



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών
υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού
σταδίου με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την
αυτοσυμπόνια**

Οικονόμου Ευανθία

Νοσηλεύτρια ΤΕ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σαράφης Πάυλος, Επίκουρος καθηγητής ... Επιβλέπων Καθηγητής

Μαλλιαρού Μαρία, Αναπληρώτρια καθηγήτρια ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λαχανά Ελένη, Αναπληρώτρια καθηγήτρια ... Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**Correlation of health professionals' attitudes and perceptions of death and
end-of-life care with forgiveness, empathy, and self-compassion**

Περιεχόμενα	Σελ.
Πρόλογος	5
Περίληψη	6
Abstract	7
Εισαγωγή	8
Γενικό Μέρος	9
Κεφάλαιο 1. Οι έννοιες της συγχώρεσης, της ενσυναίσθησης και της αυτοσυμπόνιας	10
1.1 Η δυσκολία της επαφής με τον ασθενή τελικού σταδίου	10
1.2 Ενσυναίσθηση και αυτοσυμπόνια	12
1.3 Αυτοσυμπόνια	16
1.4 Συγχώρεση	20
Κεφάλαιο 2. Συνέπειες και οφέλη από την ανάπτυξη αυτών των ιδιοτήτων	23
2.1 Ο κίνδυνος κόπωσης	23
2.2 Ικανοποίηση από τη συμπόνια	25
2.3 Ανθεκτικότητα, προσαρμοστικότητα και θετικές ψυχικές καταστάσεις	26
Ειδικό μέρος	32
Κεφ. 1. Σχεδιασμός της μελέτης	33
1.1 Σκοπός της εργασίας	33
1.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα	33
1.3 Μεθοδολογία	33
1.4 Στατιστική ανάλυση	36
Κεφ. 2 Αποτελέσματα	37
2.1 Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R)	41
2.1.1 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο με τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης	42
2.1.2 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων	45
2.2 Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου (FATCOD)	60
2.2.1. Συσχέτιση της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με τις κλίμακες στάσεων απέναντι στο θάνατο, συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης	61
Συζήτηση - Συμπεράσματα	68
Πίνακας συγκρίσεων με συμπεράσματα από τη διεθνή βιβλιογραφία	70

Παράρτημα 1	73
Παράρτημα 2	76
Βιβλιογραφία	87

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ πολύ τον καθηγητή μου κύριο Σαράφη Παύλο, που δέχτηκε να αναλάβει για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι νοσηλευτές είναι εκτεθειμένοι στα προβλήματα των ασθενών που φροντίζουν. Η συγχώρεση, η ενσυναίσθηση και η αυτοσυμπόνια συνιστούν την καλύτερη λύση απέναντι στις επαγγελματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές πιέσεις στην κλινική πρακτική.

Σκοπός: Θα διερευνηθεί κατά πόσον οι νοσηλευτές προφυλάσσουν τον εαυτό τους και φροντίζουν καλύτερα τους ασθενείς τελικού σταδίου μέσα από τη συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια.

Μεθοδολογία: 150 νοσηλευτές με μέση ηλικία τα 42,7 έτη ($SD=7,5$ έτη), συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που αξιολογεί τα επίπεδα συγχώρεσης, ενσυναίσθησης και αυτοσυμπόνιας, σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας και τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Εφαρμόστηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) και αναζητήθηκαν ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονται με τις κλίμακες στάσεων απέναντι στο θάνατο και συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα των ασθενών. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Υψηλότερη ενσυναίσθηση σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «φόβος του θανάτου». Όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση των νοσηλευτών προς τον εαυτό τους, τόσο περισσότερη αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση ένιωθαν. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση προς τους άλλους, τόσο λιγότερη αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση ένιωθαν. Υψηλότερη ενσυναίσθηση και υψηλότερη αυτοσυμπόνια σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «αποδοχή». Υψηλότερη αυτοσυμπόνια και υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «αυτοσυγχώρεση», σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Συμπεράσματα: Είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν την αποδοχή μιας τελικής ασθένειας. Η αυτοσυμπόνια είναι φυσική ικανότητα, οδηγεί σε οσιαστικότερη ενασχόληση και επαγγελματική ικανοποίηση και λιγότερη εξάντληση από την εργασία. Η ενσυναίσθηση φέρνει θετικές επιδόσεις, έτσι τα συναισθήματα των ασθενών γίνονται αντιληπτά και εκφράζονται πιο εύκολα. Επίσης, η αυτοσυγχώρεση έχει καθοριστική σημασία για την ανακούφιση της αγωνίας που προξενεί στους ασθενείς η υπαρξιακή ενοχή που αισθάνονται.

Λέξεις Κλειδιά: συγχώρεση, ενσυναίσθηση, αυτοσυμπόνια, κόπωση, αυτοφροντίδα, φροντίδα τελικού σταδίου

Abstract

Introduction: Nurses are exposed to the problems of their caring patients. Forgiveness, empathy and self-compassion are the best solution to cope with professional, emotional and psychological stresses in clinical practice.

Aim: Whether nurses protect themselves and provide a better care for end-stage patients through forgiveness, empathy and self-compassion will be investigated.

Method: 150 nurses with a mean age of 42.7 years (SD = 7.5 years) completed a questionnaire assessing levels of forgiveness, empathy, and self-compassion in relation to working conditions and end-stage patient care. Linear regression analysis was applied and independent factors related to death scales and feelings and perceptions of patient care were sought. SPSS 22.0 software was used for statistical analysis.

Results: Higher empathy was associated with a lower rating on the 'fear of death' dimension. The greater the nurses' forgiveness of themselves, the more self-compassion and empathy they felt. On the contrary, the greater the forgiveness of others, the less self-compassion and empathy they felt. Higher empathy and higher self-compassion were associated with higher ratings in the 'acceptance' dimension. Higher self-compassion and higher scores on the "self-forgiveness" dimension were associated with higher scores on the scale of emotions and perceptions of end-stage patient care.

Conclusion: Nurses need to help patients understand the acceptance of a terminal illness. Self-compassion is a natural ability, leads to thorough occupation and greater job satisfaction and less work exhaustion. Empathy brings positive results, so patients' emotions are perceived and expressed more easily. Also, self-forgiveness is crucial to relieve the anxiety that patients experience with existential guilt.

Key words: forgiveness, empathy, self-compassion, fatigue, self-care, end-of-life care

Εισαγωγή

Παρά την αίσθηση ανταμοιβής που προσφέρει, η καθημερινή πρακτική στις κλινικές και τις υπηρεσίες υγείας γενικότερα είναι εγγενώς αγχωτική, απαιτώντας συγκεκριμένη νοοτροπία και ένα σύνολο δεξιοτήτων από τους επαγγελματίες, ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις προκλήσεις και ιδιαίτερα σ' αυτές που παρουσιάζουν αβεβαιότητα (π.χ. ασάφεια της πορείας ενός ασθενούς, επείγουσες κλήσεις και υποχωρήσεις για διάφορους λόγους κατά την εφαρμογή μιας θεραπείας). Ενώ οι ασθενείς στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στη γνώση των γιατρών για τη μείωση της αβεβαιότητας κατά την εδραίωση της διάγνωσης, τον προσδιορισμό της πρόγνωσης και τη διαμόρφωση ενός σχεδίου θεραπείας, οι ασθενείς βασίζονται επίσης στην ικανότητα των γιατρών να ανταποκρίνονται στην αβεβαιότητα (Babenko et al., 2019). Έχουν μεταφραστεί ξανά.

Οι έρευνες δείχνουν ότι πολλές φορές, η αντιμετώπιση των αβεβαιοτήτων από τους επαγγελματίες δεν είναι ολοκληρωμένη και σημαίνει χαμηλότερης ποιότητας λήψη αποφάσεων για κλινικά θέματα (π.χ. πρόωρη διάγνωση, αυξημένος αριθμός εξετάσεων και παραπομπές), η οποία έχει ως συνέπεια τη μείωση της αίσθησης του επαγγελματία ότι αυτό που κάνει τον ανταμείβει με καλή διάθεση και αισιοδοξία. Τα πιο διαδεδομένα προβλήματα που δημιουργούνται είναι βέβαια το άγχος και η αγχώδης διαταραχή (Babenko et al., 2019). Το επόμενο στάδιο, όπως διαπιστώνεται γενικά από τη βιβλιογραφία, είναι αυτό του υψηλού επιπέδου επαγγελματικής δυσαρέσκειας και εξουθένωσης, που χαρακτηρίζονται από αποδέσμευση από το αντικείμενο της εργασίας και εξάντληση (Demerouti et al., 2010), τόσο μεταξύ των γιατρών, όσο και άλλων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως (Kumar, 2016). Πρέπει να βρεθεί οπωσδήποτε λύση σ' αυτό το επαγγελματικό και την ίδια στιγμή συναισθηματικό και ψυχολογικό πρόβλημα. Οι ερευνητές συγκλίνουν πλέον ότι η λύση αυτή περνάει από την καλλιέργεια της αυτοσυμπόνιας, της ενσυναίσθησης και της συγχώρεσης, ιδίως στον πολύ επιβαρυσμένο χώρο της φροντίδας ασθενών που βρίσκονται σε τελικό στάδιο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Οι έννοιες της συγχώρεσης, της ενσυναίσθησης και της αυτοσυμπόνιας

1.1 Η δυσκολία της επαφής με τον ασθενή τελικού σταδίου

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης ενδιαφέρονται έντονα να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του άγχους και της πνευματικής ταλαιπωρίας που υφίστανται οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου (Grossman et al., 2018). Η πορεία της έκπτωσης των λειτουργιών προς το τέλος της ζωής διαφέρουν μεταξύ των ασθενών που διαγνώστηκαν με καρκίνο και αυτών με άλλες σοβαρές ασθένειες. Οι ασθενείς με καρκίνο που έχουν φτάσει σε τελικό στάδιο παρά τις προσπάθειες θεραπειών, υποφέρουν με διάφορους τρόπους. Ο σωματικός πόνος, η απώλεια νοήματος, η απώλεια της αυτονομίας, το αίσθημα ότι επιβαρύνουν συγγενείς και φίλους, ο φόβος για μελλοντική ταλαιπωρία και μια ευρύτερη ανησυχία, εμφανίζονται συχνά μεταξύ των ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου (Ruijs et al., 2013). Οι επαγγελματίες της υγείας, που συμπεριλαμβάνουν ασφαλώς και τις νοσηλεύτριες και τους νοσηλευτές, έχουν την ευθύνη να κατανοήσουν αυτή την ταλαιπωρία και τις επιπτώσεις της στη ζωή των ασθενών τους. Οι νοσηλεύτριες έχουν το σημαντικό καθήκον να παρατηρούν τους ασθενείς για να εντοπίσουν την ανάγκη για εξειδικευμένη ψυχιατρική περίθαλψη, που μπορεί να τους είναι απαραίτητη. Έτσι, ορισμένοι ασθενείς παραπέμπονται σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, όπως συμβούλους για τη θλίψη και το πένθος, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και ψυχιάτρους (Kyota and Kanda, 2019).

Είναι απαραίτητο για τις νοσηλεύτριες σε τμήματα εξωτερικών ασθενών αλλά και στους θαλάμους, να αξιολογούν την ψυχική υγεία των ασθενών και να συμβουλευόμαστε τους γιατρούς για να ζητήσουν τη φροντίδα που είναι κατάλληλη για τον κάθε ασθενή, αλλά αυτό δεν είναι εύκολο. Ένας τρόπος είναι οι κλίμακες αξιολόγησης των συμπτωμάτων (Butow et al., 2015) που χρησιμοποιούνται από νοσηλευτικά ιδρύματα για να προσδιορίσουν την ανάγκη για ειδικές παρεμβάσεις, όπως η ένταξη σε ομάδες παρηγορητικής αγωγής. Ωστόσο, τα κριτήρια αξιολόγησης των συμπτωμάτων και επιλογής του κατάλληλου χρονικού σημείου για την παραπομπή των εξωτερικών ασθενών στην παρηγορητική φροντίδα δεν είναι παντού τα ίδια. Έτσι, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η ψυχική κατάσταση των ασθενών όχι μόνο μέσω κλίμακας, αλλά και βάσει της ίδιας της περιγραφής των ασθενών (Kyota and Kanda, 2019).

Με αφορμή λοιπόν την παροχή παρηγορητικής φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο, ο επαγγελματίας πολλές φορές πρέπει να επικεντρωθεί σε αυτό που αισθάνονται, σκέφτονται και επιθυμούν οι ασθενείς σχετικά με τον επικείμενο θάνατό τους. Έχουν προταθεί

θεωρίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς σε τελικό στάδιο αποδέχονται τον θάνατο. Η αποδοχή είναι μια ενεργή διαδικασία στην οποία ο ασθενής είναι ανοικτός και αναγνωρίζει όλες τις πτυχές της τρέχουσας κατάστασής του, είτε σωματικής είτε συναισθηματικής, για να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν περισσότερο τον χρόνο που έχει απομείνει. Για παράδειγμα, παλαιότερα ο Buckman (1998) είχε προτείνει μια θεωρία τριών σταδίων που περιλάμβανε φόβο, αίσθηση αμαρτίας, επιθυμίας και απόγνωσης, και χιούμορ, που συχνά παρατηρούνται σε καταστάσεις κοντά στο θάνατο. Το μοντέλο «ανάληψης υποχρέωσης του ασθενούς απέναντι στην υγεία του» (The Patient Health Engagement model) όχι μόνο περιγράφει τη συναισθηματική προσαρμογή του ασθενούς στη νόσο και τη διάγνωση, αλλά προσπαθεί επίσης να περιγράψει τον τρόπο με τον οποίο επαναπροσδιορίζεται η προσωπική αξιολόγηση ή εκτίμηση του εαυτού, δηλ. η αυτοαντίληψη. Άλλες παρεμβάσεις που βασίζονται στην αποδοχή, από προσεγγίσεις όπως η «θεραπεία αποδοχής και δέσμευσης» (Acceptance and Commitment Therapy), εφαρμόζονται επίσης στους ασθενείς κατά την παρηγορητική φροντίδα. Ωστόσο, οι ασθενείς σε τελικό στάδιο δεν αποδέχονται πάντοτε το θάνατο και πολλοί χρειάζονται φροντίδα ψυχικής υγείας, για να διαχειριστούν τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από την επίγνωση της επικείμενης θνητότητάς τους (Kyota and Kanda, 2019).

Όταν βρίσκονται σε εξέλιξη τέτοιες διαδικασίες, κάποιοι επαγγελματίες τείνουν σε αποφυγή, φαίνεται δηλαδή ότι αποσπούν τον εαυτό τους από τον εσωτερικό συναισθηματικό τους κόσμο στο χώρο εργασίας τους, συμμετέχοντας σε επιφανειακή μόνο δράση, ή προχωρούν σε ένα είδος προσωπικής καταστολής (Kafetsios et al., 2014). Επίσης προτιμούν να αποσυνδέονται, ενώ θα μπορούσαν να ζητήσουν υποστήριξη από συναδέλφους. Αυτές οι εσωτερικές διαδικασίες βλάπτουν την ικανότητα πιο αποτελεσματικής διαχείρισης των συναισθημάτων τους και μειώνουν την αντίληψη της αυτοσυμπόνιας και φροντίδας προς τον εαυτό τους. Αυτή η τάση μπορεί να εκδηλωθεί με τη μορφή χαμηλότερης ποιότητας απόδοσης την ώρα της δουλειάς και ως προς τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες (Reizer, 2019).

Ενώ η θετική νοοτροπία στο χώρο εργασίας αποτελεί παράγοντα που ενεργοποιεί την αυτοπεποίθηση, πολλοί περιγράφουν την αντίθετη νοοτροπία στον χώρο εργασίας τους, η οποία τους εμποδίζει να φροντίσουν τον εαυτό τους. Αυτό το εύρημα είναι ανησυχητικό, αλλά δεν εκπλήσσει, γιατί η αυτοφροντίδα στους χώρους εργασίας αντιμετωπίζεται περισσότερο είτε ως εγωιστικό χαρακτηριστικό, είτε ως αδυναμία, όπως έχουν διαπιστώσει οι Mills et al. (2018). Πιθανώς περισσότερο ανησυχητικό, είναι ότι αυτή η αρνητική άποψη μπορεί να χρησιμεύσει όχι μόνο για να εμποδίσει την αποτελεσματική προσπάθεια αυτοφροντίδας στο χώρο εργασίας, αλλά θα μπορούσε επίσης να αποθαρρύνει τους επαγγελματίες που θέλουν να προσφέρουν

παρηγορητική φροντίδα, να λάβουν μια άδεια ή να αναζητήσουν επαγγελματική υποστήριξη όταν δεν αισθάνονται καλά. Για παράδειγμα, όπως περιγράφεται από τον Hill (2017), ένας παιδίατρος που εφαρμόζει παρηγορητική φροντίδα, αν εμφανίζει ευπάθεια ή αναζητεί βοήθεια, αυτό αντιμετωπίζεται συχνά ως ένδειξη αδυναμίας. Η αναγνώριση της κοινής αίσθησης ανθρωπιάς και της ευπάθειας του ατόμου μέσω της αυτοσυμπόνιας, είναι ζωτικής σημασίας για τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας. Η κατανόηση των παραγόντων που συμβάλλουν σε μια υποστηρικτική νοοτροπία στο χώρο εργασίας και στη διευκόλυνση της αυτοφροντίδας, είναι επομένως απαραίτητη (Mills et al., 2018).

Η μελέτη της Reizer (2019) προσδιορίζει τον διαμεσολαβητικό ρόλο του μηχανισμού αυτοσυμπόνιας και βρίσκει ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ δεσμού προσκόλλησης (attachment) και επιδόσεων στον χώρο εργασίας. Όπως αναφέρουν οι Lai και Carr (2018), μεταξύ πάρα πολλών άλλων ερευνητών τις τελευταίες δεκαετίες που ασχολήθηκαν με το θέμα, η θεωρία της προσκόλλησης που διατυπώθηκε από τον Bowlby το 1970, αναφέρεται στο συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα στο βρέφος και το πρόσωπο που παίζει τον κύριο ρόλο στη φροντίδα (συνήθως τη μητέρα). Το περιεχόμενο και η μορφή της πρώτης αυτής σχέσης γίνεται υπόδειγμα για τις μετέπειτα σχέσεις, προκαλώντας τις ανάλογες προσδοκίες για το αν το άτομο είναι άξιο να αγαπηθεί και κατά πόσο μπορεί να βασιστεί στους άλλους.

Η Reizer (2019) προτείνει την έννοια της αυτοσυμπόνιας, ως ελπιδοφόρο μηχανισμό για την κατανόηση του δεσμού προσκόλλησης στο χώρο εργασίας, παρέχοντας έτσι αποδεικτικά στοιχεία που υποστηρίζουν το συμπέρασμα των Neff και Knox (2017) ότι η αυτοσυμπόνια παρέχει την ψυχολογική και συναισθηματική ανθεκτικότητα για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που θέτει η ζωή, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που παρουσιάζονται στον εργασιακό χώρο (Reizer, 2019).

1.2 Ενσυναίσθηση και αυτοσυμπόνια

Ως προς την αυτοσυμπόνια, για μια σαφή περιγραφή της πρέπει να προηγηθεί ο ορισμός της συμπόνιας, ως «μια βαθιά συνειδητοποίηση των πόνου των άλλων από έναν άνθρωπο, ο οποίος εμφανίζει και μια προθυμία για να βοηθήσει να ανακουφιστούν όσοι υποφέρουν» (Goetz et al., 2010). Διακρίνεται από τις έννοιες της ενσυναίσθησης, της συμπάθειας ή του συμμερισμού του πόνου, από το γεγονός ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας και οι ασθενείς δημιουργούν αυθεντικές και ουσιαστικές σχέσεις, μέσω των οποίων ο πόνος και η ταλαιπωρία μπορούν να γίνουν κατανοητοί και στη συνέχεια να αναληφθεί δράση για να αντιμετωπιστούν (Sinclair et al. 2016a). Η συμπόνια έχει περιγραφεί επίσης ως ένας προσανατολισμός του νου που αναγνωρίζει

τον πόνο, την καθολικότητα του πόνου και την ικανότητα να αντιμετωπίζεται ο πόνος με ενσυναίσθηση και καλοσύνη (Feldman and Kuyken, 2011).

Κατά μία άλλη διατύπωση, η συμπόνια μπορεί να οριστεί ως μια βασική ευγένεια με βαθιά συνειδητοποίηση της ταλαιπωρίας του εαυτού και άλλων ζωντανών πλασμάτων, σε συνδυασμό με την επιθυμία και την προσπάθεια για την ανακούφισή του. Είναι μια έμφυτη ικανότητα, μια ψυχική κατάσταση ικανή να ενισχυθεί μέσω εξάσκησης. Η αυτοσυμπόνια περιέχει όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, ενώ επιπλέον, δίνει τη δυνατότητα να συγκρατεί κανείς τα συναισθήματα που προκαλούν ο πόνος και η ταλαιπωρία με μια αίσθηση ζεστασιάς, σύνδεσης με τον εαυτό και ενασχόλησης (εσωτερικά), αντί να δημιουργούνται αντιδράσεις αυτοκριτικής και αυτοκατάκρισης. Είναι μια απόκριση που αντιστρέφει τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις, της αποφυγής και καταστολής του πόνου (Delaney, 2018).

Η συμπόνια για τον εαυτό έχει οριστεί από τη Neff (2003a, b) ως «το άγγιγμα από και το άνοιγμα στην ταλαιπωρία και τον πόνο, που υφίσταται ο ίδιος άνθρωπος, ενώ ο ίδιος δεν προσπαθεί να αποφύγει ή να αποσυνδεθεί από την ταλαιπωρία και τον πόνο, δημιουργώντας την επιθυμία να ανακουφίσει τα δεινά και να θεραπεύσει τον εαυτό του με την καλοσύνη» και περιλαμβάνει «την προσφορά κατανόησης χωρίς κρίσεις, για τον πόνο, τις ανεπάρκειες και τις αποτυχίες του εαυτού, έτσι ώστε η εμπειρία του να θεωρείται μέρος της μεγαλύτερης ανθρώπινης εμπειρίας».

Ως προσαρμοστικός τρόπος αντιμετώπισης, η ανταπόκριση στην αβεβαιότητα και τις προκλήσεις με αυτοσυμπόνια, δίνει ελπίδα σε διάφορους τομείς και πτυχές της ζωής (π.χ. στις προσωπικές σχέσεις, στη συμβουλευτική, στο σχολείο, στον αθλητισμό και τον στρατό), βοηθώντας τους ανθρώπους να διατηρήσουν μια ισορροπημένη προοπτική ενόψει της αβεβαιότητας, να προστατευτούν από τις αυτόματες αρνητικές αντιδράσεις και να βελτιώσουν την λειτουργικότητα και την ευημερία τους. Η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει τρία συστατικά: την αυτο-καλοσύνη και αυτοευγένεια απέναντι στην αυτοκριτική, την αίσθηση μιας ανθρωπιάς που μοιράζονται όλοι, απέναντι στην απομόνωση και την ενσυνειδητότητα (mindfulness) απέναντι στην υπερταύτιση. Η αυτο-καλοσύνη και η αυτοευγένεια περιλαμβάνει την κατανόηση και την αποδοχή προς τον εαυτό σε περιόδους αβεβαιότητας και προκλήσεων, σε αντίθεση με την υπερβολική αυτοκριτική και την υπερβολική κατάκριση. Η κοινή ανθρωπιά συνεπάγεται την αναγνώριση ότι οι εμπειρίες κάποιου δεν απομονώνονται και ότι υπάρχουν και άλλοι που αντιμετωπίζουν αβεβαιότητες και προκλήσεις. Η ενσυνειδητότητα συνεπάγεται να βιώνει κανείς τις σκέψεις και τα συναισθήματά του όπως είναι, αντί να καταστέλλει, να αποφεύγει ή να αντιδρά υπερβολικά σ' αυτές (Neff, 2003b; Babenko et al., 2019).

Η συζήτηση για την έννοια της αυτοσυμπόνιας είναι σχετικά πρόσφατη στη Δύση. Άρχισε να εμφανίζεται στη βιβλιογραφία λιγότερο από δύο δεκαετίες πριν και είναι σύμφωνη με τις αρχές φιλοσοφικών συστημάτων της άπω Ανατολής. Σύμφωνα με αυτό τον συσχετισμό, η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει την ισορροπία ανάμεσα στην καλοσύνη και την ευγένεια προς τον εαυτό μας και στην αυτοκριτική. Η ισορροπία αυτή συνδέεται με την ικανότητά μας να είμαστε πιο ευγενικοί με τους εαυτούς μας, χωρίς να υποβληθούμε σε οδυνηρές αυτοεκτιμήσεις και να είμαστε πιο καλοί και ευγενείς για τις απόψεις και συμπεριφορές μας. Η παράλληλη αίσθηση της ανθρωπιάς και σε αντίθεση, της απομόνωσης, σημαίνει ότι αναγνωρίζουμε τον εαυτό μας ως άνθρωπο, υπεύθυνο για λάθη, ώστε να βρεθούμε στην ίδια θέση με αυτή οποιουδήποτε άλλου ατόμου, χωρίς να απομονώσουμε τους εαυτούς μας με τα λάθη μας. Η σχέση σταθεροποίησης-ενσυνειδητότητας σημαίνει ότι ο άνθρωπος έχει επίγνωση και επικεντρώνεται στην παρούσα στιγμή, ενώ δεν αγνοεί ούτε αναπαράγει συνεχώς σκέψεις για τα προβλήματα της ζωής (Neff, 2009).

Η εκτεταμένη εμπειρική έρευνα υποστηρίζει ότι υπάρχουν σχέσεις μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ποικίλων ωφέλιμων αποτελεσμάτων, όπως η ενισχυμένη ανάμιξη στην εργασία, οι επιδόσεις και η ευημερία. Στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής στην περίθαλψη, οι μελέτες δείχνουν ότι η ενσυνειδητότητα (ένα από τα συστατικά της αυτοσυμπόνιας) συνδέεται με τη μείωση του άγχους, της αγωνίας, της αγχώδους διαταραχής, της επαγγελματικής εξουθένωσης, και της κατάθλιψης (Babenko et al., 2019). Άλλοι ερευνητές πρότειναν ότι η εκπαίδευση των φοιτητών και επαγγελματιών της ιατρικής με μια αυτοσυμπνευτική προσέγγιση, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις αβεβαιότητες και τις προκλήσεις, θα ενισχύσει την επαγγελματική τους ευεξία και, τελικά, την ποιότητα της φροντίδας των ασθενών (Mills and Chapman, 2016).

Δεν υπάρχει ακόμη ευρέως αποδεκτός ορισμός για την ενσυναίσθηση, στον τομέα των ιατρικών επιστημών. Ορισμένοι επιστήμονες ορίζουν την ενσυναίσθηση ως μια γνωστική ικανότητα που βοηθάει στο να αποκτήσουν τις προοπτικές, την αντίληψη των σκέψεων, των προθέσεων, των πηγών συγκίνησης και των πεποιθήσεων των άλλων. Κάποιοι άλλοι τονίζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ατόμου στα συναισθήματα των άλλων (Eisenberg et al., 2010). Όταν αναλύεται η έννοια της ενσυναίσθησης, είναι απαραίτητο να εξεταστεί η διαφορά μεταξύ λέξεων με παρόμοιο νόημα, όπως συμπάθεια και συμπόνια. Η συμπάθεια περιλαμβάνει τη συναισθηματική σύνδεση μέσα από τα συναισθήματα και την έκφραση ανησυχίας ή συμπόνιας. Η συμπόνια, όπως είδαμε, είναι ένα συναισθηματικό παράγωγο από ενδιαφέρον προς τα προβλήματα ενός ατόμου και αποτελεί εσωτερική τάση για προσφορά βοήθειας, ώστε να επιλυθούν. Αντίθετα, η ενσυναίσθηση είναι μια αντικειμενική αντίληψη μιας κατάστασης και συναισθημάτων ή αξιών. Με άλλα λόγια, η ενσυναίσθηση σημαίνει την αντίληψη των συναισθημάτων και των ανησυχιών των

ατόμων και την προσοχή που πρέπει να δοθεί προς τα έξω, προς τον κόσμο, από τις οπτικές γωνίες των άλλων ατόμων (Rohani et al., 2018).

Η ενσυναίσθηση περιγράφεται ως ανθρώπινο αλλά και επαγγελματικό χαρακτηριστικό, ως διαδικασία επικοινωνίας και ως φροντίδα για τους άλλους, επίσης ως μια ειδική σχέση. Η ενσυναίσθηση είναι μια πολυδιάστατη δομή και περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και ηθικές διαστάσεις (Rohani et al., 2018). Η γνωστική διάσταση περιλαμβάνει αναλυτικές και διανοητικές δεξιότητες για την αντίληψη των απόψεων ενός ατόμου. Η συναισθηματική διάσταση είναι η ικανότητα να μοιράζεται εσωτερικές και συναισθηματικές συνθήκες άλλων ατόμων. Η διάσταση συμπεριφοράς αντικατοπτρίζει μια συναισθηματική σχέση βασισμένη σε δεξιότητες αντίληψης και επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της ενεργητικής ακρόασης. Η ηθική διάσταση περιλαμβάνει αλτρουιστικά κίνητρα (Ouzouni and Nakakis, 2012). Η ενσυναίσθηση ενισχύει τις νοσηλεύτριες, δεδομένου ότι παρέχει την αίσθηση της εκπλήρωσης του καθήκοντος, για τη δική τους επαγγελματική ικανοποίηση αλλά και αυτή των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους. Παρ' όλο που η έννοια της ενσυναίσθησης συμπεριλαμβάνει πολλές πτυχές, η ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου και να δείχνει στον άλλο αυτή την κατανόηση, αντιπροσωπεύει τον πυρήνα της. Βασίζεται σε τρεις πυλώνες: α) γνωστικό (η διανοητική ικανότητα κατανόησης συναισθημάτων), β) στοργικό ή συναισθηματικό (η ικανότητα να βρεθείς στη θέση ή κατάσταση ενός άλλου προσώπου) και γ) συμπεριφορικό (εκπροσωπείται από την αποτελεσματική επικοινωνία/μετάδοση σε άλλους, ότι η κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί, έχει γίνει κατανοητή) (Saviato et al., 2019).

Η ενσυναίσθηση και η συμπόνια είναι συμπληρωματικά χαρακτηριστικά, θεμελιώδη για τη διαδικασία περίθαλψης στη νοσηλευτική. Ενώ η ενσυναίσθηση προωθεί την κατανόηση της κατάστασης του άλλου, η ευσπλαχνία και η συμπόνια ευνοεί τη δράση για την ανακούφιση των δεινών που προκαλεί η πάθηση (Gustin and Wagner, 2013). Η αυτοσυμπόνια συνδέεται στενά με τη συμπόνια για τους άλλους. Με υψηλότερη αυτοσυμπόνια, ο επαγγελματίας μπορεί να συνδέεται τόσο με τις ανάγκες του άλλου, όσο και να προστατεύεται από την συναισθηματική εξάντληση που προκαλείται από αυτή την ενσυναισθητική σύνδεση (Gustin and Wagner, 2013).

Η νοσηλεύτρια είναι η επαγγελματίας που υποδεικνύεται από τους ασθενείς, ως εκείνη που μπορεί να παρέχει τις πιο πρόσφατες πληροφορίες, να ακούει τις ανησυχίες τους και να βελτιώνει τις διαπροσωπικές σχέσεις όσων εμπλέκονται στην περίθαλψη. Οι ασθενείς εκτιμούν επίσης την ευαισθησία των νοσηλευτριών στη μονάδα επειγόντων. Μπορούμε εδώ να παραθέσουμε και μια διαφορετική άποψη, στη μελέτη των Saviato et al. (2019), σε σύγκριση με εκείνες που προτείνονται στην υπόλοιπη βιβλιογραφία. Οι Saviato et al. (2019) παρατήρησαν ότι, στο ερωτηματολόγιο CARE

(Consultation and Relational Empathy) (Mercer et al., 2004), πολλοί ασθενείς υπονοούσαν στις απαντήσεις τους ότι δεν αναγνώριζαν την ανάγκη συνεχούς παρακολούθησης από νοσηλεύτρια. Η διαφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε ορισμένους παράγοντες όπως η υψηλότερη ψυχοκοινωνική αυτονομία από ασθενείς, για τους οποίους οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες είναι ήδη ευνοϊκές, ή η υποτίμηση του έργου της νοσηλεύτριας, καθώς αυτοί οι ασθενείς θεωρούν ότι ο γιατρός είναι ο μόνος υπεύθυνος για τον προγραμματισμό της φροντίδας και την παρακολούθηση, σε ένα περιβάλλον που όμως συμμετέχουν πολλοί επαγγελματίες (Saviato et al., 2019).

Οι επαγγελματίες πρέπει οπωσδήποτε να γνωρίζουν ότι η φροντίδα προς τον εαυτό τους και η αυτοσυμπόνια δεν είναι έκφραση εγωισμού (Mills et al., 2015) και ότι υπάρχουν στρατηγικές που θα τους βοηθήσουν να φτάσουν σε αυτή την επίγνωση, όπως ο διαλογισμός και η διατήρηση της ενσυνειδητότητας. Φαίνεται λοιπόν ότι οι νοσηλεύτριες χρειάζεται να είναι πεπεισμένες ότι και αυτές αξίζουν την φροντίδα, γεγονός που επιβεβαιώνει τα συμπεράσματα των Saviato et al. (2019), καθώς η τάση για απομόνωση και αυστηρή αυτοκριτική εμφανίζονται ακόμη και σε «προφανώς καλές αυτοαξιολογήσεις» σε ερωτήματα για την συμπόνια και την ενσυναίσθηση. Αυτή η συνειδητοποίηση θα μπορούσε να δικαιολογήσει την έλλειψη σχέσης που διαπιστώθηκε στην ίδια μελέτη, μεταξύ του επιπέδου αυτοσυμπόνιας των νοσηλευτριών και εκείνου που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς τους (Saviato et al., 2019).

Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση συνδέονται, υπό την έννοια ότι ακόμα και το χαμηλότερο επίπεδο αυτοσυμπόνιας αναπτύσσει μια συμπεριφορά ενσυναίσθησης και δημιουργεί συμπονετική στάση απέναντι σε άλλους. Έτσι, η ταλαιπωρία που προκαλείται από τα βάσανα των άλλων μπορεί να προκαλέσει ενσυναίσθηση από τη νοσηλεύτρια και η ανακούφιση από αυτή την ταλαιπωρία δίνει ικανοποίηση και προσωπική και επαγγελματική εκπλήρωση. Επομένως, όσοι είναι πιο ικανοποιημένοι είναι πιο αυτοσυμπονετικοί. Με αυτό τον τρόπο πραγματοποιείται ένας ενάρετος κύκλος αυτοσυμπόνιας-ενσυναίσθησης-συμπόνιας (Saviato et al., 2019).

1.3 Αυτοσυμπόνια

Κατά την τελευταία δεκαετία, η κλινική και κοινωνική έρευνα θεωρεί την αυτοσυμπόνια ως θετική ψυχολογική δύναμη και πηγή ευτυχίας, η οποία συνδέεται θετικά με την προσωπική ευεξία και σχετίζεται αρνητικά με την ψυχοπαθολογία (MacBeth and Gumley, 2012).

Η αυτοσυμπόνια διαφέρει από τους μηχανισμούς ρύθμισης των συναισθημάτων ή καταστολής των συγκινήσεων. Η αυτοσυμπόνια δεν αποφεύγει τον πόνο ούτε επιδιώκει να τον μειώσει, να τον

αγνοήσει ή να τον ενισχύσει, αλλά επιτρέπει στο άτομο να «αναδιπλώνει» τον πόνο και τις δυσκολίες που φέρνει, σε έναν πιο ζεστό και αποδεκτό εναγκαλισμό και να δημιουργεί θετικά συναισθήματα που βοηθούν να αντισταθμιστούν τα αρνητικά (Neff, 2003a; Neff and Knox, 2017).

Η αυτοσυμπόνια έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη, ακόμα και όταν ελέγχεται για αρνητικές επιδράσεις και αυτοκριτική (Neff, 2003a).

Επομένως, η αυτοσυμπόνια μπορεί να ενισχύσει την ψυχολογική δύναμη. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί ακόμα να αισθάνεται αρνητικά συναισθήματα όπως ο φόβος, η θλίψη ή ο θυμός, αλλά μπορεί να ενσωματώνει αισθήματα αποδοχής, αγάπης ή ευτυχίας που αντισταθμίζουν τις αρνητικές πτυχές. Παράλληλα με τον ρόλο της αυτοσυμπόνιας ως προστατευτικού μηχανισμού από τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής, που είναι τόσο έντονα ώστε εξακολουθούν να παράγονται και εκτός του χώρου εργασίας, μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως ένας σημαντικός μηχανισμός που αναζωογονεί συναισθηματικά τον ίδιο τον χώρο εργασίας (Reizer, 2019).

Η αυτοσυμπόνια ενισχύει την απόδοση, καθώς προσφέρει μια πορεία για την υπερνίκηση φραγμών που εμποδίζουν να σκέφτεται κανείς καθαρά, των αποσπασματικών σκέψεων, του φόβου της αποτυχίας και των αρνητικών συναισθημάτων (Neff and Knox, 2017).

Πέρα από τον σημαντικό αντίκτυπο της αυτοσυμπόνιας σε κλινικά και κοινωνικά περιβάλλοντα, υπάρχει η δυνατότητα να εξεταστεί και ο ρόλος της στον τομέα της οργάνωσης του χώρου εργασίας (Dev et al., 2018). Συγκεκριμένα, επειδή η αυτοσυμπόνια θεωρείται παράγοντας προσαρμοστικότητας και προγνωστικός παράγοντας ευημερίας, φαίνεται ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ αυτοσυμπόνιας, συναισθηματικής εξάντλησης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Dev et al., 2018).

Μπορεί επίσης να προωθήσει τις κοινωνικές συμπεριφορές κατά την εργασία. Σε σύγκριση με εκείνους που έχουν χαμηλότερη αυτοσυμπόνια, οι υψηλού επιπέδου συμπονετικοί άνθρωποι είναι πιο συναισθηματικοί, συνδεδεμένοι με άλλους, αποδεκτοί και ασκούν λιγότερο έλεγχο. Έχουν την τάση να έχουν περισσότερη ενσυναίσθηση και συμπόνια απέναντι σε άλλους ανθρώπους και εκφράζουν περισσότερες κοινωνικά επωφελείς συμπεριφορές. Αυτές οι ιδιότητες μπορούν να συμβάλουν στην προθυμία τους να εκφράσουν και άλλες κοινωνικά επωφελείς συμπεριφορές στην εργασία. Η αυτοσυμπόνια μπορεί επίσης να συσχετιστεί με γενικότερη επιμονή εκτέλεσης καθηκόντων και χαμηλότερα επίπεδα προθέσεων για γρήγορη αλλαγή από τη νυχτερινή βάρδια σε πρωινή, όταν ισχύει κυκλικό ωράριο. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις που δείχνουν την επίδραση της αυτοσυμπόνιας στην αυξημένη επιμονή και την αυτοβελτίωση, μετά από μια αρχική αποτυχία σε δουλειά εργαστηρίου (Breines and Chen, 2012). Ωστόσο, απαιτούνται

περισσότερες έρευνες για να εδραιωθούν τα αποδεικτικά στοιχεία για την εκδήλωση αυτοσυμπόνοιας στο χώρο εργασίας. Αυτά μάλλον τα έχω ξαναγράψει σε άλλη μετάφραση (Reizer, 2019).

Τα ευρήματα της μελέτης των Babenko et al. (2019) δείχνουν ότι η αυτοσυμπόνια είναι ευεργετική για την επαγγελματική ευεξία και των γιατρών. Οι γιατροί που αισθάνονται την αυτοσυμπόνια φαίνεται να ασχολούνται περισσότερο και να αισθάνονται λιγότερο εξαντλημένοι λόγω των εργασιακών αναγκών και έτσι είναι πιο ικανοποιημένοι από την επαγγελματική τους ζωή, σε σύγκριση με εκείνους τους γιατρούς που παρουσιάζουν λιγότερη συμπόνια προς τον εαυτό τους, σε αβέβαιους και δύσκολους καιρούς. Πρέπει να συνεχιστεί η έρευνα σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα υποστηριχθούν οι γιατροί και οι ειδικευόμενοι, ώστε να γίνουν πιο αυτοσυμπνευτικοί, με επιπτώσεις στην πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης και στην εκπαίδευση (Babenko et al., 2019). Επιπλέον, η έρευνα που εξετάζει τη σχέση αυτοσυμπόνοιας των γιατρών με τα αποτελέσματα για τους ασθενείς, είναι απαραίτητη λόγω της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κόπωση που προκαλείται από την ενσυναίσθηση (Klimecki et al., 2014).

Οι άνθρωποι που έχουν αναπτύξει αυτοσυμπόνια, έχουν εσωτερικοποιήσει αυτή την προσέγγιση. Συνήθως, είναι ευγενικοί προς τον εαυτό τους. Αναγνωρίζουν και αποδέχονται την αποτυχία ως κοινή ανθρώπινη εμπειρία και έχουν μια ισορροπημένη προσέγγιση στις συναισθηματικές αποτυχίες (Chen, 2018; Kemper et al., 2015). Ο στοχασμός είναι μια σημαντική στάση που μας βοηθά να γίνουμε πιο συμπνευτικοί απέναντι στους εαυτούς μας. Αυτοί που ασκούν αυτοσυμπόνια τείνουν να έχουν μια νοοτροπία ανάπτυξης. Θεωρούν τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές της προσωπικότητας ως εύπλαστα και εστιάζουν στο «καλύτερο», παρά σε μια προκαθορισμένη έννοια καλού ή τέλειου. Αναπτύσσουν την ικανότητα να βλέπουν την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή ως μια πορεία, με ευκαιρίες να κάνουν διορθώσεις αυτής της πορείας, εάν και όταν είναι απαραίτητο. Έχει βρεθεί ότι η αυτοσυμπόνια (ευγένεια, κατανόηση, καμία παγιωμένη αρνητική κρίση) βοηθά στο να βρει κάποιος το δρόμο του σε πιθανή κοινωνική αποδοκιμασία και προάγει την αυθεντικότητα και την αισιοδοξία (Chen, 2018). Με τη σειρά τους, αυτά τα θετικά χαρακτηριστικά δημιουργούν ένα συναισθηματικό κλίμα, στο πλαίσιο του οποίου κάποιος είναι πιο πρόθυμος να αναλάβει την ευθύνη να αναμιχθεί σε κάτι που δεν είναι απόλυτα διασφαλισμένο και να αποδεχθεί ενδεχόμενες διακινδυνεύσεις (Lemire, 2018). Αυτά είναι πλεονεκτήματα με τα οποία μπορεί ένας επαγγελματίας της υγείας να ασχοληθεί με τη φροντίδα ενός ασθενή τελικού σταδίου χωρίς να κουραστεί και να αποθαρρυνθεί γρήγορα, καθώς παρακολουθούν τη συμπεριφορά του κάθε στιγμή, όχι μόνον οι συνάδελφοι, αλλά κυρίως οι συγγενείς και οι φίλοι του ασθενούς, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένοι συναισθηματικά.

Η συμπόνια θεωρείται θεμελιώδες στοιχείο της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Bramley and Matiti, 2014) και σχετίζεται με σημαντικά θετικά αποτελέσματα της παρηγορητικής φροντίδας και της φροντίδας στο τέλος της ζωής. Στο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, η ικανοποίηση από την συμπόνια έχει εντοπιστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας που ενθαρρύνει την παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής περίθαλψης. Το να είσαι συμπονετικός προς τον εαυτό σου κρίνεται απαραίτητο, εάν θέλεις να είσαι συμπονετικός και προς τους άλλους. Επιπλέον, το περιβάλλον ενός ιδρύματος υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται έτσι ώστε να παρεμποδίζει ή να διευκολύνει την έκφραση συμπόνιας. Η εργασία σε ένα συμπονετικό περιβάλλον είναι ένας σημαντικός συντελεστής στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας. Αντίθετα, οι πιέσεις, η εργασία υπό συνθήκες που δεν έχουν υποστηρικτικό χαρακτήρα και η έλλειψη χρόνου, λειτουργούν ως πολύ σημαντικά εμπόδια (Sinclair et al., 2016a). Έχει διαπιστωθεί ότι ένας οργανισμός μπορεί να συμβάλει στην παροχή παρηγορητικής φροντίδας με (α) την υποστήριξη του προσωπικού όταν συμπεριφέρεται εκδηλώνοντας αυτοσυμπόνια, (β) την αναζήτηση τρόπων για συνεχή συμμετοχή στην παρηγορητική φροντίδα και (γ) την υποστήριξη προς το προσωπικό, για να βιώνει φανερά την ικανοποίηση, όταν παρέχει παρηγορητική φροντίδα (Paradopoulos et al., 2016).

Το θετικό κλίμα για να συμμετέχουν οι νοσηλεύτριες σε συμπονετικές συμπεριφορές στο κλινικό περιβάλλον, υποστηρίζεται πλέον έντονα (Francis, 2013). Η συνεχής φροντίδα για άλλους μπορεί να οδηγήσει τις νοσηλεύτριες να βιώσουν κόπωση από τη συνεχή εκδήλωση συμπόνιας και να αισθάνονται ότι δεν υπάρχει κάποιος να τις φροντίσει. Αν παραγνωρισθεί και δεν αντιμετωπιστεί αυτό το πρόβλημα, μπορεί να οδηγήσει στην απουσία και στην έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία. Κάτω από τις απαιτητικές συνθήκες στις οποίες λειτουργούν συχνά οι νοσηλεύτριες, μπορεί να είναι δύσκολο γι' αυτές να φροντίσουν τον εαυτό τους και να επιδείξουν αυτοσυμπόνια. Συνεπώς, είναι απαραίτητο οι άλλοι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, ιδιαίτερα όσοι ασκούν διοίκηση, να είναι πιο προσεκτικοί και να δείχνουν συμπόνια σε νοσηλεύτριες που είναι υφιστάμενοί τους (Paradopoulos et al., 2016).

Σύμφωνα με τον Larson (2014), η συμπόνια εξαρτάται από το πολιτισμικό υπόβαθρο και την πνευματικότητα. Επιπλέον, οι κοινωνικοπολιτικοί παράγοντες μπορούν να έχουν αντίκτυπο στη συμπόνια. Για παράδειγμα, άτομα από χώρες όπου υπάρχει κάποιας μορφής σύγκρουση ή πόλεμος, έχει βρεθεί ότι είναι λιγότερο συμπονετικά.

Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι νοσηλευτικές πράξεις συμπόνιας είναι κατά πολύ παρόμοιες με τις αναφερόμενες εμπειρίες και τις αντιλήψεις περί παρηγορητικής φροντίδας από τους ασθενείς. Η παροχή χρόνου, η παρουσία και η γνωριμία με τον ασθενή, αναφέρονται ως

σημαντικές εκφράσεις συμπόνιας από τους ίδιους τους ασθενείς (Bramley & Matiti 2014) και όσους συμμετείχαν στη μελέτη των Papadopoulos et al. (2016).

Ο Αριστοτέλης (384-322BCE) πρότεινε ότι η συμπόνια είναι μια αρετή που κατακτάται μέσω της πρακτικής και του θετικού υποδείγματος. Στη δική μας εποχή, η συζήτηση γίνεται σχετικά με το αν η συμπόνια είναι έμφυτη ή μπορεί να αποκτηθεί με εκπαίδευση. Φαίνεται λοιπόν ότι χρειάζονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για τους φοιτητές, ώστε να είναι πιο συμπονετικοί, τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους. Ωστόσο, οι Magalhaes et al. (2012) ανέφεραν ότι ορισμένοι φοιτητές έχουν περισσότερη ενσυναίσθηση εκ γενετής και κατά συνέπεια είναι πιο πιθανό να φροντίζουν και να συμπονοούν στην πρακτική τους χωρίς να λαμβάνουν κάποια ειδική κατάρτιση σχετικά με την εκδήλωση συμπόνιας. Αυτή η άποψη εκφράστηκε από το 25% του δείγματος των Papadopoulos et al. (2016). Ωστόσο, η πλειοψηφία πιστεύει ότι η συμπόνια είναι μια ικανότητα που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της κατάρτισης. Η γνώση ότι οι απόψεις των νοσηλευτριών για τη διδασκαλία της συμπόνιας διαφέρουν, είναι καθοριστικής σημασίας για το σχεδιασμό των κατάλληλων μεθόδων κατάρτισης και των τρόπων ανάπτυξης και υποστήριξης της συμπόνιας, σε έναν οργανισμό όπου συνυπάρχουν πολλές διαφορετικές νοοτροπίες (Papadopoulos et al., 2016).

1.4 Συγχώρεση

Η μελέτη της σχέσης μεταξύ της ψυχολογικής αίσθησης ασφάλειας και κάποιων άλλων παραγόντων όπως η συγχώρεση, ως πτυχή της ηθικής νοημοσύνης και ως ένας ισχυρός παράγοντας για την πρόβλεψη συνεπειών που σχετίζονται με την εργασία (Toussaint et al., 2018), μπορεί να αποφέρει χρήσιμα, πρακτικά πλεονεκτήματα. Η συγχώρεση σημαίνει την συνειδητοποίηση των ελαττωμάτων του ατόμου, την ανεκτικότητα των λαθών των άλλων και την παροχή μιας δεύτερης ευκαιρίας σ' αυτόν που έκανε το σφάλμα, για να αντισταθμίσει το λάθος, ώστε να μπορέσει να ξανακερδίσει την εμπιστοσύνη (Fehr et al., 2010). Ορίζεται επίσης ως προσπάθεια διατήρησης της αγάπης και της εμπιστοσύνης στις σχέσεις, τερματισμού της επιβλαβούς μεροληψίας, αποχής από εκδίκηση και συμφιλίωσης με αυτόν που έκανε το σφάλμα (McCullough et al., 2013).

Έχει παρατηρηθεί μια άμεση και σημαντική σχέση μεταξύ της συγχώρεσης και της αίσθησης ασφάλειας. Όσοι και όσες είναι σε θέση να συγχωρούν, δηλαδή να αντέχουν καλύτερα τα λάθη των άλλων, είναι πιθανό να δώσουν στους άλλους περιθώριο επανόρθωσης και αποκατάστασης της εμπιστοσύνης και να απολαμβάνουν υψηλότερο βαθμό ψυχολογικής αίσθησης ασφάλειας (Rahmati and Poormirzaei, 2018).

Ένα βήμα ακόμη αποτελεί η αυτοσυγχώρεση που μπορεί και αυτή να αποτελέσει σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της ψυχολογικής αίσθησης ασφάλειας. Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι μπορούν να βιώσουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα, λιγότερη ντροπή και διανοητική επιβάρυνση εξαιτίας της αναπαραγωγής εκνευρισμού και αρνητικών συναισθημάτων και λιγότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις. Μέσω της αυτοσυγχώρεσης κατευθύνουν την ενέργειά τους προς τη δημιουργία θετικών σκέψεων και την εδραίωση καλύτερων σχέσεων με άλλους (Rahmati and Poormirzaei, 2018).

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές, εκτίθενται συνεχώς σε σωματικές και ψυχολογικές βλάβες. Παρ' όλο που η σωματική ασφάλεια εξασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό στους χώρους εργασίας, ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στην ψυχολογική ασφάλεια. Όσον αφορά το γεγονός ότι οι νοσηλεύτριες υποφέρουν από πολλές ψυχολογικές πιέσεις, λόγω των αγχωτικών συνθηκών στα νοσοκομεία, όπως οι θάνατοι, οι ασθενείς με ειδικές ασθένειες, τα ατυχήματα κ.λπ., η δημιουργία εμπιστοσύνης και ασφάλειας στο εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες θετικής αλληλεπίδρασης και την παροχή βοήθειας σε άλλους συναδέλφους με τέτοιο τρόπο, ώστε να μην ανησυχούν πλέον για τις αντιδράσεις των συναδέλφων τους, με αποτέλεσμα την αύξηση της ψυχολογικής τους ασφάλειας (Darvishpour et al., 2016).

Στο χώρο εργασίας των νοσηλευτριών, η συγχώρεση όχι μόνο διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής υγείας, αλλά μπορεί επίσης να βελτιώσει τη σχέση νοσηλεύτριας-ασθενούς και την αλληλεπίδραση των νοσηλευτριών με τους γιατρούς. Για παράδειγμα, θα πρέπει να είναι σε θέση να συγχωρούν όταν τις προσβάλλουν ή τις αντιμετωπίζουν με έλλειψη σεβασμού, το οποίο θεωρείται ένα από τα προβλήματα διεπαγγελματικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτριών και γιατρών (Nakhaee and Nasiri, 2017), ή όταν οι ασθενείς κινούνται νομικά, γιατί οι γιατροί δεν κατάφεραν να προτείνουν μια αποτελεσματική, γρήγορη και ταυτόχρονα μη ρεαλιστική θεραπεία. Για τους λόγους αυτούς, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η συγχώρεση πρέπει να θεωρείται ως ένα από τα κριτήρια στη διεθνή ταξινόμηση των εκπαιδευμένων νοσηλευτριών (Rahmati and Poormirzaei, 2018).

Για όσους και όσες ασχολούνται με την κλινική φροντίδα ασθενών με απειλητική για τη ζωή ασθένεια και αντιμετωπίζουν την αίσθηση της εγγύτητας με τον θάνατο και της διαπίστωσης ότι από ένα σημείο της πορείας της ασθένειας και μετά, είναι αναπόφευκτος, η συνειδητοποίηση ότι τόσο οι επαγγελματίες, όσο και οι ασθενείς ζουν στο ίδιο υπαρξιακό πλαίσιο, με τις ίδιες υπαρξιακές ανησυχίες, καθίσταται αναπόφευκτη. Δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι προκλήσεις για έναν επαγγελματία, του πώς να ζει τη ζωή του με πληρότητα, όσο είναι ζωντανός,

για να μπορέσει να αποδεχτεί τη ζωή που έχει ζήσει και να αντιμετωπίσει το θάνατο με μια αίσθηση ειρήνης και ψυχραιμίας, είναι μια πρόκληση που μοιράζεται με τους ασθενείς. Μια πρόκληση που είναι συχνά αναπόφευκτη σε μια πολυάσχολη κλινική πρακτική, παρακολουθώντας πολλούς ασθενείς καθημερινά. Υπάρχουν αρκετές διηγήσεις για ζωές ολοκληρωμένες, μονοπάτια που δεν περπατήθηκαν, επιλογές που δεν έγιναν, δυνατότητες που δεν αξιοποιήθηκαν, ευθύνες που δεν μπορούν να εκπληρωθούν, εξαιτίας της ξαφνικής συντόμευσης της προβλεπόμενης διάρκειας της ζωής. Χρόνος που εξαντλείται, μεταμέλειες, λάθη, ζημιές που έγιναν σε σχέσεις, στη σταδιοδρομία, σε ζωές όπου έχει καταρρεύσει η εμπιστοσύνη. Όλοι κάποτε περιμένουμε για συγχώρεση. Η αντιπαράθεση με την υπαρξιακή ενοχή που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς καθώς πλησιάζουν τον θάνατο, αποτελεί σημαντική κλινική ανησυχία. Η συγχώρεση, συγκεκριμένα η αυτοσυγχώρεση, είναι πρωταρχικής σημασίας για την ανακούφιση της απελπισίας, της ντροπής, του θυμού, της κατάθλιψης, της αγωνίας που προξενεί στους ασθενείς η υπαρξιακή ενοχή που αισθάνονται. Η αυτοσυγχώρεση μπορεί σε πολλούς να φανεί ότι είναι ένα ανυπέρβλητο επίτευγμα. Είμαστε σε μια διαχρονική και συνεχή σχέση με τον εαυτό μας που μας παρατηρεί. Σ' αυτόν απευθυνόμαστε όταν λέμε «μισώ τον εαυτό μου!» Μ' αυτόν είναι που έχουμε την πιο οικεία σχέση αγάπης από όλους. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι το εμπόδιο για να επιτευχθεί η αυτοσυγχώρεση, φαίνεται να είναι το ερώτημα: κατά πόσο εμείς οι ίδιοι αξίζουμε μια αγάπη χωρίς όρους; Αυτή είναι η πρόκληση. Η προσωπική πεποίθηση ότι είμαστε άξιοι μιας άνευ όρων αγάπης, φαίνεται να αποτελεί προϋπόθεση για την αυτοσυγχώρεση (Breitbart, 2018).

Κεφάλαιο 2. Συνέπειες και οφέλη από την ανάπτυξη αυτών των ιδιοτήτων

2.1 Ο κίνδυνος κόπωσης

Ενώ η ενσυναίσθηση και η συμπόνια θεωρούνται συχνά ως δύο βασικές ιδιότητες για την προσφορά φροντίδας, η συνεχής έκθεση στην ταλαιπωρία των άλλων σε καθημερινή βάση, συνεπάγεται κίνδυνο κόπωσης των νοσηλευτριών, που οφείλεται στη συνεχή εκδήλωση συμπόνιας. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την επαγγελματική ικανότητα της νοσηλεύτριας, την προσωπική της ζωή και ενδεχομένως να οδηγήσει σε αύξηση της έλλειψης προσωπικού (Fortney et al., 2013). Πολυάριθμες μελέτες έχουν εντοπίσει ότι το 40-60% των επαγγελματιών στον χώρο της υγείας αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης, σε κάποια φάση της σταδιοδρομίας τους (Olson et al., 2015).

Στο πλαίσιο αυτό, η κόπωση που οφείλεται σε εκδήλωση συμπόνιας (compassion fatigue, CF) ορίζεται ως κατάσταση εξάντλησης και δυσλειτουργίας, ως συνέπεια της παρατεταμένης έκθεσης σε ταλαιπωρία και άγχος. Η ερευνητική πιλοτική μελέτη του Delaney (2018) χρησιμοποιεί ένα μοντέλο που θεωρεί ότι η CF περιλαμβάνει δύο κύριες αρνητικές παραμέτρους: δευτερογενές τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση, μαζί με τη θετική πτυχή της ικανοποίησης από την εκδήλωση συμπόνιας, η οποία ορίζεται ως η συναισθηματική εκπλήρωση που επιτυγχάνεται από την ικανότητα της απόδοσης στη δουλειά (Stamm, 2012). Σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να βιωθεί τόσο από το διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό, όσο και από τους επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα. Το δευτερογενές τραυματικό άγχος, ωστόσο, είναι συνέπεια της καθημερινής έκθεσης των νοσηλευτριών και άλλων φροντιστών στην ταλαιπωρία των ασθενών τους. Προέρχεται από μια αντίστροφη μεταφορά της ταλαιπωρίας, από τους ασθενείς στις νοσηλεύτριες, ως αποτέλεσμα ενός ασυνείδητου συντονισμού και απορρόφησης του άγχους και της τραυματικής εμπειρίας των ασθενών (Delaney, 2018). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Bride et al. (2004) και Klimecki et al. (2012), στο φαινόμενο αυτό, οι νοσηλεύτριες ή άλλοι επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα, μπορεί να υποστούν τραύμα όχι με άμεση εμπειρία τραυματικού γεγονότος, αλλά με έμμεση έκθεση στα τραυματικά γεγονότα και τα δεινά που βιώνουν όσοι δέχονται φροντίδα.

Με την επέκταση της γνώσης των μηχανισμών του δεσμού προσκόλλησης, η μελέτη του Reizer (2019) υποδηλώνει ότι η αυτοσυμπόνια μπορεί να εξηγήσει την επίδραση της προσκόλλησης στις επιδόσεις σε ώρα εργασίας. Οι εργαζόμενοι με άγχος που συνδέεται στενά με την εργασία, τείνουν να αναπτύσσουν μια αρνητική άποψη για τον εαυτό τους στο χώρο εργασίας και να αναφέρουν

συναισθήματα που πηγάζουν από την εντύπωση ότι δεν τους εκτιμούν εκεί. Έχουν την τάση να αναφέρουν αυξημένα αρνητικά συναισθήματα συνοδευόμενα από μια ανησυχία και απασχόληση με αυτές τις αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα (Kafetsios et al., 2014), πάντα σε σχέση με την εργασία. Επιπλέον, τα ανήσυχα άτομα αντιλαμβάνονται τα αρνητικά συναισθήματα και τα γεγονότα με έναν ιδιοσυγκρασιακό τρόπο, ως κάτι που συμβαίνει μόνο σε αυτά. Αυτές οι τάσεις καταστρέφουν τελικά την ικανότητά τους να βιώνουν την αυτοσυμπόνια, η οποία με τη σειρά της μειώνει τη λειτουργικότητά τους στον εργασιακό χώρο (Reizer, 2019). Είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, ιδίως όταν πρέπει να προσφερθεί φροντίδα σε ασθενή τελικού σταδίου με την αυτονόητη συναισθηματική φόρτιση (υπενθυμίζεται ότι στον χώρο βρίσκονται συγγενείς και φίλοι, ιδιαίτερα φορτισμένοι και αυτοί), ενώ η νοσηλεύτρια βιώνει ήδη τέτοιου είδους πρόβλημα.

Νέες έρευνες υποδεικνύουν ότι η κατάρτιση για τις δεξιότητες συμπόνιας θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως αντίδοτο στο δευτερογενές τραύμα και την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτριών (Klimecki et al., 2012). Μια μετα-ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχοπαθολογίας, εντόπισε σχέσεις μεταξύ υψηλότερου επιπέδου αυτοσυμπόνιας και χαμηλότερου επιπέδου ψυχοπαθολογίας (Mac Beth and Gumley, 2012). Ωστόσο ο Delaney (2018), κάνοντας μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας έως τις 20 Νοεμβρίου 2017, δεν βρήκε συγκεκριμένη μελέτη που να έχει αξιολογήσει την επίδραση μιας παρέμβασης για την κατάρτιση πάνω στην ιδιότητα της αυτοσυμπόνιας και την επίδρασή της στην CF, την ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα των νοσηλευτριών. Η πλειοψηφία των μελετών ήταν μελέτες συσχέτισης, συγχρονικές ή ανασκοπήσεις δημοσιευμένης βιβλιογραφίας.

Η Kristin Neff και ο Christopher Germer έχουν αναπτύξει την παρέμβαση «Ενσυνείδητη Αυτοσυμπόνια» “Mindful Self-Compassion” (MSC), για να παρέχουν στους συμμετέχοντες μια ποικιλία μέσων για την ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας και την ενσωμάτωσή της στην καθημερινότητά τους. Φαίνεται ότι η διδασκαλία των δεξιοτήτων αυτοσυμπόνιας έχει ένα ρόλο ως μέσο ενίσχυσης της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, πρότειναν ότι περισσότερη αυτοσυμπόνια λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας για χαμηλότερα επίπεδα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης (Neff, 2012).

Οι Neff και Germer αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης MSC με μια πιλοτική μελέτη και μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή και διαπίστωσαν ότι η παρέμβαση αυτή ενίσχυε την ψυχική λειτουργικότητα των συμμετεχόντων και ότι οι συμμετέχοντες είχαν επίσης μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και λιγότερη αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη (Neff, 2012).

2.2 Ικανοποίηση από τη συμπόνια

Η ικανοποίηση που πηγάζει από τη συμπόνια ορίζεται ως η εκπλήρωση που απορρέει από το να μπορεί κανείς να κάνει καλά τη δουλειά του και πρέπει να συμπεριληφθεί σε οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των νοσηλευτριών, σύμφωνα με τον Stamm (2012). Ωστόσο, ο Stamm (2012) ισχυρίζεται ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας ή ενσυνειδητότητας και ικανοποίησης από τη συμπόνια. Ομοίως, οι Potter et al. (2013) δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μιας παρέμβασης για την κόπωση από συμπόνια και της ικανοποίησης των νοσηλευτριών από τη νοσηλεία ασθενών σε ογκολογική κλινική. Ο Delaney (2018) βρήκε αυξημένη ικανοποίηση των νοσηλευτριών στη μελέτη του και μια πιθανή εξήγηση είναι το “Hawthorne Effect”, ένα ψυχολογικό φαινόμενο που προκαλεί βελτίωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς ή των επιδόσεων, ως αποτέλεσμα της αυξημένης προσοχής από προϊσταμένους, ασθενείς ή συναδέλφους (McCambridge et al., 2014). Χρειάζεται να γίνουν και άλλες μελέτες ποιοτικών χαρακτηριστικών για να διατυπωθούν περισσότερα συμπεράσματα για την αυξημένη ικανοποίηση των νοσηλευτριών από τη συμπόνια (Delaney, 2018).

Επιπλέον, τα πειράματα του Milgram σχετικά με την τήρηση εντολών από τη διοίκηση [που αναφέρεται από τον Pence (1983)] υποδηλώνουν ότι οι ηθικές αξίες όπως η συμπόνια, μπορεί να αγνοηθούν ή να εκφραστούν, ανάλογα με τη συμπεριφορά μιας προσωπικότητας που ασκεί διοίκηση. Έτσι, μπορεί να υποστηριχθεί ότι εάν τα διευθυντικά στελέχη και οι εποπτικές αρχές, δείχνουν συμπόνια στους υπαλλήλους τους (τις νοσηλεύτριες), μπορεί να τους ενθαρρύνει να εκφράσουν συμπόνια προς τους ασθενείς τους, αλλά και μεταξύ τους. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας μπορούν να δημιουργήσουν ένα συνεργατικό περιβάλλον συμπόνιας, διαμορφώνοντας συλλογικές αξίες, σχέσεις, προσωπικές δεξιότητες και πεποιθήσεις. Αυτό επηρεάζει επίσης τη συμπόνια των εργαζομένων προς τους ίδιους, καθώς και προς τους άλλους (Paradopoulos et al., 2016).

Εάν υπάρχουν όλες οι προϋποθέσεις, ώστε να εκδηλώνουν οι νοσηλεύτριες συμπόνια κατά την εργασία, προς τους συναδέλφους τους και τους ασθενείς που φροντίζουν (Paradopoulos et al., 2016), τότε αλλάζει προς το καλύτερο και η παροχή φροντίδας προς τους ασθενείς τελικού σταδίου, γιατί η κόπωση των νοσηλευτριών, ψυχική και σωματική, θα είναι από πριν γνωστό ότι υπάρχουν αρκετές δυνατότητες για να αντιμετωπιστεί, είτε μέσω προσωπικών δεξιοτήτων, είτε μέσω αλληλοβοήθειας με συναδέλφους και άλλους επαγγελματίες που εργάζονται στον ίδιο χώρο.

2.3 Ανθεκτικότητα, προσαρμοστικότητα και θετικές ψυχικές καταστάσεις

Η ανθεκτικότητα, σύμφωνα με τους Connor και Davidson (2003), ενσωματώνει προσωπικές ιδιότητες που επιτρέπουν σε κάποιον να υπερβεί τις αντιξοότητες και ίσως να θεωρηθεί ως ικανότητα αντιμετώπισης του άγχους.

Η «ενισχυμένη αντιμετώπιση» (“Enhanced Coping”) θεωρείται ότι έχει μεγάλη σημασία. Το 80% των απαντήσεων των νοσηλευτριών στην έρευνα του Delaney (2018) γι’ αυτό το θέμα, συνδέεται με τη χρήση άτυπων πρακτικών MSC στη δουλειά, για να πάρουν οι νοσηλεύτριες «απόσταση από μια κατάσταση στην εργασία», ή για να είναι «λιγότερη η εξάντληση από ό,τι κανονικά θα ήταν». Η «ενισχυμένη αντιμετώπιση» παρείχε προστατευτικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παροχής φροντίδας στους ασθενείς και όχι μόνο μετά από τακτικές αυτοφροντίδας, αφού έχει συμβεί κάποιο γεγονός. Ωστόσο, η έρευνα πρέπει να συνεχιστεί, για την πλήρη κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται σ’ αυτά τα προκαταρκτικά θετικά αποτελέσματα (Delaney, 2018).

Οι επαγγελματίες της παρηγορητικής φροντίδας εκτίθενται συχνά σε υπαρξιακά ζητήματα, ψυχολογικές προκλήσεις και συναισθηματικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς που βρίσκονται αντιμέτωποι με το τελικό στάδιο της ζωής τους. Παρ’ όλο που η εργασία στην παρηγορητική φροντίδα αποτελεί μια τόσο επαγγελματική, όσο και προσωπική επιβράβευση, επιφέρει επίσης ορισμένους προσωπικούς κινδύνους και προκλήσεις. Οι κίνδυνοι που πηγάζουν από την εργασία σ’ αυτό το πλαίσιο, έχουν τεκμηριωθεί και περιλαμβάνουν εξάντληση, κόπωση από τη συνεχή εκδήλωση συναισθήματος συμπόνιας (CF) και χαμηλή ποιότητα φροντίδας (Sansó et al., 2015). Παράλληλα, οι περισσότεροι επαγγελματίες παρηγορητικής φροντίδας αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και νόημα στο έργο τους και αναγνωρίζουν ότι η φροντίδα ασθενών που αντιμετωπίζουν το τέλος της ζωής τους, μπορεί να είναι μια εμπειρία που τους εμπλουτίζει και τους ωφελεί. Τα ποσοστά ικανοποίησης από την εργασία των γιατρών που εφαρμόζουν παρηγορητική αγωγή παραμένουν πολύ υψηλά, ενώ ένας μεγάλος αριθμός γιατρών αναφέρει ότι θα συνιστούσε στους συναδέλφους την εργασία σε ιδρύματα που παρέχουν κατ’ οίκον νοσηλεία ή παρηγορητική ιατρική. Είναι γεγονός ότι, η επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των γιατρών που ασκούν παρηγορητική φροντίδα παραμένει σταθερά χαμηλή, σε σύγκριση με άλλες ειδικότητες. Ορισμένες μελέτες έχουν εντοπίσει την ευκαιρία να αναπτυχθούν συνδέσεις που υποβοηθούν τη θεραπεία και την καλλιέργεια της συμπόνιας στο κλινικό περιβάλλον, ως ιδιαίτερα ωφέλιμες πτυχές της παρηγορητικής φροντίδας (Puchalski and Guenther, 2012). Μια μελέτη σε κλινικές πρωτοβάθμιας παρηγορητικής φροντίδας στον Καναδά, περιγράφει αισθήματα ικανοποίησης και

ευγνωμοσύνης και αυξημένη αίσθηση πνευματικότητας, ως αποτέλεσμα της παροχής παρηγορητικής φροντίδας (Sansó et al., 2015).

Η εσωτερική ζωή των επαγγελματιών της παρηγορητικής φροντίδας, δηλαδή η διατήρηση της πνευματικής τους ηρεμίας, η καλλιέργεια της συμπόνιας και η ανάπτυξη μιας βαθύτερης αίσθησης ικανοποίησης από το επάγγελμα και τον χώρο εργασίας, έχουν αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό ζήτημα στην θεραπευτική διαδικασία (Sansó et al., 2015).

Η κατάρτιση με θέμα τη συμπόνια μπορεί να θεωρηθεί ότι δημιουργεί τις συνθήκες που μπορούν να οδηγήσουν στην συνύπαρξη και άλλων θετικών διανοητικών καταστάσεων (Positive Mental States). Επιπλέον, η επανάληψη αυτής της κατάρτισης μπορεί να οδηγήσει στην καλλιέργεια θετικών ψυχικών χαρακτηριστικών (Delaney, 2018).

Ο Frederickson (2008) προτείνει ότι τα θετικά συναισθήματα μπορούν να διευρύνουν τις επιλογές στιγμιαίας σκέψης και δράσης ενός ατόμου προς συγκεκριμένες ενέργειες, σε αντίθεση με τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν μια περιορισμένη εστίαση, συνήθως στην επιβίωση, που περιλαμβάνει τις γνωστές αντιδράσεις αποφυγής, αγώνα ή επί τόπου ακινητοποίησης (flight, fight, or freeze). Με τη διεύρυνση των επιλογών στιγμιαίας σκέψης και δράσης, τα θετικά συναισθήματα χαλαρώνουν τη συγκράτηση που προκαλεί το αρνητικό συναίσθημα (Fredrickson et al., 2008).

Η αυτοσυμπόνια λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας για μια σημαντική διακύμανση στη θετική ψυχολογική υγεία και το απόθεμα ψυχικής δύναμης και συσχετίστηκε με την ευτυχία, την αισιοδοξία και τη θετική επίδραση, σε μια μελέτη των Neff et al. (2007).

Δεδομένου ότι λίγες μόνο μελέτες εξετάζουν το ρόλο της αυτοσυμπόνιας ως πιθανού προγνωστικού παράγοντα στον χώρο εργασίας (π.χ., Kreemers et al., 2018), ο μηχανισμός μέσω του οποίου η αυτοσυμπόνια επηρεάζει τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την εργασία, είναι ακόμη ασαφής. Υπάρχει ένα ερώτημα, κατά πόσον η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει έναν αποτελεσματικό μηχανισμό αντιμετώπισης του άγχους και αν διαμεσολαβεί την έκφραση συναισθημάτων, επιτρέποντας στο άτομο να ενσωματώσει τα αρνητικά γεγονότα σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση των θετικών και την αναγνώριση των λαθών, χωρίς να κατακλύζεται από αρνητικές επιπτώσεις. Ή, με άλλη διατύπωση, η αυτοσυμπόνια λειτουργεί ως ένα μέσο που παρακινεί και διευκολύνει τις προσπάθειες αυτοβελτίωσης, όπως προτείνουν οι Breines και Chen (2012); Πράγματι, η αυτοσυμπόνια μπορεί να χρησιμεύσει ως παράγοντας ενίσχυσης και στις δύο αυτές πτυχές. Η κατανόηση αυτών των μηχανισμών που συνδέουν την αυτοσυμπόνια με τα οργανωτικά αποτελέσματα, θα βελτιωθεί αν γίνουν νέες μελέτες (Reizer, 2019).

Οι Neff and Knox (2017) συμφωνούν ότι η αυτοσυμπόνια τονίζει την ικανότητα των εργαζομένων να ανακουφίζουν τον εαυτό τους όταν πληγώνονται συναισθηματικά και έχουν ανάγκη φροντίδας και στοργής. Έτσι, η αυτοσυμπόνια μπορεί να περιλαμβάνει μια εσωτερική πηγή που μπορεί να διευκολύνει τους εργαζόμενους να επιτύχουν να βρίσκουν τη δική τους ελπίδα και εσωτερική δύναμη, όταν αντιμετωπίζουν προκλήσεις στο χώρο εργασίας. Στο μέλλον, η έρευνα θα πρέπει να διερευνά και αυτούς τους τομείς, εκτός από τους υποκείμενους μηχανισμούς που συνδέουν την αυτοσυμπόνια με τα αποτελέσματα στο χώρο εργασίας.

Ως προς τον πολύ ευαίσθητο τομέα της παροχής φροντίδας σε ασθενείς με καρκίνο, τα αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι η δεξιότητα της κλινικής ενσυναίσθησης είναι απαραίτητη. Η κλινική ενσυναίσθηση φέρνει θετικές επιδόσεις, έτσι τα συναισθήματα των ασθενών γίνονται αντιληπτά και εκφράζονται πιο εύκολα. Οι ασθενείς με καρκίνο βρίσκονται σε ευάλωτη θέση λόγω αλλαγών στην ποιότητα της ζωής τους και επιδείνωσης της υγείας τους, μετά από πολλαπλές παρενέργειες των θεραπειών. Είναι πιο δύσκολο να επικοινωνήσουμε με αυτούς τους ασθενείς (Banerjee et al., 2016). Η ανάπτυξη της επικοινωνίας νοσηλεύτριας-ασθενούς στον ογκολογικό θάλαμο, με ενσυναίσθηση, είναι απαραίτητη για τους ασθενείς, ώστε να ανακουφίσουν την ψυχολογική τους δυσφορία. Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά νοσηλεύονται κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους και οι νοσηλεύτριες έχουν περισσότερες ευκαιρίες να δημιουργήσουν μια σχέση με ενσυναίσθηση, ώστε να κερδίσουν την εμπιστοσύνη τους και να υποστηρίξουν τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Οι νοσηλεύτριες μπορούν να εντοπίσουν τις δυνατότητες εκδήλωσης ενσυναίσθησης και να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών και έτσι μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσαρμοστούν στην ασθένειά τους. Μια μελέτη ανασκόπησης (Derksen et al., 2013) έδειξε ότι η σχέση μέσω ενσυναίσθησης μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα της φροντίδας και της θεραπείας στους ασθενείς με δύο τρόπους: πρώτο, μπορεί να οδηγήσει σε αυτο-αποκάλυψη των περισσότερων ανησυχιών των ασθενών, σε απόκτηση περισσότερων πληροφοριών, να γίνει ακριβέστερη η διάγνωση, αλλά και η αντίληψη και η υπευθυνότητα του θεραπευτή ως προς τις προσωπικές ανάγκες του ασθενούς. Δεύτερον, η σχέση μέσω ενσυναίσθησης προκαλεί την αίσθηση ότι ο ασθενής εισακούγεται, εκτιμάται ως άτομο, κατανοείται και γίνεται αποδεκτός, οδηγώντας έμμεσα στη βελτίωση των αποτελεσμάτων (Derksen et al., 2013). Μια μελέτη σε 710 ασθενείς στη Γερμανία έδειξε ότι υπήρχε μια σημαντική σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης των θεραπευτών και μειωμένης κατάθλιψης και προαγωγής της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επίσης, τα αποτελέσματα μιας αναδρομικής μελέτης έδειξαν ότι η ενσυναίσθηση των θεραπευτών συσχετίστηκε με υψηλότερη ικανοποίηση και χαμηλότερη δυσφορία των ασθενών (Rohani et al., 2018).

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά την επαναλαμβανόμενη έκθεση στον θάνατο, όταν είναι σε θέση να ενσωματώσουν και να διαμορφώσουν αυτές τις εμπειρίες μέσα από ένα ευρύτερο πλαίσιο δημιουργίας νοήματος ή πνευματικής κοσμοθεωρίας. Παρ' όλο που η πνευματικότητα, όπως προσδιορίζεται από τον ίδιο τον επαγγελματία, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιστάθμιση της διαταραχής της ψυχικής υγείας του, οι πρακτικές αυτοθεραπείας γενικότερης φύσης, αποτελούν ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της ικανότητας των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την παρηγορητική φροντίδα. Με εξαίρεση τη σωματική διάσταση της αυτοφροντίδας, κάθε μία από τις άλλες διαστάσεις της αυτοφροντίδας (ψυχολογική, συναισθηματική, πνευματική, περιβάλλον εργασίας και προσωπική ισορροπία) συνδέονται αρνητικά σε σχέση με την CF και την επαγγελματική εξουθένωση (Sansó et al., 2015).

Ο εντοπισμός ειδικών παραγόντων που βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να αντιμετωπίσουν τη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, υποστηρίζεται περαιτέρω από το υπόδειγμα της αυτοφροντίδας που βασίζεται στην επίγνωση, το οποίο στοχεύει στην ενίσχυση της αυτοφροντίδας των επαγγελματιών υγείας. Αυτό το υπόδειγμα υποδηλώνει μια θετική σχέση μεταξύ του επιπέδου αυτοεπίγνωσης και της ικανοποίησης από την έκφραση συμπόνιας (CS, compassion satisfaction,) του επαγγελματία υγείας και μια αρνητική σχέση με τις περιπτώσεις επαγγελματικής εξουθένωσης και CF. Οι μελέτες για τις προστατευτικές πρακτικές σε δευτερογενή ψυχικά τραύματα και με εμπειρικά κλινικά δεδομένα, υποστηρίζει περαιτέρω αυτό το θεωρητικό υπόδειγμα (Sansó et al., 2015).

Συνοπτικά, η φύση της κλινικής ενσυναίσθησης των νοσηλευτριών και νοσηλευτών ως προς καρκινοπαθείς ασθενείς, στο πλαίσιο της φροντίδας, περιλαμβάνει πέντε κατηγορίες: «συν-παρουσία» (σωματική και συναισθηματική παρουσία), «αυτοεπίγνωση των νοητικών διαδικασιών (metacognition) (Μισαηλίδη, 2011), «αντίληψη» (γνώση σχετικά με την επίγνωση των ατόμων), «έμφυτη» (γενετική) και «διδασκτική» (επιμορφωτική, κατατοπιστική). Η κλινική ενσυναίσθηση είναι μια δεξιότητα που μπορεί να διδαχθεί. Έτσι, θα πρέπει να θεωρείται ως ένα από τα πρότυπα ικανότητας για νοσηλεύτριες και νοσηλευτές ογκολογίας. Η κλινική ενσυναίσθηση στη θεραπευτική επικοινωνία με τους ασθενείς με καρκίνο μπορεί να διδαχθεί μέσω τριών περιοχών «συν-παρουσίας», «μεταγνώσης» και «αντίληψης», στο πλαίσιο της φροντίδας του καρκίνου. Η εστίαση θα πρέπει να επικεντρωθεί στην εκπαίδευση σε τμήματα νοσηλευτικής και νοσοκομεία, στην τακτική αξιολόγηση της κλινικής ενσυναίσθησης με έγκυρα εργαλεία, στην εφαρμογή τεχνικών ανάδρασης και στην περιγραφή και ανταλλαγή πραγματικών εμπειριών των νοσηλευτριών ογκολογίας με τις και τους συναδέλφους τους (Rohani et al., 2018).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας των Sansó et al. (2015), η αυτοφροντίδα διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο, βοηθώντας τους επαγγελματίες της παρηγορητικής φροντίδας να αντιμετωπίσουν την συχνή έκθεση στον θάνατο και το τελικό στάδιο. Η σημασία της αυτοφροντίδας μέσα στο υψηλό άγχος και το συναισθηματικά φορτισμένο περιβάλλον της παρηγορητικής φροντίδας, όπου τα πνευματικά και υπαρξιακά ζητήματα προέχουν, είναι ίσως περισσότερο αναγκαία και όχι προαιρετική.

Τα ευρήματα της μελέτης των Sansó et al. (2015) προσφέρουν μια εικόνα της σχέσης μεταξύ ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών και της ικανότητάς τους να αντιμετωπίζουν το θάνατο και το τελικό στάδιο. Τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αυτεπίγνωσης ήταν επίσης εκείνα με μεγαλύτερη βαθμολογία στην ικανότητα αντιμετώπισης του θανάτου. Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζουν τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, τα οποία αναφέρουν μια συσχέτιση μεταξύ υψηλότερων επιπέδων επίγνωσης και της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας να διατηρούν και να διαχειρίζονται τη συναισθηματική ισορροπία, όταν εργάζονται σε δύσκολες συνθήκες. Η επίγνωση περιλαμβάνει ένα συνδυασμό αυτογνωσίας και ενσυναίσθησης. Η ανάπτυξη και των δύο αυτών δεξιοτήτων θέτουν τον επαγγελματία υγείας σε μια θέση ταυτόχρονης παρακολούθησης των ασθενών και των δικών του αναγκών. Στη μελέτη των Sansó et al. (2015) διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες με υψηλότερα επίπεδα επίγνωσης βρέθηκαν σε χαμηλότερα επίπεδα CF και επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς και σε υψηλότερα επίπεδα CS. Έτσι, η επίγνωση φαίνεται να είναι μια οδός για τη βελτίωση της ικανότητας των επαγγελματιών φροντίδας υγείας να αντιμετωπίζουν τον θάνατο των ασθενών.

Η ικανότητα των επαγγελματιών να αντιμετωπίζουν τον θάνατο σχετίζεται θετικά με την CS και έχει αρνητική σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και την CF. Ένα άλλο ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης των Sansó et al. (2015) ήταν η ισχυρή σχέση μεταξύ της ικανότητας των συμμετεχόντων να αντιμετωπίσουν τον θάνατο και την ποιότητα ζωής τους, ένα σημαντικό θέμα που δεν έχει διερευνηθεί ακόμη αρκετά.

Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ιδέα ότι η πρακτική της αυτοφροντίδας και η ανάπτυξη της επίγνωσης ενισχύουν τον εσωτερικό κόσμο των επαγγελματιών, επηρεάζοντας άμεσα την ποιότητα ζωής των επαγγελματιών και πιθανόν την ποιότητα παροχής φροντίδας. Με την αύξηση της επίγνωσης των επαγγελματιών της υγείας, παράγεται ένα δυνητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα προς δύο κατευθύνσεις: η ποιότητα ζωής των επαγγελματιών της υγείας που συνδέεται με την εργασία αυξάνεται και η αποτελεσματικότητά τους ως θεραπευτικών παραγόντων σε ό,τι αντιμετωπίζουν στην παρηγορητική αγωγή βελτιστοποιείται, μέσω μιας ενισχυμένης ικανότητας χρήσης του εαυτού τους, ως κλινικών θεραπευτικών παραγόντων. Η μελέτη των Sansó et al. (2015)

συμβάλλει στη γνώση των προσωπικών παραγόντων που σχετίζονται με την αντιμετώπιση της συχνής έκθεσης στον θάνατο και το τελικό στάδιο και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών, υπογραμμίζοντας την ανάγκη ενσωμάτωσης της προώθησης μιας ολιστικής πρακτικής επίγνωσης της αυτοφροντίδας νωρίς κατά την φοίτηση, αλλά και στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγείας, ιδίως εκείνων που εργάζονται με ανθρώπους κατά το τελικό στάδιο της ζωής τους.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Σχεδιασμός της έρευνας

1.1 Σκοπός της εργασίας

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να βοηθήσει τους επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν την συχνή έκθεση σε θέματα που σχετίζονται με τη θνητότητα. Διερευνώνται οι έννοιες της συγχώρεσης, της ενσυναίσθησης και της αυτοσυμπόνιας, από την οπτική γωνία των νοσηλευτών και νοσηλευτριών, όπως και οι συσχετισμοί αυτών των εννοιών με την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τελικού σταδίου και την προστασία των ίδιων των επαγγελματιών από την κόπωση που τους προκαλεί αυτή ή φροντίδα.

1.2 Βασικά ερευνητικά ερωτήματα

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που θα αναζητήσουμε στην εργασία αυτή αφορούν τις στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τον θάνατο και τον ασθενή τελικού σταδίου. Επίσης θα ερευνήσουμε ποια είναι η συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για τον θάνατο και τον ασθενή τελικού σταδίου με την αυτοσυμπόνια, την συγχώρεση και την ενσυναίσθηση. Πώς επηρεάζονται οι επαγγελματίες υγείας στην καθημερινότητά τους, σε επαγγελματικό αλλά και προσωπικό επίπεδο από τους ασθενείς τους και αφού επέλθει ο θάνατος. Ποια η αντιμετώπιση των συγγενών των ασθενών τελικού σταδίου πριν αλλά και μετά τον θάνατο, από τους επαγγελματίες υγείας.

1.3 Μεθοδολογία

Πρόκειται για συγχρονική ερευνητική μελέτη. Θα δοθούν ερωτηματολόγια σε Δημόσιο Νοσοκομείο ΠΠΓΝΛ και το δείγμα μας είναι οι επαγγελματίες υγείας, όπου θα τους ζητηθεί να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια που αφορούν την συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας για τον ασθενή τελικού σταδίου και τον θάνατο, με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια. Η επιλογή του δείγματος θα υλοποιηθεί με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας.

Τα κριτήρια ένταξης περιλαμβάνουν: i) το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό να προέρχεται από τις επιλεγμένες κλινικές για την μελέτη, ii) να έχουν φροντίσει ασθενείς τελικού σταδίου, iii) να έχουν βιώσει περιστατικό θανάτου κατά την διάρκεια της εργασιακής τους εμπειρίας. Η έρευνα θα περιλαμβάνει την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού.

Ζητήματα δεοντολογίας

Για την αδειοδότηση της έρευνας και τη διανομή των ερωτηματολογίων θα κατατεθεί αίτηση στο Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων, ώστε να δοθεί η σχετική άδεια της διανομής του ερωτηματολογίου. Παράλληλα, θα κατατεθεί στο Επιστημονικό Συμβούλιο αντίγραφο του Ερευνητικού Πρωτόκολλου.

Τρόπος συλλογής των δεδομένων

Μετά την εξασφάλιση της γραπτής άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο των Νοσοκομείων, θα διανεμηθούν τα ερωτηματολόγια στις επιλεγόμενες κλινικές, ορίζοντας ως υπεύθυνο της συλλογής των ερωτηματολογίων τον προϊστάμενο της κάθε κλινικής. Κάθε συμμετέχων στην έρευνα θα έχει στη διάθεση του αρκετό χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αλλά και σε κάθε περίπτωση, θα δοθεί εάν ζητηθεί, περαιτέρω χρονικό περιθώριο επιστροφής του ερωτηματολογίου. Θα διασφαλιστεί επίσης το απόρρητο, διαβεβαιώνοντας τους συμμετέχοντες ότι τα στοιχεία θα είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την διενέργεια της συγκεκριμένης μελέτης, στα πλαίσια ολοκλήρωσης της διπλωματικής εργασίας.

Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν στις εξής κλινικές:

- Ογκολογική Κλινική
- Καρδιολογική Κλινική
- Νευροχειρουργική Κλινική
- Χειρουργική Κλινική
- Πνευμονολογική Κλινική
- Παθολογική Κλινική
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
- Μονάδα Στεφανιαίας Νόσου (ΜΣΝ)

Στην έρευνα θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που θα περιλαμβάνει ερωτήσεις κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών καθώς και ερωτήσεις διερεύνησης του προφίλ συμπεριφοράς θανάτου (DAP-R), ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου (FATCOD-30), και ερωτήσεις κλίμακας για την πνευματικότητα, την αυτοσυμπόνια (SCS) και την ενσυναίσθηση (TEQ). Το εργαλείο για την διερεύνηση του προφίλ συμπεριφοράς θανάτου είναι το ερωτηματολόγιο Death Attitude Profile – Revised (DAP-R). Το αρχικό ερωτηματολόγιο DAP-R φτιάχτηκε από τους Wong, P.T.P., Reker, G.T., και Gesser, G το 1964. Περιέχει 32 ερωτήσεις,

χωρίζεται σε 5 υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Οι υποκλίμακες είναι:

- Fear of death – Φόβος του θανάτου: 1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
- Death avoidance – Αποφυγή: 3, 10, 12, 19, 26
- Neutral acceptance - Ουδέτερη στάση: 6, 14, 24, 17, 30
- Approach acceptance – Αποδοχή: 4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
- Escape acceptance – Διαφυγή: 5, 9, 11, 23, 29

Το ερωτηματολόγιο FATCOD – 30, σχεδιάστηκε το 1988 από την Katherine Frommelt, και περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις διερεύνησης των στάσεων απέναντι στην φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (συμφωνώ απόλυτα έως διαφωνώ απόλυτα).

Το ερωτηματολόγιο FATCOD – 30 αποτελείται από ένα ίσο αριθμό θετικών και αρνητικών στοιχείων.

Για την διερεύνηση της αυτοσυμπόνιας θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο της Dr. Kristin Neff (2003) Self Compassion Scale (SCS). Η κλίμακα SCS περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, χωρίζεται σε έξι υποκλίμακες όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (Σχεδόν ποτέ, Μερικές φορές, Ενδιάμεσα, Συχνά, Σχεδόν πάντα).

Οι υποκλίμακες είναι:

- Είδη προσωπικής φροντίδας: 5, 12, 19, 23, 26
- Στοιχεία αυτοεκτίμησης: 1, 8, 11, 16, 21
- Κοινά Ανθρωπιστικά Στοιχεία: 3, 7, 10, 15
- Στοιχεία απομόνωσης: 4, 13, 18, 25
- Στοιχεία ευαισθητοποίησης: 9, 14, 17, 22
- Ανώτερα προσδιορισμένα στοιχεία: 2, 6, 20, 24

Για την μέτρηση της ενσυναίσθησης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) των Spreng, Mckinnon, Mar και Levine (2009) το οποίο αποτελείται από 16 ερωτήσεις, όπου οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια πενταβάθμια Likert scale (Ποτέ, Σπάνια, Μερικές φορές, Συχνά, Πάντα).

Για την διερεύνηση της συγχώρεσης θα χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο Heartland Forgiveness Scale (HFS) που δημοσιεύθηκε το 2005 από την Laura Yamhure Thompson. Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις και οι ερωτώμενοι απαντούν σε μια επτάβαθμια Likert scale.

1.4 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες στάσεων απέναντι στο θάνατο και συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

Κεφάλαιο 2. Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 150 νοσηλευτές με μέση ηλικία τα 42,7 έτη (SD=7,5 έτη). Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		42,7 (7,5)	
Φύλο	Άντρες	35	23,3
	Γυναίκες	115	76,7
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	44	29,3
	Πανεπιστήμιο	85	56,7
	Μάστερ	20	13,3
	Διδακτορικό	1	0,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμοι	37	24,7
	Έγγαμοι	99	66,0
	Διαζευγμένοι	13	8,7
	Χήροι	1	0,7
Παιδιά	Όχι	39	27,1
	Ναι	105	72,9
Αριθμός παιδιών	1	15	14,4
	2	49	47,1
	>2	40	38,5
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	54	36,0
	Πόλη<150.000 κατοίκους	40	26,7
	Πόλη>150.000 κατοίκους	56	37,3

Το 76,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν πτυχιούχοι πανεπιστημίου, με το ποσοστό να είναι 56,7%. Το 66,0% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 72,9% είχε παιδιά. Το 37,3% των συμμετεχόντων είχε καταγωγή από μεγάλη πόλη (>150.000 κατοίκους) και το 36,0% από χωριό/κωμόπολη.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

		N	%
Έτη εργασίας	1-5	26	17,3
	6-10	24	16,0
	11-15	33	22,0
	16-20	26	17,3
	>20	41	27,3
Τμήμα εργασίας	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	16	10,7
	ΜΕΘ	26	17,3
	ΜΣΝ	13	8,7
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	14	9,3
	ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ	17	11,3
	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	22	14,7
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΗ	18	12,0
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	24	16,0
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, μέση τιμή (SD)		6,1 (4,8)	

Το 27,3% των συμμετεχόντων εργαζόταν συνολικά πάνω από 20 έτη και το 22,0% εργαζόταν 11-15 έτη. Ακόμα, το 17,3% των συμμετεχόντων εργάζονταν στη ΜΕΘ και το 16,0% στη χειρουργική. Ο μέσος αριθμός ετών εργασίας στο παρόν τμήμα ήταν 6,1 (SD=4,8 έτη).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συγχώρεση, μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια και περισσότερη ενσυναίσθηση.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Forgiveness of Self	12,00	42,00	30,32 (7,1)
Forgiveness of Others	16,00	40,00	26,32 (4,54)
Forgiveness of Situations	9,00	36,00	22,11 (6,57)
Total Heartland Forgiveness Scale	54,00	112,00	78,75 (9,38)
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	1,92	4,65	3,64 (0,57)
Κλίμακα ενσυναίσθησης	28,00	60,00	50,12 (7,46)

Η βαθμολογία στη διάσταση «Forgiveness of Self» κυμαινόταν από 12 μέχρι 42 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 30,32 μονάδες (SD=7,1 μονάδες), στη διάσταση «Forgiveness of Others» κυμαινόταν από 16 μέχρι 40 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 26,32 μονάδες (SD=4,54 μονάδες), στη διάσταση «Forgiveness of Situations» κυμαινόταν από 9 μέχρι 36 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 22,11 μονάδες (SD=6,57 μονάδες) και η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 54 μέχρι 112 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 78,75 μονάδες (SD=9,38 μονάδες). Η βαθμολογία στην κλίμακα

αυτοσυμπόνοιας κυμαινόταν από 1,92 μέχρι 4,65 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 3,64 μονάδες (SD=0,57 μονάδες) και στην κλίμακα ενσυναίσθησης κυμαινόταν από 28 μέχρι 60 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 50,12 μονάδες (SD=7,46 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των κλιμάκων συγχώρεσης, αυτοσυμπόνοιας και ενσυναίσθησης.

		Κλίμακα αυτοσυμπόνοιας	Κλίμακα ενσυναίσθησης
Forgiveness of Self	r	0,71	0,45
	P	<0,001	<0,001
Forgiveness of Others	r	-0,26	-0,20
	P	0,002	0,016
Forgiveness of Situations	r	-0,50	-0,39
	P	<0,001	<0,001
Total Heartland Forgiveness Scale	r	0,07	-0,03
	P	0,401	0,712
Κλίμακα ενσυναίσθησης	r	0,58	-
	P	<0,001	

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις των κλιμάκων αυτοσυμπόνοιας και ενσυναίσθησης με τις διαστάσεις της κλίμακας συγχώρεσης αλλά όχι με τη συνολική βαθμολογία. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση προς τον ίδιο τον εαυτό των συμμετεχόντων τόσο περισσότερη αυτοσυμπόνοια και ενσυναίσθηση ένιωθαν. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση προς τους άλλους και προς τις δύσκολες καταστάσεις τόσο λιγότερη αυτοσυμπόνοια και ενσυναίσθηση ένιωθαν. Επίσης, περισσότερη αυτοσυμπόνοια σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερη συγχώρεση. Για την αντίφαση που εντοπίζεται σ' αυτό το σημείο της ανάλυσης των αποτελεσμάτων, μπορούν να υπάρξουν δύο ερμηνείες:

A) Τα ερωτηματολόγια είναι αυτοσυμπληρούμενα, επομένως αναμένεται ένας βαθμός προκατάληψης λόγω υποκειμενικής αντίληψης των θεμάτων που καλύπτονται από το ερωτηματολόγιο. Πρόκειται για έναν γενικότερο προβληματισμό, που απαντάται σε έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία (Babenko et al., 2019), αλλά δεν έχει δοθεί ως τώρα μια ικανοποιητική λύση.

B) Η ανάγκη των ασθενών τελικού σταδίου για συνεχή εκδήλωση συναισθήματος συμπόνοιας από τους νοσηλευτές, σε συνδυασμό με την ανεκτικότητα και επομένως με τη συγχώρεση που πρέπει να προσφέρουν όλοι για να μπορούν να συμβιώνουν σε ένα τόσο απαιτητικό περιβάλλον, μπορεί να ανταμείβει συναισθηματικά, αλλά την ίδια στιγμή προκαλεί κόπωση και εξάντληση (Sansó et

al., 2015). Ίσως γι' αυτό οι ερωτηθέντες αναφέρουν ότι «όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση προς τους άλλους και προς τις δύσκολες καταστάσεις τόσο λιγότερη αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση ένιωθαν». Εξαιτίας της κόπωσης από τη συγχώρεση προς τους άλλους, ένιωθαν στη συνέχεια ότι δεν υπήρχαν πλέον αποθέματα για αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση.

Αν επιτρέπεται μια υπόθεση, όπως έχει αναφερθεί στο γενικό μέρος, η κόπωση μπορεί να έχει δημιουργήσει τάση για αποφυγή, δηλαδή για απόσπαση του εαυτού από τον εσωτερικό συναισθηματικό κόσμο, με αποτέλεσμα ό,τι θετικό συμβαίνει, στην ουσία είναι επιφανειακό (Kafetsios et al., 2014). Η διαχείριση των συναισθημάτων δεν γίνεται αποτελεσματικά και μειώνεται η αντίληψη της αυτοσυμπόνιας και φροντίδας προς τον εαυτό (Reizer, 2019).

2.1 Ερωτηματολόγιο διερεύνησης στάσης απέναντι στο θάνατο (DAP-R).

Οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου, περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Φόβος του θανάτου	2,71	5,14	4 (0,49)
Αποφυγή	2,80	6,00	4,35 (0,5)
Ουδέτερη στάση	1,80	5,80	3,81 (0,83)
Αποδοχή	3,40	5,70	4,46 (0,57)
Διαφυγή	2,20	6,40	3,68 (0,61)

Η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» ήταν 4,0 μονάδες (SD=0,49 μονάδες). Επίσης, η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» ήταν 4,35 μονάδες (SD=0,5 μονάδες). Η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» ήταν 3,81 μονάδες (SD=0,83 μονάδες). Ακόμα, η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή» ήταν 4,46 μονάδες (SD=0,57 μονάδες). Επιπροσθέτως, η μέση τιμή της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διαφυγή» ήταν 3,68 μονάδες (SD=0,61 μονάδες).

2.1.1 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο με τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο και της κλίμακας συγχώρεσης.

		Forgiveness of Self	Forgiveness of Others	Forgiveness of Situations	Total Heartland Forgiveness Scale
Φόβος του θανάτου	r	-0,22	0,12	0,20	0,04
	P	0,008	0,134	0,013	0,641
Αποφυγή	r	0,19	0,00	-0,19	0,01
	P	0,020	0,997	0,023	0,869
Ουδέτερη στάση	r	0,36	-0,32	-0,44	-0,19
	P	<0,001	<0,001	<0,001	0,022
Αποδοχή	r	0,43	-0,17	-0,45	-0,07
	P	<0,001	0,038	<0,001	0,393
Διαφυγή	r	-0,38	0,10	0,13	-0,15
	P	<0,001	0,246	0,127	0,063

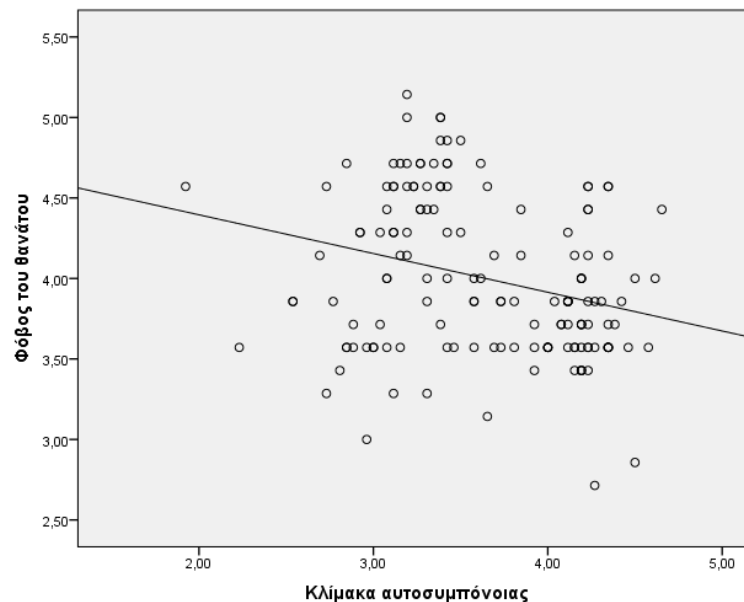
Βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο και της κλίμακας συγχώρεσης. Συγκεκριμένα, όσο πιο μεγάλη ήταν η συγχώρεση των συμμετεχόντων προς τον εαυτό τους τόσο χαμηλότερες τιμές είχαν στις διαστάσεις «Φόβος του θανάτου» και «Διαφυγή» και τόσο υψηλότερες στις διαστάσεις «Αποφυγή», «Ουδέτερη στάση» και «Αποδοχή». Επίσης, όσο πιο μεγάλη ήταν η συγχώρεση των συμμετεχόντων προς τους άλλους, τόσο χαμηλότερες τιμές είχαν στις διαστάσεις «Ουδέτερη στάση» και «Αποδοχή». Όσο πιο μεγάλη ήταν η συγχώρεση των συμμετεχόντων προς τις διάφορες καταστάσεις τόσο χαμηλότερες τιμές είχαν στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» και τόσο υψηλότερες στις διαστάσεις «Αποφυγή», «Ουδέτερη στάση» και «Αποδοχή». Η συνολική συγχώρεση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο με τη διάσταση «Ουδέτερη στάση».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο και της κλίμακας αυτοσυμπόνοιας.

		Κλίμακα αυτοσυμπόνοιας
Φόβος του θανάτου	r	-0,28
	P	0,001
Αποφυγή	r	0,17
	P	0,034
Ουδέτερη στάση	r	0,48
	P	<0,001
Αποδοχή	r	0,55
	P	<0,001
Διαφυγή	r	-0,40
	P	<0,001

Περισσότερη αυτοσυμπόνοια βρέθηκε να σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Φόβος του θανάτου» και «Διαφυγή» και με υψηλότερη στις διαστάσεις «Αποφυγή», «Ουδέτερη στάση» και «Αποδοχή».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας αυτοσυμπόνοιας με τη διάσταση «Φόβος του θανάτου».

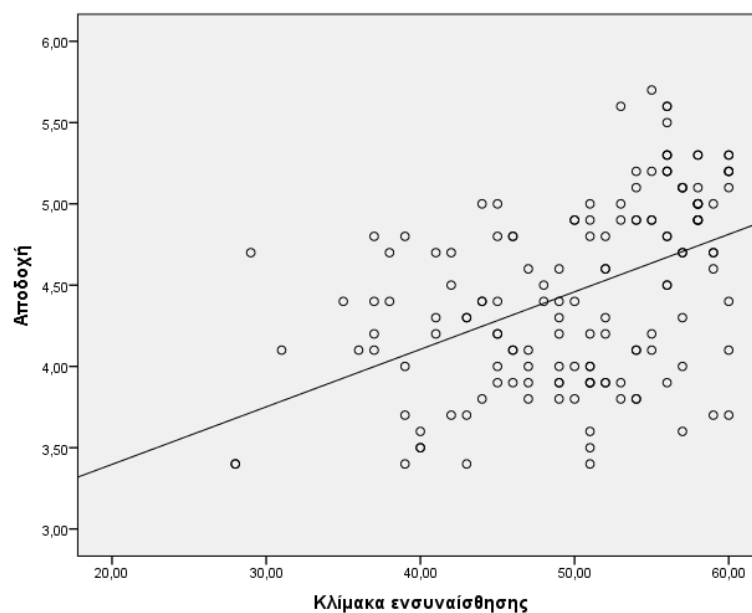


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο και της κλίμακας ενσυναίσθησης.

		Κλίμακα ενσυναίσθησης
Φόβος του θανάτου	r	-0,31
	P	<0,001
Αποφυγή	r	0,23
	P	0,005
Ουδέτερη στάση	r	0,50
	P	<0,001
Αποδοχή	r	0,46
	P	<0,001
Διαφυγή	r	-0,26
	P	0,001

Περισσότερη ενσυναίσθηση βρέθηκε να σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις «Φόβος του θανάτου» και «Διαφυγή» και με υψηλότερη στις διαστάσεις «Αποφυγή», «Ουδέτερη στάση» και «Αποδοχή».

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας ενσυναίσθησης με τη διάσταση «Αποδοχή».



2.1.2 Συσχέτιση της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο με τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

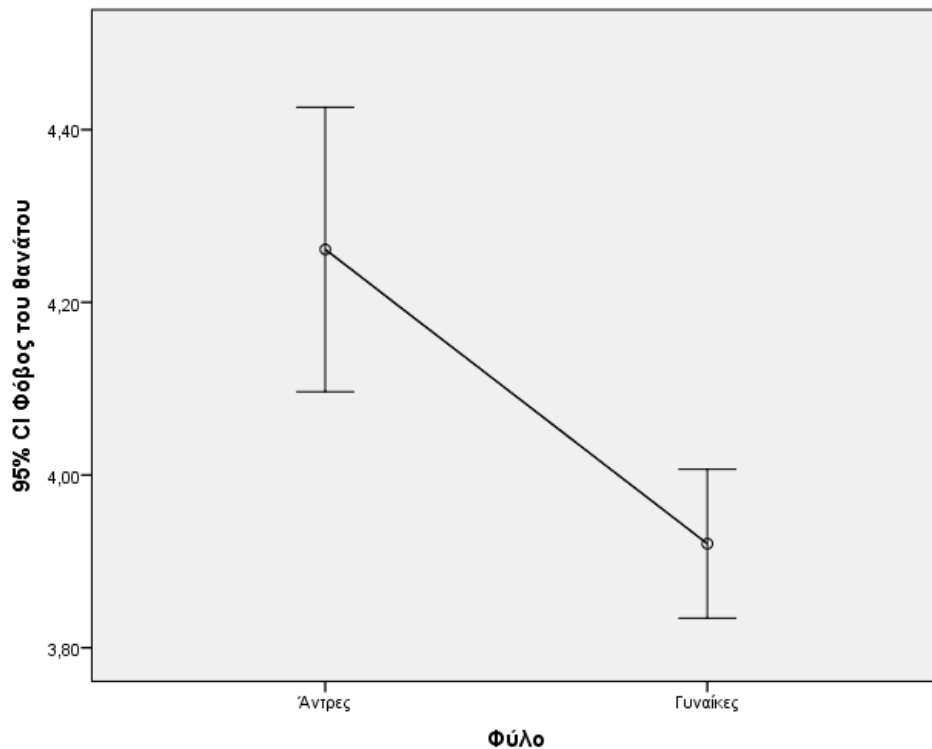
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Φόβος του θανάτου		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	4,26	0,48	<0,001
	Γυναίκες	3,92	0,47	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	4,02	0,55	0,906+
	Πανεπιστήμιο	4,00	0,48	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	3,97	0,42	
Έγγαμοι	Όχι	4,06	0,48	0,271
	Ναι	3,97	0,50	
Παιδιά	Όχι	4,08	0,48	0,159
	Ναι	3,95	0,49	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	3,99	0,47	0,964+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	4,02	0,45	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	3,99	0,54	
Έτη εργασίας	1-10	4,13	0,47	0,062+
	11-15	3,95	0,54	
	>15	3,91	0,42	

+ANOVA

Οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερη τιμή στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Φόβος του θανάτου
Ηλικία	r	-0,11
	P	0,172
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	-0,09
	P	0,282

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος του θανάτου» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β*	SE**	P
Ηλικία		0,01	0,01	0,518
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-0,19	0,12	0,102
	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πανεπιστήμιο	0,09	0,10	0,368
	Μάστερ/ Διδακτορικό	0,14	0,14	0,315
	Όχι (αναφορά)			
Έγγαμοι	Ναι	0,01	0,13	0,920
	Όχι (αναφορά)			
Παιδιά	Ναι	0,01	0,17	0,945
	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	0,09	0,10	0,386
	Πόλη<150.000 κατοίκους	0,15	0,11	0,161
	>15 (αναφορά)			
Έτη εργασίας	1-10	0,28	0,18	0,119
	11-15	0,13	0,12	0,260
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,01	0,01	0,455
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		-0,11	0,12	0,340
Κλίμακα ενσυναίσθησης		-0,02	0,01	0,028
Forgiveness of Self		0,00	0,01	0,671
Forgiveness of Others		0,00	0,01	0,874
Forgiveness of Situations		0,00	0,01	0,716

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Μόνο η κλίμακα ενσυναίσθησης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Φόβος του θανάτου». Συγκεκριμένα, υψηλότερη ενσυναίσθηση σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Φόβος του θανάτου».

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Αποφυγή		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	4,23	0,47	0,093
	Γυναίκες	4,39	0,50	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	4,32	0,57	0,866+
	Πανεπιστήμιο	4,36	0,50	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	4,39	0,29	
Έγγαμοι	Όχι	4,32	0,43	0,544
	Ναι	4,37	0,53	
Παιδιά	Όχι	4,27	0,51	0,204
	Ναι	4,39	0,50	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	4,43	0,52	0,279+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	4,36	0,46	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	4,28	0,50	
Έτη εργασίας	1-10	4,30	0,48	0,615+
	11-15	4,39	0,53	
	>15	4,37	0,47	

+ANOVA

Δεν διέφερε σημαντική η βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στη διάσταση «Αποφυγή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Αποφυγή
Ηλικία	r	0,01
	P	0,942
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	-0,04
	P	0,600

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποφυγή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποφυγή» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
Ηλικία		-0,01	0,01	0,294
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-0,02	0,12	0,856
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο	0,02	0,11	0,854
	Μάστερ/ Διδακτορικό	0,03	0,15	0,822
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,05	0,14	0,718
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,18	0,18	0,333
Τόπος καταγωγής	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
	Χωριό/ Κωμόπολη	0,16	0,10	0,141
	Πόλη<150.000 κατοίκους >15 (αναφορά)	0,06	0,11	0,589
Έτη εργασίας	1-10	-0,13	0,19	0,516
	11-15	-0,10	0,13	0,437
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		-0,01	0,01	0,597
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		-0,04	0,13	0,743
Κλίμακα ενσυναίσθησης		0,01	0,01	0,091
Forgiveness of Self		0,01	0,01	0,557
Forgiveness of Others		0,01	0,01	0,230
Forgiveness of Situations		-0,01	0,01	0,170

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Κανένας παράγοντας δεν βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «Αποφυγή».

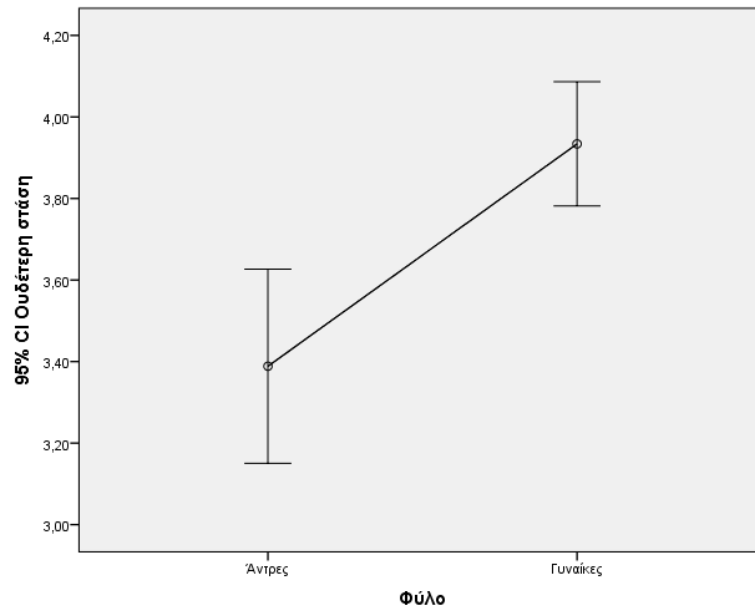
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Ουδέτερη στάση		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	3,39	0,69	0,001
	Γυναίκες	3,93	0,82	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	3,64	0,80	0,116+
	Πανεπιστήμιο	3,83	0,86	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	4,09	0,67	
Εγγαμοι	Όχι	3,97	0,75	0,078
	Ναι	3,72	0,85	
Παιδιά	Όχι	3,88	0,80	0,52
	Ναι	3,78	0,85	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	3,78	0,82	0,033+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	4,08	0,80	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	3,64	0,81	
Ετη εργασίας	1-10	3,78	0,85	0,922+
	11-15	3,84	0,75	
	>15	3,79	0,93	

+ANOVA

Οι άντρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» σε σύγκριση με τις γυναίκες. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση αυτή βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον τόπο καταγωγής τους. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι η βαθμολογία των συμμετεχόντων που κατάγονταν από πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτή των συμμετεχόντων που κατάγονταν από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους ($p=0,029$).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Ουδέτερη στάση
Ηλικία	r	0,02
	P	0,780
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	0,02
	P	0,853

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη στάση» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
Ηλικία		-0,01	0,01	0,430
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	0,16	0,17	0,335
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο	-0,07	0,15	0,634
	Μάστερ/ Διδακτορικό	0,05	0,20	0,823
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,28	0,19	0,143
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,01	0,25	0,954
Τόπος καταγωγής	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
	Χωριό/ Κωμόπολη	0,07	0,14	0,618
	Πόλη<150.000 κατοίκους	0,23	0,15	0,138
Έτη εργασίας	>15 (αναφορά)			
	1-10	-0,26	0,26	0,317
	11-15	-0,22	0,17	0,205
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,00	0,01	0,906
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		0,24	0,17	0,169
Κλίμακα ενσυναίσθησης		0,03	0,01	0,003
Forgiveness of Self		0,00	0,01	0,819
Forgiveness of Others		-0,03	0,01	0,045
Forgiveness of Situations		-0,02	0,01	0,133

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ενσυναίσθησης και η διάσταση «Forgiveness of Others» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Ουδέτερη στάση». Συγκεκριμένα:

- υψηλότερη ενσυναίσθηση σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη στάση».
- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Forgiveness of Others» σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ουδέτερη στάση».

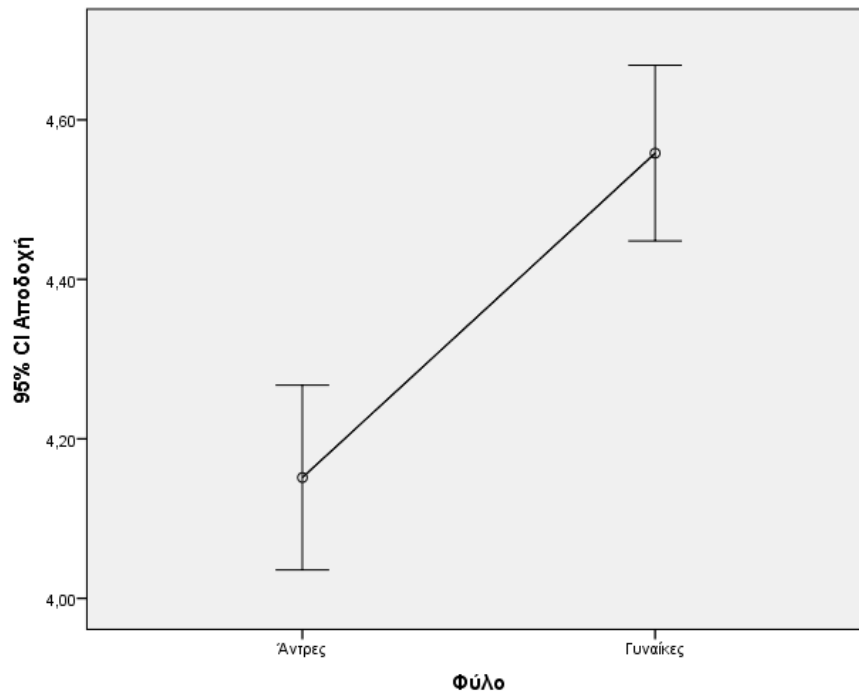
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Αποδοχή		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	4,15	0,34	<0,001
	Γυναίκες	4,56	0,60	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	4,41	0,57	0,694+
	Πανεπιστήμιο	4,47	0,57	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	4,53	0,62	
Έγγαμοι	Όχι	4,56	0,58	0,127
	Ναι	4,41	0,57	
Παιδιά	Όχι	4,62	0,52	0,076
	Ναι	4,43	0,59	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	4,40	0,64	0,050+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	4,65	0,50	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	4,39	0,53	
Έτη εργασίας	1-10	4,50	0,52	0,112+
	11-15	4,54	0,61	
	>15	4,31	0,56	

+ANOVA

Οι άντρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή στη διάσταση «Αποδοχή» σε σύγκριση με τις γυναίκες. Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη βαθμολογία της διάστασης αυτής ανάλογα με τον τόπο καταγωγής των συμμετεχόντων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή» ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στη διάσταση «Αποδοχή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Αποδοχή
Ηλικία	r	-0,08
	P	0,346
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	0,02
	P	0,848

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Αποδοχή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
Ηλικία		0,00	0,01	0,795
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	0,15	0,11	0,178
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο	-0,08	0,10	0,430
	Μάστερ/ Διδακτορικό	-0,18	0,14	0,189
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,02	0,13	0,893
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,26	0,17	0,117
Τόπος καταγωγής	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
	Χωριό/ Κωμόπολη	-0,09	0,10	0,374
	Πόλη<150.000 κατοίκους	0,05	0,10	0,614
Έτη εργασίας	>15 (αναφορά)			
	1-10	0,04	0,18	0,822
	11-15	0,07	0,11	0,520
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,01	0,01	0,411
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		0,26	0,12	0,026
Κλίμακα ενσυναίσθησης		0,02	0,01	0,015
Forgiveness of Self		0,00	0,01	0,887
Forgiveness of Others		0,01	0,01	0,316
Forgiveness of Situations		-0,02	0,01	0,008

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κλίμακα ενσυναίσθησης, αυτοσυμπόνιας και η διάσταση «Forgiveness of Situations» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Αποδοχή». Συγκεκριμένα:

- υψηλότερη ενσυναίσθηση σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή».
- υψηλότερη αυτοσυμπόνια σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή».
- υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Forgiveness of Situations» σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Αποδοχή».

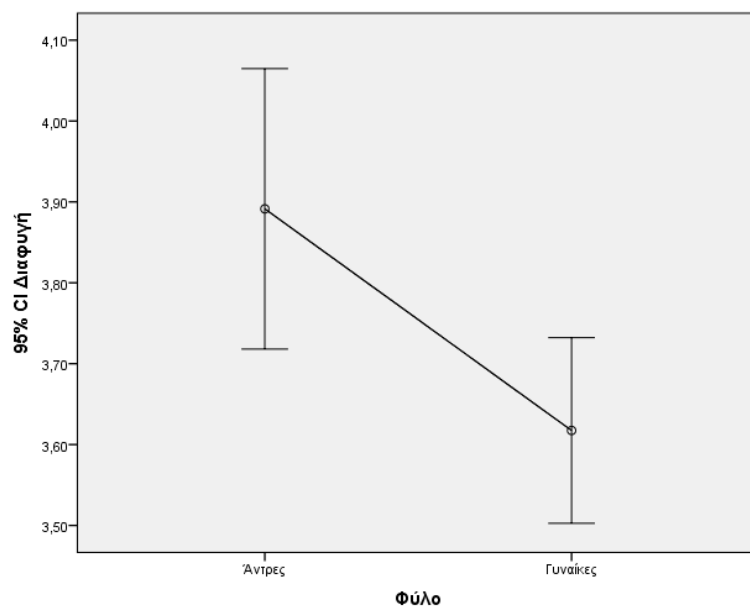
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» των συμμετεχόντων ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Διαφυγή		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	3,89	0,50	0,019
	Γυναίκες	3,62	0,62	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	3,94	0,68	0,002+
	Πανεπιστήμιο	3,55	0,55	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	3,69	0,48	
Έγγαμοι	Όχι	3,64	0,59	0,543
	Ναι	3,70	0,62	
Παιδιά	Όχι	3,64	0,65	0,599
	Ναι	3,70	0,61	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	3,83	0,61	0,002+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	3,41	0,58	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	3,74	0,56	
Έτη εργασίας	1-10	3,62	0,51	0,010+
	11-15	3,57	0,57	
	>15	3,92	0,70	

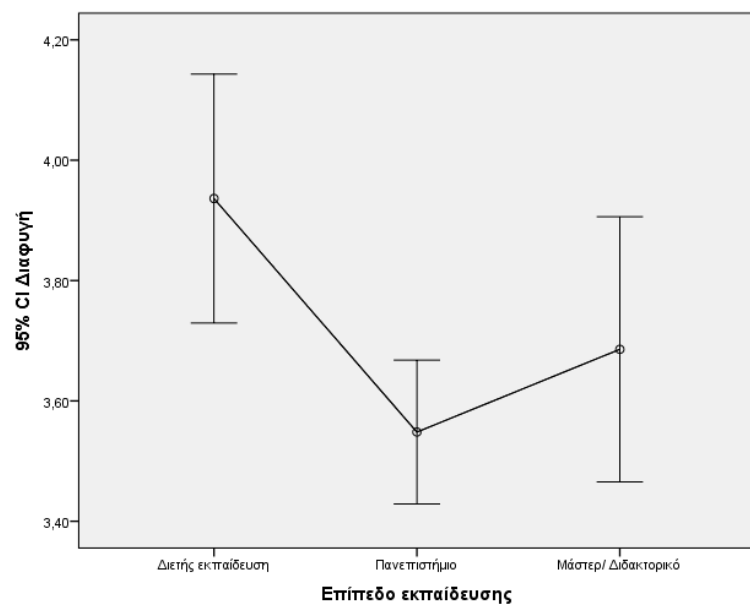
+ANOVA

Οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερη τιμή στη διάσταση «Διαφυγή» σε σύγκριση με τις γυναίκες. Επίσης, η βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο καταγωγής και τα έτη εργασίας. Συγκεκριμένα, μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι πανεπιστημίου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους απόφοιτους διετούς εκπαίδευσης ($p=0,001$). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες που κατάγονταν από πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατάγονταν από χωριό/κωμόπολη ($p=0,002$) ή από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους ($p=0,021$). Οι συμμετέχοντες με πάνω από 15 έτη προϋπηρεσίας είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με 1-10 έτη προϋπηρεσίας ($p=0,046$) και με τους συμμετέχοντες με 11-15 έτη προϋπηρεσίας ($p=0,012$).

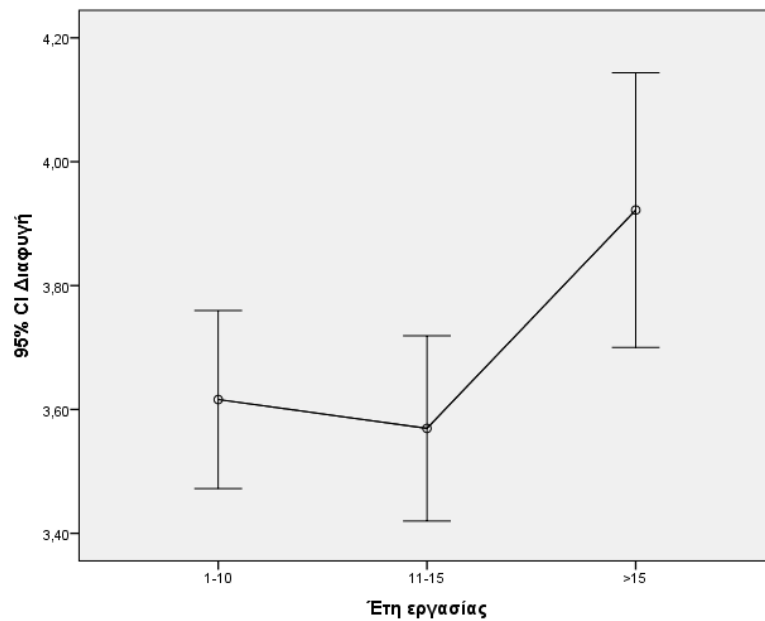
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» ανάλογα με τα έτη εργασίας των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στη διάσταση «Διαφυγή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Διαφυγή
Ηλικία	r	0,04
	P	0,616
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	0,16
	P	0,054

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων στη διάσταση «Διαφυγή» με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή» και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
Ηλικία		-0,02	0,01	0,073
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	-0,24	0,12	0,060
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο	-0,39	0,11	0,001
	Μάστερ/ Διδακτορικό	-0,27	0,15	0,074
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,23	0,14	0,110
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,29	0,18	0,115
Τόπος καταγωγής	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
	Χωριό/ Κωμόπολη	0,11	0,11	0,288
	Πόλη<150.000 κατοίκους	-0,16	0,12	0,173
Έτη εργασίας	>15 (αναφορά)			
	1-10	-0,46	0,20	0,021
	11-15	-0,26	0,13	0,039
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,02	0,01	0,083
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		-0,20	0,13	0,114
Κλίμακα ενσυναίσθησης		0,01	0,01	0,127
Forgiveness of Self		-0,03	0,01	0,008
Forgiveness of Others		0,01	0,01	0,621
Forgiveness of Situations		-0,01	0,01	0,339

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη εργασίας και η διάσταση «Forgiveness of Self» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Διαφυγή». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχοντες που ήταν πτυχιούχοι πανεπιστημίου είχαν κατά 0,39 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχοντες με 1-10 έτη εργασίας είχαν κατά 0,46 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με πάνω από 15 έτη εργασίας.
- Οι συμμετέχοντες με 11-15 έτη εργασίας είχαν κατά 0,26 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση αυτή σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με πάνω από 15 έτη εργασίας

- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Forgiveness of Self» σχετιζόταν με χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Διαφυγή».

2.2 Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου (FATCOD)

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν θετικότερη στάση.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)
Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου	84,00	108,00	94,75 (4,34)

Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου κυμαινόταν από 84 μέχρι 108 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 94,75 μονάδες (SD=4,34 μονάδες).

2.2.1. Συσχέτιση της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με τις κλίμακες στάσεων απέναντι στο θάνατο, συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
Φόβος του θανάτου	r	-0,11
	P	0,168
Αποφυγή	r	-0,05
	P	0,565
Ουδέτερη στάση	r	0,00
	P	0,988
Αποδοχή	r	0,13
	P	0,102
Διαφυγή	r	-0,13
	P	0,114

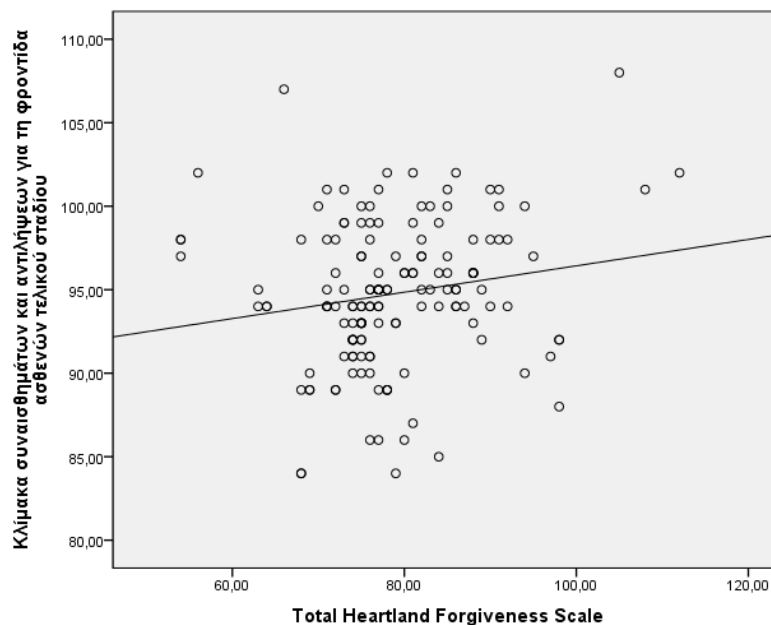
Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας στάσεων απέναντι στο θάνατο.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας συγχώρεσης.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
Forgiveness of Self	r	0,18
	P	0,027
Forgiveness of Others	r	-0,01
	P	0,924
Forgiveness of Situations	r	0,05
	P	0,510
Total Heartland Forgiveness Scale	r	0,17
	P	0,037

Περισσότερη μεγαλύτερη συγχώρεση προς τους ίδιους τους συμμετέχοντες αλλά και συνολικά σχετίζονταν με σημαντικά θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας συνολικής συγχώρεσης.

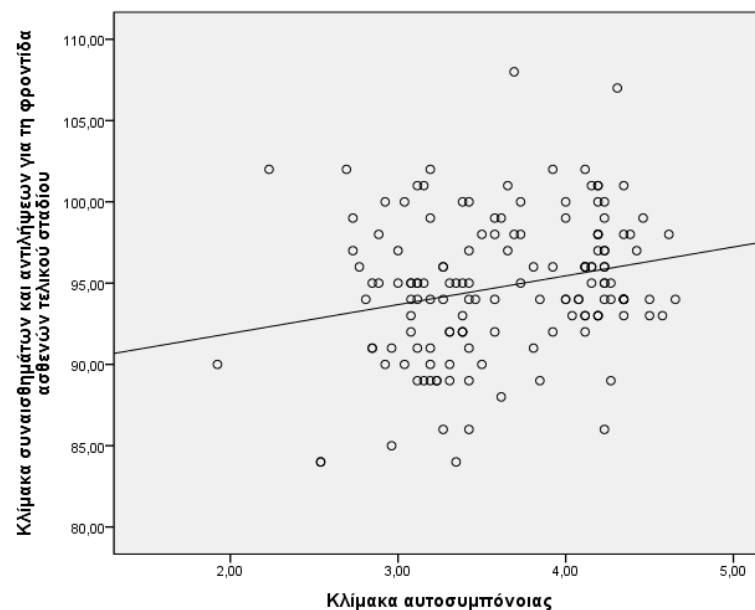


Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	r	0,23
	P	0,004

Περισσότερη αυτοσυμπόνια σχετιζόταν με σημαντικά θετικότερη στάση απέναντι στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας ενσυναίσθησης.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
Κλίμακα ενσυναίσθησης	r	0,13
	P	0,111

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και της κλίμακας ενσυναίσθησης.

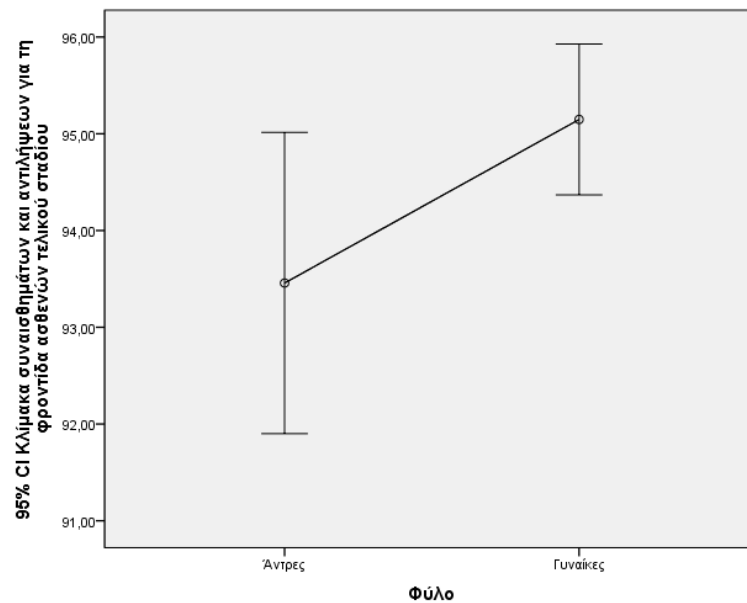
Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων των συμμετεχόντων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου ανάλογα με τα δημογραφικά και εργασιακά τους στοιχεία.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Φύλο	Άντρες	93,46	4,53	0,043
	Γυναίκες	95,15	4,22	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση	94,52	4,80	0,853+
	Πανεπιστήμιο	94,93	4,08	
	Μάστερ/ Διδακτορικό	94,52	4,53	
Έγγαμοι	Όχι	95,35	4,96	0,226
	Ναι	94,44	3,98	
Παιδιά	Όχι	95,82	5,07	0,091
	Ναι	94,44	4,03	
Τόπος καταγωγής	Χωριό/ Κωμόπολη	94,57	3,78	0,491+
	Πόλη<150.000 κατοίκους	95,45	4,19	
	Πόλη>150.000 κατοίκους	94,43	4,94	
Έτη εργασίας	1-10	94,34	4,46	0,713+
	11-15	94,98	3,83	
	>15	94,93	4,93	

+ANOVA

Οι άντρες είχαν σημαντικά χαμηλότερη τιμή κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου, που υποδηλώνει λιγότερο θετική στάση, σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων.



Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της βαθμολογίας στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων των συμμετεχόντων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την ηλικία και τα έτη εργασίας.

		Κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου
Ηλικία	r	0,01
	P	0,952
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα	r	0,17
	P	0,038

Όσο περισσότερα έτη εργάζονταν οι συμμετέχοντες στο συγκεκριμένο τμήμα τόσο πιο θετική στάση είχαν για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Στη συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία κλίμακας συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά και εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και τις κλίμακες στάσεων απέναντι στο θάνατο, συγχώρεσης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
Ηλικία		-0,04	0,08	0,601
Φύλο	Άντρες (αναφορά)			
	Γυναίκες	1,31	1,01	0,196
Επίπεδο εκπαίδευσης	Διετής εκπαίδευση (αναφορά)			
	Πανεπιστήμιο	-0,33	0,91	0,717
	Μάστερ/ Διδακτορικό	-1,06	1,23	0,387
Έγγαμοι	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,10	1,15	0,930
Παιδιά	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-2,08	1,50	0,077
Τόπος καταγωγής	Πόλη>150.000 κατοίκους (αναφορά)			
	Χωριό/ Κωμόπολη	0,20	0,85	0,818
	Πόλη<150.000 κατοίκους	0,27	0,93	0,775
Έτη εργασίας	>15 (αναφορά)			
	1-10	-2,72	1,60	0,093
	11-15	-0,43	1,03	0,681
Έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα		0,22	0,09	0,014
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας		2,23	1,04	0,034
Κλίμακα ενσυναίσθησης		0,06	0,07	0,381
Forgiveness of Self		0,20	0,07	0,009
Forgiveness of Others		-0,08	0,09	0,396
Forgiveness of Situations		0,05	0,08	0,530
Φόβος του θανάτου		-0,64	0,80	0,421
Αποφυγή		0,03	0,75	0,972
Ουδέτερη στάση		-1,35	0,87	0,060
Αποδοχή		0,26	0,81	0,749
Διαφυγή		-0,18	0,71	0,795

* συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Τα έτη εργασίας στο συγκεκριμένο τμήμα, η κλίμακα αυτοσυμπόνιας και η διάσταση «Forgiveness of Self» βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου. Συγκεκριμένα:

- Περισσότερα έτη εργασίας στο παρόν τμήμα σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.
- Υψηλότερη αυτοσυμπόνια σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Forgiveness of Self» σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα συναισθημάτων και αντιλήψεων για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η διάσταση “forgiveness of self” (αυτοσυγχώρεση) διαδραματίζει πάρα πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς όσο περισσότερο βιώνεται, τόσο μειώνεται η σημασία των διαστάσεων «φόβος του θανάτου» και «διαφυγή» (δηλ. η αναζήτηση κάποιας άλλης διεξόδου) αλλά και αυξάνεται η σημασία των διαστάσεων «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Επίσης, η όσο το δυνατόν ειλικρινέστερη συγχώρεση προς τους άλλους, χαμηλώνει τις τιμές των διαστάσεων «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Η «forgiveness of situations» (συγχώρεση καταστάσεων) μειώνει τη σημασία της διάστασης «φόβος του θανάτου» και αυξάνει τη σημασία των διαστάσεων «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Η συνολική συγχώρεση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο με τη διάσταση «ουδέτερη στάση».

Η καλλιέργεια της ιδιότητας της ενσυναίσθησης φαίνεται ότι αποτελεί, κατά κάποιον τρόπο, μια εγγύηση ότι μειώνει κυρίως τον «φόβο του θανάτου», αλλά και τη «διαφυγή» και αυξάνει τη βαθμολογία στις διαστάσεις «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή».

Η βελτίωση των ιδιοτήτων που απευθύνονται στον εαυτό, η αυτοσυμπόνια και η αυτοσυγχώρεση, βελτιώνει τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις για τη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου.

Η υψηλότερη ενσυναίσθηση δείχνει να σχετίζεται με υψηλότερη «ουδέτερη στάση», πράγμα που σημαίνει ότι οι νοσηλευτές, ακόμη και όταν νοιώθουν πολύ καλά τι συμβαίνει και πόσο υποφέρουν οι ασθενείς τελικού σταδίου, τηρούν ταυτόχρονα και μια ουδέτερη στάση, μάλλον για λόγους αυτοάμυνας απέναντι στην ψυχική και συναισθηματική κόπωση, η οποία αργά ή γρήγορα μπορεί να προκύψει από την επαφή με αυτούς τους ασθενείς (Babenko et al., 2019). Διαφαίνεται ότι η κόπωση αυτή προεξοφλείται ότι θα συμβεί και ίσως αυτή η σκέψη οδηγεί σε ουδέτερη στάση, ενώ υπάρχει ταυτόχρονα και ενσυναίσθηση.

Φαίνεται ακόμη ότι η “forgiveness of others” (συγχώρεση των άλλων) τείνει να μειώσει τη διάσταση «ουδέτερη στάση».

Επομένως, ο συνδυασμός των δύο ιδιοτήτων, ενσυναίσθησης και συγχώρεσης των άλλων, είναι ο καταλληλότερος για να υποχωρήσει η ουδέτερη στάση. Εξαιτίας όμως των όσων έχουν καταγραφεί στο γενικό μέρος για την κόπωση που ακολουθεί ως συνέπεια, η μεγαλύτερη ανάμιξη στα προβλήματα των ασθενών με περιορισμό της ουδέτερης στάσης, χρειάζεται περισσότερη μελέτη για το αν ωφελεί πραγματικά ή όχι.

Η υψηλότερη ενσυναίσθηση και αυτοσυμπόνια οδηγεί σε υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «αποδοχή». Το αντίθετο συμβαίνει με την υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «συγχώρεση προς τις καταστάσεις», γιατί οδηγεί σε χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «αποδοχή».

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, τα έτη εργασίας και η διάσταση «αυτοσυγχώρεση» σχετίζονται με τη διάσταση «διαφυγή». Οι πτυχιούχοι πανεπιστημίου φαίνεται ότι αισθάνονται αρκετά καταρτισμένοι, ώστε να μην ανησυχούν για την ύπαρξη ή μη δυνατότητας διαφυγής, ενώ οι απόφοιτοι διετούς εκπαίδευσης επιθυμούν περισσότερο την ύπαρξη αυτής της δυνατότητας. Επίσης, όσο αυξάνονται τα έτη εργασίας, οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν ότι έχουν αυτή τη δυνατότητα, αλλά αφού περάσουν 10 χρόνια δουλειάς, ή ακόμη μεγαλύτερο διάστημα, 15 ετών. Είναι λογικό ότι όποιος έχει καλλιεργήσει την αυτοσυγχώρεση, αναζητά λιγότερο λύσεις για «διαφυγή».

Η πολυετής εμπειρία σε χώρο φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου φαίνεται ότι συμβάλλει στη βελτίωση της εκδήλωσης συναισθημάτων και διαμόρφωσης αντιλήψεων των επαγγελματιών, σε συνδυασμό με την αυτοσυμπόνια και την αυτοσυγχώρεση. Εκτός από την εμπειρία, φαίνεται ότι διαμορφώνεται μια άποψη διεθνώς, ότι οι ιδιότητες αυτές μπορούν να βελτιωθούν μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ώστε να μην χρειάζεται ο επαγγελματίας πολλά χρόνια, ίσως και δεκαετίες, για να τις αναπτύξει μόνος του και για να αποφύγει το δευτερογενές τραυματικό άγχος (Delaney, 2018; Frostadottir and Dorjee, 2019).

Να επισημάνουμε και την αντίθεση, αν και δικαιολογημένη (Babenko et al., 2019; Sansó et al., 2015), που έχει καταγραφεί στα ερωτηματολόγια, ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση των νοσηλευτών προς τον εαυτό τους, τόσο περισσότερη αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση ένιωθαν. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη ήταν η συγχώρεση προς τους άλλους, ένιωθαν λιγότερη αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση.

Συμπερασματικά, επειδή οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι στα πλαίσια της δουλειάς τους να φροντίσουν τους ασθενείς, σε μια προσπάθεια να αποδεχθούν οι δεύτεροι ότι διανύουν το τελικό στάδιο της ασθένειάς τους, πρέπει να είναι εφοδιασμένοι με τις εξής ιδιότητες: την αυτοσυμπόνια, που βοηθάει στην αντιμετώπιση της πίεσης που ασκεί το καθήκον και συμβάλλει στην επαγγελματική ικανοποίηση. Την ενσυναίσθηση, που κάνει τους ασθενείς να καταλαβαίνουν ότι σίγουρα κάποιος τους άκουσε και θα προσπαθήσει να τους ανακουφίσει. Τέλος, την αυτοσυγχώρεση, με καθοριστική σημασία, γιατί ανανεώνει την αυτοπεποίθηση και δημιουργεί το ψυχικό απόθεμα για να υποστηριχθούν οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν υπαρκτική αγωνία.

Πίνακας συγκρίσεων με συμπεράσματα από τη διεθνή βιβλιογραφία

	Παρούσα εργασία	Pierro et al., 2018	Jung et al., 2019	Krause, 2010
Αυτοσυγχώρεση	Η αυτοσυγχώρεση, όσο περισσότερο βιώνεται, τόσο μειώνεται η σημασία των διαστάσεων «φόβος του θανάτου» και «διαφυγή» (δηλ. η αναζήτηση κάποιας άλλης διεξόδου), ενώ αυξάνεται η σημασία των διαστάσεων «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Επίσης, η όσο το δυνατόν ειλικρινέστερη συγχώρεση προς τους άλλους, χαμηλώνει τις τιμές των διαστάσεων «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Η «forgiveness of situations» (συγχώρεση καταστάσεων) μειώνει τη σημασία της διάστασης «φόβος του θανάτου» και αυξάνει τη σημασία των διαστάσεων «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Η συνολική συγχώρεση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο με τη διάσταση «ουδέτερη στάση».	Άτομα με ισχυρό προσανατολισμό κινητικότητας (νοητικής) θα τείνουν περισσότερο στην αυτοσυγχώρεση, λόγω των τάσεων τους να κινούνται και να αλλάζουν, οι οποίες τους δημιουργούν μια εστίαση προς το μέλλον, ενώ άτομα με ισχυρό προσανατολισμό αξιολόγησης/εκτιμήσεων, θα απέχουν από την αυτοσυγχώρεση, λόγω των τάσεων αυτών που τους δημιουργούν μια εστίαση προς το παρελθόν.	Η συγχώρεση, ιδιαίτερα η αυτοσυγχώρεση, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα από την αυτοκτονία. Αυτό βασίζεται στο ότι η αυτοκτονία συνοδεύεται συχνά από αρνητικές αυτο-αντιλήψεις. Η κατάθλιψη συσχετίζεται θετικά με την αυτοκτονία. Η συγχώρεση μετριάζει την κατάθλιψη που έχει σχέση με την τάση αυτοκτονίας. Η ανάλυση υποδεικνύει μόνο τη συγχώρεση του εαυτού ως σημαντικού παράγοντα μετριασμού. Οι επιδράσεις της συγχώρεσης των άλλων και της συγχώρεσης προς τις καταστάσεις δεν ήταν σημαντικές. Προτείνεται ότι η αυτο-αποδοχή και η αυτοσυγχώρεση αποτελούν σημαντικό παράγοντας για την πρόληψη της αυτοκτονίας.	Σε μια διαχρονική έρευνα σε εθνικό επίπεδο, για την «τρίτη ηλικία», συγκρίθηκαν οι συνέπειες δύο μεγεθών μέτρησης της υποστήριξης, που βασίζονται στην σχέση με την εκκλησία: τη συναισθηματικής υποστήριξης που παρέχεται από άλλα μέλη της εκκλησίας και την ικανοποίηση από τη συναισθηματική υποστήριξη από τους πιστούς της ίδιας θρησκείας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι συμμετέχοντες στη μελέτη, που είναι πιο ικανοποιημένοι από τη συναισθηματική υποστήριξη που έχουν λάβει από τα μέλη της εκκλησίας τους, είναι πιο πιθανό να συγχωρήσουν τους εαυτούς τους, σε σύγκριση με ηλικιωμένους οι οποίοι δεν είναι ικανοποιημένοι με τη συναισθηματική υποστήριξη που έχουν λάβει στην εκκλησία. Αντίθετα, δεν προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα για τη μέτρηση της ποσότητας της συναισθηματικής υποστήριξης που έλαβαν.

		Montero-Marin et al., 2016	Saviato et al., 2019	Greenberg et al., 2018
Αυτοσυμπόνια	Εκτός από την εμπειρία, φαίνεται ότι διαμορφώνεται μια άποψη διεθνώς, ότι η αυτοσυμπόνια και η αυτοσυγχώρηση μπορούν να βελτιωθούν μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ώστε να μην χρειάζεται ο επαγγελματίας πολλά χρόνια, ίσως και δεκαετίες, για να τις αναπτύξει μόνος του και για να αποφύγει το δευτερογενές τραυματικό άγχος	Οι αρνητικές διαστάσεις της αυτοσυμπόνιας φαίνεται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ερμηνεία της εξουθένωσης στον πληθυσμό γιατρών, ειδικευόμενων και νοσηλευτών και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό συγκεκριμένων θεραπειών και παρεμβάσεων, προσαρμοσμένων στην ευπάθεια κάθε υποτύπου. Οι αρνητικές διαστάσεις της αυτοσυμπόνιας μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των υποτύπων εξουθένωσης. Θα πρέπει να θεωρούνται ως συγκεκριμένοι τύποι ευπάθειας και το γενικό όφελος θα είναι η δυνατότητα αντιμετώπισης κάθε περίπτωσης σύμφωνα με συγκεκριμένες πηγές κινδύνου. Μια κατεύθυνση θα μπορούσε να είναι η παροχή στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης δυνατοτήτων ανάπτυξης αυτοσυμπόνιας μέσω πρακτικών ενσυνειδητότητας και συμπόνιας, για παράδειγμα, για τον φρενήρη υποτύπο, μέσω της διαβούλευσης με την εσωτερική φωνή που παράγει συνεχώς κριτική. Για όσους δεν αντιμετωπίζουν επαρκώς τις προκλήσεις, με την επισήμανση της ύπαρξης συναισθημάτων, σε αντιπαράθεση με το κενό. Στην περίπτωση της ψυχικής φθοράς, με αντιπαράθεση της γαλήνης στη δυσφορία.	Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση σχετίζονται, υπό την έννοια ότι ακόμα και το χαμηλότερο επίπεδο αυτοσυμπόνιας συμβάλλει σε μια συναισθηματική συμπεριφορά και δημιουργεί συμπονετική στάση απέναντι σε άλλους. Επομένως, η ταλαιπωρία που προκαλείται από τα βάσανα των άλλων μπορεί να προκαλέσει ενσυναίσθηση από τη νοσηλεύτρια και η ανακούφιση από αυτή την ταλαιπωρία δίνει ικανοποίηση και προσωπική και επαγγελματική εκπλήρωση. Επομένως, όσοι είναι πιο ικανοποιημένοι είναι πιο αυτοσυμπνευτικοί. Με αυτόν τον τρόπο πραγματοποιείται ένας ενάρετος κύκλος αυτοσυμπόνιας-ενσυναίσθησης-συμπόνιας. Διαπιστώνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της συμπόνιας που ανέφεραν οι ίδιες οι νοσηλεύτριες και αυτής που παρατήρησαν οι ασθενείς, οι οποίοι αντιλήφθηκαν ότι οι νοσηλεύτριες έχουν περισσότερη ενσυναίσθηση από όσο την αυτοαξιολογούν οι ίδιες. Δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας των νοσηλευτριών και της ενσυναίσθησης που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς, αλλά περισσότερο μια τεκμηρίωση της συσχέτισης μεταξύ συμπόνιας και ενσυναίσθησης που ανέφεραν οι ίδιοι/ίδιες οι επαγγελματίες.	Η κατάθλιψη συνδέεται με υψηλά επίπεδα νοητικής περιπλάνησης και χαμηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας. Δεν υπάρχουν όμως αρκετά δεδομένα για το αν και πώς οι δύο αυτοί παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους για να επηρεάσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης. Υπάρχουν τεκμήρια ότι η αυτοσυμπόνια μπορεί να προστατεύσει από τις βλαβερές συνέπειες της περιπλάνησης του νου σε άτομα που έχουν κατάθλιψη, τόσο στην έναρξη, όσο και στη διάρκεια της έρευνας. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι η αυτοσυμπόνια είναι ένας αποτελεσματικός προγνωστικός παράγοντας της βελτίωσης της κατάθλιψης.

		von Knorring et al., 2019	Wang et al., 2019	Li et al., 2018
Ενσυναίσθηση	Η καλλιέργεια της ιδιότητας της ενσυναίσθησης φαίνεται ότι αποτελεί, κατά κάποιον τρόπο, μια εγγύηση ότι μειώνει κυρίως τον «φόβο του θανάτου», αλλά και τη «διαφυγή» και αυξάνει τη βαθμολογία στις διαστάσεις «αποφυγή», «ουδέτερη στάση» και «αποδοχή». Η υψηλότερη ενσυναίσθηση δείχνει να σχετίζεται με υψηλότερη «ουδέτερη στάση», γιατί οι νοσηλευτές, ακόμη και όταν νοιώθουν πολύ καλά τι συμβαίνει και πόσο υποφέρουν οι ασθενείς τελικού σταδίου, τηρούν ταυτόχρονα και μια ουδέτερη στάση, μάλλον για λόγους αυτοάμυνας απέναντι στην ψυχική και συναισθηματική κόπωση.	Η ενσυναίσθηση μπορεί να περιγραφεί ως συστηματική αλληλεπίδραση μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Η ενσυναίσθηση επηρεάζεται από χρονικούς περιορισμούς, εμπόδια γλώσσας και επικοινωνίας, καθώς και κανόνες και συμπεριφορές. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης στον χώρο της ιατρικής, θα έπρεπε να υπάρχει μια πιο ολιστική προσέγγιση στην ενσυναίσθηση, για την καλύτερη προετοιμασία των φοιτητών για την κλινική πρακτική.	Σε δείγμα φοιτητών ιατρικής, η ενσυναίσθηση δεν είχε βασική επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή, υπήρξε αλληλεπίδραση μεταξύ ενσυναίσθησης και εξουθένωσης, ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή, μεταξύ φοιτητών τόσο υψηλού, όσο και χαμηλού επιπέδου ενσυναίσθησης και εξουθένωσης. Οι φοιτητές με υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης και χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης ήταν πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή. Οργανισμοί στο χώρο της υγείας και συναφείς δημόσιοι φορείς πρέπει να λάβουν αποτελεσματικά μέτρα για να βελτιώσουν τα επίπεδα ενσυναίσθησης των φοιτητών και να μειώσουν την εξουθένωση, για να βελτιώσουν την ικανοποίηση από τη ζωή τους.	Η ενσυναίσθηση σχετίζεται αρνητικά με την εξάντληση εξαιτίας της εκπαιδευτικής διαδικασίας, την απόρριψη από τους γονείς και την υπερπροστασία, ως απώτερα αίτια, και δεν υπάρχει θετική συσχέτιση με τη συναισθηματική ζεστασιά που θα έπρεπε να παρέχουν οι γονείς. Οι διδάσκοντες στο χώρο της υγείας θα πρέπει να δώσουν προσοχή στα αισθήματα των νοσηλευτών και στην εκμάθηση της κατάστασης εξουθένωσης, για την αντιμετώπισή της, και να λάβουν θετικά μέτρα για να βελτιώσουν το επίπεδο ενσυναίσθησης των φοιτητών. Τα θετικά πρότυπα ανατροφής από τους γονείς συμβάλλουν επίσης στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης.

Παράρτημα 1



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ &
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΛΑΡΙΣΑΣ - ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΑΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»
ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΣΗΣ
ΑΔΙΑΒΑΘΜΗΤΟ
Λάρισα,
Αριθμ. πρωτ.: 6685

ΚΟΙΝΟ
ΠΡΟΣ: κ. Ευανθία Οικονόμου,



Ταχ. Διεύθυνση : Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Θ. 1425
Ταχ. Κώδικας : 41110
Πληροφορίες : Καφαγγέλη Μαρία
Τηλέφωνο : 2413502764
Τηλεμοιρασία Ηλ. : 2410670248
Διεύθυνση : epistimoniko@gmail.com

ΘΕΜΑ : Διαβίβαση απόφασης του Επιστημονικού Συμβουλίου.
ΣΧΕΤ»: Η από 07-02-19 αίτηση σας.

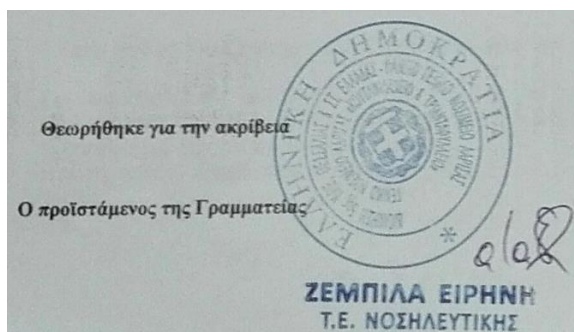
Σας διαβιβάζουμε την αριθ. 19/3^{ης} /14-02-2019 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, με θέμα: «Διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής - διπλωματικής εργασίας με θέμα “Συσχέτιση των τάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια”».

για τις δικές σας ενέργειες.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Σ.

Καθηγητής Ε. ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ



ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
της 3^{ης} /14-02-2019 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου
του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ - ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στη Λάρισα σήμερα 14 Φεβρουάριου 2019, ημέρα της εβδομάδας Πέμπτη και ώρα 11.00 π.μ., στο Γραφείο του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ - ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, μετά την αριθ. πρωτ. 7380/12-02-19 πρόσκληση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ - ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο συγκροτήθηκε βάσει των αριθ. Α372/24-04-2018 και Α814/05.10.2018 αποφάσεων του Διοικητή του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ - ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ» ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗΣ ΕΔΡΑΣ ΛΑΡΙΣΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ, για να συζητήσει επί θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης.

Παρόντα κατά τη συνεδρίαση είναι τα ακόλουθα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου:

1.	Επταμεινώνδας Ζακυνθινός	Καθ. Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας	Πρόεδρος
2.	Σκουλαρίγκης Ιωάννης	Καθ. Καρδιολογικής Κλινικής	Τακτικό μέλος (εκτός των θεμάτων 5. 11,21, 25,26)
3.	Ανυφαντής Γεώργιος Σπυρίδων	Επ. Καθ. Εμβρυολογίας	Τακτικό μέλος
4.	Σολδάτου Ευγενία	ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	Τακτικό μέλος
5.	Τσιγάρα Σταυρούλα	ΠΕ Νοσηλευτικής	Αναπληρωματικό μέλος
6.	Αναγνωστόπουλος Βασίλειος	Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής	Τακτικό μέλος
7.	Τσιγκρίκα Αλεξάνδρα	Επιμελήτρια Α' Ακτινοδιαγνωστικής	Τακτικό μέλος

Οι κ. Δ. Αληφακιώτη, κ. Ε. Τζιαστούδη απουσίαζαν λόγω κωλύματος.

Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η Καραγγέλη Μαρία, ΔΕ Διοικητικών-Γραμματέων.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης και θέτει προς συζήτηση τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

.....

ΘΕΜΑ 19°:

Κατάθεση προς έγκριση του με αριθ. πρωτ. 6685/07-02-19 εγγράφου με θέμα: «Διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα "Συσχέτιση των τάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια"» από την κ. Ευανθία Οικονόμου

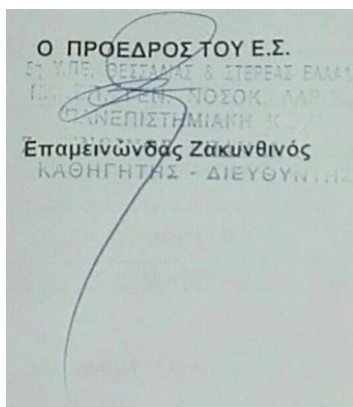
Τίθεται υπόψη του Επιστημονικού Συμβουλίου προς έγκριση το εν λόγω θέμα, με το ακόλουθο περιεχόμενο:

Σας παρακαλώ να μου εγκρίνετε την διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα: "Συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια". Επιβλέπων ο Επίκουρος Καθηγητής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου κ. Σαράφης.

τα όσα αναφέρονται στο ανωτέρω έγγραφο, τα συνημμένα σε αυτό κατατεθέντα στοιχεία και μετά από διαλογική συζήτηση

1. Θετικά για την έγκριση του θέματος «Διανομή ερωτηματολογίου στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας με θέμα "Συσχέτιση των τάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την συγχώρεση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια», όπως κατατέθηκε με το αριθ. πρωτ. 6685/07-02-19 έγγραφο από την κ. Ευανθία Οικονόμου

- ερευνητικό πρωτόκολλο
- έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης
- ερωτηματολόγιο
- βεβαίωση σπουδών
- υπεύθυνη δήλωση



Κωτσάκης Αθανάσιος

ΤΑ ΜΕΛΗ
Τσιρκίκα Αλεξάνδρα
Αναγνωστόπουλος Βασίλειος
Σκουλαρίγκης Ιωάννης
Σολδάτου Ευγενία
Ανυφαντής Γεώργιος Σπυρίδων
Τσιγάρα Σταυρούλα

Ακριβές Απόσπασμα Πρακτικού
της 3^{ης} /14-02-2019
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Λάρισα, 14-02-2019
Η Γραμματέας του Ε.Σ.
Καραγγέλη Μαρία

Παράρτημα 2

ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΜΑ: Συσχέτιση των στάσεων και των αντιλήψεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με το θάνατο και την φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου με την συγχώρηση, την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Η ανωτέρω μελέτη αφορά τη

Σκοπός της εργασίας είναι να

Η μελέτη διεξάγεται στα πλαίσια του ΠΜΣ «Ψυχικής Υγείας».

Η συμμετοχή και η υποστήριξή σας στη συγκεκριμένη μελέτη είναι εξαιρετικά σημαντική. Τα στοιχεία και οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων είναι αυστηρά ανώνυμα και εμπιστευτικά και τα αποτελέσματα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά και μόνο από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα και για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Σας ευχαριστώ για την βοήθεια και συμμετοχή σας

ονομα φοιτητη

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../2018

1. ΗΛΙΚΙΑ:

2. ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ ☐

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ:

ΔΙΕΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ☐

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ☐

ΜΑΣΤΕΡ..... ☐

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ..... ☐

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΑΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ☐

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ☐

ΧΗΡΟΣ/Α ☐

5. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐ ΠΟΣΑ; ____

6. ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____ ☐

ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ☐

7. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ

1-5 ☐

6-10 ☐

11-15 ☐

16-20 ☐

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 20 ☐

7. ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....

8. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΜΗΜΑ: ____

ΠΡΟΦΙΛ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΘΑΝΑΤΟΥ DAP - R

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει έναν αριθμό από προτάσεις σχετικά με διαφορετικές συμπεριφορές προς το θάνατο. Διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά και μετά αποφασίστε το πόσο διαφωνείτε ή συμφωνείτε. Για παράδειγμα σε ένα σημείο μπορεί να διαβάσετε: «ο θάνατος είναι φίλος» Καθορίστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε και κυκλώστε ένα από τα ακόλουθα.

ΣΑ= συμφωνώ απόλυτα, **Σ=** συμφωνώ, **ΣΜ=** συμφωνώ μέτρια, **Α=** αναποφάσιστος, **ΔΜ=** διαφωνώ μέτρια, **Δ=** διαφωνώ, **ΔΑ=** διαφωνώ απόλυτα. Σημειώστε ότι η επιλογές εναλλάσσονται μεταξύ απόλυτης συμφωνίας σε απόλυτη διαφωνία και ξανά από απόλυτης διαφωνίας σε απόλυτη συμφωνία.

Εάν συμφωνείτε απόλυτα με τη πρόταση θα πρέπει να κυκλώσετε ΣΑ. Εάν διαφωνείτε απόλυτα θα πρέπει να κυκλώσετε ΔΑ. Εάν είστε αναποφάσιστος κυκλώστε Α. Ωστόσο, προσπαθήστε να χρησιμοποιήσετε με φειδώ τη κατηγορία επιλογών αναποφάσιστου.

Είναι σημαντικό να δουλέψετε την απάντηση σε κάθε μία πρόταση. Κάποιες από τις προτάσεις θα σας φανούν όμοιες, αλλά είναι αναγκαίο όλες να δείχνουν μικρές διαφορές στη συμπεριφορά.

1. Ο θάνατος είναι χωρίς αμφιβολία μία μακάβρια εμπειρία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
2. Η προοπτική του δικού μου θανάτου μου δημιουργεί άγχος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
3. Αποφεύγω τις σκέψεις θανάτου με κάθε κόστος	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
4. Πιστεύω ότι θα είμαι στον παράδεισο μετά από το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
5. Ο θάνατος θα είναι ένα τέλος για όλα μου τα προβλήματα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
6. Ο θάνατος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν κάτι φυσιολογικό, αναμφισβήτητο και αναπόφευκτο γεγονός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
7. Ενοχλούμαι από την οριστικότητα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
8. Ο θάνατος είναι η είσοδος σε ένα μέρος απόλυτης ικανοποίησης	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
9. Ο θάνατος προσφέρει μία διαφυγή από τον απαίσιο κόσμο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
10. Όποτε η σκέψη του θανάτου έρχεται στο μυαλό μου, προσπαθώ να τη διώξω μακριά	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
11. Ο θάνατος είναι απελευθέρωση από το πόνο και τα βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
12. Προσπαθώ πάντα να μην σκέφτομαι το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
13. Πιστεύω ότι ο παράδεισος θα είναι ένα καλύτερο μέρος από αυτό τον κόσμο.	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
14. Ο θάνατος είναι φυσική διάσταση της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
15. Ο θάνατος είναι ένωση με το θεό και αιώνια ευδαιμονία	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
16. Ο θάνατος αποτελεί μια υπόσχεση για μια καλύτερη ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
17. Ούτε φοβάμαι ούτε καλωσορίζω το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
18. Έχω έντονο φόβο για το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
19. Αποφεύγω να σκέφτομαι το θάνατο από κάθε άποψη	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
20. Το θέμα της ζωής μετά το θάνατο με προβληματίζει έντονα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

21. Το γεγονός ότι ο θάνατος σημαίνει το τέλος όλων των πραγμάτων όπως τα γνωρίζω με φοβίζει	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
22. Προσβλέπω σε μια επανένωση με τους αγαπημένους μου μετά το θάνατό μου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
23. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα εγκόσμια βάσανα	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
24. Ο θάνατος είναι απλά ένα τμήμα της διαδικασίας της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
25. Βλέπω το θάνατο ως το πέρασμα σε ένα αιώνιο και ευλογημένο τόπο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
26. Προσπαθώ να μην έχω τίποτα να κάνω με το θέμα του θανάτου	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
27. Ο θάνατος προσφέρει μία υπέροχη ανακούφιση της ψυχής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
28. Ένα πράγμα που μου δίνει άνεση στο να αντιμετωπίσω το θάνατο είναι η πίστη μου στην μεταθάνατο ζωή	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
29. Βλέπω το θάνατο ως ανακούφιση από τα βάρη αυτής της ζωής	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
30. Ο θάνατος δεν είναι ούτε καλός ούτε κακός	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
31. Ανυπομονώ για τη ζωή μετά το θάνατο	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ
32. Η αβεβαιότητα του τι συμβαίνει μετά το θάνατο με ανησυχεί	ΔΑ	Δ	ΔΜ	Α	ΣΜ	Σ	ΣΑ

FATCOD - 30

Μέσα από αυτές τις προτάσεις, ο σκοπός είναι να γίνει αντιληπτό πως νιώθουν οι παρέχοντες φροντίδα υγείας που δεν ανήκουν στην οικογένεια του ασθενούς, απέναντι σε καταστάσεις που εμπλέκονται με τον ασθενή. Όλες οι προτάσεις αφορούν την παροχή φροντίδας στον ασθενή τελικού σταδίου και την οικογένειά του/της. Όταν υπάρχει αναφορά σε έναν ασθενή τελικού σταδίου, θεωρείται ως ασθενής που είναι σε προθανάτια κατάσταση με προσδόκιμο επιβίωσης 6 μήνες ή λιγότερο.

Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε ότι αντανακλά καλύτερα τα δικά σας προσωπικά αισθήματα όσον αφορά την συμπεριφορά και την κατάσταση που παρουσιάζεται και απαντήστε και στις 30 προτάσεις του ερωτηματολογίου.

Διαφωνώ απόλυτα, Διαφωνώ, Αβέβαιος/η, Συμφωνώ, Συμφωνώ απόλυτα

ΔΑ

Δ

Α

Σ

ΣΑ

1. Η παροχή φροντίδας σε ασθενή τελικού σταδίου είναι μια αξιόλογη εμπειρία ΔΑ Δ Α Σ
ΣΑ

2. Ο θάνατος δεν είναι ότι χειρότερο μπορεί να συμβεί σε κάποιον ΔΑ Δ Α Σ
ΣΑ

3. Θα αισθανόμουν άβολα να μιλήσω για τον επικείμενο θάνατό
του με τον ασθενή τελικού σταδίου ΔΑ Δ Α Σ
ΣΑ

8. Η παροχή φροντίδας προς την οικογένεια θα πρέπει να συνεχιστεί και
κατά την διάρκεια του θρήνου και του πένθους ΔΑ Δ Α Σ
ΣΑ

5. Δεν θέλω να παρέχω φροντίδα σε έναν ασθενή τελικού σταδίου ΔΑ Δ Α Σ
ΣΑ

6. Οι παρέχοντες φροντίδα υγείας που δεν είναι μέλη της οικογένειας δεν πρέπει να είναι
αυτοί που θα μιλήσουν για τον θάνατο με τον ασθενή τελικού σταδίου ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ

7. Ο χρόνος που απαιτείται για την φροντίδα ασθενή τελικού
σταδίου με απογοητεύει ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ

8. Θα με αναστάτωνα όταν ο ασθενής τελικού σταδίου που φρόντιζα θα έχανε
κάθε ελπίδα για βελτίωση της υγείας του ΔΑ Δ Α Σ ΣΑ

9. Είναι δύσκολο να αναπτύξεις στενές σχέσεις με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
10. Είναι στιγμές που ο ασθενής τελικού σταδίου προσμένει τον θάνατο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
11. Όταν ο ασθενής τελικού σταδίου ρωτά "Πεθαίνω;" , πιστεύω το καλύτερο είναι να αλλάζεις θέμα σε κάτι ευχάριστο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
12. Η οικογένεια πρέπει να συμμετέχει στην παροχή σωματικής φροντίδας του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
13. Θα ευχόμουν ο ασθενής τελικού σταδίου τον οποίο φρόντιζα να πέθαινε όταν δεν ήμουν παρών	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
14. Φοβάμαι να γίνω φίλος με έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
15. Νομίζω ότι θα ήθελα να το βάλω στα πόδια όταν ο ασθενής τελικά πεθαίνει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
16. Η οικογένεια χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη για να αποδεχτεί τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
17. Καθώς ο ασθενής τελικού σταδίου πλησιάζει στο τέλος οι φροντιστές υγείας, μη μέλη της οικογένειας πρέπει να αποσυρθούν από τον ασθενή	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
18. Οι οικογένειες πρέπει να ενδιαφέρονται για να συμβάλλουν στις καλύτερες δυνατές συνθήκες ζωής του ασθενούς τελικού σταδίου για όσο χρόνο του απομένει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
19. Ο ασθενής τελικού σταδίου δεν πρέπει να επιτρέπεται να λαμβάνει αποφάσεις όσον αφορά την σωματική του φροντίδα	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
20. Οι οικογένειες πρέπει να παραμένουν όσο είναι δυνατόν ως το φυσιολογικό περιβάλλον για τον ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
21. Είναι ευεργετικό για τον ασθενή τελικού σταδίου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματά του/της	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
22. Η φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει και την οικογένεια του ασθενούς τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
23. Οι φροντιστές υγείας πρέπει να επιτρέπουν στον ασθενή τελικού σταδίου					

να έχει ευέλικτο πρόγραμμα επισκεπτηρίων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
24.Ο ασθενής τελικού σταδίου και η οικογένειά του/της πρέπει να είναι οι κύριοι λήπτες των αποφάσεων	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
25. Ο εθισμός στα αναλγητικά φάρμακα δεν πρέπει να είναι θέμα ανησυχίας για έναν ασθενή τελικού σταδίου	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
26.Θα ήταν άβολο να μπω στο δωμάτιο ενός ασθενούς τελικού σταδίου που κλαίει	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
27. Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να λαμβάνουν ειλικρινείς απαντήσεις όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
28. Η εκπαίδευση των οικογενειών για τον θάνατο δεν είναι των φροντιστών υγείας μη μελών της οικογένειας	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
29. Τα μέλη της οικογένειας που είναι κοντά στον ασθενή μπορεί να παρέμβουν στην δουλειά των επαγγελματιών φροντιστών υγείας	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ
30. Είναι δυνατό οι φροντιστές υγείας μη μέλη της οικογένειας να βοηθήσουν στην προετοιμασία για τον θάνατο	ΔΑ	Δ	Α	Σ	ΣΑ

*Φροντιστής υγείας μη μέλος της οικογένειας θεωρείται οποιοσδήποτε παρέχει φροντίδα υγείας στον ασθενή τελικού σταδίου, επαγγελματίας ή όχι, που δεν είναι μέλος της οικογένειάς του

ΚΛΙΜΑΚΑ HEARTLAND ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΩΡΗΣΗ

(Thompson et al., 2005; Heartland Forgiveness Scale; HFS) Στην πορεία της ζωής μας μπορεί να συμβούν αρνητικά γεγονότα, είτε εξαιτίας δικών μας πράξεων, είτε εξαιτίας των πράξεων άλλων ανθρώπων, είτε και λόγω περιστάσεων που δεν μπορούμε να τις ελέγξουμε. Για κάποιο διάστημα μετά από τα γεγονότα αυτά, μπορεί να έχουμε ακόμη αρνητικές σκέψεις ή αισθήματα για τον εαυτό μας, για τους άλλους ή για την κατάσταση.

Σκεφτείτε ποιες είναι οι χαρακτηριστικές σας αντιδράσεις σε τέτοια αρνητικά γεγονότα.

Με βάση την 7-βαθμη κλίμακα που σας δίνεται παρακάτω, σημειώστε **τον αριθμό που θεωρείτε ότι περιγράφει καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο συνηθίζετε να αντιδράτε στον τύπο της αρνητικής κατάστασης που περιγράφει η πρόταση αυτή.**

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Παρακαλώ, να είστε όσο το δυνατό πιο ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Σχεδόν πάντα

Πιο συχνά

Πιο συχνά

Σχεδόν πάντα

λάθος για μένα

λάθος για μένα

αληθινή για μένα

αληθινή για μένα

----- 1. Παρόλο που στην αρχή νιώθω άσχημα όταν τα θαλασώνω, με τον καιρό μπορώ να χαλαρώσω κάπως.

----- 2. Κρατώ κακία στον εαυτό μου για τα αρνητικά πράγματα που έχω κάνει.

----- 3. Το ότι μαθαίνω από τα άσχημα πράγματα που έχω κάνει, με βοηθά να τα ξεπεράσω.

----- 4. Είναι, πράγματι, πολύ δύσκολο για μένα να αποδεχτώ τον εαυτό μου από τη στιγμή που τα έχω κάνει θάλασσα.

----- 5. Με τον καιρό, κατανοώ τον εαυτό μου για τα σφάλματα που έχω κάνει.

----- 6. Δε σταματώ να κριτικάρω τον εαυτό μου για αρνητικά πράγματα που έχω νιώσει, έχω σκεφτεί, έχω πει ή έχω κάνει.

----- 7. Τιμωρώ συνέχεια έναν άνθρωπο που έχει κάνει κάτι το οποίο νομίζω ότι είναι λάθος.

----- 8. Με τον καιρό, κατανοώ τους άλλους για τα σφάλματα που έχουν κάνει.

----- 9. Παραμένω πολύ σκληρός με τους άλλους που με έχουν πληγώσει.

----- 10. Παρόλο που κάποιοι με έχουν πληγώσει στο παρελθόν, τελικά, είμαι ικανός να αντιληφθώ ότι είναι καλοί άνθρωποι.

----- 11. Αν κάποιοι μου φέρονται άσχημα, συνεχώς σκέφτομαι άσχημα γι' αυτούς.

----- 12. Όταν κάποιος με απογοητεύσει, μπορώ, τελικά, να το ξεπεράσω.

----- 13. Όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά για λόγους που δεν μπορεί να τους ελέγξει κανείς, φορτώνομαι, κυριολεκτικά, με αρνητικές σκέψεις για το γεγονός αυτό.

----- 14. Με τον καιρό, μπορώ να κατανοήσω τις κακές στιγμές στη ζωή μου.

----- 15. Αν είμαι απογοητευμένος από ανεξέλεγκτες καταστάσεις στη ζωή μου, κάνω συνεχώς αρνητικές σκέψεις σχετικά με τις καταστάσεις αυτές.

----- 16. Τελικά, βρίσκω την ισορροπία με τις άσχημες καταστάσεις της ζωής μου.

----- 17. Μου είναι, πράγματι, δύσκολο να αποδεχτώ αρνητικές καταστάσεις για τις οποίες δε φταίει κανείς.

----- 18. Τελικά, ξεπερνάω τις αρνητικές σκέψεις για τις άσχημες καταστάσεις που είναι πέρα απ' τον έλεγχό μας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. **Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.**

1= σχεδόν ποτέ, 2= μερικές φορές, 3= ενδιάμεσα, 4= συχνά, 5= σχεδόν πάντα

1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	
2	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	
3	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	
4	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	
5	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	
6	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	
7	Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	
8	Όταν περνάω δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	
9	Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	
10	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	
11	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	
12	Όταν περνάω δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.	
13	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	
14	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	
15	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	
16	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	
17	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	
18	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	
19	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνάω δοκιμασίες.	
20	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	
21	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	
22	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	
23	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	
24	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	
25	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	

26	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.
----	---

ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

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

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1. Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι κι εγώ.	0	1	2	3	4
2. Οι ατυχίες των άλλων <u>δεν</u> με ενοχλούν ιδιαίτερα.	0	1	2	3	4
3. Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι.	0	1	2	3	4
4. <u>Δεν</u> συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου.	0	1	2	3	4
5. Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα.	0	1	2	3	4
6. Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα.	0	1	2	3	4
7. Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση.	0	1	2	3	4
8. Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν.	0	1	2	3	4
9. Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων.	0	1	2	3	4
10. <u>Δεν</u> συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες.	0	1	2	3	4
11. Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει.	0	1	2	3	4
12. <u>Δεν</u> ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πώς νιώθουν οι άλλοι.	0	1	2	3	4
13. Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο.	0	1	2	3	4
14. <u>Δεν</u> στεναχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα.	0	1	2	3	4
15. Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να καίνε από ευτυχία.	0	1	2	3	4
16. Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω.	0	1	2	3	4

Βιβλιογραφία

Babenko O, Mosewich AD, Lee A, Koppula S, 2019. Association of Physicians' Self-Compassion with Work Engagement, Exhaustion, and Professional Life Satisfaction. *Med Sci (Basel)*. 7(2). pii: E29. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6409678/>

Banerjee SC, Manna R, Coyle N, et al., 2016. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. *Nurse Educ Pract*. 16(1):193-201. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4961044/>

Bramley L, Matiti M, 2014. How does it really feel to be in my shoes? Patients' experiences of compassion within nursing care and their perceptions of developing compassionate nurses. *J Clin Nurs*. 23(19-20):2790-2799. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263156/>

Breines, JG, Chen S, 2012. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 38, 1133-1143. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/d7f6/446205d8c30711d9135df7719ce0a9a45d32.pdf?_ga=2.187750248.1317561738.1566227310-1224694191.1566227310

Breitbart W, 2018. Forgiveness. *Palliat Support Care*. 16(3):244–245. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6020015/>

Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley CR, 2004. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Res Soc Work Pract*. 14(1):27-35. Available from:

https://www.researchgate.net/profile/CR_Figley/publication/245909983_Development_and_Validation_of_the_Secondary_Traumatic_Stress_Scale/links/5478b1380cf2a961e4877d14/Development-and-Validation-of-the-Secondary-Traumatic-Stress-Scale.pdf?origin=publication_detail

Buckman R, 1998. *Communication in palliative care: a practical guide*. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press. p. 141–56. Available from: http://www.eedsfiles.com/Activity_Files/009161636/1957.pdf

Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al., 2015. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psychooncology*. 24(9):987-1001. Available from:

https://www.pocog.org.au/doc/ClinicalPathways_Sept%202017.pdf

Chen S, 2018. Give yourself a break: the power of self-compassion. *Harv Bus Rev*. (Sep-Oct):116-23. Available from: <https://hbr.org/2018/09/give-yourself-a-break-the-power-of-self-compassion>

Connor KM, Davidson JR, 2003. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) Depression and Anxiety. *Depress Anxiety*. 18(2):76-82. Available from:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.10113>

Darvishpour A, Joolaei S, Cheraghi MA, Mokhtari-Lakeh N, 2016. Iran's health policymakers' views on barriers and facilitators of nurse prescribing in their context: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 21(3):297–305. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857665/>

Delaney MC, 2018. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One*. 13(11):e0207261. Published 2018 Nov 21. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6248952/>

Demerouti E, Mostert K, Bakker AB, 2010. Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *J Occup Health Psychol*. 15(3):209-222. Available from:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.462.4931&rep=rep1&type=pdf>

Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A, 2013. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 63(606):e76-e84. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529296/>

Dev V, Fernando AT III, Lim AG, and Consedine NS, 2018. Does self-compassion mitigate the relationship between burnout and barriers to compassion? A cross-sectional quantitative study of 799 nurses. *Int. J. Nurs. Stud*. 81:81-88. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2018/05/Dev2018.pdf>

Eisenberg N, Eggum ND, Di Giunta L, 2010. Empathy-related Responding: Associations with Prosocial Behavior, Aggression, and Intergroup Relations. *Soc Issues Policy Rev*. 4(1):143–180.

Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3017348/>

Fehr R, Gelfand MJ, Nag M, 2010. The road to forgiveness: A meta-analytic synthesis of its situational and dispositional correlates. *Psychol Bull*. 136(5):894–914. Available from:

https://pdfs.semanticscholar.org/4364/4932fd59b2a3f97ae0f7ad2b0cfb841c84e2.pdf?_ga=2.187740584.1631745666.1568623324-247170067.1567410507

Feldman C and Kuyken W, 2011. Compassion in the landscape of suffering. *Contemp. Buddhism* 12, 143–155. Available from:

http://www.a-handful-of-leaves.org/documents/Articles/Compassion%20in%20the%20landscape%20of%20suffering_CB_FeldmanKuyken_2011.pdf

Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D, 2013. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med*. 11(5):412–420. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767709/>

Francis R, 2013. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. The Stationary Office, London, England. Available from:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf

Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM, 2008. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol*. 95(5):1045-1062. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3156028/>

Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E, 2010. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psychol Bull*. 136(3):351–374. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2864937/>

Greenberg J, Datta T, Shapero BG, Sevinc G, Mischoulon D, Lazar SW, 2018. Compassionate Hearts Protect Against Wandering Minds: Self-compassion Moderates the Effect of Mind-Wandering on Depression. *Spiritual Clin Pract (Wash D C)*. 5(3):155–169. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6426326/>

Frostadottir AD, Dorjee D, 2019. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Front Psychol*. 10:1099. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6534108/>

Grossman CH, Brooker J, Michael N, Kissane D, 2018. Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: a systematic review. *Palliat Med*. 32(1):172–84. Available from:

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216317722123?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

Gustin LW, Wagner L, 2013. The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers’ understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci*. [Internet], [cited 2018 Aug 3]; 27:175-83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley>.

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/nurseselfcare.pdf>

Hill AB, 2017. Breaking the stigma - a Physician’s perspective on self-care and recovery. *N Engl J Med*. 376(12):1103-1105. Available from:

<https://medschool.ucsd.edu/som/hear/resources/Documents/Breaking%20the%20stigma%2023%20Mar%202017%20NEJM.pdf>

Jung M, Park Y, Baik SY, Kim CL, Kim HS, Lee SH, 2019. Self-Forgiveness Moderates the Effects of Depression on Suicidality. *Psychiatry Investig*. 16(2):121–129. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393745/>

Kafetsios K, Athanasiadou M, and Dimou N, 2014. Leaders' and subordinates' attachment orientations, emotion regulation capabilities and affect at work: a multilevel analysis. *Leadersh. Q.* 25:512-527. Available from: <https://daneshyari.com/article/preview/887722.pdf>

Kemper KJ, Mo X, Khayat R, 2015. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? *J Altern Complement Med.* 21(8):496-503. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523072/>

Klimecki O, Lieberg S, Lamm C, Singer T, 2012. Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cereb cortex.* 2012. By permission of Oxford University Press. PMID: 22661409 Available from: <https://academic.oup.com/cercor/article/23/7/1552/288473>

Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T, 2014. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 9(6):873–879. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040103/>

Krause N, 2010. Church-Based Emotional Support And Self-Forgiveness in Late Life. *Rev Relig Res.* 52(1):72–89. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3113535/>

Kreemers LM, van Hooft EA, and van Vianen AE, 2018. Dealing with negative job search experiences: the beneficial role of self-compassion for job seekers' affective responses. *J. Vocat. Behav.* 106, 165-179. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001879118300186>

Kumar S, 2016. Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare (Basel)*. 4(3):37. Published 2016 Jun 30. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5041038/>

Kyota A, Kanda K, 2019. How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC Palliat Care*. 18(1):33. Published 2019 Apr 4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6449951/>

Larson M, 2014. Cultural immersion and compassionate care in a study abroad course: the Greek Connection. *Journal of Compassionate Health Care*. 1(1):8. Available from:

<https://jcompassionatehc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40639-014-0008-6>

Lai YH, Carr S, 2018. ;A Critical Exploration of Child-Parent Attachment as a Contextual Construct. *Behav Sci (Basel)*. 8(12):112. Published 2018 Dec 11. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6315501/>

Lemire F, 2018. Self-compassion. *Can Fam Physician*. 64(12):938. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6371877/>

Li CQ, Ma Q, Liu YY, Jing KJ, 2018. Are parental rearing patterns and learning burnout correlated with empathy amongst undergraduate nursing students?. *Int J Nurs Sci*. 5(4):409–413. Published 2018 Jul 11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6626275/>

MacBeth A, and Gumley A, 2012. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin. Psychol. Rev*. 32(6):545-552. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/metaanalysis.pdf>

Magalhaes E, Costa P & Costa MJ, 2012. Empathy of medical students and personality: evidence from the Five-Factor Model. *Medical Teacher*. 34(10):807-812. Available from:

https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22121/4/Magalhaes%20Eunice_Medical%20Teacher%202012%20pp.pdf

McCambridge J, Witton J, Elbourne DR, 2014. Systematic review of the Hawthorne effect: new concepts are needed to study research participation effects. *J Clin Epidemiol*. 67(3):267–277. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969247/>

McCullough ME, Kurzban R, Tabak BA, 2013. Cognitive systems for revenge and forgiveness. *Behav Brain Sci*. 36(1):1-15. Available from:

<https://pdfs.semanticscholar.org/2841/d126581c7fb255077d2ade12c6726b035d32.pdf>

Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC, 2004. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 21(6):699-705. Epub 2004 Nov 4. Available from:

<https://academic.oup.com/fampra/article/21/6/699/508761>

Mills J, Chapman M, 2016. Compassion and self-compassion in medicine: Self-care for the caregiver. *AMJ* 9(5):87-91. Available from: <https://eprints.qut.edu.au/107931/1/2583-13266-1-PB-1.pdf>

Mills J, Wand T, Fraser JA, 2015. On self-compassion and self-care in nursing: selfish or essential for compassionate care? *Intern J Nurs Stud*. [Internet], [cited 2018 Aug 3]; 52: 791-3. Available from: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/03/Mills.pdf>

Mills J, Wand T, Fraser JA, 2018. Exploring the meaning and practice of self-care among palliative care nurses and doctors: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 17(1):63. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5907186/>

Μισαηλίδη Π, 2011. Κατανόηση μεταγνωστικών όρων και θεωρία του νου: μια μελέτη της σχέσης των δυο ικανοτήτων στην προσχολική ηλικία. *Hellenic Journal of Psychology*. 8:168-192. Available from: https://pseve.org/wp-content/uploads/2018/03/Volume08_Issue2_Misailidi.pdf

Montero-Marin J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, Garcia-Campayo J, 2016. Burnout Subtypes and Absence of Self-Compassion in Primary Healthcare Professionals: A Cross-Sectional Study. *PLoS One*. 11(6):e0157499. Published 2016 Jun 16. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911164/>

Nakhaee S, Nasiri A, 2017. Inter-professional Relationships Issues among Iranian Nurses and Physicians: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 22(1):8–13. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364759/>

Neff KD, 2003a. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2, 223–250. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/empirical.article.pdf>

Neff, KD, 2003b. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity* 2, 85–101. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/SCtheoryarticle.pdf>

Neff KD, 2009. The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Hum Dev*. 52(4):211–214. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2790748/>

Neff KD, 2012. *The science of self-compassion*. In C.Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford Press. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/SC-Germer-Chapter.pdf>

Neff KD, Knox MC, 2017. “*Self-compassion*,” in *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, eds V. Zeigler-Hill and T. K. Shackelford (Cham: Springer International Publishing), 1-8. Available from: <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2017/09/Neff.Knox2017.pdf>

Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL, 2007. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Personality*. 41(4):908-916. Available from:

<https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/JRPbrief.pdf>

Olson K, Kemper KJ, Mahan JD, 2015. What factors promote resilience and protect against burnout in first-year pediatric and medicine-pediatric residents? *J Evid Based Complementary Altern Med*. 20(3):192-8. Epub 2015 Feb 18. Available from:

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2156587214568894?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

Ouzouni C, Nakakis K, 2012. An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Sci J*. 6(3):534–552. Available from: <http://www.hsj.gr/medicine/an-exploratory-study-of-student-nurses-empathy.pdf>

Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O, et al., 2016. International study on nurses' views and experiences of compassion. *Int Nurs Rev.* 63(3):395-405. Available from: <https://repositorio.uam.es/handle/10486/677925>

Pence GE, 1983. Can compassion be taught? *J Med Ethics.* 9(4):189-191. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1059297/>

Pierro A, Pica G, Giannini AM, Higgins ET, Kruglanski AW, 2018. "Letting myself go forward past wrongs": How regulatory modes affect self-forgiveness. *PLoS One.* 13(3):e0193357. Published 2018 Mar 12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846767/>

Potter P, Faan TD, Berger JA, Clarke M, Pa C, et al., 2013. Evaluation of a compassion fatigue resiliency programme for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum.* 40(2):180-7. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/c488/96771590bca8b925aa1c4c7afae5b8341c54.pdf?_ga=2.184637034.2139338812.1568043953-247170067.1567410507

Puchalski CM, Guenther M, 2012. Restoration and recreation: spirituality in the lives of healthcare professionals. *Curr Opin Support Palliat Care.* 6:254-258. Available from: https://www.chausa.org/docs/default-source/events-programs/plf15_handout_restoration_and_re-creation_puchalski.pdf?sfvrsn=2

Rahmati A, Poormirzaei M, 2018. Predicting Nurses' Psychological Safety Based on the Forgiveness Skill. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 23(1):40–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769184/>

Reizer A, 2019. Bringing Self-Kindness Into the Workplace: Exploring the Mediating Role of Self-Compassion in the Associations Between Attachment and Organizational Outcomes. *Front Psychol.* 10:1148. eCollection 2019. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6536612/>

Rohani C, Sedaghati Kesbakhi M, Mohtashami J, 2018. Clinical empathy with cancer patients: a content analysis of oncology nurses' perception. *Patient Prefer Adherence.* 12:1089-1098. Published 2018 Jun 21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016590/>

Ruijs CD, Kerkhof AJ, van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD, 2013. Symptoms, unbearability and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. *BMC Fam Pract.* 14:201. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3877870/>

Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E, 2015. Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage.* 50(2):200-7. Epub 2015 Feb 18. Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(15\)00086-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(15)00086-X/fulltext)

Saviato RM, Mercer S, Matos CCP, Leão ER, 2019. Nurses in the triage of the emergency department: self-compassion and empathy. *Enfermeiros na triagem no serviço de emergência: autocompaixão e empatia. Rev Lat Am Enfermagem.* 27:e3151. Published 2019 Jul 18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6687361/>

Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, et al., 2016a. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care.* 15(6):1–16. Published 2016 Jan 19. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717626/>

Stamm BH, 2012. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. Available from: https://proqol.org/ProQol_Test.html

Toussaint L, Worthington EL, Van Tongeren DR, Hook J, Berry JW, Miller AJ, et al. Forgiveness Working Forgiveness, Health, and Productivity in the Workplace. *Am J Health Promot*. 2018 Jan;32(1):59-67. Available from:

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0890117116662312?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

von Knorring J, Semb O, Fahlström M, Lehti A, 2019. "It is through body language and looks, but it is also a feeling" - a qualitative study on medical interns' experience of empathy. *BMC Med Educ*. 19(1):333. Published 2019 Sep 4. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727522/>

Wang Q, Wang L, Shi M, et al., 2019. Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 19(1):341. Published 2019 Sep 6. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6729024/>