



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΒΑΘΜΟΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΚΑΤΑ
ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΙ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΟΥΝ
ΚΟΤΣΟΚΟΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ**

(Α.Μ. 145412)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΑΒΒΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΑΘΗΝΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2024

Περίληψη

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν θετικά ή αρνητικά στην εφαρμογή της ενσυναίσθησης κατά την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός μελέτης είναι 171 ιατροί που εργάζονται είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα, με τον κύριο όγκο να ανήκει στη 2^η υγειονομική περιφέρεια. Οι ειδικότητες διαφέρουν. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη: το πρώτο μέρος με σειρά ερωτήσεων που αναφέρονται στα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού μελέτης, το δεύτερο με ερωτήσεις της κλίμακας κλινικής ενσυναίσθησης Jefferson (Jefferson Scale of Empathy) και το τρίτο μέρος με σειρά ερωτήσεων της κλίμακας θυμικής ενσυναίσθησης Toronto (Toronto Empathy Questionnaire) Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science) Version: 28.0.00

Αποτελέσματα: παρατηρήθηκε ότι οι Έλληνες ιατροί εμφανίζουν υψηλού βαθμού τόσο κλινική όσο και θυμική ενσυναίσθηση. Αν και οι ιατροί μικρότεροι της ηλικίας των 30 ετών εμφανίζουν χαμηλότερη ενσυναίσθηση. Δεν βρέθηκε συσχέτιση με την ειδικότητα, το φύλο, το συνολικό χρόνο άσκησης της ειδικότητας. Επιπλέον υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην θυμική και κλινική ενσυναίσθηση.

Συμπεράσματα: τα προγράμματα σπουδών στην ιατρική σχολή θα πρέπει να στοχεύουν στην καλλιέργεια της ενσυναίσθησης. Η ενίσχυση της δεξιότητας αυτής μπορεί να υλοποιηθεί με την ένταξη μαθημάτων εξομοίωσης αντιμετώπισης ασθενών παράλληλα με τα μαθήματα αντιμετώπισης κλινικών προβλημάτων. Ακόμα, η οργάνωση του χρόνου εξέτασης στο ιατρείο δύναται να συμβάλλει στην γνωριμία με τον άρρωστο και την αποτελεσματικότερη επικοινωνία.

Λέξεις κλειδιά: Ενσυναίσθηση, επικοινωνία ιατρών-ασθενών, ποιότητα φροντίδας υγείας.

Abstract:

Aim: The purpose of this diploma thesis is to investigate the factors that contribute positively or negatively to the application of empathy during the communication between doctors and patient

Method: The study population is 171 physicians working either in the public or private sector, which the majority of them belonging to the 2nd Health District. Specialties vary. Participants were asked to complete a questionnaire consisting of three parts: the first part being a series of question referring to the socio-demographic data of the study population, the second part being questions from the Jefferson Scale of Empathy and the third part being a series of question of the Toronto Empathy Questionnaire. The statistical analysis of the questionnaire data was performed with the IBM SPSS program (Statistical Package for the Social Science) Version 28.0.00

Results: it was noticed that Greek doctors show a high degree of both clinical and emotional empathy, although doctors under the age of 30 show lower empathy. No correlation was found with the specialty, gender or total time practicing the specialty. Furthermore, there is a positive correlation between emotional and clinical empathy.

Conclusions: medical school curricula should aim to cultivate empathy. Strengthening this skill can be implemented by including patient management simulating courses alongside clinical problem-solving courses. Alongside that the organization of the examination time at the doctor's office can contribute to getting to know the patient and communicating more effective.

Key words: Empathy, doctor-patient communications, quality of health care.

Περιεχόμενα

	Περίληψη.....	1
	Abstract.....	2
	Περιεχόμενα.....	3
	Κατάλογος Πινάκων.....	5
	Κατάλογος Γραφημάτων.....	7
	Ακρωνύμια.....	9
1	Εισαγωγή.....	10
2	Θεωρητικό μέρος.....	11
2.1	Η σχέση Ιατρών-Ασθενών.....	11
2.2	Θεωρητική προσέγγιση της σχέσης ιατρών-ασθενών.....	13
2.3	Ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας.....	15
2.4	Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρών-ασθενών.....	17
2.5	Ο ορισμός της ενσυναίσθησης.....	19
2.6	Ενσυναίσθηση – Συμπάθεια.....	21
2.7	Τα στάδια της ενσυναίσθησης.....	22
2.8	Τα οφέλη της ενσυναίσθησης.....	24
2.9	Η εφαρμογή της ενσυναίσθησης.....	27
2.10	Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση.....	28
3.	Ερευνητικό μέρος.....	32

3.1	Εισαγωγικό μέρος.....	32
3.1.2	Οι στόχοι της έρευνας.....	32
3.1.3	Οι υποθέσεις της έρευνας.....	32
3.1.4	Μεθοδολογία της έρευνας.....	33
3.1.5	Εργαλεία της έρευνας.....	34
4.	Αποτελέσματα.....	38
4.1	Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα.....	38
4.2	Αποτελέσματα κλινικής Ενσυναίσθησης.....	50
4.3	Αποτελέσματα θυμικής Ενσυναίσθησης.....	57
4.4	Περιγραφικά δεδομένα της Ενσυναίσθησης.....	63
4.5	Έλεγχος υποθέσεων-Επαγωγική Ανάλυση.....	70
4.6	Παραγοντική Ανάλυση.....	81
4.7	Σύνοψη.....	97
5.	Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	98
	Βιβλιογραφία.....	101
	Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο.....	105

Κατάλογος Πινάκων

X	Ειδικά χαρακτηριστικά Ενσυναίσθησης και Συμπάθειας.....	21
X1	Δημογραφικά στοιχεία και Εκπαίδευση.....	38
X2	Ειδικότητα συμμετεχόντων (αναλυτικά και ομαδοποιημένη).....	41
X3	Δεδομένα σχετικά με την άσκηση του επαγγέλματος.....	43
X4	Δεδομένα σχετικά με την καθημερινή άσκηση του επαγγέλματος.....	46
X5	Ειδική κατάρτιση σε τομείς ψυχολογίας της υγείας.....	49
X6	Περιγραφικές Στατιστικές Παράμετροι Κλίμακας Κλινικής ενσυναίσθησης	64
X7	Περιγραφικές Στατιστικές Παράμετροι Κλίμακα Θυμικής ενσυναίσθησης	64
X8	Έλεγχοι κανονικότητας.....	70
X9	Στατιστικές σημαντικά συσχετίσεις με το συντελεστή Spearman.....	72
X10	Έλεγχος επίδρασης του φύλου στο βαθμό ενσυναίσθησης.....	73
X11	Median & Kruskal-Wallis tests για την επίδραση της ηλικίας στην κλίμακα ενσυναίσθησης.....	74
X12	Συγκρίσεις κατά ζεύγη ως προς την ηλικία και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal-Wallis tests.....	75
X13	Median & Kruskal-Wallis test για την επίδραση της μέσης διάρκειας επίσκεψης ενσυναίσθησης.....	77
X14	Σύγκριση κατά ζεύγη ως προς τη Μέση Διάρκεια Επίσκεψης και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal-Wallis tests).....	78
X15	p-values ελέγχων υποθέσεων για την επίδραση διαφόρων μεταβλητών στις κλίμακες ενσυναίσθησης.....	80
X16	Ανάλυση Αξιοπιστίας κλιμάκων ενσυναίσθησης με το δείκτη Cronbach alpha.....	81

X17	Ανάλυση παραγόντων της JSE.....	84
X18	Ανάλυση της JSEσε τρεις παράγοντες.....	86
X19	Ανάλυση αξιοπιστίας και βασικά περιγραφικά συστατικά παραγόντων της JSE.....	87
X20	Μη παραμετρική συσχέτιση συντελεστή Spearman μεταξύ των παραγόντων της JSE και των κλιμάκων ενσυναίσθησης.....	87
X21	Περιγραφικά μέτρα των 3 παραγόντων της JSE κατά φύλο, ηλικία χρόνος κλινικής εργασίας, ειδικότητα.....	94
X22	Μεταβλητές που συσχετίστηκαν με τους παράγοντες της JSE με μη-παραμετρικούς ελέγχους υποθέσεων και κατά ζεύγη σύγκριση.....	96
X23	p-values των δημογραφικών-κοινωνικών-επαγγελματικών μεταβλητών που δεν επηρεάζονται από τους 3 παράγοντες της JSE.....	97

Κατάλογος Γραφημάτων

X1	Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά φύλο.....	39
X2	Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά ηλικιακή ομάδα.....	39
X3	Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά την οικογενειακή κατάσταση.....	40
X4	Ποσοστιαία κατανομή δείγματος με βάση τον ανώτερο τίτλο σπουδών....	40
X5	Ποσοστιαία κατανομή κατά ειδικότητα (ομαδοποίηση Α).....	42
X6	Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά ειδικότητα (ομαδοποίηση Β)	42
X7	Τομέας άσκησης ειδικότητας (ποσοστό %)......	44
X8	Χώρος άσκησης ειδικότητας (ποσοστό %)......	45
X9	Χρόνος συνολικής κλινικής εργασίας (ποσοστό %)......	45
X10	Άσκηση ειδικότητας στα ΤΕΠ (ποσοστό %)......	46
X11	Μέσος όρος ασθενών την ημέρα (ποσοστό % ανά κατηγορία).....	48
X12	Μέσος όρος διάρκεια επίσκεψης ασθενών (ποσοστό % ανά κατηγορία)	48
X13	Ποσοστό χρόνου επίσκεψης για τη χρήση υπολογιστή (ποσοστό % ανά κατηγορία).....	49
X14	Ποσοστό συμμετοχής σε κατάρτιση (εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας).....	50
	Διαγράμματα των απαντήσεων του ερωτηματολογίου.....	51
X15	Κατανομή συχνοτήτων βαθμολογίας κλίμακας Κλινικής ενσυναίσθησης συνολικού δείγματος.....	65
X16	Κατανομή συχνοτήτων βαθμολογίας κλίμακας Θυμικής ενσυναίσθησης συνολικού δείγματος.....	65
X17	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά φύλο.....	66
X18	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά φύλο.....	66
X19	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά ηλικιακή ομάδα.....	67
X20	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά ηλικιακή ομάδα...	67

X21	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση B).....	68
X22	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση B).....	68
X23	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση A).....	69
X24	Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση A).....	69
X25	Κατανομή συχνοτήτων στις κλίμακες ενσυναίσθησης κατά φύλο.....	73
X26	Συγκρίσεις κατά ζεύγη ως προς την ηλικία και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal-Wallis tests).....	76
X27	Σύγκριση κατά ζεύγη για τη Μέση Διάρκεια Επίσκεψης και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal-Wallis tests).....	79
X28	Scree plot ιδιοτιμών για τον καθορισμό του αριθμού των παραγόντων της κλίμακας JSE.....	82
X29	Θηκογράμματα κατά φύλο για τους 3 παράγοντες της JES.....	88
X30	Θηκογράμματα κατά ηλικία για τους 3 παράγοντες της JES.....	89
X31	Θηκογράμματα κατά χρόνο κλινικής εργασίας για τους 3 παράγοντες της JES.....	90
X32	Θηκογράμματα κατηγορία ειδικότητας για τους 3 παράγοντες της JES.....	91
X33	Θηκογράμματα κατά μέσο όρο ασθενών/ημέρα για τους 3 παράγοντες της JES.....	92
X34	Θηκογράμματα κατά μέση Διάρκεια Εργασίας για τους 3 παράγοντες της JES.....	93

Ακρωνύμια

ΜΔΕ

Μέση Διάρκεια Επίσκεψης

ΤΕΠ

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Π.Φ.Υ.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ΥΠΕ

Υγειονομική Περιφέρεια

JES

Jefferson Scale of Empathy

TEQ

Toronto Empathy Questionnaire

1.Εισαγωγή

Στον 20^ο αιώνα και κυρίως μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο αμφισβητήθηκε ο ρόλος των ιατρών με την ανάγκη αυτοκαθορισμού των ασθενών και την εναλλακτική ιατρική (DiMatteo M. R., 1998). Το επάγγελμα της ιατρικής έχει αλλάξει περιεχόμενο ενώ αναγνωρίζεται ως αποτυχία των προγραμμάτων σπουδών η πλημμελής καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων (Hafferty F., Salloway J. C., 1993).

Ο τρόπος επικοινωνίας ιατρών-ασθενών εξελίχθηκε αργά με στοιχεία δυσaráσκειας και από τις δύο πλευρές. Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες ασκούν κριτική για απρόσωπη προσέγγιση, άγνοια εναλλακτικών θεραπειών και εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων για ιδίων όφελος (Little J. M., 1992).

Αναπτύχθηκαν θεωρίες ανάλυσης της σχέσης ιατρού-ασθενούς με βάση το μοντέλο όπως αναπτύχθηκε από τους Szasz & Hollender που αποτελείται από τρεις μορφές: το μοντέλο της ενεργητικής-παθητικότητας, το μοντέλο της καθοδήγησης-συνεργασίας και το μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής (DiMatteo M. R. & Martini R., 2011). Οι μελέτες ανέδειξαν την ανάγκη της αναβάθμισης της επικοινωνίας ιατρών-ασθενών που οδηγεί στη βελτίωση της ιατρικής φροντίδας.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της σχέσης ασθενούς-ιατρού και συμβάλει τόσο σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα όσο και οδηγεί τον ασθενή στο να διαχειρίζεται τη νόσο του αποτελεσματικότερα (Glaser K. & συν., 2007).

Στη βιβλιογραφία πολλές μελέτες προσπαθούν να δείξουν τον ρόλο της ενσυναίσθησης και πως αυτή διαμορφώνεται και ενισχύεται στη διάρκεια των σπουδών και της κλινικής πράξης. Με τη εργασία αυτή θα μελετηθεί ο βαθμός ενσυναίσθησης σε ομάδα Ελλήνων ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και οι πιθανοί παράγοντες που συνέβαλλαν σε αυτό, είτε θετικά είτε αρνητικά.

Στο πρώτο μέρος μέσω της αναζήτησης της βιβλιογραφίας θα διερευνηθεί ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας στα πλαίσια της ασθενοκεντρικής αντίληψης, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρών-ασθενών και τρόποι παρέμβασης για την βελτίωσή της. Θα μελετηθεί ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην συμπεριφορά των ιατρών κατά την άσκηση της κλινικής εξέτασης, τα χαρακτηριστικά της, τα οφέλη και οι παράγοντες που την ενισχύουν ή αποδυναμώνουν.

2.Θεωρητικό μέρος**2.1 Η σχέση ιατρών ασθενών**

Οι κοινωνιολόγοι ξεκίνησαν μια συζήτηση για το ρόλο των ιατρών απέναντι στους ασθενείς τους. Οι Talcott Parsons συζήτησαν την εξουσία των ιατρών δηλαδή στο να παίρνουν αποφάσεις για τη ζωή των ασθενών. Η εξουσία ήταν αποδεκτή μετά τον 2^ο Παγκόσμιο πόλεμο και την έκρηξη της αποτελεσματικότητας της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με τη μη αμφισβήτηση της ιατρικής αυθεντίας. Από το 1970 άρχισε η πρόκληση των ιατρών με την ανάγκη αυτοκαθορισμού των ασθενών και την εναλλακτική ιατρική (το 1/3 των ασθενών κάνουν χρήση αυτής) (DiMatteo M. R., 1998).

Το επάγγελμα της ιατρικής άλλαξε τα τελευταία χρόνια. Υπάρχουν ιατροί που ασκούν το επάγγελμα έχοντας υψηλό φρόνημα αλλά το ίδιο το επάγγελμα δεν εμφανίζει την αίγλη, τη δύναμη και την αποδοχή του κόσμου. Το κοινό αντιλαμβάνεται την ιατρική ως απρόσωπη ενώ η πολιτική ως ιδιαίτερα ακριβή. Οι ίδιοι οι εργαζόμενοι στη υγεία αντιλαμβάνονται τα προβλήματα χωρίς να μπορούν να τα ορίσουν με ακρίβεια. Αυτές οι αμφιβολίες αναφέρονται στο περιεχόμενο της διδασκαλίας, στην ψαλίδα ανάμεσα στη διδασκαλία και στη μάθηση και στη μείωση του πραγματικού ενδιαφέροντος. Οι πανεπιστημιακοί καθηγητές αναγνωρίζουν ως μία από τις αποτυχίες των ιατρικών σπουδών την καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων και σε αυτό συμφωνούν και οι κλινικοί ιατροί (Hafferty F., Salloway J.C., 1993).

Το 1990 οι ΗΠΑ είχαν το υψηλότερο ποσοστό δαπανών για την υγεία στον κόσμο αλλά το χαμηλότερο αίσθημα ικανοποίησης από την πλευρά των ασθενών. Σε μελέτες το 25% δηλώνει ικανοποιημένο και σε άλλη το 70% ότι είναι ανεπαρκές το σύστημα υγείας. Βρέθηκε ότι η γνώμη των ασθενών για την ιατρική επάρκεια των ιατρών τους επηρεαζόταν από το βαθμό σχέσης τους με αυτόν, όσο πιο κοντά τον ένοιωθαν τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση ένοιωθαν (DiMatteo M. R., 1998).

Ο ρόλος των ιατρών στο σημερινό περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης αλλάζει με κάποιους προβλέψιμους τρόπους. Έχει γίνει γνωστό ότι η επικοινωνία και η φροντίδα των ασθενών ως άτομο είναι αναγκαία για την επίτευξη καλών αποτελεσμάτων υγείας. (DiMatteo M. R., 1998)

Στις χώρες της δύσης η ιατρική ασκείται από ιατρούς που θεωρούν την υγεία ως ατομικό

δικαίωμα και προσφέρουν υπηρεσίες έναντι αμοιβής. Η επικοινωνία ανάμεσα σε ιατρούς και ασθενείς γίνεται δύσκολα και σε ένα βαθμό οφείλεται στην νεώτερη επιστήμη. Δυσκολίες υπήρχαν και παλιότερα αλλά τώρα καλλιεργείται μια ολόκληρη αντίληψη με σχόλια και ολόκληρη φρασεολογία που περιγράφει τις ανεπάρκειες της ιατρικής που αναπαράγεται από ψυχολόγους, συνασπισμένους επαγγελματίες υγείας, φιλοσόφους αλλά και τους ίδιους τους ιατρούς (Little M., 2021 σελ. 4-5).

Ο τρόπος επικοινωνίας ιατρών – ασθενών εξελίχθηκε με αργό ρυθμό για πολλά έτη και εφαρμόζεται στην καθημερινή ιατρική πράξη. Υπάρχουν ενδείξεις δυσαρέσκειας και από τις δύο πλευρές. Οι ιατρικές σχολές αλλάζουν προγράμματα σπουδών επειδή αντιλαμβάνονται τη δυσκολία μετάδοσης της ιατρικής εμπειρίας στους φοιτητές. Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες κριτικάρουν τον ιατρικό κλάδο για απρόσωπη προσέγγιση και μη γνώση εναλλακτικών θεραπευτικών λύσεων πέραν των εφαρμοζόμενων πρωτοκόλλων και για ιδίων οικονομικό όφελος. Το 60% των παραπόνων σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο φαίνεται ότι αφορά την επικοινωνία (Little M., 1992).

Σύμφωνα με το μοντέλο Karl Popper αν και δέχθηκε δριμεία κριτική, η συνάντηση ιατρού-ασθενούς ακολουθεί την εξελικτική προσέγγιση δηλαδή τα τέσσερα στάδια:

$P1 > PE1 > A1 > P2$

Όπου το $P1$ είναι το αρχικό πρόβλημα, $PE1$ είναι η πρώτη προσπάθεια επίλυσης, $A1$ είναι η φάση αποκλεισμού λάθους και ασκείται κριτική και έλεγχος στην υπόθεση και τέλος το $P2$ είναι το πρόβλημα που απομένει και πρέπει να λυθεί. Με ιατρικούς όρους το αρχικό πρόβλημα είναι το γιατί έρχεται ο ασθενής ακολουθεί η προσωρινή διάγνωση με βάση τη λήψη του ιστορικού και την κλινική εξέταση μετά η διαδικασία περαιτέρω εξετάσεων και τέλος το εναπομείναν πρόβλημα που είναι η τελική διάγνωση και η θεραπευτική αγωγή. Είναι ξεκάθαρο πόσο σημαντικό είναι ο συντονισμός ασθενούς -ιατρού και με δεδομένο ότι στην πράξη η επικοινωνία δεν είναι γραμμική (Popper K. R., 1989).

Η επικοινωνία δυσκολεύεται και λόγω του χάσματος που διαμορφώνεται όσο η ιατρική γίνεται πιο «πετυχημένη» οπότε δυσκολεύει η ενημέρωση σχετικά με τα επιτεύγματά της. Δύναται η επικοινωνία ανάμεσα σε επιστήμονες του ίδιου τομέα αλλά πολύ δύσκολα με όποιους δεν έχουν ειδικές γνώσεις. Άλλο κομμάτι που δημιουργεί δυσκολία είναι η εξήγηση της πιθανότητας να ισχύει η διάγνωση και η πρόβλεψη της θεραπευτικής παρέμβασης και η πρόγνωση αφού όλα τα δεδομένα των μελετών είναι πιθανολογικά και όχι ντετερμινιστικά όπως συνήθως

αντιλαμβάνεται ο ασθενής αλλά και συχνά κοινωνείται το πρόβλημά του. Είναι δύσκολο ο ιατρός να εκφράσει και ο ασθενής να καταλάβει αφού μιλάμε για πιθανότητα αποτελέσματος ενώ το άτομο ασθενής απαιτεί συγκεκριμένη πορεία (Kuhn T. S., 1970).

Η πληροφορία κατακλύζει τόσο τους ιατρούς όσο και τους ασθενείς. Οι ιατροί δεν μπορούν να είναι πλήρως ενημερωμένοι ακόμα και για την ειδικότητά τους. Οι ασθενείς ακόμα πιο απίθανο να εκτιμήσουν όλη την πληροφορία που έχουν πρόσβαση. Και φυσικά είναι σημαντικό να διαχωριστεί η πληροφορία από τη γνώση (Arndt K. A., 1992).

2.2 Θεωρητική προσέγγιση της σχέσης ιατρών – ασθενών.

Τα χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρών – ασθενών ακολουθούν πρότυπα που αναλύονται σε δύο τύπους:

- A. Η μακροθεωρητική προσέγγιση που θεωρεί τη σχέση ως μέρος της κοινωνικής δομής δηλαδή θεωρία κοινωνικής συναίνεσης και συγκρούσεων.
- B. Η μικροθεωρητική προσέγγιση που θεωρεί τη σχέση ως δυναμική της συνάντηση δηλαδή σχέση διαπραγμάτευσης (Μάντη Π., Τσελεπή Χ., 2000 σελ. 181-200).

Η θεωρία της κοινής συναίνεσης αποδίδει ρόλους που συνδέονται με προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ο ασθενής έχει προσωρινό και δυσάρεστο ρόλο. Ο ιατρός λόγω γνώσης προσπαθεί να επαναφέρει την υγεία του αρρώστου. Όταν το πετυχαίνει καταξιώνεται κοινωνικά και αποκτά τρία δικαιώματα: να εξετάζει σωματικά και συναισθηματικά τον άρρωστο, να είναι αυτόνομος στην άσκηση του ρόλου και το να υπερέχει απέναντι στον πάσχοντα. Ενώ υφίσταται ανισότητα η σχέση είναι αρμονική ενισχύοντας τον ρόλο του ιατρού (Βένιου Α., Τεντολούρης Ν., 2013).

Μία θεωρία κοινωνικής συναίνεσης είναι το μοντέλο αλληλεπίδρασης ιατρών-ασθενών που ακολουθεί τρεις βασικές μορφές σύμφωνα με τους Szasz & Hollender από το 1956, υπήρξαν διάφορες παραλλαγές χωρίς ουσιαστική διαφοροποίηση από το βασικό μοντέλο:

- I. Το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας όπου ο ιατρός λαμβάνει όλες τις αποφάσεις και ο ασθενής είναι ανήμπορος να συμμετάσχει.
- II. Το μοντέλο της καθοδήγησης – συνεργασίας όπου ο ιατρός ενημερώνει και απαντά σε

τυχόν απορίες του ασθενούς αλλά είναι αυτός που αποφασίζει.

- III. Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής όπου ιατρός – ασθενής επικοινωνούν και διαμοιράζονται ευθύνες και αποφάσεις (DiMatteo M. R. & Martin L. R., 2011 σελ.108).

Σε μεταγενέστερη μελέτη διαφοροποιούνται οι κατηγορίες σε πέντε είδη με βάση τα τεχνικά της είδη:

- I. Το αυστηρά βιοϊατρικό: κυρίαρχο το βιολογικό κριτήριο και ο ιατρός είναι ο κύριος φορέας απόφασης και αποκλείονται οι ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, η ανάγκη πληροφόρησης και ενεργής συμμετοχής του ασθενούς.
- II. Το διευρυμένο βιοϊατρικό: ο ιατρός αντιμετωπίζει τον άρρωστο πιο ανθρώπινα όμως διατηρεί τον κυρίαρχο ρόλο του στη διαδικασία.
- III. Το βιοψυχοκοινωνικό: ασθενοκεντρική εδώ η προσέγγιση από τη μεριά του ιατρού και με ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων τόσο βιολογικά όσο και ψυχολογικά.
- IV. Το ψυχοκοινωνικό: όπου η σχέση ιατρού- ασθενούς είναι πιο φιλική.
- V. Το καταναλωτικό: ο ιατρός ικανοποιεί τις επιθυμίες του ασθενούς ως πάροχος του αγαθού υγείας .

Οι ασθενείς φαίνεται να προτιμούν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Roter D. L. & συν., 1997).

Η μικροθεωρητική προσέγγιση παρατηρεί τη σχέση ιατρού – ασθενούς ως σχέση σύγκρουσης λόγω διαφορετικής οπτικής και προτεραιότητας που η κάθε πλευρά θέτει. Ο ασθενής απαιτεί χρόνο ο ιατρός απαιτεί πιο πολλούς ασθενείς άρα μοιράζει το χρόνο του. Παράλληλα ο ιατρός περιμένει τον ασθενή να καταλάβει και να υπακούσει και να συμμορφωθεί (Wolf S. M., 1988).

Η θεραπευτική διαχείριση ενός ασθενούς δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση της παθοφυσιολογίας της νόσου. Η ρήση αποδίδεται στον Sir William Osler ότι είναι σημαντικό να γνωρίζεις τον τύπο του ανθρώπου που νοσεί τόσο όσο και το είδος της νόσου από την οποία πάσχει (Glaser K. & συν., 2007).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο οδήγησε σε νέο πλαίσιο την επικοινωνία ιατρών -ασθενών σε μια ισότιμη θεραπευτική σχέση που βασίζεται στην αναγνώριση και σεβασμό των δικαιωμάτων και την ενεργή συμμετοχή του ασθενούς Ο Balint αναφέρει τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση

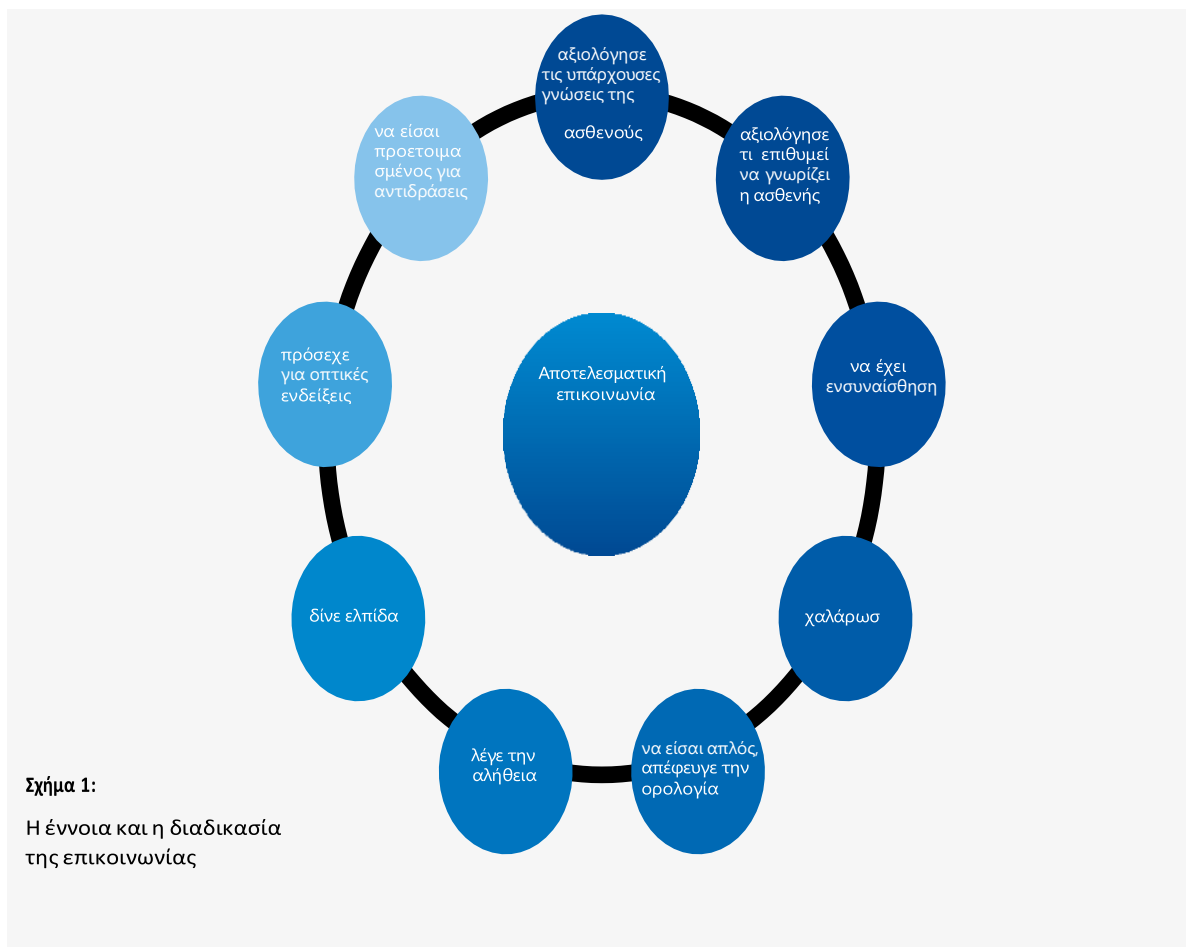
σαν «να καταλαβαίνεις τον άνθρωπο ως μοναδική οντότητα» (Balint J. E. & συν., 1996). Η ενεργητική στάση των σθενών σε θέματα υγείας τους κάνει πιο υπεύθυνους και πιο συνεπείς στις όποιες αποφάσεις θεραπείας. Αν οι ιατροί γνωρίζουν την ψυχολογία των ασθενών, τις εμπειρίες τους, την τρέχουσα ποιότητα ζωής θα μπορέσουν να θέσουν πιο αποτελεσματικά μέτρα υγιεινού τρόπου ζωής και να εξασφαλίσουν τακτική παρακολούθηση (DiMatteo M. R., 1998).

Μια μεταανάλυση δημοσιευμένων μελετών από το 1949-2008 έδειξε ότι όταν το επίπεδο επικοινωνίας είναι φτωχό τότε υπάρχει 19% μεγαλύτερος κίνδυνος να μην συμμορφωθεί ο ασθενής ενώ ιατροί εκπαιδευμένοι σε επικοινωνιακές δεξιότητες πετυχαίνουν 1,62 φορές περισσότερες πιθανότητες να ακουστούν από τους ασθενείς. Άρα η αναβάθμιση της επικοινωνίας οδηγεί σε βελτίωση της ιατρικής φροντίδας (Zolnierek K. B., DiMatteo M. R., 2009).

2.3 Ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας

Η μοντέρνα ιατρική αναγνωρίζει την ολιστική αντίληψη για την αντιμετώπιση του ασθενούς. Αποτελεσματική επικοινωνία βασίζεται στην ασθενοκεντρική διαχείριση της υγείας. Η ενσυναίσθηση είναι ο πυρήνας των δεξιοτήτων που απαιτούνται για δει ο ιατρός τον κόσμο του ασθενούς (McNally & συν., 2021).

Η επικοινωνία είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της φροντίδας υγείας. Η διαδικασία αλληλεπίδρασης που αποτελεί το περιεχόμενο της επικοινωνίας με σκοπό την ανταλλαγή μηνυμάτων είναι έμφυτη στον άνθρωπο αν και επιμέρους δεξιότητες μπορεί να διδαχθούν όπως φαίνεται στο σχήμα 1. Στόχος είναι η επίτευξη της θεραπευτικής συμμαχίας και έτσι αυξάνεται η αίσθηση ασφάλειας του ασθενούς απέναντι στον θεράποντα και στις προτεινόμενες θεραπείες (Carter W.B. & συν., 1982).



Το πιο σημαντικό τμήμα της ιατρικής σχέσης βασίζεται στην επικοινωνία ασθενή-ιατρού. Η έλλειψή της εμποδίζει την πρόσβαση σε θεραπείες, σε πληροφορίες και στην ενεργή συμμετοχή στις αποφάσεις των ασθενών. Το 90% των ασθενών θέλει να γνωρίζει τι τον αφορά, τις εναλλακτικές θεραπείες και τα ρίσκα. Η έλλειψη επικοινωνίας οδηγεί σε μη συμμόρφωση των ασθενών στην απαιτούμενη θεραπεία. Η συλλογική λήψη αποφάσεων, με τους ιατρούς και τους ασθενείς να συμμετέχουν ως εταίροι, καθίσταται σαφώς απαραίτητη για την επίτευξη των στόχων υγείας. Οι έρευνες δείχνουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία είναι απαραίτητη για την επιτυχή διάγνωση και θεραπεία (DiMatteo M. R., 1998).

Είναι σημαντικό να υπάρχει «μαγεία» μαζί με ιατρικές ικανότητες. Η «μαγεία» απορρέει όταν ο ασθενής νοιώθει ότι γίνεται κατανοητός από τον ιατρό σαν αποτέλεσμα της ενσυναίσθησής του. Τέτοια συμπεριφορά οδηγεί σε πιο ακριβή διάγνωση, στην ικανοποίηση του ασθενούς, καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή, λιγότερα λάθη και μείωση του άγχους της νόσου. Η ραχοκοκαλιά μιας θετικής σχέσης ασθενή – ιατρού αποτελεί η ενσυναίσθηση οδηγώντας σε περισσότερα θετικά κλινικά αποτελέσματα και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν καλύτερα τη νόσο (Glaser K. & συν., 2007).

Πρόσθετες έρευνες τονίζουν την αξία της καλής επικοινωνίας στο αίσθημα ικανοποίησης των ασθενών περισσότερο και από το θεραπευτικό αποτέλεσμα ενώ λαμβάνεται υπόψη η συνολική συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στον ασθενή (Bensing J. M., 1991).

Η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στο βαθμό προσαρμογής, στο αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας από τη μεριά του ασθενούς γεγονός που οδηγεί στην κατανόηση της νόσου άρα και καλύτερης συνεργασίας τους (Ha J. F., Longnecker N., 2010).

Η αίσθηση διαμόρφωσης μιας συμφωνίας ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή σχετικά με τη φύση και τη θεραπεία της ασθένειας έχει σαν αποτέλεσμα ταχύτερη ανάρρωση (Stewart M. & συν., 2000).

Η ελλιπής επικοινωνία οδηγεί σε μη ικανοποίηση από τη μεριά των ασθενών και συχνά συνοδεύεται με μη καλά θεραπευτικά αποτελέσματα με αποτέλεσμα καταγγελίες από τους ασθενείς με κύριο κατηγορημα την κακή σχέση και τη μη πληροφόρηση του ασθενούς (Fulford K.W. M. & συν., 2001).

Η επικοινωνία κατά την ιατρική συνάντηση επιδιώκει τη σωστή διάγνωση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας. Η αποτελεσματική συνομιλία με τον ασθενή οδηγεί στη συλλογή των απαραίτητων πληροφοριών και μετά τη διάγνωση να την κοινωνήσουν στον ασθενή μαζί με την πρόταση θεραπείας. Ο τρόπος που μεταβιβάζεται η πληροφορία είναι το ίδιο σημαντικός με την πληροφορία την ίδια (Μούσσας Γ. & συν., 2010).

Η μορφή της επικοινωνίας έχει λεκτικά και μη λεκτικά μέσα. Τα μη λεκτικά είναι συχνά πολύ σημαντικά: η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις και η στάση του σώματος. Τα μη λεκτικά στοιχεία της επικοινωνίας νοηματοδοτούν το λεκτικό και μάλιστα το λεκτικό φαίνεται να αποδίδει το 30% του μηνύματος. Η μη λεκτική πλευρά αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών τόσο για τον ιατρό όσο και τον ασθενή (Hannawa A. F., 2011).

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς

Η σχέση ιατρού -ασθενούς είναι μια αναγκαστική σχέση ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετική σχέση ισχύος και αναφέρεται σε θέμα επιβίωσης γεγονός που οδηγεί σε αλληλεπίδραση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Είναι μια αλληλεπίδραση που ενέχει την

ανισοτιμία, δεν είναι εθελοντική και απορρέει από την ανάγκη της υγείας (Ong L. M. & συν., 1995).

Παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση ιατρού- ασθενούς είναι :

A) από τη μεριά των ιατρών:

- I. Η προσωπικότητα των ίδιων όσο και των ασθενών.
- II. Η κλινική εμπειρία.
- III. Η κατάρτιση κι η εκπαίδευση.
- IV. Υιοθετημένο πρότυπο επικοινωνίας.

B) από τη μεριά των ασθενών:

- I. Οι στόχοι και προσδοκίες από τον ιατρό.
- II. Οι προηγούμενες εμπειρίες.
- III. Οι στρατηγικές επικοινωνίας που θα επιλέξουν οι οποίες όμως καθορίζονται από την κουλτούρα του τόπου τους ,το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική και οικονομική θέση.
- IV. την αυτοεκτίμηση τους και την αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια που έχουν (Al-Mobeeriek A., 2012).

Η χρήση της ιατρικής ορολογίας είναι πιθανό να προκαλέσει σύγχυση και άγχος άρα είναι σκόπιμο η χρήση ορολογίας κατανοητής ώστε να αυξάνεται η επικοινωνία ανάμεσά τους και όχι ένα μονόλογο (Weiss B. D., 2007).

Ο τρόπος που συνομιλεί ο ιατρός με τον ασθενή, με σκοπό την εκμείευση πληροφορίας οδηγεί σε δυσαρέσκεια όταν είναι βιαστικός, προκατειλημμένος, με διακοπές και χωρίς να ενημερώνεται ο ασθενής για το λόγο αυτής της συζήτησης (Gude T. & συν., 2013).

Μελέτη που αφορά γενικούς ιατρούς βρέθηκε ότι αντιμετώπιζαν λιγότερες αντιδικίες με ασθενείς όταν χρησιμοποιούσαν τις εξής τακτικές: εξηγούσαν τα βήματα που θα ακολουθούσαν κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, παρότρυναν τους ασθενείς να συμμετέχον ενεργά στις επιλογές και να εκφράζουν την γνώμη τους και αξιοποιούσαν το χιούμορ και ήταν

πιο φιλικοί. Επίσης ήταν ισχυρή η συναισθηματική διάσταση στο περιεχόμενο της επίσκεψης (Roter D. A. & συν., 1987).

Η έρευνα για τη διαμόρφωση μιας θεωρίας που θα ερμηνεύει και θα καθοδηγεί τη σχέση ιατρού- ασθενούς είναι ακόμα απαραίτητη. Έχουν περιγραφεί κάποιοι παράμετροι σημαντικοί για τη διαμόρφωση της ζητούμενης συμμαχίας, όπως η ενσυναίσθηση, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση (Flocke S. & συν., 2002).

Η Αμερικάνικη Ιατρική Εταιρεία θεωρεί τη διδασκαλία της ενσυναίσθησης βασική και στην ιατρική και στη νοσηλευτική. Θεωρείται ένα σημαντικό μέρος του επαγγελματισμού και σε όλα τα επίπεδα δράσης. Αν και οι ερευνητές συμφωνούν για τη θετική σημασία της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση ασθενών -ιατρών διχάζονται ως προς τον ορισμό και τον τρόπο μέτρησής της (Hojat M. & συν., 2002).

2.5 Ο ορισμός της ενσυναίσθησης

Για πρώτη φορά την έννοια της ενσυναίσθησης την εισάγαγε το 1880 ο Γερμανός ψυχολόγος **Theodore Lipps** με τον όρο “Einfühlung” (in feeling). Το 1909 ο βρετανός **Eduard Bradford Titchener** μετέφρασε αυτό τον όρο ως “empathy” υπονοώντας ότι κάποιος μπαίνει στα παπούτσια του άλλου. Από τότε διάφοροι ορισμοί εμφανίστηκαν. Η **Keen** την ορίζει ως ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων του άλλου, τις αιτίες χωρίς να γίνεται μέρος αυτού ή να συμμετέχει σε αυτό. Ο **Halpern** την αναφέρει ως στάση ζωής που επιτρέπει την αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τον άλλο. Τονίζει ότι ο συναισθηματικός συντονισμός προσφέρει τη γνώση των συναισθημάτων του ασθενούς. Για πρώτη φορά εισάγεται ως όρος στην κοινωνιολογία από τον **Bandura** το 1960 (Subramaniam T. & συν., 2023).

Το λεξικό του **Merriam-Webster** δίνει τον εξής ορισμό : «Η δράση της κατανόησης, του να έχεις επίγνωση, ευαισθησία και εμπειρία των συναισθημάτων, των σκέψεων και εμπειριών κάποιου άλλου τόσο από το παρελθόν ή παρόν χωρίς τα συναισθήματα, τις σκέψεις και την εμπειρία να γνωστοποιούνται πλήρως σε ένα αντικειμενικό ρητό τρόπο.»

Η έννοια της ενσυναίσθησης περιγράφεται διεξοδικά στο έργο του Carl Rogers όπου αναφέρει ότι από τη πλευρά του θεραπευτή η δυνατότητα αντίληψης του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς των συναισθημάτων και νοημάτων του άλλου ατόμου «**ωσάν**» να ήταν το άλλο άτομο και

τονίζεται το ωσάν (Rogers C. R., 1975).

Ο **Bohart** και **Greenberg** αναθεωρώντας τους πολλούς ορισμούς της ενσυναίσθησης στην ψυχοθεραπεία στο κοινό περιεχόμενο δηλαδή την προσπάθεια να αισθανθείς, να αντιληφθείς, να μοιραστείς ή να νοηματοδοτήσεις πώς το άλλο άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο (Bhautesh D. J. & συν., 2012).

Η Ένωση Ιατρών Γενικής Παθολογίας (General Internal Medicine SGIM) ορίζει την ενσυναίσθηση «Η δράση της κατανόησης του συναισθηματικού στάτους του άλλου χωρίς να το βιώνεις ο ίδιος». Πρόκειται για μια διανοητική παρά συναισθηματική μορφή γνώσης (Halpern J., 2003).

Ο ασθενής ορίζει την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα να γίνονται κατανοητά τα αισθήματα του ασθενούς και αποδεκτά από τον θεράποντα. Η κατανόηση και αποδοχή αναφέρονται σε δύο δεδομένα το γνωστικό και το συναισθηματικό. Το γνωστικό αφορά την ικανότητα αντίληψης της νοητικής κατάστασης του ασθενούς (να βλέπει τα γεγονότα από την οπτική γωνία του άλλου) και να το κοινωνεί στον ασθενή. Το συναισθηματικό δεδομένο αναφέρεται στην ικανότητα να ανταποκρίνεται και να βελτιώνει το συναισθηματική κατάστασή του (Sung Soo Kim & συν., 2004).

Κυρίαρχες είναι οι ψυχολογικές μελέτες της ενσυναίσθησης. Την περιγράφουν ως έννοια που περιλαμβάνει το συναίσθημα, αιτία και θέληση να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του στρες. Άλλοι την ορίζουν ως συνεργασία ασθενή – ιατρού όπου ο ιατρός επιβεβαιώνει την αντίληψη του ασθενούς. Αναγνωρίζοντας, κατανοώντας και αποδεχόμενος τον πόνο του ασθενούς ξεκινά μια συνεργασία με τον ασθενή. Η ενσυναίσθηση στην πράξη κινητοποιεί τον ιατρό να γνωρίζει τον ασθενή και τις ιδιαίτερες εμπειρίες του και να τον φροντίζει αποτελεσματικά. Ο τρόπος αυτός ευνοεί το ασθενοκεντρικό και βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ενισχύοντας τον ρόλο των ασθενών αυξάνοντας τα οφέλη και για τους ίδιους και ενισχύει το ιατρικό κύρος (Garden R., 2008).

Πολλοί ορισμοί και είναι δύσκολο να εδραιωθεί μόνο ένας. Σίγουρα και σύμφωνα με τον **Mercer** και **Reynolds**, η κλινική ενσυναίσθηση είναι αναποτελεσματική χωρίς την ανάλογη δράση που αποδεικνύει ότι ο ιατρός κατανοεί αλλά και αντιδρά ανάλογα για να βελτιώσει τη θέση του ασθενούς με βάση αυτή την κατανόηση (Bhautesh D. J. & συν., 2012).

2.6 Ενσυναίσθηση - Συμπάθεια

Η ενσυναίσθηση στην φροντίδα του ασθενούς ορίζεται ως βασική γνωστική (και όχι συναισθηματική) ιδιότητα που εμπεριέχει την κατανόηση (και όχι την αίσθηση) της εμπειρίας, ανησυχίας και προσδοκιών του ασθενούς σε συνδυασμό με την ικανότητα επικοινωνίας αυτής της δεξιότητας. Διαχωρίζεται η έννοια της ενσυναίσθησης από την έννοια της συμπάθειας (ως συναισθηματικής επαφής) αλλά θέτει την ενσυναίσθηση ως σημαντικό παράγοντα θετικών κλινικών αποτελεσμάτων (Glaser K. & συν., 2007).

Στον πίνακα X που ακολουθεί γίνεται η σύγκριση της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας (Hojat M. & συν., 2007).

Πίνακας X Ειδικά χαρακτηριστικά ενσυναίσθησης και συμπάθειας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	ΣΥΜΠΑΘΕΙΑ
Συνεισφορά της μάθησης	Πιο σημαντικό	Λίγο σημαντικό
Συνεισφορά της γνώσης	Πιο σημαντικό	Λίγο σημαντικό
Συνεισφορά της επιρροής	Λιγότερο σημαντικό	Πιο σημαντικό
Έμφυτο ή γενετικός παράγοντας	Λιγότερο έμφυτο	Πιο έμφυτο
Αντικειμενικό ή υποκειμενικό	Πιο αντικειμενικό	Πιο υποκειμενικό
Ακρίβεια στη κρίση	Πιο ακριβές	Λιγότερο ακριβές
Σχέση με τη συμπεριφορά	Προχωρημένη	Πρωτόγονη
Απαιτούμενη προσπάθεια	Σημαντική	Μικρή
Σχέση με την απόδοση του φροντιστή	Γραμμική	Σχήμα U
Χρόνος αντίδρασης	Ελέγχεται σκόπιμα	Αυθόρμητη
Συναισθήματα ασθενούς	Εκτίμηση χωρίς ευχαρίστηση	Αντιληπτή με την ένταξη
Διαδικασία	Ελεγχόμενη	Αυτόματη
Τι αισθάνεσαι	Το είδος και την ποιότητα της εμπειρίας του ασθενούς	Το βαθμό και την ποιότητα των αισθημάτων
Ποιο μέρος του εγκεφάλου συμμετέχει	Κυρίως νεοφλοιός	Κυρίως μεταχιακό σύστημα
Ψυχολογική ρυθμιστική διαδικασία	Εκτίμηση	Εξέγερση
Ψυχο-φυσιολογική κατάσταση	Εξοικονόμηση ενέργειας	Κατανάλωση ενέργειας
Μοτίβο συμπεριφοράς	Ίσως αλτρουιστικό	Πιο εγωιστική
Νοητική κατάσταση	Διανοούμενου	Συναισθηματική
Επίδραση στον φροντιστή	Προσωπική εξέλιξη, επαγγελματική ικανοποίηση	Εξάντληση, κόπωση, εξουθένωση
Τυπική έκφραση στον ασθενή	Καταλαβαίνω το πρόβλημα σου	Νοιώθω τον πόνο σου

Η συμπάθεια μπορεί να επηρεάσει την αντικειμενικότητα στη διάγνωση και θεραπεία οπότε απαιτείται συναισθηματική αποστασιοποίηση και έτσι η ενσυναίσθηση προσφέρει τη συναισθηματική ισορροπία μεταξύ ιατρού-ασθενή (Akgun O. & συν., 2020).

Η ενσυναίσθηση περιγράφεται σαν έννοια με γνωστικό και συναισθηματικό περιεχόμενο. Ο γνωστικός τομέας περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών και συναισθημάτων και της εικόνας του περιβάλλοντος που έχουν οι άλλοι. Ο συναισθηματικός τομέας σημαίνει να είναι ενεργητικός απέναντι στα συναισθήματα του άλλου. Συχνά το τελευταίο πρέπει να

διαχωρίζεται από την συμπάθεια. Κατά την ενσυναίσθηση μοιράζεται την κατανόηση των συναισθημάτων των ασθενών ενώ με τη συμπάθεια μοιράζεται συναισθήματα με τους ασθενείς. Η ενσυναίσθηση με τη συμπάθεια έχουν διαφορετικά αποτελέσματα κατά την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη. Η ενσυναίσθηση εμπεριέχει τη γνωστική παράμετρο ενώ η συμπάθεια σημαίνει τη συναισθηματική εμπλοκή με τον πόνο και την κακουχία του ασθενούς. Η ενσυναίσθηση με την συμπάθεια δεν λειτουργούν ανεξάρτητα και έχει μετρηθεί μια συσχέτιση στο 45% ανάμεσά τους (Hojat M. & συν., 2002). Η σύγχυση ίσως ανάγεται και στην κοινή ρίζα των λέξεων στην αγγλική γλώσσα Empathy-Sympathy. Στην ελληνική γλώσσα οι έννοιες είναι πιο διακριτές ενσυναίσθηση – συμπάθεια.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντική δεξιότητα σε πολλές συνθήκες ζωής ενώ η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των ασθενών είναι διαπιστωμένη. Η ενσυναίσθηση έχει συναισθηματική, γνωστική και ηθική διάσταση (Ratka A., 2018). Η γνωστική διάσταση μαθαίνεται, ώστε ο ιατρός να αντιλαμβάνεται τη θέση του ασθενούς και τα αισθήματά του χωρίς ο ίδιος να αντιδρά συναισθηματικά (McNally & συν., 2021).

Αυτός ο ορισμός είναι συνεπής με την βιβλιογραφία του εικοστού αιώνα όπου αντιπαραβάλλει την ενσυναίσθηση με την συμπάθεια που απειλεί την αντικειμενικότητα. Τα άρθρα του New England Journal of Medicine και της Journal of the American Medical Association τις δεκαετίες 1950 και 1960 συμφωνούν ότι η ενσυναίσθηση είναι η βάση του αποστασιοποιημένου συλλογισμού στην ιατρική σκέψη (Halpern J., 2003).

2.7 Τα στάδια της ενσυναίσθησης

Σύμφωνα με τη νευροεπιστήμη ο ανθρώπινος εγκέφαλος λειτουργεί ενσυναισθηματικά. Ο διαφορετικός βαθμός ενσυναίσθησης συσχετίζεται με σκέψεις, αισθήματα και δράσεις που υποστηρίζονται από διαφορετικά εγκεφαλικά δίκτυα. Υπάρχει και γενετική βάση, καθώς την επηρεάζει και το περιβάλλον, η κουλτούρα και η εποχή. Στην περίοδο 1979 με 2009 φάνηκε μείωση του βαθμού ενσυναίσθησης (Ratka A., 2018).

Στην ενσυναίσθηση ο Morse αναφέρει ότι ενυπάρχουν τέσσερα στοιχεία:

- I. Συναισθηματικό, δηλαδή η ικανότητα να υποκειμενοποιείς και να βιώνεις την ψυχολογική κατάσταση του άλλου.

- II. Ηθικό, δηλαδή μια αλτρουϊστική διάθεση που κινητοποιεί την ενσυναίσθηση.
- III. Γνωσιακό, δηλαδή η κατανόηση και αντίληψη των συναισθημάτων του άλλου.
- IV. Επικοινωνιακές δεξιότητες, δηλαδή να μπορεί να κοινωνεί αυτή την ικανότητα (Jani D. B. & συν, 2012).

Ο **Barrett-Lennard** ανέπτυξαν ένα πολυδιάστατο μοντέλο κλινικής ενσυναίσθησης που περιλαμβάνει 3 φάσεις:

- I. Το στάδιο ενδοσκόπησης όπου ακούς τον άλλο πώς αιτιολογεί και κατανοεί τα συναισθήματά του.
- II. Το στάδιο όπου ο θεραπευτής κατανοεί τα συναισθήματα του άλλου.
- III. Το στάδιο όπου ο ασθενής αντιλαμβάνεται αυτή τη μορφή επικοινωνίας (Bhautesh D. J. & συν., 2012).

Η ενσυναίσθηση δεν απαιτεί από τους ιατρούς να βιώνουν και να ενδοσκοπούν στα συναισθήματα των ασθενών αλλά να εστιάζουν την προσοχή τους στον ασθενή ως ολότητα. Ένας ιατρός που ασχολείται με τα συναισθήματα θα κάνει λάθος (Ratka A., 2018).

Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: τη γνωστική δηλαδή την κατανόηση των σκέψεων και τη διαδικασία σκέψης των άλλων, τη συναισθηματική δηλαδή την κατανόηση των συναισθημάτων και της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων και την συμπεριφορική όπου ο τρόπος συμπεριφοράς επαληθεύει την όποια κατανόηση (Meng-Lin Lee & συν., 2022).

Άρα η δεξιότητα της ενσυναίσθησης εμπεριέχει τρία δεδομένα:

- I. Ο ιατρός κατανοεί τη θέση του ασθενούς, την προοπτική με την οποία αντιμετωπίζει τα θέματα και τα αισθήματά του.
- II. Κοινωνεί αυτή την κατανόηση και την επαληθεύει.
- III. Δρα προς όφελος με στόχο την θεραπεία ή τη βελτίωση της υγείας του ασθενούς (Akgün O. & συν., 2020).

Ο κύκλος της ενσυναίσθησης περιέχει τη :

Φάση 1: ακούς τον άλλο με ενσυναίσθηση.

Φάση 2: Κατανοείς την εμπειρία του άλλου.

Φάση 3: Η αποδοχή του ασθενούς και η συνειδητοποίηση αυτής της επικοινωνίας από τον ασθενή (Jani D. B. & συν., 2012).

Η ιατρική με τη αξιοποίηση της ενσυναίσθησης ακολουθεί τα εξής βήματα:

- I. Αναγνώριση των συναισθημάτων τους σε πραγματικό χρόνο ώστε να μπορούν να ελέγχουν τις αντιδράσεις τους.
- II. Να ερμηνεύουν τα αρνητικά αισθήματα τόσο στους ίδιους όσο και στους ασθενείς και έτσι να τα διαχειρίζονται.
- III. Να συντονίζονται με τα πραγματικά συναισθηματικά μηνύματα των ασθενών γιατί συχνά κρύβονται από σωματικά συμπτώματα ενώ οι ιατροί συνήθως αναζητούν το γεγονός μάλλον παρά τη συναισθηματική σημασία των λόγων του ασθενούς.
- IV. Προσοχή στη μη λεκτική επικοινωνία. Συνήθως οι ασθενείς παραλείπουν να αναφέρουν σημαντικά θέματα που αφορούν την υγεία τους. Οι παύσεις, ο τόνος της φωνής, η διαπροσωπική απόσταση, η βλεμματική επαφή δίνουν πολλές πληροφορίες.
- V. Αποδοχή της αρνητικής ανατροφοδότησης του ασθενούς από τον ιατρό. Η αρνητική κριτική πολλές φορές αν γίνει αποδεκτή από τον θεραπευτή οδηγεί σε καλύτερη συνεργασία.
- VI. Συζήτηση με τον ασθενή (Halpern, J., 2007).

2.8 Τα οφέλη της ενσυναίσθησης

Η ικανότητα επικοινωνίας της ενσυναίσθησης επηρεάζει την ικανοποίηση και συμμόρφωση του ασθενούς. Σε κάποιες περιπτώσεις (Κορέα) η αποτυχία της αποδοχής της θεραπευτικής αγωγής εξηγείται στο ότι ο ασθενής αντιλαμβάνεται το ρόλο του ιατρού ως κυρίαρχο απέναντι του και τον δικό του απλά ως ένα υπάκουο άτομο που ακολουθεί τις εντολές του θεράποντα (Sung Soo Kim & συν., 2004).

Σε 115 μελέτες εφαρμογής στην ψυχοθεραπεία από τους Orlinsky, Gawe, και Parks βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση στις μισές από αυτές. Ανάλογες μελέτες επιβεβαίωσαν την ευνοϊκή θεραπευτική επίδραση της ενσυναίσθησης στην κατάθλιψη ενώ δεν φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο η βαρύτητα της κατάθλιψης. Στα πλαίσια των ψυχικών νόσων υπάρχει ένας ικανοποιητικός αριθμός μελετών ,σε άλλα κλινικά προβλήματα όμως δεν υπάρχει. Υπάρχει παρ' όλα αυτά ένας σημαντικός αριθμός που επιβεβαιώνει το αίσθημα ικανοποίησης των ασθενών. Στη Γερμανία σε μελέτη 710 ασθενών με καρκίνο βρέθηκε θετική συσχέτιση με μείωση της κατάθλιψης των ασθενών. Σε άλλες μελέτες η ικανοποίηση των ασθενών συνοδευόταν και με θετική σύσταση για τον ιατρό. Σε μελέτη 719 ασθενών στις ΗΠΑ με κοινό κρυολόγημα φάνηκε ότι η διαχείριση με ενσυναίσθηση οδήγησε σε μικρότερης βαρύτητας συμπτώματα και μικρότερη διάρκεια νόσου. Η μελέτη του Hojan έδειξε βελτίωση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η μελέτη Damba-Miller & συν. έδειξε μειωμένο ρίσκο καρδιαγγειακού συμβάμματος. Από τον Newman και συνεργάτες προτείνεται ένα μοντέλο επίδρασης της ενσυναίσθησης στην κλινική δράση (Bhautesh D. J. & συν., 2012).

ΙΑΤΡΟΣ**ΔΡΑΣΗ ΜΕ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ****ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝΑΦΕΡΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΓΙΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ****ΙΑΤΡΟΣ
ΣΥΛΛΕΓΕΙ ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ
ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ****ΙΑΤΡΟΣ
ΑΚΡΙΒΕΣΤΕΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ****ΑΣΘΕΝΗΣ
ΑΙΣΘΑΝΕΤΑΙ ΟΤΙ
ΕΙΣΑΚΟΥΕΤΑΙ
ΟΤΙ ΥΠΟΛΟΓΙΖΕΤΑΙ ΩΣ
ΙΣΟΤΙΜΟΣ
ΟΤΙ ΚΑΤΑΝΟΕΙΤΑΙ ΚΑΙ ΕΙΝΑΙ
ΑΠΟΔΕΚΤΟΣ
Η ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
ΕΞΙΣΟΡΟΠΕΙΤΑΙ
ΟΙ ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΤΑ
ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ
ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΙ ΩΣ
ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΑ**

ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΚΑΙ
ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ



ΙΑΤΡΟΣ
Θεραπευτική
δράση
εξειδικευμένη

ΙΑΤΡΟΣ
Επικοινωνία,
πληροφορία,
εκπαίδευση



ΑΣΘΕΝΗΣ
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ
ΟΦΕΛΗ

Ο συναισθηματικός συντονισμός βοηθά να μεταφράζεται το προσωπικό νόημα όσων ο ασθενής περιγράφει και όχι μόνο τη λογική σημασία. Η εστίαση στα συναισθήματα είναι αποτελεσματικό γιατί οι άνθρωποι είναι γνωστικά περίπλοκα όντα και η καθημερινότητα εμπεριέχει πολλά γεγονότα που τους επηρεάζουν. Η ενσυναίσθηση οδηγεί σε σχέση εμπιστοσύνης και «ξεκλειδώνει» τον ασθενή. Κατανοεί τη μη λεκτική επικοινωνία και τη λεκτική. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται, εμπιστεύεται και συμμορφώνεται σε όσα του λέει ο ιατρός. Η ενσυναίσθηση μετατρέπει την ιατρική πράξη σε πράξη με σημασία και εμπλουτίζονται οι εμπειρίες των ιατρών (Halpern J., 2003).

Είναι σημαντικό κατά την άσκηση της ιατρικής οι ιατροί να διαχειρίζονται τα συναισθήματα θυμού και αγανάκτησης που αρκετές φορές νοιώθουν. Παραδοσιακά συνίσταται η αποστασιοποίηση από τα αισθήματα του ασθενούς για αποφυγή κυρίως ψυχικής καταπόνησης (burnout) αλλά και να μην εμπλακούν σε αρνητική σχέση. Σήμερα η αποστασιοποίηση αντικαθίσταται με το συναισθηματικό συντονισμό δηλαδή την ενσυναίσθηση και κυρίως την γνωστική. Οι ασθενείς προτιμούν ιατρούς με ενσυναίσθηση γιατί λειτουργούν πιο ευαίσθητα και ανταποκρίνονται στην ιδιαιτερότητά τους. Η απουσία της προκαλεί δυσαρέσκεια και κάποιες φορές διευκολύνει την καταγγελία για κακή πρακτική της ιατρικής. Ταυτόχρονα η κατανόηση της διάθεσης του ασθενούς οδηγεί σε καλύτερη συνεργασία και ανταπόκριση στους θεραπευτικούς χειρισμούς (Halpern J., & συν., 2007).

Η ενσυναίσθηση στην ιατρική πρακτική οδηγεί την ικανοποίηση, τη συμμόρφωση του ασθενούς με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας, τη μείωση του κόστους και περιορίζει

αναφορές για λανθασμένες πρακτικές . Άρα η ενίσχυση της ενσυναίσθησης κρίνεται ωφέλιμη στις μονάδες υγείας (Sung Soo Kim & συν., 2004).

Μελέτες σε γενικούς ιατρούς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση βοηθά στη δόμηση σχέσης εμπιστοσύνης, ασφάλειας και ο ασθενής ανοίγεται και νοιώθει ότι τον υποστηρίζει και ότι ακούγεται από τον ιατρό του. Αυτό κάνει πιο πιθανό ο ασθενής να είναι ακριβής, ειλικρινής και να δώσει σημαντικές πληροφορίες για τον εαυτό του που θα οδηγήσει σε σωστή διάγνωση και θετικά κλινικά αποτελέσματα. Ενώ έχει βρεθεί είκοσι φορές πιο αποτελεσματική η θεραπεία όταν συνυπάρχει η ενσυναίσθηση (Andersen F. & συν., 2020).

Η ενσυναίσθηση ενισχύει την εμπιστοσύνη, τη διαγνωστική ακρίβεια, τη συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες με αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας τους. Τους ικανοποιεί ανεξάρτητα πολλές φορές και από το θεραπευτικό αποτέλεσμα , ενώ μειώνει το άγχος και συχνά τον συστήνουν σε άλλους ασθενείς. Η ικανοποίηση των ασθενών ενισχύει την αποτελεσματικότητα των ιατρών μειώνει το επαγγελματικό άγχος και βοηθά στη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μόνο οφέλη προσφέρει χωρίς περιορισμούς κατά την εφαρμογή της και ποτέ δεν επιβαρύνει τη θεραπεία. (Akgun O. & συν., 2020).

2.9 Η εφαρμογή της ενσυναίσθησης

Η εφαρμογή της ενσυναίσθησης είναι μια ισορροπία ανάμεσα στις ανάγκες του ασθενούς και στους στόχους που θέτει ο ιατρός. Παράλληλα μια πιο ομαδική άσκηση της ιατρικής οδηγεί σε συμπεριφορά με σημαντική ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση φαίνεται να είναι η σιωπηλή τέχνη της καθημερινής δράσης ισορροπίας ενός ιατρού. Σε ατομικό επίπεδο η εκπαίδευση και η συζήτηση γύρω από την ενσυναίσθηση ενισχύει την εφαρμογή της. Η μη λεκτική επικοινωνία την ενισχύει αλλά ταυτόχρονα φέρνει στο προσκήνιο και τις δυσκολίες αποτελεσματικής εφαρμογής. Σε δομικό επίπεδο οι πολλοί ορισμοί δυσκολεύουν τη διδασχή της γιατί ακόμα και από αυτούς που εφαρμόζεται δύσκολα διδάσκεται. Μια άλλη δυσκολία είναι ότι απαιτείται συνεχή εγρήγορση από τον ιατρό που συχνά περιορίζεται από το καθημερινό του πρόγραμμα, τη λειτουργία και τη δομή του συστήματος υγείας και φυσικά από το διαθέσιμο χρόνο επικοινωνίας με τον ασθενή. Μια δυσκολία εφαρμογής είναι και η διάσταση ανάμεσα στην ασθενοκεντρική αντίληψη από τη μια και την δεσμευτική εφαρμογή πρωτοκόλλων θεραπείας (Knorring J & συν., 2022).

Οι ερευνητές συσχετίζουν θεωρητικά και εμπειρικά την ενσυναίσθηση με ποικίλα γνωρίσματα όπως: ευσυνειδησία, προκοινωνική συμπεριφορά, ηθικός συλλογισμός, καλή στάση απέναντι στους ηλικιωμένους ασθενείς, ικανότητα στη λήψη ιστορικού και διενέργεια σωματικών εξετάσεων, αίσθημα ικανοποίησης (Hojat M. & συν, 2002).

Στην κλινική πράξη η πρόκληση είναι η δεξιότητα του συντονισμού να αξιοποιείται όχι ως φαντασία αλλά ως πολλαπλή, γρήγορη και φυσιολογική κλινική αλληλεπίδραση. Συχνά πιστεύεται ότι δεν υπάρχει χρόνος για ενσυναίσθηση όμως ένας ενσυναισθηματικός ιατρός έχει περισσότερες πληροφορίες για τον άρρωστο και την ασθένειά του από μια καλή κλινική εξέταση (Halpern J., 2003).

Εμπόδια στην άσκηση της ενσυναίσθησης αποτελούν:

- I. Άγχος και η πίεση χρόνου αν και ισχύει ότι το να ακούς σε κάνει πιο αποτελεσματικό.
- II. Πολλοί ιατροί δεν θεωρούν ότι τα συναισθήματα συμμετέχουν στην πορεία της νόσου και της θεραπείας.
- III. Τα αρνητικά συναισθήματα ανάμεσα σε ασθενείς και ιατρούς.

2.10 Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Έχουν γίνει διάφορες μελέτες που συσχετίζουν δεδομένα που ενισχύουν ή περιορίζουν την ενσυναίσθηση.

Η εκπαίδευση κατά τη διάρκεια των βασικών σπουδών αλλά και κατά την ειδικότητα συμβάλλει θετικά ή αρνητικά. Το άγχος την μειώνει. Η παράδοση που ακολουθεί το Πανεπιστήμιο ή η κλινική συμβάλλει ανάλογα (Bhautesh D. J., & συν., 2012).

Τριάντα μελέτες σε φοιτητές ανέδειξαν: σε 14 ότι αύξανε ο βαθμός ενσυναίσθησης με τα έτη σπουδών ενώ στις υπόλοιπες 16 μεικτά αποτελέσματα, στις 18 από τις 27 υπερείχαν οι γυναίκες σε βαθμό ενσυναίσθησης. Μόνο σε 3 από τις 9 συσχέτισαν την ενσυναίσθηση με την ειδικότητα και στις 9 από τις 30 μια τάση μικρότερου βαθμού ενσυναίσθησης στις δυτικού τύπου κοινωνίες. Οι ιατροί της ΠΦΥ παρουσιάζουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση από τους ιατρούς των εργαστηριακών ειδικοτήτων, ενώ οι γυναίκες προτιμούν τον ασθενοκεντρικό τρόπο επικοινωνίας κι έτσι έχουν υψηλότερη ενσυναίσθηση. Η κουλτούρα και κοινωνικοί

παράγοντες φαίνεται να διαφοροποιούν μετρήσεις σε διαφορετικές χώρες. Η εκπαίδευση φαίνεται ότι ενισχύει την κυνική αντίληψη και συμβάλλει και ο περιορισμός των ανθρωπιστικών σπουδών σε συνδυασμό με τη μηχανιστική αντίληψη για τη νόσο και τον άνθρωπο (Andersen F. & συν., 2020).

Στα χρόνια σπουδών μειώνεται ο βαθμός ενσυναίσθησης (McNally & συν., 2021).

Στη Μαλαισία οι χειρουργοί εμφανίζουν χαμηλότερη ενσυναίσθηση από τους παθολόγους. Δεν συσχετίστηκε η ηλικία, η εμπειρία την ενισχύει ενώ οι εργαζόμενοι σε πανεπιστημιακό περιβάλλον έχουν υψηλότερο επίπεδο από τους εργαζόμενους στα μη πανεπιστημιακά νοσοκομεία (Subramaniam T. & συν., 2023).

Οι μελέτες συσχέτισης με την ειδικότητα δείχνει ότι υπάρχει μεγαλύτερου βαθμού ενσυναίσθηση σε αυτές που ασχολούνται με τον άνθρωπο. Φάνηκε υπεροχή στις γυναίκες που αποδόθηκε στο ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πιο πολύ τα συναισθήματα, η εξελικτική διαδικασία οδήγησε τις γυναίκες σε ενασχόληση με τη φροντίδα ατόμων, ενώ συμβαδίζει και με το ότι δέχονται την ασθενοκεντρική αντίληψη στην ιατρική. Με βάση την ηλικία δεν υπήρχε διαφορά. Κάποιες μελέτες αποδεικνύουν ότι οι σπουδές ενισχύουν την ενσυναίσθηση ενώ άλλες ότι είναι έμφυτο χαρακτηριστικό αλλά δεν έχει αποδειχθεί κάτι από τα δύο. Διαφορές στην ειδικότητα ίσως αντανakλούν διαφορές στην προσωπικότητα και δεξιότητες που οδηγούν στην επιλογή της ειδικότητας άρα και της ενσυναίσθησης και όχι το αντίστροφο (Hojat M. & συν., 2002).

Σε μελέτη φοιτητών φάνηκε υπεροχή στις γυναίκες και το απέδωσαν στον κοινωνικό ρόλο της και σε βιολογικά χαρακτηριστικά (συσχέτιση με το δεξιό ημισφαίριο) Αυτή η υπεροχή δεν επιβεβαιώθηκε σε μελέτες στη Πορτογαλία, Β. Κορέα Νέα Ζηλανδία και Ιράν. Δεν συσχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο των γονιών αν και σε άλλες δύο μελέτες φάνηκε μια υπεροχή σε παιδιά από γονείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Santos A. M. & συν., 2016).

Άλλη μελέτη δίνει υπεροχή σε γυναίκες και όσοι προσανατολίζονται σε μη τεχνικές ειδικότητες. Διαχωρίζει τις ειδικότητες σε τέσσερις ομάδες:

1. Προσανατολισμένη στη διαδικασία (ακτινολογία, παθολογία).
2. Προσανατολισμένη στην τεχνολογία (οφθαλμολογία, νευροχειρουργική, ορθοπαιδική χειρουργική).

3. Μη πρωτοβάθμια φροντίδα (καρδιολογία, γαστρεντερολογία, ψυχίατρος).
4. Προσανατολισμένη στον άνθρωπο (οικογενειακός ιατρός) (Duarte M. I., & συν., 2015).

Στο Πανεπιστήμιο Akdeniz της Τουρκίας παρατηρήθηκε μείωση της ενσυναίσθησης μετά το τρίτο έτος σπουδών γεγονός που τονίζει ότι ένα πρόγραμμα σπουδών μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά. Η μείωση αποδόθηκε και στο ότι μειώνονται οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες στο άγχος στην αύξηση των υποχρεώσεων αλλά και στην προσθήκη της τεχνολογίας. Σταθερά οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερη ενσυναίσθηση συγκριτικά με τους άνδρες. Ομαδοποιώντας τις ειδικότητες σε 4 κατηγορίες:

1. Κλινική ιατρική (Εσωτερική παθολογία, οικογενειακοί, παιδίατροι).
2. Χειρουργική (αναισθησιολόγοι, χειρουργοί, γυναικολόγοι, ορθοπεδικοί).
3. Βασική ιατρική (ανατομία, ιστοπαθολόγοι).
4. Επείγουσα ιατρική.

Αν και όχι στατιστικά σημαντική διαφορά οι κλινικοί είχαν υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης μετά οι χειρουργοί, η βασική ιατρική και τέλος τα επείγοντα (Akgun O., & συν., 2020).

Στη Σουηδία συσχετίστηκε ο βαθμός ενσυναίσθησης από τη διάρκεια εργασίας, την κουλτούρα του επαγγελματικού χώρου δηλαδή πόσο κατανοητή είναι η εφαρμογή της ενσυναίσθησης σε συνδυασμό με ένα ή μη κοινωνικοοικολογικό μοντέλο (Knorring J., & συν., 2022).

Σε διάφορες μελέτες που έγιναν μετά το 2000 παρατηρήθηκε:

- I. φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση.
- II. Θετική συσχέτιση με υψηλή κλινική αξιολόγηση σε μελέτες σε ιατρικές σχολές αλλά όχι με τις επιδόσεις στις εξετάσεις.
- III. Μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης εμφανίζουν ιατροί με ειδικότητες που ασχολούνται με τον άνθρωπο (γενικοί, παθολόγοι, παιδίατροι, ψυχίατροι) και μικρότερο βαθμό όσοι ασχολούνται με τη τεχνολογία ή απαιτείται νοσοκομείο.
- IV. Άμεση συσχέτιση με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας θετική για άτομο που είναι θετικό στη δόμηση σχέσεων και αρνητική στην αντίθετη προσωπικότητα.

- V. Θετικό ρόλο στη διαμόρφωση προσωπικότητας με ενσυναίσθηση φαίνεται να έχει η ικανοποιητική σχέση στα πρώιμα στάδια με τη μητέρα.
- VI. Ο βαθμός ενσυναίσθησης μειώνεται στα έτη σπουδών καθώς ενισχύονται τα μαθήματα γνώσεων.
- VII. Εμφανίζει πτωτική τάση σε πληθυσμούς που εξελίσσονται με βάση την εκπαίδευση και την μόρφωση κι όχι εμπειρικά και βιωματικά.
- VIII. Σημαντική θετική συσχέτιση με την ομαδική εργασία.
- IX. Φοιτητές που εκπαιδεύτηκαν στην κατανόηση και φροντίδα υπερηλίκων παρουσίαζαν υψηλότερη ενσυναίσθηση.
- X. Άτομα που στο περιβάλλον τους ασκούσαν ηγετικό ρόλο και επιρροή είχαν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης (Hojat M., 2016).

Παράγοντες που εμποδίζουν την ενσυναίσθηση είναι ο διαθέσιμος χρόνος, οι πολλές ώρες εργασίας, η στέρηση ύπνου, η νοοτροπία παραμέλησης της προσωπικής ταυτότητας και τέλος η έλλειψη εμπειρίας (Garden R., 2008).

Η εκπαίδευση με τη μορφή σεμιναρίων εξομοίωσης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης εμπειρίας της διυποκειμενικότητας κατά τη συνεδρία ασθενούς ενισχύει την ενσυναίσθηση (Bhautesh D. J. & συν., 2012).

Η ενσυναίσθηση είναι μια δεξιότητα που παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς με βιοψυχοκοινωνικό περιεχόμενο. Όπως φαίνεται παραπάνω αυτή η δεξιότητα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες είτε θετικά είτε αρνητικά.

Λίγες μελέτες του βαθμού ενσυναίσθησης έχουν γίνει που αφορούν τους Έλληνες ιατρούς. Η διερεύνηση του βαθμού και των παραγόντων που ενισχύουν ή αποδυναμώνουν αυτή τη δεξιότητα προϋποθέτει την διοργάνωση έρευνας και εξαγωγής συμπερασμάτων που θα συμβάλλουν στην ενίσχυση αυτής της δεξιότητας. Η έρευνα που ακολουθεί έχει σαν στόχο τη διερεύνηση του βαθμού ενσυναίσθησης των Ελλήνων ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και πιθανούς παράγοντες που την επηρεάζουν.

3. Ερευνητικό μέρος

3.1 Εισαγωγικό μέρος

Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια σημαντική δεξιότητα που συμβάλλει στην αποτελεσματική και επιθυμητή επικοινωνία ανάμεσα σε ιατρό και ασθενή σύμφωνα με την θεωρία όπως αναπτύχθηκε παραπάνω. Συμβάλλει στην καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης, και στον συντονισμό των δύο μερών και στην επίτευξη των στόχου υγείας.

Διάφορες μελέτες στον τομέα υγείας έχουν μελετήσει πιθανούς παράγοντες που ενισχύουν ή περιορίζουν την ενσυναίσθηση κατά την επικοινωνία ασθενών ιατρών.

3.1.2 Οι στόχοι της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση κατά την επικοινωνία των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

- I. Η μέτρηση του βαθμού ενσυναίσθησης των ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων.
- II. Θα μελετηθεί η συσχέτιση κλινικής και θυμικής ενσυναίσθησης.
- III. Θα αναζητηθούν παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό ενσυναίσθησης και το βαθμό συσχέτισής της με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

3.1.3 Οι υποθέσεις της έρευνας

Μέσα από τη βιβλιογραφία όπως αναπτύχθηκε στο θεωρητικό μέρος συσχετίστηκε η ενσυναίσθηση με παράγοντες όπως το φύλο, η εκπαίδευση, τα χρόνια άσκησης της ιατρικής, η ειδικότητα που ασκεί, η προσωπικότητα, ο χρόνος εξέτασης των ασθενών, ο αριθμός των εξεταζόμενων σε καθημερινή βάση κτλ.

Τα ζητήματα που θα διερευνηθούν είναι τα εξής:

1. Συσχέτιση κλινικής με θυμική ενσυναίσθηση.
2. Συσχέτιση της ενσυναίσθησης με το φύλο: φαίνεται ότι οι γυναίκες λειτουργούν με μεγαλύτερη ενσυναίσθηση από τους άντρες (Hojat M., & συν., 2001).
3. Συσχέτιση με την ειδικότητα που ασκεί ο ιατρός: οι γενικοί ιατροί σε μια μελέτη φάνηκε να έχουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης από ιατρούς που ασκούν άλλη ειδικότητα (Truax C. B., & συν., 1974). Σε άλλη μελέτη ιεραρχήθηκαν πρώτοι οι κλινικοί μετά οι χειρουργοί, οι εργαστηριακοί και τέλος οι ασχολούμενοι στα επείγοντα. (Akgun O. & συν., 2020).
4. Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου και ενσυναίσθησης.
5. Συσχέτιση τομέα εργασίας και ενσυναίσθησης.

3.1.4 Μεθοδολογία της έρευνας-δεοντολογία

Η μελέτη αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη. Η έρευνα στόχευε στον ιατρικό πληθυσμό, με επίκεντρο τους ιατρούς ευθύνης της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, στην οποία έγινε σχετικό αίτημα και ελήφθη η άδεια όσον αφορά τους ιατρούς του δημόσιου τομέα που υπηρετούν στους εποπτευομένους από τη 2^η ΥΠΕ φορείς ΠΦΥ, με την προϋπόθεση της τήρησης του κανονισμού προστασίας προσωπικών δεδομένων [(GDPR) (Κανονισμός ΕΕ 2016/679 και Νόμος 4624/2019 (ΦΕΚ Α' 137)] και των κανόνων της Διακήρυξης του Ελσίνκι¹ (WMA, 1964). Όλοι οι συμμετέχοντες – δημόσιου και ιδιωτικού τομέα - ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια στη συνημμένη επιστολή στο εξώφυλλο του ερωτηματολογίου για το θέμα και το σκοπό της μελέτης, την εγγύηση/ υποχρέωση της ερευνήτριας για την τήρηση της ανωνυμίας τους και των προσωπικών τους δεδομένων και τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής και παρέχονταν τα στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια. Διανεμήθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο τόσο ως έντυπη μορφή, (δειγματοληψία ευχέρειας, και με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας δηλαδή από συμμετέχοντες σε συναδέλφους τους) όσο και ηλεκτρονική μορφή στη διεύθυνση: <https://forms.office.com/e/EZ1g8WuRTW>. Το ερωτηματολόγιο διαμορφώθηκε σε Google Forms, εργαλείο που παρέχεται στο Google Drive που παρέχει την

¹ <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

αποτύπωση των αποτελεσμάτων σε δεδομένα excel και διευκολύνει την στατιστική επεξεργασία. Ως έντυπη μορφή μοιράστηκε σε ιατρούς που εργάζονται στη 2^η Υγειονομική Περιφέρεια (2ΥΠΕ) που αφορά κυρίως κέντρα Υγείας. Παράλληλα προωθήθηκε σε κλειστές ομάδες δικτύωσης που αφορά ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται σε διάφορους τομείς. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχε ένα ενημερωτικό κείμενο για το σκοπό του ερωτηματολογίου και την τήρηση της ανωνυμίας. Διακινήθηκε από 1/10/2023 – 31/12/2023. Συμπληρώθηκαν 171 ερωτηματολόγια από ιατρούς με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά όπως παρουσιάζονται παρακάτω στους πίνακες X1, X2, X3, X4, X5.

3.1.5 Εργαλεία έρευνας

Κατά τη πραγματοποίηση της μελέτης αυτής χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τρία μέρη:

- α) Το ερωτηματολόγιο που μελετά την κλινική ενσυναίσθηση του Jefferson (Jefferson scale of empathy-**JSE**).
- β) Το ερωτηματολόγιο που αναφέρεται στην θυμική ενσυναίσθηση του Toronto (Toronto Empathy Questionnaire-**TEQ**).
- γ) Το πρώτο μέρος που συλλέγει δημογραφικά χαρακτηριστικά και κοινωνικά δεδομένα.

Τα ερωτηματολόγια JSE και TEQ περιέχουν 36 ερωτήματα όπου τα 20 αφορούν το πρώτο και τα 16 το δεύτερο. Οι ερωτήσεις είναι κλειστού τύπου δηλαδή με προκαθορισμένες επιλογές απαντήσεων. Συνοδεύονται από 16 ερωτήσεις που αφορούν κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα ώστε να γίνει η απαιτούμενη συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά αυτά ώστε να προκύψουν τα όποια συμπεράσματα της μελέτης.

Η **κλίμακα JSE** δημιουργήθηκε το 2001 από τον Hojat M. και τους συνεργάτες του και είναι ένα επικυρωμένο εργαλείο μέτρησης του βαθμού ενσυναίσθησης. Πριν από αυτή την κλίμακα υπήρχε η Interpersonal Reactivity Index (IRI) που αναπτύχθηκε από τον Davis (1983) , The Empathy scale (Hogan, 1969) και η Emotional Empathy Scale από τον Mehrabian και Epstein (1972), που ως εργαλεία μέτρησης αφορούσαν τον γενικό πληθυσμό. Μια σειρά από κλίμακες αφορούσε τον πληθυσμό των νοσηλευτών όπως η Empathy Construct Rating Scale (LaMonica E. L., 1981), η Empathic Understanding of International Processes Scale (Carkhuff R., 1969),

η Empathy test (Layton J. M., 1979). Υπήρξε η ανάγκη μιας κλίμακας μέτρησης της ενσυναίσθησης στο ιατρικό σώμα ενώ υπήρχαν κλίμακες που χρησιμοποιούσαν στην ψυχολογία και ψυχανάλυση. Μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας ακολούθησαν πιλοτικές μελέτες και με ποιοτικές και ποσοτικές ψυχομετρικές μεθόδους προτυποποίησαν την κλίμακα (Hojat M. & συν., 2005).

Ο Hojat δημιούργησε την JSE . Υπάρχουν τρεις εκδοχές: α) το JSE-HP που αναφέρεται σε επαγγελματίες υγείας και ιατρούς β) το JSE-S που αναφέρεται σε σπουδαστές ιατρικής σχολής και γ) το JSE-HPS που αφορά σπουδαστές των υπολοίπων εκτός ιατρικής σχολής επαγγέλματων υγείας. Οι τρεις εκδόσεις έχουν ελάχιστες διαφοροποιήσεις (Hojat και συν. 2018). Η κλίμακα Jefferson μετρά την γνωστική παράμετρο και λιγότερο την πράξη. Διαμορφώθηκε από τον Hojat και τους συνεργάτες του και εκτιμάται η ενσυναίσθηση ως κατανόηση και όχι ως συναίσθημα. Ενώ η πρακτική των ιατρών δεν εκτιμάται με αυτή την κλίμακα, έχει υπολογιστεί ότι μόνο το 14% λειτουργεί στην πράξη με ενσυναίσθηση (Meng-Lin Lee & συν., 2022).

Στο δεδομένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονται είκοσι (20) ερωτήματα για τα οποία οι ερωτώμενοι απαντούν ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους κάνοντας χρήση μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert δηλαδή το 1 αν διαφωνούν απόλυτα μέχρι το 5 αν συμφωνούν απόλυτα. Η μικρότερη τιμή που μπορεί να έχει κάποιος είναι το 20 ενώ η μεγαλύτερη το 100. Όσο πιο μεγάλη τιμή έχει τόσο μεγαλύτερη κλινική ενσυναίσθηση εμφανίζει. Ο μισός αριθμός των ερωτήσεων είναι αρνητικά διατυπωμένος ώστε να περιορίζεται η μηχανιστική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ενώ κατά τον υπολογισμό του βαθμού ενσυναίσθησης βαθμολογούνται αντίστροφα

Το **ερωτηματολόγιο TEQ** παρουσιάστηκε από τον Spreng και τους συνεργάτες του το 2009 και θέτει 16 ερωτήσεις σχετιζόμενες με την ενσυναίσθηση ενώ οι ερωτώμενοι απαντούν με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert με 1 αν ποτέ δεν πράττουν έως 5 αν πάντοτε πράττουν αυτό για το οποίο ερωτώνται. Και εδώ οι μισές ερωτήσεις είναι αρνητικά διατυπωμένες όπως προαναφέρθηκε και για το JSE ερωτηματολόγιο.

Η **κλινική ενσυναίσθηση** κυμαίνεται από το 20 έως το 100 ενώ η **θυμική ενσυναίσθηση** από το 16 έως το 80. Όσο πιο μεγάλη η τιμή τόσο μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης εμφανίζει ένας ιατρός.

Τα αναφερόμενα ερωτηματολόγια έχουν γίνει εργαλεία για μελέτες τόσο στο διεθνές όσο και

στον Ελλαδικό χώρο. Για την χρήση στην Ελλάδα η μετάφραση έγινε από ανθρώπους που είχαν μητρική γλώσσα την ελληνική και γνώση επιπέδου proficiency της αγγλική ενώ εφαρμόστηκε και η τεχνική της αντιμετάφρασης (backward translation) για επιβεβαίωση της ακρίβειας και σαφήνειας των όρων. Έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί ως εργαλεία και σε διπλωματικές εργασίες φοιτητών του ΕΑΠ (Ματούλα 2017, Γοναλάκη 2018).

Το πρώτο μέρος θέτει ερωτήσεις (συνολικά 16) που αφορούν δημογραφικά, κοινωνικά και δεδομένα εκπαίδευσης και εμπειρίας που θα οδηγήσουν σε πιθανές συσχετίσεις ώστε να προκύψουν ανάλογα συμπεράσματα.

Η **στατιστική ανάλυση** έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS (Statistical Package for the Social Science), Version: 28.0.00.

Η περιγραφική ανάλυση περιλάμβανε όλα τα μέτρα θέσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, εύρος, τεταρτημόρια, ελάχιστη και μέγιστη τιμή, κύρτωση, ασυμμετρία) για τις ανεξάρτητες μεταβλητές και τις εξαρτημένες (κλίμακες). Τα περιγραφικά μέτρα των εξαρτημένων υπολογίστηκαν τόσο στο σύνολο, όσο και στις επιμέρους ομάδες, όπως αυτές διαμορφώνονται από τις κατηγορίες των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Για τον έλεγχο κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος των **Kolmogorov- Smirnov** και τα διαγράμματα κανονικότητας. Καθώς από τον έλεγχο κανονικότητας διαπιστώθηκε ότι το δείγμα δεν ακολουθεί κανονική κατανομή, ως προς τις κλίμακες ενσυναίσθησης, ο έλεγχος υποθέσεων για τη διερεύνηση συσχετίσεων έγινε με μη – παραμετρικές μεθόδους.

Εκτός των κλιμάκων, οι λοιπές μεταβλητές ήταν δίτιμες (κατηγορικές ή διατάξιμες). Για τον έλεγχο της ύπαρξης και της έντασης της γραμμικής σχέσης μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών και μεταξύ αυτών και των κλιμάκων, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής του **Spearman** (Spearman's correlation coefficient), που αποτελεί μη παραμετρική μορφή του συντελεστή (γραμμικής) συσχέτισης του Pearson, όπου οι πραγματικές τιμές των δεδομένων αντικαθίστανται με τις κατηγορίες ή τη σειρά κατάταξης. Η τιμή του συντελεστή κυμαίνεται μεταξύ -1 και 1. Απόλυτες τιμές μεγαλύτερες του [0,200] καταδεικνύουν ύπαρξη γραμμικής σχέσης, που είναι εντονότερη όσο πιο κοντά είναι στη μονάδα. Το πρόσημο δείχνει την κατεύθυνση της διάταξης των εξεταζόμενων μεταβλητών: θετικό σημαίνει ότι η σχέση ακολουθεί τη δοθείσα κατά τη διάταξη κατεύθυνση (π.χ. από το 1 έως το 5 γίνεται ισχυρότερη), ενώ αρνητικό, ότι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής σχετίζονται με μικρότερες της άλλης.

Σε κάθε συσχέτιση αναφέρεται και το (αμφίπλευρο) επίπεδο πιθανότητας να μην ισχύει η συγκεκριμένη σχέση (με την τιμή 0.000 να αντιστοιχεί σε πιθανότητα < 1 τοις χιλίοις) (p-value ή όπως αναφέρεται στο SPSS «Sig») (Χαλικιάς & συν., 2015).

Για τον έλεγχο υποθέσεων, ως προς το βαθμό διαφοροποίησης των βαθμών ενσυναίσθησης μεταξύ των υποομάδων που ορίζονται από τις κατηγορίες των άλλων μεταβλητών, με δεδομένη την μη – κανονικότητα, έγινε με τους μη παραμετρικούς ελέγχους **Mann- Whitney U**, **Kruskal-Wallis Hc** και **Median test** που ελέγχουν τη συσχέτιση μιας κατηγορικής (με δύο ή περισσότερες κατηγορίες) μεταβλητής με μία συνεχή (όπως οι κλίμακες). Ο έλεγχος Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για τις δίτιμες μεταβλητές, καθώς ελέγχει αν δύο ανεξάρτητα δείγματα μεγέθους n_1 και n_2 αντιπροσωπεύουν δύο πληθυσμούς με ίσες (υπόθεση H_0) ή διαφορετικές μεσαίες τιμές (υπόθεση H_1). Ο έλεγχος Kruskal-Wallis Hc αποτελεί επέκταση του Mann- Whitney U για περισσότερους από δύο πληθυσμούς H υπόθεση που ελέγχεται με τον έλεγχο αυτό είναι αν $j \geq 2$ ανεξάρτητα δείγματα, αντιπροσωπεύουν αντίστοιχα j πληθυσμούς με ίσες (υπόθεση H_0) (δηλαδή τυχαία διάταξη) ή διαφορετικές μεσαίες τιμές (υπόθεση H_1) – δηλαδή αν κάποια ομάδα διαφοροποιεί τη διάταξη των παρατηρήσεων. Το Median test είναι επίσης μια μη παραμετρική διαδικασία για k - ανεξάρτητα δείγματα, που βασίζεται στον έλεγχο της συνάφειας μεταξύ των ομάδων και του πλήθους των παρατηρήσεων που είναι μικρότερες ή μεγαλύτερες από τη διάμεσο. Επισημαίνεται ότι το SPSS και στους δύο ελέγχους των k – δειγμάτων, διενεργεί και συγκρίσεις κατά ζεύγη, προκειμένου, εφόσον απορριφθεί η H_0 να εντοπισθεί σε ποια ομάδα διαφοροποιούνται οι παρατηρήσεις. Στις κατά ζεύγη συγκρίσεις εφαρμόζεται η διόρθωση Bonferroni, η οποία διορθώνει το επίπεδο σημαντικότητας, διαιρώντας το με το πλήθος των συγκρίσεων (Χαλικιάς & συν., 2015).

Για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας των κλιμάκων έγινε έλεγχος με το συντελεστή Cronbach alpha, ο οποίος παίρνει τιμές στο διάστημα $[0,1]$. Το 0 ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας και αντίστοιχα το 1 ως ισχυρά αξιόπιστη κλίμακα. Ο δείκτης καλείται συντελεστής εγκυρότητας/ αξιοπιστίας. Τιμές μεγαλύτερες του 0,65 θεωρούνται ικανοποιητικές και μεγαλύτερες του 0,8 πολύ καλές (Tavakol & Dennick, 2011).

Για την παραγοντική ανάλυση της κλίμακας κλινικής ενσυναίσθησης στο δείγμα της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ορθογώνιο μοντέλο στο οποίο γίνεται η υπόθεση ότι οι όποιες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών (ερωτήσεων της κλίμακας) οφείλονται αποκλειστικά στην ύπαρξη των κοινών παραγόντων που δεν είναι γνωστοί και επιχειρείται η εκτίμηση τους. Προκειμένου οι παράγοντες να γίνουν πιο ερμηνεύσιμοι, έγινε περιστροφή τους με τη μέθοδο **Varimax**, η

οποία ελαχιστοποιεί τον αριθμό των μεταβλητών που έχουν μεγάλες επιβαρύνσεις για κάθε παράγοντα (Γάκη Ε., 2015). Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05.

4.Αποτελέσματα

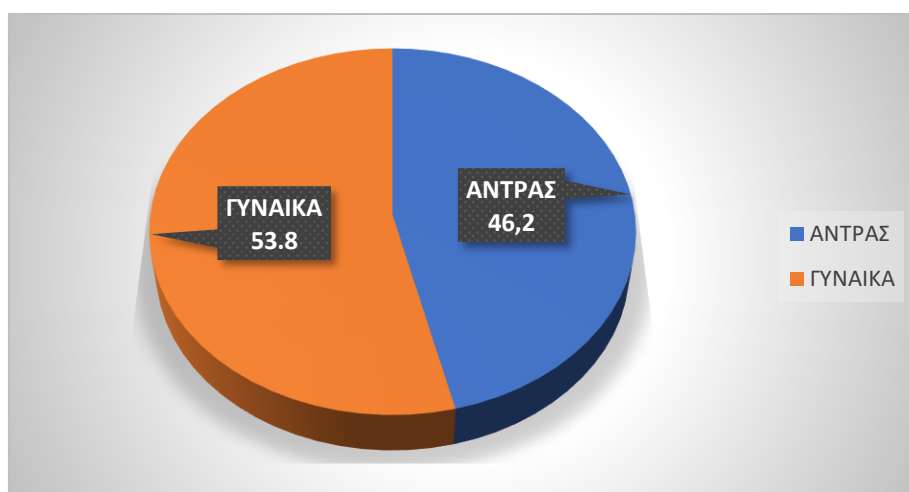
4.1 Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα

Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 171 ιατρούς, 79 άνδρες και 92 γυναίκες. Το 56,2 % ήταν ηλικίας 41-60 ετών και το 34,5 % άνω των 60 ετών. Το 66,7 % ήταν έγγαμοι/ες. Το 21,1 % διέθετε Μεταπτυχιακό Τίτλο Σπουδών (Master) (ΜΠΣ), το 11,1 % διδακτορικό (Phd) και το υπόλοιπο 67,8 % το βασικό τίτλο σπουδών (Πίνακας X.1, Διαγράμματα X.1 – X.4). Στην έρευνα συμμετείχαν ιατροί πολλών ειδικοτήτων και οδοντίατροι (Πίνακας X.2). Για τους σκοπούς της έρευνας έγιναν δύο ομαδοποιήσεις σε σχέση με τις ειδικότητες (Διαγράμματα X.5 – X.6).

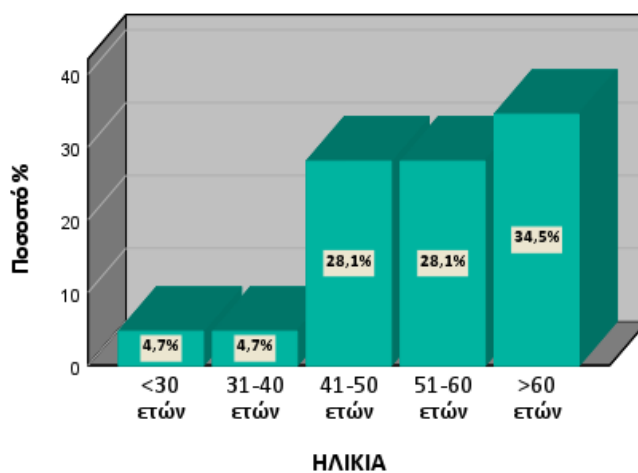
Πίνακας X.1 Δημογραφικά στοιχεία και Εκπαίδευση.

ΦΥΛΟ	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
ΑΝΤΡΑΣ	79	46,20	46,2
ΓΥΝΑΙΚΑ	92	53,8	100,0
Σύνολο	171	100,0	
ΗΛΙΚΙΑ			
<30 ετών	8	4,7	4,7
31-40 ετών	8	4,7	9,4
41-50 ετών	48	28,1	37,4
51-60 ετών	48	28,1	65,5
>60 ετών	59	34,5	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος/η	42	24,6	24,6
Έγγαμος/η	114	66,7	91,2
Διαζευγμένος/η	13	7,6	98,8
Χήρος/α	1	0,6	99,4

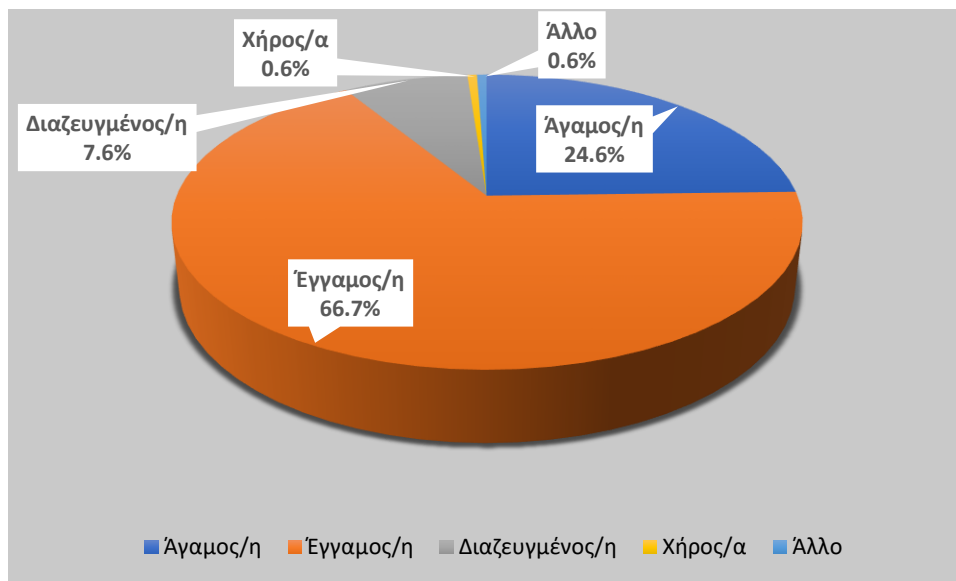
Άλλο	1	0,6	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Επίπεδο εκπαίδευσης			
Πτυχίο	116	67,8	67,8
Μεταπτυχιακό (Master)	36	21,1	88,9
Διδακτορικό (Phd)	19	11,1	100,0
Σύνολο	171	100,0	



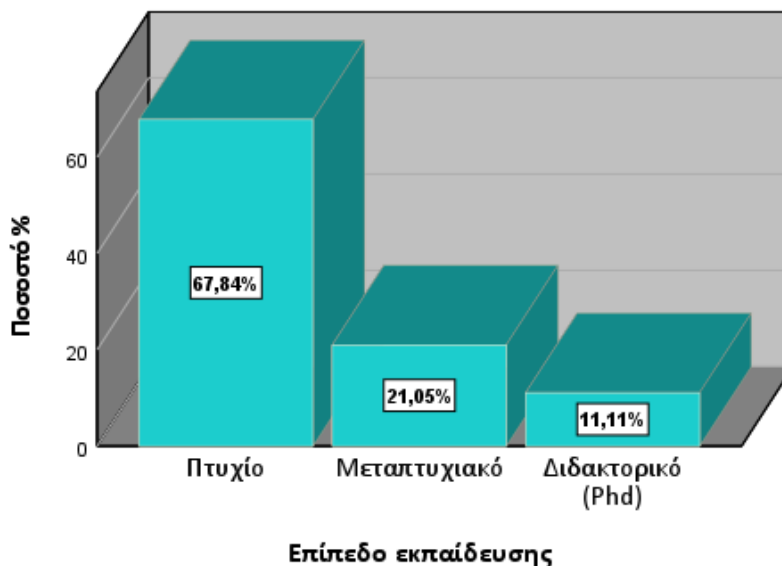
Διάγραμμα Χ.1 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά φύλο.



Διάγραμμα Χ.2 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά ηλικιακές ομάδες.



Διάγραμμα Χ.3 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά οικογενειακή κατάσταση.

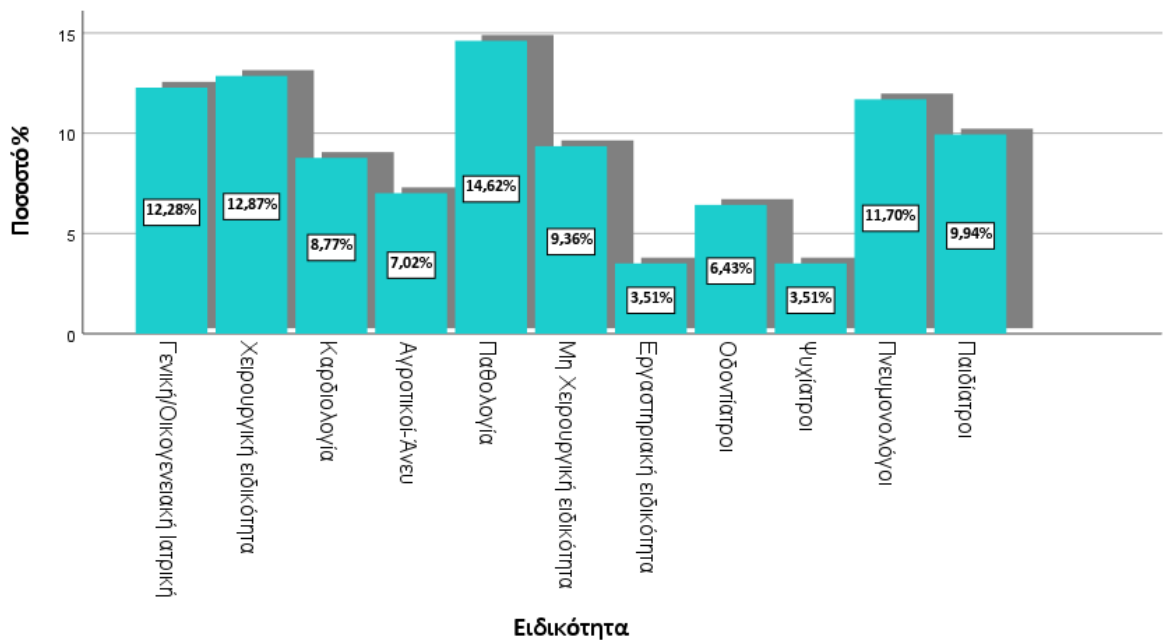


Διάγραμμα Χ.4 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος με βάση τον ανώτερο τίτλο σπουδών.

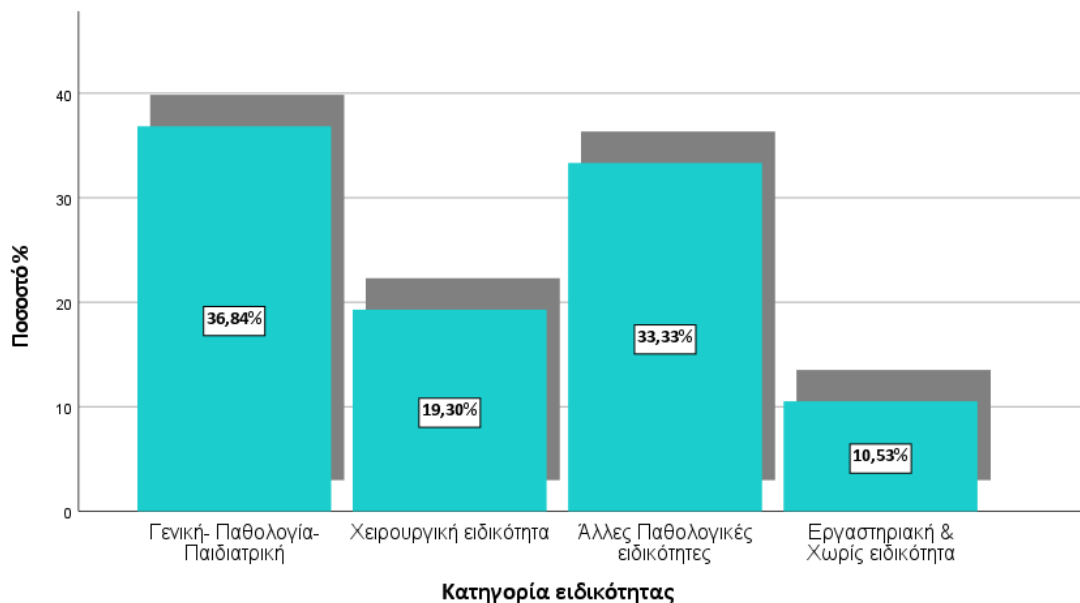
Πίνακας Χ.2 Ειδικότητες συμμετεχόντων (Αναλυτικά και Ομαδοποιημένα).

Ειδικότητα	Πλήθος (N)	Ομαδοποιημένες Ειδικότητες (Α)	Πλήθος (N)
Αλλεργιολογία	1	Γενική Οικογενειακή Ιατρική	21
Αναισθησιολογία	1	Καρδιολογία	15
Βιοπαθολογία	3	Παθολογία	25
Γαστρεντερολογία	1	Πνευμονολογία	20
Γενική Οικογενειακή Ιατρική	21	Παιδιατρική	17
Γενική Χειρουργική	7	Ψυχιατρική	6
Γυναικολογία - Μαιευτική	2	Άλλες μη χειρουργικές ειδικότητες	16
Δερματολογία	2	Χειρουργική ειδικότητα	22
Ενδοκρινολογία	2	Εργαστηριακή ειδικότητα	6
Καρδιολογία	15	Αγροτικό - Άνευ	12
Καρδιοχειρουργική	1	Οδοντίατροι	11
Κυτταρολογία	1	Σύνολο	171
Μικροβιολογία	2		
Νευρολογία	4	Ομαδοποιημένες Ειδικότητες (Β)	Πλήθος (N)
Ορθοπεδική	10	Γενική/Οικογενειακή- Παθολογία-	
Ουρολογία	1	Παιδιατρική	63
Οφθαλμιατρική	1	Χειρουργική ειδικότητα	33
Παθολογία	25	Άλλες παθολογικές ειδικότητες	57
Παιδιατρική	17	Εργαστηριακή ειδικότητα & χωρίς ειδικότητα	18
Πλαστική Χειρουργική	1	Σύνολο	171
Πνευμονολογία	20		
Ψυχιατρική	6		
ΩΡΛ	4		
Ιατρική - Αγροτικό - Άνευ	12		
Οδοντίατροι	11		
ΣΥΝΟΛΟ	171		

Η ομαδοποίηση των ειδικοτήτων έγινε γιατί δίνει καλύτερα συγκρίσιμες ομάδες και με βάση κοινά χαρακτηριστικά των ειδικοτήτων όπως φαίνεται και σε άλλες εργασίες που παρουσιάστηκαν στο θεωρητικό μέρος (Akgun O. & συν., 2020 και Hojat M. & συν., 2002).



Χ.5 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά ειδικότητα (ομαδοποίηση Α).



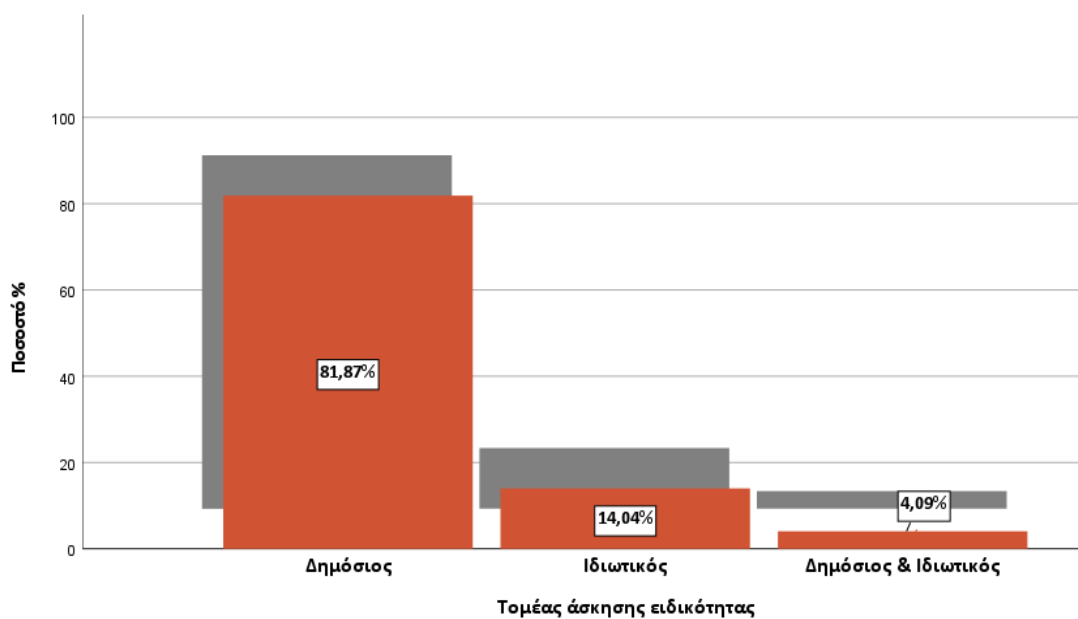
Χ.6 Ποσοστιαία κατανομή δείγματος κατά κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση Β).

Το 81,9 % του δείγματος υπηρετεί στο δημόσιο τομέα, ενώ ποσοστό 4,1 % και στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα. Το 73,7% υπηρετεί σε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) και 11,7% σε νοσοκομείο. Το 34,5% ασκεί την ειδικότητα του σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Το 74,8% έχει κλινική εμπειρία άνω των 15 ετών και μάλιστα το 60,2% άνω των 20 ετών (Πίνακας Χ.3, Διαγράμματα Χ.7- Χ.10).

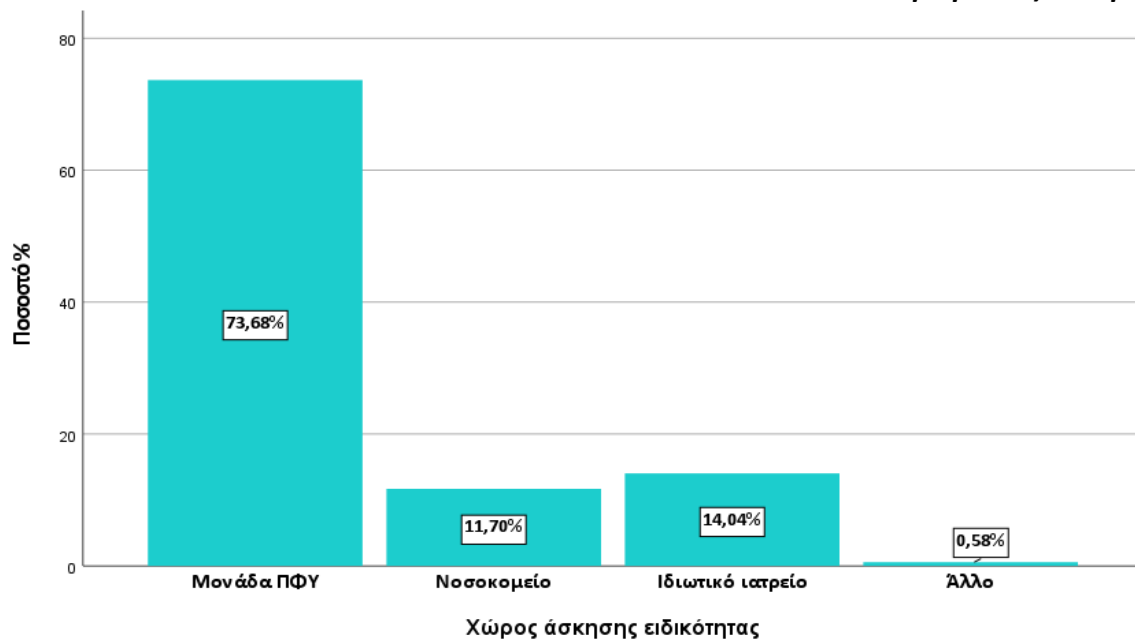
Πίνακας Χ.3 Δεδομένα σχετικά με την άσκηση του επαγγέλματος.

Τομέας άσκησης ειδικότητας			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Δημόσιος	140	81,9	81,9
Ιδιωτικός	24	14,0	95,9
Δημόσιος & Ιδιωτικός	7	4,1	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Χώρος άσκησης ειδικότητας			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
Μονάδα ΠΦΥ	126	73,7	73,7
Νοσοκομείο	20	11,7	85,4
Ιδιωτικό ιατρείο	24	14,0	99,4
Άλλο	1	0,6	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Άσκηση ειδικότητας σε τμήμα επειγόντων περιστατικών			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
ΟΧΙ	112	65,5	65,5
ΝΑΙ	59	34,5	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Χρόνος συνολικής κλινικής εργασίας σε υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, κέντρα υγείας, ιδιωτικό ιατρείο)			

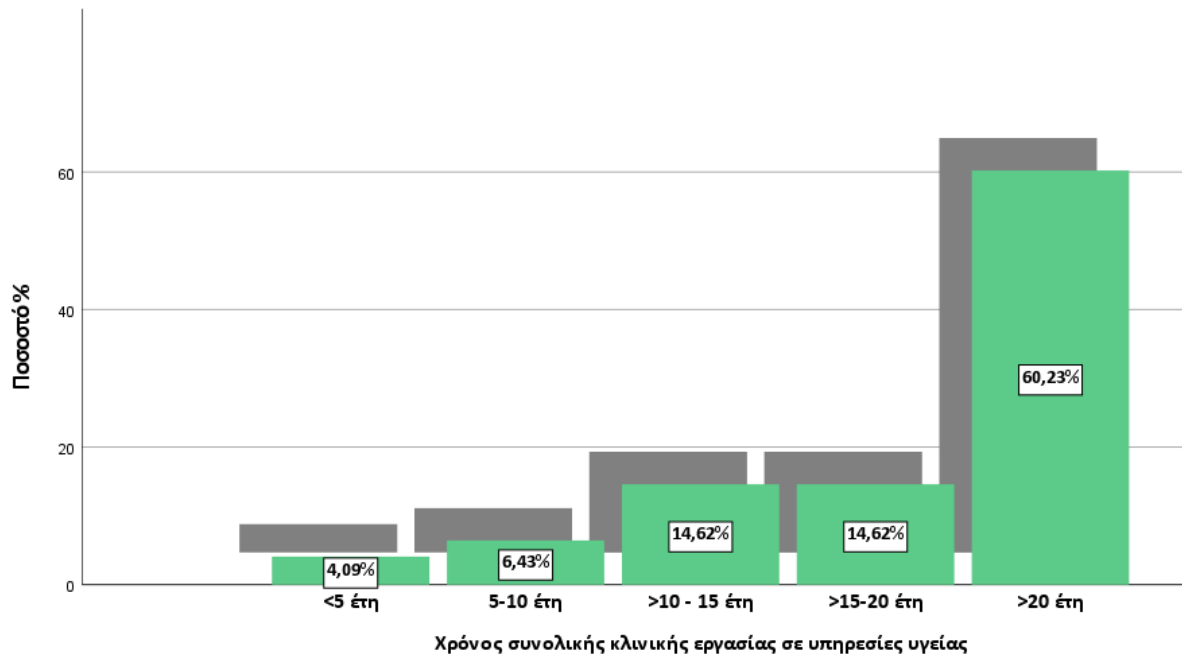
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
<5 έτη	7	4,1	4,1
5-10 έτη	11	6,4	10,5
>10 - 15 έτη	25	14,6	25,1
>15-20 έτη	25	14,6	39,8
>20 έτη	103	60,2	100,0
Σύνολο	171	100,0	



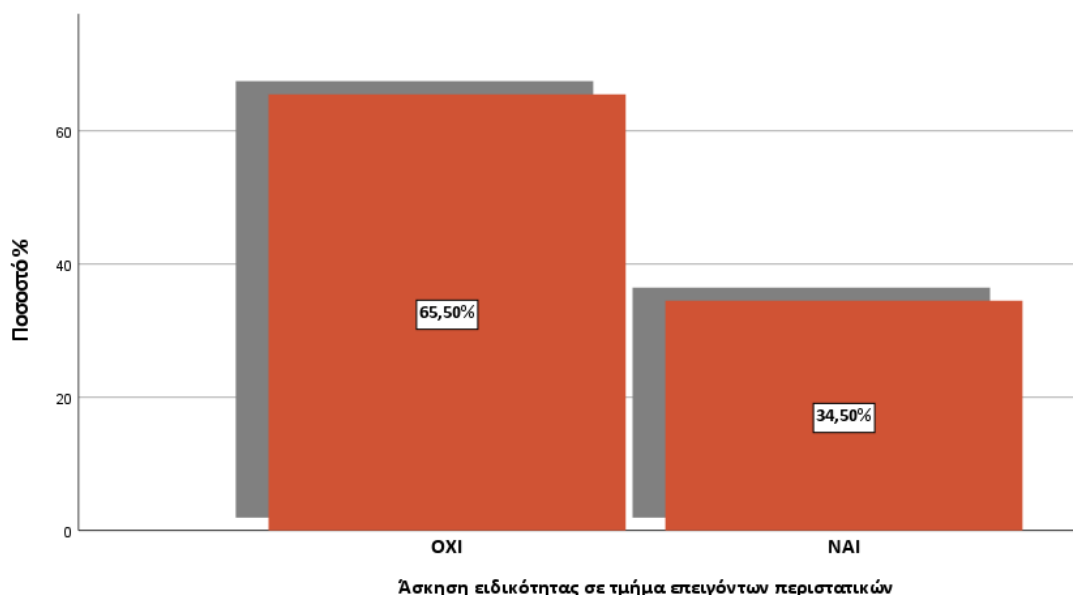
Διάγραμμα X.7 Τομέας Άσκησης Ειδικότητας (ποσοστό %).



Διάγραμμα Χ.8 Χώρος Άσκησης Ειδικότητας (ποσοστό %).



Διάγραμμα Χ.9 Χρόνος Συνολικής Κλινικής εργασίας (ποσοστό %).



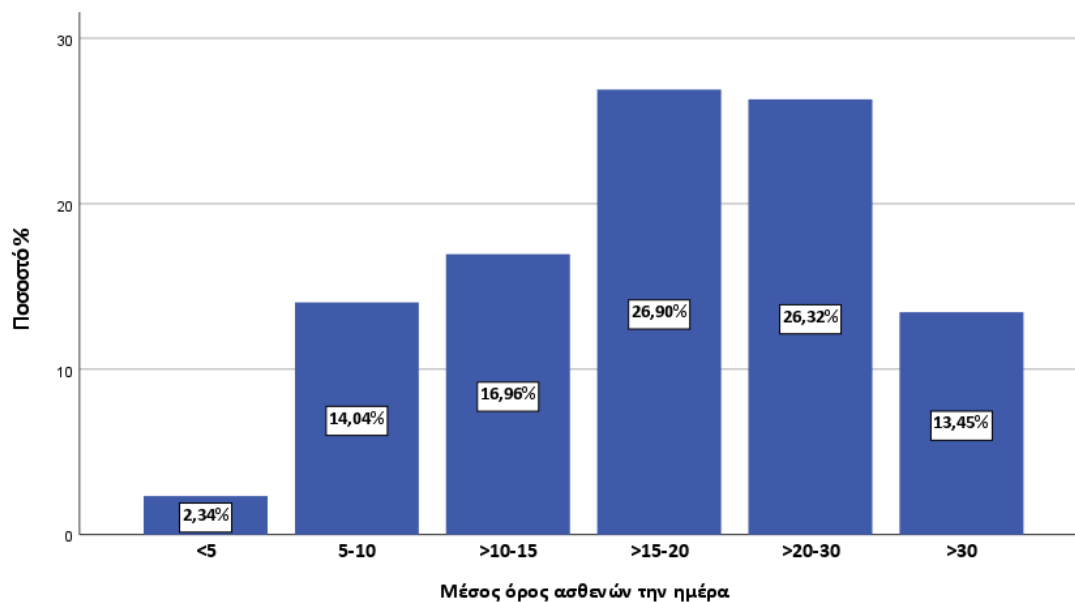
Διάγραμμα X.10 Άσκηση ειδικότητας σε ΤΕΠ (ποσοστό %).

Τα 2/3 του δείγματος (66,7%) δέχονται περισσότερους από 15 ασθενείς την ημέρα. Η μέση διάρκεια επίσκεψης είναι 10-20 λεπτά για το 64,9% των ιατρών, ενώ για το 26,3% η μέση διάρκεια ξεπερνά τα 20 λεπτά. Το ¼ του χρόνου επίσκεψης καταναλώνεται στη χρήση Η/Υ για συνταγογράφηση, παραπομπές κλπ., στο 40,9% των ιατρών, ενώ 37,4% δηλώνει ότι στις διαδικασίες αυτές καταναλώνεται το 25% έως 50% του χρόνου επίσκεψης (Πίνακας X.4, Διαγράμματα X.11 – X.13).

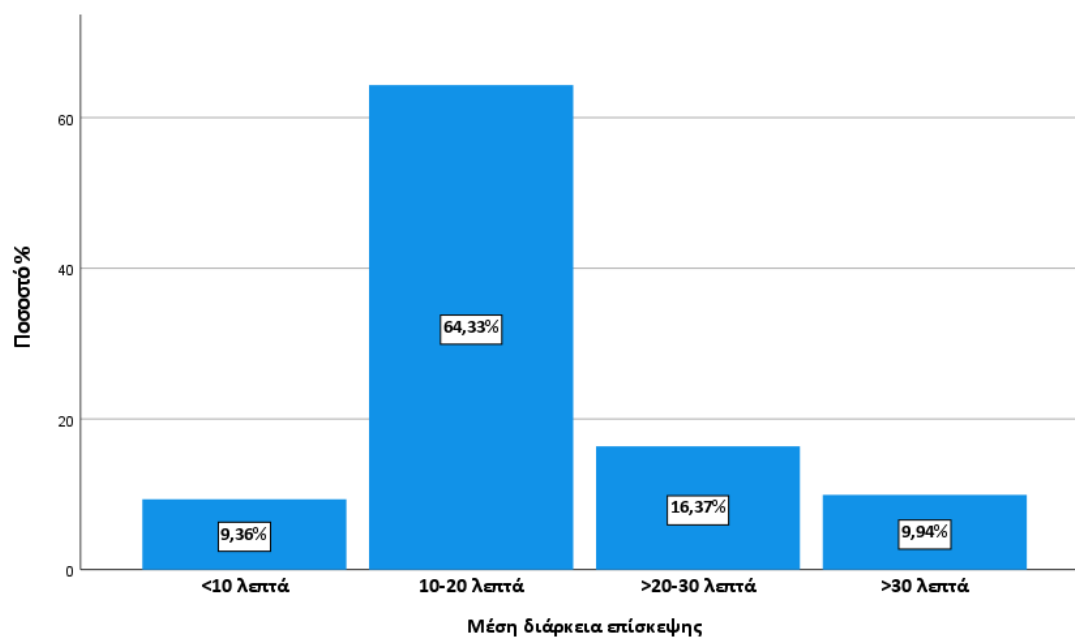
Πίνακας X.4 Δεδομένα σχετικά με την καθημερινή άσκηση του επαγγέλματος.

Μέσος όρος ασθενών την ημέρα			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
<5	4	2,3	2,3
5-10	24	14,0	16,4
>10-15	29	17,0	33,3
>15-20	46	26,9	60,2

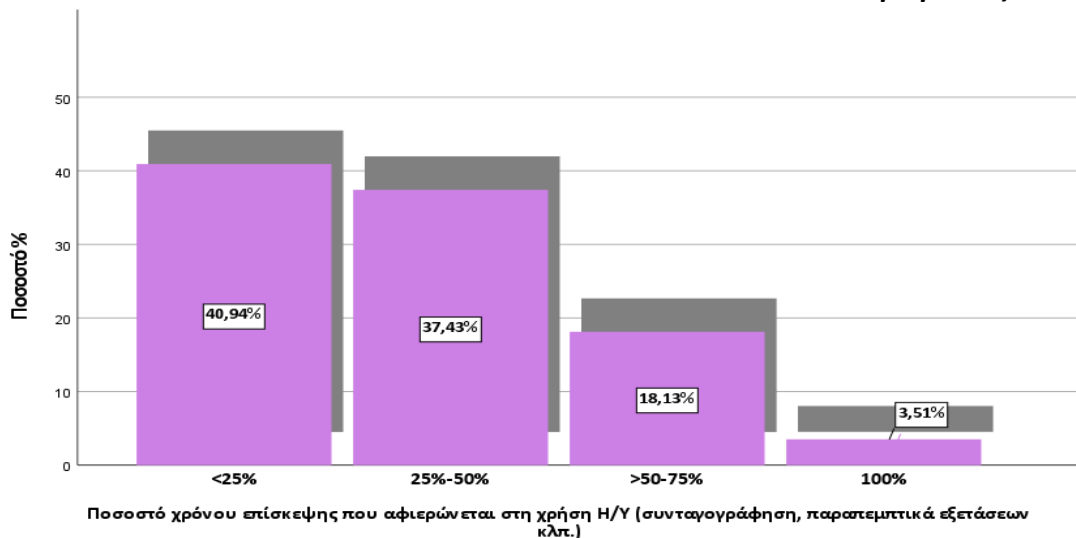
>20-30	45	26,3	86,5
>30	23	13,5	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Μέση διάρκεια επίσκεψης			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
<10 λεπτά	16	9,4	9,4
10-20 λεπτά	110	64,3	73,7
>20-30 λεπτά	28	16,4	90,1
>30 λεπτά	17	9,9	100,0
Σύνολο	171	100,0	
Ποσοστό χρόνου επίσκεψης που αφιερώνεται στη χρήση Η/Υ (συνταγογράφηση, παραπεμπτικά εξετάσεων κλπ.)			
	Συχνότητα (αριθμός)	Ποσοστό %	Αθροιστικό ποσοστό %
<25%	70	40,9	40,9
25%-50%	64	37,4	78,4
>50-75%	31	18,1	96,5
100%	6	3,5	100,0
Σύνολο	171	100,0	



Διάγραμμα X.11 Μέσος όρος ασθενών την ημέρα (ποσοστό % ανά κατηγορία).



Διάγραμμα X.12 Μέσος όρος διάρκειας επίσκεψης ασθενών (ποσοστό % ανά κατηγορία).



Διάγραμμα X.13 Ποσοστό χρόνου επίσκεψης για τη χρήση Η/Υ (ποσοστό % ανά κατηγορία.

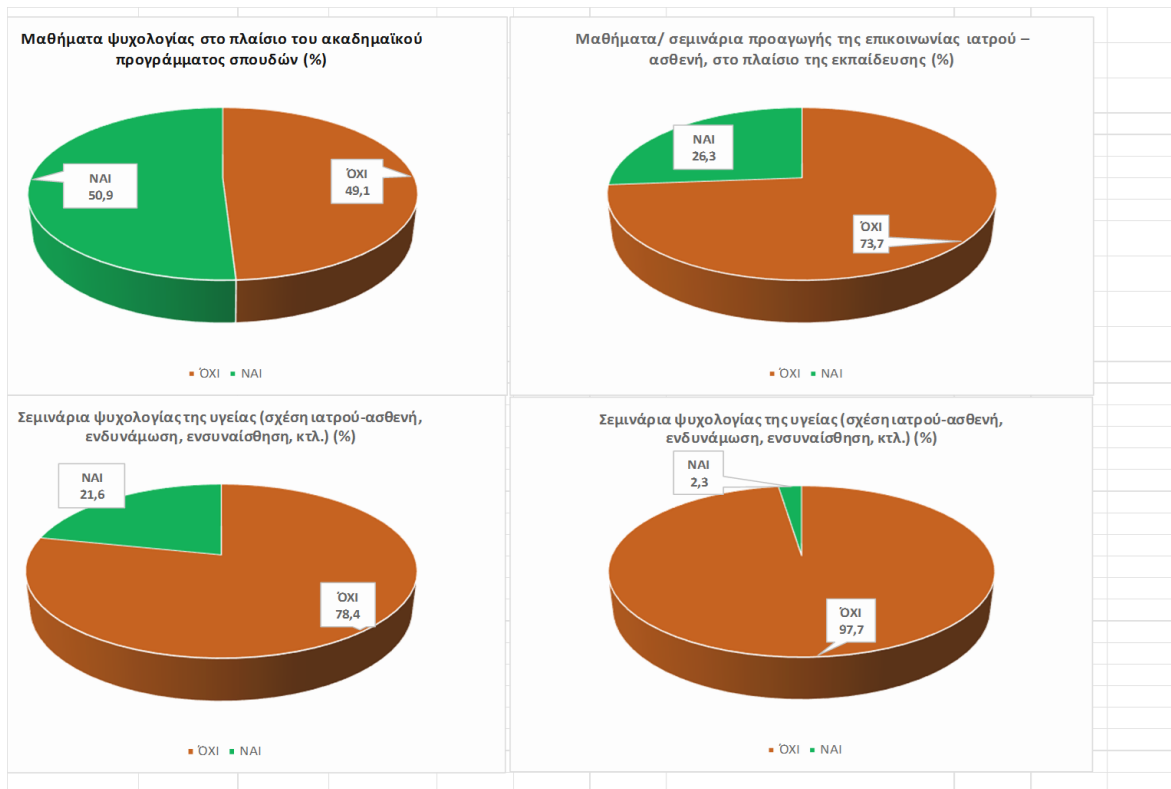
Στις γενικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συλλέχθηκαν στοιχεία που αφορούσαν την προπτυχιακή και μεταπτυχιακή κατάρτιση των συμμετεχόντων σε θέματα ψυχολογίας, ενδυνάμωσης και επικοινωνίας με τους ασθενείς, με σκοπό τη διερεύνηση συσχετίσεων της με το βαθμό κλινικής και θυμικής ενσυναίσθησης.

Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50,9%) είχαν παρακολουθήσει μαθήματα ψυχολογίας στο πλαίσιο του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών και το ¼ (26,3%) μαθήματα ή/και σεμινάρια σχετικά με την προαγωγή της επικοινωνίας ιατρού – ασθενή στη διάρκεια της ειδίκευσής τους. Παρακολούθηση σεμιναρίων ψυχολογίας της υγείας (σχέση ιατρού – ασθενή, ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση κλπ.) μετά τις σπουδές ανέφερε το 21,6%. Μόλις 4 άτομα (2,3%) ανέφεραν συμμετοχή σε ομάδες όπως η ομάδα Balint (Πίνακας X.5, Διάγραμμα X.14). Χαρακτηριστικό είναι ότι όλοι ήταν ψυχίατροι.

Πίνακας X.5 Ειδική κατάρτιση σε τομείς ψυχολογίας της υγείας.

	ΟΧΙ		ΝΑΙ	
	N	%	N	%
Μαθήματα ψυχολογίας στο πλαίσιο του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών	84	49,1	87	50,9
Μαθήματα/ σεμινάρια προαγωγής της επικοινωνίας ιατρού – ασθενή, στο πλαίσιο της εκπαίδευσης	126	73,7	45	26,3
Σεμινάρια ψυχολογίας της υγείας (σχέση ιατρού-ασθενή, ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση, κτλ.)	134	78,4	37	21,6

Συμμετοχή σε ομάδες, όπως η Ομάδα Balint	167	97,7	4	2,3
--	-----	------	---	-----



Διάγραμμα X.14 Ποσοστά συμμετοχής σε κατάρτιση / εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας της υγείας

4.2 Αποτελέσματα κλινικής ενσυναίσθησης

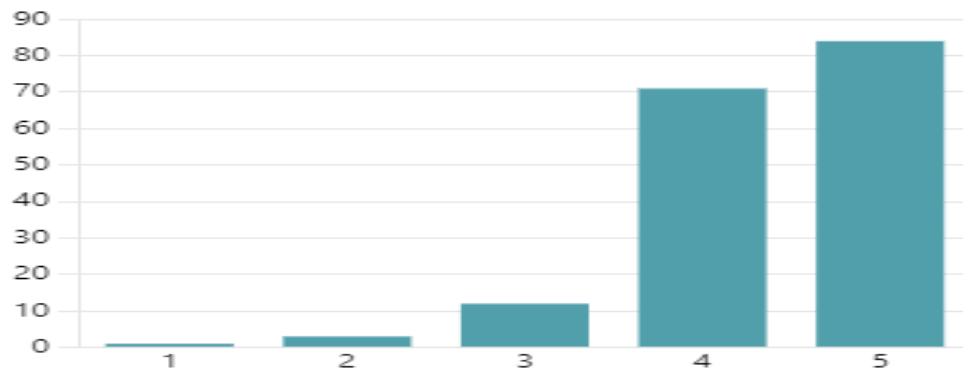
Θα αναφερθούν οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε κάθε ερώτηση που αφορούσε την κλινική ενσυναίσθηση σε διαγράμματα.

Οι συμμετέχοντες καλούνται να επιλέξουν μία από τις επόμενες επιλογές

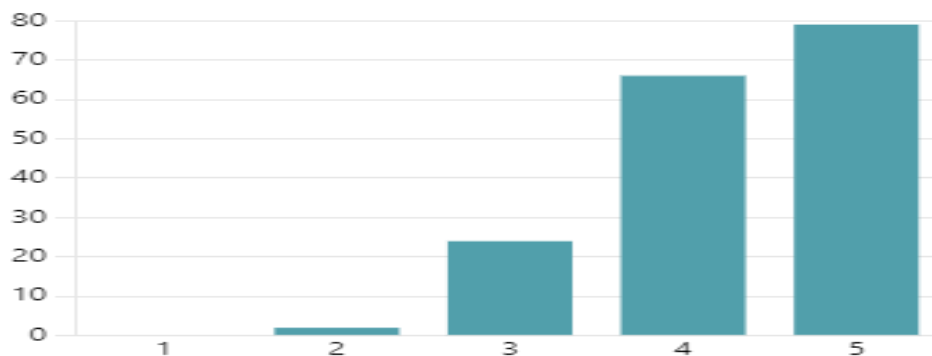
1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Διαφωνώ
3. Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ
4. Συμφωνώ
5. Συμφωνώ απόλυτα

Οι ερωτήσεις που ετέθησαν και οι απαντήσεις

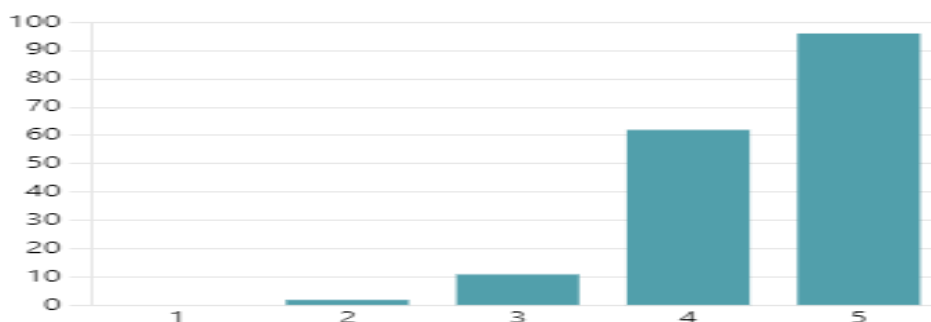
1. Ένα σημαντικό στοιχείο στην σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους.



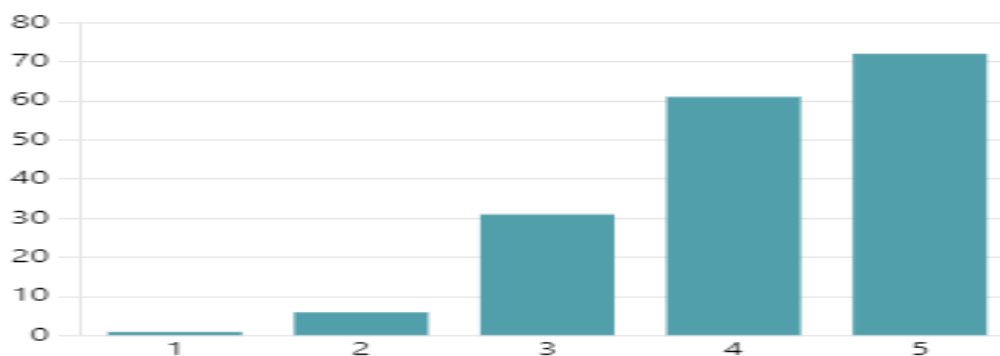
2. Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέφτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματος τους.



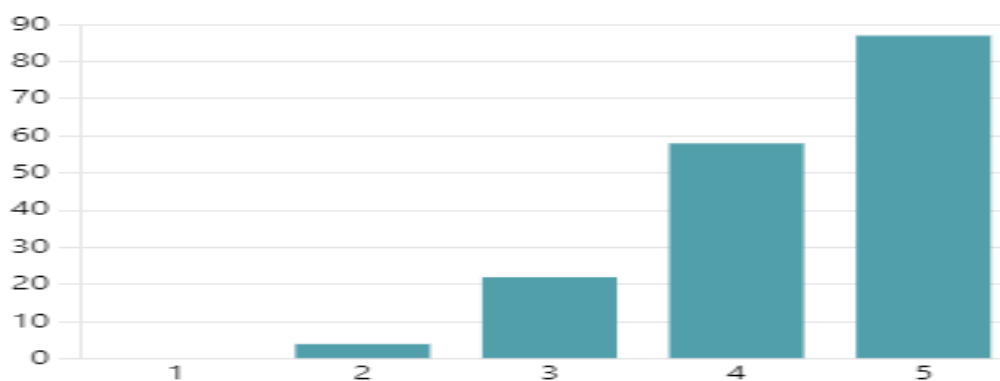
3. Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας στην ιατρική περίθαλψη.



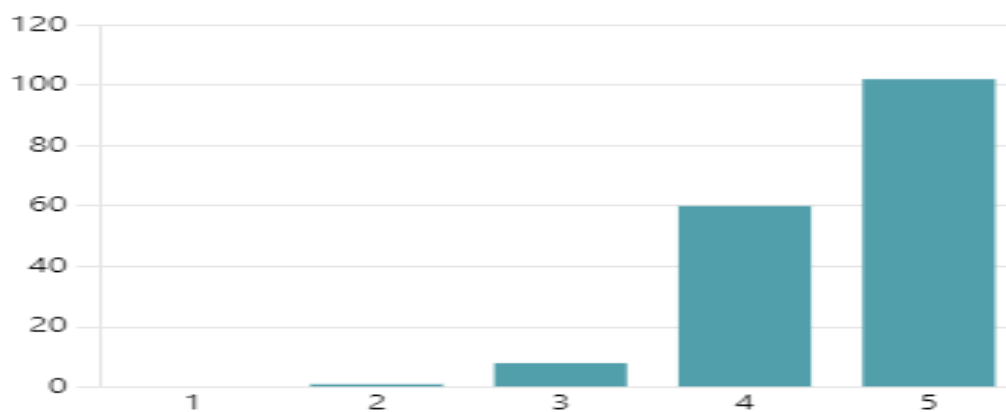
4. Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η επιτυχία μου ως ιατρός θα είναι περιορισμένη.



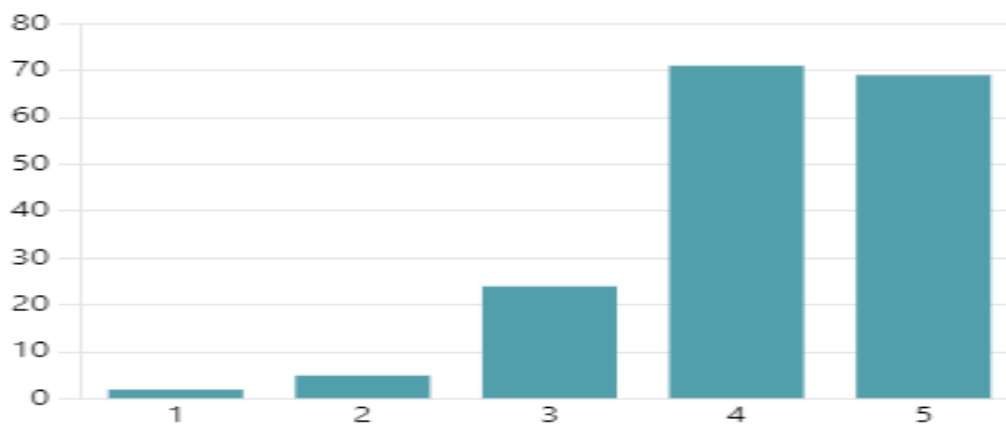
5. Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου, τους δίνει μια αίσθηση σιγουριάς, η οποία δρα από μόνη της θεραπευτικά.



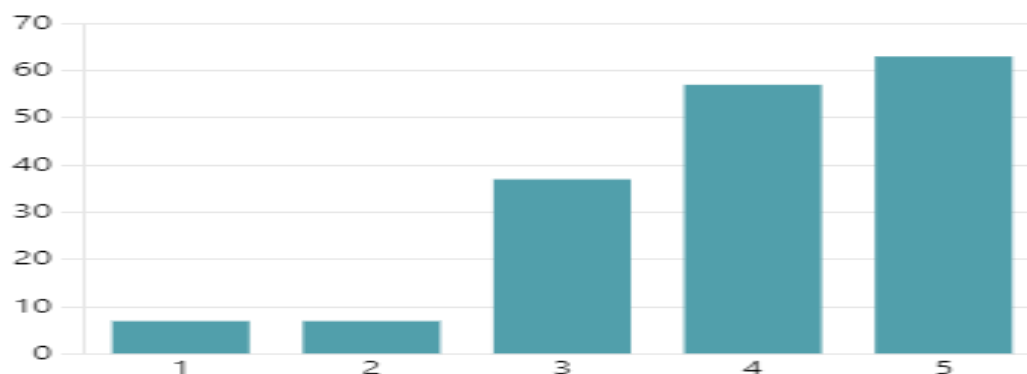
6. Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.



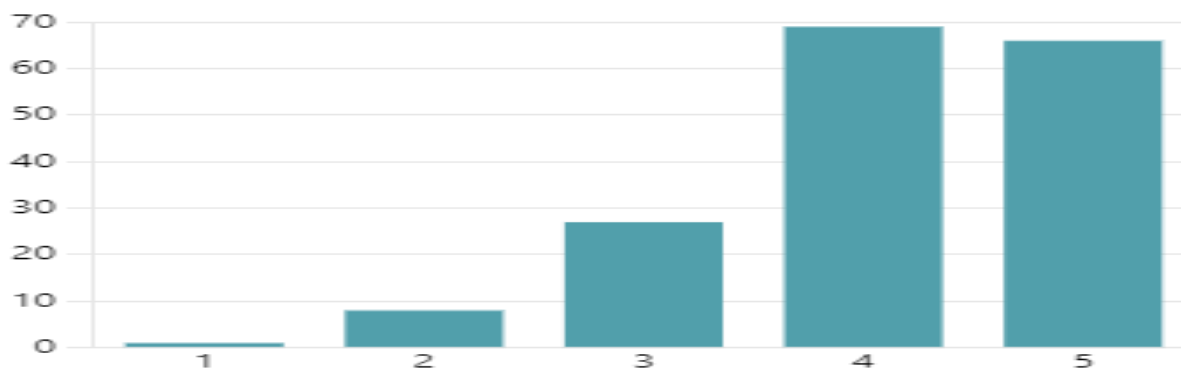
7. Θεωρώ ότι το να καταλαβαίνω τη μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών (γλώσσα σώματος) είναι εξίσου σημαντική με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση ιατρού– ασθενή.



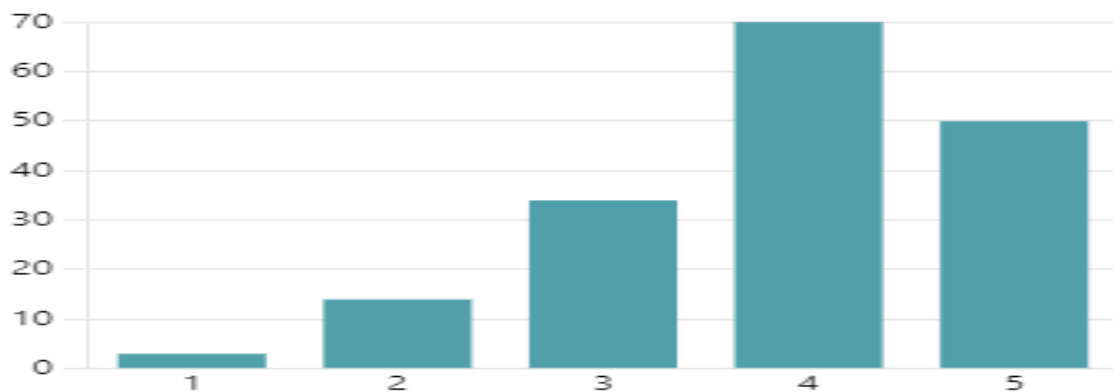
8. Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου.



9. Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου ιατρικού αποτελέσματος.

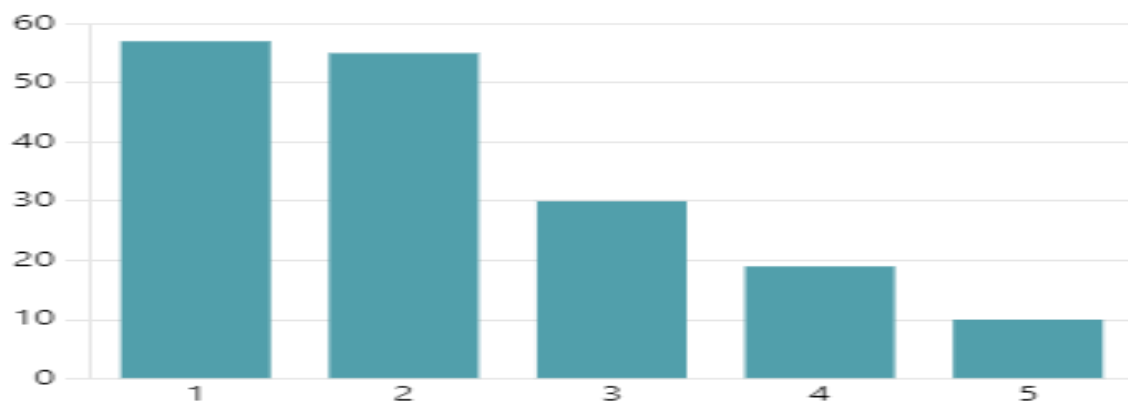


10. Προσπαθώ να σκέπτομαι με τον τρόπο που σκέπτονται οι ασθενείς μου, ώστε να τους παρέχω την καλύτερη φροντίδα.



Ακολουθούν οι επόμενες δέκα ερωτήσεις που αφορούν την κλινική ενσυναίσθηση αλλά αρνητικά διατυπωμένες και στην τελική βαθμολόγηση υπολογίστηκαν αντίστροφα

1. Οι ασθένειες μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με θεραπευτική αγωγή, για αυτό το λόγο οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς μου δεν μπορούν να έχουν σημαντική θέση σε αυτή την προσπάθεια.



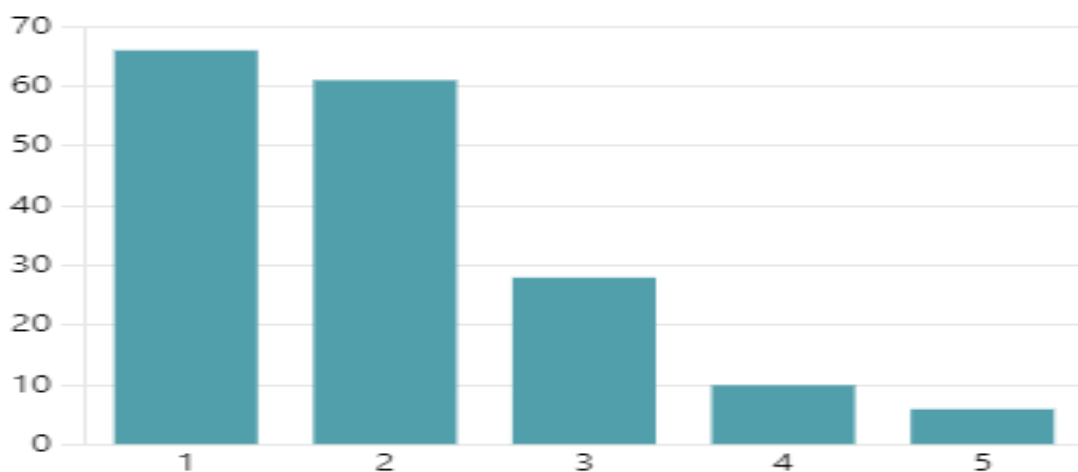
2. Το ενδιαφέρον μου για τα προσωπικά βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.



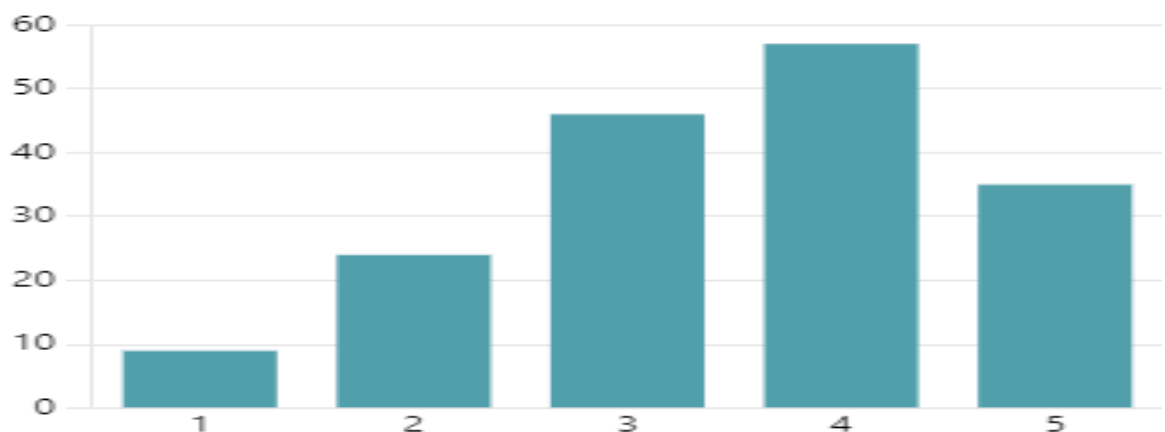
3. Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού.



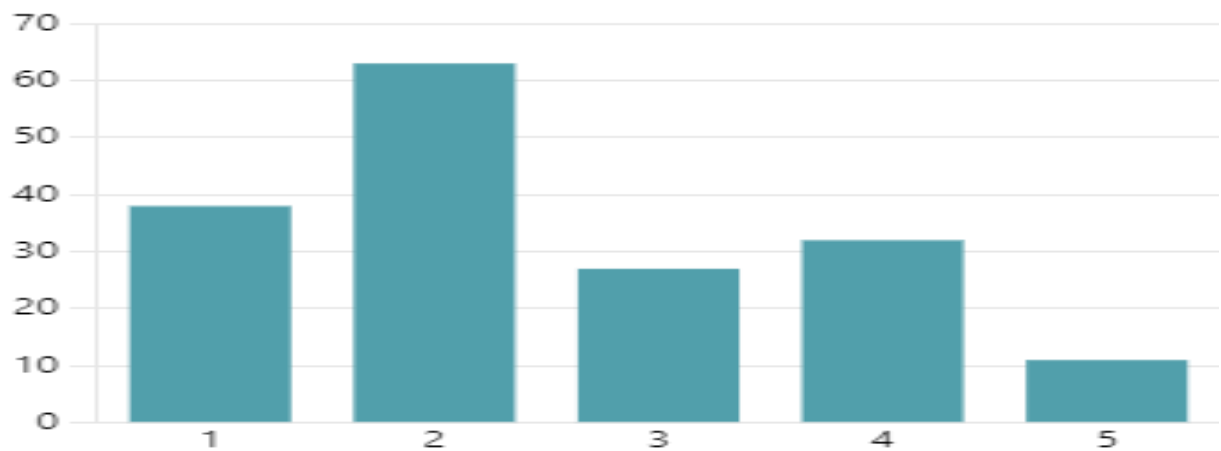
4. Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπεία της ασθένειας.



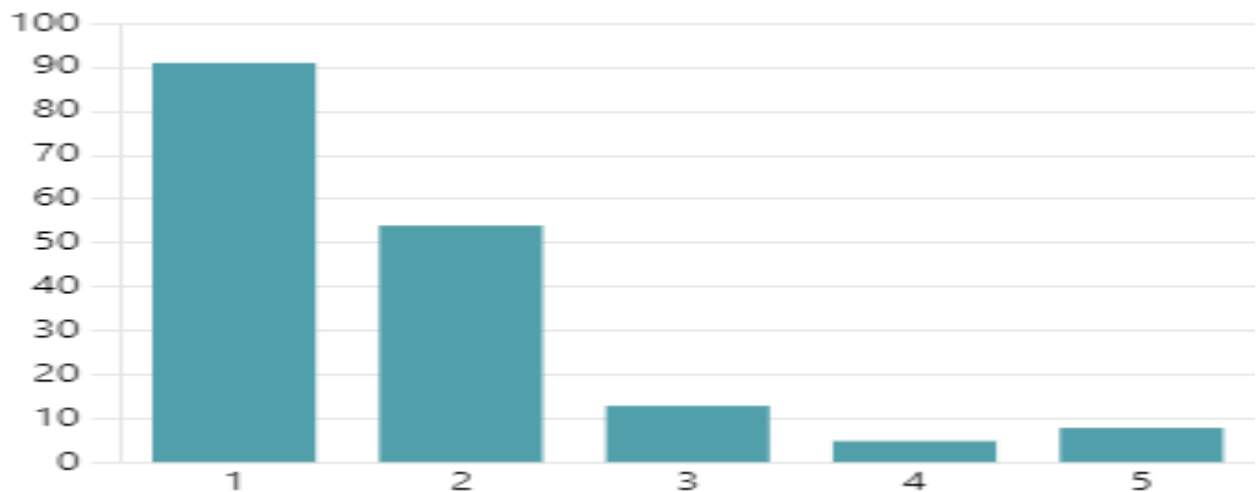
5. Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να επηρεαστεί από τις έντονες συναισθηματικές σχέσεις που έχουν οι ασθενείς μου με τα μέλη της οικογένειάς τους.



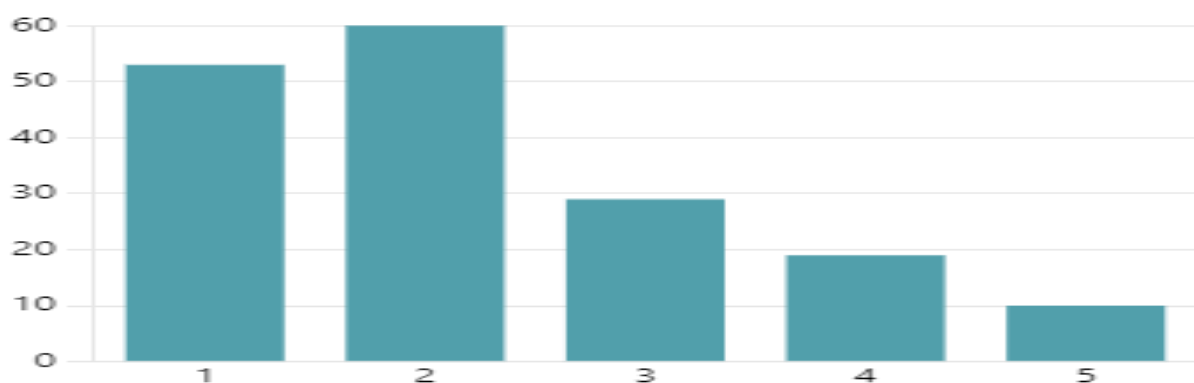
6. Το να καταλαβαίνω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου και οι συγγενείς τους είναι ένας παράγοντας που δεν συσχετίζεται με τη θεραπεία.



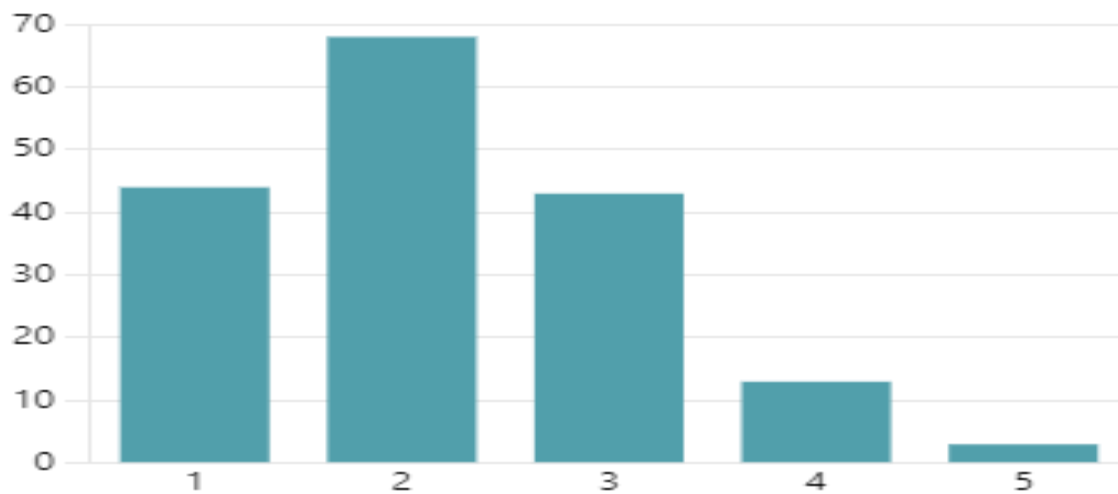
7. Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά βιβλία ή να ασχολούμαι με την τέχνη.



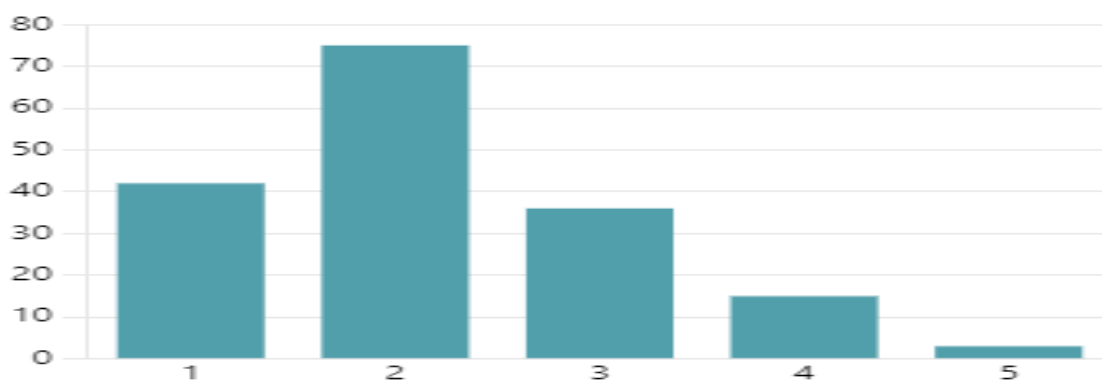
8. Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους είναι ένας μη σημαντικός παράγοντας για την κατανόηση των σωματικών συμπτωμάτων τους.



9.Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.



10.Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατον για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου.



4.3 Αποτελέσματα θυμικής ενσυναίσθησης

Ακολουθούν οι απαντήσεις που αναφέρονται στη θυμική ενσυναίσθηση όπου οι συμμετέχοντες απαντούν ως εξής:

Ποτέ δηλώνουν 1

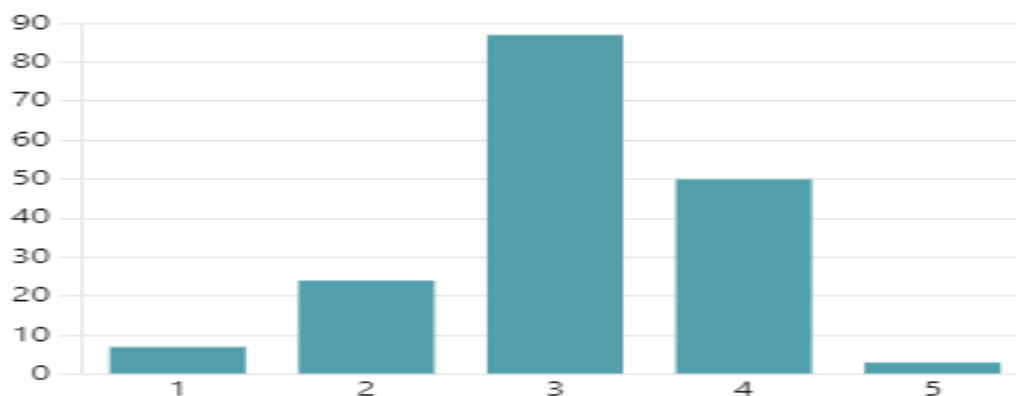
Σπάνια δηλώνουν 2

Μερικές φορές δηλώνουν 3

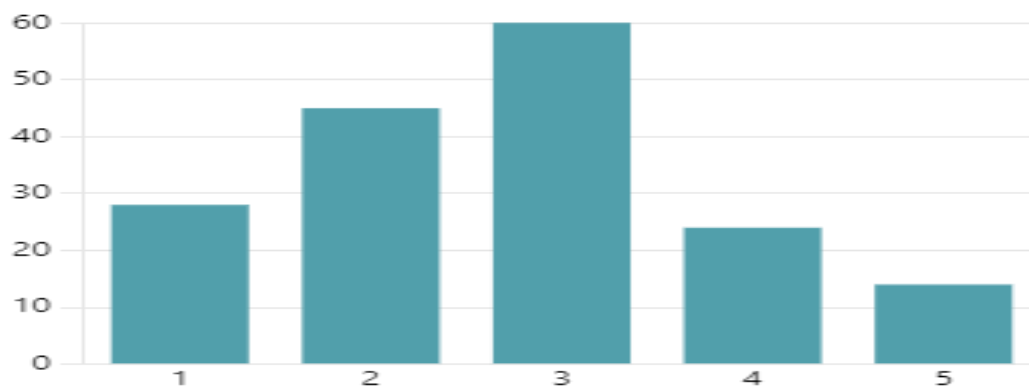
Συχνά δηλώνουν 4

Πάντοτε δηλώνουν 5

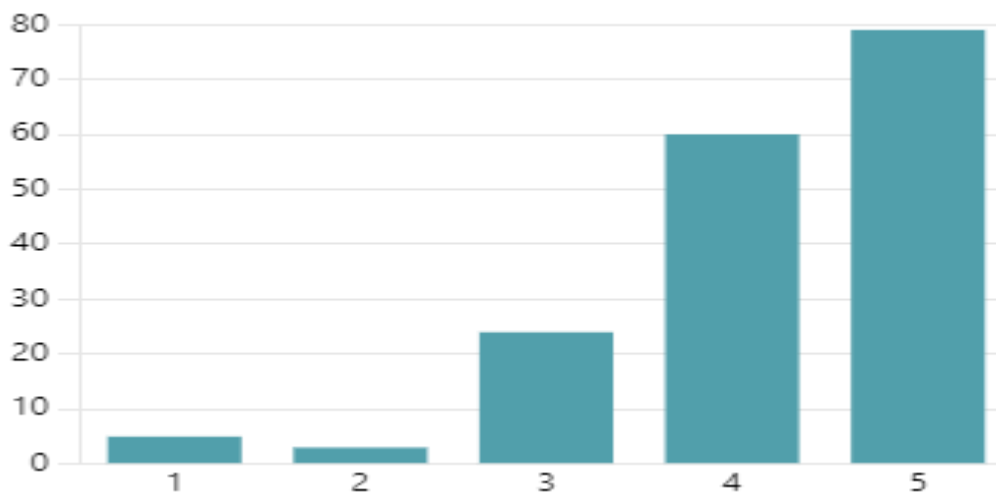
1. Όταν κάποιο άτομο ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ.



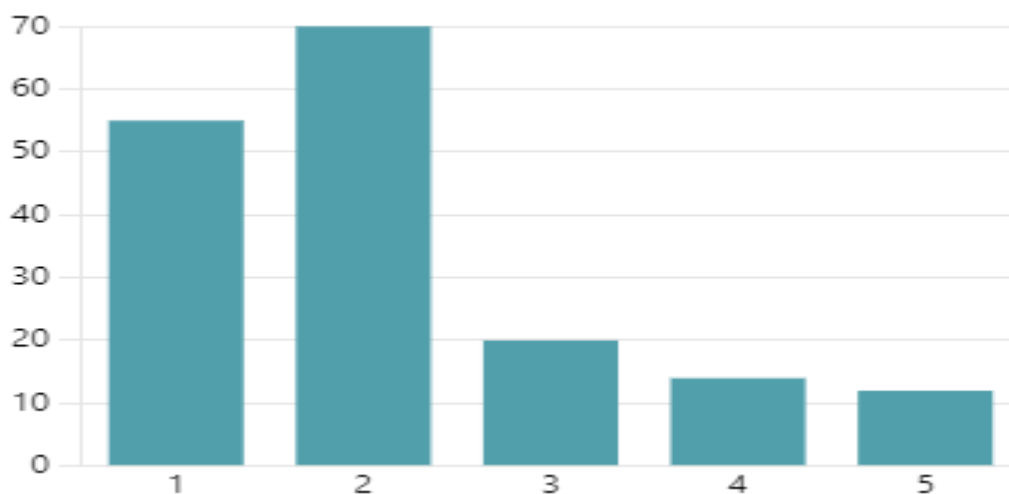
2. Δεν με στεναχωρούν οι ατυχίες των άλλων ατόμων.



3. Αναστατώνομαι όταν κάποιο άτομο αντιμετωπίζεται με αγένεια



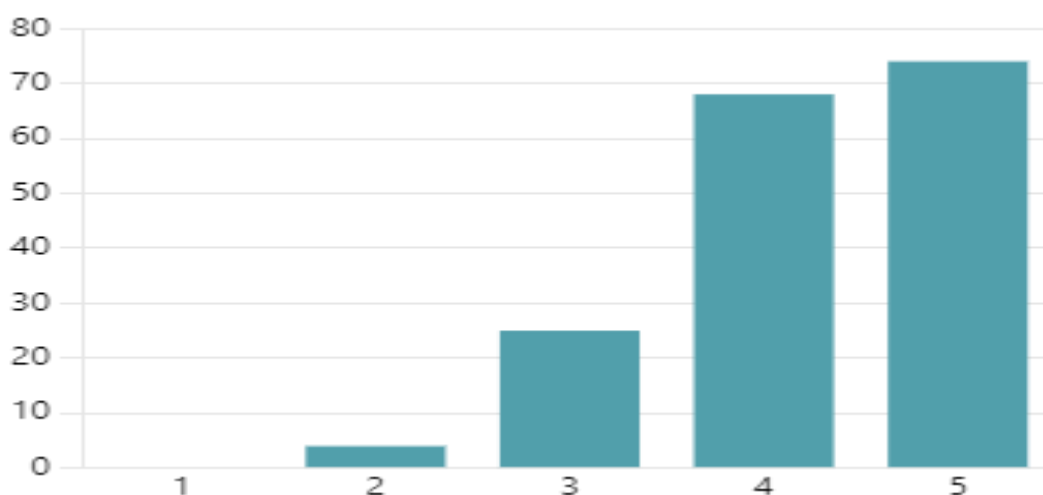
4. Δεν συμμερίζομαι τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου.



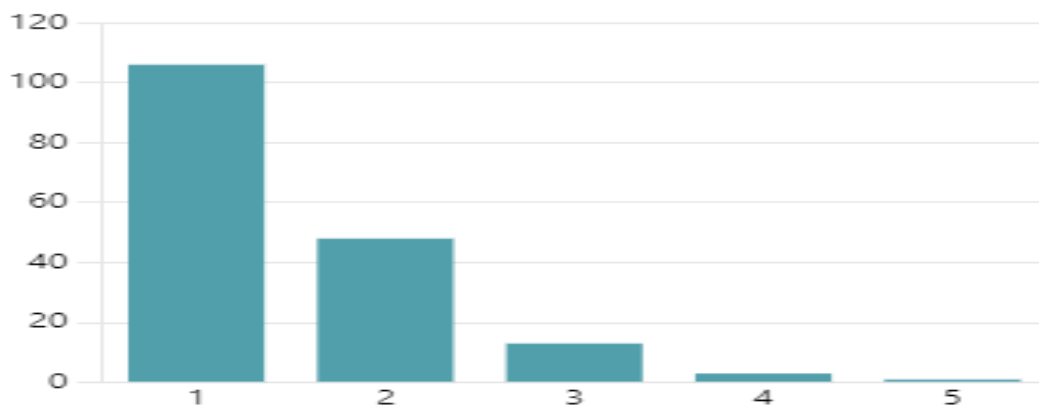
5. Χαίρομαι όταν κάνω άλλα άτομα να αισθάνονται καλύτερα.



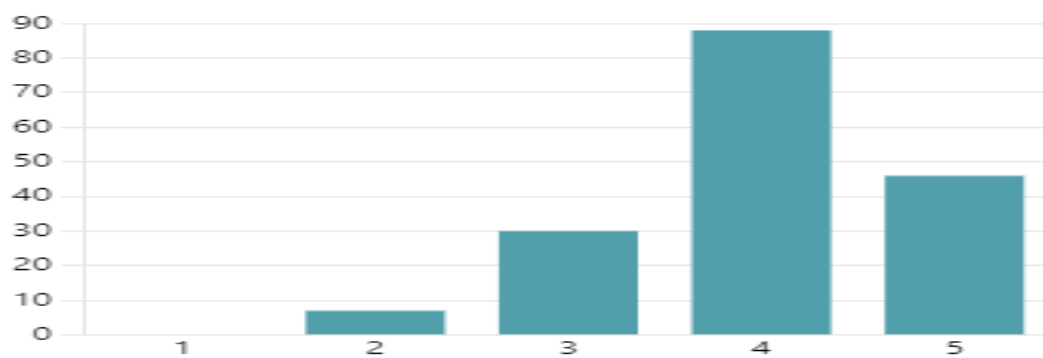
6. Νοιάζομαι για τα άτομα που είναι λιγότερο τυχερά από εμένα.



7. Όταν κάποιος/α φίλος/η μου μου μιλάει για τα προβλήματα του/της προσπαθώ να αλλάξω το θέμα της συζήτησης.

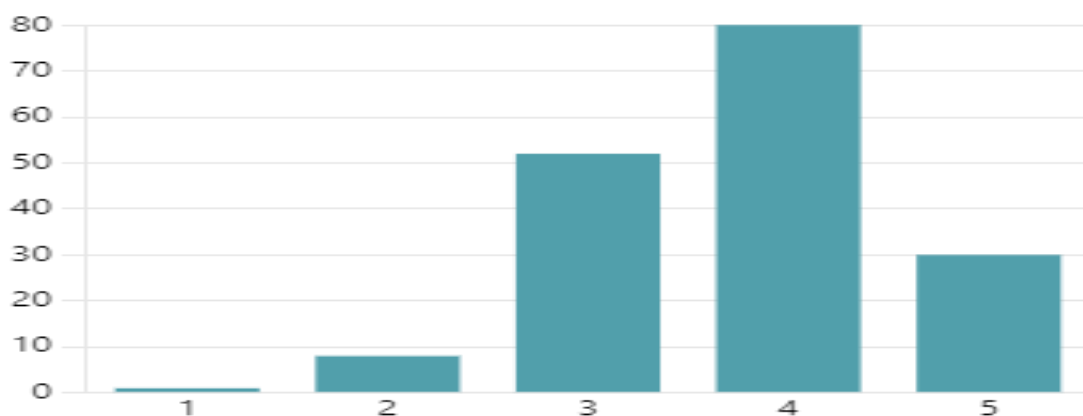


8. Μπορώ να καταλάβω πότε κάποιος/α είναι στεναχωρημένος/η ακόμα και όταν δεν μου το λέει.

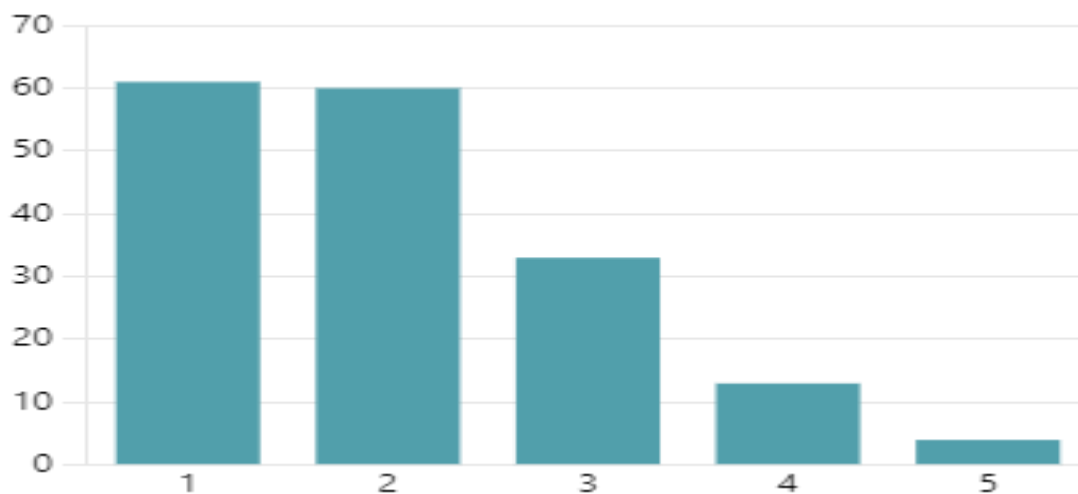


Ακολουθούν οι αρνητικές ερωτήσεις όπου υπολογίζονται αντίστροφα

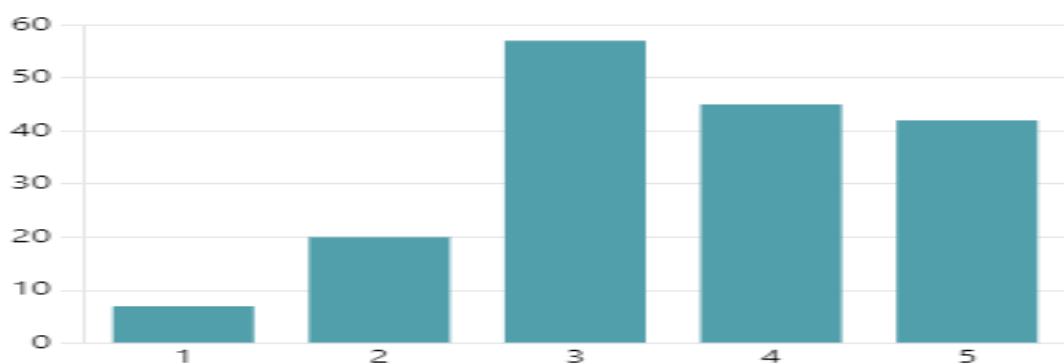
1. Θεωρώ ότι μπορώ να εναρμονιστώ με τα συναισθήματα των άλλων.



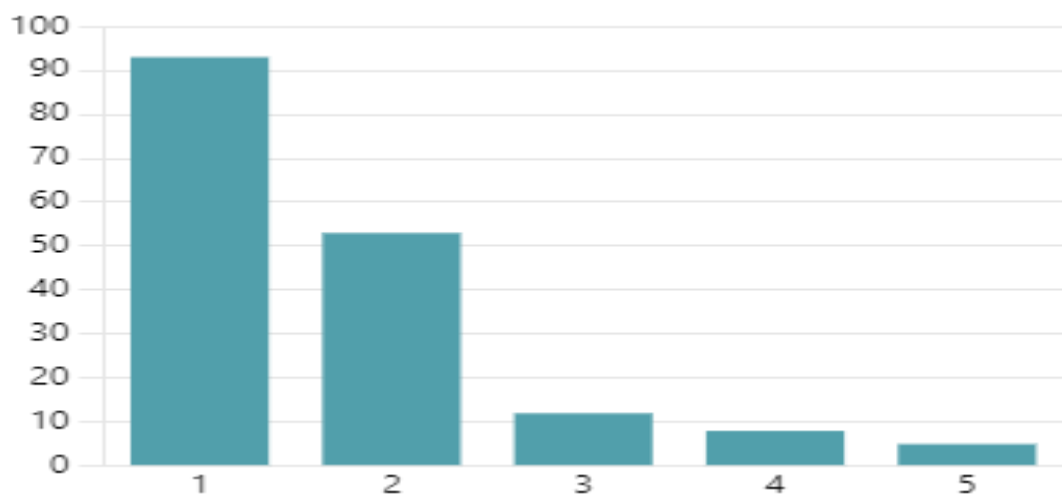
2. Δεν συμπαθώ τα άτομα που ευθύνονται τα ίδια για τις σοβαρές ασθένειες τους.



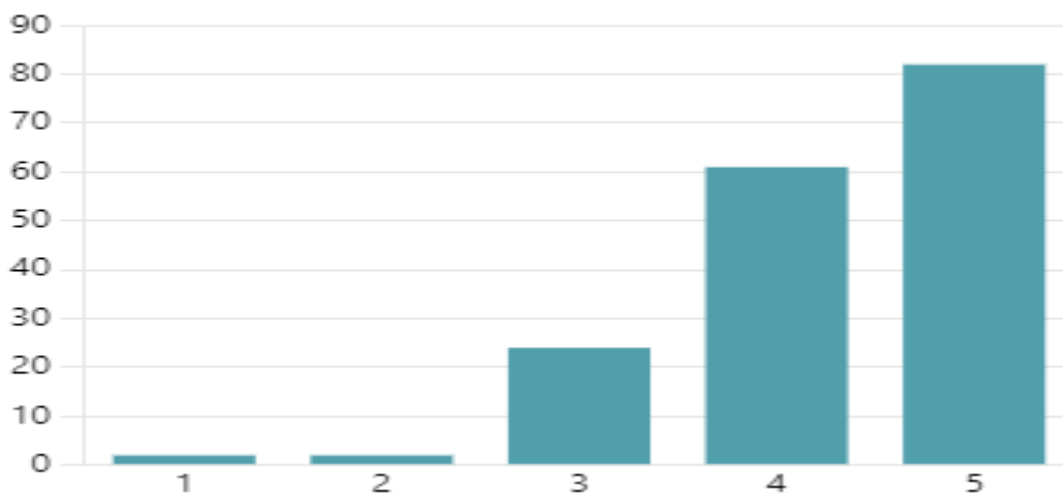
3. Αναστατώνομαι όταν κάποιος/α κλαίει.



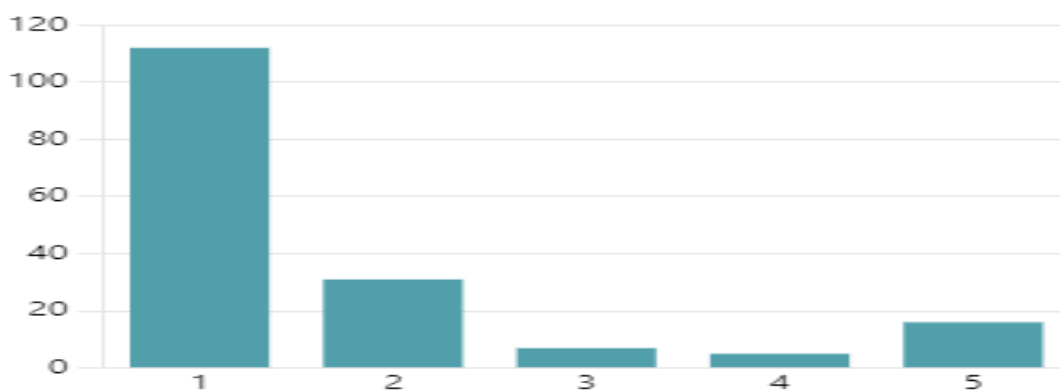
4. Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πώς νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι.



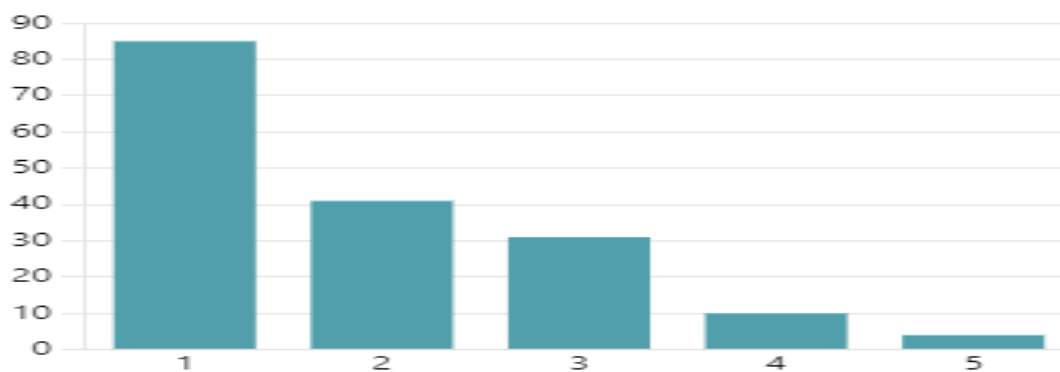
5.Νιώθω ισχυρή θέληση για να βοηθήσω κάποιον/α που το έχει ανάγκη.



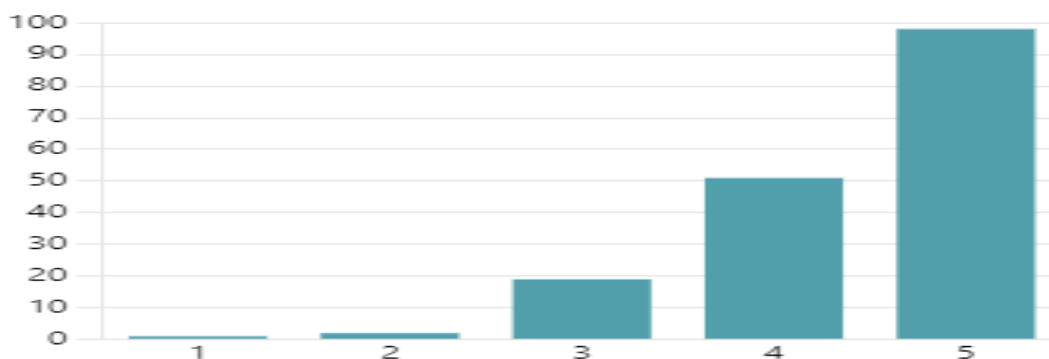
6.Δεν με στεναχωρεί όταν μεταχειρίζονται άδικα κάποιο άτομο.



7.Δεν μου αρέσει όταν κάποιο άτομο κλαίει από ευτυχία.



8. Νιώθω την ανάγκη να προστατεύσω κάποιον/α όταν καταλαβαίνω ότι τον/την εκμεταλλεύονται.



4.4 Περιγραφικά δεδομένα της ενσυναίσθησης

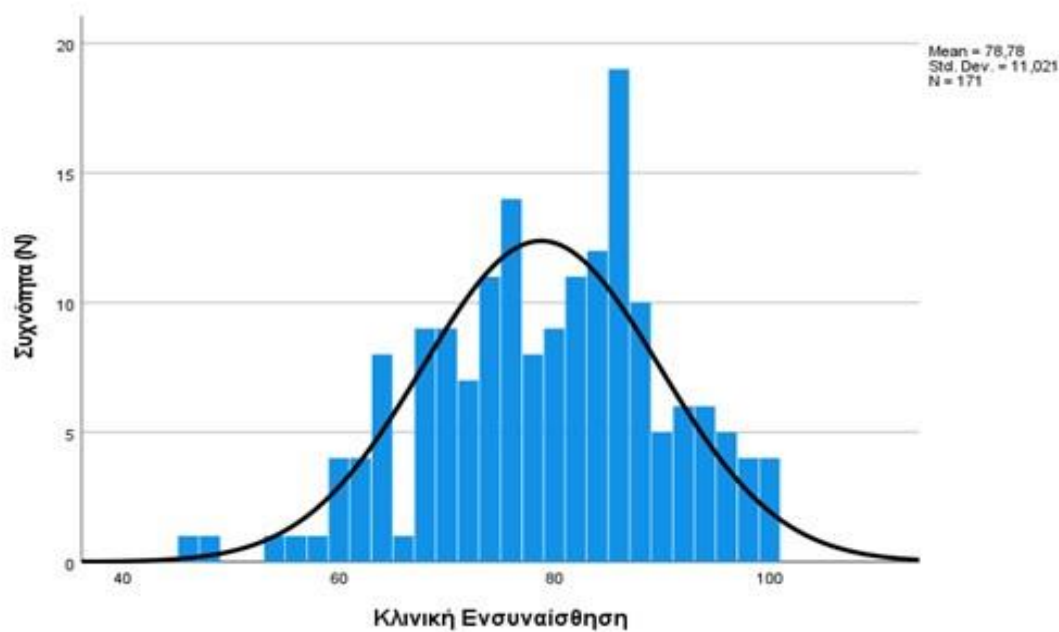
Σε σχέση με την ενσυναίσθηση, οι μέσοι όροι (μ.ό.), καθώς και οι διάμεσοι (δ/μ) του δείγματος και στις δύο κλίμακες ήταν σε σχετικά υψηλά επίπεδα από 78,78 (μ.ό.) και 80 (δ/μ) για την κλινική ενσυναίσθηση και 63,4 (μ.ό.) / 64 (δ/μ) για τη θυμική ενσυναίσθηση (με μέγιστο το 100 και το 80 αντίστοιχα). Το αποτέλεσμα αυτό ισχύει και στις υποομάδες κατά φύλο, ηλικία και ειδικότητα. Στην κλίμακα JES, η μέγιστη τιμή ήταν 100 και η ελάχιστη 46 με το 75% του δείγματος (τιμή τρίτου τεταρτημορίου) ως την τιμή 86. Στην κλίμακα TEQ, η μέγιστη τιμή ήταν 76 και η ελάχιστη 45, ενώ το Q3 ήταν στην τιμή 68. Επισημαίνεται ότι δεν καταγράφηκαν πολύ χαμηλές τιμές, καθώς στην JES 2 μόνο άτομα (1,2 %) είχαν σκορ 46 και 48 και όλο το υπόλοιπο δείγμα ήταν άνω του 53 και στην TEQ όλο το δείγμα είχε σκορ άνω του 45, με μόλις 7 άτομα (2,9 %) να εμφανίζουν σκορ κάτω του 50 (από ένα με σκορ 46 και 48 και 5 με σκορ 49). Οι κύριες περιγραφικές στατιστικές παράμετροι, στο σύνολο, κατά φύλο, ηλικία και ειδικότητα (βάσει της ομαδοποίησης B) παρουσιάζονται στους πίνακες X.6 και X.7 και στα αντίστοιχα ραβδογράμματα για το σύνολο του δείγματος (Διαγράμματα X.15, X.16) και θηκογράμματα για τις εξεταζόμενες υποομάδες (Διαγράμματα X.17-X.22). Παρατίθενται ακόμη τα θηκογράμματα κατά ειδικότητα σύμφωνα με την (αναλυτικότερη) ομαδοποίηση A (Διαγράμματα X.23, X.24). Οι αριθμοί στις ακραίες τιμές των θηκογραμμάτων υποδηλώνουν τον αύξοντα αριθμό στην ταξινόμηση του δείγματος (1-171).

Πίνακας Χ.6 Περιγραφικές Στατιστικές Παράμετροι Κλίμακας Κλινικής Ενσυναίσθησης.

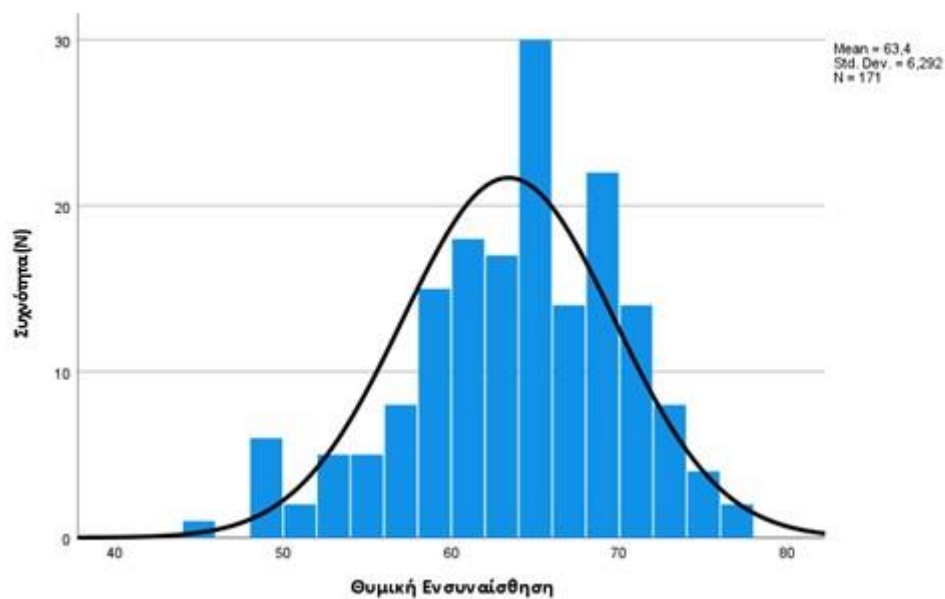
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ												
	ΠΛΗΘΟΣ (N)	Μέσος όρος	T.A.	Διάμεσος	Εύρος	Q1	Q3	IQR	min	max	Λοξότητα (Συντελεστής ασυμμετρίας)	Συντελεστής Κύρτωσης
ΣΥΝΟΛΟ	171	78,78	11,021	80	54	71	86	15	46	100	-0,303	-0,194
ΦΥΛΟ												
ΑΝΤΡΕΣ	79	80,09	11,59	82	54	73	88	15	46	100	-0,424	-0,243
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	92	77,66	10,441	79	52	70	85	15	48	100	-0,254	0
ΗΛΙΚΙΑ												
<30 ετών	8	68,75	5,6	69	17	64,75	74	9,25	59	76	0,435	0,063
30-40 ετών	8	81,75	10,152	83	33	72,95	85	12,05	67	100	0,246	0,834
41-50 ετών	48	79,4	11,427	82	52	73	86	13	48	100	0,469	0,16
51-60 ετών	48	80,27	10,935	81	54	74	88	14	46	100	0,615	0,721
>60 ετών	59	78,03	10,921	79	45	70	85	15	53	98	-0,196	-0,614
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ												
Γενική/Οικογενειακή- Παιδιατρική	63	78,9	10,001	79	43	70	86	16	56	99	-0,204	-0,502
Χειρουργική ειδικότητα	33	76,97	12,363	78	52	69,5	87,5	18	46	98	-0,632	-0,058
Άλλες παθολογικές ειδικότητες	57	79,56	11,326	82	52	72,5	86,5	14	48	100	-0,302	-0,105
Εργαστηριακή ειδικότητα & χωρίς ειδικότητα	18	79,22	11,441	77,5	37	68,75	86,75	18	63	100	0,375	-0,852

Πίνακας Χ.7 Περιγραφικές Στατιστικές Παράμετροι Κλίμακας Θυμικής Ενσυναίσθησης.

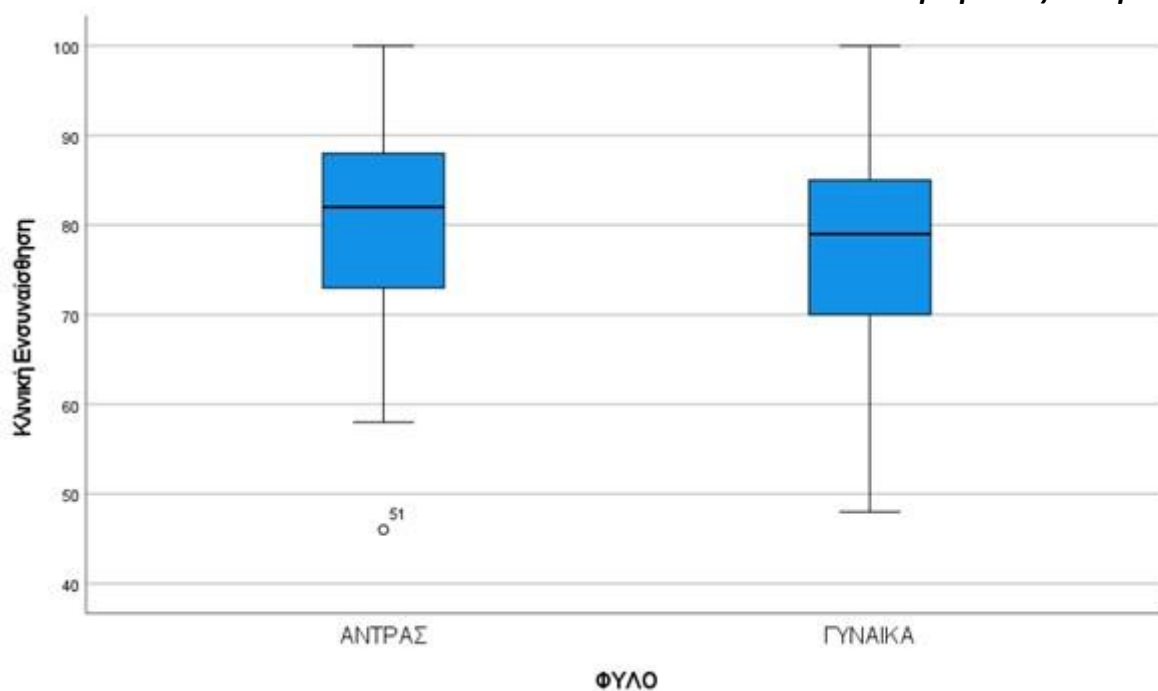
ΘΥΜΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ												
	ΠΛΗΘΟΣ (N)	Μέσος όρος	T.A.	Διάμεσος	Εύρος	Q1	Q3	IQR	min	max	Λοξότητα (Συντελεστής ασυμμετρίας)	Συντελεστής Κύρτωσης
ΣΥΝΟΛΟ	171	63,4	6,292	64	31	60	68	8	45	76	-0,507	-0,01
ΦΥΛΟ												
ΑΝΤΡΕΣ	79	63,32	6,774	64	28	59	69	10	48	76	-0,354	-0,354
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	92	63,48	5,884	64	28	60	68	8	45	73	-0,696	0,44
ΗΛΙΚΙΑ												
<30 ετών	8	58	5,014	56,5	16	55	60,75	5,75	52	68	1,115	1,411
30-40 ετών	8	62	7,151	62,5	22	57,5	67,75	10,25	48	70	-1,097	1,094
41-50 ετών	48	63,71	5,074	64	23	61	68	7	49	72	-0,585	0,32
51-60 ετών	48	64,25	6,574	64,5	27	60	69	9	49	76	-0,414	-0,206
>60 ετών	59	63,39	6,782	65	45	59	69	10	45	76	-0,196	-0,614
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ												
Γενική/Οικογενειακή- Παιδιατρική	63	64,24	5,704	65	24	61	69	8	49	73	-0,644	0,109
Χειρουργική ειδικότητα	33	62,55	7,661	63	30	59,5	68	8,5	45	75	-0,729	-0,155
Άλλες παθολογικές ειδικότητες	57	63,09	5,889	64	27	59	67	8	49	76	-0,339	0,026
Εργαστηριακή ειδικότητα & χωρίς ειδικότητα	18	63,06	6,907	61,5	24	58	68,5	10,5	52	76	0,413	-0,801



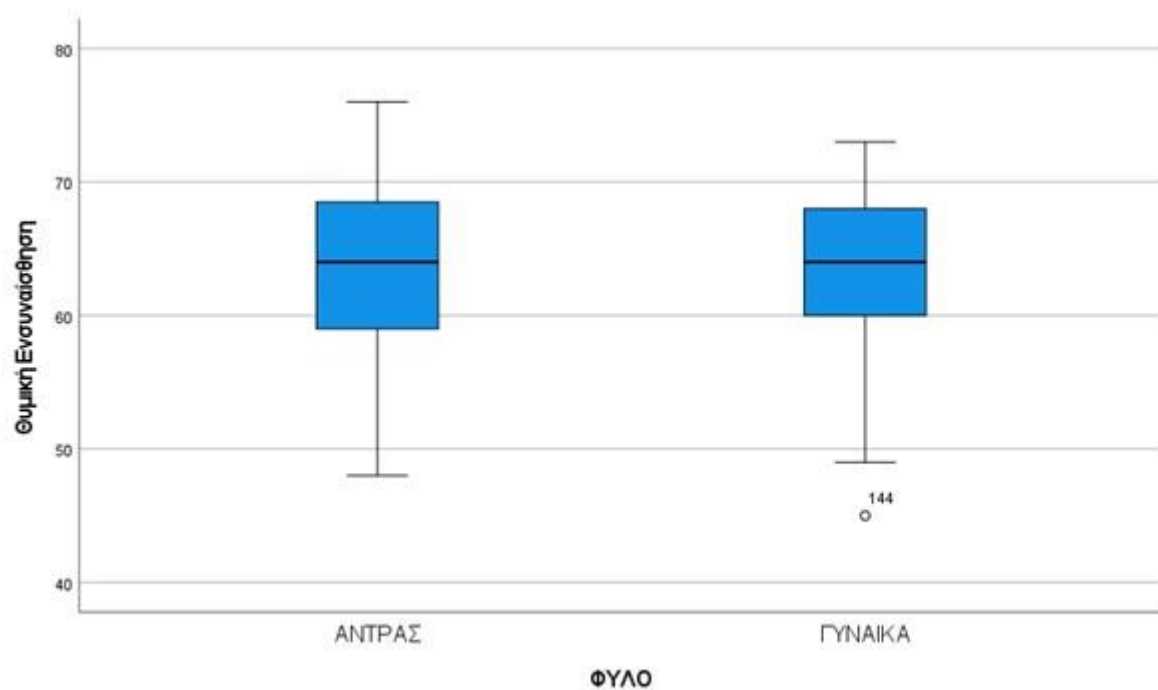
Διάγραμμα X.15 Κατανομή συχνοτήτων βαθμολογίας κλίμακας Κλινικής ενσυναίσθησης – σύνολο δείγματος.



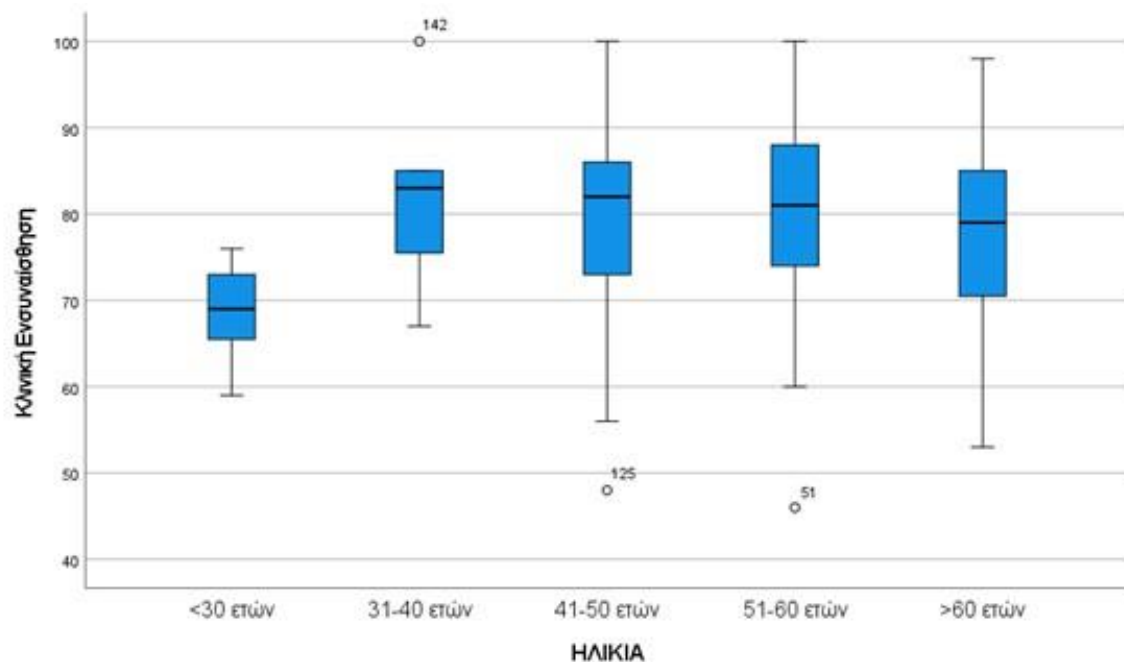
Διάγραμμα X.16 Κατανομή συχνοτήτων βαθμολογίας κλίμακας Θυμικής ενσυναίσθησης – σύνολο δείγματος.



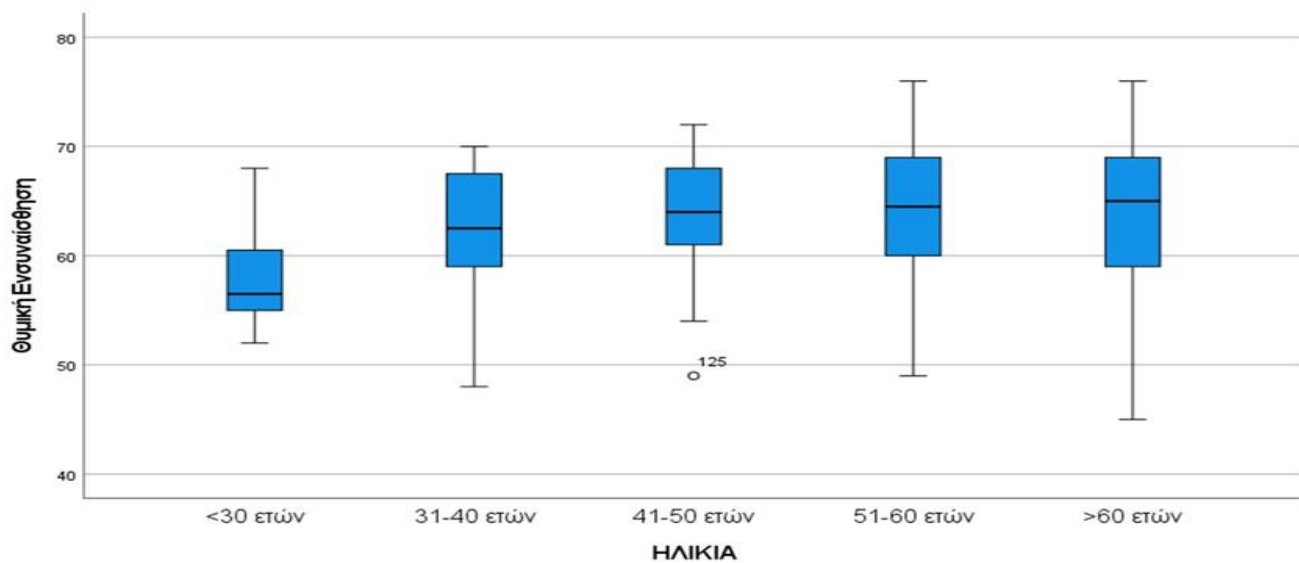
X.17 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά φύλο.



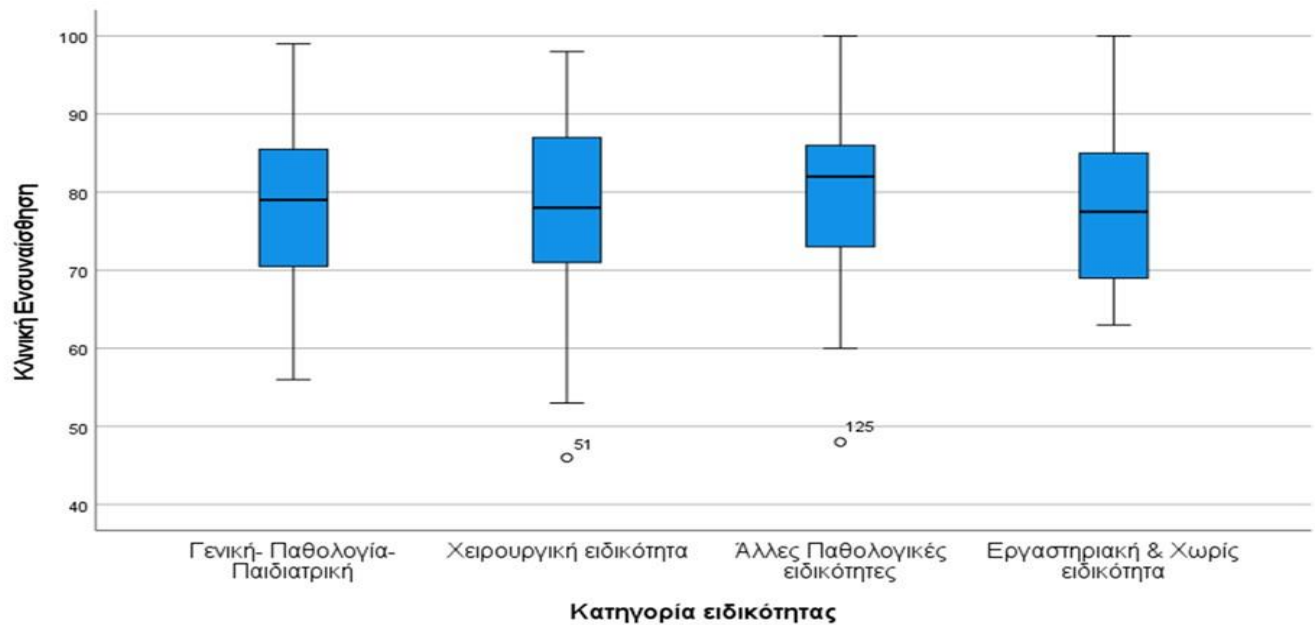
X.18 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά φύλο.



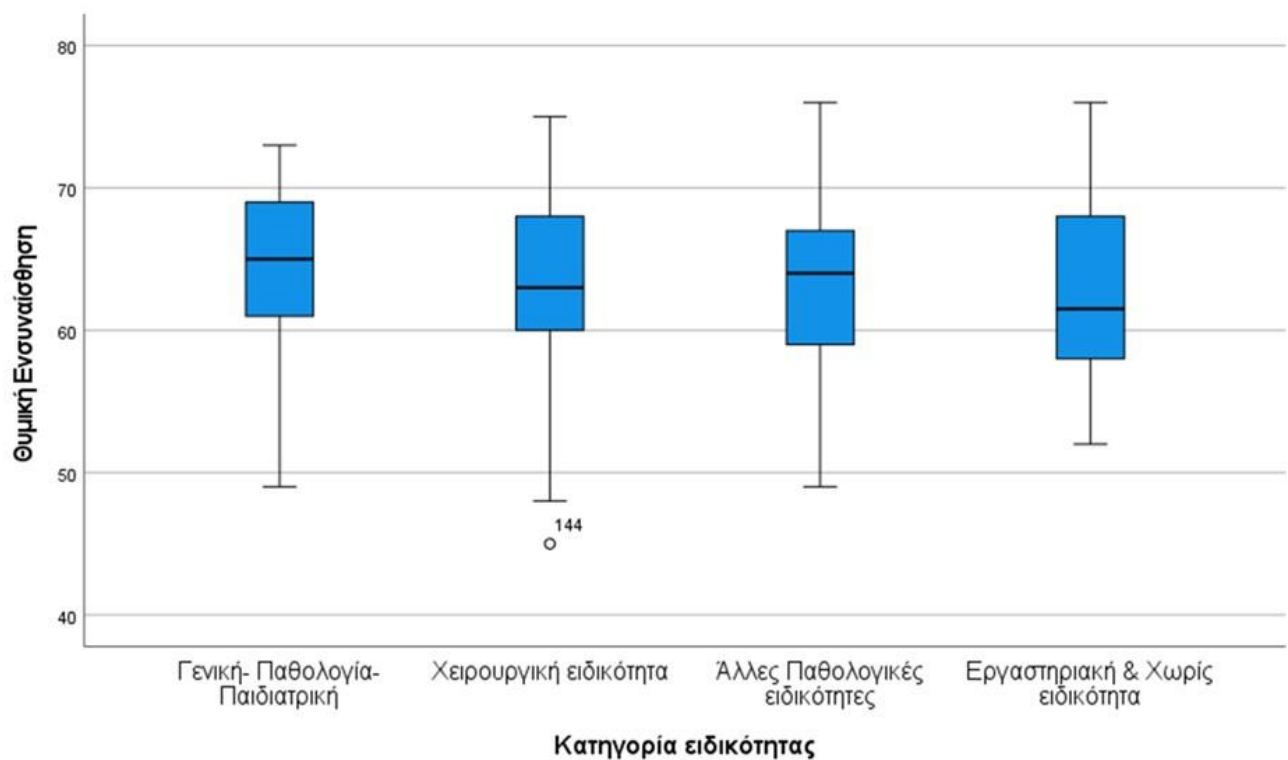
Χ.19 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά ηλικιακή ομάδα.



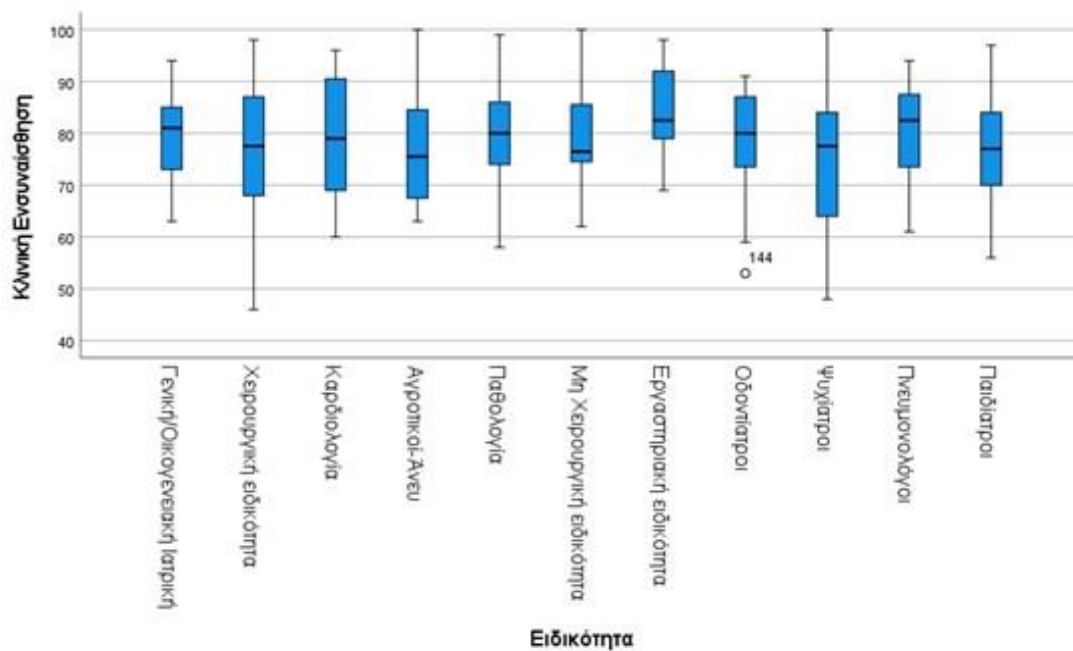
Χ.20 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά ηλικιακή ομάδα.



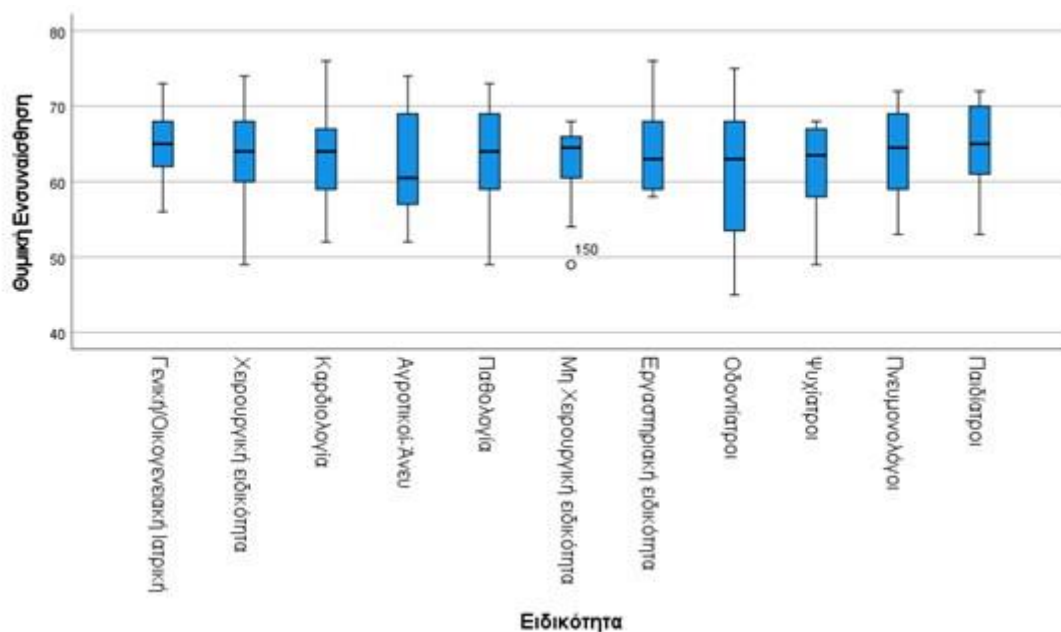
X.21 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά κατηγορία ειδικοτήτων (ομαδοποίηση B).



X.22 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά κατηγορία ειδικοτήτων (ομαδοποίηση B).



Χ.23 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας JES κατά κατηγορία ειδικοτήτων (ομαδοποίηση Α).



Χ.24 Θηκογράμματα κατανομής κλίμακας TEQ κατά κατηγορία ειδικοτήτων (ομαδοποίηση Α).

4.5 Έλεγχος υποθέσεων – Επαγωγική ανάλυση

Σκοπός του ελέγχου υποθέσεων είναι η διερεύνηση συσχετίσεων χαρακτηριστικών του δείγματος (δημογραφικών και επαγγελματικών) με το βαθμό κλινικής και θυμικής ενσυναίσθησης. Προκειμένου να επιλεγούν οι στατιστικές μέθοδοι που θα χρησιμοποιηθούν, έγινε αρχικά έλεγχος κανονικότητας στο σύνολο των παρατηρήσεων.

Στο σύνολο του δείγματος, με βάση το κριτήριο κανονικότητας Kolmogorov- Smirnov και για τις δύο κλίμακες, η μηδενική υπόθεση (H_0 = οι παρατηρήσεις ακολουθούν κανονική κατανομή) απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5% (p-value <0.05) για την JES και σε επίπεδο 1% (p-value <0.001) για την TEQ (Πίνακας X.8).

Πίνακας X.8 Έλεγχοι κανονικότητας.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test				
			Κλινική Ενσυναίσθηση	Θυμική Ενσυναίσθηση
N			171	171
Κανονικές Παράμετροι ^{a,b}	Μέσος όρος		78,78	63,40
	Τυπική Απόκλιση		11,021	6,292
Μέγιστες Ακραίες Διαφορές	Απόλυτες		0,077	0,087
	Θετικές		0,033	0,039
	Αρνητικές		-0,077	-0,087
Στατιστικά ελέγχου			0,077	0,087
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c (p-value)			0,016	0,003
Monte Carlo Sig. (αμφίπλευρος- 2-tailed) ^d			0,017	0,003
	99% Επίπεδο εμπιστοσύνης	Κάτω όριο	0,013	0,002
		Άνω όριο	0,020	0,004
a. Το δείγμα έχει κανονική κατανομή.				
b. Υπολογισμός από τα δεδομένα				
c. Lilliefors Significance Διόρθωση.				
d. Lilliefors' method based on 10000 Monte Carlo samples with starting seed 2000000.				

Κατά συνέπεια, χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι μη-παραμετρικού ελέγχου.

Διενεργήθηκε αρχικά έλεγχος συσχετίσεων με το **συντελεστή Spearman (rho)**, μεταξύ όλων των δημογραφικών, επαγγελματικών και κοινωνικών μεταβλητών, καθώς και των κλιμάκων κλινικής και θυμικής ενσυναίσθησης. Οι μόνες στατιστικά σημαντικές ισχυρές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν μεταξύ της ηλικίας και των χρόνων κλινικής εργασίας (ως αναμενόταν) ($\rho = 0.809$, $p < 0.001$), μεταξύ του τομέα και του χώρου άσκησης της ειδικότητας ($\rho = 0.708$, $p < 0.001$) – που σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι του δημόσιου τομέα είναι πιθανότερο να

απασχολούνται σε δομές ΠΦΥ ή νοσοκομεία, μεταξύ των δύο κλιμάκων ενσυναίσθησης ($r_{ho} = 0.411$, $p < 0.001$) και μέτριες μεταξύ της παρακολούθησης σεμιναρίων σχετικών με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή κατά την ειδικότητα και σεμιναρίων ψυχολογίας στη διάρκεια των σπουδών ($r_{ho} = 0.375$, $p < 0.001$), καθώς και με την παρακολούθηση σεμιναρίων ψυχολογίας της υγείας – ενσυναίσθησης ($r_{ho} = 0.363$, $p < 0.001$). Μέτρια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ ηλικίας και παρακολούθησης μαθημάτων ψυχολογίας κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών ($r_{ho} = -0.297$, $p < 0.001$) και σεμιναρίων προαγωγής της επικοινωνίας ιατρού- ασθενούς κατά την ειδίκευση ($r_{ho} = -0.304$, $p < 0.001$). Επίσης, καταγράφεται μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης ($r_{ho} = 0.354$, $p < 0.001$) (μεγαλύτερη ηλικία, πιθανότερος ο γάμος/συμβίωση), μεταξύ της τελευταίας και των χρόνων κλινικής εργασίας ($r_{ho} = 0.330$, $p < 0.001$) (ανάλογη ερμηνεία με την ηλικία) και μέτρια αρνητική μεταξύ αριθμού ασθενών και χρόνου επίσκεψης ($r_{ho} = -0.322$, $p < 0.001$) (όσο περισσότεροι ασθενείς, τόσο μικρότερη η διάρκεια επίσκεψης).

Οι κλίμακες της ενσυναίσθησης δεν συσχετίστηκαν με καμία από τις μεταβλητές, εκτός του ποσοστού του χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη χρήση Η/Υ (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, παραπομπές κλπ.), με την οποία είχαν ασθενή θετική συσχέτιση ($r_{ho} = 0.207$, $p < 0.001$ για την κλινική και) ($r_{ho} = 0.165$, $p < 0.05$ για τη θυμική) εύρημα που δύσκολα ερμηνεύεται. Η μεταβλητή αυτή (% χρόνου επίσκεψης στον Η/Υ), συσχετίστηκε ασθενώς θετικά με το μέσο όρο ασθενών ($r_{ho} = 0.264$, $p < 0.001$) και ασθενέστερα αρνητικά με την ηλικία ($r_{ho} = -0.190$, $p < 0.05$), ευρήματα που πιθανά υποδεικνύουν ότι συσχετίζεται με τις κλίμακες ενσυναίσθησης ως συγχυτικός ή διαμεσολαβητικός παράγοντας.

Στον Πίνακα Χ.9 αναφέρονται οι συσχετίσεις με συντελεστή Spearman $> 0,2$ (εξαιρουμένης της μίας και μοναδικής συσχέτισης της κλίμακας TEQ).

Πίνακας Χ.9 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συντελεστή Spearman.

	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΟΙΚ.ΚΑ Τ/ΣΗ	ΕΚΠ.ΕΠ.	Ψ	ΕΠΙΚ.	ΧΩΡΟΣ	ΤΟΜΕΑΣ	μ.ο. ΑΣΘΕΝΩΝ	Μ.Δ.Ε.	% Η/Υ	Ψ/Υ	ΤΕQ
ΦΥΛΟ							-0,228	-0,233**					
ΗΛΙΚΙΑ			0,354**		-0,297**	-0,304**							
ΟΙΚ.ΚΑΤ/ΣΗ		0,354**											
ΕΚΠ.ΕΠ.												0,214**	
Ψ		-0,297**				0,375**						0,261**	
ΕΠΙΚ.		-0,304**			0,375**							0,362**	
ΧΩΡΟΣ	-0,226**							0,708**		0,284**			
ΤΟΜΕΑΣ	-0,233**						0,708**		-0,205**	0,265**			
Π/Υ		0,809**	0,330**			-0,311**							
ΤΕΠ						0,209**		-0,237**					
μ.ο.ΑΣΘΕΝΩΝ								-0,205**		-0,322**	0,264**		
Μ.Δ.Ε.							0,284**	0,265**	-0,322**				
% Η/Υ				-0,227**					0,264**				
Ψ/Υ				0,214**	0,269**	0,363**					-0,227**		
Balint						0,259**						0,295**	
JES-HP											0,207**		0,411**
ΤΕQ											0,165*		

ΕΚΠ.ΕΠ.=Εκπαιδευτικό επίπεδο, ΟΙΚ/ΚΑΤ/ΣΗ=Οικογενειακή κατάσταση, Ε= Μαθήματα επικοινωνίας γιατρού ασθενή κατά την ειδικευση,
μ.ο.ΑΣΘΕΝΩΝ= Μέσος όρος ασθενών ημερησίως, Μ.Δ.Ε.= Μέση Διάρκεια Επίσκεψης, Ψ= Μαθήματα ψυχολογίας στη διάρκεια των
σπουδών, Ψ/Υ= Μαθήματα Ψυχολογίας της Υγείας, % Η/Υ= Ποσοστό χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη συνταγογράφηση, παρα-
πομπή κλπ., Balint= συμμετοχή σε ομάδες όπως η ομάδα Balint, JES-PH= κλινική ενσυναίσθηση, ΤΕQ= Θυμική ενσυναίσθηση

Λόγω της μεγάλης διασποράς των τιμών των κλιμάκων, ο χ^2 έλεγχος που διενεργήθηκε για τον έλεγχο τυχόν επιδράσεων του φύλου, της ηλικίας και της ειδικότητας στο βαθμό των κλιμάκων ενσυναίσθησης υποστήριξε μεν ότι η μηδενική υπόθεση δεν μπορούσε να απορριφθεί (ίδια κατανομή του δείγματος στις υποομάδες κάθε μεταβλητής), αλλά με υψηλό αριθμό παρατηρήσεων που η συχνότητα τους δεν μπορούσε να συμπεριληφθεί στον έλεγχο. Τα προβλήματα αυτά παρέμειναν και σε έλεγχο των μεταβλητών αυτών σε σχέση με μετασχηματισμένες κλίμακες ενσυναίσθησης σε κλάσεις βαθμών (χαμηλή, μέτρια, ικανοποιητική, υψηλή). Για το λόγο αυτό, διενεργήθηκε μη – παραμετρικός έλεγχος ισότητας μέσω μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων, που δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για τις δίτιμες μεταβλητές (φύλο, άσκηση ειδικότητας σε ΤΕΠ) χρησιμοποιήθηκε το Mann – Whitney test, ενώ για τις μεταβλητές με περισσότερες κατηγορίες (k- ανεξάρτητα δείγματα) το Kruskal – Wallis test.

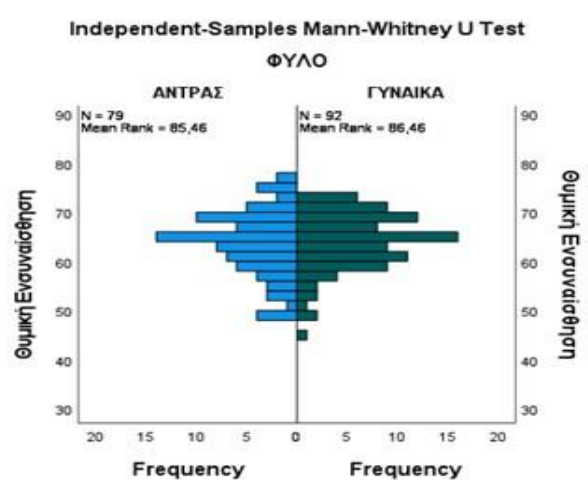
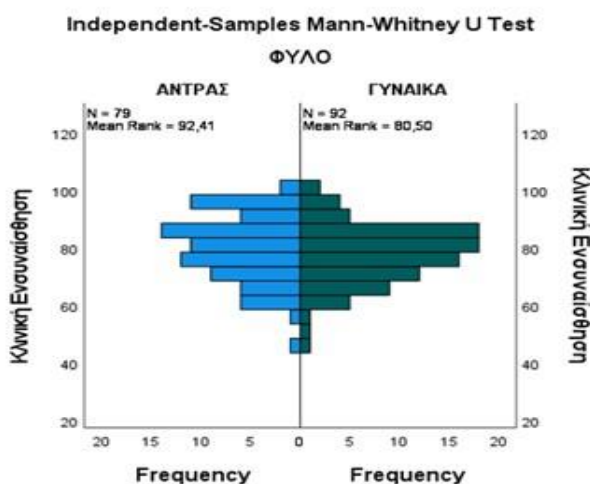
Από τον έλεγχο δεν διαπιστώθηκε επίδραση του φύλου στο βαθμό ενσυναίσθησης και στις δύο κλίμακες (Πίνακας Χ.10, Διάγραμμα Χ.25).

Πίνακας Χ.10 Έλεγχος επίδρασης του Φύλου στο βαθμό ενσυναίσθησης.

Περίληψη Ελέγχου Υποθέσεων				
	Μηδενική Υπόθεση	Test	p-value. ^{ab}	Απόφαση
1	Η κατανομή της "Κλινικής Ενσυναίσθησης" είναι η ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	0,117	Δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση
2	Η κατανομή της "Θυμικής Ενσυναίσθησης" είναι η ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	0,895	Δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση

a. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,050.
b. Παρατίθεται η ασυμπτωτική σημαντικότητα

Independent-Samples Mann-Whitney U Test Summary		
	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	ΘΥΜΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ
Total N	171	171
Mann-Whitney U	3128	3677
Wilcoxon W	7406	7955
Test Statistic	3128	3677
Standard Error	322,552	322,243
Standardized Test Statistic	-1,569	0,132
Asymptotic Sig. (2-sided test)	0,117	0,895



Διάγραμμα Χ.25 Κατανομή συχνοτήτων στις κλίμακες ενσυναίσθησης κατά φύλο.

Ο έλεγχος Kruskal – Wallis έδειξε επίδραση της ηλικίας και της μέσης διάρκειας επίσκεψης, στην κλίμακα της κλινικής ενσυναίσθησης. Για τον προσδιορισμό επίσης διαφορών μέσων ή διαμέσων μεταξύ των υποομάδων της υπό εξέταση μεταβλητής διενεργήθηκε παράλληλα έλεγχος διαμέσων για ανεξάρτητα δείγματα (median test). Οι δύο έλεγχοι παρέχουν και συγκρίσεις κατά ζεύγη (pairwise comparisons), ενώ εφαρμόζεται η διόρθωση Bonferroni για το επίπεδο σημαντικότητας. Η ηλικία επηρεάζει την κλινική ενσυναίσθηση, λόγω της διαφοράς των διαμέσων (μικρότερες των αναμενόμενων) της ομάδας {<30 ετών} σε σχέση με τις ομάδες {41-50} και {>60 ετών}, ενώ σε σχέση με τη διασπορά (Kruskal-Wallis test) η διαφορά παρατηρείται (μετά τη διόρθωση Bonferroni) μόνο στη σύγκριση των ομάδων {< 30 ετών} και {51-60 ετών} (Πίνακες X.11, X.12, Διάγραμμα X.26).

Πίνακας X.11 Median & Kruskal – Wallis test για την επίδραση της ηλικίας στις κλίμακες ενσυναίσθησης.

Περίληψη Ελέγχου Υποθέσεων				
	Μηδενική Υπόθεση	Test	Sig.(p-value) ^{a,b}	Απόφαση
1	Οι διάμεσοι της "Κλινικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδιοι στις κατηγορίες της μεταβλητής "Ηλικία"	Independent-Samples Median Test	0,037	Απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
	Οι διάμεσοι της "Θυμικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδιοι στις κατηγορίες της μεταβλητής "Ηλικία"	Independent-Samples Median Test	0,326	Μη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
2	Η διασπορά της "Κλινικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής "Ηλικία"	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,040	Απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
	Η διασπορά της "Θυμικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής "Ηλικία"	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,098	Μη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
a. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,050.				
b. Παρατίθεται η ασυμπτωτική σημαντικότητα				
Independent-Samples Median Test Summary				
		Κλινική Ενσυναίσθηση	Θυμική Ενσυναίσθηση	
Total N		171	171	
Median		80	64	
Test Statistic		10,238	4,639	
Degree Of Freedom		4	4	
Asymptotic Sig.(2-sided test) (p-value)		0,037	0,326	
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test				
		Κλινική Ενσυναίσθηση	Θυμική Ενσυναίσθηση	
Total N		171	171	
Test Statistic		10,006	7,843	
Degree Of Freedom		4	4	
Asymptotic Sig.(2-sided test) (p-value)		0,04	0,098	

Πίνακας Χ.12 Συγκρίσεις κατά ζεύγη ως προς την ηλικία και τις κλίμακες ενσυναίσθησης
(Median & Kruskal – Wallis tests).

Pairwise Comparisons για ΗΛΙΚΙΑ						
Δείγμα 1 - Δείγμα 2	Median test					
	Κλινική ενσυναίσθηση			Θυμική Ενσυναίσθηση		
	Test Statistic	Sig.(p-value)	Adj. Sig.(Adj.p-value) ^a	Test Statistic	Sig.(p-value)	Adj. Sig.(Adj.p-value) ^a
<30 ΕΤΩΝ->60 ΕΤΩΝ	7,366	0,007	0,066	4,91	0,027	0,267
<30 ΕΤΩΝ-51-60 ΕΤΩΝ	9,333	0,002	0,023	3,902	0,048	0,482
<30 ΕΤΩΝ-41-50 ΕΤΩΝ	8,69	0,003	0,032	0,299	0,584	1
<30 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	4	0,046	0,455	3,507	0,061	0,611
>60 ΕΤΩΝ-51-60 ΕΤΩΝ	0,19	0,663	1	0,079	0,778	1
>60 ΕΤΩΝ-41-50 ΕΤΩΝ	0,227	0,634	1	0,091	0,763	1
>60 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	2,409	0,121	1	0,502	0,479	1
51-60 ΕΤΩΝ-41-50 ΕΤΩΝ	0,042	0,838	1	0,042	0,838	1
51-60 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	0	1	1	0,429	0,512	1
41-50 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	0,012	0,913	1	0,299	0,584	1

Κάθε γραμμή εξετάζει την υπόθεση ότι οι κατανομές των δειγμάτων 1 & 2 είναι ίδιες

Παρατίθενται οι ασυμπτωτικές σημαντικότητες. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0.05

α. Τα p-values σταθμίστηκαν με τη διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

Pairwise Comparisons για ΗΛΙΚΙΑ										
Δείγμα 1 - Δείγμα 2	Kruskal-Wallis Test									
	Κλινική ενσυναίσθηση					Θυμική Ενσυναίσθηση				
	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
<30 ΕΤΩΝ->60 ΕΤΩΝ	-45,416	18,640	-2,436	0,015	0,148	-46,743	18,623	-2,51	0,012	0,121
<30 ΕΤΩΝ-41-50 ΕΤΩΝ	-52,531	18,894	-2,780	0,005	0,054	-46,427	18,876	-2,46	0,014	0,139
<30 ΕΤΩΝ-51-60 ΕΤΩΝ	-56,906	18,894	-3,012	0,003	0,026	-51,802	18,876	-2,744	0,006	0,061
<30 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	-59,813	24,738	-2,418	0,016	0,156	-37,125	24,714	-1,502	0,133	1
>60 ΕΤΩΝ-41-50 ΕΤΩΝ	7,115	9,617	0,740	0,459	1,000	-0,316	9,608	-0,033	0,974	1
>60 ΕΤΩΝ-51-60 ΕΤΩΝ	11,490	9,617	1,195	0,232	1,000	5,059	9,608	0,527	0,598	1
>60 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	14,396	18,640	0,772	0,440	1,000	-9,618	18,623	-0,516	0,606	1
41-50 ΕΤΩΝ-51-60 ΕΤΩΝ	-4,375	10,099	-0,433	0,665	1,000	-5,375	10,089	-0,533	0,594	1
41-50 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	7,281	18,894	0,385	0,700	1,000	-9,302	18,876	-0,493	0,622	1
51-60 ΕΤΩΝ-31-40 ΕΤΩΝ	2,906	18,894	0,154	0,878	1,000	-14,677	18,876	-0,778	0,437	1

Κάθε γραμμή εξετάζει την υπόθεση ότι η διασπορά των δειγμάτων 1 & 2 είναι ίδια

Παρατίθενται οι ασυμπτωτικές σημαντικότητες. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0.05

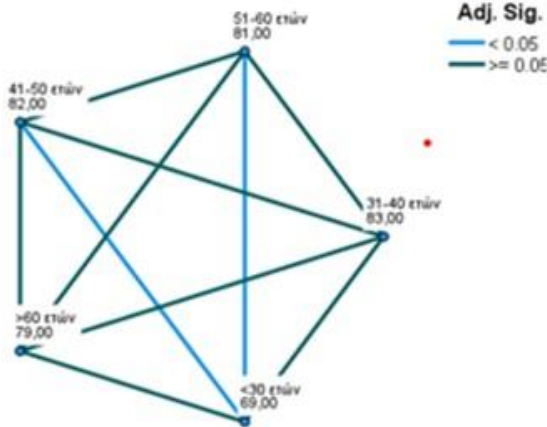
α. Τα p-values σταθμίστηκαν με τη διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΘΥΜΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

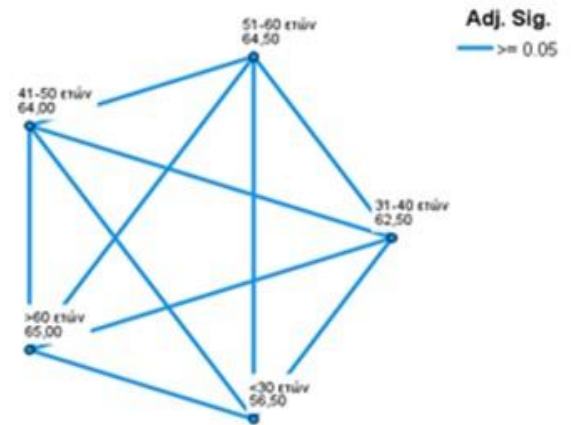
Median test

Pairwise Comparisons of ΗΛΙΚΙΑ



Κάθε κόμβος δείχνει τη διάμεσο του αντίστοιχου δείγματος

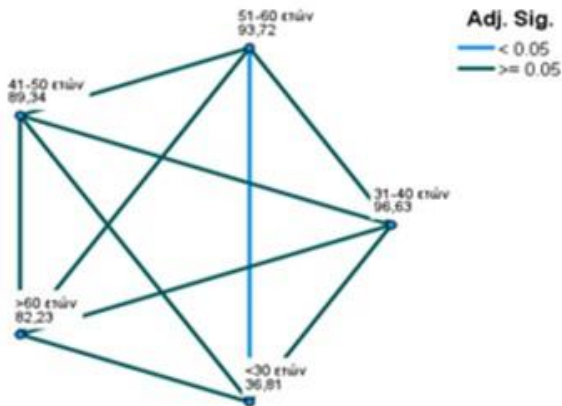
Pairwise Comparisons of ΗΛΙΚΙΑ



Κάθε κόμβος δείχνει τη διάμεσο του αντίστοιχου δείγματος

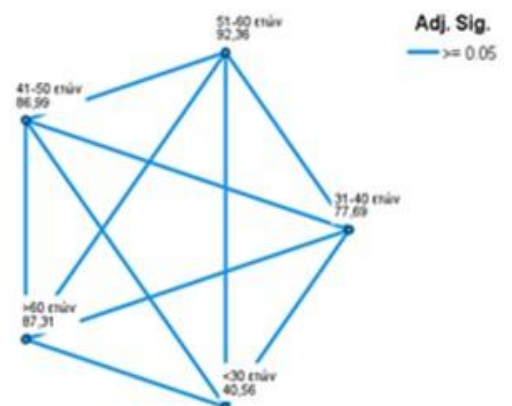
Kruskal-Wallis Test

Pairwise Comparisons of ΗΛΙΚΙΑ



Κάθε κόμβος δείχνει τη μέση κατάταξη του αντίστοιχου δείγματος βάσει των μέτρων διασποράς

Pairwise Comparisons για ΗΛΙΚΙΑ



Κάθε κόμβος δείχνει τη μέση κατάταξη του αντίστοιχου δείγματος βάσει των μέτρων διασποράς

Διάγραμμα X.26 Συγκρίσεις κατά ζεύγη ως προς την ηλικία και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal – Wallis tests).

Η διασπορά των τιμών της Κλινικής Ενσυναίσθησης διαφέρει μεταξύ των κατηγοριών της μέσης διάρκειας επίσκεψης (ΜΔΕ) βάσει του ελέγχου Kruskal – Wallis. Η διαφορά δεν επιβεβαιώνεται

με την ίδια στατιστική ισχύ από τον έλεγχο διαμέσων, καθώς το p-value υπερβαίνει ελαφρά το 0,05 (0,053). Σύμφωνα με τους κατά ζεύγη ελέγχους η κατηγορία που εμφανίζει διαφορετική διασπορά είναι η {<10 λεπτών}, σε σύγκριση με την κατηγορία {>20 – 30 λεπτά}, με την πρώτη να εμφανίζει μεγαλύτερο βαθμό Κλινικής Ενσυναίσθησης. Πριν τη διόρθωση Bonferroni η πρώτη κατηγορία διαφέρει επίσης και σε σύγκριση με την κατηγορία {10-20 λεπτά}, αν και επισημαίνεται ότι το p-value μετά τη διόρθωση είναι < 0,1 (0,058). Η ΜΔΕ δεν επηρεάζει τη θυμική ενσυναίσθηση (Πίνακες X.13 – X.14, Διάγραμμα X.27).

Πίνακας X.13 Median & Kruskal – Wallis test για την επίδραση της Μέσης Διάρκειας Επίσκεψης στις κλίμακες ενσυναίσθησης.

Περίληψη Ελέγχου Υποθέσεων				
	Μηδενική Υπόθεση	Test	Sig.(p-value) ^{a,b}	Απόφαση
1	Οι διάμεσοι της "Κλινικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδιοι στις κατηγορίες της μεταβλητής "Μέση Διάρκεια Επίσκεψης"	Independent-Samples Median Test	0,053	Μη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
	Οι διάμεσοι της "Θυμικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδιοι στις κατηγορίες της μεταβλητής "Μέση Διάρκεια Επίσκεψης"	Independent-Samples Median Test	0,602	Μη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
2	Η διασπορά της "Κλινικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής "Μέση Διάρκεια Επίσκεψης"	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,025	Απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
	Η διασπορά της "Θυμικής Ενσυναίσθησης" είναι ίδια στις κατηγορίες της μεταβλητής "Μέση Διάρκεια Επίσκεψης"	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	0,112	Μη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης
a. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0,050.				
b. Παρατίθεται η ασυμπτωτική σημαντικότητα				
Independent-Samples Median Test Summary				
		Κλινική Ενσυναίσθηση	Θυμική Ενσυναίσθηση	
Total N		171	171	
Median		80	64	
Test Statistic		7,684	1,86	
Degree Of Freedom		3	3	
Asymptotic Sig. (2-sided test) (p-value)		0,053	0,602	
Independent-Samples Kruskal-Wallis Test				
		Κλινική Ενσυναίσθηση	Θυμική Ενσυναίσθηση	
Total N		171	171	
Test Statistic		9,389	6,002	
Degree Of Freedom		3	3	
Asymptotic Sig. (2-sided test) (p-value)		0,025	0,112	

Πίνακας Χ. 14 Συγκρίσεις κατά ζεύγη ως προς τη Μέση Διάρκεια Επίσκεψης και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal – Wallis tests).

Pairwise Comparisons για Μέση Διάρκεια Επίσκεψης		Median test				
	Κλινική ενσυναίσθηση			Θυμική Ενσυναίσθηση		
Δείγμα 1 - Δείγμα 2	Test Statistic	Sig.(p-value)	Adj. Sig.(Adj. p-value) ^a	Test Statistic	Sig.(p-value)	Adj. Sig.(Adj. p-value) ^a
>20-30 λεπτά-10-20 λεπτά	2,585	0,108	0,647	0,579	0,447	1
>20-30 λεπτά->30 λεπτά	1,622	0,203	1	0,65	0,42	1
>20-30 λεπτά-<10 λεπτά	6,286	0,012	0,073	0,029	0,864	1
10-20 λεπτά->30 λεπτά	0,19	0,663	1	1,437	0,231	1
10-20 λεπτά-<10 λεπτά	4,879	0,027	0,163	0,286	0,593	1
>30 λεπτά-<10 λεπτά	0,75	0,387	1	0,259	0,611	1

Κάθε γραμμή εξετάζει την υπόθεση ότι οι κατανομές των δειγμάτων 1 & 2 είναι ίδιες

Παρατίθενται οι ασυμπτωτικές σημαντικότητες. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0.05

α. Τα p-values σταθμίστηκαν με τη διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

Pairwise Comparisons για Μέση Διάρκεια Επίσκεψης		Kruskal-Wallis Test								
	Κλινική ενσυναίσθηση					Θυμική Ενσυναίσθηση				
Δείγμα 1 - Δείγμα 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
>20-30 λεπτά-10-20 λεπτά	10,376	10,473	0,991	0,322	1,000	11,823	10,463	1,13	0,258	1
>20-30 λεπτά->30 λεπτά	-22,336	15,212	-1,468	0,142	0,852	18,183	15,198	1,196	0,232	1
>20-30 λεπτά-<10 λεπτά	44,634	15,505	2,879	0,004	0,024	7,121	15,49	0,46	0,646	1
10-20 λεπτά->30 λεπτά	-11,960	12,894	-0,928	0,354	1,000	30,006	12,881	2,329	0,02	0,119
10-20 λεπτά-<10 λεπτά	34,258	13,238	2,588	0,010	0,058	-4,703	13,225	-0,356	0,722	1
>30 λεπτά-<10 λεπτά	22,298	17,233	1,294	0,196	1,000	25,303	17,217	1,47	0,142	0,85

Κάθε γραμμή εξετάζει την υπόθεση ότι η διασπορά των δειγμάτων 1 & 2 είναι ίδια

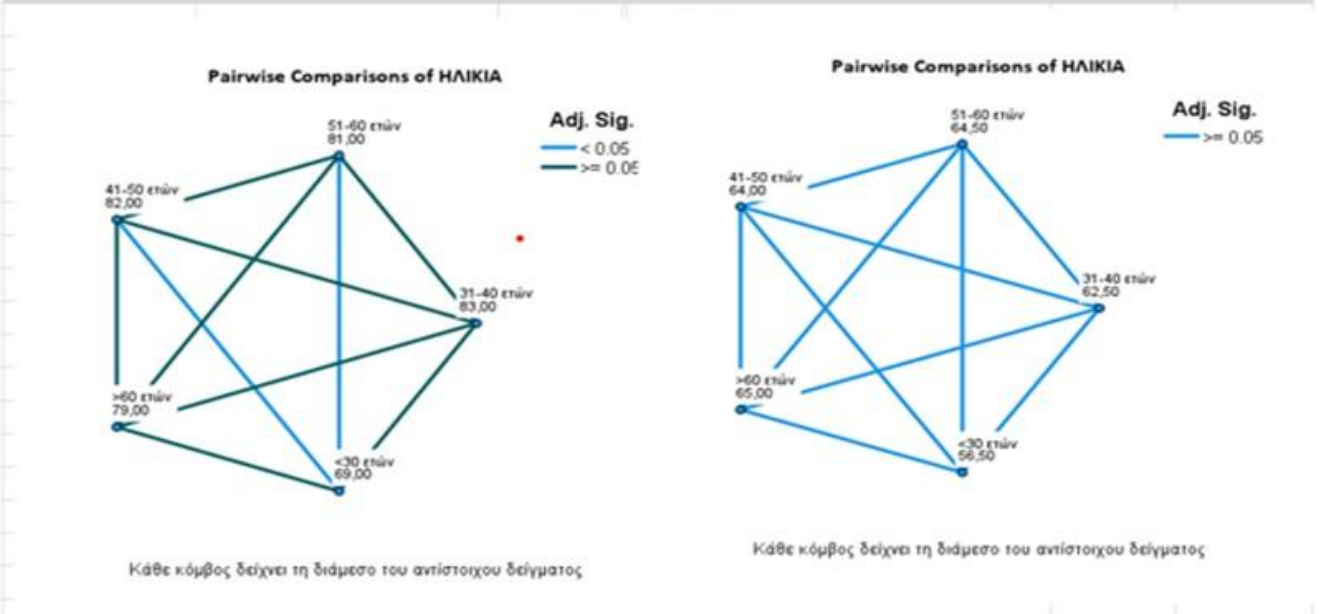
Παρατίθενται οι ασυμπτωτικές σημαντικότητες. Το επίπεδο σημαντικότητας είναι 0.05

α. Τα p-values σταθμίστηκαν με τη διόρθωση Bonferroni για πολλαπλούς ελέγχους

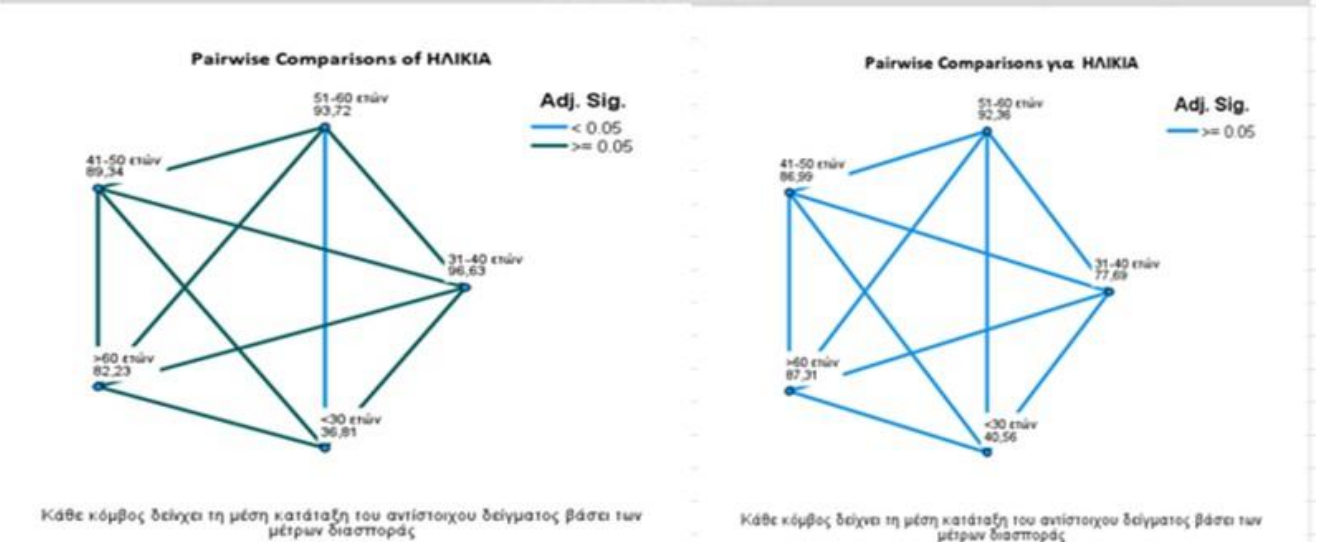
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

ΘΥΜΙΚΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Median test



Kruskal-Wallis Test



Διάγραμμα X27 Συγκρίσεις κατά ζεύγη για τη Μέση Διάρκεια Επίσκεψης και τις κλίμακες ενσυναίσθησης (Median & Kruskal-Wallis test)

Από τον έλεγχο υποθέσεων, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση καμίας άλλης μεταβλητής, συμπεριλαμβανομένου του {% χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη χρήση Η/Υ}, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι η παρατηρηθείσα συσχέτιση ήταν αποτέλεσμα συγχυτικής ή /και διαμεσολαβητικής επίδρασης. Στον πίνακα X.15 παρατίθενται οι τιμές των p-values των αντίστοιχων ελέγχων (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, Median tests), για τις κλίμακες ενσυναίσθησης, όλων των μεταβλητών που εξετάστηκαν, εκτός του φύλου που ήδη

παρουσιάστηκε αναλυτικά. Επισημαίνεται ότι, σε όλες τις δίτιμες μεταβλητές (μεταβλητές με δύο κατηγορίες/ NAI – OXI), εκτός του ελέγχου Mann- Whitney U, εφαρμόστηκαν και οι έλεγχοι Kolmogorov-Smirnov και Moses Test of Extreme Reaction για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα τους επιβεβαιώνουν το Mann-Whitney U test.

Πίνακας X.15 *p* – values ελέγχων υποθέσεων για την επίδραση διάφορων μεταβλητών στις κλίμακες ενσυναίσθησης

Μεταβλητή	Έλεγχος	p-value	
		JES-HP	TEQ
Οικογενειακή κατάσταση	Kruskal Wallis Test	0,706	0,126
	Median Test	0,618	0,22
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Kruskal Wallis Test	0,314	0,306
	Median Test	0,063	0,307
Κατηγορία Ειδικότητας	Kruskal Wallis Test	0,922	0,59
	Median Test	0,675	0,629
Μέσος Όρος Ασθενών την ημέρα	Kruskal Wallis Test	0,234	0,623
	Median Test	0,227	0,71
Χρόνος Συνολικής Κλινικής Εργασίας	Kruskal Wallis Test	0,406	0,084
	Median Test	0,47	0,325
% Χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη χρήση Η/Υ (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, παραπομπές κλπ)	Kruskal Wallis Test	0,059	0,138
	Median Test	0,178	0,239
Χώρος Άσκησης Ειδικότητας	Kruskal Wallis Test	0,756	0,235
	Median Test	0,36	0,654
Άσκηση ειδικότητας σε ΤΕΠ	Mann-Whitney U Test	0,474	0,382
Παρακολούθηση μαθημάτων Ψυχολογίας στα πλαίσια του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών	Mann-Whitney U Test	0,083	0,962
Παρακολούθηση μαθημάτων/ σεμιναρίων προαγωγής της επικοινωνίας ιατρού – ασθενή, κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης.	Mann-Whitney U Test	0,809	0,633
Παρακολούθηση σεμιναρίων ψυχολογίας της υγείας (σχέση ιατρού-ασθενή, ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση, κτλ)	Mann-Whitney U Test	0,506	0,985

4.6 Παραγοντική Ανάλυση

Η ανάλυση παραγόντων και συγκεκριμένα η ανάλυση κλιμάκων σε κύριους παράγοντες – συνιστώσες αποτελεί μία ιδιαίτερα χρήσιμη διαδικασία, ιδιαίτερα για ψυχομετρικά εργαλεία. Σκοπός της είναι ο εντοπισμός κοινών παραγόντων μεταξύ των μεταβλητών της κλίμακας που συμβάλλουν στην ερμηνευτική ικανότητα της. Με την ένταξη των μεταβλητών σε παράγοντες της κλίμακας μειώνονται οι διαστάσεις του προβλήματος, δημιουργούνται νέες (λιγότερες) μεταβλητές και ερμηνεύονται καλύτερα οι συσχετίσεις μεταξύ των δεδομένων, καθώς και η δομή της κλίμακας και η μεταβλητότητα που οφείλεται σε αυτήν.

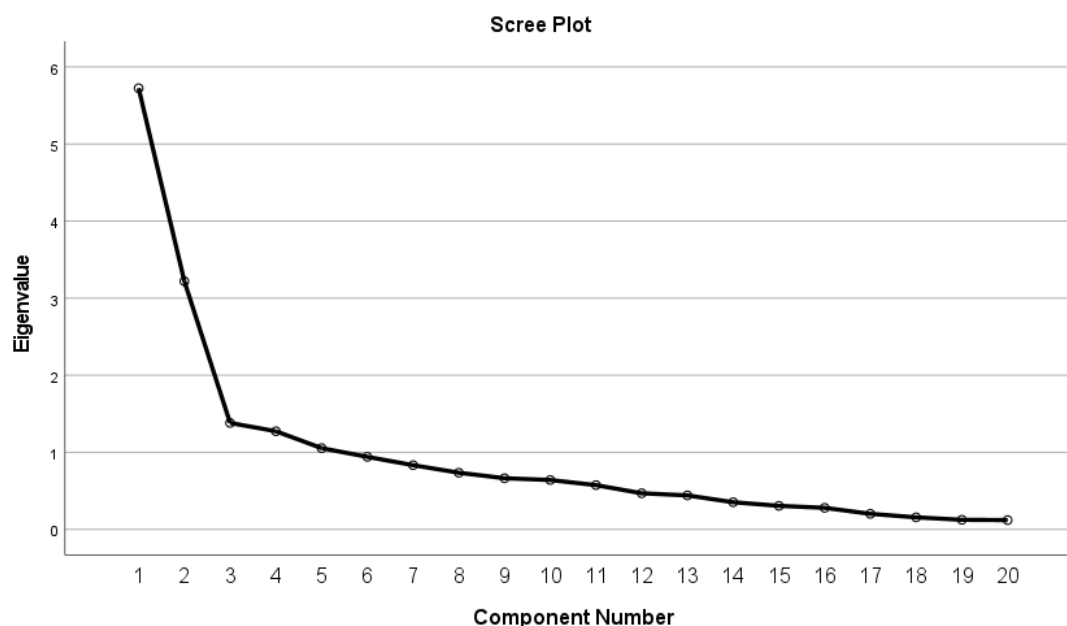
Οι Hojat & συν. (2001) κατά την ανάπτυξη της αρχικής μορφής της κλίμακας JSE αναφέρουν 4 παράγοντες που ερμήνευσαν το 56% της μεταβλητότητας στο σχετικό δείγμα: «θεώρηση του ιατρού από την οπτική του ασθενή», «κατανόηση των εμπειριών, συναισθημάτων και ενδείξεων του ασθενή», «άγνοια (αδιαφορία) των συναισθημάτων κατά τη φροντίδα των ασθενών» και «σκεπτόμενος όπως ο ασθενής». Στην αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας (Hojat M. & συν., 2002), η οποία χρησιμοποιείται και στην παρούσα έρευνα, η παραγοντική ανάλυση κατέληξε σε 3 κύριους παράγοντες: «perspective taking - ανάληψη της οπτικής του ασθενούς για τον ιατρό (PT)», που προσομοιάζει με τον πρώτο παράγοντα της αρχικής έκδοσης, «compassioned care - συμπονετική φροντίδα (CC)», που ουσιαστικά περιλαμβάνει το δεύτερο και τον τρίτο παράγοντα της αρχικής έκδοσης (με αντεστραμμένο το περιεχόμενο του τρίτου) και «stand in the patient's shoes – μπαίνει στη θέση του ασθενή (SPS)», αντίστοιχο με τον αρχικό τέταρτο παράγοντα. Οι 3 αυτοί παράγοντες ερμήνευαν το 36% της μεταβλητότητας.

Στην παρούσα έρευνα και οι δύο κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν είχαν πολύ υψηλή και υψηλή εσωτερική συνοχή, σύμφωνα με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach alpha (Πίνακας X.16).

Πίνακας X.16 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων ενσυναίσθησης με το δείκτη Cronbach alpha.

ΚΛΙΜΑΚΑ	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N μεταβλητών
Κλινική Ενσυναίσθηση (JSE-HP)	0,828	0,836	20
Θυμική Ενσυναίσθηση (TEQ)	0,679	0,715	16

Βάσει της βιβλιογραφίας και προηγούμενων σταθμίσεων της κλίμακας JSE στον ελληνικό πληθυσμό έγινε παραγοντική ανάλυση στο δείγμα της μελέτης. Πριν τη διεξαγωγή της ανάλυσης έγινε έλεγχος για την καταλληλότητα των δεδομένων με το Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) στατιστικό και το Bartlett's test of Sphericity. Η τιμή του KMO ήταν 0,833 και το Bartlett's test είχε $p\text{-value} < 0.001$, συνεπώς τα δεδομένα ήταν κατάλληλα για παραγοντική ανάλυση. Επιλέχθηκε το ορθογώνιο μοντέλο με περιστροφή Varimax (που ελαχιστοποιεί τον αριθμό των μεταβλητών που έχουν μεγάλες επιβαρύνσεις για κάθε παράγοντα) και ως κριτήριο για τον αριθμό των παραγόντων τέθηκε το κριτήριο του Kaiser για πίνακα συσχετίσεων, δηλαδή παράγοντες με ιδιοτιμή (eigenvalue) > 1 . Βάσει του Scree-plot (διάγραμμα X.28), αναδεικνύονται 5 κύριοι παράγοντες, που ερμηνεύουν το 64,875 % της μεταβλητότητας, με ιδιοτιμές 5,725 - 3,220 - 1,382 - 1,275 και 1,055 αντίστοιχα.



Διάγραμμα X.28 Scree plot ιδιοτιμών για τον καθορισμό του αριθμού των παραγόντων της κλίμακας JSE.

Στον 1^ο παράγοντα εντάχθηκαν οι μεταβλητές (ερωτήσεις) 1-7, 9-10, δηλαδή όλες εκτός μίας μεταβλητής από εκείνες που εντάσσονται στον πρώτο παράγοντα των Hojat et al (2002) και επομένως προσομοιάζει με τον PT. Στο δεύτερο παράγοντα εντάχθηκαν οι μεταβλητές 11,13,14,16,17,19,20, των οποίων το περιεχόμενο (με εξαίρεση τη μεταβλητή 17) αφορά την

αξιολόγηση και αντίληψη των συναισθημάτων των ασθενών και των οικείων τους κατά την παροχή της φροντίδας και συνεπώς προσομοιάζει με την CC». Ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει μόνο μία μεταβλητή (ερ. 12) που αφορά τη σχέση βιωμάτων των ασθενών και αποτελεσματικότητας της θεραπείας, ενώ μία μόνο μεταβλητή εντάσσεται και στον 4^ο παράγοντα (ερ. 15) που αφορά στην επίδραση των συναισθηματικών σχέσεων των ασθενών με τους οικείους τους στην παροχή της φροντίδας. Τέλος, στον 5^ο παράγοντα εντάσσονται οι μεταβλητές 8 και 18, που αφορούν το να μπαίνει ο ιατρός στη θέση του ασθενή και να αξιολογεί το τι συμβαίνει στη ζωή τους προκειμένου να κατανοήσει τα σωματικά τους συμπτώματα (Πίνακας X.17).

Πίνακας Χ.17 Ανάλυση Παραγόντων της JSE

Α/Α	Μεταβλητές	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ				
		1	2	3	4	5
1	Ενα σημαντικό στοιχείο στην σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους	0,729	0,065	-0,072	0,007	0,064
2	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέφτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματος τους	0,728	-0,008	0,104	0,115	-0,036
3	Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας στην ιατρική περίθαλψη	0,736	-0,014	0,092	0,039	-0,045
4	Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η επιτυχία μου ως ιατρός θα είναι περιορισμένη	0,826	-0,042	0,017	0,051	-0,007
5	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου, τους δίνει μια αίσθηση σιγουριάς, η οποία δρα από μόνη της θεραπευτικά	0,666	-0,031	-0,012	-0,143	-0,005
6	Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους	0,696	0,045	-0,070	-0,102	0,023
7	Το να καταλαβαίνω τη μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση ιατρού- ασθενή	0,729	0,094	0,101	0,131	0,090
8	Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου	0,489	0,014	-0,210	0,006	0,561
9	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου ιατρικού αποτελέσματος	0,555	0,139	-0,005	0,056	0,191
10	Προσπαθώ να σκέπτομαι με τον τρόπο που σκέπτονται οι ασθενείς μου, ώστε να τους παρέχω την καλύτερη φροντίδα	0,556	-0,184	-0,026	-0,030	0,472
11	Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται μόνο με θεραπευτική αγωγή, οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς μου δεν έχουν σημαντική θέση σε αυτό	0,018	0,355	0,808	-0,100	-0,002
12	Το ενδιαφέρον μου για τα προσωπικά βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας	0,093	0,272	0,763	0,332	0,027
13	Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού	-0,049	0,666	0,320	0,269	0,074
14	Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπεία της ασθένειας	0,130	0,739	0,256	0,117	-0,032
15	Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να επηρεαστεί από έντονες συναισθηματικές σχέσεις των ασθενών μου με τα μέλη της οικογένειάς τους	0,036	0,182	0,141	0,831	0,105
16	Το να καταλαβαίνω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου και οι συγγενείς τους είναι ένας παράγοντας που δεν συσχετίζεται με τη θεραπεία	0,087	0,761	0,084	0,357	-0,059
17	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά βιβλία ή να ασχολούμαι με την τέχνη	-0,035	0,523	0,258	-0,369	0,108
18	Το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους είναι μη σημαντικός παράγοντας στην κατανόηση των σωματικών συμπτωμάτων τους	-0,143	0,420	0,252	0,160	0,694
19	Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου	0,017	0,830	0,022	-0,020	0,107
20	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατον για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου	0,015	0,836	0,085	-0,073	0,069

Δεδομένης της ισχυρής ομοιότητας των δύο παραγόντων με τους αντίστοιχους παράγοντες της κλίμακας κατά την ανάπτυξη της και του ότι 2 παράγοντες περιλάμβαναν μόλις μία μεταβλητή, η διαδικασία επαναλήφθηκε με καθορισμό του αριθμού των παραγόντων σε 3. Οι 3 παράγοντες ερμήνευαν το 52,933 % της μεταβλητότητας (σ.σ. εφόσον τα δεδομένα είναι ίδια, παραμένουν οι προαναφερθείσες ιδιοτιμές). Ο πρώτος παράγοντας περιέλαβε τις 10 μεταβλητές της αρχικής κλίμακας (αρ. 1-10), αντιστοιχώντας επακριβώς στον PT, επιβεβαιώνοντας την παρατήρηση των δημιουργών της ότι πρόκειται για τον πλέον εύρωστο και σταθερό παράγοντα, που ερμηνεύει το 29,345% της μεταβλητότητας στο παρόν δείγμα. Ο δεύτερος παράγοντας περιέλαβε 5 από τις 8 μεταβλητές της «συμπονετικής φροντίδας» (13-14, 16-18) και τις δύο μεταβλητές του παράγοντα «μπαίνει στη θέση του ασθενή» (19-20), συνολικά 7 μεταβλητές με περιεχόμενο «συναισθηματική και ενσυναίσθητική παροχή φροντίδας (EEC)», ενώ ο 3^{ος} παράγοντας 3 μεταβλητές (11, 12, 15) με περιεχόμενο «ολιστική προσέγγιση για αποτελεσματικότερη θεραπεία (HEFF)» (Πίνακας X.18).

Υπολογίσθηκαν τα αποτελέσματα τόσο για τους παράγοντες σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας, όσο και για τους δύο διαφορετικούς παράγοντες (αφού ο PT είναι κοινός) της παρούσας ανάλυσης. Η εσωτερική συνοχή των παραγόντων (υποκλίμακες) ήταν υψηλή και για τις δύο αναλύσεις (Πίνακας X.19), δεδομένο που επιβεβαιώνεται από τις ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ τους και με τις κλίμακες της ενσυναίσθησης (κυρίως την JSE) (Πίνακας X.20). Οι ισχυρότερες συσχετίσεις παρατηρούνται μεταξύ των 3 παραγόντων (και με τις δύο συνθέσεις) και της κλινικής ενσυναίσθησης.

Πίνακας Χ.18 Ανάλυση της JSE σε 3 παράγοντες.

Α/Α	Μεταβλητές	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ		
		1	2	3
1	Ενα σημαντικό στοιχείο στην σχέση μου με τους ασθενείς μου είναι το να κατανοώ τη συναισθηματική κατάσταση αυτών και των συγγενών τους	0,722	0,045	-0,010
2	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέφτονται οι ασθενείς μου, δίνοντας προσοχή στη μη λεκτική συμπεριφορά τους και στη γλώσσα του σώματος τους	0,689	-0,048	0,203
3	Πιστεύω ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας στην ιατρική περίθαλψη	0,692	-0,049	0,149
4	Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η επιτυχία μου ως ιατρός θα είναι περιορισμένη	0,794	-0,078	0,098
5	Το να καταλαβαίνω τα συναισθήματα των ασθενών μου, τους δίνει μια αίσθηση σιγουριάς, η οποία δρα από μόνη της θεραπευτικά	0,634	-0,043	-0,052
6	Οι ασθενείς μου αισθάνονται καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους	0,675	0,028	-0,071
7	Το να καταλαβαίνω τη μη λεκτική επικοινωνία των ασθενών είναι εξίσου σημαντικό με τη λεκτική επικοινωνία στη σχέση ιατρού-ασθενή	0,722	0,078	0,199
8	Όταν παρέχω ιατρική φροντίδα προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των ασθενών μου	0,630	0,113	-0,198
9	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία πιστεύω ότι συνεισφέρει στην επίτευξη του καλύτερου ιατρικού αποτελέσματος	0,584	0,152	0,048
10	Προσπαθώ να σκέπτομαι με τον τρόπο που σκέπτονται οι ασθενείς μου, ώστε να τους παρέχω την καλύτερη φροντίδα	0,660	-0,086	-0,068
11	Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται μόνο με θεραπευτική αγωγή, οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς μου δεν έχουν σημαντική θέση σε αυτό	-0,054	0,403	0,592
12	Το ενδιαφέρον μου για τα προσωπικά βιώματα των ασθενών μου δεν έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της θεραπείας	0,050	0,281	0,814
13	Προσπαθώ να μην δίνω προσοχή στα συναισθήματα των ασθενών μου κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης και της λήψης ιστορικού	-0,050	0,655	0,428
14	Πιστεύω ότι το συναίσθημα δεν έχει θέση στη θεραπεία της ασθένειας	0,092	0,705	0,315
15	Δεν επιτρέπω στον εαυτό μου να επηρεαστεί από έντονες συναισθηματικές σχέσεις των ασθενών μου με τα μέλη της οικογένειάς τους	0,088	0,125	0,606
16	Το να καταλαβαίνω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου και οι συγγενείς τους είναι ένας παράγοντας που δεν συσχετίζεται με τη θεραπεία	0,068	0,686	0,325
17	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά βιβλία ή να ασχολούμαι με την τέχνη	-0,052	0,584	-0,012
18	Το να ρωτήσω τους ασθενείς μου τι συμβαίνει στη ζωή τους είναι μη σημαντικός παράγοντας στην κατανόηση των σωματικών συμπτωμάτων τους	0,023	0,574	0,217
19	Είναι δύσκολο για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου	0,029	0,828	0,027
20	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, είναι σχεδόν αδύνατον για μένα να δω τα πράγματα από την οπτική γωνία των ασθενών μου	0,010	0,835	0,050

Πίνακας Χ.19 Ανάλυση αξιοπιστίας και βασικά περιγραφικά στατιστικά παραγόντων της JSE.

Συντομογραφία	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N μεταβλητών	Μέγιστη δυνατή τιμή	Μέσος	Διακύμανση	Τυπική Απόκλιση
PT	«perspective taking - ανάληψη της οπτικής του ασθενούς για τον ιατρό»	0,866	0,876	10	50	42,27	31,483	5,61
CC	«compassioned care - συμπονετική φροντίδα»	0,815	0,814	8	40	28,9	37,278	6,10
SPS	«stand in the patient's shoes – μπαίνει στη θέση του ασθενή»	0,898	0,898	2	10	7,61	3,393	1,84
EEC	«συναισθηματική και ενσυναισθητική παροχή φροντίδας»	0,844	0,849	7	35	26,82	30,338	5,50
HEFF	«ολιστική προσέγγιση για αποτελεσματικότερη θεραπεία»	0,611	0,606	3	15	9,69	7,05	2,65

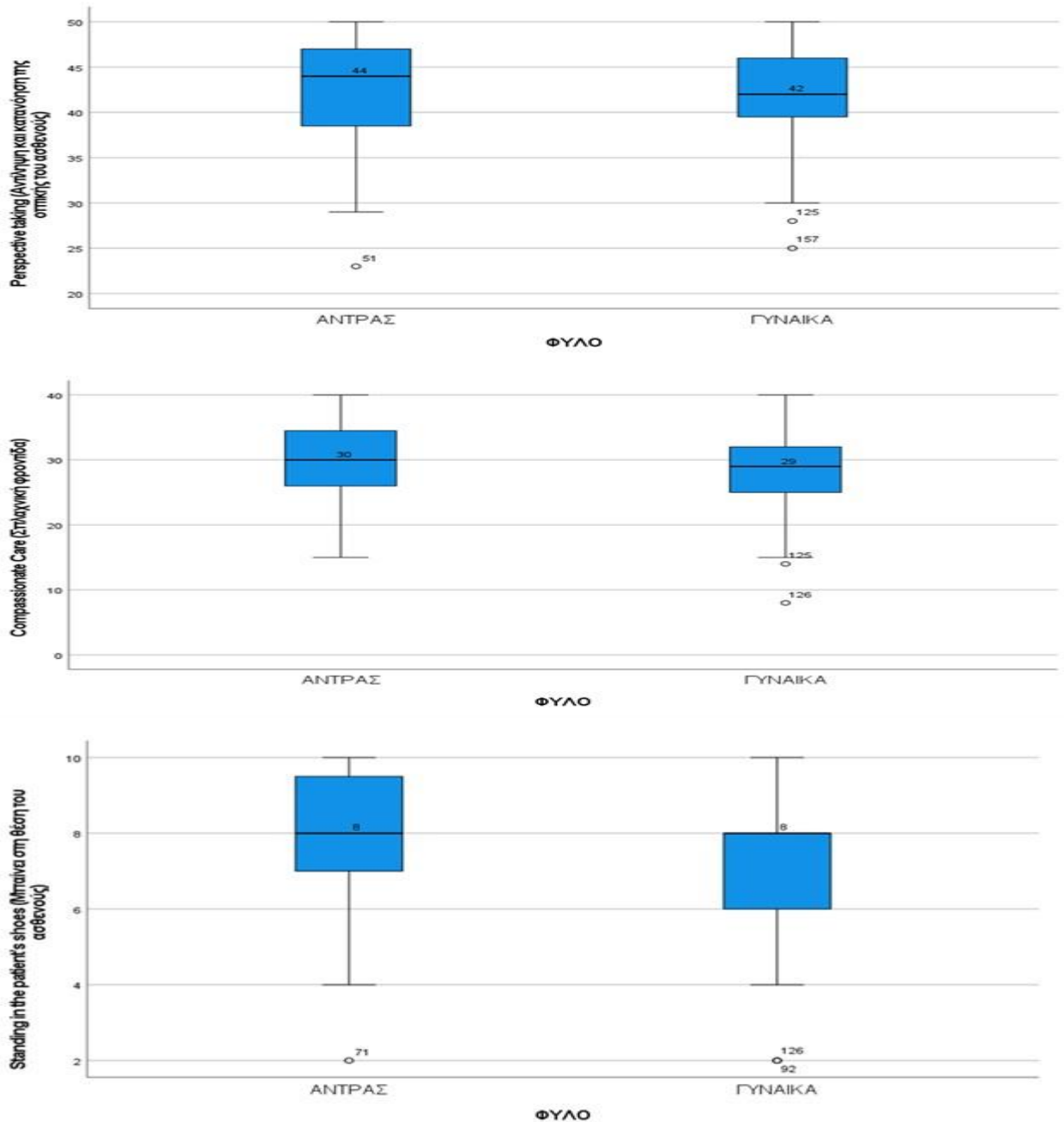
Πίνακας Χ.20 Μη- παραμετρική συσχέτιση/ συντελεστής Spearman μεταξύ των παραγόντων της JSE και των κλιμάκων ενσυναίσθησης.

Κλίμακες/Παράγοντες	Spearman's rho				
	PT	CC	SPS	JSE-HP	TEQ
PT	1,000				
CC	0,407**	1,000			
SPS	0,434**	0,598**	1,000		
JSE-HP	0,781**	0,852**	0,723**	1,000	
TEQ	0,354**	0,292**	0,342**	0,411**	1,000
Κλίμακες/Παράγοντες	Spearman's rho				
	PT	EEC	HEFF	JSE-HP	TEQ
PT	1,000				
EEC	0,479**	1,000			
HEFF	0,282**	0,559**	1,000		
JSE-HP	0,781**	0,880**	0,646**	1,000	
TEQ	0,354**	0,381**	0,149	0,411**	1,000

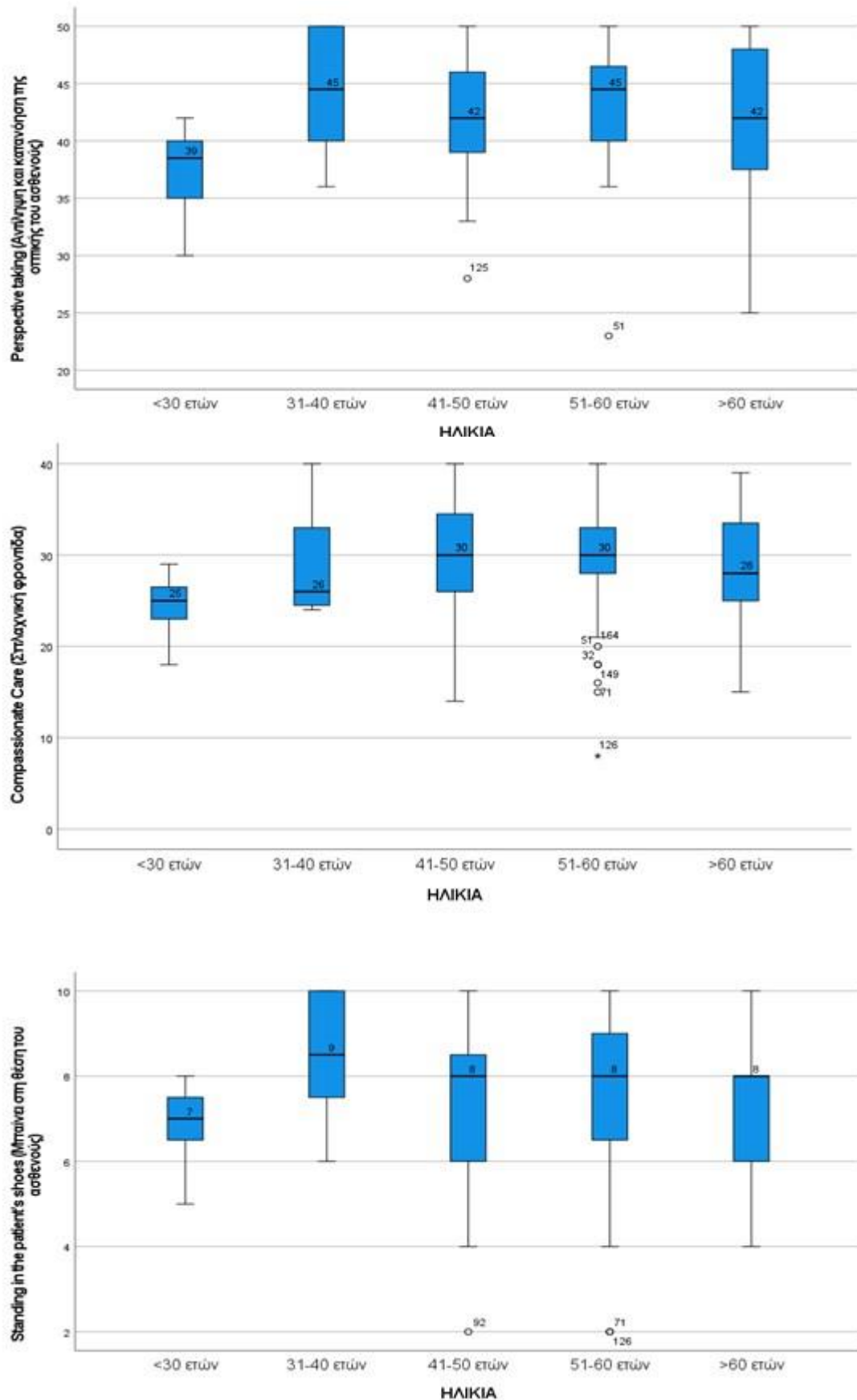
**Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ≤ 0.01 (αμφίπλευρα)

Κόκκινο = ισχυρή/πολύ ισχυρή συσχέτιση, Πορτοκαλί = μέτρια/ισχυρή συσχέτιση, Γκρι = μέτρια συσχέτιση, Πράσινο= ασθενής συσχέτιση

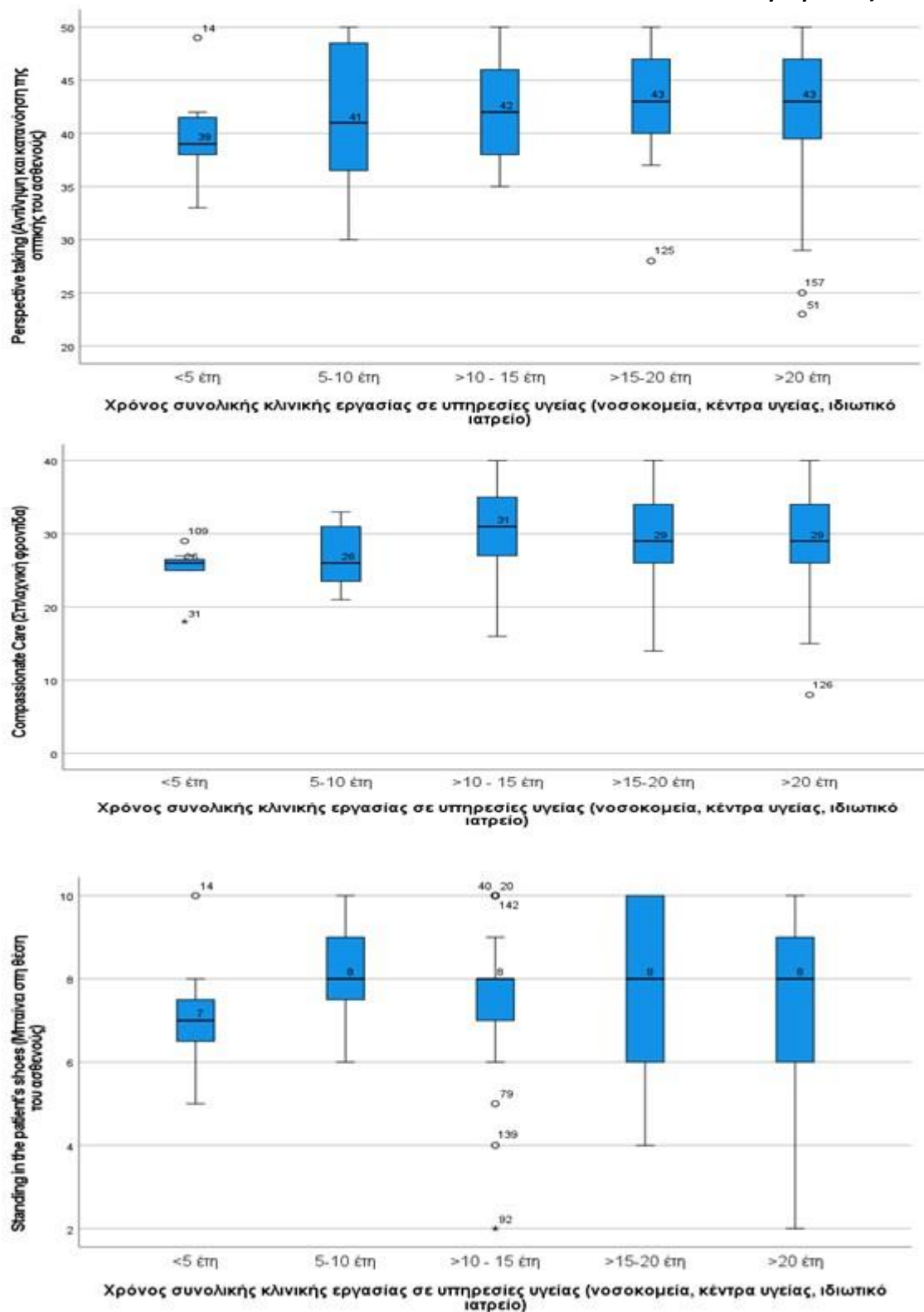
Δεδομένης της υψηλής ομοιότητας των παραγόντων της παρούσας ανάλυσης με τους προτεινόμενους από τους δημιουργούς της JSE και προκειμένου να διασφαλιστεί η συγκρισιμότητα της μελέτης με ανάλογες έρευνες, ο έλεγχος υποθέσεων έγινε με βάση τους παράγοντες PT, CC και SPS. Στα τριπλά διαγράμματα X.29-X.34 παρουσιάζονται οι μέσοι και η κατανομή του δείγματος (θηκογράμματα) στους 3 παράγοντες, κατά φύλο, ηλικία, χρόνο κλινικής εργασίας, κατηγορία ειδικότητας (ομαδοποίηση B), μέσο όρο ασθενών την ημέρα και μέση διάρκεια επίσκεψης (ΜΔΕ).



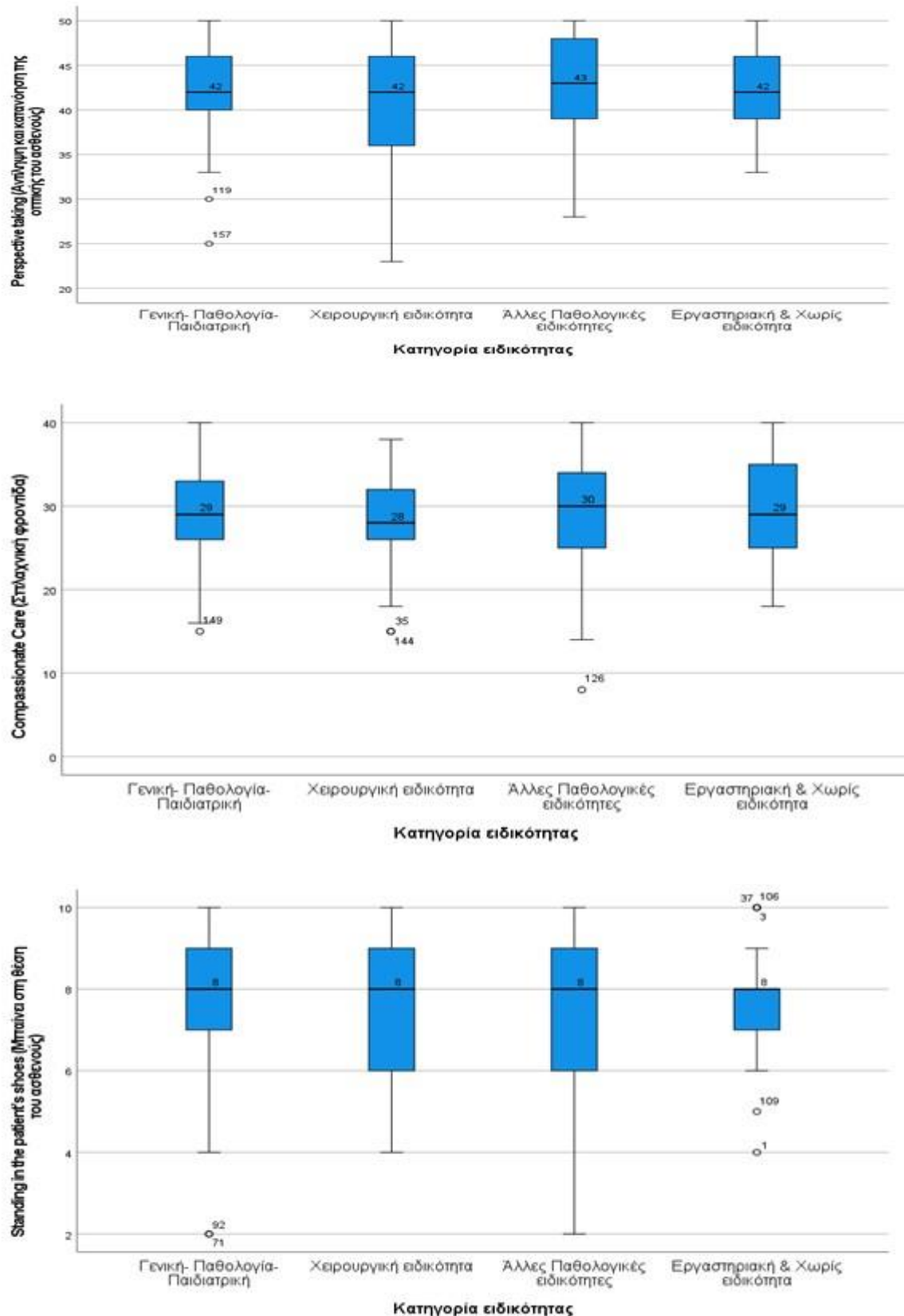
Διάγραμμα X.29 Θηκογράμματα κατά φύλο για τους 3 παράγοντες της JSE.



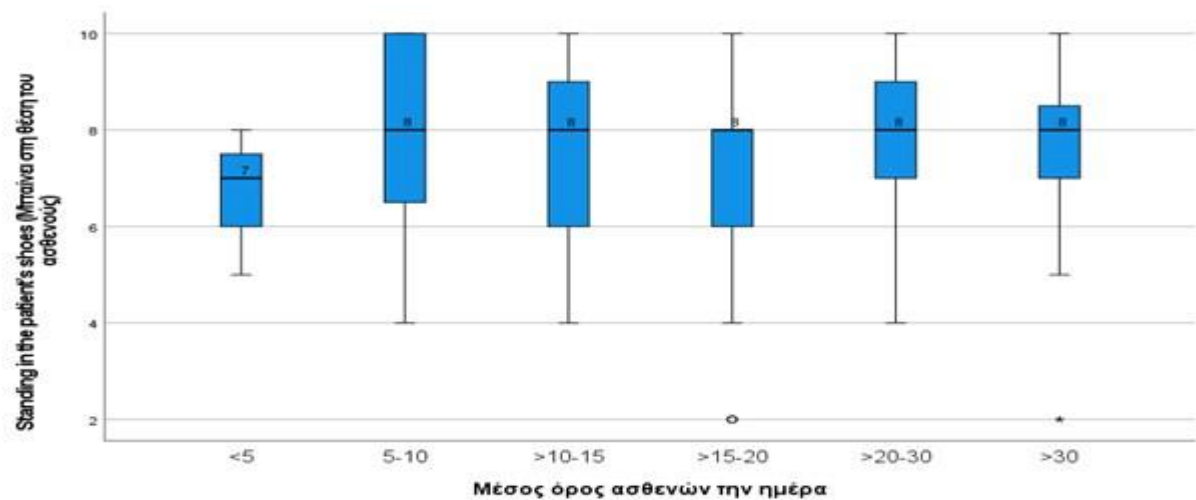
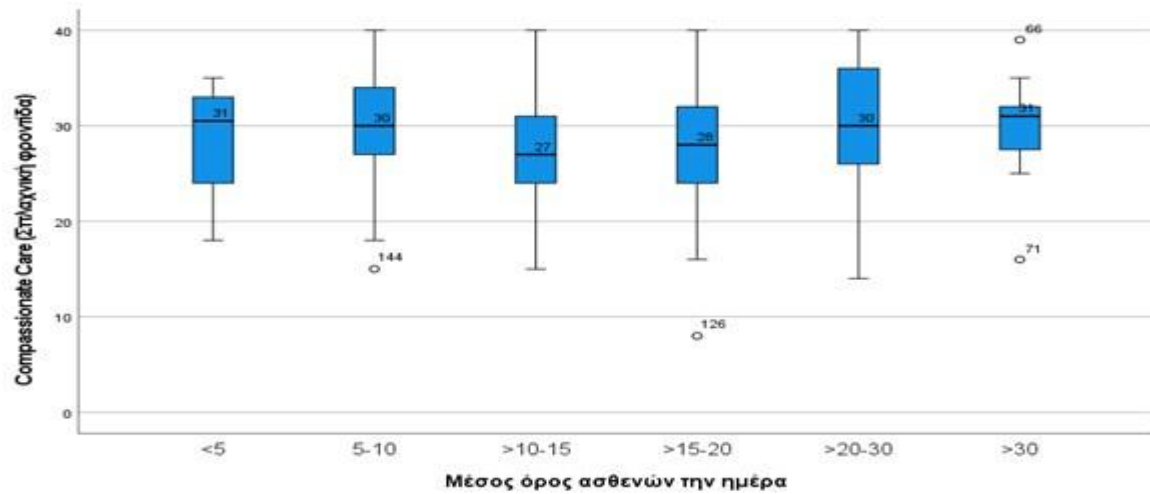
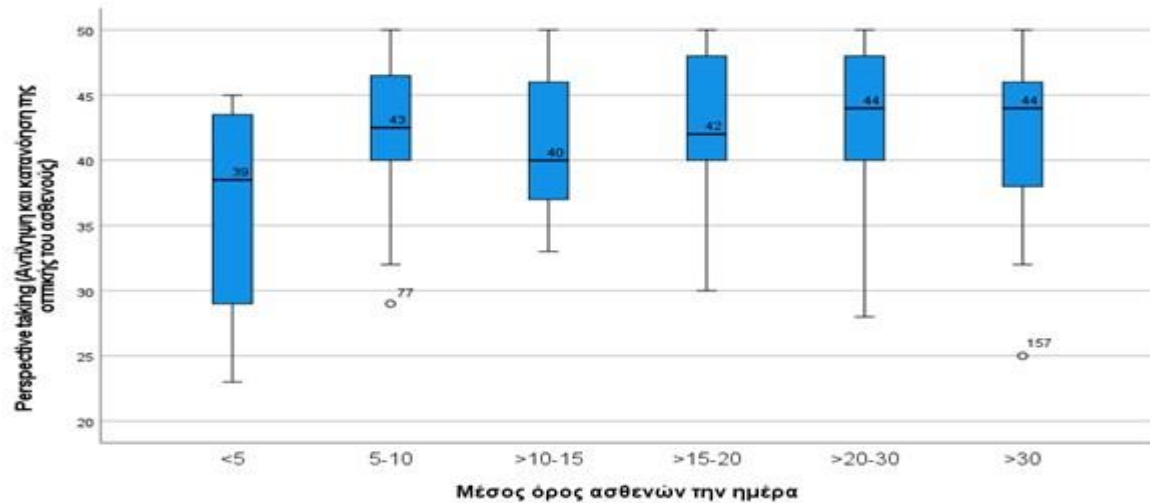
Διάγραμμα Χ.30 Θηκογράμματα κατά ηλικία για τους 3 παράγοντες της JSE.



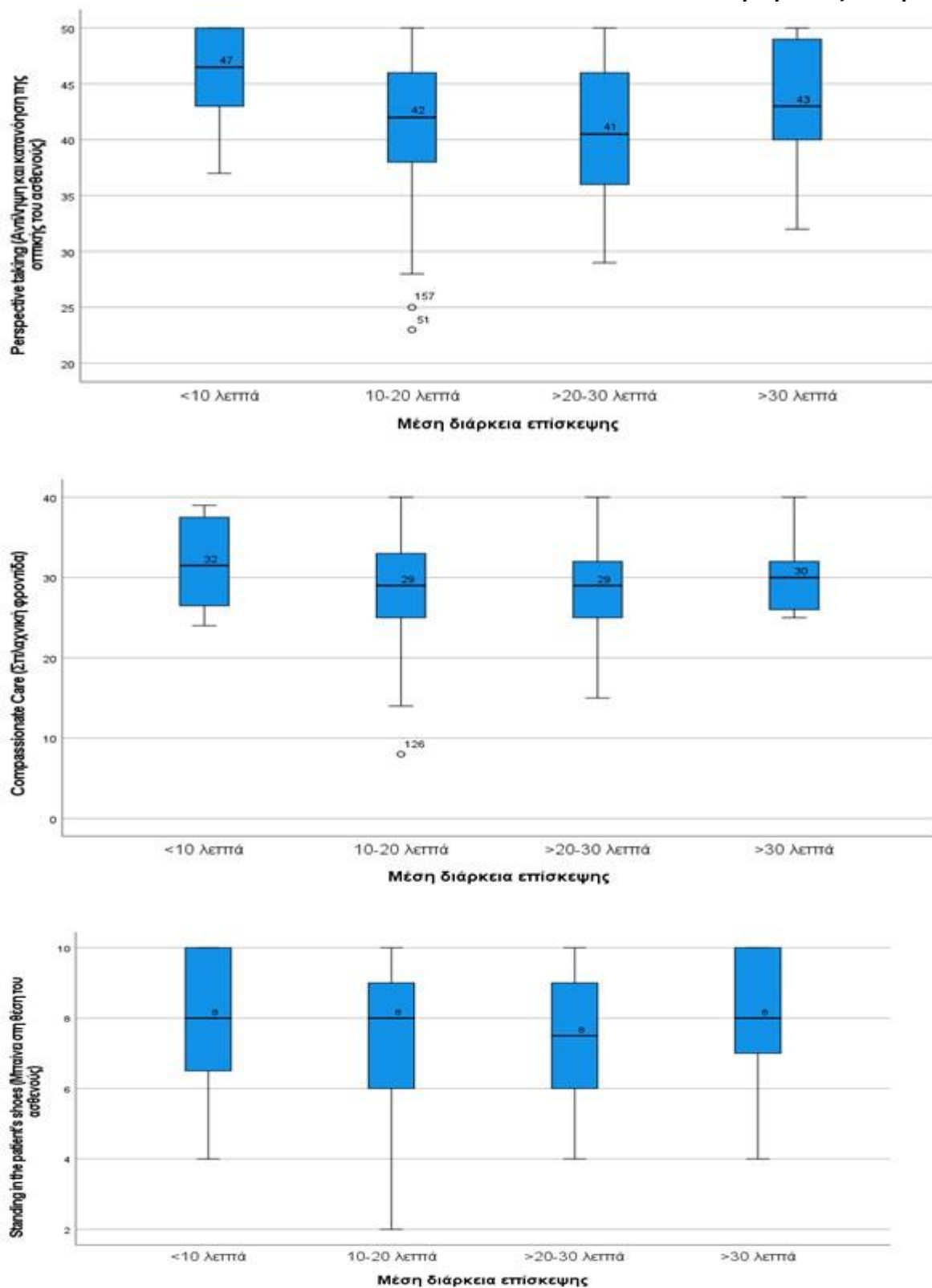
Διάγραμμα X.31 Θηκογράμματα κατά χρόνο κλινικής εργασίας για τους 3 παράγοντες της JSE.



Διάγραμμα Χ.32 Θηκογράμματα κατά κατηγορία ειδικότητας για τους 3 παράγοντες της JSE.



Διάγραμμα X.33 Θηκογράμματα κατά μέσο όρο ασθενών/ημέρα για τους 3 παράγοντες της JSE.



Διάγραμμα X.34 Θηκογράμματα κατά ΜΔΕ για τους 3 παράγοντες της JSE.

Στον πίνακα Χ.21 παρουσιάζονται τα βασικά περιγραφικά μέτρα (Μέσος, Διάμεσος, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο για τους 3 παράγοντες της JSE, στις υποομάδες των μεταβλητών που έχουν συσχετισθεί βιβλιογραφικά με την κλινική ενσυναίσθηση (φύλο, ηλικία, χρόνος κλινικής εργασίας, ειδικότητα).

Πίνακας Χ.21 Περιγραφικά μέτρα των 3 παραγόντων της JSE κατά φύλο, ηλικία, χρόνος κλινικής εργασίας, ειδικότητα.

	PT				CC				SPS			
	M.O.	Δ/Μ	Q1	Q3	M.O.	Δ/Μ	Q1	Q3	M.O.	Δ/Μ	Q1	Q3
ΦΥΛΟ												
ΑΝΤΡΑΣ	42,53	44	38	47	29,7	30	26	35	7,86	8	7	10
ΓΥΝΑΙΚΑ	42,05	42	39,25	46	28,22	29	25	32	7,39	8	6	8
ΗΛΙΚΙΑ												
<30 ετών	37,38	38,5	34	40,5	24,50	25	22,5	26,75	6,88	7	6,25	7,75
31-40 ετών	44,38	44,5	40	50	28,88	26	24,3	33	8,50	8,5	7,25	10
41-50 ετών	42,23	42	39	46	29,56	30	26	34,75	7,60	8	6	8,75
51-60 ετών	43,31	44,5	40	46,8	29,27	30	28	33	7,69	8	6,25	9
>60 ετών	41,85	42	37	48	28,66	28	25	34	7,53	8	6	8
ΧΡΟΝΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ												
<5 έτη	40	39	37	42	25,14	26	25	27	7,14	7	6	8
5-10 έτη	41,45	41	35	49	26,82	26	23	32	8,18	8	7	9
>10 - 15 έτη	42	42	37,5	46	30,28	31	26,5	35	7,44	8	6,5	8
>15-20 έτη	42,96	43	39,5	47,5	29,00	29	26	34,5	7,80	8	6	10
>20 έτη	42,42	43	39	47	29,02	29	26	34	7,57	8	6	9
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ												
Γενική- Παθολογία-												
Παιδιατρική	42,33	42	40	46	28,92	29	26	33	7,65	8	7	9
Χειρουργική												
ειδικότητα	41,03	42	36	46,5	28,21	28	26	32	7,73	8	6	9,5
Άλλες Παθολογικές												
ειδικότητες	42,86	43	39	48	29,23	30	25	34	7,47	8	6	9
ειδικότητα	42,5	42	39	46,5	29,06	29	24,8	35,75	7,67	8	7	8,25
M.O. = Μέσος, Δ/Μ = Διάμεσος, Q1-Q3 = 1ο - 3ο τεταρτημόριο												

Κατά τον έλεγχο υποθέσεων, με το συντελεστή Spearman και πάλι μόνο το {% χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη χρήση Η/Υ} συσχετίστηκε πολύ ασθενώς, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τους παράγοντες CC και SPS ($\rho = 0.178$ και 0.181 , $p\text{-value} < 0.05$ αντίστοιχα). Με τους μη – παραμετρικούς ελέγχους Mann-Whitney U, median test, Kruskal-Wallis test η μεταβλητή {ηλικία} συσχετίστηκε με τους παράγοντες PT και CC και οι μεταβλητές {ΜΔΕ} και {Επίπεδο Εκπαίδευσης} με τον παράγοντα PT. Η κατά ζεύγη σύγκριση κατέδειξε ότι η ομάδα {<30 ετών} είχε χαμηλότερη PT και CC από την ομάδα {51-60 ετών} και την ομάδα {41-50 ετών} με το median test, ενώ το Kruskal – Wallis test επιβεβαίωσε μόνο τη χαμηλότερη PT των {<30 ετών} σε σχέση με τους {51-60 ετών}. Αντίθετα, στη ΜΔΕ η συσχέτιση οφείλεται σε μεγαλύτερο βαθμό PT της ομάδας {<10 λεπτά} σε σχέση με την ομάδα {>20-30 λεπτά} και με τους δύο ελέγχους και επιπλέον σε σχέση με την ομάδα {10-20 λεπτά} με το Kruskal – Wallis test. Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε και πάλι με την PT και με τους δύο ελέγχους, που ήταν ψηλότερη για την ομάδα που διαθέτει μόνο Πτυχίο (κα ειδικότητα) (M.O. = 42,96, Δ/M=43, Q1=40, Q3=48) σε σύγκριση με την ομάδα {Μεταπτυχιακό} σύμφωνα με το median test (M.O. = 41,53, Δ/M=41.5, Q1=37.25, Q3=45) και την ομάδα {Διδακτορικό} σύμφωνα με το Kruskal- Wallis test (M.O. = 39,53, Δ/M=40.5, Q1=35, Q3=46). Επισημαίνεται ότι, μετά τη διόρθωση Bonferroni τα $p\text{-values}$ στην κατά ζεύγη σύγκριση λαμβάνουν τιμή $> 0,05$, αλλά $< 0,1$ (0,084 και 0,071 για τους δύο ελέγχους αντίστοιχα), χωρίς όμως να επηρεάζεται η στατιστική ισχύς του αντίστοιχου test. Το εύρημα αυτό είναι πιθανά αποτέλεσμα της μεγάλης αριθμητικής διαφοράς των 3 ομάδων (Πτυχίο = 171, Μεταπτυχιακό = 36, Διδακτορικό = 19) (Πίνακας X.22). Οι άλλες κοινωνικοδημογραφικές και επαγγελματικές μεταβλητές δεν συσχετίστηκαν με κανέναν παράγοντα, ενώ καμία δεν συσχετίστηκε με τον παράγοντα SPS (Πίνακας X.23).

Πίνακας Χ.22 Μεταβλητές που συσχετίστηκαν με τους παράγοντες της JSE με μη – παραμετρικούς ελέγχους υποθέσεων και κατά ζεύγη σύγκριση.

Μεταβλητή	Ελεγχος	PT		CC		SPS
		p	adj.p	p	adj.p	p
ΗΛΙΚΙΑ	median test	0,044		0,024		0,095
	Kruskal Wallis test	0,049		0,8		0,245
	συγκρίσεις κατά ζεύγη					
	median test <30 ετών-51-60 ετών	0,002	0,023	0,002	0,023	
	median test <30 ετών-41-50 ετών			0,004	0,045	
	Kruskal Wallis test <30 ετών-51-60 ετών	0,004	0,039			
ΜΔΕ	median test	0,51		0,195		0,678
	Kruskal Wallis test	0,14		0,154		0,59
	συγκρίσεις κατά ζεύγη					
	median test >20-30 λεπτά-<10 λεπτά	0,006	0,037			
	Kruskal Wallis test >20-30 λεπτά-<10 λεπτά	0,002	0,01			
	Kruskal Wallis test 10-20 λεπτά-<10 λεπτά	0,007	0,043			
ΕΚΠ.ΕΠ.	median test	0,03		0,729		0,937
	Kruskal Wallis test	0,04		0,854		0,901
	συγκρίσεις κατά ζεύγη					
	median test Μεταπτυχιακό-Πτυχίο	0,028	0,084			
	Kruskal Wallis test Διδακτορικό (Phd)-Πτυχίο	0,024	0,071			
σ.σ. με γαλάζιο επισημαίνονται συσχετίσεις >0,05 και <0,1						
p=p-value, adj.p = adjusted p (διόρθωση Bonferroni), ΜΔΕ = Μέση Διάρκεια Επίσκεψης						
ΕΚΠ.ΕΠ.= Επίπεδο εκπαίδευσης						

Πίνακας Χ.23 p-values των δημογραφικών – κοινωνικών – επαγγελματικών μεταβλητών που δεν επηρεάζουν τους 3 παράγοντες της JSE.

Μεταβλητή	Έλεγχος	p-value		
		PT	CC	SPS
Φύλο	Mann-Whitney U Test	0,596	0,113	0,102
Οικογενειακή κατάσταση	Kruskal Wallis Test	0,769	0,48	0,798
	Median Test	0,732	0,343	0,848
Κατηγορία Ειδικότητας	Kruskal Wallis Test	0,627	0,886	0,916
	Median Test	0,751	0,944	0,917
Χρόνος Συνολικής Κλινικής Εργασίας	Kruskal Wallis Test	0,639	0,103	0,681
	Median Test	0,281	0,072	0,72
Μέσος Όρος Ασθενών την ημέρα	Kruskal Wallis Test	0,215	0,214	0,274
	Median Test	0,18	0,358	0,61
Χώρος Άσκησης Ειδικότητας	Kruskal Wallis Test	0,775	0,764	0,542
	Median Test	0,533	0,65	0,313
% Χρόνου επίσκεψης που αναλώνεται στη χρήση Η/Υ (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, παραπομπές κλπ)	Kruskal Wallis Test	0,126	0,076	0,131
	Median Test	0,121	0,084	0,175
Άσκηση ειδικότητας σε ΤΕΠ	Mann-Whitney U Test	0,896	0,248	0,941
Παρακολούθηση μαθημάτων Ψυχολογίας στα πλαίσια του ακαδημαϊκού προγράμματος σπουδών	Mann-Whitney U Test	0,152	0,189	0,314
Παρακολούθηση μαθημάτων/ σεμιναρίων προαγωγής της επικοινωνίας ιατρού – ασθενή, κατά τη διάρκεια της ειδίκευσης.	Mann-Whitney U Test	0,61	0,511	0,327
Παρακολούθηση σεμιναρίων ψυχολογίας της υγείας (σχέση ιατρού-ασθενή, ενδυνάμωση, ενσυναίσθηση, κτλ)	Mann-Whitney U Test	0,86	0,265	0,756

4.7 Σύνοψη

Το εξεταζόμενο δείγμα εμφανίζει υψηλό βαθμό κλινικής και θυμικής ενσυναίσθησης, που δεν επηρεάζεται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του (φύλο, ηλικία, χρόνια κλινικής εργασίας, οικογενειακή κατάσταση κλπ.). Ο έλεγχος υποθέσεων κατέδειξε ότι οι ιατροί άνω των 41 ετών έχουν σχετικά υψηλότερο βαθμό κλινικής ενσυναίσθησης από τους νεότερους (<30 ετών), καθώς και υψηλότερο βαθμό «ανάληψη της οπτικής του ασθενούς» και «συμπονετικής

φροντίδας». Η μικρότερη ΜΔΕ επίσης συσχετίστηκε με υψηλότερη κλινική ενσυναίσθηση και ΡΤ.

Επίσης, ενδιαφέρον εύρημα (αλλά χωρίς ισχυρή βάση λόγω του μικρού μεγέθους των δύο υποομάδων) είναι ότι οι γιατροί με μεταπτυχιακό /διδακτορικό έχουν χαμηλότερο βαθμό ΡΤ από τους απλώς ειδικευμένους γιατρούς.

Τέλος, η ανάδειξη στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων των παραπάνω μεταβλητών με τον παράγοντα ΡΤ επιβεβαιώνει ότι αυτός ο παράγοντας είναι ο βασικός «σκελετός» της κλινικής ενσυναίσθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε την αναγκαιότητα να αποκτήσει η σχέση ιατρού-ασθενούς βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο και ασθενοκεντρικό χαρακτήρα. Σαν αποτέλεσμα αυτής της αναγκαιότητας προκύπτει η ανάγκη της καλλιέργειας δεξιοτήτων που θα πετυχαίνουν αποτελεσματική επικοινωνία. Φάνηκε η σημασία της ενσυναίσθησης στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς βελτιώνοντας τόσο τα θεραπευτικά αποτελέσματα όσο και την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας που έλαβαν.

Στη μελέτη αυτή φάνηκε ότι οι Έλληνες ιατροί παρουσιάζουν υψηλή ενσυναίσθηση.

Παρατηρήθηκαν συσχετίσεις όπου κάποιες ήταν αναμενόμενες όπως:

- I. Η θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο κλίμακες που παρατηρείται και σε άλλες μελέτες.
- II. Ο τομέας ενασχόλησης και ο χώρος εργασίας αφού το δείγμα είναι κυρίως εργαζόμενοι της 2ΥΠΕ.
- III. Η λογική συσχέτιση ηλικίας με χρόνο κλινικής εργασίας και με οικογενειακή κατάσταση.
- IV. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ αριθμού επίσκεψης ασθενών ανά ημέρα με την ΜΔΕ είναι αυτονόητο.
- V. Μέτρια αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με το δείκτη παρακολούθησης μαθημάτων ψυχολογίας κατά τη διάρκεια ακαδημαϊκών σπουδών και προγραμμάτων στην ειδικότητα. Γεγονός που πιθανόν οφείλεται σε διαφοροποίηση προγραμμάτων σπουδών.

- VI. Το ποσοστό χρήσης του Η/Υ κατά τη διάρκεια της επίσκεψης συσχετίστηκε ασθενώς αρνητικά με την ηλικία που είναι αναμενόμενο λόγω της εισόδου της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σταδιακά από το 2011. Ασθενώς θετικό με το μέσο όρο ασθενών που είναι αντιφατικό που μπορεί να υποκρύπτει έναν διαμεσολαβητικό παράγοντα αλλά μπορεί και να δείχνει το γεγονός ότι συχνά στα ΚΥ των αστικών κέντρων είναι σύνηθες η επίσκεψη στον ιατρό να αφορά μόνο τη συνταγογράφηση χρόνιων θεραπειών
- VII. Το **φύλο** δεν συσχετίστηκε ούτε με την κλινική ενσυναίσθηση ούτε με τη θυμική σε αντίθεση με πλειοψηφία των μελετών.
- VIII. Η συσχέτιση με την **ηλικία** έδειξε ότι οι νεώτεροι <30 ετών έχουν χαμηλότερη κλινική ενσυναίσθηση. Στη παραγοντική ανάλυση είχαν χαμηλότερη PT (να βλέπουν την οπτική του ασθενούς) και CC (συμπονετική φροντίδα) γεγονός που τονίζει ότι τα προγράμματα σπουδών δεν καλλιεργούν την δεξιότητα της ενσυναίσθησης από τη μια και από την άλλη η σύγχρονη ιατρική έχει ενσωματώσει τα πρωτόκολλα θεραπείας και είναι βασισμένη σε μεγαλύτερο βαθμό στο εργαστήριο. Ίσως το άγχος της επαγγελματικής τους εξέλιξης λειτουργεί αρνητικά.
- IX. Η **ΜΔΕ** συσχετίστηκε αρνητικά δηλαδή με λιγότερο χρόνο μεγαλύτερη κλινική ενσυναίσθηση ενώ δεν επιβεβαιώνεται για την θυμική ενσυναίσθηση. Εμφανίζεται και στην παραγοντική μελέτη για την PT και CC. Αν και φαίνεται οξύμωρο μπορεί να ερμηνευτεί είτε ότι ο ιατρός αντιμετωπίζει πολλά περιστατικά και έχει σαν αποτέλεσμα μικρότερη ΜΔΕ άρα μεγαλύτερη εμπειρία που ου έχει επιτρέψει να καλλιεργήσει τη δεξιότητα της ενσυναίσθησης ή επιβεβαιώνει ότι με την ενσυναίσθηση γίνεται αποτελεσματικότερος (Halpern J., 2003).
- X. Η PT συσχετίστηκε θετικά με αυτούς που έχουν μόνο πτυχίο σε σύγκριση με τους έχοντας ΜΤΠ και διδακτορικό αλλά μπορεί να οφείλεται στο ότι είναι σημαντικά λιγότεροι στο δείγμα.
- XI. Η ενσυναίσθηση δε συσχετίστηκε στο συγκεκριμένο δείγμα με την **ειδικότητα**, όπως παρατηρήθηκε και στον Hojat M. & συν. Που δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα σε ψυχιάτρους, παθολόγους παιδιάτρους οικογενειακούς και ιατρούς των επειγόντων.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει το γνωσιακό κομμάτι της ακαδημαϊκής καριέρας, της απόδοσης στις εξετάσεις και τις δεξιότητες που αφορούν τη διαδικασία. Το άλλο κομμάτι αφορά την προσωπικότητα, αρχές, ενδιαφέροντα και άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν το αποτέλεσμα στη διαχείριση του ασθενούς. (Hojat M. & συν., 2018) Είναι σημαντικό να δοθεί σημασία στα **προγράμματα σπουδών** της ιατρικής να ενσωματώσουν μαθήματα που θα

καλλιεργήσουν τόσο την ενσυναίσθηση όσο και την βιοψυχοκοινωνική αντίληψη με στροφή στην ασθενοκεντρική κλινική πράξη. Θα πρέπει να υπάρξουν και σεμινάρια ενημέρωσης για τα οφέλη της ενσυναίσθησης ενσωματωμένα στα συνέδρια των ειδικοτήτων. Σημαντικό ρόλο θα παίζουν και σεμινάρια με ασκήσεις εξομίωσης της επικοινωνίας με τον ασθενή. Αν και ο δείκτης ενσυναίσθησης στο συνολικό δείγμα είναι υψηλός το ότι οι νεώτεροι παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό δείχνει τη σημασία της διαφοροποίησης των προγραμμάτων σπουδών, αλλά και πως η εμπειρία εμπλουτίζει τη δεξιότητα αυτή. Είναι σαφές ότι η ενσυναίσθηση δεν διδάσκεται στις σχολές ή κατά την κλινική άσκηση ενώ η βιοϊατρική διάσταση και προσέγγιση της νόσου υπερκαλύπτει τις συναισθηματικές και κοινωνικές διαστάσεις της νόσου και του βιώματος του ασθενούς. Σημαντικά μπορεί να συμβάλλει το αφήγημα, η λογοτεχνία και η αναστοχαστική γραφή (Garden R., 2008).

Η ενσυναίσθηση είναι μια πολυδιάστατη έννοια και η αντίληψη των ιατρών για αυτή ποικίλει (Hojat M. 2016) ενώ διαφοροποιείται και από χώρα σε χώρα (Duarte MI. & συν., 2015) Ταυτόχρονα η κλίμακα JES μετρά την αντίληψη των ίδιων των ιατρών και δεν αποτυπώνει την αντίληψη των ασθενών. Μια ταυτόχρονη μέτρηση αντίληψης ιατρών και αντίληψης ασθενών θα έδινε μια νέα διάσταση (Sung Soo Kim & συν., 2004).

Η αξιοποίηση άλλων μελετών που χρησιμοποίησαν την ίδια κλίμακα θα μπορούσε να εμπλουτίσει τα συμπεράσματα. Είναι σημαντικό να τονιστεί ο μικρός αριθμός του δείγματος από τη μια και το μειονέκτημα ότι δεν είναι διαχρονική αλλά συγχρονική. Επίσης είναι ποσοτική μελέτη και όχι ποιοτική γεγονός που περιορίζει τις πληροφορίες.

Ελπίζω αυτή η μελέτη να γίνει αφορμή για να υλοποιηθούν περισσότερες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**Ελληνική**

1. Βένιου Α., Τεντολούρης Ν. (2013) «Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς» Αρχ. Ελλ. Ιατρ.;30:613-618.
2. Γάκη Ε, (2015). Εφαρμοσμένη Στατιστική: Factor Analysis [Ενότητα 3], Ανοικτά Ακαδημαϊκά Μαθήματα, Πανεπιστήμιο Αιγαίου [CC - Αναφορά - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα]. <https://eclass.aegean.gr/courses/211122>
3. Μάντη Π., Τσελεπή Χ. (2000) «Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων /υπηρεσιών υγείας» ΕΑΠ, Πάτρα :181-207.
4. Μουσσάς Γ., Καρκανιάς Α., Παπαδοπούλου Α., (2010) «Ψυχολογική διάσταση του καρκίνου: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς» Ψυχιατρική;21:148-157.
5. Χαλικιάς Μ, Μανωλέσσου Α, Λάλου Π, (2015). Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS, [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.
<https://dx.doi.org/10.57713/kallipos-528>
6. DiMatteo, R., Martin L. (2011) «Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας» Αθήνα Πεδίο.
7. Goleman Daniel (1998) «Η συναισθηματική νοημοσύνη» Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
8. Little Miles (2021) «Ανθρώπινη Ιατρική» Αθήνα Παπαζήση.

Ξενόγλωσση

1. Al-Mobeeriek A., (2012) “Dentist-patient communication as perceived by patient in Riyadh” International Journal of Occupational Medicine and Environmental health;25:89-96.
2. Andersen, F., Johansen, A., Sondergaard, J., Andersen, C. Hvidt, E. (2020) “Revisiting the trajectory of medical students’ empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systemic review” BMC Medical Education; 20:52:1-18.
3. Akgun, O., Akdeniz, M., Kavukcu, E. and Avci, H. (2020) “Medical students’ empathy level differences by medical year, gender and specialty interest in Akdeniz university” Journal of Medical Education and Curricular Development”;7:1-11.
4. 4.Balint JE., Shelton W., (1996) “Regaining the initiative: forging a new model of the patient-physician relationship” JAMA;275:887-891.

5. 5.Bensing JM. “Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice.” (1991) Dissertation, Utrecht NIVEL.
6. 6.Carkhuff R. (1969) “Helping and human relations” Selection and training vol 1 New York, Holt, Rinehart and Winston.
7. 7.Carter WB., Inul TS., Kukull W., Haigh V., (1982) “Outcome-based doctor-patient interaction analysis: Identifying effective provider and patient behavior” Med Care; 20:550-556.
8. Davis MH (1983) “Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach” J. Pers. Soc. Psychol.; 44:113-126.
9. DiMatteo, R. (1998) “The role of the physician in the emerging health care environment” West J. Med ;168:328-338.
10. Dinesh, B.J., Blane, D., Mercer S. (2012) “The role of empathy in therapy and the physician-patient relationship” Forsch Komplementmed;19:252-257.
11. Duarte, I., Branco, C., Raposo, L., Rodrigues, J. (2015) “Empathy in medical students as related to gender, year of medical school and specialty interest” Southeast Asian Journal of Medical Education ;9:1:50-53.
12. Eisenberg N., Lennon R. (1983) “Sex differences in empathy and related capacities” Psychol Bull ;94:100-131.
13. Flocke S., Miller W., Crabtree B., (2002) “Relationships between physician practice style, patient satisfaction and attributes of primary care” J. Fam. Pract.
14. Fulford KWM., Bloch S., (2001) “Psychiatric ethics: codes, concepts and clinical skills” New Oxford textbook of psychiatry, oxford University press, New York :27-32.
15. Garden R. (2008) “Expanding clinical empathy: An activist perspective” J. Gen. Intern Med; 24:1:122-125.
16. Glaser, K., Markham, F. Adler, H., McManus, P., Hojat, M (2007) “Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care: A validity study” Med.Sci Monit;13:7:291-294.
17. Gude T., Vaglum P., Anvik T., Baerheim A., Grimstad H. (2013) “A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP. Consultations” Scand J Prim Health Care; 31:31-35.
18. Ha JF., Longnecker N., (2010) “Doctor-patient communication: A review” Ochsner J;10:38-43.

19. Halpern J. (2003) “What is clinical empathy?” J. Gen. Med; 18:670-674.
20. Halpern J. (2007) “Empathy and patient- physician conflicts” Society of General internal Medicine; 22:696-700.
21. Hannawa AF. (2011) “Shedding light on the dark side of doctor-patient interactions: verbal and non-verbal messages physicians communicate during error disclosures” Patient Educ. Couns; 84:344-351.
22. Hogan R. (1969) “Development of an empathy scale” J. Consult Clin. Psychol.; 33: 307-316.
23. Hojat M., Mangione S., Nasca TJ., Chen MJM., Connella JS., Erdmann JB., Veloski JJ., Magee M., (2001) “The Jefferson Scale of Empathy: development and preliminary psychometric data.” Educational and Psychol Measurement; 61:349-365.
24. Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Veloksi, J., Magee, M. (2002) “The Jefferson Scale of Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level” Academic Medicine ;77:10:558-560.
25. Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., Magee, M. (2002) “Physician empathy: definition, components, measurement and Relationship to Gender and Specialty” Am. J Psychiatry; 159:1563-1569.
26. Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, M., Nasca, T., Vergare, M., Gonnella, J. (2005) “Empathy in medical students as related to specialty interest, personality and perceptions of mother and father” Personality and Individual Differences ;39:1205-1215.
27. Hojat, M., Maxwell, K., Carroll, S., Cass J. (2016) “Jefferson Scale of Empathy (JSE)” Thomas Jefferson University Philadelphia Pennsylvania USA.
28. Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S., Mortensen, L., Speicher, M., Bragan, L., LaNoue, M., Calabrese, L. (2018) “The Jefferson Scale of Empathy: a nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students” Advances in Health Education;23:899-920.
29. Jani, B., Blane, D., Mercer, S. (2012) “The role of empathy in therapy and physician-patient relationship” Forsch Komplementmed;19:252-257.
30. Knorrning, J., Lehti, A., Fahlstrom, M., Semb, O. (2022) “Empathy as a silent art-doctor’s daily balancing act: A qualitative study of senior doctors’ experiences of empathy” PLOSONE;17:12: e0277474:1-12.
31. LaMonica EL. (1981) “Construct validity of an empathy instrument” Res. Nurs Health; 4:389-400.

32. Layton JM. (1979) "The use of modeling to teach empathy to nursing students" Res. Nurs.Health;2:163-176.
33. Mehrabian A., Epstein NA. (1972) "A measure of emotional empathy" J.Pers.; 40:525-543.
34. Meng-Lin lee, Ton-Lin Hsieh, Chih-Wei Yang, Jou-Chien Chen, Yu-Jeng Ju and I-Ping Hsueh (2022) "Consistency analysis in medical empathy intervention research" International Journal of Environmental Research and Public Health ;19:10904:1-12.
35. McNally, G., Haque, E., Sharp, S., Thampy, H. (2022) "Teaching empathy to medical students" Clin. Teacher;20: e13557:1-5.
36. Ong LM., De Haes JC., Hoos AM., Lammes FB., (1995) "Doctor-patient communications: A review of the literature" Soc. Sci Med;40:903-918.
37. Ratka Anna (2018) "Empathy and the development of affective skills" American Journal of Pharmaceutical Education; 82:10:1140-1143.
38. Rogers CR (1975) "Empathic: An Unappreciated way of being." Couns. Psychol; 5:2-10.
39. Rotter DA., Hall JA., Katz NP. (1987) "Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions." Med Care; 25:467-451.
40. Roter D., Stewart M., Putman S., Limpin M., Stiles W., Inui T., (1997) "Communication patterns of Primary Care physicians" JAMA;277:350-356.
41. Santos, M., Grosseman, S., Morelli, T., Giuliano, I., Erdmann, T. (2016) "Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil" International Journal of Medical education;7:149-153.
42. Stewart M., Brown JB., Donner A., McWhinney IR., Oates J., Weston W., Jordan J. (2000) "The impact of patient-centered care on outcomes" J. Fam Pract; 49:796-804.
43. Subramaniam, T., Valuyeetham, P., Ambu, V. (2023) "Empathy amongst doctors: an observational study" Med. J. Malaysia ;78:3:344-349.
44. Sung Soo Kim, Stan Kaplowitz, Mark V. Johnston (2004) "The effects of Physician empathy on patient satisfaction and compliance" Evaluation & The Health Professions;27 (3),237-251.
45. Tavakol M, Dennick R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. Int J Med Educ. 2:53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ-ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
A.pdf

Επισυνάπτω την έγκριση της 2ΥΠΕ για τη διακίνηση του ερωτηματολογίου

KALLIOPI TSALMANOGLOU

APED Qualified eSignature Issuing CA: 18/10/20
CN=KALLIOPI TSALMANOGLOU
C=GR
2.5.4.2=EMMIS-44032836
2.5.4.4=TSALMANOGLOU
Public key:
RSA2048 bits



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 18.10.2023
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ/ 61747

ΠΡΟΣ: Όπως ο Πίνακας Αποδεκτών

ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας στην κ. Κοτσόκολου Αγγελική για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Σχετ.: Η αριθμ. πρωτ. 60462/12.10.2023 αίτησή της με τα συνημμένα δικαιολογητικά.

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ., παρακαλούμε να διευκολύνετε την κ. Κοτσόκολου Αγγελική μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, προκειμένου να πραγματοποιήσει έρευνα μέσω διανομής ερωτηματολογίου, στις μονάδες υγείας αρμοδιότητας της 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας, με θέμα «Ο βαθμός ενσυναίσθησης των ιατρών κατά την επικοινωνία με τους ασθενείς και ποιοι παράγοντες επιδρούν».

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Της διαφύλαξης των προσωπικών δεδομένων.
- Της τήρησης του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Να μην υπάρξει οικονομική ή άλλου είδους επιβάρυνση για τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.
- Να μην παρακωλύεται η λειτουργία των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.
- Την τήρηση των προβλεπόμενων διατάξεων (άρθρο 30 του Ν.4624/2019) για το απόρρητο των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα.

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα
Ηλ. Δ/ση: nikita@2dype.gov.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Κοινοποίηση:

-Ενδιαφερόμενη (Κοτσόκολου Αγγελική)

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα
Ηλ. Δ/ση: nikita@2dype.gov.gr