



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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Το κοινωνικο-ψυχολογικό Προφίλ των Φοιτητών Νοσηλευτικής και
η σχέση του με τη Στάση για τη Φροντίδα στο πλαίσιο της
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Μαρία Ζανιά

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

**Μαίρη Γκούβα, Αναπλ/τρια Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Ηπείρου, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Λάρισας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Θάλεια Μπελλάλη, Αν/τρια Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Θεσ/νίκης, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής**

Λάρισα, 2013



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



**The socio-psychological profile of Nursing Students and the relationship with
the attitude to Care in Primary Health Care**

Copyright © Μαρία Ζαριά, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Ευχαριστίες

Με αυτή την εργασία, ένα ταξίδι ζωής φτάνει στο τέλος του. Συνηθίζεται, στο τέλος κάθε μακροχρόνιου ταξιδιού να γίνεται ο απολογισμός και να δίνονται ευχαριστίες στους ανθρώπους που συνέβαλλαν, με το δικό του τρόπο ο καθένας, στις πιο σημαντικές στιγμές του ταξιδιού.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές και ειλικρινείς ευχαριστίες μου, στη φίλη, συνεργάτη και μέλος της τριμελούς επιτροπής κ. Θάλεια Μπελλάλη, για τον πολύτιμο χρόνο που αφιέρωσε σε μένα, την πρακτική αλλά κυρίως την ηθική υποστήριξη της. Οι σημαντικές υποδείξεις και συμβουλές της, όχι μόνο με κατεύθυναν σε σωστό τρόπο σκέψης, αλλά με βοήθησαν να ανακαλύψω και να αναπτύξω ικανότητες που πίστευα ότι δεν έχω.

Επίσης εκφράζω τις ευχαριστίες μου, στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Μαίρη Γκούβα, για την ευκαιρία που μου έδωσε, να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα σχετικό με την προσωπικότητα σημερινών φοιτητών της Νοσηλευτικής και αυριανών συνεργατών μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την φίλη και συνάδελφο κ. Τζένη Λιαμπούλου, χωρίς την προτροπή της, ίσως να μην άρχιζε ποτέ το ταξίδι που σήμερα έφτασε στο τέλος του.

Θα ήταν παράληψή μου να μην ευχαριστήσω τους φίλους και τους συναδέλφους μου, με τη συμπαράσταση, την υπομονή και τη θετική τους σκέψη, κυρίως σε στιγμές απογοήτευσης, συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς μου.

Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλα τα μέλη της οικογένειάς μου, που αποδέχονται και στηρίζουν τις επιλογές μου σε όλη τη διάρκεια της ζωής μου. Χωρίς τη στήριξη τους, τίποτε από όσα έχω καταφέρει, μέχρι σήμερα, δεν θα ήταν εφικτό.

Αυτή η εργασία αφιερώνεται.....

Στον Αα

τον πιο σημαντικό Άνθρωπο

που μπήκε στη ζωή μου

Στο αστέρι μου

που με αξίωσε να ακούω στη μαγική λέξη «μαμά»

Περιεχόμενα

Περίληψη	9
Summary in English	11
Εισαγωγή	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	16
1. Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική	16
1.1 Ορισμοί – Γενικές έννοιες	16
1.2 Θεωρητικά πρότυπα φροντίδας	21
1.2.1 Θεωρητικά πρότυπα παροχής φροντίδας	21
1.2.2 Η σημασία της θεωρίας στη νοσηλευτική	21
1.2.3 Η θεωρία της φροντίδας (Jean Watson)	22
1.2.4 Θεωρία εστιασμένης φροντίδας (RKG)	23
1.2.5 Η θεωρία της διαπολιτισμικής φροντίδας (M. Leininger)	25
1.3 Η ποιότητα της φροντίδας	26
1.4 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	27
1.4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	31
2. Νοσηλευτική και εκπαίδευση	31
2.1 Η νοσηλευτική επιστήμη – Ιστορική αναδρομή	31
2.2 Η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης	33
Διακήρυξη της Μπολόνια (Bologna Process, 1999)	37
Συμβούλιο υπουργών Παιδείας Ευρωπαϊκών χωρών	38
2.3 Η νοσηλευτική εκπαίδευση διεθνώς	39

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	39
Ευρώπη	40
Τουρκία	40
Σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία)	41
2.4 Απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής για την εκπαίδευση	42
2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή σπουδών στη νοσηλευτική	45
2.5.1. Αντιλήψεις φοιτητών νοσηλευτικής για την έννοια της φροντίδας και της νοσηλευτικής	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	53
3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής	53
3.1 Η έννοια του αλτροουισμού	53
3.2 Προσανατολισμός στη ζωή	54
3.2.1 Αισιοδοξία-απαισιοδοξία	55
3.2.2 Η θέση ή ο ρόλος της αισιοδοξίας στη νοσηλευτική	60
3.3 Άγχος	63
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	67
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	68
1.1 Ερευνητικές υποθέσεις	68
2. Υλικό και Μέθοδος	69
2.1. Δείγμα της μελέτης	69
2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	70
2.2.1. Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)	70
2.2.2. Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90, Derogatis, 1977)	70

2.2.3. Ερωτηματολόγιο μέτρησης του Προσανατολισμού προς την Φροντίδα (Nursing Dimensions Inventory questionnaire) NDI- 35 (Watson et al., 1999)	71
2.2.4. Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)	72
2.2.5. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	72
2.3. Στατιστική επεξεργασία	72
3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	74
3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	74
4. Περιγραφή των ερωτώμενων	75
4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών	75
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	78
5.1. Μέσες τιμές στις κλίμακες και υποκλίμακες της μελέτης	78
5.2. Επιδράσεις των χαρακτηριστικών του δείγματος στις κύριες κλίμακες	80
5.2.1. Φύλο	80
5.2.2 Καταγωγή	81
5.2.6 Ύπαρξη αδελφών	85
5.3. Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων	85
Συζήτηση	91
Συμπεράσματα- Προτάσεις	97
Βιβλιογραφία	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	110
Απόσπασμα πρακτικού έγκρισης	111
Ερωτηματολόγιο	112

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σύγχρονη Νοσηλευτική ως επιστήμη έχει ως κεντρικό σημείο της τη *φροντίδα*. Παρόλο που η θετική στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη φροντίδα θεωρείται έμφυτη, μελέτες έδειξαν ότι, για να εκφραστεί πλήρως, θα πρέπει να καλλιεργηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της νοσηλευτικής και η σχέση τους με τη στάση που διατηρούν οι φοιτητές απέναντι στη φροντίδας, στο πλαίσιο της ΠΦΥ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 183 φοιτητές της Νοσηλευτικής Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος που απάντησαν στα εξής ερωτηματολόγια: Αλτρουισμός, Προσανατολισμός στη Φροντίδα, Ψυχοπαθολογία και Προσανατολισμός για τη Ζωή, το διάστημα Ιούνιος-Νοέμβριος 2012. Για την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους συμμετέχοντες η πλειοψηφία ήταν γυναίκες (85,2%), και φοιτούσαν στο πέμπτο εξάμηνο σπουδών (24%) και από ημιαστικές και αστικές περιοχές (59,6%). Στατιστικά σημαντικές σχέσεις βρέθηκε μεταξύ ψυχοπαθολογίας με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r = -0,32$) και το βαθμό αισιοδοξίας ($r = -0,47$). Εντοπίστηκε θετική γραμμική συσχέτιση άγχους και επιθετικότητας ($r = 0,46$), προσανατολισμού προς την κλινική εργασία και προσανατολισμού στις ανάγκες του ασθενή ($r = 0,45$). Οριακά θετική ήταν η απάντηση στην κλίμακα Αλτρουισμού ($MO = 2,49$), ενώ η κλίμακα Ψυχοπαθολογίας είχε χαμηλό μέσο όρο ($MO = 0,46$). Ο ψυχωτισμός ($MO = 0,65$), η σωματοποίηση $MO = 0,71$), και το άγχος ($MO = 0,74$) είχαν τη χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης ενώ η κατάθλιψη ($MO = 0,93$) και η επιθετικότητα ($MO = 1,02$), είχαν λίγο υψηλότερη εμφάνιση, που κυμαινόταν όμως σε χαμηλά επίπεδα. Οι φοιτητές διέφεραν στις υποκλίμακες σωματοποίησης ($p = 0,014$) και του προσανατολισμού στην κλινική εργασία ($p = 0,037$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της Νοσηλευτικής στην Ελλάδα και των μεταβλητών που επηρεάζουν την επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα είναι απαραίτητη, για την αναμόρφωση των νοσηλευτικών

εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που θα βασίζονται στις ανάγκες των φοιτητών και στις αντιλήψεις για τη νοσηλευτική φροντίδα.

Λέξεις Ευρετηρίου: φροντίδα, φοιτητές νοσηλευτικής, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, κοινωνικά-ψυχολογικά χαρακτηριστικά, εκπαίδευση

INTRODUCTION: Modern Nursing as a science is aiming towards “care”. Even though, healthcare personnel’ positive attitude towards care is considered innate; studies have shown that in order to be fully expressed, it has to be cultivated.

AIM: To explore the social and psychological characteristics of nursing students and their attitude towards care, within the frame of Primary Nursing Care.

METHOD: 183 students of a Higher Education Institution filled in the following questionnaires: altruism, orientation towards care, psychopathology and orientation towards life, during June-November 2012. For the quantitative research data SPSS 17.0 was used.

RESULTS: The study population consisted of women (85,2%), in the fifth semester of their studies (24%), coming from urban and suburban areas (59,6%).

Psychopathology and attitude towards life ($r = -0,32$), as well as with optimism ($r = -0,47$) was statistically significant. There was a positive linear correlation of anxiety and aggressiveness ($r = 0,4$), orientations towards clinical work and towards patient’s needs ($r = 0,45$). Marginally positive were the results in Altruism Scales (mean=2,49), whereas Psychopathology Scale has a low mean (mean=0,46). Psychotism (mean=0,65), somatisation (mean=0,71), and anxiety (mean=0,74) had the least frequencies whereas depression (mean=0,93) and aggressiveness (mean=1,02), had higher frequencies but quite low. Students had differences in somatisation ($p = 0,014$) and orientation in clinical work ($p = 0,037$).

Conclusions: It is necessary to look into nursing students’ social and psychological characteristics and their variables that affect nursing as a profession, in order to reform nursing programs that are based on student’s needs and their attitudes towards nursing care.

Keywords: care, nursing students, primary nursing care, psychological characteristics, education

Εισαγωγή

Η *φροντίδα* αποτελεί τον πυρήνα της Νοσηλευτικής επιστήμης. Η διερεύνηση της έννοιας *φροντίδα* είναι ένα οικείο θέμα για τους ερευνητές της νοσηλευτικής, παρόλο που παραμένει ένας όρος ασαφής και διφορούμενος (Paley, 2001). Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα σχέσεων από τη ρομαντική στη γονική αγάπη και τις φιλικές σχέσεις μέχρι την εργασία και τους ασθενείς. Από την άλλη, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να συνδυάζει τη σκέψη, τα αισθήματα και τη δράση. Επιτρέπει στον άνθρωπο να αναγνωρίσει το πρόβλημα, να βρει και να οργανώσει τρόπους για την επίλυσή του, και ο φροντιστής μπορεί να βιώσει τον πόνο και την απώλεια με διάφορη ένταση, αλλά και να οδηγηθεί στη χαρά και την ικανοποίηση (Spichiger, 2005).

Η σύγχρονη Νοσηλευτική είναι μία παγκοσμίως αποδεκτή επιστήμη και τέχνη. Η νοσηλευτική εκπαίδευση αναπτύσσεται με στόχο την εκπλήρωση των προκλήσεων της σύγχρονης πολυεπιστημονικής συνεργασίας στον χώρο της υγείας. Η εκπαίδευση παρέχεται σε φοιτητές νοσηλευτικής από έμπειρους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν την κατάλληλη θεωρητική κατάρτιση, αλλά και εμπειρία (κλινική, εκπαιδευτική), ώστε να ανταποκρίνονται στα εκπαιδευτικά τους καθήκοντα. (DeSantis, 2007).

Οι φοιτητές αναφέρουν πολλούς λόγους, ιδεολογικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς κ.α., για την επιλογή τους να εκπαιδευτούν στη Νοσηλευτική. (Krypel, 2010). Ο μεγαλύτερος αριθμός των φοιτητών νοσηλευτικής πιστεύει, ότι μέσα από το νοσηλευτικό επάγγελμα δίνονται ευκαιρίες για τη *φροντίδα* των ανθρώπων και την προαγωγή της υγείας τους, αλλά και ευκαιρίες απασχόλησης που δίνει η νοσηλευτική για την προώθηση της προσωπικής τους ανάπτυξης. (Vanhanen, 2000a). Παράλληλα, θεωρούν την άσκηση της νοσηλευτικής ως ένα ιδιαίτερα απαιτητικό έργο, το οποίο τους κάνει να συνειδητοποιήσουν τις αντιφάσεις ανάμεσα στις προσδοκίες τους και την πραγματικότητα που συναντούν στην κλινική πράξη (Holmstrom & συν., 2004), γεγονός που δικαιολογεί την έκφραση της δυσαρέσκειας τους σχετικά με το περιεχόμενο των σπουδών τους. (Vanhanen, 2000a).

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι, το κοινωνικο - ψυχολογικό προφίλ των φοιτητών της νοσηλευτικής, επηρεάζει τη στάση τους τόσο στην επιλογή του επαγγέλματος, όσο και στη *φροντίδα* που θα παρέχουν στον ασθενή και στην οικογένειά του. Από στην ανασκόπηση της

διεθνούς βιβλιογραφίας έχει φανεί ότι παράγοντες που σχετίζονται με το προφίλ των φοιτητών είναι η επιθυμία για «ανθρώπινη επαφή», και η παροχή βοήθειας προς τους άλλους, σε συνδυασμό με την αίσθηση ότι «κάνω κάτι χρήσιμο» (Miers και συν.,2007). Η προσωπική ευαισθησία, ο ιδεολογικός προσανατολισμός και η αυτοπραγμάτωση ανήκουν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του μεγαλύτερου ποσοστού των φοιτητών της νοσηλευτικής. Αν και με πτωτική τάση τα ποσοστά των φοιτητών που η επιλογή τους στηρίζεται στην αυτοπραγμάτωση, παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η αυτοπραγμάτωση σχετίζεται σημαντικά με τον επαγγελματισμό και την πίστη των φοιτητών, ότι θα γίνουν καλοί νοσηλευτές (Vanhanen-Nuutinen και συν.,2012). Ειδικά σε ό,τι αφορά στα επίπεδα του αλτρουισμού φαίνεται ότι παραμένουν υψηλά μεταξύ των φοιτητών της Νοσηλευτικής, καθώς οι φοιτητές θεωρούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει μια ανιδιοτελή μέριμνα για την ευημερία των άλλων. Πιστεύουν ότι η προσφορά του εαυτού στη φροντίδα αποτελεί παράδειγμα της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενή (Grady & συν. ,2008).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της νοσηλευτικής και η σχέση τους με τη στάση που διατηρούν οι φοιτητές απέναντι στην έννοια της φροντίδας, στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Τα κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ήταν η το φύλο, το εξάμηνο σπουδών, ο τόπος καταγωγής συντροφική κατάσταση, παρουσία αδελφών, η αυτοθεωρούμενη επάρκεια όπως επίσης η ψυχοπαθολογία, ο αλτρουισμός/ναρκισσισμός, η αισιοδοξία για τη ζωή, η στάση απέναντι στη ζωή και ο προσανατολισμός προς τη ζωή.

Το γενικό μέρος περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται οι απόψεις των ερευνητών σχετικά με την έννοια του όρου *φροντίδα* και τη θέση που κατέχει στη Νοσηλευτική. Αναπτύσσονται νοσηλευτικές θεωρίες που βασίζονται στην παροχή φροντίδας και το ρόλο τους στην εξέλιξη της Νοσηλευτικής από «βοηθητική εργασία» σε παγκοσμίως αποδεκτή επιστήμη και τέχνη. Επίσης γίνεται αναφορά στη αναγκαιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και το ρόλο που διαδραματίζουν οι νοσηλευτές στη Π.Φ.Υ.

Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην εξέλιξη της Νοσηλευτικής και την εκπαίδευση και γίνεται αναφορά στα συστήματα εκπαίδευσης σε Ευρώπη και Αμερική. Επίσης περιγράφονται οι απόψεις φοιτητών της Νοσηλευτικής σχετικά με τη φροντίδα, τη Νοσηλευτική, την εκπαίδευση

τους στη Νοσηλευτική και τους παράγοντες που τους επηρεάζουν στην επιλογή της Νοσηλευτικής ως επάγγελμα.

Στο *τρίτο κεφάλαιο* περιγράφονται χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των φοιτητών και η επίδρασή τους στην αντιμετώπιση προβλημάτων και προκλήσεων κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους στη Νοσηλευτική.

Στο *Ειδικό μέρος* θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία της μελέτης, καθώς και τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα/προτάσεις τόσο για τη λήψη αποφάσεων από τους υπεύθυνους της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, όσο και για τη διεξαγωγή μελλοντικών μελετών με στόχο την περεταίρω διερεύνηση του θέματος στη χώρα μας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η έννοια της φροντίδας στη νοσηλευτική

1.1 Ορισμοί – Γενικές έννοιες

Η *φροντίδα* είναι ένας αόριστος όρος που λαμβάνει διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο αναφέρεται. Αυτός είναι και ένας από τους σημαντικότερους λόγους για τη δυσκολία του προσδιορισμού της. Η διερεύνηση της έννοιας *φροντίδα* είναι τεράστια πρόκληση για τους ερευνητές, τόσο της νοσηλευτικής, όσο και άλλων επιστημονικών πεδίων. Ωστόσο, για τη διεθνή βιβλιογραφία, η ανάλυση αυτής της έννοιας είναι ένα οικείο θέμα, παρόλο που παραμένει ένας όρος ασαφής και διαφορούμενος (Paley, 2001). Η εμφάνιση των λέξεων *φροντίδα* και *φροντίζω* βρίσκεται στα πρώτα γραπτά κείμενα που ανακαλύφθηκαν. Έτσι, μπορεί να θεωρηθεί σύγχρονη της παρουσίας του ανθρώπου στη γη. Συναντάται δε, με διαφοροποιήσεις, σε όλους τους πολιτισμούς που εμφανίστηκαν στον πλανήτη.

Στο Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, το λήμμα *φροντίδα* ερμηνεύεται ως το έντονο ενδιαφέρον, η ιδιαίτερη προσοχή και ενασχόληση για κάποιον ή κάτι. Είναι οτιδήποτε βασανίζει το μυαλό κάποιου, τον κάνει να καταβάλλει εντατικές προσπάθειες για την επίλυσή του. Θεωρείται το σύνολο των ενεργειών και η ευθύνη για την πραγματοποίηση ενός έργου ή σκοπού, ο επιμελημένος τρόπος (μεράκι) με τον οποίο γίνεται κάτι, και είναι συνώνυμη της περιποίησης και της μέριμνας και αντίθετη της αμέλειας και της αδιαφορίας (Μπαμπινιώτης, 2002). Διαφορετικά, η έννοια της φροντίδας περιγράφεται ως «ανθρώπινο γνώρισμα», «ηθική επιταγή», «διαπροσωπική σχέση», «θεραπευτική παρέμβαση και επιρροή», αλλά και ως «ηθική των σκλάβων» (Paley, 2001, Finfgeld, 2008).

Η ανθρώπινη φροντίδα, στηρίζεται στις ανθρώπινες αρετές και αξίες, την καλοσύνη, το ενδιαφέρον για τον εαυτό και τους άλλους ανθρώπους (Κουλούρη & συν, 2008). Για την Wrubel (1989) *φροντίδα* σημαίνει ότι πρόσωπα, γεγονότα, σχέδια και πράγματα έχουν σημασία για τους ανθρώπους. Είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα ευρύ φάσμα συμμετοχών από τη ρομαντική στη γονική αγάπη και τις φιλικές σχέσεις μέχρι την εργασία και τους ασθενείς. Από την άλλη, για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να συνδυάζει τη σκέψη, τα αισθήματα και τη

δράση. Επιτρέπει στον άνθρωπο να αναγνωρίσει το πρόβλημα, να βρει και να οργανώσει τρόπους για την επίλυσή του, και ο φροντιστής μπορεί να βιώσει τον πόνο και την απώλεια με διάφορη ένταση αλλά και να οδηγηθεί στη χαρά και την ικανοποίηση (Spichiger & συν, 2005).

Η πολύπλευρη διάσταση της φροντίδας, ωστόσο, δεν αποτελεί μία στατική και οριοθετημένη κατάσταση, με χαρακτηριστικά και σημεία κοινά για όλους τους ανθρώπους, αλλά μία ανοικτή διεργασία μέσα από την οποία το κάθε άτομο εκφράζεται. Το κοινωνικό και το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και ανήκει το άτομο, καθώς και οι θρησκευτικές και κοινωνικοπολιτικές πεποιθήσεις του θεωρούνται παράγοντες που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της άποψης που έχει ο κάθε άνθρωπος για τη φροντίδα (Κοτρώτσιου & συν, 2008).

Επίσης, η έννοια *φροντίδα* κίνησε το ενδιαφέρον νοσηλευτών-μελετητών, όπως η Leininger, στη δεκαετία του 1950. Η πρόοδος για την κατανόηση των βασικών χαρακτηριστικών της φροντίδας ήταν ελάχιστη, εξαιτίας της έλλειψης ειδικευμένων ερευνητών. Στο τέλος της δεκαετίας του 1970, το National Caring Research Conference και η δημοσίευση από τη Watson της θεωρίας της επιστήμης της ανθρώπινης φροντίδας, υποκίνησαν την έρευνα για τη διευκρίνιση της φροντίδας. Όμως, μέχρι το 1988, ο όρος *φροντίδα* αποτελούσε χωριστό λήμμα στο Cumulative Index of Nursing and Allied Health (CINAHL), την κύρια ηλεκτρονική βάση δεδομένων της νοσηλευτικής. Οι δεκαετίες του 1980 και 1990, παρά τον κυκλώνα παρατηρήσεων και δημοσιευμάτων, δεν είχαν να προσθέσουν σημαντικά στοιχεία για την αποσαφήνιση της έννοιας (Brilowski & συν, 2005).

Σε γενικές γραμμές, οι προσπάθειες για τη διευκρίνιση της έννοιας της φροντίδας στηρίζονται σε θεωρητικές και φιλοσοφικές απόψεις ή είναι αποτελέσματα εμπειρικών μελετών. Παρά τον μεγάλο αριθμό αυτών, όμως, η έννοια δεν έχει καταστεί πλήρως κατανοητή, με αποτέλεσμα να εξακολουθεί να υπάρχει σύγχυση στη βιβλιογραφία γύρω από την ερμηνεία της. Με εξαίρεση τον διαχωρισμό της φροντίδας σε λειτουργική και διαπροσωπική, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των νοσηλευτών, αλλά ούτε και ένας γενικά αποδεκτός ορισμός γι' αυτή (Finfgeld, 2008).

Για την Paley (2001), *φροντίδα* είναι πληροφορίες και πράγματα που έχουν ειπωθεί, μία επεκτεινόμενη αλυσίδα συσχετίσεων και ομοιοτήτων που συνεχώς επαναλαμβάνεται. Η προσπάθεια για την ερμηνεία της είναι χωρίς τέλος, και η μονοτονία της συνδυάζεται μόνο με τη ματαιότητά της. Η αναγνώριση των πέντε κύριων χαρακτηριστικών της φροντίδας (σχέσεις,

ενέργειες, στάσεις, αποδοχή, μεταβλητότητα) θεωρήθηκε από τους μελετητές σαν το κυριότερο επίτευγμα της ανάλυσης της έννοιας (Brilowski & συν, 2005). Επομένως, εφόσον η φροντίδα θεωρείται πυρήνας της νοσηλευτικής, η ανάλυση και αποσαφήνιση της έννοιας θεωρείται επιβεβλημένη και επιτακτική.

Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο, ωστόσο, ότι η έννοια της φροντίδας αποτελεί τη βάση πολλών επιστημών, η νοσηλευτική, όμως, θεωρείται η κατ' εξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Η διαφοροποίησή της από τις άλλες επιστήμες, έγκειται στο ότι ο στόχος της φροντίδας στη νοσηλευτική (ανθρώπινη ευεξία) και η νοσηλευτική γνώση και πρακτική, είναι στοιχεία αλληλένδετα και αδιαχώριστα (Δημητρίου, 1997), γι' αυτό τον λόγο, η σχέση της φροντίδας με τη νοσηλευτική, και οι τρόποι με τους οποίους εκφράζεται μέσα σε αυτή, βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος πολλών μελετητών, προκειμένου να τεκμηριώσουν την άποψη αυτή (Patistea, 1999; Paley 2001). Συγκεκριμένα, θεωρητικοί και ερευνητές, όπως οι Leininger, Watson και Pender, θεωρούν τη φροντίδα κεντρική ιδέα της Νοσηλευτικής (McEven& συν., 2004).

Από την άλλη μεριά, όμως, υπάρχουν και ερευνητές που εκφράζουν τη διαφωνία τους σχετικά με την αποκλειστικότητα και τη σημαντικότητα της έννοιας από τη νοσηλευτική επιστήμη, θεωρώντας τη μεν κεντρική έννοιά της, όχι όμως τη σημαντικότερη. Συγκεκριμένα, οι Thorne & συν. (1998), για να υποστηρίξουν την άποψή τους, εστιάζουν τη διαφωνία τους σε τρία σημεία: το πρώτο αφορά στις ποικίλες απόψεις που υπάρχουν γύρω από τη φύση της φροντίδας και τις διαφωνίες για τη θεώρησή της ως επικεντρωμένης στον ασθενή, τον νοσηλευτή ή και τους δύο. Το δεύτερο, αμφισβητεί τη δυνατότητα της νοσηλευτικής να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα της έννοιας, όταν είναι εμφανής στις ενέργειες άλλων επιστημών (ιατρική, ψυχολογία), και, τέλος, εκφράζουν τον προβληματισμό τους για τις επιπτώσεις που μπορεί να υπάρχουν για τη νοσηλευτική, με την αποκλειστική ανάθεση στους νοσηλευτές, μιας έννοιας εκτιμώμενης αλλά ταυτόχρονα και υποβαθμισμένης (Mc Even, 2004).

Σύμφωνοι με τις επιφυλάξεις αυτές είναι και οι Paley (2002) και Rolfe (2005), θέτουν το ερώτημα κατά πόσο η φροντίδα αποτελεί μία σταθερή αξία της νοσηλευτικής ή υπόκειται στην «ηθική της υποτέλειας», η οποία εμποδίζει την επιστημονική της ανάπτυξη. Οι Fawcett και Malinski (1996), από την άλλη, σημειώνουν ότι, εφόσον η έννοια της φροντίδας δεν αποτελεί τον

κυρίαρχο όρο σε όλες της έννοιες της νοσηλευτικής, δεν αποτελεί κεντρική αντίληψη με γενικευμένη ισχύ (Mc Even, 2004).

Θα μπορούσε δε να ειπωθεί, ότι η φροντίδα είναι τέχνη, γνώση και εμπειρία. Είναι εμφανής μέσα από τις πράξεις που γίνονται για την ανακούφιση των ασθενών. Παρέχεται μέσα από την εννοιολογική θεώρηση, την εμπειρική γνώση και την κλινική εμπειρία (Κουλούρη & συν., 2008). Παράγοντες όπως η εμπιστοσύνη, η συμπάθεια, η κατανόηση και η δέσμευση θεωρούνται δεδομένοι, κατά την παροχή φροντίδας.

Ακόμα, η έννοια της φροντίδας στοιχειοθετείται μέσα από τις τρεις διαστάσεις προσέγγισής της: την ανθρωπιστική, την ανθρωπολογική και την ψυχοκοινωνική. Η ανθρωπιστική διάσταση είναι η διάθεση του ατόμου να βοηθήσει κάποιον άλλο, όταν είναι σε θέση να το κάνει, τόσο από πλευράς ισχύος όσο και από πλευράς σχέσης. Η ανθρωπολογική είναι όταν ο νοσηλευτής και γενικά ο επαγγελματίας υγείας ενεργεί πάντα λαμβάνοντας υπόψη την κουλτούρα των ανθρώπων που με οποιοδήποτε τρόπο «φροντίζει», γνωρίζοντας ότι η υγεία, η νόσος και η θεραπεία είναι τμήματα της πολιτισμικής ταυτότητας κάθε ανθρώπου, και, τέλος, η θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον φροντιστή και τον φροντιζόμενο εκφράζεται καλύτερα μέσα από τις χρήσεις της έννοιας της φροντίδας, όπως τα ρήματα *προσέχω*, *περιποιούμαι*, *νοιάζομαι*, *ενδιαφέρομαι*, που αντανακλούν την ψυχοκοινωνική διάσταση της Νοσηλευτικής (Patistea, 1999. Paley 2001; Κάρλου & συν. 2011).

Όσον αφορά στο «όλον», τώρα, του ανθρώπου και την ολιστική φροντίδα του, πρώτος το περιέγραψε ο Ιπποκράτης στο έργο του *Περί αρχαίας ιατρικής*. Αναφέρει: «Ούκ εἴη δυνατός ιατρικὴν εἰδέναι, ὅστις μὴ οἶδεν ὅτι ἐστὶν ἄνθρωπος», δηλαδή, δεν μπορεί να ασκήσει καλή ιατρική εκείνος που δεν ξέρει τι είναι ο άνθρωπος. Είναι ο πρώτος που θεωρεί τον άνθρωπο ένα συγκεντρωτικό όλον, ψυχή και σώμα, νου και καρδιά.

Επίσης, από τη μελέτη της Finfgeld (2008), φαίνεται ότι η φροντίδα βρίσκεται σε ένα πλαίσιο διαπροσωπικών διαδικασιών, με κύρια χαρακτηριστικά την προσωπική ευαισθησία, τις οικείες προσωπικές σχέσεις και την έμπειρη νοσηλευτική πρακτική. Η επαγγελματική ωριμότητα, το ηθικό υπόβαθρο και η ειλικρινής φροντίδα βρίσκονται στις προτεραιότητες των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Θεωρείται, ακόμα, σημαντική και η δημιουργία ενός περιβάλλοντος που προωθεί την έννοια της φροντίδας.

Οι νοσηλευτές έχουν γαλουχηθεί με τη φροντίδα, ως την κύρια και θεμελιώδη αξία της νοσηλευτικής. Η βιβλιογραφία είναι πλούσια σε μελέτες για την τεκμηρίωση της ιδέας αυτής, υπάρχουν, όμως, κενά σχετικά με την αξιολόγηση των συμπεριφορών φροντίδας, τους τρόπους με τους οποίους παρέχεται από τους νοσηλευτές και βιώνεται από τους ασθενείς (Παπασταύρου & συν., 2010). Μελέτες (Skott & συν., 2005, Iranmanesh & συν., 2009) αναδεικνύουν ότι η φροντίδα είναι ένα έντονα φορτισμένο καθήκον, και επισημαίνουν ότι η παροχή ολιστικής φροντίδας οδηγεί τόσο στην ικανοποίηση ασθενών και νοσηλευτών όσο και στον περιορισμό της κόπωσης.

Στην παροχή φροντίδας, η θεωρία και η πρακτική είναι αλληλένδετες, ενσωματωμένες και κατευθυνόμενες. Η πρακτική εφαρμογή της φροντίδας είναι σύνθετη και ολιστική. Η φροντίδα, για να παρασχεθεί σωστά, πρέπει και οφείλει να στηρίζεται σε πολλά γνωστικά αντικείμενα, πληροφορίες και στοιχεία (Paley, 2001).

Από την άλλη, η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας επισύρει την προσοχή στη γνώση, την πείρα, τις θεωρίες, τη διαίσθηση και τη δημιουργικότητα. Η ολιστική πρακτική ισορροπεί την τέχνη και την επιστήμη, αναγνωρίζοντας την εξάρτηση και την αλληλεπίδραση σώματος, ψυχής και πνεύματος. Η ένταξη της νοσηλευτικής φροντίδας, στο πλαίσιο της ολιστικής πρακτικής, θεωρείται απαραίτητη και αναγκαία (Κουλούρη & συν., 2008).

Τέλος, σύμφωνα με τις Watson & Lea (1998), σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των απόψεων των νοσηλευτών για τη φροντίδα παίζουν το φύλο και η ηλικία. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες περιγράφουν περισσότερες πτυχές της φροντίδας, ενώ οι άνδρες φαίνεται να εστιάζουν περισσότερο στη διαδραστική φύση της στη νοσηλευτική (αλληλεπίδραση). Επίσης, οι μεγαλύτερες ηλικίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις τεχνικές και επαγγελματικές πτυχές της φροντίδας, καθώς και στην πρόβλεψη στις αλλαγές συμπεριφοράς των ασθενών (Vanhanen & συν., 2000a).

1.2 Θεωρητικά πρότυπα φροντίδας

1.2.1 Θεωρητικά πρότυπα παροχής φροντίδας

Σύμφωνα με πολλούς μελετητές, η μοναδικότητα των θεωριών και των απόψεων είναι αυτό που διακρίνει το ένα γνωστικό πεδίο από το άλλο. Διευκρινίζουν τις κοινές παραδοχές και αξίες, ενώ καθορίζουν τη φύση, τον στόχο και το αποτέλεσμα της πρακτικής, με αποτέλεσμα να εξασφαλίζουν την επαγγελματική αυτονομία και να κατευθύνουν την εκπαίδευση, την άσκηση και την έρευνα (Mc Even & συν., 2004. Ραγιά, 2002).

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετοί ορισμοί για τον όρο *θεωρία*. Σε βασικό επίπεδο περιγράφεται η συστηματική ερμηνεία ενός γεγονότος, στο πλαίσιο της οποίας αναγνωρίζονται δομές και έννοιες, προτείνονται σχέσεις και διατυπώνονται προβλέψεις. Για τους Dickoff & James (1968), θεωρία νοείται ένα εννοιολογικό σύστημα ή πλαίσιο το οποίο επινοήθηκε για κάποιον συγκεκριμένο σκοπό που μεταβάλλεται ανάλογα με τις αλλαγές της δομής και της πολυπλοκότητάς του. Αποτελείται από έννοιες, προτάσεις, νόμους και σύνολα επιχειρημάτων που μπορούν να διατυπωθούν λεκτικά και να ανακοινωθούν (όπως αναφ. στο Mc Even & συν., 2004).

1.2.2 Η σημασία της θεωρίας στη νοσηλευτική

Η ανάπτυξη και χρήση των θεωριών συμβάλλει στη δόμηση και οργάνωση της νοσηλευτικής γνώσης και δίνει ένα συστηματικό μέσο συλλογής δεδομένων, με στόχο την περιγραφή, ερμηνεία και πρόβλεψη της νοσηλευτικής πρακτικής. Εξορθολογίζει και συστηματοποιεί την πρακτική, αμφισβητώντας και επικυρώνοντας το προϊόν της διαίσθησης. Η αξιοποίηση της θεωρίας στην πράξη παρέχεται με συντονισμένη και όχι με αποσπασματική φροντίδα. Η νοσηλευτική, πριν από την εμφάνιση των θεωριών, υπαγόταν σχεδόν ολοκληρωτικά στην ιατρική. Με τη βοήθεια της θεωρίας, όμως, η νοσηλευτική διευκρινίζει την έννοια και την πρακτική της και καθορίζει τα επαγγελματικά όριά της (Mc Even & συν., 2004).

Η ανάπτυξη των νοσηλευτικών θεωριών, από τη Nightingale μέχρι και σήμερα, και η δημιουργία θεωρητικών και εννοιολογικών πλαισίων, οδήγησαν στην ανάδειξη της φιλοσοφίας των επιστημών και την ανάπτυξη συστημάτων θεωρητικής ανάλυσης και αξιολόγησης, παρέχοντας στους νοσηλευτές χρήσιμες πληροφορίες για την άσκηση των καθηκόντων τους

(Κουλούρη & συν., 2008). Η γνώση των θεωριών δίνει τη δυνατότητα στους νοσηλευτές να προσδιορίσουν τον ρόλο τους να αναπτύξουν κριτική σκέψη και τα ορίσουν τα όρια της επαγγελματικής άσκησης. Με τη χρήση εννοιολογικών και θεωρητικών πλαισίων, από το πεδίο της νοσηλευτικής αλλά και άλλων επιστημών, νοσηλευτές-θεωρητικοί ανέπτυξαν έναν αριθμό θεωριών για τη νοσηλευτική και τη νοσηλευτική πρακτική.

Σύμφωνα δε με τη Fawcett (1989), οι κεντρικές έννοιες με τις οποίες ασχολούνται οι θεωρίες της νοσηλευτικής είναι: το άτομο, το περιβάλλον, η υγεία και η Νοσηλευτική. Οι θεωρίες ορίζουν τις έννοιες αυτές με διαφορετικό τρόπο, τις συνδέουν με ποικίλους τρόπους και δίνουν διαφορετική έμφαση στις μεταξύ τους σχέσεις (Mc Even & συν., 2004).

1.2.3 Η θεωρία της φροντίδας (Jean Watson)

Το μοντέλο της φροντίδας Watson αναπτύχθηκε αρχικά στη δεκαετία του 1970 και τροποποιήθηκε το 1985. Η Watson πιστεύει ότι πολλές έννοιες που εντοπίστηκαν από τη Florence Nightingale και άλλες μορφές της νοσηλευτικής, εξακολουθούν να ισχύουν στη σύγχρονη κλινική πρακτική. Παραδοσιακές απόψεις, όπως η αναγνώριση της μοναδικότητας και της πνευματικής διάστασης του ατόμου, η ικανότητα να φροντίσει τον εαυτό του, καθώς και η δύναμη της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή, είναι εμφανείς σε όλη τη θεωρία της φροντίδας. Επίσης, η θεωρία της φροντίδας είναι επηρεασμένη από τη φιλοσοφία, τον πνευματισμό, τον μυστικισμό και τη μεταφυσική. Στις επιδράσεις αυτές, υποστηρίζουν οι επικριτές της θεωρίας, οφείλεται η ασαφής και αφηρημένη γλώσσα στο οποίο είναι διατυπωμένη. Έτσι, στη θεωρία της διατυπώνει δέκα παράγοντες φροντίδας, τις οποίες οι νοσηλευτές πρέπει να υπηρετούν προκειμένου να παρέχουν ολιστική φροντίδα στους ασθενείς. Αυτοί είναι οι εξής:

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. Υπηρετήση των ανθρώπινων αναγκών
10. Υπαρξιακές-φαινομενολογικές και ψυχικές δυνάμεις.

Η θεωρία της φροντίδας περιγράφει αναλυτικά τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικής και φροντίδας. Έχει εφαρμοστεί στην εκπαίδευση, την πρακτική και σε αρκετές ερευνητικές εργασίες (Mc Even & συν., 2004). Η ενσωμάτωση της θεωρίας της φροντίδας στα προγράμματα εκπαίδευσης των νοσηλευτών ενισχύει την άποψη για την επικράτηση της φροντίδας σε κάθε σκέψη και ενέργεια κατά τη διάρκεια της πρακτικής. Σε αυτό το πλαίσιο, ο φοιτητής μπορεί να κατανοήσει τι σημαίνει να είσαι νοσηλεύτης και γιατί η φροντίδα είναι η ουσία της νοσηλευτικής, και ο νοσηλεύτης να επικεντρωθεί στις πνευματικές απολαβές που μπορεί να έχει βοηθώντας τους άλλους. Η θεώρηση αυτή πιθανόν να είναι ικανή να αυξήσει τόσο την ικανοποίηση των νοσηλευτών όσο και την απόδοσή τους.

Για την Watson, η φροντίδα είναι το «ηθικό ιδανικό». Μέσα από μία σχέση αλληλεπίδρασης, μπορεί ο ασθενής να ανακαλύψει τρόπους που θα τον βοηθήσουν στην ανάκτηση και προώθηση της αρμονίας μεταξύ μυαλού, σώματος και ψυχής.

1.2.4 Θεωρία εστιασμένης φροντίδας (RKG)

Σε πολλές μελέτες γίνεται εμφανής ο ρόλος της εξατομικευμένης φροντίδας στην ικανοποίηση των ασθενών, ο βαθμός της οποίας εξαρτάται από την αναγνώριση της μοναδικότητας και της ιδιαιτερότητας των προσωπικών του αναγκών (Καλαφάτη & συν., 2007. Rafii & συν., 2008). Η θεωρία αναπτύχθηκε με στόχο να αντιμετωπίσει ολιστικά τον ασθενή, αλλά και να επικεντρωθεί στο πρόβλημα που τον απασχολεί σε μια συγκεκριμένη στιγμή, και δεν επιτρέπει την επικοινωνία και τη συνέχεια της φροντίδας του.

Το γενικό πλαίσιο του εννοιολογικού μοντέλου είναι «από το όλο στο ένα». Αν δεν αντιμετωπιστεί το κυρίαρχο πρόβλημα (π.χ. σύμπτωμα), που οδηγεί το άτομο σε συνεχή ανησυχία, η ολιστική φροντίδα του θεωρείται σχεδόν αδύνατη. Η θεωρία στην αρχή της στηρίζεται σε σημεία της θεωρίας του θεωρητικού Jurgen Habermas, σύμφωνα με την οποία, η γνώση δεν είναι προϊόν ενός μυαλού αποκομμένου από τις καθημερινές φροντίδες, αλλά συγκροτείται με βάση τα ενδιαφέροντα που προκύπτουν από τις φυσικές ανάγκες του ανθρώπου,

οι οποίες διαμορφώνονται από τις εκάστοτε συνθήκες της ζωής του (θεωρία των διαφερόντων που συνιστούν τη γνώση).

Η διαίσθηση, η φαντασία, οι γνώσεις και οι πληροφορίες είναι οι σύμμαχοι του νοσηλευτή, για εντοπίσει το πρόβλημα, να το αποσπάσει από το σύνολο και, στη συνέχεια, στο πλαίσιο συνεχών διεργασιών, να παρέχει σταδιακά εστιασμένη πλέον φροντίδα στην κυριότερη, εκείνη τη χρονική στιγμή, ανάγκη, η οποία τον απασχολεί έντονα τον ασθενή και τον καθιστά αδύναμο να σκεφτεί οτιδήποτε άλλο. Επίσης, ενσωματώνει, σε αυτό το εστιασμένο πλαίσιο, συγκεκριμένες λήψεις αποφάσεων, βάσει συγκεκριμένου σχεδίου δράσης (επιλεγμένου αφαιρετικά), όχι μόνο ερμηνεύοντας επιστημονικά δεδομένα αλλά αλλάζοντάς τα, αν και όπου χρειάζεται.

Η εφαρμογή της θεωρίας, σύμφωνα με τη γνώμη ερευνητών, μπορεί να βοηθήσει τόσο το θεωρητικό υπόβαθρο της νοσηλευτικής όσο και την καθημερινή κλινική πρακτική, σε όλα τα επίπεδά της. Ο νοσηλευτής, αφαιρετικά, αφού έχει προσδιορίσει το μέρος του όλου, δηλαδή το κυρίαρχο πρόβλημα, εστιάζει την προσπάθειά του στην άμεση αντιμετώπιση του συγκεκριμένου προβλήματος.

Στάδια της θεωρίας

1. Αντίληψη και συνειδητοποίηση του όλου. Προκύπτει από: (α) την προσωπικότητα του ατόμου, (β) τα βιώματά του, (γ) τις εμπειρίες του, (δ) τις γνώσεις του και (ε) τις πληροφορίες του.

2. Κριτική προσέγγιση των μερών του όλου. Σύμφωνα με τη Λογικομαθηματική θεωρία του J. Piaget.

3. Εστίαση στο –διά της αφαιρετικής μεθόδου– εντοπισμένο πρόβλημα. Συνδυασμός των ικανοτήτων του ατόμου για παροχή λύσης και εστιασμένης φροντίδας.

Προϋπόθεση για να περάσει μέσα από τα στάδια αυτής της θεωρίας ο νοσηλευτής και να διαχειριστεί σωστά το πρόβλημα που έχει εστιαστεί, είναι να γνωρίζει ικανοποιητικά το γνωστικό αντικείμενό του. Αυτό, σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά στοιχεία που απαιτούνται στο πρώτο στάδιο της θεωρίας, δημιουργούν την ικανότητα για επίλυση του εντοπισμένου και εστιασμένου πλέον προβλήματος.

Ο νοσηλευτής, μέσα σε αυτή την ολιστική δυναμική, κατανοώντας συνολικά την κατάσταση του ασθενούς, περνά τη διαπερατή συνοριακή ζώνη του ζωτικού χώρου του ατόμου

και ανάλογα με το εύρος της αντίληψής του, των γνώσεων και των πληροφοριών του, χωρίς να παραλείπει αξίες και βιώματα, επεξεργάζεται άμεσα όλα τα δεδομένα, για να αρχίσει να εστιάζει και να επικεντρώνεται στο προεξέχον πρόβλημα του ασθενή, στο οποίο και καλείται να δώσει άμεσα λύση (Ρούπα και συν., 2009).

1.2.5 Η θεωρία της διαπολιτισμικής φροντίδας (M. Leininger)

Η M. Leininger παρουσίασε ένα διαπολιτισμικό μοντέλο υγείας το 1960, το οποίο επέκτεινε και ολοκλήρωσε το 1984. Περιγράφει τις διαπολιτισμικές διαστάσεις των πολιτισμικών συνεντεύξεων, εκτιμήσεων και θεραπειών. Μέσα από τη θεωρία της αποδεικνύει τη σημασία της πολιτισμικής προσέγγισης στην υγεία και την ασθένεια. Σκοπός της φροντίδας είναι η παραγωγή γνώσης σχετικά με τη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα που διατηρούν την πολιτισμική τους ταυτότητα. Στον πυρήνα της θεωρίας είναι η σημασία της κατανόησης από τον νοσηλευτή, της προσωπικής άποψης του ασθενή για την υγεία και την ασθένεια, την αναγνώριση και κατανόηση ομοιοτήτων και διαφορών και την αξιοποίηση αυτής της πληροφορίας για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας (Mc Even & συν., 2004).

Η θεωρία της Leininger, τώρα, ασχολείται με την πολιτισμική δυναμική, η οποία επηρεάζει τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, με στόχο την παροχή ολιστικής φροντίδας, σύμφωνα με το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή. Με τη θεωρία εισάγονται όροι οι οποίοι πρέπει να γίνουν κατανοητοί από τους νοσηλευτές για την κατανόηση της θεωρίας, αλλά και την παροχή φροντίδας πολιτισμικά συμβατής σε άτομα προερχόμενα από διάφορους πολιτισμούς. Η Leininger θεωρεί τη φροντίδα δράση ή δραστηριότητα που κατευθύνεται προς την παροχή φροντίδας. Η φροντίδα είναι το μέσο για να βοηθήσει ανθρώπους με ανάγκες ή αναμενόμενες ανάγκες σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν την υγεία του ή να αντιμετωπίσουν τον θάνατο. Εκτός από τη φροντίδα, όμως, κύρια έννοια της θεωρίας είναι ο πολιτισμός, η πολιτισμική φροντίδα, καθώς και οι ομοιότητες και διαφορές της (Leininger, 1988).

Πολλές είναι οι μελέτες που υποστηρίζουν ότι η χρήση μοντέλων παροχής φροντίδας θα βοηθούσε στην ολοκλήρωση απλών εργασιών, στη ανεύρεση τρόπων για παροχή φροντίδας ανάλογη των προσδοκιών, την ανάθεση αυτών, αλλά και την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Θεωρείται επίσης σημαντική η χρήση τους, για τη δημιουργία και ενθάρρυνση μιας

κουλτούρας διαπροσωπικής ευαισθησίας, μέσα στην οποία οι ατομικές διαφορές θα εκτιμώνται και θα είναι σεβαστές (Finfgeld, 2008).

1.3 Η ποιότητα της φροντίδας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει τις αντικρουόμενες απόψεις που εκφράζουν ασθενείς και νοσηλευτές σχετικά με την ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα. Οι διαφορετικές απόψεις και η ασάφεια των αντιλήψεων έχουν οδηγήσει στη δημιουργία πολλών και διαφορετικών ορισμών για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Οι διαφορετικές απόψεις ασθενών και νοσηλευτών, παρά τα κοινά στοιχεία που έχουν, οφείλονται στον διαφορετικό τρόπο που η κάθε πλευρά βιώνει τη φροντίδα. Επομένως, ένας κοινός ορισμός για την ποιοτική φροντίδα δεν είναι εφικτός (Charalambous & συν., 2008).

Η ικανοποίηση των ασθενών, δίνει στο νοσηλευτικό επάγγελμα κύρος και αξιοπιστία (Παπασταύρου & συν., 2010), ενώ, την ίδια στιγμή, μπορεί να θεωρηθεί μία θεμελιώδης αρχή, μαζί με τη μετακίνηση της θέσης των νοσηλευτών, από το «φροντίζω για» στο «φροντίζω μαζί με» τον ασθενή, για την ερμηνεία της έννοιας της φροντίδας (Charalambous & συν., 2008).

Ωστόσο, στους διάφορους ορισμούς που μπορεί κανείς να εντοπίσει στη βιβλιογραφία για την ποιότητα της φροντίδας, υπάρχουν κοινά στοιχεία που επιτρέπουν την αξιολόγηση και την εκτίμησή της. Η διαδικασία αξιολόγησης και μέτρησης της ποιότητας, δεν αφορά μόνο σε μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας, αλλά δείχνει και πώς οργανώνεται η νοσηλευτική μέσα στους χώρους παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Charalambous & συν., 2008). Από την άλλη, παρά την ανάπτυξη εργαλείων στη δεκαετία του 1980, για την περιγραφή της νοσηλευτικής φροντίδας, τα αποτελέσματα των ερευνών παραμένουν σταθερά, σε σχέση με αυτά των προηγούμενων δεκαετιών, σε ό,τι αφορά στην ανομοιομορφία των απόψεων μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών (Παπασταύρου & συν., 2010).

Η κατανόηση των διαφορών των απόψεων, μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών, θα επιτρέψει τη γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα στην παροχή φροντίδας και ικανοποίησης των ασθενών. Το είδος και οι συμπεριφορές φροντίδας πρέπει να διασφαλίζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Παπασταύρου & συν., 2010). Η έννοια της ποιότητας της φροντίδας είναι δύσκολο να καθοριστεί, γιατί το πλαίσιο που χρησιμοποιείται για να την καθορίσει, προκύπτει από απόψεις ατόμων εκτός του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Gunther & συν., 2002).

Η ιδανική φροντίδα περιλαμβάνει αξίες, θέληση, δέσμευση, γνώση και πράξεις φροντίδας, στοιχεία που εκφράζονται και οδηγούν τη νοσηλευτική πρακτική, κυρίως όταν οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν τον άνθρωπο ως μοναδικό και στο σύνολό του. Για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας απαιτείται η γνώση βασικών βιολογικών επιστημών, αλλά και η κατανόηση και χρήση των κοινωνικών επιστημών (Gunther & συν., 2002).

Σε έρευνες έχει διαφανεί η στενή σχέση της εξατομικευμένης φροντίδας με την ικανοποίηση των ασθενών, όπως και ότι η εξατομίκευση παρέχεται και γίνεται εμφανής, μέσα από πράξεις και συμπεριφορές. Αποτελέσματα ερευνητών κάνουν ορατούς διάφορους παράγοντες, οι οποίοι εμποδίζουν την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας. Είναι λίγες οι πιθανότητες παροχής εξατομικευμένης φροντίδας, σε μια μεγάλη μονάδα νοσηλείας. Στις ίδιες έρευνες φαίνεται ότι αυτό το είδος παροχής φροντίδας δεν αποτελεί σημαντικό μέρος της καθημερινότητας των νοσηλευτών (Suhonen & συν., 2007. Παπασταύρου & συν., 2010).

Η θεώρηση ότι η νοσηλευτική είναι προέκταση της ιατρικής και περιλαμβάνει μόνο τεχνικά προσόντα και τάσεις υποταγής, οδηγεί στον περιορισμό του έργου των νοσηλευτών στο πρακτικό μόνο μέρος των καθηκόντων τους. Μαζί με την απουσία ενημέρωσης, για τα μακροχρόνια αποτελέσματα των προσπαθειών τους, μπορούν να θεωρηθούν αιτίες για την «απομάκρυνσή του από το πλευρό του ασθενή» (Δημητρίου, 1997).

Τα αποτελέσματα παροχής ορθής φροντίδας περιλαμβάνουν την αύξηση της ικανότητας να θεραπεύει αλλά και την προσωπική και επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών. (Brilowski & συν., 2005). Η φροντίδα που στηρίζεται σε επιστημονικά στοιχεία και ενδείξεις αποτελεί μέρος της υγειονομικής περίθαλψης. Η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας από τους νοσηλευτές τείνει και οφείλει να γίνει υπεύθυνη επαγγελματική καθημερινότητα (Κουλούρη & συν., 2008).

1.4 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Έχοντας υπόψη ότι ο άνθρωπος παράγει, δημιουργεί και εξελίσσεται μόνο όταν είναι σωματικά και πνευματικά υγιής (WHO, 1978), το αγαθό της υγείας, όπως αποδεικνύουν και οι ορισμοί που έχουν δοθεί γι' αυτό κατά καιρούς (Ιωαννίδη και συν., 1999), αποτελεί το θεμελιωδέστερο κοινωνικό αγαθό όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική θέση του καθενός. Οπότε, όλοι οι πολίτες πρέπει ανά πάσα στιγμή (Ελληνας, 2012) είναι σε θέση

να εξασφαλίζουν το πολύτιμο αυτό αγαθό. Επειδή, όμως, μερικοί από αυτούς δεν έχουν πάντα αυτή τη δυνατότητα, δεδομένης και της οικονομικής ύφεσης των τελευταίων ετών, η οποία επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την κατάσταση και δεν επιτρέπει σε μερικούς πολίτες να το αποκτήσουν, τα κράτη είναι υποχρεωμένα να παρέχουν ισότιμη, υψηλού επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους, συνυπολογίζοντας πάντα την ανάγκη εξοικονόμησης πόρων (Selgelid, 2007). Και η μέγιστη εξοικονόμηση των πόρων επιτυγχάνεται πρωτίστως από την πρόληψη και δευτερευόντως από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ).

Αναλύοντας τις λέξεις μία προς μία, ΠΦΥ είναι η παροχή φροντίδας υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αυτό μπορεί να ερμηνεύεται είτε ως πρώτη επαφή μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Walt & Voughan, 1982), είτε ως παροχή φροντίδας υγείας χωρίς τη νοσηλεία σε κάποιον υγειονομικό οργανισμό, ή την περίθαλψη στα κέντρα υποδοχής του ασθενούς (π.χ. ιατρείο, πολυκλινική, κέντρο υγείας κ.λπ.) (Ιωαννίδη & Μάντη, 1999). Σε κάθε περίπτωση, όμως, θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε πολίτη (Γιαννοσμίδης & Τσιαούση, 2012). Βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ότι η ανάγκη για εξασφάλιση της ΠΦΥ δεν είναι νέο φαινόμενο ή φαινόμενο των τελευταίων χρόνων, αλλά υπάρχει ήδη από το 1978, όπου με τη Διακήρυξη της Alma-Ata, αναδείχθηκε η σημασία της πρόληψης και της αγωγής υγείας σε συνδυασμό με την ενεργό συμμετοχή του πολίτη και της κοινότητας για τον επαναπροσανατολισμό των συστημάτων υγείας πολλών χωρών (Μπένος, 1999).

Σήμερα, ΠΦΥ νοείται το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, και αποσκοπεί στην πρόληψη, τη διατήρηση, την προαγωγή, την αποκατάσταση και την ενδυνάμωση της υγείας, με την παροχή πιστοποιημένων υπηρεσιών υγείας, εξετάσεων και φαρμάκων, καθώς και την υιοθέτηση κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Αλεξιάδου & συν, 2008).

Περιεχόμενο της ΠΦΥ αποτελούν οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, η φροντίδα και η παρακολούθηση ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, οι υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι (κοινωνική νοσηλευτική), οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, η επείγουσα μεταφορά ασθενών μέσω του ΕΚΑΒ ή άλλων μέσων, η δημόσια υγεία: πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη, η παροχή από απόσταση ιατρικών συμβουλών και υπηρεσιών με τη

χρήση προηγμένων τεχνολογιών και υποδομών, η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας και η παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού (Αλεξιάδου & συν, 2008).

Επίσης, ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας, πάντα με βάση επιστημονικά, κοινωνικά, οικονομικά και τεχνολογικά αποδεκτές θεραπείες, και μέσα στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία (ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις φροντίδας) (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2005. Ιωαννίδη & Μάντη, 1999. Τούντας, 2002).

Ο σημαντικός ρόλος της ΠΦΥ στην αποκατάσταση του ατόμου μετά την ύφεση της οξείας νόσου έγκειται σε παρεμβάσεις που σκοπό έχουν να καλύψουν όλες τις ιατρικές, νοσηλευτικές και άλλες ανάγκες του μέχρι την ένταξή του ως ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο. Από εκεί και πέρα, η σχέση της με την ποιότητα και την αποδοτικότητα είναι περιορισμένη. Ωστόσο, οι γενικοί-οικογενειακοί γιατροί προάγουν τη συνέχεια και την περιεκτική-πολυσήμαντη φροντίδα, συμβάλλουν στη μείωση των εισαγωγών νοσηλείας, μειώνουν τη χρήση εξειδικευμένων και επειγουσών υπηρεσιών και, κατ' επέκταση, βελτιώνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Atun, 2004). Ποιος είναι, όμως, ο ρόλος των νοσηλευτών σε όλο αυτό;

1.4.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ΠΦΥ

Ο ρόλος των νοσηλευτών/τριών και μαιευτών/μαιών στην ΠΦΥ έχει τύχει επισταμένης αναγνώρισης, τόσο από τις Σχολές Επιστημών Υγείας σε Ευρωπαϊκά και Αμερικανικά Πανεπιστήμια όσο και από το σύστημα υγείας προηγμένων στην ΠΦΥ χωρών, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Σκανδιναβία και την Ολλανδία (Jenkins-Clarke & Carr-Hill, 2001. Dowswell & συν., 2002). Στην Ελλάδα, όμως, τα πράγματα είναι εντελώς διαφορετικά, καθώς ο ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι σαφής και κατηγορηματικός αλλά εντάσσεται στο γενικό πλαίσιο των παραϊατρικών επαγγελμάτων. Αυτό αμέσως-αμέσως τον καθιστά λιγότερο σημαντικό ή ακόμα και βοηθητικό, με αποτέλεσμα να τον αποκλείει από την ΠΦΥ (Λιονής & Μαρκάκη, 2006).

Η ουσιαστική ανάμειξη, όμως, ορισμένων κατηγοριών νοσηλευτών (π.χ. Εξειδικευμένοι Κλινικοί, Προηγμένης Άσκησης κ.ά.) σε κάποια σοβαρά και χρόνια νοσήματα (Bodenheimer & συν., 2005), σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ (Λιονής & Μποδοσάκης,

2000), θέτει την ανάγκη επανεξέτασης και επαναπροσδιορισμού των δυνατοτήτων τους, καθώς και την εξειδίκευσή τους στην ΠΦΥ (Κατσουλάκη & Νταφογιάννη, 1999).

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού διαφέρει από αυτόν του νοσοκομειακο-κεντρικού προτύπου. Τροποποιήσεις των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των νοσηλευτικών σχολών, ανάδειξη του εύρους του πεδίου της άσκησης νοσηλευτικής στην ΠΦΥ, κίνητρα για τον προσανατολισμό των νοσηλευτών στον αντίστοιχο τομέα και πολιτική μέριμνα για την απορρόφησή τους είναι μερικές αναγκαίες παρεμβάσεις για την υλοποίηση του νέου προσανατολισμού.

2. Νοσηλευτική και εκπαίδευση

2.1 Η νοσηλευτική επιστήμη – Ιστορική αναδρομή

Οι ρίζες της νοσηλευτικής φτάνουν μέχρι την κλασική Ελλάδα. Ο Ιπποκράτης, θεμελιωτής της ιατρικής επιστήμης, έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών του. Η επίδραση του Χριστιανισμού βοήθησε στην ανάπτυξη της νοσηλευτικής, με βάση την αγάπη και την προσφορά προς τον συνάνθρωπο, η οποία συνεχίστηκε και εφαρμόστηκε οργανωμένα πλέον στη Βυζαντινή Περίοδο (Παπαδαντωνάκη, 2012).

Η Florence Nightingale ήταν η πρώτη στην ιστορία της νοσηλευτικής που άνοιξε τον δρόμο για την κοινωνική αναγνώριση του νοσηλευτικού επαγγέλματος, την αναγνώριση του έργου της νοσηλευτικής και την ανάπτυξή της σε επιστήμη βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα (Κύμηνα & Τσαλαπατάνη, 2006). Δεν ήταν πλέον ένα πρακτικό έργο και αντικείμενο, βασισμένο μόνο στην εμπειρία και τη διαίσθηση. Έτσι σταμάτησε ο υπηρετικός χαρακτήρας και το πνεύμα της υποτέλειας, έναντι του ιατρικού κόσμου της εποχής εκείνης, για να πάρει τη θέση που της ανήκε σε ισότιμο επίπεδο αναγκαίας συνεργασίας για την επίτευξη του κοινού σκοπού, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το επιστέγασμα της πολύχρονης και πολύπλευρης δραστηριότητας στον χώρο της συστηματοποίησης της νοσηλευτικής, ήταν η σύνταξη του όρκου της νοσοκόμου «The Nightingale Pledge», με εμφανή την επίδραση του ιατρικού όρκου του Ιπποκράτη (nursingworld.org,2012).

Για πολλές δεκαετίες, η έλλειψη εκπαιδευτικών προτύπων, η ανδρική κυριαρχία και η βικτωριανή αντίληψη ότι οι γυναίκες είναι απόλυτα εξαρτημένες από τους άνδρες, συνέβαλαν στην καθυστέρηση της ανάπτυξης της νοσηλευτικής (Taylor & συν., 2002). Μέχρι και τη δεκαετία του 1970, η νοσηλευτική ήταν ένα γενικά αποδεκτό, πρακτικό επάγγελμα, που στηριζόταν σε γνώσεις δανεισμένες από άλλες επιστήμες (κυρίως από την Ιατρική), και όχι σε αποδειγμένα στοιχεία που καθοδηγούσαν την καθημερινή πρακτική. Η άμεση εξάρτηση της δε από τις θετικές επιστήμες (Ιατρική, Βιολογία, Χημεία, Φυσική κ.ά.) μείωνε το κύρος της ως επιστήμης και την αυτοδυναμία της ως επάγγελμα (De Santis & συν., 2007).

Από την άλλη, αναπτύχθηκε από ένα τεχνικό, με βάση το ιατρικό μοντέλο, σε επιστημονικά ασκούμενο επάγγελμα, βασισμένο σε εννοιολογικά θεωρητικά μοντέλα και θεωρίες. Η μοναδικότητα της νοσηλευτικής επιστήμης στηρίζεται στα δύο κύρια χαρακτηριστικά της: τον ανθρωπισμό και την ολιστικότητα (Κοτσαμπασάκη, 1997). Το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών έχει υιοθετήσει τον παρακάτω ορισμό για τη νοσηλευτική: *«Νοσηλευτική είναι μία επιστήμη υγείας και ένα αναπόσπαστο μέρος του υγειονομικού συστήματος. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και τη φροντίδα των ασθενών και των αναπήρων ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρώπινων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα –νοσοκομείο, κέντρο υγείας, σπίτι, κοινότητα). Ασκείται με νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις που απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Ως υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή και ως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες»* (Ραγιά, 2002).

Είναι μία ανθρωπιστική επιστήμη, με στόχο την παραγωγή γνώσης, για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία και την ασθένεια σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ως επιστήμη στηρίζεται σε γνώσεις βασισμένες σε τεκμηριωμένες πρακτικές (Κουλούρη, 2008). Η Wagner θεωρεί ότι η νοσηλευτική είναι μία τέχνη, μία επιστήμη και ένα εφαρμοσμένο γνωστικό πεδίο, το οποίο περιλαμβάνει και την παροχή φροντίδας (Κουλούρη & συν., 2008).

Σύμφωνα με τη Newman, τώρα, Νοσηλευτική είναι η τέχνη της υποβοήθησης του ατόμου να χρησιμοποιήσει τις εσωτερικές του δυνάμεις, προκειμένου να οδηγηθεί σε ανώτερα επίπεδα συνειδητότητας. Κατευθύνεται προς την αναγνώριση των προτύπων του ατόμου, σε αλληλεπίδραση με το περιβάλλον και προς την αποδοχή της αλληλεπίδρασης, ως διαδικασίας ανάπτυξης της συνειδητότητας. Διευκολύνει τη διαδικασία αναγνώρισης προτύπων με έναν ρυθμό που συνδέει τον νοσηλευτή με τον ασθενή, με στόχο την αποκάλυψη του προτύπου και των κανόνων ενός ανώτερου επιπέδου οργάνωσης (Ρούπα και συν., 2009).

Από την άλλη, για τη Rogers η Νοσηλευτική είναι λειτουργήμα, που αποτελεί ταυτόχρονα ανθρωπιστική επιστήμη και τέχνη. Είναι η μελέτη ενιαίων, μη αναγώγιμων, αδιαίρετων πεδίων του ανθρώπου και του περιβάλλοντος. Δεν είναι άθροισμα αρχών

προερχόμενων από άλλες επιστήμες, αλλά στηρίζεται στην έρευνα και ενσωματώνει γνώσεις από άλλες βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες. Συνθέτει την επιστημονική γνώση, την τεχνική, πρακτική αλλά και την ανθρωπιστική συμπεριφορά (McEwen, 2004. Ραγιά, 2002).

Είναι μία επιστήμη υγείας αναπτυσσόμενη και εξελισσόμενη. Βασίζόμενη στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας, διαφοροποιείται, διευρύνεται, βελτιώνει την κλινική πρακτική της και τη συμβολή της στην προαγωγή της υγείας στη κοινωνία (Ραγιά, 2011). Επειδή, όμως, βασική αρχή της είναι το «όλον» του ανθρώπου, η ορθή εφαρμογή της απαιτεί, εκτός από επιστημονική γνώση και δεξιότητες και ένα σύνολο ανθρωπιστικών αξιών αποδεκτό από τον κάθε νοσηλευτή.

Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα, στην πορεία ανάπτυξής της, έχει δεχτεί τις επιδράσεις του φιλοσοφικού και ιατρικού αρχαίου Ελληνικού πνεύματος, της Χριστιανικής διδασκαλίας, του Βυζαντινού Πολιτισμού, και την επιρροή της διεθνούς νοσηλευτικής πορείας. Μελετά και συγκρίνει τις επιστημονικές νοσηλευτικές θεωρίες που επικρατούν στον διεθνή νοσηλευτικό ορίζοντα, συνθέτει, αναπτύσσει και διαμορφώνει τη δική της θεωρία (Ραγιά, 2002).

Η Rogers θεωρεί τον Νοσηλευτή αναπόσπαστο μέρος του περιβάλλοντος του ασθενή, οι ανάγκες του οποίου καθορίζουν και τον ρόλο του. Σε αποτελέσματα μελετών, ο νοσηλευτής εμφανίζεται δυναμικός, ικανός, με δυνατότητα να εκπαιδεύει και να παροτρύνει τους ασθενείς στην αυτοδιάθεση και την αυτοφροντίδα. Εμφανίζεται μεταξύ άλλων και αρκετά ώριμος, ώστε να επιτυγχάνει μια υγιή ισορροπία ανάμεσα στη φροντίδα για τους άλλους και τη φροντίδα για τον εαυτό του (Finfgeld, 2008). Τα ευρήματα αυτά έρχονται να αντιπαρατεθούν στους ισχυρισμούς που περιγράφουν τη φροντίδα στη νοσηλευτική «ως ηθική των σκλάβων» (Paley, 2001).

2.2 Η ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Η ιστορία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι συνδεδεμένη με την αναζήτηση της επαγγελματικής ταυτότητας της νοσηλευτικής (Allen & συν., 2006), και αποτελεί αποτέλεσμα των προσπαθειών και των ενεργειών των νοσηλευτών που έγιναν στο παρελθόν. Ωστόσο, η ιστορία της νοσηλευτικής πηγαίνει πολύ πιο πίσω από την εποχή της Florence Nightingale, και συγκεκριμένα στον 18^ο αιώνα, όταν ο James Derham, με τα χρήματα που κέρδισε ως νοσοκόμος,

κατάφερε να εξαγοράσει την ελευθερία του. Και μάλιστα, σε μια εποχή που η άμεση σύνδεση της νοσηλευτικής με την εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση φάνταζε ουτοπία.

Στη δεκαετία του 1850, λοιπόν, ιδρύεται στο Λονδίνο το πρώτο πρόγραμμα νοσηλευτικής εκπαίδευσης, και το 1886 στην Ιαπωνία το πρώτο νοσηλευτικό ίδρυμα (σχολή). Η επιρροή της Florence Nightingale και του Claray Barton, ιδρυτή του Ερυθρού Σταυρού, βοήθησαν στη ραγδαία ανάπτυξη της νοσηλευτικής (De Santis, 2007).

Παρ' όλα αυτά, την εποχή πριν από τη Florence Nightingale, η νοσηλευτική θεωρήθηκε μαθητεία, που συχνά γινόταν σε θρησκευτικά ιδρύματα, όπως μοναστήρια γυναικών, αν και υπήρχε πάντα ένα ποσοστό ανδρών νοσηλευτών, ειδικά σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το 1860, η Nightingale ιδρύει την πρώτη σχολή εκπαίδευσης νοσοκόμων στο St Thomas Hospital στο Λονδίνο. Το πρόγραμμα σπουδών της F. Nightingale ήταν σε μεγάλο βαθμό γύρω από τη βασική νοσηλευτική πρακτική, με επίκεντρο την αναγκαιότητα της υγιεινής και την ικανότητα για εργασία. Η F. Nightingale, στις *Σημειώσεις επί της Νοσηλευτικής* (1898), αναφέρει τις μεθόδους που χρησιμοποιεί. Βέβαια, παρά την άποψη της Nightingale για τη μοναδικότητα της νοσηλευτικής, η εκπαίδευση των νοσηλευτών πραγματοποιούνταν κάτω από την κατεύθυνση και την εποπτεία του ιατρικού επαγγέλματος (Taylor, 2002).

Την ίδια εποχή, η Ethel Gordon Fenwick υπερασπίζεται την εισαγωγή της νοσηλευτικής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και την απομάκρυνσή της από τα όρια του νοσοκομείου. Το 1901, οι νοσηλευτές της Νέας Ζηλανδίας οργανώνονται σε εθνικό επίπεδο, και το παράδειγμά τους ακολουθούν και άλλες χώρες σε ολόκληρο τον κόσμο (DeSantis, 2007). Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, η πρώτη συνεδρίαση της Αμερικανικής Ένωσης Νοσηλευτών, με θέματα που αφορούσαν στην εκπαίδευση, συνέβαλαν στην περαιτέρω ανάπτυξή της. Η Mary Nutting, το 1906, έκανε την πρώτη έρευνα για την κατάσταση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Οι Goldmark (1923) και Brown (1948) τονίζουν ότι η εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να γίνεται σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Ωστόσο, η πρώτη πανεπιστημιακή σχολή, με βάση τις ανάγκες της εκπαίδευσης στη νοσηλευτική, ιδρύεται στο Πανεπιστήμιο του Yale το 1923. Το Yale School of Nursing είχε το δικό του πρόγραμμα σπουδών και οι μαθητές έπρεπε να πληρούν τα πρότυπα εκπαίδευσης του πανεπιστημίου, προκειμένου να αποφοιτήσουν. Ήταν τα θεμέλια για την ανάπτυξη της εκπαίδευσης. Από τότε, πανεπιστήμια όλων των χωρών έχουν αναπτύξει τα δικά τους

προγράμματα σπουδών στη νοσηλευτική (DeSantis, 2007). Στην Ευρώπη, το Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου ήταν το πρώτο ευρωπαϊκό θεσμικό όργανο να προσφέρουν ένα πτυχίο νοσηλευτικής το 1972.

Το Πανεπιστήμιο της Κολομβίας, το 1950, είναι το πρώτο που δίνει τη δυνατότητα απόκτησης μεταπτυχιακού προγράμματος στη νοσηλευτική, γεγονός που αλλάζει καθοριστικά το περιβάλλον γύρω από την εκπαίδευση, ανοίγει τον δρόμο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και την επαγγελματική ανάπτυξη των νοσηλευτών (DeSantis, 2007).

Η διαδικασία της απόκτησης διπλώματος βοήθησε στη διατήρηση της ακαδημαϊκής παραγωγικότητας και την προώθηση και ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας. Η εκπαιδευτική μεταρρύθμιση οδήγησε στη δημιουργία περισσότερων τμημάτων νοσηλευτικής. Όλα τα προγράμματα ενθαρρύνουν την έρευνα και τη διδασκαλία, συμπεριλαμβανόμενης και της μελέτης των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την εκπαιδευτική μεταρρύθμιση (Allen, 2006). Από την άλλη, με την εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής έρευνας, στη δεκαετία του '50, οι πρωτοπόροι της νοσηλευτικής συνειδητοποίησαν ότι η έρευνα για την άσκηση της νοσηλευτικής ήταν απαραίτητη για την ικανοποίηση των αναγκών υγείας στη σύγχρονη κοινωνία. Μεγάλος αριθμός νοσηλευτών άρχισε να διεξάγει νοσηλευτικές έρευνες και να αρθρογραφεί, παροτρύνοντας και άλλους νοσηλευτές να παίρνουν μέρος σε διάφορες νοσηλευτικές έρευνες. Έτσι, κατά τη διάρκεια της ίδιας δεκαετίας, έγιναν δύο μεγάλα επιτεύγματα στη νοσηλευτική:

1. Το 1950 κυκλοφορεί το πρώτο περιοδικό που δημοσιεύει ερευνητικές εργασίες με τον τίτλο *Nursing Research* (υπάρχει ακόμα και σήμερα), το οποίο είχε ως αποτέλεσμα, οι δημοσιευμένες πλέον ιδέες να αποτελέσουν τη βάση για την ανάπτυξη θεωριών (Allen, 2006).

2. Από τη δεκαετία του 1960, τα πανεπιστημιακά προγράμματα νοσηλευτικής αυξήθηκαν σε αριθμό και εγγεγραμμένους φοιτητές, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών. Η νοσηλευτική βιβλιογραφία αντανάκλα την ανοδική τάση στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της ειδικής γνώσης στη νοσηλευτική (Taylor, 2002). Την ίδια περίοδο (1960), σε πολλές χώρες της Ευρώπης, ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ιδρύονται ή ενοποιούνται σε έναν τομέα διαφορετικό από τα πανεπιστήμια, με διακριτική πολιτική στόχευση (Vanhanen-Nuutinen 7 συν., 2012).

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970, όμως, υπήρξε μια διεθνής κίνηση για την αναβάθμιση της Νοσηλευτικής και τον επαναπροσδιορισμό της επιστημονικής της ταυτότητας.

Η αναγνώριση για την άσκηση της νοσηλευτικής, με βάση το δικό της εννοιολογικό πρότυπο και τις δικές της θεωρίες, οδήγησαν στην αναθεώρηση της βασικής εκπαίδευσης των νοσηλευτών (Κοτσαμπασάκη, 1997).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η εκπαίδευση των νοσηλευτών άλλαξε προσανατολισμό, από την εστιασμένη στην τελετουργική πράξη, στη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση των φοιτητών, με σκοπό να τους προετοιμάσει να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους με επιστημονικό και επαγγελματικό τρόπο (Allen & συν., 2006). Η εκπαίδευση παρέχεται σε φοιτητές νοσηλευτικής από έμπειρους νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν την κατάλληλη θεωρητική κατάρτιση αλλά και εμπειρία (κλινική, εκπαιδευτική), ώστε να ανταποκρίνονται στα εκπαιδευτικά τους καθήκοντα. Σε πολλές χώρες, η εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής αφορά στην περίθαλψη γενικά ή σε εξειδικευμένους τομείς, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της ψυχικής υγείας, της παιδιατρικής και της μετεγχειρητικής νοσηλευτικής (DeSantis, 2007).

Η σύγχρονη Νοσηλευτική είναι πλέον μία παγκοσμίως αποδεκτή επιστήμη και τέχνη. Η ακαδημαϊκή εκπαίδευση (θεωρητική και πρακτική), σε συνδυασμό με την επαγγελματική επάρκεια, καθιέρωσαν τον νοσηλευτή ισότιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Μπορούμε να θεωρήσουμε ότι ο ορισμός για τη νοσηλευτική ως «βοηθητική εργασία» ανήκει πλέον στην ιστορία. Οι εξελίξεις στους τομείς της τεχνολογίας, της γνώσης και της φροντίδας των ασθενών έφεραν επαναστατικές αλλαγές στη νοσηλευτική εκπαίδευση σε διεθνές επίπεδο. Τα προγράμματα σπουδών υποστηρίζονται από ακαδημαϊκό προσωπικό, με εμπειρία και πανεπιστημιακή εκπαίδευση, τόσο στη νοσηλευτική όσο και άλλες επιστήμες (βιολογία, ψυχολογία, κοινωνιολογία, στατιστική), οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για την ολοκληρωμένη εκπαίδευση και κατάρτιση των φοιτητών. Η θεωρητική εκπαίδευση συνδυάζεται, με την ταυτόχρονη ανάπτυξη αναγκαίων δεξιοτήτων και την περαιτέρω βελτίωση, με την εφαρμογή τους σε κλινικό περιβάλλον.

Το γεγονός της αλλαγής των απαιτήσεων της νοσηλευτικής έχει ληφθεί υπόψη κατά την ανάπτυξη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η νοσηλευτική εκπαίδευση αναπτύσσεται με στόχο την εκπλήρωση των προκλήσεων της σύγχρονης πολυεπιστημονικής συνεργασίας στον χώρο της υγείας. Μία από τις τάσεις της ανάπτυξης είναι και η μετακίνηση από επαγγελματικά προγράμματα σε τριτοβάθμια εκπαιδευτικά ιδρύματα, τα οποία παρέχουν στους φοιτητές την

ευκαιρία να υπαχθούν σε ένα επάγγελμα ή να προετοιμαστούν για ένα επάγγελμα (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

Παρ' όλα αυτά, απραγματοποίητη παραμένει η ιδέα των παγκόσμιων προτύπων για τους νοσηλευτές, παρά την προσπάθεια του ICN για την προώθηση της ιδέας. Το πλαίσιο μέσα στο οποίο το νοσηλευτικό επάγγελμα ρυθμίζεται, διαφέρει ανάμεσα στις περισσότερες χώρες του κόσμου. Το ICN/WHO (2005) αναφέρει ότι τα κριτήρια με τα οποία η νοσηλευτική ρυθμίζεται σε κάθε χώρα είναι εμπόδια για τη διεθνοποίηση της. Σε ορισμένες χώρες δεν είναι ακόμα αυτόνομο και νομοθετικά κατοχυρωμένο επάγγελμα. Μεταξύ των σχεδίων που δίνουν έμφαση στην ποιότητα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η προσπάθεια για τη δημιουργία μιας Παγκόσμιας Κοινότητας Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης (Joint Force on Creating a Global Nursing Education Community). Τέλος, ενώ οι διεθνείς και εθνικοί φορείς νοσηλευτικής εστιάζουν σε διεθνή πρότυπα για τους νοσηλευτές, υπάρχουν επίσης και κινήσεις, όπως το Bologna Process, το οποίο επικεντρώνεται στην εκπαιδευτική εναρμόνιση της νοσηλευτικής με τη συμμετοχή των εθνικών κυβερνήσεων (Raholm & συν., 2010).

Διακήρυξη της Μπολόνια (Bologna Process, 1999)

Πρότυπα για τη νοσηλευτική εκπαίδευση πρέπει να θεσπιστούν σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο για την παροχή κατευθυντήριων γραμμών όσο και για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου πρότυπου επιπέδου προσόντων για τους εκπαιδευτές της νοσηλευτικής (Raholm & συν., 2010). Σύμφωνα, λοιπόν, με τη Διακήρυξη της Μπολόνια, οι φοιτητές νοσηλευτικής πρέπει να αναπτύξουν διαφορετικά είδη αρμοδιοτήτων:

A. Θεωρητική και αναλυτική ικανότητα, η οποία θα συνεπάγεται την ικανότητα και θέληση για μάθηση μέσα από την παρατήρηση, την ανάλυση, τον προβληματισμό και τη συστηματοποίηση.

B. Πρακτική ικανότητα, η οποία θα αφορά στην ικανότητα εφαρμογής συστηματοποιημένης γνώσης και τις δεξιότητες επίλυσης των προβλημάτων.

Γ. Ικανότητα μάθησης, η οποία θα σχετίζεται με την ικανότητα, θέληση απόκτησης νέων γνώσεων και την εφαρμογή τους σε νέες καταστάσεις.

Δ. Κοινωνικές ικανότητες, οι οποίες θα αναφέρονται στην ικανότητα των μαθητών να καθιερώσουν και να διατηρήσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις,

Ε. Ικανότητα επαγγελματικής δεοντολογίας, η οποία θα αποτελεί τη δυνατότητα των φοιτητών να είναι σε θέση να αιτιολογούν ηθικά, σύμφωνα με τους κανονισμούς και τους ηθικούς κανόνες (Davies, 2008).

Η διαδικασία της Μπολόνια προσφέρει την ευκαιρία για την τυποποίηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, με το βασικό πτυχίο να αποτελεί επίπεδο εισαγωγής στο επάγγελμα και την αναγνώριση του μεταπτυχιακού και διδακτορικού διπλώματος σε όλες τις χώρες της ΕΕ. Ο συντονισμός των εκπαιδευτικών δομών στην Ευρώπη προωθεί την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των πανεπιστημίων, με στόχο τον προσδιορισμό γενικών και ειδικών δεξιοτήτων πτυχιούχων νοσηλευτών σε όλα τα επίπεδα. Έχει δε αποδειχτεί ότι η εκπαίδευση είναι ένα έγκυρο εργαλείο για τη δημιουργία μιας κοινής επαγγελματικής ταυτότητας, η οποία θεωρείται απαραίτητη για την τριτοβάθμια εκπαίδευση, ώστε να προχωρήσει, μέσω της διεθνοποίησης (ανταλλαγές φοιτητών), στον ενεργό εξευρωπαϊσμό. Η μεταρρύθμιση της δομής των πτυχίων συνδέεται στενά με τον στόχο της Διακήρυξης της Μπολόνια για το επίπεδο της απασχόλησης (Raholm & συν., 2010).

Συμβούλιο υπουργών Παιδείας Ευρωπαϊκών χωρών

Στην ίδια κατεύθυνση εναρμόνισης της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης είναι και η κοινή απόφαση των ευρωπαϊκών υπουργών Παιδείας το 1999 για την προώθηση έξι στόχων:

Α. Την υιοθέτηση συστήματος ακαδημαϊκών τίτλων, στο οποίο θα υπάρχει διαφάνεια και θα είναι εύκολα συγκρίσιμο με την προσθήκη συμπληρωματικού διπλώματος,

Β. Την υιοθέτηση συστήματος που θα βασίζεται σε δύο κύκλους: (1) τον κύκλο των προπτυχιακών σπουδών (3 έτη), ο οποίος θα αποσκοπεί κυρίως στην παροχή εξειδικευμένου προσωπικού για την αγορά εργασίας και (2) τον μεταπτυχιακό κύκλο για Master και διδακτορικό δίπλωμα, μετά την ολοκλήρωση του προπτυχιακού κύκλου.

Γ. Την κατάρτιση Ευρωπαϊκού συστήματος μεταφοράς ακαδημαϊκών μονάδων (ECTS). Οι ακαδημαϊκές μονάδες διευκολύνουν την αναγνώριση των σπουδών, θεωρούνται ενίσχυση της διασφάλισης της ποιότητας στον σχεδιασμό προγραμμάτων σπουδών.

Δ. Την προώθηση της κινητικότητας των σπουδαστών, των διδασκόντων και των ερευνητών.

E. Την προώθηση της συνεργασίας, για τη διασφάλιση της ποιότητας και
ΣΤ. Την προώθηση της ευρωπαϊκής διάστασης στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

2.3 Η νοσηλευτική εκπαίδευση διεθνώς

Η πολιτική για την υγεία και την εκπαίδευση έχει δημιουργήσει έναν διαφορετικό φοιτητικό πληθυσμό από το 1983, καθώς η νοσηλευτική εκπαίδευση έχει μετακινηθεί από το νοσοκομείο στα πανεπιστημιακά τμήματα. Αυτό δεν σημαίνει, όμως, πως οι περισσότεροι φοιτητές έχουν και υψηλότερα ακαδημαϊκά προσόντα για την εισαγωγή τους σε ένα πρόγραμμα νοσηλευτικής, ίσως γιατί η δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι σε χαμηλότερο επίπεδο από ό,τι πριν από 20 χρόνια (Johnson & συν., 2007).

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Οι περισσότερες σχολές νοσηλευτικής που ιδρύθηκαν στις ΗΠΑ, αν και επηρεασμένες από το πρότυπο της Nightingale, παρείχαν εκπαίδευση που σχετιζόταν περισσότερο με τη μαθητεία παρά με τα εκπαιδευτικά προγράμματα. Η νοσηλευτική φροντίδα, ωστόσο, στηριζόταν σε παραδοσιακές ιδέες, όπως η εκτέλεση εντολών, καθώς και στην κοινή σοφία για τη φροντίδα των άλλων που βασιζόταν είτε στην «κοινή λογική» είτε σε ευρέως αποδεκτές επιστημονικές αρχές. Η άμεση και απολύτως ελεγχόμενη σύνδεση με τα νοσοκομεία, όμως, οδήγησε στην έλλειψη σαφών κριτηρίων διάκρισης των νοσηλευτικών υπηρεσιών από τη νοσηλευτική εκπαίδευση, με αποτέλεσμα η ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης να παραμείνει αποσπασματική για μεγάλο χρονικό διάστημα (Taylor, 2002).

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η νοσηλευτική εκπαίδευση άρχισε να εστιάζει στην εκπαίδευση ενάντια στην πρακτική εξάσκηση, ενώ ξεκίνησε η διεξαγωγή και δημοσίευση νοσηλευτικών ερευνών. Στη δεκαετία του '50, η ιδέα της νοσηλευτικής ως επιστήμης έγινε γενικότερα αποδεκτή και άρχισαν να αναπτύσσονται τα φιλοσοφικά πιστεύω και η βάση γνώσεων για τη νοσηλευτική πρακτική. Τώρα πλέον, το επάγγελμα της νοσηλευτικής έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο σε ό,τι αφορά στην εξασφάλιση σεβασμού και αναγνώρισης για το έργο της (Allen, 2006).

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) έχει προχωρήσει σε μια σειρά από αλλαγές, με παράλληλους στόχους την ανάπτυξη του νοσηλευτικού επαγγέλματος και των υπηρεσιών υγείας. Σημαντική αλλαγή δε θεωρείται η μετακίνηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης από το μοντέλο της μαθητείας στο νοσοκομείο και τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ιδιαίτερα ωφέλιμη θεωρείται η εστίαση στην έρευνα και η εφαρμογή των αποτελεσμάτων, η ανάπτυξη των νοσηλευτικών διαγνώσεων, η χρήση των νοσηλευτικών θεωριών για την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων σπουδών και η έμφαση στη μεταπτυχιακή εκπαίδευση. Αν και οι αλλαγές αυτές ήταν σημαντικές και επωφελείς για το επάγγελμα, έχουν δημιουργήσει ένα σύνθετο εκπαιδευτικό περιβάλλον που αποτελείται από πολλαπλά επίπεδα εκπαίδευσης. Η έλλειψη διδακτικού προσωπικού, η σύγχυση στις εκπαιδευτικές επιλογές, ο μεγάλος αριθμός επιπέδων των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, είναι κάποιες προκλήσεις που καλούνται οι καθηγητές της νοσηλευτικής να αντιμετωπίσουν, προκειμένου να διατηρήσουν τη νοσηλευτική στην πρώτη γραμμή της υγειονομικής περίθαλψης (Rich, 2010).

Ευρώπη

Τουρκία

Το κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον δεν επέτρεπε την ανάπτυξη της νοσηλευτικής στην Τουρκία, μέχρι την ανακήρυξη της Δημοκρατίας (1923) από τον Μουσταφά Κεμάλ Ατατούρκ. Η Νοσηλευτική απέκτησε μεγαλύτερη σημασία στην Τουρκία μετά τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν η Τουρκική Εθνοσυνέλευση κατοχύρωσε τη νοσηλευτική και την εκπαίδευση το 1954, με την οποία δήλωνε ότι η νοσηλευτική πρακτική μπορεί να διεξαχθεί μόνο από γυναίκες.

Μελέτες σχετικά με τον εκσυγχρονισμό της νοσηλευτικής και της εκπαίδευσης ξεκίνησαν μετά τις μεγάλες απώλειες που υπέστησαν κατά τη διάρκεια των Βαλκανικού Πολέμου το 1912, καθώς η ανάγκη για τη φροντίδα των τραυματισμένων στρατιωτών και εθελοντών αυξήθηκε. Ο Μπεσίμ Ομέρ Πασά, το 1912, επέτρεψε τη νοσηλευτική εκπαίδευση στο Μαιευτήριο Kadirga, όπου τα μαθήματα παρακολούθησαν οι κυρίες της Οθωμανικής Αριστοκρατίας, και το 1925, ιδρύθηκε η Νοσηλευτική Σχολή της Ερυθράς Ημισελήνου.

Η επιτυχία της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι άξια λόγου, δεδομένου ότι η πανεπιστημιακή εκπαίδευση ξεκίνησε το 1955, τα μεταπτυχιακά προγράμματα το 1968 και τα προγράμματα διδακτορικών διπλωμάτων το 1972. Παρόλο που η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή κατάσταση της εκπαίδευσης στην Τουρκία παραμένει στο πλαίσιο της δεκαετίας του 1970, τα εμπόδια εξαλείφονται σταδιακά. Πολλές αναθεωρήσεις με βάση τις απαιτήσεις της σύγχρονης νοσηλευτικής και οι πρωτοβουλίες βελτίωσης, είναι πραγματικότητα. Βρίσκεται σε εξέλιξη η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, σύμφωνα με τη Διακήρυξη Alma Ata, και τα πρότυπα της ΕΕ για τη βελτιστοποίηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Επίσης, προγράμματα Socrates-Erasmus έχουν ξεκινήσει σε πολλά πανεπιστήμια σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο (Bahcecik & συν., 2009).

Σκανδιναβικές χώρες (Φινλανδία)

Σήμερα, σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης και της Φινλανδίας, υπάρχει ένα δυαδικό σύστημα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η μη πανεπιστημιακού επιπέδου εκπαίδευση είναι οργανωμένη σε διεπιστημονικά κέντρα στην περιφέρεια. Η ανάπτυξη της τριτοβάθμιας νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη Φινλανδία ξεκίνησε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και η ίδρυση τμήματος Νοσηλευτικής στο Πανεπιστήμιο το 1995. Η τριτοβάθμια εκπαίδευση των νοσηλευτών έχει εδραιώσει τη θέση της στη Φινλανδία.

Ο αριθμός των μαθητών που επιθυμεί να ακολουθήσει τη νοσηλευτική εκπαίδευση παραμένει αμετάβλητος από το 1990, η μεταρρύθμιση της οποίας ώθησε ενήλικες με προηγούμενη επαγγελματική εκπαίδευση στη νοσηλευτική να υποβάλλουν αιτήσεις για την παρακολούθηση της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Στη δεκαετία μελέτης διαφοροποιήθηκε και ο λόγος παρακολούθησης των προγραμμάτων από ενήλικες. Στη αρχή της δεκαετίας υπήρχε επιθυμία ενημέρωσης για την επιστήμη, ενώ στο, τέλος, ο βασικός λόγος ήταν η ανάπτυξη της καριέρας. Η αύξηση του αριθμού των ενηλίκων είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των φοιτητών, ενώ επίσης παρατηρήθηκε και ελαφρά αύξηση των ανδρών φοιτητών (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν σημαντικές ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των εκπαιδευτικών δομών και των προγραμμάτων της νοσηλευτικής στις χώρες της Σκανδιναβικής χερσονήσου, και οι μεταρρυθμίσεις των τελευταίων δεκαετιών είχαν στόχο την επαγγελματική

ανάπτυξη της συγκεκριμένης επιστήμης και την ενσωμάτωση των προγραμμάτων στην τριτοβάθμια εκπαίδευση. Έτσι, το σκανδιναβικό υπουργικό συμβούλιο (Nordic Council of Ministers) ενθάρρυνε τη συνεργασία των εκπαιδευτικών, ερευνητικών προγραμμάτων και των προγραμμάτων ανταλλαγής φοιτητών μεταξύ των Σκανδιναβικών χωρών και της Ισλανδίας (Raholm & συν., 2010). Προγράμματα σπουδών αναπτύχθηκαν με βάση το εθνικό γενικό σχέδιο που αφορά στην εκπαίδευση, περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με την οργάνωση, την εξέλιξη, την κλινική εκπαίδευση και τη σχέση μεταξύ θεωρίας και πράξης. Η έγκριση των προγραμμάτων γίνεται από τον εθνικό φορέα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κάθε χώρας.

Η ακαδημαϊκή και επαγγελματική ανάπτυξη της νοσηλευτικής βασίζεται σε θεωρητικές γνώσεις και κλινική πρακτική από τον χώρο της νοσηλευτικής σε αλληλεπίδραση με άλλες επιστήμες (φυσικές, κοινωνικές) (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Η ανάπτυξη της έρευνας οδήγησε στην ανάπτυξη μιας ειδικής πηγής γνώσης για τη νοσηλευτική. Εθνικά και διεθνή αποτελέσματα ερευνών ενσωματώνονται στα προγράμματα σπουδών και οργανώνονται για να επιτρέψουν την ανάπτυξη καινοτόμων επαγγελματικών και ακαδημαϊκών ικανοτήτων με τη δυναμική αλληλεπίδραση θεωρίας και πράξης.

Η διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και ο συντονισμός της ομαδικής εργασίας για την υποστήριξη των ασθενών αποτελούν κύρια στοιχεία τη νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Προβλήματα φαίνεται να υπάρχουν σχετικά με τη διαδικασία εναρμόνισης των χωρών. Ο διαφορετικός αριθμός των εκπαιδευτικών μονάδων (ECTS), το περιεχόμενο και το όνομα των επιπέδων στα προγράμματα εκπαίδευσης σε όλους τους κύκλους, δείχνουν ότι οι επίσημοι φορείς των κρατών ερμηνεύουν με διαφορετικό τρόπο την εφαρμογή της Διακήρυξης της Μπολόνια (Raholm & συν., 2010).

2.4 Απόψεις φοιτητών νοσηλευτικής για την εκπαίδευση

Από τα αποτελέσματα της μελέτης των Henderson-King & Smith (2006) προέκυψαν δέκα διαφορετικοί λόγοι που ανέφεραν οι φοιτητές για την εκπαίδευση στη νοσηλευτική επιστήμη, α) Προετοιμασία για ένα επάγγελμα που περιλαμβάνει την εκπαίδευση δεξιοτήτων και την αύξηση επαγγελματικής αποκατάστασης και εξέλιξης, β) Ευκαιρία για να αποδείξουν την ωριμότητα και ανεξαρτησία τους, γ) Τρόπος για να κατευθύνουν τη ζωή τους και να σχεδιάσουν το μέλλον

τους, δ) Τρόπος για να σκέφτονται και να εκτίθενται σε νέες ιδέες και πολιτιστικές ποικιλομορφίες, ε) Ευκαιρία να γνωρίσουν και να κατανοήσουν καλύτερα τον εαυτό τους, να ανακαλύψουν τα πάθη τους και να αναπτυχθούν ως άτομα, στ) Φυσικό βήμα μετά την ολοκλήρωση του Λυκείου, ζ) Τρόπος για την ενίσχυση της κοινωνικής τους ζωής, η) Ευκαιρία για την εκμάθηση δεξιοτήτων που θα τους επιτρέψουν να κάνουν τον κόσμο διαφορετικό, θ) Πηγή άγχους, ι) Απόδραση, είτε από τις ευθύνες της ενηλικίωσης είτε από μια τεταμένη κατάσταση στο σπίτι. Επίσης, οι λόγοι βρέθηκαν να σχετίζονται με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, όπως ακαδημαϊκές αξίες και κίνητρα (Krypel, 2010).

Από την άλλη, η εκπαίδευση παίζει σημαντικό ρόλο στον επαγγελματικό προσανατολισμό των μαθητών και την αναδιάρθρωσή του. Σύμφωνα με ερευνητές, οι κατευθύνσεις που έχουν οι φοιτητές πριν από την έναρξη της εκπαίδευσής τους, στις οποίες περιλαμβάνονται και τα κίνητρα για την επιλογή σταδιοδρομίας, επηρεάζουν την επαγγελματική τους ανάπτυξη στη διάρκεια των σπουδών τους και την προθυμία για την ανάπτυξη της επαγγελματικής τους ζωής (Vanhanen, 2000a).

Ο μεγαλύτερος αριθμός, ωστόσο, των φοιτητών νοσηλευτικής πιστεύει ότι μέσα από το νοσηλευτικό επάγγελμα δίνονται ευκαιρίες για τη φροντίδα των ανθρώπων και την προαγωγή της υγείας τους. Τονίζουν, επίσης, τις ευκαιρίες απασχόλησης που δίνει η νοσηλευτική για την προώθηση της προσωπικής τους ανάπτυξης. Όμως η επιλογή του νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν είναι πάντα ιδεολογική, υπάρχουν και πρακτικοί λόγοι, όπως οι ευκαιρίες πρόσληψης. Η Rawlins θεωρεί ότι δεν είναι απαραίτητη για την επιλογή επαγγέλματος η συμφωνία των προσωπικών αξιών με αυτές των επαγγελματιών, αλλά άλλοι παράγοντες, όπως προσωπικοί, κοινωνικοοικονομικοί ή πολιτικοί (Vanhanen, 2000a).

Ο Thornton (1997) μεταφέρει τη συχνή έκφραση της δυσαρέσκειας των φοιτητών σχετικά με το περιεχόμενο των σπουδών τους. Η Rafferty αναφέρει ότι τα προβλήματα των φοιτητών στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους ερμηνεύονται ως μια συνέπεια του κενού μεταξύ θεωρίας και πράξης, που υποχρεώνει τους φοιτητές να κοινωνικοποιηθούν σε δύο διαφορετικούς κόσμους (Vanhanen, 2000a).

Αξίζει να σημειωθεί σε αυτό το σημείο ότι, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, οι φοιτητές καλούνται να ισορροπήσουν ανάμεσα στις ακαδημαϊκές απαιτήσεις και τη νοσηλευτική πρακτική. Θεωρούν τη νοσηλευτική και τη μελέτη της ιδιαίτερα απαιτητικό έργο, το οποίο τους

κάνει να συνειδητοποιήσουν τις αντιφάσεις ανάμεσα στις προσδοκίες τους και την πραγματικότητα στη νοσηλευτική (Holmstrom & συν., 2004). Οι αντιθέσεις που περιγράφηκαν μεταξύ θεωρίας και πράξης, καθώς και των ιδανικών και της νοσηλευτικής πρακτικής, προκάλεσαν έκπληξη στη Φινλανδία, μία χώρα που η γεφύρωση θεωρίας και πρακτικής αποτελεί τον πυρήνα της ανάπτυξης της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης στη νοσηλευτική (Vanhanen & συν., 2000). Οι αντιφάσεις μεταξύ των απόψεων για τη νοσηλευτική και της φιλοσοφίας, πάνω στην οποία βασίζονται τα προγράμματα σπουδών, όπως και μέθοδοι διδασκαλίας, μπορεί να δημιουργούν προβλήματα που υποκινούν τη δυσαρέσκεια των φοιτητών σε ό,τι αφορά στον τρόπο εκπαίδευσης (Vanhanen, 2000a).

Η διαφορά μεταξύ των προσωπικών αντιλήψεων για τη νοσηλευτική και την πραγματικότητα στην εκπαίδευση, όπως και οι συνέπειες του κενού αυτού για την επαγγελματική ανάπτυξή τους δεν έχει διερευνηθεί (Watson, 1999). Η διαδικασία της εκπαίδευσης, για τους φοιτητές της νοσηλευτικής, γίνεται τρόπος ζωής, ο οποίος δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν σε πολλές δραστηριότητες, όπως οι φοιτητές άλλων σχολών (Warning, 2011).

Η ανάγκη για ισορροπία ανάμεσα στις σπουδές και τις άλλες πλευρές της ζωής τονίζεται από τους φοιτητές στα αποτελέσματα αρκετών ερευνών. Το εκπαιδευτικό σύστημα, όπως αναφέρει η Vanhanen, δεν παρέχει την απαραίτητη υποστήριξη και δεν αφήνει περιθώρια για την ομαλή διαχείριση της ζωής τους. Μελέτες αναφέρουν ότι οι σπουδές μπορούν να γίνουν ουσιαστικότερες, δίνοντας στον φοιτητή τη δυνατότητα νέων κοινωνικών επαφών και υποστηρίζοντας την ανάπτυξή του ως άτομο (Vanhanen & συν., 2000). Άλλωστε, νοσηλευτική εμπειρία (εμπειρογνωμοσύνη-τεχνογνωσία) είναι η ικανότητα να φροντίζεις για τους ανθρώπους και την προαγωγή της ευημερίας τους μέσα από διαφορετικές ειδικότητες της νοσηλευτικής. Οι φοιτητές δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην απόκτηση νοσηλευτικής εμπειρίας, κατά τη διάρκεια των σπουδών τους (Watson, 1999).

Σύμφωνα με τους Last και Fulbrook, ωστόσο, οι φοιτητές αποχωρούν από τις σπουδές τους εξαιτίας πρακτικών παραγόντων και την έλλειψη επικοινωνίας, ανάμεσα στο πανεπιστήμιο και το κλινικό περιβάλλον, την αίσθηση μη εκτίμησης, τις ανεκπλήρωτες προσδοκίες, την έλλειψη κινήτρων και τη συνολική πίεση που απαιτείται. Η ακαδημαϊκή αποτυχία, η έλλειψη κλινικών αξιολογήσεων, προσωπικοί λόγοι και η απογοήτευση από το πρόγραμμα σπουδών,

αναφέρονται ως λόγοι εγκατάλειψης των σπουδών. Οι Deary & συν. , όπως αναφέρεται στη Vanhanen-Nuutinen (2012) βρήκαν ότι σημαντικότερος λόγος αποχώρησης των φοιτητών είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Η αναγνώριση και κατανόηση των εννοιών που δίνουν οι φοιτητές στη νοσηλευτική εκπαίδευση και ο ρόλος που παίζουν στη διαδικασία της μάθησης μπορεί να εξηγήσει το γιατί οι φοιτητές της νοσηλευτικής έχουν περισσότερο άγχος κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, σε σχέση με φοιτητές άλλων σχολών που σχετίζονται με την υγεία (Vanhanen, 2000a).

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο με συνεχώς αυξανόμενη τάση και, αντίθετα από ό,τι θα ήταν αναμενόμενο, το ενδιαφέρον των νέων για σπουδές στη νοσηλευτική είναι μικρότερο από ό,τι πριν από δυο ή τρεις δεκαετίες (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

2.5 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή σπουδών στη νοσηλευτική

Το μοντέλο για την επιλογή σταδιοδρομίας, που προτείνει ο Gottfredson (1981), υποστηρίζει ότι η επαγγελματική επιλογή επηρεάζεται από την εικόνα που έχει το άτομο για ένα συγκεκριμένο επάγγελμα και την αυτο-αντίληψη του κάθε ατόμου (Mimura & συν., 2009). Υπάρχουν ωστόσο, αναφορές για την εικόνα που έχουν οι φοιτητές, ακόμα και μετά την εισαγωγή τους στη νοσηλευτική εκπαίδευση ως δευτερεύουσα απασχόληση, που απαιτεί μόνο κοινή λογική και λίγη νοημοσύνη (Brodie 7 συν., 2004), αν και η σύγχρονη νοσηλευτική έχει αναπτυχθεί σε επάγγελμα με δυνατότητες μεταπτυχιακής εκπαίδευσης και επαγγελματικής εξέλιξης που απαιτεί εξειδικευμένη γνώση και τεχνική (Mimura & συν., 2009).

Από την άλλη, μία σειρά μελετών εστιάζει σε τρεις ομάδες παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν την επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα: (α) πρακτικοί, όπως οικονομικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, (β) ελκυστικοί, όπως η διατήρηση της θετικής εικόνας της νοσηλευτικής, οι θετικές απόψεις από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον που ασκούν τη νοσηλευτική και η απόκτηση θετικών εμπειριών από τη φροντίδα, (γ) εσωτερικοί, όπως κίνητρα, αλτρουισμός και επιθυμία να ικανοποιήσουν προσωπικές συναισθηματικές ανάγκες. Ωστόσο, οι εσωτερικές μεταβλητές, ως κίνητρο επιλογής της νοσηλευτικής, δεν έχουν διερευνηθεί αρκετά (Mimura & συν., 2009).

Όσον αφορά στα αποτελέσματα έρευνας σε σχολές νοσηλευτικής στη Φινλανδία, τώρα, έδειξαν τέσσερα είδη απόψεων, σχετικά με την επιλογή των σπουδών στη νοσηλευτική: (α) προσωπική ευαισθησία, (β) ιδεολογικός προσανατολισμός, (γ) αυτοπραγμάτωση, (δ) οικογενειακές ανάγκες. Συγκεκριμένα, αν και η γενιά των φοιτητών, το οικονομικό περιβάλλον και οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης έχουν αλλάξει, η απόφαση επιλογής, που βασίζεται στις προσωπικές ευαισθησίες και την ευθύνη, είναι η μόνη σταθερή παράμετρος, στη διάρκεια της δεκαετίας που αφορά στην έρευνα και υποστηρίζεται σθεναρά στη διεθνή βιβλιογραφία. Όσον αφορά στον ιδεολογικό προσανατολισμό, αυτός οδήγησε λιγότερους μαθητές στην επιλογή της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, και αν και τα ποσοστά ήταν σημαντικά μειωμένα, στα μέσα της δεκαετίας του 2000 σε σχέση με το μέσο της δεκαετίας του 1990, φαίνεται ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ιδεαλίστριες από τους άνδρες. Όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα άλλων ερευνών, ο ιδεολογικός προσανατολισμός μπορεί να ευθύνεται για τη πρόθεση των φοιτητών για τη διακοπή των σπουδών, αλλά και την αποχώρηση των νοσηλευτών από το επάγγελμα. Η παρουσία της προσωπικής ευθύνης, όμως, είναι εμφανής (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

Ακόμα, σύμφωνα με τους Rognstad & Polit (2002), είναι κοινή επιθυμία, για όσους επιλέγουν τη νοσηλευτική, «η ανθρώπινη επαφή» και η παροχή βοήθειας προς τους άλλους, σε συνδυασμό με την «αίσθηση του κάνω κάτι χρήσιμο» (Miers & συν., 2007). Τέλος, η εμπειρία προσφοράς ή αποδοχής φροντίδας και η επαγγελματική εμπειρία πριν από την έναρξη των σπουδών δεν φαίνεται να επηρεάζει την επιλογή των φοιτητών για σπουδές στη νοσηλευτική. Μικρή σχέση φαίνεται να έχει με τον γενικότερο προσανατολισμό της ζωής (Vanhanen, 2000a). Οι φοιτητές με προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία στη νοσηλευτική φαίνεται να έχουν πιο ρεαλιστική άποψη, τόσο για τη νοσηλευτική, όσο και τις μελλοντικές επιλογές και ευκαιρίες για επαγγελματική σταδιοδρομία. Εμφανίζουν μικρότερη πρόθεση αποχώρησης από τις σπουδές (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

Ο προσανατολισμός για τη ζωή, στην έρευνα της Vanhanen (2000a), έδειξε μία ενδιαφέρουσα σύνδεση της προσωπικής κατάστασης των φοιτητών με τις σπουδές στη νοσηλευτική. Η πίεση του συνδυασμού των ρόλων των φοιτητών με οικογένεια απαιτεί την ανάπτυξη και χρήση διαφορετικών μέτρων αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν για την επιτυχή ολοκλήρωση των σπουδών.

Η επιλογή της παρακολούθησης κάποιου προγράμματος εκπαίδευσης στη νοσηλευτική μπορεί να βασίζεται σε καθαρά πρακτικούς λόγους, όπως η αμοιβή και οι συνθήκες εργασίας. Είναι μία απόφαση και άποψη που προέρχεται από τις προσωπικές και επαγγελματικές ανάγκες των φοιτητών, και το νόημα της νοσηλευτικής δεν έχει ιδιαίτερη σημασία. Η ιδεολογία και η ρομαντική πλευρά της νοσηλευτικής έχουν χάσει τη σημασία τους ως κίνητρα επιλογής της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και σταδιοδρομίας. Οι νέοι δεν θεωρούν τη νοσηλευτική επιλογή που έχει προοπτικές για δυναμική προσωπική ανάπτυξη (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Αξίζει, ωστόσο, να παρατεθεί σε αυτό το σημείο η άποψη που έχουν οι Nikbakht & συν. (2004), οι οποίοι αναφέρουν ότι, στο Ιράν, η επιλογή της νοσηλευτικής γίνεται από φοιτητές που έχουν περιορισμένες δυνατότητες επιλογής, χωρίς κανένα κίνητρο ή ενδιαφέρον.

Αντίθετα, σε άλλες περιπτώσεις, τονίζεται η επιθυμία πολλών φοιτητών, να βοηθήσουν άλλους ανθρώπους, το ενδιαφέρον να συνεργαστούν μαζί τους και οι προσδοκίες ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα θα τους προσφέρει ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη. Οι προσδοκίες δεν έχουν ως βάση μόνο την προσωπική αλλά και την ιστορική εξέλιξη της νοσηλευτικής στον χρόνο και το πλαίσιο στο οποίο ζουν (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Επίσης, μία άλλη πιθανότητα επιλογής της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι οι φοιτητές με την εισαγωγή τους να αντισταθμίσουν την αρνητική αυτοεκτίμησή τους, αν και η Mimura & συν., (2009) θεωρεί πως δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι το επίπεδο αυτοεκτίμησης των φοιτητών είναι χαμηλότερο από του γενικού πληθυσμού.

Και για να μιλάμε σε πιο σαφή βάση, αυτοπραγμάτωση θεωρείται, από τη μία, η πραγματοποίηση πνευματικών, ψυχικών και σωματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου και, από την άλλη, η αίσθηση πληρότητας (εσωτερική ισορροπία) που αυτή συνεπάγεται. Αναφέρεται, επίσης, ότι νοσηλευτές, των οποίων η επιλογή στηρίζεται στην αυτοπραγμάτωση, δείχνουν μεγαλύτερη αντοχή στην αβεβαιότητα που αντιμετωπίζουν με την είσοδό τους σε μια νέα κουλτούρα, ενώ έχουν την προδιάθεση να αφομοιώσουν και να ενσωματώσουν επαγγελματικές ιδέες. Η αυτοπραγμάτωση σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τον επαγγελματισμό. Η μείωση του αριθμού των νοσηλευτών που η επιλογή τους στηρίζεται στην αυτοπραγμάτωση ακολουθεί την ίδια πτωτική τάση με αυτή της ιδεολογικής άποψης. Ακόμα, η Fetzer (όπως αναφ. στη Vanhanen-Nuutinen, 2002) αναφέρει ότι φοιτητές με αυξημένη την αίσθηση της

αυτοπραγμάτωσης παραμένουν στη νοσηλευτική και έχουν ισχυρή πίστη στις ικανότητές τους για να γίνουν καλοί νοσηλευτές.

Η επιλογή της νοσηλευτικής ειδικότητας, ωστόσο, συνδέεται με τις απόψεις των φοιτητών για τη φροντίδα, με κύριες επιλογές την ψυχιατρική και την αναισθησιολογία. Η ευκαιρία για προσωπική βοήθεια είναι από τα κυριότερα σημεία στις δύο ειδικότητες, και θα μπορούσε να εξηγήσει τη σχέση. Είναι οι πιο δημοφιλείς ειδικότητες των νοσηλευτών και των δύο φύλων στη Φινλανδία (Vanhanen, 2000a. Miers, 2007).

Οι Moir & Abraham (1996), από την άλλη, βρήκαν ότι η επιλογή της ψυχιατρικής ειδικότητας δίνει μεγαλύτερη ικανοποίηση στους φοιτητές, γιατί τους παρέχει τη δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας με τους ασθενείς και μεγαλύτερη αυτονομία (Miers & συν., 2007).

Λίγα χρόνια αργότερα, η έρευνα των Vanhanen & συν. (2000) έδειξε ότι οι λόγοι που οδηγούν τους φοιτητές στην επιλογή της νοσηλευτικής παραμένουν και στη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, αποτέλεσμα που υποστηρίζεται και από προγενέστερες έρευνες. Σημαντικό στοιχείο, ωστόσο, είναι ότι όλες οι έρευνες εστιάζουν στον προσανατολισμό των φοιτητών στη φροντίδα. Παρ' όλα αυτά, οι φοιτητές στον 21^ο αιώνα καθυστερούν την επιλογή του πεδίου της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, και, σύμφωνα με τους Feldman & Whitcomb (2005), η καθυστέρηση αυτή μπορεί να οφείλεται στο ευρύ φάσμα κριτηρίων που βάζουν, ώστε να έχουν όσο το δυνατόν πιο επιτυχή σταδιοδρομία (Miers & συν., 2007).

Όσον αφορά στους εκπαιδευτικούς, αυτοί καλούνται να συζητήσουν τα θέματα σπουδών και την επίβλεψη των μαθητών, προκειμένου να προωθήσουν την ευελιξία στον σχεδιασμό προσωπικών προγραμμάτων και τη δέσμευση των φοιτητών για τη συνέχεια των σπουδών και την επιλογή της νοσηλευτικής ως επάγγελμα. Η ανάπτυξη της συνειδητοποίησης των προσωπικών κατευθύνσεων δίνει ευκαιρίες για αλλαγές, καθώς είναι βασικό στοιχείο της επαγγελματικής ανάπτυξης (Vanhanen, 2000a).

Με τη χρήση εργαλείων μέτρησης προσανατολισμού στη νοσηλευτική, λοιπόν, καθηγητές και φοιτητές μπορούν να αναπτύξουν τη μέθοδο και το περιεχόμενο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για τη διατήρηση των κινήτρων και της ελκυστικότητας της νοσηλευτικής ως μελλοντική σταδιοδρομία (Vanhanen, 2000a).

Έτσι, οι Arthur & συν. (1998) αναφέρουν ότι η ανάπτυξη ισχυρής αυτοαντίληψης μπορεί να οδηγήσει από τη μαθητική στη νοσηλευτική υποκουλτούρα (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Η

άποψη που είχαν για την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και των καθηγητών διαφοροποιήθηκε, δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους. Θεωρείται απαραίτητη η έρευνα για τους τρόπους με τους οποίους οι φοιτητές θα διαχειρίζονται τις συγκρούσεις μεταξύ των ιδανικών ιδεών και της πραγματικότητας που διέπει τη νοσηλευτική, περιλαμβάνοντας την ηθική του επαγγέλματος, την ποιότητα της νοσηλευτικής και την εκπαίδευση (Vanhanen & συν., 2000).

Οι Elkan & συν., όπως αναφέρεται σε άρθρο των Vanhanen & συν. (2000) θεωρούν γεγονός την αλλαγή της άποψης των φοιτητών σχετικά με την υποστήριξη της τεχνογνωσίας προς την κατεύθυνση και των δύο πλευρών της νοσηλευτικής, τη θεωρία και την πρακτική. Οι φοιτητές είναι υποχρεωμένοι να κοινωνικοποιούνται και να ισορροπούν μέσα σε δύο διαφορετικούς κόσμους.

Η κατανόηση των προσωπικών απόψεων των φοιτητών για τη νοσηλευτική μπορεί να βοηθήσει φοιτητές και εκπαιδευτές να μένουν μακριά από αντιφάσεις και συγκρούσεις που προκαλούνται, εξαιτίας των απόψεων, των πεποιθήσεων και των προσδοκιών των φοιτητών και της πραγματικότητας της νοσηλευτικής. Θα ήταν ενδιαφέρον και χρήσιμο για τους φοιτητές που συνεχίζουν την εκπαίδευσή τους, αλλά και για εκείνους που αποχωρούν (Vanhanen & συν., 2000).

Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καθοδήγηση και την ανάπτυξη οδηγών και καλύτερων μεθόδων εκπαίδευσης στον τομέα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Οι προθέσεις των φοιτητών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό και την ανάπτυξη μεθόδων διδασκαλίας, κυρίως στη νοσηλευτική πρακτική (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Η προ-εκπαιδευτική εμπειρία των φοιτητών στη νοσηλευτική θα πρέπει να είναι πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς στην ανάπτυξη μεθόδων αξιολόγησης των δεξιοτήτων και της προσωπικής μελέτης των φοιτητών (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

Τα αποτελέσματα είναι πρόκληση για τους εκπαιδευτικούς να χρησιμοποιούν μεθόδους διδασκαλίας που προωθούν την ευαισθητοποίηση των φοιτητών των δικών τους απόψεων για τη νοσηλευτική (Vanhanen-Nuutinen, 2012). Οι Hui-Ling & συν. (όπως αναφ. στη Vanhanen-Nuutinen, 2012) θεωρούν ότι η κλινική εμπειρία και οι μέθοδοι διδασκαλίας έχουν κεντρικό ρόλο στον επηρεασμό των απόψεων και προθέσεων των φοιτητών να εγκαταλείψουν και να συνεχίσουν τις σπουδές τους.

Συμπερασματικά, η άποψη (προσανατολισμός) για τη ζωή έδειξε μια ενδιαφέρουσα σύνδεση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης των φοιτητών και των νοσηλευτικών σπουδών. Οι ελεύθεροι υποχρεώσεων φοιτητές, και όσοι είχαν παιδιά, είχαν υψηλότερο αποτέλεσμα στον προσανατολισμό για τη ζωή, από τους παντρεμένους χωρίς παιδιά φοιτητές. Η πίεση του συνδυασμού των ρόλων, των φοιτητών με οικογένεια απαιτεί την ανάπτυξη και χρήση διαφορετικών μέτρων αντιμετώπισης για την ολοκλήρωση των σπουδών (Vanhanen, 2000a).

2.5.1. Αντιλήψεις φοιτητών νοσηλευτικής για την έννοια της φροντίδας και της νοσηλευτικής

Οι Grady & συν. (2008) αναφέρουν ότι για τους φοιτητές και των δύο φύλων, η φροντίδα στη νοσηλευτική είναι ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που αφορά σε συμπεριφορές, σχέσεις, αλληλεξαρτήσεις, ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση των ασθενών, την ενσυναίσθηση, τον επαγγελματισμό και τη γνώση.

Η έλλειψη εκπαίδευσης και προετοιμασίας των φοιτητών στην αξιολόγηση, παρέμβαση και διαχείριση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών θεωρείται σημαντικό εμπόδιο στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών (Κάρλου & συν., 2011). Ωστόσο, αν και υπάρχουν ισχυρισμοί ότι η φροντίδα είναι εν μέρει έμφυτη, στοιχεία μελετών δείχνουν ότι, για να εκφραστεί πλήρως, πρέπει να καλλιεργηθεί. Μαθησιακές εμπειρίες, που μπορεί να επιταχύνουν την ανάπτυξη της φροντίδας, περιλαμβάνουν προηγούμενες εμπειρίες ή σχέσεις, όπου η φροντίδα και η θρησκευτική και επαγγελματική εκπαίδευση και η χρήση προτύπων που στηρίζονται στην έννοια της φροντίδας ήταν εμφανείς (Finfgeld, 2008), αν και η λέξη φροντίδα χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό στην εκπαίδευση των νοσηλευτών, τόσο από καθηγητές όσο και από φοιτητές, συχνά έξω από τη βασική θέση της στη θεωρία της φροντίδας. Επίσης, είναι εμφανής η ελάχιστη κατανόηση και εκτίμηση της έννοιάς της.

Οι φοιτητές χρειάζεται να διδάσκονται την πνευματική (διανοητική) και θεωρητική διάσταση και σημασία της φροντίδας και, μάλιστα, όχι μόνο σαν μία αφηρημένη έννοια ή αποτέλεσμα κάποιας συμπεριφοράς. Η έκθεση νοσηλευτικών θεωριών που βασίζονται στη φροντίδα δεν είναι αρκετή.

Σε μία άτυπη έρευνα, ανάμεσα στους φοιτητές, ο Betts (2008) βρήκε ότι πολλοί από αυτούς πίστευαν πως η φροντίδα είναι εύρημα της Watson ή ότι είναι προϊόν κάποιας νοσηλευτικής θεωρίας, όχι όμως μία εισαγωγή από την ψυχολογία και τη φιλοσοφία. Την ίδια παρατήρηση έκανε και στις αντιλήψεις επαγγελματιών νοσηλευτών.

Σύμφωνα με τους Ingram & συν. (1994), η έλλειψη ευκαιριών για προσωπική ανάπτυξη είναι μία σημαντική πηγή δυσαρέσκειας μεταξύ των νοσηλευτών. Οι Beck & συν. (1995), επίσης, βρήκαν ότι είναι μία σημαντική αιτία εξουθένωσης μεταξύ των φοιτητών της νοσηλευτικής, που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των κινήτρων για μελέτη και αώτερο αποτέλεσμα την εγκατάλειψη του επαγγέλματος (Vanhanen, 2000a).

Έρευνα που έγινε σε ομάδα ασκούμενων νοσηλευτών έδειξε ότι οι φοιτητές πιστεύουν πως η παροχή ποιοτικής φροντίδας εξαρτάται από την παρουσία ικανού αριθμού προσωπικού με τις απαραίτητες ικανότητες, ώστε να υπάρχει αρκετός χρόνος για τους ασθενείς. Θεωρούν, επίσης, σημαντική την ομαδική εργασία, τη διεπιστημονική συνεργασία και την ικανοποίηση των ασθενών. Από αυτά καταδεικνύεται μια αντίληψη που έχει κέντρο τον ασθενή και την ολιστική φροντίδα που παρέχεται από ικανούς νοσηλευτές (Charalambous, 2008).

Η επιλογή (προσανατολισμός), σε σχέση με τη νοσηλευτική εμπειρία, παρουσιάζεται αυξημένη στο τέλος των σπουδών. Αυτό αντανακλά μία αύξηση της προσωπικής ευαισθητοποίησης για μελλοντική εργασία και τις απαιτήσεις και δυνατότητες της επαγγελματικής σταδιοδρομίας (Vanhanen, 2000a).

Οι απόψεις για τη ζωή συνδέονται με την πρόθεση των φοιτητών να συνεχίσουν τις σπουδές τους, ενώ οι απόψεις για τη νοσηλευτική πρακτική τους οδηγούν στην αποχώρηση. Οι Lauder & συν. (1998) αναφέρουν ότι όσο αυξάνεται η νοσηλευτική εμπειρία και τα οικονομικά, προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, αυξάνεται και ο αριθμός των φοιτητών που σκέφτονται την αποχώρηση από τις σπουδές. Η πρόθεση για εγκατάλειψη της νοσηλευτικής είναι για τους Borda & συν. (1997) ο πιο ισχυρός δείκτης αποχώρησης ακόμα και από την απογοήτευση στη νοσηλευτική (Vanhanen, 2000a).

Οι απόψεις των φοιτητών για τη νοσηλευτική, σύμφωνα με τη Watson (1999), πριν από την έναρξη της εκπαίδευσής τους, συνδέονται με τις εμπειρίες που θα αποκομίσουν κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και δείχνουν να μην αλλάζουν κατά τη διάρκεια παρακολούθησης των προγραμμάτων. Διαφοροποιήσεις υπάρχουν σε ό,τι αφορά τις απόψεις τους για τη φροντίδα

και τη νοσηλευτική, την έννοια της νοσηλευτικής και τις ευκαιρίες που δίνει για μια επαγγελματική σταδιοδρομία.

3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας νοσηλευτών και φοιτητών νοσηλευτικής

3.1 Η έννοια του αλτρουισμού

Ο αλτρουισμός είναι θεωρία συμπεριφοράς, η οποία θεωρεί ότι τελικός σκοπός της ηθικής πράξης είναι το καλό των άλλων. Προέρχεται από τη λατινική λέξη *alter*, που σημαίνει άλλος. Επινοήθηκε από τον θεμελιωτή του Θετικισμού Auguste Comte (Ωγκιστ Κοντ) και υιοθετήθηκε ως αντίθεση στον εγωισμό. Οι αλτρουιστές πιστεύουν ότι, όταν κάποιος ενεργεί ηθικά, έχει την υποχρέωση να φροντίζει για την ηδονή, την ανακούφιση από τον πόνο και την ευτυχία του άλλου. Προβλήματα μπορεί να προκύψουν όταν το «καλό» που οραματίζεται ο ευεργέτης δεν σχετίζεται με αυτό του ευεργετημένου. Οι ωφελιμιστές, αμφισβητώντας τη διάκριση μεταξύ εαυτού και άλλου, τη βασική αρχή του αλτρουισμού αλλά και του εγωισμού, γίνονται επικριτές της θεωρίας. Θεωρούν ότι σκοπός της ηθικής δράσης είναι η ευημερία της κοινωνίας (Εγκυκλ. Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα).

Ο όρος και η έννοια του αλτρουισμού είναι ευρέως διαδεδομένα στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Θεωρείται χαρακτηριστικό της ηθικής συμπεριφοράς που διέπει τη νοσηλευτική πρακτική, συνεπώς, και απαραίτητη επαγγελματική αξία τόσο για τους νοσηλευτές όσο και τους φοιτητές της νοσηλευτικής.

Από βιοϊατρική άποψη, ο αλτρουισμός είναι εμφανής, όταν ο επαγγελματίας νοσηλευτής προσφέρει εξειδικευμένες γνώσεις, σε όσους έχει τεθεί μια διάγνωση, μια νόσος βρίσκεται σε εξέλιξη ή είναι απαραίτητη η εμπειρική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μιας ιατρικής θεραπευτικής παρέμβασης, με στόχο την ευημερία του ασθενή. Η αφοσίωση στην ευημερία και παροχή υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα και ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες μπορεί να θεωρηθεί ως αλτρουιστική συμπεριφορά.

Αν και υπηρετούν και προσφέρουν τεχνογνωσία για το καλό των ατόμων, η έννοια του αλτρουισμού και η αποδοχή της αυθεντικότητας των άλλων συγκρούονται (Milton, 2012).

Η αίσθηση της προσωπικής ευθύνης για την ευεξία του άλλου και της συμπόνιας, η δυνατότητα κατανόησης των καταστάσεων μέσα από τα μάτια του άλλου και η ανιδιοτελής

δέσμευση, είναι χαρακτηριστικά μιας αλτρουιστικής συμπεριφοράς. Ο καθορισμός των ορίων του αλτρουισμού κάνει δυνατό τον διαχωρισμό του από την αυτοπαραμέληση και τη συνεξάρτηση (Smith, 1995).

Ο O' Neill (1973) αναφέρει ότι οι νοσηλευτές είναι περισσότερο αλτρουιστές (κοινωνικός αλτρουισμός) από τον γυναικείο πανεπιστημιακό πληθυσμό ή τους φοιτητές της ιατρικής. Ο «επαγγελματικός αλτρουισμός», από την άλλη, ήταν αυξημένος στη δεκαετία του 1980 και μειώθηκε στη διάρκεια της έρευνας. Στη βιβλιογραφία αυτό αναφέρεται ως «μοίρα του ιδεαλισμού», η οποία φαινομενικά είναι κακή, μπορεί απλά να σημαίνει ότι οι φοιτητές επηρεάστηκαν από τον πραγματισμό.

Οι Kevern & συν. (1999) και Cuthbertson & συν. (2004), τώρα, θεωρούν ότι οι προσωπικές και οικογενειακές υποχρεώσεις των σύγχρονων φοιτητών μπορεί να εξηγούν τη μείωση του αλτρουισμού (Johnson & συν., 2007).

Οι φοιτητές στην έρευνα των Grady & συν. (2008), τέλος, θεωρούν ότι η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει μια ανιδιοτελή μέριμνα για την ευημερία των άλλων. Πιστεύουν ότι η προσφορά του εαυτού στη φροντίδα αποτελεί παράδειγμα της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Η θεραπευτική σχέση είναι η κατευθυνόμενη και συνεργατική συμμετοχή στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή.

3.2 Προσανατολισμός στη ζωή

Προσανατολισμός στη ζωή είναι η άποψη ή τις προοπτικές του άτομου για τη ζωή. Άτομα με θετικό (αισιόδοξο) προσανατολισμό έχουν την τάση να παραμένουν αισιόδοξοι, παρά τα γεγονότα της ζωής που προκαλούν άγχος.

Η Lauder περιγράφει τον προσανατολισμό σαν μια κατά κάποιο τρόπο σύγκριση σε ένα εναλλακτικό θεωρητικό πλαίσιο ή ένα παράδειγμα ζωής. Τα παραδείγματα ζωής αφορούν σε μια σειρά από απόψεις για τη ζωή, συμφέροντα, κοσμοθεωρίες και δεξιότητες για την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου φαινομένου στη ζωή του φοιτητή. Οι φοιτητές προσθέτουν τη γνώση που αποκτούν στα παραδείγματα της μέχρι τότε ζωής τους. Τα παραδείγματα δεν αλλάζουν εύκολα στη διάρκεια ενός προγράμματος σπουδών (Vanhanen-Nuutinen, 2012).

3.2.1 Αισιοδοξία-απαισιοδοξία

Αισιοδοξία είναι η θέση από την οποία φαίνεται η θετική πλευρά μιας κατάστασης. Αισιόδοξο θεωρείται το άτομο που προσδοκά ευνοϊκά ή θετικά αποτελέσματα. Στον αντίποδα βρίσκεται η απαισιοδοξία, θέση που τείνει στην πρόβλεψη αρνητικών αποτελεσμάτων. Θεωρείται μία αντίληψη όπου οι καταστάσεις είναι υπερβολικά δυσοίωνες και μη αναστρέψιμες.

Η αισιοδοξία δεν είναι μία ιδεολογία, γιατί, αντίθετα με τους ιδεαλιστές, οι αισιόδοξοι είναι πρόθυμοι να αναγνωρίσουν τα δικά τους σφάλματα, τα σφάλματα των άλλων και του περιβάλλοντος, και να αναλάβουν την ευθύνη για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν ως αποτέλεσμα των αντιλαμβανόμενων λαθών. Ο αισιόδοξος δεν θα σταθεί στο λάθος που κυριαρχεί την προσοχή του περισσότερο χρόνο (Allchin & συν., 2009).

Οι Armor & συν., όπως αναφέρεται σε άρθρο των Sohi & συν., 2011) διαχωρίζουν την προδιάθεση για αισιοδοξία από την αισιοδοξία κατάστασης, η οποία αφορά στις προσδοκίες σε συγκεκριμένο πλαίσιο. Προδιάθεση αισιοδοξίας ορίζεται το υψηλό προσδόκιμο για θετικά αποτελέσματα και χαμηλό για αρνητικά. Είναι σε θέση να ενισχύσει την αισιοδοξία η οποία είναι επωφελής, εξαιτίας των ποικίλων ευεργετικών επιδράσεων που είναι συνδεδεμένα με αυτή. Ερμηνεύει το πώς κάθε άνθρωπος εξηγεί την αισιοδοξία. Η κατανόηση των θεμελίων μιας αισιόδοξης προοπτικής και πόσο αυτά διαφέρουν μεταξύ των ανθρώπων θεωρείται σημαντική για την προώθησή της (Sohi & συν., 2011).

Ο Schneider (2001) αναφέρει ότι, παρά τις θετικές επιδράσεις της, η αισιοδοξία δεν είναι πάντα ευεργετική. Με την άποψη αυτή συμφωνούν οι περισσότεροι ερευνητές, οι οποίοι θεωρούν ότι η αισιοδοξία πρέπει να προσαρμόζεται στην πραγματικότητα (ρεαλιστική αισιοδοξία) (Weber & συν., 2007).

Υπάρχει η άποψη ότι η αισιοδοξία είναι αιτία κοσμοθεωρίας, στην οποία είναι φανερό ότι μια μη μετρούμενη μεταβλητή μπορεί να επηρεάσει τόσο την κοσμοθεωρία όσο και την αισιοδοξία. Οι Coll & συν. (2008) δεν θεωρούν ηθικό να συμφωνήσουν με αυτή την άποψη, εξαιτίας του σχεδιασμού της ερευνάς τους, αλλά, από τα αποτελέσματα, είναι ευλογοφανές ότι μια μη μετρούμενη μεταβλητή μπορεί να επηρεάσει και τα δυο, κοσμοθεωρία και αισιοδοξία.

Μία άλλη σημαντική προοπτική δείχνει ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία αντικατοπτρίζουν μια άποψη, σύμφωνα με την οποία, ο αισιόδοξος μπορεί να εξηγήσει τα

αρνητικά αποτελέσματα του παρελθόντος, παροδικά, συγκεκριμένα, αποτελέσματα εξωτερικών παραγόντων, σε αντίθεση με τον απαισιόδοξο, ο οποίος τα προβάλλει ως σταθερά, παγκόσμια και με εσωτερικά αίτια (Khallad, 2010).

Η συνειδητή (ποιοτική) αποδοχή καταστάσεων είναι μια τεκμηρίωση της αισιοδοξίας. (Allchin & συν., 2009). Η πολιτισμική επιρροή θεωρείται σημαντικός και καθοριστικός παράγοντας για το πώς το άτομο βλέπει τον εαυτό του μέσα σε μια κοινωνία. Οι Markus & Kitayama (1991) θεωρούν ότι το πολιτιστικό πλαίσιο στις περισσότερες χώρες της Ανατολής, όπως η Ινδία και η Ιαπωνία, προωθούν για τον εαυτό τους μια εικόνα αλληλεξάρτησης ή συλλογιστική (κολεκτιβιστική), ενώ οι Δυτικές κοινωνίες, όπως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς, μια ατομιστική ή ανεξάρτητη εικόνα. (Alansari & συν., 2008). Πολιτικοί, οικονομικοί, πολιτιστικοί παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν την ατομικιστική Δύση και τη συλλογιστική Ανατολή. Οι Astudy & συν. (2000) δείχνουν ότι και οι δύο τάσεις, ατομιστική και συλλογιστική, είναι διαδομένες σε Αραβικές ομάδες (Khallad, 2010).

Οι αντιλήψεις της κοινωνίας, με τη σειρά τους, συνδέονται με το πώς το κάθε άτομο διαμορφώνει τη δική του γνώμη για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο τους (Alansari & συν., 2008).

Μελέτες έχουν δείξει ότι κάποιοι πολιτισμοί προωθούν τις θετικές απόψεις περισσότερο από άλλους. Η ανάλυση των Heine & Hamamura (2007) επιβεβαιώνει ότι οι Δυτικές κοινωνίες είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες από τις Ασιατικές να εμφανίσουν αισιόδοξη άποψη και συμπεριφορές αυτο-ενίσχυσης. Οι Lee & Seligman (1997) αναφέρουν ότι οι Ευρωπαίοι και οι Αμερικανοί είναι περισσότερο αισιόδοξοι από τους Κινέζους και τους Αμερικανούς της ηπειρωτικής χώρας και τους Κινέζους γενικότερα. Την ίδια αισιόδοξη άποψη για τη ζωή βρήκαν ερευνητές ανάμεσα σε Ευρωπαίους, Αμερικανούς και Ιάπωνες, για την εμφάνιση αρνητικών γεγονότων, αλλά απαισιόδοξη άποψη για την εμφάνιση θετικών γεγονότων βρέθηκε μόνο στους Ιάπωνες.

Όμως η έρευνα των Ji & συν. (2004) έδειξε ότι οι Κινέζοι είχαν μεγαλύτερη αισιοδοξία από τους Καναδούς, όταν ήρθαν αντιμέτωποι με αρνητικά γεγονότα σε πραγματικές συνθήκες, αν και δεν είχαν σημαντικές διαφορές σε σχέση με την αισιόδοξη άποψη για τη ζωή (Khallad, 2010).

Η αισιοδοξία είναι ζωτικής σημασίας για τη ρύθμιση της προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και τη θετική ψυχική υγεία (Allchin & συν., 2009). Επίσης, περιλαμβάνει την άποψη του ατόμου ότι είναι στον σωστό δρόμο, και η δουλειά που κάνει θα οδηγήσει στην επίτευξη των μελλοντικών στόχων τους (Warning, 2011). Τις τελευταίες δεκαετίες, πλήθος ερευνών παρέχει αποδείξεις ότι η αισιοδοξία προωθεί τη ψυχική και σωματική υγεία (Weber & συν., 2007).

Ένας τρόπος μέσα από τον οποίο η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσει τη σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου, είναι το άτομο να συμμετέχει με θετική ερμηνεία των καταστάσεων, δηλαδή «να βάζει» το πρόβλημα στην καλύτερη δυνατή θέση και να αναζητά κρυφά οφέλη και νοήματα, όταν ανακλύπουν δυσκολίες (Bryant & συν., 2004).

Τα απαισιόδοξα άτομα χαρακτηρίζονται από μια συμπεριφορά που φαίνεται να είναι δυσλειτουργική σε ελεγχόμενες και μη καταστάσεις (Weber & συν., 2007), ενώ τα αισιόδοξα άτομα έχουν την ικανότητα να χρησιμοποιούν περισσότερες και αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων από τους απαισιόδοξους (Warning, 2011).

Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί με επιθυμητά αποτελέσματα, όπως καλή, ηθική, επίτευξη στόχων και βελτιωμένη υγεία (Baldwin & συν., 2007), όμως, τα επίπεδα αισιοδοξίας, σύμφωνα με τους Dzurel & συν. (1990) συνδέονται με την κατάθλιψη. Όταν το άτομο έχει να αντιμετωπίσει έναν ορισμένο στόχο, η αισιοδοξία συμπεριφορά φαίνεται ανώτερη της ρεαλιστικής, όσον αφορά στα θετικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο και τις ενέργειες και εμπνευσμένες προσπάθειες για την επίτευξη του στόχου (Weber & συν., 2007).

Σύμφωνα με τον Seligman, όμως, τα αισιόδοξα και επιτυχημένα άτομα είναι ικανά να προσεγγίσουν και να αντιμετωπίσουν τους σύνθετους ρόλους τους με θετικό τρόπο, με ειδική τεκμηριωμένη αποδοχή που ενσωματώνει την αναγνώριση των προκλήσεων, οι οποίες υπάρχουν σε χιλιάδες περιπτώσεις νοσηλείας (Allchin & συν., 2009).

Το επίπεδο αισιοδοξίας καθορίζει τον τρόπο που ευεργετεί το άτομο όταν αντιμετωπίζει προβλήματα που έχουν προβλεφθεί, όπως αυτά που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους οι νοσηλευτές ή το πόσο ανήμποροι είναι να αντιμετωπίσουν ήπιες κρίσεις ή συγκρούσεις στο εργασιακό τους περιβάλλον (Allchin & συν., 2009).

Κάθε άτομο έχει τον δικό του τρόπο αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, δίνοντας έμφαση στους τρόπους που επιλέγει, προκειμένου να έρθει σε επαφή με τους ανθρώπους, και να οργανώσει τη σκέψη του για τον εαυτό του και το περιβάλλον (ψυχολογικός τύπος). Σύμφωνα με

τον Buerhaus (2006), τώρα, διαφορετικοί ψυχολογικοί τύποι στα μέλη κάθε ομάδας, μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στην επικοινωνία και την ομαδική εργασία. Στο περίπλοκο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας, η καθαρότητα (σαφής) στην επικοινωνία είναι σημαντική, τα εμπόδια μπορεί να οδηγήσουν τα μέλη της ομάδας σε σκέψεις, όπως ότι οι άλλοι είναι αδιάφοροι, συναισθηματικοί, κριτικοί, υποκειμενικοί, με ανάρμοστη συμπεριφορά σε σχέση με τους ασθενείς, το προσωπικό, τους συμφοιτητές, τους προϊσταμένους ή τους υφισταμένους τους. (Allchin & συν., 2009).

Η σχέση μεταξύ αισιοδοξίας-απαισιοδοξίας και προσωπικότητας έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον πολλών μελετητών. Ο Chang (1998) διαπίστωσε ότι τα αποτελέσματα της έρευνάς του δεν παρέχουν ισχυρή στήριξη μεταξύ αισιοδοξίας και νεύρωσης (χαρακτηριστικά είναι διακριτά). Οι Marshall & συν. (1992) βρήκαν ότι η απαισιοδοξία συνδέεται κατά κύριο λόγο με τη νεύρωση και τις αρνητικές επιπτώσεις, ενώ η αισιοδοξία με την εξωστρέφεια και τις θετικές επιδράσεις (Alansari & συν., 2008).

Η έρευνα του Khallad (2010) έδειξε ότι η διάθεση αισιοδοξίας εμφανίζεται και στις δύο ομάδες των συμμετεχόντων, με τους Αμερικανούς να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά. Οι Ιορδανοί φοιτητές είναι περισσότερο απαισιόδοξοι από τους Αμερικανούς, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι λιγότερο αισιόδοξοι. Η έκθεση των Ιορδανών φοιτητών σε άλλες ιδέες και συμπεριφορές μπορεί να συμβάλλουν στη διαμόρφωση τροποποιημένων στάσεων, δεν είναι όμως τυπικό χαρακτηριστικό, η έκθεση και των υπόλοιπων Ιορδανών (Khallad, 2010).

Οι πολιτιστικές διαφορές είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη διαφορά επιπέδου αισιοδοξίας-απαισιοδοξίας. Ο Abdel-Khalek (1998a), σε έρευνα που αφορούσε σε προπτυχιακούς φοιτητές στο Κουβέιτ, βρήκε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ φόβου του θανάτου, με την αισιοδοξία (αρνητικό) και την απαισιοδοξία (θετικό) και στα δύο φύλα (Alansari & συν., 2008).

Οι Abdel-Khalek & Lester (2002) αναφέρουν ότι οι καλύτεροι προγνωστικοί δείκτες του αυτοκτονικού ιδεασμού ήταν η απαισιοδοξία, η εμμονή του θανάτου και το άγχος, σε μαθητές στο Κουβέιτ (Alansari & συν., 2008), ενώ ο Alansari (2003), σε προπτυχιακούς φοιτητές διαπίστωσε ότι η αισιοδοξία είχε σημαντικά θετική συσχέτιση με τη ρεαλιστική αισιοδοξία και την εξωστρέφεια, και αρνητική συσχέτιση με την απελπισία, την κατάθλιψη, το άγχος, την ενοχή, την ντροπή, την εμμονή. Επίσης, διαπίστωσε ότι υπήρχε σημαντική θετική συσχέτιση

μεταξύ της απαισιοδοξίας και της κατάθλιψης, απελπισίας, νεύρωσης, άγχους, ενοχής, εμμονής, ντροπής, καθώς και ότι υπάρχει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ απαισιοδοξίας και αισιοδοξίας, μη ρεαλιστικής αισιοδοξίας, εξωστρέφειας και ψεύδους (Alansari & συν., 2008).

Ο Al-Mashaan (2003) αναφέρει σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας, όπως επίσης μεταξύ αισιοδοξίας και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, μεταξύ των προπτυχιακών φοιτητών στο Κουβέιτ, ενώ οι Yahfoofi & Alansari (2005) αναφέρουν σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και κατάθλιψης και απαισιοδοξίας, ενώ η απαισιοδοξία συσχετίστηκε θετικά με την κατάθλιψη μεταξύ των φοιτητών του Κουβέιτ και του Λιβάνου (Alansari & συν., 2008).

Ο Abdel-Khalek (2008) αναφέρει σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και άγχους, σε δείγμα Αιγυπτίων φοιτητών, λαμβάνοντας υπόψη τη θετική συσχέτιση απαισιοδοξίας και άγχους. Οι Abdel-Khalek & Lester (2006) ανέφεραν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αισιοδοξίας και αυτοκτονικού ιδεασμού, αυτοαντίληψης, άγχους, καταναγκασμού, ιδεασμού και αυτοκτονίας, σε προπτυχιακούς φοιτητές από το Κουβέιτ και τις ΗΠΑ, ενώ η συσχέτιση της απαισιοδοξίας και των προαναφερόμενων μεταβλητών με την προσθήκη της εμμονής του θανάτου ήταν θετικά σημαντική και στις δύο ομάδες φοιτητών (Alansari & συν., 2008).

Ο μέσος όρος των αποτελεσμάτων σχετικά με την αισιοδοξία ήταν για το Κουβέιτ σημαντικά χαμηλότερος από τον αντίστοιχο μέσο όρο για το Ομάν, ενώ στις δύο χώρες δεν βρέθηκαν σημαντικές πολιτισμικές διαφορές για την απαισιοδοξία (Alansari & συν., 2008). Η έρευνα δεν έδειξε σαφή σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στους φοιτητές. Το πολιτισμικό υπόβαθρο των φοιτητών και το φύλο είναι ο καλύτερος δείκτης των επικίνδυνων συμπεριφορών (Khallad, 2010).

Αν και τα βιβλιογραφικά δεδομένα για την επίδραση του τρόπου ανατροφής των παιδιών, σε σχέση με την ανάπτυξη της αισιοδοξίας, είναι περιορισμένα, ερευνητές διαπίστωσαν ότι η μητρική και πατρική συμπεριφορά σχετίζονται σημαντικά με τα επίπεδα αισιοδοξίας στον εφηβικό και φοιτητικό πληθυσμό (Baldwin, 2007).

3.2.2 Η θέση ή ο ρόλος της αισιοδοξίας στη νοσηλευτική

Η διατήρηση της θετικότητας και της αισιοδοξίας είναι μία ισχυρή δύναμη για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των προκλήσεων που αντιμετωπίζει η νοσηλευτική σήμερα. Στις ανακοινώσεις συνεδρίων νοσηλευτικής, ωστόσο, δεν υπάρχουν ορατά σημεία αισιοδοξίας για τη νοσηλευτική, το έργο και το μέλλον της (Jackson, 2009). Επίσης, αν και δεν είναι σαφές αν η αισιοδοξία έχει πραγματικά μια μετρήσιμη επίδραση στην έκβαση των ασθενών, οι Elsom & McCauley (2008) αναφέρονται στην έννοια της θεραπευτικής αισιοδοξίας, όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια στάση αισιόδοξη και ελπιδοφόρα σε σχέση με άτομα που πλήττονται από ψυχική νόσο (Jackson, 2009).

Οι έννοιες της αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας, σε σχέση με την φροντίδα των ασθενών, ελάχιστα αναφέρονται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία (Jackson, 2009). Η επαφή και αντιμετώπιση της αγωνίας και της ταλαιπωρίας των ανθρώπων είναι μέρος της καθημερινής ζωής και εργασίας του νοσηλευτή. Η πίεση που συνδέεται με την παροχή βοήθειας στους ασθενείς, για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους, καθιστά την προσαρμοστικότητα απαραίτητο χαρακτηριστικό του κάθε νοσηλευτή. Η προσαρμοστικότητα και η αναγνωρισμένη θετική επίδραση του αισιόδοξου περιβάλλοντος μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν δυσκολίες της καθημερινότητας, όπως διαπροσωπικές σχέσεις, πρακτικές δυσλειτουργίες και άλλα προβλήματα ευρέως αναγνωρισμένα στη βιβλιογραφία.

Οι Hodges & συν. (2005) θεωρούν την προσαρμοστικότητα (ελαστικότητα, αντοχή), ουσιαστικό στοιχείο σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο σύστημα υγείας και τους εκπαιδευτές υπεύθυνους για την όσο το δυνατόν καλύτερη προετοιμασία των νοσηλευτών στη συνεχή επαγγελματική προσαρμογή (Jackson & συν., 2007).

Οι Cheng & συν. (2003) θεωρούν ότι η προσαρμογή της συμπεριφοράς ενός ατόμου στις απαιτήσεις της κατάστασης είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης. (Weber & συν., 2007). Η διαδικασία ανάπτυξης των αντοχών, με την ενεργό συμμετοχή των νοσηλευτών, πρέπει να ενσωματωθεί στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Εξίσου σημαντική θεωρείται η ανάπτυξη προγραμμάτων επαγγελματικής υποστήριξης και καθοδήγησης έξω από το περιβάλλον εργασίας (Jackson & συν., 2007).

Αν και η επίδραση του θετικού περιβάλλοντος έχει αναγνωριστεί, οι νοσηλευτές έρχονται συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις που περισσότερο ευνοούν τη δημιουργία ενός απαισιόδοξου περιβάλλοντος, παρά το αποτρέπουν. Όλοι υποχρεούνται να διαδραματίσουν έναν ρόλο στην προώθηση και δημιουργία ενός αισιόδοξου επαγγελματικού περιβάλλοντος. Η προσαρμοστικότητα και η δυνατότητα του νοσηλευτή να αντιμετωπίσει αντίξοες καταστάσεις συμβάλλει στην ενίσχυση της ποιότητας στη νοσηλευτική και έχει συνδεθεί με την έννοια της αισιοδοξίας. Οι προϊστάμενοι μπορούν να συμβάλλουν ενεργά, με τον εντοπισμό προβλημάτων και την εφαρμογή στρατηγικών μέτρων, δημιουργίας και προώθησης θετικού επαγγελματικού περιβάλλοντος (Jackson & συν., 2007).

Οι ερευνητές έχουν, επίσης, τη δυνατότητα να προωθήσουν την αισιόδοξη και θετική προοπτική για το μέλλον της νοσηλευτικής με τη χρήση μεθοδολογικών στρατηγικών για την προβολή θετικών δεδομένων, φαινομένων και καταστάσεων (Jackson, 2009). Αν και η παρουσία των γυναικών είναι δυσανάλογη στο δείγμα της μελέτης, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και της αισιοδοξίας. Η εμπειρία της εκπαίδευσης μπορεί να θεωρηθεί λόγος του διαφορετικού επιπέδου αισιοδοξίας των φοιτητών σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ οικογενειακής κατάστασης, εθνικότητας και αισιοδοξίας (Coli, 2008).

Τα επίπεδα άγχους στους προπτυχιακούς φοιτητές της νοσηλευτικής είναι υψηλότερα από αυτά στον γενικό πληθυσμό. Φοιτητές με αισιόδοξη άποψη για τη ζωή χρησιμοποιούν συμπεριφορές επίλυσης προβλημάτων που τους βοηθά στην αντιμετώπιση του άγχους (Warning, 2011). Σύμφωνα με τους Scheier & συν. (όπως αναφ. στη Warning, 2011), τα άτομα με αισιοδοξία τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο την προσαρμογή και τη συναισθηματική εστίαση του προβλήματος στις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους.

Σε διαχρονική έρευνα φάνηκε ότι φοιτητές με αισιόδοξη προοπτική προσαρμόζονται πιο εύκολα στις μεταβολές που εμφανίζονται, από αυτούς με απαισιόδοξη άποψη. Τα άτομα που χρησιμοποιούν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους επικεντρώνονται στην εργασία και τους μελλοντικούς στόχους τους (Warning, 2011).

Οι Raikkonen & συν.,(1999) βρήκαν ότι η απαισιόδοξία έχει σημαντικές επιδράσεις στη φυσική και ψυχολογική κατάσταση των φοιτητών. Επίσης, τα επίπεδα άγχους στην έρευνα της Warning (2011) δείχνουν ότι η διδασκαλία αποτελεσματικών μέτρων αντιμετώπισης του άγχους

και ο θετικός προσανατολισμός στη ζωή θα βοηθήσει την επιμονή των φοιτητών, όπως επίσης και να διατηρήσει τα επίπεδα αισιοδοξίας σε φυσιολογικά όρια. Η προτροπή των φοιτητών στη δημιουργία θετικών εμπειριών στο κλινικό περιβάλλον μπορεί να οδηγήσει σε επιτυχή αποτελέσματα σε ό,τι αφορά στη σχέση επικοινωνίας και άγχους.

Μία πιθανή μέθοδος, σύμφωνα με την Warning (2011), για τη μείωση του άγχους που προκαλεί στους φοιτητές η επικοινωνία (επαφή) τους με τους ασθενείς, είναι η προσομοίωση. Οι φοιτητές θα κληθούν να αντιμετωπίσουν καταστάσεις παρόμοιες με αυτές του κλινικού περιβάλλοντος και να οικοδομήσουν και να εμπιστευτούν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες σε ένα «ασφαλές» περιβάλλον. Με την ανάπτυξη του αισθήματος της ασφάλειας και τη δημιουργία καταστάσεων εστιασμένων στην επιτυχή αλληλεπίδραση, οι φοιτητές μπορούν να γίνουν πιο σίγουροι ή αισιόδοξοι σχετικά με την είσοδό τους στην κλινική πρακτική.

Αισιόδοξα άτομα έχουν μεγαλύτερα επίπεδα επίτευξης στόχων και ικανοποίησης. Η καθοδήγηση για το πώς οι φοιτητές θα δουν με αισιοδοξία τη ζωή και τη διδασκαλία για τρόπους επίλυσης των προβλημάτων μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και παραμονής στο επάγγελμα. Η καθοδήγηση και η χρήση προτύπων (μοντέλα) είναι μέσα που μπορούν να επηρεάσουν τους φοιτητές. Για την αύξηση του αριθμού των νοσηλευτών, οι καθηγητές πρέπει να βρίσκουν τρόπους που θα βοηθούν τους φοιτητές στην ολοκλήρωση των σπουδών τους (Warning, 2011).

Οι Day & συν. (2003) θεωρούν ότι η μία αισιόδοξη προοπτική της ζωής μπορεί να βοηθήσει τους φοιτητές στην απόρριψη παράλογων πεποιθήσεων και στην επίτευξη υψηλότερου επιπέδου ψυχικής ευεξίας.

Ο Cook, όπως αναφέρει η Warning (2011) βρήκε ότι επικοινωνία με τους ασθενείς στην κλινική πρακτική, είναι πηγή άγχους για τους φοιτητές. Οι Allchin & συν. (2009), σε μελέτη τους, βρήκαν ότι η επικοινωνία των φοιτητών στο κλινικό περιβάλλον επηρεάστηκε από τη θεώρησή τους για τη ζωή, όταν οι αισιόδοξοι φοιτητές είχαν πιο θετική επικοινωνία σε σχέση με τους απαισιόδοξους.

Ο ψυχολογικός τύπος στον οποίο ανήκουν οι φοιτητές διαφέρει από αυτόν των κλινικών εκπαιδευτών, όπως και ο τρόπος με τον οποίο η κάθε ομάδα προσεγγίζει την πληροφορία, παίρνει αποφάσεις και κάνει κριτική. Οι περισσότεροι φοιτητές τείνουν να είναι εξωστρεφείς, προσανατολισμένοι στη λεπτομέρεια και εστιασμένοι στον άνθρωπο. Αντίθετα, οι κλινικοί

εκπαιδευτές είναι περισσότερο εσωστρεφείς, προσανατολισμένοι στη λεπτομέρεια και εστιασμένοι στη λογική (Allchin & συν., 2009).

Σύμφωνα με τους Buerhaus & συν. (2006), οι διαφορετικοί ψυχολογικοί τύποι μεταξύ φοιτητών και κλινικών εκπαιδευτών μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια στη μεταξύ τους επικοινωνία και να επηρεάσουν την ποιότητα της διδασκαλίας και της πρακτικής μάθησης (Allchin & συν., 2009).

Ο Almost (2006) σημειώνει ότι οι φοιτητές προσπαθούν να αποφύγουν καταστάσεις ή θέματα που δείχνουν αντιφατικά. Η έρευνα των Allchin & συν. (2009) έδειξε μία ισχυρή πιθανότητα για ποικίλα επίπεδα συγκρούσεων στην επικοινωνία μεταξύ φοιτητών και εκπαιδευτών, εξαιτίας των διαφορετικών ψυχολογικών τύπων και τις πιθανές συνέπειες αυτών των διαφορών για διαφορετικές απόψεις των δύο ομάδων.

Και για τις δύο ομάδες που συμμετείχαν στην έρευνα, ο ψυχολογικός τύπος δεν επηρέαζε το επίπεδο αισιοδοξίας (επεξηγηματικά στίλ). Οι φοιτητές φάνηκε να είναι περισσότερο αισιόδοξοι από τους κλινικούς εκπαιδευτές (Allchin & συν., 2009). Προηγούμενη ανάλυση των ίδιων δεδομένων, από τους ίδιους ερευνητές, έδειξαν ότι οι προπτυχιακοί φοιτητές ήταν σχετικά πιο αισιόδοξοι από φοιτητές προγράμματος αποφοίτησης (απόφοιτοι). Η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν την επικοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς το περιβάλλον της περίθαλψης γίνεται ολοένα και πιο πολύπλοκο.

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η πολυπλοκότητα της φροντίδας υγείας επιβάλλουν την αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επικοινωνία μεταξύ όλων των εμπλεκομένων. Η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών επηρεάζει άμεσα την επιτυχή παροχή υπηρεσιών, όπως τα αποτελέσματα, την ασφάλεια και την ικανοποίηση των ασθενών (Allchin & συν., 2009). Η αισιοδοξία έχει συνδεθεί με την εμφάνιση περιορισμένων διαταραχών της διάθεσης στα γεγονότα της ζωής. Σε εργαστηριακή μελέτη βρέθηκε ότι αυξημένη αισιοδοξία σχετίζεται με λιγότερες αναφορές εμφάνισης άγχους σε Αφρικανο-Αμερικανούς φοιτητές (Baldwin, 2007).

3.3 Άγχος

Σύμφωνα με τον ορισμό του Spielberger (όπως αναφ. στη Warning, 2011), το άγχος (αρνητικό) είναι η διαφορά των αντιλήψεων του ατόμου για μια κατάσταση και της αντίδρασης

του σε αυτή την κατάσταση, με μεγαλύτερη ένταση από την ένταση της κατάστασης που προκαλεί το άγχος. Αντανακλά την τάση του ατόμου να αντιμετωπίζει καταστάσεις άγχους μέσα από τις εμπειρίες της ζωής (Warning, 2011). Αποτελέσματα έρευνας σε προπτυχιακούς φοιτητές έδειξε ότι τα υψηλά ποσοστά συμπτωμάτων και άγχους σχετίζονται με τη χαμηλή αισιοδοξία και αυτοεκτίμηση (Day & συν., 2003).

Το άγχος, ως εμπειρία στην εκπαίδευση, η οποία ασχολείται με πολύπλοκες κλινικές δεξιότητες, μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές διαφορετικές από τα χαρακτηριστικά ενός δεδομένου τύπου προσωπικότητας (Allchin & συν., 2009). Η επίδραση αγχωτικών γεγονότων καθορίζεται κυρίως από την αντίληψη του κάθε ατόμου για το άγχος, παρά από την αντικειμενική μέτρηση του άγχους σε μια κατάσταση (Krypel, 2010).

Η έρευνα των Wintre & Yaffe (2000) έδειξε ότι η αντίληψη για το άγχος τείνει να αυξάνεται με την πάροδο του ακαδημαϊκού έτους, μεταξύ των νέων φοιτητών, και μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και συναισθηματική υγεία των φοιτητών. Η Chang (1998) βρήκε ότι ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνεται ο κάθε φοιτητής το άγχος ευθύνεται εν μέρει για τις διακυμάνσεις των αποτελεσμάτων στα συμπτώματα κατάθλιψης και την ικανοποίηση για τη ζωή (Krypel, 2010).

Έρευνες έδειξαν ότι αυξημένα επίπεδα άγχους σε φοιτητές σχετίζονται με αισθήματα θυμού και μειωμένης ικανότητας έλεγχου της οργής, καθώς και με συμπτώματα σωματικής ασθένειας σε φοιτητές του πρώτου εξαμήνου (Krypel, 2010). Εξαιτίας της διαφορετικής αντίληψης που έχει κάθε φοιτητής για το άγχος, μπορεί να ερμηνεύει με το δικό του ξεχωριστό τρόπο τις δυνητικά αγχωτικές πλευρές της εκπαίδευσης, και να ευθύνεται για τις αποκλίσεις των απόψεων των φοιτητών για την εκπαίδευση. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, είναι λιγότερο πιθανόν, φοιτητές με υψηλά επίπεδα άγχους να θεωρούν τις προπτυχιακές σπουδές τους σαν μια ευκαιρία επίτευξης στόχων και να επικεντρώνονται στις θετικές πλευρές της εκπαίδευσης, όπως η μάθηση και η αυτοανάπτυξη (Krypel, 2010).

Οι Gan & συν. (2007) διαπίστωσαν ότι υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με τη χαμηλή συμμετοχή των φοιτητών (Krypel, 2010). Οι Scheier & συν. (2001) πιστεύουν ότι η αισιοδοξία συνδέεται με τις διαδικασίες αντιμετώπισης του άγχους. Οι αισιόδοξοι φοιτητές αναμένεται ότι μπορούν να χειρίζονται τις προκλήσεις της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ οι απαισιόδοξοι είναι λιγότερο πιθανόν να το κάνουν (Krypel, 2010).

Η Chang (1998) διαπίστωσε ότι η αισιοδοξία παίζει σημαντικό ρόλο ανάμεσα στο άγχος και την ψυχική ευεξία, και έχει άμεσο αντίκτυπο στη ψυχολογική προσαρμογή (Krypel, 2010). Επίσης, η έκθεση σε χαμηλά επίπεδα άγχους μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης συναισθηματικής κόπωσης και σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτή (Krypel, 2010).

Η μελέτη των Montgomery & συν. (2003) σε φοιτητές κολεγίου, έδειξε ότι οι αισιόδοξοι φοιτητές είχαν καλύτερη προσαρμογή στις απαιτήσεις των σπουδών τους, αυξημένη αυτοεκτίμηση και μειωμένο το αίσθημα της μοναξιάς (Krypel, 2010).

Επίσης, η διαχρονική μελέτη των Aspinwall & Taylor (1992) διαπίστωσε ότι η καλύτερη προσαρμογή στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις ήταν το έμμεσο όφελος της αισιοδοξίας, λόγω των μέτρων που οι φοιτητές χρησιμοποίησαν για την αντιμετώπιση των δυσκολιών τους. Αυξημένα επίπεδα αισιοδοξίας συνδέθηκαν με την αυξημένη χρήση ενεργών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους που προέρχεται από τις σπουδές (Krypel, 2010). Σε μελέτη των Brissette & συν. (2002), στη διάρκεια προσαρμογής των προπτυχιακών φοιτητών, οι αισιόδοξοι εμφάνισαν μικρότερη αύξηση άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με τους απαισιόδοξους (Krypel, 2010).

Η αισιοδοξία παίζει έναν σημαντικό ρόλο και στην επιλογή των στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους. Οι Scheier & συν. (1986) αναφέρουν ότι οι αισιόδοξοι χρησιμοποιούν στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα, συναισθηματικές, όπως η θετική επανερμηνεία του προβλήματος και η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης, και, επίσης, στρατηγικές αποχώρησης, όπως η αποδοχή και η παραίτηση. Είναι λιγότερο πιθανόν να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές απεμπλοκής, όπως η άρνηση και η αποστασιοποίηση (Krypel, 2010).

Η στάση απεμπλοκής σχετίστηκε, στην έρευνα του Krypel (2010), με τις αρνητικές σημασίες που έδωσαν οι φοιτητές στην εκπαίδευση, όπως η απόδραση από άλλες πτυχές της ζωής. Σε συμφωνία με παλαιότερες έρευνες, βρίσκονται και τα αποτελέσματα αυτής στο ότι οι αισιόδοξοι έχουν λιγότερες πιθανότητες να εγκαταλείψουν τις σπουδές τους και περισσότερες να δέχονται τις αλλαγές στη ζωή τους. Επίσης, τείνουν να είναι πιο υγιείς, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (Krypel, 2010).

Οι φοιτητές μπορεί να ωφεληθούν πολύ περισσότερο από την εκμάθηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του άγχους, που αφορά στις σπουδές, όχι μόνο στην

επίδραση που θα έχουν στα επίπεδα του άγχους, αλλά και στον τρόπο που σκέφτονται την εκπαίδευση και τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει στη ζωή τους. Η αισιοδοξία, άλλωστε, μπορεί να τους προστατεύσει από την αρνητική θεώρηση της εκπαίδευσης και να διατηρήσει μια θετική στάση απέναντι στις προκλήσεις και τις ευθύνες της φοιτητικής ζωής. Μπορεί να τους οδηγήσει σε αύξηση της επιμονής για την ολοκλήρωση των σπουδών τους. Αν οι φοιτητές ενθαρρύνονται να αντιμετωπίζουν την εκπαίδευση θετικά και όχι ως πηγή άγχους, έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν ενεργά σε αυτή και να αναπτύξουν παραγωγικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης του άγχους. Η συμμετοχή στις ευκαιρίες και εμπειρίες δίνει λιγότερες πιθανότητες ανάπτυξης στρατηγικών μέτρων αποχώρησης (Krypel, 2010).

Τέλος, οι συναισθηματικοί τρόποι αντιμετώπισης του άγχους σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με τις θετικές και παραγωγικές απόψεις των φοιτητών για την εκπαίδευση. Η προτροπή σε αυτούς τους τρόπους, και όχι της αποχώρησης, μπορεί να βοηθήσουν στην αξιοποίηση των προπτυχιακών εμπειριών (Krypel, 2010). Οι ατομικές διαφορές για τον μελλοντικό προσανατολισμό είναι ένα συστατικό πολλών διαφορετικών πλαισίων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της κατάθλιψης, της υποκειμενικής ευημερίας και των γενικευμένων προσδόκιμων αποτελεσμάτων (Bryant, 2004).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των φοιτητών της Νοσηλευτικής και τη σχέση τους τόσο με την αναπαράσταση της φροντίδας, όσο και με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές και ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους, καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στη Νοσηλευτική έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της νοσηλευτικής και η σχέση τους με τη στάση που διατηρούν οι φοιτητές απέναντι στην έννοια της φροντίδας, στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Τα κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ήταν η το φύλο, το εξάμηνο σπουδών, ο τόπος καταγωγής συντροφική κατάσταση, παρουσία αδελφών, η αυτοθεωρούμενη επάρκεια όπως επίσης η ψυχοπαθολογία, ο αλτρουισμός/ναρκισσισμός, η αισιοδοξία για τη ζωή, η στάση απέναντι στη ζωή και ο προσανατολισμός προς τη ζωή.

Απώτερος στόχος είναι η διατύπωση εμπειρικά τεκμηριωμένων προτάσεων που να αφορούν το σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων κα μεθόδων εκπαίδευσης με στόχο , τη προώθηση των προσωπικών απόψεων των φοιτητών για τη νοσηλευτική, την καλλιέργεια και ανάπτυξη της έννοιας της φροντίδας και τη διατήρηση της ελκυστικότητας της Νοσηλευτικής. Την ανάπτυξη μεθόδων με τις οποίες οι φοιτητές θα διαχειρίζονται τις συγκρούσεις μεταξύ ιδανικών και πραγματικότητας. Την ανάδειξη του εύρους του πεδίου άσκησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας και τον προσανατολισμό των νοσηλευτών σε αυτή την κατεύθυνση.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, ήταν:

- Η σύγκριση φοιτητών και φοιτητριών νοσηλευτικής ως προς τα χαρακτηριστικά της Ψυχοπαθολογίας, του Αλτρουισμού/Ναρκισσισμού, της Αισιοδοξίας, της Στάσης απέναντι στη Ζωή, και τον Προσανατολισμό προς τη Φροντίδα.
- Η συσχέτιση των κλιμάκων καθεμίας από τις μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας, Αλτρουισμού/Ναρκισσισμού, Αισιοδοξίας, Στάσης απέναντι στη Ζωή, και

Προσανατολισμού προς τη Φροντίδα, για το σύνολο του δείγματος και για κάθε φύλο ξεχωριστά.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιούνιο, έως τον Νοέμβριο του 2012.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν φοιτητές Νοσηλευτικής όλων των εξαμήνων, ενός Τμήματος Νοσηλευτικής, Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) μεγάλου αστικού κέντρου της Ελλάδας.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των φοιτητών στη μελέτη ήταν οι εξής:

1. Τα άτομα να είναι ενεργοί φοιτητές της νοσηλευτικής.
2. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Τα άτομα που συμμετείχαν, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

2.1. Δείγμα της μελέτης

Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας. Η συμμετοχή των φοιτητών ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν στην έναρξη των μαθημάτων, μετά από σύντομη ενημέρωση των φοιτητών για το σκοπό της έρευνας και με την παρουσία των διδασκόντων καθηγητών.

Συνολικά διενεμήθησαν 210 ερωτηματολόγια. Από τα οποία επεστράφησαν τα 190, εκ των οποίων τα 7 ήταν μερικώς συμπληρωμένα. Τελικά συμμετείχαν 183 φοιτητές (ποσοστό ανταπόκρισης 87,1%).

2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.2.1. Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier και Carver, 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lyraeos et al., 2009). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι ουδέτερα στοιχεία που δεν χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας (Lyraeos et al., 2009).

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα). Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4),(1=3),(2=2),(3=1),(4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach ήταν $\alpha=0,72$ (Lyraeos et al., 2009).

2.2.2. Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90, Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής,

κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν., 1991).

2.2.3. Ερωτηματολόγιο μέτρησης του Προσανατολισμού προς την Φροντίδα (Nursing Dimensions Inventory questionnaire) NDI- 35 (Watson et al., 1999)

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης του προσανατολισμού προς τη Φροντίδα (NDI) το οποίο, αναπτύχθηκε από τον Watson και τους συνεργάτες του το 1999, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιελάμβανε 25 προτάσεις και είχε δημιουργηθεί από τον Watson και την Lea (1997), με τον τίτλο Caring Dimensions Inventory-25 (CDI-25). Το NDI σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για το νοσηλευτή οι παράμετροι της φροντίδας, όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου και με σκοπό τη μέτρηση της στάσης των νοσηλευτών ως προς την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 35 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τη παρεχόμενη φροντίδα των νοσηλευτών σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "πολύ σημαντικό" (1) ως " καθόλου σημαντικό" (5). Το NDI παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα σχετικά με τη στάση των νοσηλευτών απέναντι στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα.

Το συνολικό αποτέλεσμα του NDI υπολογίζεται ως η πρόσθεση των βαθμών των 35 ερωτημάτων του. Το NDI παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (π.χ., total score alpha coefficient: 0,83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με άλλα εργαλεία (Watson., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Watson., 2003). Το ερωτηματολόγιο NDI έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού πληθυσμού νοσηλευτών με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 24

ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,85 (Kotrotsiou et al., 2013). Η ελληνική έκδοση του NDI εκτός από το συνολικό αποτέλεσμα παρέχει και αποτελέσματα δύο υποκλιμάκων σχετικά με (1) τον προσανατολισμό προς την κλινική εργασία με δείκτη Cronbach's alpha 0,89 (17 προτάσεις), (2) προσανατολισμό προς τις ανάγκες του ασθενή με δείκτη Cronbach's alpha 0,77 (7 προτάσεις). Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως με την πρόσθεση των απαντήσεων, που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα.

2.2.4. Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για τη μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson (1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οκτώ δηλώσεις τύπου Likert (Συμφωνώ απολύτως 1 – 5 Διαφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού όπως αυτή αποτυπώνεται στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις οκτώ ερωτήσεις, με τις χαμηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed και Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach στο ελληνικό δείγμα είναι $\alpha=0,7$. (βιβλιογραφία???)

2.2.5. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, εξάμηνο εκπαίδευσης και διαμονή), και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία).

2.3. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών

(μέσος όρος, σταθερή απόκλιση) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test μια και οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov-Smirnov και των Shapiro-Wilk, πιστοποίησαν ότι υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006). Για τις περιπτώσεις των μεταβλητών που είχαμε απομακρύνσεις από την κανονικότητα (σε καμία μεταβλητή δεν παρατηρήθηκε άγρια παραβίαση της κανονικότητας) προχωρήσαμε τη στατιστική ανάλυση μια και είχαμε μεγάλα σύνολα δεδομένων (δηλαδή $n=447 > 300$), όπου σύμφωνα με τον Δαφέρμο (2005) είναι αδύνατο να βρούμε, δεδομένα μεγάλου μεγέθους, που να είναι ακριβώς κανονικά κατανεμημένα.

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005, Κατσουγιαννόπουλος, 1990, Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000, Ιωαννίδης, 2000).

- το X^2 του Pearson για πίνακες 3×2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι < 5 , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι < 1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι > 24 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000)
- το X^2 του Pearson για πίνακες 2×2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι > 10 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000)
- το X^2 του Yates για πίνακες 2×2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου και Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι < 1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000, Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom και Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000, Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

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

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

3.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Πίνακας 3.1.1: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
NDI	0,708
SCL-90	0,957
LOTR	0,355
ALTRUISM SCALE	0,70

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, αφού ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι μεγαλύτερος ή προσεγγίζει κατά πολύ το επίπεδο $\alpha = 0,7$. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των NDI και SCL-90 θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Watson et al., 1999 και Ντώνιας και συν., 1991). Ως εξαίρεση σημειώνεται το ερωτηματολόγιο LOTR στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

4. Περιγραφή των ερωτώμενων

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 183 φοιτητές/τριες νοσηλευτικής. Από τους 183 συνολικά ερωτώμενους, οι 27 ήταν άνδρες (ποσοστό 14,8%) ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων 156 (ποσοστό 85,2%) ήταν γυναίκες.

Πίνακας 4.1. Κατανομή, 183 φοιτητών που έλαβαν μέρος στην έρευνα κατά ηλικία.

	Φοιτητές N(%)	Φοιτήτριες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Ανδρών-Γυναικών
Σύνολο	27 (14,8)	156 (86,2)	183 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	18-29	18-50	18-50	
Μέση τιμή (x ± SD)	20,8 ± 2,4	21,7 ± 4,3	21,6 ± 4,1	t=-1,068 P=0,287

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), t=T-test.

Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ανδρών ήταν 20,8±2,4 και των γυναικών 21,7±4,3 με εύρος 17-79, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0,287), συγκρινόμενοι με το T-test (πίνακας 4.1).

4.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών

Ο ένας στους τέσσερις περίπου συμμετέχοντες, φοιτά στο πέμπτο εξάμηνο σπουδών χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ως προς το εκπαιδευτικό εξάμηνο σπουδών. Από το δείγμα των φοιτητών της έρευνας οι 4 στους δέκα κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 2 στους δέκα από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 4 στους δέκα περίπου από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων (p=0,240). (πίνακας 4.1.1.).

Οι 87 (ποσοστό 47,5%) από τους φοιτητές του δείγματος βρίσκονται σε σχέση, οι 79 (ποσοστό 43,2%) είναι μόνοι τους και 12 φοιτητές (ποσοστό 6,6%) δήλωσαν πως η συντροφική τους κατάσταση είναι μερδεμένη, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους (p=0,030) συγκρινόμενοι με το χ^2 του Pearson (πίνακας 4.1.1).

Πίνακας 4.1.1. Κατανομή, 183 φοιτητών κατά ηλικία, εκπαιδευτικό έτος, καταγωγή και συντροφική κατάσταση.

	Φοιτητές N(%)	Φοιτήτριες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών-Φοιτητριών
Σύνολο	27 (14,8)	156 (86,2)	183 (100,0)	
Εκπαιδευτικό εξάμηνο				
1 ^ο Εξάμηνο	5 (18,5)	19 (12,2)	24 (13,1)	
2 ^ο Εξάμηνο	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	
3 ^ο Εξάμηνο	6 (22,2)	37 (23,7)	43 (23,5)	Fisher's Exact
4 ^ο Εξάμηνο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	Test=4,488
5 ^ο Εξάμηνο	8 (29,6)	36 (23,1)	44 (24,0)	P= 0,842
6 ^ο Εξάμηνο	1 (3,7)	16 (10,3)	17 (9,3)	
7 ^ο Εξάμηνο	5 (18,5)	26 (16,7)	31 (16,9)	
8 ^ο Εξάμηνο	2 (7,4)	11 (7,1)	13 (7,1)	
9 ^ο Εξάμηνο	0 (0,0)	9 (5,8)	9 (4,9)	
10 ^ο Εξάμηνο	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
11 ^ο Εξάμηνο	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,5)	
Καταγωγή				
Χωριό/Κωμόπολη	7 (25,9)	67 (42,9)	74 (40,4)	
Πόλη<150.000 κατοίκους	7 (25,9)	34 (21,8)	41 (22,4)	$\chi^2_p=2,85$
Πόλη>150.000 κατοίκους	13 (48,2)	55 (35,3)	68 (37,2)	P= 0,24
Συντροφική κατάσταση				
Σε σχέση	7 (25,9)	80 (51,3)	87 (47,5)	
Μόνος (η)	17 (63,0)	62 (39,7)	79 (43,2)	$\chi^2_p=8,914$
Μπερδεμένος(η)	1 (3,7)	11 (7,1)	12 (6,6)	P= 0,03
Σε σχέση	2 (7,4)	3 (1,9)	5 (2,7)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_p= \chi^2$ του Pearson, t=T-test, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 95,1%) οι φοιτητές έχουν αδέρφια, με τους 79 (ποσοστό 45,7%) να έχουν έναν ή μία αδελφό/ή, τους 50 (ποσοστό 28,9%) να έχουν άλλα δύο αδέρφια, τους 32 (ποσοστό 18,5%) να έχουν άλλα 3 αδέρφια, τους 6 (ποσοστό 3,5%) να έχουν άλλα 4 αδέρφια, τους 3 (ποσοστό 1,7%) να έχουν άλλα 5 αδέρφια, και, τέλος, 1 φοιτήτρια (ποσοστό 0,6%) να έχει άλλα 6 αδέρφια, 1 φοιτητής (ποσοστό 0,6%) να έχει άλλα 8 αδέρφια και 1 φοιτήτρια (ποσοστό 0,6%) να έχει άλλα 10 αδέρφια (πίνακας 4.1.2).

Πίνακας 4.1.2. Κατανομή δείγματος κατά αριθμό αδελφών και σειρά γέννησης.

	Φοιτητές N(%)	Φοιτήτριες N(%)	Σύνολο N(%)	Διαφορά Φοιτητών-Φοιτητριών
Σύνολο	27 (14,8)	156 (86,2)	183 (100,0)	
Αδέρφια				
Ναι	25 (92,6)	149 (95,5)	174 (95,1)	L.R=0,376
Όχι	2 (7,4)	7 (4,5)	9 (4,9)	P= 0,54
Πόσα;				
1	15 (60,0)	64 (43,4)	79 (45,7)	
2	5 (20,0)	45 (31,4)	50 (28,8)	Fisher's Exact
3	3 (12,0)	29 (20,4)	32 (18,5)	Test=9,50
4	0 (0,0)	6 (5,0)	6 (3,5)	P= 0,19
5	1 (4,0)	2 (1,4)	3 (1,7)	
6	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,6)	
8	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	
10	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,6)	
Σειρά Γέννησης				
Πρώτο Παιδί	9 (36,0)	60 (40,6)	69 (39,9)	
Δεύτερο Παιδί	9 (36,0)	62 (41,9)	71 (41,0)	Fisher's Exact
Τρίτο Παιδί	4 (16,0)	16 (10,9)	20 (11,5)	Test=3,806
Τέταρτο Παιδί	3 (12,0)	7 (4,7)	10 (5,8)	P= 0,57
Πέμπτο Παιδί	0 (0,0)	2 (1,4)	2 (1,2)	
Ένατο Παιδί	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,6)	

= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $X^2_p = X^2$ του Pearson, t=T-test, Fisher's Exact Test =πρόκειται για την τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS. L.R.= πρόκειται για την τιμή του Likelihood Ratio, όπως δίδεται από το SPSS.

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν, αλλά και η συσχέτιση των κλιμάκων των ερωτηματολογίων μεταξύ τους.

5.1. Μέσες τιμές στις κλίμακες και υποκλίμακες της μελέτης

Σε ό,τι αφορά στους μέσους όρους των απαντήσεων των ερωτηθέντων στις κυρίως κλίμακες της μελέτης, αυτοί παρουσιάζονται στον πίνακα 5.1.1. Όπως φαίνεται, ο Αλτρουισμός είχε μέσο όρο $M.O.=2,49$, με τυπική απόκλιση $sd=0,48$. Συνεπώς ο μέσος όρος του εμπίπτει στην σύμφωνη απάντηση 2 («συμφωνώ»), αν και βρίσκεται στο όριο της ουδέτερης απάντησης (ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ). Η κλίμακα Ψυχοπαθολογίας είχε μέσο όρο $0,86$ ($sd=0,48$), μία τιμή που χαρακτηρίζεται χαμηλή. Ο βαθμός Αισιοδοξίας είχε μέσο όρο $2,33$ ($sd=0,53$), και είχε τιμή που εμπίπτει στην απάντηση 2 της συγκεκριμένης κλίμακας Likert («ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ»). Τέλος, ο Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή είχε μέσο όρο $2,28$ ($sd=0,31$) και επίσης εμπίπτει στην απάντηση 2 («ουδέτερο»).

Πίνακας 5.1.1. Περιγραφική ανάλυση των κύριων κλιμάκων.			
	Συχνότητα N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Αλτρουισμός	181	2.49	.483
Ψυχοπαθολογία	181	0.86	.480
Αισιοδοξία/Προσανατολισμός Ζωής	183	2.33	.527
Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή	178	2.28	.308

Οι υποκλίμακες της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στον πίνακα 5.1.2. που ακολουθεί. Παρατηρείται ότι οι τιμές κυμαίνονταν από 0,4 έως 1,2, με τυπικές αποκλίσεις από 0,49 μέχρι 0,85. Το φοβικό άγχος ήταν το χαμηλότερο, και ακολουθούσαν από τον ψυχωτισμό,

τη σωματοποίηση, το άγχος και τις διάφορες αιτιάσεις. Ελαφρώς υψηλότερες τιμές είχαν η κατάθλιψη, η διαπροσωπική ευαισθησία, η επιθετικότητα, ο ιδεοψυχαναγκασμός και τέλος ο παρανοειδής ιδεασμός. Ωστόσο όλες οι τιμές κυμαίνονταν σε χαμηλά επίπεδα.

Πίνακας 5.1.2. Περιγραφική ανάλυση των υποκλιμάκων της Ψυχοπαθολογίας.			
	Συχνότητα N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Φοβικό άγχος	182	0.44	.486
Ψυχωτισμός	183	0.65	.538
Σωματοποίηση	183	0.71	.550
Άγχος	183	0.74	.560
Διάφορες αιτιάσεις	183	0.78	.564
Κατάθλιψη	183	0.93	.641
Διαπροσωπική ευαισθησία	183	1.00	.638
Επιθετικότητα	183	1.02	.854
Ιδεοψυχαναγκασμός	182	1.15	.666
Παρανοειδής ιδεασμός	183	1.24	.666

Οι υποκλίμακες της κλίμακας «Προσανατολισμός στη Φροντίδα του Ασθενή» παρουσιάζονται στον πίνακα 5.1.3. Ο Προσανατολισμός στην κλινική εργασία είχε ουδέτερο μέσο όρο $M.O.=2,4$, με τυπική απόκλιση $sd=0,38$. Ο Προσανατολισμός στις ανάγκες του ασθενή είχε υψηλότερο $M.O.=2,7$, με τυπική απόκλιση $sd=0,52$. Ο μέσος όρος του προσανατολισμού στις ανάγκες του ασθενή εμπίπτει στην απάντηση 3 («λίγο σημαντικό»).

Πίνακας 5.1.3. Περιγραφική ανάλυση των υποκλιμάκων προσανατολισμού στη φροντίδα του ασθενή.			
	Συχνότητα N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Προσανατολισμός στην κλινική εργασία	178	2.35	.378
Προσανατολισμός στις ανάγκες του ασθενή	183	2.67	.516

5.2. Επιδράσεις των χαρακτηριστικών του δείγματος στις κύριες κλίμακες

Προκειμένου να εξεταστεί η πρώτη Ερευνητική Υπόθεση, **Η1 «Η σύγκριση των φοιτητών και των φοιτητριών νοσηλευτικής ως προς τα χαρακτηριστικά της Προσωπικότητας, του Ναρκισσισμού, του Αλτρουισμού, της Ψυχοπαθολογίας, του Οικογενειακού Περιβάλλοντος και της Αναπαράστασης της Φροντίδας»**, πραγματοποιήθηκαν οι ακόλουθοι έλεγχοι. Παράλληλα, εξετάστηκε η επίδραση των υπόλοιπων δημογραφικών στοιχείων και χαρακτηριστικών του δείγματος στις απαντήσεις στις κύριες κλίμακες του ερωτηματολογίου.

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές ελέγχθηκαν το φύλο, η καταγωγή, η συντροφική κατάσταση, το εξάμηνο σπουδών, η αυτό-θεωρούμενη επάρκεια ως νοσηλεύτρια καθώς και η ύπαρξη αδελφών. Οι εξαρτημένες μεταβλητές σε όλες τις περιπτώσεις ήταν οι κλίμακες Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) και Προσανατολισμού προς την Φροντίδα (NDI), και οι υποκλίμακές τους, καθώς και οι κλίμακες Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R) και Στάσης απέναντι στη Ζωή. Στους πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζονται τα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

5.2.1. Φύλο

Σχετικά με το φύλο, οι έλεγχοι ανεξάρτητων δειγμάτων t-test που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι το φύλο επέφερε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στη Σωματοποίηση της

κλίμακας Ψυχοπαθολογίας ($t=-2,579$, $df=38,19$, $p=0,014$), καθώς και στον Προσανατολισμό στην Κλινική Εργασία ($t=2,183$, $df=31,6$, $p=0,037$). Ο πίνακας 5.2.1.1 παρουσιάζει τα εν λόγω ευρήματα.

Πίνακας 5.2.1.1. Επίδραση του φύλου στις κύριες διαστάσεις.			
	Δείκτης t	Βαθμοί ελευθερίας	Στατιστική Σημασία(p)
Σωματοποίηση (SCL-90)	-2,579	38,193	,014
Προσανατολισμός στην κλινική εργασία (NDI)	2,183	31,601	,037

Συγκεκριμένα, οι γυναίκες του δείγματος είχαν υψηλότερο μέσο όρο απάντησης στη σωματοποίηση (9) από ό,τι οι άνδρες (5,7), ενώ αντίθετα στον προσανατολισμό στην κλινική εργασία, οι άνδρες είχαν τον υψηλότερο μέσο όρο (29,3 έναντι 26,1 των γυναικών).

Συνεπώς, η πρώτη ερευνητική υπόθεση H1 γίνεται μερικώς αποδεκτή: οι φοιτητές και οι φοιτήτριες διέφεραν ως προς τη Σωματοποίηση της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας και ως προς τον Προσανατολισμό στην Κλινική Εργασία, αλλά όχι στον αλτρουισμό ή στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά.

5.2.2 Καταγωγή

Αναφορικά με την καταγωγή των ερωτηθέντων, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης ANOVA (πίνακας 5.2.2.1). Η καταγωγή διαδραμάτιζε στατιστικά σημαντικό ρόλο στις υποκλίμακες Ψυχοπαθολογίας: διαπροσωπική ευαισθησία ($F=3,51$, $df=2$, $p=0,032$), κατάθλιψη ($F=4,14$, $df=2$, $p=0,017$), άγχος ($F=3,51$, $df=2$, $p=0,032$), φοβικό άγχος ($F=4,94$, $df=2$, $p=0,008$), παρανοειδής ιδεασμός ($F=3,25$, $df=2$, $p=0,041$), ψυχωτισμός ($F=4,1$, $df=2$, $p=0,018$), γενικός δείκτης συμπτωμάτων ($F=4,85$, $df=2$, $p=0,009$), και σύνολο θετικών συμπτωμάτων ($F=5,05$, $df=2$, $p=0,007$).

Πίνακας 5.2.2.1. Επίδραση της καταγωγής στις κύριες διαστάσεις.			
	Δείκτης F	Βαθμοί ελευθερίας	Στατιστική Σημασία(p)
Διαπροσωπική ευαισθησία (SCL-90)	3,507	2	,032
Κατάθλιψη (SCL-90)	4,143	2	,017
Άγχος (SCL-90)	3,514	2	,032
Φοβικό άγχος (SCL-90)	4,944	2	,008
Παρανοειδής ιδεασμός (SCL-90)	3,254	2	,041
Ψυχωτισμός (SCL-90)	4,095	2	,018
Γεν. Δείκτης συμπτωμάτων (SCL-90)	4,850	2	,009
Συν. Θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	5,048	2	,007

Σε μια σειρά εκ των υστέρων αναλύσεων post-hoc Bonferroni tests, βρέθηκε ότι σε όλους τους ανωτέρω παράγοντες (διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, φοβικό άγχος, παρανοειδή ιδεασμό, ψυχωτισμό, γενικό δείκτη συμπτωμάτων, σύνολο θετικών συμπτωμάτων), όσοι είχαν καταγωγή από χωριό-κωμόπολη είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερους μέσους όρους απάντησης από όσους κατάγονταν από πόλεις με περισσότερους από 150.000 κάτοικους. Στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων, οι καταγόμενοι από χωριά-κωμοπόλεις είχαν υψηλότερους μέσους όρους και από όσους κατάγονταν από πόλεις με πληθυσμό μικρότερο από 150.000 κατοίκους.

Ο αλτρουισμός, ο Προσανατολισμός προς την Φροντίδα, ο Προσανατολισμός για την Ζωή και η Στάση απέναντι στη Ζωή των ερωτηθέντων δεν επηρεάζονταν από την καταγωγή τους.

Συνεπώς, η καταγωγή διαφοροποιούσε σημαντικά τις απαντήσεις σε έξι από τις δέκα υποκλίμακες της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας, καθώς και στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων και το σύνολο των θετικών της συμπτωμάτων. Ειδικότερα, όσοι κατάγονταν από χωριά και κωμοπόλεις είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην Ψυχοπαθολογία από όσους κατάγονταν από πόλεις με περισσότερους από 150.000 κατοίκους, και στο σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), από τους καταγόμενους από πόλεις με λιγότερους από 150.000 κατοίκους.

5.2.3 Συντροφική κατάσταση

Για τη διερεύνηση της επίδρασης της συντροφικής κατάστασης στις κύριες διαστάσεις, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης ANOVA. Όπως διακρίνεται στον πίνακα 5.2.3.1., η συντροφική κατάσταση επέφερε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μέσες απαντήσεις του ψυχωτισμού ($F=3,45$, $df=3$, $p=0,018$).

Πίνακας 5.2.3.1. Επίδραση συντροφικής κατάστασης στις κύριες διαστάσεις.			
	Δείκτης F	Βαθμοί ελευθερίας	Στατιστική σημασία
Ψυχωτισμός (SCL-90)	3,446	3	0,018

Συγκεκριμένα, στον μεταγενέστερο έλεγχο Bonferroni post-hoc test βρέθηκε ότι όσοι δήλωσαν μπερδεμένοι είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στον ψυχωτισμό από εκείνους οι οποίοι βρίσκονταν σε σχέση.

Συνεπώς, η συντροφική κατάσταση διαφοροποιούσε μόνο τις απαντήσεις του ψυχωτισμού. Όσοι δήλωσαν μπερδεμένοι είχαν υψηλότερα σκορ στον ψυχωτισμό από ό,τι εκείνοι που βρίσκονταν σε σχέση.

5.2.4 Εξάμηνο σπουδών

Αναφορικά με το εξάμηνο σπουδών, οι έλεγχοι ANOVA που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν πως υφίστατο στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στις απαντήσεις δύο κλιμάκων της Ψυχοπαθολογίας, την Ψυχαναγκαστικότητα ($F=3,06$, $df=8$, $p=0,003$) και την Κατάθλιψη

($F=4,14$, $df=8$, $p=0,037$), στον Δείκτη Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων της Ψυχοπαθολογίας ($F=4,85$, $df=8$, $p=0,002$), αλλά και στον Προσανατολισμό για την Ζωή ($F=5,05$, $df=8$, $p=0,012$). Ο πίνακας 5.2.4.1 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA.

Πίνακας 5.2.4.1. Επίδραση του εξαμήνου σπουδών στις κύριες διαστάσεις.			
	Δείκτης F	Βαθμοί ελευθερίας	Στατιστική σημασία
Ψυχαναγκαστικότητα (SCL-90)	3,058	8	,003
Κατάθλιψη (SCL-90)	4,143	8	,037
Δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (SCL-90)	4,850	8	,002
Προσανατολισμός για την ζωή (LOT-R)	5,048	8	,012

Κατά συνέπεια, το εξάμηνο σπουδών επιδρούσε στις απαντήσεις της ψυχαναγκαστικότητας, της κατάθλιψης, του δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων της ψυχοπαθολογίας, και στον προσανατολισμό για τη ζωή. Δεν υπήρχε κάποια διαφοροποίηση στις μέσες απαντήσεις του αλτρουισμού.

5.2.5 Αυτό-θεωρούμενη επάρκεια νοσηλευτή

Σχετικά με την επίδραση του κατά πόσο τα μέλη του δείγματος θεωρούσαν ότι θα γίνουν καλοί νοσηλευτές, στις κυρίως μεταβλητές, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι διακύμανσης ANOVA, τα αποτελέσματα των οποίων παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα(5.2.5.1). Όπως φαίνεται παρακάτω, το ερώτημα αυτό είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στις μέσες απαντήσεις της κλίμακας Προσανατολισμού προς τη Φροντίδα (NDI), και συγκεκριμένα στην υποκλίμακα Προσανατολισμού στην Κλινική Εργασία ($F=5,75$, $df=4$, $p\leq 0,0005$), καθώς και στον γενικό Προσανατολισμό στη Φροντίδα του Ασθενούς ($F=4,68$, $df=4$, $p=0,001$).

Πίνακας 5.2.5.1. Επίδραση αυτό-θεωρούμενης επάρκειας νοσηλευτή στις διαστάσεις.			
	Δείκτης F	Βαθμοί ελευθερίας	Στατιστική σημασία
Προσανατολισμός στην κλινική εργασία (NDI)	5,749	4	≤,0005
Προσανατολισμός στη φροντίδα του ασθενή (NDI)	4,676	4	,001

Οι εκ των υστέρων έλεγχοι Bonferroni post-hoc tests έδειξαν πως όσοι απάντησαν πως θα γίνουν «λίγο» ή «μέτρια» καλοί νοσηλευτές, είχαν υψηλότερους μέσους όρους στην υποκλίμακα προσανατολισμού προς την κλινική εργασία καθώς και στο γενικό προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενή, από όσους απάντησαν πως θα γίνουν «πάρα πολύ» καλοί νοσηλευτές.

5.2.6 Ύπαρξη αδελφών

Κανένας από τους ελέγχους ανεξάρτητων δειγμάτων t-test, που πραγματοποιήθηκαν με ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη ή μη- αδελφών, δεν ήταν στατιστικά σημαντικός.

5.3. Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 5.3.1 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας επιλεγμένης ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία. Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες: Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R), Άγχος (SCL-90), Επιθετικότητα (SCL-90), Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL-90), Προσανατολισμός προς την κλινική εργασία (N.D.I.), και Προσανατολισμός προς τις ανάγκες του ασθενή (N.D.I.). Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά στο επίπεδο $p=0,05$. Με έντονα γράμματα επισημαίνονται οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Από τις συσχετίσεις, όπως φαίνονται στον πίνακα (5.3.1) ξεχωρίζουν η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL-90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90) ($r=0,58$), της επιθετικότητας (SCL-90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90) ($r=0,58$), του άγχους και της

επιθετικότητας ($r=0,46$), καθώς και του προσανατολισμού προς την κλινική εργασία και τον προσανατολισμό προς τις ανάγκες του ασθενή ($r=0,45$). Παράλληλα, υφίστανται οι αρνητικές συνάψεις του άγχους με το βαθμό αισιοδοξίας (LOT-R) ($r=-0,39$), και του βαθμού αισιοδοξίας με τον παρανοειδή ιδεασμό ($r=-0,37$). Η εικόνα που δημιουργείται από τις συσχετίσεις για όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες (Πίνακας Α) είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και αποτελείται από πολλαπλές σχέσεις αρνητικές και θετικές συσχετίσεις, κατά κύριο λόγο μέτριες.

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενες.

Πίνακας 5.3.1. Συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποκλιμάκων.

	Βαθμός αισιοδοξίας υποκειμένου (LOT-R)	Άγχος (SCL - 90)	Επιθετικότητα (SCL - 90)	Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90)	Προσανατολισμός στην κλινική εργασία (N.D.I.)	Προσανατολισμός στις ανάγκες του ασθενή (N.D.I.)
Βαθμός αισιοδοξίας υποκειμένου (LOT-R)	–	-,393	-,246	-,369	-,155	-,72
Άγχος (SCL - 90)		–	,460	,578	,004	-,084
Επιθετικότητα (SCL - 90)			–	,584	,123	,014
Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90)				–	,083	-,031
Προσανατολισμός προς την κλινική εργασία (N.D.I.)					–	,450

Σχετικά με την ερευνητική υπόθεση *H2 «Η συσχέτιση των κλιμάκων καθεμίας από τις μεταβλητές Ψυχοπαθολογίας, Αλτρουισμού Αισιοδοξίας, Στάσης απέναντι στη Ζωή, και Προσανατολισμού προς τη Φροντίδα, για το σύνολο του δείγματος και για κάθε φύλο ξεχωριστά»*, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι συνάφειας Pearson Correlation. Τα αποτελέσματα της συσχέτισης των κυρίων κλιμάκων της μελέτης παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα. Όπως φαίνεται στον πίνακα 5.3.2, η ψυχοπαθολογία είχε στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=-0,32, p\leq 0,0005$) καθώς και το βαθμό αισιοδοξίας ($r=-0,47, p\leq 0,0005$). Επιπρόσθετα, ο βαθμός αισιοδοξίας είχε μια στατιστικά σημαντική, θετική και μέτρια προς υψηλή συνάφεια με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=0,57, p\leq 0,0005$). Τέλος, ο αλτρουισμός είχε μια χαμηλή θετική συσχέτιση με τον προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενή ($r=0,2, p=0,008$).

Πίνακας 5.3.2. Συσχετίσεις μεταξύ των κυρίως κλιμάκων της έρευνας.					
		Στάση απέναντι στη ζωή	Βαθμός αισιοδοξίας	Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή	Αλτρουισμός
Ψυχοπαθολογία	Συσχέτιση Pearson	-0.323	-0.474	.029	-.002
	Στατ. Σημαντικότητα	.000	.000	.699	.974
	Συχνότητα N	181	181	176	179
Στάση απέναντι στη ζωή	Συσχέτιση Pearson		.573	.010	-.067
	Στατ. Σημαντικότητα		.000	.892	.368
	Συχνότητα N		181	178	181
Βαθμός αισιοδοξίας	Συσχέτιση Pearson			-.130	-.073
	Στατ. Σημαντικότητα			.085	.327
	Συχνότητα N			178	181
Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή	Συσχέτιση Pearson				.200
	Στατ. Σημαντικότητα				.008
	Συχνότητα N				176

Κοιτώντας τα δύο φύλα ξεχωριστά, όπως παρατηρείται στους πίνακες 5.3.3 και 5.3.4, στους άνδρες υπήρχε μια στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και το βαθμό αισιοδοξίας ($r=-0,5$, $p=0,007$), ενώ ο βαθμός αισιοδοξίας είχε μια στατιστικά σημαντική και υψηλή θετική σχέση με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=0,65$, $p\leq 0,0005$). Η στάση απέναντι στη ζωή είχε μία μέτρια αρνητική σχέση με την ψυχοπαθολογία, που εντούτοις ήταν οριακά μη-στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 5.3.3. Συσχετίσεις μεταξύ των κυρίως κλιμάκων (Άνδρες).

		Στάση απέναντι στη ζωή	Βαθμός αισιοδοξίας	Προσανατολισμός στη Φροντίδα	Αλτρουισμός
Ψυχοπαθολογία	Συσχέτιση Pearson	-.366	-.503	.232	.071
	Στατ. Σημαντικότητα	.061	.007	.255	.723
	Συχνότητα N	27	27	26	27
Στάση απέναντι στη ζωή	Συσχέτιση Pearson		.649	.108	.066
	Στατ. Σημαντικότητα	–	.000	.599	.745
	Συχνότητα N		27	26	27
Βαθμός αισιοδοξίας	Συσχέτιση Pearson			-.228	-.297
	Στατ. Σημαντικότητα		–	.262	.132
	Συχνότητα N			26	27
Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή	Συσχέτιση Pearson				.272
	Στατ. Σημαντικότητα			–	.179
	Συχνότητα N				26

Στις γυναίκες, οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ήταν κατά δύο περισσότερες. Όπως και στους άνδρες, υπήρχε μια στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση της ψυχοπαθολογίας

και του βαθμού αισιοδοξίας ($r=-0,47, p\leq 0,007$) και ο βαθμός αισιοδοξίας συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και μέτρια προς υψηλά θετικά με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=0,56, p\leq 0,0005$). Στις γυναίκες, η μέτρια αρνητική σχέση της στάσης απέναντι στη ζωή με την ψυχοπαθολογία, ήταν στατιστικά σημαντική ($r=-0,32, p\leq 0,0005$). Επιπρόσθετα, ο αλτρουισμός και ο προσανατολισμός στη φροντίδα του ασθενή συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά με μια χαμηλή θετική συνάφεια ($r=0,18, p=0,03$).

Πίνακας 5.3.4. Συσχετίσεις μεταξύ των κυρίως κλιμάκων (Γυναίκες).					
		Στάση απέναντι στη ζωή	Βαθμός αισιοδοξίας	Προσανατολισμός στη Φροντίδα	Αλτρουισμός
Ψυχοπαθολογία	Συσχέτιση Pearson	-.316	-.471	-.018	-.018
	Στατ.	.000	.000	.831	.822
	Σημαντικότητα				
	Συχνότητα N	154	154	150	152
Στάση απέναντι στη ζωή	Συσχέτιση Pearson		.559	-.015	-.099
	Στατ.	–	.000	.859	.222
	Σημαντικότητα				
	Συχνότητα N		156	152	154
Βαθμός αισιοδοξίας	Συσχέτιση Pearson			-.125	-.041
	Στατ.		–	.123	.610
	Σημαντικότητα				
	Συχνότητα N			152	154
Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή	Συσχέτιση Pearson				.177
	Στατ.			–	.030
	Σημαντικότητα				
	Συχνότητα N				150

Κατά συνέπεια, η Ερευνητική Υπόθεση H2 γίνεται μερικώς αποδεκτή, αφού υφίστανται μέτριες αρνητικές σχέσεις ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία από τη μία πλευρά και τη στάση απέναντι στη ζωή και το βαθμό αισιοδοξίας από την άλλη. Ο βαθμός αισιοδοξίας είχε μια μέτρια έως υψηλή θετική σχέση με τον προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενή. Σε ό,τι αφορά τις διαφορές των δύο φύλων, οι άνδρες είχαν μια επίσης μέτρια αρνητική σχέση της ψυχοπαθολογίας με το βαθμό αισιοδοξίας αλλά όχι και με τη στάση στη ζωή, ενώ η στάση απέναντι στη ζωή και ο βαθμός αισιοδοξίας είχαν μια υψηλή θετική σχέση. Οι γυναίκες εμφάνισαν παρόμοιες συσχετίσεις με τους άνδρες, ωστόσο στις τελευταίες υπήρχαν δύο επιπρόσθετες σχέσεις: μια μέτρια αρνητική ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και τη στάση απέναντι στη ζωή, καθώς και μια χαμηλή θετική σχέση μεταξύ του αλτρουισμού και του προσανατολισμού στη φροντίδα του ασθενή.

Πρέπει, ωστόσο εδώ, να παρατηρηθεί ότι το δείγμα των γυναικών της μελέτης ήταν κατά σχεδόν εξαπλάσιο από το αντίστοιχο δείγμα των ανδρών. Συνεπώς, οποιαδήποτε προσπάθεια γενίκευσης του παρόντος αποτελέσματος σε ευρύτερα δείγματα θα πρέπει να αναλαμβάνεται με επιφύλαξη.

Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των κοινωνικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών των φοιτητών της νοσηλευτικής και η σχέση τους με τη στάση που διατηρούν οι φοιτητές απέναντι στην έννοια της φροντίδας, στο πλαίσιο της ΠΦΥ. Τα κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά ήταν η το φύλο, το εξάμηνο σπουδών, ο τόπος καταγωγής συντροφική κατάσταση, παρουσία αδελφών, η αυτοθεωρούμενη επάρκεια όπως επίσης η ψυχοπαθολογία, ο αλτρουισμός/ναρκισσισμός, η αισιοδοξία για τη ζωή, η στάση απέναντι στη ζωή και ο προσανατολισμός προς τη ζωή.

Η προσωπικότητα είναι αυτό που χαρακτηρίζει τρεις βασικούς παράγοντες της ιδιοσυγκρασίας του ανθρώπου: (α) τη συναισθηματική του κατάσταση, (β) τη συμπεριφορά του και (γ) τον χαρακτήρα του (Super, 1942). Ως εκ τούτου, δεν μπορεί παρά να επηρεάζει και τις επιλογές του, με άμεσο αντίκτυπο, στις επαγγελματικές επιλογές του (Παπαδόπουλος, 2001). Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ο τρόπος που επηρεάζουν τις εν λόγω επιλογές τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, και βρέθηκε ότι οι φοιτητές που συμμετείχαν στη μελέτη διέφεραν στις υποκλίμακες σωματοποίησης, της κλίμακας της ψυχοπαθολογίας και του προσανατολισμού στην κλινική εργασία, της κλίμακας προσανατολισμού στη φροντίδα του ασθενή, όχι όμως και στις υπόλοιπες κλίμακες. Επίσης, η ψυχοπαθολογία βρέθηκε να έχει μέτρια αρνητική σχέση με τη στάση στη ζωή και το βαθμό αισιοδοξίας, ενώ η αισιοδοξία είχε μια μέτρια προς υψηλή θετική σχέση με τον προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενή.

Η νοσηλευτική θεωρείται ένα επάγγελμα αλτρουϊστικό, το οποίο πολύ συχνά αναφέρεται στα ιδεαλιστικά χαρακτηριστικά του επαγγελματικού ρόλου (Larsen & συν., 2003, Mackintosh, 2006, McLaughlin & συν, 2010, Miers & συν, 2007). Παρά τις επιμέρους διαφορές στις προοπτικές των ανθρώπων, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι στους νοσηλευτές που αποδίδεται το μοντέλο του «ιδανικού επαγγελματία», επικεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στην έννοια της φροντίδας (McLaughlin & συν, 2010, Whitehead & συν., 2007, Hinds & Hartley, 2001). Ευρήματα μιας ποιοτικής μελέτης έδειξαν ότι η εικόνα που έχουν γι' αυτή την επιστήμη οι συμμετέχοντες φοιτητές νοσηλευτικής, είναι αυτή της φροντίδας και της παρηγορητικής ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία τους δημιουργήθηκε από τη λαϊκή κουλτούρα και τα Μ.Μ.Ε, και, προφανώς, τα είχαν και πριν από την εισαγωγή τους. (Sprouse, 2000)

Αντίθετα με την πεποίθηση ότι ο αλτρουισμός είναι ο κυριότερος παράγοντας επιλογής των σπουδών στη νοσηλευτική (Beck,2000, Mimura & συν., 2008),τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι τα επίπεδα αλτρουισμού βρίσκονται σε οριακά θετικά επίπεδα, αποτέλεσμα που συμφωνεί με την έρευνα των Sung-Hyun C. & συν.,(2010), στην οποία η κοινωνική προσφορά δεν αποτελούσε τον κύριο παράγοντα για την επιλογή μελλοντικής απασχόλησης. Τα επίπεδα αλτρουισμού έχουν μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες ανάμεσα στους φοιτητές της νοσηλευτικής (Johnson & συν., 2007). Οι Miers & συν., (2007) επίσης, αναφέρουν ότι οι φοιτητές που εισάγονται στη νοσηλευτική είναι λιγότερο πιθανό να παραθέσουν αλτρουιστικό κινητήριο παράγοντα, συγκριτικά με τους φοιτητές που εισάγονται σε σχολές μη επαγγελματιών υγείας.

Η διεθνής βιβλιογραφική ανασκόπηση των Rognstad and Polit (2002), έδειξε ότι τα κίνητρα για σπουδές στη νοσηλευτική ήταν η επιθυμία για ανθρώπινη επαφή και η παροχή βοήθειας στους άλλους, σε συνδυασμό όμως με την επαγγελματική ασφάλεια. Η νοσηλευτική προσελκύει μαθητές που ενδιαφέρονται για την επιστήμη ή που βλέπουν το επάγγελμα σαν δεύτερη επιλογή (Duffield & συν., 2004)

Τα επίπεδα αλτρουισμού στην παρούσα έρευνα, δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την ηλικία, τον τόπο καταγωγής και το εκπαιδευτικό εξάμηνο. Επίσης, η κατανόηση της σχέσης κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων και κατάθλιψης μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση του άγχους και τη βελτίωση θεραπευτικών εργαλείων για την αντιμετώπισή της (Christensson & συν.,2011). Στην παρούσα έρευνα ο τόπος καταγωγής φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό λόγο στα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,017$) και άγχους ($p=0,032$) ανάμεσα στους φοιτητές της νοσηλευτικής. Συγκεκριμένα οι φοιτητές που κατάγονταν από χωριό-κωμόπολη είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερους μέσους όρους απάντησης από όσους κατάγονταν από πόλεις με περισσότερους από 150.000 κάτοικους Επίσης το εκπαιδευτικό εξάμηνο , κατά συνέπεια και η ηλικία, φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,037$).

Οικονομικοί λόγοι(Dahlin & συν.,2005),η απομάκρυνση από την οικογένεια (Arnett , (2000)και ο φόρτος εργασίας(Wardle & συν.,2004, Gorostidi & συν.2007) ενοχοποιούνται για τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης σε φοιτητές νοσηλευτικής στην Ευρώπη. Οι μετανάστες φοιτητές στη Νορβηγία είχαν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και άλλων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων από τους φοιτητές που γεννηθήκαν στη χώρα (Christensson & συν.,2011). Αν και

στη παρούσα έρευνα δεν έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ φύλου και κατάθλιψης, έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και σχετίζεται με την ηλικία από την ηλικία (Baumeister & συν., 2007) ενώ η έρευνα των Dyrbye & συν., (2006), αναφέρει ίδια ποσοστά και στα δύο φύλα (Christensson & συν., 2011). Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους φοιτητές είναι γνωρίσματα του χαρακτήρα (τελειομανία), προβλήματα στις σπουδές, το άγχος των εξετάσεων και η σύγκρουση μεταξύ εκπαιδευτικών και προσωπικών υποχρεώσεων (Grzywac & συν., 2006). Οι Beck & συν., (1997) αναφέρουν, ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους φοιτητές άλλων ειδικοτήτων που σχετίζονται με την υγεία (Burnard & συν., 2008). Η φύση της εκπαίδευσης, όπως η έκθεση σε θέματα ζωής και θανάτου, θεωρείται παράγοντας άγχους, στον οποίο δεν εκτίθενται οι φοιτητές άλλων ειδικοτήτων υγείας (Williams & συν., 1995). Η αναγνώριση και κατανόηση των εννοιών που δίνουν οι φοιτητές στη νοσηλευτική εκπαίδευση και ο ρόλος που παίζουν στη διαδικασία της μάθησης, μπορεί να ερμηνεύσει, γιατί οι φοιτητές της νοσηλευτικής έχουν περισσότερο άγχος κατά τη διάρκεια των σπουδών του, σε σχέση με φοιτητές άλλων σχολών που σχετίζονται με την υγεία. (Vanhanen, 2000a). Η έρευνα των Wintre & Yaffe (2000), έδειξε ότι η αντίληψη για το άγχος τείνει να αυξάνεται με την πάροδο του ακαδημαϊκού έτους, μεταξύ των νέων φοιτητών και μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και συναισθηματική υγεία τους. (Krypel, 2010). Άλλωστε, σύμφωνα με την Warning, (2011), το άγχος είναι ο κύριος προγνωστικός παράγοντας των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων στη παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι, το επίπεδο αισιοδοξίας των φοιτητών έχει αρνητική σχέση με το άγχος ($r=-0,39$) και τον παρανοειδή ιδεασμό ($r=-0,37$). Η ψυχοπαθολογία είχε στατιστικά σημαντική και μέτρια αρνητική σχέση με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=-0,32$, $p \leq 0,0005$) καθώς και το βαθμό αισιοδοξίας ($r=-0,47$, $p \leq 0,0005$). Επιπρόσθετα, ο βαθμός αισιοδοξίας είχε μια στατιστικά σημαντική, θετική και μέτρια προς υψηλή συνάφεια με τη στάση απέναντι στη ζωή ($r=0,57$, $p \leq 0,0005$).

Φοιτητές με αυξημένο επίπεδο αισιοδοξίας αναφέρουν λιγότερο άγχος ή άλλα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και έχουν μια αισιόδοξη προοπτική για τη ζωή. Αν και η παρουσία των γυναικών είναι δυσανάλογη στο δείγμα της μελέτης, δεν παρατηρήθηκαν

σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και της αισιοδοξίας, υποστηρίζεται από την έρευνα των Coli & Draves,(2008).

Η μελέτη των Brissette & συν., (2002), στη διάρκεια προσαρμογής των προπτυχιακών φοιτητών, έδειξε ότι οι αισιόδοξοι φοιτητές, εμφάνισαν μικρότερη αύξηση άγχους και κατάθλιψης, σε σχέση με τους απαισιόδοξους(Krypel,2010). Έρευνες έδειξαν ότι αυξημένα επίπεδα άγχους, σε φοιτητές, σχετίζονται με αισθήματα θυμού και μειωμένης ικανότητας έλεγχου της οργής καθώς και με συμπτώματα σωματικής ασθένειας σε φοιτητές του πρώτου εξαμήνου. (Krypel,2010). Η αισιόδοξη προοπτική της ζωής, μπορεί να βοηθήσει του φοιτητές στην απόρριψη παράλογων πεποιθήσεων και την επίτευξη υψηλότερου επιπέδου ψυχικής ευεξίας (Day,2003).

Οι φοιτητές μπορεί να εμφανίσουν ψυχικές παθήσεις, όπως κατάθλιψη, διαταραχή προσωπικότητας, προκλητική συμπεριφορά, οι οποίες είτε προϋπάρχουν είτε αναπτύσσονται στη διάρκεια των σπουδών. Αυτό επηρεάζει αρνητικά τη δημιουργία και διατήρηση παραγωγικού και μαθησιακού περιβάλλοντος. Θεωρείται ηθικά «ανάρμοστη» η αποτυχία εντοπισμού, από του εκπαιδευτικούς, μιας σειράς δεικτών ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς (Cleary& συν.,2012).

Τέλος, ο προσανατολισμός στη ζωή, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την επιλογή σταδιοδρομίας. Στην έρευνα των Vanhanen & Janhonen (2000) βρέθηκε ότι η πλειονότητα των φοιτητών θεωρούν τη νοσηλευτική ως προσανατολισμό ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο επάγγελμα ως εκπλήρωση των βασικών απαιτήσεων της ζωής, όπως η απασχόληση, η οικονομική ασφάλεια και η ισορροπία εργασίας-ζωής. Οι ερευνητές αναφέρουν, ότι οι εμπειρίες των φοιτητών νοσηλευτικής, μαζί με τις αντιλήψεις του επαγγέλματος ως φροντίδα, αποτελούν προϋποθέσεις για να γίνει κάποιος νοσηλευτής. Αυτή η μελέτη παρέχει υποστήριξη για την περαιτέρω εξερεύνηση του πώς διαμορφώνονται οι κατευθύνσεις της σταδιοδρομίας και οι προσδοκίες, οι οποίες έχουν επιπτώσεις στην επιλογή σταδιοδρομίας, την εκπαίδευση, την επαγγελματική κοινωνικοποίηση και τη συντήρηση

Σε μία έρευνα από 184 φοιτητές νοσηλευτικής, οι Vanhanen & Janhonen (2000) προσπάθησαν να εξετάσουν τους παράγοντες που σχετίζονται με τις επαγγελματικές κατευθύνσεις τους. Εδώ, οι συγγραφείς προσδιορίζουν τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις για τη νοσηλευτική: (1) φροντίδα, (2) εμπειρία και (3) ζωή. Κάθε προσανατολισμός αναφέρεται στην

προσωπική αντίληψη του επαγγέλματος, την αυτο-αντίληψη και τους προσωπικούς στόχους του καθενός, και διαφέρει σε σχέση με τις προ-εκπαιδευτικές εμπειρίες που έχουν για τη νοσηλευτική και τη φροντίδα, τις αντιλήψεις για το επάγγελμα της νοσηλευτικής και τις προσδοκίες για σταδιοδρομία. Ανάλογα με τον επαγγελματικό προσανατολισμό, οι φοιτητές μπορούν να προσδιορίσουν τη νοσηλευτική ως αλτρουϊστική (φροντίδα), επαγγελματική εξειδίκευση (τεχνογνωσία) ή μέσο, για να ικανοποιήσουν τους προσωπικούς τους στόχους στη ζωή. Οι ερευνητές αυτοί αποδεικνύουν, επίσης, ότι η επίδραση αυτών των διαφορετικών προσανατολισμών για τη νοσηλευτική έχουν διακριτά αποτελέσματα σε σχέση με την ακαδημαϊκή και επαγγελματική επιτυχία. Τα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι η πλειονότητα των φοιτητών θεωρούν τη νοσηλευτική ως προσανατολισμό ζωής, πράγμα που σημαίνει ότι αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο επάγγελμα ως εκπλήρωση των βασικών απαιτήσεων της ζωής, όπως η απασχόληση, η οικονομική ασφάλεια και η ισορροπία εργασίας-ζωής. Οι έρευνες αυτές αποδεικνύουν, ακόμα, ότι οι εμπειρίες των φοιτητών νοσηλευτικής, μαζί με τις αντιλήψεις του επαγγέλματος ως φροντίδα, αποτελούν προϋποθέσεις για να γίνει κάποιος νοσηλευτής. Αυτή η μελέτη παρέχει υποστήριξη για την περαιτέρω εξερεύνηση του πώς διαμορφώνονται οι κατευθύνσεις της σταδιοδρομίας και οι προσδοκίες, οι οποίες έχουν επιπτώσεις στην επιλογή σταδιοδρομίας, την εκπαίδευση, την επαγγελματική κοινωνικοποίηση και τη συντήρηση.

Στην παρούσα μελέτη, η αντίληψη των φοιτητών για το πόσο καλοί νοσηλευτές θεωρούσαν ότι θα γίνουν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στις μέσες απαντήσεις της κλίμακας Προσανατολισμού προς τη Φροντίδα (NDI), και συγκεκριμένα στην υποκλίμακα Προσανατολισμού στην Κλινική Εργασία ($p \leq 0,0005$), καθώς και στον γενικό Προσανατολισμό στη Φροντίδα του Ασθενούς ($p=0,001$). Όσοι απάντησαν πως θα γίνουν «λίγο» ή «μέτρια» καλοί νοσηλευτές, είχαν υψηλότερους μέσους όρους στην υποκλίμακα προσανατολισμού προς την κλινική εργασία καθώς και στο γενικό προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενή, από όσους απάντησαν πως θα γίνουν «πάρα πολύ» καλοί νοσηλευτές. Το φαινομενικά παράδοξο εύρημα, πιθανόν να οφείλεται, στη περιορισμένη κατανόηση του ρόλου του νοσηλευτή και τις παραδοσιακές απόψεις για το συγκεκριμένο επάγγελμα ή τη περιορισμένη έκθεση σε σύγχρονα παραδείγματα νοσηλευτικής (Whitehead & συν., 2007)

Η αντίληψη του εαυτού ως πρόσωπο φροντίδας, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την απόφαση να επιλέξει κάποιος τη νοσηλευτική ως επάγγελμα (Andersson, 1993, Larsen & συν.,

2003). Έρευνα που βασίστηκε στη συμμετοχική παρατήρηση και στη λήψη συνεντεύξεων από 41 φοιτητές νοσηλευτικής στην Σουηδία, αποκάλυψε ότι οι αντιλήψεις αυτών των ατόμων παραμένουν σχετικά σταθερές και παραδοσιακές στην προέλευσή τους, παρά την εμπειρία της εκπαίδευσης, η οποία αμφισβητεί αυτές τις απόψεις. Οι δε αναλύσεις των συνεντεύξεων των συμμετεχόντων δείχνουν ότι οι επαγγελματικές αντιλήψεις συνδέονται στενά με την αυτο-αντίληψη (Andersson (1993).

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 183 φοιτητές και φοιτήτριες νοσηλευτικής. Από τους 183 συνολικά ερωτώμενους, οι 27 ήταν άνδρες (14,8%) ενώ η πλειοψηφία των ερωτώμενων 156 (85,2%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία του συνόλου των ερωτώμενων ανδρών ήταν $20,8 \pm 2,4$ και των γυναικών $21,7 \pm 4,3$ με εύρος 17-79, και χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,287$). Οι 87 (47,5%) από τους φοιτητές του δείγματος βρίσκονταν σε συντροφική σχέση, οι 79 (ποσοστό 43,2%) είναι μόνοι τους και 12 φοιτητές (6,6%) δήλωσαν πως η συντροφική τους κατάσταση είναι μπερδεμένη, με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,030$). Επίσης, στη συντριπτική τους πλειοψηφία (95,1%) οι φοιτητές έχουν αδέρφια.

Η αξιοπιστία Cronbach των τεσσάρων ερωτηματολογίων της μελέτης κυμαινόταν σε επαρκή επίπεδα από 0,7 έως 0,96, με εξαίρεση το ερωτηματολόγιο LOTR στο οποίο ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

Κατά μέσο όρο, το δείγμα έδωσε οριακά θετική απάντηση στην κλίμακα του Αλτρουισμού, ενώ η κλίμακα Ψυχοπαθολογίας είχε χαμηλό μέσο όρο. Ο βαθμός Αισιοδοξίας και ο Προσανατολισμός στη Φροντίδα του ασθενή είχαν ουδέτερους μέσους όρους. Συγκεκριμένα για τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας, το φοβικό άγχος ο ψυχωτισμός, η σωματοποίηση, το άγχος και οι διάφορες αιτιάσεις είχαν τη χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης. Οι υποκλίμακες της κατάθλιψης, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της επιθετικότητας, του ιδεοψυχαναγκασμού και του παρανοειδή ιδεασμού είχαν λίγο υψηλότερη εμφάνιση η οποία σε κάθε περίπτωση όμως συνέχιζε να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα.

Οι δύο ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης έγιναν μερικώς αποδεκτές. Συγκεκριμένα, οι φοιτητές και οι φοιτήτριες της μελέτης διέφεραν στις υποκλίμακες σωματοποίησης της κλίμακας ψυχοπαθολογίας και προσανατολισμού στην κλινική εργασία της κλίμακας προσανατολισμού στη φροντίδα του ασθενή, όχι όμως και στις υπόλοιπες κλίμακες (ερευνητική υπόθεση H1). Αναλυτικότερα, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερο μέσο όρο στη σωματοποίηση από τους άνδρες, αλλά σημαντικά χαμηλότερο μέσο όρο στον προσανατολισμό στην κλινική εργασία από ότι οι άνδρες.

Στην ερευνητική υπόθεση H2 η ψυχοπαθολογία βρέθηκε να έχει μέτρια αρνητική σχέση με την στάση στη ζωή και το βαθμό αισιοδοξίας και η αισιοδοξία είχε μια μέτρια προς υψηλή θετική σχέση με τη στάση απέναντι στη ζωή. Ελέγχοντας χωριστά τα δύο φύλα, στο δείγμα των ανδρών τα αποτελέσματα έδειξαν μία μέτρια αρνητική σχέση της ψυχοπαθολογίας με το βαθμό αισιοδοξίας όχι όμως και με τη στάση στη ζωή, η οποία είχε μια ισχυρή θετική σχέση με το βαθμό αισιοδοξίας. Οι απαντήσεις των γυναικών είχαν περισσότερα στατιστικά σημαντικά ευρήματα: ενώ είχαν παρόμοιες σχέσεις με τους άνδρες, επιπρόσθετα η ψυχοπαθολογία σχετιζόταν αρνητικά και μέτρια με τη στάση στη ζωή, και ο αλτρουισμός είχε μία αδύναμη θετική σχέση με τον προσανατολισμό στη φροντίδα του ασθενούς.

Κατά την εκπόνηση της παρούσας μελέτης υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί όπως είναι το είδος του δείγματος (δείγμα ευκολίας), το μικρό μέγεθος του δείγματος, αλλά και η διαφορά μεγέθους των δύο φύλων. Τα παραπάνω θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στην περίπτωση γενίκευσης των συμπερασμάτων στο σύνολο του φοιτητικού πληθυσμού της Νοσηλευτικής. .

Ωστόσο, τα σημαντικά ευρήματα της μελέτης, μας επιτρέπουν να διατυπώσουμε κάποιες προτάσεις που αφορούν τόσο στην εκπόνηση μελλοντικών ερευνών, όσο και στη λήψη σημαντικών αποφάσεων από τους εκπαιδευτικούς για τη βελτίωση των σπουδών στη Νοσηλευτική.

Καταρχήν, η επιλογή του θέματος της παρούσας εργασίας, που αφορά κοινωνικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των φοιτητών της νοσηλευτικής, και τη σχέση τους με τη στάση των φοιτητών για τη φροντίδα, στο πλαίσιο της ΠΦΥ, έγινε με σκοπό, να καλύψει το πολύ σημαντικό ερευνητικό κενό που υπάρχει στη χώρα μας, σχετικά με την ανίχνευση και την επίδρασή τους, στη στάση απέναντι στη φροντίδα, που αποτελεί το κυριότερο χαρακτηριστικό της επιστήμης αυτής. Όπως είναι φυσικό, όμως, μια έρευνα δεν είναι ποτέ αρκετή για την εξαγωγή ενός πλήρους συμπεράσματος, γιατί δεν μπορεί να γίνει η απαραίτητη για την ερευνητική διαδικασία σύγκριση των αποτελεσμάτων, που θα επιβεβαιώσει ή θα διαψεύσει τα δικά μας αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, δεν επιθυμείται μόνο η διεξαγωγή μιας έρευνας με το ίδιο θέμα αλλά και η δοκιμή, εξέταση και διερεύνηση και άλλων μεταβλητών που επηρεάζουν την επιλογή του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Όπως έχει δείξει η βιβλιογραφία, η αλληλεπίδραση με τους άλλους, κυρίως την οικογένεια, τους φίλους τα πρότυπα και τα ΜΜΕ, θεωρούνται από τους πιο σημαντικούς λόγους επιλογής της νοσηλευτικής, σαν σταδιοδρομία. Επίσης

οικονομικές και οικογενειακές υποχρεώσεις , αλλά και η διατήρηση θετικής εικόνας της νοσηλευτικής αναφέρονται ως λόγοι επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Η έρευνα για το ποιος εισάγεται στις νοσηλευτικές σχολές (το κοινωνικοψυχολογικό προφίλ των φοιτητών δηλαδή) θεωρείται απαραίτητη, για την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, βασισμένα στις ανάγκες των φοιτητών και τις αντιλήψεις για τη νοσηλευτική φροντίδα. Καθώς ο αλτρουισμός δεν είναι πλέον δεδομένη βασική αξία για τους φοιτητές της νοσηλευτικής θα πρέπει να τους παρέχεται κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση για να κατανοήσουν και να βιώσουν την αξία της φροντίδας και της περίθαλψης. Επίσης απαραίτητη είναι η σύνδεση θεωρητικής και κλινικής εκπαίδευσης, για τον περιορισμό του άγχους που δημιουργείται στους φοιτητές τόσο κατά την περίοδο των εξετάσεων, όσο και στη διάρκεια της πρακτικής άσκησης τους όπου έρχονται αντιμέτωποι με πραγματικά περιστατικά και ανθρώπινες ζωές.

Τέλος, εξαιτίας της ευρύτητας του πεδίου της νοσηλευτικής, θα πρέπει οι μαθητές να ενημερώνονται, αλλά και οι φοιτητές να εκπαιδεύονται στην άσκηση του συγκεκριμένου επαγγέλματος έξω από το αυστηρό πλαίσιο ενός νοσοκομείου, και να το επιλέγουν πιο συχνά και πιο συνειδητά άλλα πεδία εφαρμογής της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα είναι αυτό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..

Βιβλιογραφία

Ahmed, S. A. & Jackson D. N. (1979). “Psychographics for Social Policy Decisions: Welfare Assistance, *Journal of Consumer research*, 5:229-239.

Alansari BM, Kazem AM (2008), Optimism and pessimism in Kuwaiti and Omani Undergraduates, *Social Behavior and Personality*, 36(4): 503-518.

Allchin L, Dzurec LC, Engler AJ (2009), Psychological type and explanatory style of nursing students and clinical faculty, *Journal Nursing Education*, 48: 196-202.

Allen M, Allison M, Stevens S, Mulford R (2006), Mapping the literature of nursing education, *J Med Libr Assoc*, 94(2): 122-127.

Arnett JJ., (2000), Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties, *Am Psychol* ,55(5):469–480.

Atun R., (2004), What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? London, WHO Regional Office for Europe Health Evidence Network

Bahcecik N, Alpar E (2009), Nursing education in Turkey: From past to present, *Nurse Education Today*, 29: 698–703.

Baldwin D, McIntyre A, Hardaway E (2007), Perceived parenting styles on college students’ optimism, *College Student Journal*, 41(3): 550-557.

Baumeister H., Harter M. (2007), Prevalence of mental disorders based on general population surveys, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42(7):537–546.

Beck, C.T. (2000), The experience of choosing nursing as a career. *Journal of Nursing Education*, 39 (7): 320–322.

Betts C (2008), Do we need to redefine caring? How about re-finding it? A response to Mochan's Query, *Nursing Philosophy*, 9: 288–290.

Brilowski G, Wendler MC (2005), An evolutionary concept analysis of caring, *J Adv Nurs*, 50(6): 641–650.

Brodie, D.A., Andrews, G.J., Andrews, J.P., Thomas, G.B., Wong, J., Rixon, L,(2004), Perceptions of nursing: confirmation, change and the student experience, *International Journal of Nursing Studies*, 41:721–733.

Bryant F, Cvengros J (2004), Distinguishing hope and optimism: Two sides of a coin or two separate coins? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(2): 273-302.

Burnard P., Edwards D., Bennett K., Thaibah H., Tothova V., Baldacchino D., Bara P., Mytevelli J. (2008),A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei,the Czech Republic, Malta and Wales, *Nurse Education Today*, 28:134–145.

Charalambous A, Papadopoulos R, Beadsmoore A (2008), Ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα: Μία επιλεκτική βιβλιογραφική επισκόπηση των ερμηνειών ασθενών και νοσηλευτών, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(2): 90-99.

Christensson A., Vaez M., Dickman PW.,Runeson B. (2011) , Self-reported depression in first-year nursing students in relation to socio-demographic and educational factors: a nationwide cross-sectional study in Sweden, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:299–310

Cleary M., Horsfall J., Baines J., Happell B. (2012),Mental health behaviors among undergraduate nursing students: Issues for consideration, *Nurse Education Today*,32 :951–955.

Coll J, Draves P (2008), An examination of the relationship between optimism and worldview among university students, *College Student Journal*, 42(2): 395-401.

Dahlin M, Joneborg N, Runeson B (2005), Stress and depression among medical students: a cross-sectional study, *Medicine Education*, 39(6):594–604.

Davies R (2008), The Bologna process: The quiet revolution in nursing higher education, *Nurse Education Today*, 28(8): 935–942.

Day L, Maltby J (2003), Belief in good luck and psychological well-being: The mediating role of optimism and irrational beliefs, *Journal of Psychology*, 137(1): 99-110.

Derogatis, L.R. (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD:John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Derogatis, L.R. (1993). *Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)*. Computer Systems, Inc, Minneapolis, MN.

DeSantis L, Lipson G (2007), Brief history of inclusion of content on culture in nursing education, *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1): 7-9.

Dowswell T., Hewison J. & Millar B. (1998), Enrolled nurse conversion: trapped into training. *Journal of Advanced Nursing*, 28: 540-547.

Duffield C., O'Brien Pallas L., Aitken LM., (2004), Nurses who work outside nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 47(6):664–671.

Finfgeld-Gonnet D (2008), Meta-synthesis of caring in nursing, *J Clin Nurs*, 17: 196-204.

Gina G., Nursing Model: Jean Watson's Caring Theory

[https://blogs.commonsgororgetown.edu/gtg6/files/Nursing-Model.pdf\(12/2012\)](https://blogs.commonsgororgetown.edu/gtg6/files/Nursing-Model.pdf(12/2012))

Gorostidi XZ., Egilegor XH, Erice MJA., Iturriotz MJU., Garate IE., Lasa MB., Cascante XS. (2007), Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training, *Nurse Educ Today*, 27(7):777–787.

Grady, C. A., Stewardson, G. A., & Hall, J. L. (2008). Faculty notions regarding caring in male nursing students. *Journal of Nursing Education*, 47:314-323.

Grzywacz JG., Frone MR., Brewer CS., Kovner CT. (2006), Quantifying work–family conflict among registered nurses, *Research in Nursing & Health*, 29(5):414–426.

Gunther M, Alligood MR (2002), A discipline-specific determination of high quality nursing care, *J Adv Nurs*, 38(4): 353–359.

Holmstrom I, Larsson J (2004), A tension between genuine care and other duties: Swedish nursing students' views of their future work, *Nursing Education Today*, 25: 148-155.

http://el.wikisource.org/wiki/Περί_αρχαίας_ητρικής

<http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/WhereWeComeFrom/FlorenceNightingalePledge.aspx>

Iranmanesh S, Axelsson K, Savenstedt S, Haggstrom TS (2009), A caring relationship with people who have cancer, *J Adv Nurs*, 65: 1300-1308.

Jackson D (2009), The importance of optimism, *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1377–1378.

Jackson D, Firtko A, Stewart M (2007), Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review, *Journ Advan Nurs*, 60: 1–9.

Johnoson M., Haih C. & Yates-Bolton N,(2007) ,Valuing of altruism and honesty in nursing students: a two-decade replication study, *Journal of Advanced Nursing* ,57(4):366–374.

Khallad Y (2010), Dispositional optimism among American and Jordanian college students: Are Westerners really more upbeat than Easterners? *International Journal of Psychology*, 45(1): 56–63.

Krypel M.N., Henderson-King D. (2010), Stress, coping styles, and optimism: are they related to meaning of education in students' lives?, *Soc. Psychol. Educ.*, 13:409–424.

Leininger M (1988), Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4): 152-160.

Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I. (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, 95 (1) p 129-142.

McEven M, Wills E (2004), *Νοσηλευτικές Θεωρίες*, Αθήνα: Εκδ. ΒΗΤΑ.

Miers M.E., Rickaby C.E., Pollard K.C., (2007), Career choices in health care: is nursing a special case? A content analysis of survey data, *Intern. Journal of Nursing Studies*, 44 (7): 1196–1209.

Milton C. (2012).Altruism. *Nursing Science Quarterly*, 25: 222-224.

Mimura, C., Griffiths, P., Norman, I.J.,(2009), What motivates people to enter professional nursing, *International Journal of Nursing Studies*, 46 (5):603–605.

Nikbakht N.A., Lipson J.G., Emami A. (2004).Professional nursing in Iran: an overview of its historical and sociocultural framework. *Journal of Professional Nursing*, 20 (6):396–402.

Paley J (2001), An archaeology of caring knowledge, *J Advan Nurs*, 36(2): 188-198.

Paley J (2002), Caring as a slave morality – Nietzschean themes in nursing ethics, *J Adv Nurs.*, 40: 25–35.

Patistea E (1999), Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research, *J Clin Nurs*, 8: 487-495.

Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H (2008), Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction, *Aust J Adv Nurs*, 26: 75–84.

Raholm MB, Hedegaard BL, Lofmark A, Slettebo A (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden – From Bachelor's, *Journal of Advanced Nursing*, 66(9): 2126–2137.

Raikkonen K, Matthews KA, Flory JD, Owens JF, Gump BB.(1999), Effects of optimism, pessimism and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *J Pers Soc Psychol.*,76(1):104-113.

Rich K, Nugent K (2010), A United States perspective on the challenges in nursing education, *Nurse Education Today*, 30(3): 228–232.

Rognstad MK., Polit C., (2002), Recruitment to and motivation for nursing education and the nursing profession, *Journal of Nursing Education*, 41 (7):321–325.

Rolfe G, Gardner L (2005), Towards a nursing science of the unique – Evidence, reflexivity and the study of persons, *J Res. Nurs*, 10: 297–310.

Schneider, S. L. (2001), In search of realistic optimism: Meaning, knowledge, and warm fuzziness, *American Psychologist*, 56:250–263.

Skott C, Eriksson A (2005), Clinical caring – The diary of a nurse, *J Clin Nurs*, 14: 916-921.

Smith A. ,(1995), An analysis of altruism: a concept of caring, *Journal of Advanced Nursing*, 22: 785-790.

Sohl S, Moyer A, Lukin K, Knapp-Oliver S (2011), Why are optimists optimistic? *Individual Differences Research*, 9(1): 1-11.

Spichiger E, Wallhagen MI, Benner P (2005), Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective, *Scand J Caring Sci*, 19(4): 303-309.

Spielberger CD. *Mind Garden*. Redwood City, CA: Consulting Psychologists Press; 1983.

Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H (2007), Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland, *J Nurs Manag*, 15: 197–206.

Sung-Hyun ., So Young J., Sunyoung J., (2010), Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data ,*Nurse Education Today*, 30: 180–186 .

Taylor C, Lillis C, LeMone P (2002), *Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής*, τ. 1, 3^η έκδ., Αθήνα: Πασχαλίδης.

Vanhanen L, Janhonen S (2000), Changes in students' orientations to nursing during nursing education, *Nurse Education Today*, 20: 654-661.

Vanhanen L, Janhonen S (2000a), Factors associated with students' orientations to nursing, *Journal of Advanced Nursing*, 31(5): 1054-1062.

Vanhanen-Nuutinen L, Janhonen S, Maunu M, Laukkala H (2012), Changes in Finnish nursing students' orientations between mid 1990s and mid2000s, *Nurse Education Today*, 32: 490-495.

Wardle J., Steptoe A., Gulis G., Sartory G., Sek H., Todorova I., Vogele C., Ziarko M. (2004), Depression, perceived control, and life satisfaction in university students from Central-Eastern and Western Europe, *Intern. J Behav Med*, 11(1):27–36.

Warning L (2011), Are you positive? The influence of life orientation on the anxiety levels of nursing students, *Holistic Nursing Practice*, Sept/Oct: 254-257.

Watson R, Valcomen S (1999), A longitudinal study into the perceptions of caring and nursing among student nurses, *Journal Advanced Nursing*, 29(5): 1228-1237.

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

Weber H, Vollmann M, Renner B (2007), The spirited, the observant and the disheartened: Social concepts of optimism, realism and pessimism, *Journal of Personality*, 75(1): 169-167.

WHO , 1978, Primary Health Care : report of the international conference on primary health care. Alma –Ata UUSR.

Williams RA., Hagerty BM., Murphy-Weinberg V., Wan JY. (1995),Symptoms of Depression Among Female Nursing Students, *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5):269-278.

Αδαμακίδου Θ,Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α, (2008),Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική* , 47(3): 320-333.

Αλεξιάδου Σ.Α, Αλεξιάδου Ε.Α, Χαμαλίδου Α. (2008),Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας., *Διοικητική Ενημέρωση*,106–110.

Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ,(2012), Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2012, 29(1):106-115.

Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.

Δαφέρμος, Β. (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.

Δημητρίου Π. (1997). Η φροντίδα στη νοσηλευτική: μία άλλη άποψη. *Νοσηλευτική*,3:185-187.

Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα, τ. 7^{ος}: 187.

Έλληνας Δ ,Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας , σε σύστημα υγείας. Έλληνας Δ. <http://www.isth.gr/images/uploads/02.3-ELLHNAS.pdf>(7/2/2013).

Ιωαννίδη Ε.,Λοπατατζίδη Α.,Μάντη Π.(1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και προκλήσεις. Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές, ΕΑΠ,τομ.1,Θ.Ε-51,Πάτρα.

Ιωαννίδης, Ι.Π.Α. (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Καλαφάτη Μ, Λεμονίδου Χ, Δεδούσης Π και συν. (2007), Διερεύνηση των απόψεων νοσηλευομένων ορθοπεδικών ασθενών για την εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα, *Νοσηλεία και έρευνα*, 18: 15-25.

Κάρλου Χ, Πατηράκη Ε (2011), Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική Νοσηλευτική – Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, *Νοσηλευτική*, 50(1): 35-48.

Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ. (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.

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

Κοτσαμπασάκη Σ (1997), Νοσηλευτική θεωρία και πράξη – Οδεύοντας στον 21^ο αιώνα, *Νοσηλευτική*, 3: 175-184.

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

Μπαμπινιώτης Γ (2002), *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*, 2^η έκδ.; Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

Μπένος Α,(1999),Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας, *Ιατρικά Θέματα* , 16:12–15.

Ντώνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.

Παπαδαντωνάκη Α (2012), Το έργο της Νοσηλευτικής (άρθρο σύνταξης), *Νοσηλευτική*, 51(1): 7–9.

Παπαϊωάννου, Τ., Φερεντίνος, Κ. (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.

Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ και συν. (2010), Η έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μία πιλοτική ερευνητική εργασία, *Νοσηλευτική*, 49(4): 406–417.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Στατιστική - Επαγωγική Στατιστική*. Τόμος Β'. Αθήνα.

Ραγιά Α (2002), *Βασική Νοσηλευτική*, Αθήνα.

Ραγιά Α (2011), Επιστήμη, τέχνη και αξιολογικός προσανατολισμός, *Νοσηλευτική*, 50(2): 121–122.

Ρούπα Ζ, Γουρνή Μ, Κοτρώτσιου Ε (2009), Θεωρία εστιασμένης φροντίδας – RKG., *Interscientific Health Care*, 1: 1-8.

Τούντας Γ,(2003),Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 20:76–87.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Απόσπασμα πρακτικού έγκρισης

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ

Της 14^{ης} Συνεδρίασης του Συμβουλίου του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ/Θ, που πραγματοποιήθηκε την Πέμπτη 11-10-2012 και ώρα 12:00 μ.μ. ύστερα από την με αριθμ. πρωτ. ΝΦ 30/1946/8-10-2012 πρόσκληση της Προϊσταμένης του Τμήματος Νοσηλευτικής, Αναπληρώτριας Καθηγήτριας κ.Θάλειας Μπελλάλη, στο γραφείο της Προϊσταμένης του Τμήματος και με παρόντες τους:

1. Μπελλάλη Θάλεια, Προϊσταμένη, Πρόεδρος
2. Καζάκος Κυριάκος, Υπεύθυνος του Τομέα Ιατρικών Μαθημάτων-Κλινικά Εργαστήρια.
3. Μηνασίδου Ευγενία, Υπεύθυνη του Τομέα Νοσηλευτικών Ειδικοτήτων, Μέλος

Απουσίαζε αιτιολογημένα η Μελισσά Χρυσούλα, Υπεύθυνη Τομέα Κοινωνικών Επιστημών και η κ.Μωραϊτή Χρυσάνθη, εκπρόσωπος των φοιτητών.

Στη συζήτηση του 4^{ου} θέματος παρευρίσκεται η κ.Κουταλάκη Παρασκευή, Ε.Τ.Π. του Τμήματος καθώς πολλά θέματα αφορούν στην πρακτική άσκηση των φοιτητών του Τμήματος.

Πρακτικά τήρησε η Γραμματέας του Τμήματος Νοσηλευτικής κ. Χριστίνα Λαζαρίδου. Μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας, άρχισε η συνεδρίαση του Συμβουλίου του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ/Θ υπό την Προεδρία της κ.Θάλειας Μπελλάλη και με θέματα ημερήσιας διατάξεως:

ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΕΩΣ

... Θέμα 8^ο

Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας

Επί του θέματος τοποθετείται η Προϊσταμένη του Τμήματος, κ.Μπελλάλη Θάλεια: «Προτείνω την έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στους φοιτητές του Τμήματός μας στο πλαίσιο της εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Κοινωνικό-ψυχολογικό προφίλ ειδικευόμενων στη Νοσηλευτική και η διασύνδεσή του με την Φροντίδα στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» από την κ.Ζανιά Μαρία, η οποία παρακολουθεί το Μ.Π.Σ. «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής.

Τα μέλη του Συμβουλίου του Τμήματος αφού άκουσαν την εισήγηση και μετά από διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζουν

εγκρίνουν τη διανομή, συλλογή και επεξεργασία ερωτηματολογίων στους φοιτητές του Τμήματος στην μεταπτυχιακή φοιτήτρια κ. κ.Ζανιά Μαρία για την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας της με θέμα «Κοινωνικό-ψυχολογικό προφίλ ειδικευόμενων στη Νοσηλευτική και η διασύνδεσή του με την Φροντίδα στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

...Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ



Ερωτηματολόγιο



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



Αγαπητοί συνάδελφοι

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της έρευνας που εκπονείται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας με τίτλο: «Κοινωνικο-ψυχολογικό Προφίλ Φοιτητών της Νοσηλευτικής και η διασύνδεσή του με την Φροντίδα στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσουμε παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς μας και για αυτό θεωρούμε πολύτιμη τη βοήθειά σας.

Παρακαλώ να συμμετέχετε συμπληρώνοντας αυθόρμητα το παρακάτω ερωτηματολόγιο και όλες τις ερωτήσεις σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ανώνυμη και θα διαφυλαχθεί το απόρρητο των πληροφοριών που δίνονται.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Μαρία Ζανιά

Νοσηλεύτρια Τ.Ε., Υποψήφια MSc

Εργαστηριακός συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Τμήμα



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τους ασθενείς μας. 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
ΑΝΔΡΑΣ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ:

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

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΞΑΜΗΝΟ: _____ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΠΟΣΑ; _____ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: _____

ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΓΟΝΙΩΝ: ΧΩΡΙΟ/
ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΜΟΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ <150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΜΠΕΡΔΕΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ >150.000
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΛΑΠΛΟΥΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥΣ

**Θεωρείτε ότι θα γίνετε καλός νοσηλευτής
(κυκλώστε το νούμερο που ταιριάζει περισσότερο στο στάδιο της νόσου)**

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

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;
.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;
.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ ΩΣ ΠΑΙΔΙ
(πχ. αποχωρισμός από αγαπημένο πρόσωπο, ασθένεια ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, αλλαγή τόπου κατοικίας, κ.α.);

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΣΥΝΕΒΗ;

.....
.....
.....

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΑΝΑΚΑΛΕΣΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΓΕΓΟΝΟΣ, ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΣΥΝΕΒΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ ΧΡΟΝΩΝ ΚΑΙ ΣΑΣ ΠΡΟΚΑΛΕΣΕ ΕΝΤΟΝΟ ΑΓΧΟΣ Ή ΣΤΕΝΟΧΩΡΙΑ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΣΥΝΕΒΗ;

.....
.....
.....

NDI - 35

Για έναν νοσηλευτή θεωρείται σημαντικό:	Πάρα πολύ σημαντικό	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Ελάχιστα σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της					
2. Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία					
3. Να προσεύχεσαι για τον ασθενή					
4. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενούς ατομικά					
5. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή					
6. Να κρατάς επαφή με τον ασθενή μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο					
7. Να διασφαλίζεις σε έναν ασθενή τελικού σταδίου ότι δεν πρόκειται να πεθάνει					
8. Να παραμένεις στην εργασία σου μετά το τέλος της βάρδιας για την ολοκλήρωση μιας δουλειάς					
9. Να έρχεσαι στη δουλειά, όταν δεν αισθάνεσαι καλά					
10. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή					
11. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς					
12. Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή					
13. Να βάζεις έναν ασθενή να κάνει κάτι, έστω και αν αυτός ή αυτή δεν θέλει					
14. Να δείχνεις ότι είσαι απασχολημένος συνέχεια					
15. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριος του/της					
16. Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
17. Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα					
18. Να αισθάνεσαι λύπη για κάποιον ασθενή					

Για έναν νοσηλευτή θεωρείται σημαντικό:	Πάρα πολύ σημαντικό	Πολύ σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Ελάχιστα σημαντικό	Καθόλου σημαντικό
19. Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο					
20. Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή					
21. Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς					
22. Να κάθεται με έναν ασθενή					
23. Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή					
24. Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε ένα ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή					
25. Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας					
26. Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή					
27. Να οργανώνεις την εργασία των άλλων για τον ασθενή					
28. Να ακούς τον ασθενή					
29. Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή					
30. Να καθοδηγείς τον ασθενή για μια πτυχή της αυτοφροντίδας (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)					
31. Να μοιράζεσαι ένα προσωπικό πρόβλημα με κάποιον ασθενή					
32. Να κρατάς ενημερους τους συγγενείς για ότι αφορά τον ασθενή					
33. Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)					
34. Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)					
35. Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία					

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχια ή με διακοπές;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

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 γενναιοδωρη 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 γενναιοδωρα για να βοηθήσουν τους λιγότερο ευνοημένους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
4. Οι άνθρωποι οποίοι έχουν αρκετά για τους εαυτούς τους, έχουν καθήκον να προσφέρουν στους άπορους				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
5. Δεν πιστεύω στην οποιαδήποτε προσφορά χωρίς αντάλλαγμα				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
6. Οι περισσότεροι φιλανθρωπικοί οργανισμοί είναι ανέντιμοι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
7. Τα χρήματα που δαπανώνται για κοινωνική πρόνοια θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να μειωθούν οι φόροι				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5
8. Τα περισσότερα χρήματα που δίνονται στους άπορους είναι μια άσκοπη σπατάλη				
Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
1	2	3	4	5

Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή LOT-R : ελληνική έκδοση (Λυράκος και συν.)

Οδηγίες Συμπλήρωσης:

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε (ή διαφωνείτε) με την χρήση της παρακάτω κλίμακας, ως εξής: **[0] = διαφωνώ απόλυτα [1] = διαφωνώ [2] = ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ [3] = συμφωνώ [4] = συμφωνώ απόλυτα**

1.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
2.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
3.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
4.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
5.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
6.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
7.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
8.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
9.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
10.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

Η στάση μου απέναντι στη ζωή είναι. . . .

.0 _____ 10
 απολύτως απαισιόδοξη απολύτως αισιόδοξη