



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Μονάδων  
Υγείας (ΔΜΥ)

**Διπλωματική Εργασία**

*«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την  
ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε  
επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής  
υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»*

**Γελασάκη Μαρία AM 144179**

**Γρηγοράκη Χρυσούλα AM 146181**

**Επιβλέπων καθηγητής:** Παραλίκας Θεοδόσιος

Πάτρα, Φεβρουάριος, 2022

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιοδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη

συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

*«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την  
ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε  
επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής  
υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»*

**Γελασάκη Μαρία AM 144179**

**Γρηγοράκη Χρυσούλα AM 146181**

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

**Επιβλέπων Καθηγητής:**

Παραλίκας Θεοδόσιος

Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό  
ΕΑΠ

Επικουρος καθηγητης Πανεπιστημίου  
Θεσσαλίας

**Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:**

Τριγώνη Μαρία

Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό  
Προσωπικό ΕΑΠ

Πάτρα, Φεβρουάριος, 2022

*«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»*

*«Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέπων καθηγητή Κο Παραλίκα Θεοδόσιο για την καθοδήγηση και την υποστήριξή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας. Τους συναδέλφους για το χρόνο που διέθεσαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μας, ιδιαίτερα στις οικογένειες μας, όλο αυτό το διάστημα με υπομονή και ενθάρρυνση.»*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η ενσυναίσθηση επηρεάζει όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει ασθενείς που έχουν επηρεαστεί από συναισθηματικές και ψυχικές δυσκολίες. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει μια καλύτερη κατανόηση της δικής τους πνευματικότητας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθεί η έννοια της φροντίδας και η σχέση της με την ενσυναίσθηση και την επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας στην Κρήτη.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε μία πρωτογενής ποσοτική συγχρονική έρευνα συσχέτισης. Η ενσυναίσθηση μετρήθηκε το TEQ ( $\alpha=0,854$ ) η νοσηλευτική φροντίδα με το NDI, στις παραμέτρους του κλινικού έργου ( $\alpha=0,950$ ) και των αναγκών των ασθενών ( $\alpha=0,869$ ) και η επαγγελματική ικανοποίηση με αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο ( $\alpha=0,831$ ). Στην έρευνα συμμετείχαν 322 νοσηλευτές από τις δομές υπηρεσιών της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, στην πλειοψηφία τους από τα νοσοκομεία ΓΝ Αγίου Νικολάου, Βενιζέλειο και ΠΑΓΝΗ και από τα κέντρα υγείας ΚΥ Σητείας και Ηρακλείου. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, έγγαμες, με μέση ηλικία περίπου τα 45 χρόνια, με περισσότερα από 15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας, τεχνολογικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, χωρίς μεταπτυχιακή εξειδίκευση. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι independent samples t-test, ANOVA, Kruskal Wallis και Spearman σε στάθμη σημαντικότητας 5%.

**Συμπεράσματα:** Τα επίπεδα ενσυναίσθησης και επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών ήταν υψηλά. Η σημασία του κλινικού έργου αναγνωρίστηκε σε υψηλό βαθμό και σε μέτριο προς υψηλό οι ανάγκες των ασθενών. Οι νεότεροι νοσηλευτές εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης και θεώρησαν περισσότερο σημαντικό το κλινικό τους έργο. Οι χωρισμένοι και οι χήροι νοσηλευτές εμφάνισαν χαμηλότερη ενσυναίσθηση. Οι νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον την τριτοβάθμια εκπαίδευση ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, εμφάνισαν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση και θεώρησαν σημαντικότερή την νοσηλευτική φροντίδα. Οι νοσηλευτές με 6-10 χρόνια εργασίας εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης. Οι υπάλληλοι νοσηλευτές ήταν λιγότεροι ικανοποιημένοι από την εργασία τους και θεώρησαν λιγότερο σημαντικές τις ανάγκες των ασθενών από ότι οι προϊστάμενοι νοσηλευτές. Οι νοσηλευτές που ήταν ικανοποιημένοι από την εργασία τους και είχαν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης θεώρησαν πιο σημαντική την νοσηλευτική φροντίδα.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Νοσηλευτική φροντίδα, 7<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης, Ενσυναίσθηση, Επαγγελματική Ικανοποίηση

*Investigation of the concept of care and its relationship with job  
satisfaction and empathy in professional Nurses working in health  
service structures of the 7th Health District of Crete*

**Gelasaki Maria - Grigoraki Xrysoula**

## **Abstract**

**Introduction:** Empathy affects all aspects of nursing care. The nursing staff cares for patients who have been affected by emotional and mental difficulties. Nursing staff who have a better understanding of their own spirituality can be more effective in providing quality healthcare and care.

**Aim:** The aim of this research was to study the concept of care and its relationship with the inclusion and professional satisfaction of nurses working in health care facilities in Crete.

**Methodology:** A primary quantitative synchronous correlatiωε research was performed. Empathy was measured by TEQ ( $\alpha = 0.854$ ), nursing care with NDI, in the parameters of clinical work ( $\alpha = 0.950$ ) and the needs of patients ( $\alpha = 0.869$ ) and job satisfaction with a primary questionnaire ( $\alpha = 0.831$ ). The research involved 322 nurses from the service structures of the 7th Health District of Crete, in their majority from the hospitals of Agios Nikolaos, Venizelio and PAGNI and from the health centers of Sitia and Heraklion. Most of the participants were women, married, with an average age of about 45 years, with more than 15 years of work experience, technological or secondary education, without postgraduate specialization. Independent samples t-test, ANOVA, Kruskal Wallis and Spearman statistical tests were used at a significance level of 5%.

**Conclusions:** Nurses' levels of empathy and professional satisfaction were high. The importance of clinical work was recognized to a high degree and to moderate to high patient needs. Younger nurses showed a greater degree of empathy and considered their clinical work more important. Divorced and widowed nurses showed lower empathy. Nurses who have completed at least higher education have been more satisfied with their work, have shown more empathy and considered the nursing care more important. Nurses with 6-10 years of work experience indicated a greater degree of empathy. Nurses employees were less satisfied with their work and considered patients' needs less important than supervisors. Nurses who were satisfied with their work and had a high degree of empathy, considered nursing care more important.

**Keywords:** Nursing care, 7th Health District of Crete, Empathy, Job Satisfaction

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	vii
Abstract.....	viii
Κατάλογος Γραφημάτων.....	x
Κατάλογος Πινάκων.....	xi
Εισαγωγή.....	1
1 Ενσυναίσθηση στα Επαγγέλματα Υγείας.....	3
1.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης.....	3
1.2 Μέθοδοι Αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης .....	5
1.3 Η Σχέση Ενσυναίσθησης και Φροντίδας .....	9
1.4 Η Ανάγκη Αυξημένης Ενσυναίσθησης στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα .....	12
2 Επαγγελματική Ικανοποίηση στα Επαγγέλματα Υγείας.....	14
2.1 Επαγγελματική Ικανοποίηση στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα .....	14
3 Η έννοια της φροντίδας .....	18
3.1 Η Αντίληψη της Φροντίδας των Ασθενών.....	18
3.2 Η Ποιότητα της Φροντίδας .....	22
3.3 Η Σχέση της Φροντίδας με την Ενσυναίσθηση.....	26
4 Μεθοδολογία έρευνας .....	29
4.1 Σκοπός-ερευνητικά ερωτήματα.....	29
4.2 Σχεδιασμός έρευνας.....	29
4.3 Πληθυσμός-Συμμετέχοντες .....	30
4.4 Ερωτηματολόγιο .....	35
4.5 Διαδικασίες.....	37
4.6 Στατιστική ανάλυση.....	38
5 Αποτελέσματα .....	39
5.1 1 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα.....	39
5.2 2 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα.....	42
5.3 3 <sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα.....	43
5.4 4 <sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα.....	47
5.5 5 <sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα.....	60
6 Συμπεράσματα έρευνας .....	61
6.1 Συζήτηση.....	61
6.2 Περιορισμοί-Προτάσεις.....	66
6.3 Σύνοψη .....	67
7 Βιβλιογραφικές αναφορές.....	68
7.1 Ξενόγλωσσες.....	68
7.2 Ελληνόγλωσσες.....	78
8 Παράρτημα.....	79
8.1 Α: Ερωτηματολόγιο .....	79
8.2 Β: Έγκριση 7 <sup>ης</sup> ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ.....	85

## Κατάλογος Γραφημάτων

<b>Γράφημα 1: Φύλο</b> .....	32
<b>Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση</b> .....	32
<b>Γράφημα 3: Εκπαιδευτική κατηγορία</b> .....	33
<b>Γράφημα 4: Επίπεδο μεταπτυχιακών</b> .....	33
<b>Γράφημα 5: Χρόνια εργασίας</b> .....	33
<b>Γράφημα 6: Θέση που κατέχετε στον χώρο εργασίας σας</b> .....	34
<b>Γράφημα 7: Σε ποιο Νοσοκομείο/Κέντρο υγείας εργάζεστε;</b> .....	34
<b>Γράφημα 8: Ηλικία</b> .....	35
<b>Γράφημα 9: Ενσυναίσθηση</b> .....	41
Γράφημα 10: Ικανοποίηση από την εργασία .....	42
Γράφημα 11: Κλινικό έργο .....	45
Γράφημα 12: Ανάγκες ασθενή .....	46
Γράφημα 13: Error bars «Ενσυναίσθηση» * Οικογενειακή κατάσταση .....	49
<b>Γράφημα 14: Error bars «Κλινικό έργο» * Οικογενειακή κατάσταση</b> .....	50
Γράφημα 15: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» * Εκπαιδευτική κατηγορία .....	52
Γράφημα 16: Error bars «Ενσυναίσθηση» * Εκπαιδευτική κατηγορία .....	52
Γράφημα 17: Error bars «Κλινικό έργο» * Εκπαιδευτική κατηγορία .....	53
Γράφημα 18: Error bars «Ανάγκες ασθενή» * Εκπαιδευτική κατηγορία .....	53
Γράφημα 19: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» * Επιπλέον τίτλος σπουδών ...	54
Γράφημα 20: Error bars «Ενσυναίσθηση» * Επιπλέον τίτλος σπουδών .....	54
Γράφημα 21: Error bars «Κλινικό έργο» * Επιπλέον τίτλος σπουδών .....	55
Γράφημα 22: Boxplots «Ανάγκες ασθενή» * Επιπλέον τίτλος σπουδών .....	55
Γράφημα 23: Error bars «Ενσυναίσθηση» * Χρόνια εργασίας .....	57
Γράφημα 24: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» * Θέση .....	58
Γράφημα 25: Error bars «Κλινικό έργο» * Θέση .....	59

## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1: Δημογραφικά ποιοτικά στοιχεία</b> .....	31
<b>Πίνακας 2: Ηλικία</b> .....	34
<b>Πίνακας 3: Ενσυναίσθηση</b> .....	40
Πίνακας 4: Ικανοποίηση από την εργασία.....	42
Πίνακας 5: Κλινικό έργο.....	44
Πίνακας 6: Ανάγκες ασθενή .....	46
Πίνακας 7: Παράγοντες * Φύλο, t-test .....	47
Πίνακας 8: Παράγοντες*Ηλικία, Συσχετίσεις Spearman .....	47
Πίνακας 9: Παράγοντες * Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA .....	48
Πίνακας 10: «Ενσυναίσθηση» * Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA .....	48
Πίνακας 11: «Ενσυναίσθηση» * Οικογενειακή κατάσταση, LSD post hoc.....	48
Πίνακας 12: «Κλινικό έργο» * Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA.....	49
Πίνακας 13: «Κλινικό έργο» * Οικογενειακή κατάσταση, Games Howell post hoc.....	49
Πίνακας 14: Παράγοντες * Εκπαιδευτική κατηγορία, t-test.....	50
Πίνακας 15: Παράγοντες * Εκπαιδευτική κατηγορία, t-test (στατ. σημαντικά).....	51
<b>Πίνακας 16: Παράγοντες * Επιπλέον τίτλος σπουδών, independent samples t-test</b> ...	54
Πίνακας 17: Παράγοντες * Χρόνια εργασίας, ANOVA .....	56
Πίνακας 18: «Ενσυναίσθηση» * Χρόνια εργασίας, ANOVA .....	56
Πίνακας 19: «Ενσυναίσθηση» * Χρόνια εργασίας, LSD post hoc .....	56
Πίνακας 20: Παράγοντες * Θέση, ANOVA και Kruskal-Wallis.....	57
Πίνακας 21: Παράγοντες * Θέση, ANOVA (στατιστικά σημαντικά) .....	58
Πίνακας 24: Παράγοντες * Εργασία σε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, t-test.....	60
Πίνακας 25: «Ενσυναίσθηση», «Ικανοποίηση από την εργασία» * Παράγοντες συμπεριφορών φροντίδας, Συσχετίσεις Spearman.....	60

## Εισαγωγή

Η επίτευξη της ανταπόκρισης με ενσυναίσθηση στη συναισθηματική δυστυχία των άλλων αποτελεί βασική δεξιότητα που αναπτύσσεται από τα πρώτα στάδια της ζωής του ατόμου και επηρεάζεται θετικά ή αρνητικά από τη γενικότερη ανάπτυξη του. Οι φιλοκοινωνικές ενέργειες μπορεί να υποκινούνται από ενσυναίσθηση και το ενδιαφέρον για την ευημερία και τα δικαιώματα των άλλων, καθώς και για εγωιστικά ή πρακτικά συμφέροντα (Eisenberg et al, 2007).

Από την πλευρά της, η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια που έχει ηθικά, γνωστικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συστατικά. Οι επαγγελματίες υγείας, από την ίδια τη φύση της εργασίας τους, πρέπει να επιδίδονται σε τέτοιου είδους συμπεριφορά που μπορεί να βασίζεται στον αλτρουισμό ή την αμοιβαιότητα. Η ενσυναίσθηση θεωρείται θεμελιώδης αξία στη νοσηλευτική φροντίδα, η οποία μας επιτρέπει να κατανοούμε τα συναισθήματα του ασθενούς και να γνωρίζουμε πώς να τα διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά, ανταποκρινόμενη στις ανάγκες του (González-Serna, 2018).

Η Eisenberg (2000), συνδέει την ανάπτυξη της ηθικής κρίσης με την ικανότητα ενσυναίσθησης, την οποία θεωρεί απαραίτητη για την επίτευξη ώριμων και υποστηρικτικών κοινωνικών συμπεριφορών. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες του εικοστού αιώνα, υπήρξε ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την εμπειρική απόδειξη μιας στατιστικά θετικής σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και φιλοκοινωνικής συμπεριφοράς και αρνητική σχέση, ή καμία σχέση μεταξύ της προσωπικής αναταραχής και των συμπεριφορών ενσυναίσθησης, τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά. Έτσι, η ενσυναίσθηση για τα βάσανα των άλλων ευνοεί τις αλτρουιστικές πράξεις και περιορίζει την προσωπική επιθετικότητα (Eisenberg, 2000).

Η εκτίμηση των ηθικών αξιών φαίνεται να επηρεάζεται θετικά από τον βαθμό ενσυναίσθησης και η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης χρησιμοποιείται για την τόνωση της ηθικής ωριμότητας στην παιδική ηλικία και την εφηβεία. Έτσι η ενσυναίσθηση είναι πιθανό να επηρεάσει την αξιολογική εκτίμηση των επαγγελματικών συμπεριφορών (Fuller et al, 2021).

Ο Figley (2002), προτείνει ότι οι πιο αποτελεσματικοί θεραπευτές είναι εκείνοι που χρησιμοποιούν και εκφράζουν ενσυναίσθηση και συμπόνια κατά την πρακτική φροντίδα, ο Figley (2002) αναφέρει ότι η ενσυναίσθηση παρέχει τα εργαλεία που απαιτούνται στην τέχνη της ανθρώπινης υπηρεσίας. Το να βλέπουν οι επαγγελματίες υγείας τον κόσμο όπως τον βλέπουν οι πελάτες τους, τους δίνει τη δυνατότητα να βαθμονομούν τις υπηρεσίες τους ώστε να ταιριάζουν με τους πελάτες και να προσαρμόζουν τις υπηρεσίες τους, ώστε να ταιριάζουν με το πώς προχωρούν στην προσφορά φροντίδας.

Μια μεταβλητή που υποτίθεται ότι σχετίζεται με την ενσυναίσθηση είναι η ικανοποίηση από την εργασία. Είναι η ικανοποίηση που αντλεί κάποιος από τη δουλειά του/της. Αναφέρεται στο πώς νιώθουν οι άνθρωποι για τη δουλειά τους και τις διαφορετικές πτυχές της εργασίας τους. Σύμφωνα με τον Schermerhorn και τους συνεργάτες του (2005), η ικανοποίηση από την εργασία είναι αναλογική ή συναισθηματική αντίδραση σε διάφορες πτυχές της εργασίας ενός εργαζομένου. Ο Reilly (1991), ορίζει την εργασιακή ικανοποίηση ως το συναίσθημα που έχει ένας εργαζόμενος για τη δουλειά του ή μια γενική στάση απέναντι στην εργασία του, και επηρεάζεται από την αντίληψη του ατόμου για τη δουλειά του.

# **1 Ενσυναίσθηση στα Επαγγέλματα Υγείας**

## **1.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης**

Η ενσυναίσθηση στην ψυχολογία ορίζεται ως η ταύτιση των εμπειριών με τα συναισθήματα του αντικειμένου, ή η συμμετοχή στις εμπειρίες των άλλων ανθρώπων. Η ψυχανάλυση τονίζει τη σημασία των συναισθηματικών συστατικών της ενσυναίσθησης: η συναισθηματική ευαισθησία και η ικανότητα να συναισθανόμαστε τα συναισθήματα του άλλου. Αυτά επιτρέπουν τη δημιουργία ώριμων ανθρωπίνων σχέσεων, χωρίς την ανησυχία για τη διατήρηση της ταυτότητας του εαυτού. Αυτές οι δεξιότητες είναι η βάση για την κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου, της κατάστασης της ζωής και επιτρέπει την πρόβλεψη της μελλοντικής συμπεριφοράς (Cuff et al, 2016). Η ενσυναίσθηση προϋποθέτει την αναγνώριση αυτού που συμβαίνει στον εγκέφαλο ενός άλλου ατόμου, την αντίληψη του τι σημαίνει να είσαι σε αυτή την κατάσταση του μυαλού, βιώνοντας τις συναισθηματικές συνέπειες τέτοιων καταστάσεων και κατανόηση για τα συναισθήματα του άλλου (Ioannidou & Konstantinaki, 2008).

Ο γνωστικός χαρακτήρας της ενσυναίσθησης σχετίζεται με την ικανότητα αντίληψης και κατανόησης του άλλου ατόμου, καθώς και της οπτικής γωνίας του άλλου. Καθορίζει επίσης την αποτελεσματική επικοινωνία, καθώς επιτρέπει την τροποποίηση των γλωσσικών εκφράσεων που χρησιμοποιούνται, σύμφωνα με τις γλωσσικές δεξιότητες και την αντίληψη του άλλου, μαζί με τις ανάγκες του/της σε πληροφορίες. Η ενσυναίσθηση μερικές φορές ορίζεται ως η ικανότητα κατανόησης και αντίληψης του νοήματος της επικοινωνίας (Neumann et al, 2016).

Από την άλλη, η συμπεριφορά ως συστατικό της ενσυναίσθησης είναι η ικανότητα επικοινωνίας και κατανόησης από το σημείο της άποψης του άλλου ατόμου. Βασίζεται σε ένα ρεπερτόριο των τρόπων επικοινωνίας (προφορική και μη λεκτική). Άνθρωποι που στερούνται την ικανότητα ενσυναίσθησης είναι επιθετικοί, με ισχυρή προσωπικότητα και επιβάλλουν τη θέληση και το όραμά τους για τον κόσμο. Δεν αντέχουν την αντιπολίτευση και δεν αντέχουν να επιτρέπουν στη συνείδησή τους να αποδεχθεί το γεγονός ή την πιθανότητα να κάνουν λάθος. Η ενσυναίσθηση συχνά συγχέεται με τη συμπάθεια όμως δεν

ταυτίζεται σε καμία περίπτωση μαζί της. Σύμπάθεια ορίζεται η συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του ατόμου που υποφέρει. Πρόκειται για τον οίκτο ή τη λύπη που νιώθει ένα άτομο για κάποιο άλλο. Εν αντιθέσει με τα παραπάνω η ενσυναίσθηση αποτελεί προσπάθεια συναισθηματικής ταίισης και κατανόησης του συναισθήματος ενός ανθρώπου (DiMatteo & Martin, 2011). Είναι επίσης μια σύνθετη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο τρόπους νευρωνικής επεξεργασίας - «από κάτω προς τα πάνω» και «από πάνω προς τα κάτω». Η λειτουργία του πρώτου μάλλον βασίζεται στο σύστημα κατοπτρικών νευρώνων (Jankowiak-Siuda et al, 2011).

Μεταξύ των καθοριστικών παραγόντων της ενσυναίσθησης, μπορούν να διακριθούν επιμέρους χαρακτηριστικά του ατόμου που αποτελεί το επιστημονικό αντικείμενο. Αυτά περιλαμβάνουν: φύλο, ηλικία, προσωπικότητα και εκπαίδευση. Η ενσυναίσθηση είναι σημάδι του γενικού επιπέδου της ευαισθησίας του μεμονωμένου ατόμου, και αυτή η ευαισθησία εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της έμφυτης φύσης του ατόμου. Η πιο συναισθηματική ευαισθησία των γυναικών ευνοεί την υψηλότερη ενσυναίσθηση τους. Η ενσυναίσθηση αναπτύσσεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου και ένας σημαντικός παράγοντας για την τόνωση αυτού του είδους ευαισθησίας θεωρείται το οικογενειακό περιβάλλον. Οι ερευνητές τονίζουν τον ρόλο της επαφής μεταξύ μιας μητέρας και του παιδιού της, που σχηματίζει συναισθηματική ενσυναίσθηση (Goubert et al, 2006). Η θετική στάση των μητέρων προς τις κόρες επηρεάζει την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθητική επικοινωνία που συμβαίνει μεταξύ ενός παιδιού και μιας ομάδας οδηγεί στην εσωτερίκευση αξιών και συμπεριφορών. Επηρεάζει επίσης την ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας. Το επίπεδο ενσυναίσθησης σχετίζεται επίσης με χαρακτηριστικά ενός ατόμου που είναι η πηγή της συναισθηματικής απόκρισης. Μία από τις μεταβλητές είναι η ομοιότητα με το άτομο που είναι ο δέκτης και ο πομπός της ενσυναίσθησης. Το επίπεδο εγγύτητας μεταξύ των συνδεδεμένων ατόμων επίσης καθορίζει την ένταση της ενσυναίσθησης. Εξαρτάται από την άμεση επίδραση των συναισθηματικών ερεθισμάτων. Η επίδραση της ενσυναίσθησης δεν εξαρτάται μόνο από τον βαθμό της φυσικής οικειότητας αλλά και από τον ψυχικό σύνδεσμο και συχνότητα των επαφών με το άλλο άτομο (McDonald & Messinger, 2011).

Το στοιχείο επικοινωνίας της ενσυναίσθησης εκδηλώνεται στις εμπειρίες επικοινωνίας των ανθρώπων, με στόχο την εμπειρία των αναγκών του άλλου καθώς και τη φιλοκοινωνική συμπεριφορά. Προϋποθέσεις όπως η σιωπή, ο απαλός φωτισμός και έλλειψη αντιληπτική πίεση από τους άλλους ανθρώπους βοηθά τη συναισθηματική επαφή. Μεταξύ των εσωτερικών προδιαθέσεων, που οδηγούν στη μεταβίβαση του συναισθήματος της ενσυναίσθησης είναι: το κίνητρο, το ενδιαφέρον, η εμπειρία της θεραπείας με ενσυναίσθηση. Ως προς τη σχέση ανάμεσα σε έναν/μία νοσηλεύτη/τρια και έναν ασθενή, η ενσυναίσθηση μερικές φορές κατανοείται ως η ικανότητα να μπαίνει κανείς στη ζωή του άλλου ατόμου για να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις έννοιες τους. Η ενσυναίσθηση επομένως, έχει τη μεγαλύτερη αξία τη στιγμή της επαφής ενός νοσηλεύτη με τον ασθενή. Ωστόσο, ένα άλλο χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης είναι η ακριβής αντίληψη των συναισθημάτων του ασθενούς από έναν ασθενή και η σαφής διατύπωση των σκέψεων. Η ενσυναίσθητη συμφωνία πρέπει να εκφράζεται στη γλώσσα του ασθενούς (Fuller et al, 2021).

Η ικανότητα να αισθάνεται κάποιος ενσυναίσθηση είναι η ιδιαίτερη σημασία σε επαγγέλματα στα οποία η επαφή με έναν άλλο άνθρωπο παίζει θεμελιώδη ρόλο. Η σχέση βοήθειας είναι μια συνάντηση δύο χωριστών προσώπων που δημιουργούν ένα κοινό πεδίο δραστηριότητας. Αυτή η συνάντηση πρέπει να υπερβαίνει τους εαυτούς μας. Κάποιος πρέπει να στραφεί σε έναν άλλο άνθρωπο, να τον βοηθήσει να αποκαλύψει τη δική του αδυναμία (Cuff et al, 2016).

Από την άλλη πλευρά, οι άνθρωποι με ενσυναίσθηση, οδηγούνται από συναισθήματα όπως το καθήκον και η ευθύνη. Η ενσυναίσθηση είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που βοηθά τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Όταν λείπει είναι πιθανό να εμφανιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ενσυναίσθηση απαιτεί αφοσίωση, υψηλό επίπεδο ενέργειας και είναι μια συναισθηματική διαδικασία (Goubert et al, 2006).

## **1.2 Μέθοδοι Αξιολόγησης της Ενσυναίσθησης**

Το στοιχείο επικοινωνίας κατά την ενσυναίσθηση, εκδηλώνεται στην επικοινωνία των ανθρώπων με τις δικές τους εμπειρίες, με στόχο την εμπειρία των αναγκών του άλλου καθώς και τη φιλοκοινωνική συμπεριφορά. Προϋποθέσεις όπως η σιγανή φωνή, ο απαλός φωτισμός και η έλλειψη πίεσης αντιληπτικής ικανότητας από άλλους ανθρώπους, βοηθούν

τη συναισθηματική επαφή. Μεταξύ των εσωτερικών προδιαθέσεων, που οδηγούν στην επικοινωνία του συναισθήματος της ενσυναίσθησης είναι: το κίνητρο, το ενδιαφέρον, η εμπειρία της θεραπείας με ενσυναίσθηση. Ως προς τη σχέση ανάμεσα σε έναν νοσηλευτή και έναν ασθενή, η ενσυναίσθηση μερικές φορές κατανοείται ως η ικανότητα να μπαίνεις στη ζωή του άλλου ατόμου για να αντιληφθείς τα συναισθήματα και τις έννοιες του. Η ενσυναίσθηση επομένως, έχει τη μεγαλύτερη αξία τη στιγμή της επαφής ενός νοσηλευτή με τον ασθενή. Ωστόσο, ένα άλλο χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης είναι η ακριβής αντίληψη του ασθενούς για τα συναισθήματα που προέρχονται από τον επαγγελματία υγείας και τη σαφή διατύπωση των σκέψεων. Η ενσυναίσθητη συμφωνία πρέπει να εκφράζεται στη γλώσσα του ασθενούς (Marcysiak et al, 2014).

Η ικανότητα για ενσυναίσθηση έχει ιδιαίτερη σημασία σε επαγγέλματα στα οποία η επαφή με έναν άλλος άνθρωπο παίζει θεμελιώδη ρόλο. Η σχέση βοήθειας είναι μια συνάντηση δύο χωριστών προσώπων που δημιουργούν ένα κοινό πεδίο δραστηριότητας. Αυτή η συνάντηση πρέπει να υπερβαίνει τους εαυτούς των επαγγελματιών υγείας. Κάποιος πρέπει να στραφεί προς τον άλλο άνθρωπο, να τον βοηθήσει να αποκαλύψει τη δική του αδυναμία. Στο μεταξύ, η κατάσταση ενός ατόμου που συμβάλλει στη δημιουργία της αίσθησης ότι η ενασχόληση με τις υποθέσεις των άλλων, θα μπορούσε να διαταράξει την ηρεμία αυτών που βοηθούνται. Από την άλλη, οι νοσηλευτές με ενσυναίσθηση, οδηγούνται από αισθήματα όπως το καθήκον και η ευθύνη. Αυτός που βοηθάει δεν είναι ποτέ αρκετά σίγουρος τι πραγματικά αναμένεται από αυτόν που δέχεται τη βοήθεια. Η ενσυναίσθηση είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό που βοηθά τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Όταν λείπει είναι πιθανόν να εμφανιστεί το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Η ενσυναίσθηση απαιτεί δέσμευση, υψηλό επίπεδο ενέργειας, και είναι μια συναισθηματική διαδικασία (Yu & Kirk, 2009).

Συνεπώς, στο νοσηλευτικό επάγγελμα, η αξιολόγηση της ενσυναίσθησης και της επικοινωνίας με ασθενείς μέσω της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή είναι απαραίτητη και ζωτική (Williams et al, 2012). Τα τελευταία χρόνια, αναφέρεται σε πολλά άρθρα ότι χρησιμοποιώντας την έννοια της ενσυναίσθησης στις νοσηλευτικές φροντίδες μπορεί να υπάρχουν θετικές συνέπειες στην ανάρρωση των ασθενών. Για παράδειγμα, οι μελέτες σχετικά με την επίδραση της ενσυναίσθησης των νοσηλευτών στη μείωση του άγχους των ασθενών και την ικανοποίηση, έφεραν θετικά αποτελέσματα. Η έκφραση υψηλής

ενσυναίσθησης προς τους ασθενείς από νοσηλευτές, είχε σημαντική επίδραση στο να αισθάνονται ήρεμοι οι ασθενείς (Quince et al, 2011).

Ο Morse et al (1992), έχουν εκφράσει τέσσερα στοιχεία για τη νοσηλευτική ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς ως εξής (8): (α) συναισθηματικό συστατικό, ως η νοητική ικανότητα να βιώνει το άτομο και να μοιράζεται τα συναισθήματα και την πνευματική κατάσταση των άλλων, (β) ηθικό συστατικό, ως η εσωτερική δύναμη που παρακινεί τη δράση, (γ) γνωστική συνιστώσα, ως νοητική ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης συναισθημάτων και προοπτικών άλλων ανθρώπων από αντικειμενική άποψη, και (δ) συμπεριφορικό συστατικό ως επικοινωνιακή απόκριση στη μεταφορά αντιλήψεων σε άλλους

Σε μια μελέτη από τους Tsai et al (2013), σχετικά με τις αντιλήψεις για την ενσυναίσθηση των ασθενών στην Ταϊβάν, προέκυψε μια κλίμακα ενσυναίσθησης των ασθενών από τους νοσηλευτές, με τρεις παράγοντες (διαστάσεις) με τίτλο «nurses' expressions», «patients feedbacks» και «patients' expectations» (εκφράσεις νοσηλευτών, ανατροφοδότηση ασθενών και προσδοκίες των ασθενών) που εξηγούσαν το 63,7 % της συνολικής διακύμανσης. Η έκφραση των νοσηλευτών είναι η προσοχή στους ασθενείς και τις απόψεις τους. Η ανατροφοδότηση είναι η προθυμία των ασθενών να μοιραστούν τα συναισθήματά τους με νοσηλευτές. Οι προσδοκίες των ασθενών είναι οι ελπίδες να είναι τα αισθήματά τους κατανοητά από τους νοσηλευτές (Tsai et al, 2013).

Βασικός στόχος των εθνικών συστημάτων υγείας είναι η αποτελεσματικότητα, η βελτίωση και η προαγωγή της υγείας της κοινότητας. Το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρείται ένα από τα βασικά μέλη της ομάδας υγείας. Από την άλλη, η ενσυναίσθηση έχει παίξει έναν ουσιαστικό ρόλο στην καλύτερη έκβαση της υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Οι περισσότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε αυτή η περιοχή, έχουν επικεντρωθεί στην ενσυναίσθηση από τους νοσηλευτές και τις απόψεις των ασθενών (Mohammadi & Kamali, 2020).

Το μέτρο διαβούλευσης και η σχεσιακής ενσυναίσθησης (Consultation and Relational Empathy-CARE) είναι ένα μέτρο που αξιολογείται από τον ασθενή για την ποιότητα της συνάντησής του με επαγγελματίες υγείας. Δέκα στοιχεία ζητούν την αντίληψη των ασθενών για τη «σχεσιακή ενσυναίσθηση» του επαγγελματία, που ορίζεται ως η ικανότητα αντίληψης του επαγγελματία υγείας να:

α) κατανοήσει την κατάσταση, την προοπτική του ασθενούς και τα συναισθήματα (και τις συνημμένες έννοιές τους).

β) επικοινωνήσει αυτή την κατανόηση και να ελέγξει την ακρίβειά της, και

γ) να ενεργήσει σύμφωνα με αυτή την κατανόηση με τον ασθενή σε βοηθητικό (θεραπευτικό) τρόπο.

Η ανάπτυξη του μέτρου βασίστηκε σε ανασκόπηση των υφιστάμενων μέτρων και σε ποιοτικές συνεντεύξεις με ασθενείς και τα σχόλιά τους για τα επιμέρους στοιχεία, προκειμένου να δημιουργηθεί ένα μέτρο που να έχει νόημα ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών (Bikker et al, 2015).

Η κλίμακα Jefferson of Physician Empathy (JSPE) αναπτύχθηκε πριν από μια δεκαετία. Μια έκδοση του εργαλείου αναπτύχθηκε για χορήγηση σε φοιτητές ιατρικής (S-Version), μια άλλη έκδοση αναπτύχθηκε για χορήγηση σε γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (HP-Version). Μια τρίτη έκδοση της κλίμακας αναπτύχθηκε πρόσφατα για τη διοίκηση σε φοιτητές σε σχολές επαγγελμάτων υγείας εκτός της ιατρικής (π.χ. νοσηλευτική, φαρμακευτική, οδοντιατρική κ.λπ.). Το JSPE είναι μια συνοπτική κλίμακα που περιλαμβάνει 20 στοιχεία, το καθένα απαντάται σε κλίμακα Likert 7 βαθμών (1=Διαφωνώ απόλυτα, 7=Συμφωνώ απόλυτα) που μπορεί να απαντηθεί σε περίπου 10 λεπτά. Μια υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης. Έχουν αναφερθεί στοιχεία που υποστηρίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας μεταξύ Αμερικανών φοιτητών και ιατρών. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν την υποστήριξη της ψυχομετρίας του JSPE στις Ηνωμένες Πολιτείες, το Μεξικό, την Πολωνία, την Ιταλία, την Κορέα και την Ιαπωνία (Suh et al, 2012).

Στην Ελλάδα, οι γιατροί και οι ασθενείς συμπλήρωσαν την Κλίμακα Jefferson Physician's Empathy (JSPE) και του JSPPPE (Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy), αντίστοιχα. Περαιτέρω, στην πιο πρόσφατη και μεγαλύτερη μελέτη, οι γιατροί συμπλήρωσαν επιπλέον την κλίμακα Διεθνούς Δείκτη Αντιδραστικότητας και στους ασθενείς χορηγήθηκε επίσης η Κλίμακα CARE. Σαν αποτέλεσμα, ο βαθμός στον οποίο συμπίπτει η αυτοαξιολογημένη ενσυναίσθηση με τις απόψεις των ασθενών παραμένει ένα ανοιχτό πεδίο. Επιπλέον, παραμένει ένα πρόβλημα η απουσία οποιουδήποτε επικυρωμένου

εργαλείου ανατροφοδότησης για την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας στην ελληνική βιβλιογραφία (Katsari et al, 2020).

### **1.3 Η Σχέση Ενσυναίσθησης και Φροντίδας**

Η θεραπευτική ενσυναίσθηση και η ανθρωποκεντρική φροντίδα γίνονται όλο και περισσότερο κατανοητές ως κεντρικές για την παροχή καλής υγειονομικής περίθαλψης, με αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι «ενσυναίσθητοι» επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των ασθενών και την ανθρωποκεντρική φροντίδα που παρέχει το πλαίσιο για πολλές πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (The Health Foundation, 2016).

Οι όροι σχετίζονται επίσης, με ορισμένους ορισμούς της προσωποκεντρικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της ενσυναίσθησης, και μερικές εξηγήσεις της ενσυναίσθησης που αναφέρονται στην ανθρωποκεντρική φροντίδα (Howick et al, 2018). Ωστόσο, η φύση της σχέσης μεταξύ της ενσυναίσθησης και της προσωποκεντρικής φροντίδας παραμένει ανεπαρκώς διερευνημένη και ασαφής. Συγκεκριμένα, μια συστηματική ανασκόπηση βρήκε 417 διακριτές εννοιολογήσεις του τελευταίου όρου. Η φροντίδα, η εκπαίδευση ασθενών, ο συντονισμός της περίθαλψης, η πρόσβαση στη φροντίδα και πολλά άλλα συμπεριλαμβάνονται στη φροντίδα. Ωστόσο, όταν αναφέρεται η ενσυναίσθηση, οι περιγραφές της προσωποκεντρικής φροντίδας δεν ορίζουν την «ενσυναίσθηση» (Scholl et al, 2014).

Ενώ υπάρχει γενική συμφωνία ότι η ενσυναίσθηση απαιτεί διαπροσωπική κατανόηση, υπάρχουν διαφορετικές προτάσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να επιτευχθεί αυτή η κατανόηση. Οι προτάσεις περιλαμβάνουν συμπέρασμα, προσομοίωση ή άμεση εμπειρία των σκέψεων και των συναισθημάτων του άλλου. Υπάρχει επίσης μια παράλληλη συζήτηση για το εάν η ενσυναίσθηση απαιτεί δράση φροντίδας. Μια πρόσφατη πρόταση για τον ορισμό της θεραπευτικής ενσυναίσθησης ως ενσυναίσθησης που απαιτεί γνωστική κατανόηση και θεραπευτική δράση προσπαθεί να ξεπεράσει ορισμένα από αυτά τα

προβλήματα. Ωστόσο, παραμένει προβληματική λόγω της ψευδούς διχοτομίας μεταξύ γνωστικής και συναισθηματικής ενσυναίσθησης (Cuff et al, 2016).

Δεν είναι αμφισβητήσιμο να δηλωθεί ότι η θεραπευτική ενσυναίσθηση ξεκινά με τη διαπροσωπική κατανόηση. Όλα τα στοιχεία συμφωνούν σε αυτό τουλάχιστον. Υπάρχει, ωστόσο, σημαντική συζήτηση για το πώς επιτυγχάνεται μια τέτοια διαπροσωπική κατανόηση. Αυτό έχει συχνά παρουσιαστεί μέσω μιας διάκρισης μεταξύ «γνωστικής» και «συναισθηματικής» ενσυναίσθησης. Η συναισθηματική ενσυναίσθηση επιτυγχάνεται όταν αντικατοπτρίζουμε τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου, έτσι ώστε να βιώνουμε πραγματικά αυτά τα συναισθήματα. Μπορεί να σχετίζεται με αυτό που μερικές φορές είναι γνωστό ως προσέγγιση της θεωρίας προσομοίωσης στη διαπροσωπική κατανόηση. Η θεωρία της προσομοίωσης δηλώνει ότι κάποιος προσομοιώνει τις σκέψεις και τα συναισθήματα ενός άλλου μιμούμενος και προβάλλοντας την άποψή του άλλου (Goldman, 2006). Μια άλλη προσέγγιση στη διαπροσωπική κατανόηση, η οποία μπορεί επίσης να σχετίζεται με τη συναισθηματική ενσυναίσθηση, είναι η φαινομενολογική προσέγγιση. Αυτό απορρίπτει την έννοια της μίμησης, σημειώνοντας ότι κάποιος μπορεί να βιώσει άμεσα τις σκέψεις και τα συναισθήματα του άλλου χωρίς την απαραίτητη προσφυγή σε προσομοίωση ή άλλη ενδιάμεση αναπαράσταση. Μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει ότι άλλα μυαλά είναι ανοιχτά στην άμεση εμπειρία και ότι η ενσυναίσθηση είναι αυτός ο τρόπος αλλοκατευθυνόμενης προθέσεως (Svenaeus, 2018).

Η πλήρης συναισθηματική ενσυναίσθηση είναι πιθανώς αδύνατο να επιτευχθεί, αφού ποτέ δεν θα μάθουμε ακριβώς τι σημαίνει να βρίσκεσαι στη συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου. Σίγουρα για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, η πλήρης θεραπευτική συναισθηματική ενσυναίσθηση θα μπορούσε να είναι ανεπιθύμητη καθώς θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο εξουθένωσης (Wilkinson et al, 2017). Ωστόσο, η εμπειρία όλων των συναισθημάτων του άλλου, με τον τρόπο που τα βιώνουν, δεν απαιτεί τη θεραπευτική ενσυναίσθηση. Μπορεί να αρκεί να κατανοήσουμε –ή τουλάχιστον να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε– πώς είναι να είσαι στη θέση του άλλου, που είναι αυτό που περιλαμβάνει η γνωστική ενσυναίσθηση, το οποίο δηλώνει ότι βγάζουμε συμπεράσματα για τις σκέψεις του άλλου μέσα σε μια σιωπηρή ψυχολογική θεωρία για να τις καταλάβουμε (Cuff et al, 2016). Η γνωστική θεραπευτική ενσυναίσθηση, επομένως, θα απαιτούσε από έναν επαγγελματία υγείας να προσπαθήσει να αξιολογήσει πώς θα μπορούσε να είναι ο ασθενής (σε σχέση με

υπάρχουσες θεωρητικές αρχές) χωρίς απαραίτητα να βιώνουν όλα τα συναισθήματα αυτού του ασθενούς (Hardman, & Howick, 2019)

Εάν κάποιος υιοθετήσει μια πραγματιστική προσέγγιση για τον ορισμό της διαπροσωπικής κατανόησης, εξακολουθεί να αντιμετωπίζει το ζήτημα εάν η θεραπευτική ενσυναίσθηση απαιτεί επίσης δράση φροντίδας προς τους ασθενείς. Σε μια πρόσφατη εργασία που αναπτύχθηκε από ένα συνέδριο που πραγματοποιήθηκε από το Πρόγραμμα Ενσυναίσθησης της Οξφόρδης, οι Howick et al (2018), πρότειναν έναν ορισμό τριών χαρακτηριστικών της θεραπευτικής ενσυναίσθησης που περιλαμβάνει τόσο την κατανόηση όσο και τη φροντίδα προς τους ασθενείς. Πρώτον, την κατανόηση του τι σημαίνει μια ασθένεια για τους ασθενείς. Δεύτερον, την επικοινωνία αυτής της κατανόησης και τρίτον, το να ενεργεί ο επαγγελματίας υγείας σε αυτή την κατανόηση με έναν χρήσιμο και θεραπευτικό τρόπο. Υπάρχει πρόβλημα με την επέκταση του ορισμού της ενσυναίσθησης με αυτόν τον τρόπο, επειδή η κατανόηση κάποιου δεν οδηγεί απαραίτητα σε μια απόκριση φροντίδας. Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι οι κλινικοί γιατροί είναι, εξ ορισμού, προσανατολισμένοι στη φροντίδα ενός ασθενούς, φαίνεται λογικό να οριστεί η θεραπευτική ενσυναίσθηση ως δράση φροντίδας καθώς και διαπροσωπική κατανόηση. Έτσι, η θεραπευτική ενσυναίσθηση θα μπορούσε να διακριθεί χρήσιμα από την ενσυναίσθηση γενικά με τη συμπερίληψη της δράσης φροντίδας στον ορισμό (Hardman, & Howick, 2019).

Οι αρχές της προσωποκεντρικής φροντίδας επικεντρώνονται στις στάσεις του γιατρού, του σεβασμού, της ενσυναίσθησης, της ειλικρίνειας και της ικανότητας, σχετικά με τη θεραπεία των ασθενών ως μοναδικών ατόμων στο πλαίσιο. Αυτές οι αρχές αντικατοπτρίζουν την καθοδήγηση από το Βασιλικό Κολλέγιο Γενικών Ιατρών (Royal College of General Practitioners/RCGP) που δίνει έμφαση στον σεβασμό για τις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών (RCGP, 2018) και από το Health Foundation που προάγουν την αξιοπρέπεια, το σεβασμό και τη συμπόνια για τους ασθενείς μέσα σε ένα πλαίσιο εξατομικευμένης φροντίδας (The Health Foundation, 2016). Οι παράγοντες που επιτρέπουν την ατομοκεντρική φροντίδα περιλαμβάνουν την εστίαση στον συντονισμό, τη συνέχεια, την πρόσβαση στη φροντίδα, την ομαδική εργασία και την αλληλεπίδραση κλινικού-ασθενούς. Αυτές οι αρχές αντικατοπτρίζουν επίσης τις οδηγίες από το RCGP, το Health Foundation, και το Βασιλικό Κολλέγιο Ιατρών (Royal College of General Practitioners), που εισάγουν στο προσκήνιο τη λήψη κοινών αποφάσεων και την υποστήριξη της

αυτοδιαχείρισης, τη συμμετοχή ασθενών, των οικογενειών και των φίλων τους και την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης (Hardman & Howick , 2019).

## **1.4 Η Ανάγκη Αυξημένης Ενσυναίσθησης στο Νοσηλευτικό**

### **Επάγγελμα**

Οι δεξιότητες επικοινωνίας έχουν περιγραφεί ως η πιο σημαντική ικανότητα για έναν επαγγελματία υγείας. Η αποτελεσματική επικοινωνία εξαρτάται από το ότι ο θεραπευτής αισθάνεται βέβαιος ότι έχει πραγματικά ακούσει και καταγράψει τις ανάγκες του χρήστη υγειονομικής περίθαλψης ώστε να παρέχει εξατομικευμένη φροντίδα. Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να κατανοούν τα συναισθήματα, τις απόψεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων προκειμένου να αξιολογήσουν τις πραγματικές τους ανάγκες και να ενεργήσουν ανάλογα, προσφέροντας εξατομικευμένες υπηρεσίες. Η επίτευξη αυτού του στόχου καθιστά απαραίτητη την ανάπτυξη δεξιοτήτων ενσυναίσθησης (Moudatsou et al, 2020).

Η έννοια της ενσυναίσθησης είναι κοινός παρονομαστής για πολλούς επαγγελματίες υγείας, όπως νοσηλευτές, γιατρούς, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Η προσωποκεντρική προσέγγιση για την άνευ όρων αποδοχή του χρήστη της υγειονομικής περίθαλψης και η ενσυναίσθηση αποτελούν για χρόνια τις θεμελιώδεις αξίες στην εκπαίδευση και εφαρμογή της κλινικής κοινωνικής πρακτικής Moudatsou et al, 2020).

Από την Έκθεση Francis του Mid Staffordshire Foundation Trust που αποκάλυψε σοβαρές αποτυχίες στη φροντίδα ασθενών στο Βρετανικό σύστημα υγείας NHS, υπήρξε μια αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος για τον εξανθρωπισμό της ιατρικής περίθαλψης. Ο Francis ζήτησε την αλλαγή κουλτούρας στο NHS, που να περιλαμβάνει πιο συμπονετική φροντίδα και αυτό επαναλαμβάνεται από τη σύσταση του Chief Nursing Officer προς τους νοσηλευτές (Francis, 2013).

Η ουσία της απανθρωποποίησης είναι η άρνηση της ψυχικής ζωής ενός άλλου ατόμου και της αξιοπρέπειας. Τίθεται το ερώτημα γιατί οι άνθρωποι στα επαγγέλματα φροντίδας παύουν να δείχνουν φροντίδα; Μεταξύ των συνεισφερόμενων παραγόντων που

εντοπίστηκαν στην έκθεση Francis ήταν: κόπωση για συμπόνια, υπερκόπωση, υπερβολική ζήτηση, έλλειψη της συνέχειας και της αποτυχίας να δούμε τον ασθενή ως συνάνθρωπο (Haslam, 2015).

Η θετικιστική άποψη της ιατρικής δίνει προτεραιότητα στην τεχνική πρόοδο, την ιατρική που βασίζεται σε στοιχεία, στόχους και την αποτελεσματικότητα, άρα συμπεριλαμβάνει την άποψη των ασθενών αποκλειστικά ως αντικείμενα πνευματικού ενδιαφέροντος. Οι επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να αποστασιοποιηθούν από τους ασθενείς, προς αποφυγή συναισθημάτων και εστίαση σε βιοϊατρικά γεγονότα: μια διαδικασία που περιγράφεται ως «υπαρξιακή παραμέληση»

Η κουλτούρα ευθυνών που επικρατεί σε πολλά συστήματα υγείας οδηγεί σε ένα τιμωρητικό κλίμα όπου η έλλειψη ανεκτικότητας οδηγεί σε απώλεια της μάθησης και της γέννησης του φόβου. Σε ένα τέτοιο κοινωνικό περιβάλλον, η δυναμική της συμμόρφωσης εξουσίας μπορεί να επηρεάσει τους καλούς ανθρώπους να ενεργούν απερίσκεπτα. Τα μηχανιστικά οργανωτικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δημιουργούν κίνδυνο απανθρωποποίησης, με απώλεια ενσυναίσθησης, που μπορεί να αποξενώσει τους κλινικούς γιατρούς από τους ασθενείς (de Zulueta, 2015).

Η εμπορευματοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης αφήνει τους ανθρώπους ευάλωτους στην εργαλειακή μεταχείριση, επικεντρωμένους στον σκοπό, σε μια κουλτούρα που προωθεί τον ανταγωνισμό παρά τη συνεργασία. Η de Zulueta (2015), προσδιορίζει την υπερβολική έμφαση του βιοϊατρικού μοντέλου στην ιατρική ως άλλο παράγοντας που απειλεί την παράδοση αγαθών στην ψυχοκοινωνική φροντίδα.

Αν και τα κενά στη φροντίδα που αναφέρει ο Francis και άλλα που έχουν εντοπιστεί στη βιβλιογραφία, δεν οφείλονται εξ ολοκλήρου σε «έλλειμμα συμπόνιας», η γενική συναίνεση είναι ότι υπάρχει πρόβλημα στην παροχή ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε όλα τα περιβάλλοντα και επείγουσα ανάγκη να αντιμετωπιστεί η ισορροπία μεταξύ επιστημονικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας (de Zulueta, 2015). Η ανησυχία για το έλλειμμα ενσυναίσθησης στην κλινική πράξη αντικατοπτρίζεται στην ιατρική προπτυχιακή εκπαίδευση, όπου υπάρχουν αντικρουόμενες ενδείξεις μείωσης της ενσυναίσθησης στους φοιτητές μέσα από την εκπαίδευσή τους (Jeffrey, 2016). Η προώθηση της ενσυναίσθησης είναι ένας από τους στόχους της εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας. Είναι σημαντικό για

τους εκπαιδευτικούς να κατανοήσουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των προπτυχιακών φοιτητών υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να προσαρμόσουν τα εκπαιδευτικά προγράμματα για να υποστηρίξουν ή να ενισχύσουν τις ικανότητες ενσυναίσθησης των μαθητών (Messineo et al, 2021).

Έχουν δημιουργηθεί διάφορα όργανα για τη μέτρηση των επιπέδων ενσυναίσθησης σε περιβάλλοντα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιλαμβάνονται τους επαγγελματίες υγείας ως ενσυναίσθητους ανθρώπους. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στους ασθενείς να αισθάνονται κατανοητοί, επικυρωμένοι και σεβόμενοι. Οι μελέτες έχουν εντοπίσει την ενσυναίσθηση ως χρήσιμη δεξιότητα για τους νοσηλευτές, σχετικά με τον αντίκτυπο της στην βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών, όπως η δυσφορία και η μείωση του άγχους (Olson, 1995). Έχει δοθεί μεγάλη προσοχή σε αυτό το θέμα και στη σημασία της υγειονομικής περίθαλψης και έχει τονιστεί η σημασία του προσωπικού που ακολουθεί μια ενσυναίσθητη προσέγγιση. Επιπλέον, πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα έχουν επικεντρωθεί στην προώθηση της ενσυναίσθησης στους προπτυχιακούς φοιτητές και επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, οι συζητήσεις μεταξύ των ερευνητών σχετικά με την περιγραφή και τη λειτουργικοποίηση της ενσυναίσθησης είναι ακόμα ανοιχτές, με τις σχετικές εκτιμήσεις για συγκεκριμένα μέσα για μέτρηση ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας, γενικά, και στη νοσηλευτική, ειδικότερα να μην έχουν καταλήξει (Messineo et al, 2021).

## **2 Επαγγελματική Ικανοποίηση στα Επαγγέλματα Υγείας**

### **2.1 Επαγγελματική Ικανοποίηση στο Νοσηλευτικό Επάγγελμα**

Η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι συμπαθούν ή αντιπαθούν τη δουλειά τους. Ο ορισμός από μόνος του υποδηλώνει ότι η εργασιακή ικανοποίηση είναι μια γενική ή παγκόσμια συναισθηματική αντίδραση που τα άτομα εκδηλώνουν στη δουλειά τους. Έχουν αναφερθεί σχέσεις μεταξύ εργασιακής ικανοποίησης, παραγωγικότητας, απουσιών και εγκατάλειψης της εργασίας, που αφορούν στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και ως εκ τούτου επηρεάζει την οργανωτική δέσμευση των εργαζομένων και την ποιότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση από την εργασία μπορεί να επιτευχθεί όταν ένας εργαζόμενος γίνεται ένα με

τον οργανισμό, αποδίδει στο μέγιστο των δυνατοτήτων του και δείχνει δέσμευση. Επιπλέον, η εργασιακή ικανοποίηση και η απόδοση επηρεάζονται θετικά από τις ανταμοιβές (Wood, Yaacob, & Morris, 2004).

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την εργασία, όπως η ανάγκη για τη διοίκηση να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει τη συμμετοχή των εργαζομένων και τη διαχείριση του στρες στο χώρο εργασίας (Krietner, Kinicki & Buelens, 2002). Η συνολική εργασιακή ικανοποίηση είναι στην πραγματικότητα ένας συνδυασμός εσωτερικής και εξωτερικής εργασιακής ικανοποίησης. Η εσωτερική εργασιακή ικανοποίηση είναι όταν οι εργαζόμενοι λαμβάνουν υπόψη μόνο το είδος της εργασίας που κάνουν και τα καθήκοντα που αποτελούν την εργασία, ενώ η εξωτερική εργασιακή ικανοποίηση είναι όταν οι εργαζόμενοι λαμβάνουν υπόψη τις συνθήκες της εργασίας, όπως, τις αμοιβές, τους συναδέλφους, το στυλ διοίκησης και την επικοινωνία με τη διοίκηση. Οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι τείνουν να είναι πιο παραγωγικοί και αφοσιωμένοι στη δουλειά τους (Al-Hussami, 2008).

Σε ένα χώρο υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση των εργαζομένων έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με την ποιότητα της υπηρεσίας και την ικανοποίηση των ασθενών (Tzeng, 2002). Οι εργαζόμενοι μπορούν να επηρεάσουν άμεσα την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς η εμπλοκή και η αλληλεπίδρασή τους με τους ασθενείς παίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη της ποιότητας. Κατά τη θεωρία των Κινήτρων-Υγιεινής, υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και είναι ξεχωριστοί από αυτούς που οδηγούν σε εργασιακή δυσαρέσκεια. Οι παράγοντες που οδηγούν στην ικανοποίηση, περιγράφουν τα κίνητρα, και είναι οι ευκαιρίες προώθησης και προσωπικής ανάπτυξης, η υπευθυνότητα, τα επιτεύγματα και η αναγνώριση. Αυτοί είναι παράγοντες που ανταμείβουν εγγενώς το άτομο. Οι εξωτερικοί παράγοντες, περιγράφονται ως «υγιεινή». Οι παράγοντες που οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία περιλαμβάνουν την αμοιβή, τις φυσικές συνθήκες εργασίας, την ασφάλεια της εργασίας, τις πολιτικές της εταιρείας, την ποιότητα της εποπτείας και τη σχέση με τους άλλους (Robbins, 2003).

Η έρευνα υποδηλώνει ότι η εκπαίδευση και η πρόοδος μπορούν να είναι σημαντικές για τη δέσμευση των εργαζομένων και συνεπώς για την παραγωγικότητα. Οι έκτακτοι εργαζόμενοι είναι επικουρικοί για έναν οργανισμό και ως εκ τούτου, οι επιχειρήσεις

κατανέμουν λιγότερους πόρους για την εκπαίδευση και την κοινωνικοποίησή τους από ό,τι για την κατάρτιση και την κοινωνικοποίηση των βασικών εργαζομένων (Valverde et al, 2000). Ως αποτέλεσμα, οι έκτακτοι εργαζόμενοι μπορεί να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα απόδοσης από τους βασικούς υπαλλήλους. Οι συμβασιούχοι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους, ακόμη και το σωματείο (De Witte & Näswall, 2003). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της έλλειψης του οργανισμού σε επενδύσεις για την ένταξη των εργαζομένων σε ενδεχόμενο προσωπικό στο υπάρχον εργατικό δυναμικό. Εδώ μπορούμε επίσης να πούμε ότι μια καλή πρακτική ανθρώπινου δυναμικού αναπτύσσει τη δέσμευση και την ενδυνάμωση των εργαζομένων στον οργανισμό. Βοηθά στην ικανοποίηση των εργαζομένων, τη διατήρηση και, τελικά, επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών (Andrioti et al, 2017).

Οι Newman, Maylor & Chansarkar (2001), περιέγραψαν πώς αυτά τα αλληλένδετα ζητήματα επηρεάζουν το ένα το άλλο. Η συγκεκριμένη μελέτη απέδειξε ότι οι ικανοποιημένοι υπάλληλοι των νοσοκομείων/του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να ενισχύσουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Με άλλα λόγια, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν ένα καλό περιβάλλον εργασίας θα οδηγήσουν σε πιο ικανοποιημένο προσωπικό που είναι πιο πιθανό να παραμείνει πιστό στον οργανισμό και να παρέχει υψηλότερο επίπεδο φροντίδας με αποτέλεσμα υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Αυτή η αλληλεπίδραση επηρεάζει όχι μόνο τα επίπεδα ικανοποίησης αλλά και την αφοσίωση των ασθενών και την οικονομική απόδοση. Η έρευνα έδειξε ότι η δυσαρέσκεια των εργαζομένων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της περίθαλψης και τελικά έχει αρνητική επίδραση στην αφοσίωση των ασθενών και στη συνέχεια στην κερδοφορία του νοσοκομείου.

Η εργασιακή δέσμευση μπορεί να οριστεί ως μια επίμονη, διάχυτη και θετική συναισθηματική-κινητήρια κατάσταση των εργαζομένων. Οι αφοσιωμένοι υπάλληλοι θεωρούν ότι η εργασία τους είναι ουσιαστική και σύμφωνη με τις αξίες τους. Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter (1997), οι εργαζόμενοι πετυχαίνουν τον καλύτερό τους εαυτό όταν πιστεύουν σε αυτό που κάνουν. Πρόσφατες εργασίες έχουν ζητήσει να διεξαχθεί περισσότερη έρευνα σχετικά με αυτό το κατασκευάσμα με νοσηλευτές, επειδή η δέσμευση των νοσηλευτών εξακολουθεί να είναι ανεπαρκώς κατανοητή. Απαιτούνται παρεμβάσεις με στόχο την προώθηση της δέσμευσης. Μέσω μελλοντικής έρευνας στον τομέα της

δέσμευσης, πιστεύεται ότι οι νοσηλευτές θα αποκτήσουν περισσότερες θετικές εμπειρίες από την εργασία τους και στη συνέχεια μια μεγαλύτερη αίσθηση ευημερίας (Landau, 1992).

Η δέσμευση των νοσηλευτών φαίνεται να επικεντρώνεται στην εγγενή ανταμοιβή και τη σύνδεση με τους άλλους. Η εμπλοκή με τους ασθενείς διαδραματίζει βασικό ρόλο στην προώθηση της δέσμευσης των νοσηλευτών (Mackintosh, 2007). Ο Mackintosh (2007) ισχυρίζεται ότι η ανάπτυξη μιας επιτυχημένης σχέσης με τους ασθενείς χτίζει την προσωπικότητα που σχετίζεται με την εργασία ως ξεχωριστή από την ατομική προσωπικότητα και ότι επέτρεψε στους νοσηλευτές να συνεχίσουν να εργάζονται με επιτυχία σε κάτι που διαφορετικά θα μπορούσε να θεωρηθεί κατάσταση υψηλού στρες. Υποθέτουμε ότι η ενσυναίσθηση με το γνωστικό της φίλτρο επιτρέπει στους νοσηλευτές να διατηρούν καλή απόσταση με τον ασθενή και συνδέεται θετικά με την εργασιακή δέσμευση. Η εργασιακή ικανοποίηση μεταξύ των νοσηλευτών έχει αναγνωριστεί ως βασικός παράγοντας στην εναλλαγή των νοσηλευτών με την εμπειρική βιβλιογραφία να υποδηλώνει ότι σχετίζεται με μια σειρά από οργανωτικές, επαγγελματικές και προσωπικές μεταβλητές και μπορεί να οριστεί ως δείκτης ποιοτικού αποτελέσματος (Lu, Alison & Barriball, 2005).

Ο Theodosius (2008) επιπλέον θεωρεί τη διαχείριση των συναισθημάτων στις αλληλεπιδράσεις με τους ασθενείς ως βασικά στοιχεία για την εκπλήρωση των προσδοκιών των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές θεωρούν τη σχέση με τον ασθενή ως βασικό στοιχείο στην αντίληψη του «καλού νοσηλευτή». Ο Hochschild (1983), διαπίστωσε ότι όταν οι νοσηλευτές είναι σε θέση να χειριστούν τα εσωτερικά συναισθήματα και να διαχειριστούν τα συναισθήματα των ασθενών, η ικανοποίηση από την εργασία ενισχύεται. Σε σχέση με αυτό, ο Perry (2012), διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές που έχουν παράσχει φροντίδα υψηλής ποιότητας και έχουν δημιουργήσει συναισθηματικές συνδέσεις με ασθενείς αισθάνονται πολύ ικανοποιημένοι με την επαγγελματική τους ζωή.

Ο Jones (1990) όρισε τη νοσηλευτική εναλλαγή ως τη διαδικασία κατά την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό αποχωρεί ή μεταφέρεται εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει εκούσιους και ακούσιους, καθώς και εσωτερικούς και εξωτερικούς κύκλους εργασιών. Η υψηλή εναλλαγή των νοσηλευτών μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα ενός οργανισμού να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και να παρέχει ποιοτική φροντίδα (Shields & Ward, 2001).

Σε επίπεδο νοσηλευτικής μονάδας, ο υψηλός κύκλος εργασιών επηρεάζει το ηθικό των νοσηλευτών και την παραγωγικότητα όσων παραμένουν για να παρέχουν φροντίδα. Η συνεχιζόμενη αστάθεια του εργατικού δυναμικού σε πολλές χώρες εγείρει ερωτήματα σχετικά με τον αντίκτυπο της εναλλαγής νοσηλευτών στην ευημερία των νοσηλευτών, στην ποιότητα της περίθαλψης των ασθενών και στο κόστος του συστήματος. Πρόσφατα, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην κατανόηση των οργανωτικών, ατομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του κύκλου εργασιών (Galletta et al, 2011). Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στον φόρτο εργασίας. Βρέθηκε ότι ένας σταθερά μεγάλος φόρτος εργασίας αυξάνει την ένταση στην εργασία και μειώνει την ικανοποίηση από την εργασία, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την πιθανότητα εναλλαγής εργασίας (Strachota et al, 2003). Εμπειρικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι κάθε επιπλέον ασθενής ανά νοσηλευτή σχετίζεται με 23% αύξηση στην επαγγελματική εξουθένωση και 15% αύξηση στις πιθανότητες δυσαρέσκειας από την εργασία (Aiken & Patrician, 2000). Ο O'Brien Pallas (2006), είχε τονίσει ότι η μέτρηση του φόρτου εργασίας πρέπει να επικεντρώνεται στην πολυπλοκότητα της κατάστασης του ασθενούς και όχι στις πραγματικές εργασίες. Πιο αναλυτικά, ο Hochschild (1983), επεσήμανε ότι ένα σημαντικό στοιχείο του φόρτου εργασίας της νοσηλευτικής είναι η υψηλή συναισθηματική εργασία που δαπανάται σε σχέση με τον ασθενή. Ο συγγραφέας κατηγοριοποιεί διαφορετικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης που χρησιμοποιούνται από νοσηλευτές σε σχέση με τον ασθενή. Αυτές οι στρατηγικές διακρίνονται σε λειτουργικές και σε δυσλειτουργικές όσον αφορά την ευημερία των νοσηλευτών.

### **3 Η έννοια της φροντίδας**

#### **3.1 Η Αντίληψη της Φροντίδας των Ασθενών**

Η έννοια της φροντίδας θεωρείται από πολλούς ότι είναι κεντρική στην πρακτική της νοσηλευτικής και, πράγματι, ορισμένοι θεωρούν ότι φροντίδα και η νοσηλευτική είναι σχεδόν συνώνυμοι όροι (Kotrotsiou et al). Σύμφωνα με τον Crowden (1994, as cited in Lea et al, 1998) η φροντίδα είναι ένα κεντρικό και βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής πρακτικής. Πράγματι, μπορεί κάλλιστα να είναι η ουσία της νοσηλευτικής. Ωστόσο, η φροντίδα δεν

μπορεί να περιγραφεί ως παράδειγμα μοναδικό στη νοσηλευτική. Επομένως, η φροντίδα είναι κάτι που μπορεί να αποτελεί τουλάχιστον μέρος της νοσηλευτικής αλλά είναι επίσης μια έννοια που έχει νόημα για όλα τα επαγγέλματα υγείας (Lea et al, 1998).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα οι νοσηλευτές είναι επαγγελματικά ικανοί να εμπλέκουν πλήρως τους ασθενείς στο σχέδιο θεραπείας. Είναι οι βασικοί σύμβουλοι και υποστηρικτές των ασθενών σε όλα τα περιβάλλοντα πρακτικής όπου η συμμετοχή των ασθενών είναι σημαντική (Charis et al, 2010). Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ευαίσθητοι στις ατομικές προτιμήσεις των ασθενών και να ανησυχούν για τις επιθυμίες συμμετοχής των ασθενών σε τακτική βάση κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους (Yasien et al, 2017). Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να κατανοήσουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες των ασθενών για θέματα υγείας λόγω των στενών σχέσεων τους με αυτούς και τις οικογένειές τους σε όλα τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και εμπλέκονται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων στο επίπεδο εξυπηρέτησης και διαχείρισης (Wong et al, 2017).

Το μοντέλο που αναπτύχθηκε από τους Towle και Godolphin (1999), αντιπροσωπεύει το ρόλο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών στην κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων ως αμοιβαίων εταίρων με αμοιβαίες ευθύνες (Dierckx et al, 2013). Η φροντίδα των ασθενών σε θέματα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει βασικά στοιχεία, όπως η κοινή λήψη αποφάσεων, η επικοινωνία, η αυτοδιαχείριση, η εκπαίδευση ασθενών καθώς και η εικονική πραγματικότητα (Wong et al, 2017). Η ικανότητα συμμετοχής σε αυτή τη διαδικασία εξαρτάται από τις γνωστικές και ψυχοκινητικές ικανότητες καθώς και από τις ικανότητες τόσο των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, όσο και των ασθενών (Wong et al, 2017).

Πολλές μελέτες αποκάλυψαν ότι η εμπλοκή ασθενών σε αποφάσεις που σχετίζονται με θέματα υγείας σχετίζεται με βελτιωμένη ικανοποίηση των ασθενών, συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας και θεωρείται προϋπόθεση για καλή κλινική πρακτική (Shortus et al, 2013). Ωστόσο, οι εμπλοκές ασθενών που σχετίζονται με ζητήματα υγείας εφαρμόζονται σπάνια στην τρέχουσα κλινική πρακτική και οι επαγγελματίες υγείας, συχνά δεν εμπλέκουν τους ασθενείς τους σε αυτές τις αποφάσεις και σπάνια ανταποκρίνονται στις προτιμήσεις των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Barry, & Edgman-Levitan, 2012). Ορισμένες μελέτες (Derickx, et al., 2013· Légaré, et al.,

2010) , ανέφεραν ότι υπήρχαν ασύμβατες προτιμήσεις μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την εμπλοκή ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών, συχνά δεν είναι εξοικειωμένοι με τις απόψεις των ασθενών τους σχετικά με τη συμμετοχή τους σε αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης (Khuan, & Hanafiah -Juni, 2017).

Μελέτες σχετικά με τη συμμετοχή στις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης έχουν συζητήσει το θέμα από διαφορετικές πλευρές με μικρή έμφαση στους νοσηλευτές (Boudioni, & McLaren, 2014) σε σύγκριση με τους γιατρούς (Boivin et al, 2008) και τους ασθενείς (Siouta et al, 2016), ή τόσο σε γιατρούς όσο και σε ασθενείς» (Yasien et al, 2017). Ωστόσο, τα τελευταία 20 χρόνια, η βιβλιογραφία δεν έχει συζητήσει πλήρως τις εμπειρίες σχετικά με τη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης (Wong, et al, 2017). Αυτή η κατανόηση είναι σημαντική για τους ασθενείς και τους παρόχους που έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και συχνά έχουν ασύμβατους στόχους όσον αφορά το σχέδιο διαχείρισης συγκεκριμένων συνθηκών (Peek et al, 2008). Απαιτείται η κατανόηση των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσηλευτών για να ενισχυθεί η συμμετοχή των ασθενών καθώς και οι πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης (Gainer et al, 2017).

Ωστόσο η σχέση νοσηλευτή-ασθενή δεν περιορίζεται μόνο στη συμμετοχή των ασθενών στις αποφάσεις για τη φροντίδα. Οι μελέτες που αναλύουν τον τύπο της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή επικεντρώνονται στις έννοιες της συμμόρφωσης, της ενδυνάμωσης, της ποιότητα της σχέσης, της ανικανότητας και της δύναμης. Η συμμόρφωση ορίζεται ως η βούληση ανάπτυξης και συναίνεσης στις επιθυμίες ενός άλλου ατόμου. Μαζί με τον όρο συμμόρφωση, έχουν ληφθεί υπόψη και άλλοι όροι, συμπεριλαμβανομένης της ενδυνάμωσης και της σχέσης μεταξύ τους (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Αυτές οι μελέτες αναφέρονται στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή ως αλληλεπίδραση μεταξύ τους και βασίζονται στην αυτονομία του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων, αφού ακούσει τις συμβουλές των επαγγελματιών. Όσον αφορά την ποιότητα της σχέσης, φαίνεται να είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τον επαγγελματία για την προώθηση της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (DeWolf Bosek et al, 2013). Οι Luker et al (2000), υποστηρίζουν ότι αυτή η ιδιότητα της σχέσης επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής πρακτικής.

Όσον αφορά την έννοια της ανικανότητας, οι συγγραφείς αναλύουν τη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς ανάλογα με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής να παρατηρήσει τις πραγματικές ανάγκες του ασθενούς χωρίς κλινικές κατευθυντήριες γραμμές πρακτικής ή τεκμηριωμένη υποστήριξη πρακτικής (Hallet et al, 2000). Ωστόσο, επιπλέον, αυτή η ανικανότητα δημιουργείται όταν ο ασθενής δεν λαμβάνει την αναμενόμενη προσοχή από τους επαγγελματίες (Appelin & Bertero, 2004). Τέλος, μια έννοια που υπάρχει στη βιβλιογραφία είναι αυτή της εξουσίας. Ο Cameron (1996) την όρισε διμερώς, όπου ο επαγγελματίας αναπτύσσει μια «δύναμη αναφοράς» στον ασθενή, και για τον ασθενή ο επαγγελματίας θεωρείται «πλαίσιο αναφοράς». Η αντίληψη του ασθενούς για την επαγγελματική βούληση διαμορφώνεται ως εξής: Ένας ειδικός που ασκεί εξουσία στη διαδικασία λήψης αποφάσεων κατά τη διάρκεια της φροντίδας (Kolovos et al, 2015).

Το σύστημα υγείας έχει αναπτύξει στρατηγικές με στόχο τον εξανθρωπισμό της φροντίδας και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας. Ωστόσο, ως τώρα τα μοντέλα διαχείρισης δεν έχουν επιτρέψει μια πραγματική αυτονομία του ασθενή στη λήψη αποφάσεων. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή είναι μια από τις πτυχές που επηρεάζει την αυτονομία του ασθενούς. Αναλύοντας τα είδη των σχέσεων μας επιτρέπεται να καθιερώσουμε νέους τρόπους κατανόησης της λήψης αποφάσεων σε κλινικό περιβάλλον. Η ανάλυση των νοσηλευτικών αρχείων και οι εμπλοκή των νοσηλευτών έχουν αποδείξει ότι η επαγγελματική πρακτική δεν είναι ακόμη πλήρως επικεντρωμένη στον ασθενή. Μια καλή σχέση νοσηλευτή-ασθενή μειώνει τις ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο και βελτιώνει την ποιότητα και την ικανοποίηση και των δύο. Ωστόσο, σε αντίθεση, αν και η συμμετοχή του ασθενούς στις αποφάσεις του είναι σημαντική, η καλή σχέση εξαρτάται από τον υποτακτικό ρόλο του ασθενούς (Lotfi et al, 2019). Μια κακή σχέση νοσηλευτή-ασθενή μειώνει την ποιότητα της περίθαλψης και μειώνει την ποιότητα της αυτονομίας του ασθενή. Κακός ασθενής θεωρείται που απαιτεί πολλές πληροφορίες, που επιθυμεί να επιβάλει δικές του αποφάσεις, μερικές φορές, σε αντίθεση με αυτές που προτείνουν οι επαγγελματίες, και ο οποίος δεν διατηρεί καλή σχέση με τους επαγγελματίες υγείας (Karaca & Zehra, 2019).

Κάποιοι συγγραφείς συμφωνούν ότι ο ασθενής συνήθως θεωρείται παθητικό υποκείμενο. Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι, κλασικά, ένα άτομο που υιοθετεί μια αυστηρά παθητική στάση, που δεν ρωτά ούτε διαμαρτύρεται και το οποίο υπακούει σε όλες τις εντολές θεωρείται «καλός ασθενής». Αυτή η αντίληψη δίνει υπερβολική έμφαση στην εξουσία του

επαγγελματία όσον αφορά τον ασθενή. Οι Hallet et al, (2000), συσχέτισαν τον παθητικό ρόλο ως μια μορφή πατερναλισμού, όπου ο ασθενής φαίνεται ως υποκείμενο που πρέπει να περιοριστεί ώστε να συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές ενδείξεις. Οι Kleiman, Frederickson, και Lundy (2004), συσχετίζουν τον παθητικό ρόλο με την πεποίθηση των επαγγελματιών ότι πολλοί ασθενείς, ή οι περισσότεροι από τους ασθενείς, δεν έχουν τα απαραίτητα μορφωτικά και πολιτιστικά επίπεδα για να δημιουργήσουν μια ισότιμη σχέση με έναν επαγγελματία υγείας (Grffith & Tengnah, 2013).

Οι αναθεωρημένες εργασίες δείχνουν ότι οι ασθενείς εστιάζουν τη σχέση τους με τον νοσηλευτή στην εμπιστοσύνη. Η ασθενής εμπιστεύεται τον νοσηλευτή/τη νοσηλεύτρια και του/της επιτρέπει να παίρνει αποφάσεις. Πολλοί συγγραφείς βλέπουν την προέλευση αυτού του ρόλου στον Όρκο του Ιπποκράτη που δίνει μεγάλη έμφαση στη δύναμη, τις γνώσεις, και τις αρετές του επαγγελματία, χωρίς να αναφέρεται τίποτα για την αυτονομία του ασθενή (Molina-Mula & Gallo-Estrada 2020). Ο Henderson (2003), σημειώνει ότι αυτή η κυριαρχία στον ασθενή προκαλεί αποπροσωποποίηση και κατά συνέπεια, επιδείνωση της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή.

### **3.2 Η Ποιότητα της Φροντίδας**

Οι νοσηλευτές αναφέρονται συχνά σε μελέτες που μετρούν την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, λείπουν στοιχεία για τη συμβολή τους στην ανάπτυξη μέτρων. Επιπλέον, οι προγραμματιστές και οι συντάκτες των μέτρων είναι συχνά νοσηλευτές, διευθυντές, εκπαιδευτικοί και ερευνητές που, λόγω της θέσης τους, δεν ασκούν ρόλους νοσηλευτικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, οι έννοιες των ενεργειών νοσηλευτών για ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα δεν εκπροσωπούνται επαρκώς (Burhans & Alligood, 2010).

Βιβλιογραφία από διάφορες χώρες υποστήριξε την ανάγκη να διερευνηθεί το ζωντανό νόημα της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι Coulon et al (1996), προσδιόρισαν θέματα επαγγελματισμού, ολιστικής φροντίδας, πρακτικής και ανθρωπισμού στην αναζήτηση της αριστείας των Αυστραλών νοσηλευτών. Η σημασία αυτών των στοιχείων υποστηρίχθηκε από το συμπέρασμα των Gunther και Alligood (2002) ότι «η νοσηλευτική υψηλής ποιότητας ισοδυναμεί με την ικανότητα στους γνωστικούς, συναισθηματικούς και

ψυχοκινητικούς τομείς» (p. 357) μεταξύ των νοσηλευτών των ΗΠΑ. Ομοίως, ο Glen (1998) υποστήριξε ότι η υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα σε βρετανούς νοσηλευτές «επηρεάζεται κυρίως από αξίες» (p. 38) και ότι «το κλειδί για τη βελτίωση στην πράξη μπορεί να είναι η βελτίωση των συναισθηματικών και παρακινητικών τάσεων» (p. 42). Τα ευρήματα των Attree (2001) και Idvall και Rooke (1998) υποστήριξαν κριτήρια αξιολόγησης ενδεικτικά τόσο των επιρροών του εξωτερικού συστήματος στην ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα όσο και των εσωτερικών χαρακτηριστικών που είναι εμφανή μέσω διαπροσωπικών διαδικασιών και στοιχείων απόδοσης μεταξύ Βρετανών και Σουηδών νοσηλευτών. Οι Aiken και Patrician (2000) ανέφεραν ότι η παρουσία επαγγελματικών περιβαλλόντων στις ΗΠΑ συσχετίστηκε με υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Η διαπροσωπική σχέση με τους ασθενείς και η αποτελεσματική ηγεσία αναγνωρίστηκαν ως ισχυροί δείκτες ποιότητας από τους Redfern και Norman (1999). Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα στην Ταϊλάνδη (Kunaviktikul et al, 2001) σχετιζόταν με τον βαθμό στον οποίο ικανοποιούνταν οι σωματικές, ψυχοκοινωνικές και επιπλέον ανάγκες φροντίδας του ασθενούς. Ωστόσο, αν και αυτοί οι διεθνώς διαφορετικοί ερευνητές προσπάθησαν να ορίσουν την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, δεν είναι γνωστό εάν ή πώς τα προσδιορισμένα θέματα ή στοιχεία σχετίζονται με το ζωντανό νόημα της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας από την οπτική γωνία των νοσηλευτών.

Η υποκειμενική, ειδική φύση της ποιότητας είναι εμφανής σε όλη τη νοσηλευτική βιβλιογραφία Lang & Mitchell 2004). Οι νοσηλευτές που αξιολογούν την ποιότητα μπορεί να εστιάζουν στην αξιολόγηση, τον προγραμματισμό ή την αποτελεσματικότητα και την ικανότητα με την οποία παρέχονται οι θεραπείες και τα φάρμακα. Αντίθετα, οι ασθενείς είναι πιθανό να ενδιαφέρονται περισσότερο για την επικοινωνία, την ακρόαση, την ευγένεια και την ανταπόκριση των νοσηλευτών τους. Εν τω μεταξύ, οι διευθυντές νοσηλευτικής συχνά προτιμούν την εστίαση στα οργανωτικά στοιχεία της αποτελεσματικότητας και της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Αυτές οι διαφορές αντανakλούν τις γνώσεις, τις απόψεις και τις αξίες διαφορετικών συμμετεχόντων στην εμπειρία της υγειονομικής περίθαλψης. Η έρευνα που σχετίζεται με το νόημα, τον ορισμό και την αντίληψη της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι περιορισμένη (Burhans & Alligood, 2010).

Η έλλειψη δημοσιευμένων μελετών που αφορούν τη μοναδική προοπτική των νοσηλευτών σημειώθηκε συγκεκριμένα από τους Lynn et al (2007), οι οποίοι παρατήρησαν ότι χωρίς

να γνωρίζουμε τις απόψεις των νοσηλευτών, η αξιολόγηση της ποιοτικής φροντίδας των ασθενών είναι ελλιπής και αναποτελεσματική. Στην πραγματικότητα, ο ορισμός και η έννοια της ποιότητας σε όλους τους κλάδους της υγειονομικής περίθαλψης παραμένει ασαφής, υποκειμενική και συγκεκριμένη για τους ενδιαφερόμενους, με αποτέλεσμα προκλήσεις μέτρησης και βελτίωσης (Burhans, 2007).

Ο Williams (1998) πραγματοποίησε μια μελέτη θεμελιωμένης θεωρίας των αντιλήψεων των νοσηλευτών σε σχέση με την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Δέκα εγγεγραμμένοι νοσηλευτές που επιλέχθηκαν σκόπιμα από τέσσερις χειρουργικούς θαλάμους ειδικότητας ενός δημόσιου νοσοκομείου οξείας φροντίδας ρωτήθηκαν μέσω συνεντεύξεων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση σταθερής συγκριτικής μεθόδου ανάλυσης, όπου η συλλογή, η κωδικοποίηση και η ανάλυση έγιναν ταυτόχρονα. Η παρουσία ή η απουσία αναγκών κατέχει κεντρικό ρόλο στον καθορισμό της ποιότητας της νοσηλευτικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές περιέγραψαν και αξιολόγησαν την έννοια ως προς τον βαθμό στον οποίο ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες των ασθενών. Η ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα περιγράφηκε ως «η κάλυψη όλων των αναγκών των ασθενών ή των πελατών», ενώ η χαμηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα σχετιζόταν με την παράλειψη της νοσηλευτικής περίθαλψης που απαιτούν οι ανάγκες των ασθενών» (Williams 1998, p. 811). Σύμφωνα με τους νοσηλευτές, οι ανάγκες των ασθενών προσδιορίστηκαν ως φυσικές ή ψυχοκοινωνικές. Οι σωματικές ανάγκες σχετιζόνταν με την έλλειψη προσωπικής ανεξαρτησίας στις σωματικές καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες του ατόμου. Απαιτούνται ψυχοκοινωνικές ανάγκες οι νοσηλευτές να αναλάβουν υποστηρικτικό ρόλο για τον ασθενή. Αυτή η φροντίδα περιελάμβανε συγκεκριμένους τρόπους επικοινωνίας, παροχής πληροφοριών, φροντίδας και υποστήριξης για τον ασθενή, ενώ η οικογένεια του ασθενούς και πτυχές της κοινωνικής τους ζωής περιλαμβάνονταν επίσης σε αυτή τη φροντίδα. Οι νοσηλευτές έδωσαν μεγάλη έμφαση στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες και περιέγραψαν τη φροντίδα αυτών των αναγκών με μεγαλύτερη λεπτομέρεια από τη φροντίδα για τις σωματικές ανάγκες. Ωστόσο, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας περιορίσε τον διαθέσιμο χρόνο των νοσηλευτών για φροντίδα ασθενών, αναγκάζοντάς τους να δώσουν προτεραιότητα στη φροντίδα δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στις φυσικές ανάγκες παρά στις ψυχοκοινωνικές ή επιπλέον φροντίδα των ασθενών (Williams 1998).

Ο Hogston (1995) διερεύνησε τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για την ποιότητα της νοσηλευτικής. Το δείγμα που επιλέχτηκε ευκαιριακά αποτελούταν από δεκαοκτώ νοσηλευτές από ένα μεγάλο νοσοκομείο στη νότια Αγγλία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με μη δομημένες συνεντεύξεις και αναλύθηκαν με μια τροποποιημένη μέθοδο θεμελιωμένης θεωρίας. Η ανάλυση δεδομένων αποκάλυψε τρεις κατηγορίες που περιγράφονται ως «δομή», «διαδικασία» και «αποτέλεσμα». Αυτό υποστηρίζει προηγούμενες εργασίες για την αξιολόγηση της ποιοτικής φροντίδας, αλλά υποστηρίζει ότι η δομή, η διαδικασία και το αποτέλεσμα θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιηθούν ως πλαίσιο για τον καθορισμό της ποιότητας. Η κατηγορία της «δομής» προέκυψε από ουσιαστικούς κώδικες όπως ο συνδυασμός δεξιοτήτων, ο χρόνος, ο φόρτος εργασίας (ανθρώπινο δυναμικό). Για τους νοσηλευτές το ανθρώπινο δυναμικό και η ποιότητα φαίνεται να είναι συμπληρωματικά. με τη σειρά του επιτρέπει να αφιερώνεται χρόνος με τους ασθενείς» (Hogston 1995, p. 119). Η κατηγορία της «διαδικασίας» αποκάλυψε την πολυπλοκότητα των νοσηλευτικών επιλογών ποιότητας. Οι νοσηλευτές ανέφεραν την ομαδική εργασία, τη διεπιστημονική διαδικασία και το «να είσαι ικανός» ως τα πιο σημαντικά στοιχεία αυτής της κατηγορίας. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν μια πεποίθηση για την ολιστική φροντίδα που παρέχεται από ικανούς νοσηλευτές. Η τρίτη κατηγορία για την περιγραφή των αντιλήψεων των νοσηλευτών ορίστηκε ως η ποιότητα ως προς την ικανοποίηση των ασθενών, την κάλυψη των αναγκών των ασθενών και την παροχή πληροφοριών (Hogston, 1995).

Οι McKenna et al (2006), πραγματοποίησαν μια μελέτη που είχε ως στόχο την ανάπτυξη ενός εργαλείου για τη μέτρηση των αντιλήψεων του επαγγελματικού νοσοκομειακού προσωπικού στο Ηνωμένο Βασίλειο σχετικά με η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς. Επιλέχθηκαν τυχαία πέντε νοσοκομεία στη Βόρεια Ιρλανδία και 4 νοσοκομεία στην Οξφόρδη της Αγγλίας. Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από νοσοκόμες, ιατρικούς συμβούλους, λογοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Το αποτέλεσμα υποδεικνύουν ότι για τους επαγγελματίες κλινικών τομέων, ζητήματα που σχετίζονται με την ικανότητα, την επικοινωνία, το απόρρητο και την αξιοπρέπεια των ασθενών, την καθαριότητα και την υγιεινή, την τεχνογνωσία και την κρίση, την ασφάλεια, τις διαδικασίες εξιτηρίου, την ενημέρωση και την εκπαίδευση, το ηθικό του προσωπικού και η συνέχεια της περίθαλψης είναι σημαντικές όταν πρόκειται για τον καθορισμό των αντιλήψεών τους για την ποιότητα της περίθαλψης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, αλλά και στις

ΗΠΑ, ζητήματα όπως οι λίστες αναμονής, οι πόροι, η ηγεσία και τα ποσοστά λοιμώξεων ήταν επίσης σημαντικά για το προσωπικό.

### **3.3 Η Σχέση της Φροντίδας με την Ενσυναίσθηση**

Από τα παραπάνω έγινε φανερό ότι οι απόψεις των νοσηλευτών για τη φροντίδα και την ποιότητα της περίθαλψης, υποστηρίζουν περισσότερο την ικανοποίηση των ασθενών και την ψυχολογική φροντίδα, από την καθ' αυτή νοσηλευτική πρακτική. Πιο συγκεκριμένα, η τρέχουσα ιατρική προσέγγιση έχει επανειλημμένα επικριθεί ότι μετατράπηκε σε ένα στενό και άκαμπτο σύστημα που δεν συμεριζεται την υποκειμενική εμπειρία του ανθρώπινου πόνου (Charon, 2006). Αντίθετα, η μακροχρόνια προσκόλληση και εξάρτηση σε μια συγκεκριμένη σύλληψη και εφαρμογή της επιστημονικής μεθόδου έχει, μακροπρόθεσμα, μεταφραστεί σε μια ψυχρή, αποστασιοποιημένη και απανθρωποποιημένη υγειονομική περίθαλψη. Η αντικειμενικότητα, η συναισθηματική αποστασιοποίηση και η αποστασιοποιημένη ανησυχία φαίνεται να είναι καθολική και επομένως δεν αφήνουν καθόλου ή αφήνουν ανεπαρκή χώρο για τις ανθρώπινες διαστάσεις της ασθένειας. Αυτό το φαινόμενο έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί αρνητικές συνέπειες τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς (Eknam & Krasner, 2017).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η κύρια ιατρική κουλτούρα χαρακτηρίζεται από την εξάρτησή της από την αντικειμενικότητα, τη συναισθηματική απόσπαση και την αποστασιοποιημένη ανησυχία (Shapiro, 2011). Η απλή επιστημονική αυστηρότητα στον ιατρικό τομέα οδήγησε στην παράβλεψη των ανθρώπινων πτυχών της νόσου καθώς και της πολυδιάστασής της (Johna & Rahman, 2011). Το τελευταίο περιλαμβάνει τις ψυχολογικές, κοινωνικές και ηθικές διαστάσεις του πόνου. Σε αυτό το πλαίσιο, η διάκριση μεταξύ νόσου και ασθένειας, που ορίζεται ως «η έμφυτη ανθρώπινη εμπειρία συμπτωμάτων και ταλαιπωρίας» (Johna & Rahman 2011, p 92), αγνοείται και παρακάμπτεται (Reiss, 2010). Ακολουθώντας αυτή τη λογική, μιλάμε για την αποστασιοποιημένη ανησυχία ως το πιο επίδοξο ιδανικό για τον ιατρικό επαγγελματισμό, καθώς εκφράζει την ικανότητα να ανησυχείς για κάτι χωρίς να εμπλέκεσαι συναισθηματικά (Halpern, 2014). Η αποστασιοποιημένη ανησυχία έχει γίνει μια στάση που αντικατοπτρίζει μια δέσμευση για την εξάλειψη της ασθένειας παρά ένα γνήσιο ενδιαφέρον για την παροχή φροντίδας. Αυτό

οδήγησε σε μια ευρέως διαδεδομένη τάση να παραβλέπεται η «κλινική ενσυναίσθηση», η οποία ορίζεται εδώ ως «η ικανότητα παρατήρησης των συναισθημάτων στους άλλους, η ικανότητα να αισθάνονται αυτά τα συναισθήματα και, τέλος, η ικανότητα να ανταποκρίνεται κανείς σε αυτά τα συναισθήματα» (Finset, 2010, p. 4). Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η κλινική ενσυναίσθηση αποφέρει οφέλη σε ασθενείς, φοιτητές ιατρικής και επαγγελματίες υγείας (Ekman & Krasner 2017· Hooker, 2015). Επιπλέον, τα συσχετισμένα οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν την αύξηση της προσωπικής ευημερίας και της ικανοποίησης από την εργασία των επαγγελματιών (Shanafelt et al, 2005).

Η υγεία, που ορίζεται ως συναισθηματική, κοινωνική και βιολογική κάλυψη των αναγκών του ατόμου, είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παράμετρους. Στην ψυχολογία του ασθενούς κυριαρχούν τα σφαιρικά συναισθήματα. Ο φόβος υπάρχει πίσω από κάθε σκέψη. Το άτομο είναι συναισθηματικά ευαίσθητο όταν υποφέρει, γιατί η πνευματική του ευεξία βασίζεται κυρίως στην ψευδαίσθηση ότι έχει ανοσία. Η αρρώστια αμφισβητεί αυτή την ψευδαίσθηση και θέτει ως προϋπόθεση ότι ο ιδιωτικός κόσμος του ατόμου είναι ασφαλής. Ξαφνικά το άτομο νιώθει αδύναμο, αβοήθητο και ευάλωτο (Στάλικας, & Χαμόδρακα, 2004).

Ο ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο με την ελπίδα να βγει μετά την αποκατάσταση της υγείας του. Η ολοκληρωμένη φροντίδα, που επιδιώκει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ασθενούς απαιτεί καταρχήν την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας, αποτελούμενης από ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό. Η συνεργασία όλων και η αμοιβαία αναγνώριση και σεβασμός του καθενός, διασφαλίζει την ομαλή συνεργασία της ομάδας και κατά συνέπεια την ολιστική διαχείριση των προβλημάτων του ασθενούς. Η άποψη του ασθενούς για την αξιοπιστία του θεραπευτή, η ελκυστικότητα και η επιστημονική αυθεντία επηρεάζουν την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Στάλικας & Χαμόδρακα, 2004).

Όταν το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να αναλάβει τον αντίστοιχο υποστηρικτικό ρόλο, θα πρέπει να μπορεί να αναγνωρίζει όχι μόνο τις αντικειμενικές απαιτήσεις των ασθενών αλλά επίσης τις υποκειμενικές τους αποχρώσεις. Η εστίαση της προσοχής στην συναισθηματική πραγματικότητα της ασθένειας, υπερτερεί πολλών αντικειμενικών

ενδείξεων, καθώς η συναισθηματική κατάσταση του ανθρώπου μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ευαλωτότητά του σε ασθένειες και φυσικά στην πορεία της ανάρρωσής του (Atkison & Smith 2004). Συνεπώς η ενσυναίσθηση του νοσηλευτικού προσωπικού έχει άμεσο αντίκτυπο στην απόδοση στο χώρο εργασίας, τη διαχείριση άγχους και την οργάνωση μονάδων υγείας. Έχει άμεση σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία, η οποία συνδέεται με την ποιότητα της περίθαλψης. Το νοσηλευτικό προσωπικό που παρουσιάζει έντονη ενσυναίσθηση, εξασφαλίζει γρήγορα και εύκολα υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνωρίζει και κατανοεί τα συναισθήματα των ασθενών, γεγονός που οδηγεί στο να είναι πιο ικανοποιημένοι με τη δουλειά τους, επηρεάζοντας θετικά την παρεχόμενη φροντίδα (Tsounis & Sarafis, 2014).

Η χρήση κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων επικοινωνίας, μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική σχέση, φέρνοντας οφέλη τόσο για τα άτομα όσο και για τη συνολική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου, οι δυστυχισμένοι ασθενείς οδηγούν σε αύξηση των δαπανών μέσω της υπερφόρτωσης των δομών της υγείας, προκαλώντας αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα του συνολικού συστήματος (Tsounis & Sarafis, 2014). Ο ακρογωνιαίος λίθος της βελτίωσης των επιπέδων της επικοινωνίας βρίσκεται στην εκπαίδευση. Παρά την τεχνολογική εξέλιξη, ο κύριος παράγοντας προσδιορισμού της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας εξακολουθεί να είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Η επένδυση στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του προσωπικού είναι κορυφαία προτεραιότητα σε μια προσπάθεια για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Από την άλλη πλευρά, το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για την το μυαλό, το σώμα και το πνεύμα των ασθενών, καθώς τους παρέχει ολιστική φροντίδα (Dossey et al, 2005).

Η ενσυναίσθηση επηρεάζει όλες τις πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας και δεν διερευνάται μόνο όταν το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει ψυχική φροντίδα σε ασθενείς (Carroll, 2001). Το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει ασθενείς που έχουν επηρεαστεί από συναισθηματικές και ψυχικές δυσκολίες. Το νοσηλευτικό προσωπικό που έχει μια καλύτερη κατανόηση της δικής τους πνευματικότητας μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικό στην παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης (MacLaren, 2004).

## **4 Μεθοδολογία έρευνας**

### **4.1 Σκοπός-ερευνητικά ερωτήματα**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετηθούν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των νοσηλευτών, ο βαθμός στον οποίο είναι επαγγελματικά ικανοποιημένοι καθώς και το πόσο σημαντικό θεωρούν το νηλευτικό τους έργο και την φροντίδα που παρέχουν. Διερευνώνται επίσης οι δημογραφικές ομάδες που συμφωνούν περισσότερο ή λιγότερο με τις ανωτέρω απόψεις και η σχέση της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης με την σημασία του νοσηλευτικού έργου. Τα ερευνητικά ερωτήματα διατυπώνονται παρακάτω:

- 1. Ποιά τα επίπεδα ενσυναίσθησης των νοσηλευτών;*
- 2. Ποια τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών;*
- 3. Πόσο σημαντική θεωρούν οι νοσηλευτές την φροντίδα που παρέχουν στους νοσηλευόμενους;*
- 4. Ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με την ικανοποίηση, την ενσυναίσθηση και τις συμπεριφορές φροντίδας;*
- 5. Ποια είναι η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης με τις συμπεριφορές φροντίδας;*

### **4.2 Σχεδιασμός έρευνας**

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας στηρίζεται στην επιστημολογία, η οποία βασίζεται στις θετικές επιστήμες. Διεξήχθη μία ποσοτική έρευνα, σύγχρονη, πρωτογενής με χρήση ερωτηματολογίων κλίμακας Likert. Η πρωτογενής έρευνα είναι κατάλληλη για να εξετάσει «απευθείας» την γνώμη των νοσηλευτών για τα επίπεδα ενσυναίσθησης τους, την επαγγελματική τους ικανοποίηση και την σημασία του νοσηλευτικού έργου. Όπως διαπιστώθηκε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι έννοιες που μελετώνται είναι μετρήσιμες, συνεπώς η χρήση ποσοτικής έρευνας με χρήση διατακτικών ερωτήσεων κλίμακας Likert είναι κατάλληλη προκειμένου να μελετηθούν τα επίπεδα συμφωνίας σε κάθε έννοια, με χρήση αξιόπιστων και έγκυρων ερωτηματολογίων. Η έρευνα συνεπώς είναι

αρχικά περιγραφική προκειμένου να εντοπιστεί ο βαθμός συμφωνίας του δείγματος αλλά και συσχέτισης καθώς σύμφωνα με το 4<sup>ο</sup> και 5<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα διερευνάται η σχέση του δημογραφικού προφίλ με την ενσυναίσθηση, την επαγγελματική ικανοποίηση και την σημασία του νοσηλευτικού έργου αλλά και η σχέση του τελευταίου με την ενσυναίσθηση και την επαγγελματική ικανοποίηση (Σταλίκας & Κυριάκος, 2019). Οι εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας είναι η επαγγελματική ικανοποίηση, η ενσυναίσθηση και η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας ενώ ανεξάρτητες μεταβλητές είναι τα δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά.

### **4.3 Πληθυσμός-Συμμετέχοντες**

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης. Αναφορικά με το δείγμα αυτό αποτελούνταν από 322 νοσηλευτές.

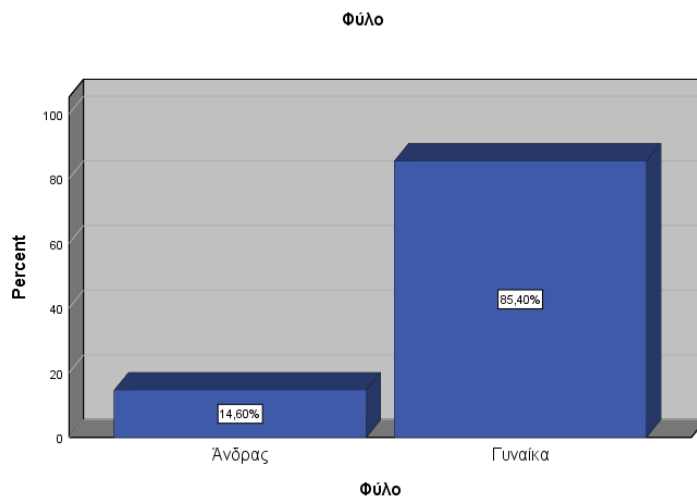
Στον Πίνακα 1 (και τα Γραφήματα 1-7) παρουσιάζονται τα δημογραφικά ποιοτικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Όσον αφορά το φύλο, το 85,4% (N=275) είναι γυναίκες, ενώ το 14,6% (N=47) είναι άνδρες. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 68,3% (N=220) είναι έγγαμοι, το 19,9% (N=64) άγαμοι, το 10,9% (N=35) διαζευγμένοι, ενώ μόλις το 0,9% (N=3) είναι χήροι-ες. Όσον αφορά την εκπαιδευτική κατηγορία, το 54,3% (N=175) ανήκει στην ΤΕ, το 38,5% (N=124) στην ΔΕ, ενώ το 7,1% (N=23) στην ΠΕ. Στη συνέχεια, αναφορικά με το επίπεδο μεταπτυχιακών, το 79,5% (N=256) δήλωσε πως δεν έχει κανένα επίπεδο μεταπτυχιακού, το 18,6% (N=60) επίπεδο μάστερ, ενώ το 1,9% (N=6) επίπεδο διδακτορικού. Σχετικά με τα χρόνια εργασίας, το 46,0% (N=148) δήλωσε πάνω από 20 έτη, το 19,3% (N=62) 16-20 έτη, το 15,5% (N=50) 0-5 έτη, το 9,6% (N=31) 6-10 έτη, όπως και το 9,6% (N=31) 11-15 έτη. Σχετικά με την θέση που κατέχουν στον χώρο εργασίας σας, το 86,4% (N=275) είναι νοσηλευτές-τριες (ΠΕ., ΤΕ., ΔΕ.), το 13,5% (N=43) προϊστάμενοι-ες. Όσον αφορά το νοσοκομείο/κέντρο υγείας στο οποίο εργάζονται, το 28,3% (N=91) δήλωσε το ΓΝ Αγίου Νικολάου, το 14,0% (N=45) το Βενιζέλειο, το 13,7% (N=44) το ΠΑΓΝΗ, το 10,9% (N=35) το ΓΝ ΚΥ Σητείας, το 8,1% (N=26) το ΚΥ Ηρακλείου, το 7,8% (N=25) το ΓΝ ΚΥ Ιεράπετρας, το 4,7% (N=15) το ΚΥ Μοίρων, το 4,0% (N=13) το ΚΥ Αγίας Βαρβάρας, το 2,5% (N=8) το ΚΥ Χάρακα, το 2,2% (N=7) το ΚΥ Καστελίου, το 0,9% (N=3)

το ΚΥ Αρκαλοχώρι, το 0,9% (N=3) το ΚΥ Βιάννου, το 0,9% (N=3) το ΓΝ Χανίων, το 0,6% (N=2) το ΓΝ Ρεθύμνου, όπως και το 0,6% (N=2) εργάζεται στο Κέντρο υγείας γενικά.

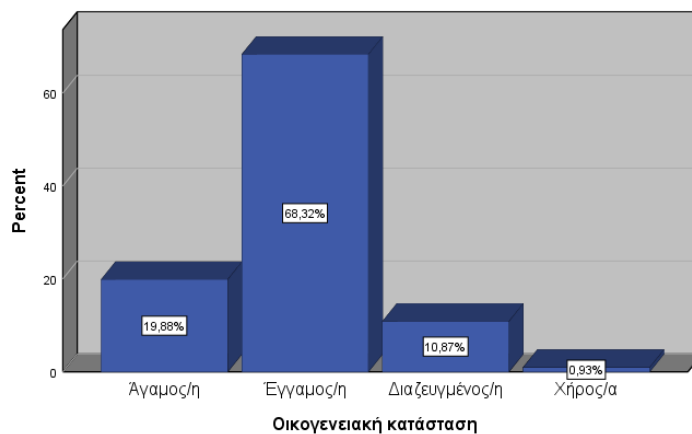
**Πίνακας 1: Δημογραφικά ποιοτικά στοιχεία**

Στοιχείο	Κατηγορία	N	f%
Φύλο	Άνδρας	47	14,6
	Γυναίκα	275	85,4
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	64	19,9
	Έγγαμος/η	220	68,3
	Διαζευγμένος/η	35	10,9
	Χήρος/α	3	0,9
Εκπαιδευτική κατηγορία	ΔΕ	124	38,5
	ΤΕ	175	54,3
	ΠΕ	23	7,1
Επίπεδο μεταπτυχιακών	Μάστερ	60	18,6
	Διδακτορικό	6	1,9
	Κανένα	256	79,5
Χρόνια εργασίας	0-5	50	15,5
	6-10	31	9,6
	11-15	31	9,6
	16-20	62	19,3
	Πάνω από 20	148	46,0
Θέση που κατέχετε στον χώρο εργασίας σας	Νοσηλευτής-τρια (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ)	275	86,4
	Προϊστάμενος-η	43	13,5
Σε ποιο Νοσοκομείο/Κέντρο υγείας εργάζεστε;	ΓΝ Αγίου Νικολάου	91	28,3
	ΓΝ ΚΥ Σητείας	35	10,9
	ΚΥ Ηρακλείου	26	8,1
	ΓΝ ΚΥ Ιεράπετρας	25	7,8
	ΚΥ Καστελίου	7	2,2
	Βενιζέλειο	45	14,0
	ΚΥ Αγίας Βαρβάρας	13	4,0
	ΚΥ Μοίρων	15	4,7
	ΚΥ Αρκαλοχώρι	3	0,9
	ΚΥ Χάρακα	8	2,5
	ΚΥ Βιάννου	3	0,9
	ΓΝ Ρεθύμνου	2	0,6
	ΓΝ Χανίων	3	0,9
	Κέντρο υγείας	2	0,6
	ΠΑΓΝΗ	44	13,7

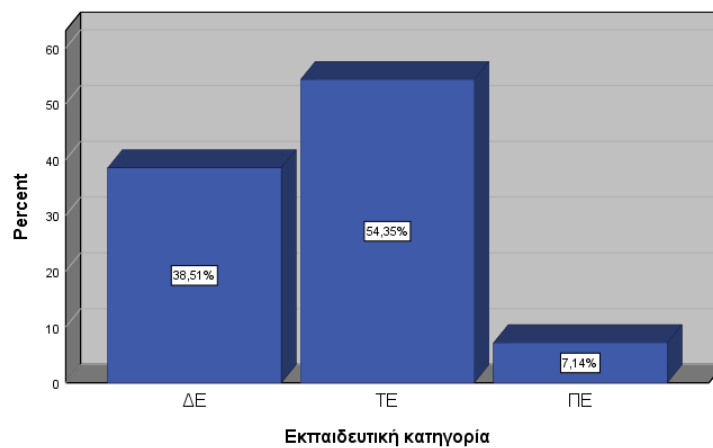
N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %



**Γράφημα 1: Φύλο**  
Οικογενειακή κατάσταση



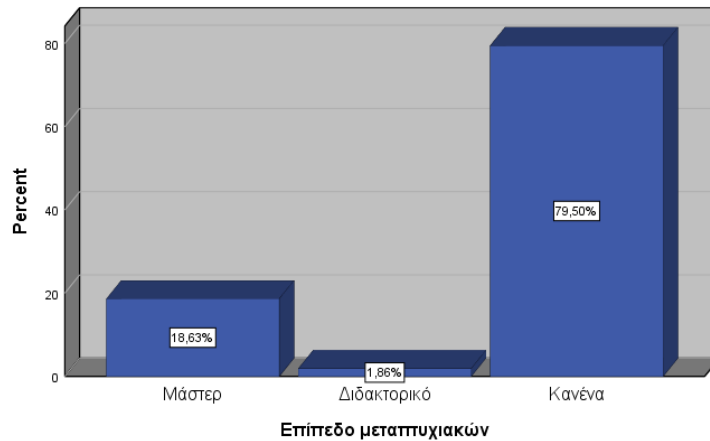
**Γράφημα 2: Οικογενειακή κατάσταση**  
Εκπαιδευτική κατηγορία



«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»

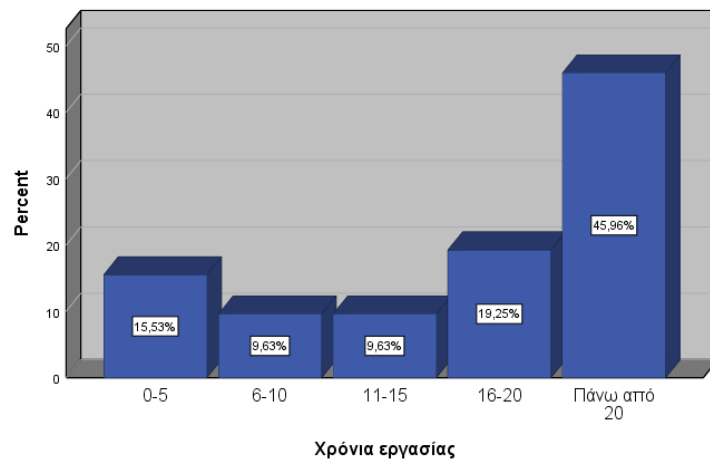
**Γράφημα 3: Εκπαιδευτική κατηγορία**

Επίπεδο μεταπτυχιακών



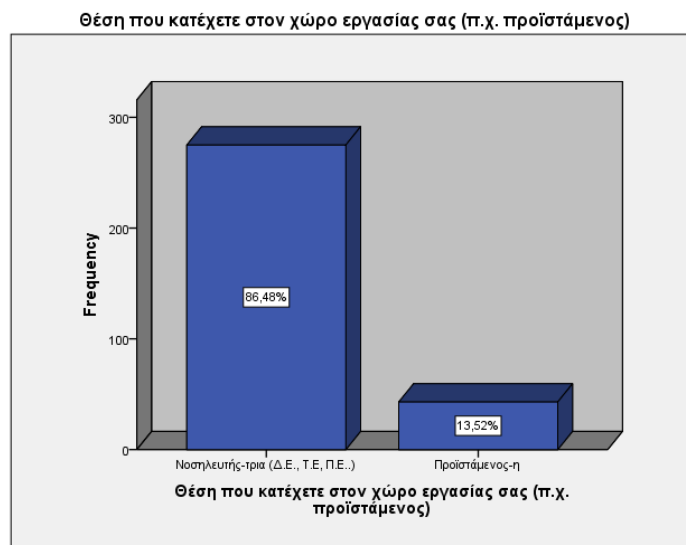
**Γράφημα 4: Επίπεδο μεταπτυχιακών**

Χρόνια εργασίας

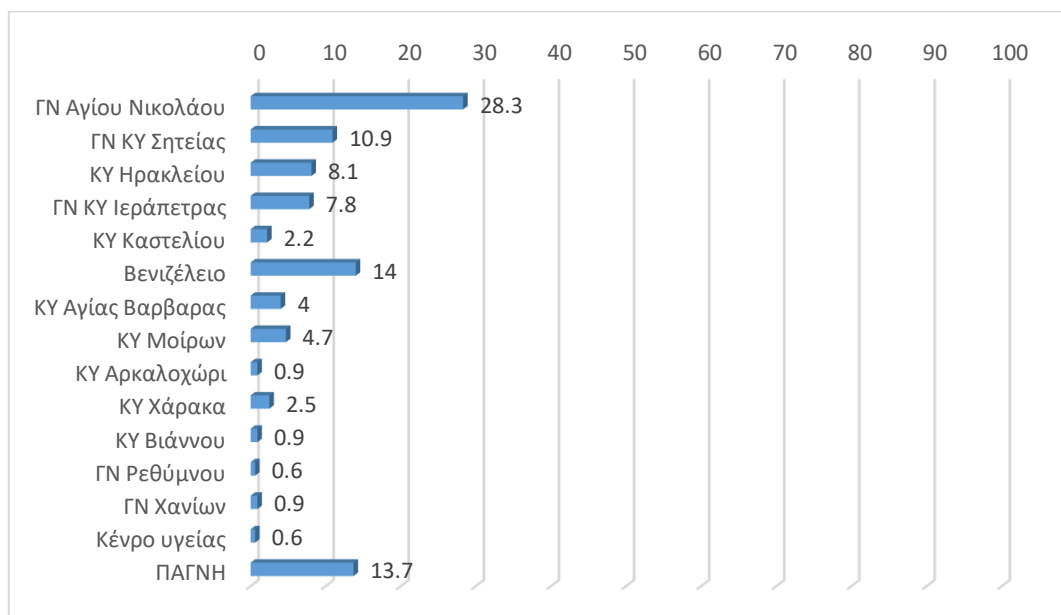


**Γράφημα 5: Χρόνια εργασίας**

«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»



Γράφημα 6: Θέση που κατέχετε στον χώρο εργασίας σας

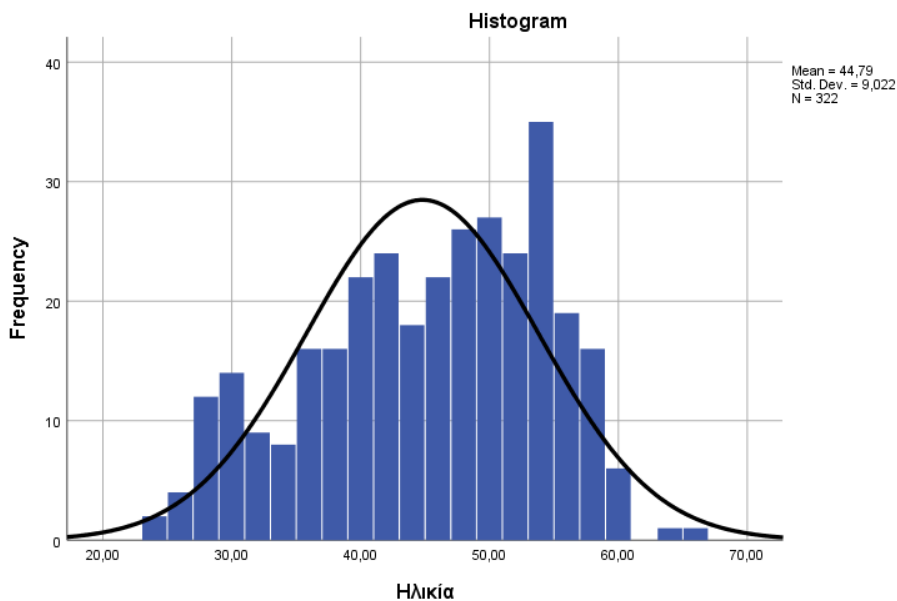


Γράφημα 7: Σε ποιο Νοσοκομείο/Κέντρο υγείας εργάζεστε;

Στον Πίνακα 2 (και το Γράφημα 8) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την ηλικία. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες είναι κατά μέσο όρο 45 ετών (Μ.Ο.= 44,79±9,02), με τον νεότερο να είναι 24 ετών και τον μεγαλύτερο 65.

Πίνακας 2: Ηλικία

Στατιστικό	Τιμή
Ελάχιστη	24,00
Μέγιστη	65,00
Μ.Ο.	44,79
Τ.Α.	9,02



Γράφημα 8: Ηλικία

#### 4.4 Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από 51 ερωτήσεις και είναι χωρισμένο σε 5 ενότητες, οι οποίες είναι 1) «Τα δημογραφικά στοιχεία», 2) «Τα επαγγελματικά στοιχεία», 3) Ικανοποίηση από την εργασία, 4) «Ενσυναίσθηση» και 5) «Σημασία του Νοσηλευτικού έργου».

Η 1<sup>η</sup> ενότητα των δημογραφικών στοιχείων αποτελείται από 5 ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και τους επιπλέον τίτλους σπουδών. Όλες οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου πλην της ηλικίας όπου ο καθένας μπορούσε ελεύθερα να αναγράψει την ηλικία του. Τα συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά θεωρήθηκαν τα βασικά για την αναγνώριση του δείγματος και αποτέλεσαν ορισμένες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας όπου και εξετάστηκε η επιρροή τους στην ικανοποίηση εργασίας, στην ενσυναίσθηση και στη σημασία του νοσηλευτικού έργου.

Η 2<sup>η</sup> ενότητα των επαγγελματικών στοιχείων αποτελείται από 3 ερωτήσεις σχετικά με τα χρόνια εργασίας (κλειστού τύπου), την θέση εργασίας (ανοιχτού τύπου) και το Νοσοκομείο ή Κέντρο υγείας εργασίας (ανοιχτού τύπου). Τα συγκεκριμένα επαγγελματικά χαρακτηριστικά θεωρήθηκαν απαραίτητα για τον προσδιορισμό του δείγματος και

αποτελέσαν ορισμένες από τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας όπου και εξετάστηκε η επιρροή τους στην ικανοποίηση εργασίας, στην ενσυναίσθηση και στη σημασία του νοσηλευτικού έργου.

Η 3<sup>η</sup> ενότητα της ικανοποίησης από την εργασία, περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας (1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ) σχετικά με την επαγγελματική ικανοποίηση όπως π.χ. «Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από το αντικείμενο της εργασίας σας;». Όλες οι ερωτήσεις είναι θετικά φορτισμένες. Η συνολική ικανοποίηση από την εργασία προκύπτει με χρήση του μέσου όρου των ερωτήσεων. Η κλίμακα εμφάνισε υψηλή αξιοπιστία τιμή  $\alpha=0,831 > 0,7$ , τιμή που υποδηλώνει υψηλή αξιοπιστία στην σταθερότητα των μετρήσεων του ερωτηματολογίου, δηλαδή συνέπεια απαντήσεων. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έγκειται μερικώς στην εγκυρότητα περιεχομένου, δηλαδή ότι καλύπτει μέρος από το περιεχόμενο της έννοιας που μετράει (Γαλάνης, 2012). Η ικανοποίηση από την εργασία αποτέλεσε εξαρτημένη μεταβλητή στην έρευνα.

Η 4<sup>η</sup> ενότητα της ενσυναίσθησης αναφέρεται στο ερωτηματολόγιο μέτρησης της ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire TEQ (Spreng, Mckinnon, Mar & Levine, 2009). Το TEQ αποτελείται από 16 ερωτήσεις, κάθε μία από τις οποίες απαντάται σε μία πενταβάθμια κλίμακα από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα). Οι θετικά φορτισμένες ερωτήσεις είναι οι 1,3,5,6,8,9,11,13,16 όπως π.χ. «Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ» όπου υψηλός βαθμός συμφωνίας υποδηλώνει υψηλή ενσυναίσθηση. Οι αρνητικά φορτισμένες ερωτήσεις είναι οι 2,4,7,10,12,14,15 όπως π.χ. «Δεν συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου», όπου υψηλός βαθμός συμφωνίας υποδηλώνει χαμηλή ενσυναίσθηση. Το τελικό αποτέλεσμα απορρέει από την μέση τιμή των θετικά φορτισμένων ερωτήσεων και των αντιστρόφων των αρνητικών. Η αντιστροφή των αρνητικών έγινε με βάση τον τύπο Ερώτηση\_R=4-Ερώτηση. Η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν υψηλή με τιμή  $\alpha=0,854 > 0,7$ , τιμή που υποδηλώνει υψηλή αξιοπιστία. Η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου έγκειται στους κατασκευαστές μέσω της εγκυρότητας περιεχομένου (Γαλάνης, 2012). Η ενσυναίσθηση αποτέλεσε εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας.

Η 5<sup>η</sup> ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις από το 1-5 (1= Καθόλου σημαντικό, 2= Λίγο σημαντικό, 3= Μέτρια σημαντικό, 4= Σημαντικό, 5= Πολύ σημαντικό), σχετικά με την σημασία του νοσηλευτικού έργου, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI (Nursing Dimensions Inventory questionnaire) των Watson et al. (1999). Χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη και σταθμισμένη στα ελληνικά δεδομένα εκδοχή του Ερωτηματολογίου Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 των Kotrotsiou et al. (2014). Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI αποτελεί μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες και εμφανίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης των αντιλήψεων για τη Νοσηλευτική Φροντίδα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 2 παράγοντες το «Κλινικό έργο» στον οποίο αντιστοιχούν οι ερωτήσεις 1,2,4,6,7,9,11-13,16-22,24 όπως «*Να εξηγήεις μια κλινική διαδικασία στον ασθενή*» και οι ανάγκες ασθενή στον οποίο αντιστοιχούν οι ερωτήσεις όπως 3,5,8,10,14,15,23 όπως «*Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή*». Οι ερωτήσεις είναι θετικά φορτισμένες και το συνολικό σκορ στους 2 παράγοντες προκύπτει με μέσο όρο των αντίστοιχων ερωτήσεων. Η αξιοπιστία για το «Κλινικό έργο» ήταν  $\alpha=0,950$  και για τις «Ανάγκες ασθενή»  $\alpha=0,869$ . Η σημασία της νοσηλευτικής φροντίδας μέσω του κλινικού έργου και των αναγκών των ασθενών αποτέλεσε εξαρτημένη μεταβλητή της έρευνας.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε και ηλεκτρονικά μέσω της εφαρμογής google forms στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (ομάδες νοσηλευτών και σε προσωπικά προφίλ) αλλά και δια ζώσης στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας. Η μέθοδος συλλογής δεδομένων θεωρείται η βολική-ευκαιριακή, καθώς δεν μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε όλες τις δομές της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης αλλά σε αυτές που οι ερευνήτριες είχαν πρόσβαση είτε γεωγραφική είτε γνώριζαν τα e-mail και τα προφίλ των νοσηλευτών στους οποίους έστειλαν το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο (Σταλίκας & Κυριάζος, 2019).

#### **4.5 Διαδικασίες**

Οι ερευνήτριες τήρησαν τα ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με την έρευνα και την προστασία της ανωνυμίας των εργαζομένων νοσηλευτών που συμμετείχαν σε αυτήν. Αρχικά δόθηκε έγκριση από τον αρμόδιο Πανεπιστημιακό Φορέα στην πρόταση έρευνας

που κατατέθηκε από τις ερευνήτριες τον Νοέμβριο του 2021. Ο επιβλέπων καθηγητής της παρούσας εργασίας καθοδήγησε τις ερευνήτριες σε όλα τα στάδια της έρευνας. Επιπλέον δόθηκε προφορική άδεια από τις διοικήσεις των νοσοκομείων που μοιράστηκαν τα ερωτηματολόγια καθώς και γραπτή για τα κέντρα υγείας από την 7<sup>η</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης (βλέπε Παράρτημα). Στο εισαγωγικό σημείωμα του ερωτηματολογίου οι ερευνήτριες ενημέρωσαν τους νοσηλευτές ότι η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι ανώνυμη, εθελοντική και ότι μπορούν να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης τους ενημέρωσαν ότι η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα. (BPS, 2014).

#### **4.6 Στατιστική ανάλυση**

Η κωδικοποίηση και αποδελτίωση των δεδομένων έγινε στο λογισμικό Microsoft Office Excel 2016. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 24. Για την απάντηση των πρώτων 3 ερευνητικών ερωτημάτων και την παρουσίαση του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για τις μεταβλητές κλίμακας Likert, ενώ ποσοστά και συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές. Για την απάντηση του 4<sup>ου</sup> ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι όπως independent samples t-test (σύγκριση μέσων τιμών 2 ανεξάρτητων δειγμάτων) και ANOVA (σύγκριση μέσων τιμών 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων) και μη παραμετρικοί όπως Kruskal Wallis (σύγκριση διαμέσων τιμών 3 ή περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων) και Spearman (έλεγχος συσχέτισης διατακτικών ή μη κανονικών ποσοτικών μεταβλητών), ανάλογα το πλήθος των συγκρινόμενων δειγμάτων και την ύπαρξη κανονικής κατανομής. Οι παραμετρικοί έλεγχοι εφαρμόστηκαν σε μεγάλα δείγματα και σε δείγματα που ακολουθούν κανονική κατανομή διαφορετικά χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με χρήση του Shapiro Wilk test. Στατιστικά σημαντικά θεωρήθηκαν τα αποτελέσματα για  $p\text{-value} < 0,05$ , δηλαδή σε στάθμη σημαντικότητας 5%. (Ρούσσο & Τσαούσης, 2011).

## **5 Αποτελέσματα**

### **5.1 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**

#### *Ποιά τα επίπεδα ενσυναίσθησης των νοσηλευτών;*

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στην ενσυναίσθηση. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συχνότητας των παρακάτω προτάσεων σε κλίμακα 0 έως 4 (0= Ποτέ, 1= Σπάνια, 2= Μερικές φορές, 3= Συχνά, 4= Πάντα).

Από τον Πίνακα 3 (και το Γράφημα 9) προκύπτει ότι πάντα χαίρονται να κάνουν τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα (Μ.Ο.= 3,68±0,52). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «συχνά» και του «πάντα», σχετικά με το κατά πόσο συχνά νιώθουν την ανάγκη να προστατεύσουν ένα άτομο, όταν βλέπουν ότι το εκμεταλλεύονται (Μ.Ο.= 3,43±0,76).

Ακόμη, συχνά αναστατώνονται όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο (Μ.Ο.= 3,36±0,82), έχουν τρυφερά συναισθήματα και νοιάζονται για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από τους ίδιους (Μ.Ο.= 3,24±0,92), μπορούν να καταλάβουν πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν τους το πουν (Μ.Ο.= 3,20±0,69), νοιώθουν μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσουν κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο (Μ.Ο.= 3,17±0,72), αναστατώνονται/ταράζονται όταν κάποιος κλαίει (Μ.Ο.= 2,87±0,87), τείνουν να ενθουσιάζονται όταν κάποιος ενθουσιάζεται (Μ.Ο.= 2,70±0,85), καθώς και συχνά ανακαλύπτουν ότι συντονίζονται με τα συναισθήματα των άλλων (Μ.Ο.= 2,66±0,72).

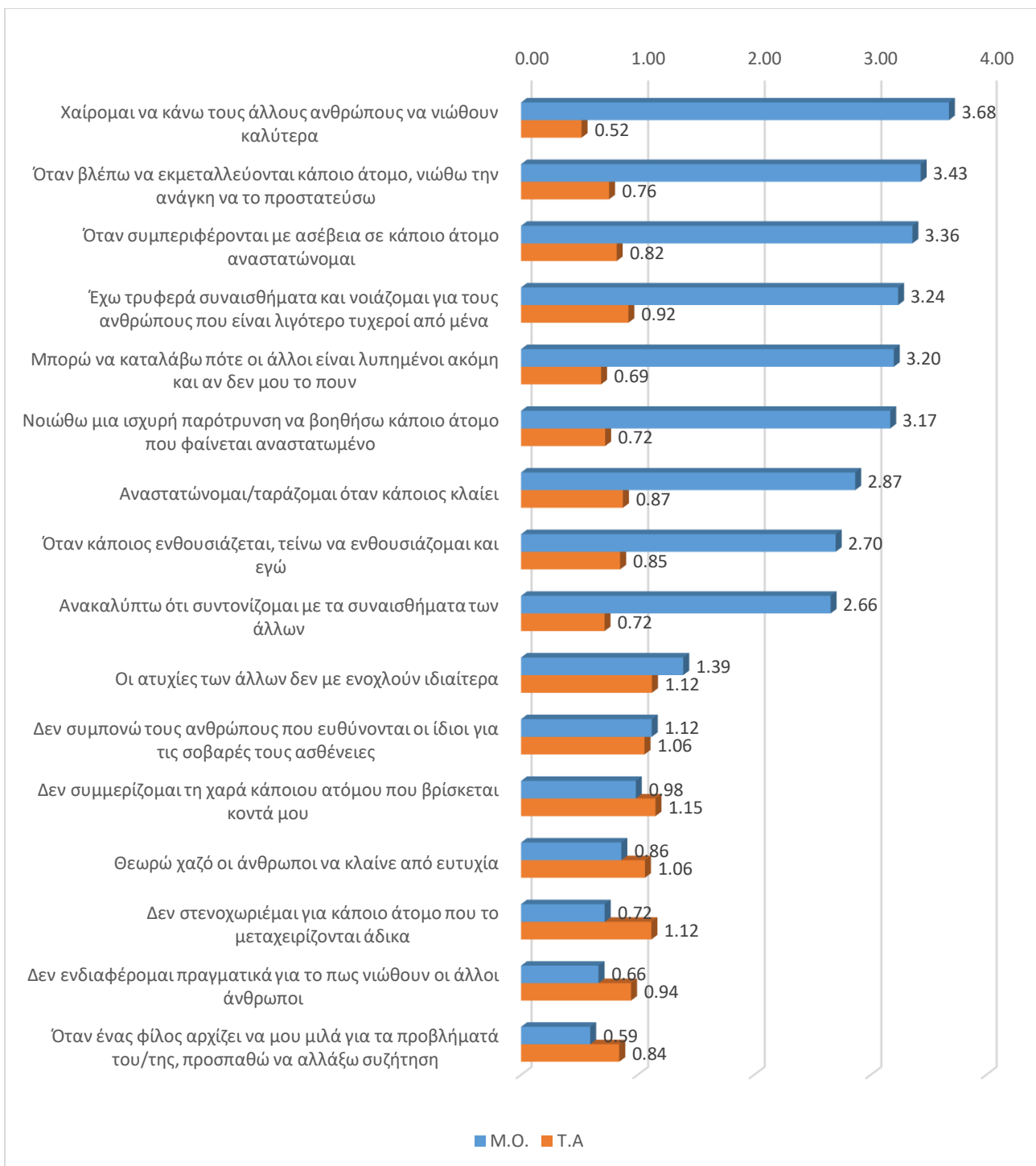
Στη συνέχεια, σπάνια δεν τους ενοχλούν ιδιαίτερα οι ατυχίες των άλλων (Μ.Ο.= 1,39±1,12), δεν συμπονούν τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες (Μ.Ο.= 1,12±1,06), δεν συμερίζονται τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά τους (Μ.Ο.= 0,98±1,15), θεωρούν χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία (Μ.Ο.= 0,86±1,06), δεν στενοχωριούνται για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα (Μ.Ο.= 0,72±1,12), όπως και σπάνια δεν ενδιαφέρονται πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι (Μ.Ο.= 0,66±0,94).

Τέλος, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «ποτέ» και του «σπάνια», σχετικά με το κατά πόσο προσπαθούν να αλλάξουν συζήτηση, όταν ένας φίλος αρχίζει να τους μιλά για τα προβλήματά του/της (Μ.Ο.= 0,59±0,84).

**Γενικότερα, οι νοσηλευτές νιώθουν συχνά ότι διακατέχονται από το αίσθημα της ενσυναίσθησης (Μ.Ο.=3,12 ± 0,51).**

**Πίνακας 3: Ενσυναίσθηση**

<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Μ.Ο.</b>	<b>Τ.Α</b>
Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	3,68	0,52
Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω	3,43	0,76
Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι	3,36	0,82
Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	3,24	0,92
Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν	3,20	0,69
Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο	3,17	0,72
Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει	2,87	0,87
Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	2,70	0,85
Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων	2,66	0,72
Οι ατυχίες των άλλων δεν με ενοχλούν ιδιαίτερα	1,39	1,12
Δεν συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες	1,12	1,06
Δεν συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου	0,98	1,15
Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία	0,86	1,06
Δεν στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	0,72	1,12
Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	0,66	0,94
Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση	0,59	0,84
<b>Ενσυναίσθηση</b>	<b>3,12</b>	<b>0,51</b>



Γράφημα 9: Ενσυναίσθηση

## 5.2 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα

### Ποια τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών;

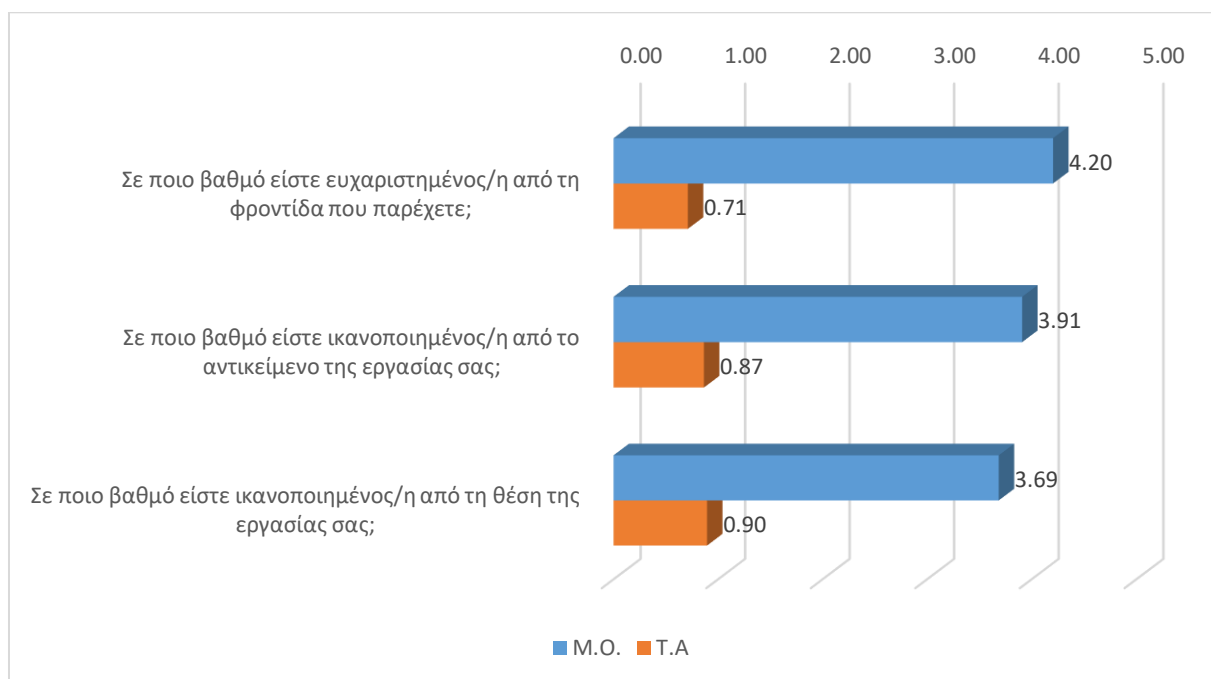
Στην παρούσα ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την ικανοποίηση. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας τους μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Καθόλου, 2= Λίγο, 3= Μέτρια, 4= Πολύ, 5= Πάρα πολύ).

Από τον Πίνακα 4 (και το Γράφημα 10) προκύπτει ότι είναι πολύ ευχαριστημένοι από τη φροντίδα που παρέχουν (Μ.Ο.= 4,20±0,71), το αντικείμενο της εργασίας τους (Μ.Ο.= 3,91±0,87), καθώς και από τη θέση της εργασίας τους (Μ.Ο.= 3,69±0,90).

Γενικότερα οι νοσηλευτές έδειξαν πολύ ικανοποιημένοι από την εργασία τους (Μ.Ο.=3,93 ± 0,72).

Πίνακας 4: Ικανοποίηση από την εργασία

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α
Σε ποιο βαθμό είστε ευχαριστημένος/η από τη φροντίδα που παρέχετε;	4,20	0,71
Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από το αντικείμενο της εργασίας σας;	3,91	0,87
Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από τη θέση της εργασίας σας;	3,69	0,90
<b>Ικανοποίηση από την εργασία</b>	<b>3,93</b>	<b>0,72</b>



Γράφημα 10: Ικανοποίηση από την εργασία

### 5.3 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα

*Πόσο σημαντική θεωρούν οι νοσηλευτές την φροντίδα που παρέχουν στους νοσηλευόμενους;*

Στην παρούσα ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν την σημασία του νοσηλευτικού έργου. Η ενότητα χωρίζεται σε δύο υπό-ενότητες, το κλινικό έργο και τις ανάγκες του ασθενή. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Καθόλου σημαντικό, 2= Λίγο σημαντικό, 3= Μέτρια σημαντικό, 4= Σημαντικό, 5= Πολύ σημαντικό).

#### Κλινικό έργο

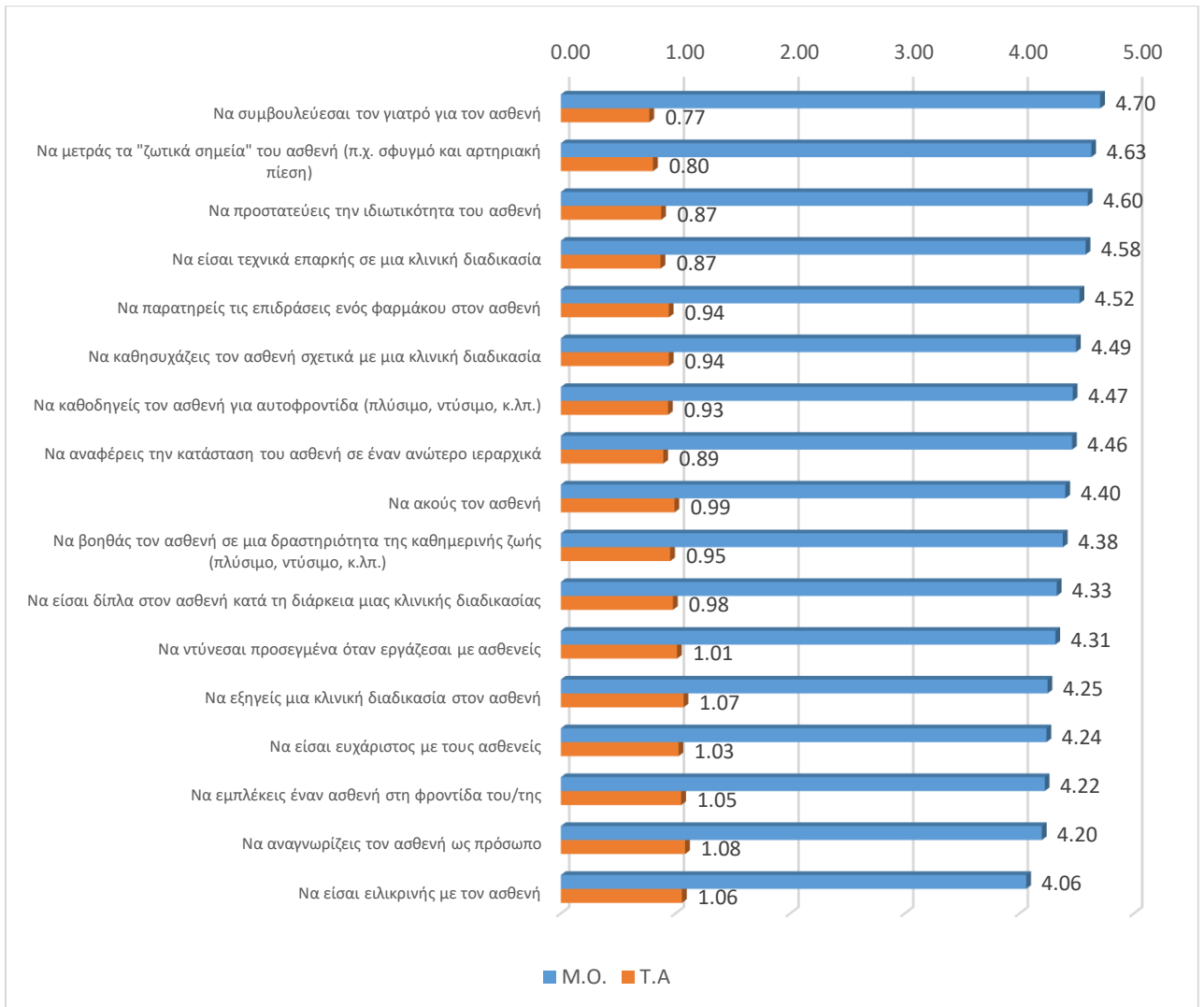
Στην παρούσα υπό-ενότητα παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν το κλινικό έργο. Από τον Πίνακα 5 (και το Γράφημα 11) προκύπτει ότι είναι πολύ σημαντικό για τους ερωτηθέντες να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή (M.O.= 4,70±0,77), όπως και να μετράς τα «ζωτικά σημεία» του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση) (M.O.= 4,63±0,80). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «σημαντικό» και του «πολύ σημαντικό», σχετικά με το κατά πόσο σημαντικό είναι για τους ίδιους να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή (M.O.= 4,60±0,87), να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία (M.O.= 4,58±0,87), να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή (M.O.= 4,52±0,94), να καθυστερείς τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία (M.O.= 4,49±0,94), να τον καθυστερείς για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.) (M.O.= 4,47±0,93), να αναφέρεις την κατάσταση του σε έναν ανώτερο ιεραρχικά (M.O.= 4,46±0,89), όπως και να ακούς τον ασθενή (M.O.= 4,40±0,99).

Ακόμη, είναι σημαντικό για τους ερωτηθέντες να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (M.O.= 4,38±0,98), να είσαι δίπλα του κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας (M.O.= 4,33±0,98), να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι μαζί του (M.O.= 4,31±1,01), να του εξηγείς μια κλινική διαδικασία (M.O.= 4,25±1,07), να είσαι ευχάριστος μαζί του (M.O.= 4,24±1,03), να τον εμπλέκεις στη φροντίδα του/της (M.O.= 4,22±1,05), να τον αναγνωρίζεις ως πρόσωπο (M.O.= 4,20±1,08), όπως και να είσαι ειλικρινής μαζί του (M.O.= 4,06±1,06).

**Γενικότερα το κλινικό έργο των νοσηλευτών χαρακτηρίστηκε σημαντικό έως πολύ σημαντικό (M.O.=4,40 ± 0,72)**

**Πίνακας 5: Κλινικό έργο**

<b>Ερωτήσεις</b>	<b>Μ.Ο.</b>	<b>Τ.Α</b>
Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή	4,70	0,77
Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	4,63	0,80
Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	4,60	0,87
Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	4,58	0,87
Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	4,52	0,94
Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	4,49	0,94
Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	4,47	0,93
Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά	4,46	0,89
Να ακούς τον ασθενή	4,40	0,99
Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής	4,38	0,95
Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	4,33	0,98
Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	4,31	1,01
Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	4,25	1,07
Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	4,24	1,03
Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	4,22	1,05
Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	4,20	1,08
Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	4,06	1,06
<b>Κλινικό έργο</b>	<b>4,40</b>	<b>0,72</b>



Γράφημα 11: Κλινικό έργο

### Ανάγκες ασθενή

Στην παρούσα υπό-ενότητα παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στις ανάγκες του ασθενή. Οι ερωτηθέντες δηλώνουν και πάλι τον βαθμό συμφωνίας μέσω πενταβάθμιας κλίμακας (1= Καθόλου σημαντικό, 2= Λίγο σημαντικό, 3= Μέτρια σημαντικό, 4= Σημαντικό, 5= Πολύ σημαντικό).

Από τον Πίνακα 6 (και το Γράφημα 12) προκύπτει ότι είναι σημαντικό για τους ερωτηθέντες να ασχολείται με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά (M.O.= 4,05±1,05), να φροντίζεις τις πνευματικές του ανάγκες (M.O.= 3,64±1,19), καθώς και να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα (M.O.= 3,64±1,29).

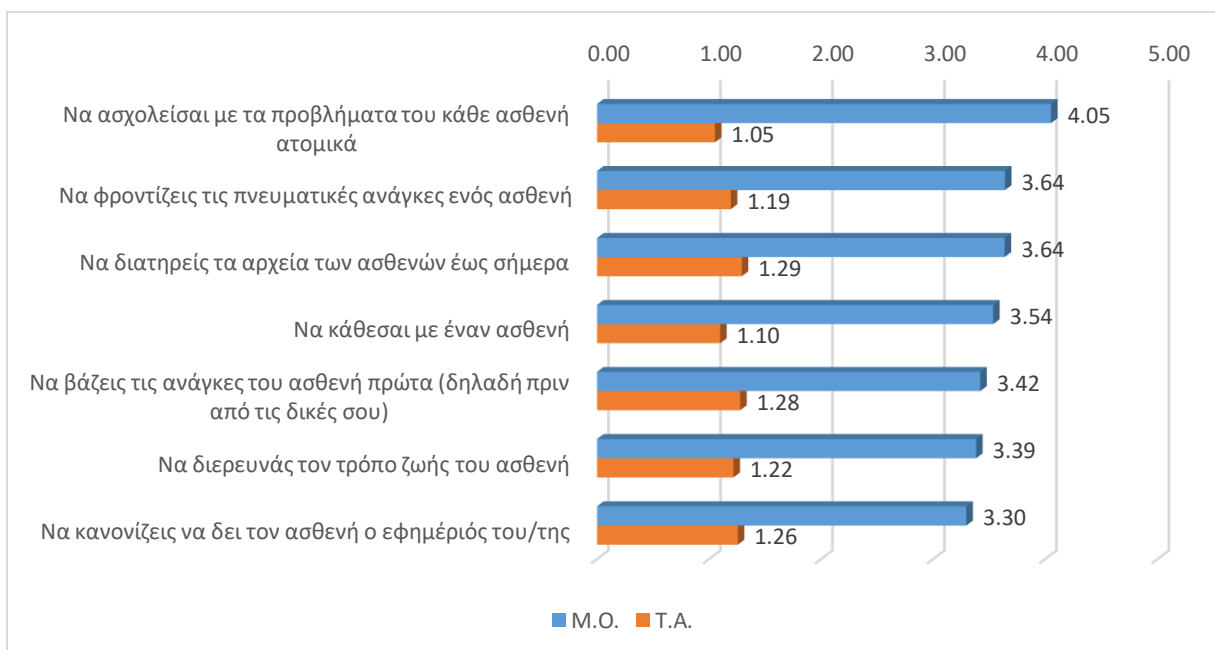
Στη συνέχεια, οι απαντήσεις τους τοποθετήθηκαν μεταξύ του «μέτρια σημαντικό» και του «σημαντικό», αναφορικά με το κατά πόσο σημαντικό θεωρούν να κάθεται με έναν ασθενή (Μ.Ο.= 3,54±1,10), καθώς και να βάζεις τις ανάγκες του πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές τους) (Μ.Ο.= 3,42±1,28).

Τέλος, μέτρια σημαντικό κρίνουν το να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή (Μ.Ο.= 3,39±1,22), καθώς και το να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της (Μ.Ο.= 3,30±1,26).

**Γενικότερα οι ανάγκες του ασθενή, χαρακτηρίστηκαν μέτρια έως αρκετά σημαντικές (Μ.Ο.=3,57 ± 0,90).**

Πίνακας 6: Ανάγκες ασθενή

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	Τ.Α
Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	4,05	1,05
Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	3,64	1,19
Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	3,64	1,29
Να κάθεται με έναν ασθενή	3,54	1,10
Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	3,42	1,28
Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	3,39	1,22
Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	3,30	1,26
<b>Ανάγκες ασθενή</b>	<b>3,57</b>	<b>0,90</b>



Γράφημα 12: Ανάγκες ασθενή

## 5.4 4<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

Ποια δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με την ικανοποίηση, την ενσυναίσθηση και τις συμπεριφορές φροντίδας;

### Φύλο

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το φύλο των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών σε κανένα παράγοντα ( $p \geq 0,239$ ).

Πίνακας 7: Παράγοντες \* Φύλο, t-test

Παράγοντας	Στατιστικό	p
Ικανοποίηση από την εργασία	t (320) = 0,466	0,642
Ενσυναίσθηση	t (320) = -0,158	0,875
Κλινικό έργο	t (320) = 0,145	0,885
Ανάγκες ασθενή	t (320) = 1,179	0,239

### Ηλικία

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων ως προς την ηλικία των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ηλικία των ερωτηθέντων συσχετίζεται αρνητικά με τους παράγοντες:

- «Ενσυναίσθηση» ( $\rho = -0,232$ ,  $p < 0,01$ )
- «Κλινικό έργο» ( $\rho = -0,129$ ,  $p < 0,05$ )

Πίνακας 8: Παράγοντες\*Ηλικία, Συσχετίσεις Spearman

Συσχετίσεις Spearman	Ηλικία
Ικανοποίηση από την εργασία	-0,072
Ενσυναίσθηση	<b>-0,232**</b>
Κλινικό έργο	<b>-0,129*</b>
Ανάγκες ασθενή	-0,071

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

### Οικογενειακή κατάσταση

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» ( $F(2,319)=6,723$ ,  $p=0,001$ ) και «Κλινικό έργο» ( $F(2,319)=3,893$ ,  $p=0,021$ )

**Πίνακας 9: Παράγοντες \* Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA**

Παράγοντας	F (2,319)	p
Ικανοποίηση από την εργασία	1,721	0,181
Ενσυναίσθηση	6,723	<b>0,001</b>
Κλινικό έργο	3,893	<b>0,021</b>
Ανάγκες ασθενή	1,872	0,155

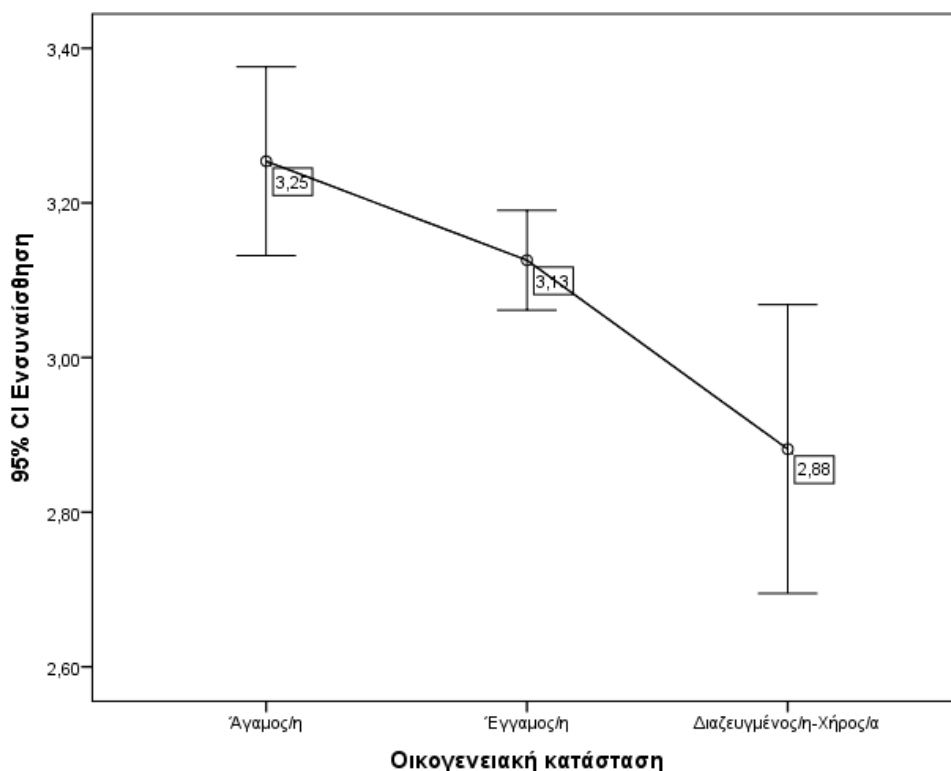
Συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 10-11 (και το Γράφημα 13) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» η μέση τιμή των διαζευγμένων-χήρων (Μ.Ο.=2,88) είναι στατιστικά μικρότερη από τη μέση τιμή όσων των άγαμων (Μ.Ο.=3,25) ( $p<0,001$ ) και των παντρεμένων (Μ.Ο.=3,13) ( $p=0,005$ ).

**Πίνακας 10: «Ενσυναίσθηση» \* Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA**

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	df1	df2	F	p
Ενσυναίσθηση	Άγαμος/η	64	3,25	2	319	6,723	<b>0,001</b>
	Έγγαμος/η	220	3,13				
	Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	38	2,88				

**Πίνακας 11: «Ενσυναίσθηση» \* Οικογενειακή κατάσταση, LSD post hoc**

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση (I)	Οικογενειακή κατάσταση (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Ενσυναίσθηση	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	0,12805	0,070
		Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	,37233*	<b>&lt;0,001</b>
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	-0,12805	0,070
		Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	,24427*	0,005
	Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	Άγαμος/η	-,37233*	<b>&lt;0,001</b>
		Έγγαμος/η	-,24427*	<b>0,005</b>



Γράφημα 13: Error bars «Ensympathy» \* Οικογενειακή κατάσταση

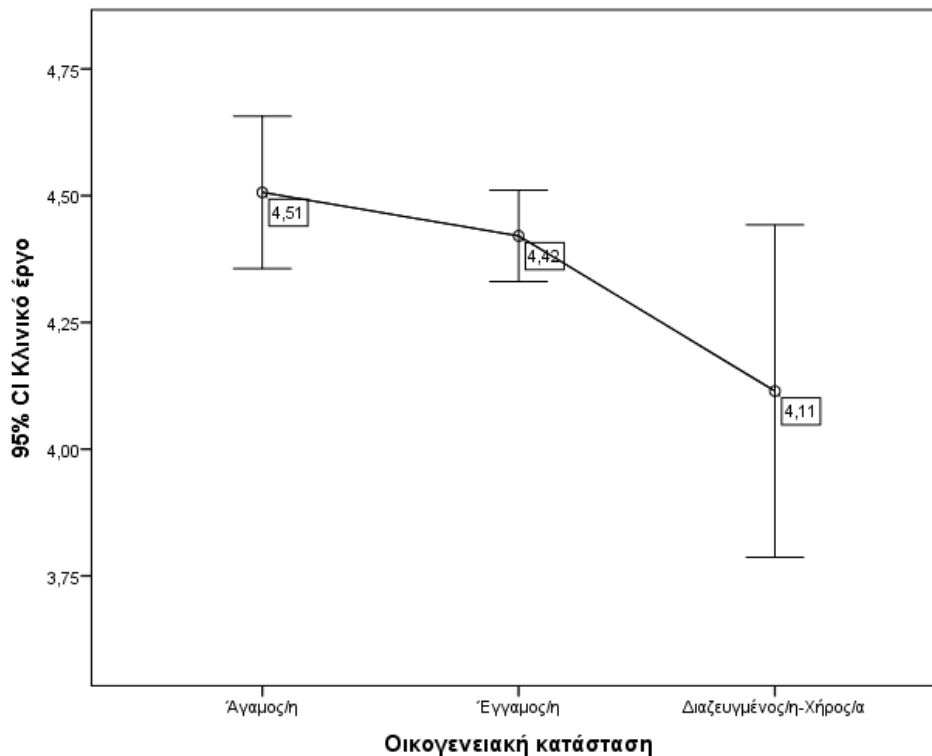
Από τους Πίνακες 12-13 (και το Γράφημα 14) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Κλινικό έργο» η μέση τιμή των διαζευγμένων-χήρων (Μ.Ο.=4,11) είναι στατιστικά μικρότερη από τη μέση τιμή όσων των άγαμων (Μ.Ο=4,51) ( $p=0,081$ ) σε στάθμη σημαντικότητας 10%.

Πίνακας 12: «Κλινικό έργο» \* Οικογενειακή κατάσταση, ANOVA

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.O.	df1	df2	F	p
Κλινικό έργο	Άγαμος/η	64	4,51	2	319	3,893	<b>0,021</b>
	Έγγαμος/η	220	4,42				
	Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	38	4,11				

Πίνακας 13: «Κλινικό έργο» \* Οικογενειακή κατάσταση, Games Howell post hoc

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση (I)	Οικογενειακή κατάσταση (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Κλινικό έργο	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	0,08585	0,594
		Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	0,39188	<b>0,081</b>
	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	-0,08585	0,594
		Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	0,30604	0,175
	Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	Άγαμος/η	-0,39188	<b>0,081</b>
		Έγγαμος/η	-0,30604	0,175



Γράφημα 14: Error bars «Κλινικό έργο» \* Οικογενειακή κατάσταση

#### Εκπαιδευτική κατηγορία

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς την εκπαιδευτική κατηγορία των ερωτηθέντων. Πριν την πραγματοποίηση της ανάλυσης έγινε ομαδοποίηση των κατηγοριών «ΤΕ» και «ΠΕ» στην κατηγορία «Τριτοβάθμια εκπαίδευση». Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στους παράγοντες «Ικανοποίηση από την εργασία» ( $t(218) = -5,376, p < 0,001$ ), «Ενσυναίσθηση» ( $t(218) = -4,998, p < 0,001$ ), «Κλινικό έργο» ( $t(197) = -5,469, p < 0,001$ ) και «Ανάγκες ασθενή» ( $t(200) = -6,547, p < 0,001$ ).

Πίνακας 14: Παράγοντες \* Εκπαιδευτική κατηγορία, t-test

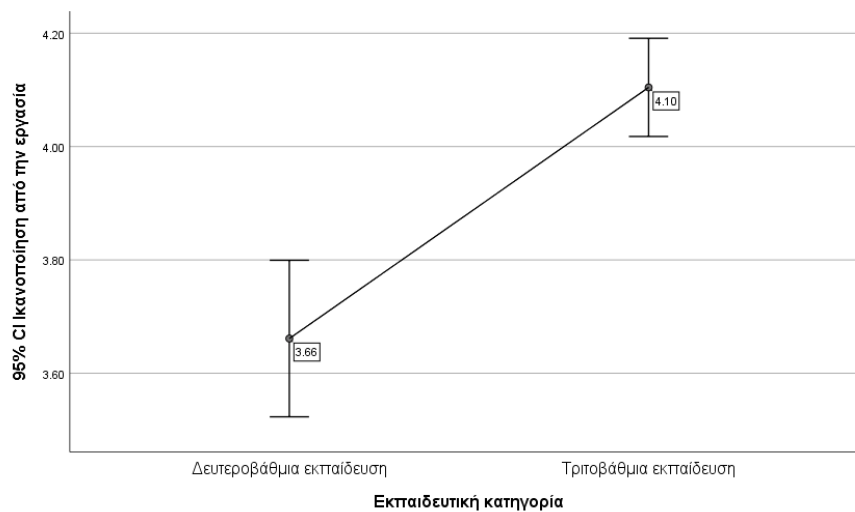
Παράγοντας	Στατιστικό	p
Ικανοποίηση από την εργασία	$t(218) = -5,376$	<b>&lt;0,001</b>
Ενσυναίσθηση	$t(218) = -4,998$	<b>&lt;0,001</b>
Κλινικό έργο	$t(197) = -5,469$	<b>&lt;0,001</b>
Ανάγκες ασθενή	$t(200) = -6,547$	<b>&lt;0,001</b>

Συγκεκριμένα από τον Πίνακα 15 (και τα Γραφήματα 15-18) προκύπτει ότι:

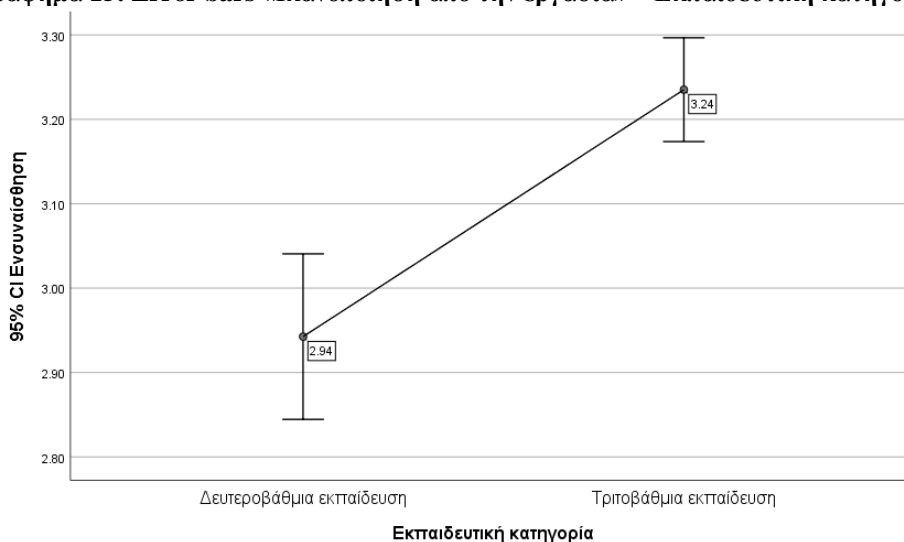
- Στον παράγοντα «Ικανοποίηση από την εργασία», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.O.=3,66) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(218,341)=-5,376, p<0,001$ ) από τη μέση τιμή όσων έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.O.=4,10).
- Στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.O.=2,94) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(218,420)=-4,998, p<0,001$ ) από τη μέση τιμή όσων έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.O.=3,24).
- Στον παράγοντα «Κλινικό Έργο», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.O.=4,12) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(197,415)=-5,469, p<0,001$ ) από τη μέση τιμή όσων έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.O.=4,58).
- Στον παράγοντα «Ανάγκες Ασθενή», η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (M.O.=3,15) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(199,73)=-6,547, p<0,001$ ) από τη μέση τιμή όσων έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (M.O.=3,83).

**Πίνακας 15: Παράγοντες \* Εκπαιδευτική κατηγορία, t-test (στατ. σημαντικά)**

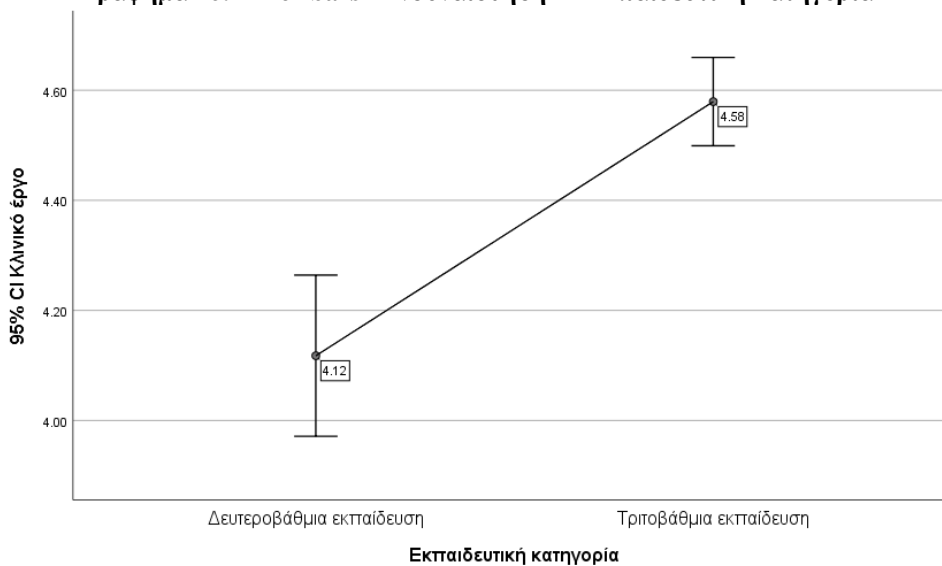
Παράγοντας	Εκπαιδευτική κατηγορία	N	M.O.	t	df	p
Ικανοποίηση από την εργασία	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	124	3,66	-5,376	218,341	<b>&lt;0,001</b>
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	198	4,10			
Ενσυναίσθηση	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	124	2,94	-4,998	218,420	<b>&lt;0,001</b>
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	198	3,24			
Κλινικό έργο	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	124	4,12	-5,469	197,415	<b>&lt;0,001</b>
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	198	4,58			
Ανάγκες ασθενή	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	124	3,15	-6,547	199,73	<b>&lt;0,001</b>
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	198	3,83			



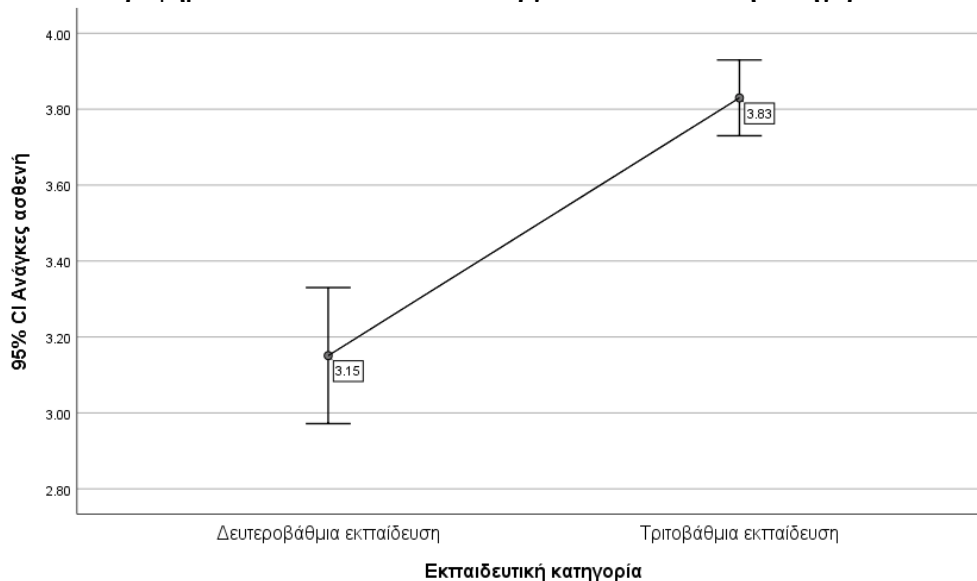
**Γράφημα 15: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» \* Εκπαιδευτική κατηγορία**



**Γράφημα 16: Error bars «Ενσυναίσθηση» \* Εκπαιδευτική κατηγορία**



**Γράφημα 17: Error bars «Κλινικό έργο» \* Εκπαιδευτική κατηγορία**



**Γράφημα 18: Error bars «Ανάγκες ασθενή» \* Εκπαιδευτική κατηγορία**

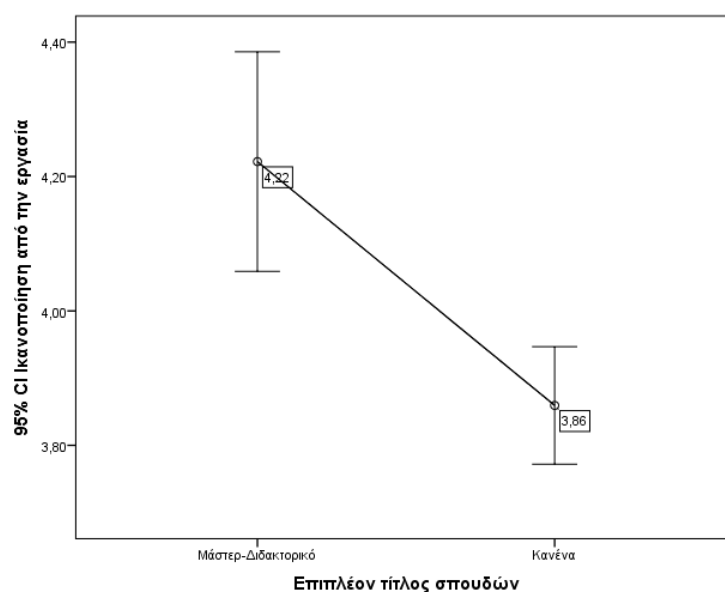
#### Επιπλέον τίτλος σπουδών

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς τους επιπλέον τίτλους σπουδών των ερωτηθέντων. Από τον Πίνακα 16 (και Γραφήματα 19-22) προκύπτει ότι:

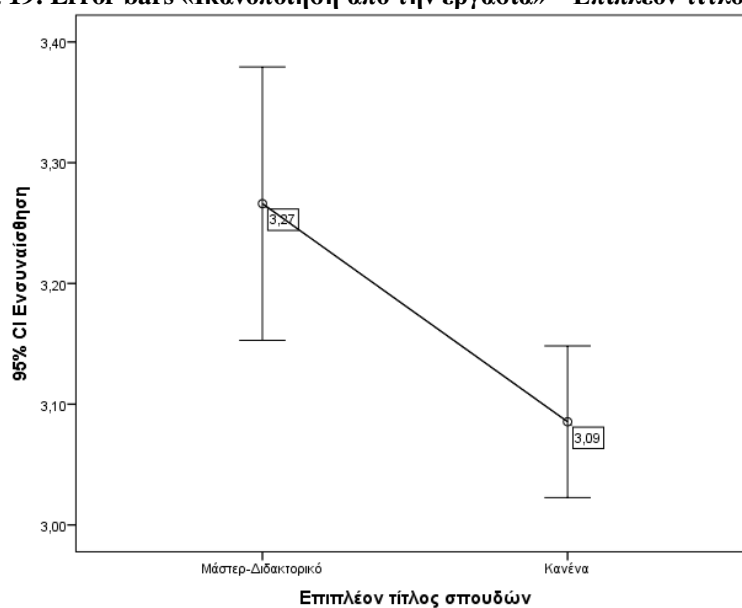
- Στον παράγοντα «Ικανοποίηση από την εργασία» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν μάστερ ή Διδακτορικό (M.O.=4,22) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ( $t(320)=3,747$ ,  $p<0,001$ ) από τη μέση τιμή όσων δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών (M.O.=3,86).
- Στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν μάστερ ή διδακτορικό (M.O.=3,27) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ( $t(320)=2,614$ ,  $p=0,009<0,05$ ), από τη μέση τιμή όσων δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών (M.O.=3,09).
- Στον παράγοντα «Κλινικό έργο» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που έχουν μάστερ ή διδακτορικό (M.O.=4,59) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ( $t(118,088)=2,641$ ,  $p=0,009$ ), από τη μέση τιμή όσων δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών (M.O.=4,35).
- Στον παράγοντα «Ανάγκες ασθενή» η μέση τιμή των ερωτηθέντων έχουν μάστερ ή διδακτορικό (M.O.=3,89) είναι στατιστικά μεγαλύτερη ( $t(134,807)=3,905$ ,  $p<0,001$ ), από τη μέση τιμή όσων δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών (M.O.=3,49).

**Πίνακας 16: Παράγοντες \* Επιπλέον τίτλος σπουδών, independent samples t-test**

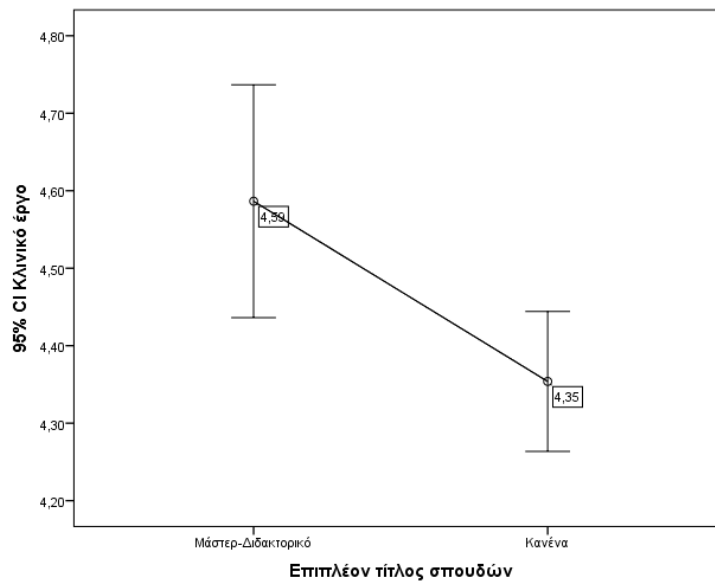
Παράγοντας	Επιπλέον τίτλος σπουδών	N	M.O.	df	t	p-value
Ικανοποίηση από την εργασία	Μάστερ-Διδακτορικό	66	4,22	320	3,747	<b>&lt;0,001</b>
	Κανένα	256	3,86			
Ενσυναίσθηση	Μάστερ-Διδακτορικό	66	3,27	320	2,614	<b>0,009</b>
	Κανένα	256	3,09			
Κλινικό έργο	Μάστερ-Διδακτορικό	66	4,59	118,088	2,641	<b>0,009</b>
	Κανένα	256	4,35			
Ανάγκες ασθενή	Μάστερ-Διδακτορικό	66	3,89	134,807	3,905	<b>&lt;0,001</b>
	Κανένα	256	3,49			



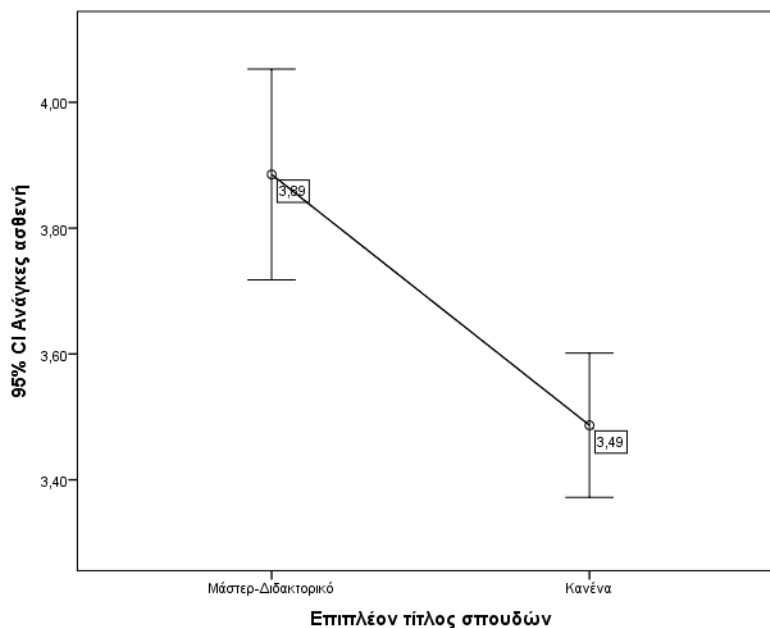
**Γράφημα 19: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» \* Επιπλέον τίτλος σπουδών**



**Γράφημα 20: Error bars «Ενσυναίσθηση» \* Επιπλέον τίτλος σπουδών**



Γράφημα 21: Error bars «Κλινικό έργο» \* Επιπλέον τίτλος σπουδών



Γράφημα 22: Boxplots «Ανάγκες ασθενή» \* Επιπλέον τίτλος σπουδών

### Χρόνια εργασία

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA των παραγόντων ως προς τα χρόνια εργασίας των ερωτηθέντων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» ( $F(4, 317) = 4,499, p = 0,002 < 0,01$ ).

**Πίνακας 17: Παράγοντες \* Χρόνια εργασίας, ANOVA**

Παράγοντας	Στατιστικό	p
Ικανοποίηση από την εργασία	F (4, 317) = 0,815	0,517
Ενσυναίσθηση	F (4, 317) = 4,499	<b>0,002</b>
Κλινικό έργο	F (4, 317) = 1,714	0,147
Ανάγκες ασθενή	F (4, 317) = 0,671	0,613

Συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 18-19 (και το Γράφημα 23) προκύπτει ότι:

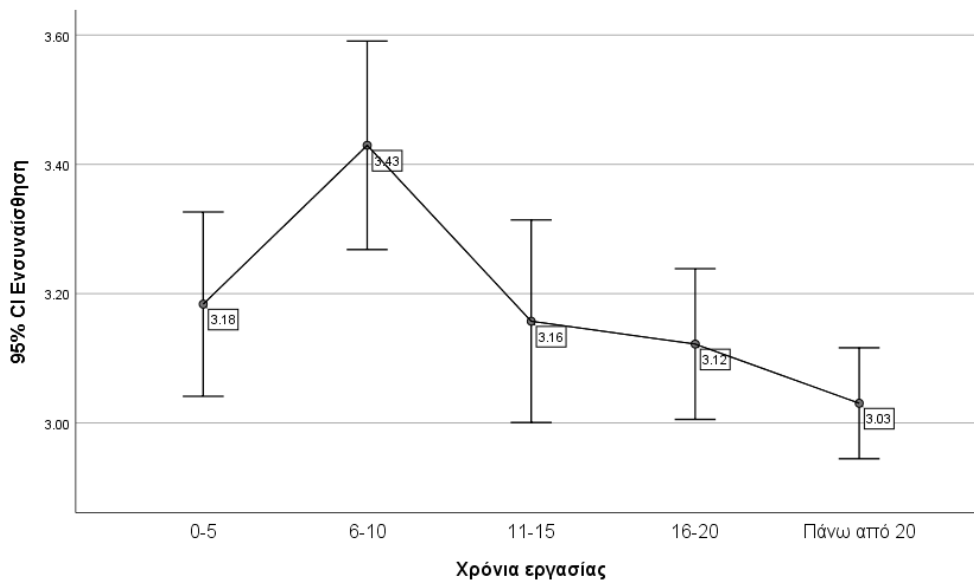
- Στον παράγοντα «Ενσυναίσθηση» η μέση τιμή των ερωτηθέντων που εργάζονται για 6-10 χρόνια (Μ.Ο.=3,43) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από τη μέση τιμή όσων εργάζονται 0-5 (Μ.Ο.=3,18) ( $p=0,030$ ), 11-15 (Μ.Ο.=3,16) ( $p=0,031$ ), 16-20 (Μ.Ο.=3,12) ( $p=0,005$ ) και πάνω από 20 χρόνια (Μ.Ο.=3,03) ( $p<0,001$ )

**Πίνακας 18: «Ενσυναίσθηση» \* Χρόνια εργασίας, ANOVA**

Παράγοντας	Χρόνια εργασίας	N	M.O.	df1	df2	F	p
Ενσυναίσθηση	0-5	50	3,18	4	317	4,499	<b>0,002</b>
	6-10	31	3,43				
	11-15	31	3,16				
	16-20	62	3,12				
	Πάνω από 20	148	3,03				

**Πίνακας 19: «Ενσυναίσθηση» \* Χρόνια εργασίας, LSD post hoc**

Παράγοντας	Χρόνια εργασίας (I)	Χρόνια εργασίας (J)	Μέσες διαφορές (I-J)	p
Ενσυναίσθηση	0-5	6-10	-0,25*	<b>0,030</b>
		11-15	0,03	0,815
		16-20	0,06	0,512
		Πάνω από 20	0,15	0,059
	6-10	0-5	0,25*	<b>0,030</b>
		11-15	0,27*	<b>0,031</b>
		16-20	0,31*	<b>0,005</b>
		Πάνω από 20	0,40*	<b>&lt;0,001</b>
	11-15	0-5	-0,03	0,815
		6-10	-0,27*	<b>0,031</b>
		16-20	0,04	0,746
		Πάνω από 20	0,13	0,195
	16-20	0-5	-0,06	0,512
		6-10	-0,31*	<b>0,005</b>
		11-15	-0,04	0,746
		Πάνω από 20	0,09	0,222
	Πάνω από 20	0-5	-0,15	0,059
		6-10	-0,40*	<b>&lt;0,001</b>
		11-15	-0,13	0,195
		16-20	-0,09	0,222



Γράφημα 23: Error bars «Ενσυναίσθηση» \* Χρόνια εργασίας

#### Θέση που κατέχετε στον χώρο εργασίας

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως την θέση οι κατέχουν οι ερωτηθέντες στον χώρο εργασίας τους. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών στους παράγοντες «Ικανοποίηση από την εργασία» ( $t(316) = -3,833, p < 0,001$ ), «Κλινικό έργο» ( $t(74,77) = -2,378, p = 0,020$ ) και «Ανάγκες ασθενή» ( $t(76,51) = -3,458, p = 0,001$ ).

Πίνακας 20: Παράγοντες * Θέση, ANOVA και Kruskal-Wallis		
Παράγοντας	Στατιστικό	p
Ικανοποίηση από την εργασία	$t(316) = -3,833$	<b>&lt;0,001</b>
Ενσυναίσθηση	$t(316) = -1,028$	0,305
Κλινικό έργο	$t(74,77) = -2,378$	<b>0,020</b>
Ανάγκες ασθενή	$t(76,51) = -3,458$	<b>0,001</b>

Συγκεκριμένα, από τους Πίνακες 21 (και τα Γραφήματα 24-26) προκύπτει ότι:

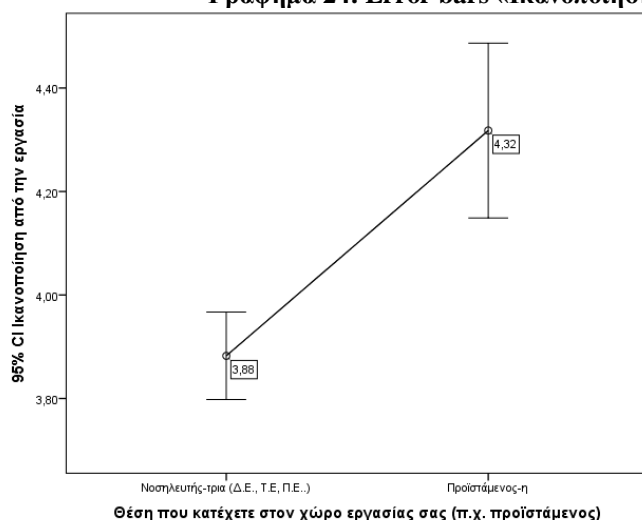
- Στον παράγοντα «Ικανοποίηση από την εργασία» η μέση τιμή των νοσηλευτών (Μ.Ο.=3,88) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(316) = -3,833, p < 0,001$ ), από τη μέση τιμή των προϊσταμένων (Μ.Ο.=4,32)

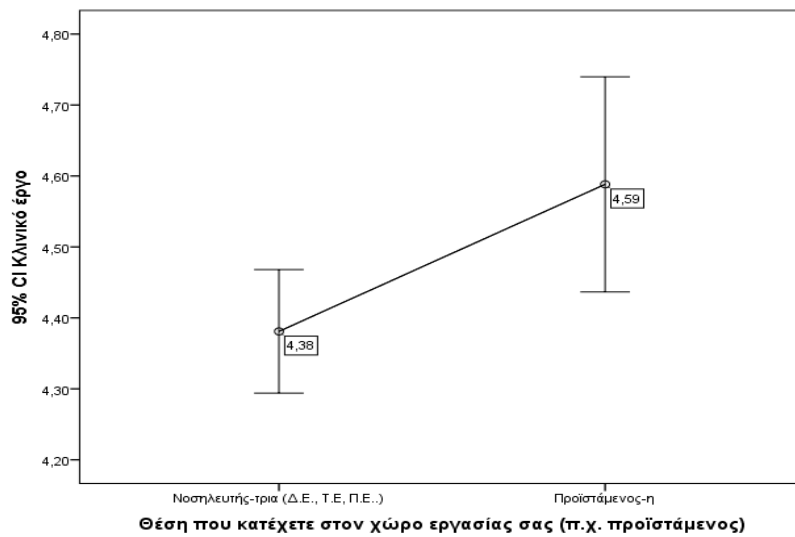
- Στον παράγοντα «Κλινικό έργο» η μέση τιμή των νοσηλευτών (Μ.Ο.=4,38) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(74,77)=-2,378, p=0,020$ ) από τη μέση τιμή των προϊσταμένων (Μ.Ο.=4,59).
- Στον παράγοντα «Κλινικό έργο» η μέση τιμή των νοσηλευτών (Μ.Ο.=3,51) είναι στατιστικά μικρότερη ( $t(76,51)=-3,458, p=0,001$ ) από τη μέση τιμή των προϊσταμένων (Μ.Ο.=3,89).

Πίνακας 21: Παράγοντες \* Θέση, ANOVA (στατιστικά σημαντικά)

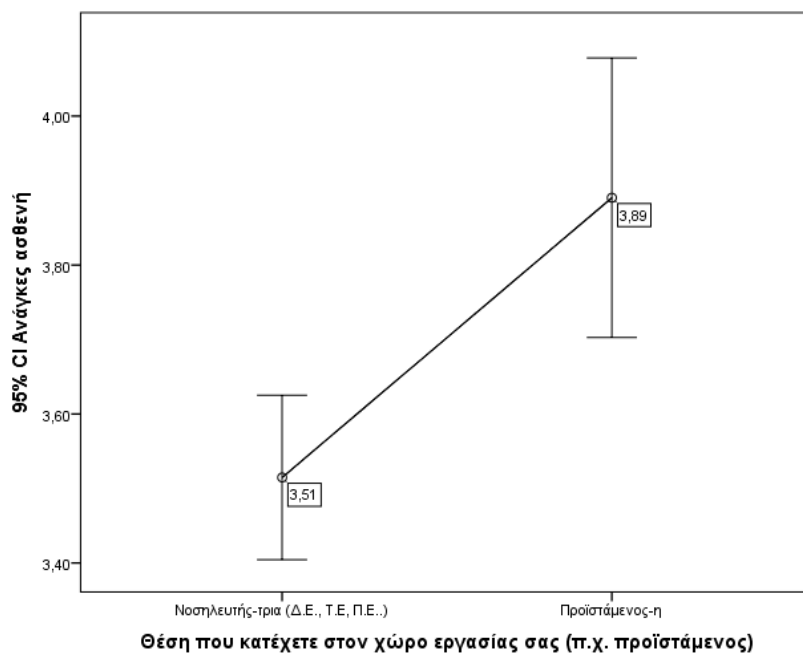
Παράγοντας	Θέση εργασίας	N	M.O.	df	t	p-value
Ικανοποίηση από την εργασία	Νοσηλευτής-τρια (Δ.Ε., Τ.Ε, Π.Ε..)	275	3,88	316	-3,833	<b>&lt;0,001</b>
	Προϊστάμενος-η	43	4,32			
Κλινικό έργο	Νοσηλευτής-τρια (Δ.Ε., Τ.Ε, Π.Ε..)	275	4,38	74,77	-2,378	<b>0,020</b>
	Προϊστάμενος-η	43	4,59			
Ανάγκες ασθενή	Νοσηλευτής-τρια (Δ.Ε., Τ.Ε, Π.Ε..)	275	3,51	76,51	-3,458	<b>0,001</b>
	Προϊστάμενος-η	43	3,89			

Γράφημα 24: Error bars «Ικανοποίηση από την εργασία» \* Θέση





Γράφημα 25: Error bars «Κλινικό έργο» \* Θέση



Γράφημα 26: Error bars «Ανάγκες ασθενή» \* Θέση

### Εργασία σε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων independent samples t-test των παραγόντων ως προς το αν οι ερωτηθέντες εργάζονται στην πρωτοβάθμια ή τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχουν

στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών ή μέσω των βαθμίδων σε κανένα παράγοντα ( $p \geq 0,238$ ).

Πίνακας 22: Παράγοντες \* Εργασία σε πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, t-test

Παράγοντας	Στατιστικό	p
Ικανοποίηση από την εργασία	t (320) = 1,010	0,313
Ενσυναίσθηση	t (320) = 0,928	0,354
Κλινικό έργο	t (320) = -0,187	0,852
Ανάγκες ασθενή	t (320) = 1,181	0,238

## 5.5 5<sup>ο</sup> Ερευνητικό Ερώτημα

*Ποια είναι η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης με τις συμπεριφορές φροντίδας;*

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις Spearman μεταξύ των παραγόντων «Ενσυναίσθηση» και «Ικανοποίηση από την εργασία» ως προς τους παράγοντες «Κλινικό έργο» και «Ανάγκες ασθενή».

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο παράγοντας «Ικανοποίηση από την εργασία» συσχετίζεται θετικά με τους παράγοντες:

- «Κλινικό έργο» ( $\rho = 0,385$ ,  $p < 0,001$ )
- «Ανάγκες ασθενή» ( $\rho = 0,322$ ,  $p < 0,001$ )

Επίσης, ο παράγοντας «Ενσυναίσθηση» συσχετίζεται θετικά με τους παράγοντες:

- «Κλινικό έργο» ( $\rho = 0,493$ ,  $p < 0,001$ )
- «Ανάγκες ασθενή» ( $\rho = 0,462$ ,  $p < 0,001$ )

Πίνακας 23: «Ενσυναίσθηση», «Ικανοποίηση από την εργασία» \* Παράγοντες συμπεριφορών φροντίδας, Συσχετίσεις Spearman

Συσχετίσεις Spearman	Ικανοποίηση από την εργασία	Ενσυναίσθηση
Κλινικό έργο	<b>0,385**</b>	<b>0,493**</b>
Ανάγκες ασθενή	<b>0,322**</b>	<b>0,462**</b>

\*\* $p < 0,01$

## 6 Συμπεράσματα έρευνας

### 6.1 Συζήτηση

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβαν μέρος 322 άτομα στην πλειοψηφία τους γυναίκες, νοσηλεύτριες, έγγαμες, με μέση ηλικία περίπου τα 45 χρόνια, με περισσότερα από 15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, οι περισσότεροι έχουν ολοκληρώσει είτε την τεχνολογική ή μόνο τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, και δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών όπως μεταπτυχιακό ή διδακτορικό. Τέλος, η πλειοψηφία εργάζεται σε νοσοκομεία όπως το ΓΝ Αγίου Νικολάου, το Βενιζέλειο και το ΠΑΓΝΗ καθώς και σε κέντρα υγείας όπως το ΚΥ Σητείας και Ηρακλείου.

**Στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκαν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι **νοσηλευτές εμφανίζουν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης**. Συγκεκριμένα, δήλωσαν ότι συχνά χαίρονται να κάνουν τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα, νιώθουν την ανάγκη προστατεύσουν άτομα τα οποία τα εκμεταλλεύονται άλλοι, ενώ όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνονται. Επίσης, δήλωσαν πως συχνά έχουν τρυφερά συναισθήματα και νοιάζονται για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από αυτούς, μπορούν να καταλάβουν πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν τους το πουν και νοιώθουν μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσουν κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο. Επιπλέον, συχνά αναστατώνονται όταν κάποιος είναι στενοχωρημένος, τείνουν να ενθουσιάζονται και οι ίδιοι με τον ενθουσιασμό των άλλων, ενώ συντονίζονται εύκολα με τα συναισθήματα

των άλλων. Επιπλέον, δήλωσαν πως τους ενοχλούν οι ατυχίες των άλλων και συμπονοούν τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες. Τέλος, δήλωσαν πως στενοχωριούνται για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα, ενδιαφέρονται πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι και συμερίζονται τα προβλήματα τους και την χαρά τους.

Σε προηγούμενες μελέτες βρέθηκαν παρόμοια αποτελέσματα για τις μεταβλητές της ενσυναίσθησης σε νοσηλευτές (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Αυτό δείχνει ότι τα ενσυναίσθητα συναισθήματα ανησυχίας για τους άλλους που βρίσκονται σε αγωνία, με την κατανόηση ότι αυτά τα συναισθήματα είναι διαφορετικά από την δική τους ικανότητα να κρατούν αρνητικές εμπειρίες ενσυναίσθησης, φαίνεται να συμβάλλει στις θετικές εμπειρίες που προέρχονται από τη φροντίδα για τους άλλους (Brown & Brown, 2006). Το εύρημα τονίζει τη σημασία ορισμένων ελάχιστων επιπέδων ενσυναίσθησης ως αναγκαίων για το επάγγελμα, δεδομένου ότι με το να μην έχουν οι νοσηλευτές ενσυναίσθηση, μπορεί να χάσουν τα θετικά αποτελέσματα της βοήθειας που προσφέρουν, δηλαδή της ικανοποίησης συμπόνιας.

**Στο 2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκαν τα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών. Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε πως οι **νοσηλευτές είναι ικανοποιημένοι με την εργασία τους σε πολύ μεγάλο βαθμό**. Ιδιαίτερα, δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι από την φροντίδα που παρέχουν, το αντικείμενο της εργασίας τους και τη θέση εργασίας τους.

Αν και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης κινδυνεύουν να αναπτύξουν εξουθένωση, παρακινούνται από μια αίσθηση ικανοποίησης που προκύπτει από το να βοηθάς άλλους γνωστό και ως ικανοποίηση συμπόνιας (Stamm, 2010). Κάτι τέτοιο ήταν αναμενόμενο, αφού η αυξημένη ενσυναίσθηση οδηγεί σε περισσότερη ικανοποίηση συμπόνιας και λιγότερη εξουθένωση. Αυτό το εύρημα υποστηρίζεται από προηγούμενη βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει ότι το επίπεδο ενσυναίσθησης και ευαισθησίας στα βάσανα των άλλων μπορεί να είναι ένας παράγοντας ευπάθειας για την ανάπτυξη κόπωσης από συμπόνια (Figley, 2002), αλλά όχι εξουθένωση (Lamothe et al, 2014), αλλά ταυτόχρονα μπορεί να προωθήσει θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την ικανοποίηση από την εργασία (Gleichgerrcht & Decety, 2013).

**Στο 3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκε το πόσο σημαντική θεωρούν οι νοσηλευτές την φροντίδα που παρέχουν στους νοσηλευόμενους. Αρχικά, από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι **νοσηλευτές θεωρούν σημαντικό έως πολύ σημαντικό το κλινικό τους έργο**. Συγκεκριμένα, δήλωσαν πως θεωρούν σημαντικό το να συμβουλευούνται το γιατρό για τον ασθενή, να μετράνε τα ζωτικά σημεία του ασθενή όπως σφυγμό και αρτηριακή πίεση, να προστατεύουν την ιδιωτικότητα του και να είναι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία. Επιπλέον, θεωρούν σημαντικό να παρατηρούν τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή, να τον καθησυχάζουν σχετικά με μια κλινική διαδικασία, να τον καθοδηγούν για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.), να αναφέρουν την κατάσταση του σε έναν ανώτερο ιεραρχικά και να ακούν τον ασθενή. Ακόμη, θεωρούν σημαντικό το να βοηθάν τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής, να είναι δίπλα του κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας, να ντύνονται προσεγμένα όταν εργάζονται με ασθενείς και να εξηγούν μια κλινική διαδικασία στον ασθενή. Τέλος, θεωρούν σημαντικό το να είναι ευχάριστοι με τους ασθενείς, να εμπλέκουν έναν ασθενή στη φροντίδα του, να τον αναγνωρίζουν ως πρόσωπο και να είναι ειλικρινείς μαζί τους.

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης αποκαλύπτουν ότι η πλειοψηφία του δείγματος αντιλαμβάνεται με θετικό τρόπο τη νοσηλευτική φροντίδα. Αυτά τα αποτελέσματα συνάδουν με τα ευρήματα των Anugar et al, (2011) ότι το 99,1% του δείγματος αντιλήφθηκε θετικά το επάγγελμα του νοσηλευτή αφού δίνει την ευκαιρία να υπηρετήσουν οι νοσηλευτές την ανθρωπότητα. Επιπλέον η μελέτη των Patidar et al, (2011), βρήκε ότι το 69,6% των συμμετεχόντων θεωρούσε το νοσηλευτικό επάγγελμα ως πηγή αναγνώρισης στην κοινότητα, ενώ ένα άλλο 69,4% αντιλήφθηκε τη νοσηλευτική ως ένα επάγγελμα με αξιοπρέπεια και σεβασμό. Ο Wondwossen (2011) παρουσίασε ένα παρόμοιο αποτέλεσμα—δηλαδή, ότι το 56% των νοσηλευτών είχε θετική αντίληψη για τη νοσηλευτική.

Επίσης, αναδείχθηκε πως οι **νοσηλευτές θεωρούν μέτρια έως αρκετά σημαντικές τις ανάγκες των ασθενών**. Ιδιαίτερα, δήλωσαν πως είναι σημαντικό να ασχολούνται με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά, να φροντίζουν τις πνευματικές ανάγκες τους και να διατηρούν τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα. Τέλος, δήλωσαν σημαντικό το να κάθονται με έναν ασθενή και να βάζουν τις ανάγκες του ασθενή πριν από τις δικές τους ανάγκες. Όπως αναφέρουν οι Kieft et al (2014), οι νοσηλευτές αναφέρουν το ενδιαφέρον για τις

ανάγκες του ασθενή ως ένα από τα βασικά συστατικά της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε όλον τον κόσμο, η παρακολούθηση της κάλυψης των αναγκών των ασθενών, ορίζεται ως η αντανάκλαση της νοσηλευτικής φροντίδας. Φαίνεται ότι όταν οι ασθενείς έχουν θετικές εμπειρίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι νοσηλευτές βιώνουν επίσης ένα καλό και υγιές εργασιακό περιβάλλον.

**Στο 4<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε το κατά πόσο τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών σχετίζονται με την ικανοποίηση, την ενσυναίσθηση και τις συμπεριφορές φροντίδας.

Αρχικά, όσον αφορά την **ηλικία** των νοσηλευτών, αναδείχθηκε πως οι νοσηλευτές μικρότερης ηλικίας εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης, ενώ βρίσκουν και περισσότερο σημαντικό το κλινικό τους έργο σε σχέση με τους νοσηλευτές μεγαλύτερης ηλικίας.

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι οι νοσηλευτές πρώιμης σταδιοδρομίας αναζητούν εργασία στη νοσηλευτική υποστηρικτική εργασία σε περιβάλλοντα με έμφαση στην ποιοτική φροντίδα των ασθενών. Θέλουν να ανταμείβονται κατάλληλα για την εργασία τους, αφού θεωρούν το νοσηλευτικό έργο πολύ σημαντικό και προσπαθούν να βρουν εργοδότες που θα τους/τις βοηθήσουν με την προσαρμογή στον αυξημένο φόρτο εργασίας (Laschinger, 2012 · Romyn et al, 2009). Περαιτέρω, οι νεότεροι νοσηλευτές αναμένεται να προσπαθούν να διατηρούν τις δεξιότητές τους ενημερωμένες και αναζητούν την επαγγελματική ανάπτυξη, έτσι ώστε να αυξήσουν τις δεξιότητές τους σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους. Τέλος στην έρευνα των Kesbakhī & Rohani (2020), οι νεότεροι νοσηλευτές έδειξαν υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης από τους μεγαλύτερους σε ηλικία, αλλά σε μικρό ποσοστό.

Επίσης, σχετικά με την **οικογενειακή κατάσταση** των ερωτηθέντων, προέκυψε πως οι χωρισμένοι και οι χήροι νοσηλευτές εμφανίζουν μικρότερο βαθμό ενσυναίσθησης σε σχέση με τους άγαμους και τους παντρεμένους.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι το επίπεδο ενσυναίσθησης για τους νοσηλευτές μπορεί να συσχετιστεί με ένα στυλ προσωπικότητας ή με άλλα στοιχεία, όπως, έλλειψη χρόνου, έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους, άγχος για τους ασθενείς, μεταβλητές ηλικίας, οικογενειακής κατάστασης, και απόκτηση παιδιών. Σε γενικές γραμμές οι παντρεμένοι

νοσηλευτές/λεύτριες και αυτοί που έχουν παιδιά, αναφέρουν υψηλότερη ενσυναίσθηση (Kesbakhi & Rohani, 2020).

Επιπλέον, αναφορικά με το **εκπαιδευτικό επίπεδο** των ερωτηθέντων, αναδείχθηκε ότι οι νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης και θεωρούν σημαντικότερο τόσο το κλινικό τους έργο όσο και τις ανάγκες του ασθενή σε σχέση με τους νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει μόνο τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ακόμη, σχετικά με το αν έχουν ή όχι **επιπλέον τίτλους σπουδών** οι ερωτηθέντες, προέκυψε πως οι νοσηλευτές που έχουν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης και θεωρούν σημαντικότερο τόσο το κλινικό τους έργο όσο και τις ανάγκες του ασθενή σε σχέση με τους νοσηλευτές που δεν έχουν κάποιο επιπλέον τίτλο σπουδών.

Οι μελέτες της σχέσης του επιπέδου εκπαίδευσης και της ικανοποίησης από την εργασία προσδιορίζουν άλλοτε μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εργασιακής ικανοποίησης, υποδεικνύοντας ότι η ικανοποίηση από την εργασία μειώνεται όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης. Ωστόσο, έχουν βρεθεί αμφιλεγόμενα αποτελέσματα, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις χρονικές συγκυρίες (όπως η πρόσφατη πανδημία) ή στο είδος της ειδίκευσης των νοσηλευτών (Buyuk & Baltaci, 2021).

Επιπροσθέτως, για τον **χρόνο εργασίας** τους, αναδείχθηκε πως οι νοσηλευτές με 6-10 χρόνια εργασίας εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης από ότι οι υπόλοιποι νοσηλευτές, μικρότερης (0-5) ή μεγαλύτερης εργασιακής εμπειρίας.

Οι νοσηλευτές μέσης έως όψιμης σταδιοδρομίας αποτελούν τη μεγαλύτερη ομάδα νοσηλευτών στο εργατικό δυναμικό. Αν και οι νοσηλευτές μεσαίας έως όψιμης σταδιοδρομίας κινούνται προς τη συνταξιοδότηση, η βιβλιογραφία δείχνει ότι είναι πρόθυμοι να παραμείνουν απασχολούμενοι εάν το εργασιακό τους περιβάλλον θεωρείται θετικό και υποστηρικτικό, λόγω αυξημένης ενσυναίσθησης, αλλά αυτό μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας (Armstrong-Stassen et al, 2014).

Τέλος, αναφορικά με τη **θέση που έχουν οι ερωτηθέντες στο χώρο εργασίας τους**, προέκυψε πως οι εργαζόμενοι νοσηλευτές ήταν λιγότεροι ικανοποιημένοι από την εργασία

τους και θεωρούν λιγότερο σημαντικές τις ανάγκες των ασθενών από ότι οι νοσηλευτές που έχουν τη θέση του προϊσταμένου.

**Στο 5<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης με τις συμπεριφορές φροντίδας. Από την ανάλυση προέκυψε πως οι νοσηλευτές που είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους και έχουν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης βρίσκουν πολύ σημαντικό τόσο το κλινικό τους έργο όσο και τις ανάγκες των ασθενών.

Εν ολίγοις, μπορούν να εξαχθούν αρκετά σημαντικά ευρήματα αυτή η μελέτη. Πρώτον, αναφέρεται η θετική συσχέτιση μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπόνιας, που οδηγεί σε συμπεριφορές φροντίδας και σε αποφυγή της εξουθένωσης (λόγω της επαγγελματικής ικανοποίησης), αν και αυτή η υπόθεση περιγράφεται στη βιβλιογραφία (Moudatsou et al, 2020). Τελικά, αν και προτάθηκε από παλαιότερη έρευνα (Raab, 2014) αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να είναι μια βασική δεξιότητα για την πρόληψη της ανάπτυξης εξάντλησης των νοσηλευτών και της ανάπτυξης της συμπόνιας για τις ανάγκες των ασθενών.

## **6.2 Περιορισμοί-Προτάσεις**

Τα αποτελέσματα της έρευνας δύναται να γενικευτούν μόνο για τις δομές υπηρεσιών της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης και κυρίως για τα νοσοκομεία ΓΝ Αγίου Νικολάου, το Βενιζέλειο και ΠΑΓΝΗ καθώς και για κέντρα υγείας όπως το ΚΥ Σητείας και Ηρακλείου. Επίσης τα αποτελέσματα αναφέρονται σε γυναίκες νοσηλεύτριες, έγγαμες, με μέση ηλικία περίπου τα 45 χρόνια, με περισσότερα από 15 χρόνια εργασιακής εμπειρίας, τεχνολογικής ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, χωρίς μεταπτυχιακή εξειδίκευση. Περιορισμό επίσης αποτελεί η χρήση αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου για την μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας αξίζει να σημειωθεί ότι αποτέλεσε η έξαρση της πανδημίας της Covid 19 κατά τη διάρκεια της περιόδου συλλογής των δεδομένων. Η γραπτή έγκριση από τις διοικήσεις των νοσοκομείων αποτέλεσε για τις ερευνήτριες μια επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία που θα καθυστερούσε κατά πολύ την ολοκλήρωση της

παρούσας εργασίας. Ενδεχομένως εάν οι υγειονομικές συνθήκες ήταν διαφορετικές ο αριθμός των συμμετεχόντων νοσηλευτών στην παρούσα έρευνα να ήταν παλλαπλάσιος, λόγω της ευκολότερης πρόσβασης στα νοσηλευτικά ιδρύματα του νησιού.

Προτείνεται μελλοντική Πανελλαδική έρευνα με χρήση στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και σύγκριση διαφορετικών Περιφερειών. Το μέγεθος του δείγματος θα πρέπει να είναι ανάλογο του πληθυσμού (Creswell, 2013), ο οποίος θα είναι το σύνολο των νοσηλευτών που εργάζονται σε δομές υπηρεσιών υγείας σε Νοσοκομεία και Κέντρα υγείας. Προτείνεται επίσης η χρησιμοποίηση έγκυρου ερωτηματολογίου για τον παράγοντα της επαγγελματικής ικανοποίησης.

### **6.3 Σύνοψη**

Τα επίπεδα ενσυναίσθησης και επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών ήταν υψηλά. Η σημασία του νοσηλευτικού έργου αναγνωρίστηκε σε υψηλό βαθμό όσον αφορά το κλινικό έργο και σε μέτριο προς υψηλό όσον αφορά τις ανάγκες των ασθενών. Οι νεότεροι νοσηλευτές εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης και θεώρησαν περισσότερο σημαντικό το κλινικό τους έργο. Οι χωρισμένοι και οι χήροι νοσηλευτές εμφάνισαν χαμηλότερη ενσυναίσθηση. Οι νοσηλευτές που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ή έχουν μεταπτυχιακή εξειδίκευση ή διδακτορικό είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, εμφανίζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης και θεωρούν σημαντικότερη την νοσηλευτική φροντίδα που παρέχουν. Οι νοσηλευτές με 6-10 χρόνια εργασίας εμφάνισαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης. Οι εργαζόμενοι υφιστάμενοι νοσηλευτές ήταν λιγότεροι ικανοποιημένοι από την εργασία τους και θεωρούν λιγότερο σημαντικές τις ανάγκες των ασθενών από ότι οι νοσηλευτές που έχουν τη θέση του προϊσταμένου. Οι νοσηλευτές που είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους και έχουν μεγάλο βαθμό ενσυναίσθησης και θεωρούν πολύ σημαντική την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

## 7 Βιβλιογραφικές αναφορές

### 7.1 Ξενόγλωσσες

- Aiken, L.H. & Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index. *Nursing Research*, 49(3), pp. 146-153.
- Al-Hussami, M. (2008). A study of nurses' job satisfaction: The relationship to organizational commitment, perceived organizational support, transactional leadership, transformational leadership and level of education. *European Journal of Scientific Research*, 22(2), pp.286-285.
- Andrioti, D., Skitsou, A., Karlsson, L.E., Pandouris, C., Krassias, A., & Charalambous, G. (2017). Job Satisfaction of Nurses in Various Clinical Practices. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), pp.76-87.
- Appelin, G. & Bertero, C. (2004). Patients' experiences of palliative care in the home: A phenomenological study of a swedish sample. *Cancer Nursing*, 27(1), pp. 65-70.
- Armstrong-Stassen, M., Cameron, S., Rajacich, D., Freeman, M. (2014). Do nursing managers understand how to retain seasoned nurses? Perceptions of nurse managers and direct care nurses of valued human resource practices. *Nursing Economics*, 32, p. 211.
- Atkison R. & Smith E. (2004). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard*. Παπαζήσης.
- Attree, M. (2001). A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care. *Journal of Nursing Management*, 9, pp. 67-78.
- Bakker, A.B., Leblanc, P.M., & Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), pp. 276-87.
- Barry, M.J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making —The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England journal of medicine*, 366(9), pp. 780-81.
- Bikker, A.P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., & Mercer, S.W. (2015). Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Family Practice*, 16(1), p. 149.
- Boivin, A., Légaré, F., & Gagnon, M.P. (n.d.). Competing norms: Canadian rural family physicians' perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(2), pp. 79-84.

- Boudioni, M. & McLaren, S. (2014). Diversity and Scope of Senior Nurses' Informal and Formal Experiences of Patient and Public Involvement in England. *Open Journal of Nursing*, 4(3), pp. 198-210.
- Bragard, I, Dupuis, G., & Fleet, R. (2015). Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review. *European Journal of Emergency Medicine*, 22(4), pp. 227-34.
- Brindley P. G. (2017). Psychological burnout and the intensive care practitioner: A practical and candid review for those who care. *Journal of the Intensive Care Society*, 18(4), pp. 270-275.
- British Psychological Society. (2014). *BPS Code of Human Research Ethics* (2nd ed.). <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/bps-code-human-research-ethics-2nd-edition-2014>.
- Brown, S.L., Brown, R.M., 2006. Selective investment theory: recasting the functional significance of close relationships. *Psychological Inquiry*, 17 (1), pp.1–29.
- Burhans, L.M. (2007). What is quality? Do we agree, and does it matter? *Journal for Healthcare Quality*, 29(1), pp. 39-44.
- Burhans, L.M., & Alligood, M.R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), pp. 1689-97.
- Buyuk, E.T., & Baltaci, N. (2021). The Relationship Between the Compassion of Nurses and Their Levels of Job Satisfaction. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 13(1), pp. 36-43
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: Recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimen. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), pp. 244-50.
- Carroll B. (2001). A phenomenological exploration of the nature of spirituality and spiritual care. *Mortality*, 6(1), pp. 81-98
- Charis, A., Witteman H., Whyte S., Sutton, E., Bender J., Massimi, M., Lindsay Stephens M., Evans J., Logie, C., Mirza, R., & Elf, M. (2010). Questioning context: a set of interdisciplinary questions for investigating contextual factors affecting health decision making. *Health Expectations*, 14, pp. 115-132.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Chatziioannidis, I., Bascialla, F.G., Chatzivalsama, P., Vouzas, F., & Mitsiakos, G. (2018). Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *BMJ Open*, 8(2).
- Coulon, L., Mok, M., Krause K. & Anderson, M. . (1996). The pursuit of excellence in nursing care: what does it mean? *Journal of Advanced Nursing* 24, pp. 817-826.
- Creswell, J.W. (2013) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition, SAGE Publications, Inc., London.

- Cuff, B.M.P., Brown, S.J., Taylor, L., & Howat, D. (2016). Empathy: A Review of the Concept. *Emotion Review*, 8(2), pp. 144-153.
- De Hert, S. . (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and regional anaesthesia*, pp. 171-183.
- de Zulueta P. C. (2015). Developing compassionate leadership in health care: an integrative review. *Journal of healthcare leadership*.
- De Witte, H. & Näswall, K. (2003). Objective vs subjectivel job insecurity: Consequences of temporary work for job satisfaction and organizational commitment in four European countries. *Economic & Industrial Democracy*, 24(2), pp. 149-88.
- DeWolf Bosek, M.S., Jannette, J., & Rambur, B. . (2013). Attitudes of nurses toward patient-directed dying: A pilot study. *JONAS Healthcare Law Ethics and Regulation*, 15(4), pp. 135-39.
- Dierckx, K., Deveugele ,M., Roosen, P., & Devisch, I. (2013). Implementation of shared decision making in physicaltherapy: observed level of involvement and patient preference. *Physical Therapy*, 93(10), pp. 1321-30.
- Dossey B.M, Keegan L. & Guzzetta C.E. (2005). *Holistic nursing: A handbook for practice*. Sudbury. Jones and Bartlett Publishers.
- Dombo, E. A., & Gray, C. (2013). Engaging spirituality in addressing vicarious trauma in clinical social workers: A self-care model. *Social Work & Christianity*, 40(1), pp. 89-104.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(51), pp. 665-697.
- Eisenberg, N., Fabes, R.A., & Spinrad, T. (2007). Prosocial Development. In *Handbook of Child Psychology and Developmental Sciences*. Wiley.
- Ekman, E., & Krasner, M. (2017). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*, 39 (2), pp. 164-173.
- Ekman, E., & Krasner, M. (2017). Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*, 39 (2), pp. 164-173.
- Figley, C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), pp. 1433-41.
- Finset, A. (2010). Conceptual explorations on person-centered medicine 2010: emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*, 10(Suppl), p. e020.
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London: The Stationery Office. Available at: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/279124/0947.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf).
- Fuller, M., Kamans, E., van Vuuren, M., Wolfensberger, M.V.C., & De Jong, M. (2021). Conceptualizing Empathy Competence: A Professional Communication Perspective. *Journal of Business and Technical Communication*, 35(6).

- Galletta, M., Portoghese, I., Penna, M.P., Battistelli, A., & Saiani, L. (2011). Turn over intention among Italian nurses: the moderation roles of supervisor support and organizational support. *Nursing and Health Sciences*, 13, pp.184-191.
- Gainer, R. A., Curran, J., Buth, K. J., David, J. G., Hirsch, G. M., & Le, J. (2017). Toward Optimal Decision Making among Vulnerable Patients Referred for Cardiac Surgery : A Qualitative Analysis of Patient and Provider Perspectives. *Medical Decision Making*, 37(5), pp. 600-610.
- Gleichgerricht, E., Decety, J. & (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLOS ONE* 8 (4), p. e61526.
- Glen, S. (1998). Emotional and motivational tendencies: the key to quality nursing care? *Nursing Ethics*, 5(1), pp. 36-42.
- Goldman, A.I. . (2006). *Simulating minds : the philosophy, psychology, and neuroscience of mindreading*. New York: Oxford University Press.
- González-Serna, J.M.G. (2018). Nursing Empathy and Prosociality: The Relationship. *Journal of Nursing* , 7(1).
- Goubert, L., Craig, K.D., Vervoot, T., Morley, S., Sullivan, M., de C Williams, A. Cano, A., & Crombez, G. (2006). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*, 118(3), pp. 285-8.
- Griffith, R. & Tengnah, C. (2013). Shared decision-making: Nurses must respect autonomy over paternalism. *British Journal of Community Nursing*, 18(6), pp. 303-306.
- Gunther, M. & Alligood, M.R. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), pp. 353–359.
- Hallet, C.E., Austin, L., Caress, A., & Luker, K.A. (2000). Community nurses' perceptions of patient "compliance" in wound care: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), pp. 115-123.
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17 (2), pp. 301-311.
- Hardman, D., & Howick, J. (2019). The friendly relationship between therapeutic empathy and person-centred care. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 7(2).
- Haslam, D. (2015). More than Kindness. *Journal of Compassionate Health Care*, 2.
- Heinemann, L.V., & Heinemann, T. (2017, March). Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis. *Sage Open*, .
- Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: A potential inhibitor of partnership in care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(4), pp. 501-508.
- Hill, A.B. (2017). Breaking the Stigma - A Physician's Perspective on Self-Care and Recovery. *The New England Journal of Medicine*, 376(12), pp. 1103-1105.
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.

- Hogston, R. (1995). Quality nursing care: a qualitative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), pp. 116-124.
- Hooker, C. (2015). Understanding empathy: Why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(4), pp. 541-552.
- Howick, J., Bizzari, V., & Dambha-Miller, H. . (2018). Therapeutic empathy: what it is and what it isn't. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), pp. 233-236.
- Idivall, E. & Rooke, L. (1998). Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 7, pp. 512-520.
- Ioannidou, F., & Konstantinaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about? *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), pp. 118-123.
- Jankowiak-Siuda, K., Rymarczyk, K., & Grabowska, A. . (2011). How we empathize with others: a neurobiological perspective. *Jankowiak-Siuda, K., RyMedical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*, 17(1), pp. RA18–RA24.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), pp. 446-452.
- Jones, C.B. (1990). Staff nurse turnover costs: Part I, a conceptual model. *Journal of Nursing Administration*, 20(4), pp. 18-23.
- Johna, S., & Rahman, S. (2011). Humanity before science: Narrative medicine, clinical practice, and medical education. *The Permanent Journal*, 15 (4).
- Karaca, A., & Zehra, D. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6(2), pp. 535-545.
- Katsari, V., Tyritidou, A., & Domeyer, P-R. (2020). Physicians' Self-Assessed Empathy and Patients' Perceptions of Physicians' Empathy: Validation of the Greek Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy. *BioMed Research International*, 2020.
- Kesbakhi, M. S., & Rohani, C. (2020). Exploring oncology nurses' perception of the consequences of clinical empathy in patients and nurses: a qualitative study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2985–2993.
- Khuan, L., & Hanafiah-Juni, M. (2017). Nurses' Opinions of Patient Involvement in Relation to Patient-centered Care During Bedside Handovers. *Asian Nursing Research*, 11(3), pp. 216-222.
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC health services research*, 14, p. 249.
- Kleiman, S., Frederickson, K., & Lundy, T. (2004). Using an electric model to educate students about cultural influences on the nurse-patient relationship. *Nursing Education Perspectives*, 25(5), pp. 249-253.

- Kolovos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A. & Sourtzi, P. (2015). Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece—A Comparative Study. *Nursing Forum*, 50(3), pp. 147-57.
- Kotrotsiou, E., Gouva, M., Kotrotsiou, S., Malliarou, M., & Paralikas, T. (2014). Validation of the Greek translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35). *Global journal of health science*, 6(5), 30–37. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n5p30>.
- Krietner, R., Kinicki, A., & Buelens, M. (2002). *Organizational Behaviour* (2<sup>nd</sup> Edition). Berkshire: McGraw-Hill.
- Kumar, S. (2018). Preventing and Managing Burnout: What have we learned? *Biomedical Journal of Scientific & Technical Research*, 2(1).
- Kumar, S., Hatcher, S., Dutu, G., Fischer, J., & Ma'u, E. (2011). Stresses experienced by psychiatrists and their role in burnout: a national follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), pp. 166-79.
- Kunaviktikul, W., Anders, R.L., Srisuphan, W., Chontawan, R., Nuntasupawat, R. & Pumarporn, O. (2001). Development of quality nursing care in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), pp. 776-784.
- Lang, N.M. & Mitchell, P.H. (2004). Guest editorial: quality as an enduring and encompassing concept. *Nursing Outlook*, 52.
- Lea, A., Watson, R., Deary, I.J. (1998). Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), pp. 662-671.
- Légaré F., Ratté S., Stacey D., Kryworuchko J., Gravel K., Graham I., & Turcotte S. (2010). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). Art. No. CD006732.
- Lamothe, M., Boujut, E., Zenasni, F., & Sultan, S. (2014). To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Pract.* 15, p.15.
- Landau, K (1992). Psycho-physical strain and the burn-out phenomenon amongst health care professionals. In M. Estryng-Behar, C. Gadbois, & M. Pottier (Eds.). *Ergonomie à l'hôpital* (pp.77-88) International symposium Paris, Editions Octares, Toulouse.
- Laschinger, H.K.S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20, pp.472–484.
- López-Ibort, N., Cañete, M.A., Gil-Lacruz, A.I., Gil-Lacruz, M., & Antónanzas-Lombarte, T. (2021). The Quality of the Supervisor–Nurse Relationship and Its Influence on Nurses’ Job Satisfaction. *Healthcare*, 9(10), pp. 1288.
- Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), pp. 1189-96.
- Lu, A., Alison, E., & Barriball, L. (2005). Job satisfaction among nurses: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 42, pp.211-247.

- Luker, K.A., Austin, L., Caress, A., & Hallet, C.E. (2000). The importance of “Knowing the patient nurses” construction of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 31, pp. 775-782.
- Mackintosh, C. (2007). Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *International Journal of Nursing Studies*, 44, pp. 982-990
- MacLaren J. (2004). A kaleidoscope of understandings: spiritual nursing in a multi-faith society. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), pp. 457-464.
- Marcysiak, M., Dąbrowska, O., & Marcysiak, M.B. (2014). Understanding the concept of empathy in relation to nursing. *Progress in Health Sciences*, 4(2), p. 75.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2, pp. 99-113.
- Maslach, C., & Leiter, M., P. (1997). The truth about burnout. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(2), pp. 103-11.
- McDonald, N., & Messenger, D.S. (2011). The Development of Empathy: How, When, and Why. In Acerbi, A., J. A. Lombo, & J. J. Sanguinetti, *Free Will, Emotions and Moral Actions: Philosophy and Neuroscience in Dialogue*. IF Press.
- McKenna, H.P., Keeney S., Currie, L., Harvey, G., West E. & Richey, R.H. (2006). Quality of Care: a comparison of perceptions of health professionals in clinical areas in the United Kingdom and the United States. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), pp. 344-351.
- Medscape. (2021). *Medscape's 2021 Physician Burnout Report Finds Covid-19 Takes a Toll: Physician Happiness Plunges*. Biospace. Available at: <https://www.biospace.com/article/releases/medscape-s-2021-physician-burnout-report-finds-covid-19-takes-a-toll-physician-happiness-plunges/>.
- Messineo, L., Seta, L., & Allegra, M. (2021). The relationship between empathy and altruistic motivations in nursing studies: a multi-method study. *BMC Nursing*, 20.
- Mohammadi, A., & Kamali, K. (2020). Measuring Patients' Perceived Empathy of Clinical Nurses. *Journal of Iranian Medical Council*, 3(2), pp. 64-71.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, p. 835.
- Morse, J.M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expressions of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), pp. 809-821.
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, . (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(1).

- Neumann, D.L., Chan, R.C.K., Wang, Y., & Boyle, G.J. (2016). Cognitive and affective components of empathy and their relationship with personality dimensions in a Chinese sample: Empathy and personality. *Asian Journal of Social Psychology*, 19(3), pp. 244-253.
- Newman, K., Maylor, K., & Chansarkar, B. (2001). The nurse retention, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 14(2), pp.57-64.
- O'Brien Pallas, L.(2006). The Impact of Nurse Turnover on Patient, Nurse, and System Outcomes: A Pilot Study and Focus for a Multicenter International Study. *Policy Politics Nursing Practice*, 7, pp. 169-179.
- Olson, J.K. (1995). Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image-The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), pp. 317-22.
- Patidar, A.B., Kaur, J., Sharma, S.K., & Sharma, N. (2011). Future nurses' perception towards profession and carrier plans: A cross sectional survey in state Punjab. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 7(4), p.175.
- Peek M., Quinn, M, Gorawara-Bhat, R, Odoms-Young, A, Wilson, S, & Chin, M. (2008). How is shared decision-making defined among African-Americans with diabetes? *Patient Education and Counseling*, 72(3), pp. 450-58.
- Perry, L.(2012). Choosing nursing: becoming, staying, flourishing. *Journal of Advanced Nursing*, 68. pp. 1441-1442.
- Quince, T. A., Parker, R. A., Wood, D. F., & Benson, J. A. . (2011). Quince, T. A., Parker, R. A., WoodStability of empathy among undergraduate medical students: a longitudinal study at one UK medical school. *BMC medical education*, 11, p. 90.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20 (3),pp. 95–108
- RCGP. (2018). *Person-Centred Care Toolkit Royal College of General Practitioners*. Royal College of General Practitioners. Available at: <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/resources/toolkits/person-centred-care-toolkit.aspx>.
- Redfern S. & Norman I. (1999). Quality of nursing care perceived by patients and their nurses: an application of the critical incident technique. Part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 8, pp. 407-413.
- Reilly, C.R. (1991). Organizational Behavior : Where We've Been, Where We're Going. *Annual Review of Psychology*, 42, pp.427-458.
- Reiss, H. (2010). Empathy in medicine—a neurobiological perspective. *JAMA*, 304 (14), pp. 1604-1605.
- Romyn, D.M., Linton, N., Giblin, C.; Hendrickson, B., Limacher, L.H., Murray, C., & Zimmel, C.M. (2009). Successful transition of the new graduate nurse. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6, p.34.
- Robbins, S. (2003). *Organizational Behaviour* (10<sup>th</sup> Edition). New York: Prentice Hall.

- Sarafis, P., Rousaki, E., Tsounis, A., Malliarou, M., Lahana, E., Bamidis, P.D., Niakas, D.A., & Papastayrou, E. (2016). The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing, 15*(56).
- Schermerhorn, J.R. Hunt, J.R. & Osborn, N.R. (2005). *Organizational Behaviour*, 9th Ed. New York: John Wiley & Sons.
- Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PloS one, 9*(9).
- Shanafelt, T.D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relation-ship between increased personal well-being and enhanced empathy among Internal Medicine Residents. *Journal of General Internal Medicine, 20*(7), pp. 559-564.
- Shapiro, J. (2011). The paradox of teaching empathy in medical education. In J. Decety, *Empathy: From bench to bedside* (pp. 275-290). Cambridge: MIT Press.
- Shields, M.A., & Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics, 20*(5), pp. 677-701.
- Shortus, T., Kemp, L., McKenzie, S., & Harris, M. (2013). Managing patient involvement: provider perspectives on diabetes decision-making. *Health Expectations, 16*(2).
- Siouta, E., Hellström Muhli, U., Hedberg, B., Broström, A., Fossum, B., & Karlgren, K. . (2016). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(3), pp. 535-46.
- Slatten, L.A., Carson, D. K, & Carson, P.P. (2011). Compassion fatigue and burnout: What managers should know. *The Health Care Manager, 30*(4), pp. 325-33.
- Spreng, R. N., McKinnon, M. C., Mar, R. A., & Levine, B. (2009). The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of personality assessment, 91*(1), 62-71. <https://doi.org/10.1080/00223890802484381>.
- Stamm, B.H., (2010). *The Concise ProQOL Manual, 2nd ed.* ProQOL.org, Pocatello, ID.
- Suh, D.H., Hong, J.S., Lee, D.H., Gonnella, J.S., & Hojat, M. (2012). The Jefferson Scale of Physician Empathy: a preliminary psychometric study and group comparisons in Korean physicians. *Medical Teacher, 34*(6), pp. e464-e468.
- Svenaesus, F. . (2018). Edith Stein's phenomenology of sensual and emotional empathy. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 17*(4), pp. 741-60.
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care*. London: The Health Foundation. Available at: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>.
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care*. London: The Health Foundation. Available at: [https://health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple\\_0.pdf](https://health.org.uk/sites/health/files/PersonCentredCareMadeSimple_0.pdf).

- Theodosius, C. (2008). *Emotional labour in health care: The unmanaged heart of nursing*. Hoboken: Taylor & Francis.
- Towle, A., & Godolphin W. (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319 (7212), pp. 766-71.
- Tsai, S.L., Chai, S., & Wang, H.H. (2013). Patient-perceived empathy from nurses in Taiwan acute care settings. *Open Journal of Nursing*, 3(8), pp. 532-38.
- Tsounis, A., & Sarafis, P. (2014). Doctor-patient communication as a determining parameter in the provision of health care. *Archives of Hellenic Medicine*, 31(5), pp. 534-540.
- Tzeng, H.M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: An empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, pp.867-878.
- Valverde, M., Tregaskis, O., & Brewster, C. (2000). Labor flexibility and firm performance. *International Advances in Economic Research*, 6(4), pp.649-61.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M., Van Heusden, D., & Clarke, S.P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), pp. 1667-77.
- van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. . (2015). The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *van Mol, M. M PloS one*, 10(8).
- Vidotti, V., Martins, J.T., Galdino, M.J.Q, Ribeiro, R.P., & Robazzi, M.L. do C.C. (2019). Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among. *Enfermeria Global*, 55.
- Watson, R., Deary, I. J., & Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1080–1089. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01199.x>
- WHO. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), pp. 1569-85.
- WHO. (2019). *Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
- Wilkinson, H., Whittington, R., Perry, L., & Eames, C. (2017). Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burnout research*, 6, pp. 18-29.
- Williams, A.M. (1998). The delivery of quality nursing care:a grounded theory study of the nurse's perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 27, pp. 808-816.

- Williams, B., Boyle, M.J., Brightwell, R., & Devenish, A.S. (2012). Paramedic empathy levels: results from seven Australian universities. *International Journal of Emergency Services* 1(2), pp. 111-121.
- Wondwossen, L. (2011). *Assessment of nurses' perception towards nursing profession in public hospitals under Addis Ababa Health Bureau, master's diss.* Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Assessment-of-Nurses%E2%80%99-Perception-Towards-Nursing-in-Wondwossen/501aae6bed1d60e17a2d21b6ee43dcd309a2237f>.
- Wong, E.L.Y., Lui, S., Cheung, A.W.L., Yam, C.H.K., Huang, N.F., Tam, W.W.S., & Yeoh, E. (2017). Views and Experience on Patient Engagement in Healthcare Professionals and Patients—How Are They Different? *Open Journal of Nursing*, 7(6), pp. 698-706.
- Wood, G. Yaacob, A., & Morris, D. (2004). Attitude towards pay & promotion in the Malaysian higher education sector. *Employee Relations*, 26 (2), pp. 137-150.
- Yasein N, Shakhathreh F. Shroukh W., Farah M., & Jaber R. . (2017). Comparison between Patients' and Residents Perceptions of Patient Centeredness and Communication Skills among Physicians Working at Jordan University Hospital. *Open Journal of Nursing*, 7 (6), pp. 698-706.
- Yu, J., & Kirk, M. (2009). Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(9), pp. 1790-1806.

## 7.2 Ελληνόγλωσσες

- Γαλάνης (2012). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(1):97-110
- Σ Κοτρώτσιου, Θ Παραλίκας, Ι Παπαθανασίου, Ε Λαχανά, Γ Κυπαρίση, Α Ριζούλης (2008). «Η έννοια της φροντίδας» Το Βήμα του Ασκληπιού Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο Ιανουάριος – Μάρτιος.
- Ρούσσοι, Π. Λ., & Τσαούσης, Γ. (2011). *Στατιστική στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς με τη Χρήση του SPSS*, 1η Έκδοση. Αθήνα: Τόπος.
- Σταλίκας, Α. & Κυριάκος, Θ. (2019). *Μεθοδολογίας έρευνας και στατιστική*. Εκδόσεις: Αθήνα: Τόπος.
- Στάλικας, Α., & Χαμόδρακα, Μ. (2004). *Η Ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

## **8 Παράρτημα**

### **8.1 A: Ερωτηματολόγιο**

*Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης*

Αξιότιμοι συνάδελφοι...

Η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι ανώνυμη, εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις και ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου δεν αναμένεται να ξεπεράσει τα 10 λεπτά. Οι απαντήσεις σας είναι εξαιρετικά πολύτιμες.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.

## **A. Δημογραφικά στοιχεία**

### **1. Φύλο**

- Άνδρας  
 Γυναίκα

### **2. Ηλικία .....**

### **3. Οικογενειακή κατάσταση**

- Άγαμος/η  
 Έγγαμος/η  
 Διαζευγμένος/η  
 Χήρος/α

### **4. Εκπαιδευτική κατηγορία**

- ΔΕ  
 ΤΕ  
 ΠΕ

### **5. Επίπεδο μεταπτυχιακών**

- Μάστερ  
 Διδακτορικό  
 Κανένα

## **B. Επαγγελματικά στοιχεία**

### **6. Χρόνια εργασίας**

- 0-5  
 6-10  
 11-15  
 16-20  
 Πάνω από 20

### **7. Θέση που κατέχετε στον χώρο εργασίας σας (π.χ. προϊστάμενος).....**

### **8. Σε ποιο Νοσοκομείο/Κέντρο υγείας εργάζεστε;.....**

## **Γ. Ικανοποίηση εργασίας**

### **9. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από το αντικείμενο της εργασίας σας;**

- Καθόλου  
 Λίγο

- Μέτρια  
 Πολύ  
 Πάρα πολύ

10. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένος/η από τη θέση της εργασίας σας;

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Μέτρια  
 Πολύ  
 Πάρα πολύ

11. Σε ποιο βαθμό είστε ευχαριστημένος/η από τη φροντίδα που παρέχετε;

- Καθόλου  
 Λίγο  
 Μέτρια  
 Πολύ  
 Πάρα πολύ

### Γ. Ενσυναίσθηση

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

Πρόταση	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1. Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	0	1	2	3	4
2. Οι ατυχίες των άλλων <u>δεν</u> με ενοχλούν ιδιαίτερα	0	1	2	3	4
3. Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι	0	1	2	3	4
4. <u>Δεν</u> συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου	0	1	2	3	4
5. Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	0	1	2	3	4
6. Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	0	1	2	3	4
7. Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα	0	1	2	3	4

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

### Δ. Σημασία Νοσηλευτικού έργου (GR-NDI-24)

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

Πρόταση	Καθόλου σημαντικό	Λίγο σημαντικό	Μέτρια σημαντικό	Σημαντικό	Πολύ σημαντικό
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
2. Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
3. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
4. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
5. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
6. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5

7.	Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1	2	3	4	5
8.	Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5
9.	Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
10.	Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
11.	Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
12.	Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1	2	3	4	5
13.	Να ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
14.	Να κάθεσαι με έναν ασθενή	1	2	3	4	5
15.	Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	1	2	3	4	5
16.	Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά	1	2	3	4	5
17.	Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
18.	Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1	2	3	4	5
19.	Να ακούς τον ασθενή	1	2	3	4	5
20.	Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5
21.	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
22.	Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
23.	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
24.	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε!



*«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»*

## 8.2 Β: Έγκριση 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
7<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ  
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3<sup>ο</sup> χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,  
71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης  
Πληροφορίες: Μανουράς Ανδρέας  
Τηλ: 2813 404433  
Fax: 2810 331570  
Email: [dprogram@hc-crete.gr](mailto:dprogram@hc-crete.gr)



Ηράκλειο, 06/12/2021

Α. Π.: 52398

Απάντηση στο έγγραφο: 49673

ΠΡΟΣ: 1. κα Γελασάκη Μαρία,  
2. κα Γρηγοράκη Χρυσούλα,  
Φοιτήτριες του Μ.Π.Σ. του Ε.Α.Π

ΚΟΙΝ:

- 1) κ. Αγαπίου Δημήτριο, Υποδιοικητής της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης,
- 2) κ. Σ.Ε.Λ. Κέντρων Υγείας 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης,
- 3) κ. Υπεύθυνοι ΤΟΜΥ 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης

**ΘΕΜΑ:** «Έγκριση έρευνας στα Κέντρα Υγείας και ΤΟΜΥ της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας».

**ΣΧΕΤΙΚΑ:** Η με αρ. πρωτ. 49673/19 Νοεμβρίου 2021 αίτηση των φοιτητριών κ.κ. Γελασάκη Μαρίας & Γρηγοράκη Χρυσούλας.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στα Κέντρα Υγείας και ΤΟΜΥ της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης, και συγκεκριμένα τη **διανομή ερωτηματολογίου στο νοσηλευτικό προσωπικό**, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Μ.Π.Σ. «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» στη Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, από τις φοιτήτριες κ.κ. Γελασάκη Μαρία και Γρηγοράκη Χρυσούλα, με θέμα: «Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Παραλίκα Θεοδόσιου.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής, της έγγραφης συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί **περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο της 7<sup>ης</sup> ΥΠΕ Κρήτης**. Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7<sup>η</sup> Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο [www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx](http://www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx). Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στις ερευνήτριες ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

*«Διερεύνηση της έννοιας της φροντίδας και η σχέση της με την ικανοποίηση από την εργασία και την ενσυναίσθηση σε επαγγελματίες Νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης»*

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης των Μονάδων Υγείας.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ  
7<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

**Συνημμένα:** Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας  
**Εσωτερική Διανομή:** Γραφείο Διοίκησης

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέων:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.