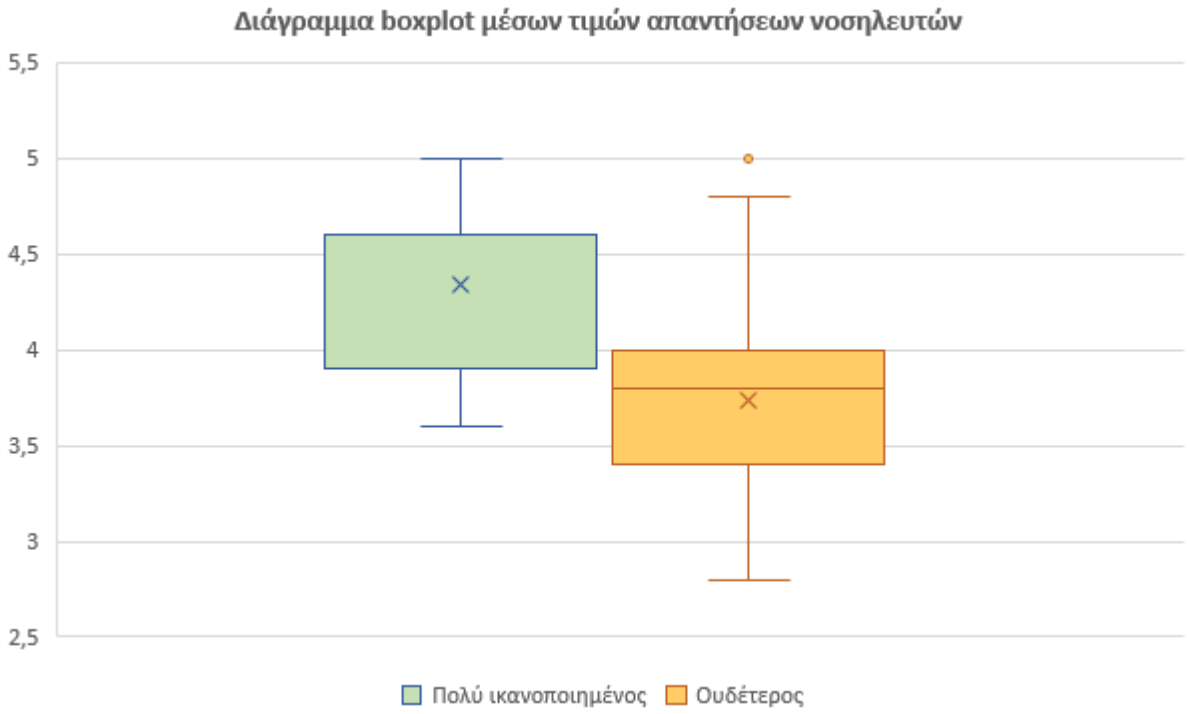


Γράφημα 16. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) ουδέτερη στο ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (φροντίδα)

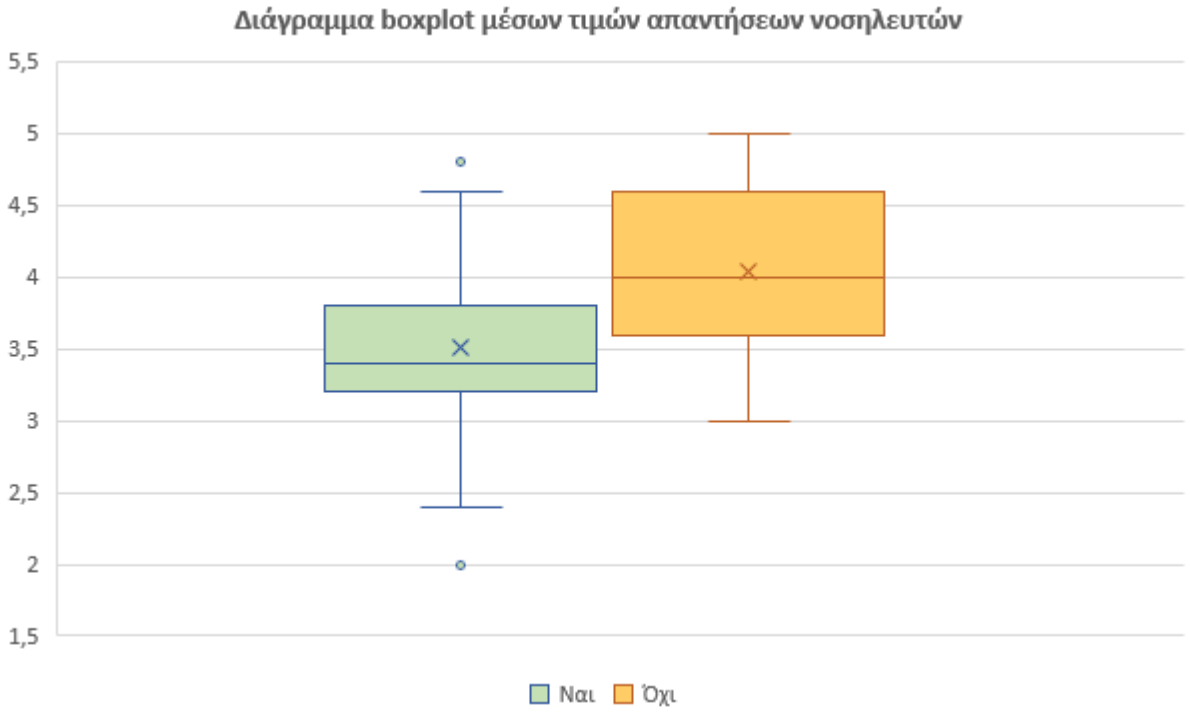


Στην υποκλίμακα «επικοινωνία» - PELEKI 3, υπάρχει επίσης στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επικοινωνίας των νοσηλευτών και της ικανοποίησής τους από το περιβάλλον εργασίας (p-value = 0,001), το τμήμα εργασίας (p-value = 0,000) και την παρεχόμενη φροντίδα από το τμήμα τους (p-value = 0,000): οι ικανοποιημένοι νοσηλευτές εμφανίζουν βελτιωμένη επικοινωνία με τους ασθενείς του νοσοκομείου (Πίνακας 23, Γράφημα 17, Γράφημα 18 και Γράφημα 19)). Η περεταίρω ανάλυση των στοιχείων με πολλαπλές συγκρίσεις, έδειξε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό που δηλώνει «πολύ ικανοποιημένο» από την εργασία του έχει καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν «ουδέτεροι» (p-value = 0,000). Οι νοσηλευτές που πιστεύουν ότι η παρεχόμενη φροντίδα στο τμήμα τους είναι «πολύ καλή» έχουν επίσης καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι η παρεχόμενη φροντίδα από το τμήμα τους είναι «καλή» (p-value = 0,000).

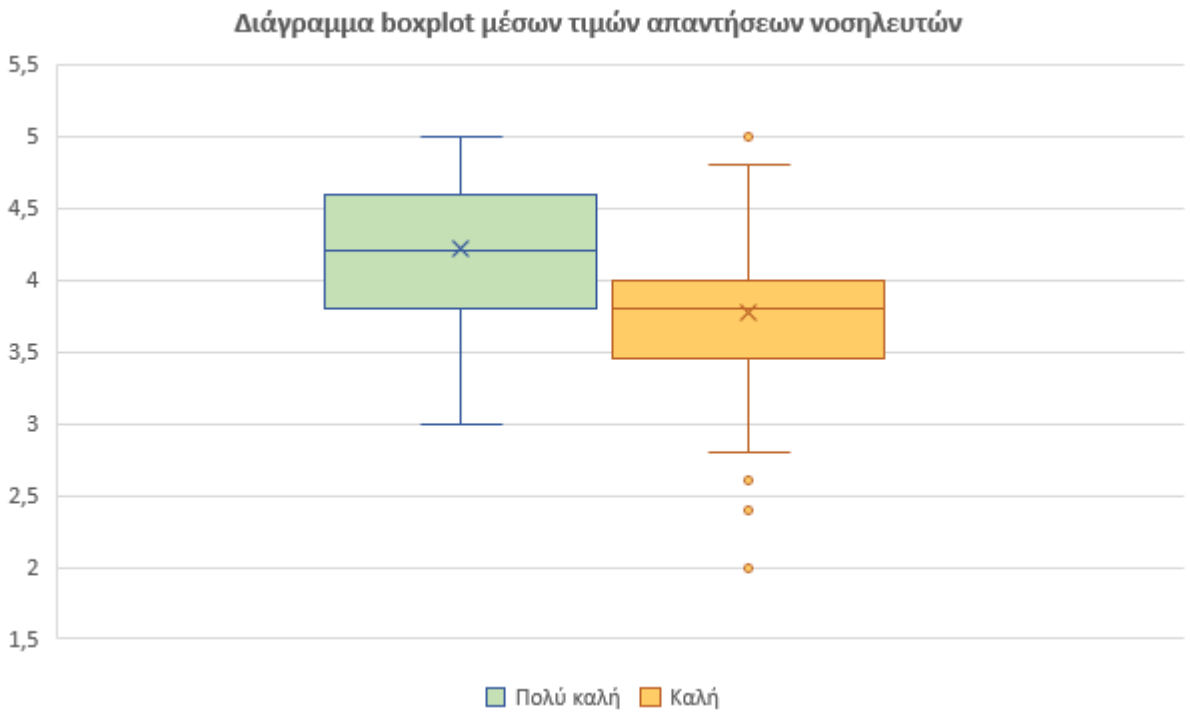
Γράφημα 17. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που σε σχέση με την εργασία τους δηλώνουν α) πολύ ικανοποιημένοι και β) ουδέτεροι στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία)



Γράφημα 18. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που α) επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας και β) δεν επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία)



Γράφημα 19. Σύγκριση των μέσων τιμών των απαντήσεων των νοσηλευτών που θεωρούν ότι η ποιότητα της φροντίδας στο τμήμα τους είναι α) πολύ καλή και β) καλή στο ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (επικοινωνία)



Η ποιότητα της υγείας των νοσηλευτών δεν φαίνεται να σχετίζεται με τον τρόπο που δίνουν πληροφορίες ή φροντίζουν ή επικοινωνούν με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο.

Με βάση τα στοιχεία που αναφέρονται στους Πίνακες 24, 25 και 26 φαίνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των **δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών** και των απαντήσεών τους στο ερωτηματολόγιο PRAPA και στις υποκλίμακές του. Συνεπώς, οι ανεξάρτητες μεταβλητές του φύλου, της ηλικία, της οικογενειακής κατάστασης, της εκπαιδευτικής κατηγορίας και του αριθμού τέκνων δεν επηρεάζουν τις απαντήσεις των ασθενών στις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου φροντίδας ασθενών. Σημειώνεται ότι για την ανεξάρτητη μεταβλητή «Ηλικία» δεν λαμβάνονται υπόψη στη συσχέτιση και στον υπολογισμό των p-values οι ηλικιακές κατηγορίες «Έως 30 ετών» και «31 – 40» καθώς περιλαμβάνουν μόνο ένα και δύο ασθενείς αντίστοιχα.

Πίνακας 24. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «κλινική φροντίδα» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Χαρακτηριστικά	**PRAPA 1 (κλινική φροντίδα)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**

Φύλο			
Άνδρας	4,66	±0,61	0,078
Γυναίκα	4,74	±0,52	
Ηλικία			
Έως 30 ετών*	5,00	±0,00	0,266
31 – 40*	4,72	±0,46	
41 – 50	4,73	±0,59	
51 και άνω	4,68	±0,59	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	4,73	±0,55	0,243
Άγαμος/η	4,58	±0,70	
Διαζευγμένος/η	4,70	±0,51	
Χήρος/α	4,69	±0,56	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,67	±0,59	0,262
Πτυχίο ΤΕ	4,71	±0,59	
Πτυχίο ΠΕ	4,86	±0,35	
Μεταπτυχιακό	-	-	
Διδακτορικό	-	-	
Αριθμός τέκνων			
0	4,60	±0,66	0,164
1	4,65	±0,63	
2	4,75	±0,50	
Περισσότερα από 2	4,75	±0,54	

Πίνακας 25. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «φροντίδα μέσα από τη σχέση» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Χαρακτηριστικά	**PRAPA 2 (φροντίδα μέσα από τη σχέση)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Φύλο			
Άνδρας	3,98	±1,02	0,319
Γυναίκα	4,04	±0,52	
Ηλικία			
Έως 30 ετών*	4,57	±0,53	0,191
31 – 40*	4,57	±0,51	
41 – 50	4,13	±1,04	
51 και άνω	3,96	±0,98	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	4,07	±0,97	0,578
Άγαμος/η	3,90	±1,09	
Διαζευγμένος/η	4,09	±0,82	
Χήρος/α	3,89	±0,99	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	3,96	±1,01	0,498
Πτυχίο ΤΕ	4,06	±0,95	
Πτυχίο ΠΕ	4,27	±0,70	
Μεταπτυχιακό	-	-	
Διδακτορικό	-	-	
Αριθμός τέκνων			

0	3,94	±1,07	0,354
1	3,84	±1,03	
2	4,09	±0,93	
Περισσότερα από 2	4,17	±0,80	

Πίνακας 26. Σύγκριση των απαντήσεων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση και p-value) στην υποκλίμακα «ανθρωπιστική βοήθεια» του ερωτηματολογίου PRAPA, ανά χαρακτηριστικό των νοσηλευτών

Χαρακτηριστικά	**PRAPA 3 (ανθρωπιστική βοήθεια)**		
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p-value**
Φύλο			
Άνδρας	4,71	±0,52	0,310
Γυναίκα	4,73	±0,48	
Ηλικία			
Έως 30 ετών*	5,00	±0,00	0,431
31 – 40*	4,93	±0,27	
41 – 50	4,70	±0,52	
51 και άνω	4,71	±0,51	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμος/η	4,75	±0,47	0,581
Άγαμος/η	4,67	±0,57	
Διαζευγμένος/η	4,69	±0,48	
Χήρος/α	4,70	±0,53	
Εκπαιδευτική κατηγορία			
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	4,69	±0,53	0,243

Πτυχίο ΤΕ	4,76	±0,47	
Πτυχίο ΠΕ	4,86	±0,35	
Μεταπτυχιακό	-	-	
Διδακτορικό	-	-	
Αριθμός τέκνων			
0	4,67	±0,56	0,110
1	4,64	±0,53	
2	4,77	±0,47	
Περισσότερα από 2	4,80	±0,42	

6.6 ΜΟΝΤΕΛΑ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ

Τα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί αλλά κυρίως να ποσοτικοποιηθεί η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στις απαντήσεις των νοσηλευτών και των ασθενών. Στα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για το ερωτηματολόγιο PELEKI και τις τρεις υποκλίμακές του, χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή η μεταβλητή των μέσων τιμών των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο PELEKI και ως ανεξάρτητες μεταβλητές οι:

- Ηλικία
- Εκπαιδευτική κατηγορία
- Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρία
- Νύχτες εργασίας ανά μήνα
- Ικανοποίηση από την εργασία
- Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας

Στον Πίνακα 27 φαίνονται τα στοιχεία της ανάλυσης διακύμανσης του συνολικού ερωτηματολογίου PELEKI για τις ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία», «ικανοποίηση από την εργασία» και «επιθυμία αλλαγής τμήματος». Οι λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές («εκπαιδευτική κατηγορία», «έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια» και «νύχτες εργασίας ανά μήνα») δεν εμφανίζονται καθώς τα p-values των αναλύσεων παλινδρόμησης έδωσαν στατιστικά μη σημαντικές σχέσεις.

Πίνακας 27. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI (πληροφορίες-φροντίδα-επικοινωνία)

Συνολικό (πληροφορίες-φροντίδα-επικοινωνία)	**Συντελεστές**	**Τυπικό σφάλμα**	**t**	**p-value**	**Κατώτερο 95%**	**Υψηλότερο 95%**
Ηλικία						
Τεταγμένη	4,23	0,07	60,56		4,09	4,37
31-40	-0,44	0,11	-4,08	0,00	-0,65	-0,23
41-50	-0,20	0,09	-2,28	0,02	-0,37	-0,03
Ικανοποίηση από την εργασία						
Τεταγμένη	4,00	0,04	103,88		3,92	4,07
Πολύ	0,45	0,13	3,54	0,00	0,20	0,71
Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας						
Τεταγμένη	4,17	0,04	94,30		4,09	4,26
Ναι	-0,38	0,07	-5,17	0,00	-0,52	-0,23

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του Πίνακα 27 προκύπτουν τα παρακάτω μοντέλα παλινδρόμησης:

1. **Σχέση PELEKI – Ηλικία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ηλικία[31-40] + α2 * Ηλικία[41-50] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,23 – 0,44 * Ηλικία[31-40] – 0,20 * Ηλικία[41-50] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές ηλικιακές ομάδες (<=30 και >=51), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,23.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 θα είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,44 μονάδες.

Ο συντελεστής α2 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,20 μονάδες.

2. **Σχέση PELEKI – Ικανοποίηση από την εργασία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ικανοποίηση[Πολύ] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,00 + 0,45 * Ικανοποίηση[Πολύ] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές επιλογές στο βαθμό ικανοποίησης («αρκετά», «ουδέτερος», «λίγο», «καθόλου») η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,00.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,45 μονάδες.

3. **Σχέση PELEKI – Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,17 – 0,38 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για τους νοσηλευτές που δεν θέλουν να αλλάξουν τμήμα η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,17. Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «ναι» στην επιθυμία αλλαγής τμήματος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,38 μονάδες.

Συνολικά, ο δείκτης PELEKI επηρεάζεται σημαντικά τόσο από δημογραφικούς όσο και από εργασιακούς παράγοντες. Οι μεσαίες ηλικιακές ομάδες (31–50 ετών) εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές του δείκτη, ενώ η εργασιακή ικανοποίηση αποτελεί τον ισχυρότερο θετικό προσδιοριστικό παράγοντα. Αντίθετα, η επιθυμία αλλαγής τμήματος σχετίζεται αρνητικά με τον δείκτη, υποδηλώνοντας ότι η επαγγελματική δυσαρέσκεια συνδέεται με χαμηλότερη αξιολόγηση των διαστάσεων ποιότητας φροντίδας.

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Peleki 1 (πληροφορίες)

Στον Πίνακα 28 φαίνονται τα στοιχεία της ανάλυσης διακύμανσης του συνολικού ερωτηματολογίου PELEKI 1 για τις ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία», «εκπαιδευτική

κατηγορία», «έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια», «ικανοποίηση από την εργασία» και «επιθυμία αλλαγής τμήματος». Οι λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές («νύχτες εργασίας ανά μήνα») δεν εμφανίζονται καθώς τα p-values των αναλύσεων παλινδρόμησης έδωσαν στατιστικά μη σημαντική σχέση.

*Πίνακας 28. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 1 (*Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο*)*

Πληροφορίες	**Συντελεστές**	**Τυπικό σφάλμα**	**t**	**p-value**	**Κατώτερο 95%**	**Υψηλότερο 95%**
Ηλικία						
Τεταγμένη	4,06	0,05	85,77		3,96	4,15
31-40	-0,25	0,11	-2,39	0,02	-0,46	-0,04
Εκπαιδευτική κατηγορία						
Τεταγμένη	3,90	0,06	65,10		3,78	4,02
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	0,21	0,08	2,54	0,01	0,05	0,38
Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια						
Τεταγμένη	3,91	0,06	66,34		3,80	4,03
21-30	0,19	0,08	2,26	0,03	0,02	0,36
Ικανοποίηση από την εργασία						
Τεταγμένη	3,96	0,04	91,40		3,87	4,04
Πολύ	0,53	0,14	3,67	0,00	0,24	0,81
Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας						
Τεταγμένη	4,14	0,05	80,72		4,04	4,24

Ναι	-0,36	0,08	-4,23	0,00	-0,52	-0,19

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του Πίνακα 28 προκύπτουν τα παρακάτω μοντέλα παλινδρόμησης:

1. **Σχέση PELEKI 1 – Ηλικία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ηλικία[31-40] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,06 – 0,25 * Ηλικία[31-40] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές ηλικιακές ομάδες (<=30, 41-50 και >=51), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,06.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 θα είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,25 μονάδες.

2. **Σχέση PELEKI 1 – Εκπαιδευτική κατηγορία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Εκπ. Κατηγ[Τριτοβάθμια] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 3,90 + 0,21 * Εκπ. Κατηγ[Τριτοβάθμια] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές εκπαιδευτικές κατηγορίες («δευτεροβάθμια», «τριτοβάθμια» και «μεταπτυχιακό/διδακτορικό»), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 3,90.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,25 μονάδες.

3. **Σχέση PELEKI 1 – Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Προϋπηρεσία[21-30] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 3,91 + 0,19 * Προϋπηρεσία[21-30] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές επιλογές στα έτη προϋπηρεσίας (0-10, 11-20 και >30) η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 3,91.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που τα έτη προϋπηρεσίας τους είναι στο εύρος 21-30 έτη αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,19 μονάδες.

4. **Σχέση PELEKI 1 – Ικανοποίηση από την εργασία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ικανοποίηση[Πολύ] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 3,96 + 0,53 * Ικανοποίηση[Πολύ] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές επιλογές στο βαθμό ικανοποίησης («αρκετά», «ουδέτερος», «λίγο», «καθόλου») η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 3,96.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,53 μονάδες.

5. **Σχέση PELEKI 1 – Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,14 – 0,36 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για τους νοσηλευτές που δεν θέλουν να αλλάξουν τμήμα η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,14

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «ναι» στην επιθυμία αλλαγής τμήματος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,36 μονάδες.

Συνολικά, ο δείκτης PELEKI 1 φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από επαγγελματικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Ισχυρότερη θετική επίδραση ασκεί η εργασιακή ικανοποίηση, ενώ αρνητική συσχέτιση παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα 31–40 ετών και στην επιθυμία αλλαγής τμήματος. Αντίθετα, η υψηλότερη εκπαίδευση και η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία σχετίζονται με αυξημένες τιμές του δείκτη.

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Peleki 2 (φροντίδα)

Στον Πίνακα 29 φαίνονται τα στοιχεία της ανάλυσης διακύμανσης του συνολικού ερωτηματολογίου PELEKI 2 για τις ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία» και «επιθυμία αλλαγής

τμήματος». Οι λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές («εκπαιδευτική κατηγορία», «έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια», «ικανοποίηση από την εργασία» και «νύχτες εργασίας ανά μήνα») δεν εμφανίζονται καθώς τα p-values των αναλύσεων παλινδρόμησης έδωσαν στατιστικά μη σημαντική σχέση.

*Πίνακας 29. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 2 (*Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες*)*

Πληροφορίες	**Συντελεστές**	**Τυπικό σφάλμα**	**t**	**p-value**	**Κατώτερο 95%**	**Υψηλότερο 95%**
Ηλικία						
Τεταγμένη	4,40	0,07	64,91		4,26	4,53
31-40	-0,47	0,10	-4,51	0,00	-0,67	-0,26
41-50	-0,20	0,08	-2,41	0,02	-0,37	-0,04
Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας						
Τεταγμένη	4,31	0,04	96,80		4,22	4,40
Ναι	-0,31	0,07	-4,22	0,00	-0,46	-0,16

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του Πίνακα 29 προκύπτουν τα παρακάτω μοντέλα παλινδρόμησης:

1. **Σχέση PELEKI 2 – Ηλικία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ηλικία[31-40] + α2 * Ηλικία[41-50] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,40 – 0,47 * Ηλικία[31-40] – 0,20 * Ηλικία[41-50] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές ηλικιακές ομάδες (<=30 και >=51), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,40.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,47 μονάδες.

Ο συντελεστής α2 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,20 μονάδες.

2. Σχέση PELEKI 2 – Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,31 – 0,31 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για τους νοσηλευτές που δεν θέλουν να αλλάξουν τμήμα η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,31.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «ναι» στην επιθυμία αλλαγής τμήματος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,31 μονάδες.

Η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε ότι η ηλικία και η επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη μεταβλητή PELEKI 2. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές ηλικίας 31–40 ετών παρουσίασαν κατά μέσο όρο χαμηλότερες τιμές στη μεταβλητή PELEKI 2 κατά 0,47 μονάδες συγκριτικά με τις ηλικιακές ομάδες αναφοράς (≤30 και ≥51 ετών), ενώ οι νοσηλευτές ηλικίας 41–50 ετών εμφάνισαν χαμηλότερες τιμές κατά 0,20 μονάδες. Και οι δύο συσχετίσεις ήταν στατιστικά σημαντικές ($p<0,05$). Παράλληλα, η επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας βρέθηκε να επηρεάζει αρνητικά τη μεταβλητή PELEKI 2. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δήλωσαν ότι επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα παρουσίασαν κατά μέσο όρο χαμηλότερες τιμές κατά 0,31 μονάδες σε σύγκριση με όσους δεν επιθυμούν αλλαγή τμήματος, με τη διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,001$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι νεότερες και μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στη μεταβλητή PELEKI 2 σε σχέση με τις ενδιάμεσες ηλικιακές κατηγορίες, ενώ η πρόθεση μετακίνησης σε άλλο τμήμα συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης.

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Peleki 3 (επικοινωνία)

Στον Πίνακα 30 φαίνονται τα στοιχεία της ανάλυσης διακύμανσης του συνολικού ερωτηματολογίου PELEKI 3 για τις ανεξάρτητες μεταβλητές «ηλικία», «νύχτες εργασίας ανά μήνα», «ικανοποίηση από την εργασία» και «επιθυμία αλλαγής τμήματος». Οι λοιπές ανεξάρτητες μεταβλητές («εκπαιδευτική κατηγορία» και «έτη προϋπηρεσίας ως

νοσηλευτής/τρια») δεν εμφανίζονται καθώς τα p-values των αναλύσεων παλινδρόμησης έδωσαν στατιστικά μη σημαντική σχέση.

Πίνακας 30. Στοιχεία παλινδρόμησης στο συνολικό ερωτηματολόγιο PELEKI 3 (Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών)

Πληροφορίες	**Συντελεστές**	**Τυπικό σφάλμα**	**t**	**p-value**	**Κατώτερο 95%**	**Υψηλότερο 95%**
Ηλικία						
Τεταγμένη	4,11	0,09	45,01		3,93	4,29
31-40	-0,57	0,14	-4,05	0,00	-0,84	-0,29
41-50	-0,29	0,11	-2,63	0,01	-0,52	-0,07
Νύχτες εργασίας ανά μήνα						
Τεταγμένη	3,80	0,05	71,64		3,70	3,91
2-4	0,26	0,14	1,82	0,07	-0,02	0,55
Ικανοποίηση από την εργασία						
Τεταγμένη	3,79	0,05	74,94		3,69	3,89
Πολύ	0,55	0,17	3,28	0,00	0,22	0,89
Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας						
Τεταγμένη	4,03	0,06	70,41		3,92	4,15
Ναι	-0,52	0,09	-5,55	0,00	-0,71	-0,34

Λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία του Πίνακα 30 προκύπτουν τα παρακάτω μοντέλα παλινδρόμησης:

1. **Σχέση PELEKI 3 – Ηλικία**

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ηλικία[31-40] + α2 * Ηλικία[41-50] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 4,11 – 0,57 * Ηλικία[31-40] – 0,29 * Ηλικία[41-50] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές ηλικιακές ομάδες (<=30 και >=51), η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,11.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 31-40 αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,57 μονάδες.

Ο συντελεστής α2 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41-50 αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,29 μονάδες.

2. Σχέση PELEKI 3 – Νύχτες εργασίας ανά μήνα

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Νύχτες[2-4] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 3,80 + 0,26 * Νύχτες[2-4] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές επιλογές στις νύχτες εργασίας ανά μήνα (<2, 4-6 και >6) η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 3,80.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που οι νύχτες εργασίας τους ανά μήνα είναι από 2 έως 4, αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,26 μονάδες.

3. Σχέση PELEKI 3 – Ικανοποίηση από την εργασία

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Ικανοποίηση[Πολύ] + τυχαίο σφάλμα =*

*= 3,79 + 0,55 * Ικανοποίηση[Πολύ] + e*

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για όλες τις λοιπές επιλογές στο βαθμό ικανοποίησης (αρκετά, ουδέτερος, λίγο, καθόλου) η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 3,79.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «πολύ ικανοποιημένοι» αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο αυξημένες κατά 0,55 μονάδες.

4. Σχέση PELEKI 3 – Επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας

*PELEKI = τεταγμένη + α1 * Αλλαγή Τμήματος[Ναι] + τυχαίο σφάλμα =*

$$= 4,03 – 0,52 * Αλλαγή\ Τμήματος[Ναι] + e$$

Η τεταγμένη δηλώνει ότι το μοντέλο υπολογίζει ότι για τους νοσηλευτές που δεν θέλουν να αλλάξουν τμήμα η μέση τιμή των απαντήσεων είναι 4,03.

Ο συντελεστής α1 δηλώνει ότι με βάση το μοντέλο, οι απαντήσεις των νοσηλευτών που δηλώνουν «ναι» στην επιθυμία αλλαγής τμήματος αναμένεται να είναι κατά μέσο όρο μειωμένες κατά 0,52 μονάδες.

Από την ανάλυση παλινδρόμησης προέκυψε ότι η ηλικία, η ικανοποίηση από την εργασία και η επιθυμία αλλαγής τμήματος αποτελούν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την τιμή της μεταβλητής PELEKI 3. Ειδικότερα, οι νοσηλευτές ηλικίας 31–40 και 41–50 ετών εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές σε σύγκριση με τις ηλικιακές ομάδες αναφοράς, ενώ όσοι δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές. Αντίθετα, η επιθυμία αλλαγής τμήματος συνδέεται με χαμηλότερες τιμές της PELEKI 3. Η μεταβλητή «νύχτες εργασίας ανά μήνα» δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την PELEKI 3 (p=0,07).

Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Prapa (φροντίδα ασθενών)

Η συσχέτιση του ερωτηματολογίου φροντίδας ασθενών PRAPA και των τριών υποκλιμάκων του με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτών των ανεξάρτητων μεταβλητών και των απαντήσεων των ασθενών (Πίνακες 24, 25 και 26). Συνεπώς, δεν αναπτύχθηκαν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης για καμία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του ερωτηματολογίου PRAPA και των τριών υποκλιμάκων του.

Σχετικά με τον **κύριο ερευνητικό σκοπό της μελέτης,** διαπιστώνεται ότι η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικόν (ΠΓΝΑ) και των ασθενών κυμαίνεται από μέτρια έως καλή.

Συγκεκριμένα, σχετικά με το ερωτηματολόγιο επικοινωνίας PELEKI και τις τρεις υποκλίμακές του διαπιστώνεται ότι οι μέσες τιμές των απαντήσεων του νοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνονται από 3,84 έως 4,20. Αναλυτικότερα:

- Στην υποκλίμακα **«πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο»** παρατηρείται καλό επίπεδο επικοινωνίας με τη μέση τιμή των απαντήσεων να είναι 4,01.
- Στην υποκλίμακα **«φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες»** παρατηρείται επίσης καλό επίπεδο επικοινωνίας με τη μέση τιμή των απαντήσεων να είναι 4,20.
- Στην υποκλίμακα **«επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών»** το επίπεδο επικοινωνίας μετριάζεται σε σχέση με τις δύο προηγούμενες κλίμακες αλλά παραμένει σε ικανοποιητικά καλό βαθμό με μέση τιμή 3,84.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο φροντίδας ασθενών PRAPA και τις τρεις υποκλίμακές του διαπιστώνεται ότι οι μέσες τιμές των απαντήσεων των ασθενών κυμαίνονται από 4,00 έως 4,72. Συγκεκριμένα:

- Στην υποκλίμακα **«κλινική φροντίδα»** οι ασθενείς θεωρούν ότι υπάρχει πολύ καλό επίπεδο κλινικής φροντίδας από τους νοσηλευτές με τη μέση τιμή των απαντήσεων να είναι 4,69.
- Στην υποκλίμακα **«φροντίδα μέσα από τη σχέση»** παρατηρείται επίσης καλό επίπεδο φροντίδας με τη μέση τιμή των απαντήσεων των ασθενών να είναι 4,00.
- Στην υποκλίμακα **«ανθρωπιστική φροντίδα»** οι ασθενείς θεωρούν ότι λαμβάνουν πολύ καλό επίπεδο φροντίδας με μέση τιμή 4,72.

Σχετικά με τους **επιμέρους στόχους της μελέτης**, τα ερευνητικά συμπεράσματα συνοψίζονται ως εξής:

I. Για όσο αφόρα τον πρώτο στόχο της μελέτης « **η διερεύνηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του νοσηλευτικού προσωπικού του ΠΓΝΑ»** με βάση τα ευρήματα των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου επικοινωνίας PELEKI, προκύπτει ότι οι νοσηλευτές αξιολογούν θετικά την επικοινωνία και τη φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώνεται καλό επίπεδο επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών (μέση τιμή = 4,04) με έμφαση στην «φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες» (υποκλίμακα PELEKI 2) και στις «πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο» (υποκλίμακα PELEKI 1). Συγκεκριμένα, υψηλά ποσοστά συμφωνίας καταγράφηκαν στην ενημέρωση

των ασθενών για τη λειτουργία του τμήματος, τη λήψη ζωτικών σημείων και τα δικαιώματά τους, ενώ ιδιαίτερα θετική ήταν και η αξιολόγηση της ευγένειας, της προστασίας της ιδιωτικότητας και της ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών. Ωστόσο, χαμηλότερες τιμές καταγράφηκαν στην ενημέρωση των ασθενών σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και στη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για τη θεραπεία τους, γεγονός που δείχνει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης στην ουσιαστική θεραπευτική επικοινωνία.

II. Το δείγμα των νοσηλευτών που κλήθηκε να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο επικοινωνίας PELEKI παρουσιάζει ως προς τις μέγιστες τιμές τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Φύλο		
Γυναίκα	117	75,5%
Ηλικία		
41 – 50	82	52,9%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	115	74,2%
Εκπαιδευτική κατηγορία		
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	78	50,3%
Υπαλληλική σχέση με το ΠΓΝΑ		
Μόνιμος υπάλληλος	134	86,5%
Έτη προϋπηρεσίας ως νοσηλευτής/τρια		
21-30	75	48,4%
Έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα εργασίας		
0-10	122	78,7%
Νοσηλευτικός τομέας εργασίας		

Παθολογικός τομέας	87	56,1%
Εργασία αποκλειστικά σε πρωϊνό ωράριο		
Όχι	119	76,8%
Νύχτες εργασίας ανά μήνα		
<2	47	30,3%

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση του δείγματος των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο επικοινωνίας PELEKI ανέδειξε συγκεκριμένα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά με κυρίαρχες κατηγορίες στις περισσότερες μεταβλητές. Ειδικότερα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (75,5%), ηλικίας 41–50 ετών (52,9%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν έγγαμοι/ες (74,2%). Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, οι περισσότεροι ανήκαν στην κατηγορία της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (50,3%).

Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι η συντριπτική πλειονότητα των νοσηλευτών ήταν μόνιμοι υπάλληλοι του ΠΓΝΑ (86,5%), με σημαντική επαγγελματική εμπειρία, καθώς σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες είχαν 21–30 έτη συνολικής προϋπηρεσίας ως νοσηλευτές/τριες (48,4%). Αντίθετα, ως προς τα έτη υπηρεσίας στο τρέχον τμήμα εργασίας, οι περισσότεροι είχαν προϋπηρεσία έως 10 έτη (78,7%), γεγονός που ενδέχεται να υποδηλώνει μετακινήσεις προσωπικού μεταξύ τμημάτων ή πρόσφατες αλλαγές θέσεων εργασίας.

Αναφορικά με τον τομέα απασχόλησης, περισσότεροι από τους μισούς νοσηλευτές εργάζονταν στον παθολογικό τομέα (56,1%). Επιπλέον, οι περισσότεροι νοσηλευτές εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο με νυχτερινές βάρδιες (76,8%), γεγονός που αντανακλά τη φύση της νοσηλευτικής εργασίας και την ανάγκη κάλυψης κυκλικών βαρδιών. Τέλος, σχετικά με τη νυχτερινή εργασία, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι πραγματοποιούσε λιγότερες από δύο νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα (30,3%). Τα αποτελέσματα αυτά αποτυπώνουν ένα έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό με αυξημένες επαγγελματικές απαιτήσεις και έντονο εργασιακό φόρτο.

III. Ο τρίτος στόχος της έρευνας ήταν **ο έλεγχος της ύπαρξης ανεξάρτητων μεταβλητών που σχετίζονται με την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών** όπου από τη μελέτη διαπιστώνεται ότι υπάρχουν διάφοροι δημογραφικοί και επαγγελματικοί

παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς και σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα της επικοινωνίας και της παρεχόμενης φροντίδας. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η ηλικία, η εργασιακή ικανοποίηση, η επιθυμία αλλαγής τμήματος εργασίας, η στάση απέναντι στο επάγγελμα και η αντίληψη για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας αποτελούν σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών. Πιο συγκεκριμένα:

1) Σχετικά με την υποκλίμακα PELEKI 1 - «*Πληροφορίες που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο»* παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση α) της ηλικίας όπου οι νοσηλευτές με ηλικία άνω των 50 ετών παρέχουν καλύτερες πληροφορίες σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 31 – 40 ετών (p-value = 0,020), β) της εκπαιδευτικής κατηγορίας, με τους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να παρέχουν καλύτερες πληροφορίες σε σχέση με τους συναδέλφους τους που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού διπλώματος (p-value = 0,016), γ) της ικανοποίησης από την εργασία, με τους νοσηλευτές που είναι «πολύ ικανοποιημένοι» από την εργασία τους να παρέχουν καλύτερες πληροφορίες σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν «λίγο ικανοποιημένοι» (p-value = 0,000), δ) της επιθυμίας αλλαγής τμήματος εργασίας, με τους νοσηλευτές που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα να εμφανίζουν περιορισμένη παροχή πληροφοριών συγκριτικά με αυτούς που δεν επιθυμούν αλλαγή (p-value = 0,000), ε) της επανεπιλογής του επαγγέλματος του νοσηλευτή όπου οι νοσηλευτές που -αν είχαν τη δυνατότητα- δεν θα επέλεγαν ξανά το ίδιο επάγγελμα εμφανίζουν επίσης περιορισμένη παροχή πληροφοριών συγκριτικά με αυτούς που δεν θα το έκαναν (p-value = 0,004) και στ) της ποιότητας της φροντίδας στο τμήμα όπου το νοσηλευτικό προσωπικό που θεωρεί ότι η παρεχόμενη φροντίδα στο τμήμα του είναι «πολύ καλή» παρέχει καλύτερες ή περισσότερες πληροφορίες σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δηλώνουν «ουδέτεροι».

2) Σχετικά με την υποκλίμακα PELEKI 2 - *«Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες»* παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση α) της ηλικίας, οι νοσηλευτές με ηλικία άνω των 50 ετών παρέχουν καλύτερη φροντίδα στους

ασθενείς σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 31 – 40 ετών (p-value = 0,000), β) της επιθυμίας αλλαγής τμήματος εργασίας, με τους νοσηλευτές που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εμφανίζουν περιορισμένη παροχή φροντίδας συγκριτικά με αυτούς που δεν επιθυμούν αλλαγή (p-value = 0,000), γ) της επανεπιλογής του επαγγέλματος του νοσηλευτή όπου οι νοσηλευτές που -αν είχαν τη δυνατότητα- δεν θα επέλεγαν ξανά το ίδιο επάγγελμα εμφανίζουν επίσης περιορισμένη παροχή φροντίδας συγκριτικά με αυτούς που δεν θα το έκαναν (p-value = 0,006) και δ) της ποιότητας της φροντίδας στο τμήμα Το νοσηλευτικό προσωπικό που θεωρεί ότι η παρεχόμενη φροντίδα στο τμήμα του είναι «πολύ καλή» παρέχει καλύτερη φροντίδα σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δηλώνουν «ουδέτεροι».

3) Σχετικά με την υποκλίμακα PELEKI 3 - *«Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών»* παρατηρείται στατιστικά σημαντική επίδραση α) της ηλικίας, όπου οι νοσηλευτές με ηλικία άνω των 50 ετών έχουν καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 31 – 40 ετών (p-value = 0,000), β) της ικανοποίησης από την εργασία, με τους νοσηλευτές που είναι «πολύ ικανοποιημένοι» από την εργασία έχουν καλύτερη επικοινωνία σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν «ουδέτεροι» (p-value = 0,000), γ) της επιθυμίας αλλαγής τμήματος εργασίας με τους νοσηλευτές που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εμφανίζουν περιορισμένη επικοινωνία με τους ασθενείς συγκριτικά με αυτούς που δεν επιθυμούν αλλαγή (p-value = 0,000) και δ) της ποιότητας της φροντίδας στο τμήμα όπου το νοσηλευτικό προσωπικό που θεωρεί ότι η παρεχόμενη φροντίδα στο τμήμα του είναι «πολύ καλή» έχει καλύτερη επικοινωνία σε σχέση με τους συναδέλφους τους που δηλώνουν «καλή» (p-value = 0,000).

Συνολικά, τα ευρήματα της μελέτης αναδεικνύουν ότι η επαγγελματική εμπειρία, η εργασιακή ικανοποίηση και το θετικό εργασιακό περιβάλλον αποτελούν βασικούς παράγοντες ενίσχυσης της επικοινωνίας και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ αντίθετα η επαγγελματική δυσαρέσκεια και η επιθυμία απομάκρυνσης από το εργασιακό

περιβάλλον φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά τις επικοινωνιακές πρακτικές των νοσηλευτών απέναντι στους ασθενείς.

IV. Ο τέταρτος στόχος της μελέτης ήταν **η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών σχετικά με την επικοινωνία και τη φροντίδα που λαμβάνουν από τους νοσηλευτές** του ΠΓΝΑ. Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου PRAPA έδειξαν ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών και πολύ καλό επίπεδο φροντίδας των ασθενών από τους νοσηλευτές του ΠΓΝΑ (μέση τιμή = 4,49) με έμφαση στην «ανθρωπιστική φροντίδα» (υποκλίμακα PRAPA 3) και στην «κλινική φροντίδα» (υποκλίμακα PRAPA 1). Οι ασθενείς αξιολόγησαν πολύ θετικά την κλινική φροντίδα, την ανθρωπιστική προσέγγιση και την υποστήριξη που έλαβαν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Ειδικότερα, πολύ υψηλά ποσοστά καταγράφηκαν στην εμπιστοσύνη προς τις τεχνικές γνώσεις των νοσηλευτών, στον σεβασμό της ιδιωτικότητας, στην έγκαιρη παροχή θεραπείας και στην ενθάρρυνση των ασθενών. Παράλληλα, οι ασθενείς δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές συνέβαλαν ουσιαστικά στη συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξή τους.

V. Ο πέμπτος στόχος αφορούσε την **περιγραφική στατιστική ανάλυση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ασθενών.**

Το δείγμα των ασθενών που κλήθηκε να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο φροντίδας ασθενών PRAPA παρουσιάζει ως προς τις μέγιστες τιμές τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	**Συχνότητα**	**Ποσοστό (%)**
Φύλο		
Άνδρας	99	66,0%
Ηλικία		
51 και άνω	127	84,7%
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	69	46,0%
Εκπαιδευτική κατηγορία		
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	112	74,7%

Αριθμός τέκνων		
2	55	36,7%

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών, έγγαμοι και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Τα χαρακτηριστικά αυτά αντανακλούν ένα δείγμα κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας, το οποίο πιθανόν εμφανίζει αυξημένες ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας και συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

VI. Ο έκτος στόχος έχει να κάνει με τον **έλεγχο για την ύπαρξη ανεξάρτητων μεταβλητών που σχετίζονται με τη γνώμη των ασθενών** της παρούσας μελέτης σχετικά με το επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Από την στατιστική ανάλυση του ερωτηματολογίου φροντίδας των ασθενών, προκύπτει γενικά υψηλή ομοιογένεια στις θετικές απαντήσεις των ασθενών γεγονός που υποδηλώνει ότι οι απόψεις των ασθενών δεν επηρεάζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό από τα διάφορα δημογραφικά ή κοινωνικά τους χαρακτηριστικά.

VII. Τέλος, ο έβδομος στόχος αφορούσε **την ανάπτυξη μοντέλων παλινδρόμησης για τον ποσοτικό προσδιορισμό της σχέσης των ανεξάρτητων μεταβλητών των διαφόρων ανεξάρτητων μεταβλητών στις απαντήσεις νοσηλευτών και ασθενών.** Τα μοντέλα αυτά επιβεβαίωσαν τη συσχέτιση διαφόρων δημογραφικών, κοινωνικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών με τις απαντήσεις τους. Μέσα από τη στατιστική ανάλυση διαπιστώθηκε ότι κυρίως η ηλικία και, σε μικρότερο βαθμό, το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με την αξιολόγηση της επικοινωνίας και της φροντίδας. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της επαγγελματικής εμπειρίας και της ανάπτυξης επικοινωνιακών δεξιοτήτων στο πλαίσιο της νοσηλευτικής πρακτικής. Η ανάπτυξη μοντέλων παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε μόνο για το ερωτηματολόγιο επικοινωνίας PELEKI και τις τρεις υποκλίμακές του, καθώς για το ερωτηματολόγιο φροντίδας ασθενών PRAPA δεν διαπιστώθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση των ανεξάρτητων μεταβλητών με τις απαντήσεις των ασθενών της μελέτης.

Με βάση τον σκοπό της έρευνας και τη διερεύνηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικό (ΠΓΝΑ), διατυπώθηκαν οι ακόλουθες **ερευνητικές υποθέσεις**:

1) Υπόθεση 1.: Κάποια από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως π.χ. η μεγάλη ηλικία και η χαμηλή εκπαιδευτική κατηγορία, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

   Σχετικά με την παραπάνω υπόθεση, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου PELEKI («Πληροφορίες», «Φροντίδα» και «Επικοινωνία») ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα των νοσηλευτών και την εκπαιδευτική κατάρτιση. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν την ακριβώς αντίθετη τάση: **οι νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 50 ετών παρέχουν καλύτερη ποιότητα πληροφοριών, φροντίδας και επικοινωνίας με τους ασθενείς σε σχέση με τους συναδέλφους τους μικρότερης ηλικίας (31-40 ετών).** Επίσης, οι νοσηλευτές που είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης παρέχουν καλύτερες πληροφορίες στους ασθενείς σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή/και διδακτορικού τίτλου σπουδών. Συνεπώς η υπόθεση 1 δεν επιβεβαιώνεται, καθώς οι μεγαλύτερης ηλικίας νοσηλευτές αξιολόγησαν θετικότερα την επικοινωνία και την παρεχόμενη φροντίδα σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους.

2) Υπόθεση 2.: Κάποια από τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού όπως π.χ. τα πολλά έτη προϋπηρεσίας, η ύπαρξη νυχτερινού ωραρίου και ο υψηλός αριθμός νυχτερινών ωρών εργασίας, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

   Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των επαγγελματικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και της επικοινωνίας τους με τους ασθενείς. Μόνο στις περιπτώσεις των ετών προϋπηρεσίας και της νυχτερινής εργασίας διαπιστώνεται κάποιου είδους σχέση αλλά και πάλι οι δείκτες βρίσκονται κάτω από το επιθυμητό επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Συνεπώς η υπόθεση 2 δεν επιβεβαιώνεται καθώς δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία τους με τους ασθενείς.

3) Υπόθεση 3.: Κάποια από τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας των νοσηλευτών όπως π.χ. η μειωμένη ικανοποίηση από την εργασία ή η κακή

κατάσταση της υγείας τους, αναμένεται να επηρεάζουν αρνητικά την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξαν ότι ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος επηρεάζουν σημαντικά την επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, η επικοινωνία των νοσηλευτών με τους ασθενείς εμφανίζεται βελτιωμένη όταν οι νοσηλευτές δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους και από την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς. Αντίθετα, οι νοσηλευτές που επιθυμούν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ή που -αν είχαν τη δυνατότητα- θα επέλεγαν διαφορετικό επάγγελμα από αυτό του νοσηλευτή εμφανίζουν μειωμένη επικοινωνία με τους ασθενείς. Τέλος, η κατάσταση της υγείας των νοσηλευτών δεν φαίνεται να επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την επικοινωνία τους με τους ασθενείς. Συνεπώς, η υπόθεση γίνεται αποδεκτή μόνο ως προς τις παραμέτρους που αφορούν την εργασιακή ικανοποίηση και τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην εργασία τους, αλλά όχι ως προς την κατάσταση της υγείας τους.

4) Υπόθεση 4.: Οι ασθενείς εμφανίζονται γενικά ικανοποιημένοι από το επίπεδο της φροντίδας τους από τους νοσηλευτές του ΠΓΝΑ.
   Στην παρούσα μελέτη, οι ασθενείς του ΠΓΝΑ εμφανίζονται αρκετά ικανοποιημένοι από το επίπεδο της φροντίδας που λαμβάνουν. Και στις τρεις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου φροντίδας ασθενών, οι ασθενείς έχουν δώσει υψηλή βαθμολογία και εμφανίζονται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την «ανθρωπιστική φροντίδα» (υποκλίμακα PRAPA 3, μέση τιμή 4,72) και την «κλινική φροντίδα» (υποκλίμακα PRAPA 1, μέση τιμή 4,69) που λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η Υπόθεση 4 επιβεβαιώνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν (ΠΓΝΑ), καθώς και την αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας από την οπτική τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών.

Τα ευρήματα της έρευνας επιβεβαιώνουν τη διαχρονική κυριαρχία των γυναικών στο νοσηλευτικό επάγγελμα, γεγονός που συνδέεται με τον ιστορικά γυναικοκρατούμενο χαρακτήρα της νοσηλευτικής. Παράλληλα, αναδεικνύεται μια ηλικιακή τάση προς μεγαλύτερης ηλικίας επαγγελματίες, στοιχείο που φαίνεται να αντανακλά τη μειωμένη ανανέωση του νοσηλευτικού δυναμικού. Τα συγκεκριμένα ευρήματα δεν είναι καινούργια, ούτε προκαλούν έκπληξη καθώς επιβεβαιώνονται με αρκετές μελέτες (Πιστικοπούλου 2017, Brofidi et al 2018, Pappas et al 2005, Galanis et al 2026). Η νοσηλευτική αποτελεί διαχρονικά ένα επάγγελμα στο οποίο κυριαρχούν οι γυναίκες, τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Η ιστορική σύνδεση της νοσηλευτικής με τον ρόλο της φροντίδας και της υποστήριξης του ασθενούς έχει συμβάλει στη διαμόρφωση ενός επαγγελματικού κλάδου με έντονη γυναικεία εκπροσώπηση. Ωστόσο η σχετικά περιορισμένη είσοδο νέων επαγγελματιών στο σύστημα υγείας ενδεχομένως να αντανακλά τις δυσκολίες στελέχωσης των νοσοκομειακών μονάδων με νεότερο προσωπικό. Η κατάσταση αυτή εγείρει προβληματισμούς σχετικά με τη μελλοντική στελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων, ιδιαίτερα σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών που θα προκύψουν από τη σταδιακή αποχώρηση έμπειρου προσωπικού, καθώς και τη διασφάλιση της μεταφοράς γνώσης προς τις νεότερες γενιές νοσηλευτών.

Αναφορικά με την επικοινωνία, **διαπιστώνεται** ότι δίνεται έμφαση κυρίως στην αρχική ενημέρωση των ασθενών κατά την εισαγωγή τους, καθώς και στην παροχή βασικών οδηγιών που σχετίζονται με τη λειτουργία του τμήματος και την καθημερινή τους φροντίδα. Αντίθετα, περιορισμένη φαίνεται να είναι η έμφαση στην ουσιαστική ενημέρωση σχετικά με την πορεία της υγείας των ασθενών, καθώς και στη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Οι έρευνες των Χατζηλεωνίδα (2019) και Μαλάμου 2020, κατέληξαν σε ανάλογα συμπεράσματα, οι οποίες αναδεικνύουν τη δυσκολία εφαρμογής της ασθενοκεντρικής και συμμετοχικής λήψης αποφάσεων στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Συνολικά, τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και της επικοινωνίας. Από την πλευρά των νοσηλευτών, η φροντίδα προς τους ασθενείς φαίνεται να χαρακτηρίζεται από επάρκεια ως προς την κάλυψη των βασικών αναγκών, τη μείωση της ανασφάλειας και τη διατήρηση της αξιοπρέπειας των ασθενών. Από την πλευρά των ασθενών, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας, καθώς αναγνωρίζουν στοιχεία όπως ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στην παρούσα μελέτη η υποκλίμακα «επικοινωνία» (PELEKI 3) **εμφάνισε χαμηλότερη τιμή σε σχέση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες,** ενώ σημαντικό ποσοστό των νοσηλευτών δήλωσε ουδέτερη στάση σχετικά με το εάν αφιερώνει αρκετό χρόνο για ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πρόσφατες διεθνής μελέτες όπου η έλλειψη προσωπικού και ο φόρτος εργασίας αναφέρονται ως βασικά εμπόδια ανάπτυξης ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν και οι μελέτες των Fite et al 2019, Guariglia et al 2026 και Mersha et al 2023 όπου υπογράμμισαν ότι η αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία συνδέεται άμεσα με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα και υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς θεωρούν θετική την επικοινωνία όταν οι νοσηλευτές είναι διαθέσιμοι, ευγενικοί και παρέχουν σαφείς πληροφορίες, ωστόσο η έλλειψη προσωπικού περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα ανάπτυξης βαθύτερης σχέσης εμπιστοσύνης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ανταποκριθούν σε αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας υπό συνθήκες περιορισμένων ανθρώπινων και υλικών πόρων. Η αυξημένη πίεση χρόνου, οι ελλείψεις προσωπικού και η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των αναγκών των ασθενών ενδέχεται να επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της επικοινωνίας, ακόμη και όταν το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας παραμένει υψηλό. Για τον λόγο αυτό, η ενίσχυση της επικοινωνίας δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική ευθύνη των νοσηλευτών, αλλά συνδέεται και με οργανωτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργία των νοσηλευτικών μονάδων.

Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι η επαγγελματική εμπειρία επηρεάζει θετικά την αντίληψη των νοσηλευτών σχετικά με την ποιότητα της φροντίδας και της επικοινωνίας. Οι πιο έμπειροι επαγγελματίες τείνουν να αξιολογούν πιο θετικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που πιθανόν συνδέεται με την καλύτερη διαχείριση σύνθετων περιστατικών και την ανάπτυξη πιο ώριμων επικοινωνιακών δεξιοτήτων μέσα από την πολυετή κλινική εμπειρία. Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία αναδεικνύει τη σημασία της εμπειρίας στην ενίσχυση της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της ποιοτικής παροχής νοσηλευτικής φροντίδας (Mersha et al 2023, Crivelli et al 2024, Alikari et al 2022).

Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε **ότι οι νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης θεωρούσαν πως παρέχουν καλύτερη ενημέρωση στους ασθενείς συγκριτικά με όσους διέθεταν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών.** Το εύρημα αυτό διαφοροποιείται από προηγούμενες μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες το υψηλότερο μορφωτικό

επίπεδο και η εξειδικευμένη εκπαίδευση σχετίζονται με βελτιωμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα στην επικοινωνία και περισσότερο ασθενοκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα των ασθενών (Boykins 2014, Kwame & Petrucka, 2021). Παράλληλα, έχει αναφερθεί ότι η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες ενισχύει σημαντικά την ποιότητα της αλληλεπίδρασης επαγγελματία υγείας-ασθενούς και συμβάλλει στη βελτίωση της ενημέρωσης και της συμμετοχής των ασθενών στη φροντίδα τους (Krusche et al., 2023). Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ενδέχεται να αντανακλούν διαφοροποιήσεις στον τρόπο εργασίας, στο επίπεδο ευθύνης ή στον βαθμό άμεσης κλινικής εμπλοκής των επαγγελματιών υγείας με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, οι οποίοι συχνά αναλαμβάνουν περισσότερο διοικητικούς, εκπαιδευτικούς ή συντονιστικούς ρόλους.

Παράλληλα οι ασθενείς της παρούσας μελέτης αξιολόγησαν πολύ υψηλά τη δυνατότητα των νοσηλευτών να ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, να προστατεύουν την ιδιωτικότητα τους και να παρέχουν έγκαιρη θεραπεία και ανακούφιση του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με την βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία οι ανθρωπιστικές συμπεριφορές όπως ο σεβασμός, η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική υποστήριξη αποτελούν βασικούς παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών και βελτίωσης της θεραπευτικής εμπειρίας (Rawat et al 2025, Crivelli et al 2024, Alikari et al 2022). Οι ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες που κατέγραψαν οι ασθενείς στις περισσότερες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PRAPA πιθανόν να αντανακλούν την ουσιαστική προσπάθεια του νοσηλευτικού προσωπικού να διατηρήσει υψηλό επίπεδο φροντίδας παρά τις δυσκολίες του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο οι υψηλές αυτές αξιολογήσεις να επηρεάζονται και από παράγοντες όπως οι προσδοκίες των ασθενών, η προσωπική τους εμπειρία νοσηλείας ή η τάση θετικής αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ιδιαίτερα σημαντικό θεωρείται το γεγονός ότι η **υψηλότερη αξιολόγηση από τους ασθενείς αφορούσε την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας** κυρίως όσον αφορά τον σεβασμό, την ιδιωτικότητα, την ενσυναίσθηση και την συναισθηματική υποστήριξη. Οι ασθενείς δήλωσαν ότι οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται στις ανησυχίες τους, τους ενθάρρυναν να έχουν ελπίδα και σέβονταν την αξιοπρέπεια τους. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν στην μελέτη τους οι Alikari et al 2022 οι οποίοι μελέτησαν τις αντιλήψεις των ασθενών και νοσηλευτών σε έξι ελληνικά νοσοκομεία και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς και οι νοσηλευτές στην Ελλάδα θεωρούν τις συμπεριφορές φροντίδας ως βασικό στοιχείο της ποιότητας περίθαλψης, με ιδιαίτερη έμφαση στη γνώση και στις κλινικές δεξιότητες των νοσηλευτών αναδεικνύοντας ως σημαντικότερα στοιχεία της φροντίδας την τεχνική επάρκεια, τη διαθεσιμότητα και την

συναισθηματική υποστήριξη προς τον ασθενή. Επιπλέον τα αποτελέσματα της παρούσα μελέτης συμφωνούν με την μελέτη των Karlou et al 2018 που πραγματοποιήθηκε σε ογκολογικούς ασθενείς στην Ελλάδα. Το εύρημα ότι οι ασθενείς αξιολόγησαν υψηλότερα την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας συμφωνεί με προηγούμενες ερευνητικές μελέτες. Οι Goh et al. (2016), χρησιμοποιώντας την κλίμακα Revised Humane Caring Scale, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στον σεβασμό, στην υποστήριξη και στην ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης με τους νοσηλευτές. Αντίστοιχα, οι Liu et al. (2023) ανέφεραν ότι η ανθρωπιστική νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών και συνδέεται με το αίσθημα ασφάλειας, σεβασμού και ευημερίας. Επιπλέον, η συστηματική ανασκόπηση των Keshtkar et al. (2024) έδειξε ότι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας βελτιώνει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα που λαμβάνουν. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι οι ασθενείς αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στον σεβασμό, στην ενσυναίσθηση και στην υποστήριξη που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας, πέρα από την τεχνική και κλινική επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας.

Ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον εύρημα αφορά τη **διαφορετική οπτική των δύο ομάδων συμμετεχόντων.** Οι νοσηλευτές αξιολόγησαν θετικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ωστόσο οι ασθενείς κατέγραψαν ακόμη υψηλότερες βαθμολογίες, ιδιαίτερα στην ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας. Η διαφορά αυτή ενδέχεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές αξιολογούν τη φροντίδα μέσα από το πρίσμα των επαγγελματικών απαιτήσεων και των δυσκολιών της καθημερινής κλινικής πρακτικής, ενώ οι ασθενείς δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην προσωπική εμπειρία, στη συμπεριφορά του προσωπικού και στη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

Συνολικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι ασθενείς αξιολογούν θετικά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και της μεταξύ τους επικοινωνίας. Οι υψηλές βαθμολογίες που καταγράφηκαν στις περισσότερες διαστάσεις των ερωτηματολογίων PELEKI και PRAPA υποδηλώνουν ότι η θεραπευτική σχέση στο συγκεκριμένο νοσοκομειακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από σεβασμό, υποστήριξη και αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών. Παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, το κυκλικό ωράριο, ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα, η επιθυμία των νοσηλευτών για αλλαγή τμήματος εργασίας, καθώς και η επαγγελματική τους δυσαρέσκεια —η οποία αποτυπώνεται στο γεγονός ότι πολλοί δεν θα επέλεγαν ξανά το επάγγελμα της νοσηλευτικής, εάν είχαν τη δυνατότητα— φαίνεται να σχετίζονται με

αυξημένη σωματική και ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών και ενδέχεται να επηρεάζουν την παροχή πληροφοριών, την επικοινωνία και τη νοσηλευτική φροντίδα. Ωστόσο, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό καταφέρνει, σε μεγάλο βαθμό, να υπερβαίνει τα παραπάνω εμπόδια. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η διαπίστωση ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας και περισσότερο έμπειροι νοσηλευτές **αξιολόγησαν θετικότερα τις επικοινωνιακές και πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας**, γεγονός που αναδεικνύει τη σημασία της επαγγελματικής εμπειρίας στην ανάπτυξη θεραπευτικών σχέσεων με τους ασθενείς. Ωστόσο, παρότι η συνολική αξιολόγηση της φροντίδας ήταν ιδιαίτερα θετική, **η διάσταση της επικοινωνίας συγκέντρωσε χαμηλότερες βαθμολογίες** σε σύγκριση με τις υπόλοιπες υποκλίμακες. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση στο σύγχρονο νοσοκομειακό περιβάλλον, όπου οι αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, οι ελλείψεις προσωπικού και ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος επηρεάζουν τη δυνατότητα ανάπτυξης ουσιαστικών θεραπευτικών σχέσεων.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι οι ασθενείς αξιολόγησαν υψηλότερα την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη διάσταση του ερωτηματολογίου PRAPA. Οι υψηλές βαθμολογίες που αποδόθηκαν στον σεβασμό, την ιδιωτικότητα, την ενσυναίσθηση και τη συναισθηματική υποστήριξη επιβεβαιώνουν ότι οι διαπροσωπικές πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της εμπειρίας νοσηλείας και της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών. Τέλος, η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της θεραπευτικής σχέσης στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον, καθώς διερευνά παράλληλα τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και των ασθενών. Η σύγκριση των δύο οπτικών προσέφερε μια περισσότερο ολοκληρωμένη εικόνα της επικοινωνίας και της παρεχόμενης φροντίδας, αναδεικνύοντας τόσο τα ισχυρά σημεία όσο και τις προκλήσεις της σύγχρονης νοσηλευτικής πρακτικής. Τα ευρήματα υποστηρίζουν ότι η ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών, σε συνδυασμό με οργανωτικές παρεμβάσεις που θα μειώσουν τον φόρτο εργασίας και θα αυξήσουν τον διαθέσιμο χρόνο για επικοινωνία, δύναται να βελτιώσει περαιτέρω την ποιότητα της φροντίδας και την εμπειρία των ασθενών.

Η **καινοτομία της παρούσας μελέτης** έγκειται στο γεγονός ότι διερευνά παράλληλα τις αντιλήψεις τόσο των νοσηλευτών όσο και των ασθενών, προσφέροντας μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της θεραπευτικής σχέσης στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον. Παράλληλα, αναδεικνύει ότι, παρά τη συνολικά υψηλή αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας, η επικοινωνία εξακολουθεί να αποτελεί το πεδίο με τις μεγαλύτερες προκλήσεις,

κυρίως λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας και του περιορισμένου διαθέσιμου χρόνου. Επιπλέον, η αξιοποίηση των ερωτηματολογίων PELEKI και PRAPA σε δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο συμβάλλει στην περαιτέρω χρήση τους στην ελληνική νοσηλευτική έρευνα. Τέλος, η μελέτη αναδεικνύει τη σημασία της επαγγελματικής εμπειρίας στην αξιολόγηση της επικοινωνίας και της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ επιβεβαιώνει τον καθοριστικό ρόλο της ανθρωπιστικής διάστασης της νοσηλευτικής φροντίδας στην εμπειρία των ασθενών.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στην κατανόηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους **περιορισμούς** οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων καθώς ενδέχεται να επηρεάζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων. Αρχικά, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα μόνο δημόσιο νοσοκομείο της χώρας και συγκεκριμένα στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικόν. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα αντανακλούν τις ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας, την οργανωτική κουλτούρα και τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου νοσοκομείου γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο των ελληνικών νοσοκομείων. Η διεξαγωγή παρόμοιων ερευνών σε περισσότερες νοσοκομειακές μονάδες θα μπορούσε να ενισχύσει την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με μη τυχαία δειγματοληψία, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την αντιπροσωπευτικότητα των συμμετεχόντων. Παρόλο που το μέγεθος του δείγματος θεωρείται ικανοποιητικό για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, θεωρείται δείγμα ευκολίας σε περιορισμένο χρονικό διάστημα και δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο συστηματικής μεροληψίας κατά την επιλογή των συμμετεχόντων.

Ένας ακόμη περιορισμός αφορά τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές συμπλήρωσαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ενώ οι ασθενείς συμμετείχαν μέσω προσωπικής συνέντευξης. Η διαφοροποίηση αυτή ενδέχεται να επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες διατύπωσαν τις απαντήσεις τους και να συνέβαλε στην εμφάνιση κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων, ιδιαίτερα από την πλευρά των ασθενών. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα υπερεκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης ή της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Παράλληλα, τα δεδομένα της μελέτης βασίστηκαν αποκλειστικά στις αυτό-αναφερόμενες αντιλήψεις και αξιολογήσεις των συμμετεχόντων. Παρότι η προσέγγιση αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις κοινωνικές και

υγειονομικές επιστήμες, ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικούς παράγοντες, όπως οι προσωπικές εμπειρίες, οι προσδοκίες, η διάθεση της στιγμής ή η επιθυμία παροχής κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Επιπλέον, οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων καταγράφηκαν σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο και ενδέχεται να επηρεάστηκαν από τις ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων. Παράγοντες όπως ο φόρτος εργασίας, η στελέχωση των τμημάτων ή άλλες οργανωτικές συνθήκες ενδέχεται να επηρέασαν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Επιπρόσθετα, από τη μελέτη αποκλείστηκαν συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών και ορισμένα εξειδικευμένα τμήματα του νοσοκομείου, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και άλλες κλινικές με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά παροχής φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, τα ευρήματα της έρευνας δεν μπορούν να επεκταθούν με βεβαιότητα σε όλα τα νοσοκομειακά περιβάλλοντα ή σε ειδικές κατηγορίες ασθενών. Επιπλέον, η συμμετοχή περιορίστηκε σε ελληνόφωνους ασθενείς, γεγονός που δεν επέτρεψε τη διερεύνηση πιθανών δυσκολιών επικοινωνίας που σχετίζονται με γλωσσικούς, πολιτισμικούς ή κοινωνικούς παράγοντες. Δεδομένης της αυξανόμενης πολιτισμικής ποικιλομορφίας του πληθυσμού που εξυπηρετείται από τα νοσοκομεία, η συγκεκριμένη παράμετρος αποτελεί σημαντικό πεδίο για μελλοντική έρευνα.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι οι ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες που καταγράφηκαν σε ορισμένες διαστάσεις του ερωτηματολογίου PRAPA ενδέχεται να υποδηλώνουν την παρουσία φαινομένου οροφής (ceiling effect), κατά το οποίο οι συμμετέχοντες τείνουν να επιλέγουν τις υψηλότερες διαθέσιμες βαθμολογίες. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να περιορίζει τη δυνατότητα ανίχνευσης διαφοροποιήσεων μεταξύ των συμμετεχόντων και να επηρεάζει την ευαισθησία των μετρήσεων. Τέλος, η παρούσα έρευνα υιοθέτησε συγχρονικό (cross-sectional) σχεδιασμό, ο οποίος επιτρέπει τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών αλλά δεν παρέχει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών αιτιολογικών συμπερασμάτων. Επομένως, τα ευρήματα της μελέτης θα πρέπει να ερμηνεύονται ως ενδείξεις συσχέτισης και όχι ως αποδείξεις αιτιώδους σχέσης μεταξύ των παραγόντων που εξετάστηκαν και της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

Συνολικά, παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα μελέτη παρέχει χρήσιμα στοιχεία για την κατανόηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στο ελληνικό νοσοκομειακό περιβάλλον, συμβάλλοντας στη σχετική

επιστημονική γνώση και δημιουργώντας τη βάση για περαιτέρω ερευνητική διερεύνηση του θέματος.

7.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών ως βασικού συστατικού της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Παρότι οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά τόσο την επικοινωνία όσο και τη φροντίδα που παρέχεται στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικών, διαπιστώθηκαν επιμέρους πεδία στα οποία μπορούν να αναπτυχθούν στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης.

Αρχικά, κρίνεται σκόπιμη η συστηματική ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Τα προγράμματα αυτά θα μπορούσαν να επικεντρώνονται στη θεραπευτική επικοινωνία, στην ενεργητική ακρόαση, στη διαχείριση δύσκολων περιστατικών, στην επικοινωνία με ασθενείς που αντιμετωπίζουν άγχος ή φόβο, καθώς και στη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν τη φροντίδα και τη θεραπεία τους. Παράλληλα, είναι σημαντικό να ενισχυθεί η κουλτούρα ασθενοκεντρικής φροντίδας στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, η επαρκής ενημέρωσή τους σχετικά με την πορεία της υγείας τους και η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της εμπειρίας νοσηλείας και της συνολικής ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της μελέτης υποδηλώνουν ότι η εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών σχετίζεται με θετικότερες αξιολογήσεις της επικοινωνίας και της παρεχόμενης φροντίδας. Για τον λόγο αυτό, η διοίκηση των νοσοκομείων θα μπορούσε να αναπτύξει πολιτικές που ενισχύουν την επαγγελματική ικανοποίηση και ευημερία των νοσηλευτών, όπως η υποστήριξη της επαγγελματικής ανάπτυξης, η αναγνώριση της προσφοράς τους, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η αντιμετώπιση φαινομένων επαγγελματικής εξουθένωσης. Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η τακτική αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και της επικοινωνίας με τη χρήση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης. Η συστηματική καταγραφή των εμπειριών και των απόψεων των ασθενών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό δείκτη ποιότητας και να συμβάλει στον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων βελτίωσης.

Όσον αφορά τη μελλοντική έρευνα, προτείνεται η διεξαγωγή πολυκεντρικών μελετών σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών της χώρας, προκειμένου να ενισχυθεί η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Επιπλέον, η διερεύνηση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών σε εξειδικευμένα τμήματα, όπως οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, τα ογκολογικά τμήματα και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, θα μπορούσε να αναδείξει ειδικότερες διαστάσεις της νοσηλευτικής επικοινωνίας. Επίσης, κρίνεται σκόπιμη η αξιοποίηση μεικτών ερευνητικών μεθόδων που θα συνδυάζουν ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις. Η πραγματοποίηση συνεντεύξεων ή ομάδων εστίασης με νοσηλευτές και ασθενείς θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση των εμπειριών, των προσδοκιών και των παραγόντων που επηρεάζουν την επικοινωνία στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Τέλος ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη της επικοινωνίας σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα παροχής φροντίδας υγείας, καθώς και η αξιολόγηση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των νοσηλευτών. Η διερεύνηση των παραγόντων αυτών δύναται να συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προάγοντας παράλληλα την ασθενοκεντρική προσέγγιση και ενισχύοντας την αποτελεσματικότητα της σύγχρονης νοσηλευτικής πρακτικής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Afriyie D. (2020). Effective communication between nurses and patients: an evolutionary concept analysis. British journal of community nursing, 25(9), pp.438–445.

Alanazi, A. A. (2014). Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. British Journal of Nursing, 23(7), pp.387-393.

Ali I.M.H. (2024) ‘Verbal and Nonverbal Communication’, Midad Al-Adab Refereed Journal, 1.

Alikari V., Gerogianni G., Fradelos, E. C., Kelesi M., Kaba E., & Zyga S. (2022). Perceptions of caring behaviors among patients and nurses. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(1), p.396.

Alkorashy H. A. E., & Al Moalad F. B. (2016). Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. International nursing review, 63(2), 226-232.

Althobiti, E., Almashi, A., Albawinei, A., Alnashri, F., Alsubaiea, F., Al Nagshabandi, E., & Banakhar, M. (2020). Effect of preoperative education on patient anxiety level: a scoping review. Evidence-Based Nursing Research, 2(1), pp.40-49.

American Nurses Association ANA (2017). The Nursing Process. Available at: http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing/Tools. .

Anoosheh M., Zarkhah S., Faghihzadeh S., & Vaismoradi M. (2009). Nurse–patient communication barriers in Iranian nursing. International nursing review, 56(2), pp.243-249.

Andriyanto, A. (2019). Communication barrier between nurse and patient at the hospital: a systematic review. Journal of Health Policy and Management, 4(2), pp.105-110.

Arnold, E.C. and Boggs, K.U., 2020. Interpersonal Relationships: Professional Communication Skills for Nurses. 8th ed. St. Louis, MO: Elsevier.

Artuso S., Cargo M., Brown A., & Daniel M. (2013). Factors influencing health care utilisation among Aboriginal cardiac patients in central Australia: a qualitative study. BMC health services research, 13(1), p83.

Babaii A., Mohammadi E. & Sadooghiasl A. (2021). The meaning of the empathetic nurse–patient communication: A qualitative study. Journal of patient experience, 8, p23743735211056432.

Babbie E. (2010) The practice of social research. 12th edn. Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning.

Bach S. & Grant, A. (2015). Communication and interpersonal skills in nursing. Learning Matters.

Bakhshi H., Shariati M. J., Basirinezhad M. H., & Ebrahimi H. (2024). Comparison of barriers to effective nurse-patient communication in COVID-19 and non-COVID-19 wards. BMC nursing, 23(1), p328.

Bakhtiari S., Mohammadzadeh S. & Moshtagh Z. (2009). Obstacles in nurse-elderly patient relationship from the patients'point of view.

Balzer Riley, J., 2015. Communication in Nursing. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier.

Barker S., 2010. Psychiatric and Mental Health Nursing–The Craft of Caring. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 17(6), pp.565–566.

Bashkin, O., Boltean, R., Ben-Lulu, R., Aharon, M., Elhayany, R., Yitzhak, A., ... & Abu-Freha, N. (2024). A patient-centered approach to communication during endoscopic procedures: The importance of providing information to patients. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14(6), pp.1688-1699.

Berkhout S.G., Sheehan K.A. and Abbey S.E. (2021) 'Individual- and institutional-level concerns of health care workers in Canada during the COVID-19 pandemic: a qualitative analysis', JAMA Network Open, 4(7), e2118425.

Blais, K., Hayes, J.S., Kozier, B. and Erb, G., 2011. Professional nursing practice: Concepts and perspectives.

Booker R. (2005). Effective communication with the patient. European Respiratory Review, 14(96), pp93-96.

Boykins A. D. (2014). Core communication competencies in patient-centered care. ABNF Journal, 25(2), pp.40–45.

Boyle D.A. and Anderson, W.G. (2015) 'Enhancing the communication skills of critical care nurses: focus on prognosis and goals of care discussions', Clinical Communication, 54, pp. 35–46.

Brofidi, K., Vlasiadis, K., & Philalithis, A. (2018). Assessment of the nursing practice environment in Greek Hospitals: a cross-sectional study. Journal of Research in Nursing, 23(6), p.p. 535-545

Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. and Rubin G.J. (2020) 'The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence', The Lancet, 395(10227), pp. 912–920.

Burgoon J. K., Manusov V. & Guerrero L. K. (2021). Nonverbal communication. Routledge.

Carlson E.B., Spain D.A., Muhtadie L., McDade-Montez L. and Macia K.S. (2015) ‘Care and caring in the intensive care unit: Family members’ distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support’, Journal of Critical Care, 30(3), pp. 557–561.

Campinha-Bacote J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict. Online Journal of Issues in Nursing, p16(2).

Cegala, D. J., & Broz, S. L. (2003). Provider and patient communication skills training. In The Routledge Handbook of Health Communication (pp. 109-134). Routledge.

Chapman, K. B. (2009). Improving communication among nurses, patients, and physicians. AJN The American journal of nursing, 109(11), pp.21-25.

Cherry B. and Jacob S.R., 2016. Contemporary nursing: Issues, trends, & management. Elsevier Health Sciences.

Chipps E., Weaver S.H., Wood, T., Sinnott L.T. & McCarthy K., 2024. The impact of patient assaults and aggressive behaviors on nursing personnel's stress, well-being, and intention to leave post–COVID-19 pandemic. JONA: The Journal of Nursing Administration 54(9), pp.479–487.

Cossette S., Cote J. K., Pepin J., Ricard N., & D'Aoust L. X. (2006). A dimensional structure of nurse–patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse–Patient Interaction Scale (CNPI Short Scale).- Journal of Advanced Nursing, 55(2), pp. 198-214.

Crivelli A. F., Barello S., Acampora M., & Bonetti L. (2024). Uncovering Nursing Communication Strategies and Relational Styles to Foster Patient Engagement in Oncology: A Scoping Review. Healthcare (Basel, Switzerland), 12(13), p.1261.

Cserző, D., & Bullock, A. (2024). Sustained benefits of a generalist training programme for UK doctors: a survey-based follow-up study. BMJ open, 14(2), e079435.

Darnell L. K. & Hickson S. V. (2015). Cultural competent patient-centered nursing care. Nurs Clin North Am, 50(1), pp.99-108.

Dean S., & McAllister, M. (2018). How education must reawaken empathy. Journal of Advanced Nursing.

Dithole K.S., Thupayagale-Tshweneagae G., Akpor O.A. & Moleki M.M., 2017. Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients. BMC Nursing, 16(1), p.74.

Durkin J., Jackson D. and Usher K. (2021) 'Touch in times of COVID-19: Touch hunger hurts', Journal of Clinical Nursing, 30(1-2), pp. e4–e5.

Eliyana A., Susita D., Aditya V. and Anwar A. (2021) 'Determining the effect of job satisfaction, work motivation, and work commitment on nurse performance amidst COVID-19 pandemic', Problems and Perspectives in Management, 19(4), p. 89.

Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. JAMA, 267(16), pp.2221–2226.

Engebretson J., Mahoney J. & Carlson E. D. (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. Journal of Professional Nursing, 24(3), pp.172-178.

Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196(4286), pp.129–136.

Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Psychodynamic psychiatry, 40(3), pp.377-396.

Epstein R. M. & Street Jr R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering.

Epstein R.M. and Street, R.L. (2011) 'The values and value of patient-centered care', Annals of Family Medicine, 9(2), pp. 100–103.

Fakhr-Movahedi A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. International nursing review, 58(2), pp.171-180.

Fakhr-Movahedi A., Negarandeh R. and Salsali M. (2013). Exploring nurse–patient communication strategies. Journal of Caring Sciences, 2(4), pp.267–275.

Field T., 2010. Touch for socioemotional and physical well-being: A review. Developmental Review, 30(4), pp.367–383.

Fite R.O., Assefa M., Demissie A. and Belachew T. (2019) ‘Predictors of therapeutic communication between nurses and hospitalized patients’, Heliyon, 5(10), p. e02665.

Fleischer S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K. and Behrens, J. (2009). Nurse–patient interaction and communication: A systematic literature review. Journal of Public Health, 17(5), pp. 339–353.

Floyd K., 2006. Communicating affection: Interpersonal behavior and social context. Cambridge: Cambridge University Press.

Fry M., Gallagher R., Chenoweth L., & Stein-Parbury J. (2014). Nurses’ experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. International Emergency Nursing, 22(1), pp.31-36.

Galanis, P., Moisoglou, I., Triantafyllou, C., Breda, J., & Myrianthefs, P. (2026). Low Interest Among Young People in Becoming Nurses in Greece: Contributing Factors According to Academic Staff. Nursing Reports, 16(2), p.49

Gebbie K., Rosenstock, L., & Hernandez, L. M. (2003). Who will keep the public healthy. Educating public health professionals for the 21st century, 2002.

Gheri F., Morales Palomares S., Mezzetti A., Zompi G., Esposito R. & Ramacciati N., 2026. Workplace violence against healthcare workers in emergency settings during and after COVID-19: a systematic review. Signa Vitae, 22(1), pp.34–51.

Goh M.L., Ang, E.N.K., Chan, Y.H., He, H.G. and Vehviläinen-Julkunen, K., 2016. A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. Applied Nursing Research, 31, pp.126–131.

Granados-Gámez G., Sáez-Ruiz I.M., Márquez-Hernández V.V., Rodríguez-García M.C., Aguilera-Manrique G., Cibanal-Juan M.L. and Gutiérrez-Puertas L., 2022. Development and validation of the questionnaire to analyze the communication of nurses in nurse–patient therapeutic communication. Patient Education and Counseling, 105(1), pp.145–150.

Greenhalgh, T., Knight, M., A’Court, C., Buxton, M., & Husain, L. (2020). Management of post-acute COVID-19 in primary care. BMJ, 370, m3026.

Gualandi R., Ivziku, D., Caruso R., Di Giacinto C., Lommi M., Tartaglini D. & De Benedictis A., 2023. Nurse–patient communication and relationship when wearing personal protective equipment: nurses' experience in a COVID-19 ward. Healthcare, 11(13), p.1960.

Guariglia L., Condoleo M., D'antonio G., Molinaro S., Bolgeo T., Gambalunga F., Petrone F., Caruso A., & Iacorossi L. (2026). Nurses' Perceptions of Communication in an Oncology Hospital Care: A Qualitative Study. Healthcare, 14(1), p.121

Ha J. F. & Longnecker N. (2010). Doctor-patient communication: a review. Ochsner journal, 10(1), pp.38-43.

Hagerty T.A., Samuels W., Norcini-Pala A. and Gigliotti E., 2017. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? Nursing Science Quarterly, 30(2), pp.160–167.

Halcomb, E., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S., Fernandez, R., ... & Calma, K. (2020). The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia. Journal of Nursing Scholarship, 52(5), pp553-563.

Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Medical care, 26(7), pp.657-675.

Halpern J. (2003). What is clinical empathy?. Journal of general internal medicine, 18, 670-674.

Haleem A., Javaid M., Singh R. P. & Suman R. (2021). Telemedicine for healthcare: Capabilities, features, barriers, and applications. Sensors international, 2, 100117.

Hamine S., Gerth-Guyette E., Faulx, D., Green, B. B., & Ginsburg, A. S. (2015). Impact of mHealth chronic disease management on treatment adherence and patient outcomes: a systematic review. Journal of medical Internet research, 17(2), e52.

Happ M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., et al., 2014. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. Heart & Lung, 43, pp.89–98.

Hart J.L., Turnbull A.E., Oppenheim I.M. and Courtright K.R. (2020) 'Family-centered care during the COVID-19 era', Journal of Pain and Symptom Management, 60(2), pp. e93–e97.

Harvey K., & Koteyko N. (2012). Exploring health communication: Language in action. Routledge.

Haq C., Steele, D. J., Marchand L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. family Medicine-Kansas City, 36(1; SUPP), ppS43-S50.

Hertenstein M.J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B.A. & Jaskolka, A.R., 2006. Touch communicates distinct emotions. Emotion, 6(3), pp.528–533.

Hockenberry M. J., Wilson, D., & Rodgers C. C. (2021). Wong's essentials of pediatric nursing-e-book. Elsevier health sciences.

Hockenberry M. J. & Wilson D. (2019). Wong's Nursing Care of Infants and Children. Elsevier.

Höglander J., Holmström, I. K., Lövenmark, A., Van Dulmen, S., Eide, H., & Sundler, A. J. (2023). Registered nurse–patient communication research: An integrative review for future directions in nursing research. Journal of advanced nursing, 79(2), pp.539-562.

Hossain, M.M., Sultana, A. and Purohit, N. (2020) 'Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence', Epidemiology and Health, 42, e2020038.

Huang C., Wang Y., Li X., Ren L., Zhao J., Hu Y. & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The lancet, 395(10223), pp. 497-506.

Huygens M. W., Vermeulen J., Swinkels I. C., Friele R. D., Van Schayck O. C., & De Witte, L. P. (2016). Expectations and needs of patients with a chronic disease toward self-management and eHealth for self-management purposes. BMC health services research, 16(1), p232.

Jahan F., & Siddiqui H. (2019). Good communication between doctor-patient improves health outcome. European journal of medical and health sciences, 1(4).

Jahromi M. K., & Ramezanli S. (2014). Evaluation of barriers contributing in the demonstration of an effective nurse-patient communication in educational hospitals of Jahrom, 2014. Global journal of health science, 6(6), p54.

Jerant A. F., von Friederichs-Fitzwater M. M., & Moore M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. Patient education and counseling, 57(3),pp.300-307.

Jiang J., Zheng L. & Lu C. (2021). A hierarchical model for interpersonal verbal communication. Social Cognitive and Affective Neuroscience, 16(1-2), pp.246-255.

Kallergis G. (2009). Informing the cancer patient and family. Journal of B.U.ON. : official journal of the Balkan Union of Oncology, 14(1), pp. 109–114

Karlou C., Papadopoulou, C., Papathanassoglou, E., Lemonidou, C., Vouzavali, F., Zafiropoulou-Koutroubas A., Katsaragakis, S., & Patiraki, E. (2018). Nurses' Caring Behaviors Toward Patients Undergoing Chemotherapy in Greece: A Mixed-Methods Study. Cancer nursing, 41(5), pp.399–408.

Keyton, J. (2010). Communication and organizational culture: A key to understanding work experiences. Sage Publications.

Kelley, K. J., & Kelley, M. F. (2013). Teaching empathy and other compassion-based communication skills. Journal for nurses in professional development, 29(6), pp.321-324.

Kentish-Barnes N., Cohen-Solal Z., Morin L., Souppart V., Pochard F. and Azoulay E. (2021) 'Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in intensive care units in France', JAMA Network Open, 4(6), e2113355.

Keshtkar, L., Madigan, C.D., Ward, A., Ahmed, S., Tanna, V., Rahman, I., Bostock, J., Nockels, K., Wang, W., Gillies, C.L. and Howick, J., 2024. The effect of practitioner empathy on patient satisfaction: A systematic review of randomized trials. Annals of Internal Medicine, 177(2), pp.196–209.

Kerasidou A., & Horn R. (2016). Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. BMC medical ethics, 17, pp.1-5.

Knapp, M.L., Hall, J.A. and Horgan, T.G. (2014) Nonverbal Communication in Human Interaction. 8th edn. Boston: Cengage Learning.

Kotfis K., Williams Roberson S., Wilson J.E., Dabrowski W., Pun, B.T. and Ely E.W. (2020) 'COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic', Critical Care, 24(1), p. 176.

Kourakos M., Fradelos E. C., Papathanasiou I. V., Saridi M. & Kafkia T. (2017). Communication as the basis of care for patients with chronic diseases. Am J Nurs Sci, 7(3-1), pp.7-12.

Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. Materia socio-medica, 26(1), p65.

Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., & Query, J. L. (1998). The history and development of the field of health communication. Health communication research: A guide to developments and directions, pp.1-15.

Kreps, G.L. (2013) 'Communication and health education', in Communication and health, pp. 187-203. New York: Routledge.

Krupic F., Krupic M., Dervisevic E., Kovacevic M.& Bujakovic T. (2025). Preoperative information as predictor of the patient's fear and anxiety before surgery Systematic review of qualitative and quantitative literature. Saudi Journal of Anaesthesia, 19(4), pp.487-493.

Krusche A., Roehrig M., Worch A., & Himmel W. (2023). Evaluation of a patient-centered communication skills training for nurses: The KOMPAT study. BMC Nursing, 22(1), pp.1–11.

Kwame, A., & 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(1), p158.

Kyle T. (2008) Essentials of Pediatric Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Labrague L. J., & de los Santos J. A. A. (2021). Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. Journal of Nursing Management, 29(3), pp.395–403.

Lahoti V. (1996), "Evaluation of barriers contributing in the demonstration of an effective nurse – patient communication in educational hospitals of Tehran". Nursing School of Shahid Beheshti-University of Medical Sciences.

Lang F., Floy M.R. and Beine K.L. (2000) Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses: A call for active listening. Archives of Family Medicine, 9(3), pp. 222–227.

Leiter M.P. and Schaufeli W.B., 1996. Consistency of the burnout construct across occupations. Anxiety, Stress & Coping, 9(3), pp.229–243.

Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. Health affairs, 29(7), pp.1310-1318.

Liapis, L. (2018). Contemporary nurse: scientist or human. Hellenic Journal of Nursing Science, 11(3), pp. 3-4.

Lin I., Flanagan W., Green C., Lowell A., Coffin J. & Bessarab D. (2023). Clinical yarning education: development and pilot evaluation of an education program to improve clinical communication in Aboriginal health care-participant, and health manager perspectives. BMC medical education, 23(1), p908.

Littlejohn S. W. & Foss K. A. (2010). Theories of human communication. Waveland press.

Liu, Y. et al., 2023. Patient satisfaction with humanistic nursing in Chinese secondary and tertiary public hospitals: A cross-sectional survey. Frontiers in Public Health, 11, Article 1163351

Loehr V.G., Goette W.F. and Roaten K. (2022). Screening and assessment for psychological distress among burn survivors. European Burn Journal, 3(1), pp. 57–88.

Maibach, E. W., Abroms, L. C., & Marosits, M. (2007). Communication and marketing as tools to cultivate the public's health: a proposed" people and places" framework. BMC public health, 7(1), p88.

Mallette, C., Yonge, O., Arnold, E.C. and Boggs, K.U., 2021. Arnold and Boggs's Interpersonal Relationships-E-Book: Arnold and Boggs's Interpersonal Relationships-E-Book. Elsevier Health Sciences.

Mar P.B. (2011) ‘Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence’, Online Journal of Issues in Nursing, 16(2), pp. 1–8.

Martin L. R., & DiMatteo M. R. (2013). Clinical interactions.

Martin L. R. & Friedman H. S. (2005). Nonverbal communication and health care. In Applications of nonverbal communication (pp. 3-16). Psychology Press.

Martin L. R. Williams S. L., Haskard K. B. & DiMatteo M. R. (2005). The challenge of patient adherence. Therapeutics and clinical risk management, 1(3), pp.189-199.

Martin R.A., Puhlik-Doris P., Larsen G., Gray J. & Weir K., 2003. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. Journal of Research in Personality, 37(1), pp.48–75.

Manusov V. (2016) Nonverbal communication. In: The International Encyclopedia of Communication Theory and Philosophy. Wiley-Blackwell & International Communication Association.

Maslach C. & Leiter M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. World psychiatry, 15(2), pp.103-111.

Matusitz J. & Spear J. (2014). Effective doctor–patient communication: an updated examination. Social Work in Public Health, 29(3), pp.252–266.

Mehrabian A., 1971. Silent messages. Belmont, CA: Wadsworth.

Meryn S. (1998) 'Improving doctor-patient communication: not an option, but a necessity', BMJ, 316(7149), pp.1922–1930.

McCabe C. (2004). Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. Journal of Clinical Nursing, 13(1), pp.41–49.

McCabe C., & Timmins F. (2013). Communication skills for nursing practice. Bloomsbury Publishing.

McDonald, K.M., Sundaram, V., Bravata, D.M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S.A. and Owens, D.K. (2007) Definitions of care coordination and related terms. In: Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies, Vol. 7: Care Coordination. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Mercer S. W., Neumann, M., Wirtz M., Fitzpatrick, B., & Vojt G. (2008). General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland—a pilot prospective study using structural equation modeling. Patient education and counseling, 73(2), pp.240-245.

Mersha A., Abera A., Tesfaye T., Abera T., Belay A., Melaku T., Shiferaw M., Shibiru S., Estifanos W. & Wake S. K. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: application of Hildegard Peplau's nursing theory of interpersonal relations. BMC nursing, 22(1), p.381.

Meryn, S. (1998). Improving doctor–patient communication: not an option, but a necessity. BMJ, 316(7149), pp.1922–1930.

Michie S., Miles J., & Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? Patient education and counseling, 51(3), pp197-206.

Molero Jurado M.D.M., Gázquez Linares J.J., Pérez-Fuentes M.D.C. & Martos Martínez Á., 2023. Aggression and burnout in nurses during COVID-19: A cross-sectional study. Nursing & Health Sciences, 25(1), pp.130–140.

Morley, G., Grady, C., McCarthy, J. & Ulrich, C.M., 2020. Covid-19: ethical challenges for nurses. Hastings Center Report, 50(3), pp.35–39.

Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A., Madhavan M.V., McGroder C., Stevens J.S., Cook J.R., Nordvig A.S., Shalev D., Sehrawat T.S., Ahluwalia N., Bikdeli B., Dietz D., Der-Nigoghossian C., Liyanage-Don N., Rosner G.F., Bernstein E.J., Mohan S., Beckley A.A., Seres D.S. and Wan E.Y. (2021) 'Post-acute COVID-19 syndrome', *Nature Medicine*, 27(4), pp.601–615.

Neumann M., Edelhäuser F., Tauschel D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen C. & Scheffer C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Academic medicine, 86(8), pp.996-1009.

Newell S. & Jordan Z. (2015). The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. JBI evidence synthesis, 13(1), pp.76-87.

Norouzinia R., Aghabarari M., Shiri M., Karimi M. and Samami E. (2015). Communication barriers perceived by nurses and patients. Global Journal of Health Science, 8(6), p. 65.

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social science & medicine, 67(12), pp.2072-2078.

Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. Fam Pract, 49(9), pp.796-804.

Oerther S., Wolfe T., Lucas H. & Goodyear C., 2021. Editorial: Addressing the persistent epidemic of violence against nurses. Nurse Education in Practice, 54, p.103098.

Okechukwu E.C., Tibaldi L. and La Torre G. (2020) 'The impact of COVID-19 pandemic on mental health of nurses', La Clinica Terapeutica, 171(5).

Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A., & Tolpin, D. A. (2015). Preoperative patient education: can we improve satisfaction and reduce anxiety?. Revista brasileira de anestesiologia, 65(1), pp.7-13.

Palmu R., Suominen K., Vuola J. and Isometsä E. (2011). Mental disorders after burn injury: a prospective study. Burns, 37(4), pp. 601–609.

Papadimitriou G. (2017). The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. Psychiatrike = Psychiatriki, 28(2), 107–110.Patterson, M. L., Fridlund, A. J., & Crivelli, C. (2023). Four Misconceptions About Nonverbal Communication. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 18(6), pp.1388–1411.

Papadopoulos, I. (2018). Culturally competent compassionate care. Routledge.

Pappas N. A., Alamanos Y., & Dimoliatis I. D. (2005). Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. BMC nursing, 4(1), p. 8.

Paternotte E., van Dulmen S., van der Lee, N., Scherpbier A.J. and Scheele F. (2015) 'Factors influencing intercultural doctor–patient communication: A realist review', Patient Education and Counseling, 98(4), pp. 420–445.

Pathan A.Z., Barwell, J., Kastrissianakis, A., Awan, K., Abila, A., Lim, A. et al. (2022) 'Patients' perception of personal protective equipment during the SARS-CoV-2 pandemic', International Journal of Risk & Safety in Medicine, 33(1 Suppl.), pp. S97–S101.

Patterson M. L., Dunbar N. E., Mast M. S. & Fernández-Dols J. M. (2021). Advances and obstacles in contemporary nonverbal communication research. Frontiers in psychology, 12, 731334.

Pehrson C., Banerjee S. C., Manna R., Shen M. J., Hammonds S., Coyle N.& Bylund C. L. (2016). Responding empathically to patients: Development, implementation, and evaluation of a communication skills training module for oncology nurses. Patient education and counseling, 99(4), pp.610-616.

Peleki T., Resmpitha A., Mavraki M., Linardakis N., Rovithis M., (2015),

"Assessment of patients and nurses' opinions on the bidirectional communication

during hospitalization: A descriptive study", Health Science Journal, 9 (3-9), pp. 1-7.

Peplau, H.E., 1990. Interpersonal relations model: theoretical constructs, principles and general applications. In Psychiatric and mental health nursing: Theory and practice (pp. 87-132). Boston, MA: Springer US.

Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing. AJN The American Journal of Nursing, 52(6), 765.

Pfefferbaum B. & North, C.S., 2020. Mental health and the Covid-19 pandemic. New England Journal of Medicine, 383(6), pp.510–512.

Potter P.A., Perry A.G., Stockert, P.A. and Hall, A., 2021. Potter & perry's essentials of nursing practice, sae, e book. Elsevier Health Sciences.

Qi M., Hu, X., Liu J., Wen J., Hu X., Wang Z., & Shi X. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and risk factors of workplace violence among healthcare workers in China. Frontiers in public health, 10, 938423.

Rathert C., Mittler J.N., Banerjee, S. and McDaniel, J. (2017) 'Patient-centered communication in the era of electronic health records: What does the evidence say?', Patient Education and Counseling, 100(1), pp. 50–64.

Rawat R., Arora, S., Sharma, S. K., & Godiyal J. (2025). Patient satisfaction with the empathic communication skills of nurses at a tertiary care hospital, Uttarakhand. Nursing & Midwifery Research Journal, 21(1), pp.33-41.

Richmond V. P., & McCroskey J. C. (2000). Nonverbal behavior in interpersonal relations (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Rogers C.R. (1995) On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.

Rogers, C.R., 1995. A way of being. Houghton Mifflin Harcourt.

Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1987). Active listening. Communication in Business Today.

Rosa, W. E., Schlak, A. E., & Rushton, C. H. (2020). A blueprint for leadership during COVID-19. Nursing management, 51(8), pp.28-34.

Roter, D., & Hall, J. A. (2006). Doctors talking with patients/patients talking with doctors.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. Jama, 277(4), pp.350-356.

Sadeghi T., Dehghan Nayyeri N., & Karimi R. (2011). Nursing-patient relationship: a comparison between nurses and adolescents perceptions. Iranian Journal of Medical Ethics and history of medicine, 4(3), pp.69-78.

Salawu A., Green A., Crooks M.G., Brixey N., Ross D.H. and Sivan M. (2020) 'A proposal for multidisciplinary tele-rehabilitation in the assessment and rehabilitation of COVID-19 survivors', International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(13), p. 4890.

Sánchez-Sánchez E., García-Álvarez J.Á., García-Marín E., Gutierrez-Serrano M., Alférez M.J.M. and Ramirez-Vargas, G. (2021) 'Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians-A Voluntary Online Survey', International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16), p. 8310.

Sharour L.A., Salameh A.B., Suleiman K., Subih M., El-Hneiti M., Al-Hussami M. and Al Omari O. (2022) 'Nurses' self-efficacy, confidence and interaction with patients with COVID-19: A cross-sectional study', Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 16(4), pp. 1393–1397.

Schillinger D., Piette, J., Grumbach K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C.& Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. Archives of internal medicine, 163(1), pp.83-90.

Schiavo, R. (2013) Health communication: From theory to practice. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Schlögl M., Singler K., Martinez-Velilla N., Jan S., Bischoff-Ferrari H. A., Roller-Wirnsberger, R. E. & Gordon, A. L. (2021). Communication during the COVID-19 pandemic: evaluation study on self-perceived competences and views of health care professionals. European geriatric medicine, 12(6), pp.1181-1190.

Schouten B.C. and Meeuwesen L. (2006) 'Cultural differences in medical communication: a review of the literature', Patient Education and Counseling, 64(1–3), pp. 21–34.

Schyve P.M. (2007) 'Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the Joint Commission perspective', Journal of General Internal Medicine, 22(Suppl 2), pp. 360–361.

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). Skills for communicating with patients. crc press.

Selman L.E., Chao, D., Sowden R., Marshall, S., Chamberlain C. and Koffman J. (2020) 'Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians', Journal of Pain and Symptom Management, 60(2), pp. e81–e86.

Simpson M., Buckman R., Stewart M., Maguire P., Lipkin M., Novack D., & Till J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ: British Medical Journal, 303(6814), p1385.

Sharkiya S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. BMC Health Services Research, 23(1), p886.

Shin S. and Yoo H.J. (2023) 'Emergency nurses' communication experiences with patients and their families during the COVID-19 pandemic: A qualitative study', International Emergency Nursing, 66, 101240.

Smedley B.D., Stith A.Y. and Nelson, A.R. (2003) Patient-provider communication: the effect of race and ethnicity on process and outcomes of healthcare. Στο: Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington, DC: National Academies Press.

Spyropoulos M.N. (2017) Communication between doctor and patient in contemporary times. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 151(4), pp.629–632.

Spiro H. (2009). Commentary: the practice of empathy. Academic Medicine, 84(9), pp.1177-1179.

Stein-Parbury J. (2013). Patient and person: Interpersonal skills in nursing. Elsevier Health Sciences.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: Canadian medical association journal, 152(9), p1423.

Stewart M., Brown J. B. Weston, W. W., Freeman, T., Ryan, B. L., McWilliam C. L., & McWhinney I. R. (2014). Patient-centered medicine: transforming the clinical method. CRC press.

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.

Stuart G.W., 2012. Principles and practice of psychiatric nursing. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.

Sun N., Wei L., Shi S., Jiao D., Song R., Ma, L. & Wang H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. American journal of infection control, 48(6), 592-598.

Sun W., Innes K., Yu S. and Collie A. (2026) 'Persistent changes of nurses' practices and working conditions in high acuity settings in the post-pandemic era: A qualitative meta-aggregation', Journal of Advanced Nursing, 82(1), pp. 205–234.

Szasz, T.S. & Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor–patient relationship. AMA Archives of Internal Medicine, 97(5), pp.585–592.

Tannen, D. (1990). You Just Don't Understand: Women and Men. Conversation. New York: Ballantine Books.

Tay L.H., Ang E. and Hegne D. (2012) 'Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore', Journal of Clinical Nursing, 21(17–18), pp.2647–2658.

Teixeira D., Costa S., Branco A., Silva A., Polo P. & Nogueira, M.J., 2023. Strategies Used by Nurses to Maintain Person–Family Communication during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. Nursing Reports, 13(3), pp.1138–1147

Thomas V.J. & Cohn T. (2006). Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. Journal of Advanced Nursing, 53(4), pp.480–488.

Thorne S. E., Harris S. R., Mahoney K., Con A., & McGuinness L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. Patient education and counseling, 54(3), pp299-306.

Veniou A., & Tentolouris N. (2013). Factors that influence the doctor-patient relationship. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 30(5).

Videbeck S.L., 2010. Psychiatric-mental health nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Villar, R. C., Nashwan A. J., Mathew, R. G., Mohamed, A. S., Munirathinam S., Abujaber, A. A.& Shraim M. (2021). The lived experiences of frontline nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Qatar: A qualitative study. Nursing Open, 8(6), 3516-3526.

Vitale E., Giammarinaro M. P., Lupo R., Fortunato R. S., Archetta, V., Caldararo, C., & Germini, F. (2021). The quality of patient-nurse communication perceived before and during the COVID-19 pandemic: an Italian pilot study. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 92(Suppl 2), e2021035.

Vuković M., Gvozdenović B.S., Stamatović-Gajić B., Ilić M. & Gajić T., 2010. Development and evaluation of the nurse quality of communication with patient questionnaire. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo, 138(1-2), pp.79–84.

Waitzkin H. (1984) Doctor–patient communication: Clinical implications of social scientific research. JAMA, 252(17), pp. 2441–2446.

Wiechman, S.A. and Patterson, D.R. (2004). ABC of burns. Psychosocial aspects of burn injuries. BMJ (Clinical Research Edition), 329(7462), pp. 391–393.

Wikström B.M. & Svidén G. (2011). Exploring communication skills training in undergraduate nurse education by means of a curriculum. Nursing Reports, 1(1), p.e7.

White P. (2005) 'Biopsychosocial medicine: An integrated approach to understanding illness', Journal of Psychosomatic Research, 59(6), pp. 381–382.

World Health Organization (WHO) (2022). Mental health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Geneva: WHO.

World Health Organization (2016). Framework on integrated people-centred health services.

World Health Organization (WHO) (2023). Noncommunicable diseases. Geneva: WHO.

Wu Q. & Jiang, S. (2023). The effects of patient-centered communication on emotional health: Examining the roles of self-efficacy, information seeking frustration, and social media use. Journal of Health Communication, 28(6), pp.349–359.

Zhang S., Zhao Z., Zhang H., Zhu Y., Xi Z. and Xiang K. (2023). Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Environmental Science and Pollution Research International, 30(30), pp.74838–74852.

Zhu N., Zhang D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J. et al. (2020) 'A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019', New England Journal of Medicine, 382(8), pp. 727–733.

Zolnierek K.B.H. & DiMatteo M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), pp.826–834.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

Αδάμου Ε., Γιακουμιδάκης Κ., Καδδά Ό., Αργυρίου, Γ. & Καπάδοχος Θ., 2015. Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.

Ανδριοπούλου Μ., Μάνος Α., Δαλαμάγκα Δ. & Χάρος Δ. (2020). Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών-ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 37(5).

Βένιου, Α. και Τεντολούρης, Ν. (2013) 'Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς', Αρχείον Ελληνικόν Ιατρικής, 30,σσ. 613–618.

Βοβολη Μ. Κ. & Ρομπολας Π. (2025). Η αποτελεσματική επικοινωνία ως τρόπος διαχείρισης των ογκολογικών ασθενών. Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou, 24(3).

Δικαίος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., & Χλέτσος Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Θανασάς, Ι. & Χαραλάμπους, Μ. (2016) 'Η επικοινωνία στις μονάδες/οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας', Επιστημονικά Χρονικά, 21(3), σ. 256–267.

DiMatteo M. R. & Martin L. R. (2011). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. Επιμελεια: Αναγνωστοπουλος Φ. ,Ποταμιανος Γ.

Κηπουροπούλου Μ. και Βαρσαμάκη Χ. (2022) 'Η επικοινωνιακή ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και οι επιπτώσεις της', Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 15(4),σσ. 35–48.

Κουτελέκος, Ι. (2015) 'Η ανάγκη για επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών', Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4(1), σ. 1–2.

Κωνσταντινίδης, Κ. & Κατσαλιάκη, Κ. (2022) 'Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19', Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 15(4), σ. 5–16.

Λιονής, Χ., Ιατράκη, Ε., Πιτέλου, Ε., Αλεξιάδης, Α.Δ., Ασπράκη, Γ., Γεωργιάννος, Ν. & Ραζής, Ν. (2016) 'Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό', Κάλλιπος – Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

Λουραντάκη, Ι. & Κατσαλιάκη, Κ. (2017) 'Η παγκόσμια διεύρυνση του επαγγελματικού ρόλου των νοσηλευτών', Archives of Hellenic Medicine / Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(2), σ. 191–198.

Μαλάμου, Λ. (2020). Διερεύνηση της ποιότητας επικοινωνίας νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών: Η περίπτωση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας.

Μαλάμου, Θ., Πλεύρη, Β. & Καλάμη, Σ. (2022) ‘Το νοσηλευτικό ιστορικό ως θεμελιώδες στοιχείο της νοσηλευτικής αξιολόγησης και οι επικοινωνιακές νοσηλευτικές δεξιότητες στην αποτελεσματική λήψη του’, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 15(2), σ. 40–50.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2012) Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. 4η έκδ. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, σ. 2210.

Μπαρλαμά, Ο. & Θεοδωράτου, Μ. (2023) ‘Δεξιότητες που καθορίζουν τη σχέση ιατρού-ασθενή: βραχεία ανασκόπηση’, Scientific Chronicles / Επιστημονικά Χρονικά, 28(3), σ. 238–244.

Μπελλάλη, Θ. (2018) ‘Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη; (άρθρο σύνταξης)’, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, 11(1),σσ. 3–7.

Μπιτσώρη, Ζ. (2015) ‘Ο ρόλος της επικοινωνίας στις υπηρεσίες υγείας’, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2), σ. 65–72.

Παναγοπούλου Ε. και Μπένος Α. (2004) «Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση: Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21,σσ. 385–390.

Παπαγιάννης, Α. (2010) ‘Μιλώντας με τον άρρωστο: Βασικές αρχές της κλινικής επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδησης’, Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος, 6,σσ. 43–49.

Πιστικοπούλου, Ε. (2017), Οι Απόψεις του Νοσηλευτικού Προσωπικού για την Αξία της Επικοινωνίας με τους Ασθενείς που Πάσχουν από Χρόνιο Νόσημα σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο, Διπλωματική Εργασία, ΕΑΠ.

Πετρέλης, Μ. (2022) ‘Η επικοινωνία ασθενή-ιατρού και οι διαστάσεις της’, Το Βήμα του Ασκληπιού, 21(4), Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2022, σ. 560–566.

Πράπα, Ε. (2012) Η διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας. Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.

Ραγιά, Α.Χ. (2009) Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος.

Σαραντοπούλου Ζ. (2017) 'Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης', Επιστημονικά Χρονικά, 22(3), σ. 238–246.

Σταμάτης Π. (2011) 'Εισαγωγή: έννοια και μορφές της επικοινωνίας'. Στο: Κοντάκος, Α. και Καλαβάσης, Φ. (Επιμ.) Θέματα Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού, σσ. 17–18.

Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β. & Καδδά, Ό. (2015) 'Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς', Το Βήμα του Ασκληπιού, 13(2), σ. 160–176

Taylor, C., Lillis, C. & LeMone, P. (2002) Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Τσούνης, Α. και Σαράφης, Π. (2014) 'Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας', Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(5), σσ. 534–540.

Χατζηλεωνίδα, Ε. (2019), Επικοινωνιακές Δεξιότητες και Συναισθηματική Νοημοσύνη νοσηλευτικού προσωπικού δημοσίων νοσοκομείων: Η περίπτωση Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην μελέτη

Αγαπητοί συνάδελφοι, συνεργάτες,

Παρακαλείστε στην συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου που αποτελεί μέρος της έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό

πρόγραμμα σπουδών **«Διοίκηση Μονάδων Υγείας»** του Ελληνικού Ανοιχτού Πανεπιστημίου με επιβλέπων καθηγήτρια Κα Τσιρώνη Μαρία και με θέμα **«Η επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών και η σημασία της στην πορεία της νοσηλείας».**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος και η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα που λαμβάνουν, την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, την ψυχολογική τους κατάσταση και την συνολική έκβαση της νοσηλεία τους.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι σύντομη και ανώνυμη και η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας και θα διασφαλισθεί πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή σας καθώς είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της έρευνας.

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

- ☐ **Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**
- ☐ **Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**

Με εκτίμηση,

ΚΑΝΕΛΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΕΑΠ

EMAIL: dkanelloy@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Α. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

Ερώτηση 1. Φύλο:

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Άνδρας	
Γυναίκα	

Ερώτηση 2. Ηλικία: | |

(Απαντήστε βάζοντας τον αντίστοιχο αριθμό της ηλικίας στο κουτάκι)

Ερώτηση 3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Έγγαμος/η	
Άγαμος/η	
Διαζευγμένος/η	
Χήρος/α	

Ερώτηση 4. Ποια είναι η υπαλληλική σας σχέση με το ΠΓΝΑ;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Μόνιμος υπάλληλος	
Επικουρικός υπάλληλος	

Ερώτηση 5. Ποια είναι η εκπαιδευτική κατηγορία στην οποία ανήκετε;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης	
Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	
Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού	

Ερώτηση 6. Πόσα είναι τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας σας ως νοσηλευτής/ -τρία;

(Απαντήστε βάζοντας τον αντίστοιχο αριθμό των ετών στο παρακάτω κουτάκι)

Ερώτηση 7. Σε ποιο νοσηλευτικό τομέα εργάζεστε;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Παθολογικός τομέας	
Χειρουργικός τομέας	
Ψυχιατρικός τομέας	
Διατομεακός τομέας	

Ερώτηση 8. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

(Απαντήστε στο παρακάτω κουτάκι)

Ερώτηση 9. Πόσα είναι τα έτη προϋπηρεσίας στο τμήμα όπου εργάζεστε;

(Απαντήστε βάζοντας τον αντίστοιχο αριθμό των ετών στο παρακάτω κουτάκι)

Ερώτηση 10. Εργάζεστε αποκλειστικά σε πρωινό ωράριο;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι	
Όχι	

Ερώτηση 11. Πόσες νύχτες κάνετε το μήνα;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

< 2	
2-4	
4-6	
>6	

Ερώτηση 12. Από την εργασία σας αισθάνεστε:

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ ικανοποιημένος/ η	
Αρκετά ικανοποιημένος/ η	
Ουδέτερος/η	
Λίγο ικανοποιημένος/ η	
Καθόλου ικανοποιημένος/ η	

Ερώτηση 13. Θέλετε να αλλάξετε τμήμα εργασίας;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι	
Όχι	

Ερώτηση 14. Αν είχατε τη δυνατότητα να σχεδιάσετε εκ νέου την καριέρα σας, θα επιλέγατε ξανά το επάγγελμα του νοσηλευτή/ τριας;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Ναι	
Όχι	

Ερώτηση 15. Πως θα χαρακτηρίζατε την γενική κατάσταση της υγείας σας;

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	
Πολύ κακή	

Ερώτηση 16. Η ποιότητα της φροντίδας γενικά στο τμήμα σας θεωρείται ότι είναι:

(Απαντήστε βάζοντας ένα **X** στο αντίστοιχο κουτάκι)

Πολύ καλή	
Καλή	
Ουδέτερη	
Μέτρια	
Κακή	

- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ «PELEKI»

Β. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ «PELEKI»

Παρακαλώ βαθμολογήστε με βάση τη 5βαθμη κλίμακα Likert όπου
1= διαφωνώ απολύτως, 2= διαφωνώ λίγο, 3= ουδέτερος/η, 4= συμφωνώ λίγο, 5= συμφωνώ απολύτως

I. Πληροφορίες που προσφέρει το (Κυκλώστε μία απάντηση για κάθε ερώτηση)νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο

	Διαφωνώ απολύτως	**Διαφωνώ λίγο**	**Ουδέτερος/η**	**Συμφωνώ λίγο**	**Συμφωνώ απολύτως**
1. Ενημερώνετε τους ασθενείς για τα δικαιώματά τους	1	2	3	4	5
2.Ενημερώνετε τους ασθενείς κατά την λήψη ζωτικών σημείων	1	2	3	4	5
3.Ενημερώνετε τους ασθενείς κατά την διενέργεια των διαγνωστικών εξετάσεων (δηλαδή για το είδος της εξέτασης, το σκοπό, την προετοιμασία και για το τι θα γίνει κατά την διάρκεια της εξέτασης)	1	2	3	4	5
4.Πληροφορείτε τους ασθενείς για τα φάρμακα κατά τη νοσηλεία (το είδος, τη δόση, τις παρενέργειες)	1	2	3	4	5
5.Κρατάτε τους ασθενείς ενήμερους για την κατάσταση της υγείας τους	1	2	3	4	5
6.Ενημερώνετε τους ασθενείς για το τμήμα την πρώτη ημέρα που έρχονται (προσανατολισμό στο χώρο, ρουτίνα, κουδούνι)	1	2	3	4	5
7. Ενημερώνετε τους ασθενείς για το αν και πόσο συχνά θα πρέπει να κινούνται	1	2	3	4	5
8.Προσπαθείτε να τους συμπεριλάβετε/ενημερώσετε στις αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία	1	2	3	4	5
9.Είστε ικανοποιημένοι από τη συχνότητα που ενημερώνετε τους ασθενείς σας	1	2	3	4	5

10.Παρέχετε πληροφορίες στους ασθενείς όποτε ακριβώς σας το ζητάνε	1	2	3	4	5
II.	**Φροντίδα που προσφέρει στους ασθενείς το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι επικοινωνιακές του δεξιότητες**				
11.Είστε ευγενικοί και φιλικοί με τους ασθενείς σας (τρόπος ομιλίας, προστασία της έκθεσης του σώματος, σεβασμός διαφορετικότητας)	1	2	3	4	5
12.Ανταποκρίνεστε αμέσως στο κάλεσμα για βοήθεια (κουμπί ειδοποίησης-σήμα)	1	2	3	4	5
13.Δίνετε προσοχή στις προσωπικές ανάγκες του ασθενή	1	2	3	4	5
14.Διαφυλάσσετε την ιδιωτικότητα των ασθενών (παραβάν, προστασία της έκθεσης σώματος)	1	2	3	4	5
15.Δίνετε πληροφορίες στους ασθενείς για το πώς να φροντίζουν τον εαυτό τους στο σπίτι, μετά τη έξοδό τους από το νοσοκομείο	1	2	3	4	5
16.Ευαισθητοποιήστε έγκαιρα για κάποια ενόχληση που μπορεί να προκάλεσε στους ασθενείς το πρόβλημα υγείας τους	1	2	3	4	5
17.Πληροφορείτε τον ασθενή για τις θέσεις ανακούφισης του πόνου και τα φάρμακα που δίνονται	1	2	3	4	5
18.Ελέγχετε συχνά τον πόνο του ασθενή	1	2	3	4	5

III. Επικοινωνία που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών					
19.Αφιερώνετε αρκετό χρόνο στους ασθενείς για να επικοινωνήσετε (να συμπαρασταθείτε στις δύσκολες στιγμές, να συζητήσετε, να ακούσετε και να κατανοήσετε τα προβλήματα τους)	1	2	3	4	5
20.Είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από την επικοινωνία σας	1	2	3	4	5
21.Ανταποκρίνεστε στις ανησυχίες και τα παράπονα που έχουν οι ασθενείς κατά την παραμονή τους στην κλινική	1	2	3	4	5
22.Ο ασθενής εμπιστεύεται στο νοσηλευτικό προσωπικό κάτι που τον απασχολεί	1	2	3	4	5
23.Είστε ικανοποιημένοι από την επικοινωνία σας με τους ασθενείς	1	2	3	4	5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην μελέτη

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί εργαλείο έρευνας στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας, του Ελληνικού Ανοιχτού Πανεπιστημίου με επιβλέπων καθηγήτρια Κα Τσιρώνη Μαρία και με θέμα **«Η επικοινωνία νοσηλευτών και ασθενών και η σημασία της στην πορεία της νοσηλείας».**

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο ρόλος και η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα που λαμβάνουν, την συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, την ψυχολογική τους κατάσταση και την συνολική έκβαση της νοσηλεία τους.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι σύντομη και ανώνυμη και η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους ερευνητικούς σκοπούς στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας. Τα προσωπικά στοιχεία είναι αυστηρά εμπιστευτικά και καμία πληροφορία δεν μπορεί να συνδεθεί με κάθε συμμετέχοντα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη συνεργασίας σας!

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

- □ **Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**
- □ **Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη**

ΚΑΝΕΛΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΕΑΠ

EMAIL: dkanelloy@gmail.com

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δημογραφικά στοιχεία

(Συμπληρώστε με **Χ** το αντίστοιχο πεδίο)

1. Φύλο:

1. Άνδρας___ 2. Γυναίκα___

2. **Ηλικία:**

1. 18-30___ 2. 31-40___ 3. 41-50___ 4. 51+___

3. Επίπεδο σπουδών:

1. Δευτεροβάθμια__ 2. Πτυχίο ΤΕ__ 3. Πτυχίο ΠΕ__ 4. Μεταπτυχιακό__

5.Διαδακτορικό__

4. Οικογενειακή Κατάσταση:

1. Άγαμος/η_____ 2. Παντρεμένος/η____ 3. Χήρος/α_____ 4. Διαζευγμένος/η____

5. Αριθμός Τέκνων: ____

Οι νοσηλευτές που με φρόντισαν:	**ΚΑΘΟΛΟΥ**	**ΛΙΓΟ**	**ΜΕΤΡΙΑ**	**ΠΟΛΥ**	**ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ**
1. Γνώριζαν πώς να παρέχουν κάποια θεραπευτική διαδικασία (π.χ. ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων, περίδεση τραύματος κλπ.)					
2. Γνώριζαν πώς να θέτουν σε λειτουργία ειδικά μηχανήματα (π.χ. αντλίες, μόνιτορ κ.α)					

3. Έλεγχαν εάν η φαρμακευτική μου αγωγή ανακούφιζε τα συμπτώματα μου (π.χ. ναυτία, πόνο, δυσκοιλιότητα, άγχος κα)					
4. Μου έδιναν οδηγίες και μέσα να αντιμετωπίσω ή να αποτρέψω συγκεκριμένες παρενέργειες από τα φάρμακα ή τις θεραπευτικές παρεμβάσεις					
5. Γνώριζαν τι έπρεπε να κάνουν σε περιπτώσεις επείγοντος, όπου κάποιος πρέπει να δρα άμεσα					
6. Με βοήθησαν με τις ανάγκες της φροντίδας μου, που δεν μπορούσα να αντιμετωπίσω μόνος μου					
7. Έδειξαν τις ικανότητές τους και την τεχνική τους επάρκεια, με τον τρόπο που έκαναν τις παρεμβάσεις					
8. Κατέγραφαν προσεκτικά την κατάσταση της υγείας μου					
9. Μου παρείχαν την δυνατότητα για αυτό φροντίδα (να φροντίζω τον εαυτό μου μόνος, όταν αυτό ήταν δυνατό)					
10. Με βοήθησαν να ψάξω για να βρω συγκεκριμένη ισορροπία στη ζωή μου					
11 Με βοήθησαν να διερευνήσω κάθε τι που είναι σημαντικό στη ζωή μου					
12. Με βοήθησαν να διευκρινίσω ποια πράγματα θα ήθελα σημαντικοί άνθρωποι για μένα να μου φέρουν					
13. Με βοήθησαν να ανακαλύψω το νόημα που έδωσα στην κατάσταση της υγείας μου					
14. Με βοήθησαν να αναγνωρίσω τα μέσα με τα οποία θα επιλύσω αποτελεσματικά τα προβλήματά μου					

15. Με βοήθησαν να δω τα πράγματα από διαφορετική σκοπιά					
16. Προσπάθησαν να αναγνωρίσουν μαζί μου τις επιπτώσεις της συμπεριφοράς μου					
17. Με αντιμετώπισαν ως ολοκληρωμένο άτομο και δεν ενδιαφέρονταν μόνο για τα προβλήματα της υγείας μου					
18. Με προέτρεπαν να έχω ελπίδα όποτε ήταν απαραίτητο					
19. Έδιναν έμφαση στις προσπάθειές μου					
20. Δεν με αποδοκίμαζαν					
21. Σεβάστηκαν την ιδιωτικότητά μου (π.χ. δεν με εξέθεσαν χωρίς να υπάρχει λόγος)					
22. Έλαβαν υπόψη τις βασικές μου ανάγκες (π.χ. ύπνο, υγιεινή)					
23. Παρείχαν την θεραπεία ή φάρμακα στο προκαθορισμένο χρόνο					

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
Ν.Π.Δ.Δ. – Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ» - Γ.Ν.Δ.Α. «Η ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ»

ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΔΡΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Επιστημονικό Συμβούλιο
E-mail: greps@attikonhospital.gov.gr
(Γραμ. Επιστ. Συμβουλίου: τηλ. 210 5831692)

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

18ης Τακτικής Συνεδρίασης 2025

στις 09/12/2025

ΑΠΟΦΑΣΗ

Θέμα Α16: Κατάθεση ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο: «Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και η σημασία της στην πορεία της νοσηλείας», το οποίο αποτελεί τη Διπλωματική Εργασία της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας κας ΔΗΜΗΤΡΑΣ ΚΑΝΕΛΛΟΥ, (Β΄ΚΑΡΔ., Β΄ΠΠΚ, Α΄ΟΡΘΟΠ, ΚΑΡΔ/Χ, ΘΩΡ/Χ, Γ΄Μ/Γ, Γ΄ΠΧΕΙΡ., Β΄ΠΝΕΥΜ., ΝΟΣΗΛ. ΥΠΗΡ., ΕΒΔ 780/04-12-2025)

Το Επιστημονικό Συμβούλιο (παρόντες: Καθηγητής, Μ. Χρυσοφός, Καθηγήτρια, Β. Παππά, Διευθυντής ΕΣΥ, Π. Νικολόπουλος, Επίκουρη Καθηγήτρια, Π. Οικονομοπούλου, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Σ. Γιαννούτσος, ΤΕ Φυσικοθεραπείας, Κ. Γρηγοριάδης, Εξειδικευόμενη, Ο. Μοσχοβάκη-Τσάγκερ, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Καλαμπαλίκη), αφού έλαβε υπόψη:

1) την απόφαση της 12ης (09/12/2025) (θέμα Α16) Τακτικής Συνεδρίασης της Επιτροπής Βιοηθικής Δεοντολογίας (παρόντες: Καθηγήτρια, Β. Παππά, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Σ. Γιαννούτσος, ΤΕ Φυσικοθεραπείας, Κ. Γρηγοριάδης, ΠΕ Νοσηλευτικής, Μ. Καλαμπαλίκη),
2) τις διαδικασίες και τους κανονισμούς υποβολής πρωτοκόλλων για διενέργεια κλινικής δοκιμής στο Νοσοκομείο,
3) το γεγονός ότι ο φάκελος είναι πλήρης και καλύπτει όλες τις προϋποθέσεις για τη διεξαγωγή της μελέτης,
4) ότι από τη διενέργεια της μελέτης δεν προκύπτει οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο.

Ομοφώνως

Γνωμοδοτεί θετικά για το παραπάνω ερευνητικό πρωτόκολλο.

Υπεύθυνοι της εν θέματι έρευνας:

Διευθυντές/τριες: Καθηγητής, Γ. ΦΙΛΙΠΠΑΤΟΣ / Καθηγήτρια, Α. ΨΥΡΡΗ / Καθηγητής, Π. ΠΑΠΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ / Καθηγητής, Δ. ΑΓΓΟΥΡΑΣ / Καθηγητής, Π. ΤΟΜΟΣ / Αν. Καθηγητής, Π. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ / Καθηγητής, Ε. ΜΙΣΙΑΚΟΣ / Καθηγητής, Σ. ΛΟΥΚΙΔΗΣ / Ε. ΠΙΣΙΜΙΣΗ

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

Δρ. ΧΡΥΣΟΦΟΣ Ε. ΜΙΧΑΗΛ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Καθηγητής Μ. Χρυσοφός