



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών και Τμήμα Επικοινωνίας και Ψηφιακών Μέσων
ΔΠΜΣ «Δημόσιος Λόγος και Ψηφιακά Μέσα»

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ
ΑΚΡΟΑΣΗ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΣΕ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ**

**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ Γ. ΒΕΡΟΥΛΗ

ΦΛΩΡΙΝΑ 2022

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής:

ΝΤΙΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Καθηγητής και Πρόεδρος του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών

Π.Δ.Μ.

2. Μέλος επιτροπής:

ΜΙΧΑΗΛ ΔΟΜΝΑ

Καθηγήτρια και Πρόεδρος του Τμήματος Ψηφιακών Μέσων & Επικοινωνίας

Π.Δ.Μ.

3. Μέλος επιτροπής:

ΒΑΜΒΑΚΙΔΟΥ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών Προσχολικής Αγωγής και Εκπαίδευσης

Α.Π.Θ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΛΟΓΟΣ ΚΑΙ ΨΗΦΙΑΚΑ ΜΕΣΑ» (Public Discourse and Digital Media), που διοργανώνουν το Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών και το Τμήμα Επικοινωνίας και Ψηφιακών Μέσων της Σχολής Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της, αισθάνομαι την ανάγκη και υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, κ. Ντίνα Κωνσταντίνο, γνώριμο από παλιά, που χωρίς την πολύτιμη καθοδήγηση, την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε δεν θα είχε ολοκληρωθεί αυτό το εγχείρημα.

Οφείλω ευχαριστίες σε όλους αυτούς που συμμετείχαν στη έρευνα και βοήθησαν στην ολοκλήρωση της, ηθελημένα ή μη.

Επίσης, ευχαριστώ το σύζυγο μου, τα παιδιά μου για την κατανόησή τους, την υπομονή της και την ηθική της συμπαράσταση. Όπως πριν έτσι και τώρα.

Ιδιαίτερα νιώθω ευγνώμων για αυτούς που έφυγαν και αποτέλεσαν την αφορμή να ξεκινήσει όλη αυτή η αναζήτηση, τους γονείς μου, για την υποστήριξη τους και την παντοτινή τους αγάπη. Για εσάς!

Ευχαριστώ!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία κατέχει ξεχωριστό ρόλο και στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα η αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία. Με επίκεντρο τον ασθενή μπορεί να βοηθήσει στην διάγνωση, στην ανίχνευση των συναισθημάτων, στις σωστές θεραπείες, στην συμμόρφωση στα θεραπευτικά πλάνα και στην μεγαλύτερη ικανοποίησή από το σύστημα υγείας.

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια εκτίμησης της προσωπικά αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας εργαζομένων στον τομέα της υγείας και πως σχετίζεται η αντίληψη τους αυτή με την Ενεργητική Ενσυναισθηματική Ακρόαση, την Διαπροσωπική Ανταπόκριση και την αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας που διαθέτουν. Επίσης έγινε προσπάθεια ανίχνευσης τυχόν συσχετίσεων μεταξύ τους.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα δομημένα ερωτηματολόγια της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC), της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS), της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) και της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE), σε 249 υγειονομικούς υπαλλήλους.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι το σύνολο του δείγματος παρουσίασε καλή συνολική Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα, Ενεργητική Συναισθηματική Ακρόαση και Αυτοαποτελεσματικότητα. Στην Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον είναι αυτό που παρουσίασε υψηλή τιμή. Οι συμμετέχοντες έδειξαν ότι επηρεάζονται από προηγούμενες θετικές τους εμπειρίες, από την ευγένεια, το χαμόγελο, τον τόνο της φωνής του ασθενή, καθώς και από την θετική του διάθεση όπως και την πρόθεση του για συνεργασία.

Συμπερασματικά λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη έρευνα έχουν καλή επικοινωνιακή δεινότητα και επικοινωνούν καλύτερα όταν βρίσκονται σε μια ομάδα φίλων ή κατά δυάδα. Είναι γνωστό πόσο σημαντική είναι η δυαδική σχέση ασθενή και επαγγελματία υγείας για μια αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία. Επιπλέον μπορούν να ακούσουν τον ασθενή, να τον κατανοήσουν και να δείξουν το ενδιαφέρον τους. Έχουν πίστη στις ικανότητες τους να εκτελέσουν το έργο τους και «ενσυναίσθητο ενδιαφέρον», συναισθηματική συνιστώσα, που καταδεικνύει την ύπαρξη «συναισθηματικής απόκρισης».

Λέξεις κλειδιά: Επικοινωνία, ενεργητική ακρόαση, αυτοαποτελεσματικότητα, ενσυναίσθηση, επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

Communication has a special role in the field of health and especially in effective therapeutic communication. Focusing on the patient can help with diagnosis, emotion detection, the right treatments, compliance with treatment plans, and greater satisfaction with the health system.

In the present study, there was made an attempt to assess the Self-Perceived Communication Competence of health workers and how it is related to Active Emotional Listening, Interpersonal Response and their sense of Self-Efficacy. An attempt was also made to detect any correlations between them.

For the data collection, there were used structured questionnaires of Self-Perceived Communication Competence Scale (SPCC), Active Empathetic Listening Scale (AELS), Interpersonal Reactivity Index (IRI) and General Self-Efficacy Scale (GSE) in a group of 249 health workers.

The results showed that the whole sample has a good Self-Perceived Communication Competence, Active Empathetic Listening, and General Self-Efficacy. In Interpersonal Reactivity Index "emotional response" showed high value. The participants showed that they were influenced by their previous positive experiences, a polite patient, a smile, the tone of voice as well as his positive mood and his intention to collaborate.

In conclusion, the health professionals who participated in the research have good Self-Perceived Communication Competence they communicate better when they are in a group of friends or in dyads. It is well known how important is a dyad relationship between patient and healthcare professional for an effective therapeutic communication. They can also listen and understand the patient, and show their care. They have faith in their Self-Efficacy and a "conscious interest", an emotional component that demonstrates an "emotional response".

Keywords: Communication, active listening, self-efficacy, empathy, healthcare professionals

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	17
2. ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	20
2.1 Γλωσσική ικανότητα	20
2.2 Γλωσσική ευγένεια	21
2.3 Επικοινωνιακή ικανότητα.....	24
3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	26
3.1 Ορισμός	26
3.2 Η διαδικασία της επικοινωνίας.....	27
3.3 Μορφές επικοινωνίας	28
3.3.1 Λεκτική επικοινωνία.....	28
3.3.2 Μη Λεκτική επικοινωνία	30
3.4 Αποτελεσματική Επικοινωνία	30
3.5 Θεραπευτική Επικοινωνία.....	34
4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	37
4.1 Επικοινωνιακές δεξιότητες στην υγεία	38
5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ	39
5.1 Ενεργητική ακρόαση ως δεξιότητα	42
5.2 Ενεργητική Ακρόαση και Ενσυναίσθηση.....	43
6. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ.....	44
6.1 Διαστάσεις ενσυναίσθησης.....	45
6.2 Η ενσυναίσθηση ως κοινωνική δεξιότητα	48
6.3 Θεραπευτική ενσυναίσθηση	49
7. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	52
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	57
1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	59
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ.....	59
2.1 ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	60
Α. Κοινωνικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο.....	60

B. Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (Self-Perceived Communication Competence Scale - SPCC)	61
Γ. Κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (Active Empathetic Listening Scale - AELS)	62
Δ.Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index - IRI)	63
E. Κλίμακα Γενικευμένης Αυταποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale GSE)	64
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	66
Στατιστική Ανάλυση	66
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	67
4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	67
4.2 Αποτελέσματα της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)	71
4.3 Αποτελέσματα Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)	72
4.4 Αποτελέσματα Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)	72
4.5 Αποτελέσματα της κλίμακας της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE)	73
5. Διερεύνηση της αξιοπιστίας	74
Cronbach's alpha	74
6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	76
6.1 Συσχέτιση Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά	76
6.2 Συσχέτιση Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) και των διαστάσεων της με της Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS), της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI), της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE) και των υποκλιμάκων τους.	77
6.3 Συσχέτιση Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) με την Ενσυναισθητική Ακρόαση(AELS) και τις διαστάσεις του	79
6.5 Συσχέτιση Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) με κοινωνικοδημογραφικά	80
7. Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα (SPCC).	81
7.1 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα δημόσιας ομιλίας	83
7.2 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση	83
7.3 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα	85
7.4 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την δυάδα	86
7. 5 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων.	88
7.6 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών.	89

7.7 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων.....	90
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	107

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία αποτελεί μια λειτουργία ομιλίας και λόγου και προσδιορίζεται ως «μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρώπινες σχέσεις» (Cooley, 1909, Kafetsios, & Zampetakis, 2008). Κατά την επικοινωνία συντελείται ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, ιδεών, στάσεων, συναισθημάτων και επιθυμιών μεταξύ ατόμων ή ομάδων διαμέσου ενός κοινού συστήματος συμβόλων (DeVito, 2006).

Η επικοινωνία στο πλαίσιο των ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα των σχέσεων, τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά τους. Πρόκειται για μια ενστικτώδη ανάγκη, καθώς ο άνθρωπος είναι ένα κοινωνικό ον και διακατέχεται από μια φυσική προδιάθεση προς επικοινωνία (Vijay, Sen, 2017). Ο ρόλος της, στις ανθρώπινες σχέσεις, έχει παρομοιαστεί με την αναπνοή, που είναι τόσο σημαντική για την διατήρηση στη ζωή (Satir, 1995).

Ορίζεται ως «η μεταβίβαση και ανταλλαγή μηνυμάτων, πληροφοριών από κάποιον που νοείται ως πομπός προς κάποιον που νοείται ως δέκτης μέσω κοινού συστήματος σημάτων, συμβόλων ή τρόπων συμπεριφοράς» (Μπαμπινιώτης, 1998). Η αλληλεπίδραση μεταξύ των ανθρώπων επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα, τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά των σχέσεων τους. Μελέτες των τελευταίων δεκαετιών σημειώνουν πόσο σημαντικές είναι οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις για την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής (Sarason, Sarason, & Gurung, 1997).

Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η επικοινωνία αποτελεί μια συνεχή, δυναμική διεργασία, που ενοποιεί πολλαπλούς τρόπους συμπεριφοράς, γι' αυτό και θα πρέπει να θεωρείται ως μια αλληλεπίδραση κι όχι ως μια κατάσταση (Σακαλάκη, 1994). Η ιδιαιτερότητα και η σπουδαιότητα αυτής της σχέσης αλληλεπίδρασης που ορίζεται ως επικοινωνία, είχε αναδειχτεί ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος τη θεωρούσε ως ένα αναντικατάστατο θεραπευτικό εργαλείο.

Η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και επηρεάζονται, με άμεσο και έμμεσο τρόπο, οι θετικές εκβάσεις στην υγεία του ασθενή, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ικανοποίησή του (Street et al 2009). Η αμοιβαία επικοινωνία βοηθά στη λήψη ιστορικού, τον σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας και θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την εγκαθίδρυση μιας «θεραπευτικής» σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κατά πολύ από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του επαγγελματία υγείας, υπερβαίνοντας πολλές φορές τις κλινικές πτυχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης (Inui et al, 1982).

Ασθενείς με υψηλότερη ικανοποίηση δίνουν ευκολότερα πληροφορίες στον γιατρό, έχουν καλύτερη συμμόρφωση στις οδηγίες και με αυτό τον τρόπο ρυθμίζονται ακόμη και τα συναισθήματά τους (Aroga, 2003).

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή συνεισφέρει στην ορθή διάγνωση, θεραπεία και πορεία του ασθενούς, όπως και στην ομαλότερη λειτουργία του συστήματος υγείας (Wanzer et al., 2004). Έρευνες επιβεβαιώνουν τη σημασία της, τονίζοντας πως στον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών δεν παίζει τόσο σημαντικό ρόλο η έκβαση της θεραπείας, όσο η ποιότητα της επικοινωνίας με τον ιατρό και η αποτίμηση της συνολικής συμπεριφοράς του απέναντι στον ασθενή (Τσόγια & συν, 2007).

Η αποτελεσματική επικοινωνία κατέχει ξεχωριστό ρόλο και στον τομέα της υγείας, ποικίλες έρευνες τα τελευταία χρόνια τονίζουν τη σημασία της καλής επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενούς, καθώς επιφέρει πολλαπλά οφέλη, όπως ακριβέστερες διαγνώσεις, αυξημένη συμμόρφωση του ασθενούς στο θεραπευτικό πλάνο, μεγαλύτερη ικανοποίησή του από το σύστημα υγείας κλπ (Ha, & Longnecker, 2010).

Η θεραπευτική επικοινωνία αποτελεί μία ολιστική προσέγγιση όπου το επίκεντρό της είναι ο ασθενής (Rosenberg, & Gallo-Silver, 2011). Περιλαμβάνει πτυχές που αφορούν τη φυσιολογική, ψυχολογική, περιβαλλοντική και πνευματική φροντίδα του ασθενούς (Perla, 1991). Η επικοινωνία αυτή βασίζεται στην κατανόηση και την αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών ζωής, των πεποιθήσεων, των προοπτικών, των σχετικών ανησυχιών και αναγκών προκειμένου να προγραμματιστεί η κατάλληλη φροντίδα των ασθενών (Makoul, 2007, Cusatis et al., 2019). Η θεραπευτική επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, θεωρείται μία από τις σημαντικότερες κλινικές μεθόδους επικοινωνίας και βάση της νοσηλευτικής περίθαλψης (Abdolrahimi et al., 2017).

Όταν αναφερόμαστε στην λεκτική επικοινωνία, εννοούμε αυτήν που πραγματοποιείται μέσω της χρήσης του γραπτού και προφορικού λόγου. Ουσιαστικά επιτυγχάνεται με τη χρήση της «γλώσσας», δηλαδή τη χρησιμοποίηση συνδυασμού λέξεων, του λόγου που αποτελεί τον τρόπο ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των συμμετεχόντων στην επικοινωνιακή προσπάθεια. Η λεκτική επικοινωνία συνιστά τον διάλογο μεταβίβασης δεδομένων που αφορούν γνωστικά αντικείμενα, καθοδηγητικούς σκοπούς, έκφραση συναισθημάτων, προσαγές (Arker, & Fox, 2002). Για την πραγμάτωση της επικοινωνίας απαραίτητο όργανο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων αποτελεί η γλώσσα όπου ο άνθρωπος εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του.

Η γλώσσα είναι ένα πολύπλοκο σύστημα που έχει ως πρωταρχικό σκοπό να κάνει δυνατή την επικοινωνία ανάμεσα στους ανθρώπους. Μέσω της γλώσσας το άτομο μπορεί να επικοινωνεί με τους συνανθρώπους του, να διατυπώνει σκέψεις, εμπειρίες, προβληματισμούς, να εκφράζει τα συναισθήματά του, τις στάσεις και τις επιθυμίες του, να διεκδικεί τα δικαιώματά του, να επεξεργάζεται το περιβάλλον και να αντιλαμβάνεται καλύτερα τον κόσμο στον οποίο ζει (Αθανασίου, 2001). Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται, γιατί η γλώσσα συμβολίζει και αντιπροσωπεύει αντικείμενα, ιδέες, συναισθήματα, γεγονότα και καταστάσεις. Χρησιμοποιώντας τις λέξεις ως σύμβολα, επιτρέπει την πληροφόρηση για πράγματα και πρόσωπα ανεξαρτήτου χώρου και χρόνου, κάνει δυνατή την ανταλλαγή αφηρημένων σκέψεων και ιδεών και είναι υπεύθυνη για τη μετάδοση γνώσεων από τη μία γενιά στην άλλη (Donalson, 2004).

Ο Lewis την αναφέρει ως το μέσο για την επίτευξη διαδραστικών, συναισθηματικών, δημιουργικών σκοπών που κοινό τους σημείο είναι η μεταφορά της σχέσης του χρήστη της γλώσσας και του περιβάλλοντός του (Lewis, 1993). Κατά τον Basil Bernstein, κοινωνιολόγο, «η γλώσσα είναι κώδικας επικοινωνίας δηλαδή αποτελεί μέρος της κουλτούρας των κοινωνικών ομάδων» (Δραγώνα, Σκούρτου, & Φραγκουδάκη, 2001).

Αποτελεί επίσης «το βασικό συστατικό του τρόπου με τον οποίο αναγνωρίζουμε και εκφράζουμε τον εαυτό μας. Χωρίς γλώσσα δε θα υπήρχε ούτε ολοκληρωμένη σκέψη αλλά ούτε και αξιόλογη ανάπτυξη της κοινωνίας» (Lewis, 1993). Όταν γνωρίζουμε μια γλώσσα, μπορούμε να τη μιλήσουμε και να γίνουμε κατανοητοί από άλλους που την γνωρίζουν. Η γλώσσα συνιστά το κυριότερο μέσο με το οποίο ο άνθρωπος αποκτά γνώσεις και διευρύνει τους πνευματικούς του ορίζοντες. Πρόκειται για ένα είδος γνώσης, για την οποία δεν έχουμε συνειδητή επίγνωση.

Η γλώσσα μάς δίνει την δυνατότητα της επιχειρηματολογίας, δηλαδή της υπεράσπισης των θέσεων, των απόψεων του ομιλητή, όπως και τη δυνατότητα να ανελιχθεί κοινωνικά ένα άτομο, εφόσον βελτιώσει τις γλωσσικές του ικανότητες. Επομένως, η γλώσσα αποτελεί και μέσο κοινωνικής κινητικότητας για το άτομο, ένα μέσο διαμόρφωσης και έκφρασης της ατομικής και συλλογικής ταυτότητας, με συνέπεια η γλώσσα να αποκτά έντονη πολιτική και κοινωνική διάσταση και να συνδέεται με θέματα κοινωνικής ένταξης ή αποκλεισμού (Τσαούσης, 2007),

2. ΓΛΩΣΣΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

2.1 Γλωσσική ικανότητα

Η γλωσσολογία είναι η επιστήμη που ασχολείται με την γλώσσα. Με τον όρο «γλωσσολογία» εννοείται η επιστημονική μελέτη της ανθρώπινης γλώσσας ως καθολικό φαινόμενο, αλλά και των επιμέρους γλωσσών του κόσμου. Ως επιστήμη επιδιώκει να δώσει απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν τη φύση της γλώσσας, τη δομή και τη σχέση της με τον ανθρώπινο νου, αλλά και με την κοινωνία. Με αυτό το σκοπό, εξετάζει αφ' ενός τις καθολικές αρχές που διέπουν την ανάπτυξη της γλώσσας και τη διαμόρφωση όλων των γλωσσών, αφ' ετέρου τους παράγοντες και τους νόμους που συντελούν στη γλωσσική διαφοροποίηση και ποικιλία, που πραγματοποιείται διαχρονικά μέσω της Ιστορικής γλωσσολογίας και συγχρονικά μέσω της τυπολογίας, της διαλεκτολογίας και της κοινωνιογλωσσολογίας.

Ο ιδρυτής της δομικής γλωσσολογίας, ο Saussure υποστηρίζει ότι η γλωσσολογία πρέπει να μελετά μόνο τη γλωσσική ικανότητα και όχι την ομιλία. Σύμφωνα με τον Saussure, ομιλία είναι η έμπρακτη εφαρμογή του συστήματος της γλώσσας (Δράκος, 1999).

Ο Αμερικάνος γλωσσολόγος Chomsky (1965), της γενετικής μετασχηματιστικής σχολής της γλωσσολογίας, ορίζει τη γλώσσα: «ως το σύνολο των εσωτερικευμένων κανόνων από ένα υποκείμενο που θεωρείται ως ο ιδανικός ομιλητής ή ακροατής. Οι κανόνες αυτοί έχουν τη δυνατότητα να παράγουν άπειρο αριθμό φράσεων» (Αιγίου, 2005). Επίσης, υποστήριξε ότι «μια γλώσσα είναι ένα σύνολο πεπερασμένο ή μη προτάσεων, καθεμιά από τις οποίες είναι πεπερασμένη σε έκταση και κατασκευασμένη από πεπερασμένο σύνολο στοιχείων» (Lyons, 1992). Επιπλέον πρότεινε τη διάκριση μεταξύ ικανότητας και επιτέλεσης.

Η γλωσσική ικανότητα, όρος που εισήγαγε ο Chomsky (1965), είναι ένα σύνολο γραμματικών κανόνων που επιτρέπουν στον ομιλητή να παράγει και να δημιουργεί προτάσεις πρότυπες και στον ακροατή να μπορεί να αποκωδικοποιεί τις προτάσεις αυτές. Υποστήριξε ότι η ανθρώπινη γλωσσική ικανότητα είναι έμφυτη και χαρακτηριστική του ανθρώπινου είδους, δηλαδή μεταβιβάζεται με τη γέννηση και χαρακτηρίζει μόνο το ανθρώπινο είδος (Lyons, 1992). Η γλωσσική ικανότητα συμπεριλαμβάνεται από κανόνες σύνταξης, σημασιολογίας, φωνολογίας, όπως επίσης και λεξιλογικούς.

2.2 Γλωσσική ευγένεια

Στην καθημερινότητά μας αντιλαμβανόμαστε και ερμηνεύουμε τον όρο ευγένεια και ορίζοντας συμπεριφορές ως ευγενικές ή μη. Η ευγένεια είναι ένα φαινόμενο που έχει να κάνει με το άτομο και την κοινωνία μέσα στην οποία βρίσκεται, μαθαίνεται μέσα από τις καθημερινές μας σχέσεις και τις λεκτικές εκφράσεις, «η ευγένεια αποτελεί προϊόν συγκεκριμένων επιλογών που πραγματοποιούν οι ομιλητές για να εκφραστούν» (Μπέλλα, 2009).

Η ευγένεια συνιστά μία έννοια κοινωνικά τοποθετημένη και εμφανίζεται με διαφορετικές μορφές, ανάλογα τον τόπο και την κοινωνία. Οι Haugh, & Kádár (2013) αναφέρουν την ευγένεια-αγένεια ως κοινωνική πρακτική που συνίσταται στην αναγνώριση της διαπροσωπικής αξιολόγησης μιας συμπεριφοράς με βάση τις προσδοκίες οι οποίες δημιουργούνται από την γνώση του τι συνιστά η ηθική τάξη των μελών μιας κοινωνίας.

Το ευγενικό ή το αγενές δεν είναι προκαθορισμένο με συγκεκριμένες λέξεις και προτάσεις, αλλά είναι αποτέλεσμα της διάδρασης των συνομιλητών. Σύμφωνα με τον Eelen η ευγένεια και η αγένεια δεν αφορούν τόσο τη συμπεριφορά του ομιλητή, όσο την αξιολόγησή της από τον συνομιλητή του (Eelen, 2001).

Σημείο εκκίνησης στη μελέτη για την διατύπωση των θεωριών περί ευγένειας (Politeness Theory), υπήρξε η Αρχή της Συνεργασίας, που ορίζει ο Paul Grice (1967) στην ανθρώπινη επικοινωνία και συνοψίζεται σε τέσσερις βασικές κατευθύνσεις, γνωστές ως αξιώματα:

- Αξίωμα της Ποσότητας (Maxim of Quantity): ο ομιλητής προσπαθεί να είναι όσο πιο κατατοπιστικός γίνεται και δίνει όσες πληροφορίες χρειάζονται και όχι παραπάνω.
- Αξίωμα της Ποιότητας (Maxim of Quality): ο ομιλητής προσπαθεί να είναι αληθής και να μην δίνει πληροφορίες που είναι εσφαλμένες ή δεν υποστηρίζονται από αποδεικτικά στοιχεία.
- Αξίωμα της Συνάφειας (Maxim of Relation): ο ομιλητής προσπαθεί να είναι σχετικός με το θέμα και να λέει πράγματα που είναι σχετικά με την συζήτηση.
- Αξίωμα του Τρόπου (Maxim of Manner): ο ομιλητής προσπαθεί να είναι ξεκάθαρος, σύντομος και όσο πιο οργανωμένος γίνεται σε αυτά που λέει και όπου προσπαθεί να αποφύγει την ασάφεια και την αμφισημία.

Το τέταρτο αξίωμα του Grice, το *αξίωμα του τρόπου*, ήρθαν να συμπληρώσουν και να επεκτείνουν και γενικώς να αποσαφηνίσουν, ειδικά όσον αφορά το θέμα της ευγένειας, η Lakoff (1973) και οι Brown, & Levinson (1987) μεταξύ και άλλων μελετητών.

Η Lakoff όρισε την ευγένεια ως “κάτι που αναπτύσσεται στις κοινωνίες προκειμένου να μειωθούν οι εντάσεις στις ανθρώπινες διεπιδράσεις” (Lakoff, 1975). Στο βιβλίο της προτείνει τρεις κανόνες της ευγένειας τους οποίους συνδέει πλέον ξεκάθαρα με τις περιστάσεις επικοινωνίας:

α) *Την τυπικότητα, τήρηση αποστάσεων, «Μην επιβάλλεσαι».* Αφορά περισσότερο στο σεβασμό του προσωπικού χώρου του ακροατή. Θα μπορούσε να περιγραφεί, με άλλα λόγια, ως *στρατηγική σεβασμού (Deference)* (Lakoff, 1990).

β) *Τη διστακτικότητα, παροχή επιλογών, «Δώσε επιλογές».* Σχετίζεται περισσότερο με την επιθυμία να μην παρεμποδίζεται ο συνομιλητής και να γίνεται σεβαστό το δικαίωμα για ανεξαρτησία και ελευθερία δράσης. Θα μπορούσε να περιγραφεί, με άλλα λόγια, ως *στρατηγική απόστασης (Distance)* (Lakoff, 1990).

γ) *Την οικειότητα, την εγγύτητα, «Κάνε τον ακροατή να νιώσει καλά – να είσαι φιλικός»* σχετίζεται με τη μείωση της απόστασης μεταξύ των συνομιλούντων ατόμων και στην επίδειξη μιας πιο φιλικής διάθεσης ή αλληλεγγύης (*Comaraderie*) (Lakoff, 1990).

Σε περίπτωση συνειδητής παραβίασης μιας αρχής του Grice, σύμφωνα με την οποία δημιουργείται συνομιλιακό υπονόημα, μπορεί κατά τη Lakoff να οφείλεται στην επιθυμία του ομιλητή να συμπεριφερθεί ευγενικά. Έτσι προτείνει δυο κανόνες Πραγματολογικής Ικανότητας:

- ✓ Να είσαι σαφής. - Be clear
- ✓ Να είσαι ευγενικός. - Be polite

Ο Leech (1983) προτείνει την Αρχή Ευγένειας η οποία συνίσταται στην «ελαχιστοποίηση της έκφρασης των αγενών απόψεων και στη μεγιστοποίηση της έκφρασης των ευγενικών απόψεων» (Leech, 1983). Στόχος του η διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας και των φιλικών σχέσεων μεταξύ των συνομιλητών

Η Αρχή της Ευγένειας περιλαμβάνει τα εξής έξι αξιώματα:

- 1) Τακτ (Tact): ελαχιστοποίησε το κόστος για τον άλλο, μεγιστοποίησε το όφελός του.
- 2) Γενναιοδωρία (Generosity): ελαχιστοποίησε το όφελος για τον εαυτό σου, μεγιστοποίησε το κόστος για τον εαυτό του.
- 3) Έγκριση (Approbation): ελαχιστοποίησε την επίκριση του άλλου και μεγιστοποίησε τον έπαινό του.
- 4) Μετριοφροσύνη (Modesty): ελαχιστοποίησε τον έπαινο για τον εαυτό σου και μεγιστοποίησε την επίκριση του.

5) Συμφωνία (Agreement): ελαχιστοποίησε τη διαφωνία ανάμεσα στον εαυτό σου και τον άλλο, μεγιστοποίησε τη συμφωνία μεταξύ του εαυτού σου και του άλλου.

6) Συμπάθεια (Sympathy): ελαχιστοποίησε την αντιπάθεια μεταξύ εαυτού και άλλου, μεγιστοποίησε τη συμπάθεια μεταξύ εαυτού και άλλου

Η θεωρία των Brown and Levinson (1987) είναι αναμφίβολα η πιο γνωστή θεωρία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της έρευνας για τη γλωσσική ευγένεια τα τελευταία χρόνια. Η ευγενική συμπεριφορά θεωρείται απαραίτητο συστατικό για τη διατήρηση των επιθυμιών του προσώπου και σχετίζεται με την Αρχή της Συνεργασίας ως ένα μήνυμα, ένα συνομιλιακό υπονόημα, το οποίο πρέπει να μεταδοθεί και να σηματοδοτηθεί από τον ομιλητή.

Στο κέντρο της προσέγγισής τους τοποθετούν την έννοια του 'προσώπου' . Οι Brown & Levinson διακρίνουν δύο συστατικά του προσώπου, το θετικό (positive) το οποίο συνίσταται στην επιθυμία του ατόμου να θεωρείται αρεστό, αποδεκτό από τα υπόλοιπα άτομα. και το αρνητικό (negative), που αφορά στην επιθυμία του ατόμου να δρα ελεύθερα χωρίς να υφίσταται επιβολή από άλλα άτομα.

Το πρόσωπο ενός συνομιλητή είναι ευάλωτο καθώς μπορεί να μειωθεί, να διατηρηθεί ή να εξυψωθεί έτσι βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των συμμετεχόντων σε μια συνομιλία. Οι περισσότερες επικοινωνιακές δραστηριότητες αποτελούν λεκτικές πράξεις που ενέχουν στοιχεία απειλής και μπορούν να βλάψουν τα πρόσωπα των συνομιλητών, ονομάζονται *απειλητικές για το πρόσωπο πράξεις*.

Οι πράξεις, ειδικότερα των συνομιλούντων που δεν ενισχύουν και αντίθετα αποδοκιμάζουν τις επιθυμίες των συνομιλητών, απειλούν το θετικό τους πρόσωπο, ενώ οι πράξεις που εμποδίζουν την ελευθερία και την ανεξαρτησία των συνομιλητών απειλούν το αρνητικό τους πρόσωπο. Επομένως, υποθέτουν ότι κάθε συμμετέχων σε μια διεπίδραση θα προσπαθήσει να τις αποφύγει ή τουλάχιστον ότι θα χρησιμοποιήσει κάποια στρατηγική ώστε να αντισταθμίσει τον δυσμενή τους αντίκτυπο.

Τα παράπονα, οι αποδοκιμασίες, οι διαφωνίες και οι αντιπαραθέσεις οι οποίες συνεπάγονται τη μη αποδοχή από τον ομιλητή των προσωπικών χαρακτηριστικών, των απόψεων, των πεποιθήσεων και άλλα, αποτελούν παραδείγματα πράξεων απειλητικών του θετικού προσώπου του αποδέκτη. Όπως και η απολογία για προηγούμενη του απειλητική πράξη, η αυτοταπείνωση, η παραδοχή ευθύνης ή ενοχής.

Οι διαταγές, οι αιτήσεις, οι απειλές και οι προειδοποιήσεις, οι οποίες συνεπάγονται την αδιαφορία του ομιλητή για την επιθυμία του αποδέκτη να έχει ελευθερία κινήσεων είναι παραδείγματα πράξεων απειλητικών του αρνητικού προσώπου του αποδέκτη. Καθώς

επίσης και η αποδοχή προσφοράς, η έκφραση ευχαριστιών, και η –απρόθυμη- υπόσχεση γιατί η επιτέλεσή τους δείχνει ότι ο ομιλητής αποδέχεται την εκκρεμότητα οφειλών από το συνομιλητή του αναγκάζοντας τον να προβεί σε συγκεκριμένες πράξεις, θυσιάζοντας έτσι την ελευθερία του.

Οι κοινωνικές νόρμες κάθε κοινωνίας υπαγορεύουν την αρμόζουσα συμπεριφορά, ανάλογα με την επικοινωνιακή περίσταση. Όταν υπάρχει συμμόρφωση τότε αξιολογείται θετικά και δηλώνει ευγένεια, ενώ η παραβίασή τους αξιολογείται αρνητικά και δηλώνει αγένεια (Fraser, 1990). Οι δύο πτυχές της ευγένειας που απαντούν πιθανώς σε κάθε κοινωνία είναι η διάκριση και η βούληση, με τον κάθε πολιτισμό να δίνει έμφαση στη μία από τις δύο (Hill et al. 1986, Ide, 1989).

Η ευγένεια διάκρισης είναι η αυτόματη τήρηση των κοινωνικών κανόνων (Hill et al., 1986) και η υποχρεωτική επίδειξη της ανάλογης συμπεριφοράς που κωδικοποιείται κατάλληλα γλωσσικά, όπως η χρήση στην ελληνική του πληθυντικού ευγενείας. Τα συνομιλούντα άτομα έχουν συνεχώς την επίγνωση των κοινωνικών συμφραζομένων, της διαφοράς ισχύος μεταξύ τους και της κοινωνικής θέσης του κάθε συμμετέχοντα (Ide, 1989). Σε κοινωνίες όπου υπερισχύει η όψη της διάκρισης όπως η ιαπωνική και κινεζική, η ευγένεια έχει μια σαφώς ρυθμιστική χροιά και αφορά στην «υποχρεωτική» τήρηση των κοινωνικών κανόνων.

Η ευγένεια βούλησης επικρατεί στις δυτικές κοινωνίες όπου η ευγένεια είναι λιγότερο θέμα κοινωνικής σύμβασης και περισσότερο θέμα στρατηγικής επιλογής ή βούλησης των μελών της. Οι εκφραστικές επιλογές είναι περισσότερες και η επίδειξη ευγένειας αφορά περισσότερο, ατομικές αποφάσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με την κάθε περίπτωση, παρά στην υπακοή σε προκαθορισμένους, «αυτόματους» κανόνες (Hill et al., 1986).

2.3 Επικοινωνιακή ικανότητα

Η ανάγκη να μελετηθεί η γλώσσα σε πραγματικές συνθήκες επικοινωνίας οδήγησε στην ιδιαίτερη ανάπτυξη επιστημονικών κλάδων, όπως της κοινωνιογλωσσολογίας, της εθνογραφίας της επικοινωνίας αλλά και της πραγματολογίας. Εκτός από ένα σύστημα αποτελούμενο από λέξεις και γραμματική, στο επίκεντρο πλέον βρίσκεται η λειτουργία του συστήματος αυτού και η χρήση του από τον ομιλητή. Οι άνθρωποι επικοινωνούν μεταξύ τους με το να ανταλλάσσουν πληροφορίες και να δρουν με βάση τον εσωτερικό τους κόσμο στοχεύοντας σε ικανοποίηση αναγκών και εκπλήρωση ενδιαφερόντων. Χωρίς επικοινωνία δεν μπορεί να νοηθεί αλληλεπίδραση (Beyer, Kreuder 1975.)

Ο κοινωνιογλωσσολόγος Hymes, ο θεμελιωτής της εθνογραφίας της επικοινωνίας, ανέπτυξε την ανάγκη της μελέτης της ανθρώπινης γλώσσας σε σχέση με τους νόμους που την διέπουν και οι οποίοι στηρίζουν το επικοινωνιακό γεγονός. Χρησιμοποιώντας την μέθοδο της παρατήρησης των γλωσσικών γεγονότων μέσα στο γλωσσικό περιβάλλον ανέπτυξε την θεωρία του.

Εισήγαγε τον όρο «επικοινωνιακή ικανότητα» ως ευρύτερο από τον όρο «γλωσσική ικανότητα» που είχε εισάγει ο Chomsky. Ο Hymes επιχειρεί να δείξει ότι η γνώση των γραμματικών κανόνων είναι απαραίτητη, αλλά δεν επαρκεί για την αποτελεσματική γλωσσική επικοινωνία, η οποία λαμβάνει πάντοτε χώρα σε συγκεκριμένες κοινωνικές περιστάσεις.

Συγκεκριμένα, με τον όρο επικοινωνιακή ικανότητα εννοούμε «την ικανότητα που έχουν οι ομιλητές, όχι μόνο να παράγουν και να κατανοούν γραμματικά ορθό, αποδεκτό προϊόν, αλλά και να γνωρίζουν τις κοινωνικές συνθήκες χρήσης του» (Τσιτσιπής, 1995). Σύμφωνα με τον Hymes ο στόχος της γλωσσικής διδασκαλίας είναι να αναπτυχθεί η επικοινωνιακή ικανότητα, «σ' αντίθεση με τη θέση του Chomsky που για τον ίδιο όρο αναφέρεται σε αφηρημένες ικανότητες που κατέχουν οι ομιλητές και τους δίνουν τη δυνατότητα να παράγουν γραμματικά ορθές προτάσεις σε μία γλώσσα» (Γεωργογιάννης, 2009).

Κατά τον Hymes, η έννοια της επικοινωνιακής ικανότητας μπορεί γενικά να οριστεί ως αυτό που είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο ομιλητής για να επικοινωνήσει κατάλληλα μέσα σε μια συγκεκριμένη γλωσσική κοινότητα (Παπαδοπούλου, 2009). Οι συνθήκες αυτές καθορίζονται από παράγοντες που όρισε ο Hymes ως συνιστώσες του επικοινωνιακού γεγονότος.

Οι συνιστώσες αυτές είναι οι εξής:

- Setting (φυσικό περιβάλλον): χρονικό και τοπικό πλαίσιο της περίπτωσης επικοινωνίας, ψυχολογικό κλίμα.
- Participants (μέτοχοι): συνομιλητές, όλοι οι συμμετέχοντες στην επικοινωνιακή διαδικασία, γενικά χαρακτηριστικά αυτών και σχέση μεταξύ τους.
- Ends (σκοποί): αποτελέσματα, τελική επιδίωξη, στόχοι προσωπικοί ή μιας συγκεκριμένης πολιτισμικής κοινότητας.
- Acts (πράξεις λόγου): η ίδια πράξη π.χ. μια εντολή εκφέρεται με ποικίλους τρόπους όσον αφορά γραμματικοσυντακτικές και λεξιλογικές επιλογές ανάλογα με τα συμφραζόμενα στο σύνολό τους.

- Key (κλειδί): το ύφος, ο τόνος, ο τρόπος που λέγεται κάτι (π.χ. φιλικός, υπηρεσιακός, με σοβαρότητα, ειρωνικά κλπ.)
- Instrumentalities (κανάλια): διάλογοι επικοινωνίας, κώδικες γλωσσικοί και εξωγλωσσικοί και τρόποι χρήσης τους.
- Norms (νόρμες): διάδρασης και ερμηνείας, τρόποι ομιλίας, πότε και ποιος μιλάει, σιωπές, ερμηνεία συμπεριφορών γλωσσικών και μη, τί θεωρείται αποδεκτό, ευγενικό κλπ.
- Genres (είδη λόγου): τύποι λόγου με συγκεκριμένα τυπικά γνωρίσματα όπως παραμύθι, ανέκδοτο, διάλεξη κλπ.

Οι συνιστώσες αυτές συγκροτούν το μοντέλο SPEAKING που είναι το ακρωνύμιο από τα αρχικά τους, την ταξινόμηση αυτή την προτείνει ο Hymes. Για να είναι επιτυχημένος ο λόγος, χρειάζεται να λάβει υπ' όψιν του ο ομιλητής και του οχτώ παράγοντες. Όταν δεν πάει κάτι καλά στην επικοινωνιακή πράξη, τότε δεν τηρούνται κάποιοι από τους παραπάνω όρους. Οποιαδήποτε αλλαγή σε κάποια από τις συνιστώσες αυτές επιφέρει αλλαγή και στο μήνυμα που μεταδίδεται από τον ομιλητή, άρα είναι καθοριστικές για την επικοινωνία (Μπουρουτζή, 2010, Αρχάκης, Κονδύλη, 2004).

3. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3.1 Ορισμός

Η επικοινωνία αποτελεί κοινωνικό, βιολογικό και ψυχοσυναισθηματικό φαινόμενο. Κατά κανόνα επικοινωνούμε καθημερινά σε διαπροσωπικό επίπεδο. Η ικανότητα επικοινωνίας είναι δείκτης ψυχικής υγείας του παιδιού και όσο πιο σωστά αναπτυχθεί αυτή η ικανότητα στην παιδική ηλικία, τόσο οι σχέσεις με τους συνανθρώπους στην ενήλικη ζωή θα είναι υγιείς, αυθεντικές και γνήσιες (Κογκούλη, 2011).

Σύμφωνα με τον Birdwhistill επικοινωνία είναι η διαδικασία αποστολής και λήψης σκέψεων, δεδομένων, πιστεύω, συμπεριφορών και συναισθημάτων μέσω ενός ή περισσότερων καναλιών που προκαλούν κάποια αντίδραση (Birdwhistill, 1978). Ο Μπουραντάς την ορίζει ως «διαδικασία με την οποία ένας πομπός, που μπορεί να είναι άτομο ή ομάδα, μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, ακόμη και ενέργεια, σε έναν δέκτη που μπορεί να είναι άτομο ή ομάδα, με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο, ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάστασή του και την συμπεριφορά του (Μπουραντάς, 2002).

Η επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από την ανταλλαγή πληροφοριών. Είναι μια αμφίδρομη σχέση μια διαδικασία επαφής, αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού ανάμεσα σε ανθρώπους ή ομάδες. Περιλαμβάνει συνεργασία, αμοιβαία συμφωνία και συναλλαγή (Lettau, 1997), έως ότου το επιθυμητό αποτέλεσμα της διαδικασίας είναι εν τέλει η αμοιβαία κατανόηση του μηνύματος (Hardy, Lawrence & Phillips, 1999). Όταν πρόκειται για σχέση θεραπευτή και ασθενή τότε παρεκκλίνει από τα τυπικά πλαίσια επικοινωνίας, και ονομάζεται θεραπευτική επικοινωνία.

3.2 Η διαδικασία της επικοινωνίας

Η επικοινωνία ως φαινόμενο που διαπερνά καθημερινά τις ανθρώπινες σχέσεις έχει έναν συγκεκριμένο τρόπο λειτουργίας και έναν καθορισμένο μηχανισμό διεκπεραίωσης των αλληλεπιδράσεων. Η διαδικασία της επικοινωνίας αρχίζει από τη στιγμή που ο πομπός έχει την επιθυμία να μεταβιβάσει μια πληροφορία. Στη συνέχεια, ο πομπός κωδικοποιεί αυτό που θέλει να μεταβιβάσει, κάνοντας χρήση ενός κώδικα με τη μορφή κατάλληλων λέξεων, εκφράσεων, χειρονομιών, κινήσεων, συμβόλων κ.ά., σχηματίζοντας έτσι ένα μήνυμα. Με τη βοήθεια δικτύων ή καναλιών προωθεί, κοινοποιεί, μεταβιβάζει το μήνυμα στο δέκτη. Αυτός προσλαμβάνει το μήνυμα, το αποκωδικοποιεί ανάλογα με τις δυνατότητές του και το ερμηνεύει σύμφωνα πάντα με τις δικές του απόψεις, αντιλήψεις, βιώματα και «πιστεύω» αυτό που ο πομπός επιθυμούσε να του μεταβιβάσει. Στο τέλος, μέσω του μηχανισμού ελέγχου (feed-back), ο πομπός πληροφορείται και μαθαίνει για την τύχη και την πορεία του μηνύματος.

Άρα τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας της επικοινωνίας είναι:

1. Η πηγή ή πομπός (source): Είναι αυτός που επιθυμεί να μεταβιβάσει μια πληροφορία.
2. Ο κώδικας του πομπού ή κωδικοποίηση (encoding): Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ο πομπός μετατρέπει αυτό που θέλει να μεταβιβάσει σε μήνυμα, δίνοντάς του νόημα. Αυτό αποτελεί μια διανοητική διαδικασία.
3. Το μήνυμα (message): Είναι η φυσική έκφραση του νοήματος της πληροφορίας. Αυτό αποτελείται από γραπτές ή προφορικές λέξεις, στάσεις ή κινήσεις του σώματος, σύμβολα ή γραφικές παραστάσεις αντικειμένων, ήχων, εικόνων, χρωμάτων, κ.ά.
4. Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης (transmission): Είναι τα μέσα με τα οποία το μήνυμα μεταφέρεται στο δέκτη και τέτοια είναι η σωματική επαφή, τα μέσα τηλεπικοινωνιών, αντικείμενα, κ.ά. (Μπουραντά, 2002).

5. Ο δέκτης (receiver-responder): Μπορεί να είναι ένα άτομο, μια ομάδα, ένας οργανισμός ή ακόμη και ένα άτομο ως εκπρόσωπος μιας ομάδας. Είναι αυτός που αποφασίζει σε ποια χρονική στιγμή θα αποκωδικοποιήσει το μήνυμα, τότε θα προσπαθήσει να το κατανοήσει και τότε θα ανταποκριθεί σε αυτό ή όχι (Moorhead, & Griffin, 1995).
6. Αποκωδικοποίηση (decoding): Ο δέκτης μέσω της διανοητικής διεργασίας και με το δικό του κώδικα, αποκωδικοποιεί το μήνυμα, μετατρέποντάς το σε νόημα.
7. Κατανόηση του μηνύματος – αποτέλεσμα: Μετά την αποκωδικοποίηση του μηνύματος, ο δέκτης κατανοεί, πληροφορείται, αισθάνεται, γνωρίζει, μαθαίνει, ανατροφοδοτείται, ανασκευάζει γεγονότα και προγενέστερες εμπειρίες ως αποτέλεσμα της επικοινωνίας.
8. Έλεγχος (feed-back): Τα όσα συνεπάγονται της υποδοχής και αποκωδικοποίησης του μηνύματος στο δέκτη, με την επανάληψη της διαδικασίας, μεταφέρονται και
9. πάλι πίσω στον πομπό, με έναν μηχανισμό ελέγχου της επαναπληροφόρησης. Στο σημείο αυτό ολοκληρώνεται η επικοινωνιακή διαδικασία (Μπουραντά, 2002).

Κατά την πορεία της επικοινωνίας μπορεί να παρουσιαστούν και διαστρεβλώσεις και αποκλίσεις. Ο ρόλος των θορύβων επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, καθώς μπορεί να αλλοιώσει το μήνυμα και να περιορίσει την κατανόησή από το δέκτη (Moorhead, & Griffin, 1995).

3.3 Μορφές επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι μια διεργασία η οποία αφορά θέματα κοινωνικής συνύπαρξης και η οποία συγχωνεύει ποικίλους τρόπους συμπεριφοράς, όπως λεκτικούς και μη λεκτικούς (Winkin, 1998). Κάθε φορέας που μεταβιβάζει ένα μήνυμα από τον αποστολέα-πομπό προς τον παραλήπτη-δέκτη ορίζεται ως μέσο. Η επικοινωνία αποκτά δύο βασικές μορφές με βάση το μέσο που χρησιμοποιείται, τη λεκτική και την μη λεκτική επικοινωνία.

3.3.1 Λεκτική επικοινωνία

Με τον όρο «λεκτική επικοινωνία» εννοούμε την επικοινωνία που συντελείται στον άνθρωπο με την λειτουργία του λόγου. Σύμφωνα με τον Chomsky, στη λεκτική επικοινωνία το μήνυμα από τον αποστολέα προς τον παραλήπτη μεταδίδεται με τη μορφή λέξεων και φράσεων μέσω του φωνητικού συστήματος του ομιλητή και συλλαμβάνεται από το ακουστικό σύστημα του ακροατή (Σταμάτης, 2005).

Η λεκτική επικοινωνία μπορεί να διαιρεθεί όπως παρακάτω σε δύο κατηγορίες:

1. Προφορική επικοινωνία: Τα μηνύματα προέρχονται μέσω των λέξεων, των φράσεων και των ιδιωματισμών από το στόμα του ομιλητή. Παρόλα αυτά, η γλώσσα του σώματος, η εμφάνισή του και ο τρόπος που ακούγεται η φωνή του μπορεί να επηρεάσει, τόσο την επαφή με τον ακροατή, όσο και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Είναι η πιο στιγμιαία, γρήγορη και λιγότερο δαπανηρή μορφή επικοινωνίας (Παυλίδου, 2015).
2. Γραπτή επικοινωνία: Αυτή η μορφή επικοινωνίας χρειάζεται προετοιμασία και έλεγχο. Είναι πιο χρονοβόρα και περισσότερο δαπανηρή, καθώς απαιτεί εργαλεία και υλικά για να ολοκληρωθεί. Ωστόσο, είναι η πιο ακριβής μορφή επικοινωνίας και έχει ευρύ πεδίο εφαρμογής σε διάφορες επιστήμες και εργασίες. (Κοτζαϊβάζογλου, & Πασχαλούδη, 2002).

Η ομιλούμενη γλώσσα προσδιορίζεται και περιγράφεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά αυτά για τους επιστήμονες αποτελούν την «παραγλώσσα». Η παραγλώσσα ορίζεται ως η φωνητική συνιστώσα της ομιλίας, η οποία μελετάται ανεξάρτητα από το περιεχόμενο του προφορικού λόγου που μεταφέρεται από το μήνυμα. Δημιουργεί μεταμηνύματα που μεταφέρουν, συνήθως, πληροφορίες που το περιεχόμενό τους είτε δεν επιθυμούμε, είτε φοβόμαστε να διατυπώσουμε με σαφή και άμεσο τρόπο, το οποίο βέβαια γίνεται αντιληπτό από τον ακροατή (Μάργαρη Α., 2010).

Ο Trager (1958) αναφέρεται σε κάποια χαρακτηριστικά, τα οποία αποτελούν συνιστώσες της παραγλώσσας, όπως:

- Η ποιότητα της φωνής, η οποία αποδίδεται και ως «ύψος» της. Μέσω αυτής: πραγματοποιείται ο έλεγχος της άρθρωσης, δηλαδή εάν είναι ασθενής ή δυνατή. Προσδιορίζεται ο ρυθμός, εάν είναι απαλή ή με σκαμπανεβάσματα. Καθορίζεται η ηχηρότητα, προσδιορίζεται το tempo, εάν είναι αυξημένο ή χαμηλό.
- Τα φωνητικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το γέλιο, το κλάμα, ο ψίθυρος, ο στεναγμός, το γρύλισμα, το βογκητό, ο βήχας, κ.ά.
- Οι φωνητικοί προσδιορισμοί, που δείχνουν ευαισθησία, όπως το ύψος και η έκταση της φωνής σε μια μακρόσυρτη ή διακεκομμένη ομιλία.
- Οι φωνητικοί διαχωρισμοί, όπως είναι οι σιωπηλές διακοπές-παύσεις, τα «χμ», «μμ», «ωχ» κ.ά., οι οποίοι χαρακτηρίζονται ως θόρυβοι και όχι, ως λέξεις.

Η λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιείται από ομάδες, όπως επαγγελματιών υγείας, ως ειδική μορφή επικοινωνίας που βασίζεται σε συγκεκριμένο γλωσσικό κώδικα γραπτό ή προφορικό και με τη χρήση της επιδιώκεται η υλοποίηση των στόχων που σχετίζεται με την παροχή υπηρεσιών σε οργανισμούς υγείας. Η παραγλώσσα είναι επίσης συνηθισμένο είδος

επικοινωνίας στον τομέα υγείας, ειδικότερα στις περιπτώσεις επικοινωνίας νοσηλευτή και ιατρού με τον ασθενή και της οργάνωσης της θεραπευτικής επιμέλειας.

3.3.2 Μη Λεκτική επικοινωνία

Η μη λεκτική επικοινωνία αφορά στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι επικοινωνούν μέσα από τις κινήσεις του σώματος, τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη φωνή και τη γενικότερη εμφάνισή τους (Verderber, & Verderber, 2006). Ο όρος «μη λεκτική επικοινωνία» καθιερώθηκε επίσημα το 1956 από τους Ruesch, & Weldon. Αρχικά χαρακτηρίστηκε ως η «άφωνη επικοινωνία» και ύστερα «μη λεκτική» (Frey, 1998). Κατέχει ιδιάζοντα ρόλο στη διαδικασία της επικοινωνίας, καθώς, αν και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λεκτική, εκφράζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της ασυνείδητα. Οι περισσότεροι την αποκαλούν και "γλώσσα του σώματος" και αναφέρεται σε όλα αυτά τα στοιχεία όπως τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος, δηλαδή οτιδήποτε δεν συμπεριλαμβάνει λεκτική επικοινωνία.

Οι λέξεις από μόνες τους δεν μπορούν να αποδώσουν πλήρως το νόημα όσων θέλουμε να εξωτερικεύσουμε. Οι άνθρωποι εκπέμπουν μηνύματα ακόμα και όταν δεν μιλάνε, με το παρουσιαστικό ή την εμφάνισή τους (Rosenfeld-Plax, 1977). Καθένας από αυτούς εκφράζεται από διαφορετικό και ξεχωριστό μη λεκτικό κανάλι επικοινωνίας. Έτσι, ο παραγλωσσικός κώδικας επικοινωνίας σχετίζεται βασικά με τον τρόπο με τον οποίο λέγεται κάτι και όχι με το περιεχόμενο των όσων λέγονται.

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι σημαντική στις ανθρώπινες σχέσεις επειδή είναι αυτή που αποκαλύπτει τα κρυμμένα συναισθήματα και τα κίνητρα του ανθρώπου. Οι μη λεκτικές αντιδράσεις μεταφέρουν το πραγματικό μήνυμα αφού πολλοί ειδικοί θεωρούν ότι πρόκειται για ακούσιες αντιδράσεις προερχόμενες από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Επίσης, θεωρείται πολύ πιο αξιόπιστη από τη λεκτική επικοινωνία, ειδικά όταν τα λεκτικά και τα μη λεκτικά μηνύματα είναι αντικρουόμενα (Κούρτη, 1995).

3.4 Αποτελεσματική Επικοινωνία

Τα ζητήματα επικοινωνίας θεωρούνται ένα θέμα υψηλού ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πράξης. Η αποτελεσματική επικοινωνία κατέχει ξεχωριστό ρόλο και στον τομέα της υγείας. Ποικίλες έρευνες τα τελευταία χρόνια τονίζουν τη σημασία της μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς, καθώς επιφέρει πολλαπλά οφέλη.

Τα οφέλη που μπορούν να προκύψουν από μία αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να είναι (Bredart et al., 2005, Lee et al., 2002) :

- Η ακριβέστερη διάγνωση και καλύτερη κατανόηση των ιατρικών ενδείξεων , με την διευκόλυνση περιγραφής των συμπτωμάτων.
- Προσφέρει ένα αξιόπιστο εργαλείο για την ανίχνευση των συναισθηματικών καταστάσεων του ασθενούς και για τον προσανατολισμό του προς τα πιο κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα.
- Προσφέρει την ευκαιρία εντοπισμού των αναγκών, των αντιλήψεων ή των ανησυχιών του ασθενούς σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία.
- Προσφέρει την προϋπόθεση για τη συμπερίληψη του ασθενούς στη λήψη ιατρικών αποφάσεων με αποτέλεσμα την αυξημένη συμμόρφωση του ασθενούς στο θεραπευτικό πλάνο, μεγαλύτερη ικανοποίησή του από το σύστημα υγείας (Ha & Longnecker, 2010).

Αποτελεσματική επικοινωνία σημαίνει περισσότερο από την επιλογή των σωστών λέξεων (Croce, 2007). Ο Pat Croce (2007) συνιστά να ενσωματωθούν πέντε κανόνες, οι οποίοι έχουν ως εξής:

1. *Καθαρότητα*: Ο σκοπός του μηνύματος πρέπει να είναι ξεκάθαρος, αποφεύγοντας τις επίμονες λέξεις. Οι ομιλητές πρέπει να χρησιμοποιούν οικείες λέξεις και όχι πολύ εκτεταμένες προτάσεις. Μάλιστα, ο πομπός θα πρέπει να βεβαιώνεται ότι ο δέκτης έχει αντιληφθεί πλήρως το νόημα του μηνύματος.
2. *Σωστή Διατύπωση*: Για την αποτελεσματική μεταφορά μηνυμάτων, η διατύπωση είτε γραπτή είτε προφορική πρέπει να είναι ακριβής, χωρίς διφορούμενες λέξεις και φράσεις. Οι επαναλήψεις και οι περιττές πληροφορίες να αποφεύγονται και να παρέχονται μόνο οι πιο σημαντικές πληροφορίες. Τα συνοπτικά και περιεκτικά μηνύματα εξοικονομούν χρόνο, προσελκύουν την προσοχή των δεκτών και μειώνουν την επίδραση εκείνων των στοιχείων που παρεμποδίζουν την επικοινωνία, των λεγόμενων θορύβων (Akilandeswari et al., 2015)
3. *Συνέπεια*: Ένα μήνυμα θα πρέπει να είναι συνεπές με την έννοια ότι θα πρέπει να μεταδίδεται σε ένα τρίτο πρόσωπο ατόφιο, με τρόπο ρεαλιστικό και χωρίς δραματικές και υπερβολικές δηλώσεις. Ο τόπος, ο χρόνος, τα πρόσωπα και οι δράσεις θα πρέπει να μεταφέρονται επακριβώς.
4. *Αξιοπιστία*: Οι άνθρωποι είναι ικανοί να καταλάβουν αν τα λόγια του συνομιλητή τους είναι αξιόπιστα ή αναξιόπιστα. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο το μήνυμα θα πρέπει να είναι ξεκάθαρο και αξιόπιστο.

5. *Ευγένεια*: Όλα τα μηνύματα θα πρέπει να διατυπώνονται με προσοχή, σεβασμό και διακριτικότητα, ώστε κανείς να μην αισθάνεται προσβεβλημένος από αυτά και το περιεχόμενό τους. Ο ομιλητής πρέπει να είναι ειλικρινής, προσεκτικός και διακριτικός σε σχέση με τις κατανοήσεις και τα συναισθήματα των αποδεκτών. Στο τομέα της υγείας, λέξεις και φράσεις όπως «σας ευχαριστώ» «παρακαλώ» «με συγχωρείτε» κ.ά. μπορούν να δείξουν με αποτελεσματικό τρόπο πως υπάρχει σεβασμός προς το πρόσωπο του ασθενούς, ακολουθώντας πάντα το σωστό ύφος και τον σωστό τόνο, μακριά από προσωπικά συναισθήματα και προκαταλήψεις.

Η αποτελεσματική επικοινωνία θεωρείται από τους ασθενείς σημαντική και μερικές φορές σημαντικότερη και από τις ίδιες της γνώσεις του επαγγελματία υγείας (Hall, 1981). Η ποιότητα επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς έχει άμεση επίδραση στην προσκόλληση, ειδικά σε ασθενείς με χρόνιες καταστάσεις όπου η αποτελεσματικότητα της θεραπείας λογίζεται από το επίπεδο που ο ασθενής επικοινωνεί.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση από το 1975 έως 2010, στις βάσεις δεδομένων PubMed, ProQuest και EBSCO, για την σχέση ασθενούς και γιατρού, επισήμανε προβλήματα όπως η έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων του γιατρού ή η επιδείνωσή τους, η διατήρηση ενός ασύμμετρου θεραπευτικού μοντέλου επικοινωνίας που προκαλούνταν είτε από την ίδια την ασθένεια ή από διάφορες μεταβλητές που σχετίζονται με τον ασθενή συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων δημογραφικών και ψυχολογικών πλαισίων. Ως τρόποι βελτίωσης, της θεραπευτικής επικοινωνίας, αναφέρθηκαν η βελτιστοποίηση της κλινικής συνέντευξης, οι καλύτερες τεχνικές διαχείρισης χρόνου και δημιουργία αισθήματος σιγουριάς. Η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης επικοινωνίας στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο φροντίδας και η παρακολούθηση παραμέτρων όπως η τήρηση και η ποιότητα ζωής ως εργαλεία που αντικατοπτρίζουν επίσης μια καλή θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να είναι πολύτιμες μελλοντικές προσεγγίσεις για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων σε αυτόν τον τομέα (Pora-Velea, & Purcărea, 2014).

Αντιστοίχως, σημαντική είναι και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Δημιουργεί πλεονεκτήματα τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας. Έρευνες έχουν δείξει πως η καλή επικοινωνία ανάμεσα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνδέεται στενά με μειωμένα σφάλματα και λιγότερες επιπλοκές κατά την άσκηση της ιατρικής φροντίδας (Gordon, Deland & Kelly, 2015). Σε μακροοικονομικό επίπεδο, η ύπαρξη καλής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει φανεί πως οδηγεί σε σοβαρό περιορισμό των περιττών δαπανών αλλά και σε δραστική μείωση του χρόνου νοσηλείας (Wang, Wan, Lin, Zhou et al., 2018).

Αντίθετα, η αναποτελεσματική επικοινωνία θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την υγεία του ασθενούς και αυξάνει τα κόστη περίθαλψης. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αναποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας είναι ένα από τα κύρια αίτια ιατρικών σφαλμάτων, που οδηγούν σε επιβάρυνση της υγείας των ασθενών. Ο Sutcliffe και οι συνεργάτες του (2004) διαπίστωσαν ότι η δυσλειτουργική επικοινωνία ευθυνόταν για το 91% των ιατρικών λαθών. Ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αντιμετώπισης οξέων περιστατικών, όπως είναι οι μονάδες εντατικής θεραπείας, η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ νοσοκόμων και ιατρών μπορεί να οδηγήσει όχι απλώς σε επιδείνωση της υγείας του ασθενούς, σε επιμήκυνση της διάρκειας νοσηλείας και σε αύξηση της χρήσης των πόρων (Zwarenstein, & Reeves, 2002, Larson, 1999, Dingley, Daugherty, Derieg, & Persing, 2008).

Η αναποτελεσματική επικοινωνία έχει φανεί πως συμβάλλει ακόμη και στην αύξηση της θνησιμότητας των ασθενών, γεγονός που καταδεικνύει πως ακόμη και η ίδια η ασφάλεια των ασθενών τίθεται σε κίνδυνο, όταν οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν επικοινωνούν αποτελεσματικά (Shortell, Zimmerman, Rousseau, Gillies et al., 1994). Άλλοι μελετητές έχουν επίσης επισημάνει πως η επαγγελματική εξουθένωση αλλά και η αλλαγή επαγγελματικής κατεύθυνσης των νοσηλευτών οφείλονταν σε συνθήκες όπου η επικοινωνία με τους ιατρούς ήταν κακή (Wang et al., 2018).

Στο επίπεδο παροχής υγείας η αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας έχει σοβαρό οικονομικό αντίκτυπο. Παρουσιάζεται αύξηση στις νοσοκομειακές εισαγωγές κι επανεισδοχές, οι οποίες θα μπορούσαν να αποφευχθούν, μεγάλος όγκος άλλων περιττών δαπανών, όπως οι αχρείαστες εργαστηριακές εξετάσεις, οι ακατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές και οι επαναλαμβανόμενες ιατρικές επισκέψεις, που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Vermeir, Vandijck, Degroote, Peleman et al., 2015).

Οι πολυπλοκότητες που χαρακτηρίζουν τη φροντίδα υγείας και οι οποίες σχετίζονται με την πίεση του χρόνου, τις κρίσιμες αποφάσεις, το μεγάλο φόρτο εργασίας παρεμποδίζουν την καλή επικοινωνία ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη συγκρούσεων. Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι οι διαφορές ως προς την επαγγελματική αξία ή τις οικονομικές απολαβές μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας, η έλλειψη σαφώς καθορισμένων ρόλων, οι περιορισμένοι πόροι και, φυσικά, η απουσία συνεργατικής ικανότητας και επικοινωνιακών δεξιοτήτων από πλευράς των επαγγελματιών υγείας (Alshammari, & Dayrit, 2017). Είναι γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν επενδύουν χρόνο στην επικοινωνία, καθώς δεν μιλούν και δεν επικοινωνούν αρκετά μεταξύ τους (Gordon et al., 2015).

Παρόλα αυτά η αποτελεσματική επικοινωνία στον χώρο της υγείας αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση όχι μόνον για την προώθηση της ασφάλειας του ασθενούς αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης (Kadda, 2013).

3.5 Θεραπευτική Επικοινωνία

Η θεραπευτική επικοινωνία περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο του ειδικού όσο και του ασθενούς με επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή και τις συνθήκες διαβίωσής του, σκοπός της είναι η βελτίωση τους με τη βοήθεια του ειδικού (Kneisl, 2009). Σε αυτού του είδους την επικοινωνία απαιτείται η αμφίδρομη συμμετοχή των συνομιλητών και η δέσμευση του επαγγελματία υγείας για τη σταθεροποίηση της σχέσης αυτής (College of Nurses of Ontario, 1999), (Spiers, & Wood, 2010).

Για την επίτευξη της θεραπευτικής επικοινωνίας χρησιμοποιεί τόσο λεκτική όσο και μη λεκτική επικοινωνία (Rosenberg, & Gallo-Silver, 2011). Επίκεντρό της είναι ο ασθενής και όλες οι πτυχές της σωματικής, ψυχολογικής, περιβαλλοντικής και πνευματικής φροντίδας (Perla, 1991). Για την επιτυχία της, βασίζεται στην κατανόηση και την αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών ζωής, των πεποιθήσεων, των προοπτικών, των σχετικών ανησυχιών και αναγκών, προκειμένου να προγραμματιστεί η κατάλληλη φροντίδα των ασθενών (Makoul, 2007, Cusatis et al. , 2019).

Έρευνες σε ψυχιατρικούς ασθενείς έχουν δείξει βελτίωση της εικόνας του ασθενή και μείωση του κλινικού άγχους και της κατάθλιψης (Hsu et al, 2015). Σε ασθενείς με χρόνια πάθηση συνέβαλε στην αύξηση της προσήλωσης στη θεραπεία (Ryan et al, 2010) και βελτίωσε την αυτοδιαχείριση της νόσου (Kim et al, 2019). Επιπλέον, στην παρηγορητική φροντίδα, οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι απαραίτητες για την παροχή στον ασθενή αποτελεσματικής διαχείρισης συμπτωμάτων, ψυχοκοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης και προγραμματισμού εκ των προτέρων φροντίδας (Dahlin, 2013).

Η καλή επικοινωνία με τον ασθενή έχει τη δυναμική να βοηθήσει στη ρύθμιση των συναισθημάτων του, να διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να επιτρέψει την καλύτερη ταυτοποίηση των αναγκών, των αντιλήψεων και των προσδοκιών που έχει ένας ασθενής (Radwin, Cabral, & Wilkes, 2009, Stewart et al., 2000).

Η σχέση αυτή προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς, την μεταβίβαση αισθήματος ανακούφισης και ταυτόχρονα ευφορίας με σκοπό την εξασφάλιση και βελτίωση της υγείας του (Beeber, 1998). Ο ασθενής διαμορφώνει θετική στάση απέναντι στις τυχόν αλλαγές που θα χρειαστούν, προκειμένου να επιστρέψει πλήρως στις

υποχρεώσεις της καθημερινότητας, όταν αντιληφθεί το αίσθημα της ασφάλειας, το οποίο του μεταβιβάστηκε μέσω της συμπόνιας του ειδικού (Perlau, 1952).

Αντίθετα, η κακή επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας συμβάλλει στη σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία σε ασθενείς που ζουν με σοβαρή ασθένεια. Οι ασθενείς μπορεί να μην κατανοήσουν πλήρως την ασθένεια, την πρόγνωση και τις επιλογές θεραπείας τους ή να μην λάβουν ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με τους στόχους τους (Tulsky et al. , 2017).

Η θεραπευτική επικοινωνία διακρίνεται σε τρία στάδια:

1. *Στάδιο προσαρμογής*, το οποίο αφορά στη γνωριμία του ασθενούς με τον επαγγελματία υγείας.
2. *Στάδιο επεξεργασίας*, το οποίο αφορά στη διάκριση προβλήματος που χρήζει λύσης και συγχρόνως στην αξιοποίηση των υπηρεσιών υγείας εκ μέρους του ασθενούς.
3. *Στάδιο διάλυσης*, το οποίο σηματοδοτεί τη λήξη της σχέσης ασθενούς και επαγγελματία υγείας, αφού πρώτα έχει επιλυθεί το πρόβλημα που εντοπίστηκε στο προηγούμενο στάδιο (Sheldon, 2009, Webb, 2011, DeWit, 2009).

Στόχος του ειδικού η ανεύρεση εκείνων των εμποδίων συμπεριφοράς του ασθενούς, που καθιστούν την επικοινωνία δύσκολη και μη αποτελεσματική. Η απομάκρυνσή τους μπορεί να προάγει την ίαση του ασθενούς και κατά επέκταση την υποστήριξη της λειτουργικότητάς του. Για να επιτευχθεί ο σκοπός αυτός, ο ειδικός οφείλει να συνυπολογίζει τη σωματική, συναισθηματική και πολιτισμική υπόσταση, καθώς και τη διάθεση για επικοινωνία (Sheldon, 2009).

Σκοπός της θεραπευτικής επικοινωνίας η ανάδειξη συμπόνιας, ενσυναίσθησης, αυθεντικότητας, σεβασμού, εκτίμησης και εμπιστευτικότητας με θεραπευτικές και ευεργετικές ιδιότητες (Hojat, et al., 2011). Η συμπόνια, ειδικότερα, συμβάλλει στη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς. Ο όρος στηρίζεται στην έννοια του αλτρουισμού, συμπάραστασης, οίκτου και ενσυναίσθησης. Με βάση τις παραπάνω αρχές προάγεται η ποιότητα ζωής των ασθενών (Plante et al., 1994, Pinto et al., 2012).

Η ύπαρξη μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ειδικού και ασθενούς προϋποθέτει ο ειδικός να διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας, (Scanlon, 2006, O'Brien, 2000), οι οποίες μπορούν να αναπτυχθούν μέσω ορισμένων τεχνικών, όπως πρέπει να χρησιμοποιηθούν με κριτικό τρόπο και επιδεξιότητα, διαφορετικά η επικοινωνία θα είναι τυποποιημένη και καθόλου άνετη (Fortinash, 2004).

Τεχνικές για μια θεραπευτική επικοινωνία συνιστούν:

1. *Η σιωπή*: Οι παύσεις προσφέρουν χρόνο στον ασθενή για να σκεφθεί και να απαντήσει. Η γλώσσα του σώματος καθώς και η προσήλωση δείχνουν το

- ενδιαφέρον και την υπομονή, ενθαρρύνοντάς τον να εκφράσει λεκτικά συναισθήματα και απόψεις (Eby et al. , 2009).
2. «Ανοιχτές» Ερωτήσεις : Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου επιτρέπουν στον ασθενή να αναπτύξει το θέμα με περισσότερες λεπτομέρειες, να εκφράσει τις ανησυχίες, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με μη μονολεκτικές απαντήσεις
 3. Το χιούμορ: Το χιούμορ είναι αποτελεσματικός και ώριμος μηχανισμός άμυνας και χρησιμοποιείται για τη μείωση άγχους και έντασης, επαναφέροντας την ηρεμία και ενισχύοντας το δεσμό μεταξύ των συνομιλητών. Βέβαια στις σωστές χρονικές στιγμές με τις κατάλληλες συνθήκες και με μέτρο και σύνεση για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.
 4. Η αναδιατύπωση: Η επανάληψη των παρεχόμενων πληροφοριών ώστε να γίνουν κατανοητές από τον ασθενή. Η αναδιατύπωση τους με επιδεξιότητα ενθαρρύνει τον ασθενή για επικοινωνία.
 5. Οι διευκρινήσεις: Τα μεταδιδόμενα μηνύματα να διευκρινίζονται εάν έχουν γίνει αντιληπτά και κατανοητά από τον ασθενή, χωρίς να παρερμηνευτεί ή παρανοηθεί ούτε το νόημα, αλλά ούτε και η πρόθεση.
 6. Η σωματική επαφή: Το άγγιγμα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένδειξη υποστήριξης προς το άτομο. Αποτελεί μια τεχνική εδραίωσης της θεραπευτικής επικοινωνίας. Είναι μια ένδειξη στοργής, η οποία αποβάλλει τον αρνητισμό, τη συναισθηματική συμφόρηση, το άγχος και την αγωνία, δημιουργώντας κλίμα συμπόνιας και ενσυναίσθησης. Απαραίτητη βέβαια η γνώση του πολιτιστικού υπόβαθρου του ασθενούς και με την έγκρισή του (Sheldon, 2009, Keir et al.,1998)
 7. Ο χρόνος και τρόπος παροχής υπηρεσιών: Η σχέση και η επικοινωνία γίνεται πιο αποτελεσματική όταν ο ειδικός είναι πρόθυμος και διαθέσιμος, με τη συχνότητα που ο δεύτερος το έχει ανάγκη, όπως και όταν ο ασθενής γνωρίζει πότε παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και σε ποιες συνθήκες.
 8. Παροχή πληροφοριών: Ο ασθενής οφείλει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάσταση της υγείας του, τη θεραπεία που του χορηγείται , τις ιατρικές διαδικασίες και τις μελλοντικές εξετάσεις που θα πραγματοποιηθούν. Βέβαια στο βαθμό που ο ίδιος επιδιώξει να ενημερωθεί.
 9. Η υπόδειξη εναλλακτικών λύσεων: Η υπόδειξη διαφορετικών λύσεων και εναλλακτικού τρόπου σκέψης για την επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν καθώς η λήψη αποφάσεων πρέπει να είναι αποτέλεσμα της καλής συνεργασίας ειδικού-ασθενούς, με την τελική απόφαση να ανήκει στον ασθενή. Στόχος είναι να

δουν οι ασθενείς τις καταστάσεις από τη δική τους πλευρά, ενώ αποφεύγονται οι συμβουλές (Eby et al., 2009)

10. *Ανακεφαλαίωση*: Πριν το τέλος καλό είναι να επαναλαμβάνονται τα βασικά σημεία συζήτησης , ανακεφαλαιώνοντας τα θέματα που είναι σημαντικά για την πορεία της υγείας του ασθενούς (DeWit, 2009).

4. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

Με τον όρο δεξιότητα νοείται η δύναμη που έχει ένα άτομο να εκτελεί ένα έργο, σε υψηλότερο βαθμό αποτελεσματικότητας συγκριτικά με τη μέση απόδοση άλλων ατόμων ως προς το ίδιο έργο (Σαϊτής, 2008). Κάθε άνθρωπος αποτελεί μέρος της κοινωνίας και έχει κάποιες δεξιότητες που του επιτρέπει να είναι ενεργό μέλος αυτής και να αλληλεπιδρά με τους γύρω του. Οι δεξιότητες αυτές που του επιτρέπουν να επικοινωνεί και να συνδέεται με τους συνανθρώπους του ονομάζονται κοινωνικές δεξιότητες και είναι απαραίτητες και την κοινωνικοποίηση του ατόμου.

Η ανάγκη του ατόμου για επικοινωνία προκύπτει από τις εσωτερικές του απαιτήσεις στην προσπάθεια για φυσική και κοινωνική επιβίωση. Μέσα από την επικοινωνιακή διαδικασία ο ίδιος προσπαθεί να νιώσει ασφαλής, να αισθανθεί την κοινωνική αποδοχή, να δημιουργήσει σχέσεις, να ανταλλάξει πληροφορίες, να αποκτήσει αξία για τους άλλους, να κατανοήσει τον κόσμο. Συνεπώς η επικοινωνία δεν ισοδυναμεί με μια απλή μεταβίβαση πληροφοριών, μηνυμάτων ή νοημάτων, αλλά μεταφράζεται ως μια διαδικασία αλληλοκατανόησης, επαφής, συνεργασίας και αλληλοεπηρεασμού μεταξύ των ανθρώπων καθιστώντας την ζωτικής σημασίας για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς (Βαρδακώστα, 2007).

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν το υπόβαθρο των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ένα άτομο με επικοινωνιακές δεξιότητες μπορεί να επικοινωνεί με τους γύρω του, να στέλνει και να λαμβάνει μηνύματα και να διαχειρίζεται περιστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα. Ακόμη, είναι σε θέση να εφαρμόζει τις γνώσεις που έχει κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες όπως είναι το άγχος, χωρίς να πανικοβάλλεται και να χάνει τον έλεγχό του.

Οι επικοινωνιακές και κοινωνικές δεξιότητες είναι τα βασικότερα γνωρίσματα του ανθρώπου, γιατί βοηθούν στην έκφραση σκέψεων, στην επίλυση προβλημάτων και στην μετάδοση πληροφοριών. Συχνά, στην επικοινωνία υπάρχει έντονο το συναίσθημα, γεγονός που παίζει σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στην μετάδοση και λήψη ενός μηνύματος, σύμφωνα με το σκοπό που εξυπηρετείται ή επιδιώκεται κάθε φορά (Μπελαδάκης, 2009). Η

κοινωνική αλληλεπίδραση δε νοείται χωρίς έμφυτη κοινωνικότητα του ατόμου, γι' αυτό και η επικοινωνία είναι παρούσα σε κάθε πτυχή της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, αφού χωρίς αυτή δεν υφίσταται δυνατότητα επιβίωσης (Σταμάτης, 2003). Όλες οι επικοινωνιακές δεξιότητες έχουν ως απώτερο σκοπό την επίτευξη αποτελεσματική επικοινωνίας την ύπαρξη της κατανόησης μεταξύ των επικοινωνούντων και την έλλειψη παρερμηνειών στη μετάδοση και λήψη του μηνύματος

Σύμφωνα με τον Mehrabian (1970), η κατά πρόσωπο επικοινωνία πραγματώνεται με τη χρήση τριών βασικών στοιχείων: *της λεκτικής επικοινωνίας, του τόνου της φωνής και της μη λεκτικής επικοινωνίας ή γλώσσας του σώματος*. Πάνω σε αυτή τη θεωρία βασίζεται και το επικοινωνιακό του μοντέλο.

Οι Brunstein (Brunstein et al., 2007) και Goodall & Goodall (2006) αναγνωρίζουν και αυτοί, ως πιο σημαντικούς άξονες της επικοινωνιακής δεξιότητας, τη λεκτική, τη μη λεκτική επικοινωνία και την ενεργητική ακρόαση (Αντωνιάδου, 2014).

- ✓ Λεκτική επικοινωνία (Verbal Communication)
- ✓ Μη λεκτική επικοινωνία (Non Verbal Communication)
- ✓ Ενεργητική ακρόαση (Active Listening)

4.1 Επικοινωνιακές δεξιότητες στην υγεία

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες συνιστούν βασικά συστατικά για την αποτελεσματική επικοινωνία και στο χώρο της υγείας. Όπως και σε κάθε άλλο περιβάλλον, έτσι και στο κλινικό, οι δεξιότητες της καλής έκφρασης, της προσεκτικής ακρόασης, της σωστής ερμηνείας των λεκτικών και των μη λεκτικών μηνυμάτων και της ανατροφοδότησης είναι αναγκαίες για την επίτευξη επιτυχημένων επικοινωνιακών συναλλαγών.

Είναι αποδεκτό πως η επίτευξη αποτελεσματικών επικοινωνιακών συναλλαγών δεν προϋποθέτουν μόνον την ύπαρξη εδραιωμένων επικοινωνιακών δεξιοτήτων αλλά επιβάλλουν και την ύπαρξη μιας ευρύτερης ποικιλίας ικανοτήτων και δεξιοτήτων, γνωστών ως soft skills. Οι δεξιότητες αυτές δεν συνδέονται άμεσα με μια συγκεκριμένη εργασία, είναι όμως απαραίτητες σε οποιοδήποτε επάγγελμα και αφορούν τα ιδιαίτερα προσωπικά χαρακτηριστικά που επιτρέπουν στο άτομο να αλληλεπιδρά με αρμονικό και αποτελεσματικό τρόπο με τους άλλους σε οποιοδήποτε διαπροσωπικό περιβάλλον (Cimatti, 2016).

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ακόμη πιο σημαντικά στο χώρο της υγείας, όπου οι επαγγελματίες υγείας αλληλεπιδρούν στενότερα τόσο μεταξύ τους όσο και με τους ασθενείς, συχνά δε κάτω από δύσκολες συνθήκες. Εκτός από τις δεξιότητες επικοινωνίας,

σημαντικές είναι ικανότητες και δεξιότητες όπως η κριτική σκέψη, η ικανότητα επίλυσης συγκρούσεων, η διαπραγματευτική ικανότητα, η ικανότητα λήψης αποφάσεων, η συνεργατική ικανότητα, η προσαρμοστικότητα, η διαχείριση χρόνου και η ενσυναίσθηση. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες αποτελούν αναμφισβήτητα αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής ιατρικής πράξης και απαραίτητα εφόδια για την επαγγελματική πορεία ενός επιστήμονα υγείας. Οι ιατροί και οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδευτούν σε τεχνικές που προάγουν τις δεξιότητες αυτές, προκειμένου να βελτιώσουν τη διαπροσωπική τους επικοινωνία (Ramasamy, Murugaiyan, Shalini, Vengadapathy et al., 2014)

Η ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων διευκολύνει μια προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή τόσο στο ύφος όσο και στο περιεχόμενο της (Alazgi, & Neal, 2003). Η ενσυναίσθηση (empathy) είναι ένας από τους πιο ισχυρούς τρόπους προσέγγισης και παροχής αυτής της στήριξης, που αποσκοπεί στη μείωση της απόρριψης των συναισθημάτων των ασθενών, στην ελαχιστοποίηση της απομόνωσης και στην αποδοχή τους, καθώς τα συναισθήματα και οι σκέψεις τους εκλαμβάνονται ως κάτι φυσιολογικό και αναμενόμενο (Diette, & Rand, 2007).

5. ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΚΡΟΑΣΗ

Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Carl Rogers, η ενεργητική ακρόαση, μια πολυδιάστατη επικοινωνιακή δεξιότητα, συμπεριλαμβάνει την προσπάθεια να ακούσουμε και να συλλάβουμε τόσο τα γεγονότα όσο και τα συναισθήματα που εξωτερικεύονται από τον ομιλητή. Περιγράφεται ως ένας τρόπος προσέγγισης που στηρίζεται σε βασικές ιδέες του ακροατή. Οι Jahromi et al. καταγράφουν τρεις παραμέτρους που σχετίζονται με την ενεργητική ακρόαση: τη στάση του ακροατή, τη δεξιότητά του για ακρόαση και την ευκαιρία που δίνει για συζήτηση. Αυτές υποδιαιρούνται στα εξής: αποφυγή της διακοπής, διατήρηση του ενδιαφέροντος για τα λεγόμενα του συνομιλητή, η αποφυγή-αναβολή της αξιολόγησης, η οργάνωση της πληροφορίας και η εξωτερίκευση του ενδιαφέροντος πίσω στο συνομιλητή (Jahromi et al., 2016).

Ο όρος Active Empathetic Listening (AEL) Ενεργητική Ενσυναίσθητική Ακρόαση, χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά στο πεδίο της Ψυχοθεραπείας και Συμβουλευτικής από τον Carl Rogers. Και ο Goleman αναφέρει ότι η ενεργή ακρόαση αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στον οποίο στηρίζονται οι ανθρώπινες σχέσεις και έτσι, προκειμένου να υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των ατόμων και να επιτυγχάνεται επίλυση των συγκρούσεων, απαιτούνται δύο είδη νοημοσύνης, η Συναισθηματική και η Κοινωνική. Και τα δύο περιλαμβάνουν την έννοια της

ενσυναίσθησης ως απαραίτητο κριτήριο για τη δημιουργία ικανοποιητικών επαφών με το περιβάλλον (Goleman, 2011).

Οι Drollinger, Comes και Warrington (2006) κατασκεύασαν το αντίστοιχο εργαλείο μέτρησης, θέλοντας να μελετήσουν την αποτελεσματική ή μη χρήση της ακρόασης. Η AEL, χαρακτηρίζεται ως η πληρέστερη μορφή ακρόασης καθώς εμπεριέχει όχι μόνο την έννοια της ακρόασης αλλά και της ενσυναίσθησης, συμβάλλοντας στην αποτελεσματικότερη διαπροσωπική επικοινωνία σε σχέση με άλλες τεχνικές, καθώς έχει φανεί ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να ενεργοποιηθεί με τη χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων όπως, η ενεργητική ακρόαση (Drollinger et al., 2006).

Σύμφωνα με την International Listening Association (2012), η έννοια της Ακρόασης, περιλαμβάνει τρία στάδια, *τη λήψη-αντίληψη νοημάτων, την κατασκευή-δημιουργία νοημάτων και την απάντηση/ανταπόκριση* στα λεκτικά και μη λεκτικά ερεθίσματα-μηνύματα. Η Ενεργητική Ακρόαση, διαθέτει τρία χαρακτηριστικά:

- Το πρώτο χαρακτηριστικό, σχετίζεται με την *εξωτερίκευση γνήσιου ενδιαφέροντος* από την πλευρά του παραλήπτη για το μήνυμα που στέλνει ο αποστολέας, μέσα από την προσωρινή αναστολή των προσωπικών συναισθημάτων και σκέψεων, που επιτρέπει την ενεργητική εστίαση της προσοχής στα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα του αποστολέα. Κάτι τέτοιο εξασφαλίζεται μέσω της διατήρησης από την πλευρά του παραλήπτη ενός πλαισίου ελάχιστης λεκτικής συμμετοχής κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης.
- Το δεύτερο, αφορά *την αντανάκλαση*, με τη χρήση παράφρασης, *του μηνύματος* του συνομιλητή, χωρίς, ωστόσο, το μήνυμα να τίθεται σε διαδικασία κρίσης και αρνητικής αξιολόγησης από τον παραλήπτη.
- Το τρίτο χαρακτηριστικό, συνεπάγεται *την εκφορά ερωτήσεων* από την πλευρά του παραλήπτη, αν κάτι είναι δυσνόητο, γεγονός που ευνοεί την περαιτέρω επαφή του αποστολέα με τα προσωπικά του συναισθήματα και σκέψεις. Ο παραλήπτης, με τη χρήση της Ενεργητικής Ακρόασης, γίνεται μέτοχος μιας διαδικασίας αποκωδικοποίησης των κωδικοποιημένων μηνυμάτων που στέλνει ο αποστολέας και στη συνέχεια ανατροφοδότησης πίσω στον αποστολέα και με τον τρόπο αυτό, διατηρεί μια ενσυναισθητική στάση προς τον αποστολέα.

Η όλη διαδικασία έκφρασης ενσυναίσθησης αποπνέει μια αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης καθώς ο αποστολέας αισθάνεται ότι ακούγεται και ότι γίνεται αντιληπτός και αποδεκτός από τον παραλήπτη του μηνύματος (Gottman et al., 1998).

Σημαντική προϋπόθεση της ενεργητικής ακρόασης, είναι η έλλειψη εμποδίων και θορύβων, οτιδήποτε μπορεί να διαστρεβλώσει και να παρεμποδίσει την επικοινωνία, όπως τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις, η διαφορετική γλώσσα, οι αντιλήψεις, η κουλτούρα, οι εμπειρίες, αλλά και το περιβάλλον της επικοινωνίας και άλλα πολλά. Στην επικοινωνία δεν μπορεί να αποκλειστεί εντελώς ποσοστό θορύβου, όμως μπορεί να περιοριστεί αξιοσημείωτα, αν τα άτομα διαθέτουν τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες (Dixon, & O'Hara, 2006).

Αξίζει να σημειωθεί, πως η ενεργητική ακρόαση συνιστά μια ιδιαίτερως απαιτητική ψυχολογική διαδικασία, που διαφέρει σημαντικά από την απλή ακρόαση, αφού απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ατόμου (Brunstein et al., 2007), τον σεβασμό, την υπομονή, την ειλικρινή σχέση, την κατανόηση, την αντίληψη και την αμοιβαία αποδοχή των συναισθημάτων (Goodall, & Goodall, 2006).

Στον τομέα της υγείας η ενεργητική ακρόαση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια διαδικασία δυναμική και διαδραστική η οποία απαιτεί τη χρήση όλων των αισθήσεων και περιλαμβάνει ποικίλα στοιχεία επικοινωνίας, όπως την προσοχή, την κατανόηση, την ενσυναίσθηση και την ταυτόχρονη αξιολόγηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας (Kneisl, 2009).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η εκτίμηση των αναγκών, των ανησυχιών και των επιθυμιών του ασθενή είναι εκ των πραγμάτων δύσκολο. Η ενεργητική ακρόαση εκτείνεται, εκτός της παθητικής ακοής των λεγομένων του ασθενή, στην κατανόηση αλλά και στην ερμηνεία αυτών που μοιράζεται ο ασθενής εκείνη την ώρα (Gidman, 2013). Προέρχεται από το αληθινό ενδιαφέρον για τον ασθενή και τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζει, καθώς επίσης και από την επιθυμία του να γίνει πραγματικά κατανοητό πως αντιλαμβάνεται ο ασθενής αυτό που συμβαίνει στη ζωή του και την υγεία του.

Σε αρκετές περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες όπως ψύχωση, κατάθλιψη και άλλες συναφείς διαταραχές η διαδικασία αυτή μπορεί να είναι δύσκολη, παρόλα αυτά είναι ο επαγγελματίας υγείας που θα δώσει το δικό του στίγμα ώστε να συντρέξουν όλα αυτά τα δυναμικά χαρακτηριστικά τα οποία θα προαγάγουν την επικοινωνία και την επιθυμία του ασθενή να αλληλοεπιδράσει σε βάση διαλόγου (Crabb, & Razi 2007, Sticklely, & Freshwater, 2007).

Η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο. Η έγκαιρη αναγνώριση και καταγραφή των εμποδίων

ενεργητικής ακρόασης βοηθά και στην μείωσή τους στο ελάχιστο, αλλά και στην εκμηδένισή τους. Τα εμπόδια αυτά μπορεί να βρεθούν σε οποιαδήποτε φάση της επικοινωνίας και θα πρέπει να εντοπιστούν, να μειωθούν και τελικά γίνει προσπάθεια για την εξάλειψή τους (Stickley, & Freshwater, 2007).

Στη θεραπευτική σχέση η ενεργητική ακρόαση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη συλλογή πληροφοριών, στην κατανόηση του προβλήματος και στην προαγωγή της θεραπείας. Η συλλογή πληροφοριών μόνο με τα «ανατομικά» αυτιά, μπορεί να αποδειχθεί ελλιπής κατά την κλινική πράξη. Ο ασθενής με τα λόγια του δίνει την καλύτερη πληροφορία για την διάγνωση της ασθένειας του (Jackson, 1992). Από το 1948 ο Reik υποστήριζε ότι ο γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να ακούει τόσο αυτά που λέει ο ασθενής, όσο και αυτά που δεν λέει ποτέ (Reik, 1948), πάντα όμως μέσα από το πλαίσιο αναφοράς του ίδιου του ασθενούς. Η σχέση δεν στηρίζεται μόνο στην άντληση πληροφοριών από τα λεκτικά ή μη λεκτικά μηνύματα, αλλά θα πρέπει να επικυρώνεται και η ακρίβειά τους.

Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, γίνεται ξεκάθαρο ότι η ενεργητική ακρόαση αποτελεί έναν θετικό ενισχυτή προς τη συμπεριφορά του ασθενούς να επικοινωνήσει με τον ιατρό του, παρόμοια με τον έπαινο του δασκάλου στη συμπεριφορά ενός μαθητή ή με τη συμπεριφορά ενός ζώου, το οποίο θα συνεχίσει μια κίνηση, όταν αυτή ακολουθείται από προσφορά φαγητού. Τονίζεται δε, από τους Black, & Adreassen, ότι “η θετική ενίσχυση είναι αποτελεσματικότερη στη διατήρηση ή παγίωση μιας συμπεριφοράς από ό,τι η αρνητική ενίσχυση (Harrison et al., 2018).

5.1 Ενεργητική ακρόαση ως δεξιότητα

Η ενεργητική ακρόαση αποτελεί μια σημαντική επικοινωνιακή δεξιότητα μετά τη λεκτική και τη μη λεκτική. Παράγοντες που επηρεάζουν τη δεξιότητα της ενεργητικής Ακρόασης είναι το *μορφωτικό επίπεδο*, όσο χαμηλότερο είναι αυτό, τόσο βελτιωμένη είναι αυτή η δεξιότητα, η *βαθμίδα στη διοίκηση*, όσο χαμηλότερη, τόσο βελτιωμένη δεξιότητα, ο *χρόνος υπηρεσίας*, παλαιότεροι διοικητές δείχνουν να έχουν βελτιωμένες δεξιότητες, αλλά και το φύλο, οι γυναίκες φαίνεται να ακροάζονται ενεργητικά περισσότερο, εξωτερικεύοντας πιο αποτελεσματικά στο συνομιλητή τους ότι τον ακούν (Jahromi et al., 2016). Σύμφωνα με τους Lang et al. (2000), η ενεργητική ακρόαση είναι μια επικοινωνιακή δεξιότητα διερεύνησης και αναγνώρισης των σκέψεων των ασθενών. Χωρίς αυτήν τη δεξιότητα, τα πραγματικά ζητήματα που αφορούν τους ασθενείς δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας.

Σημαντικό ρόλο να αναπτυχθεί η δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης έχει η εκπαίδευση. Σε δημοσίευση του General Medical Council του Ηνωμένου Βασιλείου (2018) ανάμεσα στις απαραίτητες δεξιότητες για έναν ιατρό, αποτελεί η δεξιότητα του ιατρού να επικοινωνεί με τον ασθενή του, ξεκάθαρα και αποτελεσματικά, λεκτικά και εξωλεκτικά, να ακούει και να ανταποκρίνεται κατάλληλα, δείχνοντας ενσυναίσθηση, καθώς και να τροποποιεί τον τρόπο επικοινωνίας του, αν οι συνθήκες το απαιτούν (General Medical Council U.K, 2018).

5.2 Ενεργητική Ακρόαση και Ενσυναίσθηση

Η ενεργητική ακρόαση, πέρα από μία επικοινωνιακή δεξιότητα κατάλληλη για τη φαρέτρα ενός επαγγελματία υγείας, τόσο εννοιολογικά, όσο και πρακτικά, παραπέμπει σε μία από τις πολύ βασικές αρχές της προσωποκεντρικότητας, την ενσυναίσθηση. Άλλωστε, η ενσυναίσθηση έχει καταδειχθεί για τη σημασία της στη σχέση ιατρού ασθενούς, στην ακριβέστερη διάγνωση και αποτελεσματικότερη θεραπεία, καθώς και για τα οφέλη που έχει για τον ίδιο τον ιατρό. (Kiosses, 2017).

Σύμφωνα με τον Carl Rogers ενσυναίσθηση ορίζεται «το να αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και μαζί με τα συναισθηματικά στοιχεία και τα νοήματα που εμπεριέχονται σε αυτό, σαν να ήταν ο άλλος, αλλά χωρίς ποτέ να χάνεται η 'σαν να' συνθήκη». Αυτό όμως συμβαίνει χωρίς ταύτιση και απώλεια της προσωπικής ταυτότητας.

Ο Barrett-Lennard περιέγραψε την ενσυναισθητική κατανόηση, ως μια “ενεργητική διαδικασία για πλήρη κατανόηση (...) όσων εξωτερικεύονται από έναν ομιλητή, διαθεσιμότητα για επικοινωνία και μετάφραση των λέξεων και σημείων του σε νόημα που να ταιριάζει στις πλευρές που είναι πιο σημαντικές για εκείνον εκείνη τη στιγμή” (Rogers, 1995).

Φαίνεται λοιπόν ότι η ενεργητική ακρόαση αποτελεί βασική συνιστώσα της ενσυναίσθησης, για να μπορέσουν να γίνουν κατανοητά τα λεγόμενα του συνομιλητή και να βιωθεί η πραγματικότητά του υπό το πρίσμα του τελευταίου. Η ενσυναίσθηση συνδέεται με την ενεργητική ακρόαση ως απαραίτητη επικοινωνιακή δεξιότητα, ούτως ώστε το άτομο όχι μόνο να επικοινωνήσει με τους άλλους αλλά και οι άλλοι να αισθανθούν ότι έχουν γίνει αντιληπτοί σε επίπεδο συναισθηματικό και γνωστικό. Η εκμάθηση, η καλλιέργεια και η εξάσκηση της δεξιότητας της ενεργητικής ακρόασης γίνεται με σκοπό την εδραίωση γόνιμης επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων (Goleman, 2006, Goleman, 1995).

6. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Η ενσυναίσθηση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια κοινωνική δεξιότητα, μια ψυχική κατάσταση, μια ιδιότητα του ανθρώπινου χαρακτήρα, η οποία εμφανίζεται σε πρωτόλεια κατάσταση, ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Αποτελεί επίσης, ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο των διαπροσωπικών σχέσεων σε μικρή και μεγάλη κλίμακα και διαμορφώνεται ή επηρεάζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές περιστάσεις.

Με την έννοια της ενσυναίσθησης έχουν ασχοληθεί τα τελευταία χρόνια εκτενώς τα κοινωνικά μέσα, η διεθνής και εθνική πολιτική, οι τέχνες, οι κοινωνικές επιστήμες και οι επιστήμες υγείας (Corlan, 2014). Παρόλη τη δημοφιλία της, παραμένει μια πολυσυζητημένη έννοια και πεδίο αντιπαραθέσεων για τον ορισμό της (Hojat, 2016). Λόγω του πολυσύνθετου χαρακτήρα της, δεν υπάρχει ομοφωνία σε σχέση με τον ορισμό της.

Εξαιτίας της εννοιολογικής της ασάφειας περιγράφεται ως μια «απροσδιόριστη» έννοια (Busch, 1983) δύσκολο να οριστεί και δυσκολότερο να μετρηθεί (Kestenbaum, 1989). Ωστόσο, σύμφωνα με τους Eisenberg και Strayer (1987) δεν υπάρχει σωστός και λανθασμένος ορισμός αλλά απλά διαφορετικοί ορισμοί. Η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει το μοίρασμα των αντιληπτών συναισθημάτων του άλλου, «το να νοιώθεις με τον άλλο» (Eisenberg & Strayer, 1987). Ο Hogan την αναφέρει ως «πράξη οικοδόμησης για τον εαυτό του, της ψυχικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου» (Hogan, 1969), ο Hoffman ως «μία συναισθηματική απάντηση πιο κατάλληλη για την κατάσταση κάποιου άλλου από ό,τι για τον εαυτό του» (Hoffman, 1987 in Hoffmann, 2000). Ο de Waal ως την ατομική ικανότητα κάποιου να επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του άλλου, να τη μοιράζεται, να εκτιμά, να αξιολογεί τις αιτίες πρόκλησής της και τέλος, να ταυτίζεται με αυτή, άμεσα και αυτόματα να «μπαίνει στη θέση του άλλου», υιοθετώντας τη δική του προοπτική (de Waal, 2008). Ο Davis, την ορίζει ως ένα σύνολο κατασκευών που σχετίζονται με τις απαντήσεις ενός ατόμου στις εμπειρίες ενός άλλου (Davis, 1996).

Οι Batson και Ahmad's έχουν ορίσει την ενσυναίσθηση σύμφωνα με τέσσερις διαφορετικές ψυχολογικές καταστάσεις: α) υιοθετώ την οπτική του άλλου, β) φαντάζομαι πως μπορεί να αισθάνεται ο άλλος, γ) ταύτιση των συναισθημάτων, αισθάνομαι δηλαδή αυτό που αισθάνεται ο άλλος και, δ) ενσυναισθητικό ενδιαφέρον για κάποιον που επιζητά το ενδιαφέρον από κάποιον άλλο (Batson, & Ahmad, 2009).

Η πλειοψηφία των ψυχολόγων αναγνωρίζουν την αξία της και προσδιορίζουν αυτό το ανθρώπινο χαρακτηριστικό ως την ικανότητα κατανόησης του άλλου μέσω των συναισθημάτων. Αυτή η ικανότητα κρίνεται απαραίτητη για την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων και αποτελεί το βασικό θεμέλιο για την εξέλιξη της κοινωνικής ζωής του ατόμου

(Hogan, 1969, Eisenberg, & Strayer, 1987). Έτσι, πολλοί μελετητές περιγράφουν την ενσυναίσθηση ως το συνδετικό κρίκο της κοινωνίας, όπου προβάλλει την αλληλοϋποστήριξη και συντελεί στην αποφυγή των αρνητικών συναισθημάτων (Baron-Cohen, Wheelwright, 2004). Έχει γίνει αντιληπτό ότι τα άτομα με έντονη την αντίληψη της ενσυναίσθησης προάγουν τη δημιουργία κοινωνικού κύκλου και προσαρμόζονται ευκολότερα στο επαγγελματικό και οικογενειακό περιβάλλον, καθώς και με άτομα άλλων εθνικοτήτων και πολιτισμών (Batson, & Ahmad, 2001, Hoffman, 2000, Rasool et al., 2011).

6.1 Διαστάσεις ενσυναίσθησης.

Σύμφωνα με τους κοινωνικούς ψυχολόγους, γίνεται λόγος για τις δύο διαστάσεις του όρου, τη γνωστική (cognitive) και συναισθηματική (emotional) (Rogers, 1983), καθώς προστίθεται και η κινητική ενσυναίσθηση (motor empathy), η οποία αναφέρεται στη μη συνειδητή αντανάκλαση των εκφραστικών κινήσεων του προσώπου που παρατηρούμε.

A. *Η Γνωστική Ενσυναίσθηση*: Η Rosalind Dymond, σύμφωνα με τον Hoyat (2007), θεωρεί την ενσυναίσθηση ως τη γνωστική ικανότητα του να μπορεί κάποιος να υποθέσει ποια είναι η ψυχολογική κατάσταση ενός άλλου ανθρώπου. Ο Kohut, επίσης, περιγράφει την ενσυναίσθηση ως «εκείνο τον τρόπο της νόησης που είναι εναρμονισμένος με την αντίληψη μιας σύνθετης ψυχολογικής διαμόρφωσης» (Kohut, 1971, Hoyat, 2007). Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι στην ενσυναίσθηση κυριαρχούν ορισμένες γνωστικές ιδιότητες.

Η γνωστική ενσυναίσθηση ή αλλιώς συναισθηματική θεωρία του νου δεν απαιτεί κάποιος πραγματικά να μοιράζεται τα συναισθήματά του, αλλά μόνο να καταλαβαίνει τις συναισθηματικές καταστάσεις κάποιου άλλου ατόμου. Η γνωστική ενσυναίσθηση, με άλλα λόγια, αναφέρεται στη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου. Όσοι υιοθετούν τη γνωστική άποψη της ενσυναίσθησης, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην κατανόηση και στην κοινωνική διορατικότητα παρά στην συναισθηματική εμπλοκή (Hoyat, 2007).

Με άλλα λόγια, η ικανότητα του να μπορεί κάποιος να κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων χωρίς όμως να βρίσκεται ο ίδιος σε αντίστοιχη συναισθηματική κατάσταση, καλείται γνωστική ενσυναίσθηση. Για παράδειγμα, το άτομο αντιλαμβάνεται ότι κάποιος είναι λυπημένος, χωρίς αυτό να έχει κάποια επίδραση συναισθηματική στον παρατηρητή. Η γνωστική ενσυναίσθηση θεωρείται ότι έχει πολλά κοινά και συνδέεται στενά με τη θεωρία του νου (theory of mind- ToM) ή αλλιώς της νοητικοποίησης (Walter, 2012).

Πέραν της ανάληψης προοπτικής, στην γνωστική ενσυναίσθηση ανήκει και η φανταστική ενσυναίσθηση (fantasy) κατά την οποία υπάρχει συναισθηματική ταύτιση με φανταστικούς χαρακτήρες (Davis, 1983). Μέσω της αφήγησης μιας πραγματικής

βιωματικής ιστορίας αναπτύσσεται η ικανότητα των ατόμων να συναισθάνονται με τις εμπειρίες άλλων, σεβόμενοι την ιδιωτικότητα των χρηστών των υπηρεσιών και των ασθενών (Fairbairn, 2002). Η κοινωνική λειτουργία των ανθρώπων ενισχύεται με την γνωστική ενσυναίσθηση, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στο πολύπλοκο κοινωνικό περιβάλλον που υπάρχει γύρω τους (Davis, 1994, Smith, 2006), δίνοντας τη δυνατότητα κατανόησης και πρόβλεψης της συμπεριφοράς των άλλων μέσα από τις πνευματικές καταστάσεις που αποδίδονται από τη συναναστροφή, διευκολύνοντας τη συνομιλία και την κοινωνική εμπειρογνωμοσύνη (Smith, 2006).

Τα υψηλά επίπεδα της γνωστικής ενσυναίσθησης επιτρέπουν την θετική κοινωνική δράση και αποτελεσματική παροχή βοήθειας χωρίς να λαμβάνεται σημαντικά υπ' όψη η συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου ατόμου (Cacciatore et al., 2014). Επίσης μπορούν να δράσουν προστατευτικά σε αυτούς που εκτίθενται σε πολλά αρνητικά συναισθήματα σε πιεστικά περιβάλλοντα με πολύ δυσφορικές εργασίες όπου τα τραύματα και ο θάνατος είναι κοινός, ενώ υψηλά επίπεδα συναισθηματικής ενσυναίσθησης μπορεί να θέσουν το άτομο σε κίνδυνο ψυχολογικής δυσφορίας, όπως συμπονετική κόπωση και σοβαρή συναισθηματική κόπωση, που μπορεί να εμποδίσουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας και να αυξήσουν τον κίνδυνο ιατρικών σφαλμάτων (Cacciatore et al., 2014, Figley 2012, Decety, & Fotoroulou 2015).

Η Γνωστική ενσυναίσθηση χρησιμεύσει και στη συναισθηματική ρύθμιση, να βοηθήσει δηλαδή ένα άτομο να σχετίζεται με τον πόνο των άλλων, χωρίς να κατακλύζεται ή να παραλύσει από αυτό, όπως θα μπορούσε να συμβεί αν στηριζόταν αποκλειστικά σε συναισθηματική ενσυναίσθηση, ειδικά το συστατικό της συγκινησιακής μετάδοσης (Cacciatore et al., 2014). Όσοι δεν έχουν επαρκή προετοιμασία ή έχουν ελάχιστη έκθεση σε θάνατο φαίνεται να έχουν τις περισσότερες δυσκολίες, βοηθώντας τους ασθενείς, με τέτοια θέματα και μπορεί να ανταποκρίνονται λιγότερο ενσυναισθητικά. Εκείνοι που έχουν προσωπική εμπειρία ή εκπαίδευση σχετικά με τον θάνατο μπορεί να είναι λιγότερο φοβισμένοι (Haas-Thompson, Alston, & Holbert, 2008, Kirchberg et al., 1998, Terry, Bivens, & Neimeyer, 1995) και ως εκ τούτου λιγότερο αποφευκτικοί στον πόνο και την ταλαιπωρία (Cacciatore et al., 2014). Οι Moore & Cooper (1996) επισημαίνουν ότι οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία, ιδίως, υπόκεινται σε υψηλά επίπεδα στρες λόγω εργασίας ένα συναισθηματικά εξαντλητικό χώρο εργασίας. Ο Figley (2002) προτείνει ότι οι πιο αποτελεσματικοί θεραπευτές χρησιμοποιούν και εκφράζουν ενσυναίσθηση και συμπόνια. Μοιραζόμενος την ταλαιπωρία του πελάτη, ο φροντιστής εκφράζει συμπόνια που με τη σειρά του ενισχύει και παρηγορεί τον πάσχοντα (Morse et al., 1992, Raab, 2014).

Β. *Η Συναισθηματική Ενσυναίσθηση*: Εκδηλώνεται ως συναισθηματική ανταπόκριση στη ψυχική κατάσταση του άλλου, ή αλλιώς ως ένα είδος «συναισθηματικής επικοινωνίας». Το συναισθηματικό σύστημα της ενσυναίσθησης, περιλαμβάνει τις πρώιμες διαδικασίες της συναισθηματικής μεταδοτικότητας, της συναισθηματικής αναγνώρισης, καθώς του μοιράσματος του πόνου (Shamay-Tsoory, 2011).

Στη συναισθηματική ενσυναίσθηση παρατηρείται απόλυτο ή παραπλήσιο ταίριασμα ενός ατόμου με τα συναισθήματα κάποιου άλλου, όπως η θλίψη ως απάντηση στη θλίψη κάποιου άλλου. Μπορεί να προκύψει συναισθηματική μετάδοση (emotional contagion) από τη «σύλληψη» συναισθημάτων κάποιου άλλου ή ενσυναίσθητο-συμπαθητικό ενδιαφέρον (empathic concern) όπως και συμπάθεια ή προσωπική δυσφορία (personal distress). Το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον περιγράφει την αντίδραση στον πόνο και τη λύπη του άλλου περιλαμβάνοντας τη συμπόνια και τη συμπάθεια (Zahn-Waxler, & Radke-Yarrow, 1990, Batson, 2010).

Σύμφωνα με τους Shea and Lionis, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός αποτελούν βασική αξία της συμπόνιας (Shea, & Lionis, 2010). Οι Gruen and Mendelsohn υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση είναι μια διανοητική ή γνωστική διαδικασία ενώ η συμπάθεια είναι συναισθηματική (Gruen, & Mendelsohn, 1986). Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην προσπάθεια ενός ατόμου να κατανοήσει βαθιά, με απουσία κριτικής τα βιώματα ενός άλλου ατόμου. Η επίγνωση του εαυτού (self-awareness) είναι επαυξημένη στην ενσυναίσθηση, ενώ μειώνεται στη συμπάθεια. Σύμφωνα με τον Kohut η ενσυναίσθηση αποτελεί έναν ουδέτερο τρόπο του «σχετίζεσθαι» (Kohut, 1984).

Η διαφορά της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας είναι πέρα από σημασιολογική, καθώς οι δύο αυτές έννοιες περιλαμβάνουν διαφορετικές νοητικές και ψυχικές διεργασίες. Μελέτη που μέτρησε την ενσυναίσθηση και τη συμπάθεια βρήκε μέτρια συσχέτιση μεταξύ τους ($r= 0.45$, $p< 0.01$), αν και τέτοιου είδους σχέσεις χρειάζονται μεγαλύτερη διερεύνηση (Hojat et al., 2001).

Τόσο η Συναισθηματική όσο και η Γνωστική Ενσυναίσθηση σχετίζονται αρνητικά με θυμό, παρορμητικότητα, επιθετικότητα και ψυχοπάθεια (Reniers et al., 2011 in Cacciatore et al., 2014). Η συναισθηματική ενσυναίσθηση έχει βρεθεί να έχει μικρή ή καθόλου επίδραση στην πραγματική συμπεριφορά φροντίδας (Marjanovic, Struthers, & Greenglass, 2012).

Έτσι μπορεί να είναι πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας να βρουν μια λεπτή ισορροπία μεταξύ υπερβολικής ταύτισης με τους ασθενείς τους και συναισθηματικής αποστασιοποίησης, κάνοντας δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης απαραίτητες για να

κρατήσουν τα συναισθήματά τους υπό έλεγχο και να διατηρήσουν προσωπική σταθερότητα (Cheng et al., 2007, Decety, 2009, Decety et al., 2010).

Γ. *Η Κινητική Ενσυναίσθηση*: Ορίζεται ως η τάση της αυτόματης μίμησης και συγχρονισμού των κινήσεων του προσώπου σε εκφράσεις, ένταση φωνής στάσεις και κινήσεις του σώματος, με εκείνες ενός άλλου προσώπου (Blair, 2005). Συνήθως αξιολογείται με την χρήση ηλεκτρομυογραφημάτων, όπου μετράται η μίμηση του προσώπου συγκεκριμένα η κίνηση των μυών του (Bons et al., 2010).

Εν κατακλείδι και η γνωστική και η συναισθηματική ενσυναίσθηση συμβάλλουν στις ατομικές διαφορές στην ενσυναίσθητη ανάπτυξη και δεν διαχωρίζονται στη μέτρηση της ενσυναίσθησης (Strayer, 1987). Επίσης θεωρείται ότι η γνωστική ενσυναίσθηση είναι προϋπόθεση για τη συναισθηματική ενσυναίσθηση (Blair, et al., 1996). Σύμφωνα με τον Hoffman και οι δύο αλληλεπιδρούν, αναφέροντας ότι η ενσυναίσθητη αντίδραση στη δυσφορία κάποιου προκαλεί δύο βασικές επιρροές, την ενσυναίσθητη δυσφορία και τη συμπαθητική δυσφορία οι οποίες δεν ξεχωρίζονται στην βιβλιογραφία. (Hoffman, 1987)

6.2 Η ενσυναίσθηση ως κοινωνική δεξιότητα

Η συμβολή και η σημασία της ενσυναίσθησης για την υγιή ψυχολογική και κοινωνική αλληλεπίδραση θεωρείται πλέον δεδομένη. Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως σύνθετο διαπροσωπικό φαινόμενο το οποίο είναι αποτέλεσμα παρατήρησης, μνήμης, γνώσης και λογικής (Ickes, 1997). Η συναισθηματική διάσταση της είναι αυτή που βοηθά στην επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων και στη διαχείριση των συναισθημάτων τόσο του υποκειμένου όσο και του αντικειμένου.

Η ενσυναίσθηση διευκολύνει την κοινωνικοποίηση, σχετίζεται με τη θετική κοινωνική αλληλεπίδραση, ευνοεί τη διάθεση για συνεργατικότητα και βοηθά στην καλλιέργεια της προκοινωνικής συμπεριφοράς. Μια υγιής κοινωνική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από αλτρουιστική στάση όπως ανταλλαγή εμπειριών και συναισθημάτων, παροχή βοήθειας. Επιπλέον, το άτομο που διαθέτει την ικανότητα της ενσυναίσθησης μαθαίνει να εκφράζει την αντίθεση του απέναντι στα κοινωνικά στερεότυπα. (Mares, & Woodard, 2001).

Σύμφωνα με τους Miller και Eisenberg διαπίστωσαν μειωμένη επιθετική συμπεριφορά σε άτομα με αυξημένη την ενσυναίσθητική συμπεριφορά (Miller, & Eisenberg, 1988). Οι έρευνες έδειξαν ότι τα επιθετικά άτομα διαθέτουν ελλειμματική γνωστική και συναισθηματική ενσυναίσθηση. Υπάρχουν πολλοί ερευνητές που υποστηρίζουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ της επιθετικότητας και της

γνωστικής ενσυναίσθησης, σύμφωνα με την οποία παρατηρείται μεγαλύτερη δυσκολία των ατόμων αυτών να αποδεχτούν την άποψη των άλλων.

Το ενσυναισθητικό ενδιαφέρον και η επιθυμία του ατόμου να βοηθήσει σχετίζονται θετικά με τις συμπεριφορές που προάγουν τις προκοινωνικές σχέσεις. Ο βαθμός του εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τον τρόπο σκέψης ή την οπτική γωνία του άλλου (Knight et al, 1994). Ο Berthoz και οι συνεργάτες του απέδειξαν ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την ανάπτυξη της ηθικής συμπεριφοράς (Berthoz et al., 2006).

Τέλος χάρη στην ενσυναίσθηση, το άτομο μαθαίνει, να αποδέχεται την άποψη των άλλων, να απορρίπτει τα στερεότυπα, να σέβεται το διαφορετικό να ενστερνίζεται τις αρχές της δικαιοσύνης και να διευθετεί τις συγκρούσεις του με ειρηνικό τρόπο (Frantz, & Janoff-Bulman, 2000, Fabes et al., 1999, Roberts, & Strayer, 1996, Edelstein, & Rosen, 2000). Η ενσυναίσθηση ως κοινωνική και επικοινωνιακή δεξιότητα, συμβάλλει θετικά στις υγιείς κοινωνικές σχέσεις και στην κοινωνική επάρκεια των ατόμων.

6.3 Θεραπευτική ενσυναίσθηση

Στην θεωρία του Αριστοτέλη σχετικά με τις μεσότητες διαπιστώνεται ότι η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται μεταξύ της συναισθηματικής ταύτισης και αδιαφορίας. Αποτελεί μια ικανότητα την οποία θα πρέπει να κατέχουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, αφού έχει αποδειχθεί μετά από έρευνες, πως γιατροί και γενικά επαγγελματίες υγείας με ανεπτυγμένα επίπεδα ενσυναίσθησης είχαν θετικές συνέπειες και στην κλινική εικόνα των ασθενών τους (Hojat, 2011). Ο Ιπποκράτης κατά τον 4ο αιώνα, ισχυρίστηκε πως ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν βελτίωση στην ανάρρωσή τους, επειδή πιστεύουν στις ικανότητες και στα λεγόμενα των γιατρών τους. Το συναίσθημα αποτελεί κριτήριο αλήθειας καθώς εκδηλώνεται σε καταστάσεις σύμφωνες ή εχθρικές με την ανθρώπινη φύση και έχει ευχάριστη και αρνητική έκβαση αντιστοίχως, σύμφωνα με τους Επικούρειους φιλοσόφους.

Από την φύση της, η σχέση ειδικού και ασθενή προσδιορίζεται ως ένα σύστημα υποστήριξης με δυναμική θεραπευτική επίδραση (Novack, 1987). Μια αμφίδρομη σχέση βαθιάς κατανόησης προάγει τους τρεις τύπους αλληλεπίδρασης (Cohen, 2004), την συνεργατική, τη συναισθηματική και την πληροφοριακή και αποτρέπει την εκδήλωση ανταγωνιστικών σχέσεων (Goubert, 2005). Η αλληλεπίδραση, μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας, παίζει σημαντικό ρόλο κατά τη θεραπεία των ασθενών (Balint, 1957). Η ενσυναίσθηση στην ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων ενισχύει τον εντοπισμό των κοινών αντιλήψεων και εκμηδενίζει τις προκαταλήψεις (Stephan, & Finlay, 1999).

Η θεραπευτική ενσυναίσθηση περιγράφεται ως αλληλεπίδραση κατά την οποία ο θεραπευτής γνωρίζει και κατανοεί τον θεραπευόμενο ώστε να συμβάλει στην εξέλιξη του και στη λύση των προβλημάτων του (Bohart, & Greenberg, 1997). Διακρίνονται τρεις κύριοι τρόποι θεραπευτικής ενσυναίσθησης, οι οποίοι δεν αλληλοαποκλείονται.

Οι διαφορές τους είναι θέμα έμφασης:

- Η *συμπνευτική στάση* που παρουσιάζει ο θεραπευτής απέναντι στον ασθενή, αποδεικνύει ότι κατανοεί την εμπειρία του ώστε να θέσει το πλαίσιο για αποτελεσματική θεραπεία.
- Ο *επικοινωνιακός συντονισμός*, συνίσταται σε μια ενεργό, συνεχή προσπάθεια συγχρονισμού με τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ασθενή και την προϋπάρχουσα εμπειρία. Υποστηρίζεται πιο συχνά κυρίως από ασθενείς και έμπειρους θεραπευτές μέσω ενσυναίσθητων αντιδράσεων.
- Η *προσωπική ενσυναίσθηση*, αφορά συνεχή προσπάθεια κατανόησης των συνολικών εμπειριών του ασθενή που αποτελούν το υπόβαθρο της τρέχουσας εμπειρίας του (Elliott et al., 2011).

Τόσο στις σχέσεις μεταξύ ασθενούς και γιατρού όσο και των άλλων ομάδων, που επικοινωνούν και συναναστρέφονται σε καθημερινή βάση με τον κόσμο, η ενσυναίσθηση αποτελεί βασικό πυλώνα ανάπτυξης διαπροσωπικών σχέσεων και ένα είδος κοινωνικού δικτύου με υποστηρικτικό υπόβαθρο και θεραπευτικά στοιχεία μέσω μιας δυνατής σχέσης εμπιστοσύνης, όπως αυτή γιατρού με ασθενή (Hojat, 2007).

Σε ανθρώπους που χρίζουν θεραπείας, αντιμετωπίζουν χρόνια νοσήματα ή υποφέρουν από μεγάλο σωματικό και ψυχικό πόνο, έχουν την ανάγκη στήριξης αλλά και κάλυψης των εκάστοτε αναγκών τους, η ενσυναισθηματική αντιληπτικότητα θα πρέπει να είναι αληθινή ή όσο το δυνατόν πιο πειστική. Για το λόγο αυτό, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αναπτύσσουν με τους ασθενείς σχέσεις εμπιστοσύνης και κατανόησης, ώστε να μειώνεται το άγχος τους, να ενισχύουν τις ελπίδες τους και την αντοχή τους απέναντι στον πόνο, αλλά και να προσαρμόζονται με πιο ομαλό τρόπο στα νέα δεδομένα που δημιουργήσει η ασθένειά τους (Williams, 2010).

Από έρευνες που έγιναν όταν στις σχέσεις ειδικού και ασθενή υπάρχει μεγάλη συμπάθεια, επιτυγχάνεται καλύτερη συνεργασία με αποτέλεσμα πιο έγκυρες διαγνώσεις, μεγαλύτερη συνέπεια στην τήρηση της θεραπείας από την πλευρά του ασθενή, άρα ανταπόκριση και πρόγνωση που οδηγεί σε πιο έγκαιρη αντιμετώπιση απέναντι σε ένα πρόβλημα που βρίσκεται σε αρχικό στάδιο (Nunes et al., 2011). Τα συναισθήματα του οίκτου και της συμπόνιας, κατά την διάρκεια της θεραπείας, επιδρούν αρνητικά στην

ψυχολογία του θεραπευτή, προκαλώντας του συναισθηματική φόρτιση, αρνητικά αποτελέσματα και προκατάληψη (Curzer, 1993).

Πλήθος μελετών και μετα-αναλύσεων στηρίζουν, ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας μεσαίου μεγέθους, αλλά μεταβλητός προγνωστικός παράγοντας των εκβάσεων. Είναι μια αμοιβαία διαδικασία κοινού επικοινωνιακού συντονισμού όπου ο ασθενής επηρεάζει το επίπεδο της θεραπευτικής ενσυναίσθησης (Elliott et al., 2011) και η αποκάλυψη του βίου του συνιστά βασικό σύνδεσμο στον κύκλο της ενσυναίσθησης (Barrett-Lennard, 1981).

Πάρα πολλές έρευνες πραγματοποιήθηκαν στην ανεύρεση στοιχείων για την αξία της ενσυναίσθησης στη βελτίωση της θεραπείας. Οι διαπιστώσεις που προκύπτουν:

- Η ενσυναίσθηση αποτελεί βοηθητικό παράγοντα στη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Neumann et al., 2007, Henbest, & Stewart, 1990).
- Ενισχύεται το θεραπευτικό αποτέλεσμα του ασθενούς. Αυτό οφείλεται στην κατανόηση που δείχνουν οι γιατροί για την κατάσταση των ασθενών και εν συνεχεία, οι ασθενείς καθώς το αντιλαμβάνονται, μπορούν να ακολουθήσουν με ευκολία το θεραπευτικό πρόγραμμα που τους παρέχεται (DiMatteo, & Martin, 2011)
- Τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης που έχουν οι γιατροί οφείλονται, πιθανόν, στο γεγονός ότι ασθενείς με λιγότερο άγχος ένοιωθαν την ευαρέσκεια στο πρόσωπό τους όταν ο θεραπευτής τους βρισκόταν σε συνεδρία μαζί τους, ενώ αντιθέτως, χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης εμφανίζουν οι γιατροί όταν η εκτίμηση που αφορούσε στην ικανοποίηση των ασθενών τους δεν ήταν ορθή (Zachariae et al., 2003).
- Οι γιατροί εκδηλώνουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης όταν η θεραπεία τους έχει αποτέλεσμα και με αυτόν τον τρόπο νοιώθουν περισσότερη επαγγελματική ευχαρίστηση (Τσουνής, & Σαράφης, 2014, Leloirain et al., 2012, Neumann et al., 2009, Larson, & Yao Xin, 2005).
- Η σχέση θεραπευτή – θεραπευμένου, όταν αναπτύσσεται εμπιστοσύνη και οικειότητα, οδηγεί στη μείωση λανθάνουσας πρακτικής και ιατρικών λαθών, καθώς η ιατρική προσέγγιση βοηθάει στην αποφυγή δικαστικής διαμάχης και αποζημιώσεων (Derksen et al., 2016).

Συμπερασματικά η ενσυναίσθηση, είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την έγκαιρη προσκόλληση μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, φροντίζει την ευημερία και διευκολύνει τη συνεργασία (Decety, & Cowell, 2014).

Αποτελεσματική είναι μόνο όταν στηρίζεται στην αυθεντική φροντίδα ασθενούς και συνιστά «συστατικό» μιας υγιούς θεραπευτικής σχέσης (Elliott et al., 2011). Στη συναισθηματική προσομοίωση και τη ρύθμιση συναισθημάτων, οι θεραπευτές που συμμετείχαν σε συγκρουσιακά, αντισταθμιστικά συναισθήματα θεωρήθηκαν από τους ασθενείς περισσότερο ενσυναισθητικοί (Reabody, & Gelso, 1982). Άρα, η θεραπευτική ενσυναίσθηση είναι κάτι περισσότερο από απλά βαθιά ή επιφανειακή δράση, δίνει μια θεμελιώδη κατανόηση της σωματικής και ψυχικής μας ύπαρξης (Larson, & Yao, 2005).

7. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας θεμελιώθηκε από τον Bandura (1977) στο πλαίσιο της ευρύτερης θεωρίας της κοινωνικής μάθησης, μια θεωρία που επικεντρώθηκε στην αλληλεπίδραση των σχέσεων μεταξύ ατομικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και την επίδραση αυτών στη διαδικασία της μάθησης. Ειδικότερα, ο Bandura όρισε την αυτοαποτελεσματικότητα «την πεποίθηση, δηλαδή την απόλυτη βεβαιότητα, με την οποία ένα άτομο μπορεί επιτυχώς να συμπεριφέρεται έτσι ώστε να έχει το ανάλογο αποτέλεσμα» (Bandura, 1977).

Τα άτομα που διαθέτουν αυτοαποτελεσματικότητα μπορούν να ασκούν ένα μέτρο ελέγχου πάνω στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ενέργειές τους. Ο μηχανισμός αυτός είναι η πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να επηρεάζουν τα γεγονότα της ζωής τους. Αργότερα ο Bandura όρισε την αντιληπτή αυτοαποτελεσματικότητα ως «η κρίση του ατόμου για την ικανότητά του να επιτύχει ένα ορισμένο επίπεδο απόδοσης» και αποτελεί ένα σημαντικό διαμεσολαβητή ανάμεσα στη γνώση ή στις ικανότητες του ατόμου και στη συμπεριφορά του (Emmer, & Hickman, 1991).

Ουσιαστικά η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας αναφέρεται στην πίστη και στην κρίση του ατόμου για τις ικανότητες του να εκτελέσει ένα συγκεκριμένο έργο σε ένα καθορισμένο επίπεδο επίδοσης. Η αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει τον τρόπο που σκέφτεται το άτομο, που αισθάνεται, που ενεργεί, τα κίνητρά του, το μέγεθος της προσπάθειας που καταβάλλει, την απόδοσή του, την συναισθηματική του εγρήγορση και την επιμονή του όταν συναντά εμπόδια (Goddard, Hoy, & Woolfolk Hoy, 2004). Αναφέρεται δηλαδή στην υποκειμενική αντίληψη που διαθέτει το άτομο ότι θα τα καταφέρει (Tschannen –Moran, & Hoy, 2007, Tschannen –Moran, et al., 1998).

Τα άτομα που έχουν υψηλό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας, διαθέτουν μεγαλύτερη εσωτερική παρακίνηση που επηρεάζει τις επόμενες επιδόσεις τους (Pajares, 2007).

Σύμφωνα με τους Gushue et al. (2006) και Zimmerman (2000), το άτομο που έχει χαμηλές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας:

- Αντιμετωπίζει τις δυσκολίες ως απειλές.
- Έχει χαμηλούς στόχους.
- Διακρίνεται από απροθυμία για περαιτέρω διερεύνηση.
- Είναι αναποφάσιστο
- Οδηγείται εύκολα σε παραίτηση.

Αντίθετα, το άτομο που έχει υψηλές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας:

- Αντιμετωπίζει τις δυσκολίες ως προκλήσεις.
- Έχει υψηλό βαθμό αφοσίωσης στην πραγματοποίηση επαγγελματικών στόχων.
- Ασκεί προσωπικό έλεγχο.
- Διερευνά εναλλακτικές επιλογές.
- Επιδεικνύει μεγαλύτερη αποφασιστικότητα..

Τα άτομα που διαθέτουν αυτοαποτελεσματικότητα περιγράφονται ως ευπροσάρμοστα, δυναμικά, πρόθυμα, τρυφερά, υπομονετικά, φιλόδοξα, ενθουσιώδη, αφοσιωμένα, συνεργατικά, φιλικά, δεκτικά σε νέες ιδέες και πειραματισμούς, με υψηλή αυτοεκτίμηση και θετική ανατροφοδότηση, επιμονή και ψυχικά ανθεκτικά στο stress και την κατάθλιψη, που διακρίνονται για τα ακαδημαϊκά τους επιτεύγματα και τις καινοτομίες τους καθώς και για τις επιδόσεις τους στον αθλητισμό. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα περιγράφονται ως απομονωμένα, απαισιόδοξα, με χαμηλή αίσθηση αυτοπεποίθησης και προσαρμοστικότητας, επικριτικά με τον εαυτό τους και τους άλλους, που καταβάλλουν μικρότερη προσπάθεια και βιώνουν έντονα το άγχος και το αίσθημα αποτυχίας και της κακοτυχίας.

Τα άτομα με υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας επιλέγουν πλαίσια και καθήκοντα που αποτελούν πρόκληση για τις ικανότητές τους και ακόμη και αν συναντήσουν εμπόδια και δυσκολίες ή αβεβαιότητες, επανακάμπτουν γρήγορα και συνεχίζουν την προσπάθεια με υψηλό αίσθημα δέσμευσης (Bandura, 1997, Liao et al, 2010). Ακόμα, σύμφωνα με έρευνες των Chen et al. (2000) και Barron & Harrington (1981), η αίσθηση υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζει υψηλό επίπεδο συσχέτισης με την ευσυνειδησία, την δημιουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και την ανάγκη επίτευξης στόχων. Αυτό σημαίνει ότι τα αυτοαποτελεσματικά άτομα εστιάζουν κάθε φορά σε υψηλότερους στόχους, με απώτερο σκοπό πάντα την εκπλήρωση του καθήκοντος διευρύνοντας τις διεργασίες και τις εναλλακτικές στρατηγικές, παραμένοντας ταυτόχρονα απερίσπαστα (Bandura, 1997).

Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελεί ταυτόχρονα κριτήριο απόδοσης και παράγοντα πρόβλεψης σε καταστάσεις που κρίνονται δύσκολες, ενδιαφέρουσες και απαιτητικές κινητοποιώντας το άτομο να ενεργοποιήσει μηχανισμούς δράσης προκειμένου να ανταποκριθεί με επιτυχία στους στόχους καθήκοντα για τους οποίους το ίδιο έχει δεσμευθεί και να ελέγξει το περιβάλλον και τα γεγονότα που ασκούν επίδραση στην ζωή του.

Τα άτομα διαμορφώνουν το επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητάς τους με βάση τις πληροφορίες που συλλέγουν από τέσσερις πηγές (Bandura, 1994):

α) Προηγούμενες εμπειρίες και προηγούμενα προσωπικά επιτεύγματα: Στηρίζεται σε αληθινές προσωπικές εμπειρίες. Ενισχύονται στο άτομο τα συναισθήματα της επιτυχίας και της αυτοπεποίθησης μετά από ένα σημαντικό επίτευγμα, ενώ αντίθετα οι εμπειρίες αποτυχίας μειώνουν την αυτοαποτελεσματικότητα του.

β) Από την εμπειρική παρατήρηση κοινωνικών προτύπων: Το άτομο αποκτά εμπειρίες όταν παρατηρεί άλλα άτομα να εκτελούν μια δεξιότητα και κατά τη διάρκειά αυτής νιώθει συναισθήματα που επιδρούν στην αυτοαποτελεσματικότητα. Η παρατήρηση των άλλων μπορεί να μειώσει το φόβο και τις συστολές του ατόμου.

γ) Από τον λεκτικό παράγοντα πειθούς: Η κοινωνική επιρροή, ενθαρρυντική ανατροφοδότηση, από τις κρίσεις τρίτων ατόμων και τα λεκτικά μηνύματα αυτών, μπορεί να συμβάλλουν στο να αυξηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων. Όταν κάποια αξιολογικά άτομα επηρεάσουν το άτομο ότι είναι ικανό να τα καταφέρει, τότε νιώθει αυξημένη αυτοπεποίθηση και καταφέρνει να αντιμετωπίσει τυχόν δυσκολίες που θα προκύψουν.

δ) Από τη σωματική και συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου: Το άτομο όταν βρεθεί σε καταστάσεις άγχους ή εγρήγορσης τείνει να δίνει διαφορετικές ερμηνείες. Η ερμηνεία και η κατάλληλη αξιολόγηση προηγούμενων εμπειριών επηρεάζει το άτομο θετικά και βοηθά στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Κάθε μια πηγή ασκεί επίδραση στην απόδοση του ατόμου σε διαφορετικό βαθμό.

Σύμφωνα με τους Pervin και John (2001), η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζει τις παρακάτω παραμέτρους:

- Επιλογές: Τα άτομα που πιστεύουν ότι διαθέτουν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα επιλέγουν δυσεπίλυτους και περίπλοκους στόχους σε σχέση με τα άτομα που πιστεύουν ότι διαθέτουν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα.

- Ψυχική κατάσταση: Διαθέτουν λιγότερα ποσοστά αγχώδους συνδρομής και κατάθλιψης τα άτομα που διαθέτουν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα απ' ό,τι τα άτομα που πιστεύουν ότι διαθέτουν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα.
- Διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων: Τα άτομα που πιστεύουν ότι διαθέτουν υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα διαθέτουν την ικανότητα να αντιμετωπίσουν καλύτερα το stress και τις ενδεχόμενες αποτυχίες, σε σχέση με τα άτομα που πιστεύουν ότι διαθέτουν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα.

Οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς ασκούν επιρροή στην σκέψη των ανθρώπων, αν σκέφτονται σπασμωδικά ή στρατηγικά, αισιόδοξα ή απαισιόδοξα. Επηρεάζουν την πορεία δράσης που θα ακολουθήσουν, τους στόχους τους και την δέσμευση τους σε αυτούς, την προσπάθεια που θα καταβάλουν και το χρόνο που θα δαπανήσουν απέναντι στα εμπόδια, την επιμονή τους στις δυσκολίες, την ένταση του stress και τη καταθλιπτική διάθεση που θα βιώσουν κατά την αντιμετώπιση απαιτητικών περιβαλλοντικών καταστάσεων και τις επιλογές στη ζωή τους (Bandura, 2006).

Επίσης, σύμφωνα με έρευνες των Chen et al. (2000) και Barron, & Harrington (1981), η αίσθηση υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζει υψηλό επίπεδο συσχέτισης με την ευσυνειδησία, την δημιουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και την ανάγκη επίτευξης στόχων. Γεγονός που δηλώνει ότι τα αυτοαποτελεσματικά άτομα εστιάζουν κάθε φορά σε υψηλότερους στόχους, με απώτερο σκοπό πάντα την εκπλήρωση του καθήκοντος διευρύνοντας τις διεργασίες και τις εναλλακτικές στρατηγικές, παραμένοντας ταυτόχρονα απερίσπαστα (Bandura, 1997).

Η αυτοαποτελεσματικότητα παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των πιθανών επιτυχιών, ορισμένοι ψυχολόγοι τοποθετούν την αυτοαποτελεσματικότητα πάνω από το ταλέντο στη διαδρομή για την επιτυχία (Akhtar, 2008). Ανήκει στις δευτερεύουσες ανάγκες και βοηθά το άτομο να αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο του περιβάλλοντος του (Kitching, Cassidy, Eachus, & Hogg, 2011).

Τα άτομα με υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας επιλέγουν πλαίσια και καθήκοντα που αποτελούν πρόκληση για τις ικανότητές τους και ακόμη και αν συναντήσουν εμπόδια και δυσκολίες ή αβεβαιότητες, επανακάμπτουν γρήγορα και συνεχίζουν την προσπάθεια με υψηλό αίσθημα δέσμευσης (Bandura, 1997, Liao et al., 2010). Αντίθετα άτομα με χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα παρουσιάζουν έλλειψη στοχοθεσίας, θεωρώντας ως αδύνατη την επίτευξη των στόχων (Schwarzer, & Hallum, 2008).

Τα άτομα κινητοποιούνται προς τη δράση μόνο εφόσον πιστεύουν ότι μπορούν να συντονίσουν τα κίνητρα, τις συμπεριφοριστικές και τις γνωστικές πηγές τους για να παράγουν τα επιθυμητά αποτελέσματα. Η πεποίθηση τους αυτή σχετίζεται με την εμπλοκή τους σε ένα έργο αλλά και την επιμονή που θα επιδείξουν για την αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών κατά την εκτέλεσή του (Bandura, 1994, Bimrose, 2006).

Σε οποιαδήποτε περίπτωση προσπάθειας αλλαγής συμπεριφοράς σε θέματα που αφορούν την υγεία, υπάρχουν επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου και έτσι έμμεσα θα επηρεάσουν την συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία.

Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α) οι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και άλλοι.
- β) οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες όπως η προσωπικότητα, το κοινωνικό περιβάλλον, το μορφωτικό επίπεδο και άλλοι και τέλος
- γ) οι δομικοί παράγοντες, οι γνώσεις για την ασθένεια, προηγούμενη εμπειρία με την ασθένεια (Janz & Becker, 1984, Rimer, & Glanz, 2005, Κουλιεράκης, Πάντζου, & Μεταλληνού, 2000).

Οι παραπάνω παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην διαμόρφωση των πεποιθήσεων που έχει το άτομο σχετικά με τις ικανότητες του να επηρεάζει τα γεγονότα στην ζωή του και να διαμορφώνει συμπεριφορές υγείας.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση, με κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία, των επικοινωνιακών και προσωπικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, διερευνήθηκε η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητάς τους, τα επίπεδα ενεργητικής ακρόασης όπως και το επίπεδο ενσυναίσθησής τους.

Ως επιμέρους στόχοι ορίστηκαν:

- Η αποτύπωση της προσωπικής επιθυμίας για επικοινωνία μέσω της κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (Self-Perceived Communication Competence Scale-SPCC), που χρησιμοποιείται ως μέτρο ελέγχου της επικοινωνιακής δεινότητας.
- Τα επίπεδα ενεργητικής ακρόασης, με την κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (Active Empathetic Listening Scale - AELS) .
- Η αναζήτηση του επιπέδου της ενσυναίσθησης μέσα από τις τέσσερις επιμέρους κλίμακες της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (Interpersonal Reactivity Index-IRI).
- Η αποτύπωση της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας που διαθέτουν με την κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale GSE)
- Η διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ της Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας, της Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης, της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης και της Αυτοαποτελεσματικότητας των επαγγελματιών υγείας. Επίσης η συσχέτιση τους με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
- Ο βαθμός στον οποίο επηρεάζει την επικοινωνιακή διάθεση του επαγγελματία υγείας η ευγένεια, το λεξιλόγιο του ασθενούς καθώς και στοιχεία του συνομιλούντος, όπως ο τόνος της φωνής, το χαμόγελο, η συνεργασία του και η θετική διάθεση που δείχνει.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Περιφέρεια της Δυτικής Μακεδονίας. Στόχος ήταν η λήψη όσο το δυνατόν πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος. Το σύνολο των απαντημένων

ερωτηματολογίων ήταν 249 (n=249). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε και στους τέσσερις νομούς της Περιφέρειας της Δυτικής Μακεδονίας, κατόπιν εγκρίσεως από την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας. Τα ερωτηματολόγια με ταχυμεταφορά σε κάθε πόλη, τοποθετημένα το καθένα στο δικό του φάκελο, εσωκλείοντας και φάκελο με προπληρωμένο τέλος επιστροφής. Όλοι οι εργαζόμενοι, αν το ήθελαν, μπορούσαν να πάρουν μέρος, ανεξάρτητα από την ειδικότητα. Ως αποδοχή των συμμετεχόντων, θεωρήθηκε η επιστροφή των ερωτηματολογίων. Δεν υπήρχαν κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη. Ήταν σημαντικό να μελετήσουμε την επικοινωνία καθώς αυτή αποτελεί θεμέλιο λίθο στις κοινωνικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας καθώς και την ενσυναίσθηση τους.

2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η συλλογή δεδομένων έγινε με τη μέθοδο των ερωτηματολογίων. Προηγήθηκε ενημέρωση για το προαιρετικό της συμμετοχής στην έρευνα και του χρόνου που χρειαζόταν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ο οποίος δεν θα ξεπερνούσε τα 10-15 λεπτά.

Για το λόγο αυτό:

- ενημερώθηκαν γραπτά οι συμμετέχοντες για τη διαχείριση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- τονίστηκε η ανωνυμία και η προαιρετική συμμετοχή στην έρευνα.
- το κάθε ερωτηματολόγιο δόθηκε εντός φακέλου.

A. Κοινωνικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο.

Για τη συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Με αυτό συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- Το φύλο.
- Την ηλικία
- Τον τόπο κατοικίας
- Την οικογενειακή κατάσταση
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Επιπρόσθετη εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο
- Ο φορέας εργασίας, Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια φροντίδα.
- Η προϋπηρεσία

Επίσης καταγραφήκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- Αν προηγούμενες **αρνητικές ή θετικές προσωπικές** εμπειρίες επικοινωνίας επηρεάζουν τη συμπεριφορά στην εργασία.
- Αν ένας ευγενικός συνομιλητής επηρεάζει την επικοινωνία.
- Αν επηρεάζει ο τόνος της φωνής, το χαμόγελο, την συνεργασία του, τη θετική διάθεση του συνομιλητή.
- Εάν το λεξιλόγιο του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας
- Εάν λέξεις όπως; Ευχαριστώ, Θα μπορούσατε; Τώρα, Έχετε άδικο, εκ μέρους του ασθενούς, δείχνουν να επηρεάζουν την επικοινωνιακή συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας.

Επιπρόσθετα, χορηγήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

B. Κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (Self-Perceived Communication Competence Scale - SPCC)

Η κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (Self-Perceived Communication Competence Scale - SPCC) των McCroskey, J.C., & McCroskey, LL. (1988), αφορά στην προσωπική προθυμία για επικοινωνία και χρησιμοποιείται ως μέτρο ελέγχου της επικοινωνιακής δεινότητας. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε προκειμένου οι ίδιοι οι ερωτηθέντες να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να επικοινωνούν σε ποικίλα πλαίσια επικοινωνίας και με διάφορους τύπους δεκτών μέσα στον κοινωνικό τους περίγυρο. Δεν είναι ένα μέτρο της πραγματικής ικανότητας επικοινωνίας, είναι ένα μέτρο της προσωπικά αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας αντιληπτόμενης με καλές εκτιμήσεις αξιοπιστίας και ουσιαστική προγνωστική εγκυρότητα. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται στην ικανότητα:

- δημόσιας ομιλίας,
- την ομιλία σε μια μεγάλη συνάντηση,
- σε μια μικρή ομάδα, ξένων, γνωστών και φίλων

Οι συμμετέχοντες καλούνται να εκτιμήσουν την επικοινωνιακή τους ικανότητα σε μια κλίμακα από 0=πλήρως ανίκανος έως 100=πλήρως ικανός.

Γ. Κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (Active Empathetic Listening Scale - AELS)

Η κλίμακα Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (Active - Empathic Listening Scale AELS) των Drollinger et al. (2006) δημιουργήθηκε αρχικά στο πλαίσιο των πωλήσεων προϊόντων, «μια μορφή ακρόασης που ασκείται από πωλητές στην οποία η παραδοσιακή ενεργητική ακρόαση συνδυάζεται με ενσυναίσθηση για την επίτευξη υψηλότερης μορφής ακρόασης». Η κλίμακα Active - Empathic Listening Scale (AELS) αποτελείται από 11 ερωτήσεις που εκτιμούν την ενεργητική και ενσυναισθητική ακρόαση σε τρεις διαστάσεις: ανίχνευση, πρόσληψη (n = 4), επεξεργασία (n = 3) και ανταπόκριση (n = 4).

Η αίσθηση, ανίχνευση– πρόσληψη αναφέρεται στην ικανότητα ενός ακροατή να κατανοεί τις σχεσιακές διαστάσεις της ομιλίας. Να ακούει όλες τις σαφείς και υπονοούμενες πληροφορίες που εκφράζονται από το άλλο άτομο.

Η επεξεργασία, η γνωστική διάσταση της ακρόασης, περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης, λήψης και ερμηνείας μηνυμάτων προκειμένου να καταστεί δυνατή η κατασκευή ενός αφηγηματικού συνόλου.

Η ανταπόκριση, που περιλαμβάνει διευκρίνιση και χρήση λεκτικών και μη λεκτικών μέσων για να δείξει την προσοχή, δημιουργώντας έτσι ανατροφοδότηση.

Οι απαντήσεις δίνονται με μια 7 βάθμη κλίμακα που κυμαίνεται από «1=ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έως «7 = πάντα ή σχεδόν πάντα» και υψηλότερη τιμή αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα ενεργητικής ενσυναισθητικής ακρόασης (Drollinger et al., 2016)

Αναλυτικά :

- **ΑΙΣΘΗΣΗ- ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ**

- 1) *Είμαι ευαίσθητος σε αυτό που δεν λένε οι άλλοι.*
- 2) *Έχω επίγνωση του τι υπονοούν οι άλλοι αλλά δεν το λένε.*
- 3) *Καταλαβαίνω πώς αισθάνονται οι άλλοι.*
- 4) *Ακούω περισσότερα από τις προφορικές λέξεις.*

- **ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ**

- 5) *Διαβεβαιώνω τους άλλους ότι θα θυμάμαι αυτά που λένε.*
- 6) *Συνοψίζω σημεία συμφωνίας και διαφωνίας όταν χρειάζεται.*
- 7) *Παρακολουθώ τα σημεία που κάνουν άλλοι.*

- **ΑΠΑΝΤΗΣΗ- ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ**

8) Διαβεβαιώνω τους άλλους ότι ακούω χρησιμοποιώντας λεκτικές αναγνωρίσεις.

9) Διαβεβαιώνω τους άλλους ότι είμαι δεκτικός στις ιδέες τους.

10) Κάνω ερωτήσεις που δείχνουν την κατανόησή μου για τις θέσεις των άλλων.

11) Δείχνω στους άλλους ότι ακούω με τη γλώσσα του σώματός μου (π.χ., κουνάει το κεφάλι).

Δ.Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (The Interpersonal Reactivity Index - IRI)

Σκοπός της κλίμακας IRI (Davis, 1980, Davis, 1983, Davis, 1994) είναι να διερευνήσει τη γενική ικανότητα του ατόμου για ενσυναίσθηση. Η κατασκευή της κλίμακας υιοθετεί την πολυδιάστατη φύση της ενσυναίσθησης και την θεωρεί ως ένα σύνολο εννοιολογικών κατασκευών οι οποίες αντικατοπτρίζουν το επίπεδο ανταπόκρισης του ατόμου προς τους άλλους, εντούτοις διατηρεί η καθεμιά, τα διακριτά της στοιχεία. Συγκεκριμένα καλύπτει τη γνωστική αλλά και συναισθηματική διάσταση της ενσυναίσθησης, χρησιμοποιώντας τις εξής τέσσερις υποκλίμακες στη μέτρησή της:

1) Την ανάληψη προοπτικής ή γνωστική ενσυναίσθηση (Perspective-taking). Συνιστά γνωστική ικανότητα η οποία εκτιμά αυθόρμητες προσπάθειες να υιοθετηθούν προοπτικές από την άποψη άλλων ατόμων καταδεικνύοντας το επίπεδο γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης χωρίς οποιαδήποτε συναισθηματική συμμετοχή. Στην ανάληψη της προοπτικής του άλλου αντιστοιχούν οι δηλώσεις: 3, 8, 11, 15, 21, 25, 28.

2) Τη φαντασιακή ενσυναίσθηση ή φαντασία (Fantasy). Μετρά την τάση ατόμων να ταυτίζονται με χαρακτήρες. Αφορά υποκλίμακα που μετρά την ατομική ικανότητα ταύτισης με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων από ταινίες, μυθιστορήματα, θεατρικά έργα. Στη φαντασιακή ενσυναίσθηση αντιστοιχούν οι δηλώσεις: 1, 5, 7, 12, 16, 23, 26.

3) Το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (Empathic Concern). Είναι μια υποκλίμακα που αξιολογεί τα συναισθήματα ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα συνδέοντας την με την αυταπάρνηση και τον αλτρουισμό. Στο ενσυναίσθητο ενδιαφέρον αντιστοιχούν οι 2, 4, 9, 14, 18, 20, 22.

4) Την προσωπική δυσφορία (Personal Distress). Μετρά προσωπικά συναισθήματα άγχους και ανησυχίας που προκύπτουν από την παρατήρηση της αρνητικής εμπειρίας κάποιου άλλου χωρίς να μπορεί να αντιληφθεί τη διαφορά (Davis, 1980, Τσίτσας, 2009, Τσίτσας, et al., 2012). Θεωρείται υποκλίμακα που συνδυάζει γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία. Οι διαστάσεις της θυμικής ενσυναίσθησης αφορούν την προσωπική δυσφορία και το

ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (Davis, 1983). Στην προσωπική δυσφορία αντιστοιχούν οι 6, 10, 13, 17, 19, 24, 27.

Η κλίμακα απαριθμεί συνολικά 28 δηλώσεις, 7 για κάθε υποκλίμακα. Οι απαντήσεις δίνονται με πεντάβαθμη κλίμακα, που κυμαίνεται από 1 = Δεν με περιγράφει καλά ως 5= με περιγράφει πολύ καλά.

Το άθροισμα των απαντήσεων κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά αντιστοιχεί σε σκορ με εύρος τιμών: 0-28. Όσο αυξάνει το σκορ τόσο αυξάνει το ατομικό επίπεδο της συγκεκριμένης υποκλίμακας. Δεν υπολογίζεται συνολικό σκορ ενσυναίσθησης λόγω του διαχωρισμού της σε γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία τα οποία οφείλουν να εξετάζονται χωριστά ώστε να αξιολογηθεί η μεμονωμένη επίδρασή τους στη συμπεριφορά.

Η IRI έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για όλες τις υποκλίμακες (Τσίτσας, 2009). Έρευνες έδειξαν ότι οι υποκλίμακες έχουν εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για τις υποκλίμακες 0,71 έως 0,77 (Bernstein, & Davis, 1982, Davis, 1983), ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία με συντελεστές Cronbach's alpha από 0,71 έως 0,77 (Davis, 1983, Litvack-Miller, et al., 1997) και αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (εύρος από 0,62 μέχρι 0,80) (Davis, 1980). Σύμφωνα με τον Davis η εσωτερική συνέπεια των 4 υποκλιμάκων κυμαίνεται από 0,68 έως 0,79.

Στην Ελλάδα, η κλίμακα σταθμίστηκε σε δείγμα Ελλήνων φοιτητών από τους Τσίτσα και Μαλικιώση-Λοΐζου καταγράφοντας αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Για την αξιοπιστία της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος εξέτασης επανεξέτασης (test retest), η οποία ανέδειξε τιμές που κυμαίνονται από 0,65 έως 0,82 και ο έλεγχος εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) με τιμές Cronbah's alpha από 0,74 μέχρι 0,82 (Τσίτσας & Μαλικιώση-Λοΐζου, n.d.). Η συγκεκριμένη κλίμακα δεν έχει κατασκευαστεί για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας, εντούτοις, έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στις κοινωνικές επιστήμες.

E. Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (General Self-Efficacy Scale GSE)

Η «Κλίμακας Γενικευμένης Αυτοεπάρκειας - Generalized Self-Efficacy Scale» των Schwarzer & Jerusalem (1995). Το 1979 δημιουργήθηκε η Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοεπάρκειας. Το 1981 η κλίμακα προσαρμόστηκε σε 10 ερωτήσεις με αυτήν τη μορφή χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή της αυτοεπάρκειας στον ελληνικό πληθυσμό (Glynou, Jerusalem, & Schwarzer, 1992).

Η υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία της κλίμακας έχει καταδειχθεί σε πολλές έρευνες με ποικίλο ερευνητικό περιεχόμενο, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (Luszczynska, Scholz, & Schwarzer, 2005, Schwarzer, & Hallum, 2008). Σε μελέτη που έγινε σε 25 χώρες ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha κυμάνθηκε από 0,75 έως 0,90, ενώ στο ελληνικό δείγμα ήταν 0,78 σε ενήλικες με μέσο όρο ηλικίας τα 40,4 έτη. Τα δεδομένα που προέκυψαν από έρευνα των Scholz, Gutierrez-Dona, Sud, & Schwarzer (2002) αποδεικνύουν πως η κλίμακα είναι μονοδιάστατη. Τα άτομα έπρεπε να απαντήσουν σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων, από το 1 (ποτέ δε συμβαίνει) έως το 4 (συμβαίνει πάντα). Το τελικό αποτέλεσμα προέκυψε από τη μέση τιμή αθροίσματος των απαντήσεων κάθε αξιολογούμενου.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στατιστική Ανάλυση

Για την περιγραφή των πενταβάθμιων και εξαβάθμιων εκβάσεων χρησιμοποιήθηκαν μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις ενώ για τις κατηγορικές μετρήσεις όπως το φύλο και η κατοικία, πλήθη και ποσοστά πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t για δύο ανεξάρτητα δείγματα για την διαφοροποίηση των εκβάσεων ανάλογα με την ιδιότητα ή με άλλες παραμέτρους που εκφράζονται σε δύο κατηγορίες όπως το φύλο, μετά από ελέγχους κανονικότητας σύμφωνα με το κριτήριο Shapiro-Wilk. Παράλληλα η επίδραση της ηλικίας και άλλων κατηγορικών σε περισσότερες από δύο επιλογές, αξιολογήθηκε με το κριτήριο της ανάλυσης διακύμανσης. Οι σχέσεις μεταξύ των συνεχών μετρήσεων όπως οι εκβάσεις των κλιμάκων εξετάστηκαν με χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Για τον προσδιορισμό των ανεξάρτητων προγνωστικών παραγόντων χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης για τις διαστάσεις του SPCC σταθμίζοντας για τις επιδράσεις των δημογραφικών και εργασιακών παραμέτρων που προέκυψαν να επιδρούν σημαντικά στη μονοπαραγοντική ανάλυση που προηγήθηκε. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v23.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05 σε όλες τις περιπτώσεις.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην έρευνα που διεξήχθη το ηλικιακό εύρος κυμάνθηκε μεταξύ των 20 και 60 ετών. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 40-49 με το ποσοστό να ανέρχεται στο 43,0%.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι γυναίκες (77,5%). Η πλειοψηφία κατοικεί σε πόλη (79,1%), είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση (71,9%) και έχει δύο παιδιά (41,8%). Η πλειοψηφία του δείγματος διατηρεί μια καλή σχέση με την θρησκεία (48,2%).

		Πλήθος(N)	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρας	56	22,5%
	Γυναίκα	193	77,5%
Ηλικία	20-29 ετών	25	10,0%
	30-39 ετών	42	16,9%
	40-49 ετών	107	43,0%
	50-59 ετών	66	26,5%
	60 και άνω	9	3,6%
Κατοικία	Χωριό	52	20,9%
	Πόλη	197	79,1%
Οικογενειακή Κατάσταση	άγαμος(η)	51	20,5%
	έγγαμος(η)/σε συμβίωση	179	71,9%
	διαζευγμένος(η)	17	6,8%
	χήρος(α)	2	0,8%
Παιδιά	χωρίς παιδιά	55	22,1%
	ένα παιδί	49	19,7%
	δύο παιδιά	104	41,8%
	τρία παιδιά	31	12,4%
	4 και άνω παιδιά	10	4,0%
Η σχέση σας με την θρησκεία είναι	Ανύπαρκτη	10	4,0%
	Μέτρια	70	28,1%
	Καλή	120	48,2%
	Άριστη	49	19,7%

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Όσο αφορά τα επιπλέον χαρακτηριστικά του δείγματος παρατηρούμε οι περισσότεροι των συμμετεχόντων είναι απόφοιτοι ΤΕΙ σε ποσοστό 41,8% και ΑΕΙ στο 32,5% και τέλος με δευτεροβάθμια εκπαίδευση το 25,7%. Σε ποσοστό 67,5% δεν έχουν καμία εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο.

Οι πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα σε Κέντρα Υγείας (67,1%), ενώ το υπόλοιπο 32,9% είναι εργαζόμενοι σε νοσοκομεία Δευτεροβάθμιας Φροντίδας. Το 17,3% έχει προϋπηρεσία 30 χρόνια και άνω, ενώ οι περισσότεροι έχουν 0-9 έτη (31,3%) ή 10-19 έτη (31,7%). Η αναφορά των επιπλέον χαρακτηριστικών παρατηρείται και στον πίνακα 2.

		Πλήθος (N)	Ποσοστό %
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	δευτεροβάθμια εκπαίδευση	64	25,7%
	ΤΕΙ	104	41,8%
	ΑΕΙ	81	32,5%
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	καμία εκπαίδευση	168	67,5%
	μεταπτυχιακό	42	16,9%
	διδασκτορικό	10	4,0%
	άλλο πτυχίο	29	11,6%
Φορέας Εργασίας	κέντρο υγείας	167	67,1%
	νοσοκομείο	82	32,9%
Προϋπηρεσία	0-9 έτη	78	31,3%
	10-19 έτη	79	31,7%
	20-29 έτη	49	19,7%
	30 και άνω	43	17,3%

Πίνακας 1: Επιπλέον χαρακτηριστικά του δείγματος

Οι αρνητικές εμπειρίες όπως και θετικές μπορεί να επηρεάσουν ένα άτομο στην μετέπειτα συμπεριφορά του. Στον πίνακα 3 φαίνεται ότι οι αρνητικές εμπειρίες που έχουν βιώσει οι περισσότεροι εργαζόμενοι επηρεάζουν μέτρια την συμπεριφορά τους στην εργασία (45,8%), ενώ οι θετικές εμπειρίες που έχουν βιώσει επηρεάζουν πολύ την συμπεριφορά τους στην εργασία (40,5%).

Στην καθημερινή συναναστροφή υπάρχουν τόσο ευγενικοί όσο και αγενείς συνομιλητές. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε ότι μπορεί να επηρεαστεί πάρα πολύ η συμπεριφορά τους από έναν ευγενικό συνομιλητή σε ποσοστό 46,8%, ενώ πολύ θα επηρεάσει το λεξιλόγιο του συνομιλητή (34,4%).

		Πλήθος (N)	Ποσοστό %
Προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες επικοινωνίας που βιώσατε προσωπικά, επηρεάζουν τη συμπεριφορά σας στην εργασία;	καθόλου	83	33,3%
	μέτρια	114	45,8%
	πολύ	43	17,3%
	πάρα πολύ	9	3,6%
Προηγούμενες θετικές εμπειρίες επικοινωνίας που βιώσατε προσωπικά, επηρεάζουν τη συμπεριφορά σας στην εργασία;	καθόλου	37	15,0%
	μέτρια	64	25,9%
	πολύ	100	40,5%
	πάρα πολύ	46	18,6%
Επηρεάζει την συμπεριφορά σας ένας ευγενικός συνομιλητής;	καθόλου	16	6,5%
	μέτρια	16	6,5%
	πολύ	100	40,3%
	πάρα πολύ	116	46,8%
Το λεξιλόγιο του συνομιλητή επηρεάζει την συμπεριφορά σας απέναντί του;	καθόλου	19	7,7%
	μέτρια	76	30,8%
	πολύ	85	34,4%
	πάρα πολύ	67	27,1%

Πίνακας 2. Συμπεριφορά στην εργασία

Τα χαρακτηριστικά των ασθενών από τα οποία επηρεάζονται οι ερωτηθέντες φαίνονται αναλυτικά στον πίνακα 4. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι επηρεάζονται από τη συνεργασία του απέναντί τους (74,7%) αλλά και από την θετική διάθεση (74,3%). Επίσης από το χαμόγελο (64,7%) και από τον τόνο της φωνής (63,5%).

		Πλήθος	Ποσοστό
Από τι επηρεάζεστε; τον τόνο της φωνής	όχι	91	36,5%
	ναι	158	63,5%
Από τι επηρεάζεστε; το χαμόγελο	όχι	88	35,3%
	ναι	161	64,7%
Από τι επηρεάζεστε; την συνεργασία του	όχι	63	25,3%
	ναι	186	74,7%
Από τι επηρεάζεστε; τη θετική διάθεση	όχι	64	25,7%
	ναι	185	74,3%

Πίνακας 4:Χαρακτηριστικά συνομιλούντων που επηρεάζουν την συμπεριφορά

Η αναφορά τω λέξεων που δείχνουν να επηρεάζουν περισσότερο το δείγμα των ερωτηθέντων σημειώνεται στον πίνακα 5. Η λέξη «Ευχαριστώ!» επηρεάζει την πλειονότητα των ατόμων σε ποσοστό 65,9%. Το ίδιο συμβαίνει και με την έκφραση «Θα μπορούσατε;». Οι υπόλοιπες λέξεις/εκφράσεις «Τώρα!», «Έχετε άδικο!» δεν επηρεάζουν τόσο τους εργαζομένους. Το 95,6% του πληθυσμού όπως φαίνεται δεν δείχνει να επηρεάζεται από καμία από τις ερωτηθέντες λέξεις/εκφράσεις.

		Πλήθος	Ποσοστό
Από ποιές λέξεις επηρεάζεστε περισσότερο; <i>Ευχαριστώ!</i>	όχι	85	34,1%
	ναι	164	65,9%
Από ποιές λέξεις επηρεάζεστε περισσότερο; <i>Θα μπορούσατε;</i>	όχι	85	34,1%
	ναι	164	65,9%
Από ποιές λέξεις επηρεάζεστε περισσότερο; <i>Τώρα!</i>	όχι	140	56,2%
	ναι	109	43,8%
Από ποιές λέξεις επηρεάζεστε περισσότερο; <i>Έχετε άδικο!</i>	όχι	152	61,0%
	ναι	97	39,0%
Από ποιές λέξεις επηρεάζεστε περισσότερο; <i>καμία</i>	όχι	238	95,6%
	ναι	11	4,4%

Πίνακας 5. Λέξεις/εκφράσεις που επηρεάζουν τους συνομιλούντες.

4.2 Αποτελέσματα της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)

Τα αποτελέσματα της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας, δείχνουν ότι το σύνολο του δείγματος παρουσιάζει, στην συνολική Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας, καλό επίπεδο με μέση τιμή $75,16 \pm 15,34$. Η υποκλίμακα με την υψηλότερη βαθμολογία αφορά την επικοινωνία του δείγματος μεταξύ **ομάδας φίλων** όπου φαίνεται ότι η επικοινωνία είναι σημαντικά υψηλή με τιμή $83,75 \pm 13,72$. Στην συνέχεια ακολουθεί η επικοινωνία μεταξύ **δύο ανθρώπων** με τιμή $82,62 \pm 13,06$. Κάνοντας έτσι σαφές ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να επικοινωνήσουν κατά δυάδες, όπως και σε ομάδα γνωστών με μέση τιμή $81,11 \pm 15,18$. Δυσκολία όμως φαίνεται να παρουσιάζεται όταν πρόκειται για δημόσια ομιλία με μέτρια τιμή που φτάνει στην $68,64 \pm 21,54$. Τέλος η χαμηλότερη τιμή, $60,63 \pm 22,79$, παρουσιάζεται στην υποκλίμακα της ομιλίας με ξένους όπου και δείχνει ότι αποτελεί σημαντικό εμπόδιο.

Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Δημόσια ομιλία -Public	68,64	21,54
Ομιλία σε μεγάλη συνάντηση -Meeting	73,66	16,38
Ομιλία σε μικρή ομάδα - Group	75,74	17,84
Ομιλία σε μικρή ομάδα ξένων - Stranger	60,63	22,79
Ομιλία σε ομάδα γνωστών - Acquaintance	81,11	15,18
Ομιλία σε ομάδα φίλων - Friend	83,75	13,72
Δυάδα -Dyad	82,62	13,06
Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα	75,16	15,34

Πίνακας 6. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC)

4.3 Αποτελέσματα Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης, το δείγμα εμφάνισε καλή μέση τιμή $5,18 \pm 0,73$. Και στις τρεις διαστάσεις της κλίμακας συγκεντρώθηκαν ίσες, περίπου, μέσες τιμές τόσο στη ανίχνευση-πρόληψη των μηνυμάτων όσο στην επεξεργασία τους και τέλος στην ανταπόκριση σ' αυτά. Η υψηλότερη τιμή σημειώθηκε στην υποκλίμακα της **ανταπόκριση** ($5,27 \pm 0,98$) που σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας όταν βρίσκονται απέναντι σε έναν ασθενή δείχνουν την κατανόηση τους και το ενδιαφέρον τους για αυτούς, χρησιμοποιώντας είτε με λεκτικό είτε με μη λεκτικό τρόπο ανατροφοδότησης.

Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)	Μέση Τιμή Mean	Τυπ. Απόκλιση Sd
Ανίχνευση / Πρόσληψη	5,20	0,82
Επεξεργασία	5,01	0,99
Ανταπόκριση	5,27	0,98
Ενσυναισθητική Ακρόαση	5,18	0,73

Πίνακας 7. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS)

4.4 Αποτελέσματα Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)

Σύμφωνα με την Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, η διάσταση του **Ενσυναίσθητου Ενδιαφέροντος**, μια υποκλίμακα που αξιολογεί τα συναισθήματα ενδιαφέροντος, ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα, είναι αυτή που έχει την υψηλότερη μέση τιμή $21,07 \pm 3,97$. Δείχνει έτσι ότι το δείγμα παρουσιάζει ένα υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης προς τα άλλα άτομα και στην συγκεκριμένη περίπτωση προς τους ασθενείς. Στη συνέχεια, με $17,81 \pm 3,43$, ακολουθεί η *Γνωστική ενσυναίσθηση-ανάληψη προοπτική του άλλου* η οποία εκτιμά αυθόρμητες προσπάθειες να υιοθετηθούν προοπτικές από την άποψη άλλων ατόμων χωρίς οποιαδήποτε συναισθηματική συμμετοχή. Η φαντασιακή ενσυναίσθηση, που μετρά την ατομική ικανότητα ταύτισης με τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων παρουσίασε τη μικρότερη μέση τιμή $14,89 \pm 4,96$ και ακολουθεί η και η προσωπική δυσφορία που εκτιμά το άγχος

που βιώνουν οι επαγγελματίες υγείας όταν παρατηρούν άτομα που βρίσκονται σε δύσκολη κατάσταση με $15,76 \pm 3,78$. Δεδομένου ότι το διάμεσο σημείο σε όλες τις κλίμακες είναι το 14, όλες οι υποκλίμακες είχαν υψηλότερη τιμή από το γενικό πληθυσμό.

Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Γνωστική ενσυναίσθηση-Ανάληψη της προοπτικής του άλλου (perspective-taking)	17,81	3,43
Φαντασιακή ενσυναίσθηση (fantasy)	14,89	4,96
Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (empathic concern)	21,07	3,97
προσωπική ανησυχία (personal distress)	15,76	3,78

Πίνακας 8. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των διαστάσεων της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI)

4.5 Αποτελέσματα της κλίμακας της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE)

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι μέσες τιμές, η τυπική απόκλιση των τιμών της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας και των υποκλιμάκων της. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το δείγμα έχει μια ικανοποιητική αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας με μέση τιμή $29,9 \pm 4,39$.

	Μέση Τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Κλίμακα Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας	29,9	4,39

Πίνακας 9. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας

5. Διερεύνηση της αξιοπιστίας

Cronbach's alpha

Για την εκτίμηση της αξιοπιστίας της Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης, της Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας, της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης, της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας και των υποκλιμάκων τους εκτιμήθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α . Ο δείκτης εκτιμήθηκε για τα χαρακτηριστικά αυτά καθώς η Ενεργητική Ενσυναισθητική Ακρόαση εκφράζεται σε 7βάθμια κλίμακα Likert, η Γενικευμένη Αυτοαποτελεσματικότητα σε 4βάθμια κλίμακα Likert, και η Διαπροσωπική ανταπόκριση σε 5βάθμια κλίμακα Likert.

Για την περίπτωση της Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS) η τιμή του δείκτη βρέθηκε ίση με 0,811 που υποδεικνύει αξιοπιστία υψηλότερη από αυτή που αναφέρεται στη βιβλιογραφία (0,7). Όσον αφορά τις υποκλίμακες της η τιμή του δείκτη για την αίσθηση είναι 0,658, για την επεξεργασία 0,630 και για την ανταπόκριση 0,766. Για τις δύο πρώτες υποδεικνύεται αξιοπιστία λίγο χαμηλότερη από αυτή που αναφέρεται στη βιβλιογραφία χωρίς ωστόσο να αποκλίνει τόσο ώστε να δημιουργεί προβληματισμό, ειδικά αν ληφθεί υπόψη το πλήθος των 4 και 3 ερωτήσεων που αποτελούν τις εν λόγω διαστάσεις αντίστοιχα. Άρα είναι λογική η ερμηνεία του, όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 10.

	Cronbach's Alpha	Πλήθος ερωτήσεων
AELS	0,811	11
αίσθηση	0,658	4
επεξεργασία	0,63	3
ανταπόκριση	0,766	4

Πίνακας 10: Cronbach's alpha για την Ενεργητική Ενσυναισθητική Ακρόαση και των υποκλιμάκων της

Για την περίπτωση της Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) ,όπως φαίνεται και στον πίνακα 11 η τιμή του δείκτη βρέθηκε ίση με 0,914 υποδεικνύοντας μια επίσης αξιόπιστη μέτρηση. Σχετικά με τις υποκλίμακες του βρέθηκε ότι: ο δείκτης για την ικανότητα δημόσιας ομιλίας είναι 0,814, για την ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση είναι 0,686, για την ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα ξένων είναι 0,889, για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών είναι 0,792, για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων είναι

0,785,σε μικρή ομάδα είναι 0,808 και τέλος ο δείκτης για την δυάδα είναι 0,561. Για την δεύτερη και τελευταία υποκλίμακα ο δείκτης υποδεικνύει αξιοπιστία ξανά λίγο χαμηλότερη από αυτή που αναφέρεται στην βιβλιογραφία ,χωρίς ωστόσο να αποκλίνει τόσο ώστε να δημιουργεί προβληματισμό ,ειδικά αν ληφθεί υπόψη το πλήθος των 3 ερωτήσεων που αποτελούν τις εν λόγω διαστάσεις.

	Cronbach's Alpha	Πλήθος ερωτήσεων
SPCC	0,914	12
Δημόσια ομιλία	0,814	3
Ομιλία σε μεγάλη συνάντηση	0,686	3
Ομιλία σε μικρή ομάδα ξένων	0,889	4
Ομιλία σε ομάδα γνωστών	0,792	4
Ομιλία σε ομάδα φίλων	0,785	4
Δυάδα	0,561	3
Ομιλία σε μικρή ομάδα	0,808	3

Πίνακας 11: Cronbach's alpha για την Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα και των υποκλιμάκων της

Για την περίπτωση της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI), όπως φαίνεται και στον πίνακα 12 η τιμή του δείκτη βρέθηκε ίση με 0,774 υποδεικνύοντας επίσης μια αξιόπιστη μέτρηση. Σχετικά με τις υποκλίμακες του βρέθηκε ότι: ο δείκτης για την ανάληψη προοπτικής του άλλου είναι 0,478, για την φαντασιακή ενσυναίσθηση είναι 0,658, για την ενσυναίσθητη ανησυχία είναι 0,658, και για την προσωπική ανησυχία είναι 0,546.Στις τελευταίες ο δείκτης υποδεικνύει αξιοπιστία ξανά λίγο χαμηλότερη από αυτή που αναφέρεται στην βιβλιογραφία ,χωρίς ωστόσο να αποκλίνει τόσο ώστε να δημιουργεί προβληματισμό.

	Cronbach's Alpha	Πλήθος ερωτήσεων
Διαπροσωπική Ανταπόκριση	0,749	28
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	0,478	7
Φαντασιακή Ενσυναίσθηση	0,658	7
Ενσυναίσθητη Ανησυχία	0,658	7
Προσωπική Ανησυχία	0,546	7

Πίνακας 12: Cronbach's alpha για την Διαπροσωπική Ανταπόκριση και των υποκλιμάκων της

Για την περίπτωση της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας(GSE),όπως φαίνεται και στον πίνακα 13 η τιμή του δείκτη βρέθηκε ίση με 0,860 υποδεικνύοντας μια αξιόπιστη μέτρηση.

	Cronbach's Alpha	Πλήθος ερωτήσεων
Γενικευμένη Αυτοαποτελεσματικότητα	0,860	10

Πίνακας 13: Cronbach's alpha για την Γενικευμένη Αυτοαποτελεσματικότητα

6. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

6.1 Συσχέτιση Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, παρά μόνο για την εκπαίδευση μετά το βασικό πτυχίο, όπου καταγράφονται χαμηλότερες τιμές για όσους δεν έχουν καμία εξειδίκευση σε σχέση με όλες τις άλλες κατηγορίες.

		Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα (SPCC)			P
		Mean	St Dev.	N	
Φύλο	άνδρας	74,28	14,65	56	0.625
	γυναίκα	75,42	15,56	193	
Ηλικία	20-29 ετών	73,71	12,37	25	0.828
	30-39 ετών	76,20	14,98	42	
	40-49 ετών	75,77	15,23	107	
	50-59 ετών	73,69	16,94	66	
	60 και άνω	78,05	15,47	9	
Κατοικία	χωριό	76,21	15,80	52	0.583
	πόλη	74,89	15,25	197	
Οικογενειακή Κατάσταση	άγαμος(η)	74,09	13,94	51	0.055
	έγγαμος(η)/σε συμβίωση	76,01	14,70	179	
	διαζευγμένος(η)	72,79	18,34	17	
	χήρος(α)	47,79	54,86	2	

Παιδιά	χωρίς παιδιά	73,09	13,62	55	0.750
	ένα παιδί	77,21	18,16	49	
	δύο παιδιά	75,35	13,98	104	
	τρία παιδιά	75,32	17,58	31	
	4 και άνω παιδιά	74,13	17,19	10	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	δευτεροβάθμια εκπαίδευση	72,48	17,22	64	0.048
	ΤΕΙ	74,25	15,42	104	
	ΑΕΙ	78,46	13,13	81	
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	καμία εκπαίδευση	72,19	15,89	168	0.000
	μεταπτυχιακό	83,54	12,12	42	
	διδακτορικό	78,57	9,22	10	
	άλλο πτυχίο	79,11	12,56	29	
Φορέας Εργασίας	κέντρο υγείας	75,41	16,57	167	0.721
	νοσοκομείο	74,67	12,56	82	
Προϋπηρεσία	0-9 έτη	75,35	14,62	78	0.184
	10-19 έτη	77,87	13,70	79	
	20-29 έτη	72,59	16,28	49	
	30 και άνω	72,82	17,88	43	

Πίνακας 14 Συσχετίσεις του SPCC με τα κοινωνικοδημογραφικά

6.2 Συσχέτιση Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) και των διαστάσεων της με της Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS), της Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI), της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE) και των υποκλιμάκων τους.

Παρατηρούνται ως επί το πλείστον θετικά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην κλίμακα Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) και στις επτά διαστάσεις του με:

- Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS) και τις υποκλίμακες.
- Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) και τις υποκλίμακες.
- κλίμακας της Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE).

Συνεπώς, για μεγαλύτερες τιμές της Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνίας περιμένουμε και μεγαλύτερες τιμές στην Ενεργητική Ενσυναισθητική Ακρόαση (AELS), την Διαπροσωπική Ανταπόκριση (IRI) και την Γενικευμένη Αυτοαποτελεσματικότητα (GSE). Συγκεκριμένα, οι περισσότερες είναι στατιστικά σημαντικές με $p\text{-value} < 0,001$.

Εξαιρέση αποτελούν τα παρακάτω, ανάμεσα στα οποία δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

- Ανάμεσα στην Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC) και στην προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Στην ικανότητα δημόσιας ομιλίας (SPCC) και την ενσυναίσθητη ανησυχία, αλλά και την προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Ανάμεσα στην ικανότητα ομιλίας σε μια μεγάλη συνάντηση (SPCC) και την ανάληψη προοπτικής του άλλου, την φαντασιακή ενσυναίσθηση και την προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Ανάμεσα στην ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα ξένων (SPCC) με την επεξεργασία (του AELS), αλλά και φαντασιακή ενσυναίσθηση και προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Ανάμεσα στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών (SPCC) και ανάληψη προοπτικής του άλλου αλλά και προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Ανάμεσα στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων (SPCC) και ανάληψη προοπτικής του άλλου αλλά και προσωπικής ανησυχίας (του IRI).
- Ανάμεσα στη δυάδα και ανάληψη προοπτικής του άλλου αλλά και φαντασιακή ενσυναίσθηση και προσωπική ανησυχία (του IRI).
- Ανάμεσα στην ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα (SPCC) και φαντασιακή ενσυναίσθηση αλλά και προσωπική ανησυχία (του IRI).

PEARSON	AELS	αίσθηση	επεξεργασία	ανταπόκριση	ανάληψη προοπτικής του άλλου	Φαντασιακή ενσυναίσθηση	Ενσυναίσθητη ανησυχία	Προσωπική ανησυχία	GSE
SPCC	0,367 ^{***}	0,294 ^{***}	0,220 ^{***}	0,344 ^{***}	0,126 [*]	0,137 [*]	0,183 ^{**}	0,003	0,281 ^{***}
Δημόσια ομιλία	0,325 ^{***}	0,242 ^{***}	0,172 ^{**}	0,337 ^{***}	0,160 [*]	0,162 [*]	0,104	0,056	0,251 ^{***}
Ομιλία σε μεγάλη συνάντηση	0,335 ^{***}	0,259 ^{***}	0,207 ^{***}	0,317 ^{***}	0,077	0,099	0,187 ^{**}	0,02	0,240 ^{***}

Ομιλία σε μικρή ομάδα ξένων	0,241 ^{***}	0,224 ^{***}	0,102	0,232 ^{***}	0,158 [*]	0,114	0,129 [*]	0,048	0,245 ^{***}
Ομιλία σε ομάδα γνωστών	0,401 ^{***}	0,294 ^{***}	0,272 ^{***}	0,375 ^{***}	0,098	0,129 [*]	0,201 ^{**}	-0,011	0,291 ^{***}
Ομιλία σε ομάδα φίλων	0,388 ^{***}	0,290 ^{***}	0,268 ^{***}	0,354 ^{***}	0,05	0,128 [*]	0,176 ^{**}	-0,058	0,213 ^{***}
δυάδα	0,328 ^{***}	0,302 ^{***}	0,227 ^{***}	0,251 ^{***}	0,033	0,053	0,235 ^{***}	-0,055	0,221 ^{***}
Ομιλία σε μικρή ομάδα	0,280 ^{***}	0,192 ^{**}	0,303 ^{***}	0,324 ^{***}	0,146 [*]	0,021	0,158 [*]	0,001	0,144 [*]

Πίνακας 15. Συσχετίσεις του SPCC και των υποκλιμάκων του με AELS, GSE, IRI

6.3 Συσχέτιση Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) με την Ενεργή Ενσυναισθητική Ακρόαση(AELS) και τις διαστάσεις του.

Η Γενικευμένη Αυτό-αποτελεσματικότητα έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση και την Ενσυναισθητική Ακρόαση, δηλαδή για μεγαλύτερες τιμές της Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας προκύπτουν μεγαλύτερες τιμές των υπολοίπων. Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο GSE με AELS και τις διαστάσεις του.

		Αίσθηση	Επεξεργασία	Ανταπόκριση	AELS
GSE	Pearson	0,282	0,265	0,181	0,299
	p-value	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01

Πίνακας 16. Συσχέτιση GSE με AELS και τις διαστάσεις του

6.4 Συσχέτιση Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) με την Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI).

Η Γενικευμένη Αυτό-αποτελεσματικότητα έχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με τα

- επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου και
- τα επίπεδα φαντασιακής ενσυναίσθησης,

δηλαδή για μεγαλύτερες τιμές της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας αναμένονται μεγαλύτερες τιμές στα επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου και φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενώ η Γενικευμένη Αυτό-αποτελεσματικότητα δεν έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα ενσυναίσθητης ανησυχίας και την προσωπική ανησυχία. Στον πίνακα 17 εξετάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο GSE και IRI.

		Ανάληψη προοπτικής του άλλου	Φαντασιακή ενσυναίσθηση	Ενσυναίσθητη ανησυχία	Προσωπική ανησυχία
GSE	Pearson	0,215	0,161	0,017	-0,045
	p-value	<0,01	0,011	0,790	0,479

Πίνακας 17. Συσχέτιση GSE με IRI

6.5 Συσχέτιση Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE) με κοινωνικοδημογραφικά

Σύμφωνα με τις συσχετίσεις που έγιναν δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, για καμία από τις παραμέτρους που έχουν καταγραφεί.

		Κλίμακα Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE)			
		Mean	St Dev.	N	P
φύλο	άνδρας	29,41	4,33	56	0.278
	γυναίκα	30,13	4,41	193	
ηλικία	20-29 ετών	28,72	4,10	25	0.119
	30-39 ετών	28,81	4,15	42	
	40-49 ετών	30,25	4,28	107	
	50-59 ετών	30,56	4,63	66	

	60 και άνω	31,22	4,97	9	
κατοικία	χωριό	31,29	5,20	52	0.075
	πόλη	29,62	4,09	197	
Οικογενειακή Κατάσταση	άγαμος(η)	29,04	4,26	51	0.222
	έγγαμος(η)/σε συμβίωση	30,18	4,37	179	
	διαζευγμένος(η)	30,12	4,88	17	
	χήρος(α)	34,00	1,41	2	
παιδιά	χωρίς παιδιά	28,42	3,92	55	0.086
	ένα παιδί	30,82	4,36	49	
	δύο παιδιά	29,91	4,34	104	
	τρία παιδιά	31,35	4,83	31	
	4 και άνω παιδιά	30,70	4,32	10	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	δευτεροβάθμια εκπαίδευση	30,87	4,89	64	0.105
	ΤΕΙ	29,39	4,25	104	
	ΑΕΙ	30,00	4,08	81	
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	καμία εκπαίδευση	29,99	4,62	168	0.548
	μεταπτυχιακό	30,62	4,16	42	
	διδακτορικό	29,40	3,03	10	
	άλλο πτυχίο	29,14	3,67	29	
Φορέας Εργασίας	κέντρο υγείας	30,13	4,72	167	0.413
	νοσοκομείο	29,65	3,65	82	
Πrouπηρεσία	0-9 έτη	29,18	4,12	78	0.226
	10-19 έτη	30,13	4,52	79	
	20-29 έτη	30,27	4,13	49	
	30 και άνω	30,79	4,82	43	

Πίνακας 18. Συσχέτιση GSE με κοινωνικοδημογραφικά

7. Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα (SPCC).

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των, IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του (αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στο SPCC. Τα προηγούμενα εξηγούν το 25,2% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές του SPCC.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις:

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας(GSE),
- της Κλίμακας Ενσυναίσθητικής Ακρόασης(AELS)
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου

πάνω στην Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα- SPCC όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 19.

Συγκεκριμένα, για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας GSE η Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα-SPCC αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 6,786 μονάδες ($t=3,221$, $p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (2,635-10,937).

Επιπλέον για κάθε μια μονάδα μεγαλύτερης Ενεργητικής Ενσυναίσθητικής Ακρόασης-AELS η Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα-SPCC αναμένεται να είναι μεγαλύτερο κατά 5,569 μονάδες ($t=4,284$, $p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (3,008-8,130).

Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 6,260 μονάδες μικρότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας (SPCC) από εκείνους που έχουν άλλο πτυχίο ($p<0,01$) αλλά και κατά 9,860 από εκείνους που κατέχουν μεταπτυχιακό ή/και διδακτορικό ($p=0,023$). Φαίνεται ότι τα άτομα που έχουν άλλο πτυχίο ($p<0,01$) και αυτοί που έχουν μεταπτυχιακό ή/και διδακτορικό ($p=0,023$), εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας (SPCC).

	F	p-value
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	0,147	0,701
Φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,455	0,501
Ενσυναίσθητη ανησυχία	3,266	0,072
Προσωπική ανησυχία	0,040	0,842
GSE	10,372	<0,01
Εκπαίδευση πέρα του βασικού πτυχίου	11,374	<0,01
AELS	18,349	<0,01

Πίνακας 19. Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την Αντιλαμβανόμενη Επικοινωνιακή Ικανότητα

7.1 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα δημόσιας ομιλίας.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα δημόσιας ομιλίας. Τα προηγούμενα εξηγούν το 22,8% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας δημόσιας ομιλίας.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις:

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας(GSE)
- της Κλίμακας Ενσυναισθητικής Ακρόασης(AELS)
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου

πάνω στην ικανότητα δημόσιας ομιλίας όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 20.

Δημόσια ομιλία	F	p-value.
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	6,625	0,002
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	0,024	0,877
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,786	0,376
Ενσυναίσθητη ανησυχία	0,292	0,590
Προσωπική ανησυχία	1,521	0,219
GSE	7,175	0,008
AELS	11,837	0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,297	0,103
Επιρροή: χαμόγελο	0,072	0,788
Λεξιλόγιο	0,129	0,943

Πίνακας 20. Πολλαπλή παλινδρόμηση με εξαρτημένη τη δημόσια ομιλία

7.2 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας,

προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση. Τα προηγούμενα εξηγούν το 25% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις:

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας(GSE),
- της Κλίμακας Ενσυναίσθητικής Ακρόασης (AELS),
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου,
- και της ενσυναίσθητης ανησυχίας (του IRI)

πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 21.

Συγκεκριμένα, για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερου GSE η ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 6,178 μονάδες ($t=2,606, p=0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (1,507-10,849). Επιπλέον για κάθε μια μονάδα μεγαλύτερου AELS η ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 5,632 μονάδες ($t=3,855, p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (2,753-8,510). Τέλος για μία μονάδα μεγαλύτερης ενσυναίσθητης ανησυχίας αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 0,589 ($t=2,346, p=0,02$) με διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση (0,094-1,084). Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 15,215 μονάδες μικρότερες ικανότητες δημόσιας ομιλίας από εκείνους που κατέχουν μεταπτυχιακό ή/και διδακτορικό ($p<0,01$).

Ομιλία σε μεγάλη συνάντηση	F	p-value.
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	6,128	0,003
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	1,038	0,309
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,123	0,726
Ενσυναίσθητη ανησυχία	5,504	0,02
Προσωπική ανησυχία	0,003	0,959
GSE	6,791	0,01
AELS	14,859	<0,01

Εκπαιδευτικό επίπεδο	1,456	0,235
Επιρροή: χαμόγελο	0,543	0,462
Λεξιλόγιο	2,271	0,081

Πίνακας 21. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε μεγάλη συνάντηση

7.3 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα. Τα προηγούμενα εξηγούν το 21,2% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας ομιλίας σε μικρή ομάδα.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας(GSE)
- της Κλίμακας Ενσυναισθητικής Ακρόασης(AELS)
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου και

πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 22.

Συγκεκριμένα, για κάθε δέκα μονάδες μεγαλύτερου GSE η ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 8,423 μονάδες ($t=3,178$, $p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (3,201-13,644). Επιπλέον για κάθε μια μονάδα μεγαλύτερου AELS η ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 5,264 μονάδες ($t=3,223$, $p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (2,046-8,482).

Επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου, συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 16,697 μονάδες μικρότερες ικανότητες ομιλίας σε μικρή ομάδα από εκείνους που κατέχουν μεταπτυχιακό ή/και διδακτορικό ($p<0,01$) αλλά και κατά 17,653 μονάδες μικρότερες από εκείνους με άλλο πτυχίο.

Ομιλία σε μικρή ομάδα	F	p-value.
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	4,69	0,01
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	0,006	0,937
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,946	0,332
Ενσυναίσθητη ανησυχία	2,64	0,106
Προσωπική ανησυχία	0,001	0,975
GSE	10,101	0,002
AELS	10,388	0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	1,328	0,267
Επιρροή: χαμόγελο	0,145	0,704
Λεξιλόγιο	0,449	0,719

Πίνακας 22. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε μικρή ομάδα

7.4 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την δυάδα.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην δυάδα. Τα προηγούμενα εξηγούν το 21,4% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της δυάδας.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας (GSE),
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου,
- της Κλίμακας Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS),
- και της ενσυναίσθητης ανησυχίας (του IRI)

πάνω στην δυάδα όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 23.

Συγκεκριμένα, για κάθε δέκα μονάδες μεγαλύτερου GSE η δυάδα αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 4,192 μονάδες ($t=2,177, p=0,03$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (0,398-7,987).

Επιπλέον για κάθε μια μονάδα μεγαλύτερου AELS η δυάδα αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 4,351 μονάδες ($t=3,666, p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (2,012-6,689).

Τέλος για μία μονάδα μεγαλύτερης ενσυναίσθητης ανησυχίας αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 0,594 ($t=2,912, p=0,004$) με διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση (0,192-0,996).

Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερη κατά 4,233 μονάδες δυάδας από εκείνους με μεταπτυχιακό ή διδακτορικό. Συμπεραίνουμε ότι εκείνοι που έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό δεν επικοινωνούν τόσο κατά δυάδα όσο αυτοί που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση πέρα του βασικού τους πτυχίου.

<i>Ομιλία σε Δυάδα</i>	F	p-value.
Εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	5,05	<0,01
Ανάληψη προοπτικής του άλλου	2,009	0,158
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,019	0,89
Ενσυναίσθητη ανησυχία	8,478	0,004
Προσωπική ανησυχία	0,044	0,834
GSE	4,738	0,031
AELS	13,437	<0,01
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,174	0,84
Επιρροή: χαμόγελο	2,243	0,136
Λεξιλόγιο	0,207	0,891

Πίνακας 23. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε δυάδα.

7. 5 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων. Τα προηγούμενα εξηγούν το 20,4% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας ομιλίας σε ομάδα ξένων.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις

- της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτό-αποτελεσματικότητας(GSE),
- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου,
- και του εκπαιδευτικού επιπέδου

πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 24.

Συγκεκριμένα, για κάθε δέκα μονάδες μεγαλύτερου GSE η ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 11,106 μονάδες ($t=3,384$, $p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (4,641-17,572).

Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 23,290 μονάδες ικανότητας ομιλίας ($p<0,01$) από εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό σε μικρή ομάδα ξένων. Τέλος τα άτομα των οποίων το εκπαιδευτικό επίπεδο φτάνει έως την δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν μικρότερη κατά 10,106 μονάδες ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων από ότι έχουν τα άτομα που η εκπαίδευση τους είναι επιπέδου AEI ($p<0,01$).

Ομιλία σε ομάδα Ξένων	F	p-value.
εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	8,457	<0,01
ανάληψη προοπτικής του άλλου	0,524	0,470
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,050	0,823
ενσυναίσθητη ανησυχία	1,387	0,240
προσωπική ανησυχία	1,501	0,222
GSE	11,453	0,001

εκπαιδευτικό επίπεδο	3,472	0,033
AELS	3,428	0,065

Πίνακας 24. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα ξένων

7.6 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του (αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών. Τα προηγούμενα εξηγούν το 27,2% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας ομιλίας σε ομάδα γνωστών.

Συγκεκριμένα, για κάθε δέκα μονάδες μεγαλύτερου GSE η ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 6,707 μονάδες ($t=3,206$, $p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (2,586-10,829). Επιπλέον, για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερου AELS η ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 6,517 μονάδες ($t=5,082$, $p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (3,991-9,043). Τέλος, για κάθε μια μονάδα μεγαλύτερης ενσυναίσθητης ανησυχίας αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 0,529 ($t=2,361$, $p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση (0,088-0,971).

Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 16,895 μονάδες ικανότητας ομιλίας ($p<0,01$) από εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό σε μικρή ομάδα γνωστών, από ότι έχουν τα άτομα που η εκπαίδευση τους είναι επιπέδου AEI ($p<0,01$).

Ομιλία σε ομάδα Γνωστών	F	p-value.
εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	7,067	<0,01
ανάληψη προοπτικής του άλλου	1,366	0,244
φαντασιακή ενσυναίσθηση	0,345	0,558

ενσυναίσθητη ανησυχία	5,573	0,019
προσωπική ανησυχία	0,031	0,861
GSE	10,279	0,002
εκπαιδευτικό επίπεδο	0,787	0,456
AELS	25,83	<0,01

Πίνακας 25. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα γνωστών.

7.7 Πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων.

Πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για την επίδραση των IRI (επίπεδα ανάληψης προοπτικής του άλλου, φαντασιακής ενσυναίσθησης, ενσυναίσθητης ανησυχίας, προσωπικής ανησυχίας), AELS και των διαστάσεων του(αίσθηση, επεξεργασία, ανταπόκριση), GSE και της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων. Τα προηγούμενα εξηγούν το 22,4% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές της ικανότητας ομιλίας σε ομάδα φίλων.

Εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές επιδράσεις

- της εκπαίδευσης πέρα του βασικού πτυχίου και
- της Ενσυναίσθητικής Ακρόασης (AELS),

πάνω στην ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων όπως φαίνεται και από τις τιμές που έχουν προκύψει στον πίνακα 26.

Για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερου AELS η ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων αναμένεται να είναι μεγαλύτερη κατά 6,170 μονάδες ($t=5,157, p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (3,813-8,527). Διαφορές εντοπίζονται επίσης ανάλογα με την εκπαίδευση των ατόμων πέρα του βασικού πτυχίου. Αναλυτικότερα συμπεραίνεται ότι οι συμμετέχοντες που δεν έχουν επιπλέον εκπαίδευση έχουν κατά 10,039 μονάδες ικανότητας ομιλίας ($p<0,01$) από εκείνους που έχουν μεταπτυχιακό/διδακτορικό σε μικρή ομάδα φίλων, από ότι έχουν τα άτομα που η εκπαίδευση τους είναι επιπέδου AEI ($p<0,01$).

Ομιλία σε ομάδα φίλων	F	p-value.
εκπαίδευση πέρα από το βασικό πτυχίο	3,116	0,046

ανάληψη προοπτικής του άλλου	2,547	0,112
φαντασιακή ενσυναίσθηση	1,608	0,206
ενσυναίσθητη ανησυχία	3,805	0,052
προσωπική ανησυχία	0,567	0,452
GSE	3,49	0,063
εκπαιδευτικό επίπεδο	1,099	0,335
AELS	26,59	<0,01

Πίνακας 26. Παλινδρόμηση με εξαρτημένη την ικανότητα ομιλίας σε ομάδα φίλων

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αποτελεσματική επικοινωνία κατέχει ξεχωριστό ρόλο και στον τομέα της υγείας. Τα ζητήματα επικοινωνίας θεωρούνται ένα θέμα υψηλού ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής πράξης. Ποικίλες έρευνες τα τελευταία χρόνια τονίζουν τη σημασία της μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς, καθώς επιφέρει πολλαπλά οφέλη. Η αποτελεσματική επικοινωνία θεωρείται από τους ασθενείς σημαντική και μερικές φορές σημαντικότερη και από τις ίδιες της γνώσεις του επαγγελματία υγείας (Hall, 1981).

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια εκτίμησης της προσωπικά αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας σε εργαζομένους στον τομέα της υγείας. Η έρευνα εστιάστηκε στο πόσο οι ίδιοι θεωρούν ότι επικοινωνούν στην καθημερινότητα τους και πως σχετίζεται η αντίληψη τους αυτή με την Ενεργητική Ενσυναισθηματική Ακρόαση, την Διαπροσωπική Ανταπόκριση και την αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας που διαθέτουν.

Από τους 249 εργαζόμενους στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στην περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας, παρατηρείται ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόκειται για γυναίκες και οι περισσότεροι ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 40-49 έτη. Οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Υγείας της περιφέρειας, αποτέλεσε την πλειονότητα των ερωτηθέντων. Τα δημογραφικά στοιχεία δεν έδειξαν κάποια συσχέτιση ανάλογα με το φύλο, την προϋπηρεσία, την εργασία σε Πρωτοβάθμια ή Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Τα συναισθήματα επηρεάζουν όλο το φάσμα των αποφάσεών μας, από τις απλούστερες καθημερινές επιλογές, έως τις μεγαλύτερες αποφάσεις της ζωής μας. Η επίδραση αυτή μπορεί να είναι συνειδητή αλλά και ασυνείδητη, επομένως είναι φαινομενικά κάτι που δεν μπορούμε να ελέγξουμε εύκολα. Οι **προηγούμενες προσωπικές θετικές εμπειρίες** επικοινωνίας, που είχαν οι συμμετέχοντες, είναι αυτές που επηρέασαν πολύ την μετέπειτα επικοινωνιακή συμπεριφορά τους. Η υπάρχουσα βιβλιογραφία έχει επικέντρωση το ενδιαφέρον της στα αρνητικά συναισθήματα και τις συνέπιες τους έχοντας περιθωριοποιήσει τα θετικά συναισθήματα. Η αιτία είναι ότι τα αρνητικά συναισθήματα και οι αρνητικές εμπειρίες αποκτούν προτεραιότητα επειδή “συχνά αντικατοπτρίζουν άμεσα προβλήματα ή αντικειμενικούς κινδύνους”, ενώ τα θετικά συναισθήματα και οι θετικές εμπειρίες δεν έχουν τον ίδιο επιτακτικά πειστικό χαρακτήρα μιας και δεν κρούουν κώδωνα του κινδύνου (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000). Ωστόσο, τα συναισθήματα κατέχουν περίοπτη θέση στη διεργασία της επικοινωνίας, γιατί είναι αναπόσπαστο κομμάτι της προσωπικότητας του ανθρώπου. Η αντίδραση του ανθρώπου στα ερεθίσματα που

δέχεται είναι η κατανόηση τους μέσω του νου. Στη συνέχεια, η κατανόηση αυτή, γεννά συναισθήματα, όπως της χαράς, της λύπης, του φόβου, της οργής, της αγάπης, του θυμού, κ.ά. Τα συναισθήματα, λοιπόν, είναι παρόντα και επηρεάζουν οποιαδήποτε επικοινωνιακή σχέση (Satir, 1995)

Η ανθρώπινη επικοινωνία αποτελεί μια συνεχή κοινωνική αλληλεπίδραση και μια ολότητα η οποία περικλείει και συνδέει ποικίλους τρόπους συμπεριφοράς. Μεγάλη σημασία στη διαπροσωπική επικοινωνία κατέχουν οι ξεχωριστοί τρόποι έκφρασης, αλλά και η μοναδικότητα της εκφραστικότητας του καθενός (Reynold, 1992). Η ευγένεια είναι ένα φαινόμενο που έχει να κάνει με το άτομο και τις κοινωνίες γενικότερα και τη μαθαίνουμε μέσα από τις καθημερινές μας πράξεις και λεκτικές εκφράσεις. Το φαινόμενο της γλωσσικής ευγένειας έχει σχέση με τη διαδραστική λειτουργία της γλώσσας, δηλαδή έχει να κάνει με την έκφραση των κοινωνικών σχέσεων, των προσωπικών στάσεων, των απόψεων και των συναισθημάτων (Μπέλλα, 2015). Αν κοιτάξουμε στην «πραγματολογική θεώρηση», θα δούμε ότι «αποτελεί προϊόν συγκεκριμένων επιλογών που πραγματοποιούν οι ομιλητές για να εκφραστούν» (Μπέλλα, 2015) .

Στην Ελλάδα η έρευνα έδειξε ότι η ευγένεια ορίζεται με πολύ γενικούς όρους (Sifianou, 1992) ενώ εντοπίζεται σχετική ομοφωνία στο ότι ευγένεια σημαίνει ενδιαφέρον (consideration) και σεβασμός προς τους άλλους και σε κάποιο βαθμό, «καλοί τρόποι». Αυτό μπορεί να υποδηλώνει τη διατήρηση των κοινωνικών αποστάσεων ή την έκφραση φιλικού ενδιαφέροντος για τους άλλους. Ένα ευγενικό άτομο χαρακτηρίζεται από διακριτικότητα, καλοσύνη, ανιδιοτέλεια, υπομονετικότητα, αισιοδοξία, στοργικότητα και χαμόγελο, μεταξύ πολλών άλλων. Περιλαμβάνονται επίσης και χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να περιγραφούν καλύτερα με όρους αλτρουισμού, γενναιοδωρίας, ηθικής και αυταπάρνησης. Η ευγένεια γίνεται αντιληπτή κυρίως ως μη γλωσσική συμπεριφορά. Κλασσικοί δείκτες ευγένειας όπως το «παρακαλώ» και το «συγνώμη» θεωρούνται μερικές φορές δείγματα προσποιητής ευγένειας και όχι αληθινής. Αυτή η αντίληψη εμφανίζεται και σε κοινωνικές ομάδες όπως στο Ισραήλ (Blum-Kulka, 1992), την Βενεζουέλα (Bolívar, 2008), την Αγγλία (Watts, 2003). Στο δείγμα της έρευνας φάνηκε ότι **ένας ευγενικός συνομιλητής** επηρεάζει πάρα πολύ τους συμμετέχοντες.

Ως γνωστό η ανθρώπινη επικοινωνία πραγματώνεται σε δύο επίπεδα, στην λεκτική της μορφή μέσω του προφορικού ή γραπτού λόγου και στην η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που σχετίζονται με την ανθρώπινη επικοινωνία και δεν εκφράζονται προφορικά ή γραπτά. Η μη λεκτική επικοινωνία, δεν βασίζεται στη γλώσσα ή στις λέξεις. Τις περισσότερες φορές μεταδίδει έννοιες παρά λέξεις (Knapp, 2011). Τα μη

λεκτικά μηνύματα δίνουν έμφαση στα λεκτικά. Ο Mehrabian, το 1971, μετά από επισταμένες έρευνες σε σχέση με το σύνολο των μηνυμάτων που μεταδίδουν οι άνθρωποι, αποφάνθηκε ότι μόλις το 7% πραγματοποιείται μέσω της λεκτικής οδού, το 38% μέσω της φωνητικής οδού και το 55% μέσω της υπόλοιπης μη λεκτικής οδού (Mehrabian, 1971). Ο τρόπος με τον οποίο ένας ασθενής ή ένας ιατρός λέει κάτι, είναι ίσως εξίσου σημαντικός με το περιεχόμενο της ομιλίας καθ' εαυτό. Οι μεταβολές στη χροιά, στην τονικότητα, στην ένταση, στην έμφαση και το ρυθμό του λόγου όπως επίσης και τα τραυλίσματα και οι παύσεις μεταδίδουν πληροφορίες σχετικά με μια δεδομένη συναισθηματική κατάσταση. Μια συνομιλία γεμάτη από επιθετικότητα και θυμό είναι συνήθως ταχύτερη και μεγαλύτερης έντασης συγκριτικά με μια ήρεμη και ευγενική συνομιλία. Ένα επιθετικό μήνυμα χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη έμφαση και τονισμό των ρημάτων (Di Matteo, 2011). Επομένως οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας μπορούν να μεταδώσουν στους ασθενείς τους πολλά στοιχεία, τόσο θετικά όσο και αρνητικά, μέσω του τόνου της φωνής τους. Μπορούν επίσης να μάθουν πολλά για τα συναισθήματα των ασθενών τους, αν ακούσουν προσεκτικά τα μηνύματα που μεταδίδονται από τον τρόπο της ομιλίας τους και οι συμμετέχοντες της έρευνας φάνηκε ότι επηρεάζονται πολύ από τον **τόνο της φωνής**.

Το επόμενο στοιχείο που φάνηκε να επηρεάζει την επικοινωνιακή συμπεριφορά είναι το **χαμόγελο**. Το πρόσωπο λόγω της ισχυρής εκφραστικής του δύναμης, υπήρξε διαχρονικά, μια από τις σημαντικότερες περιοχές του ανθρώπινου σώματος που ευθύνονταν για τη μετάδοση των μη λεκτικών μηνυμάτων και τον έλεγχο της επικοινωνίας (Argyle, 1981). Ένα χαμογελαστό πρόσωπο ενισχύει την σχέση μεταξύ των ομιλητών και ευνοεί μια καλύτερη επικοινωνία. Η χαρά, η ευχαρίστηση, η ικανοποίηση, ακόμα και η ευτυχία, όπως και τα υπόλοιπα θετικά συναισθήματα, που σχετίζονται με τη μη λεκτική συμπεριφορά, όλα εκφράζονται με το χαμόγελο ή με το γέλιο. Το χαμόγελο έχει μεγάλη εκφραστική δυναμική. Οι άνθρωποι χαμογελούν με ικανοποίηση στα άτομα που τρέφουν συμπάθεια και στα οποία αισθάνονται μια φυσική έλξη. Οι χαμογελαστοί άνθρωποι είναι συνήθως φιλικοί, διακριτικοί και ευχάριστες προσωπικότητες. Το χαμόγελο βοηθά στο διάλογο, ενθαρρύνει την αλληλεπίδραση και προωθεί και καθιερώνει την επικοινωνία (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1998) Αποτελεί κοινωνική επιβράβευση και σύμφωνα με έρευνες η οικειότητα και η εμπιστοσύνη που εκπέμπει επηρεάζουν θετικά την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και διευκολύνουν καθοριστικά τη μαθησιακή διαδικασία (Tausch et al., 1981). Υπάρχουν περιπτώσεις που εκφράζει την εξωτερική και την εκδήλωση ενός θετικού συναισθήματος, που συμβάλλει στη σύναψη σχέσεων και στη συνεργασία. Επίσης μπορεί να δράσει κατευναστικά μετριάζοντας την ένταση που προκαλεί μια δυσάρεστη

πληροφορία ή είδηση ή να εκτονώσει αρνητικά συναισθήματα όπως την αγανάκτηση, την οργή και το θυμό (Βρεττός, 2003). Βέβαια, το χαμόγελο, με τη μορφή μειδιάματος, μπορεί να συνοδεύσει και άλλα συναισθήματα, όπως την επιθετικότητα, την ειρωνεία ή ακόμη και το σαρκασμό. Το χαμόγελο, αλλά και το γέλιο αποτελούν σημαντικούς κοινωνικούς δείκτες και ο σοφός λαός μας αναγνωρίζοντας τις ευεργετικές επιδράσεις τους στις αλληλεπιδράσεις αποφαινεται ότι «το χαμόγελο είναι ευγένεια και το γέλιο ευτυχία».

Η **συνεργασία** του ασθενούς και η **θετική διάθεση** επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας και δημιουργούν σχέσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε μια αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία. Οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών επηρεάζουν σαφώς τη στάση και τη συμπεριφορά τους απέναντι στον ιατρό. Ο φόβος και το άγχος, μεταξύ άλλων ποικίλων συναισθημάτων, φαίνεται να διακατέχουν τον ασθενή που νοσεί. Για την ύπαρξη μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ειδικού και ασθενούς προϋποθέτει ο ειδικός να διαθέτει ικανότητες επικοινωνίας, (Scanlon, 2006, O' Brien, 2000). Αυτές πρέπει να τις αναπτύξει με κριτικό τρόπο και επιδεξιότητα, μοναδικά και ιδιαίτερα για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά, διαφορετικά η επικοινωνία θα είναι τυποποιημένη και καθόλου άνετη (Fortinash, 2004). Κάθε προσπάθεια για αποτελεσματική επικοινωνία βασίζεται στη δυναμική, τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό ως προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα και επιδιώκει αλληλεπίδραση και ανταλλαγή των πληροφοριών κατά τρόπο που να ελαχιστοποιεί κάθε περιττό αίσθημα αβεβαιότητας. Η αποτελεσματική επικοινωνία θεωρείται από του ασθενείς σημαντική και μερικές φορές σημαντικότερη και από τις ίδιες της γνώσεις του επαγγελματία υγείας (Hall, 1981). Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει στο βαθμό εκτίμησης και ικανοποίησης από την πλευρά του ασθενούς της σχέσης που έχει αναπτύξει με τον επαγγελματία υγείας. Μετά από μια επιτυχημένη και αποτελεσματική επικοινωνία ο ασθενής αισθάνεται πιο πρόθυμος να συνεργαστεί και με καλύτερη διάθεση ώστε να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες του.

Η γλώσσα είναι το ιδιαίτερο μέσο έκφρασης-συνεννόησης και το κατεξοχήν μέσο επικοινωνίας που είναι κοινό για μια ολόκληρη κοινότητα. Η λεξιλογική γλωσσική ικανότητα αποτελεί μέρος της γενικότερης γλωσσικής ικανότητας ενός ατόμου και αφορά τη γνώση του λεξιλογίου σε βαθμό που θεωρείται ότι κατέχει τη γλώσσα, δηλαδή μπορεί να παράγει και να κατανοεί οποιαδήποτε πρόταση. Στη λεξιλογική γλωσσική ικανότητα, εκτός από τη γνώση του ατόμου για τη σημασία της κάθε λέξης της γλώσσας του, περιλαμβάνονται και οι γνώσεις του για τις λέξεις ως σύνολο, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η επιδιωκόμενη επιτυχημένη γλωσσική επικοινωνία (Μότσιου, 1994). Η μορφή του λόγου που χρησιμοποιεί κάθε άνθρωπος στην επικοινωνία του με τους άλλους ανθρώπους

προσδιορίζεται κατά κύριο λόγο από τις επικοινωνιακές συνθήκες, στα πλαίσια των οποίων παράγεται ο λόγος. Είναι, παράλληλα, ενδεικτική της ψυχολογικής διάθεσης του ατόμου, της ιδεολογίας του, της καταγωγής του, του περιβάλλοντος στο οποίο μεγάλωσε, της μόρφωσης του και σε τελευταία ανάλυση της προσωπικότητας. Έτσι λοιπόν, λογίζεται ως ατομικό προϊόν και είναι μοναδικό για τον καθένα. Μόνο το 34% των συμμετεχόντων έδειξε να επηρεάζεται πολύ από το λεξιλόγιο του συνομιλητή τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό έδειξε, ότι το λεξιλόγιο δεν αποτελεί εμπόδιο στην αποτελεσματική επικοινωνία.

Οι Parveen Azam Ali, Roger Watson σε μελέτη τους, το 2018, θέλησαν να ερευνήσουν τι αντίκτυπο έχουν οι γλωσσικοί φραγμοί στην παροχή περίθαλψης υγείας ασθενών με περιορισμένη επάρκεια στην γνώση της αγγλικής γλώσσας. Χρησιμοποιήθηκε ποιοτική περιγραφική προσέγγιση, με ατομικές συνεντεύξεις και συζητήσεις σε ομάδες εστίασης. Συλλέχθηκαν δεδομένα από 59 νοσηλευτές που εργάζονταν σε νοσοκομεία τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Αγγλία. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε θεματική ανάλυση. Προσδιορίστηκαν τρία θέματα, «πολυεθνικότητες και γλωσσικοί φραγμοί», «ο αντίκτυπος των γλωσσικών φραγμών» και «επικοινωνία μέσω διερμηνέων». Η επικοινωνία αναγνωρίστηκε ως η πιο σημαντική πτυχή της παροχής φροντίδας και βασικό συστατικό του επαγγελματικού ρόλου του νοσηλευτή ανεξάρτητα από τον κλινικό τομέα ή την ειδικότητα. Τα γλωσσικά εμπόδια αναγνωρίστηκαν ως τα μεγαλύτερα εμπόδια στην παροχή επαρκούς, κατάλληλης, αποτελεσματικής και έγκαιρης περίθαλψης σε ασθενείς με περιορισμένη αγγλική επάρκεια. Η χρήση επαγγελματιών διερμηνέων θεωρήθηκε χρήσιμη, με ζητήματα όμως στο θέμα της εμπιστευτικότητας και του απορρήτου και των επιπτώσεων στον ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα γλωσσικά εμπόδια, σε οποιαδήποτε χώρα ή περιβάλλον, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ικανότητα των νοσηλευτών να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς τους και ως εκ τούτου να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην παροχή κατάλληλης, έγκαιρης, ασφαλούς και αποτελεσματικής φροντίδας για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών (Ali et al., 2018).

Ο Lauren Gerchow et al., το 2021, θέλησαν να μελετήσουν το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό σε σχέση με τους γλωσσικούς φραγμούς. Η παγκόσμια μετανάστευση και η γλωσσική ποικιλομορφία καθιστούν τα γλωσσικά εμπόδια στον τομέα της υγείας πιο διαδεδομένα από ποτέ. Οι νοσηλευτές, συχνά η πρώτη επαφή με ασθενείς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της ασφάλειας και της ικανοποίησης μέσω του τρόπου με τον οποίο διαχειρίζονται τα γλωσσικά εμπόδια. Πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση, χρησιμοποιώντας τέσσερις βάσεις δεδομένων. Στην μελέτη συμπεριλήφθηκαν 48 μελέτες

από 16 χώρες. Η πλειοψηφία των μελετών ήταν ποιοτικές. Παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές σημείωσαν παρόμοιες εμπειρίες και εφάρμοσαν παρόμοιες στρατηγικές ανεξάρτητα από το περιβάλλον, τη χώρα ή τη γλώσσα. Τα γλωσσικά εμπόδια περιέπλεξαν την παροχή φροντίδας ενώ αύξαναν το άγχος και τον φόρτο εργασίας (Gerchow et al., 2021).

Κατά την έρευνα δεν παρατηρήθηκε κάποια λέξη από το λεξιλόγιο των ασθενών που μπορεί να έχει επίδραση στο σύνολο. Οι συμμετέχοντες φάνηκε ότι μένουν ανεπηρέαστοι, εκτός του «ευχαριστώ» που μπορεί να ειπωθεί από την πλευρά των ασθενών και έτσι να δημιουργήσει ένα κλίμα θετικό σε μια σχέση που υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ τους.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν και αποτέλεσε έναυσμα για την εργασία αυτή, ήταν ποιο είναι το επίπεδο της προθυμίας για επικοινωνία που μπορεί να έχουν όλοι αυτοί οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή.

Τα αποτελέσματα της **Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας** έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν και επικοινωνούν με τους ασθενείς τους. Δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με το φύλο, την ηλικία την προϋπηρεσία τους. Οι εργαζόμενοι τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας φαίνεται να έχουν τις ίδιες σχεδόν πεποιθήσεις σχετικά με την ικανότητα τους προς επικοινωνία.

Η επικοινωνιακή ικανότητα φάνηκε να σχετίζεται περισσότερο με την περεταίρω μόρφωση των συμμετεχόντων. Τα άτομα που κατείχαν και κάποιο άλλο πτυχίο επιπλέον του βασικού τους, ή μεταπτυχιακό, ή διδακτορικό φαίνεται να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας από τους υπολοίπους.

Παρατηρώντας τις υποκλίμακες της Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας φάνηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούν καλύτερα όταν συναναστρέφονται και επικοινωνούν **με μια ομάδα φίλων**, όπως και κατά **δυάδα** προσωπικά. Η αλληλεπίδραση πρόσωπο με πρόσωπο θεωρείται η πιο άμεση κοινωνική αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται χωρίς διαμεσολάβηση. Η κατά δυάδα επικοινωνία είναι υπεύθυνη για τη σχέση που θα εδραιωθεί και τον τρόπο που η σχέση θα εξελιχθεί. Είναι γνωστό πόσο σημαντική είναι η δυαδική σχέση ιατρού ασθενή (Emanuel, & Emanuel, 1992, Deber, 1994) Η αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί στη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και συμβάλλει στην ικανοποίηση του ασθενή, η οποία είναι συνάρτηση της αλληλεπίδρασης με τον επαγγελματία υγείας. Διασφαλίζεται από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις που θα αναπτύξουν μεταξύ τους, την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών και τη συμμετοχική λήψη

της τελικής απόφασης. Ο σεβασμός, η κατανόηση και η ειλικρίνεια μεταξύ των συνομιλητών δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης που βοηθά τον ασθενή να εξωτερικεύει με μεγαλύτερη ευκολία τα συναισθήματά του, να μοιράζεται την εμπειρία της ασθένειάς του, τις σκέψεις και τις προσδοκίες του. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την ικανότητα των ασθενών να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο και έχει αντίκτυπο στην ικανοποίηση της φροντίδας, πιστοποιώντας έτσι την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1988).

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρόλο που τα άτομα με άλλο πτυχίο επιπλέον του βασικού τους, ή μεταπτυχιακό, ή διδακτορικό φαίνεται να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα στο σύνολο της αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας, όταν όμως βρίσκονται σε σχέση дуάδας και σε μια ομάδα γνωστών τότε παρατηρείται ότι η επικοινωνιακή τους ικανότητα είναι μικρότερη από τους υπολοίπους. Ίσως η περαιτέρω εξειδίκευση μειώνει την επικοινωνιακή δεινότητα μετριάζοντας τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από μια σχέση που απώτερο σκοπό έχει την αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία με τον ασθενή.

Αξιολογώντας τις συσχετίσεις της επικοινωνιακής ικανότητας έγινε φανερό ότι όσο μεγάλωνε η αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή τους ικανότητα τόσο καλύτερα αντιλαμβανόταν, κατανοούσαν τον ασθενή και μπορούσαν να συναισθανθούν την κατάσταση του. Η ορθή ανάγνωση των συμπτωμάτων, των συναισθημάτων, των ανησυχιών του ασθενή καθώς και η κατανόηση της ψυχολογικής του κατάστασης, μπορούν να βοηθήσουν στην αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία.

Επιπλέον φάνηκε ότι η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας που είχε το δείγμα αυξανόταν κατά την συσχέτιση της με την αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα. Όσο περισσότερο πίστευαν οι συμμετέχοντες ότι μπορούν να οργανώσουν κάποιο σχέδιο δράσης και να πραγματοποιήσουν την εργασία ή τα καθήκοντα τους, σε καταστάσεις που κρίνονται δύσκολες, ενδιαφέρουσες και απαιτητικές, εμφάνιζαν δηλαδή εμπιστοσύνη στην αυτοαποτελεσματικότητά τους, τόσο αυξανόταν και η αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή τους ικανότητα.

Στην έρευνα η **Ενεργητική Ενσυναίσθηματική Ακρόαση** εμφάνισε υψηλή τιμή, με περίπου, ίσες μέσες τιμές και στις τρεις διαστάσεις της κλίμακας της Αίσθησης, Πρόσληψης, Επεξεργασίας και Ανταπόκρισης. Αυτό έδειξε ότι οι συμμετέχοντες μπορούν να ακούσουν τον ασθενή πέρα από την γλώσσα και τις λέξεις που χρησιμοποιεί, να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν τα μηνύματά του, παρέχοντας του διαβεβαιώσεις ότι είναι εκεί και του συμπαραστέκονται. Στη θεραπευτική σχέση η ενεργητική ακρόαση και όχι απλώς η ακρόαση, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στη συλλογή πληροφοριών, στην κατανόηση του

προβλήματος και στην προαγωγή της θεραπείας. Αποτελεί έναν θετικό ενισχυτή προς τη συμπεριφορά του ασθενούς να επικοινωνήσει με τον ιατρό του. Η συλλογή πληροφοριών μόνο με τα «ανατομικά» αυτιά, μπορεί να αποδειχθεί ελλιπής κατά την κλινική πράξη. Η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί ένα κλίμα επούλωσης των ψυχικών τραυμάτων και μειώνει το στρες και το άγχος βοηθώντας παράλληλα τους ασθενείς στο να προσαρμοστούν καλύτερα στις καταστάσεις τις οποίες βιώνουν και να επιδιώξουν αλλαγή στις καταστάσεις αυτές φυσικά προς το καλύτερο

Γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αφουγκραστούν τον ασθενή, να αποκωδικοποιήσουν τα μηνύματα του και να δείξουν με λεκτικό ή μη λεκτικό τρόπο την συμμετοχή τους στη σχέση αυτή. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται το αίσθημα ασφάλειας, εμπιστοσύνης και αλληλεπίδρασης μεταξύ των συμμετεχόντων.

Αναφορικά με την **Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης** από τις διαστάσεις της ενσυναίσθησης κυριαρχεί το **ενσυναίσθητο ενδιαφέρον** το οποίο αποτελεί μέρος της συναισθηματικής διάστασης της ενσυναίσθησης και με την γνωστική ενσυναίσθηση να ακολουθεί δεύτερη της οποίας η τιμή δεν είναι απαραίτητα χαμηλή. Οι επαγγελματίες υγείας αντιδρούν με ενσυναίσθητο ενδιαφέρον στον πόνο και τη λύπη του άλλου, δείχνοντας συναισθήματα συμπόνιας και συμπάθειας που συμπεριλαμβάνονται σε αυτό (Zahn-Waxler, & Radke-Yarrow, 1990, Batson, 2010).

Και σε άλλες έρευνες βρέθηκαν ίδια αποτελέσματα, με το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον να αποτελεί πρώτο σκορ στα ευρήματα (Marcysiak et al., 2014, Kesbakhi et al., 2017). Οι γυναίκες, σύμφωνα με έρευνες, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος από τους άνδρες (Gleichgerrcht, & Decety, 2013, Derntl et al., 2010, Mestre et al., 2009, Rueckert et al., 2011, Navarro-Abal et al., 2018). Στην παρούσα μελέτη δεν διαφάνηκε οιαδήποτε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, αποτέλεσμα που ταυτίζεται με τους Kahriman et al., (2016).

Η υψηλή βαθμολογία του ενσυναίσθητου ενδιαφέροντος σχετίζεται θετικές κλινικές εκβάσεις (Gleichgerrcht, & Decety, 2013) και με προκοινωνικές συμπεριφορές (Davis, 1983), που περιλαμβάνουν το αίσθημα συμπάθειας και το ενδιαφέρον για τους άλλους. Η προκοινωνική συμπεριφορά είναι εκείνη που προορίζεται στο να βοηθήσει άλλους ανθρώπους και χαρακτηρίζεται από μια ανησυχία σχετικά με τα δικαιώματα, τα συναισθήματα και την ευημερία των άλλων ανθρώπων. Άρα ως πηγή αλτρουιστικών κινήτρων, ενθαρρύνει τη βοήθεια που κατευθύνεται προς τη μείωση της ανάγκης του ασθενούς η οποία προκαλείται από την ενσυναίσθηση, χωρίς φαινόμενα μεροληψίας, δίνοντας το έναυσμα να ενεργοποιηθούν ηθικές αρχές. Μελέτη συσχετίζει αρνητικά το

ενσυναίσθητο ενδιαφέρον με την εξάντληση και θετικά με την επαγγελματική ποιοτική νοσηλευτική (Duarte, & Pinto-Gouveia, 2017).

Η περιορισμένη ικανότητα της φαντασιακής ενσυναίσθησης, περιορίζει να συναισθάνονται με τις εμπειρίες άλλων, εμποδίζοντας τελικά την ανάπτυξη μίας «γνωστικής ικανότητας αναγνώρισης» και την ανάληψη γνωστικών και συναισθηματικών ρόλων. Για αυτό το λόγο δεν δύναται να προκύψει η πολυπόθητη ενσυναίσθητη ακρίβεια. Συνεπώς, αδυνατούν να παρακολουθούν λεκτικά και μη μηνύματα, να επιδεικνύουν κατανόηση και να εξατομικεύουν τις απαντήσεις ώστε να ανταποκρίνονται με ακρίβεια στις αντιλαμβανόμενες ανάγκες του ασθενή για την επίτευξη μιας συνεργατικής θεραπευτικής συμμαχίας.

Καταλήγοντας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της Κλίμακας Διαπροσωπικής ανταπόκρισης, η προσωπική δυσφορία και η φαντασιακή ενσυναίσθηση κατέγραψαν σκορ μικρότερα από τον μέσο όρο. Ο Davis (1980), συνέδεε τη μειωμένη προσωπική δυσφορία με τη λήψη προοπτικών και το ενσυναίσθητο ενδιαφέρον. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκαν αυτά τα ευρήματα, άρα οι επαγγελματίες υγείας δύναται να ενεργήσουν ενσυναίθητα κατευθυνόμενοι κυρίως από αλτρουιστικά κίνητρα προς τη βοήθεια, χωρίς να προτιμούν την εύκολη διαφυγή.

Σχετικά με την **Κλίμακας Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας** οι τιμές που παρατηρήθηκαν φανέρωσαν ένα σύνολο με πολύ καλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι έχουν τις ικανότητες να ανταποκριθούν σε ποικίλες καταστάσεις. Τα άτομα που διαθέτουν αυτοαποτελεσματικότητα μπορούν να ασκήσουν έλεγχο πάνω στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ενέργειές τους.

Η αίσθηση υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζει υψηλό επίπεδο συσχέτισης με την ευσυνειδησία, την δημιουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και την ανάγκη επίτευξης στόχων που παρατηρείται ότι διαθέτουν όλοι οι συμμετέχοντες (Chen et al., 2000, Barron, & Harrington, 1981). Τα άτομα που απαρτίζουν το δείγμα μας ανήκουν στα αυτοαποτελεσματικά άτομα, που εστιάζουν σε υψηλότερους στόχους με απώτερο σκοπό την εκπλήρωση του καθήκοντος διαθέτοντας μεγάλη εσωτερική παρακίνηση που επηρεάζει τις επόμενες επιδόσεις τους (Rajares, 2007).

Δεν υπήρξε κάποια σημαντική διαφοροποίηση ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ούτε με το φύλο, εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (Betz, & Hacckett, 2006, Ταμπούρη, 2009).

Τα άτομα μπορούν να καταλάβουν, να επεξεργαστούν και να ανταποκριθούν στα μηνύματα του ασθενή και αυτό φαίνεται από την θετική συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας με την ενεργή ενσυναίσθηματική ακρόαση. Όσο αυξάνεται, παρατηρείται αύξηση της ενεργής ενσυναίσθηματική ακρόασης δηλώνοντας έτσι ότι μπορούν να αντιληφθούν τον ασθενή τους και να κατανοήσουν την κατάσταση που βρίσκεται.

Το ίδιο παρατηρήθηκε στη συσχέτιση με την Κλίμακα Διαπροσωπικής Ανταπόκριση. Τα άτομα παρουσίασαν αυξημένη γνωστική ενσυναίσθηση και η φαντασιακή ενσυναίσθηση που μεγάλωνε όσο αυξανόταν η αυτοαποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με την γνωστική ενσυναίσθηση μπορούν να αντιληφθούν τι σκέφτεται ο ασθενής ενώ ταυτόχρονα είναι σε θέση να διατηρήσουν την ψυχραιμία τους και να συμβουλευθούν λογικά και αντικειμενικά ένα συναισθηματικά φορτισμένο άτομο σε μια δύσκολη στιγμή. Σύμφωνα με την φαντασιακή ενσυναίσθηση είναι σε θέση να φανταστούν την πραγματικότητα του ασθενούς και να φροντίσουν ανάλογα τις ανάγκες του.

Δεδομένου ότι η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας αποτελεί ταυτόχρονα κριτήριο απόδοσης και παράγοντα πρόβλεψης σε καταστάσεις που κρίνονται δύσκολες, ενδιαφέρουσες και απαιτητικές κινητοποιώντας το άτομο να ενεργοποιήσει μηχανισμούς δράσης προκειμένου να ανταποκριθεί με επιτυχία στους στόχους καθήκοντα οι συμμετέχοντες είναι άτομα με υψηλές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας άρα και ικανότητα αντιμετώπισης και πρόληψης δύσκολων καταστάσεων. Επιπλέον η αυτοαποτελεσματικότητά τους συνδέεται με την Ενσυναίσθηματική ακρόαση και την Διαπροσωπική ανταπόκριση άμεσα, δείχνοντας ότι ακούν και κατανοούν τους ασθενείς τους και βρίσκονται εκεί να φανταστούν την προσωπική τους κατάσταση και να τους συμβουλευθούν αντικειμενικά χωρίς προσωπικές επιρροές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα έρευνα έγινε μια προσπάθεια εκτίμησης της προσωπικά αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας εργαζομένων στον τομέα της υγείας και πως σχετίζεται η αντίληψη τους αυτή με την Ενεργητική Ενσυναισθηματική Ακρόαση, την Διαπροσωπική Ανταπόκριση και την αίσθηση Αυτοαποτελεσματικότητας που διαθέτουν. Επίσης έγινε προσπάθεια ανίχνευσης τυχόν συσχετίσεων μεταξύ τους.

Στη έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε τα ερωτηματολόγια της Κλίμακας Αντιλαμβανόμενης Επικοινωνιακής Ικανότητας (SPCC), της Κλίμακας Ενεργητικής Ενσυναισθητικής Ακρόασης (AELS), της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης (IRI) και της Κλίμακας Γενικευμένης Αυτοαποτελεσματικότητας (GSE).

Τα συμπεράσματα, συνοπτικά, που προέκυψαν, ήταν τα εξής:

- Η ευγένεια ενός ασθενή μπορεί να επηρεάσει την σχέση επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, καθώς και προηγούμενες προσωπικές θετικές του εμπειρίες.
- Ο τόνος της φωνή, το χαμόγελο, η θετική διάθεση και η συνεργασία μπορεί να επιδράσουν στην επικοινωνία. Ενώ το λεξιλόγιο του ασθενή δεν επηρεάζει στην επικοινωνία.
- Η αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα αξιολογήθηκε καλή και ιδιαίτερα η κατά δυάδα σχέση, οδηγώντας σε καλές διαπροσωπικές σχέσεις και αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία.
- Η καλή ενεργητική ενσυναισθηματική ακρόαση δηλώνει ότι οι συμμετέχοντες ακούν τον ασθενή πέρα από την γλώσσα και τις λέξεις που χρησιμοποιεί, κατανοούν και ερμηνεύουν τα μηνύματα του συλλέγοντας πληροφορίες, κατανοώντας τα προβλήματα και προάγοντας την υγεία του.
- Οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν συναισθηματική ανταπόκριση με ενσυναίσθητο ενδιαφέρον στον πόνο και στη λύπη του ασθενή, με συναισθήματα συμπόνιας και συμπάθειας.
- Άτομα με καλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας ανταποκρίνονται σε δύσκολες, ενδιαφέρουσες και απαιτητικές καταστάσεις με ευσυνειδησία και δημιουργικότητα εστιάζοντας σε υψηλούς στόχους διαθέτοντας μεγάλη εσωτερική παρακίνηση.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθούν οι περιορισμοί και οι αδυναμίες της παρούσας έρευνας προκειμένου τα ευρήματα να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά:

- Η πλειονότητα των συμμετεχόντων προερχόταν από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ενώ το ποσοστό εργαζομένων στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα ήταν σχετικά μικρό.
- Το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες στο μεγαλύτερο μέρος του.

Παρά τους περιορισμούς και τις αδυναμίες η έρευνα αυτή ίσως αποτελέσει την αφετηρία για περισσότερο προβληματισμό, μελέτη και διερεύνηση. Κάποιες από τις προτάσεις που θα μπορούσαν να κάνουν πιο ενδιαφέρουσα μια μελλοντική έρευνα είναι :

- Η αύξηση των συμμετεχόντων στην έρευνα με νέους συμμετέχοντες και από άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας.
- Η δυνατότητα συμμετοχής από άλλες δομές υγείας όπως τριτοβάθμια νοσοκομεία, ψυχιατρεία και η δημιουργία ομάδων ελέγχου.
- Η συμμετοχή εργαζομένων στον ιδιωτικό, θα μπορούσε να είναι μια πρόκληση.
- Θα ήταν ενδιαφέρον να επαναληφθεί η έρευνα σε απώτερο χρόνο και να γίνει επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων, δημιουργώντας έτσι μια διαχρονική μελέτη.
- Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας με προγράμματα δεξιοτήτων επικοινωνίας, ενεργητικής ακρόασης και ενσυναίσθησης, καθώς και η μετέπειτα αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους .

Συμπερασματικά οι επαγγελματίες υγείας ανήκουν σε μια ιδιαίτερη κατηγορία εργαζομένων όπου η ικανότητα επικοινωνίας είναι ένα από τα σημαντικά όπλα στην φαρέτρα της επαγγελματικής τους πορείας.

Η επικοινωνία γίνεται θεραπευτική όταν περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο του ειδικού όσο και του ασθενούς . Η θεραπευτική επικοινωνία με κέντρο των ασθενή μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση και τα αποτελέσματα υγείας, να αλλάξει τις συμπεριφορές και να δημιουργήσει μεγαλύτερη ικανοποίησή από το σύστημα υγείας. Η ενσυναίσθηση αποτελεί παράγοντας που επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις, την έγκαιρη προσκόλληση μεταξύ θεραπευτή και ασθενή, φροντίζει την ευημερία και διευκολύνει τη συνεργασία.

Τα παραπάνω μπορούν να πραγματοποιηθούν καλλιεργώντας τις επικοινωνιακές δεξιότητες που συνιστούν τα βασικά συστατικά για την αποτελεσματική επικοινωνία και στο χώρο της υγείας. Μαζί με την ενεργητική ακρόαση και την ενσυναίσθηση, όπως σε κάθε άλλο περιβάλλον, έτσι και στο κλινικό, οι δεξιότητες της καλής έκφρασης, της προσεκτικής ακρόασης, της σωστής ερμηνείας των λεκτικών και των μη λεκτικών μηνυμάτων και της ανατροφοδότησης είναι αναγκαίες για την επίτευξη επιτυχημένων επικοινωνιακών συναλλαγών.

Επαγγελματίες υγείας που γνωρίζουν τις ικανότητες που έχουν για να εκτελέσουν ένα συγκεκριμένο έργο υπό συγκεκριμένες συνθήκες δύσκολες και απαιτητικές, διαθέτουν αυτό που ορίζεται ως αυτοαποτελεσματικότητα. Η αίσθηση υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας εμφανίζει υψηλό επίπεδο συσχέτισης με την ευσυνειδησία, την δημιουργικότητα, την αυτοεκτίμηση και την ανάγκη επίτευξης στόχων. Αυτό δηλώνει ότι τα αυτοαποτελεσματικά άτομα εστιάζουν κάθε φορά σε υψηλότερους στόχους, με απώτερο σκοπό πάντα την εκπλήρωση του καθήκοντος διευρύνοντας τις διεργασίες και τις εναλλακτικές στρατηγικές, παραμένοντας ταυτόχρονα απερίσπαστα.

..

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αθανασίου, Λ. (2001). Γλώσσα - Γλωσσική Επικοινωνία και Διδασκαλία στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Ιωάννινα: Πανεπιστημιακές εκδόσεις.
- Αρχάκης, Α., Μ. Κονδύλη. 2004. Εισαγωγή σε ζητήματα κοινωνιογλωσσολογίας Αθήνα: Νήσος.
- Abazari, Z., Brojeni, M. B. (2017). The role of Harrold Lasswell Communication Theory in Librarianship and Information Science, *International Academic Journal of Humanities*, Volume 4, No. 2, 82 – 94.
- Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zakerimoghadam, M., Ebadi A. (2017). Antecedents and Consequences of Therapeutic Communication in Iranian Nursing Students: A Qualitative Research. *Nurs. Res. Pract.* 1:1–7
- Akilandeswari, V., Kumar, D. A., Pavithra, M., Mariyam, T. A. & Banu, N. J. (2015). Elements of effective communication, *International Journal of Multidisciplinary Research and Modern Education*, Volume 1, Issue 1, 154 – 156.
- Akhtar, M. (2008). What is Self-Efficacy? Bandura’s 4 Sources of Efficacy Beliefs. PositivePsychology.com.
- Ali, P.A., Watson, R. (2018). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (5-6). e1152-e1160. ISSN 0962-1067
- Alshammari, H. F. & Dayrit, R. D. J. (2017). Conflict and conflict resolution among the medical and nursing personnel of selected hospitals in Hail City, *Journal of Nursing and Health Science*, Volume 6, Issue 3, 45 – 60
- Apker, J, Ford, W, Fox, D. (2003). Predicting nurses organizational and professional identification. The effect on nursing roles, professional autonomy, and supportive communication. *Nurs Econ*; 21: 226–32.
- Argyle, M. (1975). “Bodily Communication” 581. Methuen London.
- Argyle, M., Trower, P. (1998). Πρόσωπο με πρόσωπο. Τρόποι επικοινωνίας. Αθήνα: εκδ. Ψυχογίος
- Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians’ communication behavior. *Social science & medicine*, 57(5), 791-806.
- Βρεττός, Ι. (2003). Μη Λεκτική Συμπεριφορά Εκπαιδευτικού-Μαθητή, άσκηση με μικροδιδασκαλία, Αθήνα: εκδ. Ατραπός.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of*

- Clinical and Social Psychology, 4, 464-469.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.) Encyclopedia of Human
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The Exercise of Control. W.H. Freeman & Co. Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Eds.), Handbook of personality (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). Self-efficacy beliefs of adolescents (Vol. 5., pp. 307-337). Greenwich, CT: Information Age Publishing
- Balint, M. (1957). The doctor, his patient and the illness. New York: International Universities Press.
- Barron, F.B., Harrington, D.M. (1981). Creativity, intelligence and personality. In M.R. Rozenzweig & L.W. Porter (Eds), Annual Review of Psychology, (Vol, 32, pp.439-476), Palo Alto, CA: Annual Reviews
- Baron-Cohen, S, Wheelwright, S. (2004). The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. Journal of autism and developmental disorders; 34: 163– 175.
- Barrett-Lennard, G.T., (1981). The Empathy Cycle: Refinement of a Nuclear Concept. Journal of Counseling Psychology, 28(2): 91-100.
- Batson, C. D., Ahmad N. (2001). Empathy-induced altruism in a prisoner's dilemma II: what if the target of empathy has defected? European Journal of Social Psychology.
- Batson, D. C., Ahmad, N.Y. (2009). Using Empathy to Improve Intergroup Attitudes and Relations. Social Issues and Policy Review, 3(1), 141–177
- Beeber, LS. (1998) Treating depression through the therapeutic nurse-client relationship. Nurs Clin North Am, 33:153-172.
- Bella, S. (2009). Invitations and politeness in Greek: the age variable. Journal of Politeness Research 5, 243-271.
- Berthoz, S., Grezes, J., Armony, J. L., Passingham, R. E., Dolan, R. J. (2006). Affective Response to One's Own Moral Violations, Neuroimage, 31, 945-950.
- Betz, N.E., Hackett, G. (2006). Career Self-Efficacy Theory: Back to the Future. Journal of Career Assessment, 14(1), 3-11.
- Bernstein, W. M., Davis, M. H., (1982). Perspective-Taking, Self-Consciousness, and Accuracy in Person Perception. Basic and Applied Social Psychology, 3(1): 1-19.
- Beyer, K., Kreuder, H.D. (1975). Lernziel: Kommunikation. Stuttgart - Berlin - Köln –Mainz: W. Kohlhammer Verlag.

- Bimrose, J. (2006). *Career theory for women*. Institute for Employment Research, University of Warwick, UK.
- Birdwhistel, R., (1970). "Kinesics and context: essays on body motion communication"
Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Blair, R.J.R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious and Cognition*, 14, pp. 698-718.
- Blair, J., Sellars, C., Strickland, I., Clark, F., Williams, A., Smith, M., Jones, L., (1996). Theory of Mind in the psychopath. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7(1): 15-25.
- Blum-Kulka, Shoshana. (1992). "The Metapragmatics of Politeness in Israeli Society." Στο Richard Watts, Sachiko Ide, and Konrad Ehlich (επιμ.), *Politeness in Language: Studies in its History, Theory and Practice*, 255–280. Berlin: Mouton de Gruyter
- Bohart, A. C., Greenberg, S., (1997) in Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003. Empathy: Where are we and where do we go from here?. In: In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.). Washington: US: American Psychological Association, pp. 419-449.
- Bolívar, A., (2008). "Perceptions of (Im)Politeness in Venezuelan Spanish: The Role of Evaluation in Interaction." *Pragmatics* 18(4):611–633.
- Bons, D., van den Broek, E., Scheepers, F., Hergers, P., Rommelse, N., Buitelaar, JK., (2013). Motor, emotional, and cognitive empathy in children and adolescents with autism spectrum disorder and conduct disorder. *Abnorm Child Psychol*. Apr;41(3):425-43.
- Bredart, A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current opinion in oncology*, 17(4), 351-354
- Brown, P., Levinson S., (1987). *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brunstein, M. et.al. (2007). *Business Communication: Communicate Effectively in any Business Environment*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Cacciatore, J., Thieleman, K., Killian, M., Tavasolli, K. (2014). Braving Human Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness. *Social Work Education*, 34(1), 91–109
- Cheng, Y., Lin, C., Liu, H. L., Hsu, Y., Lim, K., Hung, D., et al. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Curr. Biol*. 17, 1708–1713.
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Chen, G., Gully, S.M., Eden, D. (2000). General self-efficacy and self-esteem are

- distinguishable constructs. Paper presented at the 60th Annual Meeting of the Academy of Management, Toronto
- Cimatti, B. (2015). Definition, development, assessment of soft skills and their role for the quality of organizations and enterprises, *International Journal for Quality Research* 10(1), 97 – 130.
- Cohen S. (2004). Social relationship and health. *American Psychologist*; 59: 676–684
- Cooley, C. H. (1909). *Social Organization: A study of the larger mind*. Charles Scribner's Sons, New York.
- Coplan, A. (2014). Understanding empathy: its features and effects. In Coplan, A. & Goldie (Eds), *Empathy: Philosophical and psychological perspectives*, pp. 3-18, New York: Oxford University Press.
- Crabb, J, Razi, E.(2007). *Essential Skills for Mental Health Care Basic Needs*. Ghana: Basic Rights; 14-22.
- Croce, P. (2005). *Lead or Get Off the Pot!: The Seven Secrets of a Self-Made*. Publisher, Touchstone.
- Cusatis, R., Holt, J.M., Williams, J., Nukuna, S., Asan, O., Flynn, K.E., Neuner, J., Moore, J., Crotty, B.H. (2019). The impact of patient-generated contextual data on communication in clinical practice: A qualitative assessment of patient and clinician perspectives. *Patient Educ. Couns.*
- Curzer HJ. (1993). Is care a virtue for health care professionals. *J Med Philos.* Feb;18(1):51-69.
- Δραγώνα, Θ., Σκούρτου, Ε. & Φραγκουδάκη, Α. (2001), *Εκπαίδευση: Πολιτισμικές Διαφορές και Κοινωνικές Ανισότητες*. Πάτρα, σ.142.
- Δράκος, Γ.Δ. (1999), *Ζητούμενα ζητήματα: παιδαγωγική διαδικασία και δράση: αγωγή – ειδική λόγου και ομιλίας: ψυχολογία γλώσσας*. Εκδόσεις Πολιτεία
- Dahlin, C.(2013). *National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*. National Consensus Project; Pittsburgh, PA, USA.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85
- Davis, M.H., (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Pers. and Soc. Psychology*, 44(1): 113-126.
- Davis, M.H. (1996). *Empathy. A Social Psychological Approach*. New York: Routledge.
- Deber R.B. (1994). *Physicians in health care management: 7. The patient-physician partners*

- partnership: changing roles and the desire for information. *Canadian Medical Association Journal* 151:171-176
- Decety, J., and Ickes, W. (2009). *The Social Neuroscience of Empathy*. Cambridge: MIT Press.
- Decety, J., Yang, C. Y., and Cheng, Y. (2010). Physicians down regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study. *Neuroimage* 50, 1676–1682. doi: 10.1016/j.neuroimage.2010.01.025
- Decety, J., Cowell, J. M., (2014). Friends or foes: Is empathy necessary for moral behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 9(4): 525-537.
- Decety, J., Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories, 8, 457-46
- Derntl, B., Finkelmeyer, A., Eickhoff, S., Kellermann, T., Falkenberg, DI., Schneider, F., Habel, U., (2010). Multidimensional assessment of empathic abilities: neural correlates and gender differences. *Psychoneuroendocrinology*, 35(1): 67–82
- DeVito, J.A. (2006). *Human Communication : the basic course*.10th ed. Pearson Education Inc., New York, 404 pp.
- DeWit, S. (2009). *Fundamental concepts and skills for nursing*. Αθήνα: Μετάφραση Λαγός Δ.
- Diette, G. B., Rand, C. (2007). The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma. *Chest*, 132(5 Suppl), 802S-809S. doi: 10.1378/chest.07-1909
- De Waal, F. B. M., (2008). Putting the Altruism Back into Altruism: The Evolution of Empathy. *The Annual Review of Psychology*, 59: 279-300.
- Dingley, C., Daugherty, K., Derieg, M., Persing, R. (2008). Improving patient safety through provider communication strategy enhancements, Στο Henriksen, K., Battles, J. B., Keyes, M.A., Grady, M.L. *Advances in Patient Safety: New directions and alternative approaches – Volume :3 Performance and Tools*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, USA.
- DiMatteo, M. R., Leslie, M., (2011). Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας. ΑΘΗΝΑ: ΠΕΔΙΟ.
- Diette, G. B., & Rand, C. (2007). The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma. *Chest*, 132(5 Suppl), 802S-809S.
- Dixon, T., O'Hara, M. (2006). *Communication skills. The Making Practice-Based Learning work Project*. DOI: 10.1016/j.sbspro.2010.07.078.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 260:1743-1748
- Donaldson, M. (2004). Γλώσσα, Α΄Τόμος, Κείμενα Εξελικτικής Ψυχολογίας (Επιμέλεια:

- Στέλλα Βοσνιάδου). Εκδ. Gutenberg 1995,σ.17 Μήτσης, Ναπ. Διδακτική του γλωσσικού μαθήματος. Από τη Γλωσσική Θεωρία στη Διδακτική Πράξη. Εκδ. Gutenberg, Αθήνα,σ.33-34
- Drollinger, T., Comer, L., Warrington, P. (2006). Development and validation of the active empathetic listening scale. *Psychology and Marketing*. 23:161–180.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35: 42-47.
- Eby, L., Brown, N. (2009). Η Νοσηλευτική στη ψυχική υγεία. Αθήνα: Ιατρ. Εκδόσεις Λαγός Δ.
- Edelstein R., Rosen Y. (2000). “The Effect of the Induced Compliance Paradigm on Emotions During Inter-group Conflict”, σε Eisenberg N., (Ed.), Chapter 43, Guilford Press
- Eelen, G. (2001). A critique of politeness theories. St. Jerome Publishing
- Eisenberg, N., (2010). Empathy-related responding: Links with self-regulation, moral judgment, and moral behavior. In M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (pp. 129-148). Washington, DC, US: American Psychological Association
- Eisenberg, N., Strayer, J. (1987). Empathy and its development. 1st Edition, 1st Volume, USA, Editor: Cambridge University Press,
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., Greenberg, L. S., (2011). Empathy. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1): 43-9.
- Emanuel E.J., Emanuel L.L. (1992). Four models of the physicianpatient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267:2221–2226
- Emmer, E. T., & Hickman, J. (1991). Teacher Efficacy in Classroom Management and Disciplin. *Educational and Psychological Measuremen*, 51 (3), 755–765.
- Fabes, R. A., Carlo, G., Kupanoff, K., Laible, D. (1999). Early Adolescence and Prosocial/Moral Behavior I: The Role of Individual Processes. Faculty Publications, Department of Psychology, Paper 43,
- Fairbairn, G. (2002). Ethics, empathy and storytelling in professional development. *Learning in Health and Social Care*, 1(1): 22-32.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2012). “The empathic response in clinical practice: antecedents and consequences,” in *Empathy—From Bench to Bedside*, ed J. Decety (Cambridge: MIT Press), 263–273.

- Fortinash, C., Holoday-Worret, A. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. St Louis: Mosby- Elsevier.
- Fraser, B. (1990). Perspectives on politeness. *Journal of Pragmatics*, 14(2), 219–236.
- Frans, D., Hartman, T., van Dijk, a., Plouvier, A., Bensing, J., Lagro-Janssen, A (2016). Consequences of the presence and absence of empathy during consultations in primary care: A focus group study with patients. *Patient Education and Counseling*
- Frantz, C. M., Janoff-Bulman, R. (2000). Considering Both Sides: The Limits of Perspective Taking. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(1), 31-42.
- Frey, S. (1998). Prejudice and Inferential Communication: A New Look at an Old Problem. In: I. Eibl -Eibesfeldt & F. Salter (eds.). *Indoctrinability, Ideology and Warfare. Evolutionary Perspectives*. Oxford: Berghan.
- General Medical Council. UK (2018). GMC. Mapping 2009 to 2017 and generic professional skills.
- Gerchow, L., Burka, LR. Miner, S., Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review *Patient Educ Couns*. 104(3):534-553.
- Gidman, J. (2013). Listening to stories: Valuing knowledge from patient experience. *Nurse Educ Pract.*; 13: 192–196
- Gleichgerrcht, E., Decety, J., (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLOS ONE*, 8(4): e61526.
- Goddard, R.D., Hoy, W.K., Woolfolk Hoy, A. (2004). Collective Efficacy Beliefs: Theoretical Developments, Empirical Evidence and Future Directions. *Educational Researcher*,33(3),3-13.
- Goffman, E. (1955). On Face-Work: An Analysis of Ritual Elements in Social Interaction. *Psychiatry*, 18(3), 213–231.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays on Face-to face Behavior*. Garden City, NY: Anchor Books
- Goleman, D.(1995). *Emotional Intelligence: Why it Can Matter More than IQ*, New York, Bantam,.
- Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*, New York, Bantam.
- Goodall H.L., Goodall, S. (2006). *Communicating in Professional Contexts. Ethics, Skills and Technologies*. Canada: Thomson Wadsworth
- Gordon, J. E., Deland, E., Kelly, R. E. (2015). Let’s talk about improving communication in

- Healthcare, *Columbia Medical Review*, 1 (1), 23 – 27.
- Gottman, JM., Coan, J., Carrere, S., Swanson, C. (1998) Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*. 60, 5–22.
- Goubert, L., Craig, KD., Vervoort, T., et al. (2005). Facing others in pain: The effects of empathy. *Pain*; 118: 285–288
- Grice, P. (1975). *Logic and conversation*. Στο P. Cole & J. Morgan (επιμ.), *Syntax and Semantics 3: Speech Acts*. Νέα Υόρκη: Academic Press
- Gruen, RJ., Mendelsohn, G. (1986). Emotional responses to affective displays in others: The distinction between empathy and sympathy. *Journal of Personality and Social Psychology*; 51: 609–614.
- Gushue,, G.V., Scanlan, K.R.L., Pantzer, K.M., Clarke, C.P (2006), *The Relationship of Career Decision-Making Self-Efficacy, Vocational Identity, and Career Exploration Behavior in African American High School Students*. *Journal of Career Development*. Volume 33 Number 1, p: 19-28
- Ha, JF., Longnecker, N., (2010). Doctor-patient communication: a review, *Ochsner J*;;10(1):38–43
- Hall, J, Roter, D, Rand, C. (1981). Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*; 22(1):18–30
- Hardy C., Lawrence T.B., Phillips N. (1999) «Talk and Action: Conversations and narrative in interorganisational collaboration», *Discourse and Organization*, 64-83
- Harrison, P, Cowen, P, Burns, T, Faze, I M. (2018). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Oxford Clarendon Str, Oxford, OX2 6DP, UK: Oxford University Press. 1-20
- Haugh, M. & Kàdàr, D., (2013). *Understanding Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press
- Henbest R. J., Stewart M., (1990). Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract*, 7(1):28-33, 10.1093
- Hill, B., Ide, S., Ikuta, S., Kawasaki, A., & Ogino, T. (1986). Universals of linguistic politeness: Quantitative evidence from Japanese and American English. *Journal of Pragmatics*, 10(3), 347–371
- Hoffman, M. L., (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg & J. Strayer (Eds.), *In: Cambridge studies in social and emotional development. Empathy and its development*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 47-80:48
- Hoffman, L. M. (2000). *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice*

- Hojat, M., Louis, D.Z., Markham, F.W., Wender, R., Rabinowitz, C., Gonnella, J.S., (2011).
Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*,
86(3): 359–364.
- Hojat M. (2016) *Empathy in health professions education and patient care*. New York:
Springer International;
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical
Psychology*, 33, 307–316
- Hoyat M. (2007). *Empathy in patient- care: Antecedents, development, measurement and
outcomes*. 1st Edition, 1st Volume, New York, Editor: Springer.
- Hsu, L.L., Chang, W.H., Hsieh, S.I. (2015). The effects of scenario-based simulation course
training on nurses' communication competence and self-efficacy: A Randomized
Controlled Trial. *J. Prof. Nurs.* ;31:37–49.
- Hsu, WC, Araneta, MRG, Kanaya, AM, Chiang, JL, Fujimoto, W. (2015). BMI cut points to
identify at-risk Asian Americans for type 2 diabetes screening. *Diabetes
Care* ;38:150–158
- Hymes, D. A. (1974). *Foundation in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*.
Φιλαδέλφεια: University of Pennsylvania Press.
- Ide, S. (1989). Formal forms and discernment: Two neglected aspects of universals of
linguistic politeness. *Multilingua*, 8(2–3), 223–248. doi: /10.1515/mult.1989.8.2
3.223.
- Ickes, W. (1997). *Empathic Accuracy*. New York: Guilford Press
- Inui, Ts., Carter, Wb., Kukull, Wa., Haigh, Vh. (1982). Outcome-based doctor-patient
interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Med Care*, 20:535– 549
- Jahromi VK, Tbatbaee SS, Abdar ZE, Rajabi M. Active listening: the key to successful
communication in hospital managers. *Electron Physician*. 2016. 8(3):2123–28.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health
Education Quarterly*, 11(1), 1-47.81
- Καλαντζή-Αζίζι, Α., Καραδήμας, Ε., & Σωτηροπούλου, Γ. (2001). Ένα πρόγραμμα Γνωσιακής
-Συμπεριφοριστικής ομαδικής παρέμβασης σε φοιτητικό πληθυσμό για την
ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. *Ψυχολογία*, 3 (1), 130-138.
- Κογκούλη, Ι. (2011). Η Σχολική Τάξη ως κοινωνική ομάδα και η ομαδοσυνεργατική
διδασκαλία και μάθηση. Θεσσαλονίκη: εκδ. Αφών Κυριακίδη.
- Κουλιεράκης, Γ., Πάντζου, Π., & Μεταλληνού, Ό. (2000). *Κοινωνιολογική και ψυχολογική*

- προσέγγιση των νοσοκομείων / υπηρεσιών υγείας, τόμος β: Συμπεριφορές υγείας.
 Πρότυπα και μεταβολές. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Κοτζαϊβάζογλου, Ι. & Πασχαλούδη, Δ. (2002). "Οργανωσιακή επικοινωνία: η επικοινωνία για επιχειρήσεις και οργανισμούς." Αθήνα: Πατάκη
- Κούρτη, Ε. (1995). Διαπροσωπική επικοινωνία: θεωρητικές προσεγγίσεις. Θεσσαλονίκη: Μάγια.
- Kadda, O. (2013). Effective physician – nurse communication, *Health Science Journal*, Volume 7, Issue 3, 237 – 238.
- Kafetsios K, Zampetakis LA (2008).- *Personality and individual differences*, Volume 44, Issue 3- Elsevier Pages 712-722
- Kahriman, I., Nural, N;., Arslan, U., Topbas, M., Can, G., Kasim, S, (2016). The Effect of Empathy Training on the Empathic Skills of Nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6): e24847
- Keir,L, Wise,B. & Krebs,C., (1998). *Medical Assisting: Essentials of Administrative and Clinical Competencies*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην
- Kim, H., Tietsort, C., Postehar, K., Michaelides, A., Toro-Ramos, T. (2019). Enabling Self management of a Chronic Condition through Patient-centered Coaching: A Case of an mHealth Diabetes Prevention Program for Older Adults. *Health Commun.* ;12:1–9.
- Kitching,J.,Cassidy,S.,Eachus,P.,&Hogg,P.(2011).Creatingandvalidatingself-efficacy scales for students.*RadiologicTechnology*,83(1),10–9.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. In P. H. Ornstein (Ed.), *The search for the self* 1, 205-232,. New York: International University Press
- Kohut H. (1984). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. In J. Lichtenberg, M. Bornstein, & D. Silver (Eds.), *Empathy* (Vol. 1, pp. 81–100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Knapp, M., (1990). Nonverbal communication. In Gordon Dahnke & Glen Clatterbuck, *Human communication: Theory and research*, Wadsworth Pub. & Co., Belmont California p.51
- Kneisl , C., Wilson, H., Trigoboff, E. (2009). Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας , Εκδόσεις Έλλην Αθήνα.188- 208.
- Lakoff, R. T. (1990). *Talking power: The politics of language in our lives*. Glasgow: Harper Collins

- Larson, E. & Yao, X., (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*, 293(9):1100-6
- Larson, E. (1999). The impact of physician-nurse interaction on patient care, *Holistic Nurse Practice*, 13:38–47.
- Leech, G. N. (1983). *Principles of Pragmatics*. London: Longman.
- Lee, S., Back, A., Block, S., Stewart, S. (2002). Enhancing physician-patient communication. *ASH Education Program Book*.(1):464–483.
- Letau L.A. (1997). «Intramural and extramural communication», *Infection Control and Hospital Epidemiology* 18, 364-368
- Lewis, M. (1993). *The Lexical Approach. The State of ELT and a Way Forward*. London: Language Teaching Publications, σ. 51.
- Leloirain S. , Brédart A. , Dolbeault S. , Sultan S. (2012) A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology*, 1255-64, 10.1002
- Liao, H., Liu, D. & Loi, R. (2010). Looking at both sides of the social exchange coin: A social cognitive perspective on the joint effects of relationship quality and differentiation on creativity. *Academy of Management Journal*, 53(5), 1090-1109
- Litvack-Miller, W., McDougall, D. & Romney, D. M., (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 123(3): 303-24
- Luszczynska, A., Guttiérrez-Doa, B. & Schwarzer, R.(2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 80-89.
- Lyons J. (1992). Εισαγωγή στη Γλωσσολογία. Αθήνα: Πατάκης, σ. 21
- Μάνεσης, Ν. (2014). Αποτελεσματική επικοινωνία με φορείς και υπηρεσίες: εκπαιδευτικό υλικό για τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης. Αθήνα: Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης.
- Μότσιου, Β. (1994). Στοιχεία λεξικολογίας. Εισαγωγή στη νεοελληνική λεξικολογία. Αθήνα: Νεφέλη.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). Λεξικό της Νέας Ελληνικής. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπελαδάκης, Ε. (2009). Επικοινωνία σχολείου και οικογένειας. Διοικητική Ενημέρωση: Τριμηνιαία επιθεώρηση διοικητικής επιστήμης, 49, 50-57.
- Μπέλλα, Σ. 2015. *Πραγματολογία: από τη γλωσσική επικοινωνία στη γλωσσική διδασκαλία*, Αθήνα: Gutenberg.

- Μπουραντά, Δ. (2002). Μάνατζμεντ, Θεωρητικό Υπόβαθρο, Σύγχρονες Πρακτικές. Αθήνα: εκδ. Μπένου.
- McCroskey, J. C., & McCroskey, L. L. (1988). Self-report as an approach to measuring communication competence. *Communication Research Reports*, 5(2), 108–113.
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C.H. (2007). «Measuring Patient Views of Physician Communication Skills: Development and Testing of the Communicational Assessment Tool», *Patient Education and Counseling*, August 2007, 67(3):333-342.
- Marcysiak, M., Dąbrowska, O. & Marcysiak, M., (2014). Understanding the concept of empathy in relation to nursing. *Progress in Health Sciences*, 4(2): 75–81.
- Mares, M. L., & Woodard, E. (2005). Positive Effects of Television on Children's Social Interactions: A Meta-Analysis. *Media Psychology*, 7(3), 301–322.
- Marjanovic, Z., Ward Struthers, C., Greenglass, E. (2012). Who Helps Natural-Disaster Victims? Assessment of Trait and Situational Predictors. *Volume12, Issue1 Analyses of Social Issues and Public Policy* 12(1).
- Mehrabian, A. (1970). A semantic space for nonverbal behavior. *The Journal of Consulting and clinical psychology*, 35(2), 248-257.
- Mehrabian, A (1972). *Nonverbal Communication*. New York: Aldine Atherton.
- Mestre, M., Samper, P., Frías-navarro, D. & Tur-Porcar, A. (2009). Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *The Spanish journal of psychology*, 12(1): 76–83
- Miller, P.A., & Eisenberg, N. (1988). The Relation of Empathy to Aggressive and Externalizing/ Antisocial Behavior. *Psychological Bulletin*, 103(3), 324-344
- Moorhead, G. & Griffin, R. (1995). *Organizational behavior: Managing people and organization*. Boston: Houghton Mifflin
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. & Climent-Rodríguez, J., (2018). Engagement, resilience and empathy in nursing assistants. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 28(2):103-110.
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S., Warm, M., Wolf, J., Pfaff, H., (2007). Determinants and patientreported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling*, 69, 63–75.
- Novack, DH. (1987). Therapeutic aspects of the clinical encounter. *Journal of General Internal Medicine*; 2: 346–355.
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in

- students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12.
- O'Brien, L. (2000). Nurse-Client Relationships: The Experience of Community Psychiatric Nurses. *Aust N Z J Ment Health Nurs.* 9: 184-194.
- O'Meara, B. & Petzall, S. (2013). *The Handbook of Strategic Recruitment and Selection: A Systems Approach*. 1st ed. Emerald Group Publishing Limited.
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (1998). Η σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων, Η μη Λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Αθήνα: εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδοπούλου, Α. (2009), Οι συνεδρίες γύρω από το γραπτό επιχειρηματικό λόγο στη σχολική τάξη. Μια κοινωνικο - πολιτισμική προσέγγιση. Μεταπτυχιακή εργασία. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Παυλίδου, Θ. (2015) "Ελληνική Γλώσσα και προφορική επικοινωνία", Αθήνα: Ίδρυμα Τριανταφυλλίδη.
- Πολέμη-Τοδούλου, Μ. (2005). Η Επικοινωνία. Στο: Μ. Πολέμη-Τοδούλου : Η Αξιοποίηση της Ομάδας στην Εκπαίδευση Ενηλίκων, τομ. Γ', ΕΑΠ, Πάτρα.
- Pajares, F. (2007). Motivational Role of Self-Efficacy Beliefs in Self-Regulated Learning. In B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk (Eds.), *Motivation and Self-Regulated Learning: Theory, Research, and Applications* (pp. 111-140). New York: Erlbaum.
- Peabody, S. A. & Gelso, C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29(3): 240-245.
- Replau, HE. (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G. P. Putnam & Sons, 270-315.
- Replau, H. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Springer Publishing Company; New York, NY, USA.
- Pervin, L.A. & John, O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*, Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα.
- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(2), 77-87.
- Plante, E. & Beeson, P. (1999). *Communication and communication disorders: a clinical introduction*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Η. Παπαθανασίου και Λ. Μανωλόπουλου. Αθήνα : Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Popa-Velea O, Purcărea VL (2014). Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care *J Med Life*. 2014; 7(Spec Iss 4): 39–45.

- Proctor, R.W. & Dutta, A. (1995). Skill acquisition and human performance. London: Sage.
- Radwin, L. E., Cabral, H. J., & Wilkes, G. (2009). Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health*, 32(1), 4-17. doi: 10.1002/nur.20302.
- Ramasamy, R., Murugaiyan, S. B., Shalini, R., Vengadapathy, K.V., Gopal, N. (2014). Communication skills for medical students: An overview, *Journal of Contemporary Medical Education*, Volume 2, Issue 2, 134 – 140.
- Rasoal, C., Jungert, T., Hau, S., & Andersson, G. (2011). Development of a Swedish version of the scale of ethnocultural empathy. *Psychology*, 2(06), 568.
- Reniers, L. E. P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N. M., & Völlm, B. A. (2011). The QCAE: A questionnaire of cognitive and affective empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93, 84–95.
- Reynold, B. (1992). Individuality, Self-Expression and Other keys to Creativity, Using the four conditions of Self-Esteem in elementary and middle schools. Santa Cruz, California: ETR Associates.
- Rimer, B. K., & Glanz, K. (2005). Theory at a glance a guide for health promotion practice (2εκδ.). U.S.: National Institutes of Health.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*. 5:2-10
- Rogers, M. E., (1983) Diffusion of innovations.
- Roberts, W., & Strayer, J. (1996). Empathy, Emotional Expressiveness, and Prosocial Behavior. *Child Development*, 67, 449-470.
- Rosenfeld, L. & Plax, T. (1977). "Clothing as Communication." *Journal of Communication*, Winley Online Library.
- Rosenberg, S, Gallo-Silver, L, (2011) Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing* 6, 2-8.
- Ross, J. A. (1992). Teacher efficacy and the effect of coaching on student achievement. *Canadian Journal of Education*, 17(1), 51–65
- Rueckert, L., Branch, B. & Doan, T., (2011). Are Gender Differences in Empathy Due to Differences in Emotional Reactivity? *Psychology*, 2(6): 574–578.
- Σακαλάκη, Μ. (1994). Ψυχολογία της επικοινωνίας. Θεωρητικά ρεύματα και προοπτικές της έρευνας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Σταμάτης, Κ. Μ. (2005). Η αβέβαιη 'Κοινωνία της γνώσης' Αθήνα: Σαββάλας
- Σταμάτης, Π. (2003). Παιδαγωγική Επικοινωνία: το παράδειγμα της απτικής συμπεριφοράς στο νηπιαγωγείο. (Διδακτορική Διατριβή), Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

- Σταμάτης, Π. (2005) "Παιδαγωγική Μη Λεκτική Επικοινωνία", Αθήνα: Ατραπός.
- Σταματάκος Ι. (1999). Λεξικόν της Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσης. 1η Έκδοση, 1ος Τόμος, Αθήνα, Βιβλιοπρομηθευτική Ι.Σιδηροφάγης & ΣΙΑ Ο.Ε., 1264.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. A (1997). Oose personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships* (pp. 547-574). Chichester: Wiley
- Satir, V. (1989). Ανθρώπινη Επικοινωνία. Καλύτερες σχέσεις με τον εαυτό μας και τους άλλους, μτφ. Α. Ντούργα. Αθήνα: εκδ. Δίοδος.
- Satir, V. (1995). Πλάθοντας Ανθρώπος. Αθήνα: εκδ. Κέδρου
- Scanlon A. (2006). Psychiatric Nurses Perceptions of the Constituents of the Therapeutic Relationship: A Grounded Theory Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 13:319-329
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two Systems for Empathy: a Double Dissociation between Emotional and Cognitive Empathy in Inferior Frontal Gyrus versus Ventromedial Prefrontal Lesions. *Brain, A Journal of Neurology*, 132(3), 617–627.
- Shamay-Tsoory SG. (2011). The neural bases for empathy. *Neuroscientist.* Feb;17(1):18-24
- Shea S, Lionis C. (2010). Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural and Remote Health*; 10: 1679.
- Scholz, U., Gutierrez-Dona, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General SelfEfficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), σσ. 242-251
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (pp. 35–38). Windsor: NFER-Nelson
- Schwarzer, R., & Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation Analyses. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 152-171.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shortell, S. M., Zimmerman, J.E., Rousseau, D.M., Gillies, R.R., Wagner, D.P., Draper, E.A., Knaus, W.A., Duffy, J. (1994). The performance of intensive care units: Does good management make a difference? *Medical Care*, 32:508–525.
- Sifianou, M. (1992). Politeness Phenomena in England and Greece: A Cross-Cultural

- Perspective. Oxford: Clarendon Press.
- Smith, A. (2006). Cognitive Empathy and Emotional Empathy in Human Behavior and Evolution. *The Psychological Record*, 56(1): 3–2
- Strayer, J. (1987). Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer. In: *Empathy and its development*. Cambridge, England: Cambridge University Press, pp. 218-244
- Spiers AJ, Wood A. (2010). Building a Therapeutic Alliance in Brief Therapy: The Experience of Community Mental Health Nurses. *Arch Psychiatr Nurs*. 24:373-386.
- Street R.L., Makoul G., Arora N.K. & Epstein R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74 (2009) 295– 301
- Stephan WG, Finlay K. (1999). The role of empathy in improving inter-group relations. *Journal of Social Issues* 55: 729–743
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*, 49(9), 796 804.
- Stickley T, Freshwater D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental health practice*, 9:12
- Stone, R. (2008). *Human Resources Management*. 20th ed. Milton, Ontario: Wiley
- Stueber, K. (2008). Empathy. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring, 2018] Edition), Edward N. Zalta(ed). Retrieved in March, 2018 in <https://plato.stanford.edu/entries/empathy/>
- Sutcliffe, K.M., Lewton, E., Rosenthal, M. M. (2004). Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps, *Academic Medicine*, 79 (2): 186 – 194.
- Ταμπούρη, Σ. (2009). Δυσκολίες στη λήψη επαγγελματικών αποφάσεων, δυσλειτουργικές σκέψεις σταδιοδρομίας και αυτοαποτελεσματικότητα σε φοιτητές του Πανεπιστημίου Πειραιώς (Αδημοσίευτη Διπλωματική Εργασία). Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Τσαούσης, Δ.Γ. (2007), Η εκπαιδευτική πολιτική των Διεθνών Οργανισμών - Παγκόσμιες και ευρωπαϊκές διαστάσεις. Αθήνα: Gutenberg, σ. 77.
- Τσίτσας, Γ. (2009). Η επίδραση ενός προγράμματος εκπαίδευσης στη διεκδικητικότητα, στη διεκδικητική συμπεριφορά, τον τόπο ελέγχου, την ενσυναίσθηση και την αυτοεκτίμηση σε Έλληνες φοιτητές και φοιτήτριες. (Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών). Διαθέσιμο από τη βάση δεδομένων του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης. (Κωδ. 10442/24242): s.n.

- Τσίτσας, Γ., Γιοβαζολιάς, Θ., Μητσοπούλου, Έ., & Αντωνοπούλου, Αικ. (2012). Προσαρμοσμένη Κλίμακα Συναισθηματικής Ενσυναίσθησης (An Index of Empathy for Children and Adolescents). Στο Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (Επιμ. έκδ.). Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Πεδίο.
- Τσίτσας, Γ., Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ., n.d. Η μέτρηση της ενσυναίσθησης: Προσαρμογή και στάθμιση της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης στην Ελληνική Γλώσσα. s.l.:s.n.
- Τσιτσιπής, Λ. Δ. (1995), Εισαγωγή στην Ανθρωπολογία της Γλώσσας: Γλώσσα, ιδεολογία, διαλογικότητα και επιτέλεση. Αθήνα: Gutenberg.
- Τσουνής, Α. & Σαράφης, Π. (2014). Η επικοινωνία ιατρού – ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 31(5), 534-540.
- Τσόγια, Δ., Καλέμη, Γ., Λύκουρας, Ε. (2007). Επικοινωνία ιατρικού προσωπικού και ασθενή: Η συνάντηση δύο κόσμων, στο: Παπακώστας Ι, Βαϊδάκης Ν, Σακκάς Π, Παπαγεωργίου Χ, Ζέρβας Ι, Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο στην καθημερινή πράξη, Επιμ Εκδ, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Tausch R., Tausch A. (1981). Erziehungspsychologie: Begegnung von Person zu Person, Göttingen: Hogrefe.
- Tschannen-Moran, M., Woolfolk Hoy, A. & Hoy, W. K. (1998). Teacher efficacy: Its meaning and measure. Review of Educational Research, 68, 202 - 248.
- Tschannen-Moran, M., & Woolfolk-Hoy, A. (2007). The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. Teaching and Teacher Education, 23(6), 944-956.
- Tulsky, D., Holdnack, J., Cohen, M., Heaton, R., Carlozzi, N., Wong, A., & Heinemann, A. (2017). Factor structure of the NIH Toolbox Cognition Battery in individuals with acquired brain injury. Rehabilitation Psychology, 62, 409–412.
- Verderbe, R., & Verderber, K. (2006). Δεξιότητες Διαπροσωπικής Επικοινωνίας, εκδ. Έλλην, Αθήνα.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Vehoeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations, International Journal of Clinical Practice, Volume 69, Issue 11, 1257 – 1267.
- Vijay, T., Sen., C., (2017). Correlates of Communication: An exploratory study among young

- adults, *Imperial Journal of Interdisciplinary Research (IJIR)*, ISSN: 2454-1362, 3(9):64
- Walter, H. (2012). Social cognitive neuroscience of empathy: Concepts, circuits, and genes. *Emot Rev.*, 4(1):9-17.
- Wang, Y.Y., Wan, Q.Q., Lin, F., Zhou, W. J., Shang, S. M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review, *International Journal of Nursing Sciences*, Volume 5, 81 – 88.
- Wanzer, MB., Booth-Butterfield, M., Gruber, K. (2004). Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Commun*, 16(3):363-83.
- Watts, R. J. (2003). *Politeness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Webb, L. (2011) *Nursing: Communication skills in practice*. Oxford University Press, 3- 19.
- Webster D. (2014). Using Standardized Patients to Teach Therapeutic Communication in Psychiatric Nursing. *Clinical Simulation in Nursing*.201;10:81-86.
- Welford, A.T. (1968). *Fundamentals of skill*. London: Methuen.
- Williams, J. (2010). Empathy and Nurse Education. *Nurse Education Today.*, 30: 752-755.
- Winterton, J., Delamare, F. & Stringfellow, E. (2006). Centre for European Research on Employment and Human Resources on behalf of Cedefop, *Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype*, No. 64, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Zachariae R., Pedersen C.G., Jensen A.B., Ehrnrooth E., Rossen P.B., Maase H., (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer – related self- efficacy and perceived control over disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658-665
- Zahn-Waxler, C., M Radke-Yarrow & A. King, R. (1979). Child Rearing and Children's Prosocial Initiations Toward Victims of Distress. *Child Development*, 50(2): 319-30.
- Zimmerman, B. J. (2000). Self-Efficacy: An Essential Motive to Learn. *Contemporary Educational Psychology* 25, 82–91.
- Zimmerman, B.J., & Schunk, D.H. (2003). Albert Bandura: The Man and his Contributions to Educational Psychology. In B. J. Zimmerman & D. H. Schunk, (Eds.), *Educational psychology: One-hundred years of contributions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zwarenstein, M. & Reeves, S. (2002). Working together but apart: Barriers and routes to nurse-physician collaboration, *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28: 242 – 247.

