

Τεχνολογική Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτική Ελλάδα
Σχολή επαγγελματιών υγείας & πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΘΕΜΑ
Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Φοιτήτριες : ΚΡΙΘΥΜΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ – ΜΑΝΔΑΛΑ ΑΝΝΑ

Εποπτεύον καθηγητής: ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

ΠΑΤΡΑ -2017

Περιεχόμενα

Περίληψη	3
Abstract	3
Εισαγωγή.....	4
Κεφαλαίο_1: Ενσυναίσθηση.....	6
1.1 Ορισμός Ενσυναίσθησης	6
1.2 Ορισμοί Οίκτου και Συμπόνιας.....	8
1.3 Ιστορική αναδρομή στις σχέσεις των ανθρώπων.....	9
1.4 Επιρροή ενσυναίσθησης στην κοινωνία.....	13
Κεφαλαίο_2: Φροντίδα στο νοσηλευτικό επάγγελμα.....	14
2.1.1 Ορισμός του φροντιστή	15
2.1.2 Προσδιοριστικά στοιχεία φροντιστών σε χώρες της Ε.Ε.....	16
2.1.3 Πρόσβαση σε επαρκή μακροχρόνια μέριμνα.....	20
2.2 Ανεπίσημη φροντίδα	22
2.3 Λόγοι ανάληψης οικογενειακής φροντίδας	26
2.4 Επίσημη φροντίδα	27
2.4.1 Βοήθεια στο σπίτι	28
2.5 Ηθική στην φροντίδα	29
2.5.1 Γυναικοκρατούμενο επάγγελμα.....	31
2.5.2 Αμυντική ιατρική.....	32
Κεφαλαίο_3: Ενσυναίσθηση και νοσηλευτική φροντίδα.....	334
3.1 Κόπωση, συναισθηματική εξάντληση και συμπόνια στο νοσηλευτικό επάγγελμα.	34
3.2.1 Ανάλυση συμπόνιας και ενσυναίσθησης.	35
3.2.2 Δημιουργικό αχνός ή συμπόνια κόπωσης.....	38
3.3 Υπολογισμός του κόστους της φροντίδας για του νοσηλευτές.	39
3.3.1 Συναισθηματικά όρια.	43
Κεφάλαιο_4: Νοσηλεύτηκες διεργασίες.	45
4.1 1 ^η κλινική περίπτωση.....	45
4.2 2 ^η κλινική περίπτωση.....	48
Συμπεράσματα.....	50
Βιβλιογραφία	51

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μας στο τμήμα νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Ελλάδος. Το ζήτημα που πραγματεύεται η εργασία είναι η ενσυναίσθηση στα επαγγέλματα υγείας και ειδικότερα στο επάγγελμα του νοσηλευτή. Ένα ζήτημα που είναι εντονότερο στην σύγχρονες κοινωνίες με ψυχολογικές, κοινωνικές και νομικές προεκτάσεις.

Abstract

The present work was carried out within the framework of the completion of our studies at the Nursing Department of the Technological Educational Institute of Western Greece. The issues addressed by the work are the instigation in the health professions and in particular the nurse practitioner. An issue that is more acute in modern societies with psychological, social and legal implications.

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης και προσέγγισης του ζητήματος της ενσυναίσθησης στα άτομα που εργάζονται στα επαγγέλματα υγείας και ειδικότερα στους νοσηλευτές. Στην πρώτη ενότητα επιβάλλεται να προσδιοριστεί η έννοια της, διότι η ενσυναίσθηση αποτελεί μια δύσχρηστη και όχι πολύ γνωστή λέξη. Ακολούθως, γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης των εννοιών του οίκτου και της συμπόνιας που αποτελούν μέρη των συναισθημάτων που συνοδεύουν την ενσυναίσθηση. Στην συνέχεια της παρούσας ενότητας υπάρχει μια χρονική προσέγγιση της έννοιας μέσα από την ανακάλυψη της κυρίως από ψυχιατρικούς όρους και την αλλαγή που υπέστη μέχρι σήμερα. Τέλος η ενότητα ολοκληρώνεται με την επίδραση που δείχνει να διαθέτει η συναίσθηση στην κοινωνία.

Στην επομένη ενότητα γίνεται με μεγαλύτερη διείσδυση στο ζήτημα που σχετίζεται με τη φροντίδα στο νοσηλευτικό επάγγελμα, αρχικά προσδιορίζεται η έννοια του φροντιστή ακολούθως παρουσιάζονται προσδιοριστικά στοιχεία φροντιστών σε χώρες της Ε.Ε και τα στοιχεία που αφορούν την πρόσβαση σε επαρκή μακροχρόνια μέριμνα. Πέραν της επαγγελματικής φροντίδα υπάρχει και η ανεπίσημη φροντίδα, ένα θεσμός που στην χώρα συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη είναι πολύ διαδεδομένος. Στην συνέχεια παρουσιάζονται και προσεγγίζονται οι λόγοι ανάληψης οικογενειακής φροντίδας. Σε μια προσπάθεια συνολικής προσέγγισης τους ζητήματος της φροντίδας κρίθηκε απαραίτητο στην συνέχεια να προσδιοριστεί, να αναλυθεί και να παρουσιαστεί και η επίσημη φροντίδα, και ειδικότερα γίνεται μια ειδική αναφορά στην φροντίδα που προσφέρετε μέσα από το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Στην ενότητα αυτή γίνεται ακόμα μια ανάλυση του ζητήματος της ηθικής στην φροντίδα και ειδικότερα στο επάγγελμα του νοσηλευτή, την διάκριση που κάποιοι ερευνητές επιμένουν ότι υπάρχει ανάμεσα στα δυο φύλα (C. Gilligan) μέσα από την βιολογική κατασκευή και το κοινωνικό ρολό που έχει επιλεγεί να επιτελούσουν. Στην συνέχεια της ενότητας αυτής παρουσιάζονται τα αιτία γιατί το νοσηλευτικό επάγγελμα είναι γυναικοκρατούμενο. Και η ενότητα ολοκληρώνεται μέσα από την παρουσίαση των ζητημάτων, νομικά και μη που προκύπτουν μέσα από την λεγόμενη αμυντική ιατρική.

Τέλος, στην τρίτη ενότητα που αφορά το θεωρητικό τμήμα της παρούσας εργασίας γίνεται μια πιο ενδελεχής προσέγγιση της ενσυναίσθησης στην νοσηλευτική

φροντίδα. Μέσα από την παρουσίαση της κόπωσης, της συναισθηματικής εξάντλησης και της συμπόνιας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, που πηγάζει μέσα από αυτήν. Στην συνέχεια γίνεται ανάλυση της συμπόνιας και της ενσυναίσθησης, συναισθήματα που προκύπτουν από την φύση του επαγγέλματος. Όπως επίσης και των αισθημάτων του δημιουργικού αχνούς και της συμπόνιας κόπωσης. Τέλος η ενότητα αυτή ολοκληρώνεται με την προσπάθεια του υπολογισμού του κόστους της φροντίδας για του νοσηλευτές και τα συναισθηματικά όρια που τους διακρίνουν.

Και η παρούσα εργασία ολοκληρώνεται μέσα από την παρουσίαση και ανάλυση δυο κλινικών περιστατικών.

Κεφαλαίο_1: Ενσυναίσθηση

1.1 Ορισμός Ενσυναίσθησης

Η ενσυναίσθηση στην ψυχολογία ορίζεται ως α) η δύναμη της προβολής της προσωπικότητας κάποιου άλλου (με αποτέλεσμα την πλήρη κατανόηση της) πάνω στο αντικείμενο της μελέτης και β) η συμμετοχή στα συναισθήματα ή τις ιδέες κάποιου άλλου ατόμου.

Στον τομέα της ιατρικής επιστήμης ενσυναίσθηση αφορά την ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του ασθενή με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται, σαν να ήταν ο θεραπευτής το ίδιο το άτομο, αλλά χωρίς ταυτόχρονα να χάνει την ιδιότητα του (Ιατρού, και συν., 2016). Η έννοια της ενσυναίσθησης, το να μπορεί δηλαδή κάποιος να συναισθάνεται τον σωματικό ή ψυχικό πόνο του άλλου και να προσπαθεί να τον ανακουφίσει είναι πολύ βασική για κάποιον όταν πρωτοεισέρχεται στο ιατρικό ή στο νοσηλευτικό επάγγελμα

Ως έννοια περιγράφεται διεξοδικά στο έργο του ψυχολόγου Carl Rogers. Σύμφωνα με τον ορισμό, τον οποίο δίνει ο ίδιος, αναφέρεται στη δυνατότητα αντίληψης από την πλευρά του θεραπευτή του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του άλλου ατόμου και κυρίως των συναισθηματικών στοιχείων και νοημάτων που ενυπάρχουν σε αυτό, «ωσάν» να είναι ο ίδιος το άλλο άτομο. Ο ίδιος τονίζει ότι ο θεραπευτής δεν πρέπει να λησμονεί τον όρο «ωσάν».

Οι θεωρητικοί αναγνωρίζουν τέσσερις βασικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Οι δύο πρώτες είναι η βιωματική και η ηθική, που σχετίζονται κυρίως με την εσωτερική ικανότητα κάποιου να συμμερίζεται και να προσεγγίζει τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Επί πλέον, υπάρχει η γνωστική διάσταση, που αναφέρεται στη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου, και η επικοινωνιακή-συμπεριφορική, η οποία αφορά στην ακριβή μεταβίβαση στον άλλο της κατανόησης του βιώματος. Η αποτελεσματικότητα ως προς την ενσυναισθητική κατανόηση στο

πλαίσιο της κλινικής συνάντησης ιατρού-ασθενούς σχετίζεται κατά βάση με τις δύο τελευταίες διαστάσεις.

Αν και αρχικά ως έννοια οριοθετήθηκε στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, σταδιακά αναγνωρίστηκε ως μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος όσον αφορά στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Η παρουσία της ως δεξιότητα οδηγεί στην αύξηση της συμμόρφωσης με τις ιατρικές συστάσεις, στην καλύτερη κατανόηση της διάγνωσης και στην ανάπτυξη του συναισθήματος αυτο-αποτελεσματικότητας από την πλευρά του ασθενούς, συντελώντας στη συνολική του ικανοποίηση. Επί πλέον, συσχετίζεται έντονα με τη μείωση του άγχους και της συναισθηματικής έντασης, καθώς και με την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης από την πλευρά του ιατρού.

Οι Salovey & Mayer (1990) αναφέρονται στην ενσυναίσθηση ως μία θεμελιώδη ανθρώπινη ικανότητα ανάμεσα σε α) αυτογνωσία, β) συναισθηματικό έλεγχο, γ) αυτό-ενεργοποίηση και δ) χειρισμό σχέσεων. Επιπλέον, ο Moreno (1998), ισχυρίζεται ότι η ενσυναίσθηση πετυχαίνεται βασικά τοποθετώντας εαυτόν στη θέση ενός άλλου και συμπεριλαμβάνει την αντίληψη, του πώς ο άλλος βιώνει τη διαδικασία. Οι ενσυναίσθηματικοί άνθρωποι γενικά περιγράφονται ως άτομα που είναι ευαίσθητα προς τους άλλους.

Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση είναι η συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου, και η κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων του. Τα συστατικά της λέξης αποτελούνται από τις λέξεις εν, συν και αίσθηση, υποδηλώνοντας την επέκταση της αίσθησης του ατόμου πέρα από τον εαυτό του (Μαλικιώση -Λοίζου, 2003).

Δεν είναι απαραίτητη η προφορική επικοινωνία για να επιτευχθεί ενσυναίσθηση, η οποία μπορεί και να έρθει μέσω του συνδυασμού της οπτικής και ηχητικής παρατήρησης ενός ατόμου, γενικότερη γλώσσα του σώματος και παρουσία εκφράσεων, και τον τρόπο που αντιδρά.

1.2 Ορισμοί Οίκτου και Συμπόνιας

Η ενσυναίσθηση δεν είναι απαραίτητα το ίδιο με τη συμπάθεια, η οποία μπορεί να περιορίζεται μόνο στη συναισθηματική αναγνώριση, και γενικά να είναι επιφανειακή και μη αντικειμενική ή την συμπόνια (αν και ταυτίζεται πολύ συχνά με αυτή) η οποία υποδηλώνει πως πέρα από τη συναισθηματική ταύτιση το άτομο επίσης εκδηλώνει συμπαράσταση με την κατάσταση του άλλου ατόμου. Η δυσκολία ή απουσία ενσυναίσθησης και συναισθημάτων, ή και η παρουσία χαράς για τον πόνο του άλλου ατόμου, ενδέχεται να υποδηλώνει παρουσία ψυχοπάθειας. Διαφέρει επίσης από την διαίσθηση, η οποία περιορίζεται στο ίδιο το άτομο όταν αναλογίζεται την πιθανότητα να συμβεί κάποιο ενδεχόμενο.

Ουσιαστικά, η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα, με την έννοια της λύπης ή του οίκτου. Αφορά περισσότερο στην κατανόηση του συναισθήματος του άλλου και όχι στην έκφραση του προσωπικού βιώματος.

Το αντίθετο της ενσυναίσθησης είναι συχνά η εμπάθεια, η οποία υποδηλώνει προκατάληψη και αρνητική στάση. Στις περισσότερες ξένες γλώσσες η λέξη εμπάθεια χρησιμοποιείται με την έννοια της ενσυναίσθησης, προερχόμενη από την αρχαία ελληνική λέξη εμπαθής, η οποία είχε τη σημασία του έντονου πάθους.

Ο στόχος της παροχής φροντίδας με επαγγελματικό τρόπο σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την υποχρέωση του νοσηλευτή να νοιάζεται για τον ασθενή μέσα όμως από επαγγελματικές διαδικασίες. Ως ενσυναίσθηση (empathy), όπως έχει αναφερθεί και στην πρώτη ενότητα προσδιορίζεται η συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου, και η κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων που το διακατέχουν. Η συμπόνια (compassion) που εμφανίζεται στο νοσηλευτή, υποδηλώνει πως εκτός από την συναισθηματική ταύτιση επίσης παρουσιάζει και συναισθήματα συμπαράσταση με την κατάσταση του άλλου ατόμου(ασθενή). Το συναίσθημα του οίκτου (pity) συσχετίζεται αρκετές φορές με συγκατάβαση και αισθήματα ανωτερότητας (Nussbaum 2015).

Για τον νοσηλευτή αυτά τα συναισθήματα που προαναφέρθηκαν τόσο της συμπόνιας όσο και του οίκτου επιβάλατε να αποφεύγονται από αυτόν. Αν αυτά επιδράσουν πάνω στην ψυχολογία του είναι αρκετά πιθανό να προκαλέσουν συναισθηματική εξάντληση, αναποτελεσματικότητα και αδικίες (Curzer 1993).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει όμως να καλλιεργεί την ενσυναίσθηση, η οποία θα του προσφέρει την δυνατότητα κατανόησης και αντίληψης με ορθότερο τρόπο των αναγκών του ασθενή (Boleyn-Fitzgerald, 2003)

1.3 Ιστορική αναδρομή στις σχέσεις των ανθρώπων

Ο όρος «ενσυναίσθηση» κάνει τη εμφάνιση της πρώτη φορά με την αγγλική έννοια από τον ψυχολόγο Edward Titchener (1867-1927). Ειδικότερα, ο όρος empathy (ενσυναίσθηση) είναι η μετάφραση του όρου *empathie* που κατά τους γερμανικούς φιλοσοφικούς κύκλους αποτελούσε μια βασική κατηγορία στην φιλοσοφική αισθητική. Πιο πριν, κατά το δεύτερο μισό του 18ου αιώνα, οι ρομαντικοί διανοητές όπως ο Herder και ο Novalis έβλεπαν την ικανότητά μας για επικοινωνία με τη φύση ως ζωτικής σημασίας και ως αντίδοτο στη μοντέρνα επιστημονική άποψη της απλής κατάτμησης της φύσης στα συστατικά της μέρη. Αυτός, όμως, που εισάγει τον όρο *empathie* με την τεχνική του σημασία είναι ο Robert Vischer και υποστηρίζει ότι χρήζει φιλοσοφικής ανάλυσης ο όρος ουσιαστική μορφή (Stueber & Karsten, 2016). Αυτός που κατέστησε την ενσυναίσθηση κεντρική ιδέα της φιλοσοφίας των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών είναι ο Theodor Lipps (1851- 1914). Γι' αυτόν η ενσυναίσθηση δεν παίζει μόνο ρόλο στην αισθητική εκτίμηση των αντικειμένων. Επιβάλλεται να κατανοηθεί ως η κυρίαρχη βάση για τη μεταξύ μας κατανόηση ως νοημόνων πλασμάτων.

Η ενσυναίσθηση στηρίζεται ολοκληρωτικά σε μια έμφυτη πρόθεση για μηχανική απομίμηση, αποτελεί ένα γεγονός που είναι καλά στηριγμένο στην ψυχολογική βιβλιογραφία και οι πρώτες του αναφορές της βρίσκονται στον Adam Smith (1853) (Stueber & Karsten, 2016). Ακόμη κι αν μια τέτοια πρόθεση δεν παρατηρείται πάντοτε, ο Lipps υποδεικνύει ότι είναι πάντοτε παρούσα ως εσωτερική τάση προκαλώντας παρόμοιες κιναισθητικές αντιδράσεις στον παρατηρητή, όταν διαισθάνεται τον παρατηρούμενο στόχο. Βλέποντας για παράδειγμα το θυμωμένο

πρόσωπο ενός άλλου ανθρώπου, ενστικτωδώς σε ένα άτομο προκύπτει η τάση να το μιμηθούμε ως προς το θυμό του με ανάλογο τρόπο. Καθώς δεν υπάρχει εξοικείωση με τέτοιες τάσεις θυμού, ο θύμος διακρίνεται στο πρόσωπο αυτού του ατόμου (Stueber & Karsten, 2016).

Τα πρωταρχικά παραδείγματα του Lipps για την ενσυναίσθηση βασίζονται στην αναγνώριση των συναισθημάτων όπως εκφράζονται στις χειρονομίες του σώματος και στις εκφράσεις του προσώπου, η ιδέα του για την ενσυναίσθηση δεν μπορεί να γίνει κατανοητή ως περιορισμένη σε αυτές τις εξωτερικά παρατηρήσιμες συνθήκες. Όπως οι σκέψεις του γύρω από την διανοητική ενσυναίσθηση υποδεικνύουν, θεωρεί την αναγνώριση των διανοητικών δραστηριοτήτων στο βαθμό που αυτές οι δραστηριότητες χρειάζονται την ανθρώπινη δραστηριότητα σαν να βασίζονται στην ενσυναίσθηση ή στην εμπρόθετη μίμηση. Η θεωρία του Lipps θα μπορούσε να αποτελέσει μια βάση της θεωρίας της προσομοίωσης του Goldman (2006) (Stueber & Karsten, 2016). Ωστόσο, η ενσυναίσθηση του Lipps δεν θα μπορούσε να είναι αντιπροσωπευτική, αλλά ολιστική. Είναι μια παγκόσμια πρακτική ενσυναίσθηση και μια γενική ενσυναίσθηση της φύσης. Καθετί παρατηρήσιμο συνδέεται με τις διανοητικές μας δραστηριότητες και η ενσυναίσθηση αποτελεί μια διαδικασία κατανόησης αντικειμένου ως αντικείμενο. Δεν συνδέεται δηλαδή με κάτι άλλο αλλά έχει μοναδική αξία.

Ακόμη και οι φιλόσοφοι που δε συμφωνούν με τη θεωρία του Lipps βρήκαν την ιδέα της ενσυναίσθησης αρκετά ενδιαφέρουσα, επειδή η επιχειρηματολογία του ήταν στενά συνδεδεμένη με μια συνολική κριτική αυτού που ευρύτερα εκείνη την εποχή θεωρούνταν ως την μοναδική εναλλακτική λύση, για να προκύψουν συμπεράσματα για τη γνώση και την ανάγνωση των άλλων ατόμων. Πρόκειται για το συμπέρασμα του John Stuart Mill από την αναλογία. Το συμπέρασμα είναι καλύτερα αντιληπτό ως αυτό που περιγράφονται στα βήματα τα οποία μας προσδιορίζουν τις δυνατότητές να αποδοθούν οι ψυχολογικές καταστάσεις σε άλλους ανθρώπους μέσα από την παρατήρηση της εξωτερικής συμπεριφοράς και της άμεσης εμπειρίας των ανθρώπων για την ψυχολογική κατάσταση συνυπολογίζοντας την οπτική γωνιά του πρώτου ατόμου που παρουσίασε την εν' λόγω συμπεριφορά.

Ο Lipps κάνει αναφορά σε ένα άρθρο του το 1907 ότι το συμπέρασμα από την αναλογία αποτυγχάνει θεμελιωδώς να λύσει το φιλοσοφικό πρόβλημα των άλλων

διανοιών. Ο Lipps επιχειρηματολογεί σε βάρος του συμπεράσματος από την αναλογία όχι εξαιτίας της ελλιπούς αποδεικτικής βάσης του, αλλά επειδή δεν μας παρέχει την δυνατότητα να αντιληφθούμε την βασική του προϋπόθεση ότι ένα άλλο άτομο έχει μια διανοητική κατάσταση που είναι ψυχολογικά παρόμοια με τη δική μας. Επιπρόσθετα, ευρήματα της νευρολογίας, με βάση τα οποία οι νευρώνες-καθρέφτες (κατοπτρικοί νευρώνες) διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην αναγνώριση των συναισθηματικών καταστάσεων του άλλου και στην κατανόηση του επιδιωκόμενου αποτελέσματος της συμπεριφοράς του, είναι δυνατόν να προσεγγιστούν επειδή παρέχουν εμπειρικές αποδείξεις για την ιδέα της ενσυναίσθησης του Lipps ως εσωτερική μίμηση. Με τη βοήθεια του όρου κατοπτρικοί νευρώνες οι επιστήμονες προσδιορίζουν το γεγονός ότι υπάρχει μια σημαντική ταύτιση μεταξύ των νευρολογικών περιοχών της διέγερσης που προσδιορίζουν την παρατήρηση της πράξης ενός ατόμου και στις περιοχές που είναι διεγερμένες όταν εκτελείται παρόμοια πράξη.

Ένα παρόμοιο σημείο ταύτισης ανάμεσα στις περιοχές της διέγερσης έχει επίσης βρεθεί για την αναγνώριση του συναισθήματος του άλλου με βάση τις εκφράσεις του προσώπου και τη βίωση από εμάς του ίδιου συναισθήματος. Καθώς η πρόσωπο με πρόσωπο επαφή ανάμεσα σε άτομα αποτελεί πρωταρχική θέση μέσα στα πλαίσια της οποίας τα ανθρώπινα πρόσωπα αναγνωρίζουν το ένα το άλλο ως νοήμονα όντα και αποδίδουν τις ψυχολογικές τους καταστάσεις σε άλλους, το σύστημα των κατοπτρικών νευρώνων έχει ερμηνευθεί πως έχει τον κεντρικό αιτιακό ρόλο στην εγκαθίδρυση διποκειμενικών σχέσεων ανάμεσα στα νοήμοντα πλάσματα. Έτσι ακριβώς αυτός είναι και ο λόγος που η νευρολόγος Gallese θεωρεί ότι οι κατοπτρικοί νευρώνες αποτελούν αυτό που ονομάζει κοινή πολυπλοκότητα της διποκειμενικότητας Gallese (2001) (Stueber & Karsten, 2016).

Ο Stueber (2006) ορμώμενος από την ιδέα του Lipps για μια ενσυναίσθηση ως εσωτερική μίμηση κάνει αναφορά στους κατοπτρικούς νευρώνες ως τους μηχανισμούς της βασικής ενσυναίσθησης σαν μηχανισμούς που μας δίνουν την δυνατότητα να ερμηνεύουμε άμεσα τα συναισθήματα του άλλου κάτω από το φως των εκφράσεων του προσώπου του και ότι μας δίνουν τη δυνατότητα να κατανοούμε τις κινήσεις του σώματος ως στοχευόμενες ενέργειες. (Stueber, Karsten, 2016)

Ο Carl Rogers υπήρξε ο βασικότερος υποστηρικτής της ενσυναίσθησης θεωρώντας την ως την βασικότερη ικανότητα που θα πρέπει να διαθέτει όποιος ενδιαφέρεται να βοηθήσει ψυχολογικά έναν άλλο άνθρωπο. Ο Rogers (1957) αναφέρετε στην ενσυναίσθηση ως την «...ικανότητα να αντιλαμβάνεται κάποιος τον κόσμο του άλλου σαν να ήταν δικός του κόσμος χωρίς όμως ποτέ να ξεχνάει τη διάσταση του 'σαν'». Φυσικά, με αυτήν την παρατήρηση γίνεται σαφείς αναφορά στην ανάγκη για μη συναισθηματική ταύτιση του θεραπευτή με τον θεραπευμένο. Όταν, δηλαδή, ο θεραπευτής συμπάσχει, εμπλέκει δικά του συναισθήματα στη διαδικασία της ψυχοθεραπείας, τότε δεν μιλούμε για ενσυναίσθηση, αλλά για συμπάθεια, η οποία πιθανόν να έχει τα αντίθετα αποτελέσματα (Μαλικιώση, 2003).

Μεταξύ 1979 και 2009 η ενσυναίσθηση έχει αισθητά υποχωρήσει σύμφωνα με τους Konrath, O' Brien & Hsing, (2011) οι όποιοι υποστηρίζουν πως οι διαπιστώσεις τους επιβεβαιώνονται από τις επικρατούσες κοινωνικές αρχές του ναρκισσισμού και του ατομισμού καθώς και σε μια παρακμή στις γενναιόδωρες χορηγίες και στον εθελοντισμό στις τάξεις των νέων ενηλίκων από την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα και μετά. Ακόμα, οικονομικοί λόγοι συμβάλουν στην απουσία ενσυναίσθησης. Η παγκόσμια οικονομική κρίση αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για αναγνώριση της δεινής θέσης του άλλου, εφόσον η πλειοψηφία βρίσκεται σε δύσκολη θέση. Η απουσία συμπονετικής δράσης συμβάλει και στην διάρρηξη του κοινωνικού ιστού. (Boltz et al., 2015)

Οι απαρχές της ιστορικής ενσυναίσθησης μπορούν να αναζητηθούν στον Wilhelm Dilthey (1833-1911) που αρνήθηκε την δυνατότητα μιας συστηματικής φιλοσοφίας της ιστορίας, όπως αυτή του Herder και των γερμανών ιδεαλιστών. Αυτοί υποστήριζαν ότι σκοπός της ιστορίας είναι να έχει γνώση για τους γενικούς νόμους και τα άκρα της ιστορίας. Στόχος της είναι να βρει το σύστημα ή την ενότητα πίσω από το χάος που επικρατούσε πριν.

Αντίθετα, σύμφωνα με τον Dilthey αλλά και άλλους ιστορικούς όπως ο Johann Gustav Droysen και ο Jacob Burckhardt ο στόχος της ιστορίας είναι να γνωρίσει το ιδιωτικό, να υπολογίσει τα βάθη του ξεχωριστού και μοναδικού μέσα από λεπτομερή έρευνα (Beiser, 2008). Ακόμα, για την εξήγηση του παρελθόντος ο Dilthey προσπάθησε να δημιουργήσει ένα μοντέλο ερμηνείας του εκτός της φυσιοκρατικής επεξήγησης των θετικών επιστημών. «Εξηγούμε τα φυσικά

φαινόμενα, αλλά κατανοούμε τη ζωή της ψυχής», είπε χαρακτηριστικά ο Dilthey (1961). Η διάκριση της ιστορικής μεθόδου από την αποδεικτική μέθοδο των θετικών επιστημών αναφέρετε ως ιστορικισμός και δεν αφορά μόνο στον Dilthey ο οποίος μετά βδελυγμίας αποκήρυττε αυτόν τον όρο για την προσέγγισή του στα επιστημονικά ζητήματα της ιστορίας αλλά και στον Herder που είχε ανάλογες αντιλήψεις για την αυτονομία της ιστορικής επιστήμης, αλλά τελείως διαφορετικές με τον Dilthey για το νόημα της ιστορίας (Beiser, 2008).

1.4 Επιρροή ενσυναίσθησης στην κοινωνία

Η βαθιά ριζωμένη βιοψυχολογική μας ικανότητα για ενσυναίσθηση, μολονότι μέχρι πρόσφατα υποτιμημένη (κοινωνικά) και παραμελημένη (επιστημονικά), έχει μετατραπεί στις μέρες μας σε αντικείμενο συστηματικής διερεύνησης τόσο των νευροεπιστημών όσο και της εξελικτικής ψυχολογίας. Κοινός στόχος αυτών των επιστημών είναι να αποκαλύψουν αφενός τις βιολογικές–εξελικτικές και εγκεφαλικές– προϋποθέσεις και αφετέρου τους νευροψυχολογικούς μηχανισμούς που επιτρέπουν την εμφάνισή της.

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες πλήθος νευροψυχολογικών ερευνών έχουν επιβεβαιώσει και έχουν αρχίσει να εξηγούν με επιστημονικούς όρους αυτό που ανέκαθεν γνωρίζαμε ή μάλλον διαισθανόμασταν εμπειρικά: όλες οι ανθρώπινες σχέσεις, διαπροσωπικές και κοινωνικές, βασίζονται και σε μεγάλο βαθμό επηρεάζονται από «μη λεκτικούς» και εν μέρει μη συνειδητούς κώδικες επικοινωνίας. Από τις ανεπαίσθητες αλλαγές στον τόνο της φωνής, στη στάση του σώματος, αλλά και από τις χειρονομίες ή από τις εκφράσεις του προσώπου του συνομιλητή μας καταλαβαίνουμε πολύ περισσότερα από όσα ο ίδιος μας λέει ή, ενδεχομένως, από όσα θα ήθελε να καταλάβουμε.

Για να εξηγήσουν αυτή τη «μαγική» ικανότητα να ταυτιζόμαστε ή να εισδύουμε απρόσκλητοι στις «εσωτερικές» νοητικές καταστάσεις των άλλων προσώπων, οι ειδικοί χρησιμοποιούν την έννοια «empathy», όρος που ορθά αποδίδεται ως «ενσυναίσθηση» και όχι βέβαια ως «συμπάθεια» (sympathy) ή ακόμη χειρότερα ως «εμπάθεια».

Τέλος η ύπαρξη της ενσυναίσθησης μας κάνει πιο ανεκτικούς στη διαφορετικότητα και ανοίγει τους ορίζοντες της σκέψης μας, καθώς μας κάνει πιο δεκτικούς σε διαφορετικές σκέψεις και συναισθήματα, ακόμη κι αν απέχουν πολύ από τα δικά μας.

Η ενσυναίσθηση είναι χρήσιμη σε όλους τους ανθρώπους και κυρίως σε όσους συναναστρέφονται και επικοινωνούν καθημερινά με κόσμο, όπως π.χ. δάσκαλοι, καθηγητές, γιατροί, επιχειρηματίες κλπ.

Κεφαλαίο _2: Φροντίδα στο νοσηλευτικό επάγγελμα

Στην βάση του είδους των αναγκών που επιβάλλεται να καλυφθούν για τον πληθυσμό αυτών των ατόμων που έχουν ανάγκη από φροντίδα, οι φροντιστές διακρίνονται σε επίσημους (formal carer) και ανεπίσημους (informal carer). Σύμφωνα με τον Thomas Day επίσημος φροντιστής χαρακτηρίζεται το άτομο εκείνο που προσφέρει επαγγελματικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ως υπάλληλος δημοσίου ή ιδιωτικού οργανισμού τόσο σε ιδρύματα, όπως είναι τα κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων, όσο και στο σπίτι του ατόμου που απάτητε να φροντίζεται. Παραδείγματα τέτοιων είναι οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, και το επαγγελματικά εκπαιδευμένο προσωπικό πάνω στα ζητήματα αυτά που σχετίζονται με την υγεία του άτομο είτε διανοητική-ψυχολογική είτε σωματική.(ΥΓΕΙΑ- ΕΕ, χ.χ.).

Από την άλλη πλευρά ως ανεπίσημος φροντιστής προσδιορίζεται εκείνο το άτομο το οποίος παρέχει φροντίδα στον άτομο που την χρειάζεται χωρίς να λαμβάνει οικονομική αποζημίωση (Galicchio, et al., 2002). Οι ανεπίσημοι φροντιστές στις περισσότερες των περιπτώσεων είναι οικογένεια όπως ο σύζυγος, τα παιδιά, τα αδέρφια κ.α, ουσιαστικά άτομα του ευρύτερου κοινωνικού κύκλου του ηλικιωμένου (φίλοι, γείτονες, συγγενείς) ή εθελοντές (Ιωαννίδου,κ.ά., 2009). Ανεπίσημος φροντιστής έχει την δυνατότητα να γίνει οποιοσδήποτε άτομο δεδομένου ότι υπάρχουν φροντιστές από όλα τα κοινωνικά επίπεδα, τις κουλτούρες και τις ηλικίες. (Τμήμα Ψυχικής Υγείας,2002). Όταν γίνεται αναφορά στην ανεπίσημη φροντίδα που προσφέρει ένα άτομο σε κάποιο μέλος της οικογένειας του, το οποίο είναι εξαρτώμενο από αυτό, μπορεί να προσδιορίζεται και ως «οικογενειακός φροντιστής».

2.1.1 Ορισμός του φροντιστή

Φροντιστής θα ήταν δυνατόν να χαρακτηριστεί εκείνο το άτομο που προσφέρει υποστήριξη, είτε με την μορφή εθελοντισμού είτε με αμοιβή, σε έναν άνθρωπο που δεν έχει την δυνατότητα να καλύψει βασικές του ανάγκες, τόσο για την ικανοποίηση των αναγκών του σε επίπεδο καθημερινής λειτουργικότητας, όσο και σε επίπεδο συντροφικότητας και συναισθηματικής κάλυψης (Triantafyllou, et al.,2006). Η παροχή φροντίδας «caregiving» προσδιορίζεται από τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου (Vitaliano, et al., 2003 και Parks and Novielli, 2003).

Η μη παροχή φροντίδας, θα δημιουργούσε στα άτομα αρκετές δυσκολίες σε πολλές καταστάσεις της καθημερινότητας τους, ενώ κάποιοι από αυτούς ίσως μην είχαν την δυνατότητα επιβίωσης, όπως στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων ατόμων, ατόμων με κινητικά πρόβλημα, ατόμων με διανοητικά προβλήματα και ατόμων με ειδικές ανάγκες κ.α.

Ολοκληρώνοντας την παράγραφο θα μπορούσε να υιοθετηθεί μια γενικότερη αποδοχή για τον όρο του φροντιστή που να περιλαμβάνει την παροχή ασυνήθιστης φροντίδας η οποία ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού ή του συνηθισμένου στις οικογενειακές σχέσεις. Στην πλειοψηφία τους, οι οικογενειακοί φροντιστές, δεν αναλαμβάνουν το ρόλο του φροντιστή από επιλογή, αλλά λόγω καταστάσεων (The Princess Royal Trust for Carers,2009).

Για μερικούς ανθρώπους, η φροντίδα προσδιορίζεται ως σταδιακό φαινόμενο. Για άλλους, αυτό μπορεί να συμβεί από την μια στιγμή στην άλλη. Οι φροντιστές μπορεί να απασχολούνται με πλήρη μορφή ή μερικώς. Τα τελευταία χρόνια, ο ρόλος του φροντιστή αναλαμβάνεται κυρίως από μετανάστες, που προσδιορίζονται ως ανειδίκευτοι φροντιστές ειδικά σε περιπτώσεις μακροχρόνιας φροντίδας. Το οικονομικό κόστος καλύπτεται, συνήθως, από τις συντάξεις των ηλικιωμένων και επιδόματα ατόμων με αναπηρίες. Στο μέλλον όμως είναι πολύ πιθανό να μην υπάρχει αυτή η δυνατότητα εξαιτίας των χαμηλών συντάξεων και των περικοπών των επιδομάτων στα πλαίσια της ανακατανομής του κοινωνικού κράτους. Ακόμα σε αυτή την περίπτωση φροντίδας αντιμετωπίζονται ζητήματα χώρου, προβλήματα συγκατοίκησης αλλά και ουσιαστικής επικοινωνίας, αφού πολλοί φροντιστές δεν

γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα αλλά και γενικότερα την ελληνική κουλτούρα. (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007).

2.1.2 Προσδιοριστικά στοιχεία φροντιστών σε χώρες της Ε.Ε.

Η παροχή φροντίδας και η διαθεσιμότητα των ατόμων που δραστηριοποιούνται ως ανεπίσημοι φροντιστές σε κάθε χώρα είναι συνάρτηση αρκετών στοιχείων που συσχετίζονται με την παράδοση, τις νομικές αρμοδιότητες, την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική πολιτική, τον προϋπολογισμό που διαμορφώνει το κάθε κράτος, το πόσο πλούσιο είναι ένα κράτος αλλά και τις δημογραφικές τάσεις όσον αφορά τα επίπεδα γονιμότητας και το προσδόκιμο ζωής. Σαφώς και διακρίνονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, ως προς τον τρόπο οργάνωσης και την παροχή της φροντίδας. Οι χώρες που προσδιορίζονται από την τάση για ανεπαρκή χρηματοδότηση του κράτους πρόνοιας, όπως για παράδειγμα η χώρα μας και η Ισπανία, σχετίζονται με χαμηλή παροχή υπηρεσιών, ενώ στις χώρες με πολύ υψηλή φορολογία, όπως για παράδειγμα οι σκανδιναβικές χώρες, καταγράφεται υψηλή ζήτηση για υψηλές υπηρεσίες. Παρ' όλα αυτά, σε αρκετές χώρες, όπως στην Αυστρία, το Βέλγιο και την Ιταλία, το 70-80% της προσοχής έχει δοθεί από τους φροντιστές της οικογένειας, στην ουσία δηλαδή από ανεπίσημους φροντιστές. Αυτό είναι αντίθετο με τα στοιχεία από τις σκανδιναβικές χώρες που αναφέρουν ότι λιγότερο από το 55% των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας λαμβάνουν οικογενειακή υποστήριξη.

Στην χώρα μας η οικογένεια διατηρεί την κατάσταση της φροντίδας των ηλικιωμένων, ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί ή νοσηλεύονται σε ιδρύματα. Οι περισσότεροι αντιλαμβάνονται ότι κάνουν ό,τι θα έκανε οποιοσδήποτε στη θέση τους. Σε αρκετές περιπτώσεις φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, απαιτείται πολύωρη φροντίδα και με βάση τη σοβαρότητα της ψυχικής,

σωματικής και νοητικής κατάστασης του φροντισμένου απαιτούνται μεταβολές στη οικογενειακή δομή (Taub and Bertolucci, 2004).

Το ζήτημα των οικογενειακών φροντιστών έχει τεθεί ελάχιστα σε συζήτηση και αναλυθεί πολύ λίγο στην Ελλάδα και αυτό λόγω του ότι η κοινή γνώμη θεωρεί ότι οι οικογένειες είναι υποχρεωμένες και η ικανότητα παραδοσιακής παροχής άτυπης φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη τους αποτελεί ένα συνδυασμό αυτό των δυο στοιχείων. Ακόμα, επικρατεί η αντίληψη ότι η φροντίδα προσδιορίζει ένα αναπόφευκτο γνώρισμα της οικογενειακής ζωής και χαρακτηρίζεται ως καθήκον. Οι Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου (1993) για την φροντίδα των εξαρτώμενων ηλικιωμένων ατόμων, αναφέρουν στις περισσότερες περιπτώσεις αναλαμβάνουν κυρίως οι σύζυγοι και τα παιδιά. Οι σύζυγοι ως φροντιστές, στις περισσότερες χώρες συνηθίζεται να προσφέρουν βοήθεια στους συζύγους, στο σύντροφο τους που έχει υποστεί κάποια βλάβη. Ενώ οι γυναίκες τείνουν να βοηθήσουν τους συζύγους τους ανάμεσα στις άλλες οικιακές τους υποχρεώσεις, η παροχή φροντίδας από έναν άντρα πιθανόν να οδηγήσει σε απόκτηση νέων επιδεξιότητων που σχετίζονται με την φροντίδα: όπως για παράδειγμα το νοικοκυριό και το μαγείρεμα. Αυτό αποτελεί ίσως ένα λόγο που εξηγεί ότι σε μερικές ευρωπαϊκές χώρες οι μελέτες αναφέρουν ότι όπου υπάρχουν υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι, στη διάθεση των ηλικιωμένων και των φροντιστών, οι γυναίκες φροντιστές τείνουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών αυτών δυσανάλογα λιγότερο. Στην περίπτωση που τα παιδιά αναλαμβάνουν την φροντίδα προς έναν εξαρτημένο γονέα τους, είναι δυνατόν να προκύψουν δυσκολίες εάν δεν κατοικούν σε σχετικά κοντινή απόσταση. Εάν μάλιστα ο βαθμός εξάρτησης είναι σημαντικός αυξάνουν οι πιθανότητες συγκατοίκησης. Στις περισσότερες περιπτώσεις το ηλικιωμένο πρόσωπο επιβάλλεται να μετακινηθεί, ιδίως όταν τα ίδια τα παιδιά εργάζονται ακόμα ή ασχολούνται με τη φροντίδα των δικών τους παιδιών ή εγγονιών.

Η κατοικία μπορεί να παρουσιάζει δυσλειτουργίες μεγέθους για την φιλοξενία ενός επιπλέον εξαρτημένου ηλικιωμένου ατόμου. Ακόμα, είναι ενδεχόμενο, τα συνολικά εισοδήματα που μπαίνουν στο σπίτι να μην επιτρέπουν την ενοικίαση μεγαλύτερου διαμερίσματος. Όλα συντελούν στο να γίνεται η συγκατοίκηση δυσκολότερη. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι κόρες και οι νύφες αναλαμβάνουν τη φροντίδα για τα εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Ενώ θα ήταν δυνατόν να αναλαμβάνουν και οι γιοι σημαντικά καθήκοντα φροντίδας, εντούτοις το σημαντικότερο μέρος του βάρους πέφτει στις γυναίκες. Κάτι τέτοιο συμβαίνει ως επί

το πλείστον σε ευρωπαϊκές χώρες αν και η αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας και η αλλαγή του ρόλου τους στα πλαίσια της οικογένειας και της κοινωνίας έχει κάνει αρκετούς να απορούν για τις συνέπειες που θα προκαλέσει η διαιώνιση της προσφοράς φροντίδας από τις γυναίκες, χωρίς ανταμοιβή και αναγνώριση.

Για μερικά εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν παντρευτεί ποτέ ή που έχουν ήδη χηρεύσει, κάποιο από τα αδέρφια τους είναι δυνατόν να αποτελούν το βασικό τους φροντιστή. Η σημερινή γενιά των ηλικιωμένων προέρχεται στις περισσότερες περιπτώσεις από πολυμελείς οικογένειες και αρκετά αδέρφια και έχουν συγκατοικήσει για πολλά χρόνια στο πατρικό τους. Και στην περίπτωση αυτή, οι γυναίκες αναλαμβάνουν την κύρια ευθύνη φροντίδας.

Ακόμα άλλοι συγγενείς πιθανόν να αναλάβουν συγκεκριμένα καθήκοντα φροντίδας, ειδικά στην περίπτωση που δεν υπάρχουν στενοί συγγενείς ή για την ενίσχυση του κύριου φροντιστή. Είναι αρκετά δύσκολο να αναλάβουν το αποκλειστικό φόρτο της φροντίδας, εκτός εάν υπάρχει από πριν μια ρητή συμφωνία.

Η ανεπίσημη υποστήριξη που παρέχεται εθελοντικά από τους γείτονες εκδηλώνεται και είναι πολύεπίπεδη από την φύλαξη ενός ατόμου που έχει ανάγκη φροντίδας, την προετοιμασία φαγητού, την πληρωμή λογαριασμών μέχρι και συναισθηματική συμπαράσταση.

Σε περίπτωση ανάγκης για παροχή φροντίδας, η έλλειψη ενός άμεσου φροντιστή είναι δυνατόν να συμβάλει μερικώς στην ανάπτυξη συγκεκριμένων σχέσεων με στενούς φίλους ή γείτονες, μακρινούς συγγενείς ή συγχωριανούς με αντάλλαγμα την κληροδότηση προς αυτούς ιδιοκτησίας ή χρηματικής αμοιβής. Οι ρυθμίσεις αυτές είναι αρκετά πιθανόν να είναι αντικείμενο ανήθικης συναλλαγής, ενώ τα παιδιά που μετέχουν σε αυτές επιπλέον είναι δυνατόν να αντιμετωπίσουν νομικά προβλήματα στο δικαίωχο των παροχών μετά το θάνατο του ηλικιωμένου προσώπου. Η άτυπη φροντίδα αποτελεί ως επί το πλείστον εργασία των γυναικών, είτε ως παιδιά, αδελφή, σύζυγος, φίλη ή γειτόνισσα. Χαρακτηριστικά, είναι τα ενδεικτικά ποσοστά των γυναικών φροντιστών, στην Ισπανία αποτελεί το 83%, στο Λουξεμβούργο το 94,2% , στη Γερμανία και στην Ιταλία αντίστοιχα, το 81%. Το ίδιο μεγάλα ποσοστά παρατηρούνται και στην χώρα μας(80,9%) (Mestheneos and Triantafillou, 2006). Όσων αφορά τη γυναικάς που αναλαμβάνει χρέη φροντιστή,

υπολογίζεται ότι είναι ηλικίας 45-65 χρόνων (Stathopoulos and Amera,1992). Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες προσδιορίζεται ως ένα ευάλωτο άτομο για λόγους που αφορούσαν την έλλειψη σχετικής μόρφωσης και οικονομικής εξάρτησης.

Ο ρόλος του φροντιστή, σε αρκετές περιπτώσεις σχετίζεται με ταυτόχρονη εργασία στο σπίτι, είναι ενδεικτική η περίπτωση της άσκησης του επαγγέλματος της μοδίστρας ή και εκτός σπιτιού χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της ελληνίδας αγρότισσα, χωρίς όμως να προσδιορίζονται σε αυτά επαγγελματικά δικαιώματα και βέβαια και μελλοντικά αντίστοιχα συνταξιοδοτικά, λόγω του γεγονότος ότι δεν αποτελούσαν άμισθη εργασία. Οι παράγοντες αυτοί είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην πολιτική της οικογένειας, στην ισότητα των ατόμων και στην προώθηση της συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας και κατ' επέκταση στην οικονομική και κοινωνική ανεξαρτησία. Η σημερινή εικόνα της γυναίκας είναι προφανώς διαφοροποιημένη και ως βασικοί λόγοι προβάλλονται η οικονομική της ανεξαρτησία, η ένταξή της στο εργατικό δυναμικό, η μόρφωσή της, οι κοινωνικές παροχές και τα ανάλογα προγράμματα, μέσω των οποίων της προσφέρθηκε η δυνατότητα να «αποδεσμευτεί» ως ένα βαθμό από τον ρόλο που της είχε ανατεθεί αυτόν του φροντιστή. (Τεπέρογλου, 2010). Παρ' όλο που οι γυναίκες αποτελούν στην πλειονότητα των φροντιστών καθώς δίνουν 2,5 φορές περισσότερη φροντίδα από τους άνδρες, τα τελευταία χρόνια διακρίνεται μια αύξηση του αριθμού των ανδρών φροντιστών, κυρίως των συζύγων. Παρόλα αυτά, όπου η φροντίδα που παρέχεται από ένα άτομο σε ένα άλλο, στην περίπτωση αυτή προσδιορίζεται μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ των φύλων, για παράδειγμα στην Πολωνία και την Ελβετία αναφέρονται ίσες αναλογίες, σε άνδρες φροντιστές της οικογένειας, σε ηλικιακές ομάδες άνω των πενήντα ετών, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν έχουν αναφερθεί διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλων στην οικογενειακή φροντίδα. Στην Ιταλία, το 10% της οικογενειακής φροντίδας δόθηκε από ανθρώπους που ήταν οι ίδιοι άνω των 80 ετών (Mestheneos and Triantafyllou, 2006). Οι κοινωνικές αλλαγές στην οικογενειακή ζωή και στις οικογενειακές σχέσεις στην Ευρώπη δείχνουν συχνά να έχουν επίδραση και στη διαθεσιμότητα των φροντιστών της οικογένειας. Στην Ισπανία, οι συγγενείς βρίσκονται στο 14% της φροντίδας, ενώ οι γείτονες και οι επιστάτες παρέχουν 5,6% και οι φίλοι 4%. Στην Ουγγαρία, και στις αγροτικές περιοχές, το 19,2% των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας επικαλείται φίλους και το 34,4% γείτονες. Στην Τσεχική Δημοκρατία 16% επικαλείται φίλους και 10% άλλους συγγενείς. Ενώ σε χώρες όπως

η Γερμανία, η Ελλάδα, η Μάλτα, η Πολωνία, η Σλοβενία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο ο εθελοντισμός είναι για την φροντίδα ηλικιωμένων και μη αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι των φροντιστών (Mestheneos and Triantafillou, 2006).

Είναι αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό, και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι ανυπολόγιστο. Στους εργαζόμενους φροντιστές διακρίνεται συχνά σημαντική κούραση από το διπλό φόρτο εργασίας και φροντίδας, γεγονός που τους υποχρεώνει να περιορίσουν το ωράριο εργασίας, να μεταβάλουν την απασχόληση, ακόμη και να δηλώσουν παραίτηση από την εργασία τους, την οποία έπειτα είναι αρκετά δύσκολο να ανακτήσουν εκ νέου όταν διακοπεί η φροντίδα. Επίσης, πολλά ψυχολογικά προβλήματα πηγάζουν από την μακρόχρονη φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή και γενικότερα από την φροντίδα που προκύπτει προς ένα άτομο που την έχει ανάγκη. Έτσι η κατά διαστήματα υποστήριξη, ανακούφιση του φροντιστή, αποτελεί το μοναδικό φάρμακο. Όσο μεγαλύτερο χρόνο οι πρωτοβάθμιοι φροντιστές παραμένουν υγιείς, τόσο περισσότερο θα έχουν την ανεξαρτησία τους, θα απολαμβάνουν τη ζωή τους και θα είναι σε θέση να παρέχουν καλής ποιότητας φροντίδα.(ΥΓΕΙΑ- ΕΕ, 2011).

2.1.3 Πρόσβαση σε επαρκή μακροχρόνια μέριμνα

Σαν γενικότεροι κοινωνική αρχή έχει επικράτηση μια συμφωνία ότι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν θα πρέπει να διακρίνεται από εμπόδια και την δυνατότητα κάποιου να δαπανά χρήματα ή βρίσκεται σε συνάρτηση με εισόδημα και τον πλούτο του ατόμου. Η ανάγκη για μέριμνα, προσιδιάζει μέρος του γενικότερου πολύτιμου μας και δεν θα πρέπει να οδηγεί σε ένδεια ή οικονομική εξάρτηση. Παρόλα αυτά, τα καθολικά δικαιώματα δεν είναι δεδομένο ότι πάντα έχουν συνολική εφαρμογή στην πρόσβαση και οι ανισότητες και τα εμπόδια είναι διαρκώς παρόντα και συνεχίζουν να υπάρχουν. Τα εμπόδια εντοπίζονται σε ζητήματα έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και ορισμένων ειδών μέριμνας έως τον χρόνο αναμονής, την ελλιπή ενημέρωση και τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες. Οι οποίες μπορεί να ποικίλλουν ανά περιφέρεια μέσα στην ίδια χώρα και όχι απλώς ανάμεσα στα κράτη μελή της Ε.Ε.

Η παροχή διαρκούς μέριμνας την οποία έχουν ανάγκη άτομα μπορεί να προσδιορίζεται από σημαντικές δυσκολίες. Οι προσπάθειες σε ορισμένες χώρες να

προσφέρουν βοήθεια στους ασθενείς ώστε να ανακτήσουν τη μέγιστη αυτόαρκεία για αποκατάσταση, μπορούν να αποτύχουν όταν στοιχεία της μακροχρόνιας μέριμνας δεν θεωρούνται επιλέξιμα για αποζημίωση σε κάποια κοινωνικά συστήματα ασφάλειας υγείας. Το κόστος αποτελεί επίσης έναν ακόμα φραγμό, κυρίως για της κοινωνικές τάξεις με χαμηλά εισοδήματα που πιθανόν θα πρέπει να καλύψουν μόνες τους τμήματα εν λόγω δαπάνες. Αρκετές χώρες, όπως η Εσθονία, η Ιρλανδία και η Κύπρος, έχουν εισαγάγει το σύστημα των συνολικών πληρωμών για τη μακροχρόνια μέριμνα.

Στη Γερμανία, ένα σημαντικά μικρό αλλά αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού κοντά στο 1 %, έχει συνάψει προαιρετική ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση για να συμπληρώσει τα έξοδα όπως η αμοιβή διαμονής σε οίκους ευγηρίας. Αυτή η ασφάλιση ισχύει επιπρόσθετα σε συγκεκριμένους μηχανισμούς ασφάλισης μακροχρόνιας μέριμνας και κοινωνικής υποστήριξης. Διακρίνονται διάφορα προγράμματα για τον περιορισμό των άμεσων εξόδων μέριμνας για τους ιδιώτες, τα οποία περιλαμβάνουν:

- Εξαιρέσεις από κοινού πληρωμών και από κοινού πληρωμές με βάση τον εισόδημα.
- Επιπλέον επιδόματα οικονομικής στήριξης και πρόνοιας στους ηλικιωμένους, στα εξαρτώμενα μέλη, στους ανάπηρους και στους χρόνια νοσούντες.
- Κρατική κάλυψη της μακροχρόνιας μέριμνας για νοικοκυριά που διαθέτουν μικρά εισοδήματα.
- Ομοιομορφία των από κοινού πληρωμών σε εθνικό επίπεδο.
- Κρατικές επιχορηγήσεις για την χρησιμοποίηση ιδιωτικών υπηρεσιών.

Υπάρχει μια γενική τάση αποφυγής της φροντίδας η οποία παρέχεται στα ιδρύματα, με εξαίρεση αυτούς που έχουν σοβαρές αναπηρίες και στροφή στην ανάπτυξη ειδικά προσαρμοσμένων υπηρεσιών κατ' οίκον και κοινοτικής φροντίδας. Η σύγχρονη τεχνολογία, μέσα από την χρήση ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, συστημάτων τηλεπαρακολούθησης, τηλεϊατρικής και ανεξάρτητης διαβίωσης, συμβάλει σημαντικά στην βελτίωση των υπηρεσιών φροντίδα κατ' οίκον ή στην κοινότητα. Η μετατόπιση της έμφασης προσφέρει τη δυνατότητα στα άτομα να έχουν μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής σε σχέση με τη φροντίδα που είναι απαραίτητη. Ως

αποτέλεσμα αυτών των πρακτικών είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την δυνατότητα να διαβιούν σε ένα οικείο περιβάλλον στο δικό τους σπίτι, κοντά στους οικείους τους, για όσο το δυνατό μεγαλύτερο διάστημα, ενώ υπάρχει η εφεδρεία της ιδρυματικής μέριμνας, στην περίπτωση που κριθεί απαραίτητο. Για την γενικότερη επιτυχία αυτού, είναι αναγκαία η προσεκτική συνεργασία ανάμεσα στις κρατικές, περιφερειακές και τοπικές αρχές καθώς και εποικοδομητικές συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα και τον εθελοντικό τομέα. Η αδυναμία ανάπτυξης μια πιο γενικής και ολοκληρωμένης προσέγγισης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε κατακερματισμό ανάμεσα στις υπηρεσίες και σε διοικητικά προσκόμματα που διογκώνουν τις δυσκολίες των ατόμων να λάβουν τη μέριμνα που έχουν ανάγκη.

Για παράδειγμα, τα άτομα που λαμβάνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο επιβάλλεται να είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση σε εξατομικευμένη παροχή κατ' οίκον φροντίδας ή να λαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες στο πλαίσιο ενός κοινοτικού χώρου. Στη περίπτωση που δεν υπάρχει παρόμοια πρόβλεψη παρακολούθησης, η δυνατότητα πρόσβασης σε εξατομικευμένα μακροχρόνια μέριμνα είναι περιορισμένη. Στην Γερμανία το ζήτημα αντιμετωπίζεται αναθέτοντας στους υπεύθυνους διαχειριστές τους ασθενείς που χρειάζονται φροντίδα μεταφοράς όταν είναι αναγκαίο να μετακινηθούν από το νοσοκομείο στο σπίτι τους ή σε κάποιο άλλο ίδρυμα. Από το 2008, αυτό θα περιλαμβάνει όλα τα πιθανά μέρη της οργάνωσης της μακροχρόνιας μέριμνας για την υποστήριξη ατόμων και συμβούλους μέριμνας που θα επισκέπτονται τους ασθενείς όποτε λαμβάνουν φροντίδες.

(Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, Νοέμβριο 2010, συνοδευτικός οδηγός)

2.2 Ανεπίσημη φροντίδα

Η παροχή φροντίδας στηρίζεται στο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και στην πεποίθηση ότι όλοι οι άνθρωποι, μόνο και μόνο με την ιδιότητα του ανθρώπου έχουν το βασικό δικαίωμα να δέχονται το μεγαλύτερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής στήριξης. Στοιχείο που απορρέει τόσο από ένδειξη πολιτισμού αλλά και

αξιών που πρέπει να διέπει το ανθρώπινο είδος. Η βασική αποστολή της φροντίδας είναι η προώθηση της ανεξαρτησίας, διεκδικώντας για το άτομο που τη απολαμβάνει την πιο λειτουργική κατάσταση που προκύπτει ως σωματική, διανοητική, συναισθηματική αλλά και πνευματική. Χαρακτηριστικές είναι οι αναφορές των (Pearlin at. el,1990) όσων αφορά την διάκριση της φροντίδα στην βάση δυο στοιχείων: το συναισθηματικό, το οποίο προσδιορίζει την αίσθηση της υποχρέωσης ενός ατόμου για την ευημερία κάποιου άλλου και την καθαυτή προσφορά της φροντίδας, η οποία διακρίνεται ως η συμπεριφορά έκφραση αυτής της υποχρέωσης.

Από την άλλη πλευρά ο (Mayeroff, 1971), αναφέρετε στην παροχή φροντίδας η οποία υποκινείται και προσφέρει ουσία και νόημα στη ζωή των ανθρώπων που την προσφέρουν. Σημαντικό είναι ότι μέσα από ορισμένες συνθήκες όμως, η φροντίδα αλλάζει προσδιοριστικά στοιχεία από τη συνηθισμένη ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε ανθρώπους, σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανομημένο βάρος. Χαρακτηριστικό της φροντίδας είναι ότι βιώνεται ως μια περίπλοκη συναισθηματική σχέση μεταξύ δυο ανθρώπων, του φροντιστή και τον δέκτη της φροντίδας (Carter and Carter, 1994).

Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας κάθε ανθρώπου, η ποιότητα ζωής και η ευημερία επιβάλλεται να αποτελούν πρωτεύοντα στοιχεία γραμμή όλων των αποφάσεων που σχετίζονται με τη φροντίδα. Η αρχή της αξιοπρέπειας και του σεβασμού προς το άτομο που έχει ανάγκη την φροντίδα είναι ζήτημα που θα πρέπει να είναι σε γνώση των φροντιστών. Σημαντικό θεωρείται, οι φροντιστές να έχουν υπόψη τους ότι οποιαδήποτε έλλειψη ή απώλεια σωματικής λειτουργίας και νοητικής, σε καμία περίπτωση δεν επιδρά στην ανθρώπινη φύση του δέκτη φροντίδας. Τα καθήκοντα και ο ρόλος του φροντιστή δεν είναι να διακρίνονται από στατικότητα και είναι πιθανόν να μεταβληθούν κατά καιρούς στην βάση των αναγκών του δεκτη της φροντίδας. Οι ανάγκες που απαιτεί η φροντίδα του ψυχικά ασθενή ατόμου δεν διακρίνονται από μεταβλητότητα. Οι συνθήκες διαφοροποιούνται, προς το καλό ή προς το χειρότερο και αυτό απαιτεί διαρκώς εξελισσόμενες αντιδράσεις, κάτι που επιταχύνεται με συστηματική αξιολόγηση των αναγκών, ώστε να ανταποκρίνονται στο σχεδιασμό της φροντίδας. Οι φροντιστές προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, από την απλή βοήθεια, όπως για παράδειγμα τα ψώνια, μέχρι πολύπλοκες όπως τη διαχείριση της φροντίδας υγείας. Το είδος της φροντίδας που προσφέρει ένας φροντιστής συμπεριλαμβάνει:

- Κάλυψη καθημερινών αναγκών όπως είναι η καθαριότητα, τα ψώνια, η προετοιμασία φαγητού, η μετακίνηση εντός σπιτιού, η προσωπική φροντίδα, το μπάνιο κ.α.
- Οικονομική όπως η πληρωμή λογαριασμών, η αγορά φαρμάκων, η διατροφή και άλλα έξοδα.
- Συναισθηματική όπως η παρέα, κουβέντα και η συντροφιά.

Σχετικά με τη διαχείριση του πόνου οι φροντιστές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με αποφάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση του, όπως τον προσδιορισμό της δοσολογίας ή την αλλαγή του είδους των φαρμάκων και να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία για την χορήγησή τους. Αρκετοί φροντιστές λαμβάνουν αποφάσεις που αφορούν το χρόνο χορήγησης των φαρμάκων και την αύξηση των μεσοδιαστημάτων, σε περιπτώσεις που κρίνουν ότι είναι επιβεβλημένη η μείωση του πόνου ή των κρίσεων. Και εδώ προκύπτει ζήτημα, γιατί αρκετά από αυτά τα καθήκοντα καλούνται να αναλάβουν άτομα που οι συνηθισμένοι ρόλοι τους δεν σχετίζονται με την φροντίδα και συνήθως με ελάχιστη προετοιμασία. Σύμφωνα με τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν και ίσως φτάνουν στο σημείο να εξαρτώνται από τους άλλους για υποστήριξη και φροντίδα, εξακολουθούν να έχουν το δικαίωμα να ζητούν από τους άλλους να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια τους, τη σωματική και πνευματική ευεξία τους, την ελευθερία και την ασφάλεια τους. Σε ορισμένες έρευνες, η φροντίδα αυτή διαιρείται σε άμεση και έμμεση. Η άμεση περιλαμβάνει την παροχή της σωματικής φροντίδας την επίβλεψη και την καταγραφή των αντιδράσεων του ασθενούς στις μεταβολές των παρεμβάσεων. Κάποια παραδείγματα άμεσης φροντίδας αποτελούν, η προετοιμασία γεύματος μεταφορά ασθενούς, η χορήγηση φαρμάκων, η επικοινωνία με τους γιατρούς, η αξιολόγηση και διαχείριση συμπτωμάτων, το ντύσιμο ασθενούς, η βοήθεια στη μεταφορά με ασθενοφόρο και βοήθεια για έγερση. Η έμμεση φροντίδα περιλαμβάνει την ανάλυση των προαναφερθέντων ευθυνών του ασθενούς, όπως ψώνια, φροντίδα σπιτιού, μαγείρεμα, πλύσιμο, οικονομική διαχείριση, ικανότητα οργάνωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς και διαχείριση επώδυνων συναισθημάτων. Οι φροντιστές επιβάλλεται να είναι ενήμεροι για το σημαντικό ρόλο τους στην προστασία των εξαρτημένων ατόμων. Τα άτομα αυτά, θα πρέπει να έχουν γνώση ότι είναι καθήκον τους να προστατεύουν την ευεξία των ατόμων που δέχονται τη φροντίδα και να τους στηρίζουν ώστε να νοιώθουν ασφαλείς

και σιγουριά. Η εχεμύθεια χαρακτηρίζεται ως κάτι δεδομένο και αποτελεί προϋπόθεση για την διατήρηση της εμπιστοσύνης ανάμεσα στο άτομο και τον φροντιστή του. Ακόμα όταν οι εγκαταστάσεις, όπως δωμάτια και τουαλέτες που είναι κοινόχρηστα, οι φροντιστές είναι υποχρεωμένη να εξασφαλίζουν ότι υπάρχει σεβασμός τις ιδιωτικής ζωής του χρήστη και ότι η προσωπική φροντίδα όπως το πλύσιμο, η χρήση της τουαλέτας, πραγματοποιείται πάντα με κλειστή την πόρτα ή έστω ελέγχεται προσεκτικά η περιοχή από την παρουσία παρακολούθηση άλλων ατόμων. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και τα ηλικιωμένα άτομα που απαιτούν μακροχρόνιας φροντίδας διακρίνουν την αυτονομία τους να φθίνει. Οι παράγοντες που ίσως είναι υπεύθυνοι είναι οι περιορισμοί που συνήθως επιβάλλονται από τους παροχούς φροντίδας, καθώς και ο περιορισμένος χρόνος που έχουν στην διάθεση τους οι φροντιστές. Η διατήρηση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας του ατόμου που λαμβάνει φροντίδα επιβάλλεται να αποτελεί ένα από τα βασικά μελήματα του φροντιστή. Για παράδειγμα η σχεδίαση ενός προσωπικού χρονοδιαγράμματος που είναι δυνατόν να περιλαμβάνει τις ώρες αφύπνισης, γευμάτων και ύπνου θα πρέπει να συγχρονίζεται, με τις επιθυμίες του φωτιζόμενου ατόμου όσων το δυνατόν καλύτερα. Οι φροντιστές είναι απαραίτητο να συσχετίζουν τα άτομα στην παροχή φροντίδας τους, οποτεδήποτε προκύπτει αυτή η δυνατότητα. Θα πρέπει όλο και περισσότερο και φυσικά όσο αυτό είναι εφικτό, να προσφέρουν κίνητρα στα εξαρτώμενα άτομα να τρώνε και να πεινούν από μόνοι τους, ανεξάρτητα από το χρόνο και την υποστήριξη που έχουν ανάγκη.

Σχετικά με την κινητικότητα οι φροντιστές είναι αναγκαίο να ενθαρρύνουν τα φροντιζόμενα άτομα να πραγματοποιούν κάποιες ενέργειες όπως μία βόλτα στη αγορά για τα ψώνια ή βοήθεια στην προετοιμασία γευμάτων τους. Ο χώρος διαμονής τους πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος έτσι ώστε να συμβάλει στην ώθηση για κίνηση τους. Επίσης θα πρέπει να τους προσφέρετε η δυνατότητα να εκφέρουν τις απόψεις τους όσων αφορά ζητήματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους και τον τρόπο που τους παρέχετε η φροντίδα.

Για παράδειγμα σε περίπτωση που το άτομο αυτό δεν έχει την δυνατότητα παρασκευής ενός γεύματος, επιβάλλεται από τον φροντιστή να ρώτα για τις προτιμήσεις του, ανεξάρτητα από τη σύνθεση των γευμάτων του. Με το πέρασμα των χρόνων, οι κοινωνικοί δεσμοί των εξαρτημένων ατόμων καταγράφουν φθίνουσα πορεία οπότε σε αρκετές περιπτώσεις μέσα στα καθήκοντα του φροντιστή

συγκαταλέγεται και η ενθάρρυνση για επικοινωνία και κοινωνική συμμετοχή. Συνεπώς σημαντικό είναι να προσφέρονται ευκαιρίες συνάντησης σε προσιτούς δημόσιους χώρους, όπου όλες οι γενιές έχουν την δυνατότητα να συνευρεθούν μαζί με ψυχικά ασθενείς και άτομα τρίτης ηλικίας. Η έλλειψη συμμετοχής και η κοινωνική επιρροή είναι δυνατόν να οδηγήσει σε απομόνωση αδράνεια και πεσιμιστικά συναισθήματα. Παράγοντες που συνδυαστικά με τα προϋπάρχουσα προβλήματα συσσωρεύουν αρνητικής ψυχολογικής κατάστασης. Επομένως οι άνθρωποι θα πρέπει να ενδυναμώνονται ώστε να αναλαμβάνουν τον έλεγχο των θεμάτων που σχετίζονται με αυτούς και να είναι ανεξάρτητοι στη καθημερινότητα τους, όσο αυτό είναι εφικτό. Τυπικά η παροχή φροντίδας συμπεριλαμβάνει και την επένδυση χρόνου ενέργειας και χρημάτων για μακροπρόθεσμα διαστήματα, περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες πιθανόν να μην είναι ευχάριστες, δύσκολες κουραστικές και ψυχολογικά στρεσογόνες ή σωματικά εξαντλητικές. Το σημαντικότερο όμως για όλους τους φροντιστές είναι να αντιληφθούν πως για να έχουν την δυνατότητα να φροντίσουν όσο το δυνατόν καλύτερα το εξαρτώμενο άτομο επιβάλλεται να αντιμετωπίζουν τα δικά τους συναισθήματα και να μην παραμελούν τον εαυτό τους καθώς οι ανάγκες των φροντιστών και των αποδεκτών φροντίδας είναι αλληλοσυσχετιζόμενες. Επομένως όση σπουδαιότητα έχει η αναγνώριση και η εκτίμηση των αναγκών των ατόμων άλλο τόση έχει και των φροντιστών, για τη δημιουργία μιας ποιοτικής και ουσιαστικής σχέσης μεταξύ αυτών των δύο ατόμων (Κυριακίδου, 2008).

2.3 Λόγοι ανάληψης οικογενειακής φροντίδας

Η περιορισμένη κρατική κοινωνική πρόνοια και υποστήριξη από κράτος σε άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα στην Ελλάδα είναι εμφανής. Η Νταλάκα (2014), αναφέρει ότι η συρρίκνωση του λεγόμενου κοινωνικού κράτους, που συνολικά σε όλα τα κράτη μέλη Ε.Ε., ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, συμβάλει στην συνεχή μετατόπιση του όγκου των παρεχόμενων φροντίδων από τις κρατικές-τυπικές στις άτυπες δομές, δηλαδή την ευθύνη για τη φροντίδα των εξαρτώμενων ατόμων επωμίζονται, με συνεχώς μειούμενη την υποστήριξή τους από την πολιτεία, οι οικείοι των ατόμων αυτών, είτε με ίδια μέσα είτε με τη βοήθεια φροντιστών που στην πλειοψηφία τους είναι ανεπίσημοι. Παρόλο που δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία για τον αριθμό αυτών των φροντιστών, υπολογίζεται ότι η οικονομική κρίση, έχει συνεισφέρει σημαντικά στη αύξηση του αριθμού αυτών,

περιορίζοντας ταυτόχρονα δραματικά τον αριθμό των επαγγελματιών φροντιστών, σύμφωνα με το «Μια Στρατηγική για το Μέλλον: Τελική Έκθεση Ευρωπαϊκού Έργου “Take Care”» (2014).

Στην χώρα μας σε κάθε περίπτωση, ακόμη και όταν είναι διαθέσιμοι επαγγελματίες βοηθοί ή όταν τα άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα νοσηλεύονται σε κάποιο ίδρυμα, η οικογένεια είναι αυτή που επωμίζεται το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας του. Αυτό σχετίζεται και με την αντίληψη που υπάρχει ότι η φροντίδα αντιπροσωπεύει ένα αναπόφευκτο γνώρισμα της οικογενειακής ζωής και αποτελεί ένα είδος καθήκοντος, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Τσιρμίγκα (2015). Τα χαρακτηριστικά αυτά διακρίνει και η ερευνά των Mestheneos, Triantafillou & Kontouka (2004), βάση της οποίας κυριαρχούν οι συναισθηματικοί λόγοι με ποσοστό 57,1% ως βασικότεροι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο έχει αναλάβει τη φροντίδα ενός εξαρτώμενου στην χώρας μας. Οι Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου (1993) αναφέρουν ότι, τη φροντίδα των ατόμων που έχουν ιδιαίτερες αναγκές, στις περισσότερες των περιπτώσεων αναλαμβάνουν οι σύζυγοι και τα παιδιά. Μέσα από την ερευνητική προσπάθεια της Triantafillou et al. (2006), ο μέσος όρος ηλικίας των φροντιστών της ελληνικής οικογένειας ήταν 51,7 έτη. Το επίπεδο εκπαίδευσης των φροντιστών προσδιορίζεται σχετικά χαμηλά για την χώρα μας. Επίσης στην ίδια έρευνα το 37,4% των ερωτηθέντων φροντιστών είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το 40,6% ενδιάμεσο (Γυμνάσιο-Λύκειο) και το 22,1% είχε ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης (πανεπιστήμια, τεχνικές σχολές κ.α.).

2.4 Επίσημη φροντίδα

Όπως προαναφέρθηκε αρκετοί είναι οι λόγοι (οικονομικοί, συναισθηματικοί κ.α) που οδηγούν τα οικεία άτομα, ενός ατόμου που έχει ανάγκη από φροντίδα να καταφύγουν στην λύση του άτυπου φροντιστή. Παρόλα αυτά τόσο σε κρατικό επίπεδο όσο και σε ευρωπαϊκό πραγματοποιούνται προσπάθειες, μέσω οργάνωσης προγραμμάτων που αφορούν την φροντίδα. Ωστε η παροχή φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη να παράσχετε όσων το δυνατόν καλύτερα με στόχο να αποδίδει τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

2.4.1 Βοήθεια στο σπίτι

Ένα ακόμα πρόγραμμα που προσανατολίζεται στην προσπάθεια επαγγελματικών και επίσημων παροχών φροντίδας είναι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» που αποτελεί μια από τις πιο ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης πολιτών εντός της κοινότητά τους. Διαθέτει έναν προσανατολισμό για τα ιδιαίτερα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και κύριος ηλικιωμένων. Η βοήθεια στο σπίτι αποτελεί με την σειρά της ένα φάσμα υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει νοσηλεία στην κοινότητα, άσκηση και φυσικοθεραπεία, προθανάτια φροντίδα καθώς και ψυχοκοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους, στο χώρο κατοικίας τους.(Ζαϊμάκης και Κανδυλάκη, 2005). Με βάση την Υπουργική Απόφαση Π4β/5814, στόχοι του προγράμματος είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα αυτών που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, που έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη φροντίδα, που δε έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον και τέλος, αυτών που δεν διαθέτουν τους πόρους προκειμένου να φροντίσουν οι ίδιοι για συντήρηση της ποιότητας της ζωής τους. Στόχος του προγράμματος είναι η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι και η παροχή επαγγελματικής, οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους από ειδικούς επιστήμονες, καταρτισμένα στελέχη και εθελοντές με στόχο την κάλυψη των άμεσων αναγκών αξιοπρεπούς επιβίωσης. Συμπληρωματικά, ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών και η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών. (ΦΕΚ 917/Β/1997). Στους σκοπούς του προγράμματος δεν προσδιορίζεται ξεκάθαρα η εκπαίδευση των φροντιστών, παρ' όλα αυτά προσφέρεται ένα σύνολο άτυπων στηρίξεων από το επιστημονικό προσωπικό κατά τη περίοδο των κατ' οίκον επισκέψεων. Η εξασφάλιση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των

ηλικιωμένων, αποτελεί στόχο του προγράμματος, επιδρά άμεσα στην καθημερινότητα των φροντιστών τους, αποδεσμεύοντας τους από ένα σημαντικό τμήμα μέρος των ευθυνών και προσφέροντας τους συνολικά περισσότερο χρόνο. Αποτέλεσμα αυτού είναι ο περιορισμός της επιβάρυνσης και του φόρτου, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής τους. Ταυτόχρονα, η συνέχεια του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ήταν αβέβαιη, λόγω των μεταβολών που έχουν προκύψει από την ένωση των δήμων στην βάση του σχεδίου Καλλικράτη. Με το Νόμο 4052/2012 όμως ένα νέο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» αντικαθιστά το προηγούμενο συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα, με τη δημιουργία μίας μόνιμης δομής παροχής της υπηρεσίας στο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Με τη δημιουργία, στη Γενική Διεύθυνση Ασφαλιστικών Υπηρεσιών του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, της νέας διεύθυνσης με τίτλο «Διεύθυνση κατ' οίκον Φροντίδας Συνταξιούχων» η οποία έχει αναλάβει την ευθύνη για την οργάνωση και διαχείριση του προγράμματος «Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων» για λογαριασμό όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης, αναβαθμίζοντας τις παροχές και εξασφαλίζοντας μακροπρόθεσμα την βιωσιμότητα του προγράμματος. Στόχος του προγράμματος, είναι να προσφέρει οικιακή και νοσηλευτική φροντίδα σε συνταξιούχους φορέων κύριας κοινωνικής ασφάλισης και η εξασφάλιση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης στους ηλικιωμένους και τους ανάπηρους συνταξιούχους στην κατοικία τους, ώστε να παραμείνουν στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού. (ΦΕΚ 41/τ.Α'/1.3.2012). Σχετικά με ανάλογα προγράμματα που συνδέονται με τη βοήθεια στο σπίτι είναι σε εξέλιξη ήδη στην Ελλάδα:

- α) Αυτό του Ερυθρού Σταυρού σε αρκετές αστικές περιοχές
- β) Σε ορισμένα ΚΑΠΗ ως αυτοτελή προγράμματα ή σε συνεργασία με τα ΚΑΠΗ της περιοχής.

2.5 Ηθική στην φροντίδα

Η ηθική στάση στην φροντίδα δεν μπορεί να αποτελεί μέρος της αμεροληψίας της δικαιοσύνης αλλά περνά στο πεδίο της μεροληψίας της φροντίδας και έχει ως βασικότερο χαρακτηριστικό στοιχείο την μικρή κλίμακα και τις προσωπικές σχέσεις (Tong, 1996).

Η φροντίδα επιβάλλεται να πραγματοποιείται και να γίνεται αντιληπτή ως επαγγελματική και να παρέχεται διαρκώς και μονομερώς. Και ουσιαστικά δεν θα πρέπει να απασχολεί τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής την δέχεται.

Η αγγλική ετυμολογία του ρήματος care σημαίνει «φροντίζω» αλλά προσδιορίζει και την έννοια του «νοιάζομαι». Ο προσδιορισμός της λέξης care στην νοσηλευτική αν συμπληρώσουμε μπροστά την λέξη «επαγγελματική» φροντίδα, δηλαδή το να νοιάζεται και να φροντίζει κανείς κάποιον με επαγγελματικό τρόπο, αποκτά βαθύτερη έννοια και αυτό διότι εμπεριέχει στοιχεία που απαιτούν μεγαλύτερη προσπάθεια. Στοιχείο της φροντίδας είναι και η φυσική φροντίδα, το επίπεδο της οποίας επιδρά και στην επαγγελματική φροντίδα (Noddings,1984).

Ένα ακόμα στοιχείο που είναι ενδιαφέρον να προσδιοριστεί στην φροντίδα και κατ' επέκταση στην ενσυναίσθηση αφορά το αν σκέφτονται οι νοσηλευτές με διαφορετικό τρόπο. Τόσο από άποψη παράδοσης όσο και από στατιστικές που αφορούν το φύλο το νοσηλευτικό επάγγελμα παραδοσιακά, είναι γυναικοκρατούμενο.

Το στοιχείο αυτό έχει γίνει αντικείμενο έντονου ερευνητικού ενδιαφέροντος και διαφωνιών για τον τρόπο σκέψης ανάμεσα στα δυο φύλα. Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες διαθέτουν διαφορετικό τρόπο σκέψης λόγω του κοινωνικού ρόλου που καλούνται να φέρουν εις πέρας, ή λόγω της βιολογικής τους προδιάθεσης.

Στηριζόμενοι στην εξελικτική ψυχολογία, τα αρσενικά είναι βιολογικά προδιατεθειμένα να διαμοιράζουν το γενετικό τους υλικό όσο περισσότερο μπορούν, δηλαδή όσοι περισσότεροι απόγονοι τόσο πιθανότερο να επιβιώσει το γονίδιο. Σε αντίθεση με τις γυναίκες που είναι βιολογικά προδιατεθειμένα να νοιάζονται και να επενδύουν σε συγκεκριμένα άτομα

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υιοθετούμε στερεότυπα και ακόμα ότι η βιολογική προδιάθεση δεν διαθέτει απόλυτη ισχύ μέσα στην κοινωνία (Rachels, 1999]

Μέσα από τα παραπάνω προκύπτει το ερώτημα αν θα μπορούσε λοιπόν η νοσηλευτική να στηρίζεται ή θα έπρεπε να βασίζεται σε έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης και να έχει μία διαφορετική ηθική στάση. Για τον Carol Gilligan ο αντρικός τρόπος σκέψης τείνει να παραβλέπει διάφορες λεπτομέρειες σε κάθε μεμονωμένη κατάσταση, έτσι καταφεύγει σε πιο απρόσωπες αξίες και αφηρημένες έννοιες σε αντίθεση με τις γυναίκες, που έχουν την τάση να είναι πιο επιμονές στις λεπτομέρειες, και αυτό έχει ως επίδραση να βιώνουν την κάθε κατάσταση σε πιο προσωπικό επίπεδο (Gilligan,1982).

Στην ουσία οι γυναίκες δείχνει, να ενδιαφέρονται πρώτα για τον άνθρωπο και ακολούθως για την ανθρωπότητα, τοποθετούν πρώτα το άτομο και έπειτα την κοινωνία. Είτε έχει δίκιο είτε όχι ο Gilligan, είναι δυνατόν ένας νοσηλευτής να εφαρμόζει μία τέτοια ηθική της φροντίδας, κατά την οποία το καθήκον προς τους ασθενείς να υπερβαίνει το καθήκον στην κοινωνία;

2.5.1 Γυναικοκρατούμενο επάγγελμα

Την άτυπη φροντίδα αναλαμβάνουν κυρίως από τις γυναίκες, είτε ως παιδί, αδερφή, σύζυγος, φίλη ή γειτόνισσα. Οι γυναίκες επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος των οικογενειακών ευθυνών και προσδιορίζουν εαυτές ως βασικές φροντίστριες της οικογένειας, ρόλος χαρακτηριστικός ενός στερεοτυπικού οικογενειακού προτύπου, όπως εύστοχα παρατηρεί η Γκασούκα (2007), αποτυπώνοντας τα στοιχεία αυτά στη δομή και τη λειτουργία του κοινωνικού κράτους. Σύμφωνα με στοιχεία της EUROSTAT, οι γυναίκες αποτελούν το 61,8% των άτυπων φροντιστριών σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, ποσοστό που στην χώρα μας είναι ακόμα μεγαλύτερο 76,6%. Οι Ελληνίδες φροντίστριες ηλικιακά βρίσκονται ανάμεσα στα 45-65 χρόνων. Μέχρι και τη δεκαετία του '90, ο ρόλος της φροντίστριας, σε αρκετές περιπτώσεις συνδυαζόταν και με παράλληλη εργασία στο σπίτι, χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της άσκησης του επαγγέλματος της μοδίστρας ή εκτός σπιτιού όπως για παράδειγμα της Ελληνίδα αγρότισσα, χωρίς όμως να του αναγνωρίζονται επαγγελματικά δικαιώματα και αντίστοιχα συνταξιοδοτικά. Ωστόσο, η σημερινή εικόνα της γυναίκας είναι διαφοροποιημένη και ως βασικοί λόγοι προσδιορίζονται η οικονομική της ανεξαρτησία, η πλήρης ένταξή της στο εργατικό δυναμικό, η μόρφωσή της, οι κοινωνικές παροχές και αντίστοιχα προγράμματα, μέσω των οποίων της δόθηκε η δυνατότητα να «αποδεσμευτεί» ως ένα βαθμό από το ρόλο της φροντίστριας (Γεπέρογλου, 2010, όπ., αναφ. στο Κουράση κ.ά., 2013). Τέλος όσον αφορά την κατάσταση απασχόλησης των οικογενειακών φροντιστών στην χώρα μας, παρατηρείται ένα σημαντικό ποσοστό εργαζόμενων φροντιστών (46.8%), σύμφωνα με τις Mestheneos et al. (2004), ενώ οι υπόλοιποι είναι άνεργοι.

Οι εργαζόμενοι φροντιστές εργάζονται κατά μέσο όρο από 40 ώρες ανά εβδομάδα, εκτός από την προσφορά φροντίδας ως εθελοντές που είναι κατά μέσο όρο 11 ώρες ανα εβδομάδα, σύμφωνα με τους Triantafillou et al. (2006). Στους

εργαζόμενους φροντιστές παρατηρείται σημαντικά μεγάλη κούραση από το διπλό βάρος δουλειάς και της φροντίδας, γεγονός που τους υποχρεώνει να περιορίσουν το ωράριο εργασίας, να αλλάξουν απασχόληση, ακόμη και να παραιτηθούν από την εργασία τους, την οποία δύσκολα ξαναβρίσκουν όταν διακοπεί η φροντίδα. Ακόμα, όπως επισημαίνεται και σε στο “Take Care” (2014), είναι αξιοσημείωτο ότι οι ανεπίσημοι φροντιστές στην πλειονότητά τους δεν είναι ασφαλισμένοι στο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης, δεν υπάρχει νομοθεσία στην Ελλάδα που καλύπτει καν τους ανεπίσημους φροντιστές. Τέλος, το επάγγελμα των «επίσημων φροντιστών» δεν θεωρείται ως μια επικίνδυνη δουλειά από την ελληνική νομοθεσία. Κατά συνέπεια, η νομοθεσία για την υγεία και την ασφάλεια χαρακτηρίζεται ανεπαρκής για την πρόληψη και τη ρύθμιση των επικίνδυνων καταστάσεων, σύμφωνα με την έν’ λόγο έκθεση.

2.5.2 Αμυντική ιατρική

Το ζήτημα της «αμυντικής ιατρικής» προσδιορίζεται από την υπερεκτίμηση των δυνητικών κινδύνων έναντι του οφέλους, που συντελεί ώστε οι επαγγελματίες να απέχουν από θεραπευτικές ενέργειες και διαδικασίες.

Πέραν από την αποχή αυτή, η αμυντική ιατρική είναι δυνατόν να περιλαμβάνει και κατάχρηση υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα η παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις που δεν είναι απαραίτητες, με στόχο να βεβαιωθεί ο ιατρός ότι δεν θα ξεφύγει τίποτα από τις διαδικασίες εξέτασης. Στους δυνητικούς κινδύνους εκτός από πιθανά λάθη και παρενέργειες, τις δυσκολίες μιας χειρουργικής επέμβασης, υπάρχει και η πιθανότητα να ασκηθεί ποινική δίωξη (De Ville, 1998).

Πέραν από την έλλειψη πρόσβασης σε ορισμένες υπηρεσίες, η αμυντική ιατρική μπορεί να συμβάλει και σε σημαντική οικονομική επιβάρυνση στο σύστημα υγείας στο οποίο διακρίνεται το πρόβλημα αυτό (Osti et al. 2016).

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, ο νοσηλευτής απέναντι στην αμυντική ιατρική θα πρέπει να προσδιορίσει της στάσης του. Η γιγάντωση της αμυντικής πρακτικής έχει προκύψει σε πολύ μεγάλο βαθμό από την σημαντική εμπλοκή των νομικών στον χώρο της υγείας (Kachalia et al. 2005).

Το πρόβλημα με την αμυντική ιατρική, έρχεται σε αντίθεση με τις παραδοσιακές ηθικές επιταγές, καθώς τοποθετεί το συμφέρον του επαγγελματία υγείας και του επαγγέλματος πάνω από το συμφέρον του ασθενή.

Συμφώνα με το ΚΝΔ άρθρο 2, με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης και ανακούφισης από τον πόνο, ο νοσηλευτής οφείλει να κάνει χρήση το σύνολο των επιστημονικών και επαγγελματικών του γνώσεων και δεξιοτήτων και την εμπειρία που διαθέτει. Όπως επίσης και με το ΚΝΔ άρθρο 8, ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και στα όρια των καθηκόντων του, στην βάση των δεδομένων της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που σχετίζονται με την άσκηση του επαγγέλματος του.

Κεφαλαίο_3: Ενσυναίσθηση και νοσηλευτική φροντίδα.

3.1 Κόπωση, συναισθηματική εξάντληση και συμπόνια στο νοσηλευτικό επάγγελμα.

Στην συνέχεια σε μια προσπάθεια προσδιορισμού της κόπωση της συμπόνιας στο νοσηλευτικό επάγγελμα γίνεται μια προσέγγιση που καταγραφεί τις συνέπειες με ακρίβεια. Σε αυτήν την προσέγγιση βοηθά το άρθρο της Sabo BM.(2005), *Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?* Τα αποτελέσματα στην υγεία των ασθενών αποτελούν κινητήρια δύναμη στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Έχει δοθεί περιορισμένη προσοχή στις πιθανές συνέπειες για την υγεία των νοσηλευτών που παρέχουν φροντίδα και εργάζονται σε συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η κόπωση της συμπόνιας αποτελεί μια φυσική συνέπεια της φροντίδας ασθενών που υποφέρουν από πόνο ή τραυματίζονται. Το εν' λόγω άρθρο προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική εργασία είναι δυνατόν να επηρεάσει την υγεία των νοσοκόμων εξερευνώντας την έννοια της κόπωσης από συμπόνια. Περιγράφοντάς τους περιορισμούς των σημερινών εργαλείων μέτρησης της κόπωσης από συμπόνια και παρουσιάζονται προτάσεις για μελλοντική κατεύθυνση (Sabo 2006).

Σύγχρονες ερευνητικές προσπάθειες αναφέρουν ότι η συναισθηματική εξάντληση είναι συνηθισμένο πια φαινόμενο στα επαγγέλματα υγείας, επιδρώντας πάνω στην σχέση, που οι επαγγελματίες της υγείας αναπτύσσουν με τον ασθενή, των αποτελεσμάτων της φροντίδας και ασφαλώς στην υγεία του ίδιου του νοσηλευτή (Sorenson,2016) .

Σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να διατηρούν την ισορροπία και να μην μεταπίπτουν από το αίσθημα της ενσυναίσθησης στη συμπόνια. Δεν θα πρέπει όμως να παραβλέπεται και το γεγονός, όταν κάποιος έρχεται διαρκώς σε επαφή με πόνο και οδύνη, είναι δύσκολο να μένει ανεπηρέαστος.

Στο χώρο της υγείας εμφανίζονται και κυνικές συμπεριφορές, είτε ως μηχανισμός άμυνας έναντι στη διακρή επαφή με πόνο και οδύνη, είτε ως αποτέλεσμα της απομυθοποίησης των ιδανικών και των προτύπων (Korelman 1983).

Είναι πιθανόν όμως ο κυνισμός να πηγάζει από κακές προθέσεις, αλλά πιθανότερη αιτία είναι η καταπιεσμένη συμπόνια (Beauchamp T, at. el., 2001). Σε αντίθεση με τη φυσική φροντίδα της συμπόνιας, η επαγγελματική φροντίδα της ενσυναίσθησης δεν θα πρέπει να προκαλεί κυνικές συμπεριφορές.

3.2.1 Ανάλυση συμπόνιας και ενσυναίσθησης.

Στην ερευνητική της προσπάθεια η Blum προσδιορίζει την συμπόνια ως την εμπειρία συναίσθηματων, ενώ αναγνωρίζει ότι τα συναισθήματα ενός δεν διακρίνονται με ανάλογα χαρακτηριστικά. Η συμπόνια προάγει την ισότητα, καθώς βιώνεται η συμπόνια υποδηλώνει μια εγγενή εκτίμηση και σεβασμό προς τον συνάνθρωπο (Blum, 1980).

Η συμπόνια γίνεται συχνά αντιληπτή με την μορφή συναισθημάτων. Στην κατανόηση της συμπόνιας ως συναισθήματος, ο Oakley αναφέρεται στην συναισθηματική διάσταση που αντανακλάται μέσα στο συναίσθημα στην οποία περιλαμβάνεται και μια ψυχική διάσταση. Μπορεί να γίνει κατανοητό από την άποψη του *«πνευματικού τόνου που μας επηρεάζει και που χαρακτηριστικά διαπερνά τις αντιλήψεις μας, τις επιθυμίες και τις ενέργειές μας με τρόπους που δεν γνωρίζουμε πάντα»*. Αυτή η ψυχική διάσταση υποδηλώνει ότι η συμπόνια επηρεάζει τη ζωή μας σε παρατεταμένες χρονικές περιόδους, όχι μόνο μια δεδομένη χρονική στιγμή και είναι δυνατόν να υπάρξει απουσία συναισθημάτων. Όπως στην περίπτωση μιας νοσοκόμας που παρουσιάζει συμπτώματα συμπόνιας δεν θα ανταποκρίνεται απλώς με τα συναισθήματα κατά τη στιγμή του πόνου του ασθενούς, αλλά θα φροντίζει για αυτόν τον ασθενή με συνεχή τρόπο που μπορεί να μην εκφράζεται πάντοτε με την έννοια του συναισθήματος. Η συμπόνια περιλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως η αρετή που οδηγεί στην ανησυχία για το καλό των άλλων, η συνειδητοποίηση του πόνου του άλλου και η επιθυμία ανάληψης δράσεων που θα ανακουφίσουν τον πόνο (Oakley, 1992).

Το κεντρικό στοιχείο της σχέσης μεταξύ των ατόμων είναι η ανάγκη αντίληψης και κατανόησης. Ακόμα, αποτελεί το θεμέλιο πάνω στο οποίο οικοδομείται η σχέση με την νοσηλευτική. Το πιο κρίσιμο στοιχείο της θεραπευτικής ή βοηθητικής σχέσης είναι η ενσυναίσθηση. Στον συνεχώς αυξανόμενο περίπλοκο, τεχνολογικό κόσμο της υγειονομικής περίθαλψης, *«είναι απαραίτητη η τεχνική ικανότητα, αλλά πρέπει να συνδυαστεί με διαπροσωπικές δεξιότητες όπως η ενσυναίσθηση, η ζεστασιά και ο σεβασμός, προτού ο ασθενής αισθάνεται την περίθαλψη των επαγγελματιών του τομέα της υγείας»* (Carver, 1990).

Οι δυσκολίες οφείλονται στη φύση της ενσυναίσθησης και αν είναι έμφυτη ή διδακτική ώστε να αποτελεί μια διάσταση προσωπικότητας, επιδεκτικής αλλαγής μέσω εμπειρίας ή παρατηρήσιμης ικανότητας. Μπορεί να θεωρηθεί καλύτερα ως πολυδιάστατο, πολυφασικό κατασκεύασμα που φαίνεται να ερμηνεύεται με συνέπεια ως ένα στενό μονοδιάστατο πλαίσιο. Ο βαθμός στον οποίο τα διάφορα στοιχεία αλληλοσυνδέονται φαίνεται να αποτελεί πηγή πολλών διαφωνιών μεταξύ των θεωρητικών. Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ο Morse και οι συνάδελφοί του προσδιόρισαν τέσσερα συστατικά της ενσυναίσθησης: ηθικά, συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφοριστικά (Morse, 1992).

Τα προσδιοριστικά στοιχεία της ενσυναίσθησης είναι:

Η ακριβής ενσυναίσθηση περιλαμβάνει περισσότερο την ικανότητα του θεραπευτή να αισθάνεται τον «ιδιωτικό κόσμο» του ασθενή σαν να ήταν δικός του. Ακόμα περιλαμβάνει κάτι περισσότερο από την ικανότητα του θεραπευτή να γνωρίζει τι σημαίνει στον ασθενή. Η ακριβής ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ευαισθησία στα σημερινά συναισθήματα και τη λεκτική δυνατότητα επικοινωνίας αυτής της κατανόησης σε μια γλώσσα προσαρμοσμένη στα συναισθήματα του ασθενή (Truax, 1961).

Ο Truax υπογραμμίζει την ενσυναίσθηση ως τρόπο αντίληψης και επικοινωνίας που είναι συνεπής με τα στοιχεία γνωστικής συμπεριφοράς του Morse et al. Ομοίως, ο Rogers αντιλήφθηκε την ενσυναίσθηση ως στάση που τονίζει την επικοινωνία. Ακόμα, αναφέρει ότι η ενσυναίσθηση ήταν μια μαθητευόμενη ικανότητα αν κάποιος είχε να επικοινωνήσει τη ζεστασιά και την γνησιότητα και να

επιτύχει την ικανότητα να καταλάβει με επιτυχία την προοπτική του ασθενή. Άλλοι θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση προσδιορίζει μια διαπροσωπική έννοια που αποτελείται από ένα μάθημα δεξιοτήτων σε αντίθεση με μια έμφυτη ικανότητα που ενισχύει τη γνωσιακή συμπεριφορά. Ίσως ο προσδιορισμός της ενσυναίσθησης είναι ο ακόλουθος, που αντικατοπτρίζει τις επικοινωνιακές δεξιότητες των νοσηλευτών:

Η συμπαθεία σημαίνει μια κεντρική εστίαση και αίσθηση στο πεδίο του ασθενούς. Περιλαμβάνει την ακριβή αντίληψη του κόσμου του ασθενούς από τον βοηθό, την επικοινωνία αυτής της κατανόησης με τον ασθενή και την αντίληψη του ασθενή για την κατανόηση του βοηθού.

Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει την αντίληψη και την αλληλεπίδραση που χαρακτηρίζουν την ενσυναίσθηση ως κάτι περισσότερο από «έναν τρόπο ύπαρξης» αλλά και ως ένα εργαλείο επικοινωνίας που επικυρώνει τον κόσμο όπως τον αντιλαμβάνεται ο ασθενής.

Η ενσυναίσθηση έχει διαμορφωθεί ως ανθρώπινο γνώρισμα, έμφυτη φυσική ικανότητα, επαγγελματική κατάσταση, ως μάθημα επικοινωνιακής ικανότητας που αποτελείται από γνωστικά-συμπεριφορικά στοιχεία, επικοινωνιακή διαδικασία. Μιας ανταλλαγής όπου ο επαγγελματίας αντιλαμβάνεται, εκφράζει την κατανόηση και ο ασθενής νοιώθει αυτή την κατανόηση και ενεργεί στη βάση της κατανόησης της εμπειρίας του ασθενή. Τέλος, η ειδική σχέση αμοιβαιότητα απαιτεί χρόνο.

Η φροντίδα, η συμπόνια και η ενσυναίσθηση μπορούν να προωθήσουν ως ένα κόστος προς τους επαγγελματίες της υγείας, περιορίζοντας την ικανότητα ή το ενδιαφέρον να υποφέρει τις ταλαιπωρίες των άλλων. Η κόπωση της συμπόνιας, περιγράφεται ως δευτερεύουσα θύμηση, και δευτερέων τραυματισμός, έχει συσχετιστεί με το κόστος της φροντίδας των άλλων με το συναισθηματικό πόνο. Η υποκείμενη αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή της φροντίδας είναι η ικανότητα να συναισθάνονται, να κατανοούν και να βοηθούν των ασθενή (Reynolds 1999).

Η ενσυναίσθηση γίνεται ένα δίκικο μαχαίρι για έναν νοσοκόμο/α αφενός, η ενσυναίσθηση διευκολύνει τη φροντίδα, από την άλλη πλευρά, η πράξη της φροντίδας αφήνει τον νοσοκόμο/α ευάλωτο/η στην πράξη της.

Παρόλο που τα ερευνητικά στοιχεία υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητη συνιστώσα της σχέσης βοήθειας, λίγα είναι γνωστά για τον αντίκτυπο του ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η ενσυναίσθηση στην υγεία των νοσηλευτών. Πριν γίνει αυτό, απαιτείται ένας επιχειρησιακός ορισμός της έννοιας που σχετίζεται με τη νοσηλευτική και τα βοηθητικά επαγγέλματα (La Monica, 1981).

3.2.2 Δημιουργικό άγχος ή συμπόνια κόπωσης.

Καθώς η αναγνώριση της τραυματολογίας και η ανάγκη για έγκαιρη παρέμβαση για τα θύματα από τραυματισμούς αυξήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, έγινε εμφανές ότι οι παρέχοντες βοήθειας αντιμετώπισαν, τα άτομα που παρείχαν φροντίδα παρόμοιες δυσμενείς επιπτώσεις μέσα από την άσκηση των καθηκόντων τους. Πρώιμες εννοιολογήσεις του φαινομένου που βίωναν οι επαγγελματίες της υγείας και οι πρώτοι μελετητές προσδιόρισαν μια μορφή εξουθένωσης ή «δευτεροπαθούς θυματοποίησης», που αργότερα αναφερόταν ως STS και δευτεροπαθή τραυματική αγχωτική διαταραχή (Valent, 2002).

Το άγχος της συμπόνια εμφανίστηκε ως αποδεκτά υποκατάστατα της STS και της δευτεροπαθούς τραυματικής διαταραχής λόγω της έμφασης σχετικά με το «κόστος φροντίδας» για τους εργαζόμενους στην υγεία. Οι επαγγελματίες της υγείας βρίσκουν τον όρο (κόστος φροντίδας) να προσδιορίζει καλύτερα τις εμπειρίες που έχουν βιώσει στην εργασία τους με ασθενείς που υποφέρουν από πόνο ή τραυματίζονται (McCann, 1990).

Η ενσυναίσθηση, μέσα από τα παραπάνω δείχνει να αποτελεί είναι αναπόσπαστο συνθετικό στοιχείο που υποκρύπτει όλες τις προσδιορισμένες έννοιες (κόπωση, στρες, αγχώδες κπλ), πιθανώς λόγω του διευκολυντικού της χαρακτήρα στην ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.

Η κόπωση της συμπόνιας πιστεύεται ότι είναι ένας συνδυασμός δευτερογενούς τραυματισμού και κόπωσης που σχετίζεται με την παράδοση

φροντίδας που φέρνει τους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης σε επαφή με τους ασθενείς.

Η κόπωση της συμπόνιας διαφέρει από τη μετατραυματική διαταραχή στρες (PTSD) στο ότι το άτομο εκτίθεται στο τραυματισμένο ή στο άτομο που υποφέρει και όχι στο ίδιο το τραυματικό συμβάν. Το Burn out χαρακτηρίζεται ως, μια διαδικασία στην οποία οι συμπεριφορές και οι αντιδράσεις του επαγγελματία μεταβάλλονται με αρνητικούς τρόπους ως επίπτωση στην πίεση εργασίας που προκύπτει από το περιβάλλον εργασίας που προκαλεί, όπως είναι η απογοήτευση, η αδυναμία και μη επίτευξη στόχων στην εργασία. Υπάρχει μια αποσύνδεση μεταξύ της προσδοκίας του ατόμου γύρω από τις επιδόσεις του ρόλου και της δομής του οργανισμού για την υποστήριξη του επαγγελματικού τους προσδιορισμού. Ακόμα, η εξάντληση συνεπάγεται σταδιακή φθορά του ατόμου με την πάροδο του χρόνου, ενώ η κόπωση από συμπόνια έχει έντονη εκκίνηση. Η κόπωση της συμπόνιας απορρέει από τη «φυσική» συνέπεια της φροντίδας ατόμων που υποφέρουν και όχι από την απόκριση στο εργασιακό περιβάλλον. Η παρουσία burnt out αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας (Valent , 2002).

3.3 Υπολογισμός του κόστους της φροντίδας για του νοσηλευτές.

Παρόλο που στο σύνολο της βιβλιογραφίας το δευτερεύον τραυματικό στρες και η κόπωση από σύμπνοια (STS/CF) διαρκώς διογκώνεται, η έλλειψη εμπειρικών στοιχείων καθίστα την ανάγκη για αξιόπιστα, επικυρωμένα εργαλεία για τον ακριβή προσδιορισμό της έννοιας. Τα περισσότερα από τα εργαλεία στα οποία γίνεται χρήση για τον υπολογισμό του STS αναπτύχθηκαν για τη μέτρηση της συμπτωματολογίας σε επιζώντες τραυμάτων σε αντίθεση με εκείνη που προέκυψε εξαιτίας της έμμεσης έκθεσης σε τραύμα, πόνο και ταλαιπωρία που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές. Όπου γίνεται χρήση τους στην προσπάθεια αντίληψης και κατανόησης των δημογραφικών δεικτών για τα επίπεδα άγχους που σχετίζονται με την εργασία σε τραυματισμούς. Αυτά περιλαμβάνουν, τον αντίκτυπο της κλίμακας συμβάντων, σύντομη απογραφή συμπτωμάτων, απογραφή PTSD, και Trauma Symptom Checklist. Οι μελέτες αυτές επικεντρώθηκαν στα πρότυπα ανταπόκρισης των εργαζομένων στον τομέα της

υγειονομικής περίθαλψης παρέχοντας πληροφορίες σχετικά με τα επίπεδα του στρες που βιώνουν (American Psychiatric Association. 1994).

Ένας σημαντικός περιορισμός στην έρευνα για το δεύτερον τραυματικό στρες αποτελεί η έλλειψη ψυχομετρικών αξιόπιστων και έγκυρων οργάνων μέτρησης του. Οι Motta et al. διαπίστωσαν ότι πολλές από τις κλίμακες στις οποίες γινόταν χρήση δεν είχαν βαθμολογίες αποκοπής ή δεν ήταν εφικτές στην εφαρμογή σε ένα ευρύτερο πληθυσμό, ακόμα δεν ήταν κατάλληλες για την ποικιλία των τραυματικών εμπειριών, οι περισσότεροι είχαν δοκιμαστεί σε συγκεκριμένους πληθυσμούς όπως για παράδειγμα σε εργαζόμενους στην ψυχική υγεία, ή σε θεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Για παράδειγμα, για τη δοκιμασία Ικανοποίησης Συμπόνιας-Κόπωσης (CSF) έχει γίνει χρήση της κυρίως με εργαζόμενους στην ψυχική υγεία. Το CSF είναι μια κλίμακα αυτοελέγχου που περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες, εκτίμηση συμπόνιας, κίνδυνος εξάντλησης και CF και ο βαθμός ικανοποίησης που προκύπτει από τη βοήθεια άλλων με συνολικά 66 στοιχεία που βαθμολογήθηκαν χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert (0 - καθόλου έως 5 - πολύ συχνά).

Η τροποποίηση για να συμπεριληφθεί ικανοποιητικά η συμπόνια, θεωρήθηκε απαραίτητο να αντιμετωπιστούν οι εγγενείς ελλείψεις στην αρχική κλίμακα CF που επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στις αρνητικές συνέπειες της συμπόνιας όταν συνεργάζονται με ασθενείς που παρουσιάζουν πόνο, ταλαιπωρία και τραύμα. Η έκθεση σε τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες δεν εγγυάται ότι ένα νοσηλευτής θα εκδηλώσει συμπτώματα CF / STS. Ούτε οι στόχοι για τις αρνητικές πτυχές και τη συμπτωματολογία παρέχουν απαντήσεις ως προς το τι, γιατί και πώς είναι ότι ορισμένοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης επιτυγχάνουν ικανοποίηση από αυτή τη δουλειά. Η εστίαση στα αρνητικά συμπτώματα μπορεί να δημιουργήσει μια απόκλιση απόκρισης που τεχνητά φουσκώνει ή εκπέμπει αναφορές του CF (Stamm, 2002).

Παρά τη διαδεδομένη χρήση της κλίμακας του CSF, έχει προκύψει μικρή εμπειρική έρευνα. Είναι αναγκαίο να προκύψουν απαντήσεις σε περισσότερες ερωτήσεις προτού επιτευχθεί αξιοπιστία του τεστ CSF. Αυτές περιλαμβάνουν: τη

σύγκριση της εξέτασης του CSF με άλλα μέτρα τραυματικής καταπόνησης, όπως η κλίμακα δευτερογενούς τραύματος και η δευτερογενής κλίμακα τραυματικού άγχους (STSS). Πώς συμβαίνει το CF/STS, η κούραση και η συμπόνια; Και μπορεί να ποσοτικοποιηθεί και να χρησιμοποιηθεί η σχέση μεταξύ των δομών του CF/STS, της κούρασης και της συμπόνιας και να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό δυνητικών κινδύνων ή προστατευτικών παραγόντων (Motta, 2004).

Η Bride et. al. ανέπτυξαν το STSS για να υπολογίσουν τα συμπτώματα STS σε κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας που εργάζονται με τραυματισμένους. Για να διατηρηθεί η ομοιομορφία με το DSM-IV, το STSS δεν περιλάμβανε χαρακτηριστικά συμπτώματα της PTSD, όπως τα συναισθήματα που προκαλούσαν δυσφορία και λειτουργική ανεπάρκεια. Θεωρήθηκε ότι αυτά τα χαρακτηριστικά συμπτώματα, λαμβανόμενα μαζί, θα μπορούσαν να αντιστοιχούν με την εξουθένωση που αποπροσανατολίζει τη δυνατότητα σαφούς διάκρισης μεταξύ STS και κούραση. Το δευτερογενές τραυματικό άγχος λειτουργήθηκε ως συμπτώματα διείσδυσης, αποφυγής και διέγερσης. Η τελική έκδοση είναι ένα όργανο αυτοαναφοράς 17 στοιχείων για την εκτίμηση της συχνότητας των συμπτωμάτων διείσδυσης, αποφυγής και διέγερσης που σχετίζονται με το STS και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα βαθμολόγησης Likert (1 - ποτέ έως 5 - πολύ συχνά) (American Psychiatric Association., 1994).

Παρόλο που το STSS παρέχει μια γρήγορη και εύκολη αξιολόγηση της παρουσίας του STS και μπορεί να αποτελέσει οδηγό για την αξιολόγηση των στρατηγικών παρέμβασης για να μειωθεί η πιθανότητα εμφάνισης STS, οι περιορισμοί του είναι εμφανέστατοι. Όπως συμβαίνει με πολλά άλλα μέσα, ο πληθυσμός-στόχος αποτελείται από ένα συγκεκριμένο υποσύνολο της υγειονομικής περίθαλψης, των κοινωνικών λειτουργών, γεγονός που υποδηλώνει έλλειψη προσαρμοστικότητας για την διαμόρφωση εκθέσεων σε σχέση με το STS. Ακόμα, δεν έχει αποδειχθεί σαφώς η δυνατότητα διάκρισης μεταξύ του εάν το άτομο αντιμετωπίζει STS, κατάθλιψη, εξάνθημα ή PTSD. Για παράδειγμα, ένα υποσύνολο υπολογίζει επίσης συμπτώματα κατάθλιψης και αλληλεπικάλυψη με τα συμπτώματα της PTSD. Έτσι προκύπτει η ανάγκη για περαιτέρω έρευνα για να θεωρηθεί αυτό το

εργαλείο αξιόπιστο και έγκυρο για την αξιολόγηση της παρουσίας του STS στους νοσηλευτές/τριες (Bride 2004).

Ένα άλλο μέσο που προέκυψε σε μια προσπάθεια να υπολογιστεί η συχνότητα και η παρουσία του STS είναι η Δευτεροβάθμια Κλίμακα Τραύματος. Αναπτύχθηκε για να αντιμετωπίσει τις επικρίσεις που σχετίζονται με την έλλειψη αποκοπής και τη μέτρηση της σοβαρότητας της επίδρασης διαφόρων δευτερογενών τραυματικών εμπειριών σε διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας, η δεύτερη κλίμακα τραυμάτων είναι μια κλίμακα αυτοελέγχου 18 θέσεων που χρησιμοποιεί την κλίμακα βαθμολόγησης Likert (1 - σπάνια / ποτέ σε 5 - πολύ συχνά). Όμως πάσχει από έλλειψη αξιοπιστίας και εγκυρότητας στη διάκριση μεταξύ των επιπέδων βαρύτητας του STS ή μεταξύ δομών όπως STS, διάσπαση, άγχος και κατάθλιψη, αδυναμία απομόνωσης των αιτιωδών παραγόντων και έλλειψη γενικευσιμότητας σε διάφορες τραυματικές εμπειρίες (Motta, 2004).

Συμπερασματικά από το άρθρο της Blum, κατά την ανασκόπηση του CF (STS), αυτό που προκύπτει είναι μια προσπάθεια να προσδιοριστεί θεωρητικά η παθολογία (σωματική και ψυχολογική) που προκύπτει από το δευτερεύον άγχος από την εργασία στους νοσηλευτές που δέχονται επίδραση από άτομα που υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους. Η κόπωση της συμπόνιας αναδύεται ξαφνικά, κατακρημνισμένη από την έκθεση στο τραυματικό συμβάν ενός ασθενή, τα οποία παρουσιάζουν δευτερογενή συμπτώματα PTSD. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που να υποστηρίζουν την ιδέα ότι το STS είναι ταυτόσημο με το PTSD. Ωστόσο, αυτό δεν αποκλείει την υπόθεση ότι η συνεχιζόμενη και η σωρευτική έκθεση σε άτομα που παρουσιάζουν πόνο ή ο τραυματισμός μπορεί να μην έχουν εμφανίσουν συμπτώματα από την PTSD. Η κόπωση της συμπόνιας επικεντρώνεται σε μεγάλο βαθμό στην αρνητική συμπτωματολογία, αντί να διερευνήσει τους συνεισφέροντες παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξή της ή την εμφάνισή της. Επιπλέον, ο Figley υποδηλώνει ότι η ενσυναίσθηση και η συναισθηματική ενέργεια είναι οι βασικοί κινητήριοι μοχλοί στην ανάπτυξη του CF. Η επέκταση της έννοιας πέρα από μια μονοδιάστατη προσέγγιση φαίνεται να έχει μεγαλύτερη συνάφεια, δεδομένου ότι υπάρχουν ελάχιστα εμπειρικά στοιχεία για να υποστηριχτεί ότι η συναίσθηση ή η κούραση ως μοναδικός αιτιώδης παράγοντας για την CF (STS). Η

αναγκαιότητα είναι η σαφής διατύπωση του ρόλου που παίζει η εξάντληση στην ανάπτυξη του CF (Jenkins, 2002).

Η ενσυναίσθηση έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί κρίσιμο στοιχείο της σχέσης βοήθειας. Δεν συνεπάγεται απαραίτητα αρνητικές συνέπειες. Εάν, όπως ισχυρίζεται ο Figley, η συμπάθεια αυξάνει τον κίνδυνο για CF, τότε κάποιος μπορεί να υποθέσει ότι όλοι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκδηλώσουν STS ή CF συμπτωματολογία σε διαφορετικούς βαθμούς. Έρευνες έδειξαν ότι μόνο το 7% των επαγγελματιών που εργάζονται με τραυματισμένα άτομα παρουσιάζουν «συναισθηματικές αντιδράσεις με τα εν λόγω χαρακτηριστικά (Thomas, 2004).

Επιπλέον, απαιτούνται εμπειρικά στοιχεία για να κατανοηθεί καλύτερα η αιτιολογική διαδικασία του CF (STS). Ειδικότερα η σχέση μεταξύ της εμπειρικής ευαισθησίας του επαγγελματία της υγείας και της ευαισθησίας του στην εμπειρία δευτερογενούς τραύματος. Πρέπει να διεξάγονται διαχρονικές μελέτες για τη διερεύνηση της εξέλιξης των συμπτωμάτων σε σύγκριση με παράγοντες όπως η χρόνια έκθεση στους τραυματισμένους ασθενείς, η έλλειψη θεσμικής υποστήριξης, η παρουσία της συμπάθειας, η εξάντληση, ο τύπος τραυματικής έκθεσης, τα έτη εμπειρίας, το επίπεδο εκπαίδευσης και το ατομικό ιστορικό τραυματικών γεγονότων (Stamm, 1998).

Τέλος, απαιτούνται περαιτέρω εμπειρικές μελέτες για τη λειτουργία μέσω των οποίων η κλίμακα του CSF. Παρά το γεγονός ότι αποτελεί ένα εργαλείο που επικεντρώνεται στην παθολογία και τα συμπτώματα, ένα όργανο που αντικατοπτρίζει σαφώς τις έννοιες της συμπόνιας και της κόπωσης, προσπαθεί να διαφοροποιήσει τους αιτιώδεις παράγοντες και κάνει σαφείς τις διαφορές ανάμεσα στην ανάπτυξη και την επικύρωση των αναγκών της κόπωσης (King at.el.1998).

3.3.1 Συναισθηματικά όρια.

Μία εμπλοκή της φροντίδας που προκύπτει μέσα στην θεραπευτική σχέση είναι αυτή που παραβιάζει τα συναισθηματικά όρια. Σε ένα γενικότερο πλαίσιο

επαγγελματίες υγείας δεν είναι πρόθυμοι από το να ενδίδουν σε ανάλογες καταστάσεις, έστω και αν πηγάζουν από επιθυμίες ασθενών (Spiegel et al., 2003).

Ενδεικτικό παράδειγμα των παραπάνω χαρακτηριστικών ήταν ο ψυχίατρος Joseph Breuer συνεργάτης του S. Freud. Οποίος ενέδωσε στα συναισθήματα που είχε η ασθενής Anna O. προς αυτόν και ως αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν η διακοπή της θεραπείας (Breuer & Freud, 2001).

Κεφάλαιο_4: Νοσηλεύτηκες διεργασίες.

4.1 1^η κλινική περίπτωση

Ασθενής ηλικίας 40 ετών εισήχθη στη Νευρολογική κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου «Παναγιά η βοήθεια». Τα συμπτώματα τα οποία παρουσίασε ο ασθενής ήταν:

- Ø Μειωμένη αναπνευστική λειτουργία.
- Ø Εμφάνιση ριννόριας.
- Ø Εμφάνιση κεφαλαλγίας.
- Ø Υπνηλία.
- Ø Αίσθημα πόνου.

Μέσα από τις κλινικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν καθώς επίσης και από τον απεικονιστικό έλεγχο που πραγματοποιήθηκε ο ασθενής διαγνώστηκε με κρανιοεγκεφαλική κάκκωση. Παράλληλα στο ιστορικό του έχουν καταγραφεί αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης.

Πίνακας_1: Νοσηλευτική Διεργασία.

ΑΞΙΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙ ΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜ ΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙ ΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤ ΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Σ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Μειωμένη αναπνευστική λειτουργία	Διευκόλυνση της αναπνοής	Λήψη μέτρων για την διευκόλυνση της αναπνοής	Χορήγηση O2 με μάσκα Venturi 25%	Βελτίωση και σταθεροποίηση της αναπνοής

Υπνηλικός ασθενής	Αντιμετώπιση της υπνηλίας και επαναφορά του ασθενή σε επίπεδο εγρήγορσης.	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της υπνηλίας	Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση του επιπέδου της συνείδησης του ασθενούς ανά 10 λεπτά, υποβάλλοντας του ερωτήσεις και εκτιμώντας τις απαντήσεις του.	Σταδιακά η κατάσταση του ασθενή βελτιώθηκε. Ξυπνούσε με ευκολία και ανέκτησε την επαφή με το περιβάλλον του.
Εμφάνιση ριννόριας	Η αντιμετώπιση της μέσα σε γρήγορο χρονικό διάστημα	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της ριννόριας	Καθημερινή αλλαγή της αποστειρωμένης γάζας για το σταμάτημα της ρινοραγίας	Η ρινοραγία σταμάτησε έπειτα από 4 ημέρες
Εμφάνιση κεφαλαλγίας	Αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας	Λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας	Εξασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος για τον ασθενή, μειώνοντας τις επισκέψεις	Η κεφαλαλγία σταδιακά υποχώρησε

			φίλων και συγγενών. Εφαρμογή χαμηλού φωτισμού στον θάλαμο.	
Εμφάνιση πόνου	Απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο	Λήψη μέτρων για την απαλλαγή του ασθενή από τον πόνο	Χορήγηση amp Aprotel με ιατρική εντολή.	Ο ασθενής σε σύντομο χρονικό διάστημα αναφέρει μειωμένη ένταση πόνου.
Ψυχολογική αδυναμία ασθενούς	Η ψυχολογική ανάταση του ασθενή	Λήψη μέτρων για την ψυχολογική ανάταση του ασθενή	Συζήτηση ευχάριστων πραγμάτων. Μπαίνει ο ασθενής στην διαδικασία να ασχολείται με πράγματα που τον ευχαριστούν	Ο ασθενής σταδιακά ανάρρωσε σε ψυχολογικό επίπεδο

4.2 2^η κλινική περίπτωση

Κορίτσι ηλικίας 10 ετών εισήχθη στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ρίου «Παναγία η Βοήθεια» στην παθολογική κλινική.

Η ασθενής είναι παχύσαρκη και παρουσιάζει ατονία, κόπωση και έλλειψη συγκέντρωσης ενώ έχει έλλειψη σιδήρου και έντονο άγχος.

Πίνακας_2: Νοσηλευτική Διεργασία.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΙ ΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ατονία και κόπωση.	Αποκατάσταση του αισθήματος ατονίας και κόπωσης.	Αποφυγή μετακινήσεων της ασθενούς και παραμονή της σε κλίνη.	Η ασθενής θα μείνει εντός του νοσοκομειακού χώρου.	Αποκαταστάθηκε το αίσθημα ατονίας και κόπωσης.
Έλλειψη συγκέντρωσης.	Αποκατάσταση της έλλειψης συγκέντρωσης.	Παροχή ενός ασφαλούς και χαλαρωτικού περιβάλλοντος.	Χαμηλός φωτισμός στον θάλαμο, αποφυγή τοξικότητας ή παρενεργειών δραστικών ουσιών.	Αποκαταστάθηκε η έλλειψη συγκέντρωσης.
Έλλειψη	Επαναφορά του	Παρακολούθηση	Χορήγηση	Σιγά – σιγά ο

σιδήρου.	σιδήρου σε φυσιολογική τιμή.	της τιμής του σιδήρου στο αίμα.	σιδήρου.	σίδηρος επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα.
Έντονο άγχος.	Μείωση του άγχους.	Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και συζήτηση με την ασθενή προκειμένου να εκφράσει τα συναισθήματα του.	Προσεγγίζοντας σωστά την ασθενή δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης και μετά από πολύωρη συζήτηση η ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματα της.	Η ασθενής δεν είναι πια αγχωμένη.

Συμπεράσματα

Η δημιουργία και η ανάπτυξη του συναισθήματος της ενσυναίσθησης αποτελούν βασικό στοιχείο στην νοσηλευτική δεξιότητα. Το γεγονός ότι τα συναισθήματα λειτουργούν ανεξέλεγκτα και ειδικότερα όταν παρακάμπτονται ορισμένες κοινωνικές συμβάσεις. Ένας επαγγελματίας υγείας, και ειδικότερα ένας νοσηλευτής είναι αναγκαίο να είναι σε κατάσταση να ελέγχει τα συναισθήματά του και όχι απλά να αποφεύγει τη θεραπευτική σχέση. Στην περισσότερες περιπτώσεις ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση ισχύος απέναντι από τον ασθενή, αυτό του προσδίδει και μια ευθύνη του ελέγχου. Σύμφωνα με το ΚΝΔ άρθρο 4, ο νοσηλευτής επιβάλλεται κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του να απέχει από κάθε πράξη ή παράλειψη που είναι δυνατόν να προκαλέσει την υπόνοια ότι καταφεύγει σε παραπλάνηση ή εξαπάτηση των ασθενών.

Η ύπαρξη συναισθηματικής εμπλοκής ενδέχεται να συντελέσει στην έκθεση σε κίνδυνο τον ασθενή και διακρίνεται από αδικία προς τους άλλους ασθενείς. Ακόμα, με αυτόν τον τρόπο η εικόνα του επαγγέλματος δέχεται πλήγμα. Έχουν αναφερθεί οι καταγγελίες ασθενών για παραβίαση των ορίων, τα οποία διαρκώς διογκώνονται αυξάνονται (συναισθηματικής εμπλοκής).

Στην περίπτωση που προκύψει υποψία σεξουαλικής εκμετάλλευσης, οι ασθενείς έχουν το νομικό δικαίωμα να κινηθούν νομικά απέναντι στο νοσηλευτή. Οι λόγοι αυτή συντελούν στην γενική οδηγία που είναι να αποφεύγεται με οποιοδήποτε τρόπο η παραβίαση των επαγγελματικών κανονισμών, παρόλο τις δυσκολίες που είναι εμφανώς ότι προκύπτουν σε ορισμένες περιπτώσεις. Η απαγόρευση περιλαμβάνει και τους οίκους και **συγγενείς** ενός ασθενούς, αφού η συναισθηματική εμπλοκή ως προς τα άτομα του κοντινού περιβάλλοντος του ασθενούς πιθανό να δημιουργήσει πανόμοια ζητήματα.

Βιβλιογραφία

Α. Ελληνική

- Έμκε-Πουλοπούλου, Η., 2007. Παρουσίαση και κριτική βιβλίου, Διαθέσιμο στο: <http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=372> (προσπέλαση 06 Ιουλίου 2017).
- Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, Νοέμβριο 2010, συνοδευτικός οδηγός.
- Ιατρού Γ., Κοτρώτσιου Ε., Γκούβα Μ., & Κιοσσές Β., (2016). Πως αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής; Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 8(1): 20 – 25.
- Ιωαννίδου, Μ. Κουλούρη, Σ. και Σπυριάκη, Α., (2009). Ανάγκες υποστήριξης των φροντιστών ψυχικά ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηρακλείου.
- Κυριακίδου Θ. Ε., (2008), *Κοινωνική Νοσηλευτική*, 8η εκ. Αθήνα, Η Ταβιθά.
- Μαλικιώση -Λοίζου Μ., (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση, *Ψυχολογία*, 10 (2 - 4): 295 - 309.
- Τριανταφύλλου, Τ. και Μεσθεναίου, Ε., (1993). *Ποιος φροντίζει; Οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Sextant, σ.20.
- Τριαντάφυλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε., (2006). Ποιος Φροντίζει; Οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Αθήνα.
- Τεπέρογλου, Α., (2010). Χωρίς ουσιαστική πολιτική η χώρα μας για τα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Διαθέσιμο στο <http://www.avgi.gr/ArticleActions/show.action?articleID=534606> (Προσπέλαση η 14 Σεπτεμβρίου 2017).
- Τμήμα Ψυχικής Υγείας Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 2002, Πληροφορίες για τις Οικογένειες και τους Φροντιστές Ατόμων με Ψυχικές Ασθένειες. Victori: Metropolitan Health and Aged Care Services Division. σελ.2. Διαθέσιμο στο: <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/carer/greekmen.pdf> (Προσπέλαση 2 Μαΐου 2017).

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Διεύθυνση ψυχικής Υγείας Το Πλαίσιο Της Ψυχικής Υγείας Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης,(2011). Εθνικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012

B. Ξενόγλωσση

- American Psychiatric Association.(1994). The Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington DC: APA.
- Beauchamp T, Childress J.,(2001) Principles of Biomedical Ethics [5th ed]. New York: Oxford University Press, σελ. 48.
- Beiser, F. (2008). Historicism. In Leiter, B., & Rosen, M. (Ed.) The Oxford Handbook of Continental Philosophy (σ. 155-179). Oxford, N.Y.: Oxford University Press.
- Blum L.,(1980). Compassion. In: Rorty AM (ed.). Explaining Emotions. Berkeley, CA, USA: University of California Press, 1980; 507–517.
- Breuer J., Freud S., (1985). Studies on Hysteria. London: Vintage, 2001, σελ. 40-41.
- Boleyn-Fitzgerald P. (2003).Care and the Problem of Pity. Bioethics, 17(1):1-20.
- Boltz, L.O., & Henriksen, D., & Mishra, P., & Deep-Play Research Group (2015). Rethinking Technology and Creativity in the 21st Century: 125 Empathy through Gaming – Perspective Taking in a Complex World. TechTrends, Association for Education Communications and Technology.
- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B, Figley C.,(2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. Research on Social Work Practice 2004; 14: 27–35.
- Gallicchio, L. Siddiqi, N. Langenberg, p. and Baumgarten, M., (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community.Int J Geriatr Psychiatry, p.154-163.
- Carter R.E. Carter, C.A., (1994). Marital adjustment and effect of illness in married pairs with one or both spouses chronically ill. The American Journal of Family therapy, 22, pp. 315-326.

- Carver EJ, Hughes JR.,(1990). The significance of empathy. In: MacKay RC, Hughes JR, Carver EJ (eds). *Empathy in the Helping Relationship*. New York: Springer, 13–27.
- Gilligan C.,(1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge: Harvard University Press, σελ.28.
- De Ville K.,(1998). Act First and Look up the Law Afterward?: Medical Malpractice and the Ethics of Defensive Medicine. *Theoretical Medicine and Bioethics*;19(6):569-89.
- Jenkins S, Baird S,(2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*,15: 423–432.
- Kachalia A. et al.,(2005). Physician Response to the Malpractice Crisis: from Defense to Offense. *Journal of Law, Medicine & Ethics*;33(3):416-28.
- King I, King D.,(1998). Fairbank J, Adams G. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male veterans: Hardiness, post-war social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*; 74: 420–434.
- Kopelman L.,(1983). Cynicism Among Medical Students. *JAMA*;250(15):2006-10.
- La Monica E.,(1981). construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing and Health*, 4: 389–400.
- Mayroff, M., (1971). *On Caring*. New York: Harper & Row.
- McCann L, Pearlman LA.,(1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 131–149.
- Morse J, Anderson G, Botter J, Yonge O, Obrien B, Solberg S.,(1992). Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 24: 273–280.
- Motta RW, Chirichella DM, Maus MK, Lombardo MT.,(2004). Assessing secondary trauma. *The Behavior Therapist*,; 27: 54–57.
- Noddings N.,(1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, σελ. 80.
- Oakley J.(1992). *Morality and Emotions*. London: Routledge.

- Osti M, Steyrer J.,(2016). A perspective on the health care expenditures for defensive medicine.EurJ Health Econ. 2016 Nov 11, Epubahead of print.
- Rachels J.,(1999). The Elements of Moral Philosophy. Singapore: McGraw-Hill, σελ 169.
- Parks, SM. and Novielli, KD., (2003). Alzheimer’s disease caregivers: hidden patients.Cinical Geriatrics, pp. 11:34-38.
- Pearlin, L.I. Mullan, J.T. Semple, S.J. Skaff. M.M., (1990). Care givers and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 30, pp.583-594.
- Reynolds W, Scott B.(1999). Empathy: A crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6: 363–370.
- Sabo B.,(2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work?, *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 136–142.
- Spiegel W et al.,(2003). Sexual Feelings in the Physician-Patient Relationship: Recommendations for Teachers. *Medical Education*;37:840-41.
- Stamm BH.,(1998). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of compassion fatigue and satisfaction. In: Figley C (ed.). *Treating Compassion Fatigue*. London: Taylor & Francis, 1998; 1–20.
- Stamm BH., (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In: Figley C (ed.). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge, 2002; 107–122.
- Stathopoulos, P. and Amera, A., (1992). Family Care of the Elderly in Greece, in *Family Care of the Elderly, USA*: Sage Publications.
- Sorenson C. et al.(2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *J NursScholarsh.*;48(5):456-65.
- Taub, A. Andreoli, SB and Bertolucci, PH., (2004). Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad Saude Publica*.pp. 372-376.
- Thomas R, Wilson J.,(2004). Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary

traumatic stress disorder. *International Journal of Emergency Mental Health*; 6: 81–92

- Tong R.,(1996). ‘Feminist Approaches to Bioethics’ στοWolf S (ed.) *Feminism & Bioethics: Beyond Reproduction*. New York: Oxford University Press, σελ. 81.
- Triantafyllou, J. Mestheneos, E., (2006). *Eurofamcare. Supporting Family Carers of Older People in Europe –Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*. Germany: Christopher Kofahl.
- Truax C.,(1961), A scale for the measurement of accurate empathy. *Wisconsin Psychiatric Bulletin*, 1961; 20: 10. Discussion paper.
- Valent P.(2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In: Figley C (ed.). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge, 17–37.
- Vitaliano, PP. Zhang, J. and Scanlan, JM., (2003). Is caregiving hazardous to one’s physical health? A Meta- Analysis. *Psychological Bulletin*,pp.946-972.