



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

**Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας  
Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ**

**«Καταγραφή του βαθμού ενσυναίσθησης και του  
βαθμού εθισμού από κινητά τηλέφωνα στο  
νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων της  
Κρήτης. Διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ  
τους.»**

**Επιμέλεια εργασίας:**

Φούσκης Αριστείδης,

Γιαννακάκη Ιουλία,

Γιακουμάκη Κλεάνθη

**Επιβλέπων καθηγητής:**

Ροβίθης Μιχαήλ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2018

# Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	3
Εισαγωγή.....	6
<b>Μέρος Α: Θεωρητικό Μέρος .....</b>	<b>8</b>
Κεφάλαιο 1: Ενσυναίσθηση.....	8
1.1.Ορισμός και περιγραφή της ενσυναίσθησης .....	8
1.2.Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση .....	17
1.3. Η Ενσυναίσθηση στη νοσηλευτική πρακτική .....	19
Κεφάλαιο 2: Εξάρτηση.....	23
2.1.Έννοια της εξάρτησης.....	23
2.2.Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία.....	33
2.3.Η κινητή τηλεφωνία στο χώρο της Υγείας.....	39
Κεφάλαιο 3: Ενσυναίσθηση και κινητή τηλεφωνία στη Νοσηλευτική .....	46
<b>Μέρος Β΄: Ειδικό Μέρος.....</b>	<b>49</b>
<b>Αποτελέσματα .....</b>	<b>55</b>
<b>Συζήτηση .....</b>	<b>76</b>
Εξάρτηση.....	76
Ενσυναίσθηση.....	79
Συσχέτιση Ενσυναίσθησης και Εξάρτησης στους συμμετέχοντες.....	82
<b>Συμπεράσματα – Προτάσεις .....</b>	<b>83</b>
<b>Βιβλιογραφικές Αναφορές.....</b>	<b>88</b>
<b>Παραρτήματα.....</b>	<b>93</b>

## Περίληψη

Η ενσυναίσθηση στις μέρες μας αποτελεί έννοια που έχει τραβήξει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών ψυχιάτρων και ψυχολόγων. Αποτελεί μια έννοια που ακόμη και σήμερα πολλοί προσπαθούν να αποδώσουν έναν σαφή και επαρκή ορισμό. Επιπλέον τα κινητά τηλέφωνα έχουν καταβάλει κυρίαρχο ρόλο στη ζωή μας, η ραγδαία και συνεχώς εξελισσόμενη ανάπτυξη της τεχνολογίας καθιστούν το ενδιαφέρον όλων μας στραμμένο στις όποιες θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις αυτής.

**Σκοπός :** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του βαθμού ενσυναίσθησης και του βαθμού εξάρτησης από τα κινητά τηλέφωνα στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς επίσης και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ τους.

**Υλικό-Μέθοδος :** Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη όπου το δείγμα ευκολίας της μελέτης αποτέλεσαν 109 νοσηλευτές/τριές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου του Ηρακλείου και το Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Λασιθίου Κρήτης. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με την χρήση ανώνυμων ερωτηματολογίων. Τα ερευνητικά εργαλεία που επιλέχθηκαν για να χρησιμοποιηθούν είναι η ελληνική έκδοση του Mobile Phone Dependence (MPDQ) των Μπελλάλη και συν (2012) , καθώς και Toronto Empathy Questionnaire των Ιατρού και συν (2016). Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS .14.0 . Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε σε πεδίο  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα :** Η μέση τιμή της εξάρτησης των νοσηλευτών από την κινητή τηλεφωνία ήταν  $22,9_{+6,1}$  ενώ το ποσοστό που εμφάνισε υψηλή εξάρτηση από τα κινητά ήταν 4,7%. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση παρατηρήθηκε

στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,012$ ) όπου οι άγαμοι είχαν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα σε σχέση με τους έγγαμους. Επίσης υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα MPDQ κατέγραψαν όσοι δεν είχαν παιδιά από εκείνους που είχαν ( $p=0,011$ ).

Η μέση τιμή της ενσυναίσθησης των νοσηλευτών ήταν  $33,9_{+5,7}$ . Σχετικά με την απασχόληση παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα ενσυναίσθησης ( $p=0,02$ ) αλλά και στα επίπεδα εξάρτησης ( $p=0,03$ ) όπου οι βοηθοί νοσηλευτών/τριών φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους νοσηλευτές/τριές. Όσον αφορά τα χρόνια εργασίας δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα επίπεδα ενσυναίσθησης σε αντίθεση με τα επίπεδα εξάρτησης στα κινητά, όπου καταγράφηκε σημαντική διαφορά ( $p=0,034$ ). Σημαντική συσχέτιση στην εξάρτηση και στην ενσυναίσθηση εμφανίζεται μονάχα μεταξύ της εξάρτησης και της υποκλίμακας ενσυναίσθησης Αλτρουισμού όπου υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα Αλτρουισμού ( $r=0,201$ ) ( $p=0,038$ ).

**Συμπεράσματα:** Η εξάρτηση από τα κινητά τηλέφωνα ανήκει στην κατηγορία των «εξαρτήσεων συμπεριφοράς» που όπως προκαλεί ο εθισμός και ενεργοποιεί συναισθήματα όπως η χαρά. Παράλληλα η εξάρτηση από τα κινητά αν και καταγράφεται σε μικρό σχετικά βαθμό δεν παύει όπως αναφέρεται στην διεθνή βιβλιογραφία να προκαλεί αλλοίωση της αντίληψης του νοήματος και της χρήσης του χρόνου στην προσωπική και κοινωνική ζωή.

Η ενσυναίσθηση του νοσηλευτικού προσωπικού στην παρούσα μελέτη δεν φαίνεται να καθορίζεται από την εξάρτηση από τα κινητά τηλέφωνα όμως καθορίζεται σημαντικά από την αύξηση της ηλικίας τους και από την απασχόληση τους καθώς από τα αποτελέσματα της έρευνας μας φάνηκε πως οι νοσηλευτές/τριές

έχουν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτών. Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια δεξιότητα η οποία δεν είναι έμφυτη αλλά μπορεί να αποκτηθεί μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα. Τέλος για την αύξηση της θα πρέπει οι νοσηλευτές να εκπαιδευτούν στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τεχνικών ενσυναίσθησης αλλά και η επιμόρφωση αυτή να είναι συνεχής.

**Λέξεις κλειδιά :** Ενσυναίσθηση, κινητή τηλεφωνία, νοσηλευτικό προσωπικό, εξάρτηση, συσχέτιση.

## Εισαγωγή

Με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας, θα ήταν αδύνατο να μείνουν ανεπηρέαστες οι βιομηχανίες της κινητής τηλεφωνίας. Έτσι βλέπουμε τις λειτουργίες και τις εφαρμογές των κινητών τηλεφώνων συνεχώς να αναβαθμίζονται αλλά και να καλύπτουν νέες ανάγκες.

Οι χρήστες των κινητών τηλεφώνων έχουν πλέον τη δυνατότητα μέσω διαφόρων εφαρμογών, να εξοφλήσουν λογαριασμούς, να απαντήσουν σε μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου αλλά και να «ξοδέψουν» τον ελεύθερο χρόνο τους στις παρεχόμενες εφαρμογές ψυχαγωγίας. Η χρήση του κινητού τηλεφώνου έχει ξεφύγει από το πλαίσιο της απλής επικοινωνίας και κατέχει πλέον μια θέση υπολογιστή τσέπης.

Στο χώρο της υγείας τα πλεονεκτήματα της κινητής τηλεφωνίας είναι ορατά, με την άμεση πρόσβαση σε κατευθυντήριες οδηγίες, την ανταλλαγή απόψεων και συμβουλών σε διάφορες περιπτώσεις, ακόμα και την αποστολή ακτινογραφιών, αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών ή και φωτογραφιών τραυμάτων.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα κομμάτι της συναισθηματικής νοημοσύνης, ενώ συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο που επιτρέπει στους ψυχιάτρους και ψυχολόγους την πληρέστερη προσέγγιση των ασθενών/πελατών τους. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με το τι ακριβώς είναι η ενσυναίσθηση με επικρατούσα αυτή του Rogers (1959) που ορίζει την ενσυναίσθηση ως *«την ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται σαν να ήταν εκείνος ο άλλος άνθρωπος, αλλά χωρίς ταυτόχρονα να χάνει την ιδιότητα του»*, ενώ τη

χαρακτηρίζει ως την «εμπειρία να διεισδύεις στον ιδιωτικό χώρο του άλλου και να μείνεις εκεί[...]να ζεις προσωρινά στη ζωή του άλλου» (Τσιάντου 2011, σελ 7).

Η ενσυναίσθηση παρουσιάζεται από πολλούς μελετητές ως ο ακρογωνιαίος λίθος μιας θεραπευτικής σχέσης αλλά και ως το μέσο για γρήγορα θεραπευτικά αποτελέσματα.

Στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια από τους σπουδαστές να καταγραφεί ο βαθμός εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα και ο βαθμός της ενσυναίσθησης στο νοσηλευτικό προσωπικό δημοσίων νοσοκομείων της Κρήτης. Επίσης έγινε προσπάθεια διερεύνησης της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της εξάρτησης και της ενσυναίσθησης.

## Μέρος Α: Θεωρητικό Μέρος

### Κεφάλαιο 1: Ενσυναίσθηση

#### 1.1.Ορισμός και περιγραφή της ενσυναίσθησης

Στο χώρο της Συμβουλευτικής και της Ψυχοθεραπείας ο όρος της ενσυναίσθησης απαντάται πολύ συχνά. Σε ένα άρθρο του Rogers το 1957 με τίτλο: the necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change (μτφ. Οι αναγκαίοι και ικανοί παράγοντες για τη θεραπευτική αλλαγή της προσωπικότητας), υποστήριξε πως η ενσυναίσθηση είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες για να επιφέρουν αλλαγή στους θεραπευόμενους. Αυτό το άρθρο ήταν η αιτία να ξεκινήσει πληθώρα ερευνών για να καθορίσουν αρχικά τι ακριβώς είναι η ενσυναίσθηση, πως μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη μιας θεραπευτικής σχέσης αλλά και τα θεραπευτικά αποτελέσματα που μπορεί να έχει αυτή η σχέση στον θεραπευόμενο.

Στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Γερμανός ψυχολόγος Theodor Lipps που στόχευσε την φιλοσοφία του πάνω στην κατανόηση και αντίληψη της τέχνης και της αισθητικής, χρησιμοποίησε τη λέξη Einfühlung(ein= εντός, μέσα + Fühlung= συναίσθημα) θέλοντας να περιγράψει την διαδικασία απορρόφησης σε ένα ισχυρό εξωτερικό αντικείμενο, όπως ένα έργο τέχνης. Η έννοια αυτή προσπαθούσε να ερμηνεύσει τη διαδικασία του να αισθανόμαστε μέσα στη δημιουργική εργασία του άλλου, αλλά όχι στην εμπειρία του άλλου. Αργότερα ο E.B. Titchener προσπαθώντας να αποδώσει τον όρο στα αγγλικά και επηρεασμένος από την ελληνική γλώσσα, χρησιμοποίησε τη λέξη empathy (εμπάθεια).

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες έτσι ώστε ο όρος να αποδοθεί ορθότερα τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα. Οι αγγλοσάξονες χρησιμοποιούν τη λέξη empathy (εμπάθεια) για να περιγράψουν την συναισθηματική συμμετοχή στην κατάσταση του άλλου. Παρότι στα αρχαία ελληνικά η λέξη εμπάθεια είχε την έννοια της κατανόησης και της συναισθηματικής ταύτισης, αργότερα υιοθετήθηκε μια αρνητική ερμηνεία της λέξης, αυτή του μίσους και της εχθρότητας. Στην ελληνική γλώσσα, αντίθετα, έχει χρησιμοποιηθεί η λέξη ενσυναίσθηση που



ερμηνεύεται ως η βιωματική εσωτερίκευση των συναισθημάτων του άλλου (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2003).

Η ενσυναίσθηση μπορεί να εκφραστεί από την άποψη της χαράς, της θλίψης, τον ενθουσιασμό, τη δυστυχία, τον πόνο και τη σύγχυση. Στην υγειονομική περίθαλψη, η ενσυναίσθηση επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς να συνεργαστούν. Αυτή είναι μια προσπάθεια να καταλάβουμε ένα άλλο, να ζουν και να αισθάνονται τα πράγματα με τον ίδιο τρόπο. Όταν αναπτύσσεται και χρησιμοποιείται η ενσυναίσθηση, είναι απίθανο να γνωρίζουν ακριβώς τι αισθάνεται ένα άλλο άτομο.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί ένα κομμάτι της συναισθηματικής νοημοσύνης, ενώ συνιστά ένα σημαντικό εργαλείο που επιτρέπει στους ψυχιάτρους και ψυχολόγους την πληρέστερη προσέγγιση των ασθενών/πελατών τους (Ioannidou & Konstantikaki, 2008). Η επικοινωνία με άλλους γίνεται πιο καρποφόρα εάν πληρούνται ορισμένες βασικές προϋποθέσεις, όπως:

- **Συναισθηματική κατανόηση:** οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να καταλάβουν το πρόβλημα του ασθενούς μέσω της οπτικής σκοπιάς του.
- **Σεβασμός:** οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αποδεχτούν τον ασθενή ως άνθρωπο και να μην κριτικάρουν ενέργειες και εκφράσεις.
- **Αυθεντικότητα:** οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκφράζουν με ειλικρίνεια τις απόψεις τους, χωρίς υποκρισία ή απόκρυψη δεδομένων.
- **Έκθεση με προσωπική ευθύνη:** οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να παραθέσουν προσωπικές απόψεις και εμπειρίες, χωρίς όμως να γίνεται επιδεικτικά αλλά και με δική τους ευθύνη.
- **Ανάλυση:** ικανότητα του επαγγελματία υγείας να μπορέσει να εντοπίσει και να ερμηνεύσει τα συναισθήματα του ασθενούς.

Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι μερικά από εκείνα που μπορούν να βοηθήσουν την πληρέστερη επικοινωνία και κατανόηση του ασθενούς. Σε αυτά θα μπορούσαν να προστεθούν διάφορες ικανότητες του επαγγελματία υγείας που εν δυνάμει θα βοηθούσαν την πλήρη εφαρμογή της ενσυναίσθησης όπως:

- η αναζήτηση και η αναγνώριση των προσόντων του ασθενούς,
- η προσεκτική παρακολούθηση και ακρόαση, χρησιμοποιώντας επιπλέον ερωτήσεις για τη συλλογή πληροφοριών
- οι μικρές ενθαρρύνσεις (νεύμα με το κεφάλι, απλά λόγια, σημάδια, όταν ο επαγγελματίας υγείας παρακολουθεί τον ασθενή τον ενθαρρύνει να συνεχίσει μιλώντας), κατευθύνοντας τον ασθενή σε πιθανές λύσεις και να υποστηρίξει τις προσπάθειές του να αλλάξει.

Η ενσυναίσθηση εφαρμόστηκε πρώτη φορά στην ψυχοθεραπεία και την ψυχανάλυση, όπου ο θεραπευτής προσπαθεί χωρίς να κρίνει, να καταλάβει το πλαίσιο στο οποίο αναφέρεται ο πελάτης του και να του μεταφέρει πίσω αυτό που εξέλαβε. Πρακτικά η ενσυναίσθηση είναι ένας προσεκτικός επικοινωνιακός συντονισμός. (Bohart & Greenberg, 1997).

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες σχετικά με το τι ακριβώς είναι η ενσυναίσθηση, και το περιεχόμενό της. Σύμφωνα με τους Stepien & Baernstein, ως ενσυναίσθηση ορίζεται η ικανότητα του θεραπευτή να εστιάσει την προσοχή του στον ασθενή, να ακούσει το ιστορικό του και να καταλάβει πως ακριβώς αισθάνεται (Τσιάντου, 2011 ). Αντίθετα, οι Greenberg & Elliott ερμηνεύουν την ενσυναίσθηση ως μια στάση όπου ο άνθρωπος, προσπαθεί να λειτουργήσει μέσα στο πλαίσιο αναφοράς του συνομιλητή του (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003).

Κατά τον Schroeder η ενσυναίσθηση είναι να κοιτάς τον κόσμο σαν να είσαι μέσα στον άνθρωπο τον οποίο θεραπεύεις. Πάντως η θεωρία που έχει περισσότερο επικρατήσει είναι εκείνη του Rogers, σύμφωνα με την οποία η ενσυναίσθηση είναι *«η ικανότητα του θεραπευτή να καταλαβαίνει το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς του άλλου με ακρίβεια και με τα συναισθηματικά και νοητικά στοιχεία που εμπεριέχονται σαν να ήταν εκείνος ο άλλος άνθρωπος, αλλά χωρίς ταυτόχρονα να χάνει την ιδιότητα του»*,

*ενώ τη χαρακτηρίζει ως την «εμπειρία να διεισδύεις στον ιδιωτικό χώρο του άλλου και να μείνεις εκεί[...]να ζεις προσωρινά στη ζωή του άλλου» (Τσιάντου, 2011, σελ 8).*

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες ερμηνείες γίνεται κατανοητό πως για να διαχωριστεί η έννοια της ενσυναίσθησης με αυτή της συμπόνιας, πρέπει ο θεραπευτής

να διαχωρίσει τα συναισθήματά του από τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή/πελάτη. Πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι συγχέουν την έννοια της συμπόνιας η οποία περικλείει και τη συμμετοχή στα συναισθήματα του άλλου, με την έννοια της ενσυναίσθησης κατά την οποία πρέπει να υπάρχει η κατανόηση και η αντικειμενικότητα.

Η συμπάθεια είναι μια συναισθηματική αντίδραση, άμεση και ανεξέλεγκτη, που πλημμυρίζει όταν ένα άτομο φαντάζεται στον εαυτό του στη θέση κάποιου άλλου. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αναστολή της περιθάλψης ή ανακούφιση από ηθικές ενέργειες. Η ενσυναίσθηση, από την άλλη πλευρά, είναι μια ικανότητα μάθησης ή μια στάση ζωής, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσπαθήσει να έρθει σε επαφή με κάποιον, να επικοινωνήσει και να κατανοήσει τις εμπειρίες ή τα συναισθήματα των άλλων (Ioannidou & Konstantikaki, 2008).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η ενσυναίσθηση είναι μια μεταβλητή η οποία έχει καθοριστεί και ερμηνευτεί με πολλούς τρόπους, όπως αυτόν της ικανότητας, της διαδικασίας, της κατάστασης, της συμπεριφοράς, της ευαισθησίας, της μορφής ταυτοποίησης αλλά και αυτόν του συναισθήματος Έχει παρατηρηθεί πως η ενσυναίσθηση λειτουργεί με μεθόδους εξωτερικής ανάθεσης με:

1. Τη χρήση κριτών που εκτιμούν το επίπεδο κατανόησης της θέσης των θεραπευόμενων από τον θεραπευτή και
2. Τη χρήση θεραπευόμενων που παίρνουν το ρόλο του κριτή και εκτιμούν κατά πόσο ο θεραπευτής έχει κατανοήσει τη θέση τους (Stelter, 1977).

Σε ένα από τα μοντέλα που έχουν δημιουργηθεί για να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση, θεωρείται σημαντικό να δοθεί βάσει στη διαμόρφωση μιας δοκιμαστικής αναγνώρισης με τον πελάτη. Βέβαια αρκετά σημαντικό είναι επίσης να υπάρχει και μια ξεκάθαρη εικόνα για τα όρια του ενός και του άλλου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω σχετικά με τη διαφοροποίηση της ενσυναίσθησης με την συμπόνια, αν ο θεραπευτής επικεντρωθεί περισσότερο στην ταυτοποίηση και αναγνώριση των εμπειριών του ασθενή/πελάτη υπάρχει ο κίνδυνος για αντίθετη

μεταβίβαση και η προβολή των εμπειριών και ανησυχιών του θεραπευτή προς τον ασθενή/πελάτη (Bohart & Greenberg, 1997).

Σύμφωνα με τους Bohart & Greenberg (1997) αρκετοί είναι εκείνοι που κατά κάποιο τρόπο ενσωματώνουν την έννοια της ενσυναίσθησης μέσα στην έννοια της *θεραπευτικής συμμαχίας*. Η θεραπευτική συμμαχία επιμένει στην καθιέρωση ενός δεσμού μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, που ουσιαστικά περικλείει την άτυπη συμφωνία μεταξύ τους για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων που έχουν τεθεί. Μια καλή θεραπευτική συμμαχία μπορεί να παρέχει στον θεραπευτή πληροφορίες αλλά και μέσα σε ποιο πλαίσιο θα χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες παρεμβάσεις για να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Αν και η ενσυναίσθηση αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας για να εξασφαλίσει το δεσμό αυτής της συμμαχίας, δεν θεωρείται ο βασικός παράγοντας για να επιφέρει την θεραπευτική αλλαγή. Για αρκετούς θεραπευτές η ενσυναίσθηση είναι μια οντότητα η οποία πρέπει να χρησιμοποιείται «τόσο όσο», ώστε να είναι θεραπευτική και να συναντά τις ανάγκες των ασθενών/πελατών. Ακόμα, αρκετοί είναι εκείνοι οι θεραπευτές οι οποίοι υποστηρίζουν πως η ενσυναίσθηση μπορεί να επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα από τα επιθυμητά σε μια θεραπευτική σχέση, είναι μια άποψη η οποία έρχεται σε αντίθεση με εκείνη των Bohart και Tallman, σύμφωνα με τους οποίους η ενσυναίσθηση όχι μόνο είναι ένα «συστατικό» που ενδυναμώνει το δεσμό αυτό, αλλά και ο πυρήνας για να εφαρμοστούν ευαίσθητες τεχνικές και διαδικασίες μέσα στη θεραπευτική πρακτική (Bohart & Greenberg, 1997).

Ένα μοντέλο που αναφέρεται συχνά για την εφαρμογή της ενσυναίσθησης, είναι εκείνο του Buie. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η ενσυναίσθηση βασίζεται σε μια διαδικασία κατά την οποία ο θεραπευτής παρατηρεί την συμπεριφορά του ασθενή/πελάτη, ψάχνει μέσα από τις μνήμες και αναμνήσεις του να βρει μια σύνθεση, ένα σχηματισμό από εμπειρίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε παρόμοια συμπεριφορά αν τις εκφράσει. Με αυτόν τον τρόπο βγάζει συμπεράσματα για την εμπειρία του ασθενή/πελάτη (Bohart & Greenberg, 1997).

Έτσι η εφαρμογή αυτής της πρακτικής, αυτού του μοντέλου του οποίου χρησιμοποιεί ο θεραπευτής για την επίτευξη της ενσυναίσθησης, όπου πρέπει να χρησιμοποιήσει την φαντασία του και τη σκέψη του ως προς το πώς θα αντιδρούσε

στις δικές του εμπειρίες, σε απάντηση της επικοινωνίας με τον ασθενή/πελάτη του, καλείται «συντονισμένη ενσυναίσθηση» (Bohart & Greenberg, 1997).

Από τη γέννηση του όρου της ενσυναίσθησης έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες έτσι ώστε να καταγραφούν οι διάφορες μορφές και διαστάσεις της. Ορισμένοι μελετητές και θεωρητικοί αποδίδουν μορφές στην ενσυναίσθηση όπως έμφυτη ή επίκτητη, γνωστική ή θυμική δηλαδή την προδιάθεση του θεραπευτή να αισθάνεται τα συναισθήματα του πελάτη του (Μαλικιώση - Λοΐζου 2003, Τσιάντου 2011). Μελέτες των Hogan και Davis καταλήγουν σε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο για την ενσυναίσθηση, το οποίο αποτέλεσε και την θεωρητική βάση για τη δημιουργία της Κλίμακας Διαπροσωπικής Ανταπόκρισης του Davis (1983) για την μέτρηση της ενσυναίσθησης, το οποίο αποτελείται από τέσσερις παράγοντες:

1. Το **ενσυναίσθητο ενδιαφέρον ή σύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση**, δηλαδή τα συναισθήματα συμπόνιας σε ανθρώπους που αντιμετωπίζονται με αδικία ή έχουν γενικούς προβλήματα,
2. την **ανάληψη προοπτικής** του άλλου ή αλλιώς **γνωστική ενσυναίσθηση**, όπου ο θεραπευτής βλέπει την κατάσταση από την οπτική γωνία του άλλου,
3. την **φαντασιακή ενσυναίσθηση**, που αντιπροσωπεύει την τάση για συναισθηματική ταύτιση καθώς επίσης και ταύτιση με φανταστικούς χαρακτήρες και
4. την **ενσυναίσθητη ανησυχία ή ασύμφωνη θυμική ενσυναίσθηση**, η οποία είναι η δυσλειτουργική ενσυναίσθηση, αντίδραση από άγχος, κατάσταση εκτός ελέγχου όταν οι άλλοι έχουν σοβαρό πρόβλημα.

Αργότερα από τους Thornton & Thornton (1995), διατυπώθηκε και ένας πέμπτος παράγοντας ο οποίος αναφέρεται στη **σύνδεση – συναισθηματική ταύτιση**, όπου ο θεραπευτής έχει την τάση να αντιδρά στα συναισθήματα του άλλου με όμοια συναισθήματα. Είναι σκόπιμο εφόσον ο όρος της ενσυναίσθησης χρησιμοποιείται στο χώρο της υγείας, να προστεθεί ακόμα ένας ακόμα παράγοντας η «θεραπευτική ενσυναίσθηση» κατά την οποία ο θεραπευτής κατανοεί τον θεραπευμένο έτσι ώστε

να προωθήσει και να διευκολύνει την ανάπτυξη και εξέλιξη καθώς και τη λύση των προβλημάτων του (Μαλικιώση - Λοΐζου 2003, Τσιάντου 2011).

Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάμε αρκετές έρευνες όπου διατυπώνονται διάφορα ερωτήματα όσον αφορά τη φύση της ενσυναίσθησης και το κατά πόσο είναι μια συμπεριφορά ή είναι μια στάση (Bohart & Greenberg, 1997). Αρκετοί είναι εκείνοι οι οποίοι υποστηρίζουν πως ο θεραπευτής νιώθει ότι ακριβώς νιώθει και ο θεραπευόμενος, ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία ερμηνείας όσων γνωρίζει ο θεραπευτής για τη σκέψη του θεραπευόμενου. Αν και ο καθορισμός, οι μηχανισμοί και ο τρόπος λειτουργίας της ενσυναίσθησης παραμένουν ακόμα ασαφείς, υπάρχει μια γενική αποδοχή από τους ερευνητές ότι η ενσυναίσθηση είναι ένα βασικό συστατικό ώστε μια θεραπευτική σχέση να φέρει θετικά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τον Bohart και Greenberg, η ενσυναίσθητική διαδικασία όπου ο θεραπευτής επιχειρεί να βάλει τον εαυτό του στον εσωτερικό κόσμο του άλλου, σε μια προσπάθεια να κατανοήσει το πώς αντιλαμβάνεται ο θεραπευόμενος τον εαυτό του, και προσαρμόζοντας όλα αυτά σε λέξεις, φαίνεται πως έχει θεραπευτική αξία (Bohart & Greenberg, 1997).

Στο χώρο της Ψυχολογίας και της Ψυχοθεραπείας πολλοί ερευνητές και θεωρητικοί αναγνωρίζουν δυο κύρια σκέλη της ενσυναίσθησης, τη «γνωστική» (cognitive) και την «συναίσθηματική» (emotional). Οι δυο αυτές διαστάσεις της ενσυναίσθησης περιγράφονται ως εξής:

- 1. Συναισθηματική ενσυναίσθηση:** Είναι η ικανότητα του θεραπευτή να φανταστεί τα συναισθήματα του ασθενή του. Είναι ουσιαστικά το βίωμα των συναισθημάτων του άλλου. Είναι λοιπόν κατανοητό ότι σε αυτή τη διάσταση το συναίσθημα επικρατεί της λογικής, με κίνδυνο να γίνουν λάθη στη θεραπευτική διαδικασία. Έχει επικρατήσει λοιπόν να μην είναι επαρκής για να καθορίσουμε αν ένα άτομο έχει ενσυναίσθηση. (Τσιάντου 2011, Σταλίκας & Χαμοδράκα 2004)

2. **Γνωστική ενσυναίσθηση:** αναφέρεται στη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου. Σε αυτή τη διάσταση βλέπουμε ένα πιο λογικό πλαίσιο να την περικλείει, δηλαδή σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής βλέπει και εκτιμά από τη σκοπιά του πελάτη του. (Γσιάντου 2011, Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004)

Στο άρθρο της Μαλικιώση - Λοϊζου με τίτλο: «Μια κριτική ματιά της ενσυναίσθησης», αναφέρεται πως έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για να προσεγγίσουν την έννοια της ενσυναίσθησης. Κατά καιρούς έχουν αναπτυχτεί κλίμακες μέτρησης με βάσει τις διάφορες ερμηνείες και τους διάφορους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί. Δυο παράγοντες φαίνεται να είναι σταθεροί στο χρόνο και να υπάρχει μια γενική συμφωνία, αυτοί της θυμικής και της γνωστικής διάστασης. Σε αυτό το άρθρο αναφέρεται επίσης σε μια έρευνα που έγινε από τον Hackney το 1978 η οποία μελετά της διαφοροποιήσεις που έχει υποστεί ο όρος σε διάστημα από το 1958-1978. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, έδειξαν πως έχει προστεθεί άλλη μια διάσταση, εκείνης της επικοινωνιακής (Μαλικιώση - Λοϊζου, 2003).

Αρκετοί ερευνητές και θεωρητικοί, όταν αναφέρονται στην ενσυναίσθηση εννοούν διαφορετικά πράγματα, έτσι αν και είναι κοινώς αποδεκτή η θεραπευτική της αξία δεν μιλάνε ακριβώς για το ίδιο πράγμα. Το 1997 οι Bohart και Greenberg δημοσίευσαν ένα άρθρο με τίτλο: «Empathy and Psychotherapy: An Introductory Overview» (μτφ. Ενσυναίσθηση και Ψυχοθεραπεία: Μια εισαγωγική επισκόπηση), όπου αναφέρονται σε τρεις κατηγορίες (τύπους) της ενσυναίσθησης που σε διαφορετικές περιπτώσεις μπορεί να είναι βοηθητική στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτές η κατηγορίες (τύποι) είναι οι ακόλουθες:

1. **Ενσυναίσθητη επικοινωνία:** Αναφέρονται σε εκείνη ως την πιο απλοϊκή μορφή της ενσυναίσθησης και όπως την αντιλαμβάνεται ο περισσότερος κόσμος και τι εννοούν οι περισσότεροι πρακτικοί. Η ενσυναίσθηση σε αυτή την κατηγορία είναι καλοσύνη, ολική κατανόηση και αποδοχή του πλαισίου αναφοράς αλλά και των όσων αισθάνεται ο πελάτης. Ο τύπος αυτός της ενσυναίσθησης βοηθάει στο να χτιστεί μια θεραπευτική σχέση αλλά δεν μπορεί να προχωρήσει σε

ενδότερα επίπεδα κατανόησης (Μαλικιώση - Λοΐζου 2003, Bohart & Greenberg, 1997).

- 2. Βασισμένη στην εμπειρία -κατανόηση του κόσμου του θεραπευομένου - ενσυναίσθηση:** Σε αυτή την κατηγορία ο θεραπευτής προσπαθεί να καταλάβει τον κόσμο του ασθενή του και να βρεθεί στη θέση του, θέτοντας ως βάση τη γνώση του για το πώς αντιλαμβάνεται ο ασθενής τον κόσμο του. Αρχικά ο θεραπευτής προσπαθεί να ανακαλύψει τους παράγοντες που εμπλέκονται στην ζωή του πελάτη, όπως οι λεπτομέρειες για τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη δουλειά, και οι αξίες του. Στη συνέχεια προσπαθεί να ανακαλύψει τα ακούσια και τα εκούσια στοιχεία της ιστορίας του πελάτη του έτσι ώστε να προσκομίσει μια βαθύτερη κατανόηση για το πώς είναι βρίσκεται στη θέση του.
- 3. Επικοινωνιακή προσαρμογή:** Σε αυτή τη διάσταση δίνει ιδιαίτερη βάση η προσωποκεντρική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής έχει μια πιο άμεση εμπειρία με τον πελάτη του. Ουσιαστικά περιλαμβάνει την ικανότητα του θεραπευτή να συντονίζεται και να κατανοεί τα μηνύματα που προσπαθεί να στείλει ο πελάτης του στιγμή προς στιγμή (Μαλικιώση - Λοΐζου 2003, Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004)

Στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας φροντίδας στην υγεία και στο προσωποκεντρικό μοντέλο για τη φροντίδα των ασθενών, από αρκετούς μελετητές δίνεται έμφαση στην επικοινωνία μεταξύ θεραπευτών και θεραπευομένων. Σύμφωνα με τους Mercer και Reynolds, το κλειδί για να βελτιστοποιηθεί η επικοινωνία στην παροχή φροντίδας είναι η ενσυναίσθηση. Στην κλινική πρακτική η ενσυναίσθηση ερμηνεύεται με την ικανότητα του θεραπευτή να «φορά τα παπούτσια του θεραπευόμενου» και να βλέπει τον κόσμο από τη σκοπιά του άλλου (Kuo et. al. 2012).



## 1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες (Bohart & Greenberg 1997, Μαλικιώση - Λοΐζου 2003, Τσιάντου, 2008) που σχετίζονται με την μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση. Έτσι η συσχέτιση λοιπόν των παραγόντων αυτών με την ενσυναίσθηση, μπορεί να βοηθήσει στην πλήρη κατανόηση και λειτουργία της ενσυναίσθησης και πως μπορεί να εφαρμοστεί ως εργαλείο σε μία θεραπευτική σχέση. Σύμφωνα με τις έρευνες οι παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση είναι:

1. **Φύλο:** Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα δυο ερευνών οι οποίες αφού μελέτησαν διαφορετικά μέρη του εγκεφάλου δείχνουν πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα και πως ανεξάρτητα από κάποια κοινωνική-περιβαλλοντική επιρροή, συγκεκριμένες διαφορές είναι προεγγεγραμμένες. Σύμφωνα με τον Cohen «το γυναικείο μυαλό είναι καλωδιωμένο να κυρίως για ενσυναίσθηση, ενώ το ανδρικό για την κατανόηση και κατασκευή συστημάτων».
2. **Ηλικία:** Σε διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της αναπτυξιακής θεωρίας, παρατηρούμε πως παιδιά μέχρι και την ηλικία των τριών έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν συναισθήματα στην αλληλεπίδρασή τους με άλλους αλλά δεν μπορούν να αντιδράσουν γνωστικά, κάτι που εμφανίζεται στην ηλικία των επτά. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι από την ηλικία των επτά τα παιδιά μπορούν να παρουσιάσουν στις αντιδράσεις τους και τα δυο επίπεδα της ενσυναίσθησης: το **συναισθηματικό** (emotional) και το **γνωστικό** (cognitive). Βέβαια δεν έχουν γίνει έρευνες για το αν η διαφορές αυτές στις συγκεκριμένες ηλικίες οφείλονται στη εκπαίδευση-μάθηση ή στη διαδικασία ωρίμανσης.
3. **Κοινωνικά πρότυπα:** Σύμφωνα με έρευνες έχει βρεθεί μια συσχέτιση όσον αφορά τα κοινωνικά πρότυπα και την ενσυναίσθηση. Μια περεταίρω ανάλυση δείχνει πως τα κορίτσια λόγω της ταύτισης με την μητέρα τους, πυροδοτεί

τέτοια συναισθήματα. Αντιθέτως στα αγόρια δεν υπάρχει συσχέτιση ή ταύτιση με το πατρικό πρότυπο, αλλά η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης προκύπτει από άλλες εμπειρίες κοινωνικοποίησης. Για αρκετούς θεωρητικούς η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης σε ένα άτομο, είναι απόρροια μίμησης των προτύπων του περιβάλλοντός του.

4. **Οικογένεια:** Αρκετές έρευνες έχουν δείξει πως η συναισθηματική ανάπτυξη ενός παιδιού καθορίζεται και σχετίζεται άμεσα με την οικογένεια. Η διαχείριση των συναισθημάτων ενός ανδρόγυνου και η προβολή τους έχει διαρκή επίδραση στην ανάπτυξη ενός παιδιού. Άλλες έρευνες δείχνουν, πως στις πρώτες εβδομάδες ενός βρέφους, η μητέρα στην προσπάθεια να ικανοποιήσει τις ανάγκες του, αλληλεπιδρά συναισθηματικά με εκείνο δίνοντας του τη δυνατότητα να αναπτύξει ενσυναίσθητα συναισθήματα.
5. **Ενσυναίσθηση και εκπαίδευση:** Πολλοί ερευνητές αναφέρουν την σημαντικότητα της εκπαίδευσης και διδασκαλίας πάνω στην ενσυναίσθηση. Σε αρκετά σχολεία δημιουργήθηκαν προγράμματα για να εκπαιδεύσουν τα παιδιά στην ενσυναίσθηση, ενώ ήδη σε επιχειρήσεις και σε υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιείται η συγκεκριμένη εκπαίδευση (Bohart & Greenberg, 1997). Αυτό οφείλετε στο ότι διάφορες έρευνες έχουν παρουσιάσει αποτελέσματα που συσχετίζουν την ενσυναίσθηση με τη συνεργατικότητα και τον αλτρουισμό (Μαλικιώση - Λοΐζου, 2003).

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό έχει βρεθεί πως όσοι είχαν λάβει εκπαίδευση πάνω στην ενσυναίσθηση, δούλευαν σε ψυχιατρική κλινική, είχαν παιδιά ή πολλά χρόνια υπηρεσίας και εμπειρίας, παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης.

### 1.3. Η Ενσυναίσθηση στη νοσηλευτική πρακτική

Η ενσυναίσθηση, εδώ και καιρό, αναγνωρίζεται ως μια σημαντική μεταβλητή, ένας σημαντικός παράγοντας, που μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών. Θεωρείται ως ένα μέσο για μια αποτελεσματικότερη φροντίδα, όπου ο νοσηλευτής που καταλαβαίνει τα συναισθήματα, την κατάσταση και τη συμπεριφορά του ασθενή, μπορεί να προγραμματίσει πιο σωστές διεργασίες ώστε να ικανοποιήσει τις γενικότερες ανάγκες του ασθενή του (Stelter, 1977)

Η ενσυναίσθηση θα πρέπει να χαρακτηρίζει τους επαγγελματίες της υγείας και την επικοινωνία των ασθενών προκειμένου να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα θεραπείας. Φαίνεται να υπάρχει κάποια σύγχυση όσον αφορά τον ακριβή ορισμό της «ενσυναίσθησης». Επομένως, η περαιτέρω ανάλυση αυτής της έννοιας θεωρείται απαραίτητη για να διευκρινιστεί το νόημά της. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία έχει υποστηριχτεί εδώ και καιρό πως η σχέση μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος στη παροχή φροντίδας (Bohart & Greenberg, 1997). Έτσι η σχέση αυτή μπορεί να επιδράσει θετικά στην υγεία των ασθενών. Σε σχετική έρευνα ως αποτέλεσμα αυτής της σχέσης φαίνεται πως οι ασθενείς παρουσιάζουν ανακούφιση από τον πόνο, βελτιωμένες σφίξεις και ρυθμό αναπνοών.

Το 1979 ο Williams θέλησε να μελετήσει την επίδραση της ενσυναίσθησης σε ηλικιωμένους που βρίσκονταν σε ιδρύματα, για να καθορίσει αν η ενσυναίσθηση παίζει ρόλο στη μείωση της εξαθλίωσης και αποπροσωπώσεως στο περιβάλλον του και στην αυτοεκτίμησή του. Σε μία περίοδο 8 εβδομάδων οι νοσηλευτές έδειξαν υψηλά και χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Στατιστικά παρουσιάστηκε υψηλότερη αυτοεκτίμηση στους ηλικιωμένους που δεχτήκαν φροντίδα από νοσηλευτές με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης.

Η ενσυναίσθηση ως ικανότητα κάποιου να αντιληφθεί τα συναισθήματα και τις παρακείμενες έννοιες του άλλου, θεωρείται ως το βασικό χαρακτηριστικό για μια βοηθητική-θεραπευτική σχέση. Βέβαια η βιβλιογραφία και οι έρευνες σχετικά με τη ενσυναίσθηση ανάμεσα στους νοσηλευτές είναι περιορισμένες.

Συνεχώς αυξανόμενες σχετικές μελέτες (Bohart & Greenberg 1997, Kuo et al. 2012, Reynolds & Scott, 2000) , δείχνουν πως η ενσυναίσθηση ανάμεσα σε παρόχους

φροντίδας μπορεί να βάλει ένα θετικό πρόσημο στα κλινικά αποτελέσματα. Αρκετές έρευνες πάνω στην επίπτωση της ενσυναίσθησης στην έκβαση της νοσηλευτικής φροντίδας, αποκάλυψαν πως όσοι έχουν δεχτεί φροντίδα από νοσηλευτές με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, παρουσιάζουν μείωση στο άγχος, την κατάθλιψη καθώς επίσης και μειωμένη επιθετικότητα προς τους παρόχους φροντίδας.

Η ενσυναίσθηση είναι ένα βασικό στοιχείο στην παροχή βέλτιστης φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Φαίνεται πως θεραπευτές οι οποίοι είναι συναισθηματικά ευαίσθητοι στα προβλήματα του ασθενή μπορούν να παρουσιάσουν μια πιο ακριβή διάγνωση με αποτέλεσμα να επιταχύνουν την θεραπευτική διαδικασία που οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι κοινά αποδεκτό πως η ενσυναίσθηση είναι βασικό χαρακτηριστικό-εργαλείο για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας φροντίδας. Συγκεκριμένα αναφέρεται πως:

1. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στον νοσηλευτικό προσωπικό να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή αλλά και να καθορίσει την αντίληψή του σχετικά με τις ανάγκες του.
2. Η ενσυναίσθηση βοηθάει το νοσηλευτικό προσωπικό να κρίνει πότε ο ασθενής είναι έτοιμος για να μιλήσει.
3. Η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητη έτσι ώστε οι νοσηλευτές να μπορέσουν να καταλάβουν τον τρόπο που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προβλήματα υγείας.
4. Σε αρκετές μελέτες έχει φανεί πως η ενσυναίσθηση διευκολύνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα όπως μείωση του άγχους, τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης αλλά και μείωσης της κατάθλιψης. Αυτά τα αποτελέσματα, είναι αλληλένδετα με την ικανότητα των νοσηλευτών να επιδείξουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης προς τους ασθενείς.

Μια μελέτη των Kuo et al το 2012 έδειξε πως οι γυναίκες που έχουν περάσει κάποιο έντονο περιστατικό όπως η μαστεκτομή, είναι πολύ πιθανό να βιώσουν μια καταθλιπτική κατάρρευση αν στερηθούν τη δυνατότητα να εμπιστευτούν και να επικοινωνήσουν με κάποιο άλλο. Μια άλλη ομάδα υψηλού κινδύνου που βρίσκονται σε συναισθηματικό ρίσκο, είναι η ασθενείς τελικού σταδίου. Ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους έχουν δηλώσει πως η συμπεριφορά, η επικοινωνία αλλά ακόμα και η

φυσική παρουσία των νοσηλευτών ήταν πολύ βοηθητική στην ψυχολογία των ασθενών. Ανησυχίες σχετικά με την εικόνα σώματος, τη σεξουαλικότητα αλλά και το θάνατο προκύπτουν σε ανθρώπους που είτε είναι πιθανό να βιώσουν ένα πρόβλημα υγείας, είτε βιώνουν ήδη. Αυτά τα προβλήματα και οι ανησυχίες προκύπτουν καθημερινά σε μια σχέση μεταξύ νοσηλευτών-ασθενών, και χρίζουν ιδιαίτερης προσοχής και βοηθητικών δράσεων.

Στην αντίπερα όχθη, επικρατεί μια ανησυχία σχετικά με το κατά πόσο τα χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης στη νοσηλευτική πρακτική μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει παρατηρηθεί ότι αρκετές μελέτες αναφέρουν πως, οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας, έχουν χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, καθώς επίσης πως η ενσυναισθητική ικανότητα των επαγγελματιών αυτών δεν «αγγίζει» τα επίπεδα που χρειάζονται για να κατανοήσουν τις ανησυχίες του πελάτη/ ασθενή τους (Kuo et al., 2012).

Το 1967 ο Keatochii χρησιμοποίησε σε μια μελέτη μια κλίμακα αποτελούμενη από πέντε σημεία όπου η βαθμολόγηση με τρία αντιστοιχούσε στην μικρότερη ικανότητα να κατανοήσει κάποιος τον άλλο. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν πως οι επαγγελματίες ψυχολόγοι αλλά και σπουδαστές ψυχολογίας είχαν βαθμολογηθεί λίγο παρακάτω από το σημείο δύο. Αυτό σημαίνει πως οι περισσότεροι σχεδόν αγνοούσαν τα συναισθήματα και τις εμπειρίες του πελάτη/ ασθενή τους. Είναι απαραίτητο οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας να γνωρίζουν τις στάσεις φροντίδας και να συνειδητοποιούν την κατάσταση του πελάτη/ ασθενή τους (Reynolds & Scott, 2000). Μελέτες έχουν δείξει πως:

1. Τα χαμηλά επίπεδα ενσυναισθητικής ικανότητας στην νοσηλευτική πρακτική, σημαίνει ότι, οι πελάτες/ ασθενείς που έχουν ανάγκη για κατανόηση, νιώθουν ότι δεν τους καταλαβαίνουν ή ακόμα πως οι επαγγελματίες δεν τους καταλαβαίνουν στην πραγματικότητα.
2. Η έλλειψη κατανόησης των αναγκών του πελάτη/ασθενή, μπορεί να σημαίνει ότι οι νοσηλευτές έχουν αποτύχει στο να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες, έχουν αποτύχει στην παροχή συναισθηματικής υποστήριξης, που εν συνεχεία αυτό μπορεί να σημαίνει σε κάποιες περιπτώσεις αρνητικές

επιπτώσεις και αρνητικές εκβάσεις στην πορεία του πελάτη/ασθενή, όπως αυξημένη δυσφορία

Σε μια μελέτη του Reynolds το 1994 ο ίδιος αναφέρει κάποιες εξηγήσεις για τα χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης που καταδεικνύουν οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας. Ένα από τα προβλήματα που προκύπτουν είναι πως παρότι υπάρχουν μαθήματα για να αυξήσουν την ενσυναισθητική ικανότητα των επαγγελματιών, συχνά υπάρχουν εμπόδια στην εφαρμογή στην κλινική πρακτική. Επίσης ένα άλλο πρόβλημα που υπάρχει, είναι η έλλειψη των απαραίτητων εργαλείων για την μέτρηση του βαθμού ενσυναίσθησης των επαγγελματιών από τη σκοπιά των πελατών/ασθενών.

## Κεφάλαιο 2: Εξάρτηση

### 2.1. Έννοια της εξάρτησης

Με τον όρο εξάρτηση να χρησιμοποιείται εδώ και αρκετά χρόνια στην καθημερινότητά μας, έχει κυριαρχήσει στην σκέψη μας πως όταν χρησιμοποιούμε αυτή την έννοια, κυρίως αναφερόμαστε σε εξάρτηση ουσιών όπως η νικοτίνη, το αλκοόλ, η ηρωίνη αλλά και άλλες οπιούχες ουσίες που μπορεί να χρησιμοποιηθούν και στο χώρο της υγείας. Γίνεται κατανοητό πως τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις των εξαρτήσεων επηρεάζουν την καθημερινότητα του εξαρτημένου ατόμου σε συγκεκριμένους τομείς και με συγκεκριμένους τρόπους.

Είναι συνετό να αναφερθούμε και σε ένα άλλο τομέα της εξάρτησης που μπορεί να προκαλέσει εξαρτητικές συμπεριφορές, πέραν από τις προαναφερθείσες ουσίες. Συμπεριφορές εξάρτησης, μπορεί να προκληθούν από τις σχέσεις με ένα άλλο άνθρωπο, από το υπερβολικό φαγητό, από τα τυχερά παιχνίδια, από τη δουλειά αλλά και από την υπερβολική χρήση της τεχνολογίας.

Δεν είναι εύκολο να καθοριστεί η έννοια της εξάρτησης. Εξάλλου υπάρχουν αρκετές μορφές και είδη με αποτέλεσμα να πρέπει να παρθούν όλα υπόψη πριν προχωρήσουμε. Υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία σχετικά με το ποιος είναι εξαρτημένος, που είναι εξαρτημένος, την ακριβή μορφή, τις επιπτώσεις της υγείας που πιθανόν να υπάρχουν, αλλά και ποιο είναι το κίνητρο που οδήγησε στον εθισμό. (Sinnott-Armstrong & Pickard, 2013)

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση του αντικειμένου που μας απασχολεί στην συγκεκριμένη μελέτη, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε περισσότερο τον όρο της εξάρτησης αλλά και πως μπορεί να επηρεάσει το εξαρτημένο άτομο. Η ανάλυση και ο καθορισμός της έννοιας έχουν σταθεί οι αιτίες για αρκετές διαφωνίες ανάμεσα σε μελετητές του φαινομένου. Υπάρχουν αρκετές παραλλαγές και παράγοντες που οδηγούν σε αυτές τις διαφωνίες με αποτέλεσμα να δημιουργείται η ανάγκη για μια ερμηνεία, έναν ξεκάθαρο ορισμό, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι παρανοήσεις όταν αναφερόμαστε σε αυτό το θέμα.

*«Η έννοια του εθισμού βρέθηκε να είναι μια σύνθεση εξάρτησης (ικανοποίηση των αναγκών) και καταναγκασμού (αποφυγή*

εσωτερικής ταλαιπωρίας) και επομένως, μπορεί να περιέχει πληροφορίες οι οποίες σε κανένα από τους άλλους αυτούς όρους (εξάρτηση, καταναγκασμός) δεν μπορούμε να αντλήσουμε» (Goodman, 1990, p. 1407).

Με αυτόν τον τρόπο ο Goodman (Addiction: definition and implications – μτφ. Εθισμός: Ορισμός και επιπτώσεις, 1990) προσπάθησε να εξηγήσει αρχικά τον εθισμό και να δημιουργήσει έτσι ένα σκαλοπάτι ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα την έννοια. Συνεχίζοντας ο Goodman στο άρθρο του διατύπωσε έναν κατά τα λεγόμενά του «ανεπίσημο ορισμό» που όμως περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία. Έτσι λοιπόν **ο εθισμός ορίστηκε ως μια διαδικασία κατά την οποία μια συμπεριφορά που μπορεί να λειτουργήσει τόσο για να παράγει ευχαρίστηση όσο και για να αποφευχθεί η εσωτερική δυσφορία, χρησιμοποιείται σε ένα πρότυπο/μοτίβο που χαρακτηρίζεται από:**

- 1) επαναλαμβανόμενη αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς (αδυναμία) και
- 2) συνέχιση της συμπεριφοράς παρά τις αρνητικές συνέπειες (αδυναμία διαχείρισης)

Οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για τη δοκιμαστική ή ακόμα και τη συνεχή/καθημερινή χρήση ουσιών, δεν είναι απαραίτητο να έχουν σχέση ή να συνδέονται με το πρόβλημα της εξάρτησης. Σε ένα εξαρτημένο άτομο οι παράγοντες που «σπρώχνουν» για αναζήτηση και χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, μπορεί να είναι ποιοτικά διαφορετικοί από τους παράγοντες που παρακινούν ένα μη εξαρτημένο άτομο στη χρήση. Κάποιοι μελετητές εξηγούν πως τα κίνητρα που οδηγούν ένα εξαρτημένο άτομο στην επιθυμία (λαχτάρα) για τη λήψη των ουσιών θα μπορούσε να είναι κάποιος από τους ακόλουθους:

1. Την επιθυμία για να νιώσει τα ευχάριστα αποτελέσματα της ουσίας.
2. Την επιθυμία να αποφύγουν τα αρνητικά συμπτώματα της στέρησης.



Όσον αφορά τον όρο της εξάρτησης δημιουργούνται διάφορα ερωτήματα αλλά αυτά που απασχολούν κυρίως τους μελετητές σχετικά με τις εξαρτητικές συμπεριφορές είναι:

1. Η διαδικασία κατά την οποία οι εξαρτητικές συμπεριφορές χρήσης των ουσιών μπορεί να εξελιχθεί, να μετατραπεί σε συγκεκριμένα πρότυπα που χαρακτηρίζονται από συμπεριφορές παθολογικής αναζήτησης και χρήσης ουσιών, που είναι εις βάρος των υπόλοιπων δραστηριοτήτων της καθημερινότητας του ατόμου και
2. Η αδυναμία εκείνων των ατόμων να διατηρήσουν την «παύση» της αναζήτησης και λήψης των ουσιών, που είναι ουσιαστικά το πρόβλημα της υποτροπής. (Robinson & Berridge, 2000)

Η Αμερικανική Εταιρία Ψυχιατρικής (American Psychiatric Association) στην προηγούμενη έκδοση του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Review - DSM-IV-TR αποφεύγει να χρησιμοποιήσει τον όρο εθισμό, αντ' αυτού προτιμάει την χρήση των διαγνώσεων κατάχρησης ουσιών και της εξάρτησης, που είναι κοινά αποδεκτές και συλλογικά αναφέρονται ως διαταραχές χρήσης ουσιών. Συγκεκριμένα παίρνοντας υπόψη το DSM -IV διαπιστώνουμε πως όλα τα άτομα χωρίζονται αποκλειστικά σε τρεις κατηγορίες:

1. καμία διαταραχή χρήσης ουσιών
2. μόνο κατάχρηση ή
3. εξάρτηση (Krazler & Li, 2009)

Για να κατανοήσουμε περισσότερο τον προηγούμενο ισχυρισμό και να τον αναλύσουμε περαιτέρω θα πρέπει να δούμε πως η APA (American Psychiatric Association - Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία) ορίζει την εξάρτηση, -που για εκείνη είναι συνώνυμη με τον εθισμό- σε ουσίες με αυτόν τον τρόπο: Ο εθισμός ορίζεται ως ένα πρότυπο χρήσης ουσιών που οδηγεί σε κλινικά σημαντική εξασθένιση ή αγωνία, όπως εκδηλώνεται από τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια που συμβαίνουν οποιαδήποτε στιγμή σε μια περίοδο 12 μηνών

1. Έντονη επιθυμία χρήσης της ουσίας
2. Ανάπτυξη ανοχής στη χρήση της ουσίας

3. Ανάλωση σημαντικού χρόνου γύρω από τη συμπεριφορά χρήσης
4. Παρουσία στερητικού συνδρόμου με τη μείωση ή τη διακοπή της χρήσης της ουσίας
5. Εμμονή στη χρήση της ουσίας παρά το γεγονός ότι προκαλεί στο χρήστη σοβαρά σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα και δυσλειτουργίες σε κύριους τομείς της ζωής του
6. Απομάκρυνση από σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες λόγω της χρήσης
7. Χρήση της ουσίας περισσότερο από όσο αρχικά προοριζόταν

Συνεχίζοντας λοιπόν με τον ισχυρισμό που προαναφέρθηκε, ότι δηλαδή όλα τα άτομα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες, μπορούμε να διακρίνουμε τις εξής περιπτώσεις: η κατάχρηση διαγιγνώσκεται μόνο εάν το συγκεκριμένο άτομο δεν ανταποκρίνεται στα κριτήρια για την εξάρτηση. Κατά συνέπεια ένα άτομο που πληροί τα κριτήρια τόσο της κατάχρησης όσο και αυτά της εξάρτησης, διαγιγνώσκεται μόνο με την εξάρτηση. Επιπρόσθετα το DSM-IV-TR προσδιορίζει τον μειωμένο έλεγχο της χρήσης ουσιών ως το βασικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης, το οποίο είναι:

*«Ένα σύνολο από γνωστικά, συμπεριφορικά, και ψυχολογικά συμπτώματα που δείχνουν ότι το συγκεκριμένο άτομο συνεχίζει τη χρήση παρά τα σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την ουσία.»* (Krazler & Li, 2009)

Ενδιαφέρον προκαλεί ένα ισχυρισμός που παρουσίασαν οι Müller και Schumann σε σχετικό άρθρο τους το 2009 (Drugs as instrumental new framework for nonaddictive psychoactive drug use. Behavioral and brain science) όπου αναφέρουν οκτώ στόχους κάθε ατόμου ώστε να αποφύγει την «διάβαση» από την γραμμή συμπεριφοράς κατάχρησης στην περιοχή της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικούς από αυτούς:

- α) βελτιωμένη φυσική και σεξουαλική κατάσταση.
- β) βελτιωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση.

γ) αντιμετώπιση του άγχους.

δ) βελτιωμένη γνωστική απόδοση.

Άξιο αναφοράς στην συγκεκριμένη μελέτη είναι πως κάποιοι από τους στόχους που αναφέρθηκαν μπορεί να συνυπάρχουν με την εξαρτητική συμπεριφορά. Έτσι λοιπόν μπορεί να συναντήσουμε κάποιον να έχει αυξημένη κοινωνική αλληλεπίδραση συγχρόνως όμως ο ίδιος να είναι χρήστης εξαρτησιογόνων ουσιών. Επιπλέον, οι εθισμένοι άνθρωποι μπορούν να χρησιμοποιούν φάρμακα για να διατηρήσουν την κανονική τους λειτουργία και να αποφύγουν τα συμπτώματα στέρησης, όπως όταν οι πρώην εθισμένοι στην ηρωίνη κάνουν χρήση μεθαδόνης έτσι ώστε να συντηρηθούν και να αποφύγουν τα σύνδρομα στέρησης.

Τα κίνητρα για χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών ποικίλλουν. Μελέτες έχουν δείξει πως η εξάρτηση μπορεί να εμφανιστεί σε διαφορετικά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, διαφορετικής νοημοσύνης (IQ), αλλά και διαφορετικού επιπέδου εκπαίδευσης. Αν και μπορούμε να συναντήσουμε εξαρτητικές συμπεριφορές σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις, στις περισσότερες από τις ηλικιακές ομάδες αλλά και τις θρησκείες, αποτελέσματα μελετών δείχνουν ένα θετικό συσχετισμό της εξάρτησης με τα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, την χαμηλή νοημοσύνη (IQ), την παιδική κακοποίηση, την εφηβεία και τα αρχικά στάδια ενηλικίωσης, το άγχος και διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές. (Sinnott-Armstrong & Pickard, 2013)

Στο ίδιο άρθρο οι μελετητές προσπαθούν να καθορίσουν και να προσαρμόσουν ένα ορισμό στην έννοια της εξάρτησης. Έτσι καταλήγουν στην ακόλουθη διατύπωση:

*«Ο εθισμός-εξάρτηση είναι μια ισχυρή και συνήθως ανάγκη που μειώνει σημαντικά τον έλεγχο και οδηγεί σε σημαντική βλάβη.»* (Sinnott-Armstrong&Pickard, 2013, p. 862)

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στη συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιείται η προσπάθεια ανεύρεσης των παραγόντων που επηρεάζουν τον συγκεκριμένο

ορισμό. Έτσι λοιπόν αναλύουν το άρθρο σε κάποια υποκεφάλαια που πιστεύουν ότι σχετίζονται περισσότερο:

### **A) Ορέξεις (Appetites)**

Στη συγκεκριμένη έννοια βρίσκουν έναν ορισμό που θεωρητικά είναι καλύτερος από εκείνον που αναφέρεται στο DSM-IV-TR και δεν περιορίζεται σε εξαρτήσεις που αφορούν την χρήση ουσιών αλλά προσαρμόζεται και σε εξαρτήσεις όπως της εργασίας, του τζόγου, του φαγητού, του σεξ αλλά και σε άλλους όπως του διαδικτύου, των καταναλωτικών αγορών κλπ.

Οι Foddy & Savulescu (2010) επιπρόσθετα, διατυπώνουν την έννοια της εξάρτησης ως **μια δυνατή όρεξη**, όπου την όρεξη την ορίζουν ως:

*«μια διάθεση που δημιουργεί επιθυμίες που είναι επείγουσες, προσανατολισμένες προς κάποια συμπεριφορά ανταμοιβή, περιοδικά επανεμφανιζόμενες, συχνά σε προβλέψιμες συνθήκες, οι οποίες επιβάλλονται προσωρινά από την εκπλήρωσή τους και γενικά παρέχουν ευχαρίστηση.» (Foddy & Savulescu 2010, p. 10)*

Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, κάνουμε κάποιες δραστηριότητες επειδή λαμβάνουμε ευχαρίστηση από αυτές ή έχουμε μια ανταμοιβή, κάποιο κέρδος. Βέβαια στον συγκεκριμένο ορισμό για την όρεξη, οι μελετητές συγχέουν την έννοια του «θέλω» με αυτή της «αρεσκείας» και έτσι δημιουργείται ένα σημαντικό πρόβλημα διότι αρκετοί χρήστες ουσιών έχουν περιγράψει πως παρότι κάνουν χρήση ουσιών και τους αρέσει το αποτέλεσμα, δεν θέλουν να συνεχίσουν να το κάνουν. Επίσης ο ορισμός της εξάρτησης που συνδέεται με την όρεξη αποτυγχάνει να διακρίνει και να διαχωρίσει την εξάρτηση με κατάχρηση λόγω μιας δυνατής επιθυμίας.

Εξαιτίας λοιπόν αυτής της ευρύτητας του ορισμού, και την αδυναμία να διαχωρίσει κάποιον που κάνει κατάχρηση κάποιας ουσίας ή δραστηριότητας με εκείνον που είναι εξαρτημένος στην ουσία ή την δραστηριότητα, δημιουργείται ξανά η ανάγκη για έναν ορισμό που να μπορεί να «πιάσει» τον πυρήνα για την κοινή κατανόηση του τι είναι εξάρτηση.

## **B) Έλεγχος (Control)**

Όσον αφορά τον έλεγχο, είναι κοινά αποδεκτό και θεωρείται ο παράγοντας που διαχωρίζει μια συμπεριφορά κατάχρησης από εκείνη της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Η σημαντικότητα του ελέγχου μπορεί να αναγνωριστεί σε τρία από τα επτά διαγνωστικά κριτήρια που αναφέρθηκαν νωρίτερα στον ορισμό της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association-APA)

1. Χρήση περισσότερο από ότι αρχικά προοριζόταν να γίνει
2. Επίμονη επιθυμία ή η ανεπιτυχείς προσπάθειες ελέγχου της χρήσης και
3. Συνέχιση της χρήσης παρά του ότι υπάρχει η γνώση ότι υπάρχει ο κίνδυνος για ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Υπάρχουν ωστόσο κάποιοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον έλεγχο, και σε συνδυασμό όλων αυτών μαζί μπορούν να μας δείξουν τον τρόπο και τον λόγο που ο έλεγχος μπορεί να μειωθεί στην εξάρτηση.

### **1) Η επιθυμία για την ουσία μπορεί να γίνει δυνατή και συνήθης**

Μελέτες έχουν δείξει πως η υπερβολική μακροχρόνια χρήση ναρκωτικών μπορεί να επηρεάσει τους νευρικούς μηχανισμούς. Πολλά φάρμακα αυξάνουν άμεσα τα επίπεδα της σύνταξης της ντοπαμίνης, τα οποία με την πάροδο του χρόνου μπορεί να επηρεάσουν τις φυσιολογικές διαδικασίες της μάθησης που σχετίζονται με την επιβίωση και την επιδίωξη των ανταμοιβών. Η χρήση ναρκωτικών γίνεται ολοένα και πιο συνήθης: μια επιθυμία από ό, τι αρέσκεια, πιο αυτόματη από ότι επιλογή. Η αντίδραση σε αυτή την ισχυρή και συνήθη επιθυμία απαιτεί δύναμη της θέλησης για μια προσπάθεια να αντισταθεί στην έλξη του φαρμάκου. (Robinson & Berridge, 2000)

### **2) Η δύναμη της θέλησης μπορεί να εξαντληθεί**

Χρειάζεται ισχυρή προσπάθεια και αποφασιστικότητα ώστε κάποιος να διατηρήσει τη δύναμη της θέλησης. Όσο περισσότερο όμως κάποιος εξασκείται στη δύναμη της θέλησής του δηλαδή έρχεται σε επαφή με τα

ερεθίσματα που την «ξυπνούν» τόσο περισσότερο εξουθενώνεται και εξαντλεί τα αποθέματά της. Αντιθέτως εάν η επαφή με τα συγκεκριμένα ερεθίσματα δεν είναι τόσο συχνή, η δύναμη της θέλησης μπορεί να αυξηθεί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα παραθέτουν οι Sinnott-Armstrong και Pickard (2013), που παρομοιάζουν την δύναμη της θέλησης με ένα μυ, όπου όσο πιο συχνά εξασκείται κουράζεται και εξαντλείται αλλά αν τον γυμνάσουμε μεθοδευμένα και μακροπρόθεσμα τότε μπορεί να δυναμώσει.

Η ανάγκη που έχουν οι χρήστες των ουσιών να επιμένουν να αντιστέκονται στην επιθυμία να χρησιμοποιήσουν ξανά την ουσία που είναι εξαρτημένοι, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για φαρμακευτικές και εξαρτησιογόνες ουσίες που προκαλούν τις μεταβολές στον εγκέφαλο όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αλλά και διαφόρων άλλων συνθηκών όπως η δύναμη της συνήθειας, μπορεί να αποδυναμώσουν τη δύναμη της θέλησης τους με αποτέλεσμα να συναντάμε τις περιπτώσεις των υποτροπών.

### **3) Οι παράγοντες που συσχετίζονται ή υποδεικνύουν εξαρτητικές συμπεριφορές σε ουσίες, μπορούν να επηρεάσουν την γνωστική ικανότητα και την προσοχή.**

Η γνωστική ικανότητα και προσοχή μπορούν μακροπρόθεσμα να επηρεάσουν την ικανότητα του ελέγχου. Επιπρόσθετα, εκτός από την επίδραση που έχουν στην δύναμη της θελήσεως και της συνήθειας, οι παράγοντες που συσχετίζονται ή υποδεικνύουν εξαρτητικές συμπεριφορές, μπορεί να προκαλέσουν παρεμβατικές, αδιάκοπες και έμμονες ιδέες που σχετίζονται με τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να καταστήσει δύσκολο για τους χρήστες ουσιών να ακολουθήσουν ή να ανακαλέσουν τις επιθυμίες και τις αξίες ή τις θετικές συνέπειες της αποχής από τη χρήση, αλλά και τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης.

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών υπερεκτιμούν τα οφέλη από τη χρήση (συμπεριλαμβανομένου και της ευχαρίστησης ή της ανακούφισης που λαμβάνουν) και το κόστος της μη χρήσης (συμπεριλαμβανομένου και της πιθανότητας έντασης της λαχτάρας αλλά και των συμπτωμάτων στέρησης). Υποτιμούν τη βλάβη της χρήσης (συμπεριλαμβανομένου και των συνεπειών

στην υγεία) και τα οφέλη της μη χρήσης (συμπεριλαμβανομένου και της αξίας άλλων δραστηριοτήτων όπως επίσης και των φίλων). Κάποιοι χρήστες ουσιών αποτυγχάνουν να εκλάβουν ή να χρησιμοποιήσουν πληροφορίες σχετικά με φανταστικές απώλειες - απώλειες σε ό, τι θα είχαν αποκτήσει εάν είχαν ενεργήσει διαφορετικά- κάτι που είναι σημαντικό στις μεταγενέστερες επιλογές που βασίζονται στη λογική.

#### **4) Η χρήση ναρκωτικών μπορεί να εξυπηρετεί ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές λειτουργίες που δημιουργούν συγκρούσεις σχετικά με τα κίνητρα.**

Οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών που αποφασίζουν να απέχουν από την ουσία που τους προκαλεί την εξάρτηση, θα εξακολουθήσουν να αντιμετωπίζουν συγκρούσεις που αφορούν της κινητήριες δυνάμεις με τους παράγοντες που προκαλούν την εθιστική τους δράση. Αρκετοί από τους χρήστες έχουν χάσει την οικογένεια, τους φίλους και τη δουλειά τους εξαιτίας της εξαρτητικής τους συμπεριφοράς. Έτσι λοιπόν το να διακόψει ο χρήστης από την κοινότητα και την κουλτούρα των ναρκωτικών, μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στην εύρεση ευκαιριών τόσο κοινωνικών όσο και εργασιακών.

#### **Γ) Βλάβη/Ζημιά (Harm)**

Δεν είναι απαραίτητο να προστεθεί οποιαδήποτε ρήτρα για τη βλάβη στον ορισμό του εθισμού, αυτό οφείλεται στο ότι η απώλεια του ελέγχου εξασφαλίζει ήδη τον κίνδυνο της βλάβης. Η συμπτωματολογία συμπεριλαμβάνει τη θλίψη και την δυσλειτουργία λόγω του πόνου της απώλειας ή του θανάτου, καθώς και τον ουσιαστικό κίνδυνο αυτών. Αυτές οι περιπτώσεις θεωρούνται σαφείς και ξεκάθαρες όταν μιλάμε για κίνδυνο και βλάβη του χρήστη κατά τη χρήση τοξικών ουσιών που μελλοντικά μπορούν να οδηγήσουν στο θάνατο. Άλλες περιπτώσεις βλάβης θεωρούνται ασαφείς όπως όταν ο έλεγχος δημιουργεί ή συνιστά κίνδυνο δυστυχίας. Τέτοιες περιπτώσεις σχετίζονται με τα αποτελέσματα της εξαρτητικής ενέργειας και τον αντίκτυπο που μπορεί να έχουν στους ίδιους τους χρήστες αλλά και στο κοντινό τους περιβάλλον.

Όσον αφορά λοιπόν τον ορισμό και την έννοια της εξάρτησης αυτής καθαυτής, δημιουργούνται ερωτηματικά σχετικά με τους λόγους τους οποίους ο συγκεκριμένος όρος δεν περιλαμβάνεται ξεχωριστά ως διαγνωστική κατηγορία στην ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Αναφερθήκαμε προηγουμένως ότι οι εξαρτητικές συμπεριφορές συγχέονται και αναγνωρίζονται ή ακόμα καλύτερα διαγιγνώσκονται με βάση τα κριτήρια που έχουν καθοριστεί από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία για τις διαταραχές χρήσης ουσιών.

Και το DSM-IV-TR αλλά και η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών- δέκατη έκδοση (ICD-10, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) περιλαμβάνουν διαταραχές που είναι κοινά αποδεκτές ως εξαρτητικές είτε από την ενότητα των διαταραχών ελέγχου (παθολογικός τζόγος). Εξαιτίας αυτών των παραγόντων έχει προκύψει μια δημόσια συζήτηση ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα για το αν πρέπει ο παθολογικός τζόγος να ταξινομηθεί ξεχωριστά στο νέο DSM. Βέβαια αρκετοί είναι εκείνοι που υποστηρίζουν ότι ο παθολογικός τζόγος είναι συμπεριφορά εξάρτησης με χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα που έχει η εξάρτηση στις ουσίες.

Σε παρόμοια θέση με εκείνη που βρίσκεται ο τζόγος βρίσκονται και οι εξαρτήσεις στην τεχνολογία. Οι κύριοι τύποι των εξαρτήσεων της τεχνολογίας θεωρούνται κατάλληλες για την προσθήκη στο καινούργιο DSM, αυτές οι εξαρτήσεις έχουν σχέση με το διαδίκτυο, τα βιντεοπαιχνίδια και τα κινητά τηλέφωνα. Πρόσφατα οι μελέτες σχετικά με τις εξαρτήσεις στα βιντεοπαιχνίδια και το διαδίκτυο έχουν αυξηθεί σημαντικά. Τέτοιες μελέτες μπορεί να αφορούν την εξάρτηση αυτή καθαυτή, τη συν-νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές αλλά και την ανάπτυξη διαφόρων ψυχομετρικών εργαλείων έτσι ώστε να αξιολογηθούν.

Οι μελέτες που αφορούν τις εξαρτήσεις στα κινητά τηλέφωνα είναι περιορισμένες με τα αποτελέσματα να διαφοροποιούνται και να αναφέρονται είτε σε κατάχρηση είτε σε εξαρτητική συμπεριφορά (Cho & Lee, 2016, Choliz, 2012) Γίνεται κατανοητό πως διεγείρεται η ανάγκη για περαιτέρω μελέτες πάνω στην εξαρτητική συμπεριφορά που αναπτύσσει η κινητή τηλεφωνία, αλλά ακόμα περισσότερο εγείρεται η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός ορισμού που να εξυπηρετεί συγκεκριμένα αυτό τον σκοπό, ώστε να αποφευχθούν οι συγχύσεις αλλά και οι παρανοήσεις.



## 2.2. Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία

Σε προηγούμενο κεφάλαιο μιλήσαμε για εξαρτήσεις που αφορούσαν ως επί το πλείστον σε τοξικές ουσίες, βέβαια αν διευρύνουμε την συγκεκριμένη έννοια, μπορούμε να παρατηρήσουμε επιπλέον ουσίες που μπορούν να τοποθετηθούν κάτω από την «ομπρέλα» της εξάρτησης. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στις επιπτώσεις της τεχνολογίας και συγκεκριμένα στην κινητή τηλεφωνία, που όπως έχει παρατηρηθεί από πρόσφατες μελέτες, αναπτύσσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές που αγγίζουν και πολλές φορές περνούν στο φάσμα της συμπεριφοράς εξάρτησης.

Ο ρωμαϊκός νόμος χρησιμοποίησε τον όρο εξάρτηση για να αναφερθεί στην υποταγή σε έναν ιδιοκτήτη ή σε έναν άρχοντα, δηλαδή αναφέρεται σε σχέση εξάρτησης και περιορισμού της προσωπικής ελευθερίας. Αυτό είναι ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά οποιασδήποτε εθιστικής διαδικασίας, ανεξάρτητα από το αν περιλαμβάνει φάρμακα ή τις τελευταίες μη τοξικές δραστηριότητες.. Παρά το γεγονός ότι οι επιμέρους συνέπειες των τεχνολογικών εξαρτήσεων δεν είναι τόσο σοβαρές όσο εκείνες που συνδέονται με την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, αυτές οι προσθήκες δεν πρέπει να θεωρούνται ως λιγότερο σημαντικές (Choliz, 2012)

Η τεχνολογική εξάρτηση γενικά αλλά και συγκεκριμένα η εξάρτηση από κινητά τηλέφωνα είναι ιδιαίτερα σημαντική για διάφορους λόγους:

1. παρά το γεγονός ότι οι σχετικές τεχνολογίες είναι εξαιρετικά χρήσιμες και απαραίτητες, ακόμη και ευεργετικές για την κοινωνία μας, χαρακτηρίζονται επίσης από παράγοντες που τους καθιστούν ευαίσθητους στην κατάχρηση, οδηγώντας σε εθισμό.
2. σε αντίθεση με την περίπτωση άλλων εξαρτήσεων, ιδίως εκείνων σε τοξικές ουσίες, δεν υπάρχει κοινωνική συναίνεση όσον αφορά τον κίνδυνο κατάχρησης που παρουσιάζουν αυτές οι τεχνολογίες
3. Η πληθυσμιακή ομάδα που είναι πιο ευαίσθητη στην κατάχρηση και εξάρτηση σε αυτές τις τεχνολογίες είναι εκείνη των εφήβων (Choliz, 2012)

Το κινητό τηλέφωνο είναι ένα από τα σημαντικότερα είδη της τεχνολογίας των πληροφοριών και της επικοινωνίας. Είναι επίσης εκείνο που έχει επιδείξει την

θεαματικότερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια όσον αφορά τις τεχνολογικές καινοτομίες, τον κοινωνικό αντίκτυπο και την γενική χρήση από την πλειοψηφία του πληθυσμού. Όπως αναφέρει με ιδιαίτερο τρόπο και ένα συγκεκριμένο άρθρο, το κινητό τηλέφωνο είναι εκείνο που σε μια περίοδο σχεδόν δέκα χρόνων πέρασε από την ανυπαρξία στη συσκευή που χρησιμοποιείται περισσότερο.

Παίρνοντας υπόψη μια μελέτη σχετικά με την προβληματική χρήση του διαδικτύου και την εξάρτηση στις τηλεπικοινωνίες, αλλά και την γενική αποδοχή πως τα κινητά τηλέφωνα, με την ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογία παρέχουν πρόσβαση και στο διαδίκτυο αλλά και στη προβολή Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης αναφέρει ένα ορισμό σχετικά με την εξάρτηση στις τηλεπικοινωνίες που μπορεί να συμπεριληφθεί και να προσαρμοστεί στην εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία. Συγκεκριμένα:

*«ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο συνήθειας που αυξάνει τον κίνδυνο ασθένειας και / ή έχει συναφή προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα ... συχνά αναφέρονται υποκειμενικά ως "απώλεια ελέγχου" που συνεχίζεται παρά τις θεληματικές προσπάθειες διακοπής ή μετρίασης της χρήσης» (LaRose, Lin & Eastin, 2003, p. 226).*

Είναι φυσικό λοιπόν λόγω τις απαιτητικότητας της καθημερινής ζωής, της έλλειψης χρόνου αλλά και της επιχειρηματικότητας, η χρήση του κινητού τηλεφώνου -μέσω της πληθώρας επιλογών που πλέον διαθέτει- αυξάνεται όλο και περισσότερο. Διαρκώς αναπτύσσονται νέες εφαρμογές που διευκολύνουν τον χρήστη στη διεκπεραίωση καθηκόντων και υποχρεώσεων αλλά δημιουργώντας επίσης στιγμές ψυχαγωγίας.

Έτσι λοιπόν βλέπουμε τα κινητά τηλέφωνα να έχουν διαρκώς διαδικτυακή πρόσβαση, να χρησιμοποιούνται για ψυχαγωγία, πρόσβαση στα διάφορα κοινωνικά δίκτυα, αλλά πέραν των άλλων βλέπουμε σε όλα αυτά να προστίθεται και η πρόσβαση μέσω των εξειδικευμένων εφαρμογών –και με την απαραίτητη ασφάλεια-, στις υπηρεσίες του Δήμου, των τραπεζών αλλά και άλλων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση χρόνου και χρήματος (Cho & Lee, 2016).

Πέρα όμως από τα πλεονεκτήματα και τις διευκολύνσεις που παρέχει ένα κινητό τηλέφωνο είναι σημαντικό να αναφέρουμε και τους κινδύνους που αποκρύπτει η λανθασμένη ή υπερβολική χρήση. Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ένας παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο ώστε να διαχωρίσουμε μια συμπεριφορά κατάχρησης από μια εξαρτητική συμπεριφορά είναι ο έλεγχος.

Όπως έχει ειπωθεί μια ηλικιακή ομάδα που είναι πιο ευαίσθητη στη χρήση της κινητής τηλεφωνίας και κατά συνέπεια να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο στην υπερβολική χρήση ή στην ανάπτυξη μιας εξαρτητικής συμπεριφοράς είναι οι έφηβοι. Το κινητό τηλέφωνο έχει κάποια γνωρίσματα και χαρακτηριστικά που τα κάνουν ιδιαίτερα ελκυστικά στους εφήβους και ενθαρρύνουν την χρήση στη συγκεκριμένη ομάδα. η κατοχή και χρήση κινητού τηλεφώνου από τους εφήβους έχει διάφορες λειτουργίες:

1. Ενισχύει την προσωπική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά τους γονείς.
2. Παρέχει ταυτότητα και κύρος στο πλαίσιο των σχέσεων με τους συνομηλίκους, κάτι που είναι ιδιαίτερα εμφανές σε νεότερες ηλικίες.
3. Προσφέρει σημαντικές τεχνολογικές καινοτομίες, εργαλεία για τα οποία οι έφηβοι παρουσιάζουν ιδιαίτερη κλίση και δεξιότητες.
4. Χρησιμεύει ως πηγή διασκέδασης.
5. Είναι χαρακτηριστικό έτσι όπως έχει διαμορφωθεί η κουλτούρα και η κοινωνία, το κινητό τηλέφωνο μπορεί να υποστηρίξει τη δημιουργία και τη διατήρηση των διαπροσωπικών σχέσεων μέσω των τεχνολογικών λειτουργιών και πόρων, όπως εκείνων που παρακολουθούν τις "αναπάντητες κλήσεις".

Παρά το γεγονός ότι αποτελεί εξαιρετικό χρήσιμο εργαλείο και διευκολύνει την εκτέλεση πολλών κοινωνικών και προσωπικών λειτουργιών, η ανεξέλεγκτη, ακατάλληλη ή υπερβολική χρήση κινητών τηλεφώνων μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στις αλληλεπιδράσεις με τους γονείς και σε άλλους τομείς. Η υπερβολική χρήση κινητού τηλεφώνου όπως αποδεικνύεται από το κόστος και τον αριθμό των κλήσεων ή μηνυμάτων που αποστέλλονται, παρεμβαίνει σε άλλες δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή, αλλάζει τους κανόνες για τις σχέσεις και μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την υγεία και την ευεξία του χρήστη.

Όλα αυτά μπορούν να εξακριβωθούν με τη συνεχή χρήση, ακόμα και τη νύχτα ή κατά τη διάρκεια της οδήγησης. Αυτού του είδους οι συμπεριφορές μπορούν να ερμηνευθούν και να κατανοηθούν καλύτερα ως μία αντανάκλαση της συμπεριφοράς κατάχρησης, υπό την έννοια που χρησιμοποιείται από τον DSM-IV-TR στον ορισμό του για κατάχρηση ουσιών. Όπως έχει παρουσιαστεί σε αρκετές μελέτες, κάτω από την έννοια της εξάρτησης στην Τεχνολογία, μπορούν να υπαχθούν άλλες εξαρτητικές συμπεριφορές. Ενδεικτικά μπορούν να αναφερθούν:

### **Εξάρτηση στα ΜΜΕ (mediaaddiction)**

Οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα μέσα ενημέρωσης για την αναζήτηση πληροφοριών και ενημέρωσης, χαλάρωση, διαφυγή ή συντροφικότητα. Τα γενικά κίνητρα για τη χρήση των μέσων ενημέρωσης μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ομάδες: την οργανική χρήση (αναζήτηση πληροφοριών, την αναζήτηση διέγερσης) και την τελετουργική χρήση (συνήθεια, χρόνος που περνάει)

### **Εξάρτηση στο διαδίκτυο (internet addiction)**

Η εξάρτηση στο διαδίκτυο μπορεί να αναφέρεται σαν υποκατηγορία στην παραπάνω κατηγορία εξάρτησης αλλά επίσης θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως ξεχωριστή. Η εξαρτητική συμπεριφορά στο διαδίκτυο χαρακτηρίζεται και από συνοδά συμπτώματα όπως:

- α) αισθήματα απομόνωσης και μοναξιάς,
- β) χαμηλή αυτοπεποίθηση αλλά και
- γ) χαμηλή αυτοεκτίμηση.

### **Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία (mobile phone addiction)**

Σε αυτή την αναφορά με τις εξαρτήσεις σχετικά με την Τεχνολογία αφήσαμε τελευταία προς ανάλυση, εκείνη της κινητής τηλεφωνίας. Ο εθισμός των κινητών τηλεφώνων μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως προβληματική συμπεριφορά. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα προβληματικής χρήσης είναι η χρήση κινητού τηλεφώνου σε νομικά περιορισμένες, κοινωνικά ακατάλληλες ή και επικίνδυνες συνθήκες, όπως κατά την διάρκεια της οδήγησης. Η προβληματική χρήση έχει

αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την ηλικία, την εξωστρέφεια, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την υψηλή «αυτό-παρακολούθηση».

Ο εθισμός των κινητών τηλεφώνων συνδέεται με διάφορους παράγοντες όπως οι προσωπικές συνήθειες και η μοναξιά. Τα κίνητρα που βασίζονται στην τελετουργία της χρήσης μπορούν να εξηγήσουν τους λόγους που ο χρήστης χαρακτηρίζεται από αισθήματα αδιαλλαξίας ακόμα και θυμού όταν το κινητό τηλέφωνο δεν είναι προσβάσιμο. Ο εθισμός στον κινητό τηλέφωνο συνδέεται επίσης με υψηλή κατάθλιψη, κοινωνική εξωστρέφεια, άγχος, αϋπνία και ψυχολογική δυσχέρεια.

Ενδιαφέρον προκαλεί όταν σε μια μελέτη, παρουσιάζονται κάποια δεδομένα σχετικά με τους ορισμούς διάφορων εξαρτήσεων της τεχνολογίας. Συγκεκριμένα, για να περιγράψουν την εξάρτηση στα ηλεκτρονικά παιχνίδια, ακολουθούν συγκεκριμένα κριτήρια που χρησιμοποιούν στον παθολογικό τζόγο. Επίσης κάποια από τα κριτήρια της κατάχρησης ουσιών αναδύονται στην περιγραφή της εξάρτησης στην τηλεόραση. Ενώ για την εξάρτηση στο διαδίκτυο, υπάρχουν αρκετά κριτήρια που συνάδουν με τα κριτήρια για την εξάρτηση σε ψυχοδραστικές ουσίες (Lin&Eastin, 2003).

Όλα αυτά αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι όπως έγινε ήδη γνωστό, τα κινητά τηλέφωνα εξαιτίας της ραγδαίας εξέλιξής τους και στο υλικό αλλά και το λογισμικό, τους επιτρέπουν την χρήση εφαρμογών που προσφέρουν στον χρήστη την πρόσβαση σε παιχνίδια, στο διαδίκτυο αλλά και στην τηλεόραση. Αυτό μπορεί να σημαίνει πως όλα τα προηγούμενα κριτήρια που περιγράφουν μεμονωμένες εξαρτήσεις, μπορούν να εφαρμοστούν στο σύνολό τους για την περιγραφή της εξάρτησης στο κινητό τηλέφωνο.

Αρκετές έρευνες που έχουν επικεντρώσει το πεδίο μελέτης τους στα πρότυπα χρήσης του κινητού τηλεφώνου από τους εφήβους, παρέχουν ενδιαφέρουσες πληροφορίες (Μπελλάλη και συν, 2012). Συγκεκριμένα αναφέρουν συσχετισμούς των βασικών παραμέτρων της χρήσης των κινητών τηλεφώνων με τα προβλήματα που απορρέουν από την κατάχρησή τους. Επιπρόσθετα αναφέρουν στοιχεία εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα, βασιζόμενοι στα κριτήρια που έχουν ήδη καθιερωθεί από το DSM-IV-TR. Τα ακόλουθα συμπτώματα αποτελούν αρκετά από τα πιο χαρακτηριστικά κριτήρια εξάρτησης:

1. Υπερβολική χρήση, η οποία εκδηλώνεται τόσο με υψηλό οικονομικό κόστος όσο και με πολλές κλήσεις και μηνύματα.
2. Προβλήματα, ειδικά με τους γονείς, που συνδέονται με την υπερβολική χρήση κινητών τηλεφώνων.
3. Παρέμβαση σε άλλες σχολικές ή προσωπικές δραστηριότητες.
4. Μια σταδιακή αύξηση της χρήσης για να επιτευχθεί το ίδιο επίπεδο ικανοποίησης καθώς και η ανάγκη αντικατάστασης λειτουργικών συσκευών με νέα μοντέλα.
5. Την ανάγκη να καλέσουν ή να στείλουν μηνύματα όταν έχει περάσει αρκετός χρόνος μη χρήσης του κινητού τηλεφώνου
6. Συναισθηματικές μεταβολές όταν εμποδίζεται η χρήση του τηλεφώνου

### 2.3. Η κινητή τηλεφωνία στο χώρο της Υγείας

Κάποια από τα πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά που μπορούν να προσφέρουν τα κινητά τηλέφωνα είναι η φορητότητα, η προσβασιμότητα, η χρησιμότητα αλλά και η διαχείριση πολλαπλών εργασιών. Λόγω της ευρείας χρήσης τους η δημιουργία νέων εφαρμογών συνεχώς αυξάνεται, για να προσαρμοστούν στις απαιτούμενες ανάγκες αλλά και να διευκολύνουν τον χρήστη στην εκπλήρωση καθηκόντων και υποχρεώσεων. Σε μια σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική, αναφέρει πως η λήψη εφαρμογών για κινητά τηλέφωνα εκτοξεύτηκε μέσα σε δυο χρόνια. Συγκεκριμένα από ένα αριθμό της τάξεως των 300 εκατομμυρίων εφαρμογών που «κατέβηκαν» το 2009, έφτασε στα πέντε δισεκατομμύρια το 2010. (Boulos et al, 2011)

Τα τελευταία χρόνια, οι ερευνητές έχουν αρχίσει όλο και περισσότερο να χρησιμοποιούν τα κινητά τηλέφωνα ως εργαλεία για την παροχή παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας. Έτσι βλέπουμε οι επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν το κινητό τηλέφωνο, για την παροχή εκπαίδευσης για τον διαβήτη, για να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή σε ραντεβού πρωτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και για καθοδήγηση σχετικά με την πορεία της υγείας των ασθενών τους (Klasnja & Pratt, 2012).

Στο χώρο της υγείας ένα κινητό τηλέφωνο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο λόγω της φορητότητας και της πρόσβασης στο διαδίκτυο. Οι εφαρμογές κινητών τηλεφώνων επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια και να ανιχνεύουν πρώιμα σημάδια αρρυθμίας ή ισχαιμίας που μπορεί να υποδηλώνουν επικείμενη καρδιακή προσβολή. Επιπλέον, και οι ίδιοι οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιούν τηλεφωνικές εφαρμογές και συσκευές ανίχνευσης και μέτρησης για να παρακολουθούν τις φυσικές τους δραστηριότητες και να παρακολουθούν τους φυσιολογικούς δείκτες που σχετίζονται με την κατάστασή τους (Cho & Lee, 2016).

Για τους κλινικούς ιατρούς, τα κινητά τηλέφωνα παρέχουν πρόσβαση στο διαδίκτυο για αναφορές φαρμάκων και επαγγελματικές οδηγίες και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως οθόνες παρακολούθησης του ασθενούς δίπλα στις κλίνες. Η επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας θα μπορούσε να βελτιωθεί με την ανταλλαγή διάφορων εικόνων, συμπεριλαμβανομένων ακτινογραφιών, υπερήχων,

αξονικής τομογραφίας, μαγνητικής τομογραφίας και φωτογραφιών που παρουσιάζουν τραύματα ή συνθήκες ασθενών (Klasnja & Pratt, 2012).

Είναι σαφές ότι η δυνατότητα κινητής επικοινωνίας να μεταμορφώσει την υγειονομική περίθαλψη και την κλινική παρέμβαση στην κοινότητα είναι τεράστια. Διάφορες προηγούμενες μελέτες αξιολόγησαν τη χρήση κινητών τηλεφώνων για την υποστήριξη των παρεμβάσεων περί υγειονομικής περίθαλψης και δημόσιας υγείας, ιδίως όσον αφορά τη συλλογή και την ταξινόμηση δεδομένων για την έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη της ιατρικής και της κλινικής πρακτικής στην κοινότητα.

Σε σχετική έρευνα αναφέρεται πως η πλειοψηφία των φοιτητών ιατρικής (84%) είχε θετική στάση απέναντι στα κινητά τηλέφωνα ως μελλοντικά εκπαιδευτικά βοηθήματα. Τα τελευταία χρόνια η συγκεκριμένες συσκευές χρησιμοποιούνται για τις αναφορές σε δραστικές ουσίες φαρμάκων, την πρόσβαση στις κατευθυντήριες οδηγίες ανάλογα την περίπτωση, αλλά και να μοιραστούν με άλλους επαγγελματίες υγείας αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες, ακτινογραφίες, υπερήχους και φωτογραφίες από τα τραύματα κάποιου ασθενή για περαιτέρω εξέταση ή καθοδήγηση (Cho & Lee, 2016).

Τα κινητά τηλέφωνα υπήρξαν μια από τις επιτυχημένες ιστορίες της τελευταίας δεκαετίας. Σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, η τεχνολογία της κινητής τηλεφωνίας έχει διεισδύσει σημαντικά στην κοινωνία, κατακτώντας ένα ολόκληρο φάσμα ηλικιών συνδρομητών στα δυτικά βιομηχανικά έθνη, από παιδιά σχολικής ηλικίας έως ηλικιωμένους Έχει αντίκτυπο, όχι μόνο στον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούμε, αλλά και στην αίσθηση του πολιτισμού, της κοινότητας, της ταυτότητας και των σχέσεών μας. Αν και οι αλληλεπιδράσεις μέσω κινητής τηλεφωνίας είναι γενικά μικρότερες από αυτές πρόσωπο με πρόσωπο, υπάρχουν ενδείξεις ότι για τους νέους ειδικότερα, ο αριθμός των καθημερινών επαφών μέσω μηνυμάτων μπορεί να είναι πολύ υψηλός (Choliz, 2012).

Τα κινητά τηλέφωνα προσφέρουν πολλές πρόσθετες ευκαιρίες μέσω των εφαρμογών τους που επιτρέπουν στα άτομα με αναπηρίες ή ακόμα και σε καταστάσεις χρόνιων ασθενειών την ανεξάρτητη διαβίωσή τους. Επιπρόσθετα χρησιμοποιούνται και στην επιδημιολογία / επιτήρηση της δημόσιας υγείας και τη



συλλογή κοινοτικών δεδομένων. Μερικά βασικά χαρακτηριστικά που προσφέρουν τα κινητά τηλέφωνα το πλεονέκτημα έναντι άλλων τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της φορητότητας, της συνεχούς ροής δεδομένων χωρίς διακοπή και της ικανότητας μέσω επαρκούς υπολογιστικής ισχύος για την υποστήριξη εφαρμογών λογισμικού πολυμέσων. Σημαντικά οικονομικά οφέλη έχουν επίσης αναφερθεί όταν η κινητή επικοινωνία χρησιμοποιείται για την παροχή εξ αποστάσεως συμβουλών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της τηλεϊατρικής

Τα κινητά τηλέφωνα αποτελούν ιδιαίτερα ελκυστική συσκευή για την παροχή παρεμβάσεων για την υγεία (Klasnja & Pratt, 2012) λόγω:

**(1) Ευρεία χρήση των κινητών τηλεφώνων με ολοένα και πιο ισχυρές τεχνικές δυνατότητες**

Η χρήση των κινητών τηλεφώνων να έχει γίνει σχεδόν καθολική, αλλά και η εξέλιξη του λογισμικού τους τα καθιστά υπολογιστές τσέπης-ισχυρές υπολογιστικές συσκευές που μπορούν να έχουν πρόσβαση στο Internet και να εκτελούν μια ποικιλία σύνθετων εφαρμογών. Η διείσδυση και οι τεχνικές δυνατότητες των σύγχρονων τηλεφώνων καθιστούν ελκυστικές και ευρέως εφαρμόσιμες τις περίπλοκες τηλεφωνικές παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας

**(2) Η τάση των ανθρώπων να μεταφέρουν τα τηλέφωνα τους παντού**

Η επαγγελματίες υγείας περνούν όλο και περισσότερο χρόνο με τα κινητά τηλέφωνα τους ακόμα και στο χώρο εργασίας τους. Στη συγκεκριμένη περίπτωση δημιουργούνται μεγάλες διευκολύνσεις με τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας, αφού καθιστά την παρέμβαση άμεση είτε όταν αναφερόμαστε στην καθημερινή παραδοσιακή πρακτική, είτε όταν αναφερόμαστε σε ιατρική παρέμβαση ή ενημέρωση σε απομακρυσμένη περιοχή (τηλεϊατρική).

### **(3) Η προσκόλληση των ατόμων στα τηλέφωνα τους**

Η εικόνα ενός κινητού τηλεφώνου μπορεί να παρέχει αρκετές προσωπικές πληροφορίες για τον χρήστη. Πλέον τα τηλέφωνα μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες και στο χαρακτήρα κάθε ατόμου, με την χρήση εικόνων και φωτογραφιών για την επιφάνεια, με θήκες που ταιριάζουν καλύτερα στην προσωπικότητα του χρήστη, αλλά και εφαρμογών που θεωρούνται οι πιο κατάλληλες για τον ίδιο.

Πέραν των άλλων ο συνεχής έλεγχος είτε για νέα μηνύματα είτε για αναπάντητες κλήσεις καθιστούν το κινητό ένα ιδανικό φορέα για την πρόσληψη πληροφοριών αλλά και ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον αφού αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινής ρουτίνας και τη συναισθηματική σύνδεση κάθε ατόμου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την εκπαίδευση σε θέματα υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

### **(4) Εφαρμογές ανίχνευσης και προσωπικών πληροφοριών**

Με τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας των κινητών τηλεφώνων αλλά και την προσαρμογή διάφορων εφαρμογών τους για τις παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας παρατηρούμε την ανάπτυξη εξειδικευμένων εφαρμογών. Παρατηρούμε λοιπόν εφαρμογές που μπορούν να συμπεράνουν που είναι οι χρήστες τους και τι κάνουν.

Αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε περιπτώσεις για αποθάρρυνση των ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως κατανάλωση απαγορευμένων τροφών αλλά και του καπνίσματος. Τέτοιες εφαρμογές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας ώστε να παρεμβαίνουν και να καθοδηγούν τους ασθενείς τους. Αυτό θα μπορούσε να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό για της παρεμβάσεις αλλαγής της συμπεριφοράς

Παρά τα θετικά και τα πλεονεκτήματα που μπορούν να παρέχουν τα κινητά τηλέφωνα μέσω των λειτουργιών αλλά και των εφαρμογών τους, έχουν καταγραφεί

σε αρκετές μελέτες προβλήματα που μπορούν να προκύψουν από την εκτεταμένη χρήση. Μια έρευνα των Salehan & Negalban το 2013 αναφέρει πως η χρήση του διαδικτύου κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας γίνεται όλο και συχνότερη και ότι η πλειονότητα των εργαζομένων, ανεξαρτήτως ηλικίας ή επαγγελματικής κατάστασης, αναφέρουν ότι χρησιμοποιούν τα προσωπικά τους κινητά τηλέφωνα ή άλλες συσκευές επικοινωνίας για να ασχοληθούν με δραστηριότητες που δεν σχετίζονται με την εργασία στο χώρο εργασίας.

Τα προσωπικά κινητά τηλέφωνα και άλλες συσκευές επικοινωνίας έχουν τη δυνατότητα να αποσπούν την προσοχή των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης από την επαγρύπνηση που απαιτείται για την περίθαλψη των ασθενών. Σε μια μελέτη σχετικά με την απόσπαση προσοχής των φοιτητών νοσηλευτικής από τα κινητά τηλέφωνα, αναφέρει πως οι συγκεκριμένες συσκευές θα μπορούσαν να αποτελέσουν σημαντική πηγή απόσπασης της προσοχής κατά τη διάρκεια εργασιών που απαιτούν γνωστική ικανότητα, με αποτέλεσμα μεγαλύτερο χρόνο αντίδρασης και μειωμένη συγκέντρωση (Cho & Lee, 2016).

Συνεχίζοντας με το συγκεκριμένο άρθρο θα δούμε πως το 19 % των ειδικευόμενων ιατρών και το 12% των εξειδικευμένων, δήλωσαν πως έχασαν σημαντικές πληροφορίες που αφορούσαν τους ασθενείς τους, λόγω της απόσπασης της προσοχής τους από τα κινητά τηλέφωνα. (Cho & Lee, 2016). Αποκτά ενδιαφέρον το γεγονός πως πέρα από τον κίνδυνο που μπορεί να διατρέχουν οι ασθενείς από την απόσπαση προσοχής είτε των γιατρών είτε των νοσηλευτών, κίνδυνο μπορεί να διατρέχουν και οι επαγγελματίες υγείας από την χρήση τους. Δεδομένα που δημοσιεύτηκαν σε σχετική μελέτη (Aggarwall, 2013) αναφέρουν πως:

### **1. Εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία**

- Κατά μέσο όρο, οι νοσηλευτές επαναφορτίζουν τη μπαταρία του τηλεφώνου τους δύο φορές την ημέρα. τα διευθυντικά στελέχη των μέσων ενημέρωσης και οι γιατροί το έκαναν τρεις φορές την ημέρα.
- 61% γιατροί βρίσκουν κάποιον να καλέσει αμέσως μόλις φύγουν από το γραφείο τους ή την πτήση τους.

- 70% οικογενειακοί γιατροί κρατούν το κινητό τους μαζί τους συνεχώς. Ακόμη και στο σπίτι το κρατούν στην τσέπη τους ή δίπλα τους.

## **2. Νομοφοβία**

- 60% νέοι ηλικίας 20-30 χρόνων, φοβούνται πως θα χάσουν τα κινητά τους ένα ποσοστό που για τους οικογενειακούς γιατρούς διαμορφώνεται στο 43%

## **3. Ανησυχία για το κινητό τηλέφωνο**

- 40% οικογενειακοί γιατροί είχαν υψηλά επίπεδα άγχους ή ανασφάλειας, όταν ήταν χωρίς το κινητό τους τηλέφωνο.
- 25% οικογενειακοί γιατροί πίστευαν μερικές φορές ότι το τηλέφωνό τους χτυπάει, αλλά όταν το απάντησαν ή άκουγαν περισσότερο, διαπίστωσαν ότι δεν χτύπησε καθόλου (phantom ringing).
- 15% οικογενειακοί γιατροί ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν άγχος κατά την παραλαβή του λογαριασμού τους για κινητά τηλέφωνα και στη συνέχεια υπέστησαν σοκ μόλις είδαν στην πραγματικότητα το ποσό

## **4. Το κινητό τηλέφωνο ως αιτία σύγκρουσης**

- 26% οικογενειακοί γιατροί είχαν πειράξει γιατί είχαν τα κινητά τους τηλέφωνα, ακόμη και όταν δούλευαν ή έκαναν κάποια άλλη δραστηριότητα.
- Το 48% των γιατρών δήλωσε ότι η προσωπική χρήση των κινητών τους τηλεφώνων είχε αυξηθεί σημαντικά.
- Το Facebook ήταν η αιτία σύγκρουσης στο 20% των καταστάσεων για μια οικογενειακή σύγκρουση (δεύτερη στην τηλεόραση).
- 23% οικογενειακοί γιατροί αντιμετώπισαν προβλήματα στην εργασία εξαιτίας της χρήσης κινητών τηλεφώνων τους.
- 18% οικογενειακοί γιατροί είχαν προβλήματα με την οικογένεια ή τους φίλους τους λόγω της χρήσης κινητού τηλεφώνου.

Ο εθισμός στο διαδίκτυο όχι μόνο βλάπτει την προσωπική ζωή των ανθρώπων, αλλά και κάνει τους οργανισμούς να ανησυχούν περισσότερο για την παραγωγικότητα των εργαζομένων, τη συμφόρηση του δικτύου και για τα απόρρητα δεδομένα των εταιρειών. Σε συνδυασμό με την απότομη αύξηση του ποσοστού

διείσδυσης των κινητών συσκευών, η οποία επιτρέπει συνδεσιμότητα μέσω διαδικτύου οποτεδήποτε και ευρεία χρήση εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης στα κινητά τηλέφωνα, θα επιδεινώσει τα κοινωνικά και προσωπικά προβλήματα που σχετίζονται με τα κινητά τηλέφωνα και την τεχνολογία του Διαδικτύου.

Με αφορμή αυτά τα ενδεικτικά αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, αρκετοί οργανισμοί υγείας στην Αμερική, είτε ιδιωτικοί είτε δημόσιοι, στην προσπάθειά τους να προστατέψουν και τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας δημιουργούν πολιτικές απαγόρευσης της χρήσης του κινητού τηλεφώνου κατά τη διάρκεια της εργασίας. Άλλοι οργανισμοί προσπαθούν να εντείνουν την προσπάθεια ενημέρωσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας για την σωστή χρήση, αλλά επίσης παρέχουν συμβουλές για να αποφευχθεί η μετάβαση από εκτεταμένη χρήση σε εξαρτητική συμπεριφορά (Cho & Lee, 2016).

### **Κεφάλαιο 3: Ενσυναίσθηση και κινητή τηλεφωνία στη Νοσηλευτική**

Όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενα κεφάλαια, υπάρχει πληθώρα μελετών και βιβλιογραφικών αναφορών που πραγματεύονται τα θέματα είτε της εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία, είτε της ενσυναίσθησης, τόσο σαν έννοιες αυτές καθαυτές όσο και σαν παράγοντες που επηρεάζουν την παροχή φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας. Δυστυχώς οι μελέτες αυτές αφορούν μεμονωμένα και αναλύουν ξεχωριστά τα συγκεκριμένα θέματα. Όσον αφορά την ενσυναίσθηση και την κινητή τηλεφωνία στη Νοσηλευτική, η παρουσία συναφών μελετών είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα το θεωρητικό υπόβαθρο για το συγκεκριμένο κεφάλαιο να είναι ελλιπές.

Έχει γίνει ήδη γνωστό πως τα κινητά τηλέφωνα λόγω της εξέλιξης, μας επιτρέπουν μέσα από το πλήθος των εφαρμογών που έχουν αναπτυχθεί- να έχουμε πρόσβαση στο διαδίκτυο, ως εκ τούτου και πρόσβαση σε διάφορες βάσεις δεδομένων, επίσης διευκολύνει και απλουστεύει την δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων καθώς και τον ελεύθερο χρόνο μας ψυχαγωγία. Όπως έχει παρουσιάσει και ο Choliz, (2012), λόγω αυτών των παραγόντων, τα κινητά τηλέφωνα έχουν γίνει ιδιαίτερα ελκυστικά σε άτομα εφηβικών ηλικιών αλλά και των αρχών της ενηλικίωσης. Παίρνοντας αυτό υπόψη αντιλαμβανόμαστε πως η εκτεταμένη χρήση του κινητού τηλεφώνου από τα νεαρά άτομα μπορεί να φέρει ως αποτέλεσμα μια εξαρτητική συμπεριφορά.

Ο έλεγχος είναι ένας σημαντικός παράγοντας για να προληφθούν τέτοιες συμπεριφορές. Έτσι είναι αναμενόμενο να θεωρούμε πως κάποιος ενήλικας έχει περισσότερο έλεγχο στη χρήση απέναντι από κάποιον μαθητή του δημοτικού ή του γυμνασίου, όμως σε μια σχετική μελέτη τα αποτελέσματα που αφορούσαν την εξάρτηση των φοιτητών στην κινητή τηλεφωνία δείχνουν πως το ποσοστό είναι αρκετά υψηλό στο 24,8% - 27,8%. Αυτός (εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία) είναι και ο κύριος παράγοντας που οι φοιτητές δείχνουν να έχουν χαμηλότερες επιδόσεις στις ακαδημαϊκές σπουδές, προβλήματα ψυχικής υγείας αλλά και προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων λόγω της χαμηλής κοινωνικοποίησης (Jeong & Lee, 2015).

Στην ίδια μελέτη των Jeong & Lee(2015), τα αποτελέσματα σχετικά με την εξάρτηση των φοιτητών νοσηλευτικής στην κινητή τηλεφωνία δείχνουν πως από ένα δείγμα 598 φοιτητών οι 493 (82,5%) βρίσκονταν στην ομάδα φυσιολογικής χρήσης,

ενώ από το σύνολο των υπολοίπων 105 (17,5) που θεωρούνται εξαρτημένοι στην κινητή τηλεφωνία οι 69 (11,5) βρίσκονταν σε πιθανό κίνδυνο ενώ οι 36 (6%) ήταν στην ομάδα υψηλού κινδύνου.

Η ενσυναίσθηση είναι μια περίπλοκη, πολυδιάστατη έννοια που έχει ηθικά, γνωστικά, συναισθηματικά και στοιχεία συμπεριφοράς (Ioannidou & Konstantikaki, 2008). Η ενσυναίσθηση στην κλινική πρακτική περιλαμβάνει την ικανότητα:

1. να κατανοήσουμε την κατάσταση, την προοπτική και τα συναισθήματα του ασθενούς.
2. να γνωστοποιήσει την εν λόγω κατανόηση και να ελέγξει την ακρίβειά του · και
3. να ενεργεί σε αυτόν τον ασθενή με έναν χρήσιμο (θεραπευτικό) τρόπο.

Δεν υπάρχουν στοιχεία για την επίδραση της ενσυναίσθησης στα αποτελέσματα της υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αλλά οι μελέτες για την ψυχική υγεία και τη νοσηλευτική υποδηλώνουν ότι παίζει σημαντικό ρόλο. Η σημασία της ενσυναίσθησης σχετίζεται με τη θεραπευτική σχέση. Ανεξάρτητα από το πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης, φαίνεται ότι υπάρχει ένα βασικό σύνολο κοινών σκοπών ή στόχων. Αυτά περιλαμβάνουν:

1. Να ξεκινήσει υποστηρικτική, διαπροσωπική επικοινωνία για να κατανοήσει τις αντιλήψεις και τις ανάγκες του ασθενούς.
2. Ενδυνάμωση του ασθενούς και,
3. Μείωση ή επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς.

Σε σχέση με αυτούς τους στόχους, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός διαπροσωπικού κλίματος που είναι απαλλαγμένο από την άμυνα και που επιτρέπει στα άτομα να μιλάνε για τις αντιλήψεις σχετικά με τις ανάγκες τους (Mercer & Reynolds, 2002). Η ενσυναίσθηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην θεραπευτική σχέση νοσηλευτών και ασθενών καθώς επίσης έχει αντίκτυπο στην εξέλιξη της υγείας του ασθενή.

Έχει βρεθεί πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην κατάχρηση της κινητής τηλεφωνίας και στην παρουσία της ενσυναίσθησης. Μια αναφορά στη διπλωματική

εργασία του Han «Σχέση μεταξύ εθισμού στα κινητά τηλέφωνα και διαπροσωπικών προβλημάτων μεταξύ φοιτητών πανεπιστημίου: Οι μετριοπαθείς επιδράσεις της πνευματικής και συναισθηματικής εμπειρικής ικανότητας», παρατηρεί κάτι ενδιαφέρον. Οι γυναίκες με υψηλή ενσυναίσθητη ανησυχία τείνουν να είναι επιρρεπείς στην εκτεταμένη χρήση του κινητού τηλεφώνου και κατά συνέπεια στην εξάρτηση, διότι οι γυναίκες που έχουν υψηλό επίπεδο ενσυναίσθησης δίνουν έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις (Jeong & Lee, 2015).



## **Μέρος Β΄: Ειδικό Μέρος**

### **Είδος μελέτης**

Ο σχεδιασμός της έρευνας θα βασιστεί σε περιγραφική μελέτη- συσχέτισης με εφαρμογή μερικών συσχετίσεων (η οποία αποτελεί είδος ποσοτικής μελέτης) για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα (Σαχίνη-Καρδάση 2004).

### **Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του βαθμού ενσυναίσθησης και του βαθμού εθισμού από κινητά τηλέφωνα στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς επίσης και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ τους.

### **Ερευνητικά ερωτήματα**

1. Ποιος είναι ο βαθμός εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα από το νοσηλευτικό προσωπικό;
2. Ποιος είναι ο βαθμός ενσυναίσθησης του νοσηλευτικού προσωπικού;
3. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση και το βαθμό εξάρτησης στα κινητά τηλέφωνα;

### **Ερευνητικό πεδίο**

Ως ερευνητικά πεδία επιλέχθηκαν ένα Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, το οποίο παρέχει υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών ειδικοτήτων, διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων. Η δυναμικότητα του Νοσοκομείου σε κλίνες ανέρχεται περίπου σε 700 και καλύπτει τις ανάγκες της Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδος. Επιπρόσθετα, ένα Γενικό

Νοσοκομείο του Νομού Λασιθίου Κρήτης. που προσφέρει υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του.

### **Δείγμα- Δειγματοληπτική Μέθοδος**

Στην παρούσα μελέτη, θα εφαρμοστεί η μέθοδος της δειγματοληψίας ευκολίας. Η δειγματοληψία ευκολίας, είναι ένας ειδικός τύπος δειγματοληψίας που βασίζεται στη συλλογή δεδομένων από τα μέλη του πληθυσμού που είναι εύκολα διαθέσιμα για να συμμετάσχουν στη μελέτη. Με αυτή τη μέθοδο δειγματοληψίας ο ερευνητής προσεγγίζει τους συμμετέχοντες, όπου μπορεί να τους βρει και τυπικά όπου είναι βολικό. Τα κριτήρια ένταξης στη δειγματοληψία ευκολίας δεν καθορίζονται πριν από την επιλογή των θεμάτων. Παρόλο που η μέθοδος αυτή μπορεί να αποφέρει μεγάλα δείγματα σε σχετικά μικρό χρόνο και με μικρό κόστος το μέγεθος του δείγματος που παράγεται δεν μπορεί να μας αποζημιώσει για την μη αντιπροσωπευτικότητά του.

### **Ερευνητικό Εργαλείο**

Το ερευνητικά εργαλεία που επιλέχτηκαν για να χρησιμοποιηθούν είναι η ελληνική έκδοση του Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ) (Μπελλάλη και συν, 2012). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που μετρά την εξάρτηση στην κινητή τηλεφωνία, αποτελείται από 20 ερωτήσεις τύπου Likert που λαμβάνουν τιμές 0–3 και έχει δείκτη σημαντικότητας (Cronbach)  $\alpha=0.89$ . Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων. Επομένως, η βαθμολογία κυμαίνεται από 0–60. Όσο πιο υψηλή είναι η βαθμολογία τόσο πιο μεγάλη είναι η εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία και αντιστρόφως (Toda & Ezoe, 2013).

Το δεύτερο είναι Toronto Empathy Questionnaire των Spreng, Mckinnon, Mar και Levine (2009), το οποίο αποτελείται από συνολικά 16 ερωτήσεις σχετικές με την ενσυναίσθηση, σε μια κλίμακα πέντε σημείων από το «ποτέ» μέχρι το «πάντα» και με δείκτη σημαντικότητας (Cronbach)  $\alpha=0.87$  (Ιατρού και συν, 2016). Αναπτύχθηκε από την αναθεώρηση άλλων διαθέσιμων εργαλείων για τη ενσυναίσθηση, τον προσδιορισμό των κοινών στοιχείων με αυτά τα εργαλεία, και τον κοινό παράγοντα που απορρέει από αυτά ώστε να γίνει η βάση για τη δημιουργία του. Το εργαλείο αυτό έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται θετικά με μέτρα κοινωνικής αποκωδικοποίησης, άλλα μέτρα ενσυναίσθησης, όπως επίσης συσχετίζεται αρνητικά με τα μέτρα συμπτωματολογίας του αυτισμού. Και για τα δυο εργαλεία παραχωρήθηκε σχετική άδεια έτσι ώστε να μπορέσουν οι φοιτητές να τα χρησιμοποιήσουν στην παρούσα μελέτη.

## **ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σε κάθε επιστημονική μελέτη για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα άτομα που λαμβάνουν μέρος σε αυτή θα πρέπει να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στους οποίους αναπτύσσεται και ολοκληρώνεται μια μελέτη.

Τρεις είναι οι αρχές που θεσπίστηκαν από την αναφορά του Belmont όπως αναφέρονται στο βιβλίο της Σαχίνη (2004) «Μεθοδολογία Έρευνας» οι οποίες καθορίζουν τους ηθικούς άξονες πάνω στους οποίους βασίστηκε και σχεδιάστηκε η παρούσα μελέτη:

Η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης. Πάνω σε αυτές τις αρχές στηρίζονται τα κριτήρια ηθικής συμπεριφοράς στην έρευνα, καθώς και τα βασικά δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας.

Τα δικαιώματα των υποκειμένων έρευνας είναι τα εξής:

**A) Δικαίωμα να μην υποστεί βλάβη.** Αναφαίρετο δικαίωμα των υποκειμένων μιας έρευνας είναι να μην υπόκεινται από τους ερευνητές σε ερωτήσεις που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στον ψυχικό τους κόσμο σε φυσικό, συγκινησιακό, νομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο (Σαχίνη-Καρδάση 2004).

**B) Δικαίωμα για πλήρη διαφάνεια.** «Η αρχή σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια περιλαμβάνει το δικαίωμα των ατόμων να λάβουν εκούσιες αποφάσεις μετά από ακριβή πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε μια μελέτη» (Σαχίνη-Καρδάση 2004 σελ. 22).

**Γ) Δικαίωμα αυτοαπόφασης.** «Το δικαίωμα αυτοαπόφασης σημαίνει τα δυνητικά υποκείμενα έρευνας έχουν το δικαίωμα να παίρνουν εκούσια απόφαση για τη συμμετοχή τους ή μη στην τελετή, χωρίς εξαναγκασμό, πίεση ή ανεπίτρεπτη επίδραση οποιοδήποτε είδους» (Σαχίνη-Καρδάση 2004 σελ. 23).

**Δ) Δικαίωμα για ιδιωτικότητα, ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.** «Η ιδιωτικότητα καθιστά ικανό ένα άτομο να συμπεριφέρεται χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς την πιθανότητα ότι η ιδιωτική συμπεριφορά ή οι σκέψεις του μπορεί να χρησιμοποιηθούν αργότερα για να εμβάλλουν σε αμηχανία ή να το μειώσουν» (Σαχίνη-Καρδάση 2004 σελ. 24).

Σε αυτές τις αρχές βασίστηκε ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης. Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μας θα εξασφαλιστεί η άδεια προσέγγισης ασθενών, και η προφορική και γραπτή συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα, αφού εγκριθεί από το ΤΕΙ το πρωτόκολλο και κατατεθεί στο επιστημονικό συμβούλιο των Νοσοκομείων που επιλέχθηκαν ως πεδία έρευνας. Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας

### **Στατιστική ανάλυση δεδομένων**

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBMSPSS24.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών χαρακτηριστικών των 109 συμμετεχόντων, ελέγχοντας για τυχόν διαφορές μεταξύ φύλων ή άλλων χαρακτηριστικών μέσω των μεθόδων  $\chi^2$ , Mann Whitney & Kruskal Wallis. Παράλληλα καθορίστηκαν τα επίπεδα κατανομής και ταξινόμησης στις σχετικές κλίμακες. Μέσω της μεθόδου Spearman προσδιορίστηκαν τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων. Ωστόσο με τη χρήση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης

έγινε προσπάθεια να καθοριστεί ο βαθμός συσχέτισης της ενσυναίσθησης από την εξάρτηση των κινητών. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

## Αποτελέσματα

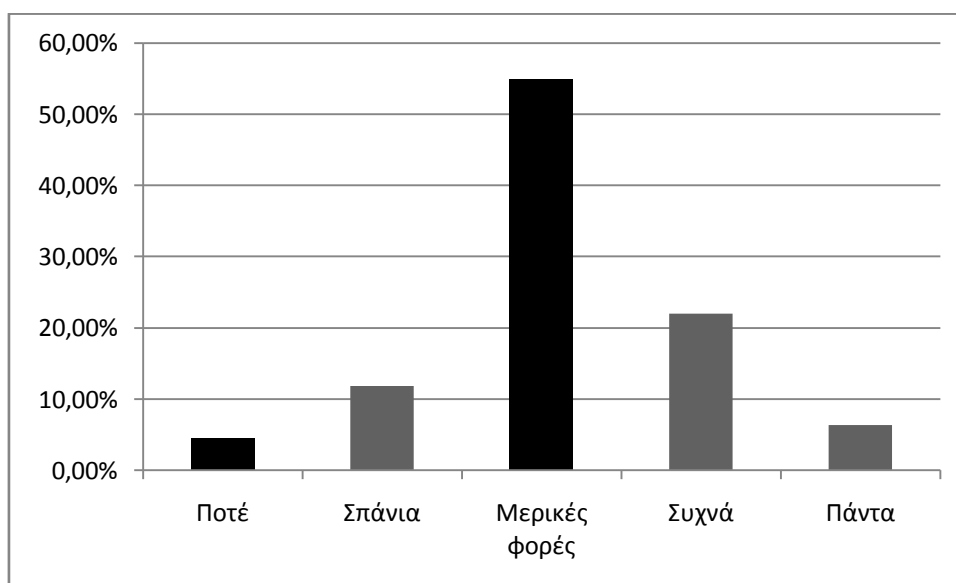
Για την διεξαγωγή της έρευνας διανεμήθηκαν 120 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν συμπληρωμένα 109 (βαθμός ανταπόκρισης -response rate = 90,8%). Από αυτούς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια ποσοστό 50,5% εργάζονταν σε ένα Τριτοβάθμιο Δημόσιο Νοσοκομείο και ποσοστό 49,5% σε ένα Γενικό Νοσοκομείο του Νομού Λασιθίου Κρήτης. Από τους συμμετέχοντες οι 17 (ποσοστό 15,6%) ήταν άνδρες και οι 92 (ποσοστό 84,4%) ήταν γυναίκες. Η μέση ηλικία των εργαζόμενων κυμαινόταν μεταξύ 34 έως 49 ετών. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού, οι 63 (ποσοστό 61,8%) ήταν έγγαμοι, 29 (ποσοστό 28,4%) ήταν άγαμοι ενώ 10 (ποσοστό 9,8%) ήταν διαζευγμένοι. Συνολικά από τους 109 συμμετέχοντες στη μελέτη ποσοστό 67,6% είχε παιδιά, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (94,1%) ζούσαν σε αστική περιοχή.

Όσο αφορά την επαγγελματική κατάσταση το 33,7% εργάζονταν ως βοηθοί νοσηλευτή/τριας και το υπόλοιπο 66,3% ήταν νοσηλευτές/τριες. Σχετικά με τα χρόνια εργασίας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (26,7%) εργαζόταν μεταξύ 6 και 7 ετών. Σημαντική διαφορά έχουμε στις μεταπτυχιακές σπουδές όπου μόλις 7 κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο. Η κατανομή στα τμήματα των Νοσοκομείων του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν η ακόλουθη:

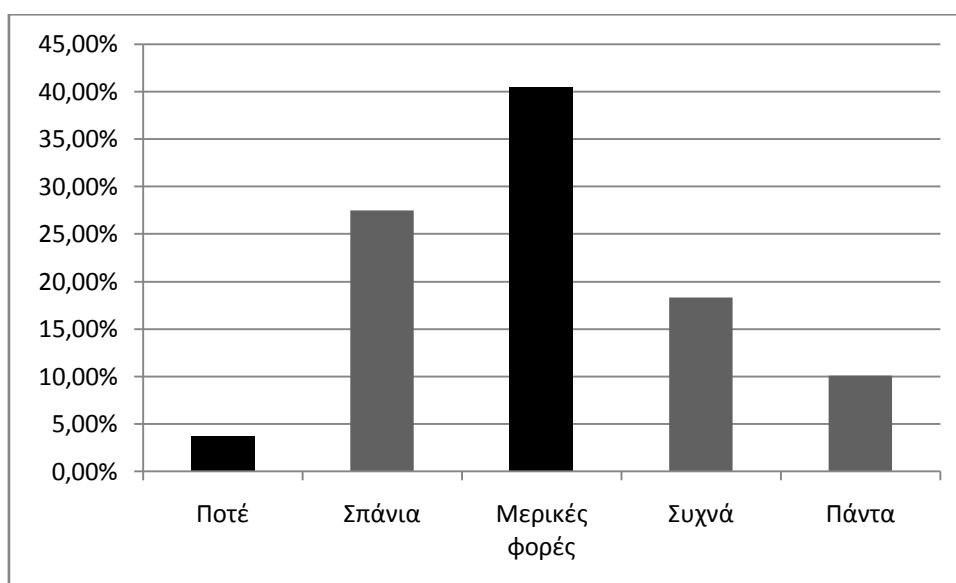
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 43 άτομα
- Ψυχιατρική κλινική 7 άτομα
- Παθολογική κλινική 20 άτομα
- Γναθοχειρουργική/Ορθοπαιδική 22 άτομα
- Καρδιολογική 12 άτομα και τέλος η Χειρουργική με 2 άτομα. (βλ. Πίνακα 1).

Σχετικά με την κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire των 109 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στην έρευνα, παρατηρήθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα(βλ. Πίνακα 2):

Στην ερώτηση: **Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ**, το υψηλότερο ποσοστό 55% απάντησε Μερικές φορές, ενώ το 4,6 % απάντησε Ποτέ.

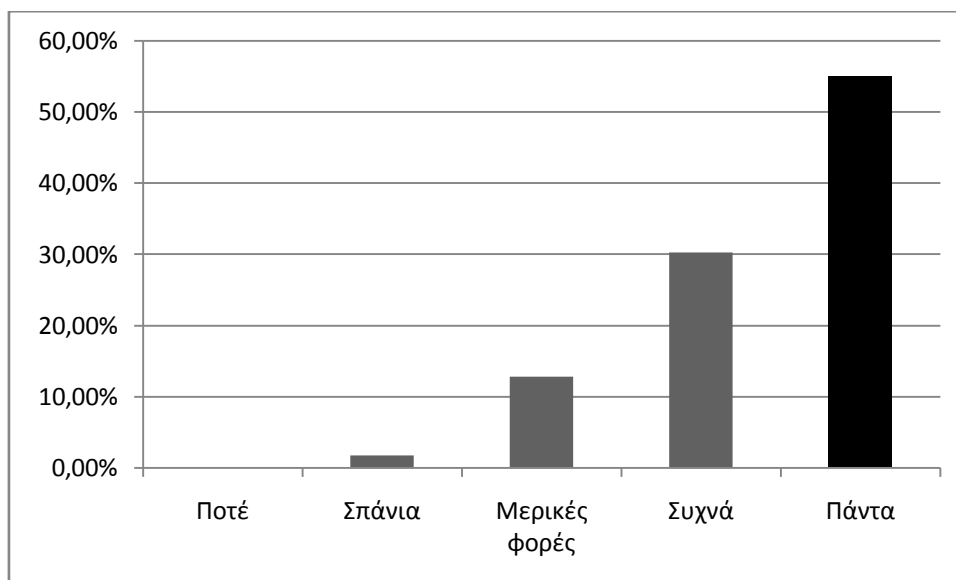


Στην ερώτηση: **Οι ατυχίες των άλλων δεν με ενοχλούν ιδιαίτερα**, το υψηλότερο ποσοστό 40,4% απάντησε Μερικές φορές και το 3,7% απάντησε Ποτέ

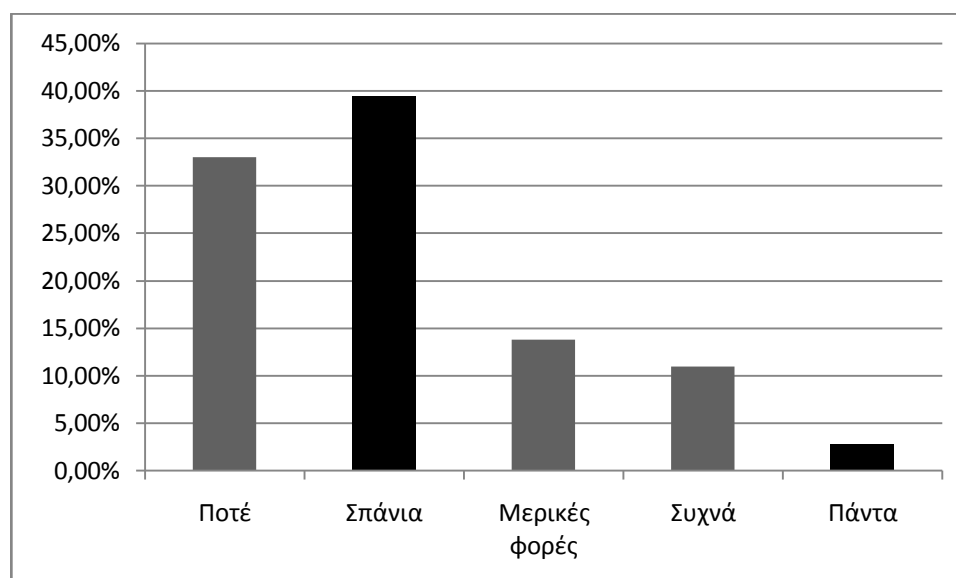




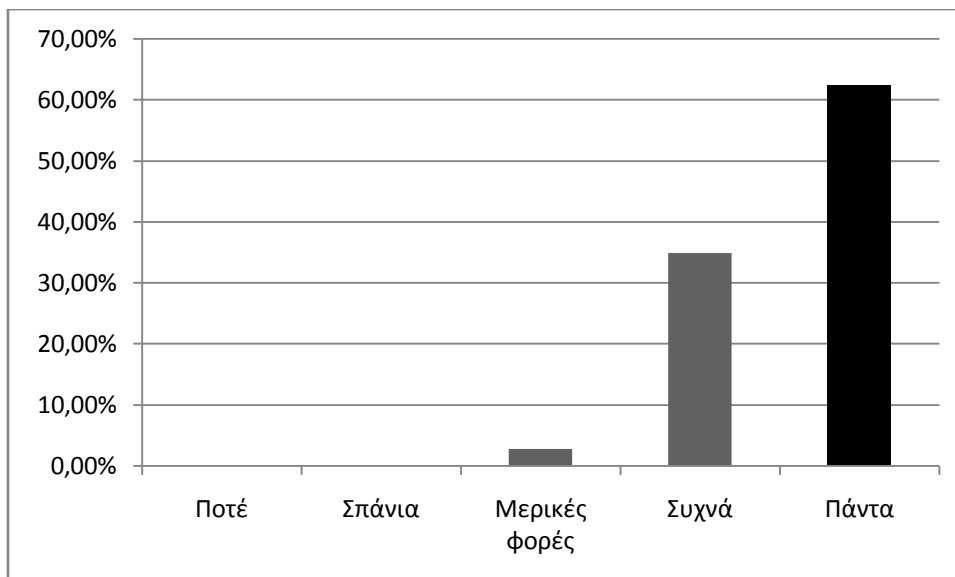
Στην ερώτηση: **Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι**, με 55% απάντησε Πάντα ενώ κανένας δεν απάντησε στην επιλογή Ποτέ.



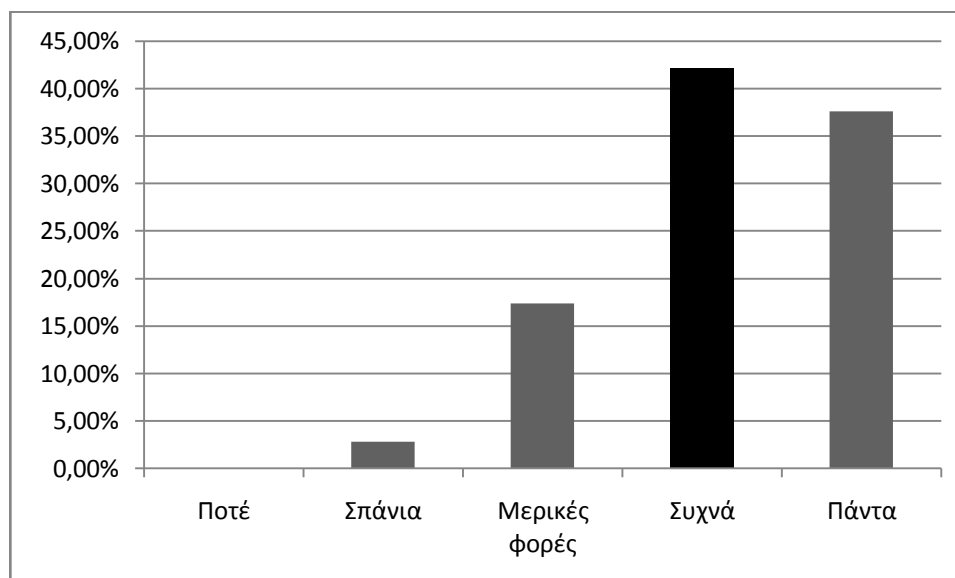
Στην ερώτηση: **Δεν συμμερίζομαι και εγώ τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου**, το 39.4% απάντησε Σπάνια και μόλις το 2,8 % απάντησε Πάντα.



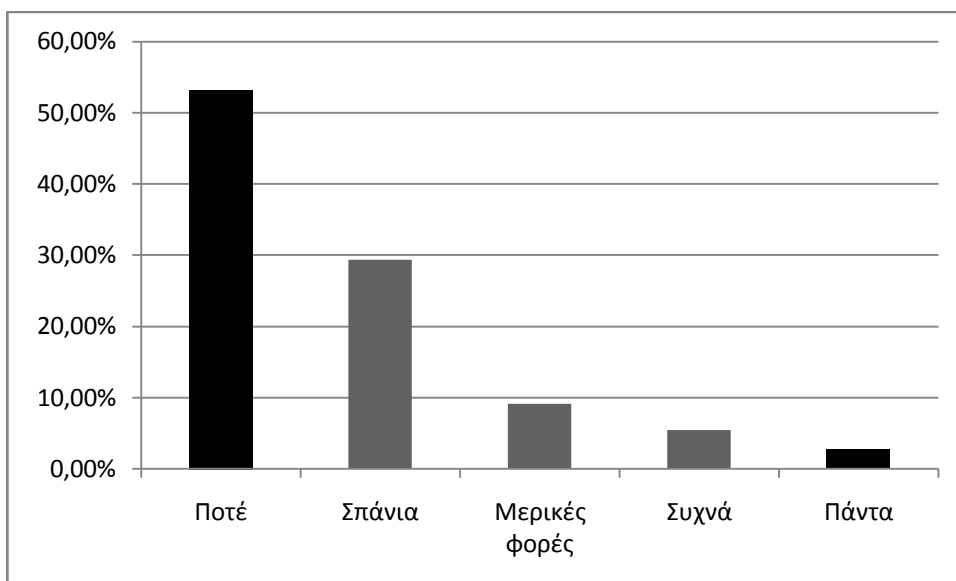
Στην ερώτηση: **Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα,** με το μεγαλύτερο ποσοστό 62,4% απάντησαν Πάντα ενώ μηδενικό ποσοστό είχαν οι επιλογές Ποτέ και Σπάνια.



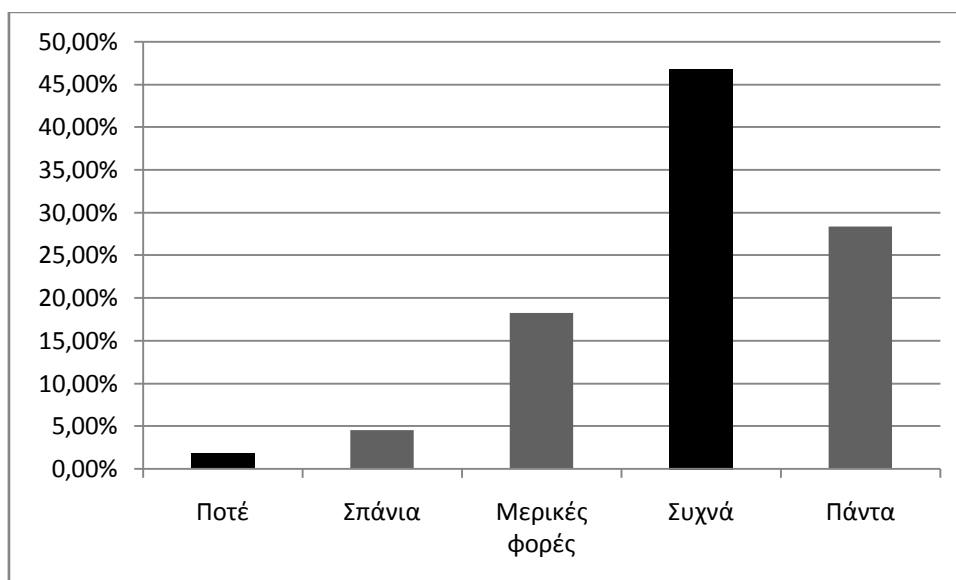
Στην ερώτηση: **Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα,** το 42,2 % απάντησε Συχνά, με 0% η επιλογή Ποτέ ενώ ακολούθησε με ποσοστό 2.8% η επιλογή Σπάνια.



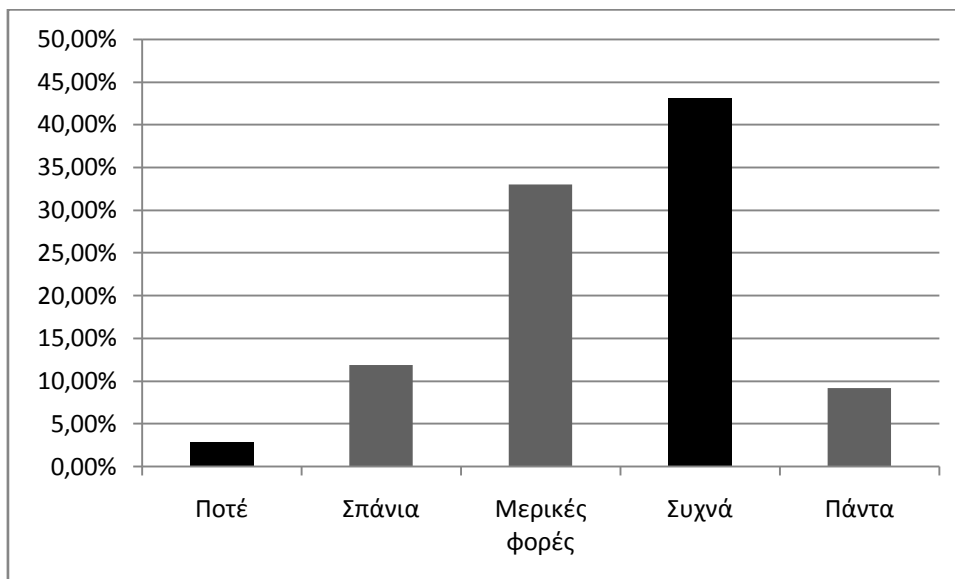
Στην ερώτηση: **Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση**, το 53,2% απάντησε Ποτέ και μόλις το 2,8% που απάντησε Πάντα.



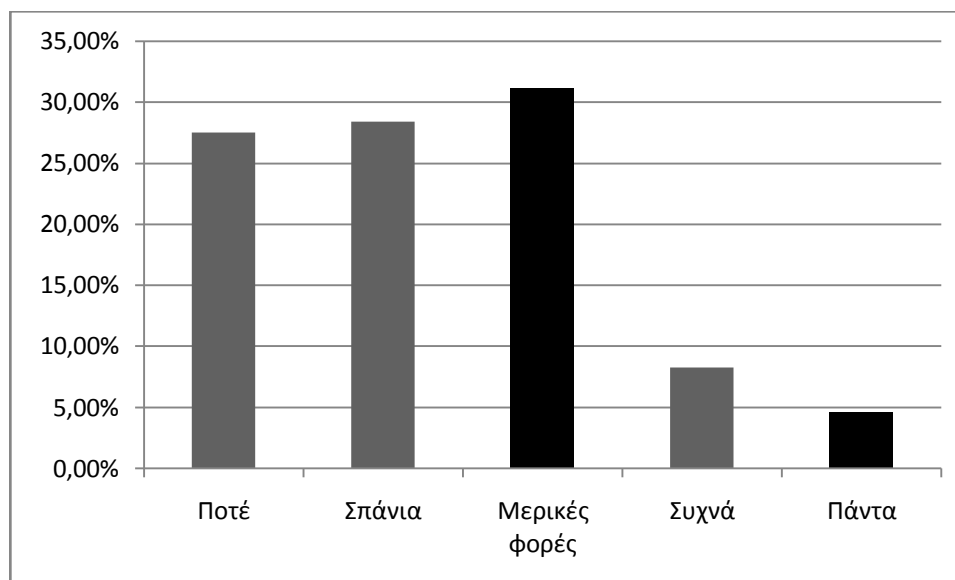
Στην ερώτηση: **Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν**, Συχνά απάντησε το 46,8 % ενώ με μεγάλη διαφορά ακολουθεί το 1,8% που απάντησε Ποτέ.



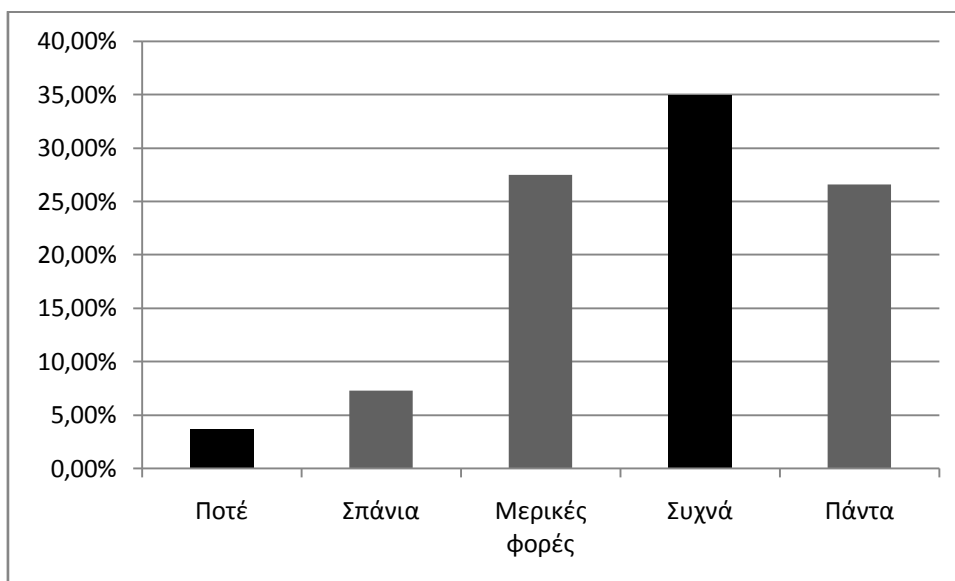
Στην ερώτηση: **Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων**, μόλις το 2,8 % απάντησε Ποτέ ενώ συχνά απάντησε με ποσοστό 43,1%.



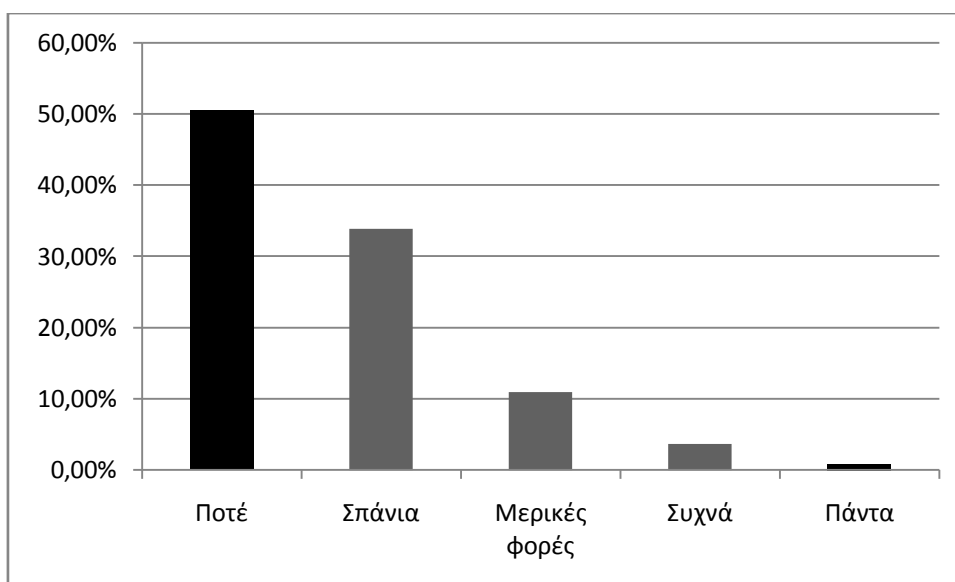
Στην ερώτηση: **Δεν συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες**. Μικρές αποκλίσεις είχαν οι επιλογές Ποτέ, Σπάνια, Μερικές φορές με 27,5%, 28,4%, 31, 2% αντίστοιχα ενώ το μικρότερο ποσοστό κατείχε η επιλογή Πάντα με 4,6 %.



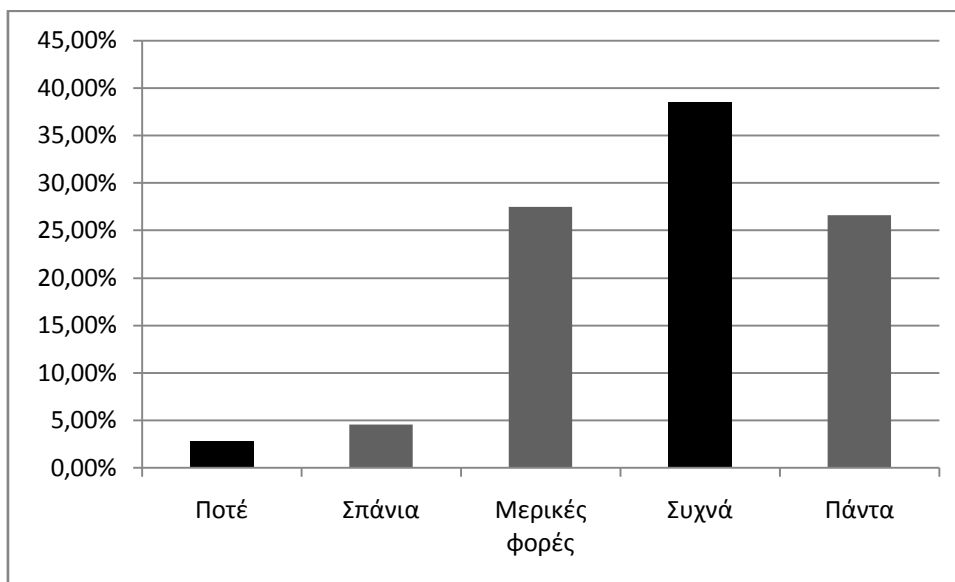
Στην ερώτηση: **Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει**, Συχνά απάντησε το ποσοστό 34,9% και Ποτέ απάντησε το 3,7%



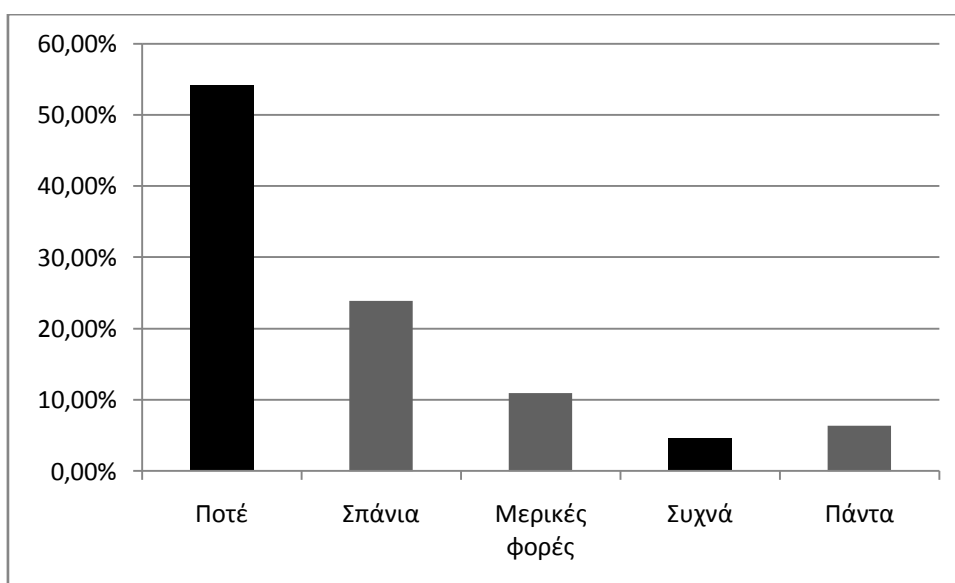
Στην ερώτηση: **Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι**, Περισσότεροι από τους μισούς με 50.5% απάντησαν Ποτέ ενώ το 0,9% απάντησε Πάντα.



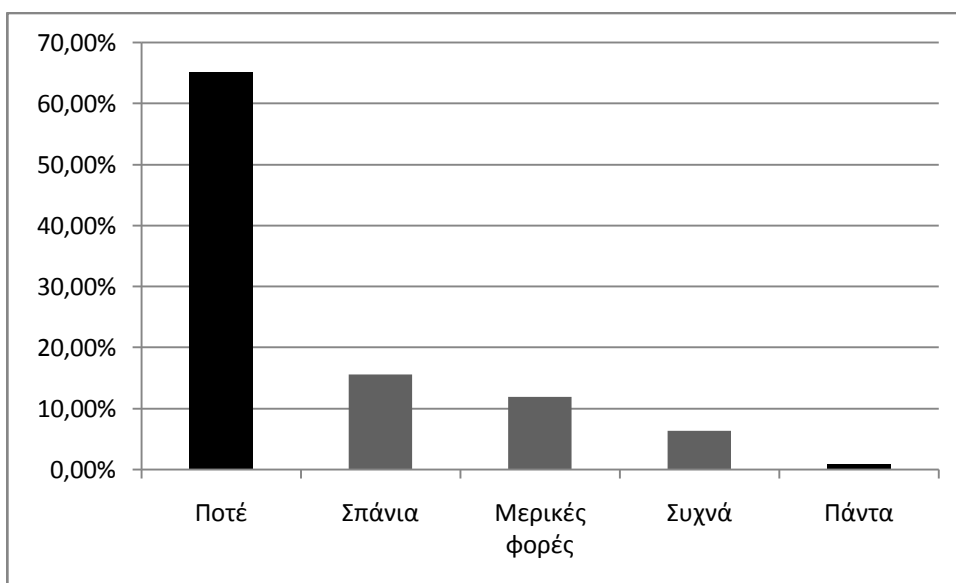
Στην ερώτηση: **Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο**, μόλις το 2,8% απάντησε Ποτέ και με υψηλότερο ποσοστό 38,5% απάντησε Συχνά. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η απάντηση Μερικές φορές που είχε ποσοστό 27,5% και ήταν πολύ κοντά με την απάντηση Πάντα με ποσοστό 26,6%.



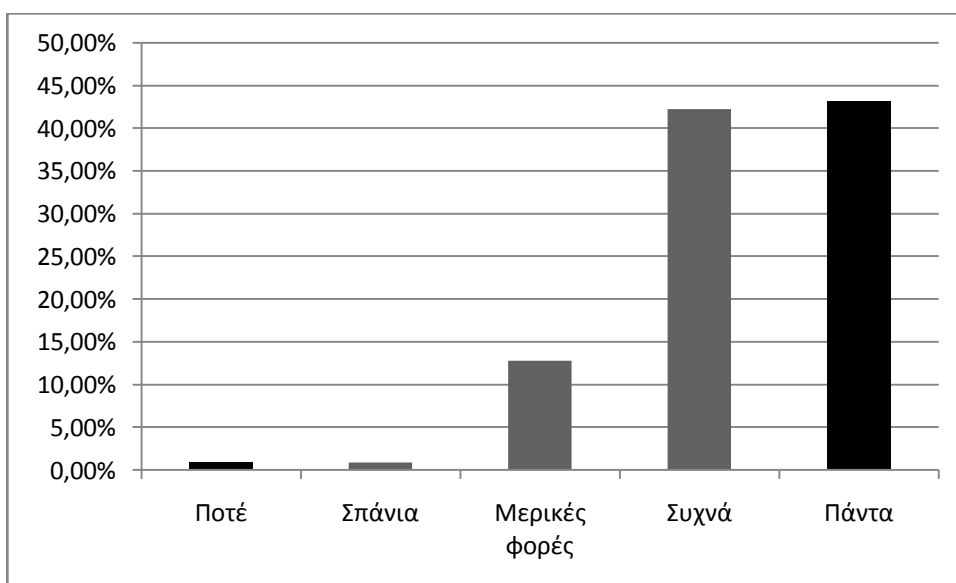
Στην ερώτηση: **Δεν στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα**, το μεγαλύτερο ποσοστό κατείχε η απάντηση Ποτέ με 54,1% ενώ μικρή απόκλιση παρουσιάζουν οι επιλογές Συχνά και Πάντα με 4,6% και 6,4% αντίστοιχα.



Στην ερώτηση: **Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία**, μόνο το 0.9% απάντησε Πάντα με τεράστια διαφορά με την απάντηση Ποτέ που είχε το ποσοστό 65.1%.

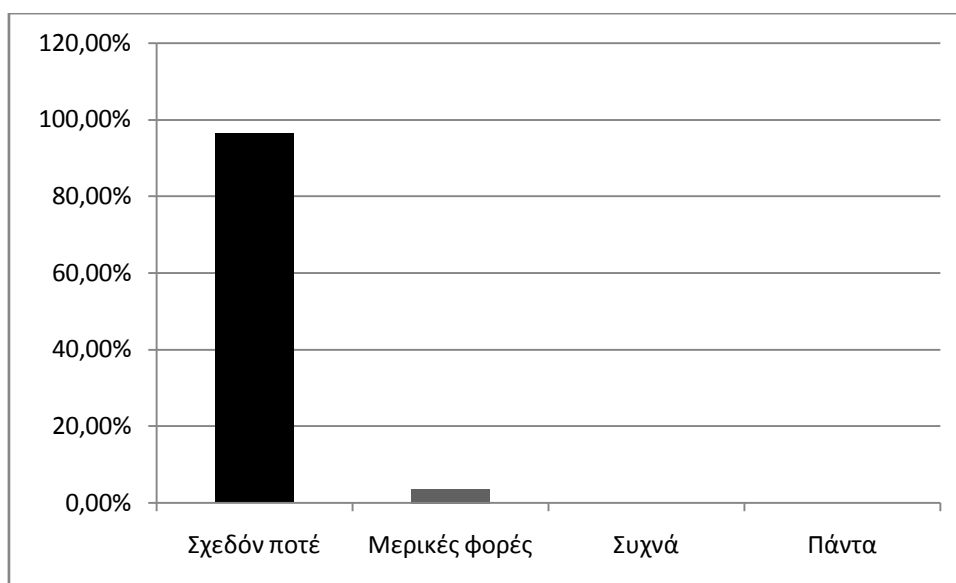


Στην ερώτηση: **Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω**. Ενδιαφέρον στην συγκεκριμένη ερώτηση παρουσιάζουν οι απαντήσεις Ποτέ και Σπάνια με ίδιο ποσοστό 0.9% καθώς και οι απαντήσεις Συχνά και Πάντα με ελάχιστη διαφορά 42.2% και 43,1% αντίστοιχα.

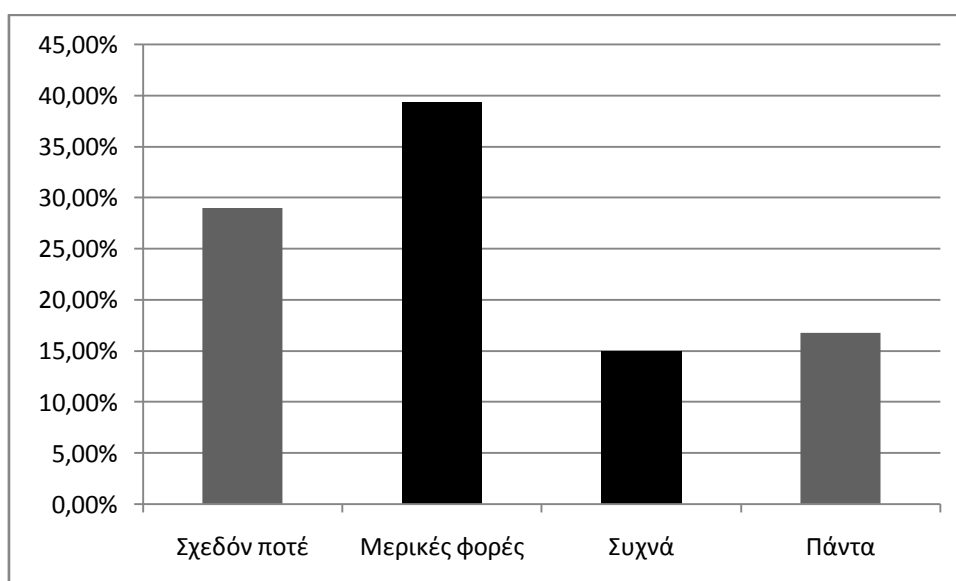


Σχετικά με την κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Εξάρτησης από το κινητό Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ) των 109 νοσηλευτών/τριών που συμμετείχαν στην έρευνα, για κάθε ερώτηση είχαμε τα εξής αποτελέσματα:

Στην ερώτηση: **Δίνω μεγαλύτερη προτεραιότητα στο κινητό τηλέφωνο απ' ότι στο ντύσιμο και στη διατροφή μου**, το 96.3% απάντησε Σχεδόν Ποτέ και κανένας δεν απάντησε Συχνά και Πάντα.

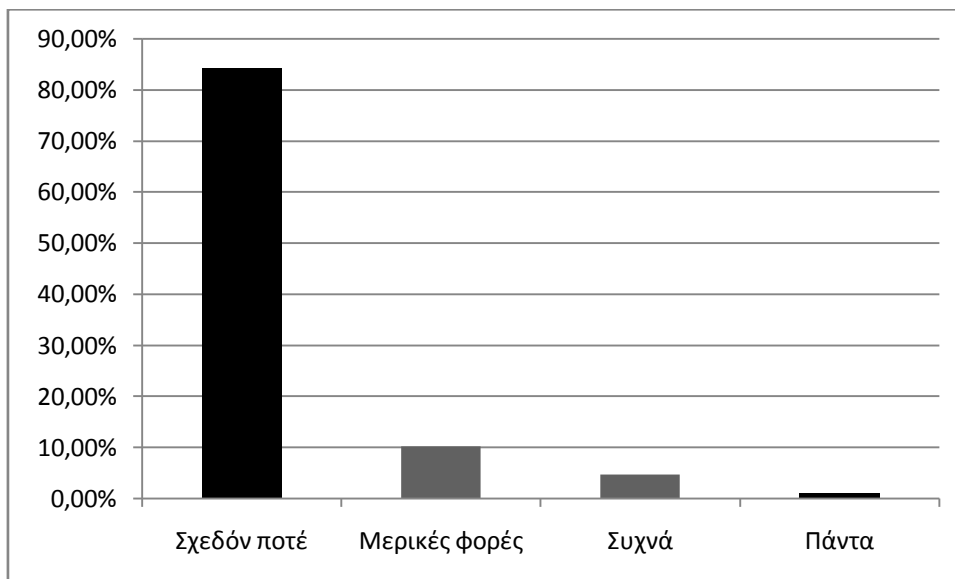


Στην ερώτηση: **Νιώθω άβολα όταν ξεχνώ να πάρω το κινητό τηλέφωνο μαζί μου**, 39.3% απάντησε Μερικές φορές και το 15% απάντησε Συχνά και ακολουθούσε με μικρή διαφορά η επιλογή Πάντα με 16,8%

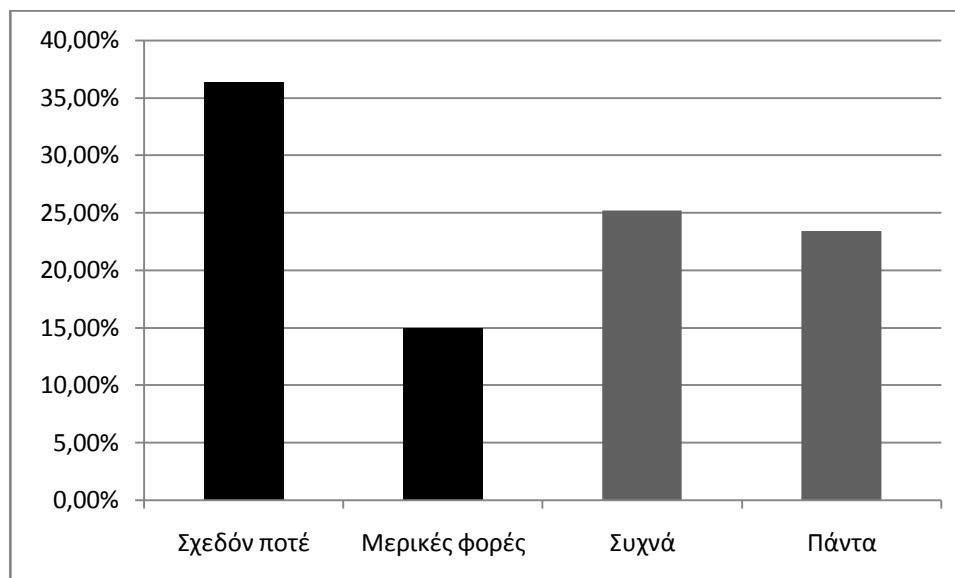




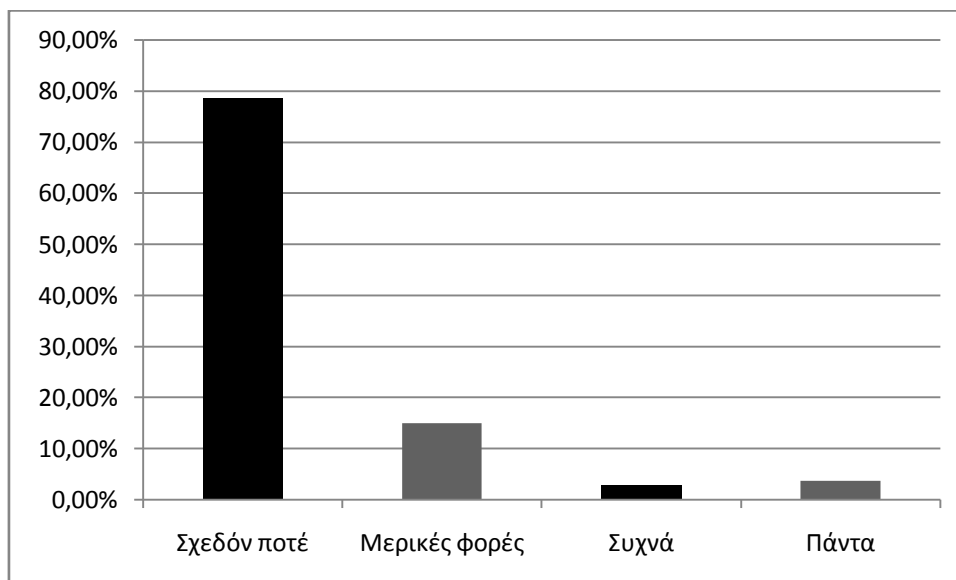
Στην ερώτηση: **Θα προτιμούσα να έχανα το πορτοφόλι ή την τσάντα μου, παρά το κινητό μου τηλέφωνο**, με μεγαλύτερο ποσοστό 84,1% ήταν η απάντηση Σχεδόν Ποτέ , ενώ με 0,9% ήταν η επιλογή Πάντα.



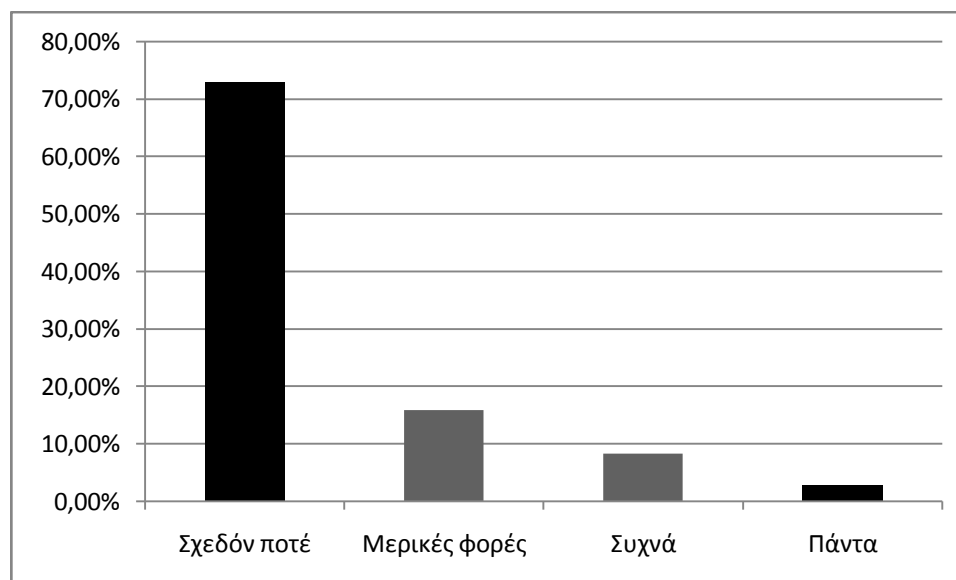
Στην ερώτηση: **Φορτίζω καθημερινά το κινητό μου τηλέφωνο**, μικρή απόκλιση παρουσιάζουν οι απαντήσεις Συχνά και Πάντα με 25,2% και 23,4% αντίστοιχα ενώ το 36,4% κατείχε η επιλογή Σχεδόν Ποτέ.



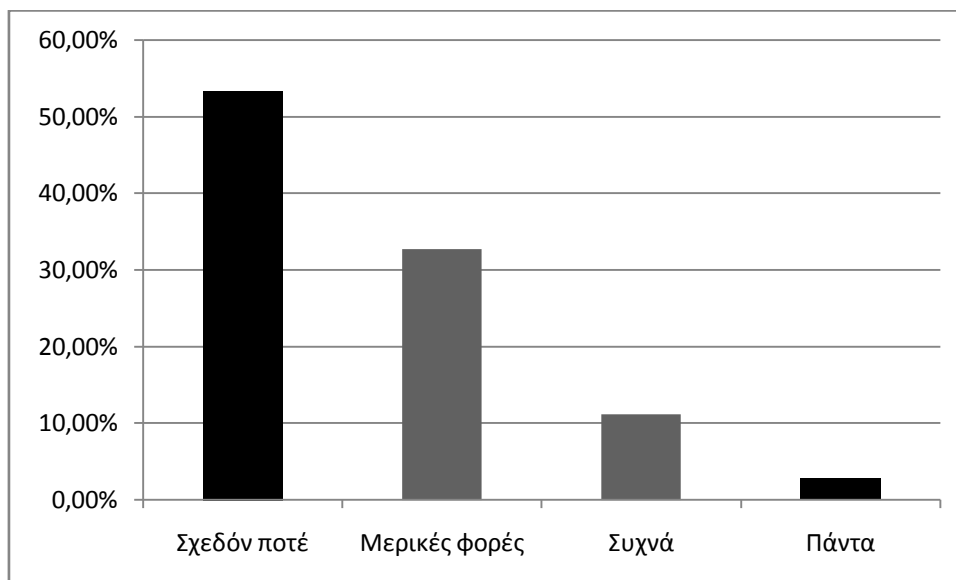
Στην ερώτηση: **Δεν θέλω να πηγαίνω σε μέρη όπου δεν έχει σήμα το κινητό μου τηλέφωνο**, η πλειοψηφία με ποσοστό 78,5% απάντησε Σχεδόν Ποτέ και τα χαμηλότερα ποσοστά καταλάμβαναν οι απαντήσεις Πάντα με 3,7% και Συχνά με 2,8%.



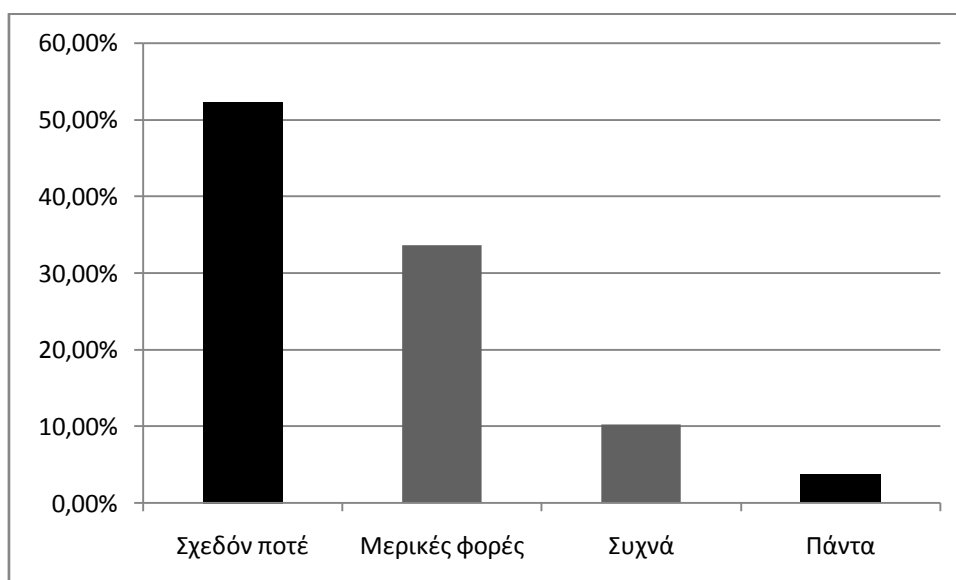
Στην ερώτηση: **Όταν ταξιδεύω με μέσο μαζικής μεταφοράς συνηθίζω να κρατώ στο χέρι το κινητό τηλέφωνο**, Πάντα απάντησε το 2,8% ενώ το 72,9% απάντησε Σχεδόν Ποτέ.



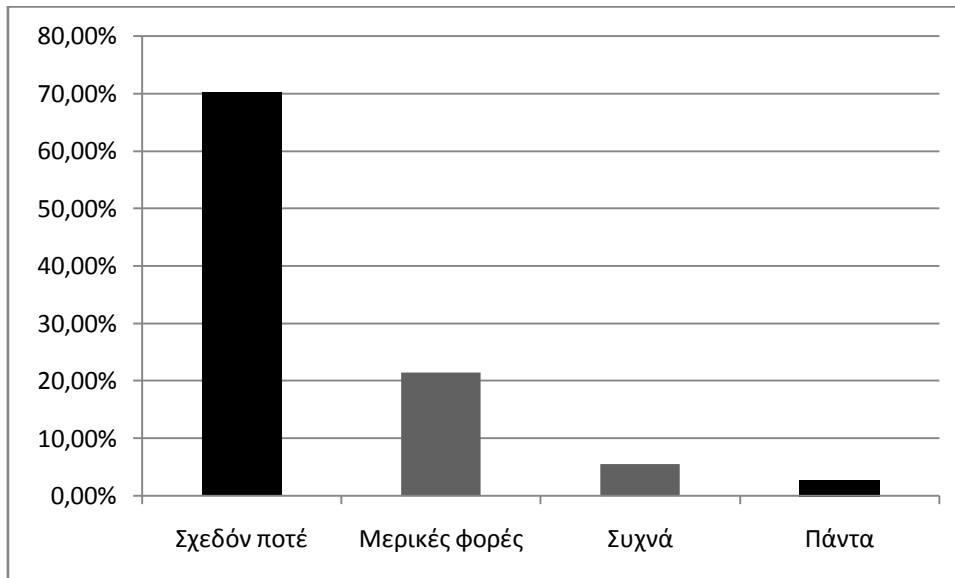
Στην ερώτηση: **Ακόμη και όταν ταξιδεύω, δέχομαι και κάνω κλήσεις στο κινητό τηλέφωνο, πάνω από τους μισούς με ποσοστό 53,3% απάντησαν Σχεδόν Ποτέ και μόλις το 2,8% επέλεξε το Πάντα.**



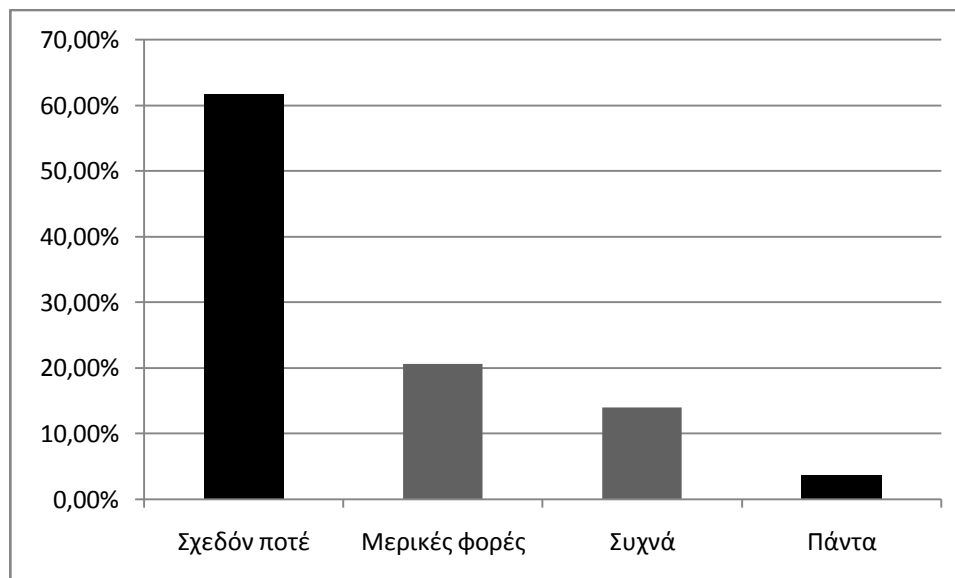
Στην ερώτηση: **Χρησιμοποιώ το κινητό τηλέφωνο όταν βρίσκομαι με παρέα ενός ή δύο ατόμων, το μεγαλύτερο ποσοστό με 52,3% επέλεξε το Σχεδόν Ποτέ ενώ την επιλογή Πάντα διάλεξε το 3,7% των ερωτηθέντων.**



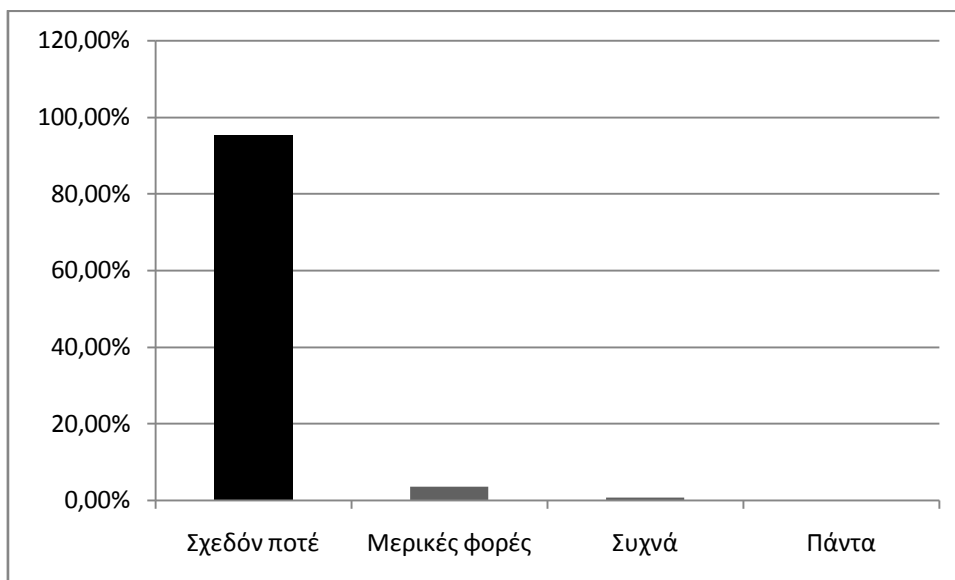
Στην ερώτηση: **Κάνω κλήσεις από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και αργά το βράδυ**, τεράστια διαφορά και με ποσοστό 70,1% παρατηρείται στην απάντηση Σχεδόν Ποτέ με την απάντηση πάντα που κατείχε το 2,8%



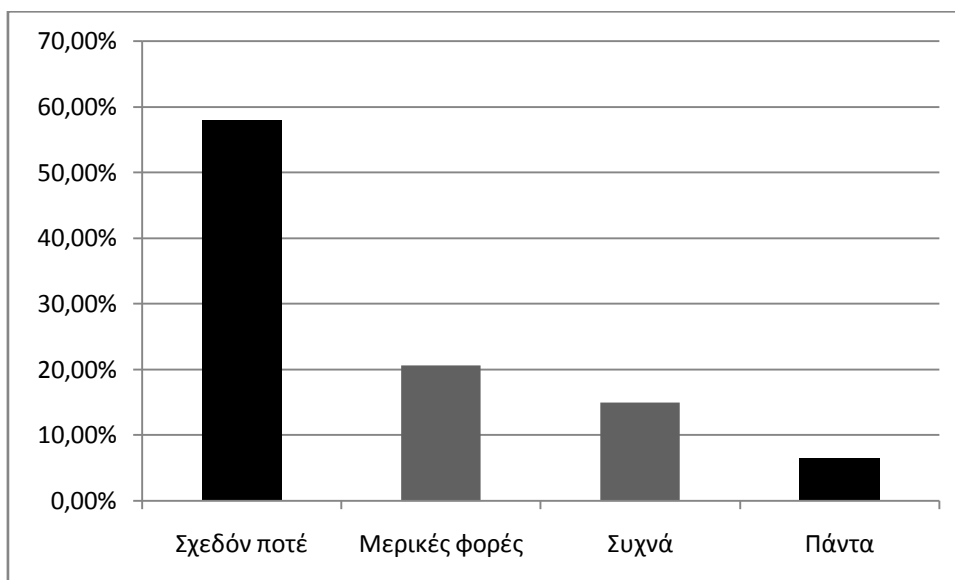
Στην ερώτηση: **Μιλώ στο κινητό τηλέφωνο για >1 ώρα την ημέρα**, το 61,7% επέλεξε το Σχεδόν Ποτέ ενώ το Πάντα επέλεξε το 3,7%



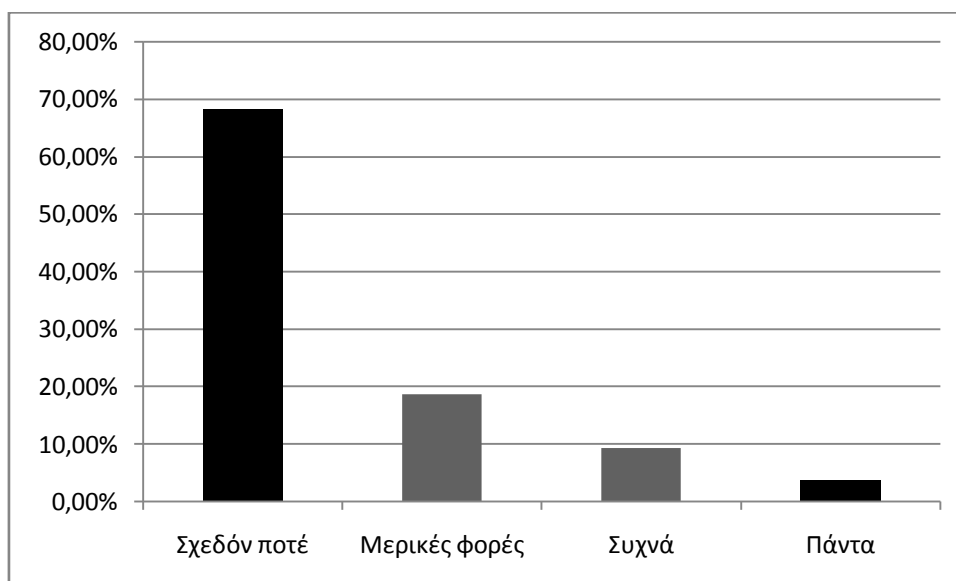
Στην ερώτηση: **Το βρίσκω δύσκολο να κάνω παρέα με ανθρώπους που δεν έχουν κινητό τηλέφωνο**, στη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων και με ποσοστό 95,3% έχουμε το Σχεδόν Ποτέ ενώ κανένας το Πάντα



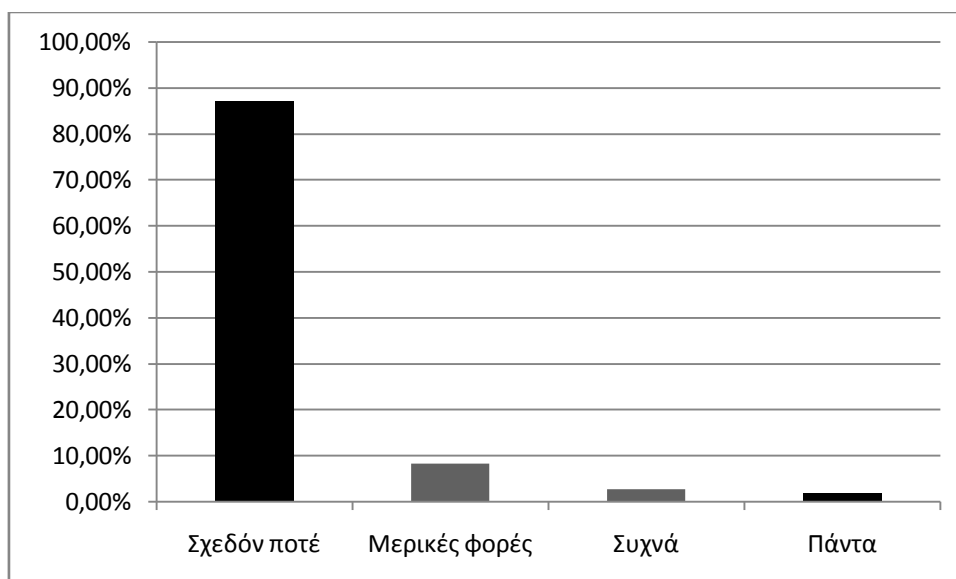
Στην ερώτηση: **Αυθόρμητα ελέγχο το κινητό τηλέφωνο για SMS ή τον τηλεφωνητή για μηνύματα, ακόμη κι αν δεν έχω δεχθεί κλήση**, το 57,9% επέλεξε το Σχεδόν Ποτέ ως απάντηση και το 6,5% το Πάντα.



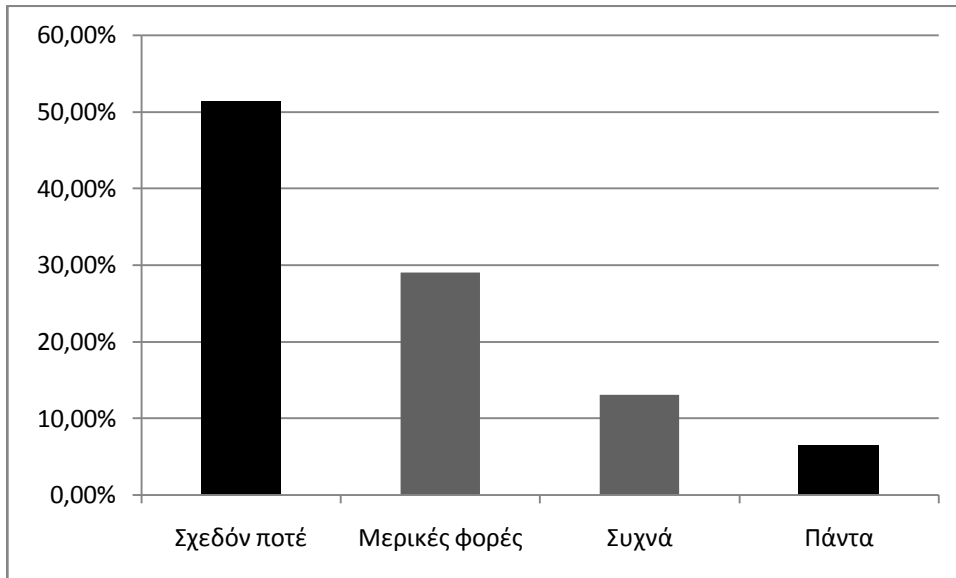
Στην ερώτηση: **Στέλνω SMS από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και όταν είμαι στην τάξη ή στην εργασία μου**, το μικρότερο ποσοστό με 3,7% είχε την επιλογή Πάντα καθώς το 68,2% επέλεξε το Σχεδόν Ποτέ.



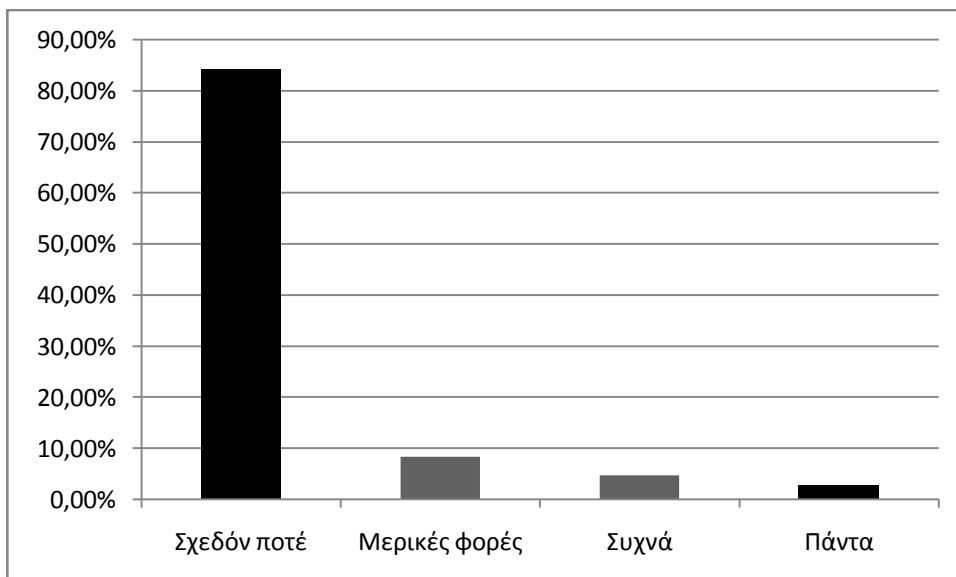
Στην ερώτηση: **Στέλνω 10 ή περισσότερα SMS την ημέρα**, το 86,9% απάντησε Σχεδόν Ποτέ ενώ με μικρή διαφορά και τα μικρότερα ποσοστά έχουν οι απαντήσεις Συχνά με 2,8% και Πάντα 1,9%



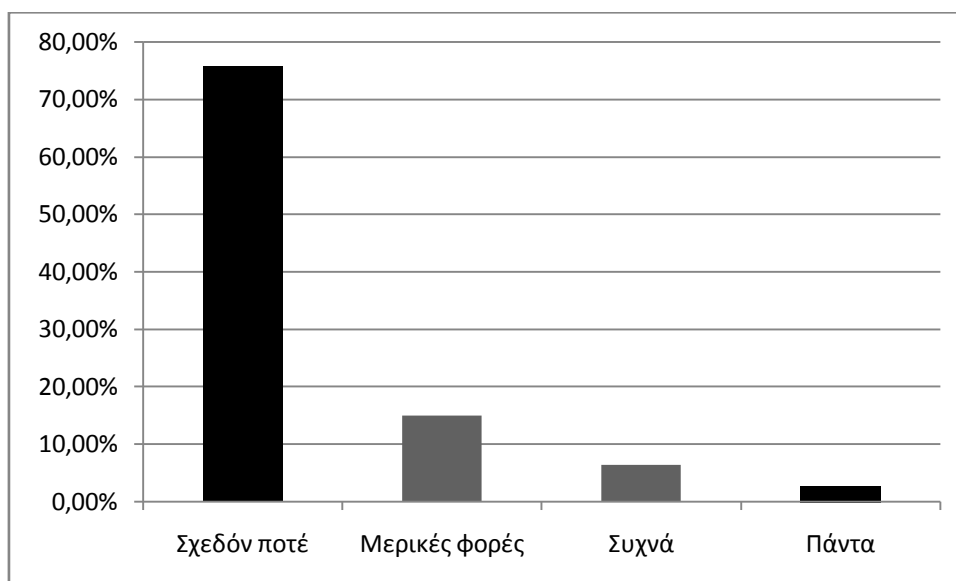
Στην ερώτηση: **Χαίρομαι όταν δέχομαι SMS**, Σχεδόν Ποτέ απάντησε το 51,4% και Πάντα το 6,5%



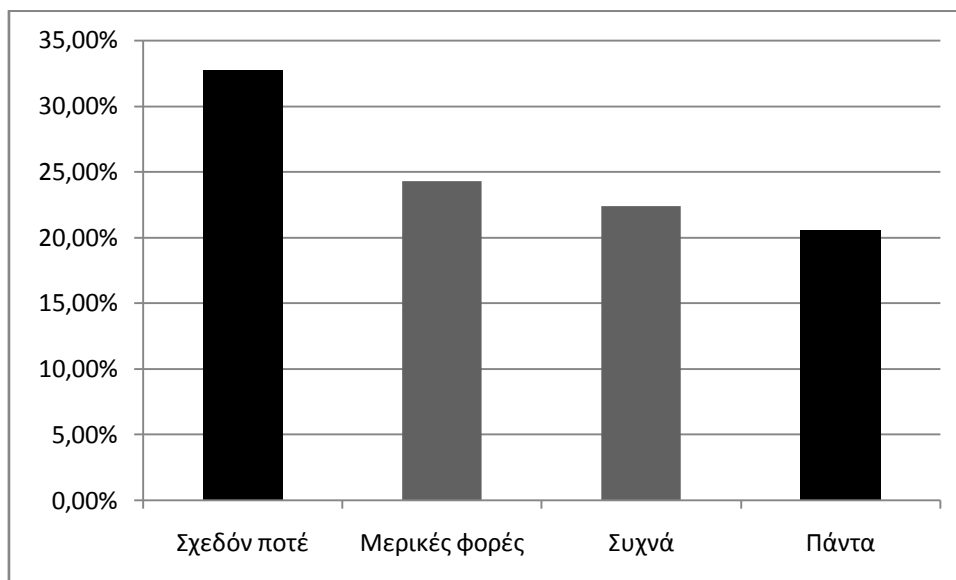
Στην ερώτηση: **Στέλνω SMS με μικρό περιεχόμενο και χωρίς κάποιο σκοπό**, με τεράστια διαφορά και με ποσοστό 84,1% απάντησε Σχεδόν Ποτέ ενώ το μικρότερο ποσοστό κατείχε η επιλογή Πάντα με 2,8%.



Στην ερώτηση: **Χρησιμοποιώ πολλά εικονογράμματα (π.χ. smileys) στα SMS**, το 75,7% απάντησε Σχεδόν Ποτέ και το ελάχιστο ποσοστό 2,8% επέλεξε το Πάντα.

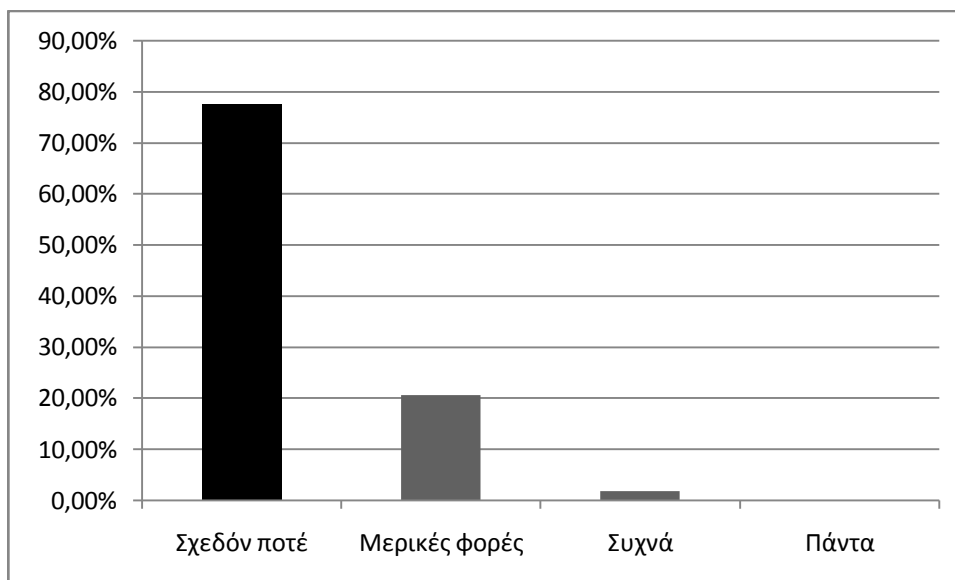


Στην ερώτηση: **Πάντα απαντώ στα SMS που δέχομαι**, μικρές αποκλείσεις παρουσιάστηκαν στις απαντήσεις Μερικές φορές, Συχνά, Πάντα με ποσοστά 24,3%, 22,4% και 20,6% αντίστοιχα, ενώ την απάντηση σχεδόν Ποτέ επέλεξε το 32,7%.

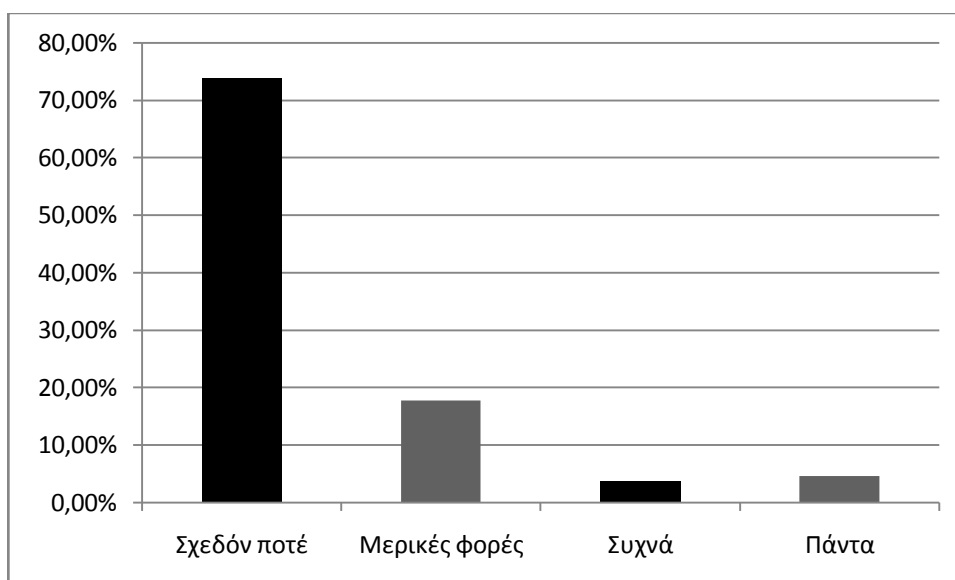




Στην ερώτηση: **Στέλνω πολλά SMS με μεγάλο περιεχόμενο**. Στην συγκεκριμένη ερώτησης κανένας δεν επέλεξε την απάντηση Πάντα ενώ η πλειοψηφία με ποσοστό 77,6% επέλεξε το σχεδόν ποτέ.



Στην ερώτηση: **Εκφράζω καλύτερα τα συναισθήματά μου μέσω των SMS, απ' ότι με την τηλεφωνική κλήση**, το 73,8%, επέλεξε την απάντηση Σχεδόν Ποτέ ενώ Συχνά απάντησε το 3,7%.



Σχετικά με τα επίπεδα κλιμάκων Ενσυναίσθησης &Εξάρτησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το φύλο τους, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν καμία διαφοροποίηση, ενώ το 100% του δείγματος είχε υψηλή ενσυναίσθηση με βαθμολογία στην κλίμακα Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) >15 και μέση βαθμολογία 33,9 με μια μέση τιμή απόκλισης στο 5,7. Συγκεκριμένα για τους άνδρες η βαθμολογία κυμαίνεται από 27,2-40, ενώ για τις γυναίκες 27,4 έως 39,4. Όσον αφορά το Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ) μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 4,7% είχε βαθμολογία υψηλότερη του 45 και συγκεκριμένα, στο σύνολο του δείγματος η βαθμολογία των απαντήσεων να κυμαινόταν από 16,8 μέχρι 29 .

Όσον αφορά τα Επίπεδα κλιμάκων Ενσυναίσθησης &Εξάρτησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, στα αποτελέσματα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία των ερωτηθέντων. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p$ -value = 0,012), όπου οι άγαμοι είχαν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης στο κινητό με μέση βαθμολογία στην σχετική κλίμακα 27,9, σε σχέση με τους έγγαμους όπου η μέση βαθμολογία ήταν 19,7. Επίσης υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ) κατέγραψαν όσοι δεν είχαν παιδιά από εκείνους που είχαν με μέση βαθμολογία 26,8 με 20,3 αντίστοιχα ( $p$ -value = 0,011).

Σχετικά με την απασχόληση επίσης παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά και στα επίπεδα ενσυναίσθησης ( $p$ -value = 0,002) αλλά και στα επίπεδα εξάρτησης ( $p$ -value = 0,032), όπου οι βοηθοί νοσηλεύτη/τριας φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης με βαθμολογία στην κλίμακα του Toronto Empathy Questionnaire 36,5 σε σχέση με τους/τις νοσηλευτές/τριες όπου κατέγραψαν 32,6. Στην αντίστοιχη κλίμακα

της εξάρτησης (MPDQ) τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές/τριες είχαν υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης με μέση βαθμολογία 24,5 ενώ αντίστοιχα οι βοηθοί νοσηλευτή/τριας κατέγραψαν 18,9. Όσο αφορά τα χρόνια εργασίας δεν παρατηρήθηκε διαφορά στα επίπεδα της ενσυναίσθησης σε αντίθεση με τα επίπεδα εξάρτησης στα κινητά όπου καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p$ -value = 0,034) με την μικρότερη βαθμολογία να παρατηρείται στα 16-25 χρόνια εργασίας με 15,6 ενώ την υψηλότερη στα 6-10 με 25,9 (βλ. Πίνακα 5).

Σημαντική συσχέτιση στην εξάρτηση και ενσυναίσθηση εμφανίζεται μονάχα μεταξύ της εξάρτησης και της υποκλίμακας ενσυναίσθησης Αλτρουισμού, όπου υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αλτρουισμού ( $r=-0,201$ ,  $p=0,038$ ). Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των επιπέδων της Κλίμακας Ενσυναίσθησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη έδειξε πως η ενσυναίσθηση των ερωτηθέντων δεν φαίνεται να καθορίζεται από την Εξάρτηση από τα κινητά ( $b=0.062$ ,  $p>0.05$ ). Ωστόσο η ενσυναίσθηση φαίνεται να καθορίζεται σημαντικά από την αύξηση της ηλικίας τους ( $b=0.270$ ,  $p=0.046$ ) (βλ. Πίνακες 6, 7).

## Συζήτηση

### Εξάρτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο προσδιορισμός του βαθμού ενσυναίσθησης και του βαθμού εθισμού από τα κινητά τηλέφωνα στο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς επίσης και η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ τους.

Όσον αφορά το βαθμό εξάρτησης από τα κινητά τηλέφωνα τα αποτελέσματα έδειξαν πως η μέση τιμή της εξάρτησης του συνόλου των ερωτηθέντων θα μπορούσε να χαρακτηριστεί χαμηλή, αποτέλεσμα που διαφοροποιείται από τα ευρήματα άλλων μελετών όπου η εξάρτηση καταγράφεται σε υψηλότερα επίπεδα. Ειδικότερα σε μελέτη των Μπελλάλη και συν. (2009), σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας φοιτητών Νοσηλευτικής, παρατηρήθηκε υψηλότερη μέση τιμή εξάρτησης των φοιτητών.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε μελέτη των Ταχτσίδου και συν., (2012), με υψηλή βαθμολογία σε αντίστοιχη κλίμακα που μετρούσε την επίδραση της εξάρτησης από την κινητή τηλεφωνία και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές στον τρόπο ζωής και στα πρότυπα υγείας των φοιτητών Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Επιπρόσθετα στη μελέτη των Jeong&Lee (2015) που διεξήχθη στην Κορέα σε δείγμα 598 φοιτητών νοσηλευτικής τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ένας σημαντικός αριθμός φοιτητών παρουσίαζε υψηλά επίπεδα εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία.

Όσον αφορά την διερεύνηση πιθανών συσχετισμών μεταξύ της εξάρτησης και των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες. Παρατηρείται όμως, διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 20- 30 και 31- 40 όπου

καταγράφεται αντιστρόφως ανάλογη διαφορά στη συσχέτιση, αναλυτικότερα όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μειώνονται τα επίπεδα εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία.

Παρόμοια σε άλλη μελέτη του Choliz (2012), που διερεύνησε την εξάρτηση του κινητού τηλεφώνου στην εφηβεία, το νεαρό της ηλικίας καταγράφεται ως ο σημαντικότερος παράγοντας εξάρτησης στην κινητή τηλεφωνία. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή φαίνεται πως το κινητό τηλέφωνο έχει κάποια γνωρίσματα και χαρακτηριστικά που τα κάνουν ιδιαίτερα ελκυστικά στους νεαρούς χρήστες. Ενώ θεωρείται ότι προσδίδει ταυτότητα και κύρος στις σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, κάτι που συναντάμε συχνά ως αιτία εξάρτησης στις συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες.

Επιπρόσθετα σε ότι αφορά την σχέση ηλικίας και εξάρτησης στη κινητή τηλεφωνία, η μη καταγραφή σημαντικής στατιστικής διαφοράς στην παρούσα έρευνα, έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Μπελλάλη και συν (2009), όπου προέκυψε πως για κάθε χρόνο αύξησης της ηλικίας, ο βαθμός εξάρτησης μειώνεται και καταγράφηκε σημαντική στατιστική διαφορά.

Όσον αφορά την διερεύνηση πιθανής συσχέτισης μεταξύ της εξάρτησης και του φύλου, στην παρούσα μελέτη δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν σχετικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα όπου δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών σε σχέση με την εξάρτηση στα κινητά τηλέφωνα (Μπελλάλη και συν 2009, Ταχτσίδου και συν 2012).

Αντίθετα, σημαντικό ερευνητικό εύρημα στην παρούσα μελέτη, αποτελεί η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης της εξάρτησης με την οικογενειακή

κατάσταση. Όπου οι άγαμοι και οι διαξευγμένοι βρέθηκε να παρουσιάζουν υψηλότερη εξάρτηση σε σχέση με του έγγαμους, μια πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι οι άγαμοι (χωρίς οικογένεια) έχουν λιγότερες υποχρεώσεις, εντονότερη κοινωνική ζωή, περισσότερο ελεύθερο χρόνο καθώς και μεγαλύτερο δίκτυο φίλων . Η χρήση της κινητής τηλεφωνίας και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης είναι πιο εύκολα προσβάσιμη σε αυτούς. Χαμηλότερη εξάρτηση όπως φαίνεται και στα αποτελέσματα μας, παρουσιάζουν οι έγγαμοι με μοναδική εξήγηση το γεγονός ότι οι μεγάλες, ανειλημμένες, συνεχόμενες και υψηλές σε υποχρεώσεις φροντίδες της οικογένειας τους στερούν το δικαίωμα της πρόσβασης στη κινητή τηλεφωνία και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ακόμα και αν είχαν διαφορετική επιθυμία επαφής τους με αυτά.

Τέλος, σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει η απασχόληση καθώς και τα χρόνια εργασίας των νοσηλευτών. Αναλυτικότερα, οι βοηθοί νοσηλευτών φαίνεται να έχουν μικρότερο ποσοστό εξάρτησης από το κινητό, γεγονός που πηγάζει από την ύπαρξη καθηκοντολογίου που τηρείται στα περισσότερα Νοσοκομεία ανα την Ελλάδα. Οι βοηθοί νοσηλευτών φαίνεται να έχουν περισσότερο φόρτο εργασίας σε σχέση με τους νοσηλευτές και δεν έχουν τον ανάλογο χρόνο να ασχοληθούν με το κινητό τους και κατ' επέκταση τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Όσον αφορά τα χρόνια εργασίας που σχετίζονται και με την ηλικιακή βαθμίδα, παρατηρούμε από τα αποτελέσματα μας ότι με την αύξηση της προϋπηρεσίας μειώνεται η εξάρτηση στο κινητό γεγονός που αποδίδεται στην μη ύπαρξη ενδιαφέροντος λόγω της ηλικίας τους.

Αποτελέσματα τα οποία δεν μπορούν να συγκριθούν και να αξιολογηθούν με άλλα, καθώς δεν υπάρχουν ανάλογες μελέτες στο παρελθόν. Μια πιθανή ερμηνεία θα

μπορούσε να ήταν πέραν της μη ύπαρξης ενδιαφέροντος λόγω της ηλικίας οι διαφορετικές προτεραιότητες που δίνουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς μετά από πολλά χρόνια προϋπηρεσίας σε έναν πολύ απαιτητικό κλάδο που καταβάλλει και ψυχικά και σωματικά τον εργαζόμενο η εξόρμηση στην φύση ή οι επαφές και οι συζητήσεις με άτομα με κοινά ενδιαφέροντα να έρχονται πρώτα από το κινητό τηλέφωνο. Επίσης, μια αιτιολογία θα μπορούσε να είναι πως τα άτομα με πολλά χρόνια εργασίας το οποίο συνεπάγει και την μεγαλύτερη ηλικία έχοντας ζήσει καταστάσεις και συγκυρίες σε έναν χώρο δύσκολο και με πολύ πόνο να θεωρούν ως τελευταία ανάγκη το κινητό τηλέφωνο, γεγονός που προκύπτει βλέποντας πολλούς μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους να μην ξέρουν ούτε τις βασικές λειτουργίες ενός κινητού τηλεφώνου.

### **Ενσυναίσθηση**

Για την ενσυναίσθηση, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν πως η μέση βαθμολογία στην κλίμακα TEQ (Toronto Empathy Questionnaire) στο σύνολο ήταν υψηλότερη από τη βάση (>15), ωστόσο συγκριτικά με άλλες μελέτες είναι χαμηλότερη. Όσον αφορά τα δύο φύλα ενώ σε άλλες μελέτες (Kuo et al, Ward et al, McKenna et al) καταγράφηκε σημαντική στατιστική διαφορά, στην παρούσα μελέτη δεν υπήρξε. Ειδικότερα, σε μελέτη καταγραφής της ενσυναίσθησης σε νοσηλεύτριες στην Ταϊβάν (Kuo et al.,2012), όπου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Jefferson, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι νοσηλευτές σημείωσαν υψηλή μέση βαθμολογία, ενώ σε σχέση με το φύλο, οι άνδρες κατέγραψαν υψηλότερη μέση βαθμολογία σε αντίθεση με τις γυναίκες.

Σε ανάλογη μελέτη των Ward et al (2012) σχετικά με την απόρριψη της ενσυναίσθησης από τους φοιτητές Νοσηλευτικής, όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο

ερευνητικό εργαλείο με την προηγούμενη μελέτη τα ευρήματα έδειξαν ακόμη υψηλότερη μέση βαθμολογία ενσυναίσθησης αλλά με τις γυναίκες να παρουσιάζουν ελαφρά υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες.

Ανάλογα υψηλή μέση βαθμολογία ενσυναίσθησης κατέγραψαν και τα αποτελέσματα μελέτης (McKenna et al., 2012), σε προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής που πραγματοποιήθηκε Monash University της Αυστραλίας σε δείγμα 458 φοιτητών νοσηλευτικής .

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, στην παρούσα μελέτη, αν και δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά, παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης στους έγγαμους και διαζευγμένους σε σχέση με τους άγαμους. Τα ευρήματα αυτά, συμφωνούν με την μελέτη των Kuoetal, (2012), όπου οι έγγαμοι και/ή διαζευγμένοι είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στην κλίμακα Jefferson σε αντίθεση με τους άγαμους. Μία πιθανή εξήγηση που αναφέρουν οι μελετητές είναι ότι η εμπειρία στην ανατροφή των παιδιών και η διδασκαλία τους ώστε να γίνουν ανεξάρτητα και να αναλάβουν κοινωνικές και οικογενειακές ευθύνες εμπριέχει δεξιότητες όπως το να ακούς και να επικοινωνείς σύμφωνα με τις ανάγκες του παιδιού. Ως αποτέλεσμα οι γονείς αναπτύσσουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης.

Επιπρόσθετα στην ίδια μελέτη, όσοι είχαν παιδιά είχαν υψηλότερη βαθμολογία ενσυναίσθησης σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας και των επιπέδων ενσυναίσθησης με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης σε σχέση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας. Μια πιθανή



ερμηνεία στη διαμόρφωση του αποτελέσματος θα μπορούσε να είναι οι εμπειρίες, τα βιώματα και η σοφία που αποκτάει κανείς με την πάροδο της ηλικίας.

Άλλος σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την ενσυναίσθηση είναι η απασχόληση των νοσηλευτών, όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης μας φαίνεται πως οι βοηθοί νοσηλευτών παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους νοσηλευτές με σημαντικά στατιστική διαφορά να προκύπτει ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες. Το αποτέλεσμα αυτό ίσως να ερμηνεύεται με την ύπαρξη καθηκοντολογίου μεταξύ βοηθών νοσηλευτών και νοσηλευτών όπου βάση αυτού οι βοηθοί νοσηλευτές έρχονται σε μεγαλύτερη καθημερινή επαφή με τους ασθενείς έχοντας αναλάβει την υγιεινή και την εν γένει φροντίδα τους, ενώ οι νοσηλευτές έχουν κυρίως επικεντρωθεί στα διοικητικά καθήκοντα και στη νοσηλεία με ιδιαίτερα υψηλό φόρτο εργασίας λόγω υποστελέχωσης.

Σύμφωνα με την Sorenson (2016), η συναισθηματική εξάντληση των νοσηλευτών είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο που επιδρά πάνω στη σχέση που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές με τον ασθενή και επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας. Ως αποτέλεσμα αφιερώνουν λιγότερο χρόνο με τους ασθενείς με κύριο μέλημα τους κυρίως την διεκπεραίωση της νοσηλείας των ασθενών γεγονός που οδηγεί σε μείωση της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς που σε συνδυασμό και με την συναισθηματική εξάντληση που βιώνουν εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης όπως καταγράφηκαν στην παρούσα μελέτη.

## **Συσχέτιση Ενσυναίσθησης και Εξάρτησης στους συμμετέχοντες**

Στην παρούσα μελέτη θέλαμε να παρακολουθήσουμε εκτός των άλλων και την πιθανή συσχέτιση μεταξύ Ενσυναίσθησης και Εξάρτησης, εύρημα που εμφανίζεται μονάχα μεταξύ της εξάρτησης και της υποκλίμακας ενσυναίσθησης-αλτρουισμού όπου υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αλτρουισμού. Μια ευρεία έννοια του αλτρουισμού είναι η πράξη που κάνει κάποιος για το καλό κάποιου άλλου ατόμου/συνανθρώπου, στην έρευνα μας λοιπόν προκύπτει πως όταν κάποιος έχει υψηλά επίπεδα εξάρτησης σύμφωνα με το MPDQ, είναι και λιγότερο αλτρουιστής.

Πιθανή αιτιολογία θα μπορούσε να ήταν η απομάκρυνση του ατόμου, που ασχολείται συνεχώς με τα μέσα τεχνολογίας, από τους συναθρώπους του ζώντας σε έναν κόσμο «πλασματικό», γεγονός το οποίο έρχεται αντιμέτωπο με την συναισθηματική ανάγκη που έχει κάποιος και που κάποιος άλλος δεν μπορεί να την προσφέρει. Άλλη πιθανή ερμηνεία θα μπορούσε να είναι ότι τα άτομα με εξαρτήσεις από την τεχνολογία, δεν έχουν διαθέσιμο ελεύθερο χρόνο λόγω της εξάρτησης, απομονώνονται και οι κοινωνικές δεξιότητες τους περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα να εμφανίζουν αδυναμία αλληλεπίδρασης με τους συναθρώπους τους και κατ' επέκταση χαμηλή αλτρουιστική διάθεση.

## ***Συμπεράσματα – Προτάσεις***

Στην παρούσα μελέτη, ο βαθμός εξάρτησης από τα κινητά τηλέφωνα στο νοσηλευτικό προσωπικό καταγράφηκε ως χαμηλός, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα εξάρτησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αλτρουισμού.

Η ταχύτατη αύξηση των φορητών τεχνολογικών μέσων (κινητά τηλέφωνα, φορητοί υπολογιστές) γεννά έντονη ανησυχία σχετικά με τον ρόλο που διαδραματίζουν στη ζωή μας. Η «εξάρτηση από τα κινητά» ανήκει στην κατηγορία των «εξαρτήσεων συμπεριφοράς», όπως γενικά αποκαλείται ο εθισμός σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που ενεργοποιούν συναισθήματα όπως η χαρά. Η εξάρτηση από τη χρήση των κινητών τηλεφώνων έχει διαπιστωθεί και τεκμηριωθεί επιστημονικά, ότι σχετίζεται με συνέπειες όπως η μείωση στο ελάχιστο των διαπροσωπικών σχέσεων, γεγονός που στην περίπτωση του νοσηλευτικού προσωπικού πιθανόν να ερμηνεύει το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης που σχετίζει την εξάρτηση με την καταγραφή χαμηλότερων επιπέδων αλτρουισμού και κατ' επέκταση περιορισμό του ωφέλιμου χρόνου στη θεραπευτική επικοινωνιακή αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή στον κλινικό χώρο. Παράλληλα, η εξάρτηση από κινητά αν και καταγράφεται σε μικρό σχετικά βαθμό δεν παύει όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία να προκαλεί αλλοίωση της αντίληψης του νοήματος και της χρήσης του χρόνου στην προσωπική και κοινωνική ζωή.

Επιπρόσθετα, το κινητό τηλέφωνο μας επιτρέπει να διευρύνουμε συνεχώς τον αριθμό των συνομιλητών μας και το χρόνο που μιλάμε με αυτούς, αλλά μας εφοδιάζει με την δυνατότητα της αποστασιοποίησης από την πραγματική σχέση και συναισθήματα υψώνοντας μια ασπίδα απομόνωσης. Στις διαπροσωπικές επαφές διαβάζουμε συνεχώς συναισθήματα και κοινωνικά σημάδια και τα χρησιμοποιούμε

για να ετοιμάσουμε την απόκριση μας. Η διαδικασία αυτή παρεμποδίζει τη σύγχυση και τις πιθανές παρερμηνείες. Στα sms, αλλά και στα τηλεφωνήματα δεν υπάρχει τέτοια διαδραστικότητα και συνεπώς δε είναι δυνατή η ανίχνευση του τρόπου με τον οποίο δέχεται ο συνομιλητής αυτό που λέμε. Νοιώθουμε ότι είμαστε δίπλα στον άλλο χωρίς καν να είμαστε κοντά του.

Χρησιμοποιούμε μόνο το λόγο για να μεταδώσουμε το μήνυμά μας και χάνουμε ότι προσφέρει το βλέμμα, το άγγιγμα, το χαμόγελο και ίσως η διαφορετική και ελλιπής επικοινωνιακή αυτή προσέγγιση στους νοσηλευτές θα μπορούσε να μεταφέρει αυτή την έλλειψη της αμεσότητας στην επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις, σε έλλειψη κατανόησης του ασθενή και σε αδυναμία από τη μεριά των νοσηλευτών να ερμηνεύσουν τη γλώσσα του σώματος, τις σιωπές, τις εκφράσεις που συνοδεύουν τον προφορικό λόγο και συνθέτουν ένα σύνολο που βοηθάει στην προσέγγιση και αποκωδικοποίηση του μηνύματος του ασθενή, ώστε ο ασθενής να έχει την πλήρη και ολιστική κάλυψη των αναγκών του.

Είναι σημαντικό συνεπώς, το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι ενημερωμένο για τις επιπτώσεις της εξάρτησης από τα κινητά και να είναι σε θέση να εκτιμήσει πως αυτές οι επιπτώσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Για το λόγο αυτό απαιτούνται περισσότερες έρευνες, για τη διερεύνηση του φαινομένου στο νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας, και έρευνες σχετικές με τη διερεύνηση των επιπτώσεων της εξάρτησης από το κινητό τηλέφωνο σε καθορισμένες παραμέτρους της νοσηλευτικής φροντίδας. Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρξουν σχετικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις για την περαιτέρω ευαισθητοποίηση και ενημέρωση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Στην παρούσα μελέτη, η ενσυναίσθηση του νοσηλευτικού προσωπικού δεν φαίνεται να καθορίζεται από την εξάρτηση από τα κινητά, απαιτείται όμως περισσότερη διερεύνηση και επιστημονική τεκμηρίωση για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σε μεγαλύτερο δείγμα μελέτης. Βέβαια, η ενσυναίσθηση, στην παρούσα μελέτη, φαίνεται να καθορίζεται σημαντικά από την αύξηση της ηλικίας τους ή και από την απασχόληση τους καθώς οι νοσηλευτές/τριες, φάνηκε από τα αποτελέσματα μας να έχουν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους βοηθούς.

Η ενσυναίσθηση όταν ενσωματώνεται στη νοσηλευτική φροντίδα έχει πολλαπλά οφέλη για τον ασθενή, Η επικοινωνία στη Νοσηλευτική όταν βασίζεται στην ενσυναίσθηση έχει ως αποτέλεσμα, τη μείωση του άγχους και του φόβου των ασθενών, την αύξηση της εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτή, τη βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, τη βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων, την αύξηση της ικανοποίηση των ασθενών και την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών.

Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια δεξιότητα η οποία δεν είναι έμφυτη αλλά μπορεί να αποκτηθεί μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα. Για να υπάρξει αύξηση της ενσυναίσθησης του προσωπικού οι νοσηλευτές θα πρέπει να εκπαιδευτούν στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τεχνικών ενσυναίσθησης, με τη χρήση βιωματικών μεθόδων (μελέτη περιπτώσεων, παιχνίδια ρόλων, προσομοιώσεις).

Η ανάπτυξη των τεχνικών αυτών θα έχει άμεσα αποτελέσματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τους νοσηλευτές/τριες στη δημιουργία θεραπευτικών σχέσεων με τους ασθενείς, στη βελτίωση της ποιότητας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και στην πρόληψη εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, που

αποτελεί ένα από τους παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση των επιπέδων ενσυναίσθησης. Παράλληλα, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης που κυριαρχεί στον νοσηλευτικό κλάδο και που αναφέρεται σε πολλές μελέτες ως παράγοντας μείωσης της ενσυναίσθησης. Η έλλειψη στελέχωση, σε συνδυασμό με τον υψηλό φόρτο εργασίας, την έλλειψη αξιοκρατίας και την έλλειψη κινήτρων, τα ασαφή καθήκοντα κοκ έχουν αυξήσει τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στο νοσηλευτικό προσωπικό της χώρας.

Η χαμηλή ενσυναίσθηση που καταγράφεται στην παρούσα μελέτη στις μεγαλύτερες ηλικίες μπορεί να αποτελεί αποτέλεσμα επαγγελματικής εξουθένωσης που χρήζει άμεσων παρεμβάσεων στο χώρο της υγείας και σχετίζεται με την διοικητική λειτουργία και την ανάγκη αναδιάρθρωσής της αλλά και σε γενικότερο πλαίσιο με τις πολιτικές υγείας (μείωση δαπανών για την υγεία, μείωση μισθών, υποστελέχωση, έλλειψη αξιολόγησης).

Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη η χαμηλή ενσυναίσθηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε σχέση με τους βοηθούς νοσηλευτών, μπορεί να αντιμετωπιστεί με την αναδιάρθρωση της νοσηλευτικής φροντίδας, με τη μείωση διοικητικών δραστηριοτήτων και την αύξηση του χρόνου που δαπανείται δίπλα στον ασθενή. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί, με τη λήψη διοικητικών μέτρων, με την αλλαγή του τρόπου λήψης του νοσηλευτικού προσωπικού και των διαστάσεων που περιλαμβάνει, με τη προγραμματισμένη επίσκεψη του νοσηλευτικού προσωπικού στους θαλάμους και στην ανάπτυξη επικοινωνίας με τους ασθενείς κοκ.

Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρξει συνεχής επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας με τον ασθενή, σε προγράμματα ευαισθητοποίησης για τη σημασία της ενσυναίσθησης αλλά και στην εκπαίδευση

στην ενσυναίσθηση μέσα από δραστηριότητες που θα φέρουν κοντά το νοσηλευτικό προσωπικό και τους ασθενείς σε ένα ανοικτό και ουσιαστικό διάλογο σχετικά με τις ανάγκες τους και την ολιστική κάλυψή τους μέσα από μία θεραπευτική σχέση αλληλεπίδρασης με επίκεντρο τον ίδιο τον ασθενή.

## Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Aggarwal K. (2013). Twenty-six Percent Doctors Suffer from Severe Mobile Phone-induced Anxiety: Excessive use of Mobile Phone can be Injurious to your Health. *Indian Journal of Clinical Practice*. 24 (1).
- American Psychiatric Association 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bohart A. & Greenberg L. (1997) Empathy and psychotherapy: an introductory overview. *New directions in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Bohart A., Watson, & Greenberg L. (2011). Empathy. *American Psychological Association*. 48: 43-49.
- Boulos M. et al. (2011). How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. Available at <http://www.biomedical-engineering-online.com/content/10/1/24>.
- Cho S. & Lee E. (2016). Distraction by Smartphone use during clinical practice and opinions about Smartphone restriction policies: A cross-sectional descriptive study of nursing students. *Nurse Education Today*. 40: 128–133.
- Goodman A (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction*. 85: 1403-1408.
- Choliz M. (2012). Mobile-phone addiction in adolescence: The Test of Mobile Phone Dependence (TMD). *Progress in Health Sciences*. 2(1): 33-44.



- Jeong H & Lee Y. (2015). Smartphone Addiction and Empathy among Nursing Students. *Advanced Science and Technology Letters*. 88: 224-228.
- Jeong H. (2015). Critical thinking disposition, problem solving process, and empathy among Nursing Students. *Advanced Science and Technology Letters*. 103:44-48.
- Ιατρού Γ. (2016). Πως αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής; *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 8 (1): 20-25.
- Καταγή Γ. (2017). Η ενσυναίσθηση σε προπτυχιακούς φοιτητές λογοθεραπείας. *Μεταπτυχιακή Εργασία. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών: Διεπιστημονική Προσέγγιση Αναπτυξιακών και Επίκτητων Διαταραχών Επικοινωνίας. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, σχολή επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, τμήμα Λογοθεραπείας.*
- Klasnja P. & Pratt W. (2012). Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions. *Journal of Biomedical Informatics*. 45: 184–198.
- Kliszcz J. et al. (2006). Empathy in health care providers – validation study of the Polish version of the Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Medical Sciences*. 51.
- Kourmoussi N. et. al. (2017). The Toronto Empathy Questionnaire: Reliability and Validity in a Nation wide Sample of Greek Teachers. *Open Access Journal*. 6(2): 1-14
- Kranzler H. & Li T. (2009). WHAT IS ADDICTION? National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

- Kuo J. (2012). An exploration of empathy and correlates among Taiwanese nurses. *Japan Journal of Nursing Science*. 9: 169-176.
- LaRose R., Lin C. & Eastin M. (2003). Unregulated Internet Usage: Addiction, Habit, or Deficient Self-Regulation? *MEDIA PSYCHOLOGY*. 5: 225–253.
- Lee & Cho (2015). Effects of Self-Control and School Adjustment on Smartphone Addiction among Elementary School Students. *International Journal of Contents*. 11 (3).
- Μαλικιώση-Λοϊζου Μ. (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. *Ψυχολογία* 10 (2-3): 295-309.
- McBride D. et al. (2015). Non-Work-Related Use of Personal Mobile Phones by Hospital Registered Nurses. *JMIR mHealth and uHealth*. 3: 1-5.
- Mercer S. & Reynolds W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*
- Μπελλάλη Θ. (2012). Η εξάρτηση από την κινητή τηλεφωνία, σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών Νοσηλευτικής: μια πιλοτική μελέτη. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 11 (2): 264-280.
- Müller CP. & Schumann G. (2012). Drugs as instruments – a new framework for non-addictive psychoactive drug use. *Behavioral and Brain Sciences*.
- Reynolds W. & Scott PA. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*. 31 (1): 226-234.

- Robinson TE. & Berridge KC. (2000), ANIMAL MODELS IN CRAVING RESEARCH The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*. 95: 91–117.
- Salehan M. & Negahban A. (2013). Social networking on smartphones: When mobile phones become addictive. *Computers in Human Behavior*. 29: 2632–2639.
- Santo1 et al. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*. 4 (2).
- Σταλίκας Α. & Χαμοδράκα Μ. (2004). Θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας. Η ενσυναίσθηση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
- Stelter C. (1977). Relationship of perceived empathy to nurses' communication. 26 (6).
- Sinnott-Armstrong W. & Pickard H. (2013). What is addiction, assesmentand diagnostic criteria. 50: 851-864.
- Sorenson C. et. al. (2016). Understanding compassion fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing scholarship*. 48 (5): 456-465.
- Ταχτσίδου Σ. και συν. (2016). Η επίδραση της εξάρτησης από την κινητή τηλεφωνία και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές στον τρόπο ζωής και στα πρότυπα υγείας των φοιτητών Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*. 33 (3): 355-367.

Toda M. & Ezoe S. (2013). Multifactorial study of mobile phone dependence in medical students: Relationship to health-related lifestyle, Type A behavior, and depressive state. *Open Journal of Preventive Medicine*. 3 (1): 99-103.

Τσιάντου Δ. (2011). Ικανότητα ενσυναίσθησης των φοιτητών της οδοντιατρικής κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Διπλωματική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, τμήμα Οδοντιατρικής.

## Παραρτήματα

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των 109 νοσηλευτών/τριων στη μελέτη.

		v	%
<b>Φύλο</b>	<i>Άνδρες</i>	17	15,6
	<i>Γυναίκες</i>	92	84,4
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>20-30</i>	5	4,6
	<i>31-40</i>	43	39,4
	<i>41-50</i>	48	44,1
	<i>51-60</i>	13	11,9
	<i>μέση ηλικία ± τ.α.</i>	41,3±7,5	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Έγγαμος/η</i>	63	61,8
	<i>Άγαμος/η</i>	29	28,4
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	10	9,8
<i>παιδιά</i>	<i>ναι</i>	69	67,6
	<i>όχι</i>	33	32,4
<b>Περιοχή κατοικίας</b>	<i>Αστική</i>	96	94,1
	<i>αγροτική</i>	6	5,9
<b>Απασχόληση</b>	<i>Βοηθός νοσηλευτή/τριας</i>	34	33,7

	<i>Νοσηλεύτης/τρια</i>	67	66,3
<i>Χρόνια εργασία</i>	<i>0-5</i>	19	18,8
	<i>6-10</i>	27	26,7
	<i>11-15</i>	18	17,8
	<i>16-25</i>	19	18,8
	<i>26+</i>	18	17,9
<b>Μεταπτυχιακές σπουδές</b>	<i>ναι</i>	7	6,9
	<i>όχι</i>	94	93,1
<b>Διδακτορικές σπουδές</b>	<i>ναι</i>	0	-
	<i>όχι</i>	101	100,0
<b>Τμήμα εργασίας</b>	<i>ΜΕΘ</i>	43	39,4
	<i>Ψυχιατρική</i>	7	6,4
	<i>Παθολογική</i>	20	18,3
	<i>Γναθοχειρουργική/Ορθοπαιδική</i>	22	20,2
	<i>Καρδιολογική</i>	12	11,1
	<i>Χειρουργική</i>	2	4,6
<b>Νοσοκομείο εργασίας</b>	<i>Αγίου Νικολάου</i>	54	49,5
	<i>ΠαΓΝΗ</i>	55	50,5

**Πίνακας 2.** Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Ενσυναίσθησης Toronto Empathy Questionnaire των 109 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στην έρευνα.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1. Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	4,6%	11,9%	55,0%	22,0%	6,4%
2. Οι ατυχίες των άλλων δεν με ενοχλούν ιδιαίτερα	3,7%	27,5%	40,4%	18,3%	10,1%
3. Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι	0,0%	1,8%	12,8%	30,3%	55,0%
4. Δεν συμμερίζομαι και εγώ τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου	33,0%	39,4%	13,8%	11,0%	2,8%
5. Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	0,0%	0,0%	2,8%	34,9%	62,4%
6. Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	0,0%	2,8%	17,4%	42,2%	37,6%
7. Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση	53,2%	29,4%	9,2%	5,5%	2,8%
8. Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν	1,8%	4,6%	18,3%	46,8%	28,4%
9. Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων	2,8%	11,9%	33,0%	43,1%	9,2%
10. Δεν συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες	27,5%	28,4%	31,2%	8,3%	4,6%
11. Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει	3,7%	7,3%	27,5%	34,9%	26,6%
12. Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	50,5%	33,9%	11,0%	3,7%	0,9%
13. Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο	2,8%	4,6%	27,5%	38,5%	26,6%
14. Δεν στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	54,1%	23,9%	11,0%	4,6%	6,4%
15. Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία	65,1%	15,6%	11,9%	6,4%	0,9%
16. Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω	0,9%	0,9%	12,8%	42,2%	43,1%

<sup>†</sup>Έλεγχοι  $\chi^2$ . Διαπιστώθηκε σημαντική ( $p < 0.001$ ) διαφοροποίηση αποκρίσεων και στις 16 ερωτήσεις.

**Πίνακας 3.** Κατανομή απαντήσεων που αφορούν την Κλίμακα Εξάρτησης από το κινητό MobilePhoneDependenceQuestionnaire (MPDQ) των 109 νοσηλευτών/τριων που συμμετείχαν στην έρευνα.

	Σχεδόν Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1. Δίνω μεγαλύτερη προτεραιότητα στο κινητό τηλέφωνο απ' ό,τι στο ντύσιμο και στη διατροφή μου	96,3%	3,7%	0,0%	0,0%
2. Νιώθω άβολα όταν ξεχνώ να πάρω το κινητό τηλέφωνο μαζί μου	29,0%	39,3%	15,0%	16,8%
3. Θα προτιμούσα να έχανα το πορτοφόλι ή την τσάντα μου, παρά το κινητό μου τηλέφωνο	84,1%	10,3%	4,7%	0,9%
4. Φορτίζω καθημερινά το κινητό μου τηλέφωνο	36,4%	15,0%	25,2%	23,4%
5. Δεν θέλω να πηγαίνω σε μέρη όπου δεν έχει σήμα το κινητό μου τηλέφωνο	78,5%	15,0%	2,8%	3,7%
6. Όταν ταξιδεύω με μέσο μαζικής μεταφοράς συνηθίζω να κρατώ στο χέρι το κινητό τηλέφωνο	72,9%	15,9%	8,4%	2,8%
7. Ακόμη και όταν ταξιδεύω, δέχομαι και κάνω κλήσεις στο κινητό τηλέφωνο	53,3%	32,7%	11,2%	2,8%
8. Χρησιμοποιώ το κινητό τηλέφωνο όταν βρίσκομαι με παρέα ενός ή δύο ατόμων	52,3%	33,6%	10,3%	3,7%
9. Κάνω κλήσεις από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και αργά το βράδυ	70,1%	21,5%	5,6%	2,8%
10. Μιλώ στο κινητό τηλέφωνο για >1 ώρα την ημέρα	61,7%	20,6%	14,0%	3,7%
11. Το βρίσκω δύσκολο να κάνω παρέα με ανθρώπους που δεν έχουν κινητό τηλέφωνο	95,3%	3,7%	0,9%	0,0%
12. Αυθόρμητα ελέγχω το κινητό τηλέφωνο για SMS ή τον τηλεφωνητή για μηνύματα, ακόμη κι αν δεν έχω δεχθεί κλήση	57,9%	20,6%	15,0%	6,5%
13. Στέλνω SMS από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και όταν είμαι στην τάξη ή στην εργασία μου	68,2%	18,7%	9,3%	3,7%
14. Στέλνω 10 ή περισσότερα SMS την ημέρα	86,9%	8,4%	2,8%	1,9%
15. Χαίρομαι όταν δέχομαι SMS	51,4%	29,0%	13,1%	6,5%
16. Στέλνω SMS με μικρό περιεχόμενο και χωρίς κάποιο σκοπό	84,1%	8,4%	4,7%	2,8%
17. Χρησιμοποιώ πολλά εικονογράμματα (π.χ. smileys)	75,7%	15,0%	6,5%	2,8%



στα SMS				
18. Πάντα απαντώ στα SMS που δέχομαι	32,7%	24,3%	22,4%	20,6%
19. Στέλνω πολλά SMS με μεγάλο περιεχόμενο	77,6%	20,6%	1,9%	0,0%
20. Εκφράζω καλύτερα τα συναισθήματά μου μέσω των SMS, απ' ό,τι με την τηλεφωνική κλήση	73,8%	17,8%	3,7%	4,7%

Έλεγχος  $\chi^2$ . Διαπιστώθηκε σημαντική ( $p < 0.05$ ) διαφοροποίηση αποκρίσεων στις 19 ερωτήσεις (εκτός την 18<sup>η</sup>).

**Πίνακας 4.** Επίπεδα κλιμάκων Ενσυναίσθησης&Εξάρτησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη ως προς το φύλο τους.

<i>Κλίμακες &amp; υποκλίμακες</i>	<b>Σύνολο</b>	<b>Άνδρες</b>	<b>Γυναίκες</b>	p-value
<b>Ενσυναίσθησης «Toronto Empathy Questionnaire»</b>	33,9±5,7 <sup>†</sup>	33,6±6,4	33,9±5,5	0,980
<i>χαμηλή ή ≤15 (≤25<sup>η</sup> εκατ. Θέση)</i>	0 <sup>‡</sup>	-	-	-
<i>&gt;15</i>	109 (100,0)	17 (100,0)	92 (100,0)	-
Συναισθηματική κατάσταση των άλλων	4,8±2,4	5,6±2,6	4,6±2,3	0,140
Αλτρουισμού	7,7±1,5	7,8±1,6	7,7±1,4	0,615
Συμπονετική φυσιολογική διέγερση	11,7±2,6	10,7±2,5	11,9±2,5	0,086
Αντίληψη συναισθηματικής κατάστασης άλλου	3,3±1,3	3,2±1,0	3,3±1,4	0,872
Συναισθηματική κατάσταση άλλων	3,0±0,9	2,8±1,3	3,0±0,8	0,865
Συχνότητα συμπεριφορών	2,8±1,0	2,6±0,9	2,9±1,0	0,219
<b>Εξάρτησης από το κινητό «Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ)»</b>	22,9±6,1	20,0±13,7	22,7±11,5	0,292
<i>&lt;45 (&lt;75<sup>η</sup> εκατ. Θέση)</i>	102 (95,3)	15 (93,8)	87 (95,6)	0,563
<i>υψηλή ή ≥45</i>	5 (4,7)	1 (6,3)	4 (4,4)	

<sup>†</sup> Μέση τιμή±τυπική απόκλιση. Έλεγχος Mann Whitney.

<sup>‡</sup> n (%). Έλεγχος  $\chi^2$ .

Πίνακας 5. ; .

		v	Ενσυναίσθησης	Εξάρτησης από το κινητό	
			Μέση τιμή (τυπ. αποκλ.)		
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>20-30</i>	5	30,0 (7,0)	30,2 (18,5)	
	<i>31-40</i>	43	33,2 (5,6)	23,4 (10,9)	
	<i>41-50</i>	48	34,7 (5,6)	21,6 (12,1)	
	<i>51-60</i>	13	34,7 (7,0)	18,4 (10,1)	
	<i>p-value</i>		0,212	0,365	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Έγγαμος/η</i>	63	34,3 (5,8)	19,7 (11,6)	
	<i>Άγαμος/η</i>	29	32,5 (5,0)	27,9 (11,5)	
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	10	35,2 (3,6)	23,4 (10,4)	
	<i>p-value</i>		0,262	<b>0,012</b>	
	<i>παιδιά</i>	<i>ναι</i>	69	34,7 (5,5)	20,3 (11,6)
		<i>όχι</i>	33	32,3 (5,1)	26,8 (11,5)
		<i>p-value</i>		0,058	<b>0,011</b>
<b>Περιοχή κατοικίας</b>	<i>Αστική</i>	96	33,8 (5,5)	22,3 (12,0)	
	<i>αγροτική</i>	6	34,8 (5,3)	24,7 (11,0)	
	<i>p-value</i>		0,727	0,504	
<b>Απασχόληση</b>	<i>Βοηθός νοσηλευτή/τριας</i>	34	36,5 (6,0)	18,9 (11,3)	
	<i>Νοσηλευτής/τρια</i>	67	32,6 (4,7)	24,5 (11,8)	
	<i>p-value</i>		<b>0,002</b>	<b>0,032</b>	
	<i>χρόνια εργασίας</i>	<i>0-5</i>	19	32,2 (5,5)	23,6 (12,8)
		<i>6-10</i>	27	34,2 (5,4)	25,9 (12,1)
		<i>11-15</i>	18	33,9 (5,7)	24,4 (8,2)
		<i>16-25</i>	19	35,1 (6,2)	15,6 (9,7)
		<i>26+</i>	18	34,1 (4,6)	21,6 (13,7)
		<i>p-value</i>		0,727	<b>0,034</b>

<b>Μεταπτυχιακές σπουδές</b>	<i>ναι</i>	7	29,9 (6,4)	26,3 (12,6)
	<i>όχι</i>	94	34,2 (5,3)	22,3 (11,9)
	<i>p-value</i>		<b>0,026</b>	0,243
<b>Τμήμα εργασίας</b>				
	<i>ΜΕΘ</i>	43	32,6 (3,7)	24,2 (11,7)
	<i>Ψυχιατρική</i>	7	35,1 (7,2)	27,4 (21,5)
	<i>Παθολογική</i>	20	32,0 (4,9)	20,3 (11,9)
	<i>Γναθοχειρουργική/Ορθοπαιδική</i>	22	36,6 (7,4)	22,2 (8,9)
	<i>Καρδιολογική</i>	12	35,5 (7,0)	18,1 (9,1)
	<i>Χειρουργική</i>	2	35,0 (4,4)	18,6 (10,5)
	<i>p-value</i>		0,123	0,502
<b>Νοσοκομείο εργασίας</b>				
	<i>Αγίου Νικολάου</i>	54	34,6 (5,2)	20,7 (11,4)
	<i>ΠαΓΝΗ</i>	55	33,2 (6,0)	23,9 (12,0)
	<i>p-value</i>		0,081	0,131

Έλεγχοι Mann Whitney και Kruskal Wallis.

**Πίνακας 6.** Συσχέτιση επιπέδων κλιμάκων Ενσυναίσθησης&Εξάρτησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη.

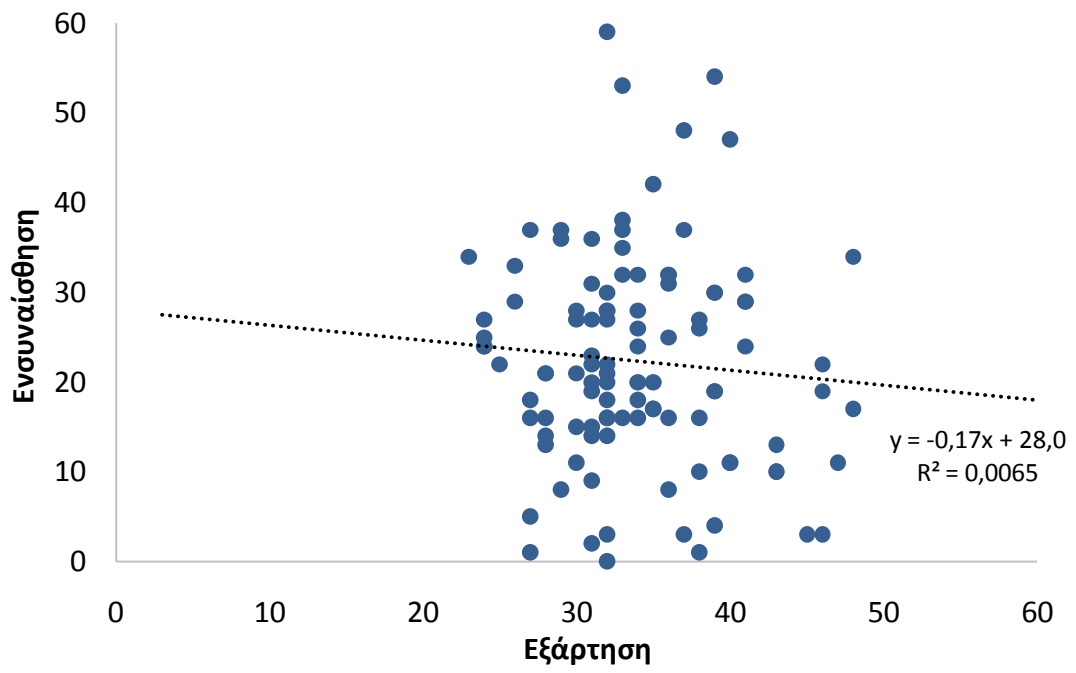
	<b>Εξάρτησης από το κινητό «Mobile Phone Dependence Questionnaire (MPDQ)»</b>
	<b>r-Spearman(p-value)</b>
<b>Ενσυναίσθησης «Toronto Empathy Questionnaire»</b>	-0,051
Συναισθηματική κατάσταση των άλλων	-0,174
Αλτρουϊσμού	<b>-0,201 (0,038)</b>
Συμπονετική φυσιολογική διέγερση	0,086
Αντίληψη συναισθηματικής κατάστασης άλλου	0,011
Συναισθηματική κατάσταση άλλων	-0,079
Συχνότητα συμπεριφορών	0,032

**Πίνακας 7.** Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των επιπέδων της Κλίμακας Ενσυναίσθησης στους συμμετέχοντες στη μελέτη.

	<b>Κλίμακα Ενσυναίσθησης</b>		
	stand. beta	t	p-value
<b>Φύλο</b>	0,014	0,14	0,890
<b>Ηλικία</b>	<b>0,270</b>	2,02	0,046
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	-0,005	-0,05	0,963
<b>Παιδιά</b>	-0,123	-1,02	0,312
<b>Περιοχή κατοικίας</b>	0,064	0,66	0,513
<b>Απασχόληση</b>	<b>-0,307</b>	-3,11	0,002
<b>Χρόνια εργασίας</b>	-0,152	-1,15	0,254
<b>Μεταπτυχιακές σπουδές</b>	0,130	1,33	0,188
<b>Κλίμακα Εξάρτησης από τοκινητό</b>	0,062	0,60	0,550
	<i>R<sup>2</sup> adjusted</i>	0,125	

Τα επίπεδα των κλιμάκων περιγράφονται στον πίνακα 1.

**Σχήμα 1.** Γραφική απεικόνιση της σχέσης της κλίμακας Εξάρτησης και Ενσυναίσθησης.



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

### (ΤΕQ)

Παρακάτω υπάρχει μια λίστα με καταστάσεις. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά κάθε κατάσταση και σημειώστε πόσο συχνά αισθάνεστε ή ενεργείτε με τον τρόπο που περιγράφεται. Κυκλώστε την απάντησή σας στη φόρμα απαντήσεων. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις ή παραπλανητικές ερωτήσεις. Παρακαλώ, απαντήστε κάθε ερώτηση όσο πιο ειλικρινά μπορείτε.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1.	Όταν κάποιος ενθουσιάζεται, τείνω να ενθουσιάζομαι και εγώ	0	1	2	3	4
2.	Οι ατυχίες των άλλων <u>δεν</u> με ενοχλούν ιδιαίτερα	0	1	2	3	4
3.	Όταν συμπεριφέρονται με ασέβεια σε κάποιο άτομο αναστατώνομαι	0	1	2	3	4
4.	<u>Δεν</u> συμμερίζομαι και εγώ τη χαρά κάποιου ατόμου που βρίσκεται κοντά μου	0	1	2	3	4
5.	Χαίρομαι να κάνω τους άλλους ανθρώπους να νιώθουν καλύτερα	0	1	2	3	4
6.	Έχω τρυφερά συναισθήματα και νοιάζομαι για τους ανθρώπους που είναι λιγότερο τυχεροί από μένα	0	1	2	3	4
7.	Όταν ένας φίλος αρχίζει να μου μιλά για τα προβλήματά του/της, προσπαθώ να αλλάξω συζήτηση	0	1	2	3	4
8.	Μπορώ να καταλάβω πότε οι άλλοι είναι λυπημένοι ακόμη και αν δεν μου το πουν	0	1	2	3	4
9.	Ανακαλύπτω ότι συντονίζομαι με τα συναισθήματα των άλλων	0	1	2	3	4
10.	<u>Δεν</u> συμπονώ τους ανθρώπους που ευθύνονται οι ίδιοι για τις σοβαρές τους ασθένειες	0	1	2	3	4
11.	Αναστατώνομαι/ταράζομαι όταν κάποιος κλαίει	0	1	2	3	4
12.	<u>Δεν</u> ενδιαφέρομαι πραγματικά για το πως νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι	0	1	2	3	4
13.	Νοιώθω μια ισχυρή παρότρυνση να βοηθήσω κάποιο άτομο που φαίνεται αναστατωμένο	0	1	2	3	4
14.	<u>Δεν</u> στενοχωριέμαι για κάποιο άτομο που το μεταχειρίζονται άδικα	0	1	2	3	4
15.	Θεωρώ χαζό οι άνθρωποι να κλαίνε από ευτυχία	0	1	2	3	4
16.	Όταν βλέπω να εκμεταλλεύονται κάποιο άτομο, νιώθω την ανάγκη να το προστατεύσω	0	1	2	3	4



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ (MPDQ)

		Σχεδόν Ποτέ	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
1.	1. Δίνω μεγαλύτερη προτεραιότητα στο κινητό τηλέφωνο απ' ό,τι στο ντύσιμο και στη διατροφή μου	0	1	2	3
2.	2. Νιώθω άβολα όταν ξεχνώ να πάρω το κινητό τηλέφωνο μαζί μου	0	1	2	3
3.	3. Θα προτιμούσα να έχανα το πορτοφόλι ή την τσάντα μου, παρά το κινητό μου τηλέφωνο	0	1	2	3
4.	4. Φορτίζω καθημερινά το κινητό μου τηλέφωνο	0	1	2	3
5.	5. Δεν θέλω να πηγαίνω σε μέρη όπου δεν έχει σήμα το κινητό μου τηλέφωνο	0	1	2	3
6.	6. Όταν ταξιδεύω με μέσο μαζικής μεταφοράς συνηθίζω να κρατώ στο χέρι το κινητό τηλέφωνο	0	1	2	3
7.	7. Ακόμη και όταν ταξιδεύω, δέχομαι και κάνω κλήσεις στο κινητό τηλέφωνο	0	1	2	3
8.	8. Χρησιμοποιώ το κινητό τηλέφωνο όταν βρίσκομαι με παρέα ενός ή δύο ατόμων	0	1	2	3
9.	9. Κάνω κλήσεις από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και αργά το βράδυ	0	1	2	3
10.	10. Μιλώ στο κινητό τηλέφωνο για >1 ώρα την ημέρα	0	1	2	3
11.	11. Το βρίσκω δύσκολο να κάνω παρέα με ανθρώπους που δεν έχουν κινητό τηλέφωνο	0	1	2	3
12.	12. Αυθόρμητα ελέγχω το κινητό τηλέφωνο για SMS ή τον τηλεφωνητή για μηνύματα, ακόμη κι αν δεν έχω δεχθεί κλήση	0	1	2	3
13.	13. Στέλνω SMS από το κινητό τηλέφωνο, ακόμη και όταν είμαι στην τάξη ή στην εργασία μου	0	1	2	3
14.	14. Στέλνω 10 ή περισσότερα SMS την ημέρα	0	1	2	3
15.	15. Χαίρομαι όταν δέχομαι SMS	0	1	2	3
16.	16. Στέλνω SMS με μικρό περιεχόμενο και χωρίς κάποιο σκοπό	0	1	2	3
17.	17. Χρησιμοποιώ πολλά εικονογράμματα (π.χ. smileys) στα SMS	0	1	2	3

18.	18. Πάντα απαντώ στα SMS που δέχομα	0	1	2	3
19.	19. Στέλνω πολλά SMS με μεγάλο περιεχόμενο	0	1	2	3
20.	20. Εκφράζω καλύτερα τα συναισθήματά μου μέσω των SMS, απ' ό,τι με την τηλεφωνική κλήση	0	1	2	3



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ  
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.  
Τμήμα Νοσηλευτικής

Ηράκλειο, 13/12/2016

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη  
Τηλέφ.: 2810-379538  
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 2653

ΠΡΟΣ:  
Φούσκης Αριστείδης  
Γιαννακάκη Ιουλία  
Γιακουμάκη Κλεάνθη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής  
Ροβίθης Μιχαήλ

**ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.**

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6338 Φούσκης Αριστείδης  
ΥΝ6471 Γιαννακάκη Ιουλία  
ΥΝ6584 Γιακουμάκη Κλεάνθη

με θέμα: «Καταγραφή του βαθμού ενσυναίσθησης και του βαθμού εθισμού από κινητά τηλέφωνα στο νοσηλευτικό προσωπικό Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης. Διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ τους.».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Ροβίθης Μιχαήλ**.

Παρατηρήσεις:

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περιλήψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος  
  
Χρ. Μελάς  
Επιβλ. Καθηγητής