

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»**

ΠΙΠΙΝΑΣ Γ. ΤΣΙΟΤΙΚΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ:
ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2012

Η ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ, ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΕΙ
ΛΑΡΙΣΑΣ

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ, ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΘΑΛΕΙΑ ΜΠΕΛΛΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Στη μνήμη του πατέρα μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	9
3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	12
4. ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	15
4.1. Η πρώτη θεωρητική κληρονομιά: Florence Nightingale	15
4.2. Η ανάλυση της φροντίδας της Gaut	16
4.3. Η θεωρία της Jean Watson για τη φροντίδα	17
4.4. Η θεωρία των ολοκληρωμένων ανθρώπων της Martha Rogers.....	18
4.5. Η υγεία ως αναπτυσσόμενη συνείδηση της Margaret Newman	19
4.6. Η θεωρία της διαπολιτισμικής φροντίδας της Madeleine Leininger	19
4.7. Η θεωρία του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας της Dorothy Orem.....	20
5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	22
5.1. Στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας	25
5.2. Η νοσηλευτική διεργασία στο γενικό πλαίσιο του σημερινού εξελισσόμενου κόσμου.....	25
6. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	26
6.1 Γνώσεις, δεξιότητες και φροντίδα: Η καρδιά της νοσηλευτικής διεργασίας.....	28
6.2. Διαφορετικές δεξιότητες που απαιτούνται για τους σύγχρονους νοσηλευτές.....	29
6.3 Τι είναι κριτική σκέψη στη Νοσηλευτική φροντίδα	30
6.4. Οι ρόλοι του Νοσηλευτή	30
6.5. «Αποδίδει να είσαι καλός;»	32
6.6. Διάθεση και ικανότητα για φροντίδα	32
6.7. Συμπεριφορές φροντίδας	33
7. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	34
7.1. Η πνευματικότητα του ανθρώπου	34
8. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ	36
8.1. Επικοινωνία και φροντίδα υγείας.....	36
8.2. Διαπροσωπική Διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής.....	38
8.3. Συνεργασία: Να συνεργάζεσαι με τους ασθενείς για την επίτευξη των αποτελεσμάτων. .39	
8.4. Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη Σύγχρονη Νοσηλευτική	39
9. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - (Job satisfaction)	42
9.1 Ο όρος, οι παράγοντες και η έννοια της ικανοποίησης.....	42
9.2 Ερευνητικά δεδομένα για την ικανοποίηση.....	43

10. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	45
10.1 Οι πολυπλοκότητες που συμμετέχουν στο τέλος της ζωής	46
10.2 Νέοι ηθικοί προβληματισμοί.....	47
11. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	48
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	52
I. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	53
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	53
2. ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	54
3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	55
4. Ερευνητικά εργαλεία.....	56
II. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	59
III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	60
IV. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	75
V. ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	78
VI. SUMMARY	79
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
VIII. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	86

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά την έννοια της φροντίδας, ούτε οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της.

Η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης «Φροντίδα – Νοσηλευτικής» βρίσκονται σε εξέλιξη με πολλούς θεωρητικούς να καταλήγουν ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, καθώς και τις συνθήκες που παρέχεται, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσεται από τα δύο μέρη, αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενούς.

Η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε με σκοπό την διερεύνηση της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, σε ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο, βασιζόμενη στην τέχνη και την επιστήμη της νοσηλευτικής. Η υγεία και η ασθένεια βιώνονται από τον άνθρωπο ως ιδιαίτερη ψυχοσωματική κατάσταση και συνεπώς απαιτείται προσαρμοσμένη νοσηλευτική προσέγγιση χωρίς διακρίσεις.

Αφιερώνω,

αυτήν την εργασία στη μνήμη του πατέρα μου Γρηγόρη και στην κατάκοιτη μητέρα μου Τριανταφυλλιά, που μου έμαθαν να σέβομαι, να αγαπώ και να προσπαθώ για τη γνώση.

Ευχαριστώ πολύ,

το σύζυγό μου Ματθαίο και τα παιδιά μου Βάνα και Γρηγόρη, για την υπομονή και τη συμπαράστασή τους σ' αυτήν την προσπάθεια.

Θα ήθελα να εκφράσω,

θερμότατες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας, για την εκπαίδευση και τη γνώση που μετέδωσε τα πρώτα χρόνια ως φοιτήτρια ακόμη νοσηλευτικής, στο ΤΕΙ Λάρισας, την ενθάρρυνση, την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη και τις υποδείξεις της, από την στιγμή της ανάθεσης του θέματος της διπλωματικής εργασίας, την πορεία προς την υλοποίησή της, έως τη στιγμή της ολοκλήρωσής της. Επίσης, για τις γνώσεις, τις αρχές και τις αξίες που μου μετέδωσε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής Λάρισας, ως καθηγήτριά μου.

Θερμές ευχαριστίες

στα μέλη της Τριμελούς Επιτροπής κα. Μαίρη Γκιούβα, Ψυχολόγο, Επίκουρη Καθηγήτρια ΤΕΙ Ηπείρου και την κα. Θάλεια Μπελάλη, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλονίκης, για την ηθική στήριξη και το πραγματικό ενδιαφέρον.

Τέλος, ευχαριστώ πολύ

τους εξαιρετους συναδέλφους μου, νοσηλευτές-τριες, για το μοίρασμα της καθημερινότητας μαζί μου και την βοήθειά τους στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι η νοσηλευτική είναι μια διαρκώς εξελισσόμενη επιστήμη .Επειδή η νοσηλευτική διεργασία είναι η βάση όλης της νοσηλευτικής δράσης ,αποτελεί το απόσταγμα της νοσηλευτικής. Ο σχεδιασμός, η θέσπιση στόχων και η επιλογή των κατάλληλων παρεμβάσεων είναι ουσιώδεις για τη δόμηση ενός σχεδίου φροντίδας και την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η συστηματική και οργανωμένη διερεύνηση της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας εμφανίζεται μόλις τα τελευταία 50 χρόνια στην Ελληνική Βιβλιογραφία.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας έγιναν αναφορές στην διεθνή βιβλιογραφία και μελέτες έδειξαν ότι η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης «φροντίδας-Νοσηλευτικής»βρίσκονται σε εξέλιξη, η έρευνα τα τελευταία χρόνια επικεντρώνεται σε αυτά τα χαρακτηριστικά και οι μελέτες οδήγησαν στη διατύπωση της άποψης ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, καθώς και τις συνθήκες που παρέχεται, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσεται από τα δυο μέρη αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενούς.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας παρουσιάζεται ο σκοπός, η διαδικασία της έρευνας και τα αποτελέσματά της. Μελετήθηκαν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς. Σχολιάζονται τα ευρήματα της έρευνας, συγκρίνονται με αυτά άλλων μελετών και διατυπώνονται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και την κλινική εφαρμογή των συμπερασμάτων μας.

2. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η λέξη φροντίδα, ετυμολογικά, προέρχεται από την αρχαία λέξη φροντίς-ί-δος < θ, φρου – ετε-ροιωμ. Βαθμ. του φρυν -, ενός, αλλά δεν έχει ερμηνευτεί ικανοποιητικά η κατάληξη – τις.

(Μπαμπινιώτης, 1998)

Στην πορεία του χρόνου, στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται ο προβληματισμός των νοσηλευτών για τη διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και «φροντίζειν».

α. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη σημαίνει:

- έντονο ενδιαφέρον
- Η ιδιαίτερη προσοχή σε κάποιον
- κάτι: ιδιαίτερη
ξεχωριστή
συγκινητική
ολοκληρωμένη
ειδική

Συνώνυμα: μέριμνα, περιποίηση

Αντίθετα: αμέλεια, αδιαφορία

(Μπαμπινιώτης, 1998)

β. Η λέξη «φροντίδα» σημαίνει:

- μέριμνα
- απασχόληση
- σκέψη
- ενδιαφέρον
- ανησυχία
- έγνοια
- σκοτούρα

και η λέξη «φροντίζω» σημαίνει:

- μεριμνώ
- ενδιαφέρομαι
- προσέχω

(Μητσόπουλος, 2001)

γ. Επίσης η λέξη «φροντίδα», σημαίνει:

1. Η απασχόληση με κάτι, μέριμνα, σκέψη.

2. Ενεργό ενδιαφέρον, έγνοια, σκοτούρα, πονοκεφάλιασμα.

και να «φροντίζω» σημαίνει:

1. Μεριμνώ για κάτι, δείχνω πραγματικό ενδιαφέρον, νοιάζομαι
2. Επιδιώκω, πασχίζω
3. Συντηρώ ή συχνά περιποιούμαι ή υπηρετώ κάποιον
4. Μ.Τ.Χ. ως επίθετο φροντισμένος, η, ο, αυτός που δέχτηκε πολλές φροντίδες.

(Γεωργοπαπαδάκου, 2001)

Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη. Βασίζεται στο υπόβαθρο της ανάγκης που προκύπτει, όταν υπάρχει έλλειμμα ως προς κάτι. Η ανάγκη πιέζει προς ικανοποίηση, που επέρχεται μέσα από διάφορες διαδικασίες σε άλλοτε άλλο βαθμό και ανάλογα με τις περιστάσεις και τις δυνατότητες. Όταν όμως δεν καλύπτεται με ικανοποιητικό για το άτομο τρόπο, τότε προκύπτει το λεγόμενο έλλειμμα που μεταφράζεται ως πρόβλημα. Τη στιγμή αυτή έχουμε ανάγκη φροντίδας, έχουμε την ανάγκη της παρουσίας του άλλου στη ζωή μας, που θα έρθει ως αρωγός φροντίζοντας για την ικανοποίηση της ανάγκης και την αντιμετώπιση του ελλείμματος της.

(Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011)

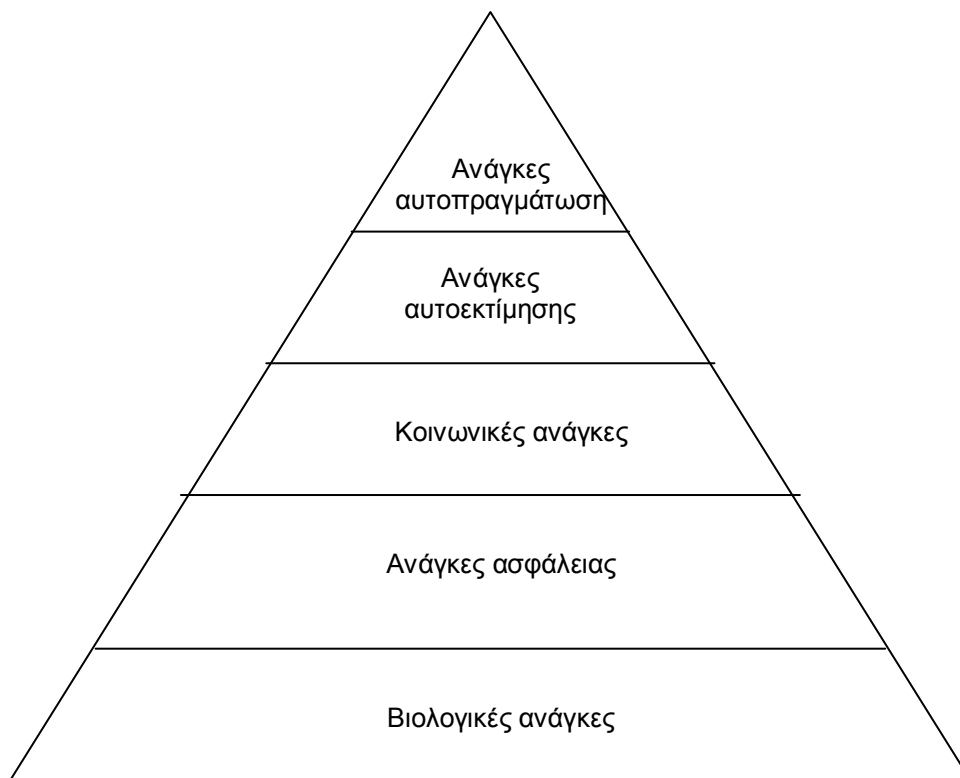
Όλη μας η ζωή ξετυλίγεται και βασίζεται στις ανάγκες μας και στην ικανοποίησή τους, το βαθύτερο κίνητρο όλων μας των ενεργειών σε συνειδητό αλλά τις πιο πολλές φορές σε ασυνείδητο επίπεδο, πηγάζει από την αέναη προσπάθειά μας να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες μας. Θα λέγαμε, ότι με κάποιο τρόπο, ο κάθε άνθρωπος είναι αυτοεγκλωβισμένος στις ανάγκες του, που είναι βασικές:

- βιολογικές
- ψυχολογικές
- κοινωνικές

και κατώτερη όλων των αναγκών, η ανάγκη

- για αυτοπραγμάτωση.

Η ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών του Maslow οργανώνει τα δεδομένα με τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς (Σχήμα 1).



Σχήμα 1: Πυραμίδα αναγκών Maslow

Σε αυτές τις ανάγκες εμπεριέχεται και η ανάγκη να υπάρχει και ο άλλος στη ζωή μας. Και είναι σαν να ξεπουλάμε ένα κομμάτι από την ικανοποίηση των δικών μας αναγκών και να ρίχνουμε μια ματιά στον άλλον και τις ανάγκες του, συνδράμοντας στην ικανοποίησή τους. Η βαθύτερη επιθυμία και πάλι είναι η ανάγκη μας να τον έχουμε στη ζωή μας, που μας αναγκάζει να τον δούμε και να του δώσουμε κάτι για να μπορούμε να το ανταλλάξουμε με το δικό βλέμμα για μας. Αυτό όμως μας βγάζει από τους εαυτούς μας και μας οδηγεί σε αλληλεπίδραση, σε εξέλιξη του εαυτού μας και των άλλων, μας οδηγεί στην πραγματική ζωή.

(Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011)

Η Montgomery,

αναφέρει πως: «βασικά η φροντίδα είναι τρόποι ύπαρξης, μια κατάσταση φυσικής ανταπόκρισης προς τους άλλους. Γιατί η φροντίδα, απαιτεί προσωπική εμπλοκή και είναι το αντίθετο της αποξένωσης, της αδιαφορίας και της απάθειας. Η φροντίδα είναι η φυσική κατάσταση να είσαι άνθρωπος».

(Montgomery, 1993)

3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η φροντίδα αποτελεί:

ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον «πυρήνα» και την «καρδιά» της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας.

(Polit & Beck, 2004)

Περιγράφεται:

ως «ανθρώπινο γνώρισμα»

«ηθική υποχρέωση»

«διαπροσωπική σχέση»

«θεραπευτική παρέμβαση»

(Brilowski & Wendler, 2005)

και εκφράζεται:

μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις.

(Fosbinder, 1994)

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην έννοια της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές, ούτε οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της, με εξαίρεση το διαχωρισμό της σε

α) τεχνική (λειτουργική)

και

β) σε συναισθηματική (διαπροσωπική) διάσταση.

(Παπασταύρου, Ευσταθίου, Νικηταρά, Τσαγκάρη, Μερκούρης, Κάρλου, Palese, Touietto, Balogn, Suhonen, Leinokilpi, Jarosova, Πατηράκη, 2010)

Πολλοί μελετητές συμφωνούν ότι η έννοια τη φροντίδας στοιχειοθετείται και μέσα από τις κύριες διαστάσεις προσέγγισης της, δηλαδή την ανθρωπολογική,

(Leininger, 1991)

την ανθρωπιστική και ψυχοκοινωνική.

(Watson, 2008)

Ο νοσηλευτής και γενικά ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ενεργεί πάντα λαμβάνοντας υπόψη την κουλτούρα των ανθρώπων που με οποιοδήποτε τρόπο «φροντίζει», γνωρίζοντας ότι η υγεία, η νόσος και η θεραπεία είναι τμήματα της πολιτισμικής ταυτότητας του κάθε ανθρώπου.

Η ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας είναι η στάση ή η διάθεση ενός ατόμου να ευεργετήσει κάποιον άλλον, όταν βρίσκεται σε κατάλληλη θέση, τόσο από πλευράς ισχύος όσο και από πλευράς σχέσης.

(Watson, 2008)

Η ανάπτυξη διαπροσωπικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ του φροντιστή και του φροντιζόμενου αποδίδεται πληρέστερα μέσα από τις τέσσερις χρήσεις της έννοιας της φροντίδας, οι οποίες είναι:

1. προσέχω
2. περιποιούμαι
3. νοιάζομαι
4. ενδιαφέρομαι

που αντανακλούν την ψυχοκοινωνική διάσταση της φροντίδας στη Νοσηλευτική.

(Watson, 2008)

Η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης «Φροντίδα – Νοσηλευτική» βρίσκονται σε εξέλιξη με πολλούς θεωρητικούς να καταλήγουν ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, καθώς και τις συνθήκες που παρέχεται αλλά και τη σχέση που αναπτύσσεται από τα δύο μέρη αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενούς.

(Ehlers, 2008)

Μέσα από τις προσπάθειες αυτές αναδύεται η διπλή υπόσταση της φροντίδας στη Νοσηλευτική, αφενός ως στάση ζωής – πεποιθήσεις – αξίες και αφετέρου ως εφαρμοσμένες πράξεις – διαδικασίες που εκφράζεται και μπορεί να μετρηθεί από τις συμπεριφορές φροντίδας.

(Watson, 2008)

Τα αξιώματα, τα οποία εμπεριέχονται στη θεωρία της νοσηλευτικής ως φροντίδα, είναι τα εξής:

1. Το άτομο δέχεται φροντίδα με αξίες οι οποίες πηγάζουν από το γεγονός ότι είναι άνθρωπος.
2. Το άτομο ζει δεχόμενο φροντίδα από λεπτό σε λεπτό.
3. Το άτομο είναι ολότητα και πλήρες σε κάθε λεπτό της ζωής του.
4. Το άτομο ζει βασιζόμενο στη φροντίδα.
5. Το άτομο εμπλουτίζεται συμμετέχοντας σε σχέσεις φροντίδας και φροντίζοντας τους άλλους.

(Boykin & Schoenhofer, 2001)

Αποδίδεται μεγάλη σημασία και ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση Νοσηλευτικής και φροντίδας καθώς και στον τρόπο που εκφράζεται αυτή.

(Patistea, 1999)

4. ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στη βιβλιογραφία της νοσηλευτικής αφθονούν οι ορισμοί του όρου θεωρία. Στο βασικό επίπεδο περιγράφεται:

«ως συστηματική ερμηνεία ενός γεγονότος, στα πλαίσια της οποίας αναγνωρίζονται δομές και έννοιες, προτείνονται σχέσεις και διατυπώνονται προβλέψεις».

Ορίζεται:

«ως ένα σύστημα από συσχετιζόμενες προτάσεις, που χρησιμεύει στην πρόβλεψη, ερμηνεία, κατανόηση και έλεγχο ενός τμήματος του αισθητικού κόσμου».

Νοείται:

«ως εννοιολογικό σύστημα ή πλαίσιο, το οποίο επινοήθηκε για κάποιο συγκεκριμένο σκοπό που μεταβάλλεται ανάλογα με τις αλλαγές της δομής και πολυπλοκότητάς του. Η θεωρία αποτελείται από έννοιες, προτάσεις, νόμους και σύνολα επιχειρημάτων, που μπορούν να διατυπωθούν λεκτικά και να ανακοινωθούν».

(70 Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 2, σελ. 51)

Θεωρίες φροντίδας έχουν αναπτυχθεί στα πεδία των επιστημών φροντίδας και της φιλοσοφίας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω:

4.1. Η πρώτη θεωρητική κληρονομιά: Florence Nightingale

Το μοντέλο της νοσηλευτικής της Nightingale αναπτύχθηκε πριν γίνουν ευρέως αποδεκτές οι σύγχρονες θεωρίες περί νόσων και άλλες θεωρίες της ιατρικής. Γνώριζε τη θεωρία των μικροβίων, είχε όμως προηγουμένως οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η καθαριότητα, ο καθαρός αέρας, η εξυγίανση και η κοινωνικοποίηση ήταν απαραίτητες για την ανάρρωση του ασθενούς.

Οι τέσσερις ευρέως παραδεκτές φιλοσοφικές αρχές:

- άνθρωπος
- υγεία
- περιβάλλον
- νοσηλευτική

θίγονται στο έργο της Nightingale. Υποστήριζε ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να πραγματοποιούν ακριβείς παρατηρήσεις των ασθενών και να είναι σε θέση να περιγράφουν την κατάσταση του ασθενούς στο γιατρό με συστηματικό τρόπο. Να εξετάζουν κριτικά τη φροντίδα του ασθενούς και να προβαίνουν στις κατάλληλες και απαραίτητες ενέργειες που θα διευκολύνουν την ανάρρωσή του. Ορίζει την υγεία ως:

«την καλή κατάσταση και τη δυνατότητα ενεργοποίησης του συνόλου των δυνάμεων του οργανισμού». Είναι φανερό ότι η υγεία θεωρείται ως κάτι περισσότερο από την έλλειψη νόσου, μια αντίληψη που τοποθετεί τη Nightingale εμπρός από την εποχή της.

Οι εργασίες της Nightingale, αν και δεν αποτελούν πραγματική θεωρία, μπορούν να παράγουν επαληθεύσιμες υποθέσεις. Η ίδια υπήρξε μια πρώιμη στατιστικός της υγείας, συλλέγοντας δεδομένα. Διατηρούσε εκτεταμένα αρχεία για τις νοσηλεύτριες που συνυπηρετούσαν μαζί της, σημειώνοντας τα ισχυρά και αδύνατα σημεία τους, αποφασίζοντας στη βάση αυτών των δεδομένων σχετικά με τη χρησιμότητα και αποτελεσματικότητά τους.

Ως σύμβουλος προώθησε τη συλλογή και αξιοποίηση στατιστικών υγείας, επηρέασε δραστικά τη νοσηλευτική εκπαίδευση και προήγαγε την επιστήμη της δημόσιας υγείας.

Η εργασία της αποτελεί μια σχετικά πλήρη διαπραγμάτευση της νοσηλευτικής της εποχής, ενώ αποτελεί έναν αποτελεσματικό οδηγό για τους νοσηλευτές μέχρι σήμερα.

(Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 7, σελ.158-162)

4.2. Η ανάλυση της φροντίδας της Gaut

Η Gaut (1983) παρέχει μια ανάλυση της φροντίδας και ορίζει τις απαραίτητες και επαρκείς συνθήκες της φροντίδας στο περιβάλλον της φροντίδας της υγείας. Βασισμένη σε μια σημασιολογική και φιλοσοφική ανάλυση η Gaut αναγνώρισε τρεις γενικές έννοιες συνδεδεμένες με τη φροντίδα:

- την προσοχή και το ενδιαφέρον
- την ευθύνη για την πρόνοια
- την εκτίμηση, αφοσίωση και προσήλωση

Αναγνώρισε τις απαραίτητες και επαρκείς συνθήκες που ορίζουν μια πράξη φροντίδας:

- Πρέπει να υπάρχει εκκρεμότητα της ανάγκης για φροντίδα.
- Εκείνος που φροντίζει πρέπει να γνωρίζει πώς να βελτιώσει την περίπτωση.
- Πρέπει να έχει την πρόθεση να βοηθήσει.
- Μια πράξη, πρέπει να έχει επιλεγεί και κατόπιν να υλοποιείται.
- Η αλλαγή στον ασθενή πρέπει να βασίζεται στο τι είναι καλό για αυτόν τον ασθενή, όχι σε κάποιον άλλο άνθρωπο.

Η ανάλυση της φροντίδας της Gaut συμπεριλαμβάνει και τις συνθήκες της γνώσης και πράξης. Η υποστηρικτική ή ευσυναισθητική επικοινωνία μόνο δεν αρκεί για

να λάβει χώρα η φροντίδα, χρειάζεται απαραίτητα και η γνώση στην οποία θα στηριχθούν οι διεργασίες φροντίδας.

(Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011)

4.3. Η θεωρία της Jean Watson για τη φροντίδα

Η θεωρία της Jean Watson είναι μια από τις πιο πρόσφατες μεγάλες θεωρίες νοσηλευτικής η οποία θεωρεί τον άνθρωπο ως ολότητα που βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και τη φροντίδα ως την πεμπτουσία της Νοσηλευτικής και το κεντρικό στοιχείο της κλινικής πρακτικής. Το επίκεντρο της θεωρίας προτείνει τη φροντίδα ως ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα την προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το ιδεώδες της φροντίδας περιλαμβάνει:

- αξίες
- θέληση για δέσμευση
- γνώση και
- δραστηριότητες φροντίδας.

Όλα αυτά τα στοιχεία καθοδηγούν την νοσηλευτική πρακτική και εκφράζονται μέσα από αυτή, ιδιαίτερα όταν οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται στην μοναδικότητα του κάθε ατόμου. Η θεωρία της Watson είναι συγκριτικά λιτή. Εισηγείται 10 παράγοντες φροντίδας, οι οποίοι σε συνδυασμό με την επιστημονική γνωσιολογική βάση και την κλινική επάρκεια καθοδηγούν τις νοσηλευτικές δραστηριότητες προς την προαγωγή της υγείας, πρόληψη ή και φροντίδα της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας.

Πίνακας 1. Οι 10 παράγοντες φροντίδας της Watson

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

Η θεωρία της φροντίδας περιγράφει αναλυτικά τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικής και φροντίδας. Έχει αξιοποιηθεί στην εκπαίδευση, στην πρακτική και σε ερευνητικές εργασίες. Έτσι, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις της αξίας της για τη νοσηλευτική επιστήμη.

(*Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 8, σελ. 209-213.*)

4.4. Η θεωρία των ολοκληρωμένων ανθρώπων της Martha Rogers

Η Rogers τόνιζε ότι το άτομο αποτελεί «ένα ενιαίο ενεργειακό σύστημα», που βρίσκεται σε «συνεχή αμοιβαία αλληλεπίδραση με το σημαντικό ενεργειακό σύστημα», επιτυγχάνοντας τελικά να επηρεάσει δραστικά το χώρο της νοσηλευτικής και να ενθαρρύνει τους νοσηλευτές στην αντιμετώπιση του ατόμου ως ολοκληρωμένης ενότητας κατά τον προγραμματισμό και την παροχή φροντίδας. Η παραπάνω θεωρία ξεκίνησε ως αφηρημένη και η γέννησή της ήταν παραγωγική. Επίσης αναφέρει ότι η διαδικασία της ζωής εξελίσσεται μονόδρομα και μη αντιστρεπτά κατά μήκος του χωροχρονικού συνεχούς. Το πρότυπο και η οργάνωση χαρακτηρίζουν τον άνθρωπο και αντικατοπτρίζουν την ανανεωτική του ολότητα. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται από:

- τη φαντασία
- την ικανότητα αφαίρεσης
- τη γλώσσα
- τη σκέψη
- την αίσθηση και
- το συναίσθημα

Αργότερα η Rogers αναθεώρησε τον όρο «άνθρωπος» σε «ανθρώπινο ον».

Η αντίληψη που διατύπωσε είναι ότι όλα τα πράγματα είναι ολοκληρωμένα ότι τα ενεργειακά πεδία βρίσκονται σε διαρκείς αμοιβαίες διαδικασίες και ότι το πρότυπο είναι η εκδήλωση της ακεραιότητας κάθε ενότητας και του περιβαλλοντικού ενεργειακού πεδίου.

Αντικείμενο της νοσηλευτικής είναι η συντήρηση και προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας και η φροντίδα των ασθενών και αναπήρων. Σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον άνθρωπο να επιτύχει την ευεξία εντός των δυνατοτήτων του κάθε ατόμου, οικογένειας ή ομάδας. Καθώς το ανθρώπινο ενεργειακό

πεδίο είναι πολύπλοκο, η εξατομίκευση των νοσηλευτικών υπηρεσιών ευνοεί ταυτόχρονα τις μεταβολές ανθρώπου και περιβάλλοντος, προάγοντας την υγεία.

Η θεωρία της έχει εφαρμοστεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση, στη μελέτη της θεωρίας και την πρακτική.

(Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 9, σελ. 219-223)

4.5. Η υγεία ως αναπτυσσόμενη συνείδηση της Margaret Newman

Κεντρική θέση της θεωρίας της Margaret Newman είναι ότι η υγεία είναι η επέκταση της συνείδησης. Βασίζεται στο έργο της Rogers. Υποστήριξε ότι η συνείδηση συνυπάρχει με το σύμπαν και εντοπίζεται σε όλη την ύλη. Τα άτομα ταυτοποιούνται από τη διαμόρφωση της συνείδησης – το άτομο «είναι» η συνείδηση. Κάτω από αυτό το πρίσμα, θεωρεί ως ύψιστη μορφή γνώσης την αγάπη.

Περιγράφοντας την υγεία, θεωρεί ότι η υγεία συμπεριλαμβάνει την ασθένεια ή πάθηση, ενώ οι παθολογικές καταστάσεις μπορούν να θεωρηθούν ως εκδηλώσεις του προτύπου του ατόμου. Το πρότυπο, που εκδηλώνεται ως πάθηση είναι πρωτογενές και προϋπάρχει των δοκιμών ή λειτουργικών μεταβολών. Η επανόρθωση της πάθησης, δεν μεταβάλλει το πρότυπο του ατόμου. Το μοντέλο της Newman γνώρισε επιτυχείς εφαρμογές στη νοσηλευτική πρακτική και έρευνα. Η θεωρία της είναι σχεδόν ριζοσπαστική, γιατί απομακρύνει τη φροντίδα μακριά από παραδοσιακές δυτικότροπες απόψεις που αναπτύσσουν «καλούς» και «κακούς» διαχωρισμούς στην υγεία.

(Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 9, σελ. 224-229)

4.6. Η θεωρία της διαπολιτισμικής φροντίδας της Madeleine Leininger

Η θεωρία της Leininger προτείνει πως η πολιτισμική φροντίδα παρέχει ευρύτερα και πιο ενδιαφέροντα μέσα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ένας φροντιστής για να προωθήσει την υγεία και την ευημερία. Η Leininger προτείνει πως τα επαγγέλματα φροντίδας είναι από τη φύση τους διαπολιτισμικά επαγγέλματα. Η γνώση της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι απαραίτητη, αν οι φροντιστές πρόκειται να δώσουν επαρκή και αναγκαία φροντίδα σε ανθρώπους από διαφορετικούς πολιτισμούς.

Η Leininger βλέπει τη φροντίδα ως το μέσο με το οποίο ο ασθενής θα αναρρώσει από την ασθένειά του ή από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης. Συνδέει την φροντίδα με την κουλτούρα και εισηγείται πως δεν θα έπρεπε να διαχωρίζεται η φροντίδα με την κουλτούρα στις παρεμβάσεις και αποφάσεις φροντίδας. Ανεξάρτητα από το πολιτισμικό υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι θεωρούνται ως εξαρτώμενοι από το πολιτισμικό

υπόβαθρο, όλοι οι άνθρωποι θεωρούνται ζ εξαρτώμενοι από την ανθρώπινη φροντίδα για να αναπτυχθούν και να επιβιώσουν. Η Leininger προτείνει πως ο απώτερος στόχος της διαπολιτισμικής φροντίδας είναι όλα τα άτομα να βοηθηθούν, να υποστηριχθούν ή να γίνουν ικανά ώστε να διατηρούν την ευημερία, να βελτιώνουν την ζωή τους ή να αντιμετωπίζουν το θάνατο.

(Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011)

4.7. Η θεωρία του Ελλείμματος Αυτοφροντίδας της Dorothy Orem

Η θεωρία της ελλειμματικής αυτοφροντίδας της Dorothy Orem είναι μια νοσηλευτική θεωρία φροντίδας.

Η Orem τονίζει ότι η νοσηλευτική αντιμετωπίζεται ως μια τέχνη μέσω της οποίας ο λειτουργός προσφέρει εξειδικευμένη βοήθεια σε άτομα με αδυναμία να αυτοεξυπηρετηθούν, καλύπτοντας τις ανάγκες τους τα ίδια. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στην ιατρική φροντίδα που το άτομο δέχεται από τον ιατρό.

Ο άνθρωπος ορίζεται:

«ως άνδρας, γυναίκα ή παιδί που δέχεται τη νοσηλευτική φροντίδα, είτε μεμονωμένα είτε ως μέρος του κοινωνικού συνόλου» και αποτελεί το «υλικό αντικείμενο» του νοσηλευτή και των άλλων που προσφέρουν άμεση φροντίδα.

Το περιβάλλον έχει φυσικά, χημικά και βιολογικά χαρακτηριστικά. Συμπεριλαμβάνει την οικογένεια, την κοινωνία και τον πολιτισμό.

Η υγεία είναι:

«η δομική και λειτουργική ολότητα ή ακεραιότητα. Μια κατάσταση που περικλείει την υγεία του ατόμου και της ομάδας, ενώ η υγεία του ατόμου είναι η ικανότητα του να σκέπτεται τον εαυτό του, να ερμηνεύει συμβολικά την εμπειρία του και να επικοινωνεί με τους ομοίους του.

Η Orem περιγράφει τρεις έννοιες που είναι:

1. Η αυτοφροντίδα
2. Η ελλειμματική αυτοφροντίδα
3. Τα νοσηλευτικά συστήματα

1. Η αυτοφροντίδα είναι η ρυθμιστική λειτουργία του ανθρώπου, εκούσια δράση εξασφάλισης της τροφοδοσίας σε αναγκαίο υλικό προκειμένου να συνεχιστεί η ζωή, η αύξηση και ανάπτυξη όπως και η διατήρηση της ακεραιότητας.

2. Η ελλειμματική αυτοφροντίδα εμφανίζεται όταν τα άτομα αδυνατούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της αυτοφροντίδας. Περιλαμβάνουν την ανάγκη για

οξυγόνο, τροφή, ανάπαυση, κοινωνική αλληλεπίδραση και άλλα στοιχεία της ανθρώπινης λειτουργίας.

3. Τα νοσηλευτικά συστήματα είναι πολυδιάστατα και θεωρούνται ως
- ολικά ανταποδοτικά
 - μερικώς ανταποδοτικά
 - ή υποστηρικτικά – εκπαιδευτικά συστήματα.

Είναι τα προϊόντα μιας σειράς σχέσεων μεταξύ των ατόμων: νοσηλευτής και ασθενής. Το σύστημα ενεργοποιείται όταν η ζήτηση θεραπευτικής αυτοφροντίδας του ασθενούς υπερβαίνει την προσωπική του δυνατότητα, δημιουργώντας την ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας.

Η θεωρία της Orem προϋποθέτει την παραδοχή ότι ο άνθρωπος χρειάζεται συνεχή και σκόπιμη αισθητηριακή τροφοδοσία και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, ώστε να επιβιώσει και να λειτουργεί.

Η θεωρία της χρησιμοποιήθηκε σε κολέγια και σχολές ως βάση του προγράμματος σπουδών.

(Νοσηλευτικές θεωρίες, 2010, κεφ. 7, σελ. 169-173)

5. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική είναι μια διαρκώς εξελισσόμενη επιστήμη και τέχνη που ενδιαφέρεται για τις:

- σωματικές
- ψυχολογικές
- κοινωνικές
- πολιτισμικές
- πνευματικές ανησυχίες του ατόμου

Βασίζεται σε ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο, ενώ η τέχνη της εξαρτάται από τις δεξιότητες φροντίδας και τις ικανότητες του κάθε νοσηλευτή. Στα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης της δεν αναζητούσε ούτε διέθετε τα μέσα ελέγχου της δικής της πρακτικής. Πολλά χρόνια αργότερα, το νοσηλευτικό επάγγελμα άρχισε να αγωνίζεται, για να προσδιορίσει τι είναι εκείνο που κάνει τη νοσηλευτική ξεχωριστή και ανέπτυξε το μοναδικό σώμα επαγγελματικής γνώσης για την άσκηση της νοσηλευτικής. Το 1980, ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (American Nurse Association – ANA) ανέπτυξε την πρώτη Δήλωση Κοινωνικής Πολιτικής ορίζοντας τη Νοσηλευτική ως: «τη διάγνωση και τη θεραπεία των ανθρώπινων αντιδράσεων πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας».

Ταυτόχρονα με τον ορισμό της νοσηλευτικής προέκυψε και η ανάγκη προσδιορισμού της μεθόδου παροχής της νοσηλευτικής φροντίδας.

(American Nurses Association , 2003)

Πριν πολλά χρόνια οι ηγέτες της νοσηλευτικής ακολουθώντας το πρότυπο της επιστημονικής μεθόδου (παρατήρηση, μέτρηση, συλλογή στοιχείων και ανάλυση ευρημάτων) ανέπτυξαν μια διεργασία επίλυσης προβλημάτων που αποτελούνταν από τρία στάδια:

- αξιολόγηση
- σχεδιασμός
- εκτίμηση

Η μέθοδος αυτή, η οποία ξεκίνησε τη δεκαετία του '50, ονομάστηκε νοσηλευτική διεργασία. Στη συνέχεια η νοσηλευτική διεργασία περιγράφηκε ότι «συνδυάζει τα πλέον επιθυμητά στοιχεία της νοσηλευτικής τέχνης με τα πλέον ουσιαστικά στοιχεία της θεωρίας των συστημάτων, χρησιμοποιώντας την επιστημονική μέθοδο». Η διεργασία αυτή ενσωματώνει τη διαπροσωπική / διαδραστική προσέγγιση με τις διεργασίες επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων.

Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλευτική διεργασία επεκτάθηκε σε πέντε στάδια και κέρδισε ευρεία αποδοχή, ως βάση για την παροχή αποτελεσματικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η νοσηλευτική διεργασία περιλαμβάνεται στο εννοιολογικό πλαίσιο όλων των νοσηλευτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είναι αποδεκτή από το νομικό ορισμό της Νοσηλευτικής στους Νόμους Νοσηλευτικής Πρακτικής των περισσότερων πολιτειών στις ΗΠΑ και περιλαμβάνεται στα

«Πρότυπα της Κλινικής Νοσηλευτικής Πρακτικής του ANA».

Η νοσηλευτική διεργασία απαρτίζεται από τα πέντε ακόλουθα στάδια:

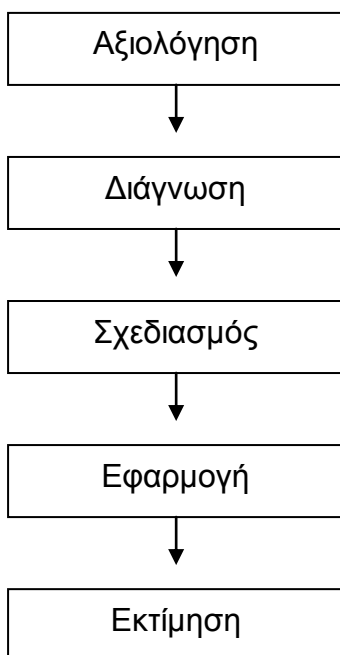
1. Αξιολόγηση
2. Διάγνωση / αναγνώριση αναγκών
3. Σχεδιασμός / Προγραμματισμός
4. Εφαρμογή
5. Εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Οι δύο απεικονίσεις της νοσηλευτικής διεργασίας.

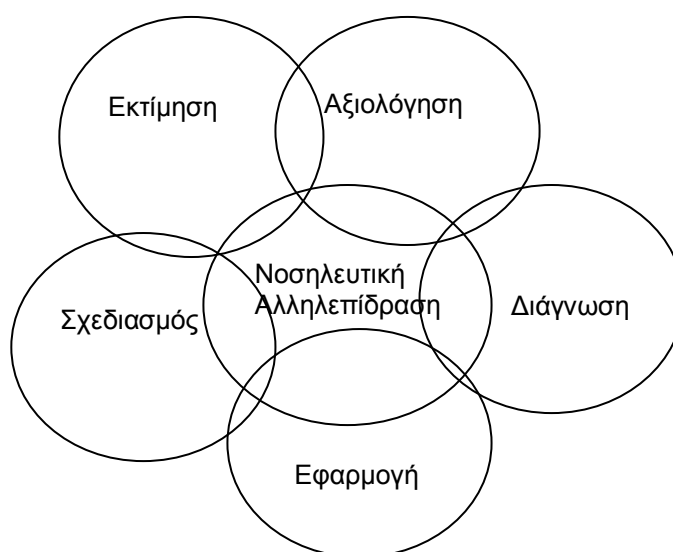
(Dossey et all , 2005)

Σχήμα 2

Γραμμική απεικόνιση



Κυκλική απεικόνιση



Όταν ένα άτομο εισάγεται στο σύστημα υγείας, είτε σε μονάδα οξείας φροντίδας, κλινική ή κατ' οίκον φροντίδα, τα βήματα της διεργασίας που προαναφέρθηκαν τίθενται σε εφαρμογή. Παρόλο που τα βήματα αυτά παρουσιάζονται ως ξεχωριστές ή ατομικές δραστηριότητες, η νοσηλευτική διεργασία είναι αλληλεπιδραστική μέθοδος άσκησης της νοσηλευτικής, όπου τα στοιχεία αυτά αλληλοσυμπληρώνονται σε ένα συνεχή κύκλο σκέψης και δράσης.

Για την αποτελεσματική χρήση της νοσηλευτικής διεργασίας, ο νοσηλευτής πρέπει να κατέχει και να είναι ικανός να εφαρμόζει συγκεκριμένες δεξιότητες. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η βαθιά γνώση της επιστήμης και της θεωρίας, όπως εφαρμόζονται όχι μόνο στη νοσηλευτική, αλλά και σε άλλους σχετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως η ιατρική και η ψυχολογία.

Επίσης, ουσιώδη είναι το αίσθημα «του φροντίζειν», η ευστροφία και οι κατάλληλες τεχνικές δεξιότητες. Για την εφαρμογή της νοσηλευτικής γνώσης είναι απαραίτητη η δημιουργικότητα καθώς και η προσαρμοστικότητα για τη διαχείριση των συνεχών αλλαγών στην παροχή φροντίδας υγείας και των πολλαπλών μη αναμενόμενων συμβάντων που προκύπτουν στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική.

(Marilyn, Doenges, Moorhouse & Murr , 2009)

Επειδή σε κάθε βήμα της διεργασίας η λήψη αποφάσεων είναι αποφασιστική, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να λαμβάνει υπόψη τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- Το άτομο είναι ένα ανθρώπινο ον που έχει αξία και αξιοπρέπεια. Αυτό επιβάλλει τη συμμετοχή του ατόμου στη λήψη των αποφάσεων και την παροχή της δικής του φροντίδας υγείας, καθώς και το σεβασμό στην προσωπικότητα κάθε ατόμου και την παροχή της κατάλληλης φροντίδας υγείας.
- Υπάρχουν βασικές ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλυφθούν και όταν δεν ικανοποιούνται, προκύπτουν προβλήματα τα οποία μπορεί να απαιτούν παρέμβαση από άλλους μέχρι και εφόσον το άτομο να επανακτήσει την ευθύνη του εαυτού του. Αυτό απαιτεί οι επαγγελματίες υγείας να προβλέπουν και να εφαρμόζουν τις απαραίτητες ενέργειες για τη διάσωση της ζωής των ατόμων ή την εξασφάλιση της επαναφοράς τους στην υγεία και την ανεξαρτησία.
- Το άτομο έχει το δικαίωμα για ποιότητα στην υγεία και στη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται με ενδιαφέρον, συμπόνια επάρκεια και με επίκεντρο την ευεξία και την πρόληψη της ασθένειας. Η φιλοσοφία «του φροντίζειν» ενσωματώνει όλα αυτά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά.

- Η θεραπευτική σχέση μεταξύ Νοσηλευτή – ατόμου είναι σημαντική σε αυτή τη διαδικασία, παρέχοντας το περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο μπορεί να αισθάνεται ασφαλές να αποκαλύψει και να συζητήσει τις βαθύτερες ανησυχίες του.

(Marilyn, Doenges, Moorhouse & Murr , 2009)

5.1. Στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας

Κατά τη διάρκεια του κάθε σταδίου της νοσηλευτικής διεργασίας, πρέπει να ακολουθούνται οι παρακάτω ενέργειες:

1. Εκτίμηση

Συνεχής συλλογή στοιχείων για την κατάσταση της υγείας του ατόμου, μ σκοπό την παρακολούθηση ενδείξεων για προβλήματα υγείας και παράγοντες επικινδυνότητας που συμβάλλουν σε προβλήματα υγείας.

2. Διάγνωση / Αναγνώριση αναγκών

Ανάλυση των στοιχείων για το σαφή προσδιορισμό υπαρκτών και δυνητικών προβλημάτων υγείας και δυνατών σημείων ενός ατόμου.

3. Σχεδιασμός / Προγραμματισμός

Καθορισμός των επιθυμητών αποτελεσμάτων (συγκεκριμένοι στόχοι) και προσδιορισμός των παρεμβάσεων για την επίτευξη των στόχων.

4. Εφαρμογή

Έναρξη εφαρμογής του σχεδίου και παρατήρηση αρχικών αντιδράσεων.

5. Αξιολόγηση

Καθορισμός του βαθμού επίτευξης των στόχων και απόφαση για την αναπροσαρμογή ή βελτίωση κάποιων σημείων του σχεδίου.

(AlFano-Lafevre, 2005)

5.2. Η νοσηλευτική διεργασία στο γενικό πλαίσιο του σημερινού εξελισσόμενου κόσμου.

Οι σύγχρονοι νοσηλευτές είναι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνοι να αποδεικνύουν πως η φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς επιφέρει τόσο ωφέλιμα όσο και οικονομικά αποτελέσματα (outcomes). Επίσης, προχωρήσαμε από το γραμμικό μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας – σε ένα δυναμικό μοντέλο νοσηλευτικής διεργασία – στο οποίο προσαρμόζουμε τυποποιημένα πλάνα που έχουν ήδη σχεδιαστεί για συγκεκριμένες καταστάσεις.

(AlFano-Lafevre, 2005)

6. ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα, ως επιστημονικός ολιστικός και δημιουργικός τρόπος οργάνωσης κατέστησε σαφές το γεγονός, ότι η τεκμηρίωση (της νοσηλευτικής φροντίδας) αποτελεί καθοριστικό παράγοντα εφαρμογής συστημάτων ποιότητας στην πρακτική της νοσηλευτικής επιστήμης και επίσης σημαντική πλευρά της νοσηλευτικής πρακτικής.

(Χατζοπούλου, 2010)

Οι προσπάθειες επαγγελματικής καταξίωσης των νοσηλευτών αντανακλούν τις τρέχουσες παγκόσμιες αντιλήψεις για τη γνώση και υιοθετούν την επιστημονική προσέγγιση στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης μέσω της νομιμοποίησης του επιστήμονα νοσηλευτή και του επαγγελματία της νοσηλευτικής.

(Χατζοπούλου, 2010)

Στην Ελληνική πραγματικότητα δεν ακολουθείται το μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας που προτείνεται ως δομή της από πολλούς επιστημονικούς και πολιτικούς φορείς. Κύριο εμπόδιο στην εφαρμογή της αποτελεί η ελλιπής εκπαίδευση των νοσηλευτών. Η βελτίωση της εκπαίδευσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης

- των γνώσεων
- στάσεων και
- δεξιοτήτων.

Σύμφωνα με συμπεράσματα της πιο πάνω μελέτης υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του εκπαιδευτικού προγράμματος σε φοιτητές και εργαζόμενους νοσηλευτές. Επομένως, θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για την προπτυχιακή και συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, τον περαιτέρω έλεγχο και βελτίωσή του, καθώς και την μέτρηση της αποτελεσματικότητας του στις θεραπευτικές εκβάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών στην κλινική πράξη.

(Χατζοπούλου, 2010)

Αναμφίβολα, η νοσηλευτική τεκμηρίωση της παρεχόμενης φροντίδας αποτελεί ζωτικής σημασίας κομμάτι της νοσηλευτικής πρακτικής και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο εργαλείο της διεργασίας της φροντίδας και όχι μια επιλεκτική εργασία που γίνεται όταν το επιτρέπουν οι περιστάσεις.

(Χρυσοσπάθη, 2002, Kasemsook et al, 2006)

Δεν είναι τυχαίο ότι το 38% του ημερήσιου νοσηλευτικού χρόνου αφιερώνεται στην καταγραφή του εκτελεσθέντος νοσηλευτικού έργου.

(Λεμονίδου & Πατηράκη, 2002, Scharf, 1997)

Πρόσφατα, το νοσηλευτικό επάγγελμα άρχισε να μετακινείται, μια πιο ανεξάρτητη πρακτική με σαφή αναγνώριση της σημαντικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Από την δεκαετία του '70, στην Αγγλία, αλλά και σε άλλες χώρες (Ελβετία, Σουηδία, Νορβηγία), οι νοσηλευτές εκπαιδεύονται να:

- αξιολογούν
- σχεδιάζουν
- παρέχουν και
- καταγράφουν τη φροντίδα

με τη μορφή της νοσηλευτικής διεργασίας, γνωστή ως μέθοδος επίλυσης προβλημάτων.

(Griffiths, 1998)

Οι νοσηλευτές, σε πολλά κράτη υποχρεούνται να:

- περιγράφουν
- τεκμηριώνουν
- εκτιμούν

τη συνεισφορά του στη φροντίδα υγείας.

(Muller - Staub, 20090)

Η νοσηλευτική επιστήμη, προσπαθεί να ορίσει μια κοινή γλώσσα για να περιγράψει τη μοναδική συνεισφορά της στη φροντίδα των ασθενών.

(Hajewski, 1998)

Στην Ελλάδα μεταφράστηκαν τρεις νοσηλευτικές ταξινομήσεις συνδεδεμένες μεταξύ τους με το συγκεκριμένο θεωρητικό πλαίσιο.

(Doenges, Moorthouse & Moore, 2008)

σε ένα ολοκληρωμένο «Οδηγό Σχεδιασμού Νοσηλευτικής Φροντίδας».

(Πατηράκη, 2009)

Στα περισσότερα νοσοκομεία ακολουθείται το λειτουργικό σύστημα φροντίδας όπου γίνεται ανάθεση νοσηλευτικών καθηκόντων ή εργασιών και όχι ασθενών.

(Πατηράκη - Κουρμπάνη, 1998)

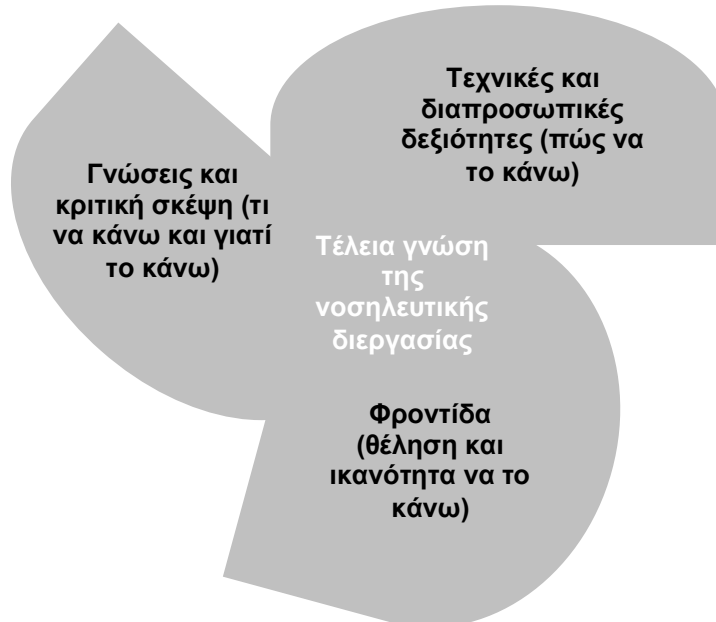
Τα μέλη της οικογένειας και οι σημαντικοί άλλοι, μπορεί να είναι πλούσια πηγή πληροφόρησης για τον ασθενή και τον τρόπο που η παρούσα κατάσταση επηρεάζει την ικανότητά του, να αντιμετωπίζει τις καθημερινές δραστηριότητες.

(Brooker et al, 2007)

«Η εφαρμογή ανοίγει ένα παράθυρο σε έναν κόσμο όπου η νοσηλευτική γίνεται ορατή, ως μια πολύπλοκη και προκλητική επιστήμη, αφού το αντικείμενο είναι πολυδιάστατο, όπως κάθε ανθρώπινη ύπαρξη καλείται να φροντίσει».

6.1 Γνώσεις, δεξιότητες και φροντίδα: Η καρδιά της νοσηλευτικής διεργασίας

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει πως όταν οι γνώσεις, η κριτική σκέψη, οι τεχνικές και οι διαπροσωπικές σχέσεις και η φροντίδα συνυπάρχουν, η νοσηλευτική διεργασία μετατρέπεται σε μια κινητήρια δύναμη που προσφέρει ποιοτική φροντίδα.



Νοσηλευτικές γνώσεις:

Ευρείες και ποικίλες. Η βάση γνώσεων που καθοδηγεί τις νοσηλευτικές ενέργειες είναι ευρεία και ποικίλλει και συμπεριλαμβάνει όλα τα παρακάτω:

- * προαγωγή της υγείας
- * ανάπτυξη και εξέλιξη
- * ψυχική υγεία / ψυχιατρική
- * επιδημιολογία
- * νοσηλευτική διάγνωση / νοσηλευτική διεργασία
- * κοινοτική και δημόσια υγεία
- * πολιτισμικές διαφοροποιήσεις / δεοντολογία / νομοθεσία
- * έρευνα / ηγεσία
- * δυναμική ομάδων και οργανισμών
- * διδασκαλία / συμβουλευτική
- * επικοινωνία / διαπραγμάτευση / επίλυση συγκρούσεων.

(Alfano-Lefever, 2005, Ζαβερδινού, 2005)

6.2. Διαφορετικές δεξιότητες που απαιτούνται για τους σύγχρονους νοσηλευτές

- Να είστε ευέλικτοι, αναγνωρίζοντας νέες γνώσεις, δεξιότητες και απόψεις.
- Να επιλύετε προβλήματα, να σκέφτεστε με κριτικό και δημιουργικό τρόπο.
- Να λαμβάνετε αποφάσεις με ανεξαρτησία και συνεργασία.
- Να ανταποκρίνεστε στις χρονικές διορίες.
- Να συνεργάζεστε με άλλους επαγγελματίες, συναδέλφους, ασθενείς, οικογένειες.
- Να σκέφτεστε ολιστικά, να φροντίζετε ολόκληρο τον ασθενή.
- Να προάγετε την ευεξία μέσω της εκπαίδευσης.
- Να λαμβάνετε δεοντολογικές αποφάσεις.
- Να αξιολογείτε τις διαφορετικές ανάγκες και αξίες των διάφορων πολιτισμικών και εθνικών ομάδων.
- Να συνηγορείτε υπέρ των ασθενών και των οικογενειών.
- Να ηγείστε, να επιβλέπετε και να αντιλαμβάνεστε τις ανάγκες των υφισταμένων σας.
- Να διαχειρίζεστε τις πληροφορίες.
- Να χρησιμοποιείτε την τεχνολογία.
- Να χρησιμοποιείτε τους πόρους:
 - κατανομή χρόνου

- χρημάτων
 - υλικών
 - χώρου και
 - ανθρώπινου δυναμικού για την παροχή φροντίδας.
- Να παρακολουθείτε και να βελτιώνετε την απόδοση.
 - Να προσδιορίζετε το ρόλο των υπηρεσιών της κοινότητας στην παροχή φροντίδας υγείας.
 - Να παρέχετε υπηρεσίες στους πολίτες με μια ξεκάθαρη αντίληψη.

(Συλλογή δεξιοτήτων που δημοσιεύτηκαν

στις παρακάτω εκδόσεις:

Συγγραφέας: Υπουργείο εργασίας ΗΠΑ, 1992,

ελήφθη 1^η Σεπτεμβρίου 2000)

6.3 Τι είναι κριτική σκέψη στη Νοσηλευτική φροντίδα

Η κριτική σκέψη στη νοσηλευτική φροντίδα:

1. Περιλαμβάνει σκόπιμη σκέψη προσανατολισμένη στα αποτελέσματα.
2. Καθοδηγείται από τις ανάγκες των ασθενών, οικογενειών και κοινοτήτων.
3. Βασίζεται στις αρχές της Νοσηλευτικής διεργασίας και της επιστημονικής μεθόδου.
4. Απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες, εμπειρία.
5. Καθοδηγείται από επαγγελματικά κριτήρια και δεοντολογικούς κώδικες.
6. Απαιτεί στρατηγικές που μεγιστοποιούν το ανθρώπινο δυναμικό (π.χ. χρησιμοποιώντας τα δυνατά σημεία του ατόμου) και επανορθώνει προβλήματα που δημιουργούνται από την ανθρώπινη φύση (π.χ. η ισχυρή επίδραση των προσωπικών αντιλήψεων, αξιών και «πιστεύω»).
7. Συνεχώς επαναξιολογείται, αυτοδιορθώνεται και προσπαθεί να βελτιωθεί.

6.4. Οι ρόλοι του Νοσηλευτή

Η φροντίδα υγείας σήμερα είναι ένα μεγάλο και ιδιαίτερο περίπλοκο σύστημα, στο οποίο αντανakλώνται οι συντελούμενες κοινωνικές μεταβολές, οι αλλαγές στις ομάδες του πληθυσμού που χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα και αλλαγές στη φιλοσοφία που θέτει το σύστημα να επικεντρώνεται περισσότερο στην προαγωγή της υγείας παρά στην αντιμετώπιση της νόσου.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή έχουν διερευνηθεί και επεκταθεί ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών. Οι νοσηλευτές δεν παρέχουν μόνο φροντίδα αλλά είναι και εκπαιδευτές, συνήγοροι του ασθενούς, καθοδηγητές, διαχειριστές και ερευνητές.

Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει αυτούς τους ρόλους με σκοπό:

- την προαγωγή και διατήρηση της υγείας
- την πρόληψη των ασθενειών
- την διευκόλυνση της αντιμετώπισης σοβαρών αναπηριών και
- τον θάνατο από τον ασθενή σε οποιοδήποτε χώρο παροχής φροντίδας υγείας.

Οι νοσηλευτές ανέκαθεν παρείχαν φροντίδα υγείας. Οι δραστηριότητες έχουν αλλάξει σημαντικά. Ο ρόλος τους, σήμερα είναι ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Έχουν τη δυνατότητα να:

- εκτιμούν
- σχεδιάζουν και να
- εφαρμόσουν

τη φροντίδα του ασθενούς, βασιζόμενοι στα προσόντα και τις γνώσεις τους. Συνεργάζονται όμως και με τα υπόλοιπα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας, προκειμένου να εφαρμόσουν και να αξιολογήσουν την παρεχόμενη φροντίδα. Ο νοσηλευτής ασκεί τη Νοσηλευτική ως επιστήμη και ως τέχνη ταυτόχρονα, χρησιμοποιώντας την κριτική σκέψη. Λαμβάνοντας όλες τις πτυχές του ασθενούς επιτυγχάνει μια ολιστική προσέγγιση στη Νοσηλευτική φροντίδα.

Η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στη φιλοσοφία ότι τα αλληλοεπιδρώντα σύνολα είναι μεγαλύτερα από το άθροισμα των επιμέρους στοιχείων που τα απαρτίζουν, δίνει έμφαση στη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου.

Η επιστήμη της νοσηλευτικής μεταφράζεται σε τέχνη μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας.

«Η παροχή φροντίδας» είναι το μέσο με το οποίο ο νοσηλευτής συνδέεται με τον ασθενή και ενδιαφέρεται γι' αυτόν. Ως άτομο που παρέχει φροντίδα είναι:

- ❖ καταρτισμένος
- ❖ έχει προσόντα
- ❖ δείχνει συναισθηματική κατανόηση
- ❖ νοιάζεται για τον ασθενή

(Lemone, RN, DSN, Burke, RN, MS, Επιστημονική επιμέλεια: Παναγουδάκη – Μπροκαλάκη, 2004)

6.5. «Αποδίδει να είσαι καλός;»

«Ασθενείς που φεύγουν έχοντας μια θετική επαφή με μια νοσηλεύτρια, είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες, να πάρουν τα φάρμακά τους και να ζητήσουν παρακολούθηση...[ενώ αν] ένας ασθενής έρθει σε επαφή με έναν επαγγελματία υγείας που είναι σε αρνητική συναισθηματική διάθεση, αυτό θα προκαλέσει και άλλες αρνητικές συμπεριφορές.

Μακροπρόθεσμα, δεν έχουν καλά αποτελέσματα και γενικά δεν τα πηγαίνουν καλά... Προσπάθησε να κάνεις το περιβάλλον εργασίας όσο πιο χαρούμενο μπορείς. Αν δεις έναν συνάδελφο σου να βρίσκεται σε άσχημη διάθεση, προσπάθησε να του την αλλάξεις, πριν την μεταδώσει και στους υπόλοιπους.

(Alfano-Lefever, 1999)

6.6. Διάθεση και ικανότητα για φροντίδα

Η διάθεση για φροντίδα σημαίνει να επιλέγουμε να κάνουμε αυτό που χρειάζεται για να βοηθήσουμε τους άλλους. Αυτό περιλαμβάνει να επιλέγουμε να:

- ☐ Επικεντρωνόμαστε στο τι είναι καλύτερο για τον καταναλωτή υπηρεσιών υγείας (ασθενή, οικογένεια, κοινότητα).
- ☐ Σεβόμαστε τις αξίες και τα πιστεύω των άλλων.
- ☐ Συνεχίζουμε τη φροντίδα ακόμη και αν τα προβλήματα γίνουν χρόνια ή πιο σοβαρά.
- ☐ Διατηρούμε έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

(Ζαβερδινού, 2005)

Η ικανότητα για φροντίδα απαιτεί να κατανοούμε τόσο τους εαυτούς μας, όσο και τους άλλους. Να μάθουμε να καταλαβαίνουμε τους εαυτούς μας είναι μια δια βίου διεργασία. Η απόκτηση αντίληψης του εαυτού μας, περιλαμβάνει να μάθουμε για

- τις τάσεις
- τις αντιδράσεις και
- τις συνήθειές μας

οι οποίες τείνουν να αλλάζουν καθώς μεγαλώνουμε και ωριμάζουμε. Αντιλαμβάνοντας τη δέσμευση να μάθουμε για τους εαυτούς μας και να αναγνωρίζουμε πως οι αξίες μας και το πλαίσιο αναφοράς μας, μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο σκέψης, την ικανότητά

μας να καταλάβουμε τους άλλους, μπορούμε να σημειώσουμε σημαντικά βήματα ώστε να γίνουμε πιο αντικειμενικοί στη σκέψη μας.

(Ζαβερδινού, 2005)

6.7. Συμπεριφορές φροντίδας

Για να δείξουμε στους ασθενείς και στις οικογένειές τους ότι ενδιαφερόμαστε, παρουσιάζουμε ορισμένες συμπεριφορές που μπορούμε να τις χρησιμοποιήσουμε.

1. Να εμπνέεις κάποιον ή να του μεταδίδεις ελπίδα και πίστη.
2. Να δείχνεις υπομονή, συμπόνια και διάθεση για επιμονή.
3. Να προσφέρεις συντροφιά.
4. Να βοηθήσεις κάποιον να κρατήσει επαφή με τα θετικά στοιχεία της ζωής του.
5. Να δείχνεις ενδιαφέρον.
6. Παράβλεψη των κανόνων όταν κάτι πραγματικά μετράει.
7. Να κάνεις και τα «μικρά πράγματα» και τα «επιπρόσθετα πράγματα».
8. Να αφιερώνεις τον κατάλληλο χρόνο παρά να βιάζεσαι να κάνεις, μόνο τις δουλειές.
9. Να κρατάς κάποιον ενημερωμένο.
10. Να δείχνεις την ανθρώπινη πλευρά σου εξιστορώντας κάποιες δικές σου «ιστορίες».

(Ζαβερδινού, 2005)

7. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΩΣ ΜΟΝΑΔΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ

Προσεγγίζονται οι ακόλουθες παράμετροι: Η νοσηλευτική επιστήμη της φροντίδας του αρρώστου (Υγεία, Ασθένεια και Νοσηλευτική) ο άνθρωπος ως

«μοναδική ψυχοσωματική
προσωπική ύπαρξη και
η θεώρηση του αρρώστου
ως προσώπου».

Η Νοσηλευτική είναι Επιστήμη και Τέχνη φροντίδας. Σύνθεση γνώσεων, φιλοσοφίας, κλινικής εργασίας και διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η άσκησή της απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και ένα σύστημα ανώτερων αξιών, όπως είναι:

- η ευθύνη
- ο σεβασμός προς την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και την ιερότητα της ζωής
- η θυσία
- η αγάπη

Η υγεία και η ασθένεια βιώνονται από τον άνθρωπο ως ιδιαίτερη ψυχοσωματική ύπαρξη και συνεπώς απαιτείται προσαρμοσμένη νοσηλευτική προσέγγιση χωρίς διακρίσεις.

Όλοι ο άνθρωποι είμαστε θεόπλαστοι, σύνθετοι από σώμα και ψυχή, επίγειοι και ουράνιοι, πρόσκαιροι και αθάνατοι.

Ο καθένας μας όμως είναι ένα

«μοναδικό,
ανεπανάληπτο και
αναντικατάστατο πρόσωπο»

και δεν είναι όμοιο με κανένα άλλο που έζησε ή ζει ή θα ζήσει.

Στην ατίμητη αξία και μοναδικότητα του ανθρώπου ως προσώπου, τον οποίο υπηρετούμε, στηρίζεται η οικουμενική αποστολή της Νοσηλευτικής, στον σύγχρονο κόσμο.

(Ραγιά, Νοσηλευτική, 45(1) 19-24, 2006)

7.1. Η πνευματικότητα του ανθρώπου

«Οι πνευματικές ανάγκες έχουν σημασία;»

Η πνευματικότητα περιβάλλει την ολότητα ενός ανθρώπου. Παρ' όλο που πολλοί άνθρωποι δεν ανήκουν σε ένα αναγνωρισμένο, οργανωμένο σύστημα πίστης – μια αναγνωρισμένη θρησκεία – στην πραγματικότητα όλοι οι άνθρωποι είναι πνευματικά όντα και υποστηρίζουν συγκεκριμένες ατομικές αρχές.

Αυτές οι ανάγκες διαμορφώνουν την άποψη που έχουν για τον εαυτό τους, τον κόσμο και το Θεό ή μια «ανώτερη δύναμη».

(Richardson, 2001)

8. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

8.1. Επικοινωνία και φροντίδα υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί έμφαση στη μελέτη των προβλημάτων επικοινωνίας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα που έχουν εντοπισθεί είναι:

- έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και σχετικής εκπαίδευσης
- έλλειψη πόρων και χρόνου,
- συναισθηματική τρωτότητα,
- «παιχνίδια» εξουσίας.

(Menzies 1970, Stockwell 1972, Hayward 1975, Macleod-Clark 984, Faulker 985, Ley 1988.)

Κατά τη Betts (1995) οι τέσσερις κύριοι παράγοντες που συμβάλλουν στη μεγέθυνση των προβλημάτων επικοινωνίας στη νοσηλευτική είναι:

1. Έλλειψη αυτογνωσίας

Ένας από τους λόγους που καθιστούν την επικοινωνία αναποτελεσματική είναι η άγνοια των πτυχών της προσωπικότητάς μας που επιδρούν σημαντικά και επηρεάζουν την επικοινωνία με τους άλλους. Οι προσωπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία είναι:

- στάσεις
- αξίες
- συναισθήματα
- συμπεριφορές

Η ανάπτυξη της αυτογνωσίας βοηθά να καταλάβουμε πως αυτοί οι παράγοντες οι παράγοντες παρεμβαίνουν στην επικοινωνία με τους άλλους. Η γνώση και η κατανόηση της συμπεριφοράς βοηθάει το νοσηλευτή να γνωρίζει κάθε στιγμή τι ακριβώς κάνει, για ποιο λόγο και πως αυτή η ενέργεια επιδρά στον ασθενή.

2. Έλλειψη συστηματικής εκπαίδευσης σε διαπροσωπικές δεξιότητες

Η εκπαίδευση σε διαπροσωπικές δεξιότητες είναι το πρώτο βήμα για τη σωστή χρήση αυτών των δεξιοτήτων σε καθημερινή βάση. Τα νοσηλευτικά προγράμματα λόγω του όγκου γνώσης που πρέπει να μεταδώσουν στους φοιτητές νοσηλευτικής συνήθως

παραλείπουν τη συστηματική έμφαση στον τομέα των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και αυτό έχει συνέπειες στην άσκηση του νοσηλευτικού έργου.

3. Έλλειψη ενός συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου όσον αφορά την επικοινωνία στη νοσηλευτική.

Το θεωρητικό πλαίσιο βοηθά το νοσηλευτή να προσδιορίσει νοητικά την επικοινωνία που έχει με τον ασθενή, να προβαίνει σε ανάλυση και αξιολόγηση των αλληλεπιδράσεων της επικοινωνίας. Στη νοσηλευτική αν και υπάρχουν διάφορες θεωρίες επικοινωνίας που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση, στη συμβουλευτική υπάρχει μια ασάφεια σχετικά με τη θεωρία που είναι επικεντρωμένη στην επικοινωνία.

4. Έλλειψη σαφήνειας, όσον αφορά τους σκοπούς και τη χρήση της επικοινωνίας.

Η ανάπτυξη της ικανότητας από το νοσηλευτή να κατανοεί την κατάσταση του ασθενούς είναι σημαντική για να χρησιμοποιήσει επικοινωνία η οποία στοχεύει σε κάποιο συγκεκριμένο σκοπό.

(Σαπουντζή – Κρέπια, 1998)

Σε μελέτη που έχει γίνει σχετικά με την επίδραση προγράμματος εκπαίδευσης για την τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας σε Έλληνες νοσηλευτές (μεταξύ φοιτητών Νοσηλευτικής και εργαζόμενους νοσηλευτές) αποδείχτηκε ότι στην ελληνική πραγματικότητα δεν ακολουθείται το μοντέλο της νοσηλευτικής διεργασίας που προτείνεται ως δομή της από πολλούς επιστημονικούς και πολιτικούς φορείς.

Κύριο εμπόδιο στην εφαρμογή της αποτελεί η ελλιπής εκπαίδευση των νοσηλευτών.

Άρα, τα εκπαιδευτικά προγράμματα υποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της σε φοιτητές και εργαζόμενους νοσηλευτές. Επομένως, η βελτίωση της εκπαίδευσης, αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης

- γνώσεων
- στάσεων
- δεξιοτήτων

Άρα θα μπορούσε να αποτελέσει βάση για την προπτυχιακή και συνεχιζόμενη νοσηλευτική εκπαίδευση, τον περαιτέρω έλεγχο και βελτίωσή του, καθώς και τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας του στις θεραπευτικές εκβάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών στην κλινική πράξη.

8.2. Διαπροσωπική Διάσταση της Ολικής Νοσηλευτικής

Η Ολική Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας και τέχνη φροντίδας, θεωρία και πράξη, που υπηρετεί τον άνθρωπο – ασθενή ή υγιή - ως βιοψυχοκοινωνική και πνευματική προσωπική οντότητα, μέσα σε κλίμα διαλόγου, συνεργασίας και ανθρώπινων σχέσεων. Ο διαπροσωπικός προσανατολισμός της Νοσηλευτικής επικεντρώνεται στις ανάγκες υγείας και τη νοσηλεία του ασθενούς και αποβλέπει

- στη διατήρηση
- προαγωγή ή
- αποκατάσταση

της ψυχοσωματικής υγείας του, καθώς και της οικογένειας και ολόκληρης της κοινωνίας.

Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική οποιαδήποτε μορφή και αν χρησιμοποιεί (ομιλία, ακρόαση, συμβολική), θεωρείται νοσηλεία στα πλαίσια της πραγμάτωσης της διεργασίας ως επιστημονικής μεθόδου νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο νοσηλευτής μιλά και με τα λόγια του μεταγγίζει πίστη και ελπίδα στους απελπισμένους ενθαρρύνει τους φοβισμένους, καταπραΰνει τους ταραγμένους, προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, ασφάλεια και παρηγοριά, εξουδετερώνει τον πόνο με τις σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις του.

Χρησιμοποιεί εκλεκτικά και την ευαίσθητη ακρόαση ως σκόπιμη νοσηλευτική πράξη για μεταβίβαση προσοχής και ενίσχυση της αυτοέκφρασης.

Ιδιαίτερα, ο νοσηλευτής προσέχει τη συμβολική επικοινωνία, δηλαδή τη γλώσσα της συμπεριφοράς.

Ποια μηνύματα εκπέμπει ο ασθενής χωρίς λόγια και τι μεταβιβάζει ο ίδιος – ο νοσηλευτής – προς το θεραπευτικό πάντα όφελος του ασθενούς.

Το ερώτημα είναι:

«πως θα εκπαιδευτούν οι νοσηλευτές για να νοσηλεύσουν με την ομιλία, με την ακρόαση και με τη σιωπή;»

«και πως θα μετρηθεί η μάθηση, πως θα αξιολογηθεί η ποιότητα του διαπροσωπικού χαρακτήρα της ολικής Νοσηλευτικής;»

(Ραγιά, *Νοσηλευτική* 43 (2), 153-160, 2004.)

8.3. Συνεργασία: Να συνεργάζεσαι με τους ασθενείς για την επίτευξη των αποτελεσμάτων.

Πέρα από την ταξινόμηση των νοσηλευτικών αποτελεσμάτων (NOC) που προσφέρει νοσηλευτικούς όρους που μας βοηθούν να μελετήσουμε την επίδραση της νοσηλευτικής φροντίδας, η σημασία της χρησιμοποίησης απλών όρων και της συνεργασίας με τους ασθενείς κατά τον καθορισμό των επιθυμητών αποτελεσμάτων και τη θέσπιση των προτεραιοτήτων.

Για παράδειγμα, αν ένας ασθενής εκφράσει την επιθυμία να αισθανθεί πιο άνετα, εξηγήστε του ο πόνος θα περιοριστεί περισσότερο όταν τον αναφέρει στο επίπεδο 3 σε μια κλίμακα από το 1-10, παρά να περιμένει να φτάσει ο πόνος στο επίπεδο 8.

Στη συνέχεια, προγραμματίστε τα γεγονότα της ημέρας ώστε αυτή η επιθυμία να επιτευχθεί. Αν ένας ασθενής σας εκφράσει την επιθυμία ότι θέλει να φάει στερεά τροφή επικεντρωθείτε στο πως και πότε αναμένεται να αρχίσει να τρώει στερεά τροφή και τι μπορεί να τρώει στο ενδιάμεσο διάστημα.

(Hausten, RN, MBA, PhD (C), E-mail communication, February 5, 2001.)

8.4. Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη Σύγχρονη Νοσηλευτική

Συνεργασία, είναι η συνένωση των γνώσεων / ικανοτήτων και πείρας πολλών προσώπων προς ένα κοινό σκοπό χωρίς την εξαφάνιση της πρωτοβουλίας των συνεργαζόμενων ατόμων. Η συνεργασία είναι μια μορφή διαλόγου, ευκαιρία υπηρεσίας και προσφοράς και διακονίας.

Η συνεργασία πολλαπλασιάζει τις δυνάμεις των συνεργαζόμενων ασημοτήτων και τις αποδεικνύει ανώτερες των δυνάμεων διιστάμενων διασημοτήτων. Χωρίς την συνεργασία των μελών δεν αναπτύσσεται η κοινωνία, δεν ευημερεί η οικογένεια, δεν κερδίζει μάζες ο στρατός, δεν μεγαλουργεί η παιδεία, δεν προάγονται οι τέχνες και οι επιστήμες, δεν επιτυγχάνει τους στόχους της η σύγχρονη Νοσηλευτική. Ο αιώνιος λόγος του Θεού, συνιστά τη στενή συνεργασία.

«Αγαθοί ο δύο υπέρ τον ένα»

(εκκλησ. δ' 9)

«Ου εισί δύο η τρεις συνηγμένοι εις το εμάν όνομα, εκεί ειμί εν μέσω αυτών»
(Ματθ. ιη΄ 20)

Οι προϋποθέσεις της αρμονικής συνεργασίας είναι:

1. Αυτογνωσία και ταπείνωση
2. Σεβασμός του άλλου προσώπου και αναγνώριση των προσόντων του
3. καλή επικοινωνία, μέτρο και ιερότητα στα λόγια μας.
4. Ευγένεια, διάκριση, μετριοφροσύνη, ανωτερότητα.

Η συνεργασία, είναι γυμναστήριο, σπουδαστήριο και εργαστήριο αγωνισμάτων άλλου βεληνεκούς. Κατά τη συνεργασία καλλιεργούμε:

- την αγάπη
- την συμψυχία
- την υπομονή
- το πνεύμα της μαθητείας

Αναγνωρίζουμε τα ελαττώματά μας π.χ. την φιλοπρωτία, την ιδιορρυθμία, την εμμονή στο ίδιο θέλημα.

Συνδουλίζουμε τον νοσηλευτικό ζήλο και ενθουσιασμό μας και θέτουμε σε εφαρμογή το αγώνισμα που προτείνει ο Μ. Βασίλειος:

«έτοιμος ίσθι αεί μη προς
διδασκαλίαν, αλλά προς μάθησιν».

(P.G. 32, 352, AB΄)

(Ραγιά, Νοσηλευτική 42 (3), 2003)

Οι επιστήμονες υγείας,

- ιατροί
- νοσηλευτές
- οδοντίατροι
- φαρμακοποιοί και
- άλλοι συναφών κλάδων

ανάλογα με τις ανάγκες αποτελούν την ομάδα υγείας και συνεργάζονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κανένας κλάδος μόνος του, όπως και κανένας λειτουργός υγείας δεν είναι επαρκής και ικανός να καλύψει τις ανάγκες υγείας μιας κοινότητας ή ενός αρρώστου. Η ομαδική προσέγγιση στο χώρο αυτό, αποτελεί βασική προϋπόθεση ποιοτικής προσφοράς υπηρεσιών. Η νομική κατοχύρωση της νοσηλευτικής ευθύνης και

των νοσηλευτικών πράξεων βασίζεται στις απόψεις που παρουσιάζονται στο βιβλίο Lensik & Anderson, 2005, και έχουν υιοθετηθεί στη διεθνή νοσηλευτική:

1. Επίβλεψη του ασθενούς – ατόμου η οποία περιλαμβάνει την όλη διεύθυνση της φροντίδας του και απαιτεί την εφαρμογή αρχών βασιζόμενων στις βιολογικές, φυσικές και κοινωνικές επιστήμες.
2. Παρατήρηση συμπτωμάτων και αντιδράσεων, η οποία περιλαμβάνει συμπτωματολογία σωματικών και ψυχικών καταστάσεων και απαιτεί αξιολόγηση ή εφαρμογή αρχών βασιζόμενων στις
 - βιολογικές
 - φυσικές
 - κοινωνικές επιστήμες
3. Ακριβής καταγραφή και αναφορά συμβάντων και στοιχείων η οποία περιλαμβάνει αξιολόγηση της όλης φροντίδας του αρρώστου.
4. Επίβλεψη άλλων, πλην ιατρών, που συμβάλλουν στην περίθαλψη και φροντίδα του αρρώστου.
5. Εφαρμογή και εκτέλεση νοσηλειών και νοσηλευτικών τεχνικών.
6. Αγωγή υγείας – εκπαίδευση και διαπαιδαγώγηση για εξασφάλιση σωματικής και ψυχικής υγείας.
7. Εφαρμογή και εκτέλεση νομίμων ιατρικών οδηγιών, οι οποίες αφορούν σε θεραπεία και φάρμακα με την προϋπόθεση κατανόησης αιτίου και αποτελέσματος αυτών.

(Lensik & Anderson, 2005.)

9. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ - (Job satisfaction)

9.1 Ο όρος, οι παράγοντες και η έννοια της ικανοποίησης

Ο όρος «ικανοποίηση από την εργασία (Job satisfaction)» αναφέρεται στην θεώρηση των συναισθημάτων των εργαζομένων τόσο σε σχέση με την εργασία τους στο σύνολό της, όσο και σε σχέση με κάποιες εκφάνσεις της. Είναι ο βαθμός στον οποίο οι εργαζόμενοι είτε είναι ευχαριστημένοι (οπότε και ικανοποιούνται) είτε δυσαρεστημένοι (οπότε δεν ικανοποιούνται). Η ικανοποίηση από την εργασία έχει αποτελέσει τις τελευταίες δεκαετίες αντικείμενο ενός μεγάλου αριθμού θεωρητικών και εμπειρικών άρθρων και δημοσιεύσεων λόγω:

- Οικονομικού
- Ανθρωπιστικού και
- Γενικότερα θεωρητικού ενδιαφέροντος.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στους παράγοντες που τη διαμορφώνουν και τις επιπτώσεις της

(Staiger Do et al, 2000)

Οι παράγοντες που συντελούν στην ικανοποίηση από την εργασία ανήκουν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- α) ατομικούς
- β) οργανωτικούς
- γ) εργασιακούς

(Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής, Τόμος 2, τεύχος 1, Ιαν-Μάρτιος 2009, σελ 21

(Μαρνέλας & Αλμπάνη)

Η εργασιακή ικανοποίηση είναι άθροισμα συναισθηματικών αντιδράσεων που έχει το άτομο για την εργασία του ή η συναισθηματική διάσταση στάσεών του, η οποία απορρέει από την σύγκριση ανάμεσα στα οφέλη και στις επιθυμίες.

(Cranny et al, 1992)

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης δεν είναι απλή, αφού αποτελείται και επηρεάζεται από την πληθώρα στοιχείων και παραγόντων. Ο Warr διαχωρίζει την επαγγελματική ικανοποίηση σε:

1. ενδογενή (Αφορά στο περιεχόμενο της εργασίας και στους τρόπους διεξαγωγής της) και

2. Εξωγενή (που σχετίζεται με το εργασιακό πλαίσιο και τις συνθήκες εργασίας)

(Warr , PB, 1990)

9.2 Ερευνητικά δεδομένα για την ικανοποίηση

Στην Ελλάδα, έρευνες δείχνουν την απαρχαιωμένη και μη ρεαλιστική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, κακές συνθήκες άσκησης του, αλλά και την απογοήτευση των νοσηλευτών από τις συνθήκες εργασίας.

(Κοτρώτσιου, Θεοδοσοπούλου, Κουρκουλίδου, Καραγιάννη, Ματσούκα, Κατσούλα, 1998)

Ειδικά η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας από την εργασία συσχετίζεται με την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, καθώς και την ικανοποίηση των εν λόγω χρηστών των υπηρεσιών.

(Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012)

Η ικανοποίηση από την εργασία είναι θέμα υψηλής προτεραιότητας με το οποίο, τα νοσηλευτικά ιδρύματα σε όλο τον κόσμο, πρέπει να ασχοληθούν με προσοχή. Αναφορικά με τον Ελληνικό χώρο, απαιτούνται περισσότερες επισκοπήσεις, προκειμένου να εξεταστεί σε βάθος το ποιοι παράγοντες και σε ποια έκταση ορίζουν την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του στη χώρα μας.

(Μαρνέρας Χ., Αλμπάνη Ε., *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Τόμος 2, Τεύχος 1, Ιαν-Μάρτιος: 2009, σελ 20)

Το νοσηλευτικό προσωπικό κινητοποιείται από την αγάπη του για το αντικείμενο εργασίας και τους δεσμούς που συνάπτει με τα άλλα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας υγείας. Η βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και των οικονομικών απολαβών μπορούν να συμβάλλουν θετικά στον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό βιώνει την εργασιακή του ζωή.

(Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012)

Σήμερα, οι νοσηλεύτριες καλούνται να ορίσουν και να διασφαλίσουν την πρακτική τους σε ένα περιβάλλον οικονομικών περιορισμών και έμφασης στην αστικοποίηση της υγείας, τη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και στην επικέντρωση της σχέσης «κόστους και αποτελεσματικότητας» προστίθενται και ο σκεπτικισμός και οι επιφυλάξεις ερευνητικών νοσηλευτών στο κατά πόσο η φροντίδα αποτελεί: «μια

σταθερή αξία» στη Νοσηλευτική ή «στην ηθική της υποτέλειας» η οποία έχει εμποδίσει την επιστημονική ανάπτυξη της Νοσηλευτικής.

(Νοσηλευτική 2010, 49 (4):406-417 «Η Έννοια της φροντίδας»)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, σε αντίθεση με χώρες που έχουν ανάλογη εμπειρία εθνικών συστημάτων Υγείας (Μ. Βρετανία, Σουηδία), παραμένει κατακερματισμένη και αδύναμη να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.

(Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2012 Γιανασμίδης, Τσιαούση)

Οι επανειλημμένες και ατελέσφορες πολιτικές προσπάθειες αναβάθμισης και οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας χαρακτηρίζονται από υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο, χωρίς πρακτικό αντίκτυπο.

Γι' αυτόν άλλωστε τον λόγο, αν και τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα έχουν:

- κοινωνικές
- οικονομικές
- διαχειριστικές και
- υγειονομικές συνιστώσες

αποτελούν κυρίως προβλήματα ιδεολογίας και πολιτικής βούλησης.

(Κυριακόπουλος, (1996)

10. ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη για το σχεδιασμό με το άτομο και την οικογένεια για τη συνέχεια «της φροντίδας» προς την ενδεχόμενη τελική έκβαση της καλύτερης δυνατής κατάστασης ευεξίας ή του αξιοπρεπούς θανάτου.

(Doeuges, Moorhouse, Murr , 2009)

Ο Sahlberg – Blow και οι συνεργάτες του (2001) σε έρευνα για το αν η ποιότητα ζωής είναι εφικτή στο τέλος της ζωής ασθενούς με καρκίνο, παρατήρησαν ότι οι ασθενείς που η προοπτική της νοσηλείας τους ήταν βασισμένη σε ένα μοντέλο προσανατολισμένο στη θεραπεία ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα, από ότι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν με προσανατολισμό στη φροντίδα.

Μία εξαίρεση σε αυτό αποτελούσε ο πόνος, ο οποίος αναφέρθηκε πιο συχνά από τους ασθενείς που η νοσηλεία τους ήταν επικεντρωμένη στη φροντίδα.

(Sahlberg-Blow et al, 2001)

Όταν ο αγώνας ενός αρρώστου με μια ανίατη και μακροχρόνια νόσο τελειώσει, είναι πολύ εύκολο να ξεχαστεί ο ασθενής και να τον βάλουμε στο αρχείο μνήμης. «σαν ένα ακόμη περιστατικό». Απομένει όμως η οικογένεια, που μπορεί να διατηρεί τις καλύτερες εντυπώσεις και αναμνήσεις από την όλη θεραπεία και φροντίδα για τον αποθανόντα, αλλά καμιά φορά ίσως έχει και ερωτηματικά ή και εσφαλμένες εντυπώσεις και αρνητικά συναισθήματα απέναντι στους θεράποντες. Ακόμη, κάποιος συγγενής ενδέχεται να έχει αμφιβολίες ή και τύψεις για τον τρόπο με τον οποίο ο ίδιος συμπεριφέρθηκε προς τον πάσχοντα τις τελευταίες του μέρες.

(Παπαγιαννάκης 1997)

Στην προσπάθεια να λύσει τα προβλήματα αυτά και να βοηθήσει στην ομαλή πορεία μέσα από τα στάδια του πένθους η σύγχρονη ψυχιατρική έχει αναπτύξει, με κύριο εκπρόσωπο τον Colin Murray Parkes, έναν ολόκληρο κλάδο,

«Τη συμβουλευτική του πένθους»(bereavement counseling)

Στην απλούστερη μορφή της, η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει μια συνάντηση του θεράποντος με τα ενδιαφερόμενα πρόσωπα, και έναν ειλικρινή διάλογο, στον οποίο ο καθένας αισθάνεται ελεύθερος να εκδηλώσει τις τυχόν απορίες και σκέψεις του για την εξέλιξη της αρρώστιας του προσφιλους τους προσώπου. Ακόμη και όταν εκφράζονται με μορφή κριτικής, οι απορίες αποτελούν περισσότερο εκτόνωση μιας αμηχανίας και σύγχυσης, παρά προσωπικές επιθέσεις. Μπορεί να μην έχουμε επαρκείς εξηγήσεις για

όλα τα ερωτήματά τους, ωστόσο το γεγονός ότι δεν αποφεύγουμε το διάλογο, αλλά είμαστε ανοικτοί σε αυτόν, μπορεί να σημαίνει πολύ περισσότερο για τους συγγενείς από μία πλήρη παθοφυσιολογική ερμηνεία των συνθηκών του θανάτου.

Επιπλέον με το να διαβεβαιώσουμε τους συγγενείς ότι τέτοιες αντιδράσεις είναι φυσιολογικές και αναμενόμενες μετά από έναν θάνατο, τους βοηθούμε να ξεπεράσουν το γεγονός, με τρόπο υγιή και χωρίς παθολογικά ψυχολογικά κατάλοιπα, ενώ οι μεμονωμένες περιπτώσεις παθολογικού πένθους, μπορεί να χρειάζονται «εξειδικευμένα» ψυχιατρική βοήθεια.

(Παπαγιάννης, 2003)

10.1 Οι πολυπλοκότητες που συμμετέχουν στο τέλος της ζωής

Ο καθένας πρέπει να πεθάνει μια μέρα, όμως συχνά το ζήτημα του θανάτου εξακολουθεί να αποτελεί ταμπού, παρά το γεγονός ότι η παρηγορητική φροντίδα, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας.

Μία διεθνής μελέτη Plos Medicine, δείχνει ότι εκείνοι που εργάζονται στην παρηγορητική φροντίδα, όχι μόνο για την παροχή των βασικών αναγκών που είναι σύνθετα και εξελιγμένα, που πρέπει επίσης να περιλαμβάνουν:

- ✓ ψυχολογική
- ✓ σωματική
- ✓ κοινωνική
- ✓ πνευματική

στήριξη του θνήσκοντος.

Ερευνητές από Αργεντινή, Γερμανία, Ιταλία, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Σλοβενία, Σουηδία και Ελβετία, έχουν αξιολογηθεί οι εργαζόμενοι στην παροχή φροντίδας υγείας, εκτός από τις δραστηριότητες στην παροχή φαρμάκων που τις τελευταίες ημέρες και ώρες της ζωής των ασθενών με καρκίνο, στην παρηγορητική φροντίδα ρυθμίσεις, παρατήρησαν ότι:

«Η πλειοψηφία των δραστηριοτήτων της στη φροντίδα για ένα άτομο που εμπλέκεται, παθαίνει σωματική επαφή όπως η συμμετοχή σε ποικίλες ανάγκες του σώματος σε ένα παρήγορο και αξιοπρεπή τρόπο, εργαζομένων υγείας, ανέφερε επίσης, ότι άλλες σημαντικές πτυχές του έργου τους αποτελούνταν από στενή «επικοινωνία» με τον ετοιμοθάνατο και την οικογένεια και ταυτόχρονα η δημιουργία ενός ελκυστικού ασφαλούς και ανακουφίζοντας το περιβάλλον, αναφέροντας ότι απλά οι παρόντες, όταν ένα άτομο είναι κοντά στο θάνατο είναι επίσης πολύ σημαντικοί»

Οι ερευνητές βρήκαν διάφορες περιοχές που έχουν ανάγκη από περαιτέρω έρευνα, για παράδειγμα.

Νέες μεθόδους βελτίωσης των αισθήσεων, ενός ετοιμοθάνατου ανθρώπου και του γενικού περιβάλλοντος.

Συστήνουν επίσης την ανάπτυξη μιας μεγαλύτερης επίπεδο λεπτομέρειας, όπως βελτίωση της ορολογίας για την φροντίδα, στο τέλος του κύκλου της ζωής τους, θα εμπλουτίσουν την εκτίμηση όλων των πτυχών και πολυπλοκότητα στη φροντίδα για τους ανθρώπους κατά την τελευταία ημέρα της ζωής τους θα είναι επίσης προς όφελος για την κλινική πρακτική, τη διδασκαλία και τη έρευνα.

Δηλώνουν:

«Σε αυτά τα δεδομένα, αποτελεί βασική λειτουργία του προτύπου της πρακτικής παρηγορητική φροντίδα φαίνεται να είναι μία προσπάθεια να παρέχει εξατομικευμένες και συμπονετική, τέλος του κύκλου ζωής τους φροντίδα, από τη διατήρηση και την υποστήριξη των δεσμών με την καθημερινή ζωή του ατόμου»

(Rattue, 16 Φεβ 2012)

10.2 Νέοι ηθικοί προβληματισμοί

Η φροντίδα κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του ασθενούς και τα τεχνολογικά επιτεύγματα στη θεραπεία της στειρότητας και των ασθενειών, θέτουν υπό αμφισβήτηση τις παραδοσιακές ηθικές και κοινωνικές αξίες σχετικά με τη σύλληψη, τη γέννηση, τον θάνατο και τη διαδικασία θανάτου.

Η κοινωνία προβληματίζεται περισσότερο για την ηθική της «Παρηγορητικής/ανακουφιστικής φροντίδας» Η φροντίδα που ανακουφίζει από τον πόνο και τη δυσφορία και προάγει μια αίσθηση σωματικής και πνευματικής ευεξίας, αλλά δεν θεραπεύει.

Οι νοσηλευτές βρίσκουν πολλές φορές τους εαυτούς τους «να παλεύουν» με ηθικά διλήματα στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειές τους να λάβουν αποφάσεις μετά από σωστή ενημέρωση ή όταν γίνονται συνήγοροί τους .

(Ζαβερδινού, 2005)

11. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μέσα από μια ανασκόπηση και πληθώρα άρθρων για τις αντιλήψεις των νοσηλευτών και των ασθενών για τη φροντίδα, έχουν διατυπωθεί τα παρακάτω δεδομένα

Επισημαίνεται η σπουδαιότητα της στενής σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς. Η δύναμη της παρουσίας και της εξειδικευμένης φροντίδας του νοσηλευτή ακόμη και στην κάλυψη των βασικών αναγκών του ασθενούς. Ενσυναίσθηση της κατάστασης του ασθενούς.

(*Rittwau, 2008, Αγγλία*)

Μοναδική στο είδος της διερευνά πώς αντιλαμβάνονται οι ασθενείς συμπεριφορές μη φροντίδας. Η μηχανιστική παροχή φροντίδας, η αδυναμία επικοινωνίας, μη εξατομικευμένη προσέγγιση. Η προσφορά φροντίδας χωρίς ενσυναίσθηση δηλώνει απουσία φροντίδας.

(*Haldorsdottirs & Hawrin, 1997, Ισλανδία*)

Διαφορετική προσέγγιση της φροντίδας μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών. Οι ασθενείς δίνουν προτεραιότητα σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την τεχνική επιδεξιότητα και τις γνώσεις, ενώ οι νοσηλευτές στην εξασφάλιση άνεσης και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών.

(*Widwark-Peterssoun et al, 2001-Σουηδία*)

Εφόσον οι νοσηλευτές έχουν γνώσεις επικοινωνίας και τεχνικές επιδεξιότητες είναι δυνατόν να δομηθεί σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης με τους ασθενείς. Σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης είναι η συναισθηματική συμμετοχή του νοσηλευτή. Παροχή φροντίδας με σεβασμό στις ανάγκες και την προσωπικότητα του ασθενούς, καθώς και διάθεση χρόνου δίπλα στον ασθενή.

(*Bertero, 1999 – Σουηδία*)

Η φροντίδα επηρεάζεται από την προσωπική άποψη για τον καλό θάνατο και την πεποίθηση ότι είναι τμήμα της εργασίας. Επισημαίνεται μοναδικότητα της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, η συναισθηματική φόρτιση από την απώλεια ενός ασθενούς, η αδυναμία να απαντηθούν σημαντικά ερωτήματα των ασθενών. Η προσωπική εμπλοκή με τον ασθενή και την οικογένεια, δημιουργεί αίσθημα «απομόνωσης», από τους συναδέλφους που βιώνουν και αποστασιοποιούνται.

(Hopkinson et al, 2003 – Αγγλία)

Οι προσωπικές αξίες και οι ικανότητες του νοσηλευτή είναι εκείνες που τον καθιστούν ικανό να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, να αποτελέσει τμήμα της οικογένειας του ασθενούς και να παρέχει ολιστική φροντίδα. Οι ασθενείς συμφωνούν ότι η ανάπτυξη στενής σχέσης με τους νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς να ζητήσουν, να συζητήσουν και να δεχθούν τη φροντίδα που τους παρέχεται. Αισθάνονται περισσότερο δυνατοί και ικανότεροι να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές δυσκολίες που γεννά η κατάστασή τους. Αισθάνονται πιο ήρεμοι.

(Mok and Chiu , 2004 - Hong Kong)

Οι ασθενείς και οι νοσηλευτές συμφωνούν με διαφορετική προτεραιότητα, σε σημαντικές συμπεριφορές φροντίδας, που σχετίζονται με την άμεση πρόσβαση σε θεραπευτικές επιλογές, την ανακούφιση ειδικά για τον πόνο και την παρακολούθηση της επιτυχίας της αγωγής, καθώς και της κατάστασης του ασθενούς. Βασικό χαρακτηριστικό κριτήριο όλων είναι η επικοινωνία. Οι γνώσεις και οι δεξιότητες των νοσηλευτών στην ανακούφιση του πόνου επιδρούν στην έκφραση των σημαντικότερων συμπεριφορών φροντίδας.

(Changy et al, 2005 – Taiwan)

Υπογραμμίζεται η επίδραση της πολιτισμικής ταυτότητας στην αντίληψη για τη φροντίδα. Οι Κινέζοι ασθενείς ζητούν από τους νοσηλευτές να έχουν επαγγελματική γνώση ώστε να παρέχουν καλή φροντίδα, να τους ενημερώνουν, να αισθάνονται ασφάλεια και συναισθηματική υποστήριξη.

(Liu JE et al, 2006 – Hong Kong)

Η επίδραση της συμπεριφοράς των ασθενών από τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τη διάγνωση της νόσου τους στην παροχή φροντίδας και στήριξης από τους νοσηλευτές

(Kendall , 2007 – Αυστραλία, Bhutau & Hong Kong)

Περιγράφεται το έλλειμμα στην εκπαίδευση των νέων όσον αφορά στην επικοινωνία με αποτέλεσμα την μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυξημένο άγχος στην παροχή φροντίδας.

(Cope et al, 2007 – Αγγλία)

Ενδυνάμωση των ασθενών μέσα από συνεχή πληροφόρηση και συμμετοχή στη φροντίδα, καθώς και στην απόφαση για θεραπεία χωρίς όμως να παραγνωρίζεται ότι

τελικά υπεύθυνος είναι ο ιατρός. Οι ασθενείς, επισημαίνουν ότι η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας δίνει νόημα και σέβεται την προσωπικότητα του ασθενούς.

(Kvale and Bonderik, 2008 – Νορβηγία)

Αποτελέσματα της στενής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή – ασθενούς είναι, η δημιουργία οικειότητας τέτοιας ώστε να επιτρέψει στον ασθενή να αισθανθεί εμπιστοσύνη και άνεση. Ο νοσηλευτής αισθάνεται συμπόνια που αποτελεί μέρος της συναισθηματικής προσφοράς φροντίδας.

(Dowling, 2008 – Ιρλανδία)

Σημαντική μελέτη από την πλευρά της παρουσίασης αποτελεσμάτων της επίδρασης διαφορετικής κουλτούρας, θρησκευτικών πεποιθήσεων, κοινωνικών αντιλήψεων και εκπαίδευσης στην παροχή φροντίδας των ασθενών που πεθαίνουν.

(Iranwanesh et al, (2008) – Ιράν)

Η ανάπτυξη στενής σχέσης φροντίδας ανάμεσα σε ασθενείς και νοσηλευτές απαιτεί από τους νοσηλευτές:

- ❖ ευσυναίσθηση
- ❖ ευσπλαχνία
- ❖ ευαισθησία
- ❖ θεμελίωση εμπιστοσύνης

Όλα αυτά παρουσιάζονται ως ηθική ευθύνη των νοσηλευτών, στοιχείο που προκύπτει από την ιδιαιτερότητα της πολιτισμικής τους ταυτότητας.

(Iranwanesh et al, 2009 – Ιράν)

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα βρέθηκε υψηλή. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ικανοποίησης ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα και συχνότητα παροχής φροντίδας ($r=0,764$ $P<0,01$). Τα αποτελέσματα της πιλοτικής μελέτης συμφωνούν με τη βιβλιογραφία και επιβεβαιώνονται πλήρως προηγούμενα ευρήματα που αναφέρονται στη σημαντικότητα των συμπεριφορών φροντίδας σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Στο ερωτηματολόγιό τους, η υψηλότερη βαθμολογία παρατηρήθηκε στην ερώτηση που αφορά την ικανοποίηση από τον επαγγελματισμό του προσωπικού και η χαμηλότερη στην ερώτηση που σχετίζεται στον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές προετοίμαζαν την οικογένεια του ασθενούς για την έξοδό του από το νοσοκομείο. Στις συσχέτισεις που έγιναν ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών παρουσιάζει θετική

συσχέτιση με τη συχνότητα παροχής φροντίδας, την υποστήριξη της ιδέας της εξατομικευμένης φροντίδας και τη λήψη εξατομικευμένης φροντίδας.

(Νοσηλευτική 2010, 49 (4):406-417 Ελλάδα)

Οι αντιλήψεις των ασθενών παραμένουν σταθερές με την πάροδο των χρόνων. Οι ασθενείς θεωρούν σημαντικότερες τις συμπεριφορές φροντίδας που σχετίζονται με την επαγγελματική ικανότητα των νοσηλευτών και τη γνώση στην εφαρμογή των διάφορων νοσηλευτικών διαδικασιών.

Επιπλέον οι νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό στοιχείο να διαθέτουν

- ❖ ευαισθησία
- ❖ ευσυναίσθηση
- ❖ ικανότητες επικοινωνίας και
- ❖ κατάλληλη εκπαίδευση

που προάγει το περιβάλλον εμπιστοσύνης και ασφάλειας. Τέλος, η σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας με σεβασμό στις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους. Η διαφορά των αντιλήψεων των συμπεριφορών φροντίδας νοσηλευτών και ασθενών φαίνεται ότι εξαρτάται και από τα εξειδικευμένα κέντρα παροχής υγείας.

(Νοσηλευτική 2011, 50(1): 35-48, Ελλάδα)

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

I. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετήθηκαν διάφοροι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη νοσηλευτική φροντίδα. Σκοπός ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της «φροντίδας» και του «φροντίζουν» οι νοσηλευτές.

2.ΔΕΙΓΜΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλεύτριες-τες Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ) και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ). Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύτριες-τές των νομών

-Γρεβενών

-Καστοριάς

-Ιωαννίνων

Και των νοσοκομείων

-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

-ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ

-Κ.Υ. ΔΕΣΚΑΤΗΣ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

-ΙΚΑ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

ΚΑΠΗ ΓΡΕΒΕΝΩΝ

.

3.ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από νοσηλευτές-τριες τμημάτων

- ΜΟΝΑΔΑ ΤΕΧΝΗΤΟΥ ΝΕΦΡΟΥ
- ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ
- ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
- ΤΜΗΜΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ
- ΤΜΗΜΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ
- ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
- ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
- ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ
- ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ΓΡΑΦΕΙΟ ΔΙΕΥΘΥΝΟΥΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟΜΕΑΡΧΩΝ

Από τους νομούς που προαναφέρθηκαν

Από τις 8 Φεβρουαρίου 2012 έως 31 Μαρτίου 2012.

Προηγήθηκε η ενημέρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας με στόχο τη συνεργασία και την αύξηση του ποσοστού της ανταπόκρισης. Τα ερωτηματολόγια συλλέγονταν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Συνολικά διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια. Πλήρως συμπληρωμένα ήταν 60, τα οποία και αξιολογήθηκαν (ποσοστό ανταπόκρισης 60%).

4.Ερευνητικά εργαλεία

Ερωτηματολόγιο πνευματικότητας (SpREUK)

Το ερωτηματολόγιο SpREUK αναπτύχθηκε με σκοπό να βοηθήσει στη διερεύνηση της επίδρασης της πνευματικότητας σε πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και στο πως η πνευματικότητα τους βοηθά να αντιμετωπίζουν την ασθένεια. Αποτελείται από 15 στοιχεία και περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες : αναζήτηση υποστήριξης, πίστη σε ανώτερη δύναμη και αναστοχασμό. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στο σύνολο των ερωτήσεων με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό πνευματικότητας(Bussing 2010).

Ερωτηματολόγιο φροντίδας (NDI-35)

Το ερωτηματολόγιο φροντίδας NDI-35 (Watson et al.,1999) σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για το νοσηλευτή οι παράμετροι της φροντίδας , όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα likert και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων

Job-Communication Satisfaction-Importance (JCSI (Duldt-Batthey, 1997

Για την αξιολόγηση της εργασιακής επικοινωνίας και ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Job-Communication Satisfaction-Importance (JCSI)», το οποίο σχεδιάστηκε από την B.W. Duldt-Batthey (Duldt-Batthey, 1997), με σκοπό να εξυπηρετήσει μια μεγάλη ομάδα νοσηλευτών και άλλων φροντιστών υγείας που εργάζονται τόσο στο χώρο του νοσοκομείου όσο και σε άλλους χώρους υγείας. Το εργαλείο μελετά την επικοινωνία στο χώρο της νοσηλευτικής, την ικανοποίηση που μπορεί να προσφέρει το επάγγελμα στους φροντιστές υγείας και την σπουδαιότητα του επαγγέλματος αυτού. Οι απαντήσεις του εργαλείου μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για το αν το προσωπικό υγείας είναι κατάλληλα καταρτισμένο, όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες που πρέπει να κατέχουν, έτσι ώστε να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους συναδέλφους τους, τους ανωτέρους τους και τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, μελετά την ανάγκη αλλαγών στον χώρο εργασίας και την επίλυση ήδη υπάρχοντων προβλημάτων, με στόχο οι φροντιστές υγείας να εργάζονται σε ένα χώρο που τους προσφέρει ικανοποίηση και η φροντίδα που παρέχουν να είναι άκρως αποτελεσματική και ολιστική (Duldt-Batthey, 2004). Το ερωτηματολόγιο JCSI αποτελείται

από 28 μέρη κατά τα οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να σημειώσουν το βαθμό ικανοποίησης και σπουδαιότητας, όσον αφορά το χώρο της εργασίας τους. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας επτάβαθμης κλίμακας τύπου Likert [(-1)-(-2)-(-3)-(0)-(+1)-(+2)-(+3)]. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Γκούβα και συν.,2010).

Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, (1979). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979).

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας - Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall 1979)

Η κλίμακα της ναρκισσιστικής προσωπικότητας (NPI) είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από τους Raskin & Hall το 1979, με σκοπό τη μελέτη των ατομικών διαφορών στο ναρκισσισμό ως σταθερού χαρακτηριστικού της προσωπικότητας. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται ευρέως σε έρευνες στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Στην κωδικοποίηση των απαντήσεων και τη βαθμολόγησή τους από τους ερευνητές η επιλογή από το άτομο εκείνης της εναλλακτικής εκ των δύο σε κάθε ζεύγος προτάσεων ερωτημάτων, που υποδηλώνει την παρουσία στο άτομο του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας, βαθμολογείται με 1 ενώ η επιλογή της άλλης εναλλακτικής, που αποτελεί ένδειξη της απουσίας του, βαθμολογείται με 0 (Κοκκώση και συν, 1998). Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών στις προτάσεις που υποδηλώνουν την παρουσία του χαρακτηριστικού της ναρκισσιστικής προσωπικότητας και λαμβάνει τιμές από 0 έως 30

Τεστ προσανατολισμού για την ζωή- Life Orientation Test (LOT-R; Scheier et al. 1994)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lygkos et al., 2009). Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα. Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφονται οι βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και μετατρέπονται σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προστίθενται τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκεται ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994).

Τεστ προσωπικότητας (Eysenck Personality Questionnaire)

Το EPQ προσαρμόστηκε στα Ελληνικά από τον Δημητρίου Ε. (1977). Αποτελείται από 84 ερωτήσεις που βρίσκονται σε τυχαίες θέσεις αλλά και συγκροτούν 4 ομάδες οι οποίες μετρούν :

1. η πρώτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό εξωστρέφειας (E)
2. η δεύτερη ομάδα, από 22 ερωτήσεις, το βαθμό νευρωτισμού (N)
3. η τρίτη ομάδα, από 24 ερωτήσεις, το βαθμό ψυχωτισμού (P)
4. η τέταρτη ομάδα, από 19 ερωτήσεις, το βαθμό ψεύδους (L)

Το EPQ όπως προσαρμόστηκε από τον Δημητρίου Ε. (1977) στον ελληνικό πληθυσμό έχει πολλά πλεονεκτήματα μεταξύ των οποίων είναι η απλότητα των ερωτήσεων που δεν απαιτούν ιδιαίτερες γραμματικές γνώσεις για να απαντηθούν και ο μικρός χρόνος συμπλήρωσης.

Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

II. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική και δημιουργήθηκαν πίνακες συχνοτήτων και ραβδογράμματα για τις διάφορες μεταβλητές. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής έγινε με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk. Στην περίπτωση μη κανονικότητας εφαρμόστηκε η παραμετρική δοκιμασία Mann –Whitney-U test (για δύο ζεύγη) και Kruskal-Wallis (για πολλά ανεξάρτητα δείγματα)εφαρμόστηκε στις ποσοτικές μεταβλητές, λόγω μη κανονικής κατανομής τους. Η διάμεσος τιμή δ χρησιμοποιήθηκε για την περιγραφή των αποτελεσμάτων. Η ηλικία διχοτομήθηκε στη διάμεσο τιμή 40 έτη. Οι άγαμοι, χήροι και διαζευγμένοι εντάχθηκαν επίσης σε μία κατηγορία. Για τις συγκρίσεις μεταξύ των υποομάδων χρησιμοποιήθηκε η παραμετρική δοκιμασία Dunn's. Για τις συσχετίσεις (correlations) χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Spearman. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p= 0,05$. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.Οι συντελεστές αξιοπιστίας α Cronbach ανά κλίμακα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας IIα. Συντελεστές αξιοπιστίας της έρευνας

Ερωτηματολόγιο(Κλίμακα)	α Cronbach
Watson(Φροντίδας)	0,86
Αλτρουισμού	0,61
NPI-30	0,63
SpREUK	0,87
LOT-R	0,63
Eysenck	0,70
JSCI	0,94

III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γυναίκες ήταν το 93,3% του δείγματος. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν, έγγαμοι (78,3%), απόφοιτοι ΤΕΙ (96,7%), χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (96,7%)

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

	N	%
Φύλο		
Άντρας	4	6,7
Γυναίκα	56	93,3
Σύνολο	60	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	11	18,3
Έγγαμος/η	47	78,3
Διαζευγμένος/η	1	1,7
Χήρος/α	1	1,7
Σύνολο	60	100,0
Τόπος διαμονής		
Χωριό/ Κωμόπολη	17	28,3
Πόλη < 150.000 κατοίκους	41	68,3
Πόλη > 150.000 κατοίκους	2	3,3
Σύνολο	60	100,0
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Απόφοιτος ΑΕΙ	2	3,3
Απόφοιτος ΤΕΙ	58	96,7
Σύνολο	60	100,0
Μεταπτυχιακές σπουδές		
Master	2	3,3
Κανένα	58	96,7
Σύνολο	60	100,0

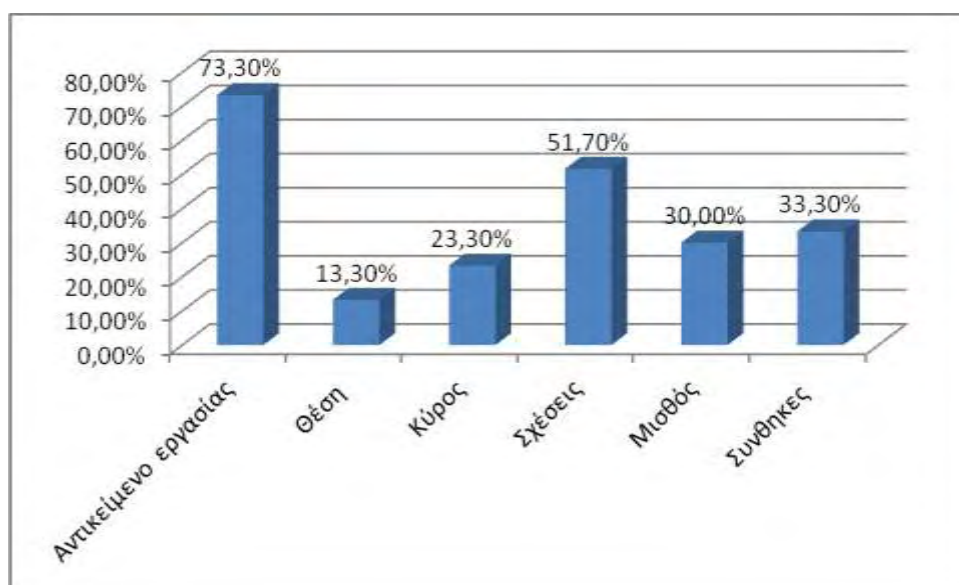
Οι περισσότεροι νοσηλευτές είχαν προϋπηρεσία άνω των 15 ετών (68,3%).

Πίνακας 2. Επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών του δείγματος

	N	%
Επαγγελματική εμπειρία		
0-5 έτη	10	16,7
5-10 έτη	9	15,0
10-15 έτη	13	21,7
15-20 έτη	5	8,3
Περισσότερα από 20 έτη	23	38,3
Σύνολο	60	100,0

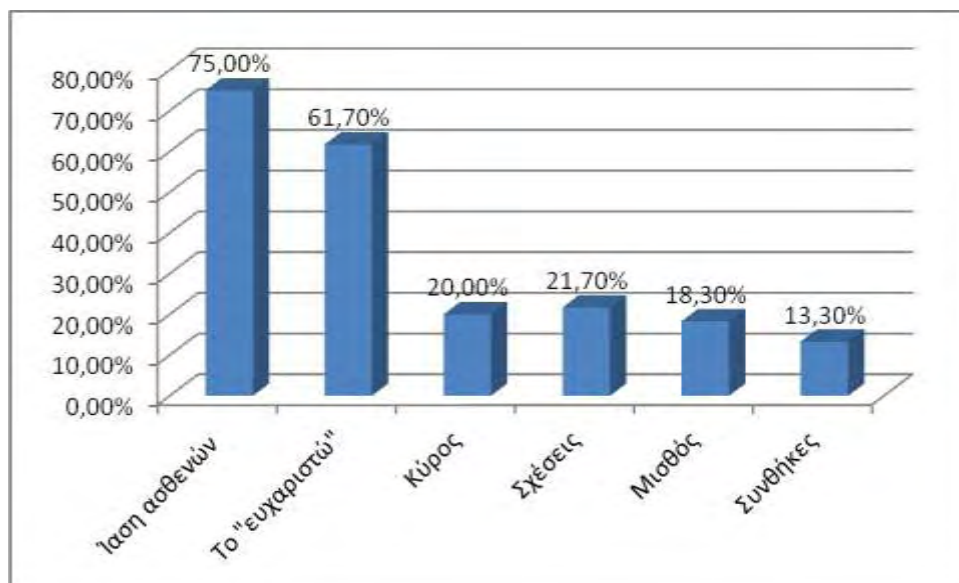
Το αντικείμενο εργασίας κατά πρώτο λόγο και οι σχέσεις με συναδέλφους αναδεικνύονται οι πιο σημαντικές πηγές ικανοποίησης για τους νοσηλευτές (73,3% και 51,7% αντίστοιχα)(γράφημα 1).

Γράφημα 1. Τομείς ικανοποίησης νοσηλευτών



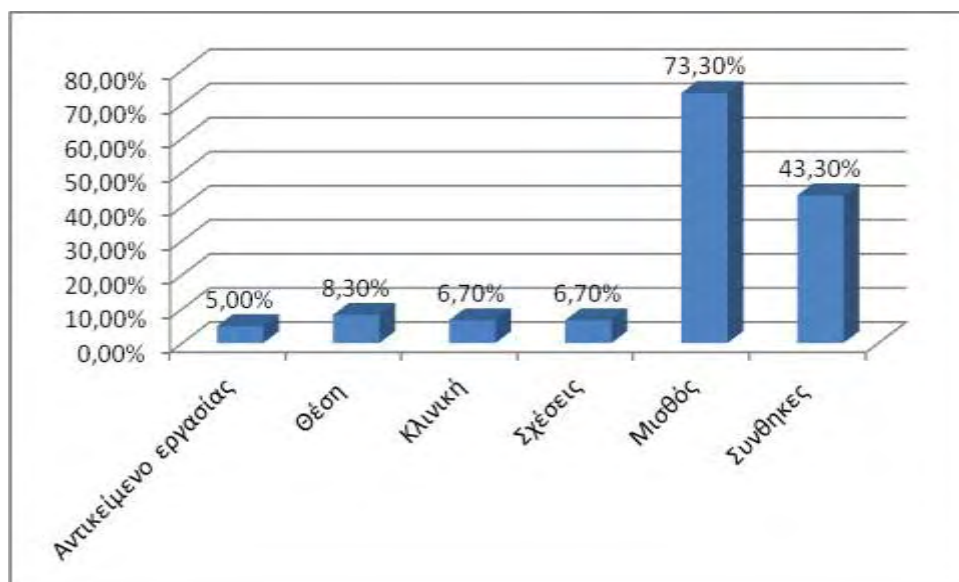
Η ίαση των ασθενών και το «ευχαριστώ» είναι με ποσοστά 75% και 62 % περίπου οι πιο σημαντικές πτυχές της εργασίας των νοσηλευτών (γράφημα 2).

Γράφημα 2. Αξιολόγηση της σημαντικότητας πτυχών της εργασίας



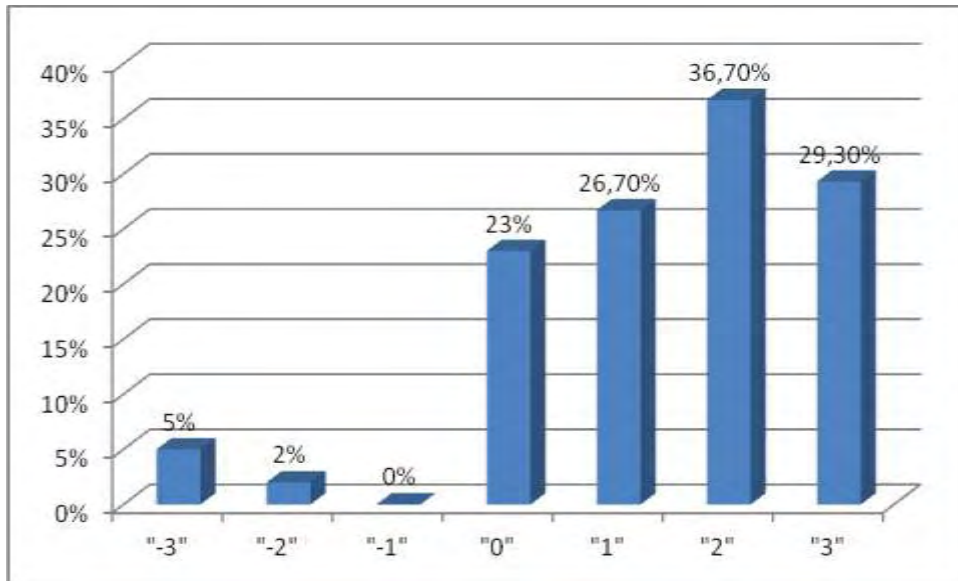
Ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας (73,3% και 43,3%) είναι οι παράμετροι που συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών (γράφημα 3).

Γράφημα 3. Τομείς εργασίας με τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια

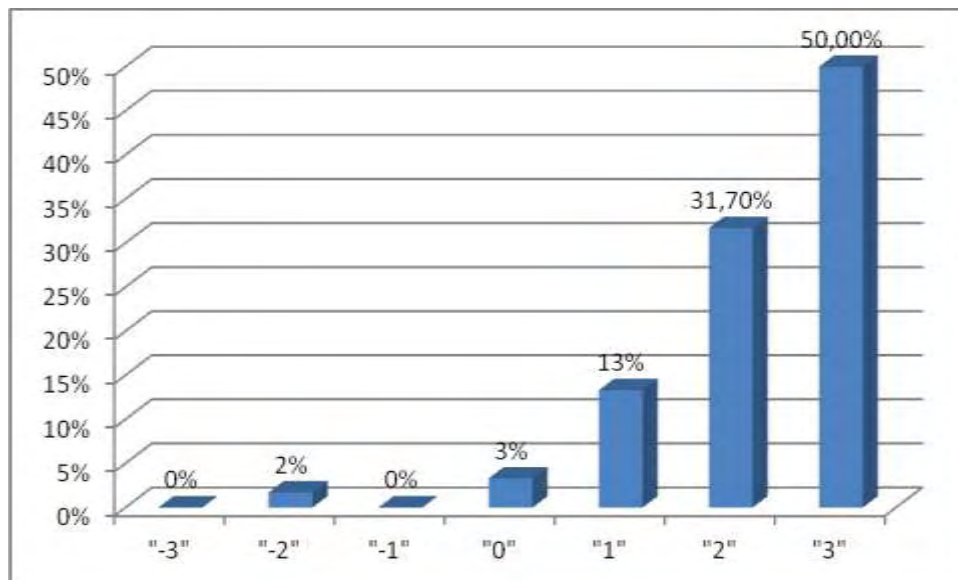


Πολύ ή απολύτως ικανοποιημένο από την εργασία του δηλώνει το 66% του δείγματος, ενώ « απολύτως σημαντική» θεωρεί την εργασία του 50% του δείγματος (γραφήματα 4 & 5).

Γράφημα 4.Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία



Γράφημα 5. Βαθμός σημαντικότητας της εργασίας



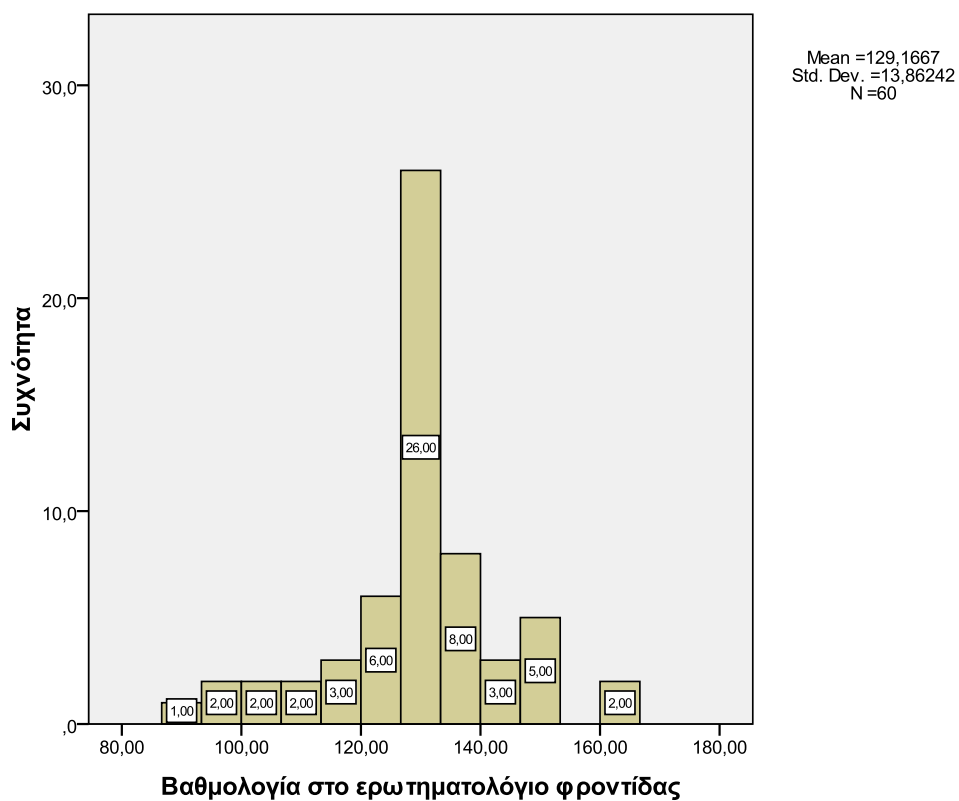
Η πληροφόρηση για τους στόχους ήταν ο τομέας που οι νοσηλευτές δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι (μέση τιμή 2,23), ενώ ως πιο σημαντική παράμετρο αξιολογούν τις σχέσεις με τους συναδέλφους(μέση τιμή 2,70), (πίνακας 3).

Πίνακας 3. Βαθμός ικανοποίησης και σημαντικότητα σχετικά με τις διαστάσεις ικανοποίησης

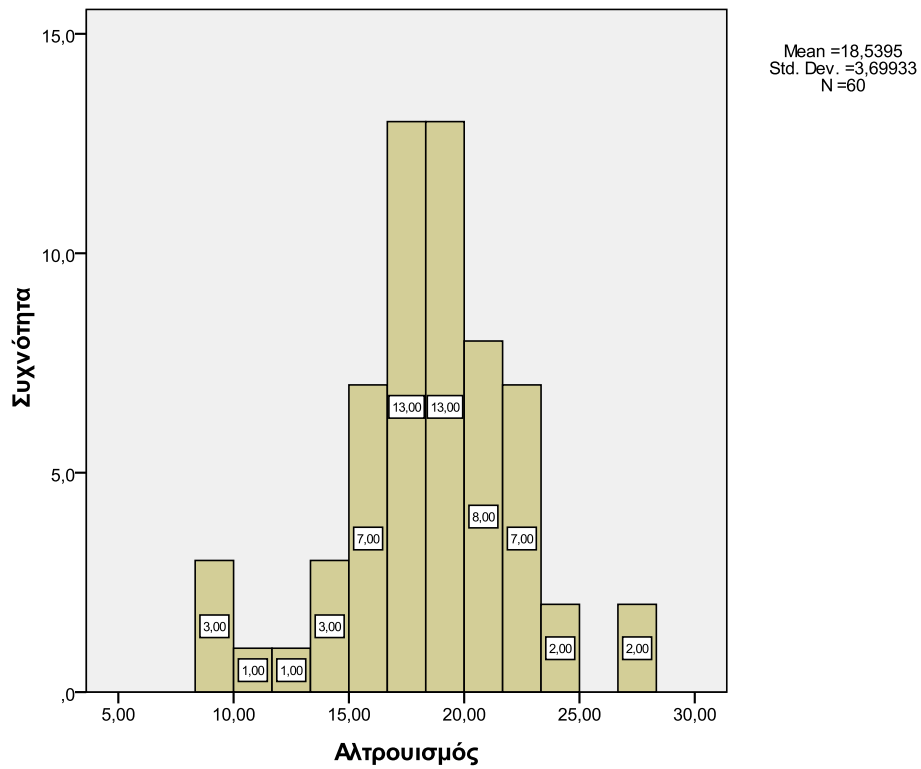
Διάσταση ικανοποίησης	Βαθμός ικανοποίησης	Βαθμός σημαντικότητας
Ενημέρωση γενικά	1,68	2,13
Πληροφόρηση για στόχους	2,23	2,00
Πληροφόρηση για επιτεύγματα	1,92	2,13
Πληροφόρηση για πολιτική	1,31	1,66
Τυπική επικοινωνία	1,41	1,91
Νόημα επιτυχίας	1,55	2,08
Προκλήσεις εργασίας	0,43	1,67
Ευχαρίστηση από εργασία	1,53	2,18
Χρήση ικανοτήτων	1,86	2,08
Παρεχόμενη εμπειρία	1,54	2,08
Σχέσεις με συναδέλφους	1,88	2,33
Βοήθεια από συναδέλφους	1,95	2,28
Φιλικότητα συναδέλφων	1,35	2,65
Αξία σχέσεων με συναδέλφους	2,11	2,70
Άτυπη επικοινωνία	2,11	1,67
Σχέση με ανώτερο	1,91	2,43
Επικοινωνία προς ανώτερο	2,00	2,45
Επικοινωνία από ανώτερο	0,91	2,69
Αναγνώριση από ανώτερο	2,28	2,22
Κατανόηση από ανώτερο	2,16	2,32
Οδηγίες από ανώτερο	2,06	2,36
Επικοινωνία με διευθυντή	2,10	2,25
Επικοινωνία μεταξύ σχολείων	2,00	1,83
Επικοινωνία με άλλες ειδικότητες	2,03	2,08
Επικοινωνία με εθελοντές	1,60	1,86

Στις κλίμακες της φροντίδας και του αλτρουισμού οι μέσες τιμές ήταν $129,16 \pm 13,87$ και $18,53 \pm 3,69$ αντίστοιχα (γραφήματα 6 & 7). Στο ερωτηματολόγιο προσανατολισμού στη ζωή (LOT), η μέση τιμή ήταν $26,35 \pm 4,37$, (γράφημα 8). Στο ερωτηματολόγιο NPI η μέση τιμή ήταν $4,18 \pm 1,67$. Οι νοσηλευτές στο σύνολό τους θεωρούν εαυτούς πολύ καλούς στην εργασία τους (γράφημα 10), δίνοντας βαθμολογία 5 σε μια κλίμακα από το 1 (χείριστος νοσηλευτής) μέχρι το 6 (άριστος

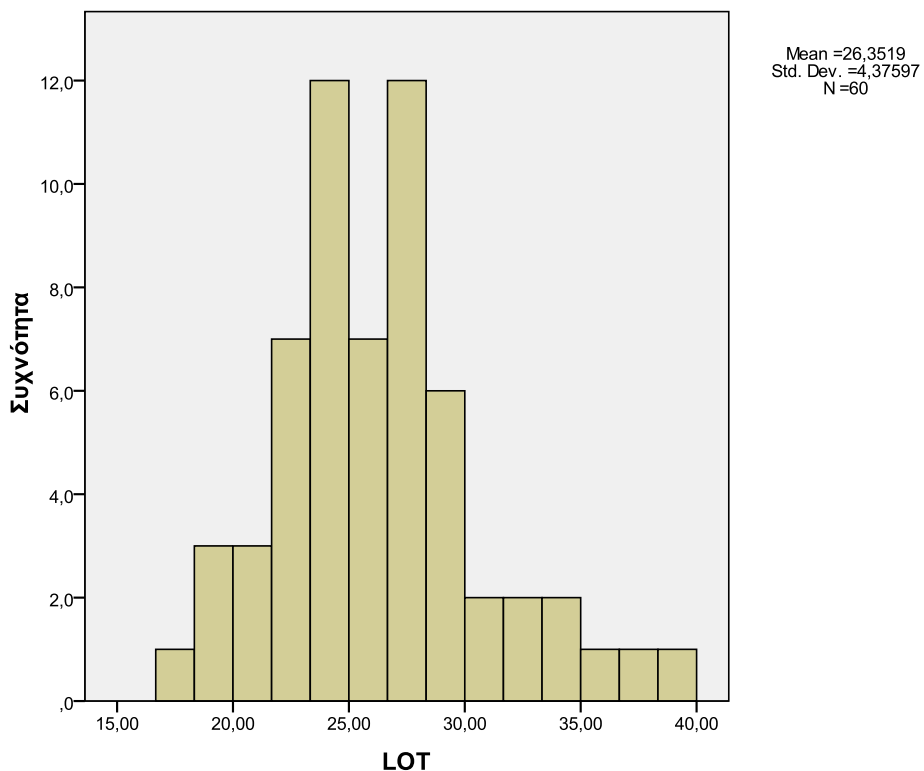
Γράφημα 6. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα φροντίδας



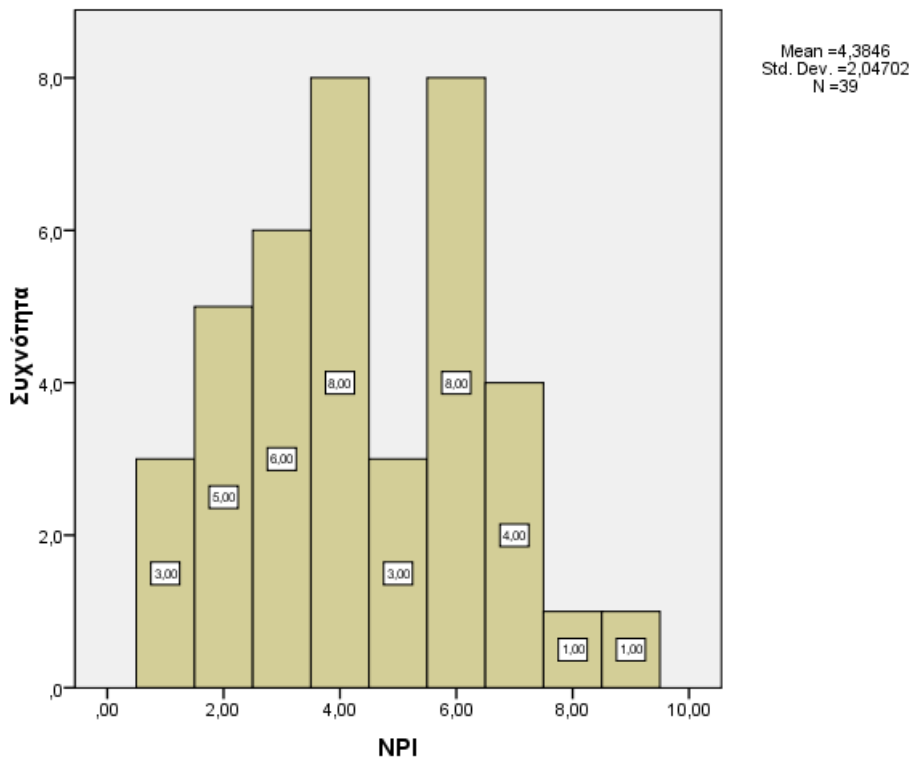
Γράφημα 7. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα αλτρουισμού



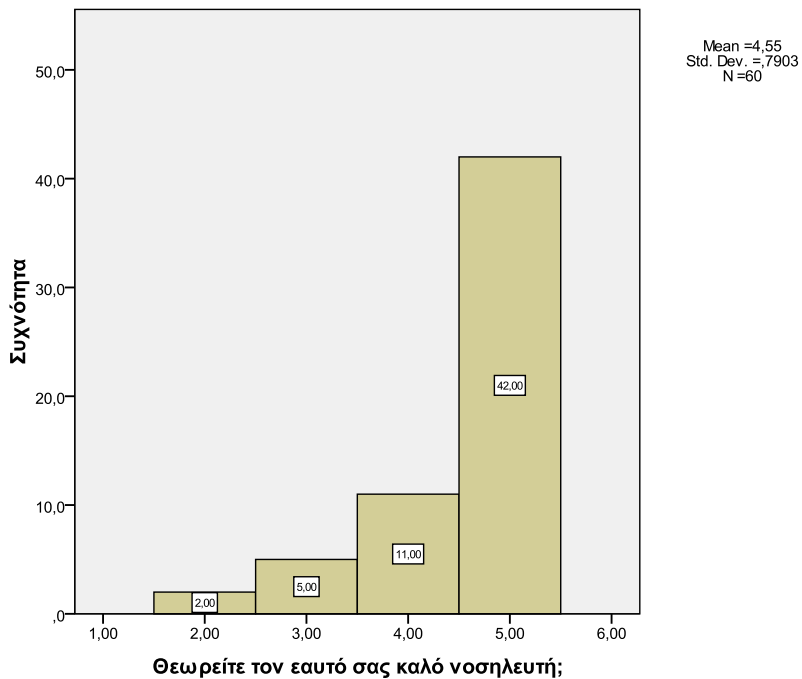
Γράφημα 8. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα προσανατολισμού στη ζωή



Γράφημα 9. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα ναρκισσισμού



Γράφημα 10. Άποψη των συμμετεχόντων για τους εαυτούς τους ως επαγγελματίες νοσηλευτές



Στον τομέα της πνευματικότητας , η διάσταση «αναστοχασμός» είχε την υψηλότερη μέση τιμή (16,29±3,8) και η «αναζήτηση υποστήριξης» τη χαμηλότερη (13,48±3,8).

Πίνακας 4. Οι διαστάσεις της πνευματικότητας στους νοσηλευτές του δείγματος (περιγραφική στατιστική)

Πνευματικότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	ΤΑ
Αναζήτηση υποστήριξης	6,00	22,00	13,48	3,81
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	6,00	24,00	14,89	3,95
Αναστοχασμός	9,00	24,00	16,29	3,80

Ιδιαίτερα υψηλές τιμές σημειώνονται στην κλίμακα του ψυχωτισμού (11,73 μέση τιμή, με ανώτερη φυσιολογική τιμή το 5), οι απαντήσεις στην υποκλίμακα ενδοστρέφειας-εξωστρέφειας (13,76) δηλώνουν ισορροπία μεταξύ των δύο καταστάσεων, ενώ στο νευρωτισμό τα αποτελέσματα βρίσκονται στα ανώτερα φυσιολογικά όρια.

Πίνακας 5. Οι διαστάσεις της προσωπικότητας στους νοσηλευτές του δείγματος (περιγραφική στατιστική)

Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	ΤΑ
Εξωστρέφεια – Εσωστρέφεια	6,00	21,00	13,76	4,15
Νευρωτισμός	4,00	20,00	11,43	4,25
Ψυχωτισμός	4,00	17,00	11,73	3,08
Ψεύδος	10,00	19,00	16,96	2,01

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσες τιμές την κλίμακα φροντίδας ανά αντικείμενο του ερωτηματολογίου και ακολουθεί εικόνα με τιμές από διάφορες έρευνες (Watson 2003). Έκδηλες είναι οι διαφορές στα αντικείμενα 6,7,14,31 (επαφή με τον ασθενή μετά την εξοδό του, διασφάλιση ζωής σε ασθενή τελικού σταδίου, διαρκής απασχόληση και συζήτηση προσωπικού προβλήματος με ασθενή) , όπου οι νοσηλευτές του δείγματος της παρούσας έρευνας έχουν ιδιαίτερα

χαμηλές τιμές , ενώ στα υπόλοιπα στοιχεία του ερωτηματολογίου οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν εντυπωσιακά υψηλότερες τιμές σε σχέση με εκείνες που αναφέρονται σε άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης)

Πίνακας 6. Η βαθμολογία ανά στοιχείο της κλίμακας φροντίδας

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1	3,30	1,19
2	4,23	1,06
3	2,78	1,28
4	3,12	1,31
5	4,28	1,06
6	1,85	1,45
7	3,03	1,24
8	4,27	1,07
9	3,71	1,46
10	2,86	1,32
11	4,32	0,95
12	4,37	1,19
13	2,53	1,36
14	2,16	1,26
15	2,71	1,53
16	4,02	1,16
17	3,29	1,63
18	4,15	0,93
19	4,18	1,13
20	4,37	1,13
21	4,35	1,13
22	3,57	1,13
23	2,93	1,27
24	4,14	0,99
25	4,23	1,13
26	4,00	1,04
27	4,00	1,07
28	4,37	1,04
29	4,60	0,87
30	4,17	1,20
31	2,07	1,52
32	3,71	1,28
33	4,60	0,91
34	3,90	1,21
35	4,25	1,14

Item	Mean score						
	ST1	ST2	ST3	NNS	P	UK	NSp
1	1.41	1.22	1.13	1.63	1.31	1.09	1.52
2	1.29	1.20	1.23	1.46	1.38	1.05	1.64
3	3.43	3.50	3.54	3.88	3.75	3.61	2.69
4	3.67	3.65	3.93	3.52	3.54	3.51	3.56
5	1.33	1.34	1.32	1.47	1.37	1.16	1.61
6	3.79	4.03	4.08	3.41	3.20	3.80	3.69
7	3.59	3.72	4.07	4.13	3.04	3.99	4.06
8	2.30	2.76	3.03	2.53	2.51	2.46	2.97
9	3.26	3.52	3.87	3.59	3.82	3.27	3.52
10	2.40	2.13	1.86	3.57	3.65	1.82	1.73
11	1.38	1.60	1.68	1.52	1.45	1.48	1.71
12	1.31	1.13	1.21	1.45	1.49	1.06	1.44
13	3.24	3.29	3.36	3.18	2.98	3.58	2.56
14	3.50	3.75	4.07	4.08	3.31	4.04	4.30
15	2.04	1.92	1.72	2.82	2.73	1.65	1.73
16	1.70	1.38	1.38	2.02	2.02	1.31	1.76
17	1.47	1.44	1.44	1.39	1.17	1.13	1.62
18	3.57	3.74	3.81	3.84	3.40	3.27	3.65
19	1.80	1.77	1.48	2.36	2.28	1.68	2.23
20	1.35	1.22	1.31	1.60	1.28	1.07	1.69
21	1.67	1.82	2.07	2.25	1.76	1.58	1.73
22	1.74	1.70	1.45	2.47	2.51	1.68	2.03
23	2.54	2.30	1.92	3.12	3.05	2.12	2.12
24	1.37	1.33	1.28	1.72	1.43	1.35	2.31
25	1.66	1.55	1.44	2.59	1.93	1.33	1.75
26	1.28	1.50	1.42	1.42	1.21	1.12	1.52
27	2.42	2.48	2.13	3.13	2.56	2.15	2.58
28	1.19	1.27	1.28	1.39	1.31	1.06	1.45
29	1.39	1.50	1.39	1.58	1.40	1.13	1.65
30	1.51	1.43	1.45	1.96	1.89	1.47	1.50
31	4.37	4.57	4.57	4.21	3.60	4.18	4.07
32	1.61	1.77	1.36	2.07	1.88	1.38	1.87
33	1.39	1.34	1.36	1.43	1.24	1.21	1.66
34	1.72	1.99	2.38	2.29	1.73	2.05	2.15
35	1.21	1.25	1.24	1.40	1.25	1.09	1.58

Εικόνα 1. Παραδείγματα βαθμολογίας στην κλίμακα φροντίδας από δυτικοευρωπαϊκές χώρες (Ισπανία, Μ. Βρετανία) : (ST-1,2,3-: φοιτητές νοσηλευτικής σε α' εξάμηνο , 1^ο έτος και 2^ο έτος, αντίστοιχα, NNS: φοιτητές πλην νοσηλευτικής)

ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην κλίμακα αλτρουισμού μεταξύ των νέων νοσηλευτών (ηλικία <40 ετών) ($\delta=20$) και εκείνων με ηλικία άνω των 40 ετών ($\delta= 17$), $p=0,06$ (Πίνακας 10) . Επίσης στην κλίμακα ικανοποίησης, οι έγγαμοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τους άγαμους/ χήρους / διαζευγμένους ($\delta=2$ έναντι $\delta=1$, αντίστοιχα), $p=0,002$. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην κλίμακα του προσανατολισμού στη ζωή και στη διάσταση της πνευματικότητας «αναστοχασμός » -θετική συσχέτιση (Spearman $\rho=0,266$, $p=0,04$) και ανάμεσα στον ψυχωτισμό και την ικανοποίηση από την εργασία (αρνητική συσχέτιση(Spearman $\rho=-0,378$, $p=0,003$). Σε όλες τις άλλες κλίμακες δεν προέκυψε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 7. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο NPI σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

NPI	U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Φύλο	90,00	- 0,68	0,498
Ηλικία	357,50	- 1,36	0,174
Οικογενειακή κατάσταση	303,00	- 0,35	0,730
Τόπος διαμονής	333,50	- 0,75	0,455
Έτη προϋπηρεσίας	1,13	2	0,570

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

Πίνακας 8. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο LOT σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

LOT	U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Φύλο	76,00	- 1,07	0,285
Ηλικία	381,00	- 0,96	0,336
Οικογενειακή κατάσταση	226,00	- 1,68	0,092
Τόπος διαμονής	343,00	- 0,57	0,571
Έτη προϋπηρεσίας	1,45	2	0,485

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

Πίνακας 9. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο φροντίδας σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

Κλίμακα φροντίδας	U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Φύλο	97,00	- 0,45	0,652
Ηλικία	358,00	- 1,32	0,187
Οικογενειακή κατάσταση	316,00	- 0,11	0,915
Τόπος διαμονής	299,00	- 1,29	0,196
Έτη προϋπηρεσίας	0,41	2	0,815

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

Πίνακας 10. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο αλτρουισμού σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

Κλίμακα αλτρουισμού	U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Φύλο	83,50	- 0,85	0,396
Ηλικία	321,00	- 1,86	0,063
Οικογενειακή κατάσταση	284,00	- 0,67	0,504
Τόπος διαμονής	375,00	- 0,05	0,961
Έτη προϋπηρεσίας	1,52	2	0,467

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

Πίνακας 11. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο SpREUK σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

Πνευματικότητα		U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Αναζήτηση υποστήριξης	Φύλο	93,00	-0,57	0,572
	Ηλικία	357,00	-1,32	0,187
	Οικογενειακή κατάσταση	252,00	-1,23	0,220
	Τόπος διαμονής	317,00	-0,99	0,324
	Έτη προϋπηρεσίας	4,37	2	0,113
Πίστη σε ανώτερη δύναμη	Φύλο	101,00	-0,33	0,743
	Ηλικία	358,00	-0,90	0,370
	Οικογενειακή κατάσταση	319,00	-0,05	0,958
	Τόπος διαμονής	322,00	-0,91	0,364
	Έτη προϋπηρεσίας	5,39	2	0,067
Αναστοχασμός	Φύλο	75,00	-1,10	0,272
	Ηλικία	404,00	-0,61	0,541
	Οικογενειακή κατάσταση	279,00	-0,75	0,451
	Τόπος διαμονής	317,00	-0,99	0,324
	Έτη προϋπηρεσίας	3,97	2	0,138

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

Πίνακας 12. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο Eysenck σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά

Ερωτηματολόγιο προσωπικότητας		U (chi- Square *)	Z (df *)	p
Εξωστρεφεια-ενδοστρεφεια	Φύλο	90,00	-0,66	0,513
	Ηλικία	382,50	-0,94	0,347
	Οικογενειακή κατάσταση	303,00	-0,33	0,739
	Τόπος διαμονής	322,00	-0,91	0,364
	Έτη προϋπηρεσίας	1,70	2	0,427
Νευρωτισμός	Φύλο	71,50	-1,21	0,228
	Ηλικία	366,00	-1,19	0,235
	Οικογενειακή κατάσταση	307,00	-0,26	0,792
	Τόπος διαμονής	377,00	-0,02	0,987
	Έτη προϋπηρεσίας	1,75	2	0,418
Ψυχωτισμός	Φύλο	88,50	-0,70	0,482
	Ηλικία	406,00	-0,59	0,554
	Οικογενειακή κατάσταση	321,00	-0,02	0,986
	Τόπος διαμονής	298,00	-1,30	0,193
	Έτη προϋπηρεσίας	2,65	2	0,266
Ψεύδος	Φύλο	83,50	-0,78	0,437
	Ηλικία	397,00	-0,31	0,759
	Οικογενειακή κατάσταση	282,50	-0,19	0,847
	Τόπος διαμονής	333,00	-0,47	0,639
	Έτη προϋπηρεσίας	1,92	2	0,384

*Για τη δοκιμασία Kruskal Wallis

IV. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τη σημασία που αποκτούν οι εργασιακές συνθήκες για την απρόσκοπτη άσκηση του νοσηλευτικού λειτουργήματος την παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ουμανιστικές αρχές της Νοσηλευτικής, αλλά και την ίδια την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Πράγματι, συγκεκριμένοι τομείς της νοσηλευτικής φροντίδας, που εξαρτώνται κυρίως από οργανωτικούς παράγοντες, όπως είναι η διατήρηση της επαφής με τον ασθενή μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και η διασφάλιση της ζωής σε ασθενή τελικού σταδίου συγκέντρωσαν τη μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας. Σημειώνεται ότι σε αντίστοιχες έρευνες προηγμένων υγειονομικά χωρών, οι τομείς αυτοί συγκεντρώνουν την υψηλότερη βαθμολογία (Watson et al 2003, Rhodes et al 2011). Αντίθετα, σε τομείς που απαιτούν προσήλωση στις παραδοσιακές ουμανιστικές αξίες και προϋποθέτουν προσωπική κινητοποίηση του νοσηλευτή, οι νοσηλευτές του δείγματος δηλώνουν εντυπωσιακά έτοιμοι να προσφέρουν, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, από την οικογενειακή τους κατάσταση, ή τα χρόνια προϋπηρεσίας. Ιδιαίτερα οι νέοι επιδεικνύουν ιδιαίτερα αλτρουιστική συμπεριφορά. Αν οι αντικειμενικές συνθήκες άσκησης της Νοσηλευτικής βελτιωθούν, οι αρετές των νέων νοσηλευτών σε συνδυασμό με την εμπειρία των παλαιότερων, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον πυρήνα της αναγέννησης της φροντίδας στο νοσοκομειακό περιβάλλον και να οδηγήσουν στη βέλτιστη απόδοση του συστήματος υγείας (Georgaki et al 2002, Tselebis et al 2006).

Η διαπίστωση ότι οι συνθήκες εργασίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα δυσαρέσκειας για τους νοσηλευτές και ότι η ψυχική τους επιβάρυνση συνδυάζεται με χαμηλά επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης, όπως προκύπτει από τη συσχέτιση της διάστασης του ψυχωτισμού με την εργασιακή ικανοποίηση τονίζει ότι η έλλειψη ικανοποίησης, φυσικής και πνευματικής ευεξίας, οδηγεί την ψυχική υγεία σε αδιέξοδο. Μια εκτεταμένη έρευνα σε 25.000 άτομα αποκάλυψε ότι η εργασιακή ικανοποίηση επηρεάζει την υγεία των εργαζομένων και ότι η έλλειψη ικανοποίησης, φυσικής και πνευματικής ευεξίας, οδηγεί τον εργαζόμενο σε μεγάλη ψυχική δυσφορία (Spector et al 2007). Η επαγγελματική εξουθένωση, η ασάφεια και η σύγκρουση ρόλων, καθώς και το οργανωτικό κλίμα στην εργασία αναγνωρίζονται ως παράγοντες που μειώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Η αμοιβή και προβληματικές εργασιακές συνθήκες είναι οι κύριες αιτίες δυσαρέσκειας οφειλόμενης στην εργασία, που μπορεί να οδηγήσουν σε μαζικές αποχωρήσεις νοσηλευτών, όπως έχει αναφέρεται σε διεθνείς μελέτες. Το γεγονός ότι οι κακές συνθήκες εργασίας και η οικονομική αμοιβή αποτελούν την

κυρίαρχη πηγή απογοήτευσης για τους νοσηλευτές της μελέτης φαίνεται να είναι σταθερό εύρημα στις έρευνες που έχουν διεξαχθεί στον ελλαδικό χώρο(Καπέλα 2002, Δημητριάδου-Παντέκα 2009)

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές εξακολουθούν να κινητοποιούνται από την αγάπη που έχουν για το αντικείμενο εργασίας τους, αλλά και από τους στενούς δεσμούς με τους συναδέλφους τους. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η ανάπτυξη σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας, καθώς και τα χαρακτηριστικά της πραγματοποιούμενης εργασίας, είναι σημαντικοί παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση (Locke 1976). Οι νοσηλευτές που έχουν τον έλεγχο της εργασίας τους κινητοποιούνται ενδογενώς με τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, παρά εξωγενώς με κίνητρα υλικά ή άλλες ανταμοιβές (Laschinger et al, 2012). Οι Ahlburg & Brown-Mahoney (1996) βρήκαν ότι μια αύξηση του μισθού κατά 10 %-ανταγωνιστική σε σχέση με τις αμοιβές άλλων επαγγελματιών για τις ίδιες δυνατότητες- αύξανε την πιθανότητα να παραμείνει ο νοσηλευτής στην υπηρεσία του μόνο κατά 2 %. Βρέθηκε επίσης ότι νοσηλευτές που αντιμετωπίζουν απογοήτευση και εξουθένωση από την εργασία τους δεν έχουν τον έλεγχο στις εργασιακές συνθήκες οι οποίες καθορίζουν την εργασία για την οποία είναι υπεύθυνοι (Aiken et al, 2002). Το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον παίζει επίσης ρόλο στην επαγγελματική ικανοποίηση, αφού έχει βρεθεί ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, όπως άλλωστε διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη (Yaktin 2003). Επίσης η πνευματικότητα των νοσηλευτών σχετίζεται θετικά με την κλίμακα προσανατολισμού στη ζωή, καθώς ο αναστοχασμός συνδυάστηκε με πιο θετική στάση απέναντι στη ζωή.

Υπενθυμίζεται πως σύμφωνα με την εργασία των Δημητρίου κ.α.(1977) για την κλίμακα του Ψυχωτισμού του ερωτηματολογίου Eysenck, η φυσιολογική διακύμανση είναι από 1 έως 5 ενώ βαθμολογίες μεγαλύτερες του 6 θεωρείται πως αντιστοιχούν σε υποκείμενα με πρόβλημα Ψυχωτισμού το οποίο γίνεται ισχυρότερο όσο μεγαλώνουν οι τιμές. Ανάλογα, για το Νευρωτισμό η βαθμολογία κρίνεται φυσιολογική όταν κυμαίνεται από 1 έως 11 ενώ από 12 και πάνω θεωρείται πως υπάρχει πρόβλημα νευρωτισμού το οποίο γίνεται ισχυρότερο όσο μεγαλώνουν οι τιμές. Η υπερδιπλάσια μέση τιμή των νοσηλευτών του δείγματος στην κλίμακα του ψυχωτισμού και η αρνητική συσχέτιση της συγκεκριμένης κλίμακας με την ικανοποίηση προβληματίζει σχετικά με την ψυχολογική πίεση που δέχονται οι νοσηλευτές και την επίπτωση που αυτή έχει στην εργασία τους. Σε καθεστώς υπερβολικού φόρτου εργασίας, όπου ένας μικρότερος αριθμός ατόμων

καλείται να βγάλει την ίδια ποσότητα εργασίας, σε λιγότερο χρόνο, με την αύξηση των ρυθμών εργασίας, που βλάπτει την ποιότητα, καταστρέφει τις σχέσεις μεταξύ συναδέλφων, και σκοτώνει την καινοτομία, αλλά και χωρίς αναγνώριση της εργασίας, η ψυχική επιβάρυνση των νοσηλευτών αυξάνει με αντίστοιχες συνέπειες για την απόδοσή τους και την εν γένει λειτουργία του συστήματος υγείας.

Ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος και το γεγονός ότι πρόκειται για δείγμα ευκολίας περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Ωστόσο, τα ευρήματά μας είναι ενδεικτικά των δύσκολων συνθηκών άσκησης του νοσηλευτικού λειτουργήματος υπογραμμίζουν την ανάγκη ανάληψης πρωτοβουλιών από τους αρμόδιους φορείς για τη βελτίωση της κατάστασης στα Ελληνικά νοσοκομεία. Πρέπει να ενισχυθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της ομάδας εργασίας πρέπει να ενισχύεται, δίνοντας έμφαση στην καλή ηγεσία και στις ευχάριστες διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της εργασίας. Οι επαγγελματικοί σύνδεσμοι θα πρέπει να συνεχίσουν να είναι συνήγοροι των νοσηλευτών και σύμβουλοι σε κυβερνήσεις σχετικά με τις τάσεις στο νοσηλευτικό δυναμικό και να ασκούν πίεση για ρυθμιστικές νομοθεσίες, ώστε οι νοσηλευτές να μπορούν να εξασκούν το επάγγελμα στη μέγιστη δυνατότητα. Προκειμένου να δημιουργηθεί ένα ελκυστικό για τους νοσηλευτές εργασιακό περιβάλλον, έτσι ώστε να διατηρηθεί επαρκής αριθμός νοσηλευτών στο επάγγελμα, που να λαμβάνουν ικανοποίηση και ανταπόκριση από αυτό, πρέπει επίσης να παρέχονται ευκαιρίες για συνεχή εκπαίδευση καθώς και εργασιακή ευελιξία που να επιτρέπει στους εργαζόμενους να συμμετέχουν σε αυτές τις δραστηριότητες.

V. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η διερεύνηση της έννοιας «φροντίδα» και της σχέσης «Φροντίδα –Νοσηλευτικής» βρίσκονται σε εξέλιξη με πολλούς θεωρητικούς να καταλήγουν ότι η φροντίδα εξαρτάται τόσο από την προσωπικότητα του νοσηλευτή, όσο και από το περιβάλλον, καθώς και τις συνθήκες που παρέχεται, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσεται από τα δύο μέρη, αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενούς.

Σκοπός : Ήταν να διερευνηθεί ο τρόπος που αντιλαμβάνονται και περιγράφουν την έννοια της «φροντίδας» και του «φροντίζεин» οι νοσηλευτές.

Υλικό και μέθοδος : Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλεύτριες-τες Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης(ΠΕ) και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ) από δευτεροβάθμια νοσοκομεία της Δυτικής Μακεδονίας(δείγμα ευκολίας). Ερευνητικά εργαλεία ήταν οι κλίμακες φροντίδας της Watson, η κλίμακα προσανατολισμού στη ζωή, η κλίμακα αλτρουισμού, το ερωτηματολόγιο προσωπικότητας του Eysenck, η κλίμακα πνευματικότητας SpREUK και η κλίμακα εργασιακής ικανοποίησης JSCI. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Αποτελέσματα : Το αντικείμενο εργασίας κατά πρώτο λόγο και οι σχέσεις με συναδέλφους αναδεικνύονται οι πιο σημαντικές πηγές ικανοποίησης για τους νοσηλευτές (73,3% και 51,7% αντίστοιχα). Ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας (73,3% και 43,3%) είναι οι παράμετροι που συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών.Ιδιαίτερα υψηλές τιμές σημειώνονται στην κλίμακα του ψυχωτισμού (11,73 μέση τιμή, με ανώτερη φυσιολογική τιμή το 5). Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην κλίμακα αλτρουισμού μεταξύ των νέων νοσηλευτών (ηλικία <40 ετών) ($\bar{\delta}=20$)και εκείνων με ηλικία άνω των 40 ετών ($\bar{\delta}= 17$), $p=0,06$. Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις παρατηρήθηκαν ανάμεσα στην κλίμακα του προσανατολισμού στη ζωή και στη διάσταση της πνευματικότητας «αναστοχασμός» -θετική συσχέτιση (Spearman rho=0,266, $p=0,04$) και ανάμεσα στον ψυχωτισμό και την ικανοποίηση από την εργασία (αρνητική συσχέτιση(Spearman rho=-0,378, $p=0,003$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τη σημασία που αποκτούν οι εργασιακές συνθήκες για την απρόσκοπτη άσκηση του νοσηλευτικού λειτουργήματος την παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ουμανιστικές αρχές της Νοσηλευτικής, αλλά και την ίδια την ικανοποίηση των νοσηλευτών. Αν οι αντικειμενικές συνθήκες άσκησης της Νοσηλευτικής βελτιωθούν, οι αρετές των νέων νοσηλευτών σε συνδυασμό με την εμπειρία των παλαιότερων, θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον πυρήνα της αναγέννησης της φροντίδας στο νοσοκομειακό περιβάλλον και να οδηγήσουν στη βέλτιστη απόδοση του συστήματος υγείας

VI. SUMMARY

Introduction: The study of the notion/concept "care and the relation "Care-Nursing" are in progress getting a lot of theorists to the up claiming that care depends not only on the nurses' personality but also on the environment as well as on the conditions offered and the relationship developed by the two parties between the nurse and the patient.

Aim: This is associated with the way in which nurses realize and describe the idea of "care" and "taking care of someone."

Material and method: The sample of the research was given by 100 nurses (male and female) who are university graduates (U.E.) and technological education graduates (T.E.) from secondary hospitals in the West Macedonia (an easy sample). The research tools used were the care scales of Watson, the orientation scale of life, the Altruism subscale, the personality questionnaire of Essence, the spirituality scale SpREUK and the job satisfaction scale JSCI. The level of statistical importance was defined in $p=0.05$.

Results: First and foremost, the object of job and the relations among colleagues have proved to be the most important sources of satisfaction for nurses (73,3% and 51,7% respectively). The salary and the working conditions (73.3% and 43.3%) are the parameters which cause the greatest dissatisfaction for nurses. Particularly high rates are/were noted on the scale of psychotics' (11.73 on average, 5 being the highest normal rate). Marginally, a statistically significant difference was noted on the altruism scale among young nurses (aged < 40) (sample=20) and those aged over 40 (sample=17), $p=0,06$.

Statistically significant correlations were noted between the orientation scale in life and the dimension of spirituality "re-meditation" –a positive correlation (Spearman $\rho=0,226$, $p=0,04$) as well as between psychotics' and the job satisfaction (negative correlation (Spearman $\rho=0.378$, $p=0.03$).

Conclusions: The findings of this research highlight the importance which the working conditions get for the unhindered practice of the nursing job, the provision of care according to the humanistic principles of Nursing but also the nurses' satisfaction itself. If the objective practice conditions of Nursing were to improve, the skills of the new nurses in combination with the care revival in the hospital environment and lead to an optimum performance of health system.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alfaro-Lefevre Rosalinda. Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική διεργασία προάγοντας τη συνεργατική φροντίδα, 5^η έκδοση. Επιμέλεια – Μετάφραση Ζαβερδινού Ρόζα. *Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.* , 2005, σελ. 7, 13, 19, 27, 34, 35, 36.
2. Alfano – Lafevre (1999). Άρθρο: Γνώμη: «Αποδίδει να είσαι καλός;» Critical thinking in nursing. A practical approach. Philadelphia WB Saunolers – Συντάκτης: Haward Weiss, 10512 EN, RhD (Farella, C, E. 2000). Cooling the candroy on your unit Nursing speroktum.
3. American Nurses Association: Nursing's Social Policy Statement, 2nd ed Washington, DC, 2003: 6.
4. Becker, M.H. (ed) 1984. The Health Belief Model and Personal Health Behaviour. New Jersey, Charles B. Slack, Thorofare.
5. Bertero C. Caring for and about cancer, patients: identifying the meaning of the phenomenon “caring” through narratives. *Cancer Nurs* 1999, 22: 414-420.
6. Boykin A., & Schoemhofer. S.O. (2001). Nursing as caring: A model for transforming Practice. *Nursing Science Quarterly*, 11, 44.
7. Brilowski GA, Wendler MC. An evolutionary concept analysis of caring. *J Adv. Nurs.* 2005, 50:641.
8. Brooker C et al, 2007. Waugh A, Watson R., (2007). Foundations of Nursing Practice. *Fundamentals of Holistic Care, Mosby Elevier.*
9. Cope G., Caldwell K., Atwal A., Brett – Richards M., Coleman K. Preparation for cancer care: Perceptions of newly qualified health care professionals. *Eur J Oncol Nurs* 2007. 11: 159-167.
10. Changy V., Lin VP, Chang HJ, Lin CC. Cancer patient and staff ratings of caring behaviours: Relationship to level of pain intensity. *Cancer Nurs* 2005, 28: 331-339.
11. Cranny CJ, Smith PC, Stone Ef. Job satisfaction: How people feel about their jobs and how it affects their performance. *Lexing-ton Books, New York*, 1992.
12. Doemges, Moorthouse & Moore (2008), Nurses's pocket guide – diagnoses, prioritized interventions and rationales, 11th editions, *F.A. Davis Company Philadelphia.*
13. Dowling M. The meaning of nurse-patient intimacy in oncology care settings: From the nurse and patient perspective. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 319-328.

14. Ehlers VJ. Is caring a lost art in nursing or is it a changing reality? Commentary on the editorial written by Juliet Corbin. *Int J Nurs Stud.* 2008, 45: 802.
15. Fosbindeer P. Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *J. Adv. Nurs* 1994, 20: 1085.
16. Griffiths P. 1998. An investigation into the description of patients' problems by nurses using two different needs – based nursing models, *Journal of Advanced Nursing*, 28 (5), 969-970.
17. Hajewskic, (1998), Maurin J., Rapp D., Sitterding M., Pappas J., (1998). Implementation and evaluation of nursing interventions classification and nursing outcomes classification in a patient education plan, *Journal of nursing care. Quality*, June 12(5): 30-32.
18. Halldorsdottir S., Hamrin E. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nurs* 1997, 20: 120-128.
19. Hansten Ruth, RN, MBA, PhP (C). [E-mail communication, February 5, 2001]. Άρθρο: «Να συνεργάζεστε με τους ασθενείς σας για την επίτευξη των αποτελεσμάτων».
20. Hopkinson JB, Hallett CE, Luker KA. Caring for dying people in hospital. *J Adv Nurs* 2003, 44: 525-533.
21. Iranmanesh S., Dargahi H., Abbaszaden A. Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients. *Palliat Support Care*, 2008, 6: 363-369.
22. Iranmanesh S., Axelsson K., Savenstedt S., Haggstrom TS. A caring relationship with people who have cancer. *J Adv Nurs* 2009, 65: 1300-1308.
23. Kendall S. Witnessing tragedy: Nurse's perceptions of caring for patients with cancer. *Int Nurs Pract* 2007, 13: 111-120 (Αυστραλία – Bhutan & Hong-Kong).
24. Kvale K., Bondevik M. What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scand J caring. Sci* 2008, 22: 582-589.
25. Leininger M. The theory of culture care diversity and universality in: Culture care diversity and universality: A theory of nursing national League for Nursing. *Press*, New York, 1991.
26. Lensik and Anderson, *Nursing practice and the Law* (2005).
27. Leo B. Hendry, Janet Shucksmith and Kate Philip (1995). «Educating for Health School and community approaches with adolescents» (κεφ. 3: 64-65)
28. Liu JE., Mok E., Wong T. Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *J Clin Nurs* 2006, 15: 188-196.

29. Marilyn E. Doenges, Mary Frances Moorhouse, Alice C. Murr. (2009). Οδηγός ανάπτυξης σχεδίου Νοσηλευτικής φροντίδας. Διαγνώσεις, παρεμβάσεις, αιτιολογήσεις. 11^η έκδοση, Αγγλικά, 1^η έκδοση Επιμέλεια Ελισάβετ Πατηράκη – Κουρμπάνη. Επιμέλεια Ενοτήτων Στυλιανός Κατσαραγνής, Μαρία Χατχοπούλου, 2009, εκδόσεις Μαρία Χατχοπούλου 2009, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης ΕΠΕ, σελ. 1-7.
30. Melanie McEwen & Evelyn M. Wills. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Ε. Κοτρώτσιου, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, *Νοσηλευτικές Θεωρίες*, 2010.
31. Menzies 1970, Stockwell 1972, Hayward 1975, Macleod-Clark 1984, Faulker 1985, Ley 1988.
32. Mok E., Chin PC. Nurse - patient relations ships in palliative care. *J Adv Nurs* 2004, 48: 475-483.
33. Montgomery, C., (1993). *Headling through communication: The practice of caring. Sage Publications.*
34. Muller – Staub M., (2009). Evaluation of the implementation of nursing diagnosis, interventions and outcomes: *Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 20 (1): 9-15.
35. Patistea E. Nurse's perceptions of caring as documented in theory and research. *J. Clin Nurs* 1999, 8: 487-488.
36. Polit F., Beck C. *Nursing research: Principles and Methods*, 5th ed Lippincolt, *New York*, 2004.
37. Priscilla Lemone, RN, DSN, Karen Burke, RN, MS. *Επιστημονική επιμέλεια: Ηρώ Παναουδάκη – Μπροκαλάκη (2004). Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2004. Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα ασθενούς τόμος Ι, Τρίτη έκδοση, κεφ. 1:σελ. 5.*
38. Rattue Petra (Συντάκτης). Άρθρο: «Η πολυπλοκότητα που συμμετέχουν στο τέλος της ζωής τους». Πνευματικά δικαιώματα: Medical News Today, 16 Φεβρουαρίου 2012 – 10:00 PST [on line] www.medicalnewstoday.com/articles.241.
39. Richardson, S. (2001). Άρθρο: «Οι πνευματικές ανάγκες έχουν σημασία;» Συντάκτης: Susan Richardson, RN, MS, CS. Making a spiritual assessment. *Nursing Spectrum*, 11 [2FL] 12-15.
40. Rittman M., Paige P., Rivera J., Sutphin L., Godown I. Phenomenological study of nurses caring for dying perspective. *Eur J Oncol Nurs* 2008, 12: 319-328.
41. Sahlberg – Blom E., Termestedt BM, Johanssen JE., (2001). Is good quality of life possible at the end of life? An explorative study of the experiences of a group of cancer patients in two different care cultures. *J Clin Nurs*. Jul; (10) 4: 550-51.

42. Scarf L. (1997). Revising nursing documentation to meet patient Outcome. *Nursing Management*, 28 (4): 38-39.
43. Staiger DO et al (2000). "Expanding Career opportunities for women and the Declining Interest in Nursing as a career". *Nursing Economics* 18 (5): 235-236.
44. Tones K., Tilford S and Robinson C. (1990). Health education effectiveness and efficiency, *London, Chapman and Hall*.
45. Warr PB. Decision / attitude, job demands and employee well-being. *Work & stress*, 1990, 4: 293-294.
46. Watson J. The philosophy and science of caring. Revised and updated edition. *University, Press of Colorado*, 2008.
47. Widmark – Petersson V., von Essen L., Sjoden PO. Perceptions of caring among patient with cancer and their staff. Differences and disagreements. *Cancer Nurs* 2000, 23: 32-39.
48. Γεωργοπαπαδάκου Α. (2001). Ερμηνευτικό – Ορθογραφικό – Ετυμολογικό. Το μεγάλο Λεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας (Δημοτικής) της Εγκυκλοπαίδειας Παιδείας – 2^η Έκδοση – *Εκδόσεις Μαλλιάρης, Γ' τόμος* – σελ. 1024.
49. Γιανασμίδης Α., Τσιαούση Μ. Ειδικό άρθρο: «Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980 – 2008) και η εμπειρία του Βρετανικού & Σουηδικού Μοντέλου.» *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012. 29 (1): σελ. 106-115.
50. Γκούβα Μ., Κοτρώτσιου Ε. Ψυχολογικά ζητήματα σε Ιστορίες φροντίδας. *Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος*, Αθήνα, 2001, σελ. 29-30.
51. Κάρλου Χρυσούλα, Ελισάβετ Πατηράκη. «Η έννοια της φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας». *Νοσηλευτική* 2011, 50 (1): 35-48.
52. Κουράκος Μ., Καυκιά Θ., Ρεκλείτη Μ., Ζυγά Σ., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ. Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας – νοσηλευτών Παθολογικών κλινικών του Εθνικού συστήματος υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2012. 29 (1): σελ. 61.
53. Κοτρώτσιου Ε., Θεοδοσοπούλου Ε., Κουρουκλίδου Ι., Καραγιάννη Π., Ματσούκα Α., Κατσούλας Θ. «Το επαγγελματικό προφίλ του σύγχρονου Έλληνα νοσηλευτή.» *Πρακτικά 25ου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ηράκλειο Κρήτης*, 1998: 45-50.
54. Κυριακόπουλος Γ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του. Στο: Κυριακόπουλος Γ., Φιλαλήλης Τ.,

- (επιμ.) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Εκδόσεις θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας*, Αθήνα, 1996: σελ. 42-43.
55. Λεμονίδου & Πατηράκη (2002), Scarf (1997). Θεμελιώδης αρχές της Νοσηλευτικής: Η επιστήμη και η τέχνη της Νοσηλευτικής φροντίδας. Τόμος Ι, *Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*. Επιμέλεια του Taylor E., Lillis C., Lemone P., *Fundamentals of nursing*. Lippincoll – Williams is Winllis.
56. Μαρνέρας Χρήστος, Αλμπάνη Ελένη. Διερεύνηση του Άγχους και της Ικανοποίησης των Νοσηλευτών από την εργασία τους. Η περίπτωση Νεφρολογικών Κέντρων. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής*, τόμος 2, τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος 2009, σελ. 20-21.
57. Μητσόπουλος Θ. Λεξικό Ορθογραφικό Ερμηνευτικό της Νεοελληνικής Γλώσσας στη Δημοτική. *Εκδόσεις Κ. Στρουμπούκη*, 2001, Αθήνα, σελ. 534.
58. Μπαμπινιώτης Γ. (1998). Λεξικό νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: *Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ*.
59. Παπαγιάννης Αντώνιος. Παρηγορητική Ιατρική: Μια νέα ειδικότητα ή μια έκφραση κλινικής Πρακτικής; *Ελληνική Ιατρική* 1997; 63-72.
60. Παπαγιάννης Αντώνιος, 2003. Μιλώντας με τον άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία. Εκδόσεις: *University Studio Press (Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών)* 2003; 7: 117-118.
61. Παπασταύρου Ευρυδίκη, Γεώργιος Ευσταθίου, Μόνικα Νικηταρά, Χαριτίνη Τσαγκάρη, Αναστάσιος Μερκούρης, Χρυσούλα Κάρλου, Alvisa Palese, Makko Tomietto, Zoltan Balogh, Riitta Suhonen, Helena Leino-Kilpi, Darja Jarsova, Ελισάβετ Πατηράκη. «Η έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία». *Νοσηλευτική* 2010, 49 (4): 406-417.
62. Παρασκευόπουλος Ι., (1993). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας (Τόμοι Α και Β) *ΑΘΗΝΑ Ιδίου*.
63. Πατηράκη 2009. Οδηγός ανάπτυξης Σχεδίου Νοσηλευτικής Φροντίδας. Διαγνώσεις, παρεμβάσεις και Αιτιολογήσεις, 11^η Αγγλική Έκδοση – 1^η Ελληνική Έκδοση, *Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης*. Επιμέλεια του Doenges M.E., Moorhouse M.F., Murr A., (2008) *Nurse's pocket guide-diagnoses, prioritizes interventions and rationales*, 11th edition, F.A., Davis company Philadelphia.
64. Πατηράκη – Κουρμπάνη (1998). Συστήματα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. Ορίζοντες και πραγματικότητα. *Νοσηλευτική* 2:114-122.
65. Ραγιά Α. Ειδικό άρθρο: «Η Νοσηλευτική του ανθρώπου ως νομαδικού προσώπου». *Νοσηλευτική* 45 (1), 19-24, 2006.

- 66.Ραγιά Α. Γενικό άρθρο: «Διαπροσωπική Διάταση της ολικής Νοσηλευτικής». *Νοσηλευτική* 43 (2), 153-160, 2004.
- 67.Ραγιά Α. Άρθρο: «Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη Σύγχρονη Νοσηλευτική». *Νοσηλευτική*, 42 (3), (2003).
- 68.Σαπουντζή – Κρέπια Δέσποινα. Χρόνια ασθένεια και Νοσηλευτική φροντίδα. Μια ολιστική προσέγγιση. Εκδόσεις «Έλλην». Γ. Παρικός & ΣΙΑ ΕΕ, 1998, σελ. 104-105.
- 69.Χατζοπούλου Μαρία. Διατριβή, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διαπανεπιστημιακό – Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών. «Διερεύνηση της Επίδρασης Προγράμματος Εκπαίδευσης για την τεκμηρίωση της Νοσηλευτικής Φροντίδας σε Έλληνες Νοσηλευτές», Αθήνα, 2010.
- 70.Χρυσοσπάθη, (2002), Cheenakasemsook et al, (2006). Τεκμηρίωση της παρεχόμενης Νοσηλευτικής φροντίδας, *Νοσηλευτική* 4: 413-417.
- 71.Τα στοιχεία αυτά είναι μια Συλλογή δεξιοτήτων που δημοσιεύτηκαν στις παρακάτω εκδόσεις: Συγγραφέας: Υπουργείο Εργασίας ΗΠΑ (1992), Washinhton D.G. "Learning a living: A blueprint for high performance, a SCANS report for America, 2000. A vision for Nursing (on line). Διαθέσιμο από: <http://orglinfo-vision.htm>. Ελήφθη την 1^η Σεπτεμβρίου 2000.

VIII. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΤΙΤΛΟΣ:

«Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»

Πιπίνα Τσιοτικά
Νοσηλεύτρια ΤΕ

Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Καθηγήτρια Τμήματος
Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012
ΑΝΔΡΑΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

	Του πατρικού παππού	Του μητρικού παππού	Της πατρικής γιαγιάς	Της μητρικής γιαγιάς	Τίνος άλλου;
Ποιου το όνομα πήρατε;					

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ/Α

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ
ΟΧΙ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ: ΜΑΣΤΕΡ
ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ
ΚΑΝΕΝΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: 0 - 5 ΕΤΗ
5-10 ΕΤΗ
10-15 ΕΤΗ
15-20 ΕΤΗ
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο στάδιο της νόσου)

Καθόλου	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
---------	---	---	---	---	---	-----------

	1	2	3	4	5
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της					
2. Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία					
3. Να προσεύχεσαι για τον ασθενή					
4. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενούς ατομικά					
5. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή					
6. Να κρατάς επαφή με τον ασθενή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο					
7. Να διασφαλίζεις σε έναν ασθενή τελικού σταδίου ότι δεν πρόκειται να πεθάνει					
8. Να παραμένεις στην εργασία σου μετά το τέλος της βάρδιας για την ολοκλήρωση μιας δουλειάς					
9. Να έρχεσαι στη δουλειά, όταν δεν αισθάνεσαι καλά					
10. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή					
11. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς					
12. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή					
13. Να βάζεις έναν ασθενή να κάνει κάτι, έστω και αν αυτός ή αυτή δεν θέλει					
14. Να δείχνεις ότι είσαι απασχολημένος συνέχεια					
15. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριος του/της					
16. Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
17. Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα					
18. Να αισθάνεσαι λύπη για κάποιον ασθενή					
19. Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο					
20. Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή					
21. Να ντύνεσαι προσεγγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς					
22. Να κάθεσαι με έναν ασθενή					
23. Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή					
24. Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε ένα ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή					
25. Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια					

μιας κλινικής διαδικασίας					
26. Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή					
27. Να οργανώνεις την εργασία των άλλων για τον ασθενή					
28. Να ακούς τον ασθενή					
29. Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή					
30. Να καθοδηγείς τον ασθενή για μια πτυχή της αυτοφροντίδας (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
31. Να μοιράζεσαι ένα προσωπικό πρόβλημα με κάποιον ασθενή					
32. Να κρατάς ενήμερους τους συγγενείς για ότι αφορά τον ασθενή					
33. Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)					
34. Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)					
35. Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία					

Altruism subscale

1. Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
2. Πιστεύετε στη γενναιοδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιοδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
4. Οι άνθρωποι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να				

μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

NPI

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ο παρακάτω πίνακας, αποτελείται από 30 ζεύγη προτάσεων /ερωτημάτων *αναγκαστικής επιλογής*, όπου από κάθε ζεύγος δυνατών απαντήσεων σε κάθε ερώτηση το άτομο επιλέγει εκείνη τη φράση που περιγράφει καλύτερα τον εαυτό του. Σας παρακαλούμε, **κυκλώστε** μία πρόταση (α ή β) για το κάθε ένα από τα παρακάτω ζεύγη.

1. α. Έχω το ταλέντο να ασκώ επιρροή στους άλλους.	β. Δεν είμαι καλός στο να επηρεάζω τους άλλους.
2. α. Η μετριοφροσύνη είναι κάτι που δε με χαρακτηρίζει	β. Ουσιαστικά είμαι ένας μετρίοφρων χαρακτήρας
3. α. Στις πράξεις μου είμαι σχεδόν πάντα τολμηρός	β. Συνήθως, είμαι αρκετά προσεκτικός
4. α. Όταν μου κάνουν φιλοφρονήσεις, αισθάνομαι μερικές φορές αμηχανία	β. Ξέρω ότι είμαι καλός διότι όλοι μου το λένε
5. α. Η ιδέα ότι θα μπορούσα να κυβερνήσω με τρομάζει πολύ	β. Αν ήμουν εγώ στα πράγματα, όλα θα ήταν πιο σωστά.
6. α. Συνήθως, μπορώ να πείσω τους άλλους ότι εγώ δεν φταίω	β. Γενικά, αποδέχομαι τις συνέπειες των πράξεων μου
7. α. Ξέρω να διεκδικώ	β. Μακάρι να ήμουν πιο διεκδικητικός
8. α. Είναι εύκολο για μένα να μεταχειρίζομαι του άλλους	β. Δε μου αρέσει να ανακαλύπτω ότι μεταχειρίζομαι τους άλλους
9. α. Δε μου αρέσει ιδιαίτερα να επιδεικνύω το σώμα μου	β. Μου αρέσει να επιδεικνύω το σώμα μου
10. α. Διαβάζω τους ανθρώπους σαν ανοικτό βιβλίο	β. Είναι δύσκολο να καταλάβεις τους άλλους
11. α. Μόνον όταν αισθάνομαι ικανός, αναλαμβάνω την ευθύνη να παίρνω αποφάσεις	β. Μου αρέσει να παίρνω την ευθύνη των αποφάσεων
12. α. Μου αρκούν απλά πράγματα στη ζωή, για να είμαι ικανοποιημένος	β. Θέλω να είμαι κάποιος στα μάτια των άλλων
13. α. Το σώμα μου δεν είναι κάτι το ιδιαίτερο	β. Μου αρέσει να κοιτάζω το σώμα μου
14. α. Προσπαθώ να μην επιδεικνύομαι	β. Μου αρέσει να επιδεικνύομαι, όταν μου δίνεται η ευκαιρία
15. α. Πάντα ξέρω τι κάνω	β. Μερικές φορές, δεν είμαι σίγουρος για αυτό που κάνω
16. α. Σπάνια μπορεί να πω κάτι αρκετά έξυπνο	β. Σε όλους αρέσουν οι ιστορίες που διηγούμαι
17. α. Τα περιμένω όλα από τους άλλους	β. Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους άλλους
18. α. Δε θα είμαι ικανοποιημένος, παρά μόνον όταν πάρω αυτό που μου αξίζει	β. Δέχομαι τις ικανοποιήσεις έτσι όπως έρχονται στη ζωή
19. α. Θέλω πολύ να έχω εξουσία	β. Δε με ενδιαφέρει ιδιαίτερα η « εξουσία για την εξουσία»
20. α. Δε δίνω σημασία στις νέες τάσεις και στη μόδα	β. Θα μου άρεσε να αρχίσω μια καινούργια μόδα
21. α. Μου αρέσει να βλέπω τον εαυτό μου στον καθρέπτη	β. Δε με ενδιαφέρει να ιδιαίτερα να κοιτάζομαι στον καθρέπτη

22. α. Ζω τη ζωή μου, όπως εγώ θέλω	β. Οι άνθρωποι δεν μπορούν πάντα να ζήσουν τη ζωή τους, όπως θέλουν
23. α. Το να ασκώ εξουσία δεν είναι σημαντικό για μένα	β. Οι άλλοι πάντα δείχνουν ότι αναγνωρίζουν την εξουσία μου
24. α. Θα προτιμούσα να ήμουν αρχηγός	β. Δε με ενδιαφέρει καθόλου είτε γίνω είτε δεν γίνω αρχηγός
25. α. Θα γίνω σίγουρα σπουδαίος άνθρωπος	β. Ελπίζω να πετύχω
26. α. Ορισμένες φορές, οι άλλοι πιστεύουν αυτά που λέω	β. Έχω τον τρόπο να κάνω τους άλλους να πιστεύουν οτιδήποτε λέω
27. α. Είμαι γεννημένος αρχηγός	β. Η ηγετική ικανότητα είναι ένα προσόν που παίρνει πολύ καιρό για να αναπτυχθεί
28. α. Μακάρι κάποτε κάποιος να έγραφε τη βιογραφία μου	β. Δε μου αρέσει καθόλου να σκαλίζουν οι την προσωπική μου ζωή
29. α. Είμαι περισσότερο ικανός από άλλους ανθρώπους	β. Υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορώ να μάθω από τους άλλους
30. α. Είμαι ένας άνθρωπος, όπως οι άλλοι	β. Είμαι ένα σπάνιο άτομο.

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάσταση σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένεια με οδηγεί σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά σε μια ασθένεια	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένεια με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη	1	2	3	4	5

δύναμη η οποία με οδηγεί						
8.	Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9.	Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10.	Είμαι πεπεισμένος ότι μια ασθένεια έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11.	Η ασθένεια είναι μια ευκαιρία για ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12.	Εξαιτίας μιας ασθένειας μπορεί κάποιος να επικεντρωθεί πάνω σε ότι είναι ουσιώδες στη ζωή του	1	2	3	4	5
13.	Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14.	Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15.	Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	1	2	3	4	5

Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή LOT-R : ελληνική έκδοση (Λυράκος και συν.)

Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε (ή διαφωνείτε) με την χρήση της παρακάτω κλίμακας, ως εξής: **[0] = διαφωνώ απόλυτα [1] = διαφωνώ [2] = ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ [3] = συμφωνώ [4] = συμφωνώ απόλυτα**

Παρακαλώ, να είστε όσο γίνεται πιο ειλικρινείς, και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
4.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
6.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
7.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
8.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
9.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
10.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. . . .

.0_____10

απολύτως απαισιόδοξη

απολύτως αισιόδοξη
Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Απάντησε σε κάθε ερώτηση βάζοντας έναν κύκλο γύρω από το ΝΑΙ ή ΟΧΙ που υπάρχει, μετά την ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις, ούτε «πονηρές» ερωτήσεις. Εργάσου γρήγορα και μη πολυσκεφέσαι να βρεις την ακριβή σημασία της κάθε ερώτησης.

ΜΗ ΞΕΧΑΣΕΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ

1. Έχεις άλλα ενδιαφέροντα εκτός της εργασίας σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
2. Πριν κάνεις κάτι, σταματάς να το ξανασκεφτείς;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
3. Αλλάζει συχνά το κέφι σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. Θεωρείς τον εαυτό σου ομιλητικό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
5. Θα σε στεναχωρούσε να έχεις χρέη;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
6. Νοιώθεις ποτέ κακόκεφος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
7. Σου έτυχε ποτέ από πλεονεξία να πάρεις περισσότερα από όσα ανήκαν στο μερίδιό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
8. Θα έλεγες ότι είσαι ζωντανό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
9. Θα σε στεναχωρούσε πολύ να δεις ένα παιδάκι ή ένα ζώο να υποφέρει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
10. Στεναχωριέσαι συχνά για πράγματα που δεν θα έπρεπε να έχεις κάνει ή πει;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
11. Κρατάς πάντα την υπόσχεσή σου άσχετα με το πόσο δύσκολο είναι να την εκτελέσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
12. Θα σε ευχαριστούσε το πήδημα με το αλεξίπτωτο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
13. Μπορείς εύκολα να αφήσεις τον εαυτό σου και να διασκεδάσεις σε ένα εύθυμο πάρτυ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
14. Είσαι ευέξαπτος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
15. Σου έτυχε ποτέ να ρίξεις το βάρος σε άλλον για δικά σου σφάλματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
16. Σ' αρέσει να γνωρίζεις νέα πρόσωπα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
17. Πληγώνεσαι εύκολα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
18. Έχεις μόνο καλές και παραδεκτές συνήθειες;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Έχεις την τάση να μένεις στο περιθώριο όταν βρίσκεσαι σε κοινωνικές εκδηλώσεις;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
20. Θα έπαιρνες φάρμακα που μπορεί να έχουν παράξενη ή επικίνδυνη ενέργεια;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
21. Αισθάνεσαι συχνά μπουχτισμένος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
22. Έχεις ποτέ πάρει κάτι που ανήκει σε άλλον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
23. Σου αρέσει να βγαίνεις συχνά έξω;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
24. Σου αρέσει να πληγώνεις τους άλλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
25. Ενοχλείσαι συχνά από αισθήματα ενοχής;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
26. Μιλάς καμιά φορά για πράγματα για τα οποία δεν έχεις ιδέα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
27. Έχεις εχθρούς που θέλουν το κακό σου;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
28. Θεωρείς τον εαυτό σου νευρικό άτομο;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
29. Έχεις πολλούς φίλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
30. Σου αρέσουν τα χοντρά αστεία που καμιά φορά μπορεί να πληγώσουν τους άλλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
31. Είσαι στενάχωρος τύπος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
32. Όταν ήσουν παιδί έκανες αμέσως και χωρίς γκρίνια αυτό που σου έλεγαν;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
33. Θα έλεγες ότι είσαι αμέριμνος άνθρωπος;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
34. Δίνεις μεγάλη σημασία στους καλούς τρόπους και στην καθαριότητα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
35. Ανησυχείς ότι μπορεί να σου συμβούν φοβερά πράγματα;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
36. Έχεις καταστρέψει ή χαρίσει ποτέ κάτι που ανήκε σε άλλον;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
37. Παίρνεις πρωτοβουλία για να κάνεις καινούργιους φίλους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
38. Μπορείς εύκολα να καταλάβεις πως αισθάνονται οι άνθρωποι όταν σου λένε τα βάσανα τους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
39. Θα έλεγες ότι είσαι άτομο που το χαρακτηρίζει η υπερένταση;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
40. Μένεις τον περισσότερο χρόνο σιωπηλός, όταν βρίσκεσαι με τους άλλους ανθρώπους;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
41. Νομίζεις ότι ο θεσμός του γάμου είναι παλιάς μόδας και θα έπρεπε να εγκαταλειφθεί;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

42. Παινεύεσαι καμιά φορά;	NAI	OXI
43. Μπορείς να δώσεις κάποια ζωή σε ένα ανιαρό πάρτυ;	NAI	OXI
44. Σ' ενοχλούν οι άνθρωποι που οδηγούν προσεκτικά;	NAI	OXI
45. Ανησυχείς για την υγείας σου;	NAI	OXI
46. Έχεις ποτέ πει κάτι κακό ή άσχημο για κάποιον άλλον;	NAI	OXI
47. Σου αρέσει να λες αστεία και ανέκδοτα στους φίλους σου;	NAI	OXI
48. Νομίζεις ότι τα περισσότερα πράγματα έχουν την ίδια γεύση για σένα;	NAI	OXI
49. Σου αρέσει να ανακατεύεσαι με τους ανθρώπους;	NAI	OXI
50. Σε στεναχωρεί όταν ξέρεις ότι υπάρχουν λάθη στη δουλειά σου;	NAI	OXI
51. Υποφέρεις από αϋπνία;	NAI	OXI
52. Πλένεσαι πάντα πριν φας;	NAI	OXI
53. Έχεις πάντα σχεδόν μια έτοιμη απάντηση όταν σε ρωτούν κάτι;	NAI	OXI
54. Έχεις συχνά αισθανθεί άτονος και κουρασμένος χωρίς να υπάρχει λόγος;	NAI	OXI
55. Έχεις ποτέ κλέψει σε παιχνίδι;	NAI	OXI
56. Σου αρέσουν οι καταστάσεις που πρέπει να ενεργείς γρήγορα;	NAI	OXI
57. Είναι η μητέρα σου μια καλή γυναίκα;	NAI	OXI
58. Βρίσκεις ότι συχνά η ζωή είναι χωρίς ενδιαφέρον;	NAI	OXI
59. Σου έτυχε ποτέ να εκμεταλλευτείς κάποιον;	NAI	OXI
60. Αναλαμβάνεις ποτέ περισσότερες δραστηριότητες από όσες σου επιτρέπει ο χρόνος σου;	NAI	OXI
61. Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που προσπαθούν να σε αποφύγουν;	NAI	OXI
62. Ανησυχείς πολύ για την εμφάνισή σου;	NAI	OXI
63. Ευχήθηκες ποτέ να ήσουν νεκρός;	NAI	OXI
64. Θα απόφευγες να πληρώσεις τους φόρους, αν ήξερες ότι δεν θα έβρισκαν ποτέ;	NAI	OXI
65. Μπορείς να ζωντανέψεις ένα πάρτι;	NAI	OXI
66. Φροντίζεις να μην είσαι αγενής με τους ανθρώπους;	NAI	OXI
67. Βρίσκεις ότι μένεις για πολύ ώρα στεναχωρημένος μετά από μια δυσάρεστη εμπειρία;	NAI	OXI
68. Σου έτυχε ποτέ να επιμείνεις να γίνει το δικό σου;	NAI	OXI
69. Υποφέρεις από τα νεύρα σου;	NAI	OXI
70. Χαλάνε εύκολα οι φιλίες σου;	NAI	OXI
71. Αισθάνεσαι συχνά μοναξιά;	NAI	OXI
72. Κάνεις πάντα αυτό που διδάσκεις στους άλλους;	NAI	OXI
73. Σ' ευχαριστεί καμιά φορά να πειράζεις τα ζώα;	NAI	OXI
74. Πληγώνεσαι εύκολα όταν οι άνθρωποι βρίσκουν λάθη σε εσένα ή στη δουλειά σου;	NAI	OXI
75. Έχεις αργήσει ποτέ στη δουλειά σου ή σε ένα ραντεβού σου;	NAI	OXI
76. Σου αρέσει να βρίσκεσαι σε περιβάλλον με ζωηρή κίνηση και ενθουσιασμό;	NAI	OXI
77. Θα σου άρεσε να σε φοβούνται οι άλλοι άνθρωποι;	NAI	OXI
78. Είσαι άλλοτε γεμάτος ενεργητικότητα και άλλοτε νωθρός;	NAI	OXI
79. Αναβάλλεις καμιά φορά για αύριο αυτό που θα έπρεπε να κάνεις σήμερα;	NAI	OXI
80. Σε θεωρούν οι άλλοι άνθρωποι πολύ ζωντανό άτομο;	NAI	OXI
81. Σου λένε οι άνθρωποι πολλά ψέματα;	NAI	OXI
82. Είσαι πολύ ευαίσθητος για ορισμένα πράγματα;	NAI	OXI
83. Είσαι πάντα πρόθυμος να το ομολογήσεις, όταν έχεις κάνει ένα λάθος;	NAI	OXI
84. Θα αισθανόσουν μεγάλη λύπη για ένα ζώο που πιάστηκε σε παγίδα;	NAI	OXI

Εργαλείο μέτρησης – αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία : Job – Communication Satisfaction Importance (JCSI)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Οι ερωτήσεις που θα συναντήσετε στη συνέχεια αφορούν την ικανοποίηση που αντλούμε και τη σπουδαιότητα που αποδίδουμε σε διάφορους τομείς της εργασίας μας. Κάτω από κάθε πρόταση υπάρχει μια βαθμολογία από το -3 έως το +3.

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δουλειά σας;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

2. Πόσο σημαντική είναι για εσάς η ικανοποίηση που αντλείτε από τη δουλειά σας;

Καθόλου σημαντική -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντική

3. Πόσο επιτυχημένος/η νομίζετε ότι είστε στη δουλειά σας;

Καθόλου επιτυχημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως επιτυχημένος/η

Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στο βαθμό τόσο της **ικανοποίησης** που νιώθετε όσο και της **σπουδαιότητας** που αποδίδετε στο θέμα που περιγράφει κάθε ερώτηση.

4. Πώς νιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας, για ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας σας γενικά;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

5. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

6. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τα επιτεύγματα του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

7. Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

8. Πώς νιώθετε σε σχέση με τους 'τυπικούς' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη, κλπ.) μεταξύ του προσωπικού;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

9. Πώς νιώθετε σε σχέση με το νόημα που δίνεται στην 'επιτυχία' στο χώρο εργασίας σας;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

10. Πώς νιώθετε σε σχέση με τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά σας;

Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως σημαντικό

11. Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
12. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
13. Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
14. Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
15. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
16. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
17. Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
18. Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
19. Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
20. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
21. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
22. Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
23. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
24. Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	
25. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η	
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό	

26. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως σημαντικό
27. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.);									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως σημαντικό
28. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές;									
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3		Απολύτως σημαντικό

Παρακαλούμε, απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν, βάζοντας σε κύκλο **μια ή περισσότερες** από τις απαντήσεις που δίνονται.

29. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση;

- | | |
|------------------------------------|--|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Η θέση που κατέχω | Ε) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

30. Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας δυσαρεστούν περισσότερο;

- | | |
|------------------------------------|--|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Η θέση που κατέχω | Ε) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

31. Ποια νομίζετε ότι είναι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς σας;

- | | |
|-------------------------------|--|
| A) Η ίαση των ασθενών | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό |
| B) Το 'ευχαριστώ' των ασθενών | Ε) Ο μισθός μου |
| Γ) Το κύρος της δουλειάς μου | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Z) Άλλο: | |
-

32. Ποια αλλαγή στη δουλειά σας νομίζετε ότι θα σας έκανε να νιώθετε μεγαλύτερη ικανοποίηση;

- | | |
|--|--------------------------|
| A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου | Ε) Ο μισθός μου |
| B) Η θέση που κατέχω | ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας |
| Γ) Η κλινική, όπου εργάζομαι | Z) Ο προϊστάμενός μου |
| Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό | |
| H) Άλλο: | |
-

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ