



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΣΥΜΠΙΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣΥΝΟΔΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΙΔΡΥΜΑΤΑ
ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»**

«Attitudes and perceptions of self-compassion and empathy of fellow patients in chronic patients' institution»

ΤΖΙΚΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δρ ΠΑΡΑΛΙΚΑΣ ΘΕΟΔΟΣΗΣ (ΠΑΤΗΡ ΣΕΡΓΙΟΣ)

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ: Δρ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

Δρ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

Λάρισα, 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	8
1.2 ΑΤΥΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	10
1.3 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ.....	12
1.4 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	13
1.5 ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	14
1.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	18
2.2 ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	19
2.3 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	20
2.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΟΙΑ – ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	23
3.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΟΙΑ.....	24
3.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	26
3.4 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	27
3.5 Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ.....	28
3.6 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΡΑΓΜΟΥΣ ΑΝΑΨΥΧΗΣ ΣΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	31
4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα υγείας είναι μια έννοια που συναντάμε στην χώρα μας στα νοσοκομεία, σε νοσηλευτικά ιδρύματα, αλλά και στο σπίτι. Η παροχή φροντίδας μπορεί να γίνει από επαγγελματίες υγείας, είναι η τυπική φροντίδα, και από ανθρώπους που δεν είναι επαγγελματίες, αλλά το κάνουν εμπειρικά με βάση τις γνώσεις που απέκτησαν από μόνοι τους, είναι η άτυπη φροντίδα. Κύριο χαρακτηριστικό των άτυπων φροντιστών είναι η θέληση, η αγάπη, η αφοσίωση, αλλά και συναισθήματα αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την αυτοσυμπόνια και την ενσυναίσθηση των συνοδών ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ο πληθυσμός στόχος ήταν συνοδοί ασθενών σε ιδρύματα χρονίων πασχόντων, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 χρονών και άνω. Συλλέχθηκαν συνολικά 85 ερωτηματολόγια. Τα ερωτηματολόγια αποτελούνταν από τα εξής μέρη:

- Κοινωνικά – δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Κλίμακα ενσυναίσθησης (Toronto empathy Questionnaire, TEQ)
- Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (self Compassion scale, SCS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα πήραν μέρος 65 γυναίκες και 20 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 44.4 έτη. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν σημαντικά και βγήκαν χρήσιμα συμπεράσματα. Κύριο χαρακτηριστικό όλων των άτυπων φροντιστών είναι η θέληση και αγάπη για αυτό που κάνουν. Η άτυπη φροντίδα εκτός από την Ελλάδα υπάρχει και σε πολλές άλλες χώρες. Πολύ σημαντικός φαίνεται πως είναι ο ρόλος της οικογένειας, όσον αφορά τη φροντίδα από συγγενικά άτομα. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα Αυτοσυμπόνιας οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με ελάχιστη τάση θετικότερης κλιμάκωσης. Οι τιμές της κλίμακας Ενσυναίσθησης τείνουν προς υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης. Οι δύο

κλίμακες (Αυτοσυμπόνοιας και Ενσυναίσθησης) κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως αρκούτως αποδεκτές. Ο βαθμός αυτοσυμπόνοιας δεν σχετίζεται με την ηλικία.

Όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται το επίπεδο ενσυναίσθησης. Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας, ενσυναίσθησης και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση. Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση, ενώ υπάρχει σημαντική σχέση όσον αφορά την κλίμακα ενσυναίσθησης. Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας, ενσυναίσθησης και στο μορφωτικό επίπεδο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση. Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας, ενσυναίσθησης και στον τόπο διαμονής των συνοδών ασθενών, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ρόλος των συνοδών ασθενών είναι πολύ σημαντικός. Οι συνοδοί με όπλο την εμπειρία τους, αλλά και με ισχυρή θέληση, αίσθημα αυτοσυμπόνοιας και ενσυναίσθησης, είναι σε θέση να βοηθήσουν κάποιον χρόνια πάσχοντα, όχι μόνο στον τομέα της φροντίδας, αλλά και σε άλλους τομείς όπως ο ψυχολογικός τομέας, ο κοινωνικός. Έτσι μιλάμε για μια πολυδιάστατη σχέση ανάμεσα σε συνοδό και ασθενή, που μοναδικό σκοπό έχει τη καλύτερη δυνατή διαβίωση και ποιότητα ζωής του ασθενή.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Health care is a concept that we find in our country in hospitals, nursing homes and at home. Care can be provided by health professionals, it is standard care, and by people who are not professionals, but do it empirically based on the knowledge they have acquired on their own, is the informal care. The main characteristic of informal caregivers is the will, love, devotion, but also feelings of self-sympathy and empathy.

PURPOSE

The aim of this study is to investigate the factors that affect the self-esteem and empathy of the accompanying patients.

METHODOLOGY

The target population was patients in institutions of chronic sufferers, men and women, aged 18 and over. A total of 85 questionnaires were collected. The questionnaires consisted of the following parts:

- Social - demographic characteristics
- Toronto empathy Questionnaire, TEQ
- Self Compassion scale (SCS).

RESULTS

The study involved 65 women and 20 men, with an average age of 44.4 years. The results of the study were significant and useful conclusions were drawn. The main characteristic of all informal caregivers is the will and love for what they do. In addition to Greece, informal care exists in many other countries. It seems that the role of the family is very important, in terms of care from relatives. With regard to the Self-Employment Scale, the statistical indicators of the sample indicate a moderate level, with a minimal tendency for a more positive escalation. The values of the Empathy scale tend to a higher degree of empathy. The degree of self-esteem is not related to age.

As the age increases, the level of empathy decreases. The correlation test, between the Self-Employment scale, empathy and gender, did not record a statistically significant relationship. The correlation test, between the Self-Empathy, Empathy and Educational level scale, did not record a statistically significant relationship.

CONCLUSIONS

The role of accompanying patients is very important. Accompanied by their experience, but also with a strong will, a sense of self-sympathy and empathy, the escorts are able to help someone suffering for years, not only in the field of care, but also in other areas such as the psychological field, the social. for a multidimensional relationship between companion and patient, whose sole purpose is the best possible living and quality of life of the patient.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το φαινόμενο της ύπαρξης συνοδών, άτυπων φροντιστών στα Ελληνικά νοσοκομεία και ιδρύματα χρονίων πασχόντων έχει μελετηθεί, και τυγχάνουν μεγάλης αναγνώρισης και σεβασμού για το σημαντικό έργο που προσφέρουν. Στη παρούσα εργασία μελετάται το πώς βλέπουν οι συνοδοί τη φροντίδα που προσφέρουν, αλλά και τι επιπτώσεις μπορεί να έχει αυτό στον ίδιο τους τον εαυτό. Στην αρχή στο γενικό μέρος γίνεται μια αναφορά στη φροντίδα, η οποία μπορεί να είναι τυπική από επαγγελματίες υγείας, αλλά και άτυπη που παρέχουν οι συνοδοί. Οι συνοδοί χρονίων πασχόντων παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη φροντίδα και εν τέλει στη καλύτερη και περισσότερη διαβίωση του πάσχοντα.

Συνοδοί ασθενών υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, στην Ελλάδα εξαιτίας της εν μέρει ανεπάρκειας του συστήματος υγείας προάγεται και υποστηρίζεται ο θεσμός των συνοδών ασθενών. Το ρόλο του συνοδού μπορεί να αναλάβει ο/η σύζυγος, κάποιος φίλος, συγγενής. Οι γυναίκες έχουν πιο κεντρικό ρόλο στο τομέα της φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες. Στη χώρα μας λόγω και της οικονομικής κρίσης, η άτυπη φροντίδα από συνοδούς έχει αυξηθεί σημαντικά. Η σχέση που αναπτύσσει ο συνοδός με τον ασθενή, είναι μια σχέση συνεργασίας και σεβασμού. Γίνεται επίσης αναφορά για το ρόλο που παίζει η οικογένεια επίσης αναφερόμαστε για την επιβάρυνση των συνοδών από τη φροντίδα, καθώς και την επιβάρυνση σε σχέση με το φύλο.

Κυρίως αναφερόμαστε στις έννοιες της αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης, τι σημαίνουν αυτές οι έννοιες, αλλά και πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν στην επιτυχή εκπλήρωση του σημαντικού τους έργου.. Οι έννοιες της αυτοσυμπόνιας και της ενσυναίσθησης είναι πολύ σημαντικές στη νοσηλευτική πράξη., Ελλείψη αυτών ο συνοδός χαρακτηρίζεται από συναισθήματα κόπωσης, εσωστρέφειας, αδιαφορίας και τελικά ματαίωσης της όλης διαδικασίας παροχής φροντίδας. Στο δεύτερο ειδικό μέρος, γίνεται έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίων για να δούμε τους παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι :

- κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά
- κλίμακα ενσυναίσθησης(Toronto Empathy Questionnaire, TEQ)
- κλίμακα αυτοσυμπόνιας(Self Compassion Scale, SCS).

Η έρευνα ανέδειξε σημαντικά αποτελέσματα για τον τόπο διαμονής, την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, και πως η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση σχετίζεται με όλες αυτές τις παραμέτρους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τον όρο Φροντίδα υγείας εννοούμε το εύρος των αγαθών και των υπηρεσιών που παρέχονται σε άτομα ή κοινωνίες με σκοπό την παρακολούθηση, προαγωγή, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας. Η έννοια της φροντίδας στη Νοσηλευτική εμπεριέχει μια συνολικότερη έννοια η οποία περιλαμβάνει τη μέριμνα καθώς και την έγνοια για πρόσωπα και πράγματα (Μπαμπινιώτης, 1998). Η φροντίδα χαρακτηρίζεται από δεκτικότητα και ανταπόκριση και σύμφωνα με τον VanHooft (1996) πρόκειται για μια «...οντολογική δομή της ανθρώπινης ύπαρξης, η οποία λαμβάνει δύο μορφές: φροντίδα για τον εαυτό μας και φροντίδα για τους άλλους». Όταν αναφερόμαστε στη Νοσηλευτική εννοούμε την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους, η οποία έχει σκοπό την προστασία και ανάρρωση, μια αξιοπρεπή διαβίωση, όσο και ένα αξιοπρεπή θάνατο (Ραφτόπουλος, 2003). Για να έχει αποτέλεσμα η νοσηλευτική φροντίδα, απαιτεί τη συνεργασία, κατανόηση, αλλά και χρήση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Σύμφωνα με αυτά που δίδαξε η Florence Nightingale, η Νοσηλευτική είναι ένα ταξίδι ζωής στη φροντίδα και τη θεραπεία. Μέλημά της είναι η διατήρηση της ολότητας της ανθρώπινης ύπαρξης, η προσφορά συμπόνιας, ενημέρωσης και τεκμηριωμένης επιστημονικά φροντίδας για την κοινωνία και την ανθρωπότητα συνολικά (Watson, 2009). Στην ιστορία της ανθρωπότητας και επί πολλά χρόνια, σύμφωνα με τον Colliere (1989), η παροχή φροντίδας δεν χαρακτηρίζει κάποιο επάγγελμα, αλλά αναφέρεται σε οποιοδήποτε πρόσωπο, που βοήθησε κάποιο άλλο ώστε αυτό να έχει μια ομαλή διαβίωση (Gonzaga, Arruda, 1998). Η φροντίδα υπήρχε σε όλους τους πολιτισμούς ανά τον κόσμο, ενώ η πολυπλοκότητα της έννοιας έχει αναγνωριστεί από πολλούς ερευνητές. Η φροντίδα συνοδεύει τον άνθρωπο από τη γέννηση ως το θάνατο, και έτσι παραμένει απαραίτητη για την επιβίωση του ανθρώπου, αλλά και όλων των ειδών πάνω στο πλανήτη (da Silva, de Freiras, 2010). Οι επαγγελματίες φροντίδας, έχοντας την επιστημονική γνώση και κατάρτιση είναι οι κύριοι πάροχοι φροντίδας, αλλά και οποιοσδήποτε εμπειρικά και έχοντας συμπόνια, ενσυναίσθηση και αγάπη για το συνάνθρωπο μπορεί να παράσχει φροντίδα. Η φροντίδα θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η "καρδιά" της

νοσηλευτικής επιστήμης και έρευνας (Σαπουντζή- Κρέπια, 2001). Μία άλλη προσέγγιση ορίζει τη φροντίδα ως τη διανοητική, ψυχολογική, πνευματική και φυσική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να επιτευχθεί η ικανοποίηση των αναγκών του πάσχοντα και η προαγωγή της ευεξίας του. Η ανθρωπολογική, η ανθρωπιστική διάσταση, που είναι η στάση ευεργεσίας και η ψυχοκοινωνική διάσταση, που αποδίδεται με τις έννοιες προσέχω ,περιποιούμαι, νοιάζομαι, ενδιαφέρομαι ,αποτελούν τις διαστάσεις της φροντίδας.(Κάρλου, Πατηράκη, 2011). Η έννοιες της φροντίδας και της νοσηλευτικής είναι απόλυτα ταυτισμένες (Σαπουντζή-Κρέπια, 2005). Η επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ νοσηλευτή – φροντιστή, όπως επίσης η ευαισθησία και ανθρωπιά είναι απαραίτητες για τη σωστή παροχή φροντίδας (dos Santos et al, 2010). Ο Gilligan υποστηρίζει ότι η παροχή φροντίδας σχετίζεται με την αίσθηση της ηθικής και του καθήκοντος την οποία έχουν έμφυτη οι γυναίκες, ενώ η Ray, ισχυρίζεται πως η φροντίδα συνδέεται άμεσα με την ωριμότητα, τις τεχνικές δεξιότητες, τις διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες και την αίσθηση ηθικής που έχει το άτομο, που παρέχει φροντίδα (Σαπουντζή –Κρέπια και Κρέπια αναφ. σε Gilligan και Ray, 2005).

Η μελέτη της φροντίδας ως έννοια στη νοσηλευτική οδήγησε στην ανάπτυξη θεωριών φροντίδας, με πιο αντιπροσωπευτικές εκείνη της Watson, θεωρία φροντίδας στις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων και εκείνη της Leininger, η οποία σημείωσε ότι η φροντίδα είναι παγκόσμιο φαινόμενο, το οποίο είναι πιθανό να γίνει αντιληπτό με διαφορετικό τρόπο από τους ασθενείς και νοσηλευτές, όταν προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Η Mayeroff περιγράφει τη φροντίδα ως " μία διαδικασία, ένας τρόπος συσχέτισης με κάποιον άλλον άνθρωπο που ενέχει ανάπτυξη στην πορεία του χρόνου μέσω της αμοιβαίας εμπιστοσύνης και της εμβάθυνσης και ποιοτικής ανάπτυξης της σχέσης των ανθρώπων που δέχονται και παρέχουν φροντίδα". Σε όλα τα ιδρύματα χρονίων ή μη πασχόντων η σχέση του νοσηλευτή με την οικογένεια, είναι μια σχέση αμοιβαίας συνεργασίας,σεβασμού ,επικοινωνίας με σκοπό την καλύτερη δυνατή περίθαλψη. Όλοι όσοι εμπλέκονται στη διαδικασία της φροντίδας διαμορφώνουν και την κουλτούρα της, τις αξίες και πεποιθήσεις. (Kitson et al, 1998, Rycroff- Malone et al, 2002). Στη σύγχρονη εποχή ο ατομικισμός υπερέχει έναντι του παραδοσιακού συστήματος. Η άτυπη, ανεπίσημη φροντίδα, εκείνη που παρέχεται εμπειρικά από άτομα, απαιτεί την επένδυση χρόνου, ενέργειας, αφοσίωσης, διάθεσης και χρημάτων, και όταν μιλάμε για χρόνια πάσχοντες αυτό απαιτείται για μεγάλο διάστημα. Η άτυπη φροντίδα περιλαμβάνει δραστηριότητες οι οποίες μπορεί να είναι δυσάρεστες, δύσκολες, κουραστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές. Ο Kitson το 1987, μετά από μελέτη

που έκανε βλέπει την άτυπη ,με την φροντίδα που παρέχεται στα διάφορα ιδρύματα να έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά, γνώσεις ,αγάπη ,σεβασμό για τα άτομα. Έρευνες έχουν δείξει, ότι η παροχή φροντίδας σε ένα μέλος της οικογένειας, μπορεί να έχει πολλά θετικά όπως μείωση του άγχους, της κατάθλιψης, αύξηση υπευθυνότητας, αυτοεκτίμησης και να φέρει μεγαλύτερη εγγύτητα στις σχέσεις. Τα βάρη και τα οφέλη από την προσφορά φροντίδας μπορούν να συνυπάρξουν (McPherson et al, 2011).

Σε πολλούς πολιτισμούς είναι ηθική ευθύνη για ένα μέλος της οικογένειας, να παρέχει φροντίδα (Cang -Wong et al, 2009). Η οικογένεια και οι φίλοι είναι κύριοι πάροχοι σε ασθενείς με μακροχρόνια νόσο, αλλά και στο τέλος του κύκλου ζωής. Η παροχή φροντίδας από την οικογένεια στο τέλος του κύκλου ζωής ενός ανθρώπου, αποτελεί μια ηθική διάσταση και συνιστά ένα καλό τέλος για τον πάσχοντα. Ιδιαίτερη μορφή φροντίδας αποτελεί η φροντίδα - θυσία της ιδανικής μητέρας που θυσιάζει τις δικές της ανάγκες και ευτυχία για χάρη των παιδιών και της οικογένειάς της, ανεξάρτητα από τη δική της ταλαιπωρία. Τα θετικά αποτελέσματα της φροντίδας, περιλαμβάνουν την προσωπική ανάπτυξη, την ενίσχυση της σχέσης μεταξύ φροντιστών και αποδεκτών περίθαλψης, συναισθήματα ικανοποίησης και αύξηση της αυτοεκτίμησης. Τα αρνητικά από την ενασχόληση με τη φροντίδα μπορεί να είναι η οικονομική, ψυχολογική επιβάρυνση, η κοινωνική απομόνωση, οι αυξημένες αρμοδιότητες, η κατάθλιψη και τα συναισθήματα από τα βάρη της φροντίδας (Winter et al, 2005). Τα περισσότερα μοντέλα φροντίδας έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό το άγχος, στρες, επιβάρυνση. Άτομα που δεν αγαπάνε αυτό που κάνουν και παρέχουν φροντίδα αναγκαστικά κατά κάποιο τρόπο, είναι εκτεθειμένοι σε προβλήματα υγείας.

1.2 ΑΤΥΠΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η φροντίδα που παρέχεται ανεπισημώς, ατύπως στους ασθενείς από ανειδίκευτους φροντιστές – συγγενείς ή οικείους των ασθενών, οι οποίοι παρέχουν εθελοντικώς τις υπηρεσίες τους, χωρίς να αμείβονται, είναι η άτυπη νοσηλευτική φροντίδα (Bevans and Sternberg, 2012). Η ανεπάρκεια κατά κάποιο τρόπο καθώς και οι ελλείψεις του νοσηλευτικού συστήματος ,έχει προάγει την άτυπη νοσηλευτική φροντίδα, με σκοπό την καλύτερη δυνατή φροντίδα των ασθενών. Μεταξύ των άτυπων φροντιστών, οι γυναίκες κρατούν το μεγαλύτερο ποσοστό (τα τρία τέταρτα του συνόλου), συνοδεύοντας τον ασθενή τους από τη στιγμή εισαγωγής του στη νοσηλευτική μονάδα και έπειτα. Οι άτυποι φροντιστές παραμένουν συνεχώς δίπλα στον

ασθενή τους, παρέχοντάς του μια σειρά υπηρεσιών και βοήθειας, όπως η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής, η ατομική υγιεινή, η φροντίδα για τις προβλεπόμενες εξετάσεις μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα, η ψυχολογική του υποστήριξη, και οτιδήποτε άλλο μπορεί να βοηθήσει έναν ασθενή. Οι χρόνια πάσχοντες είναι αυτοί που χρειάζονται περισσότερο όλες αυτές τις υπηρεσίες.

Η συνεχής παρουσία του συνοδού δίπλα στον ασθενή μπορεί να επιφέρει διάφορες αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική, οικονομική, κοινωνική και κυρίως στη προσωπική του ζωή. Η πίεση που δέχεται ο συνοδός-φροντιστής μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σωματική και συναισθηματική του υγεία. Ο συνοδός φροντιστής πρέπει να αισθάνεται απόλυτα το πρόβλημα του ασθενή, να μπαίνει κατά κάποιο τρόπο στη θέση του, με σκοπό την καλύτερη και ανώδυνη παροχή βοήθειας. Οι συνθήκες διαβίωσης των συνοδών στις νοσηλευτικές μονάδες, είναι εξαιρετικά προβληματικές, ιδιαίτερα στον τομέα της προσωπικής τους υγιεινής και της ξεκούρασης. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι δυσκολίες αυτές των συνοδών, έχουν αρνητικές επιπτώσεις και στους ασθενείς – συγγενείς τους, με κορυφαίο το πρόβλημα της εμφάνισης λοιμώξεων, λόγω των συνθηκών που σχετίζονται με την πλημμελή υγιεινή, κυρίως των χεριών τους.

Η παροχή άτυπης νοσηλευτικής φροντίδας δεν μπορεί να προσδιοριστεί χρονικά, μια χρόνια ασθένεια λόγω π.χ της εξέλιξης της τεχνολογίας στην ιατρική μπορεί να διαρκέσει πολύ. Η άτυπη φροντίδα στις Η.Π.Α αποτελεί την πιο κοινή μορφή μακροχρόνιας φροντίδας. Στον Καναδά εκτιμάται ότι πάνω από ένα εκατομμύριο άνθρωποι ασχολούνται με τη φροντίδα ενός χρόνια πάσχοντος μέλους της οικογένειας ή φίλου σε οποιαδήποτε δεδομένη χρονική στιγμή. Στη βόρεια Αμερική και δυτική Ευρώπη, η μακροχρόνια φροντίδα έχει μεγάλη εφαρμογή λόγω γήρανσης του πληθυσμού. Στη Γερμανία το σύστημα ασφάλισης της μακροχρόνιας φροντίδας, υλοποιήθηκε για να καλύψει τις ιδιαίτερες ανάγκες για νοσηλευτική φροντίδα, που μπορούν να αντιμετωπιστούν από επαγγελματίες ή άτυπους φροντιστές (Buscher, et al, 2011). Ο φίλος, ο συνεργάτης, ο γείτονας, μπορεί να είναι ο άτυπος φροντιστής (Alspach, 2009). Η ανάγκη για επιβίωση έχει οδηγήσει στην αύξηση του αριθμού των ανεπίσημων φροντιστών. Στις περισσότερες περιπτώσεις η/ο σύζυγος γίνεται άτυπος φροντιστής (Braun, et al, 2007) .

Ο ρόλος της οικογένειας είναι υποστηρικτικός, στις καθημερινές ενέργειες διαβίωσης. Ο ρόλος των άτυπων φροντιστών είναι όλο και πιο σημαντικός και απαραίτητος για την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με χρόνιες ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση (Roth, et al, 2007). Μελέτες κάνουν αναφορά στις διαστάσεις της ποιότητας της άτυπης

φροντίδας, που μπορεί να περιλαμβάνει επιβλαβή συμπεριφορά για τον λήπτη φροντίδας. Η ποιότητα της άτυπης φροντίδας μπορούμε να πούμε ότι είναι πολυδιάστατη. Η προσφορά φροντίδας πρέπει να ικανοποιεί τις προσδοκίες και ανάγκες του δέκτη φροντίδας, αντίθετα μπορεί να οδηγήσει σε κακή ποιότητα φροντίδας, πράγμα το οποίο είναι επικίνδυνο για το φροντιζόμενο (Allen, et al, 2012). Οι άτυποι φροντιστές διαφόρων περιοχών, με διαφορετικό κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό υπόβαθρο, έχουν διαφορετικές ανάγκες, που δεν μπορούν να ομογενοποιηθούν και να καλυφθούν από την ίδια πολιτική.

Σε διάφορες χώρες έχουν αναπτυχθεί προγράμματα, με δραστηριότητες καθημερινής ζωής, διαχείρισης φαρμακευτικής αγωγής, που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της φροντίδας. Η λήψη αποφάσεων ή η επίλυση προβλημάτων για λογαριασμό του ασθενή, θεωρούνται κλινικές δεξιότητες, όπως επίσης και η ανάπτυξη ψυχολογικών δεξιοτήτων για τη μείωση της αρνητικής συναισθηματικής πίεσης λόγω της παροχής φροντίδας. Η ποσότητα της φροντίδας αναφέρεται στο χρόνο που δαπανάται για τη φροντίδα, η οποία είναι ζωτικής σημασίας. Οι παρεμβάσεις του φροντιστή μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της άτυπης φροντίδας. Ο σχεδιασμός μελλοντικών προγραμμάτων παρεμποδίζεται, λόγω έλλειψης ενός συστηματικού πλαισίου προσδιορισμού των στόχων (Van Houtven, et al, 2011b).

1.3 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Τα χαρακτηριστικά του φροντιστή - συνοδού μπορεί να μελετηθούν κυρίως μεταξύ των φροντιστών ασθενών κοινότητας, με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες (άνοια, εγκεφαλικά) καθώς και μεταξύ των φροντιστών ατόμων τρίτης ηλικίας. Ο Litwak υποστηρίζει ότι ο σύζυγος αποτελεί το πιο κατάλληλο άτομο ώστε να αναλάβει το ρόλο της μακροχρόνιας φροντίδας. Ενήλικα παιδιά μπορεί να αναλάβουν το ρόλο του συνοδού, οι υποχρεώσεις όμως π.χ έχοντας δική τους οικογένεια, μπορεί να περιορίσουν αυτό το ρόλο. Ένα άλλο αξιοσημείωτο που μπορεί να επηρεάσει αυτή τη σχέση φροντίδας, αποτελεί το γεγονός ότι τα παιδιά σήμερα δεν είναι τόσο κοντά στους γονείς τους. Άλλοι συγγενείς, φίλοι αλλά και γείτονες μπορεί να παρέχουν συμπληρωματική φροντίδα και η δέσμευσή τους να είναι περιστασιακή. Οι συνοδοί ηλικιωμένων ασθενών που ζουν σε κοινότητα, είναι κυρίως σύζυγοι, μετά έρχονται συγγενείς, φίλοι κ.α.

Οι διαφορές μεταξύ των συνοδών ασθενών, ανάμεσα στα δύο φύλλα είναι σημαντικές, με τις γυναίκες να έχουν πιο ενεργό ρόλο σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες κυριαρχούν στο τομέα της φροντίδας. Οι άνδρες μπορούν να αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή, χωρίς

όμως να δίνουν βάρος στη προσωπική φροντίδα του ασθενούς ή ακόμα και οικιακή φροντίδα και έτσι ίσως έχουν λιγότερο ενεργό ρόλο (Allen et al, 2012). Μερικά άτομα μπορούν να θεωρούν ότι δεν έχουν τις απαιτούμενες "τεχνικές γνώσεις", που απαιτεί ο ρόλος του κύριου φροντιστή. Σύμφωνα με Wolff & Kasper (2006) αυτή η ερμηνεία είναι σύμφωνη με τη συνέχιση της προβολής των γυναικών ως φροντιστές και σύμφωνα με Szinovacz & Davey οι κόρες είναι πολύ πιο πιθανό να υπάρξουν κύριοι φροντιστές απ' ότι οι γιοί. Το φύλο σχετίζεται επίσης με τη διαδικασία προσωπικής φροντίδας. Είναι επίσης πολύ πιθανό οι γονείς να λάβουν φροντίδα από τα παιδιά του ίδιου φύλου (Allen et al 2012). Οι απαιτήσεις σε φροντίδα κυρίως των χρονίων πασχόντων είναι πολλές και έτσι η ενασχόληση του συνοδού – φροντιστή είναι συνεχής. Αυτό έχει ως συνέπεια ο φροντιστής να θυσιάζει οικογενειακές σχέσεις, φιλίες και ίσως άλλες προσωπικές δραστηριότητες, γεγονός που οδηγεί σε απομόνωση και υποβάθμιση της κοινωνικής ζωής, εμφάνιση συναισθηματικών συμπτωμάτων ή και σημεία εξουθένωσης. Οι φροντιστές μπορούν να εμφανίσουν προβλήματα ύπνου, όρεξης και ενέργειας, μπορεί να περιγράψουν αίσθηση απώλειας του ελέγχου της κατάστασης ή αντίληψη ότι η συμβολή τους δεν έχει διαρκή και σημαντική επίδραση (Winter, et al, 2010).

1.4 Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα όπως και στις άλλες μεσογειακές χώρες τη φροντίδα των ασθενών την έχει αναλάβει το οικογενειακό περιβάλλον. Η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση της γυναικείας δραστηριότητας εκτός σπιτιού, το υψηλό κόστος της ιδρυματικής φροντίδας των ηλικιωμένων, καθώς και οι ελλείψεις στις δημόσιες υπηρεσίες, όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τα άτομα δίκτυα να εκπληρώσουν έναν σημαντικό ρόλο στη φροντίδα κυρίως ηλικιωμένων και χρονίων πασχόντων. Οι μεταναστευτικές ροές κυρίως πριν το 1990, έπαιξαν ρόλο στην αλλαγή της απασχόλησης των δύο φύλων. Η μετανάστρια που ήρθε στη χώρα και παρέχει φροντίδα έπαιξε το ρόλο στην απεμπλοκή κυρίως των γυναικών από τη φροντίδα (Lyberaki, 2008). Η άτυπη φροντίδα κυριαρχεί στους ηλικιωμένους σε σχέση με τη φροντίδα στα διάφορα ιδρύματα, όπως επίσης στην οικογένεια στηρίζονται τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα σε σχέση με ασθενείς που είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση. Η μετανάστρια ίσως υστερεί σε γνώσεις, από την άλλη όμως είναι άμεσα διαθέσιμη και φτηνή και προσφέρει μια σημαντική λύση όσον αφορά τη φροντίδα. Υπό αυτή την άποψη δεν είναι τυχαίο, ότι το ποσοστό των μεταναστών που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών προς τα νοικοκυριά είναι πολύ υψηλό

στην Ελλάδα (20,5%) , στο Ηνωμένο Βασίλειο βρίσκεται στο 2% και στις ΗΠΑ μόλις στο 1,2%. Οι γυναίκες μέσα από αυτό το πλαίσιο ,έχουν περισσότερο ρόλο οργανωτικό και συντονισμού, ενώ τα καθήκοντα φροντίδας έχουν ανατεθεί κυρίως στις μετανάστριες (Lyberaki, 2008).

Στο νοσοκομείο στην Ελλάδα οι συνοδοί διαμένουν δίπλα στον ασθενή για πολλές ώρες και παρέχουν άτυπη φροντίδα. Οι νοσηλευτές διαφωνούν να προσφέρουν οι συγγενείς - συνοδοί μερικές από τις δραστηριότητες άτυπης φροντίδας. Η άτυπη φροντίδα βλάπτει την ποιότητα της φροντίδας, γιατί στερείται επαγγελματικής και επιστημονικής κατάρτισης.

Ωστόσο, ο συνοδός και κυρίως όταν προέρχεται και από το οικογενειακό περιβάλλον ίσως είναι πηγή συναισθηματικής ασφάλειας και ηρεμίας για τους ασθενείς (Sapuntzi-Krepia et al, 2008a)

Στην Ελλάδα "κατ' οίκον" φροντίδα και νοσηλεία παρέχεται από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, με την έγκριση κοινοτικών και εθνικών προγραμμάτων. Απευθύνεται κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία μένουν μόνα τους και δεν είναι σε θέση να εκπληρώσουν τις καθημερινές τους ανάγκες, και έχει ως σκοπό να παραμείνουν στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον . Επίσης μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί, ιδιωτικοί οργανισμοί , εθελοντικές ομάδες προσφέρουν μετανοσοκομειακή φροντίδα (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού, 2007).

1.5 ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Στην σημερινή εποχή, οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος στις αναπτυγμένες τουλάχιστον χώρες είναι χρόνιες. Η χρονική διάρκεια της ασθένειας, ο βαθμός σοβαρότητάς της, η επίδραση την οποία επιφέρει στην λειτουργικότητα του ατόμου και η ανάγκη την οποία δημιουργεί για διαρκή φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, είναι κριτήρια μιας χρόνιας ασθένειας. Έτσι μια ασθένεια που επιφέρει μείωση της λειτουργικότητας ενός ατόμου και η χρονική διάρκεια της είναι άνω του ενός μηνός μπορεί να χαρακτηριστεί ως χρόνια.(Sanderson, 2004, Kaplan et al,1993). Μεταξύ των χρόνιων ασθενειών συμπεριλαμβάνονται τα εγκεφαλικά επεισόδια, ο καρκίνος, η κατά πλάκας σκλήρυνση, η νόσος Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας. Όπως είναι λογικό μια χρόνια ασθένεια χρειάζεται συνεχή φροντίδα και υποστήριξη και επομένως επηρεάζει και την καθημερινότητα ενός ατόμου. Μπορεί να επηρεάσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις, να έχει μειωμένη

λειτουργικότητα και όλα αυτά ίσως επιδρούν στην ψυχική του υγεία (Vilhjalmsson, 1998). Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκαλέσει την πτώση της φυσικής άμυνας του οργανισμού καθώς και την ενεργητικότητα του ατόμου με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις. (Koopmans & Lamers, 2000). Μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με χρόνια νοσήματα επιδεικνύουν περισσότερη αισιοδοξία και αυτοπεποίθηση (Lee, et al, 2006). Τα αποτελέσματα μιας χρόνιας ασθένειας προκαλούν συνήθως σωματικά, κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες ίσως μερικές φορές να αισθάνονται και ντροπή, νιώθοντας ότι όλοι ξέρουν για το πρόβλημα τους (Sanderson, 2004). Υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες στην αντιμετώπιση της ασθένειας (Cassidy, 1999; O'Neill & Morrow, 2001). Οι γυναίκες ίσως προσαρμόζονται ευκολότερα στην ασθένεια. (Macintyre, et al, 1999).

Οι χρόνιαι πάσχοντες βρίσκονται όλο και περισσότερο στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, για να μειωθούν οι επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους και η επιβάρυνση των υπηρεσιών υγείας από τη χρήση τους (Bower, et al, 2012). Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής μαζί με τη γήρανση του πληθυσμού τα νέα φάρμακα και τις ιατρικές διαδικασίες, είναι παράγοντες επικράτησης των χρονίων ασθενιών. (Anderson, Horvath, 2004). Κάθε χώρα έχει τα δικά της πρότυπα και μοντέλα περίθαλψης, ωστόσο ο θεσμός της άτυπης φροντίδας είναι κοινός σε όλο τον κόσμο (Vilaphana Prieto, et al, 2011). Τα μη μεταδοτικά νοσήματα έχουν επίσης μια αυξητική τάση. Η χρόνια νόσος απαιτεί και την υποστήριξη και τη αυτοδιαχείριση της νόσου από τον ίδιο τον ασθενή (Yasin, et al, 2011). Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής πρέπει να λάβει διάφορες αποφάσεις όσον αφορά τον τρόπο ζωής, καθώς και κάλυψη των κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών του, με σκοπό να μειώσει τις συνέπειες της ασθένειας.

Η διαχείριση της νόσου έχει πολλά οφέλη. Η εκπαίδευση των ασθενών είναι ο θεμέλιος λίθος όλων των προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών. Υπάρχουν βέβαια και εμπόδια στην αυτοδιαχείριση των χρονίων παθήσεων, τα οποία μπορούμε να χωρίσουμε: σωματικά, ψυχολογικά, νοητικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά. Το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας συμπεριλαμβάνει άτομα, οικογένειες, κοινότητες και έτσι αποτελεί εργαλείο για τη βελτίωση της φροντίδας τόσο σε ατομικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο πληθυσμού. Η αυτοφροντίδα περιλαμβάνει την προαγωγή υγείας και πρόληψη, αυτοέλεγχο, αυτοθεραπεία και αυτοδιαχείριση. Η Dorothea Orem, θεωρητικός της Νοσηλευτικής, ορίζει την αυτοφροντίδα, ως μαθημένη συμπεριφορά, την οποία αποκτά ο άνθρωπος κατά την παιδική ηλικία, κυρίως

μέσα στην οικογένεια, εκεί όπου διαβιβάζονται τα πολιτιστικά πρότυπα (Baumann, Dang Ngoc, 2012).

Ο Π.Ο.Υ. τον Οκτώβριο του 2005 στην έκθεση με τίτλο: "πρόληψη των χρόνιων παθήσεων: μια ουσιαστική επένδυση", διατύπωσε, ότι η παγκόσμια δράση για την πρόληψη των χρόνιων παθήσεων θα μπορούσαν να σώσουν ζωές 36 εκατομμυρίων ανθρώπων, οι οποίοι διαφορετικά θα ήταν νεκροί μέσα σε δέκα χρόνια. Γύρω στους 17 εκατομύρια ανθρώπους πεθαίνουν κάθε χρόνο πρόωρα, εξαιτίας των συνεπειών της χρόνιας νόσου. Οι χρόνιες ασθένειες αν και δαπανηρές μπορεί να προληφθούν. Η προαγωγή υγείας και πρόληψη των ασθενειών θα προωθήσουν την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων για την υγεία των ανθρώπων σε ολόκληρο τον κόσμο (WHO, 2005). Ένα σημαντικό μέρος του πληθυσμού υποφέρει από χρόνιες ασθένειες, που σημαίνει ότι έχουν πολλές ανάγκες περίθαλψης στο νοσοκομείο, σπίτι ή την κοινότητα. (Kodner, 2002). Στη Σουηδία "αλυσίδες υγειονομικής περίθαλψης", έχουν γίνει ένα σημαντικό μέρος της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Οι συνοδοί για τους χρόνια πάσχοντες είναι ο κοινός σύνδεσμος μεταξύ των διαφόρων επιπέδων φροντίδας. Προκειμένου να επιτευχθεί μια συνέχεια της φροντίδας, πρέπει οι συνοδοί- συγγενείς να συμμετέχουν στο σχεδιασμό, τη λήψη των αποφάσεων και την απόδοση της φροντίδας (Wilhelmson, et al, 2011). Σύμφωνα με τον Leichsenring (2012) τα υπάρχοντα συστήματα υγείας δυσκολεύονται στην αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, ενώ πρέπει να δοθεί μια "ταυτότητα" στη μακροχρόνια φροντίδα.

1.6 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ – ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η αποκατάσταση των χρόνιων παθήσεων ορίζεται ως " το σύνολο των ενεργειών και παρεμβάσεων, που απαιτούνται για να εξασφαλιστούν οι καλύτερες συνθήκες σε φυσικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, ώστε οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες ή μετά από οξεία νόσο, να μπορούν με τις δικές τους προσπάθειες να ανταποκρίνονται στις καθημερινές προκλήσεις και λειτουργίες του σώματος και να πετύχουν την αντίστροφη εξέλιξη της νόσου" (Goble & Worcester, 1999). Η εμφάνιση της χρόνιας ασθένειας προκαλεί αλλαγές στη ζωή του ασθενή. Η οικογένεια αποτελεί μια σημαντική πηγή συναισθηματικής υποστήριξης. Η πίστη, η προθυμία για τη ζωή, η θετική σκέψη αποτελούν παράγοντες που βοηθάνε τη θετική αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου. Η διαδικασία αποκατάστασης μπορεί να γίνει σε εξειδικευμένα κέντρα αποκατάστασης, τα οποία έχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό με

επιστημονικά καταρτισμένους ανθρώπους για τη φροντίδα του ασθενούς. Οι ασθενείς με οξείες ασθένειες χρησιμοποιούν τακτικές για την μείωση των συμπτωμάτων, ενώ οι χρόνια πάσχοντες συνδυάζουν διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης όπως συναισθηματικές, οργανικές κτλ. Παρατηρήθηκε αυξημένο άγχος σε χρόνια πάσχοντες που εστιάζουν στο συναίσθημα για την αντιμετώπιση της νόσου. Ένας ασθενής με χρόνια πάθηση μπορεί να λάβει βοήθεια και υποστήριξη επίσης από το κοινωνικό, επαγγελματικό περιβάλλον ή οποια βοήθεια μπορεί να έχει υλική μορφή, συναισθηματική, ακόμα και διάφορες πληροφορίες και συμβουλές γύρω από την αντιμετώπιση της ασθένειας. (DiMatteo & Martin, 2006). Η υλική υποστήριξη είναι κάποιο χρηματικό χαρακτήρα και μπορεί να είναι μια δωρεά ή και κάποιο δάνειο προς το οικείο περιβάλλον του ασθενούς. Η δεύτερη μορφή κοινωνικής υποστήριξης είναι η συναισθηματική υποστήριξη και αναφέρεται στους δεσμούς με το οικογενειακό περιβάλλον και την βεβαιότητα ότι αυτοί θα είναι δίπλα του όταν τους χρειαστεί. Η υποστήριξη με τη μορφή πληροφοριών περιέχει την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν ένα άτομο στην επίλυση του προβλήματός του (Schaefer et al., 1981). Ο Straub, (2002) αναφέρει ασθενείς που είχαν κοινωνική υποστήριξη παρουσίασαν λιγότερες μέρες νοσηλείας, λιγότερες ιατρικές επισκέψεις, και μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας. Όμως η κοινωνική υποστήριξη έχει και αρνητικές πλευρές, όπως τα άτομα που προσφέρουν βοήθεια ίσως ζητήσουν τον ασθενή την ανταπόδοση της, μπορεί να προσφέρεται σε λάθος στιγμή, ή μπορεί να παρέχεται με λάθος τρόπο (DiMatteo & Martin, 2006). Η σχέση που έχει ο ασθενής με την οικογένεια του και κυρίως με τους γονείς του επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα ζωής του. Επιπλέον άτομα που πάσχουν από ψυχολογικά προβλήματα συνήθως εμφανίζουν τόσο σωματικά προβλήματα όσο και προβλήματα στις σχέσεις τους με τους γονείς, οι οποίοι είναι περισσότερο προστατευτικοί και λιγότερο περιποιητικοί. (Lung, et al, 2004). Για πολλούς χρόνια πάσχοντες κύριος στόχος της αποκατάστασης είναι η μεγιστοποίηση της ανεξαρτησίας, με ταυτόχρονη απόκτηση βασικών δεξιοτήτων π.χ βάδιση (Taylor-Schroeder, et al, 2011). Ο Abraham Maslow στα μέσα του 20^{ου} αιώνα καθόρισε την "ιεραρχία των αναγκών του ανθρώπου", όπου κάθε ανάγκη είναι δυνατόν εν μέρει να εκπληρωθεί. Ένα άτομο που αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια, πρέπει να κάνει ένα επαναπροσδιορισμό των προτεραιοτήτων του. Ένα άτομο με αναπηρία θα ανταποκριθεί στη νέα κατάσταση απώλειας της λειτουργίας, δημιουργώντας μια νέα ισορροπία πνεύματος και σώματος μέσα στο φυσικό και κοινωνικό- πολιτιστικό περιβάλλον. Η ισορροπία αυτή εξαρτάται από το επίπεδο των στόχων, που έχουν επιτευχθεί (Stineman, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η οικογένεια θεωρείται ένα οργανωμένο σύνολο ατόμων που τα μέλη της αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Οι δεσμοί και οι σχέσεις των μελών μιας οικογένειας είναι πολύ ισχυροί. Σε μια ενδεχόμενη απειλητική κατάσταση η συσπείρωση της οικογένειας είναι και πρέπει να είναι πολύ μεγάλη. Η οικογένεια θεωρείται βασικό μέρος της ομάδας παροχής υπηρεσιών και σημαντικός «συνεργάτης» για την φροντίδα του ασθενή από μέλος της οικογένειας. Η πληροφόρηση της οικογένειας αναγνωρίζεται πλατιά ως αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας και σημαντική πηγή στήριξης των συγγενών. Είναι σημαντική η ισοροπία της οικογένειας. Μέσα από σωστή ενημέρωση καθιστούν τα μέλη της ικανά για παροχή φροντίδας και γενικά υποστήριξης. Μερικές φορές οι φροντιστές αποζητούν πληροφόρηση που θα τους ενδυναμώσει κατά την παροχή ποιοτικής φροντίδας (Padilla, 2014).

Σε περιπτώσεις μακροχρόνιας ασθένειας, η στήριξη που παρέχει το οικογενειακό – συγγενικό περιβάλλον είναι πολύ σημαντική. Η φροντίδα που δέχεται ο ασθενής τον βοηθά για την επιβίωση του, ο δε φροντιστής βλέπει τη θετική πλευρά της όλης κατάστασης. Η αξιολόγηση των αναγκών της οικογένειας βοηθά στο να φανεί η σημασία που αποδίδει η οικογένεια των ασθενών σε κρίσιμες παραμέτρους της νοσηλείας, αλλά και επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να βελτιστοποιεί τους απαραίτητους πόρους για τη φροντίδα του ασθενούς. Ένταση μπορεί να υπάρξει μεταξύ δύο μελών της οικογένειας – για παράδειγμα, μεταξύ δύο αδερφών που έχουν διαφορετική άποψη σε ένα συγκεκριμένο θέμα ή μεταξύ ενός μέλους και της υπόλοιπης οικογένειας ή μεταξύ μιας μειονότητας της οικογένειας και άλλων μελών. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν κάποια προηγούμενη και ομόφωνη θέση της οικογένειας αμφισβητείται από ένα ή περισσότερα μέλη. Οι οικογενειακές επιβαρύνσεις που αναφέρονται συχνότερα είναι η οικονομική πίεση, η ένταση μέσα στο σπίτι, η έκπτωση της σωματικής και πνευματικής υγείας στα μέλη που έχουν αναλάβει τη φροντίδα της οικογένειας, διατάραξη της ρουτίνας της οικογένειας και ανησυχία για το μέλλον (Schulz, 2008). Τα μέλη μιας οικογένειας και γενικά οι συνοδοί χρόνιων πασχόντων πρέπει να έχουν υπομονή, επιμονή και να συναισθάνονται το άτομο το οποίο παρέχουν φροντίδα, με σκοπό το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Το αίσθημα αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης πρέπει να είναι σε υψηλό βαθμό.

2.2 ΣΧΕΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ο συνοδός - συγγενής, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ονομαζόμενης «άτυπης, ανεπίσημης νοσηλευτικής φροντίδας» του ασθενούς. Ο συνοδός έχει ουσιαστικό ρόλο στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας του ασθενούς, κινούμενος μέσα από τα αισθήματα αγάπης, αφοσίωσης, συμπόνοιας προς τον ασθενή. Στην πατρίδα μας, η άτυπη φροντίδα του ασθενούς από τους συνοδούς – μέλη της οικογένειάς του, όπως και σε άλλες χώρες, οφείλεται κυρίως, στην έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Η ανεπίσημη φροντίδα υπερτερεί έναντι της επίσημης φροντίδας που γίνεται από επιστημονικά καταρτισμένους ανθρώπους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών παγκοσμίως.

Η δυναμική της άτυπης φροντίδας είναι κυρίως σχεσιακή και συχνά αμοιβαία, γεγονός που υποδηλώνει, ότι η φροντίδα μπορεί να είναι πολύπλοκη και αλληλοεπικαλυπτόμενη (Lingler et al, 2008). Οι αμοιβαίες επιρροές των φροντιστών και φροντιζομένων έχουν αποδειχτεί σε πολλές μελέτες. Προβλήματα που μπορούν να εμφανιστούν στη φάση μετάβασης στην "κατ' οίκον" φροντίδα, σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία, τον λόγο, τη λειτουργικότητα, τη συμμόρφωση του ασθενούς, καθώς και συναισθηματικά ζητήματα. Η ποιότητα φροντίδας μπορεί να επηρεαστεί από διάφορες καταστάσεις όπως φτώχη επικοινωνία, υπερβολικές απαιτήσεις, υβριστική συμπεριφορά (King et al, 2010a). Η συζυγική κριτική και εχθρότητα έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερο κίνδυνο για τον αποδέκτη φροντίδας (Elliott and Pezent, 2008).

Σε διάφορες μελέτες φάνηκε πως οι φροντιστές ήταν απρόθυμοι να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που είχαν προηγουμένως από κοινού με τους συζύγους τους, επειδή αισθάνονταν ένοχοι που οι σύζυγοί τους δεν μπορούσαν να συμμετάσχουν. Πολλοί φροντιστές – σύζυγοι επέλεξαν να αποφύγουν δραστηριότητες που έκαναν από κοινού, ενώ άλλοι είδαν αυτές τις δραστηριότητες ως "διάλειμμα" από τη φροντίδα του συζύγου. Εδώ φαίνεται και το υψηλό αίσθημα ενσυναίσθησης από πλευράς των φροντιστών – συνοδών. Ο συνοδός – φροντιστής μπαίνει στη θέση του ασθενή, ταυτίζεται απόλυτα με τη κατάσταση την οποία βιώνει. Σύζυγοι και κόρες ανέφεραν ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες να τοποθετήσουν τους συζύγους τους σε οίκο ευγηρίας, όταν ο αντίκτυπος της φροντίδας στις κοινωνικές δραστηριότητες ήταν μεγάλος. Παρά τη μακρόχρονη διαπίστωση, πως οι γυναίκες γενικά διατηρούν μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο απ' ότι οι άνδρες, υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις, ότι η άνοια προκαλεί μια αυξανόμενη κοινωνική απομόνωση και για τους φροντιστές και για

τους φροντιζομένους (Cho et al 2009). Η φροντίδα αποτελεί σχέση συνεργασίας και χτίζεται πάνω σε θεμέλια από αμοιβαίο σεβασμό και ευαισθησία για τα άτομα με άνοια, ενώ η έλλειψη εμπιστοσύνης, αμοιβαιότητας και ενσυναίσθησης μπορεί να οδηγήσει σε ματαίωση των προσδοκιών (Norton et al, 2009). Στην οξεία φάση μετά τον τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης, οι συνοδοί – φροντιστές θεωρούν ότι η υποστήριξη εστιάζει στις καθημερινές δραστηριότητες, όπως διατροφή, ατομική υγιεινή, ξκούραση κ.α. Με την πάροδο της αποκατάστασης οι συνοδοί – φροντιστές αισθάνθηκαν διχασμένοι ανάμεσα στην υποστήριξη των ατομικών αναγκών και τις ανάγκες της καθημερινής ζωής (Angel & Buus, 2011).

2.3 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η επιβάρυνση από τη φροντίδα χρονολογείται από τη δεκαετία του 1950. Η χρόνια υποστήριξη και φροντίδα είναι ένα δύσκολο και επίπονο έργο. Σε πολλές περιπτώσεις, η φροντίδα που καλούνται να προσφέρουν οι συνοδοί χρονίων ασθενών, μπορεί να διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός το οποίο έχει επιπτώσεις και στον ίδιο, σωματικά και ψυχικά. Είναι λοιπόν σημαντικό να γνωρίζουμε τα προβλήματα που δημιουργούνται σε αυτούς που φροντίζουν άλλους, γιατί έτσι μπορούμε να κατανοήσουμε την κατάσταση που βιώνουν και τους προσφερθεί μια καλύτερη υποστήριξη. Τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της φροντίδας, οι αλλαγές στις συνήθειες του φροντιστή - συνοδού, οικονομικές δυσκολίες, υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση που βιώνει ο φροντιστής. Ένα παράδειγμα τέτοιας επιβάρυνσης είναι οι ασθενείς με Αλτσχάιμερ, οι οποίοι τυγχάνουν διαρκείς φροντίδας και υποστήριξης από τη/το σύζυγο, το παιδί τους, ένα φίλο και γενικά κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

Πολλές είναι οι χρόνιες ασθένειες που χρειάζονται καθημερινή φροντίδα και υποστήριξη. Επίσης υπάρχουν οι πολύ ηλικιωμένοι γονείς που χρειάζονται τη συνεχή φροντίδα των παιδιών τους και τα παιδιά με σοβαρά χρόνια νοσήματα που χρειάζονται υποστήριξη συνεχή περίθαλψη από τους γονείς τους. Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάσταση του πάσχοντα, τόσο μεγαλύτερη φροντίδα χρειάζεται (Dunn, 2010). Είναι πολλές οι ευθύνες αυτών που φροντίζουν συγγενικά ή φιλικά τους πρόσωπα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Μερικά από τα καθήκοντα αφορούν δραστηριότητες που σχετίζονται με τη καθημερινότητα του πάσχοντα όπως η χορήγηση φαρμάκων, ψώνισμα, μαγείρεμα, τάισμα, λούσιμο, ντύσιμο, σήκωμα από το κρεβάτι, αλλαγή θέσεων στο κρεβάτι, βοήθεια για φυσικές ανάγκες, αλλαγμα

ρούχων, διεκπεραίωση υποχρεώσεων όπως πλήρωμα λογαριασμών, εκτέλεση θελημάτων, συντροφιά, συναισθηματική στήριξη κ.α. Σε αρκετές περιπτώσεις, η παροχή φροντίδας είναι ιδιαίτερα ψυχολογικά τραυματική για το άτομο που αναλαμβάνει τη φροντίδα ,ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έχει χάσει πολλές από τις πνευματικές του ικανότητες π.χ άνοια.Ο ασθενής που πάσχει από άνοια ή και αλτσχάιμερ,μπορεί να έχει αλλαγές στη συμπεριφορά του ,να μην αναγνωρίζει πρόσωπα και γενικά να έχει μια τελείως διαφορετική εικόνα απ' ότι όταν ήταν καλά.

Μεταξύ των προβλημάτων της ψυχικής και σωματικής υγείας που προκαλούνται σε αυτούς που φροντίζουν περιλαμβάνονται:

- ❖ Σωματική κούραση και καταπόνηση
- ❖ Μειωμένη ενεργητικότητα
- ❖ Αύπνια
- ❖ Υπερφαγία ή ανορεξία
- ❖ Πόνοι στη πλάτη
- ❖ Στρές
- ❖ Απογοήτευση, κατάθλιψη
- ❖ Εναλλαγές ψυχικής κατάστασης
- ❖ Θυμός εναντίον αυτού που φροντίζουν ή όλων
- ❖ Μείωση κοινωνικών επαφών
- ❖ Απώλεια ενδιαφέροντος για ευχάριστες απασχολήσεις ή χόμπι
- ❖ Αίσθηση έλλειψης χρόνου για τους ίδιους

Επίσης οι χρόνιοι φροντιστές είναι πολύ πιθανό να μην τους αναγνωριστεί η προσφορά,από μια τόσο δύσκολη και επίπονη δραστηριότητα,και μπορεί να εισπράξουν κάποια απογοήτευση.

Δεν είναι σωστό να αγνοούνται και να παραμελούνται τα πολλά προβλήματα που συναντούν αυτοί που φροντίζουν άλλους, και να αισθάνονται όλες αυτές τις αρνητικές συνέπειες. Αυτοί που παρέχουν φροντίδα στους άλλους ,είναι καλό να συζητούν με την οικογένεια τους, αλλά και με άλλους φίλους και συγγενείς γ' αυτά που αντιμετωπίζουν, η αναζήτηση βοήθειας δεν είναι ένδειξη αδυναμίας. Πρέπει να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους και να συναισθάνονται τον χρόνο πάσχοντα, ώστε να ανταπεξέλθουν με επιτυχία στα καθήκοντα της φροντίδας.

Η κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της φροντίδας χρονίων πασχόντων παρατηρείται κυρίως σε γυναίκες. Οι φροντιστές των χρονίως πασχόντων έχουν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Choi, et al, 2011). Επίσης οι γυναίκες και οι σύζυγοι φροντιστές βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών και φροντιστών, η σοβαρότητα της νόσου των φροντιζομένων, η ύπαρξη συμπεριφορικών συμπτωμάτων, τα χαμηλά επίπεδα εσόδων, η σχέση με τον ασθενή, οι ώρες φροντίδας και η κακή λειτουργική κατάσταση του φροντιστή θεωρούνται προάγγελοι εμφάνισης κατάθλιψης. Οι ασθενείς και φροντιστές με υψηλότερο εισόδημα έχουν καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υποστήριξης, (π.χ βοήθεια στο σπίτι), και αυτό έχει ως αποτέλεσμα στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων από την επιβάρυνση (Covinsky, et al, 2003). Ένας όρος που περιγράφει όλους τους στρεσογόνους παράγοντες στους οποίους εκτίθεται ένας φροντιστής, είναι ο όρος "αλλοστατικού φορτίο" (allostatic burden). Ο όρος allostasis εισήχθη από Sterling και Eyer για να αναφερθεί στην ενεργό διαδικασία με την οποία ο οργανισμός αντιδρά και διατηρεί την ομοιόσταση. Είναι η επίτευξη της σταθερότητας μέσα στην αλλαγή. Επειδή η χρόνια αύξηση της allostasis μπορεί να οδηγήσει σε παθοφυσιολογία, εισήχθη ο όρος αλλοστατικό φορτίο ή υπερφόρτωση, για να αναφερθούμε στη φθορά που προκύπτει, είτε από πολύ άγχος είτε από ανεπαρκή διαχείριση, όταν δεν υπάρχει ενεργοποίηση της απάντησης στον στρεσογόνο παράγοντα (McEwen, 2007).

2.4 Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Οι γυναίκες τυπικά αναφέρουν μεγαλύτερη επιβάρυνση από τη φροντίδα σε σχέση με τους άνδρες. Η ανισότητα των δύο φύλων, σημαίνει και άνισα βάρη μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τη φροντίδα, καθώς και άνιση πρόσβαση σε πόρους και υπηρεσίες υποστήριξης, που οφείλονται συνήθως σε εκπαιδευτικούς και κοινωνικοοικονομικούς λόγους και υπηρεσίες υποστήριξης (Garcia – Calvente, et al, 2004). Οι γυναίκες είναι πιο συναισθηματικές και αυτό αποτυπώνεται στον τρόπο με τον οποίο παρέχουν φροντίδα, ενώ οι άνδρες έχουν περισσότερες δυσκολίες στην εκτέλεση καθηκόντων υγιεινής και διατροφής του πάσχοντος. Αντ' αυτού είναι λιγότερο επικριτικοί όταν ζητούν βοήθεια ή όταν χρησιμοποιούν τους διαθέσιμους πόρους (Garcia- Calvente et al, 2010). Η προσπάθεια και ο χρόνος που διατίθενται για τη φροντίδα είναι επίσης παράγοντες, που μπορούν να καθορίζουν το κόστος

της άνισης άτυπης φροντίδας. Η παροχή φροντίδας των γυναικών είναι πιο έντονη σε χρόνο και προσπάθεια.

Ωστόσο όταν η φροντίδα είναι διαρκή και πάρα πολύ έντονη με πολλές απαιτήσεις, θα λέγαμε ότι οι διαφορές από την επιβάρυνση ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες μειώνονται ή και εξαφανίζονται. Συνήθως το δίκτυο υποστήριξης των γυναικών σε σύγκριση με αυτό των ανδρών είναι πιο εκτεταμένο και διαφοροποιημένο, εξασφαλίζοντας έτσι μεγαλύτερη υποστήριξη (Larranaga, et al, 2008). Σε παλαιότερη μελέτη φαίνεται ότι οι άνδρες που αναλαμβάνουν το ρόλο φροντίδας είναι συνήθως μεγαλύτεροι σε ηλικία απ' ό τι οι γυναίκες. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερα επίπεδα φόρτου και ψυχολογικού κινδύνου, χαμηλότερο ηθικό, έχουν υψηλότερη κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και γενικά περισσότερα αρνητικά συμπτώματα. Οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες νιώθουν μεγαλύτερη συναισθηματική πίεση ώστε να αναλάβουν το ρόλο του φροντιστή (Barusch & Spraid, 1989). Επίσης οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιληφθούν διαφορετικά την επιδείνωση της υγείας τους. Λίγες μελέτες έχουν αναλύσει κατά πόσο οι διαφορετικοί τρόποι φροντίδας μεταξύ γυναικών και ανδρών επηρεάζουν την υγεία τους. Τα αποτελέσματα θα είναι χρήσιμα για την πολιτική και δημόσια υγεία, δεδομένου ότι η γνώση των ανισοτήτων μεταξύ φύλων στην άτυπη φροντίδα θα επιτρέψει την καλύτερη αντιστοίχιση των κοινοτικών πόρων σύμφωνα με τις διαφορετικές ανάγκες και απαιτήσεις των γυναικών και ανδρών φροντιστών (Garcia Calvente, et al, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΟΙΑ – ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Ως άνθρωποι είμαστε ένα εξαιρετικά κοινωνικοί. Για να συντονίσουμε τις κοινές μας δράσεις και να εξασφαλίσουμε την επιτυχή επικοινωνία, χρησιμοποιούμε γλωσσικές δεξιότητες. Η ανθρώπινη γνωστική ικανότητα συνάγει συμπεράσματα σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις προθέσεις και τις σκέψεις άλλων ανθρώπων. Αυτό έχει ονομαστεί νοητικοποίηση, θεωρία του νου ή γνωστική προοπτική. Αυτή η ικανότητα καθιστά τον καθένα διαφορετικό ,και κάνει δυνατή την κατανόηση ότι οι άνθρωποι μπορεί να έχουν απόψεις που διαφέρουν από τις δικές μας. Αντίθετα, η ικανότητα να μοιράζονται τα συναισθήματα των άλλων ονομάζεται ενσυναίσθηση. Η εμπάθεια καθιστά δυνατή την αντήχηση με τα θετικά και αρνητικά συναισθήματα των άλλων - έτσι μπορούμε να αισθανόμαστε χαρούμενοι όταν

συμμεριζόμαστε την χαρά των άλλων και μπορούμε να μοιραστούμε την εμπειρία του πόνου όταν συμπονούμε με κάποιον στον πόνο. Είναι σημαντικό, με την ενσυναίσθηση κάποιος αισθάνεται με κάποιον, αλλά κανείς δεν συγγέεται με τον άλλον, δηλαδή, κάποιος γνωρίζει ότι το συναίσθημα με το οποίο αντηχεί είναι το συναίσθημα άλλου. Μια τέτοια μορφή κοινής δυσφορίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τα άτομα που εργάζονται για να βοηθήσουν τα επαγγέλματα, όπως οι γιατροί, οι θεραπευτές και οι νοσηλευτές.

Προκειμένου να αποφευχθεί η υπερβολική κατανομή των ταλαιπωριών που μπορεί να μετατραπεί σε αγωνία, μπορεί κανείς να ανταποκριθεί στα βάσανα των άλλων με συμπόνια. Σε αντίθεση με την ενσυναίσθηση, η συμπόνια δεν σημαίνει ότι μοιράζονται τα βάσανα του άλλου, αλλά μια θέληση και ανησυχία για τη φροντίδα και ευημερία του άλλου. Δεδομένων των πιθανώς πολύ διαφορετικών αποτελεσμάτων που μπορεί να έχουν οι εμπειρικές ή συμπονετικές απαντήσεις στις δυσκολίες των άλλων, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες καθορίζουν την εμφάνιση αυτών των διαφορετικών κοινωνικών συναισθημάτων και να μάθουμε περισσότερα σχετικά με το αν και πώς μπορούν αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις να εκπαιδευτούν. Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στη γενική μας ικανότητα να αντηχούμε με τις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων, ανεξάρτητα από το σθένος τους - θετικό ή αρνητικό. Η συμπόνια, από την άλλη πλευρά, θεωρείται ως ένα αίσθημα ανησυχίας για τα βάσανα άλλου ατόμου που συνοδεύεται από το κίνητρο για βοήθεια.

Αν και οι έννοιες της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας υπήρξαν για πολλούς αιώνες, η επιστημονική τους μελέτη είναι σχετικά μικρή. Ο όρος ενσυναίσθηση έχει τις ρίζες του στην ελληνική λέξη «empathia» (πάθος), η οποία αποτελείται από «en» (in) και «πάθος» (συναίσθημα). Ο όρος ενσυναίσθηση εισήχθη στην αγγλική γλώσσα ακολουθώντας τη γερμανική έννοια του 'Einfühlung', που αρχικά περιγράφει την αντήχηση με έργα τέχνης και μόνο αργότερα χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τον συντονισμό μεταξύ των ανθρώπων. Ο όρος συμπόνια προέρχεται από τη λατινική προέλευση «com» (με / μαζί) και «pati» (να υποφέρουμε). εισήχθη στην αγγλική γλώσσα μέσω της Γαλλικής λέξης συμπόνια (Biol,2014).

3.2 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΟΙΑ;

Η Kristin Neff, ήταν από τις πρώτες ψυχολόγους που ερεύνησαν την έννοια της αυτό-συμπόνιας. Έτσι την προσδιορίζει ως εξής: «Αυτο-συμπόνια έχει κάποιος ο οποίος σε περιόδους προσωπικής κρίσης και αποτυχίας, είναι ευγενικός προς τον εαυτό του, αναγνωρίζει

τις προσπάθειες και τις δυσκολίες μια φυσική διαδικασία της ανθρώπινης ύπαρξης και τέλος, έχει επίγνωση των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων του».

Η αυτοσυμπόνια δεν αφορά τις εικόνες ή τις εντυπώσεις που σχηματίζουν οι άλλοι, αφορά καθαρά τη συνείδηση του ατόμου για το ποιος είναι ο εαυτός του. Πρώτον για να έχετε συμπόνια για τους άλλους πρέπει να παρατηρήσετε ότι υποφέρουν. Εάν αγνοήσετε ένα άστεγο άτομο στο δρόμο δε θα νιώσετε συμπόνια για το πόσο υποφέρει. Δεύτερον η συμπόνια περιλαμβάνει την αίσθηση που κινείται από τα βήματα των άλλων, ώστε η καρδιά να ανταποκρίνεται στον πόνο τους. Όταν συμβεί αυτό αισθάνεστε αγάπη, ζεστασιά, φροντίδα και επιθυμία να βοηθήσετε τον άλλον. Τέλος όταν αισθάνεσαι συμπόνια σημαίνει ότι συνειδητοποιείτε πως η ταλαιπωρία η αποτυχία και η ατέλεια είναι μέρος της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας. Η αυτοσυμπόνια συνεπάγεται να ενεργείτε με τον ίδιο τρόπο προς τους εαυτού σας όταν έχετε μια δύσκολη στιγμή, αποτύχετε ή παρατηρήσετε κάτι που δε σας αρέσει. Αντί να κρίνετε και να επικρίνεται τον εαυτό σας για διάφορες ανεπάρκειες ή ελλείψεις η αυτοσυμπόνια σημαίνει ότι είστε καλοί και κατανοητοί όταν αντιμετωπίζετε προσωπικές δυσκολίες. Τα πράγματα δεν πάνε πάντα όπως θέλουμε, θα συναντήσουμε απογοητεύσεις, θα υπάρξουν απώλειες, θα γίνουν λάθη, αυτή είναι η πραγματικότητα και όσο περισσότερο ανοίγουμε την καρδιά μας σε αυτή την πραγματικότητα τόσο περισσότερο αισθανόμαστε τον εαυτό μας, αλλά και τους άλλους ανθρώπους στην εμπειρία της ζωής, (Neff, 2011).

Σύμφωνα με την Δρ. Neff η συμπόνια προς τον εαυτό συναποτελείται από τους εξής τρεις παράγοντες:

Την ευγένεια προς τον εαυτό. Αυτό σημαίνει πως δεν υπάρχει η εσωτερική κριτική που κάνουμε στον εαυτό μας.

Το απλά ανθρώπινο. Το να κατανοήσουμε δηλαδή πώς ο πόνος και η αποτυχία μας είναι μέρη της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας όπως και ακριβώς οι επιτυχίες και οι ευτυχισμένες στιγμές.

Την ενσυνειδητότητα. Το να αντιλαμβανόμαστε και ν'αποδεχόμαστε αυτό που συμβαίνει στο εδώ και τώρα χωρίς κριτική και σκέψη. Όταν εξασκούμε την ενσυνειδητότητα, παρατηρούμε τα δυσάρεστα συναισθήματα όντας ανοιχτοί σε αυτά, με τρόπο μη κριτικό και δεκτικό. Παρατηρούμε την εμπειρία μας χωρίς να προσπαθούμε να την καταπιέσουμε ή να την απαρνηθούμε, (Neff, 2011).

3.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Πόσο συχνά λειτουργούμε με ενσυναίσθηση και αφήνουμε στ' αλήθεια τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής μας να μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματα, τις στάσεις και τις απόψεις τους χωρίς να νιώθουν ότι βάζονται, ότι κατευθύνονται ή ελέγχονται;

Η ενσυναίσθηση δεν είναι μόνο μία πολύ όμορφη δεξιότητα επικοινωνίας, μοιράσματος και επαφής αλλά θα μπορούσε να αποτελεί και μία βαθιά στάση ζωής που έχει να κάνει με το πώς επιλέγω να στέκομαι, να σκέφτομαι, να δρω, να επικοινωνώ και να υπάρχω. Μία δεξιότητα που καλλιεργεί την βαθιά εμπιστοσύνη και αποδοχή μέσα μας, κάτι που βελτιώνει την ποιότητα της επαφής με τους γύρω μας.

Ο όρος της ενσυναίσθησης εισήχθη αρχικά από τον εκφραστή της προσωποκεντρικής προσέγγισης τον Carl Roger το 1951 και εφαρμόστηκε κυρίως στο εκπαιδευτικό και ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο με πολύ θετικά αποτελέσματα στην ενίσχυση των δυνατοτήτων του ατόμου προς την αυτοπραγμάτωση του και την θεραπευτική αλλαγή. Το ερώτημα είναι αν μπορεί η ενσυναίσθηση να εφαρμοστεί και στην καθημερινή ζωή με τα ίδια επιτυχή αποτελέσματα.

Η ενσυναίσθηση στην καθημερινή ζωή μεταφράζεται σαν την τέχνη του να μπορείς για λίγο να αφήνεις τον δικό σου κόσμο και να εισέρχεσαι στα θέλω, τις ανάγκες και τα συναισθήματα των άλλων, βλέποντας μέσα από τα δικά τους μάτια. Να κάνεις δηλαδή αληθινό χώρο στον άλλο να ακουστεί, να εκφραστεί και να υπάρχει με τον τρόπο που εκείνος επιθυμεί και αποφασίζει. Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα δρόμο βαθιάς ενεργητικής ακρόασης, συνδιαλλαγής και αλληλεπίδρασης με τον έξω κόσμο. Εμπεριέχει την βαθιά άνευ όρων αποδοχή της διαφορετικότητας του άλλου, την μη κριτική στάση που απορρέει από την αναγνώριση της αξίας του άλλου ως πρόσωπο και της δυνατότητάς του να δρα, να σκέφτεται και να αποφασίζει με τον τρόπο που εκείνος επιθυμεί. Μπορεί να φαίνεται απλό αλλά δεν είναι και αρκεί μία δοκιμή για να σε πείσει πως αυτή η διαδικασία απαιτεί πολλές φορές μια βαθιά αναμέτρηση με τον ίδιο τον εαυτό.

3.4 ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η μελέτη της Ενσυναίσθησης που ξεκίνησε από την αισθητική και την φιλοσοφία, συσχετίστηκε με τις διαπροσωπικές σχέσεις και αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη της Φροντίδας, κάτι που εξηγείται νευροεπιστημονικά, ενώ επηρεάζει τον τρόπο που οι ασθενείς δέχονται την Φροντίδα και αντιλαμβάνονται τον πόνο. Η ενσυναίσθηση της φροντίδας υγείας έχει θετικά αποτελέσματα στην υγεία, μπορεί να προστατεύσει τους παρόχους φροντίδας υγείας από Burnout, αλλά δύναται να αναχαιτιστεί από φραγμούς. Η Ενσυναίσθηση για άτομα με ψυχικές διαταραχές είναι γενικά υψηλή, εκτός από τη σχιζοφρένεια και τις διαταραχές πρόσληψης τροφής.

Η ενσυναίσθηση είναι ο προπομπός της φροντίδας και αναγκαία προϋπόθεση για τον σχεδιασμό κατάλληλης και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας. Στη Νέας Ελληνική, ορίζεται ως έντονο ενδιαφέρον, ιδιαίτερη προσοχή και ενασχόληση με κάποιον ή κάτι (Μπαμπινιώτης 2006). Για να προσδιοριστεί το αν φροντίζει κανείς, θα πρέπει όχι μόνο να παρατηρήσει αυτό που κάνει, αλλά πρέπει επίσης να παρατηρεί αν ο άλλος αναπτύσσεται και εξελίσσεται, ώστε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του (Hallam, 2011). Η διαδικασία της ενσυναίσθησης μιας εμπειρίας και ενός γεγονότος, είναι κρίσιμη για να μπορέσουμε να τα κατανοήσουμε με τον πιο ζωντανό και περίπλοκο τρόπο. Ο Lipps επίσης εκτιμά πως αντιλαμβανόμαστε την σκέψη των άλλων ανθρώπων με έναν άμεσο τρόπο (Hooker 2015). Μέρος της δυσκολίας μέτρησης της ενσυναίσθησης, είναι ότι δεν υπάρχει κάποιος καθολικά αποδεκτός ορισμός της και το ότι έχει μετρηθεί με ποικίλους τρόπους.

Ωστόσο, υπάρχει γενική συναίνεση πως η ενσυναίσθηση έχει και γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες. Η γνωστική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει μια νοητική αναπαράσταση της εσωτερικής κατάστασης του άλλου, ενώ η συναισθηματική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης και αντιπροσωπευτικής βίωσης των συναισθημάτων του άλλου βασισμένα στη γλώσσα του σώματος, στις εκφράσεις του προσώπου και στην ομιλία, και να συνταυτίσει την δική του συναισθηματική κατάσταση σε απάντηση στο άλλο πρόσωπο. Και οι δύο γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες πιστεύεται ότι είναι απαραίτητες διαδικασίες προκειμένου ένα άτομο να ανταποκριθεί σε ένα άλλο με πλήρη ενσυναίσθηση (Cacciatore, et al, 2014). Η γνωστική Ενσυναίσθηση (σχηματισμός σκέψεων περί της δύσκολης θέσης του άλλου) πάντα στηρίζεται πάνω στην συναισθηματική ενσυναίσθηση, και οι δύο με την έννοια του συντονισμού με τα συναισθήματα των άλλων πολύ

ή λίγο ασυνείδητα (συναισθηματική μετάδοση) και με την έννοια του αισθήματος ανησυχίας για την ευημερία του (Svenaeus, 2014). Είναι δημοφιλής η παρομοίωση της ενσυναίσθησης με Μπαμπούσκα, όπου μέσα από την ατομική ιστορία της εξέλιξης του ατόμου καλλιεργείται μία σειρά στρωμάτων το ένα επάνω στο άλλο, ξεκινώντας με τις διαδικασίες κατοπτρισμού μέχρι την ανάπτυξη αισθημάτων ανησυχίας και σκέψεις σχετικές με την κατάσταση των άλλων.

Ο Batson επίσης αναφέρει δύο ερωτήσεις που επικαλούνται οι ερευνητές για να τους δώσουν απαντήσεις: «Πώς μπορεί κανείς να γνωρίζει τι σκέφτεται ή νιώθει ένα άλλο άτομο;» και «Τι οδηγεί ένα άτομο να απαντήσει με ευαισθησία και φροντίδα στο υποφέρειν ενός άλλου;». Τις προηγούμενες δεκαετίες η ενσυναίσθηση μελετήθηκε σε διάφορους ακαδημαϊκούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών νευροεπιστημών, την ψυχολογία, την ιατρική, και την οικονομία, ενώ πλέον υπάρχει σχεδόν αποκλειστική εστίαση στην εξελικτική της προέλευση, την ανάπτυξη και τις νευροβιολογικές της βάσεις, καθώς επίσης στην διαμόρφωσή της από κοινωνικές επιδράσεις και διαπροσωπικές σχέσεις (Decety & Fotopoulou 2012). Η ενσυναίσθηση επηρεάζει τον τρόπο που οι ασθενείς δέχονται την φροντίδα και αντιλαμβάνονται τον πόνο μέσω της δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών σχέσεων, εμφανίζονται πηγές για σχεσιακούς ετέρους (γονείς, φίλους, συζύγους), καθώς και κλινικούς, που έρχονται να θεωρηθούν ως πόροι διαθέσιμοι προς το άτομο.

3.5 Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ

Η ενσυναίσθηση δεν είναι απλά ένα συστατικό-κλειδί των διαπροσωπικών σχέσεων και δεξιότητα επικοινωνίας, θεωρείται ως απαραίτητη ιδιότητα για έναν επαγγελματία φροντίδας υγείας (Passalacqua, 2012). Σίγουρα στην φροντίδα υγείας, η ενσυναίσθηση τυπικά εκδηλώνεται όταν συναντούμε άτομα που εκφράζουν έντονα συναισθήματα, που τις περισσότερες φορές συνδέονται με το υποφέρειν. Η ενσυναίσθηση μπορούμε να πούμε ότι είναι ξεχωριστή από τη συναισθηματική μεταβίβαση και συμπόνια (Svenaeus 2014). Η κατανόηση για τον ασθενή είναι αυτή που κάνει την ενσυναίσθηση σημαντική στην φροντίδα υγείας και παρέχει όλα τα οφέλη της αυξημένης θεραπευτικής διάκρισης και της συμμόρφωσης. Υπάρχει επιμονή στον διαχωρισμό ενσυναίσθησης και συμπόνιας. Κανένα από συνώνυμα της ενσυναίσθησης, όπως οίκτος, συμπόνια, ευαισθησία, ανησυχία, συμπάθεια, πέτυχε να πλησιάσει το κύρος και την δύναμη της ενσυναίσθησης, τα οποία θεωρούνται απλές συναισθηματικές αντιδράσεις παρά ανάγονται στην έννοια της «κατανόησης». Η αντίθεση μεταξύ ιατρού και ασθενή, σώματος και μυαλού, ενεργητικότητας και παθητικότητας, γνώση

και γνωστού, υποκειμένου και αντικειμένου, τεχνικές και ψυχοκοινωνικές αναλύσεις δίνουν την προοπτική «ολοκληρωμένου προσώπου» στην ενσυναίσθηση, καθιστώντας την ικανοποιητική και ικανή να έχει διορατικότητα (Hooker, 2015).

Σε αυτό τον περίπλοκο κόσμο τεχνολογίας γρήγορων ρυθμών και αλλαγής, είναι εύκολο να χάσει κανείς τον ανθρώπινο παράγοντα στην φροντίδα υγείας από το οπτικό του πεδίο. Η νοσηλεύτρια που έχει άδεια καρδιά, ή μοιάζει άκαρδη, εμφανίζει απάθεια και ίσως ληθαργικότητα, θα είναι ένας απαθής φροντιστής και δεν θα νιώθει καλά με τον εαυτό της. Αισθάνεται εξουθενωμένη, χωρίς ενέργεια, αποκαρδιωμένη, απελπισμένη, άχαρη, και μουδιασμένη (Raab 2014). Η ενσυναίσθηση της υγείας έχει ως στόχο να «εξανθρωπίσει» την παροχή υπηρεσιών υγείας, που με την δύναμη και την εξουσία της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την αυξανόμενα τεχνική και τεχνολογική ιατρική πρακτική, μπορεί να αγνοήσει ή να αποσιωπήσει τις απόψεις του ασθενή αποφεύγοντας να αναγνωρίσει την ατομικότητά του, ενώ το σώμα τους μέσω διαγνωστικών ευρημάτων είναι αυτό που «μιλά». Αν εκφραστικά φαινόμενα (όπως νεύματα, φιλιά, βογγητά κλπ.) γίνονται αποδεκτά ως «πρωτογενή δεδομένα» της αντίληψης, τότε το σώμα είναι ένα άλλο πεδίο έκφρασης που μας αποκαλύπτει την βιώμενη εμπειρία ζωής του άλλου, στην οποία αποκτάμε μη-επαγωγική πρόσβαση. Δεν βιώνουμε τους άλλους ακριβώς όπως αυτοί βιώνουν τους εαυτούς τους, ούτε είναι η προσωπική εμπειρία το αποκλειστικό ή καθοριστικό μοντέλο της άλλο-εμπειρίας. Η ενσυναίσθηση είναι πιο μεταβλητή, περίπλοκη και δυναμική από οποιοδήποτε απ' αυτά (Hooker 2015).

Στην ιατρική, η ενσυναίσθηση γενικά γίνεται αντιληπτή με την έννοια μιας δεξιότητας επικοινωνίας, καθώς και ως μια υποκειμενική εμπειρία μεταξύ του παρατηρητή (κλινικού) και ενός υποκειμένου (ο ασθενής ή χρήστης), στην οποία ο παρατηρητής στρέφει την προσοχή του και χρησιμοποιεί διάφορα αισθητήρια ερεθίσματα (την προσωδία, μη λεκτικά ερεθίσματα όπως την γλώσσα του σώματος) και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ασθένειας, για να εντοπίζουν και παροδικά να βιώνουν συναισθηματικές καταστάσεις του υποκειμένου. Δηλαδή η ενσυναίσθητική καταγραφή της εμπειρίας του ασθενή επαυξάνει την κατανόηση του κλινικού για τον ασθενή ή και πληροφοριών για αυτόν. Αυτό με την σειρά του συμβάλλει στην ακρίβεια της διάγνωσης και αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενή, που συνεπάγεται συμμόρφωση στα θεραπευτικά προγράμματα. Η ενσυναίσθηση του κλινικού έχει συνδεθεί με την διαγνωστική ικανότητα του κλινικού, την ικανοποίηση από την εργασία και την μειωμένη πιθανότητα διεκδίκησης αξιώσεων λόγω αμέλειας, λιγότερα παράπονα για αμέλεια, μεγαλύτερη συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών, και ευνοϊκότερες εκβάσεις υγείας,

όπως οι ασθενείς δίνουν πληρέστερα ιστορικά και αποκαλύπτουν περισσότερα στους κλινικούς που είναι μη λεκτικά εναρμονισμένοι με αυτούς (Decety & Fotopoulou, 2015).

3.6 Η ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΡΑΓΜΟΥΣ ΑΝΑΨΥΧΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών σε μια οικογένεια μπορεί να είναι ένα αγχωτικό γεγονός, μπορεί να αλλάξει τις συνθήκες διαβίωσής τους και μπορεί να επηρεάσει την ψυχική τους υγεία (Wilkins,2009, Tomson,2013). Η φροντίδα και η παρουσία φροντιστών για άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και γενικά με χρόνιες παθήσεις είναι απαραίτητη. Οι οικογενειακοί φροντιστές παρέχουν φροντίδα και παίζουν μεγάλο ρόλο στη διαμόρφωση των συνθηκών διαβίωσης αυτών των ανθρώπων. Η φροντίδα που παρέχουν τα άτομα της οικογένειας ,οι συγγενείς ή ακόμα και οι φίλοι δεν είναι και δεν πρέπει να είναι έναντι αμοιβής ,αλλά να χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αυτοσυμπόνιας, ενσυναίσθησης και γενικά αγάπη για το συνάνθρωπο (Bertrand,2012). Οι συνήθειες ασχολίες των φροντιστών της οικογένειας(όπως αναφέρθηκε και σε άλλη παράγραφο) περιλαμβάνουν τη φροντίδα γενικά ,τη διαχείριση φαρμάκων, την επικοινωνία με έναν γιατρό ή νοσηλευτές σε σχέση με τον ασθενή, τη βοήθεια σε θέματα ατομικής υγιεινής, και τη χορήγηση φαρμάκων (Bastawrous,2013,Fekete,2015). Η πίεση που δέχονται άτομα τα οποία φροντίζουν χρόνια πάσχοντες είναι ιδιαίτερα μεγάλη, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη ζωή τους ,αλλά και την αποδοσή τους αναφορικά με τη βοήθεια που παρέχουν (Bastawrous,2013). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες είναι σημαντικές για την ψυχολογική και σωματική υγεία και την ευημερία των φροντιστών και έχουν θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση, και στην αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή (Bedini,2002,Phoenix,2004). Πολλοί φροντιστές χρονίων πασχόντων δεν έχουν ελεύθερο χρόνο και περιορισμό όσον αφορά τα χόμπι τους, διακοπές κτλ (Stevens,2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι να καταγραφούν τα αποτελέσματα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια των συνοδών ασθενών.

Πληθυσμός στόχος

Συνοδοί ασθενών.

Πληθυσμός πρόσβασης

Συνοδοί ασθενών που νοσηλεύονται σε ιδρύματα χρονίων πασχόντων

Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

Κριτήρια ένταξης

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ηλικίας 18 ετών και άνω.
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ηλικία κάτω των 18 ετών.
- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας.
- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.

Ερευνητική διαδικασία

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συνοδούς, φροντιστές ασθενών,. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερευνητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε το συνθέταν τα εξής τμήματα:

- Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Κλίμακα ενσυναίσθησης (Toronto Empathy Questionnaire, TEQ). Πρόκειται για ένα σύντομο, αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση των συναισθηματικών συνιστωσών της ενσυναίσθησης. Το TEQ εκτιμάει την ενσυναίσθηση, κυρίως ως μια συναισθηματική διεργασία. Σταθμίστηκε σε ελληνικό δείγμα από τους Kourmousi, N., Amanaki, E. Tzavara, C. Merakou, K. Barbouni, A., και Koutras, V. (2017). Περιλαμβάνει

16 ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες αξιολογούν κάθε στοιχείο σε μια κλίμακα τύπου Likert από 0 (ποτέ) έως 4 (πάντα). Οι απαντήσεις προστίθενται για να δώσουν συνολική βαθμολογία, με εύρος τιμών από 0 έως και 64. Η συνολική βαθμολογία δίνει ένα στιγμιότυπο της γενικής συναισθηματικής λειτουργίας. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε χαμηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 64 σε υψηλότερο

- Κλίμακα αυτοσυμπόνιας (Self Compassion Scale, SCS). Η κλίμακα αυτή έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Mantzios, Wilson και Giannou (2013) και σταθμίστηκε σε ελληνικό δείγμα από τους Καρακασίδου, Πεζηρκιανίδη και Σταλικά (2017). Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, τύπου Likert 5 βαθμίδων (εύρος συνολικής βαθμολογίας από 26 έως και 130), και είναι αυτοσυμπληρούμενο. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 26 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε αρνητικότερη κλιμάκωση της αυτοσυμπόνιας, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 130 σε θετικότερη κλιμάκωση.

Στατιστική μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή α ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα σε δύο συνεχείς μεταβλητές, έγινε χρήση της μεθόδου «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation). Για τον έλεγχο της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία των Shapiro-Wilk.

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιείται η τελεία.

Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 85 ατόμων (65 γυναίκες και 20 άνδρες) μέσης ηλικίας 44.4 έτη. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

		Mean	Standard Deviation	Median	N	N %
Ηλικία		44.4	15.6	45.0		
Αριθμός παιδιών		1.2	1.2	1.0		
Φύλο	Γυναίκα				65	76.5
	Άνδρας				20	23.5
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η				28	32.9
	Έγγαμος/ η				51	60.0
	Διαζευγμένος/ η				5	5.9
	Χήρος/ α				1	1.2
Μορφωτικό επίπεδο	Δεν έχω πάει σχολείο				4	4.7
	Πρωτοβάθμια				10	11.8
	Δευτεροβάθμια				19	22.4
	Τριτοβάθμια				52	61.2
Τόπος διαμονής	Χωριό				9	10.6
	Κωμόπολη				6	7.1
	Πόλη				70	82.4
Κατοικία	Μένω μόνος/ η				34	40.0
	Μένω με σύζυγο				46	54.1
	Μένω με παιδιά				5	5.9
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος/ η				13	15.3
	Εργαζόμενος/ η				59	69.4
	Συνταξιούχος				13	15.3

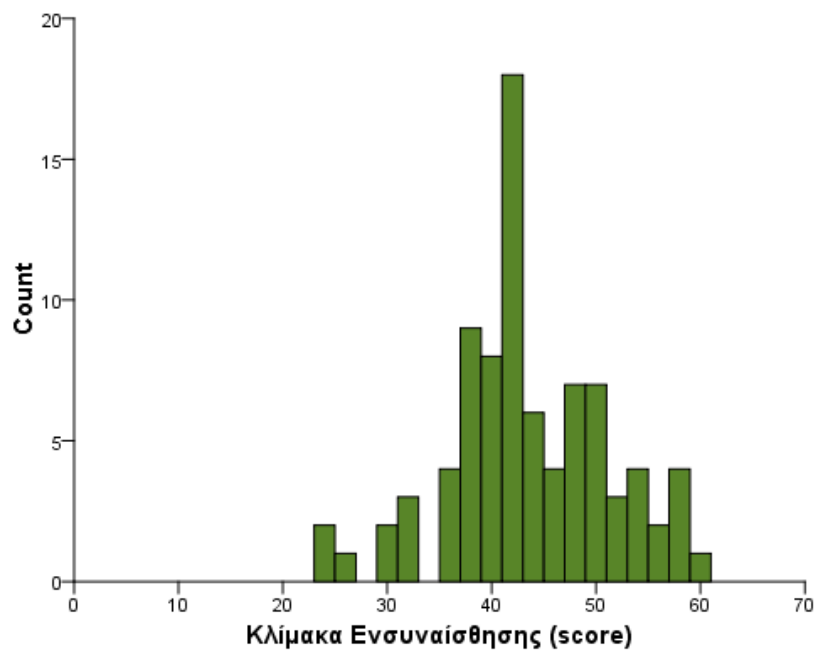
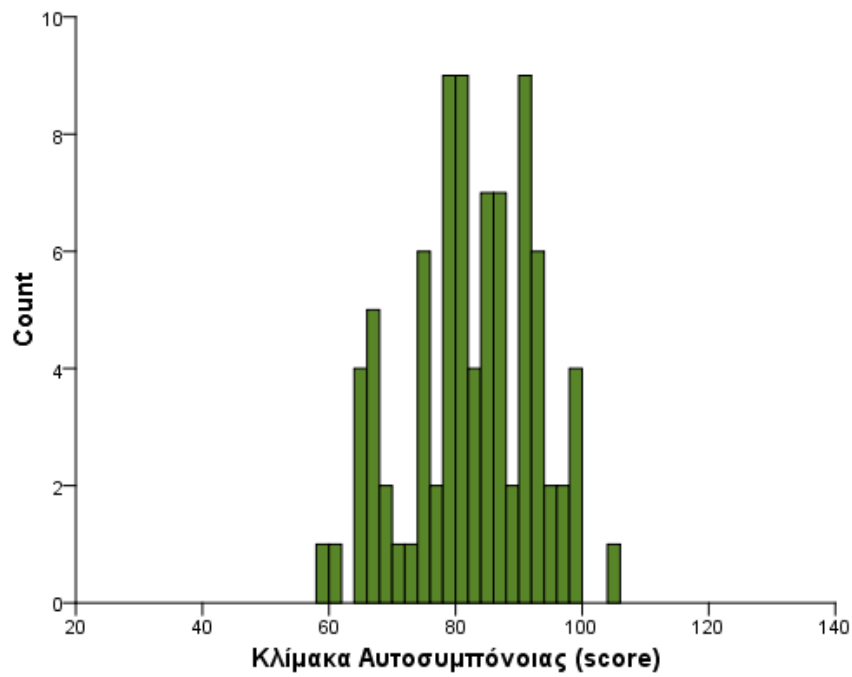
ΦΡΟΝΤΙΖΑΤΕ	Όχι				35	41.2
ΕΣΕΙΣ	ΤΟΝ	Ναι			50	58.8
ΑΝΘΡΩΠΟ	ΣΑΣ					
ΠΡΙΝ	ΤΗΝ					
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	ΤΟΥ					
ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ;						
ΑΝ	ΝΑΙ	ΠΟΣΟ	< 1 έτος		22	43.1
ΚΑΙΡΟ			1-5 έτη		22	43.1
ΦΡΟΝΤΙΖΑΤΕ			> 5 έτη		7	13.7
ΕΣΕΙΣ	ΤΟΝ					
ΑΝΘΡΩΠΟ	ΣΑΣ;					
ΠΟΣΟ	ΣΥΧΝΑ	1-2 φορές τον μήνα			35	41.2
ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ		3-4 φορές τον μήνα			24	28.2
ΤΟΝ	ΑΝΘΡΩΠΟ	>4 φορές τον μήνα			26	30.6
ΣΑΣ;						
ΠΟΣΟ	ΧΡΟΝΟ	< 2 ώρες			40	47.1
ΜΕΝΕΤΕ	ΜΑΖΙ	> 2 ώρες			45	52.9
ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ						

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των κλιμάκων Αυτοσυμπόνοιας και Ενσυναίσθησης, της μελέτης. Σε ό,τι αφορά την κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο, με ελάχιστη τάση θετικότερης κλιμάκωσης. Οι τιμές της κλίμακας Ενσυναίσθησης τείνουν προς υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης.

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των κλιμάκων Αυτοσυμπόνοιας και Ενσυναίσθησης

	Mean	Standard Deviation	Minimum	Median	Maximum
--	------	-----------------------	---------	--------	---------

Κλίμακα (score)	Αυτοσυμπόνοιας	82	10.1	59	82	104
Κλίμακα (score)	Ενσυναίσθησης	43	7.6	24	42	59



Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των κλιμάκων Αυτοσυμπόνοιας και Ενσυναίσθησης, ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι και οι δύο κλίμακες κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως αρκούντως αποδεκτές.

Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων Αυτοσυμπόνοιας και Ενσυναίσθησης

	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
Κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας	.737	26
Κλίμακα Ενσυναίσθησης	.831	16

Ερευνητικά ερωτήματα

Σχετίζεται η αυτοσυμπόνοια και η ενσυναίσθηση με την ηλικία των συνοδών ασθενών;

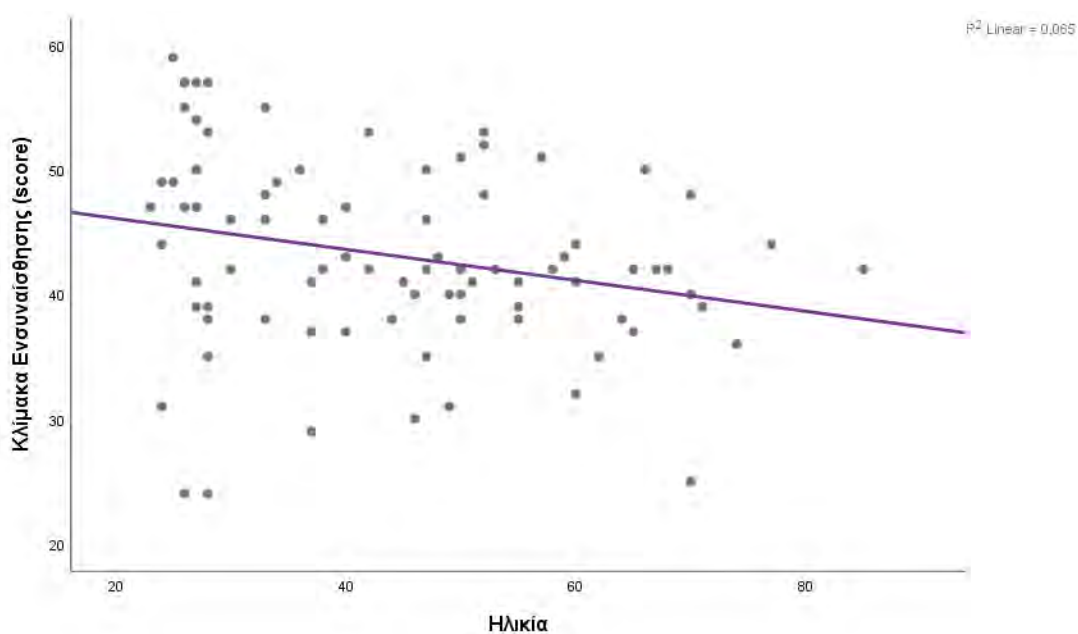
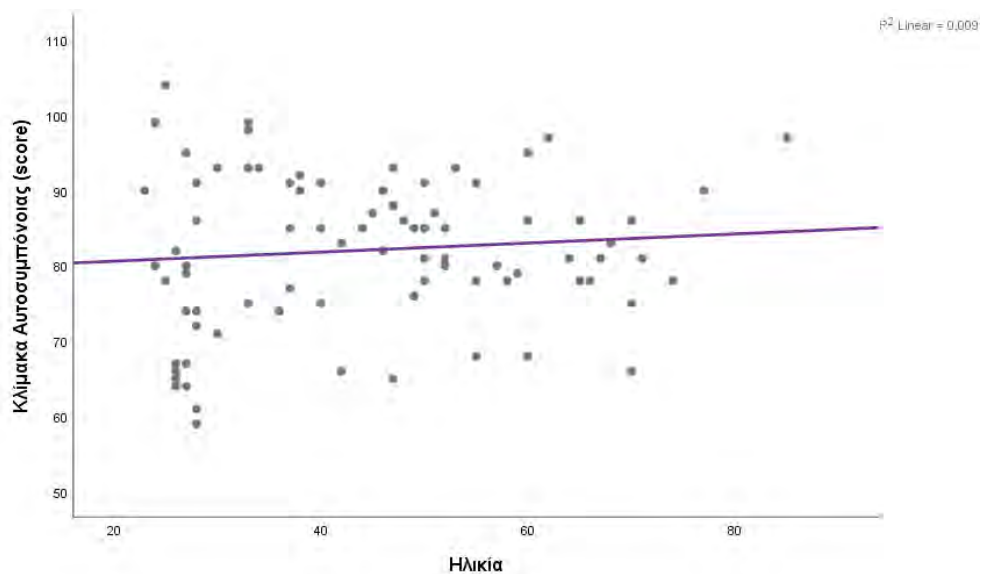
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνοιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Αντιθέτως, η ηλικία, δεν παρουσιάζει. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Spearman rho (r_s).

Πίνακας 4. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136
Ηλικία	.939	85	.001

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας και στην ηλικία δεν κατέγραψε συσχέτιση ($r_s(85) = .062, p = .571$).

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στην ηλικία κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή αρνητική σχέση ($r_s(85) = -.273, p = .012$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται το επίπεδο ενσυναίσθησης.



Σχετίζεται η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση με το φύλο των συνοδών ασθενών;

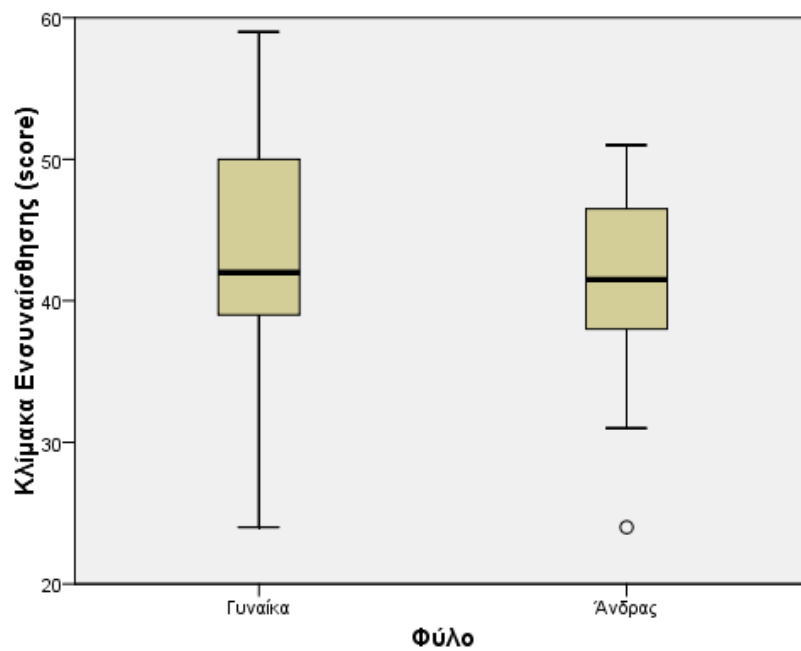
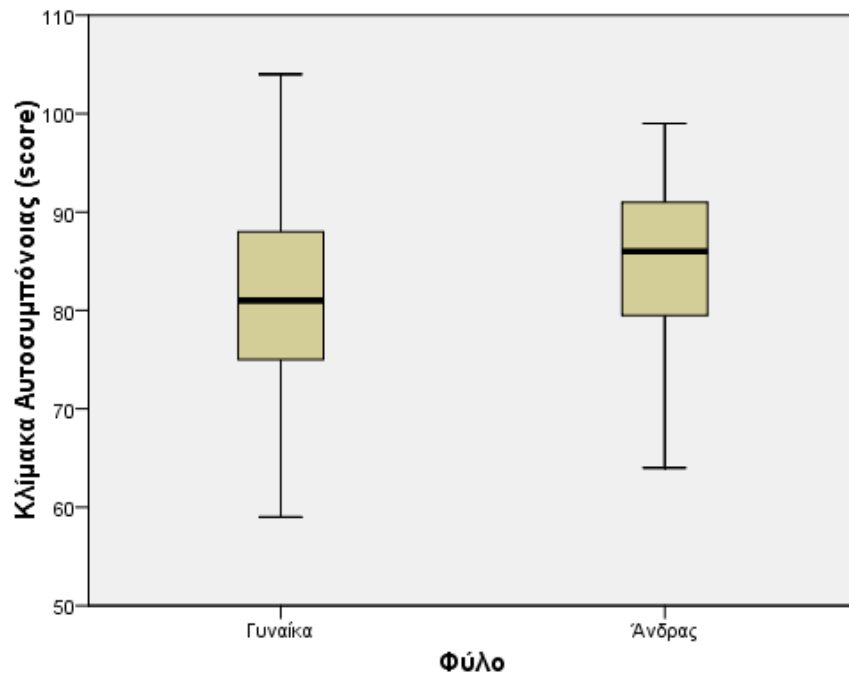
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Point Biserial (r_{pb}).

Πίνακας 5. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνιας και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση ($r_{pb} (85) = .152$, $p = .165$).

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σημαντική σχέση ($r_{pb} (85) = -.143$, $p = .191$).



Σχετίζεται η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση με το μορφωτικό επίπεδο των συνοδών ασθενών;

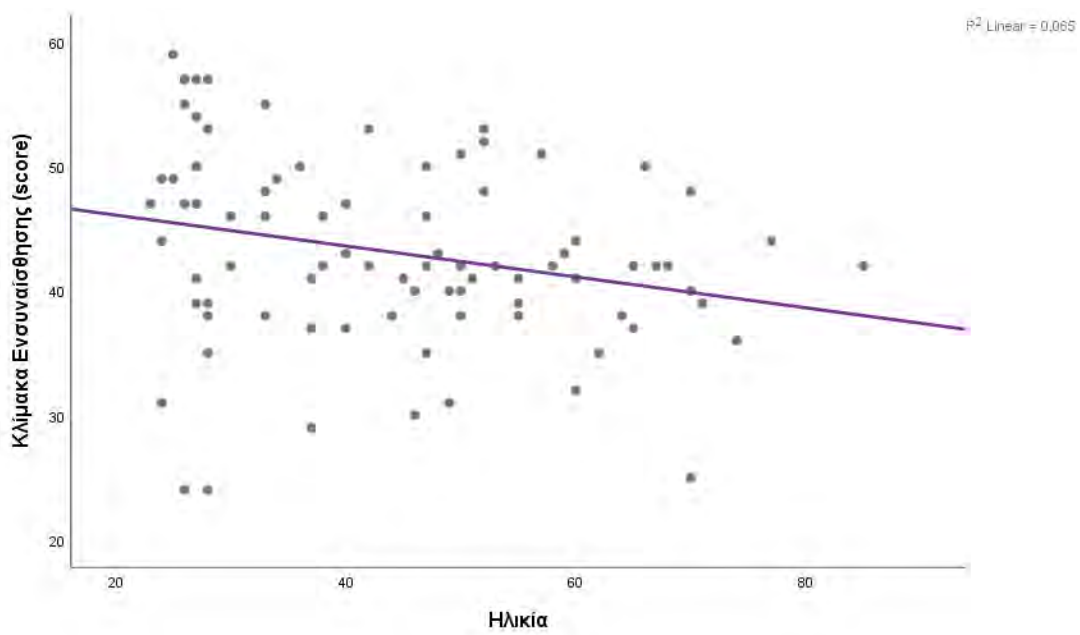
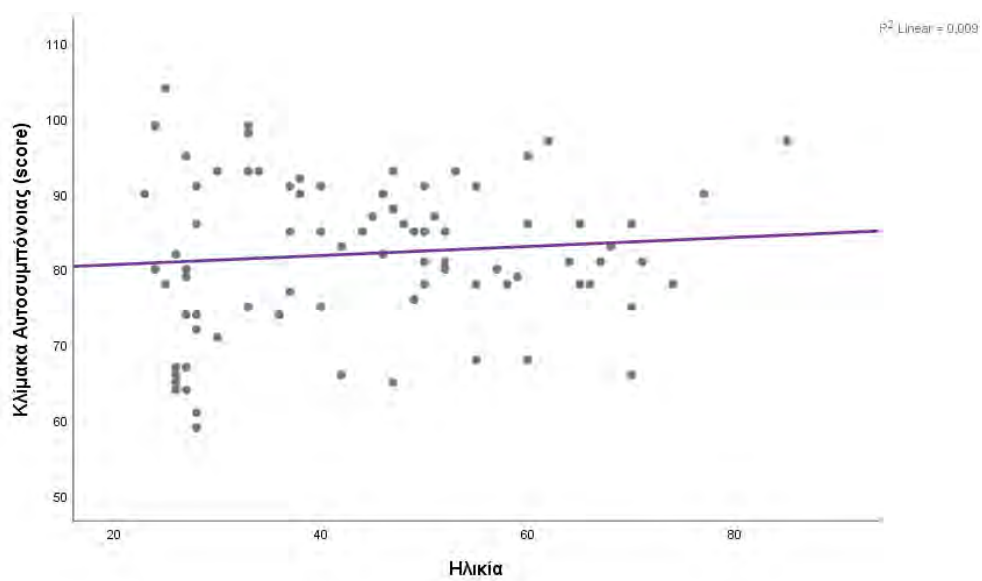
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Αντιθέτως, το μορφωτικό επίπεδο, δεν παρουσιάζει. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Spearman rho (r_s).

Πίνακας 6. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136
Ηλικία	.939	85	.001

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνιας και στην ηλικία δεν κατέγραψε συσχέτιση ($r_s(85) = .062, p = .571$).

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στην ηλικία κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή αρνητική σχέση ($r_s(85) = -.273, p = .012$). Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται το επίπεδο ενσυναίσθησης.



Σχετίζεται η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση με το φύλο των συνοδών ασθενών;

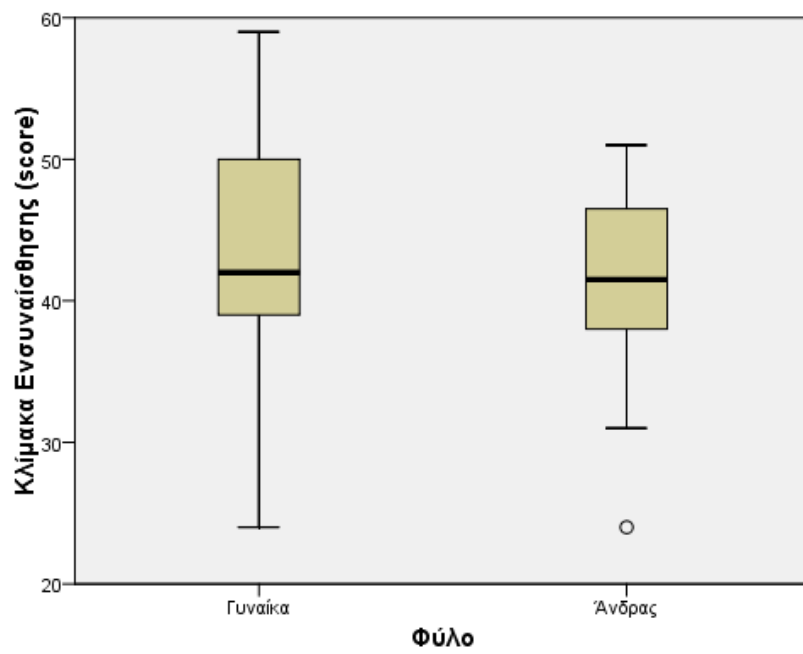
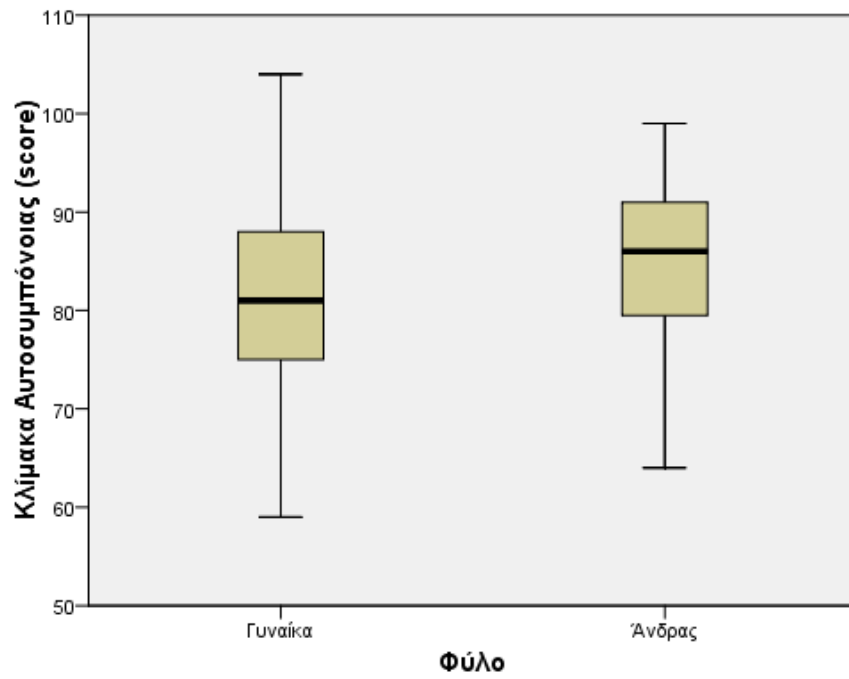
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Point Biserial (r_{pb}).

Πίνακας 7. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνιας και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση ($r_{pb} (85) = .152, p = .165$).

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στο φύλο, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σημαντική σχέση ($r_{pb} (85) = -.143, p = .191$).



Σχετίζεται η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση με το μορφωτικό επίπεδο των συνοδών ασθενών;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Αντιθέτως, το μορφωτικό επίπεδο, δεν παρουσιάζει. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Spearman rho (r_s).

Πίνακας 8. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

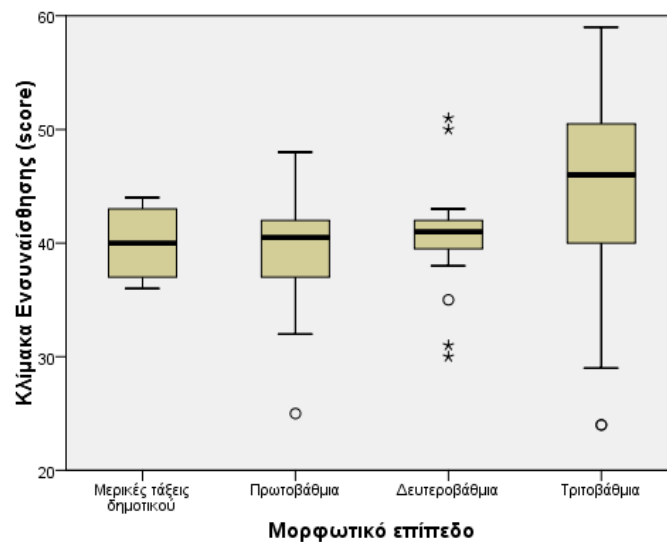
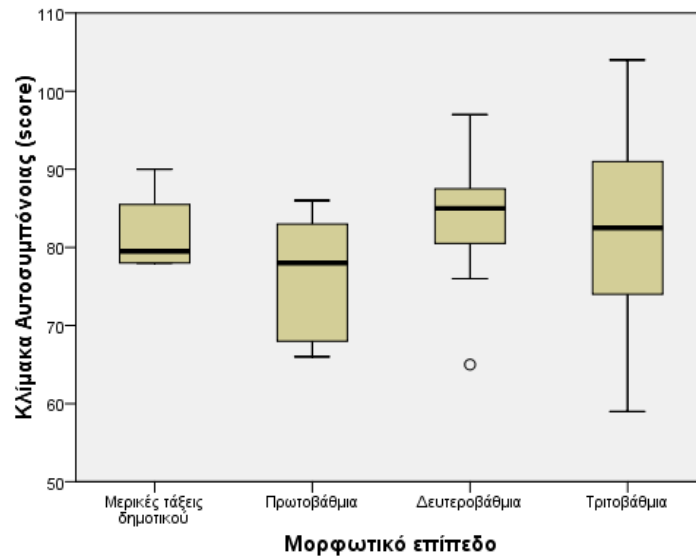
	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136
Μορφωτικό επίπεδο	.703	85	< .001

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνιας και στο μορφωτικό επίπεδο, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση ($r_s(85) = .089, p = .419$).

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στο μορφωτικό επίπεδο, κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σημαντική σχέση ($r_s(85) = .326, p = .002$).

Σχετίζεται η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση με τον τόπο διαμονής των συνοδών ασθενών;

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας, οι κλίμακες αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Αντιθέτως, ο τόπος διαμονής των συνοδών ασθενών, δεν παρουσιάζει. Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Spearman rho (r_s).

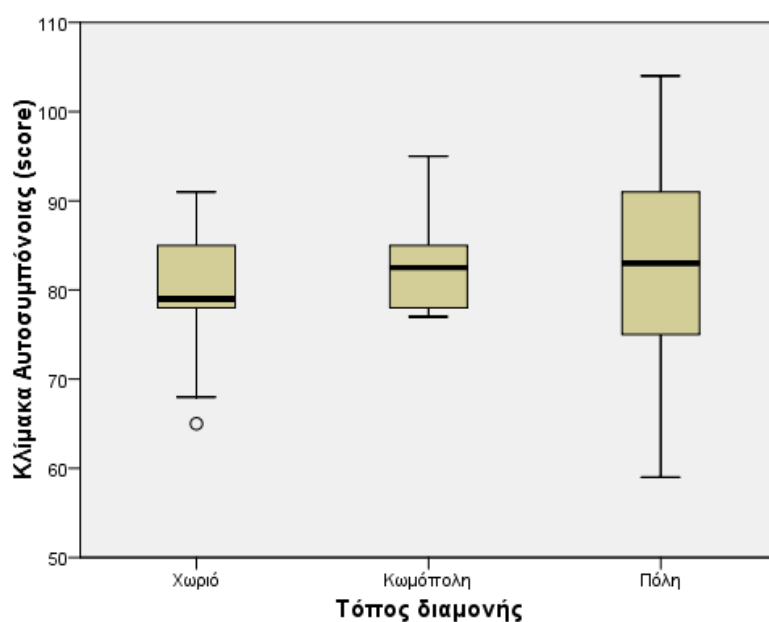


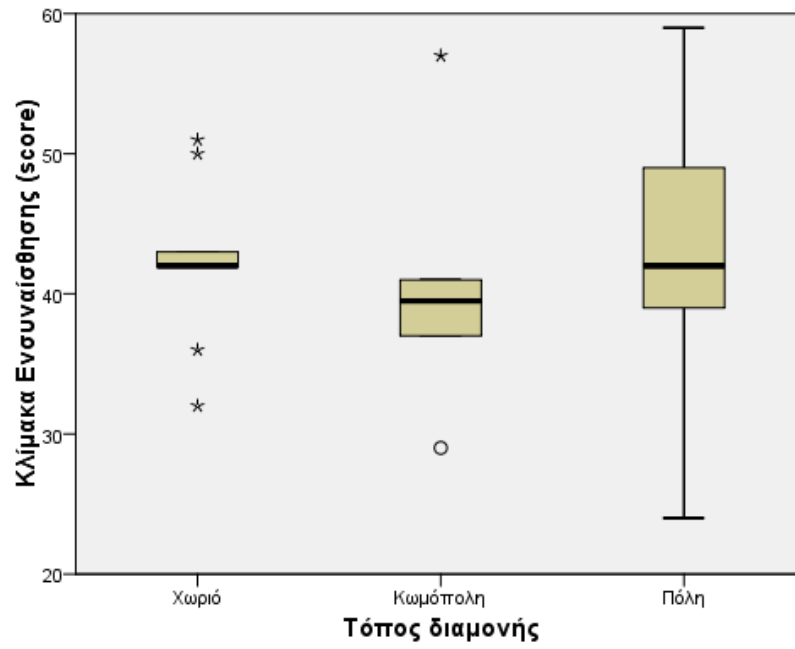
Πίνακας 9. Έλεγχος Κανονικότητας (Shapiro-Wilk)

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας (score)	.980	85	.201
Κλίμακα Ενσυναίσθησης (score)	.977	85	.136
Τόπος διαμονής των συνοδών ασθενών	.472	85	< .001

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Αυτοσυμπόνοιας και στον τόπο διαμονής των συνοδών ασθενών, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση ($r_s(85) = .095, p = .387$).

Ο έλεγχος συσχέτισης, ανάμεσα στην κλίμακα Ενσυναίσθησης και στον τόπο διαμονής των συνοδών ασθενών, δεν κατέγραψε στατιστικώς σημαντική σχέση ($r_s(85) = .086, p = .432$).





4.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη παρούσα ερευνά πήραν μέρος 65 γυναίκες και 20 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας τα 44.4 έτη. Έγγαμοι ή μη, με ή χωρίς παιδιά, με κοινό χαρακτηριστικό ότι ήταν συνοδοί ασθενών σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή και στο σπίτι. Οι συνοδοί ασθενών έχουν ως κύριο ρόλο την άτυπη παροχή φροντίδας υγείας, και ψυχολογικές υποστήριξης του χρόνια πάσχοντα. Οι συνοδοί των ασθενών ανήκουν συνήθως στο οικογενειακό, συγγενικό, φιλικό περιβάλλον, και αναλαμβάνουν αυτό το δύσκολο και απαιτητικό ρόλο του συνοδού. Οι συνοδοί έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την εμπειρία τους, αλλά και αισθήματα αγάπης, αυτοεκτίμησης, αυτοσυμπόνιας και ενσυναίσθησης. Η αυτοσυμπόνια και η ενσυναίσθηση λειτουργούν θετικά απέναντι στη κόπωση και προστατευτικά στη ψυχολογική κατάσταση. Οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος στην έρευνα όσον αφορά την κλίμακα αυτοσυμπόνιας έδειξαν ένα μέτριο επίπεδο με ελάχιστη κλιμάκωση, ενώ στη κλίμακα ενσυναίσθησης παρατηρήθηκε υψηλότερος βαθμός. Πολύ μεγάλο ρόλο στη παροχή φροντίδας, αλλά και κάθε είδους βοήθειας παίζει η οικογένεια. Μπορεί να παρατηρηθεί πίεση ή και ένταση, ωστόσο η συσπείρωση της οικογένειας και κατ'επέκταση του εκάστοτε συνοδού θα βοηθήσει το χρόνια πάσχοντα στη καλύτερη δυνατή διαβίωση του. Η οικογένεια είναι μεγάλη πηγή συναισθηματικής υποστήριξης. Ωστόσο η επιβάρυνση από τη φροντίδα μπορεί να επιφέρει και διάφορα προβλήματα όπως την εμφάνιση κατάθλιψης στα μέλη της οικογένειας. Η αυτοσυμπόνια εδώ παίζει σημαντικό ρόλο στην εξάλειψη ή μείωση των αρνητικών συναισθημάτων. Αυτό ενισχύεται και με την έρευνα του Xu, Shuo, Huiqing Zhang (2000). Οι συνοδοί μπορεί να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ηλικιακών ομάδων. Η έρευνα έδειξε ότι ο βαθμός αυτοσυμπόνιας δε σχετίζεται με την ηλικία, ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία μειώνεται το επίπεδο ενσυναίσθησης. Αυτό ενισχύεται και από μία έρευνα του Bluth (2017). Μία άλλη μελέτη των Schieman, Scott και Karen Van Gundy (2000), καταγράφει μια ισχυρή αρνητική σχέση μεταξύ ηλικίας και ενσυναίσθησης. Άλλα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν σημαντικά περισσότερη ενσυναίσθηση και ότι το χάσμα των φύλων κλείνει σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, η τριτοβάθμια εκπαίδευση μετριάζει σημαντικά την αρνητική σχέση ηλικίας-ενσυναίσθησης. Συλλογικά, τα ευρήματά μας υπογραμμίζουν τη συναισθηματική σημασία των προσωπικών και κοινωνικών παραγόντων που σχετίζονται με την ηλικία κατά τη διάρκεια της ζωής. Όταν μιλάμε για οικογένεια το ρόλο του συνοδού τον έχουν συνήθως οι σύζυγοι του χρόνια πάσχοντα. Οι γυναίκες από τη φύση τους έχουν σε υψηλότερο βαθμό την έννοια της φροντίδας, ωστόσο και οι άνδρες μπορούν να αναλάβουν το

ρόλο του συνοδού. Και τα δύο φύλα μπορούν να αναλάβουν το ρόλο του συνοδού. Η έρευνα έδειξε ότι η συσχέτιση ανάμεσα στη κλίμακα αυτοσυμπόνοιας, ενσυναίσθησης και στο φύλο δεν κατέγραψε σημαντική σχέση. Ωστόσο σε μια άλλη μελέτη του Yarnell (2015) , οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερη αυτοσυμπόνοιας σε σχέση με τις γυναίκες. Ένα άλλο στοιχείο που πρέπει να τονιστεί, είναι η σχέση του συνοδού με τον πάσχοντα. Για την αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας ,πέρα από το σκέλος της ιατρικής αντιμετώπισης, χρειάζεται ο συνοδός πέρα από τη συνεχή φροντίδα και αυταπάρνηση του, να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης και αμοιβαίου σεβασμού. Αυτό ενισχύεται και από την έρευνα του Sanghavi, Darshak M.(2006). Η συμπονετική φροντίδα απαιτεί την επίτευξη μιας εξατομικευμένης ισορροπίας μεταξύ της παροχής καθοδήγησης και της δυνατότητας της αυτονομίας να επιτύχει κοινή συναίνεση ανάμεσα στον φροντιστή και τον ασθενή.

Ο συνοδός ίσως χρειαστεί να αντιμετωπίσει και κάποιες έκτακτες καταστάσεις, αλλά και διαχειριστεί κάποια πιο προσωπικά θέματα του πάσχοντα. Η ύπαρξη γυναικών συνοδών, καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συνοδοί ενισχύονται και από τη παρόμοια έρευνα της Δημητριάδου και συν (2017).

Σημαντικό στοιχείο των συνοδών είναι το μορφωτικό επίπεδο. Η συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται πως είναι σημαντική. Αυτό ενισχύεται και με τη με την έρευνα του Morgan (1984). Η συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοσυμπόνοια, ενσυναίσθηση και τον τόπο διαμονής ,δεν είναι ιδιαίτερα σημαντική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας μπορούμε να πούμε ότι οι συνοδοί έχουν να εκπληρώσουν μια δύσκολη αποστολή, ένα δύσκολο έργο, το οποίο κάτω από προϋποθέσεις μπορεί να γίνει πολύ ενδιαφέρον ,και πάρα πολύ σημαντικό για τα άτομα που δέχονται τη βοήθεια. Οι συνοδοί χρονίων πασχόντων έχουν να αντιμετωπίσουν μια πολύπλευρη, πολυδιάστατη κατάσταση ,που επεκτείνεται πέρα από φροντίδα του πάσχοντα. Έτσι πέρα από τη φροντίδα ,οι συνοδοί κρατούν συντροφιά, συμβουλεύουν, διεκπαιρεύουν προσωπικές εργασίες κ.α. Λόγω της πολύωρης ενασχόλησης, οι συνοδοί ταυτίζονται με τον πάσχοντα και τη κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Συνοδούς ασθενών στην Ελλάδα βρίσκουμε σχεδόν σε όλα τα νοσοκομεία και ιδρύματα χρονίων πασχόντων. Ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου,τόπος διαμονής ,ο κάθε άνθρωπος μπορεί να αναλάβει το ρόλο του συνοδού, αρκεί να το κάνει αυτό με αυταπάρνηση, αγάπη , έχοντας

αυτοσυμπόνια και ενσυναίσθηση. Όταν ο συνοδός κρατάει σταθερό τον εαυτό του ,μπορεί να διαχειριστεί τα όποια προβλήματα,και από την άλλη έχει συναίσθηση της όλης κατάστασης ,κάνει ευκολότερη την όλη κατάσταση, και επίσης κάνει καλό στη ψυχολογία του πάσχοντα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδάμου, Ε., Γιακουμιδάκης, Κ., Καδδά, Ο., Αργυρίου, Γ., Καπάδοχος, Θ., Βασιλόπουλος Γ., & Μαρβάκη, Χ. (2011). Διερεύνηση του ρόλου των νοσηλευτών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10:221-239.

Κουκούλη, Σ., Αλεβυζάκη, Α., Λαμπράκη, Μ., & Σταυροπούλου, Α. (2013). Διερεύνηση των εμπειριών της οικογένειας νοσηλευόμενων ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) τριών νοσοκομείων της Κρήτης. Περιεχειρητική Νοσηλευτική. 1(1):131-140

Κουλούρη, Α., & Ρούπα, Ζ. (2008). Η επιστημολογία της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού. 7:265-278.

Κοτρώτσιου, Ε. (2010). Φροντίδα στο σπίτι , Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή επιστημών υγείας, Τμήμα ιατρικής, Λάρισα

Κούρτη, Μ., Φιλντίσης, Γ., Χριστοφίλου, Ε., Φλώρος, Ι., & Καλλέργης, Γ. (2014). Μέτρηση της ικανοποίησης του οικογενειακού περιβάλλοντος ασθενών της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας από την παροχή φροντίδας στο νοσηλευόμενο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 31: 60-70.

Μανουσάκη, Ε. (2011). Νοσηλευτική Εργασία στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας: Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι τον ρόλο και τη θέση τους στις Μονάδες Εντατική Θεραπείας. Μεταπτυχιακή Διατριβή. Ιατρική σχολή, Παν/μιο Κρήτης, Ηράκλειο

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.

Νικολάου, Ε., (2011). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Μεταπτυχιακή διατριβή. Παν/μιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου, Γ., Νικηταρά, Μ., Τσαγκάρη, Χ., Μερκούρης, Α., Κάρλου, Χ., Palese, A., Tomietto, M., Balogh, Z., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Jarosova, D., & Πατηράκη, Ε. (2010). Η Έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία. Νοσηλευτική. 49:406-417.

Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ., & Μπαλασοπούλου, Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Το βήμα του Ασκληπιού. 13:351-365.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., & Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 22: 284-295.

Πολυκανδριώτη, Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 10:439-440.

Ραγιά, Α. (2001). Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*. 40:8-13.

Ραφτόπουλος, Β., Κοτρώτσιου, Ε., & Παραλίκας, Θ. (2003). Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή. *Νοσηλευτική*. 42:97-109.

Σαπουντζή –Κρέπια, Δ. (2001). Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής νοσηλευτικής. *Νοσηλευτική*. 41:129-137.

Στουφής, Ν., & Λεπίδου, Μ. (2011). Διαστάσεις στην επικοινωνία ασθενώννοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 4:54-58

Σωτηροπούλου, Α., Καλογιάννη, Α., Βασταρδής, Λ., Παπαγιαννάκη, Β., Καδδά, Ο., & Μαρβάκη, Χ. (2014). Εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση καρδιάς. *Το βήμα του Ασκληπιού*. 13:160-176.

Watson, J. (2009). Caring as the essence and science of nursing and health care. *O Mundo da saude sao Paulo*. 33:143-149.

Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D.D., Tate, J., George, E., Houze, M., & Sereika, S. (2011). Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. PubMed. 20:e28–e40.

Chatzaki, M., Klimathianaki, M., Anastasaki, M., Chatzakis, G., Apostolakou, E., & Georgopoulos, D. (2012). Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: a prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 21:1831- 1839.

Hashim, F., & Hussin, R. (2012). Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital, *Procedia. Soc. Behav. Sci*. 36:103–11.

Khalaila, R. (2013). Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs*. 69:1172-1182.

Nilsen, M.L., Sereika, S., & Happ, M.B. (2013). Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk during Patient Encounters in ICU. *Heart & Lung*. PubMed. 42:5–12.

Pardavila, B.M.I, & Vivar C.G. (2012). Needs of the family in the intensive care units: a review of the literature. *Enferm Intensiva*. 23:51-67.

Padilla Fortunatti, C.F. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Invest Educ Enferm*. 32:306-316.

Schulz, R., & Sherwood, P.R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*.108:23-27.

Shattell, M. (2014). Nurse – patient interaction: A review of the literature. *J Clin Nurs*. 13:714-722.

Gonzaga ML, Arruda EN. (1998). Sources of meaning of caring and lack of caring in a pediatric hospital. *Rev Lat Am Enfermagem*, 6(5):17-26

da Silva AL, de Freitas MG. (2010). Teaching care in nursing graduation according to the perspective of complexity. *Rev Esc Enferm USP*, 44(3):687-93

Σαπουντζή -Κρέπια Δ. Κρέπια Β. (2005). Η φιλοσοφική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας. *Νοσηλευτική*, 44 (2) :178-185

Κάρλου Χ, Πατηράκη Ε. (2011). Η έννοια της φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική. *Ανασκόπησηβιβλιογραφίας*. *Νοσηλευτική*, 50(1):35-48.

dos Santos I, Alves AC, Silva FS, Penna JH, Alvin NA. (2010). Philosophical and theoretical basis for new conceptions of nursing care: contribution of the social poetic. *Rev Bras Enferm*, 36(4):644-511

Suliman WA, Welmann E, Omer T, Thomas L. (2009). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *J Nurs Res*, 17(4):293-7.

Kitson A, Harvey G, McCormack B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7 (3): 149-158

Rycroft -Malone J, Kitson A, Hurvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, Estabrooks C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Qual Saf Health Care*, 11(2): 174-180.

McPherson CL, Wilson KG, Chyurlia L, Leclerc C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: Across-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 9:29.

Cahg -Wong C, Murphy S, Adelman T. (2009). Nursing Responses to Transcultural Encounters; What Nurses Draw on When Faced with a Patient from Another Culture. *Perm J*, 13(3):31-37

Winter KH, Bouldin ED, Andresen EM. (2010). Lack of choice in Caregiving Decision and caregiver Risk of stress, North Carolina, 2005. *Prev Chronic Dis*, 7(2):A41

Büscher A, Wingenfeld K, Schaeffer D.(2011). Determining eligibility for long – term care-lessons from Germany. *Int J Integr Care*, 11:eO19.

Bevans MF. and Sternberg EM. (2012). Caregiving Burden stress and Health Effects Among Family Caregivers of Adult Cancer Patients. *JAMA*, 307 (4):398-403

Alspach G. (2009). Handing off critically ill patients to family caregivers. What Are Your Best Practices? *Crit Care Nurse*, vol 29 no3: 12-2

- Braun M, Mikulincer M, Rydall A, Walsh A, Robin G. (2007). Hidden morbidity in cancer:spouse caregivers. *J Clin Oncol*, 25(30):4829-34
- Roth DL, Haley WE, Wadley VG, Clay OJ, Howard G. (2007). Race and gender differences in perceived caregiver availability for community-dwelling middle-aged and older adults. *Gerodologist*, 47(6):721-9
- Allen SM, Lima IC, Goldscheider FK, Roy J. (2012). Primary caregiver characteristics and Fransitions in community-based care. *J Gerontol B. Psychol SCI Soc Sci* , 67 (3):362-71
- Van Hooutven DH, Voils CI, Weinberger M. (2011). An organizing framework for informal caregiver interventions: detailing caregiving activities and caregiver and care recipient outcomes to optimize evaluation efforts. *BMC Geriatr*, 11:77
- Wolff JL, Kasper DJ. (2006). Caregivers of frail Elders: Updating a National Profile. *The Gerontologist*, 46(3):344-356
- Winter KH, Bouldin ED, Andresen EM. (2010). Lack of choice in Caregiving Decision and caregiver Risk of stress, North Carolina, 2005. *Prev Chronic Dis*, 7(2):A41
- Lyberaki A. (2008) "Deaé ex Machina": migrant women, care work and women's employment in Greece. Hellenic Observatory Paper on Greece and Southeast Europe, Greece Paper No20.The Hellenic Observatory, London School of Economics and Political Science, London UK. [http://www.lse.ac.uk/collection/hellenic Observatory](http://www.lse.ac.uk/collection/hellenic%20Observatory)
- Sapountzi-Krepia D, Lavdaniti M, Psychogiou M, Arsenos P, Paralikas T, Triantafylidou P, Georgiadou C . (2008). Nursing staff shortage and hospital informal care in an oncology hospital in Greece: The nursing staff's perceptions. *International Journal of Nursing Practice*,14:256-263 (a)
- Sapountzi-Krepia D, Raftopoulos V, Psychogiou M, Sakellari E, Toris A, Vrettos A and Arsenos P . (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the

care of patients hospitalized in a oncology hospital. *Journal of clinical Nursing* 17, 1287-1294(b).

Αδαμακίδου Θ. Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. (2007). Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας. *Νοσηλευτική*, 46(4):501-513

Antonak, R. F., & Livneh, H. (1995). Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, 40, 1099–1108.

Baker, S. R.(2007). Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviors: Assessing idiographic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychology and Health*, 22, 4, 431–455.

Bandura, A. (1988). Self-regulation of motivation and action through goal systems. In V. Hamilton, G. H. Bower, & N. H. Frijda (Eds.), *Cognitive perspectives on emotion and motivation* (pp. 37–61).

Dordrecht: Kluwer Academic Publishers Baum, A., Gatchel, R., & Krantz, D. (1997). *An introduction to health psychology* (3rd ed.). USA: McGraw-Hill.

Bombardier, C., D' Amico, C., & Jordan, J. (1990). The relationship of appraisal and coping to chronic illness adjustment. *Behavior Research and Therapy*, 28 (4), 297-304.

Brem A, Brem F, McGrath M & Spirito A (1988) Psychosocial characteristics and coping skills in children maintained on chronic dialysis. *Pediatric Nephrology* 2(4), 460–465.

Brissette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102–111.

Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.

Chamberlain, K., Petrie, K., & Azariah, R. (1992). The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery from surgery. *Psychology and Health*, 7, 301–310.

Chang, E. C., Sanna, L. J., & Yang, K.-M. (2003). Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: A test of a mediation model. *Personality and Individual Differences*, 34, 1195–1208.

Christensen, A. J. & Ehlers, Sh. L.(2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 712–724.

Christensen, A., Turner, C., Slaughter, J., & Holman, J. (1989). Perceived family support as a moderator psychological well-being in end-stage renal disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, (3), 249-265.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints, and disease: Is the bark worse than the bite. *Journal of Personality*, 55, 299–316.

Curtis, B., Barrett, B. J., Levin, A.(2001). Identifying and slowing progressive chronic renal failure. *Canadian Family Physician*, 47, 2512-2518.

Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R., & Gsel, A. (2004). The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up. *Psychology, Health & Medicine*, 2(4), 456-475.

DiMatteo, R., & Martin, L. (2006). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Dua, J.K.(1994). Comparative predictive value of attributional style, negative affect, and positive affect in predicting self-reported physical health and psychological health. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 669–680.

Endler, N., Kocovski, N., & Macrodimitris, S. (2001). Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illnesses. *Personality and Individual Differences*, 30, 617-625.

Florakas, C., Wilson, R., Toffelmire, E., Godwin M. & Morton R.(1994). Difference in the treatment of male and female patients with end-stage renal disease. *Canadian Medical Association Journal*, 151(9), 1283-1288

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647–654.

Fournier, M., de Ridder, D., Bensing, J.(2002). How optimism contributes to the adaptation of chronic illness. A prospective study into the enduring effects of optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Personality and Individual Differences*, 33, 1163-1183.

Galaris, D., Mitroyanni, K., Siamopoulow, K.(2002). Oxidative stress in hemodialysis. Tracing active forms of oxygen and nitrogen. *Therapeutic strategies Hellen Nephrology*, 14 (1), 27-31.

Gregory, D. M., Way, Ch. Y., Hutchinson, Th. A., Barrett, Br. J. & Parfrey, P. S. (1998). Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. *Qualitative Health Research*, 8, 764- 783)

Kalichman, S., DiMarco, M., Austin, J., Luke, W., & DiFonzo, K. (2003). Stress, social support, and HIV-status disclosure to family and friends among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (4), 315-332.

Kaplan, R.M., Sallis, J.F., & Patterson, T.L. (1993). *Health and human behavior*. New York: Mc Graw Hill.

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Komaroff, A. L., Fagioli, L. R., Doolittle, T. H., Gandek, B., Gleit, M. A., Guerriero, R. T., Kornish, J., Ware, N. C., Ware, J. E., & Bates, D. W. (1996). Health status in patients with chronic fatigue syndrome and in general population and disease comparison groups. *The American Journal of Medicine*, 101, 281–290.

Koopmans, G., & Lamers, L. (2000). Chronic conditions, psychological distress and the use of psychoactive medications. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 115-123.

Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E., & Maselko, J. (2004). Optimism and pessimism in the context of health: Bipolar opposites or separate constructs. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 943–956.

Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, L., & Jamsa, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.

Lai, J. C. (1995). The moderating effect of optimism on the relation between hassles and somatic complaints. *Psychological Reports*, 76, 883–894.

Lee, V., Cohen, R., Edgar, L., Laizner, A., & Gagnon, A. (2006). Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62, 3133–3145.

Lowry M.R. & Atcherson E. (1984) Spouse-assistants' adjustment to home hemodialysis. *Journal of Chronic Disease*, 37 (4), 293- 300

Lung, F., Huang, Y., Shu, B., & Lee, F. (2004). Parental rearing style, premorbid personality, mental health, and quality of life in chronic regional pain: a causal analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (3), 206-212.

Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity. Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine*, 48, 89-98.

O'Neill, E.S. & Morrow, L.L. (2001). The symptom experience of women with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 33 (2), 257-268

Παπαδάτου, Δ & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Parmar, M. S. (2002) Chronic renal disease: Early identification and active management of patients with renal impairment in primary care can improve outcomes, *British Medical Journal*, 325, 85-90.

Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, T., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H., Kriegsman, D. M. W., & Van Eijk, J.Th.M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases. *Health Psychology*, 17, 551–558.

Petticrew, M., Bell, R., & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 325, 1-10.

Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E. (2001). Are happy people healthier. The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality*, 35, 521–536.

Raikkonen, K., Matthews, K. A., Flory, J. D., Owens, J. F., & Gump, B. B. (1999). Effects of optimism, pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 104–113.

Robbins, A. S., Spence, J. T., & Clark, H. (1991). Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 755–765

Sanderson, C.A. (2004). *Health Psychology*. New York: Wiley.

Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4), 381-406.

Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115–127.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 16*, 201–228.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063–1078.

Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 763–773.

Seegerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1646–1655.

Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*, 395–423.

Straub, R. (2002). *Health psychology* (2nd ed.). USA: Worth Publishers.

Taylor, S. (1999). *Health psychology* (4th ed.). Singapore: McGraw-Hill International editions.

Vilhjalmsson, R. (1998). Direct and indirect effects of chronic physical conditions on depression: a preliminary investigation. *Social Science & Medicine, 47* (5), 603 - 611.

Watson, D. & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234–254.

Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 806–820.

White, Y. & Brin F.S.(1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysispatients and their partners. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1312-1320
Zanini, S., Ajmone, C., Margola, D., Busnach, G., Summa, I., Brunati, C., Cabibbe, M., Dal Col, A., De Ferrari, M. E., Macaluso, M. (2006).The hemodialysed patient and his/her family caregiver. Comparison of perceptions of the chronic illness.*Giornale Italiano Nefrologia, 23*(3),291-300

Anderson G, Horvath J. (2004). The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Rep, 119*(3): 263-70

Bower P, Kennedy A, Reeves D, Rogers A, Blakeman T, Che-Graham C, Bowen R, Eden M, Gardner C, Hann M, Lee V, Morrisa R, Protheroe J, Richardson G, Sunders C, Swallow A,

Thomson D. (2012). A cluster randomised controlled trial of the clinical and cost-effectiveness of a "whose systems" model of self-management support for the management of long-term conditions in primary care : trial protocol. *Implement Sci*,7:7 doi:10.1186/1748-5908-77

Vilaphana Prieto C, Jiménez- Martín S, García Gómez P. (2011). Trade-off between formal and informal in Europe. *Gac Sanit*, 25(2) :115-24

Yasin S, Chan CK, Reidpath DD, Allotey P. (2012). Contextualizing chronicity: A perspective from Malaysia. *Global Health*, 8:4

Baumann LC, Ngoc Dang TT. (2012). Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. *Nurse practitioner*, 37(3):32-38

WHO: stop the global epidemic of chronic disease, 2005

Kodner DL, Spreeuwenberg C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*, 2:e12

Wilhelmson K, Duner A, Eklund K, Gosman- Hedström G, Blomberg S, Hasson H, Gustafsson H, Landahl S, Dahlin – Ivanoff S. (2011). Design of a randomized controlled study of a multiprofessional and multidimensional intervention targeting frail elderly people. *BNC Geriatric*, 11:24

Goble A.J, Worcester M.U.C.(1999) About Rehabilitation for chronic disease model of care. στο www.archi.net.au/resources/moc/complex/rehabil ημ. Προσ. 10/3/12

Taylor-Schroeder S, La Barbera J, McDowell S, Zanca JM, Natale A, Mumma S, Gassaway J, Backus D. (2011). The SCIREhab project: treatment time spent in SCI rehabilitation. Physical therapy treatment time during in patient spinal cord injury Rehabil. *J Spinal Cord Med*, 34(2):149-61

Stineman MG, Kurz AE, Kelleher D, Kennedy BL. (2008). The patient's view of recovery: an emerging tool for empowerment through self-Knowledge. *Disabil Rehabil*, 30(9):679-88

Lingler LH, Sherwood PR, Crighton MH, Song MK, Happ MB. (2008). Conceptual challenges in the study of caregiver Care Recipient Relationships. *Nurs Res*, 57(5):367-372

King RB, Ainsworth CR, Ronen M, Hartke RJ. (2010). Stroke caregivers: pressing problems reported during the first months of caregiving. *J Neurosci Nurs*, 42(6):302-11.(a)

Elliott TR, Pezent GD. (2008). Family caregivers of older persons in rehabilitation. *Neuro Rehabilitation*, 23(5):439-46

Cho S, Zarit SH, and Chiriboga DA. (2009). Wives and Daughters: The differential Role of Day care use in the Nursing Home placement of cognitively impaired Family Members. *Gerontologist*, 49(1):57-67

Norton MC, Piercy KW, Rabins PV, Green RC, Breitner JC, Ostbye T, Corcoran C, Welsh-Bohmer KA, Lyketsos CG, Tschanz JT. (2008). Caregiver – recipient closeness and symptom progression in Alzheimer disease. The Cache County Dementia Progression Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc SCI*, 64(5);56-8.

Angel S. and Buus N. (2011). The experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *Int J Qual Stud Health Well-Being*, 6(4):doi:10.3402/qhw.v6i4.719

<https://www.medlook.net> ›

Dunn J. (2010). Impact of mobility impairment on the burden of caregiving in individuals with multiple sclerosis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcome Res*, 10(4): 433-440

Choi J, Donahoe MP, Zullo TG, Hoffman CI. (2011). Caregivers of the chronically critically ill after discharge from the intensive care unit: six months' experience. *Am J Crit Care*, 20(1):12-22

Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, Yaffe K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 18(12):1006-14.

McEwen BS. (2007). Physiology and Neurobiology of stress and Adaptation: Central role of the Brain. *Physiol Rev*, vol 87 no3, 873-904.

García -Calvente Mdel M, Mateo-Rodríguez I, Equiqueren AP. (2005). The system of informal caregiving as inequality. *Gac Sanit*, 18 (1):132-9

García Calvente del M, del Rio Lozano M, Marcos Marcos J. (2011). Gender inequalities in health deterioration as a result of informal care in Spain. *Gac Sanit*, 25(2):100-7.

Larranaga I, Martín V, Bacigalupe A, Degiristáin JM, Valderrama MJ, Arreg IB. (2008). Impact of informal caregiving on caregiver's health and quality of life: analysis of gender inequalities. *Gac Sanit*, 22(5): 443-50.

Barusch AS, Spaid WM. (1989). Gender differences in caregiving: why do wives report greater burden? *Gerontologist*, 29(5): 667-76

Curr Biol. 2014 Sep 22 · 24 (18): R875-R878. doi: 10.1016 / j.cub.2014.06.05.16
Εμπάθεια και συμπόνια .

Ινστιτούτο Max Planck για Ανθρώπινες Γνωστικές και Εγκληματικές Επιστήμες, Τμήμα Κοινωνικής Νευροεπιστήμης, Λειψία, Γερμανία. Ηλεκτρονική διεύθυνση: singer@cbs.mpg.de.

Ελβετικό Κέντρο Συναισθηματικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο της Γενεύης, Ελβετία. Εργαστήριο Μελέτης Σχεδιασμού και Έκφρασης Συναισθημάτων, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο της Γενεύης, Ελβετία. Εργαστήριο Συμπεριφορικής Νευρολογίας και Απεικόνισης της Γνώσης, Τμήμα Νευροεπιστήμης, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο της Γενεύης, Ελβετία.

<https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.06.054>

Αυτο - συμπόνια , την αυτοεκτίμηση και την ευημερία

KD Neff - Πυξίδα κοινωνικής και προσωπικής ψυχολογίας, 2011 - Βιβλιοθήκη Wiley Online Social and Personality Psychology Compass 5/1 (2011): 1–12, 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

1. Neff, K. (2011). *Self-Compassion: Stop Beating Yourself Up and Leave Insecurity Behind*. New York: William Morrow
Δημοσιεύθηκε : 09 Ιουλίου 2012

Bizub, A. L. (2013). A Hard pill to swallow: Medication, empathy, and the value of collaborative recovery. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 338–343.

Cacciatore, J., Thieleman, K., Killian, M., & Tavasoli, K. (2014). Braving Human Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness. *Social Work Education*, 34(1), 91–109.

Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories, 8, 457-468. <http://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>

Gateshill, G., Kucharska-Pietura, K., & Wattis, J. (2011). Attitudes towards mental disorders and emotional empathy in mental health and other healthcare professionals. *The Psychiatrist*, 35(3), 101–105.

Hallam001. (2011), What is Caring?

<https://caringrelationships.wikispaces.com/What+is+Caring%3F> [23.07.2016]

Hooker, C. (2015). Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 541– 552.

Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(50), 17786–90.

Mancini, D. & Fuller, B. (2015). Hannibal - "...and the Woman Clothed in Sun" Gaumont International Television LLC, <http://livingdeadguy.com/wpcontent/uploads/2015/09/H310-%E2%80%A6and-the-Woman-Clothed-in-Sun030815.pdf> [23.09.2015]

Passalacqua, S. a., & Segrin, C. (2012). The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift. *Health Communication*, 27(5), 449–456.

Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*, 20(3), 95–108.

Svenaesus, F. (2014). The relationship between empathy and sympathy in good health care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 267–277. <http://doi.org/10.1007/s11019-014-9601-x>

Yang, C.-P. P., Hargreaves, W., & Bostrom, A. (2014). Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 251–4.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2006). Φροντίδα. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Β' Έκδοση Γ' Ανατύπωση, Αθήνα . Κέντρο λεξικολογίας Ε.Π.Ε
Πρώιμες έννοιες και τεχνικές ψυχικής υγείας για την επαγγελματική θεραπευτική αγωγή. 4η έκδ. USA: Lippincott Williams & Wilkins. 2009.

Cara E, MacRae A. Ψυχοκοινωνική επαγγελματική θεραπεία: Μια κλινική πρακτική. 2η έκδοση. Καναδάς: Thomson; 2013.

Bertrand RM, Saczynski JS, Mezzacappa C, Hulse M, Ensrud K, Fredman L. Caregiving και γνωστική λειτουργία σε αποδείξεις ηλικιωμένων γυναικών για την Υγιεινή Υγεία Υπόθεση. *J Γήρανση Υγείας*. 2012 24 (1): 48-66.

Bastawrous M. Φροντίδα φροντιστή-Μια κριτική συζήτηση. *Int J Nurs Stud*. 2013 · 50 (3): 431-41.

Fekete C. Φροντίδα φροντιστή. Διεθνής εγκυκλοπαίδεια της κοινωνικής και συμπεριφορικής επιστήμης. 2015: 135-8.

Bedini L. Οικογενειακά φροντιστές και αναψυχή: ένα οξύμωρο; Πάρκα και αναψυχή. 2002; 37 (1): 25-31.

Bedini LA, Phoenix TL. Αντιλήψεις αναψυχής από οικογενειακούς φροντιστές: Ένα προφίλ. *Ther Recreation J*. 2004; 38 (4): 366.

Stevens A, Coon D, Wisniewski S, Vance ü, Arguelles S, Belle S, et αϊ. Μέτρηση της ικανοποίησης του ελεύθερου χρόνου σε οικογενειακούς φροντιστές. *Γήρανση της Υγείας του Ment*. 2004; 8 (5): 450-9. doi: 10.1080 / 13607860410001709737.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες διερευνούν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεστε την ενσυναίσθηση και την αυτοσυμπόνια σας. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται. Παρακαλούμε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που βρίσκεται μπροστά από κάθε απάντηση που σας εκφράζει ή συμπληρώστε τα κενά.**
A: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../201.....

1 ΗΛΙΚΙΑ:	2 ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ <input type="checkbox"/> ΓΥΝΑΙΚΑ <input type="checkbox"/>
3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/> ΕΓΓΑΜΟΣ/Η <input type="checkbox"/> ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η <input type="checkbox"/> ΧΗΡΟΣ/Α <input type="checkbox"/>	4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Πάνω από τέσσερα παιδιά <input type="checkbox"/>
5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ <input type="checkbox"/> ΕΧΩ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ <input type="checkbox"/> ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (δημοτικό/γυμνάσιο) <input type="checkbox"/> ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (Εξατάξιο γυμνάσιο/Λύκειο) <input type="checkbox"/> ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΤΕΙ και Πανεπιστήμιο) <input type="checkbox"/>	6 ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΠΟΛΗ <input type="checkbox"/> ΚΟΜΩΠΟΛΗ <input type="checkbox"/> ΧΩΡΙΟ <input type="checkbox"/>
7 ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΜΕΝΩ ΜΟΝΟΣ/ΜΟΝΗ <input type="checkbox"/> ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ <input type="checkbox"/> ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ <input type="checkbox"/>	8 ΕΡΓΑΙΑΚΗ/ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ/ΟΣ <input type="checkbox"/> ΑΝΕΡΓΟΣ/ΑΝΕΡΓΗ <input type="checkbox"/> ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ <input type="checkbox"/>

9 ΦΡΟΝΤΙΖΑΤΕ ΕΞΕΙΣ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΣΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	10 ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΦΡΟΝΤΙΖΑΤΕ ΕΞΕΙΣ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΣΑΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΕΝΑ ΕΤΟΣ <input type="checkbox"/> ΕΝΑ ΕΩΣ ΠΕΝΤΕ ΕΤΗ <input type="checkbox"/> ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΕΤΗ <input type="checkbox"/>
11 ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΘΕ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΣΑΣ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 1-2 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ <input type="checkbox"/> ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ 3-4 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ <input type="checkbox"/> ΠΑΝΩ ΑΠΟ 5 ΦΟΡΕΣ ΤΟΝ ΜΗΝΑ <input type="checkbox"/>	12 ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΜΕΝΕΤΕ ΜΑΖΙ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΦΟΡΑ 1-2 ΩΡΕΣ <input type="checkbox"/> ΠΑΝΩ ΑΠΟ 2 ΩΡΕΣ <input type="checkbox"/>

B: ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΣΥΜΠΗΟΝΙΑΣ

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=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ

2=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ

3=ΕΝΔΙΑ ΜΕΣ Α

4=ΣΥΧΝΑ

5=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ

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 περνώ 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 περνώ 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 περνώ 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.	

Γ: 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 και 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 πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	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> στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	0	1	2	3	4
15.	Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε 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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ
ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ