



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ *“ΕΛΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΓΙΑΤΡΕ!”***

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΚΙΟΣΣΕΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ

Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ *“ΕΛΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΓΙΑΤΡΕ!”***

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Ν. ΚΙΟΣΣΕΣ

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνωμών του συγγραφέα. Ν. 5343/32, άρθρο 202,
παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

✓
Ημερομηνία αίτησης του κ. Κιοσσέ Βασιλείου: 29-3-2013

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 752º/16-5-2013

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Δημολιάτης Ιωάννης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μέλη

Υφαντής Θωμάς, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Τατσιώνη Αθηνά, Λέκτορας Γενικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 4-6-2013

«Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού-ασθενή: Ανάπτυξη, εφαρμογή και αξιολόγηση του εκπαιδευτικού προγράμματος ενσυναίσθησης Έλα στη θέση μου Γιατρέ'»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ 822º/3-11-2017

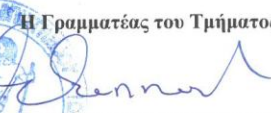
Λιονής Χρήστος	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης
Υφαντής Θωμάς	Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Δημολιάτης Ιωάννης	Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής με έμφαση στην Ιατρική Εκπαίδευση του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μπαμίδης Παναγιώτης	Αναπληρωτής Καθηγητής Πληροφορικής στην Ιατρική Εκπαίδευση του Τμήματος Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
Ντζάνη Ευαγγελία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής με ιδιαίτερη έμφαση στην Επιδημιολογία του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Γιαπιζάκης Χρήστος	Επίκουρος Καθηγητής Βιολογίας-Νευρογενετικής του Τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Τατσιώνη Αθηνά	Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 6-12-2017

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Μηνάς Πασχόπουλος

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας

Η Γραμματέας του Τμήματος

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

*«Καλός γιατρός είναι αυτός που θεραπεύει την ασθένεια. Εξαιρετικός γιατρός είναι
αυτός που θεραπεύει τον άνθρωπο που πάσχει από την ασθένεια»*

William Osler

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής στάθηκε το διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις συνθήκες που προάγουν την αποτελεσματική αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή, αλλά και η τάση παγκόσμιων οργανώσεων (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας κ.ά.) να θέσουν τον ασθενή στο επίκεντρο της φροντίδας υγείας. Η στροφή από το ασθενοκεντρικό μοντέλο της κλινικής πράξης προς το προσωποκεντρικό αναδύει ερωτήματα, δημιουργεί προσδοκίες και έχει απαιτήσεις. Πώς προάγεται ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας; Με ποιον τρόπο τίθεται ο ασθενής στο επίκεντρο; Πώς επαναπροσδιορίζουμε τον τρόπο με τον οποίο σχετιζόμαστε με τους ασθενείς; Τί είναι αυτό που θα κάνει τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους ασθενείς να αντλούν ικανοποίηση από το σύστημα υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες;

Ενώ ο διάλογος έχει ήδη ξεκινήσει, ταυτόχρονα αποτελεί αδιαμφισβήτηση πεποίθηση ότι η προσωποκεντρική φροντίδα υγείας είναι μονόδρομος, εάν επιδιώκουμε ένα σύστημα υγείας που θα διέπεται από σεβασμό για την αξιοπρέπεια και την υπευθυνότητα του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Κατά τη διάρκεια αυτού του διαλόγου, η επιστημονική κοινότητα έχει ξεκινήσει με ενθαρρυντικά βήματα προς την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε δεξιότητες που θα τους επιτρέπουν να βελτιώνουν τη σχέση τους με τους ασθενείς τους, όπως για παράδειγμα η δεξιότητα της ενσυναίσθησης. Και αυτό διότι η σχέση γιατρού-ασθενή είναι το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο που διαθέτει ένας γιατρός τα τελευταία 4000 χρόνια που ασκείται η ιατρική τέχνη.

Παρόλ' αυτά, στην Ελληνική επικράτεια δεν υπάρχει μια ιατρική σχολή που να έχει δημιουργήσει και να προσφέρει ένα στοχευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην ενσυναίσθηση στους φοιτητές της. Αυτό ασφαλώς αποτελεί επιτακτική ανάγκη, καθόσον η ενσυναίσθηση συμπεριλαμβάνεται στις δεξιότητες που οφείλει να έχει ένας πτυχιούχος ιατρικής, όπως αυτές έχουν καθοριστεί από το The Tuning Project, και έχουν ψηφιστεί από περίπου 100 ιατρικές σχολές στην Ευρώπη (τις οποίες ενστερνίστηκε και η ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων με ψήφισμα της Γενικής Συνέλευσης). Ενώ στη διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να

εντοπίσει κανείς αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα που συμπεριλαμβάνουν την ενσυναίσθηση ως μια επικοινωνιακή δεξιότητα, αυτό που απουσιάζει είναι ένα αντίστοιχο πρόγραμμα που θα μπορεί αφενός να επικεντρώνεται στις αρχές της Προσωποκεντρικής Ιατρικής και αφετέρου θα ευαισθητοποιεί τους επαγγελματίες με έναν αποτελεσματικό και αποδοτικό τρόπο ο οποίος θα θέτει την προσωπική τους ανάπτυξη στο επίκεντρο. Αυτές οι σκέψεις αποτέλεσαν το ερέθισμα της παρούσας διατριβής, ενώ η κάλυψη των ελλείψεων της βιβλιογραφίας αποτέλεσαν το σκοπό της.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στα μάτια μου, μια διδακτορική διατριβή μοιάζει τρόπον τινά με τη γονεϊκότητα. Δημιουργείς έναν οργανισμό, προσπαθείς να τον φροντίσεις, να του δημιουργήσεις τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να πραγματοποιηθεί, και πραγματώνεσαι κι εσύ μέσα από αυτόν. Υπάρχουν όμως κι εκείνες οι στιγμές που ματαιώνεσαι, αισθάνεσαι αβοήθητος, η γνώση που έχεις είναι ίσως η πιο ανεπαρκής και αναποτελεσματική. Και ξανά από την αρχή, τροφοδοτείσαι με τον καινούργιο ρόλο, ενισχύεσαι, θαυμάζεις. Κάπως έτσι ήταν για εμένα η διαδικασία. Μια διαδικασία ωρίμανσης, μεγαλώματος, και κάποιες φορές επιθετικής ενηλικίωσης.

Για όλη αυτή τη διαδικασία και όλα τα χιλιόμετρα που περπάτησα (κυριολεκτικά και μεταφορικά) αισθάνομαι τη βαθιά ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσοι στάθηκαν αρωγοί. Πρώτα και κύρια τον κ. Γιάννη Δημολιάτη, Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Ιατρικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, επιβλέποντα της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Αισθάνομαι βαθιά ευγνωμοσύνη για την εμπιστοσύνη που έδειξε σε κάτι άγνωστο. Σε μία πρόταση η οποία ακόμα θολή στο μυαλό μου, ταίριαξε με τα δικά του ερευνητικά ενδιαφέροντα. Ευγνωμοσύνη που μου επέτρεψε να υπάρξω ολόκληρος, ως επιστήμονας και ως επαγγελματίας, δίχως προϋποθέσεις. Η συνύπαρξή μας ήταν – και εξακολουθεί να είναι– μια ενεργή, ζωτικής σημασίας, διαδικασία μάθησης, τόσο από την ακαδημαϊκή του ευφυΐα, όσο και από τη συνολική του στάση.

Ειλικρινείς ευχαριστίες οφείλω και στην κα Αθηνά Τατσιώνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Γενικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, της οποίας η συμβολή ήταν ουσιαστική και αποφασιστικής σημασίας για την εκπόνηση αυτής της διατριβής. Η γνώση της, η καθοδήγηση και η επιστημονική κατάρτιση, μαζί με την ευγενική πρόθεση για βοήθεια ήταν για εμένα παραπάνω από ενθαρρυντικά κίνητρα για να συνεχίσω να μαθαίνω και να «γίνομαι».

Εξίσου ουσιαστική υπήρξε και η συνεργασία μου με τον κ. Θωμά Υφαντή, Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής. Η μακρά εμπειρία του, η γνώση, η διαθεσιμότητα, αλλά

και η εμπιστοσύνη που έδειξε από την αρχή στο εγχείρημα αυτό αποτέλεσαν για εμένα κινητήριο δύναμη.

Ήταν μεγάλη τιμή να συνυπάρξω με όλα τα μέλη του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Ευχαριστώ ιδιαίτερα την κα Ευαγγελία Ντζάνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Υγιεινής και Επιδημιολογίας και Διευθύντρια του Εργαστηρίου και όλους τους ερευνητές και ακαδημαϊκούς. Η αξιοθαύμαστη δουλειά τους, αποτέλεσε για εμένα παράδειγμα προς μίμηση.

Ακόμα αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τις συναδέλφους μου κα Νάντια Συμεωνίδου και κα Καρολίνα Αλεξίου που δέχθηκαν αφιλοκερδώς να συντονίσουμε τις εκπαιδευτικές ομάδες, όπως επίσης και την κα Μαρία Κυριακίδου, για την ουσιαστική συμβολή της στο σχεδιασμό της εκπαιδευτικής παρέμβασης. Πέρα από αξιόλογες επαγγελματίες είναι ζωντανά παραδείγματα της ενσυναίσθησης και της ανεπιφύλακτης αποδοχής. Επιπλέον ευχαριστώ τόσο την κα Όλγα Θεοδώρου για την υπομονή της να επιμεληθεί φιλολογικά τη διατριβή, όσο και την κα Βάσω Ανδρούτσου για τις παρεμβάσεις της στην τελική διαμόρφωση του κειμένου.

Επιπλέον, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους κυρίους Χρήστο Λιονή, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής, Παναγιώτη Μπαμίδα, Αναπληρωτή Καθηγητή Πληροφορικής της Ιατρικής Εκπαίδευσης, και Χρήστο Γιαπιτζάκη, Επίκουρο Καθηγητή Νευρογενετικής, για την υπομονή τους να μελετήσουν τη διατριβή και να συμβάλλουν στη διαμόρφωση του τελικού κειμένου.

Υπήρξα πολύ τυχερός που στην πορεία μου συνάντησα τον ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής Allen Frances, επικεφαλής της ομάδας κρούσης του DSM-IV, ο οποίος παρέδωσε τα πιστοποιητικά παρακολούθησης στην τρίτη εκπαιδευτική ομάδα. Το άρθρο που αφιέρωσε στην αμερικανική έκδοση της Huffington Post αναφορικά με τη δουλειά μου υπήρξε η καλύτερη ανατροφοδότηση για εμένα. Τον ευχαριστώ, όπως επίσης και την κα Claire De Burbure, σύμβουλο ιατρικής εκπαίδευσης, για την καθοριστική συμβολή της και την ανιδιοτελή βοήθεια που προσέφερε, από το μακρινό Βέλγιο.

Δεν μπορώ να παραλείψω να αναφέρω την ευγνωμοσύνη που νιώθω για τους αγαπημένους μου φίλους που με τη διαρκή τους ανατροφοδότηση και πίστη με ενθάρρυναν κάθε στιγμή.

Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την εμπιστοσύνη που πάντα μου δείχνει και τη συμπαράσταση που απλόχερα χαρίζει.

Καστοριά, Δεκέμβριος 2017

Βασίλης Κιοσσές

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

Πίνακας 1. Παράδειγμα χρήσης Ασθενοκεντρικής και Προσωποκεντρικής γλώσσας.....	81
Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου.....	107
Πίνακας 3. Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των τριών κοορτών που απαρτίζουν την ομάδα παρέμβασης.....	108
Πίνακας 4. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης μετρημένος με το εργαλείο JSPE ανά φοιτητή, ανά μέτρηση, ταξινομημένα από το μικρότερο στο μεγαλύτερο με βάση την Πριν μέτρηση, έπειτα τη Μετά κι έπειτα την μέτρηση Follow up. Όπου Σ= συμμετέχοντας, Η= ηλικία, ΕΣ = έτος σπουδών, Φ= φύλο.....	109
Πίνακας 5. Συγκρίσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ελέγχου και εντός της ομάδας παρέμβασης, πριν, μετά και έξι μήνες αργότερα [two tailed t-test (t)* με διάστημα εμπιστοσύνης 95% και αντίστοιχες τιμές (p) στατιστικής σημαντικότητας και παράγοντας επίδρασης Cohen's d [†]].....	111
Πίνακας 6. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης ανά φοιτητή μετρημένος με το εργαλείο JSPE για Πριν και Εκ των υστέρων για πριν, ταξινομημένα από μικρότερο στο μεγαλύτερο με βάση την Πριν μέτρηση και έπειτα την Εκ των υστέρων για πριν. Όπου Σ= συμμετέχοντας, Η= ηλικία, ΕΣ= έτος σπουδών, Φ= φύλο.....	113
Πίνακας 7. Συγκρίσεις εντός της ομάδας παρέμβασης για τις Πριν και Εκ των υστέρων για πριν μετρήσεις με υπολογισμό t-test (one sample) και μέγεθος επίδρασης.....	114
Πίνακας 8. Υπέρθεμα και υποθέματα της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης των συνεντεύξεων.....	134
Εικόνα 1. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης Πριν την εκπαίδευση και Εκ των υστέρων για πριν μετρημένος με το εργαλείο JSPE. Με βάση αύξουσα ταξινόμηση των Πριν αυτοβαθμών.....	115

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΒΙΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

<i>Τι μας ενώνει- Τι μας χωρίζει.....</i>	87
<i>Τι είναι τι.....</i>	89
<i>Γράφω την εμπειρία μου.....</i>	90
<i>Χωρίς λόγια.....</i>	91
<i>Ο κακός γιατρός.....</i>	93
<i>Θεραπευτικές αποκρίσεις.....</i>	95
<i>Το πήλινο είδωλό μου.....</i>	97
<i>Παιχνίδι ρόλων.....</i>	99
<i>Μπαμ!.....</i>	100
<i>Η τέχνη του θανάτου.....</i>	101
<i>Η μικρή απώλεια.....</i>	104

Αγγλοελληνική Ορολογία και Ερμηνευτήριο

ΑΓΓΛΙΚΟΣ ΟΡΟΣ = ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΟΡΟΣ ~ ΟΡΙΣΜΟΣ

actualizing tendency = τάση πραγμάτωσης ~ Η τάση που έχει κάθε οργανισμός να πραγματώνεται, να διαφοροποιείται και να αναπτύσσεται. (1)

chi-square test = δοκιμασία χ^2 ~ Η δοκιμασία χ^2 ελέγχει τη στατιστική σημαντικότητα της σχέσης που ενδέχεται να υπάρχει μεταξύ των δύο χαρακτηριστικών του διαζονικού πίνακα. Η τιμή του χ^2 αξιολογείται σε συνάρτηση με τους βαθμούς ελευθερίας του αντίστοιχου πίνακα συχνοτήτων. (2)

compliance = συμμόρφωση ~ Ο βαθμός στον οποίον ένας ασθενής παίρνει ή χρησιμοποιεί ένα φάρμακο (ή μια θεραπεία) όπως έχει υποδειχθεί από το γιατρό που το συνταγογράφησε. (2)

confidence interval (CI) = διάστημα εμπιστοσύνης ~ Διάστημα μεταξύ δύο ακραίων τιμών, μέσα στο οποίο περιλαμβάνεται η πραγματική τιμή μιας μεταβλητής του πληθυσμού με συγκεκριμένη πιθανότητα. Μπορεί να καθοριστεί διάστημα αξιοπιστίας κατά 90%, 95% ή 99%. (2)

congruence = συμφωνία/ γνησιότητα ~ Η εσωτερική κατάσταση του συμβούλου όταν οι εξωτερικές του αντιδράσεις προς τον πελάτη αντιστοιχούν με συνέπεια στα εσωτερικά συναισθήματα και τις αισθήσεις που αναπτύσσει σε σχέση με τον πελάτη. (3)

degrees of freedom = βαθμοί ελευθερίας ~ Τεχνικός όρος στατιστικής ανάλυσης που σχετίζεται με την ισχύ της ανάλυσης. Όσο περισσότεροι είναι οι βαθμοί ελευθερίας, τόσο ισχυρότερη είναι η ανάλυση. Οι βαθμοί ελευθερίας αναφέρονται τυπικά στον αριθμό παρατηρήσεων σε ένα δείγμα μείον τον αριθμό άγνωστων παραμέτρων που υπολογίζονται για το μοντέλο. Προσομοιάζει κατά κάποιο τρόπο ένα προσαρμοσμένο μέγεθος δείγματος, με την προσαρμογή να βασίζεται στον αριθμό των αγνώστων που πρέπει να υπολογιστούν στο μοντέλο. (2)

effect size = μέγεθος αποτελέσματος ~ Ορίζεται η διαφορά της έκβασης μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου διαιρεμένη με κάποιο μέτρο μεταβλητότητας (πχ τυπική απόκλιση). (2)

empathy = ενσυναίσθηση ~ Η κατάσταση ενσυναίσθησης ή τού να είναι κάποιος ενσυναισθητικός αφορά το να αντιλαμβάνεται το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και με τα συγκινησιακά συστατικά και νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν ο ίδιος χωρίς να χάνεται η 'σαν να...' συνθήκη. (4)

encounter group = ομάδα συνάντησης ~ Μια ομάδα ανθρώπων που συγκεντρώνονται, παρουσία συνήθως ενός εκπαιδευμένου συντονιστή, προκειμένου να αυξήσουν τη συνειδητότητά τους για τον εαυτό τους, και να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους μέσω της αλληλεπίδρασης με τα άλλα μέλη της ομάδας. (4)

evidence-based medicine = ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις ή ενδείξεις ~ Είναι η Ιατρική που ασκείται με τρόπο ώστε οι καθημερινές κλινικές αποφάσεις να θεμελιώνονται στα ευρήματα της τρέχουσας έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη και τις ατομικές ιδιαιτερότητες των ασθενών. (5)

existentialism = υπαρξισμός ~ Φιλοσοφικό ρεύμα που βασίζεται σε ιδέες και ερωτήματα όπως 'ποιο είναι το νόημα της ζωής;' ή 'πώς μπορώ να φτάσω στην ευτυχία;'. Ο υπαρξισμός δίνει αξία στο άτομο ως άνθρωπο, ως ξεχωριστή ύπαρξη και αποφεύγει να αναγάγει τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του σε θεμελιώδεις αρχές ή σε γενικεύσεις της συμπεριφοράς, γιατί έτσι θεωρεί ότι μειώνει τη δυναμική του κάθε ατόμου. Κεντρικό σημείο στη φιλοσοφία του υπαρξισμού είναι πως το άτομο είναι υπεύθυνο και ελεύθερο για τη μοίρα του και τη ζωή του. Για τον υπαρξισμό το κάθε άτομο είναι μοναδικό και τα βιώματα του καθενός εξετάζονται με βάση το πόση σημασία έχουν για το ίδιο το άτομο που τα βιώνει. (6)

feedback = ανατροφοδότηση ~ Ως ανατροφοδότηση ορίζεται η συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με τις επιτυχίες που έχει σημειώσει ένα άτομο στο πλαίσιο

της προσπάθειας που έχει καταβάλει και η παροχή αυτών των πληροφοριών στον εξετασθέντα. (7)

interpretative phenomenological analysis = ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση ~ Ποιοτική μέθοδος ανάλυσης στην έρευνα η οποία χρησιμοποιείται κυρίως στις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες. Δίνει βάση στην υποκειμενική εμπειρία των συμμετεχόντων με την παράλληλη επικέντρωση στην οπτική του ερευνητή και την προσοχή σε μία ιδιογραφική προσέγγιση των αποτελεσμάτων. (8)

mirror neuron system = κατοπτρικό νευρωνικό δίκτυο ~ Η παρατήρηση μιας δράσης ενεργοποιεί το ίδιο τμήμα του εγκεφαλικού φλοιού, το οποίο ενεργοποιείται όταν εκτελούμε την ίδια πράξη. Αυτός ο εγκεφαλικός μηχανισμός είναι γνωστός ως κατοπτρικό νευρωνικό σύστημα (γνωστό και ως περιοχή F5). (9)

outcome = έκβαση ~ Στο χώρο της υγείας, το αποτέλεσμα ή ο αντίκτυπος (impact) των μέτρων πολιτικής ή των υγειονομικών παρεμβάσεων από την άποψη της αλλαγής της υγειακής κατάστασης ή συμπεριφοράς. (2)

person-centered approach = προσωποκεντρική προσέγγιση ~ Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που θεμελιώθηκε από τον Carl Rogers ως απάντηση στα δύο ψυχοθεραπευτικά ρεύματα της εποχής του, την ψυχανάλυση και το συμπεριφορισμό. Αποτελεί τη μη κατευθυντική προσέγγιση η οποία προωθεί την ανάπτυξη και τη θεραπευτική αλλαγή. Βασική της παραδοχή είναι ότι ο άνθρωπος διαθέτει ανεξάντλητο απόθεμα να κατανοεί τον εαυτό του και να τον αλλάζει, όταν το απόθεμά του αποδεδειγμένα στο πλαίσιο μιας σχέσης με συγκεκριμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά. (10)

person-centered medicine = προσωποκεντρική ιατρική ~ Η ιατρική που στόχο έχει την προαγωγή της υγείας ως μια κατάσταση σωματικής, ψυχικής, κοινωνιο-πολιτισμικής και πνευματικής ευεξίας, καθώς επίσης και τη μείωση της ασθένειας. Βάση της προσωποκεντρικής ιατρικής είναι ο σεβασμός για την αξιοπρέπεια και υπευθυνότητα του κάθε ανθρώπου. (11)

phenomenology = φαινομενολογία ~ Φιλοσοφικό ρεύμα που αφορά το σύνολο των βιωμένων εμπειριών που καθορίζουν τη μία και μοναδική σχέση που έχει το κάθε άτομο με τον εαυτό του και τον κόσμο. (6)

placebo = εικονική ή ψευδής παρέμβαση ~ Ένα μη ειδικό, αδρανές φάρμακο ή παρέμβαση (εικονικό φάρμακο) που χρησιμοποιείται ως μέσο ελέγχου στη δοκιμασία μιας θεραπείας, για την οποία υπάρχει η υπόνοια ότι είναι χρήσιμη για μια συγκεκριμένη νόσο ή κατάσταση. Το εικονικό φάρμακο χορηγείται σε μια ομάδα ασθενών και το φάρμακο που δοκιμάζεται χορηγείται σε μια άλλη όμοια ομάδα. Στην συνέχεια συγκρίνονται τα αποτελέσματα που λαμβάνονται από τις δύο ομάδες. Το placebo μπορεί να λάβει κάθε είδους μορφή όπως φαρμακευτική ουσία με όλες τις δυνατές οδούς χορήγησης, φυσικοθεραπεία, ακόμη και ψυχοθεραπεία ή χειρουργική επέμβαση. (2)

randomized controlled/ clinical trial = Πειραματική μελέτη στην οποία τα άτομα τυχαιοποιούνται στη χορήγηση ή μη μιας πειραματικής διαγνωστικής, προληπτικής, θεραπευτικής ή παρηγορητικής παρέμβασης και στη συνέχεια παρακολουθούνται για την αποτίμηση της επίδρασης της παρέμβασης. (2)

self = εαυτός ~ Το κομμάτι εκείνο του αντιληπτικού πεδίου που συμβολοποιείται και αποκτά νόημα και αξία για το άτομο, διαφοροποιείται και σχηματίζει τον εαυτό. (1)

standard deviation = τυπική απόκλιση ~ Μέτρο της διασποράς των τιμών μιας μεταβλητής γύρω από μία κεντρική τιμή. Εκφράζει τη μέση μεταβλητότητα. Υπολογίζεται ως η τετραγωνική ρίζα της μεταβλητότητας (σε μια κανονική κατανομή, αντιστοιχεί στο σημείο καμπής της καμπύλης του Gauss, έτσι ώστε ο μέσος όρος $\pm 1SD$ να περιλαμβάνει 68,27% των παρατηρήσεων). (2)

symbolization = συμβολοποίηση ~ Η διαδικασία κατά την οποία οι εμπειρίες και τα ερεθίσματα που βρίσκονται στο φαινομενολογικό πεδίο νοηματοδοτούνται και συνεπώς αποκτούν κάποια αξία για το άτομο. (1)

unconditional positive regard = άνευ όρων θετική ανταπόκριση ~ Όταν ο θεραπευτής βιώνει μια θερμή αποδοχή για κάθε πτυχή των βιωμάτων του πελάτη αναγνωρίζοντάς τα σαν αναπόσπαστο τμήμα της προσωπικότητάς του. (12)

Ελληνοαγγλική Ορολογία

(για την ερμηνεία των όρων, βλ Αγγλοελληνική Ορολογία)

ανατροφοδότηση = feedback (7)

άνευ όρων θετική ανταπόκριση = unconditional positive regard (12)

βαθμοί ελευθερίας = degrees of freedom (2)

δοκιμασία χ^2 = chi square test (2)

διάστημα εμπιστοσύνης = confidence interval (2)

εαυτός = self (1)

εικονική (ή ψευδής) παρέμβαση = placebo (2)

έκβαση = outcome (2)

ενσυναίσθηση = empathy (4)

ερμηνευτική φαινομενολογική ανάλυση = interpretative phenomenological analysis (8)

ιατρική βασισμένη σε τεκμήρια = evidence-based medicine (5)

κατοπτρικό νευρωνικό δίκτυο = mirror neuron system (9)

μέγεθος επίδρασης = effect size (2)

ομάδα συνάντησης = encounter group (4)

προσωποκεντρική ιατρική = person-centered medicine (11)

προσωποκεντρική προσέγγιση = person-centered approach (10)

συμβολοποίηση = symbolization (1)

συμμόρφωση = compliance (2)

συμφωνία = congruence (3)

τάση πραγμάτωσης = actualizing tendency (1)

τυπική απόκλιση = standard deviation (2)

τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή = randomized controlled trial (2)

υπαρξισμός = existentialism (6)

φαινομενολογία = phenomenology (6)

Συντομογραφίες

CARE= Consultation and Relational Empathy (13)

CI= confidence interval (2)

Df= degrees of freedom (2)

ECRS= Empathy Construct Rating Scale (14)

JSPE= Jefferson Scale of Physician Empathy (15)

IPA= Interpretative phenomenological analysis (8)

IRI= Interpersonal Reactivity Index (16)

MCRS= Medical Condition Regard Scale (17)

PCA= person-centered approach (1)

SD= standard deviation (2)

SPIKES= Setting up- Perception- Invitation- Knowledge- Emotions- Strategy and Summary (18)

TEQ= Toronto Empathy Questionnaire (19)

MO= μέσος όρος (2)

ΠΟΥ= Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2)

TA = τυπική απόκλιση (2)

**Πηγές απόδοσης και ερμηνείας των όρων και των συντομογραφιών τους που
χρησιμοποιούνται στη μελέτη**

1. Rogers C. A theory of personality and behavior, London: Constable, 1951.
2. Δημολιάτης Γ, Γαλάνης Π, Γελαστοπούλου Ε, κ.ά. Λεξικό ορών υγιεινής και επιδημιολογίας. Κάλλιπος, Αθήνα, 2015.
3. Mearns D, Thorne B. Person-Centered therapy in action, London: Sage publications, 1988.
4. Rogers CR. A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill, 1959.
5. Guyatt G, Rennie D, Meade M, Cook D. Οδηγός στην Ιατρική βιβλιογραφία: Ένα εγχειρίδιο για την τεκμηριωμένη κλινική πρακτική. (Επιμ. Ελλ. Έκδοσης Ιωαννίδης ΙΠΑ, Ντζάνη Ε, Ευαγγέλου Ε.). Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2012.
6. Ιωσηφίδη Π, Ιωσηφίδης Ι. Η προσωποκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers. στο Ποταμιάνος, Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική, 5η έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002.
7. Wiggins G. Educative Assessment: Designing Assessments to Inform and Improve Student Performance. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
8. Smith JA, Eatough V. Interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), Analyzing qualitative data in psychology (pp. 35-50). London: Sage, 2007.
9. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions. Brain Research Cognitive Brain Research 1996; 3: 131–141. (9)
10. Μπρούζος Α, Προσωποκεντρική συμβουλευτική. Τυπωθήτω/ Δάρδανος, Αθήνα, 2004.

11. International College of Person-centered Medicine.
<http://www.personcenteredmedicine.org>)
12. Rogers CR. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.
13. Mercer S, Maxwell M, Heaney D, et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Family Practice 2004; 21(6): 699-705.
14. La Monica E. Construct validity of an empathy instrument. Research in Nursing and Health 1981; 4(4): 389-400.
15. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. Educational and Psychological Measurement 2001; 61(2): 349-365.
16. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology 1980; 10: 85.
17. Christison GW, Haviland MG, Riggs ML. The medical condition regard scale: measuring reactions to diagnoses. Academic Medicine 2002; 77: 257-262.
18. Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer, The Oncologist 2000; 5(4): 302-311.
19. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, et al. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of factor-analytic solution to multiple measures. Journal of Personal Evaluation 2009; 91(1): 62-71.

Πίνακας Περιεχομένων

1	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	26
1.1	ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ «ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ»	26
1.2	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ	27
1.2.1	Ενσυναίσθηση και συμπάθεια στην κλινική πράξη	29
1.3	Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΗ.....	30
1.4	Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ.....	31
1.4.1	Ψυχοκοινωνιοφυσιολογία - Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο.....	33
1.4.2	Βασικά χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης	35
1.4.3	Παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση	41
1.4.4	Επίδραση της ενσυναίσθησης στους ασθενείς.....	44
1.4.5	Εκπαιδευτικά προγράμματα που ενισχύουν την ενσυναίσθηση	47
1.5	Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ	55
1.5.1	Εαυτός	57
1.5.2	Οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες.....	59
1.5.3	Οι θεραπευτικές συνθήκες στην πράξη	62
1.6	ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	63
1.6.1	Η προσωποκεντρική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	67
1.6.2	Η ενσυναίσθηση στην προσωποκεντρική ιατρική	70
1.6.3	Γιατί είναι σημαντική η προσωποκεντρική φροντίδα	72
1.6.4	Προστατεύοντας το γιατρό	76
1.6.5	Η εξέλιξη και οι στόχοι της προσωποκεντρικής φροντίδας.....	78
2	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	82
2.1	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ.....	82
2.2	ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ "ΕΛΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΓΙΑΤΡΕ!"	82
2.2.1	Μέθοδος: Ποσοτική Μελέτη	82
2.2.2	Αποτελέσματα	103
2.3	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ «Η ΚΑΤΑ ΣΩΚΡΑΤΗ ΜΕΡΟΛΗΨΙΑ»	110
2.3.1	Μέθοδος.....	111
2.3.2	Αποτελέσματα	111
2.3.3	Συζήτηση.....	115
2.4	ΠΩΣ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΒΙΩΣΑΝ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ: ΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	117
2.4.1	Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση	117

2.4.2	Αποτελέσματα	121
2.4.3	Συζήτηση.....	133
3	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	136
4	ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ	144
5	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	152
6	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	169

1 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ «ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ»

«Είμαι άνθρωπος και τίποτα το ανθρώπινο δεν θεωρώ ξένο» γράφει ο εκλατινισμένος κωμωδιογράφος Καρχηδόnius Τερέντιος (Πούμπλιος Τερέντιος Αφρικανός) στο έργο «Εαυτόν τιμωρούμενος» (1) κάνοντας ουσιαστικά αναφορά στη βαθιά κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, βάση της οποίας είναι η ενσυναίσθηση. Χρησιμοποιώντας αρχικά τον όρο «*συμπάθεια*» η ενσυναίσθηση είναι γνωστή από την αρχαιότητα ως η νοητική κατανόηση της συναισθηματικής κατάσταση ενός άλλου ατόμου. Ο ορισμός ωστόσο της ενσυναίσθησης δόθηκε από Γερμανούς θεωρητικούς της τέχνης. Εισήγαγαν τη γερμανική λέξη «*Einfühlung*» η οποία αφορά στα συναισθήματα του παρατηρητή μπροστά σε ένα έργο τέχνης. Ο Theodore Lipps (1851-1914) ήταν αυτός που διαβίβασε την έννοια της ενσυναίσθησης από το χώρο της τέχνης στο πεδίο της ψυχολογίας. Πιο συγκεκριμένα, ο Lipps (2) ανέφερε ότι «*όταν παρατηρώ έναν ακροβάτη να στέκεται στη μέση ενός δακτυλίου που κρέμεται από το ταβάνι, νιώθω σαν να είμαι μέσα σε αυτό*» (σελ. 5502).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας γύρω από την έννοια της ενσυναίσθησης καθιστά σαφές ότι υπάρχει μεγαλύτερη διαφωνία παρά συμφωνία για τον ακριβή ορισμό της. Ο Wispe (3) υποστήριζε ότι τα ερευνητικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης ενδεχομένως να μην είναι έγκυρα καθώς η έννοια της ενσυναίσθησης ερμηνεύεται διαφορετικά από διαφορετικούς θεωρητικούς και, ενώ οι ίδιοι θεωρούν ότι μελετούν το ίδιο αντικείμενο, στην πραγματικότητα αναφέρονται σε διαφορετικές έννοιες.

Ο Carl Rogers (4), ο θεμελιωτής της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης στην ψυχοθεραπεία, πρότεινε τον παρακάτω ορισμό, ο οποίος έκτοτε συναντάται και συχνότερα στη βιβλιογραφία: ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να «*αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη «σαν να» συνθήκη*». Λίγα χρόνια αργότερα επανήλθε και περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως την κατάσταση

κατά την οποία υπεισέρχομαι στον ιδιωτικό κόσμο του άλλου και τον βιώνω σαν να ήμουν εκείνος.

Ακολουθώντας αυτό το σκεπτικό οι Baron-Cohen and Wheelwright (5) περιέγραψαν την ενσυναίσθηση ως την «κόλλα» του κοινωνικού κόσμου που οδηγεί τους ανθρώπους να βοηθήσουν ο ένας τον άλλο, και απωθεί από το να πληγώνονται μεταξύ τους.

Οι Levasseur and Vance (6) ορίζουν την ενσυναίσθηση ως ακολούθως: *«Η ενσυναίσθηση δεν είναι μια ψυχολογική ή συναισθηματική εμπειρία, ούτε ένα ψυχικό άλμα στο μυαλό των ανθρώπων, αλλά είναι ένα άνοιγμα με σεβασμό στην ατομικότητα του άλλου»*. Οι Greif and Hogan (7) περιέγραψαν την ενσυναίσθηση ως μια παράλληλη διαδικασία της ηθικής ωριμότητας. Ο Schafer (8) προτείνει ότι η ενσυναίσθηση είναι η εσωτερική εμπειρία του μοιράσματος και της βαθιάς κατανόησης της στιγμιαίας ψυχολογικής κατάστασης ενός ατόμου, ενώ οι Bellet and Maloney (9) την προσδιόρισαν ως την ικανότητα κατανόησης της εμπειρίας ενός ατόμου από το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του· την ικανότητα δηλαδή να *«μπαίνω στα παπούτσια του άλλου»* όπως χαρακτηριστικά περιγράφουν. Ο Hamilton (10) συνεχίζει αυτή την περιγραφή υποστηρίζοντας ότι η ενσυναίσθηση είναι το όχημα που θα διευκολύνει την κατανόηση του άλλου με έναν ουσιαστικό και γεμάτο νόημα τρόπο.

Ο Shamasundar (11), κινούμενος στο ίδιο πλαίσιο, προσθέτει ότι η ένταση της ενσυναισθητικής ανταπόκρισης είναι πιο βαθιά σε καταστάσεις που διέπονται από δυσφορία όπως θλίψη, θυμό και εχθρικότητα. Αυτές οι περιγραφές υπογραμμίζουν τη σοβαρότητα της ενσυναίσθησης σε καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο υποφέρει ή είναι θλιμμένο. Ως εκ τούτου η ενσυναίσθηση είναι ουσιαστικής σημασίας σε πλαίσια όπου ο ανθρώπινος πόνος είναι διάχυτος.

1.2 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ

Η ενσυναίσθηση και η συμπάθεια αποτελούν βασικά συστατικά των διαπροσωπικών σχέσεων. Η συμπάθεια προκύπτει από τις λέξεις συν (μετάφραση: μαζί) και πάθος (μετάφραση: πόνος). Οι δύο αυτές διακριτές έννοιες, συχνά ερμηνεύονται ως ίδιες, ενώ στην έρευνα γύρω από την ενσυναίσθηση παρουσιάζονται ως ταυτόσημες. Αυτό είναι ένα βασικό λάθος το οποίο οδηγεί σε εσφαλμένα συμπεράσματα και προκαλεί σύγχυση μεταξύ των ερευνητών (12). Η διαπραγμάτευση αυτή δεν φαίνεται να έχει σταματήσει καθώς αρκετά πρόσφατα (2016) μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας υπογραμμίζει τη λανθασμένη συσχέτιση που αποδίδεται στις δύο έννοιες από τους ερευνητές (13). Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να ξεκαθαρίσουμε ότι η ενσυναίσθηση και η συμπάθεια ή η συμπόνοια είναι διαφορετικά αντικείμενα, τα οποία μετρώνται διαφορετικά, με διαφορετικά αποτελέσματα στις συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας καθώς και με διαφορετικές εκβάσεις στους ασθενείς.

Σύμφωνα με τους Shea and Lionis (14), η ενσυναίσθηση, μαζί με το σεβασμό, αποτελεί μία βασική αξία της συμπόνοιας. Οι Gruen and Mendelsohn (15) υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι μια διανοητική ή γνωστική διαδικασία ενώ η συμπάθεια είναι συναισθηματική. Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην προσπάθεια ενός ατόμου να κατανοήσει βαθιά και με απουσία κριτικής τα βιώματα ενός άλλου ατόμου. Η επίγνωση του εαυτού (self-awareness) είναι επαυξημένη στην ενσυναίσθηση, ενώ μειώνεται στη συμπάθεια. Σύμφωνα με τον Kohut (16) η ενσυναίσθηση αποτελεί έναν ουδέτερο τρόπο του «σχετίζεσθαι».

Μια γνήσια και αυθεντική προσπάθεια κατανόησης των βιωμάτων ενός άλλου ατόμου –δηλαδή μια ενσυναισθητική κατανόηση– αυξάνει την εκδήλωση μιας αλτρουιστικής συμπεριφοράς. Ο McKellar (17) υποστήριξε ότι κάποιος μπορεί να είναι ενσυναισθητικός δίχως να εκφράζει συμπάθεια. Ο Wilmer (18) προσεγγίζει τον προσδιορισμό της έννοιας της ενσυναίσθησης, όπως θεμελιώθηκε από τον Carl Rogers και υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να «μπαίνω» στο νου του ανθρώπου που υποφέρει και να κατανοώ βαθιά την κατάστασή του, χωρίς όμως να ταυτίζομαι. Χρειάζεται να μπορώ να ξεχωρίσω ότι ο πόνος δεν είναι δικός μου, αλλά παραμένει του άλλου.

Στους περισσότερους ορισμούς που αναφέρθηκαν, αλλά και στην προσπάθεια αποσαφήνισης της διαφοράς μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπάθειας, γίνεται κυρίως μνεία στον πόνο του άλλου. Σύμφωνα όμως με τον Carl Rogers, η ενσυναίσθηση δεν έχει πρόσημο. Δεν αφορά αποκλειστικά μια εμπειρία που προκαλεί δυσφορία, αλλά αφορά εν γένει στον τρόπο που βιώνει το κάθε άτομο την εμπειρία του, είτε αυτή έχει θετικό ή αρνητικό πρόσημο, δηλαδή μπορεί να αφορά χαρά, ενθουσιασμό και έκπληξη, αλλά και θλίψη ή στεναχώρια.

Η ενσυναίσθηση για τον Agosta (19) αποτελεί την «*τέχνη της κατανόησης*». Αυτού του είδους η τέχνη περιλαμβάνει μια σειρά από χαρακτηριστικά όπως το να αφουγκραστώ τη ματιά του άλλου (perspective taking), το να μπορώ να «μπω στα παπούτσια του άλλου», την ανεκτικότητα (tolerance), την άνευ όρων θετική ανταπόκριση (unconditional positive regard) και την απουσία κριτικής (non judgement) (20).

Η διαφορά της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας είναι πέρα από σημασιολογική, καθώς οι δύο αυτές έννοιες περιλαμβάνουν διαφορετικές νοητικές και ψυχικές διεργασίες. Μελέτη που μέτρησε την ενσυναίσθηση και τη συμπάθεια (21) βρήκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους ($r = 0.45$, $p < 0.01$), αν και τέτοιου είδους σχέσεις χρειάζονται μεγαλύτερη διερεύνηση.

1.2.1 Ενσυναίσθηση και συμπάθεια στην κλινική πράξη

Η διάκριση μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπάθειας στη σχέση γιατρού-ασθενή έχει ουσιαστική εφαρμογή καθώς η συναισθηματική ταύτιση με τον ασθενή μπορεί να εμποδίσει την κλινική πράξη. Σύμφωνα με τους Starcevic and Piontek (22) ο γιατρός θα πρέπει να μπορεί να βιώνει τις εμπειρίες του ασθενή του σε εκείνο το βαθμό που θα βελτιώνει την κατανόηση της κατάστασης της υγείας του, χωρίς όμως να εμποδίζεται η επαγγελματική του κρίση. Σύμφωνα με τον Hojat (20), η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και κλινικών εκβάσεων είναι γραμμική. Όσο περισσότερο ενσυναισθητικός είναι ένας γιατρός, τόσο καλύτερα είναι τα κλινικά αποτελέσματα.

Η σύγχυση των εννοιών της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας από τους ερευνητές δυσχεραίνει τη μέτρησή τους, καθώς η ασυμφωνία αυτή δεν επιτρέπει έναν σαφή προσδιορισμό του εννοιολογικού πλαισίου τους. Οι θεμελιώδεις διαφορές που ενυπάρχουν μεταξύ της γνωστικής λειτουργίας και του συναισθήματος, του βιώματος και της κατανόησής του, της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας έχουν ουσιαστικές εφαρμογές όχι μόνο στον προσδιορισμό της έννοιας της ενσυναίσθησης αλλά ακόμα περισσότερο στον τρόπο που αξιολογείται η επίδρασή της στους ασθενείς (23).

1.3 Η ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΣΥΝΔΕΣΗ

Οι ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν βασική προϋπόθεση της επιβίωσης. Ανάμεσα στους παράγοντες που πραγματώνουν την ανθρώπινη ανάγκη για δεσμό συμπεριλαμβάνονται οι κοινωνικοί θεσμοί όπως ο γάμος, η οικογένεια και τα κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα (συμπεριλαμβανόμενης και της σχέσης γιατρού-ασθενή). Οι άνθρωποι δεσμοί υπάρχουν και για να προλαμβάνουν τις ασθένειες και να προωθούν την υγεία με την ολιστική έννοια (σώμα και ψυχή). Αντίθετα, η έλλειψη ικανοποιητικών ανθρώπινων δεσμών, που βιώνονται ως μοναξιά, είναι επιβλαβής για τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Δεν είναι βέβαια πλήρως κατανοητοί οι μηχανισμοί που συνδέουν την ποιότητα των ανθρωπίνων σχέσεων με την υγεία ή την ασθένεια. Παρ' όλα αυτά η ευκαιρία για ενσυναισθητικούς δεσμούς και η συμμετοχή ενός πολυσυστήματος ψυχονευροανοσολογίας μπορούν να παράσχουν ικανοποιητικές πληροφορίες για τα οφέλη των ανθρωπίνων σχέσεων. Η σχέση γιατρού-ασθενή δημιουργείται από την πρόθεση και την επιθυμία για ανθρώπινους δεσμούς. Η ανάγκη αυτή γίνεται επιτακτική σε περίπτωση ασθένειας. Μια ενσυναισθητική σχέση μεταξύ γιατρού-ασθενή μπορεί να λειτουργήσει ως ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο με ευεργετικές και θεραπευτικές δυνάμεις (23).

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη ο άνθρωπος είναι «*φύσει ζώον κοινωνικόν*» (24). Η ανάγκη για ανθρώπινη επαφή, όπως επίσης και η ανάγκη για κατανόηση και ικανοποίηση από τις ανθρώπινες σχέσεις, αποτελούν βασικές ψυχολογικές ανάγκες.

Χωρίς την πραγμάτωση των αναγκών αυτών, η αυτοπραγμάτωση είναι αδύνατη (25). Η ενσυναίσθηση λοιπόν αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της ανθρώπινης σύνδεσης.

1.4 Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Η σημασία της ουσιαστικής και βαθιάς σχέσης γιατρού-ασθενή δεν είναι κάτι καινούργιο στη βιβλιογραφία. Αρκετούς αιώνες πριν είχε αναδειχθεί από τον ίδιο τον Ιπποκράτη (4^{ος} αι. π.Χ.) ο οποίος υποστήριζε ότι ορισμένοι ασθενείς αναρρώνουν μόνο επειδή πιστεύουν στους γιατρούς τους. Από την άλλη, ο Ασκληπιάδης ο Βιθυνός, ο πατέρας της Μοριακής Ιατρικής, ήταν ίσως ο πρώτος που ανέδειξε τη σημασία της ενσυναίσθησης σε αυτή τη σχέση, διδάσκοντας στους μαθητές του να θεραπεύουν «γρήγορα, ακίνδυνα και ευχάριστα» (26). Ο ιατρός Ασκληπιάδης ο Βιθυνός ήταν επηρεασμένος από τον φιλόσοφο Επίκουρο που ενδιαφερόταν για ευδαιμονία (απουσία ταραχής και πόνου) και θεραπεία της ψυχής. Για τους Επικούρειους φιλοσόφους, το συναίσθημα είναι κριτήριο αλήθειας, καθώς αποτελεί ένα εσωτερικό μέτρο για το τι είναι συγγενικό με την φύση μας και προκαλεί ευχαρίστηση ή είναι εχθρικό για την φύση μας και προκαλεί πόνο. Ο Επίκουρος θεώρησε ως ρυθμιστή των πάντων τη νοητική διεργασία της φρόνησης, που μπορεί να επιλέγει συνειδητά ό,τι επιφέρει την ευδαιμονία, δηλαδή τη συνετή ικανοποίηση των φυσικών αναγκών και τη συναισθηματική ισορροπία με την προτίμηση εκείνων των ηδονών που δεν βλάπτουν επιφέροντας μεγαλύτερο πόνο αντί για ευχαρίστηση (26). Η ενσυναίσθηση που ο ιατρός Ασκληπιάδης ο Βιθυνός έδειχνε για τα συναισθήματα των ασθενών του ερχόταν σε μεγάλη αντίθεση με τη διάσημη αποστασιοποιημένη συμπεριφορά των άλλων ιατρών της εποχής του (27).

Η σχέση γιατρού-ασθενή μπορεί να προσδιοριστεί ως ένα εξειδικευμένο είδος κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος. Ο Cohen (28) πρότείνει ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να προάγει τρεις τύπους αλληλεπίδρασης: α) τη συνεργατική (που συνεπάγεται την παροχή υλικής βοήθειας), β) τη συναισθηματική (που συνεπάγεται την έκφραση ενσυναίσθησης και φροντίδας, γ) την πληροφοριακή (που συνεπάγεται την παροχή σχετικών πληροφοριών με στόχο τη

διευκόλυνση του ατόμου να κατανοήσει το πρόβλημα καλύτερα και να βρει αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης). Μια συνεργατική αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού και ασθενή προάγει όλες τις παραπάνω διαμορφώσεις των σχέσεων, καθώς η έρευνα υποδεικνύει ότι μια αμοιβαία σχέση βαθιάς κατανόησης αυξάνει και διευκολύνει τη συνεργασία σε αντίθεση με τις ανταγωνιστικές σχέσεις (29).

Όταν μια σχέση εμπιστοσύνης εδραιώνεται και επιπρόσθετα ενισχύεται με ενσυναίσθηση, οι περιορισμοί στη σχέση εξαφανίζονται και αντικαθίστανται από έναν βαθύ ανθρώπινο δεσμό. Αυτό το είδος της ανθρώπινης σχέσης, το οποίο χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη, μπορεί να προκύψει στις σχέσεις ερωτικών συντρόφων αλλά και σε σχέσεις όπως αυτή του γιατρού με τον ασθενή (23).

Όπως υποστηρίζουν οι House, Landis and Umberson (30) οι άνθρωποι δεσμοί επιδρούν στη μείωση του φόβου που με τη σειρά του επηρεάζει θετικά τα ιατρικά αποτελέσματα. Έχει επίσης υποδειχθεί πως η σχέση γιατρού-ασθενή έχει από μόνη της μια ισχυρή θεραπευτική επίδραση (31). Ακριβώς λόγω αυτής της ισχυρής επίδρασης, ο Balint (32) περιέγραψε τους γιατρούς ως το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο κατά τη θεραπευτική πράξη στην ιστορία της ιατρικής. Αυτή η ισχυρή θετική επιρροή που έχει η σχέση γιατρού-ασθενή έχει περιγραφεί ως «Παράγοντας Χ», ένας δηλαδή άγνωστος παράγοντας στη θεραπευτική πράξη (33). Το υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο του ασθενή εν γένει, αλλά και η φύση και η ποιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή συγκεκριμένα, συμπεριλαμβάνονται στους ανθρώπινους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια. Στη διαδικασία της διαπροσωπικής σχέσης, η ενσυναίσθηση έχει έναν διαμεσολαβητικό ρόλο ενδυναμώνοντας ουσιαστικά το δεσμό, αυξάνοντας την αίσθηση της «κοινής ταυτότητας» και μειώνοντας την προκατάληψη (34). Ως εκ τούτου η ενσυναίσθηση διευκολύνει την πορεία για τη θεμελίωση μιας διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ των γιατρών και των ασθενών τους, μια σχέση που αποτελεί ένα είδος κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, με όλα τα ευεργετικά θεραπευτικά συστατικά που ενυπάρχουν σε αυτό (20).

1.4.1 Ψυχοκοινωνιοφυσιολογία - Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο

Η νευροβιολογική έρευνα έχει δείξει πως τα συναισθήματα ελέγχονται από τον «εγκέφαλο των θηλαστικών», που αντιστοιχεί κυρίως στην αμυγδαλή και τον ιππόκαμπο. Τα συναισθήματα έχουν προκύψει εξελικτικά στα θηλαστικά, ώστε να τροποποιούν την συμπεριφορά τους ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος (35). Η σύνδεση της ανθρώπινης φυσιολογίας και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης δεν αποτελεί ένα καινούργιο ερευνητικό εύρημα, καθώς παραπάνω από μισό αιώνα πριν οι DiMascio, Boyd and Greeblatt (36) μελέτησαν την έννοια της κοινωνιοφυσιολογίας υπογραμμίζοντας τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των συναισθημάτων που εκφράζονται κατά τη διάρκεια κλινικών συνεντεύξεων και των αντιδράσεων στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως για παράδειγμα στο χτύπο της καρδιάς, στην αντίσταση του δέρματος ή τη θερμοκρασία του προσώπου. Η έννοια της διαπροσωπικής φυσιολογίας στη σχέση γιατρού-ασθενή εισήχθη αρχικά σε μία μελέτη των DiMascio, Boyd και Greenblatt (36) το 1957, οι οποίοι βρήκαν ότι ο καρδιακός παλμός των γιατρών συγχρονίζεται με των ασθενών, όπως συμβαίνει και με τη θερμοκρασία του δέρματος κατά τη διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων. Αυτός ο συγχρονισμός προκύπτει όταν υπάρχει μια αρμονική σχέση μεταξύ των δύο. Έχει επιπλέον προταθεί πως η ενσυναίσθηση προκύπτει ως δράση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το οποίο τείνει να προσομοιώνει την ψυχολογική κατάσταση του άλλου ατόμου (37). Με απλά λόγια, μια ενσυναισθητική στάση του γιατρού, διευκολύνει αυτόν το συγχρονισμό της φυσιολογίας κατά τη διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων.

Ο Adler (38) στην ανασκόπησή του υποστηρίζει ότι όταν ο ασθενής βιώνει μια ενσυναισθητική σχέση με το γιατρό του, μειώνεται η έκκριση ορμονών του στρες. Η νευροβιολογία τέτοιων σχέσεων προωθεί ένα μοτίβο ενδοκρινικής αντίδρασης που ευνοεί την ομοιόσταση και αντιτίθεται σε μια αντίδραση του τύπου μάχομαι ή αποσύρομαι (fight or flight).

Η παρατήρηση των συναισθημάτων ενός ατόμου φαίνεται πως καταλήγει να απεικονίζεται αντίστοιχα και στη φυσιολογία του παρατηρητή (39). Για παράδειγμα όταν ένα άτομο βιώνει μια δυσφορία, ταυτόχρονα ενεργοποιείται αντίστοιχη

δυσφορία και στο άτομο με το οποίο αλληλεπιδρά. Αυτός ο συγχρονισμός της φυσιολογίας μεταξύ των ανθρώπων που αλληλεπιδρούν μπορεί να οδηγήσει σε μια περισσότερο ακριβή αντίληψη της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου (40). Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ενσυναισθητική ανταπόκριση συμπεριλαμβάνει κοινές νευροβιολογικές λειτουργίες μεταξύ των ατόμων που αλληλεπιδρούν.

Ένα ενδιαφέρον εύρημα ανέδειξαν οι Rizzolatti, Fadiga, Gallese and Fogassi (41) στις αρχές της δεκαετίας του 1990, το οποίο συνδέει τη γνωστική λειτουργία με την εγκεφαλική δραστηριότητα. Πιο συγκεκριμένα ανακάλυψαν το Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο (γνωστό και ως περιοχή F5) σε πιθήκους. Αυτό το νευρωνικό δίκτυο εντοπίστηκε στον προκινητικό φλοιό των πιθήκων, το οποίο ενεργοποιείται κάθε φορά που ένας πίθηκος παρακολουθεί έναν άλλο να εκτελεί χειρωνακτικές εργασίες, όπως για παράδειγμα να αρπάζει ή να χειρίζεται αντικείμενα. Έτσι η παρατήρηση μιας δράσης ενεργοποιεί το ίδιο δίκτυο του εγκεφαλικού φλοιού, το οποίο ενεργοποιείται όταν εκτελούμε την ίδια πράξη. Αυτός ο εγκεφαλικός μηχανισμός είναι γνωστός ως Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο. Οι νευρώνες κάτοπτρα στην PFG περιοχή που αντιστοιχεί στον βρεγματικό λοβό, έχουν τις ίδιες ιδιότητες με αυτούς στην F5 περιοχή με την διαφορά ότι ενεργοποιούνται όταν υπάρχει συγκεκριμένος σκοπός πίσω από αυτές τις κινήσεις παρά για τις κινήσεις αυτές καθ' αυτές.

Το κατοπτρικό νευρωνικό δίκτυο σχηματίζεται από την σύνδεση των περιοχών F5 και PFG. Αυτό το δίκτυο συνδέεται και με την STS περιοχή στην άνω κροταφική αύλακα, η οποία αν και φαίνεται να παρουσιάζει κάποια νευρωνική κατοπτρική εκφόρτιση ωστόσο επειδή δεν έχει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των κατοπτρικών νευρώνων δεν ανήκει στο κατοπτρικό δίκτυο.

Παρόμοιες μελέτες (42, 43) διαπίστωσαν στον άνθρωπο το ίδιο νευρικό σύστημα (γνωστό ως περιοχή F5 στους πιθήκους), το οποίο ενεργοποιείται όταν παρατηρούμε πράξεις να εκτελούνται από τους άλλους σαν να τις εκτελούσαμε εμείς οι ίδιοι. Σε αυτά τα πειράματα χρησιμοποιήθηκε κυρίως η λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), η οποία απεικονίζει την αιμοδυναμική

αντίδραση που σχετίζεται με τη νευρωνική δραστηριότητα στον εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό. Οι περιοχές που εμφάνισαν αύξηση της αιματικής ροής ήταν οι οπτικές περιοχές, η ILP περιοχή, ο κοιλιακός προκινητικός φλοιός καθώς και το ουραίο τμήμα της κατώτερης μετωπικής έλικας. Οι τελευταίες τρεις περιοχές παρουσιάζουν κινητικές ιδιότητες και αντιστοιχούν με τις περιοχές του εγκεφάλου του πιθήκου που υπάρχουν οι κατοπτρικοί νευρώνες. Όμως το ανθρώπινο Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο ενεργοποιείται και στο συναίσθημα αλλά και στην ομιλία. Μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου έδειξαν ότι όταν ένα άτομο αισθάνεται ή παρατηρεί συναισθήματα που προκαλούνται σε άλλους από διάφορα ερεθίσματα ή από ερεθίσματα πόνου, δραστηριοποιούνται δύο δομές: ο φλοιός του προσαγωγίου και η νησίδα. Αυτές οι δομές καθορίζονται ως περιοχές κάτοπτρα αφού αφενός έχουν αρχιτεκτονική κυττάρων παρόμοια με των κινητικών και αφετέρου επειδή ενεργοποιούνται σε καταστάσεις αίσθησης, όπως η παρατήρηση.

Στους ανθρώπους, το Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο εκτείνεται και στην περιοχή Broca, η οποία εμπλέκεται στην επεξεργασία της γλώσσας και την παραγωγή του λόγου. Αποδείξεις για την ύπαρξη κατοπτρικών νευρώνων στην περιοχή, υπήρξαν μετά από πειράματα διακρανιακής μαγνητικής απεικόνισης (TMS), όπου χρησιμοποιήθηκε μηχανισμός που μετέφραζε ακουστικά φωνήματα σε κινητικά προγράμματα. Η περιοχή Broca είναι η ανάλογη περιοχή F5 στον εγκέφαλο του πίθηκου όπου εκφορτίζονται οι περισσότεροι κατοπτρικοί νευρώνες.

Συνεπώς, το Κατοπτρικό Νευρωνικό Δίκτυο θεωρείται ότι αποτελεί τη νευροφυσιολογική βάση της ενσυναίσθησης και ως εκ τούτου διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην κατανόηση της εμπειρίας ενός ατόμου. Ο μηχανισμός της κατοπτρικής αντίληψης του συναισθήματος του άλλου επιτρέπει την δυνατότητα συνεργασίας με το άλλο άτομο εάν είναι φιλικό ή αποφυγής του εάν είναι εχθρικό, ενισχύοντας την ανάπτυξη διαπροσωπικών δεξιοτήτων και την κοινωνικοποίηση του ανθρώπου.

1.4.2 Βασικά χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (44) η υγεία είναι *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Ως εκ τούτου, ο ορισμός της υγείας συνάδει με τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της υγείας, σύμφωνα με τον οποίο εξίσου καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία είναι και οι κοινωνικοί, οι ψυχολογικοί και οι διαπροσωπικοί (45). Αυτού του είδους η προσέγγιση στην ιατρική επιβεβαιώνει ότι η θεραπεία προκύπτει μόνο όταν συνδυάζεται η επιστήμη της ιατρικής με την ιατρική τέχνη. Η επιστήμη της ιατρικής περιλαμβάνει όλες εκείνες τις βιοϊατρικές και παθοφυσιολογικές παραμέτρους, ενώ στην τέχνη της ιατρικής ενυπάρχουν ψυχοκοινωνικοί και διαπροσωπικοί παράγοντες. Η ενσυναίσθηση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο σε αυτή την ολιστική προσέγγιση του ασθενή. Οι δύο αυτές διαστάσεις της ιατρικής, η επιστήμη και η τέχνη, δεν είναι έννοιες αντικρουόμενες αλλά περισσότερο συμπληρωματικές (46).

Η ενσυναίσθηση στη φροντίδα του ασθενή έχει χαρακτηριστεί ως *«μια φυσική επιθυμία να νοιάζομαι τον άλλο»* (47, σελ. 2), ενώ ο Giannakos (48) αναφέρεται στην ενσυναίσθηση κατά την κλινική πράξη ως *«την ικανότητα των γιατρών να φαντάζονται πως είναι οι ίδιοι οι ασθενείς που ζητούν βοήθεια»* (σελ. 135). Ενδιαφέρον έχει η προσέγγιση του Greenson (49, σελ. 367), δέκα περίπου χρόνια μετά τον ορισμό της ενσυναίσθησης του Carl Rogers (όπως έχει ήδη ειπωθεί) πως *«πρέπει να αφήσω ένα κομμάτι του εαυτού μου να γίνει ο ασθενής, και πρέπει να βιώσω αυτό που βιώνει εκείνος σαν να ήμουν εγώ ο ασθενής»*. Αντίστοιχα ο Ιπποκράτης έχει αναφέρει ότι *«είναι σημαντικό να ξέρω το είδος του ανθρώπου που έχει την ασθένεια αλλά και το είδος της ασθένειας από την οποία υποφέρει ο άνθρωπος»*. Σε κάθε περίπτωση αυτές οι δηλώσεις περιγράφουν εξαιρετικά το σφαιρικό βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της φροντίδας του ασθενή στο οποίο η επιστήμη και η τέχνη της ιατρικής αλληλοσυμπληρώνονται. Σύμφωνα με τον Sigmund Freud (50) η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μόνο έναν παράγοντα που ενισχύει τη σχέση γιατρού-ασθενή αλλά περισσότερο προάγει μια συνθήκη στην οποία ερμηνεύονται με ακρίβεια τα προβλήματα του ασθενή. Ως εκ τούτου, η ενσυναίσθηση αποτελεί μια εξίσου σημαντική διάσταση για τη λήψη σωστών

αποφάσεων αλλά και ορθότερων διαγνώσεων. Τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής επωφελούνται από μία τέτοια σχέση.

Σύμφωνα με τον Hojat (20) η ενσυναίσθηση είναι κυρίως μια γνωστική παρά μια συναισθηματική δεξιότητα. Αυτή περιλαμβάνει, μεταξύ άλλων, την κατανόηση – παρά τη βίωση– της εμπειρίας, της ανησυχίας και της οπτικής του ασθενή. Επιπλέον, συνδυάζεται με την ικανότητα να επικοινωνείται αυτή η κατανόηση στον ασθενή. Σε αυτό τον ορισμό δίδεται αρκετά μεγάλη έμφαση στη γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης, ενώ αποφεύγεται το συναισθηματικό επίπεδο, καθώς θεωρείται ότι αυτό συνάδει με τη συμπάθεια.

Στην παρούσα εργασία ενστερνιζόμαστε τον ορισμό της ενσυναίσθησης όπως προτάθηκε από τον Carl Rogers (*«η ικανότητα να αντιλαμβάνομαι το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς ενός άλλου ανθρώπου με την ακρίβεια σαν να ήμουν εκείνο το άτομο, χωρίς όμως να χάνω αυτή τη «σαν να» συνθήκη»*) (4). Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μόνο μια γνωστική διαδικασία αλλά σαφώς περιλαμβάνει και έναν συναισθηματικό συγχρονισμό με τον ασθενή. Ο ενσυναισθητικός γιατρός ανταποκρίνεται συνολικά στη διαδικασία του ασθενή, είτε αυτή συμπεριλαμβάνει γνωστικό είτε συναισθηματικό περιεχόμενο. Ο Hojat (20) έρχεται αντιμέτωπος με μια σοβαρή αντίφαση στα κείμενά του. Τη στιγμή που περιγράφει την ενσυναίσθηση ως μια γνωστική διαδικασία που περιλαμβάνει μια βαθιά κατανόηση, αλλά και την ικανότητα να επικοινωνείται αυτή η κατανόηση, αργότερα επιστρέφει και περιγράφει ότι ο γιατρός οφείλει να βιώνει τις εμπειρίες του ασθενή του σε εκείνο τον βαθμό που δεν εμποδίζει την κλινική του πράξη. Δηλαδή αφενός περιγράφει ότι πρόκειται για μία γνωστική διαδικασία, αλλά αφετέρου ενστερνίζεται –ως ένα βαθμό– και την από κοινού συναισθηματική βίωση της εμπειρίας. Στην παρούσα εργασία, συμφωνούμε με τα στοιχεία της βαθιάς κατανόησης και του μοιράσματος της κατά την αλληλεπίδραση με τον ασθενή, αλλά δεν συμφωνούμε ότι αποτελεί μια εξολοκλήρου γνωστική διαδικασία. Εάν ο ασθενής κάνει μια γνωστική επεξεργασία της εμπειρίας του, τότε η ενσυναίσθηση είναι μια ανταπόκριση σε αυτή τη διαδικασία. Όταν ο ασθενής βιώνει συναισθηματικά μια εμπειρία, αντίστοιχα ο γιατρός ανταποκρίνεται σε αυτή «ζώντας μαζί» (feeling with) με τον ασθενή

προσωρινά, την ίδια εμπειρία, σαν ο γιατρός να ήταν ο ασθενής, χωρίς σε καμία περίπτωση να χάνεται αυτή η «σαν να» συνθήκη.

Η βαθιά αυτή κατανόηση των συναισθημάτων και των συμπεριφορών των άλλων ανθρώπων αποτελεί κεντρικό άξονα της ανθρώπινης επιβίωσης (51). Η κατανόηση αυτή είναι βασικό συστατικό μιας ενσυναισθητικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η αντίληψη του ασθενή ότι γίνεται κατανοητός είναι από μόνη της θεραπευτική καθώς ενισχύει την αίσθηση του ανήκειν, την αίσθηση του δεσμού και την αίσθηση της υποστήριξης (52). Η ενσυναίσθηση στη φροντίδα του ασθενή βασίζεται στις έννοιες του δεσμού και της κατανόησης. Όσο περισσότερο ο ασθενής αισθάνεται ότι τον καταλαβαίνουν σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο, τόσο περισσότερο ενισχύεται η πραγμάτωση της θεμελιώδους ανθρώπινης ανάγκης για αποδοχή (53).

Ένα συγκεκριμένο χαρακτηριστικό της κατανόησης στη σχέση γιατρού-ασθενή είναι η ικανότητα του γιατρού να αφουγκράζεται το πλαίσιο αναφοράς του ασθενή του, χωρίς όμως να απομακρύνεται από τον δικό του προσωπικό χώρο αλλά να μπορεί να υιοθετεί προσωρινά την οπτική του ασθενή του. Η ακρίβεια βέβαια στην κατανόηση αυτή αποτελεί ένα μεγάλο κεφάλαιο γύρω από την έρευνα στην ενσυναίσθηση. Όπως ο Carl Rogers συμβούλευε τους εκπαιδευόμενους του *«εάν θέλουμε να γίνουμε καλύτεροι θεραπευτές, θα πρέπει να επιτρέψουμε στους πελάτες μας να μας υποδεικνύουν εάν έχουμε καταλάβει σωστά ή όχι»* (54, σελ. 4). Η ακρίβεια στην κατανόηση εξαρτάται από την ισχύ της ενσυναισθητικής σχέσης που υπάρχει μεταξύ γιατρού και ασθενή, αλλά και από τους μηχανισμούς ανατροφοδότησης που χρησιμοποιούνται σε αυτή.

Ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνεί ο γιατρός την ενσυναίσθηση αποτελεί ίσως το πιο βασικό συστατικό που διευκολύνει την εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης. Σύμφωνα με τον Carkhuff (55) αλλά και τον Chessick (56) η βασική θεραπευτική διάσταση της σχέσης γιατρού-ασθενή δεν εξαρτάται μόνο από την ενσυναίσθηση που βιώνει ο γιατρός αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο την επικοινωνεί στον ασθενή του (βλ. 6 θεραπευτικές συνθήκες στην Προσωποκεντρική Προσέγγιση, κεφ. 1.5.2).

Οι Truax and Carkhuff (57, σελ. 40) περιγράφουν την ενσυναίσθηση ως «*την ικανότητα του γιατρού να υπεισέρχεται στον ιδιωτικό κόσμο του ασθενή βιώνοντάς τον και επικοινωνώντας αυτή την κατανόηση στον ασθενή με τρόπο που να συγχρονίζεται με τα συναισθήματά του*». Ένας γιατρός που βιώνει ενσυναίσθηση για τον ασθενή του αλλά αποτυγχάνει να την επικοινωνήσει, τότε δεν θα γίνει αντιληπτός ως ένας ενσυναισθητικός γιατρός (58).

Κατά την αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή υπάρχουν πάντα εξαιρετικές ευκαιρίες για να εκφραστεί μια αμοιβαία κατανόηση, τη στιγμή που ο ασθενής εκφράζει τις ανησυχίες του, τα συναισθήματά του ή τους προβληματισμούς του. Αυτές οι ευκαιρίες ονομάζονται από τους Suchman, Markakis, Beckman and Frankel (52) ως «εν δυνάμει ενσυναισθητικές ευκαιρίες».

Ωστόσο μια σημαντική πτυχή της επικοινωνίας στη φροντίδα του ασθενή είναι και η αμοιβαιότητα. Αν και η έννοια της αμοιβαιότητας δεν συναντάται συχνά στη βιβλιογραφία γύρω από την ενσυναίσθηση (59), θα πρέπει να αναγνωριστεί ως βασικό συστατικό μιας ενσυναισθητικής αλληλεπίδρασης. Η αμοιβαία κατανόηση δημιουργεί μια δυναμική ανατροφοδότηση η οποία είναι βοηθητική όχι μόνο για τον ασθενή αλλά πολύ περισσότερο διευκολύνει και τον γιατρό να καταλήξει σε μια ορθότερη διάγνωση. Ως εκ τούτου η θεραπεία που θα προτείνει θα είναι περισσότερο αποτελεσματική. Αυτή η αμοιβαία κατανόηση προϋποθέτει φυσικά ότι τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής είναι ενεργοί κατά την αλληλεπίδρασή τους.

Ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός σχετίζεται με τον ασθενή του μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στην πορεία της νόσου του ασθενή. Γύρω στον 4^ο αιώνα π.Χ. ο Ιπποκράτης ισχυριζόταν ότι αρκετοί ασθενείς αναρρώνουν αποκλειστικά και μόνο επειδή πιστεύουν στους γιατρούς τους, ενώ συμπλήρωνε ότι «*ο ασθενής, ακόμα κι αν γνωρίζει πως η κατάσταση της υγείας του είναι επικίνδυνη, μπορεί να ανακάμψει ή να ανακτήσει την υγεία του μέσα από την ικανοποίηση που παίρνει από την καλοσύνη του γιατρού*» (60, σελ. 14).

Στην αρχαιότητα η ιατρική ήταν αρχικά τέχνη εφαρμοσμένη από αρχαίους Έλληνες θεραπευτές, αρκετοί από τους οποίους δεν γνώριζαν ανάγνωση και γραφή. Δεν βασίζονταν στην επιστήμη (στα μαθηματικά και τη φιλοσοφία σήμερα), αλλά

κυρίως στην παρατήρηση, την ενόραση, την παράδοση και στη διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή τους (61). «Είναι αρκετά πιο δύσκολο να κατανοήσουμε την ασθένεια, εάν δεν κατανοήσουμε πρώτα τον ασθενή» υποστήριζε ο Lewinsohn (62, σελ. 1268).

Η ικανοποίηση του γιατρού από την ποιότητα της σχέσης με τον ασθενή μπορεί να προφυλάξει ενάντια στην επαγγελματική εξουθένωση, τη χρήση ουσιών ή ακόμα και τις αυτοκτονικές τάσεις, που εμφανίζονται ασυνήθιστα υψηλά στους γιατρούς μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (63). Ακριβώς επειδή οι γιατροί αντιλαμβάνονται τις ενσυναισθητικές σχέσεις ως ποιοτικές διαπροσωπικές σχέσεις που ενισχύουν τους δεσμούς, αυτές οι σχέσεις αναστέλλουν τη δυσφορία που προκαλεί ένα μη λειτουργικό σύστημα υγείας στους ίδιους (61). Ως εκ τούτου η ενσυναίσθηση λειτουργεί προστατευτικά έναντι στο εργασιακό άγχος που συχνά βιώνουν οι γιατροί.

Επιπροσθέτως, μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται στα οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής από μια ενσυναισθητική σχέση με το γιατρό του. Αυτή η διαπροσωπική επικοινωνία είναι ίσως το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο που διαθέτει ο γιατρός στη φαρέτρα του κατά την άσκηση της κλινικής πράξης. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ασθένεια δεν μπορεί να γίνει πλήρως κατανοητή, χωρίς την κατανόηση της συνολικής κατάστασης του ασθενή και η θεραπεία δεν ξεκινά με την εφαρμογή της ιατρικής πράξης αλλά ξεκινά με τον τρόπο που η ιατρική πράξη εφαρμόζεται. Είναι βέβαια προφανές ότι η φύση της σχέσης γιατρού-ασθενή ποικίλει. Για παράδειγμα διαφορετικό είναι το είδος της σχέσης που εδραιώνεται με ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα και η φροντίδα τους είναι συνεχής και τακτική, ενώ διαφορετική σχέση υπάρχει κατά τη διάρκεια των επειγόντων χειρουργικών παρεμβάσεων, όπου μια ενσυναισθητική και σταθερή σχέση είναι σχεδόν αδύνατον να υπάρξει.

Από την άλλη, οι γιατροί αρκετά συχνά διατείνονται πως στο θάλαμο επειγόντων περιστατικών, και κατά τη στιγμή που ο διαθέσιμος χρόνος για κάθε ασθενή είναι αρκετά περιορισμένος, μια ενσυναισθητική σχέση είναι δύσκολο να υπάρξει. Χρειάζεται να λάβουμε σοβαρά υπόψη ότι ακριβώς τη στιγμή που ο

χρόνος είναι περιορισμένος, τα ιατρικά λάθη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβούν. Σε μια συνθήκη όπου ο γιατρός δεν έχει στη διάθεσή του όσο χρόνο χρειάζεται και επιθυμεί ο ίδιος να αφιερώσει στον ασθενή, είναι η κατεξοχήν στιγμή που η ανάγκη για μια σύντομη αλλά ουσιαστική και βαθιά σύνδεση με τον τελευταίο είναι επιτακτική. Εστιάζοντας επί τούτου στις άμεσες ανάγκες του ασθενή και αναρωτώμενος πώς είναι να βιώνεις μια τέτοια επείγουσα κατάσταση (προσπαθώντας ουσιαστικά να μπει στη θέση του ασθενή), ο γιατρός μπορεί να διευκολυνθεί αν σχετιστεί ουσιαστικά με τον ασθενή του. Η ενσυναίσθητική στάση του γιατρού είναι μέγιστης σημασίας και δεν εξαρτάται από τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων.

1.4.3 Παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση

Υπάρχει μια σειρά από παράγοντες που συνδράμουν στην ποιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή. Ο πρώτος από αυτούς τους παράγοντες φέρεται στη βιβλιογραφία να είναι η επίδραση του placebo effect. Όπως προτείνει ο White (64) όταν εδραιώνεται μια ενσυναίσθητική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή, ο γιατρός αυτόματα έχει τις ιδιότητες ενός ψευδοφάρμακου, που ασκεί μια αισθητά θετική επίδραση στον ασθενή, ενώ είναι ανεξάρτητη από οποιαδήποτε επίδραση κάποιας άλλης παρέμβασης. Η ύπαρξη αυτής της επίδρασης, αποτελεί μια επιβεβαίωση της πεποίθησης ότι ψυχολογικοί παράγοντες ασκούν ουσιαστική επιρροή στην παθοφυσιολογία της ασθένειας.

Ένας επιπλέον παράγοντας που ενισχύει την σχέση αυτή είναι η αναγνώριση από τη μεριά του γιατρού των μη λεκτικών μηνυμάτων. Η ικανότητα του γιατρού να αποκωδικοποιεί τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνει ο ασθενής είναι ιδιαίτερα σημαντική στην εδραίωση μιας ενσυναίσθητικής σχέσης. Αυτά τα μη λεκτικά μηνύματα είναι το χαμόγελο, η έκφραση του προσώπου, ο τόνος της φωνής, οι γκριμάτσες, το παιχνίδισμα των δακτύλων, η στάση του σώματος (65). Οι Harrigan and Rosenthal (66) υποστήριξαν επίσης ότι η κλίση του σώματος του γιατρού προς τα εμπρός κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων υποδηλώνει μια ζεστή,

φιλική, προσεκτική και ενσυναισθητική διάθεση. Επιπλέον οι Trout and Rosenfeld (67) υπογράμμισαν ότι ο συγχρονισμός της στάσης του σώματος του γιατρού με αυτή του ασθενή (η θέση δηλαδή του κεφαλιού, των χεριών και των ποδιών με έναν τρόπο που ανταποκρίνεται στις αντίστοιχες θέσεις του ασθενή) αποτελεί ισχυρή ένδειξη μη λεκτικής κοινωνικής στήριξης μεταξύ φίλων, συναδέλφων, και εν γένει όλων όσων σχετίζονται υπό έναν κοινό στόχο. Άλλα στοιχεία που μπορεί να ενθαρρύνουν την εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι για παράδειγμα η μη λεκτική ενθάρρυνση του γιατρού. Πιο συγκεκριμένα η συγκατάβαση με το κεφάλι (το νεύμα) υποδηλώνει αποδοχή και συμφωνία καθώς επίσης και ενδιαφέρον για τα όσα λέει ο ομιλητής. Επιπλέον η βλεμματική επαφή είναι ουσιαστικής σημασίας κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης. Η διάρκεια της βλεμματικής επαφής είναι ένδειξη ενδιαφέροντος σύμφωνα με τον Mehrabian (68) ενώ οι εκφράσεις του προσώπου μπορούν εξίσου να στείλουν μη λεκτικά μηνύματα.

Επιπρόσθετα, για την κατανόηση της διαπροσωπικής δυναμικής που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή, οι γιατροί πρέπει να είναι σε εγρήγορση προκειμένου να εντοπίζουν και να αποκωδικοποιούν όσα δεν λέγονται από τον ασθενή. Αυτή η ικανότητα περιγράφεται ως το «τρίτο αυτί», το οποίο εκτείνεται πέρα από τις λέξεις που ακούγονται στο χώρο (20). Με αυτή την ικανότητα, ο γιατρός είναι σε θέση να εντοπίσει τους προσωπικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς παράγοντες που συμπεριλαμβάνονται στις αλληλεπιδράσεις του με τον ασθενή. Όσο περισσότερο ακούγονται αυτά που λέγονται, αλλά και αυτά που δεν λέγονται, τόσο περισσότερο αισθάνεται ο ασθενής ότι γίνεται κατανοητός με αποτέλεσμα να βιώνει μια ενσυναισθητική σχέση με το γιατρό του.

Στη θεραπευτική σχέση η ενεργητική ακρόαση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη συλλογή πληροφοριών, στην κατανόηση του προβλήματος, και στην προαγωγή της θεραπείας. Ο Jackson (69, σελ. 1630) έλεγε «*άκου προσεκτικά τον ασθενή σου, σου λέει τη διάγνωση*». Ακούγοντας μόνο με τα «ανατομικά» αυτιά, μπορεί να αποδειχθεί ανεπαρκές στην κλινική πράξη. Περισσότερο από μισό αιώνα πριν, ο Reik (70) υποστήριζε ότι ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να ακούει, τόσο αυτά

που λέει ο ασθενής, όσο και αυτά που δεν λέει ποτέ. Το σημείο αυτό όμως χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Εάν ο γιατρός ερμηνεύσει με το δικό του πλαίσιο αναφοράς, αυτά που ακούει, τότε ενδεχομένως θα υποπέσει σε μια εσφαλμένη θεώρηση όσων συμβαίνουν στην πράξη. Γι' αυτό το λόγο, εάν λάβουμε υπόψη όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν φτάνει μόνο να αντλούνται οι πληροφορίες από τα λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα, αλλά θα πρέπει να επικυρώνεται και η ακρίβειά τους. Το κατά πόσο δηλαδή έχει ο γιατρός κατανοήσει ακριβώς αυτά που ακούει ή αντιλαμβάνεται ότι συμβαίνουν.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε όλους τους παραπάνω παράγοντες που συμβάλλουν σε μια ενσυναισθητική αλληλεπίδραση γιατρού - ασθενή, καθώς δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένες τεχνικές, αλλά πολύ περισσότερο ως ένας συνολικός τρόπος «σχετίζεσθαι». Στην περίπτωση που ένας γιατρός υιοθετήσει τις παραμέτρους αυτές, όπως η βλεμματική επαφή, η κλίση του σώματος, ο τόνος της φωνής ως προσπάθεια να πείσει τον ασθενή ότι νοιάζεται, ενώ πραγματικά δεν υπάρχει η πρόθεση αυτή, στα μάτια του ασθενή η εικόνα αυτή θα γίνει αντιληπτή ως υποκριτική. Έχει σημασία να γίνει ξεκάθαρο ότι μια ενσυναισθητική στάση δεν είναι μια τεχνική που ανασύρεται οποτεδήποτε, αλλά αποτελεί έναν συνολικό τρόπο ο οποίος διέπει την αλληλεπίδραση του γιατρού με τον ασθενή του. Πρόκειται περισσότερο για μια φιλοσοφία ζωής παρά για ένα τρικ.

Σε αυτήν ακριβώς τη φιλοσοφία δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να παραβλέπονται οι πολιτισμικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τον τρόπο με τον οποίο μαθαίνει ο κάθε άνθρωπος να σχετίζεται. Οι κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τόσο τη σχέση γιατρού-ασθενή, όσο και τη λήψη αποφάσεων για την πορεία της υγείας του ασθενή (71). Πολιτισμικές νόρμες, διαφορετικές εθνικότητες, φύλο, θρησκευτικές πεποιθήσεις, φυλετικά και έμφυλα στερεότυπα είναι ικανά να επηρεάσουν την επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή του. Για μια καλύτερη κατανόηση τέτοιου είδους δυναμικών στις σχέσεις, οι συμπεριφορές θα πρέπει να αξιολογούνται υπό το πολιτισμικό πρίσμα, καθώς οι νόρμες αυτές είναι ισχυρές και άρρηκτα συνδεδεμένες με όλα τα είδη των συμπεριφορών (20).

Εάν επανέλθουμε στον ορισμό του Carl Rogers (4) για την ενσυναίσθηση, θα παρατηρήσουμε την έμφαση που δίνει ο ίδιος στη συνθήκη «σαν να». Ο Rogers περιέγραφε την ενσυναίσθηση ως μια συνθήκη στην οποία ο ένας αντιλαμβάνεται το πλαίσιο αναφοράς του άλλου «σαν να» ήταν το άλλο άτομο. Εάν χαθεί αυτή η «σαν να» συνθήκη τότε υπάρχει κίνδυνος να αναπτυχθεί μια βαθιά συναισθηματική εμπλοκή. Αυτού του είδους η συναισθηματική εμπλοκή μπορεί να οδηγήσει το γιατρό να αναπτύξει μια έντονη ευαισθησία αναφορικά με τον πόνο του ασθενή και από την άλλη ο ασθενής να αναπτύξει μια εξαρτητική σχέση με το γιατρό του (20).

1.4.4 Επίδραση της ενσυναίσθησης στους ασθενείς

Σύμφωνα με τον Hojat (20) ο θεωρητικός σύνδεσμος μεταξύ της ενσυναίσθησης και των εκβάσεων που αυτή έχει στους ασθενείς βασίζεται σε τρεις υποθέσεις. Όταν προκύπτει μια ενσυναισθητική σχέση: α) οι περιορισμοί της σχέσης θα εξαφανιστούν, οδηγώντας σε μια πιο ακριβή διάγνωση, β) ο γιατρός θα μετατραπεί σε ένα πρόσωπο εμπιστοσύνης, δημιουργώντας μια ασφαλή βάση εξερεύνησης της ασθένειας αλλά και της αβεβαιότητας του μέλλοντος, γ) ο ασθενής θα αντιλαμβάνεται το γιατρό ως ένα βασικό μέρος του κοινωνικού υποστηρικτικού του δικτύου και θα επωφελείται από όλες τις ευεργετικές επιδράσεις στην υγεία που ασκεί η αίσθηση του ασφαλούς δεσμού μεταξύ τους. Εξετάζοντας αυτή τη σύνδεση από την ιατρική σκοπιά, αποδεικνύεται ότι όταν εδραιώνεται μια ενσυναισθητική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή, τα εμπόδια που δυσχεραίνουν τον ασθενή ώστε να αποκαλυφθεί στο γιατρό του φθίνουν, με αποτέλεσμα να προκύπτει μια γνήσια αλληλεπίδραση που θα καθρεφτίζεται σε ένα ακριβές ιατρικό ιστορικό και συνεπαγωγικά σε πιο ορθές διαγνωστικές πληροφορίες.

Από μια ψυχολογική οπτική, μια ενσυναισθητική σχέση δημιουργεί την αίσθηση στον ασθενή ότι ο γιατρός του είναι ένα έμπιστο άτομο, σχεδόν παντοδύναμο, όμοιο με την προστατευτική φιγούρα ενός «σοφού» γονέα. Αυτού του είδους ο αυθεντικός δεσμός, επιτρέπει στον ασθενή να επεξεργαστεί πτυχές της

ασθενειάς του, έχοντας έτσι την αίσθηση ότι σε αυτό το άγνωστο ταξίδι τόσο της ζωής του όσο και της υγείας του, δεν είναι μόνος.

Με μια κοινωνιολογική ματιά, ο ασθενής βιώνει την παρουσία του γιατρού ως την πιο απτή απόδειξη ύπαρξης ενός σταθερού και ασφαλούς υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, όπως αναφέρθηκε νωρίτερα. Έτσι μπορεί να επωφεληθεί από όλες τις «ευεργετικές ιδιότητες» ενός τέτοιου δικτύου που οδηγεί στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία.

Η ποιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή μπορεί να διευκολύνει τη διαδικασία της φροντίδας του ασθενή από το γιατρό, ασκώντας ουσιαστική θετική επιρροή στην έκβαση της υγείας του (72-74). Η συνάφεια αυτών των ευρημάτων είναι εμφανής, εάν δεχθούμε ότι η ενσυναίσθηση είναι ουσιαστικό συστατικό μιας επιτυχημένης σχέσης γιατρού-ασθενή.

Η συνέπεια στη θεραπευτική αγωγή και η συμμόρφωση του ασθενή σε αυτή, η μεγαλύτερη ικανοποίηση από το σύστημα υγείας, η κατανόηση των θεραπευτικών οδηγιών, η ικανότητα διαχείρισης της νόσου, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, και η σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία είναι μόνο κάποια από τα επιμέρους στοιχεία που επηρεάζονται από μια ενσυναισθητική αλληλεπίδραση και τα οποία θα περιγραφούν αναλυτικά παρακάτω (20).

Η ικανοποίηση που παίρνει ο ασθενής, είναι μια ευρέως διαδεδομένη έκβαση στην έρευνα γύρω από την υγεία (75). Η διαπροσωπική αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενή έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας παράγοντας που προβλέπει την ικανοποίηση του ασθενή (72). Τα αποτελέσματα μιας μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι τέτοιοι παράγοντες, όπως τα μη λεκτικά μηνύματα, οι συζητήσεις γύρω από μη ιατρικά θέματα (όπως κοινωνικά ή συναισθηματικά), η θετική ομιλία αλλά και η διάρκεια των κλινικών συναντήσεων, συμβάλουν ουσιαστικά στην ικανοποίηση που αντλεί ο ασθενής από το γιατρό του (75). Άλλες παράμετροι που συμβάλλουν σε αυτή την ικανοποίηση είναι η ενεργή συμμετοχή του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, η δέσμευση στη θεραπευτική σχέση αλλά και η προθυμία του γιατρού να ακούσει και να είναι διαθέσιμος για τον ασθενή όποτε εκείνος το χρειάζεται (76). Επιπλέον η ικανότητα

του γιατρού να επικοινωνεί την ανησυχία του, τη ζεστασιά του και το ενδιαφέρον του στον ασθενή, οδηγεί στην άντληση μεγαλύτερης ικανοποίησης από τον δεύτερο (77). Η ευαισθησία του γιατρού για τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και η ικανότητά του να εκφράζει συναισθήματα σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση του ασθενή (65). Μια εξήγηση για αυτή τη θετική σχέση μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ικανοποίησης που αντλεί ο ασθενής είναι πως η εμπλοκή της ενσυναίσθησης μπορεί να βοηθήσει τον ίδιο να διατυπώσει πιο ξεκάθαρα όλες τις παραμέτρους που αφορούν το πρόβλημα υγείας του, και ως εκ τούτου διευκολύνει το γιατρό να προβεί σε μια ορθότερη διάγνωση. Αυτό με τη σειρά του επιτρέπει στον ασθενή να συνεργαστεί καλύτερα με το γιατρό του (78). Οι ασθενείς συνήθως αξιολογούν ως αποφασιστικής σημασίας για την ικανοποίησή τους τη συμπεριφορά του γιατρού τους. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι η αίσθηση των ασθενών πως ο γιατρός τους κατανοεί πλήρως τους ίδιους, σχετίζεται με την αίσθηση των ίδιων πως βοηθιούνται (79).

Επιπροσθέτως, η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών αποτελεί ένδειξη των κλινικών εκβάσεων στον ασθενή (75). Όμως η τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (compliance) από τον ασθενή θα πρέπει να διαχωρίζεται από τη συμμόρφωσή του (adherence), καθώς η πρώτη συνεπάγεται την ενεργή συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία, ενώ αντίθετα η συμμόρφωση συνεπάγεται μια παθητική στάση του ασθενή στις οδηγίες που υποδεικνύει ο γιατρός. Η ενεργή συμμετοχή του ασθενή συμπεριλαμβάνει και την συγκατάβασή του στις θεραπευτικές οδηγίες.

Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι μια προβληματική και καθόλου ενσυναισθητική αλληλεπίδραση μπορεί ενδεχομένως να αυξήσει τις πιθανότητες του ασθενή να χρησιμοποιήσει ένδικα μέσα εναντίον του γιατρού του (80). Η φτωχή αλληλεπίδραση από τη μεριά του γιατρού, η οποία οδηγεί σε ελάχιστες ενσυναισθητικές ανταποκρίσεις, φαίνεται να αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που προτρέπει τον ασθενή να καταθέσει μήνυση ενάντια στο γιατρό του (81). Εν αντιθέσει, αποδεικνύεται ότι μια θετική αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού και ασθενή μειώνει όχι μόνο την πιθανότητα του γιατρού να κάνει κάποιο λάθος στην κλινική πράξη, αλλά και την πιθανότητα να προβεί ο ασθενής σε αντιδικία μαζί του, ανεξάρτητα από το πόσο σοβαρό είναι το λάθος του (82).

Ενδιαφέρον έχει επίσης το κατά πόσο ένας ενσυναισθητικός γιατρός μπορεί πρακτικά να ωφελήσει ένα ολόκληρο σύστημα υγείας αλλά και το κόστος της ιατρικής φροντίδας, με την ικανότητά του να ανιχνεύει και να κατανοεί σε βάθος τις ανάγκες του ασθενή του (83). Πρακτικά πια αποδεικνύεται ότι ένας ενσυναισθητικός γιατρός προβαίνει σε λιγότερες εργαστηριακές εξετάσεις, εκτελεί καρδιοπνευμονική αναζωογόνηση για λιγότερο χρονικό διάστημα πριν καταλήξει ότι οι προσπάθειες είναι ανεπιτυχείς, και αποφεύγει να διασωληνώσει «υποθετικούς» ασθενείς (σε υποθετικά σενάρια) με πνευμονοπάθεια τελικού σταδίου. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η ενσυναίσθηση ως ικανότητα είναι δυνατόν να οδηγήσει συνολικά σε μια αρκετά διαφορετική κλινική στάση του γιατρού καθώς και πολύ διαφορετική αξιοποίηση των εργαλείων που διαθέτει (84). Το συμπέρασμα της παραπάνω έρευνας είναι ότι οι ενσυναισθητικοί γιατροί προβαίνουν σε λιγότερες άσκοπες κλινικές πράξεις στη φροντίδα του ασθενή ενώ κάνουν λιγότερη κατάχρηση των πόρων που διαθέτουν.

Εν κατακλείδι, μπορούμε με ασφάλεια να υποστηρίξουμε ότι η βιβλιογραφία αναδεικνύει τα θετικά αποτελέσματα της ενσυναίσθησης στη σχέση γιατρού-ασθενή σε πολλαπλά επίπεδα συμπεριλαμβανόμενης της θετικής έκβασης στην υγεία του ασθενή, την καλύτερη συμμόρφωση με τις θεραπευτικές οδηγίες, τη μειωμένη πιθανότητα χρήσης ένδικων μέσων του ασθενή εναντίον του γιατρού, την ανάπτυξη μιας ηθικής συλλογιστικής, τη βελτίωση στη λήψη ιστορικού αλλά και την εν γένει βελτίωση στην κλινική εξέταση, την ικανοποίηση τόσο του γιατρού αλλά και του ασθενή καθώς και εν γένει τη βελτίωση των θεραπευτικών εκβάσεων (23, 85-92).

1.4.5 Εκπαιδευτικά προγράμματα που ενισχύουν την ενσυναίσθηση

Η επαγγελματική συνείδηση στην ιατρική επιστήμη προσδιορίζεται ως μια συστοιχία προσωπικών ποιοτήτων –πέρα από τα προαπαιτούμενα της ιατρικής γνώσης και πέρα από τις δεξιότητες που απαιτούνται για την παροχή ιατρικής βοήθειας– με τις οποίες οι γιατροί προάγουν υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες

στους ασθενείς τους και οι οποίες συνδέονται με θετικές κλινικές εκβάσεις (93). Οι ιατρικοί εκπαιδευτές ενθαρρύνονται ιδιαίτερα να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να ενισχύσουν την επαγγελματική συνείδηση στην ιατρική, προσφέροντας τόσο προπτυχιακά εκπαιδευτικά προγράμματα, όσο και δια βίου μάθησης (20). Αν και δεν υπάρχει κοινή συναίνεση για τον αριθμό και τη φύση των ποιοτήτων αυτών που συμβάλλουν στην προαγωγή της επαγγελματικής συνείδησης, η ενσυναίσθηση αποτελεί πάντα τον ακρογωνιαίο λίθο της (94, 95).

Η ανάπτυξη ανθρωπιστικών αξιών, συμπεριλαμβανόμενης της ενσυναίσθησης, είναι μεταξύ των σημαντικότερων στόχων στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Το *Medical Schools Objectives Project* της Αμερικανικής Εταιρείας Ιατρικών Σχολών (94) περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση μεταξύ των εκπαιδευτικών στόχων των ιατρικών σχολών, δίνοντας ουσιαστικά έμφαση στην προσπάθεια που οφείλουν να κάνουν οι ιατρικές σχολές ώστε να παρέχουν στην κοινωνία επαγγελματίες υγείας με αλτρουιστικές πεποιθήσεις οι οποίοι θα προάγουν ενσυναίσθητικές σχέσεις με τους ασθενείς τους.

Το *Tuning Project* είναι μια πρωτοβουλία βασισμένη στην έρευνα με απώτερο στόχο την κοινή συναίνεση γύρω από τις εκπαιδευτικές εκβάσεις/ικανότητες που οφείλει να έχει ένας φοιτητής ιατρικής σχολής τελειώνοντας τις προπτυχιακές του σπουδές. Περίπου 100 ιατρικές σχολές στην Ευρώπη, μεταξύ τους και η ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, συμφώνησαν ότι η ενσυναίσθηση (Επίπεδο 2) είναι μία από τις δεξιότητες τις οποίες οφείλει να έχει αποκτήσει ο φοιτητής ιατρικής ολοκληρώνοντας τις σπουδές του, και υπογραμμίζεται ως μια απαραίτητη συνθήκη της επαγγελματικής συνείδησης του γιατρού (97). Όλες οι δεξιότητες παρουσιάζονται αναλυτικά στο εγχειρίδιο «Εκπαιδευτικές Εκβάσεις/ Δεξιότητες στην Προπτυχιακή Ιατρική Εκπαίδευση: The Tuning Project (Medicine)» το οποίο αναπτύχθηκε και εγκρίθηκε από το MEDINE Thematic Network, είναι επικυρωμένο από μία επιτροπή εμπειρογνομόνων και παρουσιάστηκε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2008).

Η ασάφεια που υπάρχει αναφορικά με την έννοια της ενσυναίσθησης εμποδίζει τους ερευνητές να προσδιορίσουν τί είναι ακριβώς αυτό που θέλουν να

μετρήσουν και δυσχεραίνει τον τρόπο με τον οποίο θα το μετρήσουν στο πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενή (13).

Μελέτες γύρω από την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στην ενσυναίσθηση δίνουν μια ουσιαστική προσέγγιση και πληροφορία για το θέμα, ωστόσο βασικά ζητήματα παραμένουν άλυτα, όπως το ποια είδη εκπαιδεύσεων είναι αποτελεσματικά και τί είδους αποτελέσματα έχουν. Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προσπάθησε να απαντήσει σε αυτά τα ερωτήματα εξετάζοντας τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (13). Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, αρκετές μελέτες εξέτασαν την αλλαγή στην ενσυναίσθηση, παρουσιάζοντας στατιστικώς σημαντικά ευρήματα, ωστόσο ελάχιστες ήταν αυτές που ήταν καλά σχεδιασμένες και είχαν ως πρωταρχική έκβαση την ενσυναίσθηση. Περιορισμένος ήταν και ο αριθμός των τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών που αξιολόγησαν παρεμβάσεις αποκλειστικά για την ενίσχυση της ενσυναίσθησης ενώ καμία από τις παρεμβάσεις δεν αξιολογούσε την επίδρασή τους στους ασθενείς. Οι κλινικές δοκιμές που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση αυτή ήταν άκρως ετερογενείς αναφορικά με τους συμμετέχοντες, το είδος των παρεμβάσεων αλλά και των μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονται ήταν επίσης ετερογενείς σε σχέση με τη διάρκειά τους. Ως εκ τούτου, αν και ορισμένες μελέτες αποδεικνύουν με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα την επάρκεια των παρεμβάσεων, θα ήταν δύσκολο να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για το είδος των παρεμβάσεων που είναι πιο αποτελεσματικά. Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον ότι στην ανασκόπηση αυτή, υπήρχαν μόνο δύο μελέτες που προσδιόριζαν την ενσυναίσθηση δίνοντας έναν συγκεκριμένο ορισμό.

Μια άλλη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που περιλάμβανε εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση, ως ένα τμήμα μιας παρέμβασης που αφορούσε επικοινωνιακές δεξιότητες, έδειξε ότι υπήρχε βελτίωση στην εμπιστοσύνη των ασθενών στους γιατρούς τους καθώς και βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, αν και ο συγκεκριμένος ρόλος της ενσυναίσθησης παρέμεινε ασαφής (98). Μια άλλη συστηματική ανασκόπηση αφορούσε και πάλι εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, η οποία ανέδειξε μόνο τρεις κλινικές δοκιμές στις οποίες παρατηρήθηκε αύξηση στην ενσυναισθητική συμπεριφορά (99).

Ενδιαφέρον έχει επίσης μια ελληνική προσπάθεια που γίνεται στο Πανεπιστήμιο Κρήτης και στόχο έχει την ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής στη συμπόνοια, στην οποία η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό συστατικό. Πρόκειται για ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας 12 ωρών χωρισμένο σε 6 δίωρες συναντήσεις οι οποίες συμπεριλαμβάνουν διαδραστικές ασκήσεις, βιωματικά εργαστήρια καθώς και κλινικά φροντιστήρια. Με το πέρας της εκπαίδευσης αυτής, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν κατά 80% ότι βελτιώθηκε πολύ ή πάρα πολύ η κατανόησή τους γύρω από την έννοια της συμπόνοιας (100).

1.4.5.1 Μεθοδολογία των εκπαιδευτικών προγραμμάτων

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη γύρω από τη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που έχουν στόχο την ανάπτυξη της δεξιότητας της ενσυναίσθησης. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, παρατηρείται μια ευρεία ποικιλομορφία στο δείγμα, τον πληθυσμό, τη διάρκεια και το είδος των παρεμβάσεων, καθιστώντας έτσι ακόμα δυσκολότερη τη διερεύνηση του πιο αποτελεσματικού εκπαιδευτικού προγράμματος της ενσυναίσθησης. Μια συστηματική ανασκόπηση των Kelm, Wormer, Walter and Feudtner (101) μελέτησε ακριβώς αυτή την ποικιλομορφία των παρεμβάσεων σε 64 μελέτες, εξάγοντας πολύ ουσιαστικά αποτελέσματα και δίνοντας έμφαση στην ευρεία μεθοδολογική γκάμα που χρησιμοποιούν οι ερευνητές. Ξεκινώντας, παρατηρείται έντονη ετερογένεια στους πληθυσμούς που συμμετέχουν σε αυτού του είδους τις παρεμβάσεις, με πάνω από τις μισές μελέτες της ανασκόπησης τους να απαρτίζονται από φοιτητές ιατρικής, ενώ ακολουθούν οι ειδικευόμενοι γιατροί και οι ειδικοί. Λίγες μελέτες στόχευσαν σε «μικτούς» πληθυσμούς. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν επίσης αρκετά διαφοροποιημένος, ξεκινώντας από μελέτη με 11 συμμετέχοντες, μέχρι και 439 άτομα. Μισές από αυτές τις μελέτες σύγκριναν τα αποτελέσματά τους με ομάδα ελέγχου, ενώ οι υπόλοιπες αξιολόγησαν μόνο τα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης.

Το πιο ενδιαφέρον ίσως τμήμα της ανασκόπησης αυτής ήταν το είδος των παρεμβάσεων που χρησιμοποιήθηκε, επισημαίνοντας, όπως ειπώθηκε προηγουμένως ότι η ενσυναίσθηση αρκετές φορές συγχέεται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες, ή διδάσκεται ως τέτοια. Μία στις τρεις μελέτες ανέφερε ότι η ενσυναίσθηση αποτελούσε ένα τμήμα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις περιλάμβαναν διδασκαλία γύρω από την επικοινωνία γιατρού-ασθενή αλλά και γύρω από την ενσυναίσθηση, τις βιωματικές ασκήσεις και τις δεξιότητες συμπεριφοράς. Μόνο το 11% των μελετών της ανασκόπησης χρησιμοποίησε παιχνίδια ρόλων. Ένα ποσοστό της τάξης του 9% χρησιμοποίησε εναλλακτικές μεθόδους εκπαίδευσης όπως η δημιουργική γραφή, τα μαθήματα λογοτεχνίας και το θέατρο. Δύο μόνο μελέτες χρησιμοποίησαν εκπαίδευση στη συνέντευξη κινητοποίησης (motivational interviewing training), ενώ άλλες τρεις χρησιμοποίησαν την τυπική διαδικασία των ομάδων Balint, οι οποίες είναι μικρές ομάδες συνάντησης που εστιάζουν στους προβληματισμούς των γιατρών γύρω από τα συναισθήματα των ασθενών τους. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι οι περισσότερες μελέτες δεν παρέθεταν επακριβώς το είδος της παρέμβασης που χρησιμοποιούσαν αλλά έκαναν μόνο μια περιγραφική και επιφανειακή αναφορά της διαδικασίας.

Η εκπαιδευτική διάρκεια των παρεμβάσεων ήταν επίσης ετερογενής καθώς κυμαινόταν από 40 λεπτά έως 96 ώρες με μέση διάρκεια τις 15 ώρες. Επιπλέον η αξιολόγηση των παρεμβάσεων γινόταν κυρίως με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς (48% των μελετών) ενώ το 52% των μελετών χρησιμοποιούσε άλλους αξιολογητές όπως ασθενείς ή ειδικούς παρατηρητές. Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η κλίμακα Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), η κλίμακα Empathic Tendency Scale (ETS), η κλίμακα Empathic Skill Scale (ESS), η κλίμακα Balanced Emotional Empathy Scale (BEES) και η κλίμακα Interpersonal Reactivity Index (IRI).

Οι περισσότερες από τις μελέτες (περισσότερο από το 70% των μελετών) αξιολόγησαν την αλλαγή στην ενσυναίσθηση αμέσως μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης (μία ή περισσότερες ημέρες μετά) ενώ οι υπόλοιπες έκαναν τις μετρήσεις από έναν έως έξι μήνες αργότερα. Μόνο μία μελέτη αξιολόγησε την επίδραση της εκπαίδευσης μεταξύ τεσσάρων και εικοσιενός ετών αργότερα. Από

όλες τις παρεμβάσεις το 66% απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Αν και το ποσοστό των στατιστικά σημαντικών αποτελεσμάτων είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, οι μελέτες της ανασκόπησης στερούνταν αυστηρού μεθοδολογικού σχεδιασμού.

Αντίστοιχα ευρήματα αναδεικνύει και η συστηματική ανασκόπηση των Kiosses, Karathanos and Tatsioni (13) που έγινε για τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές. Και σε αυτή την ανασκόπηση υπήρχε μεγάλη ετερογένεια στον πληθυσμό, καθώς οι συμμετέχοντες ήταν από πρωτοετείς φοιτητές έως ειδικευμένοι γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό και επαγγελματίες υγείας εν γένει. Το δείγμα ήταν από 16 έως 452 συμμετέχοντες, ενώ η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από τα 21.2 έως τα 49.3 έτη. Η διάρκεια υλοποίησης των παρεμβάσεων ήταν από 1 έως 60 μήνες. Τα στοιχεία ήταν αρκετά ελλιπή για την ακριβή διάρκεια του περιεχομένου των παρεμβάσεων. Ενδιαφέρον έχει ότι μόνο δύο από τις 17 μελέτες της συγκεκριμένης ανασκόπησης ανέφεραν κάποιον ορισμό της ενσυναίσθησης. Το περιεχόμενο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, αυτό ήταν επίσης εξαιρετικά ετερογενές χρησιμοποιώντας είτε βιωματικές είτε μη βιωματικές εκπαιδευτικές διαδικασίες. Οι βιωματικές προσεγγίσεις περιλάμβαναν παιχνίδια ρόλων, βιωματικές ασκήσεις αυτογνωσίας, ανατροφοδότηση, ομάδες συνάντησης, ενώ οι μη βιωματικές προσεγγίσεις χρησιμοποιούσαν CD-ROMs ή μαθήματα μέσω ιντερνέτ, όπου η φυσική παρουσία δεν ήταν απαραίτητη κατά την εκπαιδευτική διαδικασία. Για την αξιολόγηση της επίδρασης των παρεμβάσεων χρησιμοποιήθηκαν επίσης ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς ή ακόμα και ηθοποιίο-ασθενείς, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκαν εξωτερικοί αξιολογητές. Και σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση, όπως και στην προηγούμενη, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στόχευαν περισσότερο στις επικοινωνιακές δεξιότητες, ενώ ελάχιστες ήταν αυτές που αφορούσαν αποκλειστικά την βελτίωση της δεξιότητας της ενσυναίσθησης. Καμία από τις μελέτες της ανασκόπησης δεν αξιολόγησε την επίδραση των παρεμβάσεων στους ασθενείς. Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές δείχνει ότι υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της ενσυναίσθησης μεταξύ των

γιατρών, των φοιτητών ιατρικής, των ειδικευόμενων, των νοσηλευτών και εν γένει των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους. Ωστόσο, ακόμα κι αν η ανασκόπηση δείχνει βελτίωση στην ενσυναίσθηση, ο τρόπος που αυτή επηρεάζει τους ασθενείς δεν έχει ακόμα διερευνηθεί επαρκώς.

1.4.5.2 Εργαλεία μέτρησης της ενσυναίσθησης

Υπάρχουν αρκετά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για την μέτρηση της ενσυναίσθησης τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και σε πιο στοχευμένο δείγμα όπως οι επαγγελματίες υγείας ή οι εκπαιδευτικοί. Παρακάτω παραθέτουμε ορισμένα από αυτά, τα οποία έχουν υψηλούς δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας και συναντώνται συχνά στη βιβλιογραφία που μελετά την ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού-ασθενή. Το γεγονός όμως, όπως ήδη αναφέρθηκε, ότι η ενσυναίσθηση παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια στην προσέγγισή της από τους ερευνητές, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη κλιμάκων αξιολόγησης, πολύ διαφορετικών μεταξύ τους, καθιστώντας ακόμα πιο δύσκολη την αποδοχή μιας ενιαίας κλίμακας στο χώρο της υγείας.

Πριν αναφερθούμε στις κλίμακες αξιολόγησης που έχουν αναπτυχθεί, θα πρέπει να επισημάνουμε ότι η ενσυναίσθηση έχει μετρηθεί από τρεις διαφορετικές οπτικές γωνίες:

- Αυτοαξιολόγηση (first person assessment): η αξιολόγηση της ενσυναίσθησης γίνεται χρησιμοποιώντας σταθμισμένα εργαλεία που συμπληρώνονται από τους ίδιους ανθρώπους που εξετάζονται.
- Αξιολόγηση από τους ασθενείς (second person assessment): η αξιολόγηση της ενσυναίσθησης γίνεται από τους ασθενείς οι οποίοι συμπληρώνουν ερωτηματολόγια αναφορικά με την εμπειρία που είχαν με τον επαγγελματία υγείας.
- Αξιολόγηση από παρατηρητή (third person assessment): η αξιολόγηση γίνεται με εργαλεία που συμπληρώνονται από εξωτερικούς παρατηρητές οι οποίοι βαθμολογούν την αλληλεπίδραση που έχουν οι γιατροί με τους

ασθενείς τους. Οι ασθενείς μπορεί να είναι πραγματικοί ή μέρος ενός σεναρίου (όπου χρησιμοποιούνται ηθοποιοί).

Ως εκ τούτου, ο σκοπός για τον οποίο θα χρησιμοποιηθεί μια κλίμακα μέτρησης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη συνθήκη στην οποία πρόκειται να χρησιμοποιηθεί.

Ορισμένα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι τα εξής:

Interpersonal Reactivity Index (IRI), (102): Η κλίμακα αυτή διαχωρίζει την ενσυναίσθηση σε γνωστική και συναισθηματική, ενώ αναπτύσσεται σε 28 ερωτήσεις, που αφορούν σε τέσσερις άξονες: υιοθέτηση της οπτικής του άλλου (other's perspective), φαντασία (fantasy), ενσυναισθητική κατανόηση (empathic understanding) και προσωπική δυσφορία (personal distress). Το εργαλείο αυτό αρχικά σχεδιάστηκε για το γενικό πληθυσμό και δε λαμβάνει υπόψη την οπτική των χρηστών στη φροντίδα υγείας. Ωστόσο, είναι επίσης διαδεδομένο εργαλείο και έχει σταθμισθεί στον ελληνικό πληθυσμό (103), ενώ έχει και εφαρμογές σε εργαζόμενους στο χώρο της υγείας (104).

Empathy Construct Rating Scale (ECRS), (105): Πρόκειται για ένα αρκετά δημοφιλές εργαλείο για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης. Αναπτύσσεται σε κλίμακα 84 ερωτήσεων και καλύπτει τόσο τη γνωστική όσο και τη συναισθηματική και επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης. Έχει σχεδιασθεί για νοσηλευτές και συνδέεται με όρους ποιότητας φροντίδας. Πρόκειται για εργαλείο αυτοαναφοράς, αλλά παράλληλα προβλέπεται και συμπλήρωση από τρίτα πρόσωπα (παρατηρητές), αλλά και από ασθενείς. Έχει ευρεία εφαρμογή στις έρευνες σε νοσηλευτικό προσωπικό.

Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE), (21): Πρόκειται για το πλέον διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης της ενσυναίσθησης το οποίο χρησιμοποιείται και συναντάται ευρύτατα στη διεθνή βιβλιογραφία. Είναι ερωτηματολόγιο 20 δηλώσεων που απαντώνται σε κλίμακα Likert από το 1-7 (διαφωνώ απόλυτα - συμφωνώ απόλυτα) με σκορ να κυμαίνονται από 20 έως 140. Υπάρχουν δύο ακόμα εκδοχές της συγκεκριμένης κλίμακας, η κλίμακα για φοιτητές (JSPE - Student

version) αλλά και αυτή που χρησιμοποιείται εν γένει σε επαγγελματίες υγείας (JSPE - Health care professionals). Ωστόσο οι τρεις αυτές εκδοχές των ερωτηματολογίων δεν έχουν καμία ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους, παρά μόνο στην προσφώνηση των ερωτήσεων, χωρίς να αλλάζει το περιεχόμενο των ερωτήσεων καθ' αυτών.

Toronto Empathy Questionnaire (TEQ), (106): Πρόκειται για μια σύντομη κλίμακα αυτοαναφοράς με ισχυρά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά ($r = .81$, $p < .001$) η οποία αποτελείται από 16 δηλώσεις. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά σε επαγγελματίες υγείας αλλά σε γενικό πληθυσμό.

Consultation and Relational Empathy (CARE), (107): Το συγκεκριμένο εργαλείο αξιολογεί την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ γιατρού και ασθενή στο πλαίσιο της προσωποκεντρικής φροντίδας. Απαντάται από τους ασθενείς ενώ είναι ένα εργαλείο που δίνει άμεση ανατροφοδότηση στους γιατρούς από τους ίδιους τους ασθενείς τους αναφορικά με τα δυνατά και αδύνατα σημεία των πρώτων κατά την αλληλεπίδραση μαζί τους, όπως γίνεται αντιληπτό από τους ίδιους. Η αναθεωρημένη έκδοση συμπεριλαμβάνει δέκα ερωτήσεις που απαντώνται σε κλίμακα Likert (φτωχή, επαρκής, καλή, πολύ καλή, εξαιρετική)

Υπάρχουν αρκετά ακόμα ερωτηματολόγια τα οποία όμως μετρούν την ενσυναίσθηση ως ένα τμήμα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, όπως το Medical Condition Regard Scale (MCRS) (108). Γενικά, τα εργαλεία αξιολόγησης της ενσυναίσθησης κρίνεται ότι θα πρέπει να αναπτυχθούν περισσότερο και να αντανακλούν περισσότερες πτυχές, όπως την οπτική των χρηστών στο πλαίσιο της προσωποκεντρικής φροντίδας. Επίσης, προτείνεται να αναφέρονται στον πληθυσμό που αφορά σε κάθε διαφορετικό περιβάλλον φροντίδας υγείας (109). Όπως επισημαίνεται από τον Wiseman (110), στις έρευνες της ενσυναίσθησης θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη ότι οι στάσεις των ατόμων δεν αντανακλούν απαραίτητα τις προθέσεις τους, ούτε και την τελική συμπεριφορά τους.

1.5 Η ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει μια αναφορά στην εξέλιξη και θεμελίωση της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης όπως διατυπώθηκε από τον Carl Rogers (1902-1987). Θα παρουσιαστεί περιληπτικά η θεωρία προσωπικότητας που ανέπτυξε, αλλά και οι αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες της θεραπευτικής αλλαγής κατά την ψυχοθεραπευτική διαδικασία. Ο λόγος αυτής της παρουσίασης είναι ότι αφενός αποτελεί την πορεία για να περιγραφεί η μετάβαση από τη νοσοκεντρική ιατρική στην προσωποκεντρική ιατρική (στην ενότητα 1.6) αλλά και για να γίνει κατανοητό το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίστηκε η δημιουργία του εκπαιδευτικού προγράμματος «Έλα στη Θέση μου, Γιατρέ!», που θα περιγραφεί αναλυτικά στο δεύτερο μέρος.

Η προσωποκεντρική προσέγγιση έχει τις ρίζες της στην φαινομενολογία και τον υπαρξισμό. Ο υπαρξισμός βασίζεται σε ιδέες και ερωτήματα όπως 'ποιο είναι το νόημα της ζωής;' ή 'πως μπορώ να φτάσω στην ευτυχία;'. Ο υπαρξισμός δίνει αξία στο άτομο ως άνθρωπο, ως ξεχωριστή ύπαρξη και αποφεύγει να αναγάγει τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του σε θεμελιώδεις αρχές ή σε γενικεύσεις της συμπεριφοράς, γιατί έτσι θεωρεί ότι μειώνει τη δυναμική του κάθε ατόμου. Κεντρικό σημείο στη φιλοσοφία του υπαρξισμού είναι πως το άτομο είναι υπεύθυνο και ελεύθερο για τη μοίρα του και τη ζωή του. Για τον υπαρξισμό το κάθε άτομο είναι μοναδικό και τα βιώματά του εξετάζονται με βάση το πόση σημασία έχουν για το ίδιο το άτομο που τα βιώνει. Η φαινομενολογία από την άλλη έχει να κάνει με το σύνολο των βιωμένων εμπειριών που καθορίζουν τη μία και μοναδική σχέση που έχει το κάθε άτομο με τον εαυτό του και τον κόσμο (111).

Σύμφωνα με τη θεωρία προσωπικότητας του Carl Rogers, ο οργανισμός έχει μία βασική τάση και επιδίωξη: *‘να πραγματώνεται, να διαφοροποιείται και να αναπτύσσεται’* (112, σελ. 487). Η τάση αυτή λέγεται τάση πραγμάτωσης και αφορά το άτομο ως όλον, ως σύνολο. Είναι ουσιαστικά η κινητήρια δύναμη για την ανάπτυξη του οργανισμού, το καύσιμο για να λειτουργήσει μία μηχανή. Αυτό το καύσιμο όμως κινητοποιεί τον οργανισμό για να αποδώσει τα μέγιστα και να αναπτύξει όλο το δυναμικό του, σε καμία περίπτωση όμως δεν εννοούμε σε σχέση με τον πόνο ή τον τρόπο. Το δυναμικό αυτό αφορά στη λειτουργικότητα του ατόμου. Η τάση πραγμάτωσης είναι αυτή που ενεργοποιεί το άτομο ούτως ώστε να

επιτύχει τους στόχους του, ακόμα και αν η επίτευξη αυτή είναι δύσκολη. Κινητοποιεί το άτομο, είτε να εκπληρώσει τις βασικές ανάγκες του όπως αναπνοή, τροφή, συνεπώς επιβίωση, είτε να εμφανίσει αμυντική συμπεριφορά σε ενδεχόμενη απειλή. Η τάση πραγμάτωσης φαίνεται να είναι *‘το μοναδικό, πανίσχυρο κίνητρο του οργανισμού’* (111, σελ. 208). Ακόμα και αν καταπιεστεί η τάση αυτή, σε καμία περίπτωση δεν καταστρέφεται χωρίς την ολοκληρωτική καταστροφή του οργανισμού (112).

Γι αυτό το λόγο η προσωποκεντρική προσέγγιση δείχνει εμπιστοσύνη στον πελάτη¹, στην ύπαρξη αυτής της τάσης για ανάπτυξη, εξέλιξη, συνειδητοποίηση και αξιοποίηση του πλήρους δυναμικού (113), και στην τάση που *«ωθεί το άτομο στην αυτονομία και την αποφυγή ελέγχου από εξωτερικές δυνάμεις»*. (111, σελ. 207)

1.5.1 Εαυτός

Η έννοια του εαυτού είναι βασική για την προσωποκεντρική θεωρία. Για το λόγο αυτό, στο δεύτερο μέρος της έρευνας η έννοια του εαυτού θα έχει μείζονα ρόλο στην ανάπτυξη και τη δημιουργία του *«Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!»*. Σύμφωνα με τον Carl Rogers (112) το κομμάτι εκείνο του αντιληπτικού πεδίου που συμβολοποιείται και αποκτά νόημα και αξία για το άτομο, διαφοροποιείται και σχηματίζει τον εαυτό. Συμβολοποίηση είναι η διαδικασία κατά την οποία οι εμπειρίες και τα ερεθίσματα που βρίσκονται στο φαινομενολογικό πεδίο νοηματοδοτούνται και συνεπώς αποκτούν κάποια αξία για το άτομο. Έτσι, εκ των πραγμάτων μόνο ένα τμήμα του πεδίου συμβολοποιείται καθώς τα ερεθίσματα που υπάρχουν στο πεδίο είναι αναρίθμητα. Ο εαυτός λοιπόν εμπεριέχει και τις σχέσεις του ατόμου με τα σημαντικά πρόσωπα. Έτσι το άτομο σχηματίζει μια σταθερή αντίληψη για τον εαυτό του, παρόλο που ο ίδιος αλλάζει και μεταβάλλεται. Αντιλαμβάνεται με αυτόν τον τρόπο την ύπαρξή του ως ξεχωριστό ον. Ο εαυτός εξελίσσεται και διευρύνεται με εμπειρίες και γεγονότα τα οποία μπορούν να

¹ Η λέξη «πελάτης» κατά την Προσωποκεντρική Προσέγγιση δεν χρησιμοποιείται με την οικονομική της διάσταση, όπως της έχει αποδοθεί στις μέρες μας, αλλά χρησιμοποιείται με την ακριβή ετυμολογική της έννοια. Πιο συγκεκριμένα η λέξη «πελάτης» προκύπτει από το ρήμα «πελάζω» που σημαίνει «πλησιάζω». Συνεπώς με τη λέξη, νοείται το πλησίασμα μεταξύ δύο ανθρώπων.

ελεγχθούν από τον ίδιο. Για παράδειγμα ένα μάτι το οποίο έχει απώλεια όρασης δεν αντιλαμβάνεται 'ως εαυτός' καθώς δεν μπορεί πια να ελεγχθεί.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η έννοια του εαυτού μπορεί να γίνει αντιληπτή. Το σύστημα αυτό των αντιλήψεων μπορεί να περάσει στη συνείδηση σε αντίθεση με άλλες εμπειρίες που μπορεί να βιώνουν τα άτομα, των οποίων την ύπαρξη δεν γνωρίζουν (114).

Παράλληλα με την έννοια του εαυτού υπάρχει και η έννοια του ιδανικού εαυτού. Ο κάθε άνθρωπος συνήθως έχει κάποιες αντιλήψεις σε σχέση με τον εαυτό του, στις οποίες έχει αποδοθεί μεγάλη αξία. Έχει δηλαδή να κάνει με το πώς ο κάθε άνθρωπος θα ήθελε να είναι. Ποια χαρακτηριστικά είναι αυτά τα οποία εξιδανικευμένα θα συμπεριελάμβανε στη δομή του εαυτού του (113).

Σύμφωνα με τον Rogers (112), για να ξεκινήσει να υφίσταται η διαδικασία της αλλαγής θα πρέπει να ενυπάρχουν για ένα εύλογο χρονικό διάστημα κάποιες συνθήκες οι οποίες είναι όχι μόνο απαραίτητες αλλά και επαρκείς. Συγκεκριμένα οι συνθήκες αυτές είναι οι εξής:

1. *‘Δύο άτομα βρίσκονται σε ψυχολογική επαφή μεταξύ τους.*
2. *Το πρώτο άτομο, ο πελάτης, βρίσκεται σε κατάσταση ασυμφωνίας και διακατέχεται από άγχος.*
3. *Το δεύτερο άτομο, ο θεραπευτής, βρίσκεται σε κατάσταση συμφωνίας και είναι αυθεντικός στη σχέση του με τον πελάτη.*
4. *Ο θεραπευτής βιώνει ενσυναισθητική κατανόηση για το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του πελάτη και προσπαθεί να τη μεταδώσει στον πελάτη.*
5. *Ο θεραπευτής βιώνει μια άνευ όρων αποδοχή για τον πελάτη.*
6. *Ο πελάτης βιώνει στον ελάχιστον βαθμό την ενσυναισθητική κατανόηση και την άνευ όρων αποδοχή που μεταδίδει ο θεραπευτής’ (112, σελ 96).*

Ο Rogers επεσήμανε ιδιαίτερα την αναγκαιότητα της σχέσης μεταξύ συμβούλου και πελάτη. Χρησιμοποίησε τον όρο ‘επαρκείς’ για να κάνει προφανές ότι αν αυτές οι έξι συνθήκες υπάρχουν για μία περίοδο, είναι ικανές να προάγουν την εποικοδομητική αλλαγή (115). Συνεπαγωγικά, εάν μία ή περισσότερες από τις παραπάνω συνθήκες δεν ικανοποιούνται, δεν θα επιτευχθεί η αλλαγή (115).

Οι συνθήκες 1-2-6 αναφέρονται στον πελάτη ενώ οι συνθήκες 3-4-5 αναφέρονται στις ιδιότητες του θεραπευτή.

1.5.2 Οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες

1.5.2.1 Αυθεντικότητα – Γνησιότητα – Συμφωνία

Ο Rogers (116) χρησιμοποίησε τον όρο *‘συμφωνία’* για να περιγράψει το ακριβές ταίριασμα του βιώματος με τη συνειδητότητα. Για τους Mearns and Thorne (117) η *‘εσωτερική συμφωνία’* είναι η εσωτερική κατάσταση του συμβούλου όταν οι εξωτερικές του αντιδράσεις προς τον πελάτη αντιστοιχούν με συνέπεια στα εσωτερικά συναισθήματα και τις αισθήσεις που αναπτύσσει σε σχέση με αυτόν. Αποτελεί βασικό παράγοντα για την εδραίωση εμπιστοσύνης στη σχέση πελάτη–θεραπευτή. Η συμφωνία του θεραπευτή ενθαρρύνει τον πελάτη να πάρει ρίσκα για τον εαυτό του με απώτερο στόχο να γίνει ο εαυτός του. Προϋποθέτει ότι ο θεραπευτής είναι ένα άτομο ψυχολογικά ανεπτυγμένο, σε επαφή με τον εαυτό του. Η συμφωνία σχετίζεται άμεσα με την αποδοχή. Δεν είναι αντίθετες έννοιες. Όταν ο θεραπευτής είναι σε συμφωνία με τον εαυτό του (to be congruent), τότε του είναι πιο εύκολο να διεisdύσει ενσυναισθητικά στον κόσμο του πελάτη (118). Σύμφωνα με τον Rogers (116) η εσωτερική συμφωνία εκδηλώνεται όταν τα συναισθήματα που βιώνει ο θεραπευτής είναι προσιτά στον ίδιο, στην αντίληψή του, και είναι ικανός να τα ζήσει, να τα ενσαρκώσει και να τα μεταδώσει στον άλλο αν αυτό χρειάζεται. Όσο περισσότερο ο θεραπευτής είναι γνήσιος στη σχέση του με τον πελάτη και λειτουργεί χωρίς επαγγελματικά προσωπεία, τόσο περισσότερο αυξάνεται η πιθανότητα να εξελιχθεί ο πελάτης με έναν πιο εποικοδομητικό τρόπο. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής συναισθάνεται επακριβώς τα συναισθήματα που απορρέουν τη δεδομένη στιγμή (116). Το ότι ο θεραπευτής είναι αυθεντικός στη σχέση του με τον πελάτη και βρίσκεται σε συμφωνία με τον εαυτό του σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι ο θεραπευτής είναι πλήρως ενσωματωμένο άτομο σε κάθε πτυχή της ζωής του πελάτη. Σημασία έχει πως αρκεί να είναι γνήσιος και αυθεντικός την ώρα που καλείται να συσχετιστεί με τον πελάτη ούτως ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία της αλλαγής στην οποία εισέρχεται ο πελάτης (115).

Σύμφωνα με τον McLeod (119) η αυθεντικότητα του συμβούλου βοηθά στο να εμπεδωθεί η εμπιστοσύνη μέσα στη σχέση. Όταν ο σύμβουλος αποδέχεται και εκφράζει τα δικά του συναισθήματα τότε αντιστοίχως ο πελάτης είναι ευκολότερο να εκφράσει και τα δικά του. Είναι απαραίτητο οι θεραπευτές και οι σύμβουλοι να είναι ψυχολογικά προετοιμασμένοι με τέτοιο τρόπο, ο οποίος θα τους επιτρέπει να έρθουν σε ψυχολογική επαφή με τους πελάτες τους και θα μπορούν να επικοινωνήσουν όσο το δυνατόν καλύτερα. Επιπλέον, μία άλλη άποψη της αυθεντικότητας είναι να καταφέρει ο θεραπευτής να αποκαλύψει τον εαυτό του σαν άνθρωπο και όχι σαν ειδικό. (120). Δεν υπάρχει «εγχειρίδιο χρήσης». Η προσωπική αυθεντικότητα δεν είναι κάτι που συμβαίνει ξαφνικά, ούτε είναι απαραίτητο να είναι ένας θεραπευτής πλήρως αυθεντικός πριν γίνει αποτελεσματικός σύμβουλος. Η εξέλιξη της αυθεντικότητας είναι μια διαδικασία η οποία καλείται να γίνει βίωμα, τμήμα της φύσης των συμβούλων (120). Η αυθεντικότητα είναι περισσότερο κατάσταση, διαδικασία παρά τεχνική. Είμαι αυθεντικός, δεν χρησιμοποιώ τη μέθοδο της αυθεντικότητας. Είναι σύνθετο το να καταφέρει ο θεραπευτής να είναι αυθεντικός με όλες τις πτυχές της προσωπικότητας του πελάτη. Αυτό είναι άλλωστε και ένα από τα ζητούμενα. Χρειάζεται αρκετή πειθαρχία από μέρους του θεραπευτή για να καταφέρει να παρέχει τις θεραπευτικές συνθήκες στα συγκρουόμενα μέρη του πελάτη, γιατί δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να ξεχνάει ότι για τον πελάτη είναι πολύ σημαντικό να υπάρχουν αυτές οι διαφορετικές και συγκρουόμενες όψεις (121).

1.5.2.2 Άνευ όρων αποδοχή

Όταν ο θεραπευτής βιώνει μια θερμή αποδοχή για κάθε πτυχή των βιωμάτων του πελάτη αναγνωρίζοντάς τα σαν αναπόσπαστο τμήμα της προσωπικότητάς του, αυτό σημαίνει ότι βιώνει άνευ όρων αποδοχή (115). Δεν υπάρχουν δηλαδή προϋποθέσεις για την αποδοχή, ούτε συναισθήματα του τύπου *‘σε αποδέχομαι αν και μόνον αν...’* (115). Συμπεριλαμβάνεται θετική ανταπόκριση για οποιοδήποτε συναίσθημα εκφράζει ο πελάτης είτε αυτό συγκαταλέγεται στα *‘θετικά’* συναισθήματα, είτε στα *‘αρνητικά’*. Εάν ο θεραπευτής βιώνει μία θετική, άνευ όρων

αποδοχή αναφορικά με τον πελάτη τη δεδομένη στιγμή, τότε η αλλαγή είναι πιο πιθανή. Ανεξάρτητα από το ποιο είναι το συναίσθημα, ο θεραπευτής το αποδέχεται πλήρως (116). Η άνευ όρων αποδοχή είναι περισσότερο προσωπική αξία παρά συγκεκριμένη συμπεριφορά. Είναι δύσκολο ο θεραπευτής να νιώθει κατακριτικός και να προσπαθεί να το κρύψει. Σε αυτή την περίπτωση βρίσκεται σε προσωπική ασυμφωνία. Η ζεστασιά και η αποδοχή του θεραπευτή είναι κάτι που μεταδίδεται με τον τρόπο ύπαρξής του και όχι με συγκεκριμένο ρεπερτόριο συμπεριφορών (120).

1.5.2.3 Ενσυναίσθηση

«Η κατάσταση ενσυναίσθησης ή του να είναι κάποιος ενσυναισθητικός αφορά στο να αντιλαμβάνεται το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και με τα συγκινησιακά συστατικά και νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν ο ίδιος χωρίς να χάνεται η ‘σαν να...’ συνθήκη» (116, σελ. 119). Ο θεραπευτής ενσυναισθάνεται ακριβώς τα συναισθήματα που βιώνονται τη συγκεκριμένη στιγμή από τον πελάτη και εκτός αυτού τα επικοινωνεί στον πελάτη. Όταν αυτή η διαδικασία συμβαίνει στον ανώτερο βαθμό, ο θεραπευτής βρίσκεται τόσο πολύ στον εσωτερικό, ιδιωτικό κόσμο του πελάτη που συναισθάνεται όχι μόνο τα συναισθήματα που εκφράζονται σε συνειδητό επίπεδο αλλά και αυτά που βρίσκονται κάτω από το επίπεδο της συνειδητότητας (122). Όταν ο κόσμος του πελάτη είναι προφανής στα μάτια του θεραπευτή και ο θεραπευτής κινείται σε αυτόν ελεύθερα και αβίαστα, τότε ο θεραπευτής όχι μόνο επικοινωνεί στον πελάτη αυτό που στον τελευταίο είναι ήδη γνωστό, αλλά μπορεί να εκφράσει νοήματα τα οποία ο πελάτης μόλις και μετά βίας αντιλαμβάνεται και συνειδητοποιεί (115). Στην καθημερινή μας ζωή προσφέρουμε και λαμβάνουμε ένα διαφορετικό είδος κατανόησης. Τα να πούμε ή να μας πουν: *«σε καταλαβαίνω, πέρασα την ίδια ή παρόμοια κατάσταση»*, δεν είναι ενσυναίσθηση και συνεπώς μια τέτοια απόκριση δεν είναι αποτελεσματική.

Το να είναι ένας θεραπευτής ενσυναισθητικός σημαίνει ότι εισέρχεται απόλυτα στον ιδιωτικό κόσμο του πελάτη στον οποίο κινείται με λεπτότητα και

χωρίς κριτική, αλλά παράλληλα νιώθει απόλυτα άνετα σε αυτόν (123). Η εμπειρία του πελάτη ότι κάποιος τον ακούει ή τον καταλαβαίνει τον οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανότητα να εξετάζει και να αποδέχεται όψεις του εαυτού του που προηγουμένως αρνιόταν (124). Το ιδανικό για τον Bozarth (125) είναι να ανταποκρίνεται κάποιος με μία ενσυναίσθηση που να είναι ιδιοσυγκρασιακή και αυθόρμητη.

1.5.3 Οι θεραπευτικές συνθήκες στην πράξη

Ο κυριότερος στόχος πίσω από κάθε προσωποκεντρική θεραπεία είναι ο πελάτης να βοηθηθεί ώστε να βρει και να εξασκήσει περισσότερο τη δική του εσωτερική δύναμη ούτως ώστε να κατανοήσει και να αξιολογήσει τις πράξεις του παρελθόντος, του παρόντος αλλά και τη λήψη αποφάσεων για το μέλλον (121).

Η προσωποκεντρική θεραπεία επηρεάζει με έναν διαφορετικό τρόπο, απελευθερώνοντας και επιτρέποντας στον πελάτη να ανακαλύψει τις δικές του δυνάμεις, διαδικασίες και μεθόδους για αλλαγή ανεξάρτητα από τους στόχους και τις προσδοκίες του θεραπευτή από τη θεραπευτική διαδικασία (126). Η πρακτική, η θεωρία και η έρευνα αποδεικνύουν ότι η προσωποκεντρική προσέγγιση οικοδομείται σε μία βασική εμπιστοσύνη για το άτομο (127).

Ο προσωποκεντρικός θεραπευτής πρέπει να προσπαθήσει να μην προκαταλαμβάνεται αρνητικά από τις αυτοπροστατευτικές διαδικασίες του πελάτη. Πρέπει να προσπαθήσει να συναντήσει τις διαφορετικές πτυχές του πελάτη και να συσχετιστεί σε βάθος με αυτές. Η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι είναι πιο εύκολο για τον θεραπευτή να συσχετιστεί με το πρόβλημα παρά με τον πελάτη. Με αυτό τον τρόπο όμως η θεραπεία γίνεται τρωτή (128).

Ο σύμβουλος οφείλει να κάνει προφανείς τις έξι αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες, που αναφέρθηκαν προηγουμένως, σε όλες τις όψεις της προσωπικότητας του πελάτη, πόσο μάλλον όταν πρόκειται για πελάτες με συγκρουόμενες πτυχές της προσωπικότητάς τους. Αυτό σημαίνει να αντιμετωπίζεται ο πελάτης ως ένα όλον (121).

Ο θεραπευτής δεν επεμβαίνει στην πορεία του πελάτη, αλλά περισσότερο εμπιστεύεται την τάση πραγμάτωσής του. Πιστεύει ένθερμα ότι ο πελάτης εάν

βιώσει ανεπιφύλακτη αποδοχή και νιώσει την ελευθερία ενός ενθαρρυντικού ψυχολογικού κλίματος, τότε είναι ικανός να λύσει τα δικά του προβλήματα (113).

Στις κεντρικές αξίες της θεωρίας του Rogers συγκαταλέγεται και ο σεβασμός για τον πελάτη. Σε αυτή την περίπτωση σεβασμός σημαίνει ότι ο θεραπευτής εμπιστεύεται τις ικανότητες του πελάτη για εποικοδομητική αλλαγή, ευαισθητοποιείται με την αίσθηση που έχει ο πελάτης για τον εαυτό του, και ενισχύει τον πελάτη να καθοδηγεί τον εαυτό του και να παίρνει πρωτοβουλίες. (112). Αυτό που δεν θα πρέπει να ξεχνάει ο προσωποκεντρικός σύμβουλος είναι πως πάντα είναι καλεσμένος στον βιωματικό κόσμο του πελάτη (121).

Συνοψίζοντας, η προσωποκεντρική προσέγγιση είναι περισσότερο φιλοσοφία παρά μια σωρεία τεχνικών ή μεθόδων. Όταν αυτή η φιλοσοφία βιώνεται, βοηθάει το άτομο να διευρύνει την ανάπτυξη και την εξέλιξη των ικανοτήτων του (127).

1.6 ΠΡΟΣΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Οι πρώιμες ρίζες της έννοιας της Προσωποκεντρικής Ιατρικής μπορούν να εντοπιστούν στην ολοκληρωμένη αντίληψη της υγείας και την εξατομικευμένη προσέγγιση της φροντίδας, όπως αυτή θεμελιώθηκε τόσο στους ανατολικούς όσο και στους δυτικούς πολιτισμούς. Επιπλέον, είναι επιτακτική ανάγκη να θέσει η σύγχρονη ιατρική το πρόσωπο στο κέντρο τη στιγμή που δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις διαταραχές και τα συμπτώματα (129). Η παγκόσμια προσπάθεια που στόχο είχε την θεμελίωση της Προσωποκεντρικής Ιατρικής, σηματοδοτήθηκε με το εναρκτήριο συνέδριο Προσωποκεντρικής Ιατρικής στη Γενεύη το 2008, το οποίο συσπείρωσε βασικούς διεθνείς ιατρικούς οργανισμούς αλλά και οργανισμούς υγείας, όπως επίσης και έναν αριθμό κλινικών και ερευνητών.

Κάνοντας μια αναδρομή στο παρελθόν, δεν είναι δύσκολο να εντοπίσουμε αρχαίους πολιτισμούς που ενστερνίζονται τις θέσεις και απόψεις της Προσωποκεντρικής Ιατρικής. Για παράδειγμα η κινέζικη ιατρική, η παραδοσιακή ιατρική Ayurveda της Ινδίας, αλλά και σε δυτικές κοινωνίες, όπως η αρχαία Ελλάδα,

προσδιόριζαν την υγεία με έναν ολιστικό τρόπο. Η λέξη υγεία στη σανσκριτική² γλώσσα σημαίνει ολότητα. Είναι ωστόσο αξιοσημείωτο ότι η ιατρική παράδοση σε αυτές τις ανατολικές χώρες εξακολουθεί να εφαρμόζεται έως και σήμερα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα (130). Αυτές οι πεποιθήσεις γύρω από την υγεία βρήκαν υπόσταση στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ο οποίος αναφέρει ότι: «*υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*» (44).

Η εξέλιξη της σύγχρονης ιατρικής έχει κάνει αλματώδη πρόοδο τα τελευταία χρόνια αναπτύσσοντας υπερσύγχρονες τεχνικές και εργαλεία τα οποία δίνουν τη δυνατότητα για μια πιο βαθιά κατανόηση των μηχανισμών των ασθενειών, παρέχοντας παράλληλα εξαιρετικές και πρωτοποριακές δυνατότητες στο πεδίο της διάγνωσης. Ταυτόχρονα, αυτή η εξέλιξη της ιατρικής συνοδεύεται από έναν αριθμό διαστρεβλώσεων στις προτεραιότητες αλλά και το ήθος της ίδιας της ιατρικής (131). Η ιατρική πρακτική έχει δραματικά εστιάσει στη λειτουργία των οργάνων αλλά και τη συμπεριφορά των διαταραχών. Η υπερ-εξειδίκευση έχει οδηγήσει στον κατακερματισμό της γνώσης αλλά και των υπηρεσιών (130). Συνεπαγωγικά η επικοινωνία μεταξύ των γιατρών, αλλά και με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, τείνει να γίνει επιφανειακή και επισφαλής. Ως εκ τούτου είναι παραπάνω από προφανές ότι σε μία τέτοια συνθήκη οι ανησυχίες, οι αγωνίες αλλά και οι αξίες του ασθενή παραγνωρίζονται. Η υπερβολική ανησυχία γύρω από την ασθένεια οδηγεί σε έλλειψη ενδιαφέροντος για τις άλλες πτυχές του ασθενή. Το γεγονός αυτό περιθωριοποιεί την πρόληψη αλλά και την προαγωγή της υγείας. Η πραγμάτωση της ηθικής φιλοδοξίας, όπως για παράδειγμα η προαγωγή της προσωπικής αυτονομίας, η υπευθυνότητα αλλά και η αξιοπρέπεια, τίθενται στο παρασκήνιο. Η άκαμπτη και αμιγώς επιστημονική παρατήρηση και η κλινική πρακτική βασισμένη σε τεκμήρια (evidence-based practice) έχει οδηγήσει σε παραμέληση των εμπειριών του εκάστοτε ασθενή (132).

Η εξατομικευμένη φροντίδα καθώς και η ενδυνάμωση των ατόμων ώστε να πραγματωθούν και να αναπτύξουν το πλήρες δυναμικό τους, αποτελεί τη βάση της

² saṃskṛtam: είναι η κλασική γλώσσα της Ινδίας και λειτουργική γλώσσα του Ινδουισμού, του Βουδισμού και του Τζαϊνισμού.

προσωποκεντρικής ιατρικής και έχει εκφραστεί –όπως αναφέρεται και στην ενότητα 1.6– από τον αμερικανό ψυχολόγο Carl Rogers. Για πρώτη φορά το 2009 στην Παγκόσμια Συνέλευση για την υγεία, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας τοποθετεί το άτομο στο επίκεντρο της φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας (133).

Η προσωποκεντρική προσέγγιση στην ιατρική απαιτεί γιατρούς που εξετάζουν βασικά ερωτήματα για το πεδίο δράση της ιατρικής ευθύνης, αφουγκράζονται τη σχέση με τους ασθενείς τους και ταυτόχρονα αξιολογούν τις διαδικασίες που απαιτούνται και είναι περισσότερο κατάλληλες για τη θεραπεία αλλά και την προαγωγή της υγείας. Όσο η ευεξία αναγνωρίζεται ως ουσιαστική πτυχή της φροντίδας υγείας, τόσο η προαγωγή της υγείας θα συμπεριλαμβάνει την *«τέχνη και την επιστήμη του ευ ζην»* (134). Ωστόσο, η έμφαση στην *«τέχνη και την επιστήμη του ευ ζην»* δεν σημαίνει ότι όλες οι πτυχές της ζωής γίνονται αποκλειστικές προτεραιότητες ενός γιατρού. Κάθε ανθρώπινος οργανισμός πραγματώνεται όσο αυτοκαθοδηγείται, συνεργάζεται και υπερβαίνει τον εαυτό του (135). Ως εκ τούτου, είναι μάταιο να αντιμετωπίζεται ένας άνθρωπος σαν ένα εξαρτημένο παιδί που ακολουθεί υποτακτικά τις υποδείξεις οποιουδήποτε ασκεί εξουσία. Κάθε άνθρωπος έχει μια εγγενή αξιοπρέπεια, ως αποτέλεσμα της ικανότητάς του για αυτοπραγμάτωση και αυτογνωσία. Συνεπώς, ο προσωποκεντρικός γιατρός γίνεται ο σύμβουλος με την ακριβή ετυμολογική έννοια και όχι ο άνθρωπος που δίνει συμβουλές. Η λέξη σύμβουλος προέρχεται από τις λέξεις *συν-* και *βουλεύομαι-* που σημαίνει αποφασίζω μαζί. Ο προσωποκεντρικός γιατρός μοιράζεται τις γνώσεις του με την κοινωνία ούτως ώστε εκείνη ως ολότητα να ενημερωθεί και να λάβει τις αποφάσεις της αναφορικά με το πώς μπορεί να προάγει την υγεία και την ευεξία της.

Τί είναι όμως αυτό που μπορεί να κάνει ο γιατρός ώστε να προάγει προσωποκεντρική φροντίδα στον ασθενή του; Αφενός χρειάζεται να γνωρίζει ποιο είναι το πρόσωπο με το οποίο αλληλεπιδρά. Ο γιατρός χρειάζεται να θέλει να γνωρίσει περισσότερο την προσωπικότητα του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των συναισθημάτων του, των πεποιθήσεών του, των στόχων και αξιών του, όπως επίσης και των δυνατών και των αδύνατων σημείων του σε όλα τα επίπεδα, σωματικό, ψυχολογικό, συναισθηματικό και πνευματικό (136). Αφετέρου, θα πρέπει να έχει

συμφωνηθεί από κοινού μια θεραπευτική συμμαχία στη βάση μιας σχέσης αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού, στην οποία γιατρός και ασθενής συμφωνούν να δουλέψουν μαζί σε κοινούς στόχους (137). Τέλος, οι θεραπευτικές συναντήσεις τους θα πρέπει να διέπονται από ασφάλεια και ηρεμία. Είναι γνωστό ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ γιατρού και ασθενή χαρακτηρίζονται από έντονο στρες και παράπονα, με αποτέλεσμα να γίνονται γρήγορες κλινικές εξετάσεις αλλά και να δίνονται ιατρικές συνταγές που ενδεχομένως να μην ανταποκρίνονται πλήρως στις ανάγκες του ασθενή. Χρειάζεται να επισημανθεί ότι οι άνθρωποι δυσκολεύονται να σκεφτούν ορθολογικά σε συνθήκες πολύ έντονου στρες ή έντονων αρνητικών συναισθημάτων όπως ο θυμός και η οργή (135).

Όταν ο γιατρός μοιράζεται τις πληροφορίες του με έναν ήρεμο και καθησυχαστικό τρόπο, όχι με την έννοια μιας ελπίδας που δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, αλλά περισσότερο με την έννοια μιας στάσης η οποία δεν αφήνει μόνο τον ασθενή του, τότε γίνεται περισσότερο κατανοητός.

Όταν η αλληλεπίδραση διέπεται από ηρεμία, τότε ο ασθενής είναι σε θέση να προσλάβει περισσότερο ικανοποιητικά πληροφορίες που δεν είναι ευχάριστες. Εάν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του, τότε η οικογένεια ή οι φροντιστές θα χρειαστεί να ενημερωθούν οι ίδιοι ώστε να αποφασίσουν από κοινού με ποιον τρόπο θα προχωρήσει η θεραπευτική διαδικασία. Επιπλέον είναι αποφασιστικής σημασίας, οι ασθενείς να γνωρίζουν όσο το δυνατόν νωρίτερα με ποιον τρόπο θα επηρεάσει η εξέλιξη της ασθένειας την ποιότητα της ζωής τους. Είναι αρκετά ενδυναμωτικό ο ασθενής να γνωρίζει τις πληροφορίες αρκετά νωρίς και να αναλάβει τις ευθύνες και δράσεις που θα εξυπηρετήσουν τον ίδιο στο εξής. Όταν αυτό συμβαίνει, τότε γιατρός και ασθενής έχουν αναπτύξει μια γνήσια και αυθεντική σχέση (138).

Όπως ήδη αναφέρθηκε στην ενότητα 1.5.2 ο Carl Rogers προσδιόρισε τις τρεις θεραπευτικές συνθήκες που είναι απαραίτητες και επαρκείς για προαχθεί η αλλαγή. Στάθηκε στην άνευ όρων αποδοχή, την ενσυναίσθηση αλλά και τη γνησιότητα. Αυτές οι τρεις θεραπευτικές συνθήκες, τις οποίες προσδιόρισε στο

πεδίο της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας, ανταποκρίνονται σε τρεις βασικούς άξονες για την ανάπτυξη του ευ ζην στην κλινική πράξη:

1. Η παροχή υπηρεσιών στους άλλους η οποία καλλιεργεί εμπιστοσύνη, σεβασμό και αυτοκαθοδήγηση,
2. η αίσθηση του «αφήνομαι» που καλλιεργεί συνεργασία και ενσυναίσθηση,
3. η επίγνωση που οδηγεί στη γνησιότητα και την αυθεντικότητα (135).

1.6.1 Η προσωποκεντρική φροντίδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη εστιάζει κυρίως σε πρόσωπα και πληθυσμούς, παρά σε προκαθορισμένες ασθένειες ή παρεμβάσεις ως αυτόνομα ζητήματα. Η προσωποκεντρική φροντίδα προκύπτει μέσα από ορισμένες βασικές έννοιες:

1. Ο ρόλος του γενικού γιατρού, ο οποίος είναι υπεύθυνος για όλα τα ζητήματα υγείας, εκτείνεται σε όλα τα στάδια, χωρίς να προεπιλέγει τη φύση τους ή τους ασθενείς του.
2. Ο προσανατολισμός στον άνθρωπο που έχει την ασθένεια γίνεται με όρους κοινότητας ή οικογένειας και με όλους τους καθοριστικούς παράγοντες της ασθένειας, της υγείας ή της διαταραχής. Σ' αυτό η πρωτοβάθμια υγεία περιλαμβάνει τα σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της ασθένειας και της υγείας.
3. Προάγει ολοκληρωμένη φροντίδα η οποία διαρκεί στο χρόνο (139).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δίνει έμφαση στα πρόσωπα κι όχι μόνο στην επιτυχία των παρεμβάσεων που χρησιμοποιεί. Αυτό το στοιχείο μπορεί να ενδυναμώσει βαθιά την υπόστασή της και εν τέλει ολόκληρο το σύστημα υγείας (140).

Όπως αναφέρθηκε, η «προσωποκεντρικότητα» του γιατρού δεν αφορά μόνο στον τρόπο με τον οποίο θα διαχειριστεί την ασθένεια, αλλά πολύ παραπάνω αφορά και στο πως θα αντλήσει ικανοποίηση ο ασθενής. Οι ασθενείς θέλουν να αισθάνονται ότι γίνονται κατανοητοί σε όλα τα επίπεδα. Τόσο στις σωματικές

επιπτώσεις που ασκεί η ασθένεια πάνω τους, όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, χωρίς ταυτόχρονα να παραβλέπονται οι συνθήκες στις οποίες διαβιών και καθιστούν την περίπτωσή τους μοναδική (141). Όσο περισσότερο αισθάνεται ο ασθενής ότι συμμετέχει στη διαδικασία που τον αφορά, τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση αντλεί από τον επαγγελματία υγείας. Όταν ο γιατρός ρωτά τον ασθενή πώς αισθάνεται για την ασθένειά του ή τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει η τελευταία την καθημερινότητά του, διευκολύνει μια αλληλεπίδραση η οποία βασίζεται στην αμοιβαία κατανόηση και στην εμπιστοσύνη (142). Δεν είναι τυχαίο ότι η προσωποκεντρική ιατρική αναφέρεται ως «η κλινική μέθοδος της συμμετοχικής δημοκρατίας» (143).

Προκειμένου να κατανοήσουμε πλήρως την έννοια της Προσωποκεντρικής Ιατρικής, είναι απαραίτητο να εδραιωθεί αρχικά μια συναίνεση γύρω από τα χαρακτηριστικά που την πλαισιώνουν. Για παράδειγμα, θα χρειαστεί να συμφωνηθεί ότι η Προσωποκεντρική Ιατρική περιλαμβάνει τη συμμετοχή όλων των μερών της σχέσης (και γιατρός και ασθενής), ότι δημιουργείται μια συνθήκη αμοιβαίου σεβασμού και ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν συνολικά στο άτομο (144).

Η Προσωποκεντρική Ιατρική θα πρέπει επιπλέον να περιλαμβάνει τα εξής:

- Να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες προτιμήσεις και ανάγκες του ασθενή καθώς επίσης και τις ειδικές συνθήκες του περιβάλλοντός του,
- να υιοθετεί μια εξατομικευμένη προσέγγιση,
- να αναπτύσσει συνεργασία μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους,
- να επιβεβαιώνει τη συνέχιση της φροντίδας, η οποία θα συμπεριλαμβάνει και τη συμμετοχή της οικογένειας,
- να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ολότητα, και όχι ως ξεχωριστά συμπτώματα (144).

Οι οικογένειες μπορούν επίσης να ενδυναμωθούν από μια προσωποκεντρική προσέγγιση της ιατρικής, νιώθοντας ότι η συμμετοχή τους έχει αξία. Η συμμετοχή της οικογένειας μπορεί να είναι ιδιαίτερα ανακουφιστική, συμβάλλοντας στη μείωση του άγχους (ακούγοντας και δίνοντας χώρο στον ασθενή) καθώς επίσης και

βοηθώντας στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών αλλά και της θεραπευτικής αγωγής.

Σύμφωνα με τον Steffen (144) το προσωποκεντρικό μοντέλο στην ιατρική είναι αναγκαίο και απαραίτητο προκειμένου μεταβεί το σύστημα υγείας από τη νοσοκεντρική προσέγγιση, σε μία προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο το άτομο με έναν ολιστικό τρόπο, όσο και την κοινότητα. Αυτή η ολιστική προσέγγιση ωστόσο επιφορτίζει με επιπλέον ευθύνες τον επαγγελματία υγείας αλλά και τους ασθενείς και τους φροντιστές.

Η ιατρική που βασίζεται σε τεκμήρια (evidence-based medicine) στηρίζεται στην πεποίθηση ότι όλα τα ερωτήματα μπορούν να απαντηθούν με μία και μόνο επιστήμη, την ιατρική, παρά μέσω και της γνώσης του ίδιου του γιατρού ή της εμπειρίας του ή ακόμα και του συνδυασμού των παραπάνω με την παρατήρηση, την εξέταση, τη λήψη ιστορικού καθώς και την αντίληψη του ασθενή αναφορικά με το τί είναι αυτό που προκαλεί δυσφορία (145).

Παντού στον κόσμο, από τις αναπτυσσόμενες έως τις ανεπτυγμένες χώρες, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξυπηρετεί τον ίδιο στόχο. Να συναντά τις ανάγκες των ανθρώπων που ζουν στην κοινωνία. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και της ασθένειας, του νοιαξίματος και της τεχνολογίας (146). Παρόλο που οι ιδιαίτερες συνθήκες και διαδικασίες της ιατρικής φροντίδας ποικίλουν από χώρα σε χώρα, τα βασικά κεντρικά σημεία της κλινικής πράξης της γενικής/οικογενειακής ιατρικής παραμένουν τα ίδια. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν:

1. Να κατανοούν το πλήρες εύρος των κλινικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς,
2. να γνωρίζουν το κοινωνικό και προσωπικό περιβάλλον στο οποίο αυτά τα προβλήματα εκδηλώνονται,
3. να λαμβάνουν υπόψη τις προτεραιότητες και τους στόχους του ασθενή κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία,
4. να παρέχουν προληπτικές υπηρεσίες αλλά και να βοηθούν τους ασθενείς να εντοπίζουν και να διαχειρίζονται τους κινδύνους της υγείας τους.

Οι συνθήκες, οι προτεραιότητες, η κλινική γνώση και οι οδηγίες ή οι κανόνες είναι κινούμενοι στόχοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ένας ασθενής σπάνια θα εμφανιστεί σε μια πρωτοβάθμια μονάδα υγείας με ένα και μόνο κλινικό πρόβλημα και επομένως καθήκον του γενικού γιατρού είναι να θέσει τις προτεραιότητες. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω μιας προσωποκεντρικής προσέγγισης (146).

Οι ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συχνά παρίστανται στις μονάδες υγείας με σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Το «απλουστευτικό» μοντέλο των μονάδων υγείας χειρίζεται αυτό το ζήτημα παρέχοντας ιατρική φροντίδα μέσα από το φακό μιας και μόνο ασθένειας, ονομάζοντας ως συννοσηρότητα οποιαδήποτε άλλα προβλήματα και διαταραχές συνυπάρχουν, και τα οποία θα πρέπει να αντιμετωπιστούν αφότου γίνει η διαχείριση του πρωταρχικού και κύριου ζητήματος. Ενώ αυτή η προσέγγιση μπορεί να είναι λειτουργική για άλλες ειδικότητες, δεν φαίνεται να είναι απόλυτα εξυπηρετική για τη γενική ιατρική. Η συννοσηρότητα μπορεί είτε να είναι συμπτωματική είτε να σχετίζεται αιτιωδώς με κοινές παραμέτρους. Συνήθως όμως τα γενικά κλινικά συμπτώματα σε συνδυασμό με ψυχικές διαταραχές αποτελούν τον κανόνα, παρά την εξαίρεση στα άτομα που εμφανίζονται στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η κατανόηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να ενισχυθεί εάν αντικαταστήσουμε τον όρο συννοσηρότητα με τον όρο πολύ-νοσηρότητα (146). Εν κατακλείδι, ο ρόλος της γενικής/οικογενειακής ιατρικής είναι να συναντά και να ακούει τις ανάγκες των ανθρώπων που συμμετέχουν σε μια κοινωνία και να δίνει χώρο στη φωνή των ασθενών μέσα στο πλαίσιο της κλινικής πράξης.

1.6.2 Η ενσυναίσθηση στην προσωποκεντρική ιατρική

Όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα 1.5.2, ο Carl Rogers εστίασε στην ενσυναίσθηση, την άνευ όρων αποδοχή και τη γνησιότητα ως βασικά συστατικά της ανθρωπιστικής συμβουλευτικής. Η ενσυναίσθητη κατανόηση είναι επιπλέον

κεντρικός άξονας στην προσωποκεντρική φροντίδα ή στη σχεσιοκεντρική φροντίδα (relationship-based care) (147). Ο ψυχίατρος και φιλόσοφος Karl Jaspers (148) έδωσε αρκετή έμφαση σε μία ευρύτερη προσέγγιση της συμπόνοιας και συνέχισε προχωρώντας στη σημασία της κατανόησης της εμπειρίας του άλλου, σε αντιδιαστολή με την ερμηνεία της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον ίδιο, το κλειδί της κατανόησης της υποκειμενικότητας είναι η ενσυναίσθηση. *«Τα υποκειμενικά συμπτώματα δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτά μόνο μέσω της εξέτασης οργάνων. Αυτά μπορούν να γίνουν κατανοητά μόνο εάν μεταφερθεί ο ένας στην ψυχή του άλλου. Μόνο εάν γίνει μια εσωτερική πραγματικότητα για τον παρατηρητή μέσω της συμμετοχής του στην εμπειρία του άλλου –και αυτό δεν είναι μια διανοητική διαδικασία»* (148). Ο ίδιος έδωσε μια επιπλέον διάσταση στην ενσυναίσθηση λέγοντας ότι η ακρίβειά της εξαρτάται και από τις υποκειμενικές εμπειρίες του παρατηρητή –στο βαθμό που εκείνος έχει βιώσει με κάποιον τρόπο τα συναισθήματα που αποδίδονται στον άλλο. Για παράδειγμα, υποστήριζε ότι στη σχέση γιατρού-ασθενή, ο γιατρός που δεν έχει πενθήσει τις δικές του απώλειες, δυσκολεύεται αρκετά να δείξει ενσυναίσθηση στις απώλειες του ασθενή του, υπάρχει όμως η δυνατότητα μέσω της διαδικασίας της ατομικής του ψυχοθεραπείας ο γιατρός να μπορέσει να μάθει περισσότερα για το εύρος των συναισθημάτων και συμπεριφορών που ενυπάρχουν σε αυτή τη διανοητική κατάσταση.

Προκειμένου ο ασθενής να αισθανθεί ότι ακούγεται και ότι γίνεται κατανοητός, θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να έχει ανεπτυγμένη την ικανότητα για ενσυναίσθηση, είτε μέσω μάθησης, είτε μέσω της εποπτείας είτε μέσω των προσωπικών του εμπειριών. Η ενσυναίσθηση δεν είναι μόνο η ικανότητα να εισέρχομαι και να μοιράζομαι τα συναισθήματα του άλλου, αλλά είναι και η ικανότητα να κοιτάω τον κόσμο με τον τρόπο που ο άλλος τον κοιτάει (149). Στην προσωποκεντρική προσέγγιση της ιατρικής, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να επωφεληθεί έχοντας ο ίδιος μια σταθερή και συμπαγή επαγγελματική, πολιτισμική και κοινωνική ταυτότητα, η οποία θα μπορέσει να διευκολύνει τη θεραπευτική σχέση (147). Η προσωποκεντρική σχέση με τον ασθενή δεν είναι μια σχέση ισχύος, αλλά πρόκειται για μια ισότιμη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή, ενώ

συμπεριλαμβάνει τον καταμερισμό των ευθυνών, τη θεραπευτική συμμαχία, τις βιοψυχοκοινωνικές παραμέτρους του ασθενή αλλά και το γιατρό ως πρόσωπο (150).

Η διάγνωση, κατά την προσωποκεντρική προσέγγιση και σύμφωνα με τον ιστορικό της ιατρικής Lain-Entralgo (151), δεν είναι ο εντοπισμός μιας ασθένειας (νοσολογική διάγνωση) ή η διαφοροποίηση μιας ασθένειας από μια άλλη (διαφοροδιάγνωση) αλλά η βαθιά κατανόηση του τί συμβαίνει στο μυαλό και το σώμα του ασθενή. Επιπλέον στοιχείο της «προσωποκεντρικότητας» αυτής είναι η έμφαση που δίδεται στην ισοτιμία και στην χωρίς αποκλεισμούς ανοιχτή διαδικασία μεταξύ γιατρού και ασθενή, η οποία περιλαμβάνει το διάλογο και την επαρκή αλληλεπίδρασή τους. Σε αυτή την ισότιμη αλληλεπίδραση συμμετέχει ο κλινικός γιατρός, ο ασθενής, η οικογένεια (ως ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο) και τα μέλη της κοινωνίας (δάσκαλοι, κοινωνικοί λειτουργοί κτλ). Όλα τα μέλη της αλληλεπίδρασης αυτής σέβονται τις αξίες και πεποιθήσεις του ατόμου που ζητάει βοήθεια (152).

1.6.3 Γιατί είναι σημαντική η προσωποκεντρική φροντίδα

Σύμφωνα με το Health Foundation του National Health System (153) του Ηνωμένου Βασιλείου, υπάρχουν τέσσερις κεντρικοί άξονες της Προσωποκεντρικής Φροντίδας:

1. Η αξιοπρέπεια και ο σεβασμός για το κάθε άτομο ξεχωριστά
2. Η παροχή συνεργατικής φροντίδας, υποστήριξης και θεραπείας
3. Η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, υποστήριξης και θεραπείας
4. Η υποστήριξη των ατόμων ώστε να αναγνωρίσουν και να αναπτύξουν τις δικές τους δυνάμεις και ικανότητες προκειμένου να ζουν ανεξάρτητοι, με στόχο την πραγμάτωσή τους.

Ανεξάρτητα από το είδος της θεραπείας ή της παρέμβασης που λαμβάνει το κάθε άτομο, αυτοί οι κεντρικοί άξονες θα πρέπει να αποτελούν τις θεμελιώδεις αρχές της φροντίδας. Οποιαδήποτε εφαρμογή προσωποκεντρικής φροντίδας, και σε

οποιοδήποτε πλαίσιο διεξάγεται, οφείλει να περιλαμβάνει έναν συνδυασμό αυτών των αρχών. Η προσωποκεντρική σχέση γιατρού και ασθενή είναι μια συμμαχία, παρά μια σχέση ισχύος, όπου ο γιατρός είναι ο ειδικός και ο ασθενής ακολουθεί παθητικά τις οδηγίες που του δίδονται. Είναι μια σχέση στην οποία γιατρός και ασθενής δουλεύουν συνεργατικά με στόχο να κατανοήσουν όλα εκείνα που είναι σημαντικά για το γιατρό, να λάβουν αποφάσεις για τη φροντίδα και θεραπεία του ασθενή αλλά και να αναγνωρίσουν και να επιτύχουν τους στόχους που θέτουν από κοινού.

Υπάρχουν παραπάνω από σοβαρές ενδείξεις για τους λόγους για τους οποίους είναι σημαντική η υιοθέτηση μιας προσωποκεντρικής στάσης στη φροντίδα υγείας. Πολλοί από τους ασθενείς ζητούν να είναι περισσότερο ενεργοί αναφορικά με τη διαδικασία της θεραπείας τους. Μια διαρκώς αυξανόμενη ερευνητική δραστηριότητα γύρω από αυτό δείχνει ότι η συνολική εμπειρία του ασθενή από το σύστημα υγείας, η ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνει αλλά και οι εκβάσεις της υγείας του είναι πιο θετικές σε ένα προσωποκεντρικό σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, ασθενείς που λαμβάνουν υποστήριξη και συμμετέχουν στη διαχείριση της υγείας τους μπορούν να έχουν περισσότερο βελτιωμένα αποτελέσματα (153). Επιπλέον, όσο περισσότερο αναπτύσσεται μια σχέση συνεργασίας μεταξύ γιατρού και ασθενή, τόσο λιγότερο πιθανό είναι ο ασθενής να χρησιμοποιήσει τα επείγοντα περιστατικά (153). Επίσης, είναι σαφώς πιθανότερο ο ασθενής να είναι συνεπής με το θεραπευτικό πλάνο που έχει από κοινού αποφασιστεί (154) και ως εκ τούτου να κάνει σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (155).

Ακόμα, οι ασθενείς που ενθαρρύνονται να πάρουν αποφάσεις για τη φροντίδα της υγείας τους και τη θεραπεία τους σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι (154), οι επιλογές τους βασίζονται κυρίως στις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις τους, παρά στις αξίες των γιατρών τους (156), ενώ ταυτόχρονα τείνουν να επιλέγουν λιγότερο δαπανηρές ή επεμβατικές θεραπείες (157). Τα άτομα που έχουν περισσότερες γνώσεις και πληροφορίες γύρω από το ζήτημα της υγείας τους και επιπλέον έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες δεξιότητες και την αυτοπεποίθηση που χρειάζεται ώστε

να διαχειριστούν την πορεία της νόσου, είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερες εκβάσεις στην υγεία τους και καλύτερα αποτελέσματα (156). Τέλος, η προσωποκεντρική φροντίδα στην κλινική πράξη είναι ευεργετική και για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς όσο αυξάνεται η εμπλοκή του ασθενή, τόσο αυξάνει και η απόδοση του προσωπικού (157).

Από μια άλλη ματιά, η προσωποκεντρική φροντίδα μπορεί να ωφελήσει ουσιαστικά ένα σύστημα υγείας αναφορικά με οικονομικούς όρους, καθώς διασφαλίζεται ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενή, παρά στη διευκόλυνση του γιατρού. Έτσι, εάν ο ασθενής αισθάνεται ότι γίνονται σεβαστές και καλύπτονται οι ανάγκες του, τόσο λιγότερο πιθανό είναι να κάνει κατάχρηση των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η προσωποκεντρική φροντίδα συνεπάγεται και λιγότερες επισκέψεις στις μονάδες υγείας, αλλά και καλύτερη τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών με αποτέλεσμα την καλύτερη έκβαση στην υγεία του ασθενή.

Την επίδραση της προσωποκεντρικής φροντίδας στην υγεία των ασθενών μελέτησαν ερευνητές στον Καναδά (160). Η βιβλιογραφία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποδεικνύει ξεκάθαρα ότι η προσωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα του ασθενή έχει ευνοϊκά αποτελέσματα σε σχέση με την ικανοποίηση που αντλεί τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής, μειώνει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά και τις κακές πρακτικές στην κλινική φροντίδα και μειώνει την πιθανότητα χρήσης ένδικων μέσων έναντι του γιατρού. Η συγκεκριμένη μελέτη εξετάζει το κατά πόσο η προσωποκεντρική προσέγγιση μπορεί να επηρεάσει τις εκβάσεις στην υγεία του ασθενή. Μαγνητοσκοπήθηκαν γιατροί κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων και αξιολογήθηκαν στο κατά πόσο ενστερνίστηκαν μια προσωποκεντρική προσέγγιση. Έπειτα έγιναν μετρήσεις στους ασθενείς σε παραμέτρους όπως η αυτοαναφορά τους για την κατάσταση της υγείας τους, η «προσωποκεντρικότητα» του γιατρού και οι διαγνωστικές εξετάσεις που έκαναν το προσεχές διάστημα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η προσωποκεντρική φροντίδα σχετιζόταν άμεσα με τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της φροντίδας που λάμβαναν αλλά και με βελτιωμένες εκβάσεις στην υγεία των ασθενών. Ενδιαφέρον έχει ότι οι ασθενείς που δήλωσαν

πως ο γιατρός τους ήταν προσωποκεντρικός, έκαναν λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις το επόμενο δίμηνο. Επιπλέον η συχνότητα των επισκέψεων στο γιατρό ήταν η μισή σε σχέση με τους ασθενείς που δεν αντιλαμβάνονταν το γιατρό τους ως προσωποκεντρικό, ενώ η ανάρρωσή τους ήταν ταχύτερη κατά έξι μονάδες σε κλίμακα των 100 μονάδων (160).

Μια άλλη γερμανική μελέτη μέτρησε τις εκβάσεις στην υγεία 120 χειρουργικών ασθενών. Χρειάζεται να αναφερθεί ξανά σε αυτό το σημείο ότι η συναισθηματική αποσύνδεση έχει χαρακτηριστεί ως αναγκαία σε χειρουργικές ειδικότητες. Η μελέτη αυτή βρήκε ότι η ενσυναίσθηση του γιατρού ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για μια θετική αξιολόγηση του ασθενή αναφορικά με την έκβαση της υγείας του. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς που αξιολογούσαν τον γιατρό τους ως ενσυναισθητικό ήταν πιο ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα που έλαβαν, και δήλωσαν ότι ένιωσαν καλύτερα με τη θεραπεία, ότι βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής τους μετά την κλινική φροντίδα και αξιολόγησαν ως αποτελεσματικούς τους χειρισμούς του γιατρού (161).

Ακόμα πιο στοχευμένη είναι η μελέτη των Canale et al. (162) που εξέτασαν το κατά πόσο οι ενσυναισθητικοί γιατροί επηρεάζουν τις εκβάσεις στην υγεία ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Συγκεντρώθηκαν μετρήσεις από 20.961 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II. Η μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς γιατρών με υψηλά σκορ στην ενσυναίσθηση είχαν μικρότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν οξείες μεταβολικές επιπλοκές, αποδεικνύοντας έτσι ότι η ενσυναισθητική στάση του γιατρού μπορεί να επηρεάσει τις κλινικές εκβάσεις στη μεταβολική λειτουργία. Οι ερευνητές εξηγούν το εύρημα αυτό υποστηρίζοντας ότι μια ενσυναισθητική σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή είναι μια σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίας κατανόησης η οποία συνδέεται με μεγαλύτερη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες από τη μεριά του ασθενή.

Μια συστηματική ανασκόπηση σε τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές (ΤΚΔ) είχε στόχο τη μελέτη της επίδρασης της σχέσης γιατρού-ασθενή είτε σε αντικειμενικές εκβάσεις, όπως η αρτηριακή πίεση, είτε σε υποκειμενικές εκβάσεις, όπως η αυτοαναφορά για την αίσθηση του πόνου (163). Οι δεκατρείς μελέτες που

συμπεριλήφθησαν στην μετα-ανάλυση έδειξαν ότι η σχέση γιατρού-ασθενή φαίνεται να έχει μικρή αλλά στατιστικά σημαντική επίδραση στις εκβάσεις υγείας των ασθενών. Τη μικρή αυτή επίδραση, οι ερευνητές την εξηγούν υποστηρίζοντας ότι ο παράγοντας επίδρασης (effect size) είναι δυνατόν να επηρεαστεί από πολλές παραμέτρους, όπως η σοβαρότητα της ασθένειας, η συννοσηρότητα ή απο διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Αν και η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση είχε στόχο την αξιολόγηση της σχέσης γιατρού-ασθενή στις εκβάσεις της υγείας των ασθενών, οι κλινικές δοκιμές δεν είχαν σχεδιαστεί αρχικά με σκοπό να εξετάσουν τη θεραπευτική σχέση, αλλά τη μελετούσαν ως μια παράμετρο μιας συνολικής παρέμβασης. Επιπλέον, από όλες τις παρεμβάσεις των μελετών, μόνο μία ήταν εστιασμένη στη ενσυναίσθηση (164) και ακόμα μία αφορούσε την προσωποκεντρική προσέγγιση (165). Παρ' όλα αυτά, εκείνο που έχει σημασία είναι ότι η σχέση γιατρού-ασθενή μπορεί να βελτιώσει ουσιαστικά εκβάσεις στην υγεία όπως ο πόνος, το σωματικό βάρος, η αρτηριακή πίεση, ο οστεοαρθρικός πόνος αλλά και το ποσοστό επιτυχίας στη διακοπή του καπνίσματος.

Αντίστοιχη μελέτη αναδεικνύει την επίδραση της θεραπευτικής σχέσης σε ασθενείς που υπέφεραν από χρόνιους πόνους στη μέση. Στη συγκεκριμένη έρευνα, που συμμετείχαν 688 ασθενείς, η σχέση με το γιατρό τους επηρέαζε άμεσα εκβάσεις στην υγεία τους, μετά από μια θεραπεία αποκατάστασης. Ο πόνος, η ποιότητα ζωής αλλά και η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ήταν καλύτερη στους ασθενείς που είχαν με το γιατρό τους μια σχέση την οποία χαρακτήριζαν ως σχέση εμπιστοσύνης, από την οποία αντλούσαν ικανοποίηση και στην οποία συμμετείχαν ενεργά (166).

1.6.4 Προστατεύοντας το γιατρό

Όλα τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν παρουσιαστεί έως τώρα υπογραμμίζουν την επιτακτική ανάγκη για μια ενσυναισθητική σχέση γιατρού-ασθενή. Το ιατρικό επάγγελμα εν γένει απαιτεί κλινικά επαρκείς γιατρούς αλλά ταυτόχρονα και ικανούς να εδραιώσουν μια βαθιά ενσυναισθητική σχέση. Η εικόνα όμως που κυριαρχεί

αναφορικά με τα χαρακτηριστικά του γιατρού περιλαμβάνει έναν άριστα τεχνικά και κλινικά καταρτισμένο επαγγελματία ο οποίος θα είναι ορθολογιστής αλλά και αποσυνδεδεμένος συναισθηματικά από τον ασθενή του, στερώντας ουσιαστικά τη δυνατότητα από το γιατρό να μοιραστεί και να εκφράσει τα δικά του συναισθήματα. Αυτή η συναισθηματική απόσυρση δυσχεραίνει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και τον ίδιο το γιατρό. Η έκφραση των συναισθημάτων θεωρείται πολλές φορές αντιεπαγγελματική και ένδειξη αδυναμίας (167), ενώ πολλοί γιατροί μαθαίνουν να περιορίζουν και να καταπιέζουν τα συναισθήματά τους. Αυτοί οι γιατροί είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν κατάθλιψη ή επαγγελματική εξουθένωση (168). Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο χρειάζεται να λαμβάνουμε υπόψη και τις ανάγκες του γιατρού, όχι μόνο του ασθενή. Η ενσυναίσθηση απαιτεί μια συναισθηματική εμπλοκή από τη μεριά του γιατρού, αλλά οι συναισθηματικές «πηγές» και δεξιότητες που απαιτούνται δεν είναι πάντα διαθέσιμες για τον επαγγελματία υγείας, καθώς ο τελευταίος έρχεται συχνά αντιμέτωπος με εξαιρετικά στρεσογόνες καταστάσεις.

Για να μπορέσει η ενσυναίσθηση να γίνει μια ευνοϊκή συνθήκη στη σχέση γιατρού-ασθενή, χρειάζεται ο γιατρός να είναι σε επαφή με τα δικά του συναισθήματα, χωρίς να φοβάται εάν θα του ασκηθεί κριτική ή εάν θα στιγματιστεί ως αδύναμος (168). Όπως επισημαίνουν οι Coulehan and Williams (169) η ενεργητική έκφραση των συναισθημάτων του επαγγελματία υγείας αξιολογείται από την πλειοψηφία της ιατρικής κοινότητας ως διαδικασία, ενδεχομένως, ενάντια στην ιατρική δεοντολογία, ενώ από πολύ νωρίς οι φοιτητές ιατρικής διδάσκονται ότι οι τεχνικές και κλινικές δεξιότητες είναι θεμελιώδους σημασίας, ενώ αντίθετα οι διαπροσωπικές δεξιότητες είναι δευτερεύουσες –αν όχι περιττές.

Αυτό που χρειάζεται να αποσαφηνιστεί είναι ότι η συναισθηματική υπερ-εμπλοκή ή η συναισθηματική ταύτιση με τον ασθενή ελλοχεύει κινδύνους και γι' αυτό το λόγο αποθαρρύνονται οι γιατροί να φροντίζουν συγγενικά τους πρόσωπα με τα οποία υπάρχει συναισθηματικός δεσμός (170). Επιπλέον, η συναισθηματική απομάκρυνση ίσως να διευκολύνει τους γιατρούς να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις σε στρεσογόνες καταστάσεις. Ένας γιατρός που λυγίζει ή κλαίει γοερά μπροστά σε έναν ασθενή δεν μπορεί να υπηρετήσει αυτό το ρόλο και ενδεχομένως να φέρνει

τον ασθενή στη δυσάρεστη θέση να αισθάνεται την ανάγκη να φροντίσει τον γιατρό του (171). Από την άλλη μεριά, η συναισθηματική αποσύνδεση του γιατρού, η οποία μπορεί να περιγραφεί ως απάθεια, μπορεί να θέσει την ιατρική φροντίδα σε κίνδυνο. Γι' αυτό το λόγο είναι αρκετά δύσκολη η ισορροπία μεταξύ της τεχνικής γνώσης και της συναισθηματικής σύνδεσης ή αποσύνδεσης.

Η ενσυναίσθηση επομένως συνεπάγεται την εγρήγορση του γιατρού ώστε να διαφοροποιεί τα δικά του συναισθήματα από αυτά του ασθενή (168). Ο ενσυναισθητικός γιατρός οφείλει να είναι σε επαφή με τη διαδικασία την οποία βιώνει ώστε να μπορεί τόσο να αναγνωρίζει τις ανάγκες του ασθενή του, όσο και να διατηρεί την ακεραιότητά του. Όσο οι γιατροί δεν αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους, επηρεάζονται σε δύο επίπεδα. Αφενός, επηρεάζονται ως άνθρωποι, βιώνοντας αυξημένο στρες, το οποίο τους καθιστά περισσότερο επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές και επαγγελματική εξουθένωση. Αφετέρου, επηρεάζονται ως επαγγελματίες, καθώς δυσκολεύονται να φροντίσουν αποτελεσματικά τους ασθενείς τους.

Ένας τρόπος που μπορεί να επιδράσει καθοριστικά στην αποφυγή τέτοιων περιπτώσεων αλλά και στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης των γιατρών είναι η προσπάθεια εκ μέρους των ίδιων για μοίρασμα των εμπειριών και των συναισθημάτων τους με συναδέλφους, φίλους ή και οικογένεια. Ακόμα προτιμότερο θα ήταν αυτό το μοίρασμα να γίνεται και σε ένα άλλο πλαίσιο μέσω ενός επαγγελματία επόπτη. Ουσιαστικά πρόκειται για την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από τον γιατρό, πάνω στο οποίο θα μπορεί να τοποθετήσει τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του, προστατεύοντας με αυτό τον τρόπο τον ψυχισμό του και εκτονώνοντας τις προσωπικές του εντάσεις.

1.6.5 Η εξέλιξη και οι στόχοι της προσωποκεντρικής φροντίδας

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970, ο αμερικανός ψυχίατρος George Engel προώθησε τη μεταβολή του συστήματος υγείας από το ιατρικό μοντέλο στο βιοψυχοκοινωνικό, ένα μοντέλο που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις απαιτήσεις που χρειάζονται

για την προσωποκεντρική φροντίδα. Το 2001, το Institute of Medicine (172), το οποίο ασκεί μεγάλη επιρροή στην εξέλιξη της υγείας, συμπεριέλαβε τον όρο «προσωποκεντρικότητα» ως έναν από τους έξι στόχους της ποιότητας υγείας. Την επόμενη δεκαετία, η αξία της «προσωποκεντρικότητας» αναπτύχθηκε δεόντως, αποκτώντας εξέχουσα θέση στην πολιτική υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Το σχέδιο δράσης του 2000 από το NHS έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα αλλά και συνεργασία μεταξύ γιατρού και ασθενή (173). Το 2008, ο Lord Darzi (174) περιέγραψε στην αναφορά του με τίτλο «High quality care for all» (Ανώτερης ποιότητας φροντίδα για όλους) τον τρόπο με τον οποίο αλλάζουν οι προσδοκίες του κοινού αναφορικά με το σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανόμενης και της σημαντικότητας της εμπλοκής του ασθενή στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα της υγείας του. Την επόμενη χρονιά το NHS δήλωσε ρητά ότι *«οι υπηρεσίες του NHS θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, των οικογενειών και των φροντιστών τους. Οι ασθενείς μαζί με τις οικογένειες και τους φροντιστές θα πρέπει να συμμετέχουν σε όλες τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του ασθενή, αλλά και τη θεραπεία»* (173). Το 2013 το Berwick Advisory Group (175) υπογράμμισε ότι η συμμετοχή των ασθενών και των φροντιστών σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας είναι ουσιαστικής σημασίας προκειμένου να διασφαλιστεί ότι ο ασθενής λαμβάνει την φροντίδα η οποία είναι ασφαλής, κατάλληλη και με νόημα για τον ίδιο.

Σήμερα, στις τέσσερις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, η προσωποκεντρική φροντίδα είναι κεντρική στην πολιτική υγείας που ακολουθείται. *«Καλός γιατρός είναι αυτός που θεραπεύει την ασθένεια. Εξαιρετικός γιατρός είναι αυτός που θεραπεύει τον άνθρωπο που πάσχει από την ασθένεια»* έλεγε ο William Osler σε ένα από τα καταγεγραμμένα αποφθέγματά του (176) δίνοντας έμφαση ουσιαστικά στη σημασία που έχει να εστιάσουμε στο πρόσωπο και όχι στο σύμπτωμα. Η «προσωποκεντρικότητα» στη φροντίδα υγείας αποτέλεσε ένα «κίνημα» που υποστήριζε ότι οι ελπίδες, οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις, οι πολιτισμικές νόρμες και οι προσωπικοί στόχοι του κάθε ατόμου θα πρέπει να αποτελούν το πλάνο στο οποίο θα βασίζεται η φροντίδα υγείας (177). Χρειάζεται όμως να γίνει κατανοητή η διαφορά του προσωποκεντρικού μοντέλου στην υγεία από το ασθενοκεντρικό

(person-centered vs patient-centered). Η αναφορά σε ασθενοκεντρικό μοντέλο θέτει αμέσως μια ανισότητα στη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η έννοια της ασθένειας στο μοντέλο αυτό μοιάζει να προσδιορίζει τον ίδιο τον ασθενή, συνεπώς εκ των προτέρων μοιάζει να έχει τεθεί το πλαίσιο της αλληλεπίδρασης. Πράγματι, οι άνθρωποι που επισκέπτονται ένα σύστημα υγείας συνήθως, όχι πάντα, υποφέρουν, αυτό όμως δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι προσδιορίζονται ως άτομα μέσα από αυτές τις εμπειρίες. Η προσωποκεντρική προσέγγιση στην κλινική πράξη δίνει την ελευθερία στα δύο μέλη της αλληλεπίδρασης να συστηθούν όπως εκείνα επιθυμούν (177). Πρόσωπο σημαίνει ένα μοναδικό άτομο, με μοναδικό ιστορικό και μοναδικές ικανότητες και ιδιαιτερότητες.

Πίνακας 1 Παράδειγμα χρήσης Ασθενοκεντρικής και Προσωποκεντρικής γλώσσας

Ασθενοκεντρική Γλώσσα	Προσωποκεντρική Γλώσσα
Η ασθενής είναι μια 54χρονη γυναίκα στην οποία απέτυχε η χημειοθεραπεία για καρκίνο μαστού σταδίου 4. Αυτή τη στιγμή αρνείται επιπλέον θεραπεία. Ο πόνος παραμένει για αυτή ένα ζήτημα καθώς δεν συμμορφώνεται στην αναλγητική της θεραπεία. Παραπονιέται πως έχει κατάθλιψη και άγχος αλλά αρνείται πως έχει αυτοκτονικό ιδεασμό.	Η κυρία Γεωργίου δυστυχώς έχει μεταστατικό καρκίνο μαστού. Δεν θέλει περαιτέρω χημειοθεραπεία. Πονάει αρκετά. Φοβάται να μην εξαρτηθεί στα αναλγητικά φάρμακα. Έχει μια 12χρονη κόρη και ανησυχεί τι θα απογίνει αφότου η ίδια πεθάνει.
(177)	

Ο William Miller περιέγραψε τέσσερις κατηγορίες σχέσεων: ασθενής-κλινικός γιατρός, πελάτης-ειδικός, πάροχος-καταναλωτής, πρόσωπο-πρόσωπο (178). Κατανοώντας αυτά τα είδη των σχέσεων μπορούμε να καλλιεργήσουμε τη σωστή σχέση στη σωστή στιγμή. Στην ουσία όμως, οι ασθενείς, οι πελάτες, οι καταναλωτές είναι πρόσωπα υπό διαφορετικές συνθήκες. Ο ασθενής χρειάζεται έναν γιατρό, ο πελάτης έναν ειδικό επαγγελματία, ο καταναλωτής χρειάζεται έναν πάροχο και το πρόσωπο χρειάζεται ένα άλλο πρόσωπο. Το είδος της σχέσης μπορεί

να αλλάξει κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης, καθώς η σχέση είναι μια δυναμική διαδικασία. Συνεπώς οι αλλαγές αυτές μπορούν να είναι συνεχείς και αλληπάλληλες κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης. Η προσωποκεντρική φροντίδα απαιτεί ένα σύστημα υγείας που να υποστηρίζει την ανάπτυξη τέτοιων σχέσεων οι οποίες να εξυπηρετούν τους στόχους του ασθενή, ενώ παράλληλα να μην εξουθενώνουν τον επαγγελματία.

Η «προσωποκεντρικότητα» επομένως, προέκυψε από την ματαίωση του ιατρικού πατερναλισμού, τις ανησυχίες για το διαρκώς αυξανόμενο κόστος της υγείας χωρίς ουσιαστικές βελτιώσεις και τον αυξανόμενο καταναλωτισμό γύρω από την υγεία (179). Όπως όλα τα κινήματα, έτσι και το προσωποκεντρικό αποτελεί ουσιαστικά μια διαμαρτυρία στο παρόν σύστημα υγείας. Είναι μια απαίτηση για μια λύση που θα περιλαμβάνει το πρόσωπο μαζί με τις ανάγκες, τις ανησυχίες, τις αξίες και τους προβληματισμούς του. Η «προσωποκεντρικότητα» οφείλει να γίνει η κινητήριος δύναμη όχι μόνο του συστήματος υγείας, αλλά και της κλινικής πράξης, της εκπαίδευσης και της έρευνας.

2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

Παρόλο που η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει ποικίλα εκπαιδευτικά προγράμματα που στόχο έχουν την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, πολλές φορές η τελευταία συγχέεται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Με βάση τα παραπάνω, εντοπίστηκε ένα κενό στη βιβλιογραφία που αφορά στην ύπαρξη ενός στοχευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος στην ενσυναίσθηση το οποίο θα συνδυάζει τις βιωματικές μεθόδους μάθησης αλλά θα βασίζεται και στις αρχές της Προσωποκεντρικής Ιατρικής. Επιπλέον, δεν υπάρχει ένα βιωματικό πρόγραμμα εκπαίδευσης το οποίο πέραν των δύο αυτών στοιχείων, εστιάζει και στην προσωπική ανάπτυξη του συμμετέχοντα μέσα από μια διαδικασία που ενθαρρύνει την ενδοσκόπηση και την εξέλιξη του επαγγελματία, εκτός από την ανάπτυξη της δεξιότητας της ενσυναίσθησης. Συνεπώς, η παρούσα έρευνα εστιάζει στο κατά πόσο ένα τέτοιο βιωματικό πρόγραμμα θα είναι αποτελεσματικό αναφορικά με την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, μέσα από μια ποσοτική αξιολόγηση, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η συμμετοχή σε αυτό το εκπαιδευτικό πρόγραμμα από τους ίδιους τους συμμετέχοντες, μέσω της ποιοτικής ερευνητικής μεθόδου.

Ως εκ τούτου, δημιουργήθηκε ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα ανάπτυξης της ενσυναίσθησης, το οποίο θα αξιολογηθεί αφενός με ερωτηματολόγιο αφετέρου με ημιδομημένες συνεντεύξεις, συνδυάζοντας την ποσοτική με την ποιοτική έρευνα.

2.2 ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ "ΕΛΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΓΙΑΤΡΕ!"

2.2.1 Μέθοδος: Ποσοτική Μελέτη

2.2.1.1 Συμμετέχοντες

Προπτυχιακοί φοιτητές του Ιατρικού τμήματος, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, συμμετείχαν εθελοντικά στο «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» προκειμένου να εκπαιδευτούν στην ενσυναίσθηση. Κανένας από τους

συμμετέχοντες δεν είχε προηγούμενη εμπειρία σε αντίστοιχη εκπαίδευση. Το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» διεξήχθη στο πλαίσιο του επιλεγόμενου μαθήματος «*Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού-ασθενή*» που προσφέρεται στο Ιατρικό τμήμα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Προκειμένου να καταχωρηθεί η συμμετοχή τους ως έγκυρη, οι συμμετέχοντες έπρεπε να παρακολουθήσουν το 90% της διάρκειας της εκπαίδευσης αυτής (δηλαδή 54 από τις 60 ώρες). Μόνο φοιτητές άνω του τετάρτου έτους σπουδών μπορούσαν να δηλώσουν συμμετοχή, καθώς το τέταρτο έτος είναι αυτό στο οποίο οι φοιτητές ξεκινούν να εμπλέκονται στις κλινικές και ως εκ τούτου έχουν ενεργή αλληλεπίδραση με ασθενείς.

Καθώς το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Σπουδών του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και καταχωρήθηκε ως επιλεγόμενο μάθημα στον οδηγό σπουδών, καμία περαιτέρω έγκριση (ethical approval) δεν ήταν απαραίτητη.

Προσπαθώντας να αποφύγουμε ενδεχόμενη μόλυνση του δείγματος (contamination), η ομάδα ελέγχου που συγκεντρώθηκε προήλθε από δύο διαφορετικές Ιατρικές Σχολές (Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης), ώστε όσοι θα την απαρτίζουν να μην έχουν κανένα αντίστοιχο ερέθισμα αναφορικά με το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!». Οι ίδιοι συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου δεν έλαβαν κανενός είδους εκπαίδευση ή άλλη παρέμβαση, και δεν είχαν καμία προηγούμενη εμπειρία σε εκπαίδευση σχετική με την ενσυναίσθηση.

2.2.1.2 «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!»

Το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» είναι μια βιωματική εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής, συνολικής διάρκειας 60 ωρών, οι οποίες ισοκατανέμονται σε τρία τριήμερα, διάρκειας 20 ωρών έκαστο. Τα τρία αυτά τριήμερα απέχουν χρονικά έναν περίπου μήνα το ένα από το άλλο.

Οι τρεις άξονες στους οποίους βασίζεται η εκπαίδευση αυτή είναι η θεωρία, η προσωπική ανάπτυξη και η ανάπτυξη δεξιοτήτων. Λόγω της βιωματικής φύσης της εκπαίδευσης, η θεωρία και η πράξη αλληλοσυμπληρώνονται και δεν διαχωρίζονται διακριτά κατά την υλοποίηση της εκπαίδευσης.

Το θεωρητικό μέρος της εκπαίδευσης περιλαμβάνει τις εξής θεματικές ενότητες: εισαγωγή στις επικοινωνιακές δεξιότητες (λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία), θεραπευτικές οδηγίες, χρήση του αγγίγματος, εισαγωγή στην Προσωποκεντρική Προσέγγιση συνδυασμένη με τις βασικές αρχές της Προσωποκεντρικής Ιατρικής, λήψη ιατρικού ιστορικού με έναν προσωποκεντρικό τρόπο δίνοντας έμφαση στον τρόπο με τον οποίο τίθενται οι ερωτήσεις της κλινικής συνέντευξης στον ασθενή, και χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων. Επιπλέον, ένα ιδιαίτερα σημαντικό και ουσιώδες τμήμα της εκπαίδευσης αυτής είναι η ακριβής προσέγγιση του όρου ενσυναίσθηση, πώς περιγράφεται και ποιο είναι το εννοιολογικό της περιεχόμενο, όπως αυτό έχει ήδη περιγραφεί στο πλαίσιο της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης στη συμβουλευτική και την ψυχοθεραπεία. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες εισάγονται στη θεωρία του πένθους αλλά και στο πρωτόκολλο SPIKES, το οποίο αφορά στη μεταφορά άσχημων νέων στους ασθενείς.

Ολόκληρο το θεωρητικό μέρος καλύπτεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η οποία βασίζεται στις αρχές της Προσωποκεντρικής Φροντίδας (όπως περιγράφηκε στο Α' μέρος), ενώ νοηματοδοτήθηκε μέσα από σύντομες βιωματικές ασκήσεις, οι οποίες περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.

Προκειμένου να είναι κάποιος ενσυναισθητικός, θα πρέπει να είναι αυθεντικός (congruent), να είναι δηλαδή σε επαφή με τις δικές του ανάγκες και τα προσωπικά του όρια κατά την αλληλεπίδρασή του με τους ασθενείς. Η θεραπευτική συνθήκη της αυθεντικότητας προστέθηκε από τον Carl Rogers το 1957 στις άλλες δύο συνθήκες, την άνευ όρων αποδοχή του πελάτη και την ενσυναισθητική κατανόηση. Ο Rogers την περίοδο εκείνη διαπίστωσε ότι η προσωποκεντρική προσέγγιση μπορούσε να υποβιβαστεί σε μια τεχνική, μια ξύλινη γλώσσα όταν κάποιος δεν είναι ο εαυτός του στη σχέση του με τον πελάτη ή τον ασθενή (118). Οι «στάσεις» που οριοθετούν την αυθεντικότητα, είναι δύο: Η πρώτη αφορά την

αυθεντικότητα της συμπεριφοράς του θεραπευτή/επαγγελματία, με την έννοια ότι αυτός οφείλει να είναι ο εαυτός του, να συμπεριφέρεται φυσιολογικά και αβίαστα δίχως να κάνει χρήση κάποιου επαγγελματικού ή άλλου προσωπείου (112). Οφείλει να είναι απλός, προσιτός και όχι εγκλωβισμένος στο ρόλο του ειδικού ή του επιστήμονα.

Η δεύτερη στάση αφορά την αρμονία του θεραπευτή/επαγγελματία με τον εσωτερικό του κόσμο, με την αυτοαντίληψή του, την ικανότητα αυτογνωσίας που θα του επιτρέψει να μην αναμείξει τα δικά του άλυτα προβλήματα μέσα στην αλληλεπίδραση με τον ασθενή ή τον πελάτη. Μέσα από διαδικασίες προσωπικής θεραπείας και ανάπτυξης, ο θεραπευτής/επαγγελματίας, δύναται να «μάθει» να κατανοεί καλύτερα τα αισθήματα που έχει ο ίδιος απέναντι στους πελάτες και να συναισθάνεται την ψυχική τους κατάσταση διαχωρίζοντάς την από την δική του.

Για την επίτευξη της παραπάνω διαδικασίας είναι απαραίτητο να υπάρχει το πλαίσιο της προσωπικής ανάπτυξης. Σε αυτό περιλαμβάνονται τόσο βιωματικές ασκήσεις προσωπικής ανάπτυξης, όσο και ομάδες συνάντησης. Στόχος αυτής της διεργασίας είναι να έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες την ευκαιρία να αφουγκραστούν τις δικές τους ανάγκες, να εντοπίσουν σημεία που ενδεχομένως στέκονται εμποδιστικά κατά την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς αλλά και να αλληλεπιδράσουν ουσιαστικά μεταξύ τους, μέσα σε ένα πλαίσιο που διέπεται από ενσυναίσθηση, αποδοχή και γνησιότητα, με έναν μη κατευθυντικό τρόπο. Στη συνέχεια ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των βιωματικών ασκήσεων προσωπικής ανάπτυξης αλλά και του τρόπου με τον οποίο λειτουργούν οι ομάδες συνάντησης.

Αναφορικά με την ανάπτυξη δεξιοτήτων, η εκπαίδευση βασίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος της στις βιωματικές ασκήσεις με παιχνίδια ρόλων αλλά και σε ασκήσεις ενεργητικής ακρόασης προκειμένου οι εκπαιδευόμενοι να εγκλιματιστούν και να εξασκήσουν τη δεξιότητα της ενσυναίσθησης. Επιπλέον, για την ανάπτυξη δεξιοτήτων χρησιμοποιούνται ασκήσεις μη λεκτικής επικοινωνίας, μελέτες περίπτωσης και τεχνικές λήψης ιστορικού. Όλες οι επιμέρους ασκήσεις που περιλαμβάνονται στην ανάπτυξη δεξιοτήτων περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.

2.2.1.3 Παρουσίαση του περιεχομένου του προγράμματος «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!»

Κάθε εκπαιδευτικό τριήμερο ολοκληρώνεται σε 20 ώρες. Οι ώρες αυτές κατανέμονται σε Παρασκευή (4 ώρες), Σάββατο (8 ώρες) και Κυριακή (8 ώρες). Με αυτό τον τρόπο η ομάδα αλληλεπιδρά εντατικά για ένα τριήμερο το μήνα.

Η αίθουσα στην οποία διεξάγονται τα τριήμερα είναι μια αίθουσα που επιτρέπει χωροταξικά τα μέλη της ομάδας να κάθονται σε κύκλο, χωρίς φυσικά εμπόδια μεταξύ τους. Οι εκπαιδευτές έχουν εκ των προτέρων φροντίσει το χώρο και έχουν προετοιμάσει τις θέσεις των μελών. Έχει σημασία να βρίσκονται στο χώρο τόσες καρέκλες, όσες και τα μέλη της ομάδας, καθώς αυτό υποδηλώνει ότι οι εκπαιδευτές έχουν ήδη νοιαστεί για κάθε έναν συμμετέχοντα, τον περιμένουν στην πρώτη συνάντηση και έχουν τακτοποιήσει τη θέση του στο χώρο.

Το μέρος που θα καθίσει ο κάθε συμμετέχοντας αποφασίζεται από τον ίδιο, χωρίς να είναι υποχρεωμένος να κάθεται στην ίδια θέση σε κάθε συνάντηση. Το ίδιο ισχύει και για τους εκπαιδευτές. Οι εκπαιδευτές οφείλουν να βρίσκονται ήδη στο χώρο όταν καταφθάνουν οι εκπαιδευόμενοι.

2.2.1.3.1 Πρώτο εκπαιδευτικό τριήμερο

1^η ημέρα

Η πρώτη ημέρα του πρώτου εκπαιδευτικού τριημέρου είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς είναι η πρώτη φορά που εκπαιδευτές και εκπαιδευόμενοι συναντιούνται. Ορισμένοι από τους εκπαιδευόμενους γνωρίζονται ήδη μεταξύ τους καθώς φοιτούν στο ίδιο Τμήμα Ιατρικής, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι η πρώτη συνάντηση δεν απαιτεί τις απαραίτητες συστάσεις. Κάθε μέλος της ομάδας συστήνεται (αυτό αφορά τόσο τους εκπαιδευόμενους όσο και τους εκπαιδευτές) και έπειτα ακολουθεί η βιωματική άσκηση γνωριμίας.

Βιωματική άσκηση: Τί μας ενώνει – τί μας χωρίζει

Οδηγίες: Οι συμμετέχοντες χωρίζονται σε τριάδες. Η οδηγία που τους δίνεται είναι να εντοπίσουν ένα κοινό χαρακτηριστικό που έχουν και οι τρεις αλλά και ένα

χαρακτηριστικό που κάνει κάθε μέλος να διαφέρει από την ομάδα του. Αφού όλοι εντοπίσουν τα κοινά και διαφορετικά χαρακτηριστικά τους, επιστρέφουμε στη μεγάλη ομάδα και τα μοιραζόμαστε.

Στόχος της άσκησης: Καθώς οι εκπαιδευόμενοι δεν γνωρίζονται μεταξύ τους, με τη συγκεκριμένη άσκηση τους δίνεται η δυνατότητα να εντοπίσουν πως έχουν ήδη κάποια κοινά χαρακτηριστικά με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Το γεγονός ότι εντοπίζουν ένα διαφορετικό χαρακτηριστικό δημιουργεί την αίσθηση ότι εξακολουθούν να είναι ξεχωριστά και διαφοροποιημένα πρόσωπα της ομάδας.

Αφού ολοκληρωθεί η βιωματική άσκηση «Τί μας ενώνει – τί μας χωρίζει» είναι ανάγκη να οριστεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο η ομάδα πρόκειται να δουλέψει. Είναι απαραίτητο δηλαδή να προσδιοριστεί από τους εκπαιδευτές η φιλοσοφία της εκπαίδευσης. Σε αυτό το σημείο οφείλει να γίνει σαφής ο τρόπος με τον οποίο η ομάδα θα πρέπει να λειτουργήσει έχοντας ως βασικούς άξονες την εχεμύθεια, προκειμένου να διαφυλάσσονται τα προσωπικά δεδομένα των μελών, το απόρρητο από τη μεριά των εκπαιδευτών και τη μη κατευθυντικότητα. Με τον όρο μη κατευθυντικότητα εννοούμε ότι ο κάθε συμμετέχοντας είναι ελεύθερος να επιλέξει εάν θα συμμετέχει στις βιωματικές ασκήσεις και εάν θέλει να μοιραστεί σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα. Στόχος των διευκρινίσεων αυτών είναι να νιώσει ασφάλεια ο κάθε εκπαιδευόμενος μέσα από μία διαδικασία η οποία θα σέβεται το ρυθμό και την επεξεργασία που επιλέγει να κάνει ο καθένας. Επιπλέον, προκειμένου να τεθεί το πλαίσιο της ομάδας, οι εκπαιδευόμενοι ενημερώνονται για τις ώρες και τις ημέρες στις οποίες η ομάδα θα κάνει τις συναντήσεις της, αλλά και για τη σημασία της συνέπειας στην τήρηση αυτών των κανόνων. Οι κανόνες αυτοί έχουν ιδιαίτερα μεγάλη σημασία καθώς τίθενται, προκειμένου μέσα από αυτούς να υπάρχει η ελευθερία αλλά και η ασφάλεια στον τρόπο με τον οποίο επιλέγει η κάθε ομάδα να δουλέψει.

Αφού τεθεί το πλαίσιο, οι συμμετέχοντες έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα αναφορικά με όσα άκουσαν. Σε αυτό το σημείο έχει σημασία να υπάρχει χώρος για τις ανησυχίες τους αλλά και τους προβληματισμούς τους, για τα κίνητρα τα οποία τους ώθησαν να δηλώσουν συμμετοχή, για τις

σκέψεις γύρω από την εκπαιδευτικές μεθόδους αλλά και τις προσδοκίες τους από την εκπαίδευση. Έχει σημασία να νιώσουν ότι η γνώμη τους αλλά και οι σκέψεις τους έχουν θέση σε αυτή την εκπαίδευση και γι' αυτό το λόγο ενθαρρύνονται να τις επικοινωνήσουν μέσα από ερωτήσεις όπως «*Τί σας έφερε στην εκπαίδευση αυτή;*», «*Τί περιμένετε να μάθετε;*», «*Ποια ζητήματα θα θέλατε να θίξουμε;*», «*Ποιες σκέψεις κάνετε ακούγοντας τον τρόπο με τον οποίο πρόκειται να δουλέψουμε;*», ή ακόμα και πιο απλές ερωτήσεις όπως «*Πως νιώθετε που καθόμαστε σε κύκλο;*», «*Τί φαντάζεστε πως θα κάνουμε;*». Επιπλέον, σε αυτό το σημείο της συνάντησης οι εκπαιδευόμενοι ενημερώνονται για το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, για τον τρόπο με τον οποίο θα κυλήσει η εκπαιδευτική διαδικασία αλλά και για τις θεματικές ενότητες οι οποίες πρόκειται να καλυφθούν στις 60 ώρες.

Στη συνέχεια της ίδιας ημέρας ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Τί είναι τί».

Βιωματική άσκηση: Τί είναι τί;

Οδηγίες: Ζητείται από τους εκπαιδευόμενους να περιγράψουν πώς φαντάζονται ότι είναι η ασθενο-κεντρική (disease-centered) και πώς η προσωποκεντρική (person-centered) ιατρική. Τις σκέψεις τους τις καταγράφουν σε χαρτί και έπειτα μοιράζονται αυτά που έχουν καταγράψει, με την ομάδα.

Στόχος της άσκησης: Η σταδιακή εισαγωγή στην έννοια της Προσωποκεντρικής Ιατρικής, αλλά και στην έννοια της ενσυναίσθησης. Σε αυτό το σημείο οι εκπαιδευόμενοι αποσαφηνίζουν τις διαφορές μεταξύ των δύο προσεγγίσεων της ιατρικής, μεταξύ δηλαδή της ιατρικής που εστιάζει στο σύμπτωμα και αντιμετωπίζει τον ασθενή ως νόσο και της ιατρικής που έχει στο επίκεντρο τον άνθρωπο με όλα τα συστατικά που συνοδεύουν την ασθένεια.

Έπειτα ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Γράφω την εμπειρία μου».

Βιωματική άσκηση: Γράφω την εμπειρία μου

Οδηγίες: Οι συμμετέχοντες παίρνουν από ένα χαρτί και ένα στυλό. Τους ζητείται να σκεφτούν κάποια στιγμή στη ζωή τους κατά την οποία ένιωσαν να τους ενσυναισθάνονται. Στο χαρτί περιγράφουν την εμπειρία τους, δηλαδή σε ποιες

συνθήκες έγινε, αλλά και πώς αισθάνθηκαν με αυτή την εμπειρία. Έπειτα κάθε μέλος μοιράζεται αυτό που έγραψε, στη μεγάλη ομάδα.

Στόχος της άσκησης: Οι συμμετέχοντες, ενεργητικά αποδίδουν στην έννοια της ενσυναίσθησης έναν ορισμό, όπως τον έχει νοηματοδοτήσει ο καθένας. Μέσα από αυτή τη βιωματική άσκηση, ο κάθε εκπαιδευόμενος ουσιαστικά περιγράφει τον ορισμό της ενσυναίσθησης όπως ακριβώς τον σκέφτεται αλλά και την επίδραση που είχε αυτή η εμπειρία στη ζωή του.

Η άσκηση δίνει ένα εξαιρετικό ερέθισμα για συζήτηση γύρω από την ενσυναίσθηση αλλά και την επίδραση που αυτή ασκεί. Η ομάδα ξεκινά να αφουγκράζεται και να αποδίδει συγκεκριμένο νόημα στην έννοια της ενσυναίσθησης και αναλύει τα επιμέρους χαρακτηριστικά της. Με αυτό τον τρόπο γίνεται και μία σταδιακή θεωρητική εισαγωγή στην ενσυναίσθηση.

Καθώς ολοκληρώνεται η συνάντηση της πρώτης ημέρας του πρώτου εντατικού εκπαιδευτικού τριήμερου, οι συντονιστές κάνουν μία σύντομη θεωρητική εισήγηση για τις επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού. Αφού ήδη δοθεί ένα ερέθισμα γύρω από την εννοιολογική διάσταση της ενσυναίσθησης, σ' αυτό το σημείο διαχωρίζεται η ενσυναίσθηση από τις επικοινωνιακές δεξιότητες. Για το λόγο αυτό ακολουθεί η εισήγηση για τις επικοινωνιακές δεξιότητες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη βλεμματική επαφή, το άγγιγμα, τη μη λεκτική επικοινωνία, τον τόνο της φωνής, την περιγραφή των θεραπευτικών οδηγιών.

Μετά την εισήγηση αυτή, δίνεται χώρος για συζήτηση γύρω από τις πληροφορίες της ημέρας, όπου οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν σκέψεις και προβληματισμούς. Για το κλείσιμο της πρώτης ημέρας, ζητείται από τους συμμετέχοντες να μοιραστούν τα συναισθήματά τους για την πρώτη συνάντηση αναφορικά τόσο με το περιεχόμενό της, όσο και με τον βιωματικό τρόπο μάθησης. Με την ανατροφοδότηση αυτή, ολοκληρώνεται η πρώτη συνάντηση.

2^η ημέρα

Η δεύτερη ημέρα ξεκινά με μία σύντομη ομάδα συνάντησης. Βασικό σημείο της ομάδας συνάντησης είναι η μη κατευθυντικότητα των συντονιστών η οποία είναι βασικής σημασίας στην Προσωποκεντρική Πρόσέγγιση, καθώς δίνει χώρο στον κάθε εκπαιδευόμενο και σέβεται τον προσωπικό του ρυθμό. Όπως ακριβώς περιγράφει ο Carl Rogers (127), η μη κατευθυντική στάση του συντονιστή και η έλλειψη προκαθορισμένων δομών λειτουργίας της ομάδας προκαλεί μια αρχική σύγχυση, αμήχανη σιωπή, ευγενικές κινήσεις και συζητήσεις κατά τα κοινωνικά πρότυπα. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον μέρος της διεργασίας της ομάδας. Ενώ η ομάδα συνάντησης φαινομενικά μοιάζει να μην έχει συγκεκριμένο σκοπό, ταυτόχρονα αποτελεί και μια εξαιρετική συνθήκη βιωματικής μάθησης, καθώς μέσα από αυτή τη μη κατευθυντικότητα οι εκπαιδευόμενοι αποκτούν την αίσθηση ότι επιτρέπεται να εκφράσουν αυθόρμητα οποιαδήποτε σκέψη και συναίσθημα στην ομάδα, καθώς αναγνωρίζεται η αξία τους. Σε αυτή την ελεύθερη έκφραση δεν ασκείται ούτε κριτική, ούτε αξιολόγηση.

Αφού ολοκληρώνεται η ομάδα συνάντησης, ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Χωρίς λόγια».

Βιωματική άσκηση: Χωρίς λόγια

Οδηγίες: Ζητείται από τους συμμετέχοντες να κατασκευάσουν σε ομάδες ένα κολάζ. Τους παρέχονται όλα τα υλικά (περιοδικά, μεγάλα χαρτόνια, ψαλίδια, κόλλες, μαρκαδόροι, κτλ) και καλούνται να κατασκευάσουν το κολάζ τους, το οποίο θα έχει όποιο θέμα επιλέξουν εκείνοι. Όμως όλη η διαδικασία οφείλει να γίνει χωρίς να μιλούν, αποκλειστικά με τη χρήση της εξωλεκτικής επικοινωνίας. Τόσο η επιλογή των μελών των επιμέρους ομάδων, όσο και η επιλογή του θέματος θα πρέπει να γίνει χωρίς καμία χρήση της λεκτικής επικοινωνίας.

Στόχος της άσκησης: Καθώς οι εκπαιδευόμενοι αλληλεπιδρούν μόνο μέσω της εξωλεκτικής επικοινωνίας, καλούνται να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας, δημιουργούν νέα κανάλια συνεργασίας και αναπτύσσουν επιπλέον δεξιότητες. Στόχος εκτός από τα παραπάνω είναι και η συνεργασία σε μία τέτοια συνθήκη η οποία δημιουργεί επιπλέον εμπόδια στην επικοινωνία. Οι εκπαιδευόμενοι αντιλαμβάνονται ότι μπορούν να επικοινωνήσουν και να

συνεργαστούν εξίσου αποτελεσματικά, αλλά κατανοούν επίσης τη σημασία και την αξία των μη λεκτικών μηνυμάτων που στέλνει ο συνεργάτης.

Αφού ολοκληρωθεί η παραπάνω βιωματική άσκηση, οι εκπαιδευόμενοι παρουσιάζουν στη μεγάλη ομάδα τα έργα τους. Κατά τη διάρκεια αυτού του μοιράσματος έχουν την ευκαιρία να περιγράψουν πώς βίωσαν την εμπειρία αυτή, πώς ήταν να συνεργάζονται με άγνωστους ανθρώπους, εάν ένιωσαν να γίνονται κατανοητοί από τους συνεργάτες τους, εάν είχαν όλοι την ίδια αίσθηση από το θέμα που επέλεξαν και εάν έμειναν ικανοποιημένοι από το αποτέλεσμα. Επιπλέον, μέσω αυτής της βιωματικής άσκησης γίνεται ένας σύνδεσμος με τη θεωρητική εισήγηση που προηγήθηκε την πρώτη ημέρα για τις επικοινωνιακές δεξιότητες και έτσι συνδέεται η θεωρία με την πράξη. Ομοίως, η βιωματική αυτή άσκηση δίνει την ευκαιρία στους συμμετέχοντες να εξάγουν συμπεράσματα για τα μη λεκτικά μηνύματα που ενδεχομένως στέλνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων. Βασικός άξονας της συζήτησης είναι το ερώτημα *«Τί πληροφορίες μπορώ να αντλήσω από τη συγκεκριμένη βιωματική άσκηση για την ιατρική πράξη;»*.

Μετά την ολοκλήρωση της βιωματικής άσκησης ακολουθεί μία ομάδα συνάντησης στην οποία οι συμμετέχοντες έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν σκέψεις και συναισθήματα αλλά και να φέρουν παραδείγματα της δικής τους κλινικής εμπειρίας προς συζήτηση. Η δεύτερη ημέρα κλείνει με την ανατροφοδότηση των ίδιων των εκπαιδευόμενων αναφορικά με την εκπαιδευτική διαδικασία.

3^η ημέρα

Η τελευταία ημέρα του πρώτου εκπαιδευτικού τριμήνου ξεκινά με μία ομάδα συνάντησης. Σε αυτή, οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν τους προβληματισμούς τους σχετικά με την προηγούμενη ημέρα, αλλά και να επεξεργαστούν τις πληροφορίες που έχουν αντλήσει έως εκείνη τη στιγμή. Αφού ολοκληρωθεί η ομάδα συνάντησης ακολουθεί θεωρητική εισήγηση η οποία αποτελεί εισαγωγή στην έννοια της προσωποκεντρικής ιατρικής. Για το λόγο αυτό

προβάλλονται τρία βίντεο τα οποία συνοψίζουν τις αρχές της Προσωποκεντρικής ιατρικής αλλά και την έννοια της ενσυναίσθησης. Τα βίντεο που χρησιμοποιούνται είναι το *“The power of empathy”* της Brene Brown (180), το οποίο περιγράφει σύντομα τα συστατικά στοιχεία της ενσυναίσθησης, το *“The next revolution in health care: Empathy”* του Paul Rosen (181), όπως αυτή παρουσιάστηκε στο TEDxWilimington και περιγράφει τη σημασία της ουσιαστικής σχέσης μεταξύ γιατρού-ασθενή, αλλά και το *“Empathy: The human connection to patient care”* όπως δημιουργήθηκε από την Cleveland Clinic (182), ως διαφημιστικό βίντεο και περιγράφει τη σημασία που έχει η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να «μπαίνει στη θέση» του ασθενή του. Τα βίντεο αυτά δημιουργούν ένα σημαντικό ερέθισμα για συζήτηση γύρω από τη σχέση γιατρού-ασθενή και τη θέση που έχει η ενσυναίσθηση σε αυτή τη σχέση.

Αφού ολοκληρωθεί αυτή η ομάδα συνάντησης, η θεωρητική εισήγηση και οι προβολές των βίντεο ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Ο κακός γιατρός», η οποία είναι ουσιαστικά ένα παιχνίδι ρόλων.

Βιωματική άσκηση: Ο κακός γιατρός

Οδηγίες: Οι εκπαιδευόμενοι χωρίζονται σε ομάδες των τριών, όπου ο κάθε ένας αναλαμβάνει ένα ρόλο. Ο γιατρός, ο ασθενής και ο παρατηρητής. Ο «γιατρός» καλείται να υποδυθεί έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος θα είχε τη συμπεριφορά ενός «κακού» γιατρού, ενώ ο ασθενής καλείται να κάνει μια επίσκεψη με κάποια συμπτώματα. Ο παρατηρητής έχει μια πιο παθητική στάση στην οποία σημειώνει τις συμπεριφορές του γιατρού και τις αντιδράσεις του ασθενή.

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Μέσα από τη διαδικασία αυτή, οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να περιγράψουν τις συμπεριφορές που δεν διευκολύνουν καθόλου την σχέση γιατρού-ασθενή. Αν και συνήθως τα παραδείγματα που φέρνουν οι εκπαιδευόμενοι είναι ακραία και προκαλούν γέλιο, η συγκεκριμένη βιωματική άσκηση δίνει σπουδαίες πληροφορίες αλλά και ένα κίνητρο για συζήτηση αναφορικά με τα στοιχεία εκείνα που εμποδίζουν τη συνεργασία γιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης.

Με την ολοκλήρωση της βιωματική άσκησης οι εκπαιδευόμενοι επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και συζητούν για την εμπειρία τους αλλά και τις σκέψεις τους γύρω από τη σημασία της σχέσης γιατρού-ασθενή.

Αφού ολοκληρωθεί και αυτή η βιωματική άσκηση χρειάζεται να υπάρχει αρκετός χρόνος ώστε οι εκπαιδευόμενοι να κάνουν μια συνολική ανασκόπηση του εκπαιδευτικού τριημέρου, να δώσουν και να λάβουν ανατροφοδότηση και να μοιραστούν στις σκέψεις τους γύρω από τη διαδικασία. Η ίδια ανατροφοδότηση δίδεται και από τους συντονιστές προς τους εκπαιδευόμενους, κάνοντας παράλληλα και μία σύνοψη της διαδικασίας. Οι εκπαιδευόμενοι ενθαρρύνονται ιδιαίτερα να μοιραστούν τόσο αυτά που τους έκαναν εντύπωση ή τους προβληματίσαν, αλλά ακόμα περισσότερο αυτά που τους προκάλεσαν δυσφορία ή τους αποθάρρυναν. Έχει μεγάλη σημασία να αισθάνονται ότι η ομάδα αυτή έχει χώρο για όλες τις σκέψεις με οποιοδήποτε πρόσημο και αν είναι. Αυτό κρίνεται ιδιαίτερα απαραίτητο καθώς μια εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση θα αυτοαναιρούνταν εάν δεν έδινε χώρο σε όλα τα συναισθήματα και δεν αναγνώριζε ξεχωριστά τις προσωπικές διεργασίες των εκπαιδευόμενων.

2.2.1.3.2 Δεύτερο εκπαιδευτικό τριήμερο.

Αφού έχει μεσολαβήσει ένας μήνας από την τελευταία συνάντηση η ομάδα ξεκινά το δεύτερο εκπαιδευτικό τριήμερο με ομάδα συνάντησης. Οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν οτιδήποτε τους απασχολεί, είτε αφορά άμεσα την εκπαιδευτική διαδικασία, είτε οτιδήποτε άλλο θεωρούν πως θέλουν να μοιραστούν με την ομάδα. Εκτός από έναν ουσιαστικός χώρος συνάντησης, η ομάδα μπορεί να δημιουργήσει μία συνθήκη μέσα στην οποία τα μέλη της έχουν την ευκαιρία να μιλήσουν και να ακουστούν. Αυτό ενθαρρύνεται, καθώς αυτή η διαδικασία μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα εκπαιδευτική όσο τα μέλη έρχονται σε επαφή με τον εαυτό τους –και έτσι αναπτύσσονται προσωπικά– αλλά και μέσω της διαδικασίας της ακρόασης. Κάθε φορά που ένα μέλος μοιράζεται μια προσωπική ιστορία ή μια

προσωπική σκέψη, όλα τα υπόλοιπα μέλη αυτόματα γίνονται ακροατές και εκπαιδεύονται στη δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης.

Για το στόχο αυτό, και μόλις ολοκληρώνεται η ομάδα συνάντησης, ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Θεραπευτικές αποκρίσεις».

Βιωματική άσκηση: Θεραπευτικές αποκρίσεις

Οδηγίες: Οι εκπαιδευόμενοι, κρατούν ένα χαρτί και ένα στυλό. Οι συντονιστές προβάλλουν ένα σύντομο βίντεο στο οποίο απεικονίζεται ένας ασθενής. Στο βίντεο, ο ασθενής εισέρχεται στο ιατρείο και αναφέρει τα συμπτώματά του μαζί με τη δυσφορία του. Οι εκπαιδευόμενοι σημειώνουν στο χαρτί τους την πρώτη απόκριση που τους έρχεται στο νου. Έπειτα ακούγονται οι αποκρίσεις του κάθε εκπαιδευόμενου.

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Καθώς οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις αποκρίσεις που σημείωσαν στο χαρτί τους, τους δίνεται η δυνατότητα να επεξεργαστούν με τη βοήθεια των συντονιστών, κατά πόσο η απόκριση αυτή μπορεί να διευκολύνει την κλινική πράξη, κατά πόσο η απόκριση είναι ενσυναισθητική και κατά πόσο εξυπηρετεί τον ασθενή.

Έχοντας υπόψη τις θεωρητικές εισηγήσεις που προηγήθηκαν στο προηγούμενο εκπαιδευτικό τριήμερο, αλλά και μέσα από τον ουσιαστικό διάλογο, οι εκπαιδευόμενοι επεξεργάζονται ενεργά την έννοια της ενσυναίσθησης και της ενεργητικής ακρόασης. Μέσα από την αλληλεπίδραση, οι συμμετέχοντες προσπαθούν να βρουν την απόκριση η οποία θα διέπεται από ενσυναίσθηση και θα εξυπηρετεί τόσο τη θεραπευτική σχέση, όσο και τον ασθενή. Η βιωματική άσκηση των «θεραπευτικών αποκρίσεων» γίνεται με 2 ή 3 βίντεο με περιπτώσεις ασθενών, ανάλογα με το χρόνο που έχει η ομάδα στη διάθεσή της.

Με την ολοκλήρωση της βιωματικής άσκησης «θεραπευτικές αποκρίσεις», ακολουθεί μια θεωρητική εισήγηση η οποία αφορά στο πως μπορεί να είναι κάποιος ενσυναισθητικός κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων. Αυτή η εισήγηση εστιάζει στον τρόπο με τον οποίο μπορεί ένας επαγγελματίας υγείας να εντοπίσει τις ανησυχίες ενός ασθενή, πώς μπορεί να διεξάγει μια προσωποκεντρική

συνέντευξη και λήψη ιστορικού, πώς μπορεί να διερευνήσει και να δώσει περαιτέρω χώρο στους προβληματισμούς του ασθενή και πώς μπορεί να καταγράψει την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή στο ιστορικό του. Σε αυτή τη θεωρητική εισήγηση, γίνονται ξεκάθαρες οι αρχές της προσωποκεντρικής φροντίδας και της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή, καθώς εστιάζει τόσο στη λεκτική όσο και στη μη λεκτική επικοινωνία του επαγγελματία υγείας.

Η συγκεκριμένη ενότητα είναι ιδιαίτερα κρίσιμη καθώς αποσαφηνίζει τις βασικές αρχές της προσωποκεντρικής ιατρικής αλλά και τα στοιχεία εκείνα που αναφέρονται στην «προσωποκεντρικότητα» του γιατρού. Σε αυτό το σημείο, οι εκπαιδευόμενοι εισάγονται στο μοντέλο επικοινωνίας με τον ασθενή, το οποίο έχει ως κεντρικό άξονα την ενσυναίσθηση και εξαίρει πρωτίστως τη σημασία που έχει να βλέπει ο γιατρός τον ασθενή ως άνθρωπο και όχι ως νόσο. Η ενότητα αυτή δίνει επίσης έμφαση στη σημασία της ύπαρξης του αναγκαίου χώρου για την εξιστόρηση της προσωπικής ιστορίας του ασθενή, πέρα από τις συμβουλές και τις νουθεσίες, στο διάλογο μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, στην αξία του κοινωνικο-ψυχολογικού και ιατρικού περιεχόμενου όσων φέρει ο ασθενής και στη συγκέντρωση πληροφοριών μαζί με όλα τα συναισθηματικά στοιχεία που βιώνει ο ασθενής. Τονίζεται επίσης εκείνο το επίπεδο της προσωποκεντρικής ιατρικής που δίνει χώρο στον ίδιο τον επαγγελματία υγείας.

Στην ίδια θεωρητική εισήγηση γίνεται μνεία και στους παράγοντες που επηρεάζουν την προσωποκεντρική επικοινωνία. Παράγοντες του ασθενούς (π.χ. σοβαρότητα της ασθένειας, παρελθούσες εμπειρίες ασθένειας, αυτοπεποίθηση), παράγοντες του συστήματος υγείας (π.χ. πρόσβαση στη φροντίδα, περιβάλλον, επάρκεια προσωπικού), παράγοντες σχέσεων (π.χ. φυλετική ταύτιση, διάρκεια θεραπευτικής σχέσης) και παράγοντες του επαγγελματία υγείας (π.χ. προσωπικότητα, αποφυγή κινδύνου, υποστήριξη). Έπειτα γίνεται ξεχωριστή αναφορά για τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την ενσυναίσθητική στάση του επαγγελματία υγείας (π.χ. η εστίαση στο κεντρικό σύμπτωμα νωρίς ή οι αλληπάλληλες κλειστές ερωτήσεις).

Με την ολοκλήρωση και αυτής της θεωρητικής εισήγησης, ακολουθεί μια σύντομη ομάδα συνάντησης όπου οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν τις σκέψεις τους αλλά και να συζητήσουν παραδείγματα της δικής τους προσωπικής εμπειρίας. Με αυτό το μοίρασμα ολοκληρώνεται η πρώτη ημέρα του δεύτερου εκπαιδευτικού τριημέρου.

2^η ημέρα

Η δεύτερη ημέρα ξεκινά με μια σύντομη ομάδα συνάντησης όπου οι εκπαιδευόμενοι μπορούν να μοιραστούν οτιδήποτε έχει να κάνει είτε με την εκπαιδευτική διαδικασία είτε όχι. Έπειτα ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Το πηλίνο είδωλό μου».

Βιωματική άσκηση: Το πηλίνο είδωλό μου

Οδηγίες: Αφού προετοιμαστεί ο χώρος, δίνεται στους εκπαιδευόμενους πηλός αλλά και ορισμένα εργαλεία που διευκολύνουν την επεξεργασία του. Η οδηγία που δίδεται στους εκπαιδευόμενους είναι να δημιουργήσουν τρεις κατασκευές οι οποίες θα απεικονίζουν συμβολικά τρεις πτυχές του εαυτού τους. Τον αντιληπτό εαυτό, τον πραγματικό εαυτό και τον ιδανικό εαυτό. Δηλαδή, πώς νομίζουν ότι τους βλέπουν οι άλλοι, πώς νομίζουν ότι είναι και πώς θα ήθελαν να είναι.

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Μέσω της συμβολικής αναπαράστασης, οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να ενδοσκοπήσουν και να αναλογιστούν την αυτοεικόνα τους. Έτσι επεξεργάζονται τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται αφενός με τους ανθρώπους, και αφετέρου με τα σύμβολα τα οποία επιλέγουν ώστε να ξεχωρίζουν τις πτυχές του εαυτού τους που έχουν για εκείνους τη μεγαλύτερη αξία.

Ο Carl Rogers προσδιόριζε την έννοια του «εαυτού» ως κάτι διαφορετικό από την έννοια του «ανθρώπινου οργανισμού». Ο εαυτός αναφέρεται στο μέρος του οργανισμού που είναι συνειδητό στην αντίληψη του ατόμου. Η δομή του εαυτού περιλαμβάνει την αντίληψη που έχει το άτομο για τον εαυτό του ή την αυτοαντίληψη του, και τον ιδανικό εαυτό. Ο ιδανικός εαυτός εκφράζει την αυτοαντίληψη που το άτομο επιθυμεί να έχει και που σε αυτή προσδίδει τη μεγαλύτερη βαρύτητα (4). Το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον

και ιδιαίτερα η αλληλεπίδραση με τα άλλα άτομα διαμορφώνουν τη δομή του εαυτού (183). Οι Pervin and John (114) αναφέρουν ότι παρόλο που ο εαυτός μπορεί να αλλάξει, διατηρεί τη σταθερότητα, την ενότητα και την οργάνωση των αντιλήψεών του. Συνεπώς, όσο περισσότερο είναι κάποιος σε επαφή με τις διαμορφώσεις του εαυτού του, τόσο καλύτερα μπορεί να είναι ενσυναισθητικός με τους άλλους καθώς έχει αυξηθεί η επίγνωσή του και μειώνεται η δυσφορία του.

Αφού ολοκληρώσουν τα έργα τους, οι εκπαιδευόμενοι επιστρέφουν στην ομάδα προκειμένου να μοιραστούν τόσο την εμπειρία τους, όσο και αυτά που δημιούργησαν. Καθώς αυτή η βιωματική άσκηση απαιτεί αρκετό χρόνο, ολόκληρη η δεύτερη ημέρα είναι αφιερωμένη σε αυτή. Το κλείσιμο της δεύτερης ημέρας ολοκληρώνεται με μία ομάδα συνάντησης.

3^η ημέρα

Η τελευταία ημέρα του δεύτερου εκπαιδευτικού τριημέρου ξεκινά με μία σύντομη ομάδα συνάντησης στην οποία οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν οποιαδήποτε σκέψη ή συναίσθημα. Έπειτα ακολουθεί μια θεωρητική εισήγηση αναφορικά με τις πηγές του άγχους των ασθενών. Σε αυτή την εισήγηση δίνεται περισσότερη έμφαση στο άγχος των ασθενών αφενός σχετικά με τις επιπτώσεις της υγείας τους και αφετέρου λόγω της αποτυχίας τους να μοιραστούν με τους επαγγελματίες υγείας ανησυχίες σχετικά με την υγεία τους. Επιπλέον επισημαίνεται η αγωνία των ασθενών που προκύπτει από την απροθυμία τους να αποδεχθούν συγκεκριμένες θεραπευτικές οδηγίες αλλά και λόγω του φόβου τους μήπως εμφανιστούν ανόητοι στους γιατρούς ή μήπως τους προσβάλλουν με τις ερωτήσεις τους. Αφού ολοκληρωθεί η θεωρητική εισήγηση η ομάδα συνεχίζει με παιχνίδι ρόλων.

Βιωματική άσκηση: Παιχνίδι ρόλων

Οδηγίες: Οι συμμετέχοντες χωρίζονται σε ομάδες των τριών. Ο ένας είναι «θεραπευτής», ο δεύτερος «θεραπευόμενος» και ο τρίτος «παρατηρητής». Η οδηγία που έχουν είναι ότι ο «θεραπευόμενος» καλείται να φέρει ένα προβληματισμό ή μία σκέψη στη συνάντησή του με το «θεραπευτή», ενώ ο ρόλος

του «θεραπευτή» είναι να διευκολύνει τη συζήτηση, να προσπαθήσει να είναι ενσυναισθητικός αναγνωρίζοντας τα συναισθήματα που φέρνει ο «θεραπευόμενος» και να ακούσει ενεργητικά και χωρίς κριτική όσα περιγράφει ή βιώνει ο «θεραπευόμενος». Ο παρατηρητής έχει έναν εξίσου ενεργό ρόλο, παρατηρώντας τις αποκρίσεις που διευκολύνουν τη συζήτηση, αναγνωρίζοντας εάν εντόπισε επαρκώς ο «θεραπευτής» τα συναισθήματα του «θεραπευόμενου» και σημειώνοντας σε ποιες περιπτώσεις η συζήτηση εμποδίζεται ή διευκολύνεται. Η διάρκεια του παιχνιδιού ρόλων είναι πέντε λεπτά, ενώ στη συνέχεια οι συμμετέχοντες κουβεντιάζουν για την εμπειρία τους. Στη συνέχεια, οι εκπαιδευόμενοι αλλάζουν θέσεις μέχρι να περάσουν όλοι από όλους τους ρόλους.

Στόχος της βιωματική άσκησης: Στόχος του παιχνιδιού ρόλων είναι η πρακτική εξάσκηση της ενσυναίσθησης από τη μεριά του «θεραπευτή» με έναν εντελώς πρακτικό και βιωματικό τρόπο, που βασίζεται σε πραγματικές συνθήκες, καθώς οι εκπαιδευόμενοι δεν υποκρίνονται ένα ρόλο, αλλά περιγράφουν και μοιράζονται πραγματικές δικές τους σκέψεις και προβληματισμούς. Οι συντονιστές συμμετέχουν στις επιμέρους υποομάδες ως παρατηρητές αλλά και διευκολύνοντας την επεξεργασία μετά από κάθε παιχνίδι ρόλων.

Μόλις ολοκληρωθεί το παιχνίδι ρόλων, οι εκπαιδευόμενοι επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και περιγράφουν την εμπειρία τους. Στόχος της μεγάλης ομάδας είναι να αντιληφθούν οι εκπαιδευόμενοι ότι το να είναι κάποιος ενσυναισθητικός είναι μια απλή αλλά ταυτόχρονα και σύνθετη διαδικασία, η οποία απαιτεί ενεργητική ακρόαση και εγρήγορση από τη μεριά του «θεραπευτή».

Μόλις ολοκληρωθεί το παιχνίδι ρόλων ακολουθεί μια ακόμα βιωματική άσκηση, το «ΜΠΑΜ!».

Βιωματική άσκηση: Μπαμ!

Οδηγίες: Σε κάθε εκπαιδευόμενο δίδεται μία κόλλα χαρτί η οποία έχει τα προφίλ 11 ανθρώπων. Σε κάθε προφίλ περιγράφονται κάποια βιολογικά και κάποια κοινωνικά χαρακτηριστικά. Οι εκπαιδευόμενοι καλούνται σε διάστημα μίας ώρας, να

επιλέξουν ομόφωνα έξι από τα έντεκα άτομα που αναγράφονται στην κόλλα, τα οποία θα επιβιώσουν από μία ενδεχόμενη πυρηνική έκρηξη, που θα σηματοδοτούσε την ολοκληρωτική καταστροφή του πλανήτη.

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Μέσα από το «ΜΠΑΜ!» οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να συνεργαστούν σε μία συνθήκη απειλητική με κάποιον τρόπο, καθώς πρέπει να «σώσουν τον πλανήτη». Επιπλέον, πρέπει να υπάρξει ομοφωνία, και για να συμβεί αυτό είναι απαραίτητο να ακουστούν όλες οι γνώμες. Επιπλέον, το «ΜΠΑΜ!» αποτελεί μία βιωματική άσκηση στην οποία εκφράζονται ενδεχόμενες προκαταλήψεις ή εδραιωμένες πεποιθήσεις του κάθε συμμετέχοντα.

Με την ολοκλήρωση της βιωματικής άσκησης οι συμμετέχοντες επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και μοιράζονται την εμπειρία τους. Κατά το μοίρασμα αυτό δίνεται έμφαση στο πώς ένιωσαν, εάν αισθάνθηκαν ότι ακούστηκε η γνώμη τους, εάν είναι ικανοποιημένοι με την επιλογή των ατόμων, εάν συνεργάστηκαν ικανοποιητικά, τί ήταν αυτό που βοήθησε ή δυσκόλεψε τη διαδικασία της επιλογής. Κατά την επεξεργασία αυτή γίνονται ξεκάθαρα τα εμπόδια που προκύπτουν στην επικοινωνία με τους άλλους ανθρώπους αλλά και τα σημεία τα οποία μπορεί ο καθένας να επεξεργαστεί ώστε να βελτιώσει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους άλλους. Μέσα από τη βιωματική άσκηση οι εκπαιδευόμενοι εξασκούν ουσιαστικά την ενσυναίσθησή τους μεταξύ τους σε μία πραγματική συνθήκη. Με την ολοκλήρωση της βιωματικής άσκησης, ξεκινά μια ομάδα συνάντησης στην οποία οι εκπαιδευόμενοι μοιράζονται σκέψεις και συναισθήματα για την εμπειρία τους, αλλά ταυτόχρονα δίνουν και ανατροφοδότηση για ολόκληρο το εκπαιδευτικό τριήμερο. Για το κλείσιμο του τριημέρου, οι συντονιστές ανατροφοδοτούν και εκείνοι τους συμμετέχοντες και κάνουν έναν απολογισμό καθώς και μία σύνοψη της διαδικασίας.

2.2.1.3.3 Τρίτο εκπαιδευτικό τριήμερο

1^η ημέρα

Έναν μήνα περίπου μετά την τελευταία συνάντηση της ομάδας, ξεκινά το τρίτο και τελευταίο εκπαιδευτικό τριήμερο. Η εκπαιδευτική διαδικασία ξεκινά με μια ομάδα συνάντησης στην οποία οι εκπαιδευόμενοι μοιράζονται οποιαδήποτε σκέψη ή συναίσθημα. Αφού ολοκληρωθεί η ομάδα συνάντησης, οι συμμετέχοντες συνεχίζουν με ένα παιχνίδι ρόλων, όπως έγινε και στο 2^ο εκπαιδευτικό τριήμερο, με τις ίδιες οδηγίες, αλλά με τη διάρκειά του να αυξάνει στα επτά λεπτά ανά θέση. Οι εκπαιδευόμενοι ενθαρρύνονται να επιλέξουν τις τριάδες τους με βάση τους ανθρώπους με τους οποίους δεν έχουν δουλέψει έως εκείνη τη στιγμή. Μόλις ολοκληρωθεί και το παιχνίδι ρόλων οι συμμετέχοντες επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και μοιράζονται τις εμπειρίες τους.

Μετά την ολοκλήρωση της μεγάλης ομάδας ξεκινά η εισαγωγή για τη θεματική ενότητα του τελευταίου τριημέρου που είναι ο θάνατος, το πένθος και η μεταφορά άσχημων νέων με ενσυναίσθηση. Για το λόγο αυτό ακολουθεί η βιωματική άσκηση «Η τέχνη του θανάτου».

Βιωματική άσκηση: Η τέχνη του θανάτου

Οδηγίες: Οι συμμετέχοντες έχουν από μία κόλλα χαρτί και διαθέσιμους μαρκαδόρους καιμπογιές. Η οδηγία που τους δίδεται είναι να ζωγραφίσουν οτιδήποτε τους έρχεται στο νου, όταν ακούν τη λέξη θάνατος. Μόλις ολοκληρώσουν τη ζωγραφιά τους, ο κάθε εκπαιδευόμενος την παρουσιάζει και την τοποθετεί σε κάποιο σημείο, στη μέση του κύκλου. Το ίδιο κάνουν όλοι οι εκπαιδευόμενοι. Έπειτα, ο κάθε ένας παρατηρεί τις ζωγραφιές και επιλέγει νοητικά αυτή την οποία βιώνει ως λιγότερο οικεία. Μόλις περιγράψει ποια από τις ζωγραφιές τού είναι λιγότερο οικεία, του ζητείται να μοιραστεί τί έχει την τάση να κάνει με τη ζωγραφιά. Θέλει να παρέμβει; Θέλει να την αγνοήσει; Θέλει να την αλλάξει;

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Μέσω της ζωγραφιάς οι συμμετέχοντες επιλέγουν μια θέση από την οποία θα προσεγγίσουν το θάνατο. Συνήθως επιλέγουν τη θέση του ανθρώπου που πενθεί. Λιγότεροι περιγράφουν τον ίδιο το θάνατο από τη μεριά του ανθρώπου που πεθαίνει. Εκεί συμπυκνώνουν όλα τα στοιχεία που θεωρούν ότι έχει ο θάνατος και έτσι ουσιαστικά μοιράζονται τις δικές τους πεποιθήσεις γύρω από αυτόν. Με το να σχολιάσουν ποια ζωγραφιά είναι περισσότερο και την τάση

τους σε σχέση με αυτή, ουσιαστικά περιγράφουν τη δική τους στάση απέναντι στο θάνατο. Έτσι αποκτούν μεγαλύτερη επίγνωση των αντιλήψεών τους γύρω από την απώλεια και το θρήνο.

Μόλις ολοκληρωθεί η βιωματική άσκηση «Η τέχνη του θανάτου» οι εκπαιδευόμενοι περιγράφουν πώς βίωσαν την εμπειρία και τί είδους πληροφορίες άντλησαν από αυτή. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται και στον τρόπο που μπορούν να συνδέσουν την άσκηση αυτή με την ιατρική πράξη. Πιο συγκεκριμένα τίθεται το ερώτημα «Ποια είναι η στάση μου ως επαγγελματίας υγείας, απέναντι στο θάνατο;» Μόλις ολοκληρωθεί η συζήτηση γύρω από τη βιωματική άσκηση, ολοκληρώνεται και η πρώτη ημέρα του τελευταίου τριημέρου.

2^η ημέρα

Η δεύτερη ημέρα του τριημέρου ξεκινά με μία σύντομη ομάδα συνάντησης, ενώ ακολουθεί ένα ακόμα παιχνίδι ρόλων, όμοιο με αυτά που προηγήθηκαν, με τη διαφορά ότι η διάρκειά του θα είναι δέκα λεπτά. Με την ολοκλήρωση του παιχνιδιού ρόλων, οι συμμετέχοντες επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και συζητούν την εμπειρία τους. Μόλις ολοκληρωθεί η συζήτηση αυτή ακολουθεί η θεματική ενότητα του πένθους. Για την εισαγωγή στην ενότητα αυτή, οι εκπαιδευτές διαβάζουν ένα παιδικό παραμύθι, το «Αφού δεν υπάρχουν δράκοι» του Jack Kent (184). Το παραμύθι αφορά στη στάση μας απέναντι στο θάνατο αλλά και στην επίδραση που έχει ο παραγνωρισμένος θρήνος. Μετά την ανάγνωση του παιδικού παραμυθιού, ακολουθεί βιωματική άσκηση με τίτλο «Η άσκηση της μικρής απώλειας».

Βιωματική άσκηση: Μικρή απώλεια

Οδηγίες: Οι συμμετέχοντες παίρνουν από ένα μικρό κομμάτι χαρτί και στυλό. Τους ζητείται να θυμηθούν κάτι μικρό που έχασαν, μια μικρή τους απώλεια, και να καταγράψουν στο χαρτί όσο το δυνατόν περισσότερες αλλαγές νομίζουν ότι τους έφερε αυτή η απώλεια στην καθημερινότητά τους.

Στόχος της βιωματικής άσκησης: Ακόμα και αν μια απώλεια νοηματοδοτείται ως

μικρή, αυτή είναι δυνατόν να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητά μας. Μέσα από τη βιωματική άσκηση οι εκπαιδευόμενοι μπορούν να συνειδητοποιήσουν τις επιδράσεις που επιφέρει μια απώλεια ακόμα κι όταν είναι μικρή.

Η ολοκλήρωση της βιωματικής άσκησης ουσιαστικά προετοιμάζει τους συμμετέχοντες για τις θεωρητικές εισηγήσεις που ακολουθούν σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η απώλεια (185), αλλά και με τους λόγους για τους οποίους είναι δυνατόν να συμβεί ο παραγνωρισμένος θρήνος (186).

Μετά τις εισηγήσεις αυτές ακολουθεί η αναλυτική παρουσίαση του πρωτοκόλλου SPIKES (187), η οποία αφορά στη μεταφορά άσχημων νέων. Κατά τη διάρκεια της παρουσίασης του πρωτοκόλλου, ενθαρρύνεται ιδιαίτερα ο διάλογος μεταξύ των εκπαιδευόμενων προκειμένου να εκφράσουν σκέψεις και προβληματισμούς. Μετά την παρουσίαση της μεθόδου SPIKES οι εκπαιδευόμενοι καλούνται να μοιραστούν εμπειρίες που ενδεχομένως έχουν γύρω από τη μεταφορά άσχημων νέων αλλά και σκέψεις και ανησυχίες τους.

Μετά τις θεωρητικές εισηγήσεις και τις παρουσιάσεις η δεύτερη ημέρα ολοκληρώνεται με μία σύντομη ομάδα συνάντησης.

3^η ημέρα

Η τελευταία ημέρα της εκπαίδευσης ξεκινά με ομάδα συνάντησης. Έπειτα ακολουθεί ένα ακόμα παιχνίδι ρόλων, όπως αυτά που προηγήθηκαν, με τη διαφορά ότι η διάρκειά του θα είναι δεκαπέντε λεπτά ανά θέση. Μετά την ολοκλήρωση των παιχνιδιών ρόλων, οι εκπαιδευόμενοι επιστρέφουν στη μεγάλη ομάδα και μοιράζονται την εμπειρία τους. Στη συνέχεια ακολουθεί μια ανακεφαλαίωση όλων των θεωρητικών εισηγήσεων και των τριών τριημέρων της εκπαίδευσης. Συμπληρωματικά σε αυτή την ανακεφαλαίωση παρουσιάζεται ένα άρθρο που αφορά στο ρόλο της ενσυναίσθησης, όπως αυτός περιγράφεται από έναν φοιτητή ιατρικής (188).

Προκειμένου να ολοκληρωθεί το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!», αφιερώνεται αρκετός χρόνος στην ομάδα συνάντησης. Σε αυτή ενθαρρύνονται οι φοιτητές να δώσουν ανατροφοδότηση (feedback) η οποία αφορά συνολικά την εμπειρία της συμμετοχής τους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα. Οι φοιτητές προσκαλούνται να μοιραστούν σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα, τόσο σε σχέση με την έννοια της ενσυναίσθησης όσο και με το γεγονός ότι η ομάδα φτάνει στο τέλος της. Έχει μεγάλη σημασία να υπάρξει χώρος ώστε να ακουστούν όλοι οι συμμετέχοντες ανεξαιρέτως.

Οι εκπαιδευτές δίνουν επίσης ανατροφοδότηση σε κάθε έναν εκπαιδευόμενο ξεχωριστά, μιλούν για την εμπειρία τους, συνοψίζουν την εκπαιδευτική διαδικασία και περιγράφουν το πώς οι ίδιοι βίωσαν την ομάδα και τον τρόπο που αυτή εργάστηκε.

2.2.2 Αποτελέσματα

Προκειμένου να μετρηθούν τυχόν διαφορές στην ενσυναίσθηση μετά τη συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία σε σχέση με πριν, χρησιμοποιήθηκαν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές μετρήσεις. Για τις ποσοτικές μετρήσεις χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μέτρησης ενσυναίσθησης κατά Jefferson (JSPE), ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, το οποίο συναντάται στη διεθνή βιβλιογραφία συχνότερα από κάθε άλλο αντίστοιχο. Είναι σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό (189) με εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cronbach alpha= 0.78). Αποτελείται από 20 ερωτήσεις (Παράρτημα Ι) όπως *«Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η επιτυχία μου ως γιατρός θα ήταν περιορισμένη»*. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε κλίμακα Likert από το 1 έως το 7, από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα. Τα σκορ μπορούν να κυμανθούν από το 20 έως το 140, με τα υψηλότερα σκορ να υποδεικνύουν καλύτερη ενσυναισθητική δεξιότητα. Για τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες βίωσαν την εμπειρία της εκπαίδευσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των ημιδομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στην ενότητα 2.4.

Όλοι οι εκπαιδευόμενοι είχαν μια προθεσμία μιας εβδομάδας πριν την έναρξη της εκπαίδευσης, και μιας εβδομάδας μετά την ολοκλήρωσή της, στην οποία έπρεπε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, οι συμμετέχοντες επαναξιολογήθηκαν. Προκειμένου να συγκριθούν τα σκορ του κάθε εκπαιδευόμενου ξεχωριστά (paired tests) χωρίς όμως να παραβιάζεται η ανωνυμία τους, κάθε εκπαιδευόμενος συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιώντας έναν προσωπικό κωδικό, τον οποίο γνώριζε αποκλειστικά ο ίδιος.

Οι μέσοι όροι του JSPE αλλά και οι τυπικές αποκλίσεις (τα) υπολογίστηκαν επίσης τόσο για την ομάδα ελέγχου, όσο και για την ομάδα παρέμβασης πριν, μετά και έξι μήνες αργότερα. Το στατιστικό κριτήριο t-test χρησιμοποιήθηκε για να εντοπιστούν οι διαφορές της ομάδας παρέμβασης (one sample paired t-test) αλλά και μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και ελέγχου (two samples unpaired t-test). Για να υπολογιστεί το μέγεθος της επίδρασης της εκπαίδευσης (effect size) προκειμένου να αξιολογηθεί η πρακτική σημαντικότητά της, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Cohen's d, με τον τύπο
$$\text{Cohen's } d = \frac{2t}{\sqrt{df}}$$
 όπου t= t-test και df= βαθμοί ελευθερίας (degrees of freedom). Εάν το Cohen's d είναι μικρότερο από 0.2 τότε αυτό ερμηνεύεται ως μικρή επίδραση (small effect size), εάν είναι μεταξύ 0.2 και 0.5 τότε αυτό ερμηνεύεται ως μέτρια επίδραση (medium effect size), ενώ οποιαδήποτε τιμή πάνω από το 0.5 ερμηνεύεται ως μεγάλη επίδραση και συνεπώς αυξημένη πρακτική σημαντικότητα (large effect size).

Για τις στατιστικές αναλύσεις των μετρήσεων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS (vol. 18).

2.2.2.1 Συμμετέχοντες

Κατά τη διάρκεια τριών συνεχόμενων εξαμήνων (εαρινό εξάμηνο 2014, χειμερινό εξάμηνο 2014, εαρινό εξάμηνο 2015), 42 φοιτητές ιατρικής ολοκλήρωσαν το

εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!». Και οι 42 φοιτητές ιατρικής παρακολούθησαν ολόκληρο το πρόγραμμα, χωρίς απουσίες.

Πιο συγκεκριμένα, 12 φοιτητές ιατρικής ολοκλήρωσαν την εκπαίδευση το Εαρινό εξάμηνο 2014, 14 φοιτητές το Χειμερινό εξάμηνο 2014 και 16 φοιτητές το Εαρινό εξάμηνο 2015. Κατά τη διάρκεια του εαρινού εξαμήνου 2015, 45 φοιτητές ιατρικής συμμετείχαν στην ομάδα ελέγχου.

Αναφορικά με το έτος σπουδών, για την ομάδα παρέμβασης 12 φοιτητές φοιτούσαν στο 4^ο έτος σπουδών, 17 φοιτητές ήταν στο 5^ο έτος σπουδών, ενώ στο 6^ο έτος σπουδών ήταν 13 φοιτητές. Την ομάδα ελέγχου απάρτιζαν 10 φοιτητές ιατρικής του 4^{ου} έτους, 15 φοιτητές του 5^{ου} έτους και 20 φοιτητές του 6^{ου} έτους.

Αναφορικά με το γένος, στην ομάδα παρέμβασης υπήρχαν 15 άνδρες και 27 γυναίκες, ενώ στην ομάδα ελέγχου υπήρχαν 15 άνδρες και 30 γυναίκες. Σε σχέση με τα ηλικιακά εύρη των συμμετεχόντων, αυτό κυμαινόταν μεταξύ των 21-28 έτη για την ομάδα παρέμβασης και 21-25 για την ομάδα ελέγχου. Οι μέσοι ηλικιακοί όροι ήταν 23.3 (1.49) για την ομάδα παρέμβασης και 22.2 (0.97) για την ομάδα ελέγχου.

Εφαρμόζοντας το στατιστικό κριτήριο χ^2 προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι δύο ομάδες δεν είχαν διαφορές αναφορικά με το γένος τους ($p=0.878$) και το έτος σπουδών ($p=0.43$), ενώ υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων της ομάδας ελέγχου ήταν κατά ένα έτος μικρότερος (22.2) από την ομάδα παρέμβασης (23.2) με στατιστική σημαντικότητα $p<0.001$.

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου.

	Ομάδα ελέγχου	Ομάδα παρέμβασης	Test <i>p</i> -value
ΣΥΝΟΛΟ	45	42	
ΕΞΑΜΗΝΟ ΣΠΟΥΔΩΝ			
Εαρινό 2014		12	
Χειμερινό 2014		14	
Εαρινό 2015	45	16	
ΕΤΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ			
4 ^ο	10	12	$\chi^2 = 1.690$ $p = 0.430$
5 ^ο	15	17	
6 ^ο +	20	13	
ΓΕΝΟΣ			
Άνδρες	15	15	$\chi^2 = 0.024$ $p = 0.878$
Γυναίκες	30	27	
ΗΛΙΚΙΑ			
Εύρος (min-max)	21 – 25	21 – 28	$t = 3.972$
ΜΟ (τα)	22.2 (0.97)	23.3 (1.49)	$p = 0.000149$

2.2.2.2 Συγκρίσεις εντός της ομάδας και μεταξύ των ομάδων

Και οι 42 φοιτητές της ομάδας παρέμβασης συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, πριν και μετά τη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση, όπως και έξι μήνες αργότερα (follow up). Ο μέσος όρος των βαθμών που σημείωσαν πριν την εκπαίδευση ήταν 109.3 (12.7), μετά την εκπαίδευση ήταν 121.1 (9.0) και έξι μήνες μετά ήταν 121.1 (9.5). Η διαφορά των μετρήσεων πριν και μετά ήταν στατιστικά σημαντική ($p < 0.0001$) όπως εξίσου σημαντική ήταν και η διαφορά μεταξύ των μετρήσεων πριν την παρέμβαση και έξι μήνες αργότερα ($p < 0.0001$). Μη στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά των μετρήσεων αμέσως μετά την εκπαίδευση και έξι μήνες αργότερα ($p = 0.999$). Το στατιστικό κριτήριο χ^2 χρησιμοποιήθηκε για να εντοπιστούν τυχόν διαφορές μεταξύ των ομάδων που συνθέτουν την ομάδα παρέμβασης (Εαρινό εξάμηνο 2014, Χειμερινό εξάμηνο 2014, Εαρινό εξάμηνο 2015). Η ανάλυση δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών κοορτών ($\chi^2 = 0.591$, $p = 0.964$).

Πίνακας 3 Μέσοι όροι (και τυπικές αποκλίσεις) των τριών κοορτών που απαρτίζουν την ομάδα παρέμβασης.

JSPE Scores. ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ [ΜΟ(τα)]				
	Πριν	Μετά	Follow up	
Εαρινό εξάμηνο 2014	100.4 (13.7)	120.8 (10)	118.6 (8.7)	$\chi^2=0.591$ $p=0.964$
Χειμερινό εξάμηνο 2014	116.5 (7.5)	123.3 (6.1)	123 (7.7)	
Εαρινό εξάμηνο 2015	109.8 (12)	119.4 (10.5)	121.3 (11.5)	

Αντίστοιχα, το μέγεθος επίδρασης (effect size) ήταν εξαιρετικά υψηλό στην πριν και μετά σύγκριση (Cohen's $d= 1.072$) όπως και στην πριν και μετά από έξι μήνες μέτρηση (Cohen's $d= 1.052$) αποδεικνύοντας μεγάλη πρακτική σημαντικότητα των ευρημάτων. Από την άλλη, στη σύγκριση μετά και έξι μήνες αργότερα, το μέγεθος επίδρασης ήταν πολύ χαμηλό (Cohen's $d<0.01$).

Ο μέσος όρος του σκορ για την ομάδα ελέγχου ήταν 108.7 (10.5). Η σύγκριση της ομάδας ελέγχου με τα σκορ της ομάδας παρέμβασης πριν την έναρξη της παρέμβασης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.797$). Ωστόσο, η σύγκριση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης ανέδειξε εξαιρετικά στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο σε σχέση με τα σκορ μετά την παρέμβαση ($p<0.0001$) αλλά και έξι μήνες αργότερα ($p<0.0001$).

Αντίστοιχα, αναφορικά με το μέγεθος επίδρασης (effect size), η ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης στις μετρήσεις πριν την παρέμβαση ανέδειξε χαμηλή επίδραση (Cohen's $d=0.051$). Αντίθετα, μεγάλη πρακτική σημαντικότητα αναδείχθηκε από τις συγκρίσεις της ομάδας ελέγχου με τις μετρήσεις της ομάδας παρέμβασης αμέσως μετά την παρέμβαση και έξι μήνες αργότερα, με το Cohen's d να είναι 1.268 και 1.238 αντίστοιχα.

Πίνακας 4. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης μετρημένος με το εργαλείο JSPE ανά φοιτητή, ανά μέτρηση, ταξινομημένα από το μικρότερο στο μεγαλύτερο με βάση την Πριν μέτρηση, έπειτα τη Μετά κι έπειτα την μέτρηση Follow up. Όπου Σ= συμμετέχοντας, Η= ηλικία, ΕΣ = έτος σπουδών, Φ= φύλο

ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ							ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ				
				JSPE score							JSPE score
Σ	Η	ΕΣ	Φ	ΠΡΙΝ	ΜΕΤΑ	6 ΜΗΝΕΣ	Σ	Η	ΕΣ	Φ	
1	23	5	Θ	77	121	122	1	24	6	Α	87
2	25	6	Θ	87	95	91	2	21	4	Α	89
3	23	5	Θ	91	106	106	3	21	4	Α	92
4	23	5	Α	91	109	115	4	21	4	Θ	94
5	24	6	Θ	93	122	121	5	21	4	Α	97
6	22	4	Α	93	123	124	6	21	4	Α	98
7	24	6	Θ	96	120	118	7	22	5	Θ	98
8	22	4	Θ	96	125	124	8	23	6	Α	99
9	23	5	Θ	99	102	109	9	22	5	Θ	99
10	23	5	Α	100	115	113	10	22	5	Α	100
11	26	6	Θ	100	132	111	11	22	5	Α	101
12	23	5	Α	101	112	115	12	21	4	Θ	102
13	22	4	Α	101	115	118	13	21	4	Θ	103
14	22	4	Θ	102	107	109	14	21	4	Θ	104
15	25	6	Α	103	128	116	15	23	6	Θ	104
16	23	5	Α	104	124	130	16	21	4	Θ	104
17	23	6	Θ	106	110	109	17	23	6	Α	106
18	24	6	Α	106	121	115	18	23	6	Θ	107
19	21	4	Θ	107	117	117	19	23	6	Θ	107
20	28	6	Θ	107	125	122	20	23	6	Θ	107
21	23	5	Θ	109	112	121	21	24	6	Θ	108

22	24	5	A	111	119	114	22	23	6	A	108
23	22	5	Θ	114	116	126	23	22	5	Θ	108
24	22	4	Θ	114	120	131	24	23	6	Θ	108
25	24	6	Θ	115	128	126	25	22	5	A	108
26	23	5	Θ	115	132	127	26	22	5	Θ	110
27	22	4	Θ	117	118	117	27	22	6	Θ	110
28	23	5	A	117	123	121	28	25	6	A	111
29	21	4	Θ	118	127	122	29	21	4	Θ	111
30	24	5	A	119	120	117	30	23	6	Θ	113
31	23	6	Θ	119	122	121	31	22	5	Θ	113
32	26	6	Θ	119	132	138	32	22	5	Θ	114
33	24	6	A	120	129	121	33	22	6	Θ	114
34	22	4	Θ	122	125	134	34	23	6	Θ	114
35	22	5	A	123	124	134	35	22	5	Θ	114
36	23	5	Θ	124	125	123	36	23	6	Θ	115
37	22	4	Θ	124	125	125	37	23	6	A	116
38	22	4	A	125	130	131	38	21	4	Θ	117
39	23	4	A	125	131	128	39	22	5	Θ	118
40	24	5	Θ	125	139	138	40	24	6	Θ	120
41	23	5	Θ	128	131	139	41	22	5	Θ	122
42	27	6	Θ	129	129	127	42	22	5	A	123
							43	22	5	A	130
							44	22	5	Θ	133
							45	22	6	Θ	135
M.O.	23.3			109.3	121.1	121.1		22.2			108.7
(τα)	1.48			12.7	9.04	9.5		0.97			10.5

Πίνακας 5. Συγκρίσεις μεταξύ ομάδας παρέμβασης και ελέγχου και εντός της ομάδας παρέμβασης, πριν, μετά και έξι μήνες αργότερα [two tailed t-test (t)* με διάστημα εμπιστοσύνης 95% και αντίστοιχες τιμές (p) στατιστικής σημαντικότητας και παράγοντας επίδρασης Cohen's d[†]].

		Πριν	Μετά	Follow-up
Ομάδα ελέγχου	t p d	0.258 0.797 0.051	5.882 8x10 ⁻⁷ 1.268	5.761 13x10 ⁻⁶ 1.238
Πριν	t p d		6.521 1x10 ⁻⁷ 1.072	6.730 2x10 ⁻⁸ 1.052
Μετά	t p d			0.000 0.999 0.000
* Unpaired t-tests με 85 βαθμούς ελευθερίας σε όλες τις συγκρίσεις με την ομάδα ελέγχου· paired t-tests με 41 βαθμούς ελευθερίας στις υπόλοιπες συγκρίσεις. † Cohen's d εύρος 0-2; ερμηνεία: <0.2 μικρό, 0.2≤d≤ 0.5 μεσαίο, >0.5 μεγάλο.				

2.3 ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ «Η ΚΑΤΑ ΣΩΚΡΑΤΗ ΜΕΡΟΛΗΨΙΑ»

Κατά τη διάρκεια των μετρήσεων της πρώτης εκπαιδευτικής ομάδας (Εαρινό εξάμηνο 2014), τα σκορ της ομάδας πριν την παρέμβαση ήταν εντυπωσιακά υψηλά, καθώς άγγιζαν σχεδόν το 80% του μέγιστου σκορ του JSPE. Αρχικά θεωρήσαμε ότι αυτό οφείλεται στην ανικανότητα του ερωτηματολογίου να αξιολογήσει επακριβώς την δεξιότητα της ενσυναίσθησης. Εκ των υστέρων υποθέσαμε ότι αυτό το υψηλό σκορ ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός πως οι εκπαιδευόμενοι υπερεκτίμησαν την ικανότητά τους για ενσυναίσθηση, λόγω της άγνοιά τους του τί ακριβώς είναι η ενσυναίσθηση και πώς αυτή μπορεί να επιτευχθεί, καθώς κανένας τους έως εκείνη τη στιγμή δεν είχε εκπαιδευτεί στην ενσυναίσθηση. Αυτή την υπόθεση την ονομάσαμε «Δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν» (ΔΞΟΔΞ). Ως εκ τούτου αναπτύξαμε μια μέθοδο προκειμένου να υπολογίσουμε την επίδρασή της και την εφαρμόσαμε στις

επόμενες εκπαιδευτικές ομάδες (Χειμερινό εξάμηνο 2014 και Εαρινό εξάμηνο 2015).

2.3.1 Μέθοδος

Οι 30 εκπαιδευόμενοι που παρακολούθησαν τις δύο τελευταίες εκπαιδευτικές ομάδες, όπως ήδη αναφέρθηκε, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο πριν, μετά και έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης. Επιπλέον, προκειμένου να αξιολογηθεί η υπόθεση «Δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν» (συστηματικό σφάλμα ΔΞΟΔΞ), την τελευταία ημέρα του τρίτου εκπαιδευτικού τριμήνου, τους ζητήθηκε να ξανασυμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο JSPE (Παράρτημα II) με την ακόλουθη οδηγία:

«Με την τωρινή σας γνώση αναφορικά με το τί είναι ενσυναίσθηση και πώς μπορεί να εκφραστεί, ξανασυμπληρώστε το ερωτηματολόγιο σαν να ήταν η μέρα πριν την πρώτη ημέρα της εκπαίδευσή σας. Πώς θα έπρεπε τότε να το έχετε συμπληρώσει;»

Υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις μετρήσεις πριν και εκ των υστέρων για πριν, ενώ έγιναν συγκρίσεις ανά ζεύγος χρησιμοποιώντας το κριτήριο t-test (paired t-test). Επιπλέον, υπολογίστηκε το μέγεθος επίδρασης (effect size) προκειμένου να αξιολογηθεί η πρακτική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Το μέγεθος της διαφοράς των μετρήσεων πριν-εκ των υστέρων για πριν χρησιμοποιήθηκε ως δείκτης του στατιστικού σφάλματος (συστηματικό σφάλμα ΔΞΟΔΞ).

2.3.2 Αποτελέσματα

Στη μέτρηση του συστηματικού σφάλματος ΔΞΟΔΞ συμμετείχαν οι φοιτητές των δύο επόμενων εκπαιδευτικών ομάδων. Από τους 30 συμμετέχοντες, οι 18 ήταν γυναίκες και οι 12 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 23.2 έτη (τ.α.= 1.63). Αναφορικά

με το έτος σπουδών, 10 φοιτητές βρίσκονταν στο 4^ο έτος σπουδών, 10 φοιτητές στο 5^ο έτος σπουδών και 10 φοιτητές στο 6^{ο+} έτος σπουδών.

Το μέσο σκορ των δύο ομάδων πριν την έναρξη της εκπαίδευσης ήταν 112.9 (10.5). Όταν ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ξανά το JSPE σαν να ήταν η ημέρα πριν την έναρξη της εκπαίδευσής τους, αλλά με τη γνώση που έχουν εκ των υστέρων, αυτοί σημείωσαν χαμηλότερα σκορ σε σύγκριση με την πρώτη μέτρηση. Πιο συγκεκριμένα το μέσο σκορ τους ήταν 91.5 (14.8).

Πίνακας 6. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης ανά φοιτητή μετρημένος με το εργαλείο JSPE για Πριν και Εκ των υστέρων για πριν, ταξινομημένα από μικρότερο στο μεγαλύτερο με βάση την Πριν μέτρηση και έπειτα την Εκ των υστέρων για πριν. Όπου Σ= συμμετέχοντας, Η= ηλικία, ΕΣ= έτος σπουδών, Φ= φύλο

Σ	Η	ΕΣ	Φ	Πριν (Π)	Εκ των υστέρων για πριν (Υ)	Π-Υ
1	25	6	Θ	87	65	22
2	23	5	Α	91	82	9
3	23	5	Α	101	92	9
4	22	4	Α	101	93	8
5	22	4	Θ	102	78	24
6	25	6	Α	103	97	6
7	23	5	Α	104	96	8
8	24	6	Α	106	29	77
9	23	6	Θ	106	98	8
10	21	4	Θ	107	99	8
11	28	6	Θ	107	102	5
12	23	5	Θ	109	80	29
13	22	5	Θ	114	90	24
14	22	4	Θ	114	101	13
15	23	5	Θ	115	95	20
16	24	6	Θ	115	107	8
17	22	4	Θ	117	93	24
18	23	5	Α	117	96	21
19	21	4	Θ	118	94	24
20	26	6	Θ	119	87	32
21	23	6	Θ	119	99	20

22	24	5	A	119	99	20
23	24	6	A	120	102	18
24	22	4	Θ	122	95	27
25	22	5	A	123	87	36
26	22	4	Θ	124	108	16
27	22	4	A	125	93	32
28	23	4	A	125	94	31
29	23	5	Θ	128	104	24
30	27	6	Θ	129	91	38
ΣΥΝ				3387	2746	641
ΜΟ	23,2			112,9	91,5	21,4
τα	1,6			10,5	14,8	14,2

Η διαφορά των σκορ ήταν στατιστικά σημαντική με $p < 0.0001$. Επιπλέον, το μέγεθος επίδρασης (effect size) βρέθηκε να είναι πολύ ισχυρό (Cohen's $d = 1.69$), το οποίο υποδηλώνει μεγάλη πρακτική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

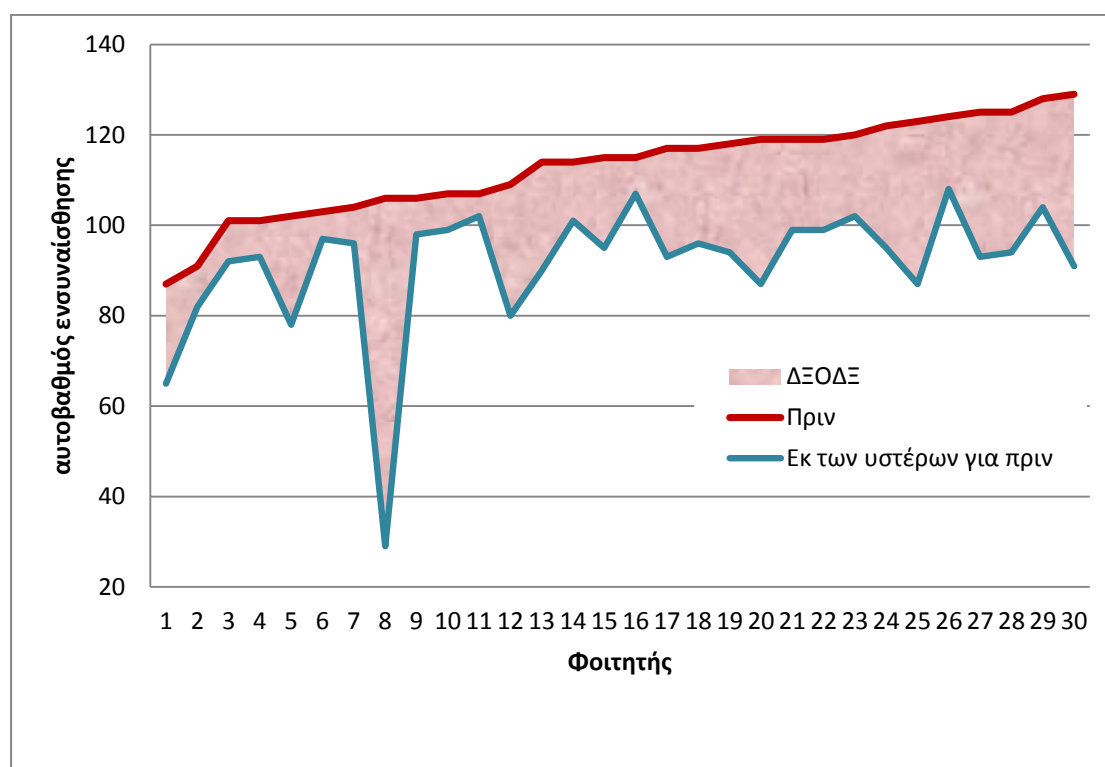
Πίνακας 7. Συγκρίσεις εντός της ομάδας παρέμβασης για τις Πριν και Εκ των υστέρων για πριν μετρήσεις με υπολογισμό *t*-test (one sample) και μέγεθος επίδρασης.

	Πριν (Π)	Εκ των υστερων για πριν (Υ)	Π-Υ
ΣΥΝ	3387 (123.3)	2746 (100)	641 (23.3)
Μ.Ο.	112.9	91.5	21.4
τα	10.5	14.8	14.2
t-test (df=29)	4.4		
p-value	4×10^{-9}		
Cohen's d	1.69		

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, το συνολικό άθροισμα των σκορ για τη μέτρηση πριν την έναρξη της εκπαίδευσης ήταν 3387, ενώ για τη μέτρηση εκ των

υστέρων για πριν ήταν 2746. Η μεταξύ τους διαφορά είναι 671 JSPE μονάδες. Εάν υπολογίσουμε ως βάση (100%) την εκ των υστέρων για πριν μέτρηση (2746), η πριν μέτρηση μετατρέπεται σε 123.3%. Αυτό σημαίνει ότι η διαφορά των δύο μετρήσεων είναι της τάξης του 23.3%. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει το μέγεθος της εσφαλμένης αντίληψης που είχαν οι εκπαιδευόμενοι για την ενσυναίσθηση και τον τρόπο με τον οποίο αυτή προάγεται, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση «Δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν» (ΔΞΟΔΞ).

Εικόνα 1. Αυτοβαθμός ενσυναίσθησης Πριν την εκπαίδευση και Εκ των υστέρων για πριν μετρημένος με το εργαλείο JSPE. Με βάση αύξουσα ταξινόμηση των Πριν αυτοβαθμών.



2.3.3 Συζήτηση

Τα εντυπωσιακά υψηλά σκορ που σημείωσαν οι εκπαιδευόμενοι στην πρώτη εκπαιδευτική ομάδα προβλημάτισαν ιδιαίτερα τους ερευνητές, με δεδομένο το γεγονός πως κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε παρακολουθήσει κάποια αντίστοιχη εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση και δεν είχε καμία εμπειρία γύρω από αυτή. Μέσω μιας επιπλέον μέτρησης που προσθέσαμε την τελευταία μέρα της εκπαίδευσης, αποκαλύψαμε την ύπαρξη ενός συστηματικού σφάλματος μέσω της υπόθεσης «Δεν ξέρουν ότι δεν ξέρουν», και προσφέραμε έναν εύκολο τρόπο υπολογισμού του. Η στατιστική ανάλυση έδειξε το μέγεθος αυτού του σφάλματος να φτάνει στο 23.3%, το οποίο είναι στατιστικά σημαντικό ($p < 0.0001$).

Οι συμμετέχοντες φαίνεται να υπερεκτίμησαν την ικανότητά τους να είναι ενσυναίσθητικοί, καθώς είχαν διαστρεβλωμένη αντίληψη για το τί είναι ενσυναίσθηση και πώς αυτή μπορεί να εκφραστεί. Ωστόσο, μέσω της συμμετοχής τους στο εν λόγω εκπαιδευτικό πρόγραμμα, είχαν την ευκαιρία να αποσαφηνίσουν τόσο την έννοια της ενσυναίσθησης, όσο και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί κάποιος να την ενσωματώσει στη σχέση του με τους ασθενείς. Ένα βασικό στοιχείο της συμμετοχής τους ήταν ότι κατάφεραν να προσδιορίσουν επακριβώς την έννοια της ενσυναίσθησης, καθώς πριν τη συμμετοχή τους ο τρόπος με τον οποίο την προσδιόριζαν ήταν λανθασμένος. Ως εκ τούτου, χωρίς εξωτερικούς εξεταστές, αλλά μόνο με την προσωπική τους εμπειρία, συμπλήρωσαν ξανά το JSPE, στο οποίο ουσιαστικά αξιολογούσαν το επίπεδο της γνώσης που έχουν γύρω από την ενσυναίσθηση.

Σύμφωνα με το φιλοσοφικό ρεύμα της φαινομενολογίας, δεν υπάρχει μια αντικειμενική αλήθεια την οποία προσλαμβάνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο. Ο υποκειμενικός τρόπος με τον οποίο το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και βιώνει τον κόσμο προσδιορίζει και τη συμπεριφορά του. Το ερώτημα όμως είναι, για ποιο λόγο μπορεί να έχει κάποιος τόσο διαστρεβλωμένη αντίληψη της γνώσης του.

Οι φοιτητές που συμμετείχαν στην εκπαίδευση, ανέφεραν ότι απογοητεύτηκαν όταν συνειδητοποίησαν πως δεν είναι ιδιαίτερα ενσυναισθητικοί, τουλάχιστον όσο νόμιζαν. Μια εξήγηση γι' αυτό θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι, σύμφωνα με τις αρχές της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης που αναφέρθηκαν στο πρώτο μέρος, όταν οι άνθρωποι βιώνουν κάτι το οποίο είναι απειλητικό προς την αυτοεικόνα τους (η αυτοεικόνα συμπεριλαμβάνει όλα εκείνα τα στοιχεία με τα οποία ο κάθε άνθρωπος περιγράφει τον εαυτό του), αυτές οι εμπειρίες είτε διαστρεβλώνονται είτε απαρνιούνται.

Όπως μπορούμε να δούμε και στην Εικόνα 1, ένας εκπαιδευόμενος αξιολόγησε πολύ αυστηρά τον εαυτό του κατά την Εκ των υστέρων για πριν μέτρηση. Μια πιθανή ερμηνεία γι' αυτό το εύρημα θα ήταν ότι ο εκπαιδευόμενος, αφού συνειδητοποίησε ότι δεν ήταν όσο ενσυναισθητικός νόμιζε, εκ των υστέρων εκμηδένισε και την έως τότε ικανότητά του για ενσυναίσθηση.

Σύμφωνα με τους Schiekirka, Anders and Raupach (190), θα πρέπει να λάβουμε υπόψη την επίδραση που ασκούν οι αναδρομικές μετρήσεις στην ιατρική εκπαίδευση. Η έρευνά τους αποκάλυψε ότι αυτού του είδους οι μετρήσεις τείνουν να είναι πιο απαισιόδοξες από τις αρχικές.

Το Dunning-Kruger effect (191) είναι επίσης ένα κοινωνικό συστηματικό σφάλμα, όπου ανεκπαιδευτοί άνθρωποι αισθάνονται ότι υπερέχουν αναφορικά με τις γνώσεις τους, ενώ οι εξαιρετικά ικανοί άνθρωποι διαστρεβλώνουν τις ικανότητες των άλλων. Η λανθασμένη άποψη για τους άλλους, διαστρεβλώνει και την αντίληψη που έχουν για τις δικές τους ικανότητες.

Η διαφορά μεταξύ του ΔΞΟΔΞ συστηματικού σφάλματος και του Dunning-Kruger effect είναι ότι το πρώτο αναφέρεται στην αίσθηση που έχει ο καθένας για τον εαυτό του και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα σε σχέση με την αυτοεικόνα του και όχι σε σχέση με τους άλλους. Επιπλέον, στο Dunning-Kruger effect υπάρχουν εξωτερικοί αξιολογητές που κρίνουν τις ικανότητες των ατόμων και έτσι αποδέχονται την ύπαρξη μιας αντικειμενικής πραγματικότητας. Από την άλλη, στο συστηματικό σφάλμα ΔΞΟΔΞ δεν υπάρχει η αντικειμενική πραγματικότητα, αλλά μόνο ο ατομικός τρόπος με τον οποίο ο καθένας βιώνει την

πραγματικότητά του. Συνεπώς ο ίδιος αξιολογεί την ικανότητά του αλλά και την άγνοιά του.

2.4 ΠΩΣ ΟΙ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΒΙΩΣΑΝ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ: ΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Η συνέντευξη στην μη-ποσοτική έρευνα είναι μια «*συνέντευξη της οποίας σκοπός είναι να εξασφαλίσει περιγραφές του τρόπου που γίνεται αντιληπτός ο κόσμος από το άτομο, με σεβασμό στην ερμηνεία του νοήματος των φαινομένων που περιγράφει*», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Kvale (192).

Η ημιδομημένη συνέντευξη που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα υιοθετεί ένα μοντέλο δόμησης, το οποίο επιτρέπει τη διερεύνηση του πλαισίου αναφοράς των συμμετεχόντων σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η δομημένη συνέντευξη, αλλά έχει και κάποια δομή ώστε να επιτρέπει παράλληλα και τη συσχέτιση ή σύγκριση μεταξύ των συνεντεύξεων της έρευνας (193). Η μορφή αυτή της συνέντευξης δίνει τη δυνατότητα στον εκάστοτε συμμετέχοντα να απαντήσει σε συγκεκριμένες ερωτήσεις αλλά παράλληλα του δίνει την ευκαιρία να καθοδηγήσει τη συζήτηση σε όποιο σημείο θέλει και να σταθεί όπου εκείνος θεωρεί πιο σημαντικό. Όταν λοιπόν αναδύονται νέα πεδία γνώσης ο ερευνητής «*χρησιμοποιώντας τον ημιδομημένο σχεδιασμό αφήνει τη συζήτηση να αναπτυχθεί, διερευνώντας νέα δεδομένα, τα οποία είναι κατάλληλα για τον συμμετέχοντα*» όπως περιγράφουν οι Hesse-Biber and Leavy (194, σελ. 102).

Οι ερωτήσεις της συνέντευξης επιλέγονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην προκαλούν δυσφορία στους συμμετέχοντες, να μην τους απειλούν, αλλά ταυτόχρονα να απαντούν και στους στόχους της έρευνας, όπως τέθηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο. Ο στόχος ήταν οι ερωτήσεις να μην είναι κατευθυντικές και να ενθαρρύνουν το διάλογο.

2.4.1 Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση

Η Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση (ΕΦΑ) είναι μια ποιοτική μέθοδος ανάλυσης στην έρευνα η οποία χρησιμοποιείται κυρίως στις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες. Ο βασικός λόγος για τον οποίο επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος στην παρούσα εργασία είναι επειδή αυτή εστιάζει στην υποκειμενική εμπειρία των εκπαιδευομένων μέσα στην εκπαιδευτική διαδικασία, όπως αυτή βιώθηκε από τους ίδιους, ενώ ταυτόχρονα ο ερευνητής γίνεται και παρατηρητής και καταγράφει τη δική του οπτική. Συνεπώς κατά την ΕΦΑ αναγνωρίζεται ορθά η υποκειμενικότητα του ερευνητή. Ο βασικός σκοπός της ΕΦΑ είναι να εξερευνήσει τα νοήματα και τη συμβολοποίηση που κάνουν οι ίδιοι οι εκπαιδευόμενοι κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, τη στιγμή που έχουν βιώσει με το δικό τους μοναδικό τρόπο μια κοινή διαδικασία. Η ΕΦΑ προσπαθεί να κατανοήσει σε βάθος την εμπειρία των εκπαιδευόμενων.

Από την άλλη μεριά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, (Ενότητα 1.5) η Προσωποκεντρική Προσέγγιση (στην οποία βασίζεται το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ») στηρίζεται σε δύο θεμελιώδη φιλοσοφικά ρεύματα. Το ένα είναι ο υπαρξισμός και το άλλο είναι η φαινομενολογία. Ο υπαρξισμός απαντά σε βασικά ζητήματα της ζωής, όπως το «*Πού μπορώ να βρω την ευτυχία;*» ή το «*Πώς μπορώ να πραγματωθώ;*» ενώ η φαινομενολογία περιγράφει τη μία και μοναδική σχέση που έχει κάθε άτομο με τον εαυτό του. Σύμφωνα με το φιλοσοφικό ρεύμα της φαινομενολογίας, δεν υπάρχει αντικειμενική πραγματικότητα και κάθε άτομο βλέπει και βιώνει τις εμπειρίες του με έναν μοναδικό τρόπο, μέσα από το προσωπικό του πλαίσιο αναφοράς.

Η φαινομενολογία στην οποία βασίζεται η Προσωποκεντρική Προσέγγιση αλλά και η φαινομενολογική ματιά της ΕΦΑ αποδεικνύουν ότι η ΕΦΑ είναι το καταλληλότερο εργαλείο για την προσέγγιση αλλά και τη βαθύτερη κατανόηση της εμπειρίας των εκπαιδευόμενων. Πρόκειται περισσότερο για μια ανάγνωση «*πίσω από το κείμενο*», μια διαδικασία που στόχο έχει να αφουγκραστεί τις βιωμένες εμπειρίες παρά να γενικεύσει τα νοήματα αυτών των εμπειριών. Στόχος της ΕΦΑ, αλλά και εν γένει της ποιοτικής ανάλυσης, είναι η εις βάθος προσέγγιση του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς των συμμετεχόντων. Ο ερευνητής, διαδραματίζει

ενεργό ρόλο στη διαδικασία, καθώς ο ίδιος οφείλει να αναγνωρίσει τα νοήματα αυτά που αποδίδονται μέσα από τις συνεντεύξεις.

Η κοινή εμπειρία μεταξύ των συμμετεχόντων αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ΕΦΑ, καθώς η εν λόγω ερευνητική διαδικασία νοηματοδοτεί τις κοινά βιωμένες εμπειρίες. Στην προκείμενη περίπτωση ο στόχος των συνεντεύξεων ήταν η αναγνώριση της επίδρασης που άσκησε η συμμετοχή των φοιτητών στο «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!», σύμφωνα πάντα με το ατομικό πλαίσιο αναφοράς του καθενός. Η ΕΦΑ είναι μια μέθοδος που στόχο έχει την κατανόηση των εμπειριών που προηγουμένως δεν είχαν διερευνηθεί ή δεν είχαν γίνει επαρκώς κατανοητές (195-198). Ο ερευνητής ψάχνει να περιγράψει παρά να εξηγήσει τις εμπειρίες αυτές. Ψάχνει να κατανοήσει τον τρόπο με τον οποίο οι εμπειρίες αυτές βιώθηκαν, συμβολοποιήθηκαν και οργανώθηκαν με τέτοιον τρόπο ώστε να νοηματοδοτούνται από τους ίδιους τους συμμετέχοντες.

2.4.1.1 Τρόπος συλλογής δεδομένων

Μια εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση της κάθε εκπαιδευτικής ομάδας, πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους εκπαιδευόμενους, χρησιμοποιώντας ανοιχτές ερωτήσεις (Παράρτημα ΙΙΙ). Ενδεικτικά, ερωτήσεις που κλήθηκαν να απαντήσουν οι εκπαιδευόμενοι ήταν «*Πώς βίωσες την εμπειρία της εκπαίδευσης;*» ή «*Τί κρατάς από τη συμμετοχή σου σε αυτή;*». Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν μέσω Skype, και με την άδεια των ίδιων των εκπαιδευόμενων, οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν. Το Skype χρησιμοποιήθηκε λόγω της χιλιομετρικής απόστασης που χώριζε τον ερευνητή και τους εκπαιδευόμενους. Οι ημέρες και οι ώρες διεξαγωγής των συνεντεύξεων καθορίστηκαν εκ των προτέρων και από κοινού, ώστε να εξυπηρετούνται αμφότεροι. Οι εκπαιδευόμενοι ήταν ελεύθεροι να επιλέξουν εάν θέλουν να συμμετέχουν στη διαδικασία των συνεντεύξεων ή όχι. Όλοι είχαν πρόσβαση στο ηχογραφημένο υλικό, ενώ είχαν την ευκαιρία να ζητήσουν να διαγραφεί το υλικό τους ανά πάσα στιγμή.

Οι συνεντεύξεις έγιναν από τον εκπαιδευτή, ο οποίος συντόνιζε και διευκόλυνε τη διαδικασία κατά τη διάρκεια του «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!».

2.4.1.2 Δείγμα

Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτελείται από 42 προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής, κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι η συμμετοχή τους στη βιωματική εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση με τίτλο «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!». Αυτό σημαίνει ότι το δείγμα της έρευνας είναι «σκόπιμο», ότι έχει δηλαδή επιλεγεί επειδή ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται αναλυτικά στην ενότητα 2.2.1.1.

2.4.1.3 Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση των συνεντεύξεων.

Η διαδικασία της ΕΦΑ περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια. Το πρώτο και βασικότερο τμήμα της ΕΦΑ είναι η κατ' επανάληψη ακρόαση των συνεντεύξεων. Έπειτα ακολουθεί η αυτολεξεί απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων αυτών. Στη συνέχεια, επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις των απομαγνητοφωνήσεων είναι απαραίτητες. Μέσα από τις αναγνώσεις προκύπτουν λέξεις κλειδιά σε όλα τα κείμενα, και επιπλέον αναγνωρίζονται κατηγορίες θεμάτων που ενυπάρχουν σ' αυτές. Αυτή η διαδικασία συμβαίνει αρκετές φορές για κάθε απομαγνητοφωνημένο κείμενο. Εν τέλει το συνολικό υλικό κατηγοριοποιείται σε θέματα, τα οποία αποτελούν μοτίβα νοήματος. Τα θέματα αυτά συγκεντρώνονται ως προς το περιεχόμενό τους. Κάθε εννοιολογική ομάδα θεμάτων συγκεντρώνεται σε έναν περιγραφικό τίτλο (τίτλος υπερθέματος). Δημιουργήθηκε με αυτόν τον τρόπο ένας πίνακας (πίνακας 8) αποτελεσμάτων ο οποίος εμπεριέχει το υπέρθεμα της έρευνας, τα υποθέματα που ανήκουν σε αυτό και ένα παράδειγμα που αποκαλύπτει σαφέστερα το εννοιολογικό περιεχόμενο.

Ο πίνακας αυτός είναι αποτέλεσμα μιας κυκλικής διαδικασίας διαρκούς επανεξέτασης όλων των σταδίων της ανάλυσης, με στόχο να διατηρηθεί η ακεραιότητα της εμπειρίας και των δηλώσεων των συμμετεχόντων.

Το τελευταίο στάδιο της μεθοδολογικής αυτής προσέγγισης παρουσιάζεται αναλυτικά παρακάτω και αφορά στη συγγραφή ενός αφηγηματικού απολογισμού της αλληλεπίδρασης της ερμηνευτικής διαδικασίας του ερευνητή και της εμπειρίας των συμμετεχόντων (196).

2.4.2 Αποτελέσματα

Από τα δεδομένα των συνεντεύξεων αναδύθηκε συνολικά ένα υπέρθεμα με δύο υποθέματα. Οι όροι υπέρθεμα και υπόθεμα υιοθετούνται από την περιγραφή της Storey (199) για τον τρόπο διεξαγωγής της ερμηνευτικής φαινομενολογικής ανάλυσης.

Το υπέρθεμα που προέκυψε ήταν *«η βίωση της εμπειρίας της εκπαίδευσης ως ευκαιρία για πραγμάτωση»*, από το οποίο αναδείχθηκαν δύο υποθέματα. Το πρώτο αναφέρεται στην *«αλλαγή σε σχέση με τους άλλους»* και το δεύτερο στην *«ανακατασκευή της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκόπησης»*.

Κάθε συμμετέχοντας περιέγραψε τη συμμετοχή στην εκπαίδευση ως μια επαρκή ευκαιρία να αφουγκραστεί τον εαυτό του και τις εσωτερικές ανάγκες του. Όπως ήδη αναφέρθηκε στις μεθόδους, στόχος της εκπαίδευσης ήταν η δημιουργία μιας συνθήκης αναγκαίας και επαρκούς ώστε οι ίδιοι οι εκπαιδευόμενοι να αναπτύξουν τις δυνατότητές τους και να εξελίξουν το δυναμικό τους.

Υπόθεμα Ι: Αλλαγή σε σχέση με τους άλλους (ασθενείς ή όχι)

Οι περισσότεροι από τους εκπαιδευόμενους βίωσαν μια αλλαγή σε σχέση με τους άλλους. Και από αυτό το υπόθεμα προέκυψαν δύο στοιχεία. Το πρώτο στοιχείο αναφέρεται στις κλινικές συναντήσεις με τους ασθενείς, ενώ το δεύτερο

αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με τους φίλους και την οικογένεια. Η απόκτηση νέας γνώσης αλλά και η ανάπτυξη δεξιοτήτων είναι ζητήματα που κατηγοριοποιούνται στο πρώτο στοιχείο, τα οποία διευκολύνουν τους συμμετέχοντες να σχετιστούν με τους ασθενείς τους με έναν διαφορετικό τρόπο από αυτόν που συνήθιζαν. Ο ενθουσιασμός είναι το βασικό συναίσθημα που εκφράστηκε από τους συμμετέχοντες, όσο περιέγραφαν την εμπειρία τους από τη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση.

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν στον τρόπο με τον οποίο έμαθαν να επικοινωνούν διαφορετικά με τους ασθενείς τους, αλλά πολύ περισσότερο στον τρόπο με τον οποίο διευρύνθηκε η άποψή τους για τη σχέση γιατρού-ασθενή. Σε αυτή τη σχέση μπορούν να ενσωματώνουν τα συναισθηματικά κομμάτια που φέρει ο ασθενής. Όπως περιέγραψε μια πεμπτοετής, 23 ετών, φοιτήτρια:

«Έμαθα να ακούω τους ασθενείς... να καταλαβαίνω τις ανάγκες τους, τα συναισθήματά τους. Ποτέ πιο πριν δεν το έκανα. Ένας ασθενής μπορεί να φοβάται... δεν μπορούσα να το καταλάβω αυτό παλιότερα. Τώρα μπορώ να ακούσω, να είμαι σε μεγαλύτερη εγρήγορση. Οι κεραίες μου είναι ανοιχτές... μπορώ να παρατηρήσω με τη στάση του σώματος περισσότερο».

Η εκπαιδευόμενη με αυτή τη δήλωση αναφέρεται στην ευρύτερη αντίληψη που απέκτησε αναφορικά με τη σχέση γιατρού-ασθενή. Ανέφερε ότι πλέον μπορεί να συμπεριλάβει στις δικές της κλινικές συναντήσεις όλα τα ψυχοσυναισθηματικά ζητήματα που αγγίζει ο ασθενής, και δεν κρίνει ως σημαντικά αποκλειστικά και μόνο τα σωματικά συμπτώματα.

Μια άλλη πεμπτοετής, 23χρονη, εκπαιδευόμενη ανέφερε:

«Βλέπω τον εαυτό μου διαφορετικό όταν συναντιέμαι με τους ασθενείς. Άλλαξε η συμπεριφορά μου... το πιο απλό πράγμα που άλλαξε είναι ο τρόπος που διατυπώνω μια ερώτηση... ξέρεις... έχω σταματήσει να ρωτάω «Γιατί?».

Ο τρόπος με τον οποίο ο επαγγελματίας υγείας διατυπώνει τις ερωτήσεις του στον ασθενή, ασκεί μεγάλη επιρροή στον τελευταίο και μπορεί να καθορίσει το περιεχόμενο της απάντησης. Οι φοιτητές, μέσα από την εκπαίδευση έμαθαν για τη σημασία του να μην διατυπώνουν ερωτήσεις με το «Γιατί;» καθώς τέτοιες ερωτήσεις θέτουν τον ερωτώμενο στο στόχαστρο. Για παράδειγμα η ερώτηση του τύπου *«Γιατί εξακολουθείς να καπνίζεις, ενώ γνωρίζεις ότι έχεις αναπνευστικά ζητήματα;»* δεν είναι μια ερώτηση που διευκολύνει τον ασθενή, ενώ τον καλεί να αμυνθεί ή να απολογηθεί. Μια πιο ενσυναισθητική και λιγότερο απειλητική ερώτηση θα μπορούσε να είναι η εξής *«Ανησυχώ για την υγεία σου και θέλω να βρούμε μαζί έναν τρόπο ώστε να βοηθηθείς να περιορίσεις το κάπνισμα»*. Η εκπαιδευόμενη στη συγκεκριμένη περίπτωση ανακάλυψε έναν νέο τρόπο να σχετίζεται με τους ασθενείς της αλλά και να αντλεί πληροφορίες σχετικά με την κλινική εικόνα τους.

Αναφορικά με τη νέα γνώση που έλαβε και τον τρόπο με τον οποίο ανέπτυξε νέες δεξιότητες μίλησε μια ακόμα εκπαιδευόμενη, πεμπτοετής, 24 ετών:

«Νιώθω πιο άνετα τώρα... να επικοινωνήσω με τον ασθενή, νιώθω πιο προικισμένη. Πάντα αισθανόμουν ανασφαλής στις επισκέψεις που κάναμε στους ασθενείς. Τώρα μπορώ να είμαιπιοπροσεκτική ... εεε... αυτόματα. Ο τρόπος που συστήνομαι, ο τρόπος που μιλάω, ο τρόπος που κάθομαι. Ήταν πολύ βοηθητική αυτή η εκπαίδευση. Πριν έρθω στην εκπαίδευση ήξερα πως πρέπει να είμαι ευγενική... για να πάρω την πληροφορία που θέλω. Σε περίπτωση που δεν την έπαιρνα, τότε άλλαζε η συμπεριφορά μου. Γινόμουν αυστηρή. Δεν σκεφτόμουν τα συναισθήματα του ασθενή ή το άγχος του. Τώρα... όταν έρχομαι κοντά στον ασθενή... έχω στο νου μου να τον κοιτάω στα μάτια και να δω αν φοβάται, αν είναι αγχωμένος. Θέλω να τον ακούσω, να καταλάβω πως νιώθει. Θέλω να καταλάβω πως νιώθει με όλα αυτά που του συμβαίνουν, πως νιώθει με την ασθένειά του».

Μια ακόμα εκτοετής φοιτήτρια, 24 ετών:

«Νομίζω πως τώρα τους αντιμετωπίζω διαφορετικά (σ.σ. τους ασθενείς). Τώρα ξέρω πόσο σημαντικό είναι να αφήσεις τον ασθενή να μιλήσει... ξέρεις... αυτά τα δύο «χρυσά λεπτά». Το είδα να συμβαίνει μπροστά στα μάτια μου... πόσο βοηθητικό είναι για τον ασθενή. Ξέρω ότι αξίζει να συμβεί. Πολλές φορές όταν εστιάζω στην ψυχή του ασθενή, τότε αυτός γίνεται πιο ανοιχτός. Μερικές φορές μου λένε πράγματα που δεν υπάρχουν στο ιστορικό τους».

Αυτοί οι εκπαιδευόμενοι περιγράφουν πως έμαθαν ότι με μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά τους μπορούν να γίνουν ενσυναισθητικοί. Τα «χρυσά λεπτά» που περιγράφει η εκπαιδευόμενη παραπάνω, είναι ο ελάχιστος απαραίτητος χρόνος που οφείλει ένας επαγγελματίας υγείας να παρέχει στον ασθενή του ώστε εκείνος να περιγράψει με όποιον τρόπο θέλει το πρόβλημα που τον ανησυχεί. Σε αυτά τα δύο λεπτά στην αρχή της κλινικής συνάντησης, ο ασθενής μπορεί να αναφερθεί σε οτιδήποτε τον προβληματίζει, ακόμα και αν αυτό δεν είναι ιατρικής φύσης. Όσο ο ασθενής έχει την ευκαιρία να μοιραστεί τις σκέψεις του και τους προβληματισμούς του, τόσο περισσότερο ασφαλής νιώθει στη σχέση που αναπτύσσει με το γιατρό του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, κατά την έναρξη της κλινικής συνάντησης με τον ασθενή, ο γιατρός επικεντρώνεται αρκετά νωρίς στο βασικό σύμπτωμα, κάνοντας διευκρινιστικές ερωτήσεις, στερώντας έτσι την ευκαιρία από τον ασθενή να μοιραστεί επιπλέον σκέψεις και προβληματισμούς. Οι εκπαιδευόμενοι αναγνώρισαν τη σημαντικότητα που ενέχει η διαδικασία αυτή.

Επιπλέον, ένας εκπαιδευόμενος 5^{ου} έτους, 23 ετών, περιγράφει την επίδραση της εκπαίδευσης στη σχέση του με τους ασθενείς του:

«Τώρα βλέπω πραγματικά ότι ακούω. Και αυτό λειτουργεί. Το βλέπω στο συνομιλητή μου. Ανοίγεται περισσότερο και μου λέει πράγματα περισσότερα. Για παράδειγμα στα ιστορικά... έβλεπα ότι κρύβουν... οι ασθενείς κρύβουν πράγματα. Έκανα επεξηγηματικές ερωτήσεις, έδινα χρόνο και έβλεπα πως μόνοι τους έδιναν την παραπάνω πληροφορία κάθε φορά. Δεν λειτούργησε με όλους... υπήρχαν και δύσκολα περιστατικά. Είδα όμως ότι έπαιρνα

πληροφορίες που ήταν ουσιαστικές για το ιστορικό. Ειδικά τώρα στην καρδιολογία που ήμουν...».

Ο εκπαιδευόμενος περιγράφει την ουσιαστική επίδραση που ασκεί η ποιότητα της σχέσης με τον ασθενή. Όταν αυτή η σχέση βασίζεται στην ενσυναίσθηση αλλά και τις αρχές της Προσωποκεντρικής Ιατρικής (όπως αυτές αναφέρθηκαν στην ενότητα 1.6) τότε ο γιατρός είναι περισσότερο αποτελεσματικός, ενώ ο ασθενής είναι ικανοποιημένος.

Αυτό το υπόθεμα έχει ένα επιπλέον στοιχείο (Πίνακας 8). Την αλλαγή της συμπεριφοράς σε σχέση με τις οικογενειακές, φιλικές και συντροφικές σχέσεις και όχι μόνο με τους ασθενείς. Πολλοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε αυτό το στοιχείο, όπως η παρακάτω τεταρτοετής εκπαιδευόμενη, 22 ετών:

«Συνειδητοποίησα μερικά πράγματα. Μέσα από αυτή τη διαδικασία έμαθα πως οι άνθρωποι έχουμε πολλές πλευρές. Το ήξερα γνωστικά, αλλά τώρα το είδα να συμβαίνει. Άλλαξε ο τρόπος που βλέπω τους ανθρώπους. Δεν τους κρίνεις για κάτι... σίγουρα υπάρχει κάτι όμορφο στον καθένα. Έμαθα να δίνω ευκαιρίες χωρίς να κρίνω... εύκολο να το λες, δύσκολο να το κάνεις. Είμαι πραγματικά εντυπωσιασμένη! Γενικά ήμουν περίεργη να δω το πώς σχετίζομαι με τους άλλους. Χαίρομαι πολύ που έμαθα αυτόν τον τρόπο. Έχω πολλά να κάνω από εδώ και πέρα...»

Οι εκπαιδευόμενοι ανακάλυψαν αυτόν τον νέο τρόπο «σχετίζεσθαι», έναν εναλλακτικό τρόπο επικοινωνίας που επηρεάζει όλες τις πτυχές των σχέσεων. Ανακάλυψαν μέσα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, ότι μπορούν να υπάρχουν διαφορετικά, με περισσότερη ενσυναίσθηση. Μπορούν να υπάρχουν με έναν διαφορετικό, ενσυναισθητικό και πιο διευκολυντικό τρόπο. Μια εκτοετής φοιτήτρια, 25 ετών ανέφερε:

«Μου άρεσε πολύ αυτή η εκπαίδευση. Νομίζω πως είναι πολύ βοηθητική... όχι μόνο για το πώς μπορώ να είμαι ενσυναισθητική με τους ασθενείς αλλά και με τους δικούς μου ανθρώπους. Μπορώ

να ακούσω πιο καθαρά αυτό που μου λένε... πως αισθάνονται. Μπορώ να κατανοήσω τα συναισθήματά τους. Αυτό το διάστημα δεν κάνω κλινικές στο νοσοκομείο, αλλά το δουλεύω με τους φίλους και την οικογένειά μου».

Ένας ακόμα τεταρτοετής φοιτητής, 22 ετών περιέγραψε:

«Η ενσυναίσθηση δεν αφορά μόνο το πώς σχετίζεσαι με τους ασθενείς, αλλά αφορά όλες τις σχέσεις. Μέσα από αυτή την εκπαίδευση είχα δεύτερες σκέψεις... για το πώς βλέπω τα πράγματα. Έκανα κάποιες σκέψεις... για εμένα, η ενσυναίσθηση είναι μια δεξιότητα που εφαρμόζεται σε κάθε σχέση. Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι μόνο ένα είδος αυτών των σχέσεων».

Μια εκπαιδευόμενη, 5^{ου} έτους, 22 ετών ανέφερε επίσης την επίδραση που είχε η συμμετοχή της στο πεδίο των διαπροσωπικών της σχέσεων:

«Την αλλαγή τη βλέπω με δικούς μου ανθρώπους. Όχι πάντα όμως. Σε συζητήσεις όμως πιο σοβαρές, όταν κάποιος μου μιλάει για κάτι πιο σοβαρό δικό του, προσπαθώ να ακούω πραγματικά, να βγάλω τα δικά μου από το μυαλό μου, να μην τον διακόπτω, να είμαι εκεί. Νομίζω πάει καλά. Νομίζω ότι βοηθάει, το βλέπω ότι προχωράει. Σε μένα βοηθάει, και όταν το κάνω, νομίζω δουλεύει».

Οι εκπαιδευόμενοι ξεκάθαρα εντόπισαν τη σημαντικότητα της ενσυναίσθησης σε κάθε πτυχή των ανθρωπίνων σχέσεων. Σύμφωνα με τον Rogers (4) τα ανθρώπινα όντα είναι αδιαχώριστες ολότητες των οποίων οι ψυχικές και φυσικές διαστάσεις αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ως κ τούτου δημιουργούν ένα σύνολο που αλληλεπιδρά συνολικά και με το εξωτερικό περιβάλλον.

Υπόθεμα II: Ανακατασκευή της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκόπησης

Όλοι ανεξαιρέτως οι εκπαιδευόμενοι περιέγραψαν ότι εντόπισαν νέες πτυχές του εαυτού τους κατά τη συμμετοχή τους στην εκπαίδευση. Όλοι ανέφεραν ότι η

εμπειρία της εκπαίδευσης ήταν μια ευκαιρία για εκείνους να αναγνωρίσουν και να αφουγκραστούν περισσότερο τις ανάγκες τους και να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο με τον οποίο περιγράφουν τον εαυτό τους.

Μια βασική έννοια στην προσωποκεντρική προσέγγιση είναι η αυτοεικόνα. Ο Carl Rogers (4) περιέγραψε την αυτοεικόνα ως *«εκείνα τα χαρακτηριστικά και τις εμπειρίες τα οποία το άτομο αναγνωρίζει ως δικά του, ως «εγώ» ή «εμένα»*. Όταν το άτομο ζει σε ένα ευνοϊκό περιβάλλον, όπου οι ανάγκες και οι εμπειρίες του αναγνωρίζονται και γίνονται αποδεκτές τότε το άτομο τείνει να αναγνωρίζει και το ίδιο τις εμπειρίες του και δεν υπάρχει διάσταση ή ασυνέπεια ανάμεσα στον εαυτό και την εμπειρία». Ο τρόπος με τον οποίο βλέπουμε τον εαυτό μας, δεν ταιριάζει πάντα με αυτό που βλέπουν οι άλλοι σε εμάς. Αυτό σημαίνει ότι η δική μας αίσθηση για την αυτοεικόνα δεν συνάδει απαραίτητα με την εξωτερική πραγματικότητα. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος που είναι μια ενδιαφέρουσα προσωπικότητα για τους άλλους, μπορεί να περιγράφει τον εαυτό του ως βαρετό.

Η συμμετοχή στην εκπαίδευση για την ενσυναίσθηση προσέφερε μια συνθήκη στην οποία οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να αφουγκραστούν περισσότερο τις διαμορφώσεις του εαυτού τους, να αναγνωρίσουν και να κωδικοποιήσουν τις συμπεριφορές τους. Έμαθαν δηλαδή πώς μπορούν να γίνουν ενσυναισθητικοί, μέσα σε ένα περιβάλλον που δημιούργησαν οι ίδιοι και το οποίο ήταν ενσυναισθητικό. Έτσι είχαν πρώτα την ευκαιρία να το βιώσουν. Όπως ιδιαίτερα γλαφυρά περιγράφει ο Rogers (4) *«το παράδοξο είναι πως όταν αποδέχομαι τον εαυτό μου ακριβώς όπως είναι, τότε μπορώ να αλλάξω»* (σελ. 17), έτσι και οι συμμετέχοντες είχαν την ευκαιρία να αναγνωρίσουν τις συμπεριφορές τους, να τις αποδεχτούν και έπειτα να επιλέξουν εάν ήθελαν να τις αναδιαμορφώσουν ή όχι.

Ένας πεμπτοετής, 24 ετών φοιτητής ανέφερε:

«Ήταν απροσδόκητα πλούσια εμπειρία για εμένα. Τακτοποίησα τις σκέψεις μου... ήξερα ήδη κάποια πράγματα για εμένα αλλά δεν μπορούσαν να τα χωρέσω στο κεφάλι μου. Βλέπεις... μπορώ να κρατήσω από τη συμμετοχή μου το χρόνο που είχαμε για τον εαυτό

μας... τη σιωπή... Πριν την εκπαίδευση έχανα αυτό τον χρόνο. Με βοήθησε να σεβαστώ τον εαυτό μου και ως εκ τούτου να σεβαστώ και τους άλλους. Για εμένα δεν ήταν προτεραιότητα να σέβομαι τον εαυτό μου... τώρα είναι... Η εκπαίδευση βοήθησε πολύ σε αυτό».

Για τον παραπάνω φοιτητή ο αυτοσεβασμός δεν χωρούσε στην αυτοεικόνα του. Θεωρούσε ότι δεν έχει τέτοιο δικαίωμα. Μέσω της εκπαίδευσης ανακάλυψε ότι ο αυτοσεβασμός είναι ουσιαστικά ο δρόμος προς τη φροντίδα του εαυτού του.

Μια άλλη φοιτήτρια 5^{ου} έτους, 23 ετών, ανέφερε:

«Για εμένα ήταν ένα προσωπικό ταξίδι. Δεν έχω συνηθίσει να μιλάω για τα συναισθήματά μου στους άλλους. Το γεγονός πως συγκινήθηκα μπροστά σε τόσο κόσμο ήταν παράξενο έως και απειλητικό στην αρχή... απελευθερωτικό στη συνέχεια. Στο τέλος ήταν τέλεια. Έχει να κάνει περισσότερο με το πώς μπορώ να είμαι ενσυναίσθητική με τον ίδιο μου τον εαυτό. Δεν είναι ότι ανακάλυψα πράγματα για εμένα που δεν ήξερα. Είχα τις πληροφορίες.... αλλά... ανακάλυψα πως μπορώ να μοιράζομαι αυτές τις πληροφορίες με τους άλλους. Αυτό είναι ένα τεράστιο βήμα για εμένα... μου ήταν δύσκολο να μοιράζομαι τέτοια πράγματα. Είμαι συναισθηματική αλλά ποτέ δεν το έδειχνα. Τώρα έμαθα πως είναι OK να το δείχνεις...».

Αυτή η συναισθηματική πλευρά που περιγράφει η εκπαιδευόμενη ήταν με κάποιον τρόπο παρεμποδισμένη. Όσο αποδεχόταν πως υπάρχει ένα τέτοιο κομμάτι μέσα της, άλλο τόσο δεν αποδεχόταν πως αυτό μπορεί να το μοιραστεί με τους άλλους. Δεν χρειάζεται να ερμηνεύσουμε για ποιο λόγο μπορεί αυτό να συνέβαινε, αλλά μπορούμε να σταθούμε στο γεγονός ότι μέσα στην βιωματική διαδικασία της εκπαίδευσης αισθάνθηκε ασφαλής να δοκιμάσει να τιμήσει αυτό το κομμάτι και να το μοιραστεί με την ομάδα. Όταν η ομάδα καλωσόρισε την πλευρά της και δεν της άσκησε καμία κριτική, τότε και η ίδια αισθάνθηκε περισσότερο άνετα να την αφουγκραστεί.

Μια εκτοετής εκπαιδευόμενη, 24 ετών, ανέφερε:

«Έμαθα πολλά για εμένα, αλλά επειδή όλη η εκπαίδευση ήταν πολύ εντατική δεν πρόλαβα να τα σκεφτώ όσο θα ήθελα. Βασικά... το πιο σημαντικό πράγμα... απενοχοποίησα κάποιες πλευρές του εαυτού μου... είχα την ευκαιρία να τις επαναπροσδιορίσω. Μέσα από τους εκπαιδευτές... μέσα από αυτά που άκουγα από την ομάδα... προσπαθώ να γίνωμαι καλύτερος άνθρωπος κάθε φορά... και μάλλον γι' αυτό εστιάζω στις αρνητικές πλευρές του εαυτού μου. Η εκπαίδευση με βοήθησε πολύ να απενοχοποιήσω το χαμόγελό μου, τη θετική μου ενέργεια. Εύχομαι να είμαι πιο ανοιχτή στους ανθρώπους».

Η εκπαιδευόμενη περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο η εμπειρία της εκπαίδευσης τη βοήθησε να ενσωματώσει όλες αυτές τις «αρνητικές πλευρές» που θεωρούσε πως είχε. Μέσα από την ομάδα ανακατασκεύασε τον τρόπο με τον οποίο περιγράφει τον εαυτό της και εν γένει την αυτοεικόνα της, μέσα στην οποία πλέον μπορεί να συμπεριλάβει όλες τις νέες πτυχές του εαυτού της. Αυτό συνάδει με την Προσωποκεντρική Θεωρία, σύμφωνα με την οποία η αυτοεικόνα σχετίζεται με την εμπειρία μας και επηρεάζει την αντίληψη που έχουμε για τον κόσμο και τον εαυτό μας. Σύμφωνα με τον Rogers (4) «όσο το άτομο αντιλαμβάνεται και αποδέχεται ως μέρος της αυτοεικόνας του περισσότερες οργανισμικές εμπειρίες, ανακαλύπτει πως αντικαθιστά το παρόν αξιακό του σύστημα –το οποίο βασίζεται σε ενδοβολές, οι οποίες έχουν συμβολοποιηθεί διαστρεβλωμένα– με μια συνεχή διαδικασία οργανισμικής αξιολόγησης» (σελ. 522).

Μια ακόμα πεμπτοετής εκπαιδευόμενη, 24 ετών, περιέγραψε:

«Νομίζω πως ο στόχος της εκπαίδευσης ήταν να ενδοσκοπήσουμε, να κοιτάξουμε μέσα μας, να δούμε τους εαυτούς μας. Ήταν ωραία. Μπορώ να δω αλλαγή σε μένα. Νόμιζα πως πάντα θα ήμουν αδύναμη να ανακαλέσω γεγονότα... συνειδητοποιώ πως η δύναμη είναι μέσα μας... όταν τα σκάβεις τα γεγονότα. Νόμιζα πως ποτέ δεν θα μπορούσα να αλλάξω, αλλά τελικά αλλάζω. Νομίζω πως αυτό

είναι το πιο σημαντικό πράγμα που έμαθα... έμαθα να εκτιμώ τη σιωπή... για εμένα ήταν μια διαδικασία... αλλά κυρίως... έγινα δυνατή... και συνειδητοποίησα πως μπορώ να γίνω δυνατότερη».

Στο συγκεκριμένο απόσπασμα, η φοιτήτρια περιγράφει ολόκληρη την προσωπική της διεργασία αλλά και τη διεύρυνση της αυτοεικόνας της. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο η συμμετοχή της στην εκπαίδευση τη βοήθησε να επαναπροσδιορίσει την αντίληψη που έχει για τον ίδιο της τον εαυτό, ενώ, αυτό που περιγράφει ο Carl Rogers ως τάση πραγμάτωσης (στο Α' μέρος) διαφαίνεται γλαφυρά μέσα από τη φράση «...συνειδητοποίησα πως μπορώ να γίνω δυνατότερη».

Επιπρόσθετα, μια τεταρτοετής φοιτήτρια, 21 ετών, ανέφερε:

«Πήρα πολλά πράγματα από το κολλάζ. Ανακάλυψα πράγματα για μένα, πτυχές που δεν γνώριζα. Αυτό που πήρα πάρα πολύ είναι πως όλοι οι άνθρωποι έχουμε ατέλειες και είναι OK αυτό. Ήταν σημαντικό που είδα ανθρώπους να εκτίθενται και ένιωθα πιο ανάλαφρη στο να εκτεθώ. Νιώθω άβολα στο να εμπιστευτώ συναισθήματα και σκέψεις. Σε μια ομάδα είναι δύσκολο. Ένιωσα τόσο ωραία όταν το έκανα. Σκέψου πόσα κοινά μπορείς να βρεις με τόσα ξένα άτομα. Ήταν ξεχωριστή διαδικασία και εμπειρία για μένα. Ξαφνικά βάζουμε στην άκρη εγωισμούς, γιατί πολλές φορές σκεφτόμαστε πως μόνο εμείς έχουμε προβλήματα, έχουμε θέματα, ή έχουμε να λύσουμε διάφορα με τον εαυτό μας».

Στο πλαίσιο της ομάδας, η παραπάνω φοιτήτρια περιέγραψε ότι ένιωσε ασφαλής ώστε να δοκιμάσει νέες συμπεριφορές. Ο τρόπος με τον οποίο αφέθηκε στη διαδικασία και επέτρεψε στον εαυτό της να εμπιστευθεί, όπως αναφέρει, τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας με τα οποία μοιράστηκε σκέψεις και συναισθήματα. Τέτοιου είδους εμπειρίες δημιουργούν μια ευνοϊκή συνθήκη ώστε ο κάθε άνθρωπος να επαναπροσδιορίσει τον τρόπο του «σχετίζεσθαι».

Αντίστοιχα, μια πεμπτοετής φοιτήτρια, 23 ετών, περιέγραψε την προσωπική της διεργασία:

«Δεν συνήθιζα να λέω τη δυσaréσκεια μου και συνήθιζα να απομακρύνομαι... ενώ τώρα είπα αυτό που με ενόχλησε... και... δεν απομακρύνθηκα... απλά εκεί ένιωσα να αναδύεται κάτι διαφορετικό, κάτι καλό... και γενικά σαν να γνώρισα λίγο καλύτερα τον εαυτό μου, σαν να κοίταξα λίγο και εμένα ένιωσα. Ναι και να δεχτώ κάποια κομμάτια μου και ίσως κάποια που τα θεωρούσα αρνητικά να τα χρησιμοποιήσω και να τα κάνω πιο δημιουργικά σε άλλους τομείς» .

Μια φοιτήτρια 7^{ου} έτους, 26 χρονών, σχολίασε:

«Είχα και λίγο μια προκατάληψη για τους συμφοιτητές μου που ήταν και μικρότερα έτη, γενικά δεν είχα επαφή με μικρότερα έτη, οπότε ένιωσα πάρα πολύ τυχερή γι αυτή την εμπειρία, έμαθα πάρα πολλά πράγματα για τον εαυτό μου και είδα και τους άλλους να είναι πολύ δεκτικοί σε αυτό που εγώ εκείνη τη στιγμή στενοχωριόμουν και ντρεπόμουν γι' αυτό που έλεγα, όχι ντρεπόμουν απέναντι στους άλλους, ντρεπόμουν για τον εαυτό μου δεν ήθελα να είμαι έτσι. Αλλά οι άλλοι με αγκάλιασαν... αυτό... με αγκάλιασαν και μεταφορικά και κυριολεκτικά, και με βοήθησε νομίζω αυτό πάρα πολύ... στους ανθρώπους μου... θα πω πολύ πιο εύκολα μια φοβία μου, ένα άγχος μου, ένα πρόβλημά μου».

Μια φοιτήτρια 5^{ου} έτους, 23 ετών, ανέφερε:

«Σε γενικές γραμμές νομίζω ότι άρχισα να τις δέχομαι λίγο παραπάνω. Με βοήθησε να δεχτώ άλλες πλευρές που δε μου άρεσαν πολύ στον εαυτό μου, δυστυχώς υπάρχουν αλλά... Νομίζω ότι είναι λίγο και αυτό που λέτε και εσείς, ότι έχουμε ένα κομμάτι το οποίο νομίζουμε ότι είμαστε, ένα κομμάτι που νομίζουν οι άλλοι ότι είμαστε, ένα κομμάτι που είμαστε και ένα κομμάτι που δεν

γνωρίζουμε για εμάς ότι έχουμε. Κάπως έγινε ένας καλός συνδυασμός με το βιωματικό της ενσυναίσθησης, κάναμε λίγο χώρο, εγώ πραγματικά έφευγα όμορφα και ανακουφισμένη αλλά πολλές φορές πρέπει να πω ότι έβαζα το μυαλό μου σε τόση σκέψη που γύρναγα κουρασμένη».

Και οι δύο φοιτήτριες παραπάνω περιέγραψαν τον τρόπο με τον οποίο επέτρεψαν στον εαυτό τους να λειτουργήσει με έναν διαφορετικό τρόπο από αυτόν που συνήθιζαν. Αυτό που μέχρι τότε θεωρούσαν ότι είναι μια παγιωμένη και άκαμπτη συμπεριφορά, το επεξεργάστηκαν και δοκίμασαν έναν εναλλακτικό τρόπο. Αναγνωρίζοντας και δίνοντας χώρο στις προσωπικές τους ανάγκες, ανακάλυψαν ότι αυτό που θεωρούσαν απαγορευμένο έως τότε –το να μοιράζονται ανησυχίες ή φόβους ή εν γένει συναισθήματα–, μπορεί να αποκτήσει και μια διαφορετική διάσταση, να τοποθετηθεί στο χώρο, στο πλαίσιο της ομάδας και να γίνει σεβαστό από αυτήν. Έχει ενδιαφέρον ότι κατά τις περιγραφές αυτές, οι εκπαιδευόμενοι αναφέρουν ότι αιφνιδιάζονται από τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι λειτούργησαν, αλλά ταυτόχρονα περιγράφουν και πόσο ανακουφιστική υπήρξε η διαδικασία αυτή. Ο τρόπος με τον οποίο επέτρεψαν τις διάφορες διαμορφώσεις του εαυτού τους –όπως αυτές περιγράφονται από τον Carl Rogers– μοιάζει να διευρύνει την ίδια την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους. Οι φράσεις όπως «*με βοήθησε να δεχτώ πλευρές του εαυτού μου*» ή «*σαν να γνώρισα λίγο καλύτερα τον εαυτό μου*» αποτελούν δηλώσεις μιας περισσότερης διευρυμένης αυτοεικόνας, πιο ευέλικτης, πιο αποδεκτής. Μιας αυτοεικόνας που δεν έχει έντονο το κομμάτι της αυτοκριτικής ώστε να την περιορίζει και να της θέτει όρια.

Ένας φοιτητής 5^{ου} έτους, 22 ετών, περιέγραψε με μια σύντομη φράση αυτόν τον επαναπροσδιορισμό της αυτοεικόνας του, επιτρέποντας ουσιαστικά στον εαυτό του να νιώθει οποιοδήποτε συναίσθημα κάθε φορά, δίχως ενοχές:

«έκρινα πολλές φορές και τον εαυτό μου αυστηρά... νιώθεις ενοχές πολλές φορές για καταστάσεις που είσαι, ενώ είναι OK να είσαι. Αυτό με έχει βοηθήσει αρκετά μπορώ να πω».

Πίνακας 8. Υπέρθεμα και υποθέματα της Ερμηνευτικής Φαινομενολογικής Ανάλυσης των συνεντεύξεων

Υπέρθεμα	Υποθέματα	Στοιχεία	Παράδειγμα (απόσπασμα)
η βίωση της εμπειρίας της εκπαίδευσης ως ευκαιρία για πραγμάτωση	αλλαγή σε σχέση με τους άλλους	αλλαγή της συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων με τους ασθενείς	«Για παράδειγμα στα ιστορικά... έβλεπα ότι κρύβουν... οι ασθενείς κρύβουν πράγματα. Έκανα επεξηγηματικές ερωτήσεις, έδινα χρόνο και έβλεπα πως μόνοι τους έδιναν την παραπάνω πληροφορία κάθε φορά. Δεν λειτούργησε με όλους... υπήρχαν και δύσκολα περιστατικά. Είδα όμως ότι έπαιρνα πληροφορίες που ήταν ουσιαστικές για το ιστορικό. Ειδικά τώρα στην καρδιολογία που ήμουν...» (Ανδρας, 23 ετών, 5 ^ο έτος)
		αλλαγή της συμπεριφοράς σε σχέση με τις οικογενειακές, φιλικές και συντροφικές σχέσεις	«Μου άρεσε πολύ αυτή η εκπαίδευση. Νομίζω πως είναι πολύ βοηθητική... όχι μόνο για το πώς μπορώ να είμαι ενσυναίσθητική με τους ασθενείς αλλά και με τους δικούς μου ανθρώπους. Μπορώ να ακούσω πιο καθαρά αυτό που μου λένε... πως αισθάνονται. Μπορώ να κατανοήσω τα συναισθήματά τους. Αυτό το διάστημα δεν κάνω κλινικές στο νοσοκομείο, αλλά το δουλεύω με τους φίλους και την οικογένειά μου» (Γυναίκα, 25 ετών, 5 ^ο έτος)
	ανακατασκευή της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκοπήσης		«Για εμένα ήταν ένα προσωπικό ταξίδι. Δεν έχω συνηθίσει να μιλάω για τα συναισθήματά μου στους άλλους. Το γεγονός πως συγκινήθηκα μπροστά σε τόσο κόσμο ήταν παράξενο έως και απειλητικό στην αρχή... απελευθερωτικό στη συνέχεια. Στο τέλος ήταν τέλεια. Έχει να κάνει περισσότερο με το πώς μπορώ να είμαι ενσυναίσθητική με τον ίδιο μου τον εαυτό. Δεν είναι ότι ανακάλυψα πράγματα για εμένα που δεν ήξερα. Είχα τις πληροφορίες.... αλλά... ανακάλυψα πως μπορώ να μοιράζομαι αυτές τις πληροφορίες με τους άλλους. Αυτό είναι ένα τεράστιο βήμα για εμένα... μου ήταν δύσκολο να μοιράζομαι τέτοια πράγματα. Είμαι συναισθηματική αλλά ποτέ δεν το έδειχνα. Τώρα έμαθα πως είναι OK να το δείχνεις...» (Γυναίκα, 23 ετών, 5 ^ο έτος) «έκρινα πολλές φορές και τον εαυτό μου αυστηρά... νιώθεις ενοχές πολλές φορές για καταστάσεις που είσαι, ενώ είναι OK να είσαι. Αυτό με έχει βοηθήσει αρκετά μπορώ να πω» (Ανδρας, 24 ετών, 5 ^ο έτος)

2.4.3 Συζήτηση

Οι φοιτητές ιατρικής που εκπαιδεύτηκαν στην ενσυναίσθηση με έναν αμιγώς βιωματικό τρόπο, έμαθαν μέσα από την εμπειρία τους τη σημασία της ενσυναίσθησης στην κλινική πράξη και στις κλινικές συναντήσεις με τους ασθενείς.

Μέσα από την Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση των ημιδομημένων συνεντεύξεων που παραχώρησαν μια εβδομάδα μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, προέκυψε 1 υπέρθεμα και 2 υποθέματα. Το υπέρθεμα ήταν «η εμπειρία της εκπαίδευσης ως ευκαιρία για πραγμάτωση» ενώ τα δύο υποθέματα ήταν «η αλλαγή σε σχέση με τους άλλους» και «ο επαναπροσδιορισμός της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκόπησης».

Η πραγμάτωση αναφέρεται στην τάση που έχουν όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί να αναπτύσσουν το πλήρες δυναμικό τους και να εξελίσσονται. Ενώ η τάση πραγμάτωσης δεν μπορεί να καταστραφεί, εκτός εάν καταστραφεί ολοκληρωτικά ο οργανισμός, μπορεί ωστόσο να παρεμποδιστεί σημαντικά. Αυτό που μπορεί να διευκολύνει την τάση πραγμάτωσης είναι μια συνθήκη που διέπεται από άνευ όρων αποδοχή, γνησιότητα και ενσυναίσθηση. Οι φοιτητές που συμμετείχαν περιέγραψαν ότι μέσα από αυτό το πλαίσιο κατάφεραν περισσότερο να αφουγκραστούν τις εσωτερικές τους ανάγκες, να αναπτύξουν δεξιότητες που θα τους διευκολύνουν στον τρόπο που σχετίζονται με τους ανθρώπους γύρω τους αλλά και να επιτρέψουν στον εαυτό τους να υπάρξει ολόκληρος. Με την έννοια του υπάρχω ολόκληρος, νοείται η πλήρης βίωση των εμπειριών, δίχως κριτική ή αξιολόγηση.

Ακόμα και αν αυτή η βιωματική εκπαίδευση αφορούσε στην ανάπτυξη της δεξιότητας της ενσυναίσθησης μεταξύ γιατρού και ασθενή, όλοι οι εκπαιδευόμενοι αναφέρθηκαν στο πώς επαναπροσδιόρισαν τον τρόπο που σχετίζονται και με τους σημαντικούς τους ανθρώπους, όπως οι φίλοι και η οικογένεια. Όσο περισσότερο εξέφραζαν σκέψεις, προβληματισμούς και ανησυχίες, τόσο περισσότερο εντόπιζαν ότι μιλούν μια «κοινή γλώσσα», ότι τους απασχολούν κοινοί προβληματισμοί. Αυτό δημιουργεί μια σπουδαία αίσθηση ανακούφισης και είναι εκείνο που εννοεί ακριβώς ο Carl Rogers, ότι δηλαδή «το προσωπικό είναι ταυτόχρονα και οικουμενικό». Όταν οι άνθρωποι μοιράζονται εμπειρίες με τους άλλους, ο κόσμος μοιάζει πιο οικείος. Η προσωπική εμπειρία του καθενός είναι ταυτόχρονα και πανανθρώπινη και γι' αυτό το λόγο στην καρδιά του ανθρώπινου πόνου μπορούμε να βασίσουμε συμπεριφορές που διέπονται από ενσυναίσθηση και συμπόνια. Με άλλα λόγια, το πιο κρυφό είναι ταυτόχρονα και το πιο κοινό. Τα συναισθήματα που

έχουμε τείνουμε να τα βιώνουμε ως μοναδικά. Στην πραγματικότητα μοναδικός είναι ο τρόπος με τον οποίο τα βιώνουμε και τα επεξεργαζόμαστε, ενώ αυτά τα συναισθήματα είναι κοινά για όλους.

Οι εκπαιδευόμενοι ένωσαν ότι το να είναι κανείς ενσυναισθητικός, δεν αφορά την καλλιέργεια μιας επικοινωνιακής δεξιότητας, αλλά είναι κάτι πολύ περισσότερο. Αφορά σε έναν καινούργιο και διαφορετικό τρόπο ύπαρξης. Συνειδητοποίησαν τη σημαντικότητα της ενδοσκόπησης αλλά και της αναγνώρισης των εσωτερικών αναγκών. Αυτό αποτελεί και την ουσιαστική διαφορά μεταξύ της εκπαίδευσης στην ενσυναίσθηση και της εκπαίδευσης σε κάποια επικοινωνιακή δεξιότητα.

3 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να καλυφθεί το κενό στη βιβλιογραφία, η παρούσα εργασία είχε σκοπό τη δημιουργία ενός εκπαιδευτικού προγράμματος φοιτητών ιατρικής στην ενσυναίσθηση, το οποίο να συνδυάζει και να βασίζεται στις αρχές της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης και της Προσωποκεντρικής Ιατρικής.

Σαράντα-δύο φοιτητές ιατρικής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων ολοκλήρωσαν με επιτυχία τη βιωματική εκπαίδευση «Έλα στη θέση μου, Γιατρε!», μια εκπαίδευση που έχει στόχο την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στη σχέση γιατρού-ασθενή και την προαγωγή της προσωποκεντρικής φροντίδας. Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εκπαιδευτικού προγράμματος έγινε με δύο τρόπους. Αφενός με την κλίμακα μέτρησης ενσυναίσθησης κατά Jefferson (JSPE), και αφετέρου μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων που έγιναν με το πέρας της εκπαίδευσης. Τα σκορ των συμμετεχόντων ήταν στατιστικά πολύ σημαντικά τόσο μετά την εκπαίδευση όσο και έξι μήνες αργότερα με ταυτόχρονα πρακτική σημαντικότητα, συγκρινόμενα με την ομάδα ελέγχου ($p < 0.005$ και στις δύο περιπτώσεις).

Αναφορικά με τις συνεντεύξεις που ακολούθησαν μετά το τέλος της παρέμβασης, η ΕΦΑ ανέδειξε ένα υπέρθεμα και δύο υποθέματα. Το βασικό υπέρθεμα ήταν «η εκπαίδευση ως ευκαιρία για πραγμάτωση», το οποίο αποτελείται από δύο επιμέρους υποθέματα, «την αλλαγή σε σχέση με τους άλλους» και «τον επαναπροσδιορισμό της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκόπησης».

Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την εμπειρία της εκπαίδευσης ως μια ευκαιρία να αναπτύξουν το πλήρες δυναμικό τους, να διερευνήσουν ποιοι είναι ή τί είναι ικανοί να καταφέρουν. Αυτός είναι και ο βασικός τρόπος με τον οποίο η ομαδική ψυχοθεραπεία λειτουργεί, με τη διαφορά όμως ότι στην προκείμενη περίπτωση ο στόχος της παρέμβασης ήταν η ανάπτυξη της ενσυναισθητικής συμπεριφοράς ως μια βασική δεξιότητα της κλινικής πράξης. Οι εκπαιδευόμενοι περιέγραψαν ότι η συμμετοχή τους στην εκπαίδευση ήταν μια ευκαιρία να αναρωτηθούν για τα

εμπόδια που προκύπτουν όταν αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς τους, όπως επίσης και να δώσουν χώρο και φωνή στις προσωπικές τους ανάγκες.

Ακόμα και αν αυτή η εκπαίδευση είχε ένα βασικό στόχο, οι ίδιοι οι φοιτητές ανέφεραν ότι επαναπροσδιόρισαν τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με τους σημαντικούς τους ανθρώπους, όπως οι φίλοι και η οικογένεια. Μέσα στην ομάδα οι εκπαιδευόμενοι είχαν την ευκαιρία να μοιραστούν σκέψεις, συναισθήματα και ανησυχίες αλλά και να εντοπίσουν πλευρές του εαυτού τους που ενδεχομένως δεν ήταν τόσο συνειδητές. Οι ίδιοι οι φοιτητές ανέφεραν ότι το μοίρασμα κοινών εμπειριών μεταξύ τους, δημιούργησε μια συνθήκη ευρύτερης αποδοχής της ίδιας τους της εμπειρίας, αλλά και συναισθήματα ανακούφισης. Το παραπάνω έρχεται σε συμφωνία με τη θεωρία της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης (Ενότητα 1.5), κατά την οποία η αυτοεικόνα σχετίζεται με τις εμπειρίες μας, τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον εξωτερικό κόσμο και τον εαυτό μας. Σύμφωνα με τον Rogers (112) *«όσο το άτομο αντιλαμβάνεται και αποδέχεται ως μέρος της αυτοεικόνας του περισσότερο από την οργανισμική του εμπειρία, βρίσκει πως αντικαθιστά το υπάρχον σύστημα αξιών –το οποίο βασίζεται κυρίως σε ενδοβολές οι οποίες έχουν συμβολοποιηθεί διαστρεβλωμένα– με μία συνεχή οργανισμική διαδικασία αξιολόγησης»* (σελ. 522).

Οι ποιοτικές μελέτες σε προπτυχιακούς φοιτητές αποκαλύπτουν τα εμπόδια που δυσχεραίνουν την ενσυναισθητική συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα οι φοιτητές αναφέρουν ότι ο κυνισμός χρησιμοποιείται ως μια βασική στρατηγική κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης. Επιπλέον αναφέρουν ότι η προσπάθεια εντοπισμού της ιδανικής θέσης μεταξύ της εγγύτητας και της απόστασης με τον ασθενή επηρεάζει την ενσυναισθητική συμπεριφορά (200). Μια άλλη ποιοτική μελέτη σε προπτυχιακούς φοιτητές 5^{ου} έτους αποκάλυψε την ανάγκη που οι ίδιοι έχουν για μια ουσιαστική διερεύνηση της σχέσης τους με τους ασθενείς, αλλά και την προθυμία τους για ενσυναισθητική αλληλεπίδραση. Ενδιαφέρον έχει επίσης ότι στην ίδια μελέτη οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βιώνουν έντονο άγχος όταν πρόκειται να διαχειριστούν τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα του ασθενή τους (201).

Τα περισσότερα εκπαιδευτικά προγράμματα που συναντά κανείς στη βιβλιογραφία τοποθετούν την ενσυναίσθηση ως ένα τμήμα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Η διαφορά του «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» είναι ότι στοχεύει αποκλειστικά στην ενίσχυση της ενσυναίσθησης, η οποία διδάσκεται ως μια αρετή και ως ένας συνολικός τρόπος «σχετίζεσθαι». Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν μόνο ένα εισαγωγικό μέρος της εκπαίδευσης αυτής.

Πέρα από τη στατιστικά σημαντική διαφορά που προέκυψε, ενδιαφέρον έχει ότι το μέγεθος επίδρασης (effect size) του «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» ήταν πέντε φορές μεγαλύτερο σε σχέση με μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση παρεμβάσεων που στόχο είχαν την ενίσχυση της ενσυναίσθησης σε φοιτητές ιατρικής (202). Η τελευταία περιελάμβανε 18 μελέτες, εκ των οποίων μόνο η μία ήταν εστιασμένη στην ενσυναίσθηση ($1.268/0.23 = 5.5$). Ο συνολικός μέσος όρος του μεγέθους επίδρασης των παρεμβάσεων αυτών ήταν 0.23, αρκετά χαμηλός, γεγονός που υποδηλώνει χαμηλή πρακτική σημαντικότητα. Επιπροσθέτως, η μοναδική εστιασμένη στην ενσυναίσθηση παρέμβαση είχε αντίστοιχο μέγεθος επίδρασης $d=0.45$, το οποίο υποδηλώνει μέτρια πρακτική σημαντικότητα.

Προκειμένου να αποφευχθεί η μείωση της ενσυναισθητικής ικανότητας με το πέρας των ετών, είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να συνεχίσουν να εκπαιδεύονται. Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (203) η ενσυναίσθηση συρρικνώνεται κατά τη διάρκεια των σπουδών στην ιατρική σχολή. Σε αντίθεση, το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» εξακολουθούσε να έχει την ίδια αμετάβλητη επίδραση έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, τόσο στατιστικά όσο και πρακτικά. Η ισχυρή στατιστικά σημαντική επίδραση του «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» ενδεχομένως να οφείλεται στη βιωματική φύση της εκπαίδευσης, η οποία περιλαμβάνει ομάδες συνάντησης, παιχνίδια ρόλων, βιωματικές ασκήσεις μέσω τέχνης και παιχνιδιού, ζωγραφική, ομάδες μελέτης και κλινικά σενάρια. Αυτού του είδους η φύση της εκπαίδευσης αποτελεί ενδεχομένως την ιδανικότερη στρατηγική μάθησης αναφορικά με δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση (204). Οι παραδοσιακές μέθοδοι διδασκαλίας αποδεικνύονται ακατάλληλες προκειμένου να διδάξουν στους εκπαιδευόμενους τέτοιου είδους αρετές (14). Οι βιωματικές τεχνικές εκπαίδευσης ανταποκρίνονται ακριβώς στις

ανάγκες της ιατρικής επιστήμης. Ανταποκρίνονται αρχικά στην ανθρωπιστική και ψυχοκοινωνική διάσταση της ιατρικής, στην ομαδική δουλειά (εμπιστοσύνη, επικοινωνία), αλλά και σε διαστάσεις της ιατρικής που αφορούν στο πλαίσιο της κλινικής πράξης (φόρτος εργασίας, χρόνος, έλλειψη υποστήριξης).

Ενώ η Ελλάδα είχε μια μακρά παράδοση στην άσκηση της προσωποκεντρικής ιατρικής, με τον τρόπο που την ασκούσαν οι αρχαίοι Έλληνες, αυτή σήμερα έχει αντικατασταθεί από μία ιατρική εστιασμένη στα εργαλεία και τα συμπτώματα. Ενδεχομένως η μεταστροφή αυτή να ευθύνεται για τα αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, έντονου άγχους και κατάθλιψης (14).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μπορεί κανείς να συναντήσει αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα εντός των ιατρικών σχολών κυρίως του εξωτερικού, τα οποία περιλαμβάνουν την ενσυναίσθηση ως ένα τμήμα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων (203, 205-211-204). Ωστόσο, κανένα από αυτά τα προγράμματα δεν περιλαμβάνει μια διάσταση προσωπικής ανάπτυξης, όπως αυτό συμβαίνει στο «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!». Αυτό αποτελεί και μια πιθανή ερμηνεία των ισχυρών αποτελεσμάτων που παρέμειναν αναλλοίωτα με το πέρας του εξαμήνου.

Η προσωπική ανάπτυξη, ειδικά στους επαγγελματίες υγείας, είναι θεμελιώδης. Το να αφουγκραστούν οι ίδιοι οι εκπαιδευόμενοι τον εαυτό τους αλλά και να αυξήσουν τη γνώση της προσωπικής τους ταυτότητας συμβάλλει ουσιαστικά στην προσωπική τους πραγμάτωση.

Ένα ακόμα βασικό συστατικό της εκπαίδευσης είναι η «προσωποκεντρικότητα», το γεγονός δηλαδή ότι διέπεται από τις αρχές της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης, όπως αυτές περιγράφηκαν αναλυτικά στο πρώτο μέρος. Οι αρχές αυτές είναι η ενσυναίσθηση, η άνευ όρων αποδοχή και η αυθεντικότητα οι οποίες αλληλεπιδρούν και αλληλοεπικαλύπτονται. Δεν νοείται η μία χωρίς την ύπαρξη της άλλης. Δεν μπορεί δηλαδή να είναι κάποιος ενσυναίσθητικός χωρίς να έχει αποδέχεται ανεπιφύλακτα τον ασθενή του και χωρίς να είναι και ο ίδιος αυθεντικός (δηλαδή και ο ίδιος ο επαγγελματίας να βρίσκεται σε επαφή με αυτά που βιώνει ακριβώς εκείνη τη στιγμή). Όπως εύστοχα περιγράφει ο

Wilkins (212) « η ενσυναίσθηση και η αυθεντικότητα παρέχουν ένα πλαίσιο στο οποίο η ανεπιφύλακτη αποδοχή γίνεται πιστευτή, και αυτό γιατί είναι αδύνατο να αποδεχτείς άνευ όρων τον άλλο, χωρίς να είσαι ανοιχτός στην εμπειρία του και χωρίς να είσαι σε μία προσωπική κατάσταση αρμονίας».

Στην παρούσα μελέτη, την παρέμβαση παρακολούθησαν περισσότερες γυναίκες. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία ερμηνεύει αυτό το εύρημα με την πεποίθηση ότι οι γυναίκες τείνουν να αναπτύσσουν περισσότερο συμπεριφορές που αποπνέουν φροντίδα (213), καθώς οι ίδιες συμβάλλουν ουσιαστικότερα στην εδραίωση μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους συγκριτικά με τους άνδρες συναδέλφους τους (214). Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ήταν επίσης περισσότερες και στην ομάδα ελέγχου, χωρίς ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά από ό,τι στην ομάδα παρέμβασης. Συνεπώς, η επίδραση της παρέμβασης δεν σχετίζεται με το φύλο.

Σε κάθε εκπαιδευτική ομάδα συμμετείχαν όχι περισσότερα από 18 άτομα, προκειμένου να υπάρχει χρόνος και χώρος ώστε τα μέλη της ομάδας να αλληλεπιδράσουν επαρκώς. «Η υπόθεση σε αυτές της ομάδες είναι ίδια με αυτή που διέπει τη προσωποκεντρική θεραπεία: το άτομο θα αναπτυχθεί με έναν θετικό τρόπο αντιστεκόμενο στους κοινωνικούς περιορισμούς και σχετιζόμενο με τους άλλους ανοιχτά και ειλικρινά» (215). Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων στις εκπαιδευτικές ομάδες θα ήταν περιορισμός της έρευνας, καθώς όσοι επέλεξαν να συμμετέχουν ήταν ήδη ευαισθητοποιημένοι αναφορικά με τον τρόπο που μπορούσαν να βελτιώσουν τη σχέση με τους ασθενείς τους. Για το λόγο αυτό τα σκορ τους ήταν αρκετά υψηλά πριν την έναρξη της παρέμβασης και αυξήθηκαν ακόμα περισσότερο με την ολοκλήρωσή της. Ωστόσο η ομάδα ελέγχου ήταν εξίσου ευαισθητοποιημένη (καμία στατιστική διαφορά σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης πριν την έναρξη) επιπλέον, κι αν ακόμα ίσχυε η υπόθεση ότι οι συμμετέχοντες της παρέμβασης ήταν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι, το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» κατάφερε να επιδράσει σημαντικά στην ενσυναίσθηση των συμμετεχόντων αυξάνοντας τα σκορ τους. Επιπρόσθετα, η κλίμακα JSPE αξιολογεί την αντίληψη που έχουν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες σχετικά με την ικανότητά τους για ενσυναίσθηση και ενδεχομένως

όχι την ικανότητα καθαυτή. Πιθανώς, ένα εργαλείο που θα αξιολογούσε την ενσυναισθητική συμπεριφορά να ήταν πιο αντιπροσωπευτικό και ακριβές. Αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσω της παρατήρησης και της μέτρησης και των δύο μερών της σχέσης, του ασθενή και του επαγγελματία υγείας. Χρησιμοποιώντας το μοναδικό σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό εργαλείο που μετρά ενσυναίσθηση, προκύπτει μια παραπάνω από ικανοποιητική απόδειξη ότι το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» είναι ικανό να επιδράσει ουσιαστικά και αποτελεσματικά στην ενσυναισθητική συμπεριφορά.

Επιπλέον, έχει σημασία να επισημάνουμε ότι τόσο οι φοιτητές ιατρικής, όσο και οι επαγγελματίες υγείας εν γένει, μπορούν ουσιαστικά να επωφεληθούν από τη μακρόχρονη και διαρκή υποστήριξη αναφορικά με το πώς θα είναι περισσότερο ενσυναισθητικοί. Αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει ένα μέρος της κλινικής τους εποπτείας, όπως αυτή γίνεται κατανοητή σε όρους Συμβουλευτικής. Θα είχε ενδιαφέρον για μελλοντικές έρευνες να εξεταστεί η επίδραση της συστηματικής εποπτείας και υποστήριξης στην ενσυναισθητική συμπεριφορά. Επιπλέον είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η διάρκεια της επίδρασης της παρέμβασης πέρα των έξι μηνών. Επιπροσθέτως θα ήταν πρόκληση για μια επόμενη μελέτη να ξεπεράσει τον περιορισμό της τυχαιοποίησης των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα

Το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» αποτελεί μια πρότυπη βιωματική εκπαίδευση, η οποία τόσο πρακτικά όσο και στατιστικά ενισχύει την ενσυναισθητική συμπεριφορά των συμμετεχόντων. Η επίδραση της παρέμβασης παρέμεινε αμετάβλητη έξι μήνες αργότερα. Ο συνδυασμός της βιωματικής εκπαιδευτικής διαδικασίας με την προσωπική ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, δημιούργησε μια ευνοϊκή συνθήκη στην οποία οι εκπαιδευόμενοι είχαν αφενός την ευκαιρία να εξετάσουν τη σχέση με τους ασθενείς τους, και αφετέρου να επαναπροσδιορίσουν τον τρόπο που σχετίζονται με τους ανθρώπους εν γένει. Αυτό ήταν άλλωστε και ένα βασικό συμπέρασμα των αποτελεσμάτων της ΕΦΑ, των συνεντεύξεων δηλαδή που

ακολούθησαν με το πέρας της παρέμβασης. Εν κατακλείδι, το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» αποτέλεσε μια ευκαιρία για πραγμάτωση.

Η ενσυναίσθηση είναι ακρογωνιαίος λίθος της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης και το «Έλα τη θέση μου Γιατρέ» –το οποίο διέπεται κατεξοχήν από τις αρχές της– αγκαλιάζει τις τρεις αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες της προσέγγισης (την ενσυναίσθηση, την άνευ όρων αποδοχή και την αυθεντικότητα). Αποδεικνύεται έτσι ότι η φιλοσοφία της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης μπορεί να εφαρμοστεί σε πλαίσια όπως η ιατρική επιστήμη, με ισχυρά θετικά αποτελέσματα.

Τέλος, η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι η διαστρεβλωμένη αντίληψη για το τί είναι ενσυναίσθηση και πώς αυτή μπορεί να εκφραστεί οφείλεται στην άγνοια των συμμετεχόντων για την άγνοια που έχουν οι ίδιοι σε σχέση με τη δεξιότητα αυτή (η κατά Σωκράτη μεροληψία).

4 ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ

Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

ΑΝΑΠΤΥΞΗ, ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ “ΕΛΑ ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΜΟΥ, ΓΙΑΤΡΕ!” Εισαγωγή: Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι το κυριότερο θεραπευτικό εργαλείο που διαθέτει ένας γιατρός στη φαρέτρα του κατά τη διάρκεια της κλινικής πράξης. Νέες μέθοδοι και νέες τεχνολογίες διαρκώς ανακαλύπτονται. Κάποιες βοηθούν τους ασθενείς και κάποιες όχι. Ωστόσο η σύγχρονη ιατρική δίνει έμφαση στις διαταραχές και τα συμπτώματα με αποτέλεσμα να υποσκάπτεται ο χρόνος που διαθέτει ένας επαγγελματίας υγείας προκειμένου να γνωρίσει τον ασθενή του. Περίπου 100 ιατρικές σχολές στην Ευρώπη (συμπεριλαμβανομένης και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων) έχουν καταρτίσει έναν κατάλογο με τις δεξιότητες που οφείλει να έχει ένας γιατρός τελειώνοντας την Ιατρική Σχολή. Σε αυτές τις δεξιότητες αναφέρεται ρητά ότι ο φοιτητής ιατρικής οφείλει να γνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο θα σχετίζεται ενσυναισθητικά με τους ασθενείς του. Ωστόσο, καμία ιατρική σχολή στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή δεν προσφέρει ένα στοχευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης, που θα διέπεται από τις αρχές και τη φιλοσοφία της Προσωποκεντρικής Ιατρικής, όπως αυτή θεμελιώθηκε με το εναρκτήριο συνέδριο της Γενεύης το 2008, υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί το κατά πόσο η δημιουργία ενός βιωματικού εκπαιδευτικού προγράμματος στην ενσυναίσθηση, θα έχει ουσιαστική επίδραση στην ενσυναισθητική συμπεριφορά των συμμετεχόντων. Δευτερευόντως, στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία βιώθηκε από τους συμμετέχοντες.

Μέθοδος: Δημιουργήθηκε ένα πρότυπο βιωματικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα, στόχος του οποίου ήταν η ενίσχυση της ενσυναίσθητης κατανόησης. Η διάρκειά του ήταν 60 ώρες, κατανεμημένες σε 3 τριήμερα, διάρκειας 20 ωρών έκαστο. Οι τρεις άξονες στους οποίους κυμάνθηκε η παρέμβαση ήταν η θεωρία, η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η προσωπική ανάπτυξη. Η θεωρία βασίστηκε στις αρχές

και τη φιλοσοφία της Προσωποκεντρικής Προσέγγισης, όπως θεμελιώθηκε από τον Carl Rogers, αλλά και στις βασικές θεμελιώδεις αξίες της Προσωποκεντρικής Ιατρικής. Επιπλέον ενότητες που απαρτίζουν το θεωρητικό τμήμα της εκπαίδευσης ήταν ο τρόπος λήψης ιστορικού και κλινικής εξέτασης αλλά και η θεωρία του πένθους σε συνδυασμό με τη μεταφορά άσχημων νέων. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η προσωπική ανάπτυξη των συμμετεχόντων βασίστηκαν σε παιχνίδια ρόλων, μελέτες περίπτωσης, ομάδες συνάντησης, βιωματικές ασκήσεις μέσω τέχνης και παιχνιδιού αλλά και ομάδες μελέτης. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο JSPE. Έγινε σύγκριση των τιμών πριν, μετά και έξι μήνες αργότερα από την παρέμβαση, ενώ αξιολογήθηκε και το μέγεθος επίδρασης (effect size). Οι τιμές των συμμετεχόντων συγκρίθηκαν επίσης και με μία ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, με το πέρας της παρέμβασης πραγματοποιήθηκαν ημιδομημένες συνεντεύξεις με τους συμμετέχοντες, οι οποίες απομαγνητοφωνήθηκαν. Ακολούθησε Ερμηνευτική Φαινομενολογική Ανάλυση για τον εντοπισμό των υπερθεμάτων και υποθεμάτων των συνεντεύξεων.

Αποτελέσματα: Κατά τη διάρκεια τριών συνεχόμενων εξαμήνων (εαρινό εξάμηνο 2014 –12 φοιτητές–, χειμερινό εξάμηνο 2014 –14 φοιτητές–, εαρινό εξάμηνο 2015 –16 φοιτητές), 42 φοιτητές ιατρικής ολοκλήρωσαν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ!» εκ των οποίων οι 15 ήταν άνδρες. Την ομάδα ελέγχου απάρτιζαν 45 φοιτητές εκ των οποίων οι 15 ήταν άνδρες. Οι δύο ομάδες δεν είχαν διαφορές αναφορικά με το γένος τους ($p=0.878$) και το έτος σπουδών ($p=0.43$), ενώ υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων ($p<0.001$). Ο μέσος όρος των JSPE σκορ που σημείωσαν οι φοιτητές πριν την εκπαίδευση ήταν 109.3 (12.7), μετά την εκπαίδευση ήταν 121.1 (9.0) και έξι μήνες μετά ήταν 121.1 (9.5). Η διαφορά των μετρήσεων πριν και μετά ήταν στατιστικά σημαντική ($p<0.0001$) όπως επίσης σημαντική ήταν και η διαφορά μεταξύ των μετρήσεων πριν την παρέμβαση και έξι μήνες αργότερα ($p<0.0001$). Η διαφορά των μετρήσεων αμέσως μετά την εκπαίδευση και έξι μήνες αργότερα δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.999$). Αντίστοιχα, το μέγεθος επίδρασης ήταν εξαιρετικά υψηλό στην πριν-μετά σύγκριση ($d= 1.072$) όπως και στην πριν και έξι μήνες αργότερα μέτρηση ($d= 1.052$). Από την άλλη, στη σύγκριση μετά και έξι μήνες

αργότερα, το μέγεθος επίδρασης ήταν πολύ χαμηλό ($d < 0.01$). Ο μέσος όρος του σκορ για την ομάδα ελέγχου ήταν 108.7 (10.5). Η σύγκριση της ομάδας ελέγχου με τα σκορ της ομάδας παρέμβασης πριν την έναρξη της παρέμβασης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.797$). Ωστόσο, η σύγκριση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης ανέδειξε εξαιρετικά στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο σε σχέση με τα σκορ μετά την παρέμβαση ($p < 0.0001$) αλλά και έξι μήνες αργότερα ($p < 0.0001$). Αντίστοιχα, αναφορικά με το μέγεθος επίδρασης η ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης στις μετρήσεις πριν την παρέμβαση ανέδειξε χαμηλή επίδραση ($d = 0.051$). Αντίθετα, μεγάλη πρακτική σημαντικότητα προέκυψε από τις συγκρίσεις της ομάδας ελέγχου με τις μετρήσεις της ομάδας παρέμβασης αμέσως μετά την παρέμβαση και έξι μήνες αργότερα, με το μέγεθος επίδρασης να είναι $d = 1.268$ και $d = 1.238$ αντίστοιχα.

Σχετικά με τις ημιδομημένες συνεντεύξεις, η ΕΦΑ ανέδειξε ένα υπέρθεμα με τίτλο «η βίωση της εμπειρίας της εκπαίδευσης ως ευκαιρία για πραγμάτωση», από το οποίο αναδείχθηκαν δύο υποθέματα. Το πρώτο αναφέρεται στην «αλλαγή σε σχέση με τους άλλους» και το δεύτερο στην «αλλαγή της αυτοεικόνας μέσω της ενδοσκόπησης».

Συμπεράσματα: Το «Έλα στη θέση μου, Γιατρέ» αποδείχθηκε ότι αύξησε την ενσυναίσθηση των συμμετεχόντων με στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα αλλά και με πρακτική σημαντικότητα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όπου οι φοιτητές δεν έλαβαν καμία παρέμβαση. Ο συνδυασμός της θεωρίας με την προσωπική ανάπτυξη και την ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσα από τη βιωματική μάθηση θεωρούμε ότι αποτέλεσαν τις συνθήκες που συντέλεσαν στα ισχυρά αποτελέσματα. Η βιωματική εκπαίδευση φάνηκε ότι λειτούργησε ως μία ευκαιρία για πραγμάτωση των φοιτητών ως ατόμων και ως επαγγελματιών υγείας, ενώ τέθηκε το πλαίσιο για τον επαναπροσδιορισμό της σχέσης τους τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους οικείους τους, αλλά και για τον επαναπροσδιορισμό της αυτοεικόνας τους. Τέλος, η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι η διαστρεβλωμένη αντίληψη για το τί είναι ενσυναίσθηση και πώς αυτή μπορεί να εκφραστεί οφείλεται στην άγνοια των συμμετεχόντων για την άγνοια που οι ίδιοι έχουν σε σχέση με τη δεξιότητα αυτή (η κατά Σωκράτη μεροληψία).

Λέξεις κλειδιά: ενσυναίσθηση, «Έλα στη θέση μου Γιατρέ», ιατρική εκπαίδευση, «η κατά Σωκράτη μεροληψία», φοιτητές ιατρικής, εκπαίδευση



UNIVERSITY OF IOANNINA
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
DEPARTMENT OF MEDICINE
SOCIAL MEDICINE AND MENTAL HEALTH SECTOR
LABORATORY OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

EMPATHY DURING DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP

**DEVELOPMENT, APPLICATION AND EVALUATION OF THE “EMPATHIZE WITH
ME DOCTOR” TRAINING PROJECT**

VASILEIOS N. KIOSSES

PSYCHOLOGIST

DOCTORAL THESIS

IOANNINA 2017

EMPATHY DURING DOCTOR PATIENT RELATIONSHIP

DEVELOPMENT, APPLICATION AND EVALUATION OF THE “EMPATHIZE WITH ME DOCTOR” TRAINING PROJECT

Introduction: Doctor-patient relationship has been the basic therapeutic tool for a doctor during clinical encounters. Specific treatments and technologies are available, that may help patients –or may have not impact at all. In recent years, high tech medicine has undercut the value previously placed on the doctor/patient relationship. Doctors spend more and more time tending their powerful medical tools, less and less time getting to know their patients. They treat lab values, not people. About 100 medical schools in Europe highlighted empathy as a main professional attribute, incorporated in the outcomes for medical professionalism. Meanwhile, there is not a medical school that provides a specific training program aiming at improving health care professionals’ empathy, based on the principles of the Person-Centered Medicine, as founded during the opening conference in Geneva 2008, held by the World Health Organization.

Objective: To assess the effectiveness of specially designed empathy training. Furthermore, using Interpretative Phenomenological Analysis, we aimed to identify how the participation in this training was experienced by the students.

Method: The “Empathize with me Doctor” project was a small group experiential training, lasted 60 hours distributed in three 20-hour workshops four weeks apart from each other, including theory, personal development, and skills development. Due to the experiential nature of the training, theory and practice were interwoven and not separated during the training process. The theory part included the basic principles of the Person-Centered Approach, as founded by Carl Rogers, as well as the values of the Person-Centered Medicine. Additional modules included history-taking, the theory of bereavement and the theory of breaking bad news. The skills development and the personal development sections included active listening exercises, role plays, non-verbal communication games, case studies, conduction of a person-centered interview, experiential exercises and study groups. To assess the effectiveness of the training project the Jefferson Scale of Physician

Empathy was used. Scores were compared before and after the training, as well as six months later. Effect size was also calculated in order to assess the practical importance of the findings. Semi structured interviews were held after the completion of the training, and Interpretative Phenomenological Analysis followed to identify super and sub ordinate themes emerged.

Results: During three consecutive semesters, spring 2014, winter 2014 and spring 2015, forty-two medical undergraduates successfully completed the full empathy training as designed. During the spring 2015 semester, 45 undergraduates participated in the control group, with no difference compared to intervention group according to gender ($p=0.878$) and year of study ($p=0.43$), while the mean age of the control group was one year smaller than that of the intervention group, 22.2 versus 23.3 ($p<0.001$). The mean score (and standard deviation) before, after, and six months later was 109.3 (12.7), 121.1 (9.0), and 121.1 (9.5) respectively. The before and after difference was highly significant ($p<0.001$), as well as the before and six months later ($p<0.001$), with no any mean score decrease between after and six-month follow-up ($p=0.999$). The effect size was very large for the before–after and before–follow-up assessment (Cohen’s d 1.072 and 1.052, respectively), while extremely low effect size between after and follow-up was observed ($d<0.01$). The mean score for the control group was 108.7 (10.5). There was no difference with the intervention group before training ($p=0.797$), but very high difference after ($p<0.001$) and six-month follow-up ($p<0.001$). Accordingly, there was very low effect size for the control group versus the intervention group before the training (Cohen’s $d=0.051$), while large effect size observed for the controls versus after ($d=1.268$) and follow-up ($d=1.238$).

Interpretative Phenomenological Analysis of the semi-structured interviews revealed one super-ordinate theme “The experience of the training as a chance for actualization” and two sub-ordinate themes “change towards others” and “self-image reconstruction through introspection”.

Conclusion: The “Empathize with me Doctor” project improved statistically, significantly and practically medical students’ empathic performance, compared with

the control group. The combination of the experiential learning, the personal development and the skills development may be responsible for the strong results. This experiential nature of the training facilitated the participants to introspect and refine the way they relate to others, patients or friends and family. Additionally, the present study identified the fact that the distorted perception of what empathy is and how it can be promoted may lead to false measurements of the empathic performance (the Socrates bias).

Key words: empathy, “Empathize with me, Doctor”, medical education, “Socrates bias”, medical students, training

5 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Terentius, PA (Terence). *Heautotimorumenos: The Self-Tormenter*. New York: Henry Thomas Riley (ed), 1874.
2. Lipps T. "Einfühlung, Innere Nachahmung und Organempfindung," *Archiv für gesamte Psychologie*, 1993; 1: 465–519. (Translated as "Empathy, Inner Imitation and Sense-Feelings," in *A Modern Book of Esthetics*, 374–382. New York: Holt, Rinehart and Winston.
3. Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 314–321.
4. Rogers CR. A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw Hill, 1959.
5. Baron-Cohen S, Wheelwright S. The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of autism and developmental disorders* 2004; 34: 163–175.
6. Levasseur J, Vance AR. Doctors, nurses, and empathy. In H. M. Spiro, M. G. Mccrea Curnen, E. Peschel, & D. St. James (Eds.), *Empathy and practice of medicine* (pp. 76–84). New Haven: Yale University Press, 1993.
7. Greif EB, Hogan R. The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology* 1973; 20: 280–284.
8. Schafer R. Generative empathy in the treatment situation. *Psychoanalytic Quarterly* 1959; 28: 342–373.
9. Bellet PS, Maloney MJ. The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Journal of the American Medical Association* 1991; 266: 1831–1832.
10. Hamilton NG. Empathic understanding. In J Lichtenberg, M Bornstein, D Silver (Eds.), *Empathy II* (pp. 217–222). Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1984.
11. Shamasundar MRC. Reflections: Understanding empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy* 1999; 53: 232–245.

12. Black DM. Sympathy reconfigured: Some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values. *International Journal of Psychoanalysis* 2004; 85: 579–595.
13. Kiosses V, Karathanos V, Tatsioni A. Empathy promoting interventions for health professionals: a systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care* 2016; 3: 7.
14. Shea S, Lionis C. Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural and Remote Health* 2010; 10: 1679.
15. Gruen RJ, Mendelsohn G. Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51: 609–614.
16. Kohut H. Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. In J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy* (Vol. 1, pp. 81–100). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984.
17. McKellar P. *Imagining and thinking: A psychological analysis*. New York: Basic Books, 1957.
18. Wilmer HA. The doctor-patient relationship and issues of pity, sympathy and empathy. *British Journal of Medical Psychology* 1968; 41: 243–248.
19. Agosta C. Empathy and intersubjectivity. In J. Lichtenberg, M. Borenstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy II* (pp. 43–61). Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1984.
20. Hojat M. *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement*, New York: Springer, 2007.
21. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61(2): 349-365.
22. Starcevic V, Piontek CM. Empathic understanding revisited: Conceptualization, controversies, and limitations. *American Journal of Psychotherapy* 1997; 51: 317–328.
23. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine* 2011; 86: 359–64.

24. Αριστοτέλης. Πολιτικά, Α, 1253a 1-5 και Α, 1252b- 1253a 33 (Μτφρ. Μοσκοβίης Β.).
25. Murray HA. Explorations in personality. New York: Oxford University Press, 1938.
26. Yapijakis C. Hippocrates of Kos, the Father of Clinical Medicine, and Asclepiades of Bithynia, the Father of Molecular Medicine. *In Vivo* 2009; 23(4): 507-514.
27. Γιαπιτζάκης Χ, Μπαρτσακούλια Μ. Πατρινός ΓΠ. Ιπποκράτης, ο πατέρας της κλινικής Ιατρικής και Ασκληπιιάδης, ο πατέρας της μοριακής Ιατρικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2013; 30(1): 88-96.
28. Cohen S. Social relationship and health. *American Psychologist* 2004; 59: 676–684.
29. Goubert L, Craig KD, Vervoort T, et al. Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain* 2005; 118: 285–288.
30. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241: 540–544.
31. Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine* 1987; 2: 346–355.
32. Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press, 1957.
33. White KL. Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer-Verlag, 1991.
34. Stephan WG, Finlay K. The role of empathy in improving inter-group relations. *Journal of Social Issues* 1999; 55: 729–743.
35. Breedlove SM, Rosenzweig MR, Watson NV. *Biological Psychology: An Introduction to Behavioral, Cognitive and Clinical Neuroscience* (5th edition). Sunderland, USA: Sinauer Associates, 2007
36. DiMascio A, Boyd RW, Greenblatt M. Physiological correlates of tension and antagonism during psychotherapy: A study of "interpersonal physiology." *Psychosomatic Medicine* 1957; 19: 99–104.
37. Ax AF. Goals and methods of psychophysiology. *Psychophysiology* 1964; 1: 8–25.

38. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine* 2002; 17: 874–882.
39. Lanzetta JT, Englis BG. Expectation of cooperation and competition and their effects on observers' vicarious emotional response. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 543–554.
40. Decety J, Jackson PL. A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science* 2006; 15: 54–58.
41. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, et al. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Research Cognitive Brain Research* 1996; 3: 131–141.
42. Buccino G, Binkofski F, Fink GR, et al. Action observation activates premotor and parietal areas in a somatotypic manner: An fMRI study. *European Journal of Neuroscience* 2001; 13: 400–404.
43. Gallese V. The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003; 36: 171–180.
44. World Health Organisation. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.
45. Engel GL. The essence of the biopsychosocial model: From 17th to 20th century science. In H. Balner (Ed.), *A challenge for biomedicine?* (pp. 13–18). Amsterdam and Rockland, MA: Swets & Zeitlinger, Inc, 1990.
46. Peabody FW. The care of the patient. *Journal of the American Medical Association* 1984; 252: 813–818.
47. Baron-Cohen S. *The essential difference: The truth about the male and female brain*. New York: Basic Books, 2003.
48. Giannakos D. Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine* 1996; 156: 135–136.
49. Greenson R. *The techniques and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press, 1967.
50. Freud S. Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological*

- works of Sigmund Freud (Vol. 12, pp. 109–120). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis, 1958. (Original work published in 1912)
51. Keyzers C, Perrett DI. Demystifying social cognition: A Hebbian perspective. *Trends in Cognitive Sciences* 2004; 8: 501–507.
 52. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, et al. A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 678–682.
 53. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Physician empathy in medical education and practice: Experience with the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Seminars in Integrative Medicine* 2003; 1: 25-41.
 54. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist* 1975; 5: 2–11.
 55. Carkhuff R. *Helping and human relations: Selection and training* (Vol. 1). New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
 56. Chessick RD. *What constitutes the patient in psychotherapy: Alternative approaches to understanding humans*. Northvale, N.J.: Jason Aronson, 1992.
 57. Truax CB, Carkhuff R. *Towards effective counseling and psychotherapy: Training and practice*. Chicago: Aldine, 1967.
 58. Bylund CL, Makoul G. Examining empathy in medical encounters: An observational study using the empathic communication coding system. *Health Communication* 2005; 18: 123–140.
 59. Bennett MJ. *The empathic healer: An endangered species*. San Diego, CA: Academic Press, 2001.
 60. DiMatteo MR. A social-psychological analysis of physician-patient rapport toward a science of the art of medicine. *Journal of Social Issues* 1979; 35: 12–33.
 61. Lewis JM. For better or worse: Interpersonal relationships and individual outcome. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 582–589.
 62. Lewinsohn R. Medical theories, science, and the practice of medicine. *Social Science & Medicine* 1998; 46: 1261–1270.
 63. Sullivan P. Pay more attention to your own health, physicians warned. *Canadian Medical Association Journal* 1990; 142: 1309–1310.

64. White KL. Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer-Verlag, 1991.
65. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care* 1980; 17: 376–387.
66. Harrigan JA, Rosenthal R. Physicians' head and body position as determinants of perceived rapport. *Journal of Applied Social Psychology* 1983; 13: 496–509.
67. Trout DL, Rosenfeld HM. The effect of postural lean and body congruence on the judgment of psychotherapeutic rapport. *Journal of Nonverbal Behavior* 1980; 4: 176–190.
68. Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin* 1969; 71: 359–372.
69. Jackson SW. The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 1623–1632.
70. Reik T. Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst. New York: Farrar, Straus, 1948.
71. Weisman JS, Betancourt J, Campbell EG, et al. Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 1058–1067.
72. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, et al. The dynamics of change: Cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Annals of Oncology* 1997; 8:857–863.
73. Neuwirth ZE. Physician empathy—should we care? *Lancet* 1997; 350: 606.
74. Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care* 1998; 36: 1138–1161.
75. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care* 1988; 26(7): 657–75.
76. DiMatteo MR, Prince IM, Taranta A. Patients' perceptions of physicians' behavior: Determinants of patient commitment to the therapeutic relationship. *Journal of Community Health* 1979; 4: 280–290.

77. Speedling EJ, Rose DN. Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science & Medicine* 1985; 21: 115–120.
78. Stiles W, Putman S, Wolfe M, et al. Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interview. *Medical Care* 1979; 17: 667–679.
79. Eisenthal SE, Emery R, Lazare A, et al. Adherence and negotiated approach in patienthood. *Archives of General Psychiatry* 1979; 36: 393–398.
80. Levinson W, Roter D, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 553–559.
81. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL et al. The doctor-patient relationship and malpractice: Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine* 1994; 154: 1365–1370.
82. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine* 2000; 173: 244–250.
83. Yarnold PR, Greenberg MS, Nightingale SD. Comparing resource use of sympathetic and empathetic physicians. *Academic Medicine* 1991; 66: 709–710.
84. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine* 1991; 6: 420–423.
85. Batson CD, Fultz J, Schoenrade PA. Distress and empathy: two qualitatively distinct vicarious emotions with different motivational consequences. *Journal of Personality* 1987; 55(1): 19–39.
86. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 2003; 88: 658–65.
87. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions* 2004; 27: 237–51.

88. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2001; 26: 331–42.
89. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757–62.
90. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effects on the common cold. *Patient Education & Counseling*, 2011; 85: 390–7.
91. Rakel DP, Hoeft TJ, Barrett BP, et al. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine* 2009; 41: 494–501.
92. Levinson W, Roter D, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* 1997; 277: 553–559.
93. Veloski JJ, Hojat M. Measuring specific elements of professionalism: Empathy, teamwork and lifelong learning. In D. T. Stern (Ed.), *Measurement of Professionalism in Medicine* (pp. 117–145). Oxford: Oxford University Press, 2006.
94. Arnold L. Assessing professional behavior: Yesterday, today, and tomorrow. *Academic Medicine* 2002; 77: 28–37.
95. Barondess JA. Medicine and professionalism. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 145–149.
96. AAMC. Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1999b. Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine.
97. Cumming AD, Ross MT. The Tuning Project for medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Medical Teacher* 2007; 29(7): 636-641.
98. McKinstrey B, Aschcroff RE, Car J, et al. Interventions for improving patients' trust in doctors and group of doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006; 3: CD004134.

99. Moore PM, Wilkinson SSM, Rivera MS. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 1: CD003751.
100. Lionis C, Shea S, Markaki A. Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. *Journal of Holistic Care* 2011; 8(3): 37-41.
101. Kelm Z, Worme J, Walter JK, et al. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education* 2014; 14: 219.
102. Davis MH. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology* 1980; 10: 85.
103. Τσιρογιαννίδου Ε. Σχολές Γονέων: Ένα Παράδειγμα Βελτίωσης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης. Σύγχρονη Κοινωνία, Εκπαίδευση και Ψυχική Υγεία 2011; 4: 105-125.
104. Farrelly L. Measuring Empathy in Health Care Staff in Relation to Job Satisfaction, Job Related Affective Well Being, Gender Occupation and Length of Service. Dublin: DBS School of Arts, 2012.
105. La Monica E. Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health* 1981; 4(4): 389-400.
106. Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, et al. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale development and initial validation of factor-analytic solution to multiple measures. *Journal of Personal Evaluation* 2009; 91(1): 62-71.
107. Mercer S, Maxwell M, Heaney D, et al. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 2004; 21(6): 699-705.
108. Christison GW, Haviland MG, Riggs ML. The medical condition regard scale: measuring reactions to diagnoses. *Academic Medicine* 2002; 77: 257-262.
109. Yu J, Kirk M. Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing* 2009; 65(9): 1790-1806.
110. Wiseman T. A Concept Analysis of Empathy. *Journal of Advanced Nursing* 1996; 23: 1162-1167.

111. Ιωσηφίδη Π, Ιωσηφίδης Ι. Η προσωποκεντρική προσέγγιση του Carl Rogers στο Ποταμιάνος, Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική, 5η έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2002.
112. Rogers C. A theory of personality and behavior, London: Constable, 1951.
113. Bozarth J. Overview of Person- Centered Therapy, από το βιβλίο Person-Centered Therapy Today: A revolutionary Paradigm, UK: PCCS, 1998.
114. Pervin LA, John OP. Θεωρίες Προσωπικότητας. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, 2001.
115. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 1957; 21(2): 95-103.
116. Rogers CR. On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company, 1961.
117. Mearns D, Thorne B. Person-Centered therapy in action, London: Sage publications, 1988.
118. Lietaer G. Authenticity, congruence and transparency in D. Brazier (Ed.) Beyond Carl Rogers, (pp.17-46), London: Constable and Company, 1993.
119. McLeod J. Counseling and psychotherapy as cultural work. In L.T. Hoshmand (Ed.) Culture, psychotherapy and counseling: critical and integrative perspectives. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.
120. Merry T. Learning and Being in Person- Centered Counselling (2nd ed.) Ross-on Wye: PCCS Books, 2002.
121. Mearns D. Developing Person-Centered counseling, London: Sage Publications, 1994.
122. Rogers CR. The interpersonal relationship: The core of guidance, Harvard Educational Review 1962; 32: 416-429.
123. Rogers C. Το γίνεσθαι του προσώπου, Αθήνα: Ερευνητές, 2006.
124. McLeod J. An introduction to counseling, Philadelphia: Open University Press, 2003.
125. Bozarth JD. Beyond reflection: Emergent modes of empathy. In J. Shlien & R. Levant (Eds.), Client-centered therapy and the person-centered approach: New directions in theory, research and practice, (pp. 59-75). Boston: Praeger, 1984.

126. Brodley BT. Non-directivity in client-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 2006; 5(1): 36-52.
127. Rogers CR. *A way of being*, Boston: Houghton- Mifflin Company, 1980.
128. Mearns D, Schmid PF. Being-with and Being-counter: Relational depth: The challenge of fully meeting the client. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 2006; 5(4): 255-265.
129. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, et al. Introduction to person-centered medicine: from concepts to practice. *Journal of Evaluation in clinical Practice* 2011; 17: 330-332.
130. Mezzich, J. The Geneva Conferences and the Emergence of the international network for Person-Centered Medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 333-336.
131. Health I. Promotion of disease and corrosion of medicine. *Canadian Family Physician* 2005; 51: 1320-1322.
132. Miles A, Loughlin M, Poluchronis A.. Evidence-based healthcare, clinical knowledge and the rise of personalized medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008; 14: 621-649.
133. World Health Organization. (2009). World Health Assembly Resolutions on Primary Health Care, including health system strengthening. WHA, 62.12, 22 May 2009.
134. Cloninger CR. Person-centered Integrative Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 371-372.
135. Cloninger CR. *Feeling Good: The Science of Well-being*. New York: Oxford University Press, 2004.
136. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A Psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry* 1993; 50: 975-990.
137. Hovarth AO, Simmonds B. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 38: 139-149.
138. Hermann H, Saxena S, Moodie R. (eds). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization, 2005.

139. Van Weel C. Person-centered Medicine in the context of Primary Care: a view from the World Organization of Family doctors (WONCA). *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 337-338.
140. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of Primary Care. *Annals of Family Medicine* 2009; 7: 293-299.
141. Pongsupap Y, van Lerberghe W. People-centered medicine and WHO's renewal of Primary health-Care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 339-340.
142. Fiscella K, Meldrum S, Franks P, et al. Patient trust: Is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Medical Care* 2004; 42: 1049-1055.
143. Marincowitz GJ, Fehrsen GS. Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process. *South African Family Practice* 2004; 46(7): 26-29.
144. Steffen S. European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness initiatives on Person-centered care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 344-346.
145. Wallcraft J. The Person in Health Care Policy Development. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 347-349.
146. Klinkman M, van Weel C. Prospects for person-centered diagnosis in general medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 365-370.
147. Cox JL. Empathy, identity and engagement in person-centered medicine: the sociocultural context, *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 350-353.
148. Jaspers K. The phenomenological approach in psychopathology (1912). *British Journal of Psychiatry* 1968; 114: 1313-1323.
149. Cox M, Tielgaard A. Mutative metaphors in psychotherapy: the Aeolian Mode. London: Tavistock Publications, 1986.
150. Cox JL. Medicine of the person and personalised care: a stitch in time saves nine? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2010; 16: 315-317.

151. Lain-Entralgo P. El Diagnostico Medico: Historia y Teoria, Barcelona: Salvat, 1982.
152. Salloum IM, Mezzich JE. Person-centered diagnosis. International Journal of Integrated Care 2010; 10(5).
153. De Silva D. Helping people help themselves. London: The Health Foundation, 2011.
154. De Silva D. Helping people share decision making. London: The Health Foundation, 2012.
155. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
156. 'Connor AM, Lewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. Patient Decision Aids 2004; 63-72.
157. Miles A, Mezzich J. The care of the patient and the soul of the clinic: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. Int J Pers Cent Med. 2011; 1(2): 207–222.
158. Hibbard J, Gilbert H. Supporting people to manage their health: An introduction to patient activation. The King's Fund, 2014. Retrieved from https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/supporting-people-manage-health-patient-activation-may14.pdf
159. The King's Fund. Leadership and engagement for improvement in the NHS: Together we can. London: The King's Fund, 2012.
160. Stewart M, Belle-Brown J, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. Family Practice 2000; 49(9): 796-804.
161. Steinhaue S, Ommen O, Thum S, et al. Physician empathy and subjective evaluation of medical treatment outcome in trauma surgery patients. Patient Education and Counseling 2014; 95: 53-60.
162. Canale S, Louis DZ, Maio V, et al. The Relationship Between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy. Academic Medicine 2012; 87(9): 1243-1249.

163. Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, et al. The influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLOS ONE* 2014; 9(4): e94207.
164. White P, Bishop FL, Prescott P, et al. Practice, practitioner, or placebo? A multifactorial, mixed-methods randomized controlled trial of acupuncture. *Pain* 2011; 153(2): 455-462.
165. Kinmonth AL, Wareham NJ, Hardeman W, et al. Efficacy of a theory-based behavioural intervention to increase physical activity in an at-risk group in primary care (ProActive UK): a randomised trial. *Lancet* 2008; 371: 41–48.
166. Farin E, Gramm L, Schmidt E. The patient-physician relationship in patients with chronic low back pain as a predictor of outcomes after rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine* 2012; 36(3): 246-258.
167. Wible P. Heart wrenching photo of doctor crying goes viral. Here's why. In: Pamela Wible MD: America's leading voice for ideal medical care, 2015. Retrieved on 8th Feb. 2015 from <http://www.idealmedicalcare.org/blog/heart-wrenching-photo-of-doctor-crying-goes-viral-heres-why/>
168. Kerasidou A, Horn R. Making space for empathy: supporting doctors in the emotional labour of clinical care. *BMC Medical Ethics* 2016; 17: 8.
169. Coulehan J, Williams PC. Conflicting professional values in medical education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003; 12(01): 7–20.
170. General Medical Council. (2013). Good medical practice. Retrieved on Sept. 8th 2015 from http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp
171. Sanchez-Reilly S, Morrison LJ, Carey E, et al. Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *The Journal of Supportive Oncology* 2013; 11(2): 75-81.
172. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

173. Department of Health. The NHS Constitution for England. Department of Health, 2013.
174. Darzi A. High quality care for all: NHS next stage review final report. Norwich: TSO, 2008.
175. Berwick D. A promise to learn – a commitment to act: Improving the safety of patients in England. London: Williams Lea, 2013.
176. Silverman ME, Murray TJ, Bryan CS. The quotable Osler, Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2008.
177. Sakallaris BR, Miller WL, Saper R, et al. Meeting the Challenge of a More Person-centered future for US healthcare. Global Advances in Health and Medicine 2016; 5(1): 51-60.
178. Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, et al. Primary care practice development: a relationship-centered approach. Annals of Family Medicine 2010; 8 Suppl: S68.
179. Keefe RH, Lane SD, Swarts HJ. From the bottom up: tracing the impact of four health-based social movements on health and social policies. Journal of Health and Social Policy 2006; 21(3): 55-69.
180. Brown B. The power of empathy [Internet]. 2013 (cited 10 December 2013). Available from <https://www.youtube.com/watch?v=1Evwgu369Jw>
181. Rosen P. The next revolution in health care? Empathy [Internet]. 2014 (cited 8 September 2014). Available from <https://www.youtube.com/watch?v=8BKN7RFhdq4>
182. Cleveland Clinic. Empathy: The human connection to patient care [Internet]. 2013 (cited 27 February 2013). Available from https://www.youtube.com/watch?v=cDDWvj_q-o8
183. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. Counseling Psychologist 1975; 5: 2–11.
184. Παπαδάτου Δ. Αφού δεν υπάρχουν δράκοι. Αθήνα: Μέρμνα, 2006.
185. Worden W. Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner (3rd Ed.) New York: Springer Publishing Company, 2002.
186. Doka KJ. Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. Lexington MA: Lexington Books, 1989.

187. Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer, *The Oncologist* 2000; 5(4): 302-311.
188. Hirsch EM. The role of empathy in medicine: a medical student's perspective, *Medical Education* 2007; 9(6): 423-427.
189. Ouzouni C, Nakakis K. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal* 2012; 6(3): 534-552.
190. Schierkirka S, Anders S, Raupach T. Assessment of two different types of bias affecting the results of outcome-based evaluation in undergraduate medical education. *BMC Medical Education* 2014; 14:149.
191. Kruger J, Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999; 77(6): 1121–34.
192. Kvale S. *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1996.
193. May T. (2001). *Social research: issues, methods and process*. Buckingham: Open University Press, 2001.
194. Hesse-Biber SN, Leavy P. *The practice of qualitative research* (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage, 2011.
195. Smith JA. Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health* 1996; 11: 261- 271.
196. Smith JA, Eatough V. Interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), *Analyzing qualitative data in psychology* (pp. 35-50). London: Sage, 2007.
197. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage, 2009.
198. Smith JA, Jarman M, Osborn M. Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative health psychology: Theories and methods*. London: Sage, 1999.

199. Storey L. Doing interpretative phenomenological analysis. In E. Lyons & A. Coyle (Eds.), *Analyzing qualitative data in psychology* (pp. 51-64). London: Sage, 2007.
200. Eikeland HL, Ornes K, Finset A, et al. The physician's role and empathy- a qualitative study of third year medical students. *BMC Medical Education* 2014; 14:165.
201. Noqueira- Martins MC, Noqueira- Martins LA, Turato ER. Medical students' perceptions of their learning about the doctor- patient relationship: a qualitative study. *Medical Education* 2006; 40(4): 322-328.
202. Batt-Rawden SA, Chilsom MS, Anton B, Flickinger TE. Teaching empathy to medical students: an updated systematic review. *Academic Medicine* 2013; 88(8): 1171-1177.
203. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine* 2011; 86: 996-1009.
204. Berkhoff M, van Rijssen J, Schellart AJM, et al. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Education and Counseling* 2010; 84(2): 152-162.
205. Bayne HB. Training medical students in empathic communication. *Journal of Specialists in Group Work* 2011; 36: 316–329.
206. Bunn W, Terpstra J. Cultivating empathy for the mentally ill using simulated auditory hallucinations. *Academic Psychiatry* 2009; 33: 457–460.
207. Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M. Teaching medical students how to break bad news: a Turkish experience. *Journal of Cancer Education* 2009; 24: 246–248.
208. Dow AW, Leong D, Anderson A, et al. Using theater to teach clinical empathy: a pilot study. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22: 1114–1118.
209. Fine VK, Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *Journal of Medical Education* 1977; 52: 752–757.

210. Ghetti C, Chang J, Gosman G. Burnout, psychological skills, and empathy: balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of Graduate Medical Education* 2009; 1: 231–235.
211. Kushner RF, Zeiss DM, Feinglass JM, et al. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education* 2014; 14: 53.
212. Wilkins P. Unconditional positive regard reconsidered. *British Journal of Guidance & Counseling* 2000; 28(1): 23-35.
213. Hojat M, Gonella JS, Mangione S, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education* 2002; 36(6): 522-527.
214. Eisenberg N, Lennon R. Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin* 1983; 94: 100-131.
215. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed). New York: Basic Books, 2005.

6 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι

Κλίμακα Jefferson για την αυτοβαθμολόγηση της ενσυναίσθησης των γιατρών

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ:

Σε καθεμιά από τις παρακάτω προτάσεις, διαφωνείς απόλυτα (ΔΑ), διαφωνείς (Δ), μάλλον διαφωνείς (ΜΔ), ούτε συμφωνείς ούτε διαφωνείς (ΟΣΟΔ), μάλλον συμφωνείς (ΜΣ), συμφωνείς (Σ), ή συμφωνείς απόλυτα (ΣΑ);

1	Ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
2	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματός τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
3	Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.

ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

4	Η ενσυναίσθηση είναι μια απαραίτητη δεξιότητα στα πλαίσια της θεραπευτικής, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να επιτύχω ως γιατρός.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
5	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου τους δίνει την αίσθηση της επιβεβαίωσης, πράγμα το οποίο δρα από μόνο του θεραπευτικά.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
6	Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
7	Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη γλώσσα του σώματος των ασθενών μου είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση γιατρού- ασθενούς.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
8	Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα, προσπαθώ να φέρνω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
9	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου κλινικού αποτελέσματος
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
10	Προσπαθώ να σκέφτομαι με τον τρόπο που σκέφτονται οι ασθενείς μου, ώστε να παρέχω καλύτερη ιατρική φροντίδα.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
11	Οι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό το λόγο, το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς μου δεν μπορεί να έχει θέση σε αυτή τη διαδικασία.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
12	Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
13	Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
14	Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπευτική.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
15	Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να συγκινείται από τους έντονους συναισθηματισμούς των ασθενών μου και των συγγενών τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
16	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου και των συγγενών τους είναι παράγοντας που δεν έχει σχέση με τη θεραπευτική.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	

17	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία ή να ασχολούμαι με τις τέχνες.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
18	Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους δεν έχει καμία σημασία για την κατανόηση των σωματικών τους συμπτωμάτων.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
19	Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
20	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	

Φύλο ☒ Α ☐ Β

Προσωπικός Κωδικός [_____]

Ημερομηνία/...../2015

Έτος σπουδών [.....]

ΒΕΒΑΙΩΣΟΥ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ **ΟΛΕΣ** ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΔΩΣΕΙ **ΜΙΑ** ΜΟΝΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Παράρτημα II

Κλίμακα Jefferson για την αυτοβαθμολόγηση της ενσυναίσθησης των γιατρών- Έκδοση για τη μέτρηση του συστηματικού σφάλματος ΔΞΟΔΞ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ: ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ:

«Με την τωρινή σας γνώση του τί είναι ενσυναίσθηση και του πώς αυτή μπορεί να εκφραστεί, ξανασυμπληρώστε το ερωτηματολόγιο σαν να ήταν η μέρα πριν την πρώτη ημέρα της εκπαίδευσής σας. Πώς θα έπρεπε τότε να το είχατε συμπληρώσει;»

Σε καθεμιά από τις παρακάτω προτάσεις, διαφωνείς απόλυτα (**ΔΑ**), διαφωνείς (**Δ**), μάλλον διαφωνείς (**ΜΔ**), ούτε συμφωνείς ούτε διαφωνείς (**ΟΞΟΔ**), μάλλον συμφωνείς (**ΜΣ**), συμφωνείς (**Σ**), ή συμφωνείς απόλυτα (**ΣΑ**);

1	Ένα σημαντικό στοιχείο στη σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
2	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματός τους.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
3	Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στα πλαίσια της θεραπευτικής.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
4	Η ενσυναίσθηση είναι μια απαραίτητη δεξιότητα στα πλαίσια της θεραπευτικής, χωρίς την οποία δεν θα μπορούσα να επιτύχω ως γιατρός.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
5	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου τους δίνει την αίσθηση της επιβεβαίωσης, πράγμα το οποίο δρα από μόνο του θεραπευτικά.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
6	Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ
7	Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη γλώσσα του σώματος των ασθενών μου είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση γιατρού- ασθενούς.	ΔΑ Δ ΜΔ ΟΞΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ

8	Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα, προσπαθώ να φέρνω τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
9	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου κλινικού αποτελέσματος
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
10	Προσπαθώ να σκέφτομαι με τον τρόπο που σκέφτονται οι ασθενείς μου, ώστε να παρέχω καλύτερη ιατρική φροντίδα.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
11	Οι ασθενείς μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή. Γι' αυτό το λόγο, το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς μου δεν μπορεί να έχει θέση σε αυτή τη διαδικασία.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
12	Το ενδιαφέρον μου για τα βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
13	Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
14	Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπευτική.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
15	Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να συγκινείται από τους έντονους συναισθηματισμούς των ασθενών μου και των συγγενών τους.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
16	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου και των συγγενών τους είναι παράγοντας που δεν έχει σχέση με τη θεραπευτική.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
17	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρική βιβλιογραφία ή να ασχολούμαι με τις τέχνες.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
18	Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους δεν έχει καμία σημασία για την κατανόηση των σωματικών τους συμπτωμάτων.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
19	Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	
20	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.
ΔΑ Δ ΜΔ ΟΣΟΔ ΜΣ Σ ΣΑ	

Συνεπώς, τι πιστεύεις;

Όταν συμπλήρωσες το ερωτηματολόγιο πριν αρχίσουν τα μαθήματά μας της ενσυναίσθησης:

1. Υπερεκτίμησα **πάρα πολύ** τις γνώσεις μου και ικανότητές μου
2. Υπερεκτίμησα **πολύ** τις γνώσεις και ικανότητές μου
3. Υπερεκτίμησα τις γνώσεις και ικανότητές μου
4. **Μάλλον** υπερεκτίμησα τις γνώσεις και ικανότητές μου
5. **Μάλλον** υπερεκτίμησα τις γνώσεις και ικανότητές μου
6. Υπερεκτίμησα τις γνώσεις και ικανότητές μου
7. Υπερεκτίμησα **πολύ** τις γνώσεις και ικανότητές μου
8. Υπερεκτίμησα **πάρα πολύ** τις γνώσεις και ικανότητές μου.

Φύλο ☒ ♂ ☐ ♀

Προσωπικός Κωδικός [_____]

Ημερομηνία/...../2015

ΒΕΒΑΙΩΣΟΥ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ **ΟΛΕΣ** ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΧΕΙΣ ΔΩΣΕΙ **ΜΙΑ** ΜΟΝΟ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΕΡΩΤΗΣΗ.

Παράρτημα III

Οι ερωτήσεις των ημιδομημένων συνεντεύξεων

1. Αναρωτήθηκες ποτέ ότι η σχέση με τους ασθενείς σου είναι κάτι για το οποίο χρειάζεται να εκπαιδευτείς;
2. Πώς βίωσες τη συμμετοχή σου στην εκπαίδευση;
3. Εντόπισες αλλαγές κατά την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς σου;
4. Ποιο ήταν το πιο σημαντικό πράγμα που έμαθες;
5. Υπάρχει κάτι στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης που θα άλλαζες;
6. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, έψαξες περαιτέρω πληροφορίες για την ενσυναίσθηση;

Παράρτημα IV - Ενδεικτικές συνεντεύξεις εκπαιδευόμενων

(όπου Ε= εκπαιδευτής, όπου Φ= φοιτητής)

Συνέντευξη Α (πεμπτοετής, 23 ετών, άνδρας)

Ε= Πως βίωσες συνολικά την εμπειρία της συμμετοχής σου στην εκπαίδευση;

Φ= Εμένα μου άρεσε πάρα πάρα πολύ όλο αυτό. Δεν είχα συμμετάσχει σε κάτι παρόμοιο στη ζωή μου. Εκτός από το όλο στυλ που μου άρεσε, εσείς οι εκπαιδευτές ήσασταν φοβεροί. Δεν είχα μπει ποτέ στη διαδικασία να σκεφτώ αυτά που είπαμε εκεί μέσα. Και όχι επειδή ήταν ωραία, αλλά γιατί αναρωτήθηκα και είπα «τόσο πολύ σε πήρε η ορμή, το ποτάμι της ιατρικής, που ξέχασες ότι εκεί υπάρχουν για τους ανθρώπους;». Βέβαια φταίει και το γεγονός πως είμαστε φοιτητές και έχουμε πολύ διάβασμα και όχι τόσο πολύ επαφή με ασθενείς, για να το δούμε να συμβαίνει. Δεν βλέπουμε πολύ τον παράγοντα άνθρωπο. Αλλά δεν έχουμε ασχοληθεί με τον ψυχισμό του ασθενή. Το πώς θα μιλήσεις και πως θα σταθείς. Και μόνο ο προβληματισμός που δημιουργήθηκε, φτάνει. Και μέσα από τις συζητήσεις μας και από τις προτάσεις, αποκτήσαμε μια κατεύθυνση. Μου άρεσε που δεν μας είπατε τι ακριβώς θα κάνουμε και ανακαλύψαμε μόνος του ο καθένας τι τον βοηθάει περισσότερο, μέσα από τις συζητήσεις και τις δοκιμές.

Ε= Ποιο ήταν το πιο σημαντικό πράγμα που έμαθες;

Φ= Κατάλαβα τι είναι ενσυναίσθηση, δεν το ήξερα. Και μόνο σαν ιδέα, είναι εφικτό να είσαι κοντά στον άλλον χωρίς να κουβαλάς τα βάρη του...δεν ξέρω αν το καταφέρω. Είναι πολύ σημαντικό και εκεί υπήρχε ένα κενό που δεν είχε καλυφθεί από κανέναν. Και δεν το είχαμε αντιληφθεί μέχρι να έρθουμε στην ομάδα.

Ε= Εντόπισες αλλαγές κατά την αλληλεπίδρασή σου με τους ασθενείς;

Φ= Μετά το σεμινάριο δεν είχα τη δυνατότητα να το δω με ασθενή, αλλά το έβλεπα με τους δικούς μου ανθρώπους. Άλλαξαν προς το καλύτερο τα πράγματα. Το βλέπουν και οι άλλοι και μου το λένε. Αν μου δινόταν η ευκαιρία να ανακατευτώ με ασθενείς περισσότερο θα το έκανα διαφορετικά, από όπως το είχα στο νου μου πριν την ομάδα.

E= Τι είδους αλλαγές εντοπίζεις;

Φ= Παρατηρώ πράγματα που δεν παρατηρούσα. Καταλαβαίνω περισσότερα στους ασθενείς. Αυτοί δεν έχουν αλλάξει, εγώ βλέπω περισσότερα. Παρόλο τον πόνο σου, όταν δείχνεις ότι ενδιαφέρεσαι, λάμπει το πρόσωπό τους. Πάντα μας αρέσει να παίρνουμε αγάπη και αυτοί το έχουν περισσότερη ανάγκη και φαίνεται πως αποδίδει. Τις προάλλες στην νευρολογική είχαμε ασθενείς, που τους αφήναμε να μιλήσουν, τους ακούγαμε....δουλεύει...φαίνεται η διαφορά...Είναι τεράστιο βήμα που έγινε μάθημα επιλογής. Υπάρχει ελπίδα. Έστω ένα μάθημα υπάρχει που θα σε μάθει κάποια πράγματα. Και χρειάζεται να το κάνουν όλοι οι φοιτητές. Αν έβλεπα τον εαυτό μου τώρα χωρίς αυτό το μάθημα δεν θα ένιωθα ολοκληρωμένος. Πρέπει να το κάνουν και να το νιώσουν όλοι αυτό.

E= Αισθάνεσαι πως σου φτάνουν αυτά που έμαθες;

Φ= Επειδή αυτό το μάθημα, βιώνεται, έχω την αίσθηση πως χρειάζεται να κάνουμε μια υπενθύμιση κάποια στιγμή. Το χρειάζομαι. Γιατί μέσα στην παραζάλη όσο και να θέλεις να βοηθήσεις χρειάζεται κάποιος να στο ξανά θυμίσει. Ότι υπάρχει και αυτή η ιατρική.

E= Τι είναι αυτό που ξεχωρίζεις από την εκπαίδευση;

Φ= Αυτό ξεχωρίζω. Το ερέθισμα που μου δώσατε. «έλα να δεις μόνος σου πως θα το κάνεις», αυτό ήταν υπέροχο. Μου άρεσε πάρα πολύ πως το σεμινάριο περιείχε τη συμβουλή, περιείχε το τι κάνουμε σε κάποια περίπτωση. Εγώ το είχα ανάγκη. Ήθελα να το ακούσω. Δεν το άκουσα στην πρώτη μας συνάντηση και μου έλειψε. Μετά όμως επειδή το άκουγα με βοήθησε πάρα πολύ. Όπως για παράδειγμα αυτό το « μην αγχώνεσαι» αν δεν μου λέγατε πως δεν βοηθάει δεν θα το σκεφτόμουν. Μου άρεσε που το άκουσα από εσάς.

E= Υπάρχει κάτι στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης που θα άλλαζες, ή θα αφαιρούσες;

Φ= Δεν ξέρω αν θα μπορούσα να είμαι πιο ικανοποιημένος ή πιο χαρούμενος. Δεν θα άλλαζα τίποτα. Δεν ερχόμουν μόνο για να μάθω, περνούσα καλά.

Ε= Πιστεύεις ότι εντόπισες πλευρές του εαυτού σου που δεν γνώριζες;

Φ= Υπενθύμισα πλευρές του εαυτού μου που τις είχα χάσει. Ο τίτλος που θα έβαζα στο σεμινάριο ήταν «Faith in humanity restored». Είδα ότι τελικά, όπως και να είναι ο άλλος, όλοι έχουμε κάτι καλό να δώσουμε. Οι συνθήκες δεν σε αφήνουν πολλές φορές. Γιατί και με συναδέλφους και με ασθενείς, είσαι σε δύσκολες καταστάσεις. Ξεχνάς την καλοσύνη που υπάρχει στον κόσμο. Θυμήθηκα πως όλος ο κόσμος, εάν φερθείς σωστά, θα βγει κάτι καλό.

Ε= Θα μπορούσαν κι άλλα μαθήματα της ιατρικής να διδάσκονται έτσι;

Φ= Μακάρι να διδάσκονταν όλα τα μαθήματα της ιατρικής έτσι. Οι κλινικές θα μπορούσαν να είναι πιο βιωματικές. Δεν είναι βιωματικό να σου λένε πάρε αυτό και πήγαινε να πάρεις αίμα. Και οι γιατροί δεν μας αφήνουν να παρακολουθήσουμε την ιατρική τους πράξη. Σε ότι αφορά την πρακτική με ασθενή θα έπρεπε να υπάρχει ένα τέτοιο κομμάτι. Θα μπορούσαν στην ογκολογία ή στην χειρουργική να έχουν μια μέρα στην κλινική, να σου πουν «για σκεφτείτε, εδώ κάποιοι άνθρωποι ξέρουν ότι θα πεθάνουν, τι θα έπρεπε να τους πούμε; Πως νιώθετε που είδατε τόσα άτομα και σε λίγους μήνες θα έχουν πεθάνει;».

Ε= Μεταξύ των συναντήσεών μας, έψαξες περαιτέρω πληροφορίες για την ενσυναίσθηση; Διάβασες κάτι;

Φ= Δεν διάβασα κάτι μεταξύ των συναντήσεών μας. Σημείωσα κάποια πράγματα, αποθήκευσα κάποιες ιστοσελίδες για να τα διαβάσω κάποια στιγμή. Έψαξα και βιβλία που να σχετίζονται με τις ικανότητες του γιατρού, τις επικοινωνιακές... ή κάτι που να αφορά ψυχολογία.

Ε= Θέλεις να πεις κάτι για το κλείσιμο της συνάντησής μας σήμερα;

Φ= Εγώ πέρασα πάρα πολύ ωραία και σε ευχαριστώ πάρα πολύ. Με βοηθήσατε να γίνω καλύτερος άνθρωπος.

Συνέντευξη Β (τεταρτοετής, 22 ετών, άνδρας)

E= Πως ήταν η εμπειρία της συμμετοχής σου στην εκπαίδευση;

Φ= Νομίζω ότι ανταποκρινόταν σε αυτό που περίμενα. Δεν μπορώ να πω ούτε ότι απογοητεύτηκα ούτε ότι ενθουσιάστηκα, ήταν ακριβώς αυτό που περίμενα. Όταν είδα την εκπαίδευση πρώτη φορά δεν δήλωσα αλλά μετά ξαναείδα ότι θα γίνει δήλωσα αμέσως, νομίζω ήμουν ο πρώτος που δήλωσα. Οπότε ανταποκρινόταν σε αυτό που περίμενα...ήταν μία εκπαίδευση βιωματική που δεν μπορώ να αξιολογήσω τώρα τα αποτελέσματά της ακριβώς επειδή ήταν βιωματική...και δεν ήταν ας πούμε γνώσεις για να δω αν τις θυμάμαι ή αν τις έχω ξεχάσει.

E= Πριν τη συμμετοχή σου στην εκπαίδευση, είχες στο νου σου πως η σχέση με τους ασθενείς είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να μελετήσεις;

Φ= Δεν το είχα στο νου μου γιατί δεν είχα ιδέα ότι γίνεται τέτοιο πράγμα σαν πρόγραμμα. Προφανώς και η ενσυναίσθηση πίστευα ότι χρειάζεται αλλά δεν ήξερα αν υπάρχει κάποια αντίστοιχη εκπαίδευση και δεν υπήρχε...Είχα υπόνοια για την ενσυναίσθηση σαν ορισμός.

E= Ποιο ήταν το πιο σημαντικό κομμάτι που έμαθες από την εκπαίδευση;

Φ= Νομίζω τη μέθοδο που χρησιμοποιούμε στα άσχημα νέα. Πάντα είχα την απορία πως θα μπορούμε να πούμε σε έναν άνθρωπο ή στους συγγενείς του κάτι κακό. Είναι και μία δυσκολία που την συναντάμε στη ζωή ακόμα και να μην κάνουμε το ιατρικό επάγγελμα, πάντα θα χρειαστεί να πούμε κάποια άσχημα νέα και πάντα θα μας είναι δύσκολο και προσπαθούμε να το αποφύγουμε. Οπότε ήταν κάτι που πίστευα ότι θα χρειαστεί αλλά δεν μπορώ να πω ότι ήταν το πιο σημαντικό κομμάτι αλλά αυτό που μου ήταν το πιο ενδιαφέρον εμένα. Ναι σαφώς και θα μπορούσε να βοηθήσει τη σχέση μου με τους ασθενείς. Δεν ξέρω ακόμα τι μπορεί να αλλάξει, δεν είχα ακόμη τόσο πολύ τριβή με ασθενείς όλο αυτό το διάστημα για να το δω και πιστεύω λόγω του θεματικού χαρακτήρα δεν μπορώ να πω αυτή τη στιγμή τι κέρδισα και τι δεν κέρδισα και δεν ξέρω αν θα μπορέσω να το πω ούτε αργότερα. Μπορεί να εφαρμόζω πράγματα που κέρδισα χωρίς να το καταλαβαίνω. Σαν θεωρία

αυτό με τα άσχημα νέα αν το επαναφέρω στο μυαλό μου νομίζω ότι αυτό ήταν το πιο σημαντικό κομμάτι που έχουμε και συγκεκριμένα βήματα να ακολουθήσουμε.

E= Θα άλλαζες κάτι από το περιεχόμενο της εκπαίδευσης;

Φ= Νομίζω ότι ήτανε το καλύτερο που μπορούσατε να κάνετε και το καλύτερο για εμάς. Συνήθως σε σεμινάρια που δεν συμμετέχει ο μαθητευόμενος κερδίζει πολύ λιγότερα πράγματα. Αυτό το βλέπω και από σεμινάρια ιατρικά που έχω πάει διάφορα και σε όσα συμμετείχα ενεργά είχα οφέλη σημαντικά, σε ένα που πήγα πρόσφατα στη Θεσσαλονίκη είχα οφέλη σημαντικά που συμμετείχαμε σαν φοιτητές ενώ σε άλλα που έχει μόνο ομιλίες κάπου «χάνεται η μπάλα» δεν μένουν και πολλά πράγματα.

E= Θα μπορούσαν να διδάσκονται και άλλα μαθήματα της ιατρικής με αυτό τον τρόπο;

Φ= Σαφώς, αυτό νομίζω ότι το λένε από το δημοτικό ότι θα πρέπει να είναι η εκπαίδευση πιο μαθητοκεντρική και όχι δασκαλοκεντρική. Στην ιατρική θα μπορούσε να γίνει σε όλα τα μαθήματα μέσω της μορφής ερωτήσεων και απαντήσεων για παράδειγμα. Να μην είναι στείρα διάλεξη αλλά να είναι ερωτήσεις και ερεθίσματα που να προσπαθούν να απαντηθούν από τους ίδιους τους φοιτητές. Κάποιοι καθηγητές υπάρχουν που το εφαρμόζουν και νομίζω ότι είναι αυτοί που με έχουν ωφελήσει περισσότερο στη σχολή. Τώρα άλλο τρόπο δεν μπορώ να σκεφτώ, δεν είναι φιλοσοφία η ιατρική ώστε να γίνεται συζήτηση περί ανέμων και υδάτων, δεν υπάρχει και ο χρόνος.

E= Αισθάνεσαι πως ίσως εντόπισες πλευρές του εαυτού σου που δεν γνώριζες;

Φ= Δε νομίζω, δε θα το έλεγα. Είδα κάποια λάθη που ίσως έκανα στη συμπεριφορά μου αλλά να εντοπίσω κάτι καινούργιο που δεν το ήξερα όχι, να δω κάτι που εν τέλει το έκανα νομίζοντας ότι είναι σωστό και τώρα να δω ότι είναι λάθος ναι ίσως να υπήρχε.

E= Τί εντόπισες δηλαδή;

Φ= Νομίζω ότι αυτό που μου έκανε όντως μεγάλη εντύπωση ότι ήταν λάθος στη συμπεριφορά μου είναι ότι προσπαθούσα πολλές φορές να υποβαθμίσω τα προβλήματα κάποιων ώστε να τους κάνω καλό, να τους κάνω να δουν πιο αισιόδοξα την κατάσταση. Εν τέλει μέσα από την εκπαίδευση είδα ότι αυτό δεν έχει κανένα όφελος μάλλον και εν τέλει σκέφτηκα για τον εαυτό μου ότι για τον καθένα ακόμη και το πιο απλό πρόβλημα όταν είναι το μοναδικό...του φαντάζει δύσκολο και βαρύ.

Ε= Ξεχωρίζεις κάτι από την εκπαίδευση;

Φ= Δε νομίζω ότι ξεχωρίζω κάτι συγκεκριμένο. Όχι δεν μπορώ να ξεχωρίσω. Πιστεύω όμως ότι θα με ωφελήσει, αυτό το πιστεύω πραγματικά. Και αυτό που κράτησα ήταν ότι ενώ ξεκίνησα με μία διάθεση ότι ήταν πολλές οι ώρες και τις πρώτες μέρες μου φάνηκαν όντως πολλές εν τέλει φάνηκε ότι ήταν αυτές που έπρεπε, ούτε πολλές ούτε λίγες.

Ε=Θα άλλαζες κάτι από το περιεχόμενο της εκπαίδευσης;

Φ= Θυμάσαι ότι δε μου άρεσε η άσκηση με τον πηλό, θεωρώ ότι ήταν πολύ. Ίσως να μην είναι, αλλά μια ολόκληρη μέρα με αυτή την ιστορία εμένα προσωπικά με κούρασε. Βέβαια σε όλους τους άλλους άρεσε οπότε μάλλον κάτι σωστά έκανες αλλά δεν βρήκα την ουσία σε αυτή την άσκηση. Όλα τα άλλα θα τα κράταγα όπως ήταν. Ίσως θα μπορούσες εσύ και η Καρολίνα να οργανώνατε λίγο καλύτερα τη συζήτηση ώστε να μην ξεφεύγει πολύ γιατί μερικές φορές μιλούσαμε μόνοι μας και ξεφεύγαμε πάρα πολύ. Ίσως να ήταν και ένας τρόπος περιορισμού των ωρών όχι γιατί είναι πολλές οι ώρες ή γιατί είναι κουραστικό αλλά γιατί είναι ανασταλτικός παράγοντας για άλλους να συμμετέχουν. Δεν είναι άσχημο γιατί υπήρχε και μόνιμος διάλογος, αν συμμετείχες στο διάλογο δεν υπήρχε περίπτωση να κουραστείς ή να βαρεθείς αλλά όταν το βλέπεις στην αρχή 60 ώρες είναι πάρα πολλές. Αν ήταν 30 ώρες νομίζω ότι θα είχε περισσότερο κοινό. Έχει και αυτό σημασία όχι να εκπαιδεύουν τριάντα άτομα και να μείνουμε εκεί.

Ε= Μεταξύ των συναντήσεών μας, διάβασες ή έψαξες κάτι για την ενσυναίσθηση;

Φ= Όχι δεν κοίταξα κάτι. Δεν είδα να χρειάζεται κάτι παραπάνω να διαβάσω. Δεν θεώρησα ότι υπάρχει λόγος εν μέσω των συναντήσεων, δεν είχα και το χρόνο.

Παράρτημα V- Παράρτημα Πιστοποιητικού³ και Συμπλήρωμα Πιστοποιητικού



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

UNIVERSITY OF IOANNINA
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
DEPARTMENT OF HYGIENE
AND EPIDEMIOLOGY
MEDICAL EDUCATION UNIT



ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Certification of Completion

Το παρόν πιστοποιεί ότι ο/η

This is to certify that

ολοκλήρωσε με επιτυχία το εξήντα (60) ωρών πρόγραμμα Εκπαίδευσης Φοιτητών Ιατρικής στην Ενσυναίσθηση

Έλα στη θέση μου, γιατρέ!

has successfully completed the sixty (60) hour Medical Student Empathy Training Program

Empathize me, doctor!

Ιωάννης Δ.Κ. Δημολιάτης, MD, MPH, MMedEd, PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας
Ioannis D.K. Dimoliatis, MD, MPH, MMedEd, PhD
Associate Professor of Hygiene and Epidemiology



Βασίλειος Ν. Κιοσσές, BSc, PgCert, PgDip
Ψυχολόγος Υπ. Διδάκτωρ Ιατρικής Υπεύθυνος Εκπαίδευσης
Vassilios N. Kiosses, BSc, PgCert, PgDip
Psychologist, PhD (c) in Medical School Training Instructor

³ Κάθε φοιτητής/φοιτήτρια που ολοκλήρωνε την εκπαίδευση λάμβανε το Πιστοποιητικό παρακολούθησης μαζί με το συμπλήρωμα σε δύο γλώσσες.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΟΝΑΔΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ, 45110 ΙΩΑΝΝΙΝΑ

UNIVERSITY OF IOANNINA
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
DEPARTMENT OF HYGIENE
AND EPIDEMIOLOGY
MEDICAL EDUCATION UNIT



UNIVERSITY CAMPUS, 45110, GREECE

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Όνομα:

Τίτλος Πιστοποιητικού:

Εκπαίδευση Φοιτητών Ιατρικής στην Ενσυναίσθηση
Έλα στη θέση μου, γιατρέ!

Διάρκεια: εξήντα (60) ώρες, 201.....

Μέθοδος Διδασκαλίας: Βιωματικά Σεμινάρια

Περιγραφή της Εκπαίδευσης

Μέρος I: Θεωρία

Εισαγωγή στις Επικοινωνιακές Δεξιότητες.

Εισαγωγή στην Προσωποκεντρική Προσέγγιση.

Αρχές Προσωποκεντρικής Ιατρικής.

Τεχνικές Διεξαγωγής Προσωποκεντρικής Συνέντευξης.

Ενσυναίσθηση και Εφαρμογή στην Κλινική Πράξη.

Θεωρία του Πένθους.

Μέρος II: Προσωπική Ανάπτυξη

Βιωματικές Ασκήσεις Προσωπικής Ανάπτυξης.

Ομάδες Συνάντησης.

Μέρος III: Ανάπτυξη Δεξιοτήτων

Μη λεκτική Επικοινωνία.

Ενεργητική Ακρόαση.

Ενσυναίσθητη Κατανόηση.

Διεξαγωγή Προσωποκεντρικής Συνέντευξης.

CERTIFICATE SUPPLEMENT

Name:

Title of the Certificate:

Empathy Training of Medical Students
Empathize me, doctor!

Duration: sixty (60) hours, 201.....

Teaching Method: Experiential Seminars

Training Description

Part I: Theory

Introduction to Communication Skills.

Introduction to Person-Centered Approach.

Basic Principles of Patient-Centered Medicine.

Conducting a Patient-Centered Interview.

Empathy and its Implications in Medicine.

Theory of Bereavement.

Part II: Personal Development

Personal Development Experiential Exercises.

Encounter Groups.

Part III: Skills Development

Nonverbal Communication.

Active Listening.

Empathic Understanding.

Conducting a Patient-Centered Interview.

Ιωάννινα / / 201..... Ioannina

Ιωάννης Δ.Κ. Δημόλιατης, MD, MPH, MMedEd, PhD
Αναπληρωτής Καθηγητής
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας

Ioannis D.K. Dimoliatis, MD, MPH, MMedEd, PhD
Associate Professor
Department of Hygiene and Epidemiology

Βασίλειος Ν. Κιοσσές, BSc, PgCert, PgDip
στην Προσωποκεντρική Συμβουλευτική, Ψυχολόγος
Υπ. Δρ Ιατρικής Εκπαίδευσης, Υπεύθυνος Εκπαίδευσης

Vassilios N. Kiosses, BSc, PgCert, PgDip
in Person Centered Counseling, Psychologist,
Medical Education PhD candidate. Training Instructor