



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Επίπεδα ενσυναίσθησης και ηθική κρίση στους
επαγγελματίες υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ελένη Μερτίκα

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Γείτονα Μαρία

Κόρινθος, Ιούνιος 2022

Copyright © Ελένη Μερτίκα, 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατανόηση για τον ασθενή είναι αυτή που κάνει την ενσυναίσθηση σημαντική στη φροντίδα υγείας, παρέχοντας όλα τα οφέλη της αυξημένης θεραπευτικής διάκρισης και της συμμόρφωσης. Αυτή η ικανότητα μπορεί να είναι έμφυτη ή επίκτητη και συναρτά πρόδρομο της ηθικής κρίσης και της αντίληψης της ηθικής της φροντίδας που διαμορφώνει ο κάθε επαγγελματίας υγείας.

Σκοπός: Η διερεύνηση της ικανότητας ενσυναίσθησης και ηθικής κρίσης στους νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Ειδικότερα επιδιώκεται η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και στην ηθική συγκρότηση του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της αλληλεπίδρασής τους στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με τον ασθενή. Επιπλέον, εξετάζεται η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα ενσυναίσθησης και στις ηθικές αξίες των νοσηλευτών.

Υλικό-Μέθοδος: Διεξήχθη μια συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης με δείγμα ευκολίας και χρήση δομημένων ερωτηματολογίων. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Η ενσυναίσθηση εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο της κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index - IRI), ενώ η ηθική κρίση με το ερωτηματολόγιο της ηθικής ικανότητας (Moral Competence Test - MCT). Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 22.0.

Αποτελέσματα: Οι επαγγελματίες υγείας σημείωσαν τιμές μεγαλύτερες του μέσου όρου της κλίμακας στη γνωστική ενσυναίσθηση και στο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον, με τη γνωστική ενσυναίσθηση να προηγείται όλων. Η φαντασιακή ενσυναίσθηση και η προσωπική δυσφορία συγκέντρωσαν τιμές χαμηλότερες του μέσου όρου, με τη φαντασιακή ενσυναίσθηση να καταγράφει τις χαμηλότερες τιμές. Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η επαγγελματική εμπειρία σχετίστηκαν άμεσα με τις γνωστικές διεργασίες. Στις συναισθηματικές υποκλίμακες, υπήρξε συσχέτιση του ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος και της μη κατοχής μεταπτυχιακού διπλώματος και συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης, της μη κατοχής μεταπτυχιακού διπλώματος και της επαγγελματικής εμπειρίας με την προσωπική δυσφορία. Στην εκτίμηση της

ηθικής κρίσης, ο δείκτης C κατέγραψε χαμηλή τιμή, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων (62.7%) να σημειώνουν πολύ χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης. Στα αποτελέσματα της ανάλυσης ο δείκτης C επηρεάζεται από τη βαθμίδα εκπαίδευσης, το επίπεδο μεταπτυχιακών και την επαγγελματική εμπειρία.. Δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στις τέσσερις κλίμακες διαπροσωπικής ανταπόκρισης και στην ικανότητα ηθικής κρίσης.

Συμπεράσματα: Στο δείγμα της μελέτης διαπιστώθηκε η ικανότητα της ενσυναίσθησης που προάγει αλτρουιστικές συμπεριφορές και χαμηλή ικανότητα ηθικής κρίσης. Η ενσυναίσθηση και η ηθική κρίση αποτελούν θεμέλιο λίθο για την παροχή της ηθικής φροντίδας. Και οι δύο συνιστούν μεταβλητές ικανότητες, οι οποίες μπορούν να διδαχθούν παρέχοντας διττό όφελος, τόσο για τη διασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας όσο και για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις-κλειδιά: *ενσυναίσθηση, ηθική κρίση, ενσυναίσθηση της φροντίδας υγείας, ηθική της φροντίδας, επαγγελματίες υγείας.*

Abstract

Introduction: Patient understanding is what makes empathy important in health care, providing all the benefits of increased therapeutic distinction and compliance. This ability can be innate or acquired and is a precursor to moral judgment and moral perception of care that each health professional forms.

Aim: Investigation of empathic capability and moral judgment in the nursing staff of the General Hospital of Corinthos. In particular, the study of the relationship between the empathy and the moral composition of the nursing staff is sought, in order to determine the degree of its interaction in formatting the personality and behavior of health professionals in relation to the patient. In addition, the effect of demographic characteristics on the levels of empathy and moral values of nurses is examined.

Evidence-Method: A cross-sectional descriptive correlation study was conducted with a sample of convenience and the use of structured questionnaires. The sample of the research consisted of 150 nurses working at the General Hospital of Corinthos. Empathy was assessed with the Interpersonal Reactivity Index (IRI) questionnaire, while moral judgment was assessed with the Moral Competence Test (MCT). SPSS 22.0 was used for the statistical analysis.

Results: Health professionals scored higher than average on cognitive empathy and empathic concern, with cognitive empathy ahead of all. Fantasy empathy and personal distress were lower than average, with fantasy empathy recording the lowest values. Age, marital status and work experience were directly related to cognitive processes. In the emotional subscales, there was a correlation between empathic concern and not having a master's degree and a correlation between marital status, not having a master's degree and professional experience with personal distress. In the assessment of ethical competence, the C index recorded a low value, with the majority of participants (62.7%) noting a very low level of moral judgment. In the results of the analysis, the C index is influenced by the level of education, the level of postgraduate studies and the professional experience. No correlation was observed between the four scales of interpersonal response and moral judgment capacity.

Conclusions: The study population of hospital nursing personnel showed a capacity for empathy that promotes altruistic behaviors, and low moral judgment. Empathy and moral judgment are the cornerstone of providing ethical care. Both are variable capabilities that can be taught, providing a dual benefit, both to ensure quality care and to maintain the mental health of health care personnel.

Key words: *empathy, moral judgment, healthcare empathy, care ethics, health professionals.*

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iii
Abstract	v
Περιεχόμενα	vii
Κατάλογος Πινάκων	ix
Κατάλογος Διαγραμμάτων.....	x
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
Εισαγωγή.....	12
Κεφάλαιο 1 - Ενσυναίσθηση.....	15
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση.....	15
1.2 Ιστορική αναδρομή.....	17
1.3 Νευροεπιστημονική αιτιολογία της ενσυναίσθησης	19
1.4 Διαχείριση ενσυναίσθησης	21
1.5 Μέτρηση της ενσυναίσθησης.....	23
Κεφάλαιο 2 - Ηθική	25
2.1 Η έννοια της ηθικής.....	25
2.2 Η θεωρία της ηθικής ανάπτυξης	29
2.3 Ηθικό δίλημμα.....	30
2.4 Ηθική κρίση	31
2.5 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην ηθική κρίση	32
Κεφάλαιο 3 - Ενσυναίσθηση και ηθική στη φροντίδα υγείας.....	34
3.1 Η ενσυναίσθηση της φροντίδας υγείας.....	34
3.2 Αξίες και ηθική αρετή στη νοσηλευτική φροντίδα	36
3.3 Η ασθενοκεντρική προσέγγιση	38
3.4 Η επίτευξη της ηθικής της φροντίδας στο κλινικό περιβάλλον	40
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - Υλικό και μέθοδος της έρευνας	44
4.1 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα.....	44
4.2 Σχεδιασμός της έρευνας.....	45
4.3 Δείγμα.....	46
4.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	47

4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	51
4.6 Στατιστική ανάλυση	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Αποτελέσματα.....	54
5.1 Αξιοπιστία κλιμάκων.....	54
5.2 Δημογραφικά στοιχεία.....	55
5.3 Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης.....	56
5.3.1 Γνωστική ενσυναίσθηση.....	56
5.3.2 Φαντασιακή ενσυναίσθηση.....	57
5.3.3 Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον	58
5.3.4 Προσωπική δυσφορία.....	59
5.3.5 Συγκρίσεις μεταξύ επιμέρους κλιμάκων	60
5.4 Ικανότητα ηθικής κρίσης	61
5.5 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις	63
5.5.1 Διαφορές μεταξύ κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών	63
5.5.2 Συσχετίσεις	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - Συζήτηση - Συμπεράσματα.....	69
6.1 Συζήτηση.....	69
6.2 Περιορισμοί της μελέτης	76
6.3 Μελλοντικές επεκτάσεις - Προτάσεις	76
6.4 Συμπεράσματα.....	77
ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	80
Ελληνική βιβλιογραφία	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	95

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Θεωρία σταδίων ηθικής ανάπτυξης του Kohlberg	30
Πίνακας 2: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής	54
Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία νοσηλευτών (N=150)	55
Πίνακας 4: Βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης.....	56
Πίνακας 5: Βαθμολογία φαντασιακής ενσυναίσθησης.....	57
Πίνακας 6: Βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος	58
Πίνακας 7: Βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας	59
Πίνακας 8: Βαθμολογία δείκτη C.....	61
Πίνακας 9: Επίπεδα ηθικής κρίσης.....	62
Πίνακας 10: Γνωστική ενσυναίσθηση ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό	63
Πίνακας 11: Φαντασιακή ενσυναίσθηση ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό	64
Πίνακας 12: Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό	65
Πίνακας 13: Προσωπική δυσφορία ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό.....	66
Πίνακας 14: Δείκτης C ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό	67
Πίνακας 15: Συσχέτιση κλιμάκων διαπροσωπικής ανταπόκρισης και ικανότητας ηθικής κρίσης	68

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης	56
Διάγραμμα 2: Βαθμολογία φαντασιακής ενσυναίσθησης	57
Διάγραμμα 3: Βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος	58
Διάγραμμα 4: Βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας.....	59
Διάγραμμα 5: Μέσες τιμές στις επιμέρους κλίμακες ενσυναίσθησης.....	60
Διάγραμμα 6: Βαθμολογία δείκτη C.....	61
Διάγραμμα 7: Επίπεδα ηθικής κρίσης.....	62

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Η πορεία της υγειονομικής περίθαλψης στηριζόταν μέχρι πρόσφατα σε μια μηχανιστική αντίληψη του τρόπου λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού, με αποτέλεσμα να μην προάγονται επαρκώς έννοιες όπως η ενσυναίσθηση σε μια θεραπευτική σχέση, ενώ η ηθική διάσταση της φροντίδας υγείας περιοριζόταν στην τήρηση ορισμένων κανόνων επαγγελματικής δεοντολογίας. Τα τελευταία χρόνια και στο πλαίσιο της ασθενοκεντρικής και ολιστικής φροντίδας υγείας, παρατηρείται αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μελέτη, την κατανόηση και την καταγραφή της επίδρασης των στοιχείων της προσωπικότητας των επαγγελματιών υγείας στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν.

Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ατομική ικανότητα κατανόησης της συναισθηματικής κατάστασης των άλλων. Η επιτυχής επικοινωνία μεταξύ ανθρώπων βασίζεται εκτός των γλωσσικών δεξιοτήτων και σε κοινωνικές ικανότητες όπως αυτές της ενσυναίσθησης και της αντίληψης της προοπτικής του άλλου. Συνεπώς, αποτελεί θεμελιώδες μέρος του κοινωνικού συναισθηματικού ιστού, παρέχοντας μια γέφυρα μεταξύ των συναισθημάτων ενός ατόμου και των συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου (Levenson & Ruef, 1992). Η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την κοινωνική συμπεριφορά (Eisenberg & Strayer, 1987) και αποτελεί έναν αναγκαίο κοινωνικό δεσμό (Smith, 1790) συμβάλλοντας στην συναισθηματική ανάπτυξη, στην αγωγή και στην επιτυχή επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων. Επίσης, αποτελεί πρόδρομο της ηθικής αίσθησης, άρα και της αντίληψης της καταλληλότητας ή αποδοκμασίας μιας ενέργειας, εστιάζοντας στον ανθρώπινο παράγοντα.

Η ηθική συμπεριφορά απορρέει από συναισθηματικές και ορθολογικές αντιδράσεις (Nussbaum, 1986), αποτελώντας βασικό ρυθμιστικό στοιχείο των σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των ανθρώπων. Οι ηθικές αρχές κινητοποιούν τις ατομικές επιλογές σύμφωνα με πεποιθήσεις για το σωστό, το καλό ή το επιθυμητό (Weis & Schank, 2009; Λεμονίδου, 2014). Βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση, ιεραρχούνται με βάση προτεραιότητες (Rassin, 2008) και συντελούν στη λήψη ηθικών αποφάσεων (Orford, 2012). Όταν ένα άτομο ενστερνίζεται ηθικές αρχές μπορεί να γίνει λόγος για αρετές, δηλαδή στοιχεία της προσωπικότητάς του που αναπτύσσονται και αναθεωρούνται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Orford, 2012), προσδίδοντας στο χαρακτήρα του αυτό που μπορεί να περιγραφεί ως ηθική κρίση,

μια εσωτερική κατάσταση στάσεων, κινήτρων και συναισθημάτων (Τριανταφυλλίδου & Παπαγεωργίου, 2011). Η ηθική κρίση αναφέρεται επίσης ως ικανότητα ηθικής κρίσης ή ηθική ικανότητα (Lind, 1999; 2008).

Βασικό στοιχείο της ηθικής κρίσης είναι η προδιάθεση του ατόμου να υπερβαίνει τα όρια του εγωισμού του και να κατανοεί την προοπτική των συνανθρώπων του. Συνεπώς, η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης σχετίζεται άμεσα με την ατομική ηθική κρίση (Hoffman, 1991), διαδραματίζοντας στα επαγγέλματα υγείας θεμελιώδη ρόλο στην αντίληψη της ηθικής διάστασης της κλινικής πρακτικής (Adams, 2018). Στη θεραπευτική σχέση ο επαγγελματίας υγείας συνδέεται σε μικρό ή σε μεγαλύτερο βαθμό με τον ασθενή και η φροντίδα προκύπτει από έναν συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών εκτιμήσεων των αναγκών του. Απαραίτητη προϋπόθεση στη συνολική εκτίμηση των αναγκών και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας είναι η χρήση της ενσυναίσθησης (June, 2013), με διττά οφέλη για ασθενείς και επαγγελματίες υγείας (Woods, 1999). Μελέτες καταδεικνύουν ότι, ειδικά στο χώρο της νοσηλευτικής, η ενσυναίσθηση συνδέεται άμεσα με τη δυνατότητα ηθικής διαχείρισης πληθώρας ζητημάτων (Reynolds et al., 2000). Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη της ενσυναίσθησης και οι απόπειρες αξιολόγησής της αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στον σχεδιασμό και στην παροχή της σύγχρονης φροντίδας υγείας, η οποία δίνει πλέον μεγάλη έμφαση στην ηθική διάσταση κάθε θεραπευτικής αλληλεπίδρασης.

Στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί ιδιαίτερα η σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και στην ηθική κρίση του νοσηλευτικού προσωπικού. Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες που στοχεύει στη διερεύνηση της εν λόγω σχέσης σε νοσηλευτές δημόσιου νοσοκομείου, προκειμένου να διαπιστωθεί αν όντως τα μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης συνδέονται με αυξημένη ηθική ικανότητα. Επιπλέον, εξετάζεται η επίδραση που έχουν ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά στα επίπεδα ενσυναίσθησης και στις ηθικές αξίες των νοσηλευτών.

Η μελέτη αναπτύσσεται σε δύο μέρη: α) στο θεωρητικό και β) στο ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος διαρθρώνεται σε τρία κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο 1 οριοθετείται η έννοια της ενσυναίσθησης με μια ενδελεχή βιβλιογραφική επισκόπηση της εξέλιξης της έννοιας. Οι ειδικές αναφορές εστιάζονται στη νευροεπιστημονική αιτιολογία της ενσυναίσθησης, τη διαχείριση και τη μέτρησή της.

Στο Κεφάλαιο 2 προσεγγίζεται η έννοια της ηθικής, με έμφαση στη θεωρία της ηθικής ανάπτυξης του Kolberg. Επίσης, περιγράφονται οι έννοιες του ηθικού διλήμματος και της ηθικής κρίσης. Το κεφάλαιο καταλήγει με την παρουσίαση του ρόλου της ενσυναίσθησης στην ηθική κρίση.

Στο Κεφάλαιο 3 μελετάται η ενσυναίσθηση και η ηθική στη φροντίδα υγείας με αναφορές στην ενσυναίσθηση της φροντίδας υγείας και στις ηθικές αξίες στη νοσηλευτική φροντίδα. Οι ειδικές αναφορές εστιάζονται στην ασθενοκεντρική προσέγγιση στις υπηρεσίες υγείας και στην επίτευξη της ηθικής της φροντίδας στο κλινικό περιβάλλον.

Το ερευνητικό μέρος της μελέτης περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στο Κεφάλαιο 4 παρουσιάζεται αναλυτικά η μεθοδολογία της έρευνας. Το κεφάλαιο ξεκινά με την παράθεση του σκοπού, των επιμέρους στόχων και των ερευνητικών ερωτημάτων της μελέτης. Στη συνέχεια αναφέρεται και τεκμηριώνεται η ακολουθούμενη μεθοδολογία που αφορά στο σχεδιασμό και το δείγμα της έρευνας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, καθώς και την στατιστική ανάλυση.

Στο Κεφάλαιο 5 παρατίθενται τα αποτελέσματα της πρωτογενούς έρευνας, με αναλυτική παρουσίαση των ευρημάτων και τη διενέργεια των στατιστικών αναλύσεων.

Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζεται η συζήτηση, αναφέρονται οι περιορισμοί της μελέτης, διατυπώνονται οι μελλοντικές επεκτάσεις-προτάσεις και τα συμπεράσματα της μελέτης.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών και του παραρτήματος που περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

Κεφάλαιο 1

Ενσυναίσθηση

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η γενική έννοια της ενσυναίσθησης έχει μια ευρύτητα περιεχομένου, αγγίζοντας πολλούς τομείς του επιστητού που αφορούν τον άνθρωπο ως οντότητα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως μια βασική έννοια της ψυχολογίας. Κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο στις φιλοσοφικές και ψυχολογικές αναφορές, αποτελώντας επίκεντρο διαφόρων επιστημών τόσο σε κλινικό όσο και θεωρητικό επίπεδο.

Ο όρος «ενσυναίσθηση» στα αγγλικά (empathy), που ετυμολογικά προέρχεται από την λέξη εμπάθεια της κοινής ελληνιστικής, είχε την έννοια του ισχυρού πάθους, πάθος που δηλώνει υποφέρειν (Goleman, 2011). Στα σύγχρονα ελληνικά, η λέξη εμπάθεια είναι ένα θηλυκό ουσιαστικό που εμπεριέχει έννοιες όπως: έντονα αρνητικά συναισθήματα, εχθρότητα, πάθος εναντίον κάποιου (Μπαμπινιώτης, 2002). Ο αγγλικός όρος empathy μεταφράστηκε στα ελληνικά ως ενσυναίσθηση, μέσω δανεισμού της αυτολεξεί μετάφρασης του γερμανικού όρου *einführung* («feeling into», «αισθάνομαι εντός») που κατά τους γερμανικούς φιλοσοφικούς κύκλους αποτελούσε μια σημαντική κατηγορία στην φιλοσοφική αισθητική (Goleman, 2011). Στην ψυχολογία, ενσυναίσθηση συνήθως σημαίνει «βαθιά επικοινωνία με άλλους, μέσω συναισθηματικής ταύτισης ή κατανόησης». Πιο σπάνια, δηλώνει την διαχειριστική ενσυναίσθηση, δηλαδή συναισθηματική επίγνωση της κατάστασης του άλλου, αλλά με έλλειψη ταύτισης ή συνειδητής εκμετάλλευσης. Σε αυτή την τελευταία περίπτωση χρησιμοποιείται ο επίσης αδόκιμος όρος ενσυναισθησία, που σημαίνει μη ταυτιστική συναισθητική επίγνωση της ψυχικής κατάστασης των άλλων (Preston & de Waal, 2002).

Η ενσυναίσθηση και η εμπάθεια είναι ψευδόφιλοι όροι, δηλαδή λέξεις από διαφορετικές γλώσσες με μορφολογικές ή φωνητικές ομοιότητες ή κοινή καταγωγή, αλλά απόκλιση στην σημασία τους. Ο όρος ψευδόφιλος είναι μεταφραστικό δάνειο του γαλλικού «faux amis». Ένα συνώνυμο της ενσυναίσθησης είναι η μέθεξι, του αρχαίου ελληνικού μέθεξις (μετά + θέμα του μέλλοντα του ἔχω), που σημαίνει ψυχική συμμετοχή. Στα νέα ελληνικά μέθεξι σημαίνει ψυχική συνάντηση, επαφή,

επικοινωνία, ενώ στην φιλοσοφία επικοινωνία μεταξύ του αισθητού κόσμου και του κόσμου των ιδεών (Μπαμπινιώτης, 2002). Στην έβδομη τέχνη, η ενσυναίσθηση έχει αναδειχθεί μέσα από διεθνείς τηλεοπτικές παραγωγές των τελευταίων ετών, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα να αναφορές σε «κατοπτρικούς νευρώνες (mirror neurons)» που επιτρέπουν «καθαρή ενσυναίσθηση» (Fuller 2012; Black, Brancato & Fuller 2013). Στην ίδια παραγωγή, η ενσυναίσθηση εμφανίζεται επίσης έχοντας μια ασυνήθιστα κακοήθης ποιότητα, όπως φαίνεται στο παρακάτω απόσπασμα διαλόγου: «Ακραίες πράξεις βαναυσότητας απαιτούν υψηλό βαθμό ενσυναίσθησης. Την επόμενη φορά που το ένστικτό σας είναι να βοηθήσετε κάποιον, θα πρέπει πραγματικά να εξετάσετε το αν θα τους συνθλίψετε αντ' αυτού. Θα μπορούσατε να σώσετε στον εαυτό σας κάποια ταλαιπωρία» - Bedelia Du Maurier (Mancini & Fuller 2015).

Πληθώρα ορισμών συνδέονται με την έννοια της ενσυναίσθησης. Δεν υφίσταται σωστός ή λάθος ορισμός για την ενσυναίσθηση, απλά υπάρχουν διαφορετικοί ορισμοί. Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει το μοίρασμα των αντιληπτών συναισθημάτων του άλλου, «το να νοιώθεις με τον άλλο» (Eisenberg & Strayer, 1987, p. 5). Ο Hogan (1969) την αναφέρει ως «πράξη οικοδόμησης για τον εαυτό του, της ψυχικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου», ενώ ο Davis (1996) την ορίζει ως ένα σύνολο κατασκευών που σχετίζονται με τις απαντήσεις ενός ατόμου στις εμπειρίες ενός άλλου. Ο Hoffman (2000, p. 4) την περιγράφει ως «μία συναισθηματική απάντηση πιο κατάλληλη για την κατάσταση κάποιου άλλου από ό,τι για τον εαυτό του», ενώ ο de Waal (2008) ως την ατομική ικανότητα κάποιου να επηρεάζεται από την συναισθηματική κατάσταση του άλλου, να τη μοιράζεται, να εκτιμά, να αξιολογεί τις αιτίες πρόκλησής της και τελικά, να ταυτίζεται με αυτή, άμεσα και αυτόματα να «μπαίνει στη θέση του άλλου», υιοθετώντας τη δική του προοπτική.

Η έννοια της ενσυναίσθησης χαρακτηρίζεται από χρόνιες διαφωνίες και αποκλίσεις μεταξύ φιλοσοφίας, θεολογίας, ψυχολογίας, ηθολογίας και νευροεπιστήμης, λόγω έλλειψης συναίνεσης ως προς τη φύση του φαινομένου. Τα ανθρώπινα όντα έχουν έντονο κίνητρο να συνδέονται με άλλους, καθώς και να διατηρούν την ανεξαρτησία και την αυτονομία τους (Zahn-Waxler & Radke-Yarrow, 1990). Επιπλέον, βοηθούν ο ένας τον άλλο κάνοντας κάποιες θυσίες, εκ των οποίων μερικές είναι μεγάλες. Η φιλοσοφία και η θρησκεία προσπαθούν να απαντήσουν πως οι άνθρωποι όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν το αναπόφευκτο, διαχειρίζονται τις διαμάχες μεταξύ

των εγωιστικών αναγκών τους και των κοινωνικών υποχρεώσεών τους (Hoffmann, 2000). Η ενσυναίσθηση αποτελεί ικανότητα που συμβάλλει στην αναγνώριση των συναισθημάτων των άλλων και έχει τη βάση της στην «αυτοεπίγνωση», συνιστώντας «θεμελιώδη» ανθρώπινη δεξιότητα (Goleman, 2011). Εν προκειμένω, είναι το «κλειδί» για την κατανόηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Van Lange, 2008), συμβάλλοντας στην ανθρώπινη εξέλιξη που επηρεάζει τη σχέση μεταξύ των δύο ξεχωριστών αλλά συμπληρωματικών συστημάτων (Smith, 2006).

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η σύλληψη της ενσυναίσθησης ξεκίνησε ως μια φιλοσοφική ιδέα για να εξηγήσει την συναισθηματική απόκριση από τη θέαση τέχνης, που αργότερα γενικεύθηκε στο να συμπεριλαμβάνει αντιλήψεις περί της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου (Potash, Ho, Chick & Au Yeung, 2013). Οι ρίζες της ενσυναίσθησης στην αισθητική είναι σημαντικές, για να μεταβεί κανείς στη σημασία της στους τομείς της επιστημολογίας και της ηθικής, αφού αρχικά δήλωνε έναν τρόπο κατανόησης έργων τέχνης. Άλλες ιστορικές αναφορές εντοπίζουν την προέλευση της ενσυναίσθησης στην φιλοσοφική παράδοση (Svenaeus, 2014). «Einfühlung» στο πεδίο της φιλοσοφικής αισθητικής κυριολεκτικά σημαίνει «ενσυναισθάνομαι» την εμπειρία ενός έργου τέχνης ή ενός άλλου ανθρώπου (Stueber, 2016). Η διαδικασία της ενσυναίσθησης μιας εμπειρίας και ενός γεγονότος, είναι κρίσιμη για να μπορέσουμε να τα κατανοήσουμε με τον πιο ζωντανό και περίπλοκο τρόπο. Ο Theodor Lipps προσπάθησε να την ερμηνεύσει ως διαδικασία ακούσιας εσωτερικής μίμησης, την τάση του σώματος να αναπαράγει την κίνηση μίας άλλης οντότητας, των καλλιτεχνικών συμπεριλαμβανομένων, με συνέπεια η ανύψωση μιας αρχιτεκτονικής στήλης να δημιουργεί ένα αίσθημα ανάτασης στον παρατηρητή (Svenaeus 2014). Οι παρατηρητές έργων τέχνης, μπορούν να ανακατευθυνθούν από την αισθητική κριτική, σε μία συναισθηματική σύνδεση (Potash et al., 2013). Ο Lipps επίσης εκτιμά πως αντιλαμβανόμαστε την σκέψη των άλλων ανθρώπων με έναν άμεσο τρόπο (Hooker, 2015).

Μέρος της δυσκολίας μέτρησης της ενσυναίσθησης, είναι ότι δεν υπάρχει κάποιος καθολικά αποδεκτός ορισμός της και το ότι έχει μετρηθεί με ποικίλους τρόπους. Ωστόσο, υπάρχει γενική συναίνεση πως η ενσυναίσθηση έχει και γνωστικές και

συναισθηματικές συνιστώσες. Η γνωστική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει μια νοητική αναπαράσταση της εσωτερικής κατάστασης του άλλου, ενώ η συναισθηματική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης και αντιπροσωπευτικής βίωσης των συναισθημάτων του άλλου βασισμένα στη γλώσσα του σώματος, στις εκφράσεις του προσώπου και στην ομιλία, και να συνταυτίσει τη δική του συναισθηματική κατάσταση σε απάντηση στο άλλο πρόσωπο. Και οι δύο γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες υποστηρίζεται πως είναι απαραίτητες διαδικασίες προκειμένου ένα άτομο να ανταποκριθεί σε ένα άλλο με πλήρη ενσυναίσθηση (Cacciatore, Thieleman, Killian & Tavasolli, 2014). Η γνωστική ενσυναίσθηση (σχηματισμός σκέψεων περί της δύσκολης θέσης του άλλου) πάντα στηρίζεται στην συναισθηματική ενσυναίσθηση, και οι δύο με την έννοια του συντονισμού με τα συναισθήματα των άλλων πολύ ή λίγο ασυνείδητα (συναισθηματική μετάδοση) και με την έννοια του αισθήματος ανησυχίας για την ευημερία του (Svnaeus, 2014). Είναι δημοφιλής η παρομοίωση της ενσυναίσθησης με μπαμπούσκα, όπου μέσα από την ατομική ιστορία της εξέλιξης του ατόμου καλλιεργείται μία σειρά στρωμάτων το ένα πάνω στο άλλο, ξεκινώντας με τις διαδικασίες κατοπτρισμού μέχρι την ανάπτυξη αισθημάτων ανησυχίας και σκέψεις σχετικές με την κατάσταση των άλλων (Svnaeus, 2014).

Ο Batson (2010) επίσης αναφέρει δύο ερωτήσεις που επικαλούνται οι ερευνητές για να τους δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα: «πώς μπορεί κανείς να γνωρίζει τι σκέφτεται ή νιώθει ένα άλλο άτομο;» και «τι οδηγεί ένα άτομο να απαντήσει με ευαισθησία και φροντίδα στο υποφέρειν ενός άλλου;». Την πρώτη ερώτηση έχουν προσπαθήσει κυρίως να την απαντήσουν φιλόσοφοι, ψυχολόγοι και προσφάτως νευροεπιστήμονες, ενώ την δεύτερη μια ομάδα αντιπροσώπων διαφόρων τομέων, όπως αισθητικής, σπουδών ΜΜΕ, ιστορίας των ιδεών, κοινωνιολογίας, κοινωνικής ανθρωπολογίας, αιτιολογίας, βιοηθικής, κοινωνικής λειτουργικής, νοσηλευτικής και πολλών άλλων. Ερευνητές που προσπαθούν να την επεκτείνουν στον τομέα της ηθικής, μπορεί να κατηγορηθούν πως δεν διαχώρισαν την ενσυναίσθηση από φαινόμενα όπως την συναισθηματική μεταβίβαση και την συμπάθεια ή συμπόνια. Οι Frans de Waal (2009) και Simon Baron-Cohen (2011) προσπάθησαν να αποδείξουν πως η ανθρώπινη βιολογία κάνει τους ανθρώπους να ανησυχούν για τους άλλους, παρά να είναι εγωιστές και χειριστικοί, και έτσι κατηγορήθηκαν πως δεν διατήρησαν

μια σωστή διάκριση μεταξύ της ενσυναίσθησης από τη μία πλευρά, και την συμπόνοια και την ηθική, από την άλλη (Svenaeus 2014).

Τις προηγούμενες δεκαετίες η ενσυναίσθηση μελετήθηκε σε διάφορους ακαδημαϊκούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων συναισθηματικών νευροεπιστημών, την ψυχολογία, την ιατρική και την οικονομία, ενώ πλέον υπάρχει σχεδόν αποκλειστική εστίαση στην εξελικτική της προέλευση, την ανάπτυξη και τις νευροβιολογικές της βάσεις, καθώς επίσης στη διαμόρφωσή της από κοινωνικές επιδράσεις και διαπροσωπικές σχέσεις (Decety & Fotopoulou, 2015). Η σχετική με τον αλτρουισμό έρευνα εμπνεύστηκε από το εύρημα των κατοπτρικών, αλλά όχι μόνο από το πώς αυτοί οι νευρώνες μας κάνουν να κατανοούμε τους άλλους ανθρώπους, αλλά επίσης το πώς μας κάνουν να τους φροντίζουμε. Το πεδίο έρευνας της νευροηθικής εκτείνεται πέρα από τη σφαίρα της κοινωνικής νόησης, εισάγοντας προβληματισμούς σχετικά με την ανθρώπινη φύση ως «καλής» ή «κακής» στην ουσία της (Svenaeus, 2014).

1.3 Νευροεπιστημονική αιτιολογία της ενσυναίσθησης

Εμπειρικές και θεωρητικές εργασίες στην επιστήμη της εξέλιξης, την ψυχολογία και την νευροεπιστήμη της διάθεσης, συγκλίνουν στη θεώρηση της ενσυναίσθησης ως φυσικής ικανότητας, που αναπτύχθηκε μαζί με τον εγκέφαλο των θηλαστικών για τον σχηματισμό και τη διατήρηση κοινωνικών δεσμών, απαραίτητων για την επιβίωση, την αναπαραγωγή και τη διατήρηση της ευεξίας (Decety & Fotopoulou, 2015).

Όπως καταδεικνύεται τόσο μέσω νευροεπιστημονικής έρευνας όσο στοχαστικής πρακτικής, η σύνδεση ανάμεσα στην τέχνη και την ενσυναίσθηση έχει ενισχύσει τον χαρακτηρισμό της τέχνης από τον Buber, ως προωθητικής και διατηρητικής των αυθεντικών σχέσεων. Η ιδέα της ενσυναίσθησης προσφάτως ενισχύθηκε από την νευροεπιστημονική ανακάλυψη του δικτύου κατοπτρικών νευρώνων (Potash et al., 2013). Η πρόσφατη δημοσιότητα των κατοπτρικών νευρώνων επανεκκίνησε την ιστορία της ενσυναίσθησης ως ικανότητας αντίληψης και εικασίας της οπτικής του άλλου στον κόσμο, σαν πνευματική φιλοσοφία (Stueber, 2016).

Η διαδικασία της συναισθηματικής μετάδοσης συχνά εξηγείται μέσω αναφορών στην νευρική μας ανατομία, και συγκεκριμένα τους γνωστούς πλέον «κατοπτρικούς νευρώνες». Οι κατοπτρικοί νευρώνες πυροδοτούνται όχι μόνο όταν κανείς πράττει κάτι, αλλά επίσης όταν βλέπει ή ακούει κάποιον άλλο να κάνει όμοιες πράξεις,

παρέχοντάς μας τη δυνατότητα να αισθανόμαστε και να καταλαβαίνουμε τις σωματικές εκφράσεις και πράξεις αυτών των προσώπων, χωρίς να σχηματίζουμε κάποια ρητή υπόθεση για την ψυχική κατάσταση αυτών (Svenaeus, 2014). Δεδομένων των πολύπτυχων προοπτικών της ενσυναίσθησης, δεν υπάρχει κάποια μεμονωμένη περιοχή στον εγκέφαλο όπου εδράζεται αυτή η ικανότητα (Decety & Fotoroulou, 2015). Η νευρολογική έρευνα επάνω στην ενσυναίσθηση δεν αφορά μόνο στους κατοπτρικούς νευρώνες, αλλά επίσης διάφορες μορφές νευρολογικής επεξεργασίας που ανήκουν σε τουλάχιστον 10 διαφορετικές περιοχές του φλοιού και του μεταιχμιακού συστήματος που ονομάστηκαν από τον Simon Baron-Cohen ως «το κύκλωμα της ενσυναίσθησης» του ανθρώπινου εγκεφάλου (Svenaeus, 2014). Εμπλέκονται τα κυκλώματα που συμμετάσχουν στην συναισθηματική προβολή (αμυγδαλή, νήσος του εγκεφάλου και πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου), του κεντρικού εκτελεστικού δικτύου (ραχιαίο πλευρικό προμετωπιαίο φλοιό, οπίσθιο βρεγματικό φλοιό) και κυκλωμάτων που συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας (εγκεφαλικό στέλεχος, υποθάλαμος, βασικά γάγγλια, μεσοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό), αποτελώντας ανεξάρτητο και σφιχτά συνδυσασμένα δίκτυα που υποστηρίζουν την εμπειρία της ενσυναίσθησης (Decety & Fotoroulou, 2015).

Ο εγκέφαλος δεν χαρτογραφεί απλώς αυτά τα οπτικά, γλωσσικά, αναμνηστικά κ.λπ. όμοια γεγονότα ενεργοποιώντας τα ίδια κυκλώματα, αλλά στα επόμενα κλάσματα του δευτερολέπτου επεξεργάζεται επίσης πληροφορίες που επιτρέπουν σε κάποιον να γνωρίζει αν ο ίδιος ή κάποιος άλλος είναι αυτός που δρα ή εκφράζει ένα αίσθημα, ή μόνο φαντάζεται ή θυμάται το εν λόγω γεγονός. Δεν αντιλαμβάνεται κανείς το άλλο άτομο ως βρισκόμενο σε μια συγκεκριμένη ψυχική κατάσταση επειδή σχηματίζει μια θεωρία γύρω από τις εκφράσεις του βασιζόμενος σε μια αναλογία με τον εαυτό μας, αλλά επειδή αισθανόμαστε απευθείας τις εκφράσεις του και μέσω άμεσης προβολής αντιλαμβανόμαστε αυτά τα αισθήματα ως άλλου, παρά δικά του. Τα συναισθήματα δεν είναι απλές πεποιθήσεις για το πώς είναι τα πράγματα στον κόσμο (και θα έπρεπε να είναι) που τυπικά συνοδεύονται από σωματικές αισθήσεις (γνωστική θεωρία του συναισθήματος). Είναι τρόποι θεώρησης του αντιληπτού κόσμου μέσω αισθήσεων που είναι αγκιστρωμένες στο σώμα (αντιληπτική θεωρία του συναισθήματος). Το αντικείμενο των συναισθημάτων ενσυναίσθησης είναι ακριβώς τα αισθήματα, πράξεις, προθέσεις και καταστάσεις των άλλων ατόμων, που διερευνώνται και θεωρούνται μέσω της ενσυναισθητικής εμπειρίας αυτών (Svenaeus, 2014).

Επιπροσθέτως, οι νευρικές οδοί που συμμετέχουν στην ενσυναίσθηση και την φροντίδα ευοδώνονται και ρυθμίζονται από νευροενδοκρινείς μηχανισμούς. Συγκεκριμένα το νευροπεπτίδιο οξυτοκίνη, που παίζει κύριο ρόλο στην κοινωνική αλληλεπίδραση με το να μειώνει το άγχος και το στρες, έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει τη γνωστική ενσυναίσθηση και την ενσυναισθητική ανησυχία (Decety & Fotopoulou 2015).

1.4 Διαχείριση ενσυναίσθησης

Η αντιφατική συγκίνηση της ενσυναίσθησης μπορεί να προκαλέσει συναισθηματικές απαντήσεις διαφορετικής κατεύθυνσης, όπως συμπόνια, συμπάθεια, τρυφερότητα και αρέσκεια, οι οποίες δεν είναι σημαντικές και παρόλο που καλούνται ενσυναίσθηση, επίσης καλούνται ως συμπάθεια (Smith, 1790), συμπόνια (Hume, 1896) και τρυφερό συναίσθημα (Mcdougall, 1908).

Η προσωπική δυσφορία και η συμπάθεια δεν προέρχονται πάντα από την ενσυναίσθηση, ορισμένες φορές μπορεί να προκύψουν από τη γνωστική επεξεργασία (Eisenberg et al., 1991). Ο Batson (2010) προτείνει μία διττή θέση, διαχωρίζοντας την ενσυναίσθηση από την προσωπική δυσφορία, θεωρώντας ότι κατευθύνονται από διαφορετικούς τύπους φιλοσοφικών κινήτρων. Η σύγχρονη ψυχολογία στην συναισθηματική ενσυναίσθηση περιγράφει τον εγωιστικό προσανατολισμό (Batson et al., 1981). Η προσωπική δυσφορία προκαλεί αισθήματα ανησυχίας, αναστάτωσης, διαταραχής, αγωνίας και ένα φαινομενικά αλτρουιστικό ενδιαφέρον. Συνεπώς, η μείωση της δυσφορίας κάποιου άλλου μπορεί να μην αποτελεί τον τελικό στόχο της δράσης, αλλά ενδιάμεσο μέσο, αποσκοπώντας εν τέλει στη μείωση της αγωνίας του υποκειμένου, εξαιτίας της ταυτόχρονης αύξησης του δικού του δυσάρεστου συναισθήματος που προκύπτει αν δεν βοηθήσει (ντροπή, ενοχή). Κατευθυνόμενος πλέον από εγωιστικά κίνητρα, τείνει να μειώσει τη δυσφορία είτε βοηθώντας είτε διαφεύγοντας (απομακρύνεται από την αιτία) (Batson, 2010). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίχθηκαν από δεδομένα της γνωστικής νευροεπιστήμης (Klimecki et al., 2013) και άλλων εμπειρικών μελετών (Batson et al., 2002).

Στον αντίποδα, η ενσυναίσθηση προκαλεί αλτρουιστικά κίνητρα με στόχο τη μείωση της ανάγκης-αγωνίας του άλλου, η οποία επιτυγχάνεται με τη βοήθεια και όχι με τη διαφυγή (Batson, 2010). Όταν κάνουν την εμφάνισή τους αυτά τα αντιφατικά

συναίσθημα, οι αντιδράσεις δυσφορίας προκύπτουν έμφυτα και η ενσυναίσθηση εξέρχεται από τη δυσφορία μέσα από γνωστικές προοπτικές λήψης αποφάσεων και συναισθηματικής κοινωνικοποίησης (Hoffman, 1975). Ερευνητικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντικό κίνητρο για βοήθεια (Mehrabian & Epstein, 1972), το οποίο είναι πραγματικά αλτρουιστικό για τη μείωση της δυσφορίας του άλλου (Krebs, 1975). Στην υπόθεση ενσυναίσθησης-αλτρουισμού, τα άτομα επιθυμώντας να καταπνίξουν το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον σε μία προσπάθεια που οδηγεί σε αδυναμία παροχής αποτελεσματικής βοήθειας ή για νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς τελικού σταδίου, μπορεί να αποφύγουν το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον προκειμένου να γλυτώσουν από το αλτρουιστικό κίνητρο που προκύπτει (Shaw et al., 1994).. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να υπάρξει ένα εγωιστικό κίνητρο για την αποφυγή του αλτρουιστικού κινήτρου (Batson, 2010).

Ο εγωισμός και ο αλτρουισμός ως εννοιολογικά κίνητρα δεν μπορούν άμεσα να παρατηρηθούν, παρά μόνο μέσω της συμπεριφοράς (Batson et al., 1981). Όταν η βοήθεια παρακινείται από αλτρουιστικά και όχι εγωιστικά κίνητρα, η αύξηση της ευημερίας κάποιου δεν συναρτά ενδιάμεση οργανική απάντηση που στοχεύει σε αύξηση της ατομικής ευημερίας, είναι αυτοσκοπός, ανεξαρτήτως εύκολης ή δύσκολης διαφυγής (αυξημένη ενσυναίσθηση). Σε μειωμένη ενσυναίσθηση, τα άτομα βοηθούν μόνο όταν η διαφυγή είναι δύσκολη, ενώ κάθε ενσυναίσθητη κατάσταση με δύσκολη διαφυγή οδηγεί σε περισσότερη βοήθεια από την εύκολη διαφυγή (Batson et al., 1981). Ένα εγωιστικό άτομο μπορεί να απομακρυνθεί από κάποιον που έχει ανάγκη, αντίθετα η συναισθηματική εμπλοκή τον αγκιστρώνει (de Waal, 2008).

Στην αλτρουιστική συμπεριφορά δεν παρατηρείται διαφορά στο ποσοστό βοήθειας, με την συναισθηματική ενσυναίσθηση να παράγει πραγματικά αλτρουιστικά κίνητρα συγκριτικά με την εγωιστική αντίληψη των θεωριών κινήτρων (Batson et al., 1981). Μολονότι η ευημερία ενός ατόμου μπορεί να αυξηθεί με αλτρουιστική υποκίνηση (προσωπική ικανοποίηση, ανακούφιση), το προσωπικό κέρδος πρέπει να είναι «ακούσιο παραπροϊόν» και όχι στόχος της συμπεριφοράς (Batson et al., 2002). Επίσης, οι περισσότεροι συγγραφείς εξετάζουν τις συνέπειες της κινητοποίησης της ενσυναίσθησης να βρίσκονται αποκλειστικά στον κοινωνικό τομέα ή η ενσυναίσθηση να προσδιορίζεται ως ενδιαφέρον ή συμπόνια για την ευημερία κάποιου άλλου, όμως, τα κίνητρα για ενσυναίσθηση δεν είναι σε καμία περίπτωση μόνο κοινωνικά (Bischof-Kohler, 1991).

Αν και η ενσυναίσθηση ταυτίζεται με τη συνεργατικότητα (Marcus et al., 1979), καταγράφοντας αρνητική σχέση με την επιθετικότητα (Miller & Eisenberg, 1988), μπορεί να οδηγήσει σε ακριβώς αντίθετα αποτελέσματα (Bischof-Kohler, 1991). Η ενσυναίσθητη συμπεριφορά εξαρτάται από το είδος της υφιστάμενης σχέσης μεταξύ των ατόμων. Μία κατάσταση σε κακή σχέση δύναται να προκαλέσει κακόβουλη υπερηφάνεια, ενώ σε συναισθηματική απόκριση εισπράττεται ταυτόχρονα η εντυπωσιακή κοινή αγωνία. Ομοίως, η σύνδεση της επιθετικότητας με την ενσυναίσθηση μπορεί να οδηγήσει σε αντικοινωνικές συνέπειες, καθώς μόνο τα ικανά άτομα για ενσυναίσθηση μπορούν να αντιληφθούν ότι η επιθετική τους συμπεριφορά βλάπτει τον παραλήπτη (Bischof-Kohler, 1991).

Επιπλέον, εγκυμονεί κίνδυνος σε καταστάσεις όπου η ενσυναίσθηση μπορεί να προκαλέσει αλτρουισμό για συγκεκριμένους ανθρώπους αλλά παράλληλα να αντιτίθεται σε άλλους σημαντικούς στόχους όπως η ίση μεταχείριση και τα συλλογικά συμφέροντα. Η ενσυναίσθηση, δηλαδή, μπορεί να οδηγήσει σε στήριξη ατόμων, παραβιάζοντας τη δικαιοσύνη και παραβλέποντας τη συλλογική ευημερία (Van Lange, 2008), ή μη όντας πάντα άμεση οδός για ηθική συμπεριφορά μπορεί να παρεμβαίνει στην ηθική λήψη αποφάσεων εισάγοντας τη μεροληψία (π.χ. ευνοώντας ομοειδείς) (Decety & Cowell, 2014). Μελέτη καταδεικνύει την αρνητική σχέση της συναισθηματικής ενσυναίσθησης όταν η θεραπευτική βοήθεια συνδέεται με την κοινωνική ελκυστικότητα (Krebs, 1970).

1.5 Μέτρηση της ενσυναίσθησης

Ποικίλες κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης ως σταθερή ανθρώπινη ικανότητα ή ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Mehrabian & Epstein, 1972; Davis, 1980), ως κατάσταση (Batson et al., 1987), με τα ευρήματα να καταδεικνύουν ότι η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μια μονοδιάστατη έννοια (Bachelor, 1988). Στο πλαίσιο αυτό, περιγράφονται πλέον πολυδιάστατα μοντέλα ενσυναίσθησης (Hogan, 1969; Davis, 1980; Bachelor, 1988; Davis, 1994; Neville, 1996; Hoffmann, 2000; Preston & de Waal, 2002). Υποστηρίζεται ότι πρέπει να εξετάζονται και οι δύο πλευρές όταν είναι εφικτό (Iannotti, 1979), διότι οι υποκλίμακες μεταξύ τους αλληλοεπηρεάζονται (μεγαλύτερη ικανότητα λήψης προοπτικών συνδέεται με περισσότερα συναισθήματα ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος)

και μπορούν να επιδράσουν στις αντιδράσεις και στη συμπεριφορά προς τους άλλους (Davis, 1980).

Επιπλέον, εξαιτίας των περιορισμών των ανθρώπινων αντιλήψεων, η προσέγγιση της παραδοσιακής κλίμακας φαίνεται ανεπαρκής ως προς την ενσυναίσθηση όταν ορίζεται ως μια εσωτερική εμπειρία (γνωστική/συναισθηματική) ή μια ακολουθία εμπειριών (εσωτερική/εξωτερική) (Duan & Hill, 1996). Η γνωστική εκτίμηση μιας κατάστασης, ως απόρροια της συναισθηματικής αντίδρασης (Frijda, 1993) βασίζεται στην εμπειρία του παρελθόντος, στην αυτόνομη διέγερση και στην ανατροφοδότηση της κατάστασης (James, 1884). Συνεπώς, με τη συνύπαρξη των υποκλιμάκων, οι απαντήσεις συνοψίζονται σε ένα μοναδικό σκορ ενσυναίσθησης, αποκρύπτοντας με τον τρόπο αυτό τις ξεχωριστές επιρροές αυτών των συστατικών στην συμπεριφορά (Davis, 1980).

Οι ηθικοί της φροντίδας εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με τη συνάφεια της ενσυναίσθησης, οι οποίες είναι εν μέρει εννοιολογικού χαρακτήρα. Μολονότι είναι κατεξοχήν φαινόμενο των σχέσεων, συχνά περιορίζεται ως μεμονωμένο γνώρισμα ή ικανότητα (van Dijke et al., 2018). Όπως χαρακτηριστικά περιγράφει η νοσηλευτική θεωρία, η ενσυναίσθηση θεωρείται κυρίως ως προσωπική ποιότητα, αρετή ή διάθεση, στοιχεία που μπορούν να μετρούνται και να εκπαιδεύονται αυτόνομα. Από την άποψη της δεοντολογίας της περίθαλψης, μπορεί να μην γίνεται πλήρως κατανοητή η σημασία της ενσυναίσθησης όταν θεωρείται μόνο ως προσωπική αρετή ή στάση, αλλά για περεταίρω κατανόηση των λειτουργιών και περιορισμών της πρέπει να εξετάζονται και οι σχετικές διαστάσεις της οι οποίες διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στη διαδικασία της ενσυναίσθησης (van Dijke et al., 2018). Καταλήγοντας, η μέτρηση της ενσυναίσθησης καθίσταται δύσκολη διότι είναι πολύπλευρη με ευρεία εννοιολογική έκταση και χειραγωγήσιμη λόγω των επιρροών από τα πλαίσια στα οποία αναδύεται.

Κεφάλαιο 2

Ηθική

2.1 Η έννοια της ηθικής

Η ηθική, με βάση την κλασική ελληνική σημασία, εμφανίζεται ως δεξιότητα να αποφασίζει το άτομο ποιο είναι το σωστό και το λάθος (Staub, 1978). Ο Αριστοτέλης (1949) στα «Ηθικά Νικομάχεια», αναφέρει ότι η ηθική είναι ένα είδος αρετής, ονομαζόμενο ως έθος. Ουσιαστικά, η ηθική είναι εκείνο το μέρος της προσωπικότητας που εκφράζει το δεσμό του ατόμου με την κοινωνία (Hoffman, 1992) και αποτελείται από κανόνες, έθιμα, συνήθειες και αρχές που ρυθμίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και επηρεάζουν την ανθρώπινη ευημερία. Στα αγγλικά αναφέρεται ως «morality» από το λατινικό «mores» που σημαίνει «έθιμα». Στον πυρήνα της εκπροσώπησης της έχει τους Πλάτωνα και Αριστοτέλη με τις αρεταϊκές ηθικές, τον Stuart Mill για την ωφελμιστική ηθική και τον Kant για τη δεοντολογική ηθική (Razis, 1990).

Η έννοια της ηθικής εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της ανθρώπινης βούλησης. Η ηθική σχετίζεται κυρίως και πρωτίστως με τον άνθρωπο και αφορά στη συνολική ζωή του (Φαράντος, 1973). Αναφέρεται στον τρόπο που ο άνθρωπος, ως λογικό ον, ενεργεί στις διάφορες περιστάσεις του βίου του. Η ύπαρξη ηθικής, ως ανθρώπινης συμπεριφοράς, προϋποθέτει την παρουσία της βούλησης. Η ηθική παρουσιάζεται ως χαρακτηριστικό του ανθρώπινου είδους, καθώς σε αυτό ενυπάρχουν τα χαρακτηριστικά της λογικής και του αυτεξούσιου (Μαντζαρίδης, 1991; Βασιλόπουλος, 1992). Ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να κρίνει χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες της νόησης, να λαμβάνει αποφάσεις και να ενεργεί αναλόγως τις περιστάσεις που αντιμετωπίζει. Το ανθρώπινο είδος, σε αντιδιαστολή με τα άλλα είδη του ζωικού και του φυτικού βασιλείου, έχει προικιστεί κατά τρόπο αποκλειστικό με τη δυνατότητα αυτή. Να κρίνει, να επιλέγει και να διαφοροποιεί τον τρόπο αντίδρασης και ενέργειας στα διάφορα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.

Μια ακόμη πτυχή της ανθρώπινης ηθικής αναφέρεται στη χρήση της ως μέσου οριοθέτησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το ανθρώπινο ήθος οριοθετεί το θεμιτό από το αθέμιτο, το σωστό από το λάθος, το επιτρεπτό από το ανεπίτρεπτο σε κάθε ανθρώπινη ενέργεια. Σύμφωνα με τον Κακαβούλη (2003), η ηθική αναφέρεται στο

σύνολο των παγιωμένων αρχών (αντιλήψεων, πεποιθήσεων, κανόνων) που καθορίζουν τι επιτρέπεται, τι απαγορεύεται και τι επιβάλλεται σε κάθε περίπτωση. Ο κεντρικός κορμός των αρχών αυτών αποτελείται από θεμελιώδεις αξίες που έχουν πανανθρώπινη αποδοχή (π.χ. σεβασμός της ανθρώπινης ζωής, δικαιοσύνη κ.ά.). Ωστόσο, η ανθρώπινη ηθική περιλαμβάνει και άλλες επιμέρους αρχές και αντιλήψεις, οι οποίες, χωρίς να έχουν υποδεέστερη αξία, παρουσιάζουν ποικιλομορφία μεταξύ διαφορετικών κοινωνιών, ιστορικών εποχών και πολιτισμών (θρησκευτικές-πολιτιστικές-ανθρωπιστικές αξίες κ.ά.) (Μασσού & Μανιάτη, 2008).

Αυτή η οπτική παρουσιάζει την ανθρώπινη ηθική ως ένα σύνολο αρχών που επηρεάζουν τη διαμόρφωση της αντίληψης για το πώς κανείς συμπεριφέρεται ως μέλος του κοινωνικού συνόλου (Reed, 1997). Οι αρχές και οι αξίες που διαμορφώνονται και επικρατούν στη ζωή μιας κοινωνίας έχουν μεγάλη σπουδαιότητα, για τη διατήρηση της κοινωνίας και ιδιαίτερη σημασία για τη συνοχή και την ορθή λειτουργία της (Μαντζαρίδης, 2004). Η ηθική, ως σύνολο αρχών, οριοθετεί τις ανθρώπινες ενέργειες. Αποτελεί πλαίσιο δράσης και εγγύηση της συνοχής της κοινωνίας, που αποτρέπει τις αποκλίσεις στην συμπεριφορά των μελών της και διαμορφώνει μια ευρεία ομοιομορφία στις ανθρώπινες ενέργειες.

Η αντιμετώπιση της ανθρώπινης ηθικής, ως συνόλου αρχών για το χαρακτηρισμό του ορθού και του επιτρεπτού, συνδέεται με την αναζήτηση της αφετηρίας της ανθρώπινης ηθικότητας. Στην προσπάθεια διατύπωσης απάντησης στο ερώτημα περί προέλευσης της ηθικής, καταγράφονται δύο κύριες κατευθύνσεις. Η πρώτη είναι η άποψη της έμφυτης ηθικότητας, η οποία αποδίδει μεγαλύτερη βαρύτητα στον εγγενή χαρακτήρα της ανθρώπινης ηθικότητας. Πρεσβεύει ότι ο άνθρωπος έχει την προδιάθεση να αναπτύξει ηθική συνείδηση και συμπεριφορά. Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η ικανότητα διάκρισης μεταξύ του καλού και του κακού, του αληθινού και του ψεύτικου, του δίκαιου από το άδικο, είναι έμφυτη σε κάθε άνθρωπο. Είναι ένα δώρο που κάθε άνθρωπος αξιοποιεί περισσότερο ή λιγότερο. Καθένας, επομένως, έχει τη δυνατότητα να σκέπτεται, να αισθάνεται και να ενεργεί ηθικά.

Στον αντίποδα αυτής της άποψης, βρίσκεται η εμπειρική θεώρηση της ηθικότητας που αποδίδει μεγαλύτερη σημασία στην επίδραση του περιβάλλοντος. Η ηθικότητα είναι αποτέλεσμα των εμπειριών που αποκτά κάθε άτομο από το περιβάλλον στο οποίο ζει. Αναπτύσσεται σταδιακά και είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και κοινωνικού περιβάλλοντος. Η αλληλεπίδραση αυτή εκδηλώνεται με τη

διαδικασία της διαπαιδαγώγησης, τους μηχανισμούς μάθησης και μίμησης των προτύπων. Το επίπεδο ανάπτυξης της ηθικής επηρεάζεται από τα ερεθίσματα του χώρου στον οποίο κάθε άνθρωπος ζει και αναπτύσσεται (Κακαβούλης, 2003). Πρόκειται για δύο διαμετρικά αντίθετες τοποθετήσεις, που ιστορικά εμφανίζονται με μεγαλύτερες ή μικρότερες εξάρσεις, επιχειρώντας να προσδιορίσουν την προέλευση της ηθικής ως μέσου που επηρεάζει την ανθρώπινη δραστηριότητα.

Η ανθρώπινη ηθικότητα, όμως, δεν περιορίζεται μόνο στις ενέργειες που κάθε άνθρωπος τελεί. Η ηθική έχει ευρύτερες διαστάσεις. Σχετίζεται με τη συνολική ζωή του ανθρώπου (Φαράντος, 1973) και αναφέρεται όχι μόνο στον τρόπο του ενεργείν, αλλά και στον τρόπο του σκέπτεσθαι. Εκδήλωση της ηθικότητας αποτελεί όχι μόνον η ηθική συμπεριφορά, αλλά και ο ηθικός διαλογισμός (Βασιλόπουλος, 1985). Οι ενέργειες προκαλούνται μετά από λογικές διεργασίες, περισσότερο ή λιγότερο συνειδητές, της ανθρώπινης σκέψης, και απηχούν τις αντιλήψεις κάθε ανθρώπου. Το ήθος περιλαμβάνει όλες τις ιδιότητες που ξεχωρίζουν κάθε άνθρωπο και δίνουν περιεχόμενο στην οντότητά του. Πρόκειται για όλα αυτά τα συστατικά στοιχεία που με μια λέξη αποκαλούνται χαρακτήρας του ανθρώπου (Μωραΐτης, 1965). Μεταξύ των συστατικών στοιχείων της ανθρώπινης ηθικής περιλαμβάνονται όχι μόνον οι ανθρώπινες ενέργειες, αλλά και οι σκέψεις που προηγούνται ή έπονται αυτών, οι λογικές διεργασίες που προηγούνται των ενεργειών αυτών και οδηγούν στην υλοποίησή τους, καθώς και οι κρίσεις που αποτιμούν τα αποτελέσματά τους και η λεγόμενη ηθική κρίση, που αποτελεί το δεύτερο συστατικό της ανθρώπινης ηθικότητας.

Μια συνολικότερη αντιμετώπιση του περιεχομένου της ανθρώπινης ηθικής διευρύνει τα συστατικά στοιχεία της και υποστηρίζει πως η ηθικότητα έχει τρεις διαφορετικές πλευρές. Υπογραμμίζει καταρχάς ότι η ανθρώπινη ηθική θεμελιώνεται σε στοιχεία της ανθρώπινης προσωπικότητας και εξαρτάται από παράγοντες του συναισθηματικού κόσμου (συναίσθημα) (Lind, 2008). Αυτό γίνεται αντιληπτό από την έμφυτη τάση που έχει κάθε άνθρωπος να εκδηλώνει αρετές (όπως η συμπόνια, η αγάπη, η αλληλεγγύη), να παρέχει βοήθεια προς τους συνανθρώπους του, αλλά και να επιδιώκει τη δικαιοσύνη ή να νιώθει ενοχές όταν προκαλεί το κακό. Πρόκειται για τη συναισθηματική πλευρά της ανθρώπινης ηθικής, που συνοπτικά αποκαλείται ηθικό συναίσθημα.

Τονίζεται, επίσης, ότι η ανθρώπινη ηθική δεν είναι στάσιμη, αλλά έχει δυναμικό χαρακτήρα που επιτρέπει την καλλιέργειά της. Η ανάπτυξη της ηθικής του ανθρώπου προϋποθέτει την καλλιέργεια των γνωστικών δυνατοτήτων του (Kohlberg et al., 1990; Lind, 2008). Η ηθικότητα διαμορφώνεται μέσα από την κατανόηση εννοιών, τη γνώση θεμελιωδών αρχών και την καλλιέργεια της ηθικής σκέψης και κρίσης. Η ικανότητα ηθικής κρίσης αποτελεί χαρακτηριστικό της ανθρώπινης ηθικής. Αντιπροσωπεύει το τμήμα εκείνο που σχετίζεται με το γνωστικό περιεχόμενο των ηθικών αρχών και αξιών που έχει ένα άτομο και στηρίζεται στην ύπαρξη νοητικών ικανοτήτων.

Επιπλέον, η ηθικότητα κάθε ατόμου βρίσκει εφαρμογή στην καθημερινότητα και γίνεται φανερή στους υπόλοιπους ανθρώπους με ενέργειες που συνολικά αποτελούν την ηθική συμπεριφορά. Η ηθική συμπεριφορά είναι ο μηχανισμός με τον οποίο τα συναισθήματα και η ηθική σκέψη γίνονται πράξη και διαμορφώνουν τις επιλογές και τις ενέργειες κάθε ατόμου στο πλαίσιο της κοινωνικής πραγματικότητας (Lind, 2008).

Από τα παραπάνω, είναι φανερό ότι η ηθική δεν είναι μια μονοσήμαντη έννοια. Αποτελεί φαινόμενο με ποικίλες εκφάνσεις, οι οποίες είναι περισσότερο ή λιγότερο φανερές. Κατά τον Γιανναρά (1979), η ηθική ασχολείται με τα θέματα που αναφέρονται στο ανθρώπινο ήθος. Ως κλάδος της φιλοσοφίας πραγματεύεται τις αξιολογικές κρίσεις μεταξύ καλού και κακού, επιδιώκοντας να προσδιορίσει τον σκοπό της ανθρώπινης ζωής, καθώς και τα μέσα-τρόπους για την επιτυχή έκβασή του (Μπαμπινιώτης, 2002). Αναπτύσσεται και καθορίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου από μια ποικιλία πηγών που αποτιμώνται. Στις ανθρώπινες αξίες, η ηθική ασχολείται με τις ανθρώπινες σχέσεις ώστε να προωθούνται η αμοιβαία ευημερία, η ανάπτυξη, η δημιουργικότητα καθώς αγωνίζονται για το καλό έναντι του κακού και το σωστό έναντι του λάθους (Orford, 2012). Οι ηθικές αρετές είναι ισχυρά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διαθέτουν ιδανικά οι ηθικά ενάρετοι άνθρωποι και αποκτούν αξιολογες συνήθειες αντίληψης, κινήτρου και δράσης. Ακόμη και αν δεν προσδιορίζονται οι αποφάσεις, υπάρχουν λόγοι για τους οποίους ακολουθούνται συγκεκριμένες διαδρομές (Harman, 1999).

2.2 Η θεωρία της ηθικής ανάπτυξης

Η δομικο-αναπτυξιακή θεωρία του Kohlberg (1964, 1969, 1971, 1984) αποτελεί μέχρι και σήμερα την πιο λεπτομερή θεωρία στο ερευνητικό πεδίο της ηθικής ανάπτυξης. Βασίζεται στον ισχυρισμό ότι αυτό που χαρακτηρίζει μια πράξη ηθική, είναι ο λόγος που την παρακινεί. Κατά τον Kohlberg, ο άνθρωπος ακολουθεί ένα ιεραρχικό μοντέλο ανάπτυξης της ικανότητας ηθικών κρίσεων. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει έξι στάδια ενταγμένα σε τρία βασικά επίπεδα (*Πίνακας 1*), περιγράφοντας έτσι την ηθική ανάπτυξη ως μια πορεία από την εγωκεντρική στην κοινωνική προσέγγιση διάκρισης του σωστού από το λάθος και στη συνέχεια στην οικουμενική προσέγγιση. Ο άνθρωπος, ως παιδί, ξεκινά από το πρώτο στάδιο και σταδιακά, με την επίδραση διάφορων παραγόντων και με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσεται η ηθική του λογική.

Το πρώτο επίπεδο της ηθικής λογικής είναι προσυμβατικό και το πρώτο στάδιο ελέγχεται από το φόβο και την τιμωρία και μπορεί λόγω αυτών των παραγόντων να μην παίρνονται αποφάσεις, αλλά να αντιγράφονται συμπεριφορές προς αποφυγή τιμωρίας. Το δεύτερο στάδιο προσανατολίζεται στα ανταλλάγματα και εστιάζει στις προσωπικές ανάγκες και λιγότερο στις ανάγκες των άλλων (Kohlberg & Hersh, 1977; Newman, 1995; Αντωνίου, 2016).

Το δεύτερο επίπεδο είναι το συμβατικό και αναφέρεται στην ηθική των σχέσεων που καθορίζεται από κανόνες και επιδιώκεται η αποδεκτή συμπεριφορά από την κοινωνία. Εδώ ξεκινάει η ποιοτική ηθική κρίση. Στο τρίτο στάδιο εμπίπτει ο προσανατολισμός του ατόμου στους κοινωνικούς κανόνες με την υπακοή στα στερεότυπα και την επιδίωξη της επιδοκμασίας, ενώ δίνεται έμφαση στις ανάγκες των άλλων. Δηλαδή, υιοθετείται μια συμπεριφορά σύμφωνα με τα πρότυπα (π.χ. «θα είμαι καλό παιδί, για να αρέσω στους άλλους»). Στο τέταρτο στάδιο είναι η υπακοή στους νόμους και στους κανόνες με τη σωστή συμπεριφορά να εκφράζεται ως εκτέλεση του καθήκοντος, σεβασμός στην εξουσία και διατήρηση της ομαλής λειτουργίας της κοινωνίας (Kohlberg & Hersh, 1977; Newman, 1995; Αντωνίου, 2016).

Το τρίτο επίπεδο είναι το μεταβατικό ή αυτόνομο, όπου στο πέμπτο στάδιο το άτομο προσανατολίζεται στη νομιμότητα και στην προσωπική του ακεραιότητα, συνειδητοποιεί ότι μπορεί να υπάρχει σύγκρουση νόμιμου και ηθικού, ενώ ενδιαφέρεται για το δίκιο των άλλων. Στο έκτο και ανώτερο στάδιο είναι η

εσωτερίκευση όλων των αξιών και κυριαρχεί η έννοια της συνείδησης. Σε αυτό το στάδιο το άτομο γίνεται «ηθικός παράγοντας» που μπορεί να επηρεάσει και άλλους, καθώς πιστεύει ότι τα μέλη μιας κοινωνίας οφείλουν να σέβονται τους κανόνες της, ενώ η συμπεριφορά του συνάδει με τη συνείδησή του (Kohlberg & Hersh, 1977; Newman, 1995; Αντωνίου, 2016).

Πίνακας 1: Θεωρία σταδίων ηθικής ανάπτυξης του Kohlberg

ΕΠΙΠΕΔΟ	ΣΤΑΔΙΟ	ΑΝΑΛΥΣΗ
1^ο ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ Η ηθική της συμπεριφοράς	1 ^ο : Υπακοή & τιμωρία	Φόβος και υπακοή για αποφυγή τιμωρίας. Έτσι ορίζεται το σωστό.
	2 ^ο : Αυτοπροσανατολισμένη ανταλλαγή	Συμφωνίες και ανταλλάγματα για την επίτευξη του προσωπικού συμφέροντος. Έμφαση στις προσωπικές ανάγκες.
2^ο ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΒΑΤΙΚΟ Η ηθική της σχέσης που καθορίζεται από κανόνες. Κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά	3 ^ο : Αμοιβαίες διαπροσωπικές προσδοκίες και συμμορφώσεις	Τα άτομα ενεργούν με τρόπο ώστε να αποφύγουν την αποδοκιμασία και να προσελκύσουν την έγκριση. Υπακοή στα στερεότυπα: καλό αγόρι – ωραίο κορίτσι. Έμφαση στις ανάγκες των άλλων.
	4 ^ο : Νόμος και τάξη	Υπακοή στους κανόνες για την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας. Η καλή συμπεριφορά συνάδει με το σεβασμό στην εξουσία.
3^ο ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΉ ΑΥΤΟΝΟΜΟ Η προσωπική ακεραιότητα και η ατομική ηθική συμπεριφορά	5 ^ο : Κοινωνικές συμβάσεις, νομικός προσανατολισμός, η ηθική του κοινωνικού συμβολαίου	Νομιμότητα και προσωπική ακεραιότητα. Υπάρχουν αξίες μοναδικές για κάθε άτομο. Αναγνώριση της σύγκρουσης ηθικού-νόμιμου.
	6 ^ο : Καθολικές ηθικές αρχές	Εσωτερίκευση των ηθικών αξιών, το άτομο λειτουργεί ως ηθικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το περιβάλλον του. Ο νόμος ισχύει μόνο όταν είναι δίκαιος, ενώ όταν αντιτίθεται σε αρχές και δικαιοσύνη, μπορεί να παραβιάζεται.

2.3 Ηθικό δίλημμα

Ηθικό δίλημμα καλείται η κατάσταση κατά την οποία το άτομο οφείλει να προβάλλει τα ανταγωνιστικά ηθικά πρότυπα και τις απαιτήσεις των εμπλεκόμενων, ώστε να καθορίσει ποια είναι η ηθικά καλύτερη απόφαση (Schwartz, 2016). Όταν οι άνθρωποι δε γνωρίζουν τι είναι σωστό και τι όχι και δυσκολεύονται να αποφασίσουν για την ορθότητα ή όχι μιας κατάστασης, τότε βρίσκονται σε ηθικό δίλημμα.

Το ηθικό δίλημμα συνίσταται από (Newman, 1995):

- τη σοβαρότητα της κατάστασης,
- το ρίσκο και την αβεβαιότητα των εναλλακτικών,
- τη γνώση της σχέσης αιτίου και αποτελέσματος, δηλαδή κατά πόσο είναι γνωστή η πιθανότητα αρνητικών επιπτώσεων σε κάθε περίπτωση,
- τις συνέπειες της πράξης,
- τις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.

Τα εμπλεκόμενα άτομα σε μια τέτοια κατάσταση έχουν προσωπικές αξίες, ανάγκες, κίνητρα, ιδανικά, που τα εφαρμόζουν όταν μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση. Τα χαρακτηριστικά του ηθικού διλήμματος, καθώς και τα ατομικά πρότυπα ηθικής του ατόμου, λειτουργούν ως εισροές για να γίνουν οι ηθικές κρίσεις. Ωστόσο, δεν σημαίνει πως μια ηθική κρίση θα οδηγήσει και σε ηθική συμπεριφορά (Newman, 1995).

2.4 Ηθική κρίση

Γενικά, η κρίση χρησιμοποιείται κυρίως στις μη προγραμματισμένες αποφάσεις. Σύμφωνα με τον Kohlberg (1964) η ηθική κρίση είναι η ικανότητα να παίρνει το άτομο αποφάσεις και να κάνει κρίσεις οι οποίες είναι ηθικές (βασισμένες σε εσωτερικές αρχές) και στη συνέχεια να ενεργεί σύμφωνα με αυτές. Αντίστοιχα, ο Newman (1995) υποστηρίζει ότι ηθική κρίση είναι η ικανότητα του ατόμου να κρίνει αν μια πράξη είναι σωστή ή λάθος και αν οι συνέπειές της είναι καλές ή όχι.

Κατά τον Haidt (2001), ηθική κρίση είναι κάθε αξιολογική αποτίμηση ενός προσώπου, του χαρακτήρα του ή της συμπεριφοράς του, βάσει ενός συνόλου εσωτερικευμένων προτύπων που εκλαμβάνονται ως επιβεβλημένα και αυτονόητα από έναν πολιτισμό, ενώ σύμφωνα με τον Schwartz (2016), ως ηθική κρίση ορίζεται ο καθορισμός της ηθικά καλύτερης πορείας δράσης μεταξύ πιθανών εναλλακτικών επιλογών. Όταν οι άνθρωποι δυσκολεύονται να αποφασίσουν μεταξύ δύο ή περισσότερων ηθικών διλημάτων, τότε ο τρόπος που θα αποφασίσουν ποια σκέψη θα υπερισχύσει, είναι ενδεικτικός της συμπεριφοράς που θα ακολουθήσουν και ονομάζεται ηθική κρίση (Αντωνίου, 2016).

Για να αναπτυχθεί αυτή η ικανότητα της ηθικής κρίσης, σύμφωνα με τον Kohlberg, το άτομο χρειάζεται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο θα μπορεί να αντιμετωπίζει τα ηθικά διλήμματα, να λαμβάνει αποφάσεις και να τις υπερασπίζεται. Ο ίδιος διαπίστωσε ότι η αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων, η λήψη αποφάσεων και η υπεράσπιση των αποφάσεων σε ένα γενικά υποστηρικτικό περιβάλλον είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος για να αναπτυχθεί η ικανότητα για τη λήψη ηθικών κρίσεων. Εάν το περιβάλλον είναι εχθρικό τότε το πιο πιθανό είναι το άτομο να αποφύγει την όποια απόφαση, ενώ αν πρόκειται για πολύ σημαντικό ζήτημα, είναι πολύ πιθανό να «κατεβάσει» το επίπεδο της ηθικής του λογικής, παρά να δεχθεί την εξωτερική -εχθρική κατά αυτόν- παρέμβαση (Newman, 1995).

2.5 Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην ηθική κρίση

Η ενσυναίσθηση έχει πολλές όψεις ηθικής κρίσης και πράξης και το επίπεδο της ενσυναίσθησης (μικρό/μεγάλο) επισκιάζει τις ηθικές κρίσεις (Goleman, 2011), με αποτέλεσμα να μην αποτελεί προϋπόθεση για να γνωρίζουμε ποιες ενέργειες πρέπει να επαινούνται ή να κατηγορούνται ηθικά, εντούτοις αποτελεί καλό κίνητρο για δράση (Prinz, 2011).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να βοηθήσει στην αντίληψη ότι μια συγκεκριμένη ενέργεια αξίζει την ευθύνη, χωρίς όμως να μπορεί να μετρήσει την ηθική αξία μιας ενέργειας με την ποσοτικοποίηση του οφέλους ή της βλάβης, κάτι που μπορεί να γίνει μόνο με τη μέτρηση της ηθικής αξίας μιας ενέργειας (Prinz, 2011). Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι η ενσυναίσθηση προάγει τη συναισθηματική συμπεριφορά αλλά μόνο όταν υπάρχει μικρό ή καθόλου κόστος (Neuberg et al., 1997). Άρα, η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί άμεση οδό για ηθική συμπεριφορά. Σε καταστάσεις κατανομής πόρων, όπου τα δύο αυτά κίνητρα συγκρούονται, η ενσυναίσθηση μπορεί να αποτελέσει πηγή ανήθικης συμπεριφοράς (Batson et al., 1995).

Επιπλέον, είναι εύκολα χειραγωγήσιμη, με κατάλληλες συνθήκες να επηρεάζουν το βαθμό και την κατεύθυνσή της, αποτελώντας αναξιόπιστο οδηγό (Prinz, 2011). Οι διαφορετικοί ρόλοι της ενσυναίσθησης και της δικαιοσύνης επηρεάζουν την ηθική, δεδομένου ότι συνήθως η ενσυναίσθηση προηγείται και δύναται να παραβιάσει αρχές δικαιοσύνης αλλά και η δικαιοσύνη μπορεί να μετριάσει την επιρροή της ενσυναίσθησης στην προ-κοινωνική συμπεριφορά (Blader & Tyler, 2002). Ακόμη, η

συμπάθεια ως άμεση, ανεξέλεγκτη συναισθηματική απόκριση, μπορεί να καταστρέψει τη φροντίδα και να μετριάσει την ηθική δράση (Fairbairn, 2002).

Ο Fairbairn (2002) ταυτοποίησε την ενσυναίσθηση ως ηθικά σημαντική διότι αν και δύναται να υπάρξει φροντίδα χωρίς ενσυναίσθηση, η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητη για την επίδειξη διεπιστημονικής πρακτικής φροντίδας (αύξηση προσοχής, αποφυγή βλαπτικών ενεργειών, εξασφάλιση δεοντολογικής συνάφειας). Επιπλέον, βοηθά να συνειδητοποιηθεί αν κάποιος δύναται ή όχι να λάβει αποφάσεις σύμφωνα με τις δικές του ηθικές πτυχές, εξ ονόματος εκείνων που δεν είναι σε θέση να το κάνουν, αντικατοπτρίζοντας, όσο το δυνατόν περισσότερο, τις αποφάσεις των ασθενών. Επίσης, μεταξύ συναδέλφων με διαφορετικές απόψεις διευκολύνει την κατανόηση και επίτευξη συμφωνιών σχετικά με μία δράση, καταρρίπτοντας τη χρήση διαφορετικών κατευθύνσεων οι οποίες μπορεί να βλάψουν τους δέκτες της φροντίδας (Fairbairn, 2002).

Η απώλεια της ηθικής είναι απόρροια της καταστροφής της εμπιστοσύνης και της ικανότητας για αγάπη. Κάποιος παύει να αντιστέκεται στην αδικία όταν χαθεί η ικανότητα ενσυναίσθησης. Ο εγωισμός αλλά και η ανιδιοτέλεια περιορίζουν τη φροντίδα, διότι η τελευταία συσχετίζεται με την απουσία συμμετοχής σε μία σχέση, δεν συνίσταται στο όνομα της αγάπης ή των σχέσεων και ισοδυναμεί με ενδείξεις βίας και παραβίασης στο όνομα της ηθικής. Η ηθική της φροντίδας απελευθερώνεται από τις διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στο πλαίσιο δικαιοσύνης και αναγνωρίζεται ως αναπόσπαστο μέρος της ανθρώπινης επιβίωσης (Gilligan, 2013).

Η ενσυναίσθηση, ως μαθητευόμενη ικανότητα, διευκολύνει τις προσπάθειες συσχέτισης, επικοινωνίας και κατανόησης των άλλων, του τρόπου ζωής τους, των εμπειριών και των συναισθημάτων τους (Fairbairn, 2002), συμβάλλοντας θετικά στην ηθική κρίση.

Κεφάλαιο 3

Ενσυναίσθηση και ηθική στη φροντίδα υγείας

3.1 Η ενσυναίσθηση της φροντίδας υγείας

Η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί απλά ένα συστατικό-κλειδί των διαπροσωπικών σχέσεων και δεξιότητα επικοινωνίας, αλλά θεωρείται μια απαραίτητη ιδιότητα για έναν επαγγελματία φροντίδας υγείας (Passalacqua & Segrin, 2012). Σίγουρα στη φροντίδα υγείας, η ενσυναίσθηση τυπικά εκδηλώνεται όταν συναντούμε άτομα που εκφράζουν έντονα συναισθήματα, τα οποία τις περισσότερες φορές συνδέονται με το υποφέρειν. Έτσι, ενώ η ενσυναίσθηση είναι ξεχωριστή από την συναισθηματική μεταβίβαση και την συμπόνοια, όντας ένα αίσθημα από ή περί του άλλου ατόμου και όχι μόνο ένα αίσθημα με ή για αυτό. Φαίνεται να απαιτεί φροντίδα για το άλλο άτομο, με την έννοια του ότι μία παρόρμηση για δράση είναι μέρος της ενσυναισθητικής διαδικασίας εξ αρχής (Svenaeus, 2014).

Η κατανόηση για τον ασθενή είναι αυτή που κάνει την ενσυναίσθηση σημαντική στη φροντίδα υγείας και παρέχει όλα τα οφέλη της αυξημένης θεραπευτικής διάκρισης και της συμμόρφωσης. Υπάρχει επιμονή στο διαχωρισμό ενσυναίσθησης και συμπόνοιας, λέξεις των οποίων η σχετικότητα μπορεί να γινόταν κατανοητή περισσότερο από την άποψη του πλαισίου χρήσης, έχοντας λιγότερο επείγουσα ανάγκη για κατηγορική διάκριση. Η διάκρισή τους, διατυπωμένη με εντελώς αντιφατικό τρόπο από συγγραφέα σε συγγραφέα, υπήρξε ένας ζωτικός πόρος για το επιχείρημα που αφορά την επιστημολογική νομιμότητα και εκείνο που αφορά σε αρμόζουσες σχέσεις με τους άλλους και τον εαυτό. Κανένα από συνώνυμα της ενσυναίσθησης, όπως οίκτος, συμπόνοια, ευαισθησία, ανησυχία, συμπάθεια, πέτυχε να πλησιάσει το κύρος και τη δύναμη της ενσυναίσθησης, τα οποία θεωρούνται απλές συναισθηματικές αντιδράσεις παρά ανάγονται στην έννοια της «κατανόησης» (Hooker, 2015).

Έτσι σε κάποιες περιπτώσεις η ενσυναίσθηση ορίζεται ως απομονωμένη και καθαρά γνωστική, με την συμπόνοια να αποτελεί το αποθετήριο όλων των συναισθημάτων των κλινικών. Η αντίθεση μεταξύ ιατρού και ασθενή, σώματος και μυαλού, ενεργητικότητας και παθητικότητας, γνώστη και γνωστού, υποκειμένου και αντικειμένου, τεχνικές και ψυχοκοινωνικές αναλύσεις δίνουν την προοπτική

«ολοκληρωμένου προσώπου» στην ενσυναίσθηση, καθιστώντας την ικανοποιητική και ικανή να έχει διορατικότητα (Hooker, 2015).

Σε αυτό τον περίπλοκο κόσμο τεχνολογίας γρήγορων ρυθμών και αλλαγής, είναι εύκολο να χάσει κανείς τον ανθρώπινο παράγοντα στη φροντίδα υγείας από το οπτικό του πεδίο. Ο Todaro-Franceschi (2013) αναφέρει πως η νοσηλεύτρια που έχει άδεια καρδιά, ή μοιάζει άκαρδη, εμφανίζει απάθεια και ίσως ληθαργικότητα, θα είναι ένας απαθής φροντιστής και δε θα νιώθει καλά με τον εαυτό της. Αισθάνεται εξουθενωμένη, χωρίς ενέργεια, και ποτέ δεν πάει σπίτι με την αίσθηση πως η δουλειά της έγινε καλώς. Αισθάνεται αποκαρδιωμένη, απελπισμένη, άχαρη και μουδιασμένη (Raab, 2014). Η ενσυναίσθηση της υγείας έχει ως στόχο να «εξανθρωπίσει» την παροχή υπηρεσιών υγείας, που με την δύναμη και την εξουσία της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την αυξανόμενα τεχνική και τεχνολογική ιατρική πρακτική, μπορεί να αγνοήσει ή να αποσιωπήσει τις απόψεις του ασθενή αποφεύγοντας να αναγνωρίσει την ατομικότητά του, ενώ το σώμα τους μέσω διαγνωστικών ευρημάτων είναι αυτό που «μιλά». Η ενσυναίσθηση προσέφερε ένα μέσο για τη μεταφορά της προσοχής και των προθέσεων του κλινικού προς τις ανησυχίες του ασθενή. Αν εκφραστικά φαινόμενα (π.χ. νεύματα, φιλιά, βογγητά κ.ά.) γίνονται αποδεκτά ως «πρωτογενή δεδομένα» της αντίληψης, τότε το σώμα είναι ένα άλλο πεδίο έκφρασης που μας αποκαλύπτει τη βιώσιμη εμπειρία ζωής του άλλου, στην οποία αποκτάμε μη-επαγωγική πρόσβαση. Νόημα μπορεί να «διαβαστεί» απ' ευθείας από το σώμα, όπως κανείς το «διαβάζει» από τις λέξεις απ' ευθείας. Δε βιώνουμε τους άλλους ακριβώς όπως αυτοί βιώνουν τους εαυτούς τους, ούτε είναι η προσωπική εμπειρία το αποκλειστικό ή καθοριστικό μοντέλο της άλλο-εμπειρίας. Η ενσυναίσθηση είναι πιο μεταβλητή, περίπλοκη και δυναμική από οποιοδήποτε από αυτά (Hooker, 2015).

Στην ιατρική, η ενσυναίσθηση γενικά γίνεται αντιληπτή με την έννοια μιας δεξιότητας επικοινωνίας, καθώς και ως μια υποκειμενική εμπειρία μεταξύ του παρατηρητή (κλινικού) και ενός υποκειμένου (ασθενής ή χρήστης), στην οποία ο παρατηρητής στρέφει την προσοχή του και χρησιμοποιεί διάφορα αισθητήρια ερεθίσματα (προσωδία, μη λεκτικά ερεθίσματα π.χ. γλώσσα του σώματος) και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ασθένειας, για να εντοπίζουν και παροδικά να βιώνουν συναισθηματικές καταστάσεις του υποκειμένου. Δηλαδή η ενσυναισθητική καταγραφή της εμπειρίας του ασθενή επαυξάνει την κατανόηση του κλινικού για τον ασθενή ή και πληροφοριών γι' αυτόν. Αυτό με τη σειρά του συμβάλλει στην ακρίβεια της

διάγνωσης και αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενή, που συνεπάγεται συμμόρφωση στα θεραπευτικά προγράμματα. Η ενσυναίσθηση του κλινικού έχει συνδεθεί με τη διαγνωστική ικανότητα του κλινικού, την ικανοποίηση από την εργασία και τη μειωμένη πιθανότητα διεκδίκησης αξιώσεων λόγω αμέλειας, λιγότερα παράπονα για αμέλεια, μεγαλύτερη συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών, καθώς και ευνοϊκότερες εκβάσεις υγείας, όπως οι ασθενείς δίνουν πληρέστερα ιστορικά και αποκαλύπτουν περισσότερα στους κλινικούς που είναι μη λεκτικά εναρμονισμένοι με αυτούς (Passalacqua & Segrin, 2012; Decety & Fotopoulou, 2015).

Ενώ οι πρόσφατες κυβερνήσεις αφαίρεσαν από την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, η ενσυναίσθηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης του θυμού, της δυσαρέσκειας και της θλίψης των ασθενών και των οικογενειών τους, ενώ καλούνται να διαχειριστούν παρατεταμένους χρόνους αναμονής, ιατρογενή λάθη και γραφειοκρατικά θεσμικά όργανα. Έτσι ευγενικά και ανθρώπινα εξυπηρετούνται οι ανάγκες του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, που προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν την κάλυψη των αναγκών των ασθενών, χωρίς να αντιμετωπίζουν οι ίδιοι τραύματα και burnout, αλλά ταυτόχρονα βοηθά στην αναχαίτηση της οργής από την πολιτική έκφραση (Hooker, 2015).

3.2 Αξίες και ηθική αρετή στη νοσηλευτική φροντίδα

Η νοσηλευτική μπορεί να περιγραφεί τόσο ως τέχνη όσο και ως επιστήμη, περιλαμβάνει καρδιά και μυαλό. Στην καρδιά της, υποβόσκει ένας θεμελιώδης σεβασμός για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τη διαίσθηση για τις ανάγκες του ασθενούς. Αυτό υποστηρίζεται από το μυαλό, με τη μορφή αυστηρής βασικής μάθησης (ANA, n.d.). Ο Sevenhuijsen (1998) ορίζει τη φροντίδα ως «στύλ ηθικής λογικής» που περιλαμβάνει την ακρόαση και την απάντηση σε άλλους με τους δικούς τους όρους. Ο Slote (2007) την αποτυπώνει ως ενάρετο κίνητρο ή επικοινωνιακή δεξιότητα και την εξισώνει με ένα είδος κινητήριας στάσης ενσυναίσθησης.

Ως επαγγελματική ταυτότητα του νοσηλευτή ορίζονται οι αξίες και οι πεποιθήσεις του, οι οποίες καθοδηγούν τη σκέψη, τις ενέργειες και την αλληλεπίδρασή του με τον ασθενή και έχει άμεση σχέση με την καθημερινή νοσηλευτική πρακτική (Fagermoen, 1997). Επιπροσθέτως, δεν πρέπει να γίνονται διακρίσεις στη φροντίδα και δεν πρέπει

να προσβάλλονται οι αξίες και πεποιθήσεις των ασθενών. Η ιδιαιτερότητα του αγαθού «υγεία», καθιστά τον ασθενή αδύναμο να αποφασίσει για το είδος, την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών, δεδομένου ότι δεν έχει τις απαραίτητες επιστημονικές γνώσεις (Δικαίος και συν., 1999). Οι Zorpi & Epstein (2002) δήλωσαν ότι «η φροντίδα είναι μια φιλανθρωπική πράξη και συμβαίνει ανεξάρτητα από την προτίμηση ενός ασθενούς». Είναι σοφό να αναγνωριστεί ότι στη φροντίδα αποφασίζει ο θεραπευτής, αλλά αυτή η ευαίσθητη στις αξίες, ατομική κρίση επιβάλλεται να συνεισφέρει σε κατάλληλη πορεία θεραπείας (Orford, 2012).

Συνεπώς, η ηθική φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί αναπόσπαστο και ουσιαστικό μέρος της ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι ηθικά αφοσιωμένοι νοσηλευτές δεσμεύονται σε ηθικές καταστάσεις, εντός της σφαίρας επιρροής τους, εστιάζοντας σε εκείνα τα επίπεδα εμπλοκής που πετυχαίνουν επιθυμητά αποτέλεσμα για τους ασθενείς τους (Woods, 1999). Σκοπός των νοσηλευτών είναι να φροντίζουν την υγεία ατόμων και κοινωνιών, να μη διαχωρίζουν την υγεία από το άτομο ή το άτομο από το περιβάλλον/κατάσταση (εκτός αν απαιτείται). Βασικό στοιχείο στη νοσηλευτική φροντίδα είναι η καθιέρωση μιας σχέσης βοήθειας με βάση ιδανικά όπως η παρουσία με άμεση, ειλικρινή επικοινωνία, ενσυναίσθηση, ενεργό ακρόαση και συμπόνια, συνοδεύοντας τους ανθρώπους στην ταλαιπωρία τους (Gilligan, 2013).

Η νοσηλευτική, ως εφαρμοσμένη επιστήμη, είναι πλούσια σε αξίες και οι νοσηλευτές εργάζονται σε στενή, συνεχή επαφή με ευάλωτους και μερικώς ή πλήρως εξαρτημένους ασθενείς για την ικανοποίηση βασικών τους αναγκών (Λεμονίδου, 2014). Ασχολείται με θεμελιώδη ανθρώπινα βιώματα όπως γέννηση, θλίψη, πόνος και θάνατος και ο τρόπος αντιμετώπισής τους βασίζεται στις ηθικές αξίες. Πλήθος ηθικών αξιών έχουν καταγραφεί στην πορεία των χρόνων όπως αλτρουισμός, ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Altun, 2002), συμπεριφορά, μοναδικότητα, ακεραιότητα, ασφάλεια, ελπίδα, ιδιωτικότητα (Fagermoen, 1997), δημιουργία σκόπιμης σχέσης, προσωπική συμμετοχή, δέσμευση για φροντίδα, εμπιστοσύνη, παροχή συμβουλών (Woods, 1999), αισθητική, ισότητα, ελευθερία, δικαιοσύνη και ειλικρίνεια (Altun, 2002).

Η ηθική δεοντολογία περιλαμβάνει την ικανότητα των νοσηλευτών να κρίνουν και να λαμβάνουν σωστές αποφάσεις ενόψει των συνήθων προβλημάτων σε κλινικές συνθήκες, με την έλλειψη αυτής να οδηγεί σε λανθασμένες αποφάσεις και ενέργειες, σε περίπλοκες κλινικές καταστάσεις, με επιπτώσεις σε ασθενή, οικογενειακό περιβάλλον αλλά και στον ίδιο τον νοσηλευτή (Fazljo et al., 2016).

3.3 Η ασθενοκεντρική προσέγγιση

Τα τελευταία χρόνια, με γνώμονα την επίτευξη του στόχου της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στις υπηρεσίες υγείας, αυξάνει το ενδιαφέρον για τον ηθικό τομέα της κλινικής πρακτικής. Ο ασθενής οφείλει να αντιμετωπίζεται ως μοναδική ύπαρξη, του οποίου η ατομικότητα και η προοπτική πρέπει να τηρούνται και «κλειδί» σε αυτές τις ανησυχίες συνιστά ο ρόλος της ενσυναίσθησης αφενός στην αντίληψη των ηθικών πτυχών και αφετέρου των θεμάτων κλινικής πρακτικής, παρέχοντας τελικά επαρκή υποστήριξη στους ασθενείς (Reynolds et al., 2000). Ο Pierce (2008) αναφέρει την ενσυναίσθηση ως «θεμέλιο λίθο» της ηθικότητας και «συνέπεια της κοινωνικότητας». Συγκεκριμένα, ο άμεσος δεσμός ενσυναίσθησης -αλτρουισμού οδηγεί τους ανθρώπους να ακολουθήσουν συγκεκριμένες ηθικές αρχές (Hoffman, 1991).

Ο Oakley (1992) στο έργο του «Morality and the Emotions» παραπέμπει στον Αριστοτέλη, υποστηρίζοντας ότι η συναισθηματική ευαισθησία είναι απαραίτητο χαρακτηριστικό για την ανθρώπινη ζωή και ότι η εμπειρία ορισμένων συναισθημάτων είναι ζωτικό μέρος της διερεύνησης των προοπτικών του άλλου και συμβάλλει στην εμφάνιση της κατανόησης ορισμένων πτυχών της ανθρώπινης κατάστασης. Ο Vetlesen, ως προϋποθέσεις της ηθικής απόδοσης περιγράφει την ανθρώπινη δεκτικότητα («βασική ενσυναίσθηση»), την ηθική αντίληψη, την ηθική κρίση και την ηθική απάντηση ή δράση (Reynolds et al., 2000). Είναι επομένως ζωτικής σημασίας η ενσυναίσθηση για όλη την επιχείρηση ηθικής δράσης. Ωστόσο, ο βαθμός στον οποίο συνδράμει στην κατανόηση της εμπειρίας του άλλου ποικίλει, διότι υπό ορισμένες συνθήκες (συναισθηματική διέγερση) μπορεί να είναι επιβλαβής (Mehrabian & Epstein, 1972). Το ποσό της ενσυναίσθησης που απαιτείται σε μία σχέση βοήθειας είναι άγνωστο (Reynolds et al., 2000).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να εκφραστεί μέσα από χαρά, θλίψη, ενθουσιασμό, δυστυχία, πόνο, σύγχυση (Ioannidou & Konstantikaki, 2008), διαγράφοντας ένα μοναδικό και ισχυρό συναίσθημα που δύναται να συμβάλει στην επίτευξη του καλύτερου δυνατού στα άτομα (Van Lange, 2008), παρέχοντας εξατομικευμένη βοήθεια με έναν σχετικά αυτόνομο μηχανισμό (de Waal, 2008). Ο σύνδεσμος αντίληψης-δράσης ευνοεί την κοινωνική αλληλεπίδραση και την ανάληψη δράσεων, συνιστώντας παράγοντα στην εξέλιξη των συναισθηματικών διαδικασιών (Preston & de Waal, 2002). Άρα, η ενσυναίσθηση σηματοδοτεί μια κεντρική εστίαση και αίσθηση με τον κόσμο του ασθενή. Στην περίθαλψη διαχωρίζεται στην αντίληψη της συναισθηματικής

κατάστασης του ασθενούς, στη ρητή κατανόησή της και στις προκοινωνικές συμπεριφορές που ακολουθούν (Dadds et al., 2008) και συνδέεται με ποικίλες λειτουργίες όπως ανοιχτές σχέσεις, εμπιστοσύνη, ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών και αναγνώρισή τους ως μοναδικά άτομα (Reynolds & Scott, 1999). Ενισχύει τη θεραπευτική επικοινωνία και μέσω γνωστικών διεργασιών διαδραματίζει θεμελιώδη ρόλο στην αντίληψη της ηθικής διάστασης της κλινικής πρακτικής (Reynolds et al., 2000).

Η ασθενοκεντρική προσέγγιση είναι σημαντικός παράγοντας διαχωρισμού μεταξύ νοσηλευτικής και ιατρικής, με τους νοσηλευτές να κατέχουν εξέχοντα ρόλο (Liaschenko & Davis, 1991). Οι απαιτούμενες γνώσεις στη νοσηλευτική φροντίδα κατακτώνται όταν επαγγελματίας και ασθενής προσπαθούν από κοινού να καταλάβουν τους παράγοντες της νόσου μέσα στην εμπειρία του ασθενούς (Schultz & Carnevale, 1996), οδηγώντας σε εποικοδομητική ηθική φροντίδα όπου ο νοσηλευτής προσδιορίζει την ακριβή θέση και ανάγκη του (Scott, 1995). Άρα, η ηθικά έγκυρη και επιβεβαιωμένη φροντίδα, που συμπεριλαμβάνει ηθική ευαισθησία, θεωρείται αναγκαία στη νοσηλευτική (Utkualp, 2015), βοηθά στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και παρέχει επαρκείς και επιστημονικές υπηρεσίες στους δέκτες φροντίδας (Kim et al., 2005).

Βέβαια, ο ηθικός προβληματισμός στις ενσυναίσθητες διαδικασίες αφορά την εξωτερική ενσυναίσθηση όπου ο θεραπευτής αναγνωρίζει αλλά παραμένει εκτός εμπειρίας, άρα έχει κίνητρο να βοηθήσει με βάση μια λανθασμένη συνειδητή κατανόηση των αναγκών του ασθενούς, εγείροντας ανησυχίες ως προς την ηθική περίθαλψη διότι μπορεί τελικά να βλάψει περισσότερο (van Dijke et al., 2018). Επιπροσθέτως, η τάση της ενσυναίσθησης προς την προκατάληψη συνιστά περιοριστικό παράγοντα της ηθικής φροντίδας (Prinz, 2011). Ωστόσο είναι σημαντικό να μην απορριφθεί ή να αποκλειστεί η ενσυναίσθηση από την ηθική περίθαλψη, όχι μόνο γιατί έχει πολλά υποσχόμενες λειτουργίες, αλλά επειδή συμμετέχει ήδη σε μεγάλο μέρος των πρακτικών περίθαλψης και φροντίδας των σχέσεων. Ως εκ τούτου, οι ηθικοί της φροντίδας αφήνουν τις ηθικές τους σκέψεις και ενέργειες να καθοδηγούνται από γνώσεις που προκύπτουν από προσεγμένες σχέσεις και από την ευαισθησία στο περιβάλλον, λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς και τα συνοδευτικά προβλήματα της ενσυναίσθησης (van Dijke et al., 2018).

3.4 Η επίτευξη της ηθικής της φροντίδας στο κλινικό περιβάλλον

Χαρακτηριστικό γνώρισμα της ηθικής δεοντολογίας είναι ότι λαμβάνει ριζικά τη «φροντίδα» ως βασική ιδέα και σημείο εκκίνησης (Gilligan, 1982) και από οντολογικής απόψεως το να είσαι άνθρωπος σημαίνει ότι πρέπει να φροντίζεις τις σχέσεις σου με τους άλλους ανθρώπους (van Dijke et al., 2018). Φροντίδα σημαίνει προσοχή, ανησυχία, προσωπικό αίσθημα ευθύνης για τους ασθενείς με τη βεβαίωση ότι οι ανάγκες τους ικανοποιούνται (Corbin, 2008) και επαρκή επικοινωνία προκειμένου να οικοδομηθεί μια υποστηρικτική σχέση (Finfgeld-Connett, 2008). Συνεπώς, απαιτεί την κατανόηση των προβλημάτων υγείας του ατόμου και της οικογένειάς του, καθώς και την προσπάθεια βελτίωσης της ψυχολογικής, σωματικής και κοινωνικής άνεσης του ασθενούς (Cunico et al., 2012).

Διαχρονικά οι ασθενείς έχουν σταθερές απαιτήσεις από τους νοσηλευτές καθώς και ως προς την ικανότητα αξιολόγησης των πιο σημαντικών συμπεριφορών φροντίδας (Κάρλου & Πατηράκη, 2011), με προσανατολισμό και ευαισθησία στις πολιτισμικές και τις θρησκευτικές τους συνήθειες-ιδιαιτερότητες (Han et al., 2014), με ενσυναίσθηση και ικανότητες επικοινωνίας (Κάρλου & Πατηράκη, 2011), για την καλλιέργεια συναισθημάτων εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Halldorsdottir & Hamrin, 1997). Όμως, παρατηρούνται σοβαρά εμπόδια στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης στα κλινικά περιβάλλοντα (van Dijke et al., 2018) καθώς και στην εφαρμογή ηθικών αρχών από νοσηλευτές στη λήψη κλινικών αποφάσεων (Borhani et al., 2015; Amiri et al., 2018) ιδιαιτέρως από το εργασιακό περιβάλλον (Hariharan et al., 2006; Ulrich et al., 2010), αμφισβητώντας την ύπαρξη ηθικού κλίματος.

Το ηθικό κλίμα αυξάνει τις ηθικές σκέψεις, τον αμοιβαίο σεβασμό και την εμπιστοσύνη στην οργάνωση, επιτρέπει αμφισβητήσεις, συζητήσεις και εκφράσεις διαφορετικών απόψεων (Olson, 1998), επηρεάζει τις αποφάσεις και τις εμπειρίες των οργανισμών, απαιτεί τη δημιουργία μιας κοινής προσέγγισης που αναζητά απαντήσεις στα αναδυόμενα ερωτήματα όταν αντιμετωπίζονται ηθικά προβλήματα (Victor & Cullen, 2008) και σχετίζεται με το βαθμό εφαρμογής των κανόνων δεοντολογίας (Cullen et al., 2003). Επομένως, η ύπαρξή του ενισχύει ηθικές συμπεριφορές, επηρεάζει τον προσανατολισμό του νοσηλευτή και το επίπεδο φροντίδας, προάγοντας τελικά την ασθενοκεντρική ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα (Cerit & Ozveren, 2019).

Η νοσηλευτική είναι συνδεδεμένη με τη φροντίδα και η ηθική φροντίδα βασίζεται στην αντίληψη ότι η φροντίδα είναι βασική για την ανθρώπινη ύπαρξη (Lachman, 2012). Στην ηθική της φροντίδας, η προσοχή σε κλινικές καταστάσεις συνεπάγεται την ανίχνευση του ασθενούς ή και του περιβάλλοντός του. Εάν ο νοσηλευτής αδυνατεί να αναγνωρίσει την ανάγκη, ο ασθενής ή η οικογένεια δεν θα βιώσει τη φροντίδα. Οι προσεκτικοί νοσηλευτές αναλαμβάνουν μία δεκτική θέση σε σχέση με τον ασθενή, «βγαίνουν» από το δικό τους σύστημα προσωπικών προτιμήσεων ώστε να κατανοήσουν καλύτερα την πραγματική κατάσταση του ασθενούς (Gastmans, 2006). Στο πλαίσιο της ηθικής δεοντολογίας αδιαμφισβήτητα οι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για τους ανατιθέμενους ασθενείς τους (Edwards, 2009), καθώς εμπιστεύονται στους νοσηλευτές τη ζωή τους, τα σώματά τους, την υγεία τους, τις πιο ευάλωτες ιδιωτικές πτυχές τους (Cerit & Ozveren, 2019), την προστασία της υπερηφάνειάς τους, την κατανόηση του ευάλωτου χαρακτήρα τους, τη γνώση των ηθικών αποτελεσμάτων των αποφάσεων που λαμβάνονται για αυτούς και την εξασφάλιση της άνεσής τους (Lutzen et al., 2010).

Συνεπώς η νοσηλευτική φροντίδα από μόνη της φέρει ηθικές δεοντολογικές ευθύνες. Άρα, όταν ένα άτομο επιλέγει να είναι νοσηλευτής, έχει κάνει μία ηθική δέσμευση για τη φροντίδα όλων των ασθενών (Lachman, 2012) και η ηθική φροντίδας είναι ένας ηθικός οδηγός για τη διεξαγωγή της νοσηλευτικής πρακτικής (Young-Mason, 2001) και απαιτεί κάτι περισσότερο από μία καλή πρόθεση, είναι μία πρακτική συνδυασμού δραστηριοτήτων, στάσεων και γνώσης της κατάστασης (Gastmans, 2006). Η φύση της νοσηλευτικής απαιτεί από τους νοσηλευτές να έχουν αυτές τις δεξιότητες (Ozcan et al., 2010) αλλά και την ενσυναίσθητη γνώση ώστε να κατανοούν λεκτικά και μη σημεία και συμπεριφορές για να εντοπίσουν τις ανάγκες του ασθενούς (Cunico et al., 2012) και όχι απλή κατανόηση και χειρισμό των λεκτικών εκφράσεων των ασθενών (LaMonica & Karshmer, 1978). Όσοι πιστεύουν στη δύναμη της αφήγησης, θα αναπτύξουν την ικανότητα της ενσυναίσθησης (Fairbairn, 2002). Μελέτη υποστηρίζει ότι νοσηλευτές που προσεγγίζουν ασθενείς, μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τις αντιδράσεις τους σε προβλήματα υγείας, καθώς και τον σκοπό και την πηγή αυτών των αντιδράσεων (Reynolds & Scott, 2000).

Επιπροσθέτως, οι αξίες είναι δυναμικές, άρα οι άνθρωποι μπορεί να αλλάζουν τη συμπεριφορά και τη στάση τους ως αποτέλεσμα της αλλαγής των αξιών (Altun, 2002). Η συνειδητοποίηση των ηθικών αρχών συμβάλλει στην επιθυμητή ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (Fazljo et al., 2016). Άρα, είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να έχουν πέρα από ενσυναίσθητες δεξιότητες και την ηθική ικανότητα συλλογισμού (Schluter et al., 2008), ακόμη και για την αποτροπή της ηθικής δυσφορίας (Hwang & Park, 2014; Cerit & Ozveren, 2019).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Υλικό και μέθοδος της έρευνας

4.1 Σκοπός, στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ικανότητας ενσυναίσθησης και ηθικής συγκρότησης επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Ειδικότερα επιδιώκεται η μελέτη της σχέσης ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και στην ηθική συγκρότηση του νοσηλευτικού προσωπικού, προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός της αλληλεπίδρασής τους στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών σε σχέση με τον ασθενή. Επιπλέον, εξετάζεται η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στα επίπεδα ενσυναίσθησης και στις ηθικές αξίες του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ως επιμέρους στόχοι της μελέτης ορίζονται:

- Η αποτύπωση του επιπέδου ενσυναίσθησης των νοσηλευτών
- Η αποτύπωση της ικανότητας ηθικής κρίσης των νοσηλευτών
- Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ενσυναίσθησης και της ικανότητας ηθικής κρίσης των νοσηλευτών
- Η διερεύνηση του βαθμού επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών στο επίπεδο ενσυναίσθησης και στην ικανότητα ηθικής κρίσης
- Η συσχέτιση των ευρημάτων με την ικανότητα εφαρμογής του ασθενοκεντρικού μοντέλου με απώτερο στόχο την ποιοτική φροντίδα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν με βάση τους ανωτέρω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- (α) Ποιο είναι το επίπεδο ενσυναίσθησης των νοσηλευτών;
- (β) Ποιο είναι το επίπεδο ηθικής συγκρότησης των νοσηλευτών;
- (γ) Πώς η ενσυναίσθηση συνδέεται με την ικανότητα ηθικής κρίσης των νοσηλευτών;

- (δ) Πώς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών επιδρούν στο επίπεδο ενσυναίσθησης και στην ικανότητα ηθικής κρίσης;

4.2 Σχεδιασμός της έρευνας

Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional study), η οποία στοχεύει στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και τη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα, οδηγώντας σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και παρέχοντας υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα. Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε θεωρείται κατάλληλος και πρόσφορος για τα χρονικά περιθώρια εκπόνησης της μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

Η ποσοτική προσέγγιση επιλέχθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος, εφόσον αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για να ποσοτικοποιήσει, να ελέγξει συγκεκριμένες θεωρητικές υποθέσεις, παράγοντας αξιόπιστα, έγκυρα και αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα (Coolikan, 2004; Ιωαννίδη-Καπόλου, 2012). Μέσω αυτής της μεθόδου καθίσταται εφικτή η προσέγγιση ενός μεγάλου αριθμού περιπτώσεων που οδηγεί σε στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η οποία κάτω από ορισμένες συνθήκες, επιτρέπει τη γενίκευση των τάσεων στον ευρύτερο πληθυσμό του δείγματος.

Για τη συλλογή των πρωτογενών στοιχείων στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου με τη μέθοδο της δημοσκόπησης. Οι δημοσκοπήσεις έχουν τη δυνατότητα παροχής στοιχείων σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις, τις γνώμες, τα πιστεύω, τις προτιθέμενες και εκδηλωθείς συμπεριφορές κ.λπ. Στις μεθόδους καταγραφής/δημοσκόπησης και για τη συλλογή των κατάλληλων πληροφοριών συνήθως χρησιμοποιούνται κατάλληλα προσαρμοσμένες ερωτήσεις, ενώ η κατάρτισή τους είναι τέτοια που επιτρέπει την καταγραφή αξιόπιστων δεδομένων (Opreenheim, 1992).

Μια δημοσκόπηση με συμπλήρωση ερωτηματολογίων αποτελεί μία πηγή πληροφόρησης σχετικά με το θέμα για το οποίο πραγματοποιείται η έρευνα. Ο συγκεκριμένος τρόπος βοηθά τον μελετητή στην κωδικοποίηση με μεγαλύτερη ευκολία των πληροφοριών που συλλέγει για την έρευνά του και στην παραγωγή

καλύτερων αποτελεσμάτων. Ένα σωστά διαρθρωμένο ερωτηματολόγιο αποσκοπεί περισσότερο στις πληροφορίες που αποτελούν τον πυρήνα της έρευνας, συντελώντας αποτελεσματικά στη δημιουργία συμπερασμάτων και γενικών δεδομένων. Πλεονεκτήματα αυτής της μεθόδου είναι το χαμηλό κόστος, η αναλυτική περιγραφή και ο καλύτερος έλεγχος της ροής των πληροφοριών. Μειονεκτήματα που μπορούν να εντοπιστούν αποτελούν ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων και οι απαντήσεις, οι οποίες ενδεχομένως να μην είναι πάντα αντικειμενικές (Εμβλωτής και συν., 2006).

4.3 Δείγμα

Πληθυσμό-στόχο της μελέτης αποτέλεσαν οι νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, οι οποίοι εργάζονται σε καθεστώς πλήρους ή μερικής απασχόλησης, με σύμβαση δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου. Συμπεριλήφθηκαν όλα τα επίπεδα νοσηλευτικής εκπαίδευσης τα οποία εμπλέκονται στη διαδικασία της φροντίδας (πανεπιστημιακής, τεχνολογικής εκπαίδευσης και βοηθοί νοσηλευτών). Βασική προϋπόθεση αποτελούσε να αποδέχονται να λάβουν μέρος στη μελέτη, να κατανοούν και να ομιλούν την ελληνική γλώσσα. Κριτήρια αποκλεισμού κατά την επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν τέθηκαν πέρα από τη συνεργασιμότητα και την αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα. Εφαρμόστηκε η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας (convenience sampling).

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε περίπου 200 άτομα. Από το σύνολο των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν, επεστράφησαν συμπληρωμένα 156 ερωτηματολόγια, ενώ 6 ερωτηματολόγια δεν ήταν σωστά συμπληρωμένα και αποκλείστηκαν από την μελέτη. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 νοσηλευτές (ποσοστό ανταπόκρισης 75%) που στελεχώνουν το σύνολο των τμημάτων του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

4.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή του εμπειρικού υλικού της παρούσας μελέτης αποτέλεσε ένα ειδικό και πλήρως δομημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (*Παράρτημα*), το οποίο περιλάμβανε τα εξής έντυπα:

A. Έντυπο Δημογραφικών Στοιχείων

Το έντυπο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια, για τη συλλογή των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος αναφορικά με τη σχέση συγκεκριμένων παραμέτρων με την ενσυναίσθηση και την ηθική κρίση. Περιελάμβανε 7 ερωτήσεις (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, βαθμίδα εκπαίδευσης, κατοχή μεταπτυχιακών τίτλων, επαγγελματική εμπειρία). Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση από ένα προκαθορισμένο αριθμό απαντήσεων.

B. Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index – IRI)

Η κλίμακα IRIS (Davis, 1980, 1983, 1994) μελετά τη γενική ικανότητα του ατόμου για ενσυναίσθηση. Η κατασκευή της υιοθετεί την πολυδιάστατη φύση της ενσυναίσθησης, θεωρώντας την ως ένα σύνολο εννοιολογικών κατασκευών οι οποίες αντικατοπτρίζουν το επίπεδο ανταπόκρισης του ατόμου προς τους άλλους, ωστόσο διατηρώντας η καθεμιά, τα διακριτά της στοιχεία. Συγκεκριμένα καλύπτει τη γνωστική και τη συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης, χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες τέσσερις υποκλίμακες στη μέτρησή της:

- 1) Ανάλυση προοπτικής ή γνωστική ενσυναίσθηση (perspective-taking). Συνιστά γνωστική ικανότητα που εκτιμά αυθόρμητες προσπάθειες να υιοθετηθούν προοπτικές από την άποψη άλλων ατόμων, καταδεικνύοντας το επίπεδο γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης χωρίς οποιαδήποτε συναισθηματική συμμετοχή.
- 2) Φαντασιακή ενσυναίσθηση ή φαντασία (fantasy). Μετρά την τάση ατόμων να ταυτίζονται με χαρακτήρες. Αφορά υποκλίμακα που μετρά την ατομική ικανότητα ταύτισης με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων από ταινίες, μυθιστορήματα, θεατρικά έργα.
- 3) Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (empathic concern). Αξιολογεί τα συναισθήματα ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα συνδέοντάς τα με την αυταπάρνηση και τον αλtruισμό.

4) Προσωπική δυσφορία (personal distress). Μετρά προσωπικά συναισθήματα άγχους και ανησυχίας που προκύπτουν από την παρατήρηση της αρνητικής εμπειρίας κάποιου άλλου χωρίς να μπορεί να αντιληφθεί τη διαφορά (Davis, 1980; Τσίτσας, 2009; Τσίτσας και συν., 2012). Θεωρείται υποκλίμακα που συνδυάζει γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία, με τις διαστάσεις της θυμικής ενσυναίσθησης να αφορούν την προσωπική δυσφορία και το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (Davis, 1983).

Η κλίμακα απαριθμεί συνολικά 28 δηλώσεις, 7 για κάθε υποκλίμακα. Στην ανάληψη της προοπτικής του άλλου αντιστοιχούν οι δηλώσεις 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28, στη φαντασιακή ενσυναίσθηση οι δηλώσεις 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26, στο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον οι δηλώσεις 2, 4, 9, 14, 18, 20, 22 και στην προσωπική δυσφορία οι δηλώσεις 6, 10, 13, 17, 19, 24, 27. Κάθε μια από τις δηλώσεις αξιολογείται με βάση μια 5-βάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 0 (δεν με περιγράφει καλά) ως 4 (με περιγράφει πολύ καλά). Το άθροισμα των απαντήσεων κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά αντιστοιχεί σε βαθμολογία με εύρος τιμών 0-28. Όσο αυξάνει η βαθμολογία τόσο αυξάνει το ατομικό επίπεδο της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Δεν υπολογίζεται συνολική βαθμολογία ενσυναίσθησης λόγω του διαχωρισμού της σε γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία, τα οποία οφείλουν να εξετάζονται χωριστά προκειμένου να αξιολογηθεί η μεμονωμένη επίδρασή τους στη συμπεριφορά.

Η IRI έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για όλες τις υποκλίμακες (Τσίτσας, 2009). Οι υποκλίμακες έχουν ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία με συντελεστές Cronbach's alpha 0.71–0.77 (Davis, 1983; Litvack-Miller et al., 1997) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (0.62–0.80) (Davis, 1980). Σύμφωνα με τον Davis, η εσωτερική συνέπεια των 4 υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0.68-0.79. Στην Ελλάδα, η κλίμακα έχει σταθμιστεί σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών από τους Τσίτσα & Μαλικιώση-Λοΐζου καταγράφοντας αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Για την αξιοπιστία της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος εξέτασης-επανεξέτασης (test retest), η οποία ανέδειξε τιμές 0.65-0.82 και έλεγχο εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) με τιμές Cronbah's alpha 0.74-0.82 (Τσίτσας & Μαλικιώση-Λοΐζου, χ.χ.). Η συγκεκριμένη κλίμακα δεν έχει κατασκευαστεί για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας, ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στις κοινωνικές επιστήμες.

Γ. Ερωτηματολόγιο Ηθικής Κρίσης (Moral Competence Test – MCT)

Το MCT (Lind, 1999; Μουρατίδου και συν., 2003) βασίζεται στη δομικο-αναπτυξιακή θεωρία του Kohlberg, καθώς και στη θεωρία διπλής όψης της ηθικότητας (Kohlberg, 1964). Αποτελείται από 24 επιχειρήματα που παρουσιάζουν έξι επίπεδα ηθικής συλλογιστικής (Kohlberg, 1964): την ετερόνομη ηθική (στάδιο 1), τον ατομισμό (στάδιο 2), την ηθική που βασίζεται στις αμοιβαίες διαπροσωπικές προσδοκίες (στάδιο 3), την ηθική ως προς το κοινωνικό σύστημα και τη συνείδηση (στάδιο 4), το κοινωνικό συμβόλαιο (στάδιο 5) και τις καθολικές ηθικές αρχές (στάδιο 6), με τα στάδια 5 και 6 να αποτελούν μετασυμβατικά επίπεδα ηθικής ικανότητας. Σύμφωνα με τη θεωρία διπλής όψης της ηθικότητας, η ηθική συμπεριφορά του ατόμου συνίσταται αφενός από την αφοσίωσή του σε βασικές ηθικές αρχές (συναισθηματική πλευρά) και αφετέρου από την ικανότητά του να συλλογίζεται και να δρα σύμφωνα με αυτές τις αρχές (γνωστική πλευρά) (Μουρατίδου και συν., 2003).

Το MCT αποβλέπει: α) στην εκτίμηση της ικανότητας ενός ατόμου να κρίνει επιχειρήματα υπέρ και κατά σε ένα επίμαχο ηθικό πρόβλημα, στη βάση της ηθικής τους ποιότητας και όχι με γνώμονα αν αυτά είναι συμφωνούν ή αποκλίνουν από την άποψη του ατόμου (γνωστική πλευρά ηθικότητας) και β) στην αποτίμηση του ηθικού σταδίου ή των ηθικών αρχών του ατόμου, που κατευθύνουν την κρίση του όταν αυτό βρεθεί αντιμέτωπο με ένα δίλημμα (συναισθηματική πλευρά ηθικότητας) (Lind, 1999). Ουσιαστικά, αξιολογεί την ικανότητα της ηθικής κρίσης καταγράφοντας πώς ένα άτομο ασχολείται με αντιπαραθέσεις, δηλαδή με επιχειρήματα που αντιτίθενται στη θέση του σε ένα δύσκολο πρόβλημα. Τα επιχειρήματα αντιπροσωπεύουν το ηθικό καθήκον που πρέπει να αντιμετωπίσει.

Συγκεκριμένα, στην τυποποιημένη έκδοση του MCT περιλαμβάνονται δύο μικρές ιστορίες-σενάρια, καθένα από τα οποία θέτει ένα ηθικό δίλημμα. Η διατύπωση των απαντήσεων απαιτεί και παρακινεί σε εφαρμογή των ηθικών αρχών και αξιών που πρεσβεύει ο εξεταζόμενος. Το πρώτο σενάριο εκτυλίσσεται σε χώρο εργασίας και αναφέρεται στο δίλημμα εργαζομένων σε κάποια επιχείρηση, οι οποίοι καταφεύγουν στη διάρρηξη του γραφείου της διεύθυνσης της επιχείρησης, προκειμένου να αποδείξουν την υποκλοπή δικών τους συνομιλιών από την εργοδοσία. Πρόκειται για το δίλημμα της επιλογής μιας παράνομης ενέργειας (παραβίαση ξένης ιδιοκτησίας), προκειμένου να αποδείξει κάποιος την ύπαρξη δόλου και να υπερασπίσει το δικαίωμα για εργασία. Το δεύτερο σενάριο προέρχεται από το χώρο της ιατρικής και

παρουσιάζει το ηθικό δίλημμα ενός ιατρού, ο οποίος καλείται να χορηγήσει σε μια ασθενή γυναίκα, με πολλή βαριά και ανίατη πάθηση, ισχυρή δόση παυσίπονων και να εκπληρώσει τη δηλωμένη επιθυμία της για ευθανασία.

Μετά την περιγραφή κάθε σεναρίου, ο εξεταζόμενος καλείται να σημειώσει εάν συμφωνεί ή διαφωνεί με τη συμπεριφορά των πρωταγωνιστών και με τη λύση που δόθηκε στο συγκεκριμένο δίλημμα. Η απάντηση δίδεται με σημείωση αντίστοιχου αριθμού σε 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (όπου το -3 αντιστοιχεί στο «θεωρώ λάθος τη συμπεριφορά» και το 3 αντιστοιχεί στο «θεωρώ σωστή τη συμπεριφορά»). Στη συνέχεια παρουσιάζονται έξι επιχειρήματα που επιδοκιμάζουν τη συμπεριφορά του πρωταγωνιστή κάθε ιστορίας και ακόμη έξι που αποδοκιμάζουν τη συμπεριφορά του. Καθένα από τα επιχειρήματα αυτά έχει συγκεκριμένη αιτιολόγηση, που είναι διαφορετική από τα προηγούμενα. Ο εξεταζόμενος καλείται να κρίνει και να αξιολογήσει καθένα από αυτά. Για το σκοπό αυτό σημειώνει σε 9-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (όπου το -4 αντιστοιχεί στο «απορρίπτω εντελώς το επιχειρήματα» και το 4 αντιστοιχεί στο «συμφωνώ απόλυτα»), εάν διαφωνεί ή συμφωνεί με καθένα από τα επιχειρήματα αυτά.

Τα επιχειρήματα του ερωτηματολογίου, είναι απόψεις που επικροτούν ή επικρίνουν τον τρόπο δράσης των πρωταγωνιστών του σεναρίου. Αυτό που ενδιαφέρει και καταγράφεται στις απαντήσεις δεν είναι η στάση των εξεταζόμενων έναντι των ζητημάτων που πραγματεύονται οι δύο μικρές ιστορίες (αν δηλαδή συμφωνούν ή διαφωνούν επί παραδείγματι με τη δυνατότητα ευθανασίας σε ιδιαίτερα βαριά και μη αναστρέψιμα περιστατικά), αλλά η αποτίμηση του τρόπου που επιλέγουν τις απαντήσεις και η σταθερότητα της ηθικής τους κρίσης στη διαδοχική αντιμετώπιση αντικρουόμενων επιχειρημάτων. Επομένως, αυτό που αποτιμάται με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι όχι μόνον η γνωστική πλευρά της ηθικής κρίσης, αλλά και η αντιμετώπιση και η συμπεριφορά του εξεταζόμενου έναντι συγκεκριμένων ηθικών επιχειρημάτων (Μουρατίδου και συν., 2003).

Το επίπεδο ηθικής κρίσης εκτιμάται με τον υπολογισμό του δείκτη C (C index), που προκύπτει από τις απαντήσεις που έχουν δοθεί στα επιμέρους ερωτήματα. Ο δείκτης C απεικονίζει το βαθμό στον οποίο ο εξεταζόμενος κρίνει τα επιχειρήματα και τα αντεπιχειρήματα που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, στηριζόμενος στις δικές του ηθικές αρχές και αξίες, παραβλέποντας την επίδραση άλλων ψυχολογικών παραμέτρων. Τέτοια επίδραση μπορεί να είναι η έμφυτη τάση του ανθρώπου να

επηρεάζεται και να συμφωνεί με απόψεις που παρουσιάζουν λογικοφανείς αιτιολογήσεις και επιχειρήματα. Με το δείκτη αυτόν αποδίδεται ο βαθμός στον οποίο οι ηθικές αρχές έχουν εσωτερικευθεί και αποτελούν δομικό στοιχείο της ηθικής υπόστασης του ατόμου. Έτσι, ο δείκτης C (C=competence=ικανότητα) αντανακλά την ικανότητα του ατόμου να κρίνει τα επιχειρήματα που παρατίθενται με κριτήριο την ηθική τους ποιότητα, τις αρχές που υπηρετούν και αντανακλούν και όχι με γνώμονα επιμέρους περιστασιακές δικαιολογίες που προβάλλονται κάθε φορά.

Ο δείκτης C λαμβάνει τιμές από 1 έως 100. Το μέγεθός του εκφράζει τη σταθερότητα στον προσανατολισμό του εξεταζόμενου στις ηθικές αξίες που ασπάζεται. Επομένως, υψηλή ικανότητα ηθικής κρίσης έχει το άτομο που παραμένει σταθερά προσανατολισμένο στην ποιότητα των επιχειρημάτων που επικροτούν ή απορρίπτουν την έκβαση ενός ηθικού διλήμματος. Αντιθέτως, όταν το άτομο αξιολογεί τα επιχειρήματα με γνώμονα την άποψή του, επιτυγχάνει χαμηλή βαθμολογία στην ικανότητα για κρίση (Μουρατίδου και συν., 2003).

Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στα Ελληνικά έγινε από τους Μουρατίδου και συν. (2003) σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών. Για την αποδοτικότερη επεξεργασία των δεδομένων εφαρμόστηκε η προτεινόμενη ομαδοποίηση των Μουρατίδου και συν. (2003) και διαμορφώθηκαν έξι επίπεδα ηθικής κρίσης. Για τις τιμές του δείκτη C από 0.00-9.99 χρησιμοποιήθηκε ο χαρακτηρισμός «πολύ χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 1), για τιμές από 10.00-19.99 ο χαρακτηρισμός «χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 2), για τις τιμές από 20.00-29.99 το επίπεδο ηθικής κρίσης χαρακτηρίστηκε «μέτριο επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 3), για τις τιμές από 30.00-39.99 «υψηλό επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 4), για τις τιμές από 40.00-49.99 «πολύ υψηλό επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 5) και για τις τιμές από 50.00 και άνω «εξαιρετικά υψηλό επίπεδο ηθικής κρίσης» (επίπεδο 6).

4.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πρώτο βήμα στη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας αποτέλεσε η αίτηση της ερευνήτριας προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου, προκειμένου να εξασφαλιστεί η χορήγηση ενυπόγραφης έγκρισής του, για τη νομιμότητα της διαδικασίας. Η αίτηση εμπεριείχε το ερευνητικό πρωτόκολλο, με περιληπτική αναφορά στην ερευνητική πρόταση καθώς και το εργαλείο μέτρησης

(ερωτηματολόγιο). Η εκπόνηση της έρευνας διενεργήθηκε κατόπιν χορηγήσεως της απαραίτητης άδειας από το αρμόδιο επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Με την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου ξεκίνησε η διανομή των ερωτηματολογίων από την ίδια την ερευνήτρια, χωρίς διαμεσολάβηση οποιουδήποτε άλλου συνδέσμου.

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου λάμβανε χώρα. Η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου, την εθελοντική φύση της μελέτης, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ο οποίος κυμαίνονταν στα 10 περίπου λεπτά. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς και δε θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, επισημαίνονταν πως δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις, παρά μόνο το προσωπικό κριτήριο απάντησης κάθε συμμετέχοντα.

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Η συμπλήρωση του ανώνυμου ερωτηματολογίου θεωρείτο ισοδύναμη με συγκατάθεση συμμετοχής (πληροφορημένη συναίνεση) για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκησε συνολικά τριάντα (30) ημέρες, από τις 5 Ιανουαρίου 2022 έως και τις 4 Φεβρουαρίου 2022. Στη συνέχεια, οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

4.6 Στατιστική ανάλυση

Στην πρώτη φάση της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα έλεγχος της αξιοπιστίας. Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας υπολογίστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's alpha) για όλες τις κλίμακες. Συνοπτικά, ο συντελεστής άλφα προσδιορίζει το βαθμό όπου το τεστ μετρά ένα μόνο παράγοντα

και η πηγή του σφάλματος είναι οι διαφορές μεταξύ των ερωτημάτων του τεστ. Κατηγοριοποιείται ως εξής: 0.00-0.25=ελάχιστη έως καθόλου, 0.26-0.49=χαμηλή, 0.50-0.69=μέτρια, 0.70-0.89=υψηλή και 0.90-1.00=εξαιρετική. Συνήθως, οι ενδεδειγμένες τιμές του συντελεστή είναι ≥ 0.7 , ωστόσο αυτό δεν είναι απόλυτο και, πολλές φορές, μπορούν να γίνουν αποδεκτές και τιμές < 0.7 , ειδικά όταν η μελέτη είναι διερευνητικής φύσεως. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή, τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Peers, 1996).

Για την ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Για τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's correlation coefficient). Οι συσχετίσεις θεωρούνται πολύ μικρές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται έως 0.25, μικρές όταν κυμαίνεται από 0.25-0.49, μέτριες όταν κυμαίνεται από 0.5-0.69 και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι > 0.7 (Μερκούρης, 2008).

Σε κάθε περίπτωση, το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. Τα δεδομένα της έρευνας αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Αποτελέσματα

5.1 Αξιοπιστία κλιμάκων

Η αξιοπιστία των υποκλιμάκων διερευνήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha. Τιμές του συντελεστή $\alpha > 0.7$ επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία της κάθε υποκλίμακας. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι τιμές του συντελεστή α σε όλες τις κλίμακες.

Πίνακας 2: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Γνωστική ενσυναίσθηση	0.722
Φαντασιακή ενσυναίσθηση	0.792
Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον	0.718
Προσωπική δυσφορία	0.701
Δείκτης C	0.804

Από την επισκόπηση του πίνακα φαίνεται ότι όλες οι κλίμακες είχαν ικανοποιητικό συντελεστή εσωτερικής συνοχής (0.701-0.804), ικανοποιώντας σε κάθε περίπτωση το κριτήριο > 0.70 . Στις ερωτήσεις και στις επιμέρους κλίμακες δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανεξάρτητα από την ίδια την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, αποδεικνύοντας ότι οι απαντήσεις προέρχονται από το ίδιο δείγμα.

5.2 Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα απαριθμούσε 150 άτομα. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Πίνακας 3: Δημογραφικά στοιχεία νοσηλευτών (N=150)

Μεταβλητές		N	%
Φύλο	Άνδρας	36	24.0
	Γυναίκα	114	76.0
Ηλικία (έτη)	20-30	44	29.3
	31-40	70	46.7
	41-50	30	20.0
	51-60	6	4.0
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	46.7
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	4.0
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	45.3
	Διαζευγμένος/η	6	4.0
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	30.7
	ΤΕ	84	56.0
	ΠΕ	20	13.3
Κάτοχος μεταπτυχιακών τίτλων	Κανένα	110	73.3
	Master	40	26.7
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	48.0
	5-10	36	24.0
	11-15	26	17.3
	16-20	2	1.3
	>20	14	9.3

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων νοσηλευτών ήταν γυναίκες (76%), ηλικίας 31-40 ετών (46.7%), άγαμοι (46.7%) και έγγαμοι με παιδιά (45.3%), ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ (56%) και είχαν έως 5 έτη προϋπηρεσίας (48%).

5.3 Κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης

Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τις τέσσερις κύριες διαστάσεις της κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης.

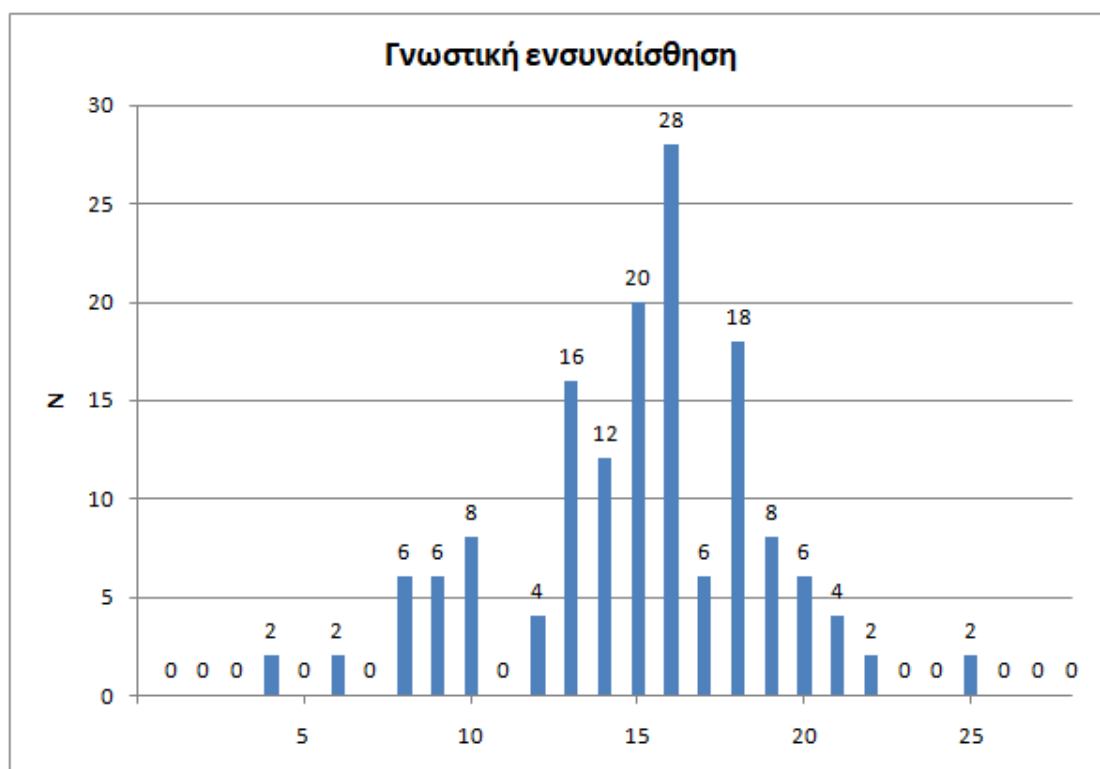
5.3.1 Γνωστική ενσυναίσθηση

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης.

Πίνακας 4: Βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
15.00	3.81	15	4	25

Η βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης κυμάνθηκε από 4-25 με μέση τιμή δείγματος 15 (T.A.= 3.81) και διάμεσο σημείο το 15.



Διάγραμμα 1: Βαθμολογία γνωστικής ενσυναίσθησης

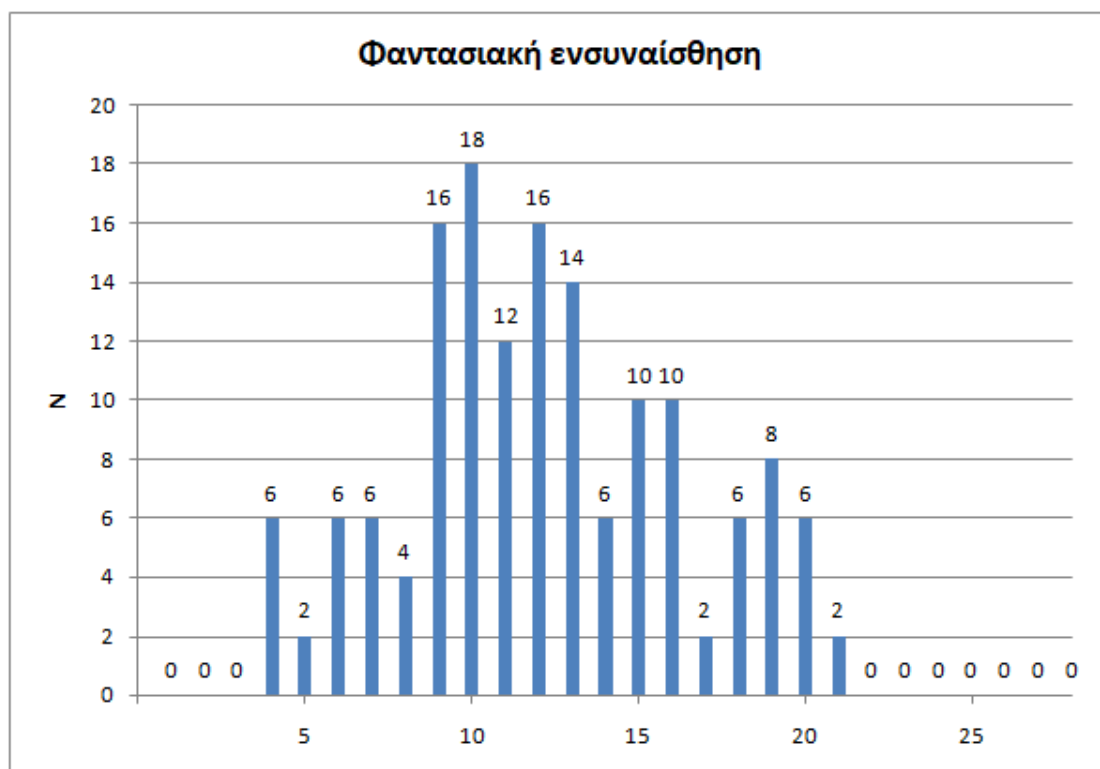
5.3.2 Φαντασική ενσυναίσθηση

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η βαθμολογία φαντασικής ενσυναίσθησης.

Πίνακας 5: Βαθμολογία φαντασικής ενσυναίσθησης

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
12.16	4.20	12	4	21

Η βαθμολογία φαντασικής ενσυναίσθησης κυμάνθηκε από 4-21 με μέση τιμή δείγματος 12.16 (T.A.= 4.20) και διάμεσο σημείο το 12.



Διάγραμμα 2: Βαθμολογία φαντασικής ενσυναίσθησης

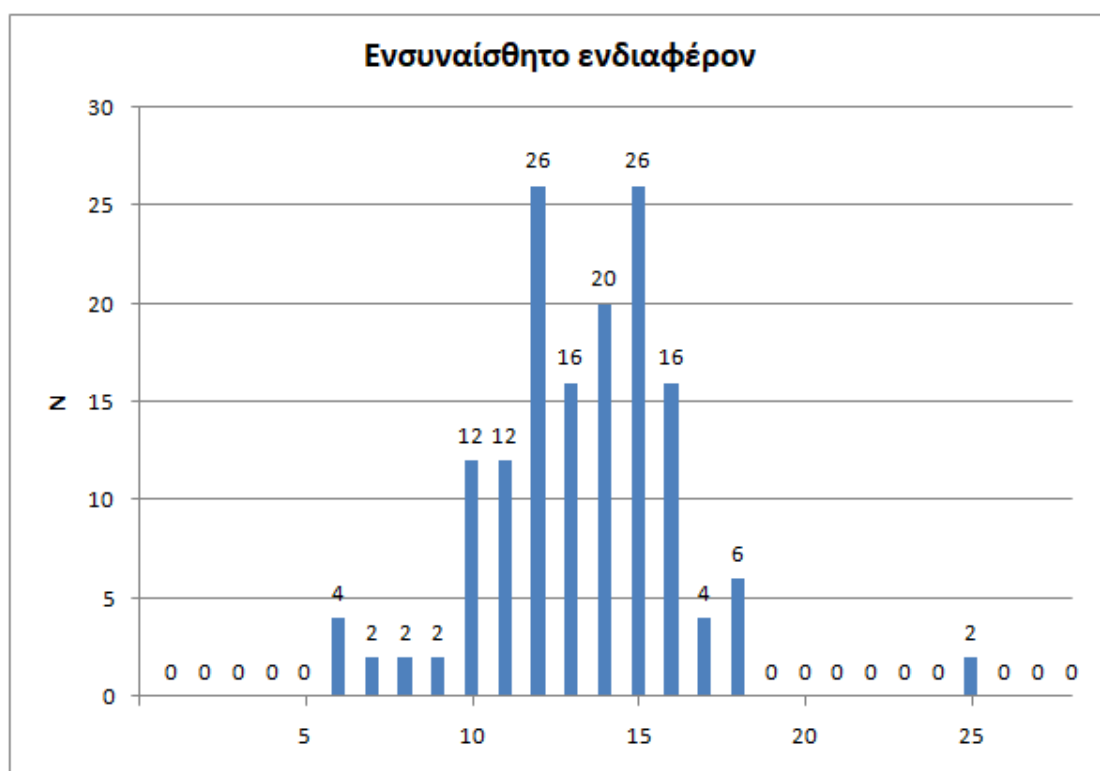
5.3.3 Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος.

Πίνακας 6: Βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
13.31	2.94	13	6	25

Η βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος κυμάνθηκε από 6-25 με μέση τιμή δείγματος 13.31 (T.A.= 2.94) και διάμεσο σημείο το 13.



Διάγραμμα 3: Βαθμολογία ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος

5.3.4 Προσωπική δυσφορία

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας.

Πίνακας 7: Βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
12.45	3.53	12	3	20

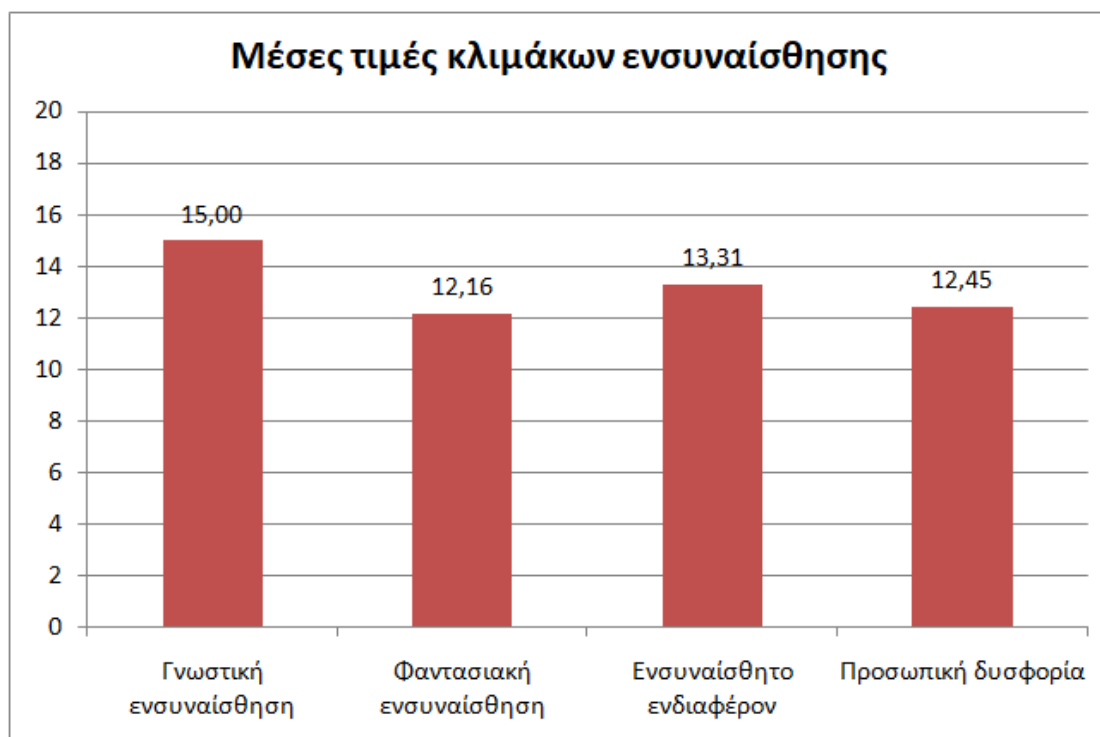
Η βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας κυμάνθηκε από 3-20 με μέση τιμή δείγματος 12.45 (Τ.Α.= 3.53) και διάμεσο σημείο το 12.



Διάγραμμα 4: Βαθμολογία προσωπικής δυσφορίας

5.3.5 Συγκρίσεις μεταξύ επιμέρους κλιμάκων

Στο Διάγραμμα 5 απεικονίζονται οι μέσες τιμές στις τέσσερις επιμέρους κλίμακες διαπροσωπικής ανταπόκρισης.



Διάγραμμα 5: Μέσες τιμές στις επιμέρους κλίμακες ενσυναίσθησης

Η αύξηση της βαθμολογίας σε κάθε κλίμακα συνεπάγεται αύξηση και της ενσυναίσθησης. Το διάμεσο σημείο σε όλες τις κλίμακες είναι το 13, οπότε η γνωστική ενσυναίσθηση και το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον είχαν υψηλότερη τιμή από τον γενικό μελετώμενο πληθυσμό, ενώ η φαντασική ενσυναίσθηση και η προσωπική δυσφορία είχαν χαμηλότερη τιμή από τον γενικό πληθυσμό.

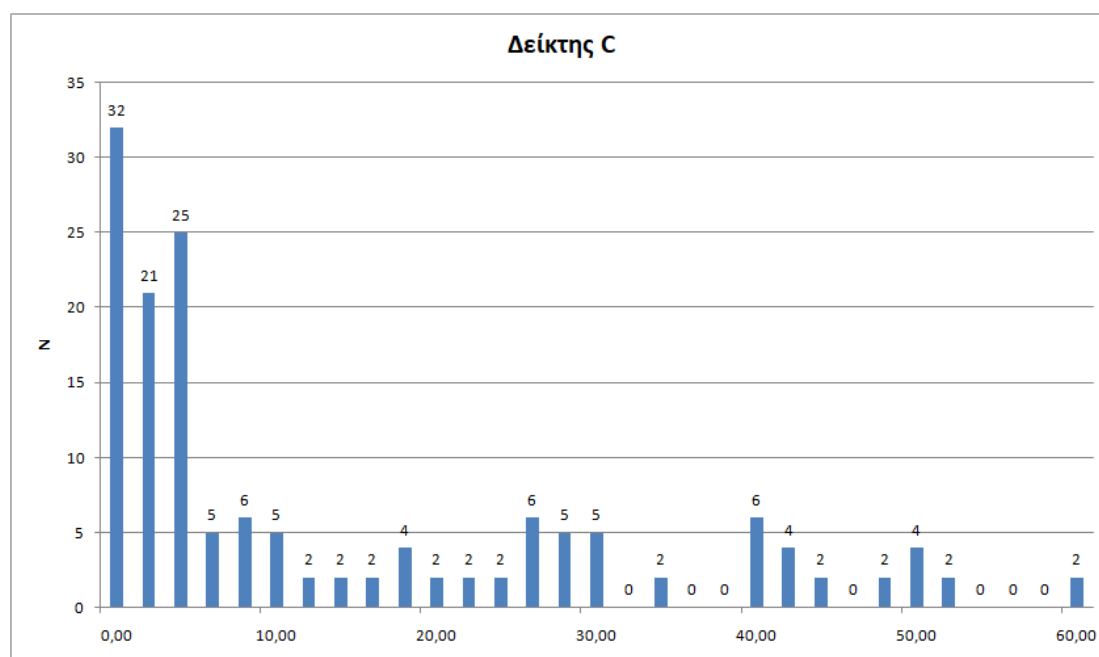
5.4 Ικανότητα ηθικής κρίσης

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η βαθμολογία του δείκτη C. Ο δείκτης αυτός, όπως ήδη αναφέρθηκε, αποτελεί την απεικόνιση του επιπέδου ικανότητας ηθικής κρίσης του ατόμου. Διαφορετικά, εκφράζει την ωριμότητα της ηθικής σκέψης, καθώς αποδίδει το βαθμό σταθερότητας στην τήρηση των ηθικών αρχών ενός ατόμου, όταν αυτό καλείται να κρίνει ενέργειες και επιχειρήματα που σχετίζονται με κάποιο ηθικό δίλημμα.

Πίνακας 8: Βαθμολογία δείκτη C

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
6.77	12.85	3	0	59

Η βαθμολογία του δείκτη C κυμάνθηκε από 0-20-4.00 με μέση τιμή δείγματος 6.77 (T.A.= 12.85) και διάμεσο σημείο το 12.85.



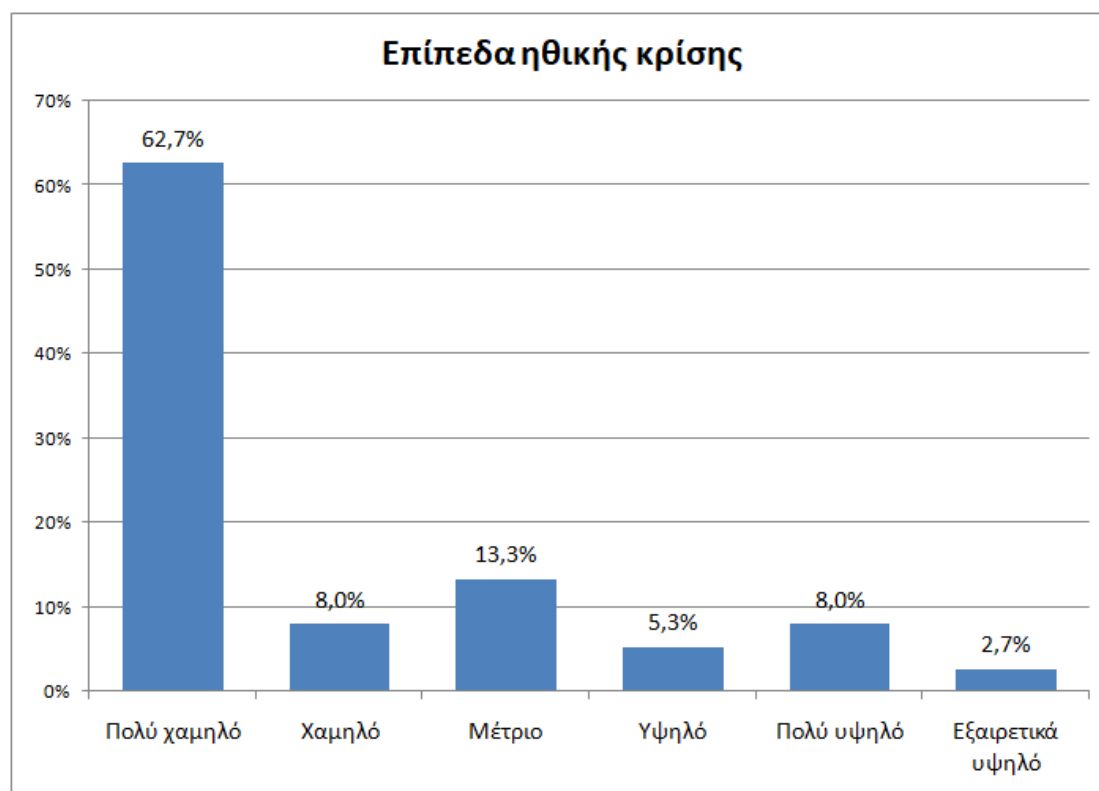
Διάγραμμα 6: Βαθμολογία δείκτη C

Από τον υπολογισμό της τιμής του δείκτη C, για κάθε εξεταζόμενο, προέκυψε ο χαρακτηρισμός του επιπέδου ηθικής κρίσης. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η κατανομή των έξι (6) επιπέδων ηθικής κρίσης για το σύνολο του δείγματος.

Πίνακας 9: Επίπεδα ηθικής κρίσης

Τιμή δείκτη C	Επίπεδο ηθικής κρίσης	N	%
0.00-9.99	Πολύ χαμηλό	94	62.7
10.00-19.99	Χαμηλό	12	8.0
20.00-29.99	Μέτριο	20	13.3
30.00-39.99	Υψηλό	8	5.3
40.00-49.99	Πολύ υψηλό	12	8.0
>=50.00	Εξαιρετικά υψηλό	4	2.7

Το 62.7% των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχουν πολύ χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης, το 8% χαμηλό επίπεδο, το 13.3% μέτριο επίπεδο, το 5.3% υψηλό επίπεδο, το 8% πολύ υψηλό επίπεδο και το 2.7% εξαιρετικά υψηλό επίπεδο ηθικής κρίσης.



Διάγραμμα 7: Επίπεδα ηθικής κρίσης

5.5 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

5.5.1 Διαφορές μεταξύ κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών

Διερευνήθηκε κατά πόσο η γνωστική ενσυναίσθηση παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Γνωστική ενσυναίσθηση ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	36	14.67	3.35	Mann-Whitney	0.583
	Γυναίκα	114	15.11	3.95		
Ηλικία (έτη)	20-30	44	15.77	2.55	Kruskal-Wallis	0.006*
	31-40	70	14.14	4.11		
	41-50	30	16.07	4.35		
	51-60	6	14.00	3.10		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	15.34	3.22	Kruskal-Wallis	0.027*
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	11.00	2.37		
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	15.00	4.24		
	Διαζευγμένος/η	6	15.00	4.65		
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	14.35	3.66	Kruskal-Wallis	0.191
	ΤΕ	84	15.14	4.06		
	ΠΕ	20	15.90	2.85		
Κάτοχος μεταπτυχιακών	Κανένα	110	15.22	3.74	Mann-Whitney	0.510
	Master	40	14.40	3.97		
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	14.75	3.13	Kruskal-Wallis	0.002*
	5-10	36	14.11	4.28		
	11-15	26	16.62	3.14		
	16-20	2	10.00	0.10		
	>20	14	16.29	5.59		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι η γνωστική ενσυναίσθηση επηρεάζεται από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την επαγγελματική εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 41-50 ετών, ήταν άγαμοι και είχαν 11-15 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα γνωστικής ενσυναίσθησης σε σχέση με τους υπόλοιπους και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη γνωστική ενσυναίσθηση, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0.05$).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε κατά πόσο η φαντασιακή ενσυναίσθηση παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Φαντασιακή ενσυναίσθηση ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Ανδρας	36	11.50	3.55	Mann-Whitney	0.377
	Γυναίκα	114	12.37	4.38		
Ηλικία (έτη)	20-30	44	12.91	3.73	Kruskal-Wallis	0.018*
	31-40	70	11.14	4.07		
	41-50	30	13.53	4.64		
	51-60	6	11.67	4.59		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	11.77	3.56	Kruskal-Wallis	0.779
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	13.00	6.26		
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	12.41	4.61		
	Διαζευγμένος/η	6	13.00	4.65		
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	11.17	3.60	Kruskal-Wallis	0.108
	ΤΕ	84	12.45	4.47		
	ΠΕ	20	13.20	4.07		
Κάτοχος μεταπτυχιακών	Κανένα	110	11.98	4.11	Mann-Whitney	0.189
	Master	40	12.65	4.64		
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	12.75	3.87	Kruskal-Wallis	0.000*
	5-10	36	9.39	3.16		
	11-15	26	13.54	4.012		
	16-20	2	13.00	0.10		
	>20	14	13.57	5.76		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι η φαντασιακή ενσυναίσθηση επηρεάζεται από την ηλικία και την επαγγελματική εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ηλικίας 41-50 ετών με άνω των 20 έτη προϋπηρεσίας

εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα φαντασιακής ενσυναίσθησης σε σχέση με τους υπόλοιπους και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν φαίνεται να επηρεάζουν τη φαντασιακή ενσυναίσθηση, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε κατά πόσο το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	36	12.67	2.79	Mann-Whitney	0.329
	Γυναίκα	114	13.51	2.97		
Ηλικία (έτη)	20-30	44	13.55	2.55	Kruskal-Wallis	0.276
	31-40	70	12.77	2.70		
	41-50	30	14.20	3.66		
	51-60	6	13.33	3.72		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	13.37	2.40	Kruskal-Wallis	0.724
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	12.67	2.73		
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	13.44	3.39		
	Διαζευγμένος/η	6	11.67	3.62		
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	12.78	2.38	Kruskal-Wallis	0.072
	ΤΕ	84	13.24	2.57		
	ΠΕ	20	14.80	4.74		
Κάτοχος μεταπτυχιακών	Κανένα	110	13.65	3.01	Mann-Whitney	0.017*
	Master	40	12.35	2.55		
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	13.78	3.19	Kruskal-Wallis	0.095
	5-10	36	12.39	2.83		
	11-15	26	13.69	1.98		
	16-20	2	10.00	0.10		
	>20	14	13.00	2.99		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον επηρεάζεται από το επίπεδο μεταπτυχιακών σπουδών. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που δεν ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος σε σχέση με τους μη κατόχους και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ($p < 0.05$).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν φαίνεται να επηρεάζουν το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε κατά πόσο η προσωπική δυσφορία παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Προσωπική δυσφορία ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	36	11.89	3.08	Mann-Whitney	0.277
	Γυναίκα	114	12.63	3.66		
Ηλικία (έτη)	20-30	44	13.32	3.30	Kruskal-Wallis	0.051
	31-40	70	12.34	3.26		
	41-50	30	11.87	4.44		
	51-60	6	10.33	1.86		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	12.54	3.22	Kruskal-Wallis	0.037*
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	12.00	4.73		
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	12.74	3.73		
	Διαζευγμένος/η	6	8.67	1.03		
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	12.52	3.08	Kruskal-Wallis	0.814
	ΤΕ	84	12.31	3.66		
	ΠΕ	20	12.90	4.06		
Κάτοχος μεταπτυχιακών	Κανένα	110	12.98	3.39	Mann-Whitney	0.005*
	Master	40	11.00	3.57		
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	13.58	3.58	Kruskal-Wallis	0,000*
	5-10	36	11.39	2.37		
	11-15	26	12.46	2.58		
	16-20	2	11.00	0.10		
	>20	14	9.57	5.08		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι η προσωπική δυσφορία επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μεταπτυχιακών και την επαγγελματική εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που ήταν έγγαμοι με παιδιά, δεν ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και είχαν έως 5 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής δυσφορίας σε σχέση με τους υπόλοιπους και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν φαίνεται να επηρεάζουν την προσωπική δυσφορία, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

Τέλος διερευνήθηκε κατά πόσο ο δείκτης C που δηλώνει την ικανότητα ηθικής κρίσης παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Δείκτης C ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Φύλο	Άνδρας	36	5.00	11.00	Mann-Whitney	0.937
	Γυναίκα	114	7.33	17.85		
Ηλικία (έτη)	20-30	44	10.64	21.05	Kruskal-Wallis	0.192
	31-40	70	2.57	22.78		
	41-50	30	9.27	25.29		
	51-60	6	15.00	19.61		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	70	9.69	11.76	Kruskal-Wallis	0.312
	Έγγαμος/η χωρίς παιδιά	6	2.33	7.76		
	Έγγαμος/η με παιδιά	68	4.41	15.07		
	Διαζευγμένος/η	6	4.00	2.75		
Βαθμίδα εκπαίδευσης	ΔΕ	46	2.00	13.01	Kruskal-Wallis	0.020*
	ΤΕ	84	6.10	11.62		
	ΠΕ	20	20.60	13.27		
Κάτοχος μεταπτυχιακών	Κανένα	110	3.96	13.03	Mann-Whitney	0.004*
	Master	40	14.50	10.73		
Επαγγελματική εμπειρία (έτη)	<5	72	2.56	13.96	Kruskal-Wallis	0.001*
	5-10	36	11.39	10.65		
	11-15	26	17.23	10.49		
	16-20	2	35.00	3.33		
	>20	14	7.57	11.31		

*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι ο δείκτης C επηρεάζεται από τη βαθμίδα εκπαίδευσης, το επίπεδο μεταπτυχιακών και την επαγγελματική εμπειρία. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ΠΕ, που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου και είχαν 16-20 έτη προϋπηρεσίας εμφάνισαν υψηλότερη ικανότητα ηθικής κρίσης σε σχέση με τους υπόλοιπους και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$).

Οι υπόλοιπες μεταβλητές δεν φαίνεται να επηρεάζουν την ικανότητα ηθικής κρίσης, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > 0.05$).

5.5.2 Συσχετίσεις

Διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των τεσσάρων κύριων διαστάσεων (υποκλιμάκων) της κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης και του δείκτη C που δηλώνει την ικανότητα ηθικής κρίσης (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Συσχέτιση κλιμάκων διαπροσωπικής ανταπόκρισης και ικανότητας ηθικής κρίσης

		Δείκτης C
Γνωστική ενσυναίσθηση	r^1	-0.077
	p	0.347
Φαντασιακή ενσυναίσθηση	r^1	0.129
	p	0.115
Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον	r^1	-0.039
	p	0.638
Προσωπική δυσφορία	r^1	-0.006
	p	0.940

¹Συντελεστής συσχέτισης Pearson, **Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01

Με βάση το συντελεστή συσχέτισης Pearson δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική σχέση και δεν υπήρχε καμία συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες διαπροσωπικής ανταπόκρισης και στην ικανότητα ηθικής κρίσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Συζήτηση - Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση

Στη συζήτηση που ακολουθεί αναλύονται και συσχετίζονται τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αναφέρεται στην αιτιολόγηση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία, ενώ το δεύτερο επίπεδο αφορά στη σύγκριση και αναζήτηση συμβατότητας των παραμέτρων και ευρημάτων της μελέτης με αντίστοιχες παραμέτρους άλλων μελετών. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη επαγγελματιών υγείας, ενώ ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι βαθμολογίες ενσυναίσθησης και ηθικής κρίσης.

Τα ευρήματα της μελέτης κατέδειξαν ότι από τις διαστάσεις της ενσυναίσθησης κυριαρχεί η γνωστική ενσυναίσθηση (MT=15.0) έναντι του ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος (συναισθηματική συνιστώσα), το οποίο δεν είναι απαραίτητα χαμηλά (MT=13.31). Στις υπόλοιπες υποκλίμακες, η φαντασιακή ενσυναίσθηση (MT=12.16) και η προσωπική δυσφορία (MT=12.45) κατέγραψαν χαμηλότερα επίπεδα και βρέθηκαν κάτω από το μέσο όρο της κλίμακας μέτρησης.

Τα αποτελέσματα συμφωνούν με την έρευνα των Beddoe & Murphy (2004), επιτρέποντας στους νοσηλευτές να ενεργήσουν με βάση την ενσυναίσθητη ανταπόκριση παρά να αποστασιοποιηθούν λόγω των προσωπικών τους αντιφατικών συναισθημάτων. Ο Davis (1980) συνέδεε τη μειωμένη προσωπική δυσφορία με τη λήψη προοπτικών και το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν αυτά τα ευρήματα, άρα οι νοσηλευτές μπορούν να ενεργήσουν ενσυναίθητα κατευθυνόμενοι κυρίως από αλτρουιστικά κίνητρα προς τη βοήθεια, χωρίς να προτιμούν την εύκολη διαφυγή. Στόχος της συμπεριφοράς τους δεν αποτελεί το προσωπικό κέρδος αλλά η μείωση της ανάγκης-αγωνίας του ασθενούς και η αύξηση της ευημερίας του. Ωστόσο, η μειωμένη φαντασιακή διάσταση πιθανόν να οδηγεί σε αποκλίσεις μεταξύ της παρεχόμενης βοήθειας σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενή. Οι υψηλές βαθμολογίες στη γνωστική ενσυναίσθηση και στο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον θεωρούνται προαπαιτούμενες στη νοσηλευτική και μπορεί να οφείλονται

στο ότι τα άτομα που επιλέγουν αυτό το επάγγελμα, απαιτείται να έχουν υψηλότερο από τον μέσο όρο στην κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης (Beddoe & Murphy, 2004).

Η αυξημένη γνωστική ενσυναίσθηση ενισχύει τις προκοινωνικές συμπεριφορές, τα άτομα δύναται να ανταποκριθούν στο πολύπλοκο κοινωνικό περιβάλλον, να κατανοήσουν και να προβλέψουν την συμπεριφορά των άλλων και να διευκολύνουν τη συνομιλία και την κοινωνική εμπειρογνωμοσύνη. Στον αντίποδα, η περιορισμένη ικανότητα της φαντασιακής ενσυναίσθησης εμποδίζει τους νοσηλευτές να αναγνωρίζουν και να συναισθάνονται με τις εμπειρίες άλλων, επηρεάζοντας τελικά την ανάπτυξη μίας «γνωστικής ικανότητας αναγνώρισης» του νοσηλευτή για το ρόλο του ασθενή. Σύμφωνα με τα ευρήματα, η μειωμένη φαντασιακή ενσυναίσθηση περιορίζει την εμπλοκή του παρατηρητή και τελικά την ανάληψη γνωστικών και συναισθηματικών ρόλων. Συνεπώς δεν δύναται να προκύψει η πολυπόθητη ενσυναίσθητη ακρίβεια η οποία, ως κοινωνικο-γνωστική διεργασία, επηρεάζει την επικοινωνιακή διάσταση, όπου ο νοσηλευτής, αν και συναισθάνεται, διατηρεί την ποιότητα της συμμετοχής του άλλου ατόμου.

Άμεση απόρροια των παραπάνω είναι η αρνητική τους επιρροή στη θεραπευτική διάσταση της ενσυναίσθησης, η οποία μέσω γνωστικών διεργασιών και διαδικασιών συναισθηματικής προσομοίωσης και εν προκειμένω μέσω επικοινωνιακού συντονισμού, δεν εξασφαλίζει την κατανόηση του πλαισίου αναφοράς του ασθενούς. Συνεπώς, οι νοσηλευτές αδυνατούν να παρακολουθούν λεκτικά και μη μηνύματα, να επιδεικνύουν κατανόηση και να εξατομικεύουν τις απαντήσεις προκειμένου να ανταποκρίνονται με ακρίβεια στις αντιλαμβανόμενες ανάγκες του ασθενή για την επίτευξη μιας συνεργατικής θεραπευτικής συμμαχίας. Επιπλέον, ενέχει τον κίνδυνο ο νοσηλευτής να εμπλέκεται σε ενσυναίσθητες διεργασίες συναισθηματικής μετάδοσης, όπου δεν μεταδίδεται η γνώση από την εσωτερική κατάσταση του άλλου, επομένως η κοινωνικο-γνωστική συνιστώσα της ενσυναίσθησης παραμελείται και ο νοσηλευτής καθίσταται αδύναμος να διατηρήσει την ποιότητα της συμμετοχής του άλλου ατόμου στην προκύπτουσα σχέση.

Στις γνωστικές υποκλίμακες, η γνωστική ενσυναίσθηση παρουσίασε τα υψηλότερα επίπεδα αλλά η φαντασιακή ενσυναίσθηση κατέγραψε τα χαμηλότερα επίπεδα από τις τέσσερις διαστάσεις. Τα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων έδειξαν ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η επαγγελματική εμπειρία σχετίζονται

άμεσα με τις γνωστικές διεργασίες, Τα ευρήματα συμφωνούν με τη μελέτη των Kesbakh, et al. (2017) όπου βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ λήψης προοπτικών, οικογενειακής κατάστασης και εργασιακής θέσης, καταγράφοντας αρνητική σχέση μεταξύ της φαντασίας, της εργασιακής εμπειρίας και ύπαρξης μιας χρόνιας ασθένειας στο μελετώμενο δείγμα. Σε φοιτητές νοσηλευτικής προπτυχιακού τύπου, ο αρχηγός της τάξης είχε υψηλότερο σκορ στη λήψη προοπτικών σε σχέση με τους συμμαθητές του (Yu et al., 2010). Σε μελέτη IRI η λήψη προοπτικών συνδέθηκε θετικά με ικανοποίηση (Duarte et al., 2016). Αντιθέτως, ευρήματα άλλων μελετών αποκαλύπτουν ότι οι γυναίκες πέτυχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τους άντρες για φαντασία, ενσυναίσθητο ενδιαφέρον και προσωπική δυσφορία (Navarro-Abal et al., 2018) ή ότι πέτυχαν υψηλά σε όλες τις διαστάσεις (Escrivá et al., 2004) ή δεν συσχετίζουν τη φαντασία με την εμπειρία και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (Kahrman et al., 2016).

Στις συναισθηματικές υποκλίμακες, το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον κατέγραψε υψηλά επίπεδα και η προσωπική δυσφορία τείνει προς το μέσο όρο της κλίμακας μέτρησης. Η υψηλή βαθμολογία του ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος σχετίζεται με θετικές κλινικές εκβάσεις (Gleichgericht & Decety, 2013), με προκοινωνικές συμπεριφορές (Davis, 1983), καταδεικνύοντας την ύπαρξη «συναισθηματικής απόκρισης» κατά την οποία γίνεται αντιληπτή η κατάσταση ευημερίας του ασθενούς. Άρα ως πηγή αλτρουιστικών κινήτρων για τον νοσηλευτή, ενθαρρύνει τη βοήθεια που κατευθύνεται προς τη μείωση της ανάγκης του ασθενούς η οποία προκαλείται από την ενσυναίσθηση, χωρίς φαινόμενα μεροληψίας, δίνοντας το έναυσμα ενεργοποίησης ηθικών αρχών. Διατομεακή μελέτη αποκαλύπτει ότι το αυξημένο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον, όταν δεν υπάρχει συναισθηματική μετάδοση, συμβάλλει στις θετικές εμπειρίες που προέρχονται από τη φροντίδα των άλλων (Duarte et al., 2016). Πρόκειται για ενδιαφέρον εύρημα, το οποίο είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία σχετικά με τα οφέλη της περίθαλψης για τους παρόχους (Brown & Brown, 2006). Η μελέτη των Duarte & Pinto (2017) συσχετίζει αρνητικά το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον με την εξάντληση και θετικά με την επαγγελματική ποιοτική νοσηλευτική.

Οι χαμηλές τιμές της προσωπικής δυσφορίας καταδεικνύουν τον περιορισμένο αριθμό αντιφατικών συναισθημάτων που προκύπτουν όπως ανησυχία, αναστάτωση, διαταραχή, αγωνία και την ανυπαρξία ενός φαινομενικά αλτρουιστικού ενδιαφέροντος, τα οποία συνιστούν είτε κίνητρα δράσης κατευθυνόμενα από

εγωιστικούς και όχι αλτρουιστικούς προσανατολισμούς, είτε κίνητρα αποφυγής της αιτίας. Επιπλέον, η εξέλιξη αυτών των ελάχιστων, έμφυτων συναισθημάτων, μπορεί να αποτραπεί από την αυξημένη ικανότητα γνωστικών διεργασιών η οποία βρέθηκε στη μελέτη, μέσω της οποίας ο νοσηλευτής εξέρχεται από τη δυσφορία και με το ανεπτυγμένο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον δύναται να προβεί τελικά σε αλτρουιστικές πράξεις βοήθειας.

Στην παρούσα μελέτη υπήρξε συσχέτιση του ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος και της μη κατοχής μεταπτυχιακού διπλώματος. Άλλες μελέτες ενσυναίσθησης σε νοσηλευτές συσχετίζουν το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον με το φύλο (Gleichgerrcht & Decety, 2013; Navarro-Abal et al., 2018), την ηλικία (Sze et al., 2012; Kesbakhi et al., 2017), τον αριθμό παιδιών (Rueckert et al., 2011), το είδος απασχόλησης (Kesbakhi et al., 2017), την εμπειρία (Gleichgerrcht & Decety, 2013) και τον τύπο νοσοκομειακού χώρου (Kesbakhi, et al., 2017).

Επίσης, παρατηρήθηκε συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης, της μη κατοχής μεταπτυχιακού διπλώματος και της επαγγελματικής εμπειρίας με την προσωπική δυσφορία, ευρήματα συμβατά με τις μελέτες των Kesbakhi et al. (2017), Latimer et al. (2017) και Navarro-Abal et al. (2018). Αντιθέτως, στις μελέτες των Yu et al. (2010) και Κουρκούνη (2019), το γυναικείο φύλο συσχετίζεται με την προσωπική δυσφορία. Μια μετα-ανάλυση 183 μελετών διαπίστωσε ότι οι γυναίκες ήταν πιο συναισθηματικά εξαντλημένες από τους άνδρες (Purvanova & Muros, 2010). Η μελέτη των Duarte & Pinto-Gouveia (2017) αποκαλύπτει ότι μόνο όταν τα συναισθήματα προκαλούν παθογενείς πεποιθήσεις, συνιστούν παράγοντα ευπάθειας για εξάντληση. Ο Davis (1980) συνέδεσε τη μειωμένη δυσφορία με τη λήψη προοπτικών και το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον. Ωστόσο, θεραπευτές με ηθική δυσφορία μπορεί να συμμετέχουν σε ενσυναίσθητες διαδικασίες μέσω άλλων συναισθημάτων. Αυτό επισημαίνει τη σημασία ορισμένων ελαχίστων επιπέδων ενσυναίσθησης, δεδομένου ότι, χωρίς αυτά, χάνεται η αποτελεσματική βοήθεια προς τους ασθενείς και η ικανοποίηση από την ενσυναίσθηση (Halpern, 2012). Σε αξιολόγηση της IRI, βρέθηκε αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ προσωπικής δυσφορίας και φαντασιακής διάστασης (Atkins & Steitz, 2000). Επίσης, το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση και αρνητικά με την προσωπική δυσφορία (Duarte et al., 2016).

Στην εκτίμηση της ηθικής κρίσης, ο δείκτης C κατέγραψε χαμηλή τιμή (MT=6.77) και βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα για την πλειοψηφία των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, το 62.7% των συμμετεχόντων βρέθηκε να έχουν πολύ χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης, το 8% χαμηλό επίπεδο, το 13.3% μέτριο επίπεδο, το 5.3% υψηλό επίπεδο, το 8% πολύ υψηλό επίπεδο και το 2.7% εξαιρετικά υψηλό επίπεδο ηθικής κρίσης. Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι ο δείκτης C επηρεάζεται από τη βαθμίδα εκπαίδευσης, το επίπεδο μεταπτυχιακών και την επαγγελματική εμπειρία.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δεν αποκαλύπτει αντίστοιχες μελέτες με χρήση του MCT σε επαγγελματίες νοσηλευτές, παρά μόνο σε φοιτητές. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η μελέτη της Κουρκούνη (2019) σε δείγμα 204 νοσηλευτών του Γενικού Νοσοκομείου Καρδίτσας, όπου διαπιστώθηκε χαμηλό επίπεδο ηθικής κρίσης στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με τον δείκτη C να κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, ενώ σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης η αύξηση της ηλικίας συνδέθηκε με μειωμένη ικανότητα ηθικής κρίσης. Σε συγχρονική μελέτη 662 φοιτητών νοσηλευτικής στο Όσλο (Buzgona & Sikogona, 2013), καταγράφηκαν χαμηλές βαθμολογίες του δείκτη C, ο οποίος επηρεάστηκε σημαντικά μόνο από τον τύπο σπουδών και την ηλικία. Άλλες μελέτες έδειξαν μείωση ηθικής κρίσης σε φοιτητές ιατρικής κατά την φοίτηση (Price et al., 1998; Lind, 2000; Slovackova & Slovacek, 2007), ενώ σε φοιτητές μαιευτικής παρατηρήθηκαν ελάχιστες διαφορές παρά την ενεργή διδασκαλία ηθικής, οι οποίες εξαρτιόταν από την αρχική ατομική αξία της ηθικής, με τους γονείς να επηρεάζουν περισσότερο την ηθική των μαθητών (Rzyska et al., 2014). Η ηθική ανάπτυξη παρεμποδίζεται κατά τη διάρκεια πανεπιστημιακών σπουδών (Self et al., 1991) από την υπερβολική πληροφόρηση και από την ατελείωτη απομνημόνευση και την εξάρτηση από τις εξετάσεις (Coles, 1998). Η συζήτηση περί ηθικών διλημμάτων αποδεικνύεται αποτελεσματική σε φοιτητές ιατρικής πριν την έναρξη των σπουδών τους (Self & Davenport, 1996). Αντίθετα ευρήματα παρουσιάζει ο Narvaez (1998), με τους μεγαλύτερους μαθητές να πετυχαίνουν υψηλότερες βαθμολογίες δείκτη C. Επίσης, πολλές μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμπεριφορά επηρεάζει την ηθική με θετικό τρόπο (Lind, 1996).

Ενδεχομένως το MCT να μην είναι κατάλληλο εργαλείο για τη συγκεκριμένη μελέτη και σε αυτό να οφείλονται οι πολύ χαμηλές τιμές της ηθικής ικανότητας του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο βασίζεται στη θεωρία ηθικής ανάπτυξης του Kohlberg,

η οποία στηρίζεται σε ανδρικές προσωπικότητες, αδυνατώντας να αξιολογήσει γυναικείες ανησυχίες και εμπειρίες (Gilligan, 1977), όπως αντιπροσωπεύονται στη θεωρία της Gilligan (1987). Συγκεκριμένα, σε αρκετές μελέτες οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες στην ηθική συλλογιστική (Murphy, 1977), επειδή στη νοσηλευτική βιβλιογραφία κυριαρχεί η συμβατική θεωρία του Kohlberg και όχι της Gilligan, η οποία ενσωματώνει προοπτικές όπως η περίθαλψη και η δικαιοσύνη, αντικατοπτρίζοντας πιο πιστά την εμπειρία της νοσηλευτικής (Cooper, 1989) και στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες συνιστούν πλειοψηφία.

Βιβλιογραφικά, οι ρίζες της ηθικής κρίσης και η ενεργοποίηση των ηθικών κανόνων καταλογίζονται στην ενσυναίσθηση. Οι πολλαπλές όψεις ηθικής κρίσης της ενσυναίσθησης μέσω των διαφορετικών όψεων έκφρασής της, καθώς και το επίπεδο ανάπτυξής της, μπορούν να επισκιάσουν την ηθική συμπεριφορά. Στην παρούσα μελέτη οι νοσηλευτές καταγράφουν αυξημένες τιμές στην ανάληψη προοπτικών (γνωστική ενσυναίσθηση) και στο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον. Αν και ο συναισθηματικός παράγοντας συμβάλει στη λήψη ηθικών αποφάσεων, οι ηθικές κρίσεις για λοιπές ανθρώπινες (απρόσωπες) ηθικές παραβιάσεις είναι περισσότερο «γνωστικές». Θεωρητικά, η αιτία για την απόκλιση μεταξύ ενσυναίσθησης και ηθικής συμπεριφοράς θα μπορούσε να οφείλεται στη μειωμένη ικανότητα της φαντασιακής αλλά και επικοινωνιακής διάστασης της ενσυναίσθησης οι οποίες βρέθηκαν, περιορίζοντας τελικά τόσο τη γνωστική αναγνώριση των εμπειριών του ασθενή όσο και τη θεραπευτική φροντίδα, οπότε δεν εξασφαλίζεται η απαραίτητη δεοντολογική συνάφεια και η αποτροπή ενδεχόμενων βλαπτικών ενεργειών. Η βασισμένη σε ηθική λογική νοσηλευτική φροντίδα, με περιορισμένες γνωστικές ικανότητες, δεν επεξεργάζεται ούτε την επιφανειακή δράση (παρατηρήσιμες εκφράσεις), ούτε τη βαθιά δράση (συναισθήματα), εμποδίζοντας τελικά την ανάπτυξη της ηθικής νοσηλευτικής δεοντολογίας. Μολονότι υπάρχει το υπόβαθρο της ενσυναίσθησης σε όψεις που προάγουν αλτρουιστικές συμπεριφορές, άλλες όψεις της ενσυναίσθησης που επιδρούν καθοριστικά στην ηθική κρίση είναι λιγότερο ανεπτυγμένες.

Ωστόσο, στα ευρήματα της μελέτης δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση ανάμεσα στις τέσσερις κλίμακες διαπροσωπικής ανταπόκρισης και στην ικανότητα ηθικής κρίσης. Επομένως, δεδομένων των ευρημάτων στην κλίμακα διαπροσωπικής ανταπόκρισης, η μη αλληλεπίδρασή τους ως προς τη διαμόρφωση προσωπικότητας ενδεχομένως να επηρεάζεται από διάφορους οργανωτικούς παράγοντες που καταστέλλουν τις ηθικές

κρίσεις εμποδίζοντας την ικανότητα εφαρμογής του ασθενοκεντρικού μοντέλου, άρα και της ποιοτικής φροντίδας. Η βιβλιογραφία βρίθει από παράγοντες που επηρεάζουν τις ηθικές αξίες και στην παρούσα μελέτη δεν συμπεριληφθήκαν. Βασικότερος όλων αποδεικνύεται το ίδιο το απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον, μέσα από οργανωτικές διαδικασίες και πολιτικές στις οποίες λαμβάνει χώρα η κλινική φροντίδα, καταστέλλοντας την ηθική έκφραση των νοσηλευτών.

Συγκεκριμένα, μελέτες αποτυπώνουν υψηλό ηθικό επίπεδο σε νοσηλευτές (Kim et al., 2013; Cerit & Ozveren, 2019), το οποίο αδυνατεί να εκφραστεί. Αυτό αποδεικνύεται από ερευνητές οι οποίοι εκτιμούν την αντίληψη των νοσηλευτών για την ηθική του οργανωτικού κλίματος των νοσοκομείων και αποκαλύπτουν ελάχιστες ευκαιρίες συμμετοχής τους σε ηθικές διαπραγματεύσεις, ασυνέπειες μεταξύ της πολιτικής του νοσοκομείου και των διαδικασιών (McDaniel, 1998) που ακολουθούνται στην πράξη, καθώς και συστηματικές ηθικές προκλήσεις (Hariharan et al., 2006; Uirilch et al., 2010) οι οποίες δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς. Όλες αυτές οι καταστάσεις δρουν ανασταλτικά στην έκφραση της προσωπικής ηθικής κρίσης των νοσηλευτών.

Η επαγγελματική νοσηλευτική ταυτότητα αναδύεται και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση της ηθικής φιλοσοφίας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Συνεπώς, ενδεχομένως, ο μελετώμενος πληθυσμός λόγω σύγκρουσης μεταξύ προσωπικών, επαγγελματικών, ιδρυματικών και κοινωνικών αξιών, καταγράφει εμπόδια στην εφαρμογή ηθικών αρχών κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων. Δεν εξετάστηκε η γνώμη των νοσηλευτών για την ύπαρξη ηθικού οργανωσιακού κλίματος, η οποία πιθανόν θα αποκάλυπτε επιπλέον πτυχές ως προς το αντιφατικό εύρημα της ύπαρξης ικανότητας ηθικής κρίσης των νοσηλευτών του δείγματος από τη μία και των χαμηλών τιμών στις ηθικές κρίσεις από την άλλη. Ωστόσο, οι νοσηλευτές έχουν ενσυναίσθητες ικανότητες που μπορούν να τους καθοδηγήσουν σε αλτρουιστικές πράξεις βοήθειας προς τους ασθενείς. Σύμφωνα με τα ευρήματα και τη βιβλιογραφία, η αμοιβαία ικανοποίηση των δύο εμπλεκόμενων μερών στη φροντίδα φαίνεται μη εφικτή, καθώς επίσης αμφισβητείται και η ηθικότητα των πράξεων, διότι η μειωμένη φαντασιακή διάσταση της ενσυναίσθησης αποτρέπει τους νοσηλευτές να αντιληφθούν την πραγματική τους θέση και να παρέχουν φροντίδα με βάση τις ανάγκες τους.

6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, τα ευρήματα που προκύπτουν υπόκεινται σε περιορισμούς που αφορούν το δείγμα και τη μεθοδολογία.

Στη μεγάλη πλειοψηφία του το δείγμα εκπροσωπεί το γυναικείο φύλο, δυσχεραίνοντας τη συσχέτιση των ευρημάτων με τον αντρικό πληθυσμό και την μεταξύ τους συγκριτική αποτίμηση των αποτελεσμάτων ως προς την επίδρασή του. Περαιτέρω περιορισμός αποτέλεσε η δυσκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου της ηθικής κρίσης, λόγω ανεπαρκούς κατανόησης ή και ενδεχόμενης ψυχολογικής φόρτισης των νοσηλευτών, καθώς έλαβε χώρα σε ωράριο εργασίας και κάτω από τις ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού.

Επίσης, επιλέχθηκε δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελεί εμπόδιο στη εξαγωγή γενικών συμπερασμάτων. Ακόμα, επισημαίνεται η επιλογή συγχρονικής μελέτης συσχέτισης, άρα τα αποτελέσματα περιορίζονται στο χρόνο διεξαγωγής της μελέτης και δεν μπορούν να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα περί σχέσης αίτιας και αιτιατού στη σχέση της ενσυναίσθησης και της ηθικής κρίσης. Τέλος, επειδή η έρευνα έλαβε χώρα στο νοσοκομείο με το οποίο η ερευνήτρια διατηρεί εργασιακή σχέση, πρέπει να ληφθεί υπόψη το ενδεχόμενο στις απαντήσεις να εμπεριέχεται και μια μορφή προκατάληψης λόγω της έκθεσης των συναδέλφων σε θέματα που αφορούν τη ψυχοσύνθεση και την συγκρότησή τους.

6.3 Μελλοντικές επεκτάσεις - Προτάσεις

Σύμφωνα με την ελληνική βιβλιογραφία μέχρι σήμερα, η παρούσα ερευνητική μελέτη αποτελεί μια από τις πρώτες προσπάθειες διερεύνησης της συσχέτισης της ενσυναίσθησης με την ηθική κρίση στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα. Λαμβάνοντας υπόψη τα σημαντικά οφέλη της ενσυναίσθησης στην ηθική φροντίδα στο χώρο της υγείας, καθώς και το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά τον πυλώνα της φροντίδας αποτελώντας παράλληλα μεγάλο μέρος του θεραπευτικού προσωπικού στα συστήματα υγείας, η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί να αποτελέσει μία σημαντική πτυχή της απεικόνισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, ευρήματα της παρούσας μελέτης συσχετίζονται με ευρήματα μελετών από την ξένη

βιβλιογραφία. Ωστόσο, η βασικότερη συμβολή αφορά στην περιγραφή και τεκμηρίωση της ενσυναίσθησης όπως αυτή μετουσιώνεται σε ηθική φροντίδα. Στο πλαίσιο αυτό τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τόσο από τους διαχειριστές υπηρεσιών υγείας όσο και από τους διευθυντές κλινικών τμημάτων στη χάραξη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, επενδύοντας στην καλλιέργεια ενός ενσυναίσθητου κλίματος που προάγει την ηθική και το σεβασμό στην ανθρώπινη ύπαρξη.

Συνεπώς απαιτείται επανάληψη της έρευνας σε ένα τυχαίο και μεγαλύτερο σε μέγεθος δείγμα με ισοσκελισμένη συμμετοχή των δύο φύλων, προκειμένου να διασφαλισθεί η πληρότητα και η αντιπροσωπευτικότητα της έρευνας. Επιπλέον θα μπορούσε να γίνει διάκριση μεταξύ παθολογικού και χειρουργικού τομέα για τη συγκριτική αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος και της διαφορετικής φύσης φροντίδας που παρέχεται μεταξύ των δύο αυτών τομέων. Περαιτέρω μελέτες κρίνονται αναγκαίες ως προς τη συσχέτιση ενσυναίσθητης ανταπόκρισης και ηθικής κρίσης σε σχέση με την ηθική διάσταση του οργανωσιακού κλίματος και την προκύπτουσα ηθική δυσφορία των νοσηλευτών στα σύγχρονα κλινικά περιβάλλοντα, γεγονός που θα συμβάλλει περισσότερο στην αξιολόγηση της συνάφειας μεταξύ ενσυναίσθησης και ηθικής κρίσης.

6.4 Συμπεράσματα

Οι σύγχρονες ασθένειες, ο μειωμένος χρόνος νοσηλείας, ο πολλαπλασιασμός της τεχνολογίας και της ειδίκευσης στην υγειονομική περίθαλψη, έχουν αυξήσει την ανάγκη για πολύ έμπειρο νοσηλευτικό προσωπικό, με μακροπρόθεσμη και συνεχή εξέλιξη, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι σημαντικές ανάγκες των ασθενών δε θα παραβλέπονται. Ωστόσο, η ικανότητα στη νοσηλευτική δεν αφορά στην εμπειρία αλλά στη βελτίωση των αντιλήψεων και της θεωρίας, καθώς αντιμετωπίζονται περίπλοκες κλινικές καταστάσεις οι οποίες προσθέτουν αποχρώσεις στη γνώση και βελτιώνουν τελικά την ποιότητα της περίθαλψης, χωρίς να παρακάμπτεται η ουσιαστική σχέση μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή.

Η ενσυναίσθηση, η οποία μπορεί να αποδειχθεί ως δίκαιο μαχαίρι, είναι ο προπομπός της φροντίδας και αναγκαία προϋπόθεση για τον σχεδιασμό κατάλληλης και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας. Η ενσυναίσθητη επικοινωνία αποτελεί τη βάση της ασθενοκεντρικής προσέγγισης και βελτιώνει την εμπειρική φροντίδα. Αποδεδειγμένα, η ενίσχυση των επιπέδων ενσυναίσθησης των νοσηλευτών μπορεί να συμβεί μέσω προγραμμάτων κατάρτισης, τα οποία αναγνωρίζονται ως αποτελεσματικά και καθίστανται σημαντικά για σχέσεις με βάση τη συνεργασία. Η ασθενοκεντρική προσέγγιση, τα σύγχρονα προβλήματα αξιών στις υπηρεσίες υγείας και η οργανωτική δομή που επηρεάζει την ηθική, τα κίνητρα, τις οργανωτικές δεσμεύσεις των εργαζομένων και την παραγωγικότητα, αυξάνουν το ενδιαφέρον για τον ηθικό τομέα της κλινικής πρακτικής. Συνεπώς, προκύπτει ανάγκη για εκπαίδευση των νοσηλευτών σε κλινικές ενσυναίσθητες δεξιότητες, για εθνικές και διεθνείς στρατηγικές, ώστε να διατηρηθεί ένα εξειδικευμένο εργατικό δυναμικό και να αρθούν τα εμπόδια της ενσυναίσθησης σε κλινικές περιοχές. Επίσης, εκπαιδευτικά προγράμματα ρεαλιστικής εκπαίδευσης κατά την εργασία συμβάλλουν στην εξισορρόπηση των ηθικών συγκρούσεων και η εκπαίδευση στην ηθική δεοντολογία μπορεί να καλλιεργήσει επαγγελματική ηθική συνείδηση.

Η επαγγελματική νοσηλευτική ταυτότητα αναδύεται και καθορίζεται από την αλληλεπίδραση της ενσυναίσθησης, της ηθικής φιλοσοφίας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Η χαμηλή ηθική κρίση του πληθυσμού της παρούσας μελέτης ενδεχομένως να σχετίζεται με τις συγκρούσεις μεταξύ προσωπικών, επαγγελματικών, ιδρυματικών και κοινωνικών αξιών που προκύπτουν. Στο δείγμα της έρευνας διαπιστώθηκε η ικανότητα της ενσυναίσθησης που προάγει αλτρουιστικές συμπεριφορές και πράξεις βοήθειας προς τους ασθενείς. Ωστόσο, η αμοιβαία ικανοποίηση των δύο εμπλεκόμενων μερών στη φροντίδα φάνηκε μη εφικτή καθώς αμφισβητείται η ηθικότητα των πράξεων, διότι η μειωμένη φαντασιακή διάσταση αποτρέπει τους νοσηλευτές να αντιληφθούν την πραγματική θέση των ασθενών και να παρέχουν φροντίδα με βάση τις ανάγκες τους.

Καταλήγοντας, η ενσυναίσθηση και η ηθική κρίση αποτελούν θεμέλιο λίθο για την παροχή της ηθικής φροντίδας, συνιστώντας και οι δύο μεταβλητές ικανότητες, οι οποίες μπορούν να διδαχθούν. Οι διαχειριστές υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες, πολύπλοκες απαιτήσεις στο χώρο της υγείας, οφείλουν να τις εντάξουν ως απαραίτητα συστατικά του οργανωσιακού κλίματος. Επίσης, πρέπει να

προωθηθεί η εκπαίδευση των συγκεκριμένων δεξιοτήτων τόσο στα προγράμματα φοίτησης όσο και στη δια βίου εκπαίδευση των εν ενεργεία νοσηλευτών και λοιπών επαγγελματιών υγείας παρέχοντας διττό όφελος, τόσο για τη διασφάλιση της ποιοτικής φροντίδας όσο και για τη διατήρηση της ψυχικής υγείας του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας.

ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Adams, S.B. (2018). Empathy as an ethical imperative. *Creat Nurs*, 24, 166–172.
- Altun, I. (2002). Burnout and Nurses' Personal and Professional Values. *Nursing Ethics*, 9(3): 269-278.
- Amiri, E., Hossein, E., Maryam, Y., Mohamad, A.J., & Hossein, N.A. (2018). Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nursing Ethics*, [Online] Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733017745726>
- ANA (n.d.) What is Nursing? *American Nurses Association*. [Online] Available at: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>
- Atkins, M., & Steitz, J. (2000). *The assessment of empathy: An evaluation of the interpersonal reactivity index*. [Online] Available at: <http://www.uu.edu/union/academ/tep/research/atkins.htm>
- Bachelor, A. (1988). How clients perceive therapist empathy: A content analysis of 'received' empathy. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 25(2): 227-240.
- Batson, C., Fultz, J., & Schoenrade, P. (1987). Distress and Empathy: Two Qualitatively Distinct Vicarious Emotions with Different Motivational Consequences. *Journal of Personality*, 55(1): 19-39.
- Batson, C.D. (2010). Empathy-Induced Altruistic Motivation. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (eds.). *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature*. Washington, DC, US: American Psychological Association, pp. 15-34.
- Batson, C.D., Chang, J., Orr, R., & Rowland, J. (2002). Empathy, Attitudes, and Action: Can Feeling for a Member of a Stigmatized Group Motivate One to Help the Group? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(12): 1656-1666.
- Batson, C.D., Duncan, B.D., Ackerman, P., Buckley, T., Birch, K. (1981). Is Empathic Emotion a Source of Altruistic Motivation? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(2): 290-302.

- Batson, C.D., Klein, T.R., Highberger, L., & Shaw, L.L. (1995). Immorality From Empathy-Induced Altruism: When Compassion and Justice Conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(6): 1042-1054.
- Beddoe, A., & Murphy, S. (2004). Does Mindfulness Decrease Stress and Foster Empathy Among Nursing Students? *Journal of Nursing Education*, 43(7): 305-312.
- Bischof-Kohler, D. (1991). The Development of Empathy in Infants. In: 245-273, ed. *Infant Development: Perspectives from German Speaking Countries*. s.l.: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Black, A., Brancato, C., & Fuller, B. (2013). Hannibal – “Buffet Froid”. *Gaumont International Television LLC*. [Online] Available at: <http://livingdeadguy.com/wp-content/uploads/2014/02/Ep-110-Buffer-Froid.pdf>
- Blader, S.L., & Tyler, T.R. (2002). Justice and empathy: What motivates people to help others? In M. Ross & D. T. Miller (Eds.). In: C. U. Press (ed.) *The justice motive in everyday life*. New York, NY, US: s.n., pp. 226-250.
- Borhani, F., Keshtgar, M., & Abbaszadeh, A. (2015). Moral self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 8, 4.
- Brown, S.L., & Brown, R.M. (2006). Selective Investment Theory: Recasting the Functional Significance of Close Relationships. *Psychological Inquiry*, 17(1): 1-29.
- Buzgova, R., & Sikorova, L. (2013). Moral judgment competence of nursing students in the Czech Republic. *Nurse Education Today*, 33(10): 1201-1206.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Killian, M., & Tavasolli, K. (2014). Braving Human Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness. *Social Work Education*, 34(1): 91–109.
- Cerit, B., & Ozveren, H. (2019). Effect of hospital ethical climate on the nurses' moral sensitivity. *The European Research Journal*, 5(2): 282-290.
- Coles, R. (1998). The moral education of medical students. *Academic Medicine*, 73(1): 55-57.
- Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4th (eds). London: Hodders & Stoughton.

- Cooper, M.C. (1989). Gilligan's different voice: A perspective for nursing. *Journal of Professional Nursing*, 5, 10–16
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45(2): 163-165.
- Cullen, J., Praveen Parboteeah, K., & Victor, B. (2003). The Effects of Ethical Climates on Organizational Commitment: A Two-Study Analysis. *Journal of Business Ethics*, 46(2): 127–141.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., & Meneghini, A. (2012). Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14): 2016-2025.
- Dadds, M.R., Hunter, K., Hawes, D.J., Frost, A.D., Vassallo, S., Bunn, P., Merz, S., & Masry, Y.E. (2008). A measure of cognitive and affective empathy in children using parent ratings. *Child Psychiatry & Human Development*, 39(2): 111-122.
- Davis, M.H. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10(85).
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol*, 44, 113–126.
- Davis, M.H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. New York London: Brown & Benchmark Publishers.
- Davis, M.H. (1996). *Empathy. A Social Psychological Approach*. New York: Routledge.
- de Waal, F.B.M. (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *The Annual Review of Psychology*, 59, 279-300.
- Decety, J., & Cowell, J.M. (2014). Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 9(4): 525-537.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurisci*, 8, pp. 457-468.
- Duan, C., & Hill, C. (1996). The Current State of Empathy Research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3): 261-274.

- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, *35*, 42-47.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Cruz, B. (2016). Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *60*, 1–11.
- Edwards, S. (2009). Three versions of an ethics of care. *Nursing Philosophy*, *10*(4): 231-240.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (1987). *Cambridge studies in social and emotional development. Empathy and its development*. Cambridge University Press, New York, US.
- Eisenberg, N., Shea, C.L., Carlo, G., & Knight, G.P. (1991). Empathy-related responding and cognition: A “chicken and the egg” dilemma. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (eds.), *Handbook of moral behavior and development*, Vol. 1. Theory; Vol. 2. Research; Vol. 3. Application. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., pp. 63-88.
- Elliott, R., Filipovich, H., Harrigan, L., Gaynor, J., Reimschuessel, C., & Zapadka, J.K. (1982). Measuring response empathy: The development of a multicomponent rating scale. *Journal of Counseling Psychology*, *29*(4): 379-387.
- Escriva, V., Navarro, M., & García, P. (2004). La medida de la empatía: Analisis del Interpersonal Reactivity Index. / Measuring empathy: The Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, *16*(2): 255-260.
- Fagermoen, M. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, *25*(3): 434-441.
- Fairbairn, G. (2002). Ethics, empathy and storytelling in professional development. *Learning in Health and Social Care*, *1*(1): 22-32.
- Fazljoo, E., Borhani, F., Abbaszadeh, A., & Dadgari, A. (2016). Assessment of moral Reasoning Ability of the Nurses in dealing with moral dilemmas. *Medical Ethics Journal*, *10*(36): 47-54.
- Fingeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(2): 196-204.

- Frijda, N.H. (1993). The Place of Appraisal in Emotion. *Cognition and Emotion*, 7(3-4): 357-387.
- Fuller, B. (2012). Hannibal – “Apéritif”. *Gaumont International Television LLC*, [Online] Available at: <http://livingdeadguy.com/wp-content/uploads/2014/02/Hannibal-Ep-101-Aperitif.pdf>
- Gastmans, C. (2006). The care perspective in healthcare ethics. In A.J. Davis, V. Tschudin, & L. de Raeve (eds.), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics*, pp. 135-148, London, England: Livingstone.
- Gilligan, C. (1977). In a different voice: Women’s conception of self and of morality. *Harvard Education Review*, 47, 482–517.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, Massachusetts,: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1987). Moral orientation and moral development. In: Kittay E, Meyers D (eds) *Women and moral theory*. Rowman & Littlefield Publication, Totowa, NJ, pp. 19–33.
- Gilligan, C. (2013). *The ethic of care*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLOS ONE*, 8(4): e61526.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: a social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108(4): 814-834.
- Halldorsdottir, S., & Hamrin, E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2): 120-128.
- Han, J., Liu, J.E., Zheng, X.L., Yue-Hong, M., Qian, X., & Yan-Ming, D. (2014). Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of Chinese children living with leukemia. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(1): 34-41.
- Halpern, J. (2012). Clinical empathy in medical care. In: Decety J, editor. In: Decety J, editor.. In: *Empathy: from Bench to Bedside*. Cambridge, MIT Press, pp. 229–244.

- Hariharan, S., Jonnalagadda, R., & Walrond, E. (2006). Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Medical Ethics*, p. 7:E7.
- Harman, G. (1999). *Virtue Ethics without Character Traits*. Princeton University [Online] Available at: <https://www.princeton.edu/~harman/Papers/Thomson.html>
- Hoffman, M.L. (1975). Developmental Synthesis of Affect and Cognition and Its Implications for Altruistic Motivation. *Developmental Psychology*, 11(5): 607-622.
- Hoffman, M.L. (1991). Empathy, social cognition, and moral action. In: Kurtines WM, Gewirtz J, Lamb JL (eds) *Handbook of moral behavior and development*. Psychology Press, New York, 275–302.
- Hoffmann, M.L. (2000). *Empathy and Moral Development. Implications for caring and justice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3): 307-316.
- Hooker, C. (2015). Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, pp. 541–552.
- Hume, D. (1896). *A Treatise of Human Nature*. Oxford: Clarendon Press.
- Hwang, J., & Park, H. (2014). Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*, 21(1): 28-42.
- Iannotti, R. (1979). *The Elements of Empathy*. Paper presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, 15-18 Mar, pp. 1-12.
- Ioannidou, F., & Konstantikaki, V. (2008). Empathy and emotional intelligence: What is it really about? *International Journal of Caring Sciences*, 1(3): 118-123.
- Juve, M.E. (2013). Nursing care: Four images of the ethic of care. In: Gilligan C (ed) *The ethic of care*. Fundacio Victor Grifols i Lucas.c, Barcelona, pp. 89–94.
- Kahrman, I., Nural, N., Arslan, U., Topbas, M., Can, G., & Kasim, S. (2016). The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6): e24847.

- Kesbakhi, M., Rohani, C., & Moht, J. (2017). Empathy from the perspective of oncology nurses. *Journal of Compassionate Health Care*, 4, 7.
- Kim, Y.S, Kang, S.W, & Ahn, J.A. (2013). Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nursing Ethics*, 20(4): 470-478.
- Kim, Y.S., Kang, S.W., & Ahn, J.A. (2005). Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*, 12(6): 595-605.
- Klimecki, O., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23(7): 1552-1561.
- Kohlberg, L. (1964). Development of Moral Character and Moral Ideology. In M.L. Hoffman and L.W. Hofmann (eds.), *Review of Child Development Research*, pp. 381-431. New York: Russel Sage Foundation.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequences: the cognitive developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (ed.), *Handbook of socialization theory and research*, pp. 347-380.. Chicago, IL: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1970). Education for a justice: A modern statement of the Platonic view. In T. Sizer (ed.), *Moral education: five lectures*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kohlberg, L. (1971). Stages of moral development as a basis of moral education. In M. Beck, B.D. Crittenden, & E.V. Sullivan (eds.), *Moral education: interdisciplinary approaches*, pp. 23-92. Toronto, Can: University of Toronto Press.
- Kohlberg, L. (1984). *Essays on Moral Development, vol. 2, The Psychology of Moral Development: The Nature and Validity of Moral Stages*. New York: Harper & Row Publishers.
- Kohlberg, L., & Hersh, H.R. (1977). Moral Development: A Review of the Theory. *Theory Into Practice*, 16(2): 53-59
- Kohlberg, L., Dwight, R., & Levine, C. (1990). The Return of Stage 6: Its Principle and Moral Point of View. In Thomas E. Wren, *The Moral Domain, Essays in the Ongoing Discussion between Philosophy and the Social Sciences*, pp. 151-181. Massachusetts Institute of Technology Press, Cambridge, Massachusetts.

- Krebs, D.L. (1970). Altruism: an examination of the concept and a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 73(4): 258-302.
- Krebs, D.L. (1975). Empathy and Altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6): 1134-1146.
- Lachman, V. (2012). Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medsurg nursing*, 21(2): 112-116.
- LaMonica, E., & Karshmer, J. (1978). Empathy: educating nurses in professional practice. *Journal of Nursing Education*, 17(2): 3-11.
- Latimer, M., Jackson, P.L., Eugene, F., MacLeod, E., Hatfield, T., Vachon-Presseau, E., Michon, P.E., & Prkachin, K.M. (2017). Empathy in paediatric intensive care nurses part 1: Behavioural and psychological correlates. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11): 2676-2685.
- Levenson, R.W., & Ruef, A.M. (1992). Empathy: A Physiological Substrate. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2): 234-246.
- Liaschenko, J., & Davis, A. (1991). Nurses and physicians on nutritional support: a comparison. *Journal of Medicine and Philosophy*, 16(3): 259-283.
- Lind, G. (1996). *Which educational environments promote self-sustaining moral development?* New York, s.n.
- Lind, G. (1999). *An introduction to the Moral Judgment Test (MJT)*. University of Konstanz, Germany.
- Lind, G. (2000). *Review and Appraisal of the Moral Judgment Test (MJT)*. Glasgow: Paper presented at AME.
- Lind, G. (2008). The meaning and measurement of moral judgment competence. A dual-aspect model. In: Fasko D Jr, Willis W(eds) *Contemporary philosophical and psychological perspectives on moral development and education*. Hampton Press, Creskill, 185–220.
- Lutzen, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2): 213-224.

- Mancini, D., & Fuller, B. (2015). Hannibal – “...and the Woman Clothed in Sun” Gaumont International Television LLC. [Online] Available at: <http://livingdeadguy.com/wp-content/uploads/2015/09/H310-%E2%80%A6and-the-Woman-Clothed-in-Sun-030815.pdf>
- Marcus, R.F., Telleen, S., & Roke, E.J. (1979). Relation between cooperation and empathy in young children. *Developmental Psychology*, 15(3): 346-347.
- McDaniel, C. (1998). Ethical environment: reports of practicing nurses. *Nursing Clinics of North America*, 33(2): 363-372.
- Mcdougall, W. (1908). *An introduction to social psychology*. London: Methuen.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of personality*, 40(4): 525-543.
- Miller, P.A., & Eisenberg, N. (1988). The Relation of Empathy to Aggressive and Externalizing/Antisocial Behavior. *Psychological Bulletin*, 103(3): 324-344.
- Murphy, C.P. (1977). *Levels of moral reasoning in a selected group of nursing practitioners*. Doctoral dissertation, Columbia University Teachers College. Dissertation Abstracts International, 38:593B–594B.
- Narvaez, D. (1998). The Influence of moral schemas on the reconstruction of moral narratives in eighth graders and college students. *Journal of Educational Psychology*, 90(1): 13-24.
- Navarro-Abal, Y., Lopez-Lopez, M., & Climent-Rodríguez, J. (2018). Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(2): 103-110.
- Neuberg, S.L., Cialdini, R.B., Brown, S.L., Luce, C., Sagarin, B., & Lewis, B.P. (1997). Does Empathy Lead to Anything More Than Superficial Helping? Comment on Batson et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3): 510-516.
- Neville, B. (1996). Five kinds of empathy. *Psychotherapy in Australia*, 2(2): 25-44.
- Newman, S.P. (1995). *Business, Government & Society, Managing Competitiveness, Ethics, and Social Issues*. New Jersey USA: Prentice Hall.

- Nussbaum, M.C. (1986). *The fragility of goodness: Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Oakley, J. (1992). *Morality and the Emotions*. London: Routledge.
- Olson, L. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate. *Image--the journal of nursing scholarship*, 30(4): 345-349.
- Oppenheim, A.N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Pinter.
- Orford, J. (2012). Relating your values, morals and ethics to nursing practice. *Independent Nurse*. [Online] Available at: <http://www.independentnurse.co.uk/professional-article/relatingyour-values-morals-and-ethics-to-nursing-practice/64200>
- Ozcan, C., Oflaz, F., & Sutcu Cicek, H. (2010). Empathy: the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review*, 57(4): 493–499.
- Passalacqua, S., & Segrin, C. (2012). The Effect of Resident Physician Stress, Burnout, and Empathy on Patient-Centered Communication During the Long-Call Shift. *Health Communication*, 27(5) 449–456.
- Peers, I. (1996). *Statistical analysis for education and psychology researchers*. London: Falmer Press.
- Potash, J.S., Ho, R.T.H., Chick, J.K.Y., & Au Yeung, F.S.W. (2013). Viewing and engaging in an art therapy exhibit by people living with mental illness: Implications for empathy and social change. *Public Health*, 127(8): 735–744.
- Preston, S., & de Waal, F. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1):1-20.
- Price, J., Price, D., Williams, G., & Hoffenberg, R. (1998). Changes in medical students' attitudes as they progress through a medical course. *Journal of Medical Ethics*, 24(2): 110-117.
- Prinz, J. (2011). Against empathy. *The Southern Journal of Philosophy*, 49(s1): 214-233.
- Purvanova, R., & Muros, J. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 168-185.

- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain, 20*(3), 95–108.
- Rassin, M. (2008). Nurses' professional and personal values. *Nurs Ethics, 15*, 614–630.
- Razis, D.V. (1990). Ethics and the Universality of Morality. *Quality Assurance in Health Care, 15*(5): 369-373.
- Reed, D.R.C. (1997). *Following Kohlberg, Liberalism and the Practice of Democratic Community*. University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana.
- Reynolds, W., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6*(5): 363-370.
- Reynolds, W., & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing, 31*(1): 226-234.
- Reynolds, W., Scott, P.A., & Austin, W. (2000). Nursing, empathy and perception of the moral. *Journal of Advanced Nursing, 32*(1): 235–242.
- Rueckert, L., Branch, B., & Doan, T. (2011). Are Gender Differences in Empathy Due to Differences in Emotional Reactivity? *Psychology, 2*(6): 574–578.
- Rzyska, I., Rzymski, P., Wilczak, M., Włoszczak-Szubzda, A., Jarosz, M.J., & Musielak, M. (2014). The influence of passive and active moral training on medical university on changes of students' moral competence index – results from randomized single blinded trial. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 21*(1): 161–166.
- Sander-Staudt, M. (n.d.). Care Ethics. *Internet Encyclopedia of Philosophy*. [Online] Available at: <https://www.iep.utm.edu/care-eth/#SH1a>
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., & Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics, 15*(3): 304-321.
- Schwartz, S.M. (2016). Ethical Decision-Making Theory: An Integrated Approach. *Journal of Business Ethics, 139*(4): 755-776.
- Scott, P. (1995). Care, attention and imaginative identification in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 21*(6): 1196-1200.

- Self, D., & Davenport, E. (1996). Measurement of moral development in medicine. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 5*(2): 269-277.
- Self, D., Schrader, D., Baldwin, D., & Wolinsky, F. (1991). A pilot study of the relationship of medical education and moral development. *Academic Medicine, 66*(10): 629.
- Shaw, L.L., Batson, C.D., & Todd, R.M. (1994). Empathy Avoidance: Forestalling Feeling for Another in Order to Escape the Motivational Consequences. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(5): 879-887.
- Slote, M. (2007). *The ethics of care and empathy*. New York: Routledge.
- Smith, A. (1790). *The theory of moral sentiments*. 6th edition, A. Miller, London.
- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *The Psychological Record, 56*(1): 3–21.
- Staub, E. (1978). *Positive social behavior and morality (Vol. 1): Social and personal influences*. New York: Academic Press.
- Stueber, K. (2016). *Empathy*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. [Online] Available at: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/empathy/>
- Svenaeus, F. (2014). The relationship between empathy and sympathy in good health care. *Medicine, Health Care and Philosophy, pp.* 267–277.
- Sze, J., Gyurak, A., Goodkind, M., & Levenson, R. (2012). Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life. *Emotion, 12*(5): 1129-40.
- Ulrich, C.M., Taylor, C., Soeken, K., O' Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday Ethics: Ethical Issues and Stress in Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing, 66*(11): 2510-9.
- Utkualp, N. (2015). Ethical issues and dilemmas encountered in nursing practice in Turkey. *International Journal of Caring Sciences, 8*(3): 830-836.
- van Dijke, J., van Nistelrooij, I., Bos, P., & Duyndam, J. (2018). Care ethics: An ethics of empathy? *Nursing Ethics, 26*(5): 1282-1291.
- Van Lange, P.A.M. (2008). Does Empathy Trigger Only Altruistic Motivation? How About Selflessness or Justice? *Emotion, 8*(6): 766-774.

- Victor, B., & Cullen, J. (2008). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*, 33(1): 101-125.
- Weis, D., & Schank, M.J. (2009). Development and psychometric evaluation of the Nurses Professional Values Scale-Revised. *J Nurs Meas*, 17, 221–231.
- Woods, M. (1999). A nursing ethic: The moral voice of experienced nurses. *Nurs Ethics*, 6, 423–433.
- Woods, M. (1999). A Nursing Ethic: the moral voice of experienced nurses. *Nursing Ethics*, 6(5): 423-433.
- Young-Mason, J. (2001). The Caring Ethic. *Nursing and the Arts*, 15(3): 103-104.
- Yu, W., Gexin, L., & Jianjun, W. (2010). Correlation between empathy and personality in nursing undergraduates. *Journal of Science*, Mar.
- Zahn-Waxler, C., & Radke-Yarrow, M. (1990). The Origins of Empathic Concern. *Motivation and Emotion*, 14(2): 107-130.
- Zoppi, K., & Epstein, R.M. (2002). Is Communication a Skill? Communication Behaviors and Being in Relation. *Family Medicine*, 34(5): 319-324.

Ελληνική βιβλιογραφία

- Goleman, D. (2011). *Η συναισθηματική νοημοσύνη. Γιατί το "EQ" είναι πιο σημαντικό από το "IQ"*. Αθήνα: Πεδίο.
- Hoffman, M. (1992). Σκέψη, συναίσθημα, και συμπεριφορά στο πλαίσιο της ηθικής ανάπτυξης. Στο Σ. Βοσνιάδου (Εκδ.), *Κοινωνική Ψυχολογία*, (σσ. 76-100). Αθήνα: Gutenberg.
- Lind, G. (2018). *Ηθική αγωγή στο επίκεντρο*. Αθήνα: Gutenberg.
- Αντωνίου, Α.-Σ. (2016). *Ηθική των Επιχειρήσεων, Φιλοσοφική-Ψυχολογική Θεώρηση του Χρήματος*. Αθήνα: Gutenberg.
- Βασιλόπουλος, Χ. (1985). *Θέματα ψυχολογίας της εφηβικής ηλικίας*. Υπηρεσία δημοσιευμάτων, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Βασιλόπουλος, Χ. (1992). *Οι κατηχήσεις του Κυρίλλου Ιεροσολύμων, ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση*. Θεσσαλονίκη: Αδελφοί Κυριακίδη.
- Γιανναράς, Χ. (1979). *Η ελευθερία του ήθους*. Αθήνα: Ίκαρος.
- Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: ΕΑΠ.
- Εμβαλωτής, Α., Κατσής, Α., & Σιδερίδης, Γ. (2006). *Στατιστική Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Ιωάννινα.
- Ιωαννίδη-Καπόλου, Ε. (2012). *Κοινωνιολογική Έρευνα-Μέθοδοι και Τεχνικές. Μαθήματα Μεθοδολογίας Έρευνας*. Τομέας Κοινωνιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Κακαβούλης, Α. (1997). *Συναισθηματική ανάπτυξη και αγωγή: συναίσθημα, ιδιοσυγκρασία, αυτοσυνειδησία, κοινωνικότητα, σχέσεις του παιδιού*. 2η έκδοση, Αθήνα: Γρηγόρης.
- Κακαβούλης, Α. (2003). *Ηθική ανάπτυξη και αγωγή*. 2η έκδοση, Αθήνα: Γρηγόρης.
- Κάρλου, Χ., & Πατηράκη, Ε. (2011). Η Έννοια της Φροντίδας στην Ογκολογική Νοσηλευτική Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική*, 50(1): 35-48.
- Κουρκούνη, Β. (2019). *Η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και ηθικής συγκρότησης επαγγελματιών υγείας*. Διπλωματική εργασία, Καρδίτσα: ΕΑΠ.

Λεμονίδου, Χ.Β. (2014). *Νομοθεσία και δεοντολογία στο χώρο της υγείας*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Μαντζαρίδης, Γ. (1991). *Χριστιανική Ηθική*. Έκδοση Γ, Θεσσαλονίκη: Πουρναρά.

Μαντζαρίδης, Γ. (2004). *Χριστιανική Ηθική II, Άνθρωπος και Θεός, Άνθρωπος και Συνάνθρωπος, Υπαρξιακές και Βιοηθικές θέσεις και προοπτικές*. Θεσσαλονίκη: Πουρναρά.

Μασσού, Μ., & Μανιάτη, Ε. (2008). Ηθική ανάπτυξη και αντιμετώπιση των εθνοπολιτισμικών ανισοτήτων. Στο *4ο Πανελλήνιο Συνέδριο με θέμα: Σχολείο ίσο για παιδιά άνισα*, Αθήνα 4-6 Μαΐου.

Μερκούρης, Α. (2008). *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Ελλήν.

Μουρατίδου, Κ., Χατζόπουλος, Δ., Γκούτζα, Σ., & Καραμαύρου, Σ. (2003). Έλεγχος της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου ηθικής κρίσης (MJT) του Lind στην Ελλάδα. *Φυσική Αγωγή και Αθλητισμός*, 50, 47–59.

Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας ΕΠΕ.

Μωραΐτης, Δ. (1965). «Ηθος», *Θρησκευτική και Ηθική Εγκυκλοπαιδεία*. Τόμος 6, σσ. 14-15, Αθήνα: Εκδόσεις Αθ. Μαρτίνου.

Τριανταφυλλίδου, Σ.Σ., & Παπαγεωργίου, Ε.Γ. (2011). Δεοντολογία και διαχείριση ηθικών διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας. *Βήμα Ασκληπιού*, 10, 465–479.

Τσίτσας, Γ. (2009). *Η επίδραση ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, στη διεκδικητική συμπεριφορά, τον τόπο ελέγχου, την ενσυναίσθηση και την αυτοεκτίμηση σε Έλληνες φοιτητές και φοιτήτριες*. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Τσίτσας, Γ., & Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (χ.χ.). *Η μέτρηση της ενσυναίσθησης: Προσαρμογή και στάθμιση της κλίμακας διαπροσωπικής ανταπόκρισης στην ελληνική γλώσσα*.

Τσίτσας, Γ., Θεοδοσοπούλου, Μ., & Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ. (2012). Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης. Στο Τ.Σ.Ρ. Π. Σταλίκας Α. (επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σ. 944). Αθήνα: Πεδίο.

Φαράντος, Μ. (1973). *Δογματική και Ηθική*. Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ ΚΑΙ ΗΘΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2022

Αξιότιμε κύριε/κυρία,

Εκ μέρους του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνική Πολιτική, Ειδίκευση, Οργάνωση, Διοίκηση και Πολιτικές Υγείας» σας ενημερώνουμε ότι διεξάγεται μια έρευνα που έχει ως στόχο τη μελέτη της ικανότητας ενσυναίσθησης και ηθικής κρίσης των επαγγελματιών υγείας.

Τα ερωτηματολόγια θα διανεμηθούν σε νοσηλευτές του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου.

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι:

- Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ**. Παραμένει στη δική σας κρίση αν θα συμμετάσχετε.
- Το ερωτηματολόγιο είναι **ΑΝΩΝΥΜΟ** και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ**.
- Είναι πολύ σημαντικό να απαντηθούν **ΟΛΕΣ** οι ερωτήσεις.
- Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σε περίπτωση που δε βρείτε την ακριβή απάντηση που σας ταιριάζει, παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτή.
- Οι αυθόρμητες και ειλικρινείς απαντήσεις είναι πιο αντιπροσωπευτικές.

Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι 10 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για τη μελέτη. Παρακαλούμε, αφιερώστε μερικά λεπτά από τον χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.

Σας ευχαριστούμε πολύ εκ των προτέρων
για την πρόθυμη συμμετοχή σας στη μελέτη και την πολύτιμη βοήθειά σας

Με εκτίμηση,

Η ερευνήτρια

Ελένη Μερτίκα

Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

1. ΦΥΛΟ

Άνδρας

Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)

20 έως 30

31 έως 40

41 έως 50

51 έως 60

άνω των 60

3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

Κανένα

Ένα

Δύο

Τρία

Περισσότερα

5. ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΔΕ

ΤΕ

ΠΕ

6. ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΤΙΤΛΩΝ

Κανένα

Master

Διδακτορικό

7. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (σε έτη)

έως 5

5 έως 10

11 έως 15

16 έως 20

άνω των 20

B. ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ

Οι ακόλουθες δηλώσεις διερευνούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας σε ποικίλες καταστάσεις. Για κάθε δήλωση, προσδιορίστε πόσο καλά σας περιγράφει με την επιλογή του κατάλληλου γράμματος Α, Β, Γ, Δ, Ε στην κλίμακα που ακολουθεί. Όταν αποφασίσετε για την απάντησή σας, κυκλώστε το γράμμα δίπλα στην δήλωση. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΚΑΘΕ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΠΡΙΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

Ευχαριστούμε.

ΚΩΔΙΚΑΣ:

A	B	Γ	Δ	E
ΔΕΝ ΜΕ				ΜΕ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ
ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ				ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ
ΚΑΛΑ				

ΔΗΛΩΣΕΙΣ					
1. Συχνά ονειροπολώ και φαντάζομαι πράγματα που μπορεί να μου συμβούν	A	B	Γ	Δ	E
2. Συχνά νιώθω τρυφερότητα και νοιάζομαι για ανθρώπους λιγότερο τυχερούς από μένα	A	B	Γ	Δ	E
3. Μερικές φορές δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την πλευρά του άλλου	A	B	Γ	Δ	E
4. Μερικές φορές δεν αισθάνομαι πολύ συμπονετικά για τους άλλους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα	A	B	Γ	Δ	E
5. Εντρυφώ πραγματικά στα συναισθήματα των προσώπων ενός μυθιστορήματος	A	B	Γ	Δ	E
6. Σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης αισθάνομαι αμηχανία και ανησυχία	A	B	Γ	Δ	E
7. Συνήθως προσπαθώ να είμαι αντικειμενικός/η όταν παρακολουθώ ένα κινηματογραφικό ή ένα θεατρικό έργο και δεν παρασύρομαι από αυτό	A	B	Γ	Δ	E
8. Σε μια διαφωνία προσπαθώ να εξετάσω όλες τις πλευρές πριν πάρω κάποια απόφαση	A	B	Γ	Δ	E
9. Όταν βλέπω κάποιον να τον εκμεταλλεύονται, νιώθω κάπως προστατευτικά απέναντί του	A	B	Γ	Δ	E
10. Μερικές φορές αισθάνομαι ανήμπορος/η όταν είμαι στο μέσο μιας κατάστασης με έντονη συναισθηματική φόρτιση	A	B	Γ	Δ	E
11. Μερικές φορές προσπαθώ να καταλάβω τους φίλους μου καλύτερα με το να φαντάζομαι πως βλέπουν τα πράγματα από τη δική τους σκοπιά	A	B	Γ	Δ	E

ΔΗΛΩΣΕΙΣ					
12. Είναι σπάνιες οι φορές που με απορροφά ένα καλό βιβλίο ή έργο	A	B	Γ	Δ	E
13. Όταν βλέπω κάποιον τραυματισμένο, προσπαθώ να παραμείνω ψύχραιμος	A	B	Γ	Δ	E
14. Οι κακοτυχίες των άλλων δεν με προβληματίζουν ιδιαίτερα	A	B	Γ	Δ	E
15. Εάν είμαι βέβαιος/η ότι έχω δίκιο σε κάτι, δεν χάνω το χρόνο μου ακούγοντας τα επιχειρήματα των άλλων	A	B	Γ	Δ	E
16. Μετά από ένα θεατρικό έργο ή μια ταινία αισθάνομαι σαν να ήμουν ένας από τους πρωταγωνιστές	A	B	Γ	Δ	E
17. Με τρομάζει να βρίσκομαι σε μια κατάσταση με έντονη συναισθηματική φόρτιση	A	B	Γ	Δ	E
18. Όταν βλέπω να φέρονται σε κάποιον άδικα, δεν ... συμπάσχω συχνά μαζί του	A	B	Γ	Δ	E
19. Συνήθως είμαι αρκετά αποτελεσματικός στο να ανταπεξέρχομαι τις δύσκολες καταστάσεις	A	B	Γ	Δ	E
20. Συχνά επηρεάζομαι από πράγματα που βλέπω να συμβαίνουν	A	B	Γ	Δ	E
21. Πιστεύω ότι σε κάθε κατάσταση υπάρχουν δύο πλευρές και προσπαθώ να εξετάσω και τις δύο	A	B	Γ	Δ	E
22. Θα περιέγραφα τον εαυτό μου ως αρκετά συμπονετικό πρόσωπο	A	B	Γ	Δ	E
23. Όταν βλέπω ένα καλό έργο ταυτίζομαι εύκολα με τον πρωταγωνιστή	A	B	Γ	Δ	E
24. Έχω την τάση να χάνω τον έλεγχό μου σε έκτακτες καταστάσεις	A	B	Γ	Δ	E
25. Όταν είμαι θυμωμένος/η με κάποιον προσπαθώ να «δω μέσα από τα μάτια του» για λίγο	A	B	Γ	Δ	E
26. Όταν διαβάζω μια ενδιαφέρουσα ιστορία προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν αν τα γεγονότα της ιστορίας συνέβαιναν σε μένα	A	B	Γ	Δ	E
27. Όταν βλέπω κάποιον που χρειάζεται άμεσα βοήθεια σε μια κρίσιμη κατάσταση, αποδιοργανώνομαι	A	B	Γ	Δ	E
28. Πριν κριτικάρω κάποιον προσπαθώ να φανταστώ πως θα αισθανόμουν εγώ στη θέση του	A	B	Γ	Δ	E

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΗΘΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Οι εργάτες

Εξαιτίας μιας σειράς φαινομενικά αδικαιολόγητων απολύσεων, κάποιοι εργάτες εργοστασίου υπονιάζονται τους διευθυντές της επιχείρησης, ότι παρακολουθούν τους υπαλλήλους τους μέσω εσωτερικού τηλεφώνου και χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες εναντίον τους. Οι διευθυντές αρνούνται αποφασιστικά αυτήν την κατηγορία. Το συνδικάτο σκοπεύει να πάρει μέτρα εναντίον της επιχείρησης, μόνο όταν προκύψουν αποδείξεις για τις υποψίες. Μετά απ' αυτό, δύο εργάτες παραβιάζουν τα γραφεία της διεύθυνσης και παίρνουν αντίγραφα της κασέτας, που αποδεικνύει μια υποκλοπή.

	Τη θεωρώ ... μάλλον λάθος				μάλλον σωστή			
1. Θεωρείτε τη συμπεριφορά των εργατών σωστή ή λάθος;	-3	-2	-1	0	1	2	3	

Πόσο αποδεκτά βρίσκετε τα παρακάτω επιχειρήματα, που επιδοκμαίζουν τη συμπεριφορά των δύο εργατών;
Κάποιος έχει πει υπέρ των εργατών ...

	Το απορρίπτω εντελώς					Συμφωνώ με αυτό απόλυτα			
2. ότι δεν προκάλεσαν μεγάλη ζημιά στην επιχείρηση	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
3. ότι, λόγω της παραβίασης του νόμου από την επιχείρηση, ο τρόπος αυτός ήταν θεμιτός (=δίκαιος) για την αποκατάσταση του νόμου και της τάξης.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
4. ότι οι περισσότεροι εργάτες θα εγκρίνανε την πράξη τους και πολλοί θα χαιρόνταν για αυτήν.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
5. ότι η εμπιστοσύνη μεταξύ των ανθρώπων και η αξιοπρέπεια του καθενός μετράνε περισσότερο από το "δικαίωμα του απαρβιαστού της ιδιοκτησίας" της διεύθυνσης της επιχείρησης. ...	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
6. ότι η επιχείρηση πρώτη διέπραξε μια αδικία και γι' αυτό το λόγο οι εργάτες είχαν το δικαίωμα να διαρρήξουν τα γραφεία.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
7. ότι οι δύο εργάτες δεν βλέπανε να υπάρχει κάποιος νόμιμος τρόπος για να αποκαλύψουν την κατάχρηση εμπιστοσύνης από την πλευρά της επιχείρησης, και γι' αυτό διάλεξαν αυτό που τους φαινόταν ως το λιγότερο κακό.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

Κατά πόσο αποδέχεστε αυτό, που έχει υποστηρίξει κάποιος κατά της συμπεριφοράς των εργατών;
Κάποιος έχει πει εναντίον των εργατών ...

	Το απορρίπτω εντελώς					Συμφωνώ με αυτό απόλυτα			
8. ότι θα διαταρασσόταν ο νόμος και η τάξη στην κοινωνία, αν ο καθένας ενεργούσε όπως οι δύο εργάτες.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
9. ότι είναι λάθος να καταπατά κανείς μια τέτοια βασική αρχή όπως αυτή της ιδιοκτησίας, και να παίρνει το νόμο στα χέρια του, εφόσον δεν υπάρχουν κάποιοι παγκόσμιοι κανόνες που να δικαιολογούν κάτι τέτοιο.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
10. ότι είναι ανόητο, να διακινδυνεύσουν την απόλυσή τους από την επιχείρηση εξαιτίας άλλων.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
11. ότι θα έπρεπε να εξαντλήσουν όλα τα νόμιμα μέσα που είχαν στη διάθεσή τους και όχι να παραβούν το νόμο.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

	Το απορρίπτω εντελώς					Συμφωνώ με αυτό απόλυτα			
12. ότι κάποιος που θέλει να θεωρείται ευπρεπής και τίμιος άνθρωπος, δεν κλέβει ούτε παραβιάζει.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
13. ότι οι απολύσεις δεν τους αφορούσαν και επομένως δεν είχαν λόγο να κλέψουν τα αντίγραφα.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

Ο Γιατρός

Μια γυναίκα ήταν καρκινοπαθής και δεν είχε πλέον καμία ελπίδα να σωθεί. Είχε φρικτούς πόνους και ήταν ήδη τόσο αδύναμη, ώστε μια μεγαλύτερη δόση παυσίπονων, όπως η μορφίνη, θα επισπευδε το θάνατό της. Κατά τη διάρκεια μιας περιόδου σχετικής βελτίωσης παρακάλεσε το γιατρό, να της δώσει αρκετή μορφίνη ώστε να πεθάνει. Είτε ότι δε μπορούσε να αντέξει άλλο τους πόνους και ότι ούτως ή άλλως σε μερικές εβδομάδες θα πέθαινε. Ο γιατρός έδωσε στη γυναίκα την υπερβολική δόση μορφίνης, πραγματοποιώντας έτσι την επιθυμία της.

	Τη θεωρώ ... μάλλον λάθος				μάλλον σωστή		
14. Θεωρείτε τη συμπεριφορά του γιατρού σωστή ή λάθος;	-3	-2	-1	0	1	2	3

Πόσο αποδεκτά βρίσκετε τα επιχειρήματα, που έχουν ειπωθεί υπέρ του γιατρού;
Κάποιος λέει, ότι ο γιατρός ενήργησε σωστά ...

	Το απορρίπτω εντελώς					Συμφωνώ με αυτό απόλυτα			
15. επειδή ο γιατρός έπρεπε να ενεργήσει σύμφωνα με τη συνείδησή του. Η κατάσταση της γυναίκας δικαιολογούσε μια εξαίρεση στην ηθική υποχρέωση, να διαφυλάσσει τη ζωή.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
16. επειδή ο γιατρός ήταν ο μόνος που μπορούσε να πραγματοποιήσει την επιθυμία της γυναίκας. Ο σεβασμός για την επιθυμία της τον έκανε να ενεργήσει όπως ενήργησε.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
17. επειδή ο γιατρός έκανε ότι του είπε η γυναίκα. Γι' αυτό δεν πρέπει να ανησυχεί για δυσάρεστες συνέπειες.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
18. επειδή η γυναίκα θα πέθαινε έτσι κι αλλιώς, και δεν ήταν δύσκολο για το γιατρό να της δώσει μια μεγαλύτερη δόση παυσίπονου.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
19. επειδή ο γιατρός δεν παρέβηκε πραγματικά το νόμο, αφού η γυναίκα δε μπορούσε πλέον να σωθεί, και επειδή αυτός ήθελε μόνο να μειώσει τους πόνους της.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
20. επειδή ενδεχομένως οι περισσότεροι από τους συναδέλφους του, σε μια παρόμοια κατάσταση θα είχαν ενεργήσει με τον ίδιο τρόπο όπως αυτός ο γιατρός.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

Πόσο αποδεκτά βρίσκετε τα επιχειρήματα, που έχουν ειπωθεί κατά της συμπεριφοράς του γιατρού;
 Κάποιος λέει, ότι ο γιατρός ενήργησε λάθος ...

	Το απορρίπτω εντελώς									Συμφωνώ με αυτό απόλυτα
21. επειδή με αυτόν τον τρόπο έδρασε αντίθετα προς τις πεποιθήσεις των συναδέλφων του. Εάν αυτοί τάσσονται κατά της ευθανασίας (=διευκολυνόμενης αυτοκτονίας), τότε ένας γιατρός δε θα έπρεπε να κάνει κάτι τέτοιο.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
22. επειδή πρέπει να είμαστε σίγουροι για την αφοσίωση των γιατρών στο καθήκον τους να προστατεύουν τη ζωή, ακόμα και όταν κάποιος που πονά πολύ προτιμάει να πεθάνει.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
23. επειδή η προστασία της ζωής θα έπρεπε να είναι η ύψιστη ηθική υποχρέωση του καθενός. Εφόσον δεν έχουμε ξεκάθαρα κριτήρια για το πώς μπορούμε να διαχωρίσουμε την ευθανασία από τη δολο- φονία, δεν έχουμε το δικαίωμα να προβαίνουμε σε κάτι τέτοιο.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
24. επειδή ο γιατρός θα μπορούσε με αυτόν τον τρόπο να προκαλέσει πολλά προβλήματα στον εαυτό του. Έχουν ήδη τιμωρηθεί άλλοι γιατροί που έκαναν το ίδιο.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
25. επειδή θα ήταν ευκολότερο για το γιατρό αν περίμενε και δεν επενέβαινε στο θάνατο της γυναίκας.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	
26. επειδή ο γιατρός παρέβηκε το νόμο. Αν κάποιος αμφιβάλλει για τη νομιμότητα της ευθανασίας, τότε δεν πρέπει να υποχωρεί σε παρόμοια αιτήματα.	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	

Σας ευχαριστώ!!!