



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές που εργάζονται στα ιδιωτικά
θεραπευτήρια τη νοσηλευτική φροντίδα και η σχέση τους με την
αυτοσυμπόνοια και τη συγχωρητικότητα**

Όλγα Κουτσογιάννη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας)-
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Ηπείρου)-
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λαχανά Ελένη, Επίκουρος Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας)-
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2020



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



**HOW NURSES WHO WORK IN PRIVATE CLINICS PERCEIVE NURSING CARE
AND THEIR RELATIONSHIP WITH SELF-COMPASSION AND FORGIVENESS**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
1.Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη.....	8
2.Αντιλήψεις νοσηλευτών για τη νοσηλευτική φροντίδα	11
3.Νοσηλευτές και αυτοσυμπόνοια	17
4.Νοσηλευτές και συγχωρητικότητα.....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	30
1.Σκοπός.....	30
2.Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος	30
3.Αποτελέσματα	32
4.Συζήτηση.....	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	68
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	74

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι νοσηλευτές παίζουν κρίσιμο ρόλο ως υποστηρικτές των ασθενών, ρυθμίζοντας την ποιοτική φροντίδα και βελτιώνοντας τις αξίες της υγειονομικής περίθαλψης. Συνήθως βλέπουν τη φροντίδα με βάση τις δικιές τους ψυχοσωματικές και επαγγελματικές διαστάσεις. Παράλληλα, η αυτοσυμπόνια μειώνει το άγχος των νοσηλευτών. Επίσης, πολλοί νοσηλευτές συμμετέχουν στην πνευματική και συγχωρητική επικοινωνία με τον ασθενή. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, σχετικά με το πως αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και η σχέση τους με την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι η ποσοτική έρευνα. Χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και τις εξής κλίμακες: GR-NDI 24, Self-Compassion Scale, Heartland Forgiveness Scale. Το δείγμα της έρευνας είναι 100 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το λογισμικό IBM SPSS, και πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, independent t-tests, αναλύσεις Anova, συσχετίσεις Pearson, και τέλος, ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των κλιμάκων με το δείκτη Cronbach alpha. Με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια έχουν πολύ καλή αντίληψη της νοσηλευτικής φροντίδας, και δίνουν μεγάλη σημασία στις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και στο κλινικό έργο. Επίσης, έχουν μέτρια αυτοσυμπόνια. Ωστόσο, έχουν μεγάλη συγχώρεση του εαυτού, συγχώρεση των άλλων, συγχώρεση των καταστάσεων, αλλά και γενικά έχουν υψηλή βαθμολογία για τη συνολική συγχωρητικότητά τους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν σχετίζονται με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα. Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνιας και της συγχωρητικότητας. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι $\alpha = 0.704$. Συμπερασματικά, η νοσηλευτική φροντίδα, η αυτοσυμπόνια και η συγχωρητικότητα αποτελούν σημαντικές έννοιες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και είναι ιδιαίτερα χρήσιμες τόσο για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και για την ψυχολογική ευημερία των ίδιων των νοσηλευτών.

Λέξεις κλειδιά: Αυτοσυμπόνια, Ιδιωτικά θεραπευτήρια, Νοσηλευτές, Νοσηλευτική φροντίδα, Συγχωρητικότητα

ABSTRACT

Nurses play a crucial role as supporters of patients, regulating quality care and improving health care values. They usually see care based on their own psychosomatic and professional dimensions. At the same time, self-compassion reduces the stress of nurses. Also, many nurses engage in spiritual and forgiving communication with the patient. The purpose of this study is to investigate the views of nurses working in private hospitals on how they perceive nursing care, as well as their relationship to self-compassion and forgiveness. The methodology followed is quantitative research. The questionnaire was used as a research tool, which included questions about the socio-demographic characteristics, as well as the following scales: GR-NDI 24, Self-Compassion Scale, Heartland Forgiveness Scale. The research sample is 100 nurses working in private clinics. The statistical analysis of the data was done with the IBM SPSS software, and descriptive statistics, independent t-tests, Anova analyzes, Pearson correlations were performed, and finally, the reliability of the scales with the Cronbach alpha index was checked. Based on the research conducted, it was found that nurses working in private hospitals have a very good perception of nursing care, and attach great importance to the needs of the patient, but also to the clinical work. They also have moderate self-compassion. However, they have great self-forgiveness, forgiveness of others, forgiveness of situations, but also generally have a high score for their overall forgiveness. It was also found that the socio-demographic characteristics of the participants were not related to the participants' views on nursing care, self-compassion and forgiveness. It was also found that there is no correlation between nursing care, self-compassion and forgiveness. Finally, it was found that $\alpha = 0.704$. In conclusion, nursing care, self-compassion and forgiveness are important concepts in the field of health care and are particularly useful both for the provision of quality nursing care and for the psychological well-being of the nurses themselves.

Key words: Self-compassion, Private clinics, Nurses, Nursing care, Forgiveness

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα συγκαταλέγεται στις σημαντικότερες συνιστώσες στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο ενεργώντας ως υποστηρικτές των ασθενών, ρυθμίζοντας την ποιοτική φροντίδα και βελτιώνοντας τις αξίες της υγειονομικής περίθαλψης (Papastavrou, Charalambous & Efstathiou, 2011).

Η φροντίδα αντιπροσωπεύει μια βασική ανθρώπινη ανάγκη. Τις τελευταίες δεκαετίες, η έννοια της φροντίδας υπήρξε βασικό στοιχείο των ερευνητικών μελετών και των άρθρων για τη νοσηλευτική (Baljani, Azimi & Hosseinloo, 2012). Συγγραφείς και θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η φροντίδα αυτή καθαυτή είναι η ουσία της νοσηλείας. Ο Corbin (2008) υποστηρίζει ότι η επούλωση από μια ασθένεια είναι κάτι περισσότερο από μια σωστή ιατρική φροντίδα. Οι νοσηλευτές βλέπουν τη φροντίδα κάτω από το πρίσμα των ψυχοσωματικών και επαγγελματικών / τεχνικών τους διαστάσεων, καθώς και πτυχές που δεν έχουν εξερευνηθεί ακόμη.

Παράλληλα, οι νοσηλευτές τείνουν να συνδέονται στενά με την αυτοσυμπόνια στην υγειονομική περίθαλψη (Bivins, et al., 2017). Αφιερώνουν μεγάλο χρονικό διάστημα με τους ασθενείς και συμμετέχουν σε βασικές και πολύπλοκες (μερικές φορές οικείες) διαδικασίες φροντίδας. Στην πράξη, αντιμετωπίζουν πολλαπλούς παράγοντες πίεσης ταυτόχρονα, σε ολοένα και πιο πολύπλοκα περιβάλλοντα (Duarte, Pinto-Gouveia & Cruz, 2016). Η αυτοσυμπόνια στην υγειονομική περίθαλψη αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων τα τελευταία χρόνια σε διεθνή κλίμακα (Sinclair et al., 2017). Η αυξανόμενη συμπόνια για τον εαυτό και τους άλλους πιστεύεται ότι μειώνει το άγχος, βελτιώνει το προσωπικό (Lamothe et al., 2014), διατηρώντας παράλληλα οργανωτική δέσμευση (Lilius et al., 2008). Επίσης, η βιβλιογραφία προτείνει μια σύνδεση μεταξύ αυτοφροντίδας, αυτοσυμπόνιας και ανακουφιστικής φροντίδας (Dewar et al., 2014; Gustin & Wagner, 2013; Mills, et al., 2014).

Επιπλέον, οι ασθενείς ή τα μέλη της οικογένειας που αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες συχνά εκφράζουν τη λύπη τους για τα γεγονότα της ζωής ή την ανάγκη για συγχώρεση (Recine & Paldon, 2019). Οι επαγγελματίες, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, γίνονται μάρτυρες αυτών των εκφράσεων λύπης ή αναγκών για συγχώρεση, αλλά μπορεί να μην είναι επαρκώς προετοιμασμένοι για την καλύτερη αντιμετώπιση των ανησυχιών των ασθενών σχετικά με τη συγχώρεση (Ferrell, et al., 2014). Στην πρόσφατη έρευνα του Wittenberg και των συνεργατών του (2016), διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών ανέφερε ότι συμμετείχαν στην πνευματική και την συγχωρητική επικοινωνία με τον ασθενή. Η πιο δύσκολη επικοινωνία περιελάμβανε την ομιλία με την οικογένεια

μετά το θάνατο και τη διευκόλυνση της συγχώρεσης μεταξύ ασθενών και οικογενειών. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν τη σημασία της πνευματικής επικοινωνίας στην κλινική πρακτική και την ανάγκη για κατάρτιση κλινικού για την επικοινωνία σχετικά με την πνευματικότητα και τη συγχώρεση με τους ασθενείς και τις οικογένειες. Πολλοί νοσηλευτές περιέγραψαν περιστατικά «ειρηνικών θανάτων» μετά από πράξεις συγχώρεσης και συμφιλίωσης ως «θαυματουργικά» (Wittenberg, et al., 2016).

Ωστόσο, ελάχιστες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα, ενώ καμία προγενέστερη μελέτη δεν έχει εστιάσει στην περίπτωση των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Επομένως, κρίνεται σημαντικό να διερευνηθεί αυτό το θέμα.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας αυτής είναι να διερευνηθεί πως αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, καθώς και η σχέση τους με την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα.

Όσον αφορά τη δομή της εργασίας, διαρθρώνεται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Στο γενικό μέρος γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος, και στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε καθώς και τα ερευνητικά αποτελέσματα που προέκυψαν.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη

Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ένα νέο φαινόμενο. Αντίθετα, το δημόσιο και κυβερνητικό ενδιαφέρον για την υγειονομική περίθαλψη φαίνεται να έχει φθάσει στο προσκήνιο μόνο σχετικά πρόσφατα. Αυτό συμβαίνει βεβαίως όσον αφορά τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Η συμμετοχή των ιδιωτικών παραγόντων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης - οι άμεσοι πάροχοι υπηρεσιών (π.χ. γιατροί, φαρμακεία και νοσοκομεία) ή ως πάροχοι ή κατασκευαστές υλικών και τεχνολογιών που χρησιμοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών υγείας έχουν μακρά ιστορία (Κυριόπουλος, 2017).

Δεν υπάρχει συγκεκριμένος νομικός ορισμός της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα και φαίνεται ότι οι σχετικές έννοιες, όπως οι εταιρικές σχέσεις δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και οι ιδιωτικοποιήσεις, χρησιμοποιούνται με ασυνεπή τρόπο. Επομένως, είναι κάπως δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη. Δεδομένου ότι δεν πρόκειται για μια παθητική έννοια αλλά για μια πραγματική κατάσταση, φαίνεται πιο λογικό να περιγραφεί η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη. Η συμμετοχή αυτή συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και καλύπτει έτσι ένα πολύπλοκο φάσμα δραστηριοτήτων που εκτελούνται από διάφορους τύπους μη κρατικών φορέων στον τομέα της υγείας. Αυτοί οι φορείς περιλαμβάνουν (πολυ) εθνικές εταιρείες, μη κυβερνητικές οργανώσεις, ιδιωτικά ιδρύματα και ιδιώτες, όπως οι γενικοί ιατροί και οι σύμβουλοι. Οι ρόλοι και οι δραστηριότητές τους μπορεί να περιλαμβάνουν την άμεση παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τη διαχείριση των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης, την κατασκευή προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. φάρμακα) και τη χρηματοδότηση προϊόντων και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Αυτοί οι ρόλοι και οι δραστηριότητες μπορούν επίσης να πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο ενός συστήματος δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό συμβαίνει στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι ιδιωτικοί φορείς διαδραματίζουν ρόλο στα νοσοκομεία για άτομα με αναπηρίες στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Torchia, Calabrò & Morner, 2015).

Αποτελεί συνεχή συζήτηση ποιος θα πρέπει να είναι ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας. Θεωρητικά, υπό τις ανταγωνιστικές δυνάμεις και τις σωστές προϋποθέσεις, τα ιδιωτικά νοσοκομεία μπορεί να ξεπεράσουν τους δημόσιους πάροχους. Ωστόσο, οι εμπειρικές αποδείξεις, που κατά κύριο λόγο προέρχονται από τις Ηνωμένες Πολιτείες, δεν επιβεβαιώνουν αυτή την υπόθεση. Ο Herrera και οι συνεργάτες του (2014) παρέχουν μία επισκόπηση των ανασκοπήσεων που εστιάζουν στην ποιότητα των κερδοσκοπικών (FP), μη κερδοσκοπικών (NFP) και των δημόσιων παροχών.

Μεταξύ άλλων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι πάροχοι FP έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Οι αμερικανικές μελέτες καταδεικνύουν ότι τα νοσοκομεία με NFP μοιάζουν να μιμούνται τα νοσοκομεία των FP σε πιο ανταγωνιστικές αγορές, γεγονός που θα μπορούσε να διαστρέψει τις διαφορές μεταξύ των δύο τύπων ιδιοκτησίας (Kruse, et al., 2018).

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές αγορές υγείας είναι λιγότερο ανταγωνιστικές από τις Ηνωμένες Πολιτείες, οι οποίες ενδέχεται να παρέχουν διαφορετικά κίνητρα στους ιδιωτικούς πάροχους. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ένα υψηλό ποσό δημόσιας πρότασης ώθησε τις συζητήσεις για πιθανές αναποτελεσματικότητες και ένα κίνημα προς την ιδιωτικοποίηση μπορούσε να παρατηρηθεί σε ολόκληρη την Ευρώπη. Σήμερα, σχεδόν όλα τα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) συμβάλλουν τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς φορείς. Ωστόσο, οι χώρες της ΕΕ διαφέρουν όσον αφορά την κλίμακα και την εμβέλεια των ιδιωτικών νοσοκομείων. Στα περισσότερα συστήματα, τα ιδιωτικά νοσοκομεία μπορεί να είναι ισοδύναμα με τα δημόσια νοσοκομεία και έχουν παρόμοιες υπηρεσίες. Ωστόσο, ο ιδιωτικός τομέας παραπέμπει παράλληλα στον δημόσιο τομέα ως εναλλακτική διάταξη. Ο ιδιωτικός τομέας πληρώνεται τότε μέσω ενός παράλληλου ιδιωτικού συστήματος χρηματοδότησης. Τέτοιες συστηματικές διαφορές μπορεί να επηρεάσουν τη σύνθεση και την απόδοση των ιδιωτικών νοσοκομείων. Επιπλέον, οι χώρες διαφέρουν ως προς την έκταση της ιδιωτικοποίησης. Σε ορισμένες χώρες, όπως οι σκανδιναβικές χώρες, η ιδιοκτησία νοσοκομείων είναι κατά κύριο λόγο δημόσια, ενώ σε άλλες χώρες, όπως οι Κάτω Χώρες, η κρατική ιδιοκτησία είναι ανύπαρκτη (Kruse, et al., 2018).

Σύμφωνα με την πρόσφατη έρευνα του Kruse και των συνεργατών του (2018), τα ελληνικά ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν χαμηλότερα ποσοστά νοσηλευτικού προσωπικού σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι στην Ελλάδα, οι ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση υγείας και οι κάτοικοι της υπαίθρου έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρησιμοποιούν υπηρεσίες ιδιωτικής φροντίδας. Υπό παρόμοιες συνθήκες, τα ιδιωτικά νοσοκομεία γενικά χρεώνουν περισσότερο για τους ασθενείς που γίνονται δεκτοί και υπάγονται στην ελληνική νομοθεσία με το Κοινωνικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας. Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι ιδιώτες ασθενείς πληρώνουν εξωφρενικά ποσά σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία. Από την άλλη πλευρά, αξίζει να σημειωθεί, ότι οι πληρωμές "κάτω από το τραπέζι" (δηλαδή τα "φακελάκια") είναι σημαντικά χαμηλότερα στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Από την άλλη, ο Kondilis και οι συνεργάτες του (2011) διαπιστώνουν ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα φαίνεται να έχουν λιγότερα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία. Μία από τις πιθανές εξηγήσεις που έδωσαν οι συγγραφείς είναι ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία θα μπορούσαν να μεγιστοποιήσουν τα κέρδη και επομένως να ελαχιστοποιήσουν τις δαπάνες για το

νοσηλευτικό προσωπικό. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία χρησιμοποιούν το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεσματικότερα από τις δημόσιες εγκαταστάσεις.

Παράλληλα, ο Schizas και οι συνεργάτες του (2019), στην πρόσφατη έρευνά τους, μελέτησαν την αξιολόγηση της επίδρασης της ελληνικής οικονομικής κρίσης στο προφίλ και τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών που αναζητούν χειρουργικές υπηρεσίες σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα σχετικά με την εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις ιατρικές συνθήκες. Οι ασθενείς του ιδιωτικού τομέα είναι νεότεροι, έχουν υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση και δεν έχουν επείγοντα ιατρικά περιστατικά. Οι προσδοκίες των ασθενών πριν από τη θεραπεία είναι χαμηλότερες για τον δημόσιο τομέα όσον αφορά μια ποικιλία δεικτών, αλλά η ικανοποίηση των ασθενών είναι παρόμοια. Ακόμη και στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, οι Έλληνες ασθενείς φαίνεται να ικανοποιούνται από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η τρέχουσα βιβλιογραφία αποκαλύπτει μια σημαντική στροφή των ασθενών από ιδιωτικές σε δημόσιες μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, όπως δείχνει η αύξηση κατά 24% του αριθμού εισόδων σε δημόσια νοσοκομεία το 2009-2010 και η σύγχρονη μείωση των εισαγωγών σε ιδιωτικά νοσοκομεία κατά 25-30%. Η τάση αυτή συνεχίζεται καθώς τα ποσοστά εισδοχής των δημόσιων νοσοκομείων αυξήθηκαν το 2011 κατά 8% (Tynkkynen & Vrangbæk, 2018). Παρόλα αυτά, μέσα από διάφορες έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία ξεπερνούν τα δημόσια νοσοκομεία όσον αφορά την αποτελεσματικότητα (Czyrionka, et al., 2014; Herr, et al., 2011). Επίσης, οι Chien και Yick (2016) διερεύνησαν την ικανοποίηση από την εργασία των νοσηλευτών, το άγχος της εργασίας και την πρόθεση παραίτησης σε νοσηλευτές σε ιδιωτικά νοσοκομεία και τους συσχετισμούς της ικανοποίησης από την εργασία των νοσηλευτών. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι μέτρια αγχωμένοι και ικανοποιημένοι από το εργασιακό τους περιβάλλον. Μερικά κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτών των νοσηλευτών, όπως η ηλικία και τα έτη κλινικών εμπειριών, συνδέονταν με το επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία ή και άγχους.

Η συγκριτική αξιολόγηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια κοινή ερευνητική πρακτική, ιδίως σε χώρες όπως οι ΗΠΑ όπου ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μελέτες από τις ΗΠΑ έχουν επιδιώξει να συγκρίνουν την απόδοση των μη κερδοσκοπικών (δημόσιων) και κερδοσκοπικών (ιδιωτικών) πάροχων υγειονομικής περίθαλψης. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η απόδοση των ιδιωτικών παρόχων ήταν καλύτερη από

την άποψη του ποσοστού θνησιμότητας, των αποτελεσμάτων της υγείας, του κόστους και της ανακουφιστικής φροντίδας (de Wolf & Toebes, 2016).

Στην Ευρώπη, τα στοιχεία σχετικά με τη συγκριτική απόδοση των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένα και ασαφή. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα στοιχεία δείχνουν ότι τα νοσοκομεία ανεξάρτητου τομέα παρέχουν κακή ποιότητα. Στη Γερμανία, τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Πρόσφατα στοιχεία από νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ιταλία και τη Σουηδία δείχνουν ότι οι ιδιωτικοί φορείς παροχής φροντίδας ηλικιωμένων είναι πιο αποτελεσματικοί (Tynkkynen & Vrangbæk, 2018).

Παρά το γεγονός ότι ο ιδιωτικός τομέας είναι σημαντικός πάροχος νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα, λίγα είναι γνωστά για τις επιδόσεις του τομέα αυτού σε σχέση με τις επιδόσεις των δημόσιων νοσοκομείων. Ο ρυθμός για παράδειγμα των καισαρικών τομών είναι κατά 15-27% υψηλότερος στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η ανταπόκριση του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι καλύτερη από εκείνη του δημόσιου τομέα όσον αφορά τον χρόνο αναμονής, τους καταλόγους αναμονής και τη στέγαση των ασθενών. Ακόμη, έχει διαπιστωθεί ότι οι υπηρεσίες αιμοκάθαρσης των ιδιωτικών νοσοκομείων είναι πολύ καλύτερες από εκείνες των δημόσιων (Κυριόπουλος, 2017).

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης του Kondilis και των συνεργατών του (2011), υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις επιδόσεις μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψης που λειτουργούν στο πλαίσιο του μικτού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν μικρότερη χωρητικότητα σε κρεβάτια, χαμηλότερα ποσοστά πληρότητας και χαμηλότερα νοσηλευτικά προσόντα (συνολικά και υψηλής ειδίκευσης) σε σύγκριση με τα δημόσια νοσοκομεία και συνδέονται με υψηλότερη μη σταθμισμένη διάρκεια παραμονής και υψηλότερες πληρωμές. Ωστόσο, στα ιδιωτικά νοσοκομεία το ποσοστό θνησιμότητας είναι σημαντικά μικρότερο, και η ικανοποίηση των ασθενών είναι μεγαλύτερη.

2. Αντιλήψεις νοσηλευτών για τη νοσηλευτική φροντίδα

Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης ορίζεται ως η εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας κατά τρόπο που μεγιστοποιεί το όφελος της για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη αύξηση του κινδύνου ή ως η παροχή φροντίδας που υπερβαίνει τις προσδοκίες των ασθενών και επιτυγχάνει τα υψηλότερα δυνατά κλινικά αποτελέσματα με τους διαθέσιμους πόρους (Weldetsadik, et al., 2019).

Η νοσηλευτική φροντίδα συγκαταλέγεται στις σημαντικότερες συνιστώσες στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο ενεργώντας ως υποστηρικτής ασθενών, ρυθμίζοντας την ποιοτική φροντίδα και βελτιώνοντας τις αξίες της υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται από τους περιορισμούς των πόρων, τα νοσηλευτικά έγγραφα, το νοσηλευτικό σύστημα του νοσοκομείου, τη γνώση, τις δεξιότητες και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και την επικοινωνία με τους λοιπούς φροντιστές, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους (Thomas, Newcomb & Fusco, 2019).

Μια έρευνα των νοσηλευτών της Ιορδανίας σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης έδειξε ότι οι νοσηλευτές παρέχουν συνήθως υψηλή ποιότητα περίθαλψης και οι σημαντικότερες μεταβλητές ήταν ο επαρκής χρόνος για την ολοκλήρωση της ανάθεσης, η βοήθεια του νοσηλευτή στον ιατρό, ο χρόνος για την εκτέλεση εντολών και την έγκαιρη θεραπεία, και οι καλοί εξοπλισμοί. Αντίθετα, μια βραζιλιάνικη μελέτη έδειξε χαμηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά υψηλή ικανοποίηση των ασθενών (Weldetsadik, et al., 2019). Σύμφωνα πάλι με μια άλλη μελέτη, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ως ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών μέσω προσεγγμένων αλληλεπιδράσεων εντός των οποίων η ευθύνη, η σκοπιμότητα και η υπεράσπιση σχηματίζουν ένα ουσιαστικό, αναπόσπαστο θεμέλιο (Burhans & Alligood, 2010).

Παράλληλα, η μελέτη της φροντίδας των ανθρώπων ως βασικού χαρακτηριστικού της νοσηλευτικής πρακτικής έχει επεκταθεί σταδιακά από την έγκαιρη οριστική, φιλοσοφική και πολιτιστική πλευρά στην έννοια της φροντίδας. Επίσης, η ανθρώπινη φροντίδα είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο, αλλά οι εκφράσεις, οι διαδικασίες και τα πρότυπα ποικίλλουν μεταξύ των πολιτισμών. Αυτό σημαίνει ότι ο πολιτισμός και οι αξίες επηρεάζουν την κατανόηση της έννοιας της φροντίδας (Aljedaani, 2017).

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τη θεωρία του Watson, η φροντίδα μπορεί να αποδειχθεί αποτελεσματικά και να εφαρμοστεί μόνο διαπροσωπικά. Έτσι, η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς αποτελεί τη βάση για την πρακτική της νοσηλευτικής. Αυτή η πρακτική προσέγγιση της έννοιας απαιτεί να εξετάζονται τόσο οι ερμηνείες της φροντίδας του ασθενούς όσο και του νοσηλευτή. Για να είναι αποτελεσματική, η φροντίδα της νοσηλευτικής πρέπει να βασίζεται στην αμοιβαία συμφωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών ως συνιστώσα της νοσηλευτικής συμπεριφοράς. Οι νοσηλευτές δεν μπορούν να είναι σίγουροι ότι η συμπεριφορά τους είναι σύμφωνη με τις αντιλήψεις των ασθενών για τη φροντίδα τους (Welton & Harper, 2016). Επίσης, οι νοσηλευτές δεν μπορούν να υποθέσουν ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τις προσπάθειες φροντίδας όπως αυτές προορίζονται. Για να αποφευχθούν αυτά τα προβλήματα, είναι επιτακτική ανάγκη οι νοσηλευτές να επικυρώσουν με τους ασθενείς ότι ικανοποιούνται οι ανάγκες φροντίδας τους (Dahlke & Stahlke Wall, 2017).

Από αυτή την άποψη, πολλοί ερευνητές ισχυρίστηκαν ότι υπάρχουν δύο πτυχές της φροντίδας, των εκφραστικών συμπεριφορών και των οργανικών δραστηριοτήτων. Οι εκφραστικές πτυχές της φροντίδας περιλαμβάνουν την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον ασθενή μέσω προσφορών πιστότητας, εμπιστοσύνης, ελπίδας και συναισθηματικής ζεστασιάς. Οι οργανικές πτυχές της φροντίδας αναφέρονται σε σημαντικές δραστηριότητες, όπως η παροχή λουτρού και η παροχή ιατρικών πληροφοριών, που προάγουν τη σωματική άνεση και τη γνωστική αντιμετώπιση (Cheruiyot & Brysiewicz, 2019).

Οι εμπειρικές μελέτες σχετικά με τη φροντίδα που σχετίζονται με τη νοσηλευτική έχουν επικεντρωθεί στις αντιλήψεις του νοσηλευτή για το τι συνιστά φροντίδα για τον ασθενή, τις αντιλήψεις του ασθενούς για το τι είναι σημαντικό για να τους κάνει να νιώθουν φροντισμένοι και τις συγκρίσεις των αντιλήψεων του ασθενούς και των νοσηλευτών για το τι συνιστά σημαντική συμπεριφορά νοσηλευτικής φροντίδας. Πολλές από αυτές τις μελέτες έχουν επιδείξει γενικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών σχετικά με τη συμπεριφορά φροντίδας νοσηλευτών. Η ασυμφωνία όσον αφορά τη σημασία των διαφόρων συμπεριφορών φροντίδας μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών μπορεί να οδηγήσει σε μη ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και σε δυσαρέσκεια των ασθενών με τη φροντίδα που τους παρέχεται (Papastavrou, Charalambous & Efstathiou, 2011).

Οι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν τις εργατικές, τεχνικές δεξιότητες φροντίδας περισσότερο από ό,τι οι νοσηλευτές και αντιλαμβάνονται τις συμπεριφορές που αποδεικνύουν ότι είναι πιο σημαντικές για την άσκηση των δραστηριοτήτων νοσηλείας. Από την άλλη πλευρά, οι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τις ψυχολογικές δεξιότητες τους και την εκφραστική ή συναισθηματική συμπεριφορά φροντίδας ως πιο σημαντικές από τους ασθενείς, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές μπορεί να παρερμηνεύσουν την αναγκαιότητα της συναισθηματικής πτυχής της φροντίδας σε σύγκριση με τους ασθενείς (Cheruiyot & Brysiewicz, 2019).

Ταυτόχρονα, σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαπιστωθεί ότι η φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς δεν ικανοποιεί τις ανάγκες τους (Angel & Vatne, 2016; Holopainen, et al., 2017). Μελέτες ανέφεραν ότι οι ασθενείς επιθυμούν να παρηγορηθούν, να επιβεβαιωθούν, να γνωρίσουν και να γίνουν φίλοι των νοσηλευτών τους. Ωστόσο, οι νοσηλευτές είτε δεν επιθυμούν είτε είναι αμφίθυμοι με τις εμπειρίες και τις απόψεις των ασθενών. Μεταξύ των νοσηλευτών, υπάρχει μια γενική αίσθηση αμφιβολίας που εκφράζεται ιδιαίτερα από την άποψη της προσωπικής σχέσης αξίας που αποδίδουν στους ασθενείς, τους οποίους οι περισσότερες φορές θεωρούν ότι στερούνται νοήματος. Οι ερευνητές αποκάλυψαν περαιτέρω την εφησυχασμό των νοσηλευτών υποθέτοντας ότι αφιερώνουν επαρκή χρόνο στους ασθενείς σε μια μετατόπιση μιας ημέρας, και επομένως δεν

υπερβαίνουν, πράγμα που είναι αντίθετο με τις προσδοκίες και τα συναισθήματα των ασθενών (Holopainen, et al., 2017; Zolnierek, 2014). Αξίζει να σημειωθεί, ότι η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών έχει βρει τομείς που περιγράφουν ως κλειδιά για την ημερήσια διάταξη της νοσηλευτικής. Οι τομείς είναι: ηγεσία, επαγγελματική νοσηλευτική νοοτροπία, εργασιακό περιβάλλον, οικονομικό σύστημα παράδοσης και μοντέλα νοσηλείας, απαίτηση και διατήρηση. Οι τομείς αυτοί σχετίζονται με την ανάγκη γνώσης, επάρκειας και έρευνας της φροντίδας (Sepasi, et al., 2016).

Η Sapountzi-Krepia και οι συνεργάτες της (2007) διερεύνησαν την έννοια της νοσηλευτικής στην Ελλάδα μέσω της αντιλαμβανόμενης έννοιας της λέξης "νοσηλευτική" μεταξύ νοσηλευτών. Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες της έρευνας αυτής, η καθημερινή πρακτική της νοσηλείας εκδηλώνεται ως παροχή φροντίδας, προσφοράς υπηρεσιών υγείας, θεραπεία των ασθενών, αποκατάσταση ή αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Επιπλέον, ορισμένοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν την ψυχολογική στήριξη, την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την παροχή συμβουλών. Όσον αφορά τη φύση της νοσηλευτικής στον τομέα της νοσηλευτικής, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν δύο απόψεις. Μερικοί από τους συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική ως επάγγελμα και άλλοι ως λειτουργήμα, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η νοσηλευτική είναι και επάγγελμα και λειτουργήμα. Ορισμένοι από τους συμμετέχοντες εξέφρασαν την άποψη ότι η νοσηλευτική είναι κλάδος της ιατρικής ή ότι , αν και είναι ξεχωριστό επάγγελμα, λειτουργεί βοηθητικά στην ιατρική. Οι συμμετέχοντες εξέφρασαν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το αν η νοσηλευτική είναι επιστήμη ή όχι. Υπήρχαν διαφορετικές απόψεις για την επιστημονική φύση της νοσηλευτικής καθώς και για το βαθμό στον οποίο είναι επιστήμη, τέχνη ή συνδυασμός και των δύο. Σε σχέση με την κοινωνική αποδοχή της νοσηλευτικής, οι συμμετέχοντες επίσης είχαν διαφορετικές απαντήσεις. Ορισμένοι απαντούν θετικά, υποστηρίζοντας ότι υπάρχει κοινωνική αποδοχή, ενώ υπήρχαν επίσης πολλές αρνητικές απαντήσεις που εκφράζουν ότι αισθάνονται παρεξηγημένοι από το κοινό, και αυτοί πιστεύουν ότι το επάγγελμά τους είναι υποεκτιμημένο και δεν υπάρχει αποδοχή από την ευρύτερη κοινωνία.

Πίνακας 1. Αντιλήψεις Ελλήνων νοσηλευτών σχετικά με την έννοια της νοσηλευτικής και τη νοσηλευτική φροντίδα

(Ανατύπωση από: Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Sakelari E, Psychogiou M, Krepia V, Dimitriadou A. The concept “nursing” in Greece: A focus group approach. Health Science Journal 2007, 1(4): 1-10).

<p>Παραδείγματα απαντήσεων σχετικά με την "πρακτική της νοσηλείας"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «... η φροντίδα του ανθρώπου που σε χρειάζεται» • «... προσφορά θεραπείας και φροντίδας σε άρρωστα άτομα» • «... εστιάζει στην παροχή υπηρεσιών ...» • «... προσφέροντας υπηρεσίες σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμούς ... άρρωστα ή υγιή ...» • «... βοηθά τον ασθενή να ανακάμψει» • «... αποκατάσταση της υγείας των ασθενών ...» • «... ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή ...» • «... ψυχολογική στήριξη της οικογένειας ...» • «... όλα στην νοσηλευτική σχετίζονται με την πρόληψη ...» • «... παρέχει συμβουλές ... για καλύτερη υγεία ... κανόνες για την υγιεινή ... διατροφή, άσκηση ...»
<p>Παραδείγματα απαντήσεων σχετικά με την "νοσηλευτική ως επάγγελμα ή ως λειτουργήμα"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «... είναι ένα επάγγελμα ...», • «... είναι ένα επάγγελμα το οποίο ασχολείται κυρίως με τον άνθρωπο ...», • «... είναι ένα δύσκολο επάγγελμα, που απαιτεί καθημερινά όλο σου το είναι», • «... η νοσηλευτική λόγω της ανθρωπιστικής της φύσης θεωρείται ότι ανήκει στην κατηγορία εκείνων των επαγγελμάτων που χαρακτηρίζονται ως λειτουργήμα ...»
<p>Παραδείγματα απαντήσεων σχετικά με τη "νοσηλευτική ως κλάδο Ιατρικής"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «... είναι ένας κλάδος της ιατρικής που προσφέρει φροντίδα στους ασθενείς ...», • «... η νοσηλευτική είναι το δεξί χέρι του γιατρού ... βοηθά τον γιατρό ...»,
<p>Παραδείγματα απαντήσεων σχετικά με τη "νοσηλευτική ως επιστήμη ή ως τέχνη"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «... είναι η επιστήμη ... πρέπει να μελετήσετε για να αποκτήσετε τις απαραίτητες γνώσεις ...» • «... θα το χαρακτήριζα ως εφαρμοσμένη ανθρωπιστική επιστήμη ...» • «... Είναι τέχνη επειδή χρειάζεται τεχνικές ...»

	<ul style="list-style-type: none"> • «... είναι μια επιστήμη, αλλά σίγουρα και μια τέχνη ... η επικοινωνία, η υποστήριξη, η θεραπεία, η παροχή μπάνιου και γενικά η φροντίδα ενός ατόμου, ακόμη και η τοποθέτηση μιας βελόνας στο χέρι είναι μια τέχνη ...»
--	--

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί ότι οι Αυστραλοί νοσηλευτές αντιλαμβάνονται την νοσηλευτική φροντίδα υπό το πρίσμα του επαγγελματισμού, της ολιστικής φροντίδας, της πρακτικής και του ανθρωπισμού. Μάλιστα, ο ανθρωπισμός των νοσηλευτών έχει ως υποκείμενα τα εξής: αφοσίωση, δέσμευση, ενσυναίσθηση, συμπόνια, νοσηλευτικές σχέσεις, ενεργός ρόλος των ασθενών στην περίθαλψη, ομαδική εργασία και συνεργασία (Ryan, et al., 2017).

Επιπλέον, οι αντιλήψεις των Βρετανών νοσηλευτών για την ποιότητα της περίθαλψης εξετάστηκαν και συγκρίθηκαν με Αμερικανούς νοσηλευτές από τον McKenna και τους συνεργάτες του (2006) καθώς ανέπτυξαν ένα εργαλείο για τη μέτρηση των αντιλήψεων του νοσοκομειακού προσωπικού. Οι συμμετέχοντες χαρακτήρισαν τα ακόλουθα ως συστατικά στοιχεία της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών: την ικανότητα του προσωπικού, την επικοινωνία του προσωπικού, την επικοινωνία με τον ασθενή, τη φροντίδα, την κατανόηση των αναγκών των ασθενών, την αξιοπρέπεια και την ιδιωτικότητα των ασθενών, την αίσθηση της αξίας και την ακρόασή τους, καθώς και βασικά στοιχεία όπως η καθαριότητα και η ασφάλεια. Ενώ οι ερευνητές βρήκαν τα στοιχεία ποιοτικής φροντίδας παρόμοια με εκείνα των νοσηλευτών στις Ηνωμένες Πολιτείες, υπήρχαν διαφορές. Συγκεκριμένα, η καθαριότητα και η ασφάλεια του περιβάλλοντος, ο έλεγχος των λοιμώξεων, η κατάλληλη τεκμηρίωση, η αίσθηση υποστήριξης, οι επαρκείς πόροι και το προσωπικό ήταν σημαντικά στοιχεία της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αμερικανοί νοσηλευτές σημείωσαν, μεταξύ άλλων, ως σημαντικά για τη νοσηλευτική φροντίδα, τα μέλη της οικογένειας στην εκπαίδευση, την προσβασιμότητα του προσωπικού και την προσοχή του προσωπικού στην ανακούφιση από τη δυσφορία.

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί, ότι υπάρχει ένα βιβλιογραφικό κενό όσον αφορά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα, καθώς οι υπάρχουσες έρευνες – ελληνικές και ξενόγλωσσες – έχουν διερευνήσει κατά κύριο λόγο τις αντιλήψεις των νοσηλευτών γενικότερα, τις αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αλλά και των σπουδαστών νοσηλευτικής. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι οι αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές, αναφορικά με το ηθικό κλίμα, είναι πιο θετικές από τις αντιλήψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία, αν και αυτή η διαφορά

δεν είναι σημαντική. Σε μια μελέτη στην Τουρκία, οι ερευνητές ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές ιδιωτικών νοσοκομείων αντιλαμβάνονται το ηθικό κλίμα στα νοσοκομεία που εργάζονται πιο θετικά από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε άλλα νοσοκομεία. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία πραγματοποιούν μελέτες σχετικά με την ποιότητα και τα πρότυπα, την ικανοποίηση των ασθενών και τα δικαιώματα των ασθενών, προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες, να παράσχουν μονάδες καλύτερης ποιότητας και να βελτιώσουν τις υπάρχουσες μονάδες. Επιπλέον, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια καθιερώνουν τους στόχους και τις πολιτικές τους δίνοντας μεγαλύτερη προτεραιότητα και σημασία στις δεοντολογικές συμπεριφορές (Ghorbani, et al., 2014).

Συνοπτικά, οι αντιλήψεις των νοσηλευτών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα ποικίλουν και εξαρτώνται και από πολλούς παράγοντες (δημογραφικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς, εκπαιδευτικούς κλπ). Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι νοσηλευτές αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα ως μια ολιστική έννοια που περιλαμβάνει την κατανόηση της ανάγκης του ασθενούς, την συμπόνια, την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς, την επικοινωνία με τον ασθενή αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό, και τις γνώσεις και τις πρακτικές των νοσηλευτών (Abdullah, et al., 2017).

3.Νοσηλευτές και αυτοσυμπόνια

Με τα πρόσφατα παραδείγματα παραμελημένης συμπεριφοράς του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης έναντι των ευάλωτων ασθενών στο NHS (National Health Service - Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας), υπήρξε μια στροφή προς τη σημασία της συμπονετικής και ανακουφιστικής φροντίδας (Fotaki, 2015).

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι κάτι περισσότερο από ευγένεια. Είναι ένας συναισθηματικός σύνδεσμος μεταξύ ασθενή-νοσηλευτή και έχει αποδειχθεί ότι οδηγεί σε ευγνώμονες ασθενείς, καλύτερες εμπειρίες ασθενών και φροντιστών, μείωση του κύκλου εργασιών των εργαζομένων και βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων των ασθενών. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών από τις σχέσεις τους με τους ασθενείς θα μπορούσε να τους προστατεύσει από την εξουθένωση, το επαγγελματικό άγχος, την κατάχρηση ουσιών και ακόμη και τις προσπάθειες αυτοκτονίας (Urton, 2018).

Οι πρόοδοι στην ιατρική επιστήμη επέτρεψαν σε ασθενείς με πολλαπλές νοσηρότητες να λάβουν πιο ενεργή θεραπεία. Ωστόσο, αυτό απαιτεί κατά συνέπεια ότι οι ασθενείς σε νοσοκομειακή περίθαλψη, κατά μέσο όρο, χρειάζονται διαχείριση πιο εντατικής θεραπείας. Αυτό έχει σημασία στο χώρο των νοσοκομειακών περιόδων ιατρικής περίθαλψης, όπου νοσηλευτές φροντίζουν τους άρρωστους και

πεθαίνουν σε ένα εργασιακό περιβάλλον που αντιμετωπίζει διαρκώς αυξανόμενη πίεση στις δαπάνες για την υγεία από τη γήρανση του πληθυσμού, την εισαγωγή νέας τεχνολογίας (η οποία συχνά είναι περίπλοκη) και αυξανόμενες προσδοκίες του κοινού. Η εργασία σε ένα τέτοιο περιβάλλον είναι τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά απαιτητική και, η ανακουφιστική νοσηλευτική φροντίδα είναι μια αναμενόμενη επαγγελματική και ηθική υποχρέωση της καθημερινής πρακτικής ενός νοσηλευτή (Andrews, Tierney & Seers, 2020).

Οι έννοιες της «συμπόνιας» και της «συμπονετικής νοσηλείας» είναι περίπλοκες και δύσκολο να προσδιοριστούν. Συνήθως η «συμπόνια» ορίζεται ως βασική κεντρική αξία που συνδυάζεται με την εμπλοκή των συναισθημάτων. Θεωρεί ότι εξαρτάται από την ικανότητα ενός ατόμου να αναπτύξει μια συμπονετική νοοτροπία και προσανατολισμό, που περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως η προσοχή, η ευαισθητοποίηση, τα κίνητρα, η σοφία, η αφοσίωση και το θάρρος. Η συμπόνια έχει χαρακτηριστεί ως το πιο πολύτιμο περιουσιακό στοιχείο της νοσηλείας, που συνεπάγεται την είσοδο και τη βύθιση της εμπειρίας και των αισθήσεων ενός ασθενούς και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες για την ανακούφιση της αγωνίας και της ταλαιπωρίας (Urton, 2018).

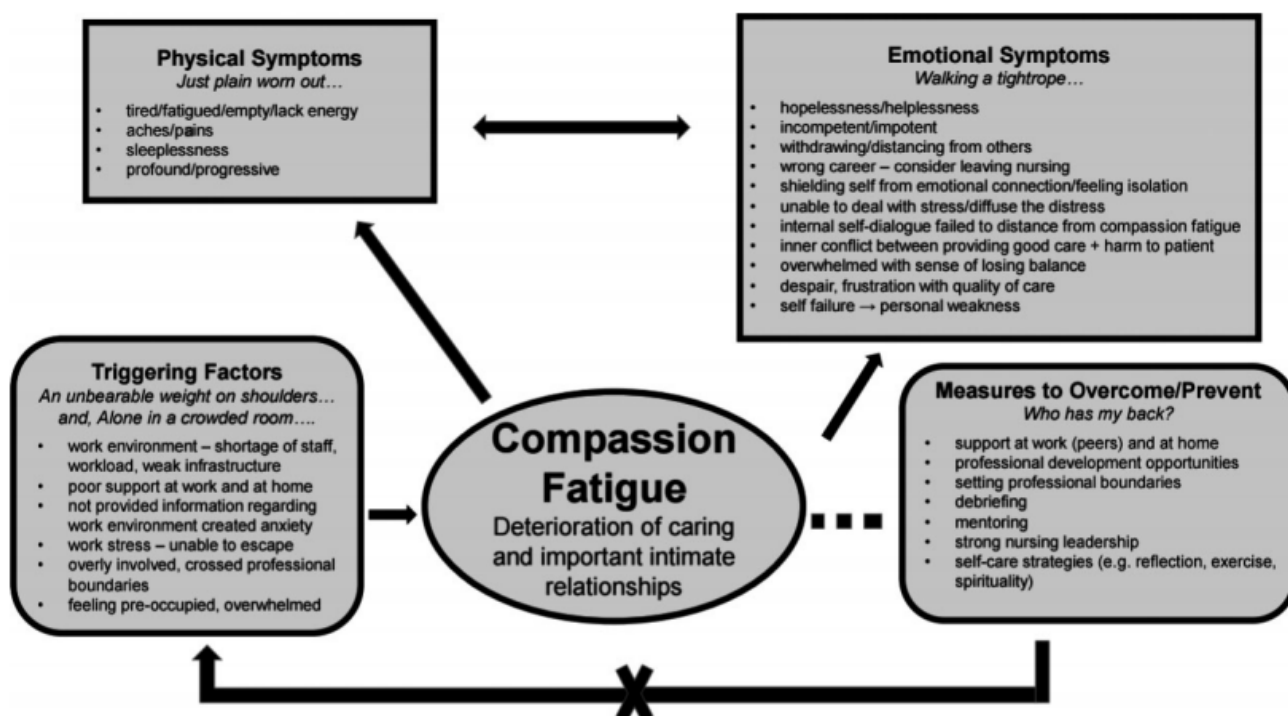
Ο αρνητικός αντίκτυπος σε έναν νοσηλευτή που φροντίζει αυτούς που βιώνουν τραυματικό άγχος και ταλαιπωρία μπορεί να είναι η ανάπτυξη της «Κόπωσης Συμπόνιας» (Compassion Fatigue), ενός φαινομένου με σημεία και συμπτώματα παρόμοια με αυτά της Διαταραχής Μετα-Τραυματικού Στρες. Η επίδραση της κόπωσης εξαιτίας της συμπόνιας είναι πολύπλευρη, συμπεριλαμβανομένων σωματικών, συναισθηματικών, κοινωνικών, πνευματικών και πνευματικών επιδράσεων. Συμπτώματα του φαινομένου περιλαμβάνουν: μελαγχολία, κνισμό, άγχος, αποθάρρυνση, ενοχλητικές σκέψεις, ευερεθιστότητα, αποφυγή, μούδιασμα, επίμονη διέγερση, διαταραχές του ύπνου, κατάθλιψη, μισαλλοδοξία, απάθεια και απώλεια συμπόνιας. Τα φυσικά συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν αυξημένη αρτηριακή πίεση, αύξηση βάρους, κόπωση, ανοσολογική δυσλειτουργία και αύξηση των γαστρεντερικών προβλημάτων, καρδιαγγειακές παθήσεις και διαβήτη. Έχει αποδειχθεί ότι η κόπωση συμπόνιας όχι μόνο επιβαρύνει τους επαγγελματίες της υγείας σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και τον ίδιο τον χώρο εργασίας, προκαλώντας περισσότερες ημέρες ασθενείας, υψηλότερο ποσοστό υπερωριών, μειωμένη παραγωγικότητα, αλλαγές στην απόδοση της εργασίας, δυσαρέσκεια των ασθενών και αύξηση των λαθών (Crawford, et al., 2014).

Μέχρι το 85% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζουν κόπωση συμπόνιας, με άμεσες συνέπειες για την περίθαλψη των ασθενών, φαινόμενο που ονομάζεται και ως «κόστος φροντίδας» (Showalter, 2010). Ως άτομα με συνεχή ανταπόκριση, οι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κόπωση συμπόνιας, η οποία, εάν δεν αντιμετωπιστεί στα πρώτα της στάδια,

μπορεί να αλλάξει μόνιμα την ικανότητα του φροντιστή να παρέχει ανακουφιστική φροντίδα (Saviato, et al., 2019).

Εικόνα 1. Κόπωση συμπόνοιας

(Ανατύπωση από: Nolte AGW, Downing C, Temare A, Hastings-Tolsma M. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. Journal of Clinical Nursing, Wiley 2017, 26: 4364-4378).



Παράλληλα, η αυτοσυμπόνοια ορίστηκε από την Neff (2003a) ως δομή που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο πώς αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι τις δυσκολίες της ζωής. Με βάση τη βουδιστική φιλοσοφία, η αυτοσυμπόνοια, με τους απλούστερους όρους της, είναι η συμπόνοια κατευθυνόμενη προς τα μέσα, με τον εαυτό να αποτελεί το αντικείμενο της φροντίδας και της ανησυχίας. Η αυτοσυμπόνοια αποτελείται από τρία κύρια στοιχεία: την «Αυτοκαλοσύνη» (Self-Kindness), η οποία αναφέρεται σε αυτοθεραπεία, την αίσθηση της «Κοινής Ανθρωπότητας», η οποία προϋποθέτει την αναγνώριση ότι κανείς δεν είναι τέλειος και ότι όλοι κάνουμε λάθη και την «Ενσυνειδητότητα» (Upton, 2018).

Η αυτοσυμπόνια έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ευημερία, ανακουφίζοντας την κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές καταστάσεις. Συνδέεται με ψυχολογικά πλεονεκτήματα, όπως συναισθηματική νοημοσύνη και ανθεκτικότητα, αισιοδοξία, σοφία, κίνητρο, προσωπική πρωτοβουλία, περιέργεια και εξερεύνηση. Η αυτοσυμπόνια έχει επίσης αποδειχθεί ότι βελτιώνει τον τρόπο με τον οποίο κάποιος σχετίζεται με άλλους και ενθαρρύνει περισσότερο την ενσυναίσθηση και τον αλtruισμό (Dewar & Cook, 2014).

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία έχει ότι ένα χαρακτηριστικό της αυτοσυμπόνιας είναι η «αυτομάθηση», η προθυμία της μάθησης μέσα από αποτυχίες, και η προθυμία να προσπαθήσουμε ξανά. Συνεπώς, η αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία ενός ατόμου από την κόπωση συμπόνιας και με τον τρόπο αυτό να προάγει την ανακουφιστική φροντίδα του ασθενούς (Mills, et al., 2014).

Οι νοσηλευτές τείνουν να συνδέονται στενά με τη συμπόνια στην υγειονομική περίθαλψη (Bivins, et al., 2017). Δαπανούν μεγάλο χρονικό διάστημα με τους ασθενείς και συμμετέχουν σε βασικές και πολύπλοκες (μερικές φορές οικείες) διαδικασίες φροντίδας. Στην πράξη, αντιμετωπίζουν πολλαπλούς παράγοντες πίεσης ταυτόχρονα, σε ολοένα και πιο πολύπλοκα περιβάλλοντα. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι νοσηλευτές φαίνεται να υποβάλλονται σε πιέσεις για την παροχή φροντίδας και την επίτευξη στόχων σε οργανισμούς που υφίστανται ουσιαστικές αλλαγές, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων στρες, εξάντλησης και τριβής από το επάγγελμα (Mills, et al., 2014). Δεν είναι σαφές εάν οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν την αυτοφροντίδα και την αυτοσυμπόνια όταν αντιμετωπίζουν αυτές τις πιέσεις προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις δικές τους εσωτερικές διαδικασίες και συναισθήματα ή να αντεπεξέλθουν στο περιβάλλον στο οποίο εργάζονται (Lamothe, et al., 2014).

Η αυτοφροντίδα και η αυτοσυμπόνια είναι συμπληρωματικά χαρακτηριστικά θεμελιώδη για τη διαδικασία περίθαλψης στη νοσηλευτική. Ενώ η πρώτη προωθεί την κατανόηση της κατάστασης του άλλου, η δεύτερη ευνοεί τη δράση για την ανακούφιση των δεινών που προκαλεί μια κατάσταση. Η αυτοσυμπόνια συνδέεται στενά με τη συμπόνια για τους άλλους. Ως εκ τούτου, με υψηλότερη αυτοσυμπόνια, ο επαγγελματίας μπορεί να συνδέεται και με τις ανάγκες του άλλου και να προστατεύεται από την συναισθηματική εξάντληση που προκαλείται από αυτή την ενσυναίσθητη σύνδεση (Eriksson, et al., 2018).

Επιπρόσθετα, η αυτοσυμπόνια στην υγειονομική περίθαλψη αποτέλεσε αντικείμενο συζητήσεων τα τελευταία χρόνια σε διεθνή κλίμακα. Ταυτόχρονα, η αυτοσυμπόνια ως έννοια έχει συζητηθεί μέσα από το έργο ανθρώπων όπως η Neff (2003a) και οι Welp και Brown (2014). Η αυξανόμενη συμπόνια για τον εαυτό και τους άλλους θεωρείται ότι μειώνει το άγχος, βελτιώνει το προσωπικό, διατηρώντας

παράλληλα οργανωτική δέσμευση. Ο όρος «συμπόνια» και η έννοια της ανακουφιστικής φροντίδας έχουν ενσωματωθεί στη διεθνή νοσηλευτική πολιτική. Υπήρξε μια αυξανόμενη εστίαση στην ανακουφιστική φροντίδα δίνοντας ελάχιστα για το πώς οι επαγγελματίες υγείας φροντίζουν για τον εαυτό τους. Σε ένα ρόλο που τους εκθέτει σε δύσκολες καταστάσεις, όπως ο θάνατος, η ασθένεια, η υποβάθμιση και τα ηθικά διλήμματα, που μπορούν να οδηγήσουν σε αγωνία και συγκρουόμενα συναισθήματα, έχει προταθεί ότι η αυτοσυμπόνια αλλά και η παροχή συμπονετικής φροντίδας είναι πολύ σημαντικές (Sinclair, et al., 2017).

Η ικανότητα αυτοφροντίδας και αυτοσυμπόνιας μπορεί να μειώσει τα επίπεδα κόπωσης, εξάντλησης και άγχους, βελτιώνοντας παράλληλα τη διατήρηση και εμπλοκή του προσωπικού και την ικανοποίηση από την εργασία (Abaci & Arda, 2013). Ωστόσο, δεν είναι γνωστό πώς η αυτοσυμπόνια και η αυτοφροντίδα εφαρμόζονται στην καθημερινή νοσηλευτική πρακτική και πώς μπορούν να αναπτυχθούν. Η βιβλιογραφία έχει προτείνει μια σύνδεση μεταξύ αυτοφροντίδας, αυτοσυμπόνιας και ανακουφιστικής φροντίδας (Dewar & Cook, 2014).

Το εργασιακό άγχος και η εξάντληση έχουν θεωρηθεί ότι αντικατοπτρίζουν τα χαρακτηριστικά της εργασιακής καθημερινότητας των νοσηλευτών. Τα τελευταία χρόνια, η αυτοσυμπόνια έχει αναγνωριστεί ως ένας προσωπικός πόρος που μπορεί να είναι σημαντικός για να εξεταστεί σε σχέση με το εργασιακό άγχος. Η συμπόνια θεωρείται ως συμπαθητική συνείδηση της δυσφορίας των άλλων μαζί με την επιθυμία να την ανακουφίσει, η οποία θεωρείται ότι υποστηρίζεται από τη συμπόνια προς τον εαυτό (Raab, 2014).

Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό ότι οι μελετητές πρότειναν ότι η αυτοσυμπόνια μπορεί να βελτιωθεί από την εκπαίδευση και ότι αυτή είναι αποτελεσματική για τη μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας (Duarte, et al., 2016). Η κατάρτιση με αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη και άλλους επαγγελματίες, καθώς μπορεί να διευκολύνει την ικανότητα αντιμετώπισης του άγχους καθώς και την ενθάρρυνση (συμπόνια) των ασθενών. Όπως επισημαίνει ο Raab (2014), η μείωση του άγχους που βασίζεται στην ευημερία και η αυτοαπασχολούμενη κατάρτιση συνιστώνται στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης για τη μείωση του στρες και της εξουθένωσης και για την αύξηση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυναίσθησης για τους ασθενείς.

Μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αυτοσυμπόνια στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Sinclair, et al., 2017) εντόπισε 16 μελέτες παρέμβασης που στοχεύουν σε αλλαγές στην αυτοσυμπόνια και σε άλλα αποτελέσματα. Ωστόσο, τέσσερις από τις μελέτες αφορούσαν φοιτητές (π.χ. στη νοσηλευτική και την ιατρική) και όχι σε επαγγελματίες. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι η

αυτοσυμπόνοια συνδέεται με μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης και βελτιωμένα μεταβολικά αποτελέσματα σε ασθενείς με διαβήτη (Albertson, et al., 2014; Friis, et al., 2016).

Η ενίσχυση της αυτοσυμπόνοιας στην κατάρτιση της μείωση του άγχους που βασίζεται στην ευημερία (MBSR- Mindfulness Based Stress Reduction) αποτελεί εξέχον πρόγραμμα έρευνας, καθώς και η ευημερία και η αυτοσυμπόνοια περιλαμβάνουν την προώθηση μιας στάσης μη κρίσης στις εμπειρίες ενός ατόμου. Παρά την εννοιολογική επικάλυψη, ωστόσο, οι περισσότερες έρευνες για τις ψυχολογικές συσχετίσεις και τα αποτελέσματά τους έχουν διεξαχθεί ανεξάρτητα (Raab, 2014). Κατ' εξαίρεση, η μελέτη του Keng και των συνεργατών του (2012) εξέτασε τους ανεξάρτητους ρόλους της ευημερίας και της αυτοσυμπόνοιας στη διαμεσολάβηση των επιπτώσεων της μείωσης άγχους με βάση την ευημερία. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι αλλαγές στην ευημερία διαμεσολαβούσαν ανεξάρτητα με τις επιδράσεις της μείωσης άγχους με βάση την ευημερία στις δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων, ελέγχοντας τις αλλαγές στην αυτοσυμπόνοια, ενώ οι αλλαγές στην αυτοσυμπόνοια μεσολαβούσαν τα αποτελέσματα της παρέμβασης στις ανησυχίες, ελέγχοντας τις αλλαγές στην προσοχή.

Όπως προαναφέρθηκε, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η συμπόνοια για τους άλλους συνδέεται στενά με την αυτοσυμπόνοια (Duarte, et al., 2016; Upton, 2018). Η αυτοσυμπόνοια είναι απλώς η συμπόνοια κατευθυνόμενη προς το εσωτερικό, που σχετίζεται με τον εαυτό ως αντικείμενο φροντίδας και ανησυχίας όταν αντιμετωπίζει την εμπειρία του πόνου. Η αυτοσυμπόνοια συνεπάγεται, λοιπόν, να αγγίζουμε και να ανοιχτούμε στο δικό μας πόνο, να μην αποφεύγουμε ή να αποσυνδεόμαστε από αυτό, δημιουργώντας την επιθυμία να ανακουφίσουμε τα δεινά μας και να θεραπεύσουμε τον εαυτό μας με καλοσύνη. Η αυτοσυμπόνοια περιλαμβάνει επίσης μια μη κριτική κατανόηση του πόνου, των ανεπαρκειών και των αποτυχιών του ατόμου (Eriksson, et al., 2018).

Η ερευνητική βιβλιογραφία δείχνει σταθερά ότι η αυτοσυμπόνοια συνδέεται με λιγότερα ψυχολογικά συμπτώματα και με δείκτες ψυχολογικής ευημερίας. Οι άνθρωποι με αυτοσυμπόνοια φαίνεται να έχουν ένα πιο προσαρμοστικό ψυχολογικό προφίλ, το οποίο μπορεί να εξηγήσει τέτοια ευρήματα. Για παράδειγμα, η αυτοσυμπόνοια έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα ιδεομηρυκασμού, αποφυγή των ανεπιθύμητων σκέψεων και συναισθημάτων, και συναισθηματικές ικανότητες επικύρωσης. Η αυτοσυμπόνοια συνδέεται επίσης με θετικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως η συναισθηματική νοημοσύνη, η σοφία, η ικανοποίηση από την ζωή, η ευημερία και τα συναισθήματα κοινωνικής συνάφειας. Οι πειραματικές μελέτες επιβεβαίωσαν ορισμένα από αυτά τα ευρήματα και προτείνουν ότι η αυτοσυμπόνοια μπορεί να ενισχυθεί και να συμβάλλει στην ευημερία και την καταπολέμηση του άγχους. Επιπλέον, η αυτοσυμπόνοια έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τη διαπροσωπική λειτουργία.

Συνδέεται με τέτοια χαρακτηριστικά, όπως η ενστικτώδη ανησυχία, ο αλτρουισμός, η προοπτική και η συγχώρεση άλλων (Duarte, et al., 2016).

Η αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι χρήσιμη για τους επαγγελματίες του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και ειδικότερα για τους νοσηλευτές, διότι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχικής τους υγείας και λόγω των αναδυόμενων στοιχείων ότι η αυτοσυμπόνια σχετίζεται με τη συμπόνια για τους άλλους, έχει σημαντική επίδραση στην κλινική κατάσταση των ασθενών. Έτσι, η ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της κόπωσης από συμπόνια και την προώθηση της συμπονετικής φροντίδας (Andrews, Tierney & Seers, 2020).

4.Νοσηλευτές και συγχωρητικότητα

Σήμερα, λόγω της πολυπλοκότητας των θέσεων εργασίας, πολλοί άνθρωποι εργάζονται μαζί σε ένα χώρο εργασίας για να επιτύχουν διαφορετικούς οργανωτικούς στόχους. Δεδομένου ότι οι διαπροσωπικές συγκρούσεις είναι αναπόφευκτες στην εργασία, πρέπει να τονιστεί η κατανόηση της ψυχολογικής ασφάλειας ως σημαντικός παράγοντας. Η μελέτη της σχέσης μεταξύ της ψυχολογικής ασφάλειας και κάποιων άλλων παραγόντων όπως η συγχωρητικότητα ως πτυχή της ηθικής νοημοσύνης και ένας ισχυρός παράγοντας για την πρόβλεψη συνεπειών που σχετίζονται με την εργασία μπορεί να αποφέρει χρήσιμα και πρακτικά πλεονεκτήματα. Η συγχωρητικότητα σημαίνει την συνειδητοποίηση των ελαττωμάτων του ατόμου, την ανοχή στα λάθη των άλλων και την παροχή μιας δεύτερης ευκαιρίας στον ‘‘παραβάτη’’ να αντισταθμίσει το λάθος ώστε να μπορέσει να ξανακερδίσει την εμπιστοσύνη. Ορίζεται επίσης ως προσπάθεια διατήρησης της αγάπης και της εμπιστοσύνης στις σχέσεις, τερματισμού της επιβλαβούς μεροληψίας, αποχής από εκδίκηση και συμφιλίωσης με τον παραβάτη (Recine, Recine & Paldon, 2019).

Μερικές μελέτες υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι έχουν περισσότερη ψυχολογική ασφάλεια όταν έχουν περισσότερη συγχωρητικότητα. Επίσης, η συγχωρητικότητα οδηγεί σε μικρότερο κίνδυνο κατάθλιψης. Γενικά, φαίνεται ότι η αυτοσυγχώρεση διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο στην ψυχολογική ασφάλεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι κάθε είδος συγχώρεσης επηρεάζει διαφορετικά την υγεία των ανθρώπων (Ferrell, et al., 2014).

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν σοβαρή ασθένεια ή βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία, μπορούν να αναθεωρήσουν τη ζωή τους, ανακαλώντας τα κρίσιμα γεγονότα της ζωής, τις σχέσεις, τις χαμένες ευκαιρίες ή τις ενέργειες που έχουν κάνει. Η ανάγκη για συγχώρεση μπορεί να εκφραστεί ως αυτο-

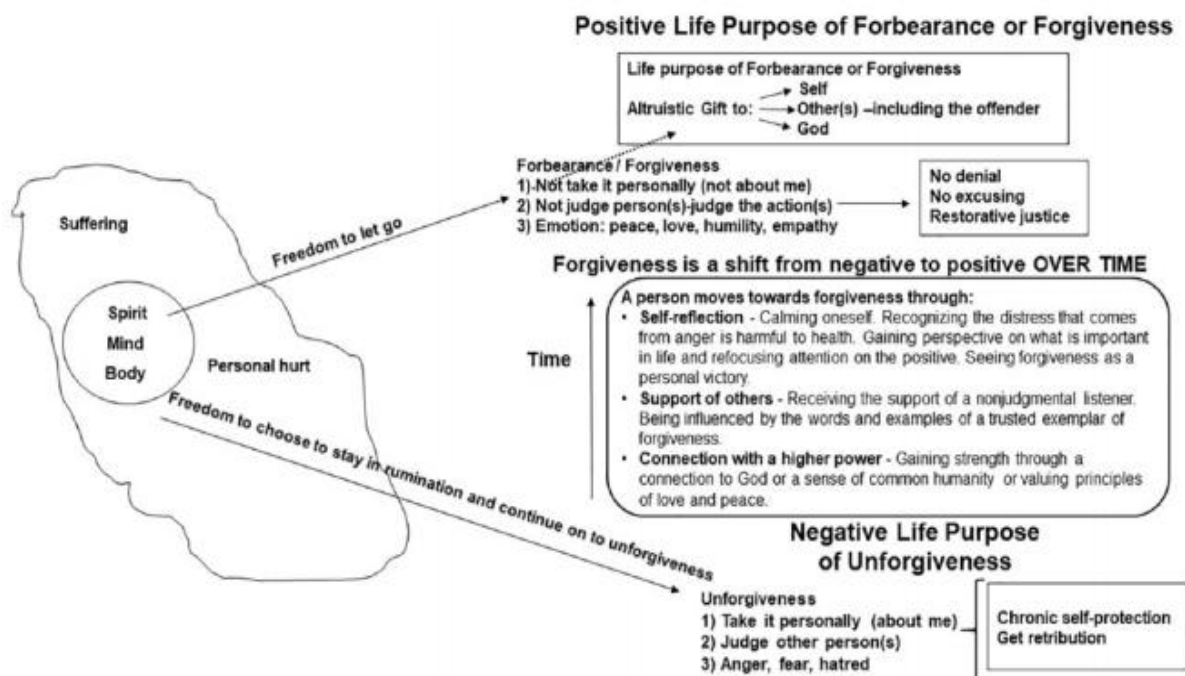
συγχώρεση, την ανάγκη να ζητηθεί η συγχώρεση από τους άλλους ή η συγχώρεση από τον Θεό ή από μια ανώτερη δύναμη. Η έννοια της συγχώρεσης ως καθήκον κλεισίματος στο τέλος του κύκλου ζωής αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο στη βιβλιογραφία της ανακουφιστικής φροντίδας (Rahmati & Poormirzaei, 2018).

Στην ανακουφιστική περίθαλψη, η αναγνώριση της συγχώρεσης βασίζεται στην έρευνα και τη θεωρία που προέρχεται από τους τομείς της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής και της θεολογίας. Η συγχώρεση έχει περιγραφεί ως αποκατάσταση της δικαιοσύνης ή της ισορροπίας μέσω της δημιουργίας μιας φιλοσοφικής αντίδρασης που αναγνωρίζει την αδικία αλλά παρέχει μια ελεήμονη εσωτερική απάντηση στην αδικία. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί της συγχωρητικότητας, αλλά ορισμένα κοινά στοιχεία. Υπάρχει κοινή αναγνώριση ότι η συγχωρητικότητα είναι μια συνειδητή απόφαση από κάποιον που αισθάνθηκε μετανιωμένος να απελευθερώσει τον δράστη από την απειλή της τιμωρίας και να παραιτηθεί από την πικρία και την εκδίκηση. Η βιβλιογραφία περιγράφει πολλές βλαβερές συνέπειες της αποτυχίας των ανθρώπων να έχουν συγχωρητικότητα. Αυτές οι συνέπειες περιλαμβάνουν χρόνιο θυμό, κατάθλιψη, και δυστυχία στο τέλος της ζωής. Αντίστροφα, τα οφέλη που αποδίδονται στη συγχωρητικότητα περιλαμβάνουν βελτιωμένη συναισθηματική κατάσταση, μειωμένη κατάθλιψη, μειωμένο θυμό, βελτιωμένη ελπίδα και ολοκλήρωση καθηκόντων ζωής (Dameron, 2018).

Οι μελετητές στον τομέα της συγχωρητικότητας επεδίωξαν επίσης να διευκρινίσουν τι δεν είναι η συγχωρητικότητα. Η συγχωρητικότητα λοιπόν δεν είναι απλώς η δικαιολόγηση, η επιδοκιμασία, η απόρριψη, η συμφιλίωση ή η χάρη. Περιγράφεται ως μια εσωτερική διαδικασία στην οποία η βλάβη ή η ζημιά αναγνωρίζεται πλήρως και περιγράφεται ο αντίκτυπος της βλάβης. Η συγχωρητικότητα περιλαμβάνει τόσο την συνειδητή εσωτερική απόφαση για αποφυγή της βλάβης και την αναζήτηση ειρήνης όσο και τη σκληρή δουλειά για συναισθηματική μεταμόρφωση από την αντικατάσταση των αρνητικών αδυσώπητων συναισθημάτων με θετικά, άλλα προσανατολισμένα συναισθήματα όπως η ενσυναίσθηση, η συμπάθεια, η συμπόνια και η αγάπη (Raj, et al., 2016).

Εικόνα 2. Η διαδικασία της συγχωρητικότητας

(Ανατύπωση από: Recine AG, Recine L, Paldon T. How People Forgive, A Systematic Review of Nurse-Authored Qualitative Research. Journal of Holistic Nursing 2019, 20(10): 1-19.)



Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές της ανακουφιστικής φροντίδας έχουν εφαρμόσει θεωρίες συγχωρητικότητας στις παρεμβάσεις που επικεντρώνονται σε ασθενείς στο τέλος της ζωής τους. Παρόλα αυτά, μια παρέμβαση που δεν συνδέεται με την αισθητή εμπειρία του ασθενούς είναι απίθανο να είναι αποτελεσματική, γι' αυτό είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη παρεμβάσεις. Έχει διαπιστωθεί ότι η αντιμετώπιση των συγκρούσεων που προκύπτουν στο τέλος της ζωής περιλαμβάνει την προσοχή σε ζητήματα συγχώρεσης, πολύπλοκων σχέσεων και διευκόλυνσης της επικοινωνίας. Ακόμη, η συγχωρητικότητα στην ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Silva, et al., 2017).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι ένας νοσηλευτής-μελετητής που συνέβαλε σημαντικά στην κατανόηση της συγχωρητικότητας στην ανακουφιστική φροντίδα είναι ο Prince-Paul (2008). Το έργο του αφορά τη σχετική επικοινωνία, την αλληλεπίδραση μεταξύ της πνευματικής ευημερίας και της συγχωρητικότητας και τις παρεμβάσεις που υποστηρίζουν τους ασθενείς και τους φροντιστές στη συμφιλίωση και τη συγχώρεση. Μάλιστα, μια μελέτη του για την περίθαλψη στο νοσοκομείο εντόπισε έξι θέματα που περιγράφουν το νόημα της κοινωνικής ευημερίας στο τέλος της ζωής. Αυτά τα θέματα περιλαμβάνουν τη σημασία των σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους, την έννοια της σχέσης με τον Θεό ή μια ανώτερη δύναμη, την απώλεια και τα κέρδη από τη λειτουργία του ρόλου, την αγάπη, την ευγνωμοσύνη και τα μαθήματα για τη ζωή (Ferrell, et al., 2014).

Ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συγχωρητικότητα, καθώς και οι πρόσφατες μελέτες παρέμβασης για την προώθηση της συγχωρητικότητας, αποτέλεσαν, ως εκ τούτου, ένα στέρεο υπόβαθρο για την κατανόηση της στο πλαίσιο σοβαρών ασθενειών. Τα μοντέλα περίθαλψης περιλάμβαναν επαγγελματίες ψυχολόγους υψηλής ειδίκευσης που προσφέρουν διαρθρωμένη διδασκαλία και πειραματικές διαδικασίες. Αυτά έχουν παρασχεθεί σε μεγάλο βαθμό σε ένα ερευνητικό πλαίσιο σε αντίθεση με τη συνήθη κλινική πρακτική και έχουν επικεντρωθεί σε ένα ευρύ φάσμα αντιληπτών «παραβάσεων». Πολλοί νοσηλευτές περιέγραψαν περιστατικά «ειρηνικών θανάτων» μετά από πράξεις συγχωρητικότητας και συμφιλίωσης (Renz, et al., 2019). Αναφέρουν ότι υπήρχαν πιθανά διδάγματα από τα θετικά και αρνητικά αποτελέσματα και οι νοσηλευτές περιέγραψαν εμπειρίες από αξιοσημείωτα γεγονότα και γεγονότα που άλλαζαν τη ζωή τους. Για παράδειγμα, στην έρευνα του Ferrell και των συνεργατών του (2014), μια νοσηλεύτρια θυμήθηκε έναν ασθενή που κράτησε το χέρι της και είπε: «Θεέ μου, πάρε την ψυχή μου».

Παράλληλα, έχει διαπιστωθεί ότι οι νοσηλευτές υποθέτουν ότι οι ασθενείς με σοβαρές ασθένειες που παραμένουν ακόμα στη ζωή, αγωνίζονται με ανεπίλυτα θέματα που θα μπορούσαν να επιλυθούν με πράξεις συγχωρητικότητας και να οδηγήσουν σε ένα "ειρηνικό θάνατο". Παρά την κοινή αυτή υπόθεση, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι νοσηλευτές μπορεί να έχουν προκατάληψη απόσυρσης και ότι οι άνθρωποι θα μπορούσαν να έχουν πεθάνει ειρηνικά ακόμη και αν δεν συμφιλιωθούν ή ότι οι μη συμφιλιωμένοι θα μπορούσαν να έχουν πεθάνει με δυσκολία ανεξάρτητα από το εάν η συμφιλίωση απέτυχε (Renz, et al., 2019).

Επιπρόσθετα, η συγχώρεση του εαυτού θεωρείται από τους νοσηλευτές ως ένα από τα πιο δύσκολα πράγματα, και η αποτυχία της αυτοσυγχώρεσης θεωρείται ως πηγή σημαντικών δεινών. Επιπλέον, λίγο πριν το τέλος της ζωής, είναι πιο δύσκολο να έχεις την ενέργεια ή την ικανότητα να επιδιορθώσεις την πνευματική, κοινωνική και ψυχολογική βλάβη της αδικίας ή της αδυναμίας να ικανοποιήσεις τις προσδοκίες σου. Ταυτόχρονα, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα γεγονότων/συμβάντων για τα οποία οι ασθενείς ζητούν συγχώρεση. Αυτά «παραβάσεων» που οι νοσηλευτές έχουν σημειώσει για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Αυτές περιλαμβάνουν τη λύπη για διάφορες υποθέσεις και γεγονότα, ιστορίες σεξουαλικής, συναισθηματικής και σωματικής κακοποίησης (συμπεριλαμβανομένης της δολοφονίας ενός γονέα), αμβλώσεις, αλκοόλ και ναρκωτικά, έλλειψη αποδοχής για τον σεξουαλικό προσανατολισμό του παιδιού, τύψεις (Recine & Paldon, 2019).

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ferrell και των συνεργατών του (2014), πολλοί νοσηλευτές περιέγραψαν μια πλούσια νοητή κατανόηση των περιπλοκών που συνέβαλλαν στην επίλυση ζητημάτων συγχωρητικότητας που είχαν δημιουργηθεί από μια προσεκτική σκέψη. Άλλοι πάλι αναγνώρισαν ότι δεν είχαν επαγγελματική κατάρτιση και καθοδήγηση για να καθοδηγήσουν την επιθυμία τους να βοηθήσουν ασθενείς και οικογένειες από αυτή την άποψη και βασίστηκαν στην πολιτιστική και

θηρσκευτική τους κατάρτιση για να τους καθοδηγήσουν. Παρόλο που αυτό λειτούργησε για ορισμένους, οδήγησε επίσης σε περιπτώσεις προσηλυτισμού δραστηριοτήτων από νοσηλευτές που είχαν αναπτύξει θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετικά με τον τρόπο επίλυσης του πόνου των ασθενών. Αρκετοί νοσηλευτές σημείωσαν ότι έμαθαν τι γνώριζαν για το χειρισμό της συγχώρεσης από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, παραθέτοντας παραδείγματα συγκεκριμένων βιβλίων, ταινιών και τηλεοπτικών εκπομπών, όπου οι ασθενείς πέθαναν ειρηνικά μετά από οικογενειακές συμφιλιώσεις. Ο Nuland (1995, στο Ferrell, et al., 2014) περιγράφει τέτοιες συμφιλιώσεις ως σύγχρονες εκδοχές του *ars moriendi* (δηλ. έναν εξιδανικευμένο τρόπο θανάτου), οι οποίες προορίζονται να βοηθήσουν τους ανθρώπους να κρατήσουν πίστη και ελπίδα καθώς πεθαίνουν.

Μια από τις σημαντικές παρατηρήσεις στην μελέτη του Ferrell και των συνεργατών του (2014), ήταν το πόσο συχνά οι νοσηλευτές φαινόταν να προσφέρουν μια «ταχεία λύση», για παράδειγμα, ένας ασθενής μοιράστηκε μια πολύ έντονη εμπειρία και η νοσηλεύτρια προσέφερε απλές διαβεβαιώσεις όπως για παράδειγμα “Είναι εντάξει, είμαι σίγουρη ότι σας συγχωρεί”. Παρόλο που ορισμένοι ασθενείς μπορεί να παρηγορηθούν από τέτοιες προσφορές υποστήριξης από τους νοσηλευτές, η βιβλιογραφία για τη συγχωρητικότητα υποδηλώνει ότι συχνά απαιτούνται πιο έντονες παρεμβάσεις.

Παράλληλα, η μελέτη σχετικά με το ρόλο της συγχωρητικότητας στη θετική και την κακή ψυχική υγεία έχει πολλαπλασιαστεί κατά την τελευταία δεκαετία. Ωστόσο, λίγη δουλειά έχει εννοιολογικά ή εμπειρικά στοιχεία στην διαδικασία της συγχωρητικότητας. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνα των Rahmati και Poormirzaei (2018), παρατηρήθηκε μια άμεση και σημαντική σχέση μεταξύ της συγχωρητικότητας και της ψυχολογικής ασφάλειας. Επομένως, όσοι απολαμβάνουν περισσότερη συγχωρητικότητα, δηλαδή όσοι αντέχουν καλύτερα τα λάθη των άλλων, είναι πιθανό να δώσουν τις πιθανότητες αποζημίωσης και αποκατάστασης της εμπιστοσύνης στους άλλους και να απολαμβάνουν υψηλότερο βαθμό ψυχολογικής ασφάλειας. Επίσης, οι άνθρωποι μπορούν να βιώσουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα, ντροπή, ξεσπάσματα και λιγότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις, μέσω της αυτοσυγχώρεσης, η οποία κατευθύνει την ενέργειά τους προς τη δημιουργία θετικών ιδεών και την εδραίωση καλύτερων σχέσεων με άλλους.

Στο χώρο εργασίας των νοσηλευτών, η συγχωρητικότητα όχι μόνο διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην αύξηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά μπορεί επίσης να βελτιώσει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς και την αλληλεπίδραση των νοσηλευτών με τους γιατρούς. Για παράδειγμα, θα πρέπει να μπορούν να συγχωρούν όταν τους προσβάλλουν ή τους αντιμετωπίζουν με έλλειψη σεβασμού, το οποίο θεωρείται ένα από τα προβλήματα διεπαγγελματικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών. Έτσι, η συγχωρητικότητα πρέπει να θεωρείται ως ένα από τα κριτήρια της διεθνούς κατάρτισης των νοσηλευτών (Rahmati & Poormirzaei, 2018).

Η φαινομενολογική έρευνα έχει δείξει ότι οι ασθενείς θέλουν νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν τις πνευματικές τους ανάγκες με πραγματική φροντίδα, να συνδεθούν μαζί τους, να μιλούν για πνευματικά θέματα και να διευκολύνουν τη χρήση πνευματικών πόρων. Οι ολιστικοί νοσηλευτές καταλαβαίνουν ότι ο ασθενής μπροστά τους έχει ψυχική κατάσταση, συναισθηματική επίδραση, πεποιθήσεις, αξίες, προσωπικές δυνάμεις και αδυναμίες και χρόνιες ή οξείες πνευματικές, συναισθηματικές ή πνευματικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να δημιουργήσουν εμπόδια για τη συνολική φυσική τους υγεία. Το άγχος που προέρχεται από την ψυχική κατάσταση της αδιαφορίας του ασθενούς μπορεί να μετριαστεί μέσω της συγχωρητικότητας, η οποία σχετίζεται αρνητικά με το άγχος (Silva, et al., 2017).

Παρά την ανάπτυξη του ελέγχου των συμπτωμάτων και των ψυχοκοινωνικών μοντέλων περίθαλψης, η αντιμετώπιση της πνευματικότητας συχνά ορίζεται ως πολύπλοκη., καθώς αυτή η διάσταση περιλαμβάνει όλες τις πτυχές του νόμου στη ζωή, την υπέρβαση και τη συνάφεια. Παρόλα αυτά, υπάρχει συναισθηματική κατανόηση της σπουδαιότητας της πνευματικότητας στην έρευνα για την ανακουφιστική περίθαλψη καθώς και στους παρόχους ανακουφιστικής φροντίδας. Οι πνευματικές παρεμβάσεις απαιτούν από την παρουσία του παρόχου υγειονομικής περίθαλψης να συνδεθεί αποτελεσματικά με τον ασθενή μέσω μιας θεραπευτικής παρουσίας, της θεραπευτικής χρήσης του εαυτού, της διαισθητικής αίσθησης, της εξερεύνησης της πνευματικής προοπτικής, της επικέντρωσης στον πελάτη και της δημιουργίας ενός πνευματικά περιποιητικού περιβάλλοντος για την αντιμετώπιση πνευματικών αναγκών. Σε ένα ολιστικό πρότυπο υγείας, οι πνευματικές ανάγκες πρέπει να έχουν το ίδιο επίπεδο σπουδαιότητας με τις άλλες ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειας. Οι πνευματικές ανάγκες περιλαμβάνουν την ανάγκη για αγάπη, πεποιθήσεις, έννοια στη ζωή, δημιουργικότητα και συγχωρητικότητα. Οι ασθενείς και οι οικογένειες που αντιμετωπίζουν σοβαρή ασθένεια συχνά εκφράζουν τη λύπη τους για τα γεγονότα της ζωής ή την ανάγκη για συγχώρεση. Τα χαρακτηριστικά και η ένταση της σχέσης στις ρυθμίσεις της ανακουφιστικής αγωγής, ιδιαίτερα η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς, μπορούν να δώσουν την ευκαιρία να εκφράσουν τη λύπη και την ανάγκη για συγχώρεση (Silva, et al., 2017).

Η συγχωρητικότητα περιγράφεται ως μια διαδικασία ή ένα ταξίδι που στοχεύει στην απελευθέρωση ή τη μείωση της πικρίας, του θυμού, της δυσαρέσκειας ή του μίσους εναντίον άλλου ή άλλων · ένας τρόπος να απελευθερωθεί από προηγούμενες κρίσεις, παρανοήσεις ή ψευδείς ιδέες για τους άλλους. Επομένως, η συγχωρητικότητα περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ της γνώσης, του συναισθήματος και των συμπεριφοριστικών απαντήσεων σε έναν δράστη (Recine, 2015).

Συμπερασματικά, έχει θετικά αποτελέσματα τόσο για τον ίδιο τον νοσηλευτή, όσο και για τον ασθενή, αλλά και τη σχέση μεταξύ νοσηλευτή-ασθενούς. Οδηγεί σε καλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, αύξηση ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, θετική ψυχική υγεία, συναισθηματική ευημερία, χαμηλότερα

επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, πνευματική ευφορία, μεγαλύτερη αίσθηση ελπίδας και αισιοδοξίας στο μέλλον, αυτοεκτίμηση, καλύτερη ποιότητα ύπνου, ευημερία, μικρότερος φόβος θανάτου, λιγότερη κούραση, βελτίωση της υγείας (Dameron, 2018). Η συγχωρητικότητα μπορεί να σχετίζεται με την καλύτερη πνευματική υγεία καθώς η εμπειρία της συγχώρεσης διευκολύνει την πράξη της αποχώρησης και επιφέρει εσωτερική ειρήνη, ακόμη και για εκείνους που δεν είναι θρησκευόμενοι. Οι ερευνητές συμφωνούν ότι η συγχωρητικότητα είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο. αλλά απαιτείται περαιτέρω συστηματοποίηση. Ανεξάρτητα από τη γνώση σχετικά με τη συγχωρητικότητα στην υγεία, δεν είναι σαφές στη βιβλιογραφία τα μέλη των ομάδων υγειονομικής περίθαλψης που συνήθως παρέχουν διευκόλυνση συγχώρεσης και ούτε τα αποτελέσματα που σχετίζονται με αυτή την παρέμβαση στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας (Silva, et al., 2017).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι απόψεις των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, σχετικά με το πως αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και η σχέση τους με την αυτοσυμπόνοια και τη συγχωρητικότητα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Πως αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια τη νοσηλευτική φροντίδα;
- Έχουν αυτοσυμπόνοια οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια;
- Έχουν συγχωρητικότητα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια;
- Υπάρχει συσχέτιση των απόψεων των συμμετεχόντων ανάλογα τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των αντιλήψεων σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, των απόψεων για την αυτοσυμπόνοια και των απόψεων για τη συγχωρητικότητα;

2.Πληθυσμός μελέτης και μέθοδος

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί είναι η ποσοτική έρευνα. Χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε τις εξής 4 θεματικές: κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, αντιλήψεις για τη νοσηλευτική φροντίδα, απόψεις για την αυτοσυμπόνοια, απόψεις για τη συγχωρητικότητα (βλ. Παράρτημα). Για τις τελευταίες 3 θεματικές, έγινε χρήση ορισμένων κλιμάκων, οι οποίες αναλύεται παρακάτω.

Η Κλίμακα Νοσηλευτικής Φροντίδας (GR-NDI 24) αποτελεί την ελληνική έκδοση της κλίμακας Nursing Dimensions Inventory (NDI-35) – η οποία αναπτύχθηκε από τον Watson και τους συνεργάτες του (2003) – όπως σταθμίστηκε από την Kotrotsiou και τους συνεργάτες της (2014). Είναι μια

κλίμακα 24 στοιχείων, και κάθε δήλωση βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών (1-Πολύ σημαντικό – 5-Καθόλου σημαντικό). Επίσης, περιλαμβάνει δυο υποκλίμακες: κλινικό έργο (με 18 ερωτήσεις η οποία βαθμολογείται συνολικά από 17 έως 85) και ανάγκες του ασθενούς (με 6 ερωτήσεις η οποία βαθμολογείται συνολικά από 7 έως 35). Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα όλων των απαντήσεων. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερη είναι η αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα (Kotrotsiou, et al., 2014).

Η Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας αναπτύχθηκε από την Neff (2003b) και είναι μια κλίμακα 26 στοιχείων. Κάθε δήλωση (π.χ. «είμαι ευγενής στον εαυτό μου όταν βιώνω πόνο») βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμών που κυμαίνονται από 1 (σχεδόν ποτέ) έως 5 (σχεδόν πάντα). Η κλίμακα έχει σχεδιαστεί είτε για να αξιολογήσει ξεχωριστά τις έξι βαθμίδες αυτοσυμπόνιας είτε για μια συνολική βαθμολογία αυτοσυμπόνιας. Ωστόσο, η κλίμακα χρησιμοποιείται συνήθως με ένα μόνο σκορ (Mantzios, Wilson & Giannou, 2013).

Η Κλίμακα Συγχωρητικότητας δημιουργήθηκε από τους Thomson και Snyder (2003), αποτελείται από ερωτήσεις που αντικατοπτρίζουν την τάση ενός ατόμου να συγχωρεί τον εαυτό του, άλλους ανθρώπους και καταστάσεις που δεν υπόκεινται σε κανέναν έλεγχο (π.χ. φυσική καταστροφή). Τέσσερα αποτελέσματα υπολογίζονται για την κλίμακα αυτή. Υπάρχει βαθμολογία για τη συνολική συγχωρητικότητα, καθώς και βαθμολογία για κάθε ένα από τα τρία υποσύνολα (συγχώρεση του εαυτού, των άλλων και καταστάσεων). Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα συγχώρεσης και χαμηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα συγχώρεσης (Thomson, et al., 2005).

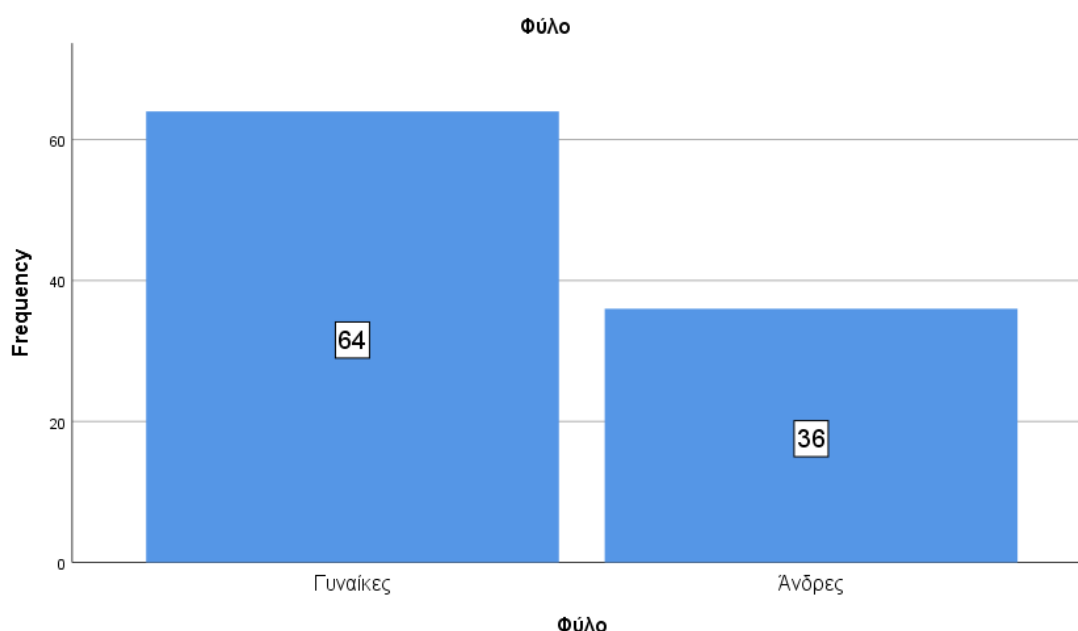
Το δείγμα της παρούσας έρευνας είναι 100 νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε είναι η δειγματοληψία σκοπιμότητας, και η τεχνική της ομοιογένειας. Στην δειγματοληψία σκοπιμότητας, ο ερευνητής αποφασίζει από μόνος του ποια άτομα θέλει να συμπεριληφθούν στο δείγμα του, και στην τεχνική της ομοιογένειας, όλα τα άτομα του δείγματος έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό (Δαφέρμος, 2011), το οποίο στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι όλοι οι συμμετέχοντες είναι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Όσον αφορά τη διαδικασία διεξαγωγής, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πρώτα προφορικά για το σκοπό του ερωτηματολογίου και την εθελοντική συμμετοχή τους, και αφού δέχθηκαν να συμμετάσχουν τους μοιράστηκε το ερωτηματολόγιο και το συμπλήρωσαν. Διευκρινίστηκε ότι οι απαντήσεις που θα δώσουν θα είναι απολύτως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους συμμετέχοντες κατά την περίοδο Φεβρουάριος-Μάρτιος 2020.

Τέλος, για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS και πιο συγκεκριμένα, η έκδοση 25. Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική αλλά και επαγωγική στατιστική. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική προκειμένου να γίνει μια περίληψη των ποσοτικών δεδομένων, και επαγωγική προκειμένου να βρεθούν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν independent t-tests, αναλύσεις Ανονα, συσχετίσεις Pearson, και τέλος, ελέγχθηκε και η αξιοπιστία των κλιμάκων με το δείκτη Cronbach alpha.

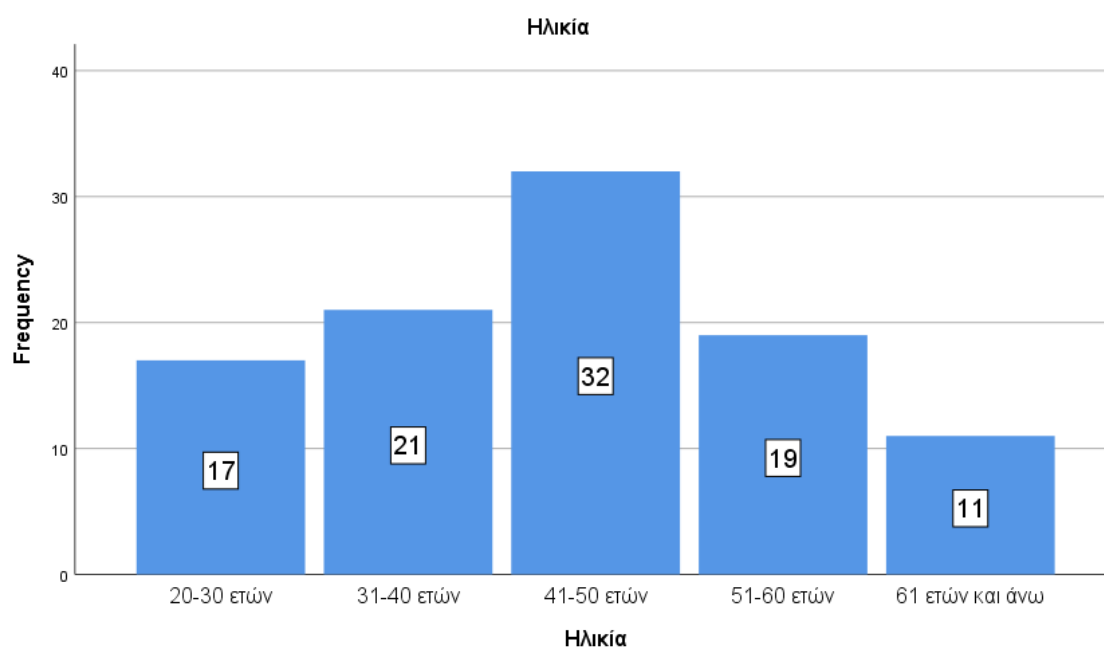
3.Αποτελέσματα

Αρχικά, όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, το 64% των συμμετεχόντων (n=64) ήταν γυναίκες και το 36% (n=36) ήταν άνδρες (Διάγραμμα 1).



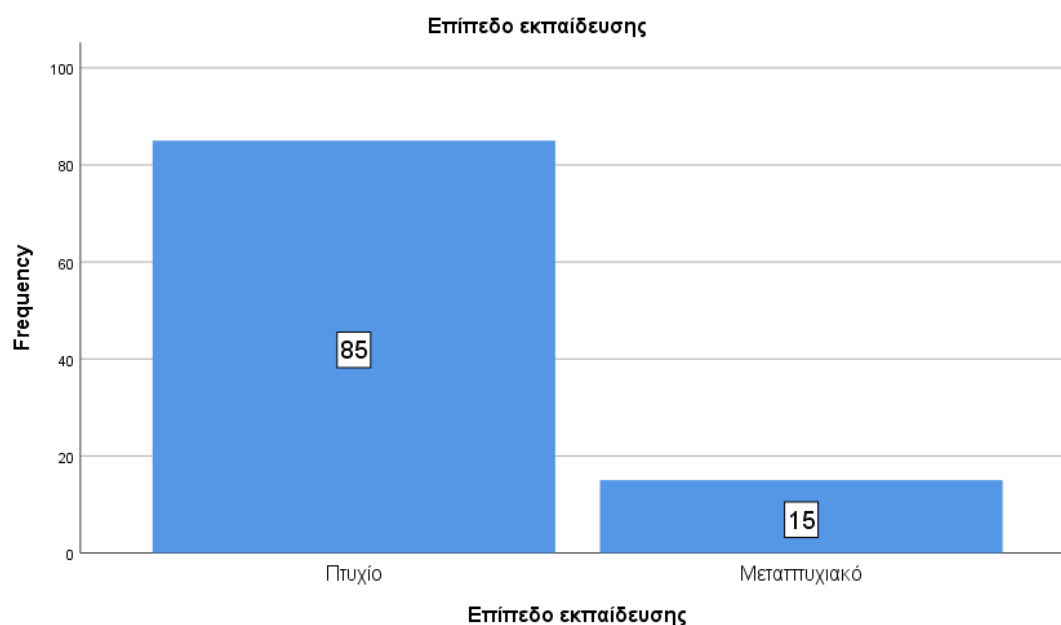
Διάγραμμα 1. Φύλο συμμετεχόντων

Επίσης, το 17% των συμμετεχόντων (n=17) ήταν 20-30 ετών, το 21% (n=21) ήταν 31-40 ετών, το 32% (n=32) ήταν 41-50 ετών, το 19% (n=19) ήταν 51-60 ετών, και το 11% (n=11) ήταν άνω των 61 ετών (Διάγραμμα 2).



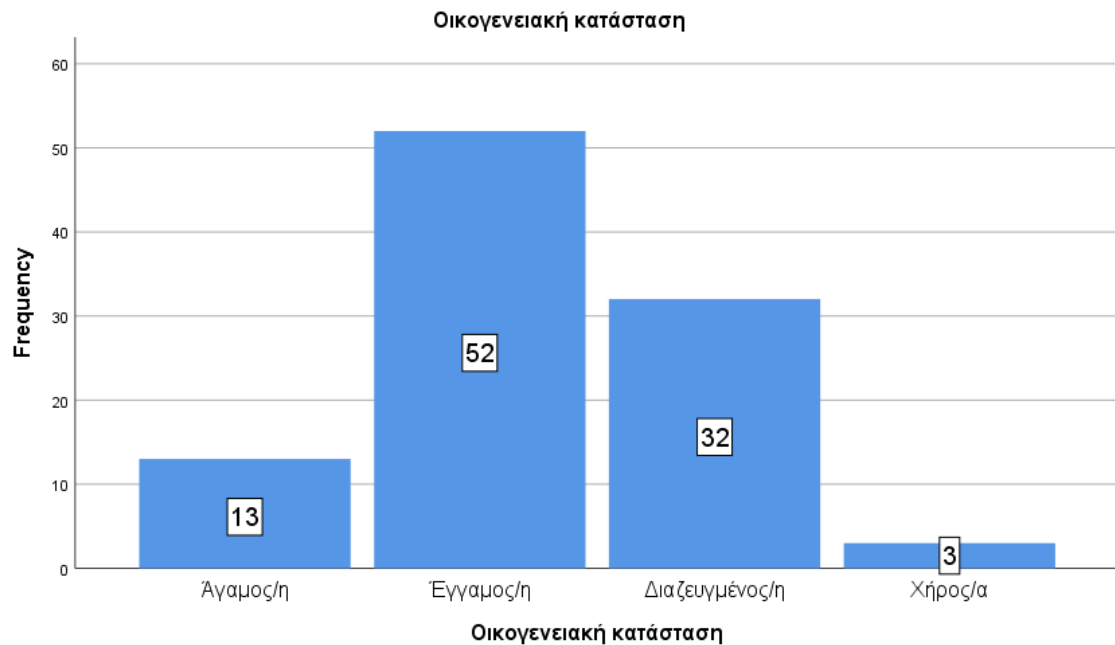
Διάγραμμα 2. Ηλικία συμμετεχόντων

Όπως φαίνεται και από το Διάγραμμα 3 που ακολουθεί, το 85% των συμμετεχόντων (n=85) είχαν πτυχίο ενώ το 15% (n=15) είχαν μεταπτυχιακό.



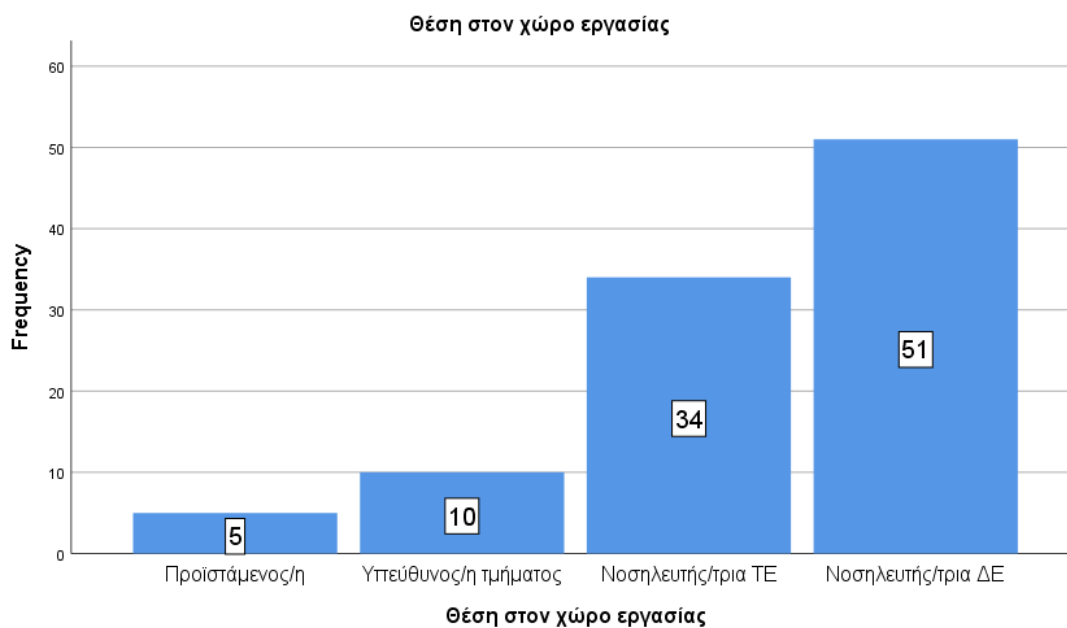
Διάγραμμα 3. Επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων

Ακόμη, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 13% (n=13) ήταν άγαμοι/ες, το 52% (n=52) ήταν έγγαμοι/ες, το 32% (n=32) ήταν διαζευγμένοι/ες, ενώ το 3% (n=3) ήταν χήροι/ες (Διάγραμμα 4).



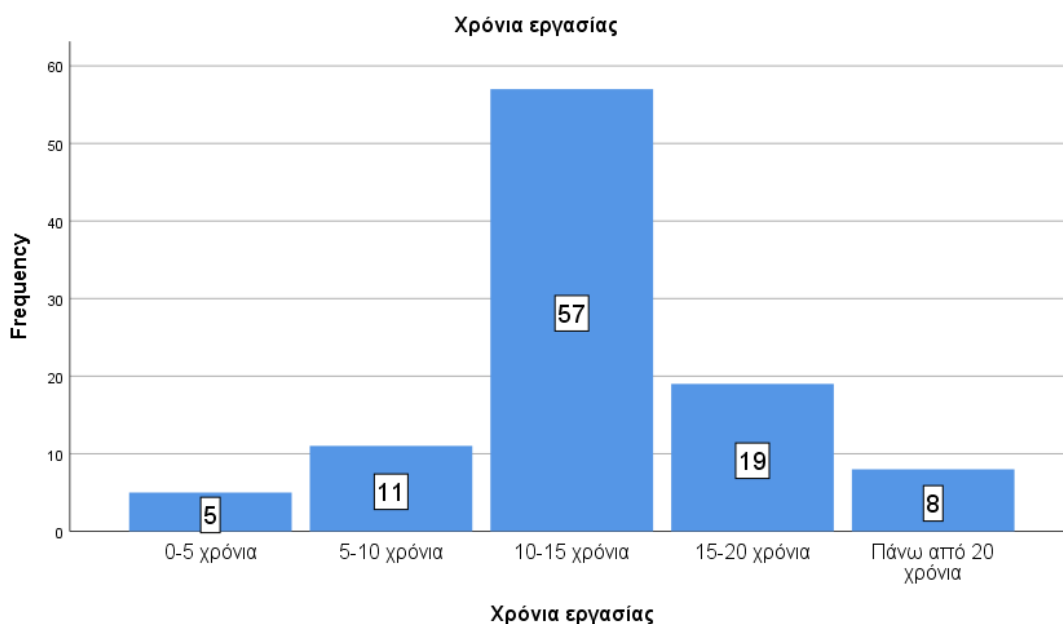
Διάγραμμα 4. Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων

Επίσης, το 5% του δείγματος (n=5) ήταν προϊστάμενοι/ες, το 10% (n=10) ήταν υπεύθυνοι/ες τμήματος, το 34% (n=34) ήταν νοσηλευτές/τριες ΤΕ και το 51% (n=51) ήταν νοσηλευτές/τριες ΔΕ (Διάγραμμα 5).



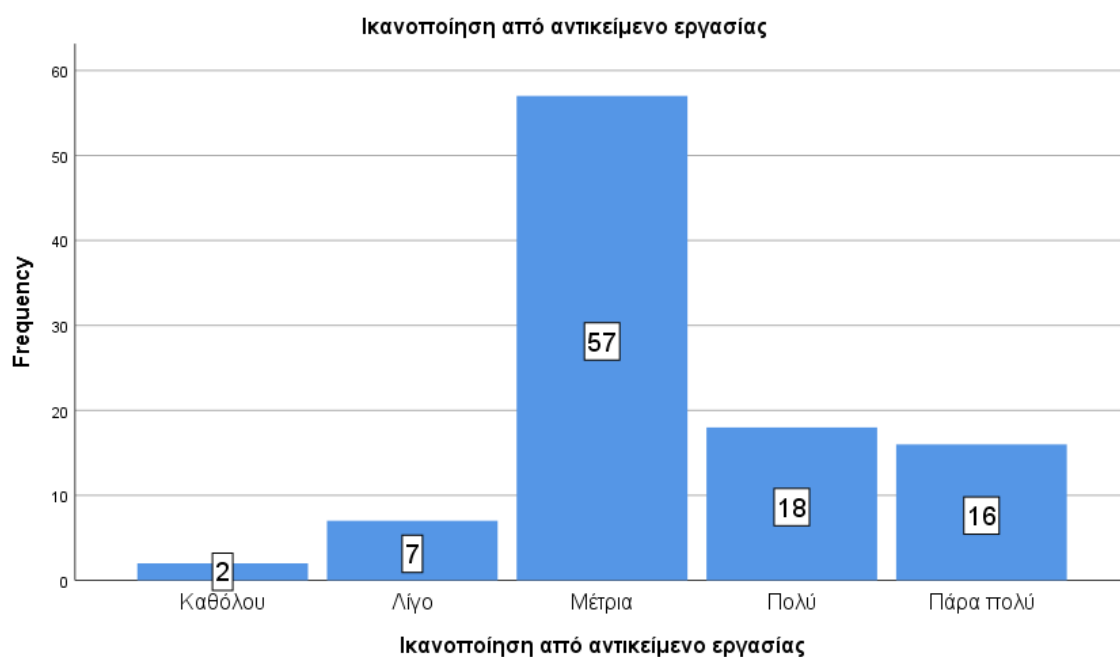
Διάγραμμα 5. Θέση των συμμετεχόντων στον χώρο εργασίας

Παράλληλα, το 5% των συμμετεχόντων (n=5) είχαν 0-5 χρόνια εργασίας, το 11% (n=11) εργάζονταν για 5-10 χρόνια, ενώ το 57% (n=57) εργαζόταν για 10-15 χρόνια, το 19% (n=19) για 5-20 χρόνια, και το 8% (n=8) για πάνω από 20 χρόνια (Διάγραμμα 6).

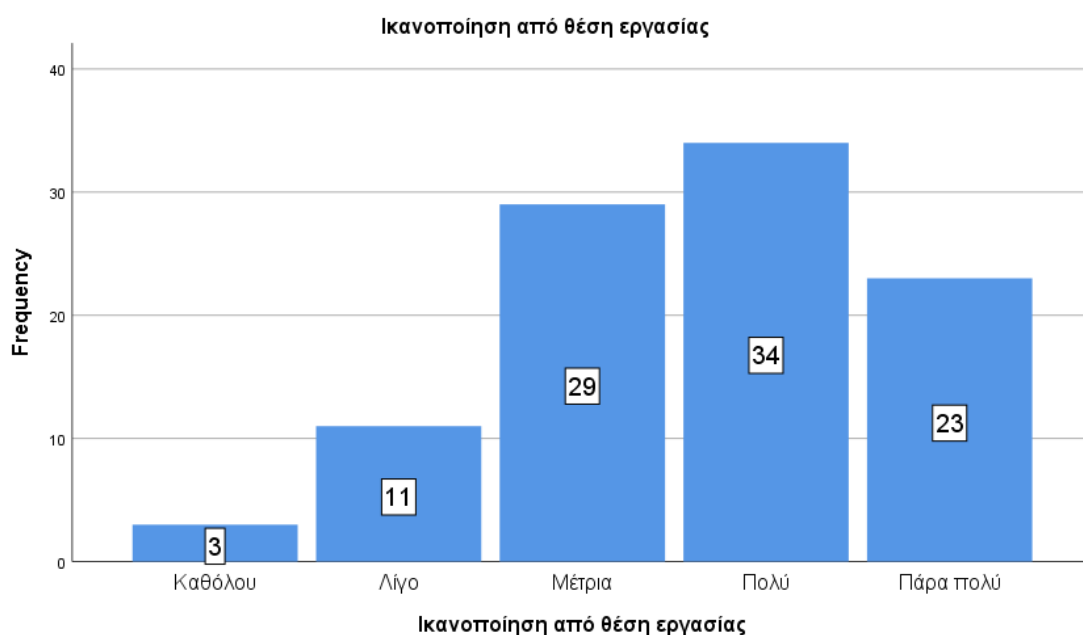


Διάγραμμα 6. Χρόνια εργασίας των συμμετεχόντων

Όσον αφορά την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας, το 57% των συμμετεχόντων (n=57) δήλωσαν πως ήταν μέτρια ικανοποιημένοι. Το 18% (n=18) ήταν πολύ ικανοποιημένοι, το 16% (n=16) πάρα πολύ ικανοποιημένοι, το 7% (n=7) λίγο ικανοποιημένοι, ενώ το 2% (n=2) δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι (Διάγραμμα 7). Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και σχετικά με την ικανοποίηση από τη θέση εργασίας, καθώς το 34% των συμμετεχόντων (n=34) δήλωσαν πως είναι πολύ ικανοποιημένοι. Το 29% (n=29) ήταν μέτρια ικανοποιημένοι, το 23% (n=23) ήταν πολύ ικανοποιημένοι, το 11% (n=11) ήταν λίγο ικανοποιημένοι και το 3% (n=3) δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 7. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το αντικείμενο εργασίας



Διάγραμμα 8. Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη θέση εργασίας

Όσον αφορά τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, όπως φαίνεται και από τον κάτωθι Πίνακα 2, οι συμμετέχοντες είχαν πολύ καλή αντίληψη της νοσηλευτικής φροντίδας ($M = 29.42$, $Std = 3.69$), και έδιναν μεγάλη σημασία στις ανάγκες του ασθενούς ($M = 9.50$, $Std = 1.59$), αλλά και στο κλινικό έργο ($M = 19.92$, $Std = 2.36$). Ακόμη, είχαν μέτρια αυτοσυμπόνια ($M = 97.28$, $Std = 9.78$). Παράλληλα, όσον αφορά τη συγχωρητικότητα, οι συμμετέχοντες είχαν μεγάλη συγχώρεση του εαυτού ($M = 26.61$, $Std = 3.45$), συγχώρεση των άλλων ($M = 23.43$, $Std = 3.33$), συγχώρεση των καταστάσεων ($M = 24.05$, $Std = 3.26$), αλλά και γενικά είχαν υψηλή βαθμολογία για τη συνολική συγχωρητικότητά τους ($M = 72.09$, $Std = 5.76$).

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	100	24	41	29,42	3,696
Ανάγκες ασθενούς	100	6	14	9,50	1,599
Κλινικό έργο	100	18	28	19,92	2,364
Συνολική αυτοσυμπόνια	100	76	122	97,28	9,786

Συνολική συγχωρητικότητα	100	58	83	72,09	5,761
Συγχώρεση του εαυτού	100	16	33	24,61	3,452
Συγχώρεση των άλλων	100	15	31	23,43	3,337
Συγχώρεση καταστάσεων	100	16	30	24,05	3,264
Valid N (listwise)	100				

Εν συνεχεία, προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το φύλο τους, χρησιμοποιήθηκαν independent t-tests. Η επιλογή αυτού του τεστ έγινε καθώς η μεταβλητή φύλο είναι ονομαστική μεταβλητή. Προέκυψαν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Το φύλο δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Το φύλο σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 3 που ακολουθεί, με βάση το τεστ του Levene, διαπιστώνεται ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες διακυμάνσεις καθώς $sig > 0.05$. Επομένως, έγινε έλεγχος μέσων τιμών με το t-tests. Διαπιστώνεται ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές καθώς sig 2-tailed > 0.05 , συνεπώς απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση.

Έπειτα, διερευνήθηκε αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα την ηλικία τους. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις Anova, καθώς η μεταβλητή «Ηλικία» κατηγοριοποιήθηκε ως ordinal μεταβλητή. Προέκυψαν λοιπόν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Η ηλικία δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Η ηλικία σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 4 που ακολουθεί, αρχικά έγινε έλεγχος διακυμάνσεων, και διαπιστώθηκε πως όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες διακυμάνσεις καθώς $sig > 0.05$, με μόνη εξαίρεση τη μεταβλητή «Κλινικό έργο» που έχει άνισες διακυμάνσεις ($sig = 0.011$). Επομένως, για τις μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με Anova, ενώ για τη μεταβλητή με άνισες διακυμάνσεις θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με τα Robust tests. Βρέθηκε ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές (sig 2-tailed > 0.05) (Πίνακας 5 και Πίνακας 6), άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση και δεν διαφοροποιούνται οι απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα την ηλικία τους.

Πίνακας 3. Independent t-tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων των απόψεων ανάλογα το φύλο

		Levene's Test for Equality of Variances		Independent Samples Test						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Equal variances assumed	,339	,562	-,894	98	,373	-,689	,771	-2,219	,840
	Equal variances not assumed			-,897	73,351	,373	-,689	,768	-2,220	,842
Ανάγκες ασθενούς	Equal variances assumed	,332	,566	-,911	98	,364	-,304	,333	-,965	,358
	Equal variances not assumed			-,949	81,755	,345	-,304	,320	-,940	,333
Κλινικό έργο	Equal variances assumed	1,000	,320	-,781	98	,437	-,385	,494	-1,365	,594
	Equal variances not assumed			-,762	67,499	,449	-,385	,506	-1,395	,624
Συνολική αυτοσυμπόνια	Equal variances assumed	,396	,530	-,125	98	,900	-,257	2,049	-4,323	3,809
	Equal variances not assumed			-,126	73,615	,900	-,257	2,040	-4,322	3,808
Συγχώρεση του εαυτού	Equal variances assumed	2,446	,121	,781	98	,437	,563	,721	-,868	1,993

	Equal variances not assumed			,826	85,277	,411	,563	,681	-,791	1,916
Συγχώρεση των άλλων	Equal variances assumed	,058	,811	1,156	98	,251	,802	,694	-,575	2,179
	Equal variances not assumed			1,176	76,438	,243	,802	,682	-,557	2,161
Συγχώρεση καταστάσεων	Equal variances assumed	,010	,919	-2,502	98	,014	-1,658	,663	-2,973	-,343
	Equal variances not assumed			-2,506	73,014	,014	-1,658	,662	-2,977	-,339
Συνολική συγχωρητικότητα	Equal variances assumed	,041	,840	-,243	98	,808	-,293	1,206	-2,687	2,100
	Equal variances not assumed			-,246	74,899	,807	-,293	1,194	-2,672	2,085

Πίνακας 4. Έλεγχος διακυμάνσεων για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα την ηλικία τους

		Test of Homogeneity of Variances			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Based on Mean	1,855	4	95	,125
	Based on Median	,639	4	95	,636
	Based on Median and with adjusted df	,639	4	75,561	,636
	Based on trimmed mean	1,476	4	95	,216
Ανάγκες ασθενούς	Based on Mean	,328	4	95	,859
	Based on Median	,295	4	95	,880
	Based on Median and with adjusted df	,295	4	89,105	,880
	Based on trimmed mean	,328	4	95	,859
Κλινικό έργο	Based on Mean	3,454	4	95	,011
	Based on Median	,835	4	95	,506
	Based on Median and with adjusted df	,835	4	72,590	,507
	Based on trimmed mean	2,589	4	95	,042
Συνολική αυτοσυμπόνια	Based on Mean	,344	4	95	,848
	Based on Median	,301	4	95	,876
	Based on Median and with adjusted df	,301	4	89,467	,876
	Based on trimmed mean	,349	4	95	,844
Συγχώρεση του εαυτού	Based on Mean	,664	4	95	,618
	Based on Median	,570	4	95	,685
	Based on Median and with adjusted df	,570	4	80,519	,685
	Based on trimmed mean	,655	4	95	,625
Συγχώρεση των άλλων	Based on Mean	,180	4	95	,948
	Based on Median	,230	4	95	,921
	Based on Median and with adjusted df	,230	4	84,313	,921

	Based on trimmed mean	,181	4	95	,948
Συγχώρεση καταστάσεων	Based on Mean	,511	4	95	,728
	Based on Median	,492	4	95	,742
	Based on Median and with adjusted df	,492	4	85,433	,742
	Based on trimmed mean	,536	4	95	,709
Συνολική συγχωρητικότητα	Based on Mean	,258	4	95	,904
	Based on Median	,216	4	95	,929
	Based on Median and with adjusted df	,216	4	81,699	,929
	Based on trimmed mean	,258	4	95	,904

Πίνακας 5. ANOVA για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα την ηλικία τους

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Between Groups	45,787	4	11,447	,832	,508
	Within Groups	1306,573	95	13,753		
	Total	1352,360	99			
Ανάγκες ασθενούς	Between Groups	11,214	4	2,804	1,102	,360
	Within Groups	241,786	95	2,545		
	Total	253,000	99			
Συνολική αυτοσυμπόνια	Between Groups	527,170	4	131,792	1,398	,240
	Within Groups	8952,990	95	94,242		
	Total	9480,160	99			
Συγχώρεση του εαυτού	Between Groups	6,792	4	1,698	,138	,968

	Within Groups	1172,998	95	12,347		
	Total	1179,790	99			
Συγχώρεση των άλλων	Between Groups	92,048	4	23,012	2,164	,079
	Within Groups	1010,462	95	10,636		
	Total	1102,510	99			
Συγχώρεση καταστάσεων	Between Groups	88,545	4	22,136	2,177	,077
	Within Groups	966,205	95	10,171		
	Total	1054,750	99			
Συνολική συγχωρητικότητα	Between Groups	128,037	4	32,009	,963	,432
	Within Groups	3158,153	95	33,244		
	Total	3286,190	99			

Πίνακας 6. Robust tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα την ηλικία τους

		Robust Tests of Equality of Means			
		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Κλινικό έργο	Welch	1,015	4	38,310	,412
	Brown-Forsythe	,707	4	44,239	,591

a. Asymptotically F distributed.

Ταυτόχρονα, διερευνήθηκε αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα το μορφωτικό τους επίπεδο. Χρησιμοποιήθηκαν independent t-tests καθώς η μεταβλητή «Μορφωτικό επίπεδο» κατηγοριοποιήθηκε ως nominal. Προέκυψαν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 7, μόνο οι μεταβλητές «Συνολική νοσηλευτική φροντίδα» (sig = 0.001) και «Κλινικό έργο» (sig = 0.000) έχουν άνισες διακυμάνσεις, ενώ όλες οι υπόλοιπες έχουν ίσες διακυμάνσεις, γεγονός που σημαίνει ότι δεν υπάρχει στατιστική συσχέτιση. Για τις 2 αυτές μεταβλητές λοιπόν έγινε έλεγχος μέσω των τιμών με t-test. Βρέθηκε ότι και οι δυο μεταβλητές έχουν άνισες μέσες τιμές (sig 2-tailed = 0.000), συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Μάλιστα, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 8, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ($M = 37.00$, $Std = 2.64$) έχουν μεγαλύτερη αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα από τους συμμετέχοντες με πτυχίο ($M = 28.08$, $Std = 1.69$). Επίσης, οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό ($M = 25.20$, $Std = 1.74$) δίνουν μεγαλύτερη σημασία στο κλινικό έργο από ό,τι οι συμμετέχοντες με πτυχίο ($M = 18.99$, $Std = 0.47$). Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, καθώς μόνο για 2 από τις 8 μεταβλητές υπό διερεύνηση βρέθηκε στατιστική συσχέτιση, δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων, άρα απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση.

Πίνακας 7. Independent t-tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απόψεις των συμμετεχόντων ανάλογα το μορφωτικό επίπεδο

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Equal variances assumed	10,736	,001	-17,135	98	,000	-8,918	,520	-9,950	-7,885
	Equal variances not assumed			-12,607	16,079	,000	-8,918	,707	-10,417	-7,419
Ανάγκες ασθενούς	Equal variances assumed	,109	,742	-7,570	98	,000	-2,706	,357	-3,415	-1,997
	Equal variances not assumed			-8,257	20,858	,000	-2,706	,328	-3,388	-2,024
Κλινικό έργο	Equal variances assumed	93,563	,000	-28,025	98	,000	-6,212	,222	-6,652	-5,772
	Equal variances not assumed			-13,734	14,371	,000	-6,212	,452	-7,179	-5,244
Συνολική αυτοσυμπόνια	Equal variances assumed	,838	,362	-,479	98	,633	-1,318	2,751	-6,777	4,142
	Equal variances not assumed			-,432	17,882	,671	-1,318	3,050	-7,728	5,092
Συγχώρεση του εαυτού	Equal variances assumed	,488	,486	,986	98	,327	,953	,967	-,966	2,872

	Equal variances not assumed			1,082	20,999	,291	,953	,881	-,878	2,784
Συγχώρεση των άλλων	Equal variances assumed	,309	,579	1,130	98	,261	1,055	,933	-,797	2,907
	Equal variances not assumed			1,118	19,104	,278	1,055	,944	-,920	3,029
Συγχώρεση καταστάσεων	Equal variances assumed	3,680	,058	-,620	98	,537	-,569	,917	-2,388	1,251
	Equal variances not assumed			-,771	24,358	,448	-,569	,737	-2,089	,952
Συνολική συγχωρητικότητα	Equal variances assumed	,462	,498	,891	98	,375	1,439	1,615	-1,766	4,645
	Equal variances not assumed			,956	20,520	,350	1,439	1,506	-1,696	4,575

Πίνακας 8. Διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα το μορφωτικό τους επίπεδο

Group Statistics

	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Πτυχίο	85	28,08	1,692	,184
	Μεταπτυχιακό	15	37,00	2,646	,683
Κλινικό έργο	Πτυχίο	85	18,99	,475	,052
	Μεταπτυχιακό	15	25,20	1,740	,449

Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε αν οι απόψεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα την οικογενειακή τους κατάσταση. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις Anova, καθώς η μεταβλητή «Οικογενειακή κατάσταση» είναι ordinal μεταβλητή, και προέκυψαν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Η οικογενειακή κατάσταση δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 9, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος διακυμάνσεων με το τεστ του Levene. Βρέθηκε ότι μόνο τρεις μεταβλητές έχουν άνισες διακυμάνσεις ($\text{sig} < 0.05$), επομένως για τις μεταβλητές αυτές θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με τα Robust tests. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής: «Συνολική νοσηλευτική φροντίδα» ($\text{sig} = 0.000$), «Ανάγκες ασθενούς» ($\text{sig} = 0.036$), «Κλινικό έργο» ($\text{sig} = 0.000$). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις ($\text{sig} > 0.05$) θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με Anova.

Όσον αφορά τις μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές ($\text{sig} \text{ 2-tailed} > 0.05$), επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 10). Ωστόσο, όσον αφορά τις μεταβλητές με άνισες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις μεταβλητές έχουν άνισες μέσες τιμές ($\text{sig} \text{ 2-tailed} = 0.000$), συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 11). Μάλιστα, βρέθηκε ότι οι χήροι/ες ($M = 40.00$, $\text{Std} = 1.00$) έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα. Ακολουθούν οι διαζευγμένοι/ες ($M = 32.03$, $\text{Std} = 3.64$), οι έγγαμοι/ες ($M = 28.38$, $\text{Std} = 0.49$), και τέλος οι άγαμοι/ες ($M = 24.69$, $\text{Std} = 1.49$) οι οποίοι/ες έχουν τη μικρότερη αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα. Παρόμοιες βαθμολογίες υπάρχουν και όσον αφορά τις ανάγκες του ασθενούς και το κλινικό έργο. Οι χήροι/ες έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για τις ανάγκες του ασθενούς ($M = 13.67$, $\text{Std} = 0.57$), ενώ οι άγαμοι/ες έχουν τη μικρότερη ($M = 6.46$, $\text{Std} = 1.12$). Τέλος, οι χήροι/ες έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για το κλινικό έργο ($M = 26.33$, $\text{Std} = 0.57$), ενώ οι άγαμοι/ες έχουν τη μικρότερη ($M = 18.23$, $\text{Std} = 0.43$) (Πίνακας 12).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, καθώς υπάρχει συσχέτιση μόνο για 3 από τις 8 μεταβλητές από εξέταση, δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα την οικογενειακή κατάστασή τους, άρα απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση.

Πίνακας 9. Έλεγχος διακυμάνσεων για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα την οικογενειακή τους κατάσταση

		Test of Homogeneity of Variances			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Based on Mean	45,336	3	96	,000
	Based on Median	10,403	3	96	,000
	Based on Median and with adjusted df	10,403	3	38,757	,000
	Based on trimmed mean	35,790	3	96	,000
Ανάγκες ασθενούς	Based on Mean	2,957	3	96	,036
	Based on Median	,323	3	96	,809
	Based on Median and with adjusted df	,323	3	64,726	,809
	Based on trimmed mean	1,587	3	96	,197
Κλινικό έργο	Based on Mean	76,304	3	96	,000
	Based on Median	16,931	3	96	,000
	Based on Median and with adjusted df	16,931	3	31,986	,000
	Based on trimmed mean	61,412	3	96	,000
Συνολική αυτοσυμπόνια	Based on Mean	,020	3	96	,996
	Based on Median	,054	3	96	,983
	Based on Median and with adjusted df	,054	3	95,559	,983
	Based on trimmed mean	,022	3	96	,995
Συγχώρεση του εαυτού	Based on Mean	1,713	3	96	,169
	Based on Median	1,279	3	96	,286
	Based on Median and with adjusted df	1,279	3	89,802	,287
	Based on trimmed mean	1,715	3	96	,169
Συγχώρεση των άλλων	Based on Mean	1,040	3	96	,379
	Based on Median	,562	3	96	,641

	Based on Median and with adjusted df	,562	3	61,807	,642
	Based on trimmed mean	,986	3	96	,403
Συγχώρεση καταστάσεων	Based on Mean	2,163	3	96	,097
	Based on Median	1,929	3	96	,130
	Based on Median and with adjusted df	1,929	3	87,855	,131
	Based on trimmed mean	2,176	3	96	,096
Συνολική συγχωρητικότητα	Based on Mean	,415	3	96	,742
	Based on Median	,385	3	96	,764
	Based on Median and with adjusted df	,385	3	89,289	,764
	Based on trimmed mean	,423	3	96	,737

Πίνακας 10. ANOVA για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα την οικογενειακή τους κατάσταση

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συνολική αυτοσυμπόνια	Between Groups	528,582	3	176,194	1,890	,136
	Within Groups	8951,578	96	93,246		
	Total	9480,160	99			
Συγχώρεση του εαυτού	Between Groups	29,366	3	9,789	,817	,488
	Within Groups	1150,424	96	11,984		
	Total	1179,790	99			
Συγχώρεση των άλλων	Between Groups	6,407	3	2,136	,187	,905
	Within Groups	1096,103	96	11,418		
	Total	1102,510	99			
Συγχώρεση καταστάσεων	Between Groups	20,747	3	6,916	,642	,590
	Within Groups	1034,003	96	10,771		

	Total	1054,750	99			
Συνολική συγχωρητικότητα	Between Groups	31,642	3	10,547	,311	,817
	Within Groups	3254,548	96	33,902		
	Total	3286,190	99			

Πίνακας 11. Robust tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα την οικογενειακή τους κατάσταση

		Robust Tests of Equality of Means			
		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Welch	147,823	3	8,367	,000
	Brown-Forsythe	74,768	3	42,569	,000
Ανάγκες ασθενούς	Welch	88,927	3	8,781	,000
	Brown-Forsythe	106,746	3	23,587	,000
Κλινικό έργο	Welch	99,376	3	8,918	,000
	Brown-Forsythe	100,765	3	30,129	,000

a. Asymptotically F distributed.

Πίνακας 12. Διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα την οικογενειακή τους κατάσταση

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Άγαμος/η	13	24,69	1,494	,414	23,79	25,59	24	28
	Έγγαμος/η	52	28,38	,491	,068	28,25	28,52	28	29
	Διαζευγμένος/η	32	32,03	3,641	,644	30,72	33,34	29	41
	Χήρος/α	3	40,00	1,000	,577	37,52	42,48	39	41
	Total	100	29,42	3,696	,370	28,69	30,15	24	41
Ανάγκες ασθενούς	Άγαμος/η	13	6,46	1,127	,312	5,78	7,14	6	9
	Έγγαμος/η	52	9,38	,491	,068	9,25	9,52	9	10
	Διαζευγμένος/η	32	10,53	,761	,135	10,26	10,81	10	13
	Χήρος/α	3	13,67	,577	,333	12,23	15,10	13	14
	Total	100	9,50	1,599	,160	9,18	9,82	6	14
Κλινικό έργο	Άγαμος/η	13	18,23	,439	,122	17,97	18,50	18	19
	Έγγαμος/η	52	19,00	,000	,000	19,00	19,00	19	19
	Διαζευγμένος/η	32	21,50	2,929	,518	20,44	22,56	19	28
	Χήρος/α	3	26,33	,577	,333	24,90	27,77	26	27
	Total	100	19,92	2,364	,236	19,45	20,39	18	28

Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε αν οι απόψεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα τη θέση εργασίας τους. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις Anova, καθώς η μεταβλητή «Θέση εργασίας» είναι ordinal μεταβλητή, και προέκυψαν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Η θέση εργασίας δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Η θέση εργασίας σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 13, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος διακυμάνσεων με το τεστ του Levene. Βρέθηκε ότι μόνο τρεις μεταβλητές έχουν άνισες διακυμάνσεις ($sig < 0.05$), επομένως για τις μεταβλητές αυτές θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με τα Robust tests. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής: «Συνολική νοσηλευτική φροντίδα» ($sig = 0.000$), «Ανάγκες ασθενούς» ($sig = 0.000$), «Κλινικό έργο» ($sig = 0.000$). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις ($sig > 0.05$) θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με Anova.

Όσον αφορά τις μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές (sig 2-tailed > 0.05), επομένως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 14). Ακόμη, όσον αφορά τις μεταβλητές με άνισες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις μεταβλητές έχουν άνισες μέσες τιμές (sig 2-tailed = 0.000), συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 15). Μάλιστα, βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές/τριες ΔΕ ($M = 31.55$, Std = 3.84) έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για νοσηλευτική φροντίδα. Ακολουθούν οι νοσηλευτές/τριες ΤΕ ($M = 28.12$, Std = 0.32), οι υπεύθυνοι/ες τμήματος ($M = 25.70$, Std = 2.00) και τέλος οι προϊστάμενοι/ες ($M = 24.00$, Std = 0.00). Στο ίδιο μήκος κύματος είναι και οι συνολικές βαθμολογίες σχετικά με τις ανάγκες του ασθενούς και το κλινικό έργο. Οι νοσηλευτές/τριες ΔΕ ($M = 10.55$, Std = 1.02) έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για τις ανάγκες του ασθενούς, ενώ την μικρότερη έχουν οι προϊστάμενοι/ες ($M = 6.00$, Std = 0.00). Επίσης, οι νοσηλευτές/τριες ΔΕ ($M = 21.00$, Std = 2.91) έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη για το κλινικό έργο, ενώ την μικρότερη έχουν οι προϊστάμενοι/ες ($M = 18.00$, Std = 0.00) (Πίνακας 16).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, καθώς υπάρχει συσχέτιση μόνο για 3 από τις 8 μεταβλητές από εξέταση, δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα τη θέση εργασίας τους, άρα απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση.

Πίνακας 13. Έλεγχος διακυμάνσεων για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τη θέση εργασίας τους

		Test of Homogeneity of Variances			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Based on Mean	29,646	3	96	,000
	Based on Median	5,561	3	96	,001
	Based on Median and with adjusted df	5,561	3	53,205	,002
	Based on trimmed mean	21,642	3	96	,000
Ανάγκες ασθενούς	Based on Mean	18,401	3	96	,000
	Based on Median	4,479	3	96	,005
	Based on Median and with adjusted df	4,479	3	56,185	,007
	Based on trimmed mean	14,953	3	96	,000
Κλινικό έργο	Based on Mean	40,370	3	96	,000
	Based on Median	6,944	3	96	,000
	Based on Median and with adjusted df	6,944	3	50,000	,001
	Based on trimmed mean	28,929	3	96	,000
Συνολική αυτοσυμπόνια	Based on Mean	,082	3	96	,969
	Based on Median	,168	3	96	,918
	Based on Median and with adjusted df	,168	3	95,257	,918
	Based on trimmed mean	,090	3	96	,966
Συγχώρεση του εαυτού	Based on Mean	,312	3	96	,817
	Based on Median	,286	3	96	,836
	Based on Median and with adjusted df	,286	3	92,449	,836
	Based on trimmed mean	,311	3	96	,818
Συγχώρεση των άλλων	Based on Mean	2,358	3	96	,076
	Based on Median	1,872	3	96	,139

	Based on Median and with adjusted df	1,872	3	71,804	,142
	Based on trimmed mean	2,221	3	96	,091
Συγχώρεση καταστάσεων	Based on Mean	,290	3	96	,833
	Based on Median	,401	3	96	,753
	Based on Median and with adjusted df	,401	3	93,930	,753
	Based on trimmed mean	,299	3	96	,826
Συνολική συγχωρητικότητα	Based on Mean	1,266	3	96	,291
	Based on Median	,989	3	96	,402
	Based on Median and with adjusted df	,989	3	90,116	,402
	Based on trimmed mean	1,304	3	96	,278

Πίνακας 14. ANOVA για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τη θέση εργασίας τους

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συνολική αυτοσυμπόνια	Between Groups	579,456	3	193,152	2,083	,107
	Within Groups	8900,704	96	92,716		
	Total	9480,160	99			
Συγχώρεση του εαυτού	Between Groups	7,837	3	2,612	,214	,886
	Within Groups	1171,953	96	12,208		
	Total	1179,790	99			
Συγχώρεση των άλλων	Between Groups	9,830	3	3,277	,288	,834

	Within Groups	1092,680	96	11,382		
	Total	1102,510	99			
Συγχώρεση καταστάσεων	Between Groups	17,952	3	5,984	,554	,647
	Within Groups	1036,798	96	10,800		
	Total	1054,750	99			
Συνολική συγχωρητικότητα	Between Groups	7,202	3	2,401	,070	,976
	Within Groups	3278,988	96	34,156		
	Total	3286,190	99			

Πίνακας 15. Robust tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τη θέση εργασίας τους

		Robust Tests of Equality of Means			
		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Welch	151,821	3	7,389	,000
	Brown-Forsythe	76,455	3	40,440	,000
Ανάγκες ασθενούς	Welch	84,285	3	7,882	,000
	Brown-Forsythe	99,391	3	29,716	,000
Κλινικό έργο	Welch	94,581	3	7,140	,000
	Brown-Forsythe	105,882	3	32,189	,000

a. Asymptotically F distributed.

Πίνακας 16. Διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τη θέση εργασίας τους

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Προϊστάμενος/η	5	24,00	,000	,000	24,00	24,00	24	24
	Υπεύθυνος/η τμήματος	10	25,70	2,003	,633	24,27	27,13	24	28
	Νοσηλεύτης/τρια TE	34	28,12	,327	,056	28,00	28,23	28	29
	Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ	51	31,55	3,844	,538	30,47	32,63	29	41
	Total	100	29,42	3,696	,370	28,69	30,15	24	41
Ανάγκες ασθενούς	Προϊστάμενος/η	5	6,00	,000	,000	6,00	6,00	6	6
	Υπεύθυνος/η τμήματος	10	7,20	1,549	,490	6,09	8,31	6	9
	Νοσηλεύτης/τρια TE	34	9,12	,327	,056	9,00	9,23	9	10
	Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ	51	10,55	1,026	,144	10,26	10,84	10	14
	Total	100	9,50	1,599	,160	9,18	9,82	6	14
Κλινικό έργο	Προϊστάμενος/η	5	18,00	,000	,000	18,00	18,00	18	18
	Υπεύθυνος/η τμήματος	10	18,50	,527	,167	18,12	18,88	18	19
	Νοσηλεύτης/τρια TE	34	19,00	,000	,000	19,00	19,00	19	19
	Νοσηλεύτης/τρια ΔΕ	51	21,00	2,912	,408	20,18	21,82	19	28
	Total	100	19,92	2,364	,236	19,45	20,39	18	28

Επιπλέον, διερευνήθηκε αν οι απόψεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους. Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις Anova, καθώς η μεταβλητή «Χρόνια εργασίας» είναι ordinal μεταβλητή, και προέκυψαν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Τα χρόνια εργασίας δεν σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.
- H_A : Τα χρόνια εργασίας σχετίζεται με τις απόψεις των συμμετεχόντων.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 17, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος διακυμάνσεων με το τεστ του Levene. Βρέθηκε ότι μόνο τρεις μεταβλητές έχουν άνισες διακυμάνσεις ($\text{sig} < 0.05$), επομένως για τις μεταβλητές αυτές θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με τα Robust tests. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές αυτές είναι οι εξής: «Συνολική νοσηλευτική φροντίδα» ($\text{sig} = 0.000$), «Ανάγκες ασθενούς» ($\text{sig} = 0.000$), «Κλινικό έργο» ($\text{sig} = 0.000$). Για τις υπόλοιπες μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις ($\text{sig} > 0.05$) θα γίνει έλεγχος μέσων τιμών με Anova.

Όσον αφορά τις μεταβλητές με ίσες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι όλες οι μεταβλητές έχουν ίσες μέσες τιμές ($\text{sig} \text{ 2-tailed} > 0.05$), άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 18). Ακόμη, όσον αφορά τις μεταβλητές με άνισες διακυμάνσεις, διαπιστώθηκε ότι και οι τρεις μεταβλητές έχουν άνισες μέσες τιμές ($\text{sig} \text{ 2-tailed} = 0.000$), συνεπώς υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Πίνακας 19). Μάλιστα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 χρόνια εργασίας ($M = 39.13$, $Std = 1.64$) έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα. Ακολουθούν τα άτομα με 15-20 χρόνια εργασίας ($M = 31.58$, $Std = 2.41$), με 10-15 χρόνια εργασίας ($M = 28.49$, $Std = 0.50$), με 5-10 χρόνια εργασίας ($M = 25.91$, $Std = 2.02$), και τέλος τα άτομα με 0-5 χρόνια εργασίας ($M = 24.00$, $Std = 0.00$) τα οποία έχουν τη μικρότερη αντίληψη σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, οι συμμετέχοντες με πάνω από 20 χρόνια εργασίας έχουν τη μεγαλύτερη αντίληψη σχετικά με τις ανάγκες του ασθενούς ($M = 12.50$, $Std = 1.19$) και το κλινικό έργο ($M = 26.63$, $Std = 0.91$). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες με 0-5 χρόνια εργασίας έχουν τη μικρότερη αντίληψη σχετικά με τις ανάγκες του ασθενούς ($M = 6.00$, $Std = 0.00$) και το κλινικό έργο ($M = 18.00$, $Std = 0.00$) (Πίνακας 20).

Συνεπώς, καθώς υπάρχει συσχέτιση μόνο για 3 από τις 8 μεταβλητές από εξέταση, δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφοροποιούνται ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους, άρα απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση και στην περίπτωση αυτή.

Πίνακας 17. Έλεγχος διακυμάνσεων για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους

		Test of Homogeneity of Variances			
		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Based on Mean	78,615	4	95	,000
	Based on Median	8,804	4	95	,000
	Based on Median and with adjusted df	8,804	4	32,679	,000
	Based on trimmed mean	73,096	4	95	,000
Ανάγκες ασθενούς	Based on Mean	127,952	4	95	,000
	Based on Median	5,630	4	95	,000
	Based on Median and with adjusted df	5,630	4	31,435	,002
	Based on trimmed mean	123,726	4	95	,000
Κλινικό έργο	Based on Mean	118,074	4	95	,000
	Based on Median	12,476	4	95	,000
	Based on Median and with adjusted df	12,476	4	23,488	,000
	Based on trimmed mean	107,048	4	95	,000
Συνολική αυτοσυμπόνια	Based on Mean	1,958	4	95	,107
	Based on Median	1,782	4	95	,139
	Based on Median and with adjusted df	1,782	4	90,141	,139
	Based on trimmed mean	1,956	4	95	,108
Συγχώρεση του εαυτού	Based on Mean	,706	4	95	,590
	Based on Median	,612	4	95	,655
	Based on Median and with adjusted df	,612	4	86,693	,655
	Based on trimmed mean	,680	4	95	,608
Συγχώρεση των άλλων	Based on Mean	,775	4	95	,544
	Based on Median	,485	4	95	,747

	Based on Median and with adjusted df	,485	4	74,011	,747
	Based on trimmed mean	,712	4	95	,586
Συγχώρεση καταστάσεων	Based on Mean	1,484	4	95	,213
	Based on Median	1,501	4	95	,208
	Based on Median and with adjusted df	1,501	4	90,066	,209
	Based on trimmed mean	1,504	4	95	,207
Συνολική συγχωρητικότητα	Based on Mean	,749	4	95	,561
	Based on Median	,586	4	95	,673
	Based on Median and with adjusted df	,586	4	88,943	,673
	Based on trimmed mean	,767	4	95	,549

Πίνακας 18. ANOVA για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συνολική αυτοσυμπόνια	Between Groups	307,136	4	76,784	,795	,531
	Within Groups	9173,024	95	96,558		
	Total	9480,160	99			
Συγχώρεση του εαυτού	Between Groups	22,102	4	5,525	,453	,770
	Within Groups	1157,688	95	12,186		
	Total	1179,790	99			
Συγχώρεση των άλλων	Between Groups	2,919	4	,730	,063	,993
	Within Groups	1099,591	95	11,575		
	Total	1102,510	99			

Συγχώρεση καταστάσεων	Between Groups	20,032	4	5,008	,460	,765
	Within Groups	1034,718	95	10,892		
	Total	1054,750	99			
Συνολική συγχωρητικότητα	Between Groups	51,371	4	12,843	,377	,824
	Within Groups	3234,819	95	34,051		
	Total	3286,190	99			

Πίνακας 19. Robust tests για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους

		Robust Tests of Equality of Means			
		Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Welch	173,891	4	16,464	,000
	Brown-Forsythe	178,448	4	27,450	,000
Ανάγκες ασθενούς	Welch	91,734	4	17,646	,000
	Brown-Forsythe	99,510	4	32,095	,000
Κλινικό έργο	Welch	144,031	4	17,099	,000
	Brown-Forsythe	158,973	4	19,469	,000

a. Asymptotically F distributed.

Πίνακας 20. Διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα τα χρόνια εργασίας τους

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	0-5 χρόνια	5	24,00	,000	,000	24,00	24,00	24	24
	5-10 χρόνια	11	25,91	2,023	,610	24,55	27,27	24	28
	10-15 χρόνια	57	28,49	,504	,067	28,36	28,63	28	29
	15-20 χρόνια	19	31,58	2,411	,553	30,42	32,74	29	35
	Πάνω από 20 χρόνια	8	39,13	1,642	,581	37,75	40,50	37	41
	Total	100	29,42	3,696	,370	28,69	30,15	24	41
Ανάγκες ασθενούς	0-5 χρόνια	5	6,00	,000	,000	6,00	6,00	6	6
	5-10 χρόνια	11	7,36	1,567	,472	6,31	8,42	6	9
	10-15 χρόνια	57	9,49	,504	,067	9,36	9,63	9	10
	15-20 χρόνια	19	10,42	,507	,116	10,18	10,67	10	11
	Πάνω από 20 χρόνια	8	12,50	1,195	,423	11,50	13,50	11	14
	Total	100	9,50	1,599	,160	9,18	9,82	6	14
Κλινικό έργο	0-5 χρόνια	5	18,00	,000	,000	18,00	18,00	18	18
	5-10 χρόνια	11	18,55	,522	,157	18,19	18,90	18	19
	10-15 χρόνια	57	19,00	,000	,000	19,00	19,00	19	19
	15-20 χρόνια	19	21,16	1,951	,448	20,22	22,10	19	24
	Πάνω από 20 χρόνια	8	26,63	,916	,324	25,86	27,39	26	28
	Total	100	19,92	2,364	,236	19,45	20,39	18	28

Παράλληλα, διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το αντικείμενο εργασίας τους και τη θέση εργασίας τους, με τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα. Χρησιμοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson, καθώς όλες οι μεταβλητές υπό εξέταση κατηγοριοποιήθηκαν ως scale. Προέκυψαν λοιπόν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Η ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και τη θέση εργασίας δεν σχετίζεται με τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα.
- H_A : Η ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και τη θέση εργασίας σχετίζεται με τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 21 που ακολουθεί, διαπιστώθηκαν οι εξής συσχετίσεις:

- Η συνολική νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας ($r = .769, p = .000$).
- Η συνολική νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από τη θέση εργασίας ($r = .314, p = .001$).
- Οι ανάγκες του ασθενούς σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας ($r = .782, p = .000$).
- Οι ανάγκες του ασθενούς σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από τη θέση εργασίας ($r = .562, p = .000$).
- Το κλινικό έργο σχετίζεται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας ($r = .673, p = .000$).

Ωστόσο, καθώς πολύ λίγες μεταβλητές σχετίζονται θετικά και γραμμικά με την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και τη θέση εργασίας, απορρίπτεται η εναλλακτική υπόθεση.

Πίνακας 21. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ της ικανοποίησης από το αντικείμενο εργασίας και τη θέση εργασίας με τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνια και τη συγχωρητικότητα

		Correlations	
		Ικανοποίηση από αντικείμενο εργασίας	Ικανοποίηση από θέση εργασίας
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Pearson Correlation	,769**	,314**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001
	N	100	100
Ανάγκες ασθενούς	Pearson Correlation	,782**	,562**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000

	N	100	100
Κλινικό έργο	Pearson Correlation	,673**	,110
	Sig. (2-tailed)	,000	,276
	N	100	100
Συνολική αυτοσυμπόνια	Pearson Correlation	,064	,033
	Sig. (2-tailed)	,529	,746
	N	100	100
Συγχώρεση του εαυτού	Pearson Correlation	-,019	-,004
	Sig. (2-tailed)	,854	,969
	N	100	100
Συγχώρεση των άλλων	Pearson Correlation	-,096	-,003
	Sig. (2-tailed)	,343	,975
	N	100	100
Συγχώρεση καταστάσεων	Pearson Correlation	,017	,144
	Sig. (2-tailed)	,865	,153
	N	100	100
Συνολική συγχωρητικότητα	Pearson Correlation	-,057	,077
	Sig. (2-tailed)	,574	,445
	N	100	100

Έπειτα, διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνιας και της συγχωρητικότητας. Χρησιμοποιήθηκαν συσχετίσεις Pearson, καθώς όλες οι μεταβλητές υπό εξέταση κατηγοριοποιήθηκαν ως scale. Προέκυψαν λοιπόν οι εξής υποθέσεις:

- H_0 : Η νοσηλευτική φροντίδα, η αυτοσυμπόνια και η συγχωρητικότητα δεν συσχετίζονται.
- H_A : Η νοσηλευτική φροντίδα, η αυτοσυμπόνια και η συγχωρητικότητα δεν συσχετίζονται.

Όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 22 που ακολουθεί, διαπιστώθηκαν μόνο συσχετίσεις μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και των υποκλιμάκων της και μεταξύ της συγχωρητικότητας και των υποκλιμάκων της. Επομένως, δεχόμαστε στην μηδενική υπόθεση καθώς βρέθηκε ότι η νοσηλευτική φροντίδα, η αυτοσυμπόνια και η συγχωρητικότητα δεν συσχετίζονται μεταξύ τους.

Τέλος, ελέγχθηκε και η αξιοπιστία με το δείκτη Cronbach alpha. Διαπιστώθηκε ότι $\alpha = .704$, επομένως υπάρχει αρκετά μεγάλη αξιοπιστία. Επίσης, ελέγχθηκε και η αξιοπιστία κάθε κλίμακας που χρησιμοποιήθηκε ξεχωριστά. Βρέθηκε ότι η Κλίμακα Νοσηλευτικής Φροντίδας έχει την μεγαλύτερη αξιοπιστία ενώ η Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας τη μικρότερη (Πίνακας 23).

Πίνακας 22. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνοιας και της συγχωρητικότητας

		Correlations							
		Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Ανάγκες ασθενούς	Κλινικό έργο	Συνολική αυτοσυμπόνοια	Συγχώρεση του εαυτού	Συγχώρεση των άλλων	Συγχώρεση καταστάσεων	Συνολική συγχωρητικότητα
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	Pearson Correlation	1	,899**	,955**	,061	-,050	-,089	,072	-,041
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,547	,624	,377	,477	,688
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Ανάγκες ασθενούς	Pearson Correlation	,899**	1	,730**	,057	-,001	-,077	,088	,005
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,570	,993	,448	,384	,961
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Κλινικό έργο	Pearson Correlation	,955**	,730**	1	,056	-,077	-,088	,053	-,067
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,577	,447	,385	,601	,508
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Συνολική αυτοσυμπόνοια	Pearson Correlation	,061	,057	,056	1	,039	,110	,080	,132
	Sig. (2-tailed)	,547	,570	,577		,701	,274	,430	,189
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Συγχώρεση του εαυτού	Pearson Correlation	-,050	-,001	-,077	,039	1	,037	,015	,629**
	Sig. (2-tailed)	,624	,993	,447	,701		,718	,881	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Συγχώρεση των άλλων	Pearson Correlation	-,089	-,077	-,088	,110	,037	1	-,078	,557**
	Sig. (2-tailed)	,377	,448	,385	,274	,718		,440	,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Συγχώρεση	Pearson Correlation	,072	,088	,053	,080	,015	-,078	1	,530**

καταστάσεων	Sig. (2-tailed)	,477	,384	,601	,430	,881	,440		,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
Συνολική	Pearson Correlation	-,041	,005	-,067	,132	,629**	,557**	,530**	1
συγγωρητικότητα	Sig. (2-tailed)	,688	,961	,508	,189	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100

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

Πίνακας 23. Έλεγχος αξιοπιστίας των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν

	Cronbach alpha
Συνολική νοσηλευτική φροντίδα	0.794
Ανάγκες ασθενούς	0.639
Κλινικό έργο	0.706
Συνολική αυτοσυμπόνια	0.439
Συνολική συγγωρητικότητα	0.659
Συγχώρεση του εαυτού	0.601
Συγχώρεση των άλλων	0.674
Συγχώρεση καταστάσεων	0.640

4.Συζήτηση

Με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια έχουν πολύ καλή αντίληψη της νοσηλευτικής φροντίδας, και δίνουν μεγάλη σημασία στις ανάγκες του ασθενούς, αλλά και στο κλινικό έργο. Επίσης, έχουν μέτρια αυτοσυμπόνοια. Ωστόσο, έχουν μεγάλη συγχώρεση του εαυτού, συγχώρεση των άλλων, συγχώρεση των καταστάσεων, αλλά και γενικά έχουν υψηλή βαθμολογία για τη συνολική συγχωρητικότητά τους. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων δεν σχετίζονται με τις απόψεις των συμμετεχόντων για τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνοια και τη συγχωρητικότητα. Παρόλα αυτά, βρέθηκε ότι οι αντιλήψεις για τη νοσηλευτική φροντίδα σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, τη θέση εργασίας, τα χρόνια εργασίας και την ικανοποίηση από το αντικείμενο εργασίας και τη θέση εργασίας. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνοιας και της συγχωρητικότητας.

Επομένως, με την έρευνα που έγινε απαντήθηκαν όλα τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί. Μάλιστα, τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι παρόμοια με άλλες αντίστοιχες έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί. Όπως και στην παρούσα έρευνα έτσι και στην έρευνα της Παπαβασιλείου (2012) διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές έχουν μεγάλη αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα, και ότι το φύλο και η ηλικία δεν σχετίζεται με τη νοσηλευτική φροντίδα. Τα ίδια ευρήματα προέκυψαν και από την έρευνα της Θώμου (2018). Ωστόσο, αντίθετα με την έρευνα της Παπαβασιλείου (2012), στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό έχουν μεγαλύτερη αντίληψη για τη νοσηλευτική φροντίδα, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με πτυχίο μόνο. Επίσης, η μεγάλη συγχωρητικότητα αλλά και η μη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και συγχωρητικότητας επιβεβαιώνεται και από την έρευνα της Τουρτούνη (2017). Παράλληλα, και η Upton (2018) στην πρόσφατη έρευνά της διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικές κλινικές έχουν μέτρια αυτοσυμπόνοια. Τα μέτρια ποσοστά αυτοσυμπόνοιας επιβεβαιώνονται και από την έρευνα του Papadopoulos και των συνεργατών του (2016). Ταυτόχρονα, και η Skoda (2011), αλλά και η Williams (2015) διαπίστωσαν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνοιας και συγχωρητικότητας.

Ωστόσο, η παρούσα έρευνα έχει και ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά το δείγμα είναι μικρό και δεν αντιπροσωπεύει τις απόψεις όλων των νοσηλευτών που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Επίσης, δεν χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες που να μετρούν την εργασιακή ικανοποίηση, το burn out, και την

εμπάθεια, ώστε να γίνουν συσχετίσεις μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνοιας και της συγχωρητικότητας με τις κλίμακες αυτές.

Όσον αφορά λοιπόν τις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες, προτείνεται να πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη με μεγαλύτερο δείγμα και να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές. Επίσης, είναι χρήσιμο να διερευνηθούν στρατηγικές μέσω των οποίων μπορούν οι νοσηλευτές να εφαρμόζουν αποτελεσματικές πρακτικές αυτοσυμπόνοιας και συγχωρητικότητας. Τέλος, προτείνεται να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ νοσηλευτικής φροντίδας, αυτοσυμπόνοιας και συγχωρητικότητας, με το burn out, την ψυχολογική ανθεκτικότητα, την εμπάθεια και την εργασιακή ικανοποίηση.

Συμπερασματικά, η νοσηλευτική φροντίδα, η αυτοσυμπόνοια και η συγχωρητικότητα αποτελούν σημαντικές έννοιες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και είναι ιδιαίτερα χρήσιμες τόσο για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, όσο και για την ψυχολογική ευημερία των ίδιων των νοσηλευτών. Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ιδιωτικά θεραπευτήρια έχουν πολύ καλή αντίληψη της νοσηλευτικής φροντίδας, μέτρια αυτοσυμπόνοια, και μεγάλη συγχωρητικότητα. Επίσης, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών δεν σχετίζονται με τις απόψεις για τη νοσηλευτική φροντίδα, την αυτοσυμπόνοια και τη συγχωρητικότητα. Τέλος, διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας, της αυτοσυμπόνοιας και της συγχωρητικότητας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Abaci, R., & Arda, D. 2013. Relationship between Self-compassion and Job Satisfaction in White Collar Workers. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 106, p.2241-2247.
- Abdullah, S., et al. 2017. Nurses' and Patients' Perception Regarding Nurse Caring Behaviors and Patients Satisfaction in Sir Ganga Ram Hospital, Lahore, Pakistan. *International Annals of Medicine*, 1(5), p.1-8.
- Albertson, E.R., Neff, K.D., & Dill Schackleford, K.E. 2014. Self-compassion and body dissatisfaction in women: a randomized controlled trial of a brief meditation intervention. *Mindfulness*, 6, p.444-454.
- Aljedaani, S.M. 2017. Nurses' Perceptions of Nursing as a Profession and Its Impact on Their Intention to Leave Their Career: Staff Nurses in Jeddah City. *Journal of Nursing and Health Science*, 6(3), p.13-23.
- Andrews, H., Tierney, S., & Seers, K. 2020. Needing permission: The experience of self-care and self-compassion in nursing: A constructivist grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 101, p.1-10.
- Angel, S., & Vatne, S. 2016. Vulnerability in patients and nurses, and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (9), p.1428-1437.
- Bivins, R., Tierney, S., & Seers, K. 2017. Compassionate care: not easy, not free, not only nurses. *BMJ Quality and Safety*, 26, p.1023-1026.
- Burhans, L.M., & Alligood, M.R. 2010. Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (8), p.1689-1697.
- Chen, W.T., & Yick, S.Y. 2016. An Investigation of Nurses' Job Satisfaction in a Private Hospital and Its Correlates. *The Open Nursing Journal*, 10, p.99-112.
- Cheruiyot, J.C., & Brysiewicz, P. 2019. Nurses' perceptions of caring and uncaring nursing encounters in inpatient rehabilitation settings in South Africa: A qualitative descriptive study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 11, p.1-9.

- Crawford, P., Brown, B., Kvangarsnes, M., & Gilbert, P. 2014. The design of compassionate care. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (23-24), p.3589-3599.
- Czypionka, T., Kraus, M., Mayer, S., & Röhring, G. 2014. Efficiency, ownership, and financing of hospitals: the case of Austria. *Health Care Management and Science*, 17(4), p.331- 347.
- Dahlke, S., & Stahlke Wall, S. 2017. Does the emphasis on caring within nursing contribute to nurses' silence about practice issues? *Nursing Philosophy*, 18 (3), p.9-15.
- Dameron, C.M. 2018. Forgiveness in the Workplace? *Journal of Christian Nursing*, 35(1), p.12.
- de Wolf, A.H., & Toebes, B. 2016) Assessing Private Sector Involvement in Health Care and Universal Health Coverage in Light of the Right to Health. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), p.79–92.
- Dewar, B., & Cook, F. 2014. Developing compassion through a relationship centred appreciative leadership programme. *Nurse Education Today*, 34(9), p.1258-1264.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. 2016. Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 60(2), p.1-11.
- Eriksson, T., Germundsjö, L., Åström, E., & Rönnlund, M. 2018. Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: A Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Frontiers in Psychology*, 9, p.1-10.
- Ferrell, B., Otis-Green, S., Baird, R.P., & Garcia, A. 2014. Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), p.631-641.
- Fotaki, M. 2015. Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare? *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), p.199–201.
- Friis, A.M., Johnson, M.H., Cutfield, R.G., & Consedine, N.S. 2016. Kindness matters: a randomized controlled trial of a mindful self-compassion intervention improves depression, distress, and HbA1c among patients with diabetes. *Diabetes Care*, 39, p.1963–1971.
- Ghorbani, A.A., et al. (2014). Public and Private Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate in Their Work Settings, Sari City, 2011. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(1), p.1-12.

- Herr, A., Schmitz, H., & Augurzky, B. 2011. Profit efficiency and ownership of German hospitals. *Health Economy*, 20(6), p.660- 674.
- Herrera, C.A., Rada, G., Kuhn- Barrientos, L., & Barrios, X. 2014. Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for- profit, private not- for- profit and public healthcare providers. *PLoS One*, 9(12), p.1- 18.
- Holopainen, G., Nyström, L., & Kasén, A. 2017. The caring encounter in nursing. *Nursing Ethics*, 26 (1), p.7-16.
- Keng, S.L., et al. 2012. Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: Self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, p.270–280.
- Kondilis, E., et al. (2011). Payments and quality of care in private for- profit and public hospitals in Greece. *BMC Health Service Research*, 11(234), p. 1-10.
- Kotrotsiou, E., et al. 2014. Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35). *Global Journal of Health Science*, 6(5), p. 30-37.
- Kruse, F.M., et al. 2018. Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(2), p.434–453.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. 2014. To be or not to be empathic the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practices*, 15, p.1-15.
- Mantzios, M., Wilson, C., & Giannou, K. 2013. Psychometric properties of the Greek versions of Self-Compassion Scale and Mindful Attention and Awareness Scale. *Mindfulness*, 1, p.1-10.
- McKenna, H.P., et al. 2006. Quality of care: a comparison of perceptions of health professionals in clinical areas in the United Kingdom and the United States. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), p.344-351.
- Mills, J., Wand, T., & Fraser, J. 2014. On self compassion and self-care in nursing: selfish or essential for compassionate care. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (4), p.791-793.

- Neff, K. 2003a. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self*, 2, p.85–102.
- Neff, K.D. 2003b. The development and validation of a scale to measure self- compassion. *Self Identity*, 2, p.223-250.
- Nolte, A.G.W., Downing, C., Temare, A., & Hastings-Tolsma, M. 2017. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing, Wiley*, 26, p.4364-4378.
- Papastavrou, E., Charalambous, A., & Efstathiou, G. 2011. Nurses and patients perceptions of caring behaviours: Quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing, Wiley*, 67 (6), p.1-32.
- Prince-Paul, M. 2008. Understanding the meaning of social well-being at the end of life. *Oncology Nursing Forum*, 35, p. 365-371.
- Raab, K. 2014. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108.
- Rahmati, A., & Poormirzaei, M. 2018. Predicting Nurses' Psychological Safety Based on the Forgiveness Skill. *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(1), p.40–44.
- Raj, P., Elizabeth, C.S., & Padmakumari, P. 2016. Mental health through forgiveness: Exploring the roots and benefits. *Cogent Psychology*, 3(1), p.1-15.
- Recine, A.C. 2015. Designing Forgiveness Interventions, Guidance From Five Meta-Analyses. *Journal of Holistic Nursing*, 33(2), p.161-167.
- Recine, A.G., Recine, L., & Paldon, T. 2019. How People Forgive, A Systematic Review of Nurse-Authored Qualitative Research. *Journal of Holistic Nursing*, 20(10), p.1-19.
- Renz, M., et al. 2019. Forgiveness and Reconciliation Processes in Dying Patients With Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 1, p.1-13.
- Ryan, C., et al. 2017. Nurses' Perceptions of Quality Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 32(2), p.180-185.
- Sapountzi-Krepia, D., et al. 2007. The concept “nursing” in Greece: A focus group approach. *Health Science Journal*, 1(4), p.1-10.

- Saviato, R.M., Mercer, S., Matos, C.C.P., & Leão, E.R. 2019. Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, p.31-51.
- Schizas, D., et al. 2019. The profile of patients receiving public and private surgical services in Greece during the economic crisis: a comparative study. *Annals of Transnational Medicine*, 7(1), p.5.
- Sepasi, R.R., Abbaszadeh, A., Borhani, F., & Rafiei, H. 2016. Nurses' Perceptions of the Concept of Power in Nursing: A Qualitative Research. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12), p.10-15.
- Silva, R.S., Caldeira, S., Coelho, A.N., & Apóstolo, J.L.A. 2017. Forgiveness facilitation in palliative care: A scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(10), p.2469-2479.
- Sinclair, S., et al. 2017. Measuring compassion in healthcare: a comprehensive and critical review. *The Patient - Patient-Centered Outcomes Research*, 10 (4), p.389-405.
- Thomas, D., Newcomb, P., & Fusco, P. 2019. Perception of Caring Among Patients and Nurses. *Journal of Patient Experience*, 6(3), p.194–200.
- Thomson, L.Y., et al. 2005. Dispositional forgiveness of self, others and situations. *Journal of Personality*, 73(2), p.313-359.
- Thomson, L.Y., & Snyder, C.R. 2003. Measuring Forgiveness. In Lopez, S.J., & Snyder, C.R. (eds), *Positive psychological assessments: A handbook of models and measures* (1st Edition, Vol. 1, p.301-312). Washington: American Psychological Association.
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. 2015. Public- private partnerships in the health care sector: a systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), p.236- 261.
- Tynkkynen, L., & Vrangbæk, K. 2018. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Services Research*, 18 (141), p.1-12.
- Upton, K.V. 2018. An investigation into compassion fatigue and self-compassion in acute medical care hospital nurses: a mixed methods study. *Journal of Compassionate Health Care*, 5, p.7.

Watson, R., Deary, I.J., & Hoogbruin, A.L. 2003. Perceptions of nursing: a study involving nurses, nursing students, patients and non-nursing students. *International Journal of Nursing Studies*, 40(2), p.133-144.

Weldetsadik, A.Y., et al. 2019. Quality of nursing care and nurses' working environment in Ethiopia: Nurses' and physicians' perception. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 10, p.131-135.

Welp, L.P., & Brown, C.M. 2014. Self-compassion, empathy, and helping intention. *Journal of Positive Psychology*, 9, p.54-65.

Welton, J.M., & Harper, E.M. 2016. Measuring nursing care value. *Nursing Economics*, 34 (1), p.7-14.

Zolnierek, C.D. 2014. An integrative review of knowing the patient. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), p.3-10.

Δαφέρμος, Β. 2011. *Κοινωνική στατιστική και μεθοδολογία έρευνας με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ζήτη.

Κυριόπουλος, Γ. 2017. *Υγεία και ιατρική περίθαλψη*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαδόπουλος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

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

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2020

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

1. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΠΤΥΧΙΟ _____

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ _____

2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/Α _____

ΠΟΙΑ ΘΕΣΗ ΚΑΤΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ (π.χ. προϊστάμενος κ.α.);

.....

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΕΥΚΡΙΝΙΣΤΕ

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

GR-NDI-24

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

Self- Compassion Scale (SCS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

		ΣΧΕΛΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΛΟΝ ΠΑΝΤΑ
1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3.	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4.	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5.	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7.	Όταν είμαι μελαγχολικός / η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι	1	2	3	4	5

	άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.					
8.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9.	Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
10.	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
11.	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη	1	2	3	4	5
13.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15.	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16.	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
17.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να	1	2	3	4	5

	δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.					
18.	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19.	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20.	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21.	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
23.	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
24.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26.	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

Heartland Forgiveness Scale; HFS

Στην πορεία της ζωής μας μπορεί να συμβούν αρνητικά γεγονότα, είτε εξαιτίας δικών μας πράξεων, είτε εξαιτίας των πράξεων άλλων ανθρώπων, είτε και λόγω περιστάσεων που δεν μπορούμε να τις ελέγξουμε.

Για κάποιο διάστημα μετά από τα γεγονότα αυτά, μπορεί να έχουμε ακόμη αρνητικές σκέψεις ή αισθήματα για τον εαυτό μας, για τους άλλους ή για την κατάσταση.

Σκεφτείτε ποιες είναι οι χαρακτηριστικές σας αντιδράσεις σε τέτοια αρνητικά γεγονότα.

Με βάση την 7-βαθμη κλίμακα που σας δίνεται παρακάτω, σημειώστε τον αριθμό που θεωρείτε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζετε να αντιδράτε στον τύπο της αρνητικής κατάστασης που περιγράφει η πρόταση αυτή.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλώ, να είστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7			
Σχεδόν πάντα λάθος για μένα	Πιο συχνά λάθος για μένα	Πιο συχνά αληθινή για μένα	Σχεδόν πάντα αληθινή για μένα
1.	Παρόλο που στην αρχή νιώθω άσχημα όταν τα θαλασώνω, με τον καιρό μπορώ να χαλαρώσω κάπως.		
2.	Κρατώ κακία στον εαυτό μου για τα αρνητικά πράγματα που έχω κάνει.		
3.	Το ότι μαθαίνω από τα άσχημα πράγματα που έχω κάνει, με βοηθά να τα ξεπεράσω.		
4.	Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο για μένα να αποδεχτώ τον εαυτό μου από τη στιγμή που τα έχω κάνει θάλασσα.		
5.	Με τον καιρό, κατανοώ τον εαυτό μου για τα σφάλματα που έχω κάνει.		
6.	Δε σταματώ να κριτικάρω τον εαυτό μου για αρνητικά πράγματα που έχω νιώσει, έχω σκεφτεί, έχω πει ή έχω κάνει.		
7.	Τιμωρώ συνέχεια έναν άνθρωπο που έχει κάνει κάτι το οποίο νομίζω ότι είναι λάθος.		
8.	Με τον καιρό, κατανοώ τους άλλους για τα σφάλματα που έχουν κάνει.		
9.	Παραμένω πολύ σκληρός με τους άλλους που με έχουν πληγώσει.		
10.	Παρόλο που κάποιοι με έχουν πληγώσει στο παρελθόν, τελικά, είμαι ικανός να αντιληφθώ ότι είναι καλοί άνθρωποι.		
11.	Αν κάποιοι μου φέρονται άσχημα, συνεχώς σκέφτομαι άσχημα γι' αυτούς.		
12.	Όταν κάποιος με απογοητεύσει, μπορώ, τελικά, να το ξεπεράσω.		
13.	Όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά για λόγους που δεν μπορεί να τους ελέγξει κανείς, φορτώνομαι, κυριολεκτικά, με αρνητικές σκέψεις για το γεγονός αυτό.		
14.	Με τον καιρό, μπορώ να κατανοήσω τις κακές στιγμές στη ζωή μου.		
15.	Αν είμαι απογοητευμένος από ανεξέλεγκτες καταστάσεις στη ζωή μου, κάνω συνεχώς αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις καταστάσεις αυτές.		
16.	Τελικά, βρίσκω την ισορροπία με τις άσχημες καταστάσεις της ζωής μου.		

17. Μου είναι, πράγματι, δύσκολο να αποδεχτώ αρνητικές καταστάσεις για τις οποίες δε φταίει κανείς.

18. Τελικά, ξεπερνώ τις αρνητικές σκέψεις για τις άσχημες καταστάσεις που είναι πέρα απ' τον έλεγχό μας

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