

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

Οι νέες δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στον 21ο αιώνα και η συσχέτιση τους με την ποιότητα φροντίδας και την ποιότητα ζωής.

Συγγραφέας:

Ματσούκας Κωνσταντίνος

ΑΜ: 20070

Επιβλέπων Καθηγητής:

Μάρκος Σαρρής

Αθήνα

Απρίλιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

DiplomaThesis

Title

**The new skills of human resources in health and social services in
health and social care services in the 21st century and their
relationship with quality of care and quality of life.**

Student name and surname:

Konstantinos Matsoukas

Registration Number:

20070

Supervisor name and surname:

Markos Sarris

Athens

April 2022



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας: Οι νέες δεξιότητες του ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στον 21ο αιώνα και η συσχέτιση τους με την ποιότητα φροντίδας και την ποιότητα ζωής.

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Μάρκος Σαρρής	Επιβλέπων Καθηγητής/ Καθηγητής	
2	Σωτήριος Σούλης	Μέλος/ Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Μέλος/ Αν. Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος **Ματσούκας Κωνσταντίνος** του **Γεωργίου**, με αριθμό μητρώου **20070** φοιτητής του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας** του Τμήματος **Διοίκησης Επιχειρήσεων** της Σχολής **Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών** του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 – 10 - 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο Δηλών



*** Ονοματεπώνυμο/Ιδιότητα**

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

*** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):**

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή εκτίμησή μου με κάθε σεβασμό και ευγνωμοσύνη προς όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και την θερμή υποστήριξη της οικογένειάς μου. Ήταν μια ευκαιρία ζωής να παρευρεθώ ανάμεσά τους και ως συνοδοιπόροι να μοιραστούμε το ταξίδι. Το ταξίδι έφτασε στο τέλος μα η εμπειρία του θα με συντροφεύει σε κάθε νέο προορισμό...

«Για τους ταξιδιώτες, τα αστέρια είναι οδηγοί. Για οποιονδήποτε άλλο, δεν είναι τίποτα, παρά μικροσκοπικά φώτα».

Antoine de Saint-Exupéry

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζει συνεχώς πολυεπίπεδες και πολυδιάστατες προκλήσεις οι οποίες έχουν στρέψει την προσοχή των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης προς την ενίσχυση της ολιστικής ικανοποίησης του ασθενούς. Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται ως μέτρο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι άυλη και πιθανότατα αναφέρεται στην συνάρτηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της θεραπείας που λαμβάνεται και των αντιλήψεων για τις εμπειρίες των υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, η εμπειρία των ασθενών είναι ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών στην υγειονομική περίθαλψη και η εμπειρία των ασθενών αξιολογείται συνήθως μέσω της ικανοποίησης των ασθενών (Schneider et al., 1997).

Οι λειτουργοί υγείας συντελούν ενεργά στην βελτίωση της εμπειρίας του ασθενούς και η πρόοδος της θεραπείας του σχετίζεται με την διάδραση της μεταξύ τους αναπτυσσόμενης σχέσης. Τα εφόδια των λειτουργών υγείας ως προς την επίτευξη της βέλτιστης ποιοτικής παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας αναφέρονται στις ακαδημαϊκές γνώσεις και στην κλινική εμπειρία, καθώς και στις ήπιες κοινωνικές δεξιότητες στην βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση του ασθενή. Η αναπτυσσόμενη σχέση μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς, προσδίδει μια προστιθέμενη αξία στην εμπειρία του ασθενούς και ταυτόχρονα μια εμπλουτισμένη νέα γνώση από τον μετασχηματισμό της επιστήμης μέσω της αμφίδρομης διαδραστικής εμπειρίας των μερών αυτής της σχέσης. Επομένως, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αναφέρεται συγχρόνως και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών (Tabrizi et al., 2009).

Λέξεις Κλειδιά: ήπιες δεξιότητες, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα φροντίδας, ποιότητα ζωής, οργανωσιακή κουλτούρα.

ABSTRACT

The healthcare industry is constantly facing multi-level and multi-dimensional challenges that have turned the attention of healthcare organizations towards enhancing holistic patient satisfaction. Patient satisfaction is considered as a measure of the quality of health services provided by healthcare organizations. The quality of health services is intangible and most likely refers to the interaction between the treatment received and perceptions of service experiences. Therefore, patient experience is a widely used indicator of service quality in healthcare and patient experience is usually assessed through patient satisfaction (Schneider et al., 1997).

Health workers actively contribute to improving the patient's experience and the progress of the patient's treatment is related to the interaction of the relationship that develops between them. Health workers' assets in terms of achieving optimal quality health care delivery refer to academic knowledge and clinical experience, as well as soft social skills in the bio-psycho-social approach to the patient. The developing relationship between health worker and patient infuses an added value to the patient's experience and at the same time an enriched new knowledge from the transformation of science through the two-way interactive experience of the participants in this relationship. Therefore, quality in health services refers concurrently to the way the services are delivered (Tabrizi et al., 2009).

Keywords: soft skills, patient satisfaction, quality of care, quality of life, organisational culture.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ.....	13
ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	14
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	16
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ	16
1.1. Διερεύνηση της έννοιας του όρου Δεξιότητες.....	16
1.2. Ορισμός της έννοιας Δεξιότητες του 21 ^{ου} αιώνα.....	19
2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	21
2.1. Διερεύνηση της έννοιας του όρου Ήπιες Δεξιότητες.....	21
2.2. Η σημασία των Ήπιων Δεξιοτήτων	23
2.3. Προσδιορισμός των Ήπιων Δεξιοτήτων	24
3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	28
3.1. Προσέγγιση της Ικανοποίησης των Ασθενών και της Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας.....	31
3.2. Συσχέτιση των Ήπιων δεξιοτήτων με την Ικανοποίηση των Ασθενών	40
4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	42
4.1. Η σημασία των Ήπιων δεξιοτήτων στην Νοσηλευτική Φροντίδα	42
4.2. Η αξία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ιατρική Πράξη	49
5. ΣΥΝΔΕΣΗ ΗΠΙΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	54
5.1. Ορισμός της Πολιτισμικής Κουλτούρας	54
5.2. Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας	55
5.3. Προσέγγιση της Οργανωσιακής Υποκουλτούρας	56
5.4. Προσδιορισμός της Οργανωσιακής Κουλτούρας στις Δομές Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	56

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	61
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	61
6.1. Ερευνητική Υπόθεση Μελέτης.....	61
6.2. Ερευνητικά ερωτήματα Μελέτης.....	69
6.3. Μεθοδολογία Ανασκόπησης	70
6.4. Διάγραμμα ροής.....	71
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΙΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	73
7.1. Διερεύνηση των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Υγειονομική Φροντίδα	73
7.2. Αναλυτική περιγραφή των Ήπιων Δεξιοτήτων των Λειτουργών Υγείας	77
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	99
8.1. Η σημασία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ομάδα Υγειονομικής Περίθαλψης	99
8.2. Ήπιες Δεξιότητες και Συναισθηματική Νοημοσύνη.....	102
8.3. Σύνδεση των Ήπιων Δεξιοτήτων Διαπολιτισμικής Κουλτούρας και Ικανοποίηση Ασθενών.....	108
8.4. Η σημασία της Μάθησης στην ανάπτυξη των Ήπιων Δεξιοτήτων	110
8.5. Προκλήσεις στην Αξιολόγηση των Ήπιων Δεξιοτήτων των Λειτουργών Υγείας.	116
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - Η Αξία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ανθρωποκεντρική Περίθαλψη και τους Λειτουργούς Υγείας.....	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	160

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία αποτυπώνεται μια προσπάθεια προσέγγισης των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας, που υποστηρίζουν ουσιαστικά την θετική εμπειρία του ασθενούς, τη βελτίωση της ικανοποίησής του από τον φορέα υγειονομικής περίθαλψης και εν δυνάμει την ποιότητα ζωής, τόσο των ασθενών, όσο και των λειτουργών υγείας. Οι λειτουργοί υγείας, διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην βελτίωση της βιο-ψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου που προβαίνει στην χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον ενδυναμώνουν κατά την διάρκεια της προσπάθειάς του να αντιμετωπίσει και να αντεπεξέλθει τη δύσκολη κατάσταση για την υγεία του.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του ατόμου, προσδίδουν μια προστιθέμενη αξία στις κοινά αποδεκτές ήπιες δεξιότητες, με τέτοιο τρόπο που συντελούν στην συνδιαμόρφωσή τους, αναπτύσσοντας μια δυναμική σχέση μεταξύ των στοιχείων του χαρακτήρα του και της διαδραστικής προσωπικής έκφρασης. Οι ήπιες δεξιότητες αναφέρονται στην επιλογή διαντίδρασης του ατόμου σε περιστατικά που βιώνει και στον τρόπο της κοινωνικής διάδρασης του εντός ενός συνόλου, εκφράζοντας κατ' αυτό τον τρόπο την πολιτισμική του κουλτούρα και την συναλλαγή της στην σύνδεση με την κουλτούρα του περιβάλλοντος που εντάσσεται. Επομένως, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου όταν εξωτερικεύονται υπό την έννοια της πράξης, έχουν αντίκτυπο στην αλληλεπίδραση των σχέσεων που αναπτύσσει.

Η ανάπτυξη και καλλιέργεια των ήπιων δεξιοτήτων από τους λειτουργούς υγείας, συνεισφέρουν στην ωφέλιμη οικοδόμηση της αναπτυσσόμενης θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, επηρεάζοντας την ικανότητα αντίληψης τους σχετικά με τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και τη συνολική εμπειρία της υγειονομικής φροντίδας που λαμβάνουν. Καθίστανται επομένως, οι ήπιες δεξιότητες, ιδιαίτερα σημαντικές στην υγειονομική περίθαλψη, καθότι, εμπλουτίζουν την εμπειρία του ασθενούς στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, ενισχύουν την απόδοση του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης προσδίδοντας βελτίωση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής.

Υπάρχει έλλειψη συναίνεσης στη βιβλιογραφία όσον αφορά σε έναν ορισμό που να εμπεριέχει καθολικά την άυλη φύση των ήπιων δεξιοτήτων, καθότι, αφορούν τα προσωπικά γνωρίσματα του ατόμου γενικευμένα σε ένα πλαίσιο κοινωνικής συμπεριφοράς η οποία ποικίλει. Ωστόσο, διαφαίνεται πως το επιστέγασμα που πλαισιώνει τον όρο, επαφίεται στην κοινώς αποδεκτή αναγνώριση της αντιλαμβανόμενης σημασίας ορισμένων στοιχείων κοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Τουτέστιν, καθίσταται δύσκολη η μέτρηση και η αποτίμησή τους.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που διεξήχθη, κατά την υγειονομική περίθαλψη, η ενσυναίσθηση και η επικοινωνία αναφέρθηκαν ευρέως ως οι διαπροσωπικές ήπιες δεξιότητες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη σχέση λειτουργού υγείας και ασθενούς και ως εκ τούτου, την εμπειρία του. Η στάση σεβασμού προς τους ασθενείς θεωρείται πως οδηγεί σε θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών και η ευγένεια δηλώνεται ως συστατικό στοιχείο της φροντίδας των ασθενών. Η ακρόαση συνδέεται με την ικανότητα της κατανόησης, καθώς μετατρέπει τα λαμβανόμενα μηνύματα σε νόημα και βοηθά στην μείωση του άγχους του ασθενούς και ενθαρρύνει την ανάπτυξη ουσιαστικής σχέσης λειτουργού υγείας και ασθενούς. Η ατομική πρωτοβουλία των λειτουργών υγείας ενδεχομένως να βελτιώνει την απόδοση του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και ο αυτοέλεγχος, σχετίζεται με τη θέληση του λειτουργού υγείας να ανταποκριθεί των προκλήσεων που προκύπτουν κατά την παροχή υγειονομικής φροντίδας, καθώς και του ασθενούς να ξεπεράσει την ασθένειά του.

Μείζονος σημασίας για την ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων, κατέχει το εργασιακό περιβάλλον του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας και η οργανωσιακή κουλτούρα που υιοθετεί. Οι ερευνητές έχουν συστήσει στους παρόχους υπηρεσιών υγείας, να υποστηρίζουν την ανάπτυξη διαπροσωπικών κοινωνικών δεξιοτήτων στο προσωπικό που στελεχώνει τον οργανισμό τους, καθότι, είναι απαραίτητες στην οικοδόμηση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης με γνώμονα το άτομο που ασθενεί και συνδράμουν σε μια μεταξύ τους σχέση εμπιστοσύνης, συμβάλλοντας στη θετική εμπειρία και των δύο μερών της σχέσης και ενισχύοντας την ικανοποίηση των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ

Το εφελτήριο διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας αποτελεί η καταγραφή των ήπιων δεξιοτήτων του 21ου αιώνα των λειτουργών υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή και προσδίδουν προστιθέμενη αξία στην εμπειρία του ασθενούς, καθώς και του λειτουργού υγείας.

Η κύρια υπόθεση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, είναι η συσχέτιση των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας που είναι απαραίτητες για την ποιοτική διάδραση με τους ασθενείς και την επίτευξη της ανάπτυξης μιας μεταξύ τους σχέσης, η οποία ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και βελτιώνει την ποιότητα ζωής, αμφοτέρων των μερών της διάδρασης.

Δευτερεύουσα υπόθεση, είναι η συσχέτιση της οργανωσιακής κουλτούρας των παρόχων υπηρεσιών υγείας και ο ρόλος τους στην προώθηση της ανάπτυξης αυτών των χρήσιμων για την ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην περίθαλψη ήπιων δεξιοτήτων.

Ο σκοπός της έρευνας είναι, η προσπάθεια προσέγγισης των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας που ενδυναμώνουν τον ασθενή και καθιστούν την μεταξύ τους σχέση ουσιαστική και κατ'επέκταση ενισχύουν την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών, αναβαθμίζοντας τη συνολική εμπειρία του ασθενούς και των λειτουργών υγείας, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής.

Ο στόχος της έρευνας είναι ο προσδιορισμός αυτών των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας, που χρειάζονται στην θετική ανάπτυξη της ουσιαστικής σχέσης μεταξύ θεραπευόμενου και θεραπευτή.

ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξάγεται έρευνα ώστε να προσδιοριστούν οι ήπιες δεξιότητες των λειτουργών υγείας. Το γενικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την θεωρητική προσέγγιση των θεματικών αντικειμένων της έρευνας και αντιστοιχούν στα πρώτα πέντε κεφάλαια της παρούσας μελέτης.

Στο πρώτο κεφάλαιο διενεργείται μια προσπάθεια για τον εννοιολογικό προσδιορισμό του όρου δεξιότητες. Πραγματοποιείται διερεύνηση της έννοιας του όρου και μια προσέγγιση του ορισμού των δεξιοτήτων του 21^{ου} αιώνα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, διενεργείται η προσέγγιση της έννοιας του όρου ήπιες δεξιότητες ώστε να προσδιοριστούν. Πραγματοποιείται διερεύνηση του όρου ήπιες δεξιότητες και της σημασίας τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η σύνδεση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας με την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς διενεργείται μια προσπάθεια συσχέτισης της ικανοποίησης των ασθενών με τις ήπιες δεξιότητες.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η σύνδεση της ικανοποίησης των ασθενών με τις ήπιες δεξιότητες των λειτουργών υγείας, δίνοντας έμφαση στην σημασία των ήπιων δεξιοτήτων κατά την νοσηλευτική φροντίδα και την αξία τους κατά την ιατρική πράξη.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, προσεγγίζεται η σύνδεση της κουλτούρας των παρόχων υγειονομικής φροντίδας στην ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας. Διερευνάται ο ορισμός της πολιτισμικής κουλτούρας, δίδεται ο ορισμός της οργανωσιακής κουλτούρας και υποκουλτούρας και προσδιορίζεται η οργανωσιακή κουλτούρα στις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας.

Το ειδικό μέρος, περιλαμβάνει το έκτο, το έβδομο και το όγδοο κεφάλαιο. Στο έκτο κεφάλαιο, περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε, η ερευνητική υπόθεση και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, η μεθοδολογία της ανασκόπησης και παρουσιάζεται το διάγραμμα ροής.

Στο έβδομο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης όπου προσδιορίζονται οι ήπιες δεξιότητες των λειτουργών υγείας και περιγράφονται αναλυτικά.

Στο όγδοο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα θέματα προς συζήτηση και αναφέρονται στην σημασία των ήπιων δεξιοτήτων στην ομάδα της υγειονομικής περίθαλψης, στη σύνδεση των ήπιων δεξιοτήτων με την συναισθηματική νοημοσύνη, στη σύνδεση της διαπολιτισμικής κουλτούρας με τις ήπιες δεξιότητες, στη σημασία της μάθησης στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων και στην πρόκληση για τη μέτρησή τους.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, παρατίθενται τα συμπεράσματα της μελέτης τονίζοντας την αξία των ήπιων δεξιοτήτων στην ανθρωποκεντρική περίθαλψη και τους λειτουργούς υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ

1.1. Διερεύνηση της έννοιας του όρου Δεξιότητες

Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, αποτυπώνεται η δυσκολία στην αποσαφήνιση των όρων ικανότητα και δεξιότητα του ατόμου, καθώς συχνά συγχέονται αυτές οι δύο έννοιες. Υπάρχουν σημαντικοί εννοιολογικοί προβληματισμοί στην συμφωνία μίας διεθνώς κοινής ορολογίας, που να αποδίδεται απόλυτα το νόημα στον κάθε όρο και δίνονται διαφορετικές εννοιολογικές ερμηνείες ανά τον κόσμο.

Με την χρήση του όρου δεξιότητα, έγινε μία προσπάθεια εννοιολογικής ερμηνείας με την οποία αρχικά να υποδηλώνονται οι επιδόσεις των χειρωνακτικών εργασιών που επιδιόταν το κάθε άτομο και στην συνέχεια συνδέθηκε με την πνευματική εργασία. Συνεπώς, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι, ως δεξιότητα ορίζεται η δυνατότητα εκτέλεσης μιας συγκεκριμένης εργασίας η οποία συνδέεται με τους παράγοντες οι οποίοι αναφέρονται στην αποδοτικότητα, στην εμπειρογνωμοσύνη, στην ταχύτητα και στην ορθότητα για την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων (Welford, 1968).

Μια προσέγγιση του όρου δεξιότητα, αφορά την προσπάθεια μιας γενικευμένης περιγραφής σχετικά με το τι γνωρίζει, τι κατανοεί και τι μπορεί να κάνει ένα άτομο. Στο πρόγραμμα Life Skills For Europe που υλοποιήθηκε το 2018, η ικανότητα της αποτελεσματικής αξιοποίησης των κεκτημένων γνώσεων και δεξιοτήτων σε περίπλοκες και απρόοπτες καταστάσεις, περιγράφεται με την χρήση του όρου “δυνατότητα / βασική δεξιότητα”. Σε κείμενο του ΟΟΣΑ του ίδιου έτους, ορίζεται η δεξιότητα ως η ικανότητα του ατόμου στην υπεύθυνη χρήση των αποκτηθεισών γνώσεων για την επίτευξη ενός σκοπού. Βάσει των παραπάνω προσεγγίσεων και σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από τους Καρανικόλα και Παναγιωτόπουλο, (2019), «οι δεξιότητες είναι ένα σύνολο ατομικών επιτευγμάτων,

γνώσεων και προσωπικών χαρακτηριστικών, στοιχειά τα οποία προάγουν την απασχολησιμότητα και την ατομική επιτυχία».

Τα χαρακτηριστικά στοιχεία που περιλαμβάνει η δεξιότητα είναι ότι αναπτύσσεται σε βάθος χρόνου με την εξάσκηση μιας συγκεκριμένης εργασίας, ικανοποιεί τους στόχους που έχουν τεθεί, αποκτάται κατά την συνεκτική δομή της συμπεριφοράς και μειώνονται οι απαιτήσεις σε προσπάθεια με την ανάπτυξή της (Proctor και Dutta, 1995). Επομένως, το πλαίσιο απόκτησης δεξιοτήτων αφορά την συστηματική ενασχόληση του ατόμου με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο εν όψει κάποιου χρονικού ορίζοντα και την προθυμία που επιδεικνύει κατά την διάρκεια αυτής της διαδικασίας. Επίσης, οι δεξιότητες αναπτύσσονται μέσα από την εκπαίδευση (Ericsson et al., 1993) και ως εκ τούτου, γίνεται διακριτό και το γεγονός ότι μπορούν να μεταβιβαστούν και μπορούν να μετρηθούν (LSE, 2018), βάσει της στοχοθεσίας και των εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων. Το χαρακτηριστικό της μετρησιμότητας των δεξιοτήτων επισημαίνεται και από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Codefor (2021), του οποίου βασικό αντικείμενο μελέτης είναι οι δεξιότητες που χρειάζονται να αποκτήσει το άτομο για την επίτευξη του εκάστοτε αντικειμένου εργασίας.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο όρος δεξιότητες, περιγράφει την δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί σε πολυεπίπεδα ζητήματα που προκύπτουν στην καθημερινότητά του και στη διαρκώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα των εργασιακών απαιτήσεων που καλείται να διαχειριστεί στην πορεία επίτευξης ενός συγκεκριμένου στόχου, τις οποίες καλλιεργεί, αναπτύσσει, και εμπλουτίζει, αξιοποιώντας την ήδη υπάρχουσα γνώση και μετασχηματίζοντας την μέσω της βιωμένης εμπειρίας σε νέα γνώση, την οποία και δύναται να μεταβιβάσει.

Όσον αφορά στον εννοιολογικό προσδιορισμό του όρου ικανότητα, παρουσιάζεται έντονη δυσκολία στην κατάληξη ενός καθολικού ορισμού. Η εννοιολογική προσέγγιση του όρου ικανότητα, αναφέρεται στην προσπάθεια περιγραφής των χαρακτηριστικών εκείνων που σχετίζονται με την υψηλή απόδοση και την παρακίνηση, τη σύνδεση αυτών με τη συμπεριφορά που επιδεικνύει γνώσεις και δεξιότητες για την επίτευξη μιας επιθυμητής απόδοσης (Dooley et al., 2004), καθώς και στοιχείων όπως προσωπικά χαρακτηριστικά και ατομικά και συλλογικά κίνητρα. Αναφέρεται δηλαδή, στην αποτελεσματική δράση του ατόμου ως αποτέλεσμα γνώσεων και δεξιοτήτων.

Στην έκθεση Definition and Selection of Competencies – DeSeCo, (2005) του ΟΟΣΑ, αναλύεται η έννοια της ικανότητας, ως τον παράγοντα που ένα άτομο δύναται να ανταποκριθεί σε σύνθετες απαιτήσεις με την κατάρτιση και την κινητοποίηση ψυχοκοινωνικών πόρων και εκφρασμένων στάσεων εντός ενός ορισμένου πλαισίου και είναι κάτι περισσότερο από γνώσεις και δεξιότητες. Ως επαγγελματική ικανότητα θεωρείται ο συνδυασμός των απαιτούμενων γνώσεων, δεξιοτήτων και κλίσεων που διαθέτει το κάθε άτομο για να επιτελέσει μία εργασία (Pablos, 2010) και η δυνατότητα του να επιλύει εργασιακά προβλήματα αυτόνομα και ευέλικτα (Shipmann et al., 2000).

Συμπεριλαμβάνοντας τα προαναφερθέντα, ο όρος ικανότητα ενδεχομένως να αναφέρεται στις κλίσεις ή προδιαθέσεις του ατόμου, τις οποίες αναπτύσσει το άτομο επηρεασμένο από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες, εφόσον, για την ανάπτυξη των ικανοτήτων, οι διανοητικές δυνατότητες και η δυνατότητα εφαρμογής γνώσεων, σε συνδυασμό με κοινωνικές και συμπεριφορικές πτυχές, είναι προαπαιτούμενα (Weinert, 2001). Επομένως, ένα παρατηρήσιμο ερέθισμα μπορεί να οδηγεί σε μια παρατηρήσιμη αντίδραση. Ίσως να είναι έμφυτη, δηλαδή, το αποτέλεσμα κληρονομικών παραγόντων και ως προς την υπεράσπιση αυτού, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι, ο ανθρώπινος εγκέφαλος διαθέτει ένα είδος γλωσσικού οργάνου και ο κάθε άνθρωπος διαθέτει τις ίδιες δυνατότητες μάθησης (Pinker, 1997). Ως προς την μετρησιμότητα, οι ικανότητες δεν μπορούν να μετρηθούν άμεσα (Πριμικήρη, 2020).

Σύμφωνα με τις παραπάνω προσεγγίσεις των δύο όρων, η εννοιολογική διαφορά τους δεν είναι ιδιαίτερα ευδιάκριτη και διαφαίνεται να έγκειται στο ότι η ικανότητα εμπεριέχει δεξιότητες, εφόσον η ικανότητα αναφέρεται στην δυνατότητα εφαρμογής γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών ως προς την επίτευξη επιθυμητών αποτελεσμάτων (European e-Competence Framework, 2014).

Ωστόσο, μια άποψη σχετικά με την διαφοροποίηση των δυο εννοιών είναι ότι η εξάσκηση των δεξιοτήτων παράγει επάρκεια σε εργασίες, ενώ οι ικανότητες παρομοιάζονται με γνωρίσματα πιο γενικά και δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται οι δεξιότητες στο ίδιο σύνολο με τις ικανότητες, καθότι, η ικανότητα αναφέρεται στη δυνατότητα επηρεασμού για την απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων ενός ατόμου ώστε να εκτελέσει μια συγκεκριμένη εργασία (Chell, 2013).

1.2. Ορισμός της έννοιας Δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα

Τα σύγχρονα τεχνολογικά μέσα έχουν επιφέρει ραγδαίες εξελίξεις σε όλους τους τομείς της ζωής του σύγχρονου ανθρώπου και της σύγχρονης κοινωνίας. Η χρήση της βιοτεχνολογίας, της ρομποτικής, της τεχνητής νοημοσύνης και του διαδικτύου ενίσχυσαν ποιοτικά και ποσοτικά τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου και τα μέσα παραγωγής. Με την χρήση των τεχνολογικών επιτευγμάτων στην καθημερινότητα τίθενται οι βάσεις στον εμπλουτισμό της καθημερινής έκφρασης και κοινωνικοποίησης του ατόμου, στην αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και στην εξέλιξη των παραγωγικών συστημάτων.

Η νέα εποχή οδηγεί στην συνεχή ανάπτυξη, καλλιέργεια και διαμόρφωση νέων σύγχρονων δεξιοτήτων και στην εκ νέου οριοθέτηση του πλαισίου κοινωνικής ένταξης του σύγχρονου ατόμου, της κοινωνικής συνοχής, της προσωπικής πλήρωσης και ευημερίας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Τα νέα κοινωνικά, πολιτισμικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της σύγχρονης εποχής επιτάσσουν την προσωπική ανέλιξη του ατόμου και θέτουν την απόκτηση δεξιοτήτων, ως προϋπόθεση στην βιώσιμη ανάπτυξή του, εντός του πλαισίου του κοινωνικού μετασχηματισμού και των συνεχών εργασιακών προκλήσεων.

Η απόκτηση και διατήρηση των δεξιοτήτων είναι δικαίωμα κάθε ανθρώπου. Αναγνωρίζεται από τους διεθνείς και υπερεθνικούς οργανισμούς ως *«απαραίτητο μέρος της διαδικασίας οικονομικού και κοινωνικού μετασχηματισμού ως κεντρικός άξονας της εκπαιδευτικής πολιτικής»* (Καρανικόλα και Παναγιωτόπουλος, 2019) και το σύνολο των μεταβολών αυτής αποτελούν μια *«νέα κοινωνική πολιτική με την λογική του σχεδιασμού εργατικού δυναμικού, ρυθμίζοντας την πολιτική αγοράς της εργασίας»* (Γράβαρης, 2005). Τουτέστιν, η οικονομική μεγέθυνση δύναται να προβλέπει και να συνδιαμορφώνει τη ζήτηση και το εύρος των σύγχρονων δεξιοτήτων του ανθρώπινου εργατικού δυναμικού.

Η αναζήτηση νέων μορφών καινοτομίας, η παραγωγή της γνώσης και η διαχείρισή της, διαμορφώνει νέες αξίες και δομές οργάνωσης οι οποίες να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας και των μελών της και μετατοπίζεται η έννοια της γνώσης από κατακτηθείσα γνώση, στην κατάκτηση του *«ενεργείν»* (Τσαούσης, 2007), με απώτερο σκοπό την ανάπτυξη

δεξιοτήτων - ικανοτήτων που είναι αναγκαίες στον σύγχρονο άνθρωπο. Σύμφωνα με τον Drucker, (1996), ο κεντρικός συντελεστής - η πρωτογενής βιομηχανία μιας προηγμένης και ανεπτυγμένης οικονομίας, *«θα πρέπει να εκλαμβάνεται η γνώση, η οποία αποτελεί το κύριο κόστος, την κύρια επένδυση και το κύριο προϊόν, δηλαδή, την απόκτηση μιας καθολικής δεξιότητας στην χρήση της γνώσης»*.

Όπως παρατηρείται, η διαμόρφωση του πλαισίου των δεξιοτήτων, είναι μια δυναμική διαδικασία στην οποία συνυπολογίζονται οι ανάγκες τόσο της κοινωνίας και των μελών της εκάστοτε χώρας, όσο και της αγοράς και των οργανισμών που δραστηριοποιούνται σε διεθνές και υπερεθνικό επίπεδο. Τοιουτοτρόπως, στη συνεχή προσπάθεια των κοινωνιών για οικονομική ανάπτυξη και ευημερία, κρίνεται απαραίτητη η εξασφάλιση κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού το οποίο να παράγει, να εφαρμόζει και να διαχειρίζεται σε όλους τους τομείς νέες γνώσεις, δημιουργώντας καινοτομία. Επομένως, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι δεξιότητες οι οποίες αναπτύσσει είναι βασικός συντελεστής παραγωγής και η γνώση κρίσιμος πόρος για την κοινωνική, πολιτισμική και οικονομική ανάπτυξη και ευημερία της εκάστοτε κοινωνίας.

Η χρήση του όρου “δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα”, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται σε ένα εύρος δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για την επαγγελματική και κοινωνική υπόσταση του ατόμου, καθώς και σε νέες που συνδέονται με την δυναμική ανταπόκριση αυτού στις συνεχείς και προοδευτικά αυξανόμενες σύγχρονες προκλήσεις. Η προσπάθεια ανάλυσης και ένταξης των δεξιοτήτων σε ένα κοινό πλαίσιο και η απόδοσή ενός κοινού ορισμού του όρου δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα, προκαλεί ένα είδος σύγχυσης όσον αφορά στον τύπο γνώσης που πρέπει να συμπεριληφθεί, καθότι, η απόκτησή τους είναι μια πολυδιάστατη, δυναμική και διαδραστική διαδικασία στο χρονοσυνεχές.

Σύμφωνα με τους Binkley et al., (2012), οι δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα, είναι ικανότητες και στάσεις που διδάσκονται προκειμένου να καταστήσουν το άτομο ικανό σε νέους τρόπους σκέψης, μάθησης, εργασίας και διαβίωσης και περιλαμβάνουν τη δημιουργικότητα, την καινοτομία, την κριτική σκέψη, την επίλυση προβλημάτων, την ικανότητα λήψης αποφάσεων, τη μεταγνωστική ικανότητα, την επικοινωνία, τον γραμματισμό δεδομένων και τον ψηφιακό γραμματισμό, την ανάπτυξη της ιδιότητας του πολίτη (σε τοπικό, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο).

Αποτελούν επομένως, τα βασικά στοιχεία που συντελούν τις δεξιότητες ζωής και καριέρας και αναπτύσσουν την προσωπική και κοινωνική ευθύνη και ευημερία.

2. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

2.1. Διερεύνηση της έννοιας του όρου Ήπιες Δεξιότητες

Οι ήπιες δεξιότητες είναι αναπόσπαστο στοιχείο σε μια σειρά επαγγελματιών και εφαρμόζονται σε διάφορους τομείς της ζωής (ηγεσία, διαχείριση έργων, κατάρτιση και εκπαίδευση και υπηρεσίες υγείας και ούτω καθεξής). Οι εκφάνσεις των ήπιων δεξιοτήτων επαφίονται με την ιδιαίτερη ατομική προσέγγιση στην πράξη και συνδέονται με τις διαφορετικές αντιλήψεις των ανθρώπων σχετικά με το τι συνιστά το κατασκεύασμα των ήπιων δεξιοτήτων.

Αυτή η ποικιλομορφία και η ευρεία εμβέλεια των ήπιων δεξιοτήτων βοηθούν να εξηγηθεί γιατί οι μελετητές δεν έχουν ακόμη καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με τον ορισμό των ήπιων δεξιοτήτων. Στην παρούσα ενότητα θα συζητηθεί η ποικιλομορφία των ορισμών των ήπιων δεξιοτήτων στη δημοσιευμένη έρευνα και η σημασία των ήπιων δεξιοτήτων σε διάφορους τομείς, με ιδιαίτερη έμφαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτοί οι ποικίλοι ορισμοί θα αξιολογηθούν και θα συντεθούν προκειμένου να παρουσιαστεί η εννοιολόγηση των ήπιων δεξιοτήτων που θα χρησιμοποιηθεί στην προτεινόμενη μελέτη.

Διάφορα ερευνητικά ρεύματα υποδεικνύουν ότι οι ήπιες δεξιότητες είναι ένας συνδυασμός διαπροσωπικών δεξιοτήτων και προσωπικών συναισθηματικών χαρακτηριστικών. Οι Weber et al., (2009), όρισαν τις ήπιες δεξιότητες ως τις διαπροσωπικές, ανθρώπινες, ανθρώπινες ή συμπεριφορικές δεξιότητες που απαιτούνται για την εφαρμογή τεχνικών δεξιοτήτων και γνώσεων στο χώρο εργασίας. Περαιτέρω, ο Nilsson, (2010), περιέγραψε τις ήπιες δεξιότητες ως “διαπροσωπικές δεξιότητες” και “δεξιότητες υψηλής απασχολησιμότητας”.

Επιπλέον, οι Kechagias et al., (2011), όρισαν τις ήπιες δεξιότητες ως «ενδο- και διαπροσωπικές (κοινωνικό-συναισθηματικές) δεξιότητες, απαραίτητες για την προσωπική ανάπτυξη, την κοινωνική συμμετοχή και την επιτυχία στον εργασιακό

χώρο». Ομοίως, μελετητές όπως οι Hurrell et al., (2013), εξήγησαν ότι οι ήπιες δεξιότητες περιλαμβάνουν ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές δεξιότητες και περιέγραψαν τις ήπιες δεξιότητες ως μη τεχνικές και δεν βασίζονται σε αφηρημένο συλλογισμό, περιλαμβάνοντας διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές ικανότητες για τη διευκόλυνση της άριστης απόδοσης σε συγκεκριμένο πλαίσιο.

Οι ενδοπροσωπικές δεξιότητες αναφέρονται στην ικανότητα κάποιου να διαχειρίζεται τον εαυτό του, ενώ οι διαπροσωπικές δεξιότητες είναι η ικανότητα κάποιου να χειρίζεται τις αλληλεπιδράσεις του με τους άλλους (Laker & Powell, 2011). Αυτές οι διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές ικανότητες «διευκολύνουν την κυριαρχική απόδοση σε διάφορα πλαίσια» (Hurrell et al., 2013). Ένα άτομο που κατέχει τις ήπιες δεξιότητες μπορεί να περιγραφεί ως “συναισθηματικά ευφυές” (Wheeler, 2016) ή ως κάποιος που έχει την ικανότητα να κατανοεί και να διαχειρίζεται τον εαυτό του και να κατανοεί τους άλλους και να διαχειρίζεται τις σχέσεις (Stoller et al., 2013).

Πολλοί από αυτούς τους ορισμούς των ήπιων δεξιοτήτων χρησιμοποίησαν τον όρο “διαπροσωπικές δεξιότητες” ή “μη γνωστικές δεξιότητες” εναλλακτικά με άλλους όρους, όπως διαδραστικές δεξιότητες, ανθρώπινες δεξιότητες, δεξιότητες πρόσωπο με πρόσωπο, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, μη γνωστικές ικανότητες, δεξιότητες χαρακτήρα και κοινωνική επάρκεια, συμπεριλαμβανομένων των ήπιων δεξιοτήτων. Το κοινό σημείο μεταξύ των περισσότερων από αυτούς τους ορισμούς είναι η επιρροή αυτών των ικανοτήτων ή χαρακτηριστικών στην αύξηση της ικανότητας ενός ατόμου να συμπεριφέρεται προς ένα επιθυμητό αποτέλεσμα. Ως εκ τούτου, ο Hayes, (2002), όρισε τις διαπροσωπικές δεξιότητες ως στοχευμένες συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται στις πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπιδράσεις προκειμένου να επιτευχθεί μια επιθυμητή κατάσταση πραγμάτων.

Σε κλινικό πλαίσιο, οι Joubert et al., (2006), περιέγραψαν τις ήπιες δεξιότητες ως «*το να κάνεις το σωστό πράγμα τη σωστή στιγμή και να το κάνεις όμορφα*». Η Klaus (2007) χαρακτήρισε τις ήπιες δεξιότητες ως τα μη τεχνικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές που απαιτούνται για την επιτυχημένη σταδιοδρομία. Οι Muzio et al., (2007), αναφέρθηκαν στις ήπιες δεξιότητες ως μικρο-κοινωνικές δεξιότητες, που καθολικά αναγνωρίζονται ως κρίσιμες για την επιτυχή διαχείριση έργων. Στην επιχειρηματική εκπαίδευση, ο Perreault, (2004), όρισε τις ήπιες δεξιότητες ως προσωπικές ιδιότητες, χαρακτηριστικά, στάσεις και επίπεδο δέσμευσης που

διαφοροποιούν ένα άτομο από άλλα άτομα που μπορεί να έχουν παρόμοιες εμπειρίες και δεξιότητες. Επιπλέον, οι James και James (2004) ανέφεραν ότι οι ήπιες δεξιότητες είναι ένα «*σύνολο ταλέντων ή ικανοτήτων που ένας εργαζόμενος φέρνει στον χώρο εργασίας*».

2.2. Η σημασία των Ήπιων Δεξιοτήτων

Παρά την έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των μελετητών σχετικά με τον ορισμό των ήπιων δεξιοτήτων, οι ήπιες δεξιότητες έχουν αναγνωριστεί ως ζωτικής σημασίας ικανότητα σε διάφορους επαγγελματικούς κλάδους, όπως η διοίκηση και η ηγεσία επιχειρήσεων, οι επενδύσεις και η παροχή συμβουλών, η λογιστική και τα εταιρικά οικονομικά, η εκπαίδευση και η υγειονομική περίθαλψη (Farmer, 2015). Οι ήπιες δεξιότητες έχουν «*πιστωθεί με τη δημιουργία οργανισμών που ανταποκρίνονται στις ανάγκες*» (Phillips et al., 2015). Αντικατοπτρίζουν επίσης επιθυμητές συμπεριφορές και ικανότητες που επηρεάζουν θετικά το εργασιακό περιβάλλον (Phillips et al., 2015). Οι Wats και Wats, (2008), ανέφεραν ότι το 85% της επιτυχίας ενός εργαζομένου οφείλεται στις ήπιες δεξιότητες, ενώ οι σκληρές δεξιότητες αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο 15%.

Επιπλέον, ο Tulgan, (2015), σημείωσε ότι επειδή οι κοινωνικές δεξιότητες επηρεάζουν τον τρόπο παροχής υπηρεσιών, οι εργαζόμενοι συνήθως απολύονται λόγω της έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων, παρά την τάση των οργανισμών να προσλαμβάνουν με βάση τις σκληρές δεξιότητες. Οι ήπιες δεξιότητες αναγνωρίζονται ως απαραίτητες για όλες τις πτυχές της διαχείρισης έργων, από την τακτική έως την οργανωτική στρατηγική (Muzio et al., 2007).

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, αρκετές μελέτες έχουν ζητήσει την αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών των ιατρικών σχολών, ώστε να περιλαμβάνουν εκπαίδευση σε ήπιες δεξιότητες για τη διευκόλυνση της ανάπτυξης της συναισθηματικής νοημοσύνης των φοιτητών ιατρικής, των ιατρών και των νοσηλευτών (Farmer, 2015 - Harlak et al., 2008 - Kelm et al., 2014). Οι Ray και Overman, (2014), αναγνώρισαν τη σημασία της ενσωμάτωσης των ήπιων δεξιοτήτων στην καθημερινή πρακτική των νοσηλευτών και ανέφεραν ότι, οι ήπιες δεξιότητες της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της ανάθεσης αρμοδιοτήτων, επηρέασαν θετικά τα κλινικά αποτελέσματα, το εργασιακό περιβάλλον και την ευημερία των εργαζομένων.

Επιπλέον, οι Kim et al., (2004), παρείχαν αποδείξεις ότι «οι δεξιότητες ενσυναίσθητης επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση των ασθενών».

Υπάρχει μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση και αναγνώριση ότι οι τεχνικές δεξιότητες είναι απαραίτητες, αλλά όχι επαρκείς για την επιτυχία πέραν των θέσεων εισόδου και ότι «οι ικανότητες των “ήπιων δεξιοτήτων” είναι απαραίτητες καθώς οι εργαζόμενοι κινούνται υψηλότερα μέσα στους οργανισμούς» (Laker & Powell, 2011). Αυτή η αποσύνδεση μεταξύ τεχνικών και κοινωνικών δεξιοτήτων, εξηγεί τις συνήθεις αναφορές δημόσιας δυσαρέσκειας και δυσαρέσκειας των ασθενών, παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στις γνώσεις των επιστημών υγείας και τις τεχνικές ικανότητες στη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών.

2.3. Προσδιορισμός των Ήπιων Δεξιοτήτων

Παρόλο που η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει προσδιορίσει πολυάριθμες ικανότητες και χαρακτηριστικά ως ήπιες δεξιότητες, μέχρι στιγμής έχει γίνει περιορισμένη έρευνα σχετικά με τις διαφορές, μοναδικές διαστάσεις στο πεδίο των ήπιων δεξιοτήτων που μπορούν να εξηγήσουν τις ατομικές διαφορές στην απόδοση των ήπιων δεξιοτήτων. Ο όρος “ήπια δεξιότητα” έχει ταλαιπωρηθεί από την έλλειψη σαφήνειας στους ορισμούς της έννοιας και γενικότερα, οι μελετητές διαφωνούν σχετικά με την εννοιολόγηση του όρου δεξιότητα. Ως εκ τούτου, η οικοδόμηση μιας ουσιαστικής εννοιολόγησης των ήπιων δεξιοτήτων είναι σημαντική για την παρούσα έρευνα, ώστε να διασφαλιστεί η ακριβής λειτουργικότητα του όρου.

Μέχρι στιγμής, διάφοροι επιχειρηματικοί τομείς έχουν ορίσει διαφορετικά την έννοια των ήπιων δεξιοτήτων. Ορισμένες περιγραφές ήταν σαφείς, ενώ άλλες ήταν αφηρημένες. Συγκεκριμένα, ο Conley, (2013), αναφέρθηκε στις ήπιες δεξιότητες ως “μη γνωστικές δεξιότητες”, ενώ οι Hurrell et al., (2013), περιέγραψαν τις ήπιες δεξιότητες ως «μη τεχνικές και μη εξαρτώμενες από αφηρημένη συλλογιστική». Ο Robles, (2012), θεώρησε τις ήπιες δεξιότητες «άυλες και γνωρίσματα χαρακτήρα ή ειδικές για την προσωπικότητα δεξιότητες», ενώ ο Decker, (1999), ονόμασε τις ήπιες δεξιότητες «κρυφές ικανότητες».

Σε επιχειρηματικό περιβάλλον, οι James και James, (2004), συνέδεσαν τους όρους δεξιότητες σταδιοδρομίας και “συναισθηματικό IQ” με τις ήπιες δεξιότητες. Χρησιμοποίησαν την ορολογία “συναισθηματικό IQ” για να συνδέσουν την ανώτερη απόδοση με τους εργαζόμενους που χρησιμοποιούν τις ήπιες δεξιότητές τους παράλληλα με την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην ηγεσία.

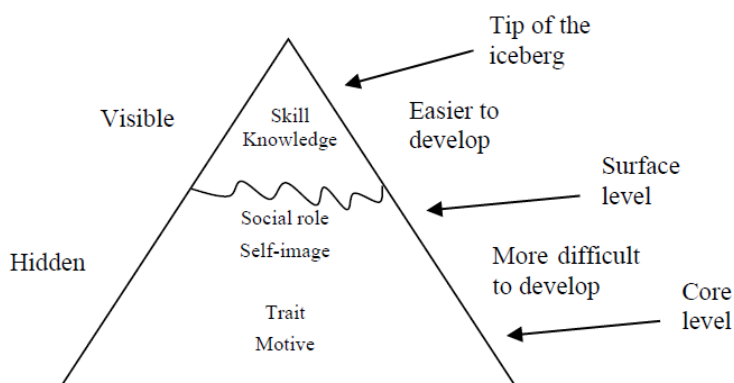
Αναλύοντας τις διαφορές στους ανά καιρούς ορισμούς στη βιβλιογραφία της ψυχολογίας, οι Hurrell et al., (2013), όρισαν τις δεξιότητες ως αυτό που απαιτείται από τους εργαζόμενους για την εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου και περιγράφει τις διαδικασίες που οδηγούν σε σχετικές επιδόσεις σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Σύμφωνα με τους Hurrell et al., (2013), η δεξιότητα αναπτύσσεται με την εξάσκηση με την πάροδο του χρόνου και τη εμπειρική γνώση. Η Hay Group, (2003), όρισε τις δεξιότητες ως «*πράγματα που οι άνθρωποι μπορούν να κάνουν καλά*», ενώ ο Attewell, (1990), σημείωσε ότι οι περισσότεροι ορισμοί περιγράφουν τις δεξιότητες ως «*την ικανότητα να κάνεις κάτι καλά*», και συνεπώς υπονοεί ικανότητα ή επάρκεια.

Το μοντέλο Iceberg Model of Managerial Competencies (βλ. Σχήμα 1) θεωρεί τη δεξιότητα ως μια ικανότητα που αποδεικνύει ένα επίπεδο ικανότητας (Hay Group, 2003). Το μοντέλο του παγόβουνου όρισε την ικανότητα ως ένα υποκείμενο χαρακτηριστικό ενός ατόμου που του επιτρέπει να παρέχει ανώτερες επιδόσεις σε μια δεδομένη εργασία, ρόλο ή κατάσταση (Hay Group, 2003) και απεικονίζει έξι στοιχεία που διαμορφώνουν τα διάφορα επίπεδα μιας ικανότητας. Όπως απεικονίζεται στο Σχήμα 1, οι δεξιότητες και οι γνώσεις τοποθετούνται στην κορυφή του παγόβουνου, αντιπροσωπεύοντας τα στοιχεία που βρίσκονται πάνω από την επιφάνεια.

Ο κοινωνικός ρόλος και η αυτοεικόνα είναι στην επιφάνεια, ενώ το χαρακτηριστικό και το κίνητρο βρίσκονται κάτω από την επιφάνεια και πιο κοντά στον πυρήνα του ατόμου. Τα στοιχεία των ικανοτήτων που βρίσκονται πάνω από την επιφάνεια, συμπεριλαμβανομένων των δεξιοτήτων και των γνώσεων, είναι γενικά εύκολο να εντοπιστούν, να μετρηθούν και να εκπαιδευτούν. Τα στοιχεία που βρίσκονται κάτω από την επιφάνεια, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών, είναι πιο δύσκολο να εκπαιδευτούν ή να αναπτυχθούν, καθώς πιστεύεται γενικά ότι είναι έμφυτα.

Σχήμα 1:

The Iceberg Model of Managerial Competencies



Source: Adapted from Hay Group – Working paper (2003).

Εκτός από τις ικανότητες και τις δεξιότητες, η Hay Group, (2003), περιέγραψε επίσης τις ήπιες δεξιότητες χρησιμοποιώντας τον όρο “γνωρίσματα - στοιχεία”, δηλαδή τα “μόνιμα χαρακτηριστικά των ανθρώπων” και τις “συνήθειες συμπεριφορές από τις οποίες αναγνωρίζουμε τους ανθρώπους” (Hay Group, 2003).

Τα γνωρίσματα θεωρούνται επίσης ως “προδιαθέσεις” που είναι ατομικές ιδιότητες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις ενέργειες που εκτελούνται ως μέρος των δεξιοτήτων ενός ατόμου. Τα γνωρίσματα διαφέρουν από τις δεξιότητες σε πολλά σημεία, συγκεκριμένα, «τα γνωρίσματα της προσωπικότητας αναφέρονται σε διαθέσεις προς εκδήλωση παρατηρήσιμων συμπεριφορών ή σε μη παρατηρήσιμα, συνεπαγόμενα χαρακτηριστικά» (Johnson, 1999). Τα γνωρίσματα είναι πιο δύσκολο να μαθευτούν και να αναπτυχθούν από ότι οι δεξιότητες. Τα «γνωρίσματα είναι σταθερά χαρακτηριστικά, ενώ οι δεξιότητες όχι» (Kechagias et al., 2011).

Οι επιδείξεις των χαρακτηριστικών υπόκεινται στις επιδράσεις των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, γι’ αυτό και «οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά ακόμη και στην ίδια κατάσταση» (Hurrell et al., 2013). Οι δεξιότητες, ωστόσο, «εξαρτώνται από την ύπαρξη της γνώσης του τρόπου εκτέλεσης μιας εργασίας, την ικανότητα που χρειάζεται για να επιτευχθεί και τα κίνητρα για την εκτέλεσή της» (Kechagias et al., 2011).

Επιπλέον, ο όρος ήπιες δεξιότητες, όπως διευκρινίζεται από τους Bailly και Léné, (2012), αντανakλά τις δεξιότητες σχέσεων που περιλαμβάνουν ιδιότητες στην

προσωπικότητα των εργαζομένων, όπως ο ενθουσιασμός, η ικανότητα κοινωνικής αλληλεπίδρασης με τους άλλους, η ενσυναίσθηση, η αυτοδιαχείριση και ο αυτοέλεγχος και άλλα χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για τους εργαζόμενους στους περισσότερους κλάδους. Αυτές οι σχεσιακές δεξιότητες, δείχνουν την ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων ανάλογα με μια κατάσταση που εμπλέκεται το άτομο και αναγνωρίζουν τη προδιάθεση του ατόμου, στη συμπεριφορά της κοινωνικής αλληλεπίδρασης η οποία εκτυλίσσεται. Κατά συνέπεια, οι Hurrell et al., (2013), εξήγησαν ότι οι ήπιες δεξιότητες *«είναι συμπεριφορές που μετατρέπονται σε εξειδικευμένη εργασία όταν συνδυάζονται με γνώσεις και διακριτικότητα»*.

Στον εργασιακό χώρο, οι ήπιες δεξιότητες εννοιολογούνται ως οι ιδιότητες των ατόμων που μεταφέρονται στην εργασία και μετασχηματίζονται σε δεξιότητες στην εργασία (Hurrell et al., 2013). Η συναισθηματική συμπεριφορά των ήπιων δεξιοτήτων *«προέρχεται από τον κοινωνικό - συναισθηματικό παράγοντα στη θεωρία της συναισθηματικής νοημοσύνης»* (Kechagias et al., 2011). Αντιθέτως, οι Costa & Kallick, (2016), άσκησαν κριτική στη χρήση του όρου μη γνωστικές για την περιγραφή των ήπιων δεξιοτήτων. Υποστήριξαν ότι οι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο γνωστικές για συμπεριφορές που εξαρτώνται από τη γνώση και την εκπαίδευση, επομένως, ο όρος μη γνωστικές αντανακλά ενέργειες που δεν προέρχονται από ορθολογική σκέψη ή γνώση. Αυτή η περιγραφή θα μπορούσε να υπονομεύσει τη σημασία των ήπιων δεξιοτήτων.

Οι Kautz et al., (2014), εξήγησαν ότι ο όρος μη γνωστικές χρησιμοποιείται από τους ερευνητές για να περιγράψει *«προσωπικά χαρακτηριστικά που δεν θεωρείται ότι μετρώνται από τεστ IQ ή τεστ επίδοσης»*. Η ιδιαιτερότητα των γνωστικών και μη γνωστικών χαρακτηριστικών όσον αφορά στην ονομασία τους, ως δεξιότητες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά ενός ατόμου *«έγκειται στην ικανότητά τους να αλλάζουν και να διαμορφώνονται κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής»* (Kautz et al., 2014).

Η προγενέστερη βιβλιογραφία στην ψυχολογία, χρησιμοποιούσε τον όρο “γνώρισμα” για να αντικατοπτρίζει τη μονιμότητα και την κληρονομική φύση των χαρακτηριστικών. Δεδομένου ότι οι δεξιότητες είναι χαρακτηριστικά που μπορούν να διαμορφωθούν και αντανακλούν ικανότητες λειτουργίας, οι ερευνητές αναφέρονται σε γνωστικά και μη γνωστικά χαρακτηριστικά με τον όρο δεξιότητες. Παρόλο που η κληρονομικότητα και το φροντιστικό περιβάλλον κατέχουν ιδιαίτερο ρόλο στην παγίωση των γνωρισμάτων και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ενός

ατόμου, «η ανάπτυξη μη γνωστικών δεξιοτήτων νωρίς στη ζωή αυξάνει την ικανότητα του ατόμου να μαθαίνει και να ενισχύει αυτές τις δεξιότητες με την ηλικία» (Kautz et al., 2014). Ως εκ τούτου, οι ήπιες δεξιότητες στο πλαίσιο των διανοητικών ικανοτήτων, όπως η δημιουργική σκέψη, η ενσυναισθητική κατανόηση και η λήψη ορθών αποφάσεων, εννοιολογούνται ως γνωστικές δεξιότητες, σε αντίθεση με τις ήπιες δεξιότητες που σχετίζονται με συναισθηματικά χαρακτηριστικά και γενετικές επιδράσεις, όπως η ενσυναίσθηση και η ευγένεια (Hojat et al., 2009).

Κατά συνέπεια, για να διακρίνουμε το είδος των ήπιων δεξιοτήτων που αποτελούν αντικείμενο ενδιαφέροντος για την παρούσα μελέτη και με βάση τις θεωρητικές έννοιες των ποικίλων μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή των ήπιων δεξιοτήτων στη βιβλιογραφία, οι ήπιες δεξιότητες εννοιολογούνται ως ικανότητες που διαμορφώνονται από διαφορετικά στοιχεία που περιλαμβάνουν προσωπικά χαρακτηριστικά στον πυρήνα της συμπεριφοράς του ατόμου.

Οι γνώσεις είναι τα διαφοροποιητικά στοιχεία που παρουσιάζονται στην επιφάνεια και διακρίνουν τη χρήση των ήπιων δεξιοτήτων από το ένα άτομο στο άλλο. Συμπερασματικά, μια προσέγγιση της έννοιας των ήπιων δεξιοτήτων για τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης, θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι αναφέρονται σε ένα σύνολο διαπροσωπικών ικανοτήτων, τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του ατόμου, βελτιώνονται από τη νοημοσύνη του ατόμου και διαμορφώνονται από την εμπειρία και την ικανότητα να γνωρίζει κανείς πώς και πότε να χρησιμοποιεί αυτές τις ικανότητες, με τέτοιο τρόπο που να επηρεάζει θετικά την απόδοση του λειτουργού υγείας κατά την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς.

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ο πρωταρχικός στόχος των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, είναι η διασφάλιση της υγείας του ατόμου που ασθενεί στο βέλτιστο δυνατό βαθμό, ώστε να το καθιστά ικανό να απολαμβάνει το θεμελιώδες δικαίωμα στην ζωή, παρά τις όποιες δυσκολίες και ελλείψεις του συστήματος υγείας σε ανθρώπινο δυναμικό, υγειονομικό εξοπλισμό και κτιριακών εγκαταστάσεων. Οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας

είναι, η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας, και η έγκαιρη παροχή της (JCAHO, 1995).

Στην προσπάθεια προσέγγισης και αποκωδικοποίησης της ικανοποίησης των ασθενών, πρέπει να ληφθούν υπόψη οι υποχρεώσεις του παρόχου υπηρεσιών υγείας προς όφελος του ασθενή ώστε να ξεπεράσει την δύσκολη για την κατάσταση υγείας του περίπτωση, οι οποίες συντελούν στο καθήκον του οργανισμού και η ενοχή, η οποία σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο φέρει ευθύνη ο επαγγελματίας υγείας ή ο οργανισμός για το δυσμενές γεγονός (Williams et al., 1998). Ο ακρογωνιαίος λίθος στον βαθμό επιδίωξης και επιτυχίας, ανεξαρτήτως των δυσοίωνων προοπτικών, στην διασφάλιση της αξίωσης του ατόμου στην ζωή, επαφίεται στην συνειδητή υπαρξιακή υπόσταση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού που απαρτίζει τον εκάστοτε οργανισμό υγείας.

Η προσαρμοστικότητα στην μεταβαλλόμενη των κατά περίπτωση συνθηκών και υλικών ελλείψεων, συνθέτει την καταλληλότητα των μηχανισμών αλληλεπιδραστικής αμφίδρομης διαδικασίας στην αποτελεσματικότητα. Τοιουτοτρόπως, η συνδρομή των έμψυχων πόρων των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο κυρίως βασικός καταλύτης στην υπέρβαση της κατάστασης κινδύνου του ατόμου που ασθενεί και ως δευτερέων βασικός οι υλικοί πόροι που απαιτούνται. Ωστόσο, η επιτυχία στην αντιμετώπιση της ασθένειας και η επιδίωξη διατήρησης της ζωής και του καλού επιπέδου υγείας, καθιστά αναγκαία την επάρκεια των υλικών και άυλων πόρων.

Ο Pascoe, (1983), οριοθετεί την ικανοποίηση των ασθενών ως *«μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα»*, βάσει της νοητικής κατάστασης του ασθενή και αποτελεί μια σημαντική αρχή στην μέτρηση της ποιότητας, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ένα από τα επιθυμητά αποτελέσματα φροντίδας, ακόμη και ένα στοιχείο της ίδιας της κατάστασης υγείας, ως μέτρο ποιότητας. Εν συνεχεία της σκέψης, ως ικανοποίηση, ορίζεται η αξιολόγηση της φροντίδας, η οποία βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών (Owens, Batchelor, 1996). Επομένως, η ικανοποίηση του ασθενή δεν αποτελεί τυχαίο γεγονός και ορίζεται, αφενός από την ψυχοσυναισθηματική του αντίδραση σε καταστάσεις και διαδικασίες που βιώνει και αφετέρου από τις προσωπικές του

εκτιμήσεις στα ερεθίσματα πριν, κατά την διάρκεια και μετά την παραμονή του στον χώρο περίθαλψης.

Στην κρίσιμη κατάσταση όπου ένα άτομο νοσεί αρχικά διακατέχεται από το αίσθημα του πόνου και του φόβου. Τα αρνητικά συναισθήματα τον οδηγούν σε αρνητικές σκέψεις και έντονη δυσφορία. Με την είσοδο του στον οργανισμό υγείας, μετριάζεται η κατάσταση που βιώνει και καταβάλλεται ελαφρώς από το αίσθημα της ανακούφισης, πως η φροντίδα θα είναι αποτελεσματική και θα θεραπευτεί. Η ικανοποίηση του ασθενή περιλαμβάνει τις ιδέες ερεθίσματα, κρίσεις αξιών, αντιδράσεις και ατομικές διαφορές, που προκύπτουν με την ανάλυση των βιωμένων εμπειριών (Παπανικολάου, 2003).

Η αρχική επαφή με το περιβάλλον φροντίδας υγείας, δημιουργεί το πρώτο ερέθισμα και το πρώτο κριτήριο στην ικανοποίηση του. Τα κριτήρια του ατόμου που περιθάλπεται συνεχίζουν να δομούνται καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας του, παρατηρώντας και αναλύοντας τις παροχές των υπηρεσιών, τις παροχές σε είδος και την υποδομή των εγκαταστάσεων. Λόγω της μεταβαλλόμενης κατάστασης της υγείας του, επέρχονται κρίσεις αξιών οι οποίες μετασχηματίζονται σε αντιδράσεις που πηγάζουν από την ιδιαίτερη αντίληψή του και εκφράζονται μέσω της εξωστρεφούς συμπεριφοράς του, ακόμη και μετά την έξοδό του από το περιβάλλον φροντίδας της υγείας.

Η επαφή με το θεραπευτικό προσωπικό, τον εκλογικεύει και εν δυνάμει, είναι ικανή να μεταβάλλει τα αρνητικά συναισθήματα προς το αίσθημα της ασφάλειας και σιγουριάς ως προς την εκπλήρωση των προσδοκιών του. Η ιδιομορφία της κοινωνικής σύνδεσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου παράγει την θεραπευτική σχέση, η οποία διαμορφώνεται εν μέσω της σχέσης του ασθενή με την ίδια την αρρώστια και του θεραπευτή με την εξειδικευμένη γνώση και πρακτική, εντός του πλαισίου της κοινωνικής δομής και των αναπτυσσόμενων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, στο πεδίο της αντιμετώπισης της ασθένειας (Σαρρής, 2001). Ιδιαίτερης σημασίας χρήζει, η πλήρης, έγκαιρη και συνεχής ενημέρωση και η εξατομικευμένη επικοινωνία, καθότι, απουσία επικοινωνίας και περιορισμένης, συμβατικού τύπου ενημέρωσης μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, επηρεάζουν αρνητικά την θεραπευτική διαδικασία (Σαρρής, 2001) και προκύπτει το διπολικό αντίθετο της ικανοποίησης, το αίσθημα της δυσαρέσκειας (Mittal, Pankaj & Tsiros, 1999).

Σύμφωνα με τον Donabedian, (1978), οι πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει να είναι τόσο απαραίτητες για την αξιολόγηση της ποιότητας όσο και για το σχεδιασμό και τη διαχείριση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, ο προσδιορισμός της ικανοποίησης των ασθενών ως μία μεταβλητή που επηρεάζει τα αποτελέσματα της φροντίδας, της συνεργασία των θεραπειών, της χρήσης και της πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας, προσφέρει δεδομένα πολύτιμα στον σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών υγείας, με απώτερο σκοπό την βελτίωση του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Όσον αφορά στην ανάλυση και κατανόηση των παραγόντων διαμόρφωσης των κριτηρίων που αναπτύσσει ο ασθενής για την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, βάσει των ερευνών που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, είναι επίσης σημαντική η διερεύνηση και συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων και των προηγούμενων εμπειριών.

3.1. Προσέγγιση της Ικανοποίησης των Ασθενών και της Ποιότητας Υγειονομικής Φροντίδας

Η παρατήρηση των αδυναμιών των νοσοκομείων να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες, εξαιτίας της μη τήρησης των δεσμεύσεων προς τους ασθενείς, οδήγησε την Καλογεροπούλου, (2008), στη διεξαγωγή έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έξι γενικών δημόσιων νοσοκομείων της Αθήνας το 2008, για την εκτίμηση του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της πραγματικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας επιλέχθηκε δείγμα 300 ατόμων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την χρήση ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν με την μέθοδο της δομημένης συνέντευξης κατά την περίοδο Απριλίου - Μαΐου 2008. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της τριτοβάθμιας κλίμακας Likert. Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με ερωτήσεις που κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις ενότητες τον έλεγχο προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την ανίχνευση παραπόνων ασθενών και την άποψή τους για τα μέτρα βελτίωσης της αποδοτικότητας των νοσοκομείων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως, το 67% των ασθενών ανέφεραν παραβίαση των δικαιωμάτων λήψης συγκατάθεσης για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις και εξέφρασαν μεγάλη δυσαρέσκεια ως προς την ενημέρωσή τους σχετικά με το πρόβλημα υγείας, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τις πιθανές δυνατότητες αντιμετώπισής του. Ικανοποιημένοι από το χρόνο εισαγωγής ήταν το 57,3% και από την παροχή φροντίδας το 37,2%. Αξιοσημείωτο είναι πως το 27,1% ανέφερε παραβιάσεις του ιατρικού απορρήτου. Το 82,7% ανέφερε παράπονα σχετικά με τις συνθήκες καθαριότητας, διαμονής και την ποιότητα του φαγητού, γεγονός που δικαιολογεί πως οι σημαντικότεροι παράγοντες που απαιτούν βελτίωση για την αύξηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων είναι οι συνθήκες καθαριότητας (93,5%), οι κτιριακές εγκαταστάσεις (92,5%), η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού (92,1%) και ο τεχνολογικός εξοπλισμός (87,9%).

Η ανάγκη για τη διερεύνηση των αντιλήψεων και αναγκών των ασθενών σε πρωτογενές επίπεδο, οδήγησε στην διεξαγωγή και σύγκριση δύο ερευνών για την μέτρηση της ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Οι έρευνες πραγματοποιήθηκαν σε οκτώ νοσοκομεία της Αττικής.

Η πρώτη έρευνα υλοποιήθηκε την περίοδο του Φεβρουαρίου - Μαρτίου 2012 από τους Πιερράκο et al., (2013), όπου συλλέχθηκαν 457 ερωτηματολόγια με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και με προσωπικές συνεντεύξεις και πραγματοποιήθηκε ποιοτικός έλεγχος. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας είχε ως βάση προηγούμενες ελληνικές έρευνες που είχαν διεξαχθεί σε ελληνικά δημόσια νοσοκομεία σχετικά με την ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών.

Στη δεύτερη έρευνα που διεξήγαγαν οι Βουρλιώτου et al., (2013), συλλέχθηκαν 1.683 ερωτηματολόγια με τη μέθοδο της συλλογής σε κουτί παραπόνων κατά το ίδιο χρονικό διάστημα και για τα ίδια σχεδόν νοσοκομεία και συμπληρώνονταν εθελοντικά από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Τα ερωτηματολόγια στα κουτιά παραπόνων συλλέχθηκαν και καταχωρήθηκαν ηλεκτρονικά σε μια βάση δεδομένων η οποία δημιουργήθηκε ειδικά για τις ανάγκες της μελέτης.

Στις δύο έρευνες, η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτυπώθηκε με δύο τρόπους την αξιολόγηση συνολικά των

υπηρεσιών στη δεκάβαθμη κλίμακα και την αξιολόγηση στην πεντάβαθμη κλίμακα των επί μέρους ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών.

Στην πρώτη έρευνα, η μέση τιμή ικανοποίησης των ασθενών μετά τη χρήση ήταν μικρότερη συγκριτικά με τη δεύτερη έρευνα. Χαμηλότερη ικανοποίηση δήλωσαν οι ασθενείς από τις διοικητικές υπηρεσίες σε σύγκριση με τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και στις δύο έρευνες. Όσον αφορά στις ιατρικές υπηρεσίες, οι ερωτώμενοι στη δεύτερη έρευνα τις βαθμολογούσαν ως πολύ καλές, ενώ στην πρώτη έρευνα ήταν προς το καλές. Όσον αφορά στις νοσηλευτικές υπηρεσίες, στη δεύτερη έρευνα οι ερωτώμενοι τις βαθμολόγησαν ως πολύ καλές ενώ στην πρώτη έρευνα ως καλές με τάση προς το πολύ καλές. Διαπιστώθηκαν μεταξύ των αντίστοιχων ερωτήσεων των δύο ερευνών στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ένας ακόμη προβληματισμός που προέκυψε είναι ο μεγάλος αριθμός ασθενών που καταφεύγουν στα εξωτερικά ιατρεία του ιδιωτικού τομέα μπορεί να αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη αδυναμιών στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών των δημόσιων φορέων. Ο συγκεκριμένος συλλογισμός οδήγησε τους Γαβριήλ et al., (2008), στην καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων τεσσάρων δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου.

Στην συγκεκριμένη έρευνα, το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 761 ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων που επιλέχθηκαν με συστηματική, τυχαία δειγματοληψία στις εξόδους της αίθουσας αναμονής του κάθε νοσοκομείου. Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο είχε χρησιμοποιηθεί σε ανάλογη έρευνα στην Ελλάδα και συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης και τη χρήση κάλπης για συλλογή. Η έρευνα διήρκεσε από τις 15 Δεκεμβρίου 2008 - 15 Φεβρουαρίου 2009.

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν πως, οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων άφησαν ικανοποιημένο το 61,8% των χρηστών. Μεγαλύτερη ικανοποίηση παρατηρήθηκε όσο αυξανόταν η ηλικία και όσο πιο καλή η κατάσταση υγείας. Η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε πως, σημαντικές παράμετροι ικανοποίησης ήταν η ευγένεια και ο επαγγελματισμός του προσωπικού των εξωτερικών ιατρείων, αλλά και η καθαριότητα του χώρου. Την υψηλότερη θετική αξιολόγηση είχε το ερώτημα που αναφερόταν στο σεβασμό του ιατρού προς τους ασθενείς. Οι προβληματικές

συνιστώσες της επίσκεψης εντοπίστηκαν στα ευρήματα όσον αφορά στην ανταπόκριση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων. Το χαμηλότερο μέσο βαθμό κατέλαβαν η δυσκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης και ο μεγάλος χρόνος αναμονής μεταξύ της επιθυμίας για επίσκεψη και της πραγματοποίησης της επίσκεψης, εκφράζοντας υψηλή δυσαρέσκεια.

Στην σκέψη πως ο αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας είναι ταυτόχρονα και συντελεστής στην όλη διαδικασία, με συνακόλουθο αναδραστικό αποτέλεσμα στην τελική έκβαση, διεξήχθη από τους Σκαλκίδης et al., (2009), έρευνα ως προς τον εμπλουτισμό των χρησιμοποιούμενων μεθοδολογιών αξιολόγησης της παρεχόμενης περίθαλψης με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών στην αξιολόγηση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης σε έναν οργανισμό υγείας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς κεντρικού νοσοκομείου της Αττικής και το μέγεθος του δείγματος αντιστοιχούσε σε 502 ασθενείς. Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε στοχεύει στη σύνθεση των δύο κυριότερων στρατηγικών μέτρησης της παρεχόμενης περίθαλψης, εκείνης που αποτυπώνει την «πλευρά των ασθενών» και εκείνης που αποτυπώνει την «ιατρική - τεχνική». Δομήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια που αφορούσαν σε σημαντικά περιστατικά της περίθαλψής τους κατά το τελευταίο 12μηνο και επικέντρωσαν στους ακόλουθους τομείς: (α) Βιοψίες, (β) εξετάσεις αίματος, (γ) παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων και (δ) προληπτικός έλεγχος (μόνο για γυναίκες). Η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με στατιστικές αναλύσεις Spearman correlation coefficient, Wilcoxon ranksum μη παραμετρική διαδικασία και πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένες μεταβλητές το άθροισμα της «βαθμολογίας» στις απαντήσεις των «αναφορών περίθαλψης» ή της ικανοποίησης των ασθενών από την περίθαλψή τους.

Όσον αφορά στα αποτελέσματα της έρευνας, ορισμένα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η ελληνική καταγωγή, το ανδρικό φύλο, η μεγαλύτερη μόρφωση, η μεγαλύτερη ηλικία, η καλύτερη κατάσταση υγείας, καθώς και η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση, συσχετίζονται με παροχές καλύτερης περίθαλψης. Επίσης, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη χαμηλότερου επιπέδου μόρφωση, το μικρότερο οικογενειακό εισόδημα, αλλά και το “ευγενέστερο” ασφαλιστικό ταμείο συσχετίζεται η μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών.

Οι οικονομικοί πόροι των δημοσίων οργανισμών υγείας είναι περιορισμένοι λόγω της χαμηλής χρηματοδότησής τους. Ως επακόλουθο αυτού, προκύπτει η υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η άποψη της ικανοποίησης των ασθενών είναι στενά συνδεδεμένη με το κόστος των υπηρεσιών, οδήγησε τους Πιερράκο et al., (2015), στην διερεύνηση της προθυμίας πληρωμής αντιτίμου των εξωτερικών ασθενών των πρωινών και των απογευματινών ιατρείων για καλύτερες υπηρεσίες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Η έρευνα εκπονήθηκε σε 7 νοσοκομεία της Αττικής, με τη μέθοδο της τυχαίας στρωματοποιημένης δειγματοληψίας και με προσωπικές συνεντεύξεις. Η έρευνα διεξήχθη κατά την χρονική περίοδο Φεβρουαρίου - Μαρτίου του 2013. Το δείγμα αποτέλεσαν 454 εξωτερικοί ασθενείς, από τους οποίους 372 επισκέφθηκαν τα πρωινά ιατρεία (RR: 57%) και 65 ασθενείς τα απογευματινά (RR: 43%). Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 53 ερωτήσεις κλειστού τύπου, κατηγοριοποιημένες σε εννέα διαστάσεις και οι απαντήσεις βασίζονταν στην πεντάβαθμη κλίμακα Likert. Διερευνήθηκε η εσωτερική συνάφεια του ερωτηματολογίου με βάση το συντελεστή Cronbach's α . Οι διαφορές μεταξύ της ικανοποίησης των πρωινών και των απογευματινών ιατρείων διερευνήθηκαν με τη χρήση της μη παραμετρικής δοκιμασίας Mann -Whitney και η ανάλυση συσχέτισης με την εφαρμογή του συντελεστή Spearman.

Η δόμηση του ερωτηματολογίου της ικανοποίησης βασίστηκε στο ιεραρχικό μοντέλο που υποστηρίζει ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα σε τέσσερις διαστάσεις: (Dagger, Sweeney, Johnson, 2007) (α) Διαπροσωπική ποιότητα και τεχνική ποιότητα (ικανοποίηση από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα), (β) ποιότητα του περιβάλλοντος και διοικητική ποιότητα (περιβάλλον-εγκαταστάσεις νοσοκομείου, χρόνος αναμονής-εξέτασης και κόστος υπηρεσιών), (γ) ικανοποίηση ασθενών (επισκόπηση της γενικής ικανοποίησης) και (δ) πρόθεση για μελλοντική χρήση. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου προσδιορίστηκαν βάσει της πεντάβαθμης κλίμακας Likert.

Βάσει των αποτελεσμάτων, η πλειοψηφία των εξωτερικών ασθενών ήταν γυναίκες (58,7%), με μέση τιμή ηλικίας τα 43,8 έτη ($\pm 16,5$), είχαν αποφοιτήσει από το Λύκειο (48,8%) και είχαν μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού 501–1.000 € (42,2%). Η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, είτε προσφέρονταν στα πρωινά ιατρεία είτε στα απογευματινά, δεν είχε στατιστικά

σημαντική διαφορά. Ωστόσο, διαφορά καθυστέρησης κατά 15 min υπήρξε στο χρόνο αναμονής μεταξύ των ασθενών που επισκέφθηκαν τα πρωινά εξωτερικά ιατρεία, σε σύγκριση με εκείνους που επισκέφθηκαν τα απογευματινά ιατρεία. Το 58,3% του συνολικού δείγματος δεν ήταν πρόθυμο να πληρώσει 10 € επί πλέον στα εξωτερικά ιατρεία για καλύτερες υπηρεσίες υγείας. Υψηλά ήταν τα ποσοστά των ασθενών των πρωινών και των απογευματινών ιατρείων που δεν δήλωσαν προθυμία πληρωμής (60% και 45,2%, αντίστοιχα). Επίσης, 38,9% των ασθενών που επισκέφθηκαν τα πρωινά ιατρεία δήλωσαν ότι το εισιτήριο εξέτασης ήταν υψηλό, ενώ σε αυτό συμφώνησε και το 47,6% εκείνων που επισκέφθηκαν τα απογευματινά ιατρεία. Μεταξύ ικανοποίησης από το χρηματικό κόστος που πλήρωσαν οι εξωτερικοί ασθενείς και γενικής ικανοποίησης από τις υγειονομικές υπηρεσίες βρέθηκε θετική συσχέτιση, με χαμηλότερη αυτή των ασθενών των απογευματινών ιατρείων.

Αντικείμενο μελέτης στην ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το κατά πόσο η ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού συνδράμει στην επίτευξη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης αναζήτησης, με αντικείμενο μελέτης το κατά πόσο συσχετίζεται αυτή η σύνδεση, διεξήχθη από τους Mrayyan et al., (2003), έρευνα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Ιορδανίας.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική διασταυρούμενη συγκριτική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου. Το μέγεθος του δείγματος αποτελούταν από 200 νοσηλευτές, 510 ασθενείς και 26 προϊστάμενοι νοσηλευτές. Η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων ήταν δύο εβδομάδες. Παραδόθηκαν για επεξεργασία 120 ερωτηματολόγια νοσηλευτών, 250 ερωτηματολόγια ασθενών και 24 προϊσταμένων νοσηλευτών. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν δομήθηκαν βασισμένα στα πρότυπα των Mueller/McCloskey (1990) Satisfaction Scale (MMSS), Eriksen's (1988) scale of The Satisfaction with Nursing Care, και Quality of Nursing Care Questionnaire-Head Nurse of Safford & Schlotfeldt (1960). Η κλίμακα αξιολόγησης των ερωτήσεων ήταν στην πεντάβαθμη Likert.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν σε θαλάμους ανέφεραν μια ελαφρώς καλύτερη εργασιακή ικανοποίηση από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες κρίσιμης φροντίδας. Οι ασθενείς ανέφεραν ότι ήταν «μέτρια» ικανοποιημένοι και οι επικεφαλής νοσοκόμες ανέφεραν ότι οι νοσοκόμες «συνήθως (πρακτικά)» παρέχουν υψηλή ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας. Δεν υπήρξαν

σημαντικές διαφορές μεταξύ μονάδων κρίσιμης φροντίδας και θαλάμων όσον αφορά την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της νοσηλευτικής περίθαλψης.

Στην προσπάθεια συσχέτισης κατά πόσο επηρεάζουν βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα το αποτέλεσμα της θεραπείας η έκφραση προτύπων συμπεριφοράς και η άσκηση ρόλων που διαμορφώνουν τη θεραπευτική σχέση, διεξήχθη από τους Σαρρήs et al., (2005), στα εξωτερικά ιατρεία της Μονάδας Μεταμοσχεύσεων του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό».

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 212 μεταμοσχευμένοι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ασθενείς με τη μέθοδο της αυτό-αναφοράς κατά την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία. Ως όργανα συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η «επισκόπηση υγείας SF-36» για την εκτίμηση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας των ασθενών και η «επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών» για την εκτίμηση της ικανότητας εργασίας, της διαμόρφωσης νέων αντιλήψεων για την υγεία, της ικανοποίησης από την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. Ο έλεγχος των υποθέσεων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρησιμοποίηση του συντελεστή συσχέτισης γινομένου ροπής Pearson. Οι σύνθετες υποθέσεις ελέγχθηκαν με τη στατιστική δοκιμασία της πολλαπλής εξάρτησης και της παραγοντικής ανάλυσης μονομεταβλητότητας (εκτίμηση παλινδρόμησης).

Τα αποτελέσματα αποτύπωσαν πως, η ικανότητα εργασίας σε μεγαλύτερο βαθμό και η διαμόρφωση θετικών αντιλήψεων για την υγεία και τη ζωή σε μικρότερο βαθμό εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια της αιμοκάθαρσης πριν από τη μεταμόσχευση, τη διάρκεια της νεφροπάθειας πριν από την αιμοκάθαρση, τη συχνότητα νοσηλείας και την επιρροή των συμπτωμάτων. Όσον αφορά στη θεραπευτική σχέση, η αντίληψη των ασθενών για το ρόλο του ιατρού εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από την επιρροή των συμπτωμάτων και τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, ενώ η αντίληψη των ασθενών για το ρόλο των ίδιων εξαρτάται περισσότερο από την εκπαίδευση και τη διάρκεια της μεταμόσχευσης. Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας εξαρτάται από την εκπαίδευση, την εμφάνιση και το βαθμό επιρροής των συμπτωμάτων, καθώς και από τη συχνότητα νοσηλείας.

Στο ερώτημα αν οι αυξημένες επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση του ογκολογικού ασθενή και έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της συναισθηματικής δυσφορίας και του έλεγχου της νόσου, πραγματοποιήθηκε έρευνα από τους Zachariae et al., (2003), στην κλινική εξωτερικών ασθενών στο Τμήμα Ογκολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Άαρχους (Δανία).

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 500 ογκολογικοί ασθενείς και 31 γιατροί. Η έρευνα διήρκεσε 4 εβδομάδες. Τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν στους ασθενείς ήταν δύο. Το πρώτο περιελάμβανε μια σύντομη κλίμακα διάθεσης (BMS), που αρχικά αποτελείται από 13 θετικές και αρνητικές διαθέσεις, μια σύντομη έκδοση 14 στοιχείων του Αποθέματος Συμπεριφοράς Καρκίνου (CBI) (Merluzzi και Martinez Sanchez, 1997), με τη συνολική βαθμολογία να αντικατοπτρίζει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στη διατήρηση της δραστηριότητας και της ανεξαρτησίας, την αντιμετώπιση των παρενεργειών που σχετίζονται με τη θεραπεία, την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και τη διατήρηση μιας θετικής στάσης. Η μορφή απόκρισης ήταν κλίμακες Likert 7 σημείων και ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής της συνολικής κλίμακας ήταν 0,86. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως ποσοστά βαθμολογίας.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο, αποτελείτο από την κλίμακα BMS, CBI και Perceived Control. Ένα ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους γιατρούς, και ζητήθηκε από τον ιατρό να υποδείξει τον τύπο της παραπομπής και τη σοβαρότητα της νόσου, η οποία έχει αξιολογηθεί ως ο στόχος της τρέχουσας θεραπείας. Ζητήθηκε από τους γιατρούς να βαθμολογήσουν τον βαθμό στον οποίο εστίασαν σε (α) βιοϊατρικές πτυχές, (β) προσωπικές / υποκειμενικές εμπειρίες και (γ) συναισθήματα κατά τη διάρκεια της επίσκεψης.

Βάσει των αποτελεσμάτων, Οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ήταν γενικά ικανοποιημένοι τόσο με την προσωπική επαφή με τον ιατρό κατά τη διάρκεια της επίσκεψης όσο και με τον χειρισμό των ιατρικών πτυχών της κατάστασης. Μόνο το 11,1% και το 13,7% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένοι με την προσωπική επαφή και τον χειρισμό των ιατρικών πτυχών της διαβούλευσης. Προέκυψαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενούς και των επικοινωνιακών συμπεριφορών των ιατρών όπως βαθμολογούνται από τους ασθενείς,

ακόμη και όταν ελέγχουμε κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, σοβαρότητα της νόσου, αυτο-αποτελεσματικότητα και αγωνία πριν από τη επίσκεψη.

Η ιδέα πως οι σχέσεις και οι συσχετίσεις μεταξύ των ατόμων (κοινωνικό κεφάλαιο) έχουν ιδιαίτερη σημασία και μπορούν να επηρεάσουν θετικά τόσο τις οικονομικές, όσο και τις διαπροσωπικές εκφράσεις της ανθρώπινης συνύπαρξης και της υγείας, έδωσε το έναυσμα στον Κριτσωτάκη, (2009), ώστε να διεξάγει έρευνα στην παθολογική ογκολογική κλινική του νοσοκομείου Ευαγγελισμού.

Στην συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 84 ασθενείς οι οποίοι έχουν ηλικία 18 - 79 ετών, να μην έχουν ψυχιατρικό ιστορικό, να μπορούν να επικοινωνήσουν να είναι σε θέση να κατανοήσουν και να μιλήσουν Ελληνικά, να έχουν παραμείνει στο νοσοκομείο τουλάχιστον για 2 νύκτες. Η συνολική διάρκεια της έρευνας ήταν 10 διαδοχικές εβδομάδες. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ταυτόχρονα δύο ερωτηματολόγια: Την «Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» και το ερωτηματολόγιο για τη «Συνολική Εκτίμηση της Ικανοποίησης από τη Νοσηλεία». Η συσχέτιση μεταξύ παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου («συμμετοχή στην κοινότητα», «αισθήματα ασφάλειας», «κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής», καθώς και «ανοχή στη διαφορετικότητα») και 11 παραμέτρων ικανοποίησης των ασθενών (ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών) ελέγχθηκε με μονοπαραγοντική (simple) και πολυπαραγοντική (multiple) γραμμική παλινδρόμηση (linear regression).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο «γενικός βαθμός ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα» εμφάνισε τους υψηλότερους συντελεστές συσχέτισης r με το σύνολο του κοινωνικού . Η «ανοχή στη διαφορετικότητα» δεν σχετίστηκε με καμιά παράμετρο της ικανοποίησης. Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις (συμπεριλήφθηκαν οι δημογραφικές μεταβλητές φύλο, ηλικία, εκπαίδευση), οι πιο ισχυρές συσχετίσεις εμφανίζονται μεταξύ του συνόλου του κοινωνικού κεφαλαίου και των «γενικού βαθμού ικανοποίησης σε 10βάθμια κλίμακα» από τις «κοινωνικές δεξιότητες του ιατρικού προσωπικού». Από τους παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου η «κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής» είχε τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την ικανοποίηση, ενώ οι παράγοντες «ανοχή στη διαφορετικότητα» και «αισθήματα ασφάλειας» σχετίστηκαν με ορισμένες μόνο υποκλίμακες. Η «συμμετοχή στην κοινότητα» δεν σχετίστηκε με την ικανοποίηση.

Συνοψίζοντας, οι αδυναμίες και τα προβλήματα που αποτυπώνονται στο βαθμό ικανοποίησης αφορούν τις οργανοδιοικητικές λειτουργίες. Είναι απαραίτητη η αντίληψη των απαιτήσεων της ποιότητας από το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ ασθενή και προσωπικού και ιδιαίτερα του ιατρικού, εκτιμάται ως ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες φαίνεται ότι έχουν σημαντική επίδραση στην παρεχόμενη περίθαλψη και στην ικανοποίηση των ασθενών. Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ως ορθολογικός καταναλωτής, γεγονός που θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη για τις επερχόμενες μεταρρυθμίσεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η υγεία και η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Όταν αυξάνονται οι δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο, αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης από ορισμένες διαστάσεις της νοσηλείας.

3.2. Συσχέτιση των Ήπιων δεξιοτήτων με την Ικανοποίηση των Ασθενών

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας κλάδος όπου η παροχή υπηρεσιών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με υψηλά πρότυπα κοινωνικής συμπεριφοράς όσον αφορά στις βασικές ανθρώπινες αξίες και οι λειτουργοί υγείας χρειάζεται να αναπτύσσουν διαρκώς τα απαραίτητα ατομικά και συλλογικά στοιχεία - γνωρίσματα ή κλινικές δεξιότητες, με σκοπό την επιδίωξη μιας σχέσης μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενή όπου να επιτυγχάνεται η αποτελεσματική επικοινωνία τόσο με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους, όσο και με τους συναδέλφους λειτουργούς υγείας, καθώς και η επίγνωση των κοινωνικοπολιτισμικών διαφοροποιήσεων, των αξιών, των προκαταλήψεων ολιστικά, ώστε να παρέχεται φροντίδα με κατανόηση αυτών των αξιών και των διάφορων διαστάσεων της ζωής των ασθενών. Οι κακές πτυχές της επικοινωνίας των ιατρών και η ανεπάρκεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων στο κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργούν δυσαρέσκεια στο ευρύ κοινό και τους ασθενείς ακόμη και στους συναδέλφους (Salam et al., 2008a).

Για να ικανοποιηθούν επαρκώς οι ανάγκες ενός ατόμου, πρέπει πρώτα να εντοπιστούν. Όσον αφορά στον προσδιορισμό των αναγκών ενός ατόμου που χρειάζεται την παροχή υπηρεσιών υγείας, δεν αναφερόμαστε απλώς στην πρώτη και

τη δεύτερη βαθμίδα της ιεραρχίας των αναγκών του Maslow, (1943), η οποία θα ξεκινούσε με τις φυσιολογικές ανάγκες, ακολουθούμενες από τις ανάγκες ασφάλειας. Συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου (1991), χαρακτηριστικά αναφέρεται στην “ανάγκη” του ατόμου που χρειάζεται τις υπηρεσίες υγείας, ως τις απαιτήσεις των ατόμων για να μπορέσουν να επιτύχουν, να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν ένα αποδεκτό επίπεδο κοινωνικής ανεξαρτησίας ή ποιότητας ζωής.

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα προσέγγιση, κατά τον Pritchard, (2004a), θεωρείται ως ιδιαίτερος σημαντικό σημείο αναφοράς στην κάλυψη της ανάγκης των ασθενών ότι, *«η φροντίδα δεν είναι κάτι που “κάνεις” στους ανθρώπους, είναι κάτι που παρέχεις όταν έχεις εντοπίσει την ανάγκη»*. Ως προς την επίτευξη αυτού, καθίσταται σχεδόν αναγκαία η επαρκής προσπάθεια, η δημιουργικότητα και ο χρόνος, καθώς και η ενεργός ακρόαση και υποστηρικτική επικοινωνία, στοιχεία που αποτελούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για να γνωρίσεις το άτομο, ώστε να κατανοήσεις όχι μόνο τις ιδιαίτερες ανάγκες του, αλλά και το πώς αυτές οι παρούσες ανάγκες έχουν προκύψει από τη μοναδική του προσωπικότητα, τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής και την παρούσα κατάσταση. Τουτέστιν, *«η φροντίδα που παρέχεται πρέπει να προάγει όλες τις ακόλουθες αρχές: ιδιωτικότητα, αξιοπρέπεια, ανεξαρτησία, επιλογή, δικαιώματα, ολοκλήρωση, ατομικότητα και ταυτότητα - και ίσες ευκαιρίες»* (Pritchard, 2004b). Επομένως, η φροντίδα χρειάζεται να είναι ολιστική και θα πρέπει να καλύπτει τις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του ατόμου.

Πέραν από την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης σε ένα άτομο, υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθεί η κατάλληλη σχέση εμπιστοσύνης με τους χρήστες της υγειονομικής φροντίδας. Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει κεντρικό ρόλο και ως προς την επίτευξη καλής και αποτελεσματικής επικοινωνίας, *«βασικά στοιχεία αποτελούν η προσοχή και το ενδιαφέρον που επιδεικνύεται, η χρήση σαφούς και συγκεκριμένης (αλλά όχι συγκαταβατικής) γλώσσας και η γλώσσα του σώματος»* (Fernandes, 2006). Όταν η επικοινωνία είναι δύσκολη, παραδείγματος χάριν, με ασθενείς γνωστικών διαταραχών ή νευρολογικών παθήσεων, *«η δημιουργικότητα και η ενσυναίσθηση, η υπομονή και η επιμονή είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας»* (Fernandes, 2006).

Ο οργανισμός παροχής υγειονομικής περίθαλψης, χρειάζεται να παρέχει πρόσφορο έδαφος στην ανάπτυξη και διατήρηση ενός θετικού εργασιακού περιβάλλοντος ώστε να προσεγγίζει την παροχή φροντίδας με ενθουσιασμό και να παρέχει μια υποστηρικτική κουλτούρα. Τούτο συνεπάγεται μια ηγεσία που αναγνωρίζει και αξιοποιεί τις μοναδικές δεξιότητες των επιμέρους μελών του προσωπικού (Kydd, 2004). Ωστόσο, οι περιορισμοί χρόνου και πόρων μπορεί μερικές φορές να καθιστούν την ενσωμάτωση πολλών κοινωνικών δεξιοτήτων περισσότερο ως πολυτέλεια παρά ως αναπόσπαστο μέρος της καλής φροντίδας. Ως προς την επίτευξη αυτού, αντί για την εξεύρεση πρόσθετων υλικών, τεχνικών και οικονομικών πόρων, είναι η επένδυση σε μια ομάδα που συνεργάζεται καλά και αισθάνεται καλά κατά την διεκπεραίωση του παραγόμενου έργου στην φροντίδα υγείας, μέσα σε ένα κατάλληλο εργασιακό περιβάλλον και μια συνολική κουλτούρα του οργανισμού που υποστηρίζει και εξυμνεί τις διαφορετικές προσωπικότητες και τις μοναδικές δεξιότητες του προσωπικού της.

Μέχρι σήμερα, η κατάρτιση των επαγγελματιών στον τομέα έχει επικεντρωθεί σχεδόν εξ ολοκλήρου σε σκληρές - τεχνικές δεξιότητες, εκείνες δηλαδή τις ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα των ασθενών, οι οποίες είναι συγκεκριμένες για την πρακτική και έχουν τις ρίζες τους στην επιστήμη της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Οι δεξιότητες αυτές είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της υγείας και της σωματικής απόδοσης των ασθενών, αλλά ανεπαρκής όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την ικανοποίηση των ασθενών / συγγενών (Freshwater, Stickley, 2004).

4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

4.1. Η σημασία των Ήπιων δεξιοτήτων στην Νοσηλευτική Φροντίδα

Η νοσηλευτική υπηρεσία έχει οριστεί «ως τέχνη, επιστήμη και ηθικό εγχείρημα» (Sills, 2015) και έχει ένα έργο να προωθήσει μια κουλτούρα ενδιαφέροντος, μιας ηθικής της φροντίδας και μιας ενσυναίσθησης για την ανθρώπινη αξία. Αυτό το καθήκον και τα αποτελέσματα θεραπείας, συμβαίνουν σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάζεται από κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και τεχνολογικούς παράγοντες, εκτός από την αυξανόμενη

απαίτηση για την βελτίωση της ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης. Οι κοινωνικές δεξιότητες των επαγγελματιών νοσηλευτών βοηθούν στο επάγγελμά τους για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών.

Μια πτυχή των ήπιων δεξιοτήτων στη νοσηλευτική είναι η θεραπευτική επικοινωνία. Είναι ο πυρήνας της ανθρωποκεντρικής φροντίδας και περιλαμβάνει τη διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή. Στη θεραπευτική επικοινωνία, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα αποτελεσματικών στρατηγικών επικοινωνίας και κοινωνικών δεξιοτήτων *«για να εγκαθιδρύσουν, να διατηρήσουν, να επαναφέρουν και να τερματίσουν κατάλληλα τη σχέση νοσηλευτή - ασθενή»* (CNO, 2019). Αυτό περιλαμβάνει αλληλεπιδράσεις που βοηθούν τους ασθενείς να αισθάνονται ασφαλείς, ενημερωμένοι και ενδυναμωμένοι μέσω της οικοδόμησης σχέσης, εμπιστοσύνης και ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης στο άγχος των ασθενών με στοργικό τρόπο.

Άλλοι όροι και παραδείγματα που χρησιμοποιούνται στη νοσηλευτική, είναι οι γνώσεις και δεξιότητες ή *«κλινικές δεξιότητες»* (Ray and Overman, 2014), οι οποίες μπορούν να μετρηθούν (Armstrong, 2013). Οι περισσότεροι ερευνητές συζητούν τις ήπιες δεξιότητες ως *«κάτι που μπορεί να έχει ή να στερείται ένα άτομο»* (Hurrell, 2016). Όταν οι ήπιες δεξιότητες απουσιάζουν είτε μερικώς είτε πλήρως, είναι δυνατόν να μιλάμε για έλλειμμα ήπιων δεξιοτήτων. *«Δεν είναι εύκολο να τραβήξει κανείς μια γραμμή μεταξύ των σκληρών και ήπιων δεξιοτήτων στη νοσηλευτική - η διάκριση είναι διφορούμενη»* (Armstrong, 2013). Προηγούμενες έρευνες έχουν αναφέρει ότι οι κοινωνικές δεξιότητες συμπληρώνουν τις τεχνικές δεξιότητες στη νοσηλευτική υπηρεσία. Σε πολλές περιπτώσεις στο πλαίσιο της νοσηλευτικής, οι κοινωνικές δεξιότητες έχουν αρχίσει να *«συγχωνεύονται με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας»* (Windsor et al., 2012).

Η ενσυναίσθηση είναι μια σύνθετη έννοια και μια βασική πτυχή μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Έχει οριστεί ως μια σχέση κατά την οποία ένα άτομο γνωρίζει το νοητικό περιεχόμενο ενός άλλου, τόσο συναισθηματικά όσο και γνωστικά, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ορισμένοι ασθενείς έχουν αναφέρει ότι οι κλινικοί τους ιατροί τόνιζαν τα οφέλη των παρεμβάσεων περισσότερο από ότι συζητούσαν τους κινδύνους και τους ρωτούσαν για τις προτιμήσεις τους μόνο τις μισές φορές (Zikmund - Fisher et al., 2010). Η αντιμετώπιση των ασθενών ως ατόμων και όχι απλώς ως η θεραπεία των ασθενειών ή των συνδρόμων τους είναι ένα

καλό παράδειγμα των ήπιων δεξιοτήτων. Μέρος αυτού είναι η εξήγηση των πραγμάτων στους ασθενείς προτού κάνουν οτιδήποτε, το να σέβονται τις επιθυμίες και τις απόψεις τους, να τους αντιμετωπίζουν με αξιοπρέπεια, να είναι υποκειμενικοί και να ενθαρρύνουν τον ασθενή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που εξετάζουν τη θεραπεία του (Van Staden et al., 2006).

Μια άλλη οπτική είναι ότι *«πρέπει να δοθεί ίση αξία στις “ήπιες” και “σκληρές” γνώσεις και δεξιότητες»* (Seidman - Carlson, 2013) στη νοσηλευτική. Ωστόσο, η Rhonda Seidman - Carlson (2013) υποστηρίζει ότι πρόκειται για ξεχωριστές δεξιότητες. Οι ήπιες (κοινωνικές) δεξιότητες συχνά παρουσιάζονται ως *«κατάλογοι μεμονωμένων, διακριτών δεξιοτήτων χωρίς καμία ένδειξη πώς μπορεί να σχετίζονται μεταξύ τους ή πώς μπορούν να συνεργαστούν»* (Laari and Dube, 2017). Η άποψη της Mika Fukada, (2018), σχετικά με την έννοια των νοσηλευτικών ικανοτήτων, περιγράφεται ως ένα *«σύμπλεγμα στοιχείων, συμπεριλαμβανομένων γνώσεων, δεξιοτήτων, στάσεων, ικανοτήτων, σκέψεων και αξιών»*.

Καθώς οι κοινωνικές δεξιότητες (δεξιότητες παροχής υπηρεσιών) αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία, υπάρχει ταυτόχρονη ανησυχία ότι οι *«νοσηλευτές αποτυγχάνουν να παρέχουν φροντίδα με συμπόνια»* (Dyson, 2018). Το 2011, η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου (United Kingdom's Care Quality Commission - UKCQC), ανέφερε μετά από 100 αιφνιδιαστικές επιθεωρήσεις σε νοσοκομεία ότι ένα συχνά παρατηρούμενο πρόβλημα ήταν *«το προσωπικό να μιλάει στους ασθενείς με απορριπτικό ή ασεβή τρόπο»* (Dean, 2012).

Ο Giordano, (1993), ανέφερε ότι ενώ οι δεξιότητες και οι γνώσεις αποτελούν μέρος της βασικής νοσηλευτικής υπηρεσίας, αυτό που πραγματικά ήθελαν οι ασθενείς ήταν πληροφορίες και αποδείξεις ότι οι νοσηλευτές νοιάζονταν. Μια δημοσκόπηση σε 139.830 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, αποκάλυψε ότι τα ακόλουθα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών ήταν σημαντικά για τους για τους ίδιους:

- Φιλικότητα και διαβεβαιώσεις.
- Προσοχή στις προσωπικές, ειδικές ανάγκες των ασθενών.
- Μέριμνα για την ιδιωτική ζωή των ασθενών καθώς και ευαισθησία για την ταλαιπωρία της νοσηλείας.

- Διεξοδική ενημέρωση της οικογένειας για την κατάσταση ή τη θεραπεία του ασθενούς.
- Ενημέρωση για εξετάσεις και θεραπείες.

Είκοσι χρόνια μετά τη μελέτη του Giordano, (1993), ο Weigand, (2013), επανέλαβε ότι η έννοια των νοσηλευτικών δεσμών (πρακτικές για την επίτευξη κλινικών αποτελεσμάτων) έχει μεταμορφωθεί, από τη φροντίδα των ασθενών στην ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει το σεβασμό και το ενδιαφέρον προς τους ασθενείς. Ακόμη και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ο εισαγωγικός χαιρετισμός και η ποιότητα της αρχικής αλληλεπίδρασης νοσηλευτή-ασθενή θα μπορούσε να θέσει τα θεμέλια για ολόκληρη την επίσκεψη και την πορεία της υγειονομικής περίθαλψης.

Με την πάροδο των δεκαετιών, η έμφαση στις ήπιες (υπηρεσιακές) δεξιότητες ήταν αμείωτη. Το επίκεντρο της νοσηλευτικής φροντίδας στράφηκε στην αναζήτηση βελτιώσεων της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, βασισμένη στην άμεση ανταπόκριση των νοσηλευτών για τη βελτίωση των προσωπικών εμπειριών των ασθενών και των μελών της οικογένειάς τους μέσω της καθημερινής επικοινωνίας. Η επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας σε πολλούς χώρους εργασίας, αλλά πολύ περισσότερο για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Εκτός από την τακτική συνομιλία με τους συναδέλφους, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να μιλούν με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Επομένως, η προθυμία ενός ασθενούς να αναζητήσει κλινικές συστάσεις, να αυτοδιαχειριστεί μια επίμονη ιατρική κατάσταση και να καλλιεργήσει προληπτικά πρότυπα τρόπου ζωής, σχετίζεται στενά με την επικοινωνιακή ικανότητα ενός μέλους της ομάδας υγείας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι θεμελιώδης για την ποιοτική νοσηλευτική πρακτική. Οι δεξιότητες αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι απαραίτητες για τους νοσηλευτές προκειμένου να αναπτυχθούν ουσιαστικές σχέσεις με τους ασθενείς, τους φροντιστές και άλλα μέλη της ιατρικής ομάδας. Αυτό αντικατοπτρίζεται σε μελέτες οι οποίες έχουν συνδέσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες και πρακτικές των νοσηλευτών με την ικανοποίηση των ασθενών, τη συμμόρφωση, ακόμη και την ανάρρωση. Ωστόσο, οι έρευνες δείχνουν ότι η ποιότητα των δεξιοτήτων επικοινωνίας των νοσηλευτών παραμένει ένα διαρκές πρόβλημα στη

νοσηλευτική πρακτική. Μελέτες σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών και των φροντιστών, δείχνουν ότι τα προβλήματα επικοινωνίας με το ιατρικό προσωπικό, αποτελούν βασική ανησυχία για την υγεία των ασθενών και υπογραμμίζουν την ανάγκη για αποτελεσματικότερη επικοινωνία σε μια σειρά από τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής.

Μεταξύ των μελετών που εξέτασαν θέματα σχετικά με τις ήπιες (υπηρεσιακές) δεξιότητες στη νοσηλευτική υπηρεσία, για την εκτίμηση αυτών, έγινε χρήση της κλίμακας SERVQUAL των Parasuraman et al., (1988). Η κλίμακα αποτελείται από πέντε διαστάσεις, συγκεκριμένα αξιοπιστία, διαβεβαίωση, απτά στοιχεία, ενσυναίσθηση και ανταπόκριση. Μια μελέτη στην Ταϊβάν ανέφερε ότι η αξιοπιστία ήταν η πιο σημαντική διάσταση στην πρόβλεψη της συνολικής ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα (Chou et al., 2005). Οι Lim και Tang, (2000), εξέτασαν στη Σιγκαπούρη τις προσδοκίες και την ικανοποίηση των ασθενών σε τοπικά νοσοκομεία και διαπίστωσαν ότι η διασφάλιση ήταν η πιο σημαντική διάσταση.

Δεδομένου ότι οι ήπιες δεξιότητες περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα προσωπικών ικανοτήτων, όπως η αναλυτική σκέψη, η κοινωνική έφεση, οι οργανωτικές δεξιότητες, οι ηγετικές ικανότητες και οι ηθικές στάσεις, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να τις βελτιώνουν, καθώς οι δεξιότητες αυτές είναι απαραίτητες στην καθημερινή τους εργασία τους (Cimatti, 2016). Η δυνατότητα λήψης τεκμηριωμένων αποφάσεων και στρατηγικών με βάση την ισορροπία μεταξύ εαυτού και ευκαιρίας και τα ορθά γεγονότα εξαρτάται από τις ήπιες κοινωνικές δεξιότητες, εφόσον με την ανάπτυξη και την πρακτική τους, προσφέρεται η δυνατότητα στο άτομο να αξιολογεί τα αποτελέσματα και να ενεργεί βάσει των αποφάσεων που προκύπτουν σε μια μεταβαλλόμενη κατάσταση της υγειονομικής φροντίδας.

Πολλοί θεωρητικοί δίνουν έμφαση στη διάσταση της φροντίδας ως θεμελιώδους σημασίας για τη νοσηλευτική πρακτική. Τοιουτοτρόπως, αναγνωρίζεται πλέον η αξία της, ως επικεντρωμένη στη συμπονετική φροντίδα και περιλαμβάνει την κατανόηση και την επίδειξη ενσυναίσθησης στους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ο Long, (1999), τονίζει ότι οι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν συνδέσεις με τους άλλους μέσα από τον διάλογο, την διαπροσωπική επαφή, ακόμη και μέσα από τη σιωπή ώστε να βιώσουν τον πόνο τους. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να αφιερώνουν

χρόνο για να ακούσουν τους ασθενείς και τους συγγενείς, διότι η ακρόαση επιτρέπει στους άλλους ανθρώπους να βγάλουν τον ήχο από τη σιωπή και προσκαλεί το ανείπωτο να ειπωθεί, προκειμένου να διευκολύνει την απόδοση συμπονετικής φροντίδας και θεραπείας.

Επιπλέον, η νοσηλευτική φροντίδα σχετίζεται με την κατανόηση των εμπειριών των ασθενών για την υγεία και την ασθένεια. Κατά συνέπεια, οι νοσηλευτές καλούνται να έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν με ευαισθησία και να διατηρούν αποτελεσματικές σχέσεις. Η επικοινωνία, είναι η ουσία της φροντίδας και ο δίαυλος μέσω του οποίου οι νοσηλευτές, μεταφέρουν τη φροντίδα και η αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών, είναι η καρδιά των σχέσεων φροντίδας. Αυτό συνεπάγεται ότι, προκειμένου να συνδεθεί η θεωρία με την πράξη, η διαδικασία της αξιοποίησης της εμπειρίας μέσω του αναστοχασμού θα πρέπει να εξεταστεί.

Η επικοινωνία, είναι μια αμοιβαία διαδικασία αποστολής και λήψης μηνυμάτων, με τη χρήση ενός μείγματος λεκτικών και μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα, στη σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή, η επικοινωνία περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από τη μετάδοση πληροφοριών, καθώς περιλαμβάνει τη μετάδοση συναισθημάτων, την αναγνώριση αυτών των συναισθημάτων και την κατανόηση τους. Επομένως, η επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδες μέρος της νοσηλευτικής και η ανάπτυξη μιας θετικής σχέσης νοσηλευτή – ασθενή, είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Ωστόσο, αρκετοί ερευνητές, τονίζουν ότι οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν καλά με τους ασθενείς και προσεγγίζουν τους ασθενείς μόνο για να ασχοληθούν με διοικητικές ή λειτουργικές δραστηριότητες.

Οι Jarrett & Payne, (2000), υποστηρίζουν ότι αυτό συμβαίνει επειδή οι νοσηλευτές δεν έχουν επίγνωση του νοήματος και της σημασίας της σχέσης νοσηλευτή - ασθενή για τους ασθενείς. Αυτή η έλλειψη επίγνωσης από τους νοσηλευτές έχει ως αποτέλεσμα να κάνουν υποθέσεις σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που χρειάζεται ή επιθυμεί ένας ασθενής, επειδή δεν ρωτούν τους ασθενείς. Αυτός ο τύπος επικοινωνίας δεν είναι ανθρωποκεντρικός και μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξη μιας θετικής σχέσης νοσηλευτή - ασθενούς, η οποία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς. Η ανθρωποκεντρική επικοινωνία ορίζεται από τους Langewitz et al., (1998), ως η «επικοινωνία που

προσκαλεί και ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει και να διαπραγματεύεται στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη δική του φροντίδα».

Σύμφωνα με την παραπάνω άποψη, η ανοικτή και ειλικρινής επικοινωνία βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν θετικά την ασθένεια, εφόσον η καλή επικοινωνία είναι απαραίτητη για την ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα. Περαιτέρω, η νοσηλευτική έρευνα χρειάζεται να εκμαιεύει τις εμπειρίες των ασθενών της επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών και η επιστήμη της νοσηλευτικής, να προσδιορίσει τι εκτιμούν περισσότερο στις αλληλεπιδράσεις τους με τους. Τέτοιες πληροφορίες μπορούν να αναθεωρήσουν τη νοσηλευτική θεωρία και την εκπαίδευση και ως εκ τούτου, να επιτρέπουν στους νοσηλευτές τη δυνατότητα να αναπτύξουν δεξιότητες επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή που είναι θεμελιώδεις για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Μια άλλη άποψη που παρουσιάστηκε από τους Chant et al., (2002b), υποστηρίζουν ότι *«οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν καλά λόγω της οργανωτικής κουλτούρας»*. Παραδοσιακά οι νοσηλευτές δεν ενθαρρύνονται ή υποστηρίζονται από τη διοίκηση του θαλάμου ή του νοσοκομείου να δημιουργήσουν θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η μελέτη του Wilkinson, (1999), που διεξήχθη, διαπίστωσε ότι οι νοσηλευτές έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να επικοινωνούν καλά με ασθενείς αλλά επιλέγουν να μην το κάνουν λόγω της έλλειψης οργανωτικής υποστήριξης και ενθάρρυνσης.

Φαίνεται ότι, αυτή η οργανωτική στρατηγική για την πρόληψη του άγχους έχει οδηγήσει σε μια διαδικασία κοινωνικοποίησης που διαιώνισε την αντίληψη στη νοσηλευτική υπηρεσία ότι, η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή πρέπει να αποθαρρύνεται και δεν υποστηρίζεται από τη διοίκηση (Williams, 1998). Οι Bowles et al., (2001), υποστηρίζουν αυτή την άποψη και προσθέτουν ότι η κριτική στην επικοινωνία των νοσηλευτών, μπορεί να είναι μη ρεαλιστική. Ωστόσο, προκειμένου να καθιερωθεί ένα σημείο αναφοράς για αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών είναι απαραίτητο να διερευνηθούν οι εμπειρίες και οι απόψεις των ασθενών.

4.2. Η αξία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ιατρική Πράξη

Η σχέση μεταξύ του ασθενούς και του ιατρού στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να σημαίνει τη διαφορά μεταξύ της δυστυχίας, της ταλαιπωρίας και του πόνου και μιας σχετικά δραστήριας, ικανοποιητικής και παραγωγικής ζωής. Η σημασία της σχέσης θεραπευτή – ασθενή, μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερη στα αρχικά στάδια μιας απειλητικής κατάστασης για τη ζωή ή στην υιοθέτηση μιας διαφορετικής, διαχείρισης του τρόπου ζωής της οξείας ασθένειας, δεδομένου ότι η υγειονομική περίθαλψη αφορά και την πρόληψη μελλοντικών ασθενειών, τη μείωση της χρονιότητας, τη μείωση της υποτροπής, την ανακούφιση από τον πόνο, καθώς και την αντιμετώπιση καταστάσεων κρίσης. Η ποιότητα της σχέσης ιατρού και ασθενή μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά τα άτομα που δεν έχουν ακόμη βιώσει μια σοβαρή ασθένεια, ώστε να αναπτύξουν και να διατηρήσουν πρότυπα συμπεριφοράς που μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης της.

Παρά τη σημασία των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ανάπτυξη ωφέλιμης για τον ασθενή σχέση με τον ιατρό, η ιατρική εκπαίδευση δίνει έμφαση στις βιοϊατρικές γνώσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, πολλοί γιατροί να μην διαθέτουν τις απαραίτητες επικοινωνιακές δεξιότητες για να συμμετάσχουν σε δύσκολες συζητήσεις αποτελεσματικά. Παραδειγματικά, αρκετοί ιατροί, αποφεύγουν να μεταφέρουν άσχημα νέα επειδή έχουν την πεποίθηση ότι έτσι στερούν την ελπίδα θεραπείας και προκαλούν απελπισία και κατάθλιψη στους ασθενείς (Buss et al., 2011). Πολλοί εκπαιδευτές της ιατρικής πρακτικής, καθώς και αρκετοί ιατροί εκτιμούν τη σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων για την κλινική πρακτική, καθώς οι δεξιότητες ενσυναίσθησης του ιατρού είναι κρίσιμες για την αλληλεπίδραση στην αναπτυσσόμενη σχέση με τον ασθενή.

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών προσελκύει ολοένα και μεγαλύτερη προσοχή στο πλαίσιο των μελετών για την υγειονομική περίθαλψη. Τις τελευταίες δεκαετίες περιγραφικές και πειραματικές έρευνες έχουν προσπαθήσει να αποκρυσταλλώσουν τη διαδικασία της επικοινωνίας κατά τη διάρκεια ιατρικών διαβουλεύσεων. Ωστόσο, η γνώση που αποκτήθηκε από αυτές τις προσπάθειες είναι περιορισμένη. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι μεταξύ των διαπροσωπικών σχέσεων, η σχέση ιατρού - ασθενή είναι μία από τις πιο πολύπλοκες από τις πιο δύσκολες. Περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων «σε μη

ισότιμες θέσεις, είναι συχνά μη εθελοντική, αφορά θέματα ζωτικής σημασίας, είναι επομένως συναισθηματικά φορτισμένη και απαιτεί στενή συνεργασία» (Chaitchik et al., 1992). Ενώ η χρήση των σύγχρονων τεχνολογικών μέσων είναι ένα χρήσιμο εργαλείο στην ιατρική διάγνωση και θεραπεία, η διαπροσωπική επικοινωνία είναι το κύριο εργαλείο με το οποίο ο ιατρός και ο ασθενής ανταλλάσσουν πληροφορίες.

Επειδή η σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη προσφέρει συχνά πολλαπλές παρεμβάσεις για μια δεδομένη πάθηση, η καθεμία με τα δικά της οφέλη, παρενέργειες και κόστος, ο προσδιορισμός της πιο πολύτιμης παρέμβασης για κάθε ασθενή απαιτεί τόσο την καλή ενημέρωση των ασθενών για τις επιλογές όσο και τη γνώση των κλινικών ιατρών για τις ατομικές συνθήκες, προτιμήσεις και ανάγκες των ασθενών τους. Ορισμένες πτυχές της επικοινωνίας ιατρού - ασθενή φαίνεται να επηρεάζουν τη συμπεριφορά και την ευημερία των ασθενών, την ικανοποίηση από τη φροντίδα, την προσκόλληση στη θεραπεία, την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών, την αντιμετώπιση της νόσου, την ποιότητα της ζωής και την κατάσταση της συνολικής υγείας του ασθενούς. Η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία είναι ιδιαίτερα σημαντική στην περίπτωση απειλητικών για τη ζωή ασθενειών και η “διαβούλευση για τα κακά νέα”.

Η δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ γιατρών και ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως σημαντικός σκοπός της επικοινωνίας. Οι Roter και Hall, (1992), αναφέρουν ότι *«η συζήτηση είναι το κύριο συστατικό της ιατρικής περίθαλψης και είναι το θεμελιώδες μέσο με το οποίο η σχέση ιατρού - ασθενούς διαμορφώνεται και με την οποία οι θεραπευτικοί στόχοι επιτυγχάνονται»*. Υπό αυτή την άποψη, μια καλή διαπροσωπική σχέση μπορεί να θεωρηθεί ως προϋπόθεση για τη βέλτιστη ιατρική φροντίδα. Ορισμένοι συγγραφείς αναφέρονται σχετικά με τον ορισμό μιας καλής αλληλεπίδρασης στη σχέση μεταξύ ιατρού - ασθενή, ως κοινωνική σχέση όπου οι “καλοί τρόποι” είναι οι πιο σημαντικοί. Απαραίτητα στοιχεία για την δόμηση αυτής της σχέσης είναι *«το γέλιο και το χιούμορ, η μετάδοση ενδιαφέροντος, η φιλικότητα, η ειλικρίνεια, η επιθυμία για βοήθεια, η αφοσίωση, η μη επικριτική στάση και η κοινωνική καθοδήγηση»* (Hall et al., 1987).

Άλλοι συγγραφείς με περισσότερο κλινικό/ψυχοθεραπευτικό υπόβαθρο υποστηρίζουν ότι η σημασία της καλής σχέσης ιατρού - ασθενούς καθορίζεται από τις θεραπευτικές της ιδιότητες. Οι Irwin et al., (1989), βλέπουν την κλινική ιατρική ως *«επικοινωνία μεταξύ δύο ανθρώπων με στόχο την εγκαθίδρυση ή τη διατήρηση μιας*

αποτελεσματικής συνεργατικής σχέσης στην οποία υπάρχει αμοιβαία εμπιστοσύνη». Πολλές από τις έννοιες που χρησιμοποιούνται από αυτές τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις, βασίζονται στην “ανθρωποκεντρική” ψυχοθεραπεία του Carl Rogers. Η θεωρία αναφέρεται στις “βασικές συνθήκες” οι οποίες είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αυτές περιγράφονται με τις έννοιες ενσυναίσθηση, σεβασμός, γνησιότητα, άνευ όρων αποδοχή και ζεστασιά (Garfield, 1980).

Παρόλο που διαφορετικοί συγγραφείς ορίζουν την ενσυναίσθηση με διαφορετικούς τρόπους, συμφωνούν ότι αυτή η βασική προϋπόθεση πρέπει να θεωρείται πολύ σημαντική. Μια σχέση ιατρού - ασθενή με ενσυναίσθηση, *«συνίστανται σε εκμείωση συναισθημάτων, επίτευξη μεγαλύτερης σαφήνειας και αναστοχασμού, ακρόαση των όσων ο ασθενής λέει, αλλά και την χρήση της σιωπής για όσα δεν είναι σε θέση να πει, την ενθάρρυνση και τη μη λεκτική συμπεριφορά»* (Lovet, Cox και Abou-Saleh, 1990). Μέρος της πρόκλησης είναι ότι η έννοια της ανθρωποκεντρικής φροντίδας απλώς δεν είναι ενσωματωμένη στην κουλτούρα της περίθαλψης και συχνά μοιάζει αδιάφορη, ακόμη και αποδιοργανωτική, για τους κλινικούς ιατρούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με την έννοια.

Αρκετοί συγγραφείς έχουν υπογραμμίσει τη σημασία της “ενσυναίσθητης” επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών και των ασθενών τους για την προσκόλληση στην ιατρική θεραπεία. Οι Archer et al., (1981), διαπίστωσαν ότι ένας συνδυασμός προσωπικού άγχους και ενσυναισθητικού ενδιαφέροντος σε άτομα με υψηλή προδιαθετική ενσυναίσθηση οδηγούσαν σε αυξημένη τάση προς την προσφορά βοήθειας. Επομένως, η προσωπική δυσφορία μπορεί να συνδυάζεται με την ενσυναισθητική ανησυχία για να αυξήσει το κίνητρο για βοήθεια προς τους άλλους. Στην περίπτωση της αναπτυσσόμενης σχέσης ιατρού και ασθενή, η ικανότητα του ιατρού για αναπληρωματική συναισθηματική διέγερση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη δημιουργία ενσυναισθητικής ανησυχίας για την αγωνία των ασθενών τους και συνεπώς στην ανταπόκριση βοηθητικά σε αυτούς. Όταν οι ιατροί είναι σε θέση να δημιουργήσουν μια σχέση στην οποία οι ασθενείς μοιράζονται τις συναισθηματικές τους ανησυχίες σχετικά με την ασθένειά τους, τότε το κίνητρο των ασθενών να γίνουν καλά θα ενισχυθεί και η συμμετοχή των ασθενών στη διαβούλευση εξαρτάται από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να κατανοήσουν και να συνεργαστούν στο πλαίσιο του συστήματος πεποιθήσεών τους για την υγεία.

Οι Stiles et al., (1979), διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τα “ανθρώπινα” γνωρίσματα του επαγγελματία υγείας, σχετιζόταν με το ότι τους βοηθούσαν να διατυπώσουν το πρόβλημα περισσότερο ξεκάθαρα στο μυαλό τους και να καταλήξουν σε μια λύση αποδεκτή από τους ίδιους. Επίσης, οι ιατροί που αποδέχονταν τη σημασία των γνώσεων του ίδιου του ασθενούς και των ικανοτήτων του, αύξησε την εμπιστοσύνη στην σχέση μεταξύ τους, καθώς και την μεγαλύτερη συμμετοχή του στη διαδικασία διαβούλευσης. Επομένως, η ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα τους σχετιζόταν με την τη γενική ευαισθησία του ιατρού στα συναισθήματα τους και την ικανότητα έκφρασης συναισθημάτων. Πολλοί συγγραφείς, έχουν τονίσει ότι οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής και η στάση του σώματος είναι ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία στη μετάδοση της ενσυναίσθησης.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, η συναίνεση μεταξύ ιατρού και ασθενούς σχετικά με το συναισθηματικό νόημα της ασθένειας, δηλαδή, όταν οι ασθενείς εκφράζουν τι σημαίνει η ασθένεια για τους ίδιους και πώς αισθάνονται γι’ αυτήν και κατ’ επέκταση, η ανατροφοδότηση των ιατρών βασισμένοι στις συναισθηματικές εκφράσεις και την προσωπική άποψη των ασθενών, είναι στοιχεία μείζονος σημασίας για την θεραπευτική σχέση. Στο πλαίσιο αυτού του διαλόγου, οι ασθενείς μπορούν να σηματοδοτήσουν τις αντιστάσεις τους και την πιθανή μη συμμόρφωση με τις απόψεις του επαγγελματία υγείας. Η κατανόηση με ενσυναίσθηση αυτών των ανησυχιών και επιφυλάξεων του ασθενή, επιτρέπει στον ιατρό να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τις όποιες αμφιβολίες και να διατυπώσει πιο αποτελεσματικές προτάσεις, σύμφωνες με το πλαίσιο αναφοράς του ασθενούς.

Κατά τη διάρκεια διαβουλεύσεων όπου οι ιατροί επικοινωνούν με ενδιαφέρον και διευκολύνουν την απελευθέρωση της έντασης του ασθενή τους, *«οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη διαβούλευση και σε μεγαλύτερη προσκόλληση στις συμβουλές ως προς την θεραπεία και αντιμετώπιση της ασθένειας»* (Kinsey, Bradshaw and Ley, 1975). Οι DiMatteo et al., (1979), διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από το συναισθηματικό ενδιαφέρον του ιατρού οδήγησε σε μεγαλύτερη δέσμευση στα θεραπευτικά σχήματα και στην αίσθηση επάρκειας της παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι Falvo et al., (1980), διαπίστωσαν ότι η προσήλωση σε ένα προκαθορισμένο μοτίβο λήψης φαρμακευτικής αγωγής σχετίζεται με την αντίληψη των ασθενών ότι ο

ιατρός κατανοεί τις ανησυχίες τους και λαμβάνει υπόψιν τα συναισθήματά τους κατά τη συνταγογράφηση του φαρμάκου. Η επικοινωνία με επίδειξη ενδιαφέροντος και σεβασμού με σοβαρό επαγγελματικό τρόπο σχετίζεται με τη συνολική ικανοποίηση και τη συμμόρφωση του ασθενή (Hall, Roter και Rand, 1981).

Οι Carter et al., (1982), κατέληξαν στο συμπέρασμα σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών και γενικά περί της κλινικής ιατρικής πρακτικής, ότι κατά την διάρκεια των συναντήσεων των ασθενών με την ιατρική ομάδα, οι συμπεριφορές των ιατρών που εκδηλώνουν ένταση επηρεάζουν τα αποτελέσματα της συνάντησης. Συγκεκριμένα, *«οι εκφράσεις έντασης του γιατρού γενικά φέρουν ισχυρές αρνητικές σχέσεις με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ οι εκφράσεις που ερμηνεύονται ως απελευθέρωση της έντασης δρουν θετικά στη σχέση και σχετίζονται τόσο με την ικανοποίηση όσο και με τη συμμόρφωση του ασθενή»* (Carter et al., 1982).

Υπήρξαν αρκετά σημαντικές αναθεωρήσεις σχετικά με τις σχέσεις του ιατρού με τον ασθενή που σχετίζονται με την ικανοποίηση και την τήρηση των ιατρικών συμβουλών. Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά στην επιρροή των σχέσεων ιατρού - ασθενούς στην τήρηση των θεραπευτικών σχημάτων, οι πτυχές της σχέσης ιατρού - ασθενούς που επηρέαζαν αρνητικά την προσκόλληση στην καθοδήγηση σχετικά με την θεραπεία, σχετίζονται με την εμπειρία της ιατρικής επίσκεψης, την συμπεριφορά του θεραπευτή ή τον τρόπο υποδοχής της ιατρικής κλινικής και την ποιότητα της σχέσης στις θεραπευτικές συμβουλές. Υπάρχουν συνεπή στοιχεία στη βιβλιογραφία σχετικά με το δηλωθέν επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και το βαθμό που ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες τους και σχετίζονται θετικά με την προσκόλληση.

Ο Garrity, (1981), εξέτασε τη σχέση μεταξύ της “κοινωνικής υποστήριξης” από τον ιατρό και τη συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές συμβουλές, τονίζοντας ότι η γενική σχέση μεταξύ του θετικού συναισθηματικού τόνου στην αλληλεπίδραση ιατρού - ασθενούς, ορίζεται από την “προσιτότητα” και τις εκφράσεις “αλληλεγγύης”, καθώς και την προσκόλληση στα θεραπευτικά σχήματα. Ο Ley, (1982), αναφέρει: *«Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια σημαντική μεταβλητή: Η ικανοποίηση των ασθενών από τη διαβούλευση, η ικανοποίηση από την επικοινωνία και η γενική ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη που έλαβαν, συσχετίζονται με τη*

συμμόρφωση των ασθενών στις συμβουλές. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν».

5. ΣΥΝΔΕΣΗ ΗΠΙΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1. Ορισμός της Πολιτισμικής Κουλτούρας

Το άτομο διαμορφώνεται μέσω των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών και των εκπαιδευτικών συστημάτων στο πλαίσιο της κοινωνίας (Hatch, 1997). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, ο κοινωνικός ανθρωπολόγος Tylor, (1958), έδωσε τον ακόλουθο ορισμό της κουλτούρας. *«Ως κουλτούρα ορίζεται εκείνο το σύμπλεγμα, το οποίο περιλαμβάνει τη γνώση, τις πεποιθήσεις, την τέχνη, την ηθική, το νόμο, τα έθιμα και κάθε άλλη προσωπική έκφραση, συνήθεια, ικανότητα που έχει κατακτήσει και κατέχει ο άνθρωπος ως μέλος της κοινωνίας».*

Επομένως, είναι η συμπεριφορά, η οποία μαθαίνεται και περιλαμβάνει όλες τις ιδέες, τις αξίες και τις πράξεις οι οποίες συνθέτουν τις συνήθειες των μελών κάποιας οργανωμένης κοινωνίας, κοινότητας ή οικογένειας που προκύπτουν από διαδικασίες ζυμώσεων και αναμείξεων. Ως εκ τούτου, η πολιτισμική κουλτούρα αναδύεται μέσα από σχέσεις αλληλεπιδράσεων και προσαρμογής, τον κοινό κώδικα επικοινωνίας, τις κοινές έννοιες, τους κοινούς τύπους συμπεριφοράς, τα ηθικά και αισθητικά πρότυπα, τις κοινές γνώσεις, θρησκείες και κοινωνικές συμπεριφορές.

Η Εθνική κουλτούρα θεωρείται η πολιτισμική συμπεριφορά που διαμορφώνεται εντός της κοινωνίας σε εθνικό επίπεδο, σύμφωνα με την χώρα που κατοικεί κάποιος και αποτελεί μια περιφερειακή εθνική, θρησκευτική και γλωσσική σχέση, καθώς τα περισσότερα έθνη αποτελούνται από πολιτισμικά διαφορετικές περιοχές (Ferraro, 1998). Επομένως, οι πολίτες μιας χώρας είναι ταυτόχρονα μέλη διάφορων πολιτισμικών ομάδων και έχουν πολυπολιτισμική συμμετοχή.

Ο βασικός πυρήνας της πολιτισμικής κουλτούρας αποτελείται από παραδοσιακές, δηλαδή ιστορικά παράγωγες και επιλεγμένες ιδέες, που διαμορφώνονται από τις εξαρτώμενες αξίες της κάθε κοινωνίας. Η περιπλοκότητα του κοινωνικού συστήματος και οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των κοινωνιολογικών

ομάδων, καθιστούν δύσκολο έναν επαρκή χαρακτηρισμό μίας μόνο κουλτούρας, επομένως, αναδύεται η έννοια της «υποκουλτούρας» (Budhwar, 2001).

5.2. Η έννοια της Οργανωσιακής Κουλτούρας

Κάθε οργανισμός μεταβιβάζει διαφορετικές πρακτικές και θεωρίες διοίκησης στις τοπικές συνθήκες κουλτούρας, οι οποίες οδηγούν στην ισχυρότερη ικανότητα διαχείρισης των διαπολιτισμικών διαπραγματεύσεων και των πολυπολιτισμικών οργανισμών (Hofstede, 1985). Οι ορισμοί της οργανωσιακής κουλτούρας, είναι τόσο όσοι και οι άνθρωποι που την χρησιμοποιούν. Κατ'επέκταση, κάθε οργανισμός είναι ένα περιβάλλον που εξαρτάται από την κουλτούρα που το χαρακτηρίζει και διαμορφώνει μία αυτόνομη κοινωνική ομάδα. Η οργανωσιακή κουλτούρα επομένως είναι δυναμική, κινητική και ποτέ στατική (Mowat, 2002) και αποτελεί ένα σύστημα των ορισμών, των πεποιθήσεων, των κανόνων και των ιδεών που αποσαφηνίζει σε κάθε άτομο του οργανισμού, τη θέση του μέσα σε αυτόν (Pettigrew, 1979).

Είναι ένα συλλογικά αποδεκτό φαινόμενο από τα μέλη ενός οργανισμού, που επηρεάζει σε βάθος την ανθρώπινη συμπεριφορά και το ζήτημα της ομογενοποίησης ή της διαφοροποίησης των μελών, αποσαφηνίζοντας το ποιες συμπεριφορές και νοοτροπίες είναι περισσότερο ή λιγότερο αρμόζουσες (Chatman, Barsade, 1995), δημιουργώντας συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς. *«Οι νέοι εργαζόμενοι οφείλουν να την μάθουν και να την αποδεχθούν έστω και μερικώς προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί»* (Jacques, 1952).

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι δυνατόν να μορφοποιηθεί είτε από τον ιδρυτή του εκάστοτε οργανισμού, είτε διαχρονικά μέσα από τις προκλήσεις, τις ευκαιρίες, τα εμπόδια και τις αλλαγές που επιφέρει το ευρύτερο περιβάλλον (Quinn, Cameron, 1999), βάσει του τρόπου αντίληψης και αντιμετώπισης των ζητημάτων της προσαρμογής στους εξωγενείς παράγοντες και σύνθεσης των εσωτερικών (Schein, 1985). Λειτουργεί ως ο πυρήνας του συστήματος διοίκησης κάθε οργανισμού, με πρακτικές και συμπεριφορές διοίκησης, με σκοπό την ενδυνάμωση των βασικών αρχών (Denison, 1990), αποτελώντας την κόλλα που συγκρατεί τον κάθε οργανισμό (DeWitt, 2001).

5.3. Προσέγγιση της Οργανωσιακής Υποκουλτούρας

Αρκετοί ερευνητές, υποστηρίζουν πως εντός του οργανισμού, πέραν της εταιρικής κουλτούρας, εμφανίζεται και το φαινόμενο συνύπαρξης επιμέρους κουλτούρων, οι οποίες αναπτύσσονται μεταξύ των ομάδων των εργαζομένων. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται συνήθως, σε οργανισμούς μεγαλύτερου μεγέθους. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται περισσότερες υποκουλτούρες ή αντικουλτούρες σε ομάδες υψηλών αποδόσεων και σε ομάδες ειδικών μελετών εντός των οργανισμών.

Σύμφωνα με τους ερευνητές και κύριους εκφραστές της συγκεκριμένης αντίληψης Van Maanen και Barley (1984), *«ως υποκουλτούρα ορίζεται το υποσύνολο των μελών ενός οργανισμού που αλληλεπιδρούν σε καθημερινή βάση, αναγνωρίζουν τους εαυτούς τους ως ένα ξεχωριστό σύνολο στα πλαίσια αυτού του οργανισμού. Αντιμετωπίζουν από κοινού προβλήματα που θεωρούν ότι είναι συλλογικά. Ενεργούν, ακολουθώντας διαδικασίες που έχουν υιοθετηθεί από όλα τα μέλη της ομάδας, δημιουργώντας έτσι συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς»*.

Οι παραπάνω μελετητές, προσέγγισαν το φαινόμενο μέσα από δύο παραμέτρους, την διαπροσωπική έλξη, δηλαδή, οι άνθρωποι τείνουν να έλκονται από άτομα που μοιάζουν με τους ίδιους και την συστηματική αλληλεπίδραση που εμφανίζουν τα μέλη ενός οργανισμού. Επομένως, δεν θεωρείται αυτονόητη η ύπαρξη μίας και μοναδικής κουλτούρας εντός ενός οργανισμού, αλλά αποτελείται από ένα σύνολο μικρών υποκουλτούρων των μελών του, οι οποίες συνυπάρχουν και συνθέτουν, μέσω αντιθέσεων και συγκρούσεων, την ευρύτερη κουλτούρα του οργανισμού.

Εν κατακλείδι, η στοιχειοθέτηση και εφαρμογή μιας ενιαίας κουλτούρας σε έναν οργανισμό, καθίσταται πολύπλοκη και πολυσύνθετη αναφορικά με τον προσδιορισμό της και ταυτόχρονα, αποκαλύπτεται ο δυναμικός της χαρακτήρας.

5.4. Προσδιορισμός της Οργανωσιακής Κουλτούρας στις Δομές Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Οι οργανισμοί υγείας είναι πολυπολιτισμικές οντότητες, με δική τους κουλτούρα και επιμέρους κουλτούρες, οι οποίες σχηματίζονται από την διαφορετική

φύση της εργασίας, τα επίπεδα ιεραρχίας και τους διαφορετικούς στόχους και λειτουργίες (Martin, 2002). Η οργανωσιακή κουλτούρα στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, έχει συνδεθεί με την ικανοποίηση του ασθενούς, την βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του οργανισμού υγείας και την ικανοποίηση των λειτουργών υγείας από την εργασία τους (Boan, Funderburk, 2003). Είναι προϊόν κοινωνικής μάθησης το οποίο εξελίσσεται και κοινοποιείται, εφόσον είναι λειτουργική (Παπάνης, Ρόντος, 2005) και δρα καταλυτικά στην σύνδεση της ομάδας υγείας, αυξάνοντας την συνοχή της και το αίσθημα εμπιστοσύνης (Robbins, 2001).

Οι τύποι της οργανωσιακής κουλτούρας επηρεάζουν, είτε θετικά είτε αρνητικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ευνοώντας ή δυσχεραίνοντας τη λειτουργικότητα του οργανισμού. Πρέπει να μετράται προκειμένου να καθοριστεί η σχέση της με την απόδοση, την ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας (Davies et al., 2000). Αρκετά παραδείγματα καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο η κουλτούρα ενός οργανισμού, επηρεάζει την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα των ασθενών. Μια μελέτη νοσοκομείων τα οποία κατατάχθηκαν στο κορυφαίο 5 τοις εκατό όσον αφορά στα αποτελέσματα καρδιακής προσβολής, διαπίστωσε ότι τα εν λόγω νοσοκομεία είχαν κουλτούρα, που μοιραζόταν τη δέσμευση στην οργανωσιακή μάθηση, την καινοτομία, τη δημιουργικότητα και τη δοκιμή και το λάθος και είχαν μη τιμωρητικές προσεγγίσεις στην επίλυση προβλημάτων.

Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες, όπως η ενδυνάμωση όλων των μελών της ομάδας να μιλούν όταν βλέπουν προβλήματα και η προτεραιότητα στην ασφάλεια των ασθενών, είναι κρίσιμοι για τη μείωση των λοιμώξεων που σχετίζονται με τον καθετήρα στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Vigorito et al., 2011). Επιπλέον, κάποιες μελέτες έχουν συνδέσει την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών ενός οργανισμού, με χαμηλότερα ποσοστά ενδονοσοκομειακών επιπλοκών και ανεπιθύμητων συμβάντων.

Ένα πρώτο βήμα προς τη βελτίωση της κουλτούρας ενός οργανισμού είναι η μέτρησή της. Υπάρχουν διάφορα μέσα με τα οποία μπορούν να μετρηθούν διάφορες πτυχές της κουλτούρας, όπως το ερωτηματολόγιο για την κουλτούρα ασφάλειας των ασθενών της Veterans Health Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHAPSCQ) και οι έρευνες του Οργανισμού για την έρευνα και την ποιότητα της

υγειονομικής περίθαλψης Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ), σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών. Το κατάλληλο μέσο για ένα δεδομένο σύνολο περιστάσεων εξαρτάται από τους στόχους του οργανισμού και τις στοιχεία της κουλτούρας που επιθυμεί να τροποποιήσει (AHRQ, 2010). Μετά τη μέτρηση, μια ποικιλία παρεμβάσεων, πολλές από τις οποίες αναπτύχθηκαν εκτός της επιχείρησης υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να αναληφθεί για να αλλάξει η κουλτούρα του οργανισμού ώστε να υποστηρίξει την υψηλή απόδοση, αν και παραμένουν ερωτήματα σχετικά με το ποια παρέμβαση είναι πιο αποτελεσματική για έναν συγκεκριμένο οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης (Parmelli et al., 2011).

Η κουλτούρα της ομαδικής εργασίας είναι θεμελιώδης για την οικοδόμηση ενός οργανισμού μάθησης και τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας που αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς. Έχει διαπιστωθεί ότι οι πρωτοβουλίες που προωθούν την ομαδική εργασία συσχετίζονται θετικά με την ποιότητα της περίθαλψης. Σε ένα μεγάλο, ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με πολλές εγκαταστάσεις, μια παρέμβαση που επικεντρώθηκε στην εκπαίδευση στην ομαδική εργασία, την καθοδήγηση και τις επικοινωνιακές δεξιότητες παρατηρήθηκε μείωση της ετήσιας θνησιμότητας κατά 18% στις συμμετέχουσες εγκαταστάσεις, με συνεχή μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων, έναντι μείωσης μόνο κατά 7% στις μη συμμετέχουσες εγκαταστάσεις (Neily et al., 2010).

Σε μια άλλη πρωτοβουλία, η εφαρμογή πρωτοκόλλων συνεργατικής φροντίδας με μια ομάδα φροντίδας είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών κατά 34%, 32% χαμηλότερο μέσο κόστος ανά περίπτωση σε σύγκριση με τις μονάδες που δεν συμμετείχαν στη διαδικασία συνεργατικής φροντίδας, καθώς και βελτίωση κατά 30 ποσοστιαίες μονάδες στην τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών σχετικά με τους χρόνους (Toussaint, 2009). Εναλλακτικά, η αποτυχία παροχής αυτού του είδους ομαδικού περιβάλλοντος, μπορεί να έχει πραγματικές αρνητικές συνέπειες για τους ασθενείς, επειδή τα ανεπιθύμητα συμβάντα συχνά συμβαίνουν όταν οι επαγγελματίες υγείας φοβούνται να μιλήσουν. Σε μια μελέτη, το 58% των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν ότι ένα εργαλείο ασφαλείας τους προειδοποίησε για ένα πρόβλημα, αλλά δεν αισθάνονταν ασφαλείς να μιλήσουν ή δεν μπορούσαν να τραβήξουν την προσοχή των κλινικών συναδέλφων τους (Maxfield et al., 2005).

Ο ρόλος, επομένως, των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, είναι ιδιαίτερα σημαντικός σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που μαθαίνει, διότι έχει αποδειχθεί ότι οι οργανωτικοί παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα της περίθαλψης και τα αποτελέσματα των ασθενών. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι οργανισμοί με υψηλές επιδόσεις στην περίθαλψη καρδιακών προσβολών, όπως μετρήθηκαν με βελτιωμένα ποσοστά θνησιμότητας, είχαν γενικά χαρακτηριστικά όπως καλή επικοινωνία και συντονισμό, κοινές αξίες και κουλτούρα και εμπειρία στην επίλυση προβλημάτων και τη μάθηση (Curry et al., 2011). Ομοίως, μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι η δέσμευση του προσωπικού και η ηγεσία του νοσοκομείου επηρέασαν την επιτυχία ενός προγράμματος που είχε σχεδιαστεί για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων (Sinkowitz - Cochran et al., 2011). Επίσης, πολυάριθμες μελέτες, έχουν δείξει ότι η εμπλοκή των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων και άλλων ηγετών στη βελτίωση της ποιότητας, έχει σημαντική επίδραση στην ποιότητα και τα αποτελέσματα (Jiang et al., 2009).

Δεδομένης της σημασίας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης για την ευρύτερη επιχείρηση μάθησης και του αντίκτυπου των οργανωτικών παραγόντων στη φροντίδα, είναι κρίσιμο οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης να αυξήσουν την ικανότητα μάθησης. Ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης που μαθαίνει αξιοποιεί την εσωτερική του σοφία, τουτέστιν, την εμπειρογνωμοσύνη του προσωπικού, την ανατροφοδότηση των ασθενών, τα οικονομικά δεδομένα και άλλες γνώσεις, ούτως ώστε να βελτιώσει τις δραστηριότητές του. Τοιοιυτοτρόπως, ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης, εμπλέκεται σε έναν συνεχή βρόχο ανατροφοδότησης της παρακολούθησης των εσωτερικών πρακτικών, της εκτίμησης του τι μπορεί να βελτιωθεί, της δοκιμής και της προσαρμογής ως απάντηση στα δεδομένα και της εφαρμογής των συμπερασμάτων τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε ολόκληρο τον οργανισμό. Αν και τα συγκεκριμένα στοιχεία πολιτικής που θα ενθαρρύνουν τους καλά διοικούμενους, συνεχώς μαθαίνοντες οργανισμούς, είναι προφανές, ότι οι οργανισμοί που συμμετέχουν σε προσπάθειες συνεχούς βελτίωσης είναι πιο ευέλικτοι και καλύτερα προσαρμοσμένοι στο να αντιμετωπίζουν τις αλλαγές στην αγορά και στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγειονομική φροντίδα.

Οι ενημερωμένοι και εμπλεκόμενοι ασθενείς, που επενδύουν στην υγειονομική περίθαλψη τους, καθώς και στη βελτίωση του ευρύτερου συστήματος

υγειονομικής περίθαλψης, είναι ζωτικής σημασίας. Οι ασθενείς προσφέρουν μοναδικές και σημαντικές προοπτικές για την ποιότητα και την εξατομικευμένη περίθαλψη, για την εμπειρία στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης και για το συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων στοιχείων της περίθαλψής τους. Δυστυχώς, οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και άλλοι φροντιστές, πολύ συχνά δεν συμμετέχουν ουσιαστικά στη φροντίδα ή ως εταίροι στη βελτίωσή της. Η μετάβαση στο όραμα ενός συστήματος που θα επικεντρώνεται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ανθρώπων, έχει τη δυνατότητα να αποφέρει πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και το έθνος (Sepucha et al., 2010).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

6.1. Ερευνητική Υπόθεση Μελέτης

Το αγαθό της υγείας προσδιορίζεται ως το αγαθό «με την μεγαλύτερη πολυπαραγοντική πολυδιάστατη χρησιμότητα, τη μέγιστη συμβολή στην ανθρώπινη ανάπτυξη, καθώς η δημιουργία, η ικανοποίηση αναγκών, η ψυχοκοινωνική ισορροπία και η εργασία εξαρτώνται από την κατάσταση υγείας των ατόμων, είναι το αγαθό που θεμελιώνει και αναπτύσσει το ανθρώπινο κεφάλαιο» (Σούλης, 2015). «Η πολιτική υγείας διέρχεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου και των βασικών δικαιωμάτων του για την προστασία και προαγωγή της υγείας του και οφείλει να λαμβάνει υπόψη της τις εξατομικευμένες ανάγκες υγείας και την ολιστική και συστηματική προσέγγιση των αιτιολογικών παραγόντων διαμόρφωσης της κατάστασης της υγείας» (Σούλης, 2015).

Οι λειτουργοί υγείας είναι οι εκφραστές του συστήματος υγείας και στελεχώνουν έμπυχα την άυλη φύση της πολιτικής υγείας, μετουσιώνοντας τον σχεδιασμό σε πράξη. Αποτελούν το βασικό συντελεστή διαμόρφωσης του παραγόμενου έργου υγείας του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, καθότι, η δική τους επαρκή ποιότητα επηρεάζει τη διαμόρφωση της προσδοκώμενης ποιότητας των ατόμων που προβαίνουν στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, στοιχεία τα οποία συντελούν παράλληλα στην ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των λειτουργών υγείας από την εργασία τους και των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών από την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη (Σαρρής, 2001).

Οι προσωπικές αξίες, οι στάσεις, οι αντιλήψεις και η ατομική προσέγγιση ενός ηθικού συστήματος συμπεριφοράς που ενστερνίζεται το άτομο, διαμορφώνουν τα βασικά στοιχεία της ποιότητας του ατόμου και της ιδιαίτερης σκοπιάς που αξιολογεί και συμμετέχει στις κοινωνικές εξελίξεις διαφόρων καταστάσεων που προκύπτουν στο περιβάλλον που δραστηριοποιείται. Τα προσωπικά, μοναδικά, ατομικά γνωρίσματα του κάθε ατόμου, διαδρούν με τέτοιο τρόπο στο ευρύτερο και/ή συγκεκριμένο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, επιστρέφοντας τη συναλλασσόμενη διαντίδραση αυτής της διεπαφής και βιωμένης εμπειρίας, σε στοιχεία που

διαμορφώνουν την ψυχοσυναισθηματική κατάστασή του και κατ' επέκταση την εκ νέου ανατροφοδοτούμενη κοινωνική συμπεριφορά του.

Η αναμόρφωση του ατόμου από την κοινωνική αλληλόδραση, στο σύνολο της κοινωνίας, του οργανισμού και της οικογένειας, συνδιαμορφώνει κοινωνικά πρότυπα και σχέσεις εντός του πλαισίου της κοινωνικής συνοχής και εξάγει δομικά στοιχεία που συντελούν στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κοινωνικού συνόλου που εντάσσεται. Η κοινωνική αναγνώριση της θέσης και της κοινωνικής προσφοράς του ατόμου και τα βιωμένα συναισθήματα είναι στοιχεία που εξισορροπούν την πρότερη αντίληψη του ατόμου τόσο για τον ίδιο του τον εαυτό, για το κοινωνικό σύνολο στο οποίο ομογενοποιείται και για τις αναπτυσσόμενες κοινωνικές σχέσεις που συνδιαμορφώνει.

Το άτομο επομένως, όντας βιοψυχοκοινωνικό ον, κατά την διάρκεια της ζωής του και της κοινωνικής του δράσης, επιχειρεί να δημιουργήσει μια διασύνδεση μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου (Σαρρής, 2001). Η γεφύρωση των δύο αυτών κόσμων, ορίζεται από τις δυνατότητες του ατόμου και των απαιτήσεων των μελών που συναλλάσσεται και ο συνδεδεμένος κρίκος διαφαίνεται στα ιδιαίτερα προσωπικά γνώρισμα και στις ικανότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει, προσαρμόζει και εξελίσσει. Ο βαθμός επιρροής και η ποιότητα διάδρασης ενός συνόλου εργασίας, εξαρτάται από το εύρος της διαφοράς της ατομικής ποιότητας των μερών τα οποία αλληλεπιδρούν εντός του συνόλου συναλλαγής επιθυμιών και προσδοκιών (Σαρρής, 2001).

Το περιβάλλον παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί ένα σύστημα συναλλαγής με δομή και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, στοιχεία που διαμορφώνουν το πλαίσιο των επιθυμητών εργαλείων λειτουργίας για την αποτελεσματική απόδοση του οργανισμού και δεξιοτήτων του υγειονομικού δυναμικού στην προσπάθεια επιτυχούς επίτευξης ενός επιθυμητού επιπέδου ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ως ακόλουθο, όλα τα παραπάνω συντελούν στην επιδίωξη της ικανοποίησής του ασθενούς και ταυτόχρονα την ικανοποίηση του λειτουργού υγείας προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τους Σαρρής et al., (2017), βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα την απόδοση του λειτουργού υγείας και την ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων, όσο και των ασθενών αποτελεί η επιρροή των

ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων κατά την άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και την αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία. Η εκδήλωση συναισθημάτων απογοήτευσης και μελαγχολίας από τους λειτουργούς υγείας, δηλώνει ψυχογενή προβλήματα συμπεριφοράς στον χώρο εργασίας, καθώς δεν φάνηκε να εκλείπουν συναισθήματα νευρικότητας και κατάθλιψης περιορίζοντας την έκφραση συναισθημάτων ευτυχίας και ηρεμίας.

Η ποιότητα ζωής των λειτουργών υγείας, επηρεάζει άμεσα την ποιότητα της φροντίδας υγείας και διασφαλίζει τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Σαρρής et al., 2017). Μέσω αυτής, επιτυγχάνεται επίσης η ικανοποίηση των ασθενών, αποδίδοντας αφενός την αντικειμενική και αφετέρου την υποκειμενική αξία και χρησιμότητα μιας θεραπευτικής μεθόδου, η οποία λαμβάνει υπ' όψη τις ατομικές ιδιαιτερότητες και τις προσωπικές ανάγκες των ασθενών (Σαρρής et al., 2017). Επομένως, η βελτίωση των συγκεκριμένων διαστάσεων της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας του ανθρώπινου δυναμικού θα είχε παράλληλα πολλαπλάσιο όφελος για τη βελτίωση της προσωπικής ποιότητας και υψηλή προστιθέμενη αξία για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας και της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ των λειτουργών υγείας και των ασθενών (Σαρρής et al., 2017).

Το περιβάλλον του οργανισμού υγειονομικής φροντίδας οφείλει μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας, να ενισχύει την υπέρβαση των λειτουργικών και οργανωτικών περιορισμών που ενδυναμώνουν τις συνθήκες οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση των λειτουργών υγείας στην επιτέλεση του έργου τους, υποστηρίζοντας την ανάπτυξη των δεξιοτήτων τις οποίες έχοντας ως εφόδιο το υγειονομικό δυναμικό το υποβοηθούν να υπερνικά τις δυσμενείς καταστάσεις που διαμορφώνονται κατά τη διεκπεραίωσή του.

Βάσει των συμπερασμάτων των Σαρρής et al., (2017), η χαμηλή εκτίμηση της ζωτικότητας και της ψυχικής υγείας των ίδιων των λειτουργών υγείας παραπέμπει στα ζητήματα της εργασιακής κόπωσης και της εξουθένωσης. Επίσης, επιτάσσει την αντιμετώπιση του ζητήματος με τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη στρατηγικών άμεσης αντιμετώπισης και προληπτικής διαχείρισης. Μείωση του εργασιακού άγχους, αναθεώρηση του μοντέλου οργάνωσης της εργασίας, βελτίωση των συνθηκών εργασίας ως αντικειμενικοί προσδιοριστές αφενός και αφετέρου συμβουλευτική ενδυνάμωση και υποστήριξη του προσωπικού βελτίωση της ικανοποίησης ως υποκειμενικοί προσδιοριστές συνθέτουν ένα πλέγμα μέτρων που θα μπορούσε να

στοχεύσει στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία κατάστασης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας, επιτακτική ανάγκη και αναγκαιότητα, καθώς οι λειτουργοί υγεία θεραπεύουν την ασθένεια και διαμορφώνουν συνθήκες υγείας για τους ασθενείς και για τους ίδιους.

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Πετράκος et al., (2018), αναδείχθηκαν οι παράγοντες που λειτουργούν κατασταλτικά στην ομαλή και εύρυθμη εργασία των λειτουργών υγείας. Το εργασιακό περιβάλλον των λειτουργών υγείας, η έλλειψη πόρων και η δυσκολία του περιβάλλοντος του οργανισμού υγειονομικής φροντίδας να παρέχει τις κατάλληλες εργασιακές συνθήκες σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ροή των ασθενών, επιφέρει αρνητικές επιδράσεις στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών των ασθενών και ταυτόχρονα την αδυναμία υποστήριξης του λειτουργήματος των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, η εργασιακή υπερφόρτωση, η έλλειψη ελέγχου, η ανεπαρκής αμοιβή, η αποδυνάμωση της ομαδικής εργασίας, η έλλειψη αισθήματος δικαίου και οι συγκρουόμενες αξίες συμβάλλουν αρνητικά στην ικανοποίηση τόσο των ασθενών, όσο και των λειτουργών υγείας. Όλα τα προαναφερθέντα στοιχεία οδηγούν το υγειονομικό προσωπικό σε καταστάσεις συναισθηματικής εξάντλησης και επαγγελματικής εξουθένωσης, με αποτέλεσμα να μην δύναται να φέρει εις πέρας αποτελεσματικά το λειτούργημά που έχει επωμιστεί και να βιώνει συνθήκες έντονου εργασιακού άγχους (Πετράκος et al., 2018).

Επομένως, παρατηρείται ότι το αίσθημα της εμπιστοσύνης, του σεβασμού, της ειλικρίνειας και της ασφάλειας αποτελούν στοιχεία για την ουσιαστική ενδυνάμωση των λειτουργών υγείας ως προς την αλληλέγγυα και αλληλοβοηθούμενη ομαδική εργασία, την προώθηση της ατομικής πρωτοβουλίας προς τη επίτευξη του κοινού στόχου, την δημιουργία συνεργατικών και φιλικών διαπροσωπικών σχέσεων και την υιοθέτηση μίας εργασιακής κουλτούρας που να υπερπηδά κάθε εμπόδιο που προκύπτει στον καθημερινό αγώνα για την αποδοτική και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας. Ως προς την οικοδόμηση των προαναφερθέντων ζωτικής σημασίας στοιχείων, ο οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας, χρειάζεται να υποστηρίζει την ανάπτυξη των ήπιων κοινωνικών δεξιοτήτων των οποίων η συνδρομή στην επιτέλεση του δύσκολου αυτού έργου στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι καταλυτικής σημασίας. Η συνεχής επιμόρφωση και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, εκτός από το όφελος της ανανέωσης των γνώσεων, βελτιώνει και την επαγγελματική

ικανοποίηση του προσωπικού και κατ' επέκταση την ικανοποίηση του ασθενούς (Πετράκος et al., 2018).

Στο εργασιακό περιβάλλον των οργανισμών υγείας, η φύση και το αντικείμενο της εργασίας επηρεάζει τόσο τις επιθυμίες και τις προσδοκίες των λειτουργών υγείας, όσο και στην προσωπική του βελτίωση και συνολικά στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι οργανισμοί αποτελούν συστήματα στα οποία αλληλεπιδρούν άνθρωποι που με την εργασία τους με τις πράξεις τους και τις σχέσεις τους δίνουν υπόσταση σε ένα οργανωμένο σύνολο δραστηριοτήτων ώστε να επιτύχουν συγκεκριμένους κοινούς στόχους (Γούλα, 2014). Η εσωτερική δομή αυτών των συστημάτων προκύπτει μέσα από την ανάγκη επίτευξης αυτών των στόχων.

Η κατανόηση της συμπεριφοράς, των αντιλήψεων και των πράξεων των μελών ενός οργανισμού ή η κατανόηση της οργανωσιακής κουλτούρας, καθίστανται απαραίτητες συνιστώσες για την άμεση ανταπόκριση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης στις αλλαγές που χρειάζονται για την ανθρωποκεντρική προσέγγιση της ασθένειας, την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και του βαθμού ποιότητας τους, την αδιάλειπτη προσαρμογή μέσω της μάθησης στα νέα δεδομένα των αναγκών των ατόμων που ασθενούν. Τα δεδομένα αυτά αποτελούν βασικά στοιχεία που επωφελούν στη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας, στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, προσφέροντας υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και δημιουργώντας κατ'αυτόν τον τρόπο ένα ασφαλές περιβάλλον περίθαλψης για τον ασθενή (Γούλα, 2014).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από τους Γούλα et.al., (2014), στην υφιστάμενη κατάσταση, τα δημόσια γενικά νοσοκομεία παρουσιάζουν εσωτερικό προσανατολισμό που οριοθετείται στην τήρηση κανόνων και διαδικασιών με έμφαση στον έλεγχο, την ιεραρχία, την προβλεψιμότητα και τη σταθερότητα. Το μοντέλο του ανοικτού συστήματος και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας που εστιάζουν στο εξωτερικό μακροπεριβάλλον και την ανάπτυξη του νοσοκομείου καταγράφουν μικρά ποσοστά. Αναφορικά με τη μελλοντική κατάσταση, σύμφωνα με τις απόψεις των στελεχών, διαφαίνεται η επιθυμία αλλαγής του ιεραρχικού μοντέλου οργάνωσης προς την κατεύθυνση του μοντέλου του συμμετοχικού management, το οποίο θα εμπεριέχει στοιχεία ευελιξίας, δημιουργικότητας, δυναμισμού και ανταγωνιστικότητας, δηλαδή στοιχεία και από τα άλλα δύο μοντέλα (ανοικτού

συστήματος και στόχων/αποδοτικότητας). Η εστίαση παραμένει στο εσωτερικό των νοσοκομείων, αλλά ταυτόχρονα καταγράφεται και η επιθυμία εστίασης και στο εξωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας των Γούλα et.al., (2014), προκύπτει ότι, η οργανωσιακή κουλτούρα ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, συντελεί το βασικό στοιχείο στην ατομική συμπεριφορά εντός ενός συνόλου εργασίας με κοινούς στόχους. Δικαίως χαρακτηρίζεται ως ένας μηχανισμός που δρα ως συνδετικός κρίκος και ενώνει όλα τα μέλη του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης. Τα συνδεδεμένα στοιχεία συνοχής των λειτουργιών υγείας με τον οργανισμό παροχής υπηρεσιών στο εσωτερικό του περιβάλλον, εμφανίζεται να είναι η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η πίστη και η δέσμευση απέναντι στον οργανισμό

Οι κατευθυντήριες γραμμές της διοίκησης των υγειονομικών οργανισμών για την εύρυθμη λειτουργία και την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και την αίσθηση ικανοποίησης των λειτουργών υγείας ότι συνδράμουν ενεργά για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οφείλουν να χαρακτηρίζονται από στοιχεία που προσεγγίζουν την ανθρωποκεντρική περίθαλψη και ταυτόχρονα την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στην επιθυμητή κατάσταση, όπως χαρακτηριστικά δηλώθηκε με ποσοστό 28,65% των συμμετεχόντων, χρειάζεται να δοθεί περισσότερη έμφαση στην ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων με υψηλό βαθμό συμμετοχής των εργαζομένων στη λήψη των αποφάσεων (Γούλα et.al., 2014).

Εν συνεχεία, το κύριο χαρακτηριστικό του περιβάλλοντος του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, χρειάζεται να ενισχύει τις ευκαιρίες που προκύπτουν εντός του για συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων, για πρωτοβουλίες, να παρέχεται η δυνατότητα να είναι ανταγωνιστικά και δυναμικά και να αναλαμβάνουν καινοτόμες αποφάσεις με έμφαση στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα της εργασίας τους. Η επιθυμητή διοίκηση των ανθρωπίνων πόρων χρειάζεται να προσδιορίζεται από χαρακτηριστικά όπως η ομαδικότητα, η συναίνεση, η συμμετοχή, η καινοτομία, η ατομική πρωτοβουλία, η ελευθερία, η πρωτοτυπία, με έμφαση στην παραγωγή και στην επίτευξη των στόχων, με σεβασμό στην ατομική αξία κάθε μέλους του νοσοκομείου (Γούλα et.al., 2014). Όλα αυτά τα στοιχεία διαφαίνεται να αποτελούν σημαντικά δεδομένα τα οποία ενισχύουν την προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και να υποστηρίζουν την προσπάθεια του αισθήματος ικανοποίησης των λειτουργών υγείας.

Ένας σημαντικός παράγοντας στην εύρυθμη λειτουργία και ουσιαστική συνεργασία των λειτουργών υγείας σύμφωνα με τους Γκικόκα et al., (2018), είναι η αναγνώριση των προσπαθειών τους κατά την επιτέλεση του έργου τους και η επίδειξη σεβασμού για το λειτούργημά τους, οι καλές σχέσεις με τους ανθρώπους, καθώς και η υποστήριξη και η καλή μεταχείριση από τον προϊστάμενο τους. Η ικανοποίηση από τη δραστηριοποίησή τους με τις ευκαιρίες για να χρησιμοποιούν τις ικανότητες και τις καλλιεργημένες δεξιότητές τους ήταν ιδιαίτερα σημαντικές. Οι ευκαιρίες για να κάνουν φίλους και η ανατροφοδότηση της ανάλογης εκτίμησης παρατηρήθηκαν ως απαραίτητες για την επιτυχή συνεργασία. Οι ανάγκες των συμμετεχόντων καταγράφηκαν περισσότερο στην ανάγκη για βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι οργανωτικές δομές, οι πόροι, οι διαδικασίες και η κουλτούρα, καθώς και η οργανωτική ανάδραση σε θέματα επιδόσεων, συνεισφέρουν σε παρακινητικές διαδικασίες που μπορεί να προκύπτουν σε ατομικό επίπεδο. Οι εν λόγω αντιλήψεις εκφράζονται με τη σχολή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, η οποία επικεντρώνεται στην ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των ατόμων σε ένα εργασιακό περιβάλλον. Η συμπεριφορά σχέσεων και η συμπεριφορά έργου αποτελούν δύο βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα μιας αποτελεσματικής ηγεσίας που ενδιαφέρεται για την ανάπτυξη των διεργασιών παρακίνησης του προσωπικού (Σαρρής, 2001). Οι υπάρχουσες ατομικές διαφορές θα έπρεπε να αποτελούν προτεραιότητα, όσο κι αν αυτό είναι μερικές φορές ανέφικτο και η εργασία να τους επιτρέπει να επηρεάζουν τη συμπεριφορά των άλλων (Γκικόκα et al., 2018).

Συνεχίζοντας, η διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των λειτουργών υγείας και των ασθενών περιλαμβάνει πέραν της κλινικής πρακτικής για την αντιμετώπιση της ασθένειας, την μεταφορά συναισθημάτων αμφίδρομα και αμφότερα των συναλλασσόμενων μερών της σχέσης, τα οποία πλαισιώνονται από τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές των εμπλεκόμενων. Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς, αποτελεί το σημαντικότερο στοιχείο για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Mitsi et al., 2018) και χρειάζεται να περιβάλλεται από στοιχεία διεπαφής μείζονος σημασίας. Σύμφωνα με τους Mitsi et al., (2018), τα στοιχεία που κατευθύνουν αυτή τη σχέση θεραπευόμενου - θεραπευτή και συνθέτουν τις δεξιότητες που χρειάζεται ως δομικό υλικό αυτής της σχέσης είναι η ενσυναίσθηση, η αποτελεσματική επικοινωνία και η ενεργητική ακρόαση.

Η θεραπευτική σχέση η οποία βασίζεται σε αυτά τα δομικά στοιχεία συμπεριφοράς, ενισχύει την κοινή δέσμευση του λειτουργού υγείας και του ασθενή στην επίτευξη της ουσιαστικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση της αρρώστιας με γνώμονα την ανθρωποκεντρική προσέγγιση. Κατ' επέκταση, τοιούτοτρόπως, εκπληρώνονται οι στόχοι της υγειονομικής φροντίδας και στην περίπτωση της χρόνιας φροντίδας, όχι μόνο θεραπεύουν τη νόσο και προλαμβάνουν τυχόν επιπλοκές, αλλά βελτιώνεται και η λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, ελαχιστοποιώντας τα συμπτώματα και παρατείνοντας το προσδόκιμο ζωής και την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Mitsi et al., 2018).

Η δια βίου εκπαίδευση, τυπικής, μη τυπικής και άτυπης εκπαιδευτικής δομής ενισχύουν το υγειονομικό προσωπικό ώστε να ενδυναμωθεί στην πορεία της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, για την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και την πρόληψη δυσμενών εργασιακών καταστάσεων που ενδεχομένως να προκαλέσουν έντονη δυσφορία και εργασιακά προβλήματα που οδηγούν σε σφάλματα και επαγγελματική ανεπάρκεια, χρειάζεται να επενδύουν σε προγράμματα μάθησης. Ένας οργανισμός που μαθαίνει από τις εμπειρίες του και εξελίσσεται, προσδίδει προστιθέμενη αξία στην εμπειρία του ασθενούς και συνδράμει στην αποφόρτιση των λειτουργών υγείας, προσφέροντας διεξόδους σε πιθανές καταστάσεις κρίσεων.

Η επαφή των λειτουργών υγείας με καινοτόμες μορφές μάθησης προσφέρουν βελτίωση στις στάσεις και στις συμπεριφορές τους για τη μεγιστοποίηση της ποιότητας φροντίδας υγείας, τη χρηστή διοίκηση και την ενδυνάμωσή τους εντός του εργασιακού περιβάλλοντος (Κουράκος et al., 2021). Εντός της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η γνώση θεωρείται ως μια κοινωνική σύμβαση, η οποία δεν μπορεί να θεωρηθεί οριστική και απόλυτα αληθής, τουναντίον, τίθεται σε μια ατέρμονη διαδικασία αναζήτησης, αναστοχασμού και επανερμηνείας (Κουράκος et al., 2021). Με απώτερο σκοπό οι λειτουργοί υγείας να πράττουν με κουλτούρα συνεργατικής συγκρότησης εντός του θεραπευτικού πλαισίου μειώνουν την απόσταση του δίπολου ασθενούς - λειτουργού υγείας (Κουράκος et al., 2021).

Σύμφωνα με τους Κουράκο et al., (2021), *«η νοηματοδότηση του κόσμου υγείας και νόσου του ασθενούς παράγεται από τη γλωσσική διεργασία, οπότε η χρήση εναλλακτικών προτάσεων και λέξεων θα οδηγήσει στον μετασχηματισμό της πραγματικότητας»*. Επομένως, κάθε εμπειρία εντός της θεραπευτικής σχέσης που

αναπτύσσεται μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς, μετασχηματίζει τη γνώση (τεχνικές δεξιότητες), σε νέα εμπλουτισμένη γνώση (συμπεριφορικές δεξιότητες), η οποία εξελίσσεται και συμπληρώνεται διαμέσου της κοινής εμπειρίας των δύο μερών της σχέσης. Η επιτυχία της σχέσης δίνει τα στοιχεία που θέτουν τον πήχη της αποτελεσματικής και αποδοτικής θεραπευτικής σχέσης και η αποτυχία αυτή την ευκαιρία βελτίωσής της. Συνεπώς, η ίδια η εμπειρία της θεραπευτικής σχέσης, αποτελεί προϊόν μάθησης για τον λειτουργό υγείας, για τον ασθενή και για τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης.

Εν κατακλείδι, σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία των ερευνών που συλλέχθηκαν, διαφαίνεται ότι οι δεξιότητες που είναι απαραίτητες να αναπτύξει ο λειτουργός υγείας ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει σε καταστάσεις δυσμενείς, όπως η συναισθηματική εξάντληση και επαγγελματική εξουθένωση, το αίσθημα της απομόνωσης και της αρνητικής συναισθηματικής φόρτισης, καταστάσεις επομένως που τον αποτρέπουν να προσδώσει ποιότητα στην ζωή του και στην παρεχόμενη υπηρεσία υγείας, πλαισιώνονται από τις έννοιες κατανόηση, επικοινωνία, ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη και ασφάλεια, σεβασμός, ενεργητική ακρόαση, αυτοέλεγχος και ατομική πρωτοβουλία.

6.2. Ερευνητικά ερωτήματα Μελέτης

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, βασίστηκε στην διερεύνηση και τον προσδιορισμό των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας του 21^{ου} αιώνα, οι οποίες συνδράμουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και συνολικά στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επομένως, τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα παρατίθενται ακολούθως:

- I. Ποιές είναι οι ήπιες δεξιότητες του 21^{ου} αιώνα των λειτουργών υγείας;
- II. Ποιά είναι η σημασία των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας στην ικανοποίηση των ασθενών;
- III. Ποιά είναι η συσχέτιση των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας με την ποιότητα ζωής;

Κατά την αναζήτηση και μελέτη των σχετικών με το αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας βιβλιογραφικών αναφορών στον προσδιορισμό των ήπιων αυτών δεξιοτήτων, προέκυψαν και κάποια δευτερεύοντα ερωτήματα. Συγκεκριμένα, αυτά τα ερευνητικά ερωτήματα παρατίθενται ακολούθως:

- i. Ποιά είναι η συσχέτιση των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας με την οργανωσιακή κουλτούρα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης;
- ii. Ποιά είναι η σημασία των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης;
- iii. Ποιά είναι η σύνδεση της διαπολιτισμικής κουλτούρας και των ήπιων δεξιοτήτων στην ικανοποίηση των ασθενών;
- iv. Ποιά η σημασία της μάθησης για την ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας εντός του οργανισμού παροχής υγειονομικής περίθαλψης;
- v. Ποιές είναι οι προκλήσεις στη μέτρηση των ήπιων δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας;

6.3. Μεθοδολογία Ανασκόπησης

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, η αναζήτηση των βιβλιογραφικών αναφορών διενεργήθηκε την περίοδο μεταξύ Ιουνίου και Δεκεμβρίου του έτους 2021 και αφορούσε τον εντοπισμό και την μελέτη άρθρων, βιβλίων και συγγραμμάτων της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας που δημοσιεύτηκαν ανά καιρούς έως και το 2021.

Η αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών έγινε στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed, Google Scholar, του Αμερικάνικου Ψυχολογικού Συλλόγου (American Psychological Association - APA) και στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες Διεθνών Πανεπιστημίων. Οι λέξεις ευρετηρίου που χρησιμοποιήθηκαν ως προς την αναζήτηση των βιβλιογραφικών πηγών ήταν: ήπιες δεξιότητες, λειτουργοί υγείας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα ζωής, οργανωσιακή κουλτούρα, μάθηση στην

εργασία, κατανόηση, επικοινωνία, ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη και ασφάλεια, σεβασμός, ενεργητική ακρόαση, αυτοέλεγχος και ατομική πρωτοβουλία, στην ελληνική γλώσσα και στην αγγλική γλώσσα .

Η αναζήτηση αφορούσε πρωτογενείς και δευτερογενείς επιστημονικές έρευνες, συστηματικές ανασκοπήσεις, καθώς και σχετική βιβλιογραφία αναφορικά στα αντικείμενα διερεύνησης της παρούσας μελέτης. Η αρχική αναζήτηση ανέδειξε συνολικά 60 άρθρα και κατόπιν διαλογής βάση της εξειδίκευσης των αντικειμένων προς διερεύνηση της θεματικής της εργασίας, συμπεριλήφθηκαν 21 άρθρα στην μελέτη και η διαδικασία διατυπώνεται στο διάγραμμα ροής που παρατίθεται στο επόμενο υποκεφάλαιο

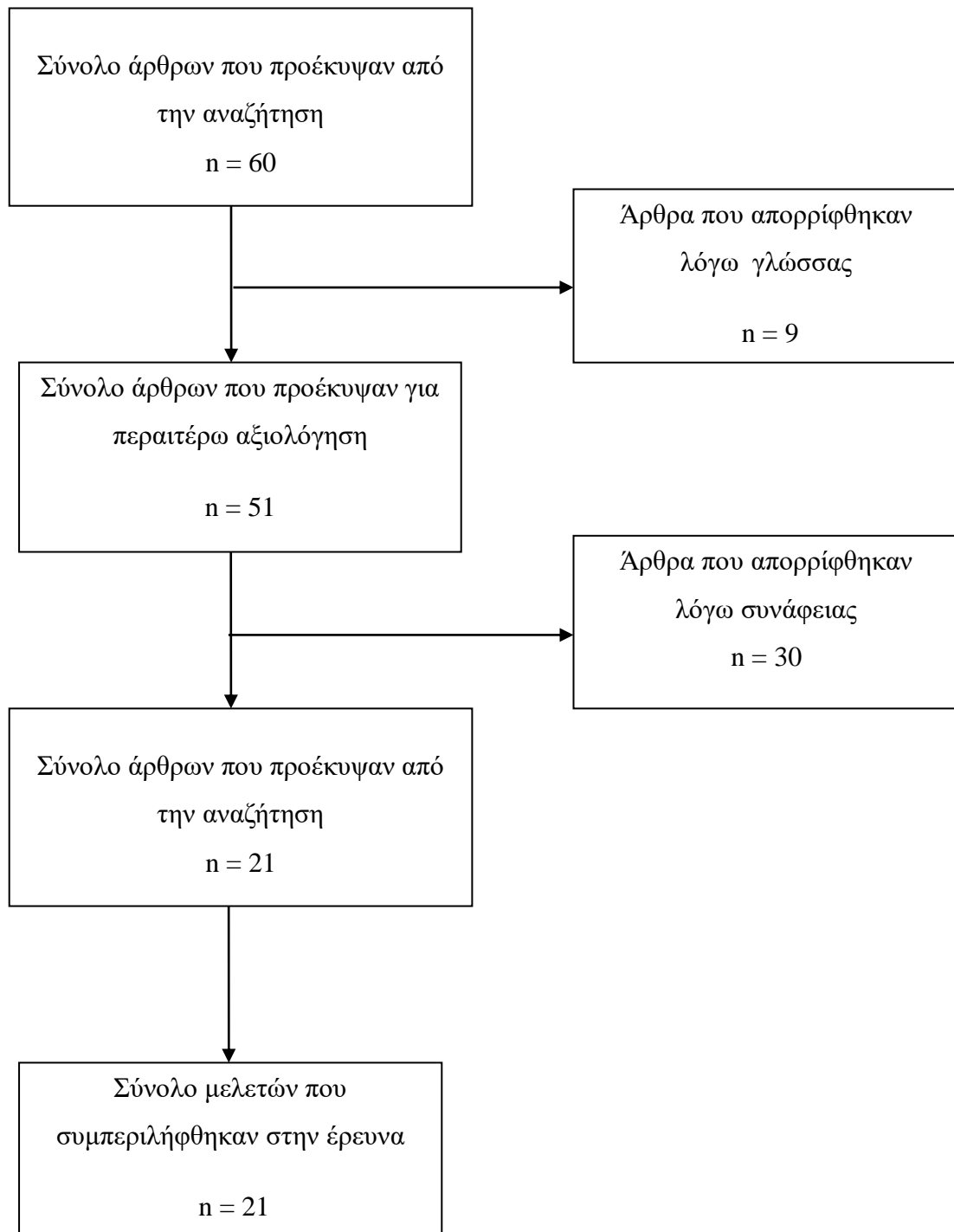
Ως κριτήρια επιλογής ορίστηκαν, πρώτον η δημοσίευση στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα και δεύτερον να είναι δημοσιευμένα σε διεθνή επιστημονικά περιοδικά. Ως κριτήριο αποκλεισμού ορίστηκε η δημοσίευση σε άλλη γλώσσα, πλην των προαναφερόμενων.

6.4. Διάγραμμα ροής

Στην αναζήτηση αρθρογραφίας και βιβλιογραφίας, προέκυψαν συνολικά $n = 60$ άρθρα εκ των οποίων τα $n = 9$ είναι στην Ρώσικη, Πολωνική και Ιαπωνική γλώσσα και βάσει των κριτηρίων αναζήτησης που τέθηκαν, θεωρούνται απορριπτέα. Το νέο σύνολο των μελετών είναι $n = 51$. Στην συνέχεια της διαλογής βρέθηκαν άρθρα τα οποία πληρούσαν τους όρους αναζήτησης, δηλαδή, ήπιες δεξιότητες, κατανόηση, επικοινωνία, ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη και ασφάλεια, σεβασμός, ενεργητική ακρόαση, αυτοέλεγχος και ατομική πρωτοβουλία, αλλά το αντικείμενο μελέτης αφορά επαγγέλματα και υπηρεσίες άλλων επαγγελματικών κλάδων.

Σύμφωνα με τα κριτήρια αναζήτησης απορρίφθηκαν $n = 30$ άρθρα. Το νέο σύνολο των μελετών είναι $n = 21$. Τα εναπομείναντα άρθρα, πληρούσαν όλα τα κριτήρια ώστε να συμπεριληφθούν στην μελέτη της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας. Επομένως το τελικό σύνολο των άρθρων είναι $n = 21$. Εν συνεχεία, παρατίθεται το διάγραμμα ροής.

Διάγραμμα Ροής

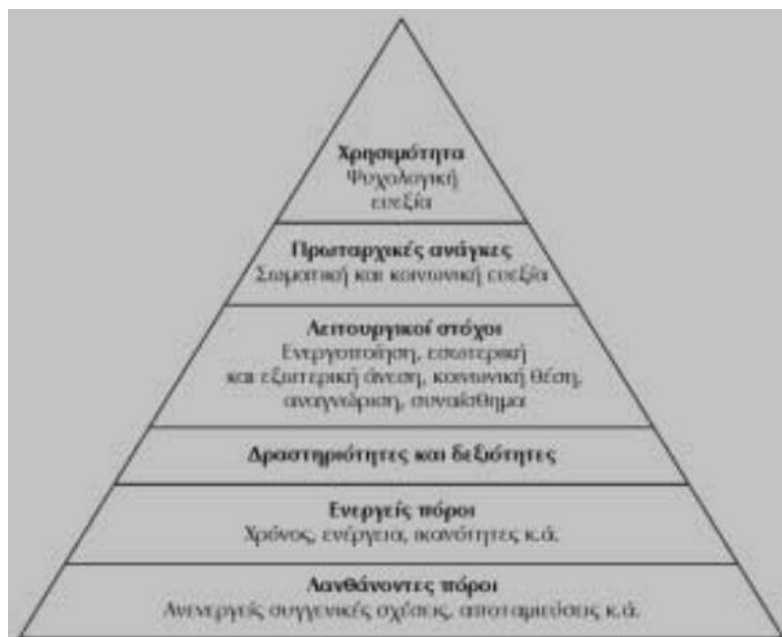


7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΗΠΙΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΤΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

7.1. Διερεύνηση των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Υγειονομική Φροντίδα

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ) (βλ. Σχήμα 2) αναγνωρίζει ότι ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής είναι η υγεία και προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο προσέγγισης των μηχανισμών επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής (Σαρρής et al., 2001). Σύμφωνα με τους Σαρρής et al., (2001), μέσω της θεωρίας της ΚΠΛ, ως ψυχολογική ευεξία εννοείται η ποιότητα ζωής, στο σημείο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική ευεξία και κοινωνική ευεξία) πληρούνται. Η θεωρία της ΚΠΛ στηρίζεται στην προσπάθειά των ανθρώπων να παράγουν τη δική τους ευεξία τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες. Για την ικανοποίηση των αναγκών τους, επιλέγουν εκείνους τους τρόπους που έχουν την καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.

Σχήμα 2: Θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Η πυραμίδα των αναγκών, στόχων, δραστηριοτήτων και πόρων.



Πηγή: Ormell et al., (1997), αναπροσαρμογή από τους Σαρρής et al., (2001).

Η θεωρία της ΚΠΑ συμβάλλει στο γεγονός ότι παρέχει τη δυνατότητα σύνθεσης των καταγεγραμμένων προβληματισμών στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι προβληματισμοί αυτοί αναφέρονται στη μονοδιάστατη ή πολυδιάστατη προσέγγιση της ποιότητας ζωής και στην υποκειμενική ή αντικειμενική εκτίμησή της και η δυνατότητα σύνθεσης στηρίζεται στην ιεραρχική διάρθρωση του συστήματος της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Στο ανώτερο επίπεδο της ιεραρχίας (ψυχολογική ευεξία, χρησιμότητα), αναφέρεται η μονοδιάστατη προσέγγιση ενώ η πολυδιάστατη επικεντρώνεται στο επίπεδο των λειτουργικών στόχων. Η αντικειμενική εκτίμηση αναφέρεται, στο επίπεδο των δραστηριοτήτων ή πόρων και η υποκειμενική στο επίπεδο της ικανοποίησης των λειτουργικών στόχων ή των αναγκών (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Πρωταρχικές ανάγκες και λειτουργικοί στόχοι.

Ανώτερο επίπεδο Πρωταρχικές ανάγκες	Ψυχολογική ευεξία					
	Σωματική ευεξία			Κοινωνική ευεξία		
Λειτουργικοί στόχοι	Ενεργοποίηση Παρακίνηση (ωφέλιμο επίπεδο ενεργητικότητας)	Εξωτερική ευμάρεια-άνεση (ευχάριστο περιβάλλον)	Εσωτερική ευμάρεια-άνεση (απουσία σωματικών αναγκών)	Κοινωνική θέση (έλεγχος περιορισμένων πόρων)	Αναγνώριση Επιβεβαίωση (ό,τι παίρνεις, κάνοντας «το σωστό»)	Συναίσθημα (ό,τι παίρνεις από άλλους που φροντίζουν για σένα)
Παραδείγματα λειτουργικών δραστηριοτήτων, δεξιοτήτων και χαρισμάτων	Σωματικές και ψυχικές δραστηριότητες που παράγουν ενεργητικότητα	Οικιακός εξοπλισμός, κατοικία, ασφάλεια, κοινωνική πρόνοια	Απουσία πόνου, κόπωσης, πείνας, δίψας, ζωτικότητα	Καταναλωτικό πρότυπο, επίδοση σε εργασία, επαγγελματική υποβάθμιση, άθληση	Συμμόρφωση με κοινωνικούς και ατομικούς κανόνες και αξίες, συμμετοχή σε ομάδες	Ερωτική σχέση, που παρέχει συναισθηματική υποστήριξη, γάμος
Παραδείγματα πόρων	Σωματική και ψυχική προσπάθεια	Χρήμα	Διατροφή, υγεία	Εκπαίδευση, κοινωνική τάξη, ατομικές ικανότητες	Κοινωνικές ικανότητες, ανταγωνισμός	Σύζυγος, συμπάθεια, ελκυστικότητα

Πηγή: Ormell et al., (1997) στο Σαρρής et al., (2001).

Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της ΚΠΑ και είναι η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία, η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων και η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων. Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν την σωματική ευεξία είναι η εσωτερική ευμάρεια, η εξωτερική ευμάρεια και η ενεργοποίηση. Η εσωτερική ευμάρεια αναφέρεται στη σωματική ευμάρεια εννοείται η απουσία δίψας, πείνας, πόνου κόπωσης και άλλων περιορισμών ή σωματικών

δυσχερειών. Η εξωτερική ευμάρεια αναφέρεται στο περιβάλλον που δραστηριοποιείται το άτομο, δηλαδή στο κατά πόσο ή εάν είναι ασφαλές και άνετο. Η ενεργοποίηση αναφέρεται στις δραστηριότητες οι οποίες παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα στα ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά και σωματικά ερεθίσματα.

Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν την κοινωνική ευεξία είναι η κοινωνική θέση, η αναγνώριση και το συναίσθημα. Η κοινωνική θέση αναφέρεται στην δυνατότητα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων του ατόμου και την κατάταξη του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η αναγνώριση αφορά στην αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους εντός των κανονικών και αποδεκτών ορίων. Το συναίσθημα αναφέρεται στη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα που πηγάζουν από τις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό περιβάλλον.

Η έλλειψη ισορροπίας μεταξύ των λειτουργικών στόχων και η υπέρβαση των ατομικών ορίων μπορούν να επιφέρουν στο άτομο συναισθηματικό κενό, δυσφορία, σωματική κόπωση, δυσκολία στη διαχείριση συναισθηματικών καταστάσεων που πηγάζουν εκ των έσω στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων των άλλων, συναισθηματικές συγκρούσεις και γενικότερα αρνητικά επιφορτισμένες καταστάσεις για το ίδιο το ίδιο το άτομο και το κοινωνικό σύνολο που εντάσσεται. Αυτή η κατάσταση αποδυναμώνει την προσπάθεια του ατόμου να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και κατ' επέκταση την βελτίωσή του σε ότι δραστηριοποιείται και συναλλάσσεται. Ο ρυθμιστής της ισορροπίας πηγάζει εν τω βάθει του ατόμου και βασίζεται σε αυτά τα μοναδικά και ξεχωριστά ατομικά γνωρίσματα τα οποία εξωτερικεύονται ως ήπιες δεξιότητες.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η συνεχιζόμενη κατάρτιση και επιμόρφωση καθώς και η επιλογή να προβεί σε αυτή, είναι βαρύνουσας σημασίας για την ανάπτυξη και καλλιέργεια δεξιοτήτων του προσωπικού υγείας, καθότι, με αυτό τον τρόπο λαμβάνει τα απαραίτητα εφόδια ώστε να παρέχει αποδοτικά και αποτελεσματικά ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Οι δεξιότητες, παρά τη διαπίστωση, ότι αλληλοσυμπληρώνονται και αλληλοσυνδέονται, διαφέρουν μεταξύ τους ως προς το περιεχόμενο και ως προς τις λειτουργικές διαβαθμίσεις των στελεχών (Σαρρής, 2001). Οι δεξιότητες αυτές διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Σαρρής, 2001):

- I. Τεχνικές δεξιότητες. Ως τεχνική δεξιότητα εννοείται η κατανόηση και κατοχή εξειδικευμένων γνώσεων σχετικά με την εφαρμογή μεθόδων και χρήση μηχανισμών ή τεχνικών, όπως ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, διαχειριστικών, τεχνολογικών. Η σημασία τους είναι προφανής για τη διεκπεραίωση των διαδικασιών ροής του παραγόμενου έργου. Αντιστοιχούν σε τεχνικές δραστηριότητες και έχουν μεγάλη σημασία στις χαμηλότερες βαθμίδες της οργανωτικής πυραμίδας.
- II. Συμπεριφορικές δεξιότητες. Ως συμπεριφορική δεξιότητα εννοείται η ικανότητα της συνεργασίας με άλλους ανθρώπους. Η ικανότητα συνεργασίας εκδηλώνεται με την κατανόηση και την αποδοχή της ιδιαιτερότητας των άλλων, την ανάπτυξη τεχνικών επικοινωνίας, μέσω των αντιληπτικών διαύλων των ατόμων, τη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας, ώστε να προσεγγίζει και να προάγει τη συμμετοχή όλων και τη διαφάνεια και ειλικρίνεια στις εργασιακές σχέσεις. Απαντούν σε όλα τα επίπεδα της οργανωτικής διαβάθμισης.
- III. Διανοητικές δεξιότητες. Ως διανοητική δεξιότητα εννοείται η ικανότητα της δημιουργικής σύνθεσης διαφοροποιημένων διαδικασιών και διεργασιών, ώστε να μην απειλείται η συνοχή και ενότητα των οργανωτικών δραστηριοτήτων της εργασίας. Συναντώνται όσο ανέρχεται κανείς στην οργανωτική κλίμακα.

Στην παρούσα εργασία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις συμπεριφορικές δεξιότητες του λειτουργού υγείας οι οποίες συνοδοιπορούν με την φύση του αντικειμένου εργασίας των εν λόγω λειτουργών υγείας, ως ουσιαστικό μέσο και εργαλείο συνεργασίας για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, η κατανόηση, η επικοινωνία, η ειλικρίνεια, η εμπιστοσύνη και η ασφάλεια, είναι συνυφασμένες με την ενσυναίσθηση, την ενεργητική ακρόαση, τον σεβασμό και την ευγένεια και συντελούν τα χαρακτηριστικά που πλαισιώνουν τη συναισθηματική νοημοσύνη. Παρατηρείται ότι η ατομική πρωτοβουλία, η αυτοδιαχείριση του ατόμου και ο αυτοέλεγχος των συναισθημάτων που προκύπτουν εντός του οργανισμού υγείας στις εμπειρίες που

βιώνει σε οργανωτικό επίπεδο αλλά και σε συνεργατικό επίπεδο, αποτελούν ήπιες δεξιότητες οι οποίες είναι ωφέλιμο να αναπτυχθούν.

7.1.1. Αναλυτική περιγραφή των Ήπιων Δεξιοτήτων των Λειτουργών Υγείας

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η λέξη επικοινωνία έχει οριστεί με αναρίθμητους τρόπους και της έχουν αποδοθεί ποικίλες έννοιες. Είναι μια περίπλοκη διαδικασία που βασίζεται στη διαμόρφωση πληροφοριών για τη δημιουργία νοήματος σε μια αμοιβαία σχέση και περιλαμβάνει την κατανόηση και τη μετάδοση πληροφοριών με πολλαπλούς τρόπους. Συνεπώς, είναι κάτι περισσότερο από την αποστολή ενός μηνύματος σε έναν παραλήπτη, καθότι, περιλαμβάνει την πρόθεση και τις σκέψεις του αποστολέα και την προσοχή, την κατανόηση και την αποδοχή του παραλήπτη. Παρόλο που οι ορισμοί της επικοινωνίας δεν προσδιορίζουν ρητά την επικοινωνία ως μια ήπια δεξιότητα, οι μελετητές θεωρούν την επικοινωνία ως μια βασική ικανότητα που επηρεάζει τη διαπροσωπική συμπεριφορά.

Η επικοινωνία έχει επίσης αναγνωριστεί από στελέχη επιχειρήσεων ως μία από τις 10 κορυφαίες ήπιες δεξιότητες που απαιτούνται στο σύγχρονο εργασιακό περιβάλλον (Robles, 2012). Στην υγειονομική περίθαλψη, η ενσυναίσθηση και η επικοινωνία έχουν αναφερθεί ευρέως ως διαπροσωπικές ήπιες ικανότητες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη σχέση ιατρού - ασθενούς και ως εκ τούτου, την εμπειρία του ασθενούς (Kelm et al., 2014). Επιπλέον, η Joint Commission έχει προσδιορίσει την επικοινωνία, τους ανθρώπινους παράγοντες και την ηγεσία ως τρεις από τις πιο κοινές ήπιες δεξιότητες που μπορούν να επηρεάσουν το περιβάλλον μιας ιατρικής ομάδας.

Η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ λειτουργών υγείας - ασθενών και μεταξύ λειτουργών υγείας έχει αναβαθμιστεί κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες και αυτή η εξέλιξη έχει επηρεάσει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η επικοινωνία μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς έχει γίνει αντιληπτή με διαφορετικό τρόπο

στα δύο ιατρικά μοντέλα επικοινωνίας. Το βιοϊατρικό μοντέλο είναι το παλιό μοντέλο που θεωρεί ότι η κακή υγεία είναι ένα φυσικό σύμπτωμα που μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με φυσικά μέσα. Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιεί ενημερωτικούς και επιστημονικούς τρόπους επικοινωνίας, ενώ αγνοεί την επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία του ασθενούς.

Το δεύτερο μοντέλο είναι το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο υποθέτει ότι η υγεία δεν είναι μόνο συνάρτηση φυσικών παραγόντων, αλλά επηρεάζεται επίσης από τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις του ασθενούς, καθώς και από άλλους παράγοντες (π.χ. κοινωνική υποστήριξη) στη ζωή του. Ως εκ τούτου, το μοντέλο αυτό τονίζει την ανάγκη για ενσυναισθητική και λογική επικοινωνία με τους ασθενείς προκειμένου να επιτευχθεί κατανόηση όσον αφορά τόσο τους ιατρικούς όσο και τους ανθρώπινους παράγοντες της υγείας (Schiavo, 2013).

Πολλοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν βρει το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ως πιο κατάλληλο για την εστίασή τους στην παροχή υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή απ' ότι το βιοϊατρικό μοντέλο και στη συνέχεια έχουν μετατοπίσει το ενδιαφέρον τους και τις δράσεις τους σε αυτή την προσέγγιση (Schiavo, 2013). Αυτή η μετατόπιση στην υιοθέτηση ιατρικών μοντέλων έχει υποστηριχθεί από διάφορες επαγγελματικές εταιρείες και ρυθμιστικά όργανα, όπως ενδεικτικά το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών των ΗΠΑ, ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος, η Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών, η Αμερικανική Ένωση Οικογενειακών Ιατρών, η Ένωση Αμερικανικών Ιατρικών Κολεγίων και διάφορα νοσοκομεία και ακαδημαϊκά ιδρύματα (Schiavo, 2013).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο εξηγεί τις δύο διαστάσεις της επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη την εργαλειακή και τη συναισθηματική επικοινωνία. Κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων λειτουργού υγείας και ασθενούς, οι λειτουργοί υγείας πρέπει να εφαρμόζουν πολλαπλούς τρόπους επικοινωνίας που ενσωματώνουν γνήσια προσωπική δέσμευση και συναισθηματική εμπλοκή. Συγκεκριμένα, η έκφραση συμπάθειας απαιτεί την επίδειξη ειλικρινών συναισθημάτων και τη σωστή χρήση των λέξεων (Levinson et al., 2010). Κατά συνέπεια, καθώς η επικοινωνία λειτουργού υγείας - ασθενούς περιλαμβάνει πολλές βασικές λειτουργίες, οι λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης απαιτείται να επιδεικνύουν υψηλό επίπεδο ποιότητας εξυπηρέτησης πελατών και να διαθέτουν ικανότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας, στον βαθμό που τους επιτρέπουν να

συνδέονται με τους ασθενείς, να μεταδίδουν πληροφορίες και να χειρίζονται δύσκολες καταστάσεις.

Στις αλληλεπιδράσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η επικοινωνία είναι πιο σύνθετη από ότι σε άλλα περιβάλλοντα και έχει πολλές πτυχές. Τα είδη της αλληλεπίδρασης των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης, περιλαμβάνουν τόσο λεκτικές όσο και μη λεκτικές πτυχές που βοηθούν στην καλύτερη επικοινωνία με τους ασθενείς. Το επικοινωνούμενο μήνυμα του λειτουργού υγείας πρέπει να *«ταξιδέψει από τον εγκέφαλο του ασθενούς στην καρδιά του για να κερδίσει την αποδοχή του»* (Page, 1984). Αυτό δεν είναι ένα εύκολο βήμα, αν αναλογιστεί κανείς ότι το άτομο που βιώνει μια ασθένεια δεν έχει τις φυσιολογικές του ικανότητες. Έτσι, οι λειτουργοί υγείας πρέπει να ακούν τους ασθενείς τους, να κάνουν ερωτήσεις και να ενδιαφέρονται για τις συναισθηματικές ανησυχίες των ασθενών τους (Schiavo, 2013).

Η συνεκτίμηση των συναισθημάτων και των αναγκών των ασθενών κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς μπορεί να ενθαρρύνει την προσήλωση των ασθενών στα θεραπευτικά πρωτόκολλα, να αυξήσει την ικανοποίηση των ασθενών και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας (Levinson et al., 2010 - Maguire & Pitceathly, 2002 - Schiavo, 2013). Πολυάριθμες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ της επικοινωνίας λειτουργού υγείας - ασθενούς και των αποτελεσμάτων υγείας. Στην μελέτη περίπτωσης των Levinson et al., (2010) και των Maguire & Pitceathly, (2002), εντόπισαν διάφορα οφέλη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους λειτουργούς υγείας όταν επικοινωνούν αποτελεσματικά. Για τους ιατρούς, τα οφέλη περιλαμβάνουν μεγαλύτερη πιθανότητα ακριβούς διάγνωσης του προβλήματος του ασθενούς, η οποία με τη σειρά της οδηγεί συνήθως σε μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενούς και προσκόλληση στα θεραπευτικά σχήματα.

Οι ασθενείς επωφελούνται από την αποτελεσματική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας μέσω της αυξημένης κατανόησης της ασθένειας ή του τραυματισμού τους, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του άγχους και σε αυξημένη προθυμία τήρησης ενός σχήματος θεραπείας. Επομένως, η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο τόσο στην ευημερία του ιατρού όσο και του ασθενούς. Επιπλέον, η ουσιαστική επικοινωνία κατά την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, μπορεί επίσης να ενισχύσει την εμπιστοσύνη μεταξύ

λειτουργών υγείας και ασθενών, καθώς και να αυξήσει τη δέσμευση των ασθενών. Πολλά ιδρύματα έχουν θεσπίσει κατευθυντήριες γραμμές, μαθήματα και παρεμβάσεις για την προώθηση μιας ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στην επικοινωνία λειτουργού υγείας - ασθενούς, ώστε να εξοπλίσουν τους ιατρούς με δεξιότητες και εργαλεία για να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να βελτιώνουν τα αποτελέσματα της υγείας (Schiavo, 2013).

Περαιτέρω, η έμφαση που δίνει ο νόμος για την προστασία του ασθενούς και την προσιτή περίθαλψη στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχει οδηγήσει σε αυξημένο ενδιαφέρον για τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή, οι οποίες αποδεδειγμένα επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία (Levinson et al., 2010). Ως εκ τούτου, η επικοινωνία αποτελεί θεμελιώδες εργαλείο για την αλληλεπίδραση μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς και μία από τις κύριες ήπιες κοινωνικές δεξιότητες στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Στην υγειονομική περίθαλψη, οι μέθοδοι που εφαρμόζονται σήμερα για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητας των επικοινωνιακών δεξιοτήτων ενός λειτουργού υγείας έχουν τη μορφή είτε ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς είτε ερευνών ικανοποίησης ή εμπειρίας των ασθενών (Levinson et al., 2010). Πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει την επικοινωνία των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης μέσω της ανάπτυξης νέων εργαλείων ή της χρήσης υφιστάμενων εργαλείων για τη μέτρηση της απόδοσης ενός παρόχου στην ανθρωποκεντρική φροντίδα (Levinson et al., 2010). Συγκεκριμένα, η έρευνα Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) είναι ένα επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης που αναπτύχθηκε από τους O'Malley et al., (2005), για τη μέτρηση διαφόρων διαστάσεων της ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Η έρευνα CAHPS χρησιμοποιείται ευρέως από ερευνητές και οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης για τη μέτρηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας στο πλαίσιο της αξιολόγησης των εμπειριών των ασθενών (Levinson et al., 2010). Το Roter Interaction Analysis System (RIAS) είναι ένα άλλο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως στην υγειονομική περίθαλψη για την αξιολόγηση της επικοινωνίας ιατρού - ασθενούς.

Ένα άλλο επικυρωμένο εργαλείο αξιολόγησης για τη μέτρηση της επικοινωνίας μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς είναι το Communication Assessment Tool (CAT) που αναπτύχθηκε από τους Makoul et al., (2007), για την

καταγραφή της αντίληψης των ασθενών σχετικά με την επικοινωνία και τις διαπροσωπικές δεξιότητες του λειτουργού υγείας αμέσως μετά από μια ιατρική συνάντηση εντός ή εκτός νοσοκομείου. Το CAT επικυρώθηκε και θεωρήθηκε αξιόπιστο για χρήση στην καθημερινή πρακτική μέσω μιας δοκιμής πεδίου σε ένα μεγάλο δείγμα ιατρών και ασθενών από διάφορες ειδικότητες, συμπεριλαμβανομένης της οικογενειακής ιατρικής, της δερματολογίας, της νευροχειρουργικής, της οφθαλμολογίας, της ορθοπαιδικής και της φυσικής ιατρικής (Makoul et al., 2007). Το CAT, ωστόσο, αποτελείται από 15 στοιχεία, 14 από τα οποία αξιολογούν αποκλειστικά τους ιατρούς, αφήνοντας μόνο ένα στοιχείο που αξιολογεί άλλους υποστηρικτικούς ιατρικούς παρόχους.

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, η επικοινωνία μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς είναι σύνθετη και πολυδιάστατη και περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από την εκτέλεση μηχανικών δεξιοτήτων, συγκεκριμένα, περιλαμβάνει πολλαπλά καθήκοντα επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της προσωπικής δέσμευσης και της συναισθηματικής σύνδεσης (Levinson et al., 2010). Ως εκ τούτου, τα μέσα μέτρησης της επικοινωνίας των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να κάνουν διάκριση μεταξύ λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, καθώς και μεταξύ συναισθηματικής και εργαλειακής επικοινωνίας. Επιπλέον, δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς μπορούν να διακρίνουν μεταξύ των διαφόρων τύπων επικοινωνίας όταν αναφέρουν τις αντιλήψεις τους. Ανάλογα με το επίπεδο της ασθένειας ενός ατόμου και το βαθμό στον οποίο εμπλέκονται τα συναισθήματα του, ορισμένοι ασθενείς εστιάζουν στην τεχνική ποιότητα του λειτουργού υγείας, ενώ άλλοι αντιθέτως, αξιολογούν την απόδοση του βάσει των δεξιοτήτων επικοινωνίας που έχει αναπτύξει.

Οι ερευνητές επιβεβαιώνουν ότι και οι δύο διαστάσεις της επικοινωνίας είναι σημαντικές, ωστόσο, ο βαθμός σημαντικότητας των διαστάσεων ποικίλλει ανάλογα με την κατάσταση. Κατά συνέπεια, η διαθεσιμότητα διαφόρων εργαλείων μέτρησης για την αξιολόγηση της επικοινωνίας μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς θα μπορούσε να διευκολύνει τη διαμόρφωση και την προσαρμογή των παραγόντων της επικοινωνίας που είναι πιο σημαντικοί για την αλληλεπίδραση τους σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης.

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Υπάρχει μεγάλη ομοιότητα μεταξύ των χαρακτηριστικών της ενσυναίσθησης και των ήπιων δεξιοτήτων. Όπως και με τις ήπιες δεξιότητες, η βιβλιογραφία στερείται μιας ενιαίας έννοιας ή ορισμού για τον όρο ενσυναίσθηση, επειδή η ενσυναίσθηση είναι πολυδιάστατη και σχετίζεται με πολλούς κλάδους. Κατά συνέπεια, η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι ερευνητές έχουν ταυτίσει την ενσυναίσθηση με διάφορους όρους και ορισμούς. Οι Eisenberg και Strayer, (1990), προσδιόρισαν την ενσυναίσθηση ως μια συναισθηματική συνιστώσα και την όρισαν ως «*το να μοιράζεσαι το αντιληπτό συναίσθημα ενός άλλου - να “αισθάνεσαι με” έναν άλλο*».

Αρκετοί ερευνητές θεωρούν ότι η ενσυναίσθηση είναι μια δεξιότητα και μια συμπεριφορά, γεγονός το οποίο προσδιορίζει την ενσυναίσθηση ως μια διαδικασία ή γεγονός με το οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται και κατανοεί την υποκειμενική εμπειρία ενός άλλου ατόμου. Κατ' επέκταση, η ενσυναίσθηση είναι μια ικανότητα και ένας τρόπος απόκτησης ενός συναισθήματος, δηλαδή μια “ανθρωπιστική στάση”, η οποία αναφέρεται στη συναισθηματική ή/και γνωστική επίγνωση των εσωτερικών καταστάσεων και προοπτικών ενός άλλου. Ο Patnaik, (2009), υποστήριξε ότι η ενσυναίσθηση εμφανίζεται όταν ένα άτομο μπορεί να «*βγει έξω” από τον εαυτό του και να “περπατήσει στα παπούτσια κάποιου άλλου*».

Ο Alford, (2016), όρισε την ενσυναίσθηση ως ένα υποκατάστατο συναίσθημα, μια αίσθηση αυτού που αισθάνεται το άλλο άτομο, ενώ ο Waytz, (2016), θεώρησε την ενσυναίσθηση ως «*ένα γνωστικό έργο*». Επομένως, η ενσυναίσθηση οριοθετεί μια συναισθηματική φόρτιση που προκαλείται από τη συναισθηματική κατάσταση ή την κατάσταση ενός άλλου, στην οποία κάποιος αισθάνεται τι αισθάνεται ο άλλος ή τι θα περίμενε κανείς κανονικά να αισθάνεται στην κατάστασή του. Σε περιβάλλοντα περίθαλψης ασθενών, οι Hojat et al., (2002) όρισαν την ενσυναίσθηση ως ένα γνωστικό χαρακτηριστικό που περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των εσωτερικών εμπειριών και της προοπτικής του ασθενούς και την ικανότητα επικοινωνίας αυτής της κατανόησης.

Ο όρος ενσυναίσθηση αποτελείται από τις λέξεις “εν”, “συν” και “αίσθηση”, υποδηλώνοντας την επέκταση της αίσθησης του ατόμου πέρα από τον εαυτό του. Αναφέρεται στην κατάσταση που βιώνει το άτομο δίχως να είναι απαραίτητη η

προφορική επικοινωνία και μπορεί να έρθει μέσω του συνδυασμού της οπτικής και ηχητικής παρατήρησης ενός ατόμου, τη γλώσσα του σώματος και την παρουσία εκφράσεων, καθώς και τον τρόπο που αντιδρά. Θα μπορούσε να περιγράψει και ίσως να ταυτίζεται με τις έννοιες “στοργή ή πάθος”. Η λέξη ενσυναίσθηση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον ψυχολόγο Edward B. Titchener, (1909), στο έργο του με τίτλο *Elementary Psychology of the Thought Processes*.

Στη βιβλιογραφία, μεγάλη σύγχυση επικρατεί γύρω από τη χρήση του όρου ενσυναίσθηση με άλλες συναφείς έννοιες, όπως η συμπάθεια και ο οίκτος (Alford, 2016). Οι μελετητές έχουν προσπαθήσει να διαφοροποιήσουν την ενσυναίσθηση από τη συμπάθεια. Η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία αναπληρωματικής εμπειρίας που συμβαίνει όταν ένα άτομο κατανοεί μια συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου ατόμου και μοιράζεται αυτό το συναίσθημα με το άλλο άτομο, υπό την προοπτική του άλλου ατόμου (Alford, 2016). Η διαδικασία της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει τη μεταφορά συναισθημάτων και αφορά διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις πέρα από τις επώδυνες (Alford, 2016). Από την άλλη πλευρά, η λέξη συμπάθεια είναι ένα συναίσθημα που αναφέρεται στο αίσθημα φροντίδας ή ενδιαφέροντος για τις δυσκολίες κάποιου άλλου (Alford, 2016). Ο οίκτος περιγράφεται ως άλλο όνομα ή μορφή της συμπάθειας, ένα είδος συμπαθητικής λύπης.

Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την προσέγγιση του άλλου ατόμου για να κατανοήσει την προοπτική του και να μοιραστεί την τα συναισθήματα, ενώ η συμπάθεια είναι η εμπειρία του να συγκινείσαι και να αισθάνεσαι οδύνη από τον πόνο του άλλου και να δείχνεις ενδιαφέρον για την ευημερία του άλλου. Η ενσυναίσθηση δεν απαιτεί να έχει κανείς άμεσο ενδιαφέρον για το άλλο άτομο, αλλά εξακολουθεί να περιλαμβάνει το να μοιράζεται τα συναισθήματα του άλλου ατόμου μέσω της κατανόησης του πόνου του - “λήψη προοπτικής” (Alford, 2016). Επομένως, η διαφοροποίηση μεταξύ των δύο εννοιών μπορεί να περιγραφεί με μια απλή προσέγγιση λέγοντας ότι, η ενσυναίσθηση περιγράφεται συνήθως ως “συναίσθημα με” τον άλλον, ενώ η συμπάθεια περιγράφεται συνήθως ως “λύπη για” τον άλλον.

Η πολυδιάστατη διαδικασία της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει τρία κύρια συστατικά τα γνωστικά ή νοητικά γεγονότα, τη συναισθηματική ανταπόκριση και τις συμπεριφορικές εκροές (Oxley, 2011). Η γνωστική διάσταση, συμβαίνει όταν το άτομο κατανοεί και διαπιστώνει ότι έχει επίγνωση της κατάστασης ενός άλλου

ατόμου. Αρκετοί μελετητές, αναφέρθηκαν στη γνωστική διάσταση με τον όρο “ενσυναισθητική κατανόηση” που διατυπώνει ένα βασικό χαρακτηριστικό του λειτουργού υγείας και μια θεμελιώδη προϋπόθεση για την ανάπτυξη κλινικών γνώσεων. Η συναισθηματική διάσταση λαμβάνει χώρα όταν το άτομο πραγματοποιεί τη συναισθηματική μετάβαση από τη σκέψη στο αίσθημα σύνδεσης με το άλλο άτομο και η διάσταση αυτή αποκαλείται από πολλούς μελετητές διάσταση “ανάληψης προοπτικής” (Oxley, 2011). Εν συνεχεία, σύμφωνα με τους μελετητές, η συμπεριφορική πράξη είναι όταν ένα άτομο μοιράζεται την εμπειρία του με ένα άλλο άτομο και το ενσυναίσθητο άτομο υφίσταται διάφορες ψυχολογικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της ενσυναίσθητης διαδικασίας. Επομένως, η γνωστική και η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης θεωρείται ότι διαμορφώνουν την ανώτερη τάξη ενσυναίσθησης, δηλαδή την “αληθινή ενσυναίσθηση”.

Ένα άλλο μοντέλο που εισήχθη από τους Decety και Moriguchi, (2007), πρότεινε ότι τέσσερις συνιστώσες αλληλεπιδρούν δυναμικά για την παραγωγή ενσυναίσθησης αναφέρονται στην συναισθηματική ανταλλαγή, στην αυτογνωσία, στη νοητική ευελιξία και στις ρυθμιστικές διαδικασίες. Η γνωστική ενσυναίσθηση θεωρείται ότι προέρχεται από την αυτογνωσία και τη νοητική ευελιξία (Decety & Moriguchi, 2007). Πολλοί μελετητές θεωρούν ότι η ενσυναίσθηση είναι ένα μέσο επικοινωνίας, η οποία περιλαμβάνεται στον ορισμό της σχέσης ως ένα από τα συστατικά της. Επιπλέον, η βιβλιογραφία έχει αναφέρει ευρέως ότι η ενσυναίσθηση και η επικοινωνία αποτελούν διαπροσωπικές ήπιες ικανότητες και ο αντίκτυπος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς και στη συνέχεια στην ικανοποίηση των ασθενών έχει καταδειχθεί σε πολυάριθμες μελέτες. Ανεξάρτητα από το αν η ενσυναίσθηση συνδέεται με την αυτογνωσία, την επικοινωνία και τη σχέση ή άλλες ικανότητες, η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι τα χαρακτηριστικά, οι εμπειρίες και οι γνωστικές αξιολογήσεις του ενσυναίσθητου ατόμου επηρεάζουν την αναπαράσταση και την έκφραση της ενσυναίσθησης.

Η ενσυναίσθηση στην υγειονομική περίθαλψη αντιπροσωπεύει τις επαγγελματικές ιδιότητες που πρέπει να διαμορφώνουν τις ανθρωπιστικές δεξιότητες των λειτουργών υγειονομικής φροντίδας. Οι έρευνες σχετικά με τον ρόλο της ενσυναίσθησης στον τομέα της αλληλεπίδρασης λειτουργού υγείας - ασθενούς θεωρούν την ενσυναίσθηση ως μία από τις θεμελιώδεις ικανότητες φροντίδας που πρέπει να επιδεικνύουν οι λειτουργοί υγείας στις αλληλεπιδράσεις τους με τους

ασθενείς. Οι δύο διαστάσεις της ενσυναίσθησης που πολλοί μελετητές βρήκαν καταλληλότερες για τη σχέση λειτουργού υγείας - ασθενούς είναι η γνωστική και η συμπεριφορική ενσυναίσθηση. Η γνωστική ενσυναίσθηση στο ιατρικό πλαίσιο απεικονίζεται μέσω της κατανόησης της κατάστασης των συναισθημάτων και των ανησυχιών του ασθενούς. Η συμπεριφορική ενσυναίσθηση απεικονίζεται από την ικανότητα του λειτουργού υγείας να μεταφέρει αυτή την κατανόηση πίσω στον ασθενή με τρόπο που θα βελτιώσει τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς (Kim et al., 2004). Η συναισθηματική διάσταση, ωστόσο, απαιτείται ως πρώτο βήμα για την εμπλοκή του λειτουργού υγείας να συνδεθεί συναισθηματικά με τον ασθενή για να κατανοήσει την ξεχωριστή εμπειρία του ασθενούς.

Η βιβλιογραφία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης παρουσίασε στοιχεία για τα θετικά οφέλη αυτού του κλινικού τύπου ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση λειτουργού υγείας - ασθενούς. Η ενσυναίσθητική επικοινωνία που έγκειται στη γνωστική και συμπεριφορική ενσυναίσθηση αποκαθιστά την αίσθηση του ασθενούς ότι τον καταλαβαίνουν, γεγονός που αυξάνει την εμπιστοσύνη των ασθενών στους λειτουργούς υγείας και ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών (Kim et al., 2004). Τα οφέλη της κλινικής ενσυναίσθησης επεκτείνονται και στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης.

Η κατανόηση των ανησυχιών και της συναισθηματικής κατάστασης ενός ασθενούς βοηθά τους λειτουργούς υγείας να κάνουν καλύτερη αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς και κατά συνέπεια οδηγεί σε βαθύτερη εμπλοκή και αλληλεπίδραση. Περαιτέρω σύμφωνα με τους ερευνητές, η γνωστική και συμπεριφορική ενσυναίσθηση διαπιστώνεται ότι καθησυχάζει τους ασθενείς και μειώνει το άγχος τους, γεγονός που με τη σειρά του συμβάλλει στη μείωση της εξουθένωσης του λειτουργού υγείας και οδηγεί σε βέλτιστα κλινικά αποτελέσματα (Hojat et al., 2009).

Αντίθετα, η συναισθηματική ενσυναίσθηση θεωρείται απειλή για τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης, επειδή είναι πιο σημαντικό για τον ιατρό να αναγνωρίζει και να κατανοεί τα συναισθήματα των ασθενών παρά να βιώνει και να μοιράζεται αυτά τα συναισθήματα (Halpern, 2003). Οι λειτουργοί υγείας πρέπει να διατηρούν μια συναισθηματική ισορροπία κρατώντας μια λογική απόσταση ενώ συμπάσχουν με τους ασθενείς, ώστε να αποφεύγεται η παρεμβολή των συναισθημάτων στην αντικειμενικότητα του λειτουργού υγείας στη διάγνωση και τη

θεραπεία (Hojat et al., 2002). Αυτή η διάκριση είναι ισοδύναμη με τη διαφορά μεταξύ ενσυναίσθησης και συμπάθειας, όπου ένας ενσυναισθητικός λειτουργός υγείας θα επικεντρωθεί στην κατανόηση των συναισθημάτων του ασθενούς, ενώ ένας λειτουργός υγείας που εκφράζει την συμπάθειά του, θα επικεντρωθεί στο να νιώσει το επίπεδο του πόνου που βιώνει ο ασθενής (Hojat et al., 2009). Επομένως, το να βιώνει ο λειτουργός υγείας τον πόνο κάθε ασθενούς δεν είναι εφικτό, καθώς θα οδηγήσει τους λειτουργούς υγείας σε επαγγελματική εξουθένωση.

Ως εκ τούτου, η έκφραση συναισθημάτων ενός λειτουργού υγείας θα μπορούσε να ανατρέψει την ουδετερότητα και την αντικειμενική συλλογιστική του λειτουργού υγείας κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων και κατά συνέπεια να επηρεάσει την ψυχική ικανότητα του να παρέχει φροντίδα στον ασθενή (Hojat et al., 2009). Κατά συνέπεια, οι γνωστικές και συμπεριφορικές πτυχές της κλινικής ενσυναίσθησης, σε αντίθεση με τη συναισθηματική ενσυναίσθηση, προσφέρουν μεγάλα οφέλη για τους ασθενείς και τους λειτουργούς υγείας. Η ενσυναίσθηση βελτιώνει την αλληλεπίδραση λειτουργού υγείας - ασθενούς, συμβάλλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας φροντίδας, αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και των λειτουργών υγείας και παρέχει νόημα στην άσκηση της ιατρικής.

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που εμποδίζουν τους λειτουργούς υγείας να βιώσουν αποτελεσματική ενσυναίσθηση. Πρώτον, η δομή της εκπαίδευσης στις ιατρικές σχολές επικεντρώνεται στην επιστημονική έρευνα, όπου ο μεμονωμένος ασθενής αντιμετωπίζεται ως "περίπτωση". Ακόμα και οι ιατρικές εκθέσεις γράφονται με παθητική φωνή και ως εκ τούτου, η εστίαση στρέφεται προς την ασθένεια και όχι προς τον ασθενή ως ολιστικό ον. Αυτά τα στοιχεία της εκπαίδευσης διαμορφώνουν την ποιότητα της σκέψης του λειτουργού υγείας ώστε να είναι πιο αντικειμενική και απρόσωπη, με λιγότερη προσοχή για την ανθρωπιά.

Δεύτερον, κατά την ιατρική πρακτική, το πιο συνηθισμένο εμπόδιο για την ενσυναίσθηση στην αλληλεπίδραση λειτουργού υγείας - ασθενούς είναι η πίεση του χρόνου. Οι χρονικοί περιορισμοί εμποδίζουν τον λειτουργό υγείας να διαθέσει αρκετό χρόνο για να ακούσει προσεκτικά τον ασθενή. Η ακρόαση είναι ζωτικής σημασίας για την παρατήρηση και την κατανόηση της προοπτικής και των συναισθημάτων του ασθενούς (Halpern, 2003).

Τρίτον, το εργασιακό περιβάλλον στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, απαιτεί από τους λειτουργούς υγείας να είναι διαρκώς διανοητικά παρόντες και συνειδητοποιημένοι και ως συνακόλουθο να αποτελεί ένα ακόμη εμπόδιο στην ενσυναίσθηση (Halpern, 2003). Οι λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης εκτίθενται συνεχώς σε διάφορες συναισθηματικές διαντιδράσεις που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτές οι συναισθηματικές διαντιδράσεις απορροφούν την ενέργεια που χρειάζονται για να ελέγχουν τη συναισθηματική δυσφορία και να διατηρούν αντικειμενική επικοινωνία (Hojat et al., 2009).

Τέταρτον, τα διαπροσωπικά χαρακτηριστικά και το είδος της κοινωνικής προσέγγισης που υιοθετείται από το λειτουργό υγείας και η διαντίδραση του ασθενή είναι άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την πιθανότητα ο λειτουργός υγείας να παράσχει ενσυναίσθηση στις αλληλεπιδράσεις της μεταξύ τους σχέσης (Halpern, 2003).

Πολλοί ερευνητές ανέφεραν ότι η έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της ενσυναίσθησης και η εννοιολόγησή της αποτελούν την κύρια πρόκληση για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης. Περαιτέρω, υπάρχουν αρκετές ασύμβατες προοπτικές σχετικά με την ενσυναίσθηση λόγω της σύνθετης και πολυδιάστατης φύσης της (Hojat et al., 2002). Συγκεκριμένα, η μέτρηση της ενσυναίσθησης είναι δύσκολη επειδή η ενσυναίσθηση είναι μια φυσική (μη καθορισμένη) συμπεριφορά που δεν μπορεί να διδαχθεί αλλά μπορεί να αποκτηθεί ή να προωθηθεί μέσω της ανάπτυξης άλλων δεξιοτήτων και στάσεων, όπως η αυτογνωσία, η αποτελεσματική ακρόαση και οι επικοινωνιακές δεξιότητες. Οι Gerdes et al., (2010), επιβεβαίωσαν ότι η αυτόματη φύση της ενσυναίσθησης παράγει συναισθηματικές αντιδράσεις και γνωστικές ικανότητες.

Αν και στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετά εργαλεία μέτρησης της ενσυναίσθησης για χρήση στον γενικό πληθυσμό, κανένα από αυτά τα εργαλεία δεν σχεδιάστηκε ειδικά για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς (Hojat et al., 2002 - Hojat et al., 2009). Δύο από αυτά τα εργαλεία ενσυναίσθησης, ωστόσο, αναγνωρίζονται για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης, η κλίμακα Κλίμακα Jefferson για την ενσυναίσθηση του ιατρού Jefferson Scale of Physician Empathy (Jefferson Scale of Physician Empathy, - JSPE) και τα μέτρα για τη Συμβουλευτική και Σχεσιακή Ενσυναίσθηση (Counselling and Relational Empathy, -

CARE). Η κλίμακα Jefferson αναπτύχθηκε και επικυρώθηκε από τους Hojat et al., (2001), για τη μέτρηση των στάσεων των φοιτητών ιατρικής απέναντι στην ενσυναίσθηση των ιατρών σε καταστάσεις φροντίδας ασθενών, χρησιμοποιώντας ένα δείγμα ειδικευομένων και φοιτητών ιατρικής της εσωτερικής ιατρικής.

Για να καταστεί η κλίμακα πιο σχετική με τη μέτρηση της ενσυναισθητικής συμπεριφοράς των λειτουργών υγείας και όχι των ενσυναισθητικών αντιλήψεων, αναπτύχθηκε μια τροποποιημένη έκδοση από τους Hojat et al., (2002), με συμμετέχοντες της έρευνας, ιατρούς. Οι τροποποιήσεις οδήγησαν σε μια κλίμακα που ήταν εφαρμόσιμη σε ένα εύρος λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων όχι μόνο ιατρών, αλλά και άλλων λειτουργών υγείας, όπως νοσηλευτές και θεραπευτές.

Η έρευνα σχετικά με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της τροποποιημένης έκδοσης της κλίμακας Jefferson για τους επαγγελματίες υγείας, έδειξε ότι υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης μεταξύ των δύο φύλων και μεταξύ των ιατρών σε διάφορες ομάδες ειδικοτήτων (Hojat et al., 2002). Η κλίμακα απέδωσε τρία στοιχεία για την ενσυναίσθηση ενός ιατρού, πιο συγκεκριμένα την ανάληψη προοπτικής που ισχύει για τον γενικό πληθυσμό, εκτός από τη συμπονετική φροντίδα και τη θέση στη θέση του ασθενούς, τα οποία είναι ειδικά για τη σχέση λειτουργού υγείας - ασθενούς (Hojat et al., 2002). Αρκετοί ερευνητές προσαρμοσαν στη συνέχεια την κλίμακα JSPE στην έκδοση Jefferson Scale of Empathy - Health Profession Students (JSE-HPS) για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης σε διάφορες ομάδες φοιτητών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που ασκούν επαγγέλματα υγείας.

ΑΚΡΟΑΣΗ

Τα άτομα μαθαίνουν να αναπτύσσουν τη φυσική ικανότητα της ακρόασης και να τη χρησιμοποιούν συνειδητά καθώς ωριμάζουν (Purdy, 1997). Η ακρόαση περιλαμβάνει την ερμηνεία και την κατανόηση του νοήματος και συνδέεται με τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και ικανότητες κατανόησης. Ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν ότι είναι η πιο σημαντική επικοινωνιακή δεξιότητα για την οικοδόμηση σχέσεων. Ο πρωταρχικός σκοπός της ακρόασης είναι να η γνωριμία με τους άλλους ανθρώπους και τις καταστάσεις, ώστε να είμαστε σε θέση να

λαμβάνουμε ορθές ηθικές αποφάσεις και να αναλαμβάνουμε δράση για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στόχου (Purdy, 1997). Σύμφωνα με τον Purdy, (1997), «η συνειδητή ακρόαση ενσταλάζει νόημα στην επικοινωνία και αυξάνει την ευαισθησία του ακροατή στις ανάγκες των άλλων». Μέσω της αποτελεσματικής ακρόασης, «ο ακροατής μεταδίδει σεβασμό και κατανόηση για τον ομιλητή με τρόπο που αντανακλά τη φροντίδα» (Purdy, 1997). Επομένως, τα κύρια αποτελέσματα της ακρόασης περιλαμβάνουν όχι μόνο τη μάθηση και την κατανόηση, αλλά και την καλλιέργεια σχέσεων (Purdy, 1997).

Κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας, η ακρόαση διαφέρει από την ακοή, καθότι, είναι πιο συνειδητή από την απλή ακρόαση. Η ακοή είναι η φυσική ικανότητα λήψης ηχητικών μηνυμάτων, η οποία μπορεί να μετρηθεί κλινικά με τη χρήση μηχανημάτων ακουομετρίας που μετρούν την αίσθηση ακοής του ατόμου. Η ακρόαση, από την άλλη πλευρά, είναι «η νοητική πράξη που μετατρέπει τα λαμβανόμενα μηνύματα σε νόημα» (Lundsteen, 1979). Σύμφωνα με τις παραπάνω απόψεις, η ακοή είναι μια αίσθηση που παρουσιάζει μια παθητική λειτουργία, ενώ η ακρόαση είναι μια δεξιότητα που επιδεικνύει νόηση μέσω της προσοχής στις πληροφορίες που ακούγονται καθώς και της πρόθεσης επεξεργασίας των πληροφοριών αυτών για την παραγωγή νοήματος. Η ακρόαση επομένως, αναφέρεται στην διαδικασία με την οποία η προφορική γλώσσα μετατρέπεται σε νοητικό περιεχόμενο.

Ο Purdy (1997) όρισε την ακρόαση ως την ενεργό και δυναμική διαδικασία της προσοχής, της αντίληψης, της ερμηνείας, της μνήμης και της ανταπόκρισης στις εκφρασμένες (λεκτικές και μη λεκτικές) ανάγκες, τις ανησυχίες και τις πληροφορίες που προσφέρονται από άλλους ανθρώπους. Τοιουτοτρόπως, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ακρόαση ταυτίζεται με την ενεργή αναζήτηση για την πλήρη και ακριβή κατανόηση του νοήματος του μηνύματος ενός άλλου.

Αυτοί οι ορισμοί περιγράφουν τα στοιχεία που είναι κρίσιμα για να είναι η ακρόαση μια συναισθηματική διαδικασία. Συγκεκριμένα, τα στοιχεία αυτά είναι η επιθυμία για ακρόαση, η συμμετοχή με συγκέντρωση και προσοχή, η επίγνωση της αντίληψης, η ετοιμότητα κατανόησης και ερμηνείας του μηνύματος, η ικανότητα μνήμης του μηνύματος, η ανταπόκριση στο μήνυμα (είτε λεκτική είτε μη λεκτική) και η έκφραση ενδιαφέροντος για τις ανάγκες και τις πληροφορίες που προσφέρονται από ένα άλλο άτομο (Lundsteen, 1979 - Purdy, 1997). Επομένως, αυτά τα στοιχεία

καταδεικνύουν ότι η αποτελεσματική ακρόαση είναι μια ιδιαίτερα συνειδητή, διανοητική δραστηριότητα (Lundsteen, 1979).

Η βιβλιογραφία προσδιόρισε τέσσερις κύριους τύπους ακρόασης. Η διακριτική ακρόαση περιλαμβάνει την ικανότητα αναγνώρισης λεκτικών και μη λεκτικών πτυχών ενός μηνύματος που αφορούν τα χαρακτηριστικά του μηνύματος και όχι το περιεχόμενό του. Η συνολική ακρόαση περιλαμβάνει την κατανόηση του περιεχομένου του μηνύματος με σκοπό τη μάθηση και την κατανόηση των πληροφοριών που μεταφέρονται. Η κριτική - αξιολογική ακρόαση προϋποθέτει ότι η φύση του μηνύματος έχει αναγνωριστεί (διακριτική) και κατανοηθεί (περιεκτική) επαρκώς ώστε να είναι σε θέση να αναλύσει τις προθέσεις και να αξιολογήσει τις πληροφορίες. Η θεραπευτική ακρόαση, που ονομάζεται επίσης ενσυναισθητική ακρόαση και αντανακλά το ενδιαφέρον για τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων μέσω της ακρόασης για να μοιραστούν συναισθήματα ή να προσφέρουν παρηγοριά στους άλλους με ουσιαστικές απαντήσεις (Lundsteen, 1979 - Purdy, 1997).

Ο Purdy (1997) υποστηρίζει ότι τα βασικά στοιχεία της διαπροσωπικής ακρόασης περιλαμβάνουν την επίγνωση, την ενσυναίσθηση, την εμπιστοσύνη, την αυτοαποκάλυψη και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Οι δεξιότητες ακρόασης περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά ανάληψης ρόλων και ενσυναίσθησης προς τους άλλους μέσω της κατανόησης των αναγκών και των αντιλήψεων του άλλου ατόμου και της χρήσης αυτών των πληροφοριών κατά την επικοινωνία με το άλλο άτομο αποτελεσματικά και με ενσυναίσθηση. Η ακρόαση και ορισμένες από τις πτυχές της, συμπεριλαμβανομένων της επίγνωσης και της ενσυναίσθησης, θεωρούνται γενικά ως ήπιες δεξιότητες και σημαντικές πτυχές της αποτελεσματικής επικοινωνίας και των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων.

Η ιατρική πρακτική παρουσιάζει δύο μοντέλα ακρόασης στα κλινικά περιβάλλοντα, την ενεργητική ακρόαση και την παθητική ακρόαση. Η ενεργητική ακρόαση συμβαίνει όταν ο λειτουργός υγείας ακούει τους ασθενείς με προσοχή και ανταποκρίνεται με λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματική ακρόαση και κατανόηση. Η παθητική ακρόαση συμβαίνει όταν ο λειτουργός υγείας προσποιείται ότι ακούει, με αδιάφορες αντιδράσεις ή ενασχόληση με την καταγραφή σημειώσεων, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή και δίνοντας μόνο επιφανειακές απαντήσεις. Η ενεργητική ακρόαση αντικατοπτρίζει τις αποτελεσματικές δεξιότητες ακρόασης που τονίζονται στα ιατρικά περιβάλλοντα και

εκπληρώνουν τον σκοπό και τον στόχο της ακρόασης (Jagosh et al., 2011 - Johnston et al., 2007).

Σε μια αλληλεπίδραση λειτουργού υγείας και ασθενούς, η αποτελεσματική ακρόαση κάνει τον ασθενή να αισθάνεται άνετα, γεγονός που είναι πιθανό να ενισχύσει τη σχέση μεταξύ τους. Επομένως, η ακρόαση των παραπόνων των ασθενών μειώνει το άγχος τους, τους κάνει να αισθάνονται άνετα και επιδεικνύει κατανόηση, γεγονός που ενθαρρύνει το άνοιγμα των ασθενών και καλλιεργεί ωφέλιμα τη θεραπευτική σχέση των λειτουργών υγείας με τους ασθενείς. Αυτά τα αποτελέσματα της ακρόασης αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις επικοινωνιακές δεξιότητες των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης (Jagosh et al., 2011). Επιπλέον, η αποτελεσματική ακρόαση συμβάλλει σε κλινικά αποτελέσματα, όπως η ακριβής διάγνωση και η αναφορά των παραπόνων των ασθενών, που βελτιώνουν την ικανότητα των λειτουργών υγείας να λαμβάνουν κατάλληλες αποφάσεις (Jagosh et al., 2011).

Ως εκ τούτου, η ενεργητική ακρόαση θεωρείται ζωτικής σημασίας για την κλινική επικοινωνία και τη δημιουργία σχέσεων μεταξύ λειτουργού υγείας και ασθενούς (Jagosh et al., 2011 - Johnston et al., 2007). Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η ενεργητική ακρόαση από τους γενικούς ιατρούς διαδραματίζει θεραπευτικό ρόλο στη βελτίωση των ψυχολογικών αποτελεσμάτων των ασθενών για παρηγοριά ή ως πρόληψη κατά της ανάπτυξης σοβαρότερων παθήσεων και συσχετίζεται με ήσσονος σημασίας κλινικές θεραπείες (Johnston et al., 2007).

Η ιατρική πρακτική, ωστόσο, παρουσιάζει ορισμένα εμπόδια στην αποτελεσματική ακρόαση σε κλινικά περιβάλλοντα, με κυριότερα την πίεση χρόνου και φόρτου εργασίας. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την αποτυχία ενθάρρυνσης των ασθενών να ανοιχτούν στο σύντομο χρονικό διάστημα που συχνά παρέχεται για τη διαβούλευση (Johnston et al., 2007). Η έλλειψη ακρόασης είναι πιθανό να εκληφθεί από τους ασθενείς ως έλλειψη προσοχής ή αναγνώρισης εκ μέρους του ιατρού (Johnston et al., 2007). Επομένως, η ενεργός ακρόαση από τους λειτουργούς υγείας μπορεί να αποτρέψει τις περιττές επαναλαμβανόμενες επισκέψεις των ασθενών και κατά συνέπεια, να μειώσει τον φόρτο εργασίας των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ο τρόπος αποτελεσματικότερης μέτρησης της δεξιότητας ακρόασης εξακολουθεί να είναι ένα φαινόμενο που δεν έχει ερευνηθεί και αξιολογηθεί επαρκώς, παρά το γεγονός ότι η δεξιότητα ακρόασης αναγνωρίζεται ως μια οργανική και κεντρική ικανότητα στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών (Jagosh et al., 2011). Πολλά υπάρχοντα εργαλεία αξιολόγησης που έχουν σχεδιαστεί για τη μέτρηση της δεξιότητας ακρόασης, έχουν εννοιολογήσει ή μετρήσει την ακρόαση σε άλλα πλαίσια εκτός της υγειονομικής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, το πλαίσιο στο οποίο έλαβε χώρα η λειτουργία της ακρόασης επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η ακρόαση εννοιολογείται και τον τρόπο με τον οποίο επιδεικνύεται η συμπεριφορά ακρόασης (Davis et al., 2008).

Πολλές έρευνες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εστιάζουν στον ρόλο της ακρόασης στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενούς, ωστόσο *«υπάρχει έλλειψη ερευνών που αξιολογούν την εννοιολόγηση των ασθενών για τη συμπεριφορά ακρόασης των παρόχων τους»* (Davis et al., 2008). Αναγνωρίζοντας τις διαφορετικές εννοιολογήσεις των ερευνητών για την ακρόαση, οι Imhof και Janusik, (2006), ανέπτυξαν το Imhof Janusik Listening Concept Inventory (IJLCI), για να αξιολογήσουν τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο εννοιολογεί ή σκέφτεται για την ακρόαση. Το IJLCI περιλαμβάνει τέσσερις παράγοντες: 1) Ακρόαση ως οργάνωση πληροφοριών, 2) Ακρόαση ως οικοδόμηση σχέσεων, 3) Ακρόαση ως μάθηση και ενσωμάτωση πληροφοριών και 4) Κριτική ακρόαση (Imhof & Janusik, 2006). Το όργανο επικυρώθηκε με τη χρήση προπτυχιακών φοιτητών πανεπιστημίου και παρουσιάστηκε ως εύλογο για άτομα με διαφορετικές εννοιολογήσεις της ακρόασης, ωστόσο, δεν υπήρξε καμία ένδειξη εάν το όργανο εξαρτάται από το πλαίσιο.

Για να εξετάσουν τις έννοιες της ακρόασης στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι Davis et al., (2008), χρησιμοποίησαν το IJLCI για να διερευνήσουν πώς οι εννοιολογήσεις της ακρόασης διαφέρουν μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικών υπαλλήλων νοσοκομείων. Παρόλο που η μελέτη αποκάλυψε διαφορές στον τρόπο με τον οποίο η ακρόαση εννοιολογείται σε διάφορους τύπους παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, το IJLCI δεν μπορούσε να επιβεβαιώσει αν οι ερωτηθέντες θεωρούσαν ειδικά το πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης ή άλλο πλαίσιο ακρόασης (Davis et al., 2008). Ως εκ τούτου, η μέτρηση της ακρόασης στην αλληλεπίδραση λειτουργού υγείας - ασθενούς παραμένει μια πρόκληση.

ΑΤΟΜΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ

Η προσωπική πρωτοβουλία περιγράφεται συχνά ως ένα «*σύνδρομο συμπεριφοράς που έχει ως αποτέλεσμα ένα άτομο να υιοθετεί μια ενεργή και αυτοκίνητη προσέγγιση στην εργασία του και να πηγαίνει πέρα από αυτό που τυπικά απαιτείται σε μια δεδομένη εργασία*» (Frese et al., 1997). Ο ορισμός δίνει έμφαση στα ακόλουθα στοιχεία της προσωπικής πρωτοβουλίας και αυτά είναι η συνέπεια, η μακροπρόθεσμη εστίαση, ο προσανατολισμός στους στόχους και στη δράση, η επιμονή στην υπέρβαση των εμποδίων και η αυτο-έναρξη και ενεργητικότητα (Speier & Frese, 1997).

Οι μελετητές της προσωπική πρωτοβουλία έχουν καταδείξει τις θετικές σχέσεις της με άλλες έννοιες, όπως η επιχειρηματικότητα, η αυτοδιαχείριση, η ενεργητικότητα, η αποτελεσματική απόδοση, η δημιουργικότητα, η υπευθυνότητα και η αυτοαποτελεσματικότητα. Αντίθετα, η ένταση έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με τη συμπεριφορά πρωτοβουλίας (Izick et al., 2012).

Η προσωπική πρωτοβουλία είναι μια ενεργητική προσέγγιση κατά την οποία το άτομο ξεκινάει μόνο του τη δράση με βάση την προσωπική του κρίση επί της κατάστασης που παρευρίσκεται εντός αυτής, ούτως ώστε να ξεπεράσει μια δυσκολία που προκύπτει κατά την επιδίωξη ενός στόχου. Τα άτομα με παθητική προσέγγιση στερούνται προσωπικής πρωτοβουλίας, δηλαδή, διεκπεραιώνουν τις εργασίες χωρίς να αντιδρούν στις απαιτήσεις της κατάστασης. Η προσωπική πρωτοβουλία, ωστόσο, αντιμετωπίζεται μερικές φορές αρνητικά από τους προϊσταμένους, οι οποίοι θεωρούν ότι διακόπτει τις ρουτίνες και απειλεί τη ροή των εργασιών (Baer & Frese, 2003).

Ως εκ τούτου, η υποστήριξη από τη διοίκηση ενός περιβάλλοντος που ενθαρρύνει την ανάληψη πρωτοβουλιών είναι ζωτικής σημασίας για να επιδείξουν οι άνθρωποι προσωπική πρωτοβουλία (Baer & Frese, 2003). Όταν οι οργανισμοί παρέχουν ένα υποστηρικτικό κλίμα και οι εργαζόμενοι επιδεικνύουν υψηλά επίπεδα πρωτοβουλίας, οι εργαζόμενοι είναι πιθανό να παράγουν δημιουργικές ιδέες και καινοτομίες που οδηγούν σε ομαλότερες διαδικασίες και τελικά βελτιώνουν την απόδοση του οργανισμού (Baer & Frese, 2003).

Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, οι λειτουργοί υγείας πρέπει συνήθως να ακολουθούν προσεκτικά τις οδηγίες και τις κατευθυντήριες γραμμές

(Boerner & Dótschke, 2008). Παρ' όλα αυτά, η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα αγχωτικό περιβάλλον, εντός ενός πλαισίου στο οποίο ο χρόνος και η ενέργεια των εργαζομένων συχνά κατευθύνονται σε συμπεριφορές αντιμετώπισης (Işık et al., 2012). Η κλιμακούμενη πολυπλοκότητα των προκλήσεων που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας, ωστόσο, επιβάλλει αλλαγές στις διαδικασίες και απαιτεί αυθόρμητη αντίδραση. Αυτό με τη σειρά του, αυξάνει την απαίτηση για ευελιξία μεταξύ όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία μετασχηματισμού (Boerner & Dótschke, 2008 - Işık et al., 2012).

Ως εκ τούτου, οι λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης αναμένεται να επιδεικνύουν συμπεριφορές προσωπικής πρωτοβουλίας συχνότερα από οποιοσδήποτε αντιδραστικές συμπεριφορές (Boerner & Dótschke, 2008 - Işık et al., 2012). Προκειμένου οι λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης να αποδίδουν ενεργά σε ένα τόσο δυναμικό περιβάλλον, η ανάθεση ευθυνών προς τα κάτω θα πρέπει να επιτρέπει στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να είναι προληπτικοί και να αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες πέρα από τους περιορισμούς των καθηκόντων τους με λίγη επίβλεψη (Işık et al., 2012).

Η προσωπική πρωτοβουλία έχει μετρηθεί στη βιβλιογραφία με τη χρήση διαφορετικών δομών και πολλαπλών εργαλείων. Η πιο αναγνωρισμένη μέτρηση της προσωπικής πρωτοβουλίας είναι μια κλίμακα που αναπτύχθηκε από τους Frese et al., (1997), ως απάντηση στις διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των κατοίκων της Ανατολικής και της Δυτικής Γερμανίας. Το μέτρο αναπτύχθηκε μέσω της επικύρωσης της κατασκευής της προσωπικής πρωτοβουλίας με μια σειρά συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων που πραγματοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα πολιτών από δύο πόλεις, μία στην Ανατολική Γερμανία και μία στη Δυτική Γερμανία.

Ο Frese et al., (1997), απέδειξαν την εγκυρότητα της κλίμακας προσωπικής πρωτοβουλίας για ερευνητικούς σκοπούς. Δήλωσαν ότι η κατασκευή της προσωπικής πρωτοβουλίας και το όργανο μέτρησής της είναι πολύτιμα για τον έμμεσο προσδιορισμό της οργανωσιακής. Η κλίμακα προσωπικής πρωτοβουλίας (Frese et al., 1997) χρησιμοποιήθηκε το 2002 σε δείγμα πολιτών της Δρέσδης, στην Ανατολική Γερμανία, για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων στην

εργασία και της προσωπικής πρωτοβουλίας ως προληπτικής έννοιας της απόδοσης εκτός ρόλου.

Σε μια άλλη μελέτη, στοιχεία από την κλίμακα προσωπικής πρωτοβουλίας (Frese et al., 1997) προσαρμόστηκαν για τη μέτρηση της προσωπικής πρωτοβουλίας μιας ομάδας οδοντιάτρων σε μια μελέτη που διερεύνησε τις διασταυρούμενες σχέσεις μεταξύ των εργασιακών πόρων και της εργασιακής δέσμευσης, μεταξύ της εργασιακής δέσμευσης και την προσωπική πρωτοβουλία, και μεταξύ προσωπικής πρωτοβουλίας και φαινομενικότητας της εργασιακής μονάδας (Hakanen et al., 2008).

Η κλίμακα προσωπικής πρωτοβουλίας των Frese et al., (1997), χρησιμοποιήθηκε και πάλι για να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ της ευημερίας και της επιχειρηματικής προσωπικής πρωτοβουλίας σε μια ομάδα Γερμανών ιδιοκτητών επιχειρήσεων (Hahn et al., 2012). Οι Hahn et al., (2012), χώρισαν την κατασκευή της προσωπικής πρωτοβουλίας σε προσωπική πρωτοβουλία προσανατολισμένη στα καθήκοντα που μετρήθηκε με την κλίμακα Frese et al., (1997) και σε προσωπική πρωτοβουλία προσανατολισμένη στις σχέσεις που μετρήθηκε με στοιχεία που αναπτύχθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης και προσαρμόστηκαν από ένα μέτρο που χρησιμοποιήθηκε από τον Zhao et al., (2010).

Επίσης, οι Glaub et al., (2014), μέτρησαν τη συμπεριφορά προσωπικής πρωτοβουλίας σε μια παρέμβαση που απευθυνόταν σε ιδιοκτήτες μικρών επιχειρήσεων στην Καμπάλα της Ουγκάντα για την αύξηση της συμπεριφοράς προσωπικής πρωτοβουλίας και της επιχειρηματικής τους επιτυχίας, χρησιμοποιώντας την κλίμακα προσωπικής πρωτοβουλίας που αναπτύχθηκε από τους Frese et al., (1997).

Σε ένα πλαίσιο υγειονομικής περίθαλψης, η συμπεριφορά προσωπικής πρωτοβουλίας γιατρών και νοσηλευτών από έξι δημόσια και ιδιωτικά γερμανικά νοσοκομεία μετρήθηκε με τη χρήση μιας τροποποιημένης έκδοσης από την κλίμακα οργανωσιακής συμπεριφοράς του πολίτη των Staufenbiel και Hartz, (2000). Στόχος της μελέτης, ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της χαρισματικής ηγεσίας στη συμπεριφορά των ακόλουθων αυτής, με προσανατολισμό στην πρωτοβουλία (Boerner & Dótschke, 2008). Συμπερασματικά, κανένα από τα υπάρχοντα μέτρα για την προσωπική πρωτοβουλία δεν αναπτύχθηκε ή δεν επικυρώθηκε για την αξιολόγηση της προσωπικής πρωτοβουλίας των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης στο

πλαίσιο των αλληλεπιδράσεων λειτουργού υγείας - ασθενούς, παρόλο που οι Frese et al., (1997), εισήγαγαν μια επικυρωμένη προσέγγιση στην αντίληψη ή έννοια για την προσωπική πρωτοβουλία. Τέλος, υπάρχει ένα βιβλιογραφικό κενό στη μέτρηση της κατασκευής της προσωπικής πρωτοβουλίας στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, ιδίως στις αλληλεπιδράσεις λειτουργών υγείας και ασθενούς.

ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ

Οι Steptoe και Poole, (2016), όρισαν τον αυτοέλεγχο ως *«την ικανότητα του ατόμου να καταστέλλει τις παρορμήσεις που μπορεί να είναι σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές και να καθυστερεί την ικανοποίηση»*. Ο Rosenbaum, (1993), αναφέρθηκε στον αυτοέλεγχο ως *«τη διαδικασία με την οποία τα άτομα αποφασίζουν συνειδητά να αναλάβουν την ευθύνη της δικής τους συμπεριφοράς»*. Ο αυτοέλεγχος συνδέεται με άλλες έννοιες, όπως η αυτορρύθμιση και η δύναμη της θέλησης, οι οποίες διασφαλίζουν το άτομο από στρεσογόνους παράγοντες (Rosenbaum, 1993 - Steptoe & Poole, 2016).

Αρκετοί ερευνητές, θεωρούν ότι αυτοέλεγχος είναι ένας συγκεκριμένος τύπος αυτορρύθμισης με υψηλό επίπεδο συνειδητής προσπάθειας που αποσκοπεί στην υπέρβαση των επιθυμιών και στην ανταπόκριση στις καταστάσεις. Το χαρακτηριστικό του αυτοελέγχου είναι μια διαρκής δεξιότητα που συσχετίζεται με την ικανότητα εστιασμένης προσοχής (Strayhorn Jr, 2002). Στην υγειονομική περίθαλψη, η έννοια του αυτοελέγχου χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη θέληση, τόσο των λειτουργών υγείας, όσο και των ασθενών να ξεπεράσουν τις δυσκολίες ορισμένων ασθενειών. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με τον ρόλο του αυτοελέγχου στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών. Το πρόγραμμα αυτοελέγχου (Self-Control Schedule - SCS) είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε από τον Rosenbaum, (1980), για την αξιολόγηση του αυτοελέγχου ενός ατόμου.

Το όργανο SCS περιλαμβάνει την περιγραφή της εφαρμογής των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων και της αντιλαμβανόμενης αυτοαποτελεσματικότητας ενός ατόμου (Rosenbaum, 1980). Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του οργάνου SCS αξιολογήθηκαν και επικυρώθηκαν σε διάφορες μελέτες

και αναφέρθηκαν ως αξιόπιστες στην έρευνα για τον αυτοέλεγχο (Rosenbaum, 1980). Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει καμία ένδειξη για το κατά πόσον το SCS αποτελεί αξιόπιστο μέτρο για την αξιολόγηση του αυτοελέγχου στους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεών τους με τους ασθενείς.

ΕΥΓΕΝΕΙΑ

Ο όρος “ευγένεια” μέχρι στιγμής δεν έχει συζητηθεί ή λειτουργικοποιηθεί ως ανεξάρτητη κατασκευή στην υπάρχουσα βιβλιογραφία για την υγειονομική περίθαλψη. Παρά ταύτα, δηλώνεται ως συστατικό στοιχείο της φροντίδας των ασθενών . Η ευγένεια περιγράφεται ως μια ποιότητα που συνδέεται με την καλοσύνη, τη στοχαστικότητα, την προσοχή, το ενδιαφέρον, την ενσυναίσθηση, τον σεβασμό και την αγάπη (Faust, 2009 - Flynn, 2016). Ο όρος ευγένεια χρησιμοποιείται για να περιγράψει την πράξη της ευγένειας και όχι τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αισθάνεται ενώ δείχνει φροντίδα (Faust, 2009). Στη βιβλιογραφία για την υγειονομική περίθαλψη, η ευγένεια έχει προηγουμένως αξιολογηθεί μόνο έμμεσα μέσω ερευνών για τις υπηρεσίες φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (Ballatt & Campling, 2011).

Ορισμένες εργασίες ρουτίνας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εκτιμώνται περισσότερο όταν οι ασθενείς αισθάνονται ότι η εργασία εκτελείται με οικειότητα και προσωπικό άγγιγμα. Στην περίπτωση, *«το να βοηθήσετε έναν ασθενή να καθίσει, να κάνετε μπάνιο έναν ηλικιωμένο με χαμόγελο ή να τοποθετήσετε ένα καθησυχαστικό χέρι στον ώμο του μπορεί να μεταδώσει συμπεριφορές ευγένειας και καλοσύνης»* (Ballatt & Campling, 2011). Ως εκ τούτου, για να αξιολογηθεί η ευγένεια ως ήπια δεξιότητα, είναι σημαντικό να εντοπιστούν προσεκτικά οι συμπεριφορές των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης που καταδεικνύουν σαφώς πράξεις ευγένειας κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τους ασθενείς.

ΣΕΒΑΣΜΟΣ

Οι άνθρωποι έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και ερμηνείες για τις στάσεις και τις συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τον σεβασμό (Beach et al., 2006). Ο σεβασμός χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον στη βιβλιογραφία για την πολιτισμική επάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης για να περιγράψει την επαγγελματική στάση των λειτουργών υγείας απέναντι στους ασθενείς (Beach et al., 2006). Κατά συνέπεια, ο σεβασμός στην πολιτισμική επάρκεια μεταφράζεται ως η προσφορά ισότιμης μεταχείρισης σε ασθενείς διαφορετικών εθνοτικών και πολιτισμικών καταβολών και ως συνεκτίμηση των κοσμοθεωριών των ασθενών (Jongen et al., 2018). Ο σεβασμός χρησιμοποιείται για να δηλώσει την εξέταση των απόψεων των ασθενών από τον λειτουργό υγείας και την αποδοχή των αποφάσεων των ασθενών. Στην ιατρική δεοντολογία, ο σεβασμός επιδεικνύεται με την προστασία του απορρήτου και της αυτονομίας του ασθενούς. Στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία, ο σεβασμός επιδεικνύεται με την αναγνώριση και την εκτίμηση των ασθενών ως προσώπων (Beach et al., 2006).

Ο σεβασμός είναι μια θετική συμπεριφορά και η οποία έχει βρεθεί ότι *«σχετίζεται με την επικοινωνιακή συμπεριφορά των ιατρών σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης»* (Beach et al., 2006). Μια μελέτη από των Beach et al., (2006), διερεύνησε τον τομέα του αναφερόμενου από τους γιατρούς σεβασμού για μεμονωμένους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί προσέφεραν σημαντικά περισσότερες πληροφορίες και δηλώσεις για την οικοδόμηση σχέσης στους ασθενείς που σέβονταν μέτρια ή πολύ. Στην υγειονομική περίθαλψη, ο σεβασμός μετράται ως στοιχείο της φροντίδας των ασθενών μέσω ερευνών ικανοποίησης των ασθενών και υπηρεσιών φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

8.1. Η σημασία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ομάδα Υγειονομικής Περίθαλψης

Η προσαρμοστικότητα αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να εναρμονίζεται με ένα καθιερωμένο σύνολο μεθοδολογιών και εργασιακής κουλτούρας, όταν εργάζεται υπό τα όρια των περιορισμένων πόρων και της κάλυψης των αναγκών. Η προσαρμοστικότητα είναι συχνά γνωστή ως η ικανότητα διάκρισης μεταξύ του τι συμβαίνει αντικειμενικά και του τι υποκειμενικά, η αποτελεσματική προσαρμογή των συναισθημάτων, των ίδιων των συναισθημάτων και των ενεργειών του ατόμου στην κατάσταση και η εξέταση, η περιγραφή και η παροχή βιώσιμων εναλλακτικών λύσεων (Sirotiak & Sharma, 2019). Η ομαδική εργασία είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στο προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης όταν οι οργανισμοί παροχής υγειονομικής φροντίδας αντιμετωπίζουν καταστάσεις ελλείψεων υλικοτεχνικών πόρων για την εύρεση διεξόδων υπέρβασης των δυσκολιών που προκύπτουν.

Ορισμένοι τομείς της υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσαν να συγκριθούν με τον επαγγελματικό αθλητισμό, με πολλούς ανθρώπους να έρχονται μαζί για να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς. Με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς, ο καθένας πρέπει να κατανοεί πως να συναλλάσσεται με όλα τα άλλα μέλη της ομάδας. Η υψηλότερη λειτουργία της ομάδας σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα για τους ασθενείς, σύμφωνα με μελέτη που δημοσιεύθηκε στο Journal of the American College of Surgeons (Gibert, Tozer & Westoby, 2017). Η συνεργασία με άλλους είναι το θεμέλιο της ομαδικής εργασίας. Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει σε ομαδικό πλαίσιο ή ανεξάρτητα με έναν άλλο συνάδελφο για την εκτέλεση μιας κοινής εργασίας. Το να επιτρέπεται σε κάθε μέλος της ομάδας να συνεισφέρει το μερίδιο που του αναλογεί κατά τη διάρκεια ενός ομαδικού έργου ή των καθημερινών αρμοδιοτήτων και να αναγνωρίζονται και να εξυμνούνται οι διαφορετικές δεξιότητες και προσωπικότητες της ομάδας είναι το κλειδί για την επιτυχή ομαδική εργασία. Η εργασία σε μια καλά λειτουργούσα ομάδα προσφέρει μεγάλες ευκαιρίες μάθησης σε όλα τα μέλη της ομάδας.

Η ενσυναισθητική επικοινωνία περιγράφεται ως η επικοινωνία που δίνει έμφαση στην διαδικασία συναισθηματικής δέσμευσης του νοσηλευτή με τον ασθενή καθώς και με τους συναδέλφους. Σύμφωνα με τους Morse et al., (1991), η συμπάθεια είναι ένα πρώτο επίπεδο ενσυναισθητικής ανταπόκρισης και είναι μια λεκτική και μη λεκτική έκφραση της θλίψης ή του αποτροπιασμού του ίδιου του νοσηλευτή για την κατάσταση του ασθενούς. Όταν οι νοσηλευτές ήταν συμπονετικοί, οι συμμετέχοντες σε αυτή τη μελέτη αισθάνθηκαν ότι τα συναισθήματά τους ήταν δικαιολογημένα και τους έκαναν να νιώθουν ότι οι νοσηλευτές κατανοούσαν την κατάστασή τους και νοιάζονταν ως άτομα. Αναδείχθηκε επομένως σημαντικό για τους συμμετέχοντες, το γεγονός ότι οι νοσηλευτές μπορούν να επικοινωνούν την αναγνώριση και την κατανόηση της κατάστασης του ασθενούς.

Είναι σημαντικό στην υγειονομική περίθαλψη να είναι κανείς σε θέση να συμπάσχει με τους ασθενείς και να εξετάζει τις δύσκολες καταστάσεις τους. Η ενσυναίσθηση αναφέρεται συχνά ως κεντρικό χαρακτηριστικό των επιτυχημένων κλινικών διαβουλεύσεων, παρόλο που δεν υπάρχει μελέτη για τις συνέπειές της. Η δεκτικότητα στην ανατροφοδότηση από τους κλινικούς ιατρούς, τους συναδέλφους και τους ασθενείς είναι μια σημαντική πτυχή της ανάπτυξης των ήπιων δεξιοτήτων. Όταν οι άνθρωποι είναι ανοιχτοί στο να δέχονται πληροφορίες, είναι πιο ικανοί να δεχτούν θετικές συμβουλές και να τις χρησιμοποιήσουν για να βελτιώσουν την απόδοσή τους στην εργασία, συμπεριλαμβανομένων των ήπιων δεξιοτήτων. Η οικοδόμηση θετικών σχέσεων με τους συναδέλφους είναι σημαντική και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ανοιχτές και ειλικρινείς συζητήσεις σχετικά με τα σχέδια και τις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, τις οικογένειες και τα ενδιαφέροντα. Η εύρεση ομοιοτήτων στη ζωή και το ιστορικό κάποιου με τους συναδέλφους του, οικοδομεί ουσιαστικές σχέσεις, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν και πάλι την εργασιακή ατμόσφαιρα, την εμπιστοσύνη και την ευχέρεια της συνεργασίας.

Οι τέσσερις σημαντικότερες κατηγορίες δεξιοτήτων που απαιτούνται για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης είναι η επικοινωνία, η επίλυση προβλημάτων, η οργάνωση και η αυτοαξιολόγηση. Το IOM (Institute of Medicine), (2011), υποστηρίζει αυτή την προοπτική αναφέροντας ότι οι έμπειροι επαγγελματίες υγείας που καλλιεργούν υψηλά επίπεδα ηγετικών δεξιοτήτων είναι σε θέση να αναδείξουν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών, να συμβάλουν στη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και να ενδυναμώσουν και να καθοδηγήσουν αποτελεσματικά το

προσωπικό υγείας. Η προθυμία ενός εργαζομένου να δεχτεί ανατροφοδότηση, να εργαστεί υπό πίεση, ακόμη και να λάβει κρίσιμες αποφάσεις επηρεάζεται από την αίσθηση εμπιστοσύνης. Οι ασθενείς πρέπει να έχουν εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ιατρού ή του νοσηλευτή ούτως ώστε να τους περιθάλψει. Στις υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας, οι ζωές εξαρτώνται από τα χρονοδιαγράμματα, επομένως, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να επιδεικνύουν την ικανότητα να χειρίζονται αποτελεσματικά τα επαγγελματικά τους καθήκοντα, καθώς και να διατηρούν μια ευγενική και με σεβασμό στάση.

Η προσωπική ανάπτυξη περιγράφεται ως η απόκτηση δεξιοτήτων ζωής ή των ικανοτήτων που απαιτούνται για να ζήσει κανείς μια καλή ζωή. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα σπουδών απαιτεί την εκμάθηση “ήπιων δεξιοτήτων”, όπως η ακεραιότητα, η συναισθηματική νοημοσύνη και η αποτελεσματική ενσυναισθητική επικοινωνία, καθότι, σε αυτή την εποχή της παγκοσμιοποίησης, όπου το εξειδικευμένο υγειονομικό προσωπικό είναι σε έλλειψη και οι ιατροί μπορεί να κληθούν να μοιραστούν τις ιδέες και την τεχνογνωσία τους σε διαφορετικές κουλτούρες και ηπείρους, με συνέπεια αυτό μπορεί να λειτουργήσει μόνο εάν μπορούν να επικοινωνούν αποτελεσματικά. Η προσωπική ανάπτυξη έχει γίνει μια προστιθέμενη αξία για τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ άλλων.

Ειδικότερα, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται να δίνουν μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων, αν και η ολοκληρωμένη εκπαίδευση στην επιτυχή ομαδική εργασία και επικοινωνία, δεν δίνεται η απαραίτητη σημασία (Leonard et al., 2004). Η επικοινωνία, η ομαδική εργασία και η ανάθεση αρμοδιοτήτων μερικές φορές απορρίπτονται ως ήπιες δεξιότητες, αγνοώντας το γεγονός ότι η πλειονότητα των ακούσιων ιατρικών λαθών προκαλείται από την αποτυχία της επικοινωνίας του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού. Οι διεπιστημονικές συνεργασίες χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο για την παροχή ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης και οι αρμοδιότητες πρέπει να ανατίθενται ανάλογα με την ανθρώπινη εξειδίκευση και τον τομέα της εμπειρίας.

Οι επικοινωνίες μεταξύ των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των ειδικών συχνά στερούνται κρίσιμων πληροφοριών και τα νοσοκομεία συχνά είτε δεν ενημερώνουν τους ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης όταν οι ασθενείς τους

παίρνουν εξιτήριο, είτε μεταδίδουν ανεπαρκείς πληροφορίες (Bodenheimer, 2008). Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να είναι σε θέση να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με όλα τα μέλη. Η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας που διευκολύνει την υγειονομική φροντίδα των ασθενών θα μπορούσε να υποστηριχθεί από τους ομαδικούς κανόνες, οι οποίοι περιλαμβάνουν την άμεση συνεργασία, το εκτιμητικό λεξιλόγιο, την προσιτότητα, τη συνεργασία, τη διαφάνεια και την αφοσίωση, οπότε αναμφίβολα οι κοινωνικές δεξιότητες είναι χρήσιμες όσον αφορά την εξυπηρέτηση των ασθενών (Ray & Overman, 2014).

8.2. Ήπιες Δεξιότητες και Συναισθηματική Νοημοσύνη

Η συναισθηματική νοημοσύνη εισήχθη και εννοιολογήθηκε για πρώτη φορά από τους Salovey και Mayer, (1990), οι οποίοι όρισαν τον όρο “συναισθηματική νοημοσύνη” ως *«ένα υποσύνολο της κοινωνικής νοημοσύνης που περιλαμβάνει την ικανότητα να παρακολουθεί κανείς τα δικά του συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων, να κάνει διάκριση μεταξύ τους και να χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες για να καθοδηγεί τη σκέψη και τις πράξεις του»* (Salovey & Mayer, 1990). Το εννοιολογικό μοντέλο της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως περιγράφεται από τους Salovey και Mayer, (1990), έχει τρία κύρια συστατικά την εκτίμηση και έκφραση των συναισθημάτων για τον εαυτό και άλλους, τη ρύθμιση των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους και την αξιοποίηση των συναισθημάτων για την καθοδήγηση της λήψης αποφάσεων μέσω του ευέλικτου σχεδιασμού, της δημιουργικής σκέψης, του αναπροσανατολισμού της προσοχής και της παρακίνησης (Salovey & Mayer, 1990).

Το μοντέλο καταδεικνύει ότι τα άτομα με δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης μπορούν να αξιολογούν και να προσαρμόζουν τα δικά τους συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων με επιδέξιο τρόπο που οδηγεί σε θετικές και ευέλικτες συμπεριφορές οι οποίες έχουν αντίκτυπο μεταξύ των συναλλασσομένων συμπεριφορών. Καθώς τα άτομα με συναισθηματική νοημοσύνη μπορούν να χρησιμοποιούν διαφορετικές δεξιότητες και να επιδεικνύουν διαφορετικές συμπεριφορές ανάλογα με την κατάσταση, οι Salovey και Mayer, (1990), θεωρούν τη συναισθηματική νοημοσύνη υποσύνολο της κοινωνικής

νοημοσύνης. Η συναισθηματική νοημοσύνη, όπως ορίζεται από τον Goleman, (2000), είναι *«η ικανότητα να διαχειριζόμαστε αποτελεσματικά τον εαυτό μας και τις σχέσεις μας»*. Σύμφωνα με το πλαίσιο του Goleman, η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελείται από τέσσερις θεμελιώδεις ικανότητες την αυτογνωσία, την αυτοδιαχείριση, την κοινωνική επίγνωση και τις κοινωνικές δεξιότητες (Goleman, 2000, 2001).

Η συναισθηματική νοημοσύνη, όπως ορίζεται από τους Slaski και Cartwright, (2002), είναι *«η ικανότητα να αντιλαμβάνεται, να κατανοεί και να διαχειρίζεται στοχαστικά τα δικά του συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων»*. Κατά συνέπεια, τα άτομα με υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη θεωρείται ότι διαθέτουν “κοινωνικές δεξιότητες” (Slaski & Cartwright, 2002). Η βιβλιογραφία περιλαμβάνει αρκετούς άλλους ορισμούς και μοντέλα για τη συναισθηματική νοημοσύνη, καθώς και μελέτες που έχουν διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και άλλων δομών, όπως η απόδοση ενός ατόμου και η ηγεσία. Συγκεκριμένα, οι Slaski και Cartwright, (2002), διαπίστωσαν μια σημαντική σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και της υγείας, καθώς και της απόδοσης, στην οποία η συναισθηματική νοημοσύνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη συγκράτηση της διαδικασίας του στρες και στην αύξηση της ατομικής ανθεκτικότητας. Επιπλέον, μέσα από την εστίαση στη συναισθηματική νοημοσύνη ως θεωρία της απόδοσης, ο Goleman, (2001), εισήγαγε τον όρο “συναισθηματική ικανότητα” που είναι *«μια μαθημένη ικανότητα βασισμένη στη συναισθηματική νοημοσύνη που οδηγεί σε εξαιρετική απόδοση στην εργασία»*.

Η σχέση μεταξύ των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης, των στυλ ηγεσίας και της οργανωσιακής αποτελεσματικότητας έχει συζητηθεί σε αρκετές μελέτες και εισήχθη ένα νέο εκλεπτυσμένο πλαίσιο συναισθηματικών ικανοτήτων (Goleman, 1998, 2000, 2001). Οι μελέτες αυτές παρείχαν στοιχεία για τη θετική συσχέτιση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και των ηγετικών ικανοτήτων, του οργανωσιακού κλίματος και της οργανωσιακής απόδοσης (Goleman, 2001). Συνειδητοποιώντας τη σύνδεση μεταξύ των συναισθημάτων, των γνωστικών ικανοτήτων και της προσωπικότητας, οι ερευνητές προσέφεραν προτάσεις να λαμβάνονται υπόψη οι ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης στα οργανωτικά κριτήρια πρόσληψης μαζί με άλλες τεχνικές δεξιότητες που απαιτούνται για μια θέση εργασίας (Goleman, 1998, 2001). Η συναισθηματική νοημοσύνη θεωρείται πλέον μία

από τις θεμελιώδεις ικανότητες για τη διοίκηση και την ηγεσία στον εργασιακό χώρο. Επιπλέον, οι μελετητές έχουν τονίσει την ανάγκη υποστήριξης εκπαιδευτικών συστημάτων που αναπτύσσουν τις ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης των μαθητών ως βασικές δεξιότητες ζωής (Goleman, 1998, 2001).

Η εκτεταμένη έρευνα σχετικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη και το αυξημένο ενδιαφέρον για την έννοια από την εισαγωγή της, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη διάφορων προοπτικών και εμπλουτισμένων θεωρητικών μοντέλων. Τα διάφορα μοντέλα παρουσιάζουν μια ολοκληρωμένη διερεύνηση του ρόλου της συναισθηματικής νοημοσύνης σε διάφορους επιχειρηματικούς τομείς. Επίσης, έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία αξιολόγησης για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης σε διάφορα πλαίσια.

Το Emotional Quotient Inventory (Bar-On EQ-I, 1997) θεωρείται το παλαιότερο και το πρώτο όργανο που εισήχθη για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης (Fernandez - Berrocal & Extremera, 2006). Το Bar-On EQ-I (1997) είναι μια απογραφή αυτοαναφοράς που αποτελείται από 133 στοιχεία τα οποία κατανέμονται σε πέντε παράγοντες και 15 υποκλίμακες και βαθμολογούνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Οι πέντε παράγοντες είναι οι εξής ο ενδοπροσωπικός παράγοντας, ο διαπροσωπικός παράγοντας, η προσαρμοστικότητα, η διαχείριση του άγχους και η διάθεση (Fernandez - Berrocal & Extremera, 2006). Οι 15 υποκλίμακες είναι η συναισθηματική αυτογνωσία, η διεκδικητικότητα, η αυτοεκτίμηση, η αυτοπραγμάτωση, η ανεξαρτησία, η ενσυναίσθηση, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η κοινωνική ευθύνη, η επίλυση προβλημάτων, ο έλεγχος της πραγματικότητας, η ευελιξία, η ανοχή στο στρες, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η ευτυχία και η αισιοδοξία. Οι παράγοντες και οι υποκλίμακες του Bar-On EQ-I (1997) καταδεικνύουν ένα μοντέλο βασισμένο σε δεξιότητες που περιλαμβάνει τις προσωπικές, τις συναισθηματικές και τις κοινωνικές ικανότητες και δεξιότητες.

Το μέτρο αυτοαναφοράς Trait Meta-Mood Scale (TMMS) αναπτύχθηκε από τον Salovey et al., (1995), με βάση το μοντέλο των Salovey και Mayer, (1990) και μετρά την αντιλαμβανόμενη συναισθηματική νοημοσύνη (Perceived Emotional Intelligence - PEI), η οποία είναι ο βαθμός γνώσης ενός ατόμου για τα συναισθήματά του. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται ευρέως στην ψυχολογική έρευνα και την εκπαίδευση. Η προσαρμοσμένη ισπανική έκδοση του εν λόγω μέτρου περιλαμβάνει 24 στοιχεία που μετρούν τρεις πτυχές της συναισθηματικής νοημοσύνης

χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων. Οι τρεις πτυχές είναι η συναισθηματική σαφήνεια, η συναισθηματική ρύθμιση και η συναισθηματική προσοχή.

Με βάση το θεωρητικό μοντέλο των Salovey και Mayer, (1990), μια άλλη κλίμακα αυτοαναφοράς συναισθηματικής νοημοσύνης αναπτύχθηκε από τον Schutte et al., (1998). Η κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης τους αποτελούνταν από έναν παράγοντα και 33 στοιχεία που βαθμολογούνταν σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων. Τα στοιχεία κάλυπταν την εκτίμηση και την έκφραση των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους, τη ρύθμιση των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους και τη χρήση των συναισθημάτων στην επίλυση προβλημάτων (Schutte et al., 1998). Επιπλέον, ένα άλλο προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης αναπτύχθηκε από τους Dulewicz και Higgs, (1999). Το ερωτηματολόγιό τους για τη συναισθηματική νοημοσύνη αποτελούνταν από 69 στοιχεία που χωρίζονταν σε επτά υποκλίμακες την αυτογνωσία, την συναισθηματική ανθεκτικότητα, τα κίνητρα, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την επιρροή, την αποφασιστικότητα, την ευσυνειδησία και την ακεραιότητα (Dulewicz & Higgs, 1999).

Οι περισσότεροι ερευνητές, συζητούν τη συναισθηματική νοημοσύνη, ως ένα μοντέλο που βασίζεται σε δεξιότητες και νοητική ικανότητα που περιλαμβάνει ένα ευρύτερο σύνολο ικανοτήτων. Πρόσφατες έρευνες, θεωρούν τις ικανότητες συναισθηματικής νοημοσύνης ως δεξιότητες οι οποίες χρειάζεται να αναπτυχθούν, παρά ως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που θεωρούνται λιγότερο εύπλαστα. Οι κύριες ικανότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης, όπως τονίζονται από πολλούς ερευνητές είναι η αυτογνωσία, η αυτορρύθμιση, η παρακίνηση, η ενσυναίσθηση και η κοινωνική επίγνωση (Goleman, 1998).

Σύμφωνα με το τροποποιημένο μοντέλο της συναισθηματικής νοημοσύνης που παρουσιάστηκε από τους Mayer και Salovey, (1997), η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει τις ακόλουθες νοητικές ικανότητες την ικανότητα ακριβούς αντίληψης, την ικανότητα εκτίμησης και έκφρασης συναισθημάτων, την ικανότητα δημιουργίας συναισθημάτων όταν αυτά διευκολύνουν τη σκέψη, την ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων και της συναισθηματικής γνώσης και την ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων για την προώθηση της συναισθηματικής και “ψυχικής ανάπτυξης” (Fernandez-Berrocal & Extremera, 2006 - Mayer & Salovey, 1997).

Επιπλέον, τα θεωρητικά μοντέλα του Bar-On, (1997) και του Goleman, (2001), εστιάζουν στο ότι η συναισθηματική νοημοσύνη είναι μια νοητική ικανότητα. Λίγες μελέτες, ωστόσο, έχουν εξετάσει την κατασκευή της συναισθηματικής νοημοσύνης ως μοντέλο που βασίζεται σε χαρακτηριστικά. Ορισμένοι ερευνητές θεώρησαν ότι οι ικανότητες της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι ήπιες δεξιότητες και τις περιέγραψαν ως “ανθρώπινες δεξιότητες” (Slaski & Cartwright, 2002 - Stein & Book, 2006 - Wheeler, 2016).

Τόσο οι κοινωνικές δεξιότητες όσο και οι δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης είναι προφανώς σημαντικές για την οικοδόμηση σχέσεων μεταξύ ατόμων, ιδίως στον επιχειρηματικό κόσμο. Ο Goleman, (2001), ανέφερε ότι οι οργανισμοί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τη συναισθηματική νοημοσύνη στα κριτήρια πρόσληψης προσωπικού για την στελέχωσή τους μαζί με άλλες τεχνικές δεξιότητες και την επιχειρηματική εμπειρογνωμοσύνη που απαιτούνται για τη θέση εργασίας. Στην πράξη, ωστόσο, οι οργανισμοί συνήθως προσλαμβάνουν τους υπαλλήλους τους με βάση τις σκληρές δεξιότητες, αλλά τους απολύουν λόγω της έλλειψης ήπιων δεξιοτήτων. Διάφοροι όροι, συμπεριλαμβανομένων των “ανθρώπινων δεξιοτήτων”, των “κοινωνικών δεξιοτήτων” και των “διαπροσωπικών δεξιοτήτων”, έχουν χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά στη βιβλιογραφία για να περιγράψουν τη συναισθηματική νοημοσύνη και τις ήπιες δεξιότητες, επομένως, καθίσταται σημαντικό να διερευνηθεί η διάκριση μεταξύ αυτών των κατασκευών της συναισθηματικής νοημοσύνης και των ήπιων δεξιοτήτων.

Ο λειτουργικός ορισμός των ήπιων δεξιοτήτων στην παρούσα μελέτη, θεωρεί τις ήπιες δεξιότητες ως ένα σύνολο διαπροσωπικών ικανοτήτων που προέρχονται από τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά του ατόμου, εκλεπτούνται από τη νοημοσύνη του ατόμου και διαμορφώνονται από την εμπειρία. Το βασικό χαρακτηριστικό των ήπιων δεξιοτήτων με τη χρήση αυτού του ορισμού, έχει τις ρίζες του στα χαρακτηριστικά, αντί για τις νοητικές ικανότητες, όπως στην περίπτωση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η νοημοσύνη, ωστόσο, αποτελεί σημαντική πτυχή τόσο των ήπιων δεξιοτήτων όσο και της συναισθηματικής νοημοσύνης. Οι Stein και Book, (2006), συζήτησαν πώς η συναισθηματική νοημοσύνη συγγέεται με το συντελεστή νοημοσύνης (IQ), το οποίο αναφέρεται στις γνωστικές και ορθολογικές ικανότητες και μετρά τις διανοητικές, τις αναλυτικές, τις λογικές και τις ορθολογικές ικανότητες ενός ατόμου.

Η νοημοσύνη στη συναισθηματική νοημοσύνη, αναφέρεται στις ικανότητες επεξεργασίας συναισθηματικών πληροφοριών (Fernandez -Berrocal & Extremera, 2006). Αυτές οι διαφορές, εξηγούν γιατί ένα άτομο με υψηλό δείκτη νοημοσύνης μπορεί να μην είναι απαραίτητα καλό στο να οικοδομεί επιτυχημένες σχέσεις με τους άλλους (Stein & Book, 2006). Ταυτόχρονα, η συναισθηματική νοημοσύνη δεν είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που είναι σταθερό και διαμορφώνει το μακροπρόθεσμο χαρακτηριστικό ενός ατόμου, αντίθετα, η συναισθηματική νοημοσύνη είναι μια δυναμική δεξιότητα που αντανακλά στη συμπεριφορά του ατόμου ανάλογα με την κατάσταση (Stein & Book, 2006), όπου οι διαφορετικοί ρόλοι του ατόμου μπορεί να απαιτούν διαφορετικούς τύπους συναισθηματικής νοημοσύνης.

Η ενσυναίσθηση είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας της συναισθηματικής νοημοσύνης και των ήπιων δεξιοτήτων. Η ενσυναίσθηση είναι ένα από τα πέντε κύρια συστατικά των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης, μαζί με την αυτογνωσία, την αυτορρύθμιση, τα κίνητρα και τις κοινωνικές δεξιότητες (Goleman, 1998). Κατά την εφαρμογή της έννοιας της συναισθηματικής νοημοσύνης στα στυλ ηγεσίας στον εργασιακό χώρο, ο Goleman, (2000), προσδιόρισε τέσσερις θεμελιώδεις ικανότητες για τη συναισθηματική νοημοσύνη, όπου η ενσυναίσθηση είναι μία από τις ικανότητες της κοινωνικής επίγνωσης, καθώς και η αυτογνωσία, η αυτοδιαχείριση και οι κοινωνικές δεξιότητες (Goleman, 2000). Επιπλέον, κάθε μέτρο συναισθηματικής νοημοσύνης περιλαμβάνει την ενσυναίσθηση ως μία από τις βασικές ικανότητες. Ταυτόχρονα, η ενσυναίσθηση έχει επισημανθεί στην παρούσα μελέτη, ως βασική ήπια δεξιότητα για τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, η σημασία της ενσυναίσθησης ως ένα από τα κύρια συστατικά των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης για τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την αυτογνωσία και τον αυτοέλεγχο που εξασφαλίζουν την εξισορρόπηση των συναισθημάτων.

Η ενεργητική ακρόαση θεωρείται επίσης ένα από τα σημαντικότερα εργαλεία για τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης για την επίτευξη της ενσυναίσθησης (Goleman, 1998). Οι ικανότητες της ενεργητικής ακρόασης, της αυτογνωσίας και του αυτοελέγχου συζητήθηκαν επίσης στην έρευνα ως ήπιες δεξιότητες. Όσον αφορά τα οφέλη της ενσυναίσθησης ως ικανότητας συναισθηματικής νοημοσύνης στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών, ο Goleman, (1998),

ανέφερε ότι «οι ιατροί που είναι καλύτεροι στην αναγνώριση των συναισθημάτων των ασθενών τους είναι πιο επιτυχημένοι στη θεραπεία τους από τους λιγότερο ευαίσθητους συναδέλφους τους». Ο Goleman πρόσθεσε περαιτέρω ότι, «οι καλοί επικοινωνιολόγοι - μεταξύ των ιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης - αφιερώνουν χρόνο για να πουν στους ασθενείς τι να περιμένουν από μια θεραπεία, να γελάσουν και να αστερευτούν, να ρωτήσουν τη γνώμη των ασθενών και να ελέγξουν την κατανόησή τους και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να μιλήσουν».

Οι επισημάνσεις του Goleman σχετικά με την ενσυναίσθηση, την επικοινωνία και τις ικανότητες ακρόασης συνάδουν με τις επισημάνσεις και τα ευρήματα άλλων μελετητών σχετικά με τις ήπιες δεξιότητες και τον ρόλο τους στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών. Σε περαιτέρω σχολιασμό αυτής της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ικανοτήτων συναισθηματικής νοημοσύνης και των ήπιων δεξιοτήτων, ο Wheeler, (2016), πρότεινε ότι «ένα άτομο που κατέχει τις ήπιες δεξιότητες μπορεί να οριστεί ως συναισθηματικά ευφύες».

Συμπερασματικά, υπάρχουν ορισμένες αξιοσημείωτες διαφορές στους λειτουργικούς ορισμούς κάθε κατασκευής. Υπάρχουν, ωστόσο, περισσότερες ομοιότητες μεταξύ του είδους των ικανοτήτων που θεωρούνται ήπιες δεξιότητες και εκείνων που αντανακλούν τη συναισθηματική νοημοσύνη. Από την άλλη πλευρά, οι επιστημονικές έρευνες που έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ των ήπιων δεξιοτήτων και της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι ελάχιστες. Ως εκ τούτου, το θέμα αυτό δικαιολογεί μια πιο εμπειριστατωμένη διερεύνηση για να διαπιστωθεί αν οι ήπιες δεξιότητες εμπίπτουν σε ένα πλαίσιο συναισθηματικής νοημοσύνης ή το αντίστροφο. Κατά συνέπεια, συνιστάται περαιτέρω έρευνα για την αξιολόγηση της σύγκλισης μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και των ήπιων δεξιοτήτων.

8.3. Σύνδεση των Ήπιων Δεξιοτήτων Διαπολιτισμικής Κουλτούρας και Ικανοποίηση Ασθενών

Οι ήπιες δεξιότητες αναφέρονται σε προσωπικά χαρακτηριστικά και ικανότητες συμπεριφοράς στον εργασιακό χώρο. Στη νοσηλευτική, οι ήπιες δεξιότητες είναι χαρακτηριστικά που αποδίδονται σε νοσηλευτές για να περιγράψουν, να εξηγήσουν και να αξιολογήσουν τις ικανότητες επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης

τους με τους άλλους στον εργασιακό χώρο. Οι ήπιες δεξιότητες είναι κοινωνικά κατασκευασμένες και πρόσφατες έρευνες έχουν αμφισβητήσει τη φύση τους. Συγκεκριμένα, αρκετοί ερευνητές αμφισβητούν το κατά πόσον οι ήπιες δεξιότητες αποτελούν στοιχεία εξειδίκευσης, καθότι, προκαλούν σύγχυση επειδή ορίζονται από τους εργοδότες και τα τοπικά έθιμα και διαφέρουν ανάλογα με το πλαίσιο δραστηριότητας.

Η παγκόσμια ζήτηση για νοσηλευτές αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά κατά την επόμενη δεκαετία. Στον Καναδά, οι κυβερνήσεις και οι εργοδότες τείνουν να βασίζονται σε διεθνείς προσλήψεις για την αντιμετώπιση των ελλείψεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Το 2018, υπήρχαν περίπου 36.000 Διεθνώς Εκπαιδευμένοι Νοσηλευτές (ΔΕΝ) (Internationally Educated Nurses - IEN), οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει τη νοσηλευτική εκπαίδευση σε άλλη χώρα και στη συνέχεια υπέβαλαν αίτηση για να εργαστούν ως εγγεγραμμένοι νοσηλευτές (ΕΝ) (Registered Nurses - RNs) στον Καναδά (NNAS, 2019). Φέρνουν πλούσιες νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες, οι οποίες συχνά υποτιμώνται και ταυτόχρονα, θεωρείται ότι στερούνται "ήπιων δεξιοτήτων" (Xu et al., 2008). Επιπλέον, είναι νοσηλευτές που έλαβαν τη νοσηλευτική τους εκπαίδευση και κατάρτιση εκτός του Καναδά και οι οποίοι μιλούν την αγγλική γλώσσα ως πρόσθετη γλώσσα.

Οι ΔΕΝ όντας πολύγλωσσοι και προερχόμενοι από χώρες με διαφορετική πολιτισμική κουλτούρα, θεωρούνται πολύτιμο πλεονέκτημα στη γλωσσικά και πολιτισμικά διαφορετική υγειονομική περίθαλψη, όπου η προώθηση της πολιτισμικά ικανής φροντίδας αποτελεί χαρακτηριστικό της ανθρωποκεντρικής περίθαλψης. Έχουν την ικανότητα να καταρρίπτουν τα εμπόδια επικοινωνίας και η βελτιωμένη επικοινωνία είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας για τους ασθενείς (Njie - Mokoonya, 2015). Οι ΔΕΝ προέρχονται από ή έχουν ζήσει στις χώρες καταγωγής των ασθενών τους, οπότε μπορούν να εφαρμόσουν τις διαπολιτισμικές τους γνώσεις τους στη φροντίδα των εν λόγω ασθενών (Njie - Mokoonya 2015). Τοιουτοτρόπως, διαμορφώνεται μια διαπολιτισμική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία καθοδηγεί τους νοσηλευτές να παρέχουν πολιτισμικά συμβατή φροντίδα σε ανθρώπους διαφορετικών ή παρόμοιων κουλτούρων, καθώς επικεντρώνεται στην πολιτισμική ευαισθησία (Leininger, 1995). Η Leininger υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτικές θεωρίες πρέπει να είναι διαπολιτισμικές για να είναι οι νοσηλευτές σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ασθενών σε όλο τον

κόσμο. Η πολιτισμικά συμβατή ή ευεργετική νοσηλευτική φροντίδα, μπορεί να συμβεί μόνο όταν το άτομο, η ομάδα, η οικογένεια, η κοινότητα ή η κουλτούρα των νοσηλευτικών αξιών, εκφράσεων ή προτύπων είναι γνωστές και χρησιμοποιούνται κατάλληλα και με ουσιαστικό τρόπο από τον νοσηλευτή (Leininger, 1995).

Αυτές οι ικανότητες όχι μόνο εμπλουτίζουν την εμπειρία της φροντίδας του ασθενούς, αλλά αυξάνουν επίσης την ποιότητα της φροντίδας. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται νευρικοί και αγχωμένοι και ένας πολύγλωσσος νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη μητρική του γλώσσα ως μέρος της φροντίδας των ασθενών (Xiao et al., 2014) και τους καταλαβαίνει πολιτισμικά, προσφέροντας μια αίσθηση άνεσης (Childers, 2014), γεγονός το οποίο ωφελεί την υγεία τους (Njie - Mokoanya, 2015). Κατ' επέκταση, οι διαπολιτισμικές κοινωνικές δεξιότητες, θεωρούνται ως πολύτιμος πόρος για τη μείωση των γλωσσικών ή πολιτισμικών φραγμών που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την κλινική αξιολόγηση ή τη θεραπεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενούς.

8.4. Η σημασία της Μάθησης στην ανάπτυξη των Ήπιων Δεξιοτήτων

Οι ήπιες δεξιότητες και οι διαθέσεις είναι διακριτές αλλά αλληλοεξαρτώμενες. Οι ήπιες (και οι σκληρές) δεξιότητες χρειάζονται κινητοποίηση μέσω των προδιαθέσεων και οι εργοδότες μπορούν να θεωρηθούν ως σημαντικοί παράγοντες που επιτρέπουν αυτή την ανάπτυξη. Οι εργοδότες και οι εκπαιδευτικοί ενδιαφέρονται όλο και περισσότερο για τις κοινωνικές δεξιότητες και τις προδιαθέσεις για τη δημιουργία κοινωνικής, καθώς και οικονομικής αξίας στην εργασία και τη ζωή. Οι εργοδότες επισημάνουν την έλλειψη ήπιων δεξιοτήτων στους αποφοίτους ή στους υποψηφίους για εργασία. Πολυάριθμες έρευνες σε όλο τον κόσμο πιστοποιούν τις προτιμήσεις των εργοδοτών για κοινωνικές δεξιότητες και προδιαθέσεις και την ιδέα ότι αυτά είναι σημαντικά για τους απασχολήσιμους και έτοιμους για εργασία υποψηφίους.

Αυτό έχει προκαλέσει τα ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να αποδείξουν τη συνάφεια του αντικειμένου των σπουδών στην ανταπόκριση των γνώσεων στις επαγγελματικές απαιτήσεις, οδηγώντας κατ' επέκταση, στην ανάγκη ανάπτυξης ενός "προφίλ χαρακτηριστικών των αποφοίτων". Έχει επίσης οδηγήσει τα ιδρύματα να επιδιώξουν μεγαλύτερη συμμετοχή των εργοδοτών και να επεκτείνουν τα

ενσωματωμένα στην εργασία προγράμματα μάθησης. Οι εκπαιδευτικοί υποστηρίζουν ότι οι ήπιες δεξιότητες και οι προδιαθέσεις έχουν γίνει ιδιαίτερες σημαντικές στην αυξανόμενη πολυπλοκότητα της ζωής, στις προκλήσεις του μέλλοντος της εργασίας και τα επείγοντα και πολύπλευρα κοινωνικά προβλήματα που χρειάζεται να αντιμετωπισθούν από το άτομο.

Αρκετοί μελετητές, υποστηρίζουν ότι ο επιτακτικός σκοπός της εκπαίδευσης έχει μετατοπιστεί από τη μετάδοση επιλεγμένων γνώσεων, στην ανάπτυξη ανθρώπινων ικανοτήτων με την συμμετοχή στη δια βίου μάθηση, όπως χαρακτηριστικά τονίζει ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) με το πρόγραμμα για την αναγνώριση των ήπιων δεξιοτήτων και διαθέσεων στον εικοστό πρώτο αιώνα στην ζωή και την εργασία. Η ανάπτυξη των “προδιαθέσεων” είναι χρήσιμο να περιλαμβάνονται σε ορισμένα προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης σε ιδρύματα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (LaBelle και Belknap, 2016).

Οι ήπιες δεξιότητες νοούνται γενικά ως κοινωνικο - συναισθηματικές, ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές δεξιότητες (για παράδειγμα, δεξιότητες επικοινωνίας, κριτική σκέψη). Οι προδιαθέσεις είναι τάσεις συμπεριφοράς (Perkins, Jay και Tishman, 1993) που οδηγούν στην προσαρμογή και την ανταπόκριση στο περιβάλλον, με ορισμένους, χαρακτηριστικούς τρόπους. Οι ορισμοί των ήπιων δεξιοτήτων και των προδιαθέσεων εξακολουθούν να συζητούνται και μάλιστα ομοίως και οι δύο αναφέρονται συχνά εναλλακτικά και επικαλυπτόμενα με τις “δεξιότητες απασχολησιμότητας”, τις “μη γνωστικές δεξιότητες” και τις “δεξιότητες ζωής”.

Οι ήπιες δεξιότητες και οι προδιαθέσεις είναι διακριτές στη θεωρία, αλλά συνυφασμένες στην πράξη. Οι ήπιες δεξιότητες είναι δεξιότητες που περιλαμβάνουν την εκτέλεση εργασιών ή ενέργειες που βασίζονται στη γνώση. Οι προδιαθέσεις παρέχουν την ώθηση και τη διαμεσολάβηση για την ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων. Οι τομείς διάκρισης και επικάλυψης έχουν σημασία, όπως και με τη διαφορά μεταξύ του να μπορείς να διαβάζεις (δεξιότητα) και του να είσαι αναγνώστης (διάθεση), υποδηλώνει ότι οι ήπιες δεξιότητες και οι διαθέσεις δεν είναι σταθερές, αλλά εξελίσσονται και ότι χρειάζονται η μία την άλλη για να είναι ικανές σε πραγματικές καταστάσεις (Katz et al., 1993). Επομένως, οι κοινωνικές δεξιότητες και οι προδιαθέσεις είναι κοινωνικοπολιτισμικά φαινόμενα που εμπεριέχουν την υποκειμενική δράση του ατόμου.

Η μαθητεία αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη διερεύνηση της ανάπτυξης των κοινωνικών δεξιοτήτων και των προδιαθέσεων, διότι η μαθητεία είναι επίσης κοινωνικοπολιτισμική ως μοντέλο μάθησης (Billett, 2016). Τοιουτοτρόπως, μπορεί να διαδραματίσει αναπτυξιακό ρόλο, υποστηρίζοντας τη μετάβαση στην ενηλικίωση (Halpern, 2009). Για τους μαθητευόμενους οποιασδήποτε ηλικίας, η πλαισιωμένη φύση της μαθητείας και η έμφαση στο “γίνεσθαι και το είναι” (Chan, 2013), προωθεί τη διαμόρφωση επαγγελματικών ταυτοτήτων που περιλαμβάνει “χαρακτηριστικές προδιαθέσεις”, οι οποίες αφορούν συγκεκριμένο τομέα ή επάγγελμα (Lucas and Spencer, 2016). Αυτές δύνανται εν μέρει να αναπτυχθούν μέσω της συμμετοχής σε “κοινότητες πρακτικής” (Lave και Wenger, 1991), τόσο για τους μαθητευόμενους, όσο και για τους έμπειρους επαγγελματίες, φαινόμενο που αναγνωρίζεται πλέον ως ουσιώδες μέρος της συνεχούς ζωτικότητας και νομιμοποίησης της γνώσης στην πράξη των επαγγελματιών (Wenger - Trayner και Wenger - Trayner, 2015). Μια τέτοια εστίαση συμβάλλει στον καθορισμό βιώσιμων προγραμμάτων σπουδών και παιδαγωγικών πρακτικών στο χώρο εργασίας (Billett and Choy, 2013) και των επαγγελματικών “συνηθειών του νου” και του βέλτιστου συνδυασμού θεωρίας και πρακτικής (Lucas, Hanson, and Claxton, 2014) για την επαγγελματική ικανότητα.

Ένας οργανισμός που προωθεί τη συνεχή μάθηση και βελτίωση, είναι ένας οργανισμός που «*κάνει το σωστό πράγμα εύκολο να γίνει*» (Halvorson, 2009). Το εργασιακό περιβάλλον του οργανισμού δύναται να μειώνει το άγχος του προσωπικού πρώτης γραμμής, να βελτιώνει την ικανοποίηση από την εργασία και να αποτρέπει την εξουθένωση του προσωπικού (Boan and Funderburk, 2003). Το περιβάλλον του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, χρειάζεται να διαμορφωθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να απλοποιεί τις διαδικασίες και τις ροές εργασίας, ούτως ώστε οι λειτουργοί υγείας να μπορούν να λειτουργούν με μέγιστη απόδοση για τη φροντίδα των ασθενών και να υιοθετεί γνωστικές υποστηρίξεις, όπως λίστες ελέγχου και υπενθυμίσεις, που να διευκολύνουν την αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης προς τα άτομα που κάνουν χρήση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Σε αυτό το περιβάλλον, οι εσωτερικές διαδικασίες και διεργασίες ευθυγραμμίζονται με τον στόχο ή την αποστολή του οργανισμού και σε συνδυασμό κατάλληλων δράσεων που ενισχύουν την προάσπιση του οράματος του οργανισμού.

Οι πρότερες προσωπικές εμπειρίες του ατόμου στην κοινωνική διάδραση, οι επαγγελματικές εμπειρίες τις οποίες βιώνει εντός του οργανισμού, ενδεχομένως να αποτελούν προσωπικές και κατ' επέκταση επαγγελματικές προκλήσεις. Υπό αυτή την σκοπιά, η υποκειμενική προσέγγιση του ατόμου στο περιβάλλον που έχει διαμορφωθεί στην λειτουργία του οργανισμού, πιθανόν να οδηγεί το άτομο σε συνειδητοποιήσεις αντιφατικές με τις προηγούμενες αντιλήψεις του. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι οι εντός του οργανισμού εμπειρίες, ωθούν το άτομο σε μια εμπλουτισμένη αντίληψη. Κάποιοι ερευνητές ονόμασαν αυτό το γεγονός ως “επαγγελματικό κατώφλι”, δηλαδή ως μια πύλη σε έναν διαφορετικό κόσμο (Vaughan, Bonne και Eyre 2015), αναπτύσσοντας αυτή την ιδέα για να βοηθήσουν στην κατανόηση μιας εμπειρίας “διέλευσης” του ατόμου σε ένα επαγγελματικό περιβάλλον.

Μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου, όπου η γνώση είναι μετασχηματιστική ως προς την αντίληψη και την προοπτική, δημιουργώντας τις κατάλληλες προϋποθέσεις ώστε να ενσωματώνει διαφορετικές και προηγουμένως κρυμμένες πτυχές, ενίοτε οριοθετημένη εννοιολογικά και ενδεχομένως προβληματική σε σχέση με προηγούμενες πεποιθήσεις, βασίζεται στη θεωρία των Meyer και Land, (2003), “threshold concepts”. Η θεώρησή τους αναφέρεται στις οριακές έννοιες οι οποίες, όταν γίνουν κατανοητές, μετασχηματίζουν την αντίληψη ενός συγκεκριμένου θέματος, φαινομένου ή εμπειρίας. Έχει υιοθετηθεί ιδιαίτερα από την τριτοβάθμια εκπαίδευση για να βοηθήσουν μαθητές οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες και χρειάζονται υποστήριξη (Meyer et al., 2015), ωθώντας τους να δώσουν έμφαση οι εκπαιδευόμενοι στις απαιτήσεις για γνώση, υποβαθμίζοντας τις οντολογικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, μελέτες έχουν φέρει στο φως ότι υπάρχουν επίσης οντολογικές διαστάσεις, όπου οι επαγγελματίες χρειάστηκε να “είναι” διαφορετικοί προκειμένου να αναπτύξουν ικανότητες για τη μεταβαλλόμενη φύση της εργασίας τους.

Πολλά ιδρύματα εξακολουθούν να δυσκολεύονται να εφαρμόσουν βιώσιμες, μετασχηματιστικές αλλαγές στο σύστημα τους (Lukas et al., 2007). Αντιμετωπίζουν τόσο εξωτερικά εμπόδια, όπως τα οικονομικά κίνητρα που δίνουν έμφαση στην ποσότητα των υπηρεσιών έναντι της ποιότητας, όσο και στις εσωτερικές προκλήσεις για την επίτευξη βελτίωσης. Με απώτερο σκοπό να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια και οι προκλήσεις, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης χρειάζεται να μετασχηματιστούν σε οντότητες που μαθαίνουν και βελτιώνονται συνεχώς, να

υιοθετήσουν συστηματικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, να δημιουργούν επιχειρησιακά μοντέλα που ενθαρρύνουν και ανταμείβουν τη διαρκή ποιότητα, να γίνουν διαφανείς όσον αφορά στο κόστος και στα αποτελέσματα, να υιοθετήσουν μια ηγεσία και να προωθήσουν μια κουλτούρα που να υποστηρίζει τις συνεχείς προσπάθειες βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ένας οργανισμός που μεγιστοποιεί την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα μέσω της συνεχούς μάθησης, οφείλεται σε μια αποτελεσματική ηγεσία η οποία υποστηρίζει τη συνεχή μάθηση και βελτίωση ως κεντρικό στοιχείο της συνολικής αποστολής του οργανισμού (Boan and Funderburk, 2003). Κατ' επέκταση, όλα τα στελέχη του οργανισμού σε όλα τα επίπεδα στελέχωσης του, από τον διευθύνοντα σύμβουλο και το διοικητικό συμβούλιο μέχρι τα μεσαία στελέχη και το προσωπικό πρώτης γραμμής, έχουν σημαντικό και καταλυτικό ρόλο να διαδραματίσουν στη μετάφραση του στόχου μάθησης του οργανισμού στην πράξη.

Πέραν από τον προσανατολισμό του προσωπικού του οργανισμού προς έναν κοινό στόχο, ο ορισμός και η επικοινωνία αυτής της αποστολής από την ηγεσία μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (IOM, 2001). Μια έρευνα σε διευθυντές νοσοκομείων διαπίστωσε ότι τα νοσοκομεία των οποίων ο ηγέτης συμμετείχε έντονα στις προσπάθειες βελτίωσης της ποιότητας έτειναν να παρέχουν φροντίδα υψηλότερης ποιότητας (Vaughn et al., 2006). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι τα νοσοκομεία με καλύτερα αποτελέσματα από τη φροντίδα τους για την καρδιακή προσβολή έτειναν να έχουν συμμετοχή της ανώτερης διοίκησης (Curry et al., 2011).

Η κουλτούρα του οργανισμού αντιπροσωπεύει την κοινωνική “σκαλωσιά” που ενδυναμώνει τον μετασχηματισμό του συστήματος. Επομένως, η οργανωσιακή κουλτούρα είναι το μοτίβο των επικρατούντων στάσεων, πεποιθήσεων και παραδοχών μεταξύ των ηγετών και του προσωπικού (Parmelli et al., 2011). Η οργανωσιακή κουλτούρα μπορεί να ενισχύσει την ισχυρή επικοινωνία και τον συντονισμό μεταξύ των στελεχών, ώστε να παρέχεται το είδος της ψυχολογικής ασφάλειας που ενθαρρύνει την αναφορά σφαλμάτων και να υποστηρίζει την καινοτομία και τη δημιουργικότητα. Επομένως, η υποκείμενη κουλτούρα ενός οργανισμού είναι θεμελιώδης για την εφαρμογή και τη βιωσιμότητα των πρωτοβουλιών μάθησης και βελτίωσης (Garvin et al., 2008).

Η υποστηρικτική ηγεσία και η οργανωσιακή κουλτούρα είναι απαραίτητα στοιχεία για να είναι σε θέση ένας οργανισμός να αναλάβει στοχευμένες πρωτοβουλίες, ώστε να υιοθετήσει μια τακτική προσανατολισμένη στη συνεχή μάθηση. Η συνεχής μάθηση δεν μπορεί να υλοποιηθεί χωρίς συγκεκριμένες διαδικασίες μάθησης, δηλαδή εκείνους τους κατάλληλους μηχανισμούς που βοηθούν τον οργανισμό να συλλαμβάνει συνεχώς τη γνώση και να εφαρμόζει βελτιώσεις (Pisano et al., 2001). Αυτοί οι μηχανισμοί μπορούν να πάρουν πολλές μορφές και μπορεί ακόμη και να δανειστούν από ηγεσίες άλλων κλάδων, αλλά μοιράζονται ορισμένα βασικά στοιχεία, συγκεκριμένα, τη διεξαγωγή συστηματικής επίλυσης προβλημάτων και πειραματισμού, τη μεταφορά γνώσεων σε ολόκληρο τον οργανισμό, τη μάθηση από την εμπειρία του παρελθόντος και από τους άλλους και τη χρήση της εσωτερικής διαφάνειας ως εργαλείου για την παρακίνηση περαιτέρω βελτιώσεων (Garvin et al., 2008).

Η γενική ιατρική διέπεται από χαρακτηριστική πολυπλοκότητα και αναδεικνύεται πρόσφατα μέσω της σχέσης - φύσης της εργασίας. Η χρήση των λαθών και των αποτυχιών, καθώς και των συνηθισμένων γεγονότων ως μάθηση προσφέρει την ανάδειξη των ευκαιριών μάθησης. Όλες αυτές οι διαστάσεις - γνώσεις, τεχνικές και ήπιες δεξιότητες και προδιαθέσεις, είναι απαραίτητες για να γίνει κανείς και να συνεχίσει να είναι ικανός επαγγελματίας. Μέσω των μαθησιακών εμπειριών και των επαγγελματικών ορίων, δίνεται η προοπτική της συνειδητοποίησης ότι η ικανότητα περιλαμβάνει την αντιμετώπιση προσωπικών, καθώς και επαγγελματικών προκλήσεων. Κατά τη διέλευση αυτών των ορίων, η ταυτότητα γίνεται κεντρική, όχι απλώς μια προσθήκη στην ικανότητα και οι ήπιες δεξιότητες και οι προδιαθέσεις είναι θεμελιώδους σημασίας. Αυτό επιτρέπει στους επαγγελματίες, να ασχοληθούν με την εγγενή αβεβαιότητα στους τομείς τους «*ως πρόσωπα, όχι απλώς ως γνώστες*» (Barnett, 2004).

Με τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών του οργανωσιακού περιβάλλοντος και χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες παιδαγωγικές μεθόδους, οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, οι εκπαιδευτικοί και οι μέντορες μπορούν να βγάλουν στην επιφάνεια τα επαγγελματικά όρια που αντιμετωπίζουν οι ίδιοι και οι μαθητευόμενοι, εντός του πλαισίου της κουλτούρας του οργανισμού και της συγκεκριμένης ηγεσίας. Αυτή η χρήση των επαγγελματικών κατώτατων ορίων χρησιμεύει ως ένας τρόπος κατανόησης των κοινωνικοπολιτισμικών διαστάσεων της

μαθητείας και ενισχύει την ανάπτυξη των προδιαθέσεων και των κοινωνικών δεξιοτήτων εντός ενός οργανισμού.

Οι δυνατότητες του χώρου εργασίας και η θέση ενός εργασιακού περιβάλλοντος σε ένα “επεκτατικό - περιοριστικό συνεχές” (Fuller και Unwin, 2003), είναι το κλειδί για τη διαμόρφωση των δυνατοτήτων για την ανάπτυξη και την αξιοποίηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και των προδιαθέσεων. Οι ήπιες δεξιότητες έχουν μεγαλύτερο νόημα σε ένα πλαίσιο και χρειάζονται τις προδιαθέσεις για να τις μεταφέρουν από το αφηρημένο στο ουσιαστικό. Οι επικοινωνιακές (ήπιες) δεξιότητες των γενικών ιατρών είναι διαφορετικές και οι αντίστοιχες προδιαθέσεις τους και η προσοχή τους ορίζονται στο πλαίσιο και τον σκοπό της εργασίας τους, δηλαδή την συνέχεια της ζωής.

Ωστόσο, η πραγματική ανάπτυξή τους και η ανακάλυψη της αξίας τους σε διαφορετικά πεδία δεν είναι δεδομένη, καθότι, αυτό εξαρτάται από το πώς τα διάφορα περιβάλλοντα το πλαισιώνουν, το υποστηρίζουν και το ενθαρρύνουν. Με άλλα λόγια, οι ήπιες δεξιότητες, όπως η ομαδική εργασία δεν εμφανίζονται αν οι καταστάσεις δεν περιλαμβάνουν ενδιαφέρουσες και προκλητικές ομαδικές αλληλεπιδράσεις και έργα. Η διάθεση της ευσυνειδησίας μπορεί να μην κινητοποιηθεί εάν η ευαισθησία για να γίνουν τα πράγματα σωστά δεν αναγνωρίζεται ή δεν ανταμείβεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι μπορεί λανθασμένα να κατηγορούνται για ελλείψεις σε ήπιες δεξιότητες οι οποίες στην πραγματικότητα οφείλονται στην κακή ποιότητα της εργασίας και στην απογοήτευση που οδηγεί στην «*απόσυρση των κοινωνικών δεξιοτήτων*» (Hurrell, 2016). Η ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων και των προδιαθέσεων συνδέεται με την άτυπη μάθηση και αυτή με τη σειρά της με τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας και τον σχεδιασμό των θέσεων εργασίας.

8.5. Προκλήσεις στην Αξιολόγηση των Ήπιων Δεξιοτήτων των Λειτουργών Υγείας

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει ένα σαφές ποσοτικό εργαλείο μέτρησης για την αξιολόγηση ή τη μέτρηση των ήπιων δεξιοτήτων (Muzio et al., 2007). Οι μελετητές έχουν αντιμετωπίσει προκλήσεις όσον αφορά στον ορισμό και στη μέτρηση των ήπιων δεξιοτήτων, ωστόσο, η έρευνα δείχνει ότι οι επαγγελματίες γνωρίζουν την

κρισιμότητα των ήπιων δεξιοτήτων και είναι επίσης αμήχανοι όσον αφορά τον τρόπο ορισμού ή μέτρησής τους. Μέχρι σήμερα, οι ήπιες δεξιότητες μετρώνται ως επί το πλείστον με υποκειμενικές και μη συστηματικές μεθόδους (Muzio et al., 2007).

Σύμφωνα με τον Klaus, (2007), το πρόβλημα της αξιολόγησης των ήπιων δεξιοτήτων θα μπορούσε να είναι σημασιολογικό. Η χρήση τυπικών μεθόδων αξιολόγησης επιχειρήσεων που έχουν σχεδιαστεί για την αξιολόγηση σκληρών δεξιοτήτων για κάτι που περιγράφεται ως ήπιο δεν έχει νόημα. Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί πώς οι ήπιες δεξιότητες επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα μιας επιχείρησης (Klaus, 2007) και αυτός είναι πιθανόν ο λόγος για τον οποίο τέτοιου είδους μέτρα έχουν λάβει λιγότερη προσοχή από εκείνα των σκληρών δεξιοτήτων. Η ποσοτική μέτρηση της αξίας των ικανοτήτων είναι ευκολότερη από τη μέτρηση της αξίας των ανθρώπινων κοινωνικών δεξιοτήτων (Muzio et al., 2007).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των προσδιορισμένων ήπιων δεξιοτήτων, κατέδειξε περισσότερες προκλήσεις που θα πρέπει να αντιμετωπίσει και να ξεπεράσει η παρούσα έρευνα, διότι, πολλές κοινωνικές δεξιότητες είναι πολυδιάστατες και πολυπαραγοντικές. Η βιβλιογραφία παρουσίασε πολλαπλούς ορισμούς για κάθε ήπια δεξιότητα ως ανεξάρτητη κατασκευή. Συνεχίζοντας, η ακριβής μέτρηση της συμπεριφοράς ενός λειτουργού υγείας κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης με τον ασθενή στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη ενός έγκυρου εργαλείου αξιολόγησης. Επειδή οι ήπιες δεξιότητες και το είδος της αλληλεπίδρασης ενός λειτουργού υγειονομικής περίθαλψης θεωρείται ότι επηρεάζουν την εμπειρία του ασθενούς μέσω της αλληλεπίδρασης της μεταξύ τους σχέσης (Kim et al., 2004), αναμένεται ότι οι ασθενείς θα είναι οι καλύτεροι αξιολογητές της συμπεριφοράς των λειτουργών υγείας κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης.

Οι αντιλήψεις των ασθενών, ωστόσο, διαμορφώνονται από διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν τις αξιολογήσεις τους (Duffy et al., 2004). Συγκεκριμένα, η έρευνα έχει δείξει ότι η κατάσταση της υγείας των ασθενών επηρεάζει την ικανοποίησή τους από τον λειτουργό υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς με κακή υγεία είναι πιθανό να βαθμολογήσουν τους παρόχους τους χαμηλότερα από ότι οι ασθενείς με καλύτερη υγεία (Duffy et al., 2004). Επιπλέον, οι ασθενείς δεν είναι πάντα σε θέση να διακρίνουν μεταξύ των διαπροσωπικών και των τεχνικών ιδιοτήτων του λειτουργού υγείας (Chang et al., 2006) και ενδέχεται να μην έχουν ορθολογισμό στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που λαμβάνουν

(Shemwell et al., 1998). Η εναλλακτική μέθοδος αξιολόγησης είναι η αυτοαξιολόγηση ή η αυτοαναφορά (Duffy et al., 2004). Η μέθοδος αυτοαξιολόγησης, ωστόσο, απειλείται από τη μεροληψία απόκρισης κοινωνικής επιθυμητότητας (Duffy et al., 2004 - Hakanen et al., 2008).

Ο κίνδυνος μεροληψίας στα ερωτηματολόγια αυτοαξιολόγησης συμπεριφοράς, έγκειται στην τάση των συμμετεχόντων να υπερτιμούν συμπεριφορές που θεωρούνται κοινωνικά κατάλληλες και να υποτιμούν συμπεριφορές που θεωρούνται κοινωνικά ακατάλληλες (Donaldson & Grant - Vallone, 2002) και συνεπώς, ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν την πραγματική συμπεριφορά. Η τρίτη επιλογή απάντησης σε κλινικές ρυθμίσεις είναι η χρήση αξιολογήσεων από παρατηρητές (Duffy et al., 2004). Παρόλο που ένας παρατηρητής, θα είναι σε θέση να αξιολογήσει την εμπλοκή σε ορισμένες συμπεριφορές, είναι δύσκολο για έναν παρατηρητή να συμπεράνει την εμφάνιση των συναισθημάτων ενός επαγγελματία υγείας που νοιάζεται κατά τη διάρκεια μιας συνάντησης λειτουργού υγείας - ασθενούς (Duffy et al., 2004) ή για να αναγνωρίσει την προληπτική συμπεριφορά ενός λειτουργού υγείας. Επιπλέον, η παρατήρηση μπορεί να μην είναι δυνατή σε ορισμένες κλινικές εξετάσεις. Ως εκ τούτου, δεν είναι σαφές εάν μια μέθοδος ανταπόκρισης είναι πιο αξιόπιστη από μια άλλη σε κάθε πλαίσιο. Η επιλογή της μεθόδου ανταπόκρισης που παρέχει τη μεγαλύτερη ακρίβεια στην αξιολόγηση των επιθυμητών συμπεριφορών παραμένει μια πρόκληση.

Η μέτρηση των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι σε μεγάλο βαθμό ένα νέο θέμα με λίγες έρευνες για τη διερεύνηση των δομών των κοινωνικών δεξιοτήτων και υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να γίνουν λάθη. Τα λάθη στον εντοπισμό των σχέσεων μεταξύ των διαφόρων δομών και οι λανθασμένες προδιαγραφές του μοντέλου απόδοσης, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σοβαρό σφάλμα μέτρησης (MacKenzie et al., 2005). Η ακριβής μέτρηση των ήπιων δεξιοτήτων είναι σημαντική για τις προσπάθειες μάθησης και κατάρτισης. Η εκμάθηση των ήπιων δεξιοτήτων αποτελεί πρόκληση, όπως και η ανάπτυξη εκπαιδευτικών τεχνικών και προγραμμάτων που μπορούν να τις αναδείξουν.

Οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες είναι πιο δύσκολο να διδαχθούν από τις τεχνικές δεξιότητες και οι μαθητές θεωρούν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες είναι πιο δύσκολες να μάθουν (Klaus, 2007). Η προσφορά κατάρτισης σε κοινωνικές δεξιότητες αποτελεί πρόκληση, διότι η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

της κατάρτισης σε κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι απλή υπόθεση. Για το λόγο αυτό, η εστίαση των περισσότερων προγραμμάτων κατάρτισης είναι στη βελτίωση των τεχνικών δεξιοτήτων και όχι στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων (Laker & Powell, 2011). Λόγω της υποκειμενικής φύσης των ήπιων δεξιοτήτων, οι υπεύθυνοι προγραμμάτων κατάρτισης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προσφορά ενιαίων ή μικτών εκπαιδευτικών προσεγγίσεων (Kechagias et al., 2011). Περαιτέρω, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει, ότι η κατάρτιση σε ήπιες δεξιότητες είναι πιο δαπανηρή από άποψη χρόνου και χρήματος, επειδή η μεταφορά των ήπιων δεξιοτήτων από την κατάρτιση στην εργασία είναι λιγότερο πιθανή απ' ότι οι τεχνικές δεξιότητες (Laker & Powell, 2011).

Το προσωπικό στοιχείο που ενυπάρχει στις ήπιες δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών χαρακτηριστικών και της προηγούμενης εμπειρίας, περιλαμβάνει κάποια σιωπηρή γνώση και όχι πιο ρητή γνώση. Αυτό ως στοιχείο σημαίνει πως μπορεί να ευθύνεται για ορισμένες περιπτώσεις, η παρεμπόδιση της μεταφοράς της στην κατάρτιση για τις κοινωνικές δεξιότητες, καθώς και η δυσκολία εντοπισμού των εκπαιδευτικών αναγκών (Laker & Powell, 2011). Παρόλο που η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες στην υγειονομική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι ένας αναδυόμενος τομέας, η βιβλιογραφία παρουσιάζει λίγες επιτυχημένες εμπειρίες ή κατευθυντήριες αρχές σε αυτόν τον τομέα που μπορούν να ενημερώσουν μελλοντικές πρωτοβουλίες έρευνας και κατάρτισης. Παρ' όλα αυτά, υπάρχει αυξανόμενη ζήτηση για την ανάπτυξη ενός ακριβούς μέτρου των ήπιων δεξιοτήτων ώστε να ξεπεραστούν οι προκλήσεις της κατάρτισης.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - Η Αξία των Ήπιων Δεξιοτήτων στην Ανθρωποκεντρική Περίθαλψη και τους Λειτουργούς Υγείας

Η πολυπλοκότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να αυξάνεται με την πρόοδο της επιστήμης και η εμπλοκή των ασθενών αποκτά αυξημένη σημασία ως μέσο διασφάλισης ότι οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας θα παράσχουν την καταλληλότερη, την βέλτιστα ποιοτική και περισσότερο εξατομικευμένη φροντίδα στους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψιν τα ιδιαίτερα ατομικά

χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Σε αυτές τις πολύπλοκες καταστάσεις, οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, οι ιατροί και οι νοσηλευτές, καθώς και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, χρειάζεται να συμμετέχουν στην επιδίωξη της επίτευξης μιας θεραπείας, η οποία να σέβεται τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου και μέσω αυτής της συνέργειας όλων των μερών, να τείνει στην βέλτιστη παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα. Κατ'επέκταση, όταν το άτομο απευθύνεται στους οργανισμούς υγειονομικής φροντίδας ούτως ώστε να απολάβει τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και να ξεπεράσει την δύσκολη για την υγεία του περίσταση, η εκπροσώπηση του οργανισμού και η μεταφορά της ιδιαίτερης οργανωσιακής κουλτούρας, προκύπτει από την πρώτη εμπειρία του με τα στελέχη του υγειονομικού οργανισμού πριν, κατά την διάρκεια της εισόδου και κατά την έξοδο από την υγειονομική δομή.

Στην φιλοσοφία της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, σχετικά με την παροχή υγειονομικής φροντίδας, η σχέση ιατρού - ασθενούς θεωρείται ισότιμης και αμφίδρομης αλληλόδρασης των δυο μερών ως προς την επιλογή και την συνδιαμόρφωση της εξατομικευμένης και κατάλληλης ανά περίπτωση θεραπείας. Συνεπώς, η προσέγγιση του ιατρού ως προς το λόγο της επίσκεψης του ατόμου που κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας, χρειάζεται να είναι κατάλληλα δομημένη ώστε να δίνει το περιθώριο στον ασθενή να εκφράσει την άποψή του ανοιχτά και ελεύθερα σχετικά με ενδεχόμενες προτάσεις εναλλακτικής θεραπείας, σύμφωνα με τις ιδιαιτερότητες των προσωπικών χαρακτηριστικών του ασθενούς και των ιδιαίτερων ψυχοκοινωνικών παραγόντων που έχουν διαμορφώσει την έως προ της επίσκεψης καθημερινότητάς του.

Αυτό σημαίνει ότι, πέραν από τον πρακτικό λόγο χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, δηλαδή, την δυσφορία που αισθάνεται και τα εκφρασμένα κατά την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς συμπτώματα, χρειάζεται να παρέχεται η δυνατότητα υποστήριξης της ειλικρινούς έκφρασης των ιδιαίτερων σκέψεων, των προσωπικών ενδότερων συναισθημάτων και των αναμενόμενων προσδοκιών του (Like and Zyzanski, 1987). Επομένως, η ψυχοκοινωνιολογική προσέγγιση των ιδιαίτερων στοιχείων και γνωρισμάτων της προσωπικότητας του ασθενούς και του τρόπου που βιώνει και αναγνωρίζει ο ίδιος ο ασθενής την κατάστασή του, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τον ιατρό - εκπρόσωπο του παρόχου υγειονομικών

υπηρεσιών και συνάμα εκφραστή του συστήματος υγείας (Sluijs και van der Leden, 1988).

Η ιδανική ιατρική συνέντευξη ενσωματώνει την ανθρωποκεντρική και την ιατροκεντρική προσέγγιση, όπου ο ασθενής καθοδηγεί σε τομείς στους οποίους είναι ο ειδικός (συμπτώματα, προτιμήσεις, ανησυχίες) εκφράζοντας την εμπειρία του και τις προσδοκίες του και ο ιατρός ηγείται στον τομέα της εμπειρογνωμοσύνης του (λεπτομέρειες της νόσου, θεραπεία), παρέχοντας την διάγνωση και δίνοντας τις κατευθυντήριες γραμμές για την αντιμετώπιση της κατάστασης της ασθένειας (Byrne and Long, 1976). Συνεπώς, οι ιατροί παρέχουν πληροφορίες και συμβουλές με βάση την επιστημονική τους εξειδίκευση στις επιλογές θεραπείας και υγειονομικής φύσης παρεμβάσεις και οι ασθενείς, οι οικογένειές τους και οι άλλοι φροντιστές προσφέρουν προσωπικές γνώσεις σχετικά με την καταλληλότητα ή την έλλειψη αυτής των διαφόρων θεραπειών, σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς.

Οι πληροφορίες από όλες τις πηγές είναι απαραίτητες για την απόφαση της σωστής θεραπευτικής επιλογής. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή δεν σημαίνει ότι απλώς συμφωνούμε με κάθε αίτημα του ασθενούς. Αντίθετα, συνεπάγεται ουσιαστική εμπλοκή σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές προκειμένου να κατανοηθεί ο ασθενής και να καθιερωθεί διάλογος μεταξύ ασθενούς και ιατρού, σχετικά με τα στοιχεία και τις αποφάσεις που διακυβεύονται (Fowler et al., 2011). Η παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα και απαιτεί την ευρεία συμμετοχή του ασθενούς, της οικογένειας και της ομάδας φροντίδας για να εξεταστούν όλα τα ζητήματα που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι μια ολιστική βιο-ψυχοκοινωνική προσέγγιση στην παροχή φροντίδας που σέβεται και εξατομικεύεται, επιτρέποντας τη διαπραγμάτευση της φροντίδας και προσφέροντας επιλογή μέσω μιας θεραπευτικής σχέσης όπου τα άτομα χρειάζεται να έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την υγεία σε όποιο επίπεδο επιθυμεί το άτομο που λαμβάνει τη φροντίδα (Morgan και Yoder, 2012). Ένας υποστηρικτής της προώθησης της ανθρωποκεντρικής φροντίδας την ορίζει ως, *«την εμπειρία (στο βαθμό που ο ενημερωμένος, μεμονωμένος ασθενής το επιθυμεί) της διαφάνειας, της εξατομίκευσης, της αναγνώρισης, του σεβασμού, της αξιοπρέπειας και της επιλογής σε*

όλα τα θέματα, χωρίς εξαίρεση, που σχετίζονται με το πρόσωπο, τις συνθήκες και τις σχέσεις του ατόμου στην υγειονομική περίθαλψη» (Berwick, 2009).

To Institute for Patient - and Family - Centered Care περιγράφει τέσσερις έννοιες που διέπουν την ανθρωποκεντρική φροντίδα και αυτές είναι ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια, η ανταλλαγή πληροφοριών, η συμμετοχή και η συνεργασία (Institute for Patient - and Family - Centered Care, 2011). Η Εθνική Σύμπραξη Προτεραιοτήτων (National Priorities Partnership - NPP), του Εθνικού Φόρουμ Ποιότητας (National Quality Forum - NQF), χαρακτηρίζει την ανθρωποκεντρική φροντίδα ως φροντίδα υγείας που *«τιμά κάθε μεμονωμένο ασθενή και οικογένεια, προσφέροντας φωνή, έλεγχο, επιλογή, δεξιότητες στην αυτοφροντίδα και πλήρη διαφάνεια, και που μπορεί και προσαρμόζεται εύκολα στις ατομικές και οικογενειακές συνθήκες, καθώς και στις διαφορετικές κουλτούρες, γλώσσες και κοινωνικό υπόβαθρο» (NPP, 2010).*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών, έχουν προστεθεί αρκετά δεδομένα ώστε να υποστηρίζεται η άποψη ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση προσφέρει οφέλη στο σύστημα υγείας, στους ασθενείς και στο οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και στους λειτουργούς υγείας. Στα οφέλη της ανθρωποκεντρικής φροντίδας συγκαταλέγονται τα κλινικά αποτελέσματα, η συνολική υγεία του ασθενούς, η ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και οι οικονομικές επιδόσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, αρκετά νοσοκομεία που ενθαρρύνουν την ανθρωποκεντρική φροντίδα, δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, καθώς και στο συντονισμό της φροντίδας, διαπίστωσαν ότι τα ανεπιθύμητα συμβάντα μειώνονται, η ικανοποίηση των εργαζομένων αυξάνεται, το λειτουργικό κόστος μειώνεται, η διάρκεια παραμονής είναι μικρότερη και το κόστος του νοσοκομείου ανά περιστατικό μειώνεται (Epstein et al., 2010).

Η συμμετοχή του ασθενούς και της οικογένειας στη λήψη αποφάσεων έχει συσχετιστεί σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης με μειωμένο πόνο και δυσφορία, ταχύτερη αποκατάσταση της σωματικής υγείας και βελτίωση της συναισθηματικής υγείας (Stewart et al., 2000). Παρομοίως, ασθενείς με καρδιακή προσβολή που δεν έλαβαν φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή βρέθηκε ότι είχαν χειρότερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, όπως η γενική υγεία και η πιθανότητα εμφάνισης πόνου στο στήθος, απ' ότι οι ασθενείς που έλαβαν τέτοια φροντίδα (Fremont et al., 2001). Μια μελέτη των ανθρωποκεντρικών νοσηλευτικών

παρεμβάσεων για ασθενείς με καρκίνο, διαπίστωσε ότι οι παρεμβάσεις συσχετίστηκαν με τη βελτίωση της αυτοεκπροσώπησης των ασθενών, της αισιοδοξίας και της αίσθησης ευεξίας (Radwin et al., 2009). Η ανθρωποκεντρική φροντίδα έχει επίσης βρεθεί ότι συσχετίζεται με την ικανότητα του ασθενούς να αναλαμβάνει την προσωπική διατήρηση της υγείας του και να συμμορφώνεται με πολύπλοκα θεραπευτικά σχήματα.

Μια μελέτη παρατήρησης σε υπαλλήλους της Κοινοπολιτείας της Μασαχουσέτης, διαπίστωσε ότι η γνώση των ιατρών για τους ασθενείς τους και η εμπιστοσύνη των ασθενών στους ιατρούς τους, επηρέασαν έντονα το κατά πόσον οι ασθενείς ολοκλήρωσαν το συνιστώμενο θεραπευτικό σχήμα (Safran et al., 1998). Ομοίως, οι ασθενείς με HIV που ανέφεραν ότι ο ιατρός τους γνώριζε ως άτομο, είχαν υψηλότερες πιθανότητες να λάβουν και να ολοκληρώσουν την αντιρετροϊκή θεραπεία υψηλής δραστηριότητας, καθώς και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία τους, σε σχέση με άλλους ασθενείς με HIV (Beach et al., 2006).

Οι μελέτες αυτές, καταδεικνύουν τον πιθανό ρόλο της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας από μια θεραπεία ή παρέμβαση που βασίζεται στην αυτοδιαχείριση του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων πολλών θεραπειών για χρόνιες ασθένειες. Επιπλέον, η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή έχει συσχετιστεί με μειωμένη χρήση των πόρων. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ανθρωποκεντρική επικοινωνία στις επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης συσχετίζεται με λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις και παραπομπές (Stewart et al., 2000).

Μια παρόμοια μελέτη, διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που έλαβαν λιγότερο ανθρωποκεντρική φροντίδα υπέστησαν 51% υψηλότερες ετήσιες χρεώσεις σε σχέση με τους ασθενείς που έλαβαν περισσότερο ανθρωποκεντρική φροντίδα (Bertakis και Azari, 2011). Επιπλέον, οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς συχνά επιλέγουν λιγότερο επιθετικές και δαπανηρές θεραπείες. Συγκεκριμένα, μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι ενημερωμένοι ασθενείς είχαν έως και 20 τοις εκατό λιγότερες πιθανότητες από άλλους ασθενείς να επιλέξουν χειρουργική επέμβαση επιλογής (Stacey et al., 2011). Ωστόσο, δεν μειώνει το κόστος ή δεν βελτιώνει τα αποτελέσματα κάθε περίπτωση που παρέχεται ανθρωποκεντρικά. Συγκεκριμένα, μια μελέτη διαπίστωσε ότι η ανθρωποκεντρική φροντίδα, συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα αλλά και υψηλότερο κόστος (Bechel et al., 2000).

Άλλες μελέτες, έχουν δώσει μικτά αποτελέσματα όσον αφορά στο κόστος, στην ποιότητα και στην αξία για μοντέλα περίθαλψης που στοχεύουν στην εφαρμογή διαφόρων πτυχών της ανθρωποκεντρικής φροντίδας, όπως η διαχείριση της νόσου και τα προγράμματα συντονισμού της περίθαλψης (Nelson, 2012). Αυτή η ασυνέπεια των αποτελεσμάτων οφείλεται εν μέρει στη δυσκολία προσδιορισμού του τι πραγματικά συνιστά η ανθρωποκεντρική φροντίδα (Hudon et al., 2011).

Η σύγκριση σχετικά με τις επιπτώσεις της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να εμποδίσει τις προσπάθειες καλοπροαίρετων ατόμων και οργανισμών, παράγοντας αλλαγές που είναι επιφανειακές, αποτυγχάνοντας να αντιμετωπίσουν τις υποκείμενες προκλήσεις και προσθέτουν μικρή αξία στην εμπειρία. Ορισμένοι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης έχουν υιοθετήσει πολυτελείς, ξενοδοχειακές ανέσεις, έχουν προσθέσει νέα τεχνολογία ή έχουν ανακαινίσει τις εγκαταστάσεις τους. Αν και ορισμένες από αυτές τις πρωτοβουλίες μπορεί να βελτιώσουν την εμπειρία του ασθενούς, δεν επιτυγχάνουν τους πραγματικούς στόχους της ανθρωποκεντρικής φροντίδας και μπορεί να αυξήσουν το κόστος, ενώ δεν βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας ή τα αποτελέσματα. Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή πρέπει να εφαρμόζεται με τρόπο που να ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και να υποστηρίζει τους στόχους εκείνους που είναι πιο σημαντικοί για τη βελτίωση της ποιότητας, της υγείας και της αξίας.

Ο καθορισμός αιτιώδους σχέσης μεταξύ των διαφόρων πτυχών της εμπλοκής των ασθενών και των τελικών αποτελεσμάτων μπορεί να είναι δύσκολος. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει μια σχέση μεταξύ της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή και των μετρήσεων της εμπειρίας των ασθενών, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία (Beach et al., 2006). Ωστόσο, οι ερευνητές μόλις τώρα αρχίζουν να κατανοούν την αλυσίδα αιτιότητας μέσω της οποίας οι τεχνικές φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, όπως η επικοινωνία, συμβάλλουν σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία. Σε μια ανασκόπηση αυτών των μελετών, οι Griffin et al., (2004) κατέδειξαν ότι οι παρεμβάσεις επικοινωνίας γενικά προωθούσαν τις συμπεριφορές επικοινωνίας του γιατρού και/ή του ασθενούς που θεωρούνταν επιθυμητές και αποτελεσματικές (π.χ. οι ασθενείς να κάνουν περισσότερες ερωτήσεις, οι ιατροί να χρησιμοποιούν περισσότερο ανθρωποκεντρική επικοινωνία), αλλά λιγότερο από τις μισές (44%) των μελετών συνδέθηκαν με

βελτιωμένα αποτελέσματα. Επιπλέον, παρόμοιες παρεμβάσεις είχαν διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ των μελετών, πιθανότατα επειδή τα αποτελέσματα μετρήθηκαν διαφορετικά και σχετίζονταν με μικρά μεγέθη δείγματος.

Συνεχίζοντας, κάποιες περιγραφικές μελέτες που αντικείμενο μελέτης ήταν το αντίκτυπο της συμπεριφοράς στην επικοινωνία των ιατρών στην θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς, κατέδειξαν διάφορα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή, όπως οι σαφείς εξηγήσεις των ιατρών, η συμπόνια του ιατρού, η ενεργός συμμετοχή των ασθενών και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων οι οποίες έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερη αρτηριακή πίεση (Orth et al., 1987), λιγότερο άγχος του ασθενή (Fogarty et al., 1999), λιγότερες βλάβες οργάνων στους ασθενείς με συστηματική ερυθρηματώδη λύκο (Ward et al., 2003) και υψηλότερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Street, Voigt, 1997). Ωστόσο, άλλες μελέτες έχουν βρει μηδενικά έως μικτά αποτελέσματα όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ της επικοινωνίας και των αποτελεσμάτων της υγείας (Street, Voigt, 1997 - Putnam et al., 1985 - Gabbay et al., 2003). Επομένως, χρειάζεται πρόσθετη έρευνα για να κατανοήσουμε πώς οι διάφορες τεχνικές με επίκεντρο τον ασθενή παράγουν άμεσα και έμμεσα αποτελέσματα, από τη σωματική και συναισθηματική υγεία μέχρι την ικανότητα διαχείρισης της φροντίδας του ατόμου και τη βελτίωση της ικανότητας λήψης αποφάσεων.

Η ομαδική εργασία μεταξύ των λειτουργών υγειονομικής φροντίδας, θεωρείται ως καταλύτης στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η προώθηση μιας κοινής γλώσσας και ορολογίας εντός του οργανισμού, αποτελεί ένα εργαλείο για την οικοδόμηση βελτιωμένης επικοινωνίας με ουσιαστικά αποτελέσματα στην θεραπευτική φροντίδα του ασθενούς. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες που καθιστούν επιτυχημένες τις ομάδες εργασίας των λειτουργών υγείας και επιτυγχάνουν βελτίωση στην επικοινωνία και κατ' επέκταση βελτιωμένα αποτελέσματα θεραπείας, περιλαμβάνουν ένα περιβάλλον ψυχολογικής ασφάλειας που επιτρέπει σε όλα τα μέλη της ομάδας, να μιλούν και να συμμετέχουν. Επίσης, οι αποτελεσματικές διαδικασίες διαχείρισης συγκρούσεων και ηγεσίας, πλαισιώνει αποτελεσματικά τις προκλήσεις ποιότητας που θα αντιμετωπίσει η ομάδα (IOM, 2001).

Πολύ συχνά, υπάρχει ασάφεια σε σχέση με το ποιος έχει την ευθύνη για ορισμένα καθήκοντα ή πώς πρέπει να γίνεται η εργασία, γεγονός που οδηγεί σε λάθη,

αναποτελεσματικότητα και μεγάλες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι εργασίες εκτελούνται. Αυτές οι ασάφειες επιδεινώνονται από τη φυσική τάση να δουλεύουμε γύρω από τα προβλήματα αντί να ασχολούμαστε με την επίλυση προβλημάτων για την αντιμετώπιση των υποκείμενων αιτιών (Spear και Schmidhofer, 2005). Η συστηματική επίλυση προβλημάτων, η οποία βασίζεται στην επιστημονική μέθοδο, απαιτεί από το προσωπικό να εργάζεται σε ομάδες για τον εντοπισμό ενός προβλήματος, την ανακάλυψη των υποκείμενων παραγόντων που κρύβονται πίσω από το πρόβλημα, τη δημιουργία ενός σχεδίου για την αντιμετώπιση των παραγόντων αυτών, την εφαρμογή της λύσης που προέκυψε με αυτόν τον τρόπο και τη μέτρηση του κατά πόσον η λύση επιτυγχάνει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Furman και Carlan, 2007).

Μερικές φορές, η πρώτη προσέγγιση μιας ομάδας για τη λύση ενός εντοπισμένου προβλήματος αποτυγχάνει, αλλά και αυτό αποτελεί ευκαιρία μάθησης. Μέσω πολλαπλών επαναλήψεων, αυτοί οι κύκλοι μάθησης κλειστού βρόχου έχουν τη δυνατότητα να δώσουν απαντήσεις για το πώς η μονάδα, το τμήμα και τελικά ολόκληρο το ίδρυμα μπορούν να τυποποιήσουν πολύπλοκες διαδικασίες για βέλτιστη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα και την υψηλότερη ποιότητα φροντίδας (Lukas et al., 2007 - Toussaint, 2009). Αποτελούν ένα εργαλείο που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι οργανισμοί για να μάθουν από τα λάθη και τις αναποτελεσματικότητες ώστε να προωθήσουν τη βελτίωση. Για την εφαρμογή της συγκεκριμένης προσέγγισης στην επίλυση προβλημάτων χρειάζεται έναν οργανισμό ο οποίος να υποστηρίζει τους εργαζόμενους που είναι πρόθυμοι να αναζητήσουν νέες γνώσεις και να προβλέψουν προβλήματα αντί να αντιμετωπίζουν μόνο τα άμεσα εμφανιζόμενα προβλήματα. Ως προς την επίτευξη αυτού, χρειάζεται οι εργαζόμενοι να διαθέτουν δεξιότητες που περιλαμβάνουν πρωτοβουλία σε νέες δοκιμές, την ανάλυση ροής εργασιών, την ανάλυση σεναρίων και τη στατιστική ανάλυση (Garvin et al., 2008).

Αυτό το είδος εμπλοκής των εργαζομένων, έχει βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικό στη διατήρηση των προσπαθειών βελτίωσης της ποιότητας στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε μια μελέτη τεσσάρων νοσοκομείων, οι πιο αποτελεσματικοί οργανισμοί μετέφρασαν τα εργαλεία της συστημικής επίλυσης προβλημάτων πέρα από τα τμήματα βελτίωσης της ποιότητας, εκπαιδεύοντας το κλινικό και μη κλινικό προσωπικό τους, σε μεθόδους βελτίωσης διαδικασιών

(Edwards et al., 2011). Μια τέτοια εκπαίδευση αποδίδει ένα προσωπικό που συμμετέχει περισσότερο στην επίλυση προβλημάτων και το οποίο, επιλύοντας προβλήματα, αποκτά αίσθημα ολοκλήρωσης και ενθουσιασμού και δημιουργεί προωθητική δυναμική για περαιτέρω προσπάθειες (Edwards et al., 2011 - Lukas et al., 2007). Επομένως, για την ενθάρρυνση της συνεχούς μάθησης και βελτίωσης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, συστηματικά εργαλεία όπως η οργανωτική διαχείριση, η διαχείριση των ανθρωπίνων παραγόντων και η βελτίωση των διαδικασιών, θα μπορούσαν να ενσωματωθούν στα προγράμματα σπουδών επαγγελματικής εκπαίδευσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης.

Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην καλύτερη λειτουργία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, κατέχει η βελτιωμένη ροή των ασθενών, η οποία όταν καθίσταται δυνατή, οδηγεί σε μεγαλύτερη ικανοποίηση του προσωπικού από την εργασία του και σε μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών (IOM, 2010), γεγονός το οποίο συνεισφέρει σθεναρά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αυξάνοντας το επίπεδο της ποιότητας τους. Κατ' επέκταση, βελτιώνεται η εμπειρία των ασθενών και η οικονομική κατάσταση των νοσοκομείων, καθώς επίσης έχει θετικό αντίκτυπο στον εργασιακό βίο των λειτουργών υγείας, καθότι, η βελτιωμένη ροή των ασθενών έχει συσχετιστεί με καλύτερη οργανωσιακή διαχείριση των περιστατικών και προσφέρει τη δυνατότητα να μειώσει το άγχος του προσωπικού, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, λάθη και μειωμένη ασφάλεια και ποιότητα (Litvak και Bisognano, 2011).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας της βελτιωμένης οργανωτικής λειτουργίας και αποδοτικής ροής των διεργασιών των οργανισμών υγειονομικής φροντίδας στην επιδίωξη της επίτευξης παροχής βελτιωμένων υπηρεσιών υγείας, είναι οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων σε διαφορετικές μονάδες και τμήματα, οι οποίες είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση της πρόκλησης ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας. Η συνέργεια επομένως των λειτουργών υγείας διαφορετικών τμημάτων και μονάδων ενός νοσοκομείου μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα μάθησης μέσω της εμπειρίας της αμοιβαίας συνεργασίας για την ολιστική προσέγγιση στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της δύσκολης κατάστασης που βιώνει το άτομο που ασθενεί. Επομένως, καθίσταται αναγκαία η κοινωνική δυναμική του οργανισμού η οποία με την σειρά της επηρεάζει τη διάχυση και την υιοθέτηση των νέων γνώσεων (Ford και Angermeier, 2008) προς όφελος του ασθενούς.

Μια κοινή πρόκληση για τη διάχυση της γνώσης σε ολόκληρο τον οργανισμό είναι η έλλειψη επίγνωσης της ύπαρξης της γνώσης. Παραδειγματικά, μια μονάδα ενός νοσοκομείου μπορεί να έχει τη δυνατότητα να επωφεληθεί από τη γνώση που παράγεται από μια άλλη, αλλά μπορεί να μην γνωρίζει τις δραστηριότητες της εν λόγω μονάδας. Συνεχίζοντας, ακόμη ένα δυνητικό εμπόδιο σχετίζεται με το κατά πόσον ο αποδέκτης είναι πρόθυμος να δεχθεί νέες γνώσεις ή να αναγνωρίζει τον τρόπο με τον οποίο οι γνώσεις μπορούν να εφαρμοστούν σε ένα νέο πλαίσιο.

Η αντίσταση της ηγεσίας ή των εργαζομένων που έχουν συνηθίσει να διεκπεραιώνονται οι διαδικασίες με έναν συγκεκριμένο τρόπο και θα προτιμούσαν να συνεχίσουν αυτές τις πρακτικές, αποτελεί επίσης μια συνηθής πρόκληση μετασχηματισμού της συνεργατικής εμπειρίας σε νέα γνώση. Καταλήγοντας, η μάθηση διαμέσου της συνεργατικής νέας γνώσης από την εμπειρία των εκάστοτε τμημάτων ή μονάδων υγειονομικής περίθαλψης ενός οργανισμού ή των οργανισμών υγείας που υπάγονται σε ένα σύστημα υγείας ή και ακόμη μεταξύ των διαφόρων συστημάτων υγείας η οποία θα κατευθύνει την φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή στην βελτιωμένη ποιοτικά παροχή υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσε να αναφέρεται στην παραδοχή της θετικής απόκλισης ότι ορισμένα μέλη μιας κοινότητας διαθέτουν σοφία σχετικά με τη λύση ενός προβλήματος και ότι άλλα μέλη της κοινότητας μπορούν να γενικεύσουν αυτή τη σοφία στους δικούς τους θεσμούς για να βελτιώσουν την απόδοση (Bradley et al., 2009).

Η δομή, τα κίνητρα και η κουλτούρα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, είναι συχνά ανεπαρκώς ευθυγραμμισμένα ώστε να υποστηρίζουν τις προσπάθειές τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών ως βασική τους προτεραιότητα. Αναγνωρίζοντας την επιτακτική ανάγκη να τεθεί στο επίκεντρο ο ασθενής, ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που μαθαίνει είναι ένα σύστημα στο οποίο οι ασθενείς και οι οικογένειές τους είναι βασικοί οδηγοί του σχεδιασμού και της λειτουργίας της διαδικασίας μάθησης. Όταν οι ασθενείς, οι οικογένειές τους, οι άλλοι φροντιστές είναι ενεργοί συμμετέχοντες στη φροντίδα, η υγεία, η εμπειρία της φροντίδας και τα οικονομικά αποτελέσματα μπορούν να βελτιωθούν σημαντικά. Η έλλειψη εστίασης στον ασθενή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι επίσης εμφανής στις μεταβάσεις των ασθενών μεταξύ των χώρων περίθαλψης. Οι ασθενείς συχνά αναφέρουν ότι οι μεταβάσεις φροντίδας, όπως η έξοδος από το νοσοκομείο, είναι απότομες. Οι ασθενείς συχνά λαμβάνουν ελάχιστες πληροφορίες σχετικά με τα

επόμενα βήματα της φροντίδας τους, τότε μπορούν να συνεχίσουν τις δραστηριότητές τους, ποιες παρενέργειες ή επιπλοκές πρέπει να παρακολουθούν ή σε ποιον μπορούν να απευθυνθούν με ερωτήσεις σχετικά με την ανάρρωσή τους.

Σε άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς λαμβάνουν πάρα πολλές πληροφορίες κατά την έξοδο από το νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η ικανότητά τους να θυμούνται και να εφαρμόζουν αυτές τις πληροφορίες κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου. Ως αποτέλεσμα της κακής μετάβασης, σχεδόν το ένα πέμπτο των νοσηλευόμενων ασθενών επανανοσηλεύονται εντός 30 ημερών, συχνά χωρίς να έχουν δει στο μεταξύ τον λειτουργό πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Jencks et al., 2009). Οι μεταβάσεις μπορεί να είναι ακόμη λιγότερο αποτελεσματικές και πιο πολύπλοκες όταν οι ανάγκες των ασθενών επεκτείνονται πέρα από την παραδοσιακή υγειονομική περίθαλψη και περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας και ανθρώπινων υπηρεσιών, όπως η μακροχρόνια φροντίδα, η ψυχική υγεία, καθώς και οι κοινωνικές, οικονομικές και κοινοτικές υπηρεσίες που σχετίζονται με την ευεξία και τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, γίνεται ευκόλως αντιληπτό το γεγονός ότι οι κλινικοί ιατροί και το προσωπικό υγειονομικής περίθαλψης, εργάζονται ακούραστα για τη φροντίδα των ασθενών τους σε ένα όλο και πιο πολύπλοκο, αναποτελεσματικό και αγχωτικό περιβάλλον. Η πνευματική ισορροπία και ευεξία στην υγειονομική περίθαλψη συμβάλλει στην ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας και στη μείωση του άγχους των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας και αποτρέπει την εξάντληση (Roman et al, 2020) και χρειάζεται να λαμβάνονται εγκαίρως μέτρα αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και ψυχολογικής υποστήριξης και ψυχικής ενδυνάμωσης (Neto et al, 2020).

Η αυξημένη προσοχή στην αξία της αντίληψης και της ικανοποίησης του ασθενούς στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, οδήγησε σε μεγαλύτερη αναγνώριση της σημασίας των ήπιων δεξιοτήτων στην παροχή υπηρεσιών (Bailly & Léné, 2012). Επομένως, οι ήπιες δεξιότητες έχουν καταστεί σημαντική ικανότητα σε ευρύ φάσμα επαγγελματιών (Marques, 2013), συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης (Farmer, 2015 - Joubert et al., 2006 - Stoller et al., 2013). Οι ήπιες δεξιότητες είναι ικανότητες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικοδόμηση της σύνδεσης μεταξύ των λειτουργών υγειονομικής φροντίδας και των ασθενών, επηρεάζοντας τον

τρόπο με τον οποίο παρέχονται και γίνονται αντιληπτές οι υπηρεσίες (Burger et al., 2014).

Στην υγειονομική περίθαλψη, η ενσυναίσθηση και η επικοινωνία αναφέρθηκαν ευρέως ως οι διαπροσωπικές ήπιες δεξιότητες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη σχέση ιατρού - ασθενούς και ως εκ τούτου, την συνολική εμπειρία του ασθενούς (Kelm et al., 2014). Επιπλέον, η στάση σεβασμού προς τους ασθενείς θεωρείται θεμελιώδης για τις θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ λειτουργών υγείας και ασθενών (Beach et al., 2006). Επομένως, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας χρειάζεται να επενδύσουν στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών κοινωνικών δεξιοτήτων στους λειτουργούς υγείας που στελεχώνουν τους οργανισμούς υπηρεσιών υγείας, ώστε να μπορούν να ενισχύσουν την ικανότητά τους να οικοδομούν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους ασθενείς τους, να συμβάλλουν στη θετική εμπειρία των ασθενών και να ενισχύουν την ικανοποίησή τους.

Η ενσωμάτωση των ήπιων δεξιοτήτων στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης με τους ασθενείς είναι ζωτικής σημασίας, διότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαφέρουν θεμελιωδώς από άλλους τύπους καταναλωτικών υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προσφέρονται σε ασθενείς που συνήθως αναζητούν υπηρεσίες υπό άτυπες συνθήκες. Δηλαδή, τα άτομα που αναζητούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι συνήθως άρρωστα ή τραυματισμένα. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς αναμένουν από τους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης να κατανοήσουν και να αισθανθούν τον πόνο και τη δυσφορία τους.

Οι προσδοκίες αυτές ποικίλλουν ανάλογα με τις διαφορετικές προσωπικότητες και την ανοχή των ανθρώπων στον πόνο, καθώς και τη σοβαρότητα της ασθένειας ή του τραυματισμού. Όταν πονάνε, τα άτομα τείνουν να είναι πιο ευαίσθητα στα λόγια και τις πράξεις των άλλων ανθρώπων. Κατά συνέπεια, οι λειτουργοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επιδεικνύουν υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών και να διαθέτουν διαπροσωπικές δεξιότητες που τους επιτρέπουν να χειρίζονται δύσκολες καταστάσεις και να δημιουργούν συναισθηματικές συνδέσεις με τους ασθενείς. Υπό την άποψη αυτή, οι ήπιες δεξιότητες είναι σημαντικές συμπεριφορικές και διαπροσωπικές ικανότητες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οικοδόμηση της συναισθηματικής σύνδεσης μεταξύ των λειτουργών υγειονομικής περίθαλψης και των ασθενών τους (Burger et al., 2014). Οι ήπιες

δεξιότητες επηρεάζουν θεμελιωδώς την ικανότητα ενός λειτουργού υγείας να επιτύχει τον πρωταρχικό στόχο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, που είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας προκειμένου να βελτιωθεί ή να διατηρηθεί η υγεία των ατόμων που νοσούν και των λειτουργών υγείας.

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία καταγράφει τις πολλές προσπάθειες για την προώθηση της εκπαίδευσης και των πρακτικών ανθρώπινου δυναμικού που διευκολύνουν την ανάπτυξη των ήπιων δεξιοτήτων στους λειτουργούς υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, οι Van Staden et al., (2006), εξέτασαν την επιδεξιότητα των φοιτητών ιατρικής στην εφαρμογή των ήπιων δεξιοτήτων, ενώ οι Harlak et al., (2008), συνέστησαν την εξέταση των ήπιων δεξιοτήτων στα προγράμματα πρόσληψης και κατάρτισης. Έχουν επίσης δοκιμαστεί διάφορες παρεμβάσεις για τη βελτίωση των ήπιων δεξιοτήτων των ιατρών, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών και των φοιτητών ιατρικής ώστε να επιδεικνύουν ήπιες δεξιότητες εκτός από τις δεξιότητες κλινικής εξέτασης (Joubert et al., 2006 - Kelm et al., 2014). Τα ευρήματα αυτών των μελετών καταδεικνύουν τη σημασία των ήπιων δεξιοτήτων για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, αν και ο ρόλος των ήπιων δεξιοτήτων στη συνολική απόδοση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να μην έχει διερευνηθεί επαρκώς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2012)** *Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2012, 29(6):720-730.
- Γκικόκα, Β., Πετράκος, Α., Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ. (2018)**. *Εκτίμηση των παραγόντων παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2018, 35(2):230-240.
- Γούλα, Α. (2014)**. *Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. (2014)**. *Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημοσίων νοσοκομείων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(4):452-460.
- Γράβαρης, Δ. (2005)**. *Από το κράτος στο κράτος. Ορθολογικότητα και κανόνες νομιμοποίησης στην εκπαιδευτική πολιτική*. Στο Δ. Ν. Γράβαρης, & Ν. Παπαδάκης (Επιμ.), *Εκπαίδευση και εκπαιδευτική πολιτική μεταξύ κράτους και αγοράς* (σελ. 27-50). Αθήνα: Σαββάλας.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011)**. *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών- Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2011, 28(5):667-673.
- Κουράκος, Μ., Πουλημενάκου, Γ., Σαρρής, Μ. (2021)**. *Εκφάνσεις κοινωνικού κατασκευαστικού εποικοδομισμού στη θεραπευτική διεργασία και μάθηση των λειτουργιών υγείας μέσω θεατρικής έκφρασης*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2021, 38(3):336-342.
- Κριτσωτάκης, Γ. Μ. (2009)** *Μελέτη Συσχέτισης του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας από τις Υπηρεσίες Υγείας*. Διδακτορική Διατριβή στην Κοινωνική Ιατρική, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Παπάνης Ε., & Ρόντος Κ. (2005)**. *Ψυχολογία- Κοινωνιολογία της εργασίας και διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού. Θεωρία και εμπειρική έρευνα*. Εκδόσεις Σιδέρης.

Παπανικολάου, Β. (2003). *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των Χρηστών.* Αθήνα: Θεμέλιο.

Πετράκος, Α., Γκιόκα, Β., Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ. (2018). *Διερεύνηση της εργασιακής απόδοσης του προσωπικού σε νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας: Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και παράγοντες.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2018, 35(3):372-381

Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Βουρλιώτου, Κ., Γιαννουλάτος, Π. (2013). *Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2013, 30(3):316-324.

Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Γούλα, Α., Σταμούλη, Μ., Δημάκου, Σ., Υφαντόπουλος, Ι. (2015). *Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής, Ενδεχόμενη μελέτη.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2015, 32(5):629-635.

Πριμικήρη, Α. (2020). *Εκπαίδευση 4.0: Μάθηση και Δεξιότητες του 21ου αιώνα. Επιχειρηματικές δεξιότητες στην Εκπαίδευση.* Παπαδόπουλος, Αθήνα, σ. 212.

Σαρρής, Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής.* Αθήνα: Παπαζήση.

Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκιόκα, Β., Σούλης, Σ. (2008) *Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2008, 25(2):201-208.

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Πιερράκος, Γ., Γούλα, Α., Πετράκος, Α., Γκιόκα, Β., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ., Λατσού, Δ. (2017). *Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2018, 35(5):472-480.

Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., Υφαντόπουλος, Γ. (2001). *Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2001, 18(3)230-238.

Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., Σκαλκίδης, Η. (2010). *Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών.* *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2010, 27(3):487-497.

Σούλης, Σ. (2015). *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική – Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας*, Παπαζήσης, Αθήνα.

Τσαούσης, Δ. (2007). *Η εκπαιδευτική πολιτική των διεθνών οργανισμών. Παγκόσμιες και ευρωπαϊκές διαστάσεις*. Αθήνα: Gutenberg.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). (2010). Hospital survey on patient safety culture. <http://www.ahrq.gov/qual/patientsafetyculture/hospindex.htm#Toolkit>

Alford, C. F. (2016). *Mirror neurons, psychoanalysis, and the age of empathy*. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 13(1), 7-23. <https://doi.org/10.1002/aps.1411>

Archer-R, L., Diaz-Loving, R., Gollwitzer, P. M., Davis, M. H., and Foushee, H. C. (1981). *The role of dispositional empathy and social evaluation in the empathic mediation of helping*. J. Personal. sot. Psychol. 40, 786-796.

Armstrong, P. (2013). *Puzzling skills: Feminist political economy approaches*. Canadian Review of Sociology, 50(3), 256–283. <https://doi.org/10.1111/cars.12015>.

Attewell, P. (1990). *What is skill? Work and Occupations*. Research Article, 17(4), 422-448. <https://doi.org/10.1177/0730888490017004003>

Babakus, E., Mangold, W.G. (1992) *Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation*. Health Serv Res 1992, 26:767–786. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/>

Baer, M., & Frese, M. (2003). *Innovation is not enough: Climates for initiative and psychological safety, process innovations, and firm performance*. Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior, 24(1), 45-68. <https://doi.org/10.1002/job.179>

Bailly, F., & Léné, A. (2012). *The personification of the service labour process and the rise of soft skills: A French case study*. Employee Relations, 35(1), 79-97. doi : 10.1108/01425451311279429.

Ballatt, J., & Campling, P. (2011). *Intelligent kindness: Reforming the culture of healthcare*. London, UK: RCPsych Publications. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.047449>

- Barnett, R. (2004).** *Learning for an Unknown Future*. Higher Education Research and Development 23 (3): 247–260. <https://doi.org/10.1080/0729436042000235382>
- Beach, M. C., Roter, D. L., Wang, N. Y., Duggan, P. S., & Cooper, L. A. (2006).** *Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?* Patient Education and Counseling, 62(3), 347-354. doi: 10.1016/j.pec.2006.06.004
- Bechel, D. L., Myers, W. A., and Smith, D. G. (2000).** *Does patient-centered care pay off?* Joint Commission Journal on Quality Improvement 26(7):400-409. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(00\)26033-1](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(00)26033-1)
- Bell, R., and M. Loon. (2015).** *The Impact of Critical Thinking Disposition on Learning Using Business Simulations*. The International Journal of Management Education 13 (3): 362–370. doi:10.1016/j.ijme.2015.10.003.
- Bertakis, K. D., and Azari, R. (2011).** *Patient-centered care is associated with decreased health care utilization*. Journal of the American Board of Family Medicine 24(3):229-239. doi: 10.3122/jabfm.2011.03.100170.
- Berwick, D. M. (2009).** *What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist*. Health Affairs (Millwood) 28(4):w555-w565. doi: 10.1377/hlthaff.28.4.w555.
- Billett, S. (2016).** *Apprenticeship as a Mode of Learning and Model of Education*. Education + Training 58 (6): 613–628. <http://dx.doi.org/10.1108/ET-01-2016-0001>
- Billett, S., and Choy, S. (2013).** *Learning through Work: Emerging Perspectives and New Challenges*. Journal of Workplace Learning 25 (4): 264–276. <https://doi.org/10.1108/13665621311316447>
- Binkley, M., Erstad, O., Herman, J., Raizen, S., Ripley, M., Miller-Ricci, M., & Rumble, M. (2012).** *Defining Twenty-First Century Skills*. In P. Griffin, B. McGaw, & E. Care (Eds.), *Assessment and Teaching of 21st Century Skills*. (pp. 17-66). Dordrecht:Springer.http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-2324-5_2.
- Boan, D., Funderburk F. (2003).** *Healthcare quality improvement and organizational culture*. EASTON MD: Delmarva Foundation.

- Boerner, S., & Dütschke, E. (2008).** *The impact of charismatic leadership on followers' initiative-oriented behavior: A study in German hospitals.* *Health Care Management Review*, 33(4), 332-340. doi: 10.1097/01.HCM.0000318771.82642.8f.
- Bodenheimer, T. (2008).** *Coordinating care—a perilous journey through the health care system.* *New England Journal of Medicine* 358(10):1064-1071. DOI: 10.1056/NEJMhpr0706165
- Bolton, S. C. (2004).** *Conceptual confusion: Emotion work as skilled work.* In C. Warhurst, Grugulis, I., & Keep, E. (Eds.), *The skills that matter* (pp. 19-37). New York, NY: Palgrave/Macmillan. <https://eprints.lancs.ac.uk/id/eprint/46185>
- Bowles, Samuel, Herbert Gintis, and Melissa Osborne. (2001).** *The Determinants of Earnings: A Behavioral Approach.* *Journal of Economic Literature*, 39 (4): 1137-1176. doi: 10.1257/jel.39.4.1137.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., Ramanadhan, S., Rowe, L., Nembhard, I. M., and Krumholz, H. M. (2009).** *Research in action: Using positive deviance to improve quality of health care.* *Implementation Science* 4:25. doi: 10.1186/1748-5908-4-25
- Budhwar, P. S., Khatri N. (2001).** *A comparative study of HR practices in Britain and India.* *International Journal of Human Resource Management*, 12(5), 800-826. Doi: 10.1080/713769673
- Burger, J., Hoogerhuis, M., & Standish, M., (2014).** *How hospitals can maximize the patient experience.* Washington, D.C.: Gallup, Inc.
- Buss, MK, Lessen, DS, Sullivan, AM, Von Roenn, J, Arnold RM, Block, SD. (2011).** *Hematology/ oncology fellows' training in palliative care: Results of a national survey.* *Cancer.*;117:4304–4311. <https://doi.org/10.1002/cncr.25952>
- Byrne, P., S., and Long, B. E. L. (1976).** *Doctors Talking to Patients.* Her MaJesty's Stationary Office, London.
- Carter, W. B., Inui, T. S., Kukull, W. A., and Haigh V.H. (1982).** *Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior.* *Med. Cari* 20, 550-566. doi: 10.1097/00005650-198206000-00002
- Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I., and Rosin, R. (1992).** *Doctor-patient communication in a cancer ward.* *J. Cancer Educ.* 7, 41. doi: 10.1080/08858199209528141.

Chan, S. (2013). *Learning Through Apprenticeship: Belonging to a Workplace, Becoming and Being.* *Vocations and Learning* 6 (3): 367–383. doi: 10.1007/s12186-013-9100-x

Chang, J. T., Hays, R. D., Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Solomon, D. H., Reuben, D. B., Roth, C. P., Kamberg, C. J., Adams, J., Young, R. T., & Wenger, N. S. (2006). *Patients' global ratings of their health care are not associated with the technical quality of their care.* *Annals of Internal Medicine*, 144(9), 665-672. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-9-200605020-00010>

Chant, S., Jenkinson, T., Randle, J., Russell, G., Webb, C., (2002b). *Communication skills training in healthcare: a review of the literature.* *Nurse Education Today* 22 (3), 189e202. <https://doi.org/10.1054/nedt.2001.0690>

Chatman, J. A., Barsade, S. G. (1995). *Personality, Organizational Culture and Cooperation: Evidence from a Business Simulation,* *Administrative Science Quarterly*, Vol.40. <https://doi.org/10.2307/2393792>

Chell, E. (2013). *Review of skill and the entrepreneurial process.* *International Journal of Entrepreneurial Behavior & Research*, Vol. 19 No. 1, pp. 6-31. <https://doi.org/10.1108/13552551311299233>

Childers, L. (2014). *The benefits of being bilingual: Breaking down language barriers.* *Minority Nurse*, 26 June [online article]. <https://minoritynurse.com/the-benefits-ofbeing-bilingual-breaking-down-language-barriers/>

Chou, S., Chen, T., Woodard, B., Yen, M. (2005). *Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan.* *J. Nurs. Res.* 23 (2), 75–84. doi: 10.1097/01.jnr.0000387529.22642.2b.

Cimatti, B. (2016). *Definition, development, assessment of soft skills and their role for the quality of organisations and enterprises.* *International Journal for Quality Research* 10 (1), 97–130. <https://doi.org/10.18421/IJQR10.01-05>

CNO (College of Nurses of Ontario) (2019). *Therapeutic nurse-client relationship* (Pub. No. 41033). Toronto, ON: College of Nurses of Ontario. https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf

Costa, A., & Kallick, B. (2016). *Hard thinking about soft skills.* *Educational Leadership*, 73(6), 60-64.

Codefop. (2015). *Skills, qualifications and jobs in the EU: the making of a perfect match? Evidence from Cedefop's European skills and jobs survey.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://www.cedefop.europa.eu/en/publications/3072>.

Conley, D. T. (2013). *Rethinking the notion of non-cognitive.* Education Week, 32(18), 20-21. <https://www.edweek.org/teaching-learning/opinion-rethinking-the-notion-of-noncognitive/2013/01>

Curry, L. A., Spatz, E., Cherlin, E., Thompson, J. W., Berg, D., Ting, H. H., Decker, C., Krumholz, H. M., and Bradley, E. H. (2011). *What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? A qualitative study.* Annals of Internal Medicine 154(6):384-390. doi: [10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00003](https://doi.org/10.7326/0003-4819-154-6-201103150-00003)

Dagger, T.S., Sweeney, J.C., Johnson, L.W. (2007.) *A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model.* J Serv Res-US 2007, 10:123–142. <https://doi.org/10.1177/1094670507309594>.

Dal Santo, L., Pohl, S., Saiani, L., & Battistelli, A. (2014). *Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too?* Journal of Nursing Education and Practice, 4(2), 74–81. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>

Davies, H. T. O., Nutley, S. M., Mannion, R. (2000). *Organizational culture and quality of health care.* Quality in Health Care 9:111–119.

Davis, J., Thompson, C. R., Foley, A., Bond, C. D., & DeWitt, J. (2008). *An examination of listening concepts in the healthcare context: Differences among nurses, physicians, and administrators.* The International Journal of Listening, 22(2), 152-167. <https://doi.org/10.1080/10904010802181524>

Dean, E. (2012). *The right attitude.* Nurs. Stand. 26 (36), 16–18. doi: 10.7748/ns2012.05.26.36.16.p8266.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). *The functional architecture of human empathy.* Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3(2), 71-100. doi: 10.1177/1534582304267187.

Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). *The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions.* *BioPsychoSocial Medicine*, 1(1), 1-22. doi: 10.1186/1751-0759-1-22

Decker, P. J. (1999). *The hidden competencies of healthcare: Why self-esteem, accountability, and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores.* *Hospital Topics*, 77(1), 14-26. doi: 10.1080/00185869909596515.

Denison, D. R. (1990). *Corporate Culture and Organizational Effectiveness*, Wiley, New York.

DeWitt, D. J. (2001). *The Changing Corporate Culture* [on-line]. Available: <http://www.informanet.com/corpculture.htm>; cited in Mowat, J. (2002). *Corporate Culture*, The Herridge Group.

DiMatteo, M. R., and DiNicola, D. D.(1982). *Achieving Patient Compliance: The Psychology of the Medical Practitioner's Role.* Pergamon Press. New York. [http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991\(83\)90077-0](http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991(83)90077-0)

Donabedian, A. (1978). *The quality of medical care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs.* *Science*, Vol.200, pp.856–64. doi: 10.1126/science.417400.

Donaldson, S. I., & Grant-Vallone, E. J. (2002). Understanding self-report bias in organizational behavior research. *Journal of Business and Psychology*, 17(2), 245-260. <https://doi.org/10.1023/A:1019637632584>

Dooley, K.E., Linder, J.R., Dooley, L.M. & Alagaraja, M. (2004). *Behaviorally anchored competencies: Evaluation tool for training via distance.* *Human Resource Development International*, Vol. 7, No 3. <https://doi.org/10.1080/1367886042000210958>

Drucker, P. (1996). *Μετακαπιταλιστική κοινωνία.* Αθήνα: Gutenberg.

Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). *Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report.* *Academic Medicine*, 79(6), 495-507. doi: 10.1097/00001888-200406000-00002.

- Dulewicz, V., & Higgs, M. (1999).** *Can emotional intelligence be measured and developed?* *Leadership & Organization Development Journal*, 20(5), 242-253. <https://doi.org/10.1080/0958519032000157366>
- Dyson, S. (2018).** *Critical Pedagogy in Nursing: Transformational Approaches to Nurse Education in a Globalised World.* Palgrave Macmillan, London. <https://doi.org/10.1057/978-1-137-56891-5>
- Edwards, J. N., Silow-Carroll, S., and Lashbrook, A. (2011).** *Achieving efficiency: Lessons from four top-performing hospitals.* New York: The Commonwealth Fund.
- Eisenberg, N., & Strayer, J. (Eds.). (1990).** *Empathy and its development.* New York, NY: Cambridge University Press Archive. <https://www.worldcat.org/title/empathy-and-its-development/oclc/15592556>
- Epstein, R. M., Fiscella, K.C., Lesser, S., and Stange, K. C. (2010).** *Why the nation needs a policy push on patient-centered health care.* *Health Affairs (Millwood)* 29(8):1489-1495. doi: 10.1377/hlthaff.2009.0888.
- Ericsson, K.A., Krampe, R.T., & Tesch-Römer, C. (1993).** *The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance.* *Psychological Review*, Vol. 100, p. 363-406.
- European e-Competence Framework (2014).** <http://www.ecompetences.eu/faq-competences-skills-jobs/>
- Falvo, D., Woehlke, P., and Deichmann, J. (1982).** *Relationship of physician behavior to patient compliance.* *Puriernr Counseli. Hlrh Educ.* 2, 185-188, 1980. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(80\)80101-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(80)80101-7)
- Farmer, D. L. (2015).** *Soft skills matter.* *JAMA surgery*, 150(3), 207-207. . doi:10.1001/jamasurg.2014.2250.
- Fassaert, T., van Dulmen, S., Schellevis, F., & Bensing, J. (2007).** *Active listening in medical consultations: Development of the Active Listening Observation Scale (ALOS-global).* *Patient Education and Counseling*, 68(3), 258-264. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.06.011>
- Faust, H. S. (2009).** *Kindness, not compassion, in healthcare.* *Cambridge Quarterlyly of Healthcare Ethics*, 18(3), 287-299. doi: 10.1017/S0963180109090458.

- Fay, D., & Sonnentag, S. (2002).** *Rethinking the effects of stressors: A longitudinal study on personal initiative.* Journal of Occupational Health Psychology, 7(3), 221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.7.3.221>
- Fenton ,J.J., Jerant, A.F., Bertakis, K.D., Franks, P. (2012)** *The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality.* Arch Intern Med 2012, 172:405–411. doi: 10.1001/archinternmed.2011.1662.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006).** *Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history.* Psicothema, (18), 7-12.
- Fernandes, T. (2006).** *Relationships between the carer and the cared for.* Nurs Res Care, 8(11):490–493. <https://doi.org/10.12968/nrec.2006.8.11.22089>
- Ford, R., and Angermeier, I. (2008).** *Creating a learning health care organization for participatory management: A case analysis.* Journal of Health Organization and Management 22(3):269-293. doi: 10.1108/14777260810883549.
- Fowler, F. J., Levin, Jr., C. A., and Sepucha, K. R. (2011).** *Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions.* Health Affairs (Millwood) 30(4):699-706. doi: 10.1377/hlthaff.2011.0003.
- Fremont, A. M., Cleary, P. D., Hargraves, J. Lee, Rowe, R. M., Jacobson, N. B., and Ayanian, J. Z. (2001).** *Patient centered processes of care and long term outcomes of myocardial infarction.* Journal of General Internal Medicine 16(12):800-808. doi: 10.1111/j.1525-1497.2001.10102.x.
- Freshwater, D., Stickley, T. (2004).** *The heart of the art: emotional intelligence in nurse education.* Nurs Inq, 11:91-98. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2004.00198.x>
- Frese, M., Fay, D., Hilburger, T., Leng, K., & Tag, A. (1997).** *The concept of personal initiative: Operationalization, reliability and validity in two German samples.* Journal of Occupational and Organizational Psychology, 70(2), 139-161. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1997.tb00639.x>
- Fukada, M. (2018).** *Nursing competency: Definition, structure and development.* Journal of Medical Sciences, 61(1), 1–7. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>

- Fuller, A., and Unwin, L. (2011).** *Apprenticeship as an Evolving Model of Learning.* Journal of Vocational Education and Training 63 (3): 261–266. <https://doi.org/10.1080/13636820.2011.602220>
- Furman, C., and Caplan, R. (2007).** *Applying the Toyota production system: Using a patient safety alert system to reduce error.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 33(7):376-386. doi: 10.1016/s1553-7250(07)33043-2.
- Garfield, S. L. (1980).** *Psychotherapy. An Eclectic Approach.* John Wiley & Sons, New York . <https://wellcomecollection.org/works/er6udm6k/items?canvas=2>
- Garrity, T. F. (1981).** *Medical compliance and the clinician - patient relationship: a review.* Sot. Sci. Med. HE, 215-222, [https://doi.org/10.1016/0271-5384\(81\)90016-8](https://doi.org/10.1016/0271-5384(81)90016-8)
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., and Gino, F. (2008).** *Is yours a learning organization?* Harvard Business Review 86(3):109.
- Gerdes, K. E., Segal, E. A., & Lietz, C. A. (2010).** *Conceptualising and measuring empathy.* British Journal of Social Work, 40(7), 2326-2343. Doi: 10.1093/bjsw/bcq048
- Gibert A, Tozer WC, Westoby M. (2017).** *Teamwork, Soft Skills, and Research Training.* Trends Ecol. 32(2):81-84. <https://doi.org/10.1016/j.tree.2016.11.004>
- Giordano, B.P. (1993).** *Skilled perioperative care is not enough – customer service is a must.* AORN Journal 57 (5), 1052–1054. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)67307-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(07)67307-4)
- Glaub, M., Frese, M., Fischer, S., & Hoppe, M. (2014).** *Increasing personal initiative in small business managers or owners leads to entrepreneurial success: A theory-based controlled randomized field intervention for evidence-based management.* Academy of Management Learning & Education, 13(3), 354-379. <https://doi.org/10.5465/amle.2013.0234>
- Goleman, D. (2001).** *An EI-based theory of performance.* Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations, (1), 27-44.
- Goleman, D. (2000).** *Leadership that gets results.* Harvard Business Review, 78(2), 4-17.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. (2004). *Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials*. *Ann Fam Med* 2004;2:595–608. doi: 10.1370/afm.142.

Gosselin, P. A., & Gagné, J. P. (2010). *Use of a dual-task paradigm to measure listening effort*. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 34(1), 43-51. <https://asara.org.ar/wp-content/uploads/2014/08/IX-JORNADAS-INTERNACIONALES-Gosselin-Spring-2010-CJSLPA.pdf>

Hahn, V. C., Frese, M., Binnewies, C., & Schmitt, A. (2012). *Happy and proactive? The role of hedonic and eudaimonic well-being in business owners' personal initiative*. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 36(1), 97-114. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6520.2011.00490.x>

Hakanen, J. J., Perhoniemi, R., & Toppinen-Tanner, S. (2008). *Positive gain spirals at work: From job resources to work engagement, personal initiative and work-unit innovativeness*. *Journal of Vocational Behavior*, 73(1), 78-91. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2008.01.003>

Hall, J. A., Irish, J. T., Roter, D. L., Ehrlich, C. M., & Miller, L. H. (1994). *Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting*. *Health Psychology*, 13(5), 384-392. doi: 10.1037//0278-6133.13.5.384.

Hall, J. A., Roter, D. L., and Katz, N. R. (1987). *Task versus socio-emotional behaviors in physicians*. *Med. Care* 25, 399, 1987. doi: 10.1097/00005650-198705000-00004.

Hall, J. A., Roter, D. L., and Rand, C. S. (1981). *Communication of affect between patient and physician*. *J. Hlth sot. Behaa.* 22, 18-30, 1981. doi: [10.2307/2136365](https://doi.org/10.2307/2136365)

Halpern, R. (2009). *The Means to Grow up. Reinventing Apprenticeship as a Developmental Support in Adolescence*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203885970>

- Halpern, J. (2003).** *What is clinical empathy?* Journal of General Internal Medicine, 18(8), 670-674.
- Halvorson, G. C. (2009).** *Health care will not reform itself: A user's guide to refocusing and reforming American health care.* New York: CRC Press.
<https://doi.org/10.1201/9781439816158>
- Harlak, H., Gemalmaz, A., Gurel, F. S., Dereboy, C., & Ertekin, K. (2008).** *Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency.* Education for Health, 21(2), 62-67.
- Hatch, M. J. (1997)** *Organization Theory: Modern, Symbolic and Post modern Perspectives,* Oxford University Press, UK.
- Hay Group. (2003).** *Using competencies to identify high performers: An overview of the basics (Working Paper).*
<https://wenku.baidu.com/view/47f03f6648d7c1c708a14591>
- Hayes, J. (2002).** *Interpersonal skills at work.* New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203465783>
- Hofstede, G. (1985).** *The interaction between national and organizational value system,* Journal of Management studies. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1985.tb00001.x>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002).** *Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty.* American Journal of Psychiatry, 159(9), 1563-1569
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009).** *The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school.* Academic Medicine, 84(9), 1182-1191. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., and Poitras, M. E. (2011).** *Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine.* Annals of Family Medicine 9(2):155-164. doi: 10.1370/afm.1226.

Hurrell, S. A., Scholarios, D., & Thompson, P. (2013). *More than a 'humpty dumpty' term: Strengthening the conceptualization of soft skills.* *Economic and Industrial Democracy*, 34(1), 161-182.

Imhof, M., & Janusik, L. A. (2006). *Development and validation of the Imhof-Janusik Listening Concepts Inventory to measure listening conceptualization differences between cultures.* *Journal of Intercultural Communication Research*, 35(2), 79-98. <https://doi.org/10.1080/17475750600909246>

Institute for Patient - and Family -Centered Care. (2011). Frequently asked questions. <http://www.ipfcc.org/faq.html>

IOM. (Institute of Medicine). (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* Washington, DC: National Academy Press. DOI: 10.17226/10027

IOM. (2011). *Institute of Medicine of the National Academies, The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health,* The National Academies Press, Washington. <https://doi.org/10.17226/12956>.

IOM. (2010). *The healthcare imperative: Lowering costs and improving outcomes: Workshop series summary.* Washington, DC: The National Academies Press. DOI: 10.17226/12750.

Irwin, W. G., McClelland, R., and Love, A. H. G. (1989). *Communication skills training for medical students: an integrated approach.* *Med. Educ.* 23, 387, 1989. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1989.tb01565.x>

Işık, O., U?urluo?lu, Ö., Akbolat, M., Öner, Z. H., & Pisapia, J. (2012). *Charismatic leadership: Impulse factor for initiative-oriented health care personnel in the Turkish public hospitals.* *HealthMED*, 6(5), 1523-1535.

Jacques, E. (1952). *The Changing Culture of a Factory,* Dryden Press, New York.

Jagosh, J., Boudreau, J. D., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). *The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship.* *Patient Education and Counseling*, 85(3), 369-374. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>

James, R. F., & James, M. L. (2004). *Teaching career and technical skills in a "mini" business world.* In *Business Education Forum*, 59, 39-41.

Jarrett, N.J., & Payne, S.A. (2000). *Creating and maintaining 'optimism' in cancer care communication.* International Journal of Nursing Studies 37, 81–90
[https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(99\)00039-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(99)00039-5)

Jencks, S. F., Williams, M. V., and Coleman, E. A. (2009). *Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program.* New England Journal of Medicine 360(14):1418-1428. doi: 10.1056/NEJMsa0803563.

Jiang, H. J., Lockee, C., Bass, K., and Fraser, I. (2009). *Board oversight of quality: Any differences in process of care and mortality?* Journal of Healthcare Management 54(1):15-29. doi:[10.1097/HMR.0b013e3182224237](https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3182224237)

Johnson, J. A. (1999). *Persons in situations: Distinguishing new wine from old wine in new bottles.* European Journal of Personality, 13(5), 443-453.
[https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199909/10\)13:5%3C443::AID-PER358%3E3.0.CO;2-9](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/(SICI)1099-0984(199909/10)13:5%3C443::AID-PER358%3E3.0.CO;2-9)

Johnson, R. L., Roter, D., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2004). *Patient race/ethnicity and quality of patient–physician communication during medical visits.* American Journal of Public Health, 94(12), 2084-2090. doi: 10.2105/ajph.94.12.2084.

Johnston, O., Kumar, S., Kendall, K., Peveler, R., Gabbay, J., & Kendrick, T. (2007). *Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening.* British Journal of General Practice, 57(544), e1-e14. doi: 10.3399/096016407782318026.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1995) *Accreditation Manual for Hospitals.* Volume 1, Standards.
https://www.utc.fr/~farges/textes_off/accreditations/ANAES/Manual_v1_en.pdf

Jongen, C., McCalman, J., Bainbridge, R., & Clifford, A. (2018). *Cultural competence in health: A review of the evidence.* Singapore: Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-981-10-5293-4>

Joubert, P. M., Krüger, C., Bergh, A. M., Pickworth, G. E., Van Staden, C. W., Roos, J. L., Schurink, W. J., Du Preez, R. R., Grey, S. V., & Lindeque, B. G. (2006). *Medical students on the value of role models for developing 'soft skills' - "That's the way you do it".* African Journal of Psychiatry, 9(1), 28-32.

- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1993).** *Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors.* *Developmental Psychology*, 29(6), 940–950. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.6.940>
- Kautz, T., Heckman, J. J., Diris, R., Ter Weel, B., & Borghans, L. (2014).** *Fostering and measuring skills: Improving cognitive and non-cognitive skills to promote lifetime success* (No. w20749). National Bureau of Economic Research. doi: 10.3386/w20749
- Kechagias, K., Welsh, M., Stewart, M., Mearns, A., Papadopoulou, D., Agapidou, E., Kalivas, I., Ananiadis, P., Waglund, P., Jonsson, E. M., Norling, L., Rask, T., Luca, S. Dragan, V., Iuga, C., Plompen, S., Snippert, D., Terpstra, P., Hupkes, P., & Botke, J. (2011).** *Teaching and assessing soft skills.* Neapolis, Thessaloniki: 1st Second Chance School of Thessaloniki.
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014).** *Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review.* *BMC Medical Education*, 14(1), 219-229. doi: 10.1186/1472-6920-14-219.
- Kim, S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. (2004).** *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance.* *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237-251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kincey, J. A., Bradshaw, P. W., and Ley, P. (1975).** *Patients' satisfaction and reported acceptance of advice in general practice.* *J. R. Coll. Gen. Practit.* 25. 558-566. 1975.
- Klaus, P. (2007).** *The hard truth about soft skills.* New York: Klaus & Associates, Harper-Collins.
- Kydd, A. (2004).** Strategies to personalise care for older people. *Nurs Res Care*, 6(7):331–333. <https://doi.org/10.12968/nrec.2004.6.7.13243>.
- Laari, L., & Dube, B.M. (2017).** *Nursing students' perceptions of soft skills training in Ghana.* *Curationis*, 40(1), e1–e5. <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1677>
- LaBelle, J. T., and G. Belknap. (2016).** *Reflective Journaling: Fostering Dispositional Development in Preservice Teachers.* *Reflective Practice* 17 (2): 125–142. doi: 10.1080/14623943.2015.1134473.

- Laker, D. R., & Powell, J. L. (2011).** *The differences between hard and soft skills and their relative impact on training transfer.* Human Resource Development Quarterly, 22(1), 111-122. <https://doi.org/10.1002/hrdq.20063>
- Langewitz, W.A., Eich, P., Kiss, A., Wossmer, B. (1998).** *Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine.* Psychosomatic Medicine 60, 268–276. doi: 10.1097/00006842-199805000-00009.
- Lave, J., and E. Wenger. (1991).** *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation.* Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511815355>
- Leininger, M. (1995).** *Culture care theory, research, and practice.* Nursing Science Quarterly, 9(2), 71–78. <https://doi.org/10.1177/089431849600900208>
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004).** *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care.* Qual Saf Health Care 13 Suppl 1:i85-i90. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
- Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010).** *Developing physician communication skills for patient-centered care.* Health Affairs, 29(7), 1310-1318. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0450>
- Ley, P. (1982).** *Satisfaction, compliance and communication.* Br. J. ciin. Psychol. 21, 241-254,. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00562.x>
- Life Skills for Europe (LSE). (2018).** *The Life Skills Approach in Europe.* Summary of the LSE Analysis, σ.5. Μτφ στα ελληνικά, σ.7. https://eaea.org/wp-content/uploads/2018/03/Life-Skills-Approach-in-Europe-summaryEN_FINAL_13042018-1.pdf.
- Like, R., and Zyzanski, S. J. (1987).** *Patient satisfaction with the clinical encounter social psychological determinants.* Soc Sci Med, 24, 351, doi: 10.1016/0277-9536(87)90153-5.
- Lim, P.C., Tang, N.K.H. (2000).** *A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals.* International Journal of Health Care Quality 13 (7), 290–299. doi: 10.1108/09526860010378735.

Litvak, E., and Bisognano, M. (2011). *More patients, less payment: Increasing hospital efficiency in the aftermath of health reform.* Health Affairs (Millwood) 30(1):76-80. doi: 10.1377/hlthaff.2010.1114.

Long, A. (1999). *Interaction for Practice in Community Nursing.* Macmillan Press, London. doi: 10.1007/978-1-349-14757-1.

Lovet, L. M., Cox, A., and Abou-Saleh, M. (1990). *Teaching psychiatric interview skills to medical students.* Med. Educ. 24, 243, 1990. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1990.tb00008.x>

Lundsteen, S. W. (1979). *Listening: Its impact at all levels on reading and the other language arts.* ERIC Clearinghouse on Reading and Communication Skills. Illinois: National Council of Teachers of English.

Lucas, B., and E. Spencer. (2016). *A Practical Guide to Craftsmanship: Creating the Craftsmen and Women That Britain Needs.* London: City & Guilds.

Lucas, B., Hanson, J, and Claxton, G. (2014). *Thinking like an Engineer. Implications for the Education System. A report for the Royal Academy of Engineering Standing Committee for Education and Training.* London: Royal Academy of Engineering.

Lucas, J. M. (2011). *Not just a feeling anymore: Empathy and the teaching of writing.* Theses and Dissertations (All). 272. <https://knowledge.library.iup.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1298&context=etd>

Lukas, C. V., Holmes, S. K., Cohen, A. B., Restuccia, J., Cramer, I. E., Shwartz, M., and Charns, M. P. (2007). *Transformational change in health care systems: An organizational model.* Health Care Management Review 32(4):309-320. doi: 10.1097/01.HMR.0000296785.29718.5d.

MacKenzie, S. B., Podsakoff, P. M., & Jarvis, C. B. (2005). *The problem of measurement model misspecification in behavioral and organizational research and some recommended solutions.* Journal of Applied Psychology, 90(4), 710-730. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.4.710>

Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). *Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication*

Assessment Tool. Patient Education and Counseling, 67(3), 333-342. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005.

Martin, J. (2002). *Organizational culture: Mapping the terrain*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications Inc.

Maslow, A. H. (1943). *A theory of human motivation*. Psychological Review, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>

Maxfield, D., Grenny, J., Lavandero, R., and Groah, L. (2005). *The silent treatment: Why safety tools and checklists aren't enough to save lives*. <http://www.silenttreatmentstudy.com/>

Merluzzi, T. V., & Martinez Sanchez, M. A. (1997). *Assessment of self-efficacy and coping with cancer: Development and validation of the Cancer Behavior Inventory*. Health Psychology, 16(2), 163–170. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.2.163>

Meyer, J. H. F., and Land, R. (2003). *Threshold Concepts and Troublesome Knowledge: Linkages to Ways of Thinking and Practising Within the Disciplines*. London: Economic and Social Research Council.

Meyer, J. H. F., Knight, D. B., Callaghan, D. P., and Baldock, T. E. (2015). *An Empirical Exploration of Metacognitive Assessment Activities in a Third-year Civil Engineering Hydraulics Course*. European Journal of Engineering Education 40 (3): 309–327.

Mitsi, A., Kourakos, M., Poulimenakou, G., Latsou, D., Sarris, M. (2018). *Therapeutic Relationship and Quality of Life in Chronic Diseases*. American Journal of Nursing Science. Special Issue: Nursing Education and Research. Vol. 7, No. 3-1, 2018, pp. 103-108. doi: 10.11648/j.ajns.s.2018070301.25

Mittal, V., Pankaj, K. and Tsiros, M. (1999). *Attribute- Level Performance, Satisfaction and Behavioral Intentions over Time: A Consumption- System Approach*. Journal of Marketing 63(4): 88-1. <https://doi.org/10.2307/1251947>.

Morgan, S., & Yoder, L.H. (2012). *A concept analysis of person-centered care*. Journal of Holistic Nursing, 30(1), 6-15. doi: 10.1177/0898010111412189.

Morris, N. M. (1997). *Respect: its meaning and measurement as an element of patient care*. Journal of Public Health Policy, 18(2), 133-154. <https://doi.org/10.2307/3343432>

Morse J.M. (1991) *Negotiating commitment and involvement in the nurse–patient relationship*. *Journal of Advanced Nursing* 16, 455– 468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb03436.x>

Mowat, J. (2002) *Corporate Culture*. The Herridge Group, USA.

Mrayyan, M.T. (2006) *Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care*. *International Nursing Review*, 53, 224–230. doi: 10.1111/j.1466-7657.2006.00439.x.

Muzio, E., Fisher, D. J., Thomas, E. R., & Peters, V. (2007). *Soft skills quantification (SSQ) for project manager competencies*. *Project Management Journal*, 38(2), 30-38. <https://doi.org/10.1177/875697280703800204>

Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., Berger, D. H., M. Mazzia, L., Paull, D. E., and Bagian, J. P., (2010). *Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality*. *Journal of the American Medical Association* 304(15):1693-1700. doi: 10.1001/jama.2010.1506.

Nelson, L. (2012). *Lessons from Medicare's demonstration projects on disease management and care coordination*. Washington, DC: Congressional Budget Office.

Neto M.L.R., Almeida H.G., Esmeraldo J.D. (2020). *When health professionals look death in the eye: the mental health of professionals who deal daily with the 2019 coronavirus outbreak*. *Psychiatry Res*.

Njie-Mokonya, N. (2015). *Internationally educated nurses and their contributions to the patient experience*. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), Art. 5. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man05>

Nilsson, S. (2010). *Enhancing individual employability: The perspective of engineering graduates*. *Education + Training*, 52(6/7), 540-551. <http://dx.doi.org/10.1108/00400911011068487>

NNAS (National Nursing Assessment Service). (2019). *National Nursing Assessment Service annual report 2018–2019*. Toronto, ON: National Nursing Assessment Service.

NPP (National Priorities Partnership). (2010). Patient and family engagement. <http://www.nationalprioritiespartnership.org/PriorityDetails.aspx?id=596>

Dimensions of Cancer, 7(5), 387-401. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(1998090)7:5<387::AID-PON316>3.0.CO;2-G.

Owens, J. D., Batchelor, C. (1996). *Patient satisfaction and the elderly.* Social Science and Medicine, 42(11): 1483-1491. doi: 10.1016/0277-9536(95)00234-0.

Oxley, J. (2011). *The moral dimensions of empathy: Limits and applications in ethical theory and practice.* London, UK: Palgrave Macmillan.

Pablos, J. (2010). *Higher Education and the Knowledge Society: Information and digital competencies.* Rusc, Vol. 7, No 2.

Page, D. (1984). *What is communication? Education Training.* 26(2), 50-51. <https://doi.org/10.1108/eb017005>

Parmelli, E., Flodgren, G., Beyer, F., Baillie, N., Schaafsma, M. E., and Eccles, M. P. (2011). *The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: A systematic review.* Implementation Science 6:33. doi: 10.1186/1748-5908-6-33.

Pascoe, G.C. (1983). *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis.* Evaluation and Program Planning, 6: 185-210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-2.

Patnaik, D. (2009). *Wired to care: How companies prosper when they create widespread empathy.* Upper Saddle River, NJ: FT Press.

Perkins, D., Jay, E., and Tishman, S. (1993). *Beyond Abilities: A Dispositional Theory of Thinking.* Merrill-Palmer Quarterly 39: 1–21. <https://www.jstor.org/stable/23087298>

Perreault, H. (2004). *Business educators can take a leadership role in character education.* Business Education Forum, 59, 23-24.

Pettigrew, A. (1979). *On Studying Organizational Culture,* Administrative Science Quarterly, Vol.24. <https://doi.org/10.2307/2392363>

Phillips, J. J., Phillips, P. P., & Ray, R. (2015). *Derive hard numbers from soft skills: It is possible to measure the impact and ROI of soft skill programs.* TD Magazine, 69(9), 54-56. <https://www.td.org/magazines/td-magazine/derive-hard-numbers-from-soft-skills>

- Pinker, S. (1997).** *How the Mind Works*. Norton, Νέα Υόρκη.
- Pisano, G. P., Bohmer, R. M. J., and Edmondson, A. C. (2001).** *Organizational differences in rates of learning: Evidence from the adoption of minimally invasive cardiac surgery.* *Management Science* 47(6):752-768.
<https://doi.org/10.1287/mnsc.47.6.752.9811>
- Preston, S., & De Waal, F. (2002).** *Empathy: Its ultimate and proximate bases.* *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1-72. doi: 10.1017/s0140525x02000018.
- Pritchard, J. (2004a).** *Defining the needs of older people in care homes.* *Nurs Res Care*, 6(6):264–268. <https://doi.org/10.12968/nrec.2004.6.6.12992>.
- Pritchard, J. (2004b).** *The roles and responsibilities of the care worker.* *Nurs Res Care*, 6(7):316–320. <https://doi.org/10.12968/nrec.2004.6.7.13239>.
- Proctor, R.W., and Dutta, A. (1995).** *Skill Acquisition and Human Performance*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Purdy, M. (1997).** *What is listening?* In M. Purdy & D. Borisoff (Eds.), *Listening in everyday life: A personal and professional approach* (2nd ed.; pp. 1-20). Lanham, Maryland: University Press of America
- Quinn, R. E., Cameron, S. K. (1999).** *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*, Addison-Wesley, New York.
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., and Wilkes, G. (2009).** *Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system.* *Research in Nursing & Health* 32(1):4-17.
<https://doi.org/10.1002/nur.20302>
- Rapport. (2012).** In *Farlex Partner Medical Dictionary*. <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/rapport>
- Ray, J. D., & Overman, A. S. (2014).** *Hard Facts About Soft Skills.* *AJN, American Journal of Nursing*, 114(2), 64–68. doi: 10.1097/01.NAJ.0000443784.75162.b7
- Robbins, S.P. (2001).** *Basic Motivation Concepts, Organizational Behavior*, Prentice Hal, New Jersey, 6:155-209.

Robles, M. M. (2012). *Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace.* Business Communication Quarterly, 75(4), 453-465. <https://doi.org/10.1177/1080569912460400>.

Roman N.V., Mthembu T.G., Hoosen M., (2020). *Spiritual care - 'A deeper immunity' - A response to Covid-19 pandemic.* Afr J Prim Health Care Fam Med.

Rosenbaum, M. (1980). *A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings.* Behavior Therapy, 11(1), 109-121. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(80\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(80)80040-2)

Rosenbaum, M. (1993). *The three functions of self-control behavior: Redressive, reformative and experiential.* Work & Stress, 7(1), 33-46. <https://doi.org/10.1080/02678379308257048>

Roter, D., Hall, J., & Katz, N. (1987). *Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions.* Medical Care, 25(5), 437-451. doi: 10.1097/00005650-198705000-00007.

Rousseau, P. (2008). *Empathy.* American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 25(4), 261–262. <https://doi.org/10.1177/1049909108315524>

Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, W. H., Kosinski, M., Ware, J. E. Jr., and Tarlov, A. R. (1998). *Linking primary care performance to outcomes of care.* Journal of Family Practice 47(3):213-220.

Salam, A., Ahmad Faizal, M.P., Siti Harnida, M.I., Zulkifli, Z., Azian, A.L., Ng, S.P., Zauyah, Y., Ima Nirwana, S., Nabishah, M., Norhayati, M. (2008a). *UKM medical graduates' perception of their communication skills during housemanship.* Medicine & Health, 3:54-58. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.05.067>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality,* 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Schein, E. H. (1985). *Organizational Culture and Leadership,* Jossey-Bass Inc., San Francisco.

Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice.* San Francisco, CA.: John Wiley & Sons.

Schneider, B., Holcombe, K. M., & White, S. S. (1997). *Lessons learned about service quality: What it is, how to manage it, and how to become a service quality organization.* Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 49(1), 35-50. <https://doi.org/10.1037/1061-4087.49.1.35>.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). *Development and validation of a measure of emotional intelligence.* Personality and Individual Differences, 25(2), 167-177. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)

Seidman-Carlson, R. (2013). *Finding a balance between “hard” and “soft” nursing skills.* Hospital News, 3 December [online article]. <https://hospitalnews.com/finding-a-balance-between-hard-and-soft-nursing-skills/>

Sepucha, K. R., Fagerlin, A., Couper, M. P., Levin, C. A., Singer, E., and Zikmund-Fisher, B. J. (2010). *How does feeling informed relate to being informed? The decisions survey.* Medical Decision Making 30(Suppl.5): S77-S84. doi: 10.1177/0272989X10379647.

Shemwell, D. J., Yavas, U., & Bilgin, Z. (1998). *Customer-service provider relationships: An empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes.* International Journal of Service Industry Management, 9(2), 155-168. doi:10.1108/09564239810210505

Shippmann, J.S., Ash, R.A., Battista, M., Carr, L., Eyde, L.D., Hesketh, B., Kehoe, J., Pearlman, K., & Sanchez, J.I. (2000). *The practice of competency modeling.* Personnel Psychology, Vol. 53. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2000.tb00220.x>

Sills, B.W. (2015). *Meaningful recognition: recognising the “soft skills” of nursing.* Tennessee Nurse 78 (2), 3. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-605637/v1>

Sinkowitz-Cochran, R. L., Burkitt, K. H., Cuerdon, T., Harrison, C., Gao, S., Obrosky, D. Scott, Jain, R., Fine, M. J., and Jernigan, J. A. (2011). *The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus.* American Journal of Infection Control 40(2):138-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2011.04.332>

Sirotiak, T., & Sharma, A. (2019). *Problem-Based Learning for Adaptability and Management Skills*. *Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice*, 145(4).

Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). *Health, performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers*. *Stress and Health*, 18(2), 63-68.
<https://doi.org/10.1002/smi.926>

Sluijs, E., M., and van der Leden, J. (1988). *Methodisch werken de ontwikkelingen sinds 1976*. *Hulsarts en Wetenschap* 31, Suppl 3-7.

Spear, S. J., and Schmidhofer, M. (2005). *Ambiguity and workarounds as contributors to medical error*. *Annals of Internal Medicine* 142(8):627-630.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-8-200504190-00011>

Speier, C., & Frese, M. (1997). *Generalized self-efficacy as a mediator and moderator between control and complexity at work and personal initiative: A longitudinal field study in East Germany*. *Human Performance*, 10(2), 171-192.
https://doi.org/10.1207/s15327043hup1002_7

Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Legare, F., and Thomson, R. (2011). *Decision aids for people facing health treatment or screening decisions*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10):CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.

Stein, S. J., & Book, H. E. (2006). *The EQ edge: Emotional intelligence and your success*. Canada: John Wiley & Sons.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., and Jordan, J. (2000). *The impact of patient-centered care on outcomes*. *Journal of Family Practice* 49(9):796-804.

Stephoe, A., & Poole, L. (2016). *Control and stress*. In G. Fink (Ed.), *Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior: Handbook of Stress Series: Vol 1*. (pp. 73-80). London, UK: Elsevier.

Stiles, W., Putnam, S., Wolfe, M., and James, S. (1979). *Interaction exchange structure and patient satisfaction with medical interviews*. *Med. Care* 17, 667-679. doi: 10.1097/00005650-197906000-00010.

Stoller, J. K., Taylor, C. A., & Farver, C. F. (2013). *Emotional intelligence competencies provide a developmental curriculum for medical training.* *Medical Teacher*, 35(3), 243-247. doi: 10.3109/0142159X.2012.737964.

Strayhorn Jr, J. M. (2002). *Self-control: Theory and research.* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(1), 7-16. <https://doi.org/10.1097/00004583-200201000-00006>

Street Jr RL, Voigt B., (1997). *Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life.* *Med Decis Making* 1997;17:298–306. doi: 10.1177/0272989X9701700306.

Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P. K., Torper, J., & Finset, A. (2002). *Analyzing medical dialogues: Strength and weakness of Roter's interaction analysis system (RIAS).* *Patient Education and Counseling*, 46(4), 235-241. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00014-9.

Tabrizi, J. S., Wilson, A. J., & O'Rourke, P. K. (2009). *Customer quality in health care.* *Patient Education and Counseling*, 74(1), 130-131. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.08.011>.

Toussaint, J. (2009). *Writing the new playbook for U.S. health care: Lessons from Wisconsin.* *Health Affairs (Millwood)* 28(5):1343-1350. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1343>

Tulgan, B. (2015). *Bridging the Soft Skills Gap: How to Teach the Missing Basics to Today's Young Talent.* Wiley, New Jersey. 111. <https://www.goodreads.com/book/show/26153006-bridging-the-soft-skills-gap>.

Tylor, E. B. (1958) *Primitive Culture: Researches into the development of mythology, philosophy, religion, art and custom,* Gloucester Mass, UK.

Van Maanen, J. & Barley, S., (1984). *Occupational Communities: Culture and control in organizations,* *Research in Organizational Behavior*, Vol. 6.

Van Staden, C. W., Joubert, P. M., Pickworth, G. E., Roos, J. L., Bergh, A. M., Krüger, C., Lindeque, B. G. (2006). *The conceptualisation of "soft skills" among medical students before and after curriculum reform.* *South African Psychiatry Review*, 9(1), 33–37. doi: [10.4314/ajpsy.v9i1.30205](https://doi.org/10.4314/ajpsy.v9i1.30205)

Vigorito, M. C., McNicoll, L., Adams, L., and Sexton, B. (2011). *Improving safety culture results in Rhode Island ICUs: Lessons learned from the development of action-oriented plans.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 37(11):509-514. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(11\)37065-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(11)37065-1)

Vaughan, K., Bonne, L., and Eyre, J., (2015). *Knowing Practice: Vocational Thresholds for GPs, Carpenters, and Engineering Technicians.* Wellington: New Zealand Council for Educational Research and Ako Aotearoa.

Vaughn, T., Koepke, M., Kroch, E., Lehrman, W., Sinha, S., and Levey, S. (2006). *Engagement of leadership in quality improvement initiatives: Executive quality improvement survey results.* Journal of Patient Safety 2(1).

Wats, M., & Wats, R. K. (2008). *Developing soft skills in students.* International Journal of Learning, 15(12), 1-10. <https://doi.org/10.18848/1447-9494/CGP/v15i12/46032>

Waytz, A. (2016). *The limits of empathy.* Harvard Business Review, 94(1), 68-73. <https://static1.squarespace.com/static/51e3f4ede4b053e5f0062efd/t/57445d11b6aa60fb02801e58/1464098371569/the-limits-of-empathy.pdf>

Weber, M. R., Finley, D. A., Crawford, A., & Rivera, D. (2009). *An exploratory study identifying soft skill competencies in entry-level managers.* Tourism and Hospitality Research, 9(4), 353-361. <https://doi.org/10.1057/thr.2009.22>

Weigand, L. (2013). *Customer service: the nursing bundle.* J. Emerg. Nurs. 39 (5), 454–455. doi: 10.1016/j.jen.2012.03.004.

Weinert, F. E., (2001). *Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: eine umstrittene Selbstverständlichkeit.* In Weinert, F.E. (ed.). *Leistungsmessungen in Schulen.* Weinheim: Beltz Verlag.

Wenger-Trayner, E., and Wenger-Trayner, B. (2015). *Learning in a Landscape of Practice: A Framework.* In *Learning in Landscapes of Practice. Boundaries, Identity, and Knowledgeability in Practice-based Learning*, 13–30. Oxon: Routledge.

Welford, A. T. (1968). *Fundamentals of Skill.* London: Methuen.

- Wheeler, R. E. (2016).** *Soft skills: The importance of cultivating emotional intelligence.* AALL Spectrum, 20(3), 28-31. <http://www.bu.edu/law/faculty-scholarship/working-paper-series/>
- Williams, B., Coyle, J., Healy, D. (1998)** *The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels.* Social Science and Medicine, 47(9): 1351-1359. doi: 10.1016/s0277-9536(98)00213-5.
- Wilkinson, S. (1999).** *Schering plough clinical lecture communication: it makes a difference.* Cancer Nursing 22, 17–20 doi: 10.1097/00002820-199902000-00004.
- Windsor, C., Douglas, C., & Harvey, T. (2012).** *Nursing and competencies - a natural fit: The politics of skill/competency formation in nursing.* Nursing Inquiry, 19(3), 213–222. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2011.00549.x>.
- Xiao, L.D., Willis, E., & Jeffers, L. (2014).** *Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study.* International Journal of Nursing Studies, 51(4), 640- 653. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.005>
- Xu, Y., Gutierrez, A., & Kim, S.H. (2008).** *Adaptation and transformation through (un)learning: Lived experiences of immigrant Chinese nurses in US Health care environment.* Advances in Nursing Science, 31(2), E33–E47. doi: 10.1097/01.ANS.0000319570.99254.e5.
- Zachariae, R., Pedersen, C. G. , Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B. & von der Maase, H. (2003).** *Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease.* British Journal of Cancer. 88 (5): 658-665. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798.
- Zikmund-Fisher, B. J., M. P. Couper, E. Singer, P. A. Ubel, S. Ziniel, F. J. Fowler, Jr., C. A. Levin, and A. Fagerlin. (2010).** *Deficits and variations in patients' experience with making 9 common medical decisions: The decisions survey.* Medical Decision Making 30(Suppl. 5):S85-S95. doi: 10.1177/0272989X10380466.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερευνητές - Χώρα - Χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
Harlak et al., Τουρκία (2008)	Communication skills training: Effects on attitudes toward communication skills and empathic tendency.	Η παρούσα μελέτη διερεύνησε και συνέκρινε τις στάσεις των φοιτητών ιατρικής σχετικά με τις επικοινωνιακές δεξιότητες και την τάση ενσυναίσθησης πριν και μετά την εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες.	Ποσοτική έρευνα. Χρήση ερωτηματολογίου βασισμένο στην Κλίμακα Στάσεων Δεξιοτήτων Επικοινωνίας και την Κλίμακα Ενσυναίσθητικής Τάσης (Communication Skills Attitudes Scale and the Empathic Tendency Scale) πριν και μετά την εκπαίδευση. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν η ανάλυση κατά συστάδες K-means και το t-test.	59 πρωτοετείς φοιτητές ιατρικής	Στο pre-test, το 49% των μαθητών είχε θετική στάση απέναντι στην εκμάθηση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και το 59% είχε υψηλότερες τάσεις ενσυναίσθησης. Στο post-test, η μέση βαθμολογία στην ομάδα των θετικών στάσεων μειώθηκε σημαντικά, ενώ δεν υπήρξε καμία αλλαγή στην ομάδα των αρνητικών στάσεων. Στην ομάδα υψηλής ενσυναίσθησης, οι βαθμολογίες ενσυναίσθησης δεν άλλαξαν σημαντικά μετά την εκπαίδευση, ωστόσο, στην ομάδα χαμηλής ενσυναίσθησης, η τάση ενσυναίσθησης αυξήθηκε σημαντικά.
Kelm et al., Αμερική (2014)	Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review.	Η διερεύνηση των παρεμβάσεων για την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης των ιατρών.	Συστηματική ανασκόπηση. Αναζήτηση άρθρων που αξιολογούν ποσοτικά τις αλλαγές στην ενσυναίσθηση λόγω παρεμβάσεων μεταξύ φοιτητών ιατρικής, ειδικευομένων ιατρών, υποτρόφων φοιτητών ιατρικής και ιατρών	64 άρθρα ποσοτικών ερευνών.	Η ενσυναίσθηση των ιατρών φαίνεται να αποτελεί σημαντική πτυχή της ευημερίας των ασθενών και των ιατρών. Παρόλο που η τρέχουσα βιβλιογραφία για την παρέμβαση ενσυναίσθησης περιορίζεται από διάφορες μεθοδολογικές αδυναμίες, ένα δείγμα υψηλής ποιότητας μελετών παρέχει αρχική υποστήριξη για την ιδέα ότι η ενσυναίσθηση των ιατρών μπορεί να ενισχυθεί μέσω παρεμβάσεων.
Kim et al., Κορέα (2004)	The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance.	Η διερεύνηση της επίδρασης της ενσυναίσθησης των ιατρών στην συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών.	Ποιοτική έρευνα. Ατομικές συνεντεύξεις.	Συγκεντρώθηκαν 550 ερωτηματολόγια από περίπου 800 εξωτερικούς ασθενείς.	Η γνωστική συνιστώσα της ενσυναίσθησης του ιατρού οδήγησε σε καλύτερη ανταλλαγή γνωστικών πληροφοριών, και η συναισθηματική πτυχή της ενσυναίσθησης του ιατρού οδήγησε στη συνεργασία. Η καλύτερη ανταλλαγή γνωστικών πληροφοριών οδήγησε σε αυξημένη αντίληψη της εμπειρογνομosύνης του ιατρού. Η συνεργασία οδήγησε σε αυξημένη διαπροσωπική εμπιστοσύνη, και είχε υψηλότερη συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών απ' ό,τι η ανταλλαγή γνωστικών πληροφοριών. Η αντίληψη του ασθενούς για την εμπειρογνομosύνη του ιατρού είχε σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα τόσο στη συμμόρφωση όσο και στην ικανοποίηση. Η ικανοποίηση του ασθενούς δεν είχε σημαντική σχέση με την τη συμμόρφωση του ασθενούς.
Beach et al. Αμερική (2006)	Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?	Η διερεύνηση του κατά πόσο η στάση σεβασμού των ιατρών προς τους ασθενείς μπορεί να είναι σημαντική για τη βελτίωση της επικοινωνίας.	Ποιοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου Ατομικές συνεντεύξεις με ηχογράφηση και ανάλυση στο RIAS.	30 ιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 215 ασθενείς τους.	Οι αξιολογήσεις του σεβασμού των ιατρών διαφέρουν μεταξύ των ασθενών και σχετίζονται κυρίως με την οικειότητα και όχι με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι ασθενείς είναι σε θέση να αντιληφθούν πόσο τους σέβονται οι γιατροί τους, αν και όταν δεν είναι ακριβείς, τείνουν να υπερεκτιμούν τον σεβασμό των ιατρών. Οι γιατροί που σέβονται περισσότερο συγκεκριμένους ασθενείς παρέχουν περισσότερες πληροφορίες και εκφράζουν πιο θετική επίδραση στις επισκέψεις με τους εν λόγω ασθενείς.

Boemer & Düttschke, Γερμανία, (2008).	The impact of charismatic leadership on followers' initiative-oriented behavior: A study in German hospitals.	Η διερεύνηση του κατά πόσο η αύξηση της εργασιακής αυτονομίας των λειτουργών υγείας ενισχύει την θετική σχέση μεταξύ χαρισματικής ηγεσίας και της συμπεριφοράς που προσανατολίζεται στην ανάληψη πρωτοβουλιών.	Ποσοτική έρευνα Ερωτηματολόγιο το οποίο δομήθηκε με τη χρήση των επτά στοιχείων από τους Waldman et al. (2001) για την χαρισματική ηγεσία, τη χρήση του ερωτηματολογίου των Staufenbiel και Hartz (2000) για την τη συμπεριφορά των λειτουργών υγείας στην ανάληψη πρωτοβουλιών και την χρήση τεσσάρων στοιχείων από Beehr (1998) και von Hippel, Greenberger, Mangum, και Heneman (2000) για την αυτονομία στην εργασία.	Τα δεδομένα για την παρούσα μελέτη συλλέχθηκαν από το ιατρικό προσωπικό (N = 543), κυρίως γιατροί και νοσηλευτές, από έξι δημόσια και ιδιωτικά γερμανικά νοσοκομεία.	Επιβεβαιώθηκε σημαντική και θετική σχέση μεταξύ της χαρισματικής ηγεσίας και της συμπεριφοράς που προσανατολίζεται στην ανάληψη πρωτοβουλιών. Το ατομικό δικαίωμα του λειτουργού υγείας της αυτονομίας στην εργασία μετριάξει τη σχέση μεταξύ χαρισματικής ηγεσίας και της συμπεριφοράς που προσανατολίζεται στην ανάληψη πρωτοβουλιών. Το άγχος των λειτουργών υγείας μπορεί να μειώσει την ικανότητά τους να συμμετάσχουν σε συμπεριφορά προσανατολισμένη στην πρωτοβουλία. Ωστόσο, η υποθετική μετριοπαθής επίδραση του άγχους στη σχέση μεταξύ χαρισματικής ηγεσίας και συμπεριφοράς προσανατολισμένης στην πρωτοβουλία δεν επιβεβαιώθηκε.
Decker, Αμερική, (1999).	The hidden competencies of healthcare: Why self-esteem, accountability, and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores.	Διερεύνηση των κοινών στοιχείων και δεξιοτήτων των λειτουργών υγείας που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών.	Φόρμα αξιολόγησης δεξιοτήτων λειτουργών υγείας	103 κερδοσκοπικά, μη κερδοσκοπικά και κρατικά νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών.	Οι κοινές ικανότητες περιλαμβάνουν τον επαγγελματισμό, την υπευθυνότητα, την αυτοεκτίμηση, τον προσανατολισμό στην εξυπηρέτηση του ασθενούς, την επικοινωνία, τη διαχείριση πληροφοριών/χρήση δεδομένων για τη λήψη αποφάσεων και την ομαδική εργασία. Υπάρχουν αρκετές πιθανές συνδέσεις μεταξύ των βασικών ικανοτήτων που υποδηλώνουν ότι τα αποτελέσματα της υπευθυνότητας και της αυτοεκτίμησης (στοιχεία της ατομικής αυτοδιαχείρισης - αυτοελέγχου) συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα της φροντίδας.
Maguire & Pitceathly, Αγγλία, (2002).	Key communication skills and how to acquire them.	Η διερεύνηση των απαραίτητων επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών και πώς μπορούν να τις αποκτήσουν.	Συστηματική ανασκόπηση.	Αναζήτηση πρωτογενών ερευνών για την επικοινωνία ιατρού - ασθενούς που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των βασικών δεξιοτήτων διαβούλευσης, στις ηλεκτρονικές πλατφόρμες Embase, PsycINFO και Medline μεταξύ 1992 - 2002.	Η σύνδεση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων με τις δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης και της ενσυναίσθησης. Οι ιατροί με καλές επικοινωνιακές δεξιότητες εντοπίζουν τα προβλήματα των ασθενών με μεγαλύτερη ακρίβεια. Οι ασθενείς τους προσαρμόζονται καλύτερα ψυχολογικά και είναι πιο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα τους. Οι ιατροί με καλές επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση και λιγότερο εργασιακό άγχος. Αυτές τις δεξιότητες μπορούν να τις αποκτήσουν με Διαδραστική επίδειξη με προσομοίωση, όπου οι ιατροί πρέπει να λαμβάνουν ανατροφοδότηση της απόδοσής τους.
Levinson et al., Αμερική, (2010)	Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care	Η περιγραφή των δεξιοτήτων επικοινωνίας και ο προσδιορισμός του αντίκτυπου στα θεραπευτικά αποτελέσματα. Η σύνδεση με την εκπαίδευση των δεξιοτήτων επικοινωνίας και την επένδυση σε αυτές των οργανισμών υγείας.	Συστηματική ανασκόπηση.	Αναζήτηση στην διεθνή βιβλιογραφία και αρθρογραφία.	Οι δεξιότητες επικοινωνίας που είναι απαραίτητες είναι η ακρόαση με προσοχή και η έκφραση συμπάθειας. Η εκπαίδευση των δεξιοτήτων επικοινωνίας έχει ως αντίκτυπο καλύτερα αποτελέσματα στην θεραπεία, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και την ευημερία, μειώνει τις ανισότητες στην θεραπεία και μειώνει το κόστος περίθαλψης.

Hojat et al., Αμερική, (2002)	Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty.	Η διερεύνηση της ενσυναίσθησης των ιατρών ως διαμεσολαβητικό παράγοντα στις σχέσεις ασθενούς - ιατρού και στα κλινικά αποτελέσματα.	Ποσοτική έρευνα με χρήση μιας αναθεωρημένης έκδοσης της κλίμακας Jefferson Scale of Physician Empathy (με 20 στοιχεία).	1.007 ιατροί που συνδέονται με το Jefferson Health System στην ευρύτερη περιοχή της Φιλαδέλφειας εκ των οποίων οι 704 (70%) απάντησαν.	Αναδείχθηκαν τρεις σημαντικοί παράγοντες η λήψη προοπτικής, η συμπονετική φροντίδα, και η συμπόρευση με τον ασθενή οι οποίοι υποστηρίζουν την εγκυρότητα της κατασκευής της κλίμακας ενσυναίσθησης, η οποία βρέθηκε επίσης να είναι εσωτερικά συνεπής με σχετικά σταθερές βαθμολογίες με την πάροδο του χρόνου. Οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερο βαθμό ενσυναίσθησης από τους άνδρες. Οι ψυχίατροι σημείωσαν μέση βαθμολογία ενσυναίσθησης που ήταν σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των ιατρών που ειδικεύονται στην ανασθησιολογία, την ορθοπαιδική χειρουργική, τη νευροχειρουργική, την ακτινολογία, την καρδιαγγειακή χειρουργική, τη μαιευτική και γυναικολογία και τη γενική χειρουργική. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης μεταξύ των ιατρών που ειδικεύονται στην ψυχιατρική, την κλινική ιατρική, την παιδιατρική, των ιατρών των επειγόντων περιστατικών και των οικογενειακών ιατρών.
Gerdes et al., Αγγλία, (2010).	Conceptualising and Measuring Empathy.	Σκοπός του παρόντος άρθρου είναι να κάνει μια σύντομη ανασκόπηση της σημαντικότερης υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την εννοιολόγηση και τη μέτρηση της ενσυναίσθησης και η συσχέτισή τους με την βιβλιογραφία στο πεδίο της κοινωνικής νευροεπιστήμης.	Συστηματική ανασκόπηση.	Αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων της ηλεκτρονικής πλατφόρμας PsychInfo και της Social Service Abstracts για την περίοδο μεταξύ των ετών 2005 - 2010.	Καμία από τις μελέτες δεν μετρήσε την ενσυναίσθηση με μεθόδους που συνδυάζαν διεπιστημονική έρευνα των κοινωνικών επιστημών και ευρήματα από την κοινωνική γνωστική νευροεπιστήμη. Ωστόσο, οι κοινωνικοί γνωστικοί νευροεπιστήμονες κατάφεραν να παρατηρήσουν τα νευρωνικά δίκτυα που συνθέτουν την ενσυναίσθηση.
Flynn, Αγγλία, (2016).	Who cares? A critical discussion of the value of caring from a patient and healthcare professional perspective.	Η κατανόηση των αντιλήψεων για τη φροντίδα από την οπτική γωνία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών ορθοπαιδικής περίθαλψης.	Ποσοτική έρευνα με τη χρήση του ερωτηματολογίου Caring Behaviours Inventory (CBI) (Wolf et al., 1994).	30 ασθενείς και 53 επαγγελματίες υγείας που αποτελούνται από γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και εργοθεραπευτές.	Οι ασθενείς και οι ομάδες επαγγελματιών υγείας συμφώνησαν σε 5 από τα 10 στοιχεία ως τα πιο σημαντικά. Αυτά ήταν η "αντιμετώπιση του ασθενή ως άτομο", η "υποστήριξη του ασθενή", η "επίδειξη επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων", η εκτίμηση του ασθενούς ως ανθρώπινου όντος" και "η ιδιαίτερη προσοχή στον ασθενή κατά τη διάρκεια της πρώτης νοσηλείας". Όλες οι ομάδες αξιολόγησαν τη "Συμπεριφορά σεβασμού" ως την πιο σημαντική υποκλίμακα, που αφορούσε στοιχεία όπως "υποστήριξη του ασθενούς" και "ενσυναίσθηση". Στο σύνολο των επαγγελματιών υγείας, ήταν η "διαχείριση του εξοπλισμού με επιδεξιότητα", υποκλίμακα "Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες". Στην ομάδα των γιατρών, ήταν η "γρήγορη ανταπόκριση στην κλήση των ασθενών", υποκλίμακα "Διασφάλιση της ανθρώπινης παρουσίας" και στην ομάδα των νοσηλευτών, "εμπιστοσύνη στον ασθενή", υποκλίμακα "Θετική σύνδεση". Στην ομάδα της φυσιοθεραπείας, η "κλήση του ασθενούς με το προτιμώμενο όνομά του", υποκλίμακα "Συμπεριφορά σεβασμού", ήταν η χαμηλότερη κατάταξη και τέλος, στην ομάδα των εργοθεραπευτών ήταν η "γνώση του τρόπου χορήγησης ενέσεων και φαρμάκων", υποκλίμακα "Επαγγελματικές γνώσεις και δεξιότητες".

Jagosh et al., Καναδάς, (2011)	The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship.	Η διερεύνηση της σημασίας της ακρόασης των ιατρών σύμφωνα με τους ασθενείς.	Ποιοτική έρευνα. Ατομικές συνεντεύξεις.	58 ασθενείς του Πανεπιστημιακού Κέντρου Υγείας McGill.	Οι ιατροί που επιδεικνύουν προσοχή και σεβασμό στην ακρόαση των ασθενών, ενισχύουν τη διαδικασία της θεραπείας και μπορεί να συμβάλλουν στη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων. Οι ασθενείς έκαναν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ακρόασης του ιατρού και της αντίληψης ότι ο γιατρός νοιάζεται πραγματικά για αυτούς και την ευημερία τους. Είκοσι εννέα από τους 54 συμμετέχοντες προσδιόρισαν την "ακρόαση" ως σημαντικό χαρακτηριστικό ενός ιατρού. Λίγοι συμμετέχοντες θεωρούν ως την ακρόαση τους ως προτεραιότητα στην θεραπευτική σχέση καθότι θεωρούν ότι ο γιατρός έχει την ικανότητα να επικοινωνήσει την κατάστασή τους σε αυτούς. Τα ευρήματά υποδηλώνουν, ότι στο σύνολο του πληθυσμού των ασθενών που συμμετείχαν υπάρχει ετερογένεια στον τρόπο με τον οποίο η σχέση ιατρού - ασθενούς λειτουργεί.
Hojat et al., Αμερική, (2002)	The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School.	Αυτή η διαχρονική μελέτη σχεδιάστηκε για να εξετάσει τις αλλαγές της ενσυναίσθησης στους φοιτητές ιατρικής κατά τη διάρκεια της ιατρικής σχολής και να προσδιορίσουν πόσο οι πιο σημαντικές αλλαγές συμβαίνουν.	Ποσοτική Έρευνα με την χρήση του ερωτηματολογίου Jefferson Scale of Physician Empathy σε πέντε διαφορετικές χρονικές στιγμές κατά την είσοδο στην ιατρική σχολή στις ημέρα προσανατολισμού και στη συνέχεια στην στο τέλος κάθε ακαδημαϊκού έτους.	456 φοιτητές ιατρικής που εισήλθαν στο Jefferson Medical College το 2002 (n = 227) και 2004 (n = 229).	Συνάγεται το συμπέρασμα ότι σημαντική μείωση στην ενσυναίσθηση εμφανίζεται κατά το τρίτο έτος της ιατρικής σχολής. Είναι ειρωνικό το γεγονός ότι η διάρκεια μιας περιόδου όταν το πρόγραμμα σπουδών μετατοπίζεται προς την κατεύθυνση της σε δραστηριότητες φροντίδας ασθενών. η ενσυναίσθηση είναι πιο ουσιαστική. Μοτίβα μείωσης της ενσυναίσθησης ήταν παρόμοια για άνδρες και γυναίκες και σε όλες τις ειδικότητες.
Johnston et al., Αγγλία, (2007)	Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening.	Εντοπισμός θεμάτων που έχουν σημασία για τους γενικούς ιατρούς, τους ασθενείς και τους υποστηρικτές των ασθενών όσον αφορά τη διαχείριση της κατάθλιψης.	Ποιοτική μελέτη βασισμένη στη θεμελιωμένη θεωρία.	61 ασθενείς (28 καταθλιπτικοί, 18 προηγούμενος κατάθλιψη, 15 δεν είχαν ποτέ κατάθλιψη), 18 υποστηρικτές και 32 γενικοί ιατροί.	Οι γενικοί ιατροί περιέγραψαν την ενθάρρυνση των ασθενών να δουν την κατάθλιψη ως ξεχωριστή από τον εαυτό τους και "φυσιολογική" θλίψη. Οι ασθενείς και οι υποστηρικτές συχνά αμφισβητούσαν αυτά τα όρια, απορρίπτοντας την έννοια της ιατρικής θεραπείας και έδιναν έμφαση στην αυτοδιαχείριση. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων που εξέταζαν στρατηγικές διαχείρισης της κατάθλιψης ήθελαν να "ξεφύγουν" από την κατάθλιψη. Ωστόσο, το ένα τέταρτο δεν το θεωρούσε αυτό ως άμεσα σχετικό ή εφικτό. Επικεντρώθηκαν στο να τα βγάλουν πέρα από τη μια μέρα στην άλλη, κάτι που είχε τη πιθανότητα να συγκρουστούν με τις προτεραιότητες του γενικού ιατρού. Απογοήτευση και αβεβαιότητα των γενικών ιατρών μπορούσε να προκύψει όταν η κατάθλιψη ήταν έντονη. Οι συμμετέχοντες προσδιόρισαν τη σημασία του να ακούν οι γενικοί ιατροί τους ασθενείς, αλλά συχνά αισθάνονταν ότι αυτό δεν συνέβαινε.

Davis et al., Αμερική, (2008).	An Examination of Listening Concepts in the Healthcare Context: Differences Among Nurses, Physicians, and Administrators.	Η παρούσα μελέτη διερευνά τις αντιλαμβανόμενες εννοιολογήσεις της ακρόασης σε ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.	Ποσοτική έρευνα με την χρήση μιας διαδικτυακής έκδοσης του Imhof-Janusik Listening Concepts Inventory (Imhof and Janusik, 2006).	350 επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Συνολικά 203 συμμετέχοντες αποκρίθηκαν και μετά την εξέταση των τίτλων εργασίας, επιλέχθηκαν 158 και ομαδοποιήθηκαν για αυτή τη μελέτη.	Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι εννοιολογήσεις της ακρόασης διαφέρουν μεταξύ των ιατρών, των νοσηλευτών και των διοικητικών υπαλλήλων, με τους διοικητικούς υπαλλήλους να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ευελιξία στην εννοιολογήση της ακρόασης. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι αυτές οι εννοιολογήσεις μπορεί να διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στις συμπεριφορές που επιδεικνύουν οι νοσηλευτές, οι γιατροί και οι διοικητικοί υπάλληλοι των νοσοκομείων.
İşik et al., Τουρκία, (2012).	Charismatic leadership: impulse factor for initiative-oriented health care personnel in the Turkish public hospitals.	Η διερεύνηση της σχέσης της χαρισματικής ηγεσίας που πιστεύεται ότι αναδύεται σε περιόδους άγχους και κρίσης και αποτελεί προγενέστερο παράγοντα των συμπεριφορών διέγερσης των επιδόσεων των λειτουργών υγείας και των συμπεριφορών που προσανατολίζονται στην ανάληψη πρωτοβουλιών.	Ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου στο οποίο χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των υποθετικών σχέσεων μεταξύ της χαρισματικής ηγεσίας, του άγχους, της αυτονομίας στην εργασία και της συμπεριφοράς που προσανατολίζεται στην ανάληψη πρωτοβουλιών το μοντέλο Structural Equation Modeling (SEM).	402 λειτουργοί υγείας (ιατροί, ιατρικοί τεχνικοί και νοσηλευτές) σε τέσσερα Τουρκικά δημόσια νοσοκομεία.	Διαπιστώθηκε μια σημαντική και θετική σχέση μεταξύ χαρισματικής ηγεσίας και της συμπεριφοράς που προσανατολίζεται στην ανάληψη πρωτοβουλιών. Το άγχος παρήγαγε μια σημαντική αρνητική σχέση με τη συμπεριφορά προσανατολισμένη στην πρωτοβουλία. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση μεταξύ χαρισματικής ηγεσίας και εργασίας αυτονομίας δεν ήταν σημαντική. Συνάγεται το συμπέρασμα ότι η χαρισματική ηγεσία είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας της συμπεριφοράς προσανατολισμένης στην πρωτοβουλία και ακολουθεί η πίεση.
Griffin et al., Αγγλία, (2004)	Between Patients and Practitioners: A Systematic Review of Trials.	Ο εντοπισμός παρεμβάσεων που μεταβάλλουν την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και λειτουργών υγείας οι οποίες βελτιώνουν την υγεία και την ευημερία των ασθενών για την δημιουργία ταξινόμησης των παρεμβάσεων.	Συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων δοκιμών, στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη με αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία. Αναζήτηση στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων MEDLINE, HealthSTAR και PsycINFO έως το έτος 1999. Η επιλογή των όρων αναζήτησης πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο Delphi.	Εντοπίστηκαν περισσότερες από 21.200 αναφορές, εκ των οποίων 148 ήταν δυνητικά σχετικές και αξιολογήθηκαν πλήρως. Τριάντα πέντε δοκιμές πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης.	Οι παρεμβάσεις άλλαξαν συχνά τη διαδικασία των αλληλεπιδράσεων (σημαντικά στο 73%, 22 από τις 30 δοκιμές). Τα κύρια αποτελέσματα ευνοούσαν την ομάδα παρέμβασης στο 74% των (26 από τις 35), φθάνοντας σε στατιστική σημαντικότητα σε 14 (40%). Θετικές επιδράσεις στις αποτελέσματα για την υγεία πέτυχαν στατιστική σημαντικότητα στο 44% των δοκιμών (11 από 25)- οι αρνητικές επιδράσεις ήταν σπάνιες (5 από 25, 20%). Απλές προσεγγίσεις για την αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στην κλινική συνάντηση, όπως η παροχή στους ιατρούς με ένα σημείωμα των ασθενών σχετικά με τις ανησυχίες τους εκ των προτέρων, ήταν πολλά υποσχόμενες, όπως πιο σύνθετα προγράμματα που παρείχαν ειδικές πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια και την προσοχή στο συναίσθημα. Οι φαινομενικά παρόμοιες παρεμβάσεις διέφεραν ως προς την αποτελεσματικότητά τους μεταξύ των μελετών.
Γούλα et al., Ελλάδα, (2014)	Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων.	Η καταγραφή και η ανάλυση της υφιστάμενης οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων, καθώς και η διερεύνηση του μοντέλου κουλτούρας που επιθυμούν τα στελέχη να διέπει τον οργανισμό στο προσεχές πενταετές χρονικό διάστημα.	Ως όργανο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Αξιολόγησης της Οργανωσιακής Κουλτούρας (Organizational Culture Assessment instrument, OCAI), που βασίζεται στη θεωρία του πλασιού των ανταγωνιστικών αξιών των Cameron και Quinn.	Η έρευνα διεξήχθη σε 20 γενικά δημόσια νοσοκομεία του λεκανοπεδίου Αττικής, σε δείγμα 541 ανώτερων και ανώτατων στελεχών διοίκησης των τσεσάρων διευθύνσεων των νοσοκομείων.	Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέγραψαν ότι η επικρατούσα οργανωσιακή κουλτούρα, στα δημόσια νοσοκομεία, είναι το γραφειοκρατικό μοντέλο σε ποσοστό 47,05%. Ακολουθεί το μοντέλο των ανθρωπίνων πόρων σε ποσοστό 23,76%, ενώ το μοντέλο του ανοικτού συστήματος καθώς και το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας κατέγραψαν ποσοστά 11,79% και 17,30%, αντίστοιχα. Ως επιθυμητό μοντέλο οργάνωσης αναδεικνύεται αυτό των ανθρωπίνων πόρων ή του συμμετοχικού management σε ποσοστό 31,11%, ακολουθεί το μοντέλο του ανοικτού συστήματος (25,08%), το μοντέλο των στόχων/αποδοτικότητας (24,42%) και, τέλος, το γραφειοκρατικό μοντέλο με ποσοστό μόλις 19,40%.

<p>Σαρρής et al., Ελλάδα, (2017).</p>	<p>Μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.</p>	<p>Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής του ανθρώπινου δυναμικού που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας σε περιβάλλον εργασίας δημόσιου νοσοκομείου.</p>	<p>Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» (Health Survey SF-36).</p>	<p>Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 545 λειτουργούς υγείας, από τους οποίους 149 ήταν ιατροί, 217 νοσηλευτές, 134 διοικητικοί και 45 εργαζόμενοι παραϊατρικών ειδικοτήτων. Η έρευνα πεδίου διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» κατά την περίοδο από τον Σεπτέμβριο 2016 μέχρι και τον Ιανουάριο 2017.</p>	<p>Ως προς τη σωματική υγεία, οι ιατροί σημείωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες (84,18 και 74,18, αντίστοιχα) στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας και του σωματικού πόνου, ενώ τις χαμηλότερες στη ζωτικότητα και στην ψυχική υγεία (52,15 και 58,31, αντίστοιχα). Στους νοσηλευτές, η σωματική λειτουργικότητα βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (71,01), ο σωματικός πόνος με την τιμή 59,29 και ο σωματικός πόνος με την τιμή 57,42. Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής τους υγείας οι νοσηλευτές βαθμολόγησαν τον συναισθηματικό ρόλο με την υψηλότερη τιμή (64,42), την κοινωνική λειτουργικότητα με την τιμή 57,89, την ψυχική υγεία με την τιμή 56,32 και τη ζωτικότητα με τη χαμηλότερη τιμή (46,24). Το προσωπικό των παραϊατρικών ειδικοτήτων βαθμολόγησε με τις υψηλότερες τιμές τη σωματική λειτουργικότητα (76,36) και τον σωματικό ρόλο (75,56) και με τις χαμηλότερες τιμές τη ζωτικότητα (49,78) και την ψυχική υγεία (55,09). Για το διοικητικό προσωπικό, η σωματική λειτουργικότητα βαθμολογήθηκε με την υψηλότερη τιμή (78,51) και ο σωματικός ρόλος με την τιμή 74,07. Στις κλίμακες της ψυχοκοινωνικής υγείας η ζωτικότητα έλαβε τη χαμηλότερη τιμή (52,11), καθώς και η ψυχική υγεία (56,68).</p>
<p>Γκιόκα et al., Ελλάδα, (2018).</p>	<p>Εκτίμηση των παραγόντων παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας.</p>	<p>Η διερεύνηση των παραγόντων παρακίνησης του ιατρικού και του νοσηλευτικού δυναμικού στο εργασιακό περιβάλλον του δημόσιου νοσοκομείου.</p>	<p>Ως μέσο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το δομημένο ερωτηματολόγιο της Paleologou διερευνά τέσσερις βασικούς παράγοντες παρακίνησης: τα εργασιακά χαρακτηριστικά (job attributes), τις απολαβές (renumeration), τους συνεργάτες (co-workers) και τα επιτεύγματα (achievement). Στον παράγοντα «εργασιακά χαρακτηριστικά» ο δείκτης alpha σημειώθηκε στην τιμή 0,914 και, αντίστοιχα, στις απολαβές 0,903, στους συνεργάτες 0,853 και στα επιτεύγματα 0,851.</p>	<p>Η έρευνα πεδίου διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός» κατά την περίοδο από Σεπτέμβριο του 2016 μέχρι και Ιανουάριο του 2017. Το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 366 εργαζόμενους, από τους οποίους οι 149 ήταν ιατροί και οι 217 νοσηλευτές.</p>	<p>Η μέτρηση του βαθμού σημαντικότητας των παραγόντων παρακίνησης για τους ιατρούς έλαβε τις εξής τιμές: Στον παράγοντα των «επιτευγμάτων» 2,03, στους «συνεργάτες» 2,65, στα «εργασιακά χαρακτηριστικά» 2,91 και στις «απολαβές» 3,15. Αντίστοιχα, για τους νοσηλευτές, στον παράγοντα των «επιτευγμάτων» έλαβε την τιμή 1,88, στους «συνεργάτες» 2,6, στα «εργασιακά χαρακτηριστικά» 2,64 και στις «απολαβές» 2,89. Επισημαίνεται ότι στην πεντάβαθμη κλίμακα οι χαμηλότερες τιμές έναντι των υψηλότερων εκφράζουν μεγαλύτερο βαθμό σημαντικότητας.</p>
<p>Πετράκος et al., Ελλάδα, (2018).</p>	<p>Διερεύνηση της εργασιακής απόδοσής του προσωπικού σε περιβάλλον εργασίας Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και παράγοντες.</p>	<p>Η διερεύνηση της εργασιακής κόπωσης-εξουθένωσης του ανθρώπινου δυναμικού που εργάζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και ο προσδιορισμός τυχόν διαφοροποιήσεων μεταξύ των βασικών κλάδων και ειδικοτήτων, του ιατρικού και του νοσηλευτικού δυναμικού, του προσωπικού των παραϊατρικών επαγγελμάτων, καθώς και του προσωπικού της διοικητικής υπηρεσίας</p>	<p>Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της εργασιακής κόπωσης-εξουθένωσης ερωτηματολόγιο (the Maslach Burnout Inventory) που διερευνά τρεις διαστάσεις εργασιακής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση-κινισμός, έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης). Ο δείκτης alpha στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης κυμάνθηκε από 0,662–0,872 (συναισθηματική εξάντληση: 0,872, αποπροσωποποίηση κινισμός: 0,662, έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης: 0,811).</p>	<p>Η συλλογή δεδομένων έλαβε χώρα το 2016 με τη διακίνηση ερωτηματολογίου στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», ενώ το μέγεθος του δείγματος ανήλθε σε 545 εργαζόμενους, από τους οποίους 149 ήταν ιατροί, 217 νοσηλευτές, 134 διοικητικοί και 45 εργαζόμενοι παραϊατρικών επαγγελμάτων</p>	<p>Στο σύνολο του δείγματος η συναισθηματική εξάντληση σημειώθηκε με τη μέση τιμή 3,08, η αποπροσωποποίηση-κινισμός με την τιμή 3,99 και η έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης με την τιμή 2,58. Στις επί μέρους μετρήσεις ανά ειδικότητα σημειώθηκαν οι εξής βαθμολογήσεις: Η συναισθηματική εξάντληση σημειώθηκε για τους ιατρούς με τη μέση τιμή 3,13, για τους νοσηλευτές με 2,91, για το προσωπικό των παραϊατρικών ειδικοτήτων με 3,22 και για το διοικητικό προσωπικό με 3,07. Στη διάσταση της αποπροσωποποίησης και του κινισμού σημειώθηκε για τους ιατρούς η μέση τιμή 3,91, για τους νοσηλευτές 3,86, για το προσωπικό παραϊατρικών ειδικοτήτων 4,15 και για τους διοικητικούς 4,04. Στην έλλειψη προσωπικής ολοκλήρωσης, οι ιατροί σημείωσαν αριθμητικό μέσο 2,52, οι νοσηλευτές 2,53, το προσωπικό παραϊατρικών ειδικοτήτων 2,64, και το προσωπικό της διοικητικής υπηρεσίας επίσης 2,64.</p>