



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Πώς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα οι νοσηλευτές
που εργάζονται σε μονάδες φροντίδας
ηλικιωμένων**

**ΚΑΡΑΜΑΓΚΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΤΕ,
ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ
ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Δρ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λάρισας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.
2. Δρ. Γκούβα Μαίρη, Επίκουρος καθηγήτρια, τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου
3. Δρ. Μαλλιάρου Μαρία, Εργαστηριακός συνεργάτης τμήματος Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας

ΛΑΡΙΣΑ 2014



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



**A NURSES IDEA OF CARE IN NURSING
HOMES FOR THE ELDERLY**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΜΕΡΟΣ Α΄	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Η ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	8
1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ.....	9
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	12
1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	21
1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ	23
1.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ JEAN WATSON ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	23
1.5 ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	26
1.6 ΑΛΤΡΟΥΙΣΜΟΣ Ή ΑΛΤΡΟΥΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	27
1.7 JOB COMMUNICATION SATISFACTION IMPORTANCE	29
ΜΕΡΟΣ Β΄	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	32
2.1 Ο σκοπός της έρευνας	33
2.2 Αναμενόμενα αποτελέσματα της έρευνας.....	33
2.3 Μεθοδολογική προσέγγιση	34
2.3.1 Η ποσοτική έρευνα	34
2.3.2 Το ερευνητικό εργαλείο.....	34
2.3.3 Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας	36
2.4 Στατιστική ανάλυση	36
2.4.1 1ος Άξονας: Κοινωνικό- Δημογραφικά στοιχεία.....	36
2.4.2 2ος Άξονας: Ερωτηματολόγιο GR- NDI 24	45
2.4.3 3ος Άξονας: Ερωτηματολόγιο Altruism subscale.....	51
2.4.4 4ος Άξονας: Ερωτηματολόγιο JCSI	56
2.5 Αποτελέσματα.....	71

2.6 Συζήτηση	72
2.7 Συμπεράσματα- Επίλογος	74
2.8 Προτάσεις για επιπλέον έρευνα	75
ABSTRACT	75
Βιβλιογραφία	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	80

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Νοσηλευτική είναι ο μέγιστος συντελεστής στη παροχή φροντίδας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων έρχονται αντιμέτωποι μ έναν πληθυσμό του οποίου οι ανάγκες αυξάνουν σε πολυπλοκότητα και οξύτητα αλλά ταυτόχρονα έρχονται αντιμέτωποι με νέες αρρώστιες, η θεραπεία των οποίων είναι προβληματική. Ο χειρισμός και η φροντίδα αυτών των ασθενών απαιτεί συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξειδίκευση καθώς και εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης υπήρξε η διερεύνηση του τρόπου αντίληψης των νοσηλευτών που εργάζονται σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων για τη φροντίδα.

Υλικό –Μέθοδος: Ως ερευνητικό εργαλείο της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο το οποίο χωρίστηκε σε τέσσερις άξονες. Τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία, τις απόψεις των νοσηλευτών ως προς το τι είναι σημαντικό κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου, τις αντιλήψεις τους για τις κοινωνικές παροχές του κράτους και την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία.

Αποτελέσματα: Οι ερωτηθέντες θεωρούν τον εαυτό τους «καλό νοσηλευτή», αφού με άριστα το 5, βαθμολόγησε με 4 ή 5 το 84% του δείγματος και με τουλάχιστον 3 το 97% του δείγματος. Οι μεταβλητές φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και προϋπηρεσία έπαιξαν ρόλο στις απαντήσεις του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών κατά την άσκηση του έργου τους θεωρούν πολύ σημαντικό να παρατηρούν τις επιδράσεις ενός φαρμάκου, να καθησυχάζουν τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία, να συμβουλεύονται το γιατρό, να προστατεύουν την ιδιωτικότητα του ασθενή αλλά παραδόξως θεωρούν μέτρια σημαντικό να εμπλέκουν τον ασθενή στη φροντίδα του, να καθοδηγούν τον ασθενή για αυτοφροντίδα ή να κάθονται με τον ασθενή.

Συμπεράσματα: Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται κυρίως από γυναίκες. Πρόκειται για άτομα που ενδιαφέρονται για τον συνάνθρωπο τους, είναι υπεύθυνα, παρατηρητικά, συνεργάσιμα, καλοί γνώστες του αντικειμένου της δουλειάς τους και έχουν έντονο το αίσθημα της

φροντίδας των ατόμων που επιβλέπουν- φροντίζουν. Ο χαρακτήρας τους είναι αλτρουιστικός, φιλεύσπλαχνος, φιλόανθρωπος και είναι άνθρωποι που αγαπούν τον συνάνθρωπο τους και έχουν κοινωνικές ευαισθησίες, που απολαμβάνουν επαγγελματική ικανοποίηση, ιδιαίτερα συναισθηματική στη δουλειά τους και αντιλαμβάνονται στο μέγιστο τη σπουδαιότητα του έργου τους.

Λέξεις Κλειδιά : Φροντίδα, νοσηλευτές, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, αλτρουισμός, επαγγελματική ικανοποίηση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη φροντίδα ετυμολογικά προέρχεται από την αρχαία λέξη φροντίς -ίδος και σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη σημαίνει το έντονο ενδιαφέρον, η ιδιαίτερη προσοχή σε κάποιον, κάτι: ιδιαίτερη, ξεχωριστή, συγκινητική, ολοκληρωμένη, ειδική. Συνώνυμα: μέριμνα, περιποίηση, και αντίθετα: αμέλεια, αδιαφορία (Μπαμπινιώτης, 1998).

Τα τελευταία χρόνια έλαβαν χώρα μεγάλες δημογραφικές, κοινωνιολογικές και τεχνολογικές αλλαγές. Έτσι, οι επιστήμονες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με πληθυσμό, του οποίου οι ανάγκες αυξάνουν σε οξύτητα και πολυπλοκότητα αλλά ταυτόχρονα έρχονται αντιμέτωποι και με νέες αρρώστιες, η θεραπεία των οποίων παραμένει προβληματική. Λύσεις σε θέματα κατάχρησης φαρμάκων, χρόνιων και ψυχικών νόσων είναι δύσκολες ακόμα και στα πιο επιτηδευμένα συστήματα και τεχνολογίες φροντίδας υγείας. Η κατάσταση περιπλέκεται από το τεράστιο κόστος φροντίδας υγείας και τις ελλείψεις προσωπικού.

Οι συμβαίνουσες αλλαγές στο σύστημα υγείας καθιστούν αναπόφευκτη την αλλαγή στη Νοσηλευτική. Η Νοσηλευτική είναι μέγιστος συντελεστής στη παροχή φροντίδας και αποτελεί μια σημαντική δύναμη στη μελλοντική της διάπλαση.

Στα επόμενα κεφάλαια γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης και όσο το δυνατόν πληρέστερης κάλυψης του θέματος.

Η εργασία περιλαμβάνει το θεωρητικό μέρος που καλύπτει την έννοια και τις θεωρίες φροντίδας και το ερευνητικό μέρος που ασχολείται με το πώς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε Γηροκομεία.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ

Αργά αλλά αναπόφευκτα ο ενήλικος εισέρχεται στην τρίτη ηλικία. Η τρίτη ηλικία είναι η τελευταία από μια συνεχή σειρά προσαρμοστικών μεταβολών στην ζωή του ατόμου. Το βιολογικό ή λειτουργικό γήρας είναι μια κατάσταση εξατομικευμένη που δεν επέρχεται αιφνιδιαστικά και απότομα την στιγμή κατά την οποία συμπληρώνεται μια προκαθορισμένη χρονολογική ηλικία.

Στα περισσότερα κράτη συνηθίζεται να εντάσσεται στην τρίτη ηλικία κάθε άτομο που έχει συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας του. Υπάρχουν όμως χώρες, ιδιαίτερα της πρώην Ανατολικής Ευρώπης οι οποίες θεωρούν το 55ο ή το 60ο έτος σαν όριο ενάρξεως της τρίτης ηλικίας. Είναι βέβαιο γεγονός ότι οι άνθρωποι της ηλικίας αυτής εξακολουθούν να παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην οικονομική και κοινωνική ζωή του τόπου τους και επομένως δεν είναι δυνατόν να ενταχθούν στην κατηγορία της τρίτης ηλικίας.

Έτσι η ηλικία αυτή χωρίστηκε σε δύο ομάδες: α) στην πρώτη, την συντάξιμη ηλικία (ανάλογα με το πότε χορηγείται η σύνταξη σε κάθε χώρα) και β) στη δεύτερη, την ηλικία άνω των 65 ετών. Το χρονολογικό ή το «νομικό γήρας» όπως αποκαλείται, δεν συμβαδίζει με την πραγματική ελάττωση ή παρακμή της ζωτικότητας. Είναι εκείνο που καθορίζεται κάθε φορά από την νομοθεσία για την αναγνώριση του δικαιώματος σύνταξης ή την παροχή άλλων ευεργημάτων. Τα άτομα που περιλαμβάνονται στην Τρίτη ηλικία δεν είναι καθόλου ομοιογενή και οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο αυξάνει η ηλικία. Θα πρέπει να τονισθεί ότι πολλά άτομα, ζουν μέχρι προχωρημένη ηλικία, χωρίς να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή να χάνουν τις λειτουργικές τους ικανότητες. Με τον τρόπο αυτό συνεχίζουν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή, να είναι δραστήρια και δημιουργικά, ενώ άλλοι σε πιο μικρή ηλικία παρουσιάζουν βιολογικά και ψυχολογικά συμπτώματα που συνήθως συνοδεύονται με τα γηρατειά (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2002).

Στη ηλικία αυτή οι άνθρωποι έχουν να αντιμετωπίσουν κάποιες ιδιαίζουσες καταστάσεις που χρίζουν ειδικής μέριμνας. Μάλιστα θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό η

επιστήμη της φροντίδας των ηλικιωμένων. Το γεγονός ότι άνθρωπος ζει περισσότερο χρόνια αλλά και οι εξελίξεις στην αντιμετώπιση των ασθενειών έχουν λειτουργήσει ως προ το άνοιγμα του κεφαλαίου που σχετίζεται με την φροντίδα των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με τους Silow-Carrol (2011) είναι απαραίτητο για το νοσηλευτικό σύστημα να μπορέσει να μειώσει τον αριθμό των παραπομπών σε αυτό. Για το λόγο αυτό και έχουν αναπτυχθεί υποδομές, πχ μονάδες ανακουφιστικής ιατρικής για όσους είναι άρρωστοι και είναι σε τερματικό στάδιο (Paynetal, 2004) αλλά και οίκοι ευγηρίας για τους ηλικιωμένους που νοιώθουν ότι χρειάζονται την φροντίδα κάποιων εξειδικευμένων νοσηλευτών και γιατρών.

Οι Nay and Garratt (2004) αναφέρουν ότι στην Μεγάλη Βρετανία και σε άλλες χώρες όπως η Αυστραλία και η Ιρλανδία, για πολλά χρόνια η διαμονή των ηλικιωμένων ανθρώπων σε ειδικούς χώρους και δομές, όπως για παράδειγμα τα γηροκομεία, θεωρείτο ως μια διαδικασία που συχνά οι ίδιοι οι άνθρωποι την απέρριπταν, όπως και η κοινωνία, διότι θεωρούσαν τους χώρους αυτούς ως το τελευταίο μέσο διαμονής ενός ανθρώπου. Μετά την δεκαετία του 1990 αυτή αντίληψη άλλαξε. Οι Gott et al (2004) σε έρευνα που έκαναν διαπίστωσαν ότι σε μεγάλο βαθμό η βελτίωση στις υπηρεσίες αυτών των δομών σε συνδυασμό με την αποδοχή των δομών φροντίδας ηλικιωμένων, και ειδικά των γηροκομιών από την κοινωνία, είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία μιας θετικής αντίληψης και προοπτικής ως προς αυτές τις υποδομές. Συγχρόνως όμως και βελτιωνόταν και η αποδοχή τους από τους ίδιους τους ηλικιωμένους που έβλεπαν την βελτίωση υπηρεσιών αλλά και τις διαβίωσής τους σε αυτούς τους χώρους ως κάτι το ιδιαίτερα θετικό, πράγμα που είχε επιπτώσεις και στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους και ιδίως με τους γιατρούς και το προσωπικό των γηροκομιών καθώς και με τους συγγάτοικους τους ενώ εμμέσως καταγράφονται θετικές επιπτώσεις και σε ότι αφορά το εθνικό σύστημα υγείας, αφού η ίδια έρευνα δείχνει ότι μειώθηκαν οι εισαγωγές τους σε νοσοκομεία και η επιβάρυνση του συστήματος (Sillow-Carrol et al, 2011).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σημαντική είναι και η συνεισφορά επιστημονικών ερευνών που δείχνουν την αισθητή βελτίωση της

συμπεριφοράς και της ποιότητας της υγείας των ανθρώπων που φιλοξενούνται σε γηροκομεία. Για παράδειγμα οι Sorensen et al (2006) αναφέρουν ότι η μακροχρόνια φροντίδα έχει ιδιαίτερα ευεργετικές συνέπειες σε άτομα με μακροχρόνιες ασθένειες καθώς και στην επικοινωνία τους με του γύρω περιβάλλον. Παρόμοια και οι Boltz et al (2010) που αναφέρει ότι οι ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν την παραμονή τους σε νοσοκομεία, όταν έχουν κάποια χρόνια ασθένεια, αλλά να παραμένουν είτε στο σπίτι είτε σε εξειδικευμένους χώρους όπως είναι τα γηροκομεία. Στην αναβάθμιση των υπηρεσιών έχει σημαντικό ρόλο και το γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες το προσωπικό των γηροκομιών είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένο σε θέματα γερωντολογίας και διαχείρισης των αναγκών των ατόμων αυτών. Μάλιστα σε κάποιες χώρες έχει ξεκινήσει η πιστοποίηση των εργαζομένων στα γηροκομεία ώστε να μπορεί να ελεγχθεί το έργο τους αλλά και να πιστοποιείται το ότι ο εργαζόμενος στο γηροκομείο έχει την ανάλογη επάρκεια (Månvall and Thorslund, 2007).

Σε ότι αφορά την λειτουργία των γηροκομιών στην Ελλάδα, τα γηροκομεία είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Είναι κέντρα τα οποία ασχολούνται με την παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας σε άτομα 65 ετών και άνω. Σκοπός των Ιδρυμάτων αυτών είναι η στέγαση και η περίθαλψη ηλικιωμένων, ανεξαρτήτως φύλλου, η μέριμνα για την υγεία τους, η εκπλήρωση των ειδικών αναγκών και των απαιτήσεων που είναι μοναδικές στα άτομα τρίτης ηλικίας (Wikipedia.org, 2013), η εξασφάλιση της απασχόλησής τους και της ψυχαγωγίας τους. Απευθύνονται :

α) σε άτομα αυτοεξυπηρετούμενα που έχουν τη δυνατότητα, εφόσον το επιθυμούν οι ίδιοι οι συγγενείς τους να εξέρχονται για μικρά ή μεγάλα διαστήματα,

β) σε άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα λόγω χρόνιων νοσημάτων, όπως τη νόσο Alzheimer, Parkinson, άνοια, άτομα που βρίσκονται σε στάδιο αποκατάστασης μετά από εγκεφαλικά επεισόδια ή ορθοπεδικές επεμβάσεις ή άλλου είδους εγχειρήσεις. Απασχολούν νοσηλευτικό προσωπικό και βοηθούς νοσηλευτών σε 24ωρη βάση, παρέχουν ιατρική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, πολλές φορές και εργοθεραπεία. (National Institute on Aging, 2013)

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Θα πρέπει να πούμε ότι ο κλάδος της υγείας και των υπηρεσιών που προσφέρει σε μεγάλο βαθμό στηρίζεται στην έννοια της φροντίδας. Η φροντίδα μπορεί να δοθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά σημεία. Για πολλούς φροντίδα συνδέεται με το εθνικό σύστημα υγείας και γενικότερα με την φροντίδα σε νοσοκομειακούς χώρους. Όμως η φροντίδα τα τελευταία χρόνια έχει εξελιχτεί εισάγοντας νέες μορφές όπως η φροντίδα στο σπίτι, σε οίκους ευγηρίας ή η ανακουφιστική φροντίδα για άτομα που είναι σε τερματική κατάσταση (Sauver et al, 2013).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η έννοια της φροντίδας έχει αναπτυχθεί συγχρόνως με την ανάπτυξη των σύγχρονων κοινωνιών και την αντίληψη της αντιμετώπισης των ασθενών από την κοινωνία αλλά και από το σύστημα υγείας. Ενώ σε παλαιότερες εποχές ο ασθενής θεωρείτο ότι δεν είχε πολλές ελπίδες και συχνά δεν υπήρχαν λύσεις για αυτές τις περιπτώσεις, η εξέλιξη της κοινωνίας σε μια κοινωνία που θεωρεί ηθικό καθήκον τον ενδιαφέρον για τον ασθενή αλλά και λόγω της βελτίωσης του τρόπου αντιμετώπισης και ίασης των ασθενειών (Jencks et al, 2009). Μπορούμε να αναφερθούμε στην περίπτωση του HIV. Αν και για πολλά χρόνια υπήρχε η πεποίθηση ότι ο φορέας ήταν καταδικασμένος να πεθάνει εντός 10 χρόνων αλλά και ότι μπορούσε να προσβάλει και τους γύρω του, τελικά η ανάπτυξη νέων φαρμάκων και θεραπειών αλλά και η βελτίωση της φροντίδας και ο περιορισμός των προκαταλήψεων έχουν οδηγήσει τους οροθετικούς να μπορούν αρχικά να ζήσουν πολλά περισσότερα χρόνια δίχως παρενέργειες στο άμεσο μέλλον ίσως και να μπορούν να ζήσουν μια ολόκληρη ζωή κάτι που ενισχύεται και από την παροχή της ανάλογης φροντίδας και υποστήριξης (Nicholas et al, 2007).

Η φροντίδα αποτελεί ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό, μια ανθρώπινη συμπεριφορά που υφίσταται από τότε που υπάρχει ο άνθρωπος στη γη. Είναι μία ισχυρή θετική συγκίνηση του σεβασμού, ένα καλόκαρδο συναίσθημα ([thefreedictionary.com/caring](https://www.thefreedictionary.com/caring), 2013). Η ανάγκη πιέζει προς ικανοποίηση, που επέρχεται μέσα από διάφορες διαδικασίες σε άλλοτε άλλο βαθμό και ανάλογα με τις περιστάσεις και τις δυνατότητες. Όταν όμως δεν

καλύπτεται με ικανοποιητικό για το άτομο τρόπο, τότε προκύπτει το λεγόμενο έλλειμμα που μεταφράζεται ως πρόβλημα. Τη στιγμή αυτή έχουμε ανάγκη φροντίδας, έχουμε την ανάγκη της παρουσίας του άλλου στη ζωή μας, που θα έρθει ως αρωγός φροντίζοντας για την ικανοποίηση της ανάγκης και την αντιμετώπιση του ελλείμματός της. Όλη μας η ζωή ξετυλίγεται και βασίζεται στις ανάγκες μας και στην ικανοποίησή τους. Το βαθύτερο κίνητρο όλων μας των ενεργειών σε συνειδητό αλλά τις πιο πολλές φορές σε ασυνείδητο επίπεδο πηγάζει από την αέναη προσπάθειά μας να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες μας. Θα λέγαμε ότι με κάθε τρόπο ο κάθε άνθρωπος είναι αυτοεγκλωβισμένος στις ανάγκες του, που είναι βασικές βιολογικές ανάγκες, ανάγκες ψυχολογικές, ανάγκες κοινωνικές και η ανώτερη όλων των αναγκών η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση.

Η φροντίδα έχει δύο μορφές: είναι η επαγγελματική φροντίδα, που παρέχεται από επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι είναι εκπαιδευμένοι για να τη παρέχουν με επιστημονικό τρόπο και η φροντίδα που παρέχεται καθημερινά από τον ένα άνθρωπο στον άλλο, εμπειρικά και με βάση την αγάπη, το ενδιαφέρον και το νοιάξιμο (**Μ. Γκούβα, 2012**).

Οι δύο αυτές μορφές φροντίδας μπορεί να λειτουργήσουν διαφορετικά, πχ στο σύστημα υγείας να προσφέρεται μέσω των νοσοκομείων ενώ η ανθρώπινη φροντίδα να προσφέρεται στο σπίτι. Βέβαια το βέλτιστο είναι ο συνδυασμός των δύο αυτών μορφών φροντίδας που μπορεί να είναι από μια ολοκληρωμένη μονάδα φροντίδας, όπως τα γηροκομεία, που προσφέρουν τόσο υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας όσο και υπηρεσίες φροντίδας σε ανθρώπινο επίπεδο.

Διάφορες έρευνες, όπως των Hearn and Higginson (1998), Heath et al (2010) και Higginson et al (2003) αναφέρουν ότι σε ότι αφορά τους ασθενείς που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία – ιδίως όσους πάσχουν από χρόνιες παθήσεις όπως ο καρκίνος, παροχή μιας οργανωμένης μορφής φροντίδας έχει ευεργετικές συνέπειες για τον ασθενή. Μια οργανωμένη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας, όπως είναι ένα γηροκομείο ή μια παρόμοια μονάδα, μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις στην πορεία της υγείας του ασθενούς λόγω της ψυχολογικής υποστήριξης που έχει αλλά και της διαρκούς ιατρικής παρακολούθησης. Επίσης, όπως αναφέρεται από τους Ferrel and Coyle (2010) είναι ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι πλέον οι υπηρεσίες αυτές

καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία και γενικότερα από τα συστήματα υγείας, οπότε και η πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες δεν είναι πλέον κομμάτι λίγων προνομιούχων αλλά μπορεί να εξασφαλιστεί για τον καθένα αρκεί να πληρεί κάποια ασφαλιστικά και κοινωνικά κριτήρια (Ferrel and Coyle, 2010).

Η φροντίδα αποτελεί φιλοσοφική προσέγγιση σε μια τέχνη που περικλείει στρατηγικές εμπλουτισμένες με συναίσθημα και προσφορά. Εκτός από τον καθορισμό της γνώσης, εμπεριέχει και τον καθορισμό κριτηρίων για την αξιολόγηση πράξεων που υλοποιούνται με απώτερο σκοπό την ανακούφιση του ασθενούς. Είναι η ενσυνείδητη ρητή και συνεχής χρήση των τρεχόντων καλύτερων στοιχείων για τη λήψη μιας απόφασης, που κατευθύνεται στη μέριμνα των ασθενών και ταυτόχρονα ενσωματώνει τη κλινική εμπειρία με τα καλύτερα διαθέσιμα δεδομένα της συστηματικής επιστημονικής έρευνας.

Η φροντίδα αποτελεί ένα πολυδιάστατο παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα και την καρδιά της νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας. Περιγράφεται ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική υποχρέωση», «διαπροσωπική σχέση», «θεραπευτική παρέμβαση» και εκφράζεται μέσα από δραστηριότητες, συμπεριφορές, στάσεις και σχέσεις. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία δεν υπάρχει ομοφωνία όσον αφορά στην έννοια της φροντίδας ανάμεσα στους νοσηλευτές, ούτε οικουμενικά αποδεκτός ορισμός της, με εξαίρεση το διαχωρισμό της σε τεχνική (λειτουργική) και σε συναισθηματική (διαπροσωπική) διάσταση. Σήμερα, οι νοσηλευτές καλούνται να ορίσουν και να διασφαλίσουν την πρακτική τους σε ένα περιβάλλον οικονομικών περιορισμών και έμφασης στην ιατροκοποίηση της υγείας τη διάγνωση και τη θεραπεία, καθώς και την επικέντρωση της σχέσης κόστους και αποτελέσματος. Επιπλέον, προστίθεται ο σκεπτικισμός και οι επιφυλάξεις ερευνητών νοσηλευτών στο κατά πόσο η φροντίδα αποτελεί μία «σταθερή αξία» στη Νοσηλευτική ή στην «ηθική της υποτέλειας», η οποία έχει εμποδίσει την επιστημονική ανάπτυξη της Νοσηλευτικής. Σε αντίθεση φαίνεται να βρίσκονται οι απόψεις των ασθενών για το πώς αντιλαμβάνονται και πώς βιώνουν τη φροντίδα, αντανακλώντας την αντίληψη της κοινής γνώμης για το τι καθορίζει τη Νοσηλευτική και επισημαίνοντας στους νοσηλευτές τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι οι ασθενείς θα ήθελαν να τους φροντίσουν. Εμπειρικά

στοιχεία υπογραμμίζουν ότι όλα τα άτομα επιθυμούν το σεβασμό της ατομικότητας τους και της μοναδικότητας της προσωπικότητάς τους, γεγονός το οποίο καθορίζει την ποιότητα και την ικανοποίησή τους από την φροντίδα.

Παρά τις συζητήσεις και τις αντιφατικές απόψεις για το τι είναι φροντίδα και ποιος τη καθορίζει, οι περισσότεροι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η εν λόγω έννοια ταυτίζεται με τη Νοσηλευτική και συνδέεται απόλυτα με την ύπαρξή της. Εξάλλου πάρα πολλές έννοιες στην ιστορία της ανθρωπότητας, όπως είναι η αγάπη, η καλοσύνη, η ομορφιά, η πίστη είναι τόσο αόριστες που παρά τις προσπάθειες για κατανόηση και σύλληψη της ουσίας του πραγματικού τους περιεχομένου, ακόμη παραμένουν σε συνεχή αναζήτηση (Ε. Παπασταύρου και συν, 2010).

Το κάθε άτομο διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για την φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει. Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας βασίζεται τόσο σε επιλεγμένους ορισμούς της έννοιας της «φροντίδας» όσο και σε επιλεγμένες αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως αυτές τις περιέγραψε η Leininger. Η «φροντίδα» αφορά όλες τις δραστηριότητες και τις ανάγκες ενός ατόμου την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με την περίπτωση οι επαγγελματίες Νοσηλευτές. Από τον συνδυασμό των τεσσάρων εννοιών «υγεία», «άτομο», «περιβάλλον», «φροντίδα» η «νοσηλευτική φροντίδα» προσδιορίζεται ως η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διάδραση με το περιβάλλον του. Σύμφωνα με την Leininger η Νοσηλευτική φροντίδα ως φαινόμενο βιώνεται σε όλους τους πολιτισμούς ενώ υπάρχουν ειδικά πολιτισμικά πρότυπα φροντίδας. Έτσι από τα δεδομένα στοιχεία καταλήγει στο συμπέρασμα ότι:

- 1) Υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ φροντίδας, κουλτούρας και κοινωνικής μόδας.
- 2) Η φροντίδα αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, όμως ο τρόπος και οι διαδικασίες που αυτή εκφράζεται διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό.
- 3) Κάθε νοσηλευτική κατάσταση, περιλαμβάνει ανάγκες και συμπεριφορές φροντίδας οι οποίες είναι πολιτισμικά καθορισμένες.

- 4) Πολιτισμικές διαφορές σε πεποιθήσεις, αξίες και δραστηριότητες φροντίδας, αντικατοπτρίζουν διαφορές στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Η προσωπική γνώμη κάθε ατόμου αναφορικά με την φροντίδα και η σημασία που το άτομο της αποδίδει είναι δυνατό να επηρεάσει στρατηγικές στο σχεδιασμό για συνεχή και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Στην Ελλάδα πολύ λίγες ερευνητικές μελέτες υπάρχουν αναφορικά με το παραπάνω θέμα. Η ποιοτική έρευνα αφορά την έρευνα για τη ζωή, τις ιστορίες ή τις συμπεριφορές των ατόμων, την λειτουργία οργανισμών, τις κοινωνικές τάσεις, τις διαπροσωπικές σχέσεις και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εκεί, όπου είναι γνωστά μόνο λίγα για τον τομέα της μελέτης και το συγκεκριμένο πρόβλημα, το περιβάλλον.

Εξετάζοντας αναλυτικότερα την έννοια της φροντίδας, θα λέγαμε ότι :

1. Φροντίδα σημαίνει αγάπη. Ο προσδιορισμός της φροντίδας ως «αγάπη» αφορά τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας και ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τόσο στην αγάπη που θα πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες υγείας για την εργασία τους όσο και στην έμπρακτη αγάπη που πρέπει να δείχνουν στα άτομα τα οποία φροντίζουν: «Να αγαπάς αυτό που κάνεις, να μη το κάνεις από αγγαρεία», «να αγαπάς τον άρρωστο, να τον προσέχεις σα δικό σου άνθρωπο» Στην πρώτη περίπτωση «αγάπη για την εργασία», η αγάπη φαίνεται να αποτελεί την λογική συνέπεια μιας ελεύθερης επιλογής ενός ατόμου, η οποία εκφράζεται στη δημιουργική δραστηριότητά του ατόμου, που προγραμματίζει παράγει και παρακολουθεί τα αποτελέσματα της δράσης του. Στην δεύτερη περίπτωση «έμπρακτη αγάπη στο άτομο που χρήζει φροντίδας», η αγάπη προσδιορίζεται ως μια κατάσταση δράσης.

2. Φροντίδα σημαίνει κατανόηση. Στην έννοια της φροντίδας εμπεριέχεται και η έννοια της κατανόησης. Στη προκειμένη περίπτωση σημαίνει αντιλαμβάνομαι τις ανάγκες και τις επιθυμίες ενός ατόμου που χρήζει ανάγκη φροντίδας και φροντίζω να τις καλύπτω. Ορισμένοι αναφέρονται επίσης στην σημαντικότητα της κατανόησης ως προσδιοριστικό στοιχείο της φροντίδας . Και στην περίπτωση αυτή τονίζεται η ανάγκη για συναισθηματική κατανόηση ιδιαίτερα εκείνων των ατόμων που αδυνατούν λόγω της κατάστασής τους να εξωτερικεύσουν τις ανάγκες τους ή τις επιθυμίες τους. «Τα άτομα που είναι σε

κώμα...είναι πολύ σημαντικό να καταλαβαίνει κανείς τι θέλουν» Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιλαμβάνονται την συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου να την κατανοούν και να την υποστηρίζουν ανάλογα.

3. Φροντίδα σημαίνει πρόληψη. Η φροντίδα αφορά από την μία μεριά την ελαχιστοποίηση όλων εκείνων των δυνητικών παραγόντων που θέτουν σε μια τυχόν δοκιμασία την κατάσταση της υγείας/ευεξίας τους και καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να την αποτρέψουν και από την άλλη αφορά την διατήρηση της καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας χρησιμοποιώντας τα μέσα που για τον σκοπό αυτό διαθέτουν. Η πρώτη περίπτωση αφορά την μέριμνα του ίδιου του ατόμου για τον εαυτό του. Εδώ το άτομο μετέχει ενεργητικά στη φροντίδα του, προστατεύει τον εαυτό του και προλαμβάνει καταστάσεις οι οποίες θα θέσουν τυχόν σε δοκιμασία την κατάσταση της υγείας του.

4. Φροντίδα σημαίνει άγγιγμα. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται η έννοια της φροντίδας ως άγγιγμα. Στην περίπτωση αυτή αναφέρεται στη σημασία που έχει για ένα άτομο η εκτέλεση μιας νοσηλευτικής πράξης και δη αυτή της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας κατά την οποία οι επαγγελματίες «αγγίζουν», «ακουμπούν», περιοχές του σώματός ενός ατόμου: «Με χτυπούσε στη πλάτη, με έδινε κουράγιο, όλα θα πάνε καλά μ' έλεγε». Ωστόσο οι ασθενείς συνήθως αποδίδουν στο άγγιγμα των παραπάνω περιοχών την έννοια της οικειότητας, ενώ το άγγιγμα περιοχών του σώματος που αποτελούν ζώνες-Taboo αυτό επιτρέπεται μόνο σε περίπτωση που η εφαρμογή μιας συγκεκριμένης Νοσηλευτικής πράξης είναι αναγκαία.

Η εννοιολογική προσέγγιση της «φροντίδας» όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα άτομα προβάλλει ουσιαστικά τη θέση ότι η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες, ο σεβασμός των οποίων από τους επαγγελματίες Νοσηλευτές εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και προάγει το νοσηλευτικό έργο προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Σ. Κοτρώτσιου και συν, 2008).

Η ανθρωπολογία και οι πολιτισμικές προσεγγίσεις συνέβαλαν στη μετατόπιση της νοσηλευτική πράξης από το βιοϊατρικό μοντέλο σε ένα

ψυχοκοινωνικό πλαίσιο. Η βιοπολιτιστική προσέγγιση της ιατρικής ανθρωπολογίας εκτείνει την βιοιατρική προοπτική που βλέπει την υγεία βασικά ως ένα βιολογικό θέμα. Η κατανόηση για το πώς ο πολιτισμός επηρεάζει την υγεία αυξάνει και την κατανόηση των προβλημάτων υγείας και την απαραίτητη φροντίδα. Οι πολιτιστικές και κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία και στη φροντίδα αρρώστων σημαίνει ότι πρέπει να καταλάβουμε αυτές τις επιδράσεις, δυναμώνοντας καταναλωτές να διαχειρίζονται τις αλληλεπιδράσεις αυτές στο θέμα της υγείας με μεγαλύτερη ενημέρωση των πολιτιστικών, κοινωνικών και θεσμικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία όπως και την θεραπεία. Παρά τις ανησυχίες της ιατρικής για την ασθένεια και την παθοφυσιολογία, η νοσηλευτική επικεντρώνεται στην ανθρώπινη ανταπόκριση στα προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των λανθασμένων και των πραγματικών συνεπειών. Η Νοσηλευτική έχει μια μακρά ιστορία και εστιάζει στην πολιτισμικά θέματα ώστε να χειριστεί σωστά τα προβλήματα των αρρώστων, ενσωματώνοντας πολιτισμικά μοντέλα και πρότυπα στην εκπαίδευση και τη φροντίδα, πολύ πριν την ιατρική. Παρά την πληθώρα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί με επίκεντρο τη μελέτη της φροντίδας, η βιβλιογραφία παρουσιάζει κενά ως προς την ταυτόχρονη συγκριτική αξιολόγηση των απόψεων και των βιωμάτων των ασθενών και των νοσηλευτών. Επιπρόσθετα, ενώ χιλιάδες νοσηλευτές σε όλο το κόσμο νοσηλευτές σε όλο το κόσμο έχουν γαλουχηθεί με την αρχή ότι η φροντίδα αποτελεί κυρίαρχη αξία στη Νοσηλευτική, η έρευνα παρουσιάζει ελλείψεις αναφορικά με την αξιολόγηση των συμπεριφορών φροντίδας σε διεθνές επίπεδο και τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές την παρέχουν και οι ασθενείς τη βιώνουν (Winkelman, 2009).

Εκτός από τη μελέτη της έννοιας της νοσηλευτικής φροντίδας ως γενικό όρο, αναπτύχθηκε μια νέα τάση αξιολόγησης της φροντίδας με επίκεντρο την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας στον ασθενή. Το εργαλείο μέτρησης της παρεχόμενης εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας που χρησιμοποιείται συχνά από τους ερευνητές είναι το **Individualized Care Scale (ICS)**, (R. Suhonen & Co, 2007). Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η εξατομικευμένη φροντίδα έχει ιδιαίτερη σημασία για τον ασθενή, η οποία παρέχεται μέσω συμπεριφορών ή πράξεων, ενώ υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που παρεμποδίζουν την ομαλή παροχή της. Για παράδειγμα,

υποστηρίζεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η μονάδα νοσηλείας, τόσο μικρότερες πιθανότητες έχει ο ασθενής να λάβει εξατομικευμένη φροντίδα. Επιπλέον, από πλευράς των νοσηλευτών η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται να μην αποτελεί σημαντικό τμήμα της καθημερινής τους ενασχόλησης με τους ασθενείς.

Πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την παρεχόμενη φροντίδα ως γενική έννοια αλλά και ειδικότερα την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα την οποία λαμβάνουν. Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, η φροντίδα η οποία ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες του ασθενούς φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο βαθμό ικανοποίησής του.

Περαιτέρω, η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι η βασικότερη νοσοκομειακή υπηρεσία η οποία σχετίζεται άμεσα με τη γενική ικανοποίηση του ασθενούς, γεγονός το οποίο υπογραμμίζει τη σημαντικότητα και την έμφαση που δίνουν οι ασθενείς στη φροντίδα την οποία λαμβάνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα ευρήματα των μελετών δείχνουν ότι για να είναι ευχαριστημένοι οι ασθενείς με τη νοσηλευτική φροντίδα χρειάζεται η αναγνώριση της ατομικότητας, της μοναδικότητας και της ιδιαιτερότητας των προσωπικών τους αναγκών (Ε. Παπασταύρου και συν, 2010).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, για την επιτυχή εφαρμογή της ΠΦΥ στην Ψυχική Υγεία, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στο βιο- ψυχο- κοινωνικό μοντέλο υγείας και στην οργάνωση και προώθηση πιστοποιημένων προγραμμάτων κατάρτισης και επαρκούς εκπαίδευσης στον τομέα της ψυχιατρικής φροντίδας. Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών εγχειριδίων και ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων για την πρόληψη ανίχνευση των συμπτωμάτων. Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν στη στάση της ομάδας ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η ψυχική υγεία και ασθένεια αποτελούν ένα συνεχές κάλεσμα και ότι οι ανάγκες του ασθενή δεν καλύπτονται μόνο με την πρόληψη και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, αλλά χρειάζεται επίσης φροντίδα για την κάλυψη αναγκών διαβίωσης, επανεκπαίδευση για την επανάκτηση των χαμένων κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή και εκπαίδευση

για την επαγγελματική του αποκατάσταση . Χρήσιμη θα είναι η εφαρμογή της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής (Liaison Psychiatry) στην ΠΦΥ και η ανάπτυξη σχετικών μοντέλων, τα οποία έχουν το πλεονέκτημα να συνεισφέρουν στη φροντίδα των ασθενών που δεν εξετάζονται από ειδικούς αλλά και στην ανάπτυξη της ομάδας ΠΦΥ .

Επίσης τα τελευταία χρόνια πολλές μελέτες επικεντρώνονται στη φροντίδα και την ενασχόληση με τις πνευματικές ανάγκες των αρρώστων, (spiritual nursing care). Παρά το γεγονός ότι «πνευματική νοσηλευτική φροντίδα», σαν έννοια έχει τις ρίζες της στην ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος, πολλοί νοσηλευτές στην πράξη έχουν δυσκολία στην ενσωμάτωση της ιδέας στην πράξη. Υπάρχει μια συνεχής συζήτηση στην εμπειρική βιβλιογραφία σχετικά με τον ορισμό, τη σαφήνεια και την εφαρμογή της στη κλινική πράξη. Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών σύμφωνα με τελευταίες μελέτες αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής φροντίδας . Ως εκ τούτου η νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να βελτιωθεί και να ενισχύσει τη κατανόηση, την ευαισθητοποίηση και την προετοιμασία των νοσηλευτών, έτσι ώστε να μπορούν μέσα από κατάλληλα εργαλεία να αξιολογούν και να καλύπτουν και τις πνευματικές ανάγκες στα πλαίσια της ολιστικής φροντίδας του αρρώστου (Monaghan, 2012).

Σε μια ποιοτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Ταϊλάνδη σε μονάδες εντατικής θεραπείας του πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στο Μπανγκόκ, διερευνήθηκε αν οι νοσηλευτές παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους και προέκυψαν πέντε θέματα : ψυχολογική υποστήριξη, διευκόλυνση σε θρησκευτικές τελετές και πολιτιστικές πεποιθήσεις, επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αξιολόγηση των πνευματικών των ασθενών και διευκόλυνση της οικογένειας για συμμετοχή στη φροντίδα. Η πνευματική φροντίδα αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι για τους νοσηλευτές, τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και σχετίζεται άμεσα με τη θεραπεία και την αποκατάσταση του αρρώστου.

Όλες οι επιστήμες υγείας έχουν στόχο την προαγωγή της υγείας, τη πρόληψη της ασθένειας, την αποκατάσταση της υγείας και την ανακούφιση των δεινών. Όλοι εμείς μπορούμε να γίνουμε ακόμη καλύτεροι και να

επιτύχουμε το στόχο της εξατομικευμένης παρεχόμενης φροντίδας μόνο μέσα από την αγάπη και την ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου, δίνοντας τιμή και αξία σ αυτόν, ανεξαρτήτου ταυτότητας, χρώματος, καταγωγής ή θρησκείας. Η ικανοποίηση αυτή παρέχει στο νοσηλευτικό επάγγελμα κύρος και αξιοπιστία, ενώ ταυτόχρονα το εξυψώνει στη καρδιά των ασθενών αλλά και της κοινωνίας γενικότερα. Η εφαρμογή της φροντίδας στην καθημερινή πράξη εξαρτάται από τους επαγγελματίες υγείας των οποίων η θεωρητική εκπαίδευση καθώς και η κλινική τους εμπειρία είναι βασική προϋπόθεση για την εξάσκηση του επαγγέλματός τους. Αυτά τα δύο στοιχεία δομούν το οικοδόμημα βάσει του οποίου γίνονται οι συλλογισμοί και οι λήψεις αποφάσεων, θέματα που είναι εξόχως απαραίτητα στην παροχή φροντίδας. Η γνώση επίσης των θεωριών που αφορούν την επιστήμη της φροντίδας, αγκαλιάζει τον επιστημολογικό πλουραλισμό επιδιώκοντας την αλληλεπίδραση των ανθρωπιστικών και κλινικών επιστημών, προσαρμοσμένη έτσι ώστε να καλύπτει ηθικές, διαισθητικές, εμπειρικές, προσωπικές και πνευματικές γενικότερα παραμέτρους. Η φροντίδα ή ως επιστήμη, ή ως πράξη, ή ως φιλοσοφία, είναι πολυσύνθετη και αποτελεί τον πυρήνα της θεραπείας. Είναι στη φύση της ανθρώπινης ύπαρξης, είναι ταλέντο και δώρο, είναι δεξιοτεχνία που αφορά εμάς και τους άλλους (Lundberg, 2010).

1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Εξάπλωση που συνειρμικά παραπέμπει στην επιδημιολογία ευεργετικού... «ιού», γνωρίζει τις τελευταίες δεκαετίες στον παγκόσμιο υγειονομικό χώρο ο όρος «Φροντίδα Υγείας». Στο ελλαδικό «γίγνεσθαι» των προβληματισμών για την κακοδαιμονία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το ακατάπαυστο λεκτικό φιλτράρισμα της συγκεκριμένης έννοιας αποτέλεσε ισοδύναμο αντιστάθμισμα, για την έλλειψη αποδοτικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και το μεγάλο βαθμό δυσaráεσκείας εκ μέρους των χρηστών τους.

Ταυτόχρονα, όμως, η πολυετής παρουσία του όρου στο επίκεντρο άπειρων συζητήσεων και επιστημονικών συνεδρίων και οι τόνοι μελάνης που ξοδεύτηκαν για την υπερθεμάτιση της χρησιμότητάς της ανέσυραν στην επιφάνεια την υποθάλπουσα αρχικά εννοιολογική σύγχυση και συνακόλουθα ταύτιση της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης με την πρωτοβάθμια ΠΦΥ. Ωστόσο, η επισταμένη μελέτη και ανάλυση αμφότερων των προαναφερθέντων όρων συνέβαλε αποφασιστικά στην αναγνώριση της ύπαρξης σημαντικής διαφοροποίησης αναφορικά με το περιεχόμενο και τον εννοιολογικό προσδιορισμό τους.

Στην προκειμένη περίπτωση, το «όλον» συναποτελούν οι υγειονομικές υπηρεσίες, οι οποίες εμπεριέχουν τόσο την έννοια της περίθαλψης όσο και την αντίστοιχη της φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, η ιατρική περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας και διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή (περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες που αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου) και σε κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη (ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται στο νοσοκομείο).

Στην αντίπερα όχθη, η φροντίδα υγείας, ως ευρύτερη έννοια, αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας οι οποίες προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας. Εξυπακούεται ότι η σαφής διάκριση των δύο όρων είναι ικανή και αναγκαία συνθήκη για την κατανόηση της νέας φιλοσοφίας του αναπροσανατολισμού των στόχων των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην ΠΦΥ.

1.3 ΟΡΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

Η θεωρία είναι ένα σύνολο σχετιζόμενων εννοιών, δηλώσεων, προτάσεων και ορισμών, που πηγάζουν από φιλοσοφικές πεποιθήσεις βασισμένες σε επιστημονικά δεδομένα και από τις οποίες μπορούν να εξαχθούν, δοκιμαστούν και επαληθευτούν υποθέσεις. Η θεωρία αποσκοπεί στη περιγραφή ή τον χαρακτηρισμό των φαινομένων (McEwen & Wills, 2011).

Οι θεωρίες φροντίδας στοχεύουν στο να περιγράψουν, να προβλέψουν και να εξηγήσουν το φαινόμενο της φροντίδας (Chinn and Jacobs 1978). Αποτελούν τις βάσεις για περαιτέρω γνώση και δείχνουν σε ποια κατεύθυνση η φροντίδα πρέπει να αναπτυχθεί στο μέλλον. Η θεωρία είναι σημαντική επειδή μας βοηθά για να αποφασίσουμε τι ξέρουμε και τι πρέπει να ξέρουμε (Parsons 1949). Μας βοηθά να διακρίνουμε τι πρέπει να αποτελέσει τη βάση της πρακτικής και ρητά να περιγράψουμε την φροντίδα. (http://current-nursing.com/nursing_theory/nursing_theories_overview.html, 2011).

1.4 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ JEAN WATSON ΓΙΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η θεωρία της Jean Watson είναι μία από τις πιο πρόσφατες μεγάλες θεωρίες νοσηλευτικής, αφού η κωδικοποίησή της ολοκληρώθηκε το 1979, ενώ αναθεωρήθηκε το 1985. Η Watson θεωρεί την εργασία της ως μια περιγραφική θεωρία της φροντίδας και δηλώνει ότι ήταν η μοναδική θεωρία του είδους αυτού που ενσωμάτωνε τη πνευματική διάσταση της νοσηλευτικής κατά την εποχή που διαμορφώθηκε (McEwen & Wills, 2011).

Οι επτά υποθέσεις

- a. Η φροντίδα μπορεί να καταδειχθεί αποτελεσματικά και να ασκηθεί μόνο σε προσωπικό επίπεδο.
- b. Οι φροντιστές βάση των αρχών φροντίδας της νοσηλευτικής οδηγούν στην ικανοποίηση ορισμένων ανθρώπινων αναγκών.

- c. Η αποτελεσματική φροντίδα συμβάλλει στην προαγωγή και την αύξηση της υγείας των ατόμων και των οικογενειών.
- d. Οι απαντήσεις φροντίδας αποδέχονται το άτομο όχι μόνο όπως είναι τώρα αλλά ως αυτό που μπορεί να γίνει.
- e. Ένα περιβάλλον φροντίδας προσφέρει στον άνθρωπο την δυνατότητα ανάπτυξης της προσωπικότητάς του επιτρέποντάς του να επιλέξει την καλύτερη δράση σε μια δεδομένη συγκεκριμένη στιγμή.
- f. Η φροντίδα οδηγεί περισσότερο στην υγεία παρά στη θεραπεία. Μια επιστήμη φροντίδας συμπληρώνει την επιστήμη της θεραπείας.
- g. Η πρακτική της φροντίδας επικεντρώνεται στη περιποίηση.

ΟΙ 10 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ WATSON

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

Θεωρία και οι τέσσερις σημαντικές έννοιες

1. Ο άνθρωπος είναι ένα πρόσωπο άξιο σεβασμού, υποστήριξης και βοήθειας
2. Η υγεία προσθέτει τα ακόλουθα τρία στοιχεία στον ορισμό WHO της υγείας: Ένα υψηλό επίπεδο του γενικού φυσικού, διανοητικού και κοινωνικού λειτουργούντος επιπέδου (απουσίας ασθένειας ή της παρουσίας προσπαθειών που οδηγεί την απουσία της)
3. Το περιβάλλον/η κοινωνία σύμφωνα με Watson, που φροντίζει (και που περιποιείται) έχει υπάρξει σε κάθε κοινωνία. Μια τοποθέτηση φροντίδας δεν διαβιβάζεται από γενιά σε γενιά. Διαβιβάζεται από τον πολιτισμό του επαγγέλματος ως μοναδικός τρόπος το περιβάλλον του.
4. Η νοσηλευτική ενδιαφέρεται για την προαγωγή της υγείας, την παρεμπόδιση της ασθένειας, τη φροντίδα για τους αρρώστους και την αποκατάσταση της υγείας». Εστιάζει στην προώθηση υγείας και τη θεραπεία της ασθένειας. Θεωρεί ότι η ολιστική υγειονομική περίθαλψη είναι κεντρική στην πρακτική της φροντίδας στην περιποίηση. Καθορίζει την περιποίηση όπως «ανθρώπινες επιστήμες των προσώπων και της ανθρώπινης εμπειρίας υγεία-ασθένειας που από επαγγελματικό, προσωπικός, επιστημονικός, το αισθητικό και οι ηθικές ανθρώπινες συναλλαγές μεσολαβούν»..

(http://currentnursing.com/nursing_theory/Watson, 2012)

1.5 ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΠΡΟΘΕΣΗ / ΙΔΕΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ
1. (MADELEINE LEININGER) ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΚΑΙ ΚΑΘΟΛΙΚΟΤΗΤΑ	«Η φροντίδα είναι το απόσταγμα της νοσηλευτικής και είναι ο ευδιάκριτος, κεντρικός, ενοποιητικός παράγοντας ελέγχου» η διαπολιτισμική νοσηλευτική εστιάζει και στις δυο διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των προσώπων σε διαφορετικές κουλτούρες.	Οι νοσηλευτές πρέπει να δείχνουν κατανόηση σε διαφορετικούς πολιτισμούς με σκοπό ενεργούν αποτελεσματικά.	Πολιτισμικά αποδεκτή φροντίδα <ul style="list-style-type: none"> • Με τη συντήρηση των γνωστών τρόπων ζωής του πελάτη • Με την επαναδιαμόρφωση της νοσηλευτικής φροντίδας με σκοπό τη προαγωγή της υγείας • με την παροχή στέγασης σε άτομα που έχουν ανάγκη
2. (MARILYN ANNE RAY) Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Η πνευματική-ηθική φροντίδα του ατόμου δεν εξετάζει αν το σύστημα υγείας είναι πολυσύνθετο ή όχι αλλά γνωστοποιεί πόσο ειλικρινής, σωστή και ολοκληρωμένη είναι η κάθε επιλογή «Η νοσηλευτική φροντίδα είναι επηρεασμένη από τη γραφειοκρατία		Η πνευματική και ηθική φροντίδα επηρεάζει κάθε μια από τις παρακάτω πτυχές του γραφειοκρατικού συστήματος <ul style="list-style-type: none"> • Πολιτική • Οικονομική • Φυσική • Κοινωνικοπολιτιστική • Τεχνολογική • Νομική • εκπαιδευτική
3. (Anne Boykin and Savina Schoenhofer) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	«η φροντίδα είναι μια αλτρουιστική ενεργής έκφραση της αγάπης, της σκόπιμης και ενσωματωμένης αναγνώρισης της αξίας του ατόμου» • ΣΚΟΠΟΣ του νοσηλευτικού επαγγέλματος και της φροντίδας είναι να γνωρίσει το άτομο και να το εκπαιδεύσει	<ul style="list-style-type: none"> • σεβασμός του προσώπου ως μεμονωμένο άτομο • σεβασμός στο ιδιαίτερο πρόβλημα του καθενός 	Ικανότητα αφοσίωση έξι παράγοντες φροντίδας στη νοσηλευτική <ul style="list-style-type: none"> • ευσπλαχνία • συνειδηση • συμπεριφορά • εμπιστοσύνη έτσι γνωρίζοντας ο νοσηλευτής ότι αποτελεί

	με στόχο την αυτοφροντίδα		ένα πρόσωπο φροντίδας μπορεί να είναι αυθεντικός και αληθινός
--	---------------------------	--	---

1.6 ΑΛΤΡΟΥΙΣΜΟΣ Ή ΑΛΤΡΟΥΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα τελευταία χρόνια ο χώρος της υγείας έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από διλήματα. Τα διλήματα αυτά ακολουθούν την λογική της επιλογής ανάμεσα στους οικονομικούς κανόνες και την ανάγκη για παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας εντός ενός στενού οικονομικού πλαισίου ή της ανάγκης για μια αλτρουιστική προσέγγιση.

Όλοι οι φορείς υγείας και φροντίδας πρέπει να τιμούν τον όρκο του Ιπποκράτη και να εργάζονται με αφοσίωση και αλτρουισμό για να βοηθήσουν τον συνάνθρωπό τους. Ο Haavi (1991) πριν 20 χρόνια είχε αναφερθεί σε αυτό το δίλημμα, όταν ανέφερε ότι η επικράτηση της μονεταριστικής άποψης δημιουργεί ηθικά διλήματα και περιορίζει την αλτρουιστική φύση του λειτουργήματος.

Οι Chalkley και Malcomson, (2002) αναφέρουν το γεγονός ότι στην σύγχρονη ιατρική δεν υπάρχει πολύ χώρος για αλτρουισμό δίχως όρια. Σίγουρα οι υπεύθυνοι της φροντίδας θα πρέπει να έχουν μια δυνατή αίσθηση αλτρουισμού και συμπόνιας, που είναι και οι θεμελιώδεις αρχές της ιατρικής και της φροντίδας. Το να παρέχεις υπηρεσίες φροντίδας σε ένα άνθρωπο δεν είναι τόσο ένα αυστηρά επαγγελματικό ζήτημα όσο είναι ένα ζήτημα που σχετίζεται με τον αλτρουισμό και την πρόθεση του να βοηθήσει τον πλησίον του. Οπότε σε αυτή την περίπτωση αναφερόμαστε σε λειτούργημα και λιγότερο σε επάγγελμα.

Σε μια έρευνα που έγινε στην Αμερική, αναφέρεται ότι η υποστήριξη που δίνουν οι ειδικοί σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων στην Αμερική έχει ιδιαίτερα θετικές επιπτώσεις όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τους οικείους του. Αυτή η διαφορά φαίνεται ότι οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει

την φροντίδα του ηλικιωμένου το κάνουν με τρόπο αλτρουιστικό είναι πρόθυμοι να δείξουν τον καλύτερο δυνατό εαυτό τους.

Ως τώρα έχουμε δει το ότι ο αλτρουισμός θεωρείται ως κάτι το ιδιαίτερα θετικό για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει μια αισθητή μείωση του αλτρουισμού. Ο Jones (2002) αναφέρει ότι το φαινόμενο του αλτρουισμού στις ιατρικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες φροντίδας έχει μελετηθεί πολύ επιφανειακά. Ο Agrawal (2001) αναφέρει ότι σε μεγάλο βαθμό πολλοί ερευνητές δεν έχουν υπολογίσει ότι η «αλτρουιστική συμπεριφορά» συμπεριλαμβάνει την συνεχόμενη εργασία πέρα του ωραρίου, την παράδοση άτυπων συμβουλών, το να δώσουν οι ειδικοί υπηρεσίες φροντίδας σε άπορους ανθρώπους δίχως να πληρωθούν για αυτό και γενικά η προσφορά υπηρεσιών φροντίδας πέρα από αυτές που προβλέπει το πρόγραμμα εργασίας. Σε πολλές περιπτώσεις οι άνθρωποι που ασχολούνται με την φροντίδα των ηλικιωμένων ξεφεύγουν από το συνηθισμένο ωράριο τους αλλά υπάρχει και η πεποίθηση ότι αυτό το κάνουν κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την ανάγκη να προσφέρουν το κάτι παραπάνω αλλά και το κάνουν κυρίως ως μια έσχατη λύση.

Παρόλα αυτά, ο Jones (2002) αναφέρει ότι όλο και λιγότεροι είναι διατεθειμένοι να κάνουν αυτές τις «θυσίες» και το αίσθημα του αλτρουισμού χάνετε. Η πίεση της δουλειάς, η κούραση ακόμα και σε κάποιες περιπτώσεις και η επαγγελματική εξουθένωση οδηγούν τους εργαζόμενους στο να μειώσουν το επίπεδο του αλτρουισμού τους και γενικότερα την πρόθεσή τους να συνεισφέρουν. Οι Seeling and Dobelle (2001) επίσης αναφέρουν ότι η επικράτηση της μονεταριστικής λογικής στις υπηρεσίες φροντίδας. Οι εργαζόμενοι πλέον έχουν μια κουλτούρα κόστους και οφέλους και συχνά αφήνουν στην άκρη τον αλτρουισμό. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο αλτρουισμός έχει εξαφανιστεί αλλά έχει μειωθεί η επιρροή του έργο των ειδικών φροντίδας.

1.7 JOB COMMUNICATION SATISFACTION IMPORTANCE

Επικοινωνία ορίζεται η διαδικασία της μετάδοσης πληροφοριών από την διοίκηση προς τους εργαζόμενους και το αντίθετο (Griffin, 2008 σελ.502). Σε έναν οργανισμό υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι και κανάλια επικοινωνίας όπως η επίσημη και ανεπίσημη επικοινωνία και η γραπτή και προφορική επικοινωνία (Δίκαιος κ.συν, 1999).

Η επιτυχία της απόφασης για την λειτουργία της Μονάδας Φροντίδας θα στηριχτεί σε μεγάλο βαθμό στην επικοινωνία μεταξύ του Διοικητή και των στελεχών της ανώτερης διοίκησης και των εργαζομένων που εμπλέκονται στην λειτουργία της μονάδας φροντίδας.

Για να υπάρξει ένα συναινετικό κλίμα που θα στηρίξει το έργο αυτό θα πρέπει να δημιουργηθούν δίοδοι επικοινωνίας μεταξύ της διοίκησης και των εργαζομένων. Η επικοινωνία θα είναι επίσημη με την μορφή εγγράφων και αναφορών αλλά και ανεπίσημη και θα είναι μεταξύ της Διοίκησης και των εργαζομένων με την μορφή της προφορικής επικοινωνίας. Όταν η επικοινωνία θα αφορά τις αποφάσεις της Διοίκησης θα είναι επίσημη και γραπτή ενώ όταν θα γίνεται προς ενημέρωση, για παράδειγμα ο Διοικητής να δει το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι εργαζόμενοι και οι ασθενείς από την λειτουργία της μονάδας, θα γίνεται ανεπίσημα και προφορικά.

Σύμφωνα με τον Griffin (2008) ο ρόλος της επικοινωνίας δεν είναι μόνο η μεταφορά μηνυμάτων αλλά και η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ των εμπλεκόμενων. Η επικοινωνία θα στηρίξει την δημιουργία ενός ζεστού «εργασιακού» περιβάλλοντος στην Μονάδα ενώ θα μπορεί η Διοίκηση της να έχει άμεση πρόσβαση σε πληροφορίες ώστε να μπορεί επεμβαίνει όταν αυτό κριθεί αναγκαίο.

Με βάση τα παραπάνω οι επικοινωνιακοί στόχοι είναι:

- Η απευθείας επικοινωνία Διοικητή και εργαζομένων

- Η δημιουργία θετικού κλίματος που θα βελτιώσει την ικανοποίηση των εργαζομένων
- Να μπορεί ο Διοικητής να λαμβάνει άμεσα πληροφορίες ώστε να λαμβάνει τις κατάλληλες αποφάσεις

Ο συνδυασμός της επίσημης και ανεπίσημης επικοινωνίας θα ενδυναμώσει το τμήμα και θα λειτουργήσει υποστηρικτικά προς αυτό αφού η Διοίκηση θα μπορεί να παρεμβάλλει όταν το ζητάνε οι εργαζόμενοι.

Θα πρέπει εδώ να αναφέρουμε ότι η επικοινωνία είναι σημαντική και σε ότι αφορά και την εργασιακή ικανοποίηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης αφορά μια στάση όπου το άτομο μπορεί να έχει θετική άποψη για το επάγγελμά του. Φυσικά, αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξουν θετικές επιπτώσεις όπως είναι η θετική εργασιακή απόδοση του εργαζομένου (Saltzstein et al, 2001). Επίσης, μια ανθρωπιστική προσέγγιση μας αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι, που είναι ικανοποιημένοι από το χώρο εργασίας, βρίσκονται σε καλή ψυχική και σωματική κατάσταση χαρακτηρίζοντάς τους γενικότερα υγιείς (Crohan et al, 1989).

Αντιθέτως, η χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση οδηγεί σε αρνητικές συνέπειες όπως είναι η κακή απόδοση στο εργασιακό περιβάλλον αλλά και οι συχνές ασθένειες που προκαλούν απουσίες από την καθημερινή εργασία. Επίσης, καταγράφονται αρνητικές επιπτώσεις σε ό, τι αφορά την πνευματική ευεξία των εργαζομένων. Σε πολλές περιπτώσεις η εργασιακή δυσαρέσκεια σημαίνει ότι ο εργαζόμενος θα αποχωρήσει από τη θέση εργασίας του με αρνητικές συνέπειες και κόστος για την επιχείρηση αλλά και για το ηθικό των υπόλοιπων εργαζομένων (Trap, 1999).

Τέλος, ο Burke (2000) αναφέρει ότι υπάρχει σχέση οργανωσιακής συμπεριφοράς, εργασιακής ικανοποίησης και παραγωγικότητας. Η εργασιακή ικανοποίηση είναι δηλαδή αποτέλεσμα των μεθόδων και πρακτικών οργανωσιακής συμπεριφοράς που χρησιμοποιεί μια εταιρεία. Με βάση τις πρακτικές εκείνες ο εργαζόμενος θα είναι ικανοποιημένος ή όχι και αναλόγως θα κριθεί και η παραγωγικότητά του. Για τον Burke (2000) είναι σημαντικό ένας οργανισμός να μπορεί να αναπτύξει πρακτικές όπως οι μεγαλύτερες άδειες για τις γυναίκες που έχουν γεννήσει και η καλύτερη στήριξη σε

υπαλλήλους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ώστε να βελτιωθεί όχι μόνο η εργασιακή ικανοποίηση αλλά και η απόδοση των εργαζομένων.

Σημαντικό στοιχείο εδώ είναι η επικοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι ο εργαζόμενος θα αισθάνεται πολύ πιο άνετα και φυσικά θα είναι πιο ευχαριστημένος όταν νοιώθει ότι υπάρχει μια σταθερή επικοινωνία μεταξύ αυτού και της διοίκησης. Με τον τρόπο αυτό θα μπορεί να είναι σε διαρκή επικοινωνία με την διεύθυνση αλλά και να εμπεδώσει το κλίμα ασφάλειας που του έχει δώσει το γεγονός ότι μπορεί να επικοινωνήσει με τους ανωτέρους τους (Trap, 1999). Οπότε σίγουρα η σωστή επικοινωνία θα έχει ένα ιδιαίτερα θετικό απολογισμό για τον εργαζόμενο και θα κρατήσει ψηλά το ηθικό.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1 Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο δεύτερο μέρος της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα μίας δημοσκόπησης, της οποίας στόχος είναι να μελετήσει διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις νοσηλευτών με ασθενείς καθώς και τρόπο που αντιλαμβάνονται τη νοσηλευτική φροντίδα οι νοσηλευτές.

Συγκεκριμένα θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθούν οι απόψεις εν ενεργεία νοσηλευτών σε γηροκομεία αναφορικά με τις αντιλήψεις τους ως προς το έργο τους απέναντι στους ασθενείς, τη αναγκαιότητα και σημαντικότητα του έργου τους, τα συναισθήματα που αποκομίζουν από την άσκηση του έργου τους καθώς και τις αλλαγές που θα ήθελαν να γίνουν στη δουλειά τους.

2.2 ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το λειτούργημα του νοσηλευτή είναι δύσκολο και απαιτεί ιδιαίτερη ευαισθησία ιδιαίτερα όταν πρόκειται να φροντίσει άτομα 'τρίτης ηλικίας'. Από την έρευνα αυτή αναμένονται τα παρακάτω αποτελέσματα:

- ▶ Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται κυρίως από γυναίκες.
- ▶ Πρόκειται για άτομα που ενδιαφέρονται για τον συνάνθρωπο τους και έχουν έντονο το αίσθημα της φροντίδας και της υπευθυνότητας απέναντι σε αυτόν.
- ▶ Ο χαρακτήρας τους είναι αλτρουιστικός και έχουν σε μεγάλο βαθμό το αίσθημα του 'δούναί', χωρίς κατ' ανάγκη του 'λαβείν' σε υλικά αγαθά.
- ▶ Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται από άτομα που απολαμβάνουν ικανοποίηση, ιδιαίτερα συναισθηματική στη δουλειά τους και αντιλαμβάνονται στο μέγιστο τη σπουδαιότητα του έργου τους.

2.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.3.1 Η ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Ο έλεγχος των υποθέσεων μίας έρευνας διεξάγεται είτε με ποιοτικό, είτε με ποσοτικό τρόπο. Τα δύο αυτά διαφορετικά είδη έρευνας ακολουθούνται από τους ερευνητές ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις απαιτήσεις της εκάστοτε ερευνητικής προσπάθειας.

Μία έρευνα είναι ποιοτική όταν επικεντρώνεται στο λεγόμενο πραγματικό ή φυσικό περιβάλλον στο οποίο διαδραματίζονται τα γεγονότα και ο ερευνητής της έχει σαν μέλημα την επαγωγική ανάλυση και την τεκμηριωμένη θεωρία (Woods, 1999). Μία έρευνα χαρακτηρίζεται ως ποσοτική όταν αναζητούνται σχέσης αιτίου– αποτελέσματος με τη χρήση τυποποιημένων αριθμητικών μέσων για τη διεξαγωγή της έρευνας (Gomm, R., 1999).

Η παρούσα έρευνα επιλέχθηκε να είναι ποσοτική, προκειμένου να δοθεί η δυνατότητα προσέγγισης των απόψεων ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας, αλλά και να είναι δυνατή η αριθμητική απεικόνιση των απαντήσεων των συμμετεχόντων ως προς το σκοπό και τους στόχους της έρευνας.

2.3.2 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Ως εργαλείο της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Πρόκειται για ένα «εύχρηστο εργαλείο συλλογής δεδομένων για επισκοπήσεις που παρέχει δομημένα συχνά αριθμητικά δεδομένα, μπορεί να επιδοθεί χωρίς την παρουσία του ερευνητή και είναι σχετικά εύληπτο και εύκολο στην ανάλυση» (Wilson & McLean, όπ. αναφ. στο: Cohen κ.α., 2008, σελ.414).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από ερωτήσεις κλειστού τύπου με σκοπό να συγκεντρωθούν απαντήσεις των οποίων η συχνότητα να επιδέχεται στατιστική ανάλυση. Δόθηκε έμφαση στη διατύπωση των προτάσεων, προκειμένου να είναι σαφείς και εύληπτες και να μην αφήνουν

περιθώρια αμφιβολιών ή παρερμηνείας, καθώς και στο μέγεθος του ερωτηματολογίου, ώστε να μην είναι ιδιαίτερα εκτενές, ώστε ενδεχομένως να αποτρέψει τη συμπλήρωσή του από τους συμμετέχοντες. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να χωριστεί σε τέσσερις άξονες.

Ο πρώτος άξονας του ερωτηματολογίου αφορά τα κοινωνικά– δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει ερωτήσεις ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τα έτη συνολική υπηρεσίας. Τέλος, περιλαμβάνει μία ερώτηση αυτοαξιολόγησης του ερωτηθέντα, για το πόσο καλό νοσηλευτή θεωρεί τον εαυτό του. Τα συγκεκριμένα στοιχεία επιλέχθηκαν να ελεγχθούν ως μεταβλητές, καθώς ενδέχεται να επηρεάσουν τις αντιλήψεις των νοσηλευτών ως προς το περιεχόμενο της έρευνας.

Ο δεύτερος άξονας (GR- NDI24) αποτελείται από είκοσι τέσσερις προτάσεις. Κάθε πρόταση διερευνά τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς το τι είναι σημαντικό κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου σε οίκους ευγηρίας. Οι ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας.

Ο τρίτος άξονας (Altruism subscale) αποτελείται από οκτώ προτάσεις. Κάθε πρόταση διερευνά τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς κοινωνικές παροχές του κράτους και τη συμπεριφορά των πολιτών του. Οι ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας.

Ο τέταρτος και τελευταίος άξονας (JCSI) είναι ένα εργαλείο μέτρησης- αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία (Job- Communication Satisfaction Importance) και αποτελείται από τριάντα δύο προτάσεις. Οι ερωτήσεις- προτάσεις αφορούν την ικανοποίηση που αντλούν και τη σπουδαιότητα που αποδίδουν σε διάφορους τομείς της εργασίας τους οι νοσηλευτές οίκων ευγηρίας. Οι πρώτες είκοσι οκτώ ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας επταβάθμιας κλίμακας για τις πρώτες τρεις ερωτήσεις- προτάσεις και με τη χρήση δύο επταβάθμιων κλιμάκων, μία για το βαθμό ικανοποίησης και μία για το βαθμό σπουδαιότητας, για τις υπόλοιπες είκοσι πέντε. Στο τέλος υπάρχουν τέσσερις

ερωτήσεις- προτάσεις πολλαπλής επιλογής με δυνατότητα συμπλήρωσης επιπλέον απαντήσεων αν χρειαστεί.

2.3.3 Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πληθυσμό στόχο της παρούσας έρευνας αποτελούν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε οίκους ευγηρίας στην Ελλάδα.

Για τον καθορισμό του δείγματος χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας. Επειδή ο πληθυσμός στόχος είναι αρκετά αυξημένος και διασκορπισμένος για την παρούσα έρευνα, η ερευνήτρια επέλεξε να περιοριστεί σε ένα δείγμα 100 ατόμων από τους νομούς Πιερίας, Σερρών, Θεσσαλονίκης, Λάρισας και Κοζάνης.

2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS 13.0. Επειδή το δείγμα είναι μεγέθους $n= 100$, στους πίνακες συχνότητων παρουσιάζονται μόνο οι σχετικές συχνότητες, αφού και οι συχνότητες θα είναι ίσες με αυτές, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν σε κάθε κατηγορία- μεταβλητή ταυτίζεται με το αντίστοιχο ποσοστό %.

2.4.1 1ΟΣ ΑΞΟΝΑΣ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.

Νομός εργασίας	Ποσοστό %
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	49
ΚΑΤΕΡΙΝΗ	17
ΚΟΖΑΝΗ	9
ΛΑΡΙΣΑ	14
ΣΕΡΡΕΣ	11
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 1. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για το νομό εργασίας των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Φύλο	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΑΣ	21
ΓΥΝΑΙΚΑ	79
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 2. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για το φύλο των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ηλικία	Ποσοστό %
11- 20 (κάτω των 20)	1
20-30	22
30-40	43
40-50	29
50-60	5
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 3. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για την ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Οικογενειακή κατάσταση	Ποσοστό %
ΑΓΑΜΟΣ	30
ΕΓΓΑΜΟΣ	61
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ	7
ΧΗΡΟΣ	2
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 4. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Τόπος διαμονής	Ποσοστό %
ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ	11
ΠΟΛΗ (<100.000 κατοίκων)	38
ΠΟΛΗ (>100.000 κατοίκων)	51
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 5. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Ερωτήσεις	Ποσοστό %	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχετε αδέρφια;	92	8
Έχετε παιδιά;	60	40
ΣΥΝΟΛΟ	100	100

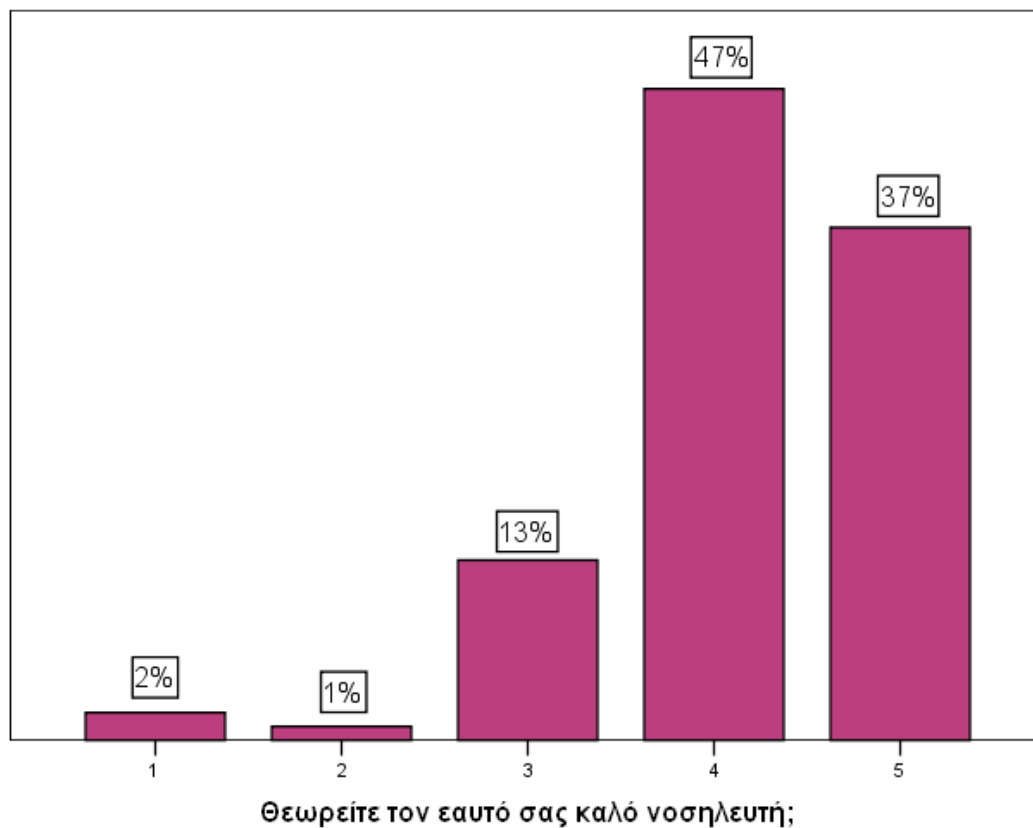
Πίνακας 6. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για τις συγκεκριμένες ερωτήσεις της έρευνας.

		ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ		
		ΚΑΝΕΝΑ	MASTER	PhD
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.	61	0	0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.Ι.	28	3	0
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Ε.Ι.	5	2	1

Πίνακας 7. Πίνακας διπλής εισόδου για το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Επαγγελματική Εμπειρία (σε έτη)	Ποσοστό %
0-5	28
6-10	27
11-15	24
16-20	10
>20	11
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 8. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για την επαγγελματική εμπειρία των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Ραβδόγραμμα 1. Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την πρόταση: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλεύτη»;

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή;	Ποσοστό %
1	2
2	1
3	13
4	47
5	37
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 9. Πίνακας σχετικών συχνοτήτων για την πρόταση: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή»;

Όπως προκύπτει λοιπόν από τους παραπάνω πίνακες και το ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων η πλειοψηφία αποτελείται από γυναίκες. Επίσης τα περισσότερα άτομα είναι έγγαμα και απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με επαγγελματική εμπειρία έως και 15 έτη (79%). Τέλος, να επισημάνουμε ότι όπως προκύπτει από τις απαντήσεις του δείγματος, οι ερωτηθέντες θεωρούν σε μεγάλο βαθμό τον εαυτό τους ως «καλό νοσηλευτή», αφού με άριστα το 5, βαθμολόγησε με 4 ή 5 το 84% του δείγματος και με τουλάχιστον 3 το 97% του δείγματος.

	ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ				Test Value	t (99 βαθμοί ελευθερίας)	Sig. (2-tailed)
		Κάτω άκρο	Άνω άκρο		Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk				
					(100 βαθμοί ελευθερίας) Statistic	Sig.	Statistic	Sig.			
Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή;	4,16	3,99	4,33	0,838	0,264	0,000	0,785	0,000	4,3	-1,672	0,098

Πίνακας 10. Πίνακας μέσης τιμής, τυπικής απόκλισης, ελέγχων κανονικότητας και αποτελέσματος t- test της πρότασης «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή»;

Όπως επίσης προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 10 επαληθεύονται τα προηγούμενα αποτελέσματα από τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση της πρότασης: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή»; και παρόλο που από

τους ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk με υποθέσεις:

H₀: Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με κανονική κατανομή

H₁: Το δείγμα δεν προέρχεται από πληθυσμό με κανονική κατανομή

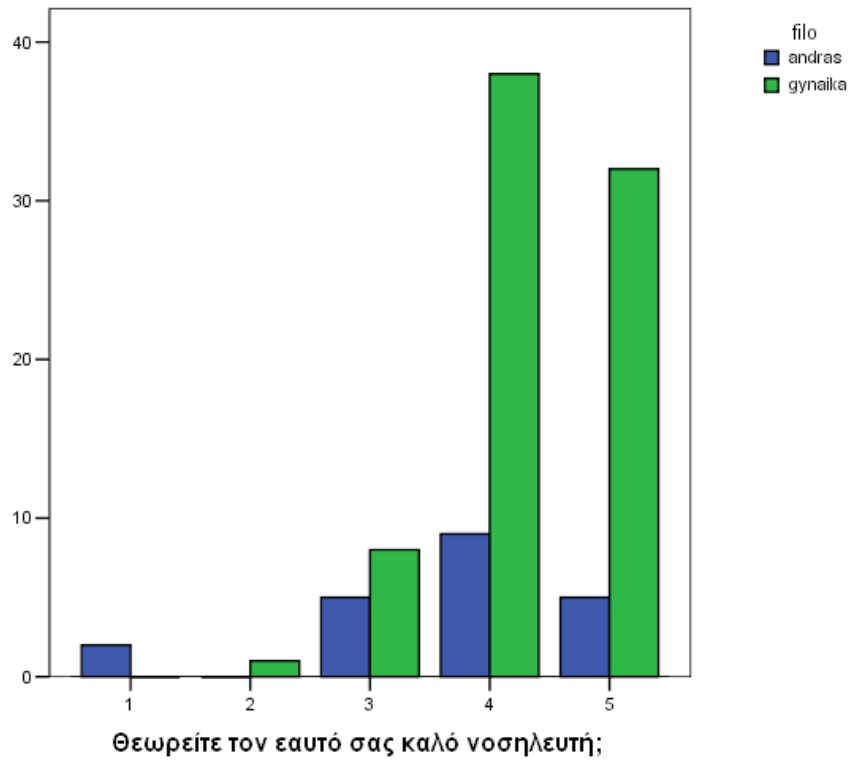
προκύπτει ότι οι απαντήσεις της πρότασης- μεταβλητής δεν προσεγγίζουν την κανονική κατανομή, αφού στον παραπάνω πίνακα 10, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η **H₀**, δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$, από το t-test, προκύπτει ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του, δηλαδή την

H₀: Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = 4,3$

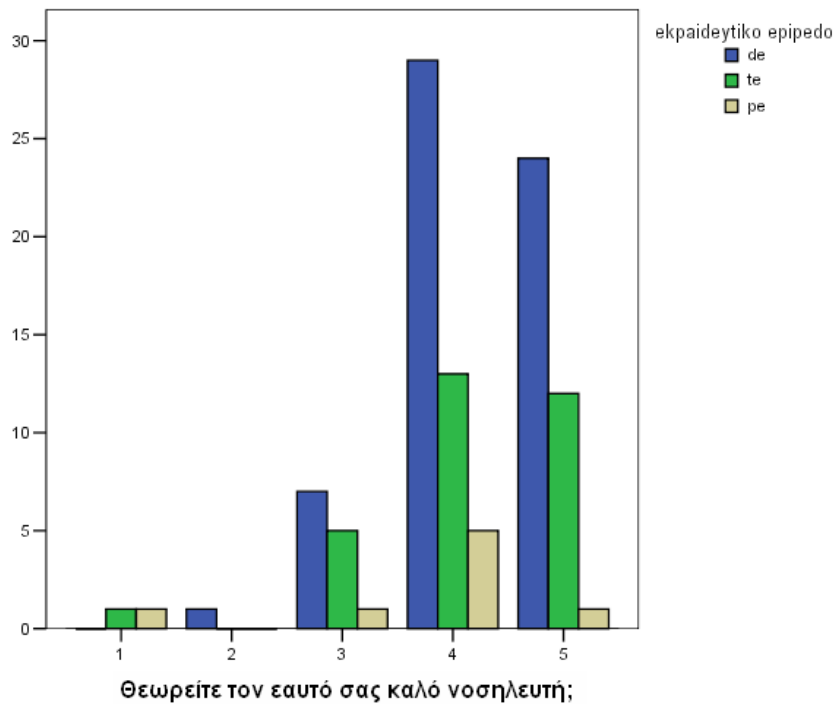
αφού στη στήλη **Sig. (2-tailed)** η τιμή είναι μεγαλύτερη από 0,05.

Έτσι δεδομένων των παραπάνω, μπορούμε να υποθέσουμε για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας, ότι θεωρεί σε πολύ μεγάλο βαθμό τον εαυτό του καλό νοσηλευτή.

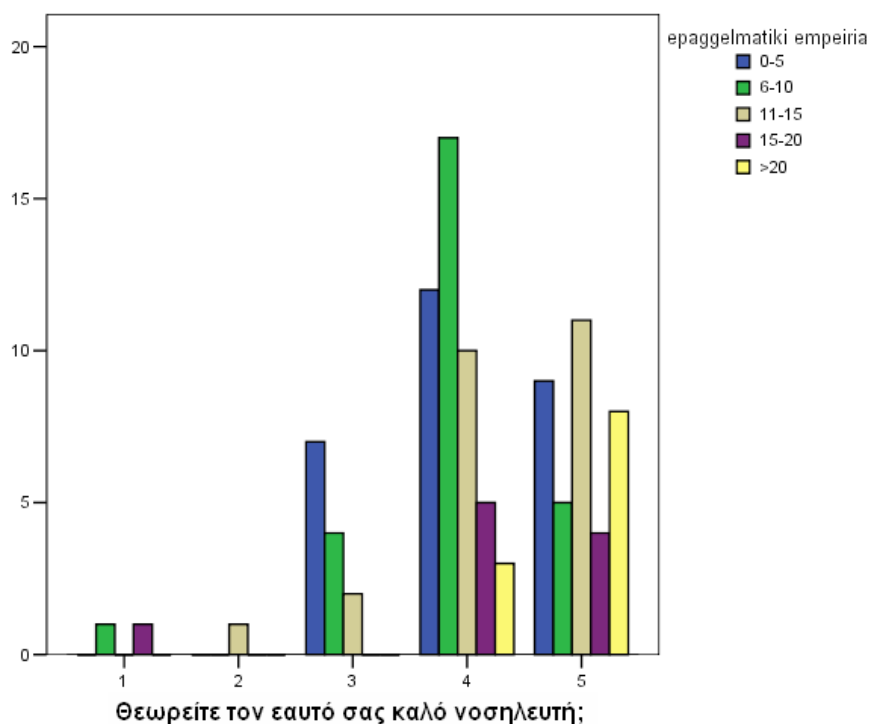
Θέλοντας να ερευνηθεί αν το φύλο ή το μορφωτικό επίπεδο ή η προϋπηρεσία των ερωτηθέντων έπαιξε ρόλο στην απάντηση της παραπάνω ερώτησης προέκυψαν τα παρακάτω ραβδογράμματα.



Ραβδόγραμμα 2. Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την πρόταση: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλεύτη;» ως προς το φύλο.



Ραβδόγραμμα 3. Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την πρόταση: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλεύτη;» ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.



Ραβδόγραμμα 4. Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την πρόταση: «Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλεύτη;» ως προς την επαγγελματική εμπειρία.

Όπως προκύπτει εποπτικά από τα παραπάνω ραβδογράμματα 2, 3 και 4 δε φαίνεται οι παράγοντες- μεταβλητές φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και προϋπηρεσία φαίνεται να έπαιξαν το ρόλο τους στις απαντήσεις του δείγματος. Οι παρατηρήσεις που αξίζει να ειπωθούν είναι:

- Οι γυναίκες φαίνεται να βαθμολογούν τον εαυτό τους με μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες.
- Οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να βαθμολογούν τον εαυτό τους μεγαλύτερο βαθμό από τους άλλους.
- Εκτός από αυτούς με προϋπηρεσία άνω των 20 ετών, που ήταν ενδεχομένως αναμενόμενο να βαθμολογήσουν τον εαυτό τους με μεγάλο βαθμό (4 ή 5), παρατηρείται ότι το ίδιο συμβαίνει παραδόξως (βαθμοί 3 ή 4 ή 5) και με τους ερωτηθέντες που έχουν πολύ λίγη προϋπηρεσία (0-5 χρόνια).

Επιπροσθέτως κάνουμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis για κάθε πρόταση χωρισμένη σε ομάδες ανάλογα με την αντίστοιχη μεταβλητή-παράγοντα χωρισμού. Ο λόγος που επιλέξαμε τον παραπάνω έλεγχο είναι γιατί δεν προϋποθέτει κανονικότητα των δεδομένων. Ο παραπάνω έλεγχος έχει τις εξής υποθέσεις:

H_0 : Οι μέσες τιμές είναι ίσες σε κάθε ομάδα (φύλο ή εκπαιδευτικό επίπεδο ή προϋπηρεσία)

H_1 : Οι μέσες τιμές διαφέρουν σε κάθε ομάδα (φύλο ή εκπαιδευτικό επίπεδο ή προϋπηρεσία)

Κάνοντας λοιπόν τους παραπάνω μη παραμετρικούς ελέγχους πήραμε τα εξής αποτελέσματα:

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή;			Kruskall-Wallis test	
ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	Mean Rank		
ΑΝΔΡΑΣ	21	39,19	Chi-Square	4,790
ΓΥΝΑΙΚΑ	79	53,51	df	1
ΣΥΝΟΛΟ	100		Asymp. Sig.	0,029

Πίνακας 11. Πίνακας μέσων τιμών ανά κατηγορία (φύλο) και αποτελέσματα Kruskal-Wallis test

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή;			Kruskall-Wallis test	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	Mean Rank		
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Δ.Ε.	61	52,48	Chi-Square	2,490
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Τ.Ε.Ι.	31	50,18	df	2
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ Α.Ε.Ι.	8	36,69	Asymp. Sig.	0,288
ΣΥΝΟΛΟ	100			

Πίνακας 12. Πίνακας μέσων τιμών ανά κατηγορία (εκπαιδευτικό επίπεδο) και αποτελέσματα Kruskal-Wallis tes

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή;			Kruskall-Wallis test	
ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ	Mean Rank		
0-5	28	46,00	Chi-Square	10,668
6-10	27	41,91	df	4
11-15	24	55,21	Asymp. Sig.	0,031
16-20	10	52,95		
>20	11	70,55		
ΣΥΝΟΛΟ	100			

Πίνακας 13. Πίνακας μέσων τιμών ανά κατηγορία (προϋπηρεσία) και αποτελέσματα Kruskal-Wallis test

Στους παραπάνω ελέγχους απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης όταν η p-value είναι μικρότερη από το 0,05. Την p-value την βλέπουμε από τις γραμμές των πινάκων 11, 12 και 13 **Asymp. Sig.**

Έτσι όπως προκύπτει από τους παραπάνω πίνακες, όντως το φύλο έπαιξε ρόλο στην απάντηση της ερώτησης με τις γυναίκες να θεωρούν τον εαυτό τους σε μεγαλύτερο βαθμό κάλους νοσηλευτές, από τους άντρες, όπως επίσης σημαντικό ρόλο έπαιξε και η προϋπηρεσία στις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες, με τη μεγαλύτερη βαθμολογία να επιλέγεται τόσο από τους πολύ έμπειρους (>20 ετών), όσο και από τους νέους σε προϋπηρεσία (0- 5 έτη). Όλα τα παραπάνω αποτελέσματα αποτελούν παρατηρήσεις επί του συγκεκριμένου δείγματος και όχι για όλο τον πληθυσμό- στόχο. Ενδεχομένως τα αποτελέσματα να είναι τυχαία, αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι αναμενόμενο είναι να πάρουμε τέτοια αποτελέσματα ως προς το φύλο, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας του επαγγέλματος, που έχει να κάνει με τη φροντίδα ατόμων, που από τον τρόπο ζωής και το κοινωνικό περιβάλλον, όπως και τον οικογενειακό- μητρικό ρόλο των γυναικών, σίγουρα οι γυναίκες νιώθουν περισσότερο έμπειρες και έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση ως προς τον τομέα της φροντίδας.

2.4.2 2ΟΣ ΑΞΟΝΑΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ GR- NDI 24

Ο δεύτερος άξονας (GR- NDI 24), όπως προαναφέρθηκε αποτελείται από είκοσι τέσσερις προτάσεις. Κάθε πρόταση διερευνά τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς το τι είναι σημαντικό κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου σε οίκους ευγηρίας. Οι ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας ως εξής:

1 → Πολύ σημαντικό

2 → Μέτρια σημαντικό

3 → Λίγο σημαντικό

4 → Σημαντικό

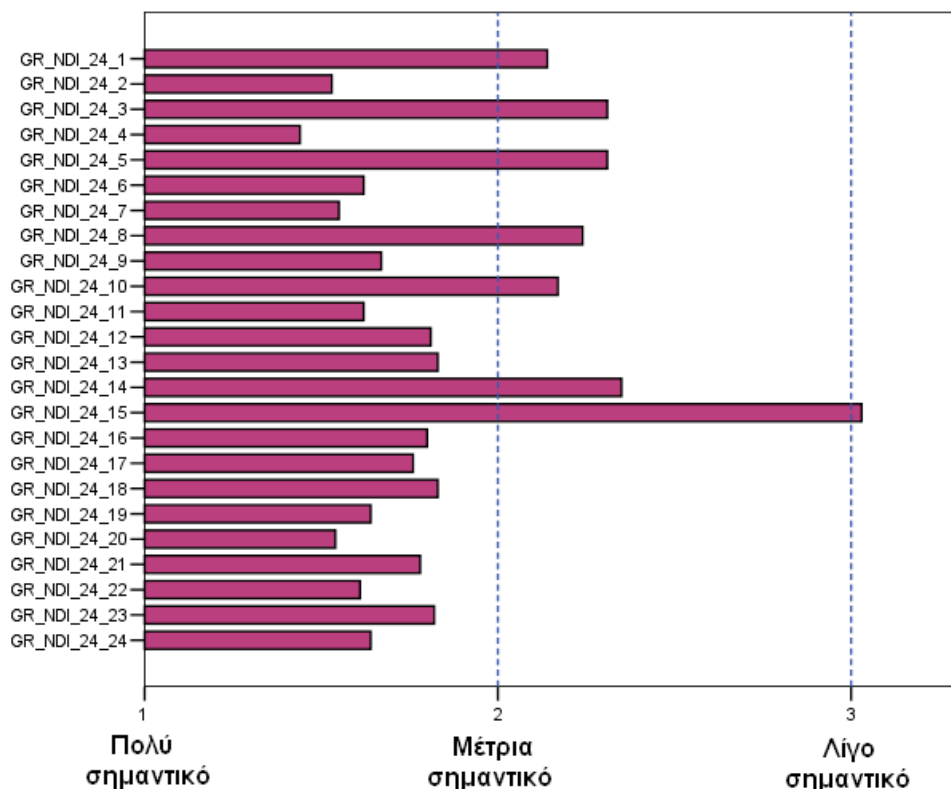
5 → Καθόλου σημαντικό

Για την ανάλυση των δεδομένων επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθούν οι μέσες τιμές των μεταβλητών.

Τι είναι σημαντικό για σας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού σας έργου:	Μέση τιμή	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		Τυπική απόκλιση
		Κάτω άκρο	Άνω άκρο	
Να εμπλέκεις έναν ασθενή στην φροντίδα του/της (GR_NDI_24_1)	2,14	1,88	2,40	1,287
Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μία κλινική διαδικασία (GR_NDI_24_2)	1,53	1,31	1,75	1,105
Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά (GR_NDI_24_3)	2,31	2,04	2,58	1,383
Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή (GR_NDI_24_4)	1,44	1,24	1,64	0,988
Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες του ασθενή (GR_NDI_24_5)	2,31	2,07	2,55	1,220
Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς (GR_NDI_24_6)	1,62	1,40	1,84	1,108
Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή (GR_NDI_24_7)	1,55	1,33	1,77	1,132
Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της (GR_NDI_24_8)	2,24	1,98	2,50	1,311
Να βοηθάς τον ασθενή σε μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (GR_NDI_24_9)	1,67	1,44	1,90	1,155
Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	2,17	1,90	2,44	1,356

(GR_NDI_24_10)				
Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο (GR_NDI_24_11)	1,62	1,41	1,83	1,071
Να εξηγείς μία κλινική διαδικασία στον ασθενή (GR_NDI_24_12)	1,81	1,58	2,04	1,143
Να ντύνεσαι προσεγγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς (GR_NDI_24_13)	1,83	1,60	2,06	1,173
Να κάθεσαι με έναν ασθενή (GR_NDI_24_14)	2,35	2,10	2,60	1,258
Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή (GR_NDI_24_15)	3,03	2,77	3,29	1,298
Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή (GR_NDI_24_16)	1,80	1,55	2,05	1,239
Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας (GR_NDI_24_17)	1,76	1,53	1,99	1,138
Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή (GR_NDI_24_18)	1,83	1,60	2,06	1,181
Να ακούς τον ασθενή (GR_NDI_24_19)	1,64	1,42	1,86	1,087
Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή (GR_NDI_24_20)	1,54	1,32	1,76	1,114
Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (GR_NDI_24_21)	1,78	1,54	2,02	1,194
Να μετράς τα “ζωτικά σημεία” του ασθενή (GR_NDI_24_22)	1,61	1,38	1,84	1,145
Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (GR_NDI_24_23)	1,82	1,58	2,06	1,218
Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία (GR_NDI_24_24)	1,64	1,41	1,87	1,177

Πίνακας 14. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των προτάσεων του GR-NDI 24.



Ραβδόγραμμα 5. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών των προτάσεων του GR-NDI 24.

Όπως, λοιπόν προκύπτει από τον πίνακα 14 και το ραβδόγραμμα 5 οι μέσες τιμές των περισσότερων προτάσεων κυμαίνονται από 1,44 έως 2,35 με 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους να είναι περίπου στο $\pm 0,30$ και οι τυπικές αποκλίσεις κοντά στο 1, γεγονός που πληροφορεί πως το δείγμα θεωρεί αρκετά έως πολύ σημαντική κάθε παραπάνω πρόταση, με εξαίρεση την πρόταση **GR_NDI_24_15**: Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή, την οποία θεωρεί λιγότερο σημαντική αφού η μέση τιμή της πρότασης αυτής είναι ίση με 3,03. Κατά την άσκηση του νοσηλευτικού τους έργου οι ερωτηθέντες του δείγματος θεώρησαν ότι οι δέκα πιο σημαντικές “υποχρεώσεις” τους είναι:

1. Να παρατηρούν τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή. (1,44)
2. Να καθησυχάζουν τον ασθενή σχετικά με μία κλινική διαδικασία. (1,53)
3. Να συμβουλεύονται τον γιατρό για τον ασθενή. (1,54)
4. Να προστατεύουν την ιδιωτικότητα του ασθενή. (1,55)
5. Να μετρούν τα “ζωτικά σημεία” του ασθενή. (1,61)

6. Να είναι ευχάριστοι με τους ασθενείς και
να αναγνωρίζουν τον ασθενή ως πρόσωπο. (1,62)
8. Να είναι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία και
να ακούν τον ασθενή. (1,64)
10. Να βοηθούν τον ασθενή σε μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής.
(1,67)

Επιπλέον κάνοντας για όλες τις προτάσεις του 2^{ου} άξονα ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk με υποθέσεις:

H₀: Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με κανονική κατανομή

H₁: Το δείγμα δεν προέρχεται από πληθυσμό με κανονική κατανομή

προκύπτει ότι καμία από τις προτάσεις (μεταβλητές) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή, αφού στον παρακάτω πίνακα 15, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η **H₀**, δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
GR_NDI_24_1	0,262	100	0,000	0,785	100	0,000
GR_NDI_24_2	0,454	100	0,000	0,536	100	0,000
GR_NDI_24_3	0,278	100	0,000	0,791	100	0,000
GR_NDI_24_4	0,462	100	0,000	0,507	100	0,000
GR_NDI_24_5	0,209	100	0,000	0,856	100	0,000
GR_NDI_24_6	0,412	100	0,000	0,618	100	0,000
GR_NDI_24_7	0,457	100	0,000	0,545	100	0,000

GR_NDI_24_8	0,248	100	0,000	0,830	100	0,000
GR_NDI_24_9	0,399	100	0,000	0,634	100	0,000
GR_NDI_24_10	0,286	100	0,000	0,789	100	0,000
GR_NDI_24_11	0,399	100	0,000	0,637	100	0,000
GR_NDI_24_12	0,351	100	0,000	0,723	100	0,000
GR_NDI_24_13	0,350	100	0,000	0,705	100	0,000
GR_NDI_24_14	0,218	100	0,000	0,856	100	0,000
GR_NDI_24_15	0,172	100	0,000	0,904	100	0,000
GR_NDI_24_16	0,381	100	0,000	0,669	100	0,000
GR_NDI_24_17	0,338	100	0,000	0,692	100	0,000
GR_NDI_24_18	0,349	100	0,000	0,720	100	0,000
GR_NDI_24_19	0,402	100	0,000	0,641	100	0,000
GR_NDI_24_20	0,446	100	0,000	0,547	100	0,000
GR_NDI_24_21	0,353	100	0,000	0,685	100	0,000
GR_NDI_24_22	0,433	100	0,000	0,587	100	0,000
GR_NDI_24_23	0,360	100	0,000	0,704	100	0,000
GR_NDI_24_24	0,417	100	0,000	0,602	100	0,000

Πίνακας 15. Πίνακας ελέγχων κανονικότητας των προτάσεων του GR-NDI 24.

Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει κανονικότητα η ερευνήτρια συνεχίζει με ένα t-test για τη μέση τιμή ενός δείγματος, το οποίο είναι ισχυρό και σε μη κανονικά κατανομημένους πληθυσμούς.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	Test Value	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
GR_NDI_24_1	2,14	2	1,088	99	0,279	0,140	-0,12	0,40
GR_NDI_24_2	1,53	1,5	0,271	99	0,787	0,030	-0,19	0,25
GR_NDI_24_3	2,31	2,2	0,795	99	0,428	0,110	-0,16	0,38
GR_NDI_24_4	1,44	1,3	1,417	99	0,160	0,140	-0,06	0,34
GR_NDI_24_5	2,31	2,2	0,902	99	0,369	0,110	-0,13	0,35
GR_NDI_24_6	1,62	1,5	1,083	99	0,281	0,120	-0,10	0,34
GR_NDI_24_7	1,55	1,5	0,442	99	0,660	0,050	-0,17	0,27
GR_NDI_24_8	2,24	2	1,830	99	0,070	0,240	-0,02	0,50

GR_NDI_24_9	1,67	1,5	1,472	99	0,144	0,170	-0,06	0,40
GR_NDI_24_10	2,17	2	1,253	99	0,213	0,170	-0,10	0,44
GR_NDI_24_11	1,62	1,5	1,120	99	0,265	0,120	-0,09	0,33
GR_NDI_24_12	1,81	1,6	1,837	99	0,069	0,210	-0,02	0,44
GR_NDI_24_13	1,83	1,6	1,962	99	0,053	0,230	0,00	0,46
GR_NDI_24_14	2,35	2,2	1,192	99	0,236	0,150	-0,10	0,40
GR_NDI_24_15	3,03	2,9	1,001	99	0,319	0,130	-0,13	0,39
GR_NDI_24_16	1,80	1,6	1,614	99	0,110	0,200	-0,05	0,45
GR_NDI_24_17	1,76	1,6	1,406	99	0,163	0,160	-0,07	0,39
GR_NDI_24_18	1,83	1,6	1,947	99	0,054	0,230	0,00	0,46
GR_NDI_24_19	1,64	1,5	1,288	99	0,201	0,140	-0,08	0,36
GR_NDI_24_20	1,54	1,5	0,359	99	0,720	0,040	-0,18	0,26
GR_NDI_24_21	1,78	1,6	1,507	99	0,135	0,180	-0,06	0,42
GR_NDI_24_22	1,61	1,5	0,961	99	0,339	0,110	-0,12	0,34
GR_NDI_24_23	1,82	1,6	1,807	99	0,074	0,220	-0,02	0,46
GR_NDI_24_24	1,64	1,5	1,190	99	0,237	0,140	-0,09	0,37

Πίνακας 16. Αποτελέσματα t- test των προτάσεων του GR-NDI 24.

Από τον παραπάνω πίνακα 16, προκύπτει ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του t-test, δηλαδή την

H₀: Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = \text{Test Value}$

αφού στη στήλη **Sig.** όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Έτσι δεδομένου ότι όλες οι τιμές **Test Value** είναι πολύ κοντά στις δειγματικές μέσες τιμές, μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα μας για τον 2^ο Άξονα για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας.

2.4.3 3ΟΣ ΑΞΟΝΑΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ALTRUISM SUBSCALE

Ο τρίτος άξονας (Altruism subscale), όπως προαναφέρθηκε αποτελείται από οκτώ προτάσεις οι οποίες διερευνούν τις απόψεις και τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων ως προς κοινωνικές παροχές του κράτους και τη συμπεριφορά των πολιτών του. Οι ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας πενταβάθμιας κλίμακας ως εξής:

1 → Συμφωνώ Απόλυτα

2 → Συμφωνώ

3 → Ούτε συμφωνώ- Ούτε διαφωνώ

4 → Διαφωνώ

5 → Διαφωνώ απόλυτα

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 17 για το ερωτηματολόγιο Altruism subscale. Όπως προκύπτει από τον πίνακα 17, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος, οι ερωτηθέντες ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με τη φράση: “Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς”, αφού η μέση τιμή για την πρόταση αυτή είναι ίση με 3.06 και κάνοντας την παρατήρηση ότι εκτός από τους 32 που απάντησαν “Ούτε συμφωνώ- Ούτε διαφωνώ”, υπήρχαν 27 που συμφωνούσαν και 29 που διαφωνούσαν με την παραπάνω πρόταση. Παρατηρώντας λοιπόν τις τιμές του πίνακα μπορούμε να καταλήξουμε στα εξής αποτελέσματα:

Οι ερωτηθέντες φαίνεται να συμφωνούν με τις προτάσεις:

- 1. Πιστεύετε στη γενναιόδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες. (Μέση τιμή: 2,23)**
- 2. Οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν αρκετά για τον εαυτό τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους. (Μέση τιμή: 2,25)**

3. Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιόδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους. (Μέση τιμή: 2,27)

Οι ερωτηθέντες φαίνεται να διαφωνούν με τις προτάσεις:

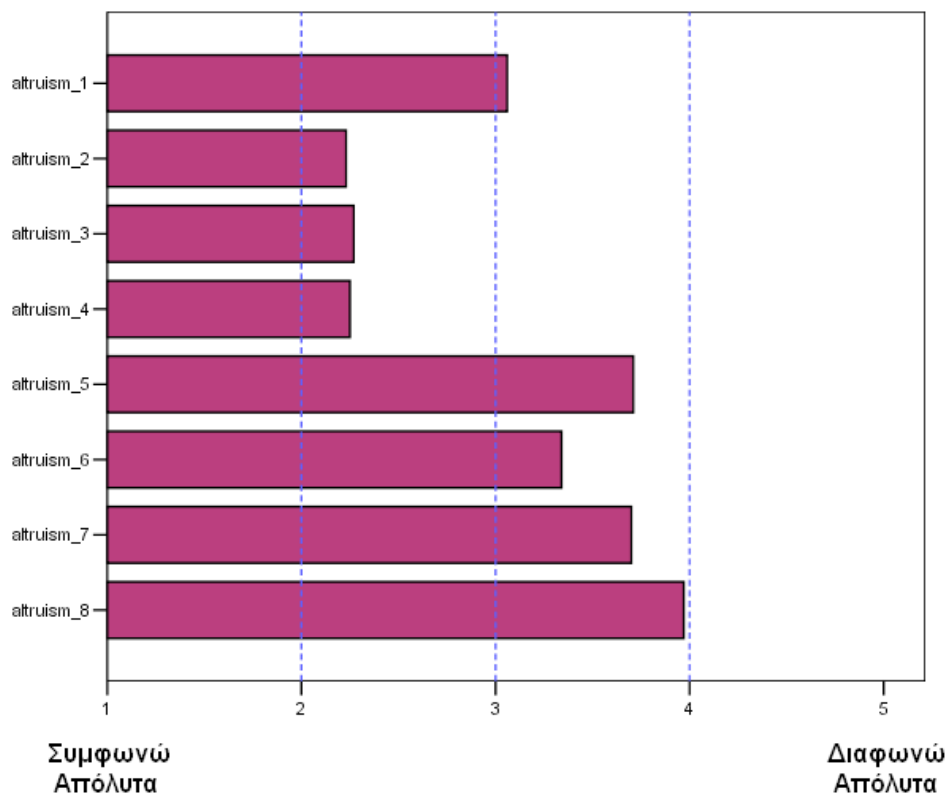
1. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα. (Μέση τιμή: 3,97)
2. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μία άσκοπη σπατάλη. (Μέση τιμή: 3,71)
3. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι. (Μέση τιμή: 3,70)
4. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι. (Μέση τιμή: 3,34)

	Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ- Ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	ΣΥΝΟΛΟ	Μέση τιμή	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		Τυπική απόκλιση
	1	2	3	4	5			Κάτω άκρο	Άνω άκρο	
Οι άνθρωποι πρέπει να πληρώνουν φόρους πρόθυμα, επειδή τα χρήματα πηγαίνουν σε καλούς σκοπούς. (altruism_1)	5	27	32	29	7	100	3,06	2,86	3,26	1,023
Πιστεύετε στη γενναιόδωρη προσφορά σε οργανισμούς (φορείς) οι οποίοι έχουν ανάγκες. (altruism_2)	21	46	23	9	1	100	2,23	2,05	2,41	0,920
Θα πρέπει όλοι να συνεισφέρουν γενναιόδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους. (altruism_3)	21	42	28	7	2	100	2,27	2,08	2,46	0,941
Οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν αρκετά για τον εαυτό τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους.	20	48	21	9	2	100	2,25	2,06	2,44	0,947

(altruism _4)										
Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα.	3	9	19	52	17	100	3,71	3,52	3,90	0,957
(altruism _5)										
Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι.	6	15	29	39	11	100	3,34	3,13	3,55	1,056
(altruism _6)										
Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι.	1	10	18	60	11	100	3,70	3,53	3,87	0,835
(altruism _7)										
Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μία άσκοπη σπατάλη.	3	3	18	46	30	100	3,97	3,78	4,16	0,937
(altruism _8)										

Πίνακας 17. Πίνακας συχνότητων, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των προτάσεων του Altruism subscale.

Όλες οι παραπάνω παρατηρήσεις μπορούν να προκύψουν και εποπτικά από το παρακάτω ραβδόγραμμα 5.



Ραβδόγραμμα 6. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών των προτάσεων του Altruism subscale.

Επιπλέον κάνοντας για όλες τις προτάσεις του 3^{ου} άξονα τους ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk προκύπτει ότι καμία από τις προτάσεις (μεταβλητές) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή, αφού στον παρακάτω πίνακα 18, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η H_0 , δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$.

	ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ				ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	Test Value	t	df	Sig. (2-tailed)
	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk						
	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.					
altruism_1	0,181	0,000	0,907	0,000	3,06	3	0,586	99	0,559
altruism_2	0,269	0,000	0,869	0,000	2,23	2,2	0,326	99	0,745
altruism_3	0,243	0,000	0,877	0,000	2,27	2,2	0,744	99	0,459
altruism_4	0,284	0,000	0,862	0,000	2,25	2,2	0,528	99	0,599
altruism_5	0,309	0,000	0,844	0,000	3,71	3,7	0,105	99	0,917
altruism_6	0,234	0,000	0,895	0,000	3,34	3,5	-1,515	99	0,133
altruism_7	0,350	0,000	0,806	0,000	3,70	3,7	0,000	99	1,000
altruism_8	0,273	0,000	0,824	0,000	3,97	4	-0,320	99	0,750

Πίνακας 18. Πίνακας ελέγχων κανονικότητας και αποτελέσματα t- test των προτάσεων του Altruism subscale.

Από τον παραπάνω πίνακα 18, προκύπτει επίσης ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του t- test, δηλαδή την

H₀: Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = \text{Test Value}$

αφού στη στήλη **Sig. (2-tailed)** όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Έτσι δεδομένου ότι όλες οι τιμές **Test Value** είναι πολύ κοντά στις δειγματικές μέσες τιμές, μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα μας για τον 3^ο Άξονα για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας και να συμπεράνουμε ότι οι νοσηλευτές σε οίκους ευγηρίας είναι άτομα με έντονο το αίσθημα της προσφοράς στον συνάνθρωπο, σκεπτόμενα θετικά και όχι καχύποπτα, με αλτρουιστικό χαρακτήρα, υπεύθυνα με ευαισθησία σε θέματα βοήθειας και φροντίδας προς τους συνανθρώπους τους.

2.4.4 4ΟΣ ΑΞΟΝΑΣ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ JCSI

Ο τέταρτος άξονας (JCSI) είναι ένα εργαλείο μέτρησης- αξιολόγησης της ικανοποίησης από την εργασία και αποτελείται από τριάντα δύο προτάσεις. Οι ερωτήσεις- προτάσεις αφορούν την ικανοποίηση που αντλούν και τη σπουδαιότητα που αποδίδουν σε διάφορους τομείς της εργασίας τους οι νοσηλευτές οίκων ευγηρίας.

Οι πρώτες είκοσι οκτώ ερωτήσεις- προτάσεις είναι κλειστού τύπου και οι απαντήσεις δίνονται με τη χρήση μιας επταβάθμιας κλίμακας (από -3 έως 3) για τις πρώτες τρεις ερωτήσεις- προτάσεις και με τη χρήση δύο επταβάθμιων κλιμάκων (από -3 έως 3 η καθεμία), μία για το βαθμό ικανοποίησης και μία για το βαθμό σπουδαιότητας, για τις υπόλοιπες είκοσι πέντε.

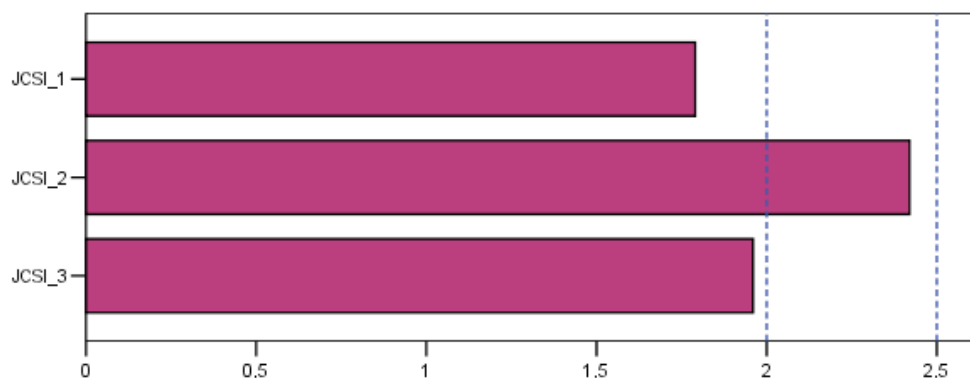
Στο τέλος υπάρχουν τέσσερις ερωτήσεις- προτάσεις πολλαπλής επιλογής με δυνατότητα συμπλήρωσης επιπλέον απαντήσεων αν χρειαστεί.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προέκυψε ο παρακάτω πίνακας 19 και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα 7 για τις πρώτες τρεις προτάσεις του ερωτηματολογίου JCSI, από τα οποία προκύπτει ότι σύμφωνα με το δείγμα σε πολύ μεγάλο βαθμό οι νοσηλευτές οίκων ευγηρίας είναι ικανοποιημένοι από

τη δουλειά τους, θεωρούν ότι είναι επιτυχημένοι στη δουλειά τους και η ικανοποίηση που αντλούν από τη δουλειά τους είναι απολύτως σημαντική.

	ΚΑΘΟΛΟΥ							ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΣΥΝΟΛΟ	Μέση τιμή	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		Τυπική απόκλιση
	-3	-2	-1	0	1	2	3			Κάτω άκρο	Άνω άκρο	
Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε από τη δουλειά σας; (JCSI_1)	5	3	1	6	13	28	44	100	1,79	1,47	2,11	1,616
Πόσο σημαντική είναι για εσάς η ικανοποίηση που αντλείτε από τη δουλειά σας; (JCSI_2)	2	2	0	2	7	16	71	100	2,42	2,18	2,66	1,232
Πόσο επιτυχημένος/ η νομίζετε ότι είστε στη δουλειά σας; (JCSI_3)	3	1	0	3	14	44	35	100	1,96	1,71	2,21	1,238

Πίνακας 19. Πίνακας συχνότητων, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των προτάσεων 1- 3 του JCSI.



Ραβδόγραμμα 7. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών των προτάσεων 1- 3 του JCSI.

Επιπλέον κάνοντας για τις παραπάνω προτάσεις τους ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk προκύπτει ότι καμία από τις προτάσεις (μεταβλητές) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή, αφού στον παρακάτω πίνακα 20, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η H_0 , δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$.

	ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ				ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	Test Value	t	df	Sig. (2-tailed)
	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk						
	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.					
JCSI_1	0,272	0,000	0,735	0,000	1,79	2	-1,299	99	0,197
JCSI_2	0,391	0,000	0,533	0,000	2,42	2,5	-0,649	99	0,518
JCSI_3	0,303	0,000	0,705	0,000	1,96	2	-0,323	99	0,747

Πίνακας 20. Πίνακας ελέγχων κανονικότητας και αποτελέσματα t- test των προτάσεων 1- 3 του JCSI.

Από τον παραπάνω πίνακα 20, προκύπτει επίσης ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του t- test, δηλαδή την

H_0 : Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = \text{Test Value}$

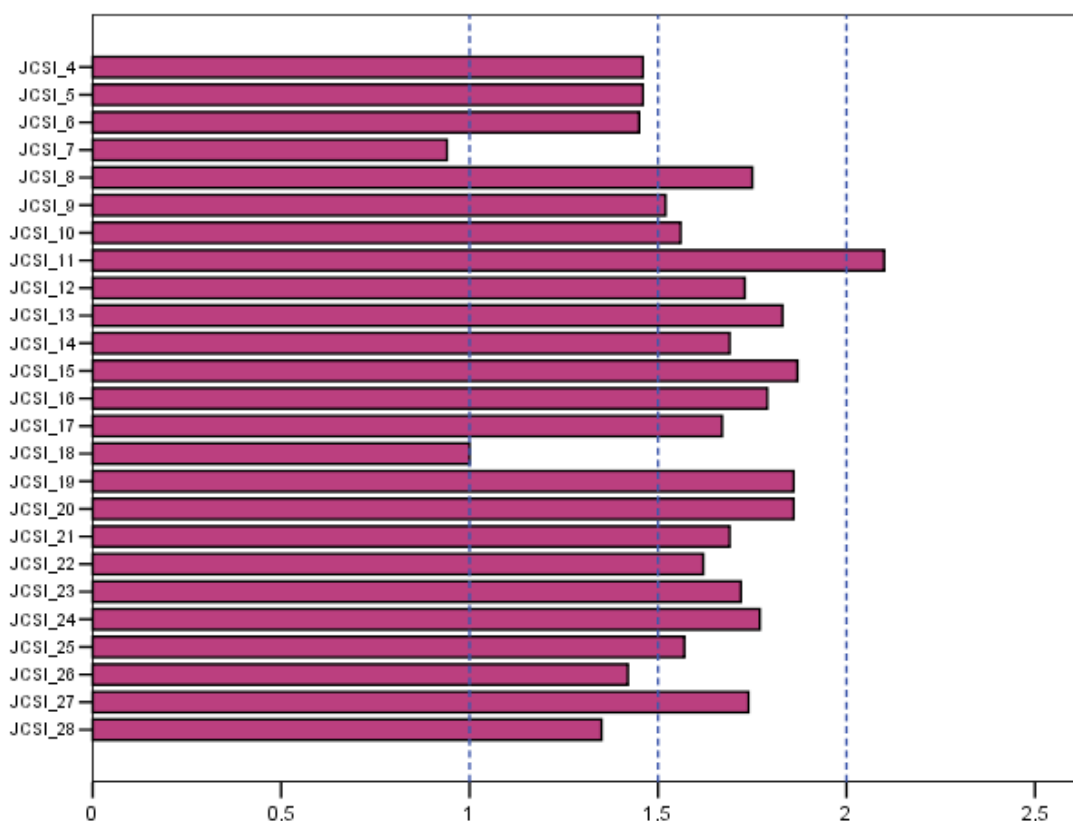
αφού στη στήλη **Sig. (2-tailed)** όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Έτσι δεδομένου ότι όλες οι τιμές **Test Value** είναι πολύ κοντά (λίγο μεγαλύτερες) στις δειγματικές μέσες τιμές, μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα μας για τις παραπάνω προτάσεις για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας με πιθανότητα 95%.

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	Καθόλου ικανοποιημένος/η	-3	-2	-1	0	1	2	Απολύτως ικανοποιημένος/η	3	ΣΥΝΟΛΟ	Μέση τιμή	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		Τυπική απόκλιση
												Κάτω άκρο	Άνω άκρο	
												Πώς νιώθετε σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνετε από το διευθυντή σας, για ό,τι συμβαίνει στο χώρο εργασίας σας γενικά; (JCSI_4)	5	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τους στόχους και τα σχέδια της κλινικής, όπου εργάζεστε; (JCSI_5)	4	5	5	10	12	31	33	100	1,46	1,13	1,79	1,684		
Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για τα επιτεύγματα του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας; (JCSI_6)	4	5	6	10	9	34	32	100	1,45	1,11	1,79	1,696		
Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας; (JCSI_7)	10	7	6	10	17	23	27	100	0,94	0,55	1,33	1,979		
Πώς νιώθετε σε σχέση με τους 'τυπικούς' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. λογοδοσία, γραπτή πληροφόρηση, επίσκεψη, κλπ.) μεταξύ του προσωπικού; (JCSI_8)	3	4	4	7	7	36	39	100	1,75	1,44	2,06	1,566		
Πώς νιώθετε σε σχέση με το νόημα που δίνεται στην «επιτυχία» στο χώρο εργασίας σας; (JCSI_9)	6	2	8	8	9	28	39	100	1,52	1,17	1,87	1,772		
Πώς νιώθετε σε σχέση με τις προκλήσεις που προσφέρει η δουλειά σας; (JCSI_10)	4	3	3	11	13	34	32	100	1,56	1,25	1,87	1,572		
Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας; (JCSI_11)	1	3	2	6	13	17	58	100	2,10	1,83	2,37	1,367		
Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας; (JCSI_12)	1	6	2	6	17	31	37	100	1,73	1,44	2,02	1,455		
Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας; (JCSI_13)	2	3	2	7	13	35	38	100	1,83	1,55	2,11	1,393		
Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε; (JCSI_14)	3	5	7	2	13	28	42	100	1,69	1,36	2,02	1,656		
Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας; (JCSI_15)	2	5	2	5	9	35	42	100	1,87	1,58	2,16	1,482		
Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά; (JCSI_16)	5	1	2	9	12	27	44	100	1,79	1,48	2,10	1,578		
Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά; (JCSI_17)	4	2	3	10	12	33	36	100	1,67	1,36	1,98	1,544		
Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο	11	3	8	10	14	29	25	100	1,00	0,61	1,39	1,944		

χώρο εργασίας σας; (JCSI_18)													
Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερο σας στη δουλειά; (JCSI_19)	5	1	1	4	14	35	40	100	1,86	1,57	2,15	1,484	
Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά; (JCSI_20)	4	2	2	5	14	29	44	100	1,86	1,56	2,16	1,511	
Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά; (JCSI_21)	5	1	5	8	12	82	41	100	1,69	1,37	2,01	1,625	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας; (JCSI_22)	4	3	5	8	10	35	35	100	1,62	1,30	1,94	1,607	
Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει; (JCSI_23)	5	1	1	11	17	22	43	100	1,72	1,41	2,03	1,577	
Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας; (JCSI_24)	4	1	2	7	18	29	39	100	1,77	1,48	2,06	1,469	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας, όπου εργάζεστε; (JCSI_25)	6	4	2	14	8	21	45	100	1,57	1,21	1,93	1,805	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε; (JCSI_26)	3	4	4	10	18	38	23	100	1,42	1,12	1,72	1,499	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.); (JCSI_27)	2	3	6	6	12	33	38	100	1,74	1,44	2,04	1,488	
Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές; (JCSI_28)	2	1	5	13	30	29	20	100	1,35	1,09	1,61	1,313	

Πίνακας 21. Πίνακας συχνοτήτων, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των προτάσεων 4- 28 του JCSI.



Ραβδόγραμμα 8. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών των προτάσεων 4- 28 του JCSI.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 21 και το ραβδόγραμμα 8 οι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι σε όλα τα θέματα που περιγράφουν οι ερωτήσεις και μάλιστα σε μεγάλο βαθμό, αφού οι μέσες τιμές είναι σχεδόν όλες μεγαλύτερες του 1. Αξίζει μόνο να σημειωθεί ότι το μικρότερο βαθμό ικανοποίησης, κατά μέσο όρο συγκέντρωσαν οι ερωτήσεις:

JCSI_7: Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας; (Μέση τιμή: 0,94)

JCSI_18: Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας; (Μέση τιμή: 1,00)

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ	ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ		ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	Test Value	t	df	Sig. (2-tailed)
	Kolmogorov-Smirnov (100 βαθμοί ελευθερίας)	Shapiro-Wilk (100 βαθμοί ελευθερίας)					

	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.					
JCSI_4	0,247	0,000	0,804	0,000	1,46	1,8	-1,877	99	0,063
JCSI_5	0,266	0,000	0,821	0,000	1,46	1,7	-1,425	99	0,157
JCSI_6	0,287	0,000	0,815	0,000	1,45	1,7	-1,474	99	0,144
JCSI_7	0,204	0,000	0,858	0,000	0,94	1,3	-1,819	99	0,072
JCSI_8	0,313	0,000	0,756	0,000	1,75	2	-1,597	99	0,114
JCSI_9	0,277	0,000	0,791	0,000	1,52	1,8	-1,580	99	0,117
JCSI_10	0,270	0,000	0,811	0,000	1,56	1,8	-1,527	99	0,130
JCSI_11	0,325	0,000	0,705	0,000	2,10	2	0,732	99	0,466
JCSI_12	0,254	0,000	0,796	0,000	1,73	2	-1,855	99	0,067
JCSI_13	0,279	0,000	0,776	0,000	1,83	2	-1,220	99	0,225
JCSI_14	0,274	0,000	0,766	0,000	1,69	2	-1,872	99	0,064
JCSI_15	0,305	0,000	0,734	0,000	1,87	2	-0,877	99	0,382
JCSI_16	0,263	0,000	0,751	0,000	1,79	2	-1,331	99	0,186
JCSI_17	0,275	0,000	0,791	0,000	1,67	1,8	-0,842	99	0,402
JCSI_18	0,237	0,000	0,846	0,000	1,00	1,3	-1,543	99	0,126
JCSI_19	0,288	0,000	0,716	0,000	1,86	2	-0,943	99	0,348
JCSI_20	0,267	0,000	0,737	0,000	1,86	2	-0,927	99	0,356
JCSI_21	0,266	0,000	0,775	0,000	1,69	2	-1,908	99	0,059
JCSI_22	0,293	0,000	0,788	0,000	1,62	1,8	-1,120	99	0,265
JCSI_23	0,222	0,000	0,776	0,000	1,72	2	-1,776	99	0,079
JCSI_24	0,242	0,000	0,776	0,000	1,77	2	-1,565	99	0,121
JCSI_25	0,254	0,000	0,775	0,000	1,57	1,8	-1,274	99	0,206
JCSI_26	0,261	0,000	0,840	0,000	1,42	1,7	-1,868	99	0,065
JCSI_27	0,279	0,000	0,790	0,000	1,74	2	-1,747	99	0,084
JCSI_28	0,185	0,000	0,890	0,000	1,35	1,5	-1,142	99	0,256

Πίνακας 22. Πίνακας ελέγχων κανονικότητας και αποτελέσματα t- test των προτάσεων 4- 28 του JCSI.

Επιπλέον κάνοντας για τις παραπάνω προτάσεις τους ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov- Smirnov και Shapiro- Wilk προκύπτει ότι καμία από τις προτάσεις (μεταβλητές) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή, αφού στον πίνακα 22, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η H_0 , δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$.

Από τον παραπάνω πίνακα 22, προκύπτει επίσης ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του t- test, δηλαδή την

H_0 : Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = \text{Test Value}$

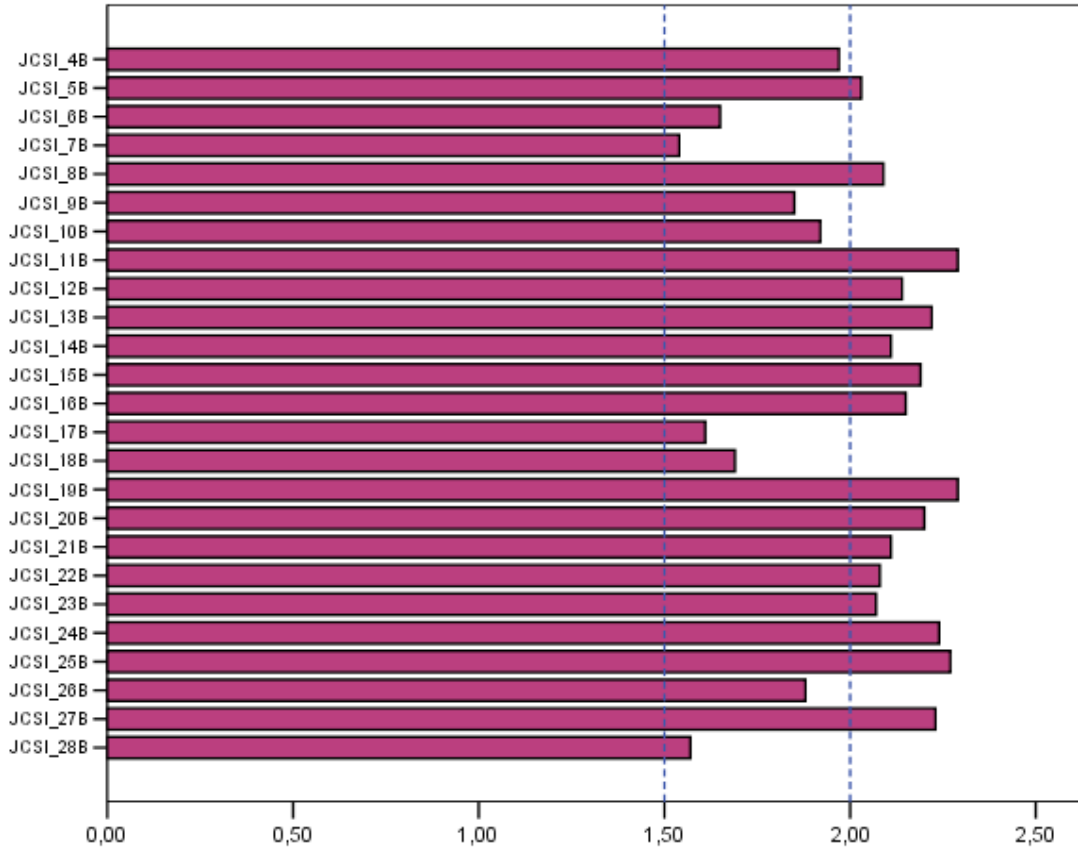
αφού στη στήλη **Sig. (2-tailed)** όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Έτσι δεδομένου ότι όλες οι τιμές **Test Value** είναι πολύ κοντά και λίγο μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες δειγματικές μέσες τιμές, μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα μας για τις παραπάνω προτάσεις για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας με πιθανότητα 95% και να συμπεράνουμε ότι ο βαθμός ικανοποίησης για όλα τα θέματα που θίγουν οι ερωτήσεις είναι πολύ μεγάλος, εκτός από τις δύο που προαναφέραμε, στις οποίες όμως ο βαθμός ικανοποίησης μπορεί να είναι μικρότερος από τις άλλες, αλλά πάλι είναι αρκετός, αν θεωρήσουμε ότι στη μέση, δηλαδή στο 0 έχουμε τους απλώς ικανοποιημένους.

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ	Καθόλου σημαντικό							ΣΥΝΟΛΟ	Μέση τιμή	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη μέση τιμή		Τυπική απόκλιση
	-3	-2	-1	0	1	2	3			Απολύτως σημαντικό	Κάτω άκρο	
JCSI_4B	1	5	4	6	10	18	56	100	1,97	1,6670	2,2730	1,52723
JCSI_5B	0	3	4	6	10	28	49	100	2,03	1,7724	2,2876	1,29845
JCSI_6B	3	6	2	6	14	33	36	100	1,65	1,3342	1,9658	1,59149
JCSI_7B	7	3	5	7	14	20	44	100	1,54	1,1762	1,9038	1,83358
JCSI_8B	2	3	3	5	7	23	57	100	2,09	1,8023	2,3777	1,45015
JCSI_9B	3	1	6	8	9	26	47	100	1,85	1,5471	2,1529	1,52670
JCSI_10B	3	1	2	8	14	25	47	100	1,92	1,6370	2,2030	1,42616
JCSI_11B	2	2	2	2	9	17	66	100	2,29	2,0265	2,5535	1,32798
JCSI_12B	2	4	2	3	10	17	62	100	2,14	1,8482	2,4318	1,47038
JCSI_13B	2	1	3	2	12	19	61	100	2,22	1,9606	2,4794	1,30717
JCSI_14B	2	3	5	2	7	22	59	100	2,11	1,8171	2,4029	1,47638
JCSI_15B	2	4	1	3	5	26	59	100	2,19	1,9112	2,4688	1,40486
JCSI_16B	2	1	2	7	10	19	59	100	2,15	1,8834	2,4166	1,34371
JCSI_17B	5	0	3	12	14	33	33	100	1,61	1,3064	1,9136	1,53014
JCSI_18B	6	1	4	7	13	27	42	100	1,69	1,3591	2,0209	1,66785
JCSI_19B	2	1	1	3	9	23	61	100	2,29	2,0469	2,5331	1,22512
JCSI_20B	0	2	1	7	9	27	54	100	2,20	1,9744	2,4256	1,13707
JCSI_21B	1	1	3	8	8	26	53	100	2,11	1,8579	2,3621	1,27045
JCSI_22B	1	3	2	7	7	28	52	100	2,08	1,8144	2,3456	1,33847
JCSI_23B	3	1	2	5	14	19	56	100	2,07	1,7890	2,3510	1,41603
JCSI_24B	0	2	3	3	13	19	60	100	2,24	2,0055	2,4745	1,18168

JCSI_25B	1	2	0	6	6	27	58	100	2,27	2,0360	2,5040	1,17941
JCSI_26B	1	2	2	7	17	33	38	100	1,88	1,6305	2,1295	1,25754
JCSI_27B	1	1	2	4	8	30	54	100	2,23	2,0011	2,4589	1,15343
JCSI_28B	3	1	3	9	24	33	27	100	1,57	1,2977	1,8423	1,37257

Πίνακας 23. Πίνακας συχνοτήτων, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων των προτάσεων 4-28 του JCSI.



Ραβδόγραμμα 9. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών των προτάσεων 4B- 28B του JCSI.

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα 23 και το ραβδόγραμμα 9 οι ερωτηθέντες θεωρούν σημαντικά ως προς τη σπουδαιότητα όλα τα θέματα που περιγράφουν οι ερωτήσεις και μάλιστα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους αντίστοιχους βαθμούς ικανοποίησης, αφού οι μέσες τιμές σπουδαιότητας είναι σχεδόν όλες μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες μέσες τιμές ικανοποίησης και είναι μεγαλύτερες του 1,5. Αξίζει μόνο να σημειωθεί ότι από τους μικρότερους βαθμούς σπουδαιότητας, κατά μέσο όρο συγκέντρωσαν και πάλι οι ερωτήσεις:

JCSI_7B: Πώς νιώθετε σε σχέση με την πληροφόρηση που λαμβάνετε για την πολιτική που ακολουθεί η διοίκηση του νοσοκομείου και αφορά την ομάδα σας; (Μέση τιμή: 1,54)

JCSI_18B: Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας; (Μέση τιμή: 1,69)

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ	ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ				ΜΕΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	Test Value	t	df	Sig. (2-tailed)
	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk						
	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.					
JCSI_4B	0,310	0,000	0,714	0,000	1,97	2,2	-1,506	99	0,135
JCSI_5B	0,262	0,000	0,747	0,000	2,03	2,2	-1,309	99	0,193
JCSI_6B	0,277	0,000	0,780	0,000	1,65	1,9	-1,571	99	0,119
JCSI_7B	0,239	0,000	0,776	0,000	1,54	1,9	-1,963	99	0,052
JCSI_8B	0,305	0,000	0,675	0,000	2,09	2,3	-1,448	99	0,151
JCSI_9B	0,269	0,000	0,756	0,000	1,85	2	-0,983	99	0,328
JCSI_10B	0,246	0,000	0,753	0,000	1,92	2,2	-1,963	99	0,052
JCSI_11B	0,364	0,000	0,599	0,000	2,29	2,5	-1,581	99	0,117
JCSI_12B	0,341	0,000	0,644	0,000	2,14	2,3	-1,088	99	0,279
JCSI_13B	0,335	0,000	0,651	0,000	2,22	2,3	-0,612	99	0,542
JCSI_14B	0,317	0,000	0,654	0,000	2,11	2,3	-1,287	99	0,201
JCSI_15B	0,308	0,000	0,619	0,000	2,19	2,3	-0,783	99	0,435
JCSI_16B	0,326	0,000	0,684	0,000	2,15	2,3	-1,116	99	0,267
JCSI_17B	0,261	0,000	0,803	0,000	1,61	1,9	-1,895	99	0,061
JCSI_18B	0,264	0,000	0,761	0,000	1,69	2	-,1859	99	0,066
JCSI_19B	0,329	0,000	0,627	0,000	2,29	2,5	-1,714	99	0,090
JCSI_20B	0,299	0,000	0,722	0,000	2,20	2,3	-0,879	99	0,381
JCSI_21B	0,288	0,000	0,726	0,000	2,11	2,3	-1,496	99	0,138
JCSI_22B	0,276	0,000	0,711	0,000	2,08	2,3	-1,644	99	0,103
JCSI_23B	0,304	0,000	0,695	0,000	2,07	2,3	-1,624	99	0,108
JCSI_24B	0,340	0,000	0,689	0,000	2,24	2,3	-0,508	99	0,613
JCSI_25B	0,312	0,000	0,656	0,000	2,27	2,5	-1,950	99	0,054
JCSI_26B	0,248	0,000	0,804	0,000	1,88	2	-0,954	99	0,342
JCSI_27B	0,288	0,000	0,688	0,000	2,23	2,3	-0,607	99	0,545
JCSI_28B	0,223	0,000	0,837	0,000	1,57	1,8	-1,676	99	0,097

Πίνακας 24. Πίνακας ελέγχων κανονικότητας και αποτελέσματα t- test των προτάσεων 4- 28 του JCSI.

Επιπλέον κάνοντας για τις παραπάνω προτάσεις τους ελέγχους κανονικότητας Kolmogorov- Smirnov και Shapiro- Wilk προκύπτει ότι καμία από τις προτάσεις (μεταβλητές) δεν προσεγγίζει την κανονική κατανομή, αφού

στον πίνακα 24, φαίνεται ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης απορρίπτεται η H_0 , δεδομένου ότι οι τιμές των στηλών Sig. και στους δύο ελέγχους είναι ίσες με $0 < 0,05$.

Από τον παραπάνω πίνακα 24, προκύπτει επίσης ότι σε 95% διάστημα εμπιστοσύνης δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση του t-test, δηλαδή την

H_0 : Το δείγμα προέρχεται από πληθυσμό με μέση τιμή $\mu = \text{Test Value}$

αφού στη στήλη **Sig. (2-tailed)** όλες οι τιμές είναι μεγαλύτερες από 0,05.

Έτσι δεδομένου ότι όλες οι τιμές **Test Value** είναι πολύ κοντά και λίγο μεγαλύτερες από τις αντίστοιχες δειγματικές μέσες τιμές (από 1,8 έως και 2,5), μπορούμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το δείγμα μας για τις παραπάνω προτάσεις για όλο τον πληθυσμό των νοσηλευτών οίκων ευγηρίας με πιθανότητα 95% και να συμπεράνουμε ότι ο βαθμός σπουδαιότητας για όλα τα θέματα που θίγουν οι ερωτήσεις είναι πολύ μεγάλος και μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο βαθμό ικανοποίησης.

Στη συνέχεια και σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος προκύπτει ότι οι τομείς της δουλειάς που προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ερωτηθέντες είναι (ιεραρχημένοι από το σημαντικότερο στον λιγότερο σημαντικό):

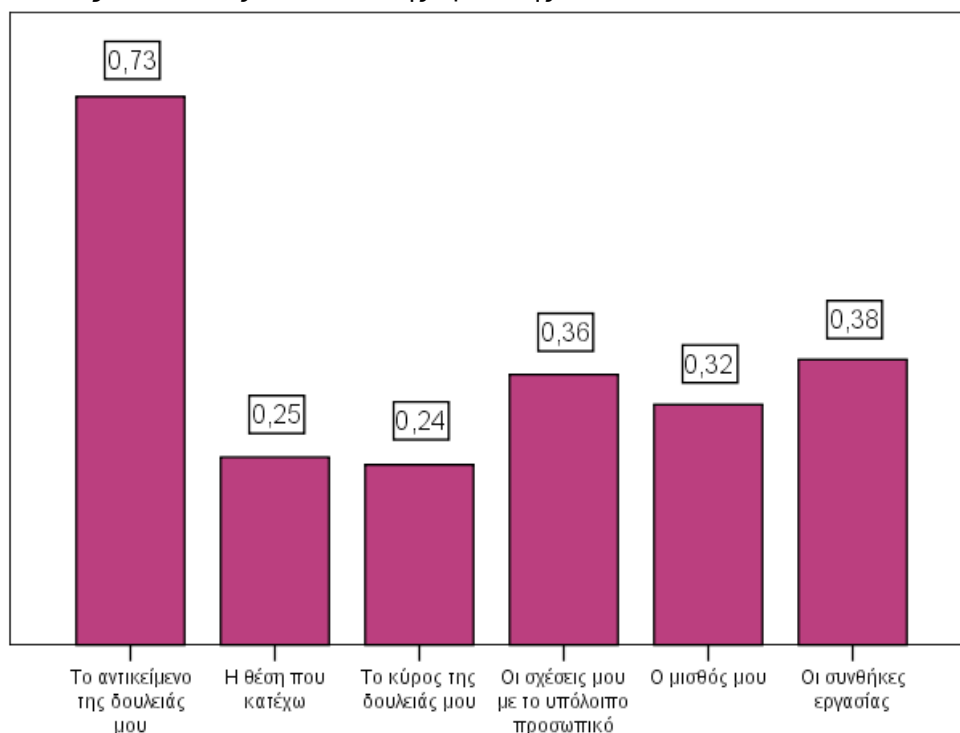
1. Το αντικείμενο της δουλειάς τους
2. Οι συνθήκες εργασίας
3. Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό
4. Ο μισθός μου
5. Η θέση που κατέχω
6. Το κύρος της δουλειάς μου

όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 25 και το αντίστοιχα ραβδόγραμμα 10.

Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση;	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	73 %
Η θέση που κατέχω	25 %

Το κύρος της δουλειάς μου		24 %
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό		36 %
Ο μισθός μου		33 %
Οι συνθήκες εργασίας		38 %
Άλλο:	Η ικανοποίηση των ασθενών	1 %
	Να νοιώθουν οι ασθενείς ασφάλεια στη βάρδια μου	1 %

Πίνακας 25. Πίνακας ποσοστών της πρότασης 29 του JCSI.

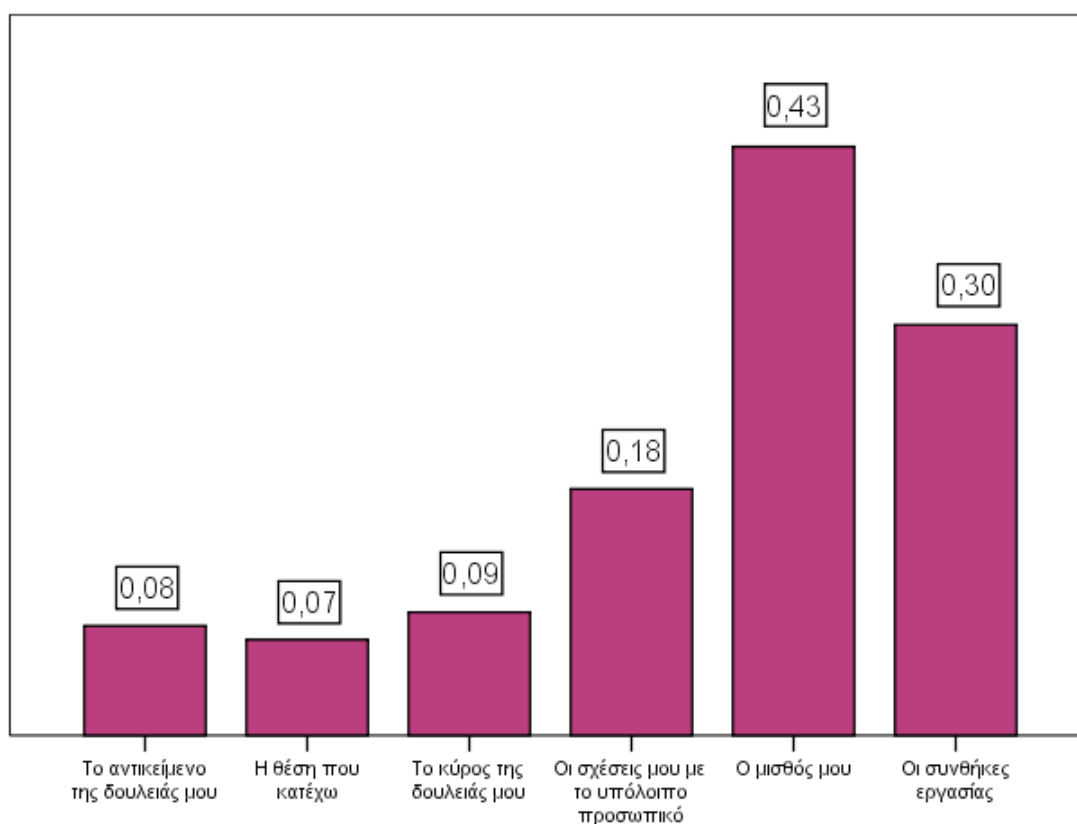


Ραβδόγραμμα 10. Ραβδόγραμμα ποσοστών (εκτός του 'ΑΛΛΟ') της πρότασης 29 του JCSI.

Από την άλλη μεριά, σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος προκύπτει ότι οι τομείς της δουλειάς που δυσαρεστούν περισσότερο τους ερωτηθέντες είναι ο μισθός τους και οι συνθήκες εργασίας τους, κάτι αναμενόμενο λόγω των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που υπάρχουν στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Επίσης, ένα μικρό ποσοστό δυσαρεστείται με τις σχέσεις του με το υπόλοιπο προσωπικό, ενώ κάθε άλλη αιτία μπορεί να θεωρηθεί αμελητέα δεδομένων των μικρότερων του 10 % ποσοστών που προέκυψαν για τις άλλες αιτίες, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 26 και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα 11.

Ποιοι τομείς της δουλειάς σας είναι εκείνοι που σας δυσαρεστούν περισσότερο;		ΠΟΣΟΣΤΟ %
Το αντικείμενο της δουλειάς μου		8 %
Η θέση που κατέχω		7 %
Το κύρος της δουλειάς μου		9 %
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό		18 %
Ο μισθός μου		43 %
Οι συνθήκες εργασίας		30 %
Άλλο:	Δε με δυσαρεστεί κάτι	1 %
	Δε με δυσαρεστεί τίποτα στη δουλειά μου	1 %
	Ενίοτε έλλειψη κατανόησης	1 %
	Η κούραση, η εξάντληση	1 %
	Η λάθος συνεννόηση ή πληροφορία με τους συναδέλφους	1 %
	Άλλο	2 %

Πίνακας 26. Πίνακας ποσοστών της πρότασης 30 του JCSI.

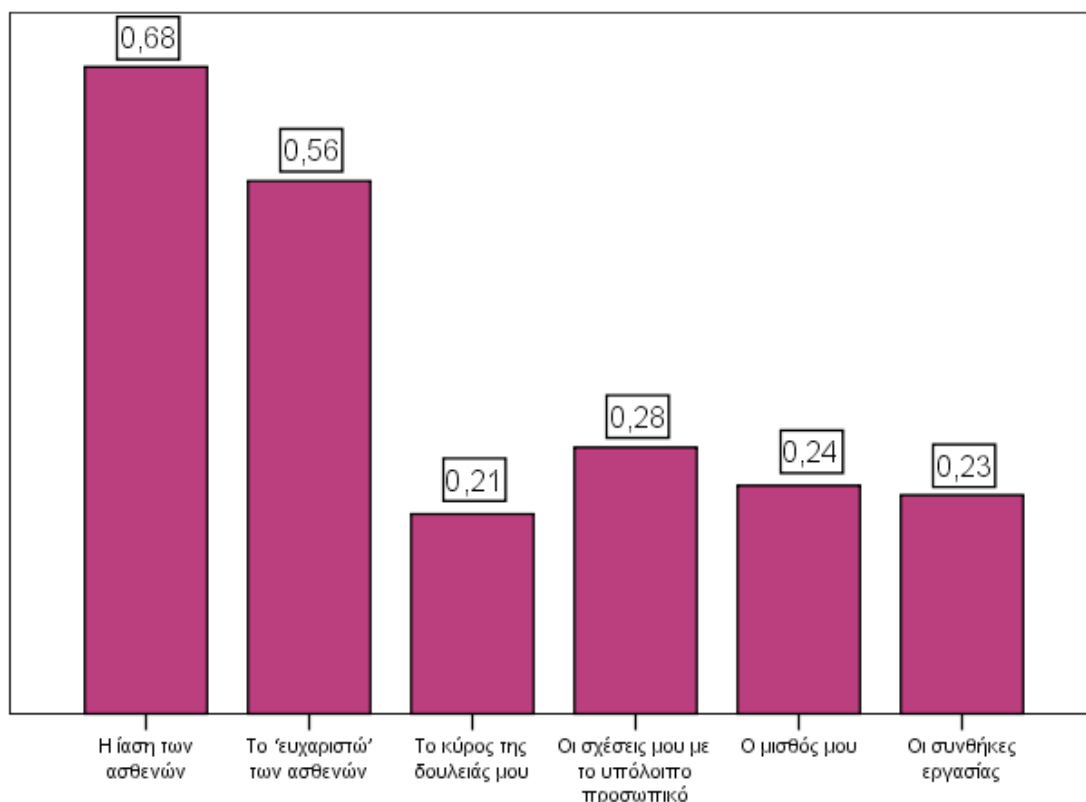


Ραβδόγραμμα 11. Ραβδόγραμμα ποσοστών (εκτός του 'ΑΛΛΟ') της πρότασης 30 του JCSI.

Από τους ερωτηθέντες προκύπτει, επίσης ότι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς τους είναι η ίαση των ασθενών (68%) και το 'ευχαριστώ' των ασθενών (56 %), αναδεικνύοντας έτσι ξανά τον αλτρουιστικό χαρακτήρα τους και σε δεύτερη μοίρα, αλλά αρκετά σημαντικά είναι οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό, ο μισθός τους, οι συνθήκες εργασίας και το κύρος της δουλειάς τους, όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 27 και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα 12.

Ποια νομίζετε ότι είναι η πιο σημαντική πλευρά της δουλειάς σας;	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Η ίαση των ασθενών	68 %
Το 'ευχαριστώ' των ασθενών	56 %
Το κύρος της δουλειάς μου	21 %
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	28 %
Ο μισθός μου	24 %
Οι συνθήκες εργασίας	23 %
Άλλο: Η σχέση μου με τη διεύθυνση της κλινικής	1 %

Πίνακας 27. Πίνακας ποσοστών της πρότασης 31 του JCSI.

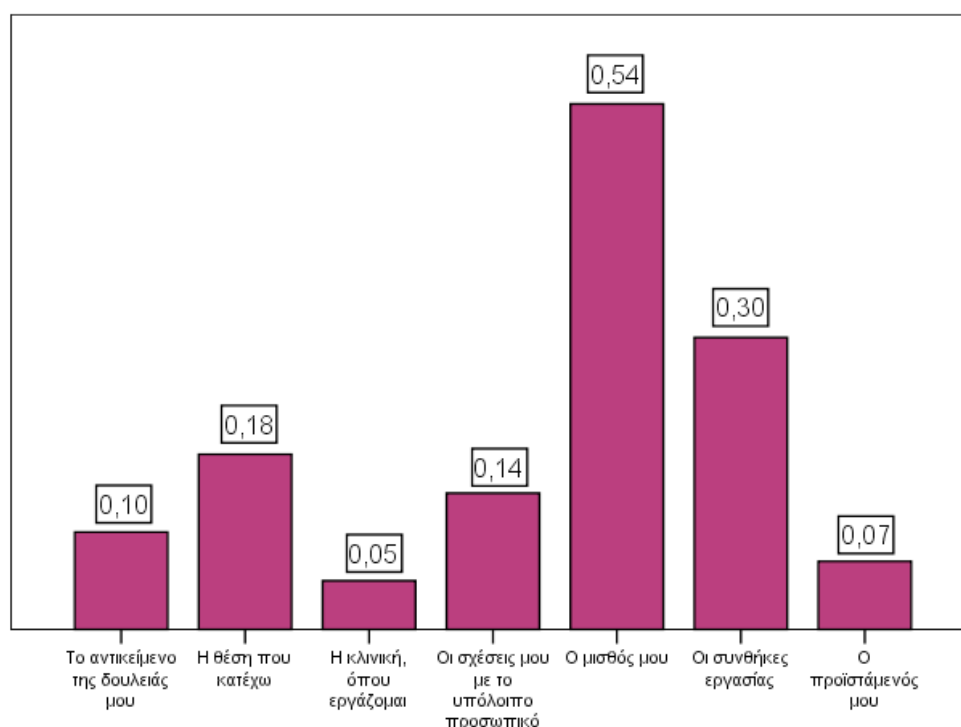


Ραβδόγραμμα 12. Ραβδόγραμμα ποσοστών (εκτός του 'ΆΛΛΟ') της πρότασης 31 του JCSI.

Τέλος σύμφωνα με τις απαντήσεις του δείγματος προκύπτει ότι η αλλαγή στη δουλειά των ερωτηθέντων που θα τους έκανε να νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση είναι κυρίως ο μισθός τους και οι συνθήκες εργασίας τους (κάτι το αναμενόμενο σε σύγκριση με τα αποτελέσματα του πίνακα 26), όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα 28 και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα-μα 13.

Ποια αλλαγή στη δουλειά σας νομίζετε ότι θα σας έκανε να νιώθετε μεγαλύτερη ικανοποίηση;	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Το αντικείμενο της δουλειάς μου	10 %
Η θέση που κατέχω	18 %
Η κλινική, όπου εργάζομαι	5 %
Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό	14 %
Ο μισθός μου	54 %
Οι συνθήκες εργασίας	30 %
Ο προϊστάμενός μου	7 %
Άλλο: Καλό είναι να βελτιωνόμαστε συνεχώς σε όλους	1 %

Πίνακας 28. Πίνακας ποσοστών της πρότασης 32 του JCSI.



Ραβδόγραμμα 13. Ραβδόγραμμα ποσοστών (εκτός του 'ΆΛΛΟ') της πρότασης 32 του JCSI.

2.5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από γυναίκες, απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με επαγγελματική εμπειρία έως και 15 έτη (79%). Οι ερωτηθέντες θεωρούν τον εαυτό τους «καλό νοσηλευτή», αφού με άριστα το 5, βαθμολόγησε με 4 ή 5 το 84% του δείγματος και με τουλάχιστον 3 το 97% του δείγματος. Οι μεταβλητές φύλο, εκπαιδευτικό επίπεδο και προϋπηρεσία έπαιξαν ρόλο στις απαντήσεις του δείγματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών κατά την άσκηση του έργου τους θεωρούν πολύ σημαντικό να παρατηρούν τις επιδράσεις ενός φαρμάκου, να καθησυχάζουν τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία, να συμβουλεύονται το γιατρό, να προστατεύουν την ιδιωτικότητα του ασθενή αλλά παραδόξως θεωρούν

μέτρια σημαντικό να εμπλέκουν τον ασθενή στη φροντίδα του, να καθοδηγούν τον ασθενή για αυτοφροντίδα ή να κάθονται με τον ασθενή.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο Altruism Subscale οι ερωτηθέντες πιστεύουν στη γενναιόδωρη προσφορά σε οργανισμούς, σε απόρους και σε λιγότερο ευνοημένους, ενώ σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι ικανοποιημένοι σε όλα τα θέματα που περιγράφουν οι ερωτήσεις εκτός από τη πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους ανωτέρους τους και από τους άτυπους τρόπους επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού. Τη μεγαλύτερη ικανοποίηση στους νοσηλευτές προσφέρουν το αντικείμενο της δουλείας τους, οι συνθήκες εργασίας, οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό και ο μισθός τους.

2.6 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί σημαντική και απαραίτητη κοινωνική δομή της χώρας μας και κάθε άλλης χώρας, παρά την τεχνολογική ανάπτυξη των σύγχρονων κοινωνιών. Οι νοσηλευτές είναι συνοδοί-φροντιστές του ανθρώπου σε κάθε στάδιο της ζωής του, από την αρχή της μέχρι και το τέλος της. Η κοινωνία δε θα είχε επιβιώσει χωρίς την ύπαρξη τους, γεγονός που υπενθυμίζει την αναγκαιότητα του ρόλου τους.

Είναι προφανές ότι τα αποτελέσματα της παρούσης διπλωματικής εργασίας συμφωνούν σε γενικές γραμμές με τη βιβλιογραφία, στο γεγονός ότι ανάμεσα στο νοσηλευτή και το νοσηλευόμενο αναπτύσσεται μία σχέση εμπιστοσύνης, αλληλοβοήθειας και φροντίδας, οι νοσηλευτές υπηρετούν τις ανθρώπινες ανάγκες, λειτουργούν ως υποστηρικτές- προστάτες στο πνευματικό, φυσικό, κοινωνικό και ψυχικό περιβάλλον του ασθενή, και η φροντίδα τους έχει μία αλτρουιστική προσέγγιση.

Σε μια έρευνα που έγινε στην Αμερική, αναφέρεται ότι η υποστήριξη που δίνουν οι ειδικοί σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων στην Αμερική έχει

ιδιαίτερα θετικές επιπτώσεις όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τους οικείους του. Ως τώρα έχουμε δει το ότι ο αλτρουισμός θεωρείται ως κάτι το ιδιαίτερα θετικό για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι υπάρχει μια αισθητή μείωση του αλτρουισμού (Jones (2002), Agrawal (2001)). Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις οι άνθρωποι που ασχολούνται με την φροντίδα των ηλικιωμένων ξεφεύγουν από το συνηθισμένο ωράριο τους, αλλά υπάρχει και η πεποίθηση ότι αυτό το κάνουν, κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την ανάγκη να προσφέρουν το κάτι παραπάνω.

Επιπλέον η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών φαίνεται να απασχολεί και τους νοσηλευτές, αφού όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και την βιβλιογραφία ο χώρος της υγείας έχει να αντιμετωπίσει μια σειρά από διλλήματα. Παρά το ότι θεωρείται η σημαντικότερη πλευρά της δουλειάς των νοσηλευτών η ίαση των ασθενών (68%) και το 'ευχαριστώ' των ασθενών (56 %), τιμώντας έτσι τον όρκο του Ιπποκράτη και να εργαζόμενοι με αφοσίωση και αλτρουισμό για να βοηθήσουν τον συνάνθρωπό τους, από την άλλη μεριά τους δυσαρεστεί ο μισθός τους και αν κάτι θεωρούν ότι σημαντικό να βελτιωθεί είναι η οικονομική τους κατάσταση, κάτι αναμενόμενο, αν αναλογιστούμε τις οικονομικές συνθήκες των τελευταίων ετών στη χώρα μας.

Θα πρέπει εδώ να αναφέρουμε ότι η επικοινωνία είναι εξίσου σημαντική σε ότι αφορά την εργασιακή ικανοποίηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης αφορά μια στάση όπου το άτομο μπορεί να έχει θετική άποψη για το επάγγελμά του. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι παρά τα διάφορα συναδερφικά προβλήματα επικοινωνίας, οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από τις σχέσεις τους με το υπόλοιπο προσωπικό, κάτι που μαρτυρά υγιές εργασιακό περιβάλλον σε επίπεδο επικοινωνίας τουλάχιστον, αλλά αναζητούν βελτίωση στις συνθήκες εργασίας αποτέλεσμα που ίσως να σχετίζεται έμμεσα με τον μισθό τους.

Στη παράθεση των ευρημάτων παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών θεωρούν μέτρια σημαντικό να εμπλέκουν τον ασθενή στη φροντίδα του, να κάθονται με τον ασθενή ή να τον καθοδηγούν

για αυτοφροντίδα θέματα που αποτελούν βάση προβληματισμού. Οι νοσηλευτές έχουν έντονο το αίσθημα της φροντίδας των ατόμων με αγάπη και συμπόνια αλλά το έργο τους είναι ιδιαίτερα δύσκολο και απαιτεί συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κυρίως εξειδικευμένη εκπαίδευση, επάρκεια προσωπικού, σωστή συνεργασία της επιστημονικής ομάδας και σωστή επικοινωνία με τον ασθενή κατά την οποία ο νοσηλευτής λαμβάνει πληροφορίες και οργανώνει ένα ατομικό σχέδιο φροντίδας. Οι βασικότεροι προβληματισμοί που ανακύπτουν για τους νοσηλευτές γύρω από τη φροντίδα είναι : α) η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή, β) η δυσκολία υιοθέτησης στόχων και γ) το εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας.

Με βάση τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, βλέπουμε ότι δεν έχουν διεξαχθεί παρόμοιες μελέτες στην Ελλάδα και το εξωτερικό. Επίσης ευελπιστούμε στο μέλλον η Γεροντολογική Νοσηλευτική να αποτελέσει ειδικότητα στη χώρα μας όπως και σε άλλες χώρες

2.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας είναι πολύ κοντά στα αναμενόμενα αποτελέσματα και συνοψίζονται στα εξής:

- ▶ Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται κυρίως από γυναίκες.
- ▶ Πρόκειται για άτομα που ενδιαφέρονται για τον συνάνθρωπο τους, είναι υπεύθυνα, παρατηρητικά, συνεργάσιμα, καλοί γνώστες του αντικειμένου της δουλειάς τους και έχουν έντονο το αίσθημα της φροντίδας των ατόμων που επιβλέπουν- φροντίζουν.
- ▶ Ο χαρακτήρας τους είναι αλτρουιστικός, φιλεύσπλαχνος, φιλόανθρωπος και είναι άνθρωποι που αγαπούν τον συνάνθρωπο τους και έχουν κοινωνικές ευαισθησίες.
- ▶ Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται από άτομα που απολαμβάνουν ικανοποίηση, ιδιαίτερα συναισθηματική στη

δουλειά τους και αντιλαμβάνονται στο μέγιστο τη σπουδαιότητα του έργου τους.

► Το πλήθος του νοσηλευτικού προσωπικού οίκων ευγηρίας αποτελείται από ανθρώπους που αγαπούν το αντικείμενο της δουλειάς τους, αντλούν δυνάμεις και ανατροφοδοτούνται από την αναγνώριση του έργου τους από τους ίδιους τους ασθενείς.

► Τα προβλήματα που θα ήθελαν να βελτιωθούν αφορούν το οικονομικό κομμάτι του μισθού τους και τις συνθήκες εργασίας τους.

Πρόκειται λοιπόν για μικρούς καθημερινούς 'ήρωες', που προσπαθούν να βελτιώσουν τη ζωή των ανθρώπων που φροντίζουν, έχοντας υπομονή και επιμονή παρά τα προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν τόσο σε προσωπικό, όσο και σε εργασιακό επίπεδο.

2.8 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΡΕΥΝΑ

Μία παρόμοια έρευνα θα μπορούσε να εκπονηθεί με την απόδοση δύο παρόμοιων ερωτηματολογίων σε ασθενείς και νοσηλευτές διαφόρων οίκων ευγηρίας, έτσι ώστε να μελετηθούν οι απόψεις και των δύο πλευρών και να συγκριθούν τα αποτελέσματα που θα προκύψουν.

ABSTRACT

Background: Nursing is the biggest factor in the benefit of care. The nurses that work in Nursing Homes for the elderly have to face a population with many needs and complicated problems but simultaneously they face new illnesses, the treatment of which is questioned. The handling and the care

of these patients require continuing education and specialisation as well as individualised drawing of care.

Aim: the Aim of the present study was the investigation of the way the nurses perceive the care of the elderly in Nursing Homes.

Material – Method: As inquiring tool of the study was used the questionnaire which was separated in four axes. The social demographic elements, the opinions of nurses concerning the importance of their work, their perceptions of the social benefits of the state and the evaluation of satisfaction from the work.

Results: the Nurses who consider themselves “good nurse”, they ranked themselves with 4 or the 5 (84% of the sample) and with at least 3 (97% of the sample). The variables sex, educational level and previous experience played a role in the answers of the sample. The bigger percentage of nurses at the exercise of their work consider the observation of the effects of the medicine, explaining to the patient the clinical process, consulting the doctor, the protection of the privacy of the patient very important. Paradoxically, they consider less important involving the patient in his care, guiding the patient to take care of themselves or spending time with the patient.

Conclusions: Most Nurses of nursing homes are mainly women. They are individuals that are interested in their fellowman, are responsible, conservative, collaborative, good acquaintances of the object of their work and have intense the feeling of care for their patients. Their character is altruistic, sympathetic, philanthropist and they are people that love their fellowman and have social sensitivities and they enjoy professional satisfaction, particularly sentimental in their work and they realize the significance of their work.

Key- words: Care, nurses, Nursing Home for the elderly, altruism, professional satisfaction.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Silow-Carrol S, Edwards JN, Lashbrook A. (2011) Reducing hospital readmissions: Lessons from top-performing hospitals. Commonwealth Fund pub 1473 Vol 5.

Payne,S. Seymour,J. and Igleton,C. (2004) Palliative Nursing Principles and Evidence from Practice, Open University Press

Nay R. & Garratt S. (2004) Nursing Older People. Issues and Innovations. Churchill-Livingstone, Sydney

Gott M., Seymour J., Bellamy G., Clark D. & Ahmedzai S. (2004) Older people's views about home as a place of care at the end of life. Palliative Medicine 18, 460–467.

Sörensen, S., P. Duberstein, D. Gill, and M. Pinguart. 2006. "Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications." *Lancet neurology* 5 (11): 961– 973.

Boltz M., Capezuti E., Shabbat N. & Hall K. (2010) Going home better not worse: older adults' views on physical function during hospitalization and daycare units. *International Journal of Nursing Practice* 16, 381–388.

Måvall, L., and M. Thorslund. 2007. "Does day care also provide care for the caregiver?" *Archives of Gerontology and Geriatrics* 45 (2): 137–150.

Nicholas PK, Kemppainen JK, Canaval GE et al. (February 2007). "Symptom management and self-care for peripheral neuropathy in HIV/AIDS". *AIDS Care* 19 (2): 179–89.

Jencks S. F., Williams M. V., and Coleman E. A. 2009. "Rehospitalizations Among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program," *New England Journal of Medicine*, Apr. 2, 60(14):1418–28,

Sauver JL, Warner DO, Yawn BP, et al. (January 2013). "Why patients visit their doctors: assessing the most prevalent conditions in a defined American population". *Mayo Clin. Proc.* 88 (1): 56–6

Ferrel,B, Coyle,N., (2010) *Oxford Textbook of Palliative Nursing* 3rd Ed. OUP

Hearn J, Higginson IJ. 1998. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliative Medicine* 12: 317-332.

Heath H., Sturdy D. & Wilcock G. (2010) Improving quality of care for people with dementia in general hospitals. *Nursing Older People, Quality of Care Supplement*; Summer, 1–16.

Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM et al. 2003. Is there evidence that palliative care teams alter end –of-life experiences of patients and their caregivers? / *Pain symptom Manage* 25: 150-168.

Haavi Morreim, Ph.D., Economic Disclosure and Economic Advocacy: New Duties in the Medical Standard of Care, 12 *J. LEGAL MED.* 275 (1991).

Chalkley, M., Malcomson, J., 2002. Cost sharing in health service provision: an empirical assessment of cost savings. *Journal of Public Economics* 84, 219–249.

Seelig BJ, Dobbins WH. Altruism and the volunteer: psychological benefits from participating as a research subject. *ASAT*. 2001;47:3–5.

Agrawal AF. Kin recognition and the evolution of altruism. *Proc Roy Soc Lond*. 2001;268:1099–1104.

Jones R. *BMJ*. Declining altruism in medicine, Understanding medical altruism is important in workforce planning 2002 March 16; 324(7338): 624–625.

Brown, S. L.; Brown, R.; House, J. S.; Smith, D. M. (2008). "Coping with spousal loss: Potential buffering effects of self-reported helping behavior". *Personality and Social Psychology Bulletin* 34 (6): 849–861.

population". *Mayo Clin. Proc.* 88 (1): 56–6

Κοτρώτσιου Σ, Παραλίκας Θ, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ και Ριζούλης Α, 2008, 'Η έννοια της φροντίδας', *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 7(1) , (64-67)

Lundberg PC, Kerdonfaq P, 2010, 'spiritual care provided by Thai nurses in intensive care unit', *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8) 1121-8, April 2010, available from <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>.

Monareng LV , 2012, ' Spiritual nursing care: A concept analysis',
a. *Curationis*, vol 35, no1, pp.1-9, viewed, 8 Oct 2012 , available from
b. <<http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>>

Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ και Νικηταρά Μ, 2010, 'Η έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μία Πιλοτική Ερευνητική Εργασία', *Νοσηλευτική*, 49(4):407- 408

Winkelman M, 2009, 'Medical Anthropology's Perspective', *Culture and Health Applying Medical Anthropology*, Jossey-Bass, San Francisco

Wikipedia (2013), "Nursing Home", <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing-homes>, [accessed 19 November 2013]

Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε, (2012), "Θεωρητικές Προσεγγίσεις της Φροντίδας" *Ψυχολογικά Ζητήματα σε Ιστορίες Φροντίδας*, Αθήνα, σελ. 29-30

Mc Ewen M, Wills E (2004), "Jean Watson Νοσηλευτική: Επιστήμη και Φροντίδα του Ανθρώπου, Μια Θεωρία Νοσηλευτικής", Νοσηλευτικές Θεωρίες, Αθήνα, σελ. 209-212

"nursing theories", <http://currentnursing.com/nursingtheory/nursingtheoriesoverview.html>, 2011

"Jean Watson's Philosophy of Nursing", <http://currentnursing.com/nursingtheory/Watson.html>, [accessed 26/01/2012]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



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



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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2012

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

ΑΝΔΡΑΣ _____

ΓΥΝΑΙΚΑ _____

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

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η _____

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____

ΧΗΡΟΣ/ Α _____

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____

ΠΟΛΗ <100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΠΟΛΗ >100.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ _____

ΟΧΙ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΠΑΝ. _____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΙ _____

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΕ _____

ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ: ΜΑΣΤΕΡ _____

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ _____

ΚΑΝΕΝΑ _____

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ: 0 - 5 ΕΤΗ _____

5-10 ΕΤΗ _____

10-15 ΕΤΗ _____

15-20 ΕΤΗ _____

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 20 ΕΤΗ _____

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ _____

Θεωρείτε τον εαυτό σας καλό νοσηλευτή (κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο σε αυτό που πιστεύετε για τον εαυτό σας)

Καθόλου

1

2

3

4

5

Πάρα πολύ

GR-NDI-24

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

	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
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 νοσηλευτή	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 συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5

21.	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
22.	Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
23.	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
24.	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

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

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

Altruism subscale

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

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Πώς νιώθετε σε σχέση με το πόσο πολύ σας αρέσει η δουλειά σας;

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

12. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας στο χώρο εργασίας σας;

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

13. Πώς νιώθετε σε σχέση με την εκπαίδευση και την εμπειρία που σας παρέχει η δουλειά σας;

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

14. Πώς νιώθετε για τις σχέσεις με τους συναδέλφους στην κλινική, όπου εργάζεστε;

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

15. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη βοήθεια που προσφέρεται στη δουλειά από τους συναδέλφους σας;

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

16. Πώς νιώθετε σε σχέση με τη φιλικότητα των συναδέλφων σας στη δουλειά;

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

17. Πώς νιώθετε για την αξία του να σχετίζεστε με τους συναδέλφους σας και με την υπηρεσία γενικά;

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

18. Πώς νιώθετε για τους 'άτυπους' τρόπους επικοινωνίας (π.χ. προφορικές οδηγίες) μεταξύ του προσωπικού στο χώρο εργασίας σας;

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

19. Πώς νιώθετε για τη σχέση σας με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;

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

20. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχετε με τον άμεσα ανώτερό σας στη δουλειά;

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

- 21. Πώς νιώθετε για την επικοινωνία που έχει ο άμεσα ανώτερός σας μαζί σας στη δουλειά;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 22. Πώς νιώθετε σε σχέση με την αναγνώριση της δουλειά σας από τον άμεσα ανώτερό σας;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 23. Πώς νιώθετε σε σχέση με το βαθμό που ο άμεσα ανώτερός σας δείχνει να σας ακούει και να σας καταλαβαίνει;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 24. Πώς νιώθετε για τον τρόπο που ο άμεσα ανώτερός σας, σας δίνει οδηγίες και σας κατευθύνει στη δουλειά σας;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 25. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με το διευθυντή της υπηρεσίας, όπου εργάζεστε;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 26. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει μεταξύ των κλινικών ή και των τμημάτων του νοσοκομείου, όπου εργάζεστε;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 27. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που έχετε με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων (π.χ. ιατροί, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κ.α.);**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |
- 28. Πώς νιώθετε σε σχέση με την επικοινωνία που υπάρχει με τους κατά καιρούς εθελοντές;**
- | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|----|----|---|---|---|---|---------------------------|
| Καθόλου ικανοποιημένος/η | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως ικανοποιημένος/η |
| Καθόλου σημαντικό | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Απολύτως σημαντικό |

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

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

A) Το αντικείμενο της δουλειάς μου

Δ) Οι σχέσεις μου με το υπόλοιπο προσωπικό

- B) Η θέση που κατέχω
Γ) Το κύρος της δουλειάς μου
Ζ) Άλλο:
- E) Ο μισθός μου
ΣΤ) Οι συνθήκες εργασίας

.....

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

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

.....

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

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

.....

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

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

.....

ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

