



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Αθηνά Πάσχου

**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Μαρία Μπεντούλη
ΑΜ: 909**

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

2022

Το συναίσθημα της ντροπής στο χώρο της υγείας και η διαχείρισή του από το νοσηλευτικό προσωπικό

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην ιατρική επιστήμη και κατά συνέπεια το κλινικό περιβάλλον, επί αιώνες επικρατούσε ένα απολυταρχικό καθεστώς της σωματικής πτυχής μιας ασθένειας επί της ψυχικής διάστασής της, όμως από το 19^ο αιώνα και έπειτα, ξεκίνησαν να γίνονται αργά βήματα προς τη διερεύνηση και την κατανόηση του ψυχισμού του ανθρώπου. Έτσι αναδύθηκε και το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο υπάρχει έκδηλα ή συγκεκαλυμμένα, σε όλα τα στάδια και σε όλες τις διαστάσεις της ζωής μας. Ενορχηστρώνει, σε συνεργασία με άλλα αισθήματα, τις αντιδράσεις μας και διαμορφώνει την ιδιοσυγκρασία μας. Είναι λοιπόν, πολύτιμο και άξιο σημασίας να μάθουμε περισσότερα για αυτό σχετικά με την επιστήμη μας, τη νοσηλευτική, προκειμένου να υπηρετήσουμε το επικρατές μοντέλο ολιστικής προσέγγισης, προαγωγής και διασφάλισης της υγείας, ξεκινώντας από εμάς τους ίδιους και κατ' επέκταση στους ασθενείς μας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ.....	10
1.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΝΟΧΗ.....	10
1.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	15
2.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ.....	15
2.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	15
2.1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.....	16
2.2. ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	18
2.3. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	20
2.3.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ HIV.....	20
2.3.2. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	25
2.3.3. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
3.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ.....	32
3.2. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΟΝΟΙΑ.....	34
3.3. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	35
3.4. ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	37
3.5. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ COVID-19.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	47
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	49

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία μελετήθηκε το συναίσθημα της ντροπής και ο ρόλος αυτού εντός υγειονομικού πλαισίου. Η ντροπή πρόκειται για ένα συναίσθημα που μας συνοδεύει σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής μας και σμιλεύει τις αντιδράσεις μας, τη συμπεριφορά μας, τις απόψεις μας και ακόμη διαμορφώνει την κοινωνικοποίησή μας. Συνήθως έχει αρνητικό πρόσημο και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μας φέρνει αντιμέτωπους με δυσάρεστες συνειδητοποιήσεις για τον εαυτό μας. Πολλές φορές εν αγνεία μας, υποκινεί τις αποφάσεις μας και στον τομέα της υγείας που μας απασχολεί, όμως αυτές οι αποφάσεις δεν είναι συμφέρουσες για την καλή ποιότητα της ζωής μας. Το συναίσθημα της ντροπής είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το στιγματισμό, μέσω του οποίου συχνά εκφράζεται, στον οποίο στιγματισμό υποβάλλονται οι ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό. Η ντροπή και ο στιγματισμός δεν κάνουν διακρίσεις ανάμεσα στις δύο πλευρές, ενώ μάλιστα μπορεί να αφορούν στις σχέσεις των υγειονομικών υπαλλήλων μεταξύ τους, όχι μόνο στις σχέσεις τους με τους ασθενείς. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που έγινε, η ντροπή απαντάται συχνότερα στον κλάδο των ψυχικών νοσημάτων και εν συνεχεία, στην παχυσαρκία και σε συνάρτηση με τον ιό του HIV στους φορείς ή σε ομάδες υψηλού κινδύνου να προσβληθούν με τον ιό (χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών, ομοφυλόφιλοι άνδρες, εκδιδόμενες γυναίκες), όπως υποδεικνύεται στα αποτελέσματα. Η ευαίσθητη φύση των συγκεκριμένων παθήσεων καθιστά τους συγκεκριμένους ανθρώπους επιρρεπέστερους στο βίωμα του συναισθήματος της ντροπής και στην προσπάθειά τους να απαλλαγούν από την συνοδό αγωνία, υπονομεύσουν την υγεία τους αφενός αποφεύγοντας να αξιοποιήσουν υγειονομικές υπηρεσίες και αφετέρου φερόμενοι ασυνεπείς με τη θεραπεία τους (μεταξύ άλλων). Το

ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, είναι επίσης παράγοντας επιρροής για τους ασθενείς, ενώ επίσης, φαίνεται να έχουν ένα ρόλο-κλειδί, τον οποίο είναι στο χέρι τους να αξιοποιήσουν με γνώμονα το χρέος τους να βοηθούν τους συνανθρώπους τους και με οδηγό τις αρχές της ανιδιοτέλειας. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, πρέπει να ξεπερνούν τα εμπόδια που θα συναντήσουν στην πορεία τους, καθώς, από τα πρώτα τους κιόλας βήματα, εκτίθενται σε ένα τοξικό περιβάλλον πρόκλησης ντροπής («ντροπιασμού») και αθέμιτου ανταγωνισμού, ενώ παράλληλα, οφείλουν να μη γίνονται οι ίδιοι θήτες, διαιωνίζοντας αρνητικές συμπεριφορές. Προκειμένου, λοιπόν, να θεμελιωθεί ένα τέτοιο υπόβαθρο, κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη έναρξη των διδαχών τους στην αφετηρία της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Εν ολίγοις, η εργασία εξετάζει με τη σειρά στο πρώτο κεφάλαιο τη ντροπή και τη σημασία της, στο δεύτερο κεφάλαιο την εκδήλωσή της στην ασθένεια, στο τρίτο κεφάλαιο την οπτική και το βίωμα των επαγγελματιών, στο τέταρτο κεφάλαιο τη στάση των επαγγελματιών απέναντί της και στο πέμπτο κεφάλαιο συνοψίζει τα άνωθεν.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: ασθένεια, υγεία, ντροπή, «σύστημα υγείας», νοσηλευτική.

ABSTRACT

In the present paper, the feeling of shame and its role within a healthcare framework were studied. Shame is a feeling that accompanies us in all aspects of life and moulds our reactions, our behaviour, our opinions and it even formulates our socialization. It usually carries a negative value, which is due to the fact that it makes us confront unpleasant realizations about ourselves. Often times unconsciously to us, it instigates our decisions regarding our health, with which we are concerned here, but those decisions are not to the benefit of our good quality of life. The feeling of shame is inextricably connected to stigmatization, through which it is usually expressed, to which stigmatization patients and healthcare personnel are subjected to. Shame and stigmatization do not discriminate between the two sides, while in fact they may refer to interactions between healthcare employees themselves, not just their interactions with patients. Through the literature review that was conducted, shame is usually found in the mental health division, followed by obesity and, in accordance to HIV, in carriers or high-risk groups of contracting the disease (people who inject drugs, homosexual males, women in prostitution), as shown in the results. The sensitive nature of said diseases renders those particular people prone to the experience of shame and in their effort to rid themselves of the accompanying anguish, they undermine their health, when, on one hand they avoid utilizing healthcare services and on the other hand, they are inconsistent with their therapies (among others). The healthcare personnel, nurses in particular, is also an influence factor for patients, while seemingly they also have a key part, which is in their hand to make use of, driven by their duty to help their fellow humans and with the

principles of selflessness as their guide. In order for that to happen, they must overcome the obstacles they will be facing on their journey, since from their very first steps they are exposed to a toxic environment of shaming and unfair competition, while at the same time, they ought to avoid becoming perpetrators themselves maintaining negative behaviors. For such a background to be founded, the timely onset of their teachings is deemed of essence, at the beginning of their training process.

In summary, this paper examines in order, on the first chapter shame and its meaning, on the second chapter its expression in disease, on the third chapter the viewpoint and the experience of professionals, on the fourth chapter the attitude professionals hold towards it and the fifth chapter sums all of those mentioned above.

KEY WORDS: disease, health, shame, “healthcare system”, nursing.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με το νέο-ελληνικό λεξικό η ετυμολογία της λέξης «ντροπή» είναι η εξής: ντροπή < ντρέπομαι < εντρέπομαι < εν + τρέπω (=γυρίζω, στρέφω). Συνώνυμες λέξεις είναι το αίσχος, το όνειδος και η αιδώς. Στην καθομιλουμένη, η ντροπή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει συγγενικά συναισθήματα και χαρακτηριστικά όπως η συστολή, η σεμνότητα και η αμηχανία ή η ενοχή, όμως όταν εξετάζεται ως αντικείμενο μελέτης αναφορικά με την ψυχοσύνθεση του ανθρώπου, υπάρχει εκτενέστατη βιβλιογραφία αφιερωμένη στο έργο της διασαφήνισης του ορισμού της. Την έχουν αποκαλέσει το θεμελιώδες συναίσθημα (Scheff, 2003), τον ακρογωνιαίο λίθο του κοινωνικού οικοδομήματος και η ύπαρξή της φαίνεται να είναι αναπόσπαστο κομμάτι με διττό ρόλο στις διαπροσωπικές και προσωπικές σχέσεις του καθενός με τους συνανθρώπους του και με τον ίδιο του τον εαυτό αντιστοίχως. Μπορεί δηλαδή να είναι η κινητήρια δύναμη χωρίς την οποία θα ήταν αδύνατο να κοινωνικοποιηθούμε και να ενταχθούμε επιτυχώς στην κοινωνία, ταυτοχρόνως όμως, μπορεί να είναι και ο ηθικός αυτουργός της αποξένωσής μας ή ακόμη και του εξοστρακισμού μας (αυθυποβαλλόμενου ή μη) από το κοινωνικό σύνολο.

Παρά την επικρατούσα αντίληψη ότι οι σύγχρονες κοινωνίες είναι πιο προοδευτικές, πιο ελεύθερες, πιο απροκάλυπτες, πιο χειραφετημένες από τις απόψεις τρίτων, πιο αναίσχυντες, ο Elias καταρρίπτει αυτή την εικόνα, λέγοντας πως σε σύγκριση με τη μεσαιωνική Ευρώπη, η σημερινή Δύση όχι απλώς δεν είναι ελευθέρα ντροπής, αλλά η ντροπή έχει πολλαπλασιαστεί σε τέτοιο βαθμό, με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζεται καν η ύπαρξή της και να έχει στραφεί υπογείως. Πρόκειται όμως για μια μεταμφιεσμένη ντροπή,

επάνω στην οποία η επίγνωση υστερεί, έτσι δεν «εισακούεται» παρ' ότι κραυγαλέα (Scheff, 1995). Στο δικό μας κλάδο συγκεκριμένα, η εστίαση στο συναίσθημα της ντροπής είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως σε συνάρτηση με την υγεία, υπονομεύοντας την. Όπως παρατήρησε και ο Gilbert, το αντίκτυπο της ντροπής στην ψυχική και σωματική υγεία είναι ισχυρό, καθώς μπορεί να καθιστά τον άνθρωπο πιο ευάλωτο στην ασθένεια, να παρακωλύει την ανάρρωσή του και να τον προδιαθέτει στην αποφυγή αναζήτησης θεραπείας (Lyons & Dolezal, 2017).

Εκφράσεις όπως «ήθελα να ανοίξει η γη να με καταπιεί» ή «ντράπηκα τόσο που ήθελα να εξαφανιστώ από προσώπου γης» μας αποτυπώνουν ξεκάθαρα πώς το συναίσθημα της ντροπής, στην οξεία εκδήλωσή του, είναι τόσο επίπονο για τον ψυχισμό μας, ώστε η «εξουδετέρωσή» μας, φαντάζει λύτρωση. Γνωρίζοντας πως η διάρκεια ζωής των συναισθημάτων συνήθως δεν ξεπερνά τα 60 δευτερόλεπτα (Scheff, 1995), η αιφνίδια έναρξη της ντροπής δεν αποτελεί μυστήριο, η εμμονή της όμως και η αναπαραγωγή της εις βάθος χρόνου πυροδότησαν περαιτέρω διερεύνηση. Καθώς φαίνεται, όπως πρωτοαναφέρθηκε από τον Goffman (1967) τα συναισθήματα μπορούν ενίοτε να είναι μεταδοτικά, «κολλητικά», και βάσει αυτής της αρχής, όπως ο Goffman, ο Elias και η Lewis διακρίνουν έναν εσωτερικό βρόχο ντροπής, με αποτέλεσμα αυτή να διαιωνίζεται απεριόριστα, μετατρέποντας έτσι ένα υγιές συναίσθημα σε παθολογικό (Scheff, 1995) και ανάγοντας τη ντροπή σε χρόνιο συναίσθημα, με όλα τα δυσμενή παρεπόμενα. Όταν η εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας σπilώνεται ανεπανόρθωτα, παγιδευόμαστε σε μια κατάσταση χρόνιας ντροπής και η υγεία μας «πληρώνει τα σπασμένα», με ό,τι αυτό συνεπάγεται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ

1.1 ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΝΟΧΗ

Το συναίσθημα της ντροπής είναι δυσδιάκριτο από αυτό της ενοχής στη βιβλιογραφία. Οι αναφορές στη ντροπή και την ενοχή, ο βαθμός αλληλεπίδρασής τους και ο τρόπος αξιολόγησής τους αποτελεί θέμα διερεύνησης για τουλάχιστον μισό αιώνα τώρα (Tangney, 1996) με νέες έρευνες και μελέτες να εμπλουτίζουν με δεδομένα το πεδίο διαρκώς και με τους μελετητές μόλις τα τελευταία χρόνια να έχουν εμβαθύνει στις μεταξύ τους διαφορές και ομοιότητες. Χαρακτηριστικά κοινό τους γνώρισμα είναι, πως και τα δύο είναι συναισθήματα που έχουν να κάνουν με την αντίληψη κάθε ατόμου για τον εαυτό του, δηλαδή αναδύονται σε περιστάσεις αυτο-αξιολόγησης για παράδειγμα (Miceli & Castelfranchi, 2018). Επιπλέον, σημειώνεται πως και τα δύο συναισθήματα έχουν αρνητικό πρόσημο και είναι επακόλουθα αυτοκριτικής προσωπικών αποτυχιών και παραβάσεων (Miceli & Castelfranchi, 2018). Ακόμη, αυτή η δυάδα (ντροπή και ενοχή) δεν είναι αντίκτυπο καθαρά προσωπικών πράξεων του ατόμου ως μονάδα, αλλά και ως μέλος μιας ομάδας, το άτομο επωμίζεται το βάρος των πράξεων αυτής (Lickel et al., 2011).

Στους ορισμούς που δίνονται στο λεξικό της Αμερικανικής Ομοσπονδίας Ψυχολογίας (APA a), η ντροπή χαρακτηρίζεται ως «ένα ιδιαίτερα δυσάρεστο αυτοσυνείδητο συναίσθημα που προκύπτει από την εντύπωση ότι υπάρχει κάτι ανέντιμο, αναιδές ή άσεμνο στη συμπεριφορά κάποιου...», ενώ η ενοχή (APA b) περιγράφεται ως «ένα αυτοσυνείδητο συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από μια επίπονη εκτίμηση ότι έχω κάνει κάτι

λάθος». Αξίζει να σημειωθεί ότι στον ορισμό της ενοχής αυτή «...διαχωρίζεται από τη ντροπή, στην οποία υπάρχει ο επιπλέον δυνατός φόβος ότι οι πράξεις κάποιου θα εκτεθούν σε δημόσια κρίση και εξευτελισμό». Ιδιαίτερα σημαντική είναι η τελευταία διευκρίνιση, η οποία βοηθά στην καλύτερη κατανόηση της ντροπής σε υγειονομικό πλαίσιο, όπου οι πράξεις εξισώνονται με πρακτικές (π.χ. σεξουαλικές) ή καταστάσεις (π.χ. αναπηρία ως συνέπεια ασθένειας).

Στον αντίποδα, κάποιοι επιστήμονες υποστηρίζουν πως η ντροπή δεν πρόκειται για ένα αμιγώς αρνητικό συναίσθημα με δυσάρεστα αποτελέσματα. Ο Leach (2017), αναφέρει πως η ντροπή και η ενοχή δεν είναι πολιικά αντίθετα συναισθήματα, αλλά μάλλον ο χαρακτηρισμός τους ως «αδέλφια» αντικατοπτρίζει καλύτερα τη μεταξύ τους σχέση. Οι Cibich et al. (2016) αναφέρονται στη ντροπή ως ένα συναίσθημα που είναι δυνητικά δυσλειτουργικό, όμως αναπτύχθηκε προς όφελός της κοινωνικής μας ταυτότητας και μπορεί να έχει θετικές απολαβές, όπως την κοινωνικοποίηση και την επιθυμία για αυτοβελτίωση.

Μια ακόμη σημαντική διάκριση διάκειται και στο συναίσθημα της ντροπής ως μονάδα, όπου αυτή διαχωρίζεται σε εξωτερική και εσωτερική ντροπή. Σύμφωνα με τον Gilbert, η «εξωτερική ντροπή» ορίζεται ως το συναίσθημα ντροπής το οποίο απορρέει από εξωτερικούς παράγοντες, δηλαδή αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου για την εικόνα που σχηματίζουν οι άλλοι για αυτό και την κριτική που του ασκούν· «η συγκεκριμένη αξιολόγηση για το πώς ο εαυτός υπάρχει στο μυαλό των άλλων (π.χ. ως μη ελκυστικός, ελαττωματικός, κατώτερος, ανεπαρκής)» (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013). Το επίκεντρο της προσοχής στρέφεται εξωτερικά και το άτομο προσαρμόζει τη συμπεριφορά του αποσκοπώντας στη θετική αξιολόγηση από τους άλλους (κοινωνία), για παράδειγμα μέσω της

υποταγής ή της επίδειξης ελκυστικών χαρακτηριστικών (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013).

Από την άλλη πλευρά, η «εσωτερική ντροπή» απορρέει από το άτομο, όταν εκείνο παραδέχεται και συμμαρτίζεται τις απόψεις της κοινωνίας για το άτομό του, ότι δηλαδή είναι υποδεέστερο, ανάξιο και όλα τα συναφή αρνητικά χαρακτηριστικά, υιοθετώντας την συμπεριφορά πρόκλησης ντροπής προς τον εαυτό του. Η ντροπή πηγάζει από και κατευθύνεται προς το άτομο, το οποίο στρέφει την προσοχή του εσωτερικά, συνοδευόμενη από ψυχοφθόρα συναισθήματα, όπως αυτό της αυτό-απαξίωσης. Η «εσωτερική» ντροπή και η εξωτερική της ομόλογος είναι στενά συνδεδεμένες και διαμορφώνουν τη θέση και στάση του ατόμου εντός κοινωνικού συνόλου, όπως επίσης η μεταξύ τους αλληλεπίδραση, πυροδοτώντας η μία την άλλη, συχνά ενυπάρχει σε περιπτώσεις όπου βιώνεται η ντροπή (Matos, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013).

1.2. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ

Εφόσον το συναίσθημα της ντροπής και η στρατηγική του σημασία στην κατανόηση συμπεριφορικών μοτίβων των ανθρώπων εντός της κοινωνίας έχει αναγνωριστεί, ως φυσικό επακόλουθο προέκυψε και η ανάγκη κατασκευής εργαλείων μέτρησης αυτής. Βέβαια, εξαιτίας του ότι δεν πρόκειται για κάτι απτό, όπως και η χαρακτηριστικά υποκειμενική του φύση, δεν καθίσταται εφικτή η αποτύπωσή του με μαθηματικές ποσοτικές προσεγγίσεις. Επομένως, συνήθως ακολουθείται ποιοτικός σχεδιασμός από τους ερευνητές, με την αξιολόγηση σε κλίμακες μέσω ειδικά διαμορφωμένων ερωτηματολογίων και

επιχειρείται μετέπειτα η μετάφραση των δεδομένων αυτών σε ποσοστά. Ενδεικτικά παρατίθενται κάποια από αυτά ακολούθως.

Το πιο ευρέως διαδεδομένο και χρησιμοποιούμενο μέσο είναι το TOSCA (Test of Self-Conscious Affect). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 15 μέρη με αντίστοιχες εκδοχές- σύντομα σενάρια, με στόχο να προσδιοριστεί η επιρρέπεια σε συναισθήματα ντροπής και ενοχής. Σε κάθε μέρος αντιστοιχεί ένα σενάριο και μια σειρά αποκρίσεων, συμπεριλαμβανομένων πρωτότυπων αντιδράσεων ντροπής και αντιδράσεων ενοχής, και έπειτα οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν την πιθανότητα να αντιδράσουν κατ' αυτό τον τρόπο για κάθε μία από αυτές. Η κλίμακα βαθμολόγησης κυμαίνεται μεταξύ του ενός, που ισούται με καμία πιθανότητα, και του πέντε, που ισούται με υψηλή πιθανότητα (δηλαδή 1=απίθανο, 5=πολύ πιθανό), με την τελική βαθμολογία να διαμορφώνεται μεταξύ του 15 και του 75 συνολικά (Andrews, Qian & Valentine, 2002; Rizvi, 2009).

Ένα άλλο τέτοιο ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης του συναισθήματος της ντροπής προτάθηκε από τους Andrews, Qian & Valentine (2002) μέσω της Κλίμακας Βιώματος της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS), ενός ερωτηματολογίου που αποτελείτο από 25 ερωτήσεις, όπου η ντροπή μελετήθηκε ως προβλεπτικός παράγοντας εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Διακρίνεται σε τρεις υποκατηγορίες, (1) τη ντροπή σε σχέση με τον χαρακτήρα (“characterological shame”), (2) τη συμπεριφορική ντροπή (“behavioral shame”) και (3) τη σωματική ντροπή (“bodily shame”), οι οποίες με τη σειρά τους υποσκελίζονται περαιτέρω, ώστε εν τέλει καλύπτονται 8 πεδία ντροπής. Εν συνεχεία, σε κάθε ένα από τα 8 πεδία αντιστοιχίζονται 3 ερωτήματα που εξετάζουν (α) το βιωματικό παράγοντα (ερωτώνται ξεκάθαρα αν έχουν βιώσει ντροπή), (β) το γνωστικό παράγοντα

(εξετάζεται η ανησυχία τους για τη γνώμη των άλλων προς αυτούς) και (γ) το συμπεριφορικό παράγοντα (εξετάζεται περιστατικό απόκρυψης ή αποφυγής). Οι συμμετέχοντες βαθμολογούν κάθε ερώτημα σε μια κλίμακα έκτασης από το 1 έως το 4 (όπου 1=καθόλου και 4=πάρα πολύ) (Andrews, Qian & Valentine, 2002).

Ο Cook ανέπτυξε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς αποτελούμενο από 30 ερωτήματα, το λεγόμενο “Internalized Shame Scale- ISS” (Κλίμακα Εσωτερικευμένης Ντροπής), όπου 24 από τα ερωτήματα/δηλώσεις αποτελούν την κλίμακα, ενώ ένα μέτρο αυτό-εκτίμησης συνίσταται από τα 6 υπολιπόντα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν σε μια κλίμακα τύπου Likert (1-5), τη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων σκέψεων και συναισθημάτων τους, όπως για παράδειγμα «Αισθάνομαι ιδιαίτερα ανεπαρκής και γεμάτος αυτοαμφιβολία» (Koss, Gilbert & Allan, 1994). Μεταγενέστερα, με βάση το προαναφερθέν οι Allan, Gilbert & Koss (1994) έχοντας εντοπίσει την απουσία μέτρησης της «εξωτερικής» ντροπής, θέτοντας στο επίκεντρο συναισθήματα ντροπής που εγείρονται από την κρίση και οπτική των άλλων (τρίτων), διαμόρφωσαν κατάλληλα την ISS με αποτέλεσμα να προκύψει η OAS (Others as Shamer Scale), μια κλίμακα 18 ερωτημάτων/δηλώσεων μέσω των οποίων αξιολογείται η εξωτερική ντροπή (λ.χ. η δήλωση «Αισθάνομαι ότι ποτέ δεν είμαι αρκετά καλός» μετατρέπεται σε «Αισθάνομαι ότι άλλοι άνθρωποι δε με θεωρούν αρκετά καλό») (Koss, Gilbert & Allan, 1994). Προσφάτως προτάθηκε η συγχωνευμένη αξιολόγηση και των δύο πτυχών της ντροπής με ένα εργαλείο από τη Ferreira και τους συνεργάτες της (2020), οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα EISS (External-Internal Shame Scale) για αυτό το σκοπό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

2.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΤΙΓΜΑ

2.1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Ένας πρώιμος ορισμός της έννοιας του στίγματος συστάθηκε από τον Goffman στις αρχές της δεκαετίας του 1960, όπου ως «στίγμα» ορίζεται ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα που ξεχωρίζει ένα άτομο από το κοινωνικό σύνολο, προσβάλλοντας ή υποβαθμίζοντας την κοινωνική του ταυτότητα (Goffman, 1997). Ο όρος «στίγμα» (“stigma”) έχει τις ρίζες του στην αρχαιοελληνική κοινωνία, όπου οι σκλάβοι, οι εγκληματίες και οι προδότες έφεραν σημάδια καυτηριασμού στο δέρμα τους, ώστε να ξεχωρίζουν από τους υπόλοιπους πολίτες, ως ανήθικοι, σπιλωμένοι, «στιγματισμένοι» και να αποφεύγεται η κοινωνία μαζί τους. Στις σύγχρονες κοινωνίες το στίγμα δεν πρόκειται πλέον για ένα απτό σημάδι πάνω στο σώμα κάποιου, αλλά έχει μετουσιωθεί σε ένα χαρακτηριστικό που επιδίδεται νοητά ως παρεπόμενο της ομόφωνης κοινωνικής κατάκρισης – ένα στοιχείο που διαβρώνει την κοινωνική υπόσταση του ατόμου υπό την αντίληψη της κοινωνίας ή όπως ορίζει ο Goffman “μια χαλασμένη κοινωνική ταυτότητα» (“spoiled social identity”). Το στίγμα θεμελιώνεται πάνω σε δύο κύριους παράγοντες σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι οποίοι είναι (α) η αναγνώριση της διαφοράς και (β) η υποτίμηση (του ατόμου ή της ομάδας). Επιπλέον, το στίγμα παρουσιάζεται εντός κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, οπότε πρόκειται για οικοδόμημα της κοινωνίας, μέσα στην οποία υπάρχει, παρά στα επιμέρους μέλη της ξεχωριστά (Bos et al., 2013).

Το στίγμα μπορεί να εκδηλώνεται φανερά και ξεκάθαρα, υπό τη μορφή της αποφυγής, της απόρριψης, της αποστροφής, της αποδόμησης των ανθρώπων σε μονοδιάστατες «στερεοτυπικές καρικατούρες», ή μπορεί να υπονοείται με την εκδήλωση δυσφορίας μέσω μη λεκτικών μορφών επικοινωνίας (π.χ. αποφυγή οπτικής επαφής), με αποτέλεσμα τη δημιουργία πρόσφορου εδάφους για τεταμένες συνδιαλλαγές μεταξύ στιγματισμένων και μη στιγματισμένων (Bos et al.).

2.1.2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ

Μια ταξινόμηση του στίγματος των Bos και συνεργατών (2013), είναι η κατάταξή του σε τέσσερις μορφές: (α) δημόσιο στίγμα (public stigma), (β) αυτό-στίγμα (self-stigma), (γ) στίγμα εξ αγκιστείας (stigma by association) και (δ) κατασκευαστικό στίγμα (structural-stigma). Αναλυτικότερα:

A) ο στιγματισμός προκύπτει από τις αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με την κατάσταση που καθιστά κάποιον άλλο στιγματισμένο και αυτές οι αντιλήψεις μπορούν να πυροδοτήσουν αρνητικά συναισθήματα και συμπεριφορές. Μια τέτοια αντίληψη μπορεί να είναι ο αντιλαμβανόμενος βαθμός ευθύνης του στιγματισμένου για την κατάσταση που τον στιγματίζει, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση ενός καπνιστή που εμφανίζει καρκίνο των πνευμόνων.

B) προκύπτει από την επίγνωση του δημοσίου στίγματός του από τον στιγματισμένο, του οποίου το αντίκτυπο κατανοεί ο στιγματισμένος και συχνά στοιχίζει στην καλή ψυχική του υγεία, την αντίληψη για τον εαυτό του και την αυτοπεποίθησή του.

Γ) το εξ αγχιστείας στίγμα επηρεάζει ανθρώπους που δε φέρουν οι ίδιοι το στίγμα, έχουν όμως συναναστροφές, συγγενικούς δεσμούς ή απλά και μόνο εγγύτητα με στιγματισμένα άτομα. Αυτό το είδος εντοπίζεται συνήθως σε φροντιστές, την οικογένεια ή το φιλικό περιβάλλον, και όπως προκύπτει από πληθώρα μελετών στο χώρο της υγείας συχνά επηρεάζει τους υγειονομικούς υπαλλήλους και τις αντιδράσεις τους όταν καλούνται να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε στιγματισμένα άτομα.

Δ) το κατασκευαστικό στίγμα προκύπτει από τη θεσμοθέτηση και διαιώνιση συγκεκριμένων ιδεολογιών και προκαταλήψεων όπως αυτές διαμορφώνονται μέσα στις εκάστοτε κοινωνίες, τις οποίες κοινωνίες συνήθως συνοδεύουν στην εξελικτική τους πορεία μέσα στο χρόνο.

Ο στιγματισμός είναι απόρροια μιας εντοπισμένης «διαφοράς» μεταξύ του γενικού συνόλου ως προς μία στοχοποιημένη ομάδα που χαρακτηρίζεται από αυτή τη «διαφορά» (π.χ. σωματικό βάρος, ψυχική ασθένεια, φυλή, οικονομικό υπόβαθρο κ.α.). Η ομάδα αυτή μπορεί να παρεκκλίνει του «φυσιολογικού» ή αποδεκτού, το οποίο διαμορφώνεται σε κάθε κοινωνία με διαφορετικά κριτήρια (σε κοινωνικό, οικονομικό, πολιτισμικό επίπεδο) και έχοντας αντίκτυπο σε διαφορετικές πτυχές της ζωής του κάθε ατόμου. Για παράδειγμα, η ψυχική ασθένεια, αναλόγως τη γεωγραφική θέση, μπορεί να επηρεάζει το άτομο επαγγελματικά ή να θέτει υπό αμφισβήτηση την ικανότητά του εκπλήρωσης οικογενειακών υποχρεώσεων και προσδοκιών για αυτό, σύμφωνα με τις αναφορές που κάνει η Doblyte (2020) στη μελέτη της. Επομένως, προκειμένου να αλλάξουν, είναι απαραίτητη μια στροφή στον τρόπο σκέψης των μελών της κοινωνίας συλλογικά, με την εγκατάλειψη προκαταλήψεων και αρνητικών στερεότυπων.

2.2. ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η ψυχική ασθένεια συνοδεύεται από το στιγματισμό των ψυχικά ασθενών, που οδηγεί συχνά στην περιθωριοποίηση, την αποξένωση και την πρόκληση συναισθημάτων ντροπής των πασχόντων (Grover et al., 2020).

Η Doblyte (2020), μελετώντας την επιρροή του κοινωνικού στιγματισμού έναντι της ψυχικής ασθένειας και την αναζήτηση βοήθειας από τους πάσχοντες για την αντιμετώπιση αυτής, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα πως στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, προηγούμενα μέλη της πρώην Γιουγκοσλαβικής Ένωσης, ο κύριος λόγος αποτροπής είναι η ανησυχία αποξένωσής τους από το κοινωνικό σύνολο.

Οι Ghai, et al. (2013) σε μελέτη τους αναφορικά με τη ντροπή και το στίγμα όσον αφορά την ψυχική υγεία, συμπεραίνουν πως οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν ψυχικά ασθενείς, συνειδητά ή ασυνείδητα συνεισφέρουν στη διαίωνιση της προκατάληψης έναντι των ψυχικά ασθενών, καθώς οι ίδιοι δε διακρίνονται από αντικειμενικότητα για τους ασθενείς αυτής της κατηγορίας παθήσεων, ενώ θα έπρεπε να τους προασπίζουν από αυτά τα κοινωνικά στερεότυπα που τους ζημιώνουν περισσότερο, μέσω της αποξένωσής τους από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Οι Bates & Stickley (2013) στο έργο τους για τη θέση των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην αντιμετώπιση του στίγματος, παροτρύνουν τους νοσηλευτές να προστατεύσουν τους ψυχικά ασθενείς, πιέζοντας για τη διαμόρφωση πολιτειακών νόμων και πρωτοκόλλων, που θέτουν στο επίκεντρο την προαγωγή της υγείας του ασθενή. Προκειμένου να καταστεί εφικτό κάτι τέτοιο, είναι βασικό να μη δέχονται επιρροές από στερεότυπα και προκαταλήψεις επί του θέματος και, ως επακόλουθο, για να συμβεί κάτι

τέτοιοι οι επαγγελματίες υγείας χρειάζονται ενισχυμένο γνωστικό υπόβαθρο, ώστε να συνηγορούν υπέρ των ασθενών τους.

Οι Kim et al. (2011), σε μελέτη τους εικάζουν πως υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη ντροπή και την κατάθλιψη και συστήνουν την περαιτέρω ανάλυσή της πρώτης για την εν τω βάθει κατανόηση της συμπτωματολογίας (της κατάθλιψης). Παρόμοια ευρήματα συναντώνται από τους Sullivan et al. (2020), οι οποίοι σε μελέτη που διεξήχθη σε έφηβους μαθητές λυκείου, εντόπισαν πως το αίσθημα της ντροπής ενοχοποιείται για ψυχολογική δυσχέρεια και αισθήματα μη ικανοποίησης για τη ζωή, άμεσα συνδεδεμένα με καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία.

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Ferreira et al. (2020) όπου αξιολογούνταν η εσωτερική και εξωτερική ντροπή (μέσω της κλίμακας EISS), παρατηρήθηκε συσχέτιση με ενδεικτικά συμπτώματα κατάθλιψης και μάλιστα οι γυναίκες σημείωσαν μεγαλύτερα σκορ και στις δύο κατηγορίες.

Παράλληλα, έχοντας ταυτοποιηθεί ο ρόλος της ντροπής σε ψυχολογικές διαταραχές εξετάστηκε η διαχείρισή της ως εξυγιαντικός παράγοντας. Ο Alvarez (2020) διερεύνησε την αντίσταση στη ντροπή ως μέσο αντιμετώπισης της κατάθλιψης, με θετικά αποτελέσματα, και προτείνει στο πλάνο φροντίδας να συμπεριλαμβάνεται η διδασχή της (αντίστασης στη ντροπή) στους ασθενείς. Ακόμη, σε μια πρωτότυπη μελέτη από τους Wang et al. (2020), τα χαμηλά επίπεδα επιρρέπειας προς τη ντροπή αναγνωρίζονται ως θεραπευτικά για τα συμπτώματα της διαταραχής του κοινωνικού άγχους (SAD), όπου οι πάσχοντες τείνουν να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά.

Βέβαια, η ντροπή μπορεί να μην αφορά κάποιον ασθενή. Μία εξαιρετικά επιβαρυνμένη ομάδα ανθρώπων στο χώρο της υγείας είναι οι συγγενείς που έχουν αναλάβει τη φροντίδα ανοϊκών ασθενών, οι οποίοι εκδηλώνουν, μεταξύ άλλων, συναισθήματα ντροπής που πηγάζουν από τη

συμπεριφορά των εξαρτωμένων σε αυτούς ασθενείς (π.χ. επιθετικότητα). Η συνεργασία τους με καταρτισμένο νοσηλευτικό προσωπικό συνέβαλε στην ικανοποίησή τους (Rongstad et al., 2020), γεγονός που αναδεικνύει για άλλη μια φορά το ρόλο της εξειδικευμένης γνώσης στη φροντίδα των ασθενών.

Ο Blum (2008), σε ανασκόπηση του που πραγματοποιήθηκε με θέμα εξέτασης τους όρους «ντροπή» και «ενοχή» οδηγήθηκε στο συμπέρασμα πως πρόκειται για μια ισχυρά συνδεδεμένη δυάδα που συχνά απαντάται μετατραυματικά σε ασθενείς και προτείνει την προσεκτική ανάλυση της συμπεριφοράς τους προκειμένου να εντοπιστεί η ύπαρξη αυτής και να αντιμετωπιστεί.

2.3 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

2.3.1 ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ HIV

Άλλο ένα εμπόδιο, που οφείλεται σε αμφίδρομα αισθήματα ντροπής μεταξύ υγειονομικών υπαλλήλων και ασθενών, είναι η συζήτηση «ταμπού» θεμάτων όπως αυτό της σεξουαλικής ζωής των ασθενών σε συνάρτηση με την ασθένειά τους. Εν μέρει, μπορεί να οφείλεται στην ιδιαίτερη φύση του ζητήματος και τον πολύ προσωπικό χαρακτήρα αυτού (Traumer, Jacobsen και Laursen, 2018) για κάποιους ασθενείς και επαγγελματίες. Άλλοι όμως ασθενείς, που ήταν πρόθυμοι να μοιραστούν το πρόβλημά τους με το γιατρό τους, οδηγήθηκαν σε συναισθήματα ντροπής και συστολής από την αντιμετώπιση που έλαβαν από αυτόν, με αποτέλεσμα η απόρριψη αυτή να εκδηλώνεται με την αποδυνάμωση ή και καταστροφή της δέουσας σχέσης

εμπιστοσύνης, απαραίτητης, κατά την Kari Martinsen, για την ομαλή συνεργασία μεταξύ πομπών και δεκτών υγειονομικής φροντίδας (Traumer, Jacobsen and Laursen, 2018). Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη στη Δανία από τους Jacobsen, Laursen και Traumer (2018), προέκυψε ότι οι επαγγελματίες υγείας επιβάλλεται όχι μόνο να μην απορρίπτουν τις νύξεις των ασθενών τους σε ζητήματα σεξουαλικής φύσεως, αλλά να είναι σε θέση να διακρίνουν ασθενείς που χρειάζονται καθοδήγηση σχετικά με αυτό το θέμα και να δημιουργούν ευκαιρίες για αυτούς να μοιραστούν τους προβληματισμούς τους μαζί τους, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας ζωής τους.

Σε μία έρευνα που διεξήχθη σε δύο πόλεις της Νότιας Αφρικής από τους Duby et al. (2018), λήφθηκαν συνεντεύξεις από υπαλλήλους του υγειονομικού κλάδου, οι οποίοι κλήθηκαν να εκφράσουν τις απόψεις τους και να περιγράψουν τη συμπεριφορά τους απέναντι σε άτομα που ανήκουν στις εξής ομάδες του πληθυσμού: ομοφυλόφιλους άνδρες, εκδιδόμενες γυναίκες και χρήστες ναρκωτικών ουσιών (ομάδες υψηλού κινδύνου για προσβολή με τον ιό HIV). Αντίστοιχα, ζητήθηκε από μέλη των ομάδων αυτών να μοιραστούν τις εμπειρίες τους σχετικά με την αναζήτηση και λήψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Τα ευρήματα υποδεικνύουν αφενός, το ελλειμματικό γνωστικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο των υγειονομικών υπαλλήλων αναφορικά με την ορθή εξειδικευμένη φροντίδα που χρειάζονται αυτές οι πληθυσμιακές ομάδες (όπως αναγνωρίζουν οι ίδιοι οι υγειονομικοί υπάλληλοι) και αφετέρου, τον χαρακτηρισμό των ιατρικών εμπειριών τους, από τις εν λόγω πληθυσμιακές ομάδες, ως ντροπιαστικές και εξευτελιστικές, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την υγειονομική περίθαλψη εντελώς ή να αποκρύπτουν σημαντικές πληροφορίες από τους υπαλλήλους. Συμπερασματικά, οι ερευνητές προτείνουν την εν τω βάθει εξέταση και

διαμόρφωση του υγειονομικού περιβάλλοντος και των πολιτικών του, ώστε η υγειονομική φροντίδα να παρέχεται σε όλους ισάξια (Duby et al., 2018).

Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Wahed et al. (2017) αναφορικά με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία εκδιδόμενων γυναικών σε μία πόλη του Μπαγκλαντές, το αίσθημα της ντροπής στο να τους παραχθεί φροντίδα εντοπίστηκε ως ο κυριότερος λόγος, μετά την οικονομική δυσχέρεια, με το ποσοστό να ξεπερνά το 50%, ενώ αμέσως μετά καταγράφονται η απροθυμία των υγειονομικών υπαλλήλων να τις εξυπηρετήσουν και η εμπειρία τους με αρνητικές και εχθρικές συμπεριφορές από τους επαγγελματίες υγείας εις βάρος τους, με αντίστοιχα υψηλά ποσοστά (40% και 25% αντίστοιχα).

Οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών εξαιτίας του στιγματισμού στον οποίο υποβάλλονται από την κοινωνία, αλλά κυρίως από τους υγειονομικούς υπαλλήλους, θα αποφύγουν να αναζητήσουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, καθώς υπό τις συνθήκες αυτές κινδυνεύουν να εντείνουν την προς αυτούς αθέμιτη συμπεριφορά (Kerr et al., 2014). Ένας ακόμη συμβάλλων παράγοντας με μεγάλη βαρύτητα στην επιλογή χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών να μην αναζητήσουν αρωγή για να υποστηριχθούν στον εθισμό τους ιατροφαρμακευτικά, είναι η προηγούμενη έκθεσή τους σε ρατσιστικά βιώματα, όπως η άρνηση υγειονομικών φορέων να τους παράσχουν την αιτηθείσα φροντίδα, ένα φαινόμενο που εκδηλώνεται σε πολλά κράτη της περιοχής Ασίας-Ειρηνικού (Asia-Pacific/APAC) (Kerr et al., 2014).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, όπου η κρίση των οπιοειδών ξεκίνησε και εξακολουθεί να εξαπλώνεται προοδευτικά με σταθερούς ρυθμούς, ο στιγματισμός κατά των χρηστών ναρκωτικών ουσιών δεν απουσιάζει από το χώρο της υγείας, ανεξαρτήτως γεωγραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων εντός της χώρας (Biancarelli et al., 2019). Σε

έρευνα που πραγματοποίησαν πρόσφατα οι Biancarelli et al. (2019) με δείγμα χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών στις Η.Π.Α., για άλλη μία φορά εντοπίζονται οι συμπεριφορές αποκλεισμού και στιγματισμού στον πυρήνα της συνειδητής αποφυγής λήψης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επακόλουθο της οποίας είναι μια αλυσίδα δυσμενών καταστάσεων σε πολλαπλά επίπεδα. Επεξηγηματικά, ξεκινάει ένας φαύλος κύκλος, όπου η απουσία προληπτικών ενεργειών (όπως η αξιοποίηση υπαρχουσών υγειονομικών υπηρεσιών), επιτρέπει την εκδήλωση χειρότερων καταστάσεων (π.χ. δερματικών φλεγμονών που είναι συχνά ο λόγος που οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών ουσιών αξιοποιούν υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής βοήθειας), οι οποίες είναι πιο πολύπλοκες και η θεραπεία τους πιο δαπανηρή, όπως επίσης αυξημένος είναι και ο κίνδυνος ο ασθενής εν τέλει να καταλήξει. Κατ' αυτόν τον τρόπο, εγείρεται και το ζήτημα του αρνητικού οικονομικού αντίκτυπου του αισθήματος της ντροπής στις υγειονομικές υπηρεσίες (Jones & Crossley, 2012), αλλά και γενικότερα (είτε πρόκειται για αυξημένα προσωπικά έξοδα του ασθενή, είτε ακόμη και για επιβαρύνσεις στην ευρεία κλίμακα του κρατικού προϋπολογισμού), εξαιτίας της μη συμμόρφωσης με τα θεραπευτικά πλάνα και τις φαρμακευτικές αγωγές, που συχνότερα παρά σπανιότερα είναι δαπανηρά.

Σε έρευνα που διεξήχθη από την Stringer και τους συνεργάτες της (2015), στην κλειστή πουριτανική κοινωνία που χαρακτηρίζει τις νοτιότερες πολιτείες των Η.Π.Α., σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά στιγματισμού και προκαταλήψεων από τους υγειονομικούς υπαλλήλους με αποδέκτες ανθρώπους φορείς του HIV, ενώ παράλληλα υπογραμμίστηκε η ανάγκη εγκατάλειψης των αρνητικών στερεοτύπων προκειμένου οι υγειονομικοί υπάλληλοι να συμμετέχουν ενεργά στην εκστρατεία δημιουργίας ενός

περιβάλλοντος όπου οι άνθρωποι με HIV θα έχουν τη δυνατότητα να αισθάνονται ευπρόσδεκτοι και ασφαλείς.

Ένα άλλο παράδειγμα αρνητικών συμπεριφορών έναντι χρηστών ναρκωτικών, με θήτες προπτυχιακούς νοσηλευτές καταγράφεται σύμφωνα με έρευνα τους που πραγματοποιήθηκε με δείγμα Ταϊλανδούς σπουδαστές (όπως αναφέρουν οι Kerr et al., 2014). Παρόμοια μελέτη που διεξήχθη ανάμεσα σε φοιτητές ιατρικής και οδοντιατρικής στη Μαλαισία, ανέδειξε επίσης την αλληλεπιδρώσα σχέση μεταξύ μικρότερου έτους σπουδών και προκατειλημμένης συμπεριφοράς έναντι ανθρώπων φορέων του HIV/AIDS ή ανθρώπων που κινδυνεύουν περισσότερο να κολλήσουν τον ιό (π.χ. ομοφυλόφιλοι άνδρες), σημειώνοντας χαρακτηριστικά ότι το αίσθημα ντροπής των αυριανών υγειονομικών, εξαιτίας της συσχέτισής τους με τις εν λόγω μειονοτικές ομάδες, λειτουργεί αποτρεπτικά ως προς τη διάθεσή τους να προσφέρουν τη βοήθειά τους (Earnshaw et al., 2014).

Σε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των Bennett et al. (2015) σχετικά με το αίσθημα της ντροπής σε ανθρώπους που ζουν με λοίμωξη HIV/AIDS (PLWH), εγείρονται ευρήματα που υποδεικνύουν το αίσθημα της ντροπής ως άμεσα συσχετιζόμενο με καταθλιπτική συμπτωματολογία, χαμηλότερο ποσοστό αξιοποίησης ιατρικής φροντίδας και χειρότερης σωματικής υγείας ασθενών με HIV/AIDS. Σε μια αναλυτικότερη παράθεση των άνωθεν στοιχείων, εστιάζοντας στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, φαίνεται πως το συναίσθημα της ντροπής αποτελεί τον κυριότερο λόγο παρεμπόδισης ασθενών με HIV να λάβουν μέρος σε υπό επιτήρηση προγράμματα εγχύσεων και κλινικών θεραπευτικών δοκιμών, όπως επίσης παρατηρήθηκε πως σε αυτό (αίσθημα ντροπής), καταλογίζεται και η ασυνεπής ακολουθία της θεραπείας, άπαξ και ξεκινήσουν κάποια μορφή αυτής (Bennett et al., 2015).

Ένα κριτήριο αντίληψης της ντροπής μπορεί να είναι και το οικονομικο-κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης στο Μπαγκλαντές, ενδιαφέρουσες γυναίκες διστάζουν να αξιοποιήσουν τις προσιτές μαιευτικές υπηρεσίες που παρέχονται, διότι (μεταξύ άλλων) ντρέπονται (Akhter et al., 2020). Στην Ινδονησία, μέλλουσες μητέρες φορείς του HIV, παρά την ισχυρή διάθεση να λάβουν εξειδικευμένη φροντίδα, κωλύονται εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού και της επικριτικής στάσης των επαγγελματιών υγείας (Davies & Najmah, 2020), με αποτέλεσμα να μη λαμβάνεται θεραπεία και να πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης στο νεογνό, σε μια χώρα που μαστίζεται από τη νόσο.

2.3.2. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων που συγκεντρώνει υψηλά ποσοστά ντροπής είναι οι υπέρβαροι και παχύσαρκοι ασθενείς. Πληθώρα μελετών αναγνωρίζουν και επιβεβαιώνουν την ύπαρξη προκαταλήψεων και συμπεριφορών στιγματισμού από το προσωπικό έναντι υπέρβαρων ασθενών στο χώρο της υγείας, όπως επίσης είναι εξακριβωμένη και αναγνωρισμένη η συνεισφορά και επιρροή αυτής της στάσης αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες προς τους ασθενείς στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους, την ενίσχυση αρνητικών στερεότυπων και τη γενικότερη επίδραση στην πορεία της υγείας των ασθενών. Η προκατάληψη έναντι υπέρβαρων ανθρώπων μπορεί να πηγάζει και από την πεποίθηση ότι όσοι είναι υπέρβαροι είναι ανίκανοι να ελέγξουν τον εαυτό τους και να θέσουν όρια σε αυτόν, όπως επίσης τους προσάπτονται αρνητικά χαρακτηριστικά όπως η σκνηρία, η έλλειψη κίνητρου και η μη συμμόρφωση με θεραπευτικά πλάνα (Forhan & Salas, 2013).

Ακόμη, σύμφωνα με ευρήματα σχετικών ερευνών, εξαιτίας της υπάρχουσας προκατάληψης και του κοινωνικού στιγματισμού εναντίον τους, υπέρβαροι ασθενείς καταφεύγουν σε δραστικότερα μέσα θεραπείας όπως τη βαριατρική επέμβαση, παρά τα υψηλότερα ποσοστά κινδύνου να χάσουν τη ζωή τους (13% ποσοστό θνησιμότητας), σε σύγκριση με προσεγγίσεις όπως η αλλαγή διατροφικών συνηθειών και η σωματική άσκηση, των οποίων τα αποτελέσματα είναι πιο μακροπρόθεσμα (Forhan & Salas, 2013). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Schwartz et al. (2003), φαίνεται πως οι υγειονομικοί υπάλληλοι ειδικευμένοι στη φροντίδα υπέρβαρων ασθενών μπορεί να χαρακτηρίζονται από υποβόσκουσες προκαταλήψεις που επιδρούν ασυνείδητα στον τρόπο συμπεριφοράς τους προς τους ασθενείς (σε αντιπαράθεση με υγειονομικούς υπαλλήλους σε άλλους τομείς που δε θεωρούν απαραίτητως αντιδεοντολογική την αρνητική αντιμετώπιση παχύσαρκων ανθρώπων) (Forhan & Salas, 2013). Επιπροσθέτως, οι προαναφερθέντες ξεχωρίζουν το νεαρό της ηλικίας ως τον ισχυρότερο παράγοντα προδιάθεσης σε ασυναίσθητες προκαταλήψεις κατά των παχύσαρκων ατόμων, αναδεικνύοντας τη σημασία εξέτασης του ζητήματος του στιγματισμού σε εκπαιδευτικό επίπεδο. Αυτά τα δεδομένα περί εστίασης στο στάδιο φοίτησης των αυριανών υγειονομικών υπαλλήλων, έρχονται να επικυρώσουν και να επαυξήσουν τα αποτελέσματα άλλων μεταγενέστερων μελετών, όπου παρατηρήθηκε μια αναλογική σχέση αύξησης και μείωσης προκατειλημμένων αντιλήψεων κατά της παχυσαρκίας σε σύγκριση με το βαθμό προσωπικής ευθύνης του κάθε υπέρβαρου ασθενή. Επεξηγηματικά, όταν το μαθησιακό υλικό ήταν εστιασμένο σε προδιαθεσικούς παράγοντες παχυσαρκίας εντός του ελέγχου του εκάστοτε ατόμου, υπήρχε αύξηση των προκαταλήψεων έναντι αυτών. Από την άλλη πλευρά, όταν η διδασκαλία των μαθητών ήταν επικεντρωμένη σε προδιαθεσικούς παράγοντες εκτός επιρροής

από τους πάσχοντες (π.χ. γονιδιακοί και περιβαλλοντικοί), σε ευρήματα σχετικών μελετών, σημειώθηκε μείωση των προκαταλήψεων (Forhan & Salas, 2013).

Η Pause (2014), σε άρθρο της που εστιάζεται στα εμπόδια με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι παχύσαρκοι ασθενείς στην αναζήτησή τους για ποιοτική ιατρική περίθαλψη, υπογραμμίζει τη σημασία του στίγματος και του συνοδού αισθήματος ντροπής, ως αποτρεπτικού παράγοντα σε αυτή την αναζήτηση ή ακόμη και λήψη της όταν αυτή ζητηθεί. Μάλιστα, οι παχύσαρκοι άνθρωποι λογίζονται ως μοναδικοί υπεύθυνοι για την κατάσταση της υγείας τους και όποιο άλλο πρόβλημα παρουσιαστεί βαραίνει αποκλειστικά τους ίδιους και τους αξίζει, σε σύγκριση με δευτεροπαθή προβλήματα που εντοπίζονται σε άλλες ασθένειες. Με φόντο τον κοινωνικό περίγυρο που απαντάται στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, όπου διαρκώς γίνονται υποδείξεις για ένα πιο αδύνατο σώμα ως το μέσο γειτνίασης στην υγιή κατάσταση, η άλλη όψη των παρεπόμενων συννοσηροτήτων της παχυσαρκίας είναι, πως κάθε άλλο πρόβλημα υγείας που μπορεί να παρουσιαστεί οφείλεται στο σωματικό βάρος ανεξαιρέτως, και η απώλεια βάρους θεωρείται πανάκεια και ορίζεται ως μοναδική θεραπεία χωρίς περιθώρια αμφισβήτησης, ακόμη και από τους επαγγελματίες. Με βάση, λοιπόν, όλα τα προαναφερθέντα γίνεται έκκληση προς τους υγειονομικούς υπαλλήλους να απέχουν από συμπεριφορές στιγματισμού εγκαταλείποντας προσωπικές προκαταλήψεις και να παραμένουν ενημερωμένοι επικαιροποιώντας τις γνώσεις τους σχετικά με την αντιμετώπιση περιστατικών υπέρβαρων ασθενών, καθώς βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της μάχης με την επιδημία της παχυσαρκίας.

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Mensinger, et al. (2018), υποδεικνύουν πως ο υψηλότερος Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) αποτελεί

μέρος μιας πολυπαραγοντικής αλυσιδωτής αιτιολογίας αποφυγής αναζήτησης παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά στιγματισμού των ανθρώπων αυτών σχετικά με το σωματικό τους βάρος είναι υψηλότερα, με συνέπεια να βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθήματα ντροπής και ενοχής αναφορικά με τα κιλά τους, τα οποία εν συνεχεία πυροδοτούσαν υψηλά επίπεδα άγχους ως προς την υγειονομική φροντίδα, ώστε, εν τέλει, να αποφεύγεται η λήψη αυτής εξ' ολοκλήρου (Mensing, et al., 2018). Αναφορές για αρνητική αντιμετώπιση υπέρβαρων ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας υπάρχουν καταγεγραμμένες εδώ και δεκαετίες, όπως για παράδειγμα αυτές από τον Najman και συνεργατών το 1982 (Mensing, et al., 2018). Ακόμη, πληθώρα ερευνών, ενδεικτικές των οποίων αποτελούν αυτές των Grassley & Merrill (2008), της Pause (2014) και των Lee & Pause (2016), καταλήγει στο συμπέρασμα πως όσο η σχέση των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας διακρίνεται από εμπιστοσύνη και σεβασμό, τόσο πιο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς και τόσο καλύτερη η πορεία και έκβαση του θέματος για το οποίο αναζήτησαν ιατρική περίθαλψη (Mensing, et al., 2018). Επομένως, αναδεικνύεται για άλλη μια φορά, η σημασία της καλής αλληλεπίδρασης ασθενών με την υγειονομική ομάδα στη συνεργασία για την επίτευξη του κοινού στόχου διασφάλισης και προαγωγής της υγείας (Mensing, et al., 2018).

Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε σύνδεση μεταξύ του αισθήματος της ντροπής όσον αφορά το σωματικό βάρος στις γυναίκες και την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, που εκδηλώνονται κυρίως με συμπτώματα διαταραχής επεισοδιακής υπερφαγίας (Binge Eating Disorder ή BED) (Craven & Fecete, 2019). Ακόμη, η ντροπή επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αντίληψη παχύσαρκων ασθενών για την εικόνα τους και ως συνέπεια την ποιότητα ζωής τους (Sasani et al., 2020). Οι Rodriguez-Gazquez et al. (2020)

κάνουν λόγο για ύπαρξη διακρίσεων προς τους παχύσαρκους ασθενείς και έλλειψη αμοιβαίας εμπιστοσύνης ανάμεσα σε αυτούς και τους θεράποντες τους που μεταφράζονται σε αλλοιωμένη ποιότητα φροντίδας. Η ντροπή μπορεί να δράσει ως ανακλητικός παράγοντας στην αναζήτηση θεραπείας ή ιατρικής περίθαλψης, όπως για παράδειγμα, ασθενείς που ξαναπήραν βάρος έπειτα από βαριατρική επέμβαση δίστασαν να επικοινωνήσουν με επαγγελματίες υγείας για την αντιμετώπιση του προβλήματος (Tolvanen et al., 2020).

Κατ' αυτόν τον τρόπο λοιπόν, το συναίσθημα της ντροπής ενοχοποιείται για την αμέλεια ιατρικών συμβουλευτικών, την αντιπαράθεση με το υγειονομικό προσωπικό και τη μη έγκυρη αναφορά σημαντικών συμπτωμάτων από τους αποδέκτες ιατρικής περίθαλψης σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Lazare εδώ και δεκαετίες (Jones & Crossley, 2012).

2.3.3 ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Οι Skar & Soderberg (2011) σε έρευνα που πραγματοποίησαν αναφορικά με αρνητικές εμπειρίες ανδρών ασθενών στο χώρο της υγείας, καταλήγουν στο γεγονός πως οι ασθενείς έχουν πολύ στενά περιθώρια επιρροής στις συνδιαλέξεις τους με τους επαγγελματίες υγείας, όπου έχουν βιώσει τη ντροπή και το άγχος μεταξύ άλλων συναισθημάτων, γεγονός που υποβαθμίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον (PD), η ντροπή έρχεται να προστεθεί σε μια σειρά συμπτωμάτων, όπως τα κινητικά προβλήματα που συνεπάγεται η νόσος και η κλιμακούμενη ελάττωση της αυτονομίας. Η ντροπή συχνά προσπερνιέται και δεν αντιμετωπίζεται, με αποτέλεσμα να

δημιουργηθούν ψυχολογικές διαταραχές στον ασθενή, που κυμαίνονται από άγχος και αποξένωση μέχρι και αυτοκτονικό ιδεασμό, άρα σαφώς δεν πρέπει να υποτιμάται (Angulo et al., 2019).

Οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις του αισθήματος της ντροπής εντοπίζονται σε ανθρώπους που πάσχουν από τη δερματική πάθηση της ψωρίασης, όπως προκύπτει από τη σχετική έρευνα των Homayoonetal et al. (2020). Οι ερευνητές τονίζουν πως η ντροπή που αισθάνονται οι ασθενείς εξαιτίας των συμπτωμάτων της κατάστασής τους που εκδηλώνονται στο δέρμα τους, σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτοπεποίθησή τους εξαιτίας αυτών, τους ασκεί μεγάλη ψυχολογική πίεση και τους υποβάλλει σε υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία με τη σειρά τους συμβάλλουν στην υποτροπή, την επανεμφάνιση και την ένταση των εκδηλώσεων της νόσου, βλάπτοντας περαιτέρω την ψυχική υγεία των ασθενών και υποβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής τους. Σε σχετική έρευνα των Aberer et al. (2020) καταγράφηκαν υψηλά ποσοστά ντροπής σε ασθενείς με δερματικές παθήσεις, ειδικά όταν τα συμπτώματά τους ήταν σε εμφανές σημείο (π.χ. ψωρίαση, έκζεμα) και μακροχρόνια. Ακόμη, οι Rzepa et al. (2013) παραθέτουν ευρήματα για μεγάλα ποσοστά ντροπής σε ανθρώπους με δερματικές βλάβες στη βουβωνική χώρα ως συμπτωματολογία σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (συμπεριλαμβανομένου του HIV) (Aberer et al., 2020). Σε αυτή την περίπτωση συνυπάρχουν ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση του ασθενή με τη δερματική πάθηση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Aberer et al., 2020).

Οι Kerstens et al. (2019) σε σχετική μελέτη, εντόπισαν τη ντροπή μεταξύ άλλων αρνητικά φορτισμένων συναισθημάτων (π.χ. φόβος) τα οποία συντρέχουν με τις σωματικές εκφάνσεις της ασθένειας ανθρώπων διαγνωσμένων με κληρονομική σπαστική παραπληγία (HSP).

Επομένως, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να υιοθετεί μια κατανοητική στάση απέναντι στον ασθενή και να προφυλάσσει την αξιοπρέπειά του, καθώς και να υπολήπτεται των εμπειριών των ασθενών, χρησιμοποιώντας αυτές τις πληροφορίες, ώστε να βελτιωθούν στο χώρο εργασίας, αλλά και αξιοποιώντας τις ως εκπαιδευτικό υλικό σε προπτυχιακό επίπεδο (Skar & Soderberg, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ

ΥΓΕΙΑΣ

3.1. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟ ΛΑΘΟΣ

Ο Jarvis (2016) σε μελέτη του που πραγματοποίησε σχετικά με τη ντροπή και την θεσμική σταθερότητα, με αφορμή ένα άρθρο που δημοσιοποιήθηκε το 1999 από το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine/ IOM), στο οποίο άρθρο γίνεται λόγος για την πληθώρα θανάτων που οφείλονται σε ιατρικά λάθη, οδηγείται στο συμπέρασμα πως οι ιατροί κατά την διάρκεια εκπαίδευσής τους και άσκησης του επαγγέλματός τους, διαμορφώνουν την επαγγελματική τους υπόσταση υπό το βάρος ενός θεσμοθετημένου αισθήματος ντροπής που τους αποτρέπει να αναγνωρίζουν τα ιατρικά λάθη. Πιο συγκεκριμένα, εντός, αλλά και εκτός, της ιατρικής κοινότητας, η ύπαρξη ακόμη ιατρικών λαθών και πόσο μάλλον η παραδοχή τους, εξισώνεται με σοβαρές κυρώσεις σε προσωπικό, επαγγελματικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (εξευτελισμός και απαξίωση-αμφισβήτηση των ιδίων προσώπων και των εργοδοτών τους ή και της επιστημονικής κοινότητας ως σύνολο). Επιπρόσθετα, όσοι αποπειρώνται να επανορθώσουν για αυτά, έρχονται αντιμέτωποι με πολύπλευρες προδεδικασμένες δυσμενείς επιπτώσεις, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η ελλιπής καταγραφή των ιατρικών λαθών εις βάρος και των δύο εμπλεκόμενων ομάδων - ασθενών και ιατρών – ισάξια (Jarvis, 2016).

Σε μια άλλη μελέτη των Sirriyeh et al. (2010), όπου πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (δημοσιευμένης μεταξύ 1980-2009), διερευνήθηκε το ψυχολογικό αντίκτυπο που έχουν τα ιατρικά λάθη στους

επαγγελματίες υγείας. Από την παραπάνω έρευνα προέκυψε πως οι αναφορές σε δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό του υγειονομικού προσωπικού (ως επακόλουθο ιατρικού λάθους) εμφανίζονται αδιαλείπτως και συμπεριλαμβάνουν αισθήματα ντροπής, ενοχής και εξευτελισμού μεταξύ άλλων (ευρύτερα: αμφισβήτησης του εαυτού, έλλειψη αυτοπεποίθησης και μεταβολή οπτικής συναδελφικών σχέσεων κ.α.). Επιπροσθέτως, πολλαπλές είναι οι αναφορές μεταφοράς καταθλιπτικών, ενοχικών και αισθημάτων ανησυχίας στην προσωπική ζωή, αλλά και εντός του επαγγελματικού χώρου σημειώνονται πλήγματα στην επαγγελματική ακεραιότητα και ικανότητα (του συμμετέχοντος σε ιατρικό λάθος), έλλειψη εμπιστοσύνης, αποξένωση από τους ασθενείς και μείωση του ενδιαφέροντος για αυτούς. Στον αντίποδα, υπάρχουν και θετικές εκφάνσεις από την αναγνώριση και συζήτηση ενός ιατρικού λάθους σε προσωπικό, διαπροσωπικό και διακλαδικό επίπεδο. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις σε προσωπικές πρακτικές και το ζήλο με τον οποίο αυτές ασκούνταν, σε συναδελφικές σχέσεις και στην ποιότητα της συνεργασίας, όχι μόνο από άτομο σε άτομο, αλλά και από τμήμα σε τμήμα και εν τέλει στον τρόπο λειτουργίας της δομής (νοσοκομειακής) εξ ολοκλήρου. Όπως αναγνωρίζει ο Kroll et al. (2008), η εποικοδομητική ενεργός ανατροφοδότηση (“constructive feedback”) αποτελεί σημαντικό παράγοντα αξιοποίησης του «λάθους» (“error”) στη μαθησιακή διαδικασία (ώστε να προληφθεί μελλοντική επανάληψή του) (Sirriyeh et al., 2010).

Αξίζει να σημειωθεί πως, παρά το γεγονός ότι το πληθυσμιακό δείγμα στην πλειοψηφία του απαγγέλλεται ιατρικής κατάρτισης (σε οποιοδήποτε σημείο της πορείας του, δηλαδή προ-δια- και μετεκπαιδευτικά), υπάρχει αντιπροσώπευση και του νοσηλευτικού κλάδου με εντοπισμένες ομοιότητες (αυτοκριτική και οικειοποίηση της ευθύνης) και διακριτές διαφορές ως προς την αντίδραση στο κλινικό σφάλμα, η κυριότερη εκ των οποίων (διαφορών)

αντικατοπτρίζεται με την τήρηση της δέσμευσής τους να αναφέρουν το περιστατικό παρά τις αυξημένες πιθανότητες να κατηγορηθούν για αυτό (Sirriyeh et al., 2010). Απλούστερα, οι νοσηλευτές θα παραδεχθούν το σφάλμα τους και θα το αναφέρουν, συχνότερα από ότι οι ιατροί το δικό τους, καθώς επίσης η γνώση αυτής της προαναφερθείσας ιδιοσυγκρασίας (των ιατρών) είναι χρήσιμη για το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο βρίσκεται σε στενή συνεργασία με τον ιατρικό κλάδο.

Καταληκτικά, λοιπόν, παροτρύνεται η επανεξέταση των θεσμών και προσδοκιών γύρω από το ζήτημα του «σφάλματος» εντός της ιατρικής κοινότητας, προκειμένου αφενός οι ιατρική ομάδα να έχει περιθώρια αναγνώρισης των σφαλμάτων και αφετέρου να συμβάλλει στην πρόληψη μελλοντικών λαθών μέσω της ορθής καταγραφής τους, εντός ενός κατανοητικού περιβάλλοντος, κάτι που προδιατίθεται από την εξ' αρχής διδασχή των ιατρών, όσο διαμορφώνουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, αλλά και την μεταβολή του θεσμικού πλαισίου (με τον παράγοντα «συναίσθημα» και ό,τι αυτός συνεπάγεται να λαμβάνεται υπόψιν), με απώτερο σκοπό το κοινό συμφέρον (Jarvis, 2016).

3.2. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΙΟΝΟΙΑ

Η ντροπή στον κλινικό χώρο, όπως και εντός των κοινωνιών γενικότερα, βιώνεται από όλους τους εμπλεκόμενους ανεξαιρέτως. Νοσηλευτές και νοσηλευόμενοι είναι συγκοινωνούντα δοχεία αυτής και μπορούν εξίσου να «υποφέρουν» από αυτήν. Όπως είναι φυσικό, λόγω του ότι εκτίθεται σωματικά και ψυχικά, ο ασθενής αναγνωρίζεται ως το πιο ευάλωτο μέλος στο συγκεκριμένο πλαίσιο, με αποτέλεσμα οι έρευνες να εστιάζονται στη δική του

οπτική, όμως και οι υγειονομικοί επιβαρύνονται ψυχικά με το εν λόγω συναίσθημα, όπως πρώτα από όλους ισχυρίστηκε ο Lazare (Lyons & Dolezal, 2017). Ο Gilbert στο έργο του αντιπαραβάλλει τη ντροπή και τη συμπόνοια, προτείνοντας την συμπόνοια ως αντίδοτο της ντροπής. Εκεί όπου η ντροπή επιφέρει διαχωρισμό, περιθωριοποίηση, αποξένωση, εχθρικότητα και αποστροφή, η συμπόνοια αναλαμβάνει δράση ως πολέμια αυτών, προάγοντας την κατανόηση, τη σύνδεση, την υποστήριξη, την συμπερίληψη και τη συνεργασία (Lyons & Dolezal, 2017).

Μια πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Kotera, et al. (2020), με δείγμα φοιτητές νοσηλευτικής, υπέδειξε θετική συσχέτιση μεταξύ συναισθημάτων ντροπής και ψυχικής ασθένειας, και αρνητική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής νόσου και «συμπόνιας προς τον εαυτό» (“self-compassion”). Ως εκ τούτου, ενθαρρύνεται η διδασχή της «αυτό-φροντίδας» (μέσω της «αυτό-συμπόνιας») στους εκπαιδευόμενους και εκπαιδευμένους νοσηλευτές, με σκοπό την αντιμετώπιση συναισθημάτων όπως η ντροπή και η ενοχή που είναι άμεσα συνδεδεμένα με την ψυχική νόσο.

3.3. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι Vuokila-Oikkonen, Janhonen & Nikkonen (2002) σημειώνουν πως το συναίσθημα της ντροπής είναι εκ φύσεως παρόν και εγείρεται σε διάφορες καταστάσεις εντός του πλαισίου της υγειονομικής περίθαλψης, συμπληρώνοντας πως οι επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας, συχνά βιώνουν τη ντροπή ως επακόλουθο της συναισθηματικά απαιτητικής και ηθικά πολύπλοκης φύσης της δουλειάς τους, με άμεσο αντίκτυπο στις

υπηρεσίες που προσφέρουν (όπως παραβάλλεται από τους Jones & Crossley, 2012).

Το κλινικό περιβάλλον επίσης συμβάλλει στην αντίληψη και αξιολόγηση της φροντίδας που παρέχεται, διότι σύμφωνα με τον Haigh (2002), σε μεγάλη συχνότητα οι εμπειρίες από ψυχιατρικές δομές σπανίως χαρακτηρίζονται ως θεραπευτικές, από ασθενείς και υγειονομικούς υπαλλήλους ομοίως (Jones & Crossley, 2012).

Επιπροσθέτως, η «τιτλοφόρηση» (“labelling”) και το αρνητικό αντίκτυπό της, παράλληλα με το στιγματισμό της ομάδας πασχόντων με ψυχικές ασθένειες, επεκτείνεται και στο συσχετιζόμενο υγειονομικό προσωπικό, κατά τον McKeown, ιδιαίτερα στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Jones & Crossley, 2012).

Η «ενεργή ανατροφοδότηση» (“feedback”) από τις προσωπικές εμπειρίες των ασθενών που χρήζουν ψυχιατρικής περίθαλψης θα μπορούσαν να αποτελέσουν ένα όπλο στη φαρέτρα του υγειονομικού προσωπικού, στο οποίο ανατίθεται ο σχεδιασμός και η παροχή φροντίδας για ένα τόσο λεπτό ζήτημα όπως είναι αυτό (Jones & Crossley, 2012).

Οι Baumann & Cummings (2021), σε άρθρο τους περί κατανόησης του αισθήματος της ντροπής ως εμποδίου, αναφέρονται σε αυτήν (ντροπή) ως ανακλητικό παράγοντα για την αναγνώριση, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του τραύματος (ψυχικού). Η ντροπή παραμένει συχνά ως κατάλοιπο ενός τραυματικού γεγονότος, καθιστώντας αυτό δύσκολο για τον πάσχοντα ασθενή να το μοιραστεί με τον θεράποντά του. Από την άλλη πλευρά, η «αντιπροσωπευτική ντροπή» (vicarious shame) που βιώνεται από τον θεράποντα και η συναισθηματική επιβάρυνση στην οποία επιβάλλεται εξαιτίας των αρνητικά φορτισμένων συναισθημάτων που την συνοδεύουν,

καθιστούν δύσκολο για τον θεράποντα να προβεί στις απαραίτητες ενέργειες για τον ασθενή του. Πιο συγκεκριμένα, τα προαναφερθέντα αποτρέπουν τις δύο πλευρές να προβούν σε αποτελεσματικό διάλογο για την ανάδειξη και επίλυση του προβλήματος, καθώς αφενός ο ασθενής αδυνατεί να ζητήσει βοήθεια και το προσωπικό αποφεύγει να κάνει τις άβολες μα απαραίτητες ερωτήσεις για να διαμορφωθεί το κατάλληλο πλάνο φροντίδας. Ακόμη, ο ασθενής μπορεί να εκλάβει αυτή τη στάση του ιατρού ως αδιαφορία, επομένως προκειμένου να αποφευχθούν περαιτέρω παρεξηγήσεις παροτρύνεται η ορθή επικοινωνία και μεταξύ τους συνεργασία, προϊόντα της επαρκούς εκπαίδευσης του προσωπικού (ιατρών, νοσηλευτών κ.α.) (Cummings & Baumann, 2021).

3.4. ΝΤΡΟΠΗ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Οι εκπαιδευόμενοι ιατροί στην πρακτική τους συχνά έρχονται αντιμέτωποι με ένα τοξικό περιβάλλον που τους μετατρέπει σε «κατηγορούμενους» και αντικείμενα εξευτελισμού και ντροπής, στο όνομα της εκμάθησης και διδασχής τους, με αποτέλεσμα να πληγώνεται ο ψυχισμός τους και να επισφραγίζεται η ύπαρξη ενός συστήματος που δεν εξυπηρετεί ούτε τους γιατρούς, ούτε τους ασθενείς, ούτε το πλαίσιο στο οποίο αυτοί αλληλεπιδρούν (Lin & Liang, 2005). Παρομοίως, οι ειδικευόμενοι ιατροί επιδέχονται σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία καθώς το περιβάλλον και η κουλτούρα του, έτσι όπως είναι διαμορφωμένα, τους έχουν εντυπώσει κάποιες αρχές ότι οφείλουν να είναι αλάθητοι και να επωμίζονται την ευθύνη εσωτερικεύοντας τα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν βαθιά αυτό-αμφισβήτηση και ενοχή.

Σε μία πρόσφατη μελέτη τους η Boehm και οι συνεργάτες της (2019) εξέτασαν την διδασκαλία εκπαιδευόμενων πλαστικών χειρουργών στον Καναδά με την τακτική «ντροπιασμού» και «κατηγορίας» τους (“Shame-Blame Learning”). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε υποβληθεί σε καταστάσεις, όπου κάποιος ιεραρχικά ανώτερος από αυτούς τους προκάλεσε ντροπή, είτε λόγω λανθασμένης απάντησης που έδωσαν ως ειδικευόμενοι, είτε λόγω ασυμφωνίας που είχαν στον κλινικό χώρο ως επιμελητές, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο πλήγμα να έχει δεχθεί η αυτοπεποίθηση των ειδικευόμενων χειρουργών. Στον αντίποδα, μια μικρή μερίδα των συμμετεχόντων αντιπαραβάλλει την άποψη πως αυτή η τακτική είναι αποδοτική ως εργαλείο εκμάθησης, καθώς λόγω του ότι αφήνει τους αποδέκτες εκτεθειμένους σε αρνητικά συναισθήματα, υπηρετεί ως ισχυρή υπενθύμιση, ώστε να επιδείξουν μεγαλύτερη προσοχή την επόμενη φορά προς αποφυγή του να βρεθούν στην ίδια θέση ξανά.

Η ντροπή μελετήθηκε μεταξύ προπτυχιακών φοιτητών ιατρικής (μελλοντικών επαγγελματιών υγείας), όπου διαπιστώθηκε η ύπαρξη μιας σύνθετης πολυπαραγοντικής αιτιολογίας (προσωπικής, περιβαλλοντικής, κοινωνικής φύσης), η οποία διαμορφώνει το συναίσθημα και πυροδοτεί δυσάρεστες αντιδράσεις (Bynum et al., 2020). Συνιστούν λοιπόν, ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον χαρακτηριζόμενο από αλληλεγγύη, δεκτικότητα, πνευματική καλλιέργεια και απουσία εσκεμμένης γελοιοποίησης, με στόχο την ψυχική ισορροπία των αποφοίτων που θα εργαστούν σε έναν εξαιρετικά απαιτητικό χώρο. Παρόμοια ευρήματα, συναντώνται από την Miles (2020), η οποία σημειώνει πως οι φοιτητές που αισθάνονται ντροπή ή ανησυχούν μήπως την αισθανθούν αποφεύγουν την αλληλεπίδραση με καθηγητές και συμφοιτητές ή εκδηλώνουν εχθρική συμπεριφορά απέναντί τους. Προκειμένου λοιπόν να διασφαλιστεί η ακεραιότητά των ιδίων και των

ασθενών τους στην πορεία, είναι σημαντική η εξοικείωσή τους με το συναίσθημα και τους τρόπους αντιμετώπισής του, ώστε να γίνουν βέλτιστοι στη δουλειά τους.

Επιπροσθέτως, όσον αφορά τους νεαρούς νοσηλευτές, η αλληλεπίδρασή τους με εκπαιδευτικούς ή και έμπειρους συναδέλφους μπορεί να προκαλέσει ντροπή σε άτομα που τρέφουν λεπτά αισθήματα (Vestphal et al., 2020). Στο έργο των Simons & Mawn (2010) εντοπίζεται δυστυχώς μια συμπεριφορά περιφρόνησης, γελοιοποίησης και εκφοβισμού από τους βετεράνους νοσηλευτές προς τους νεαρούς επαγγελματίες (Rahm et al., 2019) . Έτσι, εμποδίζεται η καλή συνεργασία και απουσιάζει το απαραίτητο κλίμα εμπιστοσύνης που πρέπει να διακρίνει την υγειονομική ομάδα, προκειμένου να έχει καλές επιδόσεις σε έναν τόσο απαιτητικό επαγγελματικό κλάδο. Στον αντίποδα αυτών, οι Walker et al. (2010) σημειώνουν πως ακόμη και εργαζόμενοι πτυχιούχοι νοσηλευτές έχουν βιώματα συναισθημάτων ντροπής έναντι συναδέλφων τους που ακόμα φοιτούν (Kaya et al., 2012). Ως εκ τούτου, ενθαρρύνεται η σχέση αμοιβαίου σεβασμού μεταξύ τους.

Συνοπτικά, οι πιο ευάλωτοι χαρακτήρες είναι επιρρεπέστεροι στην ανάπτυξη συναισθημάτων ντροπής με άμεσο αντίκτυπο στη συμπεριφορά τους. Στις άνωθεν αναφορές, το εκπαιδευτικό περιβάλλον και οι συναδελφικές σχέσεις επηρεάζουν άμεσα τους επαγγελματίες υγείας και δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη ομαλών σχέσεων για την αντιμετώπιση, μεταξύ άλλων, της ντροπής και των παρεπόμενων αυτής.

3.5. ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ COVID-19

Αξίζει να σημειωθεί, πως με φόντο το παγκόσμιο σκηνικό όπως αυτό διαμορφώθηκε τους τελευταίους μήνες εξαιτίας της πανδημίας του COVID-19, οι άνθρωποι στην πρώτη γραμμή, και δει οι νοσηλευτές, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ηθικής βλάβης (moral injury). Αυτή συνεπάγεται έντονα συναισθήματα ντροπής, ενοχής και απέχθειας τα οποία είναι προδιαθετικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών (κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, μετατραυματικό στρες), επομένως συνίσταται η ψυχολογική τους υποστήριξη από ειδικούς (Greenberg et al., 2020).

Σε ένα πρόσφατο άρθρο του, ο Daniel (2020) κάνει λόγο για την «ντροπή εξαιτίας συμπτωμάτων» (“symptom shaming”) της λοίμωξης με COVID-19. Αναφέρει πως ειδικά στις αρχές της πανδημίας, μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που παρουσίαζαν κάποιο/α από τα συμπτώματα του ιού (κυρίως συμπτώματα του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, όπως ο ξηρός βήχας και ο πονόλαιμος) παρά τις υποψίες ότι μπορεί να έχουν προσβληθεί, συνέχιζαν να εργάζονται και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε άλλους ασθενείς και μη (με COVID-19), με κίνδυνο να τον μεταδώσουν σε υγιείς ασθενείς και συναδέλφους τους, προκειμένου να μη συμβάλλουν περαιτέρω, στον ήδη επιβαρυσμένο φόρτο εργασίας εκείνων που θα έμεναν πίσω για να τους καλύψουν, όσο εκείνοι πραγματοποιούσαν την υποχρεωτική συνιστάμενη περίοδο καραντίνας και απομόνωσής τους (Daniel, 2020). Στην ανωτέρω απόφαση οδηγούνταν διότι, αρχικά οι διοικητικές αρχές προσπερνούσαν το γεγονός όταν υπέπιπτε στην αντίληψή τους καθώς εξυπηρετούσε τα συμφέροντά τους, ενώ όταν αιτούνταν άδειας, αφενός αμφισβητείτο η ειλικρίνειά τους και ο σκοπός τους (δηλαδή εάν όντως είχαν

νοσήσει ή εάν ήθελαν απλώς να αποφύγουν την εργασία προφασιζόμενοι την ασθένεια) και αφετέρου, είχαν επιπτώσεις τιμωρητικού χαρακτήρα (π.χ. αφαίρεση ημερών από τις άδειές τους) εάν έπρεπε να απουσιάσουν (Daniel, 2020). Όλα τα προαναφερθέντα επισφραγίζονταν από την αλτρουιστική διάθεση και την κουλτούρα του καθήκοντος και της αυτοθυσίας που διακρίνει επαγγελματίες όπως τους ιατρούς και νοσηλευτές (Daniel, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ

ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Η Byrne (2008) αναφέρεται στη στρατηγική θέση των νοσηλευτών, η οποία τους δίνει την ευκαιρία από πρωτογενές ακόμα στάδιο να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν συμπεριφορές αποφυγής ή αμέλειας αναζήτησης ιατρικής περίθαλψης σε άτομα με μεγαλύτερες πιθανότητες να τις υιοθετήσουν, βοηθώντας ενεργά στην πρόληψη εκδήλωσής τους και στην αντιμετώπιση αυτών, ενώ παράλληλα γίνεται έκκληση για την εστίαση μελλοντικών ερευνών στον εν λόγω κλάδο (της νοσηλευτικής), τα ευρήματα των οποίων θα αποτελούσαν σημαντικό έρεισμα για τους επαγγελματίες που τον απαρτίζουν και όχι μόνο.

Η ντροπή είναι ένα συναίσθημα υψίστης σημασίας, πάνω στο οποίο η εκπαίδευση των γιατρών υστερεί. Η ντροπή σε υγειονομικό πλαίσιο βιώνεται από γιατρούς (και νοσηλευτές) και ασθενείς εκατέρωθεν. Αφενός οι ιατρικές πρακτικές απαραίτητες για τη διάγνωση (π.χ. φυσική εξέταση, προσωπικές ερωτήσεις κ.α.), αφετέρου η απουσία ανοχής των ιατρικών λαθών και η ανάρμοστη συμπεριφορά ορισμένων ασθενών, υποβάλλουν και τις δύο πλευρές σε άβολες καταστάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγκαίο να αναγνωρίζουν και να συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση της ντροπής των ασθενών τους, καθώς και να τους διαφυλάσσουν από αυτήν, παρέχοντας την καλύτερη δυνατή φροντίδα και παραμένοντας ειλικρινείς (Veit & Spiekermann, 2019). Οι Lester & Tritter (2001) αναφέρουν πως εξαιτίας του αισθήματος ντροπής που πηγάζει από κάποιο ιατρικό λάθος, αυτό παραγράφεται, δεν αναγνωρίζεται ή αποκρύπτεται από την ομάδα υγείας, με δυσμενή αποτελέσματα (Kaya et al., 2012). Προτείνουν, λοιπόν να

διδάσκεται η αποδοχή των συναισθημάτων ντροπής και ενοχής σε προπτυχιακό επίπεδο, ώστε οι αυριανοί επαγγελματίες να είναι καταλλήλως προετοιμασμένοι να τα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά.

Οι Grover et al. (2020) υπογραμμίζουν ότι οι νοσηλευτές υπεύθυνοι για τη φροντίδα ψυχικά ασθενών, συμβάλλουν σημαντικά στην ανάρρωσή τους και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν την ασθένεια, όταν διατηρούν μια συμπονετική και θετική στάση έναντι των ασθενών. Ακόμη, οι Tolvanen et al. (2020), σε ερευνά τους ανακάλυψαν θετική συσχέτιση μεταξύ της συμπονετικής, κατανοητικής και απροκατάληπτης συμπεριφοράς του προσωπικού και της διάθεσης των ασθενών να απευθυνθούν σε αυτούς για βοήθεια.

Η επίδραση της ντροπής στους πάροχους υγειονομικής περίθαλψης αναφορικά με ψυχικές νόσους μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο και στην ψυχική υγεία και ευημερία των ιδίων των φροντιστών, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η ικανότητά τους να διατηρούν ορθή επαγγελματική κρίση (Jones & Crossley, 2012). Επιπλέον, ασκείται αρνητική επιρροή στις αλληλεπιδρώσεις σχέσεις των υγειονομικών με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, γεγονός που υποβαθμίζει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται, έτσι προκύπτει το συμπέρασμα πως η κακή ψυχική υγεία του νοσηλευτή (και όχι μόνο) αντικατοπτρίζεται στη δουλειά του, ως φυσιολογικό επακόλουθο (Jones & Crossley, 2012).

Οι νοσηλευτές σχετίζονται άμεσα με τη φροντίδα παχύσαρκων ασθενών, ειδικά στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθιστώντας τους υπεύθυνους για την προαγωγή της υγείας μέσω της πρόληψης και της συμβουλευτικής, καθώς και των πλάνων που σχεδιάζουν για την αντιμετώπιση της κατάστασης (Rodriguez-Gazquez et al., 2020). Επιπροσθέτως, οι Rodriguez-Gazquez et al. (2020) με αφορμή τη θετική

στάση των φοιτητών νοσηλευτικής έναντι της παχυσαρκίας, όπως καταγράφηκε σε σχετική έρευνά τους σε Πανεπιστήμιο της Ισπανίας, υπογραμμίζουν πόσο σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να διαμορφώνουν την επαγγελματική τους υπόσταση πάνω σε μια βάση ελεύθερη προκαταλήψεων, κάτι που πηγάζει μέσα από τις σπουδές τους (από προπτυχιακό επίπεδο). Συμπληρωματικά, η παραπάνω άποψη συνάδει με αυτή των Sasani et al. (2020), οι οποίοι επισημαίνουν τον ενεργό ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη φροντίδα υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών και τους εφιστούν την προσοχή στην παράλληλη αντιμετώπιση ψυχολογικών συμπτωμάτων, όπως η ντροπή, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η Chilton (2012), σε σχετική ανάλυσή της περί της ντροπής, αναφέρει πως παρά την καθολικότητα της ύπαρξής της, η ντροπή συχνά περνά απαρατήρητη. Επιπρόσθετα, σημειώνει πως εκδηλώνεται με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα το πολιτισμικό υπόβαθρο, καθώς επίσης πως και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά ασκούν επιρροή στην αντίληψη και εκδήλωση αυτής. Γίνεται ακόμη λόγος για τη θέση των νοσηλευτών, προτείνοντας ο ρόλος τους να συμπεριλαμβάνει την ορθή εκτίμηση και διακοπή μοτίβων συμπεριφοράς εντός των κοινοτήτων που οδηγούν στη ντροπή, σε πρώτο στάδιο, και στην πορεία να ενθαρρύνουν την ενδοσκόπηση από τους ασθενείς με στόχο την ανακούφιση από τη ντροπή (Chilton, 2012).

Σε ένα πρόσφατα δημοσιευμένο άρθρο του , ο Jaeb (2021) αναφέρεται στην εστίαση των μελετών για το συναίσθημα της ντροπής υπό το πρίσμα της ψυχιατρικής, αναφέρει όμως πως η νοσηλευτική μπορεί να προσφέρει μια μοναδική οπτική στις μελέτες αυτές. Στην ανασκόπησή του παρατηρεί πως η χρήση του όρου δεν έχει υποστεί μεταβολή τις τελευταίες τρεις δεκαετίες και ως συνέπειες αυτής αναφέρονται, μεταξύ άλλων, το τραύμα και η αποφυγή ιατρικής περίθαλψης. Εν τέλει, εξαιτίας των προαναφερθέντων, παροτρύνεται

το νοσηλευτικό προσωπικό να εκμεταλλευτεί τον εκτενή όγκο πληροφοριών περί ντροπής που έχει συγκεντρωθεί στον κλάδο της επιστήμης της ψυχολογίας, ώστε να υποστηρίξουν ασθενείς που βιώνουν τη ντροπή (Jaeb, 2021).

Η στάση αντιμετώπισης που υιοθετείται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό επηρεάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τους ανθρώπους που είναι δυνητικοί αποδέκτες αυτών των υπηρεσιών. Η προσβλητική συμπεριφορά και η αρνητική διάθεση από τους υγειονομικούς υπαλλήλους απαντάται συχνά σε μειονοτικές ομάδες γυναικών που ταυτίζονται ως ομοφυλόφιλες ή αμφιφυλόφιλες, με αποτέλεσμα να καθυστερούν προγραμματισμένους ελέγχους και προληπτικές εξετάσεις ή και να αποκρύπτουν το σεξουαλικό τους προσανατολισμό στις ιατρικές επισκέψεις, σε μια προσπάθεια αποφυγής του στιγματισμού τους και των παρεπόμενων αυτού, σύμφωνα με τις αναφορές της Byrne (2008). Προς αποφυγή του αρνητικού χαρακτηρισμού τους από την κοινωνία, ομάδες ή μεμονωμένα άτομα τα οποία υποβάλλονται σε στιγματισμό για κάτι που μπορούν να καλύψουν άμα διατηρηθεί αγνωστοποίητο, θα αποφύγουν ακόμη και την υγειονομική περίθαλψη για να το επιτύχουν (Byrne, 2008). Επιπρόσθετα, το ατομικό ή συλλογικό αίσθημα της ντροπής από τον ασθενή και την οικογένειά του αναφορικά με ψυχικές νόσους ή κακοποιητικά μοτίβα λειτουργούν επίσης ως ανακλητικοί παράγοντες αναζήτησης ιατρικής φροντίδας (Byrne, 2008). Η μη αξιοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε προληπτικό στάδιο και μεταγενέστερα, η μη αναζήτηση χρειαζόμενης ιατρικής περίθαλψης, είναι άμεσα παρεπόμενα του κοινωνικού και ιατρικού στιγματισμού προς την πληθυσμιακή ομάδα υπέρβαρων γυναικών (Byrne, 2008). Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε επί του συγκεκριμένου πληθυσμού από τους Blomberg et al. (2007), χαρακτηριστικά αναφέρεται «η ανάγκη να ξεντυθούν

προς αξιολόγηση» από υπέρβαρους ασθενείς, ενώ παρομοίως τέθηκε ως λόγος αποφυγής ιατρικής επίσκεψης η έκθεση απόκρυφων σημείων του σώματος γυναικών που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Byrne, 2008).

Οι Lynoe et al. (2013), πραγματεύτηκαν το συναίσθημα της ντροπής σε συνάρτηση με την αίσθηση ασθενών ότι είχαν αδικηθεί (“feeling wronged”) από την ομάδα υγείας, με άμεσο αντίκτυπο στην «τιμή» (honor) τους. Η τιμή, υπό το συγκεκριμένο πολιτισμικό υπόβαθρο (σκανδιναβικό), είναι συνυφασμένη με τη μόρφωση και τη διάκριση στον επαγγελματικό τομέα, και σπιλώνεται όταν αμφισβητείται η ικανότητα του ατόμου να εργαστεί (π.χ. λόγω ψυχικής νόσου) ή το κίνητρο του να απουσιάσει από την εργασία του (ακόμη και όταν κρίνεται απαραίτητο για ιατρικούς λόγους).

Συμπερασματικά, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι σε θέση να προβλέπουν και να προλαμβάνουν δυνητικά προβλήματα. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν το σύμπτωμα της ντροπής και να το αντιμετωπίζουν κατάλληλα, καθώς και να μην το διαιωνίζουν, κάτι που μπορούν να επιτύχουν μέσω της τακτικής ενημέρωσης και αναβάθμισης του γνωστικού τους υπόβαθρου του ακρογωνιαίου λίθου για την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο φροντίδας υγείας να είναι το πλέον επικρατές, οι πρόσφατες έρευνες εστιάζουν σε μη οργανικά συμπτώματα και την επιρροή που ασκούν στην πορεία των νοσημάτων. Το συναίσθημα της ντροπής απαντάται συχνά στο πλαίσιο της υγείας, αποτελώντας βίωμα για ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας (είτε σε συνάρτηση με τους ασθενείς, είτε με τους συναδέλφους και συνεργάτες τους). Η στάση και η συμπεριφορά όσων απασχολούνται στον κλάδο της υγείας απέναντι σε παθήσεις και πάσχοντες είναι καίρια και ασκεί μεγάλη επιρροή στις αποφάσεις των ανθρώπων για την υγεία τους. Επομένως, οι εργαζόμενοι στον (ευρύτερο) χώρο της υγείας οφείλουν να είναι εφοδιασμένοι με ένα κράμα κατάλληλων αλληλοεπιδρώντων προσωπικών χαρακτηριστικών και επαγγελματικών προσόντων (π.χ. ενσυναίσθηση και επικαιροποιημένες γνώσεις), ώστε να διαμορφώνουν μια ακέραιη επαγγελματική υπόσταση, με το θεμιτό επακόλουθο της άριστη παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Οι νοσηλευτές, είναι οι επαγγελματίες οι οποίοι βρίσκονται κοντά στον ασθενή και σε συνεχή λεκτική και μη αλληλεπίδραση μαζί του, σε συντριπτικά μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα αναλογικά με τους άλλους υγειονομικούς υπαλλήλους. Αυτή η κομβική τους θέση, δίπλα στους ανθρώπους σε όλα τα στάδια (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, ίαση κ.α.), ισχυροποιεί αυτούς και τα λεγόμενά τους, τα οποία αποκτούν βαρύτητα για τον ασθενή, έτσι συνειδητά ή ασυνείδητα κατευθύνουν σε μεγάλο βαθμό τις αποφάσεις του (ασθενή) για την υγεία του (π.χ. ορισμένες συμπεριφορές μπορεί να λειτουργήσουν αποτρεπτικά με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να λογιστούν ως και ηθικοί αυτουργοί της υποτροπιάζουσας

υγείας κάποιου). Βέβαια, όπως επηρεάζουν έτσι και επηρεάζονται, βαλλόμενοι από τις αλληλεπιδράσεις τους με συναδέλφους και ασθενείς, με αποτέλεσμα η συνεχής τριβή να τους διαβρώνει σε βάθος χρόνου και να τους καθιστά ευάλωτους. Αμφίπλευρα, στο υγειονομικό περιβάλλον, αναδύονται συμπεριφορικά μοτίβα που αντικατοπτρίζουν στιγματιστικές πρακτικές με τους ασθενείς να θυματοποιούνται συχνότερα, σε ευρύ κοινωνικό, αλλά και σε ειδικό υγειονομικό πλαίσιο από τους επαγγελματίες υγείας. Το συναίσθημα της ντροπής ως άρρηκτα συνδεδεμένο με το στίγμα και τη διαστρεβλωμένη εικόνα για τον εαυτό, λειτουργεί ως ανακλητικός παράγοντας στην προάσπιση της υγείας παρακωλύοντας την ορθή επιτέλεση του έργου του νοσηλευτή. Υπό αυτές τις συνθήκες λοιπόν, οι νοσηλευτές έχουν ηθική και επαγγελματική υποχρέωση προαγωγής και διαφύλαξης της υγείας (και των ιδίων), τα οποία επιτυγχάνονται βέλτιστα όταν το υπόβαθρό τους διακρίνεται από φερεγγυότητα, αμεροληψία, επιμόρφωση, ανιδιοτέλεια και συμπόνοια.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. **Aberer, E., Hiebler-Ragger, M., Zenker, M., Weger, W., Hofer, A., & Unterrainer, H. F.** (2020). Facets of shame are differently expressed in dermatological disease: a prospective observational study. *British Journal of Dermatology*, 183(1), 169-171.
2. **Akhter, S., Dasvarma, G. L., & Saikia, U.** (2020). Reluctance of women of lower socio-economic status to use maternal healthcare services—Does only cost matter?. *Plos one*, 15(9).
3. **Alvarez, D. V.** (2020). Using shame resilience to decrease depressive symptoms in an adult intensive outpatient population. *Perspectives in psychiatric care*, 56(2), 363-370.
4. **American Psychological Association** a. Available at: <https://dictionary.apa.org/shame> [Accessed 27 February 2021]
5. **American Psychological Association** b. Available at: <https://dictionary.apa.org/guilt> [Accessed 27 February 2021]
6. **Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D.** (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
7. **Angulo, J., Fleury, V., Péron, J. A., Penzenstadler, L., Zullino, D., & Krack, P.** (2019). Shame in Parkinson's disease: a review. *Journal of Parkinson's disease*, 9(3), 489-499.
8. **Bates, L., & Stickley, T.** (2013). Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(7), 569-575.
9. **Bennett, D. S., Traub, K., Mace, L., Juarascio, A., & O'Hayer, C. V.** (2016). Shame among people living with HIV: a literature review. *AIDS care*, 28(1), 87-91.
10. **Biancarelli, D. L., Biello, K. B., Childs, E., Drainoni, M., Salhaney, P., Edeza, A., ... & Bazzi, A. R.** (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and alcohol dependence*, 198, 80-86.
11. **Blum, A.** (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology*, 14(3), 91-102.
12. **Boehm, K. S., McGuire, C., Boudreau, C., Jenkins, D., Samargandi, O. A., Al-Youha, S., & Tang, D.** (2019). The Shame–Blame Game: Is It Still Necessary? A National Survey of Shame-based Teaching Practice in Canadian Plastic Surgery Programs. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*, 7(2).
13. **Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E.** (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 1-9.
14. **Bynum IV, W. E., Varpio, L., Lagoo, J., & Teunissen, P. W.** (2021). 'I'm unworthy of being in this space': The origins of shame in medical students. *Medical Education*, 55(2), 185-197.

15. **Byrne, S. K.** (2008). Healthcare avoidance: a critical review. *Holistic nursing practice*, 22(5), 280-292.
16. **Charikleia Anastasopoulou, R. N., Aikaterini Toska, R. N., & Georgios Loukas, M. D.** (2020). Association of Pain Fear and Experience of Shame in Health Care Professionals. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 868-877.
17. **Chilton, J. M.** (2012). Shame: A Multidisciplinary Concept Analysis. *Journal of Theory Construction & Testing*, 16(1).
18. **Cibich, M., Woodyatt, L., & Wenzel, M.** (2016). Moving beyond “shame is bad”: How a functional emotion can become problematic. *Social and Personality Psychology Compass*, 10(9), 471-483.
19. **Craven, M. P., & Fekete, E. M.** (2019). Weight-related shame and guilt, intuitive eating, and binge eating in female college students. *Eating behaviors*, 33, 44-48.
20. **Cummings, J., & Baumann, S. L.** (2021). Understanding Shame as an Obstacle: Toward a Global Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 34(2), 196-201.
21. **Daniel, M. G.** (2020). Symptom shame in the COVID-19 era: Battling our instincts. *The American Journal of Gastroenterology*.
22. **Davies, S. G., & Najmah.** (2020). Im/moral healthcare: HIV and universal health coverage in Indonesia. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2).
23. **de los Angeles Rodríguez-Gázquez, M., Ruiz-Iglesias, A., & González-López, J. R.** (2020). Changes in anti-fat attitudes among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 95.
24. **Doblytė, S.** (2020). Shame in a post-socialist society: a qualitative study of healthcare seeking and utilisation in common mental disorders. *Sociology of Health & Illness*, 42(8), 1858-1872.
25. **Duby, Z., Nkosi, B., Scheibe, A., Brown, B., & Bekker, L. G.** (2018). ‘Scared of going to the clinic’: Contextualising healthcare access for men who have sex with men, female sex workers and people who use drugs in two South African cities. *Southern African Journal of HIV Medicine*, 19(1), 1-8.
26. **Earnshaw, V. A., Jin, H., Wickersham, J., Kamarulzaman, A., John, J., & Altice, F. L.** (2014). Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS among future healthcare providers in Malaysia. *Tropical Medicine & International Health*, 19(6), 672-679.
27. **Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A.** (2020). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. *Current Psychology*, 1-10.
28. **Forhan, M., & Salas, X. R.** (2013). Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Canadian journal of diabetes*, 37(3), 205-209.
29. **Ghai, S., Sharma, N., Sharma, S., & Kaur, H.** (2013). Shame & stigma of mental illness. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 293-301.
30. **Goffman, E.** (1997). Selections from stigma. *The disability studies reader*, 203, 215.
31. **Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S.** (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual differences*, 17(5), 713-717.

32. **Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S.** (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *bmj*, 368.
33. **Grover, S., Sharma, N., & Mehra, A.** (2020). Stigma for mental disorders among nursing staff in a tertiary care hospital. *Journal of neurosciences in rural practice*, 11(2), 237.
34. **Homayoon, D., Hiebler-Ragger, M., Zenker, M., Weger, W., Unterrainer, H., & Aberer, E.** (2020). Relationship between skin shame, psychological distress and quality of life in patients with psoriasis: A pilot study. *Acta Dermato-Venereologica*, 100(7).
35. **Jarvis, L. C.** (2016). Shame and institutional stability—or—change in healthcare. *International Journal of Sociology and Social Policy*.
36. **Jones, A. C., & Crossley, D. R.** (2012). Shame and acute psychiatric inpatient care: healthcare professionals. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(3), 125-138.
37. **Kaya, N., Aşti, T., Turan, N., Karabay, B., & Emir, E.** (2012). The feelings of guilt and shame experienced by Nursing and Midwifery students. *Nurse education today*, 32(6), 630-635.
38. **Kerr, T., Hayashi, K., Ti, L., Kaplan, K., Suwannawong, P., & Wood, E.** (2014). The impact of compulsory drug detention exposure on the avoidance of healthcare among injection drug users in Thailand. *International Journal of Drug Policy*, 25(1), 171-174.
39. **Kerstens, H. C., Satink, T., Nijkrake, M. J., De Swart, B. J., Van Lith, B. J., Geurts, A. C., & Nijhuis-van der Sanden, M. W.** (2020). Stumbling, struggling, and shame due to spasticity: a qualitative study of adult persons with hereditary spastic paraplegia. *Disability and rehabilitation*, 42(26), 3744-3751.
40. **Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S.** (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 137(1), 68.
41. **Kotera, Y., Cockerill, V., Chircop, J. G., & Forman, D.** (2021). Mental health shame, self-compassion and sleep in UK nursing students: Complete mediation of self-compassion in sleep and mental health. *Nursing Open*, 8(3), 1325-1335.
42. **Leach, C. W.** (2017). Understanding shame and guilt. In *Handbook of the psychology of self-forgiveness* (pp. 17-28). Springer, Cham.
43. **Lickel, B., Steele, R. R., & Schmader, T.** (2011). Group-based shame and guilt: Emerging directions in research. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(3), 153-163.
44. **Lin, L., & Liang, B. A.** (2005). Reforming residency: modernizing resident education and training to promote quality and safety in healthcare. *Journal of health law*, 38(2), 203-246.
45. **Lynøe, N., Wessel, M., Olsson, D., Alexanderson, K., Tännsjö, T., & Juth, N.** (2013). Duelling with doctors, restoring honour and avoiding shame? A cross-sectional study of sick-listed patients' experiences of negative healthcare encounters with special reference to feeling wronged and shame. *Journal of medical ethics*, 39(10), 654-657.
46. **Lyons, B., & Dolezal, L.** (2017). Shame, stigma and medicine. *Medical humanities*, 43(4), 208-210.

47. **Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P.** (2013). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 334-349.
48. **Mensing, J. L., Tylka, T. L., & Calamari, M. E.** (2018). Mechanisms underlying weight status and healthcare avoidance in women: A study of weight stigma, body-related shame and guilt, and healthcare stress. *Body Image*, 25, 139-147.
49. **Miceli, M., & Castelfranchi, C.** (2018). Reconsidering the differences between shame and guilt. *Europe's journal of psychology*, 14(3), 710.
50. **Miles, S.** (2020). Addressing shame: what role does shame play in the formation of a modern medical professional identity?. *BJPsych Bulletin*, 44(1), 1-5.
51. **Pausé, C.** (2014). Die another day: the obstacles facing fat people in accessing quality healthcare. *Narrative inquiry in bioethics*, 4(2), 135-141.
52. **Rahm, G., Rystedt, I., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., & Strandmark K, M.** (2019). Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 582-591.
53. **Rizvi, S. L.** (2010). Development and preliminary validation of a new measure to assess shame: The Shame Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 438-447.
54. **Rognstad, M. K., Nåden, D., Ulstein, I., Kvaal, K., Langhammer, B., & Sagbakken, M.** (2020). Behavioural disturbances in patients with frontotemporal lobe degeneration focusing on caregiver burden at home and in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 29(9-10), 1733-1743.
55. **Sasani, K., Seirafi, M., Meschi, F., Sarami, G., & Peymani, J.** (2020). Modeling of Health-Related quality of Life Based on Self-Approach to Body Image By mediating of Self-Compassion and Shame in overweight and obese people. *Iranian Journal of Nursing Research*, 14(6), 78-87.
56. **Scheff, T. J.** (1995). Editor's introduction: Shame and related emotions: An overview. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1053-1059.
57. **Scheff, T. J.** (2003). Shame in self and society. *Symbolic interaction*, 26(2), 239-262.
58. **Sirriyeh, R., Lawton, R., Gardner, P., & Armitage, G.** (2010). Coping with medical error: a systematic review of papers to assess the effects of involvement in medical errors on healthcare professionals' psychological well-being. *Quality and safety in health care*, 19(6).
59. **Skär, L., & Söderberg, S.** (2012). Complaints with encounters in healthcare—men's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 279-286.
60. **Stringer, K. L., Turan, B., McCormick, L., Durojaiye, M., Nyblade, L., Kempf, M. C., ... & Turan, J. M.** (2016). HIV-related stigma among healthcare providers in the deep south. *AIDS and Behavior*, 20(1), 115-125.
61. **Sullivan, R., Green-Demers, I., & Lauzon, A.** (2020). When do self-conscious emotions distress teenagers? Interrelations between dispositional shame and guilt, depressive and anxious symptoms, and life satisfaction. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 210.

62. **Tangney, J. P.** (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour research and therapy*, 34(9), 741-754.
63. **Tolvanen, L., Svensson, Å., Hemmingsson, E., Christenson, A., & Lagerros, Y. T.** (2020). Perceived and Preferred Social Support in Patients Experiencing Weight Regain After Bariatric Surgery—a Qualitative Study. *Obesity Surgery*, 1-9.
64. **Traumer, L., Jacobsen, M. H., & Laursen, B. S.** (2019). Patients' experiences of sexuality as a taboo subject in the Danish healthcare system: a qualitative interview study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 57-66.
65. **Veit, I., & Spiekermann, K.** (2019). Dealing with Shame in a Medical Context. In *The Bright Side of Shame* (pp. 349-361). Springer, Cham.
66. **Vestphal, T. K., Pedersen, K. S., & Pedersen, B. D.** (2020). The lived experiences of emotionally insecure nursing students: A qualitative study. *Nurse education in practice*, 43.
67. **Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M.** (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23–32.
68. **Wahed, T., Alam, A., Sultana, S., Rahman, M., Alam, N., Martens, M., & Somrongthong, R.** (2017). Barriers to sexual and reproductive healthcare services as experienced by female sex workers and service providers in Dhaka city, Bangladesh. *PloS one*, 12(7).
69. **Walker, R., Cooke, M., & McAllister, M.** (2008). The meaningful experiences of being a Registered Nurse (RN) Buddy. *Nurse Education Today*, 28(6), 760-767.
70. **Wang, H., Zhao, Q., Mu, W., Rodriguez, M., Qian, M., & Berger, T.** (2020). The Effect of Shame on Patients With Social Anxiety Disorder in Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy: Randomized Controlled Trial. *JMIR mental health*, 7(7).