

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

**Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη φροντίδα υγείας και στην ποιότητα
ζωής ατόμων με πολιτισμικές διαφορές.**

Αγγελική Χ. Ανδρούτσου

ΑΜ: 20033

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Μιχαήλ Κουράκος

Αθήνα, Οκτώβριος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Postgraduate thesis

The role of empathy in the health care and quality of life of people with cultural differences.

Student name and surname:

Angeliki C. Androutsou

Registration Number: 20033

Supervisor: Dr Michael Kourakos

Athens, October 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στη φροντίδα υγείας και στην ποιότητα ζωής
ατόμων με πολιτισμικές διαφορές.**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

A/a	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΜΙΧΑΗΛ ΚΟΥΡΑΚΟΣ	ΕΠ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ/ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ	
2.	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ/ ΜΕΛΟΣ	
3.	ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΓΚΙΟΚΑ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ/ ΜΕΛΟΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Αγγελική Ανδρούτσου του Χρήστου, με αριθμό μητρώου 20033 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση 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.

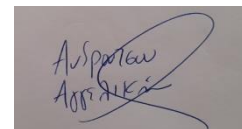
Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30.09.2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Μιχαήλ Κουράκος

Ο/Η Δηλών/ούσα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα



** 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*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο χώρος της υγείας είναι απαιτητικός. Οι επαγγελματίες υγείας συνεχώς πρέπει να εκπαιδεύονται, να αλληλεπιδρούν με πολλούς κόσμους, ασθενείς και συνοδούς, να διαχειρίζονται όχι μόνο τους φόβους, προβλήματα, δυσκολίες και τις ανησυχίες των ασθενών αλλά και του περιβάλλοντος του. Στην προκείμενη εργασία αναλύονται πως η ενσυναίσθηση μπορεί να επηρεάσει την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και την ποιότητα ζωής σε άτομα με πολιτισμικές διαφορές.

Σκοπός: Από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση στόχος είναι να συγκεντρώσει όλη την υπάρχουσα γνώση και όλα τα δεδομένα που προκύπτουν σχετικά με τον ρόλο της ενσυναίσθησης, με σκοπό να αναδειχθεί το πόσο επηρεάζει τελικά η ενσυναίσθηση την ποιότητα της φροντίδας υγείας και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με πολιτισμικές διαφορές που λαμβάνουν “θεραπεία ενσυναίσθησης”.

Μέθοδος – Υλικό: Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η μέθοδος της περιγραφικής ανασκόπησης όπου μελετήθηκαν δευτερογενή άρθρα και μελέτες. Μέσω αυτής της μεθοδολογίας προκύπτουν στοιχεία σχετικά με το θέμα της ενσυναίσθησης και των πολιτισμικών διαφορών, της ποιότητας ζωής και της φροντίδας υγείας ούτως ώστε συμπερασματικά να κατανοηθεί πως όλα αυτά μαζί είναι σπονδυλωτά μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν.

Συμπεράσματα: Από αυτή τη μελέτη αυτή φαίνεται ως αποτέλεσμα ότι τονίζεται η ανάγκη για ενσυναίσθηση ως όπλο για την παροχή καλύτερης και αποτελεσματικότερης φροντίδας υγείας και ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες από τους επαγγελματίες υγείας προς τον ασθενή καθώς επίσης και υπενθυμίζει και το πόσο σημαντικός είναι ο σεβασμός προς τον ασθενή με πολιτισμικές διαφορές και πως αυτή η αλληλεπίδραση μπορεί να γίνει ισχυρό όπλο για την ποιοτικότερη παροχή φροντίδας υγείας σε ανθρώπους με πολιτισμικές διαφορές.

Λέξεις-κλειδιά: ενσυναίσθηση, ποιότητα ζωής, φροντίδα υγείας, διαπολιτισμικότητα, επαγγελματίας υγείας, βιοηθική.

ABSTRACT

Introduction: The field of health is demanding. Health professionals must constantly train, interact with many patients and caregivers, manage not only the fears, problems, difficulties and concerns of the patient but also his environment. This paper analyzes how empathy can affect the health care provided and the quality of life of people with cultural differences.

Purpose: The aim of this literature review is to gather all the existing knowledge and all the data that emerge about the role of empathy, in order to highlight how empathy ultimately affects the quality of health care and quality of life of people with cultural differences receiving 'empathy therapy'.

Method - Material: The methodology used is the method of descriptive review where secondary articles and studies were studied. Through this methodology, data on the subject of empathy and cultural differences, quality of life and health care are obtained so that it can be conclusively understood that all of these together are modular and interact with each other.

Conclusion: This study shows that the need for empathy as a weapon to provide better and more effective health and quality care in the services provided by health professionals to the patient is emphasized and also reminds how important it is to respect the patient with cultural differences and how this interaction can become a powerful weapon for better quality health care delivery for people with cultural differences.

Keywords: empathy, quality of life, health care, interculturalism, health professional, bioethics.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Χρήστο και Νίκη για όλη την κοπιώδη υποστήριξή τους όλα τα χρόνια των σπουδών μου, την Διευθύντρια μου κυρία Ο. Σερέτη, που πάντα με νουθετεί και υποστηρίζει για να ανταπεξέλθω και επαγγελματικά και εκπαιδευτικά, και φυσικά τον κύριο Κουράκο Μιχαήλ επιβλέποντα της εργασίας μου όπου η στήριξη, η καθοδήγηση και η υπομονή του ήταν καθοριστικά για να ανταπεξέλθω στην συγγραφή της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΩΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	Σελ. 04
ABSTRACT	Σελ. 05
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	Σελ. 06
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	Σελ. 09
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	Σελ. 13
1.2. ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ	Σελ. 15
1.3. Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ	Σελ. 17
1.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΣΘΗΣΗΣ. Σελ.	18
1.5. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σελ. 20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	Σελ. 22
2.2. ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	Σελ. 24
2.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Σελ. 27
2.4. ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Σελ. 28
2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Σελ. 31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ	
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ	Σελ. 33
3.2. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ Η ΕΤΕΡΟΤΗΤΑ	Σελ. 34
3.3. ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ	Σελ. 37

3.4.ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ	Σελ. 37
3.5.ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ	Σελ. 38
3.6.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σελ. 39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΒΙΟΗΘΙΚΗ	
4.1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΟΡΙΣΜΟΣ	Σελ. 41
4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ	Σελ. 41
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.	
1.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σελ. 47
1.2.ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ	Σελ. 47
1.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ..	Σελ. 47
1.4.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	Σελ. 48
1.5.ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ...	Σελ. 49
. ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	Σελ. 49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	Σελ. 74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	Σελ. 81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πολιτισμός και η κουλτούρα είναι έννοιες οι οποίες έχουν συζητηθεί και πρόκειται για όρους πολυδιάστατους που αφορούν στο τρόπο ζωής των ανθρώπων επηρεάζοντας την ενσυναίσθηση. Πολιτισμός σημαίνει το σύνολο κοινών πεποιθήσεων, στάσεων, συμπεριφορών, ήθη, έθιμα, αξίες, παραδόσεις που όλα αυτά μαζί διαμορφώνουν μια συμπεριφορά με κοινά χαρακτηριστικά για τους πολίτες μίας κοινωνίας. Κουλτούρα είναι υποσύνολο του πολιτισμού που σημαίνει ότι κάποιος λειτουργεί με τέτοιο τρόπο που θεωρείται ηθικά αποδεκτός από το σύνολο της κοινωνίας στην οποία ζει. Είναι έννοιες οι οποίες έχουν συνδεθεί μεταξύ τους και με το πέρασμα των χρόνων έχουν παραφρασθεί σαν να είναι στην ουσία ένα πράγμα

Όταν ερχόμαστε σε επικοινωνία με άλλους ανθρώπους έχει αποτέλεσμα και υπάρχει συνεννόηση όταν ο ένας κατανοεί τον άλλο. Από την φύση του ο άνθρωπος καταλαβαίνει τα μηνύματα του άλλου ανθρώπου βασιζόμενος στις προσλαμβάνουσες της δικής του πραγματικότητας. Όταν όμως ο άνθρωπος έρχεται σε συζήτηση με ανθρώπους διαφορετικής κουλτούρας και πολιτισμού από εκείνον πρέπει να προετοιμαστεί σκεπτόμενος τις διαφορές τους αυτές και να μπει «στα παπούτσια του άλλου» προκειμένου να αποφευχθεί η παρερμηνεία και να γίνουν κατανοητές οι προθέσεις των συνδιαλεγόμενων. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την σωστή επικοινωνία, την κατανόηση, την ενδυνάμωση, την αίσθηση υποστήριξης και την ανάπτυξη καλών σχέσεων. Με αυτό τον τρόπο, μειώνοντας δηλαδή τους κινδύνους παρεξηγήσεων, οι πολιτισμικές διαφορές σε συνδυασμό με την ενσυναίσθηση γίνεται πλεονέκτημα.. (Εργαλειοθήκη του Συμβουλίου της Ευρώπης 2021)

Ποιότητα ζωής σύμφωνα με το ΠΟΥ (1995) είναι *«Η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του»*. Καλλιεργώντας την ενσυναίσθηση με τους ανθρώπους που έχουν διαφορετική αντίληψη καλλιεργείται εμπιστοσύνη και κατανόηση, υιοθετούνται νέες στάσεις ζωής και καλές πρακτικές αυξάνοντας έτσι την ποιότητα ζωής (THEWHOQOLGROU,1995).

Στους βιοηθικούς προβληματισμούς που προκύπτουν όταν ο επαγγελματίας υγείας έρχεται αντιμέτωπος με ανθρώπους με διαφορετικά πιστεύω και διαφορετικές αρχές από εκείνον, η ενσυναίσθηση επιδρά στη λήψη κρίσιμων αποφάσεων. Λόγω της ραγδαίας ανάπτυξης των επιστημών υγείας και της βιοιατρικής τεχνολογίας ούτως ώστε να γίνεται εφικτή η επέμβαση στον οργανισμό του ανθρώπου αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της βιοηθικής επιστήμης. Η βιοηθική άπτεται πολλών επιστημονικών πεδίων, όπως γενετική, βιοιατρική ενώ εμπλέκονται η νομική και η θεολογία. Γενικά ασχολείται με ηθικά ζητήματα που δημιουργήθηκαν με την ανάπτυξη της βιολογίας και της γενετικής, συμβάλλοντας στην αποτροπή λαθών για την αποφυγή μη αναστρέψιμων καταστάσεων σχετικά με τον χειρισμό του γενικού υλικού. Ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο της βιοηθικής ήταν ο Potter van Rensselaer το 1971 (Βονάτσος Μ, 2004)

Γίνεται αντιληπτό αμέσως μέσω των βιοηθικών προβληματισμών ότι η ενσυναίσθηση είναι διαδικασία χρήσιμη από επαγγελματίες υγείας σε ανθρώπους με πολιτισμικές διαφορές. Δουλεύοντας κανείς με ανθρώπους διαφορετικού πολιτισμού αυτό που αντιλαμβάνεται αμέσως είναι η επίδραση της θρησκείας στην λήψη των αποφάσεων τους και την διαχείριση των καταστάσεων. Έτσι λοιπόν ο επαγγελματίας υγείας έχοντας ως όπλο την ενσυναίσθηση, θα μπορέσει να πλησιάσει τους ανθρώπους αυτούς και να καταλάβει τον τρόπο που ερμηνεύουν την αρρώστια, τον θάνατο, τον πόνο. Με αυτό το τρόπο ο επαγγελματίας υγείας δείχνει το σεβασμό του στον ασθενή του, στον συνάνθρωπό του.

Οι άνθρωποι από διαφορετικούς πολιτισμούς και θρησκείες καλούνται να συνεργαστούν μεταξύ τους στο περιβάλλον της υγείας, επαγγελματίες υγείας και ασθενείς, και η ενσυναίσθηση αλληλεπιδρά στη μεταξύ τους σχέση.

Λόγω των οικονομικών αλλαγών, της παγκοσμιοποίησης, της ανάπτυξης των επικοινωνιών, οι μετακινήσεις των πληθυσμών, η μετανάστευση, έχει δημιουργηθεί μια πολυπολιτισμική κοινωνία. Σε αυτό το σημείο μπαίνει ο όρος διαπολιτισμικότητα. Δηλαδή σε ένα υπάρχον πολυπολιτισμικό περιβάλλον η διαπολιτισμικότητα είναι αυτό που πρέπει να υπάρχει. Διαπολιτισμικότητα είναι η αποδοχή της κουλτούρας του άλλου προάγοντας την αμοιβαιότητα, την αλληλεγγύη, την ισότητα (Αρτέμη Ε, 2015)

Όλα αυτά είναι αρετές που είναι απαραίτητες σε κάθε εργασιακό περιβάλλον είτε με πολιτισμικές διαφορές είτε χωρίς. Ένας άνθρωπος πηγαίνοντας σε μία άλλη χώρα βιώνει ένα πολιτισμικό shock. Δηλαδή μία σύγχυση, έναν αποπροσανατολισμό και γενικά μια συναισθηματική επιβάρυνση αντικρίζοντας μια διαφορετική κουλτούρα από εκείνον. Όταν οι επαγγελματίες υγείας είναι καταρτισμένοι, σωστά εκπαιδευμένοι και συναισθηματικά έτοιμοι μπορούν να κατανοήσουν την κατάσταση του άλλου και να διαχειριστούν τέτοιες καταστάσεις κάνοντας τον άλλο να νιώσει άνετα και δυνατό με αυτοπεποίθηση χωρίς δισταγμούς και ενδοιασμούς. Έτσι γίνεται όπλο η ενσυναίσθηση παρέχοντας ποιοτικότερη φροντίδα υγείας σε ασθενείς με πολιτισμικές διαφορές. (Μερκούρης Α, 2008)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Όλος ο κόσμος θέλει να μιλάει και όλος ο κόσμος θέλει να ακούγεται. Τι σημαίνει όμως να ακούει κάποιος πραγματικά; Δεν είναι αρκετό απλά να λέγονται ξερές λέξεις από τον συνομιλητή. Πρέπει να είναι πραγματική και αληθινή η κατανόηση των μηνυμάτων που μεταδίδει το ένα άτομο σε ένα άλλο. Επίσης απαραίτητο είναι να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ιδιαίτερες συνθήκες και τα συναισθήματα τους. Η σημασία της ενσυναίσθησης είναι αυτή και είναι βασικό στοιχείο της δυναμικής ακρόασης. (Dale Carnegie, 2019)

Ενσυναίσθηση είναι να μπορεί κανείς να κατανοήσει τον άλλο άνθρωπο σε τέτοιο βαθμό με αποτέλεσμα, έστω και προς στιγμήν, να είναι σε θέση να βιώσει τα συναισθήματα του. Δηλαδή να ακούει κάποιος προσεκτικά τον συνομιλητή του και να τον παρακολουθεί στενά με αποτέλεσμα να βιώνει την κατάσταση, τα συναισθήματα και τις σκέψεις του άλλου. Οι καλοί φίλοι, οι καλοί επαγγελματίες υγείας και οι καλοί ηγέτες μπορούν να το κάνουν αυτό. (Dale Carnegie, 2019)

Χρειάζεται να διευκρινιστεί η προέλευση του όρου της ενσυναίσθησης. Ο όρος της ενσυναίσθησης αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1903 και το 1905 από τον γερμανό φιλόσοφο Lipps όπου μέσω της θεωρίας του για την αισθητική δημιούργησε το πλαίσιο της έννοιας «*Einfühlung*» όπου στα ελληνικά μεταφράζεται ως ενσυναίσθηση και ορίζεται σαν την προβολή του εαυτού του παρατηρητή στο αντικείμενο της αντιληψής του, με σκοπό να εξηγήσει τα συναισθήματα που δημιουργεί ένα έργο τέχνης (Coplan & Goldie, 2011, Håkansson, 2003). Το 1909 ο Αμερικάνος ψυχολόγος Titchener μετέφρασε την λέξη ως «*empathy*» και τη όρισε ως «*μια διαδικασία εξανθρωπισμού αντικειμένων, όπου βάζουμε τον εαυτό μας στη θέση του αντικειμένου*» (Eisenberg & Strayer, 1987). Στην ελληνική γλώσσα αποδίδεται ως «*εμπάθεια*» όπου σημαίνει έντονα αρνητικά συναισθήματα με αποτέλεσμα αυτός ο όρος να μη μπορεί να αποδώσει ορθά το νόημα της λέξης «*empathy*». Πολλοί έλληνες που ασχολήθηκαν με τον όρο θέλοντας να τον προσδιορίσουν τον απέδωσαν

ως «ενσυναίσθηση», «εναίσθηση», ενώ κάποιοι άλλοι ως «εμβίωση» η επικρατέστερη μετάφραση είναι η «ενσυναίσθηση» (Ματσαγγούρας, 2005).

Ο Rogers ορίζει ως ενσυναίσθηση ως *«την ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει με ακρίβεια το εσωτερικό του άλλου ατόμου και να καταλαβαίνει, με τα συναισθηματικά στοιχεία που εμπεριέχονται, ως ο ίδιος να ήταν το άλλο άτομο»* (Rogers, 1959) και το 1975 υποστήριξε πως μέσω αυτής της διαδικασίας οι άνθρωποι μπορούσαν να κατανοήσουν και να εμπιστευτούν τον εαυτό τους με αποτέλεσμα να υιοθετήσουν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς.

Ο Kohut, έχει αναδιατυπώσει αρκετές φορές τον ορισμό του για την ενσυναίσθηση ώστε να καλύψει πλήρως την έννοια της. Αρχικά διατύπωσε την ενσυναίσθηση ως *«αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση»* (Kohut, 1959) και το 1984 αναφέρει ότι ως ενσυναίσθηση ορίζεται *«η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου»*.

Το 2002 οι Mercer και Reynolds περιέγραψαν την ενσυναίσθηση ως την ικανότητα του ιατρού - ειδικού να μπορεί να κατανοήσει πλήρως την κατάσταση, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς, να διαβεβαιώσει τον ασθενή πως πραγματικά τον άκουσε και τον κατάλαβε και να ενεργήσει με τρόπο θεραπευτικό σε συνεργασία με τον ασθενή.

Το 2008 η Μαλικιώση-Λοϊζου, όρισε την ενσυναίσθηση ως *«την ικανότητα της εμπίωσης (εμβιώ=ζω έν τινι) της κατάστασης του άλλου, είναι η ικανότητα της κατανόησης και του μοιράσματος των συγκινήσεων, των σκέψεων και της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου»*.

Το 1981 ο Barret-Lennard ανέπτυξε ένα πολυδιάστατο μοντέλο για την ενσυναίσθηση, τον *«Κύκλο της ενσυναίσθησης»*, αποτελούμενο από τρία στάδια: α) την εσωτερική διαδικασία ενός ατόμου να κατανοήσει ένα άλλο μέσω της ακρόασης, β) η προσπάθεια που κάνει ώστε να κατανοήσει την εμπειρία του άλλου, γ) να συνειδητοποιήσει πραγματικά την κατάσταση που βρίσκεται το άλλο άτομο – ασθενής.

Γενικώς στην κοινότητα των επιστημόνων υπήρξε έντονος προβληματισμός του τι είναι τελικά η ενσυναίσθηση και τι πραγματικά σημαίνει. Ειδικά για τον χώρο της υγείας. Υπήρξαν εκτενείς συζητήσεις για αυτό το θέμα, καθώς η ενσυναίσθηση είναι

μία έννοια με πολλές διαστάσεις και σύνθετη πράγμα που δημιουργεί μια δυσκολία στο να οριστεί και να τη μετρήσει κάποιος και της οποίας το νόημα συνεχώς εξελίσσεται. (Mercer et al., 2002, Stepien et al., 2006).

1.2 ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Από πολλούς μελετητές η ενσυναίσθηση χαρακτηρίστηκε ως έννοια πολυδιάστατη. Άλλοι κάνουν λόγο για έμφυτη ενσυναίσθηση, δηλαδή καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει κ ωριμάζει αναπτύσσεται και η ενσυναίσθηση, ή επίκτητη όπου ο άνθρωπος αποκτά ενσυναίσθηση όταν τον εκπαιδεύουν και τον διδάσκουν (Alligood, 1992). Άλλοι την διαχωρίζουν σε συναισθηματική, δηλαδή να μπορεί κανείς να βιώσει και να αισθάνεται τα συναισθήματα κάποιου άλλου, ή γνωστική, δηλαδή να μπορεί κάποιος να μπαίνει στη θέση του άλλου π.χ ο επαγγελματίας υγείας στη θέση του ασθενή και να καταλαβαίνει τον τρόπο που σκέφτεται και πράττει (Belacchi & Farina, 2012). Και μία τρίτη διάσταση της ενσυναίσθησης όπως αναφέρεται από πολλούς ερευνητές είναι η επικοινωνιακή θεωρώντας πως η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει στοιχεία επικοινωνίας (Rogers, 1957).

Η Μαλικιώση - Λοϊζου (2008), αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις για την ενσυναίσθηση: α) τη γνωστική, β) τη συναισθηματική και γ) την επικοινωνιακή. *«Η γνωστική διάσταση συσχετίζεται με το στοιχείο της κατανόησης, πως δηλαδή νιώθει ο ασθενής ενώ η συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης συσχετίζεται με την συναισθηματική επαφή και επικοινωνία ιατρού – ασθενή. Η επικοινωνιακή διάσταση της ενσυναίσθησης έχει να κάνει με τον τρόπο που αυτή μεταβιβάζεται, δηλαδή, για να εισπράττει ο συμβουλευόμενος την ενσυναίσθηση, θα πρέπει να του εκφράζεται με λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα, μέσα από μία ισότιμη συμβουλευτική σχέση».*

A. Η ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ.

Η γνωστική διάσταση έχει να κάνει με το πώς ένας άνθρωπος αντιλαμβάνεται μία κατάσταση ως προς το τι νοιώθει κάποιος άλλος που βιώνει την εμπειρία. (Λιονής και συν., 2015). Η ικανότητα κάποιου ανθρώπου να μπορεί να υποθέτει την ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται ο πλησίον του θεωρείται ως ενσυναίσθηση όπως αναφέρει η Rosalind Dymond (Hoyat, 2007).

Ο Kahut το 1971 αναφέρει την ενσυναίσθηση ως *«τον τρόπο της αντίληψης που είναι συνυφασμένος με την αντίληψη μιας σύνθετης ψυχολογικής διαμόρφωσης»* . Δεν χρειάζεται κάποιος να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του αρκεί μόνο να μπορεί να κατανοήσει την ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του άλλου. Με την γνωστική ενσυναίσθηση δίνεται περισσότερο βάση στην κατανόηση και όχι τόσο στο συναίσθημα. (Hoyat, 2007).

Συμπεραίνεται λοιπόν πως για να έχει κανείς ενσυναίσθηση προϋποθέτει την ύπαρξη γνωστικών ικανοτήτων. Επομένως κάποιος που δε βιώνει μία κατάσταση αλλά μπορεί να καταλάβει τα συναισθήματα κάποιου άλλου που βιώνει μία έντονη κατάσταση ονομάζεται γνωστική ενσυναίσθηση.

B. Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Η συναισθηματική διάσταση έχει να κάνει με το ότι ένας άνθρωπος π.χ. ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να καταλάβει ακριβώς τι βιώνει ο ασθενής του. (Λιονής και συν., 2015). Η Eisenberg το 1987 αναφέρει την ενσυναίσθηση ως *«τη συναισθηματική απάντηση που πηγάζει από τη συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου ανθρώπου»*. Ο Benett το 2001 αναφέρει ως ενσυναίσθηση *«τη δυνατότητα του ανθρώπου να μπορεί να γνωρίζει το νοητικό και το πνευματικό περιεχόμενο του άλλου ανθρώπου, γνωστικά και συναισθηματικά, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή που έχουν μία σχέση μεταξύ τους»*.

Η γλώσσα του σώματος, οι χειρονομίες, ο τόνος της φωνής, οι εκφράσεις μπορούν να βοηθήσουν ώστε να ερμηνευτεί σωστά το συναίσθημα κάποιου. Κάποιος άνθρωπος μπορεί να έχει έντονες συναισθηματικές σκέψεις και να είναι ανέκφραστος ενώ άλλοι άνθρωποι με αναπτυγμένη ενσυναίσθηση μπορεί να εκφράζονται μέσω συναισθηματικών εκφράσεων ή να πράττουν με ενσυναίσθηση για να βοηθήσουν κάποιον που το έχει ανάγκη. (Rankin, 2005).

Γ. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Η επικοινωνία αναφέρεται στο γεγονός πως ένας άνθρωπος μπορεί να επικοινωνήσει σε έναν άλλο άνθρωπο ότι τον κατάλαβε και στη διάσταση της ενσυναίσθησης ότι κατάλαβε την συναισθηματική του κατάσταση. Σε κάθε επικοινωνία υπάρχουν δύο παράγοντες. Ένας παράγοντας είναι οι απόψεις, τα συναισθήματα και τα πιστεύω του ίδιου του ατόμου και ο άλλος παράγοντας είναι οι

άλλοι. Όταν δύο άτομα έρχονται σε επικοινωνία μπορούν να ανταλλάξουν συναισθήματα, και ο καθένας ανάλογα με τον βαθμό που έχει αναπτυγμένη την ενσυναίσθηση αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του άλλου διαφορετικά άρα και τις ανησυχίες του. (Xiao, 2016). Σημαντικό ρόλο στην έκφραση και την μετάφραση της ενσυναίσθησης παίζει και η μη λεκτική επικοινωνία (Hogan, 1970).

Σύμφωνα με τους Cunico et al. το 2012, ανέφεραν την επικοινωνία ως σημαντικό κομμάτι της ενσυναίσθησης εφόσον αν κάποιος έχει την ικανότητα να νιώθει και να καταλαβαίνει τα συναισθήματα κάποιου άλλου σαν δικά του τότε η γνωστική διάσταση έρχεται σε επαφή την συναισθηματική διάσταση.

1.3. Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΜΕ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Η έννοια της ενσυναίσθησης είναι μία ανθρωποκεντρική θεωρία που απασχόλησε τον Carl Rogers όντας ψυχολόγος. Η ενσυναίσθηση είναι μία από τις βασικές προϋποθέσεις που χρειάζεται να διαθέτει ένας θεραπευτής μαζί με την ταύτιση και τη μη κριτική στάση απέναντι στον θεραπευόμενο. Αν ο θεραπευτής είναι προκατηλλήμενος αρνητικά έναντι του ασθενούς δεν μπορεί αν έχει πλήρη ενσυναίσθηση για τις εμπειρίες του. Επομένως για να υπάρχει θεραπευτική ενσυναίσθηση χρειάζεται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου να αναπτυχθεί μια καλή σχέση, σχέση συμπάθειας, ασφάλειας χωρίς κριτική και ο θεραπευόμενος να νοιώθει πώς τον υπολογίζει ο ακροατής (Rogers, 1959).

Ο Rogers το 1975 παρατήρησε πώς: *α) ο ιδανικός θεραπευτής έχει αναπτυγμένη την αίσθηση της ενσυναίσθησης, β) Η ενσυναίσθηση συσχετίζεται με την αυτοδιερεύνηση και προάγει την διαδικασία, γ) Η ενσυναίσθηση προεκβάλλει από την αρχή της σχέσης την επιτυχία που θα έχει στο τέλος, δ) Ο ασθενής φτάνει να διακρίνει μεγαλύτερη ενσυναίσθηση σε περιπτώσεις που είχαν επιτυχία, ε) Η κατανόηση προσφέρεται από τον θεραπευτή και όχι από τον ασθενή, στ) Όσο πιο μεγάλη εμπειρία έχει ο θεραπευτής, τόσο πιο πιθανό να έχει αυξημένη την ενσυναίσθηση, ζ) Η ενσυναίσθηση έχει ιδιαίτερη θέση σε μία σχέση, οι θεραπευτές πρέπει να μπορούν να δίνουν περισσότερα κι από έναν φίλο, η) Όσο καλύτερα καταλαβαίνει ο θεραπευτής τον ίδιο του τον εαυτό, τόσο μεγαλύτερος θα είναι ο βαθμός που θα εξωτερικεύει την ενσυναίσθηση, θ) Οι πολύ έμπειροι θεραπευτές φτάνουν πολύ κοντά στο να έχουν ενσυναίσθηση, ι) Οι καλύτεροι κριτές της ενσυναίσθησης είναι οι ασθενείς παρά οι θεραπευτές, ια) Η εξυπνάδα και η*

διαγνωστική αντίληψη δεν σχετίζονται με την ενσυναίσθηση, ιβ) Η ενσυναίσθηση μπορεί να μαθευτεί από ανθρώπους που έχουν ενσυναίσθηση».

1.4. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΣΘΗΣΗΣ

Στην περίπτωση των επαγγελματιών υγείας η ενσυναίσθηση χαρακτηρίζεται από διάφορες διαστάσεις που αφορούν την ικανότητα που έχει ο επαγγελματίας υγείας π.χ. ο νοσηλευτής να φανταστεί και να ενστερνιστεί τι βίωσε και τι αισθάνεται ο ασθενής του. Με την γνωστική διάσταση της ενσυναίσθησης όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει τον ασθενή του και πώς αντιλαμβάνεται τα πράγματα. Και με την διάσταση της συμπεριφοράς ο νοσηλευτής μπορεί να δείξει στον ασθενή του ότι κατάλαβε τα συναισθήματα του και το πώς αντιλαμβάνεται την κατάσταση (Bouma, 2008).

Οι Derksen και συν. το 2013 αναφέρουν τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης, α) τη «στάση», β) την «ικανότητα», γ) τη «συμπεριφορά».

Με την «στάση» εννοούν τα ηθικά πρότυπα του επαγγελματία υγείας όπως για παράδειγμα ο σεβασμός στον άνθρωπο, το ενδιαφέρον για τον ασθενή του, την δεκτικότητα και την αμεροληψία. Αυτά τα ηθικά πρότυπα διαμορφώνονται καθώς ο επαγγελματίας υγείας εξελίσσεται, κοινωνικοποιείται, μορφώνεται και αποκτά προσωπική εμπειρία με τους ασθενείς.

Την «ικανότητα» την χωρίζουν σε άλλα τρία μέρη την «εμπειρική δεξιότητα» όπου είναι η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να μπορέσουν να προσεγγίσουν τον ασθενή και να αντλήσουν πληροφορίες ενώ παράλληλα αναγνωρίζουν το πρόβλημα τους, την «επικοινωνιακή δεξιότητα» με την οποία ο επαγγελματίας υγείας θα ελέγξει, θα υποστηρίξει, θα καταλάβει και θα προβληματιστεί με τις όποιες αντιλήψεις ή σκέψεις του ασθενή, και τέλος την «ικανότητα να δημιουργηθεί μία μακρόχρονη σχέση με έναν ασθενή στη βάση της αμοιβαίας εμπιστοσύνης» η δημιουργία τέτοιων σχέσεων έχει θεραπευτικά αποτελέσματα και βοηθούν στην ακρόαση και την αφήγηση των ιστοριών που έχει ο ασθενής.

Τέλος, η «συμπεριφορά» που την χωρίζουν σε δύο μέρη, το γνωστικό και το συναισθηματικό. Το γνωστικό περιλαμβάνοντας λεκτικές και μη λεκτικές συμπεριφορές και το συναισθηματικό όπου ο επαγγελματίας υγείας έχει καταλάβει τα

όποια συναισθήματα του ασθενή τα αντιστακτικά και επικοινωνεί στον ασθενή του την κατανόηση τους.

Φαίνεται από όλα τα παραπάνω πώς ο ρόλος της ενσυναίσθησης είναι σημαντικός και πρέπει να διακρίνει τον επαγγελματία υγείας. Δεν φτάνει μόνο να κατανοεί ένας νοσηλευτής τον ασθενή του, χρειάζεται και να αλληλεπιδρά μαζί του, να χτίζει μία καλή σχέση εμπιστοσύνης, ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να καταλαβαίνει την συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς του και μέσω της ενεργητικής ακρόασης να μπορεί να καταλαβαίνει και τα κρυφά μηνύματα του. Κατά αυτόν τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας θα μπορεί να σχεδιάσει σωστότερο θεραπευτικό πρόγραμμα με την ενεργητική συμμετοχή του ασθενούς και να βοηθήσει περισσότερο.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας ως προς την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Έρευνα έδειξε πως θέματα όπως «τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας, ο ρόλος των ασθενών, τα εσωτερικά εμπόδια και τα εξωτερικά εμπόδια» μπορούν να επιδράσουν είτε θετικά είτε αρνητικά την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης (Bayne et al., 2013).

A. «ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΜΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Αναφέρεται στα έμφυτα χαρακτηριστικά που δεν μπορούν να αλλάξουν εύκολα, όπως για παράδειγμα η ευσπλαχνία, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα αυτοί οι άνθρωποι κατά την εργασία τους να χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση. Ακόμα, όταν πρόκειται για έμπειρο επαγγελματία υγείας είναι πολύ πιθανό να διαθέσουν χρόνο και ενέργεια ώστε να βελτιώσουν την ενσυναίσθηση και την επικοινωνία με τους ασθενείς τους. Όταν ο επαγγελματίας υγείας καταλάβει τη σημαντικότητα και την επιρροή του ρόλου της ενσυναίσθησης στον τομέα του θα καταλάβει πως επηρεάζεται και το πώς χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση και με τους ασθενείς (Bayne et al., 2013).

B. «Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»

Ασθενείς με νοητική υστέρηση ή διαφορετική γλώσσα ή που δε γνωρίζουν ιατρικές ορολογίες πιθανόν να μην είναι σε θέση να επιλέξουν την θεραπεία τους. Αν ο επαγγελματίας υγείας δεν είναι σε θέση να κατανοήσει αυτές τις δυσκολίες ή αν οι ασθενείς δεν εκδηλώνουν την αδυναμία τους και την άγνοια τους τότε δεν θα υπάρχει ούτε ενσυναίσθηση ούτε αποτελεσματική θεραπεία. Τέλος, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να μην επενδύσει στην ενσυναίσθηση και στην ανάπτυξη καλής σχέσης με τον

ασθενή του αν ο ασθενής του δεν μπορεί να επικοινωνήσει μαζί του. (Bayne et al., 2013)

Γ. «ΕΣΩΤΕΡΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ»

Τα εσωτερικά εμπόδια είναι πιθανές αιτίες που δεν αφήνουν τον επαγγελματία υγείας να δείξει ενσυναίσθηση. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να θέλουν να βάλουν τα όρια τους και να κρατήσουν συναισθηματική απόσταση από τον ασθενή, ίσως να φοβούνται την άσκηση κριτικής από τους ασθενείς και να μην θέλουν να τους ακούσουν. Ακόμα, η εξάντληση από το σύστημα υγείας, κάποια ασθένεια μπορεί να εμποδίσει την ενσυναίσθηση. Τέλος, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μπερδεύουν την συμπάθεια με την ενσυναίσθηση και να επωμίζονται άσκοπα κάποιες καταστάσεις των ασθενών. (Bayne et al., 2013)

Δ. «ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ»

Ο τρόπος με τον οποίο ένα επαγγελματία υγείας διαχειρίζεται την φροντίδα αποτελεί εξωτερικό εμπόδιο στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Η γραφειοκρατία, οι τυποποιημένες θεραπείες μπορούν να επηρεάσουν την σχέση με τον ασθενή. Όταν ένας ασθενής είναι σε βαριά κατάσταση και απειλείτε η ζωή του είναι πιθανό ο επαγγελματίας υγείας να δώσει βάση στην άμεση ανάγκη που έχει ο ασθενής και όχι τόσο στην ενσυναίσθηση. Τέλος, σημαντικό εμπόδιο είναι και ο όγκος των ασθενών σε σχέση με τον λίγο χρόνο των επισκέψεων και έτσι δεν υπάρχει χρόνος για την ανάπτυξη και την επικοινωνία της ενσυναίσθησης (Bayne et al., 2013).

1.5. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Πολλές μελέτες έχουν γίνει ώστε να αναγνωριστεί ότι η ενσυναίσθηση είναι βασικό συστατικό της σχέσης επαγγελματία υγείας και ασθενή και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την θεραπευτική αποτελεσματικότητα, εφόσον η διάγνωση είναι πιο ακριβής, ο ασθενής είναι πιο ικανοποιημένος και συμμορφώνεται στη θεραπεία του. Οι ασθενείς έχουν πιο ενεργητικό ρόλο στην ιατρική διαδικασία και δίνουν περισσότερες πληροφορίες, αναζητούν πληροφορίες και γενικά συμπεριφέρονται ως συνεργάτες στη θεραπεία τους (Bayne et al., 2013, Jani et al., 2012).

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα η ενσυναίσθηση είναι σημαντική ικανότητα του επαγγελματία υγείας για την ανάπτυξη καλής σχέσης με τον ασθενή, και πέραν αυτής της σχέσης υπάρχει και ένα σύνολο βασικών στόχων της ενσυναίσθησης όπως: α) η υποστήριξη, η ουσιαστική επικοινωνία ώστε να κατανοήσει ο επαγγελματίας υγείας τα πιστεύω του ασθενή και τις ανάγκες του, β) η ενδυνάμωση του θεραπευόμενου και η αποτελεσματική αντιμετώπιση του περιβάλλοντος του και γ) επίλυση των προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή (Mercer & Reynolds, 2002).

Η ενσυναίσθηση στον τομέα της υγείας από τους επαγγελματίες υγείας στους ασθενείς τους φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα στην θεραπεία τους. Παραδείγματος χάριν, σε ασθενείς με διαβήτη βελτιώθηκε η μεταβολική τους κατάσταση, η πορεία ενός απλού κρυολογήματος είχε μικρότερη διάρκεια, υπήρχε συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα, υπήρχε βελτίωση τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική υγεία, οι ασθενείς ήταν πρόθυμοι να δώσουν περισσότερες πληροφορίες στον επαγγελματία υγείας, επομένως υπήρχε και ευκολία και μεγαλύτερη ακρίβεια στην διάγνωση, οι επαγγελματίες υγείας ήταν περισσότερο αποδοτικοί και ίσως χρησιμοποιούσαν και καλύτερα τους παρεχόμενους πόρους. (Ahrweiler et al., 2014)

Κλείνοντας, εφόσον η ενσυναίσθηση έχει επίκεντρο τον άνθρωπο αυτό έχει ως αποτέλεσμα και οικονομικό όφελος. Όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν στο κέντρο της προσοχής τους τον άνθρωπο τότε παραλείπονται οι άσκοπες εξετάσεις αλλά και η κούραση του ασθενή να ψάχνει τον χώρο της υγείας που να απευθυνθεί. (Epstein et al., 2015)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Ως φροντίδα υγείας εννοούμε την παροχή των αγαθών και των υπηρεσιών σε κοινωνίες και σε άτομα που έχουν ως σκοπό την πρόληψη της ασθένειας, την προαγωγή της υγείας, την αποκατάσταση της ασθένειας και την διατήρηση της υγείας.

Με την έννοια της ποιότητας γενικά έχουν ασχοληθεί πολλοί ερευνητές θέλοντας να προσδώσουν έναν ορισμό για το τι σημαίνει ποιότητα. Σύμφωνα με τον Kahn J.E. το 1985 *«ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας»*. Όπως αναφέρει το Ινστιτούτο Ιατρικής ποιότητα: *«είναι ο βαθμός με τον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται, σε ανθρώπους και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα να επιτευχθούν τα επιθυμητά αποτελέσματα, και παρέχονται με βάση την επιστημονική γνώση που υπάρχει»* (Lohr K., 1992). Σύμφωνα με τους Monroe & Krishnan το 1985, ποιότητα είναι *«η ικανότητα, όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης, μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές»*. Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης, ISO το 1990 (International Organization of Standardization) ορίζει ως ποιότητα: *«το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους»*.

Σύμφωνα με όλους αυτούς τους ορισμούς για την ποιότητα φαίνεται πως η ποιότητα έχει να κάνει με την εύκολη προσβασιμότητα σε μία υπηρεσία ή ένα προϊόν, την σωστή πληροφόρηση, την διαθεσιμότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, την αποδοτικότητα του και την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας. (Donabedian, 1990) και (Goldstein H. & Spiegelhalter D.J., 1996)

Η ποιότητα είναι γενικός ορός και έτσι δεν μπορεί να αποτυπώσει με την πρέπουσα ευαισθησία και σαφήνεια. Εξού και για κάθε υπηρεσία δίνεται ένας ορισμός της ποιότητα προσαρμοσμένος σε αυτή. Έτσι και στον τομέα της υγείας γίνεται λόγος συχνά για την ποιότητα ζωής.

Ο Cutter το 1985 όρισε την ποιότητα ζωής ως *«η ευτυχία ή η ικανοποίηση που αισθάνεται ένας άνθρωπος για την ζωή του ή το περιβάλλον του, συμπεριλαμβανομένων των αναγκών του, των επιθυμιών του και των προτιμήσεων του καθώς και όλων των υπολοίπων υλικών ή πνευματικών προτιμήσεων του. Όταν αλληλεπιδρά η ποιότητας ζωής του ανθρώπου με την ποιότητα ζωής της τοπικής κοινωνίας, ο όρος επεκτείνεται, για να συμπεριλάβει και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως για παράδειγμα το κλίμα, την τοπική οικονομία και τις διαφορετικές διαστάσεις του πολιτισμού»*.

Ο Cheung το 1997 ορίζει *« ποιότητα ζωής είναι ο συνδυασμός της ικανοποίησης της ζωής, των καλών διαπροσωπικών σχέσεων, της αυτονομίας, της πραγματοποίησης των ανθρώπινων δυνατοτήτων και της ζωής σύμφωνα με τα ήθη»*. Το 2001 οι Kolotkin, Meter και Williams υποστήριξαν πως η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την κοινωνικότητα, επειδή αυτές επηρεάζονται από τις εμπειρίες του κάθε ατόμου, τα πιστεύω του, τις προσδοκίες και τη στάση ζωής του. Ο Iconomou το 2003, ορίζει ως ποιότητα ζωής τον βαθμό της ικανοποίησης και της ευφορίας που αισθάνεται ο ερωτευμένος μία δεδομένη στιγμή στο χρόνο. Το 2004 ο Shalock, αναφέρει πως η *« ποιότητα ζωής είναι έννοια σύνθετη με πολλές προοπτικές και αποτελείται από την συναισθηματική ευημερία, τις κοινωνικές σχέσεις, το υλικό και το φυσικό ευ ζην, την προσωπική ανάπτυξη, την ένταξη στην κοινωνία και τα δικαιώματα»*

Ποιότητα ζωής σύμφωνα με το ΠΟΥ (1995) είναι *«Η υποκειμενική αντίληψη που έχει ο άνθρωπος για τη θέση του στη ζωή, η οποία αντίληψη διαμορφώνεται από ένα πλαίσιο αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και συσχετίζεται με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες του, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα του και τις ανησυχίες του»*. Καλλιεργώντας την ενσυναίσθηση με τους ανθρώπους που έχουν διαφορετική αντίληψη καλλιεργείται εμπιστοσύνη και κατανόηση, υιοθετούνται νέες στάσεις ζωής και καλές πρακτικές αυξάνοντας έτσι την ποιότητα ζωής (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Ο όρος της Ποιότητας Ζωής δεν απασχόλησε ξαφνικά τους ερευνητές του σήμερα. Έχει ρίζες από την αρχαιότητα όπου φαίνεται από τον Πλάτωνα να αναφέρει πως ο Σωκράτης αναφερόταν στην ποιότητα της ζωής και την συνέκρινε με την ποσότητα. Ακόμα, ο Αριστοτέλης αναλύοντας την *«ευδαιμονία»* για το πόσο σημαντικό αγαθό

είναι και πως θα έπρεπε να είναι ο τελικός σκοπός της ζωής του ατόμου εξομοίωσε τον όρο αυτό με τον όρο την ποιότητα ζωής, με το ευ ζειν. (Ομάδα μεταφραστών Κάκτου, Ηθικά Νικομάχεια, 1993)

Φαίνεται λοιπόν από τα παραπάνω πως η ποιότητα ζωής αναλόγως σε ποίο επιστημονικό πεδίο αναφέρεται κανείς ορίζεται και με διαφορετικό τρόπο. Όμως παρά τις διαφορετικές ερμηνείες και ορισμούς που δίνει κανείς για την ποιότητα ζωής όλα συγκλίνουν σε κάποιους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του ανθρώπου. Όπως για παράδειγμα η φτώχεια, το περιβάλλον, οι ασθένειες και άλλοι παράγοντες.

Πάντως μείζονος σημασίας είναι το βιοτικό επίπεδο του ανθρώπου, που αποτελεί βασική προϋπόθεση για να υπάρχει ποιότητα ζωής. Οπότε συμπερασματικά ο πιο ικανοποιητικός αποδεκτός ορισμός είναι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας όπου ορίζει ότι ποιότητα ζωής είναι *« οι αντιλήψεις του ανθρώπου για τη θέση του στη ζωή μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας και των συστημάτων αξιών μέσα στα οποία ζει, σε σχέση με τον σκοπό, τις προσδοκίες και τα δεδομένα της ζωής του »*. Επειδή λοιπόν είναι έννοια πολυδιάστατη και σύνθετη έχουν καθοριστεί έξι παράγοντες που θα μπορούσαν να περιγράψουν αυτή την έννοια: 1) σωματική υγεία, 2) ψυχική υγεία, 3) ανεξαρτησία, 4) διαπροσωπικές σχέσεις, 5) το περιβάλλον, 6) προσωπικές αντιλήψεις. (WHO QOL 1997, WHO 1998a)

Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια που αφορά τους δείκτες την ανθρώπινης ανάπτυξης και πως η κοινωνία μπορεί να εφημερεύσει. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής είναι το εισόδημα, οι συνθήκες διαβίωσης, η διατροφή, η εκπαίδευση, το πολιτιστικό επίπεδο, οι κοινωνικές σχέσεις, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς επίσης παίζουν ρόλο και παράγοντες που αφορούν την αντίληψη του ίδιου του ατόμου όσον αφορά την σωματική του και την ψυχική του υγεία, και την αλληλεπίδραση του με την κοινωνία και πως λειτουργεί σε αυτή (Goerling, 2014 & Κοντοδημόπουλος, 2016).

2.2.ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Για να μπορέσουν οι ερευνητές να καταλάβουν πως διαμορφώνεται η ποιότητα ζωής του ανθρώπου διαμόρφωσαν τους δείκτες. Οι δείκτες είναι ένα εργαλείο μέτρησης των ερευνητών όπου μπορούν να μετρούν ποιοτικά αλλά και ποσοτικά την

ποιότητα ζωής. Ο Ed Diener όντας ψυχολόγος και καθηγητής στο Πανεπιστήμιο του Ιλινόις είναι γνωστός για τις έρευνες του σχετικά με την ευημερία και την μέτρηση της. Έτσι το 1995 ανέπτυξε τον Δείκτη ποιότητας ζωής ο οποίος συνδυάζει δύο δείκτες, τον «*βασικό δείκτη ποιότητας ζωής*» και τον «*εξελιγμένο δείκτη ποιότητας ζωής*» (Diener, 1995)

Ο «*βασικός δείκτης ποιότητας*» περιλαμβάνει επτά κατηγορίες αναφερόμενες σε αναπτυσσόμενες χώρες:

«1) *Ικανοποίηση βασικών φυσικών αναγκών*

2) *Ποσοστό αυτοκτονιών*

3) *Ποσοστό εγγραμμάτων*

4) *Καταπάτηση ανθρωπίνων δικαιωμάτων*

5) *Καταστροφή δασικών εκτάσεων*

6) *Ποσοστό ανθρωποκτονιών*

7) *Αγοραστική δύναμη*» (Sharpe, 1999)

Ο «*εξελιγμένος δείκτης ποιότητας ζωής*» περιλαμβάνει άλλες επτά κατηγορίες αναφερόμενες σε αναπτυγμένες χώρες:

«1) *Γιατροί ανά άτομο*

2) *Υποκειμενική ευημερία*

3) *Παρακολούθηση στα πανεπιστήμια*

4) *Εισοδηματική ανισότητα*

5) *Συμφωνίες για το περιβάλλον*

6) *Ποσοστό καταθέσεων*

7) *Κατά κεφαλή εισόδημα.*» (Sharpe, 1999)

Ο συνδυασμός των παραπάνω δεικτών, θεωρείται ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής και ικανοποιεί διαφορετικές ανθρώπινες αξίες. Αυτό το εργαλείο μέτρησης, στηρίζεται σε ένα παγκόσμιο σετ σαράντα πέντε αξίων όπου καθρεπτίζουν τρεις βασικές προϋποθέσεις για την ανθρώπινη ύπαρξη, «α) *ικανοποίηση των*

βιολογικών αναγκών, β) συντονισμό κοινωνικής αλληλεπίδρασης, και γ) επιβίωση και ευημερία των ομάδων» (Diener, 1995). Οι αξίες αυτές ομαδοποιούνται σε επτά κατηγορίες αξιών:

- 1) Κυριότητα
- 2) Συναισθηματική αυτονομία
- 3) Πνευματική αυτονομία
- 4) Ισότητα
- 5) Αρμονία
- 6) Συντηρητισμός
- 7) Ιεραρχία (Sharpe, 1999)

Οι αξίες, οι βασικοί δείκτες και οι εξελιγμένοι δείκτες βρίσκονται κατά αριθμητική αντιστοιχία.

Το 1976 ο Liu αναφέρει πως για να μπορέσει να μετρηθεί η ποιότητα ζωής υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν. Αυτοί είναι: α) η οικονομία, β) η πολιτική, γ) το περιβάλλον, δ) η κοινωνία, ε) η υγεία, στ) η εκπαίδευση. Το 1982, ο Racione αναφέρει πως υπάρχουν δύο διαστάσεις έρευνας για την ποιότητα ζωής η εσωτερική και η εξωτερική. Η εσωτερική αναφέρεται στο πόσο ικανοποιημένοι είναι οι άνθρωποι με την ζωή τους και η εξωτερική διάσταση αναφέρεται στα πράγματα που δημιουργούν αυτή την ικανοποίηση ή έχουν σχέση με αυτή. Κατά τον Brown το 1997, το προσωπικό, το οικονομικό, το φυσικό, κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον είναι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψη του ατόμου μέσα στο περιβάλλον το οποίο ζει. Σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψη του ατόμου και τις προσδοκίες του για την ποιότητα της ζωής είναι επίσης η κουλτούρα του, η κοινωνική ευημερία και οι οικογενειακές του καταβολές, η οικονομική του κατάσταση, τα υλικά αγαθά, η εκπαίδευση, η πρόσβαση στην πληροφορία και τα κοινωνικά δίκτυα στήριξης (Παπάνης, 2007).

Μέσω της βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε φαίνεται μέσα από όλες τις θεωρίες και τις προσεγγίσεις πώς η διάκριση των δεικτών ποιότητας ζωής γίνεται βάση υποκειμενικών και αντικειμενικών δεικτών.

Επομένως, συγκεντρωτικά:

A. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Όπως ανέφερε και ο E. Diener είναι η ευημερία που νιώθει το άτομο, η αίσθηση της ικανοποίησης που παίρνει από το περιβάλλον του, το πόσο ικανοποιημένο είναι το άτομο από την ζωή του, πόσο ικανοποιημένος είναι ο άνθρωπος από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, κατά πόσο είναι ικανός να συμμετέχει σε διάφορες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, ποιες είναι οι προσδοκίες του ατόμου, πόσο ικανοποιημένο είναι το άτομο από τη ζωή του, την κατοικία του, την εργασία του και τις διαπροσωπικές του σχέσεις, πόσο ελεύθερο χρόνο έχει, αν φοβάται, κατά πόσο είναι ανεξάρτητος, έχει άγχος για την καθημερινότητα, αν αθλείται, αν κοιμάται καλά, αν τρώει καλά, ποιες είναι οι αντιλήψεις του για την ζωή και τα πιστεύω του. Δηλαδή, όλα όσα αναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια συγκεντρωμένα και άλλα.

B. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ

Οι αντικειμενικοί δείκτες σύμφωνα με τον Noll το 1998, περιλαμβάνουν παράγοντες που ικανοποιούν το άτομο σε σχέση με τις κοινωνικές του απαιτήσεις και την κοινωνική του θέση. Συμπεριλαμβάνει, την υγεία, την οικονομία, το περιβάλλον, τις παροχές του κράτους, το βιοτικό επίπεδο, η εκπαίδευση, η εγκληματικότητα, το κλίμα, η στέγαση, η ανεργία, τα κοινωνικά δίκτυα στήριξης, η ασφάλεια, τα δικαιώματα, δημόσιες υπηρεσίες, συμμετοχή στα κοινά και άλλα όπως αναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια.

2.3.ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

«Το άτομο, ως βιοψυχοκοινωνικό ον, επιχειρεί, κατά τη διάρκεια της ζωής του, να φτιάξει μία γέφυρα, να δημιουργήσει μία διασύνδεση μεταξύ του βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και του ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η ανθρώπινη ζωή είναι λειτουργικά δομημένη και οργανωμένη σε επίπεδα, η οποία, αρχής γενημένης από τα οργανικά μόρια και τα κύτταρα, εν συνεχεία μέσω του οργανισμού και του εαυτού και τέλος μέσω των σχέσεων του εαυτού με τους άλλους (άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον), ολοκληρώνεται στη σχέση της με τον κόσμο συνολικά (κοινωνία και βίοςφαιρα). Κάθε επίπεδο χαρακτηρίζεται και προσδιορίζεται από ένα σύνολο συστατικών στοιχείων, ποιοτικών και ποσοτικών. Για να εκφράσει ολοκληρωμένα η ανθρώπινη ζωή την υπόστασή της χρειάζεται να υπάρχει, σε κάθε

επίπεδο, επαρκής ποιότητα και ποσότητα των στοιχείων που την αποτελούν. Όλα τα επίπεδα θεωρούνται εξ' ορισμού ότι έχουν ίση βαρύτητα και σημασία για τη ζωή ενός ατόμου (λειτουργική αλληλεξάρτηση)»

Ο Υφαντόπουλος το 2007, αναφέρει πως η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία εμπεριέχει δύο έννοιες όπου δεν μπορούν να προσδιοριστούν ακριβώς, δηλαδή η υγεία και η ποιότητα ζωής, αυτό έχει ως αποτέλεσμα η έννοια «*ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία*» να τροποποιείται αναλόγως τις σχέσεις, τις εμπειρίες και το επίπεδο υγείας του ανθρώπου. Ο Hays το 2010, ορίζει την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ως «*η λειτουργικότητα του ατόμου που σχετίζεται με τις καθημερινές του δραστηριότητες για παράδειγμα η αυτοφροντίδα και το περπάτημα, στην αλληλεπίδραση με την οικογένεια και το κοινωνικό του περιβάλλον και στην συναισθηματική του ευεξία*». Ο Osoba το 2011, ορίζει ως ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία τις πολυδιάστατες εκτιμήσεις περικλείουν την συναισθηματική, την φυσική, κοινωνική, τη γνωστική, τη πνευματική και την σεξουαλική λειτουργικότητα του ανθρώπου.

Συμπερασματικά, ο ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται ως η λειτουργικότητα στη συναισθηματική, τη φυσική, και τις κοινωνικές διαστάσεις της ζωής με συμπεριλαμβανομένου της ευεξίας, όπως την αισθάνεται ο κάθε άνθρωπος ή ως αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, αναφορικά με τα νοσήματα, τις προσδοκίες του ατόμου και τις κοινωνικές και επαγγελματικές ευκαιρίες.

Τρεις είναι οι βασικοί παράμετροι της ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία: α) η υποκειμενική λειτουργικότητα του ανθρώπου, β) η κατάσταση της υγείας του σχετικά με την λειτουργικότητα του, γ) η συγκράτηση της λειτουργικότητας του στις βασικές δραστηριότητες ώστε ο άνθρωπος να μπορέσει να κατακτήσει τους στόχους του (Kaplan et al.,1982).

2.4.ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ - ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι δύσκολο να μετρηθεί η ποιότητα ζωής επειδή δεν υπάρχει σαφείς όρος και αυτό αποτελεί εμπόδιο στη μέτρηση του. Τα τελευταία

χρόνια έχουν αναπτυχθεί κάποια εργαλεία μέτρησης που αντιπροσωπεύουν ένα δείγμα ανθρώπων από διάφορες κατηγορίες.

A. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index - KPI), 1969.

Ο δείκτης αυτός εστιάζει περισσότερο στη σωματική λειτουργία. Η εκτίμηση της σωματικής λειτουργίας γίνεται από επαγγελματίες υγείας. Πρόκειται για μία κλίμακα από το 0 έως το 100 και αναφέρονται σε 10 κατηγορίες σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητες κατά ιεραρχική ταξινόμηση μεταξύ τους. Οι επαγγελματίες υγείας βαθμολογούν, όπου αντιπροσωπεύει το 100% της σωματικής λειτουργίας του ατόμου. (Θεοφίλου, 2010)

B. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status), 1979.

Αυτός ο δείκτης είναι παρόμοιος με τον προηγούμενο και τον δημιούργησε ο ΠΟΥ. Σε αυτόν τον δείκτη είναι μία κλίμακα από το 0 έως το 4 και αναφέρεται σε 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητες. Όπου το 0 σημαίνει πως ο άνθρωπος είναι πλήρης ικανός για όλες τις δραστηριότητες ενώ το 4 σημαίνει πως δεν είναι σε θέση ούτε για την αυτοφροντίδα του. (Θεοφίλου, 2010)

Γ. Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living), 1963.

Δημιουργήθηκε για να μετρήσει τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων στα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από επαγγελματίες υγείας. Η συλλογή των δεδομένων γίνεται από έξι ερωτήσεις που αφορούν στη δυνατότητα των ηλικιωμένου για αυτοεξυπηρέτηση και αυτοφροντίδα και βαθμολογούνται ανάλογα με το πόσο εξαρτημένοι είναι σχετικά με την φροντίδα τους σε καθημερινή βάση. Ο δείκτης αυτός θεωρείται αρκετά αξιόπιστος. (Θεοφίλου, 2010)

Δ. Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index), 1981.

Αρχικά σχεδιάστηκε ως εργαλείο για να μετρήσουν την ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, όμως εφαρμόστηκε και σε άλλους ασθενείς. Εδώ υπάρχουν πέντε βασικές κατηγορίες, οι δραστηριότητες, η καθημερινή ζωή, η αντίληψη για την υγεία, η κοινωνική υποστήριξη και η άποψη για τη ζωή. Ο ασθενής βαθμολογεί μόνος τον

εαυτό του ή τον βαθμολογεί ο γιατρός του με κλίμακα με 3 βαθμίδες, από το 0 έως το 2 (Θεοφίλου, 2010)

E. Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire), 1971.

Κατασκευάστηκε ως ένα εργαλείο μέτρησης του πόνου με στόχο την υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τον πόνο και η μέτρηση του είναι σημαντικό κομμάτι για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Πρόκειται για να ένα ερωτηματολόγιο για το πώς ένας ασθενής νιώθει τον πόνο και χρησιμοποιείται πάρα πολύ για κλινικές έρευνες σε πολλές κατηγορίες νοσούντων. (Θεοφίλου, 2010)

ΣΤ. Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottingham Health Profile), 1980.

Αυτό το εργαλείο μέτρησης δημιουργήθηκε για να μελετηθούν τα θεραπευτικά αποτελέσματα από τις ιατρικές πράξεις. Είναι ένα ερωτηματολόγιο που ο ασθενής το συμπληρώνει μόνος του και θεωρείται αρκετά αξιόπιστο. Το πρώτο μέρος έχει έξι κατηγορίες προβλημάτων, πόνος, ύπνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ενέργεια, σωματική κίνηση και κοινωνική απομόνωση. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται σε επτά τομείς της καθημερινότητας, την αμοιβή από την εργασία, κοινωνική ζωή, οικιακά, προσωπικές σχέσεις, κοινωνική ζωή, σεξουαλική ζωή και χόμπι - ενδιαφέροντα. Ως απάντηση υπάρχει η επιλογή ναι ή όχι όπου βαθμολογούνται με συντελεστή βαρύτητας και έτσι βγαίνει το αποτέλεσμα. (Θεοφίλου, 2010)

Z. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire), 1972.

Υπάρχουν τρεις εκδόσεις αυτού του ερωτηματολογίου. Ανάλογα τις ερωτήσεις χωρίζονται και η εκδόσεις, δηλαδή σε 28, 30, 60 ερωτήσεις. Η πρώτη έκδοση με τις 28 ερωτήσεις έχει τέσσερις κατηγορίες, το άγχος και την αϋπνία, την κοινωνική δυσλειτουργία, τα σωματικά συμπτώματα, και τη σοβαρή κατάθλιψη. Το μειονέκτημα του ερωτηματολογίου είναι πως ασχολείται κατά κύριο λόγο με την ψυχολογική κατάσταση και την σωματική υγεία και όχι τόσο με άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής. (Θεοφίλου, 2010)

H. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale) 1978.

Πρόκειται για σαράντα πέντε ερωτήσεις σε κλίμακα με επτά διαστάσεις της ποιότητας ζωής, τη φροντίδα υγείας, το κοινωνικό περιβάλλον, το επαγγελματικό και το εργασιακό περιβάλλον, το οικιακό περιβάλλον, τις οικογενειακές σχέσεις, τις σεξουαλικές σχέσεις, και την ψυχολογική κατάσταση. Τη κλίμακα αυτή τη χρησιμοποιούν επαγγελματίες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς μέσω της συνέντευξης είτε να το συμπληρώσουν οι ίδιοι οι ασθενείς. (Θεοφίλου, 2010)

Θ. Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (The Sickness Impact Profile), 1981.

Αποτελείται από 136 ερωτήματα που χωρίζονται σε δώδεκα υποθέματα που αποτελούν μέρος δύο ανεξάρτητων κατηγοριών, της *σωματικής λειτουργίας* και της *ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας*. Οι ερωτήσεις αυτές ασχολούνται με την επίδραση που έχει η ασθένεια στη συμπεριφορά του ατόμου και την λειτουργία του. οι ερωτήσεις απαντώνται με ναι ή όχι. Το μειονέκτημα του είναι πως είναι χρονοβόρο και απαιτεί κόπο για την εφαρμογή του. (Θεοφίλου, 2010)

I. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey), 1992.

Δημιουργήθηκε με σκοπό να μπορεί να συγκρίνει το επίπεδο υγείας διαφορετικών κατηγοριών του πληθυσμού, διαφορετική κατηγορία υγείων ασθενών, ή μίας κατηγορίας νοσούντων αλλά με διαφορετική θεραπεία. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις με 8 κλίμακες και η κάθε μία έχει 2 έως 10 ερωτήματα. Οι 8 κλίμακες είναι: « α) *Σωματική Λειτουργικότητα*, β) *Ρόλος-Σωματικός*, γ) *Σωματικός Πόνος*, δ) *Γενική Υγεία*, ε) *Ζωτικότητα*, στ) *Κοινωνική Λειτουργικότητα*, ζ) *Ρόλος-Συναισθηματικός* και η) *Ψυχική Υγεία*» και αφορούν μέρος των δύο γενικών κλιμάκων α) της σωματικής υγείας και β) της ψυχικής υγείας. Γίνεται με συμπλήρωση από τον ίδιο τον ασθενή, με συνέντευξη και είναι κατάλληλο και για την ηλικία των 14 ετών. Ο χρόνος συμπλήρωσης είναι πέντε με δέκα λεπτά. (Θεοφίλου, 2010)

2.5.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Το 1978 ο Flanagan, ανέφερε πέντε κατηγορίες παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής:

«1) *Σωματική και υλική ευημερία*

- 2) Σχέσεις με άλλους ανθρώπους
- 3) Προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση
- 4) κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες
- 5) Ελεύθερος χρόνος.»

Το 2001 ο Σαρρής ταξινόμησε τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ως εξής:

«1. Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.

2. Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος, προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.

3. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.

4. Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: Ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.

5. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

6. Γεωφυσικοί παράγοντες: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.

7. Δημογραφικοί παράγοντες: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ.

8. Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ

Πολιτισμός νοείται το σύνολο κοινών πεποιθήσεων, στάσεων και αξιών όπου όλα αυτά σε συνδυασμό διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ατόμου και δημιουργούν κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία. Κάποιες διαστάσεις του πολιτισμού είναι ορατές όπως η συμπεριφορά και η τέχνη και άλλα δεν είναι όπως οι αξίες και τα πιστεύω. Πολιτισμικές διαφορές υπάρχουν λόγω γεωγραφικής περιοχής, χώρας, εθνότητας, θρησκείας, γλώσσας, αλλά και μέσα στις ίδιες περιοχές δημιουργούνται περιφέρειες που φτιάχνουν υποομάδες, τις κουλτούρες δηλαδή. (Γλωσσική Ένταξη Ενηλίκων Μεταναστών, 2017)

Φαίνεται λοιπόν πως απαραίτητο στοιχείο κάθε κοινωνίας είναι ο πολιτισμός όπου συμβάλλει στην οργάνωση, την μορφή της καθώς επίσης και στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ανθρώπου.

Ο πολιτισμός είναι ένα σύνολο συστημάτων που αποτελείται από ήθη, έθιμα, γλώσσες, τέχνη, γνώσεις και αντιλήψεις (Παλτόγλου και συν., 2009). Σύμφωνα με τον Banks το 1991, πολιτισμός είναι η στάση και ο τρόπος ζωής που σχηματίζεται από συγκεκριμένες συνθήκες όπως, κοινωνικές, οικονομικές, ιστορικές και πολιτικές. Πολλές φορές ο πολιτισμός συγχέεται με τον όρο κουλτούρα επειδή είναι λεπτά τα όρια που τις χωρίζουν. Η καθημερινότητα, ο τρόπος σκέψης, ο τρόπος ζωής, οι πεποιθήσεις είναι χαρακτηριστικά που πλάθονται *«από τις πολιτισμικές αξίες μίας κοινωνικής ομάδας»*. Στοιχείο που χαρακτηρίζει έναν πολιτισμό είναι πως τα άτομα που τον απαρτίζουν υιοθετούν αυτές τις αξίες και έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχει στην κοινωνία ομοιογένεια με τα χαρακτηριστικά τους, τις παραδόσεις και τα προτυπά τους (Νόβα - Καλτσούνη Χ., 2000)

Χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η καταγωγή, η γλώσσα, το χρώμα, η θρησκεία, έχουν τη τάση να εντάσσουν ένα άτομο ή μία ομάδα σε ένα σύνολο. Αυτό το σύνολο ξεχωρίζει έναντι μίας πλειοψηφίας που θεωρούνται όμοιοι και οικείοι ή γνωστοί. Έτσι δημιουργείτε η ετερότητα σε ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον (Γκέφου - Μαδιανού, 1999)

Σύμφωνα με τον Habermas το 1993, στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες λόγω της μεταναστευτικής ροής συμβιώνουν διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες επομένως υπάρχει ανάγκη αναγνώρισης αυτής της πολλαπλότητας. Ο σεβασμός και η αναγνώριση των διαφορετικών πολιτισμικών στοιχείων ενός άλλου πολιτισμού και μίας άλλης κουλτούρας δεν σημαίνει και απαραίτητα αποδοχή όλων των κανόνων μίας κουλτούρας. Στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες το σύνταγμα ενός κράτους είναι σε θέση να υπομένει τον τρόπο ζωής εκείνο που δεν βασίζεται σε φονταμενταλιστικές παραδόσεις επειδή για να συνυπάρξουν διαφορετικοί τρόποι ζωής ισότιμα χρειάζεται να αναγνωριστούν αμφότερα τα διαφορετικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ατόμων.

3.2. ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ ΚΑΙ Η ΕΤΕΡΟΤΗΤΑ

Οι διάφορες πολιτισμικές ταυτότητες είναι αυτές που αποτελούν την σύγχρονη κοινωνία επομένως η ετερότητα είναι ζήτημα για προστασία, αναγνώριση και διατήρηση αυτής της διαφορετικότητας της ταυτότητας (Νικολάου, 2008).

Ο όρος ταυτότητα αναφέρεται σε ένα σύνολο ιδιοτήτων που αφορούν την ιδιαιτερότητα ενός ατόμου, είναι το σύνολο εκείνων των χαρακτηριστικών που κάνει ένα άτομο να ξεχωρίζει από ένα άλλο (wikionary, 2021).

Ετερότητα σημαίνει κάτι το διαφορετικό, όταν το «εγώ» εντάσσεται στο «εμείς» και προσδιορίζεται σε σχέση με το «άλλο» κατά αυτόν τον τρόπο δημιουργείτε μία συλλογική οντότητα (wikionary, 2021).

Σύμφωνα με τον Cuche το 2001, ο άνθρωπος φτιάχνει την προσωπική του ταυτότητα προκειμένου να ενταχθεί σε κοινωνικές ομάδες η ταυτότητα αυτή αποτελείται από την ηλικία, το φύλο, τον πολιτισμό, ωστόσο τα στοιχεία αυτά είναι μεταβλητά επειδή όταν μεταβάλλεται η κοινωνική ή οικονομική κατάσταση μεταβάλλεται και η ταυτότητα, άρα η ταυτότητα είναι το αποτέλεσμα από μία σχέση μίας ομάδας όταν έρχεται σε επαφή με μία άλλη. Συμπερασματικά λοιπόν, ταυτότητα και ετερότητα είναι έννοιες που συμβαδίζουν μεταξύ τους, ταυτότητα είναι ο όρος που δίνει το ίδιο το άτομο στον εαυτό του όπως τον αντιλαμβάνεται και η ετερότητα είναι ο όρος που δίνουν οι άλλοι στο άτομο στο πλαίσιο μίας κοινωνίας για να καθορίσει το άτομο και να ενταχθεί κοινωνικά.

Η ταυτότητα του ατόμου όπως προαναφέρθηκε είναι ένα σύνολο ιδιοτήτων που απαρτίζουν το άτομο. Αποτελείται από κάποιες υπο-ταυτότητες, την κοινωνική, την θρησκευτική, την πολιτισμική, την ατομική και την εθνική ταυτότητα.

A. «Κοινωνική ταυτότητα»

Η κοινωνική ταυτότητα δεν αφορά αποκλειστικά ένα άτομο αλλά τα μέλη μίας ομάδας. Η ταυτότητα της ομάδας αυτή τη βοηθάει να ενταχτεί στο σύνολο της κοινωνίας, είναι αυτή που ταυτοποιεί τα μέλη μίας ομάδας και τα ξεχωρίζει από τα μέλη μίας άλλης (Cuche, 2001). Η κοινωνική ταυτότητα είναι εκείνη που ορίζει την ομάδα και κατά συνέπεια και τα άτομα που την απαρτίζουν ποιοι είναι και ποιοι δεν είναι επίσης (Smith et al., 2005).

B. «Θρησκευτική ταυτότητα»

Η θρησκεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι κάθε κοινωνίας. Η θρησκεία απαρτίζεται από αξίες, σύμβολα και συναίσθημα που φέρνουν τους ανθρώπους μίας κοινωνίας κοντά προκειμένου να πετύχουν έναν κοινό στόχο (Turner, 1991). Σύμφωνα με τον Βέρνικο το 2002, η θρησκεία είναι ένα σημείο αναφοράς που ορίζει τα σύνορα και τα όρια ανάμεσα στους πολιτισμούς, ειδικά αν υπάρχει και γλωσσική διαφορά και υπάρχουν και έντονες οι μνήμες από πολέμους και διωγμούς. Αυτά τα όρια γίνονται περισσότερο αντιληπτά όταν υπάρχουν και εξωτερικές διαφορές, για παράδειγμα στολές, μαντίλες, σταυροί και άλλα. Η δυναμικής της θρησκείας είναι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας μίας συλλογικής ταυτότητας παρόλη την τεχνολογική ανάπτυξη καθώς και την πολιτισμική (Ζαμπέτα, 2003).

Γ. «Πολιτισμική ταυτότητα»

Η πολιτισμική ταυτότητα διαμορφώνεται έπειτα από διαδικασίες που εξελίσσονται σχετικά με τις επικρατούσες συνθήκες, δηλαδή τις κοινωνικές, τις πολιτικές και τις οικονομικές, τις συνθήκες δηλαδή κατά τις οποίες το άτομο κοινωνικοποιείται (Δαμανάκης, 2007). Η πολιτισμική ταυτότητα έχει την ικανότητα να αλλάζει και αυτό γίνεται αντιληπτό όταν ένα άτομο ή μία ομάδα ατόμων αφομοιώνουν χαρακτηριστικά από διαφορετικούς πολιτισμούς και έτσι δημιουργούν μία νέα πολιτισμική ταυτότητα (Γεωργογιάννης, 2009).

Όταν το άτομο ή η ομάδα προσδιορίζονται από μία πολιτισμική ταυτότητα αυτό τον κάνει όμοιο με κάποιους και διαφορετικό από κάποιους άλλους. Σύμφωνα με την

έρευνα της Campbell A. θεωρεί πως η πολιτισμική ταυτότητα είναι μεταβλητή και δε θα έπρεπε οι άνθρωποι να διαφοροποιούνται ή να στιγματίζονται, υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά των ανθρώπων αυτών, κάποιιοι άνθρωποι να μπορούν να αλλάζουν την πολιτισμική τους ταυτότητα σένα διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον, ένα άτομο να μπορεί να ταυτίζεται με περισσότερες ομάδες αντί για μία ομάδα, και τα άτομα να έχουν την δύναμη να αναπτύξουν την ικανότητα να μπορούν να κινούνται σε διαφόρους πολιτισμούς χωρίς να χάσουν την ατομική τους ταυτότητα (Νικολάου, 2011).

Δ. «Ατομική ή προσωπική ταυτότητα»

Όπως αναφέρει και ο Μπερέρης το 2001, καθώς το άτομο διαμορφώνει την προσωπική του ταυτότητα αυτή δε διαμορφώνεται μόνο βάσει των δικών του εμπειριών, αλλά και βάσει του κοινωνικού συνόλου που τον περιβάλλει και τις αντιλήψεις τις ομάδας όπου ανήκει. Καθώς το άτομο εξελίσσεται αποκτά την δική του προσωπική ταυτότητα. Αυτή η ταυτότητα αποτελείται από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν το κάθε άτομο. Η ταυτότητα αυτή αναφέρεται στην μοναδικότητα του ατόμου που είναι αποτέλεσμα της δικής του ιστορίας και της πορείας που είχε όλα τα χρόνια. (Γκότοβος, 2002).

Ε. «Εθνική ταυτότητα»

Η εθνική ταυτότητα είναι κομμάτι της κοινωνικής ταυτότητας και αφορά τα κοινά γνωρίσματα των ανθρώπων ενός έθνους. Δηλαδή τους κοινούς θεσμούς, τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα (Γκότοβος, 2002). Οπότε, ως μέλος της κοινωνίας το άτομο αποκτά την εθνική ταυτότητα και κατά την διαδικασία της κοινωνικοποίησης εντάσσεται στην κοινωνική ομάδα του έθνους όπου γεννιέται και μεγαλώνει.

Συμπερασματικά, η ταυτότητα λειτουργεί κάτι σαν πυξίδα για το άτομο που θα τον προσανατολίσει και θα τον εντάξει σε μία ομάδα στη κοινωνία όμως η ταυτότητα είναι κάτι το οποίο συνεχώς μεταβάλλεται. Η ταυτότητα τον διαμορφώνει ως προσωπικότητα όμως σημαντικός παράγοντας είναι και οι κοινωνικο – οικονομικές, οι πολιτικές και οι ιστορικές καταστάσεις.

3.3. ΠΟΛΥΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΤΗΤΑ

Διαπολιτισμικότητα είναι η αλληλεπίδραση και η συνεργασία με άτομα διαφορετικής εθνικότητας, την αποδοχή της κουλτούρας και του τρόπου σκέψης. Δημιουργεί στα άτομα την δυνατότητα να δημιουργήσουν κοινές ταυτότητες. Για την διαπολιτισμικότητα απαραίτητα στοιχεία είναι η αλληλεγγύη, η κοινωνική ισότητα, και η αλληλεπίδραση του τρόπου σκέψης κάποιων ατόμων που είναι διαφορετικός από κάποιους άλλους (Αρτέμη Ε., 2015).

Ο όρος διαπολιτισμικότητα και πολυπολιτισμικότητα συχνά συγχέεται. Ενώ πολυπολιτισμικότητα είναι το «τι είναι» και διαπολιτισμικότητα το «τι θα έπρεπε να είναι». Ο Δαμανάκης υπογραμμίζει πώς «η πολυπολιτισμικότητα είναι το δεδομένο και η διαπολιτισμικότητα το ζητούμενο» επομένως το ένα δεν είναι συνώνυμο του άλλου (Αρτέμη Ε., 2015).

3.4. ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ

Πολιτισμός θεωρείται «το σύνολο των διακριτικών πνευματικών, υλικών, διανοητικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας ή μιας κοινωνικής ομάδας, και περιλαμβάνει εκτός από τις τέχνες και τα γράμματα, τον τρόπο ζωής, τον τρόπο συμβίωσης, τα συστήματα αξιών, τις παραδόσεις και τα πιστεύω» (UNESCO, 2001). Σύμφωνα με τον Banks το 2001, χαρακτηρίζει τον πολιτισμό σύνθετο, μεταβαλλόμενο και δυναμικό ενώ απαρτίζεται από συμπεριφορές, αξίες, κανόνες, διαλέκτους, γλώσσες, επικοινωνία λεκτική και μη λεκτική, και η γνώση μεταδίδεται από γενιά σε γενιά.

Η κουλτούρα σύμφωνα με τον Cuche το 2001, άρχισε να χρησιμοποιείται με την έννοια της καλλιέργειας της επιστήμης, της τέχνης και των γραμμάτων τον 18^ο αιώνα και συνδέθηκε με την εκπαίδευση, την εξέλιξη και την πρόοδο. Όπως αναφέρει ο Lowie το 1917, ο Ed. Tylor(1871) θεωρεί ως κουλτούρα «το σύνολο που περιλαμβάνει τις γνώσεις, τα πιστεύω, τις τέχνες, τα ήθη, τα έθιμα και τις συνήθειες που χαρακτηρίζουν τον άνθρωπο ως κομμάτι μιας κοινωνίας».

Φαίνεται ότι ο πολιτισμός και η κουλτούρα έχουν ένα κοινό στοιχείο διαχωρίζουν τα άτομα σε κατηγορίες με κριτήριο συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Όταν στην ίδια κοινωνία συνυπάρχει και άλλος ένας πολιτισμός ή άλλη μια κουλτούρα τότε μπορεί

να αναγνωρισθεί και να κατανοηθεί καλύτερα αυτός ο πολιτισμός και αυτή η κουλτούρα.

3.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

Όπως έλεγε και ο Ιπποκράτης η εμπιστοσύνη μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι σημαντική. Καθοριστικός παράγοντας της επιτυχίας κάθε θεραπείας είναι η σχέση που αναπτύσσει ο επαγγελματίας υγείας με τον ασθενή του. (π. Φάρος, 2000) Αυτό φαίνεται και από την ανάπτυξη της θεωρίας για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα όπου ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως όλον και όχι μεμονωμένα, δηλαδή το σημείο που πάσχει. (Σαρρής, 2001)

Ο πολιτισμός, η κουλτούρα, η θρησκεία είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη προσωπικότητα, την αντίληψη και τις πεποιθήσεις του ανθρώπου και αυτό πρέπει να γίνεται σεβαστό στο χώρο της υγείας από τους επαγγελματίες υγείας όταν αναλαμβάνουν έναν ασθενή με διαφορετική ταυτότητα από τους ίδιους και να το λαμβάνουν υπ' όψιν τους όταν σχεδιάζουν το θεραπευτικό τους πρόγραμμα (Hordem, 2016).

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται χωρίς ο επαγγελματίας υγείας να επηρεάζει τον ασθενή του με τις δικές του πεποιθήσεις και τις δικές του αντιλήψεις.

Ένα παράδειγμα κουλτούρας, θρησκείας και αντίληψης αποτελούν οι Μάρτυρες του Ιεχωβά. Οι Μάρτυρες του Ιεχωβά δεν δέχονται την μετάγγιση αίματος ακόμα και αν πρόκειται για κατάσταση επικίνδυνη για την ζωή. Επομένως αυτό θα πρέπει να γίνει σεβαστό αν και μπορεί να αντίκειται στους βιοηθικούς κανόνες και να υπάρχει ηθικό δίλημμα για τον επαγγελματία υγείας. Αυτό να συμβαίνει όχι όμως μόνο όταν ο ασθενής ανήκει σε αυτό το θρησκευτικό δόγμα αλλά και όταν ο ίδιος ο ιατρός έχει αυτές τις θρησκευτικές πεποιθήσεις και ο ασθενής του όχι χρειάζεται να κοιτάξει τα θέλω και την υγεία του ασθενή του και να σεβαστεί και τις δικές του πεποιθήσεις και να βρεθεί μια λύση από κοινού.

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με βιοηθικά ζητήματα επομένως η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα θρησκείας και διαφορετικών αντιλήψεων είναι απαραίτητη και σημαντική. Πλέον στον ελλαδικό χώρο οι επαγγελματίες υγείας έχουν να διαχειριστούν πολλούς ανθρώπους με πολιτισμικές

διαφορές επομένως η ανάπτυξη πρωτοκόλλων, που θα προωθούσε την ανάπτυξη δεξιοτήτων, γνώσεως και στάσεων θα καλλιεργούσε ένα θετικό κλίμα και μία σωστή βάση για την ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και ενσυναίσθησης μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή και φυσικά την καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας και διασφαλίζοντας και την μέγιστη ποιότητα φροντίδας υγείας.

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου και αφορά όλους τους ανθρώπους. Η κατανόηση των αναγκών του ασθενή είναι σημαντική και έχει ως αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικότερης φροντίδας υγείας (Κούτα, 2007)

Έχει ερευνηθεί και το φαινόμενο της ανισότητας στον χώρο της υγείας. Η πρόσβαση στη περίθαλψη δεν είναι εύκολη για όλους, οι ανάγκες των ανθρώπων με πολιτισμικές διαφορές δεν καλύπτονται, και αυτό συμβαίνει επειδή δεν υπάρχει πολλές φορές ασφαλιστική κάλυψη και επειδή λόγω θρησκευτικών και πολιτιστικών πεποιθήσεων αποδίδονται τα προβλήματα σε προβλήματα ψυχικής υγείας (Chow et al., 2003)

3.6. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή του καθορίζεται από τον τρόπο προσέγγισης του. Υπάρχουν δύο μοντέλα θεωρίας προσέγγισης. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Το Βιοϊατρικό μοντέλο θεωρεί τον ανθρωπινό οργανισμό σαν ένα εργοστάσιο. Όταν μία μηχανή υποστεί βλάβη και φεύγει από την φυσιολογική του λειτουργία αυτό θεωρείται αρρώστια. Όταν επομένως ο επαγγελματίας υγείας καλείται να αντιμετωπίσει αυτή τη βλάβη και χειρίζεται τον ασθενή του μόνο ως βιολογικό ον και όχι ως ολότητα, δηλαδή με τα συναισθήματα του, την οικογενειακή του κατάσταση την κοινωνική του υπόσταση, τότε δεν μπορεί να αναπτυχθεί μεταξύ τους η απαραίτητη θεραπευτική σχέση πόσο μάλλον μία σχέση ενσυναίσθησης και εμπιστοσύνης (Χριστοδούλου, 2017)

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα φαίνεται πως το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο βρίσκεται σε απήχηση αρκετοί ψυχολόγοι κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η υγεία και η ασθένεια είναι δύο πλευρές ενός συστήματος και είναι ενιαίες μεταξύ τους. Θεωρήθηκε πως η ασθένεια είναι ένα καμπανάκι ότι κάτι δεν είναι καλά στη ζωή του

ανθρώπου (Καλατζή, 1983). Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο καλεί τον επαγγελματία υγείας να αντιμετωπίσει τον ασθενή του ως όλον και όχι ως μεμονωμένο πάσχον όργανο, τον ενθαρρύνει και τον βοηθά να ανακαλύψει ποιες είναι οι πρακτικές εκείνες στη συμπεριφορά του που του προκαλούν την ασθένεια καθώς επίσης βάζει στο πλάνο της θεραπείας και το στενό περιβάλλον του ασθενή. Καλλιεργείται εμπιστοσύνη και ο ασθενής αναπτύσσει αυτοθεραπευτικές ικανότητες και συμβάλλει και ο ίδιος στην αποκατάσταση της υγείας του (Χριστοδούλου, 2017)

Υπαιτιότητα της όποιας διαταραχής θεωρήθηκε ένα σύνολο παραγόντων. Ψυχολογικοί, οργανικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες όπου αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν την υγεία του ατόμου (Dubos, 1979)

Σκοπός του επαγγελματία υγείας στη σχέση με τον ασθενή πρέπει να είναι η καλλιέργεια της συνεργατικής σχέσης. Έτσι θα αντιμετωπιστεί με αποτέλεσμα η νόσος (π. Φάρος, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΙΟΗΘΙΚΗ

4.1. ΒΙΟΗΘΙΚΗ ΟΡΙΣΜΟΣ

Βιοηθική, Βίος και ήθος. Βίος όρος που φέρνει στο μυαλό ζητήματα όπως ιατρική, βιολογία, ανθρώπινη δραστηριότητα και άλλα. Η ηθική όρος που αφορά ζητήματα σεβασμού, αξιοπρέπειας και αξιών. Αυτές οι δύο λέξεις συνθέτουν τη λέξη βιοηθική και καθορίζουν το περιεχόμενο της Βιοηθικής επιστήμης (Γρινιεζάκης και συν., 2012)

Εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής, της γενετικής και της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας, ο τρόπος προσέγγισης της υγείας και οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς έχουν αλλάξει. Οι νέες ιατρικές ανακαλύψεις και οι κίνδυνοι που μπορεί να επιφέρουν προκαλούν φόβο, ηθικά διλήμματα, ερωτήσεις. Όλα αυτά δημιούργησαν την ανάγκη για την δημιουργία μίας νέας επιστήμης, της Βιοηθικής. (Κόιος, 2003)

Η βιοηθική είναι ο κλάδος της επιστήμης που μελετά την σχέση του ανθρώπου με τα έμψυχα όντα και έχει ως σκοπό να καταλάβει και να επιλύσει ηθικά ζητήματα και προβληματισμούς που προκύπτουν από την εξέλιξη στο χώρο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας (Σκουτέρης, 2022).

4.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Τα ανθρώπινα επιτεύγματα έχουν επιφέρει μία σειρά από πληθώρα ερωτημάτων, διλήμματα, που αφορούν την αρχή της ανθρώπινης ζωής και υπόστασης ακόμα και το τέλος της βιολογικής ζωής του ατόμου. Ερωτήματα όπως «τι γίνεται με την ευθανασία;» ή «πως αντιμετωπίζονται ασθενείς τελικού σταδίου» ή «κάνουμε ή όχι μετάγγιση σε ασθενή παρά τις αντιλήψεις του;» ταλανίζουν καθημερινά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Γρινιεζάκης και συν., 2012).

Αξίζει να σημειωθεί πως το αγαθό της υγείας ως φυσικό αγαθό είναι ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα όπως προστατεύεται και συνταγματικά από τα άρθρο 7 παρ. 2 και το άρθρο 21 παρ. 3 του συντάγματος.

Ο κώδικας ηθικής για νοσηλευτές του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών (2000), όπως επίσης και στους γενικούς κανόνες της άσκησης ιατρικού επαγγέλματος του ΚΙΔ, νόμος 3418/ΦΕΚ 287/28-11-2005, αναφέρουν ότι ιατροί και νοσηλευτές έχουν τέσσερις θεμελιώδης ευθύνες: 1) προαγωγή της υγείας, 2) πρόληψη της ασθένειας, 3) αποκατάσταση της υγείας, 4) ανακούφιση από τον πόνο.

Έτσι, λοιπόν διαφαίνεται ότι ο νοσηλευτής και ο ιατρός στης εργασία του θα πρέπει να είναι καταρτισμένος, εκπαιδευμένος και να διαθέτει ηθικά σωστή κρίση ώστε να είναι σε θέση να αξιολογεί και να λαμβάνει ηθικά σωστές αποφάσεις για το καλό του ασθενή παρέχοντας του τις υπηρεσίες του σύμφωνα με τον όρκο του στον Ιπποκράτη, σεβόμενος πάντα τον ασθενή και τις αντιλήψεις του παρ' όλες τις πιθανές διαπολιτισμικές διαφορές τους.

Γι' αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί διάφορα πρότυπα και κώδικες ηθικής συμπεριφοράς, και νόμοι για την ηθική και νομική κάλυψη τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο του ασθενή και των οικείων του.

Στο άρθρο 6 του Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, αναφέρει πως απαγορεύεται οι νοσηλευτές να κάνουν διακρίσεις και πρέπει να παρέχει σε όλους τους ασθενείς άσχετα από τις θεολογικές, ιδεολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και άλλες αντιλήψεις του την ίδια φροντίδα, την ίδια αφοσίωση, και επιμέλεια.

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο κεφάλαιο Γ γίνεται αναφορά στις σχέσεις του ιατρού και του ασθενή όπως παρατίθενται παρακάτω.

Α. «Άρθρο 8: Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού»

«1. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του.

2. Ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη ασθενή. Ακούει τους ασθενείς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους.

3. Ο ιατρός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, βαθμό και έκταση, που είναι αναγκαίο και αρκετό για την

αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του και στο μέτρο, βαθμό και έκταση που του έχει επιτραπεί.

4. Ο ιατρός, κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του ιατρού σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται.

5. Ο ιατρός δεν πρέπει να προβαίνει σε κατάχρηση της εμπιστοσύνης του ασθενή, χρησιμοποιώντας τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, ασκώντας οικονομικές ή άλλες πιέσεις, αποκαλύπτοντας εμπιστευτικές πληροφορίες και συστήνοντας θεραπείες ή παραπέμποντας τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το καλύτερο συμφέρον τους.

6. Όταν ο ιατρός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφο, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες.

7. Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου όταν το ζητά ο ασθενής ή οι οικείοι του.»

B. «Άρθρο 9: Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή»

1. Ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στο συμφέρον της διατήρησης ή και βελτίωσης της υγείας του ασθενή.

2. Ο ιατρός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν εξαιρετικά συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

3. Ο ιατρός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμα και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε

κάθε περίπτωση ο ιατρός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης.

4. Ο ιατρός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του.

5. Ο ιατρός οφείλει σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής ανεξάρτητα της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση.»

Γ. «Άρθρο 12 : Υποχρέωση συναίνεσης του ενημερωμένου ασθενή»

« 1. Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή.

2. Προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή είναι οι ακόλουθες: (α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση, σύμφωνα με το προηγούμενο άρθρο. 11 (β) Ο ασθενής να έχει ικανότητα για συναίνεση. (βα) Στην περίπτωση του ανήλικου ασθενή, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή επιμέλειά του. Λαμβάνεται όμως υπ' όψιν και η γνώμη του εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή αποτελέσματα ή κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου. (ββ) Στις λοιπές περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίνεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή και, ιδίως, εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής. γ) Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. (δ) Να καλύπτει πλήρως την

ιατρική πράξη και κατά το συγκεκριμένο περιεχόμενό της και κατά τον χρόνο της εκτέλεσής της.

3. Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση: (α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας. (β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή (γ) στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή, που δεν μπορεί για οποιοδήποτε λόγο να συναινέσει, ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης προκειμένου να αποτραπεί κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή.»

Συμπερασματικά οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι και να γνωρίζουν τους κανόνες δεοντολογίας, να μεταχειρίζονται όλους τους ασθενείς με την πρέπουσα σημασία ανεξάρτητα των στάσεων των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων τους και να συμπεριφέρονται με σεβασμό στον ασθενή από όπου και αν προέρχεται.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε είναι η μέθοδος της περιγραφικής ανασκόπησης όπου μελετήθηκαν δευτερογενή άρθρα και μελέτες. Μέσω αυτής της μεθοδολογίας της ανασκόπησης προκύπτουν στοιχεία σχετικά με το θέμα της ενσυναίσθησης και των πολιτισμικών διαφορών της ποιότητας ζωής και της φροντίδας υγείας ούτως ώστε συμπερασματικά να κατανοηθεί πως όλα αυτά μαζί πρέπει είναι σπονδυλωτά μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν.

Συμπερασματικά, μέσω την περιγραφικής ανασκόπησης, αποσαφηνίζονται διάφορες ορολογίες όπως προκύπτουν από την βιβλιογραφία, αναλύονται επιμέρους θέματα σχετικά με το βασικό ερευνητικό θέμα και τέλος γίνεται σύνδεση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις δευτερογενείς πηγές ώστε να αναδειχθεί η σημαντικότητα του ρόλου της ενσυναίσθησης.

1.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Από τη μελέτη αυτή, η οποία προκύπτει μέσα από ανασκόπηση βιβλιογραφιών, στόχος είναι να συγκεντρώσει όλη την υπάρχουσα γνώση και όλα τα δεδομένα που προκύπτουν σχετικά με τον ρόλο της ενσυναίσθησης, με σκοπό τα συμπεράσματα που θα προκύψουν ως αποτέλεσμα από αυτή τη μελέτη να καταδείξουν το πόσο επηρεάζει τελικά η ενσυναίσθηση την ποιότητα της φροντίδας υγείας και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με πολιτισμικές διαφορές που λαμβάνουν “θεραπεία ενσυναίσθησης”.

1.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία που μελετήθηκε για την συγγραφή της επικείμενης εργασίας τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

- Τι είναι ενσυναίσθηση;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες που ενισχύουν την ενσυναίσθηση;

- Πως διαμορφώνει το αποτέλεσμα της ενσυναίσθησης ως θεραπευτική πράξη;
- Τι είναι ποιότητα ζωής;
- Από ποιους παράγοντες επηρεάζεται η ποιότητα ζωής;
- Τι είναι η διαπολιτισμικότητα;
- Πόσο σημαντική είναι η ενσυναίσθηση στη παροχή υπηρεσιών υγείας σε ανθρώπους με πολιτισμικές διαφορές;
- Ποιος είναι ο ρόλος της βιοηθικής;

1.4.ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Όπως αναφέρεται και στη παρούσα εργασία η προσέγγιση και η ερμηνεία της ενσυναίσθησης έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας ασχολίας και ερμηνείας πολλών ερευνητών. Ωστόσο η ανάλυση της ενσυναίσθησης σε σχέση με την πολυπολιτισμική πολυπλοκότητα και της σημαντικότητας της είναι περιορισμένες. Επίσης λίγες αναφορές υπάρχουν σχετικά με την ενσυναίσθηση και την διαπολιτισμικότητα όσον αφορά ζητήματα δεοντολογίας.

Κριτήρια επιλογής βιβλιογραφίας για την παρούσα εργασία καθώς και την προσέγγιση αυτής αποτέλεσαν άρθρα ελληνικής και ξένης αρθρογραφίας, σχετικά με το θέμα της ενσυναίσθησης, της ποιότητας ζωής και των πολιτισμικών διαφορών. Βιβλιογραφικές αναφορές που αφορά συστηματικές και βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις και μελέτες από διακεκριμένους μελετητές, δηλαδή ποιοτικές και ποσοτικές μελέτες, συγκριτικές μελέτες και περιγραφικές. Άρθρα από επιστημονικά περιοδικά και περιοδικά από πανεπιστήμια. Δεν λήφθηκε υπ' όψιν η χρονολογία έκδοσης ή ο χρόνος κατά τον οποίο διεξάχθηκε η έρευνα. Η επιλογή της βιβλιογραφίας έγινε χρησιμοποιώντας έγκυρες επιστημονικές ιστοσελίδες και δημοσιευμένα άρθρα αναζητώντας τα χρησιμοποιώντας της λέξεις κλειδιά όπως: ενσυναίσθηση, ποιότητα ζωής, φροντίδα υγείας, διαπολιτισμικότητα, επαγγελματίας υγείας, επαγγελματική ικανοποίηση.

Στην εργασία αυτή δεν συμπεριλήφθηκαν διπλωματικές εργασίες λόγω τυχόν μη έγκυρης παροχής πληροφοριών και δε χρησιμοποιήθηκαν όλες οι προσεγγίσεις της ενσυναίσθησης και της επικοινωνίας λόγω του όγκου της αρθρογραφίας και κίνδυνος να ξεφύγει η εργασία από το θέμα.

1.5. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η τακτική της αναζήτησης της παρούσας βιβλιογραφίας έγινε κατά τρόπο συστηματικό περιλαμβάνοντας τα εξής βήματα:

1. Συμπεριλήφθησαν βάσεις δεδομένων όπως η Pubmed η μηχανή αναζήτησης Google Scholar και άλλες έγκριτες βάσεις δεδομένων.
2. Λέξεις κλειδιά όπως: empathy, quality of life, health care, interculturalism, health professional, bioethics, cultural differences, Roger, Donabedian, Eisenbeg, positive regard, skills, therapeutic alliance, WHO, Δεοντολογία.
3. Τα αποτελέσματα της αναζήτησης οδήγησαν σε πολυάριθμες πηγές όπου τέθηκαν σε εφαρμογή τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού, όπου τελικά επιλέχθηκαν και συμπεριλήφθηκαν 93 πηγές όπου φάνηκε από την περίληψη και τον τίτλο τους κατάλληλες και εν τέλει επιλέξιμες πηγές για την συγγραφή της παρούσης εργασίας.
4. Από τις προαναφερθείσες πηγές και συμπεριλαμβανομένου τις ηλεκτρονικές πηγές αντλήθηκαν οι γενικές πληροφορίες, ο σκοπός, τα συμπεράσματα της κάθε μελέτης, τα οποία συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ

Ερευνητές-Χώρα Χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn E.G., Scheffer C BMC 2014	Determinants of physician empathy during medical education, hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians.	Ο ρόλος της ενσυναίσθησης κατά την εκπαίδευση των ιατρών.	Ποιοτική έρευνα	63 ιατρούς επτά ειδικοτήτων	Στην ιατρική εκπαίδευση δεν αναπτύσσεται η ενσυναίσθηση αντιθέτως κατά την διάρκεια της πρακτικής άσκησης και της συναναστροφής με τον ασθενή αναπτύσσεται η ενσυναίσθηση. Επίσης το άγχος η πίεση και οι

Εδιμβούργο					αντίξοες συνθήκες εργασίας είναι εμπόδιο για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης
Banks J. A 1991 Βοστώνη	Teaching Strategies for ethnic studies, 5 th edition	Ενημέρωση που αφορά τον πολυπολιτισμικό τομέα και αναφορά στο νατιβισμό και την ξενοφοβία.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	20 τόμους	Αποτέλεσμα έχει να βοηθήσει τους εκπαιδευτικούς ώστε να αποκτήσουν γνώσεις στρατηγικές και δεξιότητες για την εκπαίδευση των εθνοτικών ομάδων.
Banks J. A 2001 Βοστώνη	Cultural diversity and education, Foundation, curriculum and teaching.	Την παροχή ισχυρού υποβάθρου στους μαθητές σχετικά με ζητήματα, έννοιες και φιλοσοφικά θέματα που απαρτίζουν την πολυπολιτισμική εκπαίδευση.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1 τόμος	Ως αποτέλεσμα αυτής της ανασκόπησης είναι να μάθει στους μαθητές να λειτουργούν ως πολίτες όλου του κόσμου.
Barrett - Lennard, G.T 1981 Αυστραλία	The empathy Cycle, Refinement of a Nuclear Concept, Journal of Counseling Psychology	Η αλληλεπίδραση της ενσυναίσθησης σε διαφορετικά μοντέλα	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1 τόμος	Να υπάρχει το περιθώριο έτσι ώστε τα επίπεδα αντήχησης, επικοινωνίας και λήψης μέτρων να μπορέσουν να συσχετιστούν.
Belacchi C, Farina E 2012 Ιταλία	Feeling and thinking of others, affective and cognitive empathy and emotion	Διερεύνηση των συναισθημάτων της ενσυναίσθησης σε σχέση με την κατανόηση των συναισθημάτων.	Ποσοτική έρευνα	219 παιδιά (54% αγόρια, ηλικίας μεταξύ 3 και 6 ετών: μέση ηλικία 4,10) και 20 δάσκαλοι	Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σημαντική είναι η επιρροή του φύλου με τα κορίτσια να είναι πιο ενσυναίσθητα.

	comprehension in prosocial - hostile preschooler, Aggress Behav.				
Bayne H., Neukrug E., Hays, D. & Britton B 2013 Αγγλία	A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. Patient Education and Counseling	Η χρήση της ενσυναίσθησης στον τομέα της ιατρικής καθώς και στο ιατρικό περιβάλλον.	Ποσοτική έρευνα	21 ιατρούς	Η έρευνα είχε ως αποτέλεσμα την ανάδειξη μιας νέας ενσυναισθηματικής θεραπείας η οποία έχει επιπτώσεις στην ιατρική εκπαίδευση.
Bouma, H.K 2008 Καναδάς	Is Empathy Necessary for the Practice of “Good” Medicine?, The Open Ethics Journal.	Σύμφωνα με τις θεωρίες της δεοντολογίας και φεμινιστικής ηθικής η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί παράγοντα για την σωστή συμπεριφορά των ιατρών	Εμπειρική έρευνα	1 άρθρο	Η ενσυναίσθηση δεν είναι απαραίτητη για την σωστή και ηθική συμπεριφορά του ιατρού. Ο ιατρούς θα πρέπει να είναι ικανός να επιλέξει να είναι ενσυναίσθητος.
Benett M 2001 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	The empathic healer: an endangered species?. 1st Edition, 1st Volume, Editor: Academic press.	Σκοπός είναι να εγκαθιδρύσει την χρήση της κλινικής ενσυναίσθησης με την ψυχοθεραπείας αποσκοπώντας σε ένα οργανωμένο σύστημα υγείας	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1 τόμος	Η ενσυναίσθηση βοηθάει στην επούλωση τραυμάτων είτε ψυχολογικών είτε οργανικών.

Cheung C 1997 Γεωργία	Toward a theoretically based measurement model of the good life, J. Gen. Psychol.	Σύμφωνα με τους κινέζους η καλή ζωή είναι αστάθμητος παράγοντας για να έχουν μία ολοκληρωμένη άποψη.	Ποσοτική έρευνα	276 Κινέζοι σύζυγοι από το Χονγκ Κονγκ.	Η ατομική ικανότητα είναι όπλο της καλής ζωής.
Chow C. J., Jaffe K., Snowden L 2003 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas, American journal of public health.	Η ανάδειξη φυλετικών ανισοτήτων σε διάφορες περιοχές.	Συγκριτική μελέτη	78.085 άτομα. Το τελικό δείγμα περιελάμβανε 33.278 Λευκούς, 23.683 Μαύρους, 19.849 Ισπανόφωνους και 1275 Ασιάτες.	Σημαντικός παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο είναι η φτώχεια.
Coplan, A. & Goldie, P 2011 Αγγλία	Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives, England: Oxford University Press.	Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στις διάφορες πτυχές της.	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	1 τόμος	Στο έργο αυτό η ενσυναίσθηση συνδέεται με την ικανότητα μας να κατανοούμε τους άλλους.
Cuche D 2001 Αθήνα	Η έννοια της κουλτούρας στις κοινωνικές επιστήμες,	Σκοπό έχει την κατανόηση της πολυπολιτισμικότητας την κουλτούρα των μεταναστών καθώς και την εργατική	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η κουλτούρα έχει την δική της ταυτότητα.

	επιμ. Μ. Λεοντίση, μεταφ. Φ. Σιατίσας, εκδόσεις Τυπωθήτω.	κουλτούρα.			
Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., Meneghini, A 2012 Οξφόρδη Ηνωμένο Βασίλειο	Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. Nursing student. 21(13-14), 2016-2025.	Η ανάπτυξη επικοινωνιακής και ενσυναίσθητικής ικανότητας.	Ποσοτική έρευνα	103 συμμετέχοντες (76% γυναίκες)	Όπως δείχνει η μελέτη η ενσυναίσθηση είναι μια δεξιότητα που μπορεί να διδαχθεί.
Donabedian 1990 Αγγλία	The seven pillars of quality. Archives of Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118.	Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και η διασφάλιση της.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών τους.

Diener E. 1995 Ολλανδία	A value based index for measuring national quality of life, Social Indicators Research 36.	Σκοπός είναι η ανάδειξη της ποιότητας ζωής και οι διακρίσεις σε αναπτυσσόμενες χώρες.	Ποσοτική έρευνα	Σύνολο ανθρώπων	Οι ανθρώπινες αξίες είναι ανάλογες με την ποιότητα ζωής.
-------------------------------	--	---	-----------------	-----------------	--

Dubow R 1979 Νέα Υόρκη	Preface, Ways of health.	Το άγχος, το στρες έχουν σημαντική επίδραση τόσο στον ιατρό όσο και στο μοντέλο.	Ποιοτική έρευνα	1 τόμος	Συμπέρασμα αυτού του τόμου είναι πως το μοντέλο είναι αυτό που θα μας δείξει, ότι μας επιτρέπει, να κάνουμε ερωτήσεις χωρίς να μας ενδιαφέρει η απάντηση.
Eisenberg N, Strayer J. 1987 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Empathy and its development. 1st Edition, 1st Volume, USA, Editor: Cambridge University Press. 3-13.	Η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και οι διακρίσεις της σε διαφορετικές ηλικίες.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Συμπεραίνουμε πως η ενσυναίσθηση σε συνδυασμό με την κοινωνική προοπτική είναι διαφορετική σε ανθρώπους διαφορετικού φύλου, ηλικίας, υγείας με ανάλογες διακρίσεις.
Eisenberg N, Miller P.A. 1987 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	The relation of empathy to prosocial and related behaviors, Psychol Bull. 101(1):91-119.	Η ανάδειξη πως η ενσυναίσθηση παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση των σχέσεων μοντέλου και ιατρού.	Βιβλιογραφία	Άρθρο	Η ενσυναίσθηση έστω και σε μικρό ποσοστό παίζει ρόλο στην κοινωνική συμπεριφορά και στην συνεργασία.
Habermas J. 1993 Φρανκφούρτη	Anerkennungskampfe im demokratischen rechtsstaat, Taylow C., Multikulturalismus und die politik der anerkennung.	Η ανάδειξη ενός μεγάλου προβλήματος που είναι η ίση μεταχείριση των ανθρώπων ασχέτως διαφορετικής ταυτότητας.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η πολυπολιτισμική κοινωνία διαφέρει ανάλογα με την ιδιαιτερότητα της κάθε κοινωνίας με αποτέλεσμα να υπάρχουν αλλαγές στις αξίες και στα πιστεύω της.

<p>Xiao B, Imel ZE, Georgiou P, Atkins DC, Narayanan SS.</p> <p>2016</p> <p>Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής</p>	<p>Computational analysis and simulation of empathic behaviors, a survey of empathy modeling with behavioral signal processing framework.</p> <p>Curr Psychiatry Rep. 18(5):49</p>	<p>Η ανάλυση της ενσυναίσθησης και τα αποτελέσματα συμπεριφοράς.</p>	<p>Υπολογιστική ανάλυση</p>		<p>Αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε πως οι συνεργιστικές προσπάθειες σε όλους τους τομείς όπως στην ψυχολογία, ιατρική, ψυχιατρική, ρομποτική, έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην κατανόηση της ενσυναίσθησης.</p>
<p>WHO</p> <p>1998</p>	<p>Promotion Glossary, Geneva: WHO.</p>	<p>Σκοπό έχει την διευκόλυνση ανάπτυξης της υγείας σε όλους τους τομείς.</p>	<p>Βιβλιογραφία</p>	<p>21 τόμοι</p>	<p>Για να υπάρξει ανάπτυξη της υγείας θα πρέπει να υπάρχει συνεχής ενημέρωση και επαφή όλων των καναλιών.</p>
<p>Αρτέμη Ειρήνη.</p> <p>2015</p> <p>Πεμπουσία</p>	<p>«Διαπολιτισμικότητα, Πολυτισμικότητα, Ξενοφοβία και εθνική ταυτότητα.».</p>	<p>Η ενσωμάτωση της διαπολιτισμικότητας, φιλοσοφίας, του πολιτισμικού πλουραλισμού και της πολιτισμικής ετερότητας στο εκπαιδευτικό σύστημα.</p>	<p>Βιβλιογραφία</p>	<p>Άρθρο</p>	<p>Η πολυπολιτισμικότητα έχει δημιουργήσει το πρόβλημα της εθνοτικής διαφορετικότητας.</p>
<p>Βερνίκος Ν., Δασκαλόπουλος Σ.</p> <p>2002</p>	<p>Πολυπολιτισμικότητα, Οι διαστάσεις της πολιτισμικής ταυτότητας,</p>	<p>Κυρίαρχο φαινόμενο όλου του κόσμου και της εποχής μας είναι η πολυπολιτισμικότητα.</p>	<p>Βιβλιογραφία</p>	<p>1 τόμος</p>	<p>Η εξέλιξη της κάθε κοινωνίας περνάει από το στάδιο της πολυπολιτισμικότητας..</p>

Αθήνα	εκδόσεις Κριτική.				
Βονάτσος Μιλτιάδης 2004 Αθήνα	Η σημασία της ορολογίας στην Βιοηθική», Επιστημονική επετηρίδα Θεολογικής Σχολής Θεσσαλονίκης, Νέα Σειρά, Τμ. Ποιμαντικής, Τόμος 9.	Πως η βιοηθική επεμβαίνει σε διάφορα επιστημονικά πεδία.	Βιβλιογραφία	10 τόμοι	Δεν πρέπει να γίνεται κατάχρηση της βιοηθικής.
Γκέφου – Μουδιανού Δ 1999 Αθήνα	Πολιτισμός και εθνογραφία, Από τον εθνικό ρεαλισμό στην πολιτισμική κριτική, εκδόσεις Ελληνικά.	Σκοπό έχει την ανάδειξη των δύο εννοιών, πολιτισμό και κοινωνία, πως επιδρούν μεταξύ τους φέρνοντας στο προσκήνιο νέες έννοιες.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Το αποτέλεσμα έχει να κάνει με την δημιουργία μιας νέας εικόνας αναθεωρημένης ανθρωπολογίας.
Γκότοβος Ε.Α. 2002 Αθήνα	Εκπαίδευση και ετερότητα, Ζητήματα διαπολιτισμικής ής παιδαγωγικής, εκδόσεις	Οι διαφορετικές πολιτισμικές προελεύσεις έχουν αντίκτυπο και στον χώρο της παιδείας.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η παιδεία είναι βασικός πλώνας για την αλλαγή και την κατανόηση της διαπολιτισμικής παιδαγωγικής.

	Μεταίχμιο.				
Δαμανάκης Μ. 2007 Αθήνα	Ταυτότητες και εκπαίδευση στη διασπορά, εκδόσεις Gutenberg.	Η εθνοπολιτισμική ταυτότητα του κάθε πολιτισμού.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η εκπαίδευση σε συνάρτηση με τη διασπορά έχει τελέσει το ερευνητικό αντικείμενο σ ένα παγκόσμιο περιβάλλον.
Ζαμπέτα Ε. 2003 Αθήνα	Σχολείο και θρησκεία, εκδόσεις Θεμέλιο.	Σκοπό έχει την ανάδειξη της σχέσης μεταξύ θρησκείας και πολιτικής.	Βιβλιογραφική αναφορά	1 τόμος	Δημιουργεί ερωτήματα για το αν η θρησκεία επηρεάζει την πολιτική και όχι μόνο.
Θεοφίλου Π. 2010 Αθήνα	., Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση, e-περιοδικό επιστήμης και τεχνολογίας.	Η ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η ποιότητα ζωής παίζει σημαντικό ρόλο σε μια θεραπευτική μέθοδο αν λάβουμε υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των ασθενών.
Κοντοδημόπουλος Ν. 2016 Αθήνα	Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων, Πρωτότυπη Επιστημονική	Η μέτρηση υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στις αποφάσεις κατανομής των πόρων.	Βιβλιογραφική ή ανασκόπηση	82 μελέτες	Οι μελέτες ανέδειξαν πως οι αποφάσεις παίζουν σημαντικό ρόλο σε μία κοινωνία.

	Μονογραφία.				
Λιονής Χ., Shea S. & Μαρκάκη Α. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκ ών Βιβλιοθηκώ ν ,2015, Ανακτήθηκ ε 15 φεβρουαρίο υ 2022.	Ενσυναίσθηση & Συμπόνια στη σχέση Ιατρού – Ασθενή. Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου, Σχέση ιατρού- ασθενή. Θεωρητική και πρακτική προσέγγιση, Αθήνα: Πανεπιστήμιο Κρήτης-Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής,	Η ανάδειξη σχέσης ιατρού-ασθενή χρήζει ιδιαίτερης προσέγγισης.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η ακεραιότητα και η αξιοπρέπεια του ασθενή είναι ίδια με τα δικαιώματα του συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο ενεργά στις αποφάσεις του ιατρού.
Μαυρατζά Θ, Φασόη Γ,Μισουρίδ ου Ε, Αποστολάρ α Π. 2020 Αθήνα	Ικανοποίηση και κόπωση συμπόνιας επαγγελματιώ ν υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.	Η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας που δουλεύουν με μετανάστες και πρόσφυγες έχει να κάνει με την άριστη σωματική και ψυχική υγεία.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Αποτέλεσμα όσων ιατρών ασχολούνται σε αυτόν το τομέα είναι η κόπωση συμπόνιας.
Νικολάου Γ. 2008 Θεσσαλονίκ	Εκπαιδευτικές πολιτικές διαχείρισης της πολιτισμικής ετερότητας	Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες στην ελληνική εκπαιδευτική και οι αποφάσεις-μέτρα για μια κοινή ευρωπαϊκή	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Κάθε ευρωπαϊκό σχολείο έχει διαπολιτισμικό χαρακτήρα. Η ανάπτυξη των ευρωπαϊκών

η	στην Ελλάδα και την Ευρώπη, Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο, Διαπολιτισμική εκπαίδευση και αγωγή. Επιμ. Δ.Κ. Μαυροσκούφης.	εκπαιδευτική πολιτική.			εκπαιδευτικών προγραμμάτων συνετέλεσε στην ανάπτυξη των ευρωπαϊκών σχολείων.
Νόβα – Καλντούνη Χ. 2000 Αθήνα	Κοινωνικοποίηση, Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου, Αθήνα.	Η κοινωνικοποίηση παίζει σημαντικό ρόλο στην προσωπικότητα του ανθρώπου.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Συμπεραίνουμε πως η κοινωνικοποίηση διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο και κυρίως από φύλλο σε φύλλο.

Παλτόγλου Ε., Τράντα Ε. 2009 Αθήνα	Πολιτιστικές διαφοροποιήσεις στην υγεία, Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σ' ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον.	Η πολιτισμική γνώση στους επαγγελματίες υγείας έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη υγείας.	Μεταπτυχιακή εργασία	Μεταπτυχιακή εργασία	Οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να είναι καλοί και γνώστες μόνο στον τομέα τους αλλά συγχρόνως και σε άλλους τομείς όπως η πολιτισμικότητα χωρίς να επηρεάζονται από κανέναν παράγοντα.
------------------------------------	---	--	----------------------	----------------------	--

Παπάνης Ε. 2007 Αθήνα	Ποιότητα ζωής.	Η ποιότητα ζωής του πληθυσμού σε σχέση με την κοινωνική ποιότητα ζωής.	Ποσοτική έρευνα	15 χώρες	Η ποιότητα ζωής διαφέρει από χώρα σε χώρα.
Σαρρής Μ. 2001 Αθήνα	Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης.	Σκοπό έχει την ανάδειξη σχέσεων μεταξύ υγείας και κοινωνίας και πως αυτά επηρεάζονται μεταξύ τους.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Για να είναι μία κοινωνία υγιείς θα πρέπει η υγεία και η ποιότητα ζωής να αποτελούν ακρογωνιαίο λίθο της κοινωνίας.
Σκούτερης Κ. 2016 Αθήνα	Βιοηθική και το ήθος της ορθοδοξίας.	Η βιοηθική γεννήθηκε ως ανάγκη με σκοπό την αντιμετώπιση ηθικών προβλημάτων συνδυάζοντας την ιατρική επιστήμη με την βιολογική ύπαρξη του ανθρώπου	Άρθρο	Άρθρο	Το συμπέρασμα είναι πως η βιοηθική είναι εξαρτημένη από την αγάπη προς τον άνθρωπο όχι μόνο της βιολογικής του ζωής αλλά γενικά της ύπαρξής του.
Χριστοδούλου Π. 2017 Αθήνα	Το τείχος μεταξύ ιατρού και ασθενή, Νοστιμον ήμαρ,	Σκοπό έχει να μας ενημερώσει πως ο ασθενής πρέπει να έχει άριστη επικοινωνία με τον ιατρό για να υπάρξει σωστή αξιολόγηση.	Βιβλιογραφία	1 τόμος	Η εξέλιξη των γνώσεων του ιατρού μέσα στην κοινωνία θα έχει ως αποτέλεσμα την σωστή κατανόηση του ασθενή.
Håkansson, J 2003 Σκοκχόλμη	Exploring the phenomenon of empathy, Doctoral dissertation, Stockholm	Η γνώση της ενσυναίσθησης παίζει σημαντικό ρόλο σε απομονωμένα άτομα.	Ποιοτικές και ποσοτικές έρευνες	Βιβλιογραφία	Αποτέλεσμα της είναι πως ο ρόλος της ενσυναίσθησης, ανάλογα την οπτική γωνία που

	University: Department of Psychology.				την αντιμετωπίζεις διαφέρει.
Iconomou G. 2003 Αθήνα	Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. Forum of clinical oncology.	Σκοπό έχει την ανάδειξη πως η ποιότητα ζωής παίζει σημαντικό ρόλο στο πόσο γρήγορα επιβιώνει ένας άνθρωπος με καρκίνο.	Ποιοτική έρευνα	Βιβλιογραφία	Η ποιότητα ζωής πριν τον καρκίνο είναι σημαντικός παραγοντας για την αντιμετώπιση του. Η καλή ποιότητα ζωής επουλώνει πιο γρήγορα τον καρκίνο. Τα σωστά όργανα σε συνδυασμό με τις σωστές προσεγγίσεις επιφέρουν πιο ακριβή αποτελέσματα.
Kahn J.E 1985 Νέα Υόρκη	The right word at the right time. The Reader's Digest Association Limited.	Σκοπό έχει την ανάδειξη και την σωστή χρήση του γραπτού και του προφορικού λόγου.	Αναφορά	1 Τόμος	Δηλώνει τόσο τις θέσεις των πουριτανών όσο και των εικονοκλαστών των κανόνων της γραμματικής από την πραγματική ζωή. Οι ιδιαιτηρότητες οι ιδιοτροπίες της κάθε λέξης διαφέρουν ακόμα και με την αλλαγή ενός τόνου.
Mercer, S., Reynolds 2002	W. Empathy and quality of care. British Journal of General	Η έννοια της ενσυναίσθησης συνδέεται συναισθηματικά ηθικά αλλά και με την	Ποσοτική έρευνα	Άρθρο	Η ενσυναίσθηση λείπει από την πρωτοβάθμια περίθαλψη δείχνοντας πως

Αγγλία	Practise., 52, 9-13.	συμπεριφορά ενός ατόμου.			παίζει σημαντικό ρόλο. Αν ενσωματωθεί και διδαχτεί στις ιατρικές σχολές θα έχουμε καλύτερα αποτελέσματα.
Monroe K. & Krishnan R. 1985 Αγγλία	The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacob Jacoby and Jerry C. Olson, Perceived Quality. Lexington Books.	Πως η επωνυμία παίζει καθοριστικό ρόλο στην τιμή ενός προϊόντος.	Ποιοτική έρευνα	Άρθρο	Συμπέρασμα του άρθρου είναι πως η επωνυμία ακόμα και σήμερα παίζει ρόλο στην αυξομείωση της τιμής.
Osoba, D. 2011 Δυτικό Βανκούβερ	Health-related quality of life and cancer clinical trials, Therapeutic Advances in Medical Oncology, 3(2),	Η ποιότητα ζωής αλληλεπιδρά έντονα με την υγεία.	Ποιοτική έρευνα	Συνολικά 238 άρθρα από τα οποία τα 226 είχαν πλήρες κείμενο. Αυτά εξετάστηκαν και επιλέχθηκαν 118 άρθρα	Αποτέλεσμα του άρθρου είναι πως όταν ο ασθενής έχει άμεση επαφή με τον γιατρό χωρίς να άλλους ενδιαμέσους όπως για παράδειγμα ένα μέλος της οικογένειας τότε τα αποτελέσματα διαφέρουν. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζει και η ποιότητα ζωής του ασθενή.
Pacione M. 1982	The Use of Objective and Subjective Measures of	Η ανάδειξη προόδου στην ανθρωπογεωγραφία.	Έρευνα	6 τόμοι	Η σωστή χρήση υποκειμενικών και αντικειμενικών μέτρων στην

Ηνωμένο Βασίλειο	Life Quality in Human Geography, Progress in human Geography 6.				ποιότητα ζωής έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη ποιότητα ζωής και την πρόοδο της ανθρωπογεωγραφίας.
Rankin K.P., Kramer JH, Miller BL. 2005 Καλιφόρνια Σαν Φρανσίσκο.	Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration, Cogn Behav Neurol, 18 (1):28-36.	Σκοπό έχει την ανάδειξη σχέσης ,μεταξύ ενσυναίσθησης και γνωστικής ικανότητας στον εκφυλισμό.	Ποιοτική έρευνα	18 ασθενείς με μετωποκροταφική άνοια (FTD), 19 ασθενείς με σημασιολογική άνοια (SD), 16 ασθενείς με νόσο Alzheimer (AD), και 10 υγιά	Συγκεκριμένα τεστ έχουν ως αποτέλεσμα της ανάδειξη της ενσυναίσθησης σε διαφορετικές δομές.
Rogers C. 1957 Αμερική	The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol. 21:95-203.	Σκοπό έχει την ανάδειξη αλλαγής προσωπικότητας σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.	Ποσοτική έρευνα	Άρθρο	Αποτέλεσμα έχει πως οι έξι συνθήκες που προκύπτουν παίζουν ρόλο στην αλλαγή της προσωπικότητας.Εάν λείπει μία η και περισσότερες δεν έχουμε επικοδομητική αλλαγή προσωπικότητας.
Rogers C. 1959 Νέα Υόρκη	A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed	Ο ρόλος της οικογένειας και οι διαστάσεις προσωπικότητας.	Διερευνητική μελέτη	Άρθρο	Τ αποτελέσματα διαφέρουν από οικογένειες σε οικογένειες ανάλογα με τα πρότυπα που έχει ο κάθε έφηβος.

	<p>in the client-centered framework.</p> <p>In: Psychology: a study of a science. 1st Edition, 3rd Volume, Editor: McGraw Hill, 184-256.</p>				
<p>Schalock R. 2004 Αγγλία</p>	<p>The concept of quality of life, What we know and do not know, Journal of intellectual disability research.</p>	<p>Η ποιότητα ζωής έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ανθρώπους με προβλήματα.</p>	<p>Ποιοτική έρευνα</p>	<p>Άρθρο</p>	<p>Οι μελλοντικές προκλήσεις σε συνδυασμό με την κοινωνική εγκυρότητα έχουν αντίκτυπο στη ζωή των ανθρώπων.</p>
<p>Smith P.B., Bond M.H. 2005 Αθήνα</p>	<p>Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία, επιμ.Α.Παπαστυλιανού, μεταφ. Β. Κάγκου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.</p>	<p>Πως αλληλεπιδρούν τα κοινωνικά φαινόμενα με τα συναισθήματα και την συμπεριφορά ενός ατόμου.</p>	<p>Βιβλιογραφία</p>	<p>1 τόμος</p>	<p>Η έγκυρη ψυχολογία παρέχει σωστά αποτελέσματα και συμπεράσματα σε μία κοινωνία με σεβασμό στις πολιτισμικές κληρονομίες.</p>
<p>Turner C.J. 1991 Αγγλία</p>	<p>Social influence, Belmont, Wadsworth Publishing.</p>	<p>Απαντήσεις στο πως και πότε οι άνθρωποι θέλουμε να συμφωνούν μαζί μας.</p>	<p>Βιβλιογραφία</p>	<p>1 τόμος</p>	<p>Η κοινωνική επιρροή δίνει απαντήσεις στα ερωτήματα ενσωματώνοντας διαφορετικές απόψεις και διαφορετικών κοινωνικών συνόλων.</p>

UNESCO 2001 Παρίσι	Οικουμενική διακήρυξη της UNESCO για την πολιτιστική πολυμορφία, 31η Σύνοδος.	Σκοπό έχει την ανάδειξη της πολιτισμικής ποικιλότητας ως μέσον επιβίωσης της ανθρωπότητας.	Διακήρυξη	Άρθρο	Η πολιτισμική ποικιλότητα είναι η κληρονομιά της ανθρωπότητας απαραίτητη για το ανθρώπινο είδος σε συνδυασμό με την βιοποικιλότητα.
--------------------------	---	--	-----------	-------	--

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα με τον Dale Carnegie 2019 ο ορισμός της ενσυναίσθησης είναι να ακούει κάποιος πραγματικά. Όλος ο κόσμος θέλει να μιλάει και όλος ο κόσμος θέλει να ακούγεται. Σημαντικό ρόλο παίζουν και τα συναισθήματα. Οι επαγγελματίες υγείας, οι ηγέτες ανταποκρίνονται στο κάλεσμα αυτό γιατί βιώνουν το συναίσθημα τού άλλου σε μεγάλο βαθμό. Ο όρος ενσυναίσθηση αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1903 από τον φιλόσοφο Lipps που στα ελληνικά μεταφράζεται ως προβολή του εαυτού του παρατηρητή με σκοπό να εξηγήσει τα συναισθήματά του. Σύμφωνα με τον αμερικάνο ψυχολόγο Titchener η λέξη ενσυναίσθηση είναι η διαδικασία όπου βάζουμε τον εαυτό μας στη θέση του άλλου, στην ελληνική γλώσσα μεταφράζεται ως εμπάθεια. Σύμφωνα με το Rogers 1959 υποστήριξε πώς η ενσυναίσθηση έχει την ικανότητα οι άνθρωποι να μπορούν να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους θετικά. Ο Kahut το 1984 ορίζει ως ενσυναίσθηση την ικανότητα του ανθρώπου να βάζει τη ζωή του σε ένα άλλο πρόσωπο. Σύμφωνα με τους Mercer και Reynolds το 2002 ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα του Ιατρού να μπορεί να κατανοήσει ακριβώς την κατάσταση του ασθενή για να μπορέσει να ενεργήσει θετικά απέναντι του. Σύμφωνα με την Μαλικιώση-Λοϊζου το 2002 Ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα της επιβίωσης της κατανόησης και της συμπεριφοράς του άλλου ατόμου. Ο Barret-Lennard το 1981 ανέπτυξε τον όρο της ενσυναίσθησης σε τρία στάδια α) η διαδικασία ενός ατόμου να κατανοήσει ένα άλλο β) η κατανόηση εμπειρίας του άλλου ατόμου και γ) να συνειδητοποιήσει την πραγματική κατάσταση του ατόμου.

Οι διαστάσεις που έχει πάρει ο όρος ενσυναίσθηση είναι πολλές. Άλλοι μιλάνε για έμφυτη ενσυναίσθηση άλλη για επίκτητη ενσυναίσθηση (Alligood, 1992) και άλλοι τη διαχωρίζουν σε συναισθηματική και σε γνωστική (Belacchi & Farina, 2012). Μία

τρίτη διάσταση σύμφωνα με το Reuters το 1957 ο όρος ενσυναίσθηση είναι η επικοινωνιακή. Η Μαλικιώση - Λοϊζου (2008), αναφέρεται σε τρεις διαστάσεις για την ενσυναίσθηση: α) τη γνωστική, β) τη συναισθηματική και γ) την επικοινωνιακή. Οι Derksen και συν. το 2013 αναφέρουν τρεις διαστάσεις της ενσυναίσθησης, α) τη «στάση» β) την «ικανότητα» γ) τη «συμπεριφορά».

Ένα από τα χαρακτηριστικά που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας είναι ότι χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση στην εργασία τους. Όταν ο επαγγελματίας υγείας καταλάβει την επιρροή της ενσυναίσθησης και πώς να τη χρησιμοποιήσει απέναντι στους ασθενείς τότε το αποτέλεσμα θα είναι επιθυμητό. Ο ρόλος των ασθενών παίζει σημαντικό ρόλο κυρίως σε ανθρώπους με νοητική υστέρηση ή διαφορετική γλώσσα όταν ο επαγγελματίας υγείας δεν μπορεί να κατανοήσει τον ασθενή δεν θα υπάρχει και το Επιθυμητό αποτέλεσμα. Τα εσωτερικά εμπόδια είναι πιθανές αιτίες που δεν αφήνουν τον επαγγελματία υγείας να δείξει ενσυναίσθηση. Ο τρόπος με τον οποίο ένα επαγγελματία υγείας διαχειρίζεται την φροντίδα αποτελεί εξωτερικό εμπόδιο στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Η ενσυναίσθηση είναι βασικό συστατικό ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και την σχέση στην οποία θα αναπτυχθεί μεταξύ τους (Bayne et al., 2013, Jani et al., 2012). Σύμφωνα με τους Mercer & Reynolds, 2002, Για να υπάρχει σωστή σχέση ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και στον ασθενή υπάρχουν τρεις βασικοί στόχοι: α) υποστήριξη β) η ενδυνάμωση και γ) η επίλυση των προβλημάτων. Εφόσον η ενσυναίσθηση έχει επίκεντρο τον άνθρωπο αυτό έχει ως αποτέλεσμα και οικονομικό όφελος (Epstein et al., 2015)

Ο όρος φροντίδα υγείας έχει να κάνει με την παροχή αγαθών και υπηρεσιών σε κοινωνίες και άτομα μεμονωμένα. Σύμφωνα με τον Kahn J.E. το 1985, ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός της τελειότητας. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο ιατρικής ποιότητα είναι ο βαθμός με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας με βάση την επιστημονική γνώση που υπάρχει. Σύμφωνα με τους Monroe & Krishnan το 1985 ποιότητα είναι ικανότητα όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης σύμφωνα με το διεθνή οργανισμό τυποποίησης ISO το 1990, ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος. Σύμφωνα με όλα αυτά που έχουν προαναφερθεί ο όρος ποιότητα έχει να κάνει με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της υπηρεσίας (Donabedian, 1990, Goldstein H. & Spiegelhalter D.J., 1996). Σύμφωνα με τον Cutter το 1985 ποιότητα ζωής είναι η ευτυχία, η ικανοποίηση που αισθάνεται

ένας άνθρωπος. Ο Cheung το 1997 ορίζει ως ποιότητα ζωής το συνδυασμό της ικανοποίησης των σχέσεων της αυτονομίας και της πραγματοποίησης των ανθρώπινων δυνατοτήτων. Το 2001 οι Kolotkin, Meter και Williams υποστήριξαν πως η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την κοινωνικότητα. Ποιότητα ζωής σύμφωνα με το ΠΟΥ το 1995 είναι η αντίληψη που έχει ο άνθρωπος για τη θέση του στη ζωή. Η ποιότητα ζωής καλλιεργείται εν μέσω της ενσυναίσθησης (THE WHOQOL GROUP, 1995). Η ποιότητα ζωής έχει ρίζες από την αρχαιότητα έχει αναλυθεί από τον Πλάτωνα, το Σωκράτη ακόμα και τον Αριστοτέλη, το οποίο ο τελευταίος το έχει συνδυάσει το ευ ζην (Ομάδα μεταφραστών Κάκτου, Ηθικά Νικομάχεια, 1993). Για να υπάρχει καλή ποιότητα ζωής πρέπει να υπάρχει και το ανάλογο επίπεδο του ανθρώπου. Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια πολυδιάστατη και σύνθετη που καθορίζεται από έξι παράγοντες 1) σωματική υγεία, 2) ψυχική υγεία, 3) ανεξαρτησία, 4) διαπροσωπικές σχέσεις, 5) το περιβάλλον, 6) προσωπικές αντιλήψεις. (WHO QOL 1997, WHO 1998a).

Οι δείκτες ποιότητα ζωής μπορούν και μετρούν ποιοτικά αλλά και προσωπικά την ποιότητα ζωής. Ο Ed Diener Συνδυάζει δύο δείκτες, τον βασικό δείκτη ποιότητας ζωής και τον εξελιγμένο δείκτη ποιότητας ζωής. Ο συνδυασμός των παραπάνω είναι αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης και ικανοποιεί διαφορετικές αξίες. Οι αξίες, οι βασικοί δείκτες, οι εξελιγμένοι δείκτες, βρίσκονται σε καταλυτική αντιστοιχία. Σύμφωνα με το Liu το 1976 για να μπορέσει να μετρηθεί η ποιότητα ζωής πρέπει να υπάρχουν κάποιοι παράγοντες: α) η οικονομία, β) η πολιτική, γ) το περιβάλλον, δ) η κοινωνία, ε) η υγεία, στ) η εκπαίδευση. Το 1982, ο Racione κάνει αναφορά σε 2 διαστάσεις την εσωτερική και την εξωτερική. Ποιότητα ζωής κατά τον Brown το 1997, είναι το προσωπικό, το οικονομικό, το φυσικό, κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον. σύμφωνα με το Παπάνη το 2007 η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με την κουλτούρα, την κοινωνική ευημερία, την οικονομική κατάσταση, τα υλικά αγαθά και την εκπαίδευση. Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η διάκριση δεικτών ποιότητα ζωής γίνεται βάσει υποκειμενικών και αντικειμενικών κριτηρίων. Η ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα με την υγεία και για να μπορέσει να εκφραστεί ολοκληρωμένα η ανθρώπινη ζωή πρέπει κάθε επίπεδο της να έχει επαρκείς ποιότητα και ποσότητα των στοιχείων που την αποτελούν όλα τα επίπεδα έχουν ίση βαρύτητα και η σημασία για τη ζωή ενός ατόμου (Σαρρής, 2001). Ο Υφαντόπουλος το 2007 αναφέρει πως η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την υγεία. Ο Hays το 2010, ορίζει την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη

με την υγεία ως αυτοφροντίδα. Ο ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται πως η λειτουργικότητα στη φυσική συναισθηματική και την κοινωνική διάσταση της ζωής. Ο Kaplan et al., 1982 Μίλησε για τρεις βασικούς παραμέτρους της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία α) η υποκειμενική λειτουργικότητα β) η κατάσταση υγείας και γ) η συγκράτηση. Η ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να μετρηθεί για αυτό και είναι μεγάλο εμπόδιο το τελευταίο διάστημα έχουν αναπτυχθεί κάποια εργαλεία μέτρησης που αντιπροσωπεύουν ένα μέρος ανθρώπων α) ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofsky β) ο δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ γ) ο δείκτης Kanx των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής δ) Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής ε) Το Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο στ) Επισκόπηση Υγείας του Nottingham ζ) Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας η) Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια θ) Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας ι) Η Επισκόπηση Υγείας SF-36. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον Flanagan το 1978 είναι η σωματική και υλική ευημερία οι σχέσεις με άλλους ανθρώπους η προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση οι κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες και ο ελεύθερος χρόνος Ο Σαρρής το 2001 ανέφερε ως παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία 1. Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας 2. Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες 3. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες 4. Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες 5. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες 6. Γεωφυσικοί παράγοντες 7. Δημογραφικοί παράγοντες 8. Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες.

Πολιτισμός είναι το σύνολο των πεποιθήσεων των στάσεων και των αξιών από όλα αυτά σε συνδυασμό με τη συμπεριφορά του ατόμου δημιουργούν κοινά χαρακτηριστικά στοιχεία. Απαραίτητο στοιχείο κάθε κοινωνίας είναι ο πολιτισμός. Σύμφωνα με τον Παλτόγλου το 2009, πολιτισμός είναι ένα σύνολο συστημάτων. Ο Banks το 1991 ανέφερε πως ο πολιτισμός είναι η στάση και ο τρόπος ζωής υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Τα άτομα που απαρτίζουν μία κοινωνία είναι πολιτισμός (Νόβα - Καλτσουνη Χ., 2000). Ετερότητα πολυπολιτισμικού περιβάλλοντος είναι το φύλλο, η καταγωγή, η γλώσσα, το χρώμα, η θρησκεία, είναι ένα γενικό σύνολο. (Γκέφου - Μαδιανού, 1999). Στις πολυπολιτισμικές κοινωνίες το σύνταγμα ενός κράτους είναι σε θέση να υπομένει τον τρόπο ζωής εκείνο που δεν βασίζεται σε φονταμενταλιστικές παραδόσεις σύμφωνα με τον Habermas το 1993. Η σύγχρονη

κοινωνία αποτελείται από πολιτισμικές ταυτότητες (Νικολάου, 2008). Ο όρος ταυτότητα είναι το σύνολο ιδιοτήτων που αφορά την ιδιαιτερότητα ενός ατόμου και το κάνει να ξεχωρίζει (wikionary, 2021). Σύμφωνα με τον Katz το 2001, ο κάθε άνθρωπος έχει τη δικιά του προσωπική ταυτότητα η οποία μεταβάλλεται ανάλογα με τον πολιτισμό. Ταυτότητα και ετερότητα είναι δύο έννοιες που συμβαδίζουν μεταξύ τους. Η ταυτότητα ενός ατόμου αποτελείται από κάποιες υπό ταυτότητες την κοινωνική ταυτότητα, θρησκευτική ταυτότητα, την πολιτισμική ταυτότητα, την ατομική και την εθνική ταυτότητα.

Διαπολιτισμικότητα είναι η αλληλεπίδραση και η συνεργασία με άτομα διαφορετικής εθνικότητας, την αποδοχή της κουλτούρας και του τρόπου σκέψης. Ο όρος διαπολιτισμικότητα και πολυπολιτισμικότητα συχνά συγχέεται.

Πολιτισμός είναι το σύνολο των διακριτικών πνευματικών υλικών διανοητικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών μιας κοινωνίας (UNESCO, 2001). Σύμφωνα με τον Banks το 2001, πολιτισμός χαρακτηρίζεται ένα σύνθετο μεταβαλλόμενο και δυναμικό που απαρτίζεται από συμπεριφορές, αξίες, κανόνες και άλλα. Σύμφωνα με τον Cuche το 2001, κουλτούρα είναι η έννοια της καλλιέργειας της επιστήμης, της τέχνης και των γραμμάτων και συνδέθηκε με την εξέλιξη την εκπαίδευση και την πρόοδο. Σύμφωνα με τον Tylor το 1871, κουλτούρα είναι το σύνολο των γνώσεων, των τεχνών, ήθη, έθιμα και οι συνήθειες μιας κοινωνίας. Πολιτισμός και κουλτούρα έχουν κοινό στοιχείο διαχωρίζοντας ανθρώπους σε κατηγορίες.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας πρέπει να γίνεται χωρίς ο επαγγελματίας υγείας να επηρεάζει τον ασθενή του με τις δικές του πεποιθήσεις και τις δικές του αντιλήψεις. Όπως έλεγε και ο Ιπποκράτης η εμπιστοσύνη μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου είναι σημαντική. Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με βιοηθικά ζητήματα επομένως η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα θρησκείας και διαφορετικών αντιλήψεων είναι απαραίτητη και σημαντική. Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου και αφορά όλους τους ανθρώπους. Η σχέση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή του καθορίζεται από τον τρόπο προσέγγισης του. Υπάρχουν δύο μοντέλα θεωρίας προσέγγισης. Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας.

Βιοηθική είναι σύνθετη λέξη προέρχεται από τη λέξη βίος και από τη λέξη ηθική. Και οι δύο λέξεις καθορίζουν το περιεχόμενο της Βιοϊατρικής επιστήμης (Γρινιεζάκης και συν., 2012). Η βιοηθική είναι ο κλάδος της επιστήμης που μελετά τη σχέση του ανθρώπου με τα έμψυχα όντα (Σκουτέρης 2022). Έχει δημιουργηθεί ένας κώδικας ηθικής για νοσηλευτές του Διεθνούς συμβουλίου νοσηλευτών. Υπάρχουν τέσσερα θεμελιώδεις ευθύνες 1) προαγωγή της υγείας, 2) πρόληψη της ασθένειας, 3) αποκατάσταση της υγείας, 4) ανακούφιση από τον πόνο. Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο κεφάλαιο Γ γίνεται αναφορά στις σχέσεις του ιατρού και του ασθενή όπως έχει αναφερθεί παραπάνω.

Ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα του να μπορεί κανείς να συναισθάνεται τις εμπειρίες ενός άλλου ανθρώπου και να τις καταλαβαίνει ως σαν να ήταν δικές του εμπειρίες. Να μπορεί κάποιος να μπει στα παπούτσια του άλλου και να δει τα πράγματα από την δική του σκοπιά.

Στον χώρο της υγείας η ενσυναίσθηση πρέπει να θεωρείται δεδομένο για την ύπαρξη αποτελεσματικής θεραπευτικής πρακτικής.

Εξαιτίας της παγκοσμιοποίησης και της αυξημένης μεταναστευτικής ροής η πολυπολιτισμική κοινωνία είναι γεγονός. Η διάσταση της ενσυναίσθησης σε μία πολυπολιτισμική κοινωνία με διαφορετικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις, στάσεις ζωής, πιστεύω, τρόπο ζωής, διαφορετική θρησκεία και πολιτισμό, χρειάζεται να καλλιεργείται μέσω διαφόρων εκπαιδευτικών διαδικασιών και συναισθηματικών διαδικασιών ώστε να μπορεί να επιτευχθεί η επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων με διαφορετικούς πολιτισμούς.

Οι επαγγελματίες υγείας όταν καλούνται να περιθάλψουν ασθενείς με πολιτισμικές διαφορές αισθάνονται άγχος εξαιτίας της διαφορετικής κουλτούρας σε διάφορα θέματα λόγω του ότι δεν έχουν λάβει προηγουμένως μία σχετική εκπαίδευση. Ο ρόλος της εκπαίδευσης σε τέτοια θέματα είναι καθοριστικής σημασίας γιατί βοηθά τον επαγγελματία υγείας να αναπτύξει την ενσυναίσθηση και να μπορεί να διαχειριστεί τις όποιες ιδιαιτερότητες και πολιτισμικές διαφορές που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής του. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού είναι απαραίτητη από τη στιγμή που στον 21^ο αιώνα ο άνθρωπος

αντιμετωπίζεται ως μία ολότητα, ένα βιοψυχοκοινωνικό ον με τα δικά του πιστεύω, τις δικές του αντιλήψεις.

Η διαπολιτισμικότητα δεν θα έπρεπε να εφαρμόζεται μόνο στο χώρο της υγείας, πρέπει να είναι τρόπος ζωής όλων των ανθρώπων, να μην υπάρχουν ταυτότητες να μπορεί ο καθένας να δει τα πράγματα από την δική του σκοπιά χωρίς στερεότυπα και προκαταλήψεις και εφόσον έχει κατανοήσει την υπάρχουσα κατάσταση να προσπαθήσει με ενσυναίσθηση να καταλάβει και την πραγματικότητα του συνανθρώπου του. Με αυτόν τον τρόπο θα έχει αποτελεσματικότητα ο ρόλος της ενσυναίσθησης σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα είτε υγείας, είτε εκπαίδευσης, είτε της κοινωνίας ολόκληρης.

Ο σεβασμός στην ανθρώπινη υπόσταση, η αποδοχή των ιδιαιτεροτήτων των άλλων είναι το κλειδί για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και κατ' επέκταση ο ρόλος της ενσυναίσθησης θα εδραιώσει την σχέση εμπιστοσύνης θεραπευτή και θεραπευμένου και θα επιτευχθεί η θεραπευτική αποτελεσματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahrweiler F., Neumann M., Goldblatt H., Hahn E.G. & Scheffer C., Determinants of physician empathy during medical education, hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians, BMC, 2014, 14:122-134.
- Andrew Sharpe, A Survey of Indicators of Economic and Social Well-Being, Paper prepared for Canadian Policy Research Networks, second Draft, 1999. Ανακτήθηκε 12 Οκτώβρη 2021 <http://www.csls.ca/reports/paper3a.pdf>
- Banks J. A., Teaching Strategies for ethnic studies, 5th edition, Boston, 1991.
- Banks J.A., Cultural diversity and education, Foundation, curriculum and teaching, Boston, 2001. Ανακτήθηκε 31 Σεπτέμβρη 2021 https://books.google.gr/books?id=KpxACwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=el&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false
- Barrett - Lennard, G.T., The empathy Cycle, Refinement of a Nuclear Concept, Journal of Counseling Psychology, 1981, 28(2): 91-100.
- Belacchi C, Farina E., Feeling and thinking of others, affective and cognitive empathy and emotion comprehension in prosocial - hostile preschooler, Aggress Behav. 2012, 38(2):150-65.
- Bayne H., Neukrug E., Hays, D. & Britton B., A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. Patient Education and Counseling, 2013, 93:209-215.
- Bouma, H.K., Is Empathy Necessary for the Practice of “Good” Medicine?, The Open Ethics Journal, 2008. 2: 1-12.
- Benett M. The empathic healer: an endangered species?. 1st Edition, 1st Volume, Editor: Academic press, United States of America, 2001. Ανακτήθηκε 30 Αυγούστου 2021 https://books.google.com.ag/books?id=-R9OqQo_ljC&printsec=copyright&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false
- Cheung C, Toward a theoretically based measurement model of the good life, J. Gen. Psychol., 1997.

- Chow C. J., Jaffe K., Snowden L., Racial – ethnic disparities in the use of mental health services in poverty areas, *American journal of public health*, 2003. (93)5. 792-7.
- Coplan, A. & Goldie, P., *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives*, England: Oxford University Press, 2011.
- Cuche D., Η έννοια της κουλτούρας στις κοινωνικές επιστήμες, επιμ. Μ. Λεοντίτση, μεταφ. Φ. Σιατίτσας, εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2001.
- Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., Meneghini, A., Developing empathy in nursing students: a cohort longitudinal study. *Nursing student*, 2012, 21(13-14), 2016-2025.
- Cutter S. L., *Rating Places, A Geographer's view on quality of life*, Washington, DC Resource Publications in Geography, the Association of American Geographers, 1985.
- Dale Carnegie, *Επικοινωνήστε αποτελεσματικά*, Εκδόσεις Διόπτρα, Αθήνα, 2019.
- Derksen F., Bensing J., & Lagro Janssen A., Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review, *British Journal of General Practice*, 2013, 63: (606): 76-84.
- Donabedian, The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 1990, 114: 1115-1118.
- Diener E., A value based index for measuring national quality of life, *Social Indicators Research* 36, 1995.
- Dubow R., *Preface, Ways of health*, New York, 1979.
- Epstein R.M., Franks P., Shields C.G., Meldrum S.C, Miller K. N., Campbell T.L., Fiscella K., Patient-centered communication and diagnostic testing, *Annals of Family Medicine*, 2005. 3(5) : 425-421.
- Eisenberg N, Strayer J. *Empathy and its development*. 1st Edition, 1st Volume, USA, Editor: Cambridge University Press, 1987, 3-13.
- Eisenberg N, Miller P.A., The relation of empathy to prosocial and related behaviors, *Psychol Bull.* 1987, 101(1):91-119.
- Goerling U., Stickel A., *Quality of Life in Oncology*, Goerling U. *PsychoOncology. Recent Results in Cancer Research*, Springer, Berlin, Heidelberg, 2014.

- Goldstein H. & Spiegelhalter D.J., League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *Journal of Royal Statistic. Society Series. A.*, 1996, 159: 385-393.
- Habermas J., *Anerkennungskampfe im demokratischen rechtsstaat*, Taylor C., *Multikulturalismus und die politik der anerkennung*, Frankfurt, 1993.
- Håkansson, J., *Exploring the phenomenon of empathy*, Doctoral dissertation, Stockholm University: Department of Psychology, 2003. Ανακτήθηκε 20 Σεπτέμβρη 2021
https://www.atu.dk/sites/default/files/aktiviteter/empathy_dissertation.pdf
- Hays RD, Reeve BB, *Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life*, Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. *Epidemiology and Demography in Public Health*. San Diego, Academic Press, 2010. Ανακτήθηκε 12 Οκτώβρη 2021
https://escholarship.org/content/qt70x7m955/qt70x7m955_noSplash_9b64e23432241ff97780c48308397c96.pdf?t=q2whex
- Hogan R, Henley N. A test of the empathy- effective communication hypothesis. *ERIC*. 1970, 84:11-21.
- Hordem J., *Religion and Culture*, *Medicine-Abingdon*, 2016, 44(1),589-592. ανακτήθηκε 16 Φεβρουαρίου 2022.
[https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(16\)30143-8/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(16)30143-8/fulltext)
- Hoyat M., *Empathy in patient care, Antecedents, development, measurement and outcomes*. 1st Edition, 1st volume, New York, Editor Springer, 2007.
- Iconomou G., *Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials*. *Forum of clinical oncology*, 2003.
- International Organization for Standardization, *Quality Management and Quality System Elements. Part 2: Guidelines for Services*. Geneve: ISO, 1990.
- Jani B.D., Blane D.N., & Mercer S.W., *The Role of Empathy in Therapy and the Physician-Patient Relationship*, *Forsch Komplement medizin*, 2012. 19 (5): 252-257.
- Kahn J.E., *The right word at the right time*. The Reader's Digest Association Limited. New York, USA, 1985.
- Kaplan R.M. and Bush J.W., *Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis*, *Health Psychology*, 1982, 1:61-80.

- Kohut H., Introspection, empathy, and psychoanalysis. The relationship of observation method and theory. *Psyche* (Stuttg). 1971, 25 (11) : 831-55
- Kolotkin L., Meter K., Williams R., Quality of life and obesity. The international association for the study of obesity. *Obesity Reviews* 2, 2001. Ανακτήθηκε 7 Ιανουαρίου 2022 https://www.researchgate.net/publication/11258871_Quality_of_life_and_obesity_Obes_Rev_2219-229
- Liu B.C., Quality of Life Indicators in US Metropolitan Areas, A Statistical Analysis, Praeger, New York, 1976.
- Lohr K., Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1992. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου 2021 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25144047/>
- Lowie R.H., Edward B. Tylor - American Anthropologist, 1917. Ανακτήθηκε 10 Οκτώβρη 2021 <https://archive.org/details/jstor-660758>
- Mercer, S., Reynolds, W. Empathy and quality of care. *British Journal of General Practise*, 2002, 52, 9-13.
- Monroe K. & Krishnan R., The effect of price on subjective product evaluations. In: Jacob Jacoby and Jerry C. Olson, *Perceived Quality*. Lexington Books, 1985.
- Osoba, D., Health-related quality of life and cancer clinical trials, *Therapeutic Advances in Medical Oncology*, 3(2), 2011.
- Pacione M., The Use of Objective and Subjective Measures of Life Quality in Human Geography, *Progress in human Geography* 6, 1982. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου 2021 <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030913258200600402>
- Rankin K.P., Kramer JH, Miller BL. Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration, *Cogn Behav Neurol*, 2005, 18 (1):28-36.
- Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957, 21:95-203.
- Rogers C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client- centered framework. In: *Psychology: a study of a*

- science. 1st Edition, 3rd Volume, New York, Editor: McGraw Hill, 1959, 184-256.
- Rogers C. Empathic: an unappreciated way of being. *Couns Psychol.* 1975, 5:2-10.
 - Schalock R., The concept of quality of life, What we know and do not know, *Journal of intellectual disability research*, 2004. Ανακτήθηκε 30 Σεπτεμβρίου 2021 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
 - Smith P.B., Bond M.H., *Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία*, επιμ. Α. Παπαστυλιανού, μεταφ. Β. Κάγκου, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2005.
 - Stepien K. & Baernstein A. , Educating for Empathy, *Journal of General Internal Medicine*, 2006, 21 (5), 524-530.
 - THE WHOQOL GROUP, The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *SocialScienceandMedicine*, 1995. 41: 1403-1409.
 - Turner C.J., *Social influence*, Belmont, Wadsworth Publishing, 1991.
 - UNESCO, Οικουμενική διακήρυξη της UNESCO για την πολιτισμική πολυμορφία, 31^η Σύνοδος. Παρίσι, 2001.
 - Xiao B, Imel ZE, Georgiou P, Atkins DC, Narayanan SS. Computational analysis and simulation of empathic behaviors, a survey of empathy modeling with behavioral signal processing framework. *Curr Psychiatry Rep.* 2016, 18(5):49
 - WHO, *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO, 1998a.
 - WHOQOL, *Measuring quality of life*, 1997.
 - Αρτέμη Ειρήνη. «Διαπολιτισμικότητα, Πολυτισμικότητα, Ξενοφοβία και εθνική ταυτότητα.», *Πεμπτουςία*, 22/08/2015. Ανακτήθηκε 10 Οκτώβριου 2021 <https://www.pemptousia.gr/2015/08/diapolitismikotita-polipolitismikotita-xenofobia-ke-ethniki-taftotita/>
 - Αυγερινός Θ. «Θεωρίες και ιδεολογίες που διαμόρφωσαν τον κόσμο», Έκδοση Ιδιωτική, 2011.
 - Βερνίκος Ν., Δασκαλόπουλος Σ., *Πολυπολιτισμικότητα, Οι διαστάσεις της πολιτισμικής ταυτότητας*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2002. Ανακτήθηκε 5

- Βονάτσος Μιλτιάδης, «Η σημασία της ορολογίας στην Βιοηθική», Επιστημονική επετηρίδα Θεολογικής Σχολής Θεσσαλονίκης, Νέα Σειρά, Τμ. Ποιμαντικής, Τόμος 9, 2004.
- Γεωργογιάννης Π., Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία και έρευνα, Βηματισμοί για μια αλλαγή στην εκπαίδευση, 5^{ος} τόμος, Πάτρα, 2009.
- Γκέφου – Μουδιανού Δ., Πολιτισμός και εθνογραφία, Από τον εθνικό ρεαλισμό στην πολιτισμική κριτική, Αθήνα, εκδόσεις Ελληνικά, 1999.
- Γκότοβος Ε.Α., Εκπαίδευση και ετερότητα, Ζητήματα διαπολιτισμικής παιδαγωγικής, εκδόσεις Μεταίχμιο, Αθήνα, 2002.
- Γρινιεζάκης, Μακάριος Αρχιμανδρήτης, Μαυροφόρου-Γιαννούκα Α., 2012 Βιοηθικοί προβληματισμοί στην ιατρική δεοντολογία, Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Γλωσσική υποστήριξη για ενήλικες πρόσφυγες: εργαλειοθήκη του Συμβουλίου της Ευρώπης, Γλωσσική Ένταξη Ενήλικων Μεταναστών (ΓΕΕΜ), 4 – Κατάλληλη απόκριση στις πολιτισμικές διαφορές και επιτυχής επικοινωνία μεταξύ πολιτισμών. 2017.
- Δαμανάκης Μ., Ταυτότητες και εκπαίδευση στη διασπορά, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2007.
- Ζαμπέτα Ε., Σχολείο και θρησκεία, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003.
- Θεοφίλου Π., Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας: έννοια και αξιολόγηση, e-περιοδικό επιστήμης και τεχνολογίας, 2010.
- Καλατζή Α., εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας, εκδόσεις Καραβία, Αθήνα, 1983.
- Κόιος Ν., Ηθική θεώρηση των τεχνικών παρεμβάσεων στο ανθρώπινο γονιδίωμα, Εκδόσεις Κέντρου βιοϊατρικής ηθικής και δεοντολογίας, 2003, σελ 108.
- Κοντοδημόπουλος Ν., Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων, Πρωτότυπη Επιστημονική Μονογραφία, Αθήνα, 2016. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου 2021 <http://www.dmy.gr/node/>
- Κούτα Χ., Υγεία και κουλτούρα, Νοσηλευτική, 2007. 46(2), ζ.176-180.

- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Ν. 3418/ΦΕΚ 287/28-11-2005 Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2021 <https://www.lawspot.gr/nomikes-plirofories/nomothesia/nomos-3418-2005>
- Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας , Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 - ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2021 <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/pd-216-2001.html>
- Λιονής Χ., Shea S. & Μαρκάκη Α., Ενσυναίσθηση & Συμπόνια στη σχέση Ιατρού – Ασθενή. Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου, Σχέση ιατρού-ασθενή. Θεωρητική και πρακτική προσέγγιση, Αθήνα: Πανεπιστήμιο Κρήτης-Σχολή Επιστημών Υγείας-Τμήμα Ιατρικής, Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών ,2015, Ανακτήθηκε 15 Φεβρουαρίου 2022. <http://hdl.handle.net/11419/5809>
- Μαλικιώση - Λοΐζου, Μ., Η πολυπολιτισμική διάσταση της ενσυναίσθησης, 2008, Ανακτήθηκε 15 Φεβρουαρίου 2022. https://www.researchgate.net/publication/270589453_The_multicultural_dimension_of_empathy_in_Greek
- Ματσαγγούρας Η.Γ, Θεωρία και πράξη της διδασκαλίας Τ.Β': Στρατηγικές διδασκαλίας, Η κριτική σκέψη στη διδακτική πράξη, 5η Έκδοση, 2ος Τόμος, Εκδόσεις: Gutenberg, 2005.
- Μαυρατζά Θ, Φασόη Γ, Μισουρίδου Ε, Αποστολάρα Π. «Ικανοποίηση και κόπωση συμπόνιας επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2020.
- Μερκούρης Α. «Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών», Α έκδοση, Εκδόσεις Έλλην, 2008. Σελ. 146 - 151
- Μεταφραστική ομάδα Κάκτου, Αριστοτέλης Άπαντα, Ηθικά Νικομάχεια Ι, Κάκτος, Αθήνα, 1993.
- Μπερερής Π., Για μία διαπολιτισμική εκπαίδευση σε μία πολυπολιτισμική κοινωνία, Αθήνα, εκδόσεις ariroshora, 2001.
- Νικολάου Γ., Εκπαιδευτικές πολιτικές διαχείρισης της πολιτισμικής ετερότητας στην Ελλάδα και την Ευρώπη, Ένταξη παιδιών παλιννοστούντων και αλλοδαπών στο σχολείο, Διαπολιτισμική εκπαίδευση και αγωγή. Επιμ. Δ.Κ. Μαυροσκούφης. Θεσσαλονίκη, 2008. Σελ. 37-51

- Νικολάου Γ., Διαπολιτισμική διδακτική, Το νέο περιβάλλον – βασικές αρχές, Αθήνα, εκδόσεις Πεδίο, 2011.
- Νόβα – Καλντούνη Χ., Κοινωνικοποίηση, Η γέννηση του κοινωνικού υποκειμένου, Αθήνα, εκδόσεις Gutenberg, 2000.
- Παλτόγλου Ε., Τράντα Ε., Πολιτισμικές διαφοροποιήσεις στην υγεία, Μελέτη αναγκαιότητας προσαρμογής των λειτουργιών υγείας σ' ένα πολυπολιτισμικό περιβάλλον, 2009.
- Παπάνης Ε., Ποιότητα ζωής, 2007, Ανακτήθηκε 15 Ιανουαρίου 2022 http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post_5329.html
- π. Φάρος Φ., Βάδιζε υγιάνων, το νόημα της υγείας και της νόσου, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2000.
- Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα, εκδόσεις Παπαζήσης, 2001.
- Σκούτερης Κ., Βιοηθική και το ήθος της ορθοδοξίας. Ανακτήθηκε 15 Ιανουαρίου 2022 <http://www.bioethics.org.gr/BioethicsOrthodoxy.pdf>
- Υφαντόπουλος Γ.Ν, Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών και πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24, 2007. 6-18.
- Χριστοδούλου Π., Το τείχος μεταξύ ιατρού και ασθενή, Νόστιμων ήμαρ, 2017. Ανακτήθηκε 10 Μαΐου 2022 <https://www.nostimonimar.gr/to-tichos-metaxi-giatrou-ke-astheni/>