



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



Πως Αντιλαμβάνονται Οι Εργαζόμενοι Σε Δομές Ψυχικής
Υγείας Την Έννοια Της Φροντίδας Και Ποιά Η Σχέση Με
Την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΚΡΙΓΚΑ ΑΣΠΑΣΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Νοσηλεύτρια ΜΡΗ, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής ΤΕΙ
Λάρισας

Δρ Γκούβα Μαρία, Ψυχολόγος ΜΡΗ, Καθηγήτρια ΤΕΙ Ιωαννίνων

Δρ Μαλλιαρού Μαρία, Νοσηλεύτρια ΜΡΗ, Καθηγήτρια ΤΕΙ Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2014



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**How Nurses Understand The Meaning Of Caring And What
Is It's Relation With Primary Health Care**

ΚΡΙΓΚΑ ΑΣΠΑΣΙΑ

LARISA 2015

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	- 4 -
Περίληψη.....	- 5 -
Abstract	- 6 -
1. Εισαγωγή	- 7 -
2. Γενικό μέρος	- 8 -
2.1 Αλτρουισμός	- 10 -
2.2. Φροντίδα	- 14 -
3. Ειδικό μέρος.....	- 21 -
3.1 Σκοπός	- 21 -
3.2 Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος.....	- 21 -
3.3 Αποτελέσματα	- 22 -
Σχέση GR NDI 24 - φύλου	- 26 -
Σχέση GR NDI 24 - Ηλικίας.....	- 27 -
Σχέση GR NDI 24 - Οικογενειακής κατάστασης.....	- 28 -
Σχέση GR NDI 24 - Τόπου διαμονής	- 31 -
Σχέση GR NDI 24 - Εκπαίδευσης.....	- 32 -
Σχέση GR NDI 24 - Μεταπτυχιακών σπουδών.....	- 34 -
Σχέση GR NDI 24 - Προϋπηρεσία	- 35 -
Σχέση GR NDI 24 - Αδέρφια.....	- 37 -
Σχέση GR NDI 24 - Παιδιά.....	- 38 -
Σχέση GR NDI 24 - Προσωπικής αξιολόγησης	- 39 -
Σχέση GR NDI 24 - Αλτρουισμού	- 40 -
3.4 Συζήτηση	- 42 -
4. Βιβλιογραφία	- 44 -
Παράρτημα 1	- 48 -
.....	- 51 -

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους φορείς που συμμετείχαν ενεργά στη διανομή των ερωτηματολογίων: την ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, στη ΘΕΨΥΠΑ (Θεσσαλική εταιρία ψυχικών παθήσεων) η οποία έχει προστατευόμενα διαμερίσματα στο στάδιο της αποασυλοποίησης, ξενώνες και οικοτροφείο, ψυχιατρικό τμήμα ενηλίκων στο Σισμανόγλειο Νοσοκομείο Αττικής, το κέντρο ψυχικής υγείας στο Περιστέρι Αττικής και τον ξενώνα του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια Κοτρώτσιου Ευαγγελία για την αμέριστη βοήθειά της και συμβολή της με τις καθοριστικές οδηγίες και συμβουλές της για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου.

Περίληψη

Η φροντίδα που παρέχει ένας νοσηλευτής ή ένας γιατρός στον ασθενή σε συνδυασμό με την αλτρουιστική συμπεριφορά του μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της υγείας του. Η φροντίδα ως έννοια ορίζεται ως βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους. Ο αλτρουισμός από την άλλη περιλαμβάνει μια τεράστια γκάμα βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και αισθητικών θεωριών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαμορφωθεί μια πρώτη εικόνα για το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στους τομείς της ψυχικής υγείας την έννοια της φροντίδας και ποια η σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω της αλτρουιστικής τους συμπεριφοράς. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίων τα οποία μοιράστηκαν σε διάφορους φορείς υγείας και συμπληρώθηκαν ανώνυμα από τους εργαζομένους στους φορείς αυτούς. Από τα δεδομένα φαίνεται η σημαντικότητα που έχει για τους εργαζομένους η παροχή φροντίδας στον ασθενή καθώς και ο ρόλος των διαπροσωπικών σχέσεων με τον ασθενή ασχέτως ηλικίας και μορφωτικού επιπέδου. Επίσης δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση του αλτρουισμού με τη φροντίδα ενώ υπήρξε συσχέτιση της παρεχόμενης φροντίδας με την προσωπική αξιολόγηση και φαίνεται ότι μεταβάλλονται αντιστρόφως ανάλογα .

Λέξεις-Κλειδιά: φροντίδα, αλτρουισμός, νοσηλευτής, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Abstract

In any work that serves the whole of the profession, choices of terminology must be made that are intelligible to the whole community, are as inclusive as possible, and yet concise as possible. For the profession of nursing, the first such choice is the term caring and altruism. Caring and nursing have always been thought of synonymously. Most individuals choose nursing as a profession because of their desire to care for other individuals. The word altruism is derived from the Latin *alteri huic* meaning to this other and literally means to express a regard for others as a principle for action. This study has a purpose to get a first view of how the professionals in this health departments view the meaning of care and how this can be associated with primary health care through their altruistic behavior. For this purpose we designed a questionnaire given to professionals in the community that work in special health departments. The results showed how important is the relations between the workers and the patients regardless of age and education. Moreover, it is clear how important is for the workers to give real care to the patients. There was no significant difference in relation with altruism while there was significant difference between caring and personal assessment as they seem to change contrarily.

Key words: nursing, caring, altruism, primary health care

1. Εισαγωγή

Όσοι εργάζονται στους τομείς της φροντίδας υγείας γνωρίζουν ότι το να μπορείς να ζεις με τον πόνο των άλλων είναι πολύ σημαντικό (Dean et al., 2013). Η φροντίδα που δίνει ένας νοσηλευτής ή ένας γιατρός στον ασθενή σε συνδυασμό με την αλτρουιστική συμπεριφορά του μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της υγείας του. Το 2006 μια έρευνα στη Σουηδία που συμπεριλάμβανε 252 νοσηλευτές έδειξε ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει τους ασθενείς τόσο σωματικά όσο και πνευματικά και συναισθηματικά. Αν ο νοσηλευτής είναι θετικός, ο ασθενής είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει την όλη διαδικασία ανάρρωσης με γρηγορότερους ρυθμούς ενώ σε αντίθετη περίπτωση μια αρνητική συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή (Eriksson, 2006).

Η φροντίδα ως έννοια ορίζεται ως βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους. Είναι προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες μέσα στην κοινότητα ενώ το κόστος της καλύπτεται από την κοινότητα και τη χώρα. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας (Neff, 2003).

Ο αλτρουισμός από την άλλη περιλαμβάνει μια τεράστια γκάμα βιολογικών, κοινωνικών, ψυχολογικών και αισθητικών θεωριών. Στην άγρια φύση ο αλτρουισμός είναι το κίνητρο για να προστατέψει ένα ζώο το παιδί του. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη Δαρβινική θεωρία όπου στόχος είναι η επιβίωση. Οι ηθικολόγοι που μελέτησαν βιολογικά τη συμπεριφορά, πιστεύουν πως ο αλτρουισμός είναι η βάση για την εξέλιξη. Το “Bowlby’s Model of Attachment” (Gormley, 1996) ενώνει τους ορισμούς της εξέλιξης και του αλτρουισμού λέγοντας πως πρώτον, μέσω φυσικής επιλογής γεννήθηκε ο αλτρουιστικός γονιός και κατά δεύτερον οι απόγονοι είναι ικανοί να ενθαρρύνουν τους γονείς τους να αναπτύξουν αυτά τα στοιχεία μέσω «αντανακλαστικής» συμπεριφοράς (γέλιο, κλάμα κτλ).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαμορφωθεί μια πρώτη εικόνα για το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στους τομείς της ψυχικής υγείας την έννοια της φροντίδας

και ποια η σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω της αλτρουιστικής τους συμπεριφοράς.

2. Γενικό μέρος

Για τη σωστή νοσηλεία των ασθενών πρέπει να αναπτυχθεί αρχικά κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης, για να μπορεί ο άρρωστος να αισθάνεται ασφαλής και να επικοινωνήσει με τον νοσηλευτή. Ένας γενικός κανόνας για την επιτυχία της επικοινωνίας είναι η ενθάρρυνση του αρρώστου να κατευθύνει εκείνος τη συζήτηση και όχι ο νοσηλευτής, αυτός να είναι ο κεντρικός ομιλητής. Ο νοσηλευτής από την άλλη ξέρει πως στην επικοινωνία του με τον άρρωστο σημαντικό κομμάτι είναι και η σιωπή. Συχνά, ο άρρωστος στην προσπάθειά του να έχει συνεχή επικοινωνία και να διατηρεί το ενδιαφέρον του νοσηλευτή αμείωτο νιώθει να πιέζεται επιφέροντας στο τέλος τα αντίθετα αποτελέσματα. Έτσι, ο νοσηλευτής μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του αρρώστου δίνοντάς του το μήνυμα ότι δεν είναι υποχρεωτικό να μιλάει και ότι κάποιες φορές τα μεγαλύτερα λόγια λέγονται στη σιωπή.

Η βάση για μια επιτυχημένη θεραπευτική επικοινωνία είναι η αποδοχή. Αποδοχή σημαίνει ενδιαφέρον για τον άρρωστο, ανεξάρτητα από την κατάσταση και τη συμπεριφορά του. Ο νοσηλευτής να βλέπει τον άρρωστο ως ένα αυτούσιο πρόσωπο, που το βοηθάει να ανακουφισθεί από τη συναισθηματική του ένταση και πίεση.

Παρά τις αλλαγές που έχουν γίνει στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα μετά το 1960, οι Έλληνες κατατάσσονται δεύτεροι ως προς τη δυσαρέσκειά τους, σε ότι αφορά την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με τους κατοίκους των υπολοίπων χωρών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Αντεριώτη, 2014). Η αρνητική εικόνα που έχουν για το σύστημα υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία, εκδηλώνεται με την μετακίνηση των ασθενών από τα επαρχιακά στα κεντρικά νοσοκομεία αλλά και στα νοσοκομεία του εξωτερικού, καθώς επίσης και στη ιδιωτική παροχή φροντίδας υγείας.

Μέσα από ανασκόπηση βιβλιογραφίας βρέθηκε ότι οι αξίες της νοσηλευτικής αναφέρθηκαν αρχικά το 1985 από την Αμερικάνικη Ένωση Κολλεγίων Νοσηλευτικής (αισθητική, αλτρουιστική, ισότητα, ελευθερία, ανθρώπινη αξιοπρέπεια, δικαιοσύνη και αλήθεια). Οι ατομικές αξίες του κάθε νοσηλευτή φαίνεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά στην άσκηση των καθηκόντων τους με άλλα άτομα. Έτσι όταν το άτομο κατανοεί τις προσωπικές του αξίες μπορεί πιο αποτελεσματικά να λάβει ηθικές αποφάσεις. Μέσα από την ιστορία η νοσηλευτική σε κάθε εποχή εξελισσόταν διαφορετικά και φαίνεται πως συσχετιζόταν με την ολιστική φροντίδα του ατόμου. Επίσης δεν είναι καθόλου τυχαίο πως η νοσηλευτική

σχετιζόταν με τη θρησκεία γιατί εμπεριέχει πολλά στοιχεία από το Χριστιανισμό (αγάπη στον συνάνθρωπο, αλτρουισμό κτλ). Οι νοσηλευτές επίσης έχουν πολλές νομικές ευθύνες απέναντι στο άτομο και πρέπει να προστατεύουν τα δικαιώματα των πελατών τους.

Σε μια ποιοτική έρευνα μεταξύ νοσηλευτών στο Ιράν του 2012, οι νοσηλευτές κατάταξαν τις πέντε διαφορετικές αξίες που έχουν σχέση με το επάγγελμά τους και την ικανοποίηση στη δουλειά τους. Θεώρησαν τη νοσηλευτική ως ένα υπέροχο επάγγελμα μέσω του οποίου μπορούν να κερδίσουν πνευματική ικανοποίηση (Ravari, 2012). Οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι νιώθουν πολύ ικανοποιημένοι από τη δουλειά τους αφού μέσω αυτής μπορούν να μάθουν να διαχειρίζονται το στρες, να αναπτύσσουν εσωτερική αρμονία, να εντυπώνουν στις πράξεις τους τις παραδοσιακές αξίες της φροντίδας, της ομαδικής δουλειάς και τις αλτρουιστικές αξίες. Αυτό είναι πολύ σημαντικό καθώς ο συνδυασμός αυτών των αξιών και των βασικών αξιών του επαγγέλματος (π.χ. ανθρώπινη αξιοπρέπεια, ποιότητα στην φροντίδα ασθενών, προστασία από το κακό) μπορούν να δώσουν τα σωστά κίνητρα στους νοσηλευτές ώστε να αποδώσουν το καλύτερο στη δουλειά τους.

Οι πολιτικές, κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές στην κοινωνία αλλάζουν τα δεδομένα στην αναζήτηση του χώρου εργασίας. Αυτές οι αλλαγές ξυπνούν ερωτηματικά για τις παραδοσιακές και παλιές απόψεις. Οι απόψεις για την «κλίση» και τον «αλτρουισμό» είναι πολύ ενδιαφέρουσες καθώς αυτές οι ιδέες έχουν τις ρίζες τους σε ιστορικές, κοινωνικές και θεολογικές πηγές ειδικότερα όταν οι αντιλήψεις σχετίζονται με τη μοντέρνα νοσηλευτική σε εποχές όπου η νοσηλευτική περνάει κρίση (Kotrotsiou et al., 2014).

Τί χαρακτηριστικά πρέπει να έχουν οι νοσηλευτές; Στον Κώδικα Ηθικής των νοσηλευτών του 2015 αναφέρεται ότι κάποια στοιχεία ενός ηθικού ανθρώπου μπορεί να είναι προαπαιτούμενα από την κοινωνία για ένα νοσηλευτή όπως η γνώση, η δεξιότητα, η σοφία, η υπομονή, η συμπόνια, η φροντίδα και ο αλτρουισμός. Αυτά περιγράφουν το πώς πρέπει να είναι ένας ηθικά καλός νοσηλευτής (Eley et al., 2012).

Μελέτες για τον παράγοντα που ωθεί κάποιον να ασχοληθεί με τη νοσηλευτική έδειξαν ότι βασικός σκοπός τους είναι να δώσουν φροντίδα σε ευπαθή άτομα της κοινωνίας τους (Pollard et al, 2014) ενώ κι άλλοι παράγοντες που τους ώθησαν προς αυτό το επάγγελμα είναι οι απολαβές, οι συνθήκες, η ασφάλεια, μια καριέρα με ψυχικές ανταμοιβές, προηγούμενες παρεμφερείς εμπειρίες (Fisher et al., 2012; Fegg et al., 2014). Σε όλες τις έρευνες, η φροντίδα αποτελεί σημαντικό παράγοντα και συμφωνεί με το στερεότυπο ότι η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα φροντίδας (Stems et al., 2001). Σε μια πρόσφατη έρευνα του 2013 από το Οργανισμό Υγείας στο Σαν Ντιέγκο απευθυνόμενη στους καταγεγραμμένους νοσηλευτές έδειξε ότι οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές είναι πιο θετικοί ως προς την ποιότητα της

φροντίδας ώστε και ενδιαφέρονται να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους ευπαθείς πληθυσμούς της σημερινής εποχής και είναι πιο θετική ως προς τη βελτίωση των συνθηκών της υγείας. Συγκεκριμένα μόνο το 37% των 19-39 χρονών νοσηλευτών συμφώνησαν με την πρόταση «Η φροντίδα στη νοσηλευτική έχει μειωθεί» σε αντίθεση με το 66% των νοσηλευτών από ηλικία 55 ετών και πάνω. Στην ίδια έρευνα οι νοσηλευτές φαίνονται πολύ ευχαριστημένοι με την επιλογή του επαγγέλματός τους (ποσοστό που φτάνει το 90%) ανεξαρτήτως ηλικίας και επιπέδου εκπαίδευσης. Στην ίδια έρευνα διερευνώντας τα κίνητρα που τους οδήγησαν στο επάγγελμα του νοσηλευτή βρέθηκε πως βασικά κίνητρα είναι η επιθυμία να βοηθήσουν ανθρώπους και οι προοπτικές του επαγγέλματος, ενώ ακολουθούν η σταθερότητα του επαγγέλματος και η δυνατότητα εξάσκησης του επαγγέλματος ανεξαρτήτου τύπου.

Στην έρευνα του Hollup το 2012 τονίζεται ότι πρόσφατες μελέτες στην Νορβηγία για τους φοιτητές νοσηλευτικής ανέδειξαν πως οι φοιτητές θεωρούν ότι η νοσηλευτική ως επάγγελμα θα τους βοηθήσει στις προσωπικές τους σχέσεις, ενώ θα είναι αντάξια των προσδοκιών τους σε θέμα επαγγελματικής ανέλιξης. Στην έρευνα αυτή αναδεικνύεται μια αλλαγή στα κίνητρα που οδηγούν κάποιον να γίνει νοσηλευτής καθώς ενώ η πλειοψηφία έδωσε προτεραιότητα στην νοσηλευτική κάποιον άλλο κατέλεξαν εκεί «τυχαία» ή λόγω αδυναμίας να ακολουθήσουν κάτι άλλο επάγγελμα που θα επιθυμούσαν περισσότερο (Rongstand et al., 2006; Hollup et al., 2012). Συνεπώς, είναι αναγκαίο να εντοπιστούν χαρακτηριστικά που συνδέονται με το επάγγελμα των νοσηλευτών.

2.1 Αλτρουισμός

Ο αλτρουισμός προέρχεται από την λατινική λέξη *alteri huic* (to this other) δηλαδή να εκφράζεις την ευγνωμοσύνη σου προς τον συνάνθρωπό σου μέσω των πράξεων σου (Gormley 1996). Ο Fung το 1988 περιέγραψε τον αλτρουισμό ως την φροντίδα χωρίς κανένα όφελος προσωπικό εκτός από την πεποίθηση να προσφέρεις στον άλλο βοήθεια και προστασία. Το χριστιανικό δίδαγμα και οι νέες πολιτικές σκέψεις, η δημοκρατία και η κοινωνική ζωή ενώθηκαν στα απελευθερωτικά και ριζοσπαστικά κινήματα στο τέλος του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα. Για παράδειγμα, ο John Stuart Mill, επηρεασμένος από τις ιδέες του Auguste Comte, πίστευε πως οι άνθρωποι είναι «καταδικασμένοι» να καταπιέζουν τα ενδιαφέροντά τους προς το καλό των άλλων. Μελετώντας αυτές τις ιδέες φαίνεται πως κάθε κίνημα ξεπερνούσε τα όρια της απλής εξήγησης μέσω της θρησκείας. Με αυτό τον τρόπο αναπτύχθηκε σιγά σιγά η κοινωνική κριτική πάνω σε συγκεκριμένα θέματα που υποστηρίζονται από τις χριστιανικές αντιλήψεις.

Τη σημερινή εποχή όπου οι εμπιστοσύνη μεταξύ των ανθρώπων έχει ταρακουνηθεί ένας σωστός νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει την κοινωνική κριτική για τα τυχόν λανθασμένα κριτήρια που τον έφεραν στην νοσηλευτική (π.χ. απολαβές, σίγουρη αποκατάσταση κτλ). Πόσο επηρεάζει ο επαγγελματικός χώρος τον νοσηλευτή; Πόσο μπορεί να τον επηρεάσει στη συμπεριφορά του; Στα παλιά χρόνια, η νοσηλευτική δεν ήταν ένα επάγγελμα, αλλά απλά μια αλτρουιστική συμπεριφορά κάποιων ανθρώπων με σκοπό να φροντίσουν ή να θρέψουν ένα άλλο συνάνθρωπό τους (Martinsson et al., 2011).

Στην έρευνα του Carter το 2014, μελετήθηκε ο όρος αλτρουισμός ως μια έννοια που δεν υπόκειται σε καμία κοινωνική κριτική ούτε αφορά συγκεκριμένο φύλο ή κοινωνική τάξη ειδικά όταν χρησιμοποιείται για την περιγραφή ενός επαγγέλματος υγείας. Με αυτό τον τρόπο δεν εξηγείται η δυσκολία και η αντιξοότητα του επαγγέλματος αλλά αντίθετα υποθάλπεται. Οι νοσηλευτές σε αυτή την έρευνα (δώδεκα νοσηλευτές που εργαζόταν σε διαφορετικά κέντρα υγείας και προθυμοποιήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα με προσωπική συνέντευξη) περιέγραψαν την εκπαίδευσή τους, την εμπειρία τους καθώς και την αντίδρασή τους σε συγκεκριμένα περιστατικά στη δουλειά τους. Αυτό έγινε με σκοπό να τονιστεί πως νοσηλευτές με το ίδιο κίνητρο και την ίδια αντίδραση θα μπορούσαν μέσω συνεργασίας να φτάσουν στο μέγιστο της απόδοσής τους. Ο καθένας αναγνωρίζει κάτι άλλο στον συνάδελφό του, ειδικά αυτά τα χαρακτηριστικά που έχουν άμεση σχέση με ηθική και συμπόνια. Αυτή η έρευνα ανέδειξε κάποιες νέες ιδέες ώστε να διαφανεί το κίνητρο των νοσηλευτών για το επάγγελμά τους. Αν οι νοσηλευτές δεν καθοδηγούνται καθαρά από ένα αλτρουιστικό κίνητρο, ποιες λέξεις θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν τη φροντίδα; Η θεωρία του Pierre Bourdeau είναι χρήσιμη ως μια μέθοδος για κατανόηση των κινήτρων των νοσηλευτών στη σημερινή εποχή. Βοήθησε να ονομαστούν οι επιρροές του περιβάλλοντος, η σημασία της κουλτούρας του κάθε νοσηλευτή καθώς και ο τρόπος που ο νοσηλευτής κατανοεί την έννοια της φροντίδας. Η ιδέα του αλτρουισμού ως βάση της νοσηλευτικής φροντίδας έχει αλλάξει με το πέρασμα των χρόνων και των κοινωνικών αλλαγών. Η έρευνα αυτή προτείνει ότι μια εναλλακτική κατανόηση ή η επαναδιατύπωση της έννοιας του αλτρουιστικού κινήτρου είναι δυνατή. Φυσικά αυτό μπορεί να γίνει διατηρώντας την ηθική επιρροή που έχει καθώς είναι απαραίτητο να ανταποκρίνεται και στον κόσμο που θεωρεί τη νοσηλευτική ανθρωπιστικό έργο (Carter et al., 2014).

Αυξημένος αλτρουισμός, και αναζήτηση του νοήματος της ζωής εντοπίζεται σε ασθενείς και οικογένειες ασθενών που αντιμετωπίζουν μη ιάσιμες ασθένειες αλλά και σε επαγγέλματα που έρχονται συχνά αντιμέτωποι με τη θνησιμότητα. Όταν οι νοσηλευτές «νοιιάζονται» με έναν αλτρουιστικό τρόπο φροντίζουν με μια αίσθηση αυθορμητισμού πιστεύοντας πως αυτό είναι

το «σωστό». Οι Jensen et al., (1993) σε μια ποιοτική τους έρευνα μελέτησαν την αυθόρμητη φύση της φροντίδας των νοσηλευτών. Απόδειξαν ότι ούτε οι νοσηλευτές ούτε οι ασθενείς μπορούν να προσδιορίσουν και να προβλέψουν την κίνηση αυτή. Τονίζουν ότι η σωστή φροντίδα από τους νοσηλευτές μπορεί να δώσει μεγάλη χαρά στους ασθενείς όταν παρακινούνται από μια ειλικρινή και γεμάτη συμπόνια συμπεριφορά. Με αυτό τον τρόπο η φροντίδα θα είναι πιο ικανοποιητική για τον ασθενή και ο νοσηλευτής θα αποδώσει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του.

Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες στο πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν και στην Ιατρική Σχολή του πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης, ο αλτρουισμός βελτιώνει την σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και την μακροζωία ηλικιωμένων ζευγαριών. Συγκεκριμένα, έρευνα σε 1500 ηλικιωμένα ζευγάρια έδειξε πως εκείνοι που βοηθούσαν φίλους, συγγενείς και γείτονες είχαν 50% λιγότερες πιθανότητες να αποβιώσουν μέσα στην επόμενη πενταετία, σε σύγκριση με τους περισσότερο ατομιστές συνομηλίκους τους. Ακόμα, ερευνητές του πανεπιστημίου του Χάρβαρντ παρακολούθησαν απόφοιτους για 40 χρόνια και βρήκαν ότι ο αλτρουισμός αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες που βοήθησαν αυτά τα άτομα να ανταπεξέλθουν στο καθημερινό στρες. Τέλος, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύτηκε στην Επιθεώρηση Έρευνας της Προσωπικότητας, οι νέοι που προσφέρουν ανιδιοτελώς είναι πιο ευτυχείς από εκείνους που νοιάζονται αποκλειστικά για τον εαυτό τους. Η εξήγηση είναι απλή. Ο αλτρουισμός ως ενέργεια, καταστέλλει τις αντιδράσεις του στρες, λόγω της αύξησης μιας ορμόνης, της οκυτοκίνης, που απαλύνει τα συναισθήματα της απογοήτευσης και της κατάθλιψης και ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα, που είναι άμεσα συνδεδεμένο με τον εγκέφαλο και τα συναισθήματα. Εξουδετερώνει την μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση, που αποτελούν παράγοντες επικινδυνότητας για την ψυχική δυσφορία και ενεργοποιεί τις ορμόνες της καλής διάθεσης, τις ονομαζόμενες ενδορφίνες, που προκαλούν την αίσθηση της ευφορίας, της χαράς και της αυξημένης ενεργητικότητας (Mein et al., 2012).

Στην ελληνική βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί δυο έρευνες σχετικά με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (αλτρουισμός, ευτυχία, ναρκισσισμός, θρησκευτικότητα και γενικότερα οικογενειακό περιβάλλον) που σχετίζονται με τον εθελοντισμό στην παροχή πρωτοβάθμιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η έρευνα της Κούλιου το 2012 (Κούλιου, 2012 και συν.) σχεδιάστηκε με σκοπό να διερευνήσει ορισμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (αλτρουισμός, ευτυχία, ναρκισσισμός, θρησκευτικότητα και γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον) που σχετίζονται με τον εθελοντισμό στην παροχή πρωτοβάθμιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρήθηκε: η σύγκριση της ομάδας των εθελοντών και μη εθελοντών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και η συσχέτιση των επιμέρους κλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά. Το δείγμα της μελέτης

ήταν 121 άτομα, εθελοντές στην νοσηλευτική του Μη Κυβερνητικού Οργανισμού Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και μη –εθελοντές, μέλη υγιούς πληθυσμού του ευρύτερου χώρου της υγείας. Η ομάδα των εθελοντών αποτελούνταν από 63 άτομα (ποσοστό 52,1%), ενώ η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 58 άτομα (ποσοστό 47,9%) που ανέφεραν ότι δεν έχουν ασχοληθεί με τον εθελοντισμό. Οι δύο ομάδες σύμφωνα με την έρευνα διέφεραν σημαντικά ως προς τον ναρκισσισμό ($P=0.012$) και ως προς την ηθική και θρησκευτική έμφαση του οικογενειακού περιβάλλοντος ($P=0.027$). Τέλος, ως προς την διάσταση της ευτυχίας δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους εθελοντές και μη εθελοντές ($P=0.517$). Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδείχθηκε η σχέση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τον εθελοντισμό.

Σε μια άλλη έρευνα (Voutsakis, 2004) ο αλτρουισμός συσχετίστηκε με τον εθελοντισμό. Στο γκρουπ αυτό ο αλτρουισμός, ο ναρκισσισμός, η ευτυχία και η θρησκεία συνδέονται με δημογραφικά στοιχεία, χωρίς να συνδέονται χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο. Ο μέσος όρος του αλτρουισμού για τους εθελοντές και για τους μη εθελοντές είναι 29.02 ± 4.90 και 25.38 ± 5.80 αντιστοίχως. Αυτά τα αποτελέσματα ενισχύουν την υπόθεση ότι οι εθελοντές παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού σε σύγκριση με την ομάδα των μη εθελοντών. Ο αλτρουισμός είναι άμεσα συνδεδεμένος με την εθελοντική συμπεριφορά, καθώς συνδέεται με την εξελικτική θεωρία και την τάση του να βοηθάει κάποιος τους άλλους μέσω της επιβίωσης των γονιδίων του. Τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι γενικά οι άνθρωποι που βοηθούν τους συνανθρώπους τους είναι άμεσα συνδεδεμένοι με καλά επίπεδα ψυχικής υγείας, πέραν των πλεονεκτημάτων που λαμβάνουν από τη βοήθεια στους γύρω. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το δείγμα που εξετάστηκε είχε καλή φυσική κατάσταση αλλά και ψυχική, οπότε θα μπορούσε να μην ήταν αντιπροσωπευτικό για τέτοιου είδους έρευνα.

Αν και τα δεδομένα αναφέρουν ότι οι άνθρωποι που βοηθούν τους συνανθρώπους τους έχουν πνευματική υγεία, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι αν ξεπεραστεί το όριο τότε μπορεί να έχει μια αρνητική συνέπεια στον ίδιο τους τον εαυτό. Μια ειδική ανάλυση έδειξε ότι παρέχοντας βοήθεια υπήρξε μια μικρή αλλά στατιστικά σημαντική σχέση ($r = .20, p < .00001$), χωρίς καμία αλληλεπίδραση μεταξύ των δυο τιμών στην προβλεπτικότητα της πνευματικής υγείας.

Ο αλτρουισμός στο επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρείται ότι είναι κάτι φυσικό και ότι οι άνθρωποι που επιλέγουν να κάνουν αυτό το επάγγελμα ωθούνται από την ανάγκη τους να φροντίσουν τους αδύναμους. Υπάρχουν, όμως, και πολλά άλλα επαγγέλματα που εμπεριέχουν ένα βαθμό αλτρουισμού. Κάποιοι από τους, κοινωνικά γνωστούς πολιτικούς

μας, για παράδειγμα, ομολόγησαν ότι ο λόγος που μπήκαν σε αυτό το επάγγελμα ήταν η επιθυμία τους να εκφράσουν, με ένα πιο πρακτικό τρόπο, την ανησυχία τους για τους άλλους. Παρομοίως αυτοί που γίνονται μέλη άλλων ομάδων, όπως οι Φίλοι της Γης, το κάνουν γιατί νοιάζονται για το περιβάλλον (Gormley, 1996).

Η απάντηση προς την ερώτηση « Ποιες πράξεις αποδεικνύουν τον αλτρουισμό;» σε μια πολύ παλιά έρευνα του 1973 ήταν ξεκάθαρη «... αυτές που έχουν ένα θετικό αντίκτυπο στον πλανήτη και στους γύρω μας και θα είχαμε το αντίθετο αποτέλεσμα αν δεν συνέβαιναν... » (The Gift Relationship, p. 268). Ο Titmuss τότε είχε αναφέρει πως αν οι ανθρωπιστικές υπηρεσίες αφήνονταν στα χέρια των επιχειρήσεων τότε το αίσθημα της υποχρέωσης από τα κράτη προς τους πολίτες για μια σωστή περίθαλψη θα μειωνόταν και από κοινωνική πολιτική θα μετατρέποταν σε οικονομική πολιτική (Titmuss, 1963). Είκοσι χρόνια μετά, ο Sugden (1983) δήλωσε ότι το αλτρουιστικό αίσθημα των ανθρώπων της υγείας (νοσηλευτές, γιατροί) δεν μπορεί να εκφραστεί μέσω των σημερινών υπηρεσιών υγείας. Αυτό που χρειάζεται τη σημερινή εποχή είναι μια ισορροπία μεταξύ του αλτρουισμού και της νομοθεσίας ή των υπηρεσιών υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί αν ο έλεγχος των απολαβών και η αυτονομία στις υπηρεσίες ερχόταν σε συναφή εξέλιξη με τις ανάγκες των πολιτών επικεντρωμένα στην παροχή αλτρουιστικής φροντίδας μέσω των υπηρεσιών υγείας του κράτους (Raab, 2014).

2.2. Φροντίδα

Οι λέξεις φροντίδα και νοσηλευτική είναι τόσο άρρηκτα συνδεδεμένες που μερικές φορές χρησιμοποιείται η μια για να περιγράψει την άλλη. Η φροντίδα είναι σημαντική για την ανάπτυξη της ανθρωπότητας και είναι η πρώτη και πιο σημαντική για την σωματική υγεία. Θεωρείται απαραίτητη από τους νέους ανθρώπους για να επιβιώσουν από βιολογικής πλευράς αλλά και από ένα ηλικιωμένο για να επιβιώσει μέχρι το τέλος της ζωής του. Η ηθική της φροντίδας πηγάζει από την ιδέα ότι η φροντίδα είναι η βάση για την ύπαρξη του ανθρώπινου είδους. Σε αυτήν οφείλεται η ανάγκη του ανθρώπου να αναπτύξει σχέσεις με τους γύρω του. Όταν ένας άνθρωπος διαλέγει να γίνει νοσηλευτής, δίνει μια υπόσχεση να ενδιαφέρεται για όλους τους ασθενείς. Τέτοια απόφαση δεν είναι κάτι που μπορεί να λαμβάνεται ανήφιστα καθώς αντικατοπτρίζει τον Κώδικα της Ηθικής των ασθενών: «Ο νοσηλευτής σέβεται τις αξίες, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα όλων των ανθρώπων ασχέτως της φύσης του προβλήματος υγείας του». Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο, όσο δύσκολο και αν είναι, να βάλουν στην άκρη πιθανές προσωπικές προκαταλήψεις έτσι ώστε να εφαρμοστούν οι τέσσερις φάσεις της φροντίδας που όρισε ο Τρόντο το 1993 (Lachman et al., 2012). Οι τέσσερις φάσεις παρουσιάζονται ως εξής: «η καλή φροντίδα απαιτεί περισσότερα

από μια καλή πρόθεση, η καλή φροντίδα είναι... μια πρακτική για να συνδυάσεις συμπεριφορές, πράξεις, και γνώσεις πάνω σε μια κατάσταση». Η φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί απλά ένας στόχος της ηθικής του ανθρώπου οπότε ένα περισσότερο βάρος ή να θεωρηθεί μια δέσμευση και μια ευκαιρία να ασχοληθεί κάποιος με τις ανάγκες ενός ασθενή.

Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και την καρδιά της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Περιγράφεται ως ανθρώπινο γνώρισμα, ηθική υποχρέωση, διαπροσωπική σχέση, θεραπευτική παρέμβαση και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην έννοια της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές, ούτε οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της, με εξαίρεση το διαχωρισμό της σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική) διάσταση. Σήμερα, οι νοσηλευτές καλούνται να ορίσουν και να διασφαλίσουν την πρακτική τους σε ένα περιβάλλον οικονομικών περιορισμών με έμφαση κυρίως στις απαιτήσεις της διάγνωσης ενώ οποιαδήποτε θεραπεία γίνεται υπό την συνεχή σκιά του οικονομικού κέρδους δια του αποτελέσματος.

Η γενικότερη έρευνα εστιάστηκε κυρίως στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών από το ευρύ κοινό ενώ μόνο πρόσφατα άρχισε να ερευνάται η συμπεριφορά των εργαζομένων στους τομείς αυτούς. Παρόλα αυτά υπάρχουν στοιχεία ότι οι ασθενείς νιώθουν εξευτελισμένοι και τιμωρημένοι από αυτές τις υπηρεσίες και κατηγοριοποιούν το προσωπικό του τομέα της ψυχικής υγείας ως τους ανθρώπους με τη μεγαλύτερη προκατάληψη. Έρευνες έδειξαν ότι κατά κύριο λόγο η συμπεριφορά των επαγγελματιών συμπίπτει με τη συμπεριφορά του υπόλοιπου κόσμου καθώς τα τρία τέταρτα των εργαζομένων ψυχικής υγείας (n=16) έδειξαν ακόμη και μεγαλύτερο αρνητισμό (Παπασταύρου, 2010).

Πολλοί συγγραφείς ανέλυσαν τη σχέση των γυναικών και τη θέση τους στην εργασία. Διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένου και όλη τη Σκανδιναβία, έχουν μεγάλο ποσοστό γυναικών που εργάζονται σε τομείς φροντίδας ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον Buberger, οι άνδρες καταλαμβάνουν ένα πολύ μικρό ποσοστό (Buberger, 1995). Οι Benschop και Doorewaard υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια γυναικεία στροφή προς το επάγγελμα (Benschop, 1998) Ο Nielsen κριτικάρει μάλιστα αυτή τη θηλεοποίηση της κοινωνίας και συγκεκριμένα την συναισθηματική δύναμη που έχει το γυναικείο φύλο (Nielsen, 2002). Ο Milligan παρουσιάζει ένα μοντέλο στο οποίο ο άνδρας μπορεί να προσφέρει φροντίδα και να τονίσει την ανεξαρτητοποίηση του ασθενή μέσω επαγγελματικής εμπειρίας όπου θα αναπτύξει αυτά τα «θηλυκά» χαρακτηριστικά (Milligan, 2001). Το φύλο αποτελεί ακόμη τυφλό σημείο στην αρένα της ψυχικής υγείας, αλλά τελείως αυθόρμητα και τα δύο φύλα σχηματίζει

άποψη σχετικά με τις αδυναμίες του αντίθετου φύλου για την φροντίδα ασθενών. Υπάρχει γενικά μια ανισορροπία μεταξύ των φύλων καθώς οι γυναίκες φαίνονται πιο σταθερές. Επίσης, αυτή η ανισορροπία προκαλεί διαφορετικές επιπτώσεις στην φροντίδα των ασθενών. Αυτό έχει να κάνει με τα στερεότυπα και το πόσο κοντά πρέπει να είναι ένας επαγγελματίας με τον ασθενή του. Τα κέντρα φροντίδας θα πρέπει να σχηματίζουν ένα μοντέλο το οποίο θα προσομοιάζει περισσότερο στην μοντέρνα κοινωνία. Να μην υπάρχουν στερεότυπα μεταξύ των φύλων και να υπάρχει κατανόηση των αδυναμιών των δυο φύλων (Chambers, 2010). Επίσης να υπάρχει περισσότερη ομαδική δουλειά καθώς και έλεγχος, με τα μάτια στραμμένα προς τις διαφορές των δύο φύλων και την ισότιμη κατανομή τους. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς και από τα δυο φύλα θα έχουν καλύτερες υπηρεσίες. Οι άνδρες θεωρούν τον εαυτό τους ως άτομα που μπορούν να δώσουν λύσεις σε προβλήματα ενώ οι γυναίκες δίνουν περισσότερη βάση στην φροντίδα και τη σχέση τους με τον ασθενή. Επίσης οι γυναίκες θεωρούν τον εαυτό τους ειδικό στο επάγγελμα της φροντίδας παραγκωνίζοντας έτσι τους άνδρες.

Η φροντίδα στο επάγγελμα των νοσηλευτών υπάρχει σε κάθε επαφή μεταξύ νοσηλευτή και νοσηλευόμενου. Ο νοσηλευτής μπαίνει στον κόσμο του ασθενή ώστε να τον γνωρίσει και μέσω αυτής της πράξης ο νοσηλευτής δύσκολα αποτυγχάνει (Vance et al., 2014). Η φροντίδα επηρεάζει την έκβαση της ασθένειας των νοσηλευόμενων.

Η λίστα των επαγγελμάτων που σχετίζονται με τη φροντίδα είναι ατελείωτη. Η Leininger M. περιγράφει ότι το κεντρικό θέμα είναι ότι «η φροντίδα είναι η αίσθηση της νοσηλείας και το κεντρικό, αποκλειστικό και απεριγράπτο κέντρο προσοχής του νοσηλευτή (Leininger, 1991). Ο Watson περιγράφει την νοσηλευτική ως μια ανθρωπιστική επιστήμη, με την προσοχή στραμμένη στην φροντίδα ατομικά, σε οικογένειες ή σε συγκεκριμένες ομάδες. Η θεωρία βασίζεται σε μια μορφή ανθρωπιστική και έχει την βάση της στη μεταφυσική. Ο στόχος της νοσηλευτικής σύμφωνα με τη θεωρία του Watson (Watson 1996) είναι επικεντρωμένη στην βοήθεια των ασθενών κερδίζοντας μεγαλύτερη αρμονία με το σώμα, το μυαλό και την ψυχή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω των εκδηλώσεων φροντίδας και περιλαμβάνει και τη διαπροσωπική σχέση φροντίδας που καθορίζεται μέσω ενός τυχαίου συμβάντος ή εκδήλωσης φροντίδας. Πιο συγκεκριμένοι λόγοι που αντιπροσωπεύουν τη νοσηλευτική είναι η προσωπική θυσία για το καλό των άλλων-συνδυασμένη με αλτρουιστικές αξίες.

Η νοσηλευτική είναι ένα μοναδικό επάγγελμα που είναι απαραίτητο παγκοσμίως. Είναι πολύπλοκο και εμπεριέχει πολλές προσωπικές φιλοδοξίες, παροτρύνσεις και ιδιαιτερότητες. Αν και είναι απίθανο να υπάρχει συγκεκριμένο προφίλ που να περιγράφει έναν νοσηλευτή, περισσότερες έρευνες χρειάζονται για να καθοριστεί ακριβώς το προφίλ αυτό. Αυτό θα

βοηθήσει στην συμβουλευτική των φοιτητών που ενδιαφέρονται να ακολουθήσουν τη νοσηλευτική για να κατανοήσουν αν τους ταιριάζει το επάγγελμα ή όχι. Επίσης αυτές οι πληροφορίες μπορούν να βοηθήσουν στη σωστή επιλογή εργαζομένων.

Λόγω πολλών προβλημάτων (π.χ. ελάχιστες πηγές, φύση δουλειάς) το στρες, η κούραση και η συμπόνια στα βάσανα του άλλου θα συνεχίσουν να απασχολούν τους νοσηλευτές. Μια πρόσφατη έρευνα προτείνει ότι η ολοκληρωμένη εκπαίδευση των νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσει στην προαγωγή της καλής ζωής και μακροζωίας. Αύξηση της αυτοεκτίμησης σαν αποτέλεσμα των προγραμμάτων MBSR είναι άμεσα συνδεδεμένα με ειδικούς συμβούλους και θεραπευτές για τους εργαζομένους. Οι νοσηλευτές που δεν έχουν αυτοεκτίμηση είναι πιο αυστηροί και σκληροί με τους ασθενείς τους με λιγότερα θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς τους. Επιπρόσθετα, μια άλλη έρευνα από τους Shapiro et al. (2007) δηλώνει ότι τα αποτελέσματα από τέτοια προγράμματα μπορούν να αυξάνουν τις ικανότητες του επαγγέλματος, με μεγαλύτερη αποδοχή από τους πελάτες και τους ασθενείς. Το πιο σημαντικό συστατικό για μια σωστή θεραπευτική μέθοδο είναι να βρεθεί το όριο όπου ο νοσηλευτής εκφράζει την ενσυναίσθηση και την συμπόνια. Οι Szalavitz και Perry (2010) δηλώνουν ότι: «Αν θέλουμε να είμαστε καλοί με τους συνανθρώπους μας ή να έχουμε συμπόνια προς τους άλλους, πρέπει να ελαχιστοποιήσουμε τις απρόβλεπτες και στρεσογόνες καταστάσεις και να αυξήσουμε την ικανότητα να αντιμετωπίζουμε το καθημερινό άγχος». Η έρευνα έδειξε ότι αυτά τα προγράμματα είναι σημαντικά για να μειώσουν όλα τα αρνητικά χαρακτηριστικά και να δοθεί η απαραίτητη φροντίδα στον άλλο. Σε αυτό τον σύνθετο κόσμο των γρήγορων εξελίξεων και αλλαγών, είναι πολύ εύκολο να χαθεί η ανθρώπινη πινελιά από την φροντίδα υγείας. Ο Todaro-Franceschi (2013) δηλώνει ότι: «ο νοσηλευτής που είναι άκαρδος και απαθής θα έχει μια καριέρα χωρίς πάθος και δεν θα νιώθει καλά με τον εαυτό του. Θα νιώθει εξαντλημένος, χωρίς ενέργεια, και δεν θα είναι ποτέ ικανοποιημένος από την απόδοσή του.»

Η συσχέτιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την συμπεριφορά υγείας είναι πολύ περίπλοκη. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαχωρίστηκαν οι ανάγκες φροντίδας σε διαφορετικά γκρουπ συμπεριλαμβανομένου και των ασθενών με ψυχικές νόσους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μια συσχέτιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ικανοποιητικότερες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς αυτούς. Ως μοντέλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θεωρήθηκε το πέντε επιπέδων μοντέλο που περιγράφηκε από τους Doherty, Mc-Daniel, και Baird (Doherty et al., 1996). Αυξανόμενα μοντέλα παροχής υπηρεσιών φροντίδας εμφανίζονται συνεχώς. Οι πληθυσμοί με προβλήματα στη ψυχική υγεία θα επωφεληθούν σύμφωνα με το *American Psychologist*.

Σήμερα παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση των αποτελεσμάτων από τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αυτή αποτελεί σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και συχνά διαχωρίζουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Είναι αναγκαίο λοιπόν να αναπτυχθούν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και να δημοσιευτούν τα αποτελέσματα, ώστε να ωφεληθούν οι ασθενείς, οι λειτουργοί υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με εργαλεία τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών. Παρά τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και κάποιες διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας αμφισβητείται, θεωρούμενη περιορισμένης εγκυρότητας.

Η βιβλιογραφία στην γενική ψυχική υγεία θεωρεί τη σχέση ασθενή-νοσηλευτή πολύ σημαντική. Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή περιγράφονται ως βάση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Το προσωπικό πρέπει να δίνει την ώθηση στον ασθενή να ξεκινήσει την θεραπεία. Σύμφωνα με τον Amering και τον Schmolke (Amering et al., 2009), η προκατάληψη μπορεί να οδηγήσει σε υποτίμηση, αίσθηση ντροπής, μυστικισμό και κοινωνικό αποκλεισμό κάνοντας πιο δύσκολη την επαφή για εύρεση δουλειάς, ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και θεραπεία. Αντίθετα, η σωστή αντιμετώπιση πρέπει να βασίζεται στην ανάπτυξη καλών σχέσεων με βάση την ελπίδα, την εμπιστοσύνη, την ενθάρρυνση και την ενσυναίσθηση.

Η συμπεριφορά και η προσοχή που δίνει ένας νοσηλευτής ή γιατρός στον ασθενή μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της υγείας του. Το 2006 μια έρευνα στη Σουηδία που συμπεριλάμβανε 252 νοσηλευτές έδειξε ότι η συμπεριφορά τους επηρεάζει τους ασθενείς φυσικά, πνευματικά και συναισθηματικά. Αν ο νοσηλευτής είναι θετικός, ο ασθενής είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει την όλη διαδικασία ανάρρωσης σε γρηγορότερους ρυθμούς. Υπό αντίθετες συνθήκες μια αρνητική συμπεριφορά μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα. Είναι πολύ σημαντικό ο νοσηλευτής να συμπεριφέρεται θετικά προς τους

ασθενείς και η εμπειρία καθώς και ο χρόνος που δαπανάται με τον ασθενή μπορεί να βοηθήσει αισθητά στο αποτέλεσμα (Martinsson et al., 2011).

Ο Donahue δηλώνει ότι η φροντίδα μέσω της νοσηλευτικής είναι απλά ένας συνδυασμός των επιστημών (βιολογικών, φυσιολογικών και κοινωνικών επιστημών) με διαφόρων τεχνικών (ψυχομετρικά προσόντα). Αποτελεί ένα ισορροπημένο συνδυασμό της «επιστήμης, του ταλέντου και του πνεύματος». Όταν οι νοσηλευτές «φροντίζουν» με ένα αλτρουιστικό πνεύμα παραμένει μια αίσθηση αυθορμητισμού (Gustafsson et al., 2009).

Πολλοί τρόποι εκπαίδευσης έχουν προταθεί ώστε οι νοσηλευτές να μετατρέπουν την προσωπική ανάγκη για φροντίδα σε μια επαγγελματική ταυτότητα φροντίδας. Οι Benner (Benner, 1994) πρότειναν ότι η φροντίδα είναι αναγκαία για την ανάπτυξη της κριτικής σκέψης. Επίσης οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις είναι συνήθως σύμφωνες με το συμπέρασμα του Bussell (Bussell et al., 2002) ότι η φροντίδα περιλαμβάνει αισθήματα όπως ελπίδα, ανθρωπιά, πνευματικότητα, ανακάλυψη και θάρρος κάτι που θα πρέπει να μεταδίδεται από τον νοσηλευτή στον ασθενή. Επίσης δήλωσε ότι η φροντίδα στη νοσηλευτική εξελίχθηκε από μια απαίτηση για φροντίδα, σε μια αφομοίωση της φροντίδας (καθώς η νοσηλευτική έγινε ένα αυτόνομο επάγγελμα) και ακόμη περισσότερο εξελίχθηκε σε μια πιο δυναμική φροντίδα (καθώς οι νοσηλευτές κατάλαβαν την δυναμική σχέση της νοσηλευτικής με τη φροντίδα) μέσα σε ένα σύστημα υγείας με ένα πολύ βασικό πυρήνα προτείνοντας ότι η δυναμική φροντίδα αποτελείται τόσο από γνώση όσο και από εμπειρία.

Σε μια μελέτη του 2006 πάνω από τα 2/3 των ερωτηθέντων δήλωσαν την φροντίδα ως ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Πολλοί το περιέγραψαν ως «ουσιώδες», «το πιο σημαντικό», «το θεμέλιο της νοσηλευτικής», «σημαντικό για το ρόλο της νοσηλευτικής» (Gastmans, 2006).

Από την άλλη πλευρά, οι άνθρωποι που λαμβάνουν τη φροντίδα περιγράφουν ότι: «ένας νοσηλευτής που δεν είναι στοργικός είναι αρνητικός άνθρωπος», ένας στοργικός νοσηλευτής μπορεί να απομακρύνει τον φόβο από τον ασθενή, και ότι η απουσία φροντίδας και στοργής μπορεί να επηρεάσει ψυχολογικά τους ασθενείς, συναισθηματικά και σωματικά». Άλλοι δήλωσαν ότι η φροντίδα ξεχωρίζει την νοσηλευτική από οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα και είναι απαραίτητο για την γενική φροντίδα γράφοντας πως «η στοργή είναι σημαντικό χαρακτηριστικό του νοσηλευτή για να μπορεί να φροντίσει τον υπόλοιπο κόσμο γύρω του». Άλλοι έγραψαν σχόλια του τύπου «χωρίς φροντίδα... όχι νοσηλευτής» και «ακόμη και όταν κανείς άλλος δεν νοιάζεται, ο νοσηλευτής νοιάζεται» (Ravari et al., 2012).

Οι φοιτητές της νοσηλευτικής περιέγραψαν την φροντίδα ως το κίνητρο για να μπορέσουν να έχουν θετική ανταπόκριση από τους ασθενείς. Επισήμαναν ότι η φροντίδα αυξάνει την ικανότητα και την ικανοποίηση των νοσηλευτών για το αποτέλεσμα της δουλειάς τους. Συγκεκριμένα κάποιος ανέφερε ότι «χωρίς την στοργή, δεν θα φτάσεις ποτέ στο 100% του εαυτού σου».

Για τη φροντίδα μια άλλη σημαντική παράμετρος είναι «η επαφή και η εμπιστοσύνη» και η «δοτικότητα». Σε ότι αφορά την επαφή και την εμπιστοσύνη η φροντίδα είναι απαραίτητη για την δόμηση της εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, ενώ είναι πολύ πιθανό ένας ασθενής να ανταποκριθεί σε ένα νοσηλευτή που δείχνει ενδιαφέρον γι αυτόν παρά σε ένα που δείχνει αδιαφορία. Επιπρόσθετα, όταν ένας νοσηλευτής είναι ικανός αλλά δεν δείχνει φροντίδα και στοργικότητα στον ασθενή τότε κτίζεται ένα τοίχος μεταξύ τους με αποτέλεσμα ο ασθενής να είναι απόμακρός και έτσι να μην είναι αποτελεσματική η δουλειά του νοσηλευτή. Σε ότι αφορά τη «δοτικότητα» μπορεί κανείς να πει ότι η φροντίδα του νοσηλευτή πρέπει να είναι η φυσική επέκταση του εαυτού του.

Ο Altun το 2002 δήλωσε ότι η φροντίδα είναι το κριτήριο για την ανθρωπισμό και μπορεί να δώσει νόημα στη ζωή του ανθρώπου (Altun, 2002). Η εκτίμηση που πρέπει να υπάρχει μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών περιγράφεται κυρίως ως η «ανησυχία» που μπορεί να υπάρχει για τον ασθενή καθώς και η ενσυναίσθηση που κάποιες φορές εμφανίζεται μεταξύ τους. Η αίσθηση του ότι νοιάζεται κάποιος για τον συνάνθρωπό του είναι σχετικά εύκολο να φανεί καθώς και το ότι ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον ασθενή, ότι ενδιαφέρεται νοιάζεται και θέλει να βοηθήσει.

Μια δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές είναι να αναπτύξουν μια σχέση εμπιστοσύνη με τους ασθενείς χωρίς να ξεφεύγει τα πλαίσια του επαγγελματισμού τους. Ο Hart (Dysvik et al., 2010), δήλωσε ότι τα επαγγελματικά όρια απαιτούν μια σωστή επαγγελματική συμπεριφορά και ανθρώπους έχουν αυτοσυγκράτηση και γνώση σε αυτόν.

Τέλος, μια άλλη σημαντική αξία που είναι απαραίτητη εκτός από τη φροντίδα και τον αλτρουισμό είναι ο σεβασμός τόσο των ασθενών προς τους νοσηλευτές όσο και ο σεβασμός των νοσηλευτών προς τον ασθενή. Αυτό είναι σημαντικό ώστε να προήχθη μια νοσηλεία με βασικό κεντρικό πρόσωπο τον ασθενή.

3. Ειδικό μέρος

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαμορφωθεί μια πρώτη εικόνα για το πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στους τομείς της ψυχικής υγείας την έννοια της φροντίδας και ποια η σχέση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Για τον σκοπό αυτό σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο απευθυνόμενο στους εργαζόμενους στον τομέα της ψυχικής υγείας. Τα ερωτηματολόγιο αποτελούταν από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιείχε προσωπικά και κοινωνικά στοιχεία για τον κάθε νοσηλευτή. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε στο να μετρηθεί η αντίληψη του εργαζόμενου για την άσκηση του νοσηλευτικού του έργου με βαθμίδα 1 (Πολύ Σημαντικό) μέχρι 5 (Καθόλου Σημαντικό). Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου και το επίπεδο του αλτρουισμού του μέσω οκτώ ερωτήσεων με βαθμίδα 1 (Συμφωνώ απόλυτα) μέχρι 5(Διαφωνώ απόλυτα).

3.2 Πληθυσμός Μελέτης και Μέθοδος

Μετά από έγκριση των αρμοδίων φορέων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας αναφορικά με τον ξενώνα ψυχικής υγείας που διαθέτει, του Σισμανογλείου Νοσοκομείου αναφορικά με τη μονάδα ψυχικής υγείας ενηλίκων, της διεύθυνσης της Θεσσαλικής Εταιρίας Ψυχικών Παθήσεων σχετικά με τα προστατευόμενα διαμερίσματα και τους ξενώνες της, καθώς και με τις αντίστοιχες δομές του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Περιστερίου Αττικής κατανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στους ειδικούς φορείς όπου απαντήθηκαν αποκλειστικά από νοσηλευτές. Συγκεκριμένα τα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο επιλέχθηκαν με βάση την εργασία τους και την εμπειρία τους στη νοσηλεία ψυχιατρικών ασθενών.

Δεν επιλέχθηκαν άτομα:

1. Που απουσίαζαν από την εργασία τους λόγω εγκυμοσύνης, άδειας άνευ αποδοχών και φοιτητές νοσηλευτικής που εκπονούσαν την πρακτική τους άσκηση στα ψυχιατρικά τμήματα.

2. Που εργάζονταν σε συναφείς ειδικότητες στα συγκεκριμένα τμήματα όπως ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί καθώς η έρευνα αφορούσε αποκλειστικά τους νοσηλευτές και το έργο τους.

Οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν για τον σκοπό της διεξαγωγής της έρευνας και ότι τα ερωτηματολόγια θα απαντηθούν ανώνυμα.

Έγινε κατανομή συνολικά 130 ερωτηματολογίων

- 12 ερωτηματολόγια στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας όπου απαντήθηκαν τα 12
- 14 ερωτηματολόγια στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας όπου απαντήθηκαν τα 10
- 12 ερωτηματολόγια στο Σισμανόγλειο όπου απαντήθηκαν τα 8
- 43 ερωτηματολόγια στο ΘΕΨΥΠΑ Λάρισας όπου απαντήθηκαν τα 43
- 50 ερωτηματολόγια στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου Αττικής όπου απαντήθηκαν τα 27

Για την ανάλυση και διεξαγωγή συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκαν τα 100 ερωτηματολόγια που επιστράφηκαν συμπληρωμένα. Ο χρόνος συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν τρεις (3) μήνες. Η μέθοδος καταγραφής, διαχείρισης και επεξεργασίας των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το SPSS πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης.

3.3 Αποτελέσματα

Στη μελέτη καταγράφηκαν συνολικά 100 νοσηλευτές εκ των οποίων 74 γυναίκες. Για τους περισσότερους (66% περίπου, τόπος διαμονής είναι τα αστικά κέντρα με πληθυσμό άνω των 100.000 κατοίκων. Από το σύνολο των 100 νοσηλευτών μόνο 14 έχουν πανεπιστημιακή εκπαίδευση ενώ 53 είναι απόφοιτοι ΔΕ. Παράλληλα μεταπτυχιακές σπουδές (επιπέδου μάστερ ή διδακτορικού) καταγράφονται σε 18 συνολικά συμμετέχοντες, ενώ η επαγγελματική τους εμπειρία σε ποσοστό 71% κυμαίνεται από 5-15 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Κοινωνικά στοιχεία των ερωτηθέντων

		Πλήθος	Ποσοστό %
ΦΥΛΟ	Άνδρας	26	26,0%
	Γυναίκα	74	74,0%
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ	19	19,2%
	ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	15	15,2%
	ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	65	65,7%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝ	14	14,3%
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ	31	31,6%
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ	53	54,1%
ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ	ΜΑΣΤΕΡ	18	22,8%
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	3	3,8%
	ΚΑΝΕΝΑ	58	73,4%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	0 - 5 ΕΤΗ	14	14,0%
	5-10 ΕΤΗ	29	29,0%
	10-15 ΕΤΗ	42	42,0%
	15-20 ΕΤΗ	11	11,0%
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ	4	4,0%

Οι περισσότεροι νοσηλευτές είναι έγγαμοι (64%), με αδέρφια (88%) και συνήθως με παιδιά (63%). Η μέση ηλικία τους είναι 37,4 έτη από το σύνολο των 97 που απάντησαν στη σχετική ερώτηση.

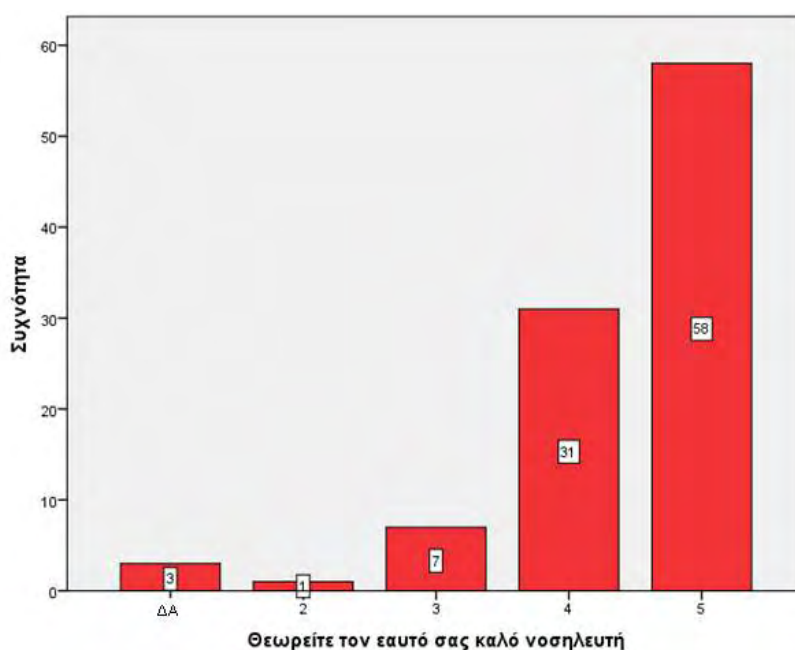
Πίνακας 2

		Πλήθος	Ποσοστό %
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	45	54,2%
	ΜΗΤΕΡΑ	28	33,7%
	Και στους δύο	10	12,0%
ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	ΠΑΤΕΡΑΣ	41	50,6%
	ΜΗΤΕΡΑ	38	46,9%
	Και στους δύο	2	2,5%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΑΓΑΜΟΣ/Η	29	29,0%
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	64	64,0%
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	5	5,0%
	ΧΗΡΟΣ/ Α	2	2,0%
ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ;	ΝΑΙ	88	88,0%
	ΟΧΙ	12	12,0%
ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ;	ΝΑΙ	61	62,9%
	ΟΧΙ	36	37,1%

Σε μία πεντάβαθμη κλίμακα προσωπικής αξιολόγησης οι νοσηλευτές σε ποσοστό 90% επιλέγουν τις τιμές 4 και 5 υποδεικνύοντας ότι θεωρούν τον εαυτό τους καλό ή πολύ καλό νοσηλευτή, ενώ μόλις 4 νοσηλευτές θεωρούν τον εαυτό τους κατώτερο του μετρίου (Πίνακας 3, Γράφημα 1).

Πίνακας 3

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή			
	Συχνότητα	Ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΔΑ	3	3,0	3,0
2	1	1,0	4,0
3	7	7,0	11,0
4	31	31,0	42,0
5	58	58,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	

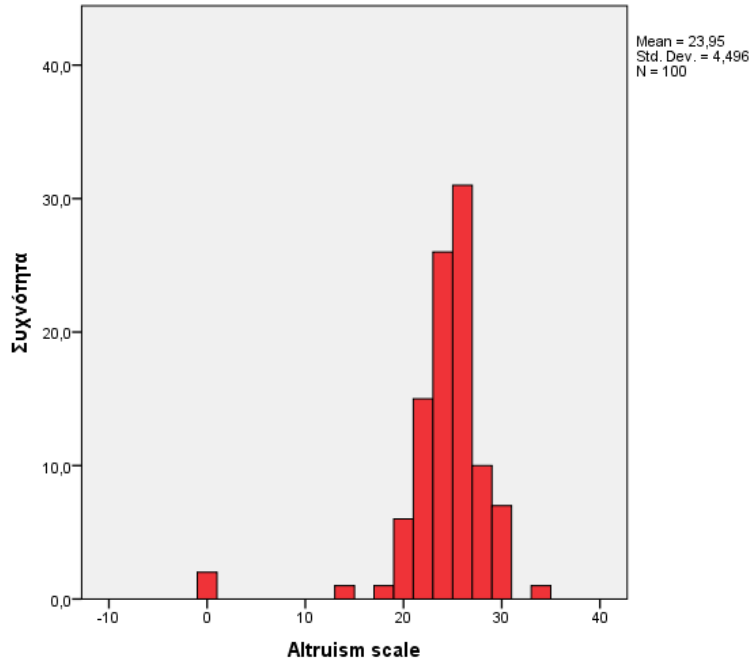


Γράφημα 1

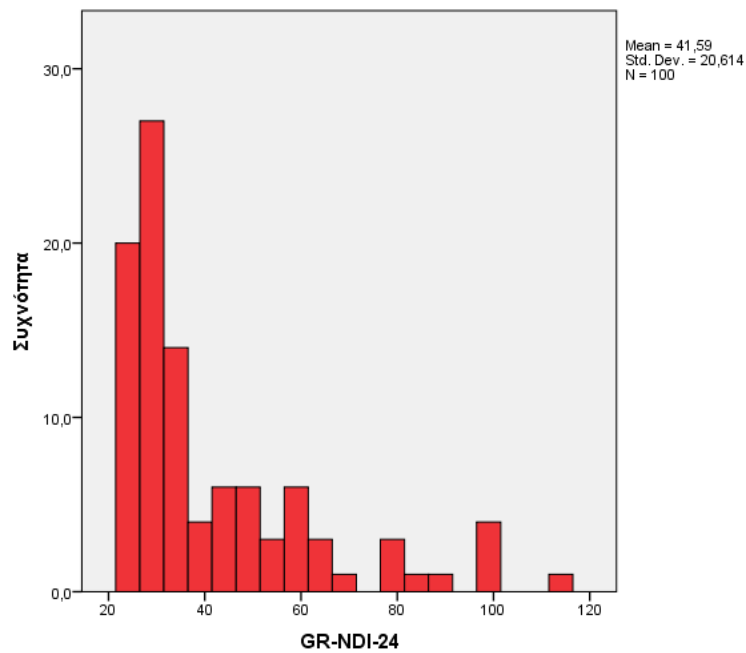
Καταγράφηκε επίσης το επίπεδο φροντίδας που παρέχουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς με τη χρήση του ερωτηματολογίου GR NDI 24 όπου μεγαλύτερες τιμές δηλώνουν και μεγαλύτερη φροντίδα αλλά και το ερωτηματολόγιο Αλτρουισμού, Altruism Scale. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση το μέγιστο και το ελάχιστο για τις έννοιες αυτές παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα και αποδίδονται γραφικά στη συνέχεια (Πίνακας 4, Γράφημα 2,3).

Πίνακας 4

	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Altruism scale	100	0	34	23,95	4,496
GR-NDI-24	100	24	112	41,59	20,614



Γράφημα 2



Γράφημα 3

Παρουσιάζει ενδιαφέρον η διερεύνηση των πιθανών διαφορών στην παρεχόμενη φροντίδα ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που καταγράφηκαν. Συγκεκριμένα ανάλογα με:

- Το φύλο
- Την ηλικία
- Την οικογενειακή κατάσταση
- Τον τόπο διαμονής
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Το επίπεδο μεταπτυχιακών
- Την επαγγελματική εμπειρία
- Το αν έχουν παιδιά
- Το αν έχουν αδέρφια
- αλλά και με το αν θεωρούν τον εαυτό τους καλό νοσηλευτή
- και το επίπεδο αλτρουισμού.

Σημειώνεται ότι για τις ανάγκες της ανάλυσης σχετικά με τα μεταπτυχιακά, αντιμετωπίστηκαν σε δύο κατηγορίες (με ή χωρίς) και χωρίς διάκριση σε master ή διδακτορικό λόγω των λιγοστών καταχωρήσεων, ενώ από την κλίμακα του αλτρουισμού αφαιρέθηκαν οι 2 νοσηλευτές που απάντησαν σε όλα 0 θεωρώντας τις απαντήσεις μη ορθή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Σχέση GR NDI 24 - φύλου

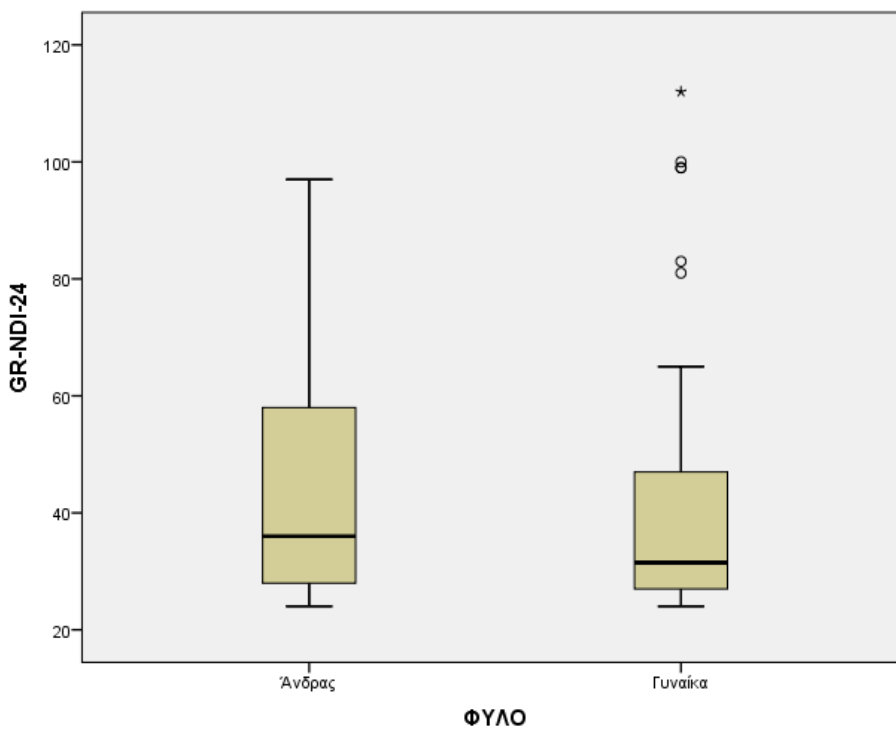
Στον πίνακα 5 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά σε άνδρες και γυναίκες. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 6 και από το κριτήριο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,254.

Πίνακας 5

Group Statistics					
	ΦΥΛΟ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GR-NDI-24	Άνδρας	26	45,58	21,584	4,233
	Γυναίκα	74	40,19	20,227	2,351

Πίνακας 6

Independent Samples Test								
t-test for Equality of Means								
		T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
GR-NDI-24	Equal variances assumed	1,14	98	,254	5,388	4,692	-3,924	14,699



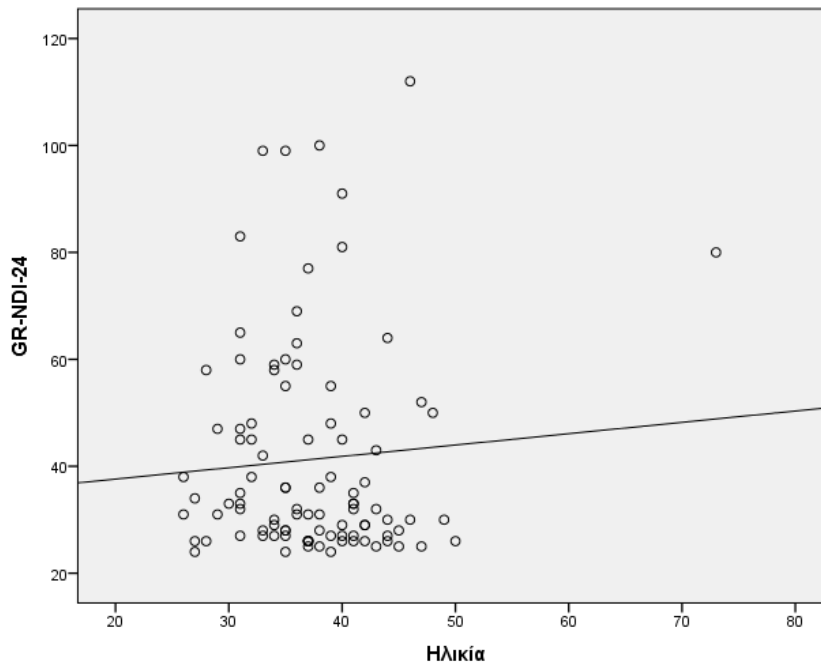
Γράφημα 1

Σχέση GR NDI 24 - Ηλικίας

Στον πίνακα 7 που ακολουθεί φαίνεται ότι η τιμή φροντίδας δε συσχετίζεται με την ηλικία. Αυτό αποδεικνύεται και στατιστικά από το συντελεστή συσχέτισης Pearson όπου το p-value για τη συσχέτιση ισούται με 0,494. Η μη συσχέτιση στη φροντίδα ανάλογα με την ηλικία φαίνεται και από το γράφημα 5.

Πίνακας 7

Correlations		GR-NDI-24	Ηλικία
GR-NDI-24	Pearson Correlation	1	,070
	Sig. (2-tailed)		,494
	N	100	97
Ηλικία	Pearson Correlation	,070	1
	Sig. (2-tailed)	,494	
	N	97	97



Γράφημα 2

Σχέση GR NDI 24 - Οικογενειακής κατάστασης

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 9 και από την ανάλυση διακύμανσης όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,017.

Πίνακας 8

Descriptives								
GR-NDI-24								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΓΑΜΟΣ/Η	29	45,34	23,081	4,286	36,57	54,12	24	99
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	64	38,81	17,818	2,227	34,36	43,26	24	112
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	5	39,20	24,015	10,740	9,38	69,02	24	81
ΧΗΡΟΣ/Α	2	82,00	25,456	18,000	-146,71	310,71	64	100
Total	100	41,59	20,614	2,061	37,50	45,68	24	112

Πίνακας 9

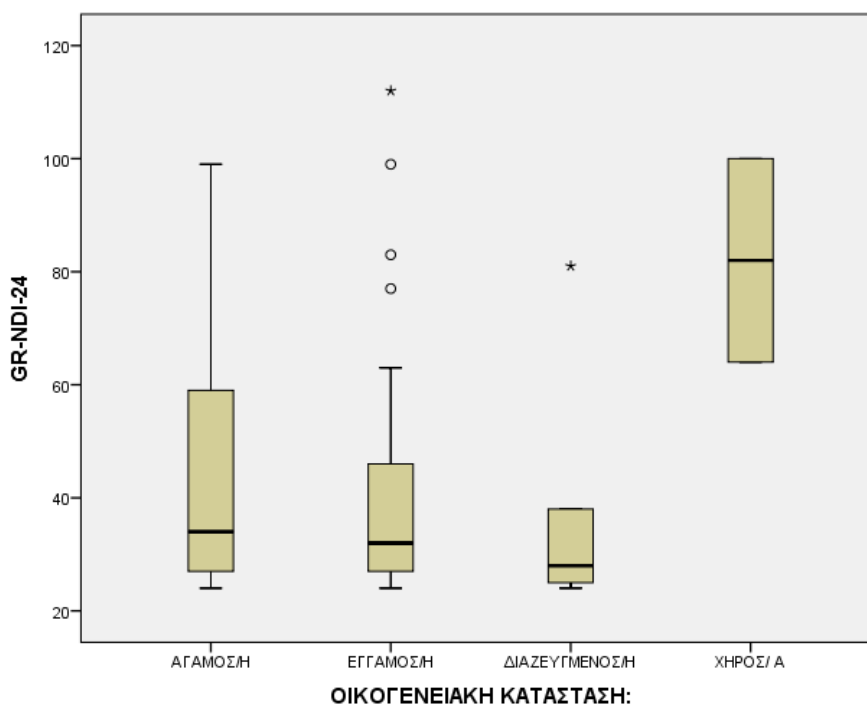
ANOVA						
GR-NDI-24						
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
Between Groups	4197,088	3	1399,029	3,546	,017	
Within Groups	37873,102	96	394,511			
Total	42070,190	99				

Πιο αναλυτικά, από τον πίνακα 10 φαίνεται ότι σημαντικά μεγαλύτερες τιμές φροντίδας σύμφωνα με το δείκτη GR – NDI 24 καταγράφονται στους χήρους νοσηλευτές συγκριτικά με τους έγγαμους ($p=0.019$). Αξιοσημείωτο είναι ότι παρά την εμφανή διαφορά των χήρων και με τους διαζευγμένους (Γράφημα 6) η διαφορά δεν αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική ($p=0,069$) αλλά αυτό οφείλεται πιθανότατα στις λίγες καταχωρήσεις της συγκεκριμένης ομάδας.

Πίνακας 10

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: GR-NDI-24						
Bonferroni						
(I)	(J)	Mean	Std.	Sig.	95% Confidence Interval	
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:	Difference (I-J)	Error		Lower Bound	Upper Bound
ΑΓΑΜΟΣ/Η	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	6,532	4,446	,870	-5,45	18,51
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ Σ/Η	6,145	9,618	1,000	-	32,06
	ΧΗΡΟΣ/ Α	-36,655	14,521	,079	-75,78	2,46
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	ΑΓΑΜΟΣ/Η	-6,532	4,446	,870	-18,51	5,45
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ Σ/Η	-,388	9,223	1,000	-25,23	24,46
	ΧΗΡΟΣ/ Α	-43,188*	14,263	,019	-81,61	-4,76
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ Σ/Η	ΑΓΑΜΟΣ/Η	-6,145	9,618	1,000	-32,06	19,77
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	,388	9,223	1,000	-24,46	25,23
	ΧΗΡΟΣ/ Α	-42,800	16,618	,069	-87,57	1,97
ΧΗΡΟΣ/ Α	ΑΓΑΜΟΣ/Η	36,655	14,521	,079	-2,46	75,78
	ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	43,188*	14,263	,019	4,76	81,61
	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟ Σ/Η	42,800	16,618	,069	-1,97	87,57

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.



Γράφημα 3

Σχέση GR NDI 24 - Τόπου διαμονής

Στον πίνακα 11 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον τόπο διαμονής. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 12 και από την ανάλυση διακύμανσης όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,807. Η μη διαφορά στη φροντίδα ανάλογα με τον τόπο διαμονής φαίνεται και από γράφημα 7.

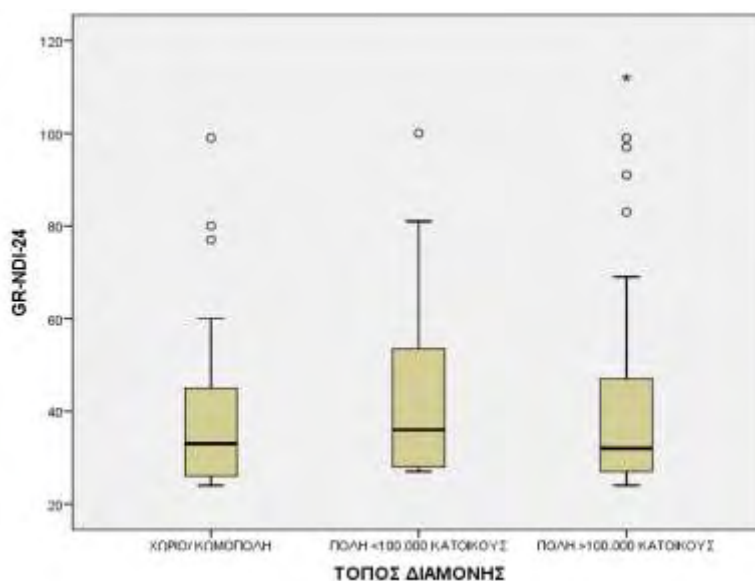
Πίνακας 11

Descriptives								
GR-NDI-24								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound		
ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ	1	41,3	21,937	5,03	30,74	51,89	24	99
Η	9	2		3				

ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	1	45,0	21,977	5,67	32,83	57,17	27	100
ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	6	41,1	20,226	2,50	36,13	46,15	24	112
Total	9	41,7	20,651	2,07	37,64	45,88	24	112

Πίνακας 12

ANOVA					
GR-NDI-24					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	186,323	2	93,161	,215	,807
Within Groups	41605,859	96	433,394		
Total	41792,182	98			



Γράφημα 4

Σχέση GR NDI 24 - Εκπαίδευσης

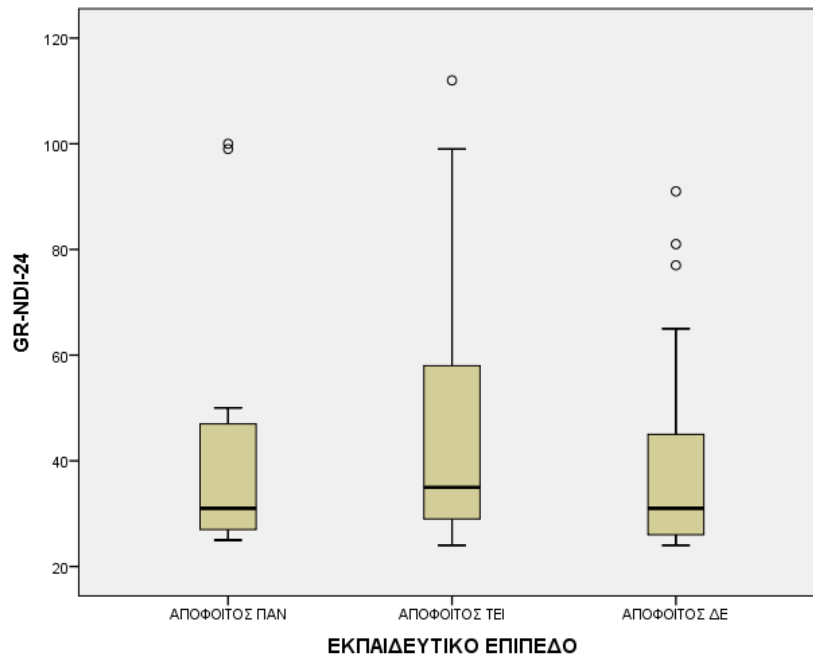
Στον πίνακα 13 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την εκπαίδευση. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 14 και από την ανάλυση διακύμανσης όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,192. Η μη διαφορά στη φροντίδα ανάλογα με την εκπαίδευση φαίνεται και από το γράφημα 8.

Πίνακας 13

Descriptives								
GR-NDI-24								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΑΠΟΦΟΙΤ	1	43,1	25,255	6,75	28,56	57,72	25	100
ΟΣ ΠΑΝ	4	4		0				
ΑΠΟΦΟΙΤ	3	45,6	23,070	4,14	37,15	54,08	24	112
ΟΣ ΤΕΙ	1	1		4				
ΑΠΟΦΟΙΤ	5	37,6	15,993	2,19	33,21	42,03	24	91
ΟΣ ΔΕ	3	2		7				
Total	9	40,9	20,023	2,02	36,92	44,95	24	112
	8	4		3				

Πίνακας 14

ANOVA					
GR-NDI-24					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1328,111	2	664,055	1,680	,192
Within Groups	37559,522	95	395,363		
Total	38887,633	97			



Γράφημα 5

Σχέση GR NDI 24 - Μεταπτυχιακών σπουδών

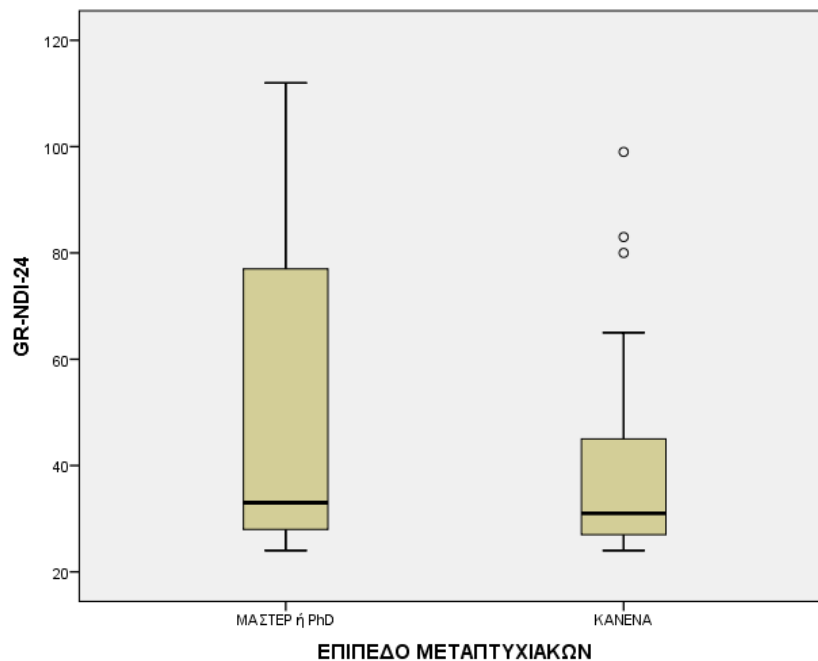
Στον πίνακα 15 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα μεταπτυχιακά. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 16 και από το κριτήριο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,105.

Πίνακας 15

Group Statistics						
	ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	Error
GR-NDI- 24	ΜΑΣΤΕΡ ή PhD	21	49,52	29,819	6,507	
	ΚΑΝΕΝΑ	58	37,98	16,659	2,187	

Πίνακας 16

Independent Samples Test		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
GR-NDI-24	Equal variances not assumed	1,681	24,665	,105	11,541	6,865	-2,607	25,689



Γράφημα 6

Σχέση GR NDI 24 - Προϋπηρεσία

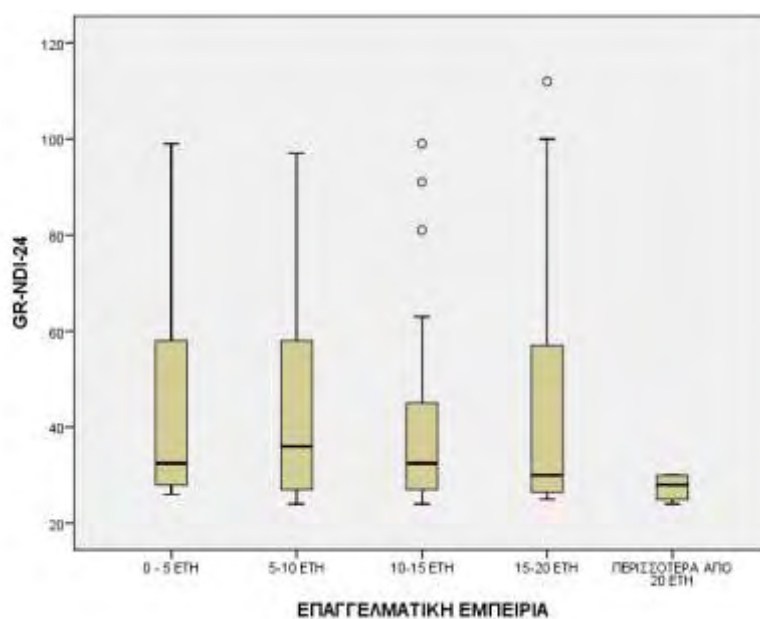
Στον πίνακα 17 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με την προϋπηρεσία. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 18 και από την ανάλυση διακύμανσης όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,479. Η μη διαφορά στη φροντίδα ανάλογα με την προϋπηρεσία φαίνεται και από γράφημα 10.

Πίνακας 17

Descriptives								
GR-NDI-24								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
0 - 5 ΕΤΗ	14	43,43	23,147	6,186	30,06	56,79	26	99
5-10 ΕΤΗ	29	43,52	19,664	3,652	36,04	51,00	24	97
10-15 ΕΤΗ	42	39,48	17,678	2,728	33,97	44,98	24	99
15-20 ΕΤΗ	11	47,36	31,519	9,503	26,19	68,54	25	112
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ	4	27,50	3,000	1,500	22,73	32,27	24	30
Total	100	41,59	20,614	2,061	37,50	45,68	24	112

Πίνακας 18

ANOVA						
GR-NDI-24						
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.	
Between Groups	1503,498	4	375,875	,880	,479	
Within Groups	40566,692	95	427,018			
Total	42070,190	99				



Γράφημα 7

Σχέση GR NDI 24 - Αδέρφια

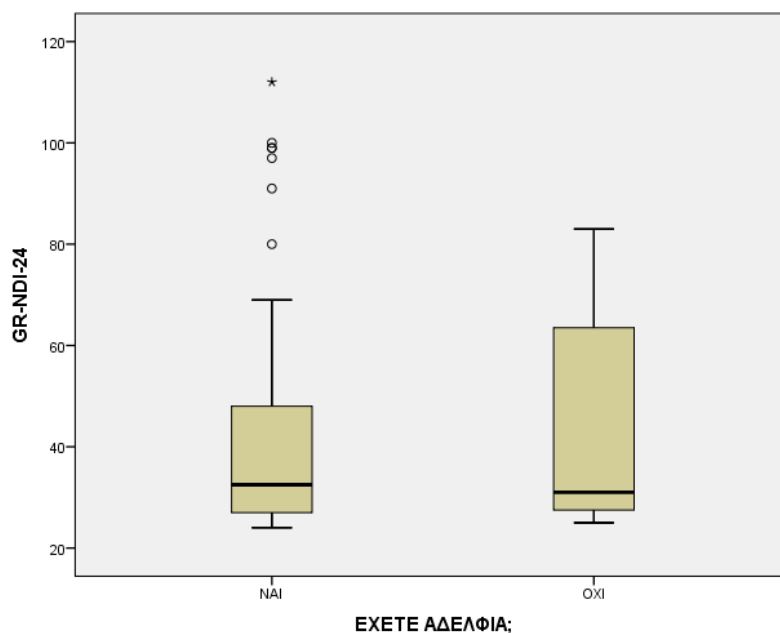
Στον πίνακα 19 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα αδέρφια. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 20 και από το κριτήριο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,734.

Πίνακας 19

Group Statistics						
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
GR-NDI-24	EXETE ΑΔΕΛΦΙΑ;					
	NAI	88	41,33	20,377	2,172	
	OXI	12	43,50	23,154	6,684	

Πίνακας 20

Independent Samples Test								
		t-test for Equality of Means						
		T	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
GR-NDI-24	Equal variances assumed	-,341	98	,734	-2,170	6,372	-14,816	10,475



Γράφημα 8

Σχέση GR NDI 24 - Παιδιά

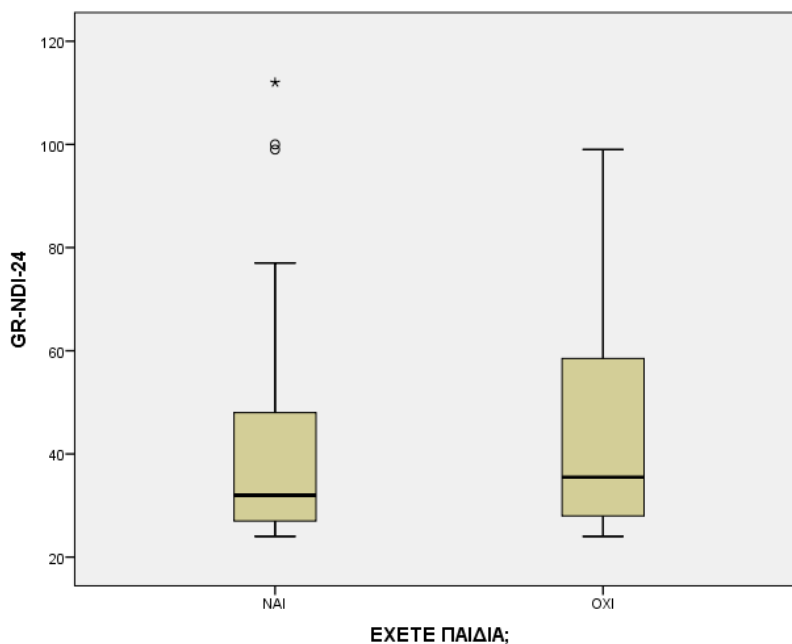
Στον πίνακα 21 που ακολουθεί φαίνεται ότι η μέση τιμή φροντίδας δε διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα παιδιά. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από τον πίνακα 22 και από το κριτήριο T- test για δύο ανεξάρτητα δείγματα όπου το p-value για τη σύγκριση ισούται με 0,196.

Πίνακας 21

Group Statistics						
	EXETE ΠΑΙΔΙΑ;	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
GR-NDI-24	NAI	61	39,44	19,264	2,467	
	OXI	36	45,00	21,932	3,655	

Πίνακας 22

Independent Samples Test									
t-test for Equality of Means									
		t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	Lower	Upper
GR-NDI-24	Equal variances assumed	-	95	,196	-5,557	4,264	-14,022		2,908



Γράφημα 9

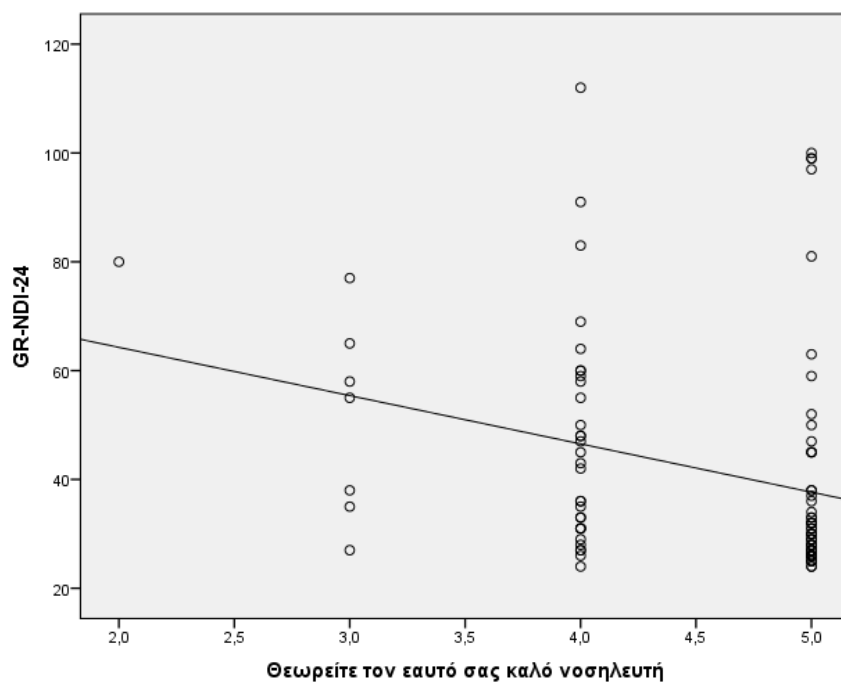
Σχέση GR NDI 24 - Προσωπικής αξιολόγησης

Στον πίνακα 23 που ακολουθεί φαίνεται ότι η τιμή φροντίδας συσχετίζεται με την προσωπική αξιολόγηση. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από το συντελεστή συσχέτισης Pearson όπου το p-value για τη συσχέτιση ισούται με 0,004. Η συσχέτιση στη φροντίδα ανάλογα με την προσωπική αξιολόγηση φαίνεται και από γράφημα 13 από όπου προκύπτει ότι όσο καλύτερη είναι η εικόνα που έχουν οι νοσηλευτές για τον εαυτό τους τόσο χαμηλότερα τείνει η φροντίδα που παρέχουν.

Πίνακας 23

Correlations		GR-NDI-24	Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή
GR-NDI-24	Pearson Correlation	1	-,290**
	Sig. (2-tailed)		,004
	N	97	97
Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή	Pearson Correlation	-,290**	1
	Sig. (2-tailed)	,004	
	N	97	97

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



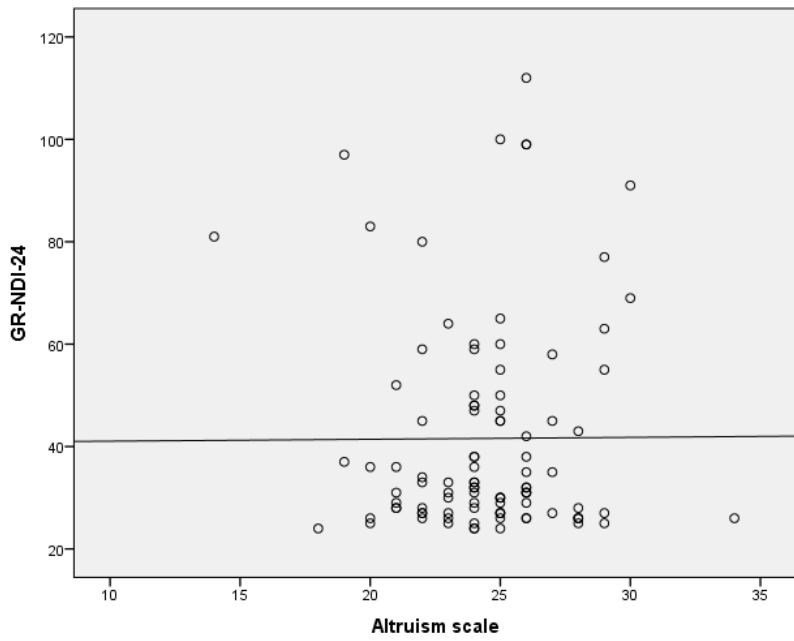
Γράφημα 10

Σχέση GR NDI 24 - Αλτρουισμού

Στον πίνακα 24 που ακολουθεί φαίνεται ότι η τιμή φροντίδας δε συσχετίζεται με τον αλτρουισμό. Αυτό αποδεικνύεται στατιστικά από το συντελεστή συσχέτισης Pearson όπου το p-value για τη συσχέτιση ισούται με 0,959. Η μη συσχέτιση στη φροντίδα ανάλογα με τον αλτρουισμό φαίνεται και από γράφημα 14.

Πίνακας 24

Correlations			
		GR-NDI-24	Altruism scale
GR-NDI-24	Pearson Correlation	1	,005
	Sig. (2-tailed)		,959
	N	100	98
Altruism scale	Pearson Correlation	,005	1
	Sig. (2-tailed)	,959	
	N	98	98



Γράφημα 11

3.4 Συζήτηση

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου οι ερωτήσεις είχαν ως στόχο μια αρχική εικόνα των ερωτηθέντων. Σε μεγαλύτερο ποσοστό είναι οι γυναίκες ίσως γιατί το γυναικείο φύλο είναι πιο ευαισθητοποιημένο και διαλέγει πιο εύκολα επαγγέλματα φροντίδας. Ο Milligan όπως αναφέραμε και πιο πάνω, παρουσίασε ένα μοντέλο στο οποίο ο άνδρας μπορεί να προσφέρει φροντίδα και να τονίσει την ανεξαρτητοποίηση του ασθενή μέσω επαγγελματικής εμπειρίας όπου θα αναπτύξει αυτά τα «θηλυκά» χαρακτηριστικά (Milligan, 2001). Σύμφωνα με τον Chambers το φύλο αποτελεί ακόμη τυφλό σημείο στην αρένα της ψυχικής υγείας, αλλά τελειώς αυθόρμητα και τα κέντρα φροντίδας θα πρέπει να σχηματίζουν ένα μοντέλο το οποίο θα προσομοιάζει περισσότερο στην μοντέρνα κοινωνία. Να μην υπάρχουν στερεότυπα μεταξύ των φύλων και να υπάρχει κατανόηση των αδυναμιών των δυο φύλων (Chambers, 2010).

Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι είναι πολύ σημαντικό να καθοδηγήσουν τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο κτλ) και να τον βοηθούν σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής. Αυτό σχετίζεται άμεσα με την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς δείχνει μια θετικότητα των επαγγελματιών στους τομείς της ψυχικής υγείας προς την βοήθεια στα άτομα με ψυχικό νόσημα ώστε να ανεξαρτητοποιηθούν και να μην είναι απαραίτητη η νοσηλεία τους στα κέντρα ψυχικής υγείας.

Από το σύνολο των στατιστικών ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν φαίνεται ότι η παρεχόμενη φροντίδα όπως μετράται από την κλίμακα GR NDI 24 δε διαφοροποιείται σημαντικά παρά μόνο για τους χήρους/χήρες όπου καταγράφονται σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τους έγγαμους, όχι όμως και από τους άγαμους, ενώ για τους διαζευγμένους η παρατηρούμενη διαφορά δε μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα λόγω των σχετικά λίγων καταγραφών. Παρά την εμφανή διαφορά των χήρων και με τους διαζευγμένους η διαφορά δεν αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική ($p=0,069$) αλλά αυτό οφείλεται πιθανότατα στις λίγες καταχωρήσεις της συγκεκριμένης ομάδας. Επίσης δεν συσχετίστηκε η ηλικία με την φροντίδα ενώ σε μια πρόσφατη έρευνα του 2013 από το Οργανισμό Υγείας στο Σαν Ντιέγκο απευθυνόμενη στους καταγεγραμμένους νοσηλευτές έδειξε ότι οι νεότεροι σε ηλικία νοσηλευτές είναι πιο θετικοί ως προς την ποιότητα της και ενδιαφέρονται να προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια στους ευπαθείς πληθυσμούς της σημερινής εποχής ενώ είναι πιο θετική ως προς τη βελτίωση των συνθηκών της υγείας. Συγκεκριμένα μόνο το 37% των 19-39 χρονών νοσηλευτών συμφώνησαν με την πρόταση «Η φροντίδα στη νοσηλευτική έχει μειωθεί» σε αντίθεση με το 66% των νοσηλευτών από ηλικία 55 ετών και πάνω.

Στην ίδια έρευνα οι νοσηλευτές φαίνονται πολύ ευχαριστημένοι με την επιλογή του επαγγέλματός τους (ποσοστό που φτάνει το 90%) ανεξαρτήτως επιπέδου εκπαίδευσης κάτι που έρχεται σε συμφωνία με τη δική μας έρευνα όπου δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της φροντίδας με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Επιπλέον σημαντική είναι η συσχέτιση της παρεχόμενης φροντίδας με την προσωπική αξιολόγηση όπου φαίνεται ότι μεταβάλλονται αντιστρόφως ανάλογα. Όπως διαπιστώθηκε και στην έρευνα του Hollup το 2012 όταν ένας νοσηλευτής προσηλώνεται στην προσωπική του ανέλιξη απομακρύνεται από το βασικό στόχο της νοσηλείας, την φροντίδα στους κοινωνικά ευπαθείς ανθρώπους.

Συνήθως όλες οι έρευνες με ερωτηματολόγια έχουν το μειονέκτημα ότι οι περισσότεροι άνθρωποι απαντάνε όπως «θα έπρεπε» να απαντήσουν και όχι όπως πραγματικά αισθάνονται. Αυτό μπορεί να ξεπεραστεί μέσω έρευνες συμπεριφοράς και περιβάλλοντος. Κρίνεται απαραίτητη η μελέτη περισσότερων ατόμων για τη διεξαγωγή ασφαλέστερων αποτελεσμάτων.

4. Βιβλιογραφία

- Altun I. Burnout and nurses' personal and professional values. *Nurs Ethics* (2002) 9: 269–278
- American Nurses Association (ANA) Code of ethics for nurses with interpretive statements. Silver Spring (2001)
- Amering M., Schmolke M. World Psychiatric Association Series. Chichester, UK: John Wiley & Sons; (2009) Recovery in mental health: *Reshaping scientific and clinical responsibilities*
- Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ., Ικανοποίηση Ασθενών από τη Φροντίδα Υγείας, Περιεγχειρητική νοσηλευτική (2014) Τόμος 1, Τεύχος 1 62-68
- Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley (1994).
- Buberg D. Care, Gender and Justice. Oxford, UK: Clarendon Press, (1995)
- Bussell, H., and Forbes, D. Understanding the volunteer market: The what, where, who and why of volunteering. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing* (2002) 7(3):244–257.
- Carter M., Vocation and altruism in nursing: The habits of practice *Nursing Ethics* (2014), Vol. 21(6) 695–706
- Chambers M, Guise V, Välimäki M, Botelho MA, Scott A, Staniulienė V, Zanotti R., Nurses' attitudes to mental illness: a comparison of a sample of nurses from five European countries *Int J Nurs Stud.* 2010 Mar; 47(3):350-62
- Dean, R. K., & Pollard, R. Q. The demand control schema: Interpreting as a practice profession. North Charleston, SC: Create- Space Independent Publishing Platform (2013)
- Doherty, W. J., McDaniel, S. H., & Baird, M. A. (1996). Five levels of primary care/behavioral health collaboration. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 5, 25–27
- Dysvik E., Sommerseth R., A man could never do what women can do: Mental health care and the significance of gender *Patient Preference and Adherence* (2010) 4 77–86
- Eley D., Eley R., Bertello M., Rogers-Clark C., Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing *Journal of Advanced Nursing* (2012) 68(7), 1546–1555

- Eriksson YU. Yrke, Status and Genus: En Sociologisk Studie om Yrken på en Segregerad Arbetsmarknad. Göteborg Studies in Sociology. Department of Sociology, Göteborg, Sweden: Göteborg University (2006)
- Fegg M., L'hoste S., Brandstatter m., Domenico B.G., Does the Working Environment Influence Health Care Professionals' Values, Meaning in Life and Religiousness? Palliative Care Units Compared With Maternity Wards J Pain Symptom Manage (2014)
- Fisher J.A, Kalbaugh A.C., Altruism in clinical research: Coordinators' orientation to their professional roles Nurs Outlook 60 (2012) 143-48
- Gastmans, C. The care perspective in healthcare ethics. In A.J. Davis, V. Tschudin, & L. de Raeye (Eds.), Essentials of teaching and learning in nursing ethics (2006) 135-148 London, England:Livingstone
- Gormley K.J, Altruism: a framework for caring and providing care. J. Nurs. Stud. (1996) Vol. 33, No 6, 581-588
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. Municipal night nurses' experience of the meaning of caring. Nursing Ethics, (2009) 16(5), 599_612.
- Hollup O., Nurses in Mauritius motivated by extrinsic rewards: A qualitative study of factors determining recruitment and career choices International Journal of Nursing Studies 49 (2012) 1291–1298
- Jensen, K. P., Back-Petterson, S. R. and Segesten, K. M. (1993). The caring moment and the green-thumb phenomenon among Swedish nurses, Nurs. Sci. Q. 6(2), (1993) 988104
- Kotrotsiou E., Gouva M., Kotrotsiou S, Malliarou M., Paralikas T., Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35), Global Journal of Health Science (2014), Vol. 6, No. 5
- Κούλιου Φ., Δραγκιώτη Ε., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ. Διερεύνηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των εθελοντών στην παροχή πρωτοβάθμιων νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ανθρωπιστικές μη κυβερνητικές οργανώσεις Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2012) Τόμος 4, Τεύχος 1, 34-42
- Lachman V.D., Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice MEDSURG NURSING March-April (2012) Vol. 21/No. 2
- Leininger, M. M. (1991). Culture care Diversity and Universality: A Theory of Nursing. National League of Nursing Press, New York. P 35
- Martinsson G., Wiklund-Gustin L., Lindholm C., Fagerberg I., Being altruistically egoistic Nursing aides' experiences of caring for older persons with mental disorders Int J Qualitative Stud Health Well-being (2011), 6: 7530

- Martinsson, G., Wiklund-Gustin, L., Fagerberg, I. & Lindholm, C. (2011). Mental disorders affect older persons in Sweden_a register-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 277_283
- Mein G., Seale C., Rice H., Johal S., Ashcroft R.E, Ellison G., Tinker a, Altruism and participation in longitudinal health research? Insights from the Whitehall II Study, *Social Science & Medicine* 75 (2012) 2345-2352
- Milligan F. The concept of care in male nurse work: an ontological hermeneutic study in acute hospitals. *J Adv Nurs.* (2001) 35:1:7–16.
- Neff, K. D. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, (2003) 2, 223–250
- Nielsen SB. Modernisering og feminisering i velferdsstaten- omsorg, professionalisering og kynsmagt under forandring. In: Borchorst A, ed. *Kynsmagt Under Forandring*. Copenhagen, Denmark: Hans Reitzels Forlag (2002)168–186.
- Παπασταύρου Ε., Ευσταθίου Γ., Νικηταρά Μ., Τσαγκάρη Χ., Μερκούρης Α., Κάρλου Χ., Palese A., Tomietto M., Balogh Z., Suhonen R., Leino-Kilpi H., Jarošova D., Πατηράκη Ε., Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2010), 49(4): 406–417 από μια Πίλοτική Ερευνητική Εργασία
- Pollard R., William Jr., Jennifer B.K., Jeanette C.A., Waxmonsky Steven, Barnett Frank, V. deGruy III, Pickler L. Yvonne Kellar-Guenther Integrating Primary Care and Behavioral Health With Four Special Populations *American Psychological Association* (2014) Vol. 69, No. 4, 377–387
- Raab K., Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature, *Journal of Health Care Chaplaincy* (2014), 20:3, 95-108
- Ravari A., Bazargan-Hejazi S., Ebadi A., Mirzaei T., Oshvandi K., Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses *Nurs Ethics* (2012) 20: 448
- Rognstad, M.-K., Nursing students' motivation and socialization. PhD Thesis. University of Oslo, Oslo (2006)
- Shapiro, S. L., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Self-care for health care professionals: Effects of MBSR on mental well-being of counseling psychology students. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–11
- Szalavitz, M., & Perry, B. D. (2010). *Born for love: Why empathy is essential – and endangered*. New York, NY: William Morrow.
- Sterns, B., and Wymer, W Demographics, personality traits, roles, motivations, and attrition rates of hospice volunteers. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing* (2001) 7(2):61–76

- Todaro-Franscechi, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing: Enhancing professional quality of life*. New York, NY: Springer Publication
- Voutsakis (2004). *Volunteers and the State*. In Sotiropoulos D. (2004). *Unknown Citizens Welfare State*. Potamos: Athens
- Vance T., RN *Caring and the Professional Practice of Nursing*
<http://rnjournal.com/journal-of-nursing/caring-and-the-professional-practice-of-nursing> (2014)
- Watson, J. (1996). *Watson's theory of transpersonal caring*. In P.H. Walker & B. Nueman (Eds.), *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice, and administration*. 141-184. NY: NLN Press



Παράρτημα 1

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 τη 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: / / 2014

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 _____

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 μαιευτικού σας έργου:

		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 καθησυχάζεις 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 προσεγμένα 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	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
24.	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

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

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

Altruism subsca

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ