

Διευρεύνηση των Απόψεων των Νοσηλευτών για την Κατανομή της Φροντίδας και το Επαγγελματικό Περιβάλλον

Ευριδίκη Παπασταύρου,¹ Παναγιώτα Ανδρέου,² Αναστάσιος Μερκούρης³

Rationing of Nursing Care and Professional Environment: Exploration of Nurses' Views

Abstract at the end of the article

¹RN, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

²MSc Ψυχολογία Υγείας, Επιστημονική Συνεργάτις, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

³RN, PhD, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Υποβλήθηκε: 3/6/2013
Επανυποβλήθηκε: 1/8/2013
Εγκρίθηκε: 15/9/2013

Εισαγωγή: Η κατανομή φροντίδας είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα φροντίδας. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την κατανομή της φροντίδας και την πιθανή συσχέτιση της με παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, όπως τους αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές της Κύπρου. **Υλικό και Μέθοδος:** Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν περιγραφικός – συσχέτισης και το δείγμα αποτέλεσαν 393 νοσηλευτές (55% ανταπόκριση) παθολογικών και χειρουργικών τμημάτων από όλα τα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου μεταξύ Οκτωβρίου 2010-Μαΐου 2011. Δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια: το Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA) instrument και το Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. **Αποτελέσματα:** Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτό που οι νοσηλευτές παραλείπουν συχνότερα είναι η «υγιεινή του στόματος» σε ποσοστό 31.5% ακολουθούμενο από τη «μελέτη των στοιχείων του ασθενή κατά την ανάληψη της υπηρεσίας» τους σε ποσοστό 31,2%, την «διαχείριση προβλημάτων λόγω καθυστέρησης των γιατρών» (30%) και την «παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς» (29%). Ανησυχητικό είναι το εύρημα ότι το 20,4% των νοσηλευτών, παραδέχεται ότι παραμελεί την επαρκή παρακολούθηση συγχορηγικών ασθενών. Η ανάλυση στατιστικής παλινδρόμησης έδειξε τρεις επαγγελματικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες να εξηγούν 18,4% της κατανομής της φροντίδας οι οποίοι ήταν: ομαδική εργασία, ηγεσία και αυτονομία, και επικοινωνία με τους ασθενείς. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν την ύπαρξη κατανομής της φροντίδας και παραλείψεων σε βασικές νοσηλευτικές ανάγκες των ασθενών. Η συσχέτιση με επαγγελματικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες υποδεικνύει περαιτέρω έρευνα για τις μεθόδους αντιμετώπισης του προβλήματος και για τη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις ευρετηρίου: Νοσηλευτική φροντίδα, κατανομή της φροντίδας.

Εισαγωγή

Η κατανομή της φροντίδας υγείας αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο σε περιοδους οικονομικής ύφεσης και περιορισμού των οικονομικών πόρων. Το θέμα της κατανομής είναι ευρέως γνωστό στην ιατρική επιστήμη όπου λόγω της στενότη-

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Ευριδίκη Παπασταύρου
13, Ιθάκης, Τ.Κ. 3107
Λεμεσός Κύπρου
e-mail: e.papastavrou@cut.ac.cy

τας των κονδυλίων τα οποία διατίθενται για την υγεία, δημιουργείται η ανάγκη να ληφθούν δύσκολες αποφάσεις για την έναρξη ή τη συνέχιση κάποιας θεραπείας.

Η κατανομή της φροντίδας, ως νοσηλευτικό πρόβλημα, προκαλεί το ενδιαφέρον της ακαδημαϊκής κοινότητας και της νοσηλευτικής ηγεσίας προκειμένου να γίνει εφικτή η αλλαγή πολιτικής και η αναδιοργάνωση της φροντίδας. Η παγκόσμια οικονομική κρίση, ο ολοένα αυξανόμενος περιορισμός των πόρων και η ανάγκη αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης διαχείρισης τους δημιουργούν συνεχώς ηθικά διλήμματα και επιβάλλουν τη λήψη δύσκολων αποφάσεων. Έχει παρατηρηθεί ότι οι νοσηλευτές προκειμένου να αντεπεξέλθουν στον αυξημένο φόρτο εργασίας αναγκάζονται να παραλείπουν, να αναβάλλουν, να ιεραρχούν και να μην προσφέρουν το ανάλογο επίπεδο ποιότητας σε ορισμένες νοσηλευτικές πράξεις.^{1,2,3} Μετά από τη δημοσίευση μελετών οι οποίες συνέδεσαν τις νοσηλευτικές παραλείψεις με αρνητικές εκβάσεις στην κατάσταση των ασθενών, όπως είναι η αυξημένη θνησιμότητα, οι πτώσεις, οι λοιμώξεις και η χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών, το πρόβλημα αυτό εντάχθηκε μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας.^{4,5,6} Ταυτόχρονα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές, αδυνατώντας να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών, δήλωσαν ότι αισθάνονται ένταση, ενοχές και έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης.^{7,8} Στην ιατρική επιστήμη, αν και έχουν ήδη αποφασιστεί και θεσμοθετηθεί κατευθυντήριες γραμμές για την κατανομή των πόρων, παραμένει το θέμα της «σιωπηρής» κατανομής που βαραίνει τη συνείδηση και το ηθικό οικοδόμημα κάθε επαγγελματία υγείας. Στο νοσηλευτικό επάγγελμα, για πολλές δεκαετίες, το θέμα της κατανομής της φροντίδας δεν μπορούσε να συζητηθεί ανοικτά, ίσως γιατί ανεδείκνυε τις αδυναμίες ενός κλάδου που αγωνιζόταν να καθιερωθεί ως ισάξιο μέλος της επιστημονικής ομάδας υγείας. Όμως το γεγονός ότι οι νοσηλευτές παραμένουν η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας με την οποία οι ασθενείς περνούν το 95% του χρόνου τους στα νοσηλευτήρια⁹ και η οποία μπορεί να καθορίσει σε μεγάλο βαθμό, αρνητικά ή θετικά τις συνολικές υπηρεσίες υγείας, υποδεικνύει ότι η νοσηλευτική κοινότητα θα πρέπει να αναγνωρίσει την κατανομή της φροντίδας, από τι επηρεάζεται και ποιες είναι οι επιπτώσεις της, τόσο στο νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στους ασθενείς. Επίσης, πολλά ερωτήματα εγείρονται για το αν οι νοσηλευτές την αποδέχονται και σε ποιο βαθμό, καθώς επίσης και για το μερίδιο της ευθύνης που μπορούν να

αναλάβουν έναντι των ασθενών και της κοινωνίας την οποία υπηρετούν.

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών για την κατανομή της φροντίδας και την πιθανή συσχέτιση της με παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, όπως τους αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές της Κύπρου.

Θεωρητικό και Ερευνητικό Υπόβαθρο

Σύμφωνα με τη θεωρία της Schubert (2008), η κατανομή της φροντίδας ορίζεται ως η παράλειψη (ολική ή μερική) συγκεκριμένων νοσηλευτικών πράξεων, ή η καθυστέρηση παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας, ή ο καθορισμός προτεραιοτήτων στη φροντίδα λόγω ανεπαρκούς χρόνου, προσωπικού ή άλλων πόρων.^{3,5} Στο εννοιολογικό μοντέλο της παραλειπούμενης φροντίδας¹⁰ η Kalisch (2009) αναφέρει ότι οι παραλείψεις μπορεί να συμβούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας και επηρεάζονται από παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος της φροντίδας, οι οποίοι μπορεί να διευκολύνουν ή να παρεμποδίσουν την παροχή της. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τις απαιτήσεις της φροντίδας (οι οποίες καθορίζονται από τη βαρύτητα της κατάστασης των ασθενών), την κατανομή των πόρων και τις επαγγελματικές σχέσεις. Μέσα στο ευρύτερο περιβάλλον, εντάσσονται και οργανωτικοί παράγοντες όπως η παρακίνηση των νοσηλευτών, η ηγεσία, η αυτονομία, καθώς και η εργασιακή κουλτούρα. Επιπρόσθετα έχει βρεθεί ότι η κατανομή είναι δυνατό να επηρεάζεται από παράγοντες όπως είναι οι αντιλήψεις, οι αξίες, οι συνήθειες και η κριτική ικανότητα των νοσηλευτών, καθώς και οτιδήποτε μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία της λήψης των αποφάσεων.^{2,11,12}

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν ότι λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στο θέμα της κατανομής της φροντίδας και οι περισσότερες από αυτές την έχουν διερευνήσει ως μία από τις οργανωτικές μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας και την ασφάλεια των ασθενών.¹³

Σε μία πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση ποσοτικών μελετών¹⁴ φάνηκε ότι σε περιόδους στενότητας χρόνου, οι νοσηλευτές παραμελούν καθήκοντα, όπως η κινητοποίηση των ασθενών, η φροντίδα του στόματος, η επικοινωνία και η αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών. Οι νοσηλευτές επικαλούνται ως αιτίες των παραλήψεων τους την ανεπαρκή στελέχωση, την εμπειρία, την έλλειψη χρόνου και την απρόβλεπτη φύση

των απαιτήσεων των ασθενών, καθώς και ορισμένα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως είναι η ηλικία και η κρισιμότητα της κατάστασης τους. Έχει βρεθεί ότι οι επιπτώσεις των παραλείψεων αυτών πιθανό να σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα, αυξημένη συχνότητα λοιμώξεων, κατακλίσεων και πτώσεων των ασθενών, καθώς επίσης και με χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα.^{3,5,15} Ενδιαφέρον είναι επίσης το εύρημα ότι οι νοσηλευτές βιώνουν αισθήματα ενοχής όταν αναγκάζονται να κατανέμουν τη φροντίδα με συγκεκριμένο τρόπο, με αποτέλεσμα όχι μόνο να μειώνεται η ικανοποίηση τους από την εργασία, αλλά και να αυξάνεται η πρόθεση τους να εγκαταλείψουν το νοσηλευτικό επάγγελμα.^{7,8} Άλλοι ερευνητές μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές θέτουν προτεραιότητες στη φροντίδα, μέσα από ποιοτική προσέγγιση, και βρήκαν ότι οι περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε υποβάθμιση της φροντίδας όπως είναι η υγιεινή και η επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.^{1,16} Επίσης φάνηκε ότι οι παράγοντες οι οποίοι επηρέαζαν τις αποφάσεις των νοσηλευτών ήταν η ηλικία και η κατάσταση των ασθενών καθώς και η παρουσία των συγγενών.

Κοινός παρονομαστής σε πολλές μελέτες είναι η κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου στη νοσηλευτική φροντίδα και η προσπάθεια των νοσηλευτών να θέτουν προτεραιότητες σε ιατρικώς καθοριζόμενα προβλήματα και ανάγκες, σε αντιδιαστολή με τις δυσκολίες και τα προβλήματα των ασθενών όπως απορρέουν από τη νοσηλευτική αξιολόγηση ή τις απόψεις των ίδιων των ασθενών.¹⁴

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των απόψεων των νοσηλευτών σε σχέση με το επίπεδο της κατανομής της φροντίδας και τους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος οι οποίοι πιθανό να την επηρεάζουν. Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν περιγραφικός – συσχέτισης.

Υλικό και Μέθοδος

Πληθυσμός και Δείγμα

Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε όλους τους εγγεγραμμένους νοσηλευτές που εργάζονταν σε 5 γενικά κρατικά νοσηλευτήρια στην Κύπρο σύμφωνα με

προκαθορισμένα κριτήρια όπως: να εργάζονται σε παθολογικά, χειρουργικά και συναφή τμήματα των νοσηλευτηρίων και να ασχολούνται με αμιγώς νοσηλευτικά καθήκοντα. Το μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε με την ανάλυσης ισχύος (99%, $\alpha=0,05$) και ήταν 318 νοσηλεύτές.

Εργασία και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο ήταν αυτό της αξιολόγησης της κατανομής της φροντίδας, BERNCA³ που αναπτύχθηκε (Schubert και συνεργάτες 2007) στο Πανεπιστήμιο της Βασιλείας στην Ελβετία. Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει διάφορες πλευρές της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως είναι οι καθημερινές δραστηριότητες, η υποστήριξη, η αποκατάσταση, η παρακολούθηση και η ασφάλεια των ασθενών. Αποτελείται από 20 ερωτήσεις, στις οποίες οι νοσηλευτές καλούνται να απαντήσουν σε 4-βαθμη κλίμακα Likert (0-3) στο κατά πόσο δεν μπόρεσαν να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες νοσηλευτικές πράξεις κατά τις τελευταίες 7 μέρες, λόγω έλλειψης χρόνου ή προσωπικού. Το τελικό σκορ της κλίμακας λαμβάνεται από τη μέση τιμή του συνόλου των απαντήσεων (εύρος 0-3) όπου χαμηλό σκορ υποδεικνύει χαμηλή συχνότητα στην παράλειψη νοσηλευτικών πράξεων.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, ήταν η αναθεωρημένη κλίμακα επαγγελματικού περιβάλλοντος άσκησης RPPE. Αποτελείται από 39 ερωτήσεις και έχει αναπτυχθεί στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης το 2007.¹⁷ Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε 4-βαθμη κλίμακα (1-4) τη συμφωνία τους ή όχι με ορισμένες δηλώσεις οι οποίες αφορούν θετικά στοιχεία του επαγγελματικού περιβάλλοντος, τα οποία έχουν ομαδοποιηθεί από τους συγγραφείς ως εξής: τη διαχείριση της διαφωνίας και των συγκρούσεων (9 ερωτήσεις), την εργασιακή παρακίνηση (8 ερωτήσεις), τον έλεγχο της πρακτικής (5 ερωτήσεις), την ηγεσία και αυτονομία (5 ερωτήσεις), τη σχέση με τους γιατρούς (2 ερωτήσεις), την ομαδική εργασία (4 ερωτήσεις), την πολιτισμική ευαισθησία (3 ερωτήσεις) και την επικοινωνία σε σχέση με τους ασθενείς και την κατάσταση τους (3 ερωτήσεις). Το σκορ για κάθε ομάδα ερωτήσεων αποτελείται από τον μέσο όρο. Χαμηλή βαθμολογία των ερωτήσεων υποδεικνύει χαμηλή αξιολόγηση των διάφορων θετικών στοιχείων του επαγγελματικού περιβάλλοντος.

Τα δύο ερωτηματολόγια έχουν μεταφραστεί και

σταθμιστεί στα ελληνικά^{14,18} σύμφωνα με τις οδηγίες του MAPI Institute.¹⁹ Η συλλογή των δεδομένων έγινε από συνεργάτες ερευνητές, οι οποίοι διένειμαν τα ερωτηματολόγια στα διάφορα τμήματα των νοσοκομείων, με τη βοήθεια των προϊσταμένων νοσηλευτών. Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ξεχωριστό έντυπο στο οποίο περιγράφονταν ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης και η συμπλήρωση τους θεωρήθηκε ως πληροφορημένη συναίνεση. Σε κάθε Τμήμα τοποθετήθηκε ειδικό κιβώτιο το οποίο παρέμεινε δύο εβδομάδες, όπου επιστρέφονταν τα ερωτηματολόγια αφού είχαν συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες στο σπίτι τους, ώστε να μην επηρεάζεται η εργασία τους.

Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος, της κατανομής της φροντίδας και των αντιλήψεων των νοσηλευτών για το επαγγελματικό περιβάλλον εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική (εκατοστιαία ποσοστά, μέσες τιμές, και τυπικές αποκλίσεις). Αναλύσεις συσχέτισης και πολλαπλής παλινδρόμησης έγιναν για να διαπιστωθεί η σχέση ανάμεσα στην κατανομή της φροντίδας και τους παράγοντες οι οποίοι συνθέτουν το επαγγελματικό περιβάλλον. Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05.

Ηθικά και Δεοντολογικά Θέματα

Το ερευνητικό πρωτόκολλο υποβλήθηκε στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και την αρμόδια επιτροπή του Υπουργείου Υγείας, ενώ πρόσβαση στο πεδίο της έρευνας δόθηκε από τους διευθυντές των νοσηλευτηρίων και τους υπευθύνους των Τμημάτων. Επίσης εξασφαλίστηκε άδεια χρήσης από τους συγγραφείς και για τα δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη. Οι συμμετέχοντες μετά από τη σύντομη πληροφόρηση για το σκοπό της έρευνας έδωσαν τη γραπτή τους συγκατάθεση, ενώ διασφαλίστηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των ατόμων, των τμημάτων και των νοσηλευτηρίων.

Αποτελέσματα

Επτακόσια δεκαεπτά άτομα (717) από 18 διαφορετικά τμήματα των 5 κρατικών νοσοκομείων κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη και 433 νοσηλευτές επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό ανταπόκρι-

σης 55%, κρίνεται ικανοποιητικό.²⁰ Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μεταξύ Οκτωβρίου 2010 και Μαΐου 2011. Τριακόσια ενενήντα τρία (393) ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν για τους σκοπούς της ανάλυσης, διότι τα υπόλοιπα παρουσίασαν παραλείψεις στοιχείων, όπως για παράδειγμα ερωτηματολόγια που δεν απαντήθηκαν καθόλου. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (71%). Από τους συμμετέχοντες οι 301 (77%) είχαν μόνη απασχόληση και 85 (22%) προσωρινή. Τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων φαίνονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά νοσηλευτών

Δημογραφικά	N (%)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Βαθμός ανταπόκρισης	393 (55)		
Ηλικία (σε έτη), εύρος: 21-59		34,06	9,41
Εκπαίδευση – Δίπλωμα (3ετής φοίτηση) Πτυχίο (4ετής φοίτηση) Μεταπτυχιακό	293 (74,5) 93 (24) 2 (0,5)		
Εμπειρία στη νοσηλευτική (έτη)		11,41	9,27
Εμπειρία στο παρόν τμήμα (έτη)		5,32	5,47
Τμήμα εργασίας – Παθολογικό Χειρουργικό	156 (40) 211 (54)		

Αξιοπιστία των Ερευνητικών Εργαλείων

Ο έλεγχος αξιοπιστίας των εργαλείων πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's alpha. Για το εργαλείο BERNCA το αποτέλεσμα ήταν 0,91 και για τις διαστάσεις του RPPE ήταν ως ακολούθως: Διαχείριση συγκρούσεων 0,60, Εσωτερική παρακίνηση 0,84, Έλεγχος πρακτικής 0,77, Ηγεσία και αυτονομία 0,78, Σχέσεις με γιατρούς 0,74, Ομαδική εργασία 0,76, Πολιτισμική ευαισθησία 0,80 και επικοινωνία με τους ασθενείς 0,58. Η αξιοπιστία και των δύο εργαλείων κρίθηκε αντίστοιχα των αρχικών. Για παράδειγμα οι συγγραφείς του BERNCA³ αναφέρουν τιμή Cronbach's alpha 0.93, ενώ οι συγγραφείς του RPPE²¹ αναφέρουν ότι ο Cronbach's alpha στις διαστάσεις του ερωτηματολογίου κυμαίνεται από το 0,78 μέχρι το 0,88.

Το Επίπεδο και Κατανομή της Φροντίδας

Η μέση τιμή των νοσηλευτικών παρεμβάσεων οι οποίες παραλείπονται είναι 11,14 (SD=5,20), ενώ πα-

Πίνακας 2: Κατανομή της Νοσηλευτικής Φροντίδας (εύρος: 0-3)*

Ερώτηση	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Ποτέ N (%)	Σπάνια N (%)	Κάποτε - συχνά N (%)
1. Δραστηριότητες καθημερινής ζωής				
(1α) Μπάνιο και φροντίδα δέρματος	0,61 (0,81)	221 (56,8)	114 (29,3)	54 (13,9)
(1β) Στοματική υγιεινή και φροντίδα δοντιών	**1,06 (0,94)	129 (33,3)	136 (35,1)	122 (31,5)
(1γ) Σίτιση	0,66 (0,80)	178 (51,6)	121 (35,1)	46 (13,4)
(1δ) Μετακίνηση και αλλαγή θέσης	0,73 (0,84)	186 (47,9)	135 (34,8)	68 (17,3)
(1ε) Διαχείριση απεκκρίσεων (ούρα, κόπρανα, έμετος)	0,62 (0,85)	222 (57,2)	111 (28,6)	55 (14,2)
(1ζ) Αλλαγή σεντονιών κλίνης	0,89 (0,99)	173 (44,5)	126 (32,4)	90 (23,1)
2. Φροντίδα - υποστήριξη				
(2α) Συναισθηματική ή και ψυχολογική	** 1,03 (0,88)	122 (31,3)	155 (39,7)	113 (29,0)
(2β) Συνομιλία με ασθενείς και οικογένειες	0,99 (0,87)	129 (33,1)	157 (40,3)	104 (26,6)
3. Αποκατάσταση – καθοδήγηση - Διδασκαλία				
(3α) Εκπαίδευση τουαλέτας	0,64 (0,85)	220 (56,4)	108 (27,7)	62 (15,9)
(3β) Δραστηριοποίηση και αποκατάσταση	0,85 (0,85)	155 (39,8)	155 (39,8)	79 (20,3)
(3γ) Εκπαίδευση ασθενών	0,77 (0,80)	171 (44,0)	147 (37,8)	71 (18,2)
(3δ) Προετοιμασία για εξιτήριο	0,62 (0,77)	208 (53,5)	126 (32,4)	55 (14,1)
4. Παρακολούθηση – Ασφάλεια				
(4α) Επαρκής παρακολούθηση ζωτικών σημείων	0,83 (0,78)	143 (37,0)	180 (46,5)	64 (16,6)
(4β) Επαρκής παρακολούθηση συγγυτικών ασθενών	0,70 (0,93)	221 (57,1)	87 (22,5)	79 (20,4)
(4γ) Διαχείριση προβλημάτων λόγω καθυστέρησης των ιατρών	** 1,04 (0,96)	134 (35,0)	134 (35,0)	115 (30,0)
(4δ) Άμεση ανταπόκριση στις κλήσεις των ασθενών	0,79 (0,92)	192 (49,6)	106 (27,4)	89 (23,0)
(4ε) Επαρκές πλύσιμο των χεριών	0,70 (0,83)	196 (50,8)	123 (31,9)	67 (17,4)
5. Τεκμηρίωση				
(5α) Αναθεώρηση	** 1,15 (0,94)	104 (26,8)	163 (42,0)	121 (31,2)
(5β) Επανασχεδιασμός σχεδίων υγείας	0,94 (0,84)	130 (33,7)	166 (43,0)	90 (23,4)
(5γ) Καταγραφή της δοθείσας φροντίδας	0,87 (0,83)	145 (37,5)	166 (42,9)	76 (19,6)

* Επίπεδο κατανομής: 0 = ποτέ/όχι κατανομή; 1 = σπάνια; 2 = κάποτε; 3 = συχνά

** Με έμφαση οι νοσηλευτικές πράξεις με το υψηλότερο επίπεδο παράληψης

ρατηρήθηκαν σημαντικές διακυμάνσεις ανάμεσα στα τμήματα (0,42-1,38 $p<0,001$) ειδικότερα τα χειρουργικά =0,76 και τα παθολογικά=0,91 $p<0,05$) καθώς και τα νοσοκομεία (0,64-1,10 $p<0,001$) ως προς την κατανομή της φροντίδας. Η υψηλότερη μέση τιμή, δηλαδή η νοσηλευτική παρέμβαση η οποία παραλείπεται περισσότερο, παρατηρήθηκε στην τεκμηρίωση και την αναθεώρηση και ειδικότερα στην ερώτηση που αφορά στη «μελέτη των στοιχείων του ασθενή κατά την ανάληψη της υπηρεσίας» ($M=1,15$, $SD=0,94$) ακολουθούμενο από την «υγιεινή του στόματος» ($M=1,06$, $SD=0,94$), «τη διαχείριση προβλημάτων λόγω καθυστέρησης των γιατρών» ($M=1,04$, $SD=0,96$) και τη «συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών» ($M=1,03$, $SD=0,88$).

Η χαμηλότερη τιμή παρατηρήθηκε για τη «σωματική υγιεινή και τη φροντίδα του δέρματος» ($M=0,61$, $SD=0,81$).

Για την καλύτερη κατανόηση του επιπέδου κατανομής της φροντίδας, το εργαλείο της BERNCA διχοτομήθηκε σε θετικές και αρνητικές ανταποκρίσεις και φάνηκε ότι οι διαδικασίες οι οποίες παραμελούνται περισσότερο είναι η «στοματική υγιεινή» (31,5%), η «μελέτη των στοιχείων του ασθενή κατά την ανάληψη της υπηρεσίας» (31,2%), η «διαχείριση προβλημάτων λόγω καθυστέρησης των γιατρών» (30%), και η «παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στους ασθενείς» ή «η επικοινωνία μαζί τους και με την οικογένειά τους» (29% and 26,6% αντίστοιχα). Όλα τα αποτελέσματα απεικονίζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 3: Το επαγγελματικό περιβάλλον άσκησης (range: 1-4)*

Μεταβλητές	Μέση Τιμή (SD)	Διαφωνών απόλυτα Διαφωνών N (%)	Συμφωνών απόλυτα Συμφωνών N (%)
Διαχείριση διαφωνιών και συγκρούσεων	2,61 (0,36)	332 (84,5)	61 (15,5)
Εσωτερική εργασιακή παρακίνηση	3,21 (0,46)	88 (22,4)	305 (77,6)
Έλεγχος της πρακτικής	2,03 (0,54)	374 (95,2)	19 (4,8)
Ηγεσία και αυτονομία	2,80 (0,57)	214 (54,5)	179 (45,5)
Σχέση με τους γιατρούς	2,92 (0,60)	97 (24,7)	296 (75,3)
Ομαδική εργασία	2,80 (0,57)	209 (53,2)	184 (46,8)
Πολιτισμική ευαισθησία	2,70 (0,64)	198 (50,4)	195 (49,6)
Επικοινωνία σε σχέση με τους ασθενείς	2,94 (0,48)	147 (37,4)	246 (62,6)

*Επίπεδο συμφωνίας: 1=Διαφωνών απόλυτα; 2=Διαφωνών; 3=Συμφωνών; 4=Συμφωνών απόλυτα

Το Επαγγελματικό Περιβάλλον Άσκησης

Η 4-βαθμη κλίμακα RPPE επίσης διχοτομήθηκε σε αρνητικό και θετικό άκρο συμπύσσοντας τις απαντήσεις «συμφωνώ απόλυτα και συμφωνώ» ως θετικές και τις απαντήσεις «διαφωνώ και διαφωνώ απόλυτα» ως αρνητικές. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3 οι μέσες τιμές δείχνουν ότι οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν αρνητικές αντιλήψεις σε σχέση με τον έλεγχο της πρακτικής (95,2%), τη διαχείριση διαφωνιών και συγκρούσεων (84,5%), ενώ στο θετικό άκρο κυμάνθηκαν οι απόψεις τους για την εσωτερική παρακίνηση (77,6%) και τη σχέση τους με τους γιατρούς (75,3%). Η συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας RPPE ήταν 2,76 (SD=0,32) ενώ οι συσχετίσεις ανάμεσα στους 8 παράγοντες της κλίμακας κυμάνθηκαν από 0,034 μέχρι 0,594.

Η Σχέση της Κατανομής της Φροντίδας με το Επαγγελματικό Περιβάλλον

Οι αναλύσεις συσχέτισης Kendall's tau correlation ανάμεσα στα δύο εργαλεία έδειξαν αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατανομής της φροντίδας με 5 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος: την εσωτερική παρακίνηση ($\tau = -0,191$, $p=0,001$), την ηγεσία και αυτονομία ($\tau = -0,221$, $p=0,001$), τις σχέσεις με τους γιατρούς ($\tau = -0,186$, $p=0,001$), την ομαδική εργασία ($\tau = -0,263$, $p=0,001$) και την επικοινωνία για τους ασθενείς ($\tau = -0,286$, $p=0,001$). Η συσχέτιση της κατανομής φροντίδας με τους υπόλοιπους τρεις παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος ήταν: διαχείριση διαφωνιών ($\tau = -0,042$, $p=0,24$), έλεγχος πρακτικής ($\tau = -0,076$, $p=0,05$), και πολιτισμική ευαισθησία ($\tau = -0,008$, $p=0,83$).

Η στατιστική παλινδρόμηση συμπεριλάμβανε τους πιο πάνω πέντε στατιστικά σημαντικούς παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος (εσωτερική παρακίνηση, ηγεσία και αυτονομία, σχέσεις με τους γιατρούς, ομαδική εργασία και επικοινωνία για τους ασθενείς) μαζί με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες (ηλικία, φύλο και εκπαίδευση). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4, συνολικά 3 παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος αιτιολόγησαν 18,4% τη διακύμανση στην κατανομή φροντίδας. Συγκεκριμένα, η ομαδική εργασία αποτελεί τον σημαντικότερο από τους 3 παράγοντες εξηγώντας το 13,3% της διακύμανσης, ακολουθούμενη από την ηγεσία και αυτονομία με 3,5% και την επικοινωνία σε σχέση με τους ασθενείς στο 1,6%. Κανένα από τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δεν αύξησε την επεξήγηση της διακύμανσης.

Συζήτηση

Κατανομή της Φροντίδας, Παραλήψεις και Θεμελιώδεις Ανάγκες των Ασθενών

Οι νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη δήλωσαν χαμηλά ποσοστά παραλείψεων της φροντίδας, αλλά βρίσκονται σε παρόμοια επίπεδα με αυτά που έχουν δηλώσει νοσηλευτές σε άλλες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής.² Το θέμα των παραλείψεων στη φροντίδα είναι αρκετά ευαίσθητο και οι νοσηλευτές παρουσιάζονται διστακτικοί στο να αναγνωρίσουν ανοικτά ότι η φροντίδα παραμελείται, πιθανότατα διότι αισθάνονται ενοχές και αδυναμία να διορθώσουν την κατάσταση, ή ακόμα μπορεί να φοβούνται τις πιθανές επιπτώσεις και την ενοχοποίηση τους.²² Εξάλλου το

χαμηλό ποσοστό ανταπόκρισης στην παρούσα μελέτη αποτελεί ακόμη μία ένδειξη της ευαισθησίας του θέματος και της διστακτικότητας των νοσηλευτών να αναφερθούν σε αυτό. Ορισμένοι συγγραφείς μάλιστα παραλληλίζουν τη μη αναφορά των παραλείψεων ως αντίστοιχη της απόκρυψης των λαθών.²³ Γι' αυτό και εισηγούνται τη διερεύνηση του θέματος μέσα από ομάδες εστίασης οι οποίες θα μπορούσαν να δώσουν τη δυνατότητα προσωρινής ανακούφισης από το θυμό, τη θλίψη και την ένταση που αισθάνονται οι νοσηλευτές ως αντίδραση στην κατανομή της φροντίδας.

Φαίνεται ότι, παρά τα μικρά ποσοστά, το πρόβλημα είναι υπαρκτό και ιδιαίτερα όσον αφορά στις βασικές ανάγκες των ασθενών, η παράλειψη τους μπορεί να έχει και σοβαρές επιπτώσεις στην έκβαση της υγείας τους. Πιο συγκεκριμένα, οι παραλήψεις στη φροντίδα του στόματος,^{2,4,24,25} ένα ήδη σοβαρό πρόβλημα των νοσηλευόμενων ασθενών το οποίο έχει συνδεθεί με αρνητικές επιπλοκές.^{26,27} Η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους αποτελεί ένα ακόμα παραμελημένο θέμα, παρ' όλες τις διακηρύξεις και τη νομοθετική κατοχύρωση από τον Περί Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών Νόμο²⁸ στον οποίο αναφέρεται καθαρά ότι:

«Οι ασθενείς και οι οικογένειες τους έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν αξιοπρεπή θεραπεία σύμφωνα με τις πολιτισμικές τους αξίες καθώς και συνεχή ψυχολογική υποστήριξη»

Εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι η ψυχολογική υποστήριξη είναι συνδεδεμένη με θετικές εκβάσεις

στους ασθενείς στις εντατικές μονάδες²⁹ αλλά οι νοσηλευτές δεν είναι πάντα σε θέση να ικανοποιήσουν αυτές τις ανάγκες των ασθενών και δεν αξιολογούν τις δυσκολίες με συστηματικό τρόπο.^{10,30} Αντίθετα, υπάρχουν μελέτες οι οποίες τεκμηριώνουν ότι η ψυχολογική υποστήριξη δεν συμπεριλαμβάνεται ανάμεσα στις κύριες ευθύνες των νοσηλευτών οι οποίες επικεντρώνονται κυρίως στη βιοϊατρική πλευρά της φροντίδας,¹ ενώ σε συνθήκες κρίσης οι ασθενείς και οι οικογένειες τους δεν υποστηρίζονται επαρκώς.³¹

Άλλες μελέτες δείχνουν ότι σε δύσκολες συνθήκες (π.χ. σε έλλειψη προσωπικού), οι νοσηλευτές αποφασίζουν να μειώσουν την προσωπική φροντίδα συμπεριλαμβανομένης της επικοινωνίας, πιθανότατα λόγω της χρονοβόρας φύσης της, επειδή οι επιπτώσεις δεν είναι άμεσα ορατές και γιατί δεν επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών.³² Το σημαντικότερο ίσως εύρημα αυτής της μελέτης είναι η χαμηλή προτεραιότητα η οποία δίνεται στην παρακολούθηση των ασθενών, η παράληψη της οποίας ιδιαίτερα σε ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε συγχυτική κατάσταση, μπορεί να οδηγήσει σε τραγικά αποτελέσματα δεδομένης της υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε αυτή την ομάδα ασθενών.³³ Οι νοσηλευτές στην παρούσα μελέτη δήλωσαν επίσης ότι δεν έχουν χρόνο να μελετήσουν τη νοσηλευτική αναφορά, το φάκελο των ασθενών και άλλες πληροφορίες ή στοιχεία που αφορούσαν στην κατάσταση των ασθενών κατά την ανάληψη της υπηρεσίας, γεγονός που θα τους βοηθούσε στο σχεδιασμό της φροντίδας. Αυτό το εύρημα συνάδει και με

Πίνακας 4: Πολλαπλή στατιστική παλινδρόμηση των παραγόντων επαγγελματικού περιβάλλοντος και κατανομής της φροντίδας

	b	SEb	β	VIF
Μοντέλο 1:				
Σταθερές:	1,775	0,130		
Ομαδική εργασία	-0,339	0,046	-0,365*	1,000
Μοντέλο 2:				
Σταθερές:	2,089	0,151		
Ομαδική εργασία	-0,263	0,049	-0,283*	1,195
Ηγεσία και αυτονομία	-0,189	0,049	-0,204*	1,195
Μοντέλο 3:				
Σταθερές:	2,312	0,171		
Ομαδική εργασία	-0,203	0,053	-0,218*	1,448
Ηγεσία και αυτονομία	-0,143	0,051	-0,154**	1,348
Επικοινωνία σε σχέση με τους ασθενείς	-0,177	0,066	-0,160**	1,565

Σημείωση: $R^2 = 0,133$ for model 1, $\Delta R^2 = 0,035$ for model 2 ($p < 0,001$), $\Delta R^2 = 0,016$ for model 3 ($p < 0,01$), * $p < 0,001$, ** $p < 0,0$

προηγούμενες μελέτες οι οποίες δηλώνουν παραλήψεις στη νοσηλευτική αναφορά όπως ασυμπλήρωτα δελτία καταγραφής πρόσληψης και αποβολής υγρών, και ελλιπή αξιολόγηση της κατάστασης των ασθενών, πριν την εφαρμογή κάποιας παρέμβασης.^{4,10,34} Άλλοι συγγραφείς¹ υποστηρίζουν ότι στην προσπάθεια τους να αντεπεξέλθουν στην έλλειψη πόρων, χρόνου, περιορισμένου αριθμού προσωπικού και στις ατέλειωτες ανάγκες των ασθενών, αναπτύσσουν μία τάση να ελαχιστοποιούν το επίπεδο φροντίδας που προσφέρουν, παρά να στοχεύουν στην άριστη ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες παρέχουν.

Η Σχέση Μεταξύ της Κατανομής της Φροντίδας και του Επαγγελματικού Περιβάλλοντος

Τα αποτελέσματα της μελέτης ανέδειξαν μία αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες παραλείπονται και τις απόψεις των νοσηλευτών για το περιβάλλον παροχής φροντίδας, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στην ομαδική εργασία, τη σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού με τους γιατρούς, την αυτονομία, την ηγεσία και την επικοινωνία σε ό,τι αφορά στους ασθενείς. Δηλαδή, όσο αρνητικές είναι οι αντιλήψεις των νοσηλευτών για αυτούς τους παράγοντες του επαγγελματικού περιβάλλοντος, τόσο περισσότερο επιρρεπείς γίνονται στο να παραλείψουν ή να καθυστερήσουν σημαντικές πτυχές της φροντίδας. Τρεις μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν διαφορετικό εργαλείο για την αξιολόγηση του επαγγελματικού περιβάλλοντος έδειξαν επίσης ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα σε αυτό και την κατανομή της φροντίδας.^{3,6,31} Άλλοι ερευνητές διερεύνησαν το θέμα εξετάζοντας μεμονωμένες διαστάσεις του περιβάλλοντος και βρήκαν ότι οι σχέσεις γιατρών – νοσηλευτών είναι προβληματικές και συνδέονται με επαγγελματική ένταση και επιπλέον έχουν ιδιαίτερα βλαπτικές επιπτώσεις στους ασθενείς.^{35,36,37} Ταυτόχρονα οι σχέσεις αυτές κρίθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές στη δημιουργία ενός κλίματος που προάγει την ασφάλεια των ασθενών³⁸ και που μπορεί να προβλέψει σε κάποιο βαθμό τη θνησιμότητα³⁹ και τα λάθη στη χορήγηση φαρμάκων.⁴⁰

Περιορισμοί Μελέτης

Η κατανομή της νοσηλευτικής φροντίδας είναι ένα ευαίσθητο θέμα για συζήτηση που πιθανόν να οδηγή-

σε σε μειωμένη παραδοχή εκ μέρους των νοσηλευτών για το βαθμό της κατανομής φροντίδας που υπάρχει στην καθημερινότητα τους όπως επίσης και για το είδος των εργασιών.⁴¹ Επίσης οι συσχετίσεις των μεταβλητών δεν υποδεικνύουν για την κατεύθυνση της σχέσης των μεταβλητών. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής συνάδουν με τα ευρήματα μελετών που έλαβαν χώρα σε διαφορετικά συστήματα υγείας και οργανωτικά πλαίσια.³

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι σε καταστάσεις περιορισμού των πόρων, οι νοσηλευτές καταφεύγουν σε παραλείψεις στην ικανοποίηση βασικών και άλλων σημαντικών αναγκών των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τη διεθνή βιβλιογραφία η οποία υποστηρίζει ότι η κατανομή της φροντίδας επηρεάζεται από επαγγελματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι η ομαδική εργασία, η αυτονομία και η επικοινωνία σε σχέση με τους ασθενείς, που μπορεί να έχει αρνητική επίπτωση στην έκβαση της κατάστασης των ασθενών. Η κατανομή της φροντίδας αποτελεί ένα σημαντικό νοσηλευτικό πρόβλημα το οποίο όλοι έχουμε βιώσει, αλλά ελάχιστοι τολμούν να το συζητήσουν ανοικτά με αποτέλεσμα τη μείωση στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στηριζόμενη στο αιτιολογικό των περιορισμένων πόρων και ελλείψεων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης εγείρουν επίσης ηθικά και δεοντολογικά ερωτήματα και προκλήσεις ως προς το ρόλο και τις ευθύνες των νοσηλευτών σε σχέση με τον τρόπο που οι νοσηλευτές οι ίδιοι αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα καθώς και ως προς τη δίκαιη κατανομή της.

Συνεπώς, προτείνεται περαιτέρω μελέτη του θέματος, έτσι ώστε να αναπτυχθεί η ευαισθητοποίηση σε σχέση με τα προβλήματα που μπορεί να δημιουργήσουν οι φαινομενικά ασημαντες νοσηλευτικές πράξεις των οποίων οι παραλήψεις μπορούν να επιφέρουν σοβαρότατες επιπτώσεις στις εκβάσεις των ασθενών. Τέλος, σε διοικητικό επίπεδο και σε επίπεδο καθορισμού πολιτικής για τη νοσηλευτική, προτείνεται να διερευνηθεί η δυνατότητα του καθορισμού ενός μηδενικού σημείου ανοχής και ο προβληματισμός σε σχέση με την αναδιοργάνωση της φροντίδας.

ABSTRACT

Rationing of Nursing Care and Professional Environment: Exploration of Nurses' Views

Evridiki Papastavrou,¹ Panayiota Andreou,² Anastasios Merkouris³¹RN, PhD, Assistant Professor, ²MSc Health Psychology, Research Associate, ³PhD, Associate Professor

Nursing Department, University of Technology, Cyprus

Introduction: Rationing of nursing care is an important factor linked with patient safety and quality of care. **Aim:** The investigation of nurses' perceptions about rationing of nursing care and the possible relationship with their professional practice environment. **Method:** This was a correlational descriptive study with data from 393 nurses (response rate 55%) included in the analysis. The participants were drawn from the surgical and medical wards of all the state hospitals of Cyprus. The data were collected between October 2010 and May 2011 and the participants received two questionnaires: the Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA) instrument and the Revised Professional Practice Environment (RPPE) scale. **Results:** The tasks being rationed mostly were: 'mouth or dental hygiene' (31.5%), 'reviewing patient documentation at the beginning of the shift' (31.2%), 'coping with delayed response from the physicians' (30%) and 'providing emotional or psychological support to patients' (29%). Around a fifth of the participants (20.4%) admitted not adequately monitoring confused or impaired patients. The regression analysis indicated three professional environmental factors accounting for 18.4% of the rationing care variance. These factors were: teamwork, leadership and autonomy, and communication with patients. **Conclusions:** The nurses acknowledge the existence of rationing of care in basic nursing tasks. The association between professional practice environment factors and rationing suggests that further research is needed on how to address the problem and identifying ways to improve the provision of nursing care.

Key-words: Nursing care, health care rationing.



Corresponding Author: Evridiki Papastavrou 13 Ithakis St., 3107 Lemessos, Cyprus, email: e.papastavrou@cut.ac.cy

Βιβλιογραφία

1. Nortvedt P, Pedersen R, Grøthe K, Nordhaug M, Kirkevold M, Slettebø Å, et al. Clinical prioritisations of healthcare for the aged - professional roles. *J Med Ethics* 2008, 34:332-335.
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009, 65:1509-1517.
3. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care* 2008, 20:227-237.
4. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009, 65:2299-2310.
5. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009, 46:884-893.
6. Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care* 2004, 42(2):II-67-II-73.
7. Kalisch B, Tschanen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? *Journal of Healthcare Management* 2011, 56:117.
8. Tschanen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)* 2010, 42(4):22-39.
9. Aiken LH, Cheung R. Nurse workforce challenges in the United States: Implications for policy. *OECD*, 2008.
10. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006, 21:306-313.
11. Hendry C, Walker A. Priority setting in clinical nursing

- practice: literature review. *J Adv Nurs* 2004, 47:427-436.
12. Morin D, Leblanc N. Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage. *Int J Nurs Pract* 2005, 11:214-220.
 13. Aiken LH, Patrician PA. Measuring organizational traits of hospitals: the Revised Nursing Work Index. *Nurs Res* 2000, 49:146-153.
 14. Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage* 2013.
 15. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2012, 38:161-167.
 16. Halvorsen K, Slettebø Å, Nortvedt P, Pedersen R, Kirkevold M, Nordhaug M, et al. Priority dilemmas in dialysis: the impact of old age. *J Med Ethics* 2008, 34:585-589.
 17. Erickson JI editor. The MGH revised professional practice environment (RPPE) scale. Boston US: Massachusetts General Hospital, 2007.
 18. Papastavrou E, Efstathiou G, Acaroglu R, Da L, Antunes MD, Berg A, et al. A seven country comparison of nurses' perceptions of their professional practice environment. *J Nurs Manag* 2012, 20:236-248.
 19. MAPI Institute. Linguistic validation - methodology. Available at: <http://www.mapi-institute.com/linguistic-validation/methodology>. Accessed July 25, 2012.
 20. Badger F, Werrett J. Room for improvement? Reporting response rates and recruitment in nursing research in the past decade. *J Adv Nurs* 2005, 51:502-510.
 21. Erickson JI, Duffy ME, Ditomassi M, Jones D. Psychometric evaluation of the revised professional practice environment (RPPE) scale. *J Nurs Adm* 2009, 39:236-243.
 22. Attree M. Factors influencing nurses' decisions to raise concerns about care quality. *J Nurs Manag* 2007, 15:392-402.
 23. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* 2009, 39:211-219.
 24. Bittner NP, Gravlin G. Critical thinking, delegation, and missed care in nursing practice. *J Nurs Adm* 2009, 39:142-146.
 25. Gravlin G, Bittner NP. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm* 2010, 40(7/8):329-335.
 26. Southern H. Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education. *J Adv Nurs* 2007, 57:631-638.
 27. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *American Journal of Critical Care* 2010, 19:175-183.
 28. Republic of Cyprus. Patients' rights act. *Cyprus Gazette: section 1(I), part 2, article 5*, 2005.
 29. Papathanassoglou ED. Psychological support and outcomes for ICU patients. *Nurs Crit Care* 2010, 15:118-128.
 30. West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs* 2005, 14:435-443.
 31. Rochefort CM, Clarke SP. Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *J Adv Nurs* 2010, 66:2213-2224.
 32. Chang B, Lee JL, Pearson ML, Kahn K, Elliott M, Rubenstein L. Evaluating Quality of Nursing Care: The Gap Between Theory and Practice *Journal of Nursing Administration* 2002, 32(7/8):405-418.
 33. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. *Intensive Care Med* 2007, 33(1):66-73.
 34. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* 2007, 56:416-424.
 35. Keenan GM, Cooke R, Hillis SL. Norms and nurse management of conflicts: Keys to understanding nurse-physician collaboration. 1998.
 36. Greenfield LJ. Doctors and nurses: a troubled partnership. *Ann Surg* 1999, 230:279.
 37. Gunnarsdóttir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D. Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 2009, 46:920-927.
 38. Gordon L. Medical staff closure antitrust considerations. *Health Care Law Mon*, 2011.
 39. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Giovannetti P. The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nurs Res* 2005, 54(2):74-84.
 40. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *American Journal of Critical Care* 2007, 16:536-543.
 41. Polit, D. F., Beck, C. T. Beck, Hungler, B.P. «Essentials of.» *Nursing Research Methods, Appraisal*, 2001.