



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων
Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας
και του ρόλου της στη θεραπευτική σχέση και παρέμβαση»**

Πασχάλης Καραδαγλής

AM 512273

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Γώγου Ευδοξία

Πάτρα, Ιούλιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο/η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του/της συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του/της συγγραφέα/δημιουργού. Ο/Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



**«Διερεύνηση της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας
και του ρόλου της στη θεραπευτική σχέση και παρέμβαση»**

Πασχάλης Καραδαγλής

Επιτροπή Κρίσης

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

«Γώγου Ευδοξία»

ΕΔΙΠ Εργαστηρίου Φυσιολογίας

Τμήματος Ιατρικής

Σχολής Επιστημών Υγείας

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

«Βογιατζίδης Κωνσταντίνος»

MD, PhD, Ειδικός Καρδιολόγος

ΣΕΠ

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων
Νοσημάτων

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Πάτρα, Ιούλιος 2026

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην Επιβλέπουσα Καθηγήτρια κ. Γώγου Ευδοξία για την καθοδήγησή της στη συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επιπλέον, ευχαριστώ την οικογένειά μου για την αμέριστη ψυχική υποστήριξη στην πορεία της ιατρικής και την διαρκή παρότρυνση για επιστημονική εξέλιξη. Πολλές ευχαριστίες απευθύνω στον κύριο Κακουλίδη Ιωάννη, διευθυντή μου στα πρώτα έτη της ειδικότητας για την καθοριστική συνεισφορά του στην επαγγελματική μου επιλογή. Τέλος, θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσω αίσθημα ευγνωμοσύνης προς τους ασθενείς που συναντώ, μέσω των οποίων διαπιστώνω βιωματικά και σε καθημερινό επίπεδο την σημασία της ενσυναίσθησης στην ιδιαίτερα απαιτητική ειδικότητα της Παθολογικής Ογκολογίας.

Περίληψη

Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμελιώδη διάσταση της ανθρωποκεντρικής φροντίδας και σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της έννοιας της ενσυναίσθησης, της επίδρασής της στη θεραπευτική σχέση, των παραγόντων που επηρεάζουν την εκδήλωσή της και των παρεμβάσεων που συμβάλλουν στην ενίσχυσή της.

Η εργασία εκπονήθηκε ως αφηγηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η αναζήτηση επικεντρώθηκε κυρίως σε δημοσιεύσεις της περιόδου 2021–2026 στις βάσεις PubMed/MEDLINE, Scopus και Google Scholar. Συμπεριλήφθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυσεις, ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες και επιλεγμένες θεωρητικές εργασίες που αφορούσαν επαγγελματίες ή φοιτητές επαγγελμάτων υγείας. Παλαιότερες πηγές χρησιμοποιήθηκαν επιλεκτικά όταν θεωρήθηκαν απαραίτητες για την περαιτέρω τεκμηρίωση του θέματος.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ανέδειξε ότι η κλινική ενσυναίσθηση αποτελεί πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει τη γνωστική κατανόηση της οπτικής του ασθενούς, τη συναισθηματική ευαισθησία, την κατάλληλη επικοινωνιακή έκφραση και τη θεραπευτική ανταπόκριση. Η ενσυναίσθηση συνδέεται με βελτιωμένη επικοινωνία, μεγαλύτερη εμπιστοσύνη, ψυχολογική ασφάλεια, ικανοποίηση και συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων. Η σχέση της με αντικειμενικές κλινικές εκβάσεις είναι πιθανή, αλλά προς το παρόν σε μικρότερο βαθμό τεκμηριωμένη.

Η έκφρασή της ενσυναίσθησης επηρεάζεται από ατομικούς, εκπαιδευτικούς, επαγγελματικούς και οργανωσιακούς παράγοντες. Η επαγγελματική εξουθένωση, η προσωπική δυσφορία, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση, η ηθική δυσφορία και η περιορισμένη οργανωσιακή υποστήριξη μπορούν να περιορίσουν την ενσυναισθητική συμπεριφορά. Παράλληλα, οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που συνδυάζουν βιωματική μάθηση, προσομοίωση, ανατροφοδότηση και αναστοχασμό φαίνεται ότι μπορούν να ενισχύσουν την ενσυναίσθηση, αν και η μακροχρόνια διατήρηση των αποτελεσμάτων παραμένει ανεπαρκώς τεκμηριωμένη.

Συμπερασματικά, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μόνο ατομικό χαρακτηριστικό ή επικοινωνιακή τεχνική, αλλά βασικό στοιχείο της επαγγελματικής επάρκειας και της ποιότητας της φροντίδας. Η ουσιαστική ενίσχυσή της απαιτεί συνδυασμό εκπαίδευσης, αυτοαξιολόγησης, προστασίας της επαγγελματικής ισορροπίας και οργανωσιακών αλλαγών που υποστηρίζουν την ανθρωποκεντρική θεραπευτική σχέση.

Λέξεις-κλειδιά: ενσυναίσθηση, επαγγελματίες υγείας, θεραπευτική σχέση, ανθρωποκεντρική φροντίδα, επαγγελματική εξουθένωση, εκπαίδευση.

Empathy among Healthcare Professionals and Its Role in the Therapeutic Relationship

Paschalis Karadaglis

Abstract

Empathy is a fundamental component of person-centred care and an important determinant of the therapeutic relationship between healthcare professionals and patients. The aim of the present study was to explore the concept of clinical empathy, its contribution to the therapeutic relationship, the factors influencing its expression, and the interventions that may support its development.

The study was conducted as a narrative review of the literature. The search focused primarily on publications from 2021 to 2026 and was performed using PubMed/MEDLINE, Scopus, and Google Scholar. Systematic reviews, meta-analyses, quantitative and qualitative studies, and selected theoretical publications involving healthcare professionals or students were included. Earlier publications were used selectively when they were considered essential for the conceptual foundation of the topic.

The synthesis of the available literature showed that clinical empathy is a multidimensional and relational capacity involving cognitive understanding of the patient's perspective, emotional sensitivity, appropriate communication of that understanding, and a therapeutically relevant response. Empathy is associated with improved communication, greater patient trust, psychological safety, satisfaction, and participation in decision-making. Its association with objective clinical outcomes appears plausible, although it is less consistently supported by the available evidence.

The expression of empathy is influenced by individual, educational, professional, and organisational factors. Burnout, personal distress, excessive workload, inadequate staffing, moral distress, and limited organisational support may restrict empathic behaviour. Educational interventions combining experiential learning, simulation, feedback, and reflective practice appear capable of improving empathy. However, the long-term maintenance of these effects and their transfer to everyday clinical practice remain insufficiently established.

In conclusion, empathy should not be regarded solely as an individual trait or a communication technique, but as an essential component of professional competence and healthcare quality. Its meaningful development requires a combination of education, self-awareness, emotional regulation, protection of professional well-being, and organisational changes that support person-centred therapeutic relationships.

Keywords: empathy, healthcare professionals, therapeutic relationship, person-centred care, burnout, education.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.Εισαγωγή.....	1
2. Μεθοδολογία	5
3. Θεωρητικό πλαίσιο της ενσυναίσθησης.....	7
3.1Εισαγωγή.....	7
3.2 Εννοιολογική οριοθέτηση της κλινικής ενσυναίσθησης.....	7
3.3 Διαστάσεις της ενσυναίσθησης.....	9
3.4Διάκριση της ενσυναίσθησης από τη συμπάθεια και τη συμπόνοια.....	11
3.5 Επαγγελματικά όρια και πολιτισμικό πλαίσιο.....	12
3.6 Μέτρηση της κλινικής ενσυναίσθησης.....	14
3.7 Κριτική αποτίμηση-Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	17
4. Η ενσυναίσθηση και η θεραπευτική σχέση	18
4.1 Εισαγωγή.....	18
4.2 Θεμελιώδη στοιχεία και δυναμική της θεραπευτικής σχέσης.....	19
4.3 Επικοινωνία, εμπιστοσύνη και αυτοαποκάλυψη.....	20
4.4 Συμμετοχή του ασθενούς και εκβάσεις της φροντίδας.....	22
4.5 Ενσυναίσθηση σε ειδικά κλινικά και επικοινωνιακά πλαίσια.....	24
4.6 Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	28
5. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας.....	30
5.1 Εισαγωγή.....	30
5.2 Πολυεπίπεδη προσέγγιση και ατομικοί παράγοντες.....	30
5.3 Εκπαίδευση, επαγγελματική ανάπτυξη και κλινική εμπειρία.....	33
5.4 Εργασιακές απαιτήσεις και επαγγελματική επιβάρυνση.....	34
5.5Οργανωσιακή κουλτούρα, ηγεσία και λειτουργία της ομάδας.....	37
5.6. Κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας- Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	38
6. Παρεμβάσεις για την εκπαίδευση και την ενίσχυση της ενσυναίσθησης	40
6.1 Εισαγωγή.....	40
6.2 Αποτελεσματικότητα και αρχές σχεδιασμού των παρεμβάσεων.....	40
6.3 Εκπαίδευση επικοινωνίας και προσομοιωτικές μέθοδοι.....	42
6.4Αναστοχαστικές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις.....	43
6.5 Αξιολόγηση, διατήρηση και πλαίσιο εφαρμογής.....	47
6.6 Κριτική αποτίμηση-Συμπεράσματα κεφαλαίου.....	49
7. Συζήτηση.....	51
8. Συμπεράσματα και προτάσεις.....	58
Βιβλιογραφία.....	60

1. Εισαγωγή

Η βέλτιστη θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες της ποιοτικής και αποτελεσματικής υγειονομικής φροντίδας. Στη σύγχρονη κλινική πράξη υπάρχουν συνεχείς εξελίξεις που περιλαμβάνουν τεχνολογική πρόοδο, αυξανόμενη εξειδίκευση, τεκμηριωμένες κατευθυντήριες οδηγίες και ευρεία χρήση ψηφιακών εργαλείων. Η ανάπτυξη αυτών δεν εγγυάται την ζητούμενη θεραπευτική σχέση αν δεν λειτουργεί υπό το πρίσμα της ανθρώπινης διάστασης της φροντίδας. Ο ασθενής προσέρχεται στο εκάστοτε σύστημα υγείας ως ανθρώπινη ύπαρξη με φόβους, προσδοκίες, αξίες, προηγούμενες εμπειρίες και ανάγκη για κατανόηση, ασφάλεια και καθοδήγηση και όχι απλώς ως φορέας μιας νόσου ή ενός βιολογικού προβλήματος (Nembhard et al., 2023).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία, βρίθει από έννοιες που αφορούν τη θεραπευτική σχέση όπως η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία, η θεραπευτική συμμαχία, η ανθρωποκεντρική φροντίδα και η κοινή λήψη αποφάσεων. Η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός μηχανισμός που αλληλεπιδρά με όσα συνθέτουν τη θεραπευτική σχέση και καθιστά ικανό τον επαγγελματία υγείας να αντιμετωπίσει τον ασθενή όχι μόνο ως κλινική περίπτωση, αλλά ως πρόσωπο με ιδιαίτερη βιοματική εμπειρία και μοναδικές προτεραιότητες (Tan et al., 2021; Howick et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί σύνθετη έννοια, η οποία απαντάται ευρέως στις ανθρωπιστικές επιστήμες και τις επιστήμες υγείας όπως στην ψυχολογία, στην ιατρική, στη νοσηλευτική, στην ψυχοθεραπεία και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Στην καθημερινή πράξη ο όρος πολλές φορές χρησιμοποιείται παρόμοια με τη συμπάθεια ή τη συμπόνια. Στην κλινική πρακτική η ενσυναίσθηση όμως έχει πιο συγκεκριμένο περιεχόμενο, καθώς σχετίζεται περισσότερο με την κατανόηση της οπτικής του ασθενούς και την επικοινωνιακή έκφραση αυτής της κατανόησης μέσα στη θεραπευτική σχέση (Tan et al., 2021).

Υπάρχουν αρκετοί ορισμοί της ενσυναίσθησης στη βιβλιογραφία, όμως ένας πλήρης ορισμός πρέπει σίγουρα να αναφέρεται στην αίσθηση σύνδεσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, η οποία προκύπτει από την προσπάθεια κατανόησης της οπτικής του ασθενούς μέσω γνωστικών, συναισθηματικών και φαντασιακών διεργασιών. Η σύνδεση ασθενούς-επαγγελματία εκφράζεται μέσω συμπεριφορών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων

που μεταφέρουν γνήσιο ενδιαφέρον. Έτσι η ενσυναίσθηση αναδεικνύεται όχι ως απλή εσωτερική στάση, αλλά ως φαινόμενο που πρέπει να εκφράζεται και να γίνεται αντιληπτό μέσα στη θεραπευτική σχέση (Tan et al., 2021).

Η ενσυναίσθηση εκφράζεται με λεκτικές και μη συμπεριφορές και συνδέεται κατά κύριο λόγο με θετική επίδραση στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Βέβαια παραμένουν σημαντικά κενά στην ερμηνεία του τρόπου με τον οποίο οι επιμέρους μορφές ενσυναισθητικής συμπεριφοράς επηρεάζουν διαφορετικές κατηγορίες ασθενών και κλινικών εκβάσεων (Howick et al., 2023).

Θα τονιστεί στη συνέχεια η συνεισφορά της ενσυναίσθησης στη δημιουργία ενός ασφαλούς επικοινωνιακού πλαισίου. Όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι δεν θα κριθεί ή δεν θα υποτιμηθεί, είναι πιθανότερο να μιλήσει ανοιχτά για φόβους, αμφιβολίες, δυσκολίες στη θεραπεία και προσωπικές προτεραιότητες. Η έκφραση αυτών των πληροφοριών έχει πρακτική σημασία, καθώς μπορεί να επηρεάσει την εφαρμογή της θεραπείας, την προσκόλληση, την ποιότητα ζωής και τη σχέση με την ομάδα φροντίδας (Nembhard et al., 2023; Wu et al., 2022).

Η έννοια της ενσυναίσθησης συνδέεται με εκείνη την ιατρική φροντίδα η οποία είναι επικεντρωμένη στον άνθρωπο. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση ορίζεται ως η αντιμετώπιση της νόσου που λαμβάνει υπόψη τον ασθενή ως πρόσωπο με ιδιαίτερες αξίες, προτιμήσεις, κοινωνικό πλαίσιο και υποκειμενική εμπειρία. Η ενσυναίσθηση δίνει τη δυνατότητα στον επαγγελματία υγείας να λειτουργήσει ανθρωποκεντρικά και να διερευνήσει τι σημαίνει η νόσος για τον εκάστοτε ασθενή. Η σημασία της ίδιας διάγνωσης είναι διαφορετική από ασθενή σε ασθενή. Άλλος επικεντρώνεται στην επιβίωση, άλλος στην απώλεια λειτουργικότητας, άλλος στην οικογένεια ή την εργασία του και άλλος στη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής του (Tan et al., 2021; Palla et al., 2024).

Συνεπώς, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί απλώς ηθική αρετή, αλλά κλινική δεξιότητα που προωθεί την εξατομίκευση της φροντίδας. Μια θεραπεία δεν αρκεί να είναι επιστημονικά ορθή, χρειάζεται η ένταξή της στην πραγματική ζωή του ασθενούς για την αποτελεσματική εφαρμογή της. Μέσω της ενσυναίσθησης ο επαγγελματίας είναι δυνητικά πιο ικανός να γεφυρώσει τη γνώση με τις ανάγκες, τις αξίες και τις πρακτικές δυνατότητες του ασθενούς (Nembhard et al., 2023; Palla et al., 2024).

Ένα κρίσιμο ερώτημα στη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι αν η ενσυναίσθηση αποτελεί σταθερό προσωπικό χαρακτηριστικό ή καλλιεργήσιμη δεξιότητα. Τα πρόσφατα δεδομένα που εξετάστηκαν υποστηρίζουν ότι, τουλάχιστον σε σημαντικό βαθμό, η κλινική

ενσυναίσθηση είναι μια εκπαιδεύσιμη δεξιότητα. Η εκπαίδευση σε καμία περίπτωση δεν περιλαμβάνει την επιβολή ενός συναισθήματος, αλλά την προσπάθεια ανάπτυξης δεξιοτήτων ακρόασης, αναγνώρισης συναισθήματος, επικοινωνιακής ανταπόκρισης, αναστοχασμού και αυτορρύθμισης. Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την ενσυναίσθηση στον χώρο της υγείας. Τα αποτελέσματα γίνεται κατανοητό πως επηρεάζονται από το περιεχόμενο της παρέμβασης, τον πληθυσμό, τη διάρκεια της εκπαίδευσης και τον τρόπο μέτρησης της ενσυναίσθησης. Συνεπώς η ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών πρέπει να γίνεται προσεκτικά. (Paulus et al., 2022; Edwards et al., 2025)

Η συμμετοχή σε εκπαίδευση εστιασμένη στην ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλει τόσο στην προσωπική ανάπτυξη, όσο και στην επαγγελματική εξέλιξη φοιτητών και επαγγελματιών υγείας. Οι βιωματικές παρεμβάσεις επιτρέπουν την καλύτερη αντίληψη της οπτικής των ασθενών και τον αναστοχασμό του τρόπου επικοινωνίας των συμμετεχόντων. (Winter et al., 2022).

Η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση έχει σημασία και για τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας. Οι φοιτητές και οι νέοι επαγγελματίες δεν μαθαίνουν μόνο από το επίσημο πρόγραμμα σπουδών, αλλά και από τα πρότυπα συμπεριφοράς που παρατηρούν στην κλινική πράξη. Ένα περιβάλλον που προάγει την ενεργητική ακρόαση και τον σεβασμό μπορεί να ενισχύσει την ενσυναίσθηση, ενώ ένα περιβάλλον που κανονικοποιεί την αποστασιοποίηση και την απρόσωπη φροντίδα μπορεί να την υπονομεύσει (Winter et al., 2022; Nembhard et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση γενικότερα επηρεάζεται από πολλαπλές μεταβλητές και δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σταθερό, μονοδιάστατο χαρακτηριστικό (Gohri et al., 2025). Αρχικά επηρεάζεται από γνωρίσματα του επαγγελματία υγείας, στην εκπαίδευση και τις δεξιότητές του. Επηρεάζεται επίσης από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς αλλά και από το κλινικό και οργανωσιακό περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η συνάντηση. Συν τοις άλλοις, η ενσυναίσθηση εκφράζεται και γίνεται αντιληπτή με διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με ατομικά και σχεσιακά χαρακτηριστικά. Συνεπώς η ενσυναίσθηση αναπτύσσεται μέσα σε μια συγκεκριμένη αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματία και ασθενούς στο περιβάλλον που λαμβάνει χώρα η θεραπευτική συνάντηση (White et al., 2025).

Διάφοροι περιοριστικοί παράγοντες όπως φόρτος εργασίας, η έλλειψη χρόνου, οι διοικητικές απαιτήσεις, η συναισθηματική κόπωση και η ανεπαρκής υποστήριξη υπονομεύουν την ψυχική διαθεσιμότητα που απαιτεί η ενσυναισθητική φροντίδα. Προκύπτει λοιπόν εκείνη η κατάσταση όπου ο επαγγελματίας ακόμα και αν αναγνωρίζει

την αξία της ενσυναίσθησης δυσκολεύεται να την εφαρμόσει σε συνθήκες χρόνιας πίεσης και ανεπαρκών πόρων (Nembhard et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων μετατοπίζει τη συζήτηση από το ερώτημα αν ο επαγγελματίας «έχει» ή «δεν έχει» ενσυναίσθηση στο ερώτημα ποιες συνθήκες επιτρέπουν την έκφραση της ενσυναισθητικής φροντίδας. Οπωσδήποτε, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μόνο ατομική δεξιότητα, αλλά και ζήτημα εκπαιδευτικής, επαγγελματικής και οργανωσιακής κουλτούρας (Nembhard et al., 2023; White et al., 2025).

Σκοπός της παρούσας αφηγηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η διερεύνηση του ρόλου της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας και της συμβολής της στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή, με βάση τη βιβλιογραφία της τελευταίας πενταετίας. Η εστίαση στη θεραπευτική σχέση επιλέχθηκε επειδή η ενσυναίσθηση φαίνεται ότι έχει επίδραση σε βασικές παραμέτρους της φροντίδας, όπως η επικοινωνία, η εμπιστοσύνη, η ικανοποίηση του ασθενούς και η συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία.

Ειδικότερα, η εργασία επιδιώκει να εξετάσει πώς ορίζεται η κλινική ενσυναίσθηση, πώς σχετίζεται με την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση του ασθενούς και ποιοι παράγοντες μπορούν να την ενισχύσουν ή να την περιορίσουν. Παράλληλα, διερευνάται η δυνατότητα εκπαίδευσης και καλλιέργειας της ενσυναίσθησης, καθώς και η σημασία του εργασιακού και οργανωσιακού πλαισίου.

Η διερεύνηση του θέματος έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό στοιχείο της ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Συνδυαζόμενη με την επιστημονική κατάρτιση επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να προσεγγίζει πληρέστερα τον νοσούντα άνθρωπο.

Η εργασία οργανώνεται σε επιμέρους κεφάλαια. Αρχικά παρουσιάζεται η μεθοδολογία της αφηγηματικής ανασκόπησης, με αναφορά στις βάσεις δεδομένων, στις λέξεις-κλειδιά και στα κριτήρια επιλογής της βιβλιογραφίας. Στη συνέχεια αναλύεται το θεωρητικό πλαίσιο της κλινικής ενσυναίσθησης, με έμφαση στους ορισμούς, στις επιμέρους διαστάσεις και στη διάκρισή της από συγγενείς έννοιες, όπως η συμπάθεια και η συμπόνια. Ακολουθεί η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ενσυναίσθησης και θεραπευτικής σχέσης, με έμφαση στην επικοινωνία, στην εμπιστοσύνη, στη θεραπευτική συμμαχία και στην ικανοποίηση του ασθενούς. Στη συνέχεια εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση και οι παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ενίσχυσή της, πριν από τη συζήτηση, την κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας και τα τελικά συμπεράσματα.

2. Μεθοδολογία

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε ως αφηγηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με σκοπό τη σύνθεση των σύγχρονων δεδομένων σχετικά με την ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας και τον ρόλο της στη θεραπευτική σχέση. Η αφηγηματική προσέγγιση επιλέχθηκε επειδή επιτρέπει τη συνδυαστική αξιοποίηση ετερογενών πηγών, όπως συστηματικών ανασκοπήσεων, μετα-αναλύσεων, ποσοτικών και ποιοτικών μελετών, καθώς και θεωρητικών άρθρων. Παράλληλα, εφαρμόστηκε δομημένη διαδικασία αναζήτησης και επιλογής των πηγών, με στόχο τη μεγαλύτερη δυνατή διαφάνεια και συνοχή της σύνθεσης.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση επικεντρώθηκε κυρίως σε δημοσιεύσεις της τελευταίας πενταετίας, από το 2021 έως το 2026. Παλαιότερες μελέτες χρησιμοποιήθηκαν επιλεκτικά όταν θεωρήθηκαν θεμελιώδεις για τον ορισμό της ενσυναίσθησης, την ανάπτυξη βασικών θεωρητικών μοντέλων ή την παρουσίαση ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις PubMed/MEDLINE, Scopus και Google Scholar, ενώ εξετάστηκαν και οι βιβλιογραφικές αναφορές των σημαντικότερων ανασκοπήσεων για τον εντοπισμό πρόσθετων σχετικών δημοσιεύσεων. Οι βασικοί όροι αναζήτησης χρησιμοποιήθηκαν μεμονωμένα και σε συνδυασμό και περιλάμβαναν τις λέξεις και φράσεις: “empathy”, “clinical empathy”, “healthcare professionals”, “healthcare workers”, “therapeutic relationship”, “doctor–patient relationship”, “nurse–patient relationship”, “patient satisfaction”, “patient trust”, “burnout”, “compassion fatigue”, “empathy training”, “medical education” και “communication skills”. Για τον εντοπισμό ελληνικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν επίσης οι όροι “Greece”, “Greek”, “Greek healthcare professionals”, “Greek medical students” και “Greek nurses”.

Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν δημοσιεύσεις στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα που αφορούσαν φοιτητές ή επαγγελματίες υγείας και εξέταζαν τον ορισμό, τη μέτρηση, τους προσδιοριστικούς παράγοντες, τις συνέπειες ή την εκπαίδευση της ενσυναίσθησης. Προτεραιότητα δόθηκε σε πηγές μεγαλύτερης τεκμηρίωσης, δηλαδή σε συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυσεις, scoping reviews και πρόσφατες πρωτογενείς μελέτες με σαφώς περιγραφόμενο σχεδιασμό. Αποκλείστηκαν δημοσιεύσεις που δεν

αφορούσαν το περιβάλλον της υγειονομικής φροντίδας, άρθρα γνώμης χωρίς επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση, μελέτες χωρίς διαθέσιμο πλήρες κείμενο και εργασίες των οποίων το περιεχόμενο δεν απαντούσε στα βασικά ερωτήματα της ανασκόπησης.

Οι επιλεγμένες πηγές οργανώθηκαν θεματικά σε έξι βασικούς άξονες: θεωρητικό πλαίσιο και μέτρηση της ενσυναίσθησης, επίδραση στη θεραπευτική σχέση, παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, σχέση με την επαγγελματική ευημερία, εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και ελληνικά δεδομένα. Η σύνθεση πραγματοποιήθηκε με συγκριτική και κριτική προσέγγιση, λαμβάνοντας υπόψη τον σχεδιασμό των μελετών, τα εργαλεία μέτρησης και τους βασικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά ήδη δημοσιευμένα δεδομένα και δεν πραγματοποιήθηκε συλλογή προσωπικών ή κλινικών στοιχείων.

3. Θεωρητικό πλαίσιο της ενσυναίσθησης

3.1 Εισαγωγή

Η ενσυναίσθηση αποτελεί μία από τις ευρύτετα χρησιμοποιούμενες αλλά και δυσκολότερα οριοθετούμενες έννοιες στη σύγχρονη υγειονομική φροντίδα. Ενδιαφέρον γεγονός αποτελεί ότι στη βιβλιογραφία δεν συναντάται ένας μοναδικός και καθολικά αποδεκτός ορισμός. Η εκάστοτε προσέγγιση εστιάζει σε διαφορετικές πτυχές της ενσυναίσθησης: άλλος ορισμός στη γνωστική κατανόηση της οπτικής του ασθενούς, άλλος στη συναισθηματική ανταπόκριση και άλλος στην επικοινωνιακή έκφραση της κατανόησης μέσα στην κλινική συνάντηση (Guidi & Traversa, 2021; Tan et al., 2021).

Οι διαφορετικοί αυτοί ορισμοί επηρεάζουν την έρευνα και την κλινική πρακτική. Ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται η ενσυναίσθηση έχει αντίκτυπο στις μεθόδους που ακολουθούνται για τη μέτρησή της, τον σχεδιασμό των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων και την ερμηνεία της σχέσης της με την επικοινωνία, την εμπιστοσύνη και την επιρροή της στη φροντίδα. Μελέτες που χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς ή διαφορετικούς τρόπους αξιολόγησης δεν μελετούν απαραίτητα το ίδιο φαινόμενο, ακόμη και όταν χρησιμοποιούν τον όρο «ενσυναίσθηση» (Lima & Osório, 2021; Nembhard et al., 2023).

Συνεπώς, πριν εξεταστεί η συμβολή της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική σχέση, είναι εκ των ων ουκ άνευ να παρουσιαστούν κάποιοι βασικοί ορισμοί, οι διαστάσεις της και οι τρόποι μέτρησής της. Η εννοιολογική αποσαφήνιση συμβάλλει επιπλέον στη διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης από συναφείς έννοιες, όπως η συμπάθεια και η συμπόνια, οι οποίες συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, χωρίς όμως να έχουν πάντοτε το ίδιο περιεχόμενο ή την ίδια λειτουργία στην κλινική πρακτική (Guidi & Traversa, 2021; Marshman et al., 2024).

3.2 Εννοιολογική οριοθέτηση της ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση δεν προσεγγίζεται σήμερα ως ένα ενιαίο και αδιαίρετο προσωπικό χαρακτηριστικό. Αντιθέτως, αντιμετωπίζεται ως μια σύνθετη δεξιότητα, η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση της οπτικής του άλλου, την αναγνώριση ή συναισθηματική ανταπόκριση στα βιώματά του και την έκφραση αυτής της κατανόησης μέσα από τη συμπεριφορά και την επικοινωνία. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση είναι ιδιαίτερα

σημαντική στον χώρο της υγείας, όπου η εσωτερική εμπειρία του επαγγελματία αποκτά κλινική αξία και αντίκτυπο όταν μετατρέπεται σε αποτελεσματική θεραπευτική ανταπόκριση (Tan et al., 2021; Tan et al., 2025).

Οι Tan και συνεργάτες πρότειναν έναν ορισμό της ενσυναίσθησης που προέκυψε από απόψεις τόσο επαγγελματιών υγείας όσο και ασθενών. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, η κλινική ενσυναίσθηση αποτελεί αίσθηση σύνδεσης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς, η οποία δημιουργείται μέσω της προσπάθειας κατανόησης της οπτικής του ασθενούς και εκφράζεται με συμπεριφορές και επικοινωνιακές δεξιότητες που μεταδίδουν γνήσιο ενδιαφέρον. Ο ορισμός αυτός συνδέει τις εσωτερικές γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες με την εξωτερικά παρατηρήσιμη συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας (Tan et al., 2021).

Ο ορισμός αυτός είναι πληρέστερος από άλλους ορισμούς που περιορίζουν την ενσυναίσθηση κυρίως στη γνωστική κατανόηση. Αν η προσέγγιση του ασθενούς περιλαμβάνει μόνο την αναγνώριση του τρόπου σκέψης του και των συναισθημάτων του και δεν συμπληρώνεται από την ενεργητική ανταπόκριση του επαγγελματία υγείας, τότε δεν είναι πλήρης. Επομένως, ένας περιεκτικός ορισμός της ενσυναίσθησης οφείλει να περιλαμβάνει και τον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή σε ρόλο «πομπού» και «δέκτη» αμφότερους: ο επαγγελματίας υγείας κατανοεί τον ασθενή και εκφράζει την κατανόηση αυτή με τρόπο που γίνεται κατανοητή από τον ασθενή, ο ασθενής εκφράζει όσα τον απασχολούν και κατανοεί ότι έγινε κατανοητός από τον επαγγελματία υγείας (Guidi & Traversa, 2021; Zhang et al., 2024).

Η κλινική ενσυναίσθηση θεωρείται λοιπόν πιο πολύ μια σχεσιακή διαδικασία παρά μια δεξιότητα ή ένα γνώρισμα της πρακτικής του επαγγελματία υγείας. Προκύπτει και εξελίσσεται μέσα στη συγκεκριμένη αλληλεπίδραση της θεραπευτικής συνάντησης και η εξέλιξη της συνάντησης αυτής αποτελεί συνάρτηση των αναγκών του ασθενούς, του πολιτισμικού πλαισίου και γενικότερα των συνθηκών της θεραπευτικής συνάντησης. Στη συστηματική ανασκόπηση των Nembhard και συνεργατών φάνηκε ότι η ενσυναίσθηση επηρεάζεται από χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς, από τη συμπεριφορά αμφότερων κατά την θεραπευτική συνάντηση και από το οργανωσιακό περιβάλλον (Nembhard et al., 2023).

3.3 Διαστάσεις της ενσυναίσθησης

Στην βιβλιογραφία περιγράφονται τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης, *η γνωστική, η συναισθηματική ή θυμική και η συμπεριφορική ή επικοινωνιακή*. Η γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης αφορά την ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί την οπτική του ασθενούς. Περιλαμβάνει την προσπάθεια να αντιληφθεί πώς ο ασθενής ερμηνεύει τη νόσο, ποιοι είναι οι βασικοί του φόβοι, ποιες είναι οι προτεραιότητές του και πώς η κατάσταση της υγείας του επηρεάζει την καθημερινή και κοινωνική του ζωή. Η διαδικασία αυτή συχνά περιγράφεται ως λήψη της οπτικής του άλλου ή *perspective taking* (Tan et al., 2021; Hojat et al., 2023).

Η γνωστική ενσυναίσθηση δεν σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να γνωρίζει πλήρως τι αισθάνεται ο ασθενής. Αντίθετα, προϋποθέτει την εκ των προτέρων παραδοχή ότι η εμπειρία του άλλου είναι μοναδική και δεν μπορεί να θεωρείται γνωστή. Η ενσυναισθητική κατανόηση βασίζεται επομένως περισσότερο στην περιέργεια, στην ανοιχτή διερεύνηση και στην επιβεβαίωση παρά στην προβολή προσωπικών εμπειριών πάνω στον ασθενή (Guidi & Traversa, 2021).

Στην κλινική πράξη, η γνωστική διάσταση μπορεί να εκφραστεί μέσα από ερωτήσεις που διερευνούν τη σημασία της νόσου για τον ασθενή. Ερωτήματα σχετικά με τις μεγαλύτερες ανησυχίες του, τις προσδοκίες του από τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της νόσου στην οικογενειακή ή επαγγελματική του ζωή βοηθούν τον επαγγελματία να κατανοήσει το προσωπικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα εφαρμοστεί η θεραπευτική παρέμβαση. Η προσέγγιση αυτή συμβαδίζει με τις αρχές της ανθρωποκεντρικής φροντίδας και της κοινής λήψης αποφάσεων (Nembhard et al., 2023; Zhang et al., 2024).

Η υπερβολικά στενή ταύτιση της κλινικής ενσυναίσθησης με τη γνωστική διάσταση έχει δεχθεί κριτική. Αν η ενσυναίσθηση περιοριστεί σε μια ουδέτερη νοητική κατανόηση, υπάρχει κίνδυνος να μετατραπεί σε τεχνική αποκωδικοποίησης του ασθενούς χωρίς πραγματικό ενδιαφέρον ή συναισθηματική συμμετοχή. Για τον λόγο αυτό, νεότερες θεωρητικές προσεγγίσεις υποστηρίζουν ότι η γνωστική κατανόηση πρέπει να συνοδεύεται από γνήσιο ενδιαφέρον και κατάλληλη ανταπόκριση (Guidi & Traversa, 2021; Tan et al., 2025).

Η συναισθηματική διάσταση περιλαμβάνει τη συναισθηματική ανταπόκριση του επαγγελματία στο βίωμα του ασθενούς, έπειτα από την αναγνώρισή του. Οφείλεται

προσοχή στο εξής: η πτυχή αυτή της ενσυναίσθησης δεν απαιτεί από τον επαγγελματία να αντιλαμβάνεται εξίσου με τον ασθενή το συναίσθημά του, αλλά πιο πολύ υποδηλώνει τη συναισθηματική δεκτικότητα και ευαισθησία του θεράποντα. Ακόμα και η ακριβής πληροφόρηση, όταν δεν γίνεται υπό το πρίσμα της συναισθηματικής διάστασης κάνει την επικοινωνία να μοιάζει ψυχρή ή/και μηχανική. (Guidi & Traversa, 2021; Tan et al., 2021).

Η συναισθηματική ανταπόκριση είναι λίαν βοηθητική για τον επαγγελματία υγείας ώστε να αποκρυπτογραφήσει μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας, επί παραδείγματι τον τόνο της φωνής, τις παύσεις, την αποφυγή οπτικής επαφής, συχνές αλλαγές στη στάση του σώματος και την επαναλαμβανόμενη επιστροφή σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Τα στοιχεία αυτά πιθανόν είναι ενδείξεις φόβου, αβεβαιότητας ή δυσφορίας. Η κλινική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ευαισθησία απέναντι και στα μη λεκτικά αυτά μηνύματα (Tan et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Επιπρόσθετα, η συναισθηματική ανταπόκριση χρειάζεται συνεχείς προσαρμογές. Οι προσαρμογές αυτές είναι κρίσιμες ώστε ο επαγγελματίας να παραμένει θεραπευτικά ικανός και διαθέσιμος. Η εξήγηση σε αυτή την ανάγκη δίνεται απ' το γεγονός ότι η ανεξέλεγκτη συναισθηματική μετάδοση ή η υπερβολική ταύτιση μπορεί να έχουν αρνητική επίπτωση στην διαύγεια της σκέψης του επαγγελματία. Ως στόχος πρέπει να τίθεται η εγκαθίδρυση και διατήρηση μιας ισορροπίας ανάμεσα στην ανθρώπινη σύνδεση και στην επαγγελματική λειτουργικότητα (Guidi & Traversa, 2021; Hojat et al., 2023).

Τέλος, κρίνεται πολύ σημαντική η διάκριση μεταξύ συναισθηματικής ενσυναίσθησης και συναισθηματικής ταύτισης. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αναγνωρίζει και να ανταποκρίνεται στον πόνο του ασθενούς χωρίς να χάνει τη διακριτότητα ανάμεσα στη δική του εμπειρία και στο βίωμα του ασθενούς. Η διαφοροποίηση αυτή θεωρείται προαπαιτούμενο για βιώσιμη και επαγγελματικά ασφαλή ενσυναισθητική φροντίδα (Guidi & Traversa, 2021; Nembhard et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση αποκτά πρακτική σημασία όταν γίνεται “χειροπιαστή”, εκφράζεται δηλαδή μέσα από παρατηρήσιμη συμπεριφορά. Αυτό είναι το επίπεδο της *επικοινωνιακής διάστασης της ενσυναίσθησης*. Η κατανόηση του ασθενούς, πρέπει να γίνει αντιληπτό απ' τον ίδιο ότι έχει μεταδοθεί στον επαγγελματία υγείας, αντιθέτως θα βιώσει τη συνάντηση ως απρόσωπη ή ψυχρή. Γίνεται κατανοητό, ότι η ενσυναίσθηση που λαμβάνει ο ασθενής και αυτή που θεωρεί ότι “μετέδωσε” ο επαγγελματίας, δεν είναι απαραίτητο να ταυτίζονται (Nembhard et al., 2023; Tan et al., 2025).

Οι ενσυναισθητικές επικοινωνιακές συμπεριφορές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την ενεργητική ακρόαση, την κατάλληλη χρήση της σιωπής, την αναγνώριση του

συναισθήματος, την περίληψη όσων έχει εκφράσει ο ασθενής και την επιβεβαίωση ότι το μήνυμα έγινε σωστά κατανοητό. Δε θα μπορούσε να παραληφθεί ο σημαντικός ρόλος που έχουν επίσης οι μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως η οπτική επαφή, η στάση του σώματος, ο τόνος της φωνής και η αποφυγή εμφανών περισπασμών κατά τη συζήτηση (Zhang et al., 2024).

Η λεκτική αναγνώριση του συναισθήματος μπορεί να είναι απλή. Φράσεις που αναγνωρίζουν ότι μια κατάσταση είναι δύσκολη, ότι ο φόβος του ασθενούς είναι κατανοητός ή ότι μια απόφαση προκαλεί αβεβαιότητα μπορούν να επιβεβαιώσουν την εμπειρία του. Στον αντίποδα υπάρχει ο κίνδυνος της θεώρησης ως μηχανικών και άνευ ενσυναισθητικής αξίας της χρήσης τυποποιημένων φράσεων χωρίς πραγματική ακρόαση. (Tan et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Για την ολοκλήρωση της επικοινωνιακής διάστασης απαιτείται ο αυτοέλεγχος του επαγγελματία υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, η ενσυναίσθηση γίνεται συνεργατική διαδικασία και αποφεύγονται η εσφαλμένη προβολή και η στερεοτυπική ερμηνεία της εμπειρίας του ασθενούς (Tan et al., 2021; Gonzalez-Tapia & Lazzaro-Salazar, 2023).

3.4 Διάκριση της ενσυναίσθησης από τη συμπάθεια και τη συμπόνοια

Η ενσυναίσθηση και η συμπάθεια, μολονότι χρησιμοποιούνται πολλές φορές ως συνώνυμες έννοιες, μπορούν να διακριθούν σε λειτουργικό επίπεδο. Η συμπάθεια χρησιμοποιείται συνήθως για να εκφραστεί ενδιαφέρον, λύπη και συναισθηματική στάση «για» τον άλλον. Η ενσυναίσθηση αφορά κυρίως στην προσπάθεια κατανόησης της οπτικής και της εμπειρίας του άλλου. Η διάκριση αυτή βέβαια δεν είναι πάντοτε απόλυτη, διότι οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται συχνά με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με τη θεωρητική παράδοση (Guidi & Traversa, 2021).

Στην κλινική πράξη, η συμπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε μια καλοπροαίρετη αλλά περισσότερο πατερναλιστική ανταπόκριση. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αισθάνεται λύπη για τον ασθενή χωρίς να διερευνά τις πραγματικές του ανάγκες και προτιμήσεις. Η ενσυναισθητική προσέγγιση, αντίθετα, απαιτεί να ακούσει πώς ο ίδιος ο ασθενής αντιλαμβάνεται την κατάσταση και να αποφύγει την υπόθεση ότι όλοι οι άνθρωποι με την ίδια διάγνωση έχουν την ίδια εμπειρία (Guidi & Traversa, 2021; Tan et al., 2021).

Η διάκριση δεν σημαίνει ότι η συμπάθεια είναι αναγκαστικά αρνητική ή ασύμβατη με την κλινική φροντίδα. Η ανθρώπινη ζεστασιά και το ενδιαφέρον έχουν σημαντική θέση

στη θεραπευτική σχέση. Ωστόσο, όταν δεν συνοδεύονται από ενεργητική διερεύνηση της οπτικής του ασθενούς, μπορεί να μην επαρκούν για την ανάπτυξη μιας πραγματικά ανθρωποκεντρικής σχέσης (Nembhard et al., 2023; Guidi & Traversa, 2021).

Η συμπόνια έχει σημαντική εννοιολογική επικάλυψη με την ενσυναίσθηση, αλλά συνήθως περιλαμβάνει ένα επιπλέον στοιχείο προσανατολισμένο στην ανακούφιση της οδύνης. Ενώ η ενσυναίσθηση εστιάζει στην κατανόηση και στη σύνδεση με την εμπειρία του άλλου, η συμπόνια περιλαμβάνει συχνά την επιθυμία ή την πρόθεση για υποστηρικτική δράση. Ωστόσο, οι ορισμοί δεν είναι ομοιόμορφοι και στη βιβλιογραφία οι δύο όροι συχνά αλληλεπικαλύπτονται (Malenfant et al., 2022; Marshman et al., 2024).

Η ποιοτική συστηματική ανασκόπηση των Marshman και συνεργατών έδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τη συμπόνια ως αξιακά καθοδηγούμενη στάση που περιλαμβάνει ανθρώπινη παρουσία, κατανόηση και επιθυμία παροχής βοήθειας. Η κατανόηση επομένως αποτελεί μέρος της συμπόνιας, αλλά συμπληρώνεται από έναν περισσότερο ενεργητικό προσανατολισμό προς τις ανάγκες του ασθενούς (Marshman et al., 2024).

Η συμπόνια δεν προϋποθέτει ότι ο επαγγελματίας υγείας θα βιώσει πάντοτε το ίδιο συναίσθημα με τον ασθενή. Μπορεί να αναγνωρίσει την οδύνη, να κατανοήσει τη σημασία της και να αναλάβει κατάλληλη δράση χωρίς να εισέλθει σε έντονη συναισθηματική ταύτιση. Η διάκριση αυτή είναι χρήσιμη επειδή υπογραμμίζει ότι η υποστηρικτική δράση μπορεί να συνυπάρχει με διατηρημένα επαγγελματικά όρια (Malenfant et al., 2022; Marshman et al., 2024).

Στη θεραπευτική σχέση, η ενσυναίσθηση και η συμπόνια μπορούν να θεωρηθούν συμπληρωματικές. Η ενσυναίσθηση βοηθά τον επαγγελματία να κατανοήσει τι βιώνει και τι χρειάζεται ο ασθενής, ενώ η συμπόνια ενισχύει το κίνητρο να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτές. Η σύγχρονη βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η εννοιολογική σαφήνεια είναι απαραίτητη, χωρίς όμως να αγνοείται η υπαρκτή αλληλεπίδραση των δύο εννοιών στην καθημερινή φροντίδα (Guidi & Traversa, 2021; Marshman et al., 2024).

3.5 Επαγγελματικά όρια και πολιτισμικό πλαίσιο

Η ενσυναίσθηση δεν προϋποθέτει την κατάργηση της επαγγελματικής απόστασης. Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να παραμένει αρκετά κοντά ώστε να κατανοεί και να υποστηρίζει τον ασθενή, αλλά και αρκετά διαφοροποιημένος ώστε να διατηρεί την κλινική

του κρίση. Η κατάλληλη απόσταση δεν ταυτίζεται με ψυχρότητα ή αδιαφορία, αλλά με ρυθμισμένη συναισθηματική συμμετοχή (Guidi & Traversa, 2021; Hojat et al., 2023).

Η παραδοσιακή έννοια της «αποστασιοποιημένης φροντίδας» αναπτύχθηκε εν μέρει ως τρόπος προστασίας του επαγγελματία υγείας από τη συναισθηματική επιβάρυνση. Ωστόσο, η υπερβολική αποστασιοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε απρόσωπη επικοινωνία και αποτυχία αναγνώρισης της εμπειρίας του ασθενούς. Νεότερες προσεγγίσεις προτείνουν όχι την κατάργηση του συναισθήματος, αλλά την ανάπτυξη ικανότητας αναγνώρισης, επεξεργασίας και ρύθμισής του (Guidi & Traversa, 2021).

Η αυτογνωσία αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη διατήρηση των ορίων. Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να αναγνωρίζει πότε μια κλινική κατάσταση ενεργοποιεί προσωπικές εμπειρίες, φόβους ή προκαταλήψεις και πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν την ερμηνεία της συμπεριφοράς του ασθενούς. Χωρίς αυτογνωσία, υπάρχει κίνδυνος είτε υπερβολικής εμπλοκής είτε αμυντικής απομάκρυνσης (Tan et al., 2021; Nembhard et al., 2023).

Η διατήρηση ορίων δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως αιτιολογία για την αποφυγή δύσκολων συναισθημάτων ή συζητήσεων. Ο επαγγελματισμός περιλαμβάνει την ικανότητα παραμονής δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια της αβεβαιότητας, της λύπης ή του φόβου, χωρίς να αναλαμβάνει ρόλους που υπερβαίνουν τις αρμοδιότητές του. Η κλινική ενσυναίσθηση είναι επομένως συμβατή με τα όρια και μπορεί να τα καταστήσει περισσότερο σαφή και θεραπευτικά λειτουργικά (Hojat et al., 2023; Guidi & Traversa, 2021).

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αναγνωρίζει ότι η διάγνωση και η θεραπεία πρέπει να εντάσσονται στο προσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενούς. Η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό μηχανισμό για την εφαρμογή αυτής της αρχής, καθώς επιτρέπει στον επαγγελματία να κατανοήσει όχι μόνο τη νόσο αλλά και τη σημασία της νόσου για τον συγκεκριμένο άνθρωπο (Tan et al., 2021; Nembhard et al., 2023).

Η ίδια θεραπευτική επιλογή μπορεί να έχει διαφορετική βαρύτητα ανάλογα με τις αξίες και τις προτεραιότητες κάθε ασθενούς. Για έναν ασθενή μπορεί να είναι σημαντικότερη η μέγιστη δυνατή παράταση της ζωής, ενώ για έναν άλλο η διατήρηση της λειτουργικότητας, της ανεξαρτησίας ή συγκεκριμένων οικογενειακών ρόλων. Η ενσυναίσθητική διερεύνηση επιτρέπει την αναγνώριση αυτών των διαφορών και υποστηρίζει την εξατομίκευση της φροντίδας (Nembhard et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση συμβάλλει επίσης στην αναγνώριση πρακτικών και κοινωνικών εμποδίων τα οποία μπορεί να μην είναι εμφανή από τα καθαρά βιοϊατρικά δεδομένα.

Οικονομικές δυσκολίες, οικογενειακές υποχρεώσεις, χαμηλή υγειονομική παιδεία, φόβος στιγματισμού ή προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες από το σύστημα υγείας μπορούν να επηρεάσουν την εφαρμογή μιας θεραπείας. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων είναι απαραίτητη για μια ρεαλιστική και βιώσιμη θεραπευτική πρόταση (Nembhard et al., 2023; Gonzalez-Tapia & Lazzaro-Salazar, 2023).

Η ενσυναίσθηση δεν εκφράζεται και δεν ερμηνεύεται με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα πολιτισμικά περιβάλλοντα. Οι προσδοκίες σχετικά με την οπτική επαφή, τη συναισθηματική έκφραση, τη συμμετοχή της οικογένειας, την αυτονομία και τον τρόπο ανακοίνωσης δύσκολων πληροφοριών μπορεί να διαφέρουν σημαντικά. Συνεπώς, μια συμπεριφορά που θεωρείται ενσυναίσθητική σε ένα περιβάλλον μπορεί να μην ερμηνεύεται με τον ίδιο τρόπο σε ένα άλλο (Gonzalez-Tapia & Lazzaro-Salazar, 2023).

Η πολιτισμικά ευαίσθητη ενσυναίσθηση δεν σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων όλες τις αξίες ή τις πεποιθήσεις κάθε πολιτισμικής ομάδας. Αντίθετα, απαιτεί πολιτισμική ταπεινότητα και προθυμία διερεύνησης της ατομικής εμπειρίας του ασθενούς. Η εφαρμογή γενικεύσεων με βάση την εθνικότητα ή τη θρησκεία μπορεί να οδηγήσει σε στερεοτυπικές ερμηνείες, ακόμη και όταν η πρόθεση του επαγγελματία υγείας είναι θετική (Gonzalez-Tapia & Lazzaro-Salazar, 2023).

Η πολιτισμική διάσταση επηρεάζει και τη μέτρηση της ενσυναίσθησης. Οι μεταφρασμένες εκδοχές των εργαλείων χρειάζονται όχι μόνο γλωσσική μετάφραση αλλά και ψυχομετρική και πολιτισμική επικύρωση. Διαφορές στις βαθμολογίες μεταξύ χωρών μπορεί να αντανakλούν πραγματικές διαφορές, αλλά μπορεί επίσης να σχετίζονται με τον τρόπο κατανόησης των ερωτήσεων, την κοινωνική επιθυμητότητα ή διαφορετικές προσδοκίες για τον επαγγελματικό ρόλο (Lima & Osório, 2021; Voultsos et al., 2024).

3.6 Μέτρηση της κλινικής ενσυναίσθησης

Η μέτρηση της ενσυναίσθησης αποτελεί ιδιαίτερα απαιτητικό πεδίο, επειδή τα διαθέσιμα εργαλεία δεν αξιολογούν πάντα την ίδια διάσταση. Ορισμένα μετρούν τη γενική ενσυναίσθητική τάση, άλλα την κλινική στάση του επαγγελματία υγείας, άλλα τις παρατηρούμενες επικοινωνιακές συμπεριφορές και άλλα την ενσυναίσθηση όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής. Επομένως, η επιλογή του εργαλείου πρέπει να καθορίζεται από το ερευνητικό ερώτημα και τον ορισμό της ενσυναίσθησης που υιοθετείται (Lima & Osório, 2021; Nembhard et al., 2023).

Τα εργαλεία αυτοαναφοράς ζητούν από τον επαγγελματία ή τον εκπαιδευόμενο να αξιολογήσει τις δικές του στάσεις και αντιδράσεις. Το βασικό τους πλεονέκτημα είναι η εύκολη και οικονομική εφαρμογή σε μεγάλα δείγματα. Περιοριστικός παράγοντας είναι ότι οι απαντήσεις μπορεί να επηρεάζονται από την κοινωνική επιθυμητότητα, την αυτοαντίληψη και την περιορισμένη ικανότητα του ατόμου να αξιολογήσει με ακρίβεια τη δική του συμπεριφορά (Lima & Osório, 2021; Hojat et al., 2023).

Η *Jefferson Scale of Empathy* αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης σε επαγγελματίες και φοιτητές επαγγελματιών υγείας. Η κλίμακα επικεντρώνεται κυρίως στη γνωστική και επαγγελματική διάσταση της κλινικής ενσυναίσθησης και περιλαμβάνει διαφορετικές εκδοχές ανάλογα με τον πληθυσμό εφαρμογής. Η ευρεία χρήση της έχει επιτρέψει συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών, αλλά η έμφαση στη γνωστική ενσυναίσθηση αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό της (Hojat et al., 2023; Tan et al., 2025).

Σε ελληνική μελέτη χρησιμοποιήθηκε η *Jefferson Scale of Empathy* σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής και παρουσίασε αρκετά πλεονεκτήματα. Η μελέτη υποστήριξε την εσωτερική συνέπεια και την επαναληπτική αξιοπιστία της κλίμακας στον συγκεκριμένο πληθυσμό, προσφέροντας ένα εργαλείο που μπορεί να αξιοποιηθεί σε ελληνόφωνες εκπαιδευτικές και ερευνητικές εφαρμογές. Η επικύρωση αυτή δεν σημαίνει, ωστόσο, ότι η κλίμακα μετρά όλες τις πιθανές διαστάσεις της κλινικής ενσυναίσθησης. Επιπλέον, υπάρχουν αρκετοί περιορισμοί που αφορούν την ασφάλεια γενίκευσης των ευρημάτων (Voultsos et al., 2024).

Άλλα γενικά εργαλεία, όπως το *Interpersonal Reactivity Index* και το *Empathy Quotient*, χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση διαφορετικών γνωστικών ή συναισθηματικών διαστάσεων της ενσυναίσθησης. Τα εργαλεία αυτά ενώ έχουν ευρεία εφαρμογή στην ψυχολογική έρευνα, δεν έχουν σχεδιαστεί συγκεκριμένα για το κλινικό περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι χρήση και η ερμηνεία τους σε επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι προσεκτική ως προς τη σχέση των βαθμολογιών με την πραγματική κλινική συμπεριφορά (Lima & Osório, 2021).

Η *Multidimensional Clinical Empathy Scale* αναπτύχθηκε πρόσφατα με στόχο να καλύψει τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές διαστάσεις της κλινικής ενσυναίσθησης σε επαγγελματίες και φοιτητές επαγγελματιών υγείας. Η ανάπτυξή της βασίστηκε σε ένα πολυδιάστατο θεωρητικό πλαίσιο και η αρχική ανάλυση έδειξε ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες. Απαιτείται όμως περαιτέρω αξιολόγηση σε διαφορετικές χώρες, γλώσσες και

κλινικά περιβάλλοντα, για να τεκμηριωθεί με μεγαλύτερη ασφάλεια ότι πρόκειται για νέο εργαλείο (Tan et al., 2025).

Η ενσυναίσθηση μπορεί επίσης να αξιολογηθεί από την οπτική του ασθενούς. Το *Consultation and Relational Empathy Measure* επιτρέπει στους ασθενείς να αξιολογούν την ενσυναίσθηση που αντιλήφθηκαν κατά τη διάρκεια μιας κλινικής συνάντησης. Η προσέγγιση αυτή έχει ιδιαίτερη αξία, επειδή η ενσυναίσθηση αποκτά θεραπευτική σημασία όταν γίνεται αντιληπτή από τον αποδέκτη της και όχι μόνο όταν θεωρεί ο επαγγελματίας υγείας ότι την επέδειξε (Erzurumlu et al., 2025).

Οι αξιολογήσεις των ασθενών επηρεάζονται επίσης από παράγοντες όπως οι προηγούμενες προσδοκίες, η γενική ικανοποίηση, η κατάσταση της υγείας και το πολιτισμικό πλαίσιο. Για τον λόγο αυτό, ούτε η αξιολόγηση του ασθενούς αποτελεί από μόνη της απόλυτο μέτρο της ενσυναίσθησης. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, προσφέρει κρίσιμη πληροφορία για τη σχεσιακή και επικοινωνιακή διάσταση της κλινικής εμπειρίας (Nembhard et al., 2023; Erzurumlu et al., 2025).

Μια ακόμα προσέγγιση περιλαμβάνει την αξιολόγηση από εκπαιδευμένους παρατηρητές, συχνά με βάση *βιντεοσκοπημένες ή προσομοιωμένες κλινικές συναντήσεις*. Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την καταγραφή συγκεκριμένων λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών, αλλά απαιτεί περισσότερο χρόνο, εκπαίδευση των αξιολογητών και σαφή κριτήρια κωδικοποίησης. Επιπλέον, η παρατηρούμενη συμπεριφορά δεν αποτυπώνει αναγκαστικά την εσωτερική πρόθεση ή τη συνολική εμπειρία του ασθενούς (Nembhard et al., 2023; Zhang et al., 2024).

Δεν υπάρχει επομένως ένα μοναδικό «χρυσό πρότυπο» μέτρησης της ενσυναίσθησης. Η χρήση περισσότερων από μίας πηγών αξιολόγησης, όπως αυτοαναφορά, αξιολόγηση από ασθενή και παρατήρηση συμπεριφοράς, μπορεί να προσφέρει πληρέστερη εικόνα. Η πολυμεθοδολογική αξιολόγηση είναι ιδιαίτερα σημαντική στις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις, επειδή μια αύξηση στην αυτοαναφερόμενη ενσυναίσθηση δεν σημαίνει απαραίτητα αντίστοιχη αλλαγή στην κλινική συμπεριφορά (Lima & Osório, 2021; Nembhard et al., 2023; Tan et al., 2025).

Με βάση τις παραπάνω προσεγγίσεις, η κλινική ενσυναίσθηση μπορεί να περιγραφεί ως διαδικασία τεσσάρων αλληλένδετων σταδίων. Το *πρώτο* είναι η προσεκτική παρατήρηση και ακρόαση του ασθενούς. Το *δεύτερο* είναι η προσπάθεια κατανόησης της οπτικής και της συναισθηματικής του κατάστασης. Το *τρίτο* είναι η ρυθμισμένη συναισθηματική ανταπόκριση του επαγγελματία υγείας και **το τέταρτο** είναι η επικοινωνία

της κατανόησης και η προσαρμογή της κλινικής φροντίδας (Tan et al., 2021; Guidi & Traversa, 2021).

Η διαδικασία αυτή δεν είναι γραμμική ούτε ολοκληρώνεται σε μία μόνο στιγμή. Ο επαγγελματίας χρειάζεται να επανελέγχει την κατανόησή του, καθώς νέες πληροφορίες και συναισθήματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής σχέσης. Η ενσυναίσθηση επομένως αποτελεί συνεχή και δυναμική διαδικασία, ιδιαίτερα σε χρόνιες παθήσεις και σε μακροχρόνια θεραπευτική παρακολούθηση (Nembhard et al., 2023).

Στο λειτουργικό αυτό μοντέλο, η ενσυναίσθηση δεν περιορίζεται στην κατανόηση ούτε ταυτίζεται με τη συναισθηματική ταύτιση. Περιλαμβάνει κατανόηση, συναισθηματική ευαισθησία, επικοινωνία και θεραπευτικά κατάλληλη ανταπόκριση. Η αποτυχία ενός από τα στοιχεία αυτά μπορεί να περιορίσει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει τη σχέση, ακόμη και όταν τα υπόλοιπα στοιχεία είναι παρόντα (Tan et al., 2021; Tan et al., 2025).

3.7 Κριτική αποτίμηση- Συμπεράσματα κεφαλαίου

Η κλινική ενσυναίσθηση αποτελεί πολυδιάστατη και σχεσιακή διαδικασία. Περιλαμβάνει την κατανόηση της οπτικής του ασθενούς, τη συναισθηματική ευαισθησία απέναντι στην εμπειρία του, την επικοινωνιακή έκφραση αυτής της κατανόησης και την προσαρμογή της επαγγελματικής ανταπόκρισης. Η ενσυναίσθηση διαφέρει εννοιολογικά από τη συμπάθεια και τη συμπόνια, αλλά στην κλινική πράξη οι έννοιες αυτές μπορούν να αλληλεπιδρούν και να λειτουργούν συμπληρωματικά (Guidi & Traversa, 2021; Marshman et al., 2024).

Η μέτρηση της ενσυναίσθησης παραμένει σύνθετη, δεδομένης της ύπαρξης διαφορετικών εργαλείων, τα οποία αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις και οπτικές. Οι αυτοαναφορές των επαγγελματιών, οι αξιολογήσεις των ασθενών και η παρατήρηση της συμπεριφοράς παρέχουν διαφορετικές αλλά συμπληρωματικές πληροφορίες. Συνεπώς, η ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων οφείλει να αξιολογεί και το χρησιμοποιούμενο ορισμό αλλά και τη μέθοδο μέτρησης (Lima & Osório, 2021; Nembhard et al., 2023).

4. Η ενσυναίσθηση και η θεραπευτική σχέση

4.1 Εισαγωγή

Η θεραπευτική σχέση θα μπορούσε να οριστεί ως το διαπροσωπικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνουν χώρα η αξιολόγηση, η ενημέρωση, η λήψη αποφάσεων και η εφαρμογή της θεραπείας. Η ευγενική συμπεριφορά και η απλή ανταλλαγή πληροφοριών από μόνες τους δεν αρκούν να ορίσουν τη θεραπευτική σχέση, χρειάζονται επιπλέον η ανάπτυξη εμπιστοσύνης, η αμοιβαία κατανόηση, ο σεβασμός των ρόλων και η συνεργασία. Η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό στοιχείο και συνεκτικό κρίκο αυτής της σχέσης, επιτρέποντας την κατανόηση της εμπειρίας του ασθενούς και κατά συνέπεια την βέλτιστη κλινική και επικοινωνιακή προσέγγιση (Tan et al., 2021; Nembhard et al., 2023).

Η θεραπευτική σχέση είναι ένα δυναμικό γνώρισμα της κλινικής συνάντησης που αναπτύσσεται και μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Αποτελεί συνάρτηση των προηγούμενων εμπειριών του ασθενούς, των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του επαγγελματία υγείας, της σοβαρότητας της κατάστασης, της αβεβαιότητας, του πολιτισμικού πλαισίου και των οργανωσιακών συνθηκών παροχής φροντίδας. Η ενσυναίσθηση είναι παράγοντας σταθεροποίησης της θεραπευτικής σχέσης και αυτό καθίσταται εντονότερο όταν ο ασθενής βρίσκεται σε πιο ευάλωτη θέση ή έρχεται αντιμέτωπος με πιο σύνθετες και απειλητικές πληροφορίες (Wu et al., 2022; Grauman et al., 2023).

Το να θεωρηθεί η ενσυναίσθηση ένα απλό γνώρισμα της τεχνικής επάρκειας του επαγγελματία υγείας είναι σαφώς μια ελλιπής περιγραφή. Η κλινική γνώση και η επικοινωνιακή σχέση είναι συγκοινωνούντα δοχεία, δεδομένου ότι η αποτελεσματική εφαρμογή μιας θεραπευτικής πρότασης έχει ως προϋπόθεση την κατανόηση των αναγκών, των αξιών, και των πρακτικών δυνατοτήτων του ασθενούς. Οπωσδήποτε η ενσυναισθητική προσέγγιση δεν αντικαθιστά την επιστημονική τεκμηρίωση, ωστόσο συμβάλλει καθοριστικά στην προσαρμογή της στον εκάστοτε ασθενή (Zhang et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

4.2 Θεμελιώδη στοιχεία και δυναμική της θεραπευτικής σχέσης

Η θεραπευτική σχέση είναι μια πολύπλοκη αλληλεπίδραση, η οποία περιλαμβάνει γνωστικά, συναισθηματικά, επικοινωνιακά και ηθικά στοιχεία. Τα χαρακτηριστικά που την προάγουν περιλαμβάνουν την εμπιστοσύνη, την ειλικρίνεια, τη διατήρηση των επαγγελματικών ορίων, τη συνέχεια της φροντίδας, τον αμοιβαίο σεβασμό καθώς και τη συνεργασία γύρω από κοινούς θεραπευτικούς στόχους. Η ποιότητά της καθορίζεται πέρα από τα λεγόμενα αυτά καθ' αυτά και από το πώς βιώνεται η παρουσία, η προσοχή και η διαθεσιμότητα του επαγγελματία υγείας από τον ασθενή (Grauman et al., 2023; Kwame & Petrucka, 2021).

Στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης συναντάμε συχνά την έννοια της θεραπευτικής συμμαχίας. Αυτή εξελίχθηκε κυρίως στο πεδίο της ψυχοθεραπείας, αλλά ορισμένα στοιχεία της μπορούν να επεκταθούν και ευρύτερα στην υπόλοιπη υγειονομική φροντίδα. Μεταξύ αυτών των στοιχείων αξίζει να αναφερθούν η συμφωνία ως προς τους στόχους, η συνεργασία ως προς τις θεραπευτικές ενέργειες και η ανάπτυξη ενός λειτουργικού διαπροσωπικού δεσμού. Σε κλινικό επίπεδο τα στοιχεία αυτά μπορούν να υπάρξουν αν πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως επαρκής διάρκεια και ποιοτική φύση της επαφής, δεδομένου ότι πρόκειται συνήθως για μία χρόνια θεραπευτική σχέση και όχι μια σύντομη επείγουσα συνάντηση (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021).

Η θεραπευτική σχέση είναι *a priori* ασύμμετρη, λόγω του ότι ο επαγγελματίας υγείας βρίσκεται σε θέση “ισχύος” κατέχοντας εξειδικευμένη γνώση και όντας “υγιής” (συνήθως). Εν αντιθέσει ο ασθενής συχνά διακατέχεται από αβεβαιότητα και δεν είναι αυτόαρκης. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση δεν αναιρεί αυτή την ασυμμετρία, ωστόσο αποπειράται να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις της μέσω σαφούς ενημέρωσης, σεβασμού της αυτονομίας και ουσιαστικής συμμετοχής του ασθενούς. Η ενσυναίσθηση είναι καθοριστική ώστε ο επαγγελματίας υγείας να συνειδητοποιεί πώς η προαναφερθείσα ανισορροπία εκλαμβάνεται από τον ασθενή (Grauman et al., 2023; Wehking et al., 2024).

Η ενσυναίσθηση λειτουργεί ως μηχανισμός σύνδεσης μεταξύ της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς και της επαγγελματικής ανταπόκρισης. Η ενεργητική ακρόαση και η λήψη της οπτικής του ασθενούς λειτουργούν ως εργαλεία αναγνώρισης των συμπτωμάτων αλλά και των ψυχικών διεργασιών που σχετίζονται με το βίωμα της νόσου (το φόβο, την αβεβαιότητα) αλλά και των προσωπικών συνεπειών. Μέσω της αναγνώρισης

αυτής η κλινική συνάντηση μετατρέπεται από απλή μεταφορά τεχνικών πληροφοριών σε σχεσιακή διαδικασία (Tan et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Η αίσθηση σύνδεσης διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες. Ενισχύεται μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές, όπως η αναγνώριση ενός συναισθήματος, η περίληψη της ανησυχίας, η κατάλληλη σιωπή και η επιβεβαίωση της ορθής κατανόησης και όχι απαραίτητα από τη διάρκεια. Ακόμα και σε μια μακρά συνάντηση αν επικρατούν διακοπή, βιασύνη και έλλειψη ανταπόκρισης στα συναισθηματικά μηνύματα του ασθενούς μπορεί να βιωθεί αρνητικά (Zhang et al., 2024; Westendorp et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση είναι σχεσιακή και όχι αποκλειστικά ατομική ιδιότητα. Η θεραπευτική της σημασία εξαρτάται από το κατά πόσο εκφράζεται με τρόπο που μπορεί να αναγνωριστεί από τον ασθενή. Γίνεται αντιληπτό επομένως ότι υπάρχει σημαντική εκατέρωθεν υποκειμενικότητα. Από τη μια πλευρά, η αυτοαξιολόγηση του επαγγελματία δεν ταυτίζεται πάντοτε με την αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ενσυναίσθηση, ενώ από την άλλη διαφορετικοί ασθενείς μπορεί να αξιολογούν διαφορετικά την ίδια επικοινωνιακή συμπεριφορά (Nembhard et al., 2023; Keshtkar et al., 2024).

4.3 Επικοινωνία, εμπιστοσύνη, αυτοαποκάλυψη

Η ενσυναίσθηση γίνεται αντιληπτή στη θεραπευτική σχέση μέσω της επικοινωνίας. Η επικοινωνία, όταν διακρίνεται από ενσυναίσθηση χαρακτηρίζεται από προσεκτική ακρόαση, διερεύνηση της οπτικής του ασθενούς, αναγνώριση συναισθηματικών μηνυμάτων και προσαρμογή του περιεχομένου και του ρυθμού της ενημέρωσης στις ανάγκες του. Η συστηματική ανασκόπηση των Zhang και συνεργατών ανέδειξε ότι η ενσυναίσθηση εκφράζεται με ποικίλες λεκτικές και μη λεκτικές μορφές και μπορεί να ενισχύσει την επικοινωνία ιατρού–ασθενούς (Zhang et al., 2024).

Η ενεργητική ακρόαση έχει σημαντικές διαφορές από την παθητική σιωπή. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της πρώτης είναι η παρακολούθηση του περιεχομένου της συνομιλίας από τον επαγγελματία υγείας, η παράκληση για διευκρινίσεις, η αναγνώριση των υποκείμενων συναισθημάτων, η επαναφορά της συζήτησης στα βασικά προβλήματα του ασθενούς. Εν αντιθέσει, συμπεριφορές όπως η πρόωρη αλλαγή θέματος, η υπερβολική χρήση ιατρικής ορολογίας και η εστίαση στην οθόνη μπορεί να δώσουν την εντύπωση ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν προσέχει τον ασθενή, ακόμη και όταν ο τελευταίος θεωρεί ότι έχει επιτελέσει ορθά την εργασία του (Kwame & Petrucka, 2021; Zhang et al., 2024).

Η ενσυναισθητική επικοινωνία δεν έχει ως προαπαιτούμενο μακροσκελείς συναισθηματικές δηλώσεις. Η αναγνώριση, όταν χαρακτηρίζεται από ενεργητική ακρόαση, είναι επαρκής ακόμα και αν είναι σύντομη και συγκεκριμένη, όπως η επισήμανση της δυσκολίας μιας απόφασης ή η ανακοίνωση μιας δυσάρεστης είδησης. Ο κρίσιμος παράγοντας είναι η σύνδεση με τα λεχθέντα και τα εκφρασθέντα του ασθενούς και όχι η χρήση μηχανικών ή γενικευμένων φράσεων (Tan et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Τα μη λεκτικά στοιχεία, όπως η οπτική επαφή, η θέση του σώματος, ο τόνος της φωνής, οι παύσεις και η αποφυγή περισπασμών, έχουν αντίκτυπο στον τρόπο ερμηνείας του επαγγελματία υγείας. Η συμφωνία μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής συμπεριφοράς είναι εξέχουσας σημασίας, καθώς μια υποστηρικτική φράση μπορεί να χάσει την αξία της όταν εκφέρεται βιαστικά ή χωρίς εμφανή προσοχή προς τον ασθενή (Zhang et al., 2024; Wang et al., 2022).

Η εμπιστοσύνη αποτελεί προαπαιτούμενο της θεραπευτικής σχέσης, καθώς ο ασθενής καλείται να αποδεχθεί μια αναπόφευκτη μορφή ευαλωτότητας. Πρέπει να δεχτεί, ότι ο επαγγελματίας υγείας διαθέτει γνώσεις, συνέπεια, ηθική και ενδιαφέρεται για το συμφέρον και τις αξίες του. Η ενσυναίσθηση ενισχύει ιδιαίτερα τη διάσταση της καλοπροαίρετης πρόθεσης, επειδή μεταφέρει στον ασθενή ότι ο επαγγελματίας υγείας ενδιαφέρεται για τον ίδιο και όχι μόνο για την τεχνική αντιμετώπιση της νόσου (Wu et al., 2022).

Η μελέτη των Wu και συνεργατών έδειξε ότι η αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση του ιατρού συνδεόταν τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, μέσω της εμπιστοσύνης, με την αξιολόγηση της σχέσης ιατρού–ασθενούς. Η εμπιστοσύνη στην καλοπροαίρετη στάση του ιατρού φάνηκε να έχει ιδιαίτερη σημασία, υποστηρίζοντας ότι ο ασθενής αξιολογεί όχι μόνο την τεχνική επάρκεια, αλλά και το αν ο επαγγελματίας φαίνεται να ενεργεί προς όφελός του (Wu et al., 2022).

Η σχέση ενσυναίσθησης, εμπιστοσύνης και ικανοποίησης δεν είναι απαραίτητα γραμμική. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η ενσυναίσθηση σχετιζόταν θετικά με την εμπιστοσύνη και ότι μέρος αυτής της σχέσης ήταν συνάρτηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Διατυπώνεται επομένως μια πιθανή ερμηνεία του μηχανισμού, χωρίς ωστόσο να καταδεικνύεται η αιτιώδης αλληλεπίδραση των σχέσεων (Bai et al., 2025).

Τέλος, η εμπιστοσύνη μπορεί να διευκολύνει την αποδοχή της αβεβαιότητας. Ο επαγγελματίας υγείας συχνά δεν έχει τη δυνατότητα να προσφέρει βέβαιες απαντήσεις, επί παραδείγματι σε ογκολογικές νόσους. Η αναγνώριση της αβεβαιότητας, όταν είναι ειλικρινής, όταν συνοδεύεται από σαφή εξήγηση και δέσμευση για συνέχιση της φροντίδας,

είναι πιο αποτελεσματική αναφορικά με την εμπιστοσύνη του ασθενούς σε σχέση με μια υπερβολικά καθησυχαστική αλλά μη ρεαλιστική απάντηση (Grauman et al., 2023; Westendorp et al., 2023).

Η ψυχολογική ασφάλεια στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης είναι απαραίτητη, ώστε να διασφαλίζεται η αποκάλυψη ευαίσθητων πληροφοριών από τον ασθενή. Παραδείγματα τέτοιων πληροφοριών περιλαμβάνουν μη συμμόρφωση στην αγωγή, εναλλακτικές θεραπείες, ψυχολογικά, σεξουαλικά και οικονομικά προβλήματα. Όταν ο ασθενής αντιμετωπίζεται με ενσυναίσθηση αυξάνονται οι πιθανότητες αποκάλυψης τέτοιων πληροφοριών, δεδομένης της μικρότερης πιθανότητας προσδοκώμενης αρνητικής αντιμετώπισης από τον επαγγελματία υγείας (Broadbridge et al., 2024).

Η μελέτη των Broadbridge και συνεργατών, που αφορούσε ογκολογικούς ασθενείς, έδειξε συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ενσυναίσθητικής επικοινωνίας και της απόφαση του ασθενούς να αποκαλύψει ή να αποκρύψει πληροφορίες. Η συσχέτιση αυτή φαίνεται πως αφορά την ψυχολογική προσαρμογή και την αυτοπεποίθηση του ασθενούς ως προς τη δυνατότητά του να αναφέρει και να συζητήσει ευαίσθητα θέματα (Broadbridge et al., 2024).

Είναι σαφές ότι η απόκρυψη ανεπιθύμητων ενεργειών, πρακτικών δυσκολιών ή παράλληλων θεραπειών μπορεί να επηρεάσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Επομένως, η ενσυναίσθηση πέραν της διευκόλυνσης της συναισθηματικής έκφρασης, βελτιώνει και την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών πάνω στις οποίες βασίζονται οι κλινικές αποφάσεις (Broadbridge et al., 2024; Akeeb et al., 2023).

4.4 Συμμετοχή του ασθενούς και έκβαση της φροντίδας

Ως θεραπευτική συμμαχία ορίζεται η συνεργασία που αναπτύσσεται γύρω από τους στόχους και τα μέσα της θεραπείας σε συνδυασμό με τον διαπροσωπικό δεσμό που εξασφαλίζει τη συνέχιση και την περαιτέρω ανάπτυξη της συνεργασίας αυτής. Δεδομένου ότι η έννοια αυτή έχει ευρεία εφαρμογή, πρέπει να χρησιμοποιείται προσεκτικά λόγω διαφορών σε χαρακτηριστικά της σχέσης (όπως η διάρκεια και η ένταση) στα διαφορετικά πεδία της υγειονομικής φροντίδας πχ ψυχοθεραπείας, νοσηλευτικής, πρωτοβάθμιας φροντίδας και νοσοκομειακής ιατρικής (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021).

Σε μελέτη νοσηλευτών ψυχικής υγείας, διαφορετικές διαστάσεις της ενσυναίσθησης συνδέθηκαν με την ποιότητα της νοσηλευτικής θεραπευτικής σχέσης. Η γνωστική λήψη της

οπτικής του ασθενούς και η ενσυναίσθητική ανησυχία μπορεί να υποστηρίξουν τη συνεργασία, ενώ η υπερβολική προσωπική δυσφορία του επαγγελματία υγείας μπορεί να λειτουργεί διαφορετικά και να περιορίζει τη θεραπευτική του διαθεσιμότητα (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021).

Η ενσυναίσθηση συνεισφέρει στη συμμαχία όταν οδηγεί σε καλύτερη συμφωνία ως προς το πρόβλημα και τους θεραπευτικούς στόχους. Ο επαγγελματίας υγείας, που διερευνά τι θεωρεί σημαντικό ο ασθενής, μπορεί να εντοπίσει ασυμφωνία ανάμεσα στον θεραπευτικό στόχο και στις προσωπικές του προτεραιότητες. Η αναγνώριση των διαφορών αυτών δίνει τη δυνατότητα της διαπραγμάτευσης και απομακρύνει ενδεχόμενα όπως επιφανειακής συμφωνίας που δεν ακολουθείται από πιστή εφαρμογή της θεραπείας (Kwame & Petrucka, 2021; Wehking et al., 2024).

Προϋπόθεση για την κοινή λήψη αποφάσεων αποτελεί η κατανοητή πληροφόρηση του ασθενούς για τις επιλογές του και η δυνατότητα συζήτησης στην οποία θα εκφραστούν προτιμήσεις, απορίες και αμφισβήτηση. Η ενσυναίσθηση έχει καθοριστικό ρόλο στη διαδικασία αυτή όντας λίαν βοηθητική στην αναγνώριση των παραγόντων που έχουν περισσότερη σημασία στον ασθενή (Grauman et al., 2023; Wehking et al., 2024).

Η κοινή λήψη αποφάσεων αποτελεί μια πρακτική με αρκετή αμφισβήτηση στους υγειονομικούς. Αρχικά αξίζει να αναφερθεί ότι δεν σημαίνει απλή μεταβίβαση της ευθύνης στον ασθενή, δεδομένου ότι η παρουσίαση πολλών επιλογών μπορεί να προκαλέσει άγχος και αμηχανία, ιδιαίτερα όταν οι πληροφορίες είναι περίπλοκες και τεχνικές, οι επιλογές έχουν μεγάλο διακύβευμα και όταν η πληροφόρηση δεν συνοδεύεται από επαρκή καθοδήγηση. Η ενσυναίσθητική προσέγγιση στην λήψη αποφάσεων, σημαίνει ότι ο επαγγελματίας υγείας προσαρμόζει το επίπεδο υποστήριξης να περιορίζει την αυτονομία του ασθενούς (όπως είθισται στο πατερναλιστικό μοντέλο) (Westendorp et al., 2023; Grauman et al., 2023).

Η πρόσφατη παρατήρηση των παρεμβάσεων κοινής λήψης αποφάσεων δείχνει ότι οι επιδράσεις τους είναι συνήθως θετικές ή ουδέτερες με σημαντική ετερογένεια ωστόσο ως προς τους πληθυσμούς, τις παρεμβάσεις και τις εκβάσεις. Επομένως, η ενσυναίσθηση και η συμμετοχή του ασθενούς δεν εξασφαλίζουν αυτόματα καλύτερες κλινικές εκβάσεις, αλλά πρέπει να αντιμετωπίζονται ως βασικά στοιχεία της ποιότητας και της ηθικής νομιμοποίησης της φροντίδας (Wehking et al., 2024).

Ο ρόλος της ενσυναίσθησης είναι χρήσιμος όταν ο ασθενής επιθυμεί να αποφασίσει μια διαφορετική μέθοδο/θεραπεία από αυτήν που θα πρότεινε ο επαγγελματίας. Οι λόγοι της διαφωνίας περιλαμβάνουν φόβο ανεπιθύμητων ενεργειών, διαφορετική αξιολόγηση της

ποιότητας ζωής, οικογενειακές υποχρεώσεις ή παρανοήσεις σχετικά με τις λεπτομέρειες θεραπείας. Η κατανόηση αυτών των παραγόντων και η έκφρασή της με τρόπο που θα εκληφθεί από τον ασθενή επιτρέπει να διατηρηθεί η θεραπευτική σχέση ακόμη και όταν δεν επιτυγχάνεται πλήρης συμφωνία (Kwame & Petrucka, 2021; Grauman et al., 2023).

Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί μία από τις συχνότερα μελετημένες εκβάσεις της ενσυναίσθησης. Δεν ταυτίζεται με την ποιότητα της φροντίδας, καθώς επηρεάζεται από τις προσδοκίες, την πρόσβαση, το περιβάλλον, την τεχνική έκβαση και άλλους παράγοντες. Παρ' όλα αυτά, παρέχει σημαντική πληροφορία για τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει την επικοινωνία και τη σχέση με τον επαγγελματία υγείας (Keshtkar et al., 2024).

Η συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων μελετών των Keshtkar και συνεργατών κατέληξε ότι η ενίσχυση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, τα αποτελέσματα παρουσίαζαν ετερογένεια και οι παρεμβάσεις δεν χρησιμοποιούσαν πάντοτε τον ίδιο ορισμό ή τις ίδιες μεθόδους μέτρησης της ενσυναίσθησης, γεγονός που απαιτεί προσεκτική ερμηνεία του μεγέθους της επίδρασης (Keshtkar et al., 2024).

Η ικανοποίηση φαίνεται να επηρεάζεται ιδιαίτερα όταν ο επαγγελματίας υγείας αναγνωρίζει τα επικοινωνιακά σημεία που προσφέρει ο ασθενής και ανταποκρίνεται σε αυτά. Μελέτες παρατήρησης κλινικών συναντήσεων έχουν συνδέσει την προσοχή στα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα με υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση και καλύτερη αξιολόγηση της φροντίδας (Pires et al., 2024).

Η υψηλή ικανοποίηση δεν πρέπει να αποτελεί τον μοναδικό στόχο της ενσυναισθητικής επικοινωνίας. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να χρειαστεί να μεταδώσει δυσάρεστες πληροφορίες, να αρνηθεί μια μη ενδεδειγμένη παρέμβαση ή να θέσει όρια. Η ενσυναίσθηση σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αποσκοπεί στο να συμφωνήσει ο ασθενής με όλα, αλλά στο να αισθανθεί ότι η θέση και η δυσφορία του αναγνωρίστηκαν και αντιμετωπίστηκαν με σεβασμό (Zhang et al., 2024; Westendorp et al., 2023).

4.5 Ενσυναίσθηση σε ειδικά κλινικά και επικοινωνιακά πλαίσια

Ενσυναίσθηση στη σχέση Ιατρού- Ασθενούς

Η σημασία της ενσυναίσθησης γίνεται ιδιαίτερα εμφανής στις συζητήσεις που αφορούν σοβαρή διάγνωση, επιδείνωση, θεραπευτική αποτυχία, πρόγνωση ή αλλαγή του στόχου της φροντίδας. Οι καταστάσεις αυτές περιλαμβάνουν υψηλό συναισθηματικό φορτίο και συχνά

περιορίζουν προσωρινά την ικανότητα του ασθενούς να επεξεργαστεί σύνθετες πληροφορίες. Η ενσυναίσθητική επικοινωνία απαιτεί προσαρμογή του ρυθμού, αναγνώριση του συναισθήματος και επαναλαμβανόμενο έλεγχο της κατανόησης (Song et al., 2022; Westendorp et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση δεν αντιτίθεται στην ειλικρινή ενημέρωση. Αντίθετα, η αποφυγή σαφών πληροφοριών με σκοπό την προστασία του ασθενούς μπορεί να υπονομεύσει την αυτονομία και την εμπιστοσύνη. Μια ενσυναίσθητική ανακοίνωση συνδυάζει την αλήθεια με την προσαρμογή στις πληροφοριακές ανάγκες, την αναγνώριση των αντιδράσεων και τη διαβεβαίωση ότι η θεραπευτική υποστήριξη θα συνεχιστεί (Grauman et al., 2023; Westendorp et al., 2023).

Πειραματικά δεδομένα δείχνουν ότι ο τρόπος με τον οποίο ο ιατρός ανταποκρίνεται μετά την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων μπορεί να επηρεάσει τη συναισθηματική αντίδραση και την εμπιστοσύνη του ασθενούς. Η υποστηρικτική ανταπόκριση, η αναγνώριση του συναισθήματος και η αποφυγή ψυχρής ή υπερβολικά τεχνικής γλώσσας είναι επομένως σημαντικές όχι μόνο για την άμεση ανακούφιση της δυσφορίας, αλλά και για τη διατήρηση της σχέσης (Song et al., 2022).

Στο ελληνικό πλαίσιο, πρόσφατη μελέτη 633 ιατρών που αφορούσε την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων σε ασθενείς με καρκίνο ανέδειξε ότι η δομημένη εκπαίδευση αποτελούσε έναν από τους ισχυρότερους παράγοντες που σχετίζονταν με καλύτερη αυτοαναφερόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Η μελέτη δεν επιτρέπει αιτιώδη συμπεράσματα, αλλά υπογραμμίζει την ανάγκη για οργανωμένη εκπαίδευση στις δύσκολες συζητήσεις (Goumas et al., 2026).

Ενσυναίσθηση στη σχέση Ιατρού- Ογκολογικού Ασθενούς

Στην ογκολογική φροντίδα, η θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται συχνά μέσα σε επαναλαμβανόμενες συναντήσεις και περιλαμβάνει διαδοχικές φάσεις διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και πιθανής υποτροπής. Η ενσυναίσθηση έχει ιδιαίτερη σημασία επειδή οι ασθενείς χρειάζονται όχι μόνο πληροφόρηση, αλλά βοήθεια και καθοδήγηση στη διαχείριση της αβεβαιότητας, των μεταβαλλόμενων προσδοκιών και των επιπτώσεων της νόσου στην προσωπική τους ζωή (Westendorp et al., 2023; Grauman et al., 2023).

Η συστηματική ανασκόπηση των Westendorp και συνεργατών ανέδειξε τέσσερις κατηγορίες επικοινωνιακών συμπεριφορών που μπορούν να βιωθούν ως επιβλαβείς από ασθενείς με καρκίνο και φροντιστές: μη προσαρμοσμένη ενημέρωση, μη προσαρμοσμένη συμμετοχή στις αποφάσεις, αίσθηση ότι ο ασθενής δεν ακούγεται ως άνθρωπος και έλλειψη

συνέχειας ή αίσθησης ότι παραμένει στη μνήμη της ομάδας. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η θεραπευτική σχέση επηρεάζεται τόσο από μεμονωμένες συζητήσεις όσο και από τη συνολική εμπειρία της διαδρομής φροντίδας (Westendorp et al., 2023).

Η εφαρμογή της ιατρικής ακριβείας στην ογκολογία καθιστά εντονότερη την ανάγκη για σαφή και ενσυναισθητική επικοινωνία. Οι ασθενείς καλούνται να επεξεργαστούν σύνθετες έννοιες σχετικά με γονιδιωματικές εξετάσεις, πιθανότητες ανταπόκρισης, κριτήρια επιλεξιμότητας και επιστημονική αβεβαιότητα. Η τεχνολογική εξατομίκευση της θεραπείας δεν ισοδυναμεί αυτόματα με ανθρωποκεντρική φροντίδα, αν δεν συνοδεύεται από κατανόηση των αξιών και των προσδοκιών του ασθενούς (Grauman et al., 2023).

Στα χρόνια νοσήματα, η θεραπευτική σχέση βασίζεται περισσότερο στη συνέχεια και στη μακροχρόνια συνεργασία. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στον επαγγελματία υγείας να αναγνωρίζει ότι οι προτεραιότητες και οι δυνατότητες του ασθενούς μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Η επανεκτίμηση των θεραπευτικών στόχων, των εμποδίων και της επιβάρυνσης της θεραπείας είναι απαραίτητη για να παραμένει η φροντίδα εφαρμόσιμη και σύμφωνη με τη ζωή του ασθενούς (Kwame & Petrucka, 2021; Nembhard et al., 2023).

Η συνέχεια της φροντίδας αποτελεί σημαντική διάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Δεν αφορά μόνο την παρακολούθηση από τον ίδιο επαγγελματία, αλλά και τη συνέπεια στην πληροφόρηση, την τήρηση των συμφωνηθέντων και τη διατήρηση μιας κοινής κατανόησης των στόχων από την ομάδα. Ο ασθενής μπορεί να βιώσει ως έλλειψη ενσυναίσθησης την ανάγκη να επαναλαμβάνει συνεχώς την ιστορία του ή την αίσθηση ότι προηγούμενες ανησυχίες έχουν ξεχαστεί (Westendorp et al., 2023).

Η έννοια του «να αισθάνεται ο ασθενής ότι τον θυμούνται» δεν απαιτεί προσωπική οικειότητα ή υπέρβαση των επαγγελματικών ορίων. Μπορεί να εκφραστεί με την αναφορά σε ένα προηγούμενο ζήτημα, την τήρηση μιας συμφωνίας επικοινωνίας ή την κατάλληλη ενημέρωση των μελών της ομάδας. Οι συμπεριφορές αυτές μεταδίδουν συνέχεια και αξιοπιστία και μπορούν να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη (Westendorp et al., 2023; Kwame & Petrucka, 2021).

Ενσυναίσθηση στην Τηλεϊατρική και Ψηφιακή επικοινωνία

Η τηλεϊατρική και η ψηφιακή επικοινωνία μεταβάλλουν ορισμένα από τα μέσα με τα οποία εκφράζεται η ενσυναίσθηση. Η περιορισμένη οπτική επαφή, οι τεχνικές διακοπές και η απουσία ορισμένων μη λεκτικών στοιχείων μπορεί να δυσκολέψουν την αναγνώριση του συναισθήματος. Εν αντιθέσει, η τηλεϊατρική μπορεί να μειώσει εμπόδια πρόσβασης και να

επιτρέψει επικοινωνία με ένα οικείο περιβάλλον, γεγονός που για ορισμένους ασθενείς διευκολύνει την έκφραση (Ritunga et al., 2024).

Στο ψηφιακό περιβάλλον, ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να εκφράζει πιο ρητά την προσοχή και την κατανόησή του. Η απουσία φυσικής παρουσίας είναι το μεγάλο ζήτημα, ωστόσο η εξήγηση των τεχνικών ενεργειών, οι συχνότεροι έλεγχοι κατανόησης και η σαφής πρόσκληση για ερωτήσεις μπορούν να την αντισταθμίσουν εν μέρει. Η ποιότητα της σχέσης εξαρτάται επομένως λιγότερο από το ίδιο το μέσο και περισσότερο από τον τρόπο με τον οποίο προσαρμόζεται η επικοινωνία σε αυτό (Ritunga et al., 2024; Burk et al., 2025).

Η αυξανόμενη χρήση ψηφιακών εργαλείων δεν αναιρεί τη σημασία της ανθρώπινης θεραπευτικής σχέσης. Τα εργαλεία μπορούν να υποστηρίξουν την ενημέρωση και την παρακολούθηση, αλλά η ερμηνεία της αβεβαιότητας, η ηθική ευθύνη και η προσαρμογή στις αξίες του ασθενούς παραμένουν βασικές λειτουργίες του επαγγελματία υγείας και της θεραπευτικής ομάδας (Grauman et al., 2023).

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες ως προπτυχιακό μάθημα σε Ιατρικές σχολές

Η συστηματική εκπαίδευση στην επικοινωνία και στη διαμόρφωση της θεραπευτικής σχέσης παραμένει περιορισμένη στο ελληνικό προπτυχιακό πρόγραμμα ιατρικής. Πρόσφατη αποτύπωση των επτά ελληνικών ιατρικών σχολών ανέφερε ότι μόνο τρεις διέθεταν ειδικά μαθήματα επικοινωνίας, εκ των οποίων δύο ήταν υποχρεωτικά, ενώ η συνολική βαρύτητα των μαθημάτων αυτών στο πρόγραμμα σπουδών ήταν μικρή (Karakolias et al., 2025).

Η περιορισμένη τυπική εκπαίδευση δεν σημαίνει ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες απουσιάζουν πλήρως από τα ελληνικά προγράμματα σπουδών, καθώς μπορεί να ενσωματώνονται σε άλλα μαθήματα ή στην κλινική άσκηση. Ωστόσο, η άτυπη μάθηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα πρότυπα ρόλου και μπορεί να αναπαράγει τόσο θετικές όσο και προβληματικές πρακτικές. Η οργανωμένη, διαχρονική εκπαίδευση με εξάσκηση και ανατροφοδότηση παρέχει πιο σταθερό πλαίσιο ανάπτυξης των δεξιοτήτων (Karakolias et al., 2025).

Πλεονεκτήματα της Ενσυναίσθησης σε ειδικά κλινικά πλαίσια

Στα σύγχρονα συστήματα υγείας, η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης δεν εξαρτάται αποκλειστικά από έναν επαγγελματία υγείας. Απαιτεί συντονισμό, σαφή κατανομή ευθυνών και συνεπή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας. Επομένως, η ενσυναισθητική φροντίδα πρέπει να θεωρείται τόσο ατομική όσο και οργανωσιακή ιδιότητα (Nembhard et al., 2023; Westendorp et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ή στην αποκλιμάκωση συγκρούσεων, επειδή βοηθά τον επαγγελματία υγείας να αναγνωρίσει το συναίσθημα και την ανάγκη που βρίσκονται πίσω από μια έντονη αντίδραση. Η αναγνώριση αυτή δεν σημαίνει ότι αποδέχεται επιθετική ή ακατάλληλη συμπεριφορά, αλλά ότι διακρίνει την επικύρωση του συναισθήματος από τη συμφωνία με όλες τις απαιτήσεις του ασθενούς (Chen et al., 2022).

Η ασθενοκεντρική επικοινωνία έχει συσχετιστεί με λιγότερες συγκρούσεις στη σχέση ιατρού–ασθενούς, με την εμπιστοσύνη να διαδραματίζει διαμεσολαβητικό ρόλο. Τα αποτελέσματα αυτά προέρχονται κυρίως από παρατηρησιακά δεδομένα και δεν αποδεικνύουν ότι η επικοινωνία από μόνη της μπορεί να εξαλείψει τις συγκρούσεις, οι οποίες επηρεάζονται και από οργανωσιακούς, κοινωνικούς και συστημικούς παράγοντες (Chen et al., 2022).

Η σχέση ενσυναίσθησης και ασφάλειας μπορεί επίσης να προκύπτει από την καλύτερη ανταλλαγή πληροφοριών. Όταν ο ασθενής αισθάνεται ότι μπορεί να μιλήσει χωρίς φόβο υποτίμησης, είναι πιθανότερο να αναφέρει ανεπιθύμητες ενέργειες, αμφιβολίες ή αποκλίσεις από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Ωστόσο, η διαθέσιμη βιβλιογραφία για τη σύνδεση της ενσυναίσθησης με αντικειμενικούς δείκτες ασφάλειας είναι λιγότερο ισχυρή από τη βιβλιογραφία για την ικανοποίηση και την εμπειρία φροντίδας (Zhang et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

4.6 Κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας που αφορά την ενσυναίσθηση

Παρότι η βιβλιογραφία συνδέει γενικά την ενσυναίσθηση με καλύτερη εμπειρία φροντίδας, εμπιστοσύνη και ικανοποίηση, μεγάλο μέρος των διαθέσιμων μελετών βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα εργαλεία. Οι συσχετίσεις δεν αποδεικνύουν πάντοτε αιτιώδη σχέση, ενώ είναι πιθανό μια ήδη καλή θεραπευτική σχέση να επηρεάζει θετικά την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης και όχι μόνο το αντίστροφο (Nembhard et al., 2023; Wu et al., 2022).

Η έννοια της ενσυναίσθησης μετράται διαφορετικά μεταξύ των μελετών. Άλλοτε αξιολογείται η προσωπική στάση του επαγγελματία, άλλοτε συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές και άλλοτε η αντίληψη του ασθενούς. Η ανομοιογένεια αυτή περιορίζει τη

δυνατότητα άμεσης σύγκρισης και μπορεί να εξηγεί μέρος των διαφορών στα αποτελέσματα (Nembhard et al., 2023; Zhang et al., 2024).

Η ικανοποίηση και η εμπιστοσύνη είναι σημαντικές εκβάσεις, αλλά επηρεάζονται από παράγοντες πέρα από την ενσυναίσθηση, όπως η πρόσβαση, ο χρόνος αναμονής, η τεχνική έκβαση, η συνέχεια της φροντίδας και οι προηγούμενες προσδοκίες. Συνεπώς, η σχέση της ενσυναίσθησης με τις εκβάσεις πρέπει να ερμηνεύεται μέσα σε ένα ευρύτερο σχεσιακό και οργανωσιακό πλαίσιο (Keshtkar et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά τη γενίκευση των αποτελεσμάτων μεταξύ πολιτισμικών και κλινικών περιβαλλόντων. Οι προσδοκίες για την αυτονομία, τη συμμετοχή της οικογένειας, τη συναισθηματική έκφραση και την ανακοίνωση πληροφοριών διαφέρουν. Για τον λόγο αυτό χρειάζονται περισσότερες μελέτες που να αξιολογούν την ενσυναίσθηση από την οπτική των ασθενών και να λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό και οργανωσιακό πλαίσιο (Grauman et al., 2023; Nembhard et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό μηχανισμό διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης. Συμβάλλει στην ποιότητα της επικοινωνίας, στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης, στην ασφαλέστερη αυτοαποκάλυψη, στην κοινή λήψη αποφάσεων και στην αίσθηση ότι ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο και όχι αποκλειστικά ως φορέας μιας νόσου (Wu et al., 2022; Broadbridge et al., 2024; Zhang et al., 2024).

Η αξία της ενσυναίσθησης είναι ιδιαίτερα εμφανής σε μακροχρόνιες ή συναισθηματικά απαιτητικές σχέσεις, όπως στην ογκολογία, στη χρόνια φροντίδα και στην ψυχική υγεία. Στα περιβάλλοντα αυτά, η θεραπευτική σχέση χρειάζεται να αντέχει στην αβεβαιότητα, στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και στις πιθανές διαφωνίες γύρω από τους στόχους της θεραπείας (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021; Westendorp et al., 2023; Grauman et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση δεν εγγυάται από μόνη της καλύτερες κλινικές εκβάσεις και δεν μπορεί να αντισταθμίσει ανεπαρκή τεχνική φροντίδα ή δυσλειτουργικά συστήματα υγείας. Αποτελεί όμως βασική συνθήκη για να εφαρμοστεί η επιστημονική γνώση με τρόπο κατανοητό, συνεργατικό και προσαρμοσμένο στις αξίες του ασθενούς. Η ενίσχυσή της απαιτεί τόσο ατομικές επικοινωνιακές δεξιότητες όσο και οργανωσιακές συνθήκες που επιτρέπουν συνέχεια, χρόνο και ανθρώπινη παρουσία (Nembhard et al., 2023; Karakolias et al., 2025).

5. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας

5.1 Εισαγωγή

Η ενσυναίσθηση είναι ένα μεταβλητό και δυναμικό γνώρισμα της προσωπικότητας των επαγγελματιών υγείας. Επηρεάζεται από την ατομική προδιάθεση του καθενός, αλλά καθορίζεται επιπλέον από την εκπαίδευση, την επαγγελματική εμπειρία, τις απαιτήσεις της κλινικής εργασίας και το οργανωσιακό περιβάλλον. Συνεπώς, είναι χρησιμότερο να προσεγγίζεται ως δυναμική και σχεσιακή ικανότητα, η έκφραση της οποίας εξαρτάται ανάλογα με τις συνθήκες μέσα στις οποίες ασκείται η εργασία (Nembhard et al., 2023; Gohri et al., 2025).

Η εμβάθυνση στους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση έχει πρακτική σημασία για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και την οργάνωση των αντίστοιχων υπηρεσιών. Η θεώρηση της ενσυναίσθησης ως κυρίως ατομικής αρετής δεν είναι η βέλτιστη προσέγγιση διότι μ' αυτόν τον τρόπο υπεύθυνος για την ανάπτυξη και διατήρησή της καθίσταται εξ ολοκλήρου ο επαγγελματίας. Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάει κανείς ότι σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της ενσυναίσθησης καταλαμβάνουν και τροποποιήσιμοι παράγοντες, όπως η εκπαίδευση, ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση, η στελέχωση και η οργανωσιακή κουλτούρα (Nembhard et al., 2023; Cohen et al., 2023).

Οι παράγοντες αυτοί δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά βρίσκονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Επί παραδείγματι, η συναισθηματική ευαισθησία μπορεί να διευκολύνει την κατανόηση του ασθενούς, αλλά σε συνθήκες παρατεταμένης πίεσης και ανεπαρκούς υποστήριξης ενδέχεται να προκαλέσει προσωπική δυσφορία. Αντίστοιχα, η επαγγελματική εμπειρία ενισχύει την επικοινωνιακή επάρκεια, αλλά κάποιες φορές οδηγεί σε ρουτίνα ή συναισθηματική αποστασιοποίηση (Delgado et al., 2023; Zhou et al., 2025).

5.2 Πολυεπίπεδη προσέγγιση και ατομικοί παράγοντες

Οι παράγοντες που σχετίζονται την ενσυναίσθηση μπορούν να οργανωθούν σε τέσσερα αλληλεπιδρώντα επίπεδα. Το πρώτο αφορά ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η

αυτογνωσία, η συναισθηματική ρύθμιση και η ψυχική ανθεκτικότητα. Το δεύτερο περιλαμβάνει την εκπαίδευση, το στάδιο επαγγελματικής ανάπτυξης και τα πρότυπα ρόλων. Το τρίτο αφορά το άμεσο κλινικό περιβάλλον, όπως ο φόρτος εργασίας, ο διαθέσιμος χρόνος και η έκθεση σε σοβαρή νόσο. Το τέταρτο αφορά την οργανωσιακή κουλτούρα, την ηγεσία, τη στελέχωση και τη λειτουργία της ομάδας (Nembhard et al., 2023).

Η πολυεπίπεδη αυτή προσέγγιση συμβάλλει στο να μην αντιμετωπίζεται η ενσυναίσθηση ως προσωπικό αποκλειστικά γνώρισμα, γεγονός που συνιστά απλούστευση. Η ενσυναίσθηση του ίδιου επαγγελματία υγείας ενδέχεται να διαφέρει σε ένα πειστικό περιβάλλον εν αντιθέσει με εργασία σε συνθήκες επαρκούς χρόνου και στήριξης. Γίνεται κατανοητό λοιπόν ότι η έκφραση της ενσυναίσθησης είναι συνάρτηση του πλαισίου φροντίδας (Nembhard et al., 2023; Rotenstein et al., 2023).

Αυτή η προσέγγιση, πέραν της ερμηνευτικής της εφαρμογής, μπορεί να αξιοποιηθεί και στον σχεδιασμό παρεμβάσεων. Η εκπαίδευση επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι μεν χρήσιμη, αλλά το αποτέλεσμα της είναι πιθανό να περιορίζεται όταν ο επαγγελματίας επιστρέφει σε ένα εργασιακό περιβάλλον που δεν επιτρέπει ουσιαστική επικοινωνία. Η βιώσιμη ενσυναισθητική φροντίδα απαιτεί επομένως συνδυασμό ατομικής εκπαίδευσης και οργανωσιακής υποστήριξης (Cohen et al., 2023; Edwards et al., 2025).

Η ενσυναίσθηση επηρεάζεται από τα διακριτά ατομικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως αυτά σχετίζονται με τη λήψη της οπτικής του άλλου, τη συναισθηματική ευαισθησία και την ικανότητα αναγνώρισης διαπροσωπικών μηνυμάτων. Σημείο που προκαλεί προβληματισμό αποτελεί το ότι οι σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών αυτών και της κλινικής ενσυναίσθησης είναι συχνά συσχετιστικές χωρίς να αποδεικνύουν ότι η ενσυναίσθηση καθορίζεται πλήρως από την προσωπικότητα. Η εκπαίδευση και η επαγγελματική εμπειρία μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι ατομικές προδιαθέσεις μετατρέπονται σε κλινική συμπεριφορά (Nembhard et al., 2023; Gohri et al., 2025).

Ο ρόλος της αυτογνωσίας στην αναγνώριση μιας κλινικής κατάστασης που προκαλεί φόβο και προκατάληψη είναι πολύ βοηθητικός. Χωρίς αυτήν, η προσωπική αντίδραση μπορεί να γίνει αντιληπτή από τον ασθενή ως υπερβολική ταύτιση, αποφυγή μιας δύσκολης συζήτησης ή προσπάθεια ατεκμηρίωτης καθησύχασης. Η κλινική ενσυναίσθηση απαιτεί επομένως όχι μόνο συναισθηματική ευαισθησία, αλλά και ικανότητα παρατήρησης και ρύθμισης των προσωπικών αντιδράσεων (Delgado et al., 2023).

Δύο διαφορετικές έννοιες που πρέπει να διακριθούν μεταξύ τους είναι η ενσυναισθητική ανησυχία και η προσωπική δυσφορία. Η πρώτη σχετίζεται με το

ενδιαφέρον για την εμπειρία του ασθενούς, ενώ η δεύτερη αφορά περισσότερο τη δυσφορία που βιώνει ο ίδιος ο επαγγελματίας όταν εκτίθεται στον πόνο του άλλου. Η προσωπική δυσφορία συνεπάγεται αποφυγή ή συναισθηματική απομάκρυνση. Εν αντιθέσει η γνωστική λήψη της οπτικής του ασθενούς συνεισφέρει σε μια σταθερή και λειτουργική ενσυναισθητική φροντίδα (Delgado et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Τέλος, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένα ατομικό γνώρισμα καθοριστικό στη διατήρηση της λειτουργικότητας κατά τη διαχείριση απαιτητικών κλινικών καταστάσεων. Δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομική ικανότητα αντοχής, αλλά επηρεάζεται και από την κοινωνική υποστήριξη, την επαγγελματική ασφάλεια και τη δυνατότητα επεξεργασίας των δύσκολων εμπειριών μέσα στην ομάδα (Paliatsiou et al., 2024; Cohen et al., 2023).

Ανάμεσα στα δύο φύλα φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες σε εργαλεία αυτοαναφερόμενης ενσυναίσθησης. Σύμφωνα με τη μελέτη των Gohri και συνεργατών το φύλο αναδεικνύεται ως έναν από τους παράγοντες που σχετίζονται με τη βαθμολογία ενσυναίσθησης. Ωστόσο, οι διαφορές αυτές μπορεί να επηρεάζονται από τον τρόπο κοινωνικοποίησης, τη μεγαλύτερη αποδοχή της συναισθηματικής έκφρασης και την κοινωνική επιθυμητότητα των απαντήσεων (Gohri et al., 2025).

Παρόμοιες διαφορές έχουν παρατηρηθεί σε ελληνική μελέτη η οποία αξιολόγησε φοιτητές ιατρικής. Οι μελέτες αυτές αφορούν κυρίως αυτοαναφερόμενες κλίμακες και δεν αποδεικνύουν ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες μεταφράζονται υποχρεωτικά σε περισσότερο ενσυναισθητική συμπεριφορά κατά την κλινική συνάντηση. Οι δημογραφικές διαφορές πρέπει επομένως να ερμηνεύονται με προσοχή και να μη χρησιμοποιούνται για στερεοτυπική αξιολόγηση των επαγγελματιών (Voultsos et al., 2022; Voultsos et al., 2024).

Η συσχέτιση της ηλικίας και της ειδικότητας με την ενσυναίσθηση είναι ακόμα λιγότερο αποδεδειγμένη. Η μεγαλύτερη ηλικία δεν είναι πανάκεια, καθώς μπορεί συνοδεύεται όχι μόνο από εμπειρία και καλύτερη διαχείριση αλλά και από συσσωρευμένη εξάντληση. Αντίστοιχα, διαφορετικές ειδικότητες χαρακτηρίζονται από διαφορετική διάρκεια επαφής και διαφορετικές επικοινωνιακές απαιτήσεις. Η μετα-ανάλυση των Gohri και συνεργατών δεν ανέδειξε σταθερή ανεξάρτητη επίδραση της ηλικίας ή της ειδικότητας στις συνολικές βαθμολογίες ενσυναίσθησης (Gohri et al., 2025).

Συνολικά, οι δημογραφικοί παράγοντες εξηγούν μόνο εν μέρει διαφορές στα επίπεδα ενσυναίσθησης. Η σημαντικότερη εφαρμοσιμότητα φαίνεται να προκύπτει από παράγοντες όπως η εκπαίδευση, ο φόρτος εργασίας, η επαγγελματική εξουθένωση και η οργανωσιακή υποστήριξη (Nembhard et al., 2023; Gohri et al., 2025).

5.3 Εκπαίδευση, επαγγελματική ανάπτυξη και κλινική εμπειρία

Η ενσυναίσθηση φαίνεται ότι μπορεί να ενισχυθεί μέσω της εκπαίδευσης, η οποία περιλαμβάνει θεωρητική διδασκαλία, επαφή με ασθενείς, βιωματική εξάσκηση και αναστοχασμό. Αντίστοιχα, το ίδιο το εκπαιδευτικό περιβάλλον μπορεί να την περιορίσει, όταν κυριαρχούν η αμιγώς τεχνοκρατική προσέγγιση, ο ανταγωνισμός, η έλλειψη χρόνου και η κυνικότητα (Howick et al., 2023; Assing Hvidt et al., 2022).

Αναφορικά με τη βιβλιογραφία σχετικά με την πορεία της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια των σπουδών υπάρχει σημαντική ετερογένεια. Σύμφωνα με ορισμένες μελέτες παρατηρείται μείωση κατά τη μετάβαση στην κλινική εκπαίδευση, ενώ σε άλλες διαπιστώνεται σταθερότητα ή διαφορετικές μεταβολές ανάλογα με το εργαλείο και τη διάσταση που αξιολογείται. Συνεπώς, η συνήθως θεωρούμενη «πτώση της ενσυναίσθησης» δεν πρέπει να θεωρείται καταδικαστική ή απόλυτη (Howick et al., 2023).

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες της ενσυναίσθησης περιλαμβάνουν τον αυξανόμενο φόρτο εργασίας, την προτεραιοποίηση της τεχνικής γνώσης, τον περιορισμένο χρόνο και το λεγόμενο κρυφό πρόγραμμα σπουδών. Οι φοιτητές δεν επηρεάζονται μόνο από το επίσημο περιεχόμενο των μαθημάτων, αλλά και από τις συμπεριφορές που παρατηρούν στην καθημερινή κλινική πρακτική (Howick et al., 2023). Κατ' αυτόν τον τρόπο η αλληλεπίδραση με εκπαιδευτές που ακούν τον ασθενή, αναγνωρίζουν τα συναισθήματά του και συζητούν ανοιχτά τις δύσκολες κλινικές εμπειρίες συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας ενσυναισθητικής προσέγγισης. Η μάθηση και η υιοθέτηση της ενσυναίσθησης αποτελεί σταδιακή και μακροχρόνια διαδικασία, η οποία συνδέεται με την κλινική εμπειρία και την ενσωμάτωση της ανθρωποκεντρικής στάσης στον επαγγελματικό ρόλο (Assing Hvidt et al., 2022).

Η επαγγελματική εμπειρία βελτιώνει δυνητικά την ικανότητα αναγνώρισης των συναισθηματικών μηνυμάτων, τη διαχείριση δύσκολων συζητήσεων και την επικοινωνιακή αυτοπεποίθηση. Οι επαναλαμβανόμενες κλινικές επαφές συμβάλλουν στην κατανόηση του βιώματος της νόσου από τους ασθενείς (Nembhard et al., 2023). Ωστόσο, η εμπειρία από μόνη της δεν οδηγεί αυτόματα σε μεγαλύτερη ενσυναίσθηση. Η επανάληψη δημιουργεί αίσθηση ρουτίνας και συχνά οδηγεί σε υποτίμηση της μοναδικότητας της εμπειρίας του ασθενούς. Μια διάγνωση ή θεραπευτική διαδικασία που είναι υπόθεση ρουτίνας για τον επαγγελματία υγείας είναι ταυτόχρονα πρωτόγνωρη και απειλητική εμπειρία για τον ασθενή (Nembhard et al., 2023).

Το κλινικό περιβάλλον επηρεάζει και τον τρόπο έκφρασης της ενσυναίσθησης. Σε περιβάλλοντα μακροχρόνιας φροντίδας υπάρχει περισσότερος χρόνος για την ανάπτυξη της σχέσης, ενώ στα επείγοντα ή στις μονάδες εντατικής θεραπείας η ενσυναίσθηση καλείται να εκφραστεί μέσα από σύντομες αλλά σαφείς παρεμβάσεις. Η μικρή διάρκεια της επαφής δεν καθιστά την ενσυναίσθηση λιγότερο σημαντική, αλλά λαμβάνει χώρα με άλλη μορφή (Kartsonaki et al., 2023).

5.4 Εργασιακές απαιτήσεις και επαγγελματική επιβάρυνση

Από τους κύριους παράγοντες που εμποδίζουν την ενσυναισθητική επικοινωνία είναι ο αυξημένος φόρτος εργασίας. Η διαχείριση μεγάλου αριθμού ασθενών, γραφειοκρατικών υποχρεώσεων και η αντιμετώπιση πολλών ταυτόχρονων ερεθισμάτων που υποχρεώνουν τον επαγγελματία υγείας σε συνεχείς διακοπές της εργασίας που κάνει μια δεδομένη χρονική στιγμή έχουν ως αποτέλεσμα μια επικοινωνία πιο σύντομη και εστιασμένη κυρίως στη συλλογή τεχνικών πληροφοριών (Rotenstein et al., 2023; Nembhard et al., 2023).

Η αντίληψη υπερβολικού φόρτου εργασίας συνεπάγεται σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα burnout και πρόθεση αποχώρησης από την εργασία. Τα ευρήματα αρκετών μελετών περιγράφουν εργασιακά πλαίσια που επηρεάζουν αρνητικά τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και τη δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας με τον ασθενή (Rotenstein et al., 2023).

Η πίεση χρόνου οδηγεί τον επαγγελματία στην αποφυγή ανοιχτών ερωτήσεων ή συναισθηματικών θεμάτων, λόγω του φόβου της απαίτησης περισσότερου χρόνου από τη συζήτηση. Βέβαια κάποιες ενσυναισθητικές παρεμβάσεις μπορούν να είναι σύντομες, αλλά η χρόνια έλλειψη χρόνου αποτελεί πραγματικό οργανωσιακό εμπόδιο και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την εκπαίδευση του ατόμου (Nembhard et al., 2023; Cohen et al., 2023).

Καθίσταται λοιπόν σαφής η αναγκαιότητα επαρκούς στελέχωσης, ρεαλιστικής κατανομής του φόρτου και της δυνατότητας ανάπαυσης για τη δυνατότητα ύπαρξης και περαιτέρω ανάπτυξης της ενσυναισθητικής φροντίδας. Ελληνικά δεδομένα έχουν συνδέσει το εργασιακό άγχος και το burnout με μειωμένη επαγγελματική αποτελεσματικότητα και αυξημένη πιθανότητα εργασιακών λαθών στον χώρο της υγείας (Vlassi et al., 2023).

Η εργασιακή εξουθένωση (γνωστή ως “burnout”) χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση ή κυνισμό και μειωμένη αίσθηση επαγγελματικής αποτελεσματικότητας. Οι διαστάσεις αυτές επηρεάζουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση, καθώς έχουν αντίκτυπο στην ψυχική διαθεσιμότητα του επαγγελματία υγείας και ενισχύουν την αντιμετώπιση του ασθενούς ως εργασιακού φορτίου ή κλινικού περιστατικού (Delgado et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Η σχέση μεταξύ burnout και ενσυναίσθησης είναι σε γενικές γραμμές αρνητική, αλλά διαφοροποιείται ανάλογα με την επιμέρους διάσταση της ενσυναίσθησης. Η γνωστική λήψη της οπτικής του ασθενούς και η ενσυναισθητική ανησυχία φαίνεται να συνδέονται με χαμηλότερη αποπροσωποποίηση και μεγαλύτερη αίσθηση προσωπικής επίτευξης, ενώ η προσωπική δυσφορία συνδέεται περισσότερο με συναισθηματική εξάντληση (Delgado et al., 2023).

Στη συστηματική ανασκόπηση των Zhou και συνεργατών επιβεβαιώνεται η γενικά αρνητική σχέση μεταξύ burnout και ενσυναίσθησης στους νοσηλευτές και αναδεικνύεται η σημασία διαμεσολαβητικών παραγόντων, όπως η ψυχική ανθεκτικότητα και το εργασιακό περιβάλλον. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε διαφοροποίηση με την άποψη ότι η μεγαλύτερη ενσυναίσθηση προκαλεί αναγκαστικά burnout, άποψη που κρίνεται ως απλουστευτική (Zhou et al., 2025).

Το πιθανότερο είναι ότι η μη ρυθμισμένη συναισθηματική ταύτιση και η προσωπική δυσφορία αυξάνουν την επιβάρυνση, ενώ η γνωστική κατανόηση και η κατάλληλη επικοινωνιακή ανταπόκριση προστατεύουν την επαγγελματική σχέση. Η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση πρέπει επομένως να περιλαμβάνει και δεξιότητες αυτογνωσίας, συναισθηματικής ρύθμισης και διατήρησης ορίων (Delgado et al., 2023; Edwards et al., 2025).

Η κατεύθυνση της σχέσης παραμένει δύσκολο να προσδιοριστεί, επειδή μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας βασίζεται σε συγχρονικές μελέτες. Το burnout μπορεί να μειώνει την ενσυναίσθηση, αλλά η επαναλαμβανόμενη συναισθηματική εργασία χωρίς επαρκείς πόρους μπορεί επίσης να συμβάλλει στην εξάντληση. Απαιτείται επομένως περισσότερη έρευνα για την κατανόηση της αιτιώδους σχέσης (Delgado et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Η έννοια της compassion fatigue (στα ελληνικά θα μπορούσε να αποδοθεί ως κόπωση συμπόνιας) περιγράφει μορφές συναισθηματικής και σωματικής επιβάρυνσης που μπορεί να προκύψουν από την επαναλαμβανόμενη έκθεση στον πόνο, στο τραύμα και στην απώλεια των ασθενών. Υπάρχει κάποια εννοιολογική επικάλυψη της compassion fatigue με το burnout και τη δευτερογενή τραυματική επιβάρυνση, όμως η πρώτη εστιάζει ιδιαίτερα

στο κόστος της συνεχούς φροντίδας ανθρώπων που υποφέρουν (Garnett et al., 2023; May et al., 2024).

Η compassion fatigue εκφράζεται ως συναισθηματικό “μούδιασμα”, μειωμένη υπομονή, ευερεθιστότητα και απομάκρυνση από τον ασθενή. Δεν αποτελεί απαραίτητα ένδειξη έλλειψης ενδιαφέροντος ή ανθρωπιστικών αξιών, αλλά φαίνεται πως λειτουργεί ως αμυντική αντίδραση σε παρατεταμένη έκθεση σε απαιτητικές καταστάσεις χωρίς επαρκείς πόρους και υποστήριξη (Garnett et al., 2023).

Η έννοια του empathy-based stress (στα ελληνικά θα μπορούσε να αποδοθεί ως στρες επαγόμενο από την ενσυναίσθηση) είναι η συναισθηματική και σωματική επιβάρυνση που προκύπτει όταν ένας επαγγελματίας εκτίθεται επανειλημμένα στον πόνο, την αγωνία ή το τραύμα άλλων ανθρώπων και εμπλέκεται ενσυναισθητικά στην εμπειρία τους. Χρησιμοποιείται ευρύτερα στην περιγραφή διαφορετικών μορφών επιβάρυνσης, που συνδέονται με την έκθεση στην οδύνη του άλλου. Η σχετική βιβλιογραφία δείχνει ότι οι περισσότερες παρεμβάσεις εξακολουθούν να εστιάζουν στο άτομο, παρότι πολλοί από τους αιτιολογικούς παράγοντες σχετίζονται με τον φόρτο, τη στελέχωση και την οργανωσιακή κουλτούρα (May et al., 2024).

Σε μελέτη επαγγελματιών που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και τμήματα σοβαρών νοσημάτων στην Κρήτη, καταγράφηκαν σημαντικά επίπεδα compassion fatigue, burnout και compassion satisfaction (ο τελευταίος όρος μπορεί να αποδοθεί στα ελληνικά ως «ικανοποίηση από τη συμπόνια» και ορίζεται ως η θετική συναισθηματική και επαγγελματική ικανοποίηση που προκύπτει από την αντίληψη ότι η φροντίδα και η ενσυναισθητική εμπλοκή του επαγγελματία έχουν ουσιαστικό και ωφέλιμο αντίκτυπο στη ζωή των άλλων). Τα αποτελέσματα επηρεάζονταν από προσωπικά, κοινωνικά και εργασιακά χαρακτηριστικά, αλλά ο σχεδιασμός δεν επέτρεψε αιτιώδη συμπεράσματα (Kartsonaki et al., 2023).

Η ηθική δυσφορία προκύπτει κατά την αναγνώριση από τον επαγγελματία της κατάλληλης (κλινικής ή ηθικής) ενέργειας και την ακόλουθη αδυναμία εφαρμογής της λόγω θεσμικών, ιεραρχικών ή πρακτικών εμποδίων. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε τέτοιες καταστάσεις οδηγεί νομοτελειακά σε απογοήτευση, συναισθηματική εξάντληση και απομάκρυνση από τον θεραπευτικό ρόλο (Gamvrouli et al., 2025).

Η ηθική δυσφορία έχει επιπτώσεις την ενσυναίσθηση αν ο επαγγελματίας πιστεύει πως δεν προσφέρει την αρμόζουσα φροντίδα. Σε αυτό το πλαίσιο η συναισθηματική αποστασιοποίηση είναι ένας δυνητικός μηχανισμός προστασίας απέναντι στην αίσθηση αδυναμίας ή συμμετοχής σε μια μη ικανοποιητική κατάσταση (Gamvrouli et al., 2025).

Πρόσφατη μελέτη σε νοσηλευτικό προσωπικό οκτώ δημόσιων νοσοκομείων εξέτασε από κοινού την ηθική δυσφορία, τη δευτερογενή τραυματική επιβάρυνση, τη γενική ψυχική υγεία και την ενσυναίσθηση. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη προγραμμάτων υποστήριξης, ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και ανάπτυξης υποστηρικτικής εργασιακής κουλτούρας (Gamvrouli et al., 2025).

5.5 Οργανωσιακή κουλτούρα, ηγεσία και λειτουργία της ομάδας

Η οργανωσιακή κουλτούρα επηρεάζει ποιες συμπεριφορές θεωρούνται σημαντικές και ποια στοιχεία της εργασίας επιβραβεύονται. Ένας οργανισμός που δίνει αποκλειστική έμφαση στην ταχύτητα και στους αριθμητικούς δείκτες μπορεί να μεταδίδει ότι η επικοινωνία και η θεραπευτική σχέση αποτελούν δευτερεύουσες δραστηριότητες. Αντίθετα, μια κουλτούρα που αναγνωρίζει τη σημασία της ανθρώπινης επαφής μπορεί να ενισχύσει την ενσυναίσθητική φροντίδα (Nembhard et al., 2023).

Η συμπονετική ηγεσία συνδέεται με χαρακτηριστικά όπως η ενεργητική ακρόαση, ο σεβασμός, η ανοιχτή επικοινωνία, η συμπερίληψη και το ενδιαφέρον για την ευημερία του προσωπικού. Η συστηματική ανασκόπηση των Östergård και συνεργατών υποστηρίζει ότι τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη και την αίσθηση υποστήριξης μέσα στις ομάδες υγείας (Östergård et al., 2023).

Η επίδραση της ηγεσίας στην ενσυναίσθηση προς τους ασθενείς είναι πιθανότατα έμμεση. Όταν οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ότι ακούγονται, υποστηρίζονται και μπορούν να εκφράσουν δυσκολίες χωρίς φόβο, είναι πιθανότερο να διατηρήσουν την ψυχική διαθεσιμότητα που απαιτεί η ενσυναίσθητική φροντίδα. Ωστόσο, απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να συνδέουν άμεσα την οργανωσιακή ηγεσία με την εμπειρία των ασθενών (Östergård et al., 2023; Nembhard et al., 2023).

Οι συναντήσεις αναστοχασμού, η υποστήριξη από συναδέλφους και η σαφής κατανομή ρόλων μπορούν να περιορίσουν την αίσθηση ότι κάθε επαγγελματίας πρέπει να διαχειρίζεται μόνος του όλες τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών. Οι οργανωσιακές παρεμβάσεις για τη μείωση του burnout και τη βελτίωση της ευημερίας έχουν παρουσιάσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα, αν και αρκετές μελέτες έχουν περιορισμούς στον σχεδιασμό και στην παρακολούθηση (Cohen et al., 2023).

Η μελέτη των Paliatsiou και συνεργατών αξιολόγησε την ενσυναίσθηση και την ψυχική ανθεκτικότητα επαγγελματιών υγείας μετά από συμμετοχή σε πιστοποιημένο εκπαιδευτικό σεμινάριο με στοιχεία προσομοίωσης. Παρότι παρατηρήθηκαν μεταβολές στις μετρούμενες παραμέτρους, ο ειδικός πληθυσμός, το περιορισμένο δείγμα και η απουσία ισχυρού ελεγχόμενου σχεδιασμού περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης (Paliatsiou et al., 2024).

Τα ελληνικά δεδομένα για το εργασιακό άγχος, το burnout, την compassion fatigue και την ηθική δυσφορία περιγράφουν ένα απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον για σημαντικό μέρος του προσωπικού υγείας. Παρότι οι μελέτες αυτές δεν αξιολογούν πάντοτε άμεσα την ενσυναίσθηση, αποτυπώνουν παράγοντες οι οποίοι μπορούν να περιορίσουν τη συναισθηματική διαθεσιμότητα και τη θεραπευτική επικοινωνία (Kartsonaki et al., 2023; Vlassi et al., 2023; Gamvrouli et al., 2025).

Χρειάζονται περισσότερες μελέτες που να συνδυάζουν αυτοαναφερόμενη ενσυναίσθηση, αξιολόγηση από ασθενείς και παρατήρηση πραγματικών κλινικών συναντήσεων. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να διερευνηθεί όχι μόνο πώς αξιολογούν οι επαγγελματίες τον εαυτό τους, αλλά και πώς η ενσυναίσθηση εκφράζεται και γίνεται αντιληπτή μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας (Voultsos et al., 2024; Gamvrouli et al., 2025).

5.6 Κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας-που αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Η βιβλιογραφία για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση χαρακτηρίζεται από σημαντική εννοιολογική και μεθοδολογική ετερογένεια. Οι μελέτες χρησιμοποιούν διαφορετικούς ορισμούς, πληθυσμούς και εργαλεία μέτρησης και επομένως δεν αξιολογούν πάντοτε το ίδιο φαινόμενο (Nembhard et al., 2023; Gohri et al., 2025).

Μεγάλο μέρος των δεδομένων προέρχεται από συγχρονικές μελέτες αυτοαναφοράς. Οι μελέτες αυτές επιτρέπουν τον εντοπισμό συσχετίσεων αλλά όχι την απόδειξη αιτιότητας. Για παράδειγμα, η αρνητική σχέση μεταξύ burnout και ενσυναίσθησης δεν αποδεικνύει αν το burnout προηγήθηκε της μείωσης της ενσυναίσθησης ή αν και τα δύο επηρεάζονται από κοινές οργανωσιακές συνθήκες (Delgado et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Επιπλέον, οι αυτοαναφερόμενες βαθμολογίες δεν ταυτίζονται υποχρεωτικά με την πραγματική συμπεριφορά ή με την ενσυναίσθηση όπως γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή. Απαιτούνται επομένως πολυμεθοδολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες να συνδυάζουν

ερωτηματολόγια, παρατήρηση επικοινωνιακής συμπεριφοράς και αξιολογήσεις από ασθενείς (Nembhard et al., 2023).

Τέλος, η υπερβολική έμφαση σε δημογραφικούς παράγοντες μπορεί να απομακρύνει την προσοχή από τις περισσότερο τροποποιήσιμες συνθήκες. Από πλευράς σχεδιασμού παρεμβάσεων, η εκπαίδευση, η στελέχωση, ο φόρτος εργασίας, η ηγεσία και η υποστήριξη της ομάδας έχουν μεγαλύτερη πρακτική χρησιμότητα από την καταγραφή μη τροποποιήσιμων χαρακτηριστικών (Gohri et al., 2025; Cohen et al., 2023).

Η ενσυναίσθηση στους επαγγελματίες υγείας διαμορφώνεται από ένα σύνθετο δίκτυο ατομικών, εκπαιδευτικών, επαγγελματικών και οργανωσιακών παραγόντων. Τα ατομικά χαρακτηριστικά έχουν σημασία, αλλά δεν επαρκούν για να εξηγήσουν τον τρόπο με τον οποίο η ενσυναίσθηση εκφράζεται στην καθημερινή κλινική πράξη (Nembhard et al., 2023; Gohri et al., 2025).

Ιδιαίτερη σημασία έχουν το εκπαιδευτικό περιβάλλον, ο φόρτος εργασίας, το burnout, η compassion fatigue, η ηθική δυσφορία και η οργανωσιακή υποστήριξη. Η ενσυναίσθηση μπορεί να περιορίζεται σε συνθήκες χρόνιας πίεσης, αλλά να διατηρείται όταν υπάρχουν αυτογνωσία, συναισθηματική ρύθμιση, επαρκείς πόροι, υποστηρικτική ηγεσία και ψυχολογική ασφάλεια (Delgado et al., 2023; May et al., 2024; Östergård et al., 2023).

Η ενίσχυση της ενσυναίσθησης απαιτεί επομένως διπλή προσέγγιση: εκπαίδευση των επαγγελματιών σε δεξιότητες κατανόησης, επικοινωνίας και αυτορρύθμισης και παράλληλη βελτίωση των οργανωσιακών συνθηκών που καθιστούν δυνατή την εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων. Στο επόμενο κεφάλαιο εξετάζονται οι εκπαιδευτικές και αναστοχαστικές παρεμβάσεις που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση της κλινικής ενσυναίσθησης (Cohen et al., 2023; Edwards et al., 2025).

6. Παρεμβάσεις για την εκπαίδευση και την ενίσχυση της ενσυναίσθησης

6.1 Εισαγωγή

Η ενσυναίσθηση είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας το οποίο δε θεωρείται αποκλειστικά έμφυτο ή σταθερό. Ενώ επηρεάζεται από την ατομική προδιάθεση, η κλινική της επιρροή εξαρτάται από δεξιότητες που διδάσκονται, εξασκούνται και ενισχύονται. Στις δεξιότητες αυτές ανήκουν η λήψη της οπτικής του ασθενούς, η αναγνώριση του συναισθήματος, η ενεργητική ακρόαση, η κατάλληλη λεκτική ανταπόκριση και η ρύθμιση των προσωπικών συναισθηματικών αντιδράσεων του επαγγελματία (Paulus & Meinken, 2022; Edwards et al., 2025).

Η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση βρίσκει εφαρμογή σε φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτικής και άλλων επαγγελματιών υγείας, σε ειδικευόμενους ιατρούς και σε επαγγελματίες με πολυετή κλινική εμπειρία. Οι παρεμβάσεις παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια αναφορικά με τη διάρκεια, το θεωρητικό υπόβαθρο, τις διδακτικές μεθόδους και τα εργαλεία αξιολόγησης. Λόγω αυτού δυσχεραίνεται η μεταξύ τους σύγκριση (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Στόχος της εκπαίδευσης δεν πρέπει να είναι η επιδερμική αναπαραγωγή τυποποιημένων «ενσυναισθητικών» φράσεων. Κύριος στόχος αποτελεί η ανάπτυξη της ικανότητας αναγνώρισης της ιδιαίτερης οπτικής του ασθενούς και η επιλογή της δέουσας ανταπόκρισης ανάλογα με τις ανάγκες και το κλινικό πλαίσιο. Η ενσυναίσθηση ως δεξιότητα προϋποθέτει λοιπόν συνδυασμό πολλών παραμέτρων όπως γνώσης, βιωματικής μάθησης, πρακτικής εφαρμογής και αναστοχασμού (Winter et al., 2022; Assing Hvidt et al., 2022).

6.2 Αποτελεσματικότητα και αρχές σχεδιασμού των παρεμβάσεων

Στη βιβλιογραφία διατυπώνεται η άποψη ότι οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν τη μετρούμενη ενσυναίσθηση των φοιτητών και των επαγγελματιών υγείας, όπως αυτή αποτιμάται με τις χρησιμοποιούμενες μεθόδους. Σε μια μετα-ανάλυση φάνηκε συνολικά θετική επίδραση των παρεμβάσεων, χωρίς ωστόσο να καταδεικνύεται η

καθολική υπεροχή κάποιας συγκεκριμένης εκπαιδευτική μεθόδου ή ενός συγκεκριμένου περιεχομένου (Paulus & Meinken, 2022).

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Edwards και συνεργατών συμπεριλήφθηκαν 42 ανασκοπήσεις διαφορετικών επαγγελμάτων και βαθμίδων εκπαίδευσης. Στην πλειοψηφία των ανασκοπήσεων υπήρξαν θετικά αποτελέσματα, με τις ενεργητικές, βιωματικές και αναστοχαστικές παρεμβάσεις να εμφανίζουν σε γενικές γραμμές μεγαλύτερη εκπαιδευτική αξία από τις πιο παθητικές προσεγγίσεις (Edwards et al., 2025).

Αντίστοιχα, στην εργασία των Byrne και συνεργατών φάνηκε ότι η εκπαίδευση στην ενσυναίσθηση, στη συμπόνια και στην προσωποκεντρική επικοινωνία ενδέχεται να έχει θετική επίδραση στις δεξιότητες των εκπαιδευομένων. Ωστόσο, η μεγάλη διαφοροποίηση των εννοιών, των παρεμβάσεων και των εκβάσεων δεν επιτρέπει σαφή απάντηση στο ερώτημα για το ποια χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα για τη διατήρηση του αποτελέσματος (Byrne et al., 2024).

Τέλος, η μελέτη των Ngo και συνεργατών εντόπισε μέτρια συνολική επίδραση των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων στην ενσυναίσθηση ιατρών και φοιτητών ιατρικής. Οι συνδυασμοί θεωρητικής διδασκαλίας και πρακτικής εξάσκησης ανήκαν συχνά στις πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις, και αυτό το γεγονός υπογραμμίζει τη χρήση όχι μίας μόνο εκπαιδευτικής τεχνικής, αλλά συνδυασμού αυτών (Ngo et al., 2025).

Η θεωρητική διδασκαλία είναι εκ των ων ουκ άνευ για την διαλεύκανση της έννοιας της ενσυναίσθησης και τη διάκρισή της από τις συναφείς έννοιες (όπως συμπάθεια, συμπόνια και συναισθηματική ταύτιση). Παρουσιάζει επιπλέον τη σημασία της ενεργητικής ακρόασης, των μη λεκτικών συμπεριφορών και της αναγνώρισης των συναισθηματικών μηνυμάτων του ασθενούς. Η θεωρία όπως καθίσταται εύλογο, δεν εγγυάται την εφαρμογή των δεξιοτήτων σε πραγματικές κλινικές συνθήκες (Ngo et al., 2025; Edwards et al., 2025).

Η βέλτιστη εκπαίδευση ιδανικά αποτελεί συνδυασμό διαφορετικών μορφών μάθησης. Η θεωρητική παρουσίαση συνοδεύεται από παρατήρηση θετικών και αρνητικών παραδειγμάτων, πρακτική εξάσκηση, ανατροφοδότηση και επανάληψη. Ο συνδυασμός αυτός βοηθάει τον εκπαιδευόμενο να κατανοήσει την έννοια, να δοκιμάσει τη συμπεριφορά και να αναστοχαστεί πάνω στην επίδρασή της (Ngo et al., 2025).

Ένα απαιτούμενο της εκπαίδευσης είναι η ασφάλειά της σε ψυχολογικό επίπεδο. Είναι συχνό το φαινόμενο της αίσθησης έκθεσης των εκπαιδευόμενων κατά τη συζήτηση προσωπικών αντιδράσεων, λαθών και δύσκολων συζητήσεων με ασθενείς. Η διασφάλιση ενός μη επικριτικού περιβάλλοντος, οι σαφείς εκπαιδευτικοί στόχοι και η συμμετοχή

κατάλληλων εκπαιδευμένων συντονιστών έχουν σαφή αντίκτυπο στην ενεργή συμμετοχή και τον ουσιαστικό αναστοχασμό (Winter et al., 2022).

Η διδασκαλία της ενσυναίσθησης δεν πρέπει να περιορίζεται σε μία μόνο χρονική στιγμή του προγράμματος σπουδών, ως μια μεμονωμένη δεξιότητα. Η συνεχής ενσωμάτωσή της σε προκλινικά και κλινικά μαθήματα μεσολαβεί στη σταδιακή σύνδεση της θεωρίας με πραγματικές εμπειρίες ασθενών και συμβάλλει στη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας (Assing Hvidt et al., 2022; Schwartzkopf et al., 2025).

6.3 Εκπαίδευση επικοινωνίας και προσομοιωτικές μέθοδοι

Μία από τις συχνότερες προσεγγίσεις ενίσχυσης της κλινικής ενσυναίσθησης είναι η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες. Συνήθως περιλαμβάνει ενεργητική ακρόαση, χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, αναγνώριση συναισθημάτων, περίληψη των λεγομένων του ασθενούς και έλεγχο της κατανόησης. Η αποτελεσματικότητα αυτής της εκπαίδευσης μεγιστοποιείται όταν συνδέεται με πραγματικές ή προσομοιωμένες κλινικές καταστάσεις (Byrne et al., 2024; Ngo et al., 2025).

Η χρήση συγκεκριμένων επικοινωνιακών πλαισίων βοηθάει τους πιο αρχάριους εκπαιδευόμενους να οργανώσουν τη συνάντηση και να αναγνωρίσουν τα σημεία στα οποία απαιτείται ενσυναίσθητική ανταπόκριση. Χρειάζεται να τονιστεί όμως ότι τα πρωτόκολλα πρέπει να λειτουργούν υποστηρικτικά και όχι άκαμπτα, δεδομένου ότι η μηχανική εφαρμογή τους πιθανότατα περιορίσει την αυθεντικότητα της επικοινωνίας (Winter et al., 2022).

Σημαντική εφαρμογή έχουν τα δομημένα πλαίσια στις δύσκολες συζητήσεις. Η συστηματική ανασκόπηση του μοντέλου SPIKES (ενός εξαβάθμιου πρωτοκόλλου επικοινωνίας, σχεδιασμένου για την ανακοίνωση δυσάρεστων ιατρικών πληροφοριών με τρόπο δομημένο, ασθενοκεντρικό και ενσυναίσθητικό) έδειξε βελτιώσεις στην ικανοποίηση, στη γνώση και στην απόδοση των εκπαιδευομένων κατά την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων. Παρά τα θετικά αποτελέσματα, τα δεδομένα για την επίδραση στους ίδιους τους ασθενείς και για τη μακροχρόνια διατήρηση των δεξιοτήτων παραμένουν περιορισμένα (Mahendiran et al., 2023).

Το role playing αποτελεί βιωματική μέθοδο εκπαίδευσης, κατά την οποία οι συμμετέχοντες αναλαμβάνουν προκαθορισμένους ρόλους και αναπαριστούν κλινικές ή επικοινωνιακές καταστάσεις, με σκοπό την ανάπτυξη πρακτικών δεξιοτήτων,

ενσυναίσθησης, αυτογνωσίας και αποτελεσματικής διαπροσωπικής επικοινωνίας. Εν προκειμένω, το role-playing χρησιμοποιείται απ' τους εκπαιδευόμενους με την εναλλάξ ανάληψη των ρόλων του επαγγελματία, του ασθενούς και του παρατηρητή. Η αλλαγή οπτικής που απαιτείται σε κάθε σενάριο, βοηθά στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η γλώσσα, ο τόπος και η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας γίνονται αντιληπτά από τον ασθενή (Maghsoodi et al., 2025). Σε μια συστηματική ανασκόπηση φάνηκε ότι το role-playing έχει δυνητικά θετικό αποτέλεσμα στην επικοινωνία, την αυτοπεποίθηση, τις κλινικές δεξιότητες και την ενσυναίσθηση. Η αποτελεσματικότητά αυτή αποτελεί συνάρτηση της ποιότητας των σεναρίων, της συμμετοχής των εκπαιδευομένων και της ύπαρξης υποστηρικτικής ανατροφοδότησης μετά την άσκηση (Maghsoodi et al., 2025).

Η χρήση τυποποιημένων ασθενών συμβάλλει στο μεγαλύτερο βαθμό ρεαλισμού και μεταξύ διαφορετικών εκπαιδευομένων. Επιπλέον μπορεί να παρέχεται ανατροφοδότηση από την οπτική του «ασθενούς», η οποία είναι συχνά διαφορετική από την αξιολόγηση του εκπαιδευτή ή την αυτοαξιολόγηση του φοιτητή (Edwards et al., 2025).

Η ανατροφοδότηση οφείλει να είναι καθοριστικό μέρος της προσομοίωσης. Χωρίς αυτήν, ελλοχεύει ο κίνδυνος ο εκπαιδευόμενος να υιοθετήσει μη λειτουργικές συμπεριφορές και να αποσκοπεί μόνο στην ολοκλήρωση του σεναρίου. Η ανατροφοδότηση πρέπει να είναι συγκεκριμένη, να συνδέεται με παρατηρήσιμες συμπεριφορές και να περιλαμβάνει ευκαιρία επανάληψης της δεξιότητας (Ngo et al., 2025; Edwards et al., 2025).

6.4 Αναστοχαστικές και ανθρωπιστικές προσεγγίσεις

Ο αναστοχασμός περιλαμβάνει την εξέταση από τον επαγγελματία των προσωπικών του σκέψεων, των συναισθημάτων του και των αντιδράσεων έπειτα από μια κλινική συνάντηση. Κατά τη διαδικασία αυτή μπορούν να έρθουν στην επιφάνεια ασυνείδητες προκαταλήψεις, αμυντικές αντιδράσεις ή περιπτώσεις στις οποίες η προσωπική δυσφορία επηρέασε την επικοινωνία (Winter et al., 2022).

Μια πιο πρακτική μορφή αυτής της μεθόδου είναι η αναστοχαστική γραφή. Οι εκπαιδευόμενοι μπορούν να περιγράψουν μια δύσκολη συνάντηση, να εξετάσουν την πιθανή οπτική του ασθενούς και να αναγνωρίσουν εναλλακτικούς τρόπους ανταπόκρισης. Η αξία της δεν προκύπτει μόνο από το γραπτό προϊόν, αλλά από τη διαδικασία επεξεργασίας της εμπειρίας και τη συζήτησή της σε ασφαλές εκπαιδευτικό περιβάλλον (Zhang et al., 2023; Edwards et al., 2025).

Απαιτείται διάκριση του αναστοχασμού από τη μη καθοδηγούμενη συναισθηματική έκθεση. Η συζήτηση δύσκολων εμπειριών χωρίς κατάλληλο πλαίσιο ή υποστήριξη προκαλεί αμηχανία και πρόσθετη επιβάρυνση. Χρειάζονται συνεπώς σαφής δομή, εμπιστευτικότητα και ικανότητα σύνδεσης της προσωπικής εμπειρίας με τον επαγγελματικό ρόλο από τον εκπαιδευτή (Winter et al., 2022).

Οι ομάδες Balint ορίζονται ως μορφή ομαδικού αναστοχασμού που επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενούς. Οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν μια κλινική συνάντηση που τους προκάλεσε προβληματισμό και η ομάδα διερευνά τις συναισθηματικές και σχεσιακές διαστάσεις της, χωρίς να περιορίζεται στη διάγνωση ή στην τεχνική θεραπευτική αντιμετώπιση (Gong et al., 2024).

Η συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Gong και συνεργατών έδειξε σημαντική βελτίωση των βαθμολογιών ενσυναίσθησης σε φοιτητές, ιατρούς και νοσηλεύτες. Μεγαλύτερη διάρκεια και περισσότερες συνεδρίες συνδέθηκαν με ισχυρότερη επίδραση, αν και υπήρχε σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών (Gong et al., 2024).

Οι ομάδες Balint δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως απλή τεχνική επικοινωνίας. Η αξία τους βρίσκεται στην επεξεργασία της συναισθηματικής εμπειρίας, στην αναγνώριση διαφορετικών ερμηνειών της συμπεριφοράς του ασθενούς και στην ανάπτυξη μεγαλύτερης ανοχής απέναντι στην αβεβαιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Gong et al., 2024).

Συγκράτηση παρά την ύπαρξη των θετικών αποτελεσμάτων προκαλεί το γεγονός ότι μεγάλο μέρος της αξιολόγησης βασίζεται σε αυτοαναφερόμενες κλίμακες. Τη λύση θα δώσουν περισσότερες μελέτες που θα χρησιμοποιούν αξιολογήσεις από ασθενείς, παρατήρηση κλινικών συναντήσεων και μακροχρόνια παρακολούθηση μετά την ολοκλήρωση των ομάδων (Gong et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Η αφηγηματική ιατρική, είναι μια αναδυόμενη μέθοδος η οποία στηρίζεται στην προσεκτική ακρόαση και ερμηνεία της «ιστορίας» του ασθενούς. Η επεξεργασία των αφηγήσεων βοηθά τους εκπαιδευόμενους στην καλύτερη κατανόηση της διαφοράς μεταξύ της νόσου ως βιοϊατρικής κατάστασης και της ασθένειας ως προσωπικής και κοινωνικής εμπειρίας (Palla et al., 2024).

Η χρήση της λογοτεχνίας, του θεάτρου, του κινηματογράφου, των εικαστικών τεχνών και της δημιουργικής γραφής από τις ιατρικές επιστήμες αποσκοπεί στην ανάπτυξη της παρατηρητικότητας, της ανοχής στην αμφισημία και της ικανότητας προσέγγισης διαφορετικών οπτικών. Δεν υποκαθιστά την κλινική εκπαίδευση, αλλά δημιουργεί ένα πεδίο διερεύνησης σύνθετων ανθρώπινων εμπειριών (Zhang et al., 2023; Palla et al., 2024).

Στη μετα-ανάλυση των Zhang και συνεργατών διαπιστώθηκε θετική επίδραση των προγραμμάτων ιατρικών ανθρωπιστικών επιστημών στην ενσυναίσθηση. Οι συνδυασμοί θεωρητικών μαθημάτων, αναστοχαστικής γραφής και πρακτικής εφαρμογής εμφάνισαν θετικά αποτελέσματα, με σημαντικές διαφορές ως προς τη διάρκεια και την ποιότητα του σχεδιασμού των μελετών (Zhang et al., 2023).

Η επίδραση των ανθρωπιστικών μαθημάτων δεν πρέπει να θεωρείται *a priori*. Η απλή έκθεση σε ένα λογοτεχνικό ή καλλιτεχνικό έργο δεν εγγυάται ανάπτυξη ενσυναίσθησης. Η εκπαιδευτική αξία προκύπτει έπειτα από τη σύνδεση του υλικού με κλινικά ερωτήματα, τον καθοδηγούμενο διάλογο και την αποφυγή της επιβολής μίας και μοναδικής «ορθής» συναισθηματικής ερμηνείας (Palla et al., 2024).

Οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας είναι μια έμμεση εκπαίδευση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ο βασικός στόχος τους είναι η βελτίωση της επίγνωσης, της προσοχής και της μη επικριτικής παρατήρησης των προσωπικών σκέψεων και συναισθημάτων. Οι δεξιότητες αυτές στοχεύουν να βοηθήσουν τον επαγγελματία να παραμένει παρών στη συνάντηση και να ρυθμίζει καλύτερα την προσωπική του δυσφορία (Ong et al., 2024).

Οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας μπορούν να έχουν βραχυπρόθεσμα οφέλη στο άγχος, στο burnout, στην αυτοσυμπόνια και σε ορισμένες μετρήσεις ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα δεν διατηρούνται με συνέπεια στη μακροχρόνια παρακολούθηση (Ong et al., 2024).

Σε μια ανασκόπηση υποστηρίζεται ότι η ενσυνειδητότητα συμβάλλει στη συναισθηματική ρύθμιση, στην ανθεκτικότητα και στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης. Επισημαίνεται ως περιορισμός ότι η ενσυναίσθηση έχει μελετηθεί λιγότερο συστηματικά ως άμεση έκβαση από ό,τι το άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση (Νταφοπούλου και συν., 2023).

Οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας πρέπει να θεωρούνται συμπληρωματικές και όχι υποκατάστατο της εκπαίδευσης στην επικοινωνία ή της βελτίωσης των εργασιακών συνθηκών. Η ατομική αυτορρύθμιση δεν μπορεί να αντισταθμίσει πλήρως την υποστελέχωση, τον υπερβολικό φόρτο ή την απουσία οργανωσιακής υποστήριξης (Ong et al., 2024; Howick et al., 2024).

Η συμμετοχή ασθενών είναι ένας τρόπος ενίσχυσης της σύνδεσης της εκπαίδευσης με την πραγματική εμπειρία της φροντίδας. Η συμμετοχή τους μπορεί να έχει τη μορφή της αφήγησης της εμπειρίας, της εκπαιδευτικής συνεργασίας και της αξιολόγησης της επικοινωνιακής συμπεριφοράς των εκπαιδευομένων (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Η οπτική των ασθενών έχει τη χρησιμότητα της ανάδειξης μη εύκολα αναγνωρίσιμων συμπεριφορών των επαγγελματιών υγείας από τους ίδιους. Επί παραδείγματι, μια συνάντηση τεχνικά ολοκληρωμένη μπορεί να βιώνεται από τον ασθενή ως ανεπαρκώς προσαρμοσμένη στις ανάγκες του (Edwards et al., 2025).

Η συμμετοχή ασθενών οφείλει να είναι σχεδιασμένη κατά τέτοιο τρόπο που μην περιορίζει την παρουσία τους σε τυπικό επίπεδο. Προκρίνεται η ύπαρξη σαφών ρόλων, κατάλληλης προετοιμασίας, υποστήριξης και ουσιαστικής δυνατότητας των ασθενών να επηρεάζουν το περιεχόμενο και την αξιολόγηση του προγράμματος (Byrne et al., 2024).

Η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης γίνεται από το επίπεδο της προπτυχιακής εκπαίδευσης και αποτελεί σημαντικό στάδιο για την ανάπτυξη της, επειδή συμπίπτει με τη διαμόρφωση της επαγγελματικής ταυτότητας. Η όσο το δυνατόν πρωιμότερη επαφή με τις αρχές της ανθρωποκεντρικής επικοινωνίας έχει σημαντικό όφελος στην αντίληψη των φοιτητών ότι η κατανόηση της εμπειρίας του ασθενούς οφείλει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλινικής τους δραστηριότητας και όχι προαιρετική δεξιότητα (Assing Hvidt et al., 2022; Schwartzkopf et al., 2025).

Διαφορετικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις μπορούν να ενισχύσουν την ενσυναίσθηση φοιτητών επαγγελματιών υγείας. Η ετερογένεια των μεθόδων και των εργαλείων μέτρησης δεν δίνει τη δυνατότητα της πρότασης ενός ενιαίου προγράμματος ως πρότυπου για όλους (Schwartzkopf et al., 2025).

Εξίσου εξέχουσας σημασίας είναι η εξασφάλιση της συνέχειας στην εκπαίδευση, διότι οι απαιτήσεις της κλινικής εργασίας, το burnout και η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε δύσκολες συζητήσεις υπονομεύουν συνεχώς την ενσυναισθητική συμπεριφορά. Προτείνεται η σύνδεση των προγραμμάτων για επαγγελματίες με τις προκλήσεις του χώρου εργασίας (Edwards et al., 2025; Howick et al., 2024).

Στις παρεμβάσεις αυτές δεν πρέπει να επικρατεί ένας τόνος διόρθωσης ατομικών «ελλειμμάτων». Αντιθέτως, το ορθό είναι να επιδιώκονται η αναγνώριση του εργασιακού πλαισίου, της επαγγελματικής εμπειρίας και των ήδη ανεπτυγμένων δεξιοτήτων που κάνουν ευκολότερη την αποδοχή και τη μεταφορά της μάθησης στην κλινική πρακτική (Winter et al., 2022; Howick et al., 2024).

6.5 Αξιολόγηση, διατήρηση και πλαίσιο εφαρμογής

Η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του πεδίου. Πολλές μελέτες περιορίζονται σε ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς πριν και αμέσως μετά την παρέμβαση. Οι μετρήσεις αυτές μπορούν να αποτυπώσουν αλλαγές στις στάσεις ή στην αυτοαντίληψη, αλλά όχι απαραίτητα πραγματική μεταβολή της κλινικής συμπεριφοράς (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Η ιδανική αξιολόγηση οφείλει να διακρίνει διαφορετικά επίπεδα εκβάσεων: ικανοποίηση από το πρόγραμμα, απόκτηση γνώσεων, αλλαγή στάσεων, επίδειξη δεξιοτήτων σε προσομοίωση, μεταφορά στην πραγματική κλινική πρακτική και επίδραση στην εμπειρία ή στις εκβάσεις των ασθενών. Οι περισσότερες μελέτες προς το παρόν φαίνεται πως παραμένουν στα πρώτα επίπεδα αυτής της προσέγγισης (Mahendiran et al., 2023; Edwards et al., 2025).

Η χρήση τυποποιημένων ασθενών, ανεξάρτητων παρατηρητών και καταγραφής πραγματικών συναντήσεων μπορεί να αξιολογήσει καλύτερα την επικοινωνιακή συμπεριφορά. Η αξιολόγηση από ασθενείς προσθέτει μια κρίσιμη σχεσιακή διάσταση, επειδή εξετάζει αν η ενσυναίσθηση έγινε πράγματι αντιληπτή από τον αποδέκτη της (Byrne et al., 2024).

Η επιλογή του εργαλείου πρέπει να συμβαδίζει με τον στόχο της παρέμβασης. Ένα πρόγραμμα που στοχεύει στην αναγνώριση συναισθημάτων δεν πρέπει να αξιολογείται μόνο με γενική κλίμακα ενσυναίσθησης, ενώ ένα πρόγραμμα επικοινωνίας χρειάζεται να περιλαμβάνει παρατήρηση συμπεριφοράς και όχι μόνο αυτοαναφορά (Ngo et al., 2025; Edwards et al., 2025).

Πολλές παρεμβάσεις παρουσιάζουν βελτίωση αμέσως μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, με μικρότερη τεκμηρίωση στη μακροχρόνια διατήρηση του αποτελέσματος. Η έλλειψη παρακολούθησης καθιστούν δυσκολότερη τη διαπίστωση της μετατροπής των αλλαγών σε σταθερή επαγγελματική συμπεριφορά (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Τα σύντομα προγράμματα είναι χρήσιμα στην εισαγωγή συγκεκριμένων δεξιοτήτων, αλλά η βαθύτερη αποτελεσματικότητά τους μειώνεται χωρίς επανάληψη και ενίσχυση. Οι διαχρονικές παρεμβάσεις συνδέουν την εκπαίδευση με πολλαπλά στάδια της κλινικής εμπειρίας, απαιτώντας όμως περισσότερους πόρους και εκπαιδευτική δέσμευση με σταθερότητα και διάρκεια (Ngo et al., 2025).

Οι επαναληπτικές συνεδρίες, η κλινική εποπτεία και οι ευκαιρίες εφαρμογής με ανατροφοδότηση συμβάλλουν στη διατήρηση της μάθησης. Η δυνατότητα εφαρμογής των διδαχθεισών δεξιοτήτων συμβάλλει στη βελτιστοποίηση του αποτελέσματος (Howick et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Η εκπαίδευση του μεμονωμένου επαγγελματία είναι ανεπαρκής σε συνθήκες αποκλειστικής επιβράβευσης της ταχύτητας, της παραγωγικότητας και της τεχνικής ολοκλήρωσης των πράξεων. Η ενσυναισθητική συμπεριφορά χρειάζεται χρόνο, συνέχεια της φροντίδας, ψυχολογική ασφάλεια και ηγεσία που αναγνωρίζει τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης. Η προσέγγιση αυτή δεν μειώνει την ατομική ευθύνη, αλλά αναγνωρίζει ότι η έκφραση της ενσυναίσθησης επηρεάζεται από τις δομές, τις προτεραιότητες και τις σχέσεις μέσα στον οργανισμό (Howick et al., 2024).

Η ενσωμάτωση της ενσυναίσθησης στην εκπαίδευση των εκπαιδευτών, στην εποπτεία, στην αξιολόγηση της ποιότητας και στην υποστήριξη της επαγγελματικής ευημερίας είναι απαραίτητη. Σε αντίθετη περίπτωση, υπάρχει κίνδυνος να περιορίζεται ως ατομική υποχρέωση την οποία ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να εκπληρώνει ανεξάρτητα από τις συνθήκες εργασίας (Howick et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

Η οργανωμένη εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες και στην ενσυναίσθηση παραμένει περιορισμένη και ανομοιομορφη στις ελληνικές ιατρικές σχολές. Σε πρόσφατη μελέτη φαίνεται ότι ειδικό μάθημα επικοινωνίας προσφέρεται σε τρεις από τις επτά ιατρικές σχολές, ενώ μόνο δύο από τα μαθήματα αυτά είναι υποχρεωτικά (Karakolias et al., 2025).

Η περιορισμένη παρουσία ξεχωριστών μαθημάτων δεν σημαίνει αυτόματα ότι η ενσυναίσθηση απουσιάζει πλήρως από τα προγράμματα σπουδών, καθώς μπορεί να ενσωματώνεται στην ιατρική ψυχολογία, στην ηθική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα ή στην κλινική άσκηση. Ωστόσο, η απουσία σαφών μαθησιακών στόχων και τυποποιημένης αξιολόγησης καθιστά δυσκολότερη την ισότιμη εκπαίδευση όλων των φοιτητών (Karakolias et al., 2025).

Ελληνική μελέτη σε 90 επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν σε διήμερο πιστοποιημένο σεμινάριο εκπαιδευτών με στοιχεία προσομοίωσης κατέγραψε αύξηση της ενσυναίσθησης αμέσως μετά την παρέμβαση. Η μεταβολή δεν τεκμηριώθηκε με την ίδια ένταση στις επαναληπτικές μετρήσεις, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία της παρακολούθησης και της επαναληπτικής εκπαίδευσης (Paliatsiou et al., 2024).

Η ελληνική ανασκόπηση για την ενσυνειδητότητα στους επαγγελματίες υγείας προσφέρει επιπλέον θεωρητική υποστήριξη για την ενσωμάτωση πρακτικών αυτογνωσίας και συναισθηματικής ρύθμισης. Ωστόσο, απαιτούνται ελληνικές ελεγχόμενες μελέτες που

να αξιολογούν τόσο την αλλαγή της συμπεριφοράς όσο και την εμπειρία των ασθενών (Νταφοπούλου και συν., 2023).

6.6 Κριτική αποτίμηση της βιβλιογραφίας που αφορά παρεμβάσεις για την εκπαίδευση και την ενίσχυση της ενσυναίσθησης

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει συνολικά ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να ενισχυθεί, αλλά η βεβαιότητα των συμπερασμάτων περιορίζεται από την ετερογένεια. Οι παρεμβάσεις διαφέρουν ως προς τον πληθυσμό, τη διάρκεια, το περιεχόμενο, το θεωρητικό πλαίσιο και τη μέθοδο αξιολόγησης (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί η εξάρτηση από αυτοαναφερόμενες κλίμακες και άμεσες μετα-παρεμβατικές μετρήσεις. Η βελτίωση της βαθμολογίας μπορεί να αντανakλά μεγαλύτερη εξοικείωση με την έννοια ή τις επιθυμητές απαντήσεις και όχι απαραίτητα αλλαγή της πραγματικής συμπεριφοράς απέναντι στον ασθενή (Edwards et al., 2025).

Υπάρχει επίσης πιθανότητα μεροληψίας δημοσίευσης, καθώς μικρές μελέτες με θετικά αποτελέσματα είναι πιθανότερο να δημοσιεύονται. Η δικτυωτή μετα-ανάλυση των Ngo και συνεργατών εντόπισε σημαντική ετερογένεια και ενδείξεις μεροληψίας δημοσίευσης, παρά τη θετική συνολική επίδραση των παρεμβάσεων (Ngo et al., 2025).

Οι εκβάσεις των ασθενών αξιολογούνται σπανιότερα από τις στάσεις και τις αυτοαναφερόμενες δεξιότητες των εκπαιδευομένων. Επομένως, δεν μπορεί να θεωρηθεί δεδομένο ότι κάθε εκπαιδευτική βελτίωση μεταφράζεται σε καλύτερη εμπειρία ή κλινική έκβαση για τον ασθενή (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Τέλος, οι παρεμβάσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για να μεταφέρουν την ευθύνη των συστημικών προβλημάτων στον επαγγελματία υγείας. Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη, αλλά η εφαρμογή της προϋποθέτει εργασιακό περιβάλλον που παρέχει επαρκή χρόνο, στελέχωση, συνέχεια και υποστήριξη (Howick et al., 2024).

Η ενίσχυση της ενσυναίσθησης οφείλει να γίνεται μέσω οργανωμένων εκπαιδευτικών παρεμβάσεων. Οι πιο αποτελεσματικές προσεγγίσεις συνδυάζουν θεωρητική διδασκαλία, πρακτική εξάσκηση, ανατροφοδότηση, αναστοχασμό και επαφή με την οπτική του ασθενούς, χωρίς να αναλώνονται σε παθητική μετάδοση πληροφοριών (Ngo et al., 2025; Edwards et al., 2025).

Το role-playing, οι τυποποιημένοι ασθενείς, οι ομάδες Balint, η αφηγηματική ιατρική, οι ανθρωπιστικές επιστήμες και η ενσυνειδητότητα μπορούν να συμβάλουν σε διαφορετικές διαστάσεις της ενσυναίσθησης. Καμία μεμονωμένη μέθοδος δεν είναι

επαρκής για όλους τους πληθυσμούς και όλα τα κλινικά περιβάλλοντα (Gong et al., 2024; Zhang et al., 2023; Ong et al., 2024).

Η εκπαίδευση του μέλλοντος απαιτείται να είναι διαχρονική, να συνδυάζει άνω της μίας μεθόδου και να είναι συνδεδεμένη κλινική πράξη. Η αξιολόγηση πρέπει να υπερβαίνει τις αυτοαναφερόμενες κλίμακες και να περιλαμβάνει παρατηρούμενες συμπεριφορές, αντιλήψεις ασθενών και μακροχρόνια παρακολούθηση (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025).

Τέλος, η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης δεν είναι ατομική αποκλειστικά ευθύνη του επαγγελματία υγείας. Απαιτεί οργανωσιακές συνθήκες και ηγεσία που υποστηρίζουν τη θεραπευτική σχέση, την επαγγελματική ευημερία και τη δυνατότητα εφαρμογής της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στην καθημερινή πράξη (Howick et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

7. Συζήτηση

Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό αλλά σύνθετο στοιχείο της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, το οποίο δύσκολα απομονώνεται από το κλινικό, εκπαιδευτικό και οργανωσιακό περιβάλλον (Nembhard et al., 2023; Tan et al., 2021).

Ένα βασικό εμπόδιο στη μελέτη της ενσυναίσθησης είναι η εννοιολογική ετερογένεια. Ο όρος «ενσυναίσθηση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει γνωστικές ικανότητες, συναισθηματικές αντιδράσεις, επικοινωνιακές συμπεριφορές και αντιλήψεις των ασθενών. Τα πεδία σχετίζονται και αλληλεπικαλύπτονται μεταξύ τους, αλλά σε καμία περίπτωση δεν είναι ταυτόσημα και δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ως εναλλάξιμα (Lima & Osório, 2021; Vieten et al., 2024).

Στο πρόβλημα της εννοιολογικής ετερογένειας έρχεται να βοηθήσει ο λειτουργικός ορισμός της κλινικής ενσυναίσθησης ως κυκλικής διαδικασίας: ο επαγγελματίας υγείας παρατηρεί και ακούει, επιχειρεί να κατανοήσει την οπτική του ασθενούς, ρυθμίζει τη δική του συναισθηματική ανταπόκριση, επικοινωνεί την κατανόησή του και επανελέγχει αν η ερμηνεία του ήταν σωστή. Η ενσυναίσθηση συνεπώς δεν είναι μεμονωμένη συμπεριφορά, αλλά μια συνεχής διαδικασία προσαρμογής μέσα στη θεραπευτική σχέση (Tan et al., 2021; Zhang et al., 2024).

Στις περισσότερες μελέτες επιβεβαιώνεται η συμβολή της ενσυναίσθησης στην ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Μέσω της ενεργητικής ακρόασης και της αναγνώρισης των συναισθηματικών μηνυμάτων, ο επαγγελματίας υγείας καθιστά σαφές και κατανοητό ότι ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως πρόσωπο και όχι αποκλειστικά ως φορέας νόσου. Η αίσθηση αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση αβεβαιότητας, φόβου ή εξάρτησης από το σύστημα υγείας (Nembhard et al., 2023; Zhang et al., 2024).

Η αντίληψη της ενσυναίσθησης έχει συσχετιστεί τόσο άμεσα με την ποιότητα της σχέσης όσο και έμμεσα μέσω της ενίσχυσης της εμπιστοσύνης (Wu et al., 2022). Η εμπιστοσύνη συνεισφέρει στην αποκάλυψη πληροφοριών που ο ασθενής θεωρεί ευαίσθητες ή πιθανώς επικριτέες. Η μη τήρηση της αγωγής, η χρήση εναλλακτικών θεραπειών, τα οικονομικά εμπόδια και οι ψυχολογικές δυσκολίες είναι κομμάτια της ζωής του ασθενούς που δεν επικοινωνούνται όταν υπάρχει ο φόβος της κριτικής και της μη σοβαρής αξιολόγησης. Η ενσυναισθητική επικοινωνία φαίνεται λοιπόν πως βελτιώνει όχι μόνο τη

συναισθηματική εμπειρία, αλλά και την πληρότητα των κλινικών πληροφοριών (Broadbridge et al., 2024).

Επιπλέον, η ενσυναίσθηση έχει υποστηρικτικό ρόλο στην κοινή λήψη αποφάσεων. Η απλή παρουσίαση θεραπευτικών επιλογών δεν έχει θέση στην ανθρωποκεντρική φροντίδα, αλλά απαιτείται η διερεύνηση των αξιών, των φόβων και των προτεραιοτήτων του ασθενούς. Η ενσυναισθητική στάση βοηθά στην κατανόηση και την προσαρμογή της ενημέρωσης και την καθοδήγησης (Nembhard et al., 2023).

Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία τονίζεται η συσχέτιση της ενσυναίσθησης και με την ικανοποίηση του ασθενούς. Οι παρεμβάσεις ενίσχυσης της ενσυναίσθησης μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση, αν και οι περιλαμβανόμενες μελέτες παρουσιάζουν σημαντική ετερογένεια ως προς τις παρεμβάσεις και τα εργαλεία αξιολόγησης (Keshtkar et al., 2024). Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση δεν πρέπει να εξισώνεται με την τεχνική ποιότητα της φροντίδας. Επηρεάζεται από αρκετούς μη τεχνικούς παράγοντες που περιλαμβάνουν τις προσδοκίες του ασθενούς, την πρόσβαση, τον χρόνο αναμονής, το αποτέλεσμα της θεραπείας και την οργανωσιακή λειτουργία. Παρόλα αυτά, αποτελεί σημαντική έκβαση, επειδή αποτυπώνει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει την επικοινωνία, τον σεβασμό και τη συμμετοχή του στη διαδικασία της φροντίδας (Keshtkar et al., 2024; Nembhard et al., 2023).

Η συσχέτιση της ενσυναίσθησης με αντικειμενικές ή μακροχρόνιες κλινικές εκβάσεις είναι περισσότερο σύνθετη. Σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, η υψηλότερη αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση του ιατρού συσχετίστηκε με καλύτερες εκβάσεις πόνου, λειτουργικότητας και ποιότητας ζωής σε παρακολούθηση δώδεκα μηνών. Ο διαχρονικός σχεδιασμός ενισχύει την αξιοπιστία της συσχέτισης, αλλά δεν αποκλείει την επίδραση άλλων χαρακτηριστικών της σχέσης και της φροντίδας (Licciardone et al., 2024).

Το να παρουσιαστεί η ενσυναίσθηση ως ανεξάρτητη θεραπεία που οδηγεί αυτομάτως σε καλύτερη υγεία έχει περιορισμούς. Πιο πιθανά επιδρά μέσω ενδιάμεσων μηχανισμών, όπως η εμπιστοσύνη, η σαφέστερη επικοινωνία, η πληρέστερη αποκάλυψη πληροφοριών, η συμμετοχή του ασθενούς και η καλύτερη προσαρμογή της θεραπείας στην καθημερινή του ζωή (Wu et al., 2022; Nembhard et al., 2023). Πρέπει να τονιστεί επίσης η αναγκαιότητα αποφυγής υπερβολικής εργαλειοποίησης της ενσυναίσθησης. Η αξία της δεν εξαρτάται αποκλειστικά από το αν μειώνει τον πόνο ή αυξάνει τη συμμόρφωση. Η αντιμετώπιση του ασθενούς με κατανόηση και σεβασμό είναι αναπόσπαστο μέρος ηθικά ορθής και ανθρωποκεντρικής φροντίδας ακόμη και όταν δεν μπορεί να αποδειχθεί άμεση

επίδραση στους δείκτες ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (Tan et al., 2021; Bennett-Weston & Howick, 2025).

Σε επίπεδο καθημερινής κλινικής πρακτικής, η ενσυναίσθηση δεν απαιτεί πάντοτε μακρές συζητήσεις. Σύντομες συμπεριφορές, όπως η αναγνώριση της ανησυχίας, η περίληψη όσων εξέφρασε ο ασθενής και ο έλεγχος της κατανόησης, μπορούν να ενισχύσουν την αίσθηση ότι ο ασθενής ακούστηκε. Η ποιότητα της ανταπόκρισης είναι σημαντικότερη από τη μηχανική χρήση πολλών επικοινωνιακών φράσεων (Zhang et al., 2024). Ιδιαίτερη σημασία έχει η ενσυναίσθηση στις δύσκολες συζητήσεις, στις χρόνιες νόσους και στην ογκολογική φροντίδα, όπου η αβεβαιότητα και οι μεταβαλλόμενοι στόχοι δημιουργούν αυξημένες σχεσιακές απαιτήσεις. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ειλικρινής ενημέρωση πρέπει να συνδυάζεται με αναγνώριση του συναισθήματος και δέσμευση για συνέχιση της υποστήριξης (Zhang et al., 2024; Nembhard et al., 2023). Η ενσυναίσθηση δεν σημαίνει αποδοχή κάθε αιτήματος ούτε αποφυγή των ορίων. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να αναγνωρίσει τη δυσφορία ή την απογοήτευση του ασθενούς, ενώ παράλληλα εξηγεί γιατί μια συγκεκριμένη παρέμβαση δεν είναι ενδεδειγμένη. Η επικύρωση του συναισθήματος πρέπει να διακρίνεται από τη συμφωνία με όλες τις επιθυμίες ή απαιτήσεις (Bennett-Weston & Howick, 2025).

Η μελέτη της ενσυναίσθησης δεν αφορά μόνο σε θετικές, αλλά και σε πιθανές αρνητικές επιδράσεις. Η αλληλεπίδραση μεταξύ ενσυναίσθησης και επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα πολυδιάστατο πεδίο έρευνας. Η γενική παραδοχή της αναλογικής σχέσης της ενσυναίσθησης και του burnout δεν τεκμηριώνεται επαρκώς από τα διαθέσιμα δεδομένα. Στην πραγματικότητα, διαφορετικές πτυχές της ενσυναίσθησης συνδέονται με διαφορετικό τρόπο με τα γνωρίσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης που όπως προαναφέρθηκε περιλαμβάνουν κυρίως τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την αίσθηση επαγγελματικής αποτελεσματικότητας (Delgado et al., 2023; Zhou, 2025). Η γνωστική λήψη της οπτικής και η ενσυναισθητική ανησυχία συνδέονται με καλύτερη επικοινωνία και μεγαλύτερη αίσθηση επαγγελματικού νοήματος. Αντίθετα, η προσωπική δυσφορία και η αίσθηση υπερβολικής ευθύνης για τον πόνο του ασθενούς αυξάνουν τη συναισθηματική επιβάρυνση. Η εκπαίδευση είναι αυτή που καλείται να καλλιεργήσει την ευαισθησία και την ικανότητα αυτορρύθμισης και διατήρησης επαγγελματικών ορίων (Delgado et al., 2023). Η σχέση μεταξύ burnout και ενσυναίσθησης είναι πιθανότατα αμφίδρομη. Η εξάντληση και η αποπροσωποποίηση μπορούν να περιορίζουν την προσοχή και τη συναισθηματική διαθεσιμότητα του επαγγελματία. Παράλληλα, η επαναλαμβανόμενη έκθεση στην οδύνη χωρίς επαρκείς πόρους, εποπτεία και

υποστήριξη μπορεί να οδηγήσει σε μορφές empathy-based stress, όπως δευτερογενές τραυματικό στρες και compassion fatigue (Zhou, 2025; May et al., 2024). Οι περισσότερες παρεμβάσεις για το empathy-based stress στοχεύουν στην προσαρμογή και στις δεξιότητες του ατόμου, παρότι πολλοί από τους παράγοντες που προκαλούν την επιβάρυνση είναι οργανωτικοί. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τον κίνδυνο μεταφοράς της ευθύνης στον επαγγελματία υγείας, χωρίς ουσιαστική αντιμετώπιση των συνθηκών εργασίας και κυρίως του καθημερινού φόρτου, της διάθεσης επαρκούς προσωπικού και της εργασιακής κουλτούρας (είναι επίκαιρη η έννοια της εργασιακής τοξικότητας) (May et al., 2024).

Έτερο σημαντικό θέμα συζήτησης αποτελεί η ενίσχυση της ενσυναίσθησης στους επαγγελματίες υγείας. Είναι γνωστό ότι η ενσυναίσθηση είναι μια δυναμική και πολυδιάστατη ικανότητα, η οποία περιλαμβάνει τη γνωστική κατανόηση της οπτικής του ασθενούς, τη συναισθηματική ευαισθησία, την επικοινωνιακή έκφραση της κατανόησης και τη θεραπευτικά κατάλληλη ανταπόκριση. Η φύση της είναι σχεσιακή δηλαδή αποκτά κλινική αξία μόνο όταν εκφράζεται με τρόπο υπαρκτό και πρακτικό, είναι απαραίτητη η αναγνώριση της έκφρασής της από τον ασθενή (Tan et al., 2021; Bennett-Weston & Howick, 2025).

Στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται η ενίσχυση της ενσυναίσθησης, ιδιαίτερα στα πλαίσια παρεμβάσεων με ενεργό συμμετοχή, εξάσκηση, ανατροφοδότηση και αναστοχασμό. Η σημαντική διαπίστωση είναι η δυνατότητα καλλιέργειας δεξιοτήτων που σχετίζονται με την ενσυναίσθηση μέσω της εκπαίδευσης και τη συνεχιζόμενη επαγγελματικής ανάπτυξης (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025). Η παραδοσιακή προσέγγιση εστιάζει κυρίως στην ενσυναίσθηση ως προσωπική ικανότητα του επαγγελματία υγείας. Ωστόσο, η κλινική συμπεριφορά επηρεάζεται από τον διαθέσιμο χρόνο, τον σχεδιασμό της εργασίας, την ποιότητα της ηγεσίας, τη συνεργασία της ομάδας και τη συνέχεια της φροντίδας. Η ενσυναίσθηση πρέπει επομένως να εξετάζεται και ως χαρακτηριστικό του συστήματος μέσα στο οποίο εργάζεται ο επαγγελματίας (Nembhard et al., 2023; Howick et al., 2024).

Ένα ενσυναισθητικό σύστημα δεν περιορίζεται στην παροχή μεμονωμένων εκπαιδευτικών σεμιναρίων. Χρειάζεται να δημιουργεί συνθήκες που διευκολύνουν την ουσιαστική επικοινωνία, όπως ρεαλιστικό φόρτο, επαρκή στελέχωση, συνέχεια της φροντίδας, ψυχολογική ασφάλεια και δυνατότητα συζήτησης δύσκολων περιστατικών. Η ενσυναισθητική ηγεσία και η υποστήριξη του προσωπικού αποτελούν επομένως μέρος της ποιότητας της φροντίδας (Howick et al., 2024). Η συστημική προσέγγιση δεν αναιρεί την προσωπική ευθύνη του επαγγελματία για τη συμπεριφορά του. Αναγνωρίζει όμως ότι η

απαίτηση για διαρκή ενσυναίσθητική παρουσία δεν είναι ρεαλιστική όταν το ίδιο το σύστημα προκαλεί χρόνια εξάντληση, κατακερματισμό της φροντίδας και έλλειψη χρόνου. Η βελτίωση της ενσυναίσθησης προϋποθέτει επομένως συνδυασμό ατομικής εκπαίδευσης και οργανωσιακής αλλαγής (May et al., 2024; Howick et al., 2024).

Η ενσυναίσθηση πρέπει να εντάσσεται διαχρονικά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και όχι να περιορίζεται σε ένα μεμονωμένο θεωρητικό μάθημα. Η επανάληψη, η πρακτική εφαρμογή, η ανατροφοδότηση και ο αναστοχασμός είναι απαραίτητα για τη μεταφορά της γνώσης στην κλινική συμπεριφορά (Byrne et al., 2024; Edwards et al., 2025). Η συμμετοχή πραγματικών ή τυποποιημένων ασθενών μπορεί να προσφέρει ανατροφοδότηση που δεν είναι διαθέσιμη μέσω της αυτοαξιολόγησης ή της αξιολόγησης από τον εκπαιδευτή. Οι ασθενείς μπορούν να αναδείξουν συμπεριφορές που θεωρούνται τεχνικά σωστές αλλά βιώνονται ως απρόσωπες, βιαστικές ή ανεπαρκώς προσαρμοσμένες (Edwards et al., 2025). Τέλος, οι διοικήσεις χρειάζεται επίσης να δημιουργούν ασφαλείς δομές για την επεξεργασία δύσκολων κλινικών εμπειριών. Η εποπτεία, η υποστήριξη από συναδέλφους και οι οργανωμένες συναντήσεις αναστοχασμού μπορούν να συμβάλουν τόσο στην προστασία του προσωπικού όσο και στη διατήρηση της ενσυναίσθητικής φροντίδας (May et al., 2024).

Η μελλοντική έρευνα χρειάζεται να χρησιμοποιεί σαφείς και θεωρητικά τεκμηριωμένους ορισμούς της ενσυναίσθησης. Η αναφορά μιας συνολικής βαθμολογίας χωρίς διευκρίνιση της γνωστικής, συναισθηματικής ή συμπεριφορικής διάστασης περιορίζει την ερμηνεία και τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων (Vieten et al., 2024). Απαιτούνται περισσότερες διαχρονικές και πειραματικές μελέτες, ώστε να διερευνηθεί η αιτιώδης κατεύθυνση των σχέσεων μεταξύ ενσυναίσθησης, εμπιστοσύνης, burnout και κλινικών εκβάσεων. Οι συγχρονικές συσχετίσεις δεν μπορούν να αποδείξουν αν η ενσυναίσθηση προκαλεί καλύτερη σχέση ή αν μια θετική σχέση οδηγεί σε υψηλότερη αξιολόγηση της ενσυναίσθησης (Nembhard et al., 2023; Wu et al., 2022).

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της μελέτης

Βασικό πλεονέκτημα της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η συνθετική προσέγγιση της ενσυναίσθησης. Εξετάστηκαν όχι μόνο οι θεωρητικοί ορισμοί και η θεραπευτική σχέση, αλλά και η επαγγελματική ευημερία, η εκπαίδευση, η οργανωσιακή διάσταση και τα διαθέσιμα ελληνικά δεδομένα. Η αφηγηματική μορφή επέτρεψε τη σύνθεση ετερογενών ποσοτικών, ποιοτικών και θεωρητικών πηγών (Sukhera, 2022).

Ωστόσο αναπόφευκτα υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί. Η αφηγηματική ανασκόπηση δεν διαθέτει τον ίδιο βαθμό τυποποίησης και αναπαραγωγιμότητας με μια συστηματική ανασκόπηση. Παρότι εφαρμόστηκε οργανωμένη αναζήτηση και προκαθορισμένα κριτήρια, δεν μπορεί να αποκλειστεί η παράλειψη σχετικών μελετών ή η επιλεκτική έμφαση σε συγκεκριμένες θεματικές και ερμηνείες (Sukhera, 2022). Η χρονική εστίαση στην πρόσφατη πενταετία επιτρέπει την αποτύπωση των σύγχρονων εξελίξεων, αλλά μπορεί να υποβαθμίσει παλαιότερες θεμελιώδεις θεωρητικές ή εμπειρικές μελέτες. Για τον λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκαν επιλεκτικά ορισμένες παλαιότερες αναφορές όταν θεωρήθηκαν απαραίτητες για την εννοιολογική κατανόηση του πεδίου (Sukhera, 2022). Ένας επιπλέον περιορισμός αφορά τη μεγάλη ετερογένεια της πρωτογενούς βιβλιογραφίας. Οι μελέτες αφορούν διαφορετικά επαγγέλματα, κλινικά περιβάλλοντα, πολιτισμικά πλαίσια και εργαλεία μέτρησης, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων σε όλους τους επαγγελματίες και σε όλα τα συστήματα υγείας (Nembhard et al., 2023; Vieten et al., 2024).

Όσο αφορά στη μεθοδολογική αποτίμηση των ερευνών, η μεγάλη ποικιλία εργαλείων αποτελεί βασικό περιορισμό της διαθέσιμης βιβλιογραφίας. Η *scoping review* των Vieten και συνεργατών εντόπισε εκατοντάδες εργαλεία και υποκλίμακες που μετρούν την ενσυναίσθηση, τη συμπόνια και συναφείς έννοιες. Η ετερογένεια αυτή δυσχεραίνει την άμεση σύγκριση των μελετών και τη σύνθεση των αποτελεσμάτων (Vieten et al., 2024). Η πληρέστερη αξιολόγηση θα πρέπει να είναι πολυμεθοδολογική και να συνδυάζει αυτοαναφορά, αξιολόγηση από ασθενείς και παρατήρηση πραγματικών ή προσομοιωμένων συναντήσεων. Παράλληλα, το εργαλείο πρέπει να επιλέγεται με βάση τον στόχο της μελέτης και τη διάσταση της ενσυναίσθησης που επιδιώκεται να αξιολογηθεί (Lima & Osório, 2021; Vieten et al., 2024).

Η ενσυναίσθηση επομένως αποτελεί βασικό συστατικό της θεραπευτικής σχέσης και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Η κύρια αξία της εντοπίζεται στην ενίσχυση της επικοινωνίας, της εμπιστοσύνης, της συμμετοχής και της εμπειρίας του ασθενούς, ενώ η επίδρασή της στις αντικειμενικές κλινικές εκβάσεις είναι πιθανή αλλά λιγότερο οριστικά τεκμηριωμένη (Nembhard et al., 2023; Keshtkar et al., 2024). Η ενσυναίσθηση μπορεί να διδαχθεί και να ενισχυθεί, αλλά η εκπαίδευση πρέπει να είναι ενεργητική, βιωματική, αναστοχαστική και διαχρονική. Η διατήρηση της ενσυναίσθησης δεν αποτελεί μόνο ατομική ευθύνη. Απαιτεί εργασιακές και οργανωσιακές συνθήκες που προστατεύουν τους επαγγελματίες υγείας από τη χρόνια εξάντληση και τους επιτρέπουν να είναι πραγματικά παρόντες στη θεραπευτική συνάντηση. Η ενσυναισθητική φροντίδα πρέπει επομένως να

αποτελεί στόχο τόσο της εκπαίδευσης όσο και της διοίκησης και της πολιτικής υγείας (Howick et al., 2024; May et al., 2024).

8. Συμπεράσματα και προτάσεις

Η ενσυναίσθηση συμβάλλει στην ποιότητα της επικοινωνίας, στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης, στη μεγαλύτερη ψυχολογική ασφάλεια και στην ενεργότερη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων. Επηρεάζεται από την εκπαίδευση, την προσωπική αυτογνωσία, την επαγγελματική εμπειρία, το burnout, τον φόρτο εργασίας, τη στελέχωση και την οργανωσιακή κουλτούρα. Η ενσυναίσθηση μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω οργανωμένων παρεμβάσεων. Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα φαίνεται να συνδυάζουν θεωρητική διδασκαλία, βιωματική εξάσκηση, προσομοίωση, ανατροφοδότηση και αναστοχασμό. Η ενσυναίσθηση είναι σημαντικό να ενσωματώνεται στη συνολική κλινική αξιολόγηση και να μην αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή επικοινωνιακή δραστηριότητα. Στις μακροχρόνιες σχέσεις φροντίδας είναι σημαντική η περιοδική επανεκτίμηση των προτεραιοτήτων του ασθενούς. Οι στόχοι, η ανοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες, η επιβάρυνση της θεραπείας και οι οικογενειακές ή επαγγελματικές ανάγκες μπορεί να μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Η ενίσχυση της ενσυναίσθησης δεν μπορεί να βασίζεται αποκλειστικά στην ατομική προσπάθεια του επαγγελματία. Οι υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να εξασφαλίζουν συνθήκες που επιτρέπουν την ουσιαστική επικοινωνία, όπως επαρκή στελέχωση, ρεαλιστική κατανομή του φόρτου, συνέχεια της φροντίδας και περιορισμό των περιττών διοικητικών απαιτήσεων.

Η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητο να εντάσσεται διαχρονικά στα προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και να μην περιορίζεται σε ένα μεμονωμένο θεωρητικό μάθημα. Η σταδιακή επανάληψη των δεξιοτήτων σε διαφορετικά στάδια της προκλινικής και κλινικής εκπαίδευσης μπορεί να υποστηρίξει τη σύνδεσή τους με την επαγγελματική ταυτότητα και την καθημερινή πρακτική. Στο ελληνικό εκπαιδευτικό πλαίσιο απαιτείται συστηματικότερη και περισσότερο ομοιόμορφη ενσωμάτωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης στα προγράμματα σπουδών.

Απαιτούνται περισσότερες διαχρονικές και ελεγχόμενες μελέτες που να εξετάζουν την αιτιώδη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης, εμπιστοσύνης, επαγγελματικής εξουθένωσης και εκβάσεων της φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων πρέπει να αξιολογείται σε βάθος χρόνου και σε πραγματικά κλινικά περιβάλλοντα. Οι

έρευνες να συνδυάζουν αυτοαναφερόμενα εργαλεία, αξιολογήσεις ασθενών, παρατήρηση κλινικών συναντήσεων και δείκτες επαγγελματικής ευημερίας

Εν κατακλείδι, η ενσυναίσθηση αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης με τρόπο ανθρώπινο, κατανοητό και προσαρμοσμένο στον συγκεκριμένο ασθενή. Η ενσυναίσθητική φροντίδα αποτελεί κοινή ευθύνη των επαγγελματιών, των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, των διοικήσεων και των συστημάτων υγείας. Η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως δευτερεύουσα ή προαιρετική διάσταση της φροντίδας. Αποτελεί ουσιαστικό μέρος της επαγγελματικής επάρκειας και της ηθικής υποχρέωσης των υπηρεσιών υγείας να αντιμετωπίζουν κάθε ασθενή όχι μόνο ως κλινικό περιστατικό, αλλά ως άνθρωπο με μοναδική εμπειρία, ανάγκες και αξίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Νταφοπούλου, X., Κανδυλάκη, A., Τσέργας, N., Τσάτσου, I., & Πολύζος, N. (2023). Η εφαρμογή της ενσυνειδητότητας στους επαγγελματίες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 40(6), 765–771.

B. Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Akeeb, A. A., King, S. M., Olaku, O., & White, J. D. (2023). Communication Between Cancer Patients and Physicians About Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review. *Journal of integrative and complementary medicine*, 29(2), 80–98. <https://doi.org/10.1089/jicm.2022.0516>
- Arshad, M., Sriram, S., Khan, S., Gollapalli, P. K., & Albadrani, M. (2024). Mediating role of physician's empathy between physician's communication and patient's satisfaction. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(4), 1530–1534. doi:10.4103/jfmpe.jfmpe_1615_23
- Assing Hvidt, E., Ulsø, A., Thorngreen, C. V., Søndergaard, J., & Andersen, C. M. (2022). Empathy as a learning objective in medical education: Using phenomenology of learning theory to explore medical students' learning processes. *BMC Medical Education*, 22, 628. doi:10.1186/s12909-022-03696-x
- Bai, H., Li, F., & He, Z. (2025). Bridging the trust gap: The mediating role of patient satisfaction in physician empathy. *Frontiers in Medicine*, 12, 1647105. doi: 10.3389/fmed.2025.1647105

- Bennett-Weston, A., & Howick, J. (2025). Patient and practitioner perspectives on the definition and measurement of therapeutic empathy: Qualitative study. *Journal of Participatory Medicine*, 17, e71610. doi:10.2196/71610
- Broadbridge, E., Greene, K., Venetis, M. K., Lee, L. E., Banerjee, S. C., Buckley de Meritens, A., Catona, D., & Devine, K. A. (2024). The influence of perceived provider empathic communication on disclosure decision-making. *Health Communication*, 39(9), 1807–1824. doi:10.1080/10410236.2023.2243409
- Byrne, M., Campos, C., Daly, S., Lok, B., & Miles, A. (2024). The current state of empathy, compassion and person-centred communication training in healthcare: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 119, 108063. doi:10.1016/j.pec.2023.108063
- Chen, X., Chen, M., Zheng, H., Wang, C., Chen, H., Wu, Q., Liao, H., Zhu, J., Lin, J., Ou, X., Zou, Z., Wang, Z., Zheng, Z., Zhuang, X., & Chen, R. (2022). Effects of psychological intervention on empathy fatigue in nurses: A meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10, 952932. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.952932>
- Cohen, C., Pignata, S., Bezak, E., Tie, M., & Childs, J. (2023). Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: A systematic review. *BMJ Open*, 13, e071203. doi:10.1136/bmjopen-2022-071203
- Delgado, N., Delgado, J., Betancort, M., Bonache, H., & Harris, L. T. (2023). What is the link between different components of empathy and burnout in healthcare professionals? A systematic review and meta-analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 16, 447–463. doi:10.2147/PRBM.S384247
- Edwards, A., Grant, K.-G., Hammer, N. C., Alfaqih, M., Nyein, K. P., Abia-Okon, A., Grossman, R., & Gregory, M. E. (2025). Empathy training in healthcare: An umbrella review. *BMC Medical Education*, 25, 1750. doi:10.1186/s12909-025-08219-y
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A

- systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 890–913. doi:10.1017/S1478951523001165
- Erzurumlu, M., Özçelik, H., Akdeniz, M., Kavukçu, E., & Avcı, H. H. (2025). Adaptation of the Consultation and Relational Empathy Measure to Turkish. *Behavioral Sciences*, 15(6), 721. <https://doi.org/10.3390/bs15060721>
 - Gamvrouli, M., Karanikola, M. N. K., Paschali, A., & Giannakopoulou, M. (2024). Reliability of Moral Distress Scale, Secondary Traumatic Stress Scale, and Jefferson Scale of Empathy among Greek nurses: A pilot study. *Journal of Nursing Measurement*, 32(1), 18–27. doi:10.1891/JNM-2022-0007
 - Gamvrouli, M., Karanikola, M., Triantafyllou, C., Paschali, A., & Giannakopoulou, M. (2025). Levels of moral distress, secondary traumatic stress, general health, and empathy among nursing staff in eight public hospitals in Greece: A cross-sectional study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 22(6), e70093. doi:10.1111/wvn.70093
 - Garnett, A., Hui, L., Oleynikov, C., & Boamah, S. (2023). Compassion fatigue in healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 23, 1336. doi:10.1186/s12913-023-10356-3
 - Gohri, J., Kalra, S., & Hegde, S. (2025). Factors influencing empathy level among healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Education and Health Promotion*, 14, 389. doi:10.4103/jehp.jehp_1647_24
 - Gong, B., Zhang, X., Lu, C., Wu, C., & Yang, J. (2024). The effectiveness of Balint groups at improving empathy in medical and nursing education: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medical Education*, 24, 1089. doi:10.1186/s12909-024-06098-3
 - Goumas, G., Dardavesis, T. I., Syrigos, K., Syrigos, N., Mouliou, D. S., & Simou, E. (2026). Greek physicians' skills and factors affecting breaking bad news to cancer patients. *Current Oncology*, 33(5), 262. doi:10.3390/currncol33050262
 - Grauman, Å., Ancillotti, M., Veldwijk, J., & Mascalzoni, D. (2023). Precision cancer medicine and the doctor–patient relationship: A systematic review and narrative

- synthesis. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23, 286. doi:10.1186/s12911-023-02395-x
- Guidi, C., & Traversa, C. (2021). Empathy in patient care: From “clinical empathy” to “empathic concern.” *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(4), 573–585. doi:10.1007/s11019-021-10033-4
 - Hojat, M., Maio, V., Pohl, C. A., & Gonnella, J. S. (2023). Clinical empathy: Definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and healthcare outcomes. *Discover Health Systems*, 2, 8. doi:10.1007/s44250-023-00020-2
 - Howick, J., Dudko, M., Feng, S. N., Ahmed, A. A., Alluri, N., Nockels, K., Winter, R., & Holland, R. (2023). Why might medical student empathy change throughout medical school? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Medical Education*, 23, 270. doi:10.1186/s12909-023-04165-9
 - Howick, J., de Zulueta, P., & Gray, M. (2024). Beyond empathy training for practitioners: Cultivating empathic healthcare systems and leadership. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 30(4), 548–558. doi:10.1111/jep.13970
 - Karakolias, S., Tagarakis, G., & Polyzos, N. (2025). Communication skills as a bridge between medical and public health education: The case of Greek medical students. *Frontiers in Public Health*, 13, 1709045. doi:10.3389/fpubh.2025.1709045
 - Kartsonaki, M. G., Georgopoulos, D., Kondili, E., Nieri, A. S., Alevizaki, A., Nyktari, V., & Papaioannou, A. (2023). Prevalence and factors associated with compassion fatigue, compassion satisfaction, burnout in health professionals. *Nursing in Critical Care*, 28(2), 225–235. doi:10.1111/nicc.12769
 - Keshtkar, L., Madigan, C. D., Ward, A., Ahmed, S., Tanna, V., Rahman, I., Bostock, J., Nockels, K., Wang, W., Gillies, C. L., & Howick, J. (2024). The effect of

- practitioner empathy on patient satisfaction: A systematic review of randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 177(2), 196–209. doi:10.7326/M23-2168
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse–patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20, 158. doi:10.1186/s12912-021-00684-2
 - Licciardone, J. C., Tran, Y., Ngo, K., Toledo, D., Peddireddy, N., & Aryal, S. (2024). Physician empathy and chronic pain outcomes. *JAMA Network Open*, 7(4), e246026. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.6026
 - Lima, F. F., & Osório, F. L. (2021). Empathy: Assessment instruments and psychometric quality—A systematic literature review with a meta-analysis of the past ten years. *Frontiers in Psychology*, 12, 781346. doi:10.3389/fpsyg.2021.781346
 - Maghsoodi, E., Alikhah, H., Ghavipankeh Rezaiy, S., Partash, N., & Hosseinian, E. (2025). Exploring the impact of role-playing in enhancing nursing education: A systematic review of pedagogical outcomes and student competency development. *Nurse Education Today*, 152, 106763. doi:10.1016/j.nedt.2025.106763
 - Mahendiran, M., Yeung, H., Rossi, S., Khosravani, H., & Perri, G. A. (2023). Evaluating the effectiveness of the SPIKES model to break bad news: A systematic review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(11), 1231–1260. doi:10.1177/10499091221146296
 - Malenfant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: An updated scoping review of the literature. *BMC Palliative Care*, 21, 80. doi:10.1186/s12904-022-00942-3
 - Marshman, C., Allen, J., Ling, D., & Brand, G. (2024). “It’s very values driven”: A qualitative systematic review of the meaning of compassion according to healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5), 1647–1665. doi:10.1111/jocn.16998
 - May, H., Millar, J., Griffith, E., Gillmore, C., Kristoffersen, M., Robinson, R., & West, M. (2024). Interventions to address empathy-based stress in mental health

- workers: A scoping review and research agenda. *PLOS ONE*, 19(12), e0306757. doi:10.1371/journal.pone.0306757
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl.), S9–S12.
 - Moreno-Poyato, A. R., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). The association between empathy and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335–343. doi:10.1111/jpm.12675
 - Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., & Koukouli, S. (2020). The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. doi:10.3390/healthcare8010026
 - Nembhard, I. M., David, G., Ezzeddine, I., Betts, D., & Radin, J. (2023). A systematic review of research on empathy in health care. *Health Services Research*, 58(2), 250–263. doi:10.1111/1475-6773.14016
 - Ngo, H., Sokolovic, N., Hu, J., & Jenkins, J. (2025). A systematic review identifying effective teaching methods and their combinations for increasing empathy in physicians: Pairwise and network meta-analysis. *BMC Medical Education*, 25, 1483. doi:10.1186/s12909-025-07917-x
 - Ong, N. Y., Teo, F. J. J., Ee, J. Z. Y., Yau, C. E., Thumboo, J., Tan, H. K., & Ng, Q. X. (2024). Effectiveness of mindfulness-based interventions on the well-being of healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *General Psychiatry*, 37(3), e101115. doi:10.1136/gpsych-2023-101115
 - Östergård, K., Kuha, S., & Kanste, O. (2024). Health-care leaders' and professionals' experiences and perceptions of compassionate leadership: A mixed-methods systematic review. *Leadership in Health Services*, 37(5), 49–65. doi:10.1108/LHS-06-2023-0043
 - Paliatsiou, S., Xanthos, T., Efthymiou, V., Zervas, I., Volaki, P., Sokou, R., & Iacovidou, N. (2024). Changes in empathy and mental resilience in health

professionals after completing the certified “Generic Instructor Course” seminar. *Cureus*, 16(7), e64752. doi:10.7759/cureus.64752

- Palla, I., Turchetti, G., & Polvani, S. (2024). Narrative medicine: Theory, clinical practice and education—A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24, 1116. doi:10.1186/s12913-024-11530-x
- Paulus, C. M., & Meinken, S. (2022). The effectiveness of empathy training in health care: A meta-analysis of training content and methods. *International Journal of Medical Education*, 13, 1–9. doi:10.5116/ijme.61d4.4216
- Pires, B., & Barbosa, M. (2025). Exploring empathy's role as a buffer against physician burnout: a narrative review. *Journal of communication in healthcare*, 18(2), 83–91. <https://doi.org/10.1080/17538068.2025.2488071>
- Ramollari, K., & Kontodimopoulos, N. (2025). Empathy in future nurses: Insights for healthcare management from a Greek student sample. *Healthcare*, 13(16), 2054. doi:10.3390/healthcare13162054
- Ritunga, I., Claramita, M., Widaty, S., & Soebono, H. (2024). Challenges and recommendations in the implementation of audiovisual telemedicine communication: A systematic review. *Korean Journal of Medical Education*, 36(3), 315–326. doi:10.3946/kjme.2024.305
- Rotenstein, L. S., Brown, R., Sinsky, C., & Linzer, M. (2023). The association of work overload with burnout and intent to leave the job across the healthcare workforce during COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 38(8), 1920–1927. doi:10.1007/s11606-023-08153-z
- Schwartzkopf, C. T., Alves, R. T., Lopes, P. C., Braux, J., Capucho, F., & Ribeiro, C. (2025). The role of training and education for enhancing empathy among healthcare students: A systematic review of randomised controlled trials. *BMC Medical Education*, 25, 469. doi:10.1186/s12909-025-07038-5
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded

- theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437–447. doi:10.1177/0269216316663499
- Song, Y., Xiu, Y., Li, W., & Wang, F. (2022). Neuroscience on breaking bad news: Effects of physicians' response on patient emotion and trust. *Frontiers in Psychology*, 13, 1006695. doi:10.3389/fpsyg.2022.1006695
 - Sukhera, J. (2022). Narrative reviews: Flexible, rigorous, and practical. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 414–417. doi:10.4300/JGME-D-22-00480.1
 - Tan, L., Le, M. K., Yu, C. C., Liaw, S. Y., Tierney, T., Ho, Y. Y., Lim, E., Lim, D., Ng, R., Ngeow, C., & Low, J. (2021). Defining clinical empathy: A grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open*, 11, e045224. doi:10.1136/bmjopen-2020-045224
 - Tan, L., Yu, C. C., Choo, R., Le, M. K., Ng, R., Tierney, T., Lim, E., Lim, D., Liaw, S. Y., Hansra, G., Ho, Y. Y., Ngeow, C., Chia, S. C., & Low, J. A. (2025). Development and validation of the Multidimensional Clinical Empathy Scale for healthcare professionals and students. *SAGE Open Medicine*, 13. doi.org/10.1177/20503121251365011
 - Vieten, C., Rubanovich, C. K., Khatib, L., Sprengel, M., Tanega, C., Polizzi, C., Vahidi, P., Malaktaris, A., Chu, G., Lang, A. J., Tai-Seale, M., Eyler, L., & Bloss, C. (2024). Measures of empathy and compassion: A scoping review. *PLOS ONE*, 19(1), e0297099. doi:10.1371/journal.pone.0297099
 - Vlassi, A., Vitkos, E., Michailidou, D., Lykoudis, P. M., Kioroglou, L., Kyrgidis, A., Tilaveridis, I., & Dardavesis, T. (2023). Stress, professional burnout, and employee efficiency in the Greek National Organization for the Provision of Health Services. *Clinics and Practice*, 13(6), 1541–1548. doi:10.3390/clinpract13060135
 - Voultsos, P., Chatzinikolaou, F., Papan, A., & Deliligka, A. (2022). Reliability of Greek version of the Toronto empathy questionnaire in medical students and

- associations with sociodemographic and lifestyle factors. *BMC Psychology*, 10, 113. doi:10.1186/s40359-022-00824-6
- Voultsos, P., Galanis, P., Dafni, M. F. A., Velonaki, V. S., Andreou, G. N., & Kovatsi, L. (2024). The Greek Jefferson Scale of Empathy—Medical Student Version: Psychometric properties and its associated factors. *Behavioral Sciences*, 14(3), 195. doi:10.3390/bs14030195
 - Wehking, F., Debrouwere, M., Danner, M., Geiger, F., Buenzen, C., Lewejohann, J.-C., & Scheibler, F. (2024). Impact of shared decision making on healthcare in recent literature: A scoping review using a novel taxonomy. *Journal of Public Health*, 32, 2255–2266. doi:10.1007/s10389-023-01962-w
 - Westendorp, J., Geerse, O. P., van der Lee, M. L., Schoones, J. W., van Vliet, M. H. M., de Wit, T., Evers, A. W. M., & van Vliet, L. M. (2023). Harmful communication behaviors in cancer care: A systematic review of patients' and family caregivers' perspectives. *Psycho-Oncology*, 32(12), 1827–1838. doi:10.1002/pon.6247
 - Winter, R., Leanage, N., Roberts, N., Norman, R. I., & Howick, J. (2022). Experiences of empathy training in healthcare: A systematic review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 105(10), 3017–3037. doi:10.1016/j.pec.2022.06.015
 - Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2022). The relationship between the physician–patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1388–1393. doi:10.1007/s11606-021-07008-9
 - Zhang, X., Pang, H. F., & Duan, Z. (2023). Educational efficacy of medical humanities in empathy of medical students and healthcare professionals: A

systematic review and meta-analysis. *BMC Medical Education*, 23, 925. doi:10.1186/s12909-023-04932-8

- Zhang, X., Li, L., Zhang, Q., Le, L. H., & Wu, Y. (2024). Physician empathy in doctor–patient communication: A systematic review. *Health Communication*, 39(5), 1027–1037. doi:10.1080/10410236.2023.2201735
- Zhou, H. (2025). Relationship between empathy and burnout as well as potential affecting and mediating factors from the perspective of clinical nurses: A systematic review. *BMC Nursing*, 24, 38. doi:10.1186/s12912-025-02701-0

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.