



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η εφαρμογή των τεχνικών του process work σε ασθενείς της ΜΕΘ με στόχο την επικοινωνία και την προσέγγιση του πόνου

Σπουδάστρια:

Μελανίδου Λεοντία, Φυσικοθεραπεύτρια (Α.Μ.45)

Επιβλέπουσα:

Βασιλείου Λίλη, Ψυχολόγος PHD

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2007

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	Σελ.2
------------------	-------

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

1.1 Γενικά στοιχεία.....	Σελ.5
1.2 Προσωπική αναφορά.....	Σελ.6
1.3 Παρατήρηση της συμπεριφοράς.....	Σελ.6

2. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΜΕΘ

2.1 Εισαγωγή.....	Σελ.7
2.2 Αναφορά στον πόνο.....	Σελ.7
2.3 Αξιολόγηση του πόνου.....	Σελ.7
2.4 Δείκτες Αξιολόγησης του πόνου.....	Σελ.12
2.5 Κλίμακες Αξιολόγησης του Πόνου.....	Σελ.13
A. Κλίμακα αξιολόγησης BPS (Behavioral Pain Scale).....	Σελ.14
B. Κλίμακα αξιολόγησης CPOT (Critical – Care Pain Observation Tool).....	Σελ.16
2.6 Διαχείριση του Πόνου.....	Σελ.19
2.7 Επαναξιολόγηση.....	Σελ.19
2.8 Έρευνες για την ύπαρξη πόνου σε ασθενείς της ΜΕΘ.....	Σελ.20
2.9 Στόχος.....	Σελ.22

3. ΠΟΝΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3.1 Γενικά στοιχεία.....	Σελ.23
3.2 Επικοινωνία ασθενών της ΜΕΘ.....	Σελ.24
3.3 Έρευνες.....	Σελ.25

4. ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

4.1 Εισαγωγή.....	Σελ.28
4.2 Χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας σε ασθενείς της ΜΕΘ.....	Σελ.29
4.3 Εκφράσεις Προσώπου.....	Σελ.29
4.4 Συναισθηματικές Εκφράσεις.....	Σελ.30

5. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

5.1 Coma Arousal Therapy.....	Σελ.31
5.2 Coma Work.....	Σελ.32

6. COMA WORK

6.1 Εισαγωγή στο Process Work / Process-Oriented Psychology.....	Σελ.33
6.2 Εισαγωγή στο Coma Work.....	Σελ.35
6.3 Σε ποιούς ασθενείς απευθύνεται.....	Σελ.36
6.4 Εσωτερικές Διεργασίες.....	Σελ.37
6.5 Διαμεσολαβητές Ενημερότητας.....	Σελ.38
6.6 Επικοινωνία.....	Σελ.38
6.7 Σινιάλα Επικοινωνίας.....	Σελ.41
6.8 Αφύπνιση.....	Σελ.43
6.9 Συντροφικότητα.....	Σελ.43
6.10 Τρόποι Προσέγγισης.....	Σελ.44

7. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΩΜΑΤΩΔΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΟΥ COMA WORK

7.1 Αρχές Προσέγγισης με τις Τεχνικές του Coma Work.....	Σελ.45
7.2 Πρώτα βήματα του Coma Work όλους τους τύπους κωματώδους κατάστασης συνείδησης.....	Σελ.46
7.3 Τεχνικές του Coma Work σε κωματώδεις ασθενείς και σε ασθενείς με επιρρεασμένο το επίπεδο συνείδησης.....	Σελ.49
7.3.1 Τεχνικές του Coma Work μέσω της Αναπνοής.....	Σελ.50
Α. Συντονισμός Πίεσης και Αναπνοής στα διάφορα μέρη του σώματος.....	Σελ.52
7.3.2 Προσέγγιση μέσω των αισθήσεων.....	Σελ.53
7.3.3 Επικοινωνία και ανταπόκριση στα σινιάλα.....	Σελ.55
7.3.4 Δουλεύοντας με τη θέση του σώματος.....	Σελ.55
7.3.5 Δουλεύοντας με την κίνηση του σώματος.....	Σελ.55
7.3.6 Δουλεύοντας με το πρόσωπο.....	Σελ.55
7.3.7 Δυαδική Επικοινωνία.....	Σελ.56
7.3.8 Επανασύνδεση τμημάτων.....	Σελ.57

7.3.9 Ομαδική συμμετοχή.....	Σελ.57
7.3.10 Η μια πλευρά διδάσκει την άλλη.....	Σελ.57
7.3.11 Κενές απο ερμηνεία εκφράσεις (blank accessing).....	Σελ.57
7.3.12 Συμβολική γλώσσα.....	Σελ.58

8. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΤΟΥ PROCESS WORK

ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ

8.1 Εισαγωγή.....	Σελ.59
8.2 Μέθοδος.....	Σελ.59
8.3 Παρουσίαση της Εφαρμογής των Τεχνικών του Process Work σε δυο ασθενείς της ΜΕΘ του «Θριασίου Νοσοκομείου»	
8.3.1 Α΄ Περιστατικό.....	Σελ.67
8.3.2 Β΄ Περιστατικό.....	Σελ.69
8.4. Γενικές Παρατηρήσεις και Συναισθήματα μετά την Εφαρμογή των τεχνικών του Process Work και στους Δυο Ασθενείς.....	Σελ.72
Βιβλιογραφία.....	Σελ.74

1.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΗΡΕΑΣΜΕΝΟ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

1.1 Γενικά στοιχεία

Η αξιολόγηση του πόνου σε ασθενείς με διαταραχές του επιπέδου επικοινωνίας, όπως και σε αυτούς με σοβαρά επηρεασμένο το διανοητικό επίπεδο, είναι από τις πιο σημαντικές προκλήσεις στο τομέα της διαχείρισης του πόνου.⁸

Οι άνθρωποι που φροντίζουν τέτοιους ασθενείς, δυσκολεύονται να καταλάβουν πότε ο ασθενής πονά και πότε ανακουφίζεται από τον πόνο. Αυτό κάνει ευπρόσβλητο τον ασθενή, τόσο σε υποθεραπευτική αγωγή όσο και σε υπερδοσολογία. Οι άνθρωποι με σοβαρά επηρεασμένο το διανοητικό επίπεδο έχουν την τάση να παραπονούνται λιγότερο,⁷ ενώ η μη αναφορά πόνου δεν θα πρέπει να θεωρείται και ως απουσία πόνου.¹

Τα πιο ακριβή στοιχεία για την αξιολόγηση του πόνου μπορούν να ληφθούν με την ακόλουθη σειρά:¹

1. Από προσωπική αναφορά του ασθενή.
2. Από αναφορές από το οικείο περιβάλλον για τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο ασθενής στον πόνο.
3. Από πιθανές αλλαγές της συμπεριφοράς του ασθενή.
4. Από τις αλλαγές στις κλινικές παραμέτρους (π.χ αρτηριακή πίεση, καρδιακή συχνότητα), κυρίως σε επεισόδια οξέως πόνου.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να έχει μια δομή και να χρησιμοποιεί σταθερές πηγές πληροφόρησης. Η αξιοπιστία της αξιολόγησης αυξάνεται όταν τίθενται στον ασθενή ερωτήσεις, επαναλαμβανόμενες φορές, που αφορούν το εδώ και το τώρα χρησιμοποιώντας κάθε φορά την ίδια κλίμακα αξιολόγησης.

Με την επανάληψη βελτιώνεται η ικανότητα του ασθενή να αξιολογεί με βάση κλίμακας τον πόνο του. Είναι σημαντικό, να δίνουμε χρόνο στην εκπαίδευση του ασθενή. Οι ερωτήσεις μας θα πρέπει να είναι ακριβείς, έτσι ώστε να έχουμε όσο το δυνατό πιο ακριβές αποτέλεσμα. Ερωτήσεις που αφορούν το παρελθόν π.χ για τον πόνο της τε-

λευταίας εβδομάδας απαιτούν απο τον ασθενή μεγαλύτερη προσπάθεια λόγω της αυξημένης συλλογής πληροφοριών, καθώς και μεγαλύτερη διανοητική ικανότητα.⁴

Οι πηγές πληροφόρησης πρέπει να περιλαμβάνουν αναφορές και παρατηρήσεις και άλλων μελών της ομάδας. Θα πρέπει να αφορούν τη συμπεριφορά του ασθενή, τόσο κατά την κίνηση, όσο και κατά την ανάπαυση, καθώς και τις αντιδράσεις του κατά τις διάφορες παρεμβάσεις.¹

1.2 Προσωπική αναφορά

Ο πόνος είναι μια καθαρά υποκειμενική εμπειρία. Η προσωπική αναφορά του ασθενή^{51, 52} για το είδος του πόνου που βιώνει καθώς και για την ένταση του είναι η καλύτερη πηγή πληροφόρησης.^{39, 40} Η κλινική ομάδα θα πρέπει να την λαμβάνει σοβαρά υπ' όψιν και να μη βασίζεται στην δική της αίσθηση. Αυτό προϋποθέτει το να είναι σε θέση ο ασθενής να επικοινωνεί λεκτικά ή μη και να μπορεί έτσι να αναφέρει το βαθμό έντασης του πόνου. Μελέτες έχουν δείξει ότι ηλικιωμένοι ασθενείς με ήπια έως σοβαρή διανοητική διαταραχή ανταποκρίθηκαν αξιόπιστα σε μετρήσεις που αφορούσαν την ένταση του πόνου.^{3, 5, 9}

1.3 Παρατηρήσεις της συμπεριφοράς του ασθενή

Στην περίπτωση όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει με κανένα τρόπο τότε η αξιολόγηση γίνεται με βάση τις παρατηρήσεις πάνω στη συμπεριφορά του. Πληροφορίες τόσο απο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και απο τον φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και όποιον άλλο απο οποιαδήποτε ειδικότητα εμπλέκεται με τον ασθενή καθώς και πληροφορίες απο τους οικείους του βοηθούν στην συλλογή πληροφοριών για την πιθανή αλλαγή συμπεριφοράς, που μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη πόνου.⁸ Υπάρχουν ειδικές κλίμακες αξιολόγησης μη λεκτικών δεικτών πόνου (Nonverbal Pain Indicators) σε τέτοιου είδους ασθενείς και είναι εξαιρετικά χρήσιμες για τη ανίχνευση του πόνου.

Έχουν αναφερθεί αλλαγές συμπεριφοράς σε ηλικιωμένους με επηρεασμένο το διανοητικό επίπεδο, οι οποίες αναφέρονται σε εκφράσεις προσώπου, σε εκφορά ήχων ή συλλαβισμών, σε κινήσεις του σώματος, στις διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και στη διανοητική τους κατάσταση.^{2, 6}

2. Ο ΠΟΝΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΜΕΘ

2.1 Εισαγωγή

Η εκτίμηση του πόνου σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας είναι δύσκολη λόγω της ιδιαιτερότητας των συνθηκών. Ο πόνος, στους ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης και το επίπεδο επικοινωνίας, συνήθως υποτιμάται και κατά συνέπεια αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς.¹⁷ Ο πόνος στο χώρο της ΜΕΘ είναι ένα σημαντικό πρόβλημα και για το λόγο αυτό η αντιμετώπιση του είναι προτεραιότητα. Έρευνες έχουν δείξει⁶⁵⁻⁶⁷ ότι ο πόνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για αυτούς τους ασθενείς οι οποίοι και υποθεραπεύονται για αυτόν. Έρευνα των Carroll και συν.⁶⁸ έδειξε ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς ανέφεραν πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους.

2.2 Αναφορά στον πόνο

Επειδή ο πόνος είναι κάτι το υποκειμενικό η προσωπική αναφορά του ασθενή, αν βέβαια είναι αυτό εφικτό, είναι το πρώτο πράγμα που θα πρέπει να αναζητούμε.³⁹ Οι ασθενείς πολλές φορές έχουν χαμηλές προσδοκίες για την ανακούφιση του πόνου, θεωρώντας το σαν αναπόφευκτο σύμπτωμα το οποίο δεν μπορεί να ελεγχθεί.¹¹⁵ Αυτή η άποψη ενισχύεται από έρευνες που διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς ανέχονται υψηλότερα επίπεδα πόνου από ότι είναι αναγκαίο, αντί να ζητήσουν μεγαλύτερο έλεγχο του πόνου τους.^{115,116} **Δεν είναι πάντως ξεκάθαρο γιατί οι ασθενείς δεν αναφέρουν τον πόνο σαν σύμπτωμα, τόσο στο ιατρικό όσο και στο νοσηλευτικό προσωπικό.** Οι ασθενείς ανέφεραν ότι **αν και ο πόνος από την παρέμβαση ήταν ήπιος, η επανάληψη της παρέμβασης έκανε τον πόνο να φαίνεται πολύ πιο έντονος.**²⁴

2.3 Αξιολόγηση του πόνου

Εισαγωγή

Η επικοινωνία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την αξιολόγηση του πόνου αλλά και για την εκπλήρωση των αναγκών και επιθυμιών του καθώς και για τη συμμετοχή του ασθενή σε αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία του.¹²⁴⁻¹²⁷ Ο επηρεα-

σμός της επικοινωνίας στο χώρο της ΜΕΘ έχει αναφερθεί από τους ασθενείς σαν τρομακτική εμπειρία.¹²⁴⁻¹²⁷ Τόσο οι γιατροί, όσο και οι νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, οι οποίοι και αφιερώνουν πολύ χρόνο καθημερινά στη φροντίδα και στην αποκατάσταση του παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση.

Το 1996 η APS (**American Pain Society**), αναφέρει τον πόνο σαν το **5^ο ζωτικό σημείο**.¹²¹ Η αξιολόγηση του πόνου είναι το ίδιο σημαντική με την αξιολόγηση και των άλλων τεσσάρων ζωτικών σημείων όπως: της θερμοκρασίας, της αρτηριακής πίεσης της καρδιακής συχνότητας και της αναπνευστικής συχνότητας.

Ο πόνος είναι μια υποκειμενική εμπειρία και καμιά αντικειμενική αξιολόγηση δεν θα μπορέσει να τον μετρήσει.¹⁰⁶ **Πόνος είναι: « οτιδήποτε και οποτεδήποτε λέει ο ασθενής ότι βιώνει »**.¹⁰⁸ Δυστυχώς ορισμένοι ασθενείς, δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με κανένα τρόπο,¹⁰⁷ ούτε με το ανοιγόκλειμα των ματιών για να απαντήσουν με ένα «ναί» ή με ένα «όχι».⁶⁹

Πριν προχωρήσουμε στην αξιολόγηση θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της γενικότερης κλινικής εικόνας του ασθενή (π.χ νευρολογική εκτίμηση). Θα πρέπει όμως να λάβουμε υπ' όψιν και το επίπεδο καταστολής που βρίσκεται ο ασθενής. Οι κλίμακες καταστολής διακρίνονται στις:⁹¹

Υποκειμενικές κλίμακες αξιολόγησης οι οποίες καθορίζουν το επίπεδο της καταστολής του ασθενή βάση κινήσεων και της ανταπόκρισης του σε φυσικά ή λεκτικά ερεθίσματα.

Αντικειμενικές κλίμακες αξιολόγησης. Ο καλύτερος τρόπος καταγραφής του επιπέδου συνείδησης είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG), το οποίο και καταγράφει την ηλεκτρική εγκεφαλική δραστηριότητα, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από 0 (καμία εγκεφαλική δραστηριότητα) έως 100 (πλήρης δραστηριότητα).

Οι Κλίμακες αξιολόγησης του επιπέδου της καταστολής είναι:⁹¹

1. Ramsey Scale
2. Sedation-Agitation Scale
3. Richmond Agitation-Sedation Scale
4. Motor Activity Assessment Scale

Η πρώτη κλίμακα αξιολόγησης της καταστολής χρησιμοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του '70 και ήταν η κλίμακα Ramsley.⁹¹ Μια άλλη καινούργια και απλή μέθοδος μέτρησης της καταστολής είναι η Sedation Score ή Sedic Score.⁸⁹ Περιλαμβάνει 5 βαθμούς ερεθισμού και 5 επίπεδα απάντησης. Το επίπεδο καταστολής του ασθενή καθορίζεται από το άθροισμα και των δύο. Το Sedic Score έχει σημαντική αξιοπιστία και εγκυρότητα και είναι σημαντικό βοήθημα, στη φάση του “ξυπνήματος” του ασθενή.

Το **πρώτο βήμα** για την **επαρκή αναλγησία είναι η κατάλληλη αξιολόγηση του πόνου** του ασθενή. Η πιο αξιόπιστη πηγή για την αξιολόγηση του πόνου, είναι η αναφορά από τον ίδιο τον ασθενή.^{20, 39,40} Δυστυχώς στο χώρο της ΜΕΘ, πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την λεκτική επικοινωνία, όπως η χορήγηση κατασταλτικής αγωγής, η μηχανική υποστήριξη της αναπνοής, η ύπαρξη τραχειοσωλήνα, καθώς και οι αλλαγές στο επίπεδο συνείδησης των ασθενών.^{17, 20, 41} Παρόλο που κάποιοι ασθενείς είναι διασωληνωμένοι, μπορούν να επικοινωνήσουν είτε κάνοντας εκφράσεις στο πρόσωπο ή με κινήσεις των χεριών ή με οποιαδήποτε άλλη κίνηση.¹⁴ Σε πολλές έρευνες^{15, 23, 24} έχει χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο McGill⁴² σαν μέσο για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου από το 0-10, ως αναφορά από τους ίδιους τους διασωληνωμένους ασθενείς.

Όταν όμως ο ασθενής δεν μπορεί με κανένα τρόπο να επικοινωνήσει, η παρατήρηση τόσο της συμπεριφοράς, όσο και των κλινικών δεικτών, είναι οι μοναδικοί δείκτες για την αξιολόγηση του πόνου.^{14,17, 18, 20, 38, 43-45} Η **Agency for Health Care Policy and Research**,³⁹ προτείνει αυτούς τους δείκτες σαν μέρος της αξιολόγησης του πόνου σε ασθενείς που δεν μπορούν με κανένα τρόπο να επικοινωνήσουν καθώς και ότι θα πρέπει να γίνεται επαναξιολόγηση του πόνου και μετά τη χορήγηση της αναλγητικής αγωγής.

Είναι περιορισμένες οι έρευνες, που έχουν γίνει για την αξιολόγηση του πόνου σε τέτοιου είδους ασθενείς. Οι περισσότερες έρευνες^{28, 46-49} αναφέρονται σε στοιχεία από τους ιατρικούς φακέλους, όπου αναγράφεται η χορήγηση της αναλγητικής αγωγής, ενώ μιλούν και για έλλειψη αξιολόγησης καθώς και για υποθεραπεία. Οι αναφορές στον πόνο από τον ιατρικό φάκελο του ασθενή είναι συνήθως ανεπαρκείς και ατελείς. Γενικότερα, **οι περισσότερες πληροφορίες για την αξιολόγηση του πόνου λαμβάνονται από τις αναφορές των νοσηλευτών**,¹⁰ μιας και αυτοί περνούν περισσότερη ώρα με τον ασθενή. Έτσι η χορήγηση της αναλγητικής αγωγής, βασίζεται στη δική τους αξιολόγηση. Έρευνες¹⁰ έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές καταγρά-

φουν περισσότερο τις διακυμάνσεις συμπεριφοράς, απο ότι τις αλλαγές στους κλινικούς δείκτες.

Θα πρέπει να βρεθούν αξιόπιστα και έγκυρα εργαλεία αξιολόγησης του πόνου, με συνεχή και καθημερινή αναφορά στο ημερήσιο διάγραμμα του ασθενή, με στόχο τη καλύτερη διαχείριση του πόνου.^{10, 72} Αυτά τα εργαλεία μπορούν να πάρουν τη μορφή ενός φύλλου καταγραφής του πόνου (pain flowsheet), όπως προτείνεται απο τη βιβλιογραφία.^{18, 28, 50, 53}

Όταν λοιπόν έχουμε διασωληνωμένους ασθενείς ή ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης, στην αξιολόγηση του πόνου θα πρέπει να λάβουμε υπ'όψιν τα εξής:^{69,73}

Ιεράρχηση Τεχνικών Αξιολόγησης του Πόνου :

1) Προσωπική αναφορά του ασθενή

Η προσωπική αναφορά θα πρέπει να ζητείται αν αυτό είναι δυνατό. Ο καλύτερος τρόπος αξιολόγησης του πόνου σε ασθενείς που μπορούν να επικοινωνήσουν είναι η προσωπική αναφορά.^{1,20, 64} Όταν αυτή δεν είναι εφικτή δικαιολογούμε για ποιο λόγο και προχωρούμε στη δικές μας παρατηρήσεις.

2) Πιθανές αιτίες πόνου και ενόχλησης

Οι πηγές πόνου σε τέτοιου είδους ασθενείς μπορεί να είναι ποικίλες. Ο πόνος μπορεί να οφείλεται στην κύρια πάθηση για την οποία νοσηλεύονται, σε τραύματα, σε χειρουργικές και ιατρικές παρεμβάσεις, στην ύπαρξη καθετήρων, σε παροχετεύσεις, κατά τη λήψη αίματος, καθώς και σε διαδικασίες ρουτίνας, όπως κατά τις αναρροφήσεις, την αλλαγή θέσεων, την αφαίρεση καθετήρων και παροχετεύσεων την περιποίηση τραυμάτων και κάθε είδους άλλη ιατρική και νοσηλευτική παρέμβαση.^{17, 20, 24, 25, 79} Επιπλέον, η ακινησία, οι λανθάνουσες φλεγμονές, οι κατακλίσεις, είναι αιτίες που μπορεί να προκαλέσουν πόνο.⁷³

Ασθενείς που μπορούν να επικοινωνήσουν περιγράφουν μια συνεχόμενη αίσθηση πόνου με διαστήματα παροξύνσεων. Θα πρέπει να λάβουμε υπ'όψιν, ότι και αυτοί που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν έχουν την ίδια εμπειρία.²⁴

3) Παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή.

Η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή μπορεί να είναι πολύ βοηθητική στην αξιολόγηση. Συσπάσεις και εκφράσεις του προσώπου, κινήσεις, η αύξηση του μυϊκού τόνου, μπορεί να υποδηλώνουν την ύπαρξη πόνου. Δάκρυα και εφίδρωση στους κατεσταλμένους ασθενείς, καθώς και σε αυτούς υπό μηχανική υποστήριξη, υποδηλώνουν απάντηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος σε κάποια ενόχληση.²⁰ Συναισθήματα όπως αυτό του φόβου, του άγχους, της ανησυχίας, το ντελιριούμ εμφανίζονται με την ίδια αλλαγή συμπεριφοράς όπως συναντάμε στις περιπτώσεις όπου έχουμε πόνο, αλλά αυτές χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει μια καλή αξιολόγηση που να διαφοροποιεί αυτές τις καταστάσεις μεταξύ τους.

4) Συλλογή πληροφοριών απο το οικείο περιβάλλον.

Κατά την αξιολόγηση του πόνου σε τέτοιου είδους ασθενείς, καλό θα είναι να συλλέγουμε πληροφορίες και απο τα μέλη της οικογένειας ή τους οικείους τους, μιας και έχουν μια πιο στενή σχέση μαζί τους.⁷³

5) Αναλγητικό σχήμα.

Αρχικά μπορεί να δοθεί ένα εμπειρικό αναλγητικό σχήμα σε περίπτωση που υπάρχει μια παθολογική κατάσταση ή εάν πρόκειται να γίνουν επώδυνες παρεμβάσεις ή εάν εξακολουθεί να υπάρχει πόνος σε βασικές ανάγκες.⁹⁰ Ο πόνος που σχετίζεται με τις επώδυνες παρεμβάσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζεται πριν την έναρξη τους.⁹⁰

Το 2001, η **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)**¹¹⁰ έδωσε οδηγίες για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου, σε νοσοκομεία, σε οργανισμούς που παρέχουν φροντίδα σε περιπατητικούς ασθενείς, καθώς και για μακροχρόνια φροντίδα. Υποστηρίζει, ότι ο ασθενής που βρίσκεται κάτω απο στρες, “stress patients”, έχει το δικαίωμα για κατάλληλη αξιολόγηση και διαχείριση του πόνου. Τονίζει, ότι ο πόνος πρέπει να αξιολογείται σε όλους τους ασθενείς. Η παρατήρηση των διακυμάνσεων των κλινικών δεικτών και των δεικτών συμπεριφοράς, δεν θα πρέπει να αντικαθιστούν την προσωπική αναφορά του ασθενή εκτός και αν ο ασθενής δεν έχει την δυνατότητα να επικοινωνήσει με κανένα τρόπο. Η JCAHO δεν έχει εκδόσει ειδικές οδηγίες, για την αξιολόγηση και την διαχείριση του πόνου για τους ασθενείς που νοσηλεύονται στη ΜΕΘ.

Πρόσφατα αυξήθηκε το ενδιαφέρον για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του πόνου των ασθενών στο χώρο αυτό.^{68, 75, 76}

2.4 Δείκτες Αξιολόγησης του πόνου

Η θεωρία του πόνου απο τον Melzack,³⁷ μας δίνει ένα κατάλληλο μοντέλο για την αξιολόγηση του πόνου. Σε αυτό το μοντέλο οι δείκτες πόνου μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες : στη μη ορατή υποκειμενική και στην ορατή αντικειμενική κατηγορία.

Η πρώτη συλλέγει υποκειμενικές πληροφορίες απο την ίδια την αναφορά του ασθενή, συμπεριλαμβανομένου της αισθητικής, συναισθηματικής και λογικής διάστασης του πόνου. Η αισθητική διάσταση του πόνου βιώνεται απο τον ασθενή και περιλαμβάνει την ένταση, το τμήμα του σώματος που πονά, την ποιότητα, την επιδείνωση ή την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η συναισθηματική διάσταση, περιλαμβάνει τα συναισθήματα που σχετίζονται με την εμπειρία του πόνου, ενώ η λογική έχει να κάνει με το νόημα που δίνουμε στον πόνο.³⁵⁻³⁷

Η δεύτερη περιλαμβάνει την αξιολογηση, τόσο των ζωτικών σημείων (κλινικοί δείκτες), όσο και της συμπεριφοράς (δείκτες συμπεριφοράς). Τα στοιχεία αυτά, μπορεί να τα χρησιμοποιήσει η κλινική ομάδα για την αξιολόγηση του πόνου. Τα ζωτικά σημεία είναι εύκολο να καταγραφούν στο χώρο της ΜΕΘ λόγω της συνεχούς παρακολούθησης του ασθενούς.¹⁰ Οι διακυμάνσεις σε αυτούς τους δείκτες, μπορούν να μας βοηθήσουν να ανιχνεύσουμε την ύπαρξη πόνου και σε ασθενείς με επηρεασμένο το νοητικό επίπεδο.^{20, 53, 72,82} Έρευνα των Puntillo και συν.⁵⁵ με ασθενείς που είχαν πρόβλημα στην επικοινωνία (με μηχανική υποστήριξη αναπνοής ή αποσωληνωμένοι για το λιγότερο απο 4 ώρες), έδειξε ότι οι δείκτες που επηρεάζονται πιο πολύ με την ύπαρξη πόνου είναι η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα, η οποία και παρουσίασε μια αύξηση 10%. Συνήθως η αύξηση κυμαίνεται απο 10%-20% .⁸³ Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης καθώς και η αύξηση της καρδιακής συχνότητας είναι συνήθως δείκτες οξέως πόνου.^{55, 80}

Αν βασιστούμε όμως μόνο στις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στους κλινικούς δείκτες μπορεί να οδηγηθούμε σε λάθος δρόμο και αυτό γιατί αυτές μπορεί να οφείλονται σε λανθάνουσες καταστάσεις σε ομοιοστατικές αλλαγές καθώς και στη φαρμακευτική αγωγή. **Οι διαφοροποιήσεις των κλινικών δεικτών δεν θα πρέπει να θεωρούνται σαν ισχυρός δείκτης πόνου.** Παρόλα αυτά μπορεί να έχουμε αυξημένη

απάντηση τόσο στους κλινικούς δείκτες όσο και στη συμπεριφορά με ένα οξύ περιστατικό πόνου.¹¹¹ Αλλαγή στους κλινικούς δείκτες σημαίνει την περαιτέρω αξιολόγηση του πόνου ή των άλλων στρεσογόνων παραγόντων.¹¹² **Ενώ απουσία διαφοροποίησης των δεικτών δεν θα πρέπει να υποδηλώνει και την απουσία πόνου.**¹⁰⁹ **Οι δείκτες συμπεριφοράς, όπως οι εκφράσεις του προσώπου, οι κινήσεις του σώματος, ο μυϊκός τόνος, η συνεργασία με τον αναπνευστήρα, είναι πιο αξιόπιστοι δείκτες και επηρεάζονται από τον οξύ πόνο.**^{55-57, 80}

Στην έρευνα των Gelinas συν.¹⁰ οι ορατοί δείκτες (δείκτες συμπεριφοράς) που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν πόνο ταξινομήθηκαν σε 6 υποκατηγορίες: κινήσεις σώματος, συνεργασία με τον αναπνευστήρα, νευρομυικά σινιάλα, σημάδια επικοινωνίας, εκφράσεις προσώπου και αντιδράσεις στη φυσική εξέταση. Οι κινήσεις του σώματος και η διαφοροποίηση του μυϊκού τόνου αναφέρονταν συχνά στους ιατρικούς φακέλους. Σε ορισμένες περιπτώσεις αναφέρονταν και στην συνεργασία του ασθενή με τον αναπνευστήρα. Πολύ σπάνια αναφέρονταν σε νευρομυικά σινιάλα, καθώς και στις προσπάθειες του ασθενή για επικοινωνία ή στις εκφράσεις του προσώπου. Συχνή ήταν η αναφορά στις αντιδράσεις του ασθενή κατά τη φυσική εξέταση. Η πιο συχνή αναφορά ήταν στις αντιδράσεις του ασθενή σε επώδυνα ερεθίσματα. Σε ορισμένους μόνο φακέλους υπήρχε αναφορά για την ανταπόκριση στην αναλγητική αγωγή.

Ένας **δείκτης πόνου** που θα μπορούσε να έχει ενδιαφέρον, είναι η **διαστολή της κόρης του ματιού**. Πάνω σε αυτό τον δείκτη έχουν γίνει έρευνες σε υγιείς ανθρώπους και σήμερα γίνονται σε ασθενείς της ΜΕΘ. Έρευνα των Larson και συν.¹²² έδειξε ότι υπήρχε διαστολή της κόρης κατά την εφαρμογή ηλεκτρικού ερεθισμού. Σε έρευνα των Barnvais και συν.¹²³ χορηγήθηκε προποφόλη και αυξανόμενη δόση Remifentanil. Διαπίστωθηκε ότι η αύξηση του Remifentanil μείωσε σημαντικά το μέγεθος της κόρης κατά τη διάρκεια του ηλεκτρικού ερεθισμού. Σε αυτή την έρευνα δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές αλλαγές τόσο στην αρτηριακή πίεση όσο και στην καρδιακή συχνότητα.

2.5 Κλίμακες Αξιολόγησης του Πόνου

Δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες, που να επιβεβαιώνουν την εγκυρότητα των μέσων αξιολόγησης του πόνου σε ασθενείς της ΜΕΘ⁸⁷. Οι περισσότερες κλίμακες αξιολόγησης, αφορούν ασθενείς που μπορούν να επικοινωνήσουν. Αυτές που υπάρχουν για ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης δεν είναι ακριβείς και δεν

έχουν ελεγχθεί.⁷⁸ Όπου δεν είναι δυνατή η προσωπική αναφορά του ασθενή, η παρατήρηση της συμπεριφοράς του με ειδικές κλίμακες,⁹⁸ θα μας δώσει πολλές πληροφορίες,^{55, 79} όπως για την έκταση, την ένταση και την αιτία του πόνου. Επιπλέον οι κλίμακες αξιολόγησης απαιτούν επαναλαμβανόμενα τεστ αξιοπιστίας και εγκυρότητας.⁷⁴

Η μη δυνατότητα για λεκτική επικοινωνία δεν σημαίνει και ότι ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει. Πολλοί ασθενείς θα μπορούσαν να ανέφερουν πόνο αν τους είχε δοθεί η δυνατότητα και τα κατάλληλα εργαλεία. Σύμφωνα με τις οδηγίες της American Geriatric Society το 2002, υπάρχουν εργαλεία αξιολόγησης μη λεκτικών δεικτών πόνου (π.χ ABBEY, PASLAC, PAINAD)⁹⁹ σε ασθενείς με διαταραγμένο το διανοητικό επίπεδο . Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αξιολόγηση του πόνου σε ασθενείς της ΜΕΘ είναι:⁷⁴

1. BPS: Behavioral Pain Scale.

2. CPOT: Critical-Care Pain Observation Tool.

A. Κλίμακα Αξιολόγησης BPS (Behavioral Pain Scale)

Η κλίμακα BPS αξιολόγησης του πόνου σχεδιάστηκε το 2001 στη Γαλλία από τον Payen.⁸⁰ Έγινε έρευνα πάνω σε ασθενείς που δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν λεκτικά. Μελετήθηκαν οι αντιδράσεις τους σε μη επώδυνα ερεθίσματα, όπως η τοποθέτηση αντιθρομβωτικών καλτσών, η καθημερινή τους περιποίηση, η αναρρόφηση και το γύρισμα. **Η κλίμακα BPS (Behavioral Pain Scale) περιλαμβάνει 3 κλίμακες αξιολόγησης με βαθμολόγηση η κάθε μια από το 1 έως το 4.**⁷⁴ **Η κλίμακα BPS αφορά: α) τις εκφράσεις του προσώπου, β) την κινητικότητα των άνω άκρων και γ) την συνεργασία με τον αναπνευστήρα.**^{74, 101} Το σκορ μπορεί να κυμαίνεται από 3 (δεν υπάρχει κάποια συμπεριφορά που να υποδηλώνει πόνο) έως 12 (οι πιο πιθανές συμπεριφορές που υποδηλώνουν πόνο). **Το σκορ σε καμία περίπτωση δεν υποδηλώνει την ένταση του πόνου.**⁹⁶ Με την κλίμακα αυτή μπορούμε να διαπιστώσουμε την ύπαρξη ή όχι πόνου.¹⁰¹

Η κλίμακα BPS περιλαμβάνει τα εξής:⁷⁴

Εκφράσεις προσώπου:

- χαλαρό σκορ 1
- μερικώς συσπασμένο 2
- πλήρως συσπασμένο 3
- μορφασμός 4

Κινήσεις άνω άκρων:

- καμία κίνηση 1
- μερικώς κεκαμμένα 2
- πλήρως κεκαμμένα με τα δάκτυλα σε κάμψη 3
- μόνιμα κεκαμμένα 4

Συνεργασία με τον αναπνευστήρα:

- καλή συνεργασία 1
- βήχας, αλλά το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα καλή συνεργασία 2
- ανταγωνίζεται τον αναπνευστήρα 3
- αδυναμία συνεργασίας με τον αναπνευστήρα 4

Στην έρευνα του **Aissauï και συν.**⁷⁴ έγινε η αξιολόγηση με βάση την κλίμακα BPS ταυτόχρονα από τον νοσηλευτή και από τον γιατρό, χωρίς όμως να υπάρχει συνεργασία μεταξύ τους. Η αξιολόγηση έγινε **3 φορές την ημέρα** πρωί, μεσημέρι και βράδυ, κατά την ανάπαυση και κατά την διάρκεια επώδυνων παρεμβάσεων. Οι επώδυνες παρεμβάσεις που επιλέγηκαν ήταν, η αναρρόφηση και η φλεβοπαρακέντηση και αυτό, γιατί προηγούμενες έρευνες^{15, 24, 81} έδειξαν, ότι αυτές οι παρεμβάσεις ρουτίνας είναι επώδυνες για τον ασθενή. **Εκτός της BPS, έγινε και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας.** Η αξιολόγηση έγινε 48ώρες μετά την εισαγωγή τους στην ΜΕΘ. Στην περίπτωση που δεν ήταν διασωληνωμένοι κατά την εισαγωγή τους, η αξιολόγηση έγινε 48 ώρες μετά την εφαρμογή της μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής. Το σκορ ήταν υψηλότερο κατά τις επώδυνες παρεμβάσεις αλλά δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ της αναρρόφησης και της φλεβοπαρακέντησης. Με τις μετρήσεις που είχαν προηγηθεί φάνηκε από το σκορ ότι προουπήρχε πόνος πριν τις επώδυνες παρεμβάσεις. Στην έρευνα αυτή ο χρόνος αξιολόγησης ήταν 4 λεπτά. Οι κινήσεις των άνω άκρων έπαιξαν τον ίδιο σημαντικό ρόλο με τις εκφρά-

σεις του προσώπου, ενώ η συνεργασία με τον αναπνευστήρα είχε μια μέτρια αλλά αποτελεσματική συμβολή στην αξιολόγηση του πόνου. Αυτό εξηγείται, γιατί το πόσο καλά συνεργάζεται ο ασθενής με τον αναπνευστήρα, επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες, όπως από την υποξαιμία, τον βροχόσπασμο, τις αυξημένες βρογχικές εκκρίσεις, οι οποίοι μπορεί να προκαλέσουν βήχα και μη καλή συνεργασία με τον αναπνευστήρα. Στην έρευνα αυτή δεν βρέθηκε κάποιος συσχετισμός μεταξύ των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης με την κλίμακα BPS και των διακυμάνσεων των κλινικών δεικτών. Η έρευνα αυτή, όπως και άλλες,^{20, 80, 82, 84, 85} έδειξαν ότι οι δείκτες συμπεριφοράς είναι ένας έγκυρος και αξιόπιστος τρόπος για την μέτρηση του πόνου σε τέτοιου είδους ασθενείς.

Στην έρευνα των Young και συν.⁸⁵ διαπιστώθηκε μια αύξηση 73% στο σκορ της BPS κατά την αλλαγή θέσης του ασθενή. Οι έρευνες των Aissaoui⁷⁴ και Young⁸⁵ έδειξαν ότι η κλίμακα BPS έχει εγκυρότητα αλλά δεν έχει αξιοπιστία. Σύμφωνα με την Puntillo¹⁰¹ η BPS είναι μια καλή αρχή αξιολόγησης του πόνου και με κάποιες τροποποιήσεις θα μπορέσει να γίνει ένα πολύ καλό εργαλείο αξιολόγησης του πόνου σε ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν λεκτικά. Θα πρέπει όμως να γίνουν περαιτέρω έρευνες που να δείχνουν αν μπορούμε να βασιστούμε στα αποτελέσματα της αξιολόγησης με την κλίμακα BPS για τη χορήγηση κατασταλτικής και αναλγητικής αγωγής.^{80, 85}

B. Κλίμακα αξιολόγησης του πόνου CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool)

Σχεδιάστηκε στον Καναδά, το 2006 από τους Gelinas και συν.⁸ Εφαρμόστηκε σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς σε τρεις διαφορετικές ώρες : σε ηρεμία, κατά την αλλαγή θέσης και μετά την αλλαγή θέσης. Η έρευνα έδειξε, ότι στο στάδιο που ο ασθενής δεν είχε επίπεδο συνείδησης, στο στάδιο που ήταν διασωληνωμένος και είχε συνείδηση, και στο στάδιο που είχε συνείδηση και ήταν αποσωληνωμένος, το σκόρ του CCOT αύξανε κατά την εφαρμογή των υποτιθέμενων επώδυνων διαδικασιών. Το CPOT αξιολογεί τον ασθενή με βάση 4 κατηγορίες συμπεριφοράς:

α) των εκφράσεων του προσώπου, β) τις κινήσεις του σώματος, γ) τον έλεγχο του μυϊκού τόνου και δ) τη συνεργασία με τον αναπνευστήρα (σε διασωληνωμένους ασθενείς) ή τον έλεγχο της ομιλίας (σε αποσωληνωμένους ασθενείς).

Η κάθε κατηγορία βαθμολογείται απο το 0 εως το 2, με συνολικό τελικό σκόρ που να κυμαίνεται απο το 0 εως το 8.^{70, 9}

Η κλίμακα CROT περιλαμβάνει:^{87,91}

1.Εκφράσεις προσώπου:

α) Δεν παρατηρείται καμία σύσπαση: **χαλαρό, ουδέτερο: 0**

β) Συνοφρωμένος, με κατεβασμένα τα φρύδια, με σφίξιμο του κόγχου του ματιού και σύσπαση ανελκτήρα: **Τάση: 1**

γ) Όλες οι παραπάνω εκφράσεις του προσώπου και επιπλέον τα βλέφαρα σφιχτά και κλειστά: **Μορφασμός : 2**

2. Κινήσεις σώματος:

α) Στη περίπτωση που δεν παρατηρήσουμε καμία κίνηση, δεν σημαίνει και απουσία πόνου: **Απουσία κίνησης : 0**

β) Αργές,προσεκτικές κινήσεις, ακουμπώντας ή τρίβοντας την πλευρά που πάσχει: **Προστασία: 1**

γ) Προσπάθεια απομάκρυνσης του σωλήνα, προσπάθεια για να καθίσει, να χτυπήσει ή να κουνήσει τα άκρα του, δεν ακολουθεί εντολές, χτυπά το προσωπικό, προσπαθεί να βγει έξω απο το κρεβάτι: **Ανήσυχος: 2**

3.Μυϊκός τόνος (αξιολόγηση κατά την παθητική και ενεργητική κάμψη των βραχιόνων):

α) Καμία αντίσταση κατά την παθητική κίνηση. **Χαλαρά: 0**

β) Αντίσταση κατά την παθητική κίνηση. **Τάση, δυσκαμψία: 1.**

γ) Μεγάλη αντίσταση κατά την παθητική κίνηση, αδυναμία εκτέλεσης της. **Αυξημένη τάση ή δυσκαμψία: 2**

3.I. Συνεργασία με τον αναπνευστήρα (σε διασωληνωμένους ασθενείς):

α) Καλή συνεργασία με τον αναπνευστήρα, μη ενεργοποιημένα alarm. **Καλή συνεργασία με τον αναπνευστήρα και στη κίνηση : 0**

β) Περιοδική ενεργοποίηση των alarm, τα οποία σταματούν αυτόματα. **Ύπαρξη βήχα, αλλά σε γενικές γραμμές καλή συνεργασία με τον αναπνευστήρα: 1**

γ) Ασυγχρονισμός: Παρεμπόδιση του αερισμού, συχνή ενεργοποίηση των alarm.

Μάχεται τον αναπνεύστηρα: 2

II. Έλεγχος Ομιλίας (για αποσωληνωμένους ασθενείς):

α) Μιλά με φυσιολογικό τόνο ή δεν βγάζει κανένα ήχο : **0**

β) Αναστεναγμός, βογκητό: **1**

γ) Κλάμα ή κλάμα με αναφυλλητά: **2**

Στην έρευνα των Gelinas και συν.⁸⁷ το **υψηλότερο σκόρ** παρουσιάστηκε κατά την **αλλαγή θέσης** του ασθενή. Σε άλλη έρευνα των Gelinas και συν.⁸⁶ ως μέτρηση για την αξιολόγηση του πόνου, εκτός της CPOT, χρησιμοποιήθηκαν και οι κλινικοί δείκτες, όπως η αρτηριακή πίεση, η καρδιακή συχνότητα και ο διαδερμικός κορεσμός αίματος. **Διαπιστώθηκε ότι οι δείκτες συμπεριφοράς, είναι πιο αξιόπιστοι δείκτες απο ότι οι κλινικοί.** Επίσης, οι ασθενείς με μη επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης, διαπιστώθηκε ότι είχαν υψηλότερο σκόρ CPOT κατά την αλλαγή θέσης απο ότι αυτοί με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης.

Η CPOT είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση του πόνου. Το 2006 το CPOT έγινε το πρώτο εργαλείο παρατήρησης συμπεριφοράς που εξασφαλίζει εγκυρότητα και αξιοπιστία. Επειδή η αξιοπιστία του κρίθηκε σε καρδιοχειρουργικούς ασθενείς χρειάζεται να γίνει περαιτέρω έρευνα και σε ασθενείς με άλλα νοσήματα.⁹¹ Το CPOT έδειξε, ότι ανεξάρτητα απο το επίπεδο συνείδησης, ο ενήλικος ασθενής που νοσηλεύεται στο χώρο της ΜΕΘ αντιδρά σε οποιαδήποτε βλαβερό ερέθισμα με διαφορετικές εκφράσεις συμπεριφοράς που μπορεί να σχετίζονται με τον πόνο. Σύμφωνα με την Puntillo¹⁰¹ η αξιοπιστία του είναι μέτρια ως μεγάλη, η εγκυρότητα ισχυρή και είναι ένα πολλά υποσχόμενο εργαλείο το οποίο επιδέχεται διορθώσεις.

Υπάρχει κάποια αδυναμία σε όλες τις κλίμακες του πόνου. Αυτό συμβαίνει γιατί ο ασθενής θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε όλες τις συμπεριφορές, που αξιολογεί η κάθε κλίμακα. Για παράδειγμα, οι περισσότερες κλίμακες συμπεριλαμβάνουν κινήσεις των άκρων. Ερωτήματα τίθεται, για το τι γίνεται στις περιπτώσεις πολυκαταγματιών, καθώς και σε περιπτώσεις, όπου έχουμε κακώσεις νεύρων, παρέσεις και παραλύσεις, όπου έχουμε περιορισμό της κινητικότητας.

Οι κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς έχουν συνήθως σκορ που κυμαίνεται απο 0-10 ⁹⁷ και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να θεωρούν πολλοί, ότι το σκορ αντικατροπτρίζει την ένταση του πόνου, πράγμα που είναι λάθος.⁹⁶ **Το σκορ υποδηλώνει τις αυξημένες ή μη συμπεριφορές, που μπορεί να υποδηλώνουν πόνο.**

2.6 Διαχείριση του πόνου

Στον βαρέως πάσχοντα η χορηγούμενη αναλγησία και καταστολή θα πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του και να είναι σύμφωνη με την μηχανική υποστήριξη της αναπνοής καθώς και τον απογαλακτισμό του ασθενή απο τον αναπνευστήρα.¹⁰² Πολλές φορές θεωρούμε ότι η χορήγηση αναλγητικής αγωγής μπορεί να αποσταθεροποιήσει τον ασθενή, το ίδιο όμως μπορεί να γίνει και με την αύξηση του πόνου.⁷¹ Τόσο η καταστολή όσο και η αναλγησία μειώνουν την απάντηση στο στρες και διευκολύνουν τόσο τις διαγνωστικές όσο και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις βοηθώντας με τον τρόπο αυτό στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.¹⁰⁰ Η αναλγησία και η καταστολή είναι στενά συνδεδεμένες. Ο έλεγχος του πόνου είναι στενά συνδεδεμένος με τη χορήγηση καταστολής και μια επιτυχημένη καταστολή μειώνει και όλα τα συναισθήματα που σχετίζονται με τον πόνο.¹⁰⁵

Τα πιο συχνά κατασταλτικά στο χώρο της ΜΕΘ είναι η μιδαζολάμη, η οποία ανήκει στις βενζοδιαζεπίνες. Εκτός της καταστολής προκαλεί αμνησία και η δράση της είναι αγχολυτική, άμεση και σύντομη.¹⁰³ Η προποφόλη, η οποία χρησιμοποιείται και αυτή σαν κατασταλτικό έχει και αυτή σύντομη δράση και δεν φαίνεται να επηρεάζει την ηπατική λειτουργία.¹⁰⁴ Σαν αναλγητικό, σε ήπιο έως μέτριο πόνο, μπορούν να δοθούν μη οπιοειδή, ενώ αν δεν υπάρξει βελτίωση και έχουμε έντονο πόνο μπορεί να γίνει χορήγηση μικρής δόσης οπιοειδών (π.χ μορφίνη,πεθιδίνη,κωδεΐνη).¹⁰² Η δοσολογία τους θα πρέπει να τιτλοποιείται ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή και αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την ελαχιστοποίηση της δόσης και τη μείωση του οποιοδήποτε δυσάρεστου αποτελέσματος λόγω αυξημένης δοσολογίας.

2.7 Επαναξιολόγηση

Δεν είμαστε σε θέση να μιλήσουμε για την αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής γιατί υπάρχει ελλειπής αναφορά στην επαναξιολόγηση. Προηγούμενες

μελέτες^{54, 62, 63} έδειξαν ότι βελτιώνεται η καταγραφή της αξιολόγησης του πόνου με την εφαρμογή του φύλλου καταγραφής του πόνου (pain flowsheet).

Στην έρευνα των Gelinas και συν.¹⁰ διαπιστώθηκε ότι στο 40% των περιπτώσεων δεν έγινε επαναξιολόγηση του πόνου μετά τη χορήγηση της αναλγητικής αγωγής. Η αποτελεσματικότητα της αναλγητικής αγωγής αναφέρθηκε στο 60% των περιπτώσεων. Συνήθως αναφέρεται σαν αποτελεσματικότητα το εξής: « ο ασθενής είναι ήρεμος, δεν ανταγωνίζεται τον αναπνευστήρα ».

Η επαναξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται **μετά απο 30 λεπτά έως 1 ώρα απο τη χορήγηση της αναλγητικής αγωγής**.^{67, 69} Τόσο η αξιολόγηση, όσο και η επαναξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένες μεθόδους αξιολόγησης και συγκεκριμένους δείκτες συμπεριφοράς, οι οποίοι πρέπει να είναι προσαρμοσμένοι στον κάθε ασθενή. Η καταγραφή των αποτελεσμάτων τους θα πρέπει να γίνεται με ένα σταθερό, εύκολο και εμφανή τρόπο, έτσι ώστε να είναι προσιτός σε όλα τα μέλη της κλινικής ομάδας που εμπλέκονται στην αξιολόγηση και την διαχείριση του πόνου.¹¹³

Όλοι οι ασθενείς αξίζουν ταχεία αναγνώριση του πόνου και αντιμετώπιση. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει θέμα ρουτίνας η καταγραφή, η αξιολόγηση και η επαναξιολόγηση, έτσι ώστε να επιτευχθεί θεραπεία, ανακούφιση του ασθενή και επικοινωνία μεταξύ των μελών της κλινικής ομάδας.

2.8 Έρευνες για την ύπαρξη πόνου σε ασθενείς της ΜΕΘ

Ο πόνος είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας στο χώρο της ΜΕΘ. Έρευνες¹⁴ έχουν δείξει, ότι οι ασθενείς τον χαρακτηρίζουν απο μέτριο έως έντονο. Η διαπίστωση ύπαρξης πόνου γίνεται δύσκολη, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν μπορεί να τον αναφέρει. Πολλές έρευνες,^{21, 114, 118, 119, 120} έχουν γίνει για τον πόνο στον γενικό πληθυσμό των ασθενών, αλλά πολύ λίγες έχουν εστιάσει στον ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ. Συνήθως αναφέρονται σε αναφορές ασθενών, μετά τη νοσηλεία τους στη Μονάδα.^{15, 92, 93, 117}

Σε έρευνα της Puntillo¹⁵ συμμετείχαν μετά το εξιτήριο απο τη ΜΕΘ 24 ασθενείς απο δύο διαφορετικά νοσοκομεία. Είχαν πάρει εξιτήριο, και οι 17 απο τους 24 (71%) ανέφεραν ότι είχαν πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ενώ οι 15 (63%) ότι είχαν μέτριο έως έντονο πόνο.

Ο Stein-Parbury και συν.⁹² σύλλεξαν 26 έρευνες που δημοσιοποιήθηκαν μεταξύ του 1967 και του 1997 και που αφορούσαν προσωπικές εμπειρίες ασθενών, τις οποίες α-

νακαλούσαν στην μνήμη τους μετά την νοσηλεία τους. Τους ζητήθηκε να θυμηθούν τους στρεσογόνους παράγοντες καθώς και τις εμπειρίες τους απο τον μηχανικό αερισμό. Το πιο συχνό σύμπτωμα, που ανέφεραν οι ασθενείς ήταν αυτό του πόνου. Επίσης διαπιστώσαν, ότι αρκετοί ήταν οι ασθενείς εκείνοι που προσπάθησαν μόνοι τους να αποσωληνωθούν για να ανακουφιστούν. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα το δέσιμο των χεριών τους. Αυτό ήταν κάτι που περιγράφουν οι ασθενείς ότι τους απογοήτευε ακόμα περισσότερο και τους γέμιζε ανησυχία και δυσφορία.

Στην έρευνα του **Rotondi και συν.**⁹³ ρωτήθηκαν 96 ασθενείς, αν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη ΜΕΘ είχαν νιώσει πόνο. Απο τους ασθενείς που ρωτήθηκαν, οι 37 (38%) θυμόντουσαν ότι είχαν πόνο. Απο αυτούς οι 32 ανέφεραν ότι είχαν ήπιο έως ιδιαίτερα ενοχλητικό πόνο. Ασθενείς με ενδοτραχειακό σωλήνα περιέγραψαν τον πιο έντονο πόνο βαθμολογώντας τον με 8 με max το 10 στην κλίμακα αξιολόγησης¹¹⁰

Σε έρευνα της η **Puntillo**²⁴ συσχέτισε τις διάφορες παρεμβάσεις με τον πόνο. Διαπίστωσε, ότι **η πιο επίπονη παρέμβαση ήταν το γύρισμα του ασθενή στο κρεβάτι.** Σε ένα ποσοστό 17,4% των ασθενών είχε δοθεί αναλγησία με οπιοειδή πριν την παρέμβαση. Βέβαια δεν είμαστε σίγουροι αν η παρέμβαση είναι αυτή που προκαλεί τον πόνο και αν ασθενείς, που δεν δέχτηκαν αυτές τις παρεμβάσεις είχαν το ίδιο αίσθημα πόνου.

Στην έρευνα του **Turner και συν.**¹⁶ έλαβαν μέρος 100 ασθενείς. Απο τους οποίους, ένα ποσοστό 48% ανέφεραν σαν δυσάρεστη εμπειρία την λήψη αρτηριακού αίματος, ενώ η ενδοτραχειακή αναρρόφηση, αναφέρθηκε απο τους 30 σε σύνολο 68 διασωληνωμένων ασθενών. Πόνος απο κάθε είδους παρεμβατικής διαδικασίας καθώς και η ακινησία, αναφέρθηκε απο το 22% των ασθενών.

Ο **Whipple και συν.**²⁸ κατέληξαν ότι είναι ανεπαρκής η αντιμετώπιση του πόνου στη ΜΕΘ και ότι ο ασθενής δεν ζητάει παραπάνω αναλγησία, ακόμη και αν ο πόνος είναι απο μέτριος έως έντονος. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό βλέπει κυρίως τις διακυμάνσεις των κλινικών δεικτών για να πάρει αποφάσεις για την αύξηση της αναλγησίας.

Οι περισσότερες έρευνες αναφέρονται σε εμπειρίες ασθενών, τις οποίες ανακαλούν στη μνήμη τους, μετά την νοσηλεία τους στη ΜΕΘ. Είναι συχνό το φαινόμενο να μη θυμούνται όλες τις εμπειρίες τους απο την νοσηλεία τους, λόγω της αμνησίας, του ντελίριου, της καταστολής, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ολοκληρωμένη εικόνα. Για να γνωρίζουμε τι ακριβώς βιώνει ο ασθενής κατά την παραμονή

του στη ΜΕΘ, θα πρέπει να ρωτηθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στο χώρο αυτό.

2.9 Στόχος

Στόχος μας θα πρέπει να είναι η καλύτερη διαχείριση του πόνου και η ανακούφιση των συμπτωμάτων σε όλους τους ασθενείς ακόμα και σε αυτούς που έχουν επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης και δεν μπορούν λεκτικά να εκφράσουν το σύμπτωμά τους. Οι Nolan και Langley ¹²⁸ έφτιαξαν ένα μοντέλο που έθετε τρεις ερωτήσεις:

- 1) Ποιός είναι ο στόχος;
- 2) Πως θα γνωρίζεις ότι πέτυχες το στόχο σου;
- 3) Τι θα κάνεις για να πετύχεις το στόχο σου;

Αυτά ακολουθούνται απο τέστ και απο το ακόλουθο :

“οργάνωσε-πράξε-ερεύνα-δράσε” (plan-do-study-act / PDSA).

Ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να επικοινωνήσουν έχουν το μεγαλύτερο ρίσκο για ανεπαρκή αναλγησία. Οι ασθενείς αυτοί χρειάζονται μια συνεχή αξιολόγηση, κατάλληλη θεραπεία και εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης μας, έτσι ώστε να τους εξασφαλίσουμε το καλύτερο δυνατό αναλγητικό αποτέλεσμα.

Χρειάζεται να γίνει περαιτέρω έρευνα για την ανεύρεση εργαλείων και μεθόδων αξιολόγησης και προσέγγισης αυτού του πληθυσμού των ασθενών ⁹⁰ με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

3. Πόνος και Επικοινωνία

3.1 Γενικά στοιχεία

Ένα απο τα βασικά χαρακτηριστικά του πόνου είναι η υποκειμενικότητα και δεν υπάρχει κάτι το αντικειμενικό για να το μοιραστεί κανείς με τους άλλους. Αυτή είναι και η δυσκολία που συναντά η κλινική ομάδα για να τον αντιμετωπίσει. Συναισθήματα όπως αυτό της απογοήτευσης, του φόβου και της μοναξιάς είναι συναισθήματα που συχνά περιγράφονται σαν πόνος. Είναι μια εμπειρία που την βιώνει το σώμα αλλά και η ψυχή. Ασθενείς, που συχνά παραπονούνται και ζητούν πιο συχνά αναλγησία θεωρούνται “κουραστικοί”. Η κλινική ομάδα θα πρέπει να προσπαθεί να διακρίνει, όταν αναφέρεται σε πόνο ο ασθενής, σε τι αναφέρεται, σε αισθητικό ή σε συναισθηματικό βίωμα. Ο πόνος έχει σαν στοιχείο του τη δυσαρέσκεια και είναι κάτι που θα προτιμούσαμε να μην το έχουμε. Δεν έχει νόημα να πούμε ότι ο ασθενής έχει πόνο, αλλά δεν τον αισθάνεται. Μπορεί να έχει κάποιο τραύμα ή ασθένεια που τυπικά προκαλεί πόνο, αλλά ο συγκεκριμένος ασθενής να μην τον αισθάνεται.¹²⁹

Πολλές φορές στις έρευνες οι όροι πόνος και ταλαιπωρία (discomfort) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.²⁹⁻³³ Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια πραγματική ή με μια εν δυνάμει βλάβη.³⁴ Ταλαιπωρία ορίζεται σαν μια αρνητική προσβολή ή φυσική κατάσταση που μεταβάλλεται το μέγεθος της ανάλογα με την εσωτερική ή την εξωτερική κατάσταση. Τόσο ο πόνος, όσο και η ταλαιπωρία, είναι κάτι το υποκειμενικό με ποικίλες διαβαθμίσεις.¹⁰ Πολλοί συγγραφείς³¹ αναφέρουν την ταλαιπωρία σαν μέρος του πόνου. Τον πόνο μπορεί να τον δει κανείς απο το σημείο μιας ήπιας συνεχιζόμενης ταλαιπωρίας εώς τον πολύ έντονο πόνο.³⁰

Ο πόνος απομονώνει τον άνθρωπο απο το περιβάλλον του. Άνθρωποι με πόνο βυθίζονται στον εαυτό τους και ανάλογα με το πόσο έντονος είναι ο πόνος, ο κόσμος τους μικραίνει στην δική τους απομονωμένη πραγματικότητα. Δεν μπορούν να ξεχάσουν τον εαυτό τους και να έρθουν σε επαφή με τον γύρω κόσμο και να αναπτύξουν μια σχέση. Απομακρύνονται απο κάθε άλλο ενδιαφέρον και απο οποιαδήποτε δέσμευση. Το ενδιαφέρον τους περιστρέφεται αποκλειστικά και μόνο γύρω απο τον εαυτό τους. Ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη τόσο ψυχικής, όσο και σωματικής δύναμης, σε απομόνωση και σε έλλειψη ελέγχου. Δεν θα μπορέσουμε ποτέ να καταλάβουμε πλήρως τον άλλο, θα είναι πάντα « ο άλλος». Έτσι και με τον πόνο,

είναι δύσκολο να καταλάβουμε τον πόνο του άλλου, γιατί δεν είναι κάτι το χειροπιαστό. Δεν είναι ένα φαινόμενο, δεν είναι κάτι το αντιληπτό, είναι μέρος της υποκειμενικότητας. Αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να το σεβαστούμε και να το δεχτούμε σαν βίωμα.¹²⁹

Η ανακούφιση δεν θα πρέπει να αφορά μόνο τον σωματικό πόνο, αλλά την επανενδυνάμωση του ασθενή, την αναζωογόνηση του, την επανασύνδεση του με τον κόσμο και την επανενγκαθίδρυση της επικοινωνίας και της σχέσης με τους άλλους. Ο πόνος δεν είναι δείκτης μόνο για ανάγκη ανακουφιστικής φροντίδας, αλλά και με τον προσωπικό τρόπο που αυτός εκφράζεται, μας βοηθά να εισχωρήσουμε στον κόσμο του ασθενή για να τον βοηθήσουμε να βγει από την απομόνωση του. Στο κλινικό κομμάτι αυτή την πρόκληση θα πρέπει να την αντιμετωπίσει κανείς με συμπόνια και συμπάθεια για τον ασθενή, μέσω της επικοινωνίας μαζί του. Ας το δούμε σαν πρόκληση ότι ο άλλος μας καλεί για βοήθεια. Ο πόνος οδηγεί στην αναζήτηση βοήθειας από τους άλλους και στην ανάπτυξη διαπροσωπικής σχέσης, καθώς και στη συνειδητοποίηση ότι είμαστε τρωτοί και έχουμε συγκεκριμένα όρια.¹²⁹

3.2 Επικοινωνία ασθενών της ΜΕΘ

Πολλοί ασθενείς της ΜΕΘ πεθαίνουν χωρίς τελικά να έχουν την δυνατότητα να εκφράσουν πλήρως τις ανάγκες, τις επιθυμίες τους, για την τελική πριν το θάνατο φροντίδα τους ή χωρίς να στείλουν ένα τελευταίο μήνυμα στους αγαπημένους τους.¹³⁰⁻¹³² Οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα επικοινωνίας πράγμα που μεγαλώνει ακόμη περισσότερο την απόσταση μεταξύ αυτών, τόσο με την κλινική ομάδα, όσο και με τους οικείους τους. Επιπλέον, η ύπαρξη πολλών ιατρικών μηχανημάτων και συσκευών, περιορίζουν ακόμη περισσότερο τον ασθενή, μειώνοντας τη δυνατότητα χρήσης και άλλων μέσων επικοινωνίας.^{129, 130, 133, 134} Πιθανόν η έλλειψη επικοινωνίας, να συνδέεται με τα ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με το “Σύνδρομο της Μονάδας”.¹⁸

Οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να επικοινωνήσουν και να μιλήσουν για τον πόνο τους και την ανακούφιση των συμπτωμάτων τους.^{14, 127, 152} Το επηρεασμένο επίπεδο επικοινωνίας είναι ένα εμπόδιο τόσο για την αξιολόγηση τόσο του πόνου, όσο και των άλλων συμπτωμάτων.¹³⁰ Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί, η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και κλινικής ομάδας, περιορίζεται σε σύντομες πληροφορίες με απαντήσεις ναι ή όχι ή με κάποια εντολή.^{124, 153-155} Οι χειρονομίες, πολλές

φορές παρεμποδίζονται απο το δέσιμο των χεριών των ασθενών.^{125, 135, 145} Με τον περιορισμό αυτό παρεμποδίζεται και έμεσα η επικοινωνία απο συναισθήματα στρες, ανησυχίας και φόβου.^{139, 156-158} Οι παράγοντες που συμβάλλουν στον περιορισμό της επικοινωνίας είναι και ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενή, η δυσκολία στο διάβασμα των χειλιών, η ανικανότητα του ασθενή να γράψει, η απασχόληση των νοσηλευτών με την φροντίδα και νοσηλεία του ασθενή, η προσωπικότητα του ασθενή, η μη εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας και η έλλειψη πρόσβασης σε περισσότερα και εναλλακτικά μέσα επικοινωνίας.^{124, 146, 147, 159}

Οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό της ΜΕΘ, εκπαιδεύονται ελάχιστα ή σχεδόν καθόλου πάνω στην ερμηνεία της μη λεκτικής συμπεριφοράς, της επικοινωνίας, καθώς και στην αξιολόγηση και εφαρμογή μεθόδων επικοινωνίας.¹⁶⁰ **Για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας είναι απαραίτητη η επικοινωνία με τον ασθενή.**¹³² Σε κάποιες έρευνες¹⁶¹ βρέθηκε ότι η επικοινωνία του φυσιοθεραπευτή με τον ασθενή μεταβάλλει το επίπεδο του πόνου του ασθενή, αλλά αυτό δεν μπορεί να γενικευτεί. Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να επικοινωνήσει λεκτικά και να γίνει κατανοητός, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το χάσιμο του ελέγχου και την ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων. Επιζητούν μια πιο προσωπική αντιμετώπιση και φροντίδα, πράγμα που δημιουργεί μια θετική διαπροσωπική σχέση, μεταξύ των μελών της κλινικής ομάδας και του ασθενή.¹³

3.3 Έρευνες

Η μη ικανότητα για λεκτική επικοινωνία λόγω του μηχανικού αερισμού αναγνωρίζεται σαν μια τρομακτική εμπειρία.^{124-127, 130} Σε έρευνες που έχουν γίνει, **βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της μη δυνατότητας λεκτικής επικοινωνίας και συναισθημάτων**¹³⁶ **πανικού, ανασφάλειας, διαταραχές του ύπνου, και των επιπέδων στρες.**¹³⁹ Επιπλέον, κατέληξαν ότι ο ρόλος του προσωπικού παίζει σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία. Η ευγένεια, η ενημέρωση, η φυσική παρουσία κοντά στον ασθενή, διευκολύνουν την επικοινωνία.¹⁵⁰

Σε έρευνα του ο **Menzel**¹³⁵ διαπίστωσε, ότι οι διασωληνωμένοι ασθενείς με μηχανική υποστήριξη έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στην επικοινωνία με τους οικείους τους και αυτό γιατί θέλουν να συζητούν μαζί τους πιο σύνθετα και πολύπλοκα θέματα. Παρόλο που τα μέλη της οικογένειας δεν είναι προετοιμασμένα, παίζουν ξαφνικά τον ρόλο του “μεταφραστή”¹²⁵ και είναι αυτοί που θα πάρουν τις αποφάσεις και θα

μιλήσουν για λογαριασμό του ασθενή.^{125, 137, 138, 148} Παλαιότερες έρευνες¹⁴⁶⁻¹⁴⁷ έχουν δείξει ότι η παρουσία μέλους της οικογένειας διευκολύνει την επικοινωνία σε διασωληνωμένους ασθενείς. Η νοσηλεία στο χώρο της ΜΕΘ προκαλεί σωματική και ψυχική καταπόνηση, τόσο στον ασθενή, όσο και στην οικογένεια του. **Χρειάζεται λοιπόν να στηριχθεί και να εκπαιδευτεί η οικογένεια για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την νέα κατάσταση με λιγότερο φόβο και να ικανοποιήσει άμεσα τις ψυχοκοινωνικές της ανάγκες.**¹³⁴

Στην έρευνα του **Fowler**¹⁴⁰ συμμετείχαν 10 ασθενείς Χειρουργικής Εντατικής Μονάδας μετά την αποσωλήνωση τους. Οι ασθενείς περιέγραψαν συναισθήματα φόβου, απογοήτευσης και δυσαρέσκειας. Σε όλους είχε χορηγηθεί κατασταλτική και αναλγητική αγωγή και πάνω από τους μισούς ανέφεραν, ότι δεν χρησιμοποιήθηκε κανένα μέσο για να διευκολυνθεί η επικοινωνία, όσο αυτοί ήταν διασωληνωμένοι. Η χρήση του VOCAs (electronic voice output communication aids)¹⁵¹, δεν έχει ερευνηθεί. Δεν έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως είτε λόγω δυσκολίας τοποθέτησης του ή λόγω της επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή ή λόγω του περιορισμένου χρόνου του προσωπικού και εκμάθησης λειτουργίας του ίδιου του μηχανήματος. Φάνηκε, ότι βελτιώνει την επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και της οικογένειας του.

Στην έρευνα των **Patak και συν.**¹⁴⁹ συμμετείχαν 29 ασθενείς της ΜΕΘ μέσα σε 72 ώρες από την αποσωλήνωση τους. Σε ποσοστό 62% (n=18), ανέφεραν ένα μεγάλο ποσοστό απογοήτευσης κατά την διάρκεια της προσπάθειας επικοινωνίας των αναγκών τους. Οι ασθενείς ανέφεραν, ότι το ποσοστό αυτό θα ήταν πολύ μικρότερο αν τους είχε δοθεί ένας πίνακας μέσω του οποίου θα μπορούσαν να επικοινωνήσουν και να ικανοποιήσουν έτσι της ανάγκες τους. Ένας τέτοιος πίνακας θα μείωνε το ποσοστό της απογοήτευσης και θα βελτίωνε σημαντικά την επικοινωνία. Επίσης διαπίστωσαν ότι ένα ποσοστό 62% ανέφερε υψηλό ποσοστό απογοήτευσης κατά την προσπάθεια επικοινωνίας ενώ ήταν υπο μηχανική υποστήριξη. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ της διάρκειας της διασωλήνωσης και του βαθμού απογοήτευσης ή μεταξύ της διάγνωσης και του βαθμού απογοήτευσης. Οι ασθενείς που έπαιρναν αγχολυτικά, σε ποσοστό 23,79%, είχαν χαμηλότερο βαθμό απογοήτευσης από αυτούς που δεν έπαιρναν. Πρόσφατες έρευνες¹⁴¹⁻¹⁴⁴ έθεσαν προβληματισμούς που αφορούσαν την παραποιημένη σκέψη, το ντελίριουμ, τη μειωμένη ικανότητα λύσης προβλημάτων και της ικανότητας των ασθενών να παίρνουν αποφάσεις και να επικοινωνούν.

Στην έρευνα των **Harrp και συν.**¹³⁰ διαπίστωσαν ότι, η επικοινωνία και το περιεχόμενο της δεν άλλαζε σημαντικά με τη χορήγηση ή μη κατασταλτικής ή αναλγητικής

αγωγής. Παρόλο, που υπήρχε αναφορά για προσπάθεια επικοινωνίας, δεν ήταν όλες οι προσπάθειες του ασθενή κατανοητές. Οι περισσότερες προσπάθειες επικοινωνίας έγιναν για αναφορά συμπτωμάτων πόνου, για τον ενδοτραχειακό σωλήνα, για αίσθημα δίψας, για το πότε θα επιστρέψουν στο σπίτι, για φυσικές ανάγκες και για την οικογένεια τους. Οι ασθενείς αυτοί είναι άμεσα εξαρτώμενοι από τους άλλους για να εκπληρώσουν τις ανάγκες τους.¹⁸⁵

Στην έρευνα του ο **Hafsteindottir**¹³⁴ διαπίστωσε ότι η εμπειρία της επικοινωνίας ήταν γενικά αρνητική. Υπήρχε περιορισμός της επικοινωνίας, το οποίο προκαλούσε ποικίλα αρνητικά συναισθήματα και πολλές φορές είχαν το αίσθημα της παραίτησης. Περιέγραψαν ότι αισθάνονταν κουρασμένοι και εξοντωμένοι κατά την περίοδο της διασωλήνωσης. Υπογράμμισαν τη σημασία που είχε για αυτούς οι πληροφορίες και η ενημέρωση τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σημαντική ήταν η παρουσία και η υποστήριξη τους, από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Συναισθήματα φόβου, ανησυχίας, θυμού κατακλύζουν τους ασθενείς με μηχανική υποστήριξη αναπνοής και ασθενείς σε σοβαρότερη κατάσταση υγείας διέπονται από περισσότερο θυμό από τους άλλους ασθενείς, για τη μη δυνατότητα τους να εκφραστούν λεκτικά.¹³⁵

4. Μη λεκτική επικοινωνία

4.1 Εισαγωγή

Η μη λεκτική επικοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε ότι η επικοινωνία είναι συχνά κάτι πολύ περισσότερο από λεκτικά μηνύματα. Η αποτελεσματική επικοινωνία, απαιτεί ότι καταλαβαίνουμε τη σημασία της μη λεκτικής συμπεριφοράς σαν μια διάσταση της επικοινωνιακής ικανότητας. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι αξιόπιστη, συνεχής και μπορεί να γίνει μέσω πολλών καναλιών.¹⁶²

Οι Τύποι της μη λεκτικής επικοινωνίας αφορούν: ¹⁶²

- α) τις εκφράσεις του προσώπου
- β) την επικοινωνία μέσω των ματιών
- γ) τα απτικά ερεθίσματα π.χ άγγιγμα
- δ) τη φυσική εμφάνιση
- ε) τη θέση του σώματος
- στ) τη κίνηση
- ζ) τη μυρωδιά
- η) τη χρήση του χώρου
- θ) τη σιωπή

Οδηγίες βελτίωσης της μη λεκτικής επικοινωνίας ¹⁶²

1. Καταγραφή της δικής μας μη λεκτικής επικοινωνίας.
2. Προσπάθεια ανιχνεύσης και ερμηνείας της μη λεκτικής επικοινωνίας του άλλου.
Η διεύρυνση των δικών μας μη λεκτικών μηνυμάτων θα μας βοηθήσει να διευρύνουμε την ικανότητα αποκωδικοποίησης των μηνυμάτων του άλλου.
Η καλή επικοινωνία εστιάζει στη λήψη του μηνύματος και στη χρήση των κατάλληλων σιγιάλων που αποστέλλονται, τα οποία συμβάλλουν στην ενίσχυση των λεκτικών μηνυμάτων, όταν αυτά υπάρχουν.

4.2 Χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας σε ασθενείς της ΜΕΘ

Η χρήση μη λεκτικής επικοινωνίας μέσω της σιωπής, των εκφράσεων του προσώπου, του αγγίγματος¹⁸², της κοντινής φυσικής προσέγγισης, φαίνεται ότι ενεργοποιούν την “ενεργητική ακρόαση”. Το να βρισκόμαστε κοντά στον ασθενή “ήσυχα” και να επικοινωνούμε μαζί του μη λεκτικά είναι πολύ αποτελεσματικό στην επικοινωνία μαζί του. Η αποτελεσματική επικοινωνία εξαρτάται από την ικανότητα μας να “ακούμε” τον ασθενή καθώς και από την χρήση μη λεκτικών μεθόδων επικοινωνίας, οι οποίες μπορεί να βελτιωθούν με την πρακτική εξάσκηση.¹⁸¹

4.3 Εκφράσεις προσώπου

Το πρόσωπο είναι “όργανο” του συναισθήματος και παρέχει ενδείξεις των συναισθημάτων μας στους ανθρώπους που μας περιβάλλουν. Είναι ένα σημαντικό κανάλι της ταυτότητας μας. Ίσως το πρόσωπο, να είναι το πιο σημαντικό κανάλι της μη λεκτικής επικοινωνίας. Κωδικοποιούμε μηνύματα στις δικές μας εκφράσεις και αυτόματα αποκωδικοποιούμε τα πρόσωπα των ανθρώπων που μας περιβάλλουν.

Οποιαδήποτε αλληλεπίδραση, ακόμα και η πιο μικρή, καταγράφεται στο πρόσωπο.¹⁸⁵ Οι εκφράσεις του προσώπου είναι ένα σημαντικό συστατικό της ανθρώπινης συναισθηματικής και κοινωνικής συμπεριφοράς και πιστευέται ότι αντιπροσωπεύει έμφυτα και αυτόματα μοντέλα συμπεριφοράς.¹⁶⁴ Αντικατροπτρίζουν τη συναισθηματική κατάσταση και δίνουν σημαντικές πληροφορίες σε αυτόν που τις παρατηρεί. Μπορούμε να διαπιστώσουμε εάν ένα ερέθισμα είναι ευχάριστο ή προκαλεί φόβο και δυσφορία σε αυτόν που το δέχεται.¹⁶³ Οι εκφράσεις του προσώπου εκτός από την επικοινωνιακή λειτουργία που επιτελούν, εκφράζονται αυτόματα σαν λειτουργία των συναισθηματικών εμπειριών του ατόμου.¹⁶⁴⁻¹⁶⁷ Σε έρευνες των Kanwisher και συν.¹⁶⁸ και Haxby και συν.¹⁶⁹ διαπιστώθηκε ότι **τρεις εξειδικευμένες περιοχές συμμετέχουν στις διεργασίες που γίνονται στο πρόσωπο: η έξω ινιακή έλικα, οι αμφοτερόπλευρες περιοχές της έξω κροταφονιακής έλικας και η άνω οπίσθια κροταφική αύλακα.** Υπάρχουν σοβαροί ισχυρισμοί ότι υπάρχει λειτουργικός διαχωρισμός μεταξύ της κροταφονιακής έλικας και της άνω κροταφικής αύλακας.^{170, 171} **Η κροταφονιακή έλικα έχει μεγαλύτερη σχέση με τη διαδικασία της προσωπικής ταυτότητας.**

(facial identity) ενώ η άνω κροταφική αύλακα με την διαδικασία της κοινωνικής επικοινωνίας.¹⁷²

4.4 Συναισθηματικές εκφράσεις

Οι συναισθηματικές εκφράσεις είναι επικοινωνιακά σινιάλα που υπηρετούν συγκεκριμένους σκοπούς.¹⁶³ Η εκδήλωση των συναισθηματικών εκφράσεων δεν υποδηλώνει ότι αυτός που τις εκφράζει, θέλει να μεταφέρει και ένα συγκεκριμένο μήνυμα στον παρατηρητή. Ο ρόλος των συναισθηματικών εκφράσεων είναι επικοινωνιακός και πληροφορίες μεταφέρονται απο αυτόν που βιώνει ένα συναίσθημα και το προβάλλει με κάποια έκφραση στον παρατηρητή.¹⁶³

Τα βασικά γάγγλια και οι περιοχές του φλοιού και ειδικότερα ο πρόσθιος φλοιός έχουν σχέση με την παραγωγή των αυτόματων και ελεγχόμενων συναισθηματικών εκφράσεων. Είναι τέτοια η σύνδεση τους έτσι ώστε βλάβη σε ένα απο τα δύο θα επηρεάσει την παραγωγή των συναισθηματικών εκφράσεων. Βλάβη στον πρόσθιο φλοιό θα επηρεάσει σημαντικά την παραγωγή τόσο των αυτόματων όσο και των ελεγχόμενων εκφράσεων,¹⁷³⁻¹⁷⁴ ενώ βλάβη στα βασικά γάγγλια θα επηρεάσει την παραγωγή των αυτόματων εκφράσεων.¹⁷³⁻¹⁷⁶ Ο πρόσθιος φλοιός είναι σημαντικός για την έκφραση ή την κατάπνιξη των συναισθηματικών εκφράσεων. Τα βασικά γάγγλια δέχονται ερεθίσματα απο την αμυγδαλή αλλά και απο άλλες δομές, που σχετίζονται με την διαδικασία της συναισθηματικής πληροφορίας.¹⁶³ Βλάβη στην αμυγδαλή φαίνεται να μειώνει την έκφραση των αυτόματων εκφράσεων φόβου¹⁷⁷ ενώ δεν επηρεάζεται η παραγωγή άλλων συναισθηματικών εκφράσεων.¹⁷⁸

Ο υποφλοιώδης δρόμος είναι γρήγορος και επιτρέπει άμεση και αυτόματη αποδοχή της πληροφορίας για συναισθηματική έκφραση στην αμυγδαλή, η οποία μπορεί να μεταδώσει στη συνέχεια την πληροφορία μέσω του φλοιού.^{179, 180}

5. Προσέγγιση ασθενών με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης και ασθενών σε κωματώδη κατάσταση.

Υπάρχουν δυο μη φαρμακευτικές μέθοδοι προσέγγισης ασθενών σε κωματώδεις καταστάσεις συνείδησης. Η μια είναι η προσπάθεια αφύπνισης του ασθενή (**Coma Arousal Therapy**)^{194, 195} χρησιμοποιώντας διάφορα ερεθίσματα και η άλλη είναι να αποδεχτούμε το κώμα, σύμφωνα με τον Mindell, (**Process Work / Coma Work**) σαν φυσική διαδικασία.¹⁹³

5.1. Coma Arousal Therapy

Το θεωρητικό υπόβαθρο του **Coma Arousal Therapy**¹⁹⁵ βασίζεται στο “ζύπνημα” του ασθενή με την επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων, εκμεταλλευόμενοι την πλαστικότητα του εγκεφάλου. Η βάση του Coma Arousal Therapy **βασίζεται στη συχνότητα, την ένταση και την διάρκεια των εξωτερικών ερεθισμάτων που δέχεται ο ασθενής μέσω των 5 αισθήσεων (όραση, ακοή, άγγιγμα, γεύση και όσφρηση)** και με τις οποίες ο εγκέφαλος προσλαμβάνει πληροφορίες από το εξωτερικό περιβάλλον. Η μέθοδος αυτή προσπαθεί να πάρει ανταπόκριση από τον ασθενή βοηθώντας τον να συνειδητοποιήσει το τι συμβαίνει στο εξωτερικό περιβάλλον. Χρησιμοποιεί **έντονα οπτικά, ακουστικά ερεθίσματα, εν τω βάθει μάλαξη, δερματικό ερεθισμό, διέγερση της γεύσης και της οσμής**. Εκτός της αισθητικής διέγερσης γίνεται και **κινητική διέγερση** του ασθενή. Μεγάλη σημασία έχει η συχνότητα, η ένταση και η διάρκεια του ερεθίσματος. Το πρόγραμμα ξεκινά με μια ώρα την ημέρα, με μια σταδιακή αύξηση 6-8 ωρών την ημέρα, για να φτάσει τις 12 ώρες με μεσοδιαστήματα ανάπαυσης.

Η βελτίωση της υγείας μπορεί να συνεχιστεί εφ’όρου ζωής, η πιο ταχεία όμως βελτίωση παρατηρείται τους πρώτους 6 μήνες. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο ένα έντονο πρόγραμμα αποκατάστασης τους πρώτους 6 μήνες.¹⁹⁷ Το Coma Arousal Therapy θα πρέπει **να ξεκινήσει άμεσα στο χώρο της ΜΕΘ** μόλις σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενή. Μπορεί να εφαρμοστεί και από τα μέλη της οικογένειας, τα οποία είναι πιο ευαισθητοποιημένα στη παρατήρηση της οποιαδήποτε ανταπόκρισης.

Το πρόγραμμα είναι ειδικό για κάθε ασθενή και βασίζεται στο επίπεδο συνείδησης, καθώς και στην αισθητική και κινητική ανταπόκριση του ασθενή. Γίνεται διέγερση της κάθε αίσθησης με εξωτερικά ερεθίσματα με ένταση που να κυμαίνεται σε

κλίμακα απο το 1-6. Αν εφαρμόσουμε ένα ερέθισμα μιας συγκεκριμένης έντασης και δεν λάβουμε ανταπόκριση, τότε θα πρέπει να αύξησουμε την ένταση του ερεθίσματος. Στο χώρο του νοσοκομείου, η διέγερση γίνεται 5 φορές την ημέρα, όπου συμμετέχει και η οικογένεια, ενώ στο σπίτι το πρόγραμμα θα πρέπει να γίνεται 11 φορές την ημέρα. Κάθε κύκλος αισθητικού και φυσικού κινητικού ερεθισμού μαζί με αναπνευστική φυσικοθεραπεία θα πρέπει να έχει διάρκεια 45 λεπτά.

5.2. Coma Work

Το **Coma Work** βασίζεται στην εφαρμογή της προσέγγισης της **Ψυχολογίας Προσανατολισμένης στη Διεργασία (Process-Oriented Psychology ή Process Work)** και παρουσιάζεται λεπτομερώς παρακάτω.

6. Coma Work

6.1. Εισαγωγή στο Process Work / Process-Oriented Psychology

Το **Process Work** ή **Process - Oriented Psychology** (Ψυχολογία Προσανατολισμένη στη Διεργασία – στις ΗΠΑ αποκαλείται πιο συχνά **Process Work**, ενώ στην Ευρώπη το συναντάμε πιο συχνά σαν Process Oriented Psychology).¹⁸⁶ Είναι μια πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη προσέγγιση της ανθρώπινης εμπειρίας, η οποία προσφέρει μία διαφορετική ματιά και έναν καινούργιο τρόπο να δουλεύει κανείς και να κατανοεί τα όνειρα, τις σωματικές εμπειρίες, τα συμπτώματα, τις μεταβλημένες και ακραίες καταστάσεις συνείδησης, τις σχέσεις, καθώς και τις διαπροσωπικές και κοινωνικές συγκρούσεις.

Οι ρίζες του Process Work βρίσκονται στην Αναλυτική Ψυχοθεραπεία του C.G. Jung, στην Κβαντική Φυσική, και στον Ταοϊσμό. Αναπτύχθηκε στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 από τον **Arnold Mindell** και τους συνεργάτες του.^{186,188,190} Ο Mindell, φυσικός και Γιουγκινανός αναλυτής τότε, παρατήρησε ότι τα βραδινά όνειρα καθρεπτίζονται σε σωματικές εμπειρίες και ότι οι σωματικές εμπειρίες, όταν ενισχυθούν και ξεδιπλωθούν, καθρεπτίζουν τα βραδινά όνειρα.¹⁸⁶ Περιέγραψε αυτή τη συσχέτιση και την ενέταξε στα πλαίσια μιας «**διεργασίας του ονειρεύεσθαι**» ή «**ονειρική διεργασία**» (**dreaming process**), η οποία πηγάζει από την αισθαντικότητα της ζωής και η οποία είναι μια συνεχής ροή που αναδύεται με διάφορες μορφές: βραδινά όνειρα, φαντασιώσεις, σωματικές εμπειρίες και αισθήσεις, κινήσεις, συναισθηματικές διαθέσεις, τάσεις για εθισμό, μεταβλημένες και ακραίες καταστάσεις συνείδησης, προβλήματα στις σχέσεις, ατυχήματα, κι άλλες εμπειρίες στο κόσμο.

Η αρχή στην οποία βασίζεται η προσέγγιση του Process Work είναι η Ταοιστική αρχή της πίστης στη σοφία της φύσης, στη σοφία της διεργασίας, της ροής. Ο κεντρικός άξονας της προσέγγισης είναι η παρατήρηση και ακολούθηση των φυσικών κινήσεων της φύσης, η παρατήρηση και ακολούθηση της ροής.¹⁹⁰

Σύμφωνα με αυτή την θεώρηση οτιδήποτε μας συμβαίνει την κάθε στιγμή, ακόμα και όταν αυτό είναι ενοχλητικό, είναι μέρος και έκφραση της «**ονειρικής διεργασίας**» μας η οποία σχετίζεται με τη βαθύτερη κατεύθυνση της ζωής μας. Κάθε εμπειρία είναι μια εν δυνάμει δίοδος στην συνειδητοποίηση αυτής της ονειρικής διεργασίας. Η ροή της εμπειρίας μας μπορεί να παρατηρηθεί και να ακολουθηθεί.¹⁸⁷

Ο Mindell παρατήρησε ότι η ονειρική διεργασία αναδύεται στη καθημερινή ζωή με τη μορφή δύο ειδών εμπειριών: αυτές που συμβαδίζουν με τη ταυτότητα που έχει σχηματίζει το άτομο και αναγνωρίζονται ως «εγώ» και αυτές που δεν συμβαδίζουν με την ταυτότητα του και χαρακτηρίζονται ως «άλλες» ή «ξένες». Οι πρώτες αποκαλούνται «**πρωτογενείς**» για να δοθεί έτσι έμφαση στο ότι βρίσκονται στο προσκήνιο της συνείδησης, ενώ οι δεύτερες σαν «**δευτερογενείς**» για να δείξουν ότι βρίσκονται στο περιθώριο της συνείδησης. Μεταξύ των εμπειριών αυτών, υπάρχουν όρια (φραγμοί) με συνέπεια το άτομο να δυσκολεύεται να αναγνωρίσει εμπειρίες που βρίσκονται στο περιθώριο της συνείδησης.¹⁸⁶

Ο Mindell παρατήρησε ότι οι πρωτογενείς και δευτερογενείς εμπειρίες αναδύονται στη καθημερινότητα, αντίστοιχα, μέσα από σκόπιμα και μη σκόπιμα σινιάλα (σινιάλα που το άτομο δίνει μη συνειδητά), στη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία του ατόμου. Ανέπτυξε ένα λεπτομερές σύστημα παρατήρησης και ακολούθησης αυτών των σινιάλων μέσω του οποίου το άτομο γίνεται ενήμερο αυτών των διεργασιών.

Σκοπός του Process Work είναι η ανάπτυξη ενημερότητας όλων των εμπειριών καθώς και η ανάπτυξη ευελιξίας του ατόμου να ρέει με αυτές.¹⁸⁶ Το Process Work δηλαδή εφαρμόζοντας την Ταοιστική αρχή της πίστης στη σοφία της φύσης προσεγγίζει με ένα διαφορετικό τρόπο πτυχές της ζωής μας που βιώνονται σαν προβληματικές και επώδυνες. Υποστηρίζει ότι **εάν ακολουθήσουμε ακριβώς την ροή ενός δύσκολου ή επώδυνου γεγονότος μπορεί αυτό καθ'αυτό το γεγονός να αποβεί εξαιρετικά χρήσιμο για τη ζωή μας.** Έχει αναπτύξει ένα σύστημα παρατήρησης και ακολούθησης της ροής της εμπειρίας και μέσω αυτού στοχεύει στο να συνδέσει το άτομο με τις αρχόμενες αλλαγές οι οποίες λαμβάνουν χώρα και οι οποίες αναδύονται και εκφράζονται μέσω των προβλημάτων.¹⁹⁰

Η ασθένεια μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη και επώδυνη για τον ασθενή και ο καθένας θα ευχόταν να μπορούσε να απαλλαγεί από τον πόνο. Η ασθένεια μπορεί όμως να είναι και η ευκαιρία, για την προσωπική μας ωρίμανση. **Πολλές φορές η ωριμότητα και προσωπική μας ενδυνάμωση ενεργοποιούνται μέσω κάποιων κρίσεων που επέρχονται, μη προγραμματισμένα, στη ζωή μας.**¹⁹²

Μέσω των τεχνικών του το Process Work χρησιμοποιώντας συναισθηματικές, ψυχικές και φυσικές διασυνδέσεις, προσπαθεί να ανακαλύψει το νόημα που συχνά μπορεί να κρύβεται πίσω από τις επώδυνες εμπειρίες.¹⁹² Ακόμα και τις πιο δύσκολες και χαοτικές καταστάσεις αν τις προσεγγίσει κανείς με περιέργεια και

σεβασμό θα αποκαλύψουν μια εσωτερική τάξη και συνοχή, πράγμα που θα φέρει νέες πληροφορίες ζωτικές για το προσωπικό και συλλογικό μέγλωμα.¹⁸⁹

Η προσέγγιση του Process Work χρησιμοποιεί την ενημερότητα για να καταλύσει προσωπικές και κοινωνικές αλλαγές, παρατηρώντας κι ακολουθώντας τη διεργασία (την ροή της εμπειρίας) είτε αυτή είναι προσωπική, είτε είναι διεργασία σχέσης, η διεργασία ομάδας.¹⁸⁸

Μετά απο 30 χρόνια πρακτικής και έρευνας το Process Work θεωρείται μέθοδος “αφύπνισης” της ενημερότητας.¹⁸⁷ Οι τεχνικές που χρησιμοποιεί βρίσκουν εφαρμογή στην θεραπεία ατόμων, σχέσεων, οικογένειας, ομάδας, στην επικοινωνία με ανθρώπους με διαταραγμένο το επίπεδο επικοινωνίας (π.χ Alzheimer) σε ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση (Coma Work),¹⁸⁸ σε περιπτώσεις όπου έχει επηρεαστεί η ψυχική υγεία (π.χ. κατάθλιψη, φοβίες, κρίσεις πανικού, κλπ) καθώς επίσης και στην επίλυση συγκρούσεων .

6.2. Εισαγωγή στο Coma Work

Πολλοί θεωρούν πως η έλλειψη εκφράσεων και η απουσία αισθήσεων σε ανθρώπους με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης, καθώς και σε ασθενείς που βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση, σημαίνει ανικανότητα επικοινωνίας καθώς και απουσία εσωτερικών διεργασιών. Οι ασθενείς αυτοί θεωρούνται σαν να μην έχουν αισθήσεις και συνείδηση.

Στα μέσα της δεκαετίας του '80 ο **Arnold Mindell** και η σύζυγος του **Amy Mindell** εφάρμοσαν τεχνικές της προσέγγισης του Process Work σε ανθρώπους που ήταν σε κώμα αναπτύσσοντας τη Δουλειά με Ανθρώπους σε Κώμα (**Coma Work**). **Πρόκειται για τεχνικές παρατήρησης και ανεύρεσης τρόπων επικοινωνίας με ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης, καθώς και με ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης.**¹⁹¹

Το 1989 ο Arnold Mindell εκδίδει το “*Coma: Key to Awakening*” ενώ ο συνεργάτης τους Stan Tomandl εκδίδει το 1991 το “*Coma work and Parliative Care: An Introductory Skills Manual and Support People Living in Coma Near Death*”. Το 1998 η Amy Mindell εκδίδει “*Coma ,a Healing Journey: A Guide for Family, Friends, and Helpers*”.¹⁹⁵

To Coma Work εστιάζει στα ακουστικά, οπτικά και κιναισθητικά βιώματα του ασθενή, καθώς και στις σωματικές του αισθήσεις, αντί σε προγραμματισμένες

παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τον Pierre Morin ¹⁹² με τις τεχνικές αυτές, ο ασθενής έχει την ευκαιρία να επανασυνδεθεί με τα τμήματα του σώματος του, με τα οποία λόγω της ασθένειας και του πόνου είχε αποσυνδεθεί, καθώς και να υποβοηθηθεί να αναδυθεί η εσωτερική του εμπειρία.

Σύμφωνα με την Mindell¹⁹³ η δουλειά με τέτοιου είδους ασθενείς είναι δύσκολη και απαιτεί υπομονή, επιμονή και πολύ χρόνο. Χρειάζεται κουράγιο, εγρήγορση και ενδιαφέρον για να μπει κανείς σε αυτή την προσπάθεια επικοινωνίας. Δουλεύοντας κανείς με τέτοιου είδους ασθενείς λόγω τραυματικής αιτιολογίας (π.χ κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις) χρειάζεται μεγαλύτερη υπομονή γιατί η αποκατάσταση μπορεί να κρατήσει εβδομάδες ή μήνες ή και περισσότερο ανάλογα με το είδος της βλάβης. Η δουλειά με αυτούς τους ασθενείς είναι επίσης πολύπλοκη και δύσκολη γιατί εμείς οι ίδιοι δεν έχουμε επεξεργαστεί θέματα όπως είναι ο θάνατος, πράγμα που χρειάζεται προσωπική εξέλιξη και εσωτερική δουλειά. Ο μεγαλύτερος φόβος του θανάτου, έχει να κάνει με το φόβο ότι παγιδευόμαστε σε εσωτερικές καταστάσεις που δεν μπορούμε να ελέγξουμε. Κατά τον Mindell¹⁹⁹, η δουλειά με ανθρώπους σε κώμα βοηθά να δούμε τα τελευταία στάδια της ζωής του ανθρώπου με περισσότερη αισιοδοξία και ίσως πιο συναρπαστικά.

Το προσωπικό της ΜΕΘ τις περισσότερες φορές δεν έχει το χρόνο, αλλά ούτε και είναι εκπαιδευμένο στο να χρησιμοποιεί ειδικές μεθόδους επικοινωνίας σε ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης. Επειδή δεν είμαστε σε θέση να επικοινωνούμε με τέτοιου είδους ασθενείς δεν μπορούμε να είμαστε ποτέ σίγουροι για το ποιές είναι οι επιθυμίες και οι ανάγκες τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργεί σε όλους μια κατάσταση στρες. Θα πρέπει λοιπόν να γίνει μια ειδική εκπαίδευση, τόσο στο ιατρικό και στο παραιατρικό προσωπικό, όσο και σε όλους όσους εμπλέκονται με τέτοιου είδους ασθενείς.

6.3. Σε ποιούς ασθενείς απευθύνεται

Οι Mindell¹⁹³ υποστηρίζουν ότι από τη στιγμή που ο ασθενής έχει δική του αναπνοή ή παρουσιάζει προσπάθεια αναπνοής, θα πρέπει να επιχειρούμε να επικοινωνούμε και να μην αφήνουμε ανεκμετάλλευτη αυτή τη δυνατότητα προσέγγισης. Όσο περισσότερα μαθαίνουμε για τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων, τόσο πρέπει να αναπτύξουμε ανθρωπιστικές μεθόδους φροντίδας και επικοινωνίας με τέτοιου είδους ασθενείς.

Το Coma Work απευθύνεται σε ασθενείς που αναρρώνουν και βρίσκονται σε κωματώδη κατάσταση ή σε ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης (π.χ Alzheimer). Σύμφωνα με τον Garry Reiss, 197 η τεχνική αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη με ασθενείς που είναι δύσκολα προσεγγίσιμοι, καθώς μας διευκολύνει να σχετιζόμαστε με ένα πιο ευαίσθητο και συνειδητοποιημένο τρόπο. Συγχρόνως η εκπαίδευση σε αυτή τη τεχνική είναι πολύ βοηθητική και στην προσωπική μας ζωή καθώς μας βοηθά να αναπτύξουμε την ευαισθησία του «αγγίγματος», δεξιότητες «καλού ακροατή» καθώς επίσης και δεξιότητες παρατήρησης της ανταπόκρισης του άλλου (feedback).

6.4. Εσωτερικές Διεργασίες

Στο στάδιο της αποκατάστασης, δίνεται συνήθως ιδιαίτερη έμφαση στην αποκατάσταση του φυσικού σώματος ενώ αγνοείται η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή. Το Coma Work, παράλληλα με την αποκατάσταση του φυσικού σώματος, επικεντρώνεται στις εσωτερικές διεργασίες που βιώνει ο ασθενής.

Η εφαρμογή της προσέγγιση του Process Work στη δουλειά με ανθρώπους σε κωματώδη κατάσταση βασίζεται στην ιδέα ότι οι άνθρωποι έχουν την δυνατότητα προσωπικής εξέλιξης σε όλες τις καταστάσεις συνείδησης ακόμα και μέχρι τη στιγμή του θανάτου. Πιο συγκεκριμένα το Coma Work βασίζεται στην ιδέα ότι ο άνθρωπος που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση βιώνει εσωτερικές εμπειρίες που εμπεριέχουν δυνητικά κάποιο νόημα. **Αυτές οι καταστάσεις συνείδησης δηλαδή μπορεί να είναι ένα «κάλεσμα» για βαθειά εσωτερική δουλειά, μια πρόκληση για διερεύνηση του νοήματος της ζωής, ολοκλήρωση εσωτερικών διεργασιών ή έναυσμα για έναρξη σημαντικών αλλαγών.**¹⁹³

Οι τεχνικές του Coma Work υποστηρίζουν την εσωτερική εμπειρία του ασθενή στη φάση της ίασης.¹⁹⁷ Με τις τεχνικές αυτές δεν προσπαθούμε να θεραπεύσουμε τον ασθενή αλλά να τον βοηθήσουμε να γίνει ενήμερος της εσωτερικής του εμπειρίας, μέσω της ανάπτυξης ενημερότητας των ανεπαίσθητων σινιάλων που δίνει το σώμα του, βοηθώντας τον να την ολοκληρώσει. Σύμφωνα με τον Mindell¹⁹⁹ συνήθως προσπαθούμε να επαναφέρουμε τον ασθενή στην «φυσιολογική» κατάσταση συνείδησης, αντί να δούμε αυτή του την εμπειρία σαν μια σημαντική και με νόημα διαδικασία. Η ιδέα ότι ο ασθενής σε κωματώδη κατάσταση ενδεχομένως να περνά σημαντικές εσωτερικές διεργασίες και ότι υπάρχει πιθανότητα να επικοινωνήσει εάν χρησιμο-

ποιήσουμε τη σωστή “γλώσσα” μπορεί να ανακουφίσει πολλούς ανθρώπους που σχετίζονται επαγγελματικά ή μη με τέτοιου είδους ασθενείς. Ο ασθενής στην κατάσταση στην οποία βρίσκεται, χρειάζεται κάποιον να τον συνοδεύσει. Η εμπειρία έδειξε ότι όταν γίνει αντιληπτή η συνειδητότητα αυτών των ασθενών τότε πιο εύκολα επανέρχονται στη φυσιολογική τους κατάσταση.¹⁹³ Όταν οι ασθενείς αυτοί θα είναι σε θέση να ολοκληρώσουν εσωτερικές διεργασίες, τότε αυτόματα θα προβάλλουν ένα πιο φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης, όσο βέβαια το επιτρέπει η κλινική τους κατάσταση.¹⁹⁸

6.5. Διαμεσολαβητές Ενημερότητας

Οι ασθενείς στην κατάσταση στην οποία βρίσκονται, δεν έχουν ή έχουν ελάχιστη ενημερότητα για το τι συμβαίνει τόσο εσωτερικά, όσο και στο εξωτερικό τους περιβάλλον. Είναι συχνά “κολλημένοι” καθώς προσπαθούν να βρουν τον δρόμο τους μέσα στον άγνωστο κόσμο των εσωτερικών τους εμπειριών.¹⁹³

Μέσω των τεχνικών του Coma Work καθρεφτίζουμε στον ασθενή τα σινιάλα που δίνει το σώμα του (π.χ «τώρα πήρες μια βαθιά ανάσα, τώρα σταμάτησες να αναπνέεις») βοηθώντας τον έτσι να εστιάσει στην εμπειρία του. Όταν σχετιζόμαστε με τον ασθενή κατά αυτό τον τρόπο λειτουργούμε σαν **“διαμεσολαβητές ενημερότητας”**. Επιχειρούμε δηλαδή να συναντήσουμε τον ασθενή στην κατάσταση συνείδησης στην οποία βρίσκεται και, σχετιζόμενοι μαζί του με ειδικούς τρόπους, να τον βοηθήσουμε να γίνει **ενήμερος των εσωτερικών του εμπειριών και να εστιάσει σε αυτές**.^{193, 202} Ένας από τους στόχους μας σαν διαμεσολαβητές ενημερότητας είναι να επιχειρήσουμε να φτιάξουμε ένα σύστημα επικοινωνίας με τον ασθενή, όταν αυτό είναι δυνατόν, για να συλλέξουμε πληροφορίες και να του δώσουμε την δυνατότητα να συμμετάσχει στις αποφάσεις που αφορούν την περίθαλψη του.²⁰²

6.6. Επικοινωνία

Συνήθως περιθωριοποιούμε τους ανθρώπους εκείνους που ο τρόπος επικοινωνίας τους δεν ταιριάζει με τον δικό μας. Είναι φυσιολογική αντίδραση το να θεωρούμε ότι κάποιος “δεν είναι εδώ” όταν δεν ανταποκρίνεται στις ερωτήσεις μας με τον τρόπο που εμείς περιμένουμε ή με αυτόν που είμαστε εξοικειωμένοι. Θεωρούμε δηλαδή ότι κάποιος έχει συνείδηση όταν λαμβάνουμε μια γενικά αποδεκτή συμπερι-

φορά απο αυτόν. Ενώ, στις περιπτώσεις όπου δεν λαμβάνουμε ανταπόκριση στα διάφορα ερεθίσματα θεωρούμε πως ο ασθενής δεν έχει συνείδηση καθώς και ότι δεν βιώνει κάτι το σημαντικό ή δεν έχει εσωτερική εμπειρία.²⁰⁰

Ο Mindell¹⁹³ βρήκε ότι ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση ανταποκρίνονται όταν σχετίζονται με ειδικές οδούς οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις μεταβλητές καταστάσεις συνείδησης και στις εσωτερικές τους εμπειρίες. Σύμφωνα με τον Stan Tomandl²⁰¹, οι τεχνικές του Coma Work επεκτείνουν τόσο την εσωτερική όσο και την εξωτερική επικοινωνία του ασθενή.

Το Coma Work δεν είναι θεραπεία. Οι τεχνικές του δηλαδή του Coma Work δεν εστιάζουν στο να “ξυπνήσουν” τον ασθενή παρόλο που κάτι τέτοιο μπορεί να συμβεί σε προθανάτια κατάσταση. **Στόχος είναι η επικοινωνία με τον άνθρωπο σε κωματώδη κατάσταση, παρέχοντας του ένα αίσθημα συντροφικότητας.** Όταν η επικοινωνία επιτευχθεί, ο διαμεσολαβητής ενημερότητας έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει τον κωματώδη ασθενή να ακολουθήσει και να “ξετυλίξει” τις προσωπικές του εμπειρίες.¹⁹³ Το Coma Work προσπαθεί να διευκολύνει την επικοινωνία του ασθενή τόσο με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όσο και με το οικείο περιβάλλον του. Πολλοί άνθρωποι ξαφνιάζονται απο το είδος της επικοινωνίας που μπορεί να γίνει με ένα ασθενή σε κωματώδη κατάσταση, συμπεριλαμβανομένων ήχων, κινήσεων, εκφράσεων του προσώπου, τα οποία φαίνονται τόσο διαφορετικά απο τον τρόπο που συνήθως εμείς επικοινωνούμε.¹⁹³ Σύμφωνα με τον Stan Tomandl,²⁰² οι ασθενείς αν και μπορεί να έχουν προσεγγιστεί με τις τεχνικές του Coma Work, μπορεί να μην επανέλθουν στο φυσιολογικό επίπεδο συνείδησης που είχαν, αλλά θα μάθουν να επικοινωνούν σε ένα μεγαλύτερο βαθμό. Ταυτόχρονα, θα διδάξουν στα μέλη της οικογένειας, θέματα γύρω απο τις μεταβλητές καταστάσεις συνείδησης.

Το Coma Work θεωρεί ότι υπάρχει, εν δυνάμη, μια δίοδος επικοινωνίας με ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση ή με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης. Ένας διαμεσολαβητής ενημερότητας μαθαίνει να παρατηρεί τα σινιάλα του ασθενή και να ανταποκρίνεται σε αυτά.²⁰¹ Εάν προσαρμόσουμε τον τρόπο επικοινωνίας μας με τον κόσμο του ασθενή, τότε πάντα σχεδόν, μπορούμε ως σ’ ένα βαθμό να τον πλησιάσουμε.¹⁹³ Μπορούμε να δημιουργήσουμε τη δυνατότητα να ρωτάμε, όχι μόνο αυτούς που μπορούν να μιλήσουν για τον εαυτό τους, αλλά και αυτούς που δεν μπορούν να μιλήσουν μέσω των φυσιολογικών οδών. Στο Coma Work μαθαίνει κανείς να επικοινωνεί μέσω οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων, μέσω της αναπνοής των αισθήσεων και των κινήσεων. Με τον τρόπο αυτό γεφυρώνουμε το χάσμα που υπάρχει μεταξύ του

“φυσιολογικού κόσμου” και του κόσμου αυτών των ασθενών που μας φαίνεται τόσο μακρυνός και ξένος. Συνοδεύουμε τους κωματώδεις ασθενείς, δίνοντας τους τη δυνατότητα να εκφράσουν, τις πιο εσωτερικές και βαθιές τους επιθυμίες.¹⁹³ Απο τη στιγμή που ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί λεκτικά, η μεγαλύτερη ανταπόκριση γίνεται μέσω της κίνησης και του αγγίγματος. Σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις, στις τεχνικές του Coma Work, είναι απαραίτητη η σωματική επαφή με στόχο την επικοινωνία και την πρόσληψη πληροφοριών. Αυτό που διαφέρει από τις άλλες προσεγγίσεις είναι η παρουσία και η συμμετοχή της οικογένειας κατά την εφαρμογή των τεχνικών στον ασθενή.¹⁹⁷ Σύμφωνα με τον Garry Reiss στο: “*Coma Work- Pathway to Transformation*”¹⁹⁸ στο Coma Work, ο ρόλος της οικογένειας είναι ενεργός τόσο στην φροντίδα, όσο και στην αποκατάσταση και την επικοινωνία με τον ασθενή. Σύμφωνα με τη θεωρία του Coma Work, οι άνθρωποι αυτοί επιζητούν ειδικούς τρόπους συσχέτισης. Η επικοινωνία με αυτούς τους ασθενείς μπορεί να επιτευχθεί μέσω εναλλακτικών διασυνδέσεων. Οι άνθρωποι αυτοί είναι εξαιρετικά ευαίσθητοι και εξαιρετικά δυνατοί. Αν δεν τους αρέσει το ότι συμβαίνει μπορούν να μείνουν “μέσα” και να μην επικοινωνήσουν.¹⁹⁸

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν δίνουν τη δυνατότητα να τους θέσουμε κάποια ερωτήματα και με τον τρόπο αυτό να λάβουμε υπ’ όψιν τις επιθυμίες τους.¹⁹³ Μια από τις κεντρικές προσεγγίσεις του Coma Work, είναι ότι βοήθα στη διεργασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα, τη ζωή ακόμα και με τον θάνατο. Είναι ουσιαστικές οι πληροφορίες που συλλέγουμε για τις επιθυμίες τους. Πολλές φορές, οι αποφάσεις που έχει πάρει ο ασθενής όταν βρίσκονταν σε φυσιολογική κατάσταση συνείδησης μπορεί να διαφέρουν από τις αποφάσεις που παίρνει στην τωρινή κατάσταση. Είναι λοιπόν εξίσου σημαντικό να ρωτηθεί ο ασθενής για αυτά τα θέματα, γιατί οι άνθρωποι βλέπουν διαφορετικά τη ζωή και το θάνατο σε αυτές τις μεταβλητές καταστάσεις συνείδησης. Με τον τρόπο αυτό, η όποια απόφαση θα παρθεί λαμβάνοντας υπ’ όψιν, πληροφορίες και από τις δυο καταστάσεις συνείδησης (**Double State Ethics**).¹⁹³ Η Ellen Godman είπε: “*Έχω εγώ ένας νοήμων και υγιής άνθρωπος, το ηθικό δικαίωμα, να αποφασίσω τη μοίρα του ανθρώπου που θα γίνω; Ενδεχομένως να μην θέλω να ζήσω σαν τέτοιος άνθρωπος, αλλά αυτός ο άνθρωπος-ο μέλλον εαυτός μου-μπορεί να θέλει να ζήσει*”.¹⁹³ Η θεώρηση αυτή αναδεικνύει σαν ηθική ευθύνη μας, την προσπάθεια επίτευξης επικοινωνίας με τον άνθρωπο που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση. Η επίτευξη επικοινωνίας επιχειρείται μέσα από την εγκαθίδρυση ενός **δυναμικού συστήματος επικοινωνίας (binary communication system)**.^{193, 198}

Το δυαδικό σύστημα επικοινωνίας είναι ένα σύστημα επικοινωνίας μέσα απο το οποίο, ο άνθρωπος που βρίσκεται σε κώμα έχει τη δυνατότητα να απαντήσει σε ερωτήσεις που μπορούν να απαντηθούν με ένα «ναί» ή ένα «όχι», χρησιμοποιώντας ένα επαναλαμβανόμενο σινιάλο.^{193, 198} Στόχος μας είναι η συλλογή πληροφοριών οι οποίες θα μας βοηθήσουν να πάρουμε αποφάσεις λαμβάνοντας υπ'όψιν τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή.

Η όλη διαδικασία θα βοηθήσει τους ασθενείς και θα τους ενθαρρύνει να συνειδητοποιήσουν περισσότερο τον εαυτό τους καθώς και τις σχέσεις τους με τους άλλους που βρίσκονται γύρω τους.¹⁹⁵ Η βασική ιδέα είναι, να βοηθήσουμε τον ασθενή να αποκτήσει ενημερότητα και ο ίδιος να αποφασίσει ποιά κατεύθυνση θα πάρει.

Σύμφωνα με τον Garry Reiss¹⁹⁷, στις κωματώδεις καταστάσεις συνείδησης υπάρχουν πολλοί δρόμοι που μπορεί να ακολουθήσει ο ασθενής:

- 1) Να βιώσει κάποιες διεργασίες παραμένοντας σε κωματώδη κατάσταση.
- 2) Να “βγει” απο την κωματώδη κατάσταση και να φέρει στην επιφάνεια αυτές τις διεργασίες και να ζήσει με αυτές μια φυσιολογική ζωή.
- 3) Ν βιώσει κάποιες διεργασίες μέσω αυτής της κατάστασης και να πεθάνει.

Όλα τα παραπάνω είναι σημαντικά κομμάτια για την προσωπική του εξέλιξη.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Coma Work, η συνείδηση είναι συνεχόμενη και υπάρχει πάντα σε διάφορα επίπεδα.¹⁹⁷ Έρευνες²⁰³ διαπίστωσαν, ότι ορισμένοι ασθενείς σε κατάσταση φυτού (vegetative state) ή σε κωματώδη κατάσταση, έδειξαν σημάδια συνείδησης, τα οποία και καταγράφηκαν μέσω ειδικών τεχνικών. Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να παίρνουν αποφάσεις τόσο για τη ζωή, όσο και για τον θάνατο τους, σε όποιο στάδιο συνείδησης και αν βρίσκονται.¹⁹⁷ Η εκμάθηση επικοινωνίας με τον ασθενή που βρίσκεται σε κώμα, μπορεί να ξεδιαλύνει φόβους και ερωτήματα σχετικά με τον πόνο και την φαρμακευτική αγωγή.¹⁹³ Αυτό το μονοπάτι γνώσης θα είναι ένα ευργετικό, θεραπευτικό ταξίδι για όλους όσους εμπλέκονται.¹⁹⁷

6.7. Σινιάλα Επικοινωνίας

Υπάρχουν ασθενείς που δεν δέχονται κανένα εξωτερικό ερέθισμα και αυτό γιατί θεωρείται ότι ο ασθενής χρειάζεται ανάπαυση και ότι το περιβάλλον πρέπει να είναι ήσυχο. Πιθανόν αυτό να είναι απαραίτητο στα αρχικά στάδια της θεραπείας, αλλά όσο προχωρά ο καιρός της αποκατάστασης δεν είναι απαραίτητο.¹⁹⁷

Η μέθοδος αυτή, υποστηρίζει ότι ο ασθενής δεν είναι τελείως “χαμένος” στο κώμα, αλλά εν μέσω σημαντικών εσωτερικών εμπειριών και μετά απο όλες τις δυνατές ιατρικές παρεμβάσεις, μπορεί να επικοινωνήσει με το εξωτερικό περιβάλλον μέσω ειδικών τεχνικών.¹⁹⁰ Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί αισθητικά σινιάλα, ερεθίσματα επικοινωνίας, και παρατηρεί την ανταπόκριση (feedback) του ασθενή. Η ανταπόκριση ανάλογα με την γενικότερη κατάσταση του ασθενή μπορεί να είναι θετική ή αρνητική.¹⁹⁸ Αν πάρουμε θετικό feedback τότε βρισκόμαστε στο σωστό δρόμο επικοινωνίας.²⁰¹

Συνήθως, όσο πιο εκτεταμένη είναι η εγκεφαλική βλάβη, τόσο πιο δύσκολο είναι να έχουμε ένα οποιοδήποτε σινιάλο επικοινωνίας απο τον ασθενή και έτσι να μπορέσουμε να τον προσεγγίσουμε. Στις περισσότερες περιπτώσεις πιθανά να χρειαστεί πολύ περισσότερος χρόνος μέχρι να πάρουμε έστω και ένα μικρό σινιάλο ανταπόκρισης απο τον ασθενή. Απο τέτοιου είδους ασθενείς θα πρέπει να περιμένουμε απο καθόλου εώς ελάχιστο feedback. Η δουλειά με τέτοιους ασθενείς απαιτεί περισσότερο χρόνο και πολύ υπομονή. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε μεταβολικό κώμα συνήθως ανταποκρίνονται καλύτερα στη δική μας παρέμβαση και πολλές φορές εάν επανέλθουν, επανέρχονται σε σύντομο χρονικό διάστημα.¹⁹³

Το Coma Work βασίζεται στην υπόθεση ότι η κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής είναι σημαντική για αυτόν, ενώ κάθε σινιάλο εκφράζει κάτι και έχει νόημα. Με τις τεχνικές αυτές μαθαίνει κανείς να καταγράφει κάθε ανεπαίσθητο σινιάλο που προσλαμβάνει απο τον ασθενή. Στόχος είναι η προσέγγιση του με ευαισθησία καθώς και η διευκόλυνση των διεργασιών στις οποίες αυτός βρίσκεται.¹⁹⁷

Είναι απαραίτητο να μάθουμε ένα τρόπο επικοινωνίας με τον οποίο θα αντιλαμβανόμαστε όλα τα μικρά σινιάλα απο τον ασθενή. **Κάθε μικρό σινιάλο, κάθε μικρή σύσπαση, όσο μικρή και αν είναι, είναι σημαντική** σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, που θεωρεί σημαντική μόνο την “επιστροφή” στη φυσιολογική συμπεριφορά.¹⁹⁷

Τα ανεπαίσθητα σινιάλα που δίνει το σώμα (π.χ κινήσεις των ματιών, μικρο-συσπάσεις) μπορούν να γίνουν το μονοπάτι επαφής και επικοινωνίας. Παρατηρώντας και ακολουθώντας αυτά τα ανεπαίσθητα σινιάλα, σχετιζόμαστε άμεσα με την εμπειρία του ασθενή σε αυτή την κατάσταση.¹⁹³ Η εστίαση της δικής μας προσοχής στα σινιάλα του, τον βοηθούν να εστιάσει την προσοχή του σε αυτά. Με τον τρόπο αυτό, τον βοηθάμε να αναπτύξει την ενσυνείδητη ενημερότητα της εμπειρίας του, πράγμα που επαναφέρει ροή στην εσωτερική του διεργασία.¹⁹³ Η ανάπτυξη ενσυνεί-

δητης ενημερότητας της εμπειρίας του, βοηθά τον ασθενή να επεξεργαστεί πληροφορίες και να πάρει αποφάσεις βασισμένες στην εμπειρία του.

Θα πρέπει να εμπιστευτούμε την διαίσθηση και τα συναισθήματα μας, να πειραματιστούμε, αλλά και να σεβαστούμε τα προσωπικά μας όρια.¹⁹⁸ Σύμφωνα με τον Garry Reiss, θα πρέπει να κρατάμε κάποια “απόσταση” και να προσπαθούμε να μην εμπλεκόμαστε συναισθηματικά.¹⁹⁷ Εάν κάποια στιγμή αισθανθούμε δυσφορία ή κούραση, θα πρέπει να θεωρήσουμε ότι κάπως έτσι μπορεί να αισθάνεται και ο ασθενής. Να δείξουμε επιμονή στην προσπάθεια επικοινωνίας μαζί του και ευαισθησία, τόσο για το feedback που παίρνουμε, όσο και για το feedback που εμείς αποστέλλουμε.¹⁹⁸

6.8. Αφύπνιση

Οι κωματώδεις καταστάσεις συνείδησης αγαπημένων μας ανθρώπων, καθώς και άλλες δύσκολες καταστάσεις που επιφέρουν μια κρίση, φέρνουν συχνά στην επιφάνεια άλυτα προβλήματα της οικογένειας.¹⁹⁷

Μια από τις κεντρικές ιδέες πάνω στις οποίες βασίζεται το Coma Work είναι ότι η εσωτερική εμπειρία που σχετίζεται με την κωματώδη κατάσταση είναι ενδεχομένως σημαντική για την προσωπική εξέλιξη του ανθρώπου που βρίσκεται σε κώμα. Σύμφωνα με τον Mindell¹⁹⁷, πολλές φορές ένα τραγικό γεγονός για την οικογένεια, είναι ένα κλειδί για αφύπνιση. Ο Garry Reiss στο βιβλίο του: “*Vital loving: A guide book for couples and families*”²⁰⁴ αναφέρει ότι ο ασθενής σε κωματώδη κατάσταση, αν και είναι στο περιθώριο, μπορεί να κρατά ένα ρόλο στην οικογένεια, που μπορεί να προσφέρει πολλά στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και να τα κινητοποιήσει.

6.9. Συντροφικότητα

Μέσω των τεχνικών του Coma Work συνοδεύουμε τους ασθενείς στο ταξίδι τους και έτσι είναι λιγότερο απομονωμένοι και αποτραβηγμένοι στον κόσμο τους. Οι άνθρωποι σε αυτές τις καταστάσεις αισθάνονται συχνά ανακουφισμένοι απλά και μόνο από το γεγονός ότι κάποιος τους συνάντησε εκεί που βρίσκονται και συνδέθηκε μαζί τους μέσω της εσωτερικής τους εμπειρίας. Η στενή επαφή με τον ασθενή που παρέχεται μέσω των τεχνικών του Coma Work, απαλύνει την αίσθηση απομόνωσης και έλλειψη συντροφικότητας που αισθάνεται ο ασθενής στο χώρο της ΜΕΘ.¹⁹³

Όλοι αυτοί που σχετίζονται με τέτοιου είδους ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με δυο κόσμους, με τον κόσμο του ασθενή και τις υποκειμενικές εμπειρίες του, και με τον δικό τους κόσμο και τις δικές τους αισθήσεις. Η προσπάθεια να συνοδεύσουμε τον ασθενή στην κατάσταση που βρίσκεται είναι μια προσπάθεια να φέρουμε τους δυο κόσμους μαζί. Σύμφωνα με την Amy Mindell, είναι ένα μονοπάτι αγάπης, **ένα μονοπάτι που δίνει αξία σε όλα τα επίπεδα και τις διαστάσεις της ανθρώπινης ύπαρξης.**¹⁹³

6.10. Τρόπος Προσέγγισης

Σύμφωνα με την Amy Mindell, η προσέγγιση ασθενών σε κωματώδη κατάσταση, θα πρέπει να γίνεται:¹⁹³

- **Με Αγάπη** : για τον άνθρωπο, ο οποίος δεν είναι διαφορετικός απο εμάς.
- **Με Πίστη**: στην εσωτερική εμπειρία του ασθενή και στις διαισθήσεις και παρορμήσεις μας.
- **Με Περιέργεια, δέος, θαυμασμό**: για το μυστήριο της ζωής και του θανάτου.
- **Με Κουράγιο**: για να σπάσουμε τον συνηθισμένο τρόπο επικοινωνίας.
- **Με Συντροφικότητα** : να συνοδεύσουμε τον ασθενή στο ταξίδι του.
- **Με Υπομονή**: ειδικότερα σε τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου.
- **Με Μυαλό Αρχάριου**: έτσι ώστε να μην θεωρούμε τίποτα δεδομένο και γνωστό.
- **Με Ελευθερία**: με άνεση και χαλαρότητα να προσεγγίζουμε τον ασθενή.
- **Με Ανοιχτή Στάση**: προς το άγνωστο. Αυτές οι καταστάσεις συνείδησης είναι ένας άγνωστος κόσμος, ένας κόσμος που ακόμη εξερευνάται και που χρειάζεται τη συμμετοχή και την υποστήριξη όλων μας.

7. Προσέγγιση Ασθενών σε Κωματώδη Κατάσταση Συνείδησης μέσω των τεχνικών του Coma Work

Το Coma Work, περιλαμβάνει βασικές τεχνικές, καθώς και ειδικές τεχνικές, οι οποίες ακολουθούν την φυσική πορεία αποκατάστασης. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής λαμβάνει αναλγησία ή κάποιο είδος καταστολής, θα πρέπει να το λάβουμε υπ' όψιν μας, γιατί απαιτείται περισσότερος χρόνος μέχρι να δούμε ανταπόκριση. Μας ενδιαφέρει η γενικότερη κατάσταση της υγείας του ασθενή.¹⁹³

Πολλοί συμπεριφέρονται στους κωματώδεις ασθενείς σαν να έχουν “φυσιολογική” κατάσταση συνείδησης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις θεωρείται ότι ο ασθενής δεν μπορεί να ακούσει, να δει και να μιλήσει. Όλες αυτές οι αντιδράσεις είναι φυσιολογικές. Πολλοί απο εμάς θεωρούμε, ότι όταν κάποιος δεν μπορεί να μιλήσει και να επικοινωνήσει με τους “φυσιολογικούς τρόπους” επικοινωνίας, δεν είναι και παρών. Πολλοί θα ξαφνιαστούν απο το είδος της επικοινωνίας που μπορεί να επιτευχθεί με τέτοιου είδους ασθενείς.¹⁹³

7.1. Αρχές προσέγγισης με τις τεχνικές του Coma Work

Η Amy Mindell στο βιβλίο της: “*Coma a Healing Journey*”¹⁹³ δίνει πρακτικές συμβουλές και οδηγίες σε όλους όσους θέλουν να εμβαθύνουν και να προσεγγίσουν ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης. Οι βασικές μέθοδοι επικοινωνίας περιλαμβάνουν:

1. Την αναπνοή, τους ήχους, τα λόγια, το άγγιγμα, την κίνηση.
2. Την ενθάρρυνση του ασθενή να εμπιστευτεί και να ακολουθήσει την εμπειρία του.
3. Τον έλεγχο του μυικού τόνου.
4. Την αύξηση της μυικής δύναμης με την εφαρμογή ισοδύναμης αντίστασης.
5. Το ξεδίπλωμα της κίνησης υποβοηθώντας την, είτε αγγίζοντας το μέλος που κινείται, είτε σπρώχνοντας το ελαφρά προς την κατεύθυνση που κινείται.
6. Το καθρέφτισμα των σινιάλων με ουδέτερες εκφράσεις.
7. Την παρατήρηση και ερμηνεία των σινιάλων με ουδέτερο τρόπο.
8. Απευθυνόμαστε απεύθειας στο τμήμα του σώματος που παρουσιάζει ανταπόκριση.
9. Τη χρησιμοποίηση ήχων για την καθρέφτιση των σινιάλων.

7.2. Πρώτα βήματα του Coma Work για όλους τους τύπους κωματώδους κατάστασης συνείδησης

Σύμφωνα με την Mindell,¹⁹³ είναι πολύ σημαντικό πριν την προσέγγιση μας να έχουμε λάβει υπ'όψιν τη γενικότερη κλινική εικόνα του ασθενή, και να περιμένουμε την σταθεροποίηση της κατάστασης του πριν απο οποιαδήποτε παρέμβαση.

Τα συναισθήματα με τα οποία προσεγγίζουμε τον ασθενή έχουν άμεσο αντικτύπο επάνω του, τα οποία είναι απο μόνα τους είναι θεραπευτικά. Δεχόμαστε την κατάσταση του ασθενή και δεν προσπαθούμε να τον επαναφέρουμε στο «φυσιολογικό» επίπεδο συνείδησης που είχε. Απλά τον συνοδεύουμε εκεί που βρίσκεται και τον βοηθούμε να αποκτήσει ενημερότητα για το τι του συμβαίνει.

Πριν την προσέγγιση μας λοιπόν, θα πρέπει να λάβουμε σύμφωνα με τη Mindell στο βιβλίο της: *“Coma a healing Journey”*¹⁹³ τα εξής:

1) Έλεγχος για ιατρική παρέμβαση

Το πρώτο βήμα στη δουλειά με ανθρώπους σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης, είναι να βεβαιωθούμε ότι έχουν γίνει όλες οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

2) Συναισθήματα coma worker

Για την αποτελεσματικότητα της μεθόδου πολύ σημαντικό ρόλο παίζει όχι μόνο η τεχνική που θα χρησιμοποιηθεί, αλλά και τα συναισθήματα που έχουμε όταν προσεγγίζουμε τον ασθενή που βρίσκεται σε κώμα. Επαφή που γίνεται με αγάπη, σεβασμό και ευαισθησία προς τον ασθενή είναι απο μόνη της θεραπευτική.

3) Συνοδεύουμε τον κωματώδη ασθενή εκεί που βρίσκεται

Το Coma Work βασίζεται στην ικανότητα μας να επικοινωνούμε με τον κωματώδη ασθενή με έναν τελείως διαφορετικό τρόπο απο αυτό που έχουμε συνηθίσει. Θα πρέπει να προσαρμόσουμε την επικοινωνία μας, στο επίπεδο της συνειδητότητας του ασθενή. Η μέθοδος αυτή θα μας βοηθήσει να μειώσουμε το χάσμα των δυο πραγματικοτήτων.

4) Δεν πιέζουμε τον κωματώδη ασθενή να επικοινωνήσει με την εξωτερική πραγματικότητα

Συναντάμε τον ασθενή εκεί που βρίσκεται και ακολουθούμε την εμπειρία του. Δεν χρειάζεται δηλαδή να βγεί ο ασθενής από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται για να επικοινωνήσει μαζί μας με το φυσιολογικό τρόπο. Αυτό που μπορούμε να του πούμε είναι: « Είμαι εδώ μαζί σου και θα σε συνοδεύσω εκεί που βρίσκεσαι ».

5) Ενημέρωση του κωματώδη ασθενή για τι πρόκειται να συμβεί

Προτού προβούμε σε οποιαδήποτε ενέργεια ενημερώνουμε τον ασθενή για το τι πρόκειται να κάνουμε π.χ σε λίγο θα σε πλησιάσω.

6) Σωματικό πλησίασμα

Πλησιάζουμε τον άνθρωπο σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης όσο πιο κοντά γίνεται, φέρνοντας το πρόσωπο μας κοντά στο αυτί του. Του μιλάμε με ήρεμη και αργή φωνή.

7) Ευελιξία

Για λόγους εκπαιδευτικούς, για πολλές από τις μεθόδους του Coma work επινοήθηκαν ειδικές ασκήσεις. Όταν θα έχει μάθει κανείς καλά τις διάφορες τεχνικές της μεθόδου, θα μπορέσουν τότε αυτές να γίνουν εργαλεία, τα οποία θα μπορέσουν να χρησιμοποιηθούν ανάλογα με τα σινιάλα που θα πάρουμε από τον ασθενή. Έτσι πολύ πιο ευέλικτα, θα μπορούμε να επικοινωνούμε με τις στιγμιαίες διεργασίες του ασθενή, αντί να ακολουθούμε μια καθορισμένη σειρά τεχνικών.

8) Επικοινωνία μέσω σινιάλων

Όλες οι κινήσεις, οι ήχοι, το πάτερν της αναπνοής, οι αλλαγές στο χρώμα του δέρματος και οι μυϊκές αντιδράσεις του ασθενή συνιστούν τη γλώσσα του κώματος. Αυτά είναι τα μέσα που χρησιμοποιεί ο κωματώδης ασθενής και ο ασθενής με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης για να επικοινωνήσει μαζί μας. Εάν παρατηρήσουμε αυτά τα σινιάλα ο άνθρωπος που βρίσκεται σε κώμα γνωρίζει ότι είμαστε ενήμεροι της προσπάθειας του.

9) Ενίσχυση των σινιάλων

Η ενίσχυση είναι μια μέθοδος, μέσω της οποίας ακολουθούμε τον ασθενή σε οποιαδήποτε εσωτερική εμπειρία και αν βρίσκεται. Ακολουθούμε λοιπόν τα σινιάλα του και βοηθούμε αυτές τις εμπειρίες να ξεδιπλωθούν μέσω της χρήσης ήχων, κινήσεων, αναπνοής και του αγγίγματος. **Ο παρατηρητής λειτουργεί σαν μεγενθυτής του σινιάλου που στέλνει ο ασθενής.** Αυτό γίνεται για να αποκτήσει ο ασθενής μεγαλύτερη ενημερότητα για το τι του συμβαίνει. Τα σινιάλα που παίρνουμε από τον ασθενή, θα πρέπει να τα μεγενθύνουμε στο αισθητήριο κανάλι που ανήκουν.

10) Ανατροφοδότηση (feedback)

Ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία είναι η ικανότητα μας να παρατηρούμε την αντίδραση (ανατροφοδότηση) του ανθρώπου που είναι σε κώμα, ως απάντηση της δικής μας προσέγγισης. Το τι κάνουμε κάθε στιγμή, ποιά τεχνική θα χρησιμοποιήσουμε, εξαρτάται κάθε φορά από την ανταπόκριση που παίρνουμε. Το κάθε σινιάλο του ασθενή φέρνει και μια συγκεκριμένη αναπόκριση από τον παρατηρητή. Αυτή η ανταπόκριση δίνει στο ασθενή πληροφορίες για τη διεργασία.

Θετική ανταπόκριση: σημαίνει ότι λαμβάνουμε μια αντίδραση, έστω και μικρή, σε αυτό που κάνουμε (π.χ αλλαγή στο ρυθμό της αναπνοής, σύσπαση).

Αρνητική ανταπόκριση: σημαίνει απουσία οποιασδήποτε αντίδρασης ανταπόκρισης στη προσέγγιση μας. Οι αντιδράσεις μπορεί να είναι καθυστερημένες λόγω της φαρμακευτικής αγωγής. Για το λόγο αυτό πρέπει να έχουμε υπομονή γιατί μπορούμε να λάβουμε σε μεγαλύτερο από τον αναμενόμενο χρόνο μια αντίδραση.

Αυτό που θα πρέπει να θυμόμαστε στο Coma Work είναι ότι **όσο το λιγότερο τόσο το καλύτερο. Η συχνότητα και η διάρκεια της δουλειάς μας εξαρτάται σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό από το feedback που παίρνουμε.**

11) Παρατήρουμε τις δικές μας μεταβλημένες καταστάσεις συνείδησης (trance state)

Όταν δουλεύουμε με ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης, μπορεί και οι ίδιοι να βρούμε τον εαυτό μας να πέφτει σε καταστάσεις συνείδησης κατά τις οποίες αρχίζουν να αναδύονται φαντασιώσεις ή εικόνες σαν όνειρα. Αυτό είναι κάτι το φυσιολογικό. Μπορεί κανείς να περαματιστεί και να περιγράψει την εμπειρία του στον άνθρωπο με τον οποίο δουλεύει. Αν υπάρχει αντίδραση την ακολουθούμε, εάν όχι κάνουμε ένα διάλειμμα ή δοκιμάζουμε άλλη μέθοδο επικοινωνίας.

12) Ευαισθησία και Λογική

Τηρούμε τους κανόνες υγιεινής π.χ πλύσιμο χεριών και λαμβάνουμε υπ' όψιν μας όλους τους σωλήνες, καθετήρες, παροχετεύσεις που μπορεί να έχει ο ασθενής και ενεργούμε με λογική και ευαισθησία.

13) Ενημέρωση

Ενημερώνουμε τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς και τα μέλη της οικογένειας του για το τι σχεδιάζουμε να κάνουμε και ρωτούμε εάν είναι σύμφωνοι με αυτό το πλάνο προσέγγισης.

14) Εξάσκηση

Καλό θα ήταν να εξασκηθούμε πρώτα στις διάφορες τεχνικές με άλλους ανθρώπους πριν δουλέψουμε με τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό μπορούμε να έχουμε και εκ των έσω εμπειρία της κάθε τεχνικής.

15) Φροντίδα του εαυτού μας

Για να μπορούμε να προσφέρουμε όσο το δυνατόν περισσότερο, είναι απαραίτητο να φροντίζουμε τόσο την σωματική όσο και την ψυχική μας υγεία μας.

7.3. Τεχνικές του Coma Work σε κωματώδεις ασθενείς και σε ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης

Η Amy και ο Arnold Mindell¹⁹³ εισάγουν μια σειρά ασκήσεων που βοηθούν να ανακαλύψουμε τις δικές μας μεταβλητές καταστάσεις συνείδησης, τις θέσεις μας πάνω σε θέματα που αφορούν τη ζωή και τον θάνατο, καθώς και τον βαθμό ευκολίας πάνω στη μη λεκτική επικοινωνία, βάζοντας μας στη θέση του κωματώδη ασθενή.

Αυτό ίσως θα μπορέσει να βοηθήσει να φέρουμε πιο κοντά τον κόσμο του ασθενή με τον δικό μας κόσμο. Ο Mindell στο βιβλίο του *“Sitting in the fire: Large group transformation through diversity and conflict”*²⁰⁵ υποστηρίζει ότι μαθαίνουμε πολλά για τον εαυτό μας, μπαίνοντας στη θέση του άλλου.

Επιπλέον εισάγουν μια σειρά τεχνικών που βοηθούν τον ασθενή να αποκτήσει ενημερότητα για το τι του συμβαίνει και με τον τρόπο αυτό να βελτιωθεί η επικοινωνία τόσο με την κλινική ομάδα όσο και με τους οικείους τους.

Το κέντρο του Process Work βρίσκεται στο Portland όπου μέχρι και σήμερα εκπαιδεύουν με τις τεχνικές του Coma Work όλους όσους θέλουν να εμβαθύνουν και να μάθουν να επικοινωνούν με ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση συνείδησης, καθώς και με ασθενείς με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης.¹⁹¹

Οι τεχνικές αυτές περιλαμβάνουν:¹⁹³

1. Τεχνικές μέσω της αναπνοής / συνοδεία αναπνοής.
2. Προσέγγιση μέσω των αισθήσεων.
3. Επικοινωνία και αναπόκριση στα σινιάλα.
4. Δουλεύοντας με τις θέσεις σώματος.
5. Δουλεύοντας με τις κινήσεις του σώματος.
6. Δουλεύοντας με το πρόσωπο.
7. Δυαδική Επικοινωνία (binary communication).
8. Επανασύνδεση τμημάτων.
9. Ομαδική συμμετοχή.
10. Η μια πλευρά του σώματος διδάσκει την άλλη.
11. Κενές απο νόημα (blanc access) εκφράσεις.
12. Συμβολική γλώσσα.

7.3.1. Τεχνικές του Coma Work μέσω της Αναπνοής¹⁹³

Μια από τις πρώτες τεχνικές προσέγγισης ασθενών με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης καθώς και αυτών σε κωματώδη κατάσταση είναι οι τεχνικές μέσω της αναπνοής. Ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους επικοινωνίας με τέτοιου είδους ασθενείς είναι μέσω του ρυθμού της αναπνοής. Όταν το κάνουμε αυτό ο ασθενής αρχίζει να αντιλαμβάνεται την παρουσία μας. Αισθάνεται ότι κάποιος τον συνοδεύει εκεί που βρίσκεται και προσπαθεί να σχετιστεί μαζί του. Ο τρόπος με το οποίο μιλάμε και αγγίζουμε τον ασθενή θα πρέπει να αντικατροπτρίζει τον ρυθμό της αναπνοής του. Αρχικά μιλάμε την ώρα της εκπνοής.

Ορισμένες οδηγίες για το πως μπορούμε να συνοδεύσουμε τον άνθρωπο σε κωματώδη κατάσταση μέσω της αναπνοής είναι οι εξής:¹⁹³

1. Παρατηρούμε και Συντονιζόμαστε

Παρατηρούμε τη γενικότερη ατμόσφαιρα που επικρατεί στο χώρο, τη θέση του ασθενή στο κρεβάτι και τον ρυθμό της αναπνοής του. Χαλαρώνουμε, αυτοσυγκεντωνόμαστε και προσπαθούμε διαισθητικά να αισθανθούμε τον κόσμο στον οποίο βρίσκεται ο άνθρωπος που είναι σε κώμα. Αν είμαστε ανήσυχοι παίρνουμε λίγη ώρα για να χαλαρώσουμε και να βρούμε έναν πιο αργό ρυθμό.

2. Πλησιάζουμε

Πλησιάζουμε το κρεβάτι του ασθενή όσο πιο πολύ μπορούμε και παίρνουμε μια καλή και αναπνευστική όρθια ή καθιστή θέση.

3. Καθρεφτίζουμε την συχνότητα και το βάθος της αναπνοής του

Πλησιάζουμε ακόμα περισσότερο και τοποθετούμε το κεφάλι μας όσο γίνεται πιο κοντά στο αυτί του και αρχίζουμε να παράγουμε ήχους εισπνοής/εκπνοής, αντικατοπτρίζοντας με τον τρόπο αυτό τον ρυθμό και το βάθος των δικών του αναπνοών.

4. Μιλάμε την ώρα της εκπνοής του

Συστηνόμαστε μιλώντας με ζεστή φωνή και ρυθμίζοντας τη φωνή μας με βάση τον ρυθμό της αναπνοής του. **Του μιλάμε την ώρα που εκπνέει και κάνουμε παύση την ώρα της εισπνοής του.** Αυτό καθρεφτίζει τον τρόπο που όλοι μιλάμε και που είναι κατά τη διάρκεια της εκπνοής.

5. Αγγίζουμε και πιέζουμε τον καρπό

Αγγίζουμε τον καρπό του και ακολουθούμε τον ρυθμό της αναπνοής του. Κρατάμε τον καρπό και πιέζουμε ελαφρά την ώρα της εισπνοής και χαλαρώνουμε την πίεση την ώρα της εκπνοής. Με την πίεση που εφαρμόζουμε κατά την εισπνοή, καθρεφτίζουμε την μυϊκή σύσπαση των αναπνευστικών μυών, ενώ όταν χαλαρώνουμε την πίεση, καθρεφτίζουμε το χαλάρωμα των μυών στη φάση της εκπνοής. Το άγγιγμα του καρπού είναι ένας διακριτικός τρόπος για να κάνει κανείς μια πρώτη επαφή. Εναλλακτικά αν δεν είναι εφικτή η πίεση του καρπού π.χ ύπαρξη καθετήρα, η επαφή μπορεί να γίνει με πίεση του αγκώνα.

6. Ενημερώνουμε πριν αγγίξουμε

Ενημερώνουμε τον ασθενή για το τι πρόκειται να κάνουμε και περιμένουμε μερικά δευτερόλεπτα. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής νιώθει ότι τον σεβόμαστε και του δίνουμε τη δυνατότητα να προετοιμαστεί για αυτή την επαφή.

7. Ενθαρρύνουμε

Κατά τη διάρκεια της δουλειάς με τον ασθενή τον ενθαρρύνουμε να ακολουθήσει ότι συμβαίνει μέσα του. Να πειραματιστεί και να εμπιστευτεί οτιδήποτε βιώνει εκείνη τη στιγμή. Λέγοντας στον ασθενή ότι οι εσωτερικές διαδικασίες μπορούν να μας οδηγήσουν, δίνεται η αίσθηση στον ασθενή, ότι είναι σημαντικό ότι του συμβαίνει και ότι υπάρχει ένας δρόμος που μπορεί να ακολουθηθεί. Δίνεται επίσης η αίσθηση στον ασθενή ότι δεν είναι μόνος του σε αυτό το μονοπάτι. Αυτό το μήνυμα δίνει τη δυνατότητα και ενθαρρύνει τον άνθρωπο που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση να αποκτήσει συνείδηση του εαυτού του.¹⁹⁹

8. Ομαδική συμμετοχή

Μπορούμε να ζητήσουμε την ενεργή συμμετοχή και άλλων στη διαδικασία. Επειδή τις περισσότερες φορές δεν θα είναι εφικτή η συμμετοχή άλλων στη διαδικασία, μπορεί κανείς να πάει σταδιακά σε κάθε τμήμα του σώματος και να δουλέψει ανάλογα με το feedback που θα πάρει.

9. Μουσική

Με βάση το ρυθμό της αναπνοής του μπορούμε να αναπαραγάγουμε μια μουσική μελωδία.

Α. Συντονισμός Πίεσης και Αναπνοής στα διάφορα μέρη του σώματος¹⁹³

Συγχρονίζουμε την πίεση που του ασκούμε στα διάφορα μέρη του σώματος με τον ρυθμό της αναπνοής του. Με τον τρόπο αυτό βοηθούμε τον ασθενή να αρχίσει να συνειδητοποιεί καλύτερα το σώμα του και τις φυσιολογικές του λειτουργίες.

Πιέζουμε την ώρα της εισπνοής και χαλαρώνουμε την ώρα της εκπνοής. Επίσης, μπορούμε να κινητοποιήσουμε τα μέλη του ακολουθώντας τον ρυθμό της αναπνοής του. Ο συντονισμός της πίεσης και του ρυθμού της αναπνοής γίνεται ως εξής:

- **Καρπός:** πίεση στη φάση της εισπνοής και χαλάρωση στη φάση της εκπνοής.
- **Στέρνο:** πίεση στη φάση της εκπνοής και χαλάρωση στη φάση της εισπνοής.
- **Κεφάλι-Πρόσωπο:** απαλά χαιδεύουμε το κεφάλι και το πρόσωπο με τον ρυθμό της αναπνοής.
- **Κορυφή κεφαλιού:** πίεση την ώρα της εισπνοής και χαλάρωση την ώρα της εκπνοής.
- **Βάση Κρανίου:** ανασηκώνουμε ελαφρά το κεφάλι στη φάση της εισπνοής και κατεβάζουμε στη φάση της εκπνοής.
- **Πέλματα:** ραχιαία κάμψη στη φάση της εισπνοής και χαλάρωση στη φάση της εκπνοής.
- **Καρπός:** έκταση καρπού στη φάση της εισπνοής και χαλάρωση φάση της εκπνοής.
- **Ωμος-Αγκώνας:** κάμψη ώμου ή κάμψη αγκώνα στη φάση της εισπνοής και επαναφορά στη φάση της εκπνοής.
- **Ισχίο-Γόνατο:** κάμψη ισχίου με κάμψη γόνατος ή κάμψη ισχίου με το γόνατο σε έκταση στη φάση της εισπνοής και επαναφορά φάση της εκπνοής.

7.3.2. Προσέγγιση μέσω των Αισθήσεων

Βιώνουμε τον εαυτό μας μέσω των αισθήσεων. Δηλαδή μέσω της όρασης, της ακοής, της όσφρησης, καθώς και με την κίνηση και τα συναισθήματα μας. Ο κωματώδης ασθενής μπορεί να έχει μια οπτική φαντασίωση, μπορεί να ακούει ή να κάνει ήχους, να έχει συναισθήματα ή να κάνει κάποια κίνηση. Αυτό που ζητάμε από τον ασθενή είναι να ακολουθήσει την εσωτερική του εμπειρία. Λέμε στον ασθενή: «Αυτό που έχεις να κάνεις είναι να παρατηρείς τι συμβαίνει». ^{193,199} Αναφέρουμε τα αισθητικά κανάλια π.χ «Αν ακούς κάτι, άκουσε το, αν βλέπεις κάτι, δές το, αν αισθάνεσαι κάτι αισθάνσου το» και παρατηρούμε το feedback. Σε περίπτωση που ανταποκριθεί ο ασθενής (μας δώσει θετικό feedback), τον ενθαρρύνουμε να μείνει με την εμπειρία του στο αισθητήριο κανάλι για το οποίο μας έδωσε θετικό feedback. Μένουμε εκεί που θα πάρουμε το μεγαλύτερο feedback. ^{193,199}

Σινιάλα που παίρνουμε από τον ασθενή και με τα οποία μπορούμε να διαπιστώσουμε σε ποιά από τις αισθήσεις του έχει εστιάσει: ¹⁹³

1. Αν βλέπει κάτι εξωτερικά ή οραματίζεται κάτι, τότε το σινιάλο που μπορεί να λάβουμε είναι:

- Μάτια που κινούνται γρήγορα πίσω από κλειστά βλέφαρα.
- Εστίαση των ματιών σε ένα σημείο.
- Κοίταγμα προς τα επάνω, μερικές φορές με το κεφάλι ελαφρά γυρτό προς τα πίσω.
- Βλέφαρα που ανοιγοκλείνουν ή συσπώνται.
- Διασταλμένες κόρες ματιών.
- Πλησίασμα των φρυδιών ή σύσπαση του ενός φρυδιού.

2. Αν ακούει κάτι, τότε το σινιάλο που μπορούμε να λάβουμε είναι:

- Γυρισμένο το κεφάλι στο πλάι.
- Μάτια γυρισμένα στο πλάι ή αργή κίνηση ματιών στο πλάι.
- Μάτια που παραμένουν ανοιχτά και γυάλινα.

3. Κατάποση:

Η κατάποση είναι αντανakλαστική. Πολλές φορές μπορεί να σημαίνει ότι ο ασθενής κάτι σκέφτεται ή αισθάνεται κάτι.

4. Όταν προσπαθεί λεκτικά να εκφραστεί, μπορούμε να δούμε:

- Κινήσεις του στόματος ή των χειλιών.
- Κατάποση.
- Βογκητά, αναστεναγμοί.

5. Αν αισθάνεται κάτι:

- Παίξιμο των βλεφάρων όταν τα μάτια είναι κλειστά.
- Μάτια που παραμένουν ανοιχτά και γυάλινα.
- Συσπάσεις μυών στη κάτω γνάθο.

6. Αν προσπαθεί να κινήσει κάποιο μέλος του σώματος του:

- Τρέμουλο ή πολύ μικρές κινήσεις των χεριών ή των ποδιών.
- Συσπάσεις των μυών του προσώπου.
- Συσπάσεις των μυών του σώματος.
- Μη ολοκληρωμένες κινήσεις

7.3.3. Επικοινωνία και ανταπόκριση στα σινιάλα ¹⁹³

Ανταποκρινόμαστε σε κάθε σινιάλο του ασθενή. Κάθε φορά που παρατηρούμε ένα σινιάλο δίνουμε στον ασθενή να καταλάβει ότι το έχουμε παρατηρήσει. Προσαρμόζουμε την ανταπόκριση μας ανάλογα με το σινιάλο που θα πάρουμε. Όταν η δική μας απάντηση καθρεφτίζει την ποιότητα του σινιάλου που παίρνουμε από τον ασθενή, τον βοηθάμε να συνειδητοποιήσει το τι ακριβώς του συμβαίνει. Μέσω ήχων, λέξεων καθρεφτίζουμε την ποιότητα, την ένταση, τον ρυθμό των σινιάλων που προσλαμβάνουμε.

Ενεργούμε ανάλογα με την ανταπόκριση που έχουμε από τον ασθενή. Παρατηρούμε την οποιαδήποτε ανταπόκριση όταν αναφερόμαστε στα συγκεκριμένα σινιάλα. Αν το επαναλάβει, τότε πιθανόν να είναι επικοινωνία. Το σημαντικό είναι ότι οι ασθενείς εκτιμούν το ενδιαφέρον που τους δίνουμε παρατηρώντας τα σινιάλα τους, παρόλο που δεν τα κατανοούμε.

Πολλές φορές θεωρούμε ότι ένα σινιάλο υπονοεί κάτι, για τον ασθενή όμως μπορεί να σημαίνει κάτι τελείως διαφορετικό από αυτό που εμείς πιστεύουμε. Οι εσωτερικές εμπειρίες που έχουν αυτοί οι ασθενείς, είναι συνήθως τελείως διαφορετικές από αυτό που εμείς φανταζόμαστε από την οπτική της καθημερινής πραγματικότητας.

7.3.4. Δουλεύοντας με τις θέσεις του σώματος ¹⁹³

Παρατηρούμε τη θέση του σώματος στο κρεβάτι, καθώς και την θέση των μελών του σώματος. Παρατηρούμε π.χ την θέση των χεριών του και απλά ακουμπάμε τα χέρια μας πάνω στα δικά του. Με το άγγιγμα μας, βοηθούμε τον ασθενή να κερδίσει τον έλεγχο της εμπειρίας που βιώνει, μέσω του ελέγχου της θέσης των μελών του.

7.3.5. Δουλεύοντας με την κίνηση του σώματος ¹⁹³

Με την τεχνική αυτή, βοηθούμε τον ασθενή, να βιώσει την οποιαδήποτε εμπειρία στα άνω και κάτω άκρα καθώς και στο κεφάλι. Το άγγιγμα μας, θα τον βοηθήσει να αποκτήσει επίγνωση το τι του συμβαίνει, όπως και να εκφράσει τις εσωτερικές του εμπειρίες. Θα αποκτήσει επίγνωση για το πια είναι η τάση που θέλουν τα μέλη του να κινηθούν. Κινούμε τα μέλη του σώματος πολύ αργά. Σηκώνουμε τα άκρα εκατοστό-εκατοστό από το κρεβάτι και παρατηρούμε εάν υπάρχει κάποια σύπαση.

Εάν υπάρχει σύσπαση, ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εστιάσει και να την ακολουθήσει. Προσοχή χρειάζεται σε περίπτωση καταγμάτων ή άλλων τραυματισμών.

Εάν παρουσιάζεται κίνηση μπορούμε να εφαρμόσουμε τις εξής τεχνικές:

α) Σε περίπτωση που το μέλος παρουσιάζει πολύ μικρή κίνηση, την ακολουθούμε υποβοηθώντας.

β) Εφαρμόζουμε ελαφρά αντίσταση στη κίνηση που παρουσιάζεται. Η αντίσταση που βάζουμε είναι ισοδύναμη της δύναμης που βάζει ο ασθενής.

γ) Χρησιμοποιούμε καταφατικούς ήχους και λέξεις που να ενθαρρύνουν αυτή την εμπειρία. Οι ήχοι και οι λέξεις που χρησιμοποιούμε θα πρέπει να αντανακλούν την δύναμη και την ποιότητα της κίνησης.

δ) Μπορεί να συναντήσουμε τελείως ανύπαρκτο μυϊκό τόνο, με το μέλος χαλαρό ή αυξημένο μυϊκό τόνο. Την χαλαρότητα τη δουλεύουμε κάνοντας μάλαξη, ενώ τη σπαστικότητα βάζοντας αντίσταση. Ο αυξημένος μυϊκός τόνος θα χρειαστεί να αντιμετωπιστεί για λόγους αποκατάστασης. Στο Coma work μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι η έκφραση μιας εσωτερικής δύναμης που χρειάζεται να αναγνωριστεί, να καθοδηγηθεί και να κατευθυνθεί.²⁰⁰

7.3.6. Δουλεύοντας με το πρόσωπο¹⁹³

Τα μέρη του προσώπου όπως τα μάτια, το στόμα, είναι από τα βασικά κέντρα επικοινωνίας με τα οποία εκφραζόμαστε. Κάνοντας μια ήπια μάλαξη στην περιοχή του προσώπου, προσπαθούμε να τον βοηθήσουμε να αποκτήσει ενημερότητα για το τι του συμβαίνει σε αυτή την περιοχή. Του κουνάμε την κάτω γνάθο, για να του ανοίξουμε το στόμα και περιμένουμε ανταπόκριση. Αν κάνει μασητικές κινήσεις, μπορούμε να του βάλουμε ένα κομμάτι γάζας ανάμεσα από τα δόντια και παρατηρούμε για αντιδράσεις.

7.3.7. Δυαδική επικοινωνία^{193, 198}

Ένας αποτελεσματικός τρόπος για να θέσουμε ερωτήματα σε κάποιον που δεν είναι σε θέση να απαντήσει λεκτικά είναι να χρησιμοποιήσουμε ένα σύστημα επικοινωνίας με το οποίο ο ασθενής να μπορεί να απαντήσει με ένα «ναί» ή «όχι» κάνοντας

ένα ήχο ή μια κίνηση. Αυτό το αποκαλούμε δυαδική επικοινωνία (binary communication).

Παρατηρούμε τα σινιάλα ψάχνοντας για επαναλαμβανόμενα σινιάλα και τα χρησιμοποιούμε ως μέσο επικοινωνίας. Πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι μπορεί να λάβουμε καθυστερημένα απάντηση, λόγω της εγκεφαλικής βλάβης ή της φαρμακευτικής αγωγής ή της γενικότερης κλινικής εικόνας που βρίσκεται ο ασθενής.

7.3.8. Επασύνδεση τμημάτων¹⁹³

Η τεχνική αυτή βοηθά στο να επανέλθει, σε ασθενείς με εγκεφαλική βλάβη, επασύνδεση μεταξύ των απομακρυσμένων τμημάτων του σώματος, όπως της κεφαλής του άκρου πόδα, των χεριών μεταξύ τους, των χεριών με το κεφάλι. Με την τεχνική αυτή προσπαθούμε να συνδέσουμε τις πιθανές κινήσεις του προσώπου, της κεφαλής και του αυχένα με την αναπνοή και με ήχους.

7.3.9. Ομαδική συμμετοχή¹⁹³

Δουλεύοντας ομαδικά μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε πολλές τεχνικές. Κάνουμε τα ίδια όπως και στις άλλες τεχνικές, απλά ενημερώνουμε το ασθενή ότι είναι και άλλοι παρόντες.

7.3.10. Η μια πλευρά του σώματος διδάσκει την άλλη¹⁹³

Χρησιμοποιούνται ειδικές τεχνικές, όταν έχουμε κάποιο παράλυτο μέλος. Η πρώτη τεχνική αρχικά ενθαρρύνει αυτή την κατάσταση και στη συνέχεια εστιάζει στην ενεργοποίηση ολόκληρου του σώματος. Η δεύτερη τεχνική εστιάζει στη χρησιμοποίηση της δύναμης των υγιειών μελών του σώματος, τα οποία “διδάσκουν” την παράλυτη πλευρά. Ανάλογα με την ανταπόκριση που θα έχουμε από τον ασθενή, εφαρμόζουμε ή τη μία ή την άλλη τεχνική. Για παράδειγμα, όταν δούμε κίνηση στο υγιές άνω άκρο, το πιάνουμε και του δίνουμε να κρατήσει το παράλυτο άκρο. Στη συνέχεια πιάνουμε εμείς το παράλυτο άκρο και το ακουμπάμε στο πρόσωπο του για να το αισθανθεί και περιμένουμε ανταπόκριση.

7.3.11. Κενές απο ερμηνεία εκφράσεις (blank accessing) ^{193,199}

Ο σχολιασμός του σινιάλου που λαμβάνουμε απο τον ασθενή θα πρέπει να γίνεται με ενθουσιώδη τόνο. Αναφέρουμε ακριβώς αυτό που βλέπουμε χωρίς να προσθέτουμε κανένα ερμηνευτικό σχόλιο. Λέμε εκφράσεις χωρίς περιεχόμενο. Υποστηρίζουμε το σινιάλο του ασθενή και το νόημα θα το δώσει ο ίδιος ο ασθενής. Με τον τρόπο αυτό, αφήνουμε τον ασθενή που βρίσκεται σε κωματώδη κατάσταση να γνωρίσει με λέξεις και καταφατικούς ήχους ότι έχουμε παρατηρήσει το σινιάλο.

7.3.12. Συμβολική γλώσσα ¹⁹³

Ψάχνουμε για τον συμβολισμό πίσω απο ήχους ή λέξεις ή κινήσεις που κάνει ο ασθενής, με βάση τα στοιχεία που έχουμε για τη ζωή του, την προσωπικότητα και το στενό του περιβάλλον.

8. Εφαρμογή των τεχνικών του του Process Work σε ασθενείς της ΜΕΘ

8.1. Εισαγωγή

Ήταν πρόκληση για μένα ως φυσικοθεραπεύτρια της ΜΕΘ να δοκιμάσω εκτός από τις κλασικές φυσικοθεραπευτικές μεθόδους και την προσέγγιση ασθενών μέσω των τεχνικών του Process Work. Η επικοινωνία με αυτούς τους ασθενείς είναι δύσκολη και έτσι πολλές φορές καθίσταται αδύνατη η εκπλήρωση των επιθυμιών και των αναγκών τους. Η απομάκρυνση από τα οικεία τους πρόσωπα, η ίδια η νόσος καθώς και οι διάφορες ιατρικές και νοσηλευτικές παρεμβάσεις ενισχύει τους φόβους και το στρες και όλα τα αρνητικά συναισθήματα. Όλες αυτές οι στρεσογόνες συνθήκες, καθώς η αίσθηση έλλειψης ελέγχου, γιατί τα πάντα ελέγχονται από τους άλλους, συμβάλλει στη μείωση της ουδό του πόνου επηρεάζοντας με τον τρόπο αυτό την ποιότητα της ιατρικής και της νοσηλευτικής φροντίδας.^{96, 206, 207}

8.2. Μέθοδος

Από τους 5 ασθενείς που νοσηλεύαμε εκείνη την περίοδο στη ΜΕΘ του Θριασίου Νοσοκομείου επέλεξα να προσεγγίσω τους δυο, λόγω της σταθεροποιημένης τους κλινικής εικόνας.

Η περίοδος παρακολούθησης ήταν εννέα και οκτώ ημέρες αντίστοιχα, όπου και διεκόπει λόγω της σημαντικής βελτίωσης της κλινικής τους εικόνας (ο ένας εκ των δυο πήρε εξιτήριο) και του επιπέδου επικοινωνίας τους.

Η παρακολούθηση που έγινε ήταν καθημερινή και κατά κύριο λόγο γινόταν τις απογευματινές ώρες.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η εξής:

A) Συμπλήρωση ενός εντύπου με τα στοιχεία και το πλήρες ιστορικό του ασθενή τα οποία λήφθηκαν από τον ιατρικό φάκελο του ασθενή:

1. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΛΙΚΙΑ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:

ΗΜΕΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

ΤΜΗΜΑ:

ΗΜΕΡΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

ΙΑΤΡΟΣ:

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

ΣΥΝΤΟΜΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΠΟΡΕΙΑ ΣΤΗ ΜΕΘ:

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ –ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ:

ΦΑΡΜΑΚΑ:

ΑΛΛΕΡΓΙΕΣ:

ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ, ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ, ΑΛΛΩΝ ΟΥΣΙΩΝ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ (εθνικότητα, γλώσσα, κοινωνική κατάσταση, χόμπυ κ.τ.λ):

Άλλα:

Β) Γινόταν καθημερινή πλήρης καταγραφή της πορείας του ασθενή πριν από την προσέγγιση με τις τεχνικές του Process Work, με ανασκόπηση του κάθε συστήματος ξεχωριστά (π.χ αναπνευστικού, καρδιαγγειακού). Οι πληροφορίες λαμβάνονταν τόσο από την προσωπική μου παρατήρηση, όσο και από το φύλο νοσηλείας καθώς και από τον ιατρικό φάκελο του ασθενή. Γινόταν συμπλήρωση του ακόλουθου εντύπου:

2. ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Όνομα:

Επώνυμο:

Ηλικία:

Διάγνωση:

Ημερομηνία:

Ωρα:

Ημέρα νοσηλείας:

ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

- Σταθερή
- Βελτιούμενη
- Επειδευόμενη

Παρατηρήσεις:

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Καταστολή/δοσολογία:

Λοιπή αγωγή:

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ

➤ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ:

- ❑ Ενδοτραχειακό σωλήνα
- ❑ Τραχειοστομία
- ❑ Μάσκα
- ❑ Ρινικά γυαλιά
- ❑ Μηχανική υποστήριξη αναπνοής:
 - Στοιχεία αναπνευστήρα:

- ❑ Απλή χορήγηση O₂ :
 - Χορηγούμενο O₂ %:

 - lit O₂:

 -
- ❑ Αέρια αίματος:

Παρατηρήσεις:

➤ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ:

- Σφύξεις:
- Αρτηριακή Πίεση:
- Καρδιογράφημα:

Παρατηρήσεις:

- ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ:

Παρατηρήσεις:

- ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

- Κλίμακα γλασκώβης(GCS):
- Κόρες οφθαλμών: Δε: Αρ:
- Ενδοκράνια πίεση:
- Babinski :
- Άλλο:

Παρατηρήσεις:

- ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ:

- ΔΕΡΜΑ:

- ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ:

- ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ :

- ΓΕΝΝΗΤΙΚΟ :

- ΆΛΛΟ:

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ (Ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, υπέρηχο κ.τ.λ) :

ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΕΙΣ/ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ:

ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ψυχολογική υποστήριξη κ.τ.λ):

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Γ. Καταγραφή στοιχείων σε έντυπο που περιλάμβανε τα εξής:

Ι. Εφαρμογή των τεχνικών του process work σε ενήλικο, διασωληνωμένο ασθενή στη ΜΕΘ, με επηρεασμένο το επίπεδο συνείδησης:

Όνομα:

Επώνυμο:

Ηλικία:

Διάγνωση:

Ημέρα παραμονής σε κωματώδη κατάσταση:

Συνεδρεία:

Ημερομηνία:

ΙΙ. Ερωτήματα πριν την εφαρμογή του Process Work στον ασθενή (πληροφορίες απο το οικείο περιβάλλον του ασθενή):

- Ποιά ήταν η διάθεση του πριν πέσει σε κωματώδη κατάσταση;

- Τι ήταν το τελευταίο πράγμα που είπε ή που έκανε πριν πέσει σε κωματώδη κατάσταση;

- Έχει ξαναπέσει σε κωματώδη κατάσταση;
- Ήταν ανήσυχος, είχε στρές, είχε κατάθλιψη, ήταν αδιάφορος κτλ;

III. Πρώτες παρατηρήσεις πριν την εφαρμογή του process work στον ασθενή:

- Σε τι θέση βρίσκεται ο ασθενής (ύπτια, ημικαθιστή, καθιστή κτλ);
- Ποιό το χρώμα του προσώπου του, υπάρχει διαφορά στα διάφορα σημεία του προσώπου;
- Πως είναι η αναπνοή του:
 - A) ήρεμη, με ταχύπνοια, με παύσεις, αριθμός αναπνοών / λεπτό, ανώτερη θωρακική, διαφραγματική, κοιλιακή αναπνοή;
 - B) οι ανάσες του είναι ρηχές, βαθιές, ποιός ο όγκος τους και ο κατά λεπτό αερισμός (αν βρίσκεται υπο μηχανική υποστήριξη αναπνοής);
- Σε τι θέση βρίσκονται τα άνω και κάτω άκρα; διακρίνεται κάτι παθολογικό; υπάρχει μυϊκός σπασμός;
- Υπάρχει κάποια κίνηση στα άκρα ή στο κεφάλι;
- Ο μυϊκός τόνος είναι φυσιολογικός, μειωμένος ή αυξημένος;
- Τα μάτια είναι: A) ανοιχτά ή κλειστά; ΔΕ: ΑΡ:

B) σε μυδρίαση ή μύση; ΔΕ:

ΑΡ:

- Εστιάζουν σε κάτι ή σε κάποιον;
- Τα μάτια του σε παρακολουθούν ή μένουν σταθερά;

IV. Παρατηρήσεις μετά την προσέγγιση μέσω των τεχνικών του process work:

- Ποιές τεχνικές προσέγγισης του Process Work χρησιμοποίησες;
- Έδειξε ο ασθενής κάποια ανταπόκριση στη προσπάθεια σου για επικοινωνία μαζί του; αν ναι ποιά;
- Έχει ανταποκριθεί σε κάποιον άλλο; αν ναι, σε ποιόν και με ποιό τρόπο;
- Παρατήρησες κάποια κίνηση ως αντίδραση όταν κάτι συμβεί στο χώρο;
- Παρατήρησες κάποιες μικρές κινήσεις που επαναλαμβάνονται συχνά (κινήσεις του στόματος, της κεφαλής, των δακτύλων, κ.τ.λ)
- Άλλες παρατηρήσεις:

V. Περιγραφή συναισθημάτων μετά τη προσέγγιση του ασθενή, μέσω των τεχνικών του Process Work:

8.3. Παρουσίαση της Εφαρμογής των Τεχνικών του Process Work σε 2 Ασθενείς της ΜΕΘ του Θριασίου Νοσοκομείου.

8.3.1. Α΄ Περιστατικό

Σύντομο Ιστορικό: Άντρας ηλικίας 28 ετών, Ιρακινής καταγωγής, με παραμονή στην Ελλάδα επι δεκαετίας, χωρίς οικογενειακό περιβάλλον, διακομίστηκε στο νοσοκομείο μας διασωληνωμένος λόγω οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας επί εδάφους κωματώδους κατάστασης. Αιμοδυναμικά σταθερός, με έντονη αναπνευστική δυσπραγία, με αυξημένες βρογχικές εκκρίσεις (CT θώρακος: με πυκνοατελεκτασικά στοιχεία), με εμπύρετο, με εικόνα βαρειάς ραβδομύλωσης και συνοδό οξεία νεφρική ανεπάρκεια, όπου και υποβλήθηκε σε αιμοδύλιση. Η CT εγκεφάλου έδειξε υπόπυκνες εστίες στα βασικά γάγγλια.

ΠΟΡΕΙΑ

Η 1^η συνεδρεία εφαρμογής των τεχνικών του Process Work **ξεκίνησε την 34^η ημέρα νοσηλείας**, όπου και έχουμε βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός, του γίνεται χορήγηση αντιυπερτασικής αγωγής. Φέρει τραχειοστομία, είναι σε φάση απογαλακτισμού από τον αναπνευστήρα, με καλή αεριομετρική εικόνα, με εμπύρετο, λόγω πιθανής αναπνευστικής λοίμωξης και με βελτιωμένη την νεφρική λειτουργία. Έχουμε διακοπή της καταστολής προ 10ημέρου, δεν επικοινωνεί, αντιδρά στα επώδυνα ερεθίσματα και στις αναρροφήσεις με έντονο βήχα. Έχει τα μάτια ανοιχτά, παρακολουθεί και δεν εκτελεί εντολές. Διαπιστώθηκε τρόμος στη (Δε) ωμική ζώνη και βραχίονα, κίνηση των δακτύων στη (Δε) άκρα χείρα, καθώς και στις κινήσεις του στόματος και των φρυδιών.

Παρατηρήσεις από την 1^η-9^η συνεδρεία κατά την εφαρμογή των τεχνικών του Process Work.

Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: 1) τεχνικές μέσω αναπνοής και συνδιασμού πίεσης και αναπνοής, 2) τεχνικές με τη θέση του σώματος και με την κίνηση των άκρων, 3) τεχνική δουλεύοντας το πρόσωπο, 4) με δυαδική επικοινωνία, 5) ανταπόκριση στα σινιάλα και με 6) κενές από νόημα εκφράσεις.

Παρατηρήθηκε μια σημαντική βελτίωση του επιπέδου επικοινωνίας καθώς και της κινητικότητας τόσο στα άνω όσο και στα κάτω άκρα απο την **1^η έως την 9^η συνεδρία** συνεδρία. Κατά την **1^η συνεδρία** όταν εστίαζα στη βαθειές ανάσες που κάποιες στιγμές έπαιρνε, φαινόταν να παραξενεύεται που το παρατηρούσα. Στην αρχή της προσπάθειας του για βήχα, λόγω ενόχλησης απο τη μηχανική υποστηρίξη, όταν εγώ εστίαζα την προσοχή μου εκεί, εκείνος χαλάρωνε και δεν έβηχε. **Στην 3^η συνεδρία** κατά τη διάρκεια της εμφάνισης τρόμου και όταν εγώ άρχισα να του αναπαράγω τον τρόπο στο ίδιο χέρι, εφαρμόζοντας δόνηση με τη ίδια ένταση και τον ίδιο ρυθμό, ο ασθενής άρχισε να χαμογελά και συνειδητά πλέον άρχισε τότε να χαλαρώνει και τότε να παρουσιάζει πιο έντονο τρόπο. **Στην 5^η συνεδρία** όταν το επανέλαβα προσθέτοντας αυτή τη φορά και ήχο που αντικατρόπτριζε τον ρυθμό και την ένταση του τρόμου, ο ασθενής άρχισε πάλι να χαμογελά και να παρουσιάζει κίνηση στα δάκτυλα του (Αρ) χεριού και στο (Δε) βραχίονα και γόνατο. **Στην 9^η συνεδρία** εκτελούσε μικρές κινήσεις και στα τέσσερα άκρα κατόπιν εντολής.

Όσο αφορά την επικοινωνία, αν και είχε ανοιχτά τα μάτια και παρατηρούσε, δεν κατέσται δυνατή η απάντηση ερωτήσεων με το «άνοιγμα» ή με το «κλείσιμο» των ματιών, μέχρι και το τέλος των 9 συνεδρειών. Απο τη **2^η συνεδρία**, άρχισε να μου χαμογελά και παρατηρήθηκε μια βελτίωση της δυαδικής επικοινωνίας, όπου ο αντακρίνονταν σε ερωτήσεις με μικρό γνέψιμο της κεφαλής και προσπάθεια σχηματισμού λέξης. Με την πάροδο των ημερών το γνέψιμο της κεφαλής γινόταν ολοένα και πιο έντονο. **Στην 7^η συνεδρία** και κατά τη δυαδική επικοινωνία, ο ασθενής άρχισε να ανταποκρίνεται και να δίνει απαντήσεις «ναί» ή «όχι» στα ερωτήματα που του έθετα με δυνατό σφίξιμο του αριστερού χεριού.

8.3.2. Β΄ Περιστατικό

Σύντομο Ιστορικό: Άντρας ηλικίας 19 ετών, 4 ημέρες πριν παρουσιαστεί στο στρατό και μετά απο αποχαιρετιστήριο γεύμα, όπου αισθάνθηκε έντονη δυσαρέσκεια λόγω μικρής προσέλευσης φίλων, διακομίστηκε τις πρώτες πρωινές ώρες στα ΤΕΠ του νοσοκομείου μας, με βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση λόγω τροχαίου ατυχήματος.

Διασωληνώθηκε στα ΤΕΠ με GCS:7, όπου ήταν συγχητικοδιεγερτικός, τετρακινητικός με ανισοκορία υπέρ της δεξιάς. Η CT εγκεφάλου ανέδειξε ένα μεγάλο επισκληρίδιο αιμάτωμα (Δε) κροταφοβρεγματικά. Υπεβλήθη σε επείγουσα κρανιοτομία και αφαίρεση αιματώματος. Η CT εγκεφάλου που πραγματοποιήθηκε αμέσως μετά το χειρουργείο, ανέδειξε εκ νέου αιμάτωμα με ελαφρώς μικρότερες διαστάσεις και θλά (Αρ) κροταφικά. Ο ασθενής οδηγήθηκε για 2^η φορά στο χειρουργείο, όπου έγινε διεύρυνση της κρανιοτομίας και αιμόσταση στη βάση του κρανιακού βόθρου. Στην συνέχεια ο ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερός, ισοκορικός με καλό φωτοκινητικό αντανακλαστικό. Την επόμενη μέρα η CT εγκεφάλου ανέδειξε περιεσσιακό οίδημα (Αρ) κροταφικά περί της θλάσης και οδηγείται για 3^η φορά στο χειρουργείο, όπου αφαιρέθηκαν τα αιμοστατικά υλικά και οι θρόμβοι αίματος απο το έδαφος του μέσου κρανιακού βόθρου. Επίσης η CT σπλαχνικού κρανίου-κόγχων έδειξε παρουσία κατάγματος στο ζυγωματικό τόξο (Δε) και στην οροφή του (Αρ) κόγχου.

ΠΟΡΕΙΑ

Η 1^η συνεδρεία εφαρμογής των τεχνικών του Process Work ξεκίνησε την **13^η ημέρα νοσηλείας**. Ο ασθενής φέρει ενδοτραχειακό σωλήνα, είναι με μηχανική υποστήριξη αναπνοής, μπαίνει σταδιακά σε φάση απογαλακτισμού απο τον αναπνευστήρα, είναι με καλή αεριομετρική εικόνα, με εμπύρετο υπο σταδιακή ύφεση και με καλή νεφρική λειτουργία. Η **καταστολή διεκόπη την 12^η ημέρα νοσηλείας**. Αντιδρά στα επώδυνα με μορφασμό και στις αναρροφήσεις με έντονο βήχα. Δεν παρατηρείται κίνηση της κεφαλής ή των άκρων. Τα κάτω άκρα είναι σε θέση προσαγωγής. Είναι ισόκορος με καλό φωτοκινητικό, με τα μάτια κλειστά και δεν εκτελεί εντολές. Την **15^η ημέρα** φέρει Bellau, λόγω πνευμοθώρακα, το οποίο αφαιρείται την επόμενη μέρα. Την **17^η ημέρα**, παρουσιάζεται βελτίωση της εικόνας στην νέα αξονική τομογραφία και βελτίωση της επικοινωνίας. Την **18^η ημέρα αποσωληνώνεται** και ταυτόχρονα αφαιρείται το Levin, το οποίο ήταν τοποθετημένο ενδοστοματικά και το οποίο δεν κατορθώθηκε να επανατοποθετηθεί μέχρι και την ημέρα εξόδου του απο τη ΜΕΘ. Την **22^η**

ημέρα παίρνει **εξιτήριο απο τη ΜΕΘ** και διακομίζεται στη Νευροχειρουργική Κλινική. Σταδιακά παρατηρήθηκε βελτίωση της επικοινωνίας και της κινητικότητας των άκρων με υπόλειμμα στο (Αρ) άνω άκρο.

Παρατηρήσεις που καταγράφηκαν απο την 1^η-8^η συνεδρεία των εφαρμογών των τεχνικών του Process Work:

Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι εξής: 1) τεχνικές μέσω της αναπνοής στις πρώτες συνεδρείες, 2) προσέγγιση μέσω των αισθήσεων, 3) ανταπόκριση στα σινιάλα, 4) δουλειά με την θέση και κίνηση του σώματος, 5) δυαδική επικοινωνία και 6) κενές απο νόημα εκφράσεις.

Στη 1^η συνεδρεία ενώ τα μάτια ήταν κλειστά, διαπιστώθηκε κίνηση των οφθαλμών και έτσι άρχισε η προσέγγιση μέσω των αισθήσεων, όπου δεν έγινε λήψη θετικού feedback. Δεν υπήρξε feedback ούτε και απο τις τεχνικές μέσω αναπνοής με πίεση στον καρπό και θώρακα. Έντονο feedback παρατηρήθηκε κατά την παθητική κινητοποίηση των κάτω άκρων και συγκεκριμένα απο το (Αρ) κάτω άκρο, στο οποίο ήταν αυξημένος ο μυϊκός τόνος των προσαγωγών μυών. Τοποθέτησα ισοδύναμη αντίσταση στους προσαγωγούς μύες έχοντας το ισχίο κεκαμένο και το πέλμα πάνω στο κρεβάτι και άρχισα να “παίζουμε” με τις αντιστάσεις. **Κατά τη 2^η συνεδρεία** και πριν ξεκινήσω την εφαρμογή των τεχνικών, παρατηρήθηκε (Αρ) πλάγια κίνηση της κεφαλής, κίνηση του (Δε) άνω άκρου με τάση κάμψης για αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα, τον οποίο και δαγκώνει καθώς και κάμψη (Δε) γόνατος. Απο την εφαρμογή των τεχνικών δεν έλαβα κάποια ανταπόκριση. Με την παρουσία μου όμως και με το άγγιγμα άρχισε να ηρεμεί και σταμάτησε να δαγκώνει τον σωλήνα. Πριν την εφαρμογή της **3^{ης} συνεδρείας** ήταν ανήσυχος και παρουσίαζε κίνηση κάμψης στον (Δε) αγκώνα και κάμψη στο (Δε) γόνατο. Να σημειώσω ότι και τα τέσσερα άκρα ήταν δεμένα. Με την παρουσία μου και μόνο και την απλή επαφή ηρέμησε. Η μοναδική επιπλέον ανταπόκριση ήταν ένα ανατρίχιασμα στο θώρακα και στα άνω άκρα κατά την κινητοποίησή τους. Πριν την εφαρμογή της **4^{ης} συνεδρείας** παρουσίαζε κίνηση κεφαλής (Αρ) και (Δε), και εκτός της κάμψης των άνω άκρων και της κάμψης του (Δε) γόνατος, άρχισε να παρουσιάζει κάμψη και του (Αρ) γόνατος. Επίσης παρατηρήθηκε και άνοιγμα του (Αρ) ματιού. Δεν παρατηρήθηκε κάποια ανταπόκριση κατά την εφαρμογή των τεχνικών. Μετά την εφαρμογή των τεχνικών απλά ηρέμησε. Κατόπιν εντολής μου έσφιξε το χέρι, αλλά δεν επιτεύχθηκε περαιτέρω δυαδική επικοινωνία.

Τα μάτια στην **5^η συνεδρεία** είναι και τα δυο μισάνοιχτα και παρακολουθούσαν. Κατά την κινητοποίηση των άκρων παρατηρούσε τις κινήσεις. Κατόπιν εντολής μου κατάφερε να σηκώσει τα φρύδια και συγκεκριμένα το (Δε). Εξακολουθεί να ανατριχιάζει κατά την κινητοποίηση των άνω άκρων και ιδιαίτερα του (Αρ) άνω άκρου. Στην **6^η συνεδρεία** τα μάτια είναι ανοιχτά, κυρίως το (Αρ) και εστιάζουν. Κατά τη μάλαξη του (Αρ) άνω άκρου ανατρίχιασε. Ανταποκρίνεται στον ήχο με άνοιγμα των ματιών και κίνηση της κεφαλής. Κατά τη δυαδική επικοινωνία άρχισε να απαντά σε ερωτήματα με σφίξιμο του (Δε) χεριού και με μικρό γνέψιμο της κεφαλής. Στην **7^η συνεδρεία** ήταν αποσωληνωμένος, ανήσυχος, χωρίς να μπορεί να επικοινωνήσει λεκτικά, με βογκητά λόγω ενόχλησης από το δέσιμο των κάτω άκρων. Έχει και τα δυο μάτια ανοιχτά και παρακολουθεί. Οι τεχνικές ξεκίνησαν με την κινητοποίηση των κάτω άκρων μιας και ήταν ανήσυχος και τα έκαμπτε. Η κινητοποίηση έγινε ακολουθώντας τον ρυθμό που ο ίδιος τα κουνούσε. Σε λίγο διάστημα ηρέμησε και τα χαλάρωσε πάνω στο κρεβάτι. Κατά την μάλαξη του (Αρ) άνω άκρου και της ωμικής ζώνης συνέχιζε να ανατριχιάζει. Κατά τη δυαδική επικοινωνία απάντησε στις ερωτήσεις με σφίξιμο του (Δε) χεριού. Απαντήσεις σε ερωτήματα με γνέψιμο του κεφαλιού ή με ανοιγόκλειμα των ματιών δεν κατέσται δυνατή. Στη **8^η και τελευταία συνεδρεία** δεν διαπιστώθηκε κάποια διαφοροποίηση από την προηγούμενη ημέρα.

8.4. Γενικές Παρατηρήσεις και Συναισθήματα μετά την Εφαρμογή των Τεχνικών του Process Work και στους δυο ασθενείς.

Θεωρώ ότι και οι δυο ασθενείς θα βελτιώνονταν, τόσο όσο αφορά το κινητικό όσο και το επίπεδο συνείδησης και χωρίς την εφαρμογή των τεχνικών του Process Work. Η εφαρμογή των τεχνικών του Process Work πιστεύω ότι βοήθησαν στο να ηρεμήσουν οι ασθενείς από την παρουσία, την ανθρώπινη επαφή και την εστίαση στην εμπειρία τους μέσω της ακριβούς παρατήρησης και ακολούθησης των σινιάλων που έδινε το σώμα τους, βοηθώντας τους έτσι να αποκτήσουν ενημερότητα για το τι τους συμβαίνει καθώς και να επικοινωνήσουν και να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Το να χαμογελάει ο ασθενής στην δύσκολη κατάσταση στην οποία βρίσκεται θεωρώ ότι είναι πολύ σημαντικό.

Διαπίστωσα, ότι οι τεχνικές βοήθησαν τους ασθενείς να **αποκτήσουν συνείδηση** του σώματος τους, που λόγω της ακινησίας και του δεσίματος των χεριών, δεν ήταν αυτό εφικτό. Στην περίπτωση του Α΄ Περιστατικού όπου άρχισε να συνειδητοποιεί τον τρόπο στην ωμική ζώνη και βραχίονα, και στο Β΄ Περιστατικό με την συνειδητοποίηση του αυξημένου τόνου των προσαγωγών μυών, άρχισαν να ελέγχουν σε ένα μεγαλύτερο βαθμό τις αντιδράσεις του σώματος τους.

Θεωρώ ότι με την προσέγγιση αυτή, οι ασθενείς απόκτησαν μεγαλύτερο **έλεγχο της κατάστασης**, μιας και στην κατάσταση που βρίσκονταν τα πάντα ελέγχονται από τους άλλους. Μέσω των τεχνικών του Coma Work, αισθάνθηκα ότι ήταν αυτοί που με καθοδηγούσαν. Απλά παρατηρούσα τα σινιάλα που έδινε το σώμα τους (π.χ. έχει τρόπο ή αυξημένο μυικό τόνο) και εστίαζα σε αυτά χωρίς να τα κρίνω. Τα δέχτηκα και δεν προσπάθησα να τα καταστείλω, όπως θα έκανα στο παρελθόν. Αντίθετα, μέσω των τεχνικών τα ενδυνάμωσα εμμένοντας εκεί όπου έβρισκα θετική ανταπόκριση των ασθενών στις παρεμβάσεις μου.

Έχει ενδιαφέρον η αναζήτηση σινιάλων που θα μπορέσουν να γίνουν μέσα για την εγκαθίδρυση δυαδικής επικοινωνίας. Διαπίστωσα, ότι κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και ανταποκρίνεται με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Ο ένας θα ανταποκριθεί με γνέψιμο της κεφαλής, ο άλλος με σφίξιμο του χεριού, σε ερωτήσεις που περιμένουν απάντηση ένα «ναί» ή «όχι». Αισθάνθηκα ότι οι ασθενείς άρχισαν να ηρεμούν όταν με κάποιο τρόπο τους δόθηκε η δυνατότητα να εκφραστούν και να γίνουν κατανοητοί. Το να παρατηρείς το κάθε σινιάλο, την κάθε σύσπαση, την κάθε κίνηση είναι επίμονο και χρειάζεται πολύ εξάσκηση. Πρέπει να ομολογήσω ότι άρχισα να γίνομαι

πιο παρατηρητική και στην προσωπική μου ζωή, πράγμα που μου έδωσε πληροφορίες τις οποίες αγνοούσα και στις οποίες ποτέ δεν είχα εστιάσει.

Συνάντησα δυσκολία στο να μπώ στο ρυθμό τους. Άρχισα να συνειδητοποιώ σε πόσο πιο γρήγορο ρυθμό βρίσκομαι σε σχέση με αυτόν που βρίσκεται ο ασθενής. Με την πάροδο των ημερών άρχισα να γίνομαι πιο ήρεμη και σίγουρη με τον εαυτό μου και να εφαρμόζω τις τεχνικές με μεγαλύτερη άνεση, φεύγοντας από πάνω μου το άγχος του αρχάρειου. Σίγουρα χρειάζεται παραπάνω εξάσκηση και εμπειρία για την εμπέδωση αυτών των νέων προς εμένα τεχνικών.

Με την ανταπόκριση που πήρα, άρχισα να νιώθω χαρά και αισιοδοξία ότι όλα θα πάνε καλά. Με την επικοινωνία που επιτεύχθηκε, άρχισα να αποκτώ περισσότερο κέφι και διάθεση. Είναι δύσκολο το να εργάζεται κανείς για πολλά χρόνια σε χώρους όπως είναι η ΜΕΘ. Χρειάζεται πολύ υπομονή, επιμονή και κουράγιο.

Με τις τεχνικές του Process Work μπορεί να μην “ξυπνήσει” ο ασθενής με τον τρόπο που θέλουμε και να επανέλθει στο “φυσιολογικό” επίπεδο συνείδησης. Είναι μια προσέγγιση που δίνει στους ασθενείς τη δυνατότητα να γίνουν ενήμεροι της σωματικής τους εμπειρίας και μέσω αυτής να αποκτήσουν μεγαλύτερη αίσθηση του ελέγχου, να μειώσουν το φόβο, το στρες, που επιτυγχάνεται με την ανθρώπινη επαφή και μια δίοδος επικοινωνίας με το εξωτερικό περιβάλλον, γεγονός που συμβάλλει στην εκπλήρωση των επιθυμιών και αναγκών τους, στοιχεία που θα επηρεάσουν την εμφάνιση όλων των αρνητικών συναισθημάτων και θα επηρεάσουν την ουσία του πόνου.^{206, 207}

Η δουλειά με τον βαρέως πάσχοντα, είναι μια πρόκληση για μένα για να μάθω πράγματα, τόσο από τον κόσμο του ασθενή, όσο και για τον εαυτό μου, τα όρια μου, να συνειδητοποιήσω ότι τίποτα δεν είναι δεδομένο και ότι το προσωπικό “μεγάλωμα” πολλές φορές επέρχεται σε περιόδους κρίσεις και συνεχίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής.

Βιβλιογραφία

1. Assessing Pain in the Patient with Impaired Communication: A Consensus Statement from the VHA National Pain Management Strategy Coordinating Committee. October 5, 2004. Web Page. Available at:
<http://www.vachronicpain.org/Downloads/Consensus%20Statement%2010504%20final.pdf>
2. American Geriatric Society Panel on Persistent Pain in Older Persons. The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatric Society*. 2002 ; 50: 5205-5224.
3. Chibnall, J.T., & Tait, R.C. Pain Assessment in cognitively impaired and unimpaired older adults: a comparison of four scales. *Pain*. 2001; 92(1-2) : 173-186.
4. Ferrell, B.A. Pain management. *Critical Geriatric Medicine*. 2000 ; 16: 853-874.
5. Ferrell, B.A., Ferrell, B.R., & Rivera, L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of pain and Symptom Management*. 1995; 10 (8) : 591-598.
6. Herr, K. & Garand, L. Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2001 ; 17 : 457-478.
7. Parmelee, P.A. Pain in cognitively impaired older persons. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1996 ; 12 (3) : 473-488.
8. Weiner, D.K. & Herr, K. Comprehensive interdisciplinary assessment and treatment planning: An integrative overview. In D.K. Weiner, K. Herr, &

T.E.Rudy,(Eds.).*Persistent pain in older adults:An interdisciplinaryguide for treatment*.New York: Springer Publishing Company,(Pp.18-57), 1998.

9. Weiner,D.K., Pieper,C., McConnell,E., Martinez, S., & Keefe, F.J. Pain measurement in elders with chronic low back pain: Traditional and alternative approaches. *Pain*.1998 ; 67 : 461-467.
10. Gelinas, C., Fortier, M., Viens, C., Fillion, L., Puntillo, K. Pain assessment and management in critically ill intubated patients: a retrospective study..*Am J Crit Care*. 2004 Mar ;13 (2) : 126-35.
11. Cohran, J., Ganong, L.H. A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors. *J Adv Nurs*.1989;14:1038-1043.
12. Wilson, V.S. Identification of stressors related to patients' psychologic response to the surgical intensive care unit. *Heart Lung*.1987 ; 16 : 267-273.
13. Hallenberg, B, Bergom-Enberg, I., Haljamae, H. Patients' experiences of postoperative respirator treatment:influence of anaesthetic and pain treatment regimens. *Acta Anaesthesiol Scand*.1990 ; 19 : 557-562.
14. Puntillo, KA. Pain experience of intensive care unit patients. *Heart Lung*.1990;19:526-533.
15. Puntillo K.A. Dimensions of procedural pain and its analgasic management in critically ill surgical patients. *Am J Crit Care*.1994;3:116-122.
16. Turner, J.S., Briggs, S.J., Sprinhorn, H.E., Potgieter, P.D. Patients'recollection of intensive care unit experience. *Crit Care Med*.1990;18:966-968.
17. Christoph, S.B. Pain assessment:the problem of pain in the critically ill patient. *Crit Care Nurs Clin North Am*.1991;3:11-16.

18. Kwekkeboom, K.L., Herr, K. Assessment of pain in the critically ill. *Crit Care Nurs Clin North Am.*2001;13:181-194.
19. Murray, M.J. Pain problems in the ICU. *Crit Care Clin.*1990;6:235-253.
20. Hamill-Ruth, R.J., Marohn, L. Evaluation of pain in the critically ill patient. *Crit Care Clin.*1999;15:35-54.
21. Despiens, N.A., Wu, A.W., Broste, S.K, et al. Pain and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: findings from the SUPPORT research investigation. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Crit Care Med.*1996;24:1953-1961.
22. Ferguson, J., Giroy, D., Puntillo, K. Dimensions of pain and analgesic administration associated with coronary artery bypass grafting in an Australian intensive care unit. *J Adv Nurs.* 1997;26:1065-1072.
23. Puntillo, K.A., Weiss, S.J. Pain: mediators and associated morbidity in critically ill cardiovascular surgical patients. *Nurs Res.*1994;43:31-36.
24. Puntillo, K.A. Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II. *Am J Crit Care.*2001;10:238-251.
25. Stanik-Hutt, J., Soeken, K.L., Fontaine, D.K., Gift, A.G. Pain experiences of traumatically injured patients in a critical care setting. *Am J Crit Care.* 2001;10:252-259.
26. Valdix SW, Puntillo, K.A. Pain, pain relief and accuracy of their recall after cardiac surgery. *Prog Cardiovasc Nurs.* Summer 1995;10:3-11.
27. Watt-Watson, J., Stevens, B., Garfinkel, P., Streiner, D., Gallop, R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management

- outcomes for their postoperative cardiac patients. *J Adv Nurs*. 2001;36:535-545.
28. Whipple, J.K., Lewis, K.S., Quebbeman, E.J., et al. Analysis of pain management in critically ill patients. *Pharmacotherapy*. 1995;15:592-599.
29. Hall-Lord, M.L., Larsson, G., Steen, B. Pain and distress among elderly intensive care unit patients: comparison of patients' experiences and nurses' assessments. *Heart Lung*. 1998;27:123-132.
30. Heye, M.L. Pain and discomfort after coronary artery bypass surgery. *Cardiovasc Nurs*. July-August 1991;27:19-24.
31. Montes-Sandoval, L. An analysis of the concept of pain. *J Adv Nurs*. 1999;29:935-941.
32. Morisson, R.S., Ahronheim, Jc., Morrison, G.R., et al. Pain and discomfort associated with common hospital procedures and experiences. *J pain Symptom Manage*. 1998;15:91-101.
33. Stevens, B.J., Johnston, C., Grumau, RVE. Issues of assessment of pain and discomfort in neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1995;24:849-855.
34. International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979;6:249-252.
35. Loeser, J.D., Cousins, MJ. Contemporary pain management. *Med J Aust*. 1990;153:208-212,216.
36. McGuire, D.B. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain. *J pain Symptom Manage*. 1992;7:312-319.
37. Melzack, R. From the gate to the neuromatrix. *Pain*. 1999;6(suppl):S121-126.

38. Puntillo, K.A. *Pain in the Critically Ill: Assessment and Management*. Frederick, Md: Aspen Publishers Inc; 1991. Aspen Series in Critical Care Nursing.
39. Agency for Health Care Policy and Research. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma, part 1. *Clin Pharm*. 1992;11:309-331.
40. McCaffery, M. *Nursing Management of the Patient With Pain*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott; 1979.
41. Shannon, K., Bucknall T. Pain assessment in critical care: what have we learned from research. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19:154-162.
42. Melzack, R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30:191-197.
43. Kaiser, K.S. Assessment and management of pain in the critically ill trauma patient. *Crit Care Nurs Q*. August 1992;15:14-34.
44. Mlynzak, B. Assessment and management of the trauma patient in pain. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 1989;1:55-65.
45. Solomon, P. The clinical utility of pain behavior measures. *Phys Rehabil Med*. 2000;12:193-211.
46. Ferrell, B.R., Eberts, M.T., McCaffery, M., Grant M. Clinical decision making and pain. *Cancer Nurs*. 1991;14:289-297.
47. Paice, J.A., Mahon, S.M., Faut-Callahan M. Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nurs*. 1991;14:298-305.

48. Lay, T.D., Puntillo, K.A., Miaskowski, C.A., Wallhagen, M.I. Analgesics prescribed and administered to intensive care cardiac surgery patients: does patient age make a difference? *Prog Cardiovasc Nurs.* Fall 1996;11:17-24.
49. Maxam-Moore, V.A., Wilkie, D.J., Woods, S.L. Analgesics for cardiac surgery patients in critical care: describing current practice. *Am J Crit Care.* 1994;3:31-39.
50. Tittle, M., McMillan, S.C. Pain and pain related side effects in an ICU and on a surgical unit: nurses' management. *Am J Crit Care.* 1994;3:25-30.
51. Camp, L.D., O'Sullivan, P.S. Comparison of medical, surgical and oncology patients' descriptions of pain and nurses' documentations of pain assessments. *J Adv Nurs.* 1987;12:593-598.
52. Idvall, E., Ehrenberg, A. Nursing documentation of postoperative pain management. *J Clin Nurs.* 2002;11:734-742.
53. Leisifer, D. Monitoring pain control and charting. *Crit Care Clin.* 1990;6:283-294.
54. Carroll, K.C., Atkins, P.J., Herold, G.R., et al. Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *Am J Crit Care.* 1999;8:105-117.
55. Puntillo, K.A., Miaskowski, C., Kehrle, K., Stannard, D., Gleeson, S., Nye, P. Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care self-reports of pain, and opioid administration. *Crit Care Med.* 1997;25:1159-1166.
56. Mateo, O.M., Krenzischek, D.A. A pilot study to assess the relationship between behavioral manifestations and self-report of pain in postanesthesia care unit patients. *J Post Anesth Nurs.* 1992;7:15-21.

57. Webb, M.R., Kennedy, MG. Behavioral responses and self-reported pain in postoperative patients. *J Post Anesth Nurs*.1994;9:91-95.
58. Hurlock-Chorostecki C. Management of pain during weaning from mechanical ventilation:the nature of nurse decision-making. *Can J Nurs Res*.2002;34:33-47.
59. Manias, E., Botti, M., Bucknall, T. Observation of pain assessment and management: the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs*.2002;11:724-733.
60. Stannard, D., Puntillo, K.A., Miaskowski, C., Gleeson, S., Kehre, K., Nyle, P. Clinical judgment and management of postoperative pain in critical care patients. *Am J Crit Care*.1996;5:433-441.
61. Frazier, S.K., Moser, D.K., Riegel, B., et al. Critical care nurses' assesment of patients' anxiety:reliance on physiological and behavioral parameters. *Am J Crit Care*.2002;11:57-64.
62. Farries, J.E., Mills, Ds., Goldsmith, K.W., Philips, K.D., Orr, J. Systematic pain records and their impact on pain control. *Cancer Nurs*.1991;14:306-313.
63. Voigt, L., Paice, J.A., Pouliot, J. Standardized pain flowsheet:impact on patient-reported pain experiences after cardiovascular surgery. *Am J Crit Care*. 1995;4: 308-313.
64. Rothman, A. Manage the power of pain.Accessed July 9,2007.Web Page.Available at: <http://www.nursingcenter.com/prodev/>
65. Aslan F. How do intensive care nurses assess patient's pain? *Nurs Crit Care*.2003;8(2):62-67.

66. Cullen, L., Greiner, J., Titler M. Pain management in the cultural of critical care. *Crit Care Nurs Clin North Am.*2001;13(2):151-165.
67. Pasero C. Pain in the critically ill patient. *J Perianesth Nurs.*2003;18(6):422-425.
68. Carroll ,K.,et al. Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisided study. *Am : Crit Care.*1999;8(2):105-117.
69. Pasero, C., McCaffery, M. Pain in the critically ill. *Am J Nurs .*2002 ;102 (1) :59-60.
70. Wegman, D. *Tool for pain assessment.* Accessed July 13, 2006.Web Page. Available at : http://www.findarticles.com/p/articles/mi_mONUK/is_1_25/ai_9545015.
71. Blenkahar, A., Faughnan, S., Morgan, A. Developing a pain assessment tool for use by nurses in an adult intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.*2002;18:332-341.
72. Puntillo, K.,et al. Use of a pain assessment and intervention notation (P.A.I.N.) tool in critical care nursing practice:nurses' evaluations. *Heart Lung.*2002;31:303-314.
73. *Intubated and/or Unconscious Persons: Guiding Principles for the Assessment of pain.* Accessed July 19,2007. Web Page. Available at : http://www.medscape.com/viewarticle/533939_6.
74. Aissaoui, Y., Zeggwagh, A., Zekraoui, A., Abidi, K., Abouqual, R.Validation of a Behavioral Pain Scale in Critically Ill,Sedated,and Mechanically Ventilated Patients. *Anesth Analg* 2005;101:1470-6.
75. Puntillo, K.A. Pain assessment and management in the critically ill:wizardry or science? *Am J Crit Care* 2003;12:310-6.

76. Edrek, M.A., Pronovost, J. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *Int J Qual Health Care* 2004;16:59-64.
77. Puntillo, K.A. The phenomenon of pain and critical care nursing. *Heart Lung* 1988;17:262-70.
78. Taylor, L.J., Herr, K. Pain intensity assessment: a comparison of selected pain intensity scales for use in cognitively intact and cognitively impaired African American older adults. *Pain Manag Nurs* 2003;4:87-95.
79. Puntillo, K.A., Morris, A.B., Thompson, C.L., et al. Pain behaviors observed during six common procedures: results from Thunder Project II. *Crit Care Med* 2004;32:421-7.
80. Payen, JF., Bru, O., Boson, JL., et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med* 2001;29:2258-63.
81. Vaghadia, H., al- Ahdal, O.H., Nevin, K. EMLA patch for venous cannulation in adults surgical outpatients. *Can J Anaesth* 1997;44:798-802.
82. Frank, LS., Greenberg, CS., Stevens, B. Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clin North Am* 2000;47:487-512.
83. Terrai, T., Yukioka, H., Asada, A. Pain evaluation in the intensive care unit: observer-reported faces scale compared with self-reported visual analog scale. *Reg Anesth Pain Med* 1998;23:147-51.
84. Mathew, P.J., Mathew, J.L. Assessment and management of pain in infants. *Postgrad Med J* 2003;79:438-43.
85. Young, J., Siffleet, J., Nikoletti, S., Shaw, T. Use of a Behavioral Pain Scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006 Feb;22(1):32-9.

86. Gelinas, G., Johnston, C. Pain Assessment in the Critically Ill Ventilated Adult: Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool and Psychologic Indicators. *Clinical Journal of Pain*.2007;23(6):497-505.
87. Gelinas, C., Fillion, L., Puntillo, KA., Viens, C., Fortier, M. Validation of the Critical-Care Observation Tool in Adult Patients. *American Journal of Critical Care*.2006;15:420-427.
88. Chanques, G., Jaber, S., Barbotte, E., Violet, S., Sebbane, M., Perrigault, PF., Mann, C., Lefrant, JY., Eledjam, JJ. *Crit Care Med*. 2006 Jun;34(6):1691-9.
89. Binnekade, J.M., Vroom, M.B., de Vos, R., de Haan, R.J. The reality and validity of a new and simple method to measure sedation levels in intensive care patients: a pilot study. *Heart Lung*. 2006 Mar-Apr;35(2):137-43.
90. Herr, K., Coyne, P., McCaffery, M., Manworren, R., Merkel, S., Key, T., Kelly, JP., Wild L. Pain Assessment in the Non-verbal Patient.Position Statement with Clinical practice Recommendations.Available at: <http://www.aspmn.org/Organization/documents/NonverbalJournalFinal.pdf>
91. Pun, B., Dunn, J. The Sedation of Critically Ill Adults: Part 1: Assessment. *AJN*. July 2007;107(7):40-48.
92. Stein- Parbury, J., McKinley, S : Patients' experiences of being in an intensive care unit: A select literature review. *Am J Crit Care*. 2000 : 9:20-27.
93. Rotondi, A.J., Lakshmipathi, C., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schultz, R., Belle, S., et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med*. 2002;30(4)746-52.
94. Wilding, R.J.C. The influence of stress on pain; interactions of the mind/body. Accessed August 14,2007. Available at :

<http://www.eclipse.co.uk/moordent/painstr.htm> .*Pain & Stress*. Accessed August 14,2007.

95. Available at: <http://www.virtualpsychcentre.com/lifestyle.asp?sid 6>. Αρθρο 23
96. Pasero, C., McCaffery, M. PAIN CONTROL: No Self-Report Means No Pain-Intensity Rating: Assessing pain in patients who cannot provide a report. *AMJ*, October 2005:105(10):50-53.
97. Warden, V., et al. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc*. 2003;4(1):9-15.
98. Herr, K. Pain assessment in cognitively impaired older adults. *Am J Nurs* 2002;102(12):65-7.
99. Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T. Development and preliminary validation of the pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Pain Manag Nurs*. 2004;5(1):37-49
100. Erdek, M., Provonost, P. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16(1):59-64.
101. Sessler, C., Puntillo, K., Kress, J., Ely, W. Sedation and Delirium: Current Concepts in 2007. Available at : <http://www.sccm.org/NR/rdonlyres>
102. Walder, B., Tramer, M. Analgesia and Sedation in critically ill patients. *Swiss Med WKLY*. 2004;134:333-346.
103. Lawson, S.M., Sawh, S. Adjuncts to analgesia. Sedation and neuromuscular blockade. *Crit Care Clin*. 1999;15:119-41.

104. Lange, H., Stephan, H., Rieke, H., Kellermann, M., Sonntag, H., Bircher, J. Hepatic and extrahepatic disposition of propofol in patients undergoing coronary bypass surgery. *Br J Anaesth.* 1990;64:563-70.
105. McLeod G. Analgesia and sedation in the critically-ill. Accessed August 16, 2007. Available at: <http://www.rcsed.ac.uk/eselect/cc4.htm>.
106. American Pain Society. *Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain* (5th ed). Glenview, IL:Author,2003.
107. Merkel, S. *Pain Assessment in infants and young children:The finger span scale.* *Am J Nurs.* 2002;102 (11):55-56.
108. McCaffery, M. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and environment interactions. Los Angeles: University of California at Los Angeles Students' Store, 1968. McCaffery, M. Nursing practice theories related to cognition,bodily pain,and environment interactions. Los Angeles:University of California at Los Angeles Students' Store,1968.
109. McCaffery, M., & Pasero, C.Assessment.Underlying complexities, misconceptions, and practical tools.In McCaffery, C., Pasero, C.,: *Pain: Cincinal manual* 2nd ed., pp.35-102 St.Luis,Mosby,1999.
110. JCAHO Pain : Current Understanding of Assessment,Management,and Treatments. Accessed December 23, 2005. Web Page. Available at : <http://www.jcaho.org>.
111. Foster, R.L., Yucha, CB., Zuck, J. & Vojir, C.P. Physiologic collelates of confort in healthy children. *Pain Management Nursing.* 2003;4(10):23-30.
112. Foster, R.L. Nursing Judgement: The key to pain assessment in critically ill children. *Journal of the Society of Pedriatric Nurses.* 2001;6(2):90-96.

113. Miaskowski, C., Cleary, J., Burney, R., Coyne, P., Finley, R., Foster, R., Grossmann, S., Janjan, N., Ray, J., Syrjala, K., Weisman, S., & Zahrbrock, C. *Guidelines for the management of cancer pain in adults and children* [Clinical Practice Guidelines Series, No.3]. Glenville,IL: American Pain Society, 2005.
114. Donovan, M., Dillon, P., McGuire, L. Incidence and characteristics of pain in a sample on medical-surgical inpatients. *Pain*.1987;30:69-78.
115. Gordon, D., Ward, S. Correcting Patient Misconceptions About Pain. *AJN*. 1995:43-45.
116. Owen, H., McMillan, V., Rogowski, D. Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain*. 1990;41:303-307.
117. Nelson, J.E., Meier, D.E., Oei, E., Nierman, D.M., Senzel, R.S., Manfredi, P.L., et al. Selfreported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* . 2001;29(2):272-282.
118. Teyske, K., Daut, RL, Cleeland, CS. Relationships between nurses' observations and patients' self-reports of pain. *Pain*.1983;16:289-296.
119. Camp, L.D., O'Sullivan, P.S. Comparison of medical,surgical and oncology patients' descriptions of pain and nurses' documentation of pain assessments.*J Adv Nurs*.1987;12:593-598
120. Abbot, F.V., Gray-D.K., Sewitch, M.J., Johnston, C., Edgar, L., Jeans, M.E.
121. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain*. 1992;50:15-28. American Pain Society: Advocacy and Policy. Accessed January,2006.Web Page. Available at :
<http://www.ampainsoc.org/advocacy/fifth.htm>

122. Larson, M.D., Sessler, D.I., Washington, D.E., Merrifield B.R., Hynson J.A., McGuire J. Pupillary response to noxious stimulation during isoflurane and propofol anaesthesia. *Anesth Analg.* 1993 May;76(5):1072-1078.
123. Barvais, L., Engelman, E., Eba JM., Coussaert, E., Cantraine, F., Kenny, GN. Effect site concentrations of remifentanil and pupil response to noxious stimulation. *Br J Anaesth.* 2003 Sep;91(3):347-352.
124. Ashworth, P. *Care to Communicate.* London,England: Whitefriars Press;1980.
125. Happ, M.B. Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Soc Sci Med.*2000;50:1247-1255.
126. Robilard, A.B. Communication problems in the intensive care unit. *Qual Sociol.*1994;17:383-395.
127. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT) [published correction appears in *JAMA*.1995;275:1232]. *JAMA.* 1995;274:1591-1598.
128. Langery, G.J., Nolan, KM., Nolan, T.W., Norman, C.T., Provos, LP. *The Improvement Guide: A practical Approach to Enhancing Organizational Performance.* Jossey-Bass Publishers,1996,p.67.
129. Hooft S. Pain and communication. *Medicine,Health Care and Philosophy.* 2003;6:255-262.
130. Happ M., Tuite P., Dobbin K., Thomas D., Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical Ventilation in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care.* 2004;13(3):210-220.

131. Carroll, S.M. Nonvocal ventilated patients perceptions of being understood. *West J Nurs Res.* 2004 Feb;26(1):85-103.
132. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004 Jan;13(1):41-49.
133. Chien, W.T., Chiu, YL., Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit : a quasi-experimental study. *Int J Nurs Stud.* 2006 Jan;43 (1):39-50.
134. Hafsteindottir T.B. Patient's experiences of communication during the respirator treatment period. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996 Oct ;12 (5):261-71.
135. Menzel, L.K. Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart Lung.* 1998; 27:245-252.
136. Bergom-Engberg I, Haljamae, H. Assessment of patients' experience of discomfort during respiratory therapy. *Crit Care Med.* 1989;17:1068-1072.
137. Campbell, M.L. Forgoing Life-Sustaining Therapy. Aliso Viejo, Calif : *American Association of Critical Care*; 1998.
138. Kaufmann, S.R. Intensive care, old age, and the problem of the death in America. *Gerontologist.* 1998;38:715-725.
139. Pennock, B.E., Crawshaw, L., Maher, T., Price, T., Kaplan, P.D. Distressful events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery. *Heart Lung.* 1994;23:323-327.
140. Fowel, S.B. Impaired verbal communication during short-term oral intubation. *Nurs Diagn.* 1997;8 :93-98.

141. Ely, E.W., Inouye, S.K., Bernard, G.R., et al. Delirium in mechanically ventilated patients : validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*. 2001;286:2703-2710.
142. Casell, E.J., Leon, A.C., Kaufman, S.G. Preliminary evidence of impaired thinking in sick patients. *Ann Intern Med*. 2001;134:1120-1123.
143. Hupcey, J.E., Zimmerman, H.E. The need to know: experiences of critically ill patients. *Am J Crit Care*. 2000;9:192-198.
144. Rier, D.A. The missing voice of the critically ill: a medical sociologist's first-hand account. *Sociol Health Ill*. 2000;22:68-93
145. Connolly, M. Temporarily Nonvocal Trauma Patients and Their Gestures: A Descriptive Study [doctoral dissertation]. Chicago,III: Rush University; 1992.
146. Bergbom-Engberg, I., Haljamae, H. The communication process with ventilator patients in the ICU as perceived by the nursing staff. *Intensive Crit Care Nurs*. 1993;9:40-47.
147. Leathart, A.J. Communication and socialization,2: perceptions of neophyte ITU nurses. *Intensive Crit Care Nurs*. 1994;10:142-154.
148. Slomka, J. The negotiation of death: clinical decision making at the end of life. *Soc Sci Med*. 1992;35:251-259.
149. Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N.I., Doering, L., Berg, J., Henneman E.A. Communication boards in critical care: patients' views. *Appl Nurs Res*. 2006 Nov;19(4):182-90.
150. Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N.I., Doering, L., Berg, J. Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation. *Heart Lung*. 2004 Sept-Oct ;33 (5):308-20.

151. Happ, M.B., Roesch, TK., Garrett, K. Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a mechanical intensive care unit: a feasibility study.
152. Despiens, N.A., Wu, A.W., Broste, S.K., et al. Patients and satisfaction with pain control in seriously ill hospitalized adults: finding from the SUPPORT research investigations. For the SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Crit Care Med.* 1996;24:1953-1961.
153. Hall, D.S. Interactions between nurses and patients on ventilators. *Am J Crit Care.* 1996;5:293-297.
154. Leathart, A.J. Communication and socialization, 1: an exploratory study and explanation for nurse-patient communication in an ITU. *Intensive Crit Care Nurs.* 1994;10:93-104.
155. Sayler, J., Stuart, B.J. Nurse-patient interaction in the intensive care unit. *Heart Lung.* 1985;14:20-24.
156. Rotondi, A.J., Chelluri, L., Sirio, C., et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Crit Care Med.* 2002;30: 746-752.
157. Sullivan-Marx E.M. Psychological responses to physical restraint use in older adults. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* June 1995;33:20-25.
158. Wunderlich, R.J., Perry, A., Lavin, M.A., Katz, B. Patients' perceptions of uncertainty and stress during weaning from mechanical ventilation. *Dimens Crit Care Nurs.* 1999;18:2-10.
159. Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., et al. Nursing the patient with severe communication impairment. *J Adv Nurs.* 2001;35:827-835.

160. Happ, M.B. Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science. *AACN Clin Issues*. 2001 May;12 (2);247-58.
161. Jeffels, K., Foster, N. Can Aspects of Physiotherapist Communication Influence Patients' Pain Experiences? A Systematic Review. *Physical Therapy Reviews*. Dec 2003;8(4):197-210.
162. *The World Beyond Words*. Accessed at July19, 2007. Available at: http://www.roch.edu/course/spch1130/Wood_Nonverbal_Notes.html.
163. Blair, R. Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates. *Phil. Trans.R. Soc.Lond. B* 2003;358:561-572.
164. Darwin, C. *The expression of the emotions in man and animals*. London: Albemarle, 1872.
165. Buck, R. *The communication of emotion*. New York : Guilford Press, 1984.
166. Izard, C.E., Malatesta, C. Perspectives on emotional development I: differential emotions theory of early emotional development. *In Handbook of infant development* (ed.J.D.Osofsky), pp. 494-554. New York 1987: John Wiley.
167. Ekman, P. Should we call it expression or communication? *Innovations Social. Sci.Res.* 1997;10:333-344.
168. Kanwisher, N., McDermott J., Chun, M.M. The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *J Neurosci* .1997;17 4032-4311.
169. Haxby, J.V., Ungerleider, L.G., Clark, V.P., Schouten, J.L., Hoffman, E.A., Martin, A. The effect of face inversion on activity in human neural systems for face and object perception. *Neuron* 1999;22:189-199.

170. Hasselmo, M.E., Rolls, E.T., Baylis, G.C. The role of expression and identity in the face-selective responses of neurons in the temporal visual cortex of monkey. *Behav.Brain. Res.* 1989;32:203-218.
171. Hoffman E.A., Haxby J.V. Distinct representations of eye gaze and identity in the distributed human neural system for face perception. *Nature Neurosci.* 2000;3:80-84.
172. Haxby, J.V., Hoffman, E.A.,Gobbini, M.I. Human neural systems for face recognition and social communication.*Biol.Psychiatry.* 2002;51:59-67.
173. Weddell, R.A. Effects of subcortical lesions site on human emotional behavior.*Brain Cogn.* 1994;25:161-193.
174. Weddell, R.A.,Trevarthen, C., Miller J.D.,Trevarthen C. Voluntary emotional facial expressions in patients with focal cerebral lesions. *Neuropsychologia.* 199;28:49-60.
175. Borod, J.C., Welkowitz, J., Alpert, M.,Brozgold, A.Z., Martin, C., Peselow, E., Diller, L. Parameters of emotional processing in neuropsychiatric disorders: conceptual issues and a battery of tests. *J.Communit.Disord.* 1990;23:247-271.
176. Smith, M.C., Smith, M.K., Ellgring, H. Spontaneous and posed facial expression in Parkinson's disease. *J In .Neurophychol Soc.* 1996;2:383-391.
177. Prather, M.D., Lavenex, P., Mauldin-Jourdain, M.L., Mason, W.A., Capitanio, J.P., Mendoza, S.P., Amaral, D.G. Increased social fear and decreased fear of objects in monkeys with neonatal amygdala lesions. *Neuroscience.* 2001;106:653-658.

178. Anderson, A.K. & Phelps, E.A. Expressions without recognition: contributions of the human amygdala to emotional communication. *Psychol.Sci.* 2000;11:106-111.
179. Adolphs,R. Neural systems for recognizing emotion. *Curr.Opin.Neurobiol.* 2002;12:169-177.
180. Pizzagalli D., Regard M., Lehmann D. Rapid emotional face processing in the human right and left brain hemispheres: an ERP study. *NeuroReport.* 1999;10:2691-2698.
181. Kacperek L. Non-verbal communication: the importance of listening. *Br J Nurs.* 1997 Mar 13-26;6(5):275-9.
182. Verity, S. Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. *Intensive Crit Care Nurs.* 1996 Dec;12(6):354-8.
183. Casbolt, S. Communicating with the ventilated patient-a literature review. *Nurs Crit Care.* 2002 Jul-Aug;7(4):198-202.
184. The Human Face: Emotions,Identities and Masks. Accessed at July19, 2007. Web Page.Available at: <http://zzzx.ucsc.edu/~archer/vid1.html>.
185. *Process Oriented Psychology.* Web Page. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Process_Oriented_Psychology.
186. Diamond, J. *Process Work / World Work.* Accessed June,16,2007. Web Page. Available at: http://www.juliediamond.net/process_work.
187. *Arnold Mindell.* Accessed June,21,2007. Web Page. Available at: http://en.wikipedia.org/wiki/Arnold_Mindell.

188. *About Process Oriented Psychology*. Web Page. Available at:
<http://www.rspopuk.com>
189. *What is Process Work?* Web Page. Available at: <http://www.rspopuk.com>
190. *Process Work Theory and History*. Web Page. Available at:
<http://www.aamindell.net/process-work-history.htm>
191. Tomandl, S., Jacob, A. *Coma Communication-About us. Coma Communication Experience*. Accessed May,25,2007. Web Page. Available at: <http://www.comacommunication.com/aboutus.htm>.
192. Morin, P. *The Dreambody: A New Integrative Approach to Illness*. Available at: <http://www.newconnexion.net/article/07-03/morin.html>. Accessed May,25,2007
193. Mindell, A. *Coma a Healing Journey: A guide for family, friends and helpers*. Portland, OR : Lao Tse Press, 1999.
194. LeWinn, E. *Coma Arousal*. New York : Doubleday, 1985.
195. *Coma Care. Hearing the silent voice*. Web Page. Available at:
<http://www.comacare.com/coma%20care/COMACARE.html>.
196. Blankey, M. *Wake me when it's over: A journey to the edge and back*. New York: Times Books, 1990.
197. Garry R. *Coma Work-Pathway to Transformation*, July 2003. Available at:
<http://www.garyreiss.com/comaarticle.htm>. Accessed May,22,2007.
198. *Coma Work: Introductory communication skills for supporting people near death*. Accessed May,25,2007. Web page. Available at :
<http://www.tomrichards.com/coma.htm>.

199. Mindell, A. *COMA. The Dreambody Near Death*. Portland, OR : Lao Tse Press,1994.(Avalable as a book through www.processwork.org).
200. Morin, P. Minimal Cues and Fragmentary Behaviors.An Indroduction to Process Oriented Coma Work Methods in Persistent Vegetative States and Coma. Web Page. Available at:<http://www.creativehealing.org/coma.htm>
201. Tomandl, S., Jacob A. *COMA COMMUNICATION-FAQ's*. Accessed May,5,2007. Web Page. Available at:
<http://www.comacommunication.com/faq.htm>.
202. Tomandl, S. *Coma Communication Sharing.Coma communication and Community*,1995. Accessed May,5,2007. Web Page. Available at:
http://www.comacommunication.com/sharing_cc_and_community.htm
203. Schiff, ND., Ribary, U., Moreno, D.R., Moreno, D.R, Beattie, B., Kronberg, E., Blasberg, R., Giacino, J., McCagg., Fins, J., Linas, R.,Plum, F. Residual cerebral activity and behavioural fragments can remain in the persistently vegetative brain. *Brain*. 2002;125:1210-1234.
204. Reiss, G. *Vital loving: A guide book for couples anf families*. Eugene,OR: Changing Worlds Publications, 2004.
205. Mindell, A. *Sitting in the fire: Large group transformation through diversity and conflict*. Portand, OR: Lao Tse Press,1997.
206. Lewandoxski, W. Psychological factors in chronic pain: A worthwhile undertaking for nursing? *Archives of Psychiatric Nursing*. 2004;18(3):97-105.
207. Turk, D.C, Okifuji, A. Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Conulting and Clinical Psychology*. 2002;70(3):678-690.
