



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**«Πώς αντιλαμβάνονται οι Επισκέπτες Υγείας
την έννοια της φροντίδας και της υγείας και
η σχέση τους με την ενσυναίσθηση»**

**Σπουδάστρια: Μπισμπίκη Γεωργία
Επισκέπτρια Υγείας**

**Επιβλέπων Καθηγητής:
κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία,
Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας**

**Μέλη Επιτροπής Αξιολόγησης:
κα Γκούβα Μαίρη, Ψυχολόγος, Ψυχοσωματικής
και Κοινωνικής Ψυχιατρικής,
Αναπλ. Καθηγήτρια (Τ.Ε.Ι. Ηπείρου)
Κ. Παραλίκας Θεοδόσης, Καθηγητής Εφαρμογών
Τ.Ε.Ι. Λάρισας**

Λάρισα, 2016

***“The perception of health visitors for the care
and health and their relationship with the empathy”***

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εν πρώτοις θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Κοτρώτσιου Ευαγγελία, καθηγήτρια Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας, για την συμπαράστασή της στην εκτέλεση της συγκεκριμένης Μελέτης, όσο και τα μέλη της τριμελούς Επιτροπής κυρία Γκούβα Μαίρη και κύριο Παραλίκα Θεοδόση. Πέραν τούτο ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που ήταν δίπλα μου σ' αυτό το βήμα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση του τρόπου αντίληψης των Επισκεπτών Υγείας όσον αφορά την έννοια της φροντίδας και της υγείας καθώς και η διερεύνηση συσχέτισης ενσυναίσθησης με την φροντίδα έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι Επισκέπτες Υγείας. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτελούν Επισκέπτες Υγείας ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, οι οποίοι εργάζονται σε Μονάδες Υγείας.

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του δείγματος έγινε με την χρήση του λογισμικού πακέτου «SPSS» και με τις μεθόδους της Περιγραφικής και της Εισαγωγής στατιστικής.

Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης συσχετίζουν την έννοια της φροντίδας του ασθενή τόσο με το κλινικό έργο αλλά και με τις ανάγκες του ασθενή και γενικότερα με την διερεύνηση του τρόπου ζωής του ασθενή. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη σε κλίμακα ενσυναίσθηση είχαν οι Επισκέπτες Υγείας τόσο αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στις ανάγκες ασθενών και συνολικά στη φροντίδα. Επίσης, σημαντική στατιστικά συσχέτιση προέκυψε ανάμεσα στο βαθμό ικανοποίησης από την θέση εργασίας Επισκεπτών Υγείας με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς και στη συνοχή οικογενειακού περιβάλλοντος με την ενσυναίσθηση.

Για μια επικοινωνιακή και ουσιαστική σχέση επαγγελματία υγείας – ασθενή είναι απαραίτητο να επικρατεί το χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης, καθώς και η ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στο θέμα της ενσυναίσθησης.

Λέξεις – κλειδιά: φροντίδα, υγεία, ενσυναίσθηση, συναισθηματική νοημοσύνη.

ABSTRACT

Aim of this reason is the investigation of the correlation of the empathy and care so as perceived from the health visitors. This study involved health visitors irrespective of sex and age, who work in hospitals and health units.

To investigate the learning outcome was conduct SPSS and Descriptive and Inferential Methods.

The results of this research compare the patient's health care both with the clinical work as much with the patient needs. In Particular, when health visitors had the higher score of empathy, the materiality of patient needs increases. Statistically significant correlation exists between professional environment with health care in patients and empathy as well.

Empathy is an indispensable feature for a constructive and substantive between health care professionals and patient relationship, focusing on the awareness of healthcare professionals, through the education in matters relating to empathy.

Keywords: *Health care, empathy patient, emotional behavior.*

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	7
1.2 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ.....	11
2.2 Ενσυναίσθηση και συναισθηματική νοημοσύνη.....	11
2.3 Εργαλείο επιστήμης.....	13
2.4 Ενσυναίσθηση και επικοινωνία.....	15
2.5 Η έννοια της ενσυναίσθησης στην ανθρωπο-κεντρική θεωρία.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
3.1 Ενσυναίσθηση και Επισκέπτες Υγείας.....	17
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	25
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	41
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	42

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο χαρακτήρας της φροντίδας αλλά και ο εννοιολογικός της προσδιορισμός την καθιστούν ως έννοια πολυδιάστατη ανάλογα με το κοινωνικό, θρησκευτικό και πολιτιστικό περιβάλλον, όπου μεγαλώνει ένα άτομο ^{1,2}.

Παράλληλα με την εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας επιχειρείται και ο προσδιορισμός των δομικών εννοιών που συνθέτουν την έννοια της ενσυναίσθησης, σημαντικό συστατικό και στοιχείο, ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας ως εργαλείο επικοινωνίας με τον ασθενή ³.

Για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή, ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι εφοδιασμένος με δεξιότητες της φροντίδας, υγείας αλλά και προσπάθεια κατανόησης των γεγονότων του ασθενή (ενσυναίσθηση).

Η ενσυναίσθηση συνιστά μια πολυσύνθετη διαδικασία, για αυτό και δεν υπάρχει σύγκλιση απόψεων. Μια προσπάθεια θεωρητικής γεφύρωσης οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι η ενσυναίσθηση αφορά την προσπάθεια ενός ατόμου να κατανοήσει στο μέγιστο δυνατό βαθμό την εμπειρία ενός άλλου είτε πρόκειται για συμπεριφορά είτε για συναίσθημα είτε για διανοητική κατάσταση. Η ενσυναίσθηση ενός επαγγελματία υγείας σε συνδυασμό με άλλες δεξιότητές του, βελτιώνει την ποιότητα σχέσης του με τον ασθενή και ίσως αποτελεί τον πιο καθοριστικό παράγοντα για μια επιτυχή θεραπευτική έκβαση στο πλαίσιο κάθε προσέγγισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Η έννοια της φροντίδας και της υγείας.

Με τον όρο «φροντίδα», εννοούμε το εύρος των αγαθών και των υπηρεσιών, που παρέχονται σε άτομα ή κοινωνίες με σκοπό την προαγωγή, διατήρηση αλλά και την αποκατάσταση της υγείας.

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση των επαγγελματιών υγείας τόσο για την προστασία της υγείας και την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων όσο και την αποκατάσταση αυτής. Για αυτό και τα επαγγέλματα υγείας χαρακτηρίζονται ως λειτουργήματα, λόγω του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα και την ολιστική προσέγγιση του ασθενούς ^{4,5}.

Η φροντίδα είναι μια πολύπλευρη έννοια και ένα βασικό συστατικό στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και συνδέεται άρρηκτα κυρίως με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως φαίνεται και από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Η πλειοψηφία των ερευνών είχε ως σκοπό την προσπάθεια αντίληψης της έννοιας της φροντίδας από τα επαγγέλματα υγείας και η σημαντικότητα της συμμετοχής των ασθενών στη φροντίδα τους ⁶.

Αντίστοιχη έρευνα είχε πραγματοποιηθεί το 2012 στην Ελλάδα σχετικά με τις ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κάλυψη αυτών. Περίπου το 25% του πληθυσμού της μελέτης δήλωσε την ανάγκη για διάθεση περισσότερου χρόνου από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό περίπου 80% θα αντιμετώπιζε θετικά τη βοήθεια στο σπίτι. Από αυτό διαπιστώνουμε ότι οι πολίτες έχουν περισσότερη ανάγκη για ποιοτική παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως τους επισκέπτες υγείας, όπου το αντικείμενο απασχόλησής τους αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη ⁷.

Πιο πρόσφατη μελέτη το 2015 από το Ινστιτούτο Υγείας στο Λονδίνο τονίζει τον καίριο ρόλο των επισκεπτών υγείας στις υπηρεσίες υγείας, την παροχή ουσιαστικής φροντίδας στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειες αυτών καθώς έχουν εκπαιδευτεί για τον σκοπό αυτό αλλά και για την αναγνώριση αναγκών υγείας των ασθενών και των κοινοτήτων. Συνεπώς, για αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς, όπου είναι και ο κύριος στόχος από τους επαγγελματίες υγείας, ο επισκέπτης υγείας πρέπει να είναι αποτελεσματικός στην ανάπτυξη θετικών σχέσεων με τους ασθενείς, και τις οικογένειες αυτών, προκειμένου να υπάρχει βελτίωση και προαγωγή υγείας των ασθενών^{8,9}.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000) οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το φαινόμενο της υγείας είναι δυνατόν να χωριστεί σε πέντε περιόδους: τη «μεταφυσική-μαγική, μεταφυσική-θρησκευτική, νατουραλιστική, μηχανιστική-θετικιστική και τη σύγχρονη ολιστική, η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών». Η περίοδος που διανύουμε έχει τα χαρακτηριστικά περιόδου και κυριαρχεί η σταδιακή αμφισβήτηση του παλιού, αλλά και η επιφύλαξη απέναντι στο νέο που έρχεται¹⁰.

Ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος το 1946, στην ιδρυτική του διακήρυξη, όρισε την υγεία ως «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας».

Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση»^{11,12}.

1.2.

-Κοινωνική προσέγγιση-

Η υγεία και η αρρώστια εκφράζονται στις σχέσεις του ατόμου με την κοινωνία. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη Βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και τη κοινωνική του λειτουργία.

Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμού του ορίου μεταξύ του φυσιολογικού και παθολογικού.

Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το γεγονός ότι έννοιες όπως το «φυσιολογικό» επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία.

Οι περισσότερες πνευματικές ή ψυχικές διαταραχές αναγνωρίστηκαν ως παθολογικές μόνο κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, όταν η εργασία στον δυτικό κόσμο έγινε λιγότερο χειρωνακτική και περισσότερο νοητική¹³.

Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν τεθεί στο κέντρο του ενδιαφέροντος αποτελώντας τον πυρήνα ενός νέου υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας, όπου σ' αυτήν την κατεύθυνση βρίσκεται ο ορισμός της υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), όπως προαναφέραμε^{13,14}. Όπως και ο ορισμός της «Προαγωγής της Υγείας» (διακήρυξη της Οτάβας) που ταυτίζει την υγεία με την δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μία να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό.

Συνακόλουθα, η υγεία έχει θετικά χαρακτηριστικά και αντανακλά την κατάσταση που αποκαλείται «ενδυνάμωση» (empowerment).

Στην κοινωνική προσέγγιση της υγείας αναφέρθηκε και η διακήρυξη της Τζακάρτα το 1997, όπου κάνει λόγο για τις απαραίτητες προϋποθέσεις για την υγεία όπως, οι κοινωνικές σχέσεις και το εισόδημα.

Η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία θεωρεί ότι είναι η φτώχεια, διεθνείς παράγοντες επίσης έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία, όπως η ενσωμάτωση της παγκόσμιας οικονομίας και του εμπορίου καθώς και η περιβαλλοντική υποβάθμιση λόγω αλόγιστης χρήσης των πόρων ^{15,16}.

-Οικονομική προσέγγιση-

Η σχέση της οικονομίας με την υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί στη προαγωγή της υγείας, πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον, υγιεινή διατροφή, καθώς και σε άλλους κοινωνικούς και υλικούς παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία. Υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερες δυνατότητες για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας ¹⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. «Η έννοια της ενσυναίσθησης».

Η έννοια της ενσυναίσθησης αποτελεί την ελληνική απόδοση της αγγλικής έννοιας «empathy», η οποία χρησιμοποιείται κυρίως στους επαγγελματίες Υγείας και παίζει σημαντικό ρόλο στο πλαίσιο των θεραπευτικών σχέσεων¹⁸. Η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητη στην επικοινωνία με τον ασθενή και την επίτευξη των επιθυμητών, και όχι μόνο, θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας, φροντίζοντας ανθρώπους σε στιγμές μεγάλης ανασφάλειας, αγωνίας και πόνου, βιώνει συναισθήματα που καλείται να επεξεργαστεί και να διαχειριστεί στη θεραπευτική του σχέση με τον ασθενή¹⁹.

Στη ψυχολογία ο όρος «ενσυναίσθηση» ορίζεται ως α) «η δύναμη της προβολής της προσωπικότητας κάποιου άλλου (με αποτέλεσμα την πλήρη κατανόησή της) και β) η συμμετοχή στα συναισθήματα ή τις ιδέες κάποιου άλλου ατόμου». Οι Salovey και Mayer (1990) αναφέρονται στην ενσυναίσθηση ως «μια θεμελιώδη ανθρώπινη ικανότητα ανάμεσα σε α) αυτογνωσία, β) συναισθηματικό έλεγχο, γ) αυτοενεργοποίηση και δ) χειρισμό σχέσεων». Οι ενσυναισθηματικοί άνθρωποι γενικά περιγράφονται ως άτομα που είναι ευαίσθητα προς τους άλλους. Κάποιες θεωρίες για την ενσυναίσθηση ισχυρίζονται ότι η ενσυναίσθηση είναι στα γονίδιά μας, ενώ άλλες ότι μαθαίναμε την ενσυναισθητική συμπεριφορά στο σπίτι^{20,21}.

2.2. «Ενσυναίσθηση και συναισθηματική νοημοσύνη».

Η ενσυναίσθηση θεωρείται σήμερα ως ένα από τα βασικά στοιχεία ενός νέου τύπου νοημοσύνης, που λέγεται συναισθηματική νοημοσύνη (Emotional intelligence, EQ), η οποία αναφέρθηκε ως πιο σημαντική στον εργασιακό χώρο και από τον δείκτη νοημοσύνης (IQ) (Goleman,

1999). Σε αυτό το θεωρητικό πλέγμα, η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα της πλήρους κατανόησης άλλων ανθρώπων από την δική τους οπτική γωνία.

Όπως η ικανότητα να αισθάνεται κανείς συμπάθεια, έτσι και η ικανότητα της συναισθηματικής ταύτισης είναι ένδειξη ανθρωπιάς, για αυτό συχνά οι δύο έννοιες συγχέονται. Η συμπάθεια είναι μια συναισθηματική αντίδραση, άμεση και μη ελεγχόμενη, η οποία κατακλύζει το άτομο όταν αυτό φαντάζεται τον εαυτό του στη θέση στην οποία βρίσκεται κάποιος άλλος. Για τον λόγο αυτό, μπορεί να οδηγήσει σε αναστολή της παροχής φροντίδας ή να αμβλύνει ηθικές δράσεις.

Η ενσυναίσθηση, από την άλλη πλευρά, αποτελεί μια ικανότητα ή μια στάση ζωής, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προσπάθεια να έρθει κανείς σε επαφή να επικοινωνήσει και να κατανοήσει τους άλλους, αναφορικά με καταστάσεις τις οποίες βιώνει το άτομο καθώς και τις εμπειρίες ή τα συναισθήματα που έχει^{21,22}.

Οι πέντε βασικοί τομείς της ενσυναίσθησης είναι:

1. Γνώση των συναισθημάτων μας.

Η αυτεπίγνωση – η αναγνώριση ενός συναισθήματος την ώρα που δημιουργείται – είναι το κύριο χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης. Η ικανότητα να αντιλαμβανόμαστε και να αναγνωρίζουμε κάθε στιγμή τα συναισθήματα είναι καίρια για την ψυχολογική ενόραση και αυτοκατανόηση.

2. Ο έλεγχος των συναισθημάτων.

Ο έλεγχος των συναισθημάτων μας, είναι μια ικανότητα που οικοδομείται πάνω στην αυτεπίγνωση, ενώ αυτοί που δεν έχουν αυτή την ικανότητα έρχονται αντιμέτωποι σε μεγάλο ποσοστό με τα αισθήματα της κατάθλιψης.

3. Εξεύρεση κινήτρων για τον εαυτό μας.

Το να ελέγχει κάποιος τα συναισθήματά του είναι κύριο χαρακτηριστικό για την εύρεση κινήτρων, για αυτό αυτά τα άτομα τείνουν να είναι περισσότερο παραγωγικοί.

4. Αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων.

Η ενσυναίσθηση, μια άλλη ικανότητα που έχει τη βάση της στη συναισθηματική αυτοεπίγνωση, είναι η θεμελιώδης ανθρώπινη δεξιότητα.

5. Χειρισμός των σχέσεων.

Ο χειρισμός των συναισθημάτων των άλλων είναι το κύριο συστατικό στην δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων.

Σε μία όλο και πιο παγκοσμιοποιημένη κοινωνία, η ενσυναίσθηση αποτελεί μια κρίσιμη δεξιότητα για πιο εποικοδομητική συνεργασία, αφού αυτή συντονίζει τους ανθρώπους με τα ανεπαίσθητα σήματα της γλώσσας του σώματος και τους επιτρέπει να ακούν το συναισθηματικό μήνυμα που κρύβεται πίσω από τις λέξεις^{23,24}.

2.3. Εργαλείο Επιστήμης

Η ενσυναίσθηση αρχικά αναπτύχθηκε ως εργαλείο της ψυχοθεραπείας. Σύντομα όμως, οι δυνατότητές της αναγνωρίστηκαν σε όλες τις μορφές των διαπροσωπικών σχέσεων, σε κάθε κατάσταση στην οποία ένας άνθρωπος προσπαθεί να καταλάβει αυτόν που βρίσκεται απέναντί του. ο H. Kohut ήταν ο πρώτος ψυχοθεραπευτής που εντόπισε τη σημασία της ενσυναίσθησης^{26,27}.

Ο C. Rogers την περιέγραψε ως *«την ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη με ακρίβεια και με τα συναισθήματα και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχεται σαν να ήταν ο*

θεραπευτής το ίδιο άτομο, αλλά χωρίς ταυτόχρονα αυτός να χάσει την ιδιότητά του». Ήταν επίσης ο πρώτος θεραπευτής που εισήγαγε το θεραπευτικό εργαλείο «σαν να», περιγράφοντας ότι ο θεραπευτής πρέπει να βιώσει τα συναισθήματα του πελάτη του «σαν να» ήταν δικά του, διατηρώντας ταυτόχρονα απόσταση από αυτά ²⁵.

Η ενσυναίσθηση δεν είναι μια απλή αντανάκλαση των λεγομένων του πελάτη κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Απαιτεί συνεχή προσπάθεια από την πλευρά του θεραπευτή στη διαδικασία κατανόησης και βίωσης των συναισθημάτων που συνοδεύουν το υλικό που φέρνει ο πελάτης στη θεραπεία. Πολύ συχνά αυτά τα συναισθήματα δεν έχουν γίνει αντιληπτά σε συνειδητό επίπεδο από τον θεραπευόμενο. Αποτελεί λοιπόν αποστολή του θεραπευτή να τα εντοπίσει και να φέρει στην επιφάνεια ²⁶.

Στο χώρο της ιατρικής η σχέση του γιατρού με τον ασθενή βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας λόγω ύπαρξης της ενσυναίσθησης. Επιτρέπει στον ασθενή να αισθανθεί ότι έχει γίνει κατανοητός, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η εμπιστοσύνη του προς τον επαγγελματία υγείας. Αυτό οδηγεί σε καλύτερη συνεργασία και υπακοή στο θεραπευτικό σχήμα. Ο επαγγελματίας υγείας που λειτουργεί με ενσυναίσθηση καταλαβαίνει καλύτερα τον ασθενή του, κάνει τις κατάλληλες ερωτήσεις και μπορεί να πάρει πληρέστερο ιστορικό. Πολλές ιατρικές σχολές στις Η.Π.Α., όπως αυτή του Πανεπιστημίου του Κολοράντο, έχουν προσθέσει στο πρόγραμμα των σπουδών τους σεμινάρια, στα οποία διδάσκουν την επικοινωνία με ενσυναίσθηση.

Δημιουργεί εμπιστοσύνη και σεβασμό επαγγελματία υγείας με ασθενή, καθώς και ασφαλές περιβάλλον, που ευνοεί την επίλυση προβλημάτων αλλά και την περαιτέρω εμφάνιση πληροφοριών ^{27,28}.

2.4. Ενσυναίσθηση και Επικοινωνία.

Η δυνατότητα να επικοινωνούμε συναισθηματικά χωρίς να εκφραζόμαστε με λόγια, η ικανότητα να μπορούμε να αντιληφθούμε τις προθέσεις και τα κίνητρα ενός άλλου ανθρώπου, βασίζονται στους καθρεπτικούς νευρώνες (mirror neurons).

Η καθρεπτική επικοινωνία είναι αυτόματη και διαπερατή και βασική της αρχή είναι η ευαίσθητη ανταπόκριση σε συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται στις ανθρώπινες σχέσεις. Η ικανότητα να ρυθμίζει κάποιος τα συναισθήματα (emotion regulation) καθώς και να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα των άλλων (empathy) και να χρησιμοποιεί αυτή την αντίληψη για να καθοδηγεί τις σχέσεις του και τις ενέργειές του, έχει αποδειχτεί ότι είναι μια σημαντική παράμετρος της επικοινωνίας^{29,30}.

Για να υπάρχει ενσυναίσθηση με κάποιον άνθρωπο είναι απαραίτητο να υπάρχει αποδοχή και σαφώς ουσιαστική επικοινωνία. Χρειάζεται να διατηρούμε την πληροφόρηση σχετικά με τον εσωτερικό μας κόσμο ενώ παράλληλα φανταζόμαστε τον εσωτερικό κόσμο των άλλων, ώστε να υπάρχει ενσυναίσθηση. Ο ασφαλής συναισθηματικός δεσμός που χαρακτηρίζεται από απαντητικότητα στις συναισθηματικές ανάγκες ενός ανθρώπου, προάγει την ενσυναίσθηση^{30,31}. Για την σημασία της ενσυναίσθησης στην επικοινωνία και ιδιαίτερα στην θεραπευτική επικοινωνία, είχε αναφερθεί και η Watson, που ίσως είναι και η πιο σύγχρονη και συναισθηματική ατυχή της ενσυναίσθησης, προσθέτει όμως και τη διαπροσωπική της λειτουργία.

Η συγκεκριμένη διάσταση αναφέρεται στην επίτευξη – χάρη στην ενσυναίσθηση που εκφράζει ο θεραπευτής – ενός ασφαλούς κλίματος μέσα στο οποίο δημιουργείται και συντηρείται μια υγιής θεραπευτική σχέση επικοινωνίας και ταυτόχρονα διευκολύνεται η διαπραγμάτευση των θεραπευτικών δραστηριοτήτων και στόχων. Επιπλέον δεδομένου ότι

ο θεραπευτής είναι ευαίσθητος στην επίδραση που ασκούν οι παρεμβάσεις του, βρίσκεται σε μεγαλύτερη «επιφυλακή», αναζητώντας τυχόν ρήξεις και αλλαγές, οι οποίες σημαδεύουν τη θεραπευτική σχέση³².

2.5. Η έννοια της ενσυναίσθησης στην ανθρωπο-κεντρική θεωρία.

Το θέμα της ενσυναίσθησης απασχολεί σήμερα σε μεγάλο βαθμό τους ψυχολόγους όλων σχεδόν των προσεγγίσεων: της ψυχοδυναμικής, της συμπεριφοριστικής, της ανθρωπιστικής και της διαπολιτισμικής. Η σημασία όμως της ενσυναίσθησης, αναδείχθηκε κυρίως από την ανθρωπο-κεντρική θεωρία και τις ιδέες του εμπνευστή της Carl Rogers, η οποία βασίζεται σε μια «πολύ θετική πεποίθηση για τη φύση του ανθρώπου, για αυτό άλλωστε τοποθετείται στις θεωρίες που ανήκουν στη λεγόμενη «Τρίτη Δύναμη», στη περιοχή της υπαρξιστικής ανθρωπιστικής ψυχολογίας». Η γενική θέση αυτής της θεωρίας είναι ότι ο άνθρωπος είναι εκ φύσεως ανεξάρτητος, ελεύθερος, παραγωγικός, δημιουργικός και κοινωνικός^{33,34}.

Ο Rogers λοιπόν, θεωρεί την ενσυναίσθηση, την άνευ όρων θετική αντιμετώπιση και τη συνέπεια ως αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες προκειμένου να επιτευχθεί θεραπευτική αλλαγή^{35,36}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Ενσυναίσθηση και Επισκέπτης Υγείας.

Μέλημα του Επισκέπτη Υγείας είναι ο στόχος στην πρόληψη, στις πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας και στις φροντίδες αποκατάστασης, με έμφαση στην παροχή υπηρεσιών στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας σε ευπαθείς ομάδες και γενικότερα στην κοινότητα της περιοχής. Ο Επισκέπτης Υγείας ασκεί έργο αρωγής αλλά και συμβουλευτικό. Το έργο των Επισκεπτών Υγείας είναι αρκετά σημαντικό, ωστόσο η ζήτηση στην αγορά εργασίας σήμερα είναι μάλλον μέτρια, και αυτό διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα έχει ελλείψεις. Ωστόσο, οι προοπτικές για το επάγγελμα στο μέλλον, μέσα από την ανάπτυξη των υπηρεσιών πρόνοιας και υγείας, διαφαίνονται θετικές.

Το επάγγελμα ορισμένες φορές μπορεί να αποδειχθεί αρκετά ψυχοφθόρο, μιας και ο επαγγελματίας κατά τη διάρκεια της εργασίας του μπορεί να έρθει σε επαφή με δύσκολες περιπτώσεις ατόμων που αντιμετωπίζουν δυστυχία, πόνο, εγκατάλειψη ή ζουν κάτω από δύσκολες συνθήκες διαβίωσης. Για αυτό, είναι απαραίτητο ο Επισκέπτης Υγείας να διακρίνεται από ενσυναίσθηση, συναισθηματική ωριμότητα, κοινωνική επιδεξιότητα, ευγένεια, κατανόηση και ηρεμία. Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας είναι ιδιαίτερα κρίσιμος, αφού οι πρακτικές που εφαρμόζει, καθορίζουν και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο της συμμετοχής του ασθενή στη φροντίδα υγείας. Η υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών που ενισχύουν τη συμμετοχή του ασθενή, αποτελεί μια πρόκληση για την άσκηση του επαγγέλματος, αλλά και πρότυπο επαγγελματικού ρόλου.

Η σχέση ασθενή - επισκέπτη υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική στην προαγωγή υγείας του ασθενή αλλά και στη συμμετοχή του ίδιου του

ασθενή και για να δημιουργηθεί συνεργατική σχέση (partnership) είναι απαραίτητο η καλλιέργεια ενσυναίσθησης, αμοιβαίος σεβασμός και ειλικρίνεια, καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης αλλά και παροχή επιλογών³⁸. Ωστόσο, για να επιτευχθεί αυτή η δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος, ο Επισκέπτης Υγείας είναι αναγκαίο να υιοθετήσει ένα μεγάλο μοντέλο επικοινωνίας προσανατολισμένο στον ασθενή και τις ανάγκες του (patient – entered) αλλά και όπως προαναφέραμε, να διέπεται από το αίσθημα της ενσυναίσθησης για καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα³⁷.

Τα στοιχεία ενσυναίσθησης του Επισκέπτη Υγείας ως προς τον ασθενή ποικίλουν. Ο Επισκέπτης Υγείας ανακουφίζει τον πάσχοντα από το αίσθημα δυσφορίας και ακούει ενεργά τις ανησυχίες του, τονώνει το ηθικό του και προωθεί την ενεργό συμμετοχή του στην ανάκαμψη της υγείας του.

Για παράδειγμα δύναται ένας Επισκέπτης Υγείας, στα πλαίσια της θεραπείας και αποκατάστασης, να συμμετάσχει με τέτοιο τρόπο, ώστε τόσο ο ασθενής όσο και ο επαγγελματίας υγείας να βιώσουν βαθύτερα επίπεδα της θεραπευτικής εμπλοκής. Για αυτό, θα είναι καλό να υπάρχουν σαφή όρια στη σχέση αυτή, καθώς και διαχωρισμός από τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και συγκράτηση. Ένας εξαιρετικά παράγοντας επίσης, για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης είναι η ενεργητική ακρόαση, η οποία αποτελείται από διαφορετικά στοιχεία επικοινωνίας, όπως την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας. Το στοιχείο της ενσυναίσθησης στην επικοινωνία με τον ασθενή, πηγάζει από το αληθινό ενδιαφέρον του Επισκέπτη Υγείας για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής, καθώς και από την επιθυμία του να κατανοήσει πραγματικά πως αντιλαμβάνεται ο ασθενής αυτό που του συμβαίνει στη ζωή του και την υγεία του⁴⁰.

Οι θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ Επισκέπτη Υγείας και του ασθενή στηρίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό και απαιτούν την θαλπωρή, την εμπιστοσύνη και την ενσυναίσθηση από μέρος του Επισκέπτη Υγείας.

Ο Επισκέπτης Υγείας προσπαθεί μέσα από την επικοινωνία με τον ασθενή, βασιζόμενος κυρίως στην εμπειρία του, να δημιουργήσει ένα περιβάλλον, στο οποίο ο ασθενής θα νιώθει ασφάλεια και εμπιστοσύνη και θα επιτρέψει στον Επισκέπτη Υγείας να αναπτύξει ένα εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας βασιζόμενο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή με σεβασμό στην προσωπικότητα και τις αξίες του.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το στοιχείο της ενσυναίσθησης είναι μια επένδυση στην σχέση επαγγελματία υγείας-ασθενή για την δημιουργία ενός περιβάλλοντος εμπιστοσύνης αλλά και για την ορθή αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή.

Ο Επισκέπτης Υγείας με τη σειρά του θα πρέπει να ακούει στωϊκά και με ιδιαίτερη προσοχή, να αφήνει τον ασθενή να ολοκληρώσει τις σκέψεις του και να δίνει σημασία σε όλα τα σημάδια επικοινωνίας λεκτικά και μη.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός

Το αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αντίληψης των Επισκεπτών Υγείας για την έννοια της φροντίδας υγείας και η διερεύνηση της σχέσης της με την ενσυναίσθηση και το οικογενειακό περιβάλλον τους.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Ειδικότερα τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης ήταν τα εξής:

1. Πως αντιλαμβάνονται οι Επισκέπτες Υγείας την έννοια της Φροντίδας Υγείας;
2. Ποια τα χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας που πιθανόν σχετίζονται με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη Φροντίδα Υγείας;
3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της Ενσυναίσθησης και του τρόπου που αντιλαμβάνονται τη Φροντίδα Υγείας οι Επισκέπτες Υγείας και ποια είναι αυτή;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και του τρόπου που αντιλαμβάνονται τη Φροντίδα Υγείας οι Επισκέπτες Υγείας;

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχέδιο Έρευνας

Διενεργήθηκε Συγχρονική Μελέτη Συσχέτισης.

Πληθυσμός και Δείγμα

Τον Μελετώμενο Πληθυσμό (Study Population) αποτελούν Επισκέπτες Υγείας απόφοιτοι της Κατεύθυνση Κοινωνικής Υγείας του Τμήματος Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας των ΤΕΙ, ανεξαρτήτου φύλου και ηλικίας, οι οποίοι εργάζονται σε Μονάδες Υγείας (Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας). Το Δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 101 Επισκέπτες Υγείας που εργάζονταν σε Μονάδες Υγείας της Αθήνας, της Λάρισας, της Λαμίας και της Θήβας.

Ήταν δείγμα ευκολίας και αποτελούνταν από 150 ερωτηματολόγια (ποσοστό απόκρισης 67,3%).

Εργαλεία Μέτρησης

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε τα γενικά χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας και Ερωτήσεις Ικανοποίησης από την εργασία τους.

Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε το Ερωτηματολόγιο Φροντίδας GR – NDI-24 (Kotrotsiou *et al.*, 2014), το οποίο προέκυψε μετά από τη μετάφραση και στάθμιση του Ερωτηματολογίου Φροντίδας NDI-35 (Watson *et al.*, 1999). Το Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI) είναι ένα ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται διεθνώς ως εργαλείο αυτοαξιολόγησης των αντιλήψεων για τη φροντίδα υγείας.

Το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 αποτελείται από 24 ερωτήσεις, οι οποίες δίνουν 2 Υποκλίμακες. Την Υποκλίμακα «Κλινικό έργο (Clinical work)» με 17 ερωτήσεις και την Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών (Patient needs)» με 7 ερωτήσεις. Όλες οι ερωτήσεις απαντώνται σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από 1 = Πολύ σημαντικό έως 5 = Καθόλου σημαντικό. Το συνολικό σκορ (total score) της Κλίμακας κυμαίνεται από 24 έως 120, για τις δύο Υποκλίμακες από 17 έως 85 και από 7 έως 35 αντίστοιχα, και το μέσο ολικό σκορ (mean total score) της Κλίμακας και των Υποκλιμάκων από 1 έως 5. Όσο μικρότερο είναι το σκορ τόσο περισσότερο ως σημαντική αξιολογείτε η αντίληψη για τη Φροντίδα Υγείας.

Το τρίτο μέρος περιελάμβανε το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης, «Toronto Empathy Questionnaire - TEQ» (Spreng, Mckinnon, Mar & Levine, 2009).

Η ενσυναίσθηση συνιστά μια πολυσύνθετη διαδικασία, γι' αυτό και οι σχετικοί εννοιολογικοί ορισμοί παρουσιάζουν ποικίλες και δισταμένες μεταξύ τους απόψεις. Μια προσπάθεια θεωρητικής γεφύρωσης αυτών των ορισμών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση αφορά την προσπάθεια ενός ατόμου να κατανοήσει στο μέγιστο δυνατό βαθμό την εμπειρία ενός άλλου είτε πρόκειται για συμπεριφορά είτε για συναίσθημα είτε για πλαίσιο αναφοράς.

Το Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης περιλαμβάνει συνολικά 16 ερωτήσεις, οι οποίες απαντώνται σε 5βαθμη κλίμακα τύπου Likert (Ποτέ=0, Σπάνια=1, Μερικές φορές=2, Συχνά=3, Πάντα=4). Σε 7 ερωτήσεις η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα. Το συνολικό σκορ (total score) της Κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 64 και το μέσο ολικό σκορ (mean total score) από 0 έως 4. Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο υψηλότερη είναι η Ενσυναίσθηση.

Το τέταρτο μέρος περιελάμβανε την Κλίμακα αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος, «Family Environment Scale, Form R - FES» (Moos and Moos, 1987). Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αξιολογεί την οικογενειακή ατμόσφαιρα μέσα από τρεις διαστάσεις: (α) των διαπροσωπικών σχέσεων, (β) το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και (γ) τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Η Κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από την Κ. Μάτσα και χρησιμοποιήθηκε στον γενικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς κ.α.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις και είναι οργανωμένη σε τρεις διαστάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν συνολικά 10 Υποκλίμακες (9 ερωτήσεις η καθεμία) τις εξής:

(α) Σχέσεις (relationship dimensions): Συνοχή (cohesion), Εκφραστικότητα (expressiveness), Σύγκρουση (conflict).

(β) Προσωπική Ανάπτυξη και Ωρίμανση (personal growth dimensions): Ανεξαρτησία (independence), Προσανατολισμός για επιτεύγματα (achievement orientation), Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (intellectual - cultural orientation), Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (active-recreational orientation), Ηθική και θρησκευτική έμφαση (moral - religious emphasis).

(γ) Συντήρηση του Συστήματος (system maintenance dimensions): Οργάνωση (organization), Έλεγχος (control).

Οι απαντήσεις κάθε ερώτησης της Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος δίνονται ως επιλογή «σωστό» ή «λάθος» και κατόπιν υπολογίζονται οι επιθυμητές

απαντήσεις (επιθυμητή απάντηση = 1, μη επιθυμητή απάντηση = 0). Το συνολικό σκορ (total score) της Κλίμακας κυμαίνεται από 0 έως 90 και των Υποκλιμάκων από 0 έως 9. Το υψηλότερο σκορ δηλώνει και μεγαλύτερο αριθμό επιθυμητών απαντήσεων.

Στατιστικές Μέθοδοι

Τα δεδομένα της μελέτης αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα «SPSS (Statistical Package for the Social Science) 19.0 for Windows».

Συγκεκριμένα για τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες και σχετικές % συχνότητες τους και για τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το εύρος. Ο έλεγχος των συσχετίσεων έγινε με το t-test, την ανάλυση διακύμανσης ANOVA και τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r) και το υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression).

Οι διαφορές θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές στο όριο του 5% ($P < 5\%$).

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διερευνήθηκαν οι κάτωθι μεταβλητές:

- Γενικά χαρακτηριστικά.
- Ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση της εργασίας.
- Κλίμακα αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (Nursing Dimensions Inventory).
- Κλίμακα αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης TEQ (Toronto Empathy Questionnaire).
- Κλίμακα αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES (Family Environment Scale, Form R).

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα γενικά χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας φαίνονται στον κάτωθι πίνακα.

Πίνακας 1: Γενικά χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας (n=101).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
- Άνδρες	4	4,0%
- Γυναίκες	97	96,0%
Ηλικία σε έτη		
Μέση τιμή ± σταθερή απόκλιση	37,89 ± 7,22	
Ελάχιστο – μέγιστο	24 – 55	
Οικογενειακή κατάσταση		
- Άγαμος	50	49,5%
- Έγγαμος	47	46,5%
- Διαζευγμένος	3	3,0%
- Χήρος	1	1,0%
Μεταπτυχιακός τίτλος		
- Ναι	21	20,8%
- Όχι	80	79,2%
Επαγγελματική προϋπηρεσία σε έτη		
- 0 έως 5	46	45,5%
- 6 έως 10	15	14,9%
- 11 έως 15	13	12,9%
- 16 έως 20	18	17,8%
- 20+	9	8,9%

Το 96% των Επισκεπτών Υγείας ήταν γυναίκες και το 4% άνδρες, ενώ η μέση τιμή της ηλικίας τους ήταν 37, 89. Σχεδόν, το ήμισυ (49,5%) Επισκεπτών Υγείας ήταν άγαμοι και το 46,5% έγγαμοι. Μεταπτυχιακό τίτλο είχαν 21 (20,8%) Επισκέπτες Υγείας. Σχετικά με την επαγγελματική προϋπηρεσία το 60,4% των Επισκεπτών Υγείας είχε έως 10 έτη, το 30,7% από 11 έως 20 έτη και το 8,9% πάνω από 20 έτη.

Στους Πίνακες που ακολουθούν φαίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία των Επισκεπτών Υγείας.

Πίνακας 2: Ικανοποίηση της εργασίας (n=101).

Ερωτήσεις Ικανοποίησης	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Μέτρια (3)	Πολύ (4)	Πάρα πολύ (5)	mean ± sd
Ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (4,0%)	74 (73,3%)	23 (22,8%)	4,19 ± 0,48
Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (17,8%)	70 (69,3%)	13 (12,9%)	3,95 ± 0,56

Η συντριπτική πλειονότητα των Επισκεπτών Υγείας 96,0% ήταν ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας και το 82,2% πολύ ικανοποιημένοι από τη θέση εργασίας.

Πίνακας 3: Γενικές ερωτήσεις για την αλληλεπίδραση οικογένειας - εργασίας (n=101).

Οικογένεια και εργασία	Καθόλου (1)	Λίγο (2)	Μέτρια (3)	Πολύ (4)	Πάρα πολύ (5)	mean ± sd
Αρνητική επίδραση εργασίας στον εαυτό σας.	63 (62,4%)	34 (33,7%)	4 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,42 ± 0,57
Αρνητική επίδραση εργασίας στην οικογένειά σας.	58 (57,4%)	38 (37,6%)	5 (5,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,48 ± 0,59
Αρνητική επίδραση οικογένειας στην εργασία.	53 (52,5%)	41 (40,6%)	7 (6,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,54 ± 0,63

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι η πλειονότητα των Επισκεπτών Υγείας δεν επηρεάζεται αρνητικά στον χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους (62,4%). Επίσης το 57,4% απάντησε ότι η εργασία δεν επηρεάζει αρνητικά τον χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένειά τους. Τέλος, το 52,2% θεωρεί ότι οι οικογενειακές υποχρεώσεις δεν επιδρούν στην εργασία τους.

Πίνακας 4: Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη (n=101).

Παράγοντες επαγγελματικής εξέλιξης	n	%
- Φύλο	1	1,0%
- Επίπεδο σπουδών	98	97,0%
- Ηλικία	37	36,6%
- Προσωπικότητα	39	38,6%
- Άλλοι παράγοντες	10	9,9%

Σύμφωνα με τον πίνακα 4 οι Επισκέπτες Υγείας θεωρούν ότι οι κυριότεροι παράγοντες για την επαγγελματική εξέλιξη είναι το επίπεδο σπουδών, η προσωπικότητα και η ηλικία.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η αξιοπιστία και τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (Nursing Dimensions Inventory) των Επισκεπτών Υγείας του δείγματος.

Πίνακας 5: Αξιοπιστία και περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (n=101).

Κλίμακα Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24	Cronbach's Alpha	Mean ± St. Dev.	Min – Max
Κλινικό έργο (θεωρητικό εύρος 1 – 5)	0,90	1,05 ± 0,14	1,00 – 1,63
Ανάγκες ασθενών (θεωρητικό εύρος 1 – 5)	0,81	1,11 ± 0,23	1,00 – 2,00
Σύνολο Κλίμακας (θεωρητικό εύρος 1 – 5)	0,93	1,07 ± 0,16	1,00 – 1,74

Το μέσο ολικό σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (1-5) ήταν 1,07). Η αξιοπιστία της κλίμακας σύμφωνα με τον δείκτη Cronbach's A. ήταν $\alpha=0,93$ και για τις Υποκλίμακες $\alpha=0,90$ για το «Κλινικό έργο» και $\alpha=0,81$ για τις «Ανάγκες ασθενών». Οι τιμές των συντελεστών α ήταν $> 0,70$ γεγονός που εκφράζει ικανοποιητική αξιοπιστία των κλιμάκων.

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η αξιοπιστία ΤΕQ των Επισκεπτών Υγείας.

Πίνακας 6: Αξιοπιστία και περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης ΤΕQ (n=101).

Κλίμακα Ενσυναίσθησης ΤΕQ	Cronbach's Alpha	Mean ± St. Dev.	Min – Max
Σύνολο Κλίμακας (θεωρητικό εύρος 0 – 4)	0,83	2,80 ± 0,24	2,19 – 3,56

Το μέσο ολικό σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης ΤΕQ, στην κλίμακα μέτρησης 0 έως 4, κυμαίνονταν από 2,19 έως 3,56 με μέση τιμή 2,80 (SD=0,24). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability) της Κλίμακας, προσδιοριζόμενη με το συντελεστή Cronbach's Alpha, ήταν α=0,83 τιμή > 0,70 γεγονός που δείχνει την πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων (Πίνακας 6).

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η αξιοπιστία και τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES (Family Environment Scale, Form R) των Επισκεπτών Υγείας του δείγματος.

Πίνακας 7: Αξιοπιστία και περιγραφικά στατιστικά μέτρα της Κλίμακας αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES (n=101).

Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES	Cronbach's Alpha	Mean ± St. Dev.	Min – Max
Συνοχή (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,56	8,36 ± 0,89	2 – 9
Εκφραστικότητα (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,40	6,15 ± 1,51	3 – 9
Σύγκρουση (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,51	1,95 ± 1,22	1 – 5
Ανεξαρτησία (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,63	5,20 ± 1,53	0 – 8
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,20	7,08 ± 1,00	4 – 9
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,76	5,29 ± 2,31	0 – 9
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,87	5,71 ± 2,86	0 – 9
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,34	5,74 ± 1,12	3 – 8
Οργάνωση (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,45	5,13 ± 1,43	3 – 8
Έλεγχος (θεωρητικό εύρος 0 – 9)	0,35	4,09 ± 1,11	2 – 7
Σύνολο Κλίμακας (θεωρητικό εύρος 0 – 90)	0,77	54,69 ± 6,90	37 – 68

Το ολικό σκορ της Κλίμακας αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES, στην κλίμακα μέτρησης 0 έως 90, κυμαίνονταν από 37 έως 68 με μέση τιμή 54,69 (SD=6,90).

Για τις Υποκλίμακες η μέση τιμή του σκορ κυμαίνονταν από 1,95 (SD=1,22) για τη «Σύγκρουση» έως 8,36 (SD=0,89) για τη «Συνοχή». Ο συντελεστής Cronbach's Alpha των Υποκλιμάκων κυμαίνονταν από $\alpha=0,20$ για τον «Προσανατολισμό για επιτεύγματα» έως $\alpha=0,87$ για τον «Προσανατολισμό προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα». Σε πέντε Υποκλίμακες η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων βρέθηκε χαμηλή ($\alpha < 0,50$) (Πίνακας 7).

3.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στους Πίνακες 8, 9 και 10 παρουσιάζεται η διμεταβλητή (bivariate) διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (*εξαρτημένες μεταβλητές*) με τα γενικά χαρακτηριστικά, με τις ερωτήσεις αυτοεκτίμησης της ικανοποίησης από την εργασία και αλληλεπίδρασης οικογένειας – εργασίας καθώς και με τις Κλίμακες αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης TEQ και αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES των Επισκεπτών Υγείας του δείγματος (*ανεξάρτητες μεταβλητές*).

Πίνακας 8: Συσχέτιση της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας (n=101).

Χαρακτηριστικά	Υποκλίμακα «Κλινικό έργο»		Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών»		Σύνολο Κλίμακας Φροντίδας Υγείας	
	mean ± sd	p value	mean ± sd	p value	mean ± sd	p value
Φύλο	t=2,515	0,014	t=3,288	0,001	t=2,900	0,005
- Άρρεν	1,22 ± 0,25		1,46 ± 0,39		1,29 ± 0,29	
- Θήλυ	1,04 ± 0,13		1,10 ± 0,21		1,06 ± 0,15	
Ηλικία (έτη)	r=0,120	0,231	r=0,195	0,050	r=0,154	0,125
Οικογενειακή κατάσταση	F=1,101	0,337	F=1,086	0,341	F=1,139	0,324
- Άγαμος/η	1,03 ± 0,11		1,08 ± 0,16		1,05 ± 0,12	
- Έγγαμος/η	1,06 ± 0,16		1,13 ± 0,27		1,08 ± 0,19	
- Διαζευγμένος/η, Χήρος/α	1,13 ± 0,25		1,21 ± 0,42		1,15 ± 0,30	
Μεταπτυχιακός τίτλος	t=1,018	0,311	t=0,879	0,382	t=0,982	0,329
- Ναι	1,08 ± 0,18		1,15 ± 0,28		1,10 ± 0,21	
- Όχι	1,04 ± 0,13		1,10 ± 0,22		1,06 ± 0,15	
Προϋπηρεσία (έτη)	r=0,054	0,594	r=0,121	0,227	r=0,084	0,406

Από τον Πίνακα 8, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των Επισκεπτών Υγείας, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το φύλο σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,014$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,001$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,005$). Ειδικότερα οι γυναίκες Επισκέπτες Υγείας εμφάνιζαν μικρότερη μέση τιμή σκορ από τους άνδρες Επισκέπτες Υγείας και άρα οι γυναίκες θεωρούσαν περισσότερο σημαντικό το «Κλινικό έργο» ($1,04 \pm 0,13$ έναντι $1,22 \pm 0,25$), τις «Ανάγκες ασθενών» ($1,10 \pm 0,21$ έναντι $1,46 \pm 0,39$) και συνολικά τη Φροντίδα Υγείας ($1,06 \pm 0,15$ έναντι $1,29 \pm 0,29$) απ' ότι οι άνδρες.
- Η ηλικία σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,050$) αλλά όχι με το «Κλινικό έργο» ($p=0,231$) και τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,125$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν η ηλικία των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,195$).
- Η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζονταν με το «Κλινικό έργο» ($p=0,337$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,341$) καθώς και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,324$).
- Ο μεταπτυχιακό τίτλος σπουδών δεν σχετίζονταν με το «Κλινικό έργο» ($p=0,311$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,382$) καθώς και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,329$).
- Η προϋπηρεσία δεν σχετίζονταν με το «Κλινικό έργο» ($p=0,594$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,227$) καθώς και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,406$).

Πίνακας 9: Συσχέτιση της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με τον αν είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους οι Επισκέπτες Υγείας.

Ικανοποίηση εργασίας και σχέση οικογένειας - εργασίας	Υποκλίμακα «Κλινικό έργο»		Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών»		Σύνολο Κλίμακας Φροντίδας Υγείας	
	Pearson's r	p value	Pearson's r	p value	Pearson's r	p value
- Ικανοποίηση εργασίας	-0,284	0,004	-0,329	0,001	-0,310	0,002
- Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	-0,504	0,000	-0,539	0,000	-0,530	0,000
- Αρνητικότητα εργασίας στον εαυτό σας	0,324	0,001	0,311	0,002	0,326	0,001
- Αρνητική επίδραση εργασίας και οικογένεια	0,284	0,004	0,292	0,003	0,294	0,003
- Αρνητική επίδραση οικογένειας στην εργασία	0,294	0,003	0,333	0,001	0,317	0,001

Από τον Πίνακα 9, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με τις ερωτήσεις αυτοεκτίμησης της ικανοποίησης από την εργασία και αλληλεπίδρασης οικογένειας – εργασίας των Επισκεπτών Υγείας, διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Η ικανοποίηση από το αντικείμενο της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,004$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,001$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,002$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν η ικανοποίηση των Επισκεπτών Υγείας από το αντικείμενο της εργασίας τους τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,284$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,329$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,310$).
- Η ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,000$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,000$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν η ικανοποίηση των Επισκεπτών Υγείας από τη θέση της εργασίας τους τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,504$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,539$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,530$).
- Η επίδραση της εργασίας στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,001$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,002$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,001$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν η αρνητική επίδραση της εργασίας στο χρόνο και

στην ενέργεια που αφιερώνουν στον εαυτό τους οι Επισκέπτες Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,324$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,311$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,326$).

- Η επίδραση της εργασίας στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στην οικογένεια σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,004$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,003$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,003$).
- Η επίδραση της οικογένειας στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,003$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,001$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,001$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν η αρνητική επίδραση των οικογενειακών υποχρεώσεων στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους οι Επισκέπτες Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,294$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,333$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,317$).

Πίνακας 10: Συσχέτιση της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με την Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ και την Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES των Επισκεπτών Υγείας ($n=101$).

Κλίμακες	Υποκλίμακα «Κλινικό έργο»		Υποκλίμακα «Ανάγκες ασθενών»		Σύνολο Κλίμακας Φροντίδας Υγείας	
	Pearson's r	p value	Pearson's r	p value	Pearson's r	p value
Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ						
Σύνολο Κλίμακας	-0,517	0,000	-0,550	0,000	-0,542	0,000
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES						
Συνοχή	-0,196	0,050	-0,208	0,037	-0,203	0,042
Εκφραστικότητα	-0,093	0,353	-0,146	0,145	-0,118	0,240
Σύγκρουση	0,254	0,010	0,249	0,012	0,258	0,009
Ανεξαρτησία	-0,188	0,060	-0,196	0,049	-0,196	0,050
Προσανατολισμός για επιτεύγματα	0,301	0,002	0,298	0,003	0,306	0,002
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατ.	-0,344	0,000	-0,380	0,000	-0,367	0,000
Προσανατ. προς ενεργό ψυχαγ. δραστ.	-0,307	0,002	-0,347	0,000	-0,331	0,001
Ηθική και θρησκευτική έμφαση	-0,315	0,001	-0,266	0,007	-0,301	0,002
Οργάνωση	-0,202	0,043	-0,243	0,014	-0,224	0,024
Έλεγχος	0,204	0,041	0,258	0,009	0,232	0,020
Σύνολο Κλίμακας	-0,301	0,002	-0,338	0,001	-0,323	0,001

Από τον Πίνακα 10, για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας αξιολόγησης της Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 με τις Κλίμακες αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης TEQ και αξιολόγησης του Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES των Επισκεπτών Υγείας, διαπιστώθηκαν τα εξής:

A. Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ

- Η συνολική Κλίμακα της Ενσυναίσθησης σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,000$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,000$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ της Ενσυναίσθησης των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,517$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,550$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,542$).

B. Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES

- Η Υποκλίμακα «Συνοχή» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,050$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,037$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,042$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ της «Συνοχής» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,196$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,208$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,203$).
- Η Υποκλίμακα «Εκφραστικότητα» δεν σχετίζονταν με το «Κλινικό έργο» ($p=0,353$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,145$) καθώς και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,240$).
- Η Υποκλίμακα «Σύγκρουση» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,010$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,012$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,009$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν το σκορ της «Σύγκρουσης» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,254$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,249$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,258$).
- Η Υποκλίμακα «Ανεξαρτησία» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,049$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,050$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ της «Ανεξαρτησίας» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στις

«Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,196$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,196$). Μεταξύ της Υποκλίμακας «Ανεξαρτησία» και του «Κλινικού έργου» δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση αλλά φαίνεται μια τάση ασθενούς αρνητικής σχέσης στο επίπεδο σημαντικότητας του 10% ($r=-0,188$ $p=0,060$).

- Η Υποκλίμακα «Προσανατολισμός για επιτεύγματα» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,002$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,003$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,002$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν το σκορ του «Προσανατολισμού για επιτεύγματα» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,301$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,298$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια θετική συσχέτιση, $r=0,306$).
- Η Υποκλίμακα «Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,000$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,000$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ του «Πνευματικού - πολιτιστικού προσανατολισμού» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,344$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,380$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,367$).
- Η Υποκλίμακα «Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,002$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,001$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ του «Προσανατολισμού προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,307$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,347$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,331$).
- Η Υποκλίμακα «Ηθική και θρησκευτική έμφαση» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,001$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,007$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,002$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ της «Ηθικής και θρησκευτικής έμφασης» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο»

(μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,315$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,266$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,301$).

- Η Υποκλίμακα «Οργάνωση» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,043$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,014$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,024$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ της «Οργάνωσης» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,202$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,243$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (ασθενής αρνητική συσχέτιση, $r=-0,224$).
- Η Υποκλίμακα «Έλεγχος» σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,041$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,009$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,020$). Ειδικότερα όσο μειωνόταν το σκορ του «Ελέγχου» των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,204$), στις «Ανάγκες ασθενών» (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,258$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (ασθενής θετική συσχέτιση, $r=0,232$).
- Η συνολική Κλίμακα του Οικογενειακού Περιβάλλοντος σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το «Κλινικό έργο» ($p=0,002$) και τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,001$) όσο και με τη συνολική Κλίμακα της Φροντίδας Υγείας ($p=0,001$). Ειδικότερα όσο αυξανόταν το σκορ του Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Επισκεπτών Υγείας τόσο μειωνόταν το σκορ και άρα αυξανόταν ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν στο «Κλινικό έργο» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,301$), στις «Ανάγκες ασθενών» (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,338$) και συνολικά στη Φροντίδα Υγείας (μέτρια αρνητική συσχέτιση, $r=-0,323$).

Στους Πίνακες 11, 12 και 13 παρουσιάζεται η πολυμεταβλητή (multivariate) διερεύνηση της σχέσης, χρησιμοποιώντας το υπόδειγμα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression) με το «Κλινικό έργο», τις «Ανάγκες ασθενών» και το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 ως *εξαρτημένες μεταβλητές*.

Πίνακας 11: Βέλτιστο υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (backward method) με εξαρτημένη μεταβλητή το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (n=101).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Coefficient β	95% C.I.	p value	Adjusted R ²
Constant (α)	2,081	1,724 έως 2,438	0,000	47,3%
Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	-0,088	-0,127 έως -0,048	0,000	
Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ				
- Σύνολο Κλίμακας	-0,200	-0,291 έως -0,110	0,000	
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES				
- Συνοχή	-0,023	-0,046 έως 0,001	0,059	
- Προσανατολισμός για επιτεύγματα	0,029	0,008 έως 0,049	0,007	
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση	-0,024	-0,043 έως -0,005	0,014	

F=18,935 & p=0,000

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση για το «Κλινικό έργο» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (Πίνακας 11) διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το υπόδειγμα είναι στατιστικά σημαντικό (F=18,935 & p=0,000) και περιλαμβάνει πέντε (5) ανεξάρτητες μεταβλητές ως προβλεπτικούς παράγοντες (predictors) της εξαρτημένης μεταβλητής «Κλινικό έργο» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας.
- Η ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» (p=0,000). Ειδικότερα αύξηση της ικανοποίησης των Επισκεπτών Υγείας από τη θέση της εργασίας τους κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο «Κλινικό έργο» κατά 0,088 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του (β =-0,088 με 95% Δ.Ε. από -0,127 έως -0,048).
- Η συνολική Κλίμακα της Ενσυναίσθησης σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» (p=0,000). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της Ενσυναίσθησης των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο «Κλινικό έργο» κατά 0,200 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του (β =-0,200 με 95% Δ.Ε. από -0,291 έως -0,110).
- Η Υποκλίμακα «Συνοχή» της Κλίμακας FES σχετίζονταν οριακά στατιστικά σημαντικά, στο επίπεδο του 10%, με το «Κλινικό έργο» (p=0,059). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Συνοχής» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο «Κλινικό έργο» κατά 0,023 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του (β =-0,023 με 95% Δ.Ε. από -0,046 έως 0,001).
- Η Υποκλίμακα «Προσανατολισμός για επιτεύγματα» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» (p=0,007). Ειδικότερα μείωση του σκορ του «Προσανατολισμού για επιτεύγματα» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί

μείωση του σκορ στο «Κλινικό έργο» κατά 0,029 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta=0,029$ με 95% Δ.Ε. από 0,008 έως 0,049).

- Η Υποκλίμακα «Ηθική και θρησκευτική έμφαση» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το «Κλινικό έργο» ($p=0,014$). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Ηθικής και θρησκευτικής έμφασης» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο «Κλινικό έργο» κατά 0,024 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta=-0,024$ με 95% Δ.Ε. από -0,043 έως -0,005).
- Ο προσαρμοσμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (adjusted coefficient of multiple determination) είναι Adjusted $R^2 = 47,3\%$. Άρα οι αναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος μπορούν να ερμηνεύσουν το 47,3% της μεταβλητότητας του «Κλινικού έργου» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή).

Πίνακας 12: Βέλτιστο υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (backward method) με εξαρτημένη μεταβλητή τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 ($n=101$).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Coefficient β	95% C.I.	p value	Adjusted R^2
Constant (α)	3,034	2,429 έως 3,639	0,000	53,4%
Φύλο (1=άρρεν, 2=θήλυ)	-0,171	-0,341 έως -0,001	0,049	
Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	-0,123	-0,190 έως -0,056	0,000	
Επίδραση της οικογένειας στην εργασία	0,057	-0,002 έως 0,115	0,059	
Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ				
- Σύνολο Κλίμακας	-0,310	-0,453 έως -0,167	0,000	
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES				
- Συνοχή	-0,049	-0,086 έως -0,013	0,009	
- Προσανατολισμός για επιτεύγματα	0,039	0,007 έως 0,071	0,018	
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση	-0,032	-0,062 έως -0,003	0,034	

$F=17,373$ & $p=0,000$

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση για τις «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (Πίνακας 12) διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το υπόδειγμα είναι στατιστικά σημαντικό ($F=17,373$ & $p=0,000$) και περιλαμβάνει επτά (7) ανεξάρτητες μεταβλητές ως προβλεπτικούς παράγοντες (predictors) της εξαρτημένης μεταβλητής «Ανάγκες ασθενών» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας.
- Το φύλο σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,049$). Ειδικότερα οι γυναίκες Επισκέπτες Υγείας εμφάνιζαν μικρότερη μέση τιμή σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,171 μονάδες και άρα τις θεωρούσαν περισσότερο

σημαντικές από τους άνδρες Επισκέπτες Υγείας ($\beta=-0,171$ με 95% Δ.Ε. από $-0,341$ έως $-0,001$).

- Η ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$). Ειδικότερα αύξηση της ικανοποίησης των Επισκεπτών Υγείας από τη θέση της εργασίας τους κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,123 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=-0,123$ με 95% Δ.Ε. από $-0,190$ έως $-0,056$).
- Η επίδραση της οικογένειας στο χρόνο και στην ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία σχετίζονταν οριακά στατιστικά σημαντικά, στο επίπεδο του 10%, με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,059$). Ειδικότερα μείωση των υποχρεώσεων της οικογένειας στην εργασία των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,057 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=0,057$ με 95% Δ.Ε. από $-0,002$ έως $0,115$).
- Η συνολική Κλίμακα της Ενσυναίσθησης σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,000$). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της Ενσυναίσθησης των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,310 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=-0,310$ με 95% Δ.Ε. από $-0,453$ έως $-0,167$).
- Η Υποκλίμακα «Συνοχή» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,009$). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Συνοχής» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,049 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=-0,049$ με 95% Δ.Ε. από $-0,086$ έως $-0,013$).
- Η Υποκλίμακα «Προσανατολισμός για επιτεύγματα» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,018$). Ειδικότερα μείωση του σκορ του «Προσανατολισμού για επιτεύγματα» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,039 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=0,039$ με 95% Δ.Ε. από $0,007$ έως $0,071$).
- Η Υποκλίμακα «Ηθική και θρησκευτική έμφαση» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με τις «Ανάγκες ασθενών» ($p=0,034$). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Ηθικής και θρησκευτικής έμφασης» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στις «Ανάγκες ασθενών» κατά 0,032 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς τους ($\beta=-0,032$ με 95% Δ.Ε. από $-0,062$ έως $-0,003$).

- Ο προσαρμοσμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (adjusted coefficient of multiple determination) είναι Adjusted $R^2 = 53,4\%$. Άρα οι αναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος μπορούν να ερμηνεύσουν το 53,4% της μεταβλητότητας των «Αναγκών ασθενών» της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή).

Πίνακας 13: Βέλτιστο υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (backward method) με εξαρτημένη μεταβλητή το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (n=101).

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Coefficient β	95% C.I.	p value	Adjusted R^2
Constant (α)	2,338	1,938 έως 2,739	0,000	51,2%
Ικανοποίηση από τη θέση εργασίας	-0,109	-0,153 έως -0,064	0,000	
Κλίμακα Ενσυναίσθησης TEQ				
- Σύνολο Κλίμακας	-0,247	-0,348 έως -0,145	0,000	
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος FES				
- Συνοχή	-0,030	-0,056 έως -0,003	0,030	
- Προσανατολισμός για επιτεύγματα	0,034	0,011 έως 0,057	0,005	
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση	-0,025	-0,046 έως -0,003	0,024	

F=21,988 & p=0,000

Από την πολυμεταβλητή ανάλυση για το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας GR – NDI-24 (Πίνακας 13) διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Το υπόδειγμα είναι στατιστικά σημαντικό (F=21,988 & p=0,000) και περιλαμβάνει πέντε (5) ανεξάρτητες μεταβλητές ως προβλεπτικούς παράγοντες (predictors) της εξαρτημένης μεταβλητής Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας.
- Η ικανοποίηση από τη θέση της εργασίας σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (p=0,000). Ειδικότερα αύξηση της ικανοποίησης των Επισκεπτών Υγείας από τη θέση της εργασίας τους κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας κατά 0,109 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta = -0,109$ με 95% Δ.Ε. από -0,153 έως -0,064).
- Η συνολική Κλίμακα της Ενσυναίσθησης σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (p=0,000). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της Ενσυναίσθησης των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας κατά 0,247 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta = -0,247$ με 95% Δ.Ε. από -0,348 έως -0,145).
- Η Υποκλίμακα «Συνοχή» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (p=0,030). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Συνοχής» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο

Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας κατά 0,030 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta = -0,030$ με 95% Δ.Ε. από -0,056 έως -0,003).

- Η Υποκλίμακα «Προσανατολισμός για επιτεύγματα» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας ($p = 0,005$). Ειδικότερα μείωση του σκορ του «Προσανατολισμού για επιτεύγματα» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας κατά 0,034 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta = 0,034$ με 95% Δ.Ε. από 0,011 έως 0,057).
- Η Υποκλίμακα «Ηθική και θρησκευτική έμφαση» της Κλίμακας FES σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας ($p = 0,024$). Ειδικότερα αύξηση του σκορ της «Ηθικής και θρησκευτικής έμφασης» των Επισκεπτών Υγείας κατά 1 μονάδα προκαλεί μείωση του σκορ στο Σύνολο της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας κατά 0,025 μονάδες και άρα αύξηση του βαθμού σημαντικότητάς του ($\beta = -0,025$ με 95% Δ.Ε. από -0,046 έως -0,003).
- Ο προσαρμοσμένος συντελεστής πολλαπλού προσδιορισμού (adjusted coefficient of multiple determination) είναι $\text{Adjusted } R^2 = 51,2\%$. Άρα οι αναφερόμενες ανεξάρτητες μεταβλητές του στατιστικού υποδείγματος μπορούν να ερμηνεύσουν το 51,2% της μεταβλητότητας του Συνόλου της Κλίμακας Φροντίδας Υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο στόχος της έρευνας ήταν να διαπιστώσουμε τον τρόπο πως με τον οποίο οι επισκέπτες υγείας αντιλαμβάνονται την έννοια της φροντίδας, καθώς επίσης να διερευνηθεί η συναίσθηση των επισκεπτών υγείας και η συσχέτιση ενσυναίσθησης με την φροντίδα έτσι όπως την αντιλαμβάνονται οι επισκέπτες υγείας. Η παροχή φροντίδας από τους επισκέπτες υγείας στη συγκεκριμένη μελέτη μας, φαίνεται να εξαρτάται από την ικανοποίηση του αντικειμένου της εργασίας και από την συνοχή οικογενειακού περιβάλλοντος ενώ σε φθίνουσα σειρά ακολουθούν η οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών αλλά και τα χρόνια εργασίας – προϋπηρεσία.

Η ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας με τον ασθενή, η οποία στην έρευνά μας αποτελεί χαρακτηριστικό ενός επισκέπτη υγείας, συνάδει με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για βασικές ικανότητες που πρέπει να διέπουν έναν επισκέπτη υγείας, όπως επίσης ο σεβασμός και η εμπιστοσύνη προς τους ασθενείς, και το κυριότερο να λαμβάνει υπ' όψιν τις μη εκφρασμένες ανάγκες του ασθενή ³⁷.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε επίσης ότι η κλίμακα της ενσυναίσθησης σχετιζόταν στατιστικά σημαντικά τόσο με το κλινικό έργο των επισκεπτών Υγείας όσο και με τη κλίμακα φροντίδα υγείας ασθενών.

Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνονταν η ενσυναίσθηση τόσο αυξάνονταν και ο βαθμός σημαντικότητας που έδιναν οι επισκέπτες Υγείας στη φροντίδα των ασθενών και γενικά στο κλινικό έργο τους. Αν και μελέτες για τη διερεύνηση συσχέτισης της ενσυναίσθησης και επισκέπτες Υγείας δεν έχουν εκπονηθεί ωστόσο, η θετική συσχέτιση σημαίνει ότι η αύξηση των συναισθηματικών ικανοτήτων – ενσυναίσθηση οδηγεί στην αύξηση της φροντίδας των ασθενών και αντίστροφα. Ανάλογη θετική συσχέτιση έδειξαν και τα αποτελέσματα μιας μελέτης σε ασθενείς, όπου τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά, που θα ήθελαν να έχουν οι επαγγελματίες υγείας ήταν η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός ^{38,39}.

Σε αντίστοιχη έρευνα, το ιατρικό προσωπικό ενός νοσοκομείου συνέδεε την ενσυναίσθηση με πράξεις καλοσύνης προς τους ασθενείς και γενικότερα με την συμπόνια, ενώ στη παρούσα μελέτη, η ενσυναίσθηση σχετιζόταν θετικά με το σεβασμό στις θρησκευτικές / πολιτισμικές, ηθικές αντιλήψεις των ασθενών αλλά γενικότερα με τη φροντίδα υγείας των ασθενών ⁴⁰.

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί η αναγκαιότητα δεξιοτήτων των επισκεπτών υγείας για αποτελεσματική παροχή φροντίδας στους ασθενείς αλλά και για ένα πιο ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών προς όφελος του ασθενή, στοχεύοντας στη βελτίωση της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Σαπουντζή – Κρέπια Δ. Οι ιστορικές καταβολές της Ελληνικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτικής, Νοσηλευτική 2001, 129-137.
- 2) Σαπουντζή – Κρέπια Δ. Νοσηλευτική: Μια καινοφανής προσέγγιση, Νοσηλευτική 2001, 14-21.
- 3) Bach S., Gran A. Communication Skills and Interpersonal for nurses, Learning Matters 2009, 22 (3): 8-23.
- 4) Κυριακίδου Ε., Κοινοτική Νοσηλευτική Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2007, 103-157.
- 5) Crabb J., Razi E Mental Health Care, what means. Mental health practice 2009, 25 (3): 9-12.
- 6) Souram C, Christosoula K., SOUPH K. Patient Participation in Nursing Care 2012, 10 (1): 1-5.
- 7) Kadda O, Mavraki A, Tzavaras A. Citizen's needs in primary health care in Greece 2012, 9 (1): 1-8.
- 8) Bishop P., Gilroy V.L. A national Framework for continuing professional development for health visitors – Standards to support professional practice. London: Institute of Health visiting 2015 4 (30): 98-104 available at: <http://ihvorg.uk/wp-2015/09/for-CPD-DW-WEB>.
- 9) Berthold T, Miller A. Foundations for community health 2009, 10 (1): 25-29.
- 10) Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας – Νέα Υγεία 2000, Αθήνα.
- 11) Who: Mercury and health (2016), available at: www.who.int/entity/mediacenter/faqsheets/fs361/en/-42K.
- 12) Who: The definition of health (2016), available at: www.who.int/entity/disease/healthdefinition/en/-38K.
- 13) Kovacs J., Saracci R. The World health organization needs to reconsider its definition of health. BMJ 2012, 33-52.

- 14) Boulogne J. Medical myths and notions in Ancient Greece. *Med Norwozytha* 2008, 8 (2): 33-52.
- 15) Nordentfelt L., Hamonet C. The notion of health *Press Med.* 2011 30 (12): 587-90.
- 16) Mordacci R., Law L. The concepts of health and illness revisited, *Springer Science* 2007, 10 (5): 5-10.
- 17) Khushf G. An agenda for future debate on concepts of health and disease, *Med. Health* 2010 10 (9): 19-27.
- 18) Rollo D., Sulla F. Relations between Lexicon of Empathy and temperament, *Rsychel* 2016 22 (7): 394-481.
- 19) Jubraj B., Barnett HL, Grimes L. Why we should understand the patient experience: clinical empathy and optimization, *J. Pharm Pract.* 2016 10 (1): 122-68.
- 20) Calegari R.C. Santos Mf. Humanization of health care in the perception and physician empathy, *Rer. Esc Enferm* 2015 49 (1): 42-47.
- 21) Smith DD, Kellar J. Does physician empathy reduce thought a trial, *emerg. Med.* 2016 20 (5): 312-15.
- 22) Jordan KD, Foster PS Medical empathy: interpersonal distinctions and correlates, *Adv health Sci Edu* 2016 30 (5): 148-57.
- 23) M. Hojat. Ten approaches for enhancing empathy in health and human services cultures of health and human services administration 2009, 35 (3): 412- 450.
- 24) Karen Horney personality theories psychological empathy, *Mas Med.* 2013 33 (5): 185-92.
- 25) Abelson E., Aronson WJ. A programmable theory of affect in empathy belief systems *psychological science* 2012 30 (3): 376-96.
- 26) Dcety Wickes. The Social neuroscience of empathy *international journal of physician* 2011, 18 (2): 1-68.

- 27) SW Nercer, William J. Reynolds. Empathy and quality of care. *British journal of general practice* 2002, 10 (4): 9-12.
- 28) Xiao B., Imel 2E Computational Analysis of Empathic Behavior: A survey of Empathy Modeling, *Curr Psychiatry Rep.* 2016 18 (5): 49-68.
- 29) Sullivan A.M., Rock LK, Gadmer MM. The impact of Resident training Communication, *Ann Am thorac* 2016 13 (4): 512-21.
- 30) Etingen B., Lavela SL Assessing the Association of Patient-health care as measure of health quality, *intern Med.* 2016 1 (10): 10-20.
- 31) Boissy A., Windover AK Communication Skills Training improves patient satisfaction, *J Gen Med.* 2016 26 (2): 11-53.
- 32) Bufalari M. Aprile T, Avenanti A. Empathy for pain and touch in the human somatosensory cortex *medicine and health science* 2012, 15 (4): 71-100.
- 33) Derek J Burks, Amy M. Kobus. The legacy of altruism in health care: The promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical education* 2012, 15 (1): 136-178.
- 34) SW Mercer, Reynolds WJ Empathy and quality of care, *annal. Fam. Med.* 2012 30 (6): 177-98.
- 35) Beck RS, Canale P. Patient – health care communication in the primary care, *Academy health Journ.* 2012 10 (1): 385-97.
- 36) Denigris J, Fisher K. Viewpoint highlights the importance of Kindness, *Nurse N. 2* 2016 (1): 37-52.
- 37) Appleton J, Cowley S. Health Visiting assessment unpacking critical attributes in health visitors needs assessment practice: A case study. *International Journal of Nursing Studies* 2008, 45 (2): 232-245.
- 38) Robothan A. Skills in specialist public health nursing – visiting. A study working with families *Health community specialist* 2006, 5 (1): 19-25.

- 39) Sandsdalen T, Grandahl VA, HOV R. Patients perceptions of palliative care quality in hospice inpatient care hospice day care, palliative units in nursing homes and home care: a cross sectional study *MBC Palliat Care* 2016, 15 (1): 79-91.
- 40) Sinclair S, Beamer K, Hack IF Sympathy, empathy and compassion: A grounded theory study of palliative care patients understandings, experiences and preferences. *Holist Nurse Prac.* 2016, 31 (20): 76-79.

3. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

0-5 _____

5-10 _____

10-15 _____

15-20 _____

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 _____

4 ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ

Α) ΤΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Β) ΤΗ ΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

5. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ ΣΑΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ

Α) ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

Β) ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

6. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΑΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΕ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ;

ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

7. ΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;

Α) ΦΥΛΟ _____

Β) ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ _____

Γ) ΗΛΙΚΙΑ _____

Δ) ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ _____

Ε) ΆΛΛΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:.....

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με καταστάσεις. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε κατάσταση και σημειώστε πόσο συχνά αισθάνεστε ή ενεργείτε με τον τρόπο που περιγράφεται. Κυκλώστε την απάντησή σας στη φόρμα απαντήσεων. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις ή παραπλανητικές ερωτήσεις. Παρακαλώ, απαντήστε κάθε ερώτηση όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

		Ποτέ	Σπάνι α	Μερικές φορές	Συχν ά	Πάντ α
1	Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	0	1	2	3	4
2.	Οι ατυχίες των άλλων <u>δεν</u> με ενοχλούν ιδιαίτερα	0	1	2	3	4
3.	Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο <u>αναστατώνομαι</u>	0	1	2	3	4
4.	<u>Δεν</u> συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου	0	1	2	3	4

	ατόμου που βρίσκεται κοντά μου					
5.	Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	0	1	2	3	4
6.	Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	0	1	2	3	4
7.	Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση	0	1	2	3	4
8.	Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν	0	1	2	3	4
9.	Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων	0	1	2	3	4
10.	<u>Δεν</u> συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες	0	1	2	3	4
11.	Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει	0	1	2	3	4
12.	<u>Δεν</u> ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	0	1	2	3	4
13.	Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο	0	1	2	3	4
14.	<u>Δεν</u> στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	0	1	2	3	4
15.	Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία	0	1	2	3	4
16.	Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω	0	1	2	3	4

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 έργου σας ως επισκέπτης/τρια υγείας:

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

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζουν λιγότερο ή περισσότερο τη λειτουργία της οικογένειας. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση. Αν κάποιες προτάσεις αντιπροσωπεύουν τη δική σας οικογένεια, παρακαλούμε σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Σωστό**». Αν κάποιες άλλες θεωρήσετε ότι είναι εσφαλμένες, παρακαλώ σημειώσετε **X** κάτω από το κουτάκι με την ένδειξη «**Λάθος**».

Παρακαλούμε έχετε υπόψη σας, ότι ενδιαφερόμαστε για τον τρόπο που εσείς οι ίδιοι βλέπετε την οικογένειά σας και όχι για τον τρόπο που τη βλέπουν τα άλλα μέλη.

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1. Τα μέλη της οικογένειάς μας πραγματικά αλληλοϋποστηρίζονται.		
2. Τα μέλη της οικογένειάς μας συχνά κρατούν τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους.		
3. Στην οικογένειά μας γίνονται πολλοί καυγάδες.		
4. Στην οικογένειά μας δεν παίρνουμε συχνά πρωτοβουλίες.		
5. Αισθανόμαστε ότι έχει σημασία να είσαι ο καλύτερος σε οτιδήποτε επιχειρείς.		
6. Συχνά συζητάμε για πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα.		
7. Πολλά βράδια και πολλά Σαββατοκύριακα μένουμε στο σπίτι.		
8. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στην εκκλησία ή στο κατηχητικό.		

9.	Στην οικογένειά μας οι δραστηριότητες σχεδιάζονται πολύ προσεκτικά.		
10.	Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια μπαίνουν σε τάξη.		
11.	Φαίνεται πως συχνά σκοτώνουμε την ώρα μας στο σπίτι.		
12.	Στο σπίτι μιλάμε ελεύθερα.		
13.	Τα μέλη της οικογένειάς μας σπάνια θυμώνουν πολύ.		
14.	Στην οικογένειά μας ενθαρρυνόμαστε πολύ να είμαστε ανεξάρτητοι.		
15.	Για την οικογένειά μας είναι πολύ σημαντικό να προχωρείς μπροστά στη ζωή.		
16.	Πηγαίνουμε σπάνια σε διαλέξεις, θεατρικά έργα ή συναυλίες.		
17.	Έρχονται συχνά φίλοι για φαγητό ή για μια επίσκεψη.		
18.	Στην οικογένειά μας δε λέμε προσευχές.		
19.	Είμαστε γενικά πολύ καθαροί και τακτικοί.		
20.	Στην οικογένειά μας υπάρχουν πολύ λίγοι κανόνες, τους οποίους ακολουθούμε.		
21.	Καταναλώνουμε σημαντική ενέργεια σε αυτά που κάνουμε στο σπίτι.		
22.	Είναι δύσκολο να ξεσπάσεις στο σπίτι, χωρίς να αναστατώσεις κάποιον.		
23.	Τα μέλη της οικογένειάς μας μερικές φορές θυμώνουν τόσο πολύ που πετούν πράγματα.		
24.	Στην οικογένειά μας ό,τι σκεφτόμαστε το εκφράζουμε με λόγια.		
25.	Δεν έχει μεγάλη σημασία για μας πόσα χρήματα κερδίζεις.		
26.	Έχει μεγάλη σημασία για την οικογένειά μας να μαθαίνεις καινούργια και διαφορετικά πράγματα.		
27.	Κανείς στην οικογένειά μας δεν ασχολείται με τα σπορ, με ομάδες, με μπόουλινγκ κ.λ.π.		
28.	Συζητάμε συχνά για το θρησκευτικό νόημα των Χριστουγέννων, του Πάσχα ή άλλων γιορτών.		
29.	Στο σπίτι μας είναι συχνά δύσκολο να βρούμε κάποια πράγματα τη στιγμή που τα χρειαζόμαστε.		
	ΣΩΣΤΟ		ΛΑΘΟΣ
30.	Υπάρχει ένα μέλος της οικογένειάς μας που παίρνει τις περισσότερες αποφάσεις.		
31.	Στην οικογένειά μας υπάρχει ένα αίσθημα συντροφικότητας.		
32.	Συζητάμε μεταξύ μας για τα προσωπικά μας προβλήματα.		
33.	Τα μέλη της οικογένειάς μας δύσκολα χάνουν την ψυχραιμία τους.		
34.	Στην οικογένειά μας ερχόμαστε και φεύγουμε όποτε θέλουμε.		
35.	Πιστεύουμε στο συναγωνισμό και στην αρχή «ο καλός ποτέ δεν χάνει».		
36.	Δεν μας ενδιαφέρουν οι πολιτιστικές δραστηριότητες.		
37.	Πηγαίνουμε συχνά στο σινεμά, σε αθλητικές δραστηριότητες, σε κατασκηνώσεις, κ.λ.π.		
38.	Δεν πιστεύουμε ότι υπάρχει παράδεισος ή κόλαση.		
39.	Στην οικογένειά μας έχει μεγάλη σημασία να είναι κανείς στην ώρα του.		
40.	Υπάρχουν συγκεκριμένοι τρόποι για να κάνεις τα πράγματα στο σπίτι.		
41.	Όταν κάτι πρέπει να γίνει στο σπίτι, σπάνια προσφέρεται κανείς.		
42.	Όταν μας έρχεται να κάνουμε κάτι αυθόρμητα, το κάνουμε χωρίς δεύτερη κουβέντα.		
43.	Τα μέλη της οικογένειάς μας κριτικάρουν συχνά το ένα το άλλο.		
44.	Στην οικογένειά μας υπάρχει περιορισμένος ιδιωτικός βίος.		
45.	Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε τα πράγματα λίγο καλύτερα την επόμενη φορά.		
46.	Σπάνια κάνουμε πνευματικές συζητήσεις.		
47.	Ο καθένας στην οικογένειά μας έχει ένα ή δύο χόμπι.		
48.	Τα μέλη της οικογένειάς μας έχουν αυστηρές απόψεις για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		

49. Αλλάζουμε συχνά γνώμη.		
50. Στην οικογένειά μας δίνουμε έμφαση στο να ακολουθούνται οι κανόνες.		
51. Τα μέλη της οικογένειάς μας αλληλοϋποστηρίζονται πραγματικά.		
52. Όταν κάποιος μέσα στην οικογένεια παραπονιέται, συνήθως δημιουργείται εκνευρισμός,.		
53. Μερικές φορές ένα μέλος της οικογένειας χτυπά κάποιο άλλο.		
54. Όταν παρουσιάζεται κάποιο πρόβλημα, τα μέλη της οικογένειας σχεδόν πάντα στηρίζονται στον εαυτό τους.		
55. Τα μέλη της οικογένειας σπάνια έχουν ανησυχίες για προαγωγή στη δουλειά, τους βαθμούς στο σχολείο κ.λ.π.		
56. Μέσα στην οικογένειά μας κάποιος παίζει μουσικό όργανο.		
57. Τα μέλη της οικογένειας δεν πολυανακατεύονται σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες πέρα από τη δουλειά ή το σχολείο.		
58. Πιστεύουμε ότι υπάρχουν κάποια πράγματα, για τα οποία το μόνο που χρειάζεται είναι να τα αντιμετωπίσεις με πίστη.		
59. Τα μέλη της οικογένειάς μας βεβαιώνονται ότι τα δωμάτιά τους είναι καθαρά.		
60. Στις αποφάσεις που παίρνει η οικογένεια, μετρά εξίσου ο λόγος του καθενός.		
61. Στην οικογένειά μας, υπάρχει περιορισμένο πνεύμα ομαδικότητας.		
62. Στην οικογένειά μας, συζητάμε ανοιχτά για οικονομικά ζητήματα και λογαριασμούς.		
63. Αν υπάρχει κάποια διαφωνία στην οικογένειά μας, καταβάλουμε μεγάλες προσπάθειες για να μαλακώσουμε τα πράγματα και να διατηρήσουμε την ηρεμία στο σπίτι.		
	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
64. Το κάθε μέλος της οικογένειας ενθαρρύνει το άλλο να διεκδικήσει τα δικαιώματά του.		
65. Στην οικογένειά μας δεν μας ενδιαφέρει τόσο πολύ η επιτυχία.		
66. Τα μέλη της οικογένειάς μας πηγαίνουν συχνά στη βιβλιοθήκη.		
67. Μερικές φορές, τα μέλη της οικογένειας παρακολουθούν μαθήματα για κάποιο χόμπι ή κάποιο ενδιαφέρον που έχουν (έξω από το σχολείο).		
68. Στην οικογένειά μας, ο καθένας έχει διαφορετική άποψη για το τι είναι σωστό και τι είναι λάθος.		
69. Στην οικογένειά μας, είναι ξεκάθαρα προσδιορισμένα τα καθήκοντα του καθενός.		
70. Στην οικογένειά μας, ο καθένας κάνει ό,τι θέλει.		
71. Στ' αλήθεια, τα πάμε πολύ καλά μεταξύ μας.		
72. Συνήθως προσέχουμε πολύ τι λέμε ο ένας στον άλλο.		
73. Κάθε μέλος της οικογένειας προσπαθεί συχνά να υπερτερήσει έναντι του άλλου.		
74. Στο σπίτι μας είναι δύσκολο να απομονώνεσαι χωρίς να πληγώνεις κάποιον.		
75. Ο κανόνας στην οικογένειά μας είναι «πρώτα η δουλειά και μετά το παιχνίδι».		
76. Στην οικογένειά μας αξίζει περισσότερο το να παρακολουθείς τηλεόραση παρά το να διαβάζεις ένα βιβλίο.		
77. Τα μέλη της οικογένειάς μας βγαίνουν πολύ συχνά έξω.		

78. Στην οικογένειά μας, η Αγία Γραφή θεωρείται πολύ σημαντικό βιβλίο.		
79. Στην οικογένειά μας, είμαστε πολύ προσεχτικοί με τη διαχείριση των χρημάτων.		
80. Ακολουθούμε αυστηρούς κανόνες στο σπίτι μας.		
81. Στην οικογένειά μας, αφιερώνουμε πολύ χρόνο και προσοχή ο ένας στον άλλο.		
82. Γίνονται πολλές αυθόρμητες συζητήσεις στην οικογένειά μας.		
83. Στην οικογένειά μας, πιστεύουμε ότι δεν οδηγεί πουθενά να υψώνεις τον τόνο της φωνής σου.		
84. Στην οικογένειά μας δεν ενθαρρυνόμαστε πραγματικά να εκφράζουμε την άποψή μας.		
85. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν συχνά συγκρίσεις με άλλους σχετικά με την απόδοσή μας στην δουλειά ή στο σχολείο.		
86. Τα μέλη της οικογένειας αγαπούν στα αλήθεια τη μουσική, την τέχνη, τη λογοτεχνία.		
87. Ο κύριος τρόπος της ψυχαγωγίας μας είναι να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να ακούμε ραδιόφωνο.		
88. Τα μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι, αν αμαρτήσεις, πρέπει να τιμωρηθείς.		
89. Συνήθως τα πιάτα πλένονται αμέσως μετά το φαγητό.		
90. Δε μπορεί να σου δώσει πολλά πράγματα η οικογένειά μας.		

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ
