



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ & ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ»

Κρομμύδα Σταυρούλα (Α.Μ: 28)

Επιβλέπουσα: Βασιλική Σιαφάκα

Επίκουρος Καθηγήτρια

Ιωάννινα 2019



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
Π.Μ.Σ. «ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΩΝ & ΕΠΙΚΤΗΤΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ»

MSc Dissertation
Empathy and Communication Skills
In students
of the Department of Speech and Language Therapy

STAUROULA KROMMIDA (A.M: 28)

SUPERVISOR

Vassiliki Siafaka
Assistant Professor

Ioannina 2019

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Βασιλική Σιαφάκα

Επίκουρος καθηγήτρια, Ψυχολογίας της Υγείας

2. Μέλος επιτροπής

Ναυσικά Ζιάβρα, Καθηγήτρια

3. Μέλος επιτροπής

Βικτωρία Ζακοπούλου

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ

Ναυσικά Ζιάβρα

Υπογραφή

Δήλωση μη λογοκλοπής

Γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, δηλώνω με υπευθυνότητα, ότι η μεταπτυχιακή εργασία αποτελεί αυτούσια ερευνητική εργασία, χωρίς λογοκλοπή και παράφραση. Στη βιβλιογραφία μου παρουσιάζονται οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγγραφή εργασίας που ακολουθεί στα πλαίσια του ΠΜΣ.

Κρομμύδα Σταυρούλα

Υπογραφή

© Κρομμύδα Σταυρούλα, 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τους προπτυχιακούς και τελειόφοιτους φοιτητές του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για το χρόνο που αφιέρωσαν με τη συμμετοχή τους στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και την ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα της εργασίας μου, Κα Σιαφάκα Βασιλική, Επίκουρο Καθηγήτρια, ως επιστήμονα και επαγγελματία, για τις πολύτιμες και ανεκτίμητες συμβουλές της, τη συνεργασία μας και, κυρίως, την ψυχολογική υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής για τις πολύτιμες συμβουλές τους, καθώς και όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος, με τίτλο *«Διεπιστημονική Προσέγγιση των αναπτυξιακών και επίκτητων διαταραχών επικοινωνίας»* για τις γνώσεις και την πολύπλευρη στήριξή τους. Τέλος, **ένα μεγάλο ευχαριστώ** οφείλω στους γονείς μου και την οικογένεια μου, τον άντρα μου και τις δυο κόρες μου που με στήριξαν με την υπομονή τους, την πίστη τους σε εμένα και την αγάπη τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου για την επίτευξη του στόχου μου με επιτυχία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Ο ρόλος της ενσυναίσθησης σε πολλούς τομείς της προσωπικής, κοινωνικής, εκπαιδευτικής και επαγγελματικής ζωής είναι καθοριστικός, καθώς αποτελεί ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων. Επιπλέον, οι δεξιότητες επικοινωνίας, που είναι αποτέλεσμα τόσο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, αλλά και εκπαίδευσης σε επικοινωνιακές τεχνικές, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης, αλλά και στη συμμόρφωση των ασθενών σε κάθε θεραπευτική οδηγία.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της ενσυναίσθησης και των δεξιοτήτων επικοινωνίας, καθώς και των παραγόντων που τις επηρεάζουν σε φοιτητές του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Υλικό και Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 213 φοιτητές του Τμήματος Λογοθεραπείας, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία: το Toronto Empathy Questionnaire (TEQ), την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC), την Κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS) και την Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI).

Αποτελέσματα: Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι τα επίπεδα ενσυναίσθησης του δείγματος είναι αρκετά χαμηλά (17.8 ± 2.2), συγκριτικά με φοιτητές άλλων σχολών επαγγελματίων υγείας και ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης σε σχέση με τους άντρες ($p=0,017$). Η σχέση των φοιτητών με τη θρησκεία ($p=0,037$) φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με την ενσυναισθητική ακρόαση, ενώ προέκυψε ότι η σειρά επιλογής των συγκεκριμένων σπουδών συσχετίζεται θετικά με τις επικοινωνιακές δεξιότητες των φοιτητών ($p=0,048$), καθώς και το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα (επικοινωνιακή ικανότητα μπροστά σε κοινό $p=0,014$, επικοινωνιακή ικανότητα με άγνωστους $p=0,019$).

Συμπεράσματα: Οι φοιτητές που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι έχουν χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης γεγονός που καθιστά απαραίτητη την εκπαίδευσή τους για την αύξηση του επιπέδου κυρίως της ενσυναισθητικής, αλλά και, γενικότερα, της επικοινωνιακής τους ικανότητας.

Λέξεις – κλειδιά: ενσυναίσθηση, ενσυναισθητική ακρόαση, δεξιότητες επικοινωνίας, φοιτητές

ABSTRACT

Introduction: The role of empathy in Speech and Language Therapy's Science, as well as in many areas of our personal, social, educational and professional life is important as it's an ability to recognize our feelings towards others. More specifically, empathy is the capacity to understand or feel what another person is experiencing from within their frame of reference, that is, the capacity to place oneself in another's position. In addition, through communication skills, as it is not just a personality issue but a series of learning skills, communication can improve the patients' healthiness and satisfaction.

Aim: Our aim was the assessment of empathy and communication skills as well as the factors affecting these two capacities in students of the Department of Speech & Language Therapy of the University of Ioannina

Material and Method: The sample consisted of 213 students who completed the following instruments: a. Toronto Empathy Questionnaire (TEQ), b. Self-Perceived Communication Competence Scale (SPCC), c. Active Empathic Listening Scale (AELS) and d. Interpersonal Reactivity Index (IRI).

Results: The analysis of the results showed that women had a higher level of empathy than men ($p = 0,017$). The relationship of students with religion ($p = 0,037$) is associated with increased empathic listening. The study preference is positively correlated with the students' communication skills ($p = 0,048$), while the educational level of the father appears to be correlated to the students' communication skills (in public $p = 0,014$, with a strange person, $p = 0,019$)

Conclusions: The participants of the study had lower levels of empathy than expected and therefore special educational programs are needed to be developed in order to improve the students' level of empathy and, more generally, their communication skills.

Keywords: empathy, communication skills, active empathic listening, students

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	10
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	12
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	15
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	16
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	21
1.1 Η έννοια της επικοινωνίας.....	21
1.2 Δεξιότητες επικοινωνίας.....	23
1.3.Προβλήματα και μοντέλα επικοινωνίας.....	25
1.4 Θεραπευτική Επικοινωνία	27
1.5 Τεχνικές Θεραπευτικής Επικοινωνίας.....	29
1.6 Οδηγός Επικοινωνίας για φοιτητές επαγγελματιών υγείας.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	34
2.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης	34
2.2 Η Ενσυναίσθηση στα επαγγέλματα υγείας.....	37
2.3 Η νευροφυσιολογική βάση της ενσυναίσθησης.....	39
2.4 Η λειτουργία της ενσυναίσθησης μέσα από την επιστήμη.....	40
2.5 Εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθητικής συμπεριφοράς.....	42
2.6 Παράγοντες ενίσχυσης ενσυναίσθησης.....	44
2.7 Κλίμακες εκτίμησης της ενσυναίσθησης.....	45
2.7.1 Κλίμακες αυτοαξιολόγησης.....	46
2.7.2 Άλλες κλίμακες αξιολόγησης της ενσυναίσθησης.....	47

2.8 Ανθεκτικότητα	49
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	51
1. Σκοπός της έρευνας.....	52
2. Υλικό	52
3. Μέθοδος	53
4. Στατιστική ανάλυση	55
5. Αποτελέσματα	55
5.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	55
5.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Εκτίμησης της Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ).....	57
5.3 Αποτελέσματα της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)	59
5.4 Αποτελέσματα Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)	60
5.5 Αποτελέσματα Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)	60
5.6 Αποτελέσματα Συσχετίσεων του Ερωτηματολογίου Ενσυναίσθησης του Τορόντο με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.....	61
5.7 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	63
5.8 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	64
5.9 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	66
5.10 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Συνολικής Εμπάθειας με τις Διαστάσεις των Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων των φοιτητών Λογοθεραπείας.....	68
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	70
Περιορισμοί και προτάσεις	76

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
Ελληνική βιβλιογραφία	78
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	79

Πίνακες

- Πίνακας 1.** Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος..... σελ.57
- Πίνακας 2.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων του Toronto Empathy Questionnaire (TEQ).....σελ.58
- Πίνακας 3.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC).....σελ.59
- Πίνακας 4.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας ενεργητικής ενσυναισθητικής ακρόασης (AELS).....σελ.60
- Πίνακας 5.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης (IRI).....σελ.61
- Πίνακας 6.** Συσχετίσεις της συνολικής τιμής του Toronto Empathy Questionnaire (Empathy) με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....σελ.62
- Πίνακας 7.** Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικάσελ.64
- Πίνακας 8.** Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής (AELS) Ακρόασης με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (AELS).....σελ. 65
- Πίνακας 9** Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.....σελ.67
- Πίνακας 10.** Συσχετίσεις των διαστάσεων Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τη διάσταση που εκφράζει τη Συνολική Ενσυναίσθηση.....σελ.69

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

(EM)	Hogan's Empathy Scale
(JSPE)	Jefferson Scale of Physician Empathy
(QMEE)	Questionnaire Measure of Emotional Empathy
(EQ)	Empathy Quotien
(ETS)	Empathic Tendency Scale
(CARE)	Consultation and Relational Empathy
(FHCS)	Four Habits Coding Scheme
(EETS)	Emotional Empathy Tendency Scale
(ECRS)	Empathy Construct Rating Scale
(IRI)	Davis's Interpersonal Reactivity Index
(TEQ)	Toronto Empathy Questionnaire
(AELS)	Active Empathetic Listening Scale
(SPCC)	Self-Perceived-Communication Competence Scale
(BLR)	Barrett - Lennard Relationship Inventory – empathic understanding
(JSPPPE)	The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας καθορίζεται από παράγοντες που δεν αφορούν μόνο στη θεραπευτική διαδικασία, αλλά και το είδος της επικοινωνίας που αναπτύσσεται μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς. Η αποτελεσματική επικοινωνία προσδιορίζεται από δεξιότητες και τεχνικές που εφαρμόζει ο επαγγελματίας ώστε να συγκεντρώσει σημαντικά στοιχεία για την παρούσα κατάσταση του ασθενούς, σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει σημαντικά στη θεραπεία – αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας του ασθενούς, καθώς η σχέση του επαγγελματία με τον ασθενή επηρεάζει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ενσυναίσθησης και των επικοινωνιακών δεξιοτήτων σε φοιτητές, μελλοντικούς επαγγελματίες υγείας, του Τμήματος Λογοθεραπείας, καθώς και η διερεύνηση των παραγόντων διαμόρφωσης αποτελεσματικής επικοινωνίας. Επισημαίνεται ο ρόλος της ενσυναίσθησης ως συντελεστή καθορισμού της αποτελεσματικής επικοινωνίας και υπογραμμίζεται η αξία της στην αίσθηση ικανοποίησης του ασθενούς, της ενεργούς συμμετοχής του στη θεραπευτική διαδικασία και της συμμόρφωσής του στις θεραπευτικές οδηγίες.

*«Η ενσυναίσθηση είναι ένας μοναδικός τρόπος που σου επιτρέπει να γνωρίσεις τον
εαυτό σου και το άλλο πρόσωπο, ένας τρόπος συντονισμού και κατανόησης. Όταν
η ενσυναίσθηση επεκτείνεται, ικανοποιεί τις ανάγκες και τις επιθυμίες μας για
οικειότητα και μας σώζει από τα συναισθήματα της μοναξιάς»*

Carl Rogers (1902)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πάροδο των χρόνων παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους παράγοντες διαμόρφωσης αποτελεσματικής επικοινωνίας και, μάλιστα, θεραπευτικής στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. Γίνεται, συχνά, προσπάθεια για διευκρίνιση των τεχνικών και δεξιοτήτων επικοινωνίας, ο ρόλος της ενσυναίσθησης κατά την επικοινωνία και το είδος της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή. Η αποτελεσματική επικοινωνία επαγγελματία υγείας – ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Σουλιώτης και συν., 2003). Ένα μεγάλο ποσοστό ερευνών διερευνούν τη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Donabedian, 1988), και τονίζεται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι προσδοκίες τους πραγματοποιήθηκαν και αυτό που ήθελαν να συμβεί, τελικά συνέβη (Καλογεροπούλου, 2011).

Μάλιστα, ποικίλες έρευνες συνδέουν άρρηκτα την ικανοποίηση των ασθενών με τις επικοινωνιακές δεξιότητες του επαγγελματία υγείας, παραβλέποντας ακόμη και τις ιατρικές πτυχές της θεραπείας (Inui et al., 1982). Υψηλά επίπεδα επικοινωνίας συμβάλλουν θετικά στο βαθμό προσαρμογής των ασθενών στην κατάστασή τους και στη συμμόρφωσή τους στις οδηγίες και τις υποδείξεις του προσωπικού που έχει αναλάβει τη θεραπεία τους. Επιπρόσθετα, συμβάλλουν στην ανάπτυξη αισθήματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας του ασθενούς σχετικά με την αντίληψη της έκβασης του προβλήματος υγείας και της συναίνεσης, αποδοχής και υπακοής της διαδικασίας της θεραπείας (Ha & Longnecker, 2010).

Προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή και αρμονική λειτουργία ενός πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας, όλοι οι ειδικοί οφείλουν να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, τόσο για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και γνώσεων όσο και για την υποστήριξη σε ψυχολογικό επίπεδο. Για αυτό το λόγο, ο κλάδος της υγείας προσπαθεί να καθιερώσει με ενθαρρυντικά βήματα σχετικά με την εκπαίδευση των φοιτητών ιατρικών σχολών, την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας, ενσυναίσθησης, ανθεκτικότητας, συνέπειας και συνοχής.

Το σύνολο του ενδιαφέροντος γύρω από τα προαναφερθέντα θέματα αποτέλεσε το εφαλτήριο για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Στο θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της επικοινωνίας, τα

χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην επιτυχή και αποδοτική επικοινωνία, τις δεξιότητες που πρέπει να αναπτύξουν οι μελλοντικοί λογοθεραπευτές και τα προβλήματα που πρέπει να αποφύγουν. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην ενσυναίσθηση ως επικοινωνιακή δεξιότητα, στην ενσυναίσθηση οριοθετημένη από τα πλαίσια της ιατρικής και της επιστήμης, καθώς και στη νευροφυσιολογική βάση της, στα εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθηματικής συμπεριφοράς και στους παράγοντες ενίσχυσής της. Τέλος, γίνεται λόγος για την έννοια της ανθεκτικότητας στα επαγγέλματα υγείας ως παράγοντας που καθορίζει σημαντικά τις επικοινωνιακές δεξιότητες και τη σχέση που διαμορφώνεται μεταξύ ειδικού - ασθενούς. Στο ειδικό μέρος παρουσιάζεται ο στόχος της παρούσας μελέτης, το δείγμα και τα χαρακτηριστικά του, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν, τα αποτελέσματα και η συζήτηση αυτών των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1 Η έννοια της επικοινωνίας

Η ανάγκη των ανθρώπων για επικοινωνία αναπτύχθηκε πριν από πολλά εκατομμύρια χρόνια και ορίζεται ως η διαδικασία ανταλλαγής μηνυμάτων ή πληροφοριών ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα. Στην αρχαία Ελλάδα το 367-347 π.Χ ο Αριστοτέλης, μαθητής του Πλάτωνα υποστήριξε ότι η σημερινή «επικοινωνία» ήταν γνωστή ως «ρητορική» δηλ. να μπορείς να χρησιμοποιείς την γλώσσα για να επιβάλλεις σε κάποιον να σε ακούσει. Στο έργο του “The Art of Rhetoric” μπορούμε να αναγνωρίσουμε την αρχή της σύγχρονης θεωρίας της επικοινωνίας, η οποία σχετίζεται με τη γλώσσα και αφορά στη ζωή των ανθρώπων σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο. Μέσω της γλώσσας επιτυγχάνεται η επικοινωνία στα έμβια όντα. Σύμφωνα με τον Bloom: *«Η γλώσσα είναι ένας κώδικας με τον οποίο οι ιδέες για τον κόσμο παρουσιάζονται μέσω συστήματος μηνυμάτων για επικοινωνία»* (L.Bloom, 1978).

Γενικά, ο όρος «επικοινωνία» αφορά στην ανταλλαγή των «εννοιών» ανάμεσα στα άτομα, μέσω ενός κοινού προγράμματος «συμβόλων» (Taylor, 2005, DeVito, 2006). Η επικοινωνία βασίζεται στην ύπαρξη τουλάχιστον δύο ατόμων, του αποστολέα (πομπού) και του λήπτη του μηνύματος (δέκτη), μέσω κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γιατί δεν νοείται επικοινωνία χωρίς ανατροφοδότηση, με αποδοχή του μηνύματος άμεσα η έμμεσα, ακούσια η εκούσια. Η επικοινωνία επιτυγχάνεται όταν ο πομπός χρησιμοποιεί διάφορα σύμβολα, ήχους, χειρονομίες προκειμένου να στείλει στο δέκτη το μήνυμα που επιθυμεί (Πασιαρδή, 2001) και με τον τρόπο αυτόν μπορεί να επιτευχθεί η ανταλλαγή απόψεων, σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ δύο ή παραπάνω ατόμων, καθώς η επικοινωνία παρουσιάζει εξελικτική πορεία (J. Bruner, 1983). Για να θεωρηθεί μια επικοινωνία δύο ατόμων ως επιτυχημένη, θα πρέπει ο παραλήπτης να βεβαιώσει με έναν τρόπο τον πομπό ότι έλαβε το μήνυμα αλλά και κατανόησε πλήρως το περιεχόμενο αυτού (Plante et al.,1999; Webb, 2011).

Τα τρία βασικότερα στοιχεία της διεργασίας της επικοινωνίας (Σταμάτης, 2012) αποτελούν:

- ✓ Η αντίληψη του μηνύματος, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από τη λειτουργία και τη συνεργασία των πέντε αισθήσεων, αλλά, κυρίως, της όρασης και της ακοής. Σε περίπτωση δυσλειτουργίας σε μια από τις αισθήσεις, μια άλλη αίσθηση την αντικαθιστά με στόχο την πρόοδο της αντίληψης του ατόμου.
- ✓ Η αξιολόγηση αποκτά νόημα όταν το αισθητικό ερέθισμα καταλήγει στον εγκέφαλο. Όταν ένα άτομο έρχεται αντιμέτωπο με μια καινούργια εμπειρία οδηγείται σε αβεβαιότητα καθώς δεν υπάρχει σημείο αναφοράς. Η αξιολόγηση έχει δυο ανταποκρίσεις: την γνωστική και τη συναισθηματική ανταπόκριση.
- ✓ Και η μεταβίβαση ολοκληρώνεται έπειτα από αξιολόγηση της πληροφορίας. Στη συνέχεια μέσω της αντίληψης από τον αποστολέα ως ανάδραση, επιδρά θετικά η αρνητικά σε έναν αδιάλειπτο κύκλο επικοινωνίας.

Η επικοινωνία αποτελεί ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο που μπορεί να συνδέσει τους ανθρώπους που αποτελούν κομμάτι ενός κοινωνικού συνόλου και είναι από τα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η οργάνωση της κοινωνίας υπαρξιακά και λειτουργικά προσδιορίζεται από την ανάγκη για επικοινωνία αφού αποτελεί σημαντικό στοιχείο της παρουσίας μας. Κατά τον Γ.Δ. Μπαμπινιώτη: *‘‘Δια του όρου επικοινωνία(communication), νοείται η όλη διαδικασία της γλωσσικής συνεννοήσεως (ομιλίας) η εκπομπή και λήψης μηνυμάτων (messages), άλλως η ανταλλαγή σκέψεων, πληροφοριών, ερωτήσεων, εντολών κ.λπ.’’* (Γ.Δ. Μπαμπινιώτης, 1974). Πολλοί είναι εκείνοι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην πραγματοποίηση της, όπως το περιβάλλον, τα δομικά και ατομικά χαρακτηριστικά. Χωρίς τη βοήθεια της επικοινωνίας, η πρόοδος των κοινωνιών δεν θα υφίσταται, διότι καμιά ιδέα ή άποψη δεν θα μπορούσε να εξαπλωθεί και να επιβληθεί στο κόσμο, ενώ η λήψη αποφάσεων θα δυσκόλευε αρκετά. Ο E. Durkheim μάλιστα, ανέφερε ότι: *‘‘...άνθρωπος και κοινωνία συνιστούν ένα όλο, μια σχέση, ευρισκόμενοι σε συνεχή αλληλεπίδραση’’*. Βασικά είδη επικοινωνίας αφορούν τη γλωσσική, μη γλωσσική και τεχνική επικοινωνία και οι κύριες οπτικές γωνίες προσέγγισης της επικοινωνίας αφορούν τη: γνωστική – νοητική, συγκινησιακή –ψυχοκοινωνική, εμφανής – λανθάνουσα, τυπική-άτυπη και γλωσσική - μη γλωσσική.

Στις διαπροσωπικές σχέσεις η επικοινωνία αποτελείται από ποικιλία χειρονομιών και τρόπους εξωτερίκευσης των συναισθημάτων. Ο λεκτικός τρόπος έκφρασης περιλαμβάνει τη χρήση λέξεων είτε γραπτά είτε προφορικά (Keir et al.,1998). Όμως, για να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση, δηλ. η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων, δεν είναι πάντα απαραίτητη η προφορική επικοινωνία. Στο μη λεκτικό τρόπο επικοινωνίας αντιστοίχως, χρησιμοποιείται το σώμα προκειμένου να καλύψει το κενό της έλλειψης λεκτικής επικοινωνίας. Στην περίπτωση αυτή, η επικοινωνία πραγματοποιείται μέσω των εκφράσεων του προσώπου, της στάση του σώματος της χροιάς της φωνής, δηλαδή, χρησιμοποιώντας ως μέσο τις ανθρώπινες αισθήσεις (οπτική-ηχητική παρατήρηση). Η μη λεκτική επικοινωνία έχει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία, καθώς στο πέρασμα των χρόνων έχει συνδεθεί με τον πολιτισμό και την κουλτούρα κάθε λαού, μέσα από τη καθημερινή χρήση της (Sheldon, 2009).

1.2 Δεξιότητες επικοινωνίας

Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει σημαντικά στην εύρυθμη λειτουργία όλου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Η επικοινωνία αποτελεί μια κατάσταση αλληλεπίδρασης και ανταλλαγής πληροφοριών. Είναι η γέφυρα μεταξύ του πομπού και του δέκτη με σκοπό τη μετάδοση πληροφοριών, το είδος των οποίων εξαρτάται από τις προσωπικές αντιλήψεις του ατόμου, όπου στη συγκεκριμένη περίπτωση, πρόκειται για ιατρικού περιεχομένου θέματα. Όταν οι συνθήκες επικοινωνίας είναι ικανοποιητικές, εδραιώνεται η αλληλοκατανόηση των συνομιλητών (επαγγελματία υγείας – ασθενή) και η αντίληψη των συναισθημάτων τους.

Τα υψηλά επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας συσχετίζονται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών παρατηρείται όταν υπάρχει βελτιωμένη επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή. Αντιθέτως, ένα περιβάλλον κακής συνεννόησης και επικοινωνίας συμβάλλει στη μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς, της ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας και περίθαλψης, του αισθήματος ελπίδας και, κατά επέκταση, στην απουσία ψυχολογικής ένταξης (Τατσιώνη και συν., 2015).

Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες προσέγγισης της ψυχοκοινωνικής σύνθεσης του ασθενούς. Οι φοιτητές επαγγελματιών υγείας πρέπει να εκπαιδεύονται και να καθοδηγούνται στον τρόπο επικοινωνίας τους με τους ασθενείς. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση του ασθενούς, με επίκεντρο το ύφος και το περιεχόμενο αυτής. Οι δεξιότητες επικοινωνίας σχετικά με τις ερωτήσεις που πρέπει να διατυπωθούν και τις απαντήσεις που πρέπει να αποδοθούν οδηγούν στην αποτελεσματική επικοινωνία.

Τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης στην επικοινωνία σε φοιτητές επαγγελματιών υγείας είναι ανεκτίμητης αξίας. Υποστηρίζεται η άποψη ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία ούτε περιορίζεται, ούτε πλαισιώνεται σε τεχνικές, εξαιτίας της μοναδικότητας του χαρακτήρα του ατόμου. Ωστόσο, οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να διδαχθούν και να προσαρμοστούν σε ένα προσωπικό σύστημα αξιών. Είναι σημαντικό ο κάθε άνθρωπος να αντιμετωπίζεται με προσέγγιση της μοναδικότητας του χαρακτήρα του, αλλά και ως αποτέλεσμα της πολιτιστικής του κληρονομιάς, γιατί το κάθε άτομο θεωρεί αποδεκτό κάτι που κάποιος άλλος θεωρεί προσβλητικό (Sheldon, 2009). Για αυτό το λόγο είναι εξαιρετικά βοηθητικά τα σεμινάρια επικοινωνίας, με σκοπό την αποδοτικότερη επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, για την καλύτερη δυνατή εξασφάλιση της υγείας τους (Μποστανίτης, 2010).

Ορισμένα από τα προσόντα των ειδικών σε επίπεδο επικοινωνίας είναι να μπορούν να διακρίνουν τα οφέλη των ανοικτών ερωτήσεων, να εντοπίζουν τις ιδιαιτερότητες κάθε χαρακτήρα, να διακρίνουν τα εμπόδια που ενδεχομένως να προκύπτουν και αποτρέπουν την αποτελεσματική επικοινωνία και να χρησιμοποιούν εύστοχα τη γλώσσα και το ύφος αυτής, προκειμένου να αντλήσουν τις πληροφορίες που απαιτούνται για ένα σαφέστατο και επιμελέστατο ιατρικό ιστορικό.

Ένα ακόμα αξιοσημείωτο συστατικό της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η στάση και η γλώσσα του σώματος. Οι λογοθεραπευτές, ειδικότερα, θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζουν πως να χρησιμοποιούν τη γλώσσα του σώματος, αλλά και να μπορούν να την ερμηνεύσουν. Οι εκφράσεις του προσώπου, όταν συνδέονται με κάποιο λεκτικό μήνυμα, μπορούν να ενισχύσουν το νόημα της συζήτησης και να αποδώσουν ακόμα μεγαλύτερη αξία στις λέξεις. Πολλές φορές ένα λεκτικό μήνυμα μπορεί να ερμηνευτεί με εντελώς αντίθετο νόημα, όταν συνοδευτεί με τη γλώσσα του

σώματος και την έκφραση του προσώπου. Όταν το λεκτικό και «σωματικό» μήνυμα που λαμβάνει ο δέκτης είναι συμβατά, σημαίνει ότι κυριαρχεί πλήρης ταύτιση των λέξεων και του νοήματός τους (DeWit, 2009). Οι επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να διατηρήσουν ένα καλό επίπεδο επικοινωνίας, είναι καλό να προσαρμοστούν ή ακόμα και να αντιγράψουν το επικοινωνιακό ύφος του ασθενούς.

1.3 Προβλήματα και μοντέλα επικοινωνίας

Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί ορισμένες προϋποθέσεις, οι οποίες εστιάζουν στη σταθεροποίηση, εμπιστευτικότητα, ενεργή ακρόαση, ανάπτυξη ιδεών και ενεργή συμμετοχή στις ψυχικές εμπειρίες του συνομιλητή (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004). Ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής έχουν διαφορετικούς και συγκεκριμένους ρόλους. Ο στόχος του πρώτου εστιάζει στην αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και ο στόχος του δεύτερου στη συνέπεια της διαδικασίας της θεραπείας του. Προκειμένου να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, είναι σημαντικό να αποδεχτούν και οι δυο πλευρές τις ιδέες και αντιλήψεις του καθενός. Ωστόσο, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο της υπερανάλυσης και αυτοδιάγνωσης εκ μέρους των ασθενών, τα οποία δεν μπορούν να αξιοποιηθούν από τον επαγγελματία υγείας (Μάντη, Τσελεπή, 2000).

Σημαντικό ρόλο στη δημιουργία προβλημάτων επικοινωνίας διαδραματίζει η διαφορά κοινωνικού επιπέδου. Οι ασθενείς με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι ενήμεροι για τους λόγους και τις αιτίες επίσκεψής τους πριν ακόμη ενημερωθούν από τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις, οι ασθενείς εμφανίζουν υψηλές απαιτήσεις με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκειά τους από τις υπηρεσίες υγείας (Αναγνωστοπούλου και συν., 2012). Αντιθέτως, τα άτομα χαμηλού κοινωνικό-μορφωτικού επιπέδου δεν αντιλαμβάνονται πάντα με σαφήνεια τους ιατρικούς όρους και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατύπωση του προβλήματός τους (Μάντη & Τσελεπή, 2000).

Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, τα συνηθέστερα προβλήματα που παρατηρούνται αφορούν στη γενικότερη στάση τους, δηλαδή, τη διαρκή εκδήλωση των πεποιθήσεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφοριστικών τάσεων τους προς τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό η έντονη υπεροχή του ιατρικού προσωπικού, το

αίσθημα διαρκούς ελέγχου και καθοδήγησης του διαλόγου δυσχεραίνουν την επικοινωνία (Μάντη & Τσελεπή, 2000). Παρατηρείται, συχνά, έλλειψη ενσυναίσθησης (empathy) εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να μπορούν να επιδείξουν κατανόηση στον πόνο του ασθενούς και παρουσιάζοντας μια εικόνα ενός ανθρώπου αδιάφορου και απρόσεκτου. Επομένως, οι επαγγελματίες υγείας έχουν ανάγκη ουσιαστικής εκπαίδευσης ώστε να είναι σε θέση να «μπουν στη θέση του άλλου», να κατανοούν τις ανάγκες και τα συναισθήματα των ασθενών, να είναι ταυτόχρονα παρηγορητικοί και διακριτικοί.

Ένα ακόμη πρόβλημα που παρατηρείται είναι η έλλειψη σεβασμού. Οι επαγγελματίες υγείας, συχνά, χαρακτηρίζονται ως αγενείς και απότομοι προς τους ασθενείς, ενώ ο επαγγελματισμός τους φανερώνεται μόνο όταν είναι υπό την επίβλεψη ανώτερου ιεραρχικά ειδικού ή συμβούλου. Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο αδιαφορίας των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς χαμηλού μορφωτικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου, καθώς και διαφορετικής εθνικότητας (Kelly-Irving et al., 2011).

Η απουσία επικοινωνίας και, συνεπώς, η μη ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας συνδέονται άμεσα με την πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών. Τα φαινόμενα δικαστικής διαμάχης παρουσιάζονται σε περιπτώσεις ελλιπούς πληροφόρησης, απουσίας ενσυναίσθησης και ψυχικής υποστήριξης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των δικαστικών διαφορών, ποσοστό της τάξεως 70–80% αφορούν σε προβλήματα επικοινωνίας και σε μικρότερα ποσοστά, σε προβλήματα από ιατρικά λάθη (Lussier & Richard, 2010).

Για την αποτροπή των παραπάνω προβλημάτων προτείνονται τέσσερα μοντέλα επικοινωνίας για τους επαγγελματίες υγείας. Αυτά τα μοντέλα είναι τα εξής:

1. **Μοντέλο Πεποιθήσεων για τον κλάδο της υγείας.** Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στην κατανόηση του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, σύμφωνα με τις δημογραφικές του ιδιαιτερότητες (Rosenstock, 1974).
2. **Μοντέλο Αλληλεπίδρασης της King.** Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στην ανταλλαγή απόψεων σχετικά με την απόδοση και τον καθορισμό στόχων ως απόρροια της επικοινωνίας του ειδικού και του ασθενούς (King, 1971).

3. **Μοντέλο του Rogers.** Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στη θεραπευτική διάσταση της επικοινωνίας. Έχει ως επίκεντρο τον ασθενή, εφόσον σε εκείνον συσσωρεύονται όλες οι παρεμβάσεις (Rogers, 1951).
4. **Μοντέλο Διαδικασιών Κοινωνικής Ενημέρωσης των Crick & Dodge** (Crick & Dodge, 1994). Το συγκεκριμένο μοντέλο εστιάζει στον τρόπο επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας με τον ασθενή και στην ανάπτυξη ειδικών δεξιοτήτων για την κατάλληλη αντίδραση και αντιμετώπιση διαφόρων καταστάσεων (Sheldon, 2009).

1.4 Θεραπευτική Επικοινωνία

Η θεραπευτική επικοινωνία παρεκκλίνει από τα τυπικά πλαίσια επικοινωνίας, τα οποία περιορίζονται στην ανταλλαγή πληροφοριών, εμπειριών και απόψεων. Αρχικά, περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο του ειδικού όσο και του ασθενούς με επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή και τις συνθήκες διαβίωσής του, με σκοπό τη βελτίωση αυτών με τη βοήθεια του ειδικού (Kneisl, 2009). Αυτό το είδος της επικοινωνίας απαιτεί την αμφίδρομη συμμετοχή των συνομιλητών και τη δέσμευση του επαγγελματία υγείας για τη σταθεροποίηση της σχέσης αυτής (College of Nurses of Ontario, 1999), (Spiers & Wood, 2010).

Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί το ερέθισμα ανάπτυξης της ψυχικής υγείας και, κατά επέκταση, της θετικότερης στάσης του ασθενούς ως προς τη φύση του προβλήματος υγείας, αλλά και της προοπτικής της στο μέλλον (Moyle, 2003). Από την πλευρά του ειδικού, η έννοια της φροντίδας μεταβιβάζεται μέσω της ευγενικής, φιλικής και θετικής προσέγγισής του (Webb, 2011). Η αναγκαιότητα της θεραπευτικής επικοινωνίας στηρίζεται στη μεταβίβαση αισθήματος ευφορίας και ανακούφισης και στην ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, με σκοπό την εξασφάλιση και βελτίωση της υγείας του (Beeber, 1998). Όταν ο ασθενής αντιληφθεί το αίσθημα της ασφάλειας, το οποίο του μεταβιβάστηκε μέσω της συμπόνιας του ειδικού, τότε αποκτά μια θετική στάση απέναντι στις αλλαγές και υποχωρήσεις που πιθανόν να περιλαμβάνει η θεραπεία της νόσου, προκειμένου να επιστρέψει πλήρως στις υποχρεώσεις της καθημερινότητας (Perla, 1952). Για την

καλύτερη αντίληψη της έννοιας, η θεραπευτική επικοινωνία διακρίνεται σε τρία στάδια:

1. **Στάδιο προσαρμογής**, το οποίο αφορά στη γνωριμία του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας
2. **Στάδιο επεξεργασίας**, το οποίο αφορά στη διάκριση προβλήματος που χρήζει λύσης και συγχρόνως, την αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του ασθενούς
3. **Στάδιο διάλυσης**, το οποίο σηματοδοτεί τη λήξη της σχέσης ασθενούς και επαγγελματία υγείας, αφού πρώτα έχει επιλυθεί το πρόβλημα που εντοπίστηκε στο προηγούμενο στάδιο (Sheldon, 2009), (Webb, 2011), (DeWit, 2009).

Τα παραπάνω στάδια στοχεύουν στον εντοπισμό των πτυχών της συμπεριφοράς του ασθενούς εκ μέρους του ειδικού, τα οποία στέκονται εμπόδιο για τον ίδιο τον ασθενή. Ο ειδικός επιδιώκει την εξάλειψη αυτών των εμποδίων, ώστε να προάγει την ίαση του ασθενούς και κατά επέκταση την υποστήριξη της λειτουργικότητάς του. Για να επιτευχθεί ο σκοπός της θεωρίας, ο ειδικός οφείλει να συνυπολογίζει τη σωματική, συναισθηματική και πολιτισμική υπόσταση, καθώς και τη διάθεση για επικοινωνία (Sheldon, 2009). Ακόμη, χαρακτηριστικό του επαγγελματία υγείας που προωθεί την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή είναι η αυτογνωσία. Η αυτογνωσία του ειδικού λειτουργεί ως δίαυλος επικοινωνίας με τον ασθενή μέσω της προσωπικής του ωρίμανσης.

Η θεραπευτική επικοινωνία παρουσιάζει πλεονεκτήματα τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία υγείας, αφού μέσω της ολιστικής προσέγγισης (ψυχή και σώμα) προάγεται η υγεία και προλαμβάνονται ασθένειες. Τα θεμέλια της εστιάζουν στην ανάδειξη συμπόνιας, ενσυναίσθησης, αυθεντικότητας, σεβασμού, εκτίμησης και εμπιστευτικότητας με θεραπευτικές και ευεργετικές ιδιότητες (Hojat, M. et al., 2011). Η συμπόνια, ειδικότερα, συμβάλλει στη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς. Ο όρος στηρίζεται στην έννοια του αλτρουισμού, συμπαράστασης, οίκτου και ενσυναίσθησης. Ο αλτρουισμός εστιάζει στην αντίληψη των προβλημάτων με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι άλλοι και στην προθυμία για προσωπικές υποχωρήσεις που αποσκοπούν στην εξέλιξη των άλλων. Στη συνέχεια, η συμπαράσταση εστιάζει στην ικανότητα του ατόμου να μεταβιβάζει τα συναισθήματά του σε άλλους. Ο οίκτος αφορά στην προσωπική υποχώρηση του ατόμου

προκειμένου να πάψει να υποφέρει και τέλος, η ενσυναίσθηση αφορά στο αυθόρμητο ενδιαφέρον για τους άλλους και συνεπώς, στην κατανόηση της συναισθηματικής τους κατάστασης. Με βάση τις παραπάνω αρχές προάγεται η ποιότητα ζωής των ασθενών (Plante et al., 1994, Pinto et al., 2012).

1.5 Τεχνικές Θεραπευτικής Επικοινωνίας

Η εδραίωση μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ειδικού και ασθενούς προϋποθέτει ο ειδικός να διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας, (Scanlon, 2006, O' Brien, 2000) οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν μέσω ορισμένων τεχνικών, όπως:

1. **Η σιωπή:** Οι παύσεις που κάνει ο επαγγελματίας υγείας είναι απαραίτητες έτσι ώστε ο ασθενής να διαθέτει τον κατάλληλο χρόνο να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που δέχτηκε και να απαντήσει αναλόγως. Η σιωπή προϋποθέτει προσήλωση του ειδικού, καθώς εστιάζει στα συναισθήματα και στις σκέψεις του ασθενούς, παρέχοντάς του χρόνο.
2. **Οι ερωτήσεις ανοιχτού περιεχομένου:** Αυτού του είδους οι ερωτήσεις βοηθούν τον ασθενή να εκφράσει τις ανησυχίες, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με μη μονολεκτικές απαντήσεις, αναπτύσσοντας ένα κλίμα συμπόνιας.
3. **Το χιούμορ:** Τα αστεία και ο αυτοσαρκασμός συμβάλλουν στην ενίσχυση αισθήματος ανακούφισης του ασθενούς από την ένταση και την αγωνία, ενώ ταυτόχρονα η σχέση παύει να είναι αυστηρά τυπική. Άλλωστε, το χιούμορ είναι αποτελεσματικός και ώριμος μηχανισμός άμυνας και χρησιμοποιείται για τη μείωση άγχους και έντασης, επαναφέροντας την ηρεμία και ενισχύοντας το δεσμό μεταξύ των συνομιλητών. Πιο συγκεκριμένα, στη σχέση ειδικού – ασθενούς, ο αυτοσαρκασμός αποτελεί ένα εργαλείο αποτελεσματικής επικοινωνίας, καθώς ο ασθενής αποδέχεται το γεγονός ότι όλοι έχουν ελαττώματα. Ο αυτοσαρκασμός, άλλωστε, εμπεριέχει την έννοια της αυτογνωσίας, ένα προσόν με το οποίο το άτομο αξιολογεί τα μηνύματα που δέχεται με αντικειμενικότητα και αντιλαμβάνεται την ιδιαιτερότητα και τη διαφορετικότητα του ατόμου που συνομιλεί (Koch et al., 2001),

(Webster, 2014). Σε αυτές τις περιστάσεις, ενδείκνυται το θετικό χιούμορ και περιστασιακά το μαύρο χιούμορ. Το αρνητικό χιούμορ αποφεύγεται εξαιτίας των ρατσιστικών και σαρκαστικών υπαινιγμών που αποτελείται. Η χιουμοριστική συμπεριφορά του ειδικού απαιτεί τις κατάλληλες συνθήκες και χρονικές στιγμές, με σκοπό τις αποτελεσματικές επιδράσεις του. Ακόμη, είναι σημαντικό να εκτιμηθεί η πρόθεση του ειδικού για χιούμορ, ούτως ώστε να γίνεται με μέτρο και σύνεση και να επωφεληθούν των θετικών του ενεργειών.

4. **Η αναδιατύπωση:** Η επανάληψη των πληροφοριών που μεταδίδει ο ειδικός στον ασθενή και κυρίως, η αναδιατύπωση αυτών με επιδεξιότητα ενθαρρύνει τον ασθενή για επικοινωνία. Η χρήση διαφορετικών όρων εκ μέρους του ειδικού με την ίδια σημασία δίνει στον ασθενή καλύτερη, εμπειρισταωμένη και λεπτομερή εικόνα της κατάστασης.
5. **Οι διευκρινήσεις:** Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να μεταδίδει μηνύματα με τη βεβαιότητα ότι γίνονται αντιληπτά και κατανοητά από τον ασθενή, χωρίς να παρερμηνευτεί ή παρεννοηθεί ούτε το νόημα, αλλά ούτε και η πρόθεση.
6. **Η σωματική επαφή:** Το άγγιγμα αποτελεί μια τεχνική εδραίωσης της θεραπευτικής επικοινωνίας. Είναι μια ένδειξη στοργής, η οποία αποβάλλει τον αρνητισμό, τη συναισθηματική συμφόρηση, το άγχος και την αγωνία. Αυτή η τεχνική παγιώνει τη σχέση ειδικού – ασθενούς και ισχυροποιεί το δεσμό μεταξύ τους. Όταν χρησιμοποιείται με γνώση του πολιτιστικού υπόβαθρου του ασθενούς και με την έγκρισή του (Sheldon,2009, Keir et al.,1998) δημιουργεί ένα κλίμα στοργικότητας, συμπόνιας και ενσυναίσθησης.
7. **Ο χρόνος και τρόπος παροχής υπηρεσιών:** Ο ειδικός πρέπει να είναι πρόθυμος και διαθέσιμος για επικοινωνία με τον ασθενή, με τη συχνότητα που ο δεύτερος το έχει ανάγκη. Πραγματοποιείται αποτελεσματική επικοινωνία όταν ο ασθενής γνωρίζει τότε παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και σε ποιες συνθήκες.
8. **Παροχή πληροφοριών:** Ο ασθενής πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασης υγείας του, της θεραπείας που του χορηγείται, τις ιατρικές

διαδικασίες και τις μελλοντικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν, στο βαθμό που ο ίδιος επιδιώξει την ενημέρωση.

9. **Η υπόδειξη εναλλακτικών λύσεων:** Ο ειδικός αναλαμβάνει να φροντίσει τον ασθενή μέσω της επίλυσης ζητημάτων που τον απασχολούν σε ποικίλους τομείς. Αυτή η τεχνική εστιάζει στην υπόδειξη διαφορετικών λύσεων και εναλλακτικού τρόπου σκέψης, καθώς η λήψη αποφάσεων πρέπει να είναι αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας ειδικού - ασθενούς, με την τελική απόφαση να ανήκει στον ασθενή.
10. **Ανακεφαλαίωση:** Πριν την ολοκλήρωση μιας κλινικής συνέντευξης, ο ειδικός είναι καλό να επαναλαμβάνει τα βασικά σημεία της συζήτησης που διεξήχθη, ανακεφαλαιώνοντας τα θέματα που είναι σημαντικά για την πορεία της υγείας του ασθενούς (DeWit, 2009).

Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει στο βαθμό εκτίμησης και ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενούς της σχέσης που έχει αναπτύξει με τον επαγγελματία υγείας. Είναι καίριας σημασίας να είναι σαφείς οι ρόλοι του καθενός στα πλαίσια της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Για αυτό το λόγο, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ακολουθεί μια ορισμένη διαδικασία επικοινωνίας, η οποία αφορά στην ενεργητική ακρόαση.

Η ενεργητική ακρόαση αποτελεί το βασικότερο στοιχείο μιας ορθής και αποτελεσματικής επικοινωνίας (Μούγια, 2012, Kourkouta et al., 2013), κατά την οποία ο ειδικός παρατηρεί και αντιλαμβάνεται όλα τα μηνύματα που δέχεται, λεκτικά και μη. Η σωστή ακρόαση απαιτεί τη διατήρηση οπτικής επαφής μεταξύ των συνομιλητών, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η προσήλωση του ασθενούς. Ακόμη, απαραίτητο συστατικό της είναι η εξάλειψη όσο το δυνατόν περισσότερων περισπασμών. Είναι σημαντικό ο ασθενής να εκδηλώνει ανεπηρέαστα τις έγνοιες και τις ανησυχίες του (Κυριακίδου, 2004, Σαπουντζή, 2004) και να διατυπώνονται και προσωπικές σκέψεις, αντιλήψεις και εμπειρίες τόσο του ασθενούς όσο και του ειδικού. Ωστόσο, είναι καθήκον του ειδικού να απαλλάσσεται από προκαταλήψεις και στερεότυπα, καθώς μπορούν να αλλοιώσουν ή να διαστρεβλώσουν την αμερόληπτη στάση του ειδικού (Bach, 2009, Gosbee, 1998). Η έννοια της

ενεργητικής ακρόασης εμπεριέχει τη λήψη, κατανόηση και ερμηνεία των μηνυμάτων που λαμβάνει ο επαγγελματίας υγείας από τον ασθενή (Gidman, 2013).

Όλα τα παραπάνω συντελούν δυναμικά στην προθυμία του ασθενούς για επικοινωνία και διάλογο (Crabb & Razi, 2007, Stickley & Freshwater, 2006). Για να επιτευχθεί απαιτεί τη διαρκή εκπαίδευση και εξάσκηση μέσω των τεχνικών επικοινωνίας που προαναφέρθηκαν. Η ενεργητική ακρόαση εξασφαλίζει την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης σε ένα περιβάλλον όπου υπερισχύει η εμπιστευτικότητα, η ασφάλεια και η αλληλεγγύη, με σκοπό τη λεπτομερή διάγνωση του ασθενούς, την αξιολόγηση των αναγκών του και την εκτέλεση ενός συγκεκριμένου προγράμματος θεραπείας του (Charman, 2009, Kneisl et al., 2009).

1.6 Οδηγός Επικοινωνίας για φοιτητές επαγγελματιών υγείας

Για σωστή επικοινωνία των μελλοντικών επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς τους είναι απαραίτητο να παρέχεται σωστή εκπαίδευση ώστε να καλυφθούν ορισμένα θέματα, τα οποία εστιάζουν στη δημιουργία ενός γενικότερου πλάνου, με σκοπό την κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και των αναγκών του ασθενούς (Makoul et al., 1995). Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συναισθάνονται τον ψυχικό και σωματικό πόνο του άλλου και να μπορούν να τον ανακουφίσουν αποτελεί προνόμιο.

Μετά τη διάγνωση ενός προβλήματος υγείας, ο ασθενής βιώνει, συνήθως, μια κρίσιμη, πιθανόν επώδυνη και αγχωτική κατάσταση, όπως αγχωτική μπορεί να είναι και η έναρξη μιας θεραπείας για την αποκατάσταση του προβλήματος. Σε κάθε περίπτωση, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να γνωρίζει την κατάλληλη στιγμή παρέμβασής του, δηλ. σε ποια στιγμή να μιλήσει, να ρωτήσει, να απαντήσει και, κυρίως, να σωπάσει (Hoermi, 1985). Για αυτό το λόγο, όπως έχει προαναφερθεί, πρέπει να ακολουθεί έναν οδηγό επικοινωνίας με τους ασθενείς που αναλαμβάνει.

Αρχικά, όλοι οι ειδικοί των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να υποδέχονται κατάλληλα τον ασθενή, είτε έχουν συναντηθεί ξανά για προηγούμενη εξέταση είτε όχι, και, εν συνεχεία, να δημιουργήσουν ένα κλίμα εμπιστευτικότητας και σεβασμού, χωρίς να παραβιάζεται η ιδιωτικότητα του ασθενούς. Ο ειδικός προσφωνεί με το ονοματεπώνυμο τον ασθενή, το οποίο πρέπει να προφέρεται σωστά, διαφορετικά

ζητάμε από τον ίδιο για διευκρίνιση. Το στάδιο συγκέντρωσης πληροφοριών από τον ασθενή είναι άκρως σημαντικό για τη δημιουργία ενός σωστού και αξιόπιστου ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, το οποίο μπορεί να επηρεάσει τη μετέπειτα διάγνωση. Οι πληροφορίες πρέπει να αφορούν στις παρατηρήσεις σχετικά με την αγωγή, τα συμπτώματα, σωματικά ή ψυχολογικά που πιθανόν να διέκρινε, προηγούμενες φαρμακευτικές αγωγές που ενδεχομένως να έχουν χορηγηθεί και τη συνολική στάση και τρόπο ζωής του.

Είναι απαραίτητο να δίνεται στον ασθενή ο κατάλληλος χρόνος να επεξεργαστεί την ερώτηση που διατυπώθηκε και για μια ολοκληρωμένη απάντηση, αποφεύγοντας τις άμεσες και ηγετικού χαρακτήρα ερωτήσεις, καθώς και τις επαναλαμβανόμενες διακοπές του συνομιλητή του. Πρέπει να δίνεται πάντα αρκετός χρόνος και χώρος στο νοσηλεύόμενο για να απαντήσει όλες τις ερωτήσεις που του τέθηκαν (DeWit, 2009, Perry et al., 2012). Όλα τα παραπάνω αποκτούν αξία μόνο όταν ο ειδικός έχει όλη την προσοχή αφιερωμένη στον ασθενή και επιβεβαιώνει όσα ήδη έχει εκφράσει ο ασθενής (Makoul et al., 1995).

Σχετικά με την παρεχόμενη ενημέρωση, ο ειδικός πρέπει να εξηγεί στον ασθενή τη διαδικασία της εξέτασης και την ερμηνεία των συμπτωμάτων που μπορεί να παρουσιάζει. Ακόμη, είναι σημαντικό να ενθαρρύνει τον ασθενή για ερωτήσεις. Βασικό τμήμα της σωστής επικοινωνίας ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον θεραπευμένο του είναι η κατανόηση της γενικότερης αντίληψης του ασθενούς, δηλώνοντας ενδιαφέρον για αυτόν, ενσυναίσθηση και ανησυχία. Κατά τη διάρκεια της συνομιλίας πρέπει να αποφεύγονται οι εντάσεις και οι διαφωνίες. Βεβαίως, θεωρείται αντιεπαγγελματικό ο ειδικός να είναι συγκαταβατικός ή αγενής (Makoul et al., 1995). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο επιστήμονας υγείας πρέπει να ενημερωθεί για τη στάση του ασθενούς σχετικά με τη θεραπεία και να έχει υπόψη του την ελευθερία της επιλογής εκ μέρους του, ενώ είναι θεμιτό να διατυπώσει τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και τις συνέπειες της θεραπείας, παρέχοντας κάθε λεπτομέρεια για την τήρηση του πλάνου θεραπείας και τη σημαντικότητα του ρόλου του ασθενούς (Makoul et al., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

2.1 Η έννοια της Ενσυναίσθησης

Η προέλευση της έννοιας της ενσυναίσθησης ξεκίνησε από τον Lipps σπουδαίο γερμανό καθηγητή του 19^ο αιώνα ο οποίος συμφωνούσε με τις απόψεις του Robert Vischer για την ενσυναίσθηση (*Einfühlung*, μεταφρασμένη σε "συναίσθημα"). Στη συνέχεια, ο Άγγλος ψυχολόγος Edward Bradford Titchener, το 1909, μετάφρασε την γερμανική λέξη "einfühlung" με την αγγλική λέξη «empathy». Αργότερα, η λέξη "einfühlung" μεταφράστηκε ως "Empathie" και συνεχίζει να χρησιμοποιείται στη γερμανική γλώσσα μέχρι και σήμερα. Σε μια έρευνα του, ο Titchener χρησιμοποίησε με έναν δικό του τρόπο μια μέθοδο σε πειραματικό πλαίσιο, με την χρήση της ενδοσκόπησης σε τρία διαφορετικά περιστατικά, καταλήγοντας στα εξής συμπεράσματα:

- I. Ότι η ενσυναίσθηση εκφράζεται μέσω της οπτικής εικόνας του ατόμου σε γεγονότα/καταστάσεις μέσω του κινητικού μηχανισμού, γιατί "όχι μόνο βλέπω, αλλά αισθάνομαι/ενεργώ και με το μυαλό".
- II. Χρησιμοποίησε την ενσυναίσθηση με όρους "λογικής και συναισθήματος".
- III. Χρησιμοποίησε την ενσυναίσθηση σε διαπροσωπικό επίπεδο, θεωρώντας δεδομένο ότι το "άτομο πρέπει να σκεφτεί όπως σκέπτεται ο απέναντι του και να τον κατανοήσει, δηλ. να μιλάει την γλώσσα του", μπαίνοντας στη θέση του άλλου (Titchener, 1909).

Όλα τα παραπάνω συσχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να διακρίνει τον εσωτερικό κόσμο κάποιου άλλου μαζί με το συναισθηματικό φορτίο αυτού (Rogers, 1959). Η ενσυναίσθηση (εν, συν και αίσθηση) δείχνει την συνέχεια της αίσθησης του ατόμου πέρα από τον εαυτό του (Μαλικιώση -Λοίζου, 2003), τις «εσωτερικές» νοητικές καταστάσεις, αποτελώντας όλο και συχνότερα θέμα μεγάλου ενδιαφέροντος και διερεύνησης. Ωστόσο, τα παραπάνω χαρακτηριστικά συντελούν σημαντικά στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

Είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί ότι η ενσυναίσθηση, η συμπάθεια, η συμπόνια και το αποστασιοποιημένο ενδιαφέρον (detached concern) παρουσιάζονται σε διαφορετικές καταστάσεις με διαφορετικές επιπτώσεις και επιρροές στη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και με διαφορετικές ερμηνείες από τους

ασθενείς. Η ενσυναίσθηση, σε συνδυασμό με το σεβασμό, αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της συμπόνοιας (Shea & Lionis, 2010). Ακόμη, η συμπάθεια εστιάζει στη συναισθηματική διαδικασία και μειώνει την αντικειμενική επίγνωση του ατόμου σχετικά με τον εαυτό του, ενώ η ενσυναίσθηση εστιάζει στη διανοητική διαδικασία, αποφέροντας καλύτερη επίγνωση του εαυτού. (Gruen & Mendelsohn, 1986). Πρόκειται, δηλαδή, για δύο έννοιες με διαφορετικές ενέργειες σε νοητικό, πνευματικό και ψυχικό επίπεδο. Η ενσυναίσθηση μπορεί να εκδηλωθεί χωρίς το αίσθημα της συμπάθειας, παρουσιάζοντας με αυτόν τον τρόπο την αλτρουιστική κατεύθυνση αυτής (McKellar, 1957). Το αποστασιοποιημένο ενδιαφέρον αφορά στην αντικειμενική προσέγγιση των αισθημάτων του ασθενούς από τη μεριά του θεραπευτή, σε αντίθεση με την εκδήλωση της ενσυναίσθησης στην οποία μειώνονται οι ψυχικές αντοχές του θεραπευτή έναντι του θεραπευμένου (Halpern J., 2003).

Για την περαιτέρω διευκρίνιση του όρου, ο πρώτος κλινικός ψυχολόγος, ο Carl Rogers, περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως την κατάσταση κατά την οποία το άτομο εισέρχεται στον ιδιωτικό κόσμο κάποιου άλλου και, μάλιστα, τον αναβιώνει όπως θα τη βίωνε ο δεύτερος, τονίζοντας ότι ο θεραπευτής με αντίληψη, δεν πρέπει να ξεχνά τον όρο «ωσάν». Η σημασιολογία της έννοιας ενσυναίσθηση αφορά στην ανακάλυψη των συναισθημάτων και των αντιδράσεων ενός άλλου ατόμου με σκοπό την απόδοση της σημασίας και της ερμηνείας τους για όσο το δυνατόν καλύτερη αντίληψη του τρόπου σκέψης του (Campbell & Babrow, 2004). Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα στάδιο της ηθικής ωριμότητας (Greif & Hogan, 1973) και αναπτύσσεται σε καταστάσεις θυμού, στεναχώριας και αντιπαλότητας (Shamasundar, 1999). Επομένως, η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται συχνότερα όταν ο ανθρώπινος πόνος είναι έντονος και διάχυτος. Τα άτομα τα οποία είναι πιο ευαίσθητα προς τους άλλους είναι πιο ενσυναισθηματικοί άνθρωποι.

Ο Kohut, ως δεύτερος κλινικός ψυχολόγος, έθεσε δυο ορισμούς για την έννοια της ενσυναίσθησης, έναν αφηρημένο και έναν εφαρμοσμένο. Σύμφωνα με τον πρώτο ορισμό, η ενσυναίσθηση είναι μια «*αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση*» (Kohut, 1959), ενώ, στον δεύτερο ορισμό, η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «*η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου*» (Kohut, 1984).

Η πλειοψηφία των ψυχολόγων αναγνωρίζουν την αξία της και προσδιορίζουν αυτό το ανθρώπινο χαρακτηριστικό ως την ικανότητα κατανόησης του άλλου μέσω των συναισθημάτων. Αυτή η ικανότητα κρίνεται απαραίτητη για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και αποτελεί το βασικό θεμέλιο για την εξέλιξη της κοινωνικής ζωής του ατόμου (Hogan, 1969, Eisenberg & Strayer, 1987). Έτσι, πολλοί μελετητές περιγράφουν την ενσυναίσθηση ως το συνδετικό κρίκο της κοινωνίας, όπου προβάλλει την αλληλοϋποστήριξη και συντελεί στην αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων (Baron-Cohen, Wheelwright, 2004). Παρατηρείται πως τα άτομα με έντονη την αντίληψη της ενσυναίσθησης προάγουν τη δημιουργία κοινωνικού κύκλου και προσαρμόζονται ευκολότερα στο επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και με άτομα άλλων εθνικοτήτων και πολιτισμών (Batson & Ahmad, 2001, Hoffman, 2000, Rasoal et al., 2011).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τον ακριβέστατο ορισμό της έννοιας της ενσυναίσθησης εξασφαλίζει την παρουσία έντονων διαφωνιών και αντιπαραθέσεων. Πολλές φορές γίνεται λόγος για τις δύο διαστάσεις του όρου, τη γνωστική και συναισθηματική (Rogers, 1983), καθώς προστίθεται και η κινητική ενσυναίσθηση (motor empathy), η οποία αναφέρεται στη μη συνειδητή αντανάκλαση των εκφραστικών κινήσεων του προσώπου που παρατηρούμε. Η γνωστική ενσυναίσθηση εστιάζει στην κατανόηση του ατόμου σχετικά με τα συναισθήματα κάποιου, καθώς ο έσω κροταφικός λοβός και ο μεσοκοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός του εγκεφάλου συμμετέχουν στην αυτοβιογραφική μνήμη και τον αναλογισμό (Kiesling, 2012), ενώ η συναισθηματική περιλαμβάνει διαδικασίες όπως: την μετάδοση του συναισθήματος, την αναγνώριση του συναισθήματος και το μοίρασμα του πόνου (Shamay-Tsoory, 2011).

Η βιωματική εσωτερίκευση των συναισθημάτων κάποιου άλλου αποτελεί μία δεξιότητα, η οποία λειτουργεί ως αποτρεπτικός παράγοντας εκδήλωσης επιθετικών περιστατικών. Η ενσυναίσθηση, σε συνδυασμό με το αίσθημα της διεκδίκησης βελτιώνουν σημαντικά την προσωπική και επαγγελματική κατάσταση του ατόμου (Patera & Politymou, 2008). Η ενσυναίσθηση διαμορφώνεται από μια σειρά πτυχών και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του ατόμου που επικεντρώνεται στην κατανόηση και αντίληψη του συνανθρώπου (Agosta, 1984). Προκύπτει από το αίσθημα ανεκτικότητας, την άνευ όρων αποδοχή, την ανταπόκριση και την έλλειψη κριτικής (Hojat, 2007).

Έννοιες αντίθετες με την ενσυναίσθηση

- Η **εμπάθεια**, δείχνει αρνητική προδιάθεση και ανεπιθύμητη στάση. Σε πολλές ξένες γλώσσες η λέξη εμπάθεια (empathy) χρησιμοποιείται ως συνώνυμη με την έννοια της ενσυναίσθησης καθώς προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη εμπαθής, η οποία είχε την έννοια του διάχυτου πάθους (Μπαμπινιώτης Γ.Δ., 2002).
- Η **αλεξιθυμία**, περιγράφει τη δυσκολία ενός ατόμου να κατανοήσει τα συναισθήματά του και να τα εκφράσει σε άλλους, δηλ. την αδυναμία του να ορίσει με ακρίβεια τις λέξεις που είναι αναγκαίες για να εκδηλώσει τα αισθήματα του (α+λόγος+θυμός). Ο Έλληνας ψυχίατρος Σιφναίος Π. το 1972 χρησιμοποίησε αυτόν τον όρο για πρώτη φορά.
- Ο **σαδισμός**, περιγράφει την κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο απολαμβάνει την πρόκληση πόνου ψυχικού ή σωματικού σε άλλο άτομο. Σε αυτή την περίπτωση είναι πιθανό να διακρίνουμε και στοιχεία ψυχικής νόσου.

2.2 Η Ενσυναίσθηση στα επαγγέλματα υγείας

Σύμφωνα με τη θεωρία του Αριστοτέλη, αναφορικά με τις μεσότητες, διαπιστώνεται πως η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται μεταξύ της συναισθηματικής ταύτισης και αδιαφορίας. Αποτελεί μια ικανότητα την οποία θα πρέπει να κατέχουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, αφού έχει αποδειχθεί μετά από έρευνες, πως γιατροί και γενικά επαγγελματίες υγείας με ανεπτυγμένα επίπεδα ενσυναίσθησης είχαν θετικές συνέπειες και στην κλινική εικόνα των ασθενών τους (Hojat M, 2011). Κατά τον 4ο αιώνα, ο Ιπποκράτης ισχυρίστηκε πως ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση στην ανάρρωσή τους, επειδή πιστεύουν στις ικανότητες και στα λεγόμενα των γιατρών τους. Σύμφωνα με τους Επικούρειους φιλοσόφους, το συναίσθημα αποτελεί κριτήριο αλήθειας καθώς εκδηλώνεται σε καταστάσεις σύμφωνες ή εχθρικές με την ανθρώπινη φύση και έχει ευχάριστη και αρνητική έκβαση αντιστοίχως.

Η σχέση ειδικού και ασθενή προσδιορίζεται ως ένα σύστημα υποστήριξης, η οποία έχει από τη φύση της μια δυναμική θεραπευτική επίδραση (Novack, 1987). Μια αμφίδρομη σχέση βαθιάς κατανόησης προάγει τους τρεις τύπους αλληλεπίδρασης (Cohen, 2004): τη συνεργατική, τη συναισθηματική και την

πληροφοριακή και αποτρέπει την εκδήλωση ανταγωνιστικών σχέσεων (Goubert, 2005). Στην ισχυρή θεραπευτική ιδιότητα της αλληλεπίδρασης στηρίχθηκε ο Balint, ο οποίος απέδωσε στους επαγγελματίες υγείας το σημαντικότερο ρόλο κατά τη θεραπεία των ασθενών (Balint, 1957). Η ενσυναίσθηση στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων ενισχύει τον εντοπισμό των κοινών αντιλήψεων και εκμηδενίζει τις προκαταλήψεις (Stephan & Finlay, 1999).

Συνεπώς, η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό πυλώνα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και ένα είδος κοινωνικού δικτύου με υποστηρικτικό υπόβαθρο και θεραπευτικά στοιχεία μέσω μιας δυνατής σχέσης εμπιστοσύνης, όπως αυτή γιατρού με ασθενή (Hojat, 2007) και όχι μόνο, καθώς είναι χρήσιμη σε όλους τους ανθρώπους που επικοινωνούν και συναναστρέφονται σε καθημερινή βάση με τον κόσμο και έχει να κάνει με επαγγέλματα όπως: ιατρικό-παραϊατρικό προσωπικό, καθηγητές, δασκάλους κλπ. Η ενσυναισθηματική αντιληπτικότητα θα πρέπει να είναι αληθινή ή όσο πιο πειστική γίνεται, καθώς οι άνθρωποι που χρίζουν θεραπείας έχουν την ανάγκη στήριξης, αλλά και κάλυψης των εκάστοτε αναγκών τους, ειδικά όταν αναφερόμαστε σε ανθρώπους που είναι αντιμέτωποι με χρόνια νοσήματα και που υποφέρουν από μεγάλο σωματικό και ψυχικό πόνο. Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας είναι θεμιτό να αναπτύσσουν με τους ασθενείς τους σχέσεις εμπιστοσύνης και κατανόησης, έτσι ώστε να μειώνεται το άγχος τους, να ενισχύουν τις ελπίδες τους και την αντοχή τους απέναντι στον πόνο, αλλά και να προσαρμόζονται με πιο ομαλό τρόπο στα νέα δεδομένα που δημιούργησε η ασθένειά τους (Williams J, 2010).

Επιπλέον, σε περιπτώσεις όπου υπάρχει μεγαλύτερη συμπάθεια μεταξύ ειδικού και ασθενή, επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία με αποτέλεσμα πιο έγκυρες διαγνώσεις, μεγαλύτερη συνέπεια στην τήρηση της θεραπείας από την πλευρά του ασθενή, άρα ανταπόκριση και πρόγνωση που οδηγεί σε πιο έγκαιρη αντιμετώπιση απέναντι σε ένα πρόβλημα που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο (Nunes et al., 2011). Αντιθέτως, ο ειδικός θα πρέπει να αποφεύγει τον οίκτο και την συμπόνια απέναντι στον ασθενή κατά την διάρκεια της θεραπείας, γιατί επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία του θεραπευτή, προκαλώντας του συναισθηματική φόρτιση, αρνητικά αποτελέσματα και προκατάληψη (Curzer, 1993).

Η αξία της ενσυναίσθησης στη βελτίωση της θεραπείας έχει υποστηριχτεί από πλήθος ερευνών. Πιο συγκεκριμένα έχει διαπιστωθεί ότι:

- Η ενσυναίσθηση αποτελεί βοηθητικό παράγοντα στη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Neumann et al, 2007; Henbest R & Stewart M, 1990).
- Ενισχύεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα του ασθενούς. Αυτό οφείλεται στην κατανόηση που δείχνουν οι γιατροί για την κατάσταση των ασθενών και εν συνεχεία, οι ασθενείς καθώς το αντιλαμβάνονται, μπορούν να ακολουθήσουν με ευκολία το θεραπευτικό πρόγραμμα που τους παρέχεται (DiMatteo R & Martin L, 2011; Gambone J, 2006)
- Τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης που έχουν οι γιατροί οφείλονται, πιθανόν, στο γεγονός ότι ασθενείς με λιγότερο άγχος ένοιωθαν την ευαρέσκεια στο πρόσωπό τους όταν ο θεραπευτής τους βρισκόταν σε συνεδρία μαζί τους, ενώ αντιθέτως, χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης εμφανίζουν οι γιατροί όταν η εκτίμηση που αφορούσε στην ικανοποίηση των ασθενών τους δεν ήταν ορθή (Zachariae R. et al, 2003).
- Οι γιατροί εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης όταν η θεραπεία τους έχει αποτέλεσμα και με αυτόν τον τρόπο νοιώθουν περισσότερη επαγγελματική ευχαρίστηση (Τσουνής Α & Σαράφης Π, 2014; Lelorain S et al, 2012; Riess H et al, 2012; Neumann M et al, 2009; Larson E. & Yao Xin, 2005).
- Η σχέση θεραπευτή – θεραπευμένου, όταν αναπτύσσεται εμπιστοσύνη και οικειότητα, οδηγεί στη μείωση λανθάνουσας πρακτικής και ιατρικών λαθών, καθώς η ιατρική προσέγγιση βοηθάει στην αποφυγή δικαστικής διαμάχης και αποζημιώσεων (Derksen F. et al, 2016).

2.3 Η Νευροφυσιολογική βάση της ενσυναίσθησης

Μια από τις πιο σπουδαίες ανακαλύψεις στον κόσμο των Νευροεπιστημών, από την ομάδα των G. Rizzolatti και V. Gallese του Πανεπιστημίου της Πάρμας

(Rizzolatti et al.,1996) στις αρχές της δεκαετίας του 1990, ήταν η εξέλιξη των κατοπτρικών νευρώνων σε εγκεφάλους των μακάκων πιθήκων και το πως συνδέονται με την λειτουργικό κομμάτι της ενσυναίσθησης (Kiesling, 2012), (Pacherie & Dokic, 2006). Έρευνες δείχνουν ότι ο κινητικός και αισθητηριακός φλοιός φιλοξενούν τους κατοπτρικούς νευρώνες έχοντας άμεση σχέση με κοινωνικές δεξιότητες όπως την ενσυναίσθηση, την μνήμη, την θεωρία του νου και την ανάπτυξη της γλώσσας.

Μελέτες έδειξαν ότι απεικονιστικές μέθοδοι, όπως η fMRI υποδεικνύουν ενεργητικότητα στον ανθρώπινο κινητικό φλοιό, όταν ένα άτομο εκτελεί μια πράξη ή όταν παρακολουθεί να εκτελείται αυτή η πράξη μέσω ενός άλλου ατόμου (Lamm & Majdandžić, 2015). Περιοχές που εμπλέκονται στις ιδιότητες των κατοπτρικών νευρώνων αφορούν τον βρεγματικό και μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου (De Vignemont & Singer, 2006 , Fan et al., 2011).Άρα, αυτό το πολύπλοκο σύστημα που εμπλέκεται αφορά την παρατήρηση μιας ενέργειας ενός ατόμου και το πως αντιλαμβάνεται συναισθηματικά αυτή τη κατάσταση (Debes, 2010).

Η προσβασιμότητα των ανθρώπινων εμπειριών και των συναισθημάτων μέσω της λειτουργίας των κατοπτρικών νευρώνων δεν σημαίνει ότι ένα άτομο που αντιλαμβάνεται και μπορεί να μπει στη θέση του άλλου είναι αμοιβαίο και διμερώς, καθώς αυτό είναι αδύνατο, αφού το ένα άτομο, εκ των δύο, δείχνει ενσυναίσθηση (Zahavi & RoCHAT, 2015). Η μετάδοση του συναισθήματος έχει να κάνει με την μίμηση (De Jong et al., 2008), όπως εκφράσεις του προσώπου και κινήσεις των χεριών (Freedberg & Gallese, 2007, Leslie et al., 2004), καθώς οι ενσυναισθητικές εμπειρίες του κοινωνικού μας περίγυρου δεν βιώνονται κάθε ώρα και στιγμή, γιατί, αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, δεν θα είχαμε χώρο για τα δικά μας συναισθήματα, καθώς η επαφή εκτελείται σε μη συνειδητό επίπεδο, αλλά σε νευροβιολογικό επίπεδο (De Vignemont & Singer, 2006).

2.4 Η λειτουργία της ενσυναίσθησης μέσα από την επιστήμη

Η ενσυναίσθηση συμβάλλει σημαντικά στην ψυχική εξασθένιση του ατόμου που λαμβάνει, σε μεγάλο βαθμό, τα συναισθήματα των άλλων. Προκειμένου να εξαλειφθεί αυτό το φαινόμενο, οι ενσυναισθηματικοί οφείλουν να διαφυλάξουν την ψυχική και, κατά επέκταση, τη γενική τους υγεία, αναπτύσσοντας ορισμένες

στρατηγικές. Τα παρακάτω επιστημονικά ευρήματα αποσκοπούν στην αξιοποίηση, απόδοση και αποσαφήνιση της λειτουργίας της ενσυναίσθησης (Μαγγανάρη, 2018):

- **Το σύστημα του νευρωτικού καθρέφτη.** Ένα σύνολο εγκεφαλικών κυττάρων είναι αρμόδιο για τα επίπεδα ενσυναίσθησης στο άτομο, τα οποία λειτουργούν ως καθρέφτης για τα συναισθήματα που δέχεται. Σε περιπτώσεις όπου τα νευρωτικά κύτταρα είναι «υπερευαίσθητα», το άτομο είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό τα συναισθήματα του κοινωνικού του κύκλου, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, του άγχους ή της χαράς. Οι λεγόμενοι «νευρωτικοί καθρέφτες» γίνονται αντιληπτοί μέσω των εξωτερικών ερεθισμάτων που λαμβάνει το άτομο. Όταν το άτομο παρουσιάζει ναρκισσιστική συμπεριφορά παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης ή διαφορετικά «διαταραχή ελλειμματικής ενσυναίσθησης». Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το άτομο δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί τα συναισθήματα των άλλων λόγω υπολειτουργίας των «νευρωτικών καθρεφτών» (Μαγγανάρη, 2018).
- **Ηλεκτρομαγνητικά πεδία.** Για τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου σώματος συμβάλλει η δημιουργία ηλεκτρομαγνητικών πεδίων που παράγουν ο εγκέφαλος και η καρδιά. Τα συγκεκριμένα ηλεκτρομαγνητικά πεδία είναι υπεύθυνα για τη μετάδοση των πληροφοριών που δέχεται το άτομο όσο αφορά τα συναισθηματικά μηνύματα που λαμβάνει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα που είναι ευαίσθητα προς αυτά τα μηνύματα να κυριεύονται από τον όγκο και την έντασή τους. Ακόμη, αντιλαμβάνονται σε μεγάλο βαθμό και τις περιβαλλοντικές αλλαγές, όπως τις μεταβολές του ηλεκτρομαγνητικού πεδίου της γης και του ήλιου, γεγονός που οδηγεί σε μεταπτώσεις της διάθεσής τους (Μαγγανάρη, 2018).
- **Συναισθηματική μόλυνση.** Η συναισθηματική μόλυνση παρατηρείται σε περιπτώσεις όπου το άτομο λαμβάνει τα συναισθηματικά μηνύματα του κοινωνικού του κύκλου και ιδιαίτερα όσων ανήκει στην ίδια ομάδα. Τα άτομα με ενσυναισθηματική ευαισθησία «μολύνονται» από τη διάθεση, ενέργεια και ιδιοσυγκρασία των γύρω του. Η συναισθηματική μόλυνση εμφανίζεται κατά κύριο λόγο σε καταστάσεις συναισθηματικής

φόρτισης. Ωστόσο, για τη συναισθηματική ισορροπία του ατόμου απαιτείται να γίνεται καλή διαχείριση των αρνητικών μηνυμάτων για τη διαμόρφωση υγιών και ουσιαστικών σχέσεων (Μαγγανάρη, 2018).

- **Υψηλά επίπεδα ντοπαμίνης.** Η ντοπαμίνη αποτελεί ένα νευροδιαβιβαστή του ανθρώπινου εγκεφάλου, ο οποίος συμβάλλει στη λειτουργία των νευρώνων και συσχετίζεται με τη διαχείριση του αισθήματος ευχαρίστησης και ικανοποίησης. Παρατηρείται πως τα άτομα που εμφανίζουν ευαισθησία στη ντοπαμίνη είναι εσωστρεφή, με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τα χαμηλά επίπεδα ντοπαμίνης μπορούν να τους δημιουργήσουν το αίσθημα χαράς. Για αυτό το λόγο απολαμβάνουν το χρόνο με τον εαυτό τους, όπως το διάβασμα και το διαλογισμό, καθώς βρίσκουν περιττά τα εξωτερικά ερεθίσματα, όπως εκδηλώσεις και κοινωνικές συναθροίσεις. Σε αντίθεση, οι εξωστρεφείς επιζητούν τα πάρτι και τις κοινωνικές συγκεντρώσεις, καθώς απολαμβάνουν τα υψηλά επίπεδα ντοπαμίνης που τους μεταδίδουν (Μαγγανάρη, 2018).
- **Το σύστημα του συναισθηματικού καθρέφτη.** Με τον όρο «συναισθηματικός καθρέφτης» εννοείται ο συνδυασμός δυο διαφορετικών αισθήσεων που δέχεται ο εγκέφαλος του ατόμου. Οι άνθρωποι είναι σε θέση να αντιληφθούν τα συναισθήματα και τα σωματικά μηνύματα των άλλων και μάλιστα σε τέτοιο βαθμό, σαν να τα βίωσαν οι ίδιοι (Μαγγανάρη, 2018).

2.5 Εμπόδια εφαρμογής ενσυναισθητικής συμπεριφοράς

Η ενσυναίσθηση έχει αποτελέσει το επίκεντρο ενδιαφέροντος πολλών ερευνητών, οι οποίοι διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα ενσυναίσθησης στον άνθρωπο εκτιμώνται τόσο από τις γνωστικές όσο και από τις συναισθηματικές διαστάσεις της έννοιας (Davis, 1980, Hoffman, 1987). Για αυτό το λόγο, εκτιμάται η αξία της εκπαίδευσης και διδασκαλίας των φοιτητών στους κλάδους υγείας σχετικά με τα επίπεδα συμπόνιας και ενσυναίσθησής τους. Η διδασκαλία εφαρμογής ενσυναισθηματικής συμπεριφοράς κρίνεται απαραίτητη στην τριτοβάθμια

εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, η οποία σταδιακά ενσωματώνεται στη διδακτική διαδικασία, προκειμένου να καταχωρηθεί ισότιμα με τις παραδοσιακές εφαρμογές της ιατρικής (Pence, 1983). Η διδασκαλία μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της παρατήρησης συμπεριφοράς ενσυναίσθησης από την εξιστόρηση αληθινών ιστοριών μέσω της λογοτεχνίας ή γενικότερα της τέχνης, της συμμετοχής σε μη συμβατικές ομιλίες συναδέλφων, συλλόγων ασθενών και φροντιστών (Chochinov, 2007). Στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης έχει καθιερωθεί η διδασκαλία συμπονετικής φροντίδας και μάλιστα έχει δεχθεί θετική ανταπόκριση από το σύνολο των φοιτητών (Lionis et al., 2011).

Ωστόσο, στα επαγγέλματα υγείας εντοπίζονται συχνά εμπόδια στην εφαρμογή συμπονετικής συμπεριφοράς που οδηγεί στο αίσθημα αβεβαιότητας στη σχέση επαγγελματιών και ασθενών. Αυτά τα εμπόδια αφορούν την αδυναμία αντικειμενικής κρίσης και κυρίως ενημέρωσης του ασθενή εκ μέρους των επαγγελματιών. Ακόμη, αφορούν το χειρισμό ηθικού διλήμματος εξαιτίας της ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων με τον ασθενή, τις προσωπικές εμπειρίες και αξιώσεις του ειδικού (Κάρλου & Πατηράκη, 2011), καθώς και την απουσία ελεγχόμενης συναισθηματικής συμμετοχής. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ενσυναίσθηματικής συμπεριφοράς παρουσιάζει το επίκτητο αίσθημα άγχους από την εμφάνιση και αντιμετώπιση ενός άγνωστου και πρωτόγνωρου ερεθίσματος (Martin et al., 2015).

Το φαινόμενο απουσίας ενσυναίσθησης παρατηρείται στην έλλειψη διαθέσιμου χρόνου εκ μέρους των ειδικών με σκοπό την εμπάθυνση και την εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενούς, στη μηχανική συμπεριφορά των πρώτων, στη διαχείριση των ασθενών ως παρουσίες χωρίς συναισθηματικό υπόβαθρο, στην έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας και κατά επέκταση ουσιαστικής ενημέρωσης του ασθενούς (Cole-King & Gilbert, 2011). Επίσης, παρατηρείται συχνά το φαινόμενο ασέβειας των ειδικών σε θέματα προσωπικών επιλογών, όπως τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις και τα πολιτισμικά τους χαρακτηριστικά, δημιουργώντας αντιλήψεις αναξιοπιστίας μεταξύ ειδικών και ασθενών.

Η εξασφάλιση της ενσυναίσθησης γίνεται, επίσης, μέσω της βοήθειας και ενίσχυσης άλλων επαγγελματιών υγείας σε διοικητικό και οργανωτικό επίπεδο που αφορά την αλλαγή φιλοσοφίας, την αποφυγή επαγγελματικής εξασθένησης, την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών, την ενσωμάτωση νέων εφαρμογών, το σχεδιασμό

της επαγγελματικής εξάσκησης και την ευκαιρία των ειδικών να ανταλλάσσουν εμπειρικές καταστάσεις, συναισθήματα και απόψεις τόσο με συναδέλφους όσο και με το προσωπικό του κύκλο (Schwartz Center Rounds).

2.6 Παράγοντες ενίσχυσης της ενσυναίσθησης

Τα βήματα που πρέπει να εδραιωθούν για την εξασφάλιση καλής και ποιοτικής επικοινωνίας αφορούν αρχικά τη στάση του ειδικού απέναντι στον ασθενή. Αυτή η στάση φέρεται να είναι η επίδραση placebo, δηλαδή, όπως και στις δράσεις ενός ψευδοφάρμακου, έτσι και σε αυτή την περίπτωση, η παρουσία του ειδικού και ειδικότερα το αίσθημα της ενσυναίσθησης επιδρά θετικά πάνω στον ασθενή (White, 1991). Ένα εξίσου σημαντικό βήμα είναι η αναγνώριση των μη λεκτικών μηνυμάτων που δέχεται ο λογοθεραπευτής από τον ασθενή, όπως είναι το χαμόγελο, το ύφος του προσώπου, η χροιά και τόνος της φωνής, η γλώσσα του σώματος (DiMatteo et al., 1980). Επιπλέον, όταν ο ειδικός στέκεται με μια κλίση προς τον ασθενή (Harrigan & Rosenthal, 1983) και υπάρχει αρμονία των κινήσεων του με αυτές του ασθενή (Trout & Rosenfeld, 1980) διαμορφώνει ένα κλίμα θερμό και φιλικό.

Για την κατανόηση της ενσυναισθηματικής συμπεριφοράς γίνονται αντιληπτά τα μη λεκτικά μηνύματα που εκφράζει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας, καθώς μέσω αυτών των μηνυμάτων εδραιώνεται η εμπιστοσύνη και ενισχύεται η ψυχολογική ενθάρρυνση του ασθενή. Συγκεκριμένα, η διαρκής οπτική επαφή και η συγκατάθεση με το νεύμα του κεφαλιού εκδηλώνει το ενδιαφέρον (Mehrabian, 1969), την έγκριση, την αποδοχή, την αρμονία και τη συμφωνία των συνομιλητών. Προκειμένου να εξελιχθεί η δυναμική της αλληλοεπίδρασης της επικοινωνίας είναι απαραίτητο ο ειδικός να μπορεί να αναγνωρίσει και ερμηνεύσει τα μη λεκτικά μηνύματα που λαμβάνει από τον ασθενή, γνωστό ως «τρίτο αυτί» (Hojat, 2007). Με αυτή την ικανότητα, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να εντοπίσει τους διάφορους και ποικίλους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τη συνομιλία τους.

Σχετικά με τη θεραπευτική δράση της συνομιλίας, υποστηρίζεται πως αυτά που έχει να πει ο ασθενής συμβάλλουν τόσο στη συγκέντρωση πληροφοριών όσο και στην ανάδειξη της θεραπείας (Jackson, 1992). Ο ειδικός οφείλει να «ακούει» ότι λέει ο ασθενής, αλλά και όσα δε λέει (Reik, 1948). Όμως, η ερμηνεία των μη λεκτικών

μηνυμάτων δεν πρέπει να υπόκειται αλλοιώσεις σύμφωνα με το πλαίσιο αναφοράς του ειδικού για την αποφυγή λανθασμένης θεώρησης.

Επίσης, οι πληροφορίες που δέχεται πρέπει να εξακριβώνονται με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια. Σημαντικό ρόλο επίδρασης της σχέσης επαγγελματία υγείας - ασθενή έχουν οι πολιτισμικοί παράγοντες, όπως η εθνικότητα, η καταγωγή, το φύλο, οι θρησκευτικές απόψεις και φυλετικές προκαταλήψεις (Weisman, 2005). Αυτοί οι πολιτισμικοί παράγοντες άλλωστε είναι άμεσα συνδεδεμένοι με όλες τις κατηγορίες συμπεριφοράς (Hojat, 2007).

Όλες οι παραπάνω συμπεριφορές συνθέτουν τα πλαίσια για την ανάπτυξη ενσυναισθηματικής σχέσης μεταξύ του ειδικού και του ασθενή. Τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνει και δέχεται ο λογοθεραπευτής επηρεάζουν τόσο την έκβαση της συνομιλίας όσο και την εξέλιξη της θεραπείας. Ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές δεν πρέπει να χαρακτηρίζονται ως τεχνικές και μέθοδοι. Αυτά τα μηνύματα πρέπει να πηγάζουν και όχι να εξαναγκάζονται, αποφεύγοντας τη φιλοσοφία της υποκριτικής και της παραπλάνησης, τα οποία δημιουργούν μια πλασματική σχέση. Από την άλλη πλευρά, πρέπει να αποφεύγεται και η έντονη συναισθηματική εμπλοκή που μπορεί να καταλήξει σε μια εξαρτημένη σχέση (Hojat, 2007).

Τέλος, έχει υποστηριχτεί ότι η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο αποτελεί έναν αποτρεπτικό παράγοντα στο να μπαίνουμε στη δύσκολη θέση του άλλου, εφόσον η πλειονοψηφία βρίσκεται υπό απαιτητικές συνθήκες στη σύγχρονη κοινωνία (Boltz et al., 2015).

2.7 Κλίμακες εκτίμησης της ενσυναίσθησης

Αρκετές κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ενσυναίσθησης στον τομέα της υγείας. Η ενσυναίσθηση μπορεί να αξιολογηθεί με αυτοαξιολόγηση, όπου τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται από αυτούς που θα αξιολογηθούν (πρώτο πρόσωπο), την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των θεραπειών από τους ασθενείς (δεύτερο πρόσωπο) και την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης του επαγγελματία υγείας από τρίτο άτομο που παρατηρεί, ο οποίος εκτιμάει την αμοιβαία επίδραση στη σχέση

γιατρού - ασθενή (τρίτο πρόσωπο). Παρακάτω θα αναφερθούν συνοπτικά τα πιο ευρέως γνωστά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας (Batchelder L., Brosnan M. and Ashwin C., 2017).

2.7.1 Κλίμακες αυτοαξιολόγησης

Η κλίμακα **Hogan's Empathy (EM) Scale** αυτοαξιολογεί τη γνωστική ενσυναίσθηση. Δεν αποτελεί αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης, καθώς παρουσιάζει φτωχά ψυχομετρικά αποτελέσματα. Η κλίμακα αυτή δεν είναι κατασκευασμένη για επαγγελματίες υγείας και δεν μπορεί να υπολογίσει την ενσυναίσθηματική συμπεριφορά (Batchelder L., Brosnan M. & Ashwin C., 2017, Juping Yu & Maggie Kirk, 2009, Froman R & Pelonguin S, 2001).

Η κλίμακα **Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)** χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ικανότητας ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας. Είναι μια κλίμακα η οποία αποτελείται από 20 δηλώσεις, στις οποίες ο ιατρός θα πρέπει να απαντήσει, κάνοντας επιλογή από μια 7-βαθμη κλίμακα Likert. Ο χρόνος συμπλήρωσης είναι λιγότερο από 10 λεπτά και η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 20 έως 140, με το υψηλότερο σκορ να αποτελεί ένδειξη μεγαλύτερης ικανότητας για ενσυναίσθηση. Εμφανίζει καλά αποτελέσματα διακρίνοντας και συγκλίνοντας εγκυρότητας και σπουδαία επίπεδα εσωτερικής συνοχής, ενώ έχει ασκηθεί κριτική για την εγκυρότητα όψεως (Ιωαννίδου Ν., 2017, Juping Yu & Maggie Kirk, 2009). Είναι σταθμισμένη και μεταφρασμένη σε 25 γλώσσες (Neumann M. et al. 2012).

Η κλίμακα **QMEE (Questionnaire measure of emotional empathy)** αξιολογεί τη συναισθηματική συνισταμένη μέσω 33 ερωτήσεων και υπολογίζει συγκεκριμένη πλευρά της ενσυναίσθησης ((Batchelder et al., 2017).

Μια αξιόπιστη κλίμακα είναι η **EQ (Empathy Quotient)** η οποία εφαρμόζεται σε αόριστο πλήθος και στον κλινικό τομέα, καθώς το τελικό αποτέλεσμα είναι προσθετικά μετρήσιμο, αλλά δεν μπορεί να διαχωρίσει τη γνωστική και τη συναισθηματική συνισταμένη (Batchelder et al., 2017).

Η κλίμακα **Barrett - Lennard Relat relationship Inventory – empathic understanding (BLRI)** αυτοαξιολογεί τη σχέση θεραπευτή – ασθενή. Ο αριθμός του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών

παρουσιάζει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, ενώ οι μέσοι συσχετισμοί υποκλίμακας δεν είναι αξιολογήσιμοι. (İster E. & Altınbaş Y, 2016).

Η κλίμακα αυτοαξιολόγησης **Empathic Tendency Scale (ETS)** αφορά 20 ερωτήσεις και βαθμολογείται από μία 5βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Οι τιμές από 100 (υψηλότερο) έως 20 (χαμηλότερο) συγκεντρώνει το συνολικό σκορ το οποίο αποτελεί ένδειξη υψηλών επιπέδων ενσυναίσθησης (İster E. & Altınbaş Y, 2016).

Και, τέλος η κλίμακα **IRI (Interpersonal Reactivity Index) Κλίμακα Διαπροσωπικής Ικανότητας**, στην οποία γίνεται πιο εκτενής αναφορά στο ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας.

2.7.2 Άλλες Κλίμακες αξιολόγησης της ενσυναίσθησης

Στις υπηρεσίες του τομέα υγείας η κλίμακα **The Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE)** έχει χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ενσυναίσθησης. Πρόκειται για ένα απλό σύντομο, έγκυρο, αξιόπιστο και ευρέως διαδεδομένο εργαλείο, το οποίο εκτιμά την ενσυναίσθηση των ιατρών, όπως την καταλαβαίνουν οι ασθενείς. Αποτελείται από 5 ερωτήσεις, και οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν χρησιμοποιώντας μία 7 βαθμια κλίμακα Likert. Είναι μεταφρασμένο σε 10 γλώσσες (Ιταλία, Ιαπωνία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Δανία, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιράν) με τιμές εσωτερικής συνοχής (0,48-0,58). Σε έρευνες που χρήζουν σύγκριση, τα αποτελέσματα που ακολουθούν από την αυτοαξιολόγηση των ιατρών, είναι πολλαπλά (Hojat M., DeSantis J. & Gonnella J., 2017, Glaser K. et al, 2007, Kane G.C. et al, 2007).

Η κλίμακα **Consultation and Relational Empathy (CARE)** διακρίνεται από την αξιοπιστία, συνεκτικότητα και εγκυρότητα (Hemmerdinger J, Stoddart S. & Lilford R, 2007). Παρουσιάζει 10 δηλώσεις και αφορούν την αντιληπτικότητα των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών και βαθμολογούνται από μία 5βαθμη κλίμακα Likert. Δεν κατηγοριοποιεί ασθενείς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς. Είναι σταθμισμένο και μεταφρασμένο στην γερμανική γλώσσα με ικανοποιητικά αποτελέσματα (Neumann M. et al. 2012).

Το εργαλείο αξιολόγησης ενσυναίσθησης **FHCS (Four Habits Coding Scheme)**, αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο με εσωτερική συνοχή. Αν και οι συσχετισμοί είναι φτωχοί και μη στατιστικά αξιολογήσιμοι, δείχνει να υπολογίζει την ενσυναίσθηση των ασθενών (Hemmerdinger J, Stoddart S. & Lilford R, 2007).

Η κλίμακα **Emotional empathy tendency scale (EETS)** αποτελείται από 33 ερωτήσεις και 7 υποκλίμακες. Υπολογίζει την δύναμη της συναισθηματικής ενσυναίσθησης και συλλέγει πληροφορίες για τα συναισθήματα των γύρω μας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν ποικιλομορφία και δεν έχει διαμορφωθεί αποκλειστικά για το τομέα υγείας, αφού υστερεί και οπτικά ως προς την κατασκευή ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ικανοποιητικά (İster E. & Altınbaş Y, 2016).

Τέλος, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφέρεται και η κλίμακα **Empathy Construct Rating Scale (ECRS)**, η οποία βρίσκεται υπό αμφισβήτηση όσον αφορά την εγκυρότητά της, αλλά εμφανίζει μεγάλες τιμές αξιοπιστίας και εσωτερικής συνοχής. Περιέχει 84 ερωτήσεις. Πρόκειται για ένα εργαλείο δύσκολο στη χορήγηση και τη συμπλήρωσή του, λόγω του όγκου του, αν και χρησιμοποιείται ευρέως στο νοσηλευτικό τομέα, χωρίς όμως να είναι κατάλληλα δομημένο για τους ασθενείς (İster E. & Altınbaş Y, 2016).

Συνοψίζοντας, παρακάτω γίνεται αναφορά σε **εργαλεία μέτρησης** που συσχετίζουν την ενσυναίσθηση μεταξύ του γιατρού – ασθενή και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ασθενή :

- Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών χαρακτηριστικών
- EQ-5D-5L (Επισκόπηση Υγείας EQ-5D -5L (EuroQol)
- JSPPPE (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy)
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)
- TCES (Toronto Composite Empathy Scale)
- Κλίμακα Αυτοαξιολόγησης του Άγχους (Self Rating Anxiety Scale SAS-Zung)
- Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain Scale)

2.8 Ανθεκτικότητα

Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλοί παράγοντες οι οποίοι δύνανται να καταβάλουν τους φοιτητές, αλλά και τους ειδικούς επαγγελματιών υγείας, όπως αποδεικνύεται και από μελέτες, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η εξάντληση από τα απαιτητικά και συνεχόμενα ωράρια, η καθημερινή τους τριβή με ασθενείς με ανίατα νοσήματα που υποφέρουν, αλλά και το γεγονός ότι πιθανά έρχονται συχνά σε επαφή με το θάνατο, ενώ δεν είναι λίγοι εκείνοι που παίρνουν απόσταση από τα προβλήματα των ασθενών τους σε μια προσπάθεια να μην καταβάλουν τα προβλήματα αυτά την ψυχολογική τους κατάσταση. Παράλληλα, βέβαια, υπάρχουν κι εκείνοι που συνειδητά δεν αισθάνονται την ανάγκη να εμψυχώσουν, να ακούσουν τον ασθενή και να μουν στη θέση του και οι οποίοι αποτελούν μελανό σημείο στον τομέα της επιστήμης της Υγείας (Beauchamp et al., 2001).

Συνεπώς, στις περιπτώσεις αυτές οι φοιτητές των επαγγελματιών υγείας δεν παρέχουν στους ασθενείς τους την ίδια ποιότητα περίθαλψης, χάνοντας ίσως και το κύρος του επαγγελματία (Neumann et al., 2011). Επίσης, η κόπωση εξαιτίας της εκτεταμένης μελέτης, με το πέρασμα των ετών, σε συνδυασμό με το άγχος που βιώνουν καθημερινά, φθείρει τους φοιτητές και φαίνεται πως συνδέεται στενά με την μείωση των επιπέδων ενσυναίσθησης. Άλλωστε, μελέτες αποδεικνύουν πως η ικανοποίηση και ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας φθίρεται κατά τη διάρκεια των σπουδών τους.

Τα πιστεύω, η διαπροσωπική σχέση και τα βιώματα του κάθε φοιτητή, καθώς και η έλλειψη διδασκαλίας μέσω εκπαίδευσης, η αδυναμία πραγματικής απόφασης για την ενημέρωση απέναντι στον ασθενή οδηγεί σε ηθικό δίλημμα, σε δυσκολία και σε άγχος, με αποτέλεσμα να αποτελεί εμπόδιο στην εκδήλωση της ενσυναίσθησης (Κάρλου & Πατηράκη, 2011). Σύμφωνα με το μοντέλο ανοχής, ο τρόπος με τον οποίο οι φοιτητές ανταπεξέρχονται και αντιμετωπίζουν τους παράγοντες άγχους επηρεάζει την ψυχική υγεία τους (Lazarus, 1984, Vitaliano, 1985). Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στην ικανότητα και τη δυναμική διαδικασία προσαρμοστικής αντιμετώπισης του στρες και των δυσκολιών, διατηρώντας παράλληλα τις ψυχολογικές και οργανικές λειτουργίες φυσιολογικές (Russo, 2012).

Παλαιότερες μελέτες διαπιστώνουν πως η ανθεκτικότητα παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους (Cooke, 2013, Ahern, 2011). Τα άτομα με υψηλά επίπεδα ανοχής χρησιμοποιούν θετικά συναισθήματα προκειμένου να απαλλαγούν από τις επιπτώσεις του στρες και παρουσιάζουν εμφανείς διαφορές στην ικανότητά τους να προσαρμόζονται σε καταστάσεις έντονου στρες (Fredrickson, 2003, Tugade, 2004). Μάλιστα, υπό τέτοιες στρεσογόνες συνθήκες, τα ανθεκτικά άτομα αναπτύσσουν εντονότερα τη δυναμική του χαρακτήρα τους (Erstein, 2013). Ακόμη, η ανθεκτικότητα συσχετίζεται θετικά με το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Kjeldstadli, 2006, Cohn, 2009). Τα ανθεκτικά άτομα στο χώρο της υγείας εμφανίζουν καλύτερη οργάνωση σε γενικότερο πλαίσιο, αλλά και ειδικότερα στην απόδοση ενός κατάλληλου χρονοδιαγράμματος, με αποτέλεσμα την επίτευξη ισορροπίας μεταξύ εργασίας και ποιότητα ζωής (Lee, 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Σκοπός της έρευνας

Θεωρείται πλέον δεδομένο πως η επικοινωνία και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων έχει εξαιρετικά μεγάλη σημασία στη θεραπευτική σχέση, ίσως περισσότερη και από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας. Η ενσυναίσθηση παίζει μεγάλο ρόλο στην ικανοποίηση που νιώθει ο ασθενής που πάσχει και αποτελεί έναν παράγοντα που διαμορφώνει την πορεία της θεραπείας του, τη συμμόρφωση στις συμβουλές του θεραπευτή, με τον οποίο έχουν αναπτυχθεί σχέσεις εμπιστοσύνης, καθώς και τη δική του συμμετοχή στη διαδικασία.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι ο προσδιορισμός των αντιλαμβανόμενων επικοινωνιακών δεξιοτήτων και της ενσυναίσθησης φοιτητών του Τμήματος Λογοθεραπείας. Πιο ειδικά, στόχος είναι η διερεύνηση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που πιθανά συσχετίζονται με την ενσυναίσθηση και τις επιμέρους διαστάσεις της, καθώς και με την επικοινωνιακή ικανότητα των φοιτητών. Επίσης, θα διερευνηθεί κατά πόσο συσχετίζεται η ενσυναίσθηση με την ενσυναίσθητική ακρόαση, τις διαστάσεις της διαπροσωπικής ανταπόκρισης και τις επικοινωνιακές δεξιότητες των φοιτητών.

2. Υλικό

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διεπιστημονική προσέγγιση αναπτυξιακών και επίκτητων διαταραχών επικοινωνίας» του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 213 φοιτητές του τμήματος Λογοθεραπείας, άνω του 3^{ου} εξαμήνου, προκειμένου να συμμετέχουν στην έρευνα φοιτητές χωρίς κλινική εμπειρία (φοιτητές του 3^{ου} εξαμήνου, που δεν έχουν παρακολουθήσει κλινικές ασκήσεις), αλλά και φοιτητές με κλινική εμπειρία (φοιτητές του 7^{ου} εξαμήνου, που έχουν ήδη παρακολουθήσει κλινικές ασκήσεις). Πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα, οι φοιτητές ενημερώθηκαν για το στόχο αυτής, την εθελοντική συμμετοχή τους, αλλά και σχετικά με το απόρρητο και τη διασφάλιση της ανωνυμίας.

3.Μέθοδος

Για τη συλλογή των δεδομένων στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

1. Κλίμακα Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ)

1. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να υπάρξει ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που να αξιολογεί την ενσυναίσθηση. Οι ερευνητές Spreng, Mckinnon, Mar και Levine (2009) ήταν εκείνοι που διαμόρφωσαν το ερωτηματολόγιο αυτό, το οποίο αποτελείται από συνολικά 16 ερωτήσεις. Με βάση τους θεωρητικούς παράγοντες που ορίζουν την ενσυναίσθηση προκύπτουν έξι διαστάσεις της ενσυναίσθησης: α. η διάσταση της αντίληψης της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου (ερ.1,4), β. η αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων (ερ.8), γ. η εκτίμηση της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων και δ. η συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται ορισμένες συμπεριφορές (ερ. 2,7,10,15). Επίσης, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με ε. τη συμπονετική φυσιολογική διέγερση (ερ.3,6,9,11) και στ. τον αλτρουισμό (ερ.13). Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνονται από 0=ποτέ ως 4=πάντα και οι οποίες προστίθενται για να δώσουν μια συνολική βαθμολογία, με εύρος τιμών από 0 έως και 64 που αντιστοιχεί σε ένα στιγμιότυπο της γενικής συναισθηματικής λειτουργίας. Υψηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης.

2.Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (Self-Perceived Communication Competence Scale - SPCC)

Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε προκειμένου οι ίδιοι οι ερωτηθέντες να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να επικοινωνούν με τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η κλίμακα αφορά στην προθυμία για επικοινωνία και χρησιμοποιείται ως μέτρο ελέγχου της επικοινωνιακής δεινότητας. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στην ικανότητα δημόσιας ομιλίας, την ομιλία σε μια μεγάλη συνάντηση, σε μια μικρή ομάδα, ξένων, γνωστών και φίλων. Οι συμμετέχοντες

καλούνται να εκτιμήσουν την επικοινωνιακή τους ικανότητα σε μια κλίμακα από 0=πλήρως ανίκανος έως 100=πλήρως ικανός.

3. Κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (Active Empathetic Listening Scale - AELS)

Η κλίμακα Active - Empathetic Listening Scale (AELS) αποτελείται από 11 ερωτήσεις που εκτιμούν την ενεργητική και ενσυναισθητική ακρόαση σε τρεις διαστάσεις: ανίχνευση – πρόσληψη (n = 4), επεξεργασία (n = 3) και ανταπόκριση (n = 4). Η ανίχνευση αναφέρεται στην ικανότητα ενός ακροατή να κατανοεί τις σχεσιακές διαστάσεις της ομιλίας. Η επεξεργασία, η γνωστική διάσταση της ακρόασης, περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης, λήψης και ερμηνείας μηνυμάτων. Η ανταπόκριση εκτιμά την αντίληψη της συμπεριφοράς της ακρόασης συμπεριλαμβανομένης της λεκτικής και της μη λεκτικής ανατροφοδότησης. Οι απαντήσεις δίνονται με μια 7 βάθμη κλίμακα που κυμαίνεται από «1=ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έως «7 = πάντα ή σχεδόν πάντα» και υψηλότερη τιμή αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα ενεργητικής ενσυναισθητικής ακρόασης (Drollinger et al., 2016).

4.Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index - IRI)

Προκειμένου να υπολογιστούν οι διάφορες διαστάσεις ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα IRI, η οποία δημιουργήθηκε από τον Mark Davis (1980) και αποτελείται από 28 ερωτήματα. Η κλίμακα περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες, η καθεμιά από τις οποίες εξετάζει μια διάσταση της ενσυναίσθησης. Η γνωστική ενσυναίσθηση και η φαντασιακή ενσυναίσθηση αποτελούν τους τομείς που διερευνώνται σχετικά με τους γνωστικούς παράγοντες, ενώ η ενσυναίσθητη ανησυχία και η προσωπική ανησυχία διερευνώνται για τους συναισθηματικούς παράγοντες. Ειδικότερα εκτιμώνται: α) τα επίπεδα της ανάληψης της προοπτικής του άλλου (perspective taking), δηλαδή της τάσης των ανθρώπων να υιοθετούν αυθόρμητα την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι άλλοι (7 ερωτήσεις, π.χ. «Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση»), β) τα επίπεδα της φαντασιακής ενσυναίσθησης των ερωτηθέντων, δηλαδή της ικανότητας

να μεταφέρονται με ευφάνταστο τρόπο στον κόσμο των πλασματικών χαρακτήρων ενός βιβλίου ή μιας ταινίας (7 προτάσεις, π.χ. «Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν»), γ) τα επίπεδα της ενσυναίσθητης ανησυχίας (empathic concern), δηλαδή των συναισθημάτων της συμπόνιας, της συμπάθειας και της ανησυχίας για τους άλλους (7 ερωτήσεις, π.χ. «Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του») και δ) τα επίπεδα της προσωπικής ανησυχίας (personal distress), δηλαδή του προσωπικού άγχους - δυσφορίας που παρατηρούνται από την παρατήρηση μιας αρνητικής εμπειρίας του άλλου (7 ερωτήσεις, π.χ. «Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση»). Οι απαντήσεις δίνονται με πεντάβαθμη κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 = Δεν με περιγράφει καλά ως 5= με περιγράφει πολύ καλά. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Τσίτσας, και συν. (2012).

4. Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν οι συχνότητες και σχετικές συχνότητες, ενώ στην περίπτωση συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Στη συνέχεια, για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson μετά από έλεγχο Shapiro-Wilk για τη συμμετρία των τιμών των συσχετιζόμενων διαστάσεων. Σε κάθε περίπτωση ελέγχου το επίπεδο σημαντικότητας (p value) ήταν το 0.05. Το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν το SPSS v 22.

5. Αποτελέσματα

5.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 213 φοιτητές, εκ των οποίων οι 185 ήταν γυναίκες (86.9%) και οι 28 άντρες (13.1%). Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος

ήταν 22.0 ± 4.0 έτη, με εύρος 19-49. Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	N=213
Ηλικία (Μ.Ο. \pm Τ.Α, εύρος)	22.0 \pm 4.0 (19-49)
Φύλο (N,%) Ανδρες Γυναίκες	28 (13.1) 185 (86.9)
Μόνιμη κατοικία (N, %) Αστικό κέντρο Επαρχιακή πόλη Κωμόπολη Χωριό	52 (24.4) 67 (31.5) 46 (21.6) 48 (22.5)
Οικ. Κατάσταση (N,%) Άγαμος/η Έγγαμος/η Σε συμβίωση Διαζευγμένος	192 (91) 8 (3.8) 7 (3.3) 4 (1.9)
Σχέση με θρησκεία (N,%) Ανύπαρκτη Μέτρια Καλή Άριστη	25 (11.7) 61 (28.6) 108 (50.7) 19 (8.9)
Επιλογή σχολής (N, %) Πρώτη Δεύτερη Τρίτη Τυχαία	77 (36.2) 66 (31) 44 (20.7) 26 (12.2)
Άλλο πτυχίο (N, %) Ναι Όχι	22 (10.4) 190 (89.6)
Ατομικό μηνιαίο εισόδημα 0-100 ευρώ 100-400ευρώ 400-800ευρώ >800 ευρώ	55 (27.9) 114 (57.9) 23 (11.7) 5 (2.5)
Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα (N, %) <800 ευρώ 800-1500 ευρώ 1500-2500 ευρώ >2500 ευρώ	45 (22.5) 69 (34.5) 59 (29.5) 27 (13.5)

Μορφωτικό επίπεδο μητέρας (N, %)	
Απόφοιτος δημοτικού	17 (8)
Απόφοιτος γυμνασίου	17 (8)
Απόφοιτος λυκείου	91(42.7)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	88(41.3)
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα (N, %)	
Απόφοιτος δημοτικού	35 (16.4)
Απόφοιτος γυμνασίου	34 (16)
Απόφοιτος λυκείου	75 (35.2)
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	69 (32.4)

Πίνακας 1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

5.2 Αποτελέσματα ερωτηματολογίου Εκτίμησης της Ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ)

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ενσυναίσθησης του Τορόντο (TEQ), παρατηρήθηκαν υψηλότερες μέσες τιμές στη διάσταση του αλτρουισμού (3.4 ± 0.6), στην εκτίμηση των συναισθηματικών καταστάσεων των άλλων (3.2 ± 0.5), στην αντίληψη της συναισθηματικής κατάστασης του άλλου (3.0 ± 0.7) και στη συχνότητα εμφάνισης αντίστοιχων ενσυναισθητικών συμπεριφορών (3.0 ± 0.7). Η συμπόνια που δείχνει κανείς απέναντι στο πρόβλημα ενός συνανθρώπου του φάνηκε να αποτελεί τη διάσταση του ερωτηματολογίου με τη χαμηλότερη μέση τιμή (2.5 ± 0.4). Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι η συνολική μέση τιμή του ερωτηματολογίου της ενσυναίσθησης είναι πολύ χαμηλή (17.8 ± 2.2) (Πίνακας 2).

Διαστάσεις	Mean ± Sd
Αντίληψη της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου	2.8±0.6
Κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων	3.0±0.7
Βίωση ανάλογων συναισθημάτων με αυτά των άλλων	3.2±0.5
Συμπονετική φυσιολογική διέγερση	2.5±0.4
Αλτρουισμός	3.4±0.6
Συχνότητα συμπεριφορών	3.0±0.7
Συνολική τιμή (Empathy)	17.8±2.2

Πίνακας 2. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων του Toronto Empathy Questionnaire (TEQ).

5.3 Αποτελέσματα της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, στην κλίμακα που εκτιμά την αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα, η ικανότητα να επικοινωνεί ο φοιτητής με έναν φίλο του αποτελεί την υποκλίμακα με την υψηλότερη μέση τιμή (86.1 ± 15.4) και ακολουθεί η ικανότητα επικοινωνίας σε δυάδα (84.3 ± 11.4). Από την άλλη πλευρά, η μεγαλύτερη δυσκολία των φοιτητών του δείγματος φαίνεται να εντοπίζεται στην επικοινωνία τους με κάποιον άγνωστο, καθώς η μέση τιμή είναι 57.6 ± 19.7 . Η εκτίμηση των φοιτητών του δείγματος σχετικά με την ικανότητά τους να μιλούν δημόσια, σε κοινό είχε μέση τιμή 66.5 ± 20.0 , τιμή που θεωρείται μέτρια.

	Mean \pm Sd
Public	66.5 \pm 20.0
Meeting	72.8 \pm 17.0
Group	76.5 \pm 15.6
Dyad	84.3 \pm 11.4
Stranger	57.6 \pm 19.7
Acquaintance	81.1 \pm 15.4
Friend	86.1 \pm 12.3
Total score	74.9 \pm 14.0

Πίνακας 3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)

5.4 Αποτελέσματα Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AEELS)

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Ενεργητικής Συναισθηματικής Ακρόασης, φαίνεται ότι οι περισσότεροι φοιτητές συγκεντρώνουν περίπου ίσες μέσες τιμές και στις τρεις διαστάσεις της κλίμακας, δηλ. τόσο στην πρόσληψη και επεξεργασία μηνυμάτων, όσο και στην ανταπόκριση σε αυτά, με ελαφρά υψηλότερη μέση τιμή στη διάσταση που εκτιμά την ανταπόκριση, αναδεικνύοντας πως, όταν ακούνε κάποιον που βρίσκεται σε δυσμενή θέση και τους εξηγεί το πρόβλημά του, δείχνουν κατανόηση και ενδιαφέρον για αυτό που αντιμετωπίζει, συμπεριλαμβανομένης της λεκτικής και της μη λεκτικής ανατροφοδότησης (5.7 ± 0.9) (Πίνακας 4).

	Mean \pm Sd
Ανίχνευση / Πρόσληψη	5.5 \pm 0.8
Επεξεργασία	5.1 \pm 0.9
Ανταπόκριση	5.7 \pm 0.9

Πίνακας 4 . Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AEELS)

5.5 Αποτελέσματα Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, η διάσταση της ενσυναισθητικής ανησυχίας, που εκτιμά τη συμπάθεια και την ανησυχία για τους άλλους είναι αυτή που είχε την υψηλότερη μέση τιμή 3.1 ± 0.5 , που αντιστοιχεί σε μέτριο προς υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης και δείχνει το ενδιαφέρον και την κατανόηση της κατάστασης των άλλων όταν αυτοί αντιμετωπίζουν κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Αντίθετα, η κλίμακα που εκτιμά το άγχος που βιώνουν οι φοιτητές, όταν αντικρίζουν ένα άτομο σε δύσκολη κατάσταση, δηλ. η κλίμακα προσωπικής ανησυχίας είχε τη χαμηλότερη μέση τιμή (1.9 ± 0.7), γεγονός που

σημαίνει ότι δεν εμφανίζουν τόσο την τάση να βιώνουν την ανησυχία, την αγωνία ή την «ταλαιπωρία» όταν έρχονται αντιμέτωποι με τα προβλήματα των άλλων. Μέτριες ήταν οι τιμές και στις δυο διαστάσεις της γνωστικής ενσυναίσθησης, δηλ. στη διάσταση της ανάληψης της προοπτικής του άλλου (2.8 ± 0.6) και της φαντασιακής ενσυναίσθησης (2.4 ± 0.7).

	Mean \pm Sd
Ανάληψη της προοπτικής του άλλου (perspective-taking)	2.8 \pm 0.6
Φαντασιακή ενσυναίσθηση (fantasy)	2.4 \pm 0.7
Ενσυναίσθητη ανησυχία (empathic concern)	3.1 \pm 0.5
Προσωπική ανησυχία (personal distress)	1.9 \pm 0.7

Πίνακας 5. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)

5.6 Αποτελέσματα Συσχετίσεων του Ερωτηματολογίου Ενσυναίσθησης του Τορόντο με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τον έλεγχο συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ασθενής στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στη συνολική τιμή της ενσυναίσθησης και το φύλο των ερωτηθέντων ($r=.163$, $p=.017$), με τις γυναίκες να έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης, ενώ εξίσου ασθενής ήταν η συσχέτιση και με τη σειρά επιλογής της σχολής Λογοθεραπείας ($r=-.155$, $p=.024$), με όσους είχαν δηλώσει ως πρώτη επιλογή τη σχολή Λογοθεραπείας να έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Δεν προέκυψε καμία άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στον πίνακα 6 που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων του ερωτηματολογίου ενσυναίσθησης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

		Συνολική Τιμή Ενσυναίσθησης
Φύλο	Pearson Correlation	,163*
	Sig. (2-tailed)	,017
	N	213
Ηλικία	Pearson Correlation	-,046
	Sig. (2-tailed)	,505
	N	213
Εξάμηνο φοίτησης	Pearson Correlation	-,054
	Sig. (2-tailed)	,434
	N	213
Σχέση με τη θρησκεία	Pearson Correlation	,068
	Sig. (2-tailed)	,320
	N	213
Σειρά προτίμησης του Τμήματος Λογοθεραπείας	Pearson Correlation	-,155*
	Sig. (2-tailed)	,024
	N	213
Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	Pearson Correlation	-,082
	Sig. (2-tailed)	,251
	N	200
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Pearson Correlation	-,019
	Sig. (2-tailed)	,783
	N	213
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Pearson Correlation	,039
	Sig. (2-tailed)	,575
	N	213

Πίνακας 6. Συσχετίσεις της συνολικής τιμής του Toronto Empathy Questionnaire (Empathy) με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

5.7 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης

Επικοινωνιακής Ικανότητας με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7) η σειρά επιλογής της σχολής Λογοθεραπείας σχετίζεται, αν και ασθενώς, με την επικοινωνιακή ικανότητα του κάθε φοιτητή, όταν μιλά σε κάποιον γνωστό με τον οποίο δεν έχει όμως μεγάλη οικειότητα, καθώς όσοι είχαν ως πρώτη επιλογή τη σχολή Λογοθεραπείας φάνηκε ότι είχαν καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες ($r=-.136$, $p=.048$). Από την άλλη πλευρά το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φάνηκε να επηρεάζει την ικανότητα των φοιτητών να μιλούν σε κοινό και σε κάποιον άγνωστο ($r=.014$, $p=.014$ και $r=.019$, $p=.019$, αντίστοιχα), καθώς οι φοιτητές των οποίων οι γονείς είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ φαίνεται να έχουν καλύτερες επικοινωνιακές δεξιότητες και στις δύο περιπτώσεις. Στις άλλες διαστάσεις της κλίμακας (επικοινωνία σε δυάδα, με φίλο, σε meeting) δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

		Public	Stranger	Acquaintance
Φύλο	Pearson Correlation	,015	,034	,036
	Sig. (2-tailed)	,825	,628	,606
	N	212	211	213
Ηλικία	Pearson Correlation	-,021	,054	,001
	Sig. (2-tailed)	,766	,436	,994
	N	212	211	213
Εξάμηνο φοίτησης	Pearson Correlation	,027	,093	,011
	Sig. (2-tailed)	,698	,177	,879
	N	212	211	213
Σχέση με τη θρησκεία	Pearson Correlation	,022	-,034	,071
	Sig. (2-tailed)	,747	,628	,300
	N	212	211	213

Σειρά προτίμησης της Σχολής	Pearson Correlation	-,102	-,061	-,136*
	Sig. (2-tailed)	,139	,375	,048
	N	212	211	213
Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα:	Pearson Correlation	,015	,124	,018
	Sig. (2-tailed)	,838	,082	,805
	N	199	198	200
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Pearson Correlation	,095	,106	,073
	Sig. (2-tailed)	,168	,124	,290
	N	212	211	213
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Pearson Correlation	,169*	,161*	,060
	Sig. (2-tailed)	,014	,019	,380
	N	212	211	213

Πίνακας 7. Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

5.8 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Ενεργητικής

Ενσυναισθητικής Ακρόασης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τον έλεγχο συσχετίσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, φάνηκε ότι το εξάμηνο φοίτησης των ερωτηθέντων συσχετίζεται με τη διάσταση της πρόσληψης μηνυμάτων, αλλά και με αυτή της ανταπόκρισης του ακροατή ($r=.152$, $p=.027$ και $r=.158$, $p=.021$ αντίστοιχα), με όσους φοιτούν στο 3^ο εξάμηνο σπουδών να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναισθηματικής ακρόασης, σε σχέση με φοιτητές του 7^{ου} ή και μεγαλύτερου εξαμήνου. Επίσης, φάνηκε ότι η σχέση τους με τη θρησκεία συσχετίζεται θετικά με την ικανότητα να παρακολουθούν με ενεργητική ενσυναισθηματική ακρόαση αυτά που λέει ο συνομιλητής τους και να

τα επεξεργάζονται με ανάλογο τρόπο ($r=.143$, $p=.037$) και πιο συγκεκριμένα, όσοι από τους φοιτητές χαρακτήρισαν τη σχέση τους με τη θρησκεία άριστη, είχαν πιο ανεπτυγμένη την ικανότητα αυτή (Πίνακας 8).

		Πρόσληψη	Επεξεργασία	Ανταπόκριση
Φύλο	Pearson Correlation	-,003	,003	,133
	Sig. (2-tailed)	,966	,961	,053
	N	213	213	213
Ηλικία	Pearson Correlation	,035	-,003	,024
	Sig. (2-tailed)	,611	,961	,725
	N	213	213	213
Εξάμηνο φοίτησης	Pearson Correlation	-,152*	-,109	-,158*
	Sig. (2-tailed)	,027	,113	,021
	N	213	213	213
Σχέση με τη θρησκεία	Pearson Correlation	,021	,143*	,091
	Sig. (2-tailed)	,756	,037	,187
	N	213	213	213
Σειρά προτίμησης της Σχολής	Pearson Correlation	-,023	-,023	-,077
	Sig. (2-tailed)	,738	,739	,261
	N	213	213	213
Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	Pearson Correlation	,041	-,014	,046
	Sig. (2-tailed)	,561	,848	,517
	N	200	200	200
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Pearson Correlation	,070	-,009	-,045
	Sig. (2-tailed)	,307	,899	,516
	N	213	213	213
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Pearson Correlation	,046	-,068	,006
	Sig. (2-tailed)	,506	,323	,926
	N	213	213	213

Πίνακας 8. Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)

5.9 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Σχετικά με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχετίσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, προέκυψε ότι το φύλο των ερωτηθέντων συσχετίζεται με την ικανότητα κατανόησης της ψυχολογικής κατάστασης και διάθεσης των άλλων ($r=.138$, $p=.045$), καθώς και με την ικανότητα να φανταστούν πως θα ένιωθαν αν ήταν στη θέση εκείνων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($r=.214$, $p=.002$), ενώ η πιο ισχυρή συσχέτιση του φύλου παρατηρήθηκε με τη διάσταση της Ενσυναισθητικής Ανησυχίας, που εκφράζει την ανησυχία για τους άλλους ($r=.336$, $p<.000$), με τις γυναίκες να εμφανίζουν υψηλότερες τιμές σε κάθε διάσταση και, συνεπώς, την υψηλότερη διαπροσωπική ανταπόκριση.

Στη συνέχεια, η ηλικία των φοιτητών φάνηκε να συσχετίζεται ασθενώς θετικά με την ικανότητα να υιοθετούν την ψυχολογική κατάσταση και τη διάθεση των άλλων ($r=.143$, $p=.036$), δηλ. όσο μεγαλύτερης ηλικίας είναι ο φοιτητής, τόσο περισσότερο μπορεί να μπει στη θέση του άλλου. Το εξάμηνο φοίτησης των φοιτητών του δείγματος φάνηκε να συσχετίζεται τόσο με την ευκολία των φοιτητών να μπαίνουν στη θέση του άλλου, όσο και με την ικανότητά τους να συναισθάνονται και να ανησυχούν για τους άλλους, με τους φοιτητές του 3^{ου} εξαμήνου να εμφανίζουν τις μεγαλύτερες μέσες τιμές ($r=-.151$, $p=.028$ σε κάθε περίπτωση). Τέλος, το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα φάνηκε να συσχετίζεται με τη διάσταση που αφορά στην ανησυχία των φοιτητών για τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα ($r=-.155$, $p=.028$) και με τη διάσταση της Προσωπικής Ανησυχίας που βιώνουν, όταν κάποιος γύρω τους ταλαιπωρείται από κάποιο πρόβλημα ($r=-.149$, $p=.035$), με όσους έχουν οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 800 ευρώ μηνιαίως να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης.

		Ανάληψη της προοπτικής του άλλου	Φαντασική ενσυναίσθηση	Ενσυναισθητική ανησυχία	Προσωπική ανησυχία
Φύλο	Pearson Correlation	,138*	,214**	,336**	,125
	Sig. (2-tailed)	,045	,002	,000	,068
	N	213	213	213	213
Ηλικία	Pearson Correlation	,143*	-,039	-,018	-,079
	Sig. (2-tailed)	,036	,568	,798	,249
	N	213	213	213	213
Εξάμηνο φοίτησης	Pearson Correlation	-,150*	-,106	-,151*	-,074
	Sig. (2-tailed)	,028	,122	,028	,282
	N	213	213	213	213
Σχέση με τη θρησκεία	Pearson Correlation	-,051	-,001	,133	,033
	Sig. (2-tailed)	,459	,994	,053	,636
	N	213	213	213	213
Σειρά προτίμησης της Σχολής	Pearson Correlation	-,109	-,047	-,127	,085
	Sig. (2-tailed)	,112	,497	,064	,219
	N	213	213	213	213
Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα	Pearson Correlation	-,043	-,075	-,155*	-,149*
	Sig. (2-tailed)	,547	,292	,028	,035
	N	200	200	200	200
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Pearson Correlation	-,008	-,039	-,033	-,046
	Sig. (2-tailed)	,913	,570	,631	,504
	N	213	213	213	213
Μορφωτικό επίπεδο πατέρα	Pearson Correlation	-,029	-,037	-,027	-,066
	Sig. (2-tailed)	,674	,596	,697	,336
	N	213	213	213	213

Πίνακας 9. Συσχετίσεις των διαστάσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

5.10 Αποτελέσματα Συσχετίσεων της Συνολικής Ενσυναίσθησης με την Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας

Όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 10), η συνολική τιμή της ενσυναίσθησης των φοιτητών του τμήματος Λογοθεραπείας συσχετίζεται ισχυρά με αρκετές από τις διαστάσεις της κλίμακας που εκφράζει τις επικοινωνιακές δεξιότητες των φοιτητών. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο ενσυναίσθησης και στην ικανότητα των φοιτητών να συνομιλούν με κάποιο φίλο τους ($r=.219$, $p=.001$), με τη συνολική επικοινωνιακή τους ικανότητα ($r=.197$, $p=.004$) και με την ικανότητα να μιλούν σε κοινό ($r=.182$, $p=.008$). Πιο αδύναμη συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και την ικανότητα να συνομιλούν σε δυάδες ($r=.170$, $p=.013$), την ικανότητά τους να επικοινωνούν σε ομάδες ($r=.166$, $p=.015$), καθώς και με κάποιο άγνωστο άτομο ($r=.163$, $p=.018$).

		Συνολική [empathy]
Group	Pearson Correlation	,166 [*]
	Sig. (2-tailed)	,015
	N	212
Dyad	Pearson Correlation	,170 [*]
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	213
Stranger	Pearson Correlation	,163 [*]
	Sig. (2-tailed)	,018
	N	211
Friend	Pearson Correlation	,219 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,001
	N	213
Public	Pearson Correlation	,182 ^{**}

	Sig. (2-tailed)	,008
	N	212
total_score	Pearson Correlation	,197 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,004
	N	211

Πίνακας 10. Συσχετίσεις των διαστάσεων Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τη διάσταση που εκφράζει τη Συνολική Ενσυναίσθηση

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενσυναίσθηση, όπως έχει ήδη αναφερθεί, αποτελεί μια έννοια που κατά τις τελευταίες δύο και πλέον δεκαετίες έχει καταφέρει να προσελκύσει το επιστημονικό ενδιαφέρον. Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιπέδων ενσυναίσθησης των προπτυχιακών φοιτητών του Τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Επιπλέον, στόχος ήταν ο έλεγχος συσχετίσεων των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τα επίπεδα ενσυναίσθησης και τις επικοινωνιακές δεξιότητες των φοιτητών.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η συνολική μέση τιμή της ενσυναίσθησης ήταν πολύ χαμηλή (17.8 ± 2.2), συγκριτικά με άλλες μελέτες σε φοιτητές Ιατρικής ή Νοσηλευτικής, σύμφωνα με τις οποίες η μέση τιμή κυμαινόταν περίπου από 30 έως 35 (Καταγή, 2017). Οι διαστάσεις της κλίμακας ενσυναίσθησης (TEQ) που είχαν τη μεγαλύτερη μέση τιμή είναι αυτή που περιγράφει την αλτρουιστική συμπεριφορά των φοιτητών και την ικανότητα των φοιτητών να αξιολογούν τη συναισθηματική κατάσταση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, ενώ τη μικρότερη μέση τιμή είχε η διάσταση που αναφέρεται στην άμεση πρόκληση του συναισθήματος της συμπόνιας.

Αναφορικά με την επικοινωνιακή τους δεινότητα, φάνηκε πως οι φοιτητές αξιολογούν από μέτρια ως πολύ καλή την επικοινωνιακή τους δεξιότητα σε διάφορες συνθήκες, και κυρίως την επικοινωνία τους με κάποιον φίλο, ενώ επικοινωνιακές δυσκολίες φαίνεται πως αντιμετωπίζουν στην επικοινωνία τους με κάποιον άγνωστο ή την ομιλία τους μπροστά σε κοινό.

Επιπλέον, σχετικά με την Κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης, οι επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας αυτής δεν παρουσιάζουν μεταξύ τους διαφορές. Η ανταπόκριση των φοιτητών, με τη γλώσσα του σώματος απέναντι στα λεγόμενα ενός ανθρώπου που βρίσκεται σε δύσκολη κατάσταση, εκφράζοντάς του την συμπαράσταση και κατανόησή του, αποτελεί τον παράγοντα που ορίζει κάποιον ως καλό ακροατή.

Στην Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, οι φοιτητές φαίνεται πως παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενσυναίσθητη ανησυχία και μπορούν εύκολα να αναλάβουν την προοπτική του άλλου, ενώ όταν ζουν έντονα τα προβλήματα των

άλλων, ο βαθμός προσωπικής ανησυχίας είναι χαμηλότερος, ενώ μέτρια μέση τιμή παρουσίασαν στην γνωστική και φανταστική ενσυναίσθηση.

Από τον έλεγχο των συσχετίσεων του ερωτηματολογίου TEQ με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, φάνηκε πως οι γυναίκες έχουν υψηλότερη ενσυναίσθηση από τους άντρες, ενώ συσχέτιση υπήρχε και με τη σειρά προτίμησης, γεγονός που σημαίνει ότι οι φοιτητές που είχαν ως πρώτη επιλογή μιας σχολής των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι το Τμήμα Λογοθεραπείας, έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξε και η έρευνα της Petrucci και συν. (2016), καθώς και η μελέτη του Williams και συν. (2014) που τόνισαν την υπεροχή της ενσυναίσθησης των γυναικών έναντι των ανδρών στα επαγγέλματα υγείας. Στην έρευνα του Ιατρού και συνεργατών (2016), διερευνήθηκε ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται την έννοια της ενσυναίσθησης οι φοιτητές Νοσηλευτικής. Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτέλεσαν 78 φοιτητές νοσηλευτικής του τμήματος ΑΤΕΙ Θεσσαλίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες φοιτήτριες έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους άντρες συμφοιτητές τους, ενώ η ηλικία των φοιτητών αποδείχθηκε ότι σχετίζεται αρνητικά με την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Το εξάμηνο φοίτησης στην εν λόγω έρευνα φάνηκε να αποτελεί παράγοντα που δεν επηρεάζει την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης των φοιτητών. Την ισχύ των αποτελεσμάτων σχετικά με τη σύνδεση ανάμεσα στο φύλο των ερωτηθέντων και το επίπεδο ενσυναίσθησης, επιβεβαιώνει μια ερευνητική μελέτη της Wilson και συνεργατών (2012) της, με την Jefferson Scale of Empathy–Health Professional (JSE-HP), στην οποία συμμετείχαν 282 φοιτητές της Νοσηλευτικής φαρμακευτικής, και άλλων σχολών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες φοιτήτριες, ανεξάρτητα από τη σχολή φοίτησής τους, σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης. Παράλληλα, στην έρευνα αυτή αποδεικνύεται πως το εξάμηνο φοίτησης σχετίζεται με το βαθμό ενσυναίσθησης των φοιτητών φαρμακευτικής, καθώς οι φοιτητές τρίτου έτους έχουν υψηλότερα ποσοστά ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους φοιτητές πρώτου έτους. Τα συμπεράσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τη παρούσα έρευνα όπου το εξάμηνο φοίτησης δεν προκύπτει ότι σχετίζεται με την ενσυναίσθηση των φοιτητών Λογοθεραπείας.

Σε μια άλλη έρευνα των Ahmed et al.,(2015) εξετάστηκε η ενσυναίσθηση σε προπτυχιακούς φοιτητές της Νοσηλευτικής, πριν και μετά την εκπαιδευτική τους κλινική εμπειρία σε Ψυχιατρική κλινική και σε τομέα της Ψυχικής Υγείας. Οι 204

φοιτητές Νοσηλευτικής του 8^{ου} εξαμήνου συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και την Emotional Empathic Tendency Scale (EETS). Μέσω των στατιστικών αναλύσεων φάνηκε ότι οι φοιτητές εμφάνισαν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης μετά την εμπειρία τους σε ψυχιατρικό τομέα Νοσηλευτικής και στον τομέα της Ψυχικής Υγείας τα οποία έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Ward et al., η οποία αφορούσε 214 προπτυχιακούς φοιτητές της Νοσηλευτικής στο Jefferson School of Nursing, Philadelphia, USA. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα σε ερευνητική μελέτη της Καταγή (2017) σε 229 συνολικά φοιτητές Λογοθεραπείας του ΤΕΙ Ηπείρου, εκ των οποίων οι 112 ήταν φοιτητές χωρίς καμία κλινική εμπειρία, 87 προπτυχιακοί φοιτητές οι οποίοι είχαν τουλάχιστον παρακολουθήσει 3 εξάμηνα κλινικής άσκησης και 30 μεταπτυχιακοί φοιτητές με μεγαλύτερη κλινική εμπειρία. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν μείωση των επιπέδων ενσυναίσθησης όσο αυξάνει η κλινική εμπειρία, καθώς πολλοί παράγοντες μπορεί να μεσολαβούν, όπως το stress και η ανάληψη ευθυνών, καθώς έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς, με συνέπεια να υιοθετούν αμυντικούς μηχανισμούς που εμποδίζουν τη συναισθηματική εμπλοκή.

Στον έλεγχο συσχετίσεων των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων με το ερωτηματολόγιο που εκτιμά την Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα των φοιτητών φάνηκε πως οι φοιτητές που είχαν την σχολή Λογοθεραπείας ως πρώτη επιλογή, έχουν μεγαλύτερη ευχέρεια στην επικοινωνία τους με κάποιον γνωστό τους, ενώ η επικοινωνία των φοιτητών με κάποιον άγνωστο και η άνεση τους να μιλούν σε κοινό επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών και μάλιστα όταν οι γονείς είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ φαίνεται τα παιδιά να έχουν καλύτερες επικοινωνιακές ικανότητες. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα είναι ένα στοιχείο που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις επικοινωνιακές δεξιότητες του κάθε ατόμου, όταν απευθύνεται σε κοινό, στις συναντήσεις λίγων ατόμων, στις κατ' ιδίαν συζητήσεις με κάποιο πρόσωπο ακόμα και όταν αυτό δεν είναι οικείο. Στην έρευνα Hagemeyer και συνεργατών (2014) που είχε ως στόχο να αξιολογήσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες φοιτητών ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι φοιτητές νοσηλευτικές είχαν μεγαλύτερη επικοινωνιακή ευχέρεια σε σύγκριση με τους φοιτητές ιατρικής και φαρμακευτικής. Η ολοκλήρωση της εκπαίδευσης μέσω σεμιναρίων διεπαγγελματικής επικοινωνίας έχει θετικό αντίκτυπο στις διαπροσωπικές και διεπαγγελματικές επαφές των φοιτητών του τομέα της υγείας,

διευκολύνοντας την επικοινωνία τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους ασθενείς τους.

Τα ευρήματα μιας μακροχρόνιας ερευνητικής εργασίας του Ozkan (2010) σε φοιτητές της Νοσηλευτικής, χρησιμοποιώντας τις κλίμακες Empathic Communication Skills Scale (ECSS) και Empathic Tendency Scale (ETS) δεν ήταν ξεκάθαρα. Σχετικά με τις Επικοινωνιακές δεξιότητες παρατηρήθηκε μια μικρή πρόοδος, ενώ αντίθετα εμφανίστηκε μείωση της Ενσυναισθητικής τάσης. Συγκριτικά με τους φοιτητές του 4^{ου} έτους, τα επίπεδα Επικοινωνιακών Δεξιοτήτων ήταν υψηλότερα στους πρωτοετείς φοιτητές, οι οποίοι εμφάνιζαν και υψηλότερο επίπεδο στις Ενσυναισθητικές Τάσεις. Η πτώση που υπήρξε στις Ενσυναισθητικές Τάσεις πιθανόν να οφείλεται στην εκπαιδευτική και δομική ανεπάρκεια του Προγράμματος για την Βελτίωση και Ενίσχυση της Ενσυναίσθησης. Οι Ενσυναισθητικές Τάσεις αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της προσωπικότητας μας και για αυτό το λόγο δεν μπορούμε να τις διακρίνουμε. Επίσης, η Συναισθηματική Επιβάρυνση, εξαιτίας του φόβου και της απογοήτευσης που νοιώθουν οι φοιτητές κατά την διάρκεια των σπουδών τους στα επαγγέλματα υγείας, λόγω της απώλειας ασθενών, τους οδηγεί στην μείωση των Ενσυναισθητικών Τάσεων, για λόγους αυτοπροστασίας από την οδύνη και την ένταση. Έρευνες, αποδεικνύουν ότι τα τακτικά εκπαιδευτικά προγράμματα μπορούν να βοηθήσουν τους φοιτητές, με στόχο την ενίσχυση της ενσυναίσθησης τους.

Καθοριστικό ρόλο έχει και ο τρόπος με τον οποίο μεγαλώνει ένα παιδί και οι δεσμοί που αναπτύσσονται ανάμεσα σε γονείς και παιδιά για την εξέλιξη της ενσυναίσθησης και το χαρακτήρα που θα διαμορφώσει το παιδί μεγαλώνοντας και την εξελικτική του πορεία. Έρευνα της Καταγή, το 2017, έδειξε πως το μορφωτικό επίπεδο των γονέων συσχετίζεται με τη διαμόρφωση της ενσυναίσθησης των παιδιών, διαπίστωση που ενισχύεται και από την παρούσα έρευνα, καθώς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φάνηκε να συσχετίζεται σημαντικά ισχυρά με την ενσυναίσθηση. Πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι η συμβολή και των δύο γονέων έχει ιδιαίτερη σημασία για τη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών ώστε να είναι ικανά να δείχνουν έμπρακτα τη συμπόνια τους απέναντι σε κάποιον που έχει ανάγκη (Denham & Kochanoff, 2002, Eisenberg, Spinrad, & Sadovsky, 2006).

Αναφορικά με τη συσχέτιση των ερωτήσεων της Κλίμακας Ενσυναισθητικής Ακρόασης με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, παρατηρήθηκε ότι οι φοιτητές Λογοθεραπείας του 3^{ου} εξαμήνου είναι καλύτεροι ακροατές και δείχνουν ότι συναισθάνονται τον συνομιλητή τους όταν αυτός τους μιλά για ένα πρόβλημα που τον απασχολεί. Τη διαπίστωση αυτή ενισχύει και η έρευνα των Wilson και συν. (2012) η οποία εξέταζε τα επίπεδα ενσυναίσθησης των φοιτητών Φαρμακευτικής και Νοσηλευτικής στο 1^ο και 3^ο έτος σπουδών και η οποία ανέδειξε πως οι φοιτητές μεγαλύτερων εξαμήνων έχουν περισσότερη ενσυναίσθηση απέναντι στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Αντίθετα, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπίστωσαν πως φοιτητές μικρότερων εξαμήνων έχουν περισσότερες ενσυναισθηματικές δεξιότητες σε σύγκριση με φοιτητές 7^{ου} εξαμήνου. Η σχέση των φοιτητών με τη θρησκεία επηρεάζει επίσης την ικανότητα των φοιτητών ως ακροατές και το βαθμό στον οποίο επεξεργάζονται και ανταποκρίνονται όσα τους εκμυστηρεύονται οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποιου είδους πρόβλημα. Την πρόταση αυτή, πως η καλή σχέση των φοιτητών με τη θρησκεία συνδέεται με υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης υποστηρίζει και η έρευνα της Francis και συν. (2012) η οποία ενισχύει την άποψη ότι η πίστη και αφοσίωση στο θεό δίνει στους ανθρώπους τη δύναμη να λειτουργούν με αλτρουιστικά κίνητρα απέναντι στο συνάνθρωπό τους που πάσχει.

Σχετικά με το ρόλο της θρησκευτικής πίστης, ο Duriez (2004) μελέτησε την σχέση της ενσυναίσθησης με τη θρησκευτικότητα σε ένα δείγμα Φλαμανδών φοιτητών (N = 375) της περιοχής του Βασιλείου του Βελγίου. Σύμφωνα με την κλίμακα Post – Critical Belief Scale, έκανε έναν διαχωρισμό, ανάλογα με το αν το άτομο πιστεύει στην θρησκεία ή όχι. Τονίζεται ότι η σχέση ενσυναίσθησης και θρησκείας δεν θα πρέπει να συγχέεται, καθώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τα θρησκευτικά περιεχόμενα ασχέτως αν πιστεύουν στη θρησκεία η όχι. Καταλήγοντας, τα συμπεράσματα αναφέρουν ότι δεν υπάρχει συσχετισμός της ενσυναίσθησης με την θρησκευτικότητα, ενώ αντίθετως υπάρχει συσχετισμός με την αναθεώρηση των θρησκευτικών περιεχομένων με τη συμβολική σημασία τους (Duriez, 2004).

Σχετικά με τα αποτελέσματα που προέκυψαν μετά από τον έλεγχο συσχετίσεων ανάμεσα στα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της μελέτης και των ερωτήσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, οι γυναίκες φαίνεται πως έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης και πιο συχνά εκδηλώνουν την ανησυχία

τους για κάποιον που γνωρίζουν πως αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα. Την υπεροχή των γυναικών σχετικά με την ικανότητα να συναισθάνονται τους συνανθρώπους τους ενισχύει η μελέτη των Hojat και Gonnella το 2009, σύμφωνα με την οποία το φύλο αποτελεί έναν παράγοντα που καθορίζει την ενσυναίσθηση των φοιτητών και συσχετίζεται με τις παραμέτρους που ορίζουν τη γνωστική, αλλά και τη συναισθηματική διάσταση. Επιπλέον, από τον έλεγχο συσχετίσεων προέκυψε πως οι φοιτητές που είχαν υψηλά ποσοστά ενσυναίσθησης, είχαν επίσης ιδιαίτερα αναπτυγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες.

Το εξάμηνο φοίτησης των ερωτηθέντων από την άλλη πλευρά φαίνεται να συνδέεται ισχυρά με της αντίληψη και αυτοαξιολόγηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των φοιτητών. Τα άτομα που βρίσκονται στο 5ο εξάμηνο σπουδών έχουν μεγαλύτερη επικοινωνιακή ευχέρεια από φοιτητές του 3^{ου} ή 1^{ου} εξαμήνου σπουδών όταν βρίσκονται σε μια ομάδα και μπορούν να εκφράσουν τις απόψεις τους σε αυτή. Στην έρευνα των Ουζούνη και Νακάκης (2012) τα αποτελέσματα έδειξαν πως πράγματι φοιτητές Νοσηλευτικής του 6^{ου} εξαμήνου είχαν καλύτερη συναισθηματική κατανόηση από τους φοιτητές του 1^{ου} εξαμήνου και παρείχαν περισσότερη συναισθηματική στήριξη σε ασθενείς που έκριναν πως το έχουν ανάγκη. Τέλος, φάνηκε πως το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα συσχετίζεται με τα επίπεδα ενσυναίσθησης, καθώς φοιτητές που προέρχονται από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα παρουσιάζονται με στατιστικά σημαντική συσχέτιση αυξημένα ποσοστά ανησυχίας αναφορικά με την υγεία των ασθενών και έμπρακτη συναισθηματική στήριξη σε όσους αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα το οποίο είναι ιδιαίτερα σοβαρό.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης οδήγησαν στην διατύπωση ορισμένων συμπερασμάτων:

1. Αρχικά το φύλο είναι ένας παράγοντας που καθορίζει το επίπεδο ενσυναίσθησης στον τομέα των επαγγελματιών υγείας, γεγονός που υποστηρίζεται από τη βιβλιογραφία. Στην παρούσα έρευνα, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης, όπως υποστηρίζεται γενικά από την υπάρχουσα βιβλιογραφία.
2. Η σχέση με τη θρησκεία φαίνεται πως επηρεάζει με θετικό τρόπο το επίπεδο ενσυναίσθησης των φοιτητών.

3. Το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα φάνηκε να συσχετίζεται με τις επικοινωνιακές δεξιότητες του φοιτητή τόσο όταν χρειάζεται να μιλήσει με κάποιον άγνωστο όσο και μπροστά σε κοινό. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η μητέρα φαίνεται να είναι αυτή που επηρεάζει πιο συχνά την ικανότητα ενσυναίσθησης των παιδιών και την επικοινωνιακή τους δεινότητα, λόγω της πιο έντονης ενασχόλησής της με την ανάπτυξή τους, κοινωνική και συναισθηματική.
4. Ο λόγος που έχει οδηγήσει στην επιλογή της συγκεκριμένης σχολής, δηλαδή, πόσο συνειδητή είναι η απόφαση του φοιτητή να ακολουθήσει ένα επάγγελμα που σχετίζεται με την υγεία αποτελεί ένα παράγοντα που συνδέεται άμεσα με την ενσυναίσθηση των φοιτητών Λογοθεραπείας.
5. Οι φοιτητές του δείγματος παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά ενσυναίσθησης και για το λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευσή τους.

Περιορισμοί και προτάσεις:

- Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν στο μεγαλύτερο ποσοστό του από γυναίκες και αυτό δεν μας επιτρέπει να γενικεύσουμε τα συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο ενσυναίσθησης που διαθέτουν, αλλά και τις επικοινωνιακές ικανότητες.
- Το δείγμα ήταν αρκετά μικρό, σε σχέση με το σύνολο των φοιτητών του τμήματος, ενώ η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο τμήμα Λογοθεραπείας.
- Οι φοιτητές που αποτελούν το δείγμα της έρευνας δεν διαθέτουν μεγάλη κλινική εμπειρία. Θα ήταν ενδιαφέρουσα η σύγκριση ως προς τα επίπεδα ενσυναίσθησης των φοιτητών με νέους επαγγελματίες, που να διαθέτουν κάποια χρόνια κλινικής εμπειρίας.

- Το γεγονός πως απουσιάζει η ύπαρξη ομάδας ελέγχου, η οποία να μη σχετίζεται με την κατεύθυνση επιστημών υγείας αποτελεί έναν ακόμη από τους περιορισμούς της έρευνας.

- Η Ενσυναίσθηση αποτελεί ένα σύνθετο χαρακτηριστικό, γι' αυτό μέσω της εκπαίδευσης με κατάλληλα εκπαιδευτικά προγράμματα, σε θεωρητικό και κλινικό πλαίσιο, οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας θα πετύχουν την ενίσχυση και τη βελτίωσή της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αναγνωστοπούλου Ι, Σίσκου Ο, Γαλάνης Π. Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. *Νοσηλευτική* 2012, 51:216–226
- Ιατρού Γ., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ., Κιοσσές Β. (2016). Πώς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής; *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* (2016) Τόμος 8, Τεύχος 1, 20-25
- Καλογεροπούλου Μ. Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:667–673.
- Κάρλου, Χ., & Πατηράκη, Ε. (2011). Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική: ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική*, 50(1), 35-48.
- Καταγή, Γ. (2017). Η ενσυναίσθηση σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές Λογοθεραπείας. *Διπλωματική Μεταπτυχιακή Εργασία*, Τ.Ε.Ι Ηπείρου, Τμήμα Λογοθεραπείας, Ιωάννινα.
- Κυριακίδου Ε, Κοινοτική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Τάβιθα. Αθήνα 2004:103-157.
- Μαλικιώση-Λοίζου Μ., (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση, *Ψυχολογία*, 10 (2 - 4): 295 - 309.
- Μάντη Π, Τσελεπή Χ. Κοινωνικές – πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας. ΕΑΠ, Αθήνα, 2000:181-202.
- Μούγια Β. Επικοινωνία: Διαπροσωπικές σχέσεις και νοσηλευτής. Στο Παπαγεωργίου - Βασιλοπούλου Α. Ψυχική υγεία και νοσηλευτική επιστήμη - Σύγχρονες τάσεις. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2012:19-26.
- Μπαμπινιώτης, Γ. Δ. "Εισαγωγή εις την Γενικήν Γλωσσολογίαν." (1974). Αθήνα
- Μπαμπινιώτης Γ.Δ, (2002) , Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, 2η Έκδοση, Αθήνα, σελ. 117, 595, 1567

- Μποστανίτης Ι, Τσαλίδου Μ. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών – ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 2010, 21:15-19.
- Παναγοπούλου Ε, Μπένος Α. Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. *Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:385–390.
- Πασιαρδή, Γ. (2001). Το σχολικό κλίμα Θεωρητική ανάλυση και εμπειρική διερεύνηση των βασικών παραμέτρων του, Αθήνα
- Σαπουντζή Δ. Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα ,Μια ολιστική προσέγγιση. Εκδόσεις Έλλην .Αθήνα 2004: 103- 111.
- Σουλιώτης Κ, Δολγέρας Α, Κυριόπουλος Γ. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. *Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας.* Στο: Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ (Επιμ.) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας.* Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003:280–295.
- Σταμάτης, Π., 2012. Παιδαγωγική μη λεκτική επικοινωνία: Ο ρόλος της απτικής συμπεριφοράς στην προσχολική και πρωτοσχολική ηλικία. Αθήνα: Εκδόσεις Ατροπός
- Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. & Μίσσιου, Α.,2015. Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Τσίτσας, Γ., Γιοβαζολιάς, Θ., Μητσοπούλου, Έ., & Αντωνοπούλου, Αικ. (2012). Προσαρμοσμένη Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (An Index of Empathy for Children and Adolescents). Στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (Επιμ. έκδ.). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα.* Αθήνα: Πεδίο.
- Τσουνής Α. και Σαράφης Π., (2014). Η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 31(5), 534-540

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Agosta C. Empathy and intersubjectivity. In J. Lichtenberg, M. Borenstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy II* (pp. 43–61). Hillsdale, NJ: Analytic Press, 1984.
- Ahern NR, Norris AE. Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs.* 2011;26: 530–40.
- Bach S., Gran A. *Communication and Interpersonal Skills for Nurses.* Learning Matters Ltd. U.K 2009: 8- 23.

- Balint M. The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press, 1957.
- 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.
- Batson, C. D., & Ahmad N. (2001). Empathy-induced altruism in a prisoner's dilemma II: what if the target of empathy has defected?
- Batchelder Laurie, Mark Brosnan, Chris Ashwin, (2017), The Development and Validation of the Empathy Components Questionnaire (ECQ), published in PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0169185 January 11, 2017
- Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles of biomedical ethics. (5th edn). New York: a) Oxford University Press.
- Beeber LS. Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. *Nurs Clin North Am.*1998; 33:153-172.
- Bloom L. (1978): “ Readings in Language development ”.Wiley, New York
- Boltz, L.O., & Henriksen, D., & Mishra, P., & Deep-Play Research Group (2015). Rethinking Technology and Creativity in the 21st Century: 125 Empathy through Gaming – Perspective Taking in a Complex World. TechTrends, Association for Education Communications and Technology.
- Bruner J. (1983): “ Child Talk “ Oxford University Press, Oxford
- Campbell, R. G., & Babrow, A. S. (2004). The role of empathy in responses to persuasive risk communication: Overcoming resistance to HIV prevention messages. *Health Communication*, 16, 159-182.
- Chapman, Kimberly B. Improving Communication among Nurses, Patients, and Physicians. *Am J Nurs* .2009;109:21-25.
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335, 184-187.
- College of Nurses of Ontario. Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario. College of Nurses of Ontario. Ontario 1999.3-11
- Cooke GP, Doust JA, Steele MC. A survey of resilience, burnout, and tolerance of uncertainty in Australian general practice registrars. *BMC Med Educ.* 2013; 13:2.

- Cohen S. Social relationship and health. *American Psychologist* 2004; 59: 676–684.
- Cohn MA, Fredrickson BL, Brown SL, Mikels JA, Conway AM. Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*. 2009; 9:361–8.
- Crabb J, Razi E. *Essential Skills for Mental Health Care Basic Needs*. Ghana: Basic Rights; 2007: 14- 22.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Debes, R. (2010). Which empathy? Limitations in the mirrored “understanding” of emotion. *Synthese*, 175(2), 219-239.
- DeWit, S., 2009. *Fundamental concepts and skills for nursing*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Denham, S., & Kochanoff, A. T. (2002). Parental contributions to preschoolers' understanding of emotion. *Marriage & Family Review*, 34(3-4), 311-343.
- DeVito, J.A. (2006). *Human Communication : the basic course*.10th ed. Pearson Education Inc., New York, 404 pp.
- De Vignemont, F., & Singer, T. (2006). The empathic brain: how, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435-441.
- De Jong, T., Van Gog, T., Jenks, K., Manlove, S., Van Hell, J. G., Jolles, J., & Boschloo, A. (2008). *Explorations in learning and the brain: On the potential of cognitive neuroscience for educational science*. Report by the Netherlands Organization for Scientific Research. The Hague, The Netherlands
- Derksen Frans, Tim olde Hartman, Annelies van Dijk, Annette Plouvier, Jozien Bensing, Antoine Lagro-Janssen, (2016). *Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients*. *Patient Education and Counseling*

- DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, et al. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care* 1980; 17: 376–387.
- DiMatteo R.M. et Leslie R. Martin, (2011). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. επιστημονική επιμέλεια Φ. Αναγνωστόπουλος και Γ. Ποταμιανός, ΠΕΔΙΟ, Αθήνα 2011
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988, 260:1743–1748.
- Drollinger, T., Comer, L. B., & Warrington, P. T. (2006). Development and validation of the active empathetic listening scale. *Psychology & Marketing*, 23:161–180. doi:10.1002/mar.20105
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987). *Empathy and its development*. New York: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Sadovsky, A. (2006). Empathy-related responding in children. *Handbook of moral development*, 517, 549.
- Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med*. 2013; 88:301–3.
- Francis, L.J., Croft, J.S., Pyke, A. (2012). Religious diversity, empathy, and God images: perspectives from the psychology of religion shaping a study among adolescents in the UK, Vol. 33, No. 3, December 2012, 293–307.
- Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends in Cognitive Sciences*, 11(5), 197-203.
- Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84:365–76.
- Gidman J. Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Educ Pract*.2013; 13: 192–196.
- Gosbee, J. (1998). Communication among health professionals. *BMJ* .1998; 316: 642.
- Goubert L, Craig KD, Vervoort T, et al. Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain* 2005; 118: 285–288.
- Greif EB, Hogan R. The theory and measurement of empathy. *Journal of Counseling Psychology* 1973; 20: 280–284.

- 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.
- Ha Jf, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J* 2010, 10:38–43.
- Hagemeyer, N.E., Hess, R., Jr., CDE, BC-ADM, Kyle S Hagen, PharmD, Emily L Sorah, PharmD (2014) Impact of an Interprofessional Communication Course on Nursing, Medical, and Pharmacy Students' Communication Skill Self-Efficacy Beliefs. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2014; 78 (10) Article 186.
- Halpern Jodi, (2003). What is clinical empathy?. *JGIM*, 18, 670-674
- Harrigan JA, Rosenthal R. Physicians' head and body position as determinants of perceived rapport. *Journal of Applied Social Psychology* 1983; 13: 496–509.
- Hemmerdinger J, Stoddart S, Lilford R, (2007), A systematic review of tests of empathy in medicine, *BMC Med Educ*, v7:24
- Hoerni P (1985). *Paroles et Silences du médecin*. Paris, Flammarion.
- Hoffman, M. L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (pp. 47-80). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hoffman, L. M. (2000). *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), 307-316.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K. et al.. *The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School*. *Academic Medicine*. 2009,
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine* 2011; 86: 359–64
- Hojat Mohammadreza, Jennifer DeSantis, Joseph S Gonnella, (2017), Patient Perceptions of Clinician's Empathy: Measurement and Psychometrics, *Journal of Patient Experience*, Vol. 4(2) 78-83

- Inui Ts, Carter Wb, Kukull Wa, Haigh Vh. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Med Care* 1982, 20:535–549.
- İster Emine Derya, Yasemin Altınbaş, (2016), Emphatic Tendency and Affecting Factors in
- Nursing students , *Asian Pac. J. Health Sci.*, v3 (4), p 306-312
- Jackson SW. The listening healer in the history of psychological healing. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 1623–1632.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between modeof observation and theory. In P. H. Ornstein (Ed.), *The search for the self* 1, 205-232,. New York: International University Press
- Keir,L., Wise,B. & Krebs,C., 1998. *Medical Assisting: Essentials of Administrative and Clinical Competencies*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.
- Kelly-Irving M, Delpierre C, Schieber Ac, Lepage B, Rolland C, Afrité A Et Al. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med* 2011, 73:1416–1421.
- Kjeldstadli K, Tyssen R, Finset A, Hem E, Gude T, Gronvold NT, et al. Life satisfaction and resilience in medical school-a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Med Educ*. 2006; 6:48.
- Kiesling, L. L. (2012). Mirror neuron research and Adam Smith’s concept of sympathy: Three points of correspondence. *The Review of Austrian Economics*, 25(4), 299-313
- King, I. M. (1981). *A theory for nursing, systems, concepts, process*. New York: Wiley.
- Koch T, Marks J, Tooke E (2001). Evaluating a community nursing service: Listening to the voices of clients with an intellectual disability and/or their proxies. *J Clin Nurs.*; 10:352–363.
- Kourkouta L., Barsamidis K., Lavdaniti M. Communication skills during the clinical examination of the patients. *Prog Health Sci*.2013; 3:119-122.
- Kneisl C, Wilson H, Trigoboff E, Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2009.188- 208.

- Lamm, C., & Majdandžić, J. (2015). The role of shared neural activations, mirror neurons, and morality in empathy—A critical comment. *Neuroscience Research*, 90, 15-24.
- Lazarus RS, Folkman S: *Stress, Appraisal and Coping* New York: Springer Publishing Co; 1984.
- Lee FJ, Brown JB, Stewart M. Exploring family physician stress: helpful strategies. *Can Fam Physician*. 2009;55:288–289.e6.
- Lionis, C., Shea, S., Markaki, A. (2011). Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. *Journal of Holistic Health care*, 8, 38-41.
- Lussier Mt, Richard C. Doctor-patient communication: Complaints and legal actions. *Can Fam Physician* 2005, 51:37–39.
- Leslie, K. R., Johnson-Frey, S. H., & Grafton, S. T. (2004). Functional imaging of face and hand imitation: towards a motor theory of empathy. *NeuroImage*, 21(2), 601-607.
- Makoul G, Amtson P, Schofield T. (1995). Health promotion in primary care: physician – patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med*, 41, 1241-54.
- Martin, L.J., Hathaway, G., Isbester, K., Mirali, S., Acland, L., Niederstrasser, N., Slepian, P.M., Trost, Z., Bartz, J.A., Sapolsky, R.M., Sternberg, W.F., Levitin, D.J., Mogil J.S. (2015). Reducing Social Stress Elicits Emotional Contagion of Pain in Mouse and Human Stranger., *Current Biology*, 25 (3), 326–332.
- McKellar P. *Imagining and thinking: A psychological analysis*. New York: Basic Books, 1957.
- Mehrabian A. Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin* 1969; 71: 359–372.
- Moyle W. Nurse-patient relationship: A dichotomy of expectations. *Int J Ment Health Nurs*.2003; 12:103-109.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C. & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic medicine*, 86(8), 996-1009.

- Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhauser F, (2012). Physician empathy: definition, outcome- relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1)
- Neumann Melanie, Markus Wirtz, Elfriede Bollschweiler, Stewart W. Mercer, Mathias Warm, Jürgen Wolf, Holger Pfaff, (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*, 69, 63–75
- Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine* 1987; 2: 346–355.
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12.
- O'Brien, L. Nurse-Client Relationships: The Experience of Community Psychiatric Nurses. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2000;9: 184-194.
- Ouzouni C, Nakakis K. An Exploratory Study of Student nurses' Empathy. *Health Sciences Journal* 2012; 6: 534552.
- Ozkan C T, Oflaz F, Cicek S. Empathy : the effects of Undergraduate Nursing Education in Turkey. *International Nursing Review* 2010; 493-499.
- Patera, A., & Politymou, A. (2008). Observations on the assertiveness and its relation to empathy in Greek students. *Psychiatriki*, 19(3), 238-244.
- Pence, G.E. (1983). Can compassion be taught? *Journal of Medical Ethics*, 9, 189-191.
- Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam & Sons. New York 1952:270-315.
- Perry, G.& Potter, P., 2012. *Clinical nursing skills and techniques*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Δ. Αλαμάνου, Κ. Γιαβής, Α. Γκαράρη, Κ. Έξαρχος, Ρ. Ζαβερδινού, Ε. Ζουρούδη, Α. Συλεούνη, Α. Κάνδιας, Μ. Μουκάι, Σ. Ρουχωτά, Κ. Στρογγυλή και Α. Χανδρινού. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(2), 77-87.

- Plante, E. & Beeson, P.,1999. Communication and communication disorders: a clinical introduction. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Η. Παπαθανασίου και Λ. Μανωλόπουλου. Αθήνα : Εκδόσεις ΠΑΡΗΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Rasoal, C., Jungert, T., Hau, S., & Andersson, G. (2011). Development of a Swedish version of the scale of ethnocultural empathy. *Psychology*, 2(06), 568.
- Reik T. Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst. NewYork: Farrar, Straus, 1948.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3,131-141.
- Rogers, Carl. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and inter-personal relationships as developed in the clientcentered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science: Formulations of the person and the social contract*, 3, 184- 256, New York: MacGraw- Hill.
- Rogers, M. E., (1983) *Diffusion of innovations*.
- Rosenstock, I. M. 1988. *The Health Belief Model and Preventive Health Behavior*.
- Russo SJ, Murrrough JW, Han MH, Charney DS, Nestler EJ. Neurobiology of resilience. *Nat Neurosci*. 2012;15:1475–84.
- Scanlon A. Psychiatric Nurses Perceptions of the Constituents of the Therapeutic Relationship: A Grounded Theory Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:319-329.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist*, 17(1), 18- 24
- Shamasundar MRC. Reflections: Understanding empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy* 1999; 53: 232–245.
- 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.
- Sheldon, L., 2009.*Communication for nurses: talking with patients*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Ε. Παπαδοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.

- Spiers AJ, Wood A. Building a Therapeutic Alliance in Brief Therapy: The Experience of Community Mental Health Nurses. *Arch Psychiatr Nurs.* 2010;24:373-386.
- Stephan WG, Finlay K. The role of empathy in improving inter-group relations. *Journal of Social Issues* 1999; 55: 729–743.
- Stickley T, Freshwater D. The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental health practice.* 2006; 9:12.
- Taylor, S. (2005). *Communication for Business*. 4th ed.. Pearson Education Inc., New York, 429 pp.
- 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.
- Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *J Pers Soc Psychol.* 2004;86:320–33.
- Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J: The Ways of Coping Checklist – Revision and Psychometric Properties. *Multivariate Behav Res* 1985, 20:3-26.
- Webb L. *Nursing: Communication skills in practice*. Oxford University Press. Oxford , 2011:3- 19.
- Webster D. (2014). Using Standardized Patients to Teach Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing. *Clinical Simulation in Nursing.* 201;10:81-86.
- 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.
- White KL. *Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health*. New York: Springer-Verlag, 1991.
- Williams J. Empathy and Nurse Education. *Nurse Education Today*, 2010; 30: 752-755.
- Wilson, S., Prescott, J., Becket, G.. Empathy Levels in First- and Third-Year Students in Health and Non-Health Disciplines. *American Association of Colleges of Pharmacy.* 2012, 76 (2), 24.

- Zahavi, D., & RoCHAT, P. (2015). Empathy ≠ sharing: Perspectives from phenomenology and developmental psychology. *Consciousness and Cognition*, 36, 543-553.
- Zachariae R., Pedersen C.G., Jensen A.B., Ehrnrooth E., Rossen P.B., Maase H., (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer – related self- efficacy and perceived control over disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658-665

Πηγές από το Διαδίκτυο

- "Theodor Lipps | Γερμανός ψυχολόγος". *Εγκυκλοπαίδεια Britannica*, Ανακτήθηκε 2018-11-07
- Μαγγανάρη Μ. (2018). Η επιστήμη πίσω από την ενσυναίσθηση. Διαθέσιμο στο: <https://www.psychologynow.gr/psychology-in-our-life/personality/5757-i-epistimi-piso-apo-tin-ensynaisthisi.html> (Ανακτήθηκε: 05/10/18).
- Schwartz Center Rounds, Διαθέσιμο στο: <http://www.theschwartzcenter.org/supporting-caregivers/schwartzcenter-rounds/> [Τελευταία πρόσβαση: 29/09/2015].

