



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Θέμα :

«ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΣΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ»

Όνοματεπώνυμο φοιτήτριας :

Σωτηρία Καλαμπόκη

Α.Μ. : 16848

Υπεύθυνη Εκπαιδευτικός:

Κ. Μαίρη Γκούβα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020

«EMPATHY IN HOSPITAL CARE»

Student's name:

Kalampoki Sotiria

Module Coordinator (professor):

Mairy Gouva

IOANNINA, 2020

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	2
Abstract.....	2
Εισαγωγή.....	3
<i>Κεφάλαιο 1^ο: Ενσυναίσθηση</i>	
1.1 Προσπάθεια απόδοσης ορισμού.....	4
1.2 Ιστορική αναδρομή	5
1.2.1 Αποσαφήνιση της έννοιας σε σχέση με την φροντίδα	8
1.2.3 Συναισθηματική και γνωστική ενσυναίσθηση (cognitive and emotional empathy).....	10
1.2.4 Οι πολλές διαστάσεις της ενσυναίσθησης.....	11
1.3 Μέτρηση της ενσυναίσθησης.....	12
<i>Κεφάλαιο 2^ο: Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στον κλινικό χώρο.....</i>	<i>12</i>
2.1 Ενσυναίσθηση σε σχέση με τον νοσηλευτή-φροντιστή και των άλλων επαγγελματιών υγείας.....	14
2.1.1 Συναισθηματικά όρια.....	15
2.2 Ενσυναίσθηση και συναισθηματική εξάντληση (burnout).....	16
2.3 Ενσυναίσθηση και πόνος.....	19
<i>Κεφάλαιο 3^ο: Ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και εφαρμογή της.....</i>	<i>21</i>
3.1 Η διάσταση της ενσυναίσθησης σε σχέση με την επικοινωνία.....	24
3.2 Η ποιότητα φροντίδας συσχετιζόμενη με την ενσυναίσθηση.....	27
3.3 Εξέλιξη στην υγεία και ενσυναισθητική συμπεριφορά.....	29
<i>Κεφάλαιο 4^ο: Μελέτη Περίπτωσης (study case)-Ποιοτική έρευνα.....</i>	<i>31</i>

Συμπεράσματα.....	35
Βιβλιογραφία.....	36

Περίληψη

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την νοσηλευτική φροντίδα η οποία είναι ανθρωποκεντρική και είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση των καθηκόντων του κάθε νοσηλευτή. Στο άρθρο που ακολουθεί, θα αναλυθούν τα δομικά της στοιχεία αλλά και θα αναλυθεί θεωρητικά η έννοιά της. Θα τονισθούν οι τρόποι με τους οποίους ο νοσηλευτής μπορεί να την χρησιμοποιήσει αλλά και της επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην συναισθηματική του κατάσταση όπως το "burnout" ή αλλιώς συναισθηματική εξάντληση. Επιπλέον, παρουσιάζονται κάποιες έρευνες που βασίζονται σε εμπειρίες επαγγελματιών υγείας οι οποίοι μέσω της ενσυναίσθησης έλαβαν αρνητικές ή θετικές αντιδράσεις ασθενών. Τέλος, εκφράζονται τρόποι που μπορεί να ενισχυθεί η ενσυναίσθηση, η σχέση της με την ποιότητα φροντίδας και οι συνέπειές της.

Abstract

Empathy is a very significant tool for nursing, which is people-oriented and it's important for the nursing duties to be completed. In this article, it will be analyzed the components and the theoretical meaning of empathy. It will be pointed out the ways with which the nurse can use empathy and the complications in the emotional state of the nursing staff, like "burnout". In addition, there will be some studies which are based in real experiences from health professionals who had positive or negative reactions in regard of using empathy. In conclusion, there are ways that empathy can be enhanced, her relation with the quality of caring and the consequences.

Ενσυναίσθηση, συναίσθημα, συναισθηματική εξάντληση, burnout, επικοινωνία, πόνος

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία γίνεται μία προσπάθεια εξήγησης της έννοιας της ενσυναίσθησης στον κλινικό χώρο που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο, εξηγείται και αναλύεται ο ορισμός της έννοιας της ενσυναίσθησης και η ιστορική αναδρομή προσδιορισμού της έννοιας. Στην συνέχεια, πραγματοποιείται μία εξήγηση του τρόπου σύνδεσης της ενσυναίσθησης με την φροντίδα, καθώς και ανάλυση της γνωστικής και συναισθηματικής ενσυναίσθησης και των πολλών διαστάσεών της. Επιπλέον, αναφέρονται τρόποι που μπορεί να μετρηθεί η ενσυναίσθηση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, εξηγείται ο σημαντικός ρόλος της στον κλινικό χώρο, η άμεση σύνδεσή της με τον φροντιστή εφόσον αποτελεί μία ικανότητα προσέγγισης του θεραπευόμενου και την ανάγκη να τεθούν συναισθηματικά όρια. Αναλύεται η έννοια του «burnout» που μπορεί να αναπτυχθεί ως συνέπεια της ενσυναίσθησης που χρησιμοποιείται από τον επαγγελματία υγείας προς τον πάσχοντα. Επιπλέον, αποσαφηνίζεται και εξηγείται λεπτομερώς η σχέση της ενσυναίσθησης με τον πόνο και την φροντίδα του ασθενή.

Στο τρίτο κεφάλαιο, εξηγούνται οι τρόποι που χρησιμοποιούνται για την έκφραση της ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες υγείας αλλά και πώς ενισχύεται αυτή η ικανότητα σε σχέση με την φροντίδα του πάσχοντα. Αναλύεται ο τρόπος εφαρμογής της ενσυναίσθησης ως λεκτικής ή μη λεκτικής ικανότητας που επηρεάζει την σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Επίσης, παρουσιάζεται η ενίσχυση της ποιότητας φροντίδας όταν υπάρχει ενσυναίσθηση στην κλινική πράξη και περιγράφονται οι επιπτώσεις αλλά και οι περιστάσεις που επηρεάζουν την χρήση της, καθώς και η εξέλιξη της υγείας συνδυαστικά με την ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας.

Στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μία μελέτη περίπτωσης (case study) που βασίζεται σε μία πραγματική εμπειρία ενός επαγγελματία υγείας και η ενσυναίσθηση του απέναντι στον ασθενή.

Κεφάλαιο 1: Ενσυναίσθηση

1.1 Προσπάθεια απόδοσης ορισμού

Η έννοια της ενσυναίσθησης αποτελεί εργαλείο της μη λεκτικής επικοινωνίας που χρησιμοποιείται από τον νοσηλευτή για να κατανοήσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του ασθενή όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του, τόσο ψυχικής όσο και σωματικής. Αν και δεν είναι δυνατόν να εκφράσουμε την έννοια της ενσυναίσθησης με έναν ακριβή ορισμό διότι είναι πολυδιάστατη και αφηρημένη, αν και αρκετοί συγγραφείς προσπάθησαν να την προσδιορίσουν (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004).

Οι πιο ευρέως διαδεδομένες και κατανοητές μελέτες κατέληξαν στο ότι η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να προβλέπεις και να μοιράζεσαι στην συναισθηματική κατάσταση των άλλων (Pelligra, 2011). Ουσιαστικά, είναι η ικανότητα του θεραπευτή να μπαίνει στην θέση του θεραπευόμενου και να κατανοεί τα συναισθήματά του και το νόημά τους και έπειτα να επικοινωνεί μέσω αυτών μαζί του (Strekalova *et al.*, 2017). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εφόσον περάσει από τις τέσσερις υποδιεργασίες ενσωμάτωσης της ενσυναίσθησης οι οποίες είναι:

- Η αναγνώριση που επιτρέπουμε στον εαυτό μας να απορροφηθεί στην σκέψη του ασθενή και των εμπειριών του.
- Η ενσωμάτωση που κατανοούμε τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις εμπειρίες του ασθενή χωρίς να προβάλλουμε τα δικά μας (Schrank *et al.*, 2014).
- Η αντανάκλαση όπου γινόμαστε πλήρως εναρμονισμένοι με την ταυτότητα του θεραπευόμενου και το σύνολο των συναισθημάτων του μέσω των εμπειριών και θεωρούμε τον εαυτό μας μία ξεχωριστή προσωπικότητα.
- Αποσύνδεση όπου αποσυρόμαστε από την υποκειμενική εμπλοκή και ξαναποκτούμε την ταυτότητά μας. Χρησιμοποιούμε την γνώση που αποκτήσαμε μέσω της αντανάκλασης ώστε να προσφέρουμε την κατάλληλη βοήθεια στον ασθενή (Reynolds and Scott, 1999).

Η ενσυναίσθηση προάγει την ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή διότι δημιουργεί μία συναισθηματική «γέφυρα», όπου ο θεραπευτής-νοσηλευτής έχει ενσωματωθεί και κατανοήσει τις εμπειρίες, τις

σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή ώστε να μπορεί να του προσφέρει μία προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατομική φροντίδα (Riess, 2017).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η έννοια της ενσυναίσθησης είχε και συνεχίζει να έχει πολύ σημαντικό ρόλο στις φιλοσοφικές και ψυχολογικές συζητήσεις όπου κεντρικά στοιχεία αποτελούν, η ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει το πώς και τι αισθάνονται ή σκέφτονται τα άλλα άτομα και η ικανότητα του ατόμου να συνδέεται κοινωνικά και κάποιο άλλο άτομο. Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών διεργασιών και φαινομένων που έχουν άμεση επαφή με την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τον τρόπο σκέψης ενός διαφορετικού ατόμου και να επηρεάζεται συναισθηματικά από αυτό που αισθάνεται το άλλο άτομο, επιτρέποντάς του να «νιώσει μαζί με» το άλλο άτομο, να «νιώσει» πως επιθυμεί να φροντίσει το άλλο άτομο ή να «νιώσει» προβληματισμένος και αγχωμένος για το άλλο άτομο (Stueber, 2013).

Κοινωνικά φαινόμενα που αφορούσαν την ενσυναίσθηση, αναλύονταν ως «εμπάθεια» κατά τον 17^ο και 18^ο αιώνα από φιλόσοφους και πιο συγκεκριμένα από τον David Hume και τον Adam Smith οι οποίοι επεξεργάστηκαν και ανέλυσαν την ψυχολογική ρίζα της ηθικής κριτικής και ανάπτυξης και την κοινωνική φύση των ανθρώπων. Αν και η έννοια της ενσυναίσθησης έχει χαρακτηριστεί από έλλειψη νοητικής διαύγειας και μεγάλης απόκλισης στην πλήρη κατανόηση της σημασίας της, οι μελετητές συμφώνησαν πως δεν υπάρχει μόνο ένας «σωστός» τρόπος χαρακτηρισμού της έννοιας της ενσυναίσθησης (Stueber, 2013).

Η αγγλική λέξη empathy η οποία σημαίνει ενσυναίσθηση έχει πάρει την ετυμολογική της ρίζα από του 19^{ου} αιώνα, γερμανικό όρο «Einfühlung» που σημαίνει «αισθάνομαι μέσα μου». Η πρώτη γνωστή χρήση της έννοιας έγινε από τον γερμανό ψυχολόγο Robert Vischer (1873), για να περιγράψει την ικανότητα έκφρασης του εαυτού μας σε ένα αντικείμενο της τέχνης ή σε μία κατάσταση που αφορά κάποιο διαφορετικό άτομο. Ένας άλλος ψυχολόγος και φιλόσοφος ο Theodore Lipps (1851-1914), χρησιμοποίησε και αυτός τον όρο Einfühlung ως μετάφραση της λέξης ενσυναίσθηση, ο οποίος ήδη εφαρμόζονταν από άλλους φιλοσόφους για την

περιγραφή του να «γνωρίζεις» εν τω έσω την τέχνη, νιώθοντας μία συναισθηματική απήχηση όσον αφορά το έργο τέχνης (Riess, 2017).

Όμως, ο Lipps μπορεί δικαίως να θεωρηθεί ο πατέρας της σύγχρονης έννοιας της ενσυναίσθησης εφόσον αυτός εξέφρασε τον σημαντικό ρόλο της ενσυναίσθησης για την αισθητική εκτίμηση του κόσμου, ακολουθώντας το παράδειγμα του Vischer. Επιπλέον, μετέτρεψε την αντίληψη της ενσυναίσθησης από την κατηγορία της αισθητικής φιλοσοφίας, σε μία κεντρική έννοια που αφορά την φιλοσοφία, τον συλλογισμό και την κοινωνική επιστήμη (Stueber, 2013). Έτσι λοιπόν, ο συνάδελφός του Edward B. Titchener, περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως την διαδικασία του να δίνουμε ατομικότητα στα αντικείμενα και να νιώθουμε ή να αναγνωρίζουμε τον ίδιο μας τον εαυτό μέσα από αυτά (Soto-Rubio and Sinclair, 2018).

Ο Lipps αντιλήφθηκε την ενσυναίσθηση σαν ένα φαινόμενο ή μορφή εσωτερικής ή πνευματικής αντικατρόπτισης το οποίο ενεργοποιείται κατά την κοινωνική επαφή με κάποιο άλλο άτομο και τις ενέργειές του. Από την φύση μας, έχουμε την τάση να αντικατροπίζουμε νοητικές ενέργειες ή εμπειρίες από άλλα άτομα, βασιζόμενοι στην παρατήρηση των σωματικών δραστηριοτήτων, των εκφράσεων του προσώπου και άλλων ατομικών ενεργειών. Επιπρόσθετα, η εσωτερική απήχηση μέσω αυτών των παρατηρήσεων της συμπεριφοράς των άλλων ατόμων δίνουν την ικανότητα στο άτομο να προβάλλει τις δικές του εμπειρίες. Ωστόσο, το άτομο αναγνωρίζει το γεγονός ότι αποκτά κάποιες εμπειρίες εξαιτίας αυτής της σύνδεσης με το άλλο άτομο ενώ ο δεν νιώθει πραγματικά πόνο, άγχος, θυμό ή κάποιο άλλο συναίσθημα. Στην ουσία, ο Lipps συνέδεσε το νόημα της ενσυναίσθησης με τον Καρτεσιανό τρόπο σκέψης, κατά τον οποίο μπορούμε να προσδιορίσουμε τις πνευματικές μας αντιλήψεις και την φύση της πνευματικής μας κατάστασης μόνο εάν αποδεχτούμε και αναγνωρίσουμε τις προσωπικές μας εμπειρίες. Αυτοί οι συλλογισμοί επηρέασαν αρκετά τους νεότερους φιλοσόφους οι οποίοι συνέχισαν να θεωρούν την ενσυναίσθηση ως πρωταρχικό και υποκειμενικό τρόπο πρόσβασης στις σκέψεις των άλλων ατόμων (Stueber, 2013).

Ο ψυχολόγος Carl Rogers (1957), γράφοντας ένα άρθρο σταθμό για την ιστορία της συμβουλευτικής ψυχολογίας και ψυχοθεραπείας, υποστήριξε ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που προκαλούν θετική μεταβολή στον θεραπευόμενο. Τόνισε πως το πιο σημαντικό για την εξέλιξη του ασθενή, είναι η δημιουργία μίας γνήσιας σχέσης μαζί του, θετική αναγνώριση άνευ όρων και

μετάδοση της ενσυναίσθησης εκ μέρους του θεραπευτή. Ουσιαστικά, υποστήριξε ότι η ενσυναίσθηση είναι η πιο κυρίαρχη ικανότητα που θα πρέπει να διαθέτει όποιος ενδιαφέρεται να στηρίξει και να βοηθήσει συναισθηματικά κάποιον άλλο άνθρωπο. Κατά τον Rogers, ενσυναίσθηση «είναι η ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τον κόσμο του άλλου σαν να ήταν δικό του κόσμος, χωρίς όμως να ξεχνάει την διάσταση του "σαν"». Η δήλωση αυτή του Rogers, επηρέασε πληθώρα ερευνητών όπου κάποιοι ασπάστηκαν την έννοια της ενσυναίσθησης και άλλοι την αμφισβήτησαν, προσπαθώντας μέσω ερευνών να υποστηρίξουν την σπουδαιότητά της ή να την απορρίψουν (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003).

Το μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον όσον αφορά την ενσυναίσθηση συνεχίστηκε τις δεκαετίες του 1960 και 1970, ακολουθώντας το παράδειγμα του Rogers, ιδιαίτερα μετά την πλούσια ερευνητική βιβλιογραφία που υπήρξε το 1960 και απέδειξε πως η ενσυναίσθηση είχε άμεση σχέση με την βελτίωση του ατόμου μέσω της ψυχοθεραπείας (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003).

Ο ψυχαναλυτής Heinz Kohut (1959) στήριξε ότι η ενσυναίσθηση είναι περισσότερο θεωρητική παρά θεραπευτική. Την άποψή του αυτή, την υποστήριξε ο Robert Stolorow (1993), προτείνοντας ότι «αποτελεσματική και άμεση ανταπόκριση» θα πρέπει να εφαρμοστεί στην θεωρία του Kohut, όπου η ενσυναίσθηση είναι ένας έντονος συναισθηματικός δεσμός. Επιπλέον, πρόσθεσε ότι ένα πολύ σημαντικό συστατικό στην προσέγγιση του ερευνητή είναι η συνεχής αφοσίωση στην αναζήτηση της έννοιας της αποτελεσματικής απόκρισης ή απουσίας αυτής στον ασθενή. Ωστόσο, η έλλειψη περαιτέρω έρευνας για την έννοια της ενσυναίσθησης τα επόμενα χρόνια γίνεται αισθητή, εφόσον το 1980 μόνο 53 άρθρα κάνουν αναφορά στην ενσυναίσθηση, 87 άρθρα το 1990 ενώ για τα επόμενα 7 χρόνια από τον Ιανουάριο του 2000 μέχρι το 2008 μόνο 36 άρθρα αναφέρουν την ενσυναίσθηση όπου τα 8 από αυτά έχουν άμεση σύνδεση με τον όρο της ενσυναίσθησης και την ανάλυσή του (Tudor, 2011).

Κατά την διάρκεια του 20^{ου} και του 21^{ου} αιώνα, η ενσυναίσθηση άρχισε να αποκτά μία πιο ουσιαστική και πρακτική εικόνα, ως η ικανότητα όχι μόνο της αναγνώρισης και της κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων, όμως και πως θα αισθανόμασταν εάν βρισκόμασταν πραγματικά στην «θέση» του άλλου ατόμου.

Βασιζόμενοι σε αυτή την βαθύτερη έννοια της ενσυναίσθησης, οι μελετητές με την βοήθεια της επιστήμης και της τεχνολογίας άρχισαν να αναγνωρίζουν «το νευρώνα της ενσυναίσθησης», δηλαδή ένα σύστημα νευρώνων στον φλοιό και στο κέντρο συναισθημάτων του εγκεφάλου (μεταιχμιακό σύστημα), οι οποίοι ενεργοποιούνται όταν γίνεται παρατήρηση των αισθημάτων κάποιου άλλου ατόμου. Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση προωθεί την συναισθηματική κατανόηση του θεραπευόμενου μέσω της διάκρισης κρίνοντας τον τρόπο χρήσης της γλώσσας της γλώσσας του σώματος και επιλέγοντας οπτική γωνία και αντανακλώντας αυτήν την υποκειμενική κατανόηση πίσω στο άτομο που βρίσκεται σε ανάγκη (ασθενής), η αποτελεσματική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει κατανόηση των εμπειριών του και μέσω της σύνδεσης με τα συναισθήματα του θεραπευόμενου (Soto-Rubio and Sinclair, 2018). Επιπλέον, μέσω συμπεριφορικών πειραμάτων διακρίθηκαν τρία από τα πιο σημαντικά «πρόσωπα» της ενσυναίσθησης που αφορούν την νοσηλευτική και ιατρική επιστήμη. Το πρώτο αναφέρεται στην ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων κάποιου άλλου ατόμου (γνωστική ενσυναίσθηση), το δεύτερο θεωρεί την ενσυναίσθηση ως ανταπόκριση στην έκφραση της σύγχυσης ή του πόνου του ασθενή (ενσυναισθητική επικοινωνία) και το τρίτο αναλύει τον τρόπο που οι ενσυναισθητικές αντιδράσεις εμφανίζονται στο σύστημα των νευρώνων κατά την εγκεφαλική δραστηριότητα (βιο-συμπεριφορική ενσυναίσθηση) (Frankel, 2017).

1.2.1 Αποσαφήνιση της έννοιας σε σχέση με την φροντίδα

Η λέξη ενσυναίσθηση στα αγγλικά "empathy", δεν θα πρέπει να συγχέεται με την λέξη εμπάθεια διότι έχουν αρκετά διαφορετική σημασία. Η εμπάθεια εκφράζει ένα αρνητικό συναίσθημα που δημιουργείται σε εμάς τους ίδιους με βάση τις εμπειρίες και τις σκέψεις ενός ασθενή ή ακόμη και ενός φανταστικού προσώπου μέσα από ένα βιβλίο. Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση δεν κρύβει μέσα της κάποιο συγκεκριμένο συναίσθημα αλλά είναι ουδέτερη και βοηθά αυτόν που την χρησιμοποιεί να προσφέρει την κατάλληλη φροντίδα στον συνομιλητή του. Επίσης αρκετές φορές συγχέεται με την λέξη συμπάθεια η οποία κρύβει μέσα της θετικά συναισθήματα όπως ο οίκτος και μπορεί αρκετές φορές να κάνει υποκειμενικό τον νοσηλευτή εφόσον επηρεάζεται από την ψυχοσύνθεση του ασθενή του και μεταβάλλει την

αντικειμενικότητά του ώστε να προσφέρει μία αποτελεσματική φροντίδα (Simmons, 2014). Αν και δεν μπορούμε να την προσδιορίσουμε επακριβώς, η σημασία της βρίσκεται στο ότι έχει ενδοπροσωπική και διαπροσωπική φύση. Ενδοπροσωπική διότι με βάση τις προσωπικές εμπειρίες του νοσηλευτή, αντιδρά αναλόγως στον ασθενή και μπορεί αρκετές φορές οι αντιδράσεις να είναι ασυνείδητες όπως εκφράσεις του προσώπου ενώ ο διαπροσωπικός συσχετισμός αναφέρεται στον ρόλο που παίζει το περιβάλλον και οι παράγοντές του (Main *et al.*, 2017) αλλά και οι πολιτιστικές, εθνικές, θρησκευτικές και φυλετικές διαφορές και τον τρόπο με τον οποίο είναι αποδεκτό να αντιδράσει ο νοσηλευτής με βάση αυτές τις διαφορές (Riess, 2017).

Το θεωρητικό μοντέλο της ενσυναίσθησης όπως αναφέρθηκε παραπάνω αποτελείται από πέντε πυρήνες, την σύνδεση όπου θα πρέπει να αναπτύξει την κατάλληλη σχέση ο νοσηλευτής με τον ασθενή του και να μην προσπαθεί να αποστασιοποιηθεί, ο θεραπευτής θα πρέπει να φαντάζεται την οπτική γωνία του ασθενή και πως μπορεί να αισθάνεται στην παρούσα κατάσταση και να δημιουργεί συμπεράσματα με βάση την γνωστική του εμπειρία και να μην προσφέρει βασισμένη στον εαυτό του «συμπάθεια» αλλά ουδέτερη νοσηλευτική φροντίδα. Ο διαχωρισμός του νοσηλευτή μας δημιουργεί την αίσθηση ότι ο νοσηλευτής πιο πριν έχει ενσωματωθεί στην προσωπικότητα του ασθενή και στα συναισθήματά του, κάτι το οποίο δεν ισχύει εφόσον ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει αντανάκλαση των συναισθημάτων, των σκέψεων και των εμπειριών του ασθενή δηλαδή να κατανοήσει τον ασθενή ως διαφορετική προσωπικότητα/οντότητα όντας όμως ταπεινός και όχι κριτικάροντας τις επιλογές του πάσχοντα και χωρίς να ταυτιστεί μαζί του διότι θα υπάρξουν αρνητικές συνέπειες όπως συμβαίνει αρκετές φορές (Jeffrey, 2016).

Επιπλέον, θα πρέπει να γίνεται ανάπτυξη προσωπικής σχέσης του νοσηλευτή με το άτομο που φροντίζει ώστε να μπορέσει να τον στηρίξει συναισθηματικά χωρίς όμως να πάψει να είναι αμερόληπτος και αντικειμενικός. Η συναισθηματική του εμπλοκή θα πρέπει να είναι τόση ώστε να μην δημιουργεί πρόβλημα στην πραγματοποίηση των καθηκόντων του απέναντι στον ασθενή. Η ενσυναίσθηση θα πρέπει να είναι αναπόσπαστο στοιχείο επιτυχημένης ανθρωποκεντρικής φροντίδας (Lamberton, Leana and Williams, 2015). Οι επαγγελματίες υγείας οι οποίοι έχουν έλλειψη της ενσυναίσθησης δηλαδή χρησιμοποιούν πιο κριτική στάση απέναντι στους ασθενείς και δεν αποζητούν την σύνδεση αλλά και την αποδοχή τους από τους ασθενείς τους, τις περισσότερες φορές κριτάρουν και τον ίδιο τους τον εαυτό, αυξάνοντας το

άγχος ότι θα αποτύχουν όσον αφορά τα καθήκοντά τους και δεν λαμβάνουν ικανοποίηση μέσω της επαφής τους με τους ασθενείς και το ότι είχαν την ικανότητα να τους βοηθήσουν. Ωστόσο, εξαιτίας της συνεχώς αυξανόμενης τεχνολογίας στην σύγχρονη εποχή είναι αρκετά εύκολο κάποιος να ξεχάσει τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα που έχει η νοσηλευτική η οποία στοχεύει πρώτα στο άτομο και έπειτα στην ασθένεια (Raab, 2014).

1.2.2 Συναισθηματική και γνωστική ενσυναίσθηση (emotional and cognitive empathy)

Η συναισθηματική ενσυναισθητική τάση, θεωρείται ως προδιάθεση του ατόμου να αντιδρά με συναισθήματα που είναι παρόμοια με αυτά του περίγυρού του. Τα πιο ενσυναισθητικά άτομα, βρέθηκε ότι είναι πιο «ευαίσθητα» σε συναισθηματικά ερεθίσματα και έχουν πιο συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα, οι πιο ενσυναισθητικές μητέρες είναι πιο ανταποκρίσιμες και ανεκτικές στο κλάμα νεογνών και λιγότερο επιρρεπής να προβούν σε παιδική κακοποίηση. Η ενσυναίσθηση ως έννοια δεν έχει μία προκαθορισμένη σημασία εφόσον είναι πολυδιάστατη. Ωστόσο, η πιο διαδεδομένη ερμηνεία της είναι η ικανότητα του να φανταζόμαστε και να «μπαίνουμε» στην θέση του άλλου ατόμου, να κατανοούμε και να προβλέπουμε τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τις πράξεις του αλλά και η έκφραση ποικίλων συναισθηματικών αντιδράσεων ως απάντηση προς τις συναισθηματικές εμπειρίες του άλλου ατόμου. Τα παραπάνω οδηγούν στον συλλογισμό ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να είναι συναισθηματική (emotional empathy) αλλά και να έχει και μία γνωστική διάσταση (cognitive empathy). Η γνωστική ενσυναίσθηση αποτελείται κυρίως από την πνευματική διαδικασία που συμπεριλαμβάνει κοινωνικές δεξιότητες και κοινωνική διορατικότητα ενώ η συναισθηματική ενσυναίσθηση αποτελείται από πιο «βασικές» ή «πρωτόγονες» διαπροσωπικές διαδικασίες που συμπεριλαμβάνουν κυρίως αυθόρμητες συναισθηματικές αντιδράσεις (Mehrabian, Young and Sato, 1988).

Στην ουσία, η νοητή λήψη οπτικής γωνίας που αποτελεί την γνωστική ενσυναίσθηση και η έμμεση έκφραση των συναισθημάτων που αποτελεί την συναισθηματική ενσυναίσθηση είναι δύο διαφορετικές διαστάσεις της ίδιας έννοιας οι οποίες είναι

εξίσου απαραίτητες για την εφαρμογή και διαχείριση της ικανότητας της ενσυναίσθησης. Η συναισθηματική ενσυναίσθηση προωθεί το άτομο να συμπεριφερθεί με αλtruισμό προς τους συγγενείς, φίλους ή άλλα άτομα του κοινωνικού του περίγυρου. Τα συναισθήματα μπορούν να θεωρηθούν ως μηχανισμοί επιβίωσης και επικοινωνίας και πιο συγκεκριμένα τα θετικά συναισθήματα είναι συνδεδεμένα με την ασφάλεια, την χαλάρωση και την ενισχυμένη ατομική δραστηριότητα. Γι' αυτό το λόγο, η συναισθηματική ενσυναίσθηση προωθεί τα άτομα να ενισχύσουν την παρουσία αυτών των θετικών συναισθημάτων προς τον κοινωνικό τους περίγυρο ενώ η γνωστική ενσυναίσθηση αποτελεί τον τρόπο επικοινωνίας σε έναν περίπλοκο κοινωνικό περίγυρο. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι όταν μοιραζόμαστε και εκφράζουμε ποικίλα συναισθήματα, τα οποία μπορούν να έχουν αρνητικές και μη διαχειρίσιμες επιδράσεις στην ψυχοσύνθεση και την συμπεριφορά μας, η γνωστική ενσυναίσθηση μέσω των εμπειριών προωθεί την διαχείριση αυτών των συναισθημάτων και στον καθορισμό του αν το περιβάλλον στην παρούσα κατάσταση είναι κατάλληλο για την έκφρασή τους ή όχι. Αν και αρκετές φορές, οι αυθόρμητες συναισθηματικές αντιδράσεις που είναι συνδεδεμένες με την συναισθηματική ενσυναίσθηση, μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα στην ψυχοσύνθεση του άλλου ατόμου και στον καθορισμό αποτελεσματικής βοήθειας, στο ίδιο το άτομο που την εφαρμόζει μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις όπως η συναισθηματική εξάντληση (burnout), πράγμα που αποφεύγεται εάν υπάρχει και η γνωστική ενσυναίσθηση η οποία διαχειρίζεται και θέτει νοητά όρια στο μέχρι πόσο είναι ανεκτή η σύνδεση με τις συναισθηματικές εμπειρίες του άλλου (Smith, 2006).

1.2.3 Οι πολλές διαστάσεις της ενσυναίσθησης

Η έννοια της ενσυναίσθησης ως απόκριση στα συναισθήματα του άλλου ατόμου μέσα από ποικίλες μελέτες έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο (Davis, 1983). Ουσιαστικά, υπάρχουν ποικίλες περιστάσεις που λαμβάνονται υπόψη ανάλογα με το πλαίσιο στο οποίο ερευνώνται πριν την ανάλυση της ενσυναίσθησης (Duan and Hill, 1996). Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει πολλές οπτικές, εκφράσεις και τρόπους εφαρμογής της που μεταβάλλονται ανάλογα με τις εμπειρίες του ασθενή αλλά και του θεραπευτή που την χρησιμοποιεί ως μία πολυδιάστατη δυνατότητα και έννοια (Elliott *et al.*, 2011).

1.3 Μέτρηση της ενσυναίσθησης

Οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση της ενσυναίσθησης είναι ποικίλες, ανάλογα με τον αν μετριέται ως ψυχολογική κατάσταση (Batson, Fultz and Schoenrade, 1987)(Dymond, 1949), ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Davis, 1983)(Mehrabian, Young and Sato, 1988)(Hogan, 1969) ή ως πολυδιάστατο φαινόμενο (Elliott and et al, 1982). Έπειτα από την ανάλυση ερευνών, θεωριών και μοντέλων γίνεται κατανοητό εφόσον η ενσυναίσθηση είναι πολυδιάστατη (Bachelor, 1988), χρησιμοποιούνται και πολυδιάστατα μοντέλα και κλίμακες μέτρησής της (Preston and Waal, 2002)(Bachelor, 1988)(Davis, 1983).

Η εκτίμηση μίας κατάστασης ως αποτέλεσμα της ενσυναισθητικής συμπεριφοράς ή συναισθηματικής αντίδρασης (Frijda and Moffat, 1993), βασίζεται σε κάποια εμπειρία του παρελθόντος και στην αυτόνομη διέγερση και επανεξέταση της κατάστασης (Cornelius, 2000).

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι οι απαντήσεις των μελετών που συνοψίζονται για να δημιουργήσουν το σκορ της ενσυναίσθησης δεν μπορούν να είναι απολύτως ακριβείς, εφόσον δεν είναι εμφανείς οι επιρροές που μπορεί να έχουν τα παραπάνω στοιχεία στην ενσυναισθητική αντίδραση ή συμπεριφορά του ατόμου (Davis, 1983). Αν και οι ερευνητές εκφράζουν μία αναταραχή ως προς την συνάφεια της έννοιας της ενσυναίσθησης διότι συχνά υπάρχουν περιορισμοί στην μέτρησή της ως μεμονωμένη ικανότητα. Έτσι λοιπόν, η μέτρηση της ενσυναίσθησης είναι αρκετά δύσκολη και ο κάθε μελετητής χρησιμοποιεί κάποιο ερωτηματολόγιο ή κλίμακα μέτρησης λαμβάνοντας υπόψη του περιορισμούς και τις περιστάσεις της μελέτης (Yang *et al.*, 2020).

Κεφάλαιο 2^ο

2. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στον κλινικό χώρο

Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό στοιχείο της νοσηλευτικής και βρίσκεται ακόμη υπό διερεύνηση με σκοπό την αύξηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Στην κλινική πράξη την διακρίνουμε σε : γνωστική ενσυναίσθηση, όπου ο νοσηλευτής αναγνωρίζει και κατανοεί την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή

βασιζόμενος στην αίσθηση καθήκοντος που νιώθει απέναντί του, όντας επαγγελματίας υγείας και στην συγκινησιακή ενσυναίσθηση, η οποία περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία της γνωστικής αλλά με αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών εμπειριών και σκέψεων και της κατάστασης στην οποία βρίσκεται «νιώθοντας (μαζί) με» τον ασθενή δηλαδή μέσω της επίγνωσης και της διαίσθησης είναι σαν βιώνει ο ίδιος τις εμπειρίες του πάσχοντα και τα συναισθήματα που τις συνοδεύουν (Sinclair *et al.*, 2017). Μέσω της γνωστικής ενσυναίσθησης ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει σε βάθος τις εσωτερικές σκέψεις και συναισθήματα του ασθενή τα οποία μπορεί και ο ίδιος να μην τα γνωρίζει ή να τα αγνοεί . Για να είναι όμως επιτυχής μία τέτοια κατάσταση ο ίδιος ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίζει τα δικά του συναισθήματα, να τα ελέγχει και να ξεχωρίζει ποιες σκέψεις και συναισθήματα είναι του ασθενή κατά την ενσυναισθητική τους σύνδεση ώστε να μπορέσει να προσφέρει την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή χωρίς να είναι κυνικός και ψυχρός, χρησιμοποιώντας συναισθηματικές άμυνες επειδή νιώθει ευάλωτος αλλά τα επικεντρώνει στις ανάγκες του ασθενή ώστε να του προσφέρει στήριξη και νοσηλευτική φροντίδα με επίκεντρο τον αλτρουισμό (Hunt, Denieffe and Gooney, 2017).

Ωστόσο, για να αποδειχθούν τα παραπάνω θα πρέπει να έχουμε τα αποτελέσματα ερευνών οι οποίες βασίστηκαν σε πραγματικούς ασθενείς και νοσηλευτές οι οποίοι βίωσαν την ενσυναίσθηση ή έκαναν χρήση της. Γι' αυτό, αξίζει να αναφερθούμε σε μία έρευνα η οποία έγινε σε καρκινοπαθείς από 18 χρονών και πάνω οι οποίοι βρισκόταν στο τελικό στάδιο και η διάρκεια ζωής τους είχε διαγνωστεί κάτω από 6 μήνες. Η έρευνα διεξάχθηκε με σκοπό τον διαχωρισμό της έννοιας της συμπάθειας, της συμπόνιας και της ενσυναίσθησης (sympathy, compassion, empathy). Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις όπου οι ασθενείς εξέφρασαν τα συναισθήματα τους απέναντι στην ενσυναίσθηση, συμπάθεια ή συμπόνια που έδειχναν οι νοσηλευτές που τους φρόντιζαν. Σύμφωνα με όσα ανέφεραν οι ασθενείς, η συμπάθεια περιγράφηκε ως μία ανεπιθύμητη και αρκετές φορές απεχθής βασισμένη στον οίκτο αντίδραση , σε μία στρεσογόνα κατάσταση όπου έχει έλλειψη από κατανόηση και σεβασμό απέναντι στον ασθενή. Η ενσυναίσθηση εκφράστηκε ως μία αποτελεσματική αντίδραση που αναγνωρίζει και επιχειρεί να καταλάβει τον πόνο του ατόμου και την συναισθηματική του κατάσταση μέσω της συναισθηματικής απήχησης η οποία δημιουργείται έπειτα από ανάπτυξη σύνδεσης μεταξύ του

νοσηλευτή και του ασθενή. Όπως ανέφερε ένας από τους ασθενείς που πήραν μέρος στην έρευνα , ενσυναίσθηση είναι το να είσαι τρυφερός και να αναγνωρίζεις τις ανάγκες του άλλου πριν τον εαυτό σου. Επίσης άλλος ασθενής ανέφερε ότι η ενσυναίσθηση δείχνει τον αλτρουιστικό ρόλο του νοσηλευτή , που τον οδηγεί η αγάπη και δείχνει την αρετή του ατόμου που την κάνει πράξη (Sinclair *et al.*, 2017).

Επιπλέον, η ενσυναίσθηση δεν αφορά μόνο το συναισθηματικό μέρος του νοσηλευτή αλλά και την φυσιολογία του , αφού νευρολογικές έρευνες δείχνουν ότι το να βλέπεις ένα άτομο να υποφέρει μπορεί να ενεργοποιήσει νευρώνες στον εγκέφαλο αυτού που συναισθάνεται και να νιώσεις πόνο και ο ίδιος. Αυτό αποδεικνύεται και από πείραμα που διεξάχθηκε σε γυναίκες εθελόντριες, στις οποίες εκτελούνταν εγκεφαλογραφήματα ενώ δέχονταν επίπονα ηλεκτρικά σοκ στα χέρια τους. Έπειτα έλαβαν ένα σήμα μέσω του εγκεφαλογραφήματος ότι οι σύζυγοι τους λάμβαναν τα ίδια ηλεκτρικά σοκ, πράγμα το οποίο δημιούργησε μία παρόμοια αλλά όχι ίδια με πριν, διεργασία (σύσταση) πόνου στον εγκέφαλο των γυναικών (Riess, 2017).

2.1 Η ενσυναίσθηση σε σχέση με τον νοσηλευτή- φροντιστή και των άλλων επαγγελματιών υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας τις τελευταίες δεκαετίες χρησιμοποιούν ένα πλάνο όπου η διαδικασία λήψης αποφάσεων που αφορούν την κατάσταση του ασθενή γίνεται με την συνεργασία νοσηλευτή-ασθενή όπου στο κέντρο βρίσκεται ο ασθενής, οι ανάγκες του και η ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης. Για την πραγματοποίηση λοιπόν, αυτής της σχέσης, θεμελιώδης και απαραίτητη αρχή είναι η ενσυναίσθηση (Kerasidou, 2019).

Το πιο σημαντικό συστατικό της επαγγελματικής νοσηλευτικής φροντίδας το οποίο είναι ζωτικής σημασίας στην συναισθηματική νοημοσύνη και στον ορθώς συγκεντρωμένο συναισθηματικό μόχθο τον οποίο καταβάλει ο νοσηλευτής στην κλινική πράξη είναι η ενσυναίσθηση. Αυτή λοιπόν, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στις επιστήμες υγείας και φροντίδας και σχετίζεται όλο και πιο πολύ με τον ρόλο του συναισθήματος στον τρόπο κρίσης και λήψης αποφάσεων του νοσηλευτή τα τελευταία χρόνια. Στην κυριολεξία, είναι ο στόχος του νοσηλευτή που «νοιιάζεται» για τον ασθενή και έχει στόχο την αποτελεσματικότερη φροντίδα του. Η φροντίδα

του επαγγελματία υγείας προς τον θεραπευόμενο γίνεται πιο προσωπική έχοντας ως πυρήνα την ενσυναίσθηση όπου η οπτική γωνία των ασθενών και των οικογενειών τους κατανοείται από τους νοσηλευτές και οι αποφάσεις που θα ληφθούν ως προς τον ασθενή έχουν πιο ανθρωποκενρικό χαρακτήρα. Αυτή η κατάσταση οδηγεί τους νοσηλευτές στην αυτογνωσία, σε μία πιο κριτική σκέψη και στο να επιτελούν ορθότερα την λήψη σημαντικών αποφάσεων (McKinnon, 2018).

Όσον αφορά τον ρόλο του νοσηλευτή η ενσυναίσθηση έχει χαρακτηριστεί ως μία προσωπική αλλά και επαγγελματική ικανότητα. Αν και αρκετοί μελετητές υποστηρίζουν ότι επιμέρους «αποστασιοποίηση», θα πρέπει να λαμβάνει χώρα από τον νοσηλευτή κατά την διάρκεια φροντίδας του ασθενή ώστε τα συναισθήματα να μην επηρεάζουν τις αποφάσεις και την κλινική αντικειμενικότητα. Όμως οι περισσότεροι νοσηλευτές και ασθενείς θεωρούν άκρως σημαντική την φροντίδα η οποία περιλαμβάνει ένα επίπεδο συναισθηματικής αποδοχής και σύνδεσης, ενσυναισθητικό ενδιαφέρον και την ικανότητα επικοινωνίας μέσω των συναισθημάτων. Σε έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών ανέφεραν ως «καλύτερους» νοσηλευτές αυτούς που έδειξαν στοργή ή οποία πήγαζε από τον πυρήνα της προσωπικότητάς τους και ήταν αυθεντική. Αν και η ενσυναίσθηση θεωρείται από αρκετούς ερευνητές ως «ριψοκίνδυνη ικανότητα» όπου μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά συναισθηματικά αποτελέσματα τον επαγγελματία υγείας όπως η συναισθηματική εξάντληση, αίσθημα ενοχής, άγχος και κατάθλιψη, μπορεί να διδαχθεί και έπειτα να οριοθετηθεί (Adams, 2018).

2.1.1 Συναισθηματικά όρια

Σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν συναισθήματα που αρμόζει να εκφραστούν δημοσίως και άλλα που είναι πιο αποδεκτό να καλυφθούν ή να αγνοηθούν. Υπάρχουν όρια στο ποιού είδους συναισθήματα μπορούν να εκφραστούν στον χώρο εργασίας (Ashforth and Humphrey, 1995). Έπειτα από έρευνα έγινε αντιληπτό ότι το να παραμένει ένας νοσηλευτής στωικός και να μην έρχεται σε έντονη αντιπαράθεση με τους ασθενείς ήταν ο πιο συχνός και επαγγελματικός τρόπος αντιμετώπισης συγκρούσεων με τον πάσχοντα. Επίσης, η συγκράτηση του συναισθήματος της οργής ήταν το πιο σημαντικό στοιχείο. Τα παραπάνω, οδηγούν στον συλλογισμό ότι η γνώση του τι τίθεται κατάλληλο ή μη για την περίπτωση, να εκφραστεί όσον αφορά τα συναισθήματα εξαρτάται από τους κοινωνικούς ή επαγγελματικούς γενικούς

(άγραφους) κανόνες συμπεριφοράς. Αν και οι νοσηλευτές εκφράζουν τον οίκτο και την ενσυναίσθηση τους στην φροντίδα , την ίδια στιγμή ενθαρρύνονται να αναπτύξουν και ένα επίπεδο επαγγελματικής ουδετερότητας. Ωστόσο, οι προσδοκίες για μία πιο ανθρωποκεντρική φροντίδα επηρεάζουν και εξαρτώνται την εκπαίδευση, την γνώση και τα συναισθηματικά όρια που έχει θέσει ο ίδιος ο επαγγελματίας υγείας σε σχέση με τον ρόλο του στην φροντίδα του ασθενή (Santo, 2012).

2.2 Ενσυναίσθηση και συναισθηματική εξάντληση (burnout)

Η έννοια «burnout» αναφέρεται στην έκφραση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης σε σχέση με τους αυξανόμενους ρυθμούς άγχους στον χώρο εργασίας (Lindblom *et al.*, 2006) ενώ η θεωρία του επαγγελματικού άγχους (compassion fatigue) έχει σχέση με την φροντίδα που προσφέρει ο επαγγελματίας υγείας και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της όσο πιο ενσυναισθητικός είναι ο φροντιστής προς τον πάσχοντα (Tei *et al.*, 2014).

Αν και η ενσυναισθητική συμπεριφορά αποτελεί στοιχειώδης αξία της νοσηλευτικής, υπάρχει κίνδυνος αρκετές φορές να γίνει αντιεπαγγελματική και να έχει ως αποτέλεσμα το γνωστό «burnout» δηλαδή την ψυχική εξάντληση λόγω του πιεσμένου συναισθηματικού περιβάλλοντος που βιώνει (Svenaeus, 2015). Ποιο συγκεκριμένα το «burnout» αναφέρεται στην δημιουργία ακατανίκητης συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και συναισθήματα επαγγελματικής ανικανότητας στον νοσηλευτή εξαιτίας απαιτητικών και συναισθηματικά «φορτισμένων» σχέσεων με ασθενείς και ως αποτέλεσμα ο νοσηλευτής πλέον δεν μπορεί να ικανοποιήσει ούτε τις ατομικές ούτε τις επαγγελματικές του ευθύνες και καθήκοντα (Wagaman *et al.*, 2015). Τα κύρια συμπτώματα που συνδέονται άμεσα με το «burnout», είναι η πλήρης συναισθηματική εξάντληση δηλαδή η αίσθηση ανικανότητας ή δυσαρέσκειας όσον αφορά την νοσηλευτικές πράξεις , όπου μπορεί να οδηγήσουν τον επαγγελματία υγείας να γίνει κυνικός και συναισθηματικά αποκομμένος από τα καθήκοντά του. Μπορεί να υπάρξει αϋπνία, κοινωνική απομόνωση, συχνές διαπροσωπικές διαφωνίες, «φτωχή» κρίση και εθιστική συμπεριφορά. Επιπλέον άμεσα συνδεδεμένη με το «burnout», η ενσυναισθητική εξάντληση (compassion fatigue) που αποτελεί δευτερεύον ψυχολογικό τραύμα και μειώνει την ικανότητα των κλινικών νοσηλευτών

ή ιατρών να φροντίσουν τους ασθενείς εξαιτίας συμπτωμάτων που σχετίζονται με μετατραυματική διαταραχή του στρες. Μπορεί ακόμη να υπάρξουν δυσάρεστα όνειρα ή σκέψεις τα οποία θα οδηγήσουν σε σωματικοποίηση του στρες το οποίο θα αρχίζει να αλλάζει δραματικά την συμπεριφορά του νοσηλευτή τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή (Gallagher, 2013).

Το «burnout» αν και χρησιμοποιείται συχνά σαν όρος ιδιαίτερα στα επαγγέλματα που ασχολούνται με την υγεία, υπάρχουν αρκετές διαφωνίες μεταξύ των επιστημόνων και μελετητών, όσον αφορά τα συμπτώματά του και αν αποτελεί ψυχολογική διαταραχή. Δεν αναγνωρίζεται όμως πλήρως ως ψυχολογική διαταραχή ιδιαίτερα στην κλινική ψυχολογία και ψυχιατρική. Ως όρος χρησιμοποιήθηκε πρώτα από τον Herbert Freudenberger το 1974 και από τότε πάνω από χιλιάδες μελέτες που αναφέρονται στο «burnout» έχουν δημοσιευθεί. Υπάρχει παρ' όλα αυτά έλλειψη από συστηματικές έρευνες και μελέτες πάνω στην αιτιολογία και ψυχοπαθολογία του συνδρόμου «burnout» δηλαδή της συναισθηματικής εξάντλησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Freudenberger δεν ήταν αυτός που χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο αλλά αυτός που τον ανέλυσε και τον περιέγραψε, εφ' όσον ο ίδιος και οι συνάδελφοί του, το βίωσαν. Με άλλα λόγια το "burnout" δεν χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία συγκεκριμένη εμπειρία και νοητική κατάσταση στον χώρο εργασίας αλλά έχει μία ευρύτερη έννοια και αναφέρεται σε μία συναισθηματική κατάσταση η οποία εκδηλώνεται με φυσικά συμπτώματα όπως εξάντληση, κόπωση, συχνούς πονοκεφάλους, γαστροοισοφαγικές διαταραχές, αϋπνία και δύσπνοια. Επίσης σημεία στην συμπεριφορά που το εκδηλώνουν είναι : η απογοήτευση, ο θυμός, η καχυποψία και το αίσθημα ανωτερότητας ή κατωτερότητας, ο κυνισμός και σημεία κατάθλιψης. Όλα αυτά τα σημεία είναι πιο πιθανό να παρουσιαστούν στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι αφοσιωμένοι και προσηλωμένοι όσον αφορά τα καθήκοντά τους . Ουσιαστικά, αντιλαμβανόμαστε ότι το «burnout» εμφανίζεται σε καταστάσεις που απαιτούν σημαντική συναισθηματική διεργασία και συνεπώς ενσυναίσθηση (Heinemann and Heinemann, 2017).

Ωστόσο, για την μείωση του burnout, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ρυθμίζουν και να ελέγχουν την ικανότητά τους να συναισθάνονται τους ασθενείς τους ώστε η συναισθηματική τους αντίδραση να μην επεμβαίνει με την θεραπεία και την φροντίδα που προσφέρουν ούτε να συγκρούεται με την συναισθηματική τους υγεία. Χωρίς ρυθμιστικούς μηχανισμούς τα άτομα που έχουν ενσυναίσθητική συμπεριφορά

αρκετές φορές μπορεί να κυριευτούν τόσο πολύ από τον πόνο και γενικότερα την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και να επιχειρήσουν τόσο ασυνείδητα όσο και ενσυνείδητα σαν αμυντικό μηχανισμό να αποχωρήσουν από την στρεσογόνα κατάσταση και να βιώσουν τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Γίνεται λοιπόν εμφανές ότι οι νοσηλευτές έχουν απέναντί τους την πρόκληση να αντιμετωπίζουν με ενσυναίσθηση τους ασθενείς αλλά να μην κάνουν “σκληρή” αυτοκριτική και να δίνουν τα περιθώρια στον εαυτό τους να αποδεχθεί τις αρνητικές, τις θετικές εμπειρίες και συναισθήματα του κάθε πάσχοντα.

Η ευσυνειδησία αποτελεί ένα σημαντικό τρόπο διαχείρισης και μείωσης του άγχους, της απογοήτευσης και των αρνητικών συναισθημάτων που μπορεί να διακατέχουν τον νοσηλευτή λόγω της καθημερινής πίεσης για την επιτυχείς πλήρωσης των καθηκόντων του. Ουσιαστικά ευσυνειδησία είναι η σκόπιμη κατανόηση μίας κατάστασης χωρίς την χρήση κριτικής. Μπορεί να επιτευχθεί έπειτα από κάποια μαθήματα αυτοσυγκέντρωσης. Έπειτα από έρευνα που έγινε στο Πανεπιστήμιο της Βιρτζίνια όπου πήραν μέρος επαγγελματίες υγείας, έγινε φανερό ότι έπειτα από μαθήματα αυτοσυγκέντρωσης που έλαβαν από το πανεπιστήμιο, είχαν λιγότερο άγχος, συναισθηματική εξάντληση και απογοήτευση αλλά αυξήθηκε η ικανότητα τους να συναισθάνονται τους ασθενείς τους προσφέροντάς τους ποιοτικότερη φροντίδα (Goodman and Schorling, 2012).

Αρκετές μελέτες που ασχολήθηκαν με την αλληλεπίδραση μεταξύ της ενσυναίσθησης και του «burnout» κατέληξαν στην παρατήρηση ότι η συναισθηματική εξάντληση επιβραδύνει και εμποδίζει την έκφραση της ενσυναίσθησης. Για να γίνει πλήρως κατανοητή η σχέση μεταξύ αυτών των εννοιών πρέπει να λάβουμε υπόψη δυο σημαντικά δομικά στοιχεία της ενσυναίσθησης που είναι η σημασία της διαφορετικής οπτικής γωνίας και η απόκτησή της. Από την μία, το «burnout» μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ενσυναίσθησης εξαιτίας της σημαντικής συναισθηματικής επένδυσης στον πόνο, στο άγχος, στην ανησυχία, στην χαρά και στην δυστυχία του άλλου που οδηγεί σε εξουθένωση. Από την άλλη, οι ενσυναισθητικές πράξεις των νοσηλευτών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας μπορούν να οδηγήσουν σε αποφυγή συναισθηματικής εξάντλησης. Όταν η ενσυναισθητική συμπεριφορά εφαρμόζεται μπορεί να ενισχύσει την εργασιακή ικανοποίηση και να μειώσει τον κίνδυνο «burnout». Η ενσυναίσθηση συνάδει με την αποδοχή αρνητικών σχολίων και κριτικής των ασθενών προς τον νοσηλευτή εφόσον υπάρχει αυτογνωσία. Η έλλειψη

ενδιαφέροντος και αποστασιοποίηση του νοσηλευτή από τον ψυχικό κόσμο του θεραπευόμενου πράγμα που υποδηλώνει εγωκεντρισμό μπορεί να οδηγήσει σε «burnout» διότι ο θεραπευτής επιδιώκει να δημιουργήσει ένα «τοίχος προστασίας» για τον ψυχικό του κόσμο ώστε να μην συνδεθεί με τα συναισθήματα του θεραπευόμενου και συνεπώς να μην τα αναγνωρίσει, συνδεθεί και αισθανθεί εν μέρει και ο ίδιος (Picard *et al.*, 2016).

Υπάρχουν δυο αντιφατικές θεωρίες οι οποίες αφορούν το «burnout». Η πρώτη είναι η θεωρία της συμπονετικής εξάντλησης (compassion fatigue theory) που υποστηρίζει ότι η υπερβολική ενσυναισθητική ικανότητα οδηγεί στην άμεση σύνδεση με τα συναισθήματα του ασθενή χωρίς την οριοθέτηση, τον διαχωρισμό και την αναγνώριση των συναισθημάτων του ίδιου του νοσηλευτή, πράγμα που καταλήγει στην συναισθηματική εξουθένωση του επαγγελματία υγείας. Η δεύτερη θεωρία της συναισθηματικής δυσαρμονίας (emotional dissonance theory) θεωρεί ότι πρέπει να υπάρχει μία ισορροπία συναισθηματικής σύνδεσης με τον ασθενή δηλαδή ούτε υιοθέτηση των συναισθημάτων του αλλά ούτε αποστασιοποίηση από αυτά, ώστε να μην δημιουργηθεί χάσμα της συναισθηματικής αναγνώρισης και έκφρασης αλλά να υπάρξει ισορροπία (Tei *et al.*, 2014). Ουσιαστικά, ο αυτοσεβασμός και η αυτονομία του ίδιου του νοσηλευτή αποτελούν κάποιες από τις μεταβλητές που επηρεάζουν την εμφάνιση η όχι «burnout» (Jurado *et al.*, 2018).

2.3 Ενσυναίσθηση και πόνος

Είναι λίγες η έρευνες οι οποίες αναλύουν λεπτομερώς την ενσυναίσθηση σε σχέση με τον πόνο. Αν και υπάρχουν αρκετές διαφωνίες πάνω σε αυτό το θέμα, οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι οι συναισθηματικοί μηχανισμοί και όχι οι αισθητικοί κάνουν τον παρατηρητή να αισθάνεται ανησυχία απέναντι στον πόνο του άλλου, πράγμα βέβαια που εξαρτάται από την σχέση που έχει ο παρατηρητής με το άτομο που πονάει. Παρατηρήθηκε ότι βλέποντας ένα άτομο να πονάει, ο συνομιλητής του αισθανόταν έντονη θλίψη και ψυχικό πόνο όταν είχε συνεργατική και φιλική σχέση με αυτόν που πονούσε και όχι ανταγωνιστική. Αρκετές είναι η πιθανότητες η ενσυναίσθηση του πόνου του άλλου να βασίζεται στην παρατήρηση των εκφράσεων του προσώπου του ατόμου που πονά. Σύμφωνα με μελέτες ο άνθρωπος σαν όν ήδη

από μικρή ηλικία χρησιμοποιεί τις εκφράσεις του προσώπου για να περιγράψει τον πόνο. Αξίζει ωστόσο να σημειώσουμε ότι δεν επιχειρούν όλες οι εκφράσεις του προσώπου που δείχνουν πόνο να μας δώσουν κάποιο μήνυμα διότι αρκετές φορές γίνονται ασυνείδητα και μπορούν να φανερώσουν ότι κάποιος πονάει ο οποίος δεν θέλει να το αποκαλύψει. Αρκετές φορές ο πόνος μπορεί να μην γίνει αντιληπτός από τους άλλους, ιδιαίτερα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις οι οποίοι δεν θέλουν να εκδηλώσουν το πόνο τους διότι θεωρούν ότι αυτό θα δημιουργήσει την εντύπωση ότι δεν έχουν προσαρμοστεί πλήρως στην καθημερινότητά τους. Δεν έχει αναλυθεί πλήρως το ότι αρκετά άτομα που παρατηρούν ότι κάποιος πονά θεωρούν ότι δεν πονά σημαντικά ώστε να μειώσουν την προσωπική τους ανησυχία, πράγμα που γίνεται αρκετές φορές από ιατρούς οι οποίοι εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας με ασθενείς που έχουν υποστεί μεγάλης έκτασης εγκαύματα (Goubert *et al.*, 2005).

Αν και οι μελέτες αποδεικνύουν ότι όταν παρατηρούμε κάποιο άτομο να πονάει, τότε ενεργοποιούνται νευρώνες λόγω του ερεθίσματος, οι οποίοι δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα και σε εμάς τους ίδιους, είναι αρκετές φορές πιθανό να προσπαθήσουμε να αποφύγουμε την δυσάρεστη κατάσταση, πράγμα που έρχεται σε αντιπαράθεση με την επιστήμη της νοσηλευτικής διότι ο νοσηλευτής αν και αισθάνεται και ο ίδιος τον πόνο του ασθενή του, θα προσπαθήσει να τον ανακουφίσει και να τον φροντίσει και όχι να αποφύγει την παρούσα κατάσταση. Αυτό λοιπόν φανερώνει ότι με την κατάλληλη διαχείριση των συναισθημάτων του ο νοσηλευτής μπορεί να είναι παραγωγικός απέναντι στον ασθενή του χωρίς να έχει δυσάρεστες επιπτώσεις εξαιτίας της χρήσης της ενσυναίσθησης όσον αφορά τον πόνο όπως συναισθηματική εξάντληση (Vervoort *et al.*, 2013).

Ο πόνος είναι μία υποκειμενική δυσάρεστη εμπειρία η οποία προέρχεται από την αλληλεπίδραση αισθητήριων, συναισθηματικών, γνωστικών και κοινωνικών στοιχείων και συσχετίζεται με τον πραγματικό ή πιθανό τραυματισμό. Η παρατήρηση του πόνου του άλλου γίνεται στιγμιαία και άμεσα από την εκτίμηση των εκφράσεων του προσώπου, τον τόνο της φωνής και την γλώσσα του σώματος. Όταν εντοπίζεται και εκτιμάται ο πόνος κάποιου άλλου ατόμου, ο ίδιος ο παρατηρητής επηρεάζεται ψυχολογικά διότι για να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τον πόνο του ατόμου χρησιμοποιεί ενσυναίσθηση. Η ικανότητα αυτή του νοσηλευτή να συναισθάνεται τον πόνο του ασθενή του εξαρτάται από το κατά πόσο ο ίδιος αντιλαμβάνεται το βάθος των συναισθημάτων του θεραπευόμενου σε σχέση με τον πόνο, τα αναγνωρίζει, τα

συνδέει με κάποια όρια στην δική του ψυχοσύνθεση και έπειτα εκτιμά την έκτασή τους, κάνοντας τον να «συναισθάνεται μαζί με» τον ασθενή τον πόνο του. Κατά την διάρκεια αυτής της συναισθηματικής διεργασίας, ο νοσηλευτής οδηγείται στην ανάγκη να ανακουφίσει τον πόνο του ασθενή του. Η αποτελεσματικότητα στην φροντίδα του θεραπευόμενου σε σχέση με τον πόνο αυξάνεται όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις προσωπικές του εμπειρίες για να ενισχύσει την ενσυναισθητική του ικανότητα και να χρησιμοποιήσει τον καταλληλότερο τρόπο αντιμετώπισης (Tremblay, Meugnot and Jackson, 2018).

Κεφάλαιο 3^ο

3. Ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και εφαρμογή της

Σύμφωνα με όσα έχουν προαναφερθεί γίνεται αντιληπτό ότι η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα του ατόμου να μοιράζεται και να κατανοεί την ψυχική κατάσταση και την οπτική γωνία κάποιου άλλου ατόμου. Ουσιαστικά, είναι η δυνατότητα του «να μπαίνει στα παπούτσια του άλλου» (put oneself into another's shoes) το άτομο ή κατά ένα τρόπο να βιώνει τα αισθήματα και τις εμπειρίες του άλλου ατόμου. Αρκετοί μελετητές θεωρούν την ενσυναισθητική επικοινωνία, ως μία ικανότητα της οποίας ο τρόπος ανάπτυξής της μπορεί να διδαχθεί και έχει σημαντικά πλεονεκτήματα ως προς τον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή. Η ορθή χρήση της ικανότητας αυτής ως επικοινωνιακό εργαλείο, διευκολύνει την κλινική συνέντευξη, αυξάνει την αποδοτικότητα του να συγκεντρώνονται πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή και γενικότερα «σέβεται» τον πάσχοντα. Παρά την εξέλιξη της τεχνολογίας στον τομέα της Υγείας, η θεραπευτική σχέση μεταξύ ασθενή και φροντιστή, παραμένει αναγκαία στην ποιοτική φροντίδα. Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι μία έννοια η οποία εμπεριέχει την διαφορετική οπτική γωνία, την έκφραση, τον έλεγχο των συναισθημάτων, τον αυτοέλεγχο και την ενσυναίσθηση. Η σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από αυτήν την συναισθηματική νοημοσύνη και συνεπώς από την ενσυναίσθηση, η οποία είναι εξολοκλήρου ανθρωποκεντρική και προωθεί την αύξηση της ποιότητας φροντίδας στον θεραπευόμενο. Η ενσυναίσθηση είναι μία ικανότητα η οποία μπορεί να αναπτυχθεί και εν μέρει να διδαχθεί και να χρησιμοποιηθεί ώστε το άτομο να έρθει

σε επαφή με τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του άλλου μέσω της μεταξύ τους επικοινωνίας. Επίσης, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει περισσότερο ή λιγότερο ανεπτυγμένη την ικανότητα της ενσυναίσθησης ή έχει την τάση να χρησιμοποιεί περισσότερο αυτήν την ικανότητα, πράγμα που εξαρτάται κατά πόσο αισθάνεται υπεύθυνος για τον ασθενή του. Ωστόσο, ακόμη και με την ενσυναίσθηση δεν είναι δυνατόν να αισθανθείς επακριβώς οτιδήποτε αισθάνεται ο θεραπευόμενος. Η ανάπτυξη όμως, της ικανότητας επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης προς τον ασθενή, γίνεται πιο παραγωγική όταν καλύπτονται κάποιοι συγκεκριμένοι παράγοντες, οι οποίοι είναι: η κατανόηση των αναγκών και της οπτικής γωνίας του ασθενή, ο σεβασμός προς τον πάσχοντα και τα συναισθήματά του, η αυθεντικότητα όπου με ειλικρίνεια πραγματοποιείται έκφραση των απόψεων και των συναισθημάτων χωρίς υποκρισία, αυτό-αποκάλυψη του ίδιου του φροντιστή, η άνευ-όρων αναγνώριση των αναγκών του ασθενή και η επίλυση των προβλημάτων και των ανησυχιών του πάσχοντα (Ioannidou and Konstantikaki, 2008).

Σύμφωνα με έρευνα που έλαβε χώρα στην Ιταλία από τις 1 Απριλίου έως τις 30 Σεπτεμβρίου το 2017, 144 μαθητές νοσηλευτικής χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, που πήραν μέρος σε σεμινάριο που εξηγούσε την έννοια της ενσυναίσθησης σε σχέση με τον ασθενή. Στην πρώτη ομάδα, ο κάθε μαθητής συμμετείχε σε δυο διαδραστικά σεμινάρια με τον καθηγητή νοσηλευτικής και έναν επαίον-ασθενή (expert-patient) που είναι αυτός που γνωρίζει ακριβώς την πάθηση του, την θεραπεία της και διαθέτει ικανότητες αυτοδιαχείρισης. Στο τέλος των σεμιναρίων ο καθηγητής νοσηλευτικής ενθάρρυνε τους μαθητές να συλλογιστούν αυτήν την εμπειρία. Στην δεύτερη ομάδα, οι μαθητές παρακολούθησαν ένα παρόμοιο σεμινάριο βασισμένο στην ενσυναίσθηση και έπειτα συμμετείχαν σε δύο διαδραστικές συναντήσεις με τον καθηγητή, για να συλλογιστούν και να εκφραστούν σχετικά με το θέμα χωρίς να συμπεριλαμβάνεται ο ασθενής στην συνάντηση. Πριν και μετά τα σεμινάρια και τις συναντήσεις, χρησιμοποιήθηκε : η Ισορροπημένη Συναισθηματική Κλίμακα Ενσυναίσθησης (Balanced Emotional Empathy Scale-BEE) η οποία εντοπίζει τα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση τα συναισθήματα των άλλων και την τάση ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων, η Jefferson Κλίμακα Ενσυναίσθησης για μαθητές επαγγελματιών Υγείας (JSE-HPS) η οποία αποτελείται από ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο που σχετίζεται με την ανθρωποκεντρική φροντίδα, την επιλογή οπτικής γωνίας και μετράει τα επίπεδα της γενικότερης ενσυναίσθησης και ένα

δημογραφικό σύντομο ερωτηματολόγιο . Τα αποτελέσματα συγκρινόμενα μεταξύ τους έδειξαν ότι η συμμετοχή των ασθενών στα σεμινάρια των μαθητών αύξησαν τα επίπεδα ενσυναίσθησης και στις δύο κλίμακες. Το παραπάνω αποδεικνύει ότι η ικανότητα της ενσυναίσθησης ενισχύεται όταν η κατανόηση και η έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή προς τον φροντιστή τον κινεί σε μία ενσυναισθητική συμπεριφορά. Αν και οι άντρες-μαθητές είχαν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τις μαθήτριες, έδειξαν αύξηση της ικανότητας έπειτα από πειραματικά σεμινάρια με τον πάσχοντα (Ferri *et al.*, 2019).

Ωστόσο, υπάρχουν αρκετές απόψεις για το αν μπορεί η όχι η ικανότητα της ενσυναίσθησης να διδαχθεί, υπάρχουν αρκετοί τρόποι οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της προς τον επαγγελματία υγείας και στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή της στον πάσχοντα. Οι πιο σημαντικοί τρόποι είναι: η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, όπου μέσω αυτής μειώνεται το άγχος και ο πανικός που κυριαρχούν αρκετές φορές κατά την διάρκεια προβλημάτων του ασθενή, που αρκετές φορές οδηγεί τον φροντιστή στο να λησμονήσει το γεγονός ότι ο πάσχοντας είναι πρώτα «άνθρωπος» και δεν τον ορίζει μόνο η ασθένεια του, χρησιμοποιώντας προσποιητές ενσυναισθητικές αντιδράσεις και ερωτήσεις ενώ η πιο αυθεντική και αυθόρμητη προσέγγιση οδηγεί τον ασθενή στην αίσθηση ενός πιο άνετου περιβάλλοντος που μπορεί να εκφράσει τις ανάγκες του. Επίσης, η παρακολούθηση των λεγόμενων του ασθενή όπου περιλαμβάνει χρήση της γλώσσας του σώματος (οπτική επαφή, εκφράσεις των χεριών) και η χρήση της κατάλληλης γλώσσας ώστε να κατανοεί ο πάσχοντας τον επαγγελματία υγείας και να υπάρχει μία πιο ισορροπημένη και ισάξια αλληλεπίδραση μεταξύ φροντιστή-ασθενή (Gupta and Gupta, 2019).

Όλα τα παραπάνω για να μεταδοθούν και να αναπτυχθούν ως ικανότητες του νοσηλευτή και γενικότερα του επαγγελματία υγείας, θα πρέπει να βρίσκεται σε μία συνεχή εκπαίδευση και καλλιέργεια των ικανοτήτων και των γνώσεων του στην κλινική πράξη. Αν και αρκετά νοσηλευτικά προγράμματα έχουν ως σκοπό την διευκόλυνση της ανάπτυξης της ενσυναίσθησης, για το αν διδάσκεται η ενσυναίσθηση , παραμένει ένας αόριστος και απροσδιόριστος στόχος και μέχρι πρόσφατα είναι περιορισμένα τα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προσεγγίσεων στην διδασχή της ενσυναίσθησης. Όμως, υπάρχουν αρκετές στρατηγικές οι οποίες μπορούν να αναπτύξουν την ενσυναισθητική

ικανότητα και τις ποικίλες διαστάσεις της. Μία από αυτές είναι το Ενσυναισθητικό Συνεχές (Empathy Continuum), το οποίο είναι ένα πλάνο που μπορεί να εφαρμοστεί στην νοσηλευτική και να χρησιμοποιηθεί στην νοσηλευτική εκπαίδευση και έρευνα. Το συγκεκριμένο πλάνο, διαθέτει τρία στάδια. Το πρώτο είναι το στάδιο της αντίληψης όπου ο φροντιστής συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ψυχικό κόσμο του ασθενή μέσω συναισθηματικών και σωματικών αντιδράσεων και κάνει αναγνώριση ακόμη και των δικών του προκαταλήψεων. Το δεύτερο στάδιο είναι της διεργασίας που εμπεριέχει την συναισθηματική και γνωστική ικανότητα του νοσηλευτή όχι μόνο να αναγνωρίζει αλλά και να εκτιμήσει τα συναισθήματα και την οπτική γωνία του πάσχοντα, πράγμα που γίνεται εφικτό εφόσον ο φροντιστής τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Το τρίτο και τελευταίο είναι το στάδιο της απόκρισης ή απάντησης όπου έχει αλτρουιστικό κίνητρο, ενισχυόμενο από τα συναισθήματα ανησυχίας προς το άτομο που υποφέρει, πράγμα που εκδηλώνεται με προσφορά βοήθειας στον πάσχοντα (Levett-Jones and Cant, 2019).

3.1 Η διάσταση της ενσυναίσθησης σε σχέση με την επικοινωνία

Υπάρχει η ομοφωνία σχετικά με το νοσηλευτικό επάγγελμα ότι η ενσυναίσθηση παίζει σημαντικό ρόλο στην εμπειριστατωμένη νοσηλευτική φροντίδα. Αν και είναι ένα αρκετά ευρύ θέμα όπου όσοι το μελετούν το αναλύουν από διάφορες οπτικές γωνίες, πρόσφατες έρευνες της νευρολογίας φανερώνουν ότι η αυθόρμητη και άμεση συνειδητοποίηση των αισθημάτων των άλλων ατόμων, γίνεται με την βοήθεια των συναισθηματικού κατοπτρικού συστήματος νευρώνων (mirror neuron system), το οποίο αποτελεί την πηγή των πιο πολύπλοκων ενδοπροσωπικών και ατομικών σχέσεων μας με τους άλλους ανθρώπους. Αυτό καθιστά φανερό ότι ο άνθρωπος είναι ικανός να δημιουργεί συναισθηματικές σχέσεις τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή διότι το να "φροντίζει" βρίσκεται στην φύση του. Υπάρχουν αρκετές τεχνικές ώστε να αυξηθεί η ικανότητα του νοσηλευτή στο να συναισθάνεται όπως η συμμετοχή του σε ασκήσεις με συναισθηματικά ερεθίσματα οι οποίες αν και χρήσιμες δεν βοηθούν στην ανάπτυξη των επικοινωνιακών ικανοτήτων του νοσηλευτή ώστε να προσφέρει την κατάλληλη συναισθηματικά και σωματικά ανακουφιστική φροντίδα. Όταν ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να επικοινωνήσει λεκτικά και να μεταφέρει στον ασθενή πως καταλαβαίνει αυτά που αισθάνεται, έχει

την δυνατότητα να μεταβάλλει, να καταπραΰνει και να θεραπεύσει τον συναισθηματικό κόσμο του ασθενή. Η αποτελεσματική ένδειξη συμπόνιας και ενσυναίσθησης εμπεριέχει και απαιτεί συζήτηση μέσα από την οποία δεν θα πρέπει ο νοσηλευτής μόνο να ακούει και να μιλάει ο ασθενής αλλά ο νοσηλευτής να εκφράσει την σύνδεση του όσον αφορά τις εμπειρίες και τις σκέψεις του ασθενή του. Εξίσου σημαντική όμως είναι και η μη λεκτική επικοινωνία η οποία μπορεί να γίνει με τους εξής τρόπους : το σώμα του νοσηλευτή πρέπει να δεκτική και κατευθυνόμενη θέση κοντά στον ασθενή, να έχει συνεχής οπτική επαφή με τον ασθενή ώστε να του μεταδίδει το μήνυμα πως τον παρακολουθεί και να κουνά το κεφάλι του όταν καταλαβαίνει αυτό που αναφέρει ο ασθενής και ο τόνος της φωνής του να αντικατοπτρίζει τον τρόπο που μιλά και χρησιμοποιεί περιγραφικές χειρονομίες ο ασθενής. Ο τρόπος που ο νοσηλευτής θα κάνει πράξη την συναισθητική του ικανότητα θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την κουλτούρα και το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή ώστε να αποφευχθεί το να προσβάλουμε ή να στεναχωρήσουμε κάποιο ασθενή. Παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι σε Ισπανικής καταγωγής ασθενείς είναι περίεργο το να είναι απομακρυσμένος σωματικά ο νοσηλευτής από τον ασθενή όταν του παρέχει νοσηλευτική φροντίδα (Kelley and Kelley, 2013).

Η επικοινωνία στο νοσηλευτικό επάγγελμα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό τμήμα για την επιτυχής φροντίδα του ασθενή αλλά και για την νοσηλευτική διεργασία. Όταν οι νοσηλευτές δεν έχουν εκπαιδευτεί πάνω στην επικοινωνία με τους ασθενείς τους η οποία εμπεριέχει και την ενσυναίσθηση η οποία είναι μέρος της μη λεκτικής επικοινωνίας, τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επαγγελματική τους αλλά και στην προσωπική τους ζωή όπως το "burnout" που αναλύθηκε λεπτομερώς παραπάνω. Η λεκτική επικοινωνία είναι μία έμφυτη ικανότητα του κάθε ατόμου. Οι συνομιλητές μπορεί να είναι και πομποί και δέκτες ανάλογα με το μήνυμα και το νόημα της συζήτησης. Ωστόσο, κατανοούμε κάτι όχι με βάσει ακριβώς αυτό που είπε ο συνομιλητής αλλά με αυτό που συμπεραίνουμε μέσω της δικής μας οπτικής γωνίας. Ο θεραπευτής όταν αναφέρεται στον ασθενή θα πρέπει να χρησιμοποιεί λέξεις και όρους οι οποίοι να γίνονται κατανοητοί με βάσει το γνωστικό επίπεδο του ασθενή όπου εάν δεν πραγματοποιηθεί, το άγχος του ασθενή αυξάνεται γιατί δεν μπορεί να καταλάβει πλήρως σε τι ακριβώς αναφέρεται ο νοσηλευτής. Η μη λεκτική επικοινωνία η οποία πραγματοποιείται με βάση τις εκφράσεις του προσώπου και του σώματος θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεργασία με

την λεκτική επικοινωνία. Ιδιαίτερα σε πολύ αγχώδεις καταστάσεις όπου είναι δύσκολο ο νοσηλευτής να καταλάβει όλα τα μη λεκτικά μηνύματα που εκφράζει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει δεκτική στάση απέναντι στον ασθενή και να ακούει όσα έχει να του αναφέρει χωρίς να κριτικάρει ή να διακόπτει (Kourkouta and Papathanasiou, 2014).

Υπάρχουν αρκετοί τρόποι χρήσης της μη λεκτικής επικοινωνίας οι οποίοι εφαρμόζονται από τους επαγγελματίες υγείας. Αυτοί που αξίζει να σημειωθούν είναι επίτευξη ηθικής ικανοποίησης του ασθενή, όπου ο φροντιστής εκφράζει θετικά συναισθήματα προς τον πάσχοντα, έχει οπτική επαφή και είναι δεκτικός προς τα λεγόμενά του. Επιπλέον, ο τόνος της φωνής του θεραπευτή επηρεάζει θετικά την ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντα, είναι πιο οικεία, έχει άμεση ανταπόκριση προς τα ερωτήματα και τις απορίες του ενώ ακόμη και η αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών εκφράσεων (εκφράσεις προσώπου, χειριών και στάση σώματος) του ασθενή παίζει σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό των πραγματικών συναισθημάτων του πάσχοντα. Ωστόσο, είναι αρκετές οι φορές όπου η μη λεκτική επικοινωνία εξαρτάται από το φύλο, την εθνικότητα, τις πολιτιστικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και τις προσωπικές ηθικές και κοινωνικές απόψεις του ασθενή. Σε έρευνα που έλαβε χώρα σε οίκο ευγηρίας στην Σλοβενία, παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες-φροντιστές παρουσίασαν μια πιο αρνητική μη λεκτική επικοινωνία (χαμήλωναν τα μάτια, κοίταζαν επίμονα, αρνούσανταν κουνώντας το κεφάλι, συνοφρυώνονταν και έκαναν γκριμάτσες), σε σχέση με τις γυναίκες-φροντιστές οι οποίες εφάρμοζαν θετικότερη μη λεκτική επικοινωνία, χαμογελώντας και έχοντας συνεχή οπτική επαφή με τον ασθενή. Στην ουσία, η έκφραση ενσυναίσθησης στην μη λεκτική επικοινωνία περιέχει δεκτικές και εκφραστικές ικανότητες και απαιτούνται δυνατότητες αντίληψης των πολιτισμικών υπαινιγμών και έκφραση αποδεκτής μη λεκτικής επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας προς τα ποικίλα πολιτισμικά υπόβαθρα των ασθενών. Τα παραπάνω μπορούν να γίνουν εφικτά έπειτα από ανάπτυξη των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικούς πολιτισμούς και κουλτούρες και χρήση στην εκπαίδευσή του αληθοφανών σεναρίων με εναλλαγή ρόλων μεταξύ φροντιστή-ασθενή για την κατανόηση της αποτελεσματικότερης ενσυναισθητικής συμπεριφοράς (Lorié *et al.*, 2017).

3.2 Η ποιότητα φροντίδας συσχετιζόμενη με την ενσυναίσθηση

Η νοσηλευτική έχει πλέον απομακρυνθεί από τον αναγωγισμό και τις απλές καθημερινές πράξεις ανακούφισης του ασθενή αλλά έχει πλέον κέντρο τον ασθενή ως ολοκληρωμένο άτομο και στην διευκόλυνση, στην διδασχή και γενικότερα νοητική και όχι μόνο σωματική φροντίδα του ασθενή, ο οποίος πλέον είναι περισσότερο ενημερωμένος. Αυτό προϋποθέτει ότι ο ασθενής έχει πλέον πιο ενεργό ρόλο απέναντι στην φροντίδα του. Η διαδικασία αυτή ονομάστηκε συμπαραγωγή (co-production) από τον Οργανισμό Υγείας, στην οποία οι πληροφορίες και η διαδικασία του να παρθεί μία απόφαση γίνεται μέσω της συνεργασίας του νοσηλευτή και του ασθενή. Η συμπαραγωγή στην νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στο γεγονός ότι ο νοσηλευτής αλλά και ο ασθενής έχουν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην διαδικασία της φροντίδας όπου και οι δύο προσφέρουν διαφορετικού είδους γνώσεις και λύσεις. Η ενσυναίσθηση είναι πολύ σημαντική στο να χτίσει αυτήν την συνεργασία μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή. Ο ασθενής βρίσκεται σε μία ευάλωτη για τον ίδιο κατάσταση η οποία μέσω της ενσυναίσθησης μπορεί να χτίσει μία γέφυρα συνεργασίας και επικοινωνίας με τον νοσηλευτή και ο ασθενής να συνειδητοποιήσει ότι ο νοσηλευτής έχει ως στόχο την ικανοποίηση των αναγκών του αλλά και την καλύτερη προσωπική του φροντίδα. Όταν ο ασθενής εμπιστεύεται τον νοσηλευτή του, υπάρχει μία ειλικρινής και ανοιχτή επικοινωνία όπου ο επαγγελματίας υγείας καταλαβαίνει πλήρως ποιές είναι οι πραγματικές ανάγκες του ασθενή ώστε να τις ικανοποιήσει. Με αυτόν τον τρόπο, είναι φανερό ότι η ενσυναισθητική νοσηλευτική φροντίδα βελτιώνει κατά μεγάλο βαθμό την ποιότητα φροντίδας που προσφέρει ο νοσηλευτής. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα στα οποία γίνεται κατανοητό ότι η ενσυναίσθηση βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας. Αν ένας ασθενής για παράδειγμα ο οποίος έχει έρθει στο νοσοκομείο για μία προληπτική επέμβαση ρουτίνας μπορεί να έχει φέρει μία λίστα από ανησυχίες αλλά και απορίες, οι οποίες δεν θα μπορούσαν να απαντηθούν εάν ο νοσηλευτής είχε μία ποιο ψυχρή και τεχνική στάση απέναντι στον ασθενή και δεν θα τον έκανε να εμπιστευτεί τον νοσηλευτή και να του εκμυστηρευτεί σημαντικές πληροφορίες για τον ίδιο και υποβόσκουσες ανησυχίες που μπορεί να τον απασχολούν, πράγμα που πραγματοποιείται μέσω της ενσυναισθητικής συμπεριφοράς του νοσηλευτή. Ακόμη ένα παράδειγμα που δηλώνει αυτήν την αναγκαιότητα της ενσυναίσθησης της νοσηλευτικής φροντίδας είναι όταν κάποιος ασθενής βρίσκεται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο ασθενής θα πρέπει

να παρακολουθηθεί και να ελεγχθεί για τυχόν αλλαγή της θεραπείας του. Η πληροφορία αυτή θα πρέπει να γίνει γνωστή όχι μόνο στον ασθενή αλλά στην οικογένεια και στους οικείους του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μοιραστεί αυτήν την πληροφορία χρησιμοποιώντας ενσυναισθητική συμπεριφορά ώστε να καθησυχάσει όχι μόνο τον ασθενή αλλά και τα αγαπημένα του πρόσωπα, τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν ανησυχία, άγχος και στεναχώρια ιδιαίτερα αν χρειαστούν περαιτέρω εξετάσεις. Η ενσυναίσθηση όμως θα κατευνάσει αυτά τα συναισθήματα και θα προωθήσει την βελτίωση της υγείας του ασθενή όχι μόνο μέσω της θεραπείας αλλά και μέσω της υποστήριξης των οικείων του. Οι συμβουλευτικές ρίζες της ενσυναίσθησης προσφέρουν στους ασθενείς την ικανότητα να κατανοήσουν τις ανάγκες τους σε βάθος ώστε να τις ικανοποιήσουν και να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τα προβλήματά τους. Οι επαγγελματίες υγείας ως συνεπακόλουθο της ενσυναίσθησης δίνουν στους ασθενείς την δύναμη να νιώθουν λιγότερο ευάλωτοι και να έχουν τον έλεγχο της υγείας τους αλλά του τρόπου ζωής τους (Davies, 2014).

Η έννοια της φροντίδας στην Υγεία, αναφέρεται στην διάγνωση, στην ασθένεια, στον τραυματισμό και άλλα σωματικά ή νοητικά προβλήματα του ατόμου. Ποιότητα φροντίδας της Υγείας έχει χαρακτηριστεί ως ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας εξυπηρετούν τα άτομα και τους πληθυσμούς και αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος υγείας και συνάδουν με την γνώση του επαγγελματία υγείας. Η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή αποτελεί μία σημαντική παράμετρο που μπορεί να κριθεί η ποιότητα υγείας που παρέχεται. Αν και ο ίδιος ο πάσχοντας δεν μπορεί να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που του παρέχονται αλλά μπορεί να γίνει αντιληπτή από το ποσοστό ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και τον μέσο όρο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο (Gupta and Rokade, 2016). Ωστόσο, η ποιοτική φροντίδα η οποία εμπεριέχει την ενσυναισθητική ικανότητα του επαγγελματία υγείας, εξαρτάται και από τον καλύτερο τρόπο αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων. Ως συνέπεια, εάν ενισχυθεί η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας, προωθηθούν οι επικοινωνιακές τους ικανότητες και η ευσυνειδησία μέσω εκπαιδευτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων, θα έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της σχέσης ασθενή-φροντιστή και της ποιότητας φροντίδας (Yuguero *et al.*, 2017).

3.3 Εξέλιξη στην υγεία και ενσυναισθητική συμπεριφορά

Οι επαγγελματίες υγείας αρκετές φορές εκφράζουν τα παράπονά τους ως προς τον περιορισμένο και μη αποτελεσματικό χρόνο εργασίας και ένα εμπόδιο από αυξανόμενη γραφειοκρατία. Σαν αποτέλεσμα, οι ασθενείς υποφέρουν, ισχυριζόμενοι ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν επικοινωνούν επαρκώς μαζί τους και συχνά αντιμετωπίζουν τις απορίες και τις ανάγκες τους αναποτελεσματικά. Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση δηλαδή το να «βλέπεις τον κόσμο από τα μάτια κάποιου άλλου», μπορεί να είναι αρκετά απαιτητικό. Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών θεωρεί ότι η ενισχυμένη ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας, μπορεί να μειώσει τις ανησυχίες, τον πόνο και να επηρεάσει και πολλά άλλα στοιχεία και αποτελέσματα στην υγεία του πάσχοντα, ενώ παράλληλα αυξάνει την ποιότητα φροντίδας. Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι είναι πλέον δυνατό η ενσυναίσθηση να τεθεί σε πλαίσιο λειτουργίας, για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων που ωφελούν τους ασθενείς και καλύπτουν τις ανάγκες τους. Πριν από την σύγχρονη ιατρική, οι κλινικοί επαγγελματίες δεν είχαν άλλη επιλογή από το να βασίζονται κυρίως στην ανάπτυξη της σχέσης τους με τον ασθενή. Ως αποτέλεσμα, τις περισσότερες φορές αναπτύσσονταν η ενσυναίσθηση και η εμπιστοσύνη ενώ άλλες φορές η «τυφλή» εμπιστοσύνη σε έναν πατροναριστικό επαγγελματία υγείας. Όμως, η σύγχρονη ιατρική έχει δώσει αρκετές παρεμβάσεις για την βελτίωση και την αύξηση της ζωής ενώ η ιατρική βασισμένη σε αποδεικτικά στοιχεία έχει προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα. Έτσι λοιπόν, ως ακούσια συνέπεια η επικέντρωση γίνεται στην έρευνα, στις θεραπείες και στους σκοπούς και έχει μειωθεί η αξία της ανάπτυξης σχέσης μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Στην ουσία, δίνεται περισσότερη προσοχή στην θεραπεία, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις και οι προτιμήσεις του ασθενή όσον αφορά την φροντίδα και την θεραπεία του. Για να αποφευχθεί αυτό, θα πρέπει η τεχνολογία να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με την ενσυναισθητική συμπεριφορά. Για παράδειγμα, κατά την διάρκεια της επικοινωνίας του ασθενή ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα συναισθήματα και τις απόψεις του και να μην μελετά μόνο τα στοιχεία της ασθένειάς του. Η δημιουργία σωστών προτύπων (role models) με την ενίσχυση της ενσυναίσθησης όχι μόνο μεταξύ της θεραπευτικής σχέσης αλλά και μεταξύ των ατόμων που εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας και την εξερεύνηση της ήδη υπάρχουσας τεχνολογίας και διαπίστωση πότε είναι απαραίτητης η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με τον ασθενή και εκπαίδευση

ώστε όλοι οι επαγγελματίες υγείας ανεξαρτήτως εμπειρίας ή ηλικίας να ενισχύσουν την ενσυναισθητική συμπεριφορά απέναντι στους ασθενείς που φροντίζουν (Howick and Rees, 2017).

Κεφάλαιο 4^ο

4. Μελέτη περίπτωσης (study case) - Ποιοτική έρευνα

Για την ορθή διεξαγωγή μίας ποιοτικής έρευνας, μεγάλη σημασία έχει η επιλογή του ερωτήματος που θα ερευνηθεί. Αυτή η επιλογή καθορίζεται από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και τις αξίες του μελετητή αλλά και από πιο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η έννοια του ζητήματος που ερευνάται καθώς και η παρουσία προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, δηλαδή οι τρόποι που έχουν ερευνηθεί ή πλευρές που τυχόν να μην έχουν μελετηθεί και προσεγγισθεί (Hitchcock & Hughes, 1989).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες οδήγησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική εμπλοκή μίας νοσηλεύτριας της καρδιολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων όπως ακριβώς περιγράφηκε από την ίδια με την μελέτη περίπτωσης ασθενή της ογκολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια», έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στην συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην παρουσία ενσυναίσθησης στον συγκεκριμένο κλινικό περιβάλλον.

Στην πορεία και μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού σχετικά με θέματα που αφορούν την ενσυναίσθηση στο κλινικό περιβάλλον, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναλύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την ενσωμάτωση στην εργασία μου «λόγια του ασθενούς» μέσα από προσωπική εμπειρία της συγκεκριμένης νοσηλεύτριας, σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης

Το ερευνητικό ερώτημα αποτελεί το αν γίνεται αισθητή η παρουσία της ενσυναίσθησης του νοσηλευτή απέναντι στον ασθενή αλλά και τα συναισθήματα που λαμβάνει ο ίδιος επαγγελματίας υγείας από τον θεραπευόμενο. Σκοπός λοιπόν της μελέτης ήταν η καταγραφή των συμπτωμάτων με τον τρόπο που τα βίωσε ο κ. Μιχάλης (ο συγκεκριμένος ασθενής), με τα δικά του λόγια δηλαδή η προσπάθεια κατανόησης των δικών του συναισθημάτων σε σχέση με την ασθένειά του και το πώς βλέπει το μέλλον του.

Προσέγγιση της μεθόδου

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες απέναντι στα θέματα υγείας του ασθενούς, της ασθένειας και της ποιότητας ζωής του. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου έγινε με βάση το ερευνητικό ερώτημα (Baxter Pamela and Jack, 1990) του αν παρατηρείται ενσυναισθητική συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή και τα συναισθήματα που λαμβάνει ο ίδιος ο νοσηλευτής. Για την μεθοδολογική προσέγγιση των ζητημάτων που αναφέρθηκαν σε όλα τα παραπάνω επιλέχθηκε ποιοτική έρευνα και συγκεκριμένα μελέτη περίπτωσης, που επιτρέπει στον ερευνητή περαιτέρω έρευνα και κατανόηση του τρόπου όπου τα ίδια άτομα της έρευνας (επαγγελματίες υγείας και ασθενείς) αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και κατανοούν τα κοινωνικά φαινόμενα (ενσυναίσθηση) που ερευνούνται ή μελετώνται (Denzin & Lincoln, 1998).

Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου τα οποία παρουσίασε και ο κύριος Μιχάλης είναι :

- πόνος στην κοιλιακή χώρα ο οποίος αντανακλά πίσω στη ράχη
- καταβολή
- ανορεξία
- εμετό
- απώλεια βάρους

Παρουσίαση του κοινωνικού Ιστορικού

Η ιστορία που ακολουθεί είναι η προσωπική εμπειρία και τα συναισθήματα μίας νοσηλεύτριας η οποία εργάζεται πλέον στην Καρδιολογική κλινική του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων και πριν από αρκετά χρόνια εργαζόταν στην ογκολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών «Παναγία η Βοήθεια».

Ήταν άλλο ένα μεσημέρι, ένα από τα λίγα κατά την διάρκεια των οποίων εργαζόμουν διότι ήμουν πρωτοδιοριζόμενη και ίσως η πρώτη μου επαφή με την σοβαρότητα των συναισθηματικών τραυμάτων του ασθενή του οποίου είχα μελετήσει συνοπτικά το ιστορικό το οποίο ανέφερε προχωρημένο στάδιο καρκίνου του παγκρέατος με έντονο πόνο στην κοιλιακή χώρα ο οποίος αντανακλά στην ράχη (πόνος στην μέση) όπου αποτέλεσε και τον λόγο εισαγωγής στην κλινική. Αφού αποχαιρέτησα την συνάδελφό μου η οποία είχε ολοκληρώσει την πρωινή της βάρδια, βοήθησα στην διανομή του φαγητού των νοσηλευόμενων και παραδίδοντας τον τελευταίο δίσκο, ο ασθενής μου συστήθηκε ως κ. Μιχάλης και με ευχαρίστησε. Ο κ. Μιχάλης ήταν ο ασθενής του οποίου το ιστορικό ανέφερε ότι βρισκόταν σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου στο πάγκρεας.

Αρκετές ήταν οι φορές όπου άκουγα τον υπεύθυνο να λέει ότι η κατάστασή του χειροτέρευε και χρωστούσε την καλή του τύχη στην ηλικία του.

Στο πρόσωπό του ήταν αισθητά τα σημάδια δύσπνοιας και χαμηλής κατανάλωσης τροφής και ανορεξίας. Ωστόσο, παρά την καθημερινότητα των επίπονων συμπτωμάτων, ήταν πάντα ένα εύθυμο άτομο το οποίο όποτε βρισκόμουν στον θάλαμό του χαμογελούσε και με καλημέριζε, κάνοντάς με να αισθάνομαι ικανοποίηση όταν τον φρόντιζα και ένα αίσθημα αισιοδοξίας. Επίσης, από συζητήσεις που έκανα μαζί του τις οποίες ο ίδιος έδινε το έναυσμα, ανέφερε πολλές φορές ότι κάποιες ατυχίες και προβλήματα που αντιμετωπίζουμε στην ζωή δεν θα πρέπει να μας οδηγούν σε απαισιόδοξες και στενάχωρες σκέψεις και ότι θα πρέπει ακόμη και τα άσχημα να τα δεχόμαστε. Κάθε φορά που η οποιαδήποτε νοσηλευτική πράξη με οδηγούσε στον θάλαμό του μου δημιουργούνταν ένα έντονο συναίσθημα στο στήθος και μερικές φορές σκεφτόμουν ότι δεν ήμουν όσο φιλική θα έπρεπε προς τον κ. Μιχάλη. Δεν είχα αρκετή εμπειρία στην εργασία ως νοσηλεύτρια αλλά γνώριζα αρκετά πράγματα ως προς το συναισθηματικό βάρος που προκαλεί ο καρκίνος οποιασδήποτε μορφής τόσο στο ίδιο το άτομο αλλά και στα πρόσωπα γύρω του, συγγενικά ή φιλικά. Ένα απόγευμα, ακούγοντας φωνές από τον θάλαμό του, όταν

εισήλθα ο κ. Μιχάλης στεκόταν στην άκρη του κρεβατιού, χτυπώντας την παλάμη του χεριού του στο στρώμα. Οι ανάσες του ήταν βαριές και επαναλάμβανε πως δεν αισθανόταν καλά. Με ξάφνιασαν αλλά και κατάλαβα αργότερα ότι με στεναχώρησαν, οι απότομες κινήσεις του σώματός του όταν έγερνε προς τα πίσω, χτυπώντας τις γροθιές του οδυρόμενος και γύρω του ένας γιατρός και κάποιοι παλαιότεροι νοσηλευτές. Θυμάμαι καθαρά την ήρεμη αντίδραση του γιατρού όταν ρώτησε εάν του είχε δωθεί κάποιο είδος ηρεμιστικού πριν το φαγητό.

Έπειτα από εκείνη την μέρα δεν ξανά έτυχε να βρεθώ στον θάλαμο του κ. Μιχάλη διότι είχα αλλάξει κλινική. Αρκετό καιρό μετά σκεφτόμενη το περιστατικό με τον κ. Μιχάλη συνειδητοποίησα ότι ίσως αυτό το περιστατικό να αποτελούσε μονάχα ένα από τα πολλά στα οποία θα ακολουθούσαν στην συνέχεια, ίσως η ήρεμη αντίδραση να ήταν κάτι το «αυτονόητο» και πράγματι ίσως όλα να ήταν μία «συνήθεια», ασχέτως με την ανάγκη που υπήρχε για την ύπαρξη περισσότερης επικοινωνίας, ευγένειας, ανθρωπιάς απέναντι στον πόνο του κ. Μιχάλη και πως θα ήταν εάν βρισκόμασταν στην θέση του.

Τα αίτια της νόσου

Εμφανή αίτια της νόσου είναι άγνωστα όμως υπάρχουν προδιαθεσικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται όπως η σύγχρονη διατροφή με τα πολλά ζωικά λίπη, ο χρόνιος αλκοολισμός, το συνεχές άγχος, η μόλυνση του περιβάλλοντος και η συνεχής έκθεση σε χημικές ουσίες.

Στόχοι φροντίδας – παρατηρήσεις – συμπεράσματα

Σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενή και με βάση της παρούσας κατάστασης στην οποία βρίσκεται η υγεία του, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και ότι η πρόγνωση για βελτίωση της υγείας του είναι αρνητική εφόσον ο καρκίνος του παγκρέατος βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο. Θα πρέπει να υπάρξει υποστήριξη από κλινικό ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ώστε να προσδιοριστούν και να μειωθούν τα αρνητικά του συναισθήματα και το άγχος που τυχόν αισθάνεται. Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε καθημερινή επαφή μαζί του θα πρέπει να υιοθετήσουν μία πιο ενσυναισθητική συμπεριφορά προσπαθώντας να μπουν στην θέση του ασθενή και να μην τον αντιμετωπίζουν με τυπικότητα σαν μία «προσωποποιημένη» ασθένεια αλλά σαν ένα άτομο που έχει ανάγκη από φροντίδα και στήριξη. Επιπλέον, θα πρέπει να προωθηθεί

η δημιουργία ενός ήρεμου περιβάλλοντος ώστε όταν ο ασθενής διακατέχεται από πόνο να μπορεί να τον διαχειριστεί καθώς και να πραγματοποιηθούν ασκήσεις διαχείρισής του και αποτελεσματικότερη φαρμακευτική αγωγή. Θα πρέπει να ληφθούν περαιτέρω πληροφορίες μέσω προσωπικής συνέντευξης και ενσυναισθητικής προσέγγισης για την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή ώστε εάν είναι δυνατόν να βρίσκεται κάποιο οικείο πρόσωπο κοντά του.

Από το παρόν περιστατικό γίνεται αντιληπτό ότι δεν είναι τόσο αισθητή η παρουσία της ενσυναίσθησης εφόσον ακόμη και η ίδια νοσηλεύτρια η οποία το διηγείται κατανοεί πως δεν θα έπρεπε να αντιμετωπίσει απρόσωπα τον ασθενή αλλά να προσπαθήσει να αισθανθεί και την δική του οπτική γωνία πράγμα το οποίο θα έπρεπε να γίνει εφικτό και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας της παρούσας κλινικής.

Συμπεράσματα

Συνεπώς, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα απαραίτητο συστατικό για μία επιτυχής ανθρωποκεντρική φροντίδα. Ο κάθε επαγγελματίας υγείας, θα πρέπει να αναπτύσσει και να χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση του για καλύψει τις ανάγκες και να φροντίσει τον ασθενή του. Θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλα τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα που του μεταφέρει ο ίδιος ο ασθενής και να μην αποφεύγει την σύνδεσή του μαζί του αλλά να επιδιώκει την ανάπτυξη σχέσης, η οποία θα βασίζεται στην επικοινωνία και στην εμπιστοσύνη. Ο πόνος του κάθε ασθενή θα πρέπει να ανακουφίζεται ή να μειώνεται μέσω της κατάλληλης διαχείρισης του φροντιστή ο οποίος θα πρέπει πρώτα ο ίδιος να αντιμετωπίζει τα συναισθήματά του απέναντι στον πόνο του ασθενή ώστε να μην έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην περαιτέρω προσωπική και επαγγελματική του ζωή. Η ενσυναίσθηση θα πρέπει να αποτελεί τον πυρήνα των πράξεων του επαγγελματία υγείας όσο αφορά τον ασθενή του, έχοντας πάντα αλτρουιστικά κίνητρα και αποφεύγοντας την αποστασιοποίηση από τα συναισθήματα και τις ανάγκες του πάσχοντα. Η τεχνολογία δεν θα πρέπει να αποξενώνει την προσωπική επαφή με τον ασθενή αλλά να ενισχύει την καλύτερη κάλυψη των αναγκών του λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις και τα συναισθήματά του.

Βιβλιογραφία

- Adams, S. B. (2018) 'Empathy as an ethical imperative', *Creative Nursing*, 24(3), pp. 166–172. doi: 10.1891/1946-6560.24.3.166.
- Ashforth, B. E. and Humphrey, R. H. (1995) 'Emotion in the Workplace: A Reappraisal', *Human Relations*, 48(2), pp. 97–125. doi: 10.1177/001872679504800201.
- Bachelor, A. (1988) 'How clients perceive therapist empathy: A content analysis of "received" empathy', *Psychotherapy*, 25(2), pp. 227–240. doi: 10.1037/h0085337.
- Batson, C. D., Fultz, J. and Schoenrade, P. A. (1987) 'Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences', *Journal of Personality*, 55(1), pp. 19–39. doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00426.x.
- Baxter Pamela and Jack, S. (1990) 'Qualitative case study methodology: study design and implementation for novice researchers', *The Qualitative Report*, 13(4), pp. 544–559. Available at: <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>.
- Ioannidou, F. and Konstantikaki, V. (2008) 'Empathy and emotional intelligence: What is it really about?', *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), pp. 118–123.
- Cornelius, R. R. (2000) 'Theoretical approaches to emotion', *Proceedings of the ISCA workshop on Speech and Emotion: A conceptual framework for research*, pp. 3–109.
- Davies, N. (2014) 'Empathic nursing: going the extra mile', *Practice Nursing*, 25(4), pp. 198–202. doi: 10.12968/pnur.2014.25.4.198.
- Davis, M. H. (1983) 'A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy', *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), pp. 113–126. doi: 10.1037/0022-3514.44.1.113.
- Duan, C. and Hill, C. E. (1996) 'The Current State of Empathy Research', *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), pp. 261–274. doi: 10.1037/0022-0167.43.3.261.
- Dymond, R. F. (1949) 'A scale for the measurement of empathic ability', *Journal of Consulting Psychology*, 13(2), pp. 127–133. doi: 10.1037/h0061728.

Denzin, N. and Lincoln, Y. (1998) : "*Strategies of Qualitative Inquiry*". London: Sage Publication

Elliott, R. *et al.* (2011) 'Empathy', *Psychotherapy*, 48(1), pp. 43–49. doi: 10.1037/a0022187.

Elliott, R. and et al (1982) 'Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale', *Journal of Counseling Psychology*, 29(4), pp. 379–387. doi: 10.1037/0022-0167.29.4.379.

Ferri, P. *et al.* (2019) 'Effect of expert-patient teaching on empathy in nursing students: A randomized controlled trial', *Psychology Research and Behavior Management*, 12, pp. 457–467. doi: 10.2147/PRBM.S208427.

Frankel, R. M. (2017) 'The Many Faces of Empathy', *Journal of Patient Experience*, 4(2), pp. 55–56. doi: 10.1177/2374373517699268.

Frijda, N. H. and Moffat, D. (1993) 'A model of emotions and emotion communication', *Proceedings of 1993 2nd IEEE International Workshop on Robot and Human Communication, RO-MAN 1993*, pp. 29–34. doi: 10.1109/ROMAN.1993.367754.

Gallagher, R. (2013) 'Compassion fatigue', *Canadian Family Physician*, 59, pp. 265–267.

Goodman, M. J. and Schorling, J. B. (2012) 'A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers', *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), pp. 119–128. doi: 10.2190/PM.43.2.b.

Goubert, L. *et al.* (2005) 'Facing others in pain: The effects of empathy', *Pain*, 118(3), pp. 285–288. doi: 10.1016/j.pain.2005.10.025.

Gupta, Ankita and Gupta, Anuj (2019) 'Twelve tips for teaching empathy using simulated patients – A student's perspective', *Medical Teacher*. Taylor & Francis, 0(0), pp. 1–1. doi: 10.1080/0142159x.2019.1671585.

Gupta, K. S. and Rokade, V. (2016) 'Importance of Quality in Health Care Sector: A Review', *Journal of Health Management*, 18(1), pp. 84–94. doi: 10.1177/0972063415625527.

- Heinemann, L. V. and Heinemann, T. (2017) 'Burnout research: Emergence and scientific investigation of a contested diagnosis', *SAGE Open*, 7(1). doi: 10.1177/2158244017697154.
- Hitchcock, G. and Hughes, D. (1989) "*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*". London, Routledge.
- Hogan, R. (1969) 'Development of an empathy scale', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3), pp. 307–316. doi: 10.1037/h0027580.
- Howick, J. and Rees, S. (2017) 'Overthrowing barriers to empathy in healthcare: empathy in the age of the Internet', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(9), pp. 352–357. doi: 10.1177/0141076817714443.
- Hunt, P. A., Denieffe, S. and Gooney, M. (2017) 'Burnout and its relationship to empathy in nursing: A review of the literature', *Journal of Research in Nursing*, 22(1–2), pp. 7–22. doi: 10.1177/1744987116678902.
- Jeffrey, D. (2016) 'Clarifying empathy: The first step to more humane clinical care', *British Journal of General Practice*, 66(643), pp. e143–e145. doi: 10.3399/bjgp16X683761.
- Jurado, M. del M. M. *et al.* (2018) 'Burnout in health professionals according to their self-esteem, social support and empathy profile', *Frontiers in Psychology*, 9(APR), pp. 1–6. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00424.
- Kelley, K. J. and Kelley, M. F. (2013) 'Teaching empathy and other compassion-based communication skills', *Journal for Nurses in Professional Development*, 29(6), pp. 321–324. doi: 10.1097/01.NND.0000436794.24434.90.
- Kerasidou, A. (2019) 'Empathy and Efficiency in Healthcare at Times of Austerity', *Health Care Analysis*. Springer US, 27(3), pp. 171–184. doi: 10.1007/s10728-019-00373-x.
- Kourkouta, L. and Papathanasiou, I. (2014) 'Communication in Nursing Practice', *Materia Socio Medica*, 26(1), p. 65. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67.
- Lamberton, C. M., Leana, C. R. and Williams, J. M. (2015) 'Measuring Empathetic Care', *Journal of Applied Gerontology*, 34(8), pp. 1028–1053. doi:

10.1177/0733464813507131.

Levett-Jones, T. and Cant, R. (2019) 'The Empathy Continuum: An evidenced-based teaching model derived from an integrative review of contemporary nursing literature', *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.15137.

Lindblom, K. M. *et al.* (2006) 'Burnout in the working population: Relations to psychosocial work factors', *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), pp. 51–59. doi: 10.1207/s15327558ijbm1301_7.

Lorié, Á. *et al.* (2017) 'Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review', *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd, 100(3), pp. 411–424. doi: 10.1016/j.pec.2016.09.018.

Main, A. *et al.* (2017) 'The Interpersonal Functions of Empathy: A Relational Perspective', *Emotion Review*, p. 175407391666944. doi: 10.1177/1754073916669440.

McKinnon, J. (2018) *In their shoes: An ontological perspective on empathy in nursing practice*, *Journal of Clinical Nursing*. doi: 10.1111/jocn.14610.

Mehrabian, A., Young, A. L. and Sato, S. (1988) 'Emotional empathy and associated individual differences', *Current Psychology*, 7(3), pp. 221–240. doi: 10.1007/BF02686670.

Pelligra, V. (2011) 'Empathy, guilt-aversion, and patterns of reciprocity', *Journal of Neuroscience, Psychology, and Economics*, 4(3), pp. 161–173. doi: 10.1037/a0024688.

Picard, J. *et al.* (2016) 'Burnout, empathy and their relationships: A qualitative study with residents in General Medicine', *Psychology, Health and Medicine*, 21(3), pp. 354–361. doi: 10.1080/13548506.2015.1054407.

Preston, S. D. and Waal, F. B. M. De (2002) 'Preston & deWaal, 2002', *Behavioural and Brain Sciences*, 25, pp. 1–72.

Raab, K. (2014) 'Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature', *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), pp. 95–108. doi: 10.1080/08854726.2014.913876.

- Record, T. P. (2006) 'The Psychological Record, 2006, 56, 3-21', pp. 3–21.
- Reynolds, W. J. and Scott, B. (1999) 'Empathy: A crucial component of the helping relationship', *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), pp. 363–370. doi: 10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x.
- Riess, H. (2017) 'The Science of Empathy', *Journal of Patient Experience*, 4(2), pp. 74–77. doi: 10.1177/2374373517699267.
- Santo, L. D. a L. (2012) 'the Nurse – Patient Emotional Interaction in Quality of Work Life : the Role of Empathy and', (May).
- Schrank, B. *et al.* (2014) 'Positive psychology: an approach to supporting recovery in mental illness', *East Asian Archives of Psychiatry: Official Journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi: Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan*, 24(3), pp. 95–103. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25316800>.
- Simmons, A. (2014) 'In Defense of the Moral Significance of Empathy', *Ethical Theory and Moral Practice*, 17(1), pp. 97–111. doi: 10.1007/s10677-013-9417-4.
- Sinclair, S. *et al.* (2017) 'Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences', *Palliative Medicine*, 31(5), pp. 437–447. doi: 10.1177/0269216316663499.
- Soto-Rubio, A. and Sinclair, S. (2018) 'In Defense of Sympathy, in Consideration of Empathy, and in Praise of Compassion: A History of the Present', *Journal of Pain and Symptom Management*. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 55(5), pp. 1428–1434. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.12.478.
- Strekalova, Y. A. *et al.* (2017) 'I Understand How You Feel', *Journal of Language and Social Psychology*, 36(1), pp. 61–79. doi: 10.1177/0261927X16663255.
- Stueber, K. (2013) 'Empathy, Knowledge of Other Minds, and Social Cognition', pp. 1–8.
- Svenaesus, F. (2015) 'The relationship between empathy and sympathy in good health care', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(2), pp. 267–277. doi: 10.1007/s11019-014-9601-x.

- Tei, S. *et al.* (2014) ‘Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity?’, *Translational Psychiatry*. Nature Publishing Group, 4(January), pp. 1–7. doi: 10.1038/tp.2014.34.
- Tremblay, M. P. B., Meugnot, A. and Jackson, P. L. (2018) ‘The neural signature of empathy for physical pain ... not quite there yet!’, *Social and Interpersonal Dynamics in Pain: We Don’t Suffer Alone*, pp. 149–172. doi: 10.1007/978-3-319-78340-6_8.
- Tudor, K. (2011) ‘Understanding Empathy’, *Transactional Analysis Journal*, 41(1), pp. 39–57. doi: 10.1177/036215371104100107.
- Vervoort, T. *et al.* (2013) ‘Encyclopedia of Pain’, (January). doi: 10.1007/978-3-642-28753-4.
- Wagaman, M. A. *et al.* (2015) ‘The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers’, *Social Work (United States)*, 60(3), pp. 201–209. doi: 10.1093/sw/swv014.
- Yang, C. *et al.* (2020) ‘The effect of structured empathy education on empathy competency of undergraduate nursing interns: A quasi-experimental study’, *Nurse Education Today*. Elsevier, 85(June 2019), p. 104296. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104296.
- Yuguero, O. *et al.* (2017) ‘Descriptive study of association between quality of care and empathy and burnout in primary care’, *BMC Medical Ethics*. BMC Medical Ethics, 18(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s12910-017-0214-9.
- Σταλίκας, Α. και Χαμοδράκα, Μ. (2004) *Η Ενσυναίσθηση*. 1^η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαλικιώση -Λοίζου Μ., (2003). 'Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση', *Ψυχολογία*, 10 (2 - 4): 295 - 309