

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΥΓΕΙΑΣ**



---

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Πως αντιλαμβάνονται την έννοια της νοσηλευτικής  
φροντίδας οι νοσηλευτές που εργάζονται σε  
ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας.**

**ΦΩΤΙΑΔΟΥ ΕΛΠΙΔΑ**

**Νοσηλεύτρια Τ.Ε.**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ**

**Τριμελής Επιτροπή:**

**Κοτρώτσιου Ευαγγελία (Καθηγήτρια ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ)**

**Γκούβα Μαίρη (Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ)**

**Μαλλιαρού Μαρία (Επιστημονική Συνεργάτης τμημ. Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας )**

**Λάρισα, 2013**

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
2.1 Νοσηλευτική .....	9
2.2 Η έννοια της φροντίδας .....	10
2.3 Νοσηλευτική Φροντίδα .....	12
2.4 Θεωρίες Φροντίδας στη Νοσηλευτική Επιστήμη.....	15
2.5 Αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα.....	19
2.6 Εργαλεία μέτρησης νοσηλευτικής φροντίδας .....	23
2.7 Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας.....	24
2.7.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στα Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας.....	27
2.8 Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης .....	28
2.8.1 Η Επαγγελματική ικανοποίηση στο χώρο της νοσηλευτικής .....	29
2.8.2 Ανασκόπηση εργασιών στον Ελλαδικό χώρο .....	32
2.9 Η έννοια του αλτρουισμού και η επίδρασή του στους νοσηλευτές.....	34
3 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	35
3.1 Σκοπός .....	35
3.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος.....	35
3.3 Ερευνητικά εργαλεία .....	36
3.4 Διαδικασία .....	38
3.5 Στοιχεία Δεοντολογίας .....	38
3.6 Στατιστική επεξεργασία.....	39
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41
4.1 Περιγραφική στατιστική.....	41
4.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ.....	54

5.Συζήτηση.....	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
Παράρτημα.....	75

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση της ερευνητικής μου εργασίας.

Ιδιαίτερος θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα της εργασίας μου Καθηγήτρια κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία η οποία με την επιστημονική της καθοδήγηση, το αμέριστο ενδιαφέρον της και βαθιά ανθρωπιστικό της πνεύμα με στήριξε και συνετέλεσε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση της έρευνας και στη συγγραφή της παρούσας μελέτης. Οι θερμές ευχαριστίες αποτελούν ελάχιστη έκφραση ευγνωμοσύνης.

Ευχαριστίες ανήκουν και :

Στην Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κα Γκούβα Μαίρη και στην κα Μαλλιαρού Μαρία Επιστημονική Συνεργάτης του τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας, μέλος της Τριμελούς επιτροπή.

Στα μέλη του προσωπικού που συμμετείχαν στην έρευνα παρά το βαρύ φορτίο εργασίας στο οποίο καλούνται να ανταποκριθούν καθημερινά μέσα στα Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας.

Στις Διευθύνσεις των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Φροντίδας που διευκόλυναν τη πρόσβαση και τη συλλογή δεδομένων.

Στην οικογένειά μου και ιδιαίτερα το σύζυγο μου, οι οποίοι ανέλαβαν επιπλέον καθήκοντά να με στηρίζουν, χωρίς τη συνεχή βοήθεια των οποίων δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η μελέτη.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή-Σκοπός :** Η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας σε νοσηλευτές ιδρυμάτων κοινωνικής φροντίδας δεν έχει διερευνηθεί στον ελλαδικό χώρο. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας.

**Υλικό και μέθοδος :** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών που εργάζονταν σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ένα ερωτηματολόγιο φροντίδας (NDI-Q), το ερωτηματολόγιο «Job-Communication -Satisfaction-Importance (JCSI) και την κλίμακα αλτρουισμού των Ahmed και Jackson.

**Αποτελέσματα:** Γυναίκες ήταν το 78% του δείγματος. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν, έγγαμοι (66%), απόφοιτοι ΔΕ (66%), χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (96,7%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν  $36,98 \pm 6,70$  έτη. Στις κλίμακες της φροντίδας και του αλτρουισμού οι μέσες τιμές ήταν  $40,89 \pm 15,87$  και  $28,12 \pm 4,16$  αντίστοιχα. Πολύ ή απολύτως ικανοποιημένο από την εργασία του δηλώνει το 72% του δείγματος. Το αντικείμενο εργασίας αναδεικνύεται ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία. Ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας (73% και 40% αντίστοιχα) είναι οι παράμετροι της εργασίας που συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια, ενώ ο μισθός αναδεικνύεται ως η σημαντικότερη παράμετρος που η βελτίωσή της θα προσέφερε τη μεγαλύτερη ικανοποίηση. Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην κλίμακα NDI μεταξύ των αποφοίτων ΤΕ ( $\delta=40$ ) και εκείνων της ΔΕ βαθμίδας ( $\delta=37$ ),  $p=0,053$ . Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τα υπόλοιπα εργασιακά και δημογραφικά χαρακτηριστικά ( $p>0,05$ ). Μεγαλύτερη σημαντικότητα στη φροντίδα συσχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία ( $p<0,01$ ), ενώ η τελευταία συσχετίστηκε με υψηλά επίπεδα αλτρουισμού ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Το αντικείμενο εργασίας προσφέρει υψηλή ικανοποίηση στους νοσηλευτές ιδρυμάτων κοινωνικής φροντίδας, ενώ ο μισθός κρίνεται μη ικανοποιητικός. Ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένα στα ζητήματα της φροντίδας εμφανίζονται οι βοηθοί νοσηλευτών

## ABSTRACT

**Introduction – Aim:** The concept of nursing care in social care hospices has not been investigated in Greece. The aim of this thesis was to investigate how nurses working in social care perceive the meaning of nursing care.

**Material and Methods:** The sample consisted of 100 nurses and nursing assistants working in a social care hospice. Participants were asked to answer questions about socio- demographic characteristics of the sample and fill in a questionnaire of care (NDI-Q), the “Job-Communication-Satisfaction-Importance” (JCSI) questionnaire and the altruism scale of Ahmed and Jackson.

**Results :** Women were 78% of the sample. The majority of participants were married (66 %), DE graduates (66% ) without postgraduate studies ( 96.7 %). The average age of respondents was  $36.98 \pm 6.70$  years. On the scales of caring and altruism, the average values were  $40.89 \pm 15.87$  and  $28.12 \pm 4.16$  respectively. Very or fully satisfied with his work was 72% of the sample. The scope of work emerges as the most important factor influencing job satisfaction. The wages and working conditions (73 % and 40 % respectively) are the parameters of work which gathers the most dissatisfaction, while the salary is emerging as the most important parameter, the improvement of which, would provide the highest satisfaction. Marginally statistically significant difference was observed in the range between TE graduates (d = 40 ) and those of the DE grade ( d = 37),  $p = 0.053$ . No statistically significant differences were observed in relation to other working and demographic characteristics ( $p > 0.05$ ). Greater care importance was associated with greater job satisfaction ( $p < 0.01$ ), while the latter was associated with high levels of altruism ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The scope of work provides high satisfaction to nurses working in social care hospices, while the salary is not satisfactory. Nurses aides appeared highly sensitized to care issues.

# 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σκοπό να διερευνήσει πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας. Είναι ένα αντικείμενο που δεν έχει διερευνηθεί αρκετά στον Ελλαδικό χώρο και δεν υπάρχει σχετική έρευνα σε σχέση με τις απόψεις νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας.

Πρόκειται για μια έρευνα που βασίστηκε στη χορήγηση ενός σύνθετου ερωτηματολογίου που αποτελείται από τέσσερις υποενότητες σε 100 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας. Η πρώτη υποενότητα καλύπτει κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Αυτή η ενότητα έχει στόχο να διερευνηθούν αν υπάρχουν διαφορές στην αντίληψη της φροντίδας μεταξύ των δύο φύλων και μεταξύ των νεότερων και μεγαλύτερων σε ηλικία νοσηλευτών. Σε προηγούμενη μελέτη των Watson & Lea (1998) είχε βρεθεί ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές διαχειρίζονται τη φροντίδα με πιο τεχνικό και επαγγελματικό τρόπο σε σχέση με τους άντρες και τους νεότερους νοσηλευτές αντίστοιχα. Η δεύτερη υποενότητα αφορά ένα ερωτηματολόγιο φροντίδας (GR-NDI-24) που στοχεύει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για τον νοσηλευτή οι παράμετροι της φροντίδας. Στην τρίτη υποενότητα με σκοπό να αξιολογηθεί η εργασιακή επικοινωνία και η ικανοποίηση που νιώθουν από την δουλειά τους οι νοσηλευτές χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο «Job Communication Satisfaction-Importance (JCSI)». Τέλος στην τελευταία υποενότητα χρησιμοποιήθηκε μία κλίμακα για την μέτρηση της διάστασης του αλτρουισμού.

Στο γενικό μέρος της παρούσας μελέτης γίνεται ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και αναλύονται αρχικά οι έννοιες της νοσηλευτικής επιστήμης, της φροντίδας αλλά και της νοσηλευτικής φροντίδας. Γίνεται λόγος για τις θεωρίες της φροντίδας στη νοσηλευτική επιστήμη που αναπτύχθηκαν από θεωρητικούς επιστήμονες και αναφορά στις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την φροντίδα. Έπειτα αναλύονται τα ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας με παραδείγματα από τα ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας της Θεσσαλίας από όπου θα συγκεντρωθεί και το δείγμα για την παρούσα μελέτη και ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτά.

Σημαντικό ρόλο στην παρούσα μελέτη παίζει η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών μιας και αποτελεί βασικό κομμάτι των ερευνητικών εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν. Έτσι αναλύεται εκτενέστερα η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών βασισμένη στην υπάρχουσα βιβλιογραφία σε παγκόσμιο επίπεδο αλλά και σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο. Τέλος γίνεται αναφορά και στην έννοια του αλτρουισμού και την επίδρασή του στους νοσηλευτές. Σε αυτή την ενότητα δεν υπάρχει πληθώρα βιβλιογραφίας, ενώ δεν έχει βρεθεί σχετική αναφορά στην ελληνική βιβλιογραφία. Πρόκειται επομένως για ένα χαρακτηριστικό καινοτόμο, που θα δώσει ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την φροντίδα και τον ρόλο του αλτρουισμού σε αυτή όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας.



## 2 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 2.1 Νοσηλευτική

Η νοσηλευτική είναι ένα εξελισσόμενο λειτούργημα, ένα ακαδημαϊκό γνωστικό πεδίο και μια επιστήμη. Η Νοσηλευτική ως επιστήμη στηρίζεται σε γνώσεις βασισμένες σε στοιχεία και σε τεκμηριωμένες πρακτικές που περιγράφουν και επεξηγούν τις εννοιολογικές δομές της φροντίδας. Είναι μια ανθρωπιστική επιστήμη της οποίας στόχος είναι να παράγει γνώση για την συμπεριφορά που συνδέεται με την υγεία και την ασθένεια καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Εμπεριέχει μια συστηματική παρατήρηση των πράξεων φροντίδας που περιγράφει, εξηγεί, προβλέπει και ορίζει τις εκβάσεις που σχετίζονται με την ανθρώπινη προσαρμογή στην υγεία και την ασθένεια (Steubert & Carpenter, 1999).

Κατά την Newman (1997), Νοσηλευτική είναι η τέχνη της υποβοήθησης του ατόμου να χρησιμοποιήσει τις εσωτερικές του δυνάμεις, για να εξελιχθεί προς ανώτερα επίπεδα συνειδητότητας. Κατευθύνεται προς την αναγνώριση των προτύπων του ατόμου σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και προς την αποδοχή της αλληλεπίδρασης ως διαδικασίας ανάπτυξης της συνειδητότητας. Διευκολύνει τη διαδικασία αναγνώρισης προτύπων με ένα ρυθμό που συνδέει το νοσηλευτή με τον ασθενή με στόχο την αποκάλυψη του προτύπου και των κανόνων ενός ανώτερου επιπέδου οργάνωσης.

Τις τέσσερις τελευταίες δεκαετίες οι ερευνητές-νοσηλευτές που απαρτίζουν το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών (International Council of Nursing, 2000) έχουν υιοθετήσει τον παρακάτω ορισμό της νοσηλευτικής: «Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη υγείας, αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη φροντίδα των αρρώστων και αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα – νοσοκομείο, κέντρο υγείας, σπίτι, κοινότητα). Ασκείται με νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις που απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Ως υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και έως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες»(Ραγιά, 2001).

«Βασική Νοσηλευτική ορίζεται ως η φροντίδα η οποία είναι απαραίτητη, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ουσιώδεις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες, που είναι κοινές σε όλα τα άτομα, άσχετα από το ειδικό πρόβλημα υγείας που μπορεί να έχουν» (Savoroulou, 1999).

Η Νοσηλευτική είναι επιστήμη και τέχνη. Αποτελεί σύνθεση επιστημονικών γνώσεων, τεχνικών εφαρμογών και ανθρωπιστικής συμπεριφοράς. Σήμερα « η αρένα των υπηρεσιών της Νοσηλευτικής εκτείνεται εκεί όπου Υπάρχουν Άνθρωποι»(Rogers, 1970).

Στόχοι της νοσηλευτικής είναι αφενός η τοποθέτηση του ασθενούς στην καλύτερη θέση, που θα επιτρέψει στη φύση να δράσει πάνω του αποκαθιστώντας την υγεία του και αφετέρου η προαγωγή της προσαρμοστικότητας του ατόμου και η εγκαθίδρυση μιας αλληλεπιδραστικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς που θα εξασφαλίζει την επίτευξη των αμοιβαία συμφωνηθέντων και την αποκατάσταση της αρμονίας μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος (Silva, 1977; Johnson, 1991).

## **2.2 Η έννοια της φροντίδας**

Η λέξη φροντίδα ως έννοια, παραμένει ακόμη και στις μέρες μας αόριστη ενώ υπάρχουν πληθώρα αναφορών που αποκαλύπτουν την απεραντοσύνη και την πολυπλοκότητα των ερμηνειών της (Παπασταύρου και συν., 2010).

Η Φροντίδα στα λεξικά είναι η ιδιαίτερη προσοχή, το ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ενασχόληση με κάποιον ή κάτι, το μεράκι, η περιποίηση, η έγνοια, η ανησυχία, η επαγρύπνηση. (Μπαμπινιώτης, 2000).

Κατά την διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα πολλοί φιλόσοφοι αλλά και θεωρητικοί επιστήμονες της νοσηλευτικής προσπάθησαν να καθορίσουν την έννοια της φροντίδας.

Η φροντίδα χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα εννοιών από τη ρομαντική αγάπη, στην γονική αγάπη, τη φιλία, τη φροντίδα για την εργασία και την επιμέλεια των ασθενών.

Ο VanHooft (1996) αναπτύσσει την ιδέα ότι «η φροντίδα είναι μία οντολογική δομή της ανθρώπινης ύπαρξης, η οποία λαμβάνει δύο μορφές: φροντίδα για τον εαυτό μας και φροντίδα για τους άλλους». Είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από δεκτικότητα και ανταπόκριση. Η φροντίδα θεωρείται μία θεμελιώδης έννοια για τον άνθρωπο, ως κοινωνικό

ον, που σημαίνει ότι οι άνθρωποι σχετίζονται μεταξύ τους και αποτελεί ένα ουσιαστικό κομμάτι στη ζωή τους (Heidegger, 1975). Αποτελεί τον ανθρώπινο τρόπο ύπαρξης σε κάθε σχέση και είναι πολύ περισσότερο από την επιθυμία ενός προσώπου για συμπάθεια, παρηγοριά για υγεία ή ενδιαφέρον για κάποιον άλλον. Μάλιστα, όσο πιο βαθιά καταλαβαίνουμε τον κεντρικό ρόλο της φροντίδας στη ζωή μας, τόσο περισσότερο συνειδητοποιούμε την κεντρική της θέση ως ανθρώπινη κατάσταση στις ανθρώπινες σχέσεις. (Mayeroff, 1971).

Ο May (1969) ορίζει ως φροντίδα ένα συναίσθημα που υποδηλώνει μία σχέση αφοσίωσης, με δεδομένο να νοιάζεται ο ένας για τον άλλο. Ο Bevis (1988) συμπληρώνει αναφέροντας ότι η φροντίδα απαιτεί τα συναισθήματα να μετατραπούν σε συμπεριφορές κι αυτές οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα να συνοδεύονται από επικοινωνιακή και θετική σκέψη. Η Montgomery (1993) θεωρεί ότι είναι μια κατάσταση φυσικής ανταπόκρισης προς τους άλλους, γιατί απαιτεί προσωπική συμμετοχή και είναι το αντίθετο της αποξένωσης, της αδιαφορίας ή της απάθειας. Είναι η φυσική κατάσταση του να είσαι άνθρωπος.

Είναι το σύνολο των ενεργειών που πραγματοποιείται με συστηματική ευθύνη και επιμέλεια αλλά συγχρόνως αποτελεί σκοπό και έργο. Είναι η απασχόληση του μυαλού για οτιδήποτε το κάνει να αισθάνεται αγωνία και καταβάλλει εντατικές προσπάθειες για να βοηθήσει κάποιο άτομο, να διατηρήσει ή να επανακτήσει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας (Κουλούρη & Ρούπα, 2008). Αντιπροσωπεύει μία στάση ανησυχίας, ευθύνης και συναισθηματικής εμπλοκής με τον άλλον (Das Gracas & Das Santos, 2009).

Σημαίνει ότι οι άνθρωποι αγαπούν αυτόν που έχει ανάγκη, και φροντίζουν τις αδυναμίες του (Arman & Rehnsfeldth, 2006). Η φροντίδα του άλλου επιτυγχάνεται από το συνειδητό άνοιγμα του εαυτού σε έναν άλλον, με σκοπό να εμπιστευθεί και να μοιραστεί ενέργεια, εμπειρίες, ιδέες, τεχνικές και γνώσεις (Blattner, 1981).

*«Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη και βασίζεται στο υπόβαθρο της ανάγκης που προκύπτει όταν υπάρχει έλλειμμα ως προς κάτι. 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 ελλείμματός της»* (Γκούβα & Κοτρώτσιου, 2011). Είναι ουσιαστική και απαραίτητη για τη συνολική αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου, τη συναισθηματική ασφάλεια και την ικανοποίηση (Dingman et al., 1999).

Η Leininger (1988), αναγνωρίζει ότι η φροντίδα έχει πολλαπλές έννοιες και χαρακτηρισμούς, και την καθορίζει ως υποβοήθηση, υποστήριξη ή πράξεις διευκόλυνσης για

το άτομο ή μια ομάδα με εμφανή ή αναμενόμενη την ανάγκη να βελτιωθεί η κατάσταση. Παρόλα αυτά αναφέρει ότι η έννοια της φροντίδας δεν ορίζεται με συνέπεια και κρίνει απαραίτητη τη διάκριση μεταξύ της γενικής φροντίδας και της επαγγελματικής φροντίδας.

Η διάκριση της φροντίδας σε επαγγελματική, που παρέχεται από επαγγελματίες φροντίδας, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι για να την παρέχουν με επιστημονικό τρόπο, και στην φροντίδα που παρέχεται καθημερινά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο, εμπειρικά και με βάση την αγάπη και το ενδιαφέρον αναφέρονται και από τις Γκούβα & Κοτρώτσιου (2011).

Η Watson (2002) θεωρεί τη φροντίδα κέντρο για το άτομο, η οποία διατηρεί την αξιοπρέπεια και την ανθρωπιά. Περιλαμβάνει αξίες, θέληση, δέσμευση για φροντίδα, γνώση, ενέργειες φροντίδας και συνέπειες (Watson, 1988). Μία δέσμευση για την ανακούφιση των τρωτών σημείων του άλλου, παρέχοντας προσοχή και ενδιαφέρον για κάθε ανθρώπινη ζωή. Αυτή η παροχή φροντίδας χαρακτηρίζεται από τη Watson (2006) ως ηθικό ιδεώδες.

Η φροντίδα αποτελεί ένα καθολικό και πολιτιστικό φαινόμενο (Widar et.al, 2007). Είναι κάτι που γίνεται με τους ανθρώπους, για τους ανθρώπους, ως άνθρωποι, με αξιοπρέπεια και ανθρωπιά κι αυτό είναι που το κάνει σημαντικό (Tschudin, 2003).

### **2.3 Νοσηλευτική Φροντίδα**

Η νοσηλευτική και η φροντίδα σχετίζονται με τις ιστορικές και ακαδημαϊκές παραδόσεις της επιστήμης. Η φροντίδα έχει αναγνωριστεί ως η ουσία και ο ενοποιητικός τομέας της νοσηλευτικής από τους Leininger (1988) και Watson (1988). Η έννοια της φροντίδας έχει λάβει ιδιαίτερη σημασία κατά την διάρκεια των τελευταίων 20 χρόνων.

Η νοσηλευτική φροντίδα ορίζεται ως η σκόπιμη ανθρώπινη δραστηριότητα που χαρακτηρίζεται από τη δέσμευση του νοσηλευτή ο οποίος κατέχοντας ένα επαρκές επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων δύναται να υποστηρίξει την ακεραιότητα του φροντιζομένου ατόμου που είναι στην ευθύνη του (Clarke, 1992). Σε άλλη περίπτωση αναφέρεται ως τη δέσμευση του νοσηλευτή ο οποίος με τα στοιχεία του σεβασμού, του ενδιαφέροντος για ξεχωριστή ανθρωπιά, της προθυμίας του, επικυρώνει την ατομικότητα του κάθε φροντιζομένου (Sullivan, 1995). Στη σχέση της φροντίδας ο νοσηλευτής ως άτομο προσφέρει τις υπηρεσίες του σε ένα άλλο άτομο, με την έννοια της θεραπευτικής σχέσης.

Η δυνατότητα της φροντίδας αναπτύσσεται από τη φυσική ροπή βοήθειας προς τους ευρισκόμενους σε κατάσταση ανάγκης. Οι γνώσεις του αναφορικά με τη φροντίδα αποτελούν

μέρος της νοσηλευτικής δεοντολογίας, της ηθικής, του σεβασμού στον ίδιο του τον εαυτό και τους άλλους (Fry, 1998).

Στη διεργασία της φροντίδας εμπλέκονται στοιχεία όπως, η παρουσία του νοσηλευτή, μέσα από την οποία αναπτύσσεται η σχέση με τον φροντιζόμενο. Δεύτερο στοιχείο αποτελεί η περιποίηση – έμπρακτη παρέμβαση όπου ο νοσηλευτής παρέχει αποδείξεις των ικανοτήτων του για φροντίδα. Ως τρίτο στοιχείο υπολογίζεται η σύνδεση όπου ο φροντιζόμενος αναγνωρίζει την αξία της προσφερόμενης εμπειρίας. Ενώ το τελευταίο στοιχείο αφορά την ενδυνάμωση όπου νοσηλευτής και φροντιζόμενος ενισχύονται, αποκτούν αυτοπεποίθηση από την αμοιβαία εμπειρία με στόχο την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων (Clayton, 1991).

Η αυτογνωσία αναφορικά με τα αισθήματα, τις στάσεις, τις αξίες και τις δεξιότητες αποτελούν τη βάση στην ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης φροντίδας. Ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις ανάγκες του φροντιζομένου και τη βασική του ευπάθεια. Ανταποκρίνεται στις ανάγκες του με ένθερμο ενδιαφέρον, υπομονή και ακρίβεια. Επιδίδεται με κατανόηση στην ανακούφιση των σωματικών του ταλαιπωριών, τη συναισθηματική ένταση και την ανάγκη της διατήρησης της υγείας του (Hawks, 1992).

Μέσα από τη φροντίδα ο νοσηλευτής διαπιστώνει και αξιολογεί τις ανάγκες του ατόμου, εφαρμόζει τις ανάλογες νοσηλευτικές πράξεις, προβαίνει σε τεκμηριωμένες αποφάσεις που αποβλέπουν και επιφέρουν θετικές αλλαγές προς όφελος του φροντιζομένου (Clayton, 1991)

Είναι γεγονός, ότι η νοσηλευτική φροντίδα μεταφορικά μπορεί να παρομοιαστεί ως ένα δώρο που δίδεται από τον νοσηλευτή στη σχέση νοσηλευτή-αρρώστου, όπου οι στάσεις διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη παρουσίαση του δώρου. Πολύ ορθά κατά καιρούς οι Νοσηλευτικοί ηγέτες έχουν αναγνωρίσει την φροντίδα ως ηθική ευθύνη (Fry, 1998).

Η καλλιέργεια του περιβάλλοντος φροντίδας συνδέεται με την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια, τον ανοικτό τρόπο επικοινωνίας, την ευγένεια, τις διαπροσωπικές δεξιότητες, την αμοιβαία αναγνώριση και την αποδοχή των ατόμων όπως είναι. Μαζί με όλα αυτά απαιτούνται το μοιρασμένο όραμα, η αναγνώριση της αξίας της αλλαγής και η ευγένεια (Hawks, 1992)

Η τεκμηριωμένη φροντίδα, ως κέντρο και ουσία της Νοσηλευτικής Επιστήμης, πρέπει να αποτελεί τον επιδιωκόμενο στόχο στην καθημερινότητα των κλινικών Νοσηλευτών, τον κύριο σκοπό των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και όλων των πρωτοβουλιών των νοσηλευτικών φορέων γενικότερα.

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας από τους οποίους προσφέρεται η φροντίδα, απαιτεί ηθική, γνώσεις, τέχνη και εμπειρία. Επίσης απαραίτητη είναι η πρόβλεψη βασισμένη σε ελεγχόμενα γεγονότα, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των άλλων, με συνδυαστική σκέψη, ευαισθησία και δεξιότητες εφαρμογής σχεδίων με στόχο την ευημερία των άλλων (Steubert & Carpenter, 1999).

Η παροχή φροντίδας στους ασθενείς θα έπρεπε να παρέχεται λαμβάνοντας υπόψη τα καλύτερα κλινικά στοιχεία, με την βεβαιότητα να επικρατεί απέναντι σε υποθέσεις για την ασθένεια (Gortner & Schultz, 1993; Silva & Rothbert, 1984). Η φροντίδα που στηρίζεται σε επιστημονικά στοιχεία και ενδείξεις αποτελεί τμήμα της υγειονομικής περίθαλψης, ως πράξη δε, απεικονίζεται μέσα από μια επιστημολογική ποικιλομορφία. Αγκαλιάζει πολλές έννοιες και εκφράσεις στηριζόμενη στα τέσσερα θεμελιώδη μέρη της γνώσης: την εμπειρική, την ηθική, την αισθητική και την προσωπική. Η πρακτική εφαρμογή της παροχής φροντίδας είναι σύνθετη και ολιστική, κατά συνέπεια η γνώση στηρίζεται σε περισσότερες από μία πηγές, ενώ ως πηγή η εμπειρία μόνο, είναι ανεπαρκής στην παροχή της φροντίδας (Blackburn, 1994).

Σε μια περιεκτική έρευνα έχει αναφερθεί ότι οι νοσηλευτές οι οποίοι δεν είναι σε θέση να ασκήσουν φροντίδα μπορεί να γίνουν ένα σκληρό, εύθραυστο, ρομπότ. (Swanson, 1999). Η αύξηση της ζήτησης για αποτελεσματικότητα και ποσότητα, για την παραγωγή μέσα από μία ξεπερασμένη βιομηχανική νοοτροπία, έχει οδηγήσει σε απομάκρυνση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας και μεταξύ των ίδιων των επαγγελματιών υγείας. Ταυτόχρονα, η συνείδηση των νοσηλευτών αλλάζει με κύριες αιτίες την έλλειψη προσωπικού, το απελπιστικό γεμάτο απαιτήσεις σύστημα υγείας καθώς και την έλλειψη της ανθρώπινης φροντίδας στην προσωπική-επαγγελματική ζωή στα δυο συστήματα και την κοινωνία. Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται ανάμεσα στις ανθρώπινες αξίες τις φροντίδας και στο κάλεσμα του επαγγέλματος που ολοένα προσανατολίζεται στα καθήκοντα της βιοιατρικής πρακτικής με απαιτήσεις και βαρύ φόρτο εργασίας. Το αποτέλεσμα κατά την Watson (2009), είναι ένας πολιτισμός να χάσει το δρόμο του, ένα κενό ανθρωπότητας για ακόμα μεγαλύτερη αύξηση των ιατρικών λαθών.

Τα τελευταία χρόνια η βασισμένη σε ενδείξεις φροντίδα που παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας, τείνει και οφείλει να γίνει υπεύθυνη επαγγελματική καθημερινότητα. Συνοψίζοντας δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η Νοσηλευτική «γεννήθηκε» για τη φροντίδα και η φροντίδα αποτελεί τον αυτοσκοπό της Νοσηλευτικής.

## 2.4 Θεωρίες Φροντίδας στη Νοσηλευτική Επιστήμη

Η έννοια της «φροντίδας» στην νοσηλευτική είναι δεδομένη σ' όλη την ιστορία της. Στην διάρκεια των τελευταίων 3 δεκαετιών η επαγγελματική φροντίδα του ανθρώπου αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως την ουσία και τον πυρήνα της επαγγελματικής νοσηλευτικής. Η εστίαση αυτή είναι εμφανής στην νοσηλευτική πρακτική, θεωρίες νοσηλευτικής, νοσηλευτικά προγράμματα σπουδών, φιλοσοφική και ηθική άποψη της νοσηλευτικής προς την ανθρωπότητα και τη φροντίδα των ασθενών. Η φροντίδα ως επιστήμη εξελίχθηκε από την πλευρά της νοσηλευτικής και των ανθρωπιστικών επιστημών (Watson, 2009) ενώ, ως μία κεντρική έννοια, έχει οδηγήσει την ανάπτυξη αρκετών θεωριών φροντίδας. Ορισμένοι από τους πιο γνωστούς θεωρητικούς είναι οι Leininger, Watson, Mayeroff (που προαναφέρθηκε) και η Swanson.

Η Leininger (1988) έχει ορίσει την φροντίδα ως μία βοηθητική, υποστηρικτική ή διευκολυντική πράξη προς ένα άτομο ή ομάδα ατόμων με προφανείς ή αναμενόμενες ανάγκες, ώστε να βελτιωθεί μία ανθρώπινη κατάσταση ή ο γενικός τρόπος ζωής. Σύμφωνα με τη Leininger, η φροντίδα είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αλλά οι εκφράσεις, οι διαδικασίες και τα πρότυπά της ποικίλουν ανάλογα με τον πολιτισμό. Η φροντίδα έχει επίσης βιοφυσικές, ψυχολογικές, πολιτισμικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις, οι οποίες μπορούν να μελετηθούν και να εφαρμοστούν ώστε να παραχθεί μία ολιστική φροντίδα για τους ανθρώπους. Η Leininger ήταν η πρώτη σημαντική θεωρητικός, η οποία ανέπτυξε μία νοσηλευτική θεωρία που ασχολείται με πολιτισμικά ζητήματα. Εάν οι νοσηλευτές πρέπει να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτών που φροντίζουν, είτε τοπικά είτε διεθνώς, η γνώση και η κατανόηση του πολιτισμού είναι απαραίτητη.

Η Kristen Swanson, μία νοσηλεύτρια ερευνήτρια, ανέπτυξε επίσης μία θεωρία φροντίδας. Όρισε την φροντίδα ως «έναν τρόπο συσχετισμού με κάποιον άλλο, προς τον οποίο νιώθουμε μία προσωπική αίσθηση καθήκοντος και ευθύνης». Η Swanson (1991) αναγνώρισε πέντε διαδικασίες φροντίδας, οι οποίες είναι: η γνώση ή η προσπάθεια κατανόησης ενός γεγονότος, καθώς αυτό έχει νόημα στην ζωή ενός άλλου, η συναισθηματική ή η γενική παρουσία προς τον άλλο, το να κάνουμε για κάποιον αυτό που θα έκανε ο ίδιος στον εαυτό του αν ήταν δυνατό, η ενδυνάμωση ή η διευκόλυνση του περάσματος μέσα από την μετάβαση της ζωής και των άγνωστων γεγονότων, η διατήρηση της πίστης στην ικανότητα του άλλου να αντιμετωπίσει ένα γεγονός ή μία μετάβαση και να ατενίσει το μέλλον με νόημα.

Η Watson (1988) θεωρεί τον άνθρωπο ως ολιστικό αλληλεπιδραστικό ον, και την φροντίδα ως την πεμπουσία της νοσηλευτικής και την κεντρική ενοποιητική εστία της

πρακτικής, τονίζει δε τη σημαντικότητα της εμπειρίας μέσα από τα βιώματα όχι μόνο του ασθενή αλλά και του νοσηλευτή (Carr & Kemmis, 1986). Οι δυο τους επικοινωνούν σε μια στιγμή παροχής φροντίδας που αποτελεί πλέον μέρος της ιστορίας και της ζωής του κάθε ενός. Προτείνει την ανθρώπινη φροντίδα ως ηθικό ιδανικό της νοσηλευτικής (Θεωρία Ανθρώπινης Φροντίδας). Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην ανθρώπινη φροντίδα για να προστατεύσουν, να ενισχύσουν και να διατηρήσουν την ανθρωπότητα, βοηθώντας τα άτομα για να βρουν νόημα στην ασθένεια, τον πόνο και στην ύπαρξη και να βοηθήσουν άλλους να κερδίσουν αυτογνωσία, αυτοέλεγχο και αυτοίαση (Silva, 1977).

Η Φροντίδα κατά την Watson (2008) περιλαμβάνει 10 διεργασίες.

1. Πρακτική στοργής, καλοσύνης και ηρεμίας με αγάπη προς τον συνάνθρωπο.
2. Πίστη και ελπίδα για την ζωή.
3. Μέσα από τις δικές του πνευματικές πρακτικές πρέπει να κατανοεί και να συνδέεται με το άλλο άτομο και να εξελίξει την συνείδηση του.
4. Φροντίδα στηριζόμενη στο αυθεντικό συναίσθημα αναπτύσσει εγκάρδια σχέση με τον άλλο.
5. Το να είσαι παρών και υποστηρικτής της έκφρασης των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που προκύπτουν στον εαυτό μας και στους άλλους (με την κατανόηση ότι όλα αυτά τα συναισθήματα έρχονται και παρέρχονται και πρέπει να αναγνωρίζονται και να τιμούνται).
6. Δημιουργικά χρησιμοποιώντας όλους τους τρόπους της γνώσης ως αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας για την επίλυση των προβλημάτων, την εξεύρεση λύσεων για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
7. Η συμμετοχή και η διδασκαλία μάθησης εμπειριών που προκύπτουν από την διασύνδεση.
8. Η δημιουργία και η διατήρηση ενός επουλωτικού περιβάλλοντος όπου η ενεργητική συνείδηση ακτινοβολεί και κοινοποιείται, το πεδίο, η πληρότητα, η ομορφιά η αξιοπρέπεια, η ειρήνη, η ηρεμία.
9. Διαχειρίζονται την ανθρώπινη φροντίδα πρώτης ανάγκης, βοηθώντας με την συνείδηση ότι τιμά την ενότητα του mind-body-spirit πνεύματος – σώματος - ψυχισμού (mind-body-spirit) και την πληρότητα σε όλες τις πτυχές της φροντίδας.



10. Το άνοιγμα και η προσμονή για την μυστηριώδη πνευματική και υπαρξιακή άγνωστη ζωή/θάνατο στην υγεία, ασθένεια- επιτρέποντας θαύματα.

Οι εν λόγω παράγοντες, κατά τη Watson, αποτελούν το ανθρωπιστικό σύστημα αξιών και την επιστημονική βάση που καθοδηγεί τις νοσηλευτικές πράξεις, ενώ το μοντέλο στηρίζεται στη φιλοσοφία του ανθρωπισμού η οποία αποτελεί κεντρικό στοιχείο της φροντίδας των ανθρωπίνων υπάρξεων.

Κατά την Watson (2005) η φροντίδα θα πρέπει να είναι ένα πλαίσιο για την έρευνα στο τομέα της νοσηλείας, ενώ κατά την Leininger (1988) η φροντίδα είναι το επίκεντρο της νοσηλευτικής. Ομοίως οι Benner and Wrubel (1989) παίρνουν την θέση ότι η φροντίδα ως προτεραιότητα και ως έννοια είναι κεντρικής σημασίας για την νοσηλευτική πρακτική. Από την άλλη πλευρά η Sumner (2006) στην ανάλυση της έννοιας της φροντίδας ισχυρίζεται ότι στην νοσηλευτική φροντίδα παραμένει άλυτο το θέμα και οι υπάρχουσες θεωρίες έχουν περιορισμούς.

Οι διάφορες θεωρίες για την φροντίδα στην νοσηλευτική που αναλύθηκαν παραπάνω και οι οποίες βασίζονται στις πεποιθήσεις ότι η φροντίδα είναι ένα δημιουργικό μέρος στην νοσηλευτική, συνοψίζονται και αντιπαραβάλλονται στον **Πίνακα 2.1** που είναι βασισμένος στην ανασκόπηση του Rieko Matsuoka (2007).

**Πίνακας 2.1:** Συγκριτικός Πίνακας των Θεωριών της Φροντίδας των Mayeroff, Leininger, Swanson, Benner & Wrubel, Roach και Watson (Ανατύπωση και μετάφραση από Matsuoka, 2007)

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ	ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΗΜΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
MAYEROFF (1971)	Σεβασμός στο συνάνθρωπο. Η ιδέα να κατανοήσουν τον εαυτό τους.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να πάρει γνώση</li> <li>• Εναλλασσόμενους ρυθμούς</li> <li>• Το να είσαι ασθενής</li> <li>• Το να είσαι ειλικρινείς</li> <li>• Εμπιστοσύνη</li> <li>• Ταπεινότητα</li> <li>• Ελπίδα</li> <li>• Κουράγιο</li> </ul>	Ένα σημαντικό και ζωτικής σημασίας συστατικό στον τομέα της νοσηλείας.	Μια διαδικασία που προσφέρει τόσο στους φροντιστές φροντίδα για την προσωπική ανάπτυξη.
LEININGER (1988)	Η ουσία, η φύση, η έκφραση, η λειτουργία της φροντίδας χρειάζεται έρευνα	Η ταξινόμηση της διεπιστημονικής φροντίδας από την διεθνή επιστημονική έρευνα	Η κυρίαρχη πνευματική, θεωρητική, ευρετική και κεντρική πρακτική στον τομέα της νοσηλείας. Η νοσηλευτική έχει την πιο άμεση και έμμεση σχέση με την φροντίδα.	Η ουσία είναι εστιασμένη στην γνώση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Πίνακας 2.1 (συνέχεια)				
SWANSON (1999)	Καλλιεργώντας τον τρόπο των σχέσεων σε ένα άλλο επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Γνωρίζοντας</li> <li>• Να είσαι μαζί</li> <li>• Να κάνεις</li> <li>• Ενεργοποίηση</li> <li>• Διατήρηση πίστης</li> </ul>	Μπορεί η συναισθηματική-πνευματική ευεξία να γίνει φυσική ενίσχυση της θεραπείας μέσα από μια σχέση εμπιστοσύνης	Σημαντικό για την κατανόηση η φροντίδα να σχετίζεται με ζητήματα ανησυχίας
BENNER AND WRUBEL (1989)	Πρόσωπο, εκδηλώσεις, έργα και πράγματα έχουν σημασία για τους ανθρώπους  Διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις	Η παρουσία βιωμένης εμπειρίας της ασθένειας και η λεπτή χρήση του χιούμορ	Φαινομενολογία στηριζόμενη σε εμπειρικά δεδομένα και εξηγεί, περιγράφει, την νοσηλευτική βασισμένη στην πρακτική	Υπεροχή στην νοσηλευτική. Η δύναμη της φροντίδας. Η νοσηλευτική εκπαίδευση χρειάζεται μεταρρύθμιση ώστε να επιτρέψει τους νοσηλευτές να κριτικάρουν την οργανωτική βάση της ζωής κατά την εξάσκηση της φροντίδας
ROACH (1992)	Ολοκλήρωση του εσωτερικού εαυτού και αρμονία με το άλλον	Καλοσύνη, εμπιστοσύνη, συνείδηση και δέσμευση	Προσδιοριστικό της νοσηλευτικής αν και άλλα επαγγέλματα μπορούν να εμπλακούν	Η ουσία και ο πυρήνας της νοσηλευτικής
WATSON (1985, 1988, 2002, 2005)	Μια λέξη με πολλαπλές κοινωνικές συνήθειες με συμβολικές και λειτουργικές σημασίες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συγκρότηση αξιών</li> <li>• Πίστη –ελπίδα</li> <li>• Ευαισθησία του εαυτού μας και των άλλων</li> <li>• Δημιουργία ανθρωπίνων σχέσεων</li> <li>• Έκφραση θετικών και αρνητικών συναισθημάτων</li> <li>• Η συμμετοχή και η διδασκαλία μάθησης εμπειριών που προκύπτουν από την διασύνδεση.</li> <li>• Το άνοιγμα και η προσμονή για την μυστηριώδη πνευματική και υπαρξιακή άγνωστη ζωή/θάνατο στην υγεία, ασθένεια- επιτρέποντας θαύματα.</li> </ul>	Η νοσηλευτική ηθική αποτελεί δέσμευση για τους άλλους και περιλαμβάνει διαπροσωπική σχέση φροντίδας	Ο πυρήνας και το θεμέλιο της νοσηλευτικής πρακτικής

## 2.5 Αντιλήψεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα

Μελέτες για την φροντίδα, έχουν διερευνήσει τις αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών στην πλειονότητα υιοθετούν μια ποσοτική προσέγγιση της φροντίδας και δίνουν σημασία στον καθορισμό συγκεκριμένων συμπεριφορών. Ορισμένες όμως μελέτες έχουν υιοθετήσει μια ποιοτική μεθοδολογία έρευνας.

Οι Brunton & Beaman (2000), χρησιμοποίησαν δείγμα από 200 νοσηλευτές, για να διερευνήσουν αντιλήψεις και συμπεριφορές σχετικά με τη φροντίδα. Στη μελέτη τους κατέταξαν συμπεριφορές φροντίδας κατά σειρά σημαντικότητας ως εξής: αξιολόγηση του ασθενούς ως ανθρώπινη οντότητα, σεβασμός για τον ασθενή, να διαθέτουν ευαισθησία, να μιλούν με τον ασθενή, να τηρούν εχεμύθεια στις πληροφορίες των ασθενών, αντιμετώπιση του ασθενούς ως ατόμου, ενθάρρυνση του ασθενούς να καλεί όταν έχει πρόβλημα, να είναι ειλικρινής με τον ασθενή, να ακούει με προσοχή τον ασθενή.

Σε μια άλλη ερευνητική εργασία εξετάστηκαν οι συμπεριφορές φροντίδας και πώς αυτές συνδέονται με την νοσηλευτική πράξη από την πλευρά ψυχιατρικών και γενικών νοσηλευτών. Εξετάστηκε επίσης εάν η φροντίδα επηρεάζεται από την ηλικία, το φύλο ή τα προσόντα των νοσηλευτών. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο Care-Q και χρησιμοποιήθηκε δείγμα 118 νοσηλευτών όλων των βαθμών και εμπειριών σε γενικό και ψυχιατρικό νοσοκομείο, σε μια πόλη της Φινλανδίας. Οι νοσηλευτές κατέταξαν συμπεριφορές φροντίδας για κάλυψη των φυσιολογικών αναγκών υψηλότερα από τις συμπεριφορές φροντίδας κάλυψης συναισθηματικών αναγκών. Έδωσαν έμφαση στην παρακολούθηση και στην ανακουφιστική συμπεριφορά ενώ έδωσαν λιγότερη προσοχή σε συμπεριφορές πρόληψης. Το φύλο φάνηκε να έχει μεγαλύτερη επιρροή στην αποτίμηση συμπεριφορών φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα οι άνδρες νοσηλευτές είχαν λιγότερες πιθανότητες από τις γυναίκες νοσηλεύτριες να είναι προσβάσιμοι και να σχηματίσουν σχέσεις εμπιστοσύνης ή να προσφέρουν ανακουφιστική φροντίδα (Greenhalgh et al., 1998).

Οι Dunn & Schmitz (2005) διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 50 ανώτερους νοσηλευτές με στόχο τον ερμηνευτικό σχεδιασμό των αντιλήψεών τους για τις δυσανάλογες απαιτήσεις των ασθενών για νοσηλευτική φροντίδα και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις. Η επεξεργασία των δεδομένων ανέδειξε τέσσερα κύρια θέματα. Αυτά ήταν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, οι οικογενειακές ανάγκες, η στελέχωση προσωπικού και το οργανωτικό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν ασθενείς που, λόγω της βεβαρημένης τους κατάστασης υγείας και σε βιοφυσικό και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, χρήζουν απαιτητική, συνεχόμενη και χρονοβόρα νοσηλευτική φροντίδα, η οποία κατ' επέκταση στερείται από

τους υπόλοιπους ασθενείς. Αυξημένες είναι και οι απαιτήσεις των οικογενειών αυτών των ασθενών όπου οι νοσηλευτές πρέπει επίσης να καταναλώσουν αρκετό χρόνο προς βοήθεια και υποστήριξη αυτών είτε με τη συμβουλευτική είτε παραπέμποντάς τους σε υπηρεσίες υποστήριξης. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται και από την ελλιπή στελέχωση του προσωπικού και από την εμπειρογνομοσύνη αυτού. Εάν το διαθέσιμο προσωπικό είναι μικρό σε αριθμό, σε αναλογία με τους ασθενείς ή αν το προσωπικό είναι άπειρο, ακόμη κι αν είχε τη φροντίδα ασθενών χαμηλών απαιτήσεων, οι απαιτήσεις θεωρούνται υψηλές σε σχέση με το περιορισμένο νοσηλευτικό δυναμικό και σε αριθμό και σε προσόντα. Με επαρκές προσωπικό, ποσοτικά και ποιοτικά, γίνεται καλύτερη κατανομή του χρόνου για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, με συνέπεια να μειώνονται και τα επίπεδα άγχους και απογοήτευσης του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι Arthur et al. (1999) στην έρευνά τους σύγκριναν απόψεις, ενός μεγάλου δείγματος νοσηλευτών από έντεκα χώρες, σχετικά με τη φροντίδα, την επαγγελματική αυτοαντίληψη και τις τεχνολογικές επιρροές. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι οι νοσηλευτές πίστευαν στη δημιουργία αίσθησης και ανάπτυξης σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών βασισμένη στην αλήθεια και στο σεβασμό. Η σχέση πρέπει να επιτρέπει στον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και οι νοσηλευτές θα πρέπει να ακούν και να δίνουν προσοχή στον ασθενή. Επιπλέον οι νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα εξέφρασαν τη σημαντικότητα να αισθάνονται ανησυχία όπως επίσης τη σημαντικότητα της συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα. Από τη μελέτη αναδείχθηκε και η ανάγκη για ανάπτυξη δεξιοτήτων υψηλής τεχνολογίας προς ενίσχυση της φροντίδας των ασθενών και την επίτευξη της ευημερίας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές σε όλον τον κόσμο μοιράζονται πολλά κοινά, ενώ διατηρούν μεμονωμένα πολιτιστικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη φροντίδα και τη νοσηλευτική πράξη.

Η Dyson το 1996 ολοκλήρωσε μια πιλοτική έρευνα στην οποία ερεύνησε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για στάσεις και συμπεριφορές φροντίδας. Συμμετείχε δείγμα εννέα ειδικευμένων νοσηλευτών και η επεξεργασία των δεδομένων ανέδειξε τα ακόλουθα εννέα θέματα: ενδιαφέρον και ευαισθησία, δίνω τον εαυτό μου, στυλ εργασίας, κίνητρα, επικοινωνία και κάλυψη αναγκών, γνωστικό υπόβαθρο και μάθηση, ατομική προσέγγιση, γενική προσέγγιση, τιμιότητα και ειλικρίνεια. Τα ευρήματα της μελέτης υποστήριξαν σε μεγάλο βαθμό την ιδέα ότι η φροντίδα είναι ένας συνδυασμός του τι κάνει ο νοσηλευτής και της προσωπικότητάς του. Δίνει έμφαση στην ανθρωπιστική και ψυχοκοινωνική συνιστώσα της φροντίδας.

Σε μια ποιοτική έρευνα που διεξήχθη στο Hong Kong, δέκα νοσηλευτές έδωσαν συνέντευξη καταγράφοντας τις αντιλήψεις τους για συμπεριφορές φροντίδας στο κλινικό

τους περιβάλλον, ποια είναι τα εμπόδια σε αυτές τις συμπεριφορές και τρόπους εξάλειψης αυτών. Η επεξεργασία των δεδομένων έδειξε ότι οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν τη σημασία της έκφρασης συμπεριφορών φροντίδας και των διαπροσωπικών δεξιοτήτων επικοινωνίας για την παροχή ολιστικής φροντίδας. Η έλλειψη προσωπικού, η παραδοσιακή νοσηλευτική προσέγγιση, η κυριαρχία της ιατρικής στο σύστημα υγείας, η επιρροή της κινέζικης κουλτούρας στην εργασία τους, όπως, επίσης, οι περιορισμένες δεξιότητές τους και η έλλειψη εκπαίδευσης θεωρήθηκαν εμπόδια της έκφρασης των συμπεριφορών φροντίδας. Τρόποι αντιμετώπισης των εμποδίων θεωρήθηκαν: η καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού, η συναδελφική υποστήριξη, η αποτελεσματική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και η προώθηση ενός δημοκρατικότερου περιβάλλοντος που θα βοηθούσε στην καλύτερη έκφραση συμπεριφορών φροντίδας προς τους ασθενείς. Μια δημιουργική προσέγγιση είναι αναγκαία, ώστε να ενσωματωθούν αυτές οι στρατηγικές στο σύστημα υγείας, το οποίο κυριαρχείται από την τεχνολογία και τους οικονομικούς περιορισμούς (Yam & Rossiter, 2000).

Πιο πρόσφατα σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τις Καλαφάτη και Παϊκοπούλου (2011), σκοπός ήταν ο προσδιορισμός των προβλημάτων των νοσηλευτών σε μονάδα εντατικής θεραπείας, παρέχοντας φροντίδα πολυπολιτισμικό πληθυσμό που ενισχύεται συνεχώς. Μέσα από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναδείχθηκε η επικέντρωση των ερευνητών σε τέσσερα ζητήματα: (1) Η επικοινωνία με τον ασθενή και την οικογένειά του, που δυσκολεύει δεδομένων των πολιτισμικών διαφορών στη λεκτική ή τη μη λεκτική επικοινωνία, στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και στον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων τους (2) Η λήψη αποφάσεων που αφορά είτε στον ίδιο τον ασθενή ή και στην οικογένειά του ή και στο θεράποντα ιατρό (3) Η αυτονομία και ο αυτοπροσδιορισμός του ασθενούς που καθορίζονται από σχετικά νομικά έγγραφα θεμάτων όπως η εντολή «μη ανάνηψης», η δωρεά οργάνων και η ευθανασία και (4) Η περιθανάτια φροντίδα, που καθορίζεται από τις θρησκευτικές και τις πολιτισμικές πεποιθήσεις του ασθενούς και της οικογένειάς του και πρέπει να γίνεται απόλυτα σεβαστή από τους νοσηλευτές, χωρίς προσωπικές παρεμβάσεις και πιστεύω σχετικά με το θάνατο και τη φροντίδα του νεκρού σώματος. Βασικό στοιχείο για τους νοσηλευτές είναι να γνωρίζουν τον τρόπο που θα παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς μονάδας εντατικής θεραπείας με πολιτισμικές διαφορές. Τέλος από την ανασκόπηση προέκυψε ότι οι νοσηλευτές οφείλουν να αναπτύξουν γνώσεις, δεξιότητες και πρακτικές με σεβασμό στην κουλτούρα, με οικουμενική αντίληψη και διαπολιτισμική φιλοσοφία (Καλαφάτη & Παϊκοπούλου, 2011).

Σε μια άλλη ανασκόπηση χρησιμοποιώντας ως βάση θεωρίες και έρευνες της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, παρουσιάζεται η μεγάλη ποικιλία των τρόπων με τον οποίο έχει σχεδιαστεί η φροντίδα και εκφράζεται στον επαγγελματικό τομέα (Patistea, 1999). Η μελέτη αυτή έδειξε ότι οι προσεγγίσεις των νοσηλευτών περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα ερμηνειών:

ανθρωπολογικό, φιλοσοφικό και ψυχολογικό. Οι αντιλήψεις αυτές δεν θα πρέπει να αποκλείουν η μία την άλλη, αλλά, αντίθετα η μια να συμπληρώνει την άλλη. Μέσα από το άρθρο αναδεικνύονται ιδέες και χαρακτηριστικά των νοσηλευτών όπως να ενσωματώσουν στην πράξη τις διάφορες προοπτικές φροντίδας που περιγράφονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Θα πρέπει να αναπτύξουν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που θα τους κάνει ικανούς να παρέχουν ολιστική και εξατομικευμένη φροντίδα. Η εκπαίδευση, επίσης, των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι ικανή να προετοιμάζει επαγγελματίες οι οποίοι θα είναι σε θέση να αποτελέσουν φροντιστές της υγείας και της ευεξίας κατά τρόπο που να συμβάλλει στην ανάπτυξη και του νοσηλευτή και του ασθενούς και να δίνει έμφαση στη φύση της νοσηλευτικής ως ανθρώπινη επιστήμη (Patistea, 1999).

Σε άλλο άρθρο περιγράφονται απόψεις νοσηλευτών σχετικά με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς σε μονάδες εντατικής θεραπείας (Benner 2002). Οι νοσηλευτές, μέσα από τις αφηγήσεις τους, αναφέρουν ως σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής φροντίδας των σιωπηλών ασθενών τη γνωριμία με τον ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με αναζήτηση πληροφοριών από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, ώστε να διατηρήσουν αναλλοίωτη την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια αλλά και την εικόνα του βαρέως ασθενούς, θεωρώντας ότι, με αυτό τον τρόπο, υπερασπίζονται την ύπαρξή του και την ατομικότητά του. Απαραίτητες προϋποθέσεις στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε βαρέως ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας θεωρούνται η εμπειρία και οι δεξιότητες.

Σε άλλη έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ταυτόχρονα δύο ερωτηματολόγια, σχετικά με τη φροντίδα και τη στάση και με τη φροντίδα και τη συμπεριφορά, αντίστοιχα. Από τα ευρήματα έγινε αντιληπτό ότι οι νοσηλευτές έχουν την άποψη ότι οι εκφραστικές συμπεριφορές ήταν ανθρώπινες και γι' αυτούς κατέλαβαν την υψηλότερη θέση σε κάθε άκουσμα, εκφράζοντας ευαισθησία και παρηγοριά (Bassett, 2002).

Στην περιγραφική-διερευνητική μελέτη των Mok & Chiu (2004), που σκοπός της ήταν η διερεύνηση της σχέσης ασθενούς – νοσηλευτή, στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο σε δείγμα 10 νοσηλευτών και 10 ασθενών τελικού σταδίου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι προσωπικές αξίες και η ικανότητα του νοσηλευτή είναι εκείνες που τον καθιστούν ικανό να αναπτύξει σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, να αποτελέσει τμήμα της οικογένειας του και να παρέχει ολιστική φροντίδα.

Τέλος, σε ακόμη μία έρευνα οι ασθενείς συμφωνούν ότι η ανάπτυξη στενής σχέσης με τους νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς, δυνατοί και ικανότεροι να αντιμετωπίσουν τις καθημερινές δυσκολίες που γεννά η κατάσταση τους.

Αισθάνονται πιο ήρεμοι και ζητούν να συζητήσουν και δέχονται πιο εύκολα τη φροντίδα που τους παρέχεται (Κάρλου & Πατηράκη, 2011).

## **2.6 Εργαλεία μέτρησης νοσηλευτικής φροντίδας**

Μεγάλος αριθμός ερευνών που είχαν διεξαχθεί τη δεκαετία του 70 βασιζόταν κυρίως στο εργαλείο Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort, γνωστότερο ως CARE-Q με κύρια εμπνευστή τη Larson και η προσέγγιση αυτή συνέχισε να επηρεάζει την έρευνα για πολλά χρόνια (Larson, 1987; Keane, 1987). Είναι το πρώτο εργαλείο φροντίδας που αναφέρεται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία και είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο για την αξιολόγηση της φροντίδας. Το Care-Q χρησιμοποιεί τη μεθοδολογία Q για να εντοπίσει τις πιο σημαντικές συμπεριφορές φροντίδας (Watson, 2009b).

Αργότερα, κατά τη δεκαετία του 1980, αναπτύχθηκαν νέα εργαλεία και ερωτηματολόγια, για τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως το Caring Behaviors Inventory (CBI), Caring Behavior Assessment (CBA) (Wolf et al., 1998; Walsh & Dolan, 1999).

Τη δεκαετία του '90 αναπτύχθηκε το Caring Dimensions Inventory (CDI) που αναπτύχθηκε από τους Watson & Lea (1997) και ένα παράγωγό του το Nursing Dimensions Inventory (NDI) (Watson et al., 1999, 2001).

Εκτός από τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας ως γενικό όρο, αναπτύχθηκε μια νέα τάση αξιολόγησής της με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Το εργαλείο μέτρησης της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές είναι το Individualized Care Scale (ICS) (Suhonen et al., 2005).

Η ανασκόπηση των μελετών κατά τη διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας δείχνει τη χρήση και πολλών άλλων νέων εργαλείων, (εκ των οποίων πολλά αποτελούν παράγωγα παλαιότερων) που στηρίζονται στις σύγχρονες εξελίξεις και απαιτήσεις της νοσηλευτικής έρευνας, με σκοπό να οδηγήσουν σε εγκυρότερα αποτελέσματα και να εξυπηρετήσουν πληρέστερα το σκοπό των μελετών.

## 2.7 *Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας*

Η έννοια «Ίδρυμα Κοινωνικής Φροντίδας» μπορεί να ορισθεί πολλαπλά και ποικιλόμορφα. Η Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας αφορά υπηρεσία δημοσίου – κατά πλειοψηφία – χαρακτήρα που παρέχει υπηρεσίες διάγνωσης, αξιολόγησης, εκπαίδευσης, επαγγελματικού προσανατολισμού, συμβουλευτικής, περίθαλψης, φροντίδας και αποκατάστασης σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες με εξειδικευμένα και εντοπισμένα προβλήματα, τόσο οργανικά όσο και συμπεριφοράς, που χρήζουν αντιμετώπισης καθώς οι συνέπειές τους έχουν άμεσες κοινωνικές προεκτάσεις.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του ΦΕΚ236 Α' η κοινωνική φροντίδα ορίζεται ως η προστασία που παρέχεται σε άτομα ή ομάδες με προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης και αποσκοπεί να δημιουργήσει προϋποθέσεις ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην οικονομική και κοινωνική ζωή και να τους εξασφαλίσει αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Η στήριξη της οικογένειας αποτελεί βασικό στόχο των παραπάνω προγραμμάτων. Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας παρέχονται χωρίς διακρίσεις σε όσους έχουν ανάγκη μέσω φορέων του δημοσίου τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού χαρακτήρα που λειτουργούν σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που προβλέπουν οι ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις. (ΦΕΚ 236 Α')

Συγκεκριμένα Κέντρα κοινωνικής φροντίδας αποτελούν:

Α) Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Κ.Β)

Σκοπός του κέντρου είναι ο συντονισμός του δικαίου παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που έχουν έκτακτη ανάγκη κοινωνικής βοήθειας.

Β) Δίκτυο Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες (Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑΜΕΑ) (Καρασαββίδης, 2007).

Σκοπός των κέντρων αυτών είναι η πρόωπη διάγνωση, η συμβουλευτική στήριξη, η ενημέρωση των ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και των οικογενειών τους, η παραπομπή σε εξειδικευμένες υπηρεσίες νοσηλείας και αποκατάστασης, η προεπαγγελματική και επαγγελματική κατάρτιση των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, η λειτουργική τους αποκατάσταση, η υποστήριξη για ένταξή τους στον κοινωνικό ιστό, η συνεργασία με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο για τον συντονισμό της δράσης τους.

Γ) Δίκτυο κέντρων στήριξης Αυτιστικών Ατόμων.



Σκοπός των κέντρων αυτών είναι η κοινωνική προστασία και στήριξη των Αυτιστικών ατόμων και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος με τη δημιουργία υπηρεσιών θεραπευτικής και εκπαιδευτικής παρέμβασης και μέριμνας.

#### Δ) Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Καρδίτσας

Σκοπός του είναι η παροχή φροντίδας, περίθαλψης, εκπαίδευσης, ψυχαγωγίας καθώς και τη λειτουργική, κοινωνική και επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση σε παιδιά και των δύο φύλων, ηλικίας 0-14 ετών, τα οποία έχουν νοητική υστέρηση ή νοητική υστέρηση και κινητικές δυσκολίες, κατά προτεραιότητα από το νομό Καρδίτσας και εφόσον υπάρχουν κενές θέσεις και από τους υπόλοιπους νομούς.

Η λειτουργία του Κέντρου Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών Με Αναπηρία Καρδίτσας στηρίζεται στις αρχές της αξιοπρεπούς διαβίωσης των περιθαλπομένων εξασφαλίζοντας τους μια ήρεμη ζωή. Τους βοηθάει να αναπτύξουν τις ικανότητές τους και ειδικά εκείνες που σχετίζονται με την εκμάθηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, καθημερινής ζωής και κοινωνικής συνδιαλλαγής, σε ένα κλίμα ασφάλειας για τους εργαζόμενους και τους περιθαλπόμενους. (ΦΕΚ 739/8-11-1965) (<http://www.kaapa.gr/>-Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας παιδιών Καρδίτσας)

#### Ε) Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Τρικάλων

Το θεραπευτήριο είναι κλειστής περίθαλψης σε 24-ωρη βάση. Παρέχεται φροντίδα καθημερινά για την ατομική καθαριότητα, τη σίτιση και την ένδυση των ασθενών. Επίσης, παρέχεται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη υψηλού επιπέδου. Σκοπός του θεραπευτηρίου είναι η αποκατάσταση των ασθενών, συνεπώς υπάρχουν τμήματα εργοθεραπείας και φυσικοθεραπείας που φροντίζουν για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης των ασθενών. (

<http://www.therapeftiriotrikalon.gr/index.php/parxomenes-yphresies-> Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Τρικάλων)

#### ΣΤ) Θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων Λάρισας «Ο Αριστεύς»

Το θεραπευτήριο συστάθηκε με το Π.Δ. 540/80 (ΦΕΚ 145). Σκοπός του Θεραπευτηρίου είναι η περίθαλψη ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις πνευματικές ή κινητικές και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και η επαγγελματική κατάρτιση των περιθαλπόμενων καθώς και άλλων ατόμων χρονίως πασχόντων του Νομού Λάρισας. (ΦΕΚ 921B'). Στο Θεραπευτήριο Αριστεύς, ανήκουν επίσης και δύο παραρτήματα:

#### 1) Κέντρο Προστασίας Ατόμων με Αναπηρίες «Ο Αριστεύς», Γιάννουλης

Σκοπός λειτουργίας του ΑΡΙΣΤΕΥΣ, είναι η αποκατάσταση των Α.μεΑ. από την παιδική ηλικία έως και τα 25 τους χρόνια. Γι' αυτό έχει δημιουργήσει τις απαραίτητες υποδομές με έμψυχο και άψυχο υλικό και βασίζεται σε ένα πλήρες πρόγραμμα παρεμβάσεων, που ξεκινά από την φοίτησή τους στη Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής (η οποία λειτουργεί συσχετιζόμενη σε κοινούς χώρους και υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό, από το προσωπικό και την οργανωτική δομή του ΑΡΙΣΤΕΥΣ), έως την επαγγελματική τους αποκατάσταση – παρέχοντας παράλληλα, δυνατότητες και εμπειρίες χρήσιμες για όλη τους τη ζωή.

Το Κέντρο, πέραν της προσφοράς των Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών στους φιλοξενούμενους του, εξυπηρετεί και έναν αριθμό εξωτερικών περιστατικών (με όρια ηλικίας από τη νεογνική περίοδο έως την ενηλικίωση), που παρουσιάζουν αισθητικοκινητικές ανεπάρκειες, νευρολογικές διαταραχές κλπ., με άξονα αυτής της δραστηριότητας, την ιδιαίτερη έμφαση στην πρόωμη θεραπευτική παρέμβαση.

## 2) το κέντρο Στήριξης Αυτιστικών Ατόμων Μαγνησίας (ΚΕΣΑΑΜ)

Το ΚΕΣΑΑΜ έχει τους ίδιους σκοπούς με τα κέντρα στήριξης αυτιστικών ατόμων

Στα παραπάνω ιδρύματα λειτουργεί και νοσηλευτική υπηρεσία με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ασθενείς, στηριγμένη στους σύγχρονους κανόνες της Νοσηλευτικής Επιστήμης και Δεοντολογίας με επίκεντρο τον άνθρωπο και τις ανάγκες του.

Είναι υπεύθυνη για την ατομική υγιεινή, την εξατομικευμένη Νοσηλευτική φροντίδα και την παροχή πρώτων βοηθειών στους περιθαλπόμενους. Ενεργεί προληπτικά και παρέχει καθημερινή φροντίδα στα άτομα που έχουν ανάγκη αυτής. Οι Νοσηλευτές/τριες έχουν την ευθύνη διεκπεραίωσης ιατρικών οδηγιών, εργαστηριακών εξετάσεων και μεταφοράς των περιθαλπομένων σε Νοσοκομεία. Όταν κρίνεται απαραίτητο γίνονται συνοδοί αυτών σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Επίσης οι Νοσηλευτές/τριες της υπηρεσίας έχουν το ρόλο του συντονιστή σε όλες τις δομές του κέντρου. Επιπροσθέτως η Νοσηλευτική Υπηρεσία έχει την ευθύνη προμήθειας και διαχείρισης φαρμακευτικού και αναλώσιμου υλικού.

Στις ευθύνες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας αθροίζεται η σταθερή συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό του Κέντρου καθώς και άλλους εξωτερικούς συνεργάτες, έχοντας στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και των συνθηκών διαβίωσης των περιθαλπομένων. Προωθεί τον εθελοντισμό και έχει την ευθύνη εκπαίδευσης του προσωπικού.

Παρόλα αυτά, σήμερα, ένας σημαντικός αριθμός Νοσηλευτών επιλέγει και διορίζεται ή απασχολείται σε Ιδρύματα Πρόνοιας, ένας θεσμός που άρχισε στην Ελλάδα να ενισχύεται μεταπολεμικά. Κατά τις δεκαετίες του '80 και του '90 έγιναν φιλότιμες προσπάθειες και για την νομική τους κατοχύρωση τόσο του εργατικού δυναμικού που απασχολούνται στα

Προνοιακά Ιδρύματα αλλά και των δικαιωμάτων των χρηστών υγείας στους οποίους απευθυνόταν οι υπηρεσίες που παρείχαν (ΦΕΚ 236 Α').

### **2.7.1 Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στα Ιδρύματα Κοινωνικής Φροντίδας**

Η ιδιαιτερότητα των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Οργανισμούς Πρόνοιας είναι σημαντική, συγκριτικά με τους Νοσηλευτές που εργάζονται στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (Σαπουντζή, 1998):

1. Το έργο των Νοσηλευτών δεν είναι αμιγώς κλινικό. Η έννοια της νοσηλείας διαφοροποιείται σημαντικά.
2. Οι Νοσηλευτές δεν αποτελούν την προεξάρχουσα αριθμητικά επαγγελματική δύναμη, καθώς στους Οργανισμούς Πρόνοιας υπηρετεί Ιατροπαιδαγωγικό Προσωπικό (Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές, Λογοθεραπευτές, Φυσιοθεραπευτές, Ψυχοθεραπευτές, Παιδαγωγοί κ.λ.π.).
3. Η Νοσηλευτική αποκτά νέα διάσταση καθώς η έννοια της Νοσηλευτικής Φροντίδας διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει και την παρακολούθηση του χρήστη υγείας τόσο μέσα σε εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές διαδικασίες, όσο και στην καθημερινή του ζωή.
4. Η συνεργασία του Νοσηλευτικού Προσωπικού καθώς και οι Νοσηλευτικές Διεργασίες προσδιορίζονται, ελέγχονται και αξιολογούνται σε ένα γενικότερο και μακροπρόθεσμο πλάνο φροντίδας που αφορά την βιολογική εξέλιξη του χρήστη υγείας σε μια μεγάλη χρονική περίοδο.
5. Οι χρήστες υγείας που περιθάλπονται στους Οργανισμούς Πρόνοιας θεωρούνται χρονίως πάσχοντες και οι παθήσεις τους αντιμετωπίσιμες, αλλά μη ιάσιμες.
6. Η Νοσηλευτική εφαρμόζεται μέσα σε προγράμματα παροχής φροντίδας που αφορούν ισότιμα τόσο την οργανική όσο και την συμπεριφορική πλευρά του χρήστη υγείας, ενώ η επιρροή από αστάθμητους με την υγεία παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την Νοσηλευτική Φροντίδα.
7. Η Νοσηλευτική Φροντίδα απευθύνεται σε κάποιο ποσοστό χρηστών υγείας, που δεν διαθέτουν οργανωμένη συμπεριφορά και συγκροτημένη προσωπικότητα, παράγοντας που υπεισέρχεται απρόσκλητα και διηνεκώς στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και απαιτεί διαμορφωμένο πλάνο φροντίδας όχι μόνο σε οργανικό, αλλά και σε συμπεριφορικό υπόβαθρο.

8. Ελλοχεύει καθημερινά ο φόβος της Ασυλοποίησης και του Ιδρυματισμού, γεγονός προβλέψιμο, καθώς τις περισσότερες φορές οι χρήστες υγείας των Ιδρυμάτων Κοινωνικής Φροντίδας διαβιούν σε αυτούς μέχρι το τέλος της ζωής τους. Οι ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας που επικρατούν στους Οργανισμούς Πρόνοιας σε συνδυασμό με την ευρύτητα εφαρμογής της Νοσηλευτικής ως Επιστήμης και η δυνατότητά της να ανταποκρίνεται σε όλες τις συνθήκες που απαιτεί ο χρήστης υγείας, δημιουργούν το ειδικό πλαίσιο λειτουργίας της Νοσηλευτικής Επιστήμης σε Οργανισμούς Πρόνοιας και ανοίγουν το φάσμα εφαρμογής της υπό το πρίσμα της Νοσηλευτικής Φροντίδας, γύρω από το οποίο επικεντρώνονται ή αποκεντρώνονται οι επιμέρους Νοσηλευτικές Αρμοδιότητες και Διεργασίες, που υποστηρίζουν Νοσηλευτικά μία Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας.

## **2.8 Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης**

Η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης δεν είναι σαφής μιας και δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ο επικρατέστερος ορισμός είναι του Locke (1976) ο οποίος την ορίζει ως τη θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, εφόσον εκπληρώνονται οι επαγγελματικές του αξίες. Οι επαγγελματικές αξίες αναφέρονται στο τρόπο δράσης του ατόμου με στόχο να αποκτήσει ή να διατηρήσει κάτι. Μερικοί ερευνητές συμφωνούν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση ταυτίζεται με τον βαθμό εκπλήρωσης των αναγκών του ατόμου (Porter and Steers 1973; Stamps et al., 1978; Spector, 1985; Kettinger-Geiger & Davit 1988; Mottaz, 1986 αναφορές σε Χαραλαμπίδου, 1996). Μάλιστα, οι Quarstein και οι συν (1992) συμπεραίνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση προσδιορίζεται από δύο βασικούς παράγοντες, πρώτον από τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά και δεύτερον από τα γεγονότα στην εργασιακή κατάσταση. Στα χαρακτηριστικά υπάγονται ο μισθός, οι προαγωγές, οι συνθήκες εργασίας και η πολιτική άσκησης εξουσίας. Τα γεγονότα αναφέρονται και συνδέονται με τα δεδομένα του περιεχομένου της εργασίας, τα οποία διακρίνονται σε θετικά ή αρνητικά και ασκούν αντίστοιχες επιδράσεις στα εργαζόμενα άτομα.

Η πολυδιάστατη επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης αναγνωρίστηκε έγκαιρα από πολλούς επιστήμονες αφού κατά τις Mitchell και Larson (1987) εκτός των άλλων αποτελεί την πηγή πληροφόρησης προς του εργοδότες αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση σε σχέση με την απόδοση ή την παραγωγικότητα των εργαζομένων. Ακόμη, σύμφωνα με τον Price (1972), καταλογίζεται ότι εκφράζει το βαθμό θετικού προσανατολισμού συναδελφικότητας των μελών του κοινωνικού συστήματος προς τα μέλη

ενός συνόλου (αναφορά σε Χαραλαμπίδου, 1996). Η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται άμεσα με την έκταση παροχής ανταμοιβών όπως μισθοδοσία, ποικιλία ευκαιριών, αναγνώριση από τους προϊσταμένους, προαγωγικές ευκαιρίες ανάπτυξη σχέσεων αλληλεπίδρασης με τους συνεργάτες, ενισχυμένη επιρροή ελέγχου στην εργασία και συμμετοχή στα κέντρα αποφάσεων οι οποίες άμεσα ή έμμεσα επηρεάζουν τους εργαζομένους (Ιωάννου, 2011).

Επιπλέον, η επαγγελματική ικανοποίηση επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην τάση του ρυθμού των εργασιακών απουσιών και αποχωρήσεων (Cavanagh & Coffin, 1992) και κάτω από ειδικές περιστάσεις ενδέχεται να επηρεάζει άλλου τύπου συμπεριφορές επαγγελματικής φύσης, ενώ, υπάρχει, το ενδεχόμενο επίδρασης στην γενικότερη στάση του ατόμου προς τη ζωή, την οικογένεια και τον εαυτό του. Είναι δυνατόν να συνδέεται άμεσα με τη διανοητική και την προσαρμογή του με συνέπειες στην βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση (Locke, 1984 αναφορά σε Χαραλαμπίδου, 1992). Η υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται θετικά με την καλή σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων, καθώς και με την ποιότητα της εργασιακής τους ζωής (Crohan et al., 1989).

Συμπερασματικά, η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί απόρροια της εκπλήρωσης των εργασιακών προσδοκιών ή της σύμπτωσης του τύπου της προσωπικότητας του εργαζομένου και του περιβάλλοντος της εργασίας. Ίσως έτσι να εξηγείται το γεγονός ότι δύο διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις για την ίδια εργασία που ασκούν (Χαραλαμπίδου, 1996).

### **2.8.1 Η Επαγγελματική ικανοποίηση στο χώρο της νοσηλευτικής**

Η μέτρηση της ικανοποίησης των εργαζομένων αποτελεί ένα από τα βασικά θέματα που θα πρέπει να απασχολούν τις διοικήσεις των οργανισμών. Αυτό επιβάλλεται για λόγους τόσο οργανωτικούς όσο και ανθρωπιστικούς καθώς και η επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων συνδέεται άμεσα με την καλή σωματική και ψυχική τους υγεία.

Το μεγαλύτερο πλήθος μελετών σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση αφορά στο χώρο των επιχειρήσεων και της βιομηχανίας (Coop, 1998). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια ο χώρος της υγείας συγκεντρώνει όλο και μεγαλύτερο τμήμα των μελετών αυτών, λόγω των προβλημάτων που συνεχώς προκύπτουν (ANA, 1997; Salvam, 2001) (Αναφορά σε Καρανικόλα, 2006). Μάλιστα, τα δεδομένα δείχνουν, πως τα προβλήματα αυτά, και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι κοινά σε παγκόσμια κλίμακα, παρόλο που

εκδηλώνονται σε διαφορετικά συστήματα υγείας (Papadatou et al., 2001). Ένα από τα σημαντικότερα είναι η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού λόγω παραίτησης (Aiken et al., 2001) η οποία έχει συνδεθεί με την επαγγελματική ικανοποίηση (Irvine and Evans, 1995) και γι αυτό χρήσει ιδιαίτερης προσοχής και μελέτης.

Έτσι, η μελέτη της ικανοποίησης των νοσηλευτών από την εργασία τους έχει μακρά ιστορία. Η πρώτη σημαντική μελέτη διεξήχθη από τον Nahm το 1940 συμπεραίνοντας ότι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση περιλαμβάνουν το εισόδημα, τις ώρες εργασίας, τις σχέσεις με τους ανώτερους, το ενδιαφέρον για την εργασία, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και τις ευκαιρίες για πρόοδο (αναφ. στον Ιωάννου, 2011).

Το 2001 σε μια μεγάλη μελέτη που διεξήχθη ανάμεσα σε νοσηλευτές της Β. Αμερικής και Ευρώπης τα ποσοστά δυσαρέσκειας ήταν αρκετά υψηλά (πάνω από 40% στις Η.Π.Α και πάνω από 30% στην Βρετανία). Μάλιστα ένα ποσοστό 27-54% νέων νοσηλευτών σκόπευαν να παραιτηθούν μέσα στον επόμενο χρόνο (Aiken et al., 2001).

Στο ίδιο πλαίσιο, οι Adamson et al., (1995) βρήκαν ότι Βρετανοί νοσηλευτές ήταν πιο δυσαρεστημένοι από τους Αυστραλούς συναδέλφους τους, αναφέροντας μεταξύ άλλων ότι δεν είχαν τόσο καλές σχέσεις με την διοίκηση, αναγνώσιμη του έργου τους από τους γιατρούς και έλλειψη σεβασμού από άλλους επαγγελματίες υγείας.

Σε άλλη έρευνα που χρησιμοποίησε το Word Organizational Features Scale, οι κύριες αιτίες που προκαλούσαν μεγάλη δυσαρέσκεια στους νοσηλευτές ήταν οι κακές εργασιακές σχέσεις, η έλλειψη προσωπικού, τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας στη νοσηλευτική φροντίδα και διάφοροι εξωγενείς παράγοντες όπως π.χ. οι συνοδοί ασθενών που ασκούν πίεση στο νοσηλευτή (Tovey & Adams, 1999).

Νωρίτερα, οι Nolan et al (1995) έχοντας αναπτύξει το Job Satisfaction Questionnaire, βρήκαν ότι το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευτών παρέμενε σταθερό όταν υπήρχαν δύο κυρίαρχοι παράγοντες α) ο νοσηλευτής πίστευε ότι μπορούσε να παράσχει καλή νοσηλεία και β) υπήρχαν καλές σχέσεις μεταξύ των συναδέλφων.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι πάνω από το 90% των νοσηλευτών έβρισκε το επάγγελμά του νοσηλευτή ενδιαφέρον, το 68% ανέφερε ότι οι ανώτεροι τους σεβόταν το νοσηλευτικό έργο ενώ από την άλλη το 55% ανέφερε έλλειψη της δημοκρατίας στην άσκηση της διοίκησης και 75% ανέφερε υψηλά επίπεδα άγχους (Lundh, 1999).

Σε έρευνα του Price (2002) που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο των Mueller and McCloskey (1990) πάνω από το 50% ήταν ικανοποιημένοι με την εργασία τους ενώ στα

θετικά σημεία ήταν η συνεργασία τους με τους συναδέλφους και στα αρνητικά ο έλεγχος και η ευθύνη που είχαν στην εργασία και τις ευκαιρίες ανέλιξης.

Σε έρευνα που έγινε μεταξύ κινέζων νοσηλευτριών τα επίπεδα δυσαρέσκειας ήταν αυξημένα με κύρια μείον τον μισθό και τις επαγγελματικές προοπτικές (Wang, 2002). Στα ίδια συμπεράσματα κατέληξε και η Tzeng (2002) που παρατήρησε ότι σημαντική αιτία επαγγελματικής απογοήτευσης είναι η απόσταση που χωρίζει τις προσδοκίες από την πραγματικότητα.

Σε άλλη έρευνα, συνδέθηκε ο ρόλος του νοσηλευτή και οι ευθύνες του καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η ποιοτική νοσηλευτική είναι αποτέλεσμα στιβαρής ηγεσίας. Όμως προϊστάμενοι νοσηλευτικών ιδρυμάτων παρότι ήταν ικανοποιημένοι γενικά δεν θα επέλεγαν τη θέση αυτή ξανά. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι κάτι τέτοιο ήταν αναμενόμενο μιας και παραμένει μικρός αριθμός νοσηλευτών στο επάγγελμα, υπάρχουν μεγάλες ευθύνες, μικρή ενασχόληση με τη νοσηλευτική πράξη και πίεση χρόνου που οδηγούν σε θυμό και αγανάκτηση (Tellis - Nayak, 2005).

Επιπρόσθετα η μελέτη των Chu et al., (2003) συνέδεσε την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα των Price-Mueller (1986) για την μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης σε 308 νοσηλευτές γενικών νοσοκομείων της Ταϊβάν και διαπιστώθηκε πως η θετική και αισιόδοξη στάση είναι μια ιδιότητα της προσωπικότητας που συμβάλλει στην αύξηση του βαθμού επαγγελματικής ικανοποίησης.

Σε μελέτη που διεξήχθη στη Νορβηγία, παρατηρήθηκε ότι η δια βίου εκπαίδευση και η δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης αυξάνουν την πιθανότητα των νοσηλευτών να παραμείνουν στο επάγγελμα (Bjork et al., 2006).

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στη Νότιο Αφρική, παρατηρήθηκε έντονη τάση παραίτησης, ειδικά ανάμεσα σε νέους νοσηλευτές, που σχετίστηκε με την επαγγελματική ικανοποίηση, την ηλικία, και το μορφωτικό επίπεδο.

Οι Petterson et al., (1995) διαπίστωσαν ότι οι νοσηλευτές που δεν ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους απουσίαζαν διπλάσιες μέρες από τους υπόλοιπους. Στο ίδιο μοτίβο κινούνται και αποτελέσματα μετα-αναλύσεων που συμπεραίνουν ότι αν βελτιωνόταν τουλάχιστον οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών, η επαγγελματική ικανοποίηση των τελευταίων θα αυξανόταν και θα μειωνόταν ο αριθμός παραιτήσεων (Ιωάννου, 2011).

Μάλιστα σε μία μετα-ανάλυση του 2005 βρέθηκε ισχυρός συσχετισμός της επαγγελματικής ικανοποίησης με το στρές και με τον βαθμό οργανωτικής δέσμευσης (Luetal.,2005). Από την ίδια ομάδα επιστημόνων δημοσιεύτηκε πρόσφατα και μια ακόμη μετα-ανάλυση που συμπεριελάμβανε στις προηγούμενες αναλύσεις όλες τις δημοσιευμένες έρευνες από το 2004 έως το 2011 φτάνοντας τον συνολικό αριθμό ερευνών στις 100. Η μελέτη καταλήγει ότι παρόλα τα διαφορετικά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης μεταξύ των διαφορετικών ερευνών που ανάλυσαν, οι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση είναι οι ίδιοι (Luetal., 2012). Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ικανοποίηση είναι η ρουτίνα, η συναισθηματικότητα του εργαζομένου, η υποστήριξη στους συναδέλφους, η συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, η αυτονομία (Chuetal.,2003) καθώς και η κατάθλιψη, το άγχος, η συχνότητα στρεσογόνων γεγονότων, η επιθετικότητα ασθενών συναδέλφων στον εργασιακό χώρο (Packard & Motowidlo,1987).

## **2.8.2 Ανασκόπηση εργασιών στον Ελλαδικό χώρο**

Στη χώρα μας έχουν δημοσιευτεί αρκετές εργασίες που μελετούν την επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων νοσηλευτών.

Η επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών αποτέλεσε θέμα της διδακτορικής διατριβής της Χαραλαμπίδου (1996). Πιο συγκεκριμένα ως κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε το όργανο των Mueller-McCloskey (1990) και το πληθυσμιακό δείγμα περιλάμβανε 220 νοσηλευτές από τέσσερα δημόσια νοσοκομεία. Σε αυτή την έρευνα διαπιστώθηκε η σχέση της ικανοποίησης με τις επαγγελματικές ευκαιρίες ανάπτυξης, το πρωινό ωράριο, τις εξωγενείς ανταμοιβές (χρηματικές) το πρόγραμμα εργασίας, την ισορροπία οικογένειας-εργασίας και την επιβράβευση- αναγνώριση από τις προϊστάμενες. Αντίθετα, βρέθηκε αντιστρόφως ανάλογη σχέση με την ικανοποίηση και τον αριθμό των νοσηλευτών ανά τμήμα.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 120 νοσηλευτών που εργάζονταν σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας χρησιμοποιήθηκε το «όργανο διάγνωσης της Εργασία (JDS)» των Hackman & Oldman(1980) και περιγραφική στατιστική ανάλυση για την καταγραφή της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το προσωπικό ήταν μερικώς ικανοποιημένο από την εργασία τους παρόλο που αναγνώριζε ότι το έργο του ήταν σημαντικό. Μάλιστα, οι νοσηλευτές ανέφεραν έντονες ελλείψεις και κενά σχετικά με την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας και την κατοχύρωση ξεκάθαρων και αυτόνομων νοσηλευτικών διαδικασιών. Οι παράγοντες αυτοί θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για την



περιορισμένη επαγγελματική ικανοποίηση των Ελλήνων νοσηλευτών (Κάπελλα και συν., 2002).

Σε μεταγενέστερη διδακτορική διατριβή, η Καρανικόλα (2006) αναφέρει ότι η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σχετίζεται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Τα αποτελέσματα της ποιοτικής ανάλυσης υποστήριξαν τη σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης, επαγγελματικού ρόλου και επαγγελματικής ικανοποίησης και ανέδειξαν τη σημασία του προσωπικού συστήματος κριτηρίων και του βιώματος της προσφοράς για την επαγγελματική και την προσωπική αυτοαξιολόγηση. Η μελέτη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως η αυτοεκτίμηση, μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση θετικών επαγγελματικών στάσεων, ή ακόμη και στον περιορισμό φαινομένων χαμηλού ηθικού στο νοσηλευτικό προσωπικό, όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η παραίτηση.

Οι Ποζουκίδου και συν., (2007) μελέτησαν το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης του μόνιμου προσωπικού και παραϊατρικού προσωπικού που υπηρετεί σε δημόσιο γενικό νοσοκομείο για να προσδιορίσουν τους παράγοντες που την επηρεάζει και τη διαμορφώνει. Επιπρόσθετοι στόχοι ήταν η καταγραφή και άλλων πτυχών της επαγγελματικής δραστηριότητας του συγκεκριμένου πληθυσμού, όπως οι προσδοκίες από το επάγγελμα και ο βαθμός πραγμάτωσης του νοσηλευτή, το είδος των σχέσεων του με τους ασθενείς, η ύπαρξη ή μη εργασιακού άγχους, οι προτάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και άλλα. Στα συμπεράσματα της έρευνας καταγράφηκε πάνω από 50% επαγγελματική δυσαρέσκεια που οφείλεται πρωτίστως στη μη αναγνώριση της προσφοράς των νοσηλευτών και έπειτα στις συνθήκες εργασίας τους. Η επαγγελματική ικανοποίηση θα μπορούσε να βελτιωθεί με αύξηση της στελέχωσης και καλύτερα σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με τη βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής.

Πιο πρόσφατα οι Κουράκος και συν., (2012) μελέτησαν τα επίπεδα ικανοποίησης 102 νοσηλευτών παθολογικών κλινικών νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ) χρησιμοποιώντας την κλίμακα αξιολόγησης Job-Communication Satisfaction Importance). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένα 42.4% ήταν πολύ ικανοποιημένο, ποσοστό που αυξάνονταν ανάμεσα στους νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας. Μάλιστα ένα ποσοστό κοντά στο 40% θεωρούσε ότι οι απαιτήσεις της εργασίας επηρέαζαν πολύ το χρόνο που αφιέρωναν στον εαυτό τους και την οικογένειά τους. Οι τομείς που φάνηκε να δυσαρεστούν περισσότερο τους νοσηλευτές ήταν οι συνθήκες εργασίας και ο μισθός τους. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές εξακολουθούν να παρακινούνται από την αγάπη τους για το αντικείμενο της εργασίας τους αλλά και από στενούς συναδερφικούς δεσμούς. Η

επαγγελματική ικανοποίηση θα μπορούσε να αυξηθεί αν βελτιώνονταν οι εργασιακές συνθήκες και οι οικονομικές απολαβές των νοσηλευτών.

## **2.9 Η έννοια του αλτρουισμού και η επίδρασή του στους νοσηλευτές**

Η λέξη αλτρουισμός προέρχεται από το λατινικό «alteni huic» που κατά λέξη σημαίνει «από αυτό στο άλλο», αλλά στην πραγματικότητα σημαίνει να εκφράζει κανείς το σεβασμό προς τους άλλους ως αρχή του. Ο Fung, (1988) (αναφορά σε Gormley, 1996) περιγράφει τον αλτρουισμό ως φροντίδα χωρίς εμφανή ανταμοιβή πέρα από την πεποίθηση ότι κάποιος άλλος θα ωφεληθεί από αυτή ή δεν θα πληγωθεί. Ο αλτρουισμός αποτελεί μια συγχώνευση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων που είτε επιτρέπουν ή εξαναγκάζουν τα άτομα να αναλάβουν την ευθύνη ή να νοιάζονται για κάποιον άλλο και να θυσιάζουν για αυτό τον σκοπό πράγματα αγαπημένα. Παραδοσιακά, τα επαγγέλματα φροντίδας έχουν χαρακτηριστεί από έναν αυτεπάγγελτο αλτρουισμό που είναι ανιδιοτελής προσφορά εκ μέρους κάποιου για κάποιους άλλους (Thompson et al., 1994; αναφορά σε Gormley, 1996).

Η έννοια του αλτρουισμού είναι συνδεδεμένη με το επάγγελμα της νοσηλευτικής. Αποτελεί χαρακτηριστικό του νοσηλευτή, είναι στην φύση του επαγγέλματος του.

Σε μία πρόσφατη ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε 30 νοσηλεύτριες νοσοκομείων της Τεχεράνης με σκοπό να περιγραφούν οι αξίες του επαγγέλματος που συμβάλλουν στην επαγγελματική ικανοποίηση. Μεταξύ άλλων οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι ο αλτρουισμός, που είναι στοιχείο άρρηκτα συνδεδεμένο με την νοσηλευτική επιστήμη, ενίσχυε τον ενθουσιασμό τους για να προσφέρουν και να φροντίζουν τους ασθενείς τους. Έτσι τους βοηθούσε να είναι πιο ανεκτικοί σε δύσκολες απαιτητικές καταστάσεις στην δουλειά τους και να νιώθουν ικανοποιημένοι από το επάγγελμά τους (Ravari et al., 2012).

Σε μια μεγάλη έρευνα στην Αυστραλία στην οποία πήραν μέρος 3987 νοσηλευτές σχετικά με την επιθυμία τους να φροντίζουν γηραιότερους ασθενείς και ασθενείς με άνοια η ανάλυση των δεδομένων κατέληξε ότι το κυριότερο κίνητρο για να φροντίζουν αυτές τις κατηγορίες ασθενών είναι ο αλτρουισμός (Chenoweth et al., 2013).

## **3 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **3.1 Σκοπός**

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας αντιλαμβάνονται την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας αντιλαμβάνονται την έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας.

Συγκεκριμένα, τέθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα :

1. Αν οι άνδρες εργαζόμενοι νοσηλευτές διαφέρουν από τις εργαζόμενες γυναίκες ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
2. Αν οι νεότεροι εργαζόμενοι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές.
3. Η συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την νοσηλευτική φροντίδα με την ικανοποίηση που αντλούν από την εργασία τους.
4. Η συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την νοσηλευτική φροντίδα με τον αλτρουισμό.

### **3.2 Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος**

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 100 νοσηλευτές που εργάζονταν σε ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας της Θεσσαλίας. Συγκεκριμένα η μελέτη πραγματοποιήθηκε από 26-4-2013 έως 3-6-2013, και στη μελέτη περιελήφθησαν 15 νοσηλευτές από το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών με Αναπηρία Καρδίτσας (επί συνόλου 15-ποσοστό συμμετοχής 100%), 25 νοσηλευτές από το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Λάρισας« Ο Αριστεύς» ( επί συνόλου 25-ποσοστό συμμετοχής 100%) και 13 νοσηλευτές από το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων Τρικάλων ( επί συνόλου 19-ποσοστό 68,5%). Σε

δύο ιδιωτικά ιδρύματα διανεμήθηκαν 57 ερωτηματολόγια από τα οποία πλήρως συμπληρωμένα επεστράφησαν τα 47, τα οποία και αξιολογήθηκαν. Όλη η δειγματοληψία ήταν ευκολίας γιατί μας εξυπηρέτησε στο πλαίσιο των δυνατοτήτων και των δυσκολιών της παρούσας μελέτης.

Ως κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκαν τα κάτωθι:

Η μη επιθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Προϋπηρεσία σε ίδρυμα κοινωνικής φροντίδας λιγότερη από 1 έτος.

Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα ελήφθη από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον ερευνητή.

### **3.3 Ερευνητικά εργαλεία**

Το ερωτηματολόγιο, (βλέπε παράρτημα), αποτελούνταν από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει την καταγραφή των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, δηλαδή στοιχεία που αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση του ερωτηθέντος. Η δεύτερη ενότητα αφορά ένα ερωτηματολόγιο φροντίδας το οποίο είναι αποτέλεσμα προσαρμογής του αρχικού ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου στα ελληνικά. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο «Job-Communication -Satisfaction-Importance (JCSI)» Η τέταρτη και τελευταία ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα αλτρουισμού των Ahmed και Jackson( 1979)

Πιο αναλυτικά, οι τρεις κλίμακες ( φροντίδας, αλτρουισμού και ικανοποίησης) είχαν ως εξής :

#### **Ερωτηματολόγιο φροντίδας (GR- NDI-24)**

Το αρχικό 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. Μικρότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη σπουδαιότητα παραμέτρων φροντίδας. Από το αρχικό ερωτηματολόγιο και μετά από

προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα προέκυψε το GR – NDI - 24 (Kotrotsiou et al., 2012). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα ήταν υψηλή : Cronbach  $\alpha=0,93$ .

### **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 & 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 οκτώ 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). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο και παρουσιάζει επαρκή εσωτερική αξιοπιστία( $\alpha=0,79$ ) (Parageorgiou, 2009)

### **3.4 Διαδικασία**

Ο ερευνητής ενημέρωσε τους εργαζομένους στα ιδρύματα κοινωνικής φροντίδας και προέβη στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητά τους να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ένας άλλος στόχος αυτής της επικοινωνίας, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 20 λεπτών, ήταν η δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση που ο εργαζόμενος δεχόταν να λάβει μέρος στην έρευνα, αναλάμβανε ο ίδιος να ορίσει την συνάντηση με τον ερευνητή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κατά τη διάρκεια συνάντησης, ο ερευνητής, δίνοντας τα ερωτηματολόγια, παρείχε σαφείς εξηγήσεις για το σύνολο της διαδικασίας.

### **3.5 Στοιχεία Δεοντολογίας**

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.

### 3.6 Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S 17.0. Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση), όπως και η διάμεσος τιμή και το ενδοτετρατημοριακό εύρος ( $25^{\text{η}}$  εκ. θέση- $75^{\text{η}}$  εκ. θέση), καθώς και ιστογράμματα του ποσοστού των εργαζομένων ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα. Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των αποτελεσμάτων των διαφόρων παραμέτρων ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών των δύο κατανομών (δηλ. απαντήσεις γυναικών και ανδρών, ιδιωτικών και δημοσίων υπαλλήλων, αποφοίτων ΤΕ και ΔΕ, καθώς και ηλικίας μικρότερης και μεγαλύτερης), που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες (Kruskal –Wallis για πολλά δείγματα και Mann-Whitney –U test για δύο δείγματα, λόγω μη κανονικής κατανομής των ψυχομετρικών παραμέτρων, όπως προέκυψε από τον έλεγχο με τη δοκιμασία Smirnov-Kolmogorov). Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$  και το Fisher's Exact Test. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν

- το  $X^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι  $<5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι  $<1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι  $>24$ .
- το  $X^2$  του Pearson<sup>2</sup> για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι  $>10$ .
- το  $X^2$  του Yates<sup>2</sup> για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10.
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι  $<1$  ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  χρησιμοποιήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού.

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient) rho του Spearman.

Συγκεκριμένα, με το συντελεστή συσχέτισης προσδιορίστηκε η στατιστική συσχέτιση όλων των ποσοτικών μεταβλητών ανά δύο τόσο για την ομάδα των γυναικών, των ανδρών όσο και για το σύνολο του δείγματος (Άνδρες και Γυναίκες εργαζόμενοι).

Οι διαφορές για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).



## 4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Περιγραφική στατιστική

Γυναίκες ήταν το 78% του δείγματος. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν, έγγαμοι (66%), απόφοιτοι ΔΕ (66%), χωρίς μεταπτυχιακές σπουδές (96,7%).

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

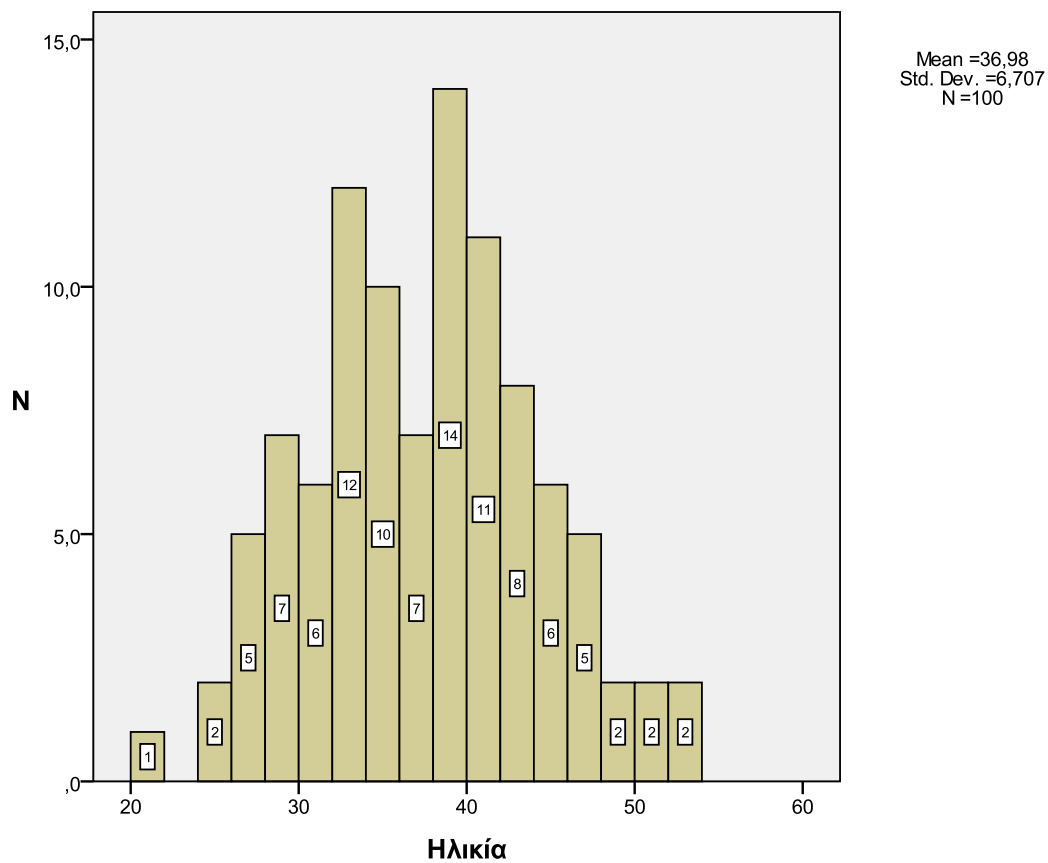
	N	%
<b>Φύλο</b>		
Αντρας	22	22
Γυναίκα	78	78
Σύνολο	100	100
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος/η	24	24
Έγγαμος/η	66	66
Διαζευγμένος/η	10	10
Σύνολο	100	100
<b>Ύπαρξη αδελφών</b>		
ΝΑΙ	99	99
ΟΧΙ	1	1
Σύνολο	100	100
<b>Ύπαρξη παιδιών</b>		
ΝΑΙ	72	72
ΟΧΙ	28	28
Σύνολο	100	100
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Χωριό/ Κωμόπολη	33	33
Πόλη < 150.000 κατοίκους	28	28
Πόλη > 150.000 κατοίκους	39	39
Σύνολο	100	100

**Πίνακας 2. Επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων**

	N	%
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>		
ΔΕ	66	66
ΤΕ	34	34
Σύνολο	100	100
<b>Μεταπτυχιακές σπουδές</b>		
Master	2	2
Κανένα	98	98
Σύνολο	100	100
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>		
0-5 έτη	23	16,7
5-10 έτη	33	15,0
10-15 έτη	29	21,7
15-20 έτη	11	8,3
Περισσότερα από 20 έτη	4	38,3

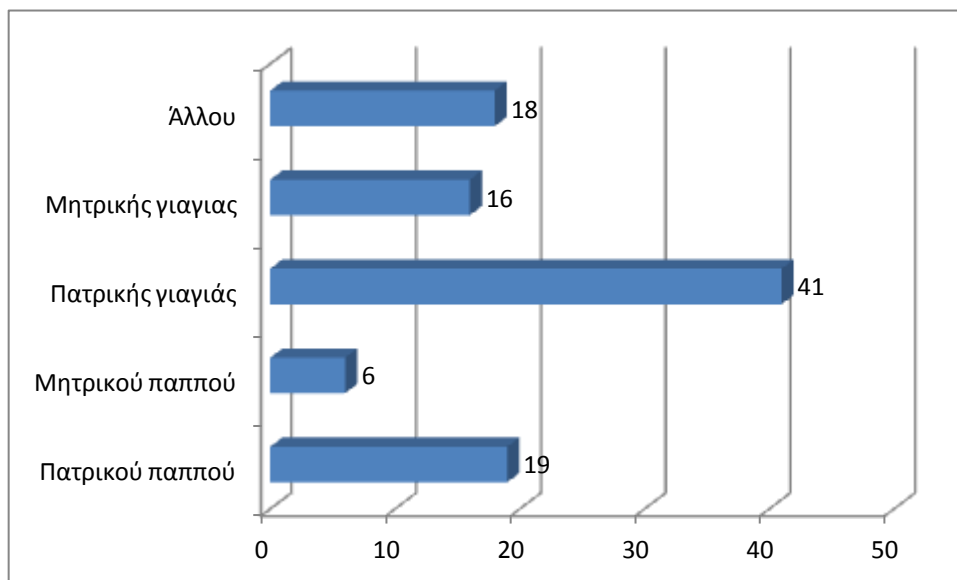
Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα ήταν  $36,98 \pm 6,70$  έτη ( γράφημα 1).

**Γράφημα 1. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος**



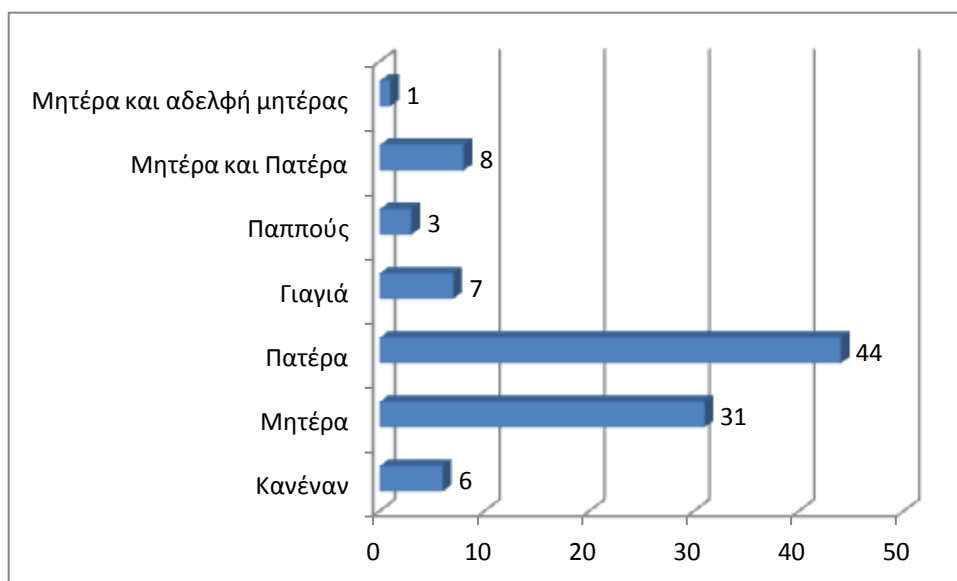
Οι περισσότεροι νοσηλευτές δήλωσαν ότι είχαν πάρει το όνομα των παππούδων τους ( Γράφημα 2).

**Γράφημα 2. Ονοματοδότηση νοσηλευτών**

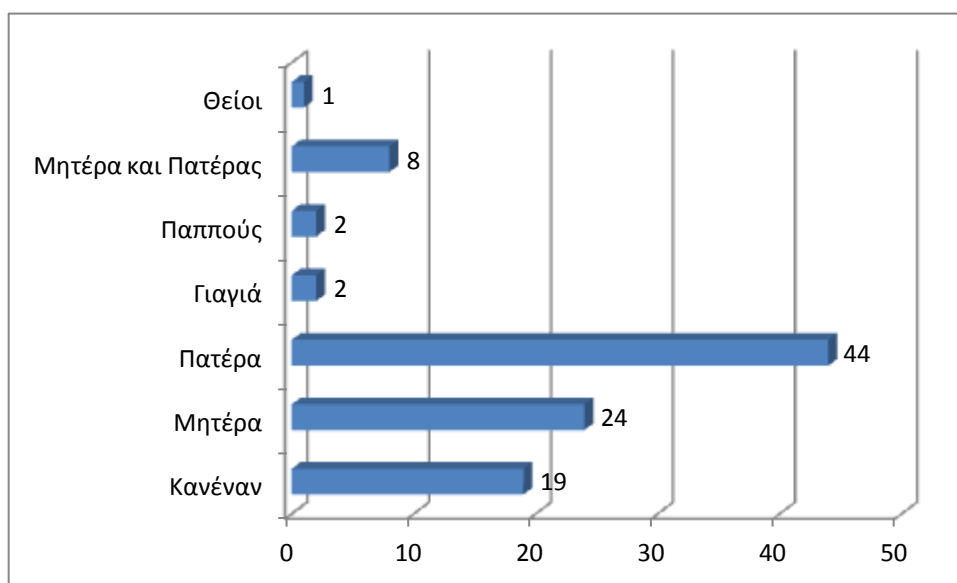


Το 44% των νοσηλευτών δήλωσε ότι τόσο φυσιολογικά , όσο και χαρακτηριστικά έμοιαζε περισσότερο στην πατρική φιγούρα ( γράφημα 3 και γράφημα 4).

**Γράφημα 3. Φυσιολογική ομοιότητα με συγγενείς**



**Γράφημα 4. Χαρακτηρολογική ομοιότητα με συγγενείς**



Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι διάμεσες τιμές και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο φροντίδας. Σε όλες τις ερωτήσεις. Δεκαεννέα παράμετροι φροντίδας αξιολογήθηκαν ως πολύ σημαντικές από την πλειονότητα των νοσηλευτών και 5 ως μέτρια σημαντικές. Οι μέτρια σημαντικές παράμετροι αφορούσαν κυρίως τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών.

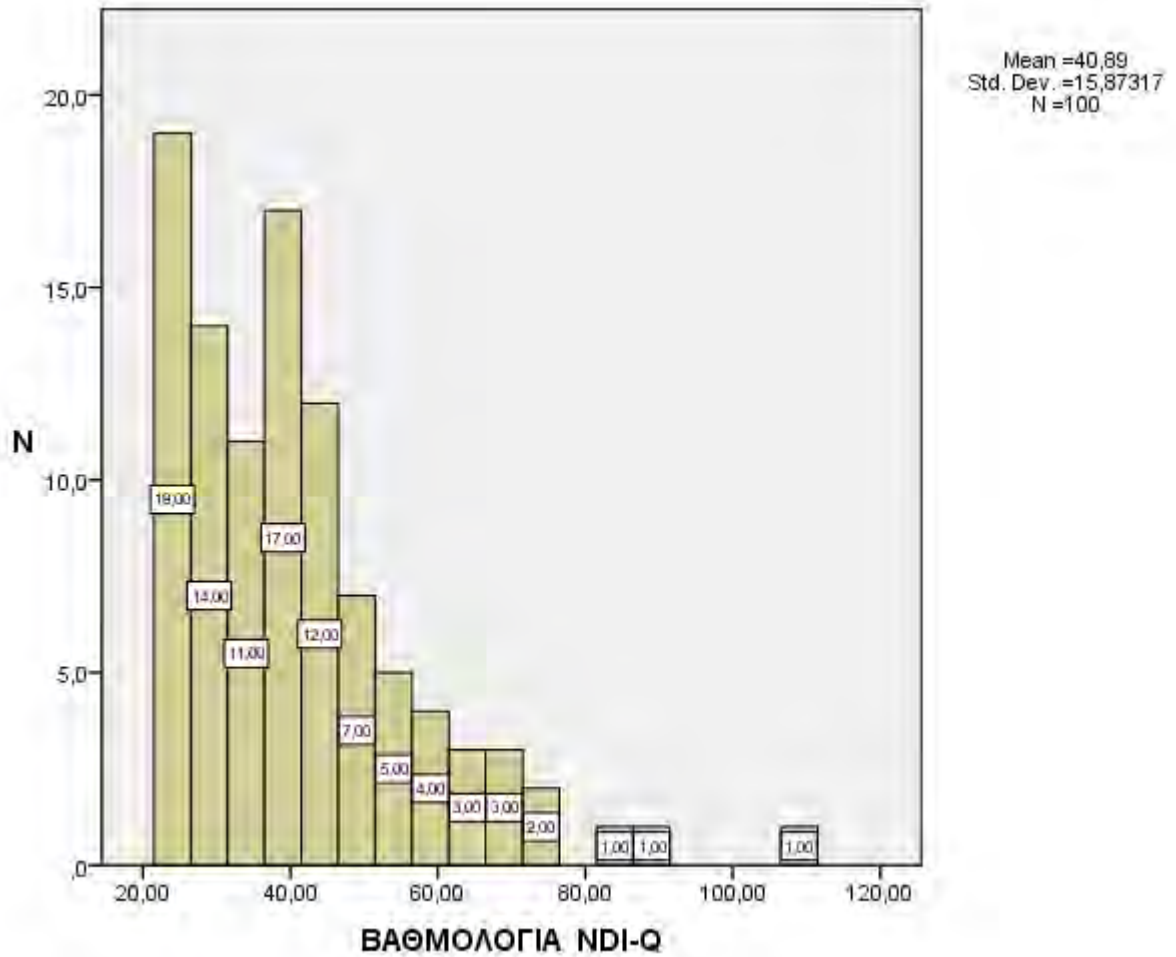
**Πίνακας 3. Αναλυτική βαθμολογία στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου φροντίδας**

		$\Delta^*$ (25 <sup>η</sup> εκ. θέση – 75 <sup>η</sup> εκ. θέση)
1	Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1 (1-2)
2	Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1 (1-1)
3	Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	2 (1-2)
4	Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1 (1-1)
5	Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	2 (1-3)
6	Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1 (1-1)
7	Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1 (1-1)
8	Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	2 (1-3)
9	Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1 (1-2)
10	Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1 (1-2)
11	Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1 (1-1)
12	Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1 (1-3)
13	Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1 (1-2)
14	Να κάθεται με έναν ασθενή	2 (1-4)
15	Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	2 (1-4)
16	Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή	1 (1-1)
17	Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1 (1-1)
18	Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1 (1-2)
19	Να ακούς τον ασθενή	1 (1-2)
20	Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1 (1-1)
21	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1 (1-2)
22	Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή(π.χ.σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1 (1-1)
23	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1 (1-3)
24	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1(1-1)

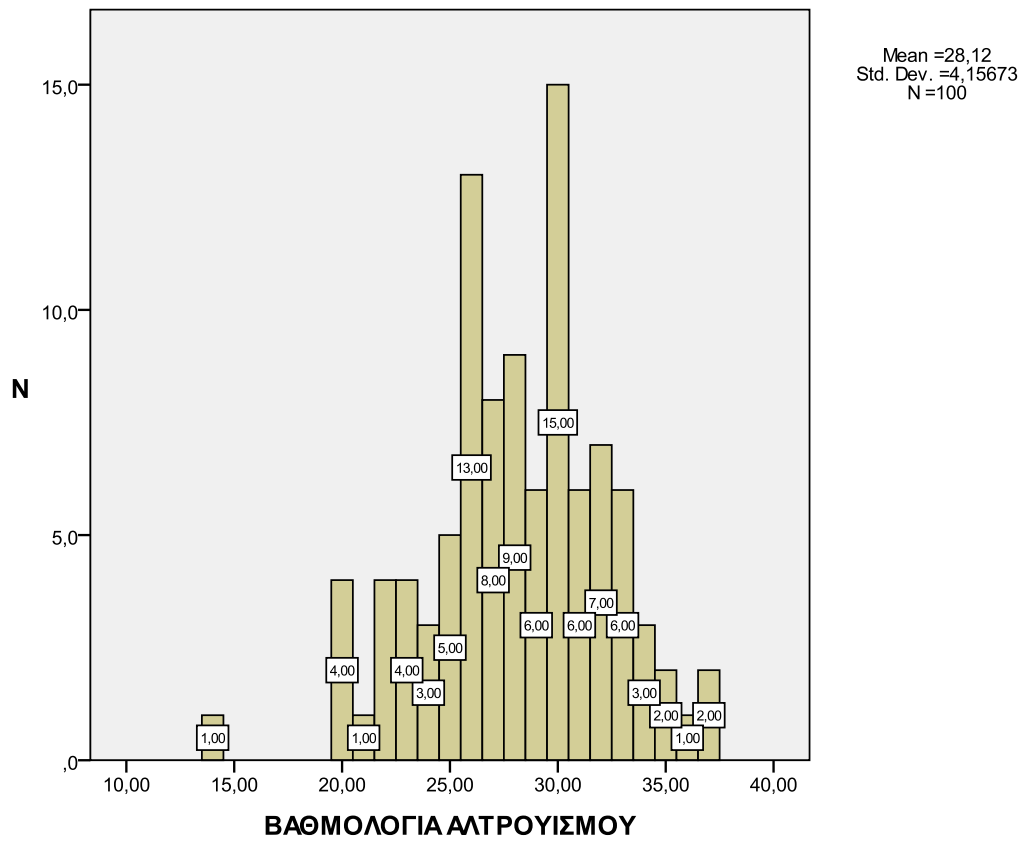
\*Διάμεσος τιμή

Στις κλίμακες της φροντίδας και του αλτρουισμού οι μέσες τιμές ήταν  $40,89 \pm 15,87$  και  $28,12 \pm 4,16$  αντίστοιχα (γραφήματα 5 & 6).

**Γράφημα 5. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα φροντίδας**



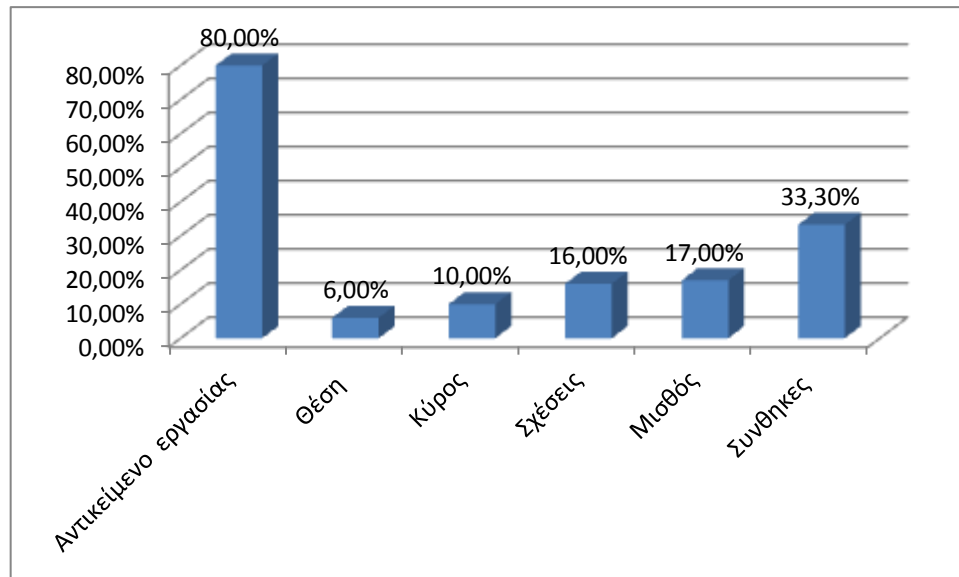
**Γράφημα 6. Κατανομή της βαθμολογίας στην κλίμακα αλτρουισμού**





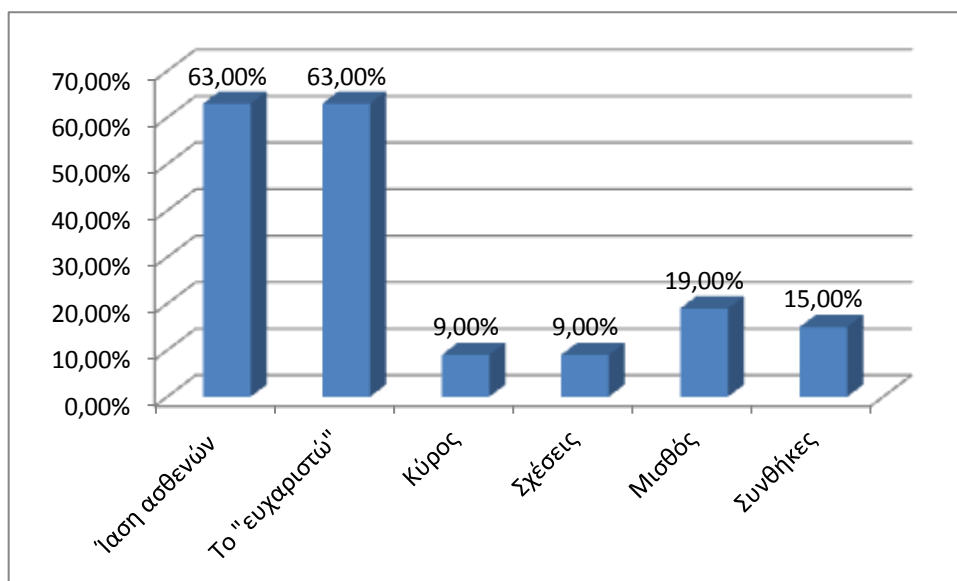
Το αντικείμενο εργασίας και οι συνθήκες εργασίας αναδεικνύονται ως οι πιο σημαντικές πηγές ικανοποίησης από την εργασία (80% και 33,3% αντίστοιχα)( γράφημα 7).

**Γράφημα 7. Τομείς ικανοποίησης**



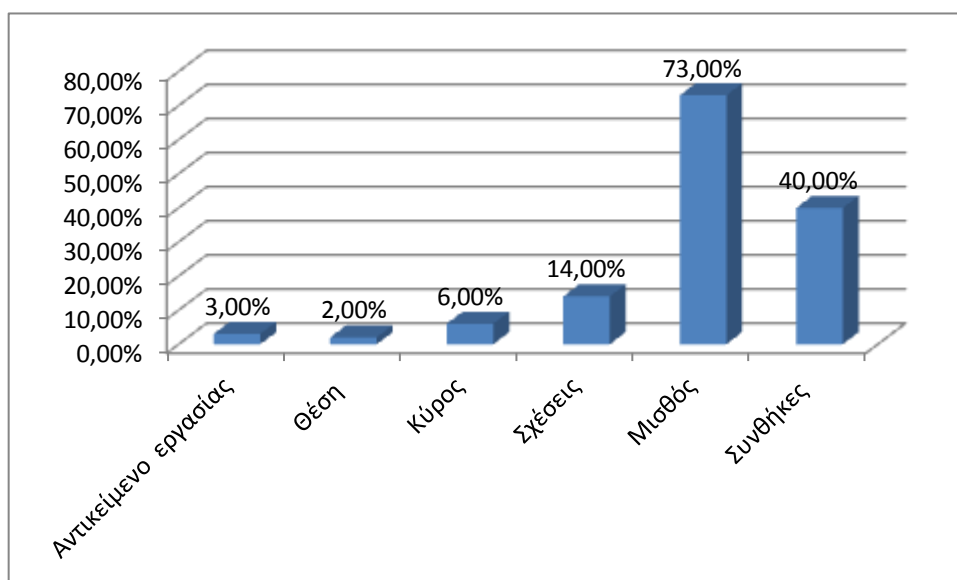
Η ιαση των ασθενών και το «ευχαριστώ» είναι με ποσοστά 63% το καθένα οι πιο σημαντικές πτυχές της εργασίας (γράφημα 8).

**Γράφημα 8. Αξιολόγηση της σημαντικότητας βασικών εργασιακών παραμέτρων**



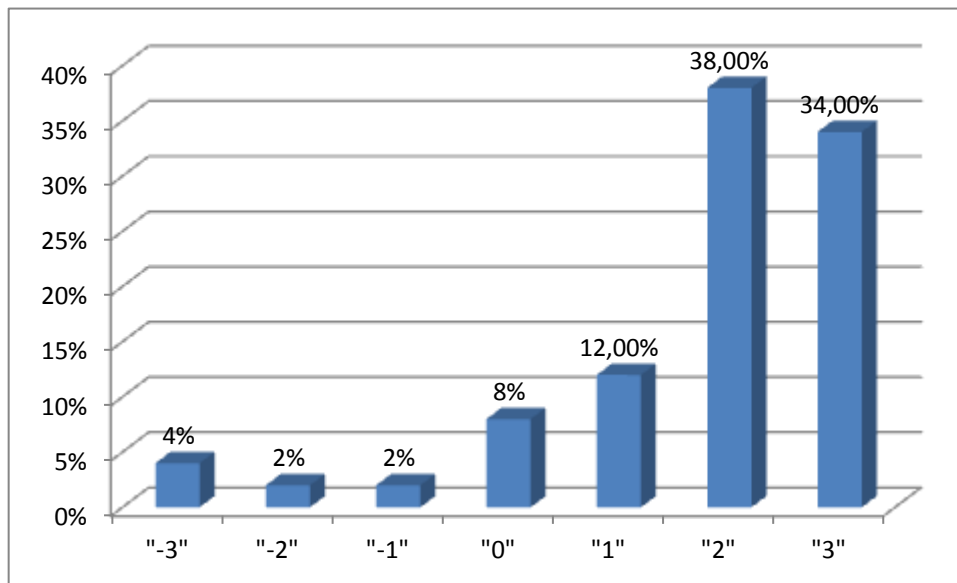
Ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας (73% και 40%) είναι οι παράμετροι της εργασίας που συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια (γράφημα 9).

**Γράφημα 9. Τομείς εργασίας με τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια**

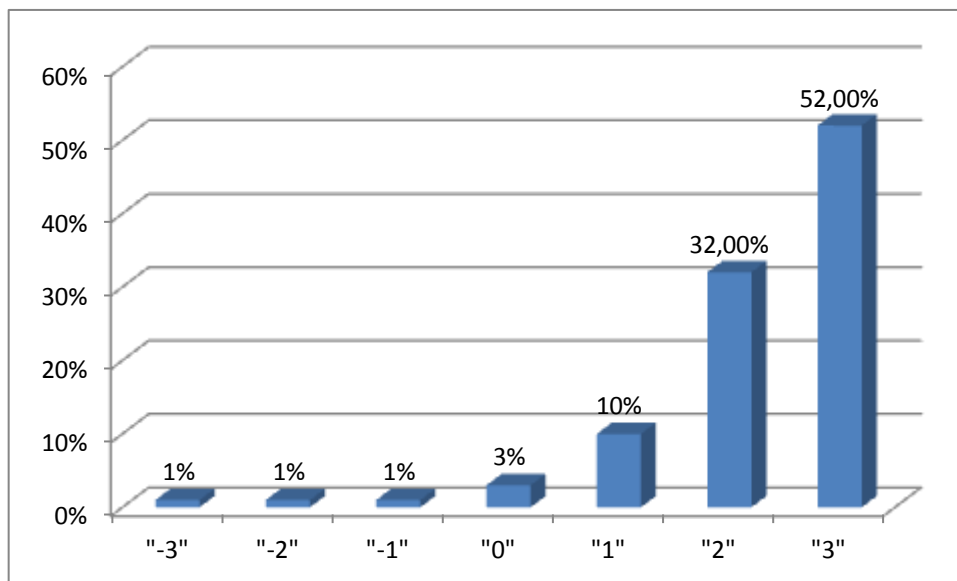


Πολύ ή απολύτως ικανοποιημένο από την εργασία του δηλώνει το 72% του δείγματος, ενώ «απολύτως σημαντική» θεωρεί την εργασία του, το 52% του δείγματος (γραφήματα 10 & 11). Το 80% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι είναι πολύ/ απολύτως επιτυχημένοι στην εργασία τους (γράφημα 12).

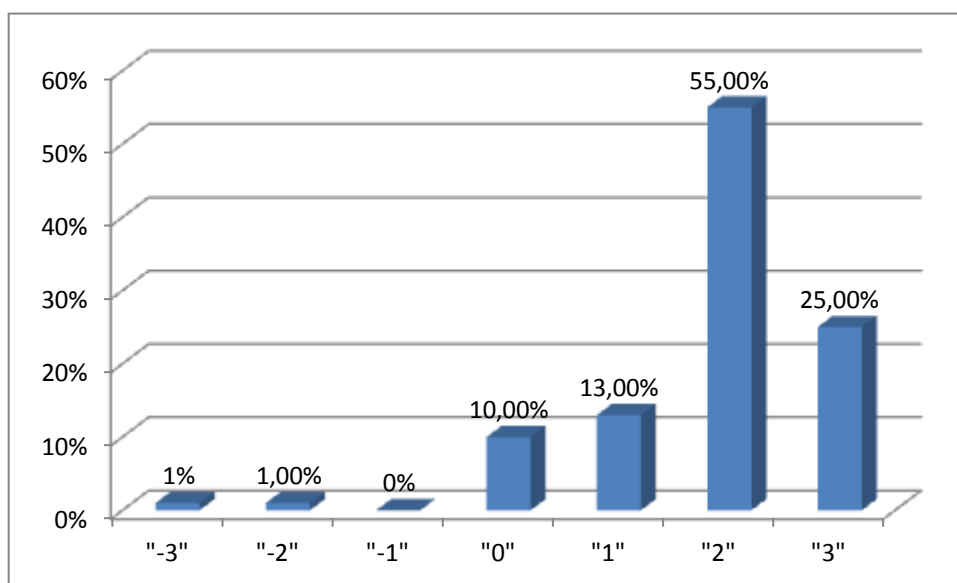
**Γράφημα 10. Βαθμός ικανοποίησης από την εργασία**



**Γράφημα 11. Βαθμός σημαντικότητας της εργασίας**

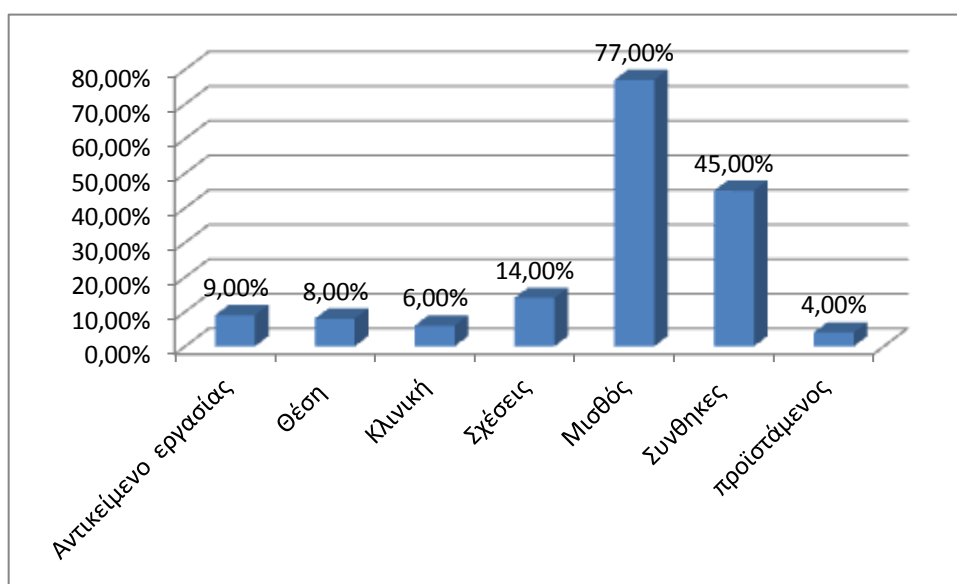


**Γράφημα 12. Αίσθημα επιτυχίας στην εργασία**



Ο μισθός αναδεικνύεται ως η σημαντικότερη παράμετρος που η βελτίωσή της θα προσέφερε τη μεγαλύτερη ικανοποίηση ( γράφημα 13)

**Γράφημα 13. Εργασιακές αλλαγές που προσφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.**



Η αξία των σχέσεων με τους συναδέλφους ήταν ο τομέας που οι εργαζόμενοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι (μέση τιμή 2,53), ενώ ως πιο σημαντική παράμετρο αξιολογούν την τυπική επικοινωνία ( μέση τιμή 2,65), ( πίνακας 4).

**Πίνακας 4. Βαθμός ικανοποίησης και σημαντικότητα σχετικά με τις διαστάσεις ικανοποίησης**

Παράμετροι ικανοποίησης	Βαθμός ικανοποίησης	Βαθμός σημαντικότητας
	ΜΤ	ΜΤ
Ενημέρωση γενικά	0,77	1,85
Πληροφόρηση για στόχους	0,94	1,96
Πληροφόρηση για επιτεύγματα	1,19	1,89
Πληροφόρηση για πολιτική	0,68	1,89
<b>Τυπική επικοινωνία</b>	1,74	<b>2,65</b>
Νόημα επιτυχίας	1,35	2,02
Προκλήσεις εργασίας	1,30	1,92
Ευχαρίστηση εργασία από	1,70	2,30
Χρήση ικανοτήτων	1,45	2,46
Παρεχόμενη εμπειρία	1,04	2,19
Σχέσεις με συναδέλφους	1,44	2,23
Βοήθεια από συναδέλφους	1,75	2,37
Φιλικότητα συναδέλφων	1,46	2,24
<b>Αξία σχέσεων με συναδέλφους και υπηρεσία</b>	<b>2,53</b>	1,84
Άτυπη επικοινωνία	1,22	1,82
Σχέση με ανώτερο	1,91	2,47
Επικοινωνία προς ανώτερο	2,00	2,41
Επικοινωνία από ανώτερο	1,95	2,49
Αναγνώριση από ανώτερο	1,80	2,50
Κατανόηση από ανώτερο	1,76	2,41
Οδηγίες από ανώτερο	1,71	2,47
Επικοινωνία με διευθυντή	1,06	2,27
Επικοινωνία μεταξύ τμημάτων	0,98	1,99
Επικοινωνία με άλλες ειδικότητες	1,61	2,30
Επικοινωνία με εθελοντές	1,27	1,80

## 4.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην κλίμακα NDI μεταξύ των αποφοίτων ΤΕ ( $\delta=40$ ) και εκείνων της ΔΕ ( $\delta=37$ ),  $p=0,053$  (Πίνακας 4). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τα υπόλοιπα εργασιακά και δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις κλίμακες φροντίδας και αλτρουισμού. Η κατανομή της βαθμολογίας στις κλίμακες του αλτρουισμού και της φροντίδας ανάλογα με την ηλικία παρουσιάζονται στα γραφήματα 14 και 15 φροντίδας και αλτρουισμού.

**Πίνακας 5. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο NDI σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά**

NDI	$\Delta$ (IQR)*	Στατ. Δοκιμασία	p
<b>Φύλο</b>			
Άντρας	37 (27-45)	Mann-Whitney	0,316
Γυναίκα	41 (34-55)		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Άγαμος/η	40 (37-53)	Kruskal - Wallis	0,155
Έγγαμος/η	35 (27-47)		
Διαζευγμένος/η	38 (26-45)		
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Χωριό/ Κωμόπολη	34 (24-47)	Kruskal - Wallis	0,364
Πόλη < 150.000 κατοίκους	39 (28-53)		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	38 (34-47)		
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
ΔΕ	37 (27-45)	Mann-Whitney	0,053
ΤΕ	40 (34-57)		
*Διάμεσος τιμή ( 25 <sup>η</sup> -75 <sup>η</sup> εκ.θέση)			

<b>Πίνακας 5 (συνέχεια)</b>			
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>			
0-5 έτη	40 (30-49)	Kruskal - Wallis	0,935
5-10 έτη	38 (29-47)		
10-15 έτη	35 (27-52)		
≥ 15 έτη	37 (29-45)		
<b>Κέντρο Νοσηλείας</b>			
Δημόσιο	38 (27-47)	Mann-Whitney	0,316
Ιδιωτικό	39 (30-50)		
*Διάμεσος τιμή ( 25 <sup>η</sup> -75 <sup>η</sup> εκ.θέση)			

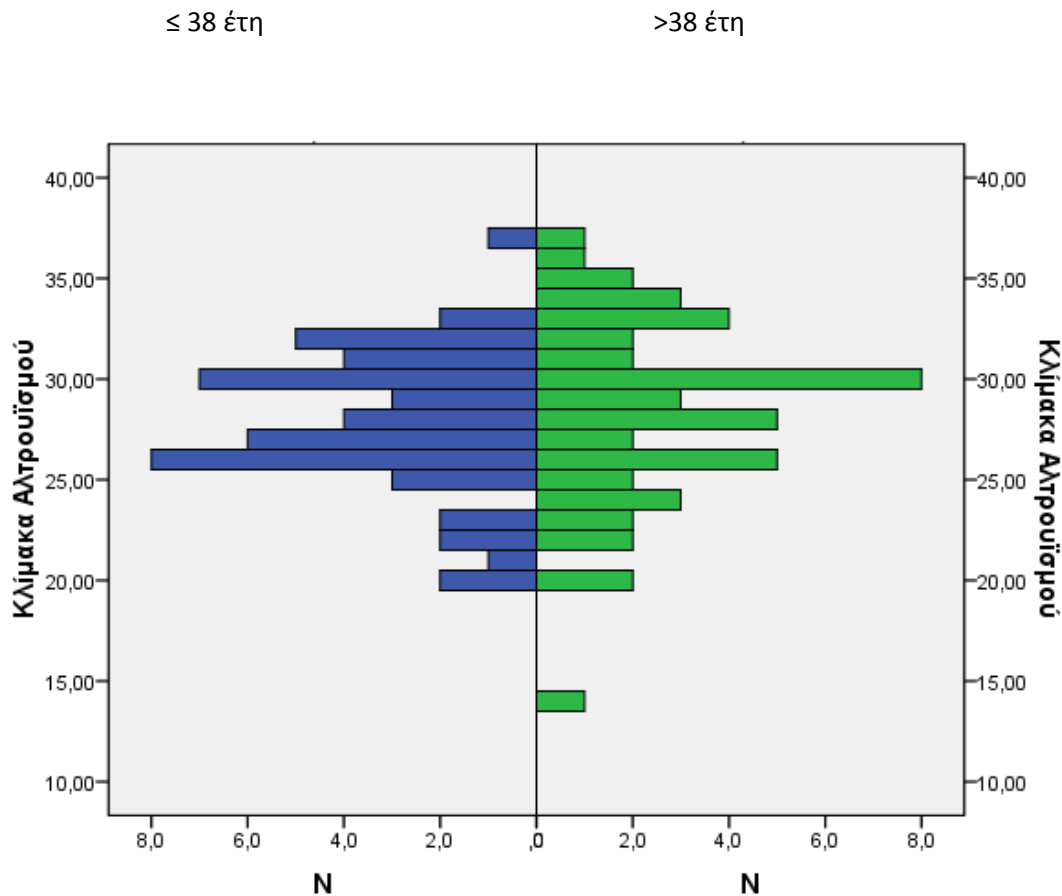
**Πίνακας 6. Διαφορές στο ερωτηματολόγιο Αλτρουισμού σε σχέση με δημογραφικά-εργασιακά χαρακτηριστικά**

Αλτρουισμός	Δ(IQR)*	Στατ. Δοκιμασία	p
<b>Φύλο</b>			
Άντρας	29 (26-32)	Mann-Whitney	0,354
Γυναίκα	26 (28-30)		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Άγαμος/η	28 (25-30)	Kruskal - Wallis	0,615
Έγγαμος/η	28 (26-30)		
Διαζευγμένος/η	28 (26-32)		
<b>Τόπος διαμονής</b>			
Χωριό/Κωμόπολη	28 (26-30)	Kruskal - Wallis	0,335
Πόλη < 150.000 κατοίκους	30 (26-32)		
Πόλη > 150.000 κατοίκους	28 (25-30)		
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>			
ΔΕ	28 (26- 30)	Mann-Whitney	0,108
ΤΕ	29 (26-32)		
<b>Επαγγελματική εμπειρία</b>			
0-5 έτη	27 (25-30)	Kruskal-Wallis	0,465
5-10 έτη	28 (26-32)		
10-15 έτη	29 (26-31)		
≥ 15 έτη	30 (24-33)		
<b>Κέντρο Νοσηλείας</b>			
Δημόσιο	29 (26-32)	Mann-Whitney	0,355
Ιδιωτικό	28 (26-30)		
*Διάμεσος ( 25 <sup>η</sup> -75 <sup>η</sup> εκ.θέση)			





**Γράφημα 15. Βαθμολογία στην κλίμακα αλτρουισμού και ηλικιακή ομάδα**



Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στον τρόπο που οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα με τον αλτρουισμό και την ικανοποίηση από την εργασία. Οι συσχετίσεις αναφέρονται στο σύνολο του δείγματος ( πίνακας 7) , καθώς και στους άνδρες και στις γυναίκες ( πίνακες 8 & 9). Στο σύνολο του δείγματος η βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας, που σημαίνει ότι μεγαλύτερη σημαντικότητα στη φροντίδα συσχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Επίσης η βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης συσχετίστηκε θετικά με τη βαθμολογία στην κλίμακα του αλτρουισμού, που σημαίνει ότι υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού συσχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία. Αντίστοιχα, ήταν τα ευρήματα για τους άνδρες, ενώ στην περίπτωση των γυναικών η υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας συσχετίστηκε αρνητικά τόσο με τη βαθμολογία στην κλίμακα του αλτρουισμού, όσο και με τη βαθμολογία στην

κλίμακα της ικανοποίησης από την εργασία, που σημαίνει ότι υψηλότερο αίσθημα φροντίδας σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση και τον αλτρουισμό.

**Πίνακας 7. Συσχέτιση ικανοποίησης από την εργασία, φροντίδας και αλτρουισμού στο σύνολο του δείγματος**

			Αλτρουισμός	Ικανοποίηση από εργασία
Spearman's rho	Φροντίδα	Correlation Coefficient	-,162	-,414**
		p	,107	<0,001
		N	100	100
	Αλτρουισμός	Correlation Coefficient		,209*
		p		,037
		N		100

**Πίνακας 8. Συσχέτιση ικανοποίησης από την εργασία, φροντίδας και αλτρουισμού στους άνδρες του δείγματος**

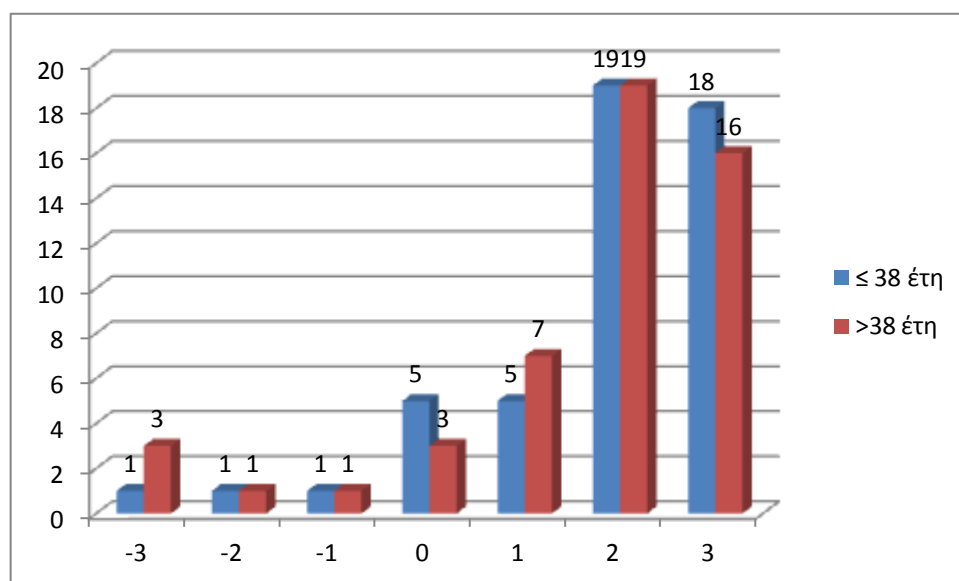
Άνδρες			Αλτρουισμός	Ικανοποίηση από εργασία
Spearman's rho	Φροντίδα	Correlation Coefficient	-,069	-,548**
		p	,761	,008
		N	22	22
	Αλτρουισμός	Correlation Coefficient		,441*
		p		,040
		N		22

**Πίνακας 9. Συσχέτιση ικανοποίησης από την εργασία, φροντίδας και αλτρουισμού στις γυναίκες του δείγματος**

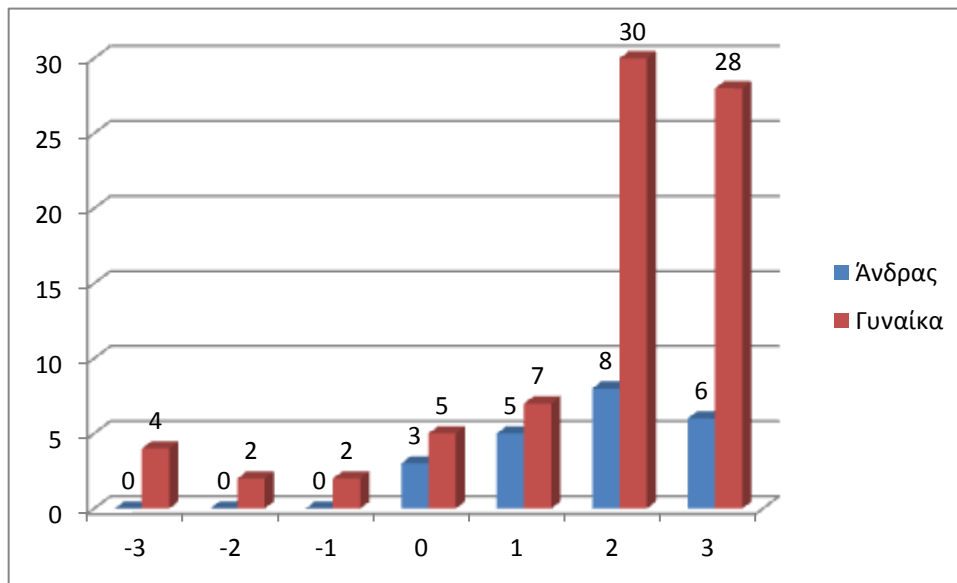
Γυναίκες		Αλτρουισμός	Ικανοποίηση από εργασία	
Spearman's rho	Φροντίδα	Correlation Coefficient	-,225*	
		p	,047	
		N	78	
	Αλτρουισμός	Correlation Coefficient		,142
		p		,214
		N		78

Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στην ικανοποίηση από την εργασία σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα (Fischerexacttest=2,004  $p=0,919$ ) ή το φύλο (Fischerexacttest=7,694,  $p=0,261$ ).

**Γράφημα 16. Ικανοποίηση από την εργασία και ηλικιακή ομάδα**



**Γράφημα 17. Ικανοποίηση από την εργασία και φύλο**



## 5.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι η ίαση των ασθενών και το «ευχαριστώ» αποτελούν με διαφορά τις πιο σημαντικές πτυχές της εργασίας των νοσηλευτών, που δηλώνουν σε ποσοστό 72% πολύ ή απολύτως ικανοποιημένοι από την εργασία τους αλλά και σε ποσοστό 80% πολύ/απολύτως επιτυχημένοι στην εργασία τους. Ο μισθός και οι συνθήκες εργασίας (73% και 40%) είναι οι παράμετροι της εργασίας που συγκεντρώνουν τη μεγαλύτερη δυσαρέσκεια, ενώ το αντικείμενο εργασίας αναδεικνύεται ως η πιο σημαντική πηγή ικανοποίησης από την εργασία. Η αξία των σχέσεων με τους συναδέλφους ήταν ο τομέας που οι εργαζόμενοι δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ υστέρηση από άποψη σημαντικότητας διαπιστώνεται σε παραμέτρους που αφορούν κυρίως τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Σημειώνεται ότι οι απόφοιτοι ΔΕ (ουσιαστικά πρόκειται για βοηθούς νοσηλευτών) φαίνεται να αποδίδουν μεγαλύτερη σπουδαιότητα συνολικά στη φροντίδα σε σχέση με τους νοσηλευτές.

Η μέτρια σημαντικότητα που οι νοσηλευτές του δείγματος αποδίδουν σε παραμέτρους της φροντίδας που σχετίζονται με την πνευματικότητα των ασθενών θα πρέπει να αξιολογηθεί στα πλαίσια των σκληρών συνθηκών εργασίας στα κέντρα χρονίως πασχόντων (σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) και στη φύση των παθήσεων των ασθενών που συχνά επιβάλλουν αδήριτες προτεραιότητες που σχετίζονται με τις καθημερινές βιολογικές ανάγκες των ασθενών. Η πνευματικότητα είναι σημαντική για τους νοσηλευτές και μπορεί να κατευθύνει τις παρεμβάσεις τους (Rays & McGee, 2006), αλλά οι περιορισμένοι πόροι των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η ελλιπής στελέχωση περιορίζουν σημαντικά τη δυνατότητα αυτή.

Οι κύριες χρόνιες παθήσεις που συνδέονται με την εισαγωγή σε κέντρο φροντίδας χρονίων πασχόντων είναι η άνοια και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι ψυχικές διαταραχές αντιπροσωπεύουν το 48 % του συνόλου των εισαγωγών, οι σωματικές διαταραχές 43 % και κοινωνικά / συναισθηματικά προβλήματα το 8% (Rensbergen & Nawrot 2010). Οι σύνθετες ανάγκες υγείας και η συχνά απρόβλεπτη πορεία αυτών των ασθενειών καθιστούν ιδιαίτερα απαιτητική τη φροντίδα τους, συχνά μέσα σε ένα αντίξοο περιβάλλον, κυρίως πλευράς συνθηκών νοσηλείας και

διαθέσιμων πόρων (συγχρωτισμός ασθενών με ετερογένεια παθήσεων, ελάττωση και συχνές μεταβολές στο νοσηλευτικό προσωπικό). Οι αντιξοότητες αυτές αυξάνουν την όποια δυσαρέσκεια των νοσηλευτών από την εργασία τους και οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο αποχώρησης από την εργασία και επιβάρυνσης της υγείας των ασθενών. Οι οικονομικές απολαβές των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε μονάδες χρόνιων παθήσεων μαζί με τις συνθήκες εργασίας αποτελούν πηγή δυσαρέσκειας από την εργασία. Αυτή η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία έχει επιπτώσεις στη φροντίδα του αρρώστου (Hugh et al., 2011).

Όπλο ενάντια στην επαγγελματική δυσαρέσκεια και την εξουθένωση είναι οι αρετές του νοσηλευτή και ο αλτρουισμός του, ο οποίος συνδέεται με τη συμμετοχή των ανθρώπων σε πράξεις και στάσεις που αφορούν στο κοινό καλό και με την παρακαταθήκη ιδανικών της Νοσηλευτικής. Στην παρούσα μελέτη αλτρουισμός και ικανοποίηση συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά ( $p < 0,05$ ), μια σχέση που συνιστά αντίδοτο στην υποβάθμιση της φροντίδας στους χαλεπούς καιρούς που διανύει η χώρα. Η κλινική κατάρτιση είναι μεν απαραίτητη, αλλά χωρίς το αίσθημα της προσφοράς τον αλτρουισμό και την ενσυναίσθηση, δεν μπορεί να οδηγήσει σε ολοκληρωμένη φροντίδα.

Παρά το γεγονός ότι παγκοσμίως οι βοηθοί νοσηλευτών δεν απολαμβάνουν υψηλά εισοδήματα και συχνά ανήκουν σε μονογονεϊκές οικογένειες ή μειονοτικούς πληθυσμούς, εκδηλώνουν υψηλότερη ικανοποίηση ακόμα και από τους νοσηλευτές ( Castle et al., 2006). Το εύρημα αυτό αποδίδεται στη στενή επικοινωνία που λόγω της φύσης της εργασίας τους αναπτύσσουν με τους ασθενείς, σχέση που γιγαντώνει το αίσθημα αυτοπραγμάτωσης και προσφοράς. Παρά τις δύσκολες συνθήκες εργασίας σε κέντρα χρόνιως πασχόντων το προσωπικό δηλώνει δυσανάλογα υψηλά ικανοποιημένο, εύρημα που αποδίδεται στην υψηλή ανταποδοτικότητα των ασθενών, η οποία και στην παρούσα μελέτη φάνηκε πως ιεραρχείται ψηλά μεταξύ των ζητημάτων που άπτονται της σημαντικότητας εργασίας.

Το εύρημα της υψηλής ικανοποίησης των νοσηλευτών του δείγματος έρχεται μάλλον σε αντίθεση με άλλες μελέτες, όπου οι νοσηλευτές αναφέρουν υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας (Καπελά, 2002). Ως μεγαλύτερη πηγή ικανοποίησης αναφέρθηκε το αντικείμενο της εργασίας,

επιβεβαιώνοντας την άποψη που θέλει τα χαρακτηριστικά της πραγματοποιούμενης εργασίας να είναι σημαντικός παράγοντας που συντελεί στην επαγγελματική ικανοποίηση (Locke, 1976).

Στην περίπτωση της έρευνάς μας, μισθός και συνθήκες εργασίας ήταν οι κύριες αιτίες δυσαρέσκειας των νοσηλευτών. Ειδικά ως προς τις συνθήκες εργασίας επισημαίνεται ότι η ελλιπής στελέχωση αλλά και η ενασχόληση με μη νοσηλευτικά καθήκοντα μπορεί να ευθύνονται για την δυσαρέσκεια, εύρημα που συναντάται και σε άλλες μελέτες. Πράγματι, η νοσηλευτική στελέχωση όλων των τμημάτων νοσηλείας υπολείπεται σε μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα των προηγμένων χωρών (Μαλιαρού και συν., 2008; Doiron et al., 2008; Stanton, 2005), ενώ ο περιορισμένος χρόνος για ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση και οι περιορισμένες δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης συμβάλλουν στην δυσαρέσκεια του προσωπικού (Laschinger & Havens, 1997; Zangaro & Soeken, 2007).

Η δυσαρέσκεια από τις αμοιβές, που πιθανόν στο δημόσιο να αμβλύνεται από την ασφάλεια της μονιμότητας για όσους έχουν μόνιμη θέση εργασίας παρατηρείται και σε άλλες μελέτες σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία (Ζυγούλης, 2008; Νικολάου, 2005), αλλά και διεθνώς (Coomber & Barriball, 2007; El-Jardali et al., 2009; Gardulf et al., 2005; Pillay, 2009), παρόλο που το εύρος της διαφέρει ανάλογα με τις αμοιβές σε κάθε χώρα. Επίσης, στην ερώτηση σχετικά με το ποιες αλλαγές στην εργασία τους θα τους έδιναν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση, οι συμμετέχοντες έδωσαν στο μισθό την πρώτη θέση, εύρημα που αντανακλά την ταχύτατη επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Η απάντηση αυτή προσομοιάζει σε απαντήσεις που αναμένονται από αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η δυσαρέσκεια από το μισθό είναι πολύ έντονη και στις οποίες οι πολύ χαμηλές αμοιβές και τα προβλήματα στις υποδομές οδηγούν στην απομάκρυνση από το νοσηλευτικό επάγγελμα (Vujicic et al., 2004; El-Jardali et al., 2009). Ωστόσο, στις αναπτυγμένες χώρες και μέχρι πρόσφατα και στην Ελλάδα οι οικονομικές απολαβές καθίστανται σημαντικό θέμα μόνο κατά την απουσία άλλων πηγών ικανοποίησης (Sharp, 2008; Κουράκος και συν., 2012).

Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί το δείγμα ήταν ευκολίας καθώς και το γεγονός ότι συμπεριελήφθησαν μονάδες χρονίως



πασχόντων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και όχι από άλλους φορείς, όπως και το ότι αντιπροσωπεύονταν ένα μόνο γεωγραφικό διαμέρισμα της χώρας.

### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας καταδεικνύουν ότι οι νοσηλευτές στα κέντρα χρονίως πασχόντων βρίσκονται στις επάλξεις της προσφοράς, σε πείσμα των αντίξωων συνθηκών εργασίας. Αντίδοτο στις αντιξοότητες είναι οι στενές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους και τους ασθενείς. Η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και των απολαβών αποτελεί πάγιο αίτημα των λειτουργών της υγείας που οδηγεί στη βελτίωση της εργασιακής τους ζωής και συνακόλουθα θα ανεβάσει το επίπεδο περίθαλψης. Μια πολυδιάστατη προσέγγιση του ζητήματος της σημαντικότητας της φροντίδας και της εργασιακής ικανοποίησης σε μελλοντική έρευνα θα επιτρέψει να αναδειχθούν όλες εκείνες οι πτυχές που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και απόδοση των νοσηλευτών και να μελετηθούν πληρέστερα κρίσιμες παράμετροι της νοσηλευτικής φροντίδας στα κέντρα χρονίως πασχόντων.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Adamson, B.J., Kenny, D.T. & Wilson-Barnett, J. (1995). The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *J Adv Nurs*, 21(1), 172-183.

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. & Sochalski, J. (2001). Cause for concern: nurses' reports of hospital care in five countries. *LDI Issue Brief*, 6(8), 1-4.

Arman, M. & Rehnsfeldth, A. (2006). The presence of love in ethical caring. *Nursing Forum*, 41, 4-12.

Arthur, D., Pang, S., Wong, T., Alexander, M.F., Drury, J., Eastwood, H., Johansson, I., Jooste, K., Naude, M., Noh, C.H., O'Brien, A., Sohnq, K.Y., Stevenson, O.R., Sinda, M.T., Thorne, S., Van der Wal, D. & Xiao, S. (1999). Practicing nurses' perceptions of caring. *International Journal of Nursing Studies*, 36(5), 387-396.

Bassett, C. (2002). Nurses perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 8-15.

Benner, P. (2002). Caring for the silent patient. *American Journal of Critical Care*, 11, 480-481.

Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, California: Addison- Wesley.

Björk, I.T., Samdal, G.B., Hansen, B.S., Tørstad, S. & Hamilton, G.A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*, 44(5), 747-757.

Blackburn, S. (1994). *Oxford dictionary of philosophy*. Oxford University Press, New York.

Blattner, B. (1981). *Holistic Nursing* Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall.

Brunton, B. & Beaman, M. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12(11), 451-456.

Carr, W. & Kemmis, St. (1986). *Becoming Critical: Education, Knowledge and Action Research*, The Falmer Press, London.

Castle, N.G., Degenholtz, H. & Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Serv Res*, 24(6), 60.

Cavanagh, S. & Coffin, D. (1992). Staff turnover among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1369-1376.

Chenoweth, L., Merlyn, T., Jeon, Y.H., Tait, F. & Duffield, C. (2013). Attracting and retaining qualified nurses in aged and dementia care: outcomes from an Australian study. *J Nurs Manag.* Mar 7.

Chu, C.I., Hsu, H.M., Price, J.L. & Lee, J.Y. (2003). Job satisfaction of hospital nurses: an empirical test of a causal model in Taiwan. *Int Nurs Rev*, 50(3), 176-182.

Clarke, J. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *J Advanc Nurs*, 17, 1283–1290.

Clayton, G. (1991). *Connecting: A catalyst for caring*. In: Chin P (ed) *Anthology of Caring*. New York, NLN Press.

Coward, R.T., Hogan, T.L., Duncan, R.P., Horne, C.H., Hilker, M.A. & Felsen, L.M. (1995). Job satisfaction of nurses employed in rural and urban long-term care facilities. *Research in Nursing and Health*, 18(3), 271-284.

Crohan, S.E., Antonucci, T.C., Adelman, P.K. & Coleman, L.M. (1989). Job characteristics and well being at middle life: Ethnic and gender comparisons. *Psychol Women Q*, 13, 223-235.

Das Gracas, E.M. & Dos Santos, G.F. (2009). Nursing care methodology in the phenomenological approach. *Rev Esc Enferm USP*, 43(1), 200-207.

Dingman, W.F. & Warnick. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 29(12), 30-37.

Doiron, D., Hall, J. & Jones, G. (2008). Is there a crisis in nursing retention in New South Wales? *Aust New Zealand Health Policy*, 5, 19.

Dunn, S.V. & Schmitz, K. (2005). Nurses' perceptions of patients' requirements for nursing resources. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(3).

Dyson, J. (1996). Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6), 263-269.

El-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D. & Mouro, G. (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC Nurs*, 8, 3.

Fry, S. (1988). The ethic of caring: Can it survive in nursing? *Nurs Outlook*, 36–48.

Frankenhauser, M. (1989). A biophysical approach to work life issues. *Intern Health Serv*, 4, 47–58.

Fung, C. (1988). Is altruism a vice? *JAMA*, 260(17), 2509.

Gardulf, A., Söderström, I.L., Orton, M.L., Eriksson, L.E., Arnetz, B. & Nordström, G. (2005). Why do nurses at a university hospital want to quit their jobs? *J Nurs Manag.* 13(4), 329-37.

Garland, T.N., Oyabu, N. & Gipson, G.A. (1988). Stayers and leavers: A comparison of nurse assistants employed in nursing homes. *The Journal of Long Term Care Administration*, 16(4), 23-29.

Gormley, K.J. (1996). Altruism: a framework for caring and providing care. I. *J. Nurs. Stud*, 33(6), 581-588.

Gortner, S.R. & Schultz, P.R. (1993). Approaches to nursing science methods. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 20, 22-24.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L. & Kyng, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 27-932.

Harris-Kojetin, L., Lipson, D., Fielding, J., Kiefer, K. & Stone, R.I. (2004). Recent findings on frontline long-term care workers: A research synthesis 1999–2003. DHHS/ASPE Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy.

Hawks, J. (1992). Employment in nursing education: Concept analysis and application to philosophy learning and instruction. *J Advanc Nurs*, 17, 613.

Heidegger, M. (1975). *The basic problems of phenomenology*. Bloomington: Indiana University Press.

International Council of Nursing. (2000). *Code of Ethics for Nurses*, Geneva.

Irvine, D.M. & Evans, M.G. (1995). Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies. *Nurs Res*, 44(4), 246-253.

Johnson, J.L. (1991). Nursing science: Basic, applied, or practical? Implications for the art of nursing. *Advances in Nursing Science*, 14(1), 7-16.

Keane, M.S., Chastain, B. & Rudisill, K. (1987). Caring: Nurse-patient perceptions. *Rehabil Nursing*, 12, 182-187.

Larson, P.J. (1987). Comparison of cancer patients' and professional nurse's perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart Lun*, 16, 87-193.

Laschinger, H.K. & Havens, D.S. (1997). The effect of workplace empowerment on staff nurses' occupational mental health and work effectiveness. *JNursAdm*, 27(6), 42-50.

Leininger, M.M. (1988). The phenomenon of caring: importance, research question and theoretical consideration, In M.M. Leininger (ed), *caring* pp.3-15, Detroit: Wayne State University Press.

Leininger, M.M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M.M. (1995). Assumptive premises of the theory. In: McQuiston CM, Webb AA eds, *Foundations of nursing theory*. Thousand Oaks, CA: Sage, 387-402.

Leininger, M. (1999). *Transcultural nursing concepts, theories and practices*. 3rd ed. Philadelphia: FA Davis.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science; selected theoretical papers*. D. Cartwright. Harper & Row, New York.

Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M. D. Dunnette (Ed.), *The handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally.

Lu, H., Barriball, K.L., Zhang, X. & While, A.E. (2012). Job satisfaction among hospital nurses revisited: a systematic review. *Int J Nurs Stud*, 49(8), 1017-1038.

Lu, H., While, A.E. & Barriball, K.L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*, 42(2), 211-227.

Lu, H., While, A.E. & Barriball, K.L. (2007). A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China. *J Adv Nurs*, 58(5), 468-79.

Lundh, U. (1999). Job satisfaction among Swedish nurses and laboratory technologists. *Br J Nurs*, 8(14), 948-952.

Matsuoka, R. (2007). Examining Caring Theories in Nursing from Non-nursing Viewpoints. *Japan Nurs Studies N C N J*, 6(1).

May, R. (1969). *Love and will*. New York: Dell Publishing Co. Inc.

Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row Publishers.

Mok, E. & Chiu, P.C. (2004). "Nurse-patient relationships in palliative care." *J Adv Nurs*, 48, 475-483.

Montgomery, C. (1993). *Healing through communication: The practice of caring*, Sage Publications.

Mrayyan, M.T. (2007). Jordanian nurses' job satisfaction and intent to stay: comparing teaching and non-teaching hospitals. *J Prof Nurs*, 23(3), 125-36.

Mueller, C.W. & McCloskey, J.C. (1990). Nurses' job satisfaction: a proposed measure. *Nurs Res*, 39(2), 113-117.

Newman, M.A. (1999). *Health as expanding consciousness*. National League for Nursing Press, New York.

Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: what is and what it is not Commemorative Ed . First edition 1859*. Philadelphia: Lippincott.

Nolan, M., Nolan, J. & Grant, G. (1995). Maintaining nurses' job satisfaction and morale. *Br J Nurs*, 4(19), 1149-1154.

Packard, J.S. & Motowidlo, S.J. (1987). Subjective stress, job satisfaction, and job performance of hospital nurses. *Res Nurs Health*, 10(4), 253-261.

Papadatou, D., Martinson, I.M. & Chung, P.M. (2001). Caring for dying children: a comparative study of nurses' experiences in Greece and Hong Kong. *Cancer Nurs*, 24(5), 402-412.

Patistea, E. & Siamanta, H. (1999). A literature review of patients' compared with nurses' perceptions of caring: implications for practice and research. *Journal of professional nursing*, 15(5), 302-312.

Person, S.D., Allison, J.J., Kiefe, C.I., Weaver, M.T., Williams, O.D., Centor, R.M. et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *MedCare*, 42, 4-12.

Petterson, I.L., Arnetz, B.B. & Arnetz, J.E. (1995). Predictors of job satisfaction and job influence--results from a national sample of Swedish nurses. *Psychother Psychosom*, 64(1), 9-19.

Pillay, R. (2009). Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Hum Resour Health*, 7, 15.

Price, M. (2002). Job satisfaction of registered nurses working in an acute hospital. *Br J Nurs*, 11(4), 275-280.

Quarstein, V.A., McAfee, R.B., & Glassman, M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human Relations*, 45(8), 859-873.

Ravari, A., Bazargan-Hejazi, S., Ebadi, A., Mirzaei, T. & Oshvandi K. (2013). Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses *Nurs Ethics*, 20(4), 448-458.

Rogers, M. (1970). *An introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. F.A. Davis Co, Philadelphia.

Salvam, A. (2001). The state of the health care workforce *Hosp Health Netw*, 75(8), 41-48.

Savvopoulou, G. (1999). *Basic Nursing*, 2<sup>nd</sup> ed, Athens.

Silva, M.C. (1977). Philosophy, science, theory: Interrelationships and implications for nursing research. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 93, 59-63.

Silva, M.C. & Rothbert, D. (1984). An analysis of changing trend of philosophies of science on nursing theory development and testing. *Advances in Nursing Science*, 62, 1-13.

Stanton, M. (2005). *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*. Agency for Healthcare Research and Quality, available: [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov).

Stone, P., Mooney-Kane, C., Larson, E., Pastor, D., Zwanziger, J. & Dick, A. (2007). Nurse Working Conditions, Organizational Climate, and Intent to Leave in ICUs: An Instrumental Variable Approach. *HealthServRes*, 42(3 Pt 1), 1085-1104.

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Suhonen, R., Valimaki, M. & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 283-292.

Sullivan, B. (1995). Bridges and Barriers in the Therapeutic Relationship. In: Amalol E, Boggs K (eds) *Interpersonal Relationships*. W.B. Sanders Company, N. York, 107–126.

Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, 254, 352-357.

Swanson, KM. (1999). The effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being in the first year subsequent to loss. *Nursing Research*, 288-298.

Tellis-Nayak, V. (2005). Who will care for the caregivers? *Health Prog*, 86(6), 37-43.

Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. (1994). *Nursing Ethics*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Tovey, E.J. & Adams, A.E. (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: an exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *J Adv Nurs*, 30(1), 150-158.

Tschudin, V. (2003). *Ethics in Nursing: The caring relationship*. Elsevier Health Sciences, London.

Tzeng, H.M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud*, 39(8), 867-878.

Van Hooft, S. (1996). Bioethics and caring. *Journal of Medical Ethics*, 22, 83-92.

Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O. & Dal Poz, M. (2004), The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum Resour Health*, 2, 3.

Walsh, M. & Dolan, B. (1999). Emergency nurses and their perceptions of caring. *Emerg Nurs*, 7, 24-31.

Wang, Y. (2002). Job satisfaction of nurses in hospital. *Chinese Journal of Nursing*, 37(8), 593–594.

Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science and Human Care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1998). *Nursing: Human Science and Human Care*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health science*. New York: Springer Publishing.

Watson, J. (2005). *Caring sciences as sacred science*. Philadelphia: PA:FA Davis.

Watson, J. (2006). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nursing Administration Quarterly*, 301, 48-55.

Watson, J. 2009a. *Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care*. University of Colorado, JHSA SPRING

Watson, J. (2009b). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences* (second edition) Springer publishing company.

Watson, R. & Lea, A. (1997). The caring dimension inventory CDI: content validity, reliability and scaling. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 87-94.

Watson, R. & Lea, A. (1998). Perceptions of caring among nurses: the influence of age and sex, *Journal of Clinical Nursing*, 7, 97.

Watson, R., Deary, I.J. & Lea A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring and nursing among student nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1228–1237.

Watson, R., Deary, I.J. & Lea A. (2001). A 35-item version of the caring dimensions inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 511-521.

Widar, M., Ek A.C. & Ahlstrom, G. (2007). Caring and uncaring experiences as narrated by persons with long-term pain after a stroke. *Scand Journal of Caring Science*, 211, 41-47.

Wilkes, L.M. & Wallis, M.C. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 582-589.

Wolf, Z.R., Colahan, M. & Costello, A. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Medsurg Nursing*, 7, 99-105.

Yam, B.M.C. & Rossiter, J.C. (2000). Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9, 293-302.

Zangaro, G.A. & Soeken, K.L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Res Nurs Health*, 30(4), 445-458.

#### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Γκούβα, Μ. & Κοτρώτσιου Ε. (2011). *Ψυχολογικά ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Δ. ΛΑΓΟΣ.

Ζυγούλης, Α. (2008). *Ικανοποίηση των αναγκών του Νοσηλευτικού Προσωπικού και η σχέση της με την ανάπτυξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Μεταπτυχιακή εργασία, ΕΑΠ, Πρόγραμμα ΔΜΥ, Πάτρα*.

Ιωάννου, Π. (2011). *Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και ποιότητα ζωής των νοσηλευτών*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Καλαφάτη, Μ. & Παϊκοπούλου, Δ. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. *Νοσηλευτική*, 50(1), 49-62.

Κάπελα, Μ., Μινέτου, Ε. & Ζύγα, Σ. (2002). Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτών από την εργασία τους. *Νοσηλευτική*, 2, 191–196.



Καρανικόλα, Μ. (2006). Αυτοεκτίμηση και επαγγελματική ικανοποίηση Ελλήνων νοσηλευτών. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Καρασαββίδης, Σ. (2007). Οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας και ο ρόλος του νοσηλευτή. Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Κάρλου, Χρ. & Πατηράκη, Ε. (2011). "Η έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική". Νοσηλευτική, 50, 35-48.

Κοτρώτσιου, Σ., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Κυπαρίση, Γ. & Ριζούλης, Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 7 (1), 57-71.

Κουλούρη, Α. & Ρούπα, Ζ. (2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 7(4), 264-278.

Κουράκος, Μ., Καυκιά, Θ., Ρεκλείτη, Μ., Ζυγά, Σ., Κοτρώτσιου, Ε. & Γκούβα Μ. (2012). Μελέτη ικανοποίησης από την εργασία των φροντιστών υγείας-νοσηλευτών παθολογικών κλινικών του Εθνικού Συστήματος Υγείας ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 29(1), 61-69.

Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π. (2008). Ασφαλής νοσηλευτική στελέχωση. Μια συστηματική ανασκόπηση. ene\_newsletter1 (1):45-48

Μπαμπινιώτης, Γ. (2000). Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.

Νικολάου, Α. (2005). Η επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που τη διαμορφώνουν. Οι περιπτώσεις του «Τζάνειου» Γ.Ν. Πειραιά και του Ν.Γ.Ν. Κορίνθου», Διπλωματική εργασία, ΕΑΠ, Πρόγραμμα ΔΜΥ, Πάτρα.

Παπαγεωργίου Δ., 2009, Διερεύνηση Της Στάσης Των Ελλήνων Πολιτών Απέναντι Στο Κράτος Πρόνοιας, Διπλωματική Εργασία, στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., Palese, Α., Tomietto, Μ., Balogh, Ζ., Suhonen, R., Leino-Kilpi, Η., Jarosova, D. & Πατηράκη, Ε. (2010). Η Έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία, Νοσηλευτική, 494, 406-417.

Ποζουκίδου, Α., Θεοδώρου Μ. & Καϊτελίδου Δ. (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Νοσηλευτική, 46(4), 537-544.

Ραγιά, Α. (2001). Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής. Νοσηλευτική, 40, 8-13.

Σαπουντζή – Κρέπια, Δέσποινα. (1998). «Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα», μια ολιστική προσέγγιση. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ ΑΘΗΝΑ.

ΦΕΚ (Φύλλο Ελληνικής Κυβερνήσεως), Νομοτέλεια Έγγραφο: 2656/98 Ν 2646/20-10-98 (ΦΕΚ 236 Α'): Ανάπτυξη του εθνικού συστήματος Κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις.

ΦΕΚ (Φύλλο Ελληνικής Κυβερνήσεως), Νομοτέλεια Έγγραφο: 12553/00 Ν 2646/27-07-00 (ΦΕΚ921 Β'): Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας Θεραπευτηρίου χρόνιων παθήσεων Λαρίσης «Ο Αριστεύς».

Χαραλαμπίδου, Ε. (1996). Επαγγελματική Ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

#### ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.oaristeas.gr/> Αριστεύς Γιάννουλης

<http://www.kaapa.gr/> Κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας παιδών Καρδίτσας

<http://www.therapeftiriotrikalon.gr/index.php/parxomenes-yphresies> Θεραπευτήριο Χρόνιων Πασχόντων Τρικάλων

# Παράρτημα

## Ερωτηματολόγιο



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 καθώς και τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την νοσηλευτική φροντίδα. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε 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: ..... / ..... / 2013      ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... / ..... / .....

ΦΥΛΟ:  
ΑΝΔΡΑΣ \_\_\_\_\_

ΓΥΝΑΙΚΑ \_\_\_\_\_

	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 <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ \_\_\_\_\_   
ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ \_\_\_\_\_

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΟΧΙ \_\_\_\_\_

**ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;**      ΝΑΙ \_\_\_\_\_       ΟΧΙ \_\_\_\_\_

**ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:**

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝ. \_\_\_\_\_   
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 σε αυτό που πιστεύετε για τον εαυτό σας)**

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

## GR-NDI-24

Οδηγίες: Κυκλώστε σε κάθε πρόταση έναν αριθμό από το 1 (πολύ σημαντικό) έως το 5 (καθόλου σημαντικό), δηλώνοντας έτσι τί είναι σημαντικό για σας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού σας έργου:

	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5
Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1	2	3	4	5
Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5
Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1	2	3	4	5
Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
Να κάθεσαι με έναν ασθενή	1	2	3	4	5
Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	1	2	3	4	5
Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή	1	2	3	4	5
Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1	2	3	4	5
Να ακούς τον ασθενή	1	2	3	4	5
Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5
Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

## Altruism subscale

<b>Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>2. Πιστεύετε στη γενναιόδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιόδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>Οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
<b>8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη</b>				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

**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, βάλετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

<b>Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη δουλειά σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
<b>Πόσο σημαντική είναι για εσάς η ικανοποίηση που αντλείτε από τη δουλειά σας;</b>								
Καθόλου σημαντική	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντική
<b>Πόσο επιτυχημένος/η νομίζετε ότι είστε στη δουλειά σας;</b>								
Καθόλου επιτυχημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως επιτυχημένος/η

Παρακαλούμε, βάλετε 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.

<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας, για ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας σας γενικά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τα επιτεύγματα του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τους ‘τυπικούς’ τρόπους επικοινωνίας (π.χ. λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη, κλπ.) μεταξύ του προσωπικού;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το νόημα που δίνεται στην ‘επιτυχία’ στο χώρο εργασίας σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η

Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας, όπου εργάζεστε;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε;</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.);</b>								
Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως ικανοποιημένος/η
Καθόλου σημαντικό	-3	-2	-1	0	1	2	3	Απολύτως σημαντικό
<b>Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές;</b>								
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, απαντήσετε 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<br>προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Η θέση που κατέχω                            | E) 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<br>προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Η θέση που κατέχω                            | E) 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<br>προσωπικό | Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο |
| B) Το 'ευχαριστώ' των ασθενών      | E) 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         | E) 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**