



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

Ψυχοσωματική Εμπλοκή και Επαγγελματίες Υγείας

Σπουδάστρια:

Μητώνα Ελένη, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 15)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Γκούβα Μαίρη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Ηπείρου

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, 2006

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
 ΜΕΡΟΣ Ι	
STRESS ΚΑΙ ΗΘΙΚΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ	11
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ STRESS ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥΣ	16
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	20
ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	27
 ΜΕΡΟΣ ΙΙ	
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	32
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	32
ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	33
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	34
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	35
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	36
1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	36
2. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	37
3. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	37
4. ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	38
ΔΩΡΑ	38
ΝΙΚΗ	46
ΓΙΩΡΓΟΣ	51
ΧΑΡΑ	54

ΧΡΥΣΑ	58
5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ΑΦΗΓΗΣΕΩΝ	61
ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ	61
Η ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΤΩΝ ΤΑΥΤΙΣΕΩΝ	64
Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΛΟΚΗ	70
<u>4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	<u>83</u>
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	<u>89</u>

Ο πόνος μπορεί να έχει επίδραση στη
νοσηρότητα και στη θνητότητα, ίσως
να σημαίνει τη διαφορά ανάμεσα στη ζωή
και στο θάνατο.

R.Melzack

Ο πόνος είναι μια πολυδιάστατη αισθητική εμπειρία, εσωτερικά δυσάρεστη που προκαλεί αίσθημα λύπης και δυσφορίας. Τα χαρακτηριστικά δηλαδή, ένταση, διάρκεια, εντόπιση, ποιότητα ποικίλουν και παρά το ότι ο πόνος είναι ένα αισθητικό ερέθισμα, εν τούτοις, περιλαμβάνει συνειδησιακά ή και συναισθηματικά στοιχεία. Ίσως ο πιο αποδεκτός ορισμός του πόνου, είναι «μια δυσάρεστη αισθητική εμπειρία που σχετίζεται με υπάρχουσα ή ενδεχόμενη ιστική βλάβη και εκφράζεται με όρους που υποδηλώνουν το χαρακτήρα και την έκταση της βλάβης» (I.A.S.P., 1986).

Όλοι οι άνθρωποι κάποια στιγμή βιώνουν την έννοια του πόνου είτε αυτός εμφανίζεται με τη μορφή του σωματικού πόνου, του σπλαχνικού, είτε με την μορφή του ψυχικού πόνου, ο οποίος κατά την άποψη μου αποτελεί προέκταση του σωματικού πόνου. Η διαχείριση του πόνου θα αποτελεί πάντα μια μεγάλη πρόκληση για τον άνθρωπο, ο οποίος πάντα θα αναζητά τρόπους αποτελεσματικής αντιμετώπισης του. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι ο πόνος όσο δυσάρεστο συναίσθημα και αν προκαλεί, αποτελεί πάντα έναν προειδοποιητικό μηχανισμό άμυνας του ανθρώπινου οργανισμού, δηλώνει την ύπαρξη μιας απειλητικής κατάστασης, την δυσλειτουργία του οργανισμού και αποτελεί σημείο αφύπνισης του ατόμου ώστε να διερευνήσει τα αίτια πρόκλησης του πόνου.

Αποτελεί επιστημονική αλλά και ταυτόχρονα ανθρώπινη υποχρέωση όλου του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού να αποκτήσει όχι μόνο την κατάλληλη παιδεία, αλλά και να προωθήσει μεταξύ των ασθενών την πεποίθηση ότι ο πόνος χρειάζεται αποτελεσματική αντιμετώπιση, με σύγχρονα μέσα και άρτια εκπαιδευμένους ανθρώπους. Η βιβλιογραφία αναφέρει με κατανοητό τρόπο την πορεία του επώδυνου ερεθίσματος από την περιφέρεια μέχρι τον εγκέφαλο και την μετατροπή αυτού σε αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως πόνο, είναι όμως δύσκολο να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος

αντιλαμβάνεται το επώδυνο ερέθισμα, την ένταση, την εντόπιση, τα οποία διαφέρουν σε κάθε άνθρωπο και εξαρτώνται πάντα από την ιδιομορφία του χαρακτήρα που παρουσιάζει ο καθένας από εμάς, από τα προσωπικά βιώματα και τις διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις στην αντίληψη του πόνου

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος τις διαστάσεις του πόνου, να ξεπεράσουν τους φόβους για την χρήση κυρίως των οπιούχων ως το κύριο μέσο αντιμετώπισης του πόνου. Είναι επίσης απαραίτητο να υπάρξει μια συνεχής εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού δυναμικού με γνώσεις που θα τους επιτρέψουν να προσεγγίσουν και να διαχειριστούν αποδοτικά το θέμα του πόνου, όπως επίσης να μπορέσουν να ασχοληθούν αποτελεσματικά με τις επιπτώσεις που συνεπάγεται η διαρκής επαφή με την ασθένεια και τον πόνο, χρόνιο, οξύ ή καρκινικό στους ίδιους ως επαγγελματίες αλλά κυρίως ως άτομα.

Η επιθυμία μου να ασχοληθώ με τις επιπτώσεις που έχει η διαρκής ενασχόληση των επαγγελματιών υγείας με τον ανθρώπινο πόνο είχε ως έναυσμα την προσωπική μου εμπλοκή ως επαγγελματία στο χώρο της υγείας και τις επιδράσεις που είχε το γεγονός αυτό στο άτομο μου σε οργανικό και ψυχικό επίπεδο. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε καθημερινά στο χώρο εργασίας όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι πολλές φορές βρισκόμαστε σε μειονεκτική θέση όπως και οι ασθενείς, η διερεύνηση των διαστάσεων του πόνου και των επιπτώσεων που μπορεί να έχει σε διαφορετικά επίπεδα στους άμεσα εμπλεκόμενους όπως είναι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και η εύρεση τρόπων διαχείρισης αποτελούν το κύριο θέμα της εργασίας.

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην κ. Μαίρη Γκούβα, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, και εισηγήτρια της εργασίας μου, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της οποίας δεν θα μπορούσα να έχω φέρει εις πέρας την εργασία αυτή. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Δημήτριο Δαμίγο Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής ψυχολογίας, Επιστημονικά Υπεύθυνου του Μ.Π.Σ «Αντιμετώπιση του πόνου» για την κατανόηση και την βοήθεια του όταν τη χρειάστηκα, καθώς επίσης και για την δυνατότητα που μου δόθηκε μέσω του προγράμματος των μεταπτυχιακών σπουδών «Αντιμετώπιση του πόνου», να ασχοληθώ διεξοδικότερα με το θέμα του ανθρώπινου πόνου.

Η έμφαση στην ψυχική υγεία του ατόμου βρίσκει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Αρχαίοι πολιτισμοί όπως οι Κινέζοι, οι Αιγύπτιοι και οι Έλληνες ασχολήθηκαν με την ψυχική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Είναι σε όλους γνωστός ο ορισμός της υγείας όπως αυτόν διακηρύσσει η παγκόσμια οργάνωση υγείας. Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ., ένδειξη καλής υγείας δεν είναι μόνο η έλλειψη νόσου, απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται η ηθική, συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές της συμπεριφοράς του ατόμου που μπορεί να είναι και επιβλαβείς. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση ενός ψυχοπιεστικού γεγονότος, μπορεί επίσης να συμβάλει και στην καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή σε αυτό το γεγονός μέσω ενός υποστηρικτικού πλαισίου που πιθανόν να προσφέρει. Ο άνθρωπος ως συνιστώσα αναπτύσσει, δημιουργεί και υιοθετεί μια συμπεριφορά καθοριστική μέσα στο περιβαλλοντικό χώρο. Ο εργασιακός χώρος βοηθά το άτομο στην πραγμάτωση και επιτυχή διεκπεραίωση συγκεκριμένων στόχων και μέσα από κανάλια υποκίνησης βοηθά το άτομο να επιτελέσει το έργο του (Δημοπούλου, 1998).

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας:

- α) *το βιοιατρικό μοντέλο υγείας*, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας και
- β) *το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας*, που αποτελεί μια νέα προσέγγιση.

Η έγκαιρη αναζήτηση βοήθειας σε διαταραχές από ψυχοπιεστικές καταστάσεις, διαταραχές δηλαδή της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου θα οδηγήσει σε καλύτερη έκβαση και διαδρομή της διαταραχής. Σαν επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουμε στο χώρο εργασίας καθημερινά τον ανθρώπινο πόνο, τον θάνατο και τις ασθένειες με αποτέλεσμα να βιώνουμε αρκετή ένταση, άγχος και στρες. Υπάρχει όμως μια λεπτή διαφορά, το άγχος είναι νοητική λειτουργία που κλιμακώνεται από

δυσφορία και πανικό. Το στρες είναι οι σωματικές επιδράσεις του άγχους που μπορεί να εμφανιστούν ή όχι στον καθένα. Οι συνέπειες είναι πολλές, ξεκινάνε από πονοκεφάλους και φθάνουν μέχρι καρδιακό επεισόδιο (Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος, 1996).

Η αντιμετώπιση του πόνου ή ακόμη και του θανάτου αποτελεί καθημερινό φαινόμενο για έναν επαγγελματία υγείας, δημιουργώντας όπως αναφέρθηκε προηγούμενα ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Ψυχοσωματικές εκδηλώσεις της αντιμετώπισης του πόνου στον εργασιακό χώρο μπορούν να διαχωριστούν σε δύο συνιστώσες, στην ψυχολογική συνιστώσα με εκδηλώσεις όπως άγχος, στρες και κατάθλιψη και σε μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης. Ο εργαζόμενος αναπτύσσει μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον του για εργασία, τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους ασθενείς και παύει να νοιώθει ικανοποιημένος. Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί ένα ζωηρό επιστημονικό ενδιαφέρον σχετικά με το ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση της αρρώστιας, στην εξέλιξη της και στη διατήρηση της υγείας. Ένας αυξανόμενος αριθμός ψυχολόγων ασχολείται με την έρευνα στον χώρο της υγείας και καλείται να συμβάλει, με την κλινική του γνώση, τόσο στη πρόληψη και στη διατήρηση της υγείας, όσο και στη φροντίδα ατόμων που πάσχουν από κάποιο πρόβλημα υγείας και στη στήριξη των οικογενειών τους. Η σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος από τα πολύ παλιά χρόνια αποτελούσε ένα θέμα αντιπαράθεσης μεταξύ φυσιολόγων και φιλοσόφων. Ο Ιπποκράτης υπήρξε από τους πρώτους που στήριξαν τη στενή σχέση στο σώμα και στην ψυχή, αναφερόμενος στη θεωρία του περί «χυμών του σώματος» η αναλογία των οποίων προσδιόριζε το χαρακτήρα του ατόμου. Στα πλαίσια της ιατρικής άσκησης, ο Ιπποκράτης προωθούσε την έννοια της πρόληψης, ισχυριζόταν ότι η διατήρηση της υγείας απαιτεί μια κατάσταση ισορροπίας ανάμεσα στο σώμα, το νου και το περιβάλλον, και αναγνώριζε ότι κάθε άνθρωπος διαθέτει αυτοθεραπευτικές ικανότητες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση της υγείας του όταν αυτή διαταράσσεται. Υιοθετούσε μια εξατομικευμένη προσέγγιση του προβλήματος υγείας, καθώς θεωρούσε ότι ο οργανισμός κάθε αρρώστου αντιδρά στη νόσο διαφορετικά και επηρεάζεται σημαντικά από τον τρόπο ζωής του ατόμου. Η άποψη ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχής και του σώματος εγκαταλείφθηκε το 17^ο αιώνα, καθώς θεωρήθηκε μη επιστημονική, ήταν η περίοδος που η ιατρική κέρδιζε αναγνώριση με τα επιτεύγματα της. Σύμφωνα με τον Γάλλο φιλόσοφο Καρτέσιο η ψυχή αποτελούσε μια ξεχωριστή οντότητα, παράλληλη με το σώμα, αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες. Οι σημαντικές κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης, στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, συνέβαλαν στη σημαντική

αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης του ανθρώπου και στην εξαφάνιση ορισμένων προβλημάτων υγείας. Όμως νέα προβλήματα υγείας ανέκυψαν από αρρώστιες που δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες, αλλά χρόνιες. Η πρόοδος αυτή είχε ταυτόχρονα και αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης, όσο και στην ποιότητα της ζωής του ανθρώπου (Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, 1999).

ΜΕΡΟΣ Ι

Stress και Ηθικά Διλήμματα

Ο κλάδος της φιλοσοφίας που ονομάζεται Ηθική-Ηθικολογία και που επίσης αναφέρεται στην φιλοσοφία της Ηθικής ασχολείται με πολύ σημαντικά ερωτήματα των ανθρώπινων σχέσεων που μας αφορούν σαν άτομα και σαν επαγγελματίες της Υγείας. Η Ηθική, χαρακτηριζόμενη ως «ο κορμός της γνώσης», αναπτύχθηκε στη Δυτική φιλοσοφική παράδοση από το χρυσό αιώνα της Ελλάδας. Ασχολείται με την έννοια της ηθικής, με τα ηθικά προβλήματα και τις καταστάσεις που πρέπει να κριθούν (Μ. Κοτσινάρη 1994)

Είναι μια προσπάθεια να δημιουργήσει και να δικαιολογήσει συστηματικές απαντήσεις στο ερώτημα « λαμβάνοντας υπόψιν τα πάντα, τι πρέπει να γίνει σε μια συγκεκριμένη κατάσταση» (Benjamin M., & Curtis J., 1981). Με το «λαμβάνοντας υπόψιν τα πάντα» καταλαβαίνουμε ότι οι ηθικολογικοί κώδικες έχουν κάποιο όριο ισχύος και ότι η δεοντολογία είναι ένα πολύ δύσκολο θέμα.

Σύμφωνα με τους A.J. Davis & M.A. Aroskar (1983), δεοντολογία ή φορμαλισμός είναι η θεωρία ή μελέτη των ηθικών υποχρεώσεων. Έχει μια ηθικολογική προσέγγιση στην οποία το σωστό ή λάθος μιας πράξης εξαρτάται περισσότερο από την ευχαρίστηση αυτού που τη διενεργεί ή από τις συνέπειες της προτεινόμενης ενέργειας. Υπάρχουν δύο είδη δεοντολογίας η πράξη και ο κανόνας. Στη «Δεοντολογία – Πράξη» οι ηθικές αξίες του ατόμου έχουν τη μεγαλύτερη σημασία, ενώ στη «Δεοντολογία – Κανόνα» υπάρχουν ορισμένα δεδομένα για να διαλέξουν, να κρίνουν και να αιτιολογήσουν την ηθική.

Στη «Δεοντολογία – Κανόνα» όπως ειπώθηκε, υπάρχουν δεδομένα για να διαλέξει, να κρίνει ή να αιτιολογήσει κανείς την ηθική. Αυτά τα δεδομένα προέρχονται από πολύ συγκεκριμένους κανόνες. Κάτι τέτοιο, σύμφωνα με τους J. Horner και J. Miechl (1991), μπορεί να κάνει τις αποφάσεις είτε ευκολότερες, είτε πιο σύνθετες. Το μεγαλύτερο πρόβλημα στη δεοντολογία κανόνα είναι ότι οι κανόνες μερικές φορές είναι αντιφατικοί και παρόλα αυτά θα πρέπει να αποφασίσουμε σχετικά με τον ποιο κανόνα πρέπει να ακολουθήσουμε.

Πολλές φορές είναι δυνατόν να ενεργούμε ηθικά στο βαθμό που η συμπεριφορά μας αποσπά παραδοχή και σεβασμό από τους άλλους. Εν τούτοις

εμείς να νιώθουμε ηθική αμηχανία και ηθικές αμφιβολίες, για παράδειγμα στην περίπτωση που ο ηθικός κώδικας μας συμβουλεύει να λέμε την αλήθεια, ενώ εμείς αποφασίζουμε να αποκρύψουμε πληροφορίες επειδή πιστεύουμε ότι αυτές οι πληροφορίες θα προκαλέσουν ψυχολογικό πρόβλημα σε αυτόν που θα τις ακούσει. Αυτό το παράδειγμα δείχνει ότι με το να ακολουθούμε τη μια ηθική αρχή παραβιάζουμε μια άλλη. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Επαγγελματία Υγείας και ιδιαίτερα του Νοσηλευτή είναι η ικανότητα να κρίνει και να αξιολογεί τις καταστάσεις. Αυτές οι αποφάσεις και οι ενέργειες βασίζονται σε ένα σώμα από γνώσεις και η εφαρμογή τους απαιτεί συνειδησιακές και ψυχοκινητικές επιδεξιότητες. Δίλημμα είναι μια κατάσταση που απαιτεί μια επιλογή ανάμεσα στο τι φαίνεται να είναι εξίσου επιθυμητό ή μη σε δύο εναλλακτικές λύσεις. Τα ηθικολογικά διλήμματα διαπερνούν την φροντίδα υγείας. Ηθικολογικά θέματα υπάρχουν καθ' όλη τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας από την προνοσοκομειακή έως την αποκατάσταση (Μ. Κοτσινάρη 1994).

Τα ηθικά προβλήματα σύμφωνα με τους Κ. Oberle και D. Hudges (2001), αποτελούν πηγή έντασης για τους επαγγελματίες υγείας Στην μελέτη των Oberle και Hughes συμμετείχαν 7 γιατροί και 14 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε τμήματα φροντίδας ενηλίκων, χειρουργικά τμήματα και στη μονάδα εντατικής φροντίδας. Ζητήθηκε να περιγράψουν τα ηθικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά στην πρακτική. Όλοι οι συμμετέχοντες εξέφρασαν ηθικά προβλήματα γύρω από τις αποφάσεις που λαμβάνονται για το τέλος της ζωής. Αποδοτική συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών είναι απαραίτητη για παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Για να επιτευχθεί αληθινή συνεργασία είναι απαραίτητο να κατανοηθούν οι απόψεις των άλλων ειδικά σε καταστάσεις οι οποίες μπορεί να είναι ηθικά προβληματικές (Κ. Oberle & D. Hudges, 2001).

Μια άλλη ερευνητική μελέτη έχει συμπεράνει ότι υπάρχουν διαφορές στην ηθική αιτιολογία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών με ποικίλα αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι και οι δύο δίνουν έμφαση στην αξιοπρέπεια του ασθενή, την άνεση, ενώ οι γιατροί είχαν μεγαλύτερη ανησυχία για τα δικαιώματα του ασθενή και την ποιότητα ζωής. Οι διαφορές μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών σχετικά με τις ηθικές ανησυχίες εντοπίζονται για τους γιατρούς στην καταπόνηση από την λήψη αποφάσεων και οδηγιών, ενώ οι νοσηλευτές στην καταπόνηση από την τήρηση αποφάσεων που λαμβάνονται από άλλους (Μ.Ε. Wurzbach, 1999).

Εκτός από αυτές τις διαφορές, η μελέτη του R. Grundstein - Amaro (1993), αναφέρει ότι το κύριο πρόβλημα και για τους δύο εντοπίζεται στο ενδιαφέρον για την οικογένεια του ασθενή που υποφέρει. Θεωρούν ηθική υποχρέωση να ελαχιστοποιήσουν τον πόνο της οικογένειας και του ασθενή. Ενδιαφέρονται με πιο

τρόπο θα μπορέσουν να είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν κάθε κατάσταση και να ανταποκριθούν στη διαχείριση του πόνου.

Το στρες που συνδέεται με ηθικές αποφάσεις αποτελεί σοβαρή συνέπεια συχνής επαφής με ηθικά διλήμματα για τους νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων. Μια περιγραφική μελέτη (M.L. Raines, 2000), χρησιμοποίησε σχεδιασμένες τεχνικές σε ένα δείγμα 229 νοσηλευτών ογκολογικών τμημάτων και τα αποτελέσματα κατέληξαν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν κατά μέσο όρο 32 διαφορετικούς τύπους ηθικών διλημάτων τον προηγούμενο χρόνο σε ημερήσια βάση. Περίπου το 80% των ερωτηθέντων τοποθετούσε το ηθικό στρες σε επίπεδο 6 μεταξύ μιας κλίμακας 0-10, το 23% επαναπαύτηκε ή προσαρμόστηκε στην κρίση των άλλων και ένα ποσοστό 34% χρησιμοποίησε χαρακτηριστικά και των δύο αιτιολογικών μοντέλων.

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ ηθικής αιτιολογίας και ηθικού στρες μπορεί να βοηθήσει τους νοσηλευτές να διαχειριστούν περισσότερο αποδοτικά την αυξανόμενη ηθική καταπόνηση, η οποία ανευρίσκεται σε πολλές ογκολογικές πρακτικές σήμερα. Η ηθική καταπόνηση των νοσηλευτών αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος έχει συνδεθεί με την επαγγελματική εξουθένωση (Kendrick K., & Gubbin B., 1996). Ο μέσος χρόνος παραμονής, δε, μιας ειδικευμένης νοσηλεύτριας σε ένα κριτικό περιβάλλον φροντίδας είναι λιγότερο από δύο χρόνια (Smith W., 1995).

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας έχουν γίνει πολλές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι αλλαγές αυτές έχουν κάνει την φροντίδα υγείας περισσότερο πολύπλοκη και η ηθική έχει γίνει αυξανόμενη απαίτηση στη σύνθεση της κλινικής πρακτικής (Hoglund A., & Mats G., 2004). Σκεφτόμενοι αυτό δεν μας εκπλήσσει ότι πολλοί επαγγελματίες υγείας υποφέρουν από αγχωτικές δυσλειτουργίες (Arnetz 2001).

Οι αλλαγές έχουν κάνει το σύστημα υγείας, όπως αναφέρθηκε, περισσότερο πολύπλοκο. Οι απαιτήσεις στους επαγγελματίες πρώτης γραμμής, όπως οι νοσηλευτές και οι γιατροί, σε σχέση με τη λήψη αποφάσεων έχουν αυξηθεί. Δεν έχουν να σκεφτούν μόνο τι είναι καλύτερο για τον ασθενή, αλλά επίσης και τις μελλοντικές ανάγκες και κοινωνικοοικονομικές απαιτήσεις. Εκτός από τις αυξανόμενες απαιτήσεις για ικανές ηθικές κρίσεις, ο οργανισμός υγείας συχνά παρουσιάζει έλλειψη καθορισμένων πολιτικών για γραμμή οδηγίων όπως η συστηματική μόρφωση στην ηθική και η δόμηση ηθικής υποστήριξης για τα μέλη του προσωπικού οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τις αποφάσεις (Hoglund A & Mats G 2004).

Διάφορες μελέτες έχουν τονίσει πως θεμελιώδεις αλλαγές στο σύστημα υγείας έχουν προσθέσει νέους στρεσογόνους παράγοντες στα επαγγέλματα υγείας.

Έχουν αναγνωριστεί διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές ως μέρος της καθημερινής τους πρακτικής. (Arnetz, 2001).

Οι περισσότεροι στρεσογόνοι παράγοντες αναγνωρίζονται ως ψυχοκοινωνικοί στην καταγωγή τους, όπως η υπερεργασία, η έλλειψη ικανοτήτων ανάπτυξης καθώς και η έλλειψη ξεκάθαρων κατευθύνσεων εργασίας. Σκεπτόμενοι τις παρούσες μελέτες τα ηθικά διλήμματα μπορούν επίσης να προκαλέσουν στρεσογόνες δυσλειτουργίες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. (Corley et al., 2001).

Σύμφωνα με τον Raines (2000), η επιρροή των ηθικών θεμάτων στη νοσηλευτική πρακτική στις Ην. Πολιτείες έχει αυξηθεί δραματικά στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας. Οι νοσηλευτές σε κάθε τους πράξη ξοδεύουν αρκετό χρόνο για την επίλυση ηθικών θεμάτων, με αποτέλεσμα να βιώνουν περισσότερο άγχος και στρες στη διαχείριση των ηθικών αντιμαχιών.

Μετρώντας τη συχνότητα απροσδόκητων ηθικών διλημάτων μεταξύ νοσηλευτών και του βαθμού κατά τον οποίο αυτοί διαταράσσονται από αυτά, βρέθηκε ότι τα εργαλεία εργασιακής ικανοποίησης για τους νοσηλευτές συχνά περιλαμβάνουν σημεία ηθικής αξίας (Bergen et al 2001).

Σύμφωνα με τον Corley (1995), κανένα εργαλείο δεν είχε αναπτυχθεί ειδικά για τη μέτρηση των επιπέδων της ηθικής καταπόνησης. Για να συμπληρωθεί το κενό, αναπτύχθηκε η κλίμακα ηθικής καταπόνησης MDS για την μέτρησή της σαν ένα στοιχείο εργασιακού στρες στη νοσηλευτική (Hanson, 2002).

Οι Corley et al. (2001) ανέφεραν, ότι 69% των νοσηλευτών μερικές φορές είχαν να συμβιβάσουν τις αξίες τους σε σχέση με την πολιτική του νοσοκομείου, τις απαιτήσεις των γιατρών και της νοσηλευτικής διοίκησης. Επίσης, πολλές φορές ήταν αναγκασμένοι να δρουν ενάντια στις αρχές τους, γιατί οι ηθικές κατευθυντήριες γραμμές ήταν αδύνατο να τηρηθούν εξαιτίας έλλειψης πηγών και δύναμης.

Η μελέτη του Raines (2000), κατέληξε στο, ότι η πιο συχνή πηγή εμπειριών ηθικής καταπόνησης μεταξύ των νοσηλευτών ογκολογικών τμημάτων ήταν η διαχείριση του πόνου. Βασική διαπίστωση ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν αξίες στην εργασία τους και αγωνίζονται να διαχειριστούν ηθικά διλήμματα όταν αυτά εμφανίζονται στην εργασία τους.

Αρχική καταπόνηση εμπλέκει αισθήματα σύγχυσης, θυμού και αγχωτικών δυσλειτουργιών όταν αντιμετωπίζονται διαμάχες με τρίτους σχετικά με αξίες.

Αντιδραστική καταπόνηση είναι όταν τα άτομα αισθάνονται ότι δεν δρουν σύμφωνα με την αρχική καταπόνηση. Κατάθλιψη, εφιάλτες, πονοκέφαλοι και αισθήματα ματαιοδοξίας χαρακτηρίζουν αυτή τη μορφή καταπόνησης. Μερικές μελέτες τονίζουν ότι η χρόνια αντιδραστική καταπόνηση συνεισφέρει στην εξουθένωση και στην απόφαση των νοσηλευτών να εγκαταλείψουν το επάγγελμα τους (Jameton 1993).

Οι έρευνες για την ηθική καταπόνηση συνήθως γίνονται σε νοσηλευτές γιατί η ομάδα αυτή δεν είναι ικανή να δράσει σύμφωνα με της πεποιθήσεις της διότι δεν βρίσκεται σε υψηλή κλίμακα στον οργανισμό ενός νοσοκομείου, δεν λαμβάνει τέλος τις τελικές αποφάσεις οι οποίες αφορούν τη φροντίδα των ασθενών. Σε διάφορες καταστάσεις τα ηθικά διλήμματα προκαλούν σύγχυση και καταπόνηση μεταξύ όλων των κατηγοριών προσωπικού, τα διλήμματα ανατέλλουν γενικά μέσω των εμπειριών του προσωπικού με αντιμαχόμενους σκοπούς. Οι νοσηλευτές, οι γιατροί και άλλα μέλη του προσωπικού δεν συμφωνούν πάντα σε ηθικά θέματα. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τη διαφωνία μεταξύ της δέσμευσης των χορηγών φροντίδας στους ασθενείς και της δικής τους δέσμευσης στον οργανισμό μπορεί να υπάρξει διαμάχη μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών προσωπικού υγείας (Honglund A. & Mats G., 2004).

Σύμφωνα με τους Μ. Γκούβα, Δ. Δαμίγος και συν. (1999), *«οι επαγγελματίες της νοσηλευτικής φροντίδας αντιμετωπίζουν καθημερινά μια πλευρά της ζωής που οι περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να μην αντιμετωπίσουν ποτέ. Η βίαιη κατάρρευση, ο θάνατος, ο πόνος, η ολοκληρωτική μη προβλεψιμότητα είναι καταστάσεις καθημερινής πραγματικότητας σε πολλούς χώρους περίθαλψης. Το να εμπλέκεσαι σε τέτοιες καταστάσεις πάντα περιέχει κάποιο ρίσκο ειδικά κάτω από τόσο έντονες συνθήκες. Τα συναισθηματικά ρίσκα αυξάνονται σε μονάδες που υπάρχουν για να σώζουν ζωές, ιδιαίτερα τις στιγμές που κάποιοι ασθενείς χάνονται. Ο θάνατος σε τέτοιες μονάδες θεωρείται ήττα και αποτυχία. Η συναισθηματική φόρτιση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό άδειασμα και απογοήτευση, που είναι κοινώς γνωστά ως διάλυση. Η συναισθηματική φόρτιση δημιουργείται όταν ο συναισθηματικός κόσμος του νοσηλευτή κατακλύζεται με τη συνεχή έκθεση στην ασθένεια, στην απώλεια και τον πόνο».*

Άγχος και Stress και Σωματοποίηση των Χαρακτηριστικών τους

Οι τελευταίες αλλαγές στο εργασιακό περιβάλλον έχουν οδηγήσει σε αλλαγή ισορροπίας μεταξύ φυσικής και πνευματικής δραστηριότητας. Τα τεχνολογικά επιτεύγματα έχουν μειώσει τη σημασία της βαριάς σωματικής εργασίας. Η πνευματική και συναισθηματική καταπόνηση έχουν αυξηθεί στον εργασιακό χώρο, ο οποίος χαρακτηρίζεται από έλλειψη χρόνου, χώρου, γενική αβεβαιότητα, περισσότερους μη ελεγχόμενους παράγοντες και περισσότερη διοικητική εργασία. (Van Oncioul J., 1996).

Το σύνδρομο προσαρμογής περιγράφηκε από τον φυσιολόγο Selye το 1975, το οποίο χαρακτηρίζει την εξέλιξη της παρατεταμένης έκθεσης στο στρες και αποτελεί χρήσιμη έννοια. Το σημερινό εργασιακό περιβάλλον παρέχει φυσικούς, συναισθηματικούς και πνευματικούς παράγοντες άγχους οι οποίοι απορυθμίζουν τη συνηθισμένη αντίδραση συναγερμού του ατόμου. Οι παράγοντες προκαλούν εθισμό, ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζεται ένα άτομο εξαρτάται από τις αξίες του, τις εμπειρίες του και την ικανότητα προσαρμογής. Συναισθηματικοί και πνευματικοί προδιαθεσικοί παράγοντες στρες είναι ο φόβος, ο θυμός, οι αρνητικές σκέψεις, οι διαμάχες μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, η πίεση του χρόνου, το ωράριο εργασίας και η υπερεργασία. Η συνηθισμένη αντίδραση συναγερμού που αναφέρθηκε προηγούμενα σε σχέση με τους προδιαθεσικούς παράγοντες άγχους αποτελεί άμεση ανταπόκριση σε μια πρόκληση ή απειλή. Η κινητοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος δείχνει τα σημεία αντίδρασης στο άγχος. Τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα εμπλέκουν συνεργασία και προθυμία για δράση επηρεάζοντας τη διάθεση, την κανονικότητα του καρδιαγγειακού συστήματος, την αναπνοή, την τάση των μυών και άλλες μηχανικές δραστηριότητες. Γενικά συμπτώματα αυτής της αντίδρασης αναφέρονται όπως η ναυτία, το άγχος, η ζαλάδα, η τάση των μυών, ξηρότητα στο λαιμό, γρήγορες αναπνοές και ταχυκαρδία. Η αντίδραση συναγερμού δεν μπορεί να διατηρηθεί ασαφής. Μεγαλύτερη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες προκαλεί στους νοσηλευτές να πλησιάσουν στο στάδιο αντίδρασης. Αναπτύσσουν μια στρατηγική επιβίωσης και

ένα τρόπο πάλης ενάντια στην αντίδραση που ο στρεσογόνος παράγοντας έχει εισάγει. Οι μηχανισμοί αντιγραφής μπορεί να είναι επαρκείς ή ανεπαρκείς. Οι άνθρωποι τείνουν να προτιμούν σύντομους όρους ανακούφισης σε σχέση με μακροπρόθεσμες λύσεις και προσπαθούν να αποδράσουν από μη βολικές καταστάσεις. Η αντίδραση στο άγχος είναι υγιής στην προέλευση και είναι απαραίτητη να κρατήσει ένα άτομο με κίνητρα προσαρμόσιμο, όταν οι απαιτήσεις στο σώμα και στο μυαλό είναι τόσο υψηλές ή δεν μπορούν να συναντηθούν σε μια κατάλληλη οδό από την οποία το άτομο προέρχεται καταπονημένο. Παρατεταμένο στρες μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια προβλήματα, σε εξουθένωση και τελικά σε κατάθλιψη. Τα φυσικά συμπτώματα εξουθένωσης μπορούν να παρουσιαστούν με ένα γενικό αίσθημα κούρασης, έλλειψης ενέργειας και αδυναμίας. Μη ειδικά συμπτώματα όπως αναφέρθηκε και προηγούμενως μπορεί να είναι αναλογικά, θαμπάδα, ζαλάδα, σφίξιμο στο στήθος, δυσκολία στην αναπνοή και γαστροοισοφαγικά συμπτώματα ξεκινώντας από χρόνια δυσκοιλιότητα, σε διάρροια και κωλικούς. Σιωπηλά παραδείγματα μπορεί να είναι διαταραχή ύπνου με πρώιμο πρωινό ξύπνημα και εφιάλτες, αλλαγές στη διατροφική συνήθεια όπως έλλειψη όρεξης ή βουλιμία. Στο χώρο εργασίας τα άτομα μπορεί να είναι ικανά να κρύψουν αυτά τα συμπτώματα, εκτός εάν αυτά γίνουν ανυπόφορα όπου στη περίπτωση αυτή προκύπτει η απουσία από την εργασία και παρουσιάζονται προβλήματα σε άλλους τομείς. Συναισθηματικά συμπτώματα στρες στο στάδιο της εξουθένωσης σχετίζονται με κατάθλιψη και απογοήτευση. Πνευματική δυσλειτουργία στο στάδιο της εξουθένωσης παρουσιάζεται σαν έλλειψη συγκέντρωσης και συνεργασίας. Αυτό οδηγεί σε εμφανή βλάβη και κρίση όπως και σε αρνητική συμπεριφορά στην εργασία. Τα σημάδια της πνευματικής δυσλειτουργίας γίνονται συνήθως ευκολότερα αντιληπτά από τα σημάδια της φυσικής ασθένειας. Η ποικιλία του στρες που βιώνεται από το άτομο εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Η κληρονομικότητα παίζει ρόλο στον καθορισμό του τύπου της αυτόνομης αντίδρασης καθώς και πιο οργανικό σύστημα θα προσβληθεί. Η αντίδραση στο στρες θα εξαρτηθεί από το ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι διαθέσιμες, όπως τεχνικές χαλάρωσης και εύρεση ισορροπίας (Van Onckel J., 1996).

Η μελέτη των Chan et al (2005), αναφέρεται στη φυσική και ψυχολογική ευεξία των νοσηλευτών στη καθημερινή εργασία τους με διαφορετικά επίπεδα εργασιακού κινδύνου κατά την περίοδο έξαρσης του SARS. Αναδεικνύει τον υψηλό κίνδυνο που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα αντιμετώπισης της ασθένειας και αποκαλύπτει τα υψηλά επίπεδα άγχους που διακατέχουν αυτούς. Τα δεδομένα της έρευνας παρουσιάζουν την επιρροή που

έχουν στους νοσηλευτές μη ελεγχόμενες καταστάσεις, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και οι πολλές αβεβαιότητες. Ενώ τα 2/3 των νοσηλευτών ανέφεραν ότι η γενική υγεία τους ήταν καλή, εντούτοις πολλοί που ανήκαν στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανέφεραν ότι αισθάνονταν να έχουν φυσικά συμπτώματα της ασθένειας, όπως μυαλγία, πόνο στην οσφυ, με αποτέλεσμα να ανησυχούν υπερβολικά ότι ίσως έχουν έρθει σε επαφή με τον ιό της ασθένειας, αυξάνοντας έτσι πολύ περισσότερο τα επίπεδα άγχους που παρουσίαζαν.

Τα περιστατικά που καθημερινά αντιμετώπιζαν και οι συχνοί θάνατοι αποτελούσαν κύρια πηγή φόβου και συναισθηματικής επιρροής (Chang MY, et al 2004). Το εργασιακό περιβάλλον στο νοσοκομείο την περίοδο εκείνη χαρακτηρίζεται χαοτικό με πολλούς ασθενείς να απαιτούν εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτές οι καταστάσεις οδήγησαν τους νοσηλευτές να εργάζονται αρκετές ώρες χωρίς ξεκούραση με ολοένα αυξανόμενο στρες (Lopez V, et al 2004).

Τα ευρήματα συστήνουν επίσης ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται σε τμήματα όπου δεν νοσηλεύονταν ασθενείς με την ασθένεια παρουσίαζαν μεγαλύτερο φόβο και άγχος εξαιτίας της αβεβαιότητας που υπήρχε ως προς τον τρόπο διάγνωσης των συμπτωμάτων από μέρους τους σε σχέση με τα άτομα που εργάζονταν στις πτέρυγες SARS όπου είχαν εκπαιδευτεί στην διάγνωση των συμπτωμάτων, ώστε να λαμβάνουν τις κατάλληλες προφυλάξεις (Thomson DR, et al. 2004).

Επίσης βίωναν μεγαλύτερα επίπεδα στρες σε σχέση με την καθημερινή ζωή τους μετά την εργασία καθώς ήταν αγχωμένοι μήπως μεταδώσουν τον ιό στα μέλη των οικογενειών τους. Πολλοί νοσηλευτές ανέφεραν επίσης ότι την ένταση και το στρες που αντιμετώπιζαν στην δουλειά τους το μετέφεραν και στο σπίτι (Leung GM, et al., 2004).

Όπως όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές που εργάζονται και παρέχουν κρίσιμη φροντίδα υποθέτουν ότι προσωπικοί και επαγγελματικοί ρόλοι αυξάνουν την έκθεση τους στο στρες με την παροχή φροντίδας. Οι προσωπικοί τους ρόλοι περικλείουν τη χορήγηση φροντίδας στους συζύγους, τα παιδιά και στους ηλικιωμένους συγγενείς, ενώ οι επαγγελματικοί τους ρόλοι περικλείουν καταστάσεις που σχετίζονται με την φροντίδα κρίσιμης κατάστασης ασθενών και καταστάσεις τέλους της ζωής (Price AM 2004 και Frazier SK et al., 2003).

Εξαιτίας της συχνής επαγγελματικής έκθεσης και της αλληλεπίδρασης με ασθενείς και τις οικογένειες τους παρατηρούνται τραυματικά συμβάντα, κούραση, και πολλές φορές αντιδράσεις παρόμοιες με το μετατραυματικό στρες (Baxter A, 2004 και Whitley T.W. et al., 2003).

Καταστάσεις που συνδέονται με το τέλος της ζωής ενός ανθρώπου όπως η προσφορά δωρεά οργάνων αποτελούν δυσκολίες για τους νοσηλευτές που θα

πρέπει να παρέχουν κλινική και συναισθηματική φροντίδα στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειες τους (Dodd-Mc Gue, et al., 2005).

Οι επαγγελματικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών εγείρουν προδιαθεσικούς παράγοντες άγχους, αγχωτικής δυσλειτουργίας, οι οποίοι διαχωρίζονται σε τρεις διαστάσεις :αμφιβολία ρόλων, διαμάχη ρόλων και υπερφόρτωση ρόλων. Η μείωση του εργασιακού στρες σχετίζεται με την βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης. Προηγούμενες μελέτες για το βαθμό ατομικής υγείας μεταξύ των νοσηλευτών έχουν τονίσει την σχέση μεταξύ στρες και φτωχής SRH (self rated health). Προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλές ψυχολογικές και φυσικές απαιτήσεις καθώς και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης φτωχού βαθμού ατομικής υγείας και χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης. Αν και έχει γίνει αρκετή έρευνα για τη σχέση χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης και στρες μεταξύ των νοσηλευτών, η σχέση μεταξύ συμπεριφορών που σχετίζονται με το βαθμό υγείας των νοσηλευτών δεν έχει μελετηθεί ικανοποιητικά (Alamanos Y et al 2005).

Συναισθηματικές Διαταραχές στους Επαγγελματίες Υγείας

Πολλές αναφορές συστήνουν ότι το άγχος μεταξύ των επαγγελματιών υγείας είναι υψηλό, αλλά προσεκτική μελέτη της βιβλιογραφίας δείχνει ότι λίγες μελέτες υπάρχουν με μεγάλη αξιοπιστία και εγκυρότητα (Carlan R.P., 1994).

Είναι δύσκολο να βρεθεί μια μελέτη η οποία να συμπεριλαμβάνει συμβουλές μεταξύ ειδικοτήτων και να παρέχει μεγάλη πληροφόρηση σχετικά με προηγούμενα επίπεδα άγχους (Firth-Cozens J., 1990).

Προσεκτική μελέτη έχει υπολογίσει τα επίπεδα άγχους και στρες μεταξύ γενικών γιατρών πριν και μετά την εισαγωγή της καινούργιας επισύναψης και καταλήγουν ότι τα επίπεδα των προηγούμενων διαταραχών έχουν αυξηθεί μεταξύ αυτής της ομάδα (Sutherland VJ, et al., 1992).

Πρώτη ένδειξη είναι ότι κοντά στο 1/3 των φοιτητών ιατρικής και το 1/2 των νέων γιατρών υπέφεραν από συναισθηματική διαταραχή (Firth J, 1986).

Τρεις ομάδες προσωπικού υγείας συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η πρώτη ομάδα συμπεριλάμβανε άτομα από 81 νοσοκομεία από όλους τους ιατρικούς και χειρουργικούς τομείς (Carlan RP, 1994). Όλοι αυτοί που συμμετείχαν ζητήθηκε να συμπληρώσουν το γενικό ερωτηματολόγιο υγείας (Goldeberg DP et al., 1988) και τη νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (Zigmond AS et al., 1988). Το γενικό ερωτηματολόγιο υγείας αποτελεί μια ευρείας αποδοχής και αξιοπιστίας μέθοδο ελέγχου εγκαθίδρυσης ψυχικών δυσλειτουργιών μεταξύ γενικού πληθυσμού. Έχει επίσης εκτιμηθεί ως κατάλληλη μέτρηση της επαγγελματικής υγείας (Lewis G et al 1992). Πέντε από τα επτά στοιχεία στην κλίμακα κατάθλιψης του ερωτηματολογίου μέτρησαν τάσεις για σκέψεις αυτοκτονίας, η νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης αποτελεί αξιόπιστη μέτρηση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και παράγει δύο κλίμακες A και D για το άγχος και την κατάθλιψη αντίστοιχα (Huppert FA et al., 1993).

Η ανακουφιστική θεραπεία που συχνά απαιτείται στη φροντίδα καρκινοπαθών τελικού σταδίου μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική καταπόνηση και διαταραχή στους νοσηλευτές. Πρώτιστον είναι να διευκρινιστούν τα επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής που σχετίζονται με την ανακουφιστική θεραπεία των καρκινοπαθών

τελικού σταδίου και δεύτερον να αναγνωριστούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων αυτής της διαταραχής. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε σε αυτήν την έρευνα ήταν η χρήση ερωτηματολογίου από 3187 νοσηλευτές με κλίμακα ανταπόκρισης 82% (Morita T & Shima Y, 2004). Το ποσοστό αυτό ανέφερε κλινική εμπειρία σχετικά με την τάση που είχαν να αφήσουν την κύρια εργασιακή κατάσταση τους σε σχέση με την άμεση και με την συναισθηματική καταπόνηση ανακουφιστική αγωγή. Ένα ποσοστό 12% θεωρούσε την εμπλοκή του στη φροντίδα ασθενών τελικού σταδίου αφόρητο βάρος, διότι αισθάνονταν αβοήθητοι μπροστά σε μια τέτοια κατάσταση πόνου, ενώ ένα 11% δηλώνει ότι θα ήθελε να αποφύγει μια τέτοια κατάσταση και τέλος ένα 4% θεωρούσε ότι οι πράξεις τους για ανακουφιστική θεραπεία δεν είχαν καμία αξία για τους ασθενείς. Υψηλά επίπεδα συναισθηματικής διαταραχής και καταπόνησης ήταν συνδεδεμένα με μικρότερη κλινική εμπειρία, έλλειψη συνηθισμένης κατανόησης της ανακουφιστικής θεραπείας μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών, εμπιστοσύνη στην ομάδα, μη διαθεσιμότητα, συχνή εμπειρία αντιμαχόμενων επιθυμιών, ανεπαρκή προσωπικά χαρακτηριστικά, πεποίθηση ότι ήταν δύσκολη η διάγνωση των συμπτωμάτων και τέλος πεποίθηση ότι η καταπραϊντική αγωγή ήταν δυσδιάκριτη από την ευθανασία. Ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών αισθάνεται σοβαρή συναισθηματική καταπόνηση σχετιζόμενη με την αντιμετώπιση του πόνου. Για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη για την μείωση των ωρών εργασίας, προσέγγιση της ομάδας ώστε να λυθούν αντιμαχόμενες σκέψεις, συνεργασία μόρφωση και εκπαίδευση σχετικά με την διαχείριση του πόνου και του θανάτου καθώς και ηθικός διαχωρισμός με την έννοια της ευθανασίας (Morita T. & Shima Y., 2004).

Οι νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων έχουν αναγνωριστεί ως ομάδα υψηλού κινδύνου που μπορεί να παρουσιάσει αγχωτικές και συναισθηματικές διαταραχές. Για χρόνια οι συνθήκες εργασίας των νοσηλευτών έχουν θεωρηθεί ως μη ικανοποιητικές εξαιτίας των πολλών κινδύνων στους οποίους είναι εκτεθειμένοι όσον αφορά τις σχετικές με την φροντίδα δραστηριότητες. Το νοσοκομειακό περιβάλλον παρουσιάζει έναν αριθμό κινδύνων όσον αφορά τη βιολογική φυσική και ψυχοκοινωνική πλευρά. Οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι σχετίζονται με την επαφή των νοσηλευτών με τον πόνο των ασθενών, τα οποία προκαλούν άσχημα αισθήματα. Η στρεσογόνα εμπειρία πολλών επαγγελματιών στην ογκολογία παρατηρήθηκε, όταν οι νοσηλευτές ανέφεραν περισσότερα φυσικά συμπτώματα, όπως το γεγονός που παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές αποτελούν μια ομάδα ευαίσθητη στο άγχος και το στρες. Η έκθεση των νοσηλευτών στον πόνο των ασθενών και των οικογενειών τους, οι γρήγορες αλλαγές στο τεχνολογικό τομέα

που αφορά τη φροντίδα και τα υψηλά επίπεδα φυσικής εξάντλησης χωρίς ψυχολογική υποστήριξη των αναγκών τους συμβάλλει στη δημιουργία άγχους και φόβου. Στην μελέτη των De Carvahlo et al., παρατηρώντας τα αποτελέσματα και τα ευρήματα της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουν ότι δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων είναι στρεσογόνες όσον αφορά τις σχέσεις του προσωπικού, τις απαιτήσεις του συστήματος, τις δυσκολίες που προκύπτουν από την παθολογική εξέλιξη της ασθένειας η οποία επιδρά στον ασθενή και την οικογένεια, συναισθηματικές απαιτήσεις από τον ασθενή που πεθαίνει και την διαδικασία θανάτου. Το δείγμα των νοσηλευτών που συμμετείχε στην έρευνα δήλωσε ότι ένα ποσοστό 24% αισθανόταν καθόλου ή λίγο στρεσαρισμένο, 54% υψηλά επίπεδα στρεσογόνων παραγόντων, ενώ ένα 22% θεωρούσε τον εαυτό του εξαιρετικά εκτεθειμένο σε στρεσογόνους παράγοντες. Η θέα του ασθενή που υποφέρει και η έλλειψη δυνατότητας να κάνεις οτιδήποτε, η αίσθηση ότι δεν μπορείς να προσφέρεις όλα όσα μπορείς και όταν εξοπλισμός και εφόδια δεν είναι διαθέσιμα αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις που οδηγούν σε συναισθηματικές διαταραχές (De Carvahlo et al, 2005).

Λίγα είναι γνωστά σχετικά με την επίδραση της πνευματικής φροντίδας για τους επαγγελματίες στην ανακουφιστική φροντίδα. Σε έρευνα τους οι Wasner et al., 2005, παρατήρησαν τις επιδράσεις αυτής της φροντίδας για μια περίοδο έξι μηνών με συμμετοχή 63 ατόμων. Τα ερωτηματολόγια συμπεριέλαβαν δημογραφικά στοιχεία, αριθμητικές κλίμακες σχετικά με γενικές συμπεριφορές απέναντι στη δουλειά των εργαζόμενων στην ανακουφιστική φροντίδα. Ένα ποσοστό 76% συμπλήρωσε και τα τρία ερωτηματολόγια που δόθηκαν όπως το STS (self transcendence scale), το FACIT-SP (functional assessment of chronic illness therapy) και το I.I.R. (index of religiosity). Από αυτά τα άτομα το 91% ήταν γυναίκες μέσης ηλικίας, 51% νοσηλεύτριες, 16% εθελοντές στους ξενώνες φιλοξενίας ασθενών τελικού σταδίου και 14% γιατροί. Σημαντικές και υποστηρικτικές βελτιώσεις βρέθηκαν σχετικά με την συμπόνια για τον θάνατο, ικανοποίηση με τη δουλειά, μείωση του συσχετιζόμενου με την εργασία στρες. Τα ευρήματα συστήνουν ότι η εξάσκηση της πνευματικής φροντίδας έχει θετική επίδραση στην πνευματική ευεξία και στις συμπεριφορές των συμμετεχόντων στην ανακουφιστική φροντίδα η οποία έχει παρουσιαστεί σε μία περίοδο έξι μηνών.

Η συναισθηματική εξάντληση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την Δανική έκδοση της MBI (maltch burnout inventory). Η ανάλυση έδειξε ότι οι νοσηλευτές ψυχιατρικών τμημάτων βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Tummers G. et al., 2001).

Οι Thomsen et al (1999), θέλησαν να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν τις πιθανές διαφορές μεταξύ ψυχοκοινωνικού εργασιακού περιβάλλοντος σε Αγγλία και Σουηδία. Μια ποικιλία σχεδιασμένων εργαλείων σχεδιάστηκε και χρησιμοποιήθηκε για να συλλεχθούν πληροφορίες για την επαγγελματική πνευματική ενέργεια, την εργασιακή εξάντληση, την επαγγελματική ευεξία και δεδομένα για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα. Παράγοντες σχετιζόμενοι με υψηλή ψυχολογική ευεξία ήταν η χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ, το ανδρικό φύλο, ο κλινικός νοσηλευτής και το να έχει κάποιος λιγότερες ημέρες ασθένειας το χρόνο. Υψηλή συναισθηματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με πολλές ημέρες ασθένειας, το γυναικείο φύλο και ηλικία μικρότερη των 40 ετών.

Ο Samuelson et al (1997) μελέτησε αυτοκτονικά αισθήματα προσπάθειες αυτοκτονίας, πλευρές του εργασιακού περιβάλλοντος και την ψυχική ευεξία του προσωπικού ψυχιατρικών τμημάτων στη Σουηδία χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγια από προηγούμενες έρευνες, περιλαμβάνοντας μια σύντομη έκδοση της MBI μαζί με άλλα αξιολογημένα εργαλεία. Η έρευνα αποκαλύπτει ότι το προσωπικό ψυχιατρικών τμημάτων παρουσιάζει αισθήματα αυτοκτονίας σε υψηλότερα επίπεδα, συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, κούραση, έλλειψη ελπίδας σε σχέση με αυτούς που δεν παρουσίαζαν αυτοκτονικά αισθήματα

Ο συναισθηματικός συναγωνισμός περιγράφεται σαν ικανότητα απεικόνισης αισθήσεων και συναισθημάτων, χρήσης της πληροφορίας αυτής ως οδηγού σκέψης και συμπεριφοράς (Humpell N, et al., 2001).

Τα άτομα με λιγότερη εμπειρία στην ψυχιατρική νοσηλευτική εκφράζουν λιγότερο προσωπική αμφιβολία σχετικά με τις νοσηλευτικές ικανότητες, έχοντας υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικού συναγωνισμού και αυτό αποτελούσε γεγονός για τις γυναίκες νοσηλεύτριες (Gushway D, et al., 1996).

Η εκπαίδευση σε συμπεριφορικές τεχνικές μειώνει τα επίπεδα ασθένειας μειώνοντας την καταπόνηση των νοσηλευτών. Η συμπεριφορική θεραπευτική εκπαίδευση η οποία σκοπό έχει να βελτιώσει την προετοιμασία των νοσηλευτών για θεραπευτικούς σκοπούς, βοηθώντας αυτούς να αναπτύξουν γνώσεις και ικανότητες για την αποδοτική διαχείριση των προβλημάτων των ασθενών (Kunkler J, et al., 1991).

Η διαχείριση του στρες ήταν αποδοτική στη μείωση των επιπέδων εξουθένωσης των νοσηλευτών (Lemma A., 2000). Τα επίπεδα ψυχολογικής καταπόνησης και εξουθένωσης μειώθηκαν σημαντικά ακολουθώντας με προσοχή ένα δεκαπενθήμερο πρόγραμμα εκπαίδευσης σε θεραπευτικές ικανότητες (Ewers P. et al., 2002 & Lemma A., 2000). Εκπαιδεύοντας μια ομάδα νοσηλευτών σε ψυχολογικές παρεμβάσεις είχε σημαντική θετική επίδραση στα επίπεδα

εξουθένωσης. Σκοπός της ψυχολογικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τους κλινικούς να προσεγγίσουν προβλήματα των ασθενών τους, να εκπαιδεύσει αυτούς με ικανότητες ώστε να δρουν αποτελεσματικά (Melchior M. et al., 1996).

Η έρευνα για τους στρεσογόνους προδιαθεσικούς παράγοντες και την έκβαση των αγχωτικών δυσλειτουργιών έγινε σε χώρες εκτός Βρετανίας δίδοντας δεδομένα τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα στην πνευματική κατάσταση των νοσηλευτών. Πάντως το γεγονός ότι διαφορετικές χώρες λειτουργούν με διαφορετικά συστήματα υγείας περιορίζει την γενικότητα των ευρημάτων. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιούνται πρέπει να εκτιμηθούν με όρους εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Υπάρχουν πολυάριθμες μετρήσεις οι οποίες έχουν δείξει εγκυρότητα και αξιοπιστία, αλλά οι ερευνητές συχνά νιώθουν την ανάγκη ανάπτυξης νέων οργάνων (Mphil E. et al., 2003).

Η πλειοψηφία των μελετών στο πεδίο της επαγγελματικής υγείας εστιάζονται στη ψυχολογική καταπόνηση παρά στη ψυχολογική υγεία (Muscroft J. et al., 1998).

Όταν ερευνάται η αγχωτική διαδικασία, το στρες και η συναισθηματική διαταραχή η πλειοψηφία των συγγραφέων χρησιμοποιούν δικό τους ερωτηματολόγιο. Αυτό κάνει δύσκολη τη σύγκριση διαφορετικών μελετών (Coffey M., 2000).

Η βία και η απειλή της βίας αποτελούν αναγνωρισμένα προβλήματα μεταξύ των νοσηλευτών, οι οποίοι συχνά αποτελούν στόχους αυτής της βίας. Η αντιμετώπιση αυτών των συμπεριφορών αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης άγχους και θεωρείται ως ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας συναισθηματικών δυσλειτουργιών (Gerits L. et al., 2005).

Οι επιδράσεις των διαφορών που παρουσιάζουν οι εμπλεκόμενοι και τα προσωπικά χαρακτηριστικά σε σχέση με το στρες έχουν συχνά μελετηθεί, όμως λίγη προσοχή έχει δοθεί στο ρόλο της συναισθηματικής νοημοσύνης (Slaski et al., 2002).

Η συναισθηματική νοημοσύνη είναι μια πρόσφατη φόρμουλα κατασκευής ώστε να βοηθήσει στις διαφορές που παρατηρούνται στην αντιμετώπιση αγχωτικών διεργασιών και στην γενική αίσθηση ευεξίας (Slaski & Cartwright, 2002).

Τρεις πρόσφατες μελέτες, (Slaski et al., 2000 - Gerits L et al., 2005 - Matthews et al., 2000), έχουν εξετάσει το γενικό σύνδεσμο μεταξύ συναισθηματικής νοημοσύνης, στρες, υγείας και εκτέλεσης καθηκόντων. Οι νοσηλευτές με υψηλό σκορ συναισθηματικής νοημοσύνης ξεκάθαρα υπέφεραν από λιγότερο άγχος και εξουθένωση.

Η βία των ασθενών αποτελεί όπως αναφέρθηκε προηγούμενα ένα διαρκές πρόβλημα ειδικά σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα. Οι φυσικοί τραυματισμοί είναι συχνό φαινόμενο, με κλίμακα από 2% έως 16%. Μη σωματικές επιδράσεις της επιθετικότητας των ασθενών έχουν παρατηρηθεί από τους ίδιους τους νοσηλευτές. Η έρευνα έχει δείξει ότι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί τραυματισμοί μπορεί να διαφέρουν και να επηρεάζουν τη ζωή των νοσηλευτών για μήνες ή χρόνια μετά το περιστατικό (Needham I. et al., 2005).

Οι Richter et al. (2000), αναφέρουν ότι 14% του προσωπικού που έχει δεχθεί επίθεση υποφέρει από συμπτώματα μετατραυματικού στρες, θυμού, φόβου, άγχους και ντροπής. Το άγχος και ο φόβος αποτελεί τη συχνότερη βιο-φυσιολογική επίδραση. Το άγχος μπορεί να παρατηρηθεί σε μια γενικότερη φόρμα. Ο φόβος μπορεί να διαφοροποιηθεί ως φόβος για τους ασθενείς, για τον εαυτό τους, την οικογένεια τους. Επίσης μια συνηθισμένη αντίδραση στην επιθετικότητα είναι τα αισθήματα ενοχής για τον μη σωστό χειρισμό της κατάστασης.

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις συνεισφέρουν σε μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων με τον θυμό και το άγχος να αναφέρονται συχνότερα. Αναφέρονται επίσης τα αισθήματα σύγχυσης, κατάθλιψη, καταπόνηση και εξουθένωση (Needham I. et al., 2005).

Η συχνή επαφή με τους ασθενείς, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, η αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών, οι «δύσκολοι ασθενείς» αποτελούν κύρια πηγή άγχους και συναισθηματικής καταπόνησης για τους νοσηλευτές (Dunn L.A. et al., 1995).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας όπως έχει αναφερθεί παρουσιάζουν υψηλή συναισθηματική εξάντληση σε σχέση με νοσηλευτές άλλων τμημάτων (Prosser D, et al 1997). Τα άτομα που ήταν κάτω από έντονη πίεση παρουσίαζαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ασθένειες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δεν αισθάνονταν ικανοποιημένοι με την εργασία τους, ούτε ευτυχισμένοι γεγονός το οποίο επιδρούσε και στις γενικότερες σχέσεις τους (Carson J. et al., 1999).

Σε ποιοτική έρευνα, (Μ. Γκούβα, Δ. Δαμίγος & συν., 1999), με δείγμα εργαζόμενους Νοσηλευτές μελετήθηκαν τα διαπλεκόμενα αμφιθυμικά συναισθήματα κάποιων νοσηλευτών, λόγω των αρνητικών κλινικών εμπειριών. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι τα συναισθηματικά ρίσκα που συσχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα φαίνεται πως αφορούν δύο βασικές περιοχές: Την εμπειρία της προσωπικής απώλειας και τη συναισθηματική φόρτιση. Και στις 5 μελέτες περίπτωσης σε αυτή την έρευνα υπήρχε συναισθηματική

εμπλοκή αφορμής θανάτου ασθενούς. Στην ανάλυση περιεχομένου των περιπτώσεων διαφάνηκε ότι οι νοσηλευτές αισθάνονται την προσωπική απώλεια και το συναισθηματικό πόνο να συμβαδίζουν με την θλίψη. Κανένας τους δεν κατάφερε να αισθανθεί τη θλίψη, σαν μια εμπειρία που τον εμπλούτισε συναισθηματικά. Στη συζήτηση οι μελετητές προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα: «γιατί μερικοί νοσηλευτές ωριμάζουν επαγγελματικά κάτω από αυτές τις περιστάσεις, ενώ άλλοι καταρρακώνονται;», και κατέληξαν στο ότι «είναι αδύνατο να περιμένουμε οι νοσηλευτές να εμπλέκονται στην φροντίδα με συνειδητότητα ότι είναι ευάλωτοι, όταν η δική τους αξιοπρέπεια βρίσκεται σε κίνδυνο. Συνεπώς εκείνοι που έχουν το βίωμα της συναισθηματικής φόρτισης σαν αποτέλεσμα των προσπαθειών τους να παρέχουν φροντίδα μπορεί να μην βλέπουν άλλη επιλογή από το να αποσυρθούν συναισθηματικά από τους ασθενείς τους. Η συναισθηματική φόρτιση μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματικό άδειασμα και απογοήτευση που είναι κοινώς γνωστά ως διάλυση. Η συναισθηματική φόρτιση δημιουργείται όταν ο συναισθηματικός κόσμος αυτού που δίνει τη φροντίδα κατακλύζεται με τη συνεχή έκθεση στα τραύματα, την απώλεια και τον πόνο. Η συναισθηματική φόρτιση εμφανίζεται όταν το νοσηλευτικό προσωπικό πιέζεται πέρα από τις δυνατότητες του να συμφιλιωθεί με το γεγονός του θανάτου και ανεπιτυχώς προσπαθεί να το εξηγήσει με την ανθρώπινη λογική. Η ταύτιση των ασθενών με οικογενειακά πρόσωπα και πολλές φορές τους ίδιους τους εαυτούς συγκλονίζει τους νοσηλευτές και τους ωθεί να αφεθούν στην κατάρρευση και στην κατάθλιψη. Τα συναισθηματικά ρίσκα της φροντίδας και οι αρνητικά βιωμένες νοσηλευτικές εμπειρίες εμπλέκουν το είδος της ανθρώπινης κατάρρευσης και τη βία της απώλειας, και μόνο η στήριξη και η φροντίδα μπορεί να θεραπεύσει. Οι φροντιστές του σωματικού και ψυχικού πόνου θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση σε επαγγελματική φροντίδα από ειδικούς, που θα εξομάλυνε όλες αυτές τις επιθέσεις που δέχονται καθημερινά στο χώρο εργασίας και θα υποστήριζε συναισθηματικά αυτούς που στηρίζουν την υγεία. Μόνο με την ειδική συμβουλευτική στήριξη θα μπορούσαν αυτά τα οριακά βιώματα να αποκτήσουν σημασία και οι νοσηλευτές να αποκτήσουν κατανόηση και ισορροπία. Για να δημιουργηθεί αυτό το νόημα απαιτείται χρόνος, χώρος, φροντίδα και ανάλυση αυτών των εμπειριών για να γίνουν θετικές και να επιτρέψουν στους νοσηλευτές να ωριμάσουν με επιπρόσθετο αποτέλεσμα τη διεύρυνση της αίσθησης της φροντίδας».

Καταθλιπτικές Διαταραχές των Επαγγελματιών Υγείας

Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή με το μεγαλύτερο επιπολασμό και κόστος το οποίο επιδρά στο εργατικό δυναμικό. Αν και καλά προσδιορισμένες έρευνες καταδεικνύουν τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μείωσης της παραγωγικότητας, της απουσίας, καθώς επίσης υψηλή χρήση υπηρεσιών υγείας, πολλοί επαγγελματίες υγείας μπορεί να αισθάνονται άρρωστοι ή άβολα όταν προετοιμάζονται να πάρουν τα ηνία μιας επιθετικότερης ανταπόκρισης στην κατάθλιψη (Putnam K. et al., 2003). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την εκπαίδευση και απαραίτητη εμπειρία καθώς επίσης είναι οι πιο ικανοί να σχεδιάσουν προγράμματα με σκοπό να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Προηγούμενες μελέτες για το άγχος, το στρες και την δυσλειτουργία που αυτά επιφέρουν, έχουν καταδείξει έναν υψηλό επιπολασμό καταπόνησης. Εάν αυτή η καταπόνηση μπορεί να αποδοθεί στην στρεσογόνο φύση της εργασιακής κατάστασης δεν είναι ξεκάθαρο. Δεν υπάρχει προηγούμενη μελέτη να έχει χρησιμοποιήσει λεπτομερή μέθοδο συνέντευξης ώστε να εξακριβώσει το σύνδεσμο μεταξύ στρες μέσα και έξω από τη δουλειά με το άγχος και την καταθλιπτική δυσλειτουργία. Υψηλά και χαμηλά σκορ των εμπλεκόμενων ταυτοποιήθηκαν με την κλινική κλίμακα της συνέντευξης για να εξακριβωθεί οριστικά η αγχωτική και καταθλιπτική δυσλειτουργία. Περιστατικά και έλεγχοι ταίριαζαν για ηλικία, φύλο και επαγγελματική ομάδα. Έγινε συνέντευξη γεγονότων ζωής, κλίμακας δυσκολίας και αντικειμενική μέτρηση εργασιακού στρες, για να βρεθεί η ισοδυναμία αυτού μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο. Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν σε μια λογιστική ανάλυση για να βρεθούν οι μεταβλητές που σχετίζονταν με την αγχωτική και καταθλιπτική δυσλειτουργία. Το στρες, το άγχος στον εργασιακό χώρο και έξω από αυτόν συνεισφέρει σε αγχωτική και καταθλιπτική δυσλειτουργία που βιώνεται από το προσωπικό υγείας. Τα ευρήματα συστήνουν ότι ο καλύτερος τρόπος μείωσης του επιπολασμού αυτών των διαταραχών αποτελεί η θεραπεία των εμπλεκόμενων, η οποία πρέπει να εστιάζει σε

συνδυασμό με οργανικές προσπάθειες μείωσης του στρες (A. Weinberg et al., 2000).

Η κατάθλιψη στους νοσηλευτές εμφανίζεται με τρεις μορφές : κύρια καταθλιπτικά επεισόδια, καταθλιπτικά σύνδρομα και δυσφορία. Τα άτομα που εργάζονται σε χώρους με υψηλή ψυχολογική πίεση (υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις, χαμηλή εξουσιοδότηση αποφάσεων) θα έχουν υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης. Η ανάλυση της έρευνας βασίστηκε σε δεδομένα που λήφθηκαν από 905 νοσηλευτές στους οποίους δόθηκαν ερωτηματολόγια από επιδημιολογικό πρόγραμμα στη Βαλτιμόρη μεταξύ 1993 και 1996. Ψυχοκοινωνικό εργασιακό περιβάλλον, κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες και ψυχοπαθολογία συσχετίστηκαν μεταξύ τους. Υψηλή εργασιακή πίεση ήταν συσχετισμένη με μεγαλύτερο επιπολασμό και στους τρεις τύπους της κατάθλιψης, ειδικά τα κύρια καταθλιπτικά επεισόδια. Τα κύρια καταθλιπτικά επεισόδια, τα καταθλιπτικά σύνδρομα και η δυσφορία είναι συνδεδεμένα με ψυχοκοινωνικές διαστάσεις (Mausner A. et al., 2000).

Η μελέτη των W. Baba et al., 1999, αναφέρεται σε θέματα επαγγελματικής και πνευματικής υγείας των νοσηλευτών στα νησιά της Καραϊβικής. Ένα γραμμικό μοντέλο συνδεδεμένων ρόλων, εργασιακών και κοινωνικών παραγόντων, στρες, εξουθένωση, κατάθλιψη, τάσης απουσίας και αποστροφής οδηγούν την έρευνα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 119 νοσηλευτές ενός γενικού νοσοκομείου στην Καραϊβική. Στο ερωτηματολόγιο που δόθηκε χρησιμοποιήθηκαν εργομετρικά εργαλεία με αποδεδειγμένη εγκυρότητα. Για να αναλυθούν τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στρατηγικές και συσχετίσεις. Τα αποτελέσματα εντόπισαν ισχυρή υποστήριξη στο προτεινόμενο μοντέλο, το οποίο δοκιμάστηκε μεταξύ του πληθυσμού. Διαμάχη ρόλων, υπερκερασμός των ρόλων και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη προβλέπουν ανάπτυξη στρες το οποίο με την σειρά του ίσως οδηγήσει σε εξουθένωση και κατάθλιψη.

Πολλές φορές οι φυσικές καταστροφές συνδέονται με υψηλό επιπολασμό πνευματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων της κύριας κατάθλιψης και της αϋπνίας (Chou et al 2005).

Τα κύρια αποτελέσματα της μελέτης των (Tung –Ping Su et al 2006) ήταν ότι 1) το 1/3 των νοσηλευτών που εργάζονταν σε τμήματα φροντίδας ασθενών με SARS την περίοδο έξαρσης του ανέπτυξαν συμπτωματική κατάθλιψη και αϋπνία σε αντίθεση με το χαμηλό επιπολασμό αυτών των προβλημάτων σε τμήματα που δεν είχαν επαφή με την πάθηση. 2) σταδιακή προσαρμογή στο στρες και μείωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων καθώς και διαταραχών του ύπνου παρατηρήθηκαν στη διάρκεια των τεσσάρων εβδομάδων που διάρκεσε η μελέτη χωρίς σχεδόν

καθόλου διαφορές μεταξύ επιπέδων άσχημων συμπτωμάτων σε τμήματα SARS ή ανεξάρτητα της ασθένειας τμήματα. 3) αλλαγές στις συμπεριφορές ήταν όμοιες 4) είχαν όλοι οι νοσηλευτές την κατάλληλη υποστήριξη που θα έπρεπε να είχαν. 5) το να δουλεύει κανείς σε τμήματα μεγάλης επικινδυνότητας αποτελεί ένα παράγοντα ανάπτυξης δυσάρεστων συμπτωμάτων και αύπνίας. Επίσης η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού διαταραχών της διάθεσης, η ηλικία μικρότερη των 30 ετών επίσης αποτελούν κινδύνους οι οποίοι προβλέπουν κατάθλιψη συμπτώματα μετατραυματικού στρες και διαταραχές του ύπνου. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα κατάθλιψης B.D.I. το 27,5% του συνολικού δείγματος των νοσηλευτών παρουσίαζαν συμπτωματική κατάθλιψη, παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης παρουσιάστηκαν και σε ένα δείγμα 31,2% στο Τορόντο καθώς επίσης και στοιχεία ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ποσοστό 20-30% την εποχή εκείνη (Hawryluck et al., 2004).

Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει υψηλή συγκέντρωση ψυχολογικής καταπόνησης σε γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε ποικίλες καταστάσεις (Tholdy S. et al., 1998 και Hardy G.E. et al., 1997).

Στη Μ. Βρετανία 20 αναφορές έχουν τονίσει ότι το ¼ με το ½ του προσωπικού του εθνικού οργανισμού υγείας αναφέρει καταπόνηση η οποία είναι σε υψηλότερη κλίμακα από ότι ανάλογα επαγγέλματα (S. Williams et al., 1998 και T.D. Wall et al., 1997).

Σε διαφορετικές μελέτες αύξηση της ψυχολογικής καταπόνησης έχει συσχετιστεί με βαριά εργασία και έχει επιδράσεις στη ζωή στο σπίτι, πίεση στη δουλειά, παράπονα για ασθενείς και τους συγγενείς, φτωχή διαχείριση μη ικανοποιητικές πηγές και έλλειψη ελέγχου (K.W. Boey, 1999).

Όλες οι μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ατομικά ερωτηματολόγια για να προσδιορίσουν τη ψυχολογική καταπόνηση και το εργασιακό στρες. Δύο προβλήματα παρουσιάζονται με αυτή τη μέθοδο, πρώτον ένας υψηλός επιπολασμός καταπόνησης δεν ανταποκρίνεται με κλινική σημασία στην αγχωτική και καταθλιπτική δυσλειτουργία, η οποία παρατηρείται περίπου στο μισό ποσοστό των ατομικών αναφορών καταπόνησης. Δεύτερον η χρήση ατομικών ερωτηματολογίων για την μέτρηση της συναισθηματικής καταπόνησης και του εργασιακού στρες μπορεί να οδηγήσει σε συσχετίσεις κατά τις οποίες οι νοσηλευτές μπορεί να θεωρήσουν το εργασιακό περιβάλλον βαρύτερο και περισσότερο στρεσογόνο. Για να εντοπιστεί ο σύνδεσμος μεταξύ στρες και κατάθλιψης είναι απαραίτητη η χρήση αντικειμενικών μετρήσεων (A. Weinberg et al., 2000). Βρέθηκε ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που είναι συνδεδεμένοι με

καταθλιπτική δυσλειτουργία ήταν λιγότεροι και περισσότερο ειδικοί από ότι η ευρεία κλίμακα των στρεσογόνων παραγόντων που ήταν συσχετισμένοι με συμπτώματα καταπόνησης.

Εκτός από τις συστάσεις ότι το στρες έξω από την εργασία μπορεί να είναι σημαντικό λίγες μελέτες για το προσωπικό υγείας έχουν συμπεριλάβει το στρες έξω από την εργασία και την προσωπική ικανότητα τα οποία μαζί έχουν συσχετισθεί με κατάθλιψη (S.A. Stansfeld et al., 1998). Εάν θέλουμε να μειωθεί το στρες είναι σημαντικό να έχουμε ξεκάθαρη ιδέα των πηγών του, οι οποίες συνδέονται με την αγχωτική και καταθλιπτική δυσλειτουργία στους επαγγελματίες υγείας.

Υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξουθένωσης συνδέονται με υψηλή τάση ψυχωτικής κατάθλιψης. Είναι πιθανό ότι η έκφραση συναισθηματικής εξουθένωσης και η φτωχή λειτουργικότητα ίσως προκαλούν καταθλιπτικό επεισόδιο (I. Nyklicek et al., 2005).

Η κατάθλιψη αποτελεί μια δυσλειτουργία η οποία επιδρά σχεδόν σε κάθε επίπεδο της ζωής. Η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική όπως έχει αναφερθεί, πολύωρη απασχόληση, συχνή επαφή με ασθενείς τελικού σταδίου και η αντιμετώπιση του πόνου (A. Tselebis et al., 2001).

Η συχνή επαφή με τους ασθενείς, τα προβλήματα που παρουσιάζουν αποτελούν κύρια πηγή άγχους και καταπόνησης για τους νοσηλευτές (M. Price et al., 2005).

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο, τα οποία να αφορούν τη σχέση του Νοσηλευτή με τις συναισθηματικές δυσκολίες που προέρχονται από τη φύση της εργασίας του και καθιστούν την εργασία ως σημαντική πηγή άγχους, καθώς και η απουσία ερευνητικών δεδομένων διεθνώς αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών στην επαγγελματική ομάδα των Νοσηλευτών έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, σκοπός της υπήρξε η διερεύνηση της στάσης των ατόμων που εργάζονται στο χώρο της Φροντίδας και της Νοσηλευτικής απέναντι στις δυσκολίες και τις προοπτικές του Νοσηλευτή, στις αρνητικές επιδράσεις της εργασίας στην ψυχολογία του και αντίστροφα, καθώς και στους παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων συναισθηματικών διαταραχών.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα, στο Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων από τον Ιανουάριο του 2006 έως τον Ιούνιο του 2006. Συγκεκριμένα κατά τη χρονική περίοδο των δύο πρώτων μηνών έγινε ο σχεδιασμός της έρευνας και η αναζήτηση των προσώπων που θα αποτελούσαν το δείγμα της μελέτης.

Καθορίστηκε το δείγμα να αποτελέσουν οι νοσηλευτές που θα ανταποκρίνονταν στις προϋποθέσεις της μελέτης κι αυτό θα επιβεβαιωνόταν κατά την πρώτη συνάντηση ερευνητή και νοσηλευτή, που σκοπός θα ήταν η ενημέρωση για την μελέτη αλλά και η επιθυμία-συνεργασία του νοσηλευτή. Ως κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ορίστηκαν τα κάτωθι:

1. Ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, γεγονός που θα συνεπάγονταν σημαντική δυσκολία στην κατανόηση του κειμένου αλλά και διαφορετική πολιτισμική κουλτούρα.
2. Ανεπαρκής επιστημονική κατάρτιση στην Νοσηλευτική και την Νοσηλευτική φροντίδα, όπως θα αποδεικνύονταν από τους σχετικούς τίτλους σπουδών και ειδίκευσης.

3. Να μην εργάζονται με την ιδιότητα του νοσηλευτή σε Νοσοκομειακή κλινική της Ελλάδας κατά το έτος 2006.
4. Να έχουν επαγγελματική εμπειρία λιγότερη από 5 έτη, μια και θα μπορούσαν οι συναισθηματικές τους δυσκολίες να αφορούν μόνο τη διαδικασία της προσαρμογής τους.

Η απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα λαμβάνονταν από τον Επιστημονικά Υπεύθυνο της παρούσας μελέτης σε συνεργασία με τον μεταπτυχιακό φοιτητή - ερευνητή.

Τελικά, ο αριθμός των Νοσηλευτών που πληρούσε τις προαναφερθείσες προϋποθέσεις και δέχθηκε να συμμετάσχει στην έρευνα ήταν 5 Νοσηλευτές.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν η ποιοτική έρευνα. Οι αφηγήσεις – γραπτά κείμενα των νοσηλευτών χρησιμοποιήθηκαν ως υλικό για ανάλυση περιεχομένου. Η ανάλυση περιεχομένου αποτελεί την τεχνική της ποιοτικής έρευνας. Θεωρείται εξειδικευμένη, "ειδική" τεχνική διαδικασία, η οποία χρησιμεύει να προσφέρει γνώσεις, σημασίες, αναπαραστάσεις γεγονότων, όπου οι κατηγορίες (κατηγοριοποιήσεις) καθορίζονται με βάση τις αρχικές υποθέσεις, τους αντικειμενικούς σκοπούς και τη δομή του περιεχομένου (Mucchielli, 1979). Στην ανάλυση του περιεχομένου αναλύονται φράσεις, ομάδες φράσεων, λέξεις, θεματικές ενότητες (Μπεχράκης, Νικολαΐδης, 1990), κάνοντας «όσο το δυνατόν περιεκτικότερη» (Mostyn, 1985) την κατηγοριοποίηση του υλικού. Με την ποιοτική μέθοδο ανάλυσης μπορεί να «κατασκευαστεί μια θεωρία a posteriori ξεκινώντας από τα δεδομένα» (Poisson, 1983). Απαιτείται διορατικότητα, ικανότητα ανάλυσης, υπομονή χρόνος και επιδεξιότητα στην ανάλυση και στη γραφή των παρατηρήσεων. Αυτές οι παρατηρήσεις και τα αποτελέσματα μπορούν να παρουσιαστούν είτε υπό μορφή επιτομών δεδομένων είτε προσωπικών σημειώσεων και σκέψεων σε μια τελική έκθεση η οποία θα συμπεριλαμβάνει και άλλο υλικό, όπως μητρώα, σχήματα, γραφήματα.

Για την καταγραφή των *κοινωνικο-δημογραφικών* χαρακτηριστικών του δείγματος, χορηγήθηκε σχετικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε στοιχεία που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, καθώς και την επαγγελματική κατάσταση.

Διαδικασία

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, πραγματοποιούνταν μια ενημερωτική συνάντηση μεταξύ του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της μεταπτυχιακής φοιτήτριας - ερευνητή, προκειμένου να συνεργαστούν για τα κριτήρια εισόδου των εξεταζόμενων στην παρούσα έρευνα.

Κατόπιν, η μεταπτυχιακή φοιτήτρια αναλάμβανε να αναζητήσει και να ενημερώσει τους Νοσηλευτές για την τρέχουσα ερευνητική μελέτη. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνάντησης ή τηλεφωνικής επικοινωνίας, η μεταπτυχιακή φοιτήτρια προέβαινε στην περιγραφή της φύσης και του σκοπού της έρευνας, διευκρινίζοντας τη δυνατότητα των Νοσηλευτών να δεχθούν ή να αρνηθούν τη συμμετοχή τους στην έρευνα ή ακόμη και να αποσυρθούν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της. Πέραν αυτών, ο απώτερος στόχος αυτής της πρώτης επικοινωνίας, η οποία είχε μια μέση διάρκεια 20 λεπτών, συνιστούσε τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου και ενός κλίματος εμπιστοσύνης.

Στην περίπτωση που ο Νοσηλευτής δέχονταν να λάβει μέρος στην έρευνα, αναλάμβανε ο ίδιος να ορίσει την συνάντηση με την ερευνήτρια για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που αφορούσαν τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και την παράδοση της γραπτής αφήγησής του που αφορούσε τις συναισθηματικές δυσκολίες που είχε βιώσει ή βίωνε κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας που παρείχε στους ασθενείς της κλινικής όπου εργαζόταν.

Στοιχεία Δεοντολογίας

Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίνεται στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή της ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα:

1. Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και θα διαφυλαχθεί η ασφάλεια του σχετικού υλικού.
2. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων.
3. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.
4. Η καταπόνηση ή η συγκίνηση των εξεταζόμενων περιορίσθηκε στο ελάχιστο.

Η αξιοπιστία των πορισμάτων που προέκυψαν διασφαλίσθηκε με την ακριβή και πλήρη περιγραφή των μεθόδων, του δείγματος, του υλικού και των γενικότερων συνθηκών διεξαγωγής της έρευνας.

Στατιστική Επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S..¹

Κατά την φάση της ανάλυσης, για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση, τυπικό σφάλμα μέσης τιμής) και ιστογράμματα του ποσοστού των Νοσηλευτών ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα.

¹ S.P.S.S. Base 10.0 (1999). Application Guide. U.S.A. : S.P.S.S. Inc. Illinois.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

1. Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των Νοσηλευτών παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 1.

Οι Νοσηλευτές που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν 5, συγκεκριμένα 4 γυναίκες (ποσοστό 80%) και 1 άνδρας (ποσοστό 20%) και η μέση ηλικία τους ήταν $38,40 \pm 7,02$, με εύρος 30-49.

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, τα ποσοστά τόσο στις έγγαμους όσο και στους άγαμους μοιράστηκαν αντίστοιχα ήταν 80,0% και 20,0%. Πιο συγκεκριμένα ο μόνος άγαμος ήταν ο άνδρας Νοσηλευτής του δείγματος. Η μέση τιμή, ως προς το πόσα παιδιά έχουν, ήταν $1,80 \pm 1,09$, με εύρος 0-3.

Ως προς τον τόπο της διαμονής τους παρατηρούμε στην κατανομή του πίνακα 1, ότι οι 4 στους 5 από τους νοσηλευτές του δείγματος κατοικούν σε αστικό κέντρο με πληθυσμό λιγότερο των 200.000 κατοίκων.

Πίνακας 1

Κατανομή των 5 Νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην ποιοτική έρευνα από τον Ιανουάριο του 2005 μέχρι και τον Μάιο του 2006 κατά ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών και τόπο διαμονής.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)
Σύνολο	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100,0)
Ηλικία			
Ελαχίστη - μέγιστη	- 38	30-49	30-49
30-39 ετών	2 (50,0)	1 (100,0)	3 (60,0)
40-49 ετών	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (40,0)
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (20,0)
Έγγαμος	0 (0,0)	4 (100,0)	4 (80,0)
Παιδιά			
Κανένα Παιδί	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (20,0)
2 Παιδιά	0 (0,0)	3 (75,0)	3 (60,0)
3 Παιδιά	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)
Διαμονή			
Πόλη<200.000	1 (100,0)	3 (75,0)	4 (80,0)
Πόλη>200.000	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)

2. Μορφωτικό προφίλ του δείγματος

Το μορφωτικό προφίλ των Νοσηλευτών και των δύο φύλων παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 2.

Πίνακας 2 Κατανομή του μορφωτικού προφίλ των 5 Νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην ποιοτική έρευνα από τον Ιανουάριο του 2005 μέχρι και τον Μάιο του 2006, κατά επίπεδο εκπαίδευσης, τίτλο master και διδακτορικού.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)
Σύνολο	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100,0)
Επίπεδο εκπαίδευσης			
ΑΕΙ	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)
Τ.Ε.Ι.	1 (100,0)	3 (75,0)	4 (80,0)
Τίτλος Master			
ΝΑΙ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ΟΧΙ	1 (100,0)	4 (100,0)	5 (100,0)
Τίτλος Διδακτορικού			
ΝΑΙ	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ΟΧΙ	1 (100,0)	4 (100,0)	5 (100,0)

3. Επαγγελματικό προφίλ του δείγματος

Το επαγγελματικό προφίλ των Νοσηλευτών και των δύο φύλων, όπως αυτό διακρίνεται από τις επαγγελματική τους κατάσταση, τη θέση τους στον εργασιακό χώρο και τα έτη εμπειρίας τους στον τομέα της Νοσηλευτικής, παρουσιάζεται αναλυτικά στον πίνακα 3.

Πίνακας 3 Επαγγελματική κατάσταση, και έτη εμπειρίας των 5 Νοσηλευτών που έλαβαν μέρος στην ποιοτική έρευνα από τον Ιανουάριο του 2005 μέχρι και τον Μάιο του 2006.

	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)
Σύνολο	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (100,0)
Επαγγελματική Κατάσταση			
ΑΕΙ	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)
Τ.Ε.Ι.	1 (100,0)	3 (75,0)	4 (80,0)
Έτη Εμπειρίας στη Νοσηλευτική			
Ελαχίστη - μεγίστη	-16	8-27	8 - 27
5 - 9	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)
10 - 14	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)
15 - 19	1 (100,0)	1 (25,0)	2 (40,0)
20 - 24	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
25 - 30	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (20,0)

4. Αφηγήσεις Νοσηλευτών

ΔΩΡΑ

«.....Είμαι η Δώρα 30 ετών νοσηλεύτρια παντρεμένη και μητέρα 3 παιδιών, εργάζομαι σε ένα μεγάλο νοσοκομείο της επαρχίας σε χειρουργικό τμήμα με πληθώρα περιστατικών. Όσον αφορά τη σχέση μου με το επάγγελμά μου δεν μπορώ να πω ότι εξ αρχής ήταν αυτό το οποίο επεδίωκα, ούτε βέβαια τώρα μετά από κάποια χρόνια υπηρεσίας ότι δεν επιθυμώ να το συνεχίσω παρ' όλες τις δυσκολίες που παρουσιάζει, δεν είναι όμως λίγες οι φορές που όταν πρέπει να πάω για δουλειά με ανάλογα περιστατικά που ξέρω ότι θα αντιμετωπίσω, διστάζω. Είναι σαν να υπάρχει ένα βάρος στο στήθος μου.

Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρούσα πάντα πως ήταν δύσκολο και ψυχοφθόρο. Θυμάμαι όταν τελειώνοντας το γυμνάσιο μου πρότεινε ο πατέρας μου να πάω στη νοσηλευτική σχολή διετούς φοιτήσεως που υπήρχε στην πόλη μας του απάντησα απλά ότι εγώ δεν μπορώ να κάνω αυτή τη δουλειά γιατί δεν αντέχω τα αίματα και τις βελόνες, έτσι συνέχισα στο λύκειο γιατί ήμουν και καλή μαθήτρια αλλά και γιατί τότε ήθελα να σπουδάσω στη γυμναστική ακαδημία. Αργότερα όμως όταν ήρθε ο καιρός της επιλογής βρέθηκα να επιλέγω μόνη μου τη νοσηλευτική, την οποία είχα απορρίψει στο παρελθόν, για καθαρά λόγους γρήγορης επαγγελματικής αποκατάστασης.

Έτσι στα 18 μου χρόνια βρέθηκα στα Ιωάννινα να σπουδάζω νοσηλευτική στα ΤΕΙ, είχα το φόβο και το άγχος ότι δύσκολα θα τα καταφέρω καθώς θεωρούσα το επάγγελμα αυτό αρκετά δύσκολο, αποδείχτηκε όμως πως τα κατάφερα πολύ καλά και στη πράξη και στη θεωρία. Η γρήγορη επαγγελματική αποκατάσταση που επιθυμούσα δεν άργησε να έρθει όπως βέβαια και τα προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει κάθε επαγγελματικός χώρος.

Μέσα στο χώρο του νοσοκομείου έρχομαι καθημερινά αντιμέτωπη με τον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο. Τα πρώτα χρόνια της ίσως δεν είχα συνειδητοποιήσει την έκταση του ανθρώπινου πόνου και τις δυσκολίες που

παρουσιάζονται, περνώντας όμως τα χρόνια άρχισα να βιώνω όλο και περισσότερο αυτό το γεγονός και να επηρεάζομαι άμεσα τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.

Έχω αντιμετωπίσει πολλά περιστατικά αποφεύγοντας συνειδητά ή ασυνείδητα δεν ξέρω να πω με σιγουριά να συνδεθώ σε περισσότερο προσωπικό επίπεδο, αυτό ίσως να είναι ένας μηχανισμός άμυνας από μέρους μου, ανασφάλεια σχετικά με το πόσο αδύναμη μπορεί να είμαι στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου κυρίως του καρδιακού καθώς επίσης και στην διαχείριση του ασθενή που πεθαίνει.

Από την άλλη σαν επαγγελματίας πρέπει να φαίνομαι δυνατή και έτοιμη να αντιμετωπίσω τον πόνο και τον θάνατο. Τις περισσότερες φορές αν και προσπαθώ να κρύψω τα δυσάρεστα συναισθήματα δεν τα κατάφερνα και κατέληγα πάντα να ταυτίζομαι με τον ασθενή να σκέφτομαι πως είμαι και εγώ άρρωστη, να νιώθω πως έχω τα ίδια συμπτώματα, αλλά το χειρότερο ήταν πως έφερνα στη θέση του ασθενή νοερά τα άτομα της οικογένειάς μου. Αυτό μου δημιουργούσε τεράστιο άγχος και είχε ανασταλτική δράση στην προσπάθεια προσέγγισης και επικοινωνίας με τον ασθενή καθώς και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.

Ανέφερα ότι απέφευγα να συνδεθώ με κάποιο ασθενή γιατί φοβόμουν ότι ίσως δεν έχω τις ικανότητες να τον βοηθήσω στο πλαίσιο της ψυχολογικής υποστήριξης που θα μπορούσα να του παρέχω.

Ήμουν αδύναμη να αντιμετωπίσω τον ανθρώπινο πόνο να γνωρίσω τις ικανότητες και τα όριά μου. Πολλές φορές ένιωθα θλίψη, ήθελα να κλάψω αλλά πάντα έκρυβα αυτό το συναίσθημα γιατί έτσι έπρεπε να γίνει στο χώρο εργασίας, έπρεπε να φαίνομαι δυνατή.

Όταν γνώρισα την Ελένη άλλαξαν πολλά. Η Ελένη ήταν μια νεαρή γυναίκα 32 ετών, μορφωμένη με πολλές φιλοδοξίες και όνειρα να ζήσει μια όσον το δυνατό ιδανικότερη ζωή. Μέχρι τη στιγμή που ο καρκίνος χτύπησε την πόρτα της, δεν είχε φανταστεί όπως και όλοι μας ότι θα μπορούσε να της συμβεί κάτι τέτοιο, θεωρούσε ότι ο καρκίνος δεν θα άγγιζε ποτέ αυτήν. Προσβλήθηκε από καρκίνο στομάχου, ο οποίος όταν διαγνώστηκε είχε ήδη δώσει μεταστάσεις και ήταν τελικού σταδίου. Δύο μήνες μετά την αρχική διάγνωση και αφού είχε υποστεί όλες τις παρενέργειες που έχουν οι χημειοθεραπείες έφυγε από κοντά μας.

Ήταν το μοναδικό περιστατικό για το οποίο ένιωσα τόσο μεγάλη θλίψη, θύμωσα για τον τρόπο με τον οποίο πέθανε, μιλώ για τα όσα πέρασε από τις παρενέργειες των χημειοθεραπευτικών τα οποία εξ αρχής δεν μπορούσαν να της προσφέρουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής οπότε κατά τη γνώμη μου δεν έπρεπε να γίνουν καθόλου, αυτό που θα έπρεπε να τις έχει προσφερθεί ήταν μια απλή παρηγορητική και ανακουφιστική αγωγή που θα τις έδινε την ευκαιρία να πεθάνει κατά εμένα με αξιοπρέπεια.

Δεν μπορώ να δώσω εξήγηση γιατί με επηρέασε σε τόσο μεγάλο βαθμό αυτό το περιστατικό το οποίο γνώρισα για πολύ λίγο διάστημα, ίσως γιατί ήμασταν πολύ κοντά ηλικιακά, ίσως γιατί εκείνο τον καιρό ήμουν ευάλωτη από κάποια προσωπικά προβλήματα ίσως να φταίει ο ευαίσθητος χαρακτήρας μου, γνωρίζω όμως ότι ακόμη και σήμερα δύο χρόνια μετά δεν το έχω ξεπεράσει ακόμη.

Σκέφτομαι πολλά πράγματα κυρίως για τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώθηκε αυτό το γεγονός, ο θάνατος μιας άγνωστης μέχρι τότε για μένα. Το γεγονός πως ο καρκίνος εκδηλώθηκε τόσο ξαφνικά χωρίς προειδοποιητικά σημάδια και η γρήγορη εξέλιξη που είχε με συγκλόνισε και με επηρέασε σε τέτοιο βαθμό ώστε να το θεωρώ μια αρρωστημένη κατάσταση που ίσως θα αργήσω να ξεπεράσω.

Για να σιεφτώ πως άρχισε αυτή η κατάσταση λοιπόν. Λίγο καιρό μετά το γεγονός αυτό ένιωσα μια ενόχληση στο λαιμό, έναν ξερόβηχα και την αίσθηση ότι κάτι υπήρχε στο λαιμό μου και με ενοχλούσε χωρίς να με πονάει, αυτό ήταν το ανακουφιστικό στις σκέψεις που ήρθαν αμέσως στο μυαλό μου. Επισκέφθηκα έναν Ω.Ρ.Λ γιατρό, ο οποίος τα μοναδικά ευρήματα που παρατήρησε ήταν κάποιες οπισθορινικές εκκρίσεις οι οποίες ίσως να οφείλονταν σε πιθανή ιγμορίτιδα. Η ακτινογραφία που έγινε το απέκλεισε και έτσι μου δόθηκε αγωγή για αλλεργία αφού σε εξετάσεις που είχα κάνει βρέθηκε πως ήμουν αλλεργική στην σιόνη και σε διάφορα είδη φυτών.

Τα συμπτώματα όμως δεν υποχωρούσαν και αμέσως ήρθε στο μυαλό μου η περίπτωση της Ελένης και σκέφτηκα ότι τώρα ήταν η σειρά μου να αντιμετωπίσω τον καρκίνο, θύμωσα πολύ, στεναχωρήθηκα άρχισα να τρελαίνομαι στη σκέψη αυτή. Ζήτησα να κάνω λαρυγγοσκόπηση η οποία με την σειρά της έδειξε ότι δεν

υπήρχε τίποτα που να δικαιολογεί τον παράλογο φόβο μου όπως μου είπε και ο γιατρός. Για λίγο καιρό είχα ηρεμήσει προσπαθώντας να αποβάλλω τις αρνητικές σκέψεις από το μυαλό μου, εξάλλου έπρεπε να συγκεντρωθώ πρώτα στην οικογένειά μου και έπειτα στην εργασία μου, η οποία μου είχε γίνει αφόρητη με όλες αυτές τις σκέψεις να με κατακλύζουν, η σκέψη του καρκίνου με έκανε να σκέφτομαι ήδη το θάνατο μου και τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα μου πρόσωπα, αλλά και το τι θα γινόταν μετά, πως θα συνέχιζαν τα παιδιά μου χωρίς τη μητέρα τους σε τόσο μικρή ηλικία, σκέψεις που ίσως να ακούγονται χαζές τώρα αλλά που δεν έπαυαν να υπάρχουν.

Δεν είχε περάσει αρκετός καιρός που είχα αρχίσει να ηρεμώ, αφού είχαν υποχωρήσει και τα συμπτώματα και είχα πειστεί πως ο λάρυγγας μου δεν νοσούσε από τίποτε συνέχιζα τη ζωή μου με καλύτερους ρυθμούς, δούλευα με περισσότερη όρεξη από πριν. Εκείνο το βράδυ ερχόμουν χαρούμενη στο σπίτι παρόλη την κούραση της δουλειάς να προλάβω να δω τα παιδιά μου πριν κοιμηθούν, να κάνω ένα ζεστό μπάνιο και να χαλαρώσω γιατί την επόμενη μέρα είχα διπλή βάρδια, ξαφνικά την ώρα που έκανα το μπάνιο μου έβηξα και είδα αίμα να βγαίνει από το στόμα μου. Έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου αυτό που φοβόμουν τόσο καιρό γινόταν έτσι ξαφνικά όπως και της Ελένης, αυτή μου ήρθε αμέσως στο μυαλό δεν ξέρω γιατί, ήθελα να εξαφανιστώ, να φωνάξω, να κλάψω αλλά πάλι έπρεπε να συγκρατηθώ γιατί έξω ήταν τα παιδιά μου και δεν ήθελε να με δουν σε μια τέτοια κατάσταση. Προσπάθησα να πλύνω το στόμα μου και τότε είδα αιμορραγούσα και από την μύτη, δεν μπορούσα να σκεφτώ λογικά ένοιωθα να μην πατώ στη γη.

Βγήκα από το μπάνιο με την σκέψη να το κρύψω, ο άντρας μου μόλις με είδε κατάλαβε αμέσως ότι κάτι τρέχει ρωτώντας με τι έχω, τι έγινε από τη μια στιγμή στην άλλη, πως ήμουν έτσι αφού μόλις πριν από λίγα λεπτά είχα έρθει αρκετά ευδιάθετη τι ειρωνεία και αυτή τι σου συμβαίνει από τη μια στιγμή στην άλλη, και να σκεφτεί κανείς ότι τις περισσότερες φορές που είναι να συμβεί κάτι άσχημο έχω μια παράξενη διαίσθηση η οποία συνδέεται με μια ευχάριστη φαινομενικά κατάσταση.

Εξήγησα στον άντρα μου συγκρατώντας με δυσκολία τα δάκρυα τι συνέβη, αυτός προσπάθησε να με ηρεμήσει λέγοντας μου πως ότι μας συμβαίνει δεν είναι πάντα καρκίνος μου είπε μάλιστα πως αυτά που βλέπω και αντιμετωπίζω στη δουλειά δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι θα πρέπει να τα έχω και εγώ.

Εκείνο το βράδυ δεν πρόκειται να το ξεχάσω ποτέ, είδα ολόκληρη τη ζωή μου να περνάει μπροστά από τα μάτια μου, παρόν και παρελθόν είχαν γίνει ένα, τα παιδιά μου αυτό μόνο σκεφτόμουν εκείνη την ώρα. Έκανα σκέψεις που δεν έπρεπε να γίνουν, σκέφτηκα ότι δεν έπρεπε να είχα κάνει οικογένεια, σκέφτηκα τι είχα κάνει λάθος, η μοναδική σκέψη που στροβιλιζόταν στο μυαλό μου ήταν η περίπτωση της Ελένης άσχετα με το αν είχα μέχρι τότε αντιμετωπίσει πολλές περιπτώσεις ανάλογες και περίμενα ότι θα είχα την ίδια κατάληξη.

Η νύχτα δεν περνούσε με τίποτα, περίμενα πότε θα ξημερώσει για να πάω στο νοσοκομείο σε πνευμονολόγους αφού είχα θεωρήσει ότι το πρόβλημα ήταν από τους πνεύμονες. Εκείνο το πρωινό δούλευα αλλά ήμουν σαν να μην υπήρχα στο τμήμα χαμένη σε ένα κόσμο σκέψεων δεν λειτουργούσε τίποτε επάνω μου.

Αφού είχε έρθει η ώρα που θα μπορούσα να βρω κάποιον πνευμονολόγο πήγα στην κλινική, εκεί έτυχε να είναι όλοι οι γιατροί και αφού ήμουν προσωπικό ασχολήθηκαν όλοι μαζί μου. Τους εξήγησα τι είχε συμβεί, αυτοί με καθησύχασαν λέγοντας μου ότι θα ξεκινήσουμε με μια απλή ακτινογραφία θώρακος η οποία έδειχνε ότι πρόκειται απλώς για μια λοίμωξη και ότι η αιμόπτυση ίσως οφειλόταν σε αυτό και ότι δεν χρειαζόταν προς το παρόν να γίνει κάτι άλλο όπως μια αξονική. Αυτό με ανακούφισε λίγο χωρίς όμως να μου παίρνει τις κακές σκέψεις τελείως από το μυαλό μου. Βέβαια προγραμματίστηκαν και έγιναν εξετάσεις για τον βάκιλο του koch για να αποκλειστεί η φυματίωση εκείνη τη στιγμή ευχόμουν να ήταν φυματίωση, η οποία εξέταση βγήκε και αυτή αρνητική στενοχωρήθηκα που δεν ήταν φυματίωση γιατί τότε θα είχα αποκλείσει την πιθανότητα να είναι κάτι σοβαρότερο, αυτό μπορεί να ακούγεται παράλογο αλλά έτσι σκεφτόμουν. Στη συνέχεια μου σύστησαν να επαναληφθεί η ακτινογραφία σε 10 ημέρες και εάν δεν είχε υποχωρήσει αυτή η σκίαση τότε θα προχωρούσαμε σε αξονική και βρογχοσκόπηση, άρχισα πάλι να γεμίζω άγχος δεν μπορώ να περιγράψω με λόγια

αυτό που ένιωθα αυτές τις 10 ημέρες, ήθελε να μην ξαναδώ μπροστά μου νοσοκομείο, ήθελα να παρατήσω το επάγγελμά μου το οποίο είχα αρχίσει να θεωρώ κατά κάποιον τρόπο «συνυπεύθυνο» για την κατάστασή μου, πίστευα ότι από το χώρο εργασίας είχα επιβαρυνθεί τόσο πολύ ψυχολογικά ώστε είχα φτάσει σε τέτοιο σημείο παραλογισμού που να με έχει κάνει να πιστεύω ότι το παραμικρό σύμπτωμα που εμφανίζεται στο σώμα μου να είναι καρκίνος και τίποτα άλλο.

Στο διάστημα αυτό τον 10 ημερών με τις άσχημες σκέψεις να έχουν κυριεύσει το μυαλό μου, σκεφτόμουν σαν να είχα τελειώσει όλα, τι θα γινόταν με τα παιδιά μου ότι δεν θα τα έβλεπα να μεγαλώνουν, ο ύπνος μου είχε διαταραχθεί είχα αρχίσει να έχω αϋπνίες, έβλεπα εφιάλτες με αποτέλεσμα την άλλη μέρα να μην είμαι σε θέση να εργαστώ και να αποδώσω όσο θα έπρεπε, το χειρότερο όμως είναι πως είχε αρχίσει να διαταράσσεται εξαιτίας μου η οικογενειακή γαλήνη.

Η δεύτερη ακτινογραφία έγινε και ήταν λύτρωση για μένα η σκίαση είχε υποχωρήσει και δεν χρειαζόταν να γίνει τίποτε άλλο, είχε υποχωρήσει και ο θυμός μου, θυμός γιατί ενώ δεν έχω καπνίσει ποτέ τσιγάρο νόμιζα ότι είχα προσβληθεί από καρκίνο που κατά κύριο λόγο σαν προδιαθεσικό παράγοντα έχει το κάπνισμα. Είχα κάνει κακές σκέψεις για συναδέλφους οι οποίοι ενώ καπνίζουν μανιωδώς δεν είχαν κανένα πρόβλημα και έπιανα τον εαυτό μου να λέει πως είναι άδικο να το πάθω εγώ αυτό ενώ εκείνοι που καπνίζουν να είναι τελείως καλά

Μέσα σε αυτές τις σκέψεις παραλογισμού είχα ξεχάσει να αναφέρω στους πνευμονολόγους ότι με την αιμόπτυση που είχα στην αρχή είχα ταυτόχρονα αιμορραγία και από τη μύτη, φάνηκα γελοία γιατί τους είδα να γελούν και να μου λένε ότι αυτό ήταν που έπρεπε να έχω πει πρώτο γιατί το αίμα σε αυτή τη περίπτωση προερχόταν από την μύτη και όχι από τους πνεύμονες και ότι απλά έτυχε να υπάρχει και η λοίμωξη του αναπνευστικού και το καλύτερο που είχα να κάνω ήταν να ξεκουραστώ και να ηρεμήσω. Νομίζω ότι με θεώρησαν αν όχι τρελή τουλάχιστον υστερική, δεν με νοιάζει όμως μου φτάνει που εκείνο το διάστημα λυτρώθηκα, είδα τη ζωή μου να περνάει μπροστά από τα μάτια μου και αναθεώρηση κάποια πράγματα. Αποφάσισα να βάλω στην άκρη το άγχος της καθημερινής δουλειάς, να μην παίρνω το μετρητοίς όσα αντιμετωπίζω στο χώρο

του νοσοκομείου, να ξεχάσω την Ελένη και την κάθε Ελένη, απέφευγα να συμμετέχω σε συζητήσεις που αφορούσαν τους ασθενείς και την εξέλιξη τους, αυτό μπορεί να ακούγεται σαν αδιαφορία από μέρους μου και αντιδεοντολογικό όσον αφορά το επάγγελμά μου, εκείνη τη στιγμή όμως με ένοιαζε μόνο ο εαυτός μου και η ψυχική μου ισορροπία.

Είχε περάσει αρκετός καιρός από το γεγονός αυτό, είχα ηρεμήσει και δεν ένιωθα να με ενοχλεί τίποτε, ήμουν ευχαριστημένη με την ζωή μου την οικογένεια μου και την δουλειά μου. Ένα πράγμα με ενοχλούσε στη δουλειά όταν ήμουν νυχτερινή βάρδια, καθώς καθόμουν στο γραφείο έβλεπα πάντα απέναντι μου τον διάδρομο που οδηγούσε στην ογκολογική κλινική και δεν υπήρχε νύχτα που να μην περάσει ο τραυματιοφορέας για να παραλάβει κάποιον νεκρό. Η εικόνα του νεκρού που μεταφέρεται και των οικείων του που ακολουθούν στηριζόμενοι ο ένας στον άλλο με έκανε να αισθάνομαι φοβερά πιεσμένη αλλά και να νιώθω ότι παρασύρομαι ξανά σε σκέψεις που είχα κάνει στο παρελθόν και είχα υποσχεθεί στον εαυτό μου πως δεν θα ξανακάνω.

Είχε περάσει αρκετός καιρός από το περιστατικό με την αιμόπτυση, αυτή τη φορά είχα αρχίσει να νιώθω ένα πόνο στο στήθος ο οποίος αντανακλούσε και στην πλάτη, άρχισα πάλι να σκέφτομαι ότι η ιστορία επαναλαμβάνεται, όσο θετικές σκέψεις και αν προσπαθούσα να κάνω. Άρχισα να νιώθω δύσπνοια εκεί που πραγματικά δεν υπήρχε, επισκέφτηκα πνευμονολόγο αυτή τη φορά ιδιώτη, αφού της είπα όλο το ιστορικό με εξέτασε χωρίς να υπάρχουν ευρήματα και μου είπε πως δεν θεωρεί απαραίτητη την ακτινογραφία και ότι είμαι τελείως καλά. Εγώ όμως δεν ησύχαζα, μετά από μια εβδομάδα την επισκέφτηκα ξανά λέγοντας πως τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, τότε μου ζήτησε να γίνει ακτινογραφία αν και πάλι κατά την ακρόαση δεν προέκυπτε κάτι που να την δικαιολογεί λέγοντας μου ότι τα συμπτώματα που νιώθω είναι κατά πάσα πιθανότητα απόρροια έντονου στρες. Έγινε η ακτινογραφία η οποία την επιβεβαίωσε δεν υπήρχε τίποτε ήταν πεντακάθαρη και τότε μπορώ να πω ότι ηρέμησα τελείως και ομολόγησα στην γιατρό ότι ίσως το επόμενο βήμα θα είναι για εμένα ο ψυχολόγος ή ακόμη

χειρότερα ο ψυχίατρος, Αυτή γέλασε και μου είπε ότι το μόνο που χρειάζομαι είναι να ηρεμήσω.

Η επίσκεψη στη γιατρό και η ακτινογραφία έγινε στις 23-6-2005, η ιστορία αυτή κράτησε περίπου ένα χρόνο με εμένα σε μια κατάσταση πανικού να τρέχω από γιατρό σε γιατρό για να αποδείξω και εγώ δεν ξέρω τι, ίσως τον φόβο και την αγωνία που βιώνω καθημερινά στο χώρο εργασίας το υπερβολικό άγχος και την ενασχόληση αναπόφευκτα με τον ανθρώπινο πόνο και θάνατο, ειλικρινά δεν γνωρίζω.

Ένα μήνα μετά την τελευταία ακτινογραφία παρουσιάζεται καθυστέρηση στον κύκλο μου, όχι αυτή τη φορά δεν σκέφτηκα το κακό και την αρρώστια δεν έφτασα στο σημείο παραλογισμού που είχα έρθει τις προηγούμενες φορές. Αυτή τη φορά ήταν το πιο ευχάριστο πράγμα που μπορεί να συμβεί είχα μέσα μου μια καινούργια ζωή, περίμενα το τρίτο μου παιδί το οποίο αν και δεν το είχα επιδιώξει ήρθε τη στιγμή που μάλλον ήταν αναγκαίο ώστε να με κάνει να καταλάβω πως δεν υπάρχει μόνο η αρρώστια και ο θάνατος αλλά κυρίως υπάρχει η ζωή.

Όλα τα προηγούμενα βιώματα έσβησαν αμέσως μοναδική μου έγνοια ήταν το παιδί που κυοφορούσα, ηρέμησα, χαλάρωσα και απόλαυσα τη γλυκιά εμπειρία της εγκυμοσύνης

Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρώ πως είναι ένα από τα δυσκολότερα επαγγέλματα και ίσως κανένα άλλο δεν σε φέρνει τόσο κοντά με τον ανθρώπινο πόνο και την απειλή του θανάτου, είναι εξαντλητικό σωματικά και ψυχικά. Έφτασα στο σημείο να πιστεύω ότι έχω αρχίσει να τρελαίνομαι και να υπερβάλω σε μεγάλο βαθμό. Πιστεύω όμως ότι οι νοσηλευτές ασκούν πρώτα λειτούργημα και μετά το θεωρώ επάγγελμα, η διαχείριση του ανθρώπινου πόνου και η φροντίδα του ασθενή μόνο λειτούργημα πρέπει να θεωρείται και για να το ασκείς θα πρέπει να αγαπάς τον ασθενή, τον εαυτό σου αλλά και την ίδια τη ζωή.....».

ΝΙΚΗ

«.....Είμαι η Νίκη νοσηλεύτρια σε ογκολογικό τμήμα αρκετά χρόνια και καθημερινά αντιμετωπίζω τον πόνο και τον θάνατο, τα περιστατικά που αντιμετωπίζω καθένα έχει την ιδιαιτερότητα του χωρίς να μπορώ να ξεχωρίσω κάποιο από αυτά, γιατί γνωρίζω πολύ καλά πως όλα βρίσκονται στην ίδια μοίρα.

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα έχουν να πολεμήσουν με ένα κοινό εχθρό έναν «ξένο», ο ξένος αυτός που τον έλεγαν καρκίνο, ήξερε να ελίσσεται πολύ καλά και να παίρνει διάφορες μορφές, όμως δεν ήταν μόνος είχε και την «οικογένεια του», ένα ολόκληρο στρατό από καρκινικά κυτταράκια τα παιδιά του που του έμοιαζαν ήταν άσχημα στριμμένα και κατσούφια, αλλά πολύ δυνατά τα οποία τρίβουν τα χέρια τους όταν προσβάλλουν ένα ανθρώπινο οργανισμό φαντάζομαι και χαίρονται γιατί τις περισσότερες φορές η μάχη κλίνει προς το μέρος τους.

Από τα πολλά περιστατικά που έχω έρθει αντιμέτωπη θυμάμαι αυτό του κυρίου Κ. ο οποίος είχε προσβληθεί από μεταστατικό καρκίνο του παγκρέατος από αυτό τον τρομερό «ξένο» και την οικογένειά του και ήξερε από την αρχή ότι η ίαση δεν αποτελούσε πρώτιστο στόχο.

Είχα την αίσθηση ότι έβλεπε καλά ότι το τέλος ήταν κοντά, όσο και αν έκανε ότι δεν το αντιλαμβανόταν. Η πρώτη μου συνάντηση πραγματοποιήθηκε με τον κ. Κ. στα εξωτερικά ιατρεία του ογκολογικού τμήματος όπου προτάθηκε στον κ. Κ. να συμμετάσχει σε ένα ερευνητικό πρωτόκολλο, του εξηγήθηκαν οι αναμενόμενες παρενέργειες και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί η όλη θεραπεία.

Σε αυτή τη συνάντηση όφειλα να παρευρεθώ και εγώ σαν υπεύθυνη νοσηλεύτρια των ερευνητικών πρωτοκόλλων, η ομάδα των τριών ερευνητές, ασθενής, στενός συγγενής, έγινε των τεσσάρων ή αλλιώς των πέντε μια και διένυα τον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης μου την περίοδο εκείνη.

Ο ασθενής δέχθηκε να συμμετάσχει αλλά θα έπρεπε να γίνονται συχνές συναντήσεις και θα ήταν υποχρεωμένος να πηγαινοέρχεται συχνά στην Λευιάδα

όπου διέμενε, το ίδιο όμως συνέβαινε και σε έμένα παρόλο που η εγκυμοσύνη μου βρισκόταν σε εξέλιξη. Υπήρχε όμως πέρα από το πρωτόκολλο, ένα δικό μας έγγραφο συμβόλαιο που τους όρους του κανείς δεν ήθελε να παραβιάσει. Υπήρχαν στιγμές που παραλίγο να λυγίσω αλλά η υπερηφάνεια και η ψυχική δύναμη που έπρεπε να διαθέτω δεν το επέτρεπαν, ακόμη και όταν είχα κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη μου και το μωρό έπρεπε να είμαι εκεί για να παλέψω για τον ασθενή. Είχαμε ορκιστεί και συναινέσει κάθε Τετάρτη να είμαστε εκεί, στο γνωστό μέρος στα εξωτερικά ιατρεία για να παλέψουμε μαζί για τον ίδιο για τον συνάνθρωπο για την ανθρωπότητα.....

Συνεργάτες μας ο ακούραστος Κος Π., ο ογκολόγος και θεράπων ιατρός του καθώς επίσης και η κόρη του, αυτό το αξιοθαύμαστο πλάσμα η Ε..., ο άνθρωπος που τον στήριζε όλο το διάστημα της ασθένειας του και που ανέλαβε όλες τις επικραμείς υποθέσεις του. Με την ευγένειά της και την διακριτικότητά της στήριζε και εμένα, όσο και να ακούγεται περίεργο, το διάστημα εκείνο που και εγώ βρισκόμουν σε μια κρίση.

Εκείνο το διάστημα και εγώ βρισκόμουν σε μια κρίση, γιατί και η εγκυμοσύνη είναι μια κρίση, εξαιτίας του ότι οι αλλαγές που τη συνοδεύουν είναι δραστηκές και ολοκληρωτικές, είναι μια περίοδος όπου κάθε γυναίκα καλείται να αναθεωρήσει το παρόν και το μέλλον της.

Αν και ήθελα να συνεχίσω τη δουλειά μου την περίοδο εκείνη η επαφή μου με τα κυτταροστατικά φάρμακα ήταν απαγορευμένη εξαιτίας της εγκυμοσύνης μου. Οι συνάδελφοί μου με την εμπειρία, τη γνώση τους και την ολοκληρωμένη φροντίδα που προσέφεραν με προστάτευαν όσο μπορούσαν σε αυτό το θέμα, οι σκέψεις όμως για την επίδραση που θα μπορούσαν να έχουν τα κυτταροστατικά στο έμβρυο άρχισαν να με κατακλύζουν και να μου δημιουργούνται διλήμματα όσον αφορά τον ασθενή και τη φροντίδα που θα μπορούσα να του παρέχω καθώς και οι ηθικές επιταγές απαιτούσαν τη προσφορά βοήθειας, αυτή τη φορά όμως τα πράγματα ήταν διαφορετικά για εμένα ήταν η πρώτη φορά που ένιωθα αποστροφή για το επάγγελμα και για τον συγκεκριμένο χώρο.

Ακολούθησαν δύσκολες μέρες εξαιτίας κάποιων παρενεργειών που εμφάνισε ο Κος Κ, και χρειάστηκε να νοσηλευτή στην ογκολογική κλινική. Ο «ξένος» ήταν εκεί δίπλα του μοχθηρός όπως πάντα. Στάθηκα πλάι του καθησυχάζοντας τον και καταγράφοντας λεπτομερώς όλα τα σοβαρά συμβάντα. Στη συνέχεια ακολούθησε η πρώτη χαρά, η αξονική έδειξε μείωση φορτίου νόσου κατά 53%, η κόρη του δεν μπορούσε να το πιστέψει, το ίδιο και εγώ για λίγα δευτερόλεπτα δεν είπαμε τίποτα κοιταχτήκαμε στα μάτια τα παράθυρα της ψυχής τα οποία και των δύο μας έλαμπαν και χαμογελούσαν. Με την άκρη του ματιού μας σχεδόν ταυτόχρονα εστιάσαμε στον Κο Κ, περιμέναμε να δούμε την ίδια λάμψη στα μάτια του και να ακούσουμε από τα χείλη του, ναι κάτι έχει αρχίσει να γίνεται, θα παλέψω, θα παλέψουμε και θα κερδίσουμε. Αυτό που αντικρίσαμε όμως ήταν συγκλονιστικό, το βλέμμα του ήταν χαμηλωμένο το κεφάλι του και το σώμα του είχαν γείρει προς τα κάτω, στο πρόσωπο του δεν υπήρχε κανένα σημάδι ευχαρίστησης, παρά μόνο θλίψη και απελπισία, σαν η ψυχή του και ο ίδιος να βρέθηκαν μόνοι και τότε να αποφάσισε ότι έπρεπε να βγει από το σώμα του, να πάρει τη ψυχή του και να φύγει.

Φαίνεται σαν να είχε συνειδητοποιήσει ο αγαπημένος μου Κος Κ..., ότι η μόνη σταθερή κατάσταση είναι η συνεχής αλλαγή και ότι δεν επρόκειτο για μια μεταβατική περίοδο που θα κοπάζει όπως κοπάζει μια ξαφνική μπόρα. Αναρωτήθηκα αν όλα αυτά συμβαίνουν σε μια περίοδο που ο ασθενής έφτασε να έχει μερική ύφεση τι θα συνέβαινε μετά; Το μετά πράγματι ήταν αρκετά δύσκολο, του συνταγογραφήθηκαν αντικαταθλιπτικά, ο ίδιος δεν δέχτηκε την βοήθεια του ψυχολόγου μας όταν του προτάθηκε, απλά σήκωσε το κεφάλι προς τα πάνω δηλώνοντας άρνηση και έχοντας τα μάτια του κλειστά. Η επικοινωνία που ακολούθησε ήταν περιορισμένη κάθε Τετάρτη ερχόταν για την απαραίτητη αιμοληψία, αμίλητος παραδομένος, νικημένος, καμία προσπάθεια από την πλευρά του αλλά και καμία από την πλευρά μου.

Υπήρχαν περιστατικά πριν αλλά και μετά από αυτό αρκετά οδυνηρά όπου βίωσα όλη την πορεία τους μέχρι τον θάνατο τους και ήμουν εκεί δίπλα μέχρι το τέλος. Με τον Κο Κ. δεν τα κατάφερα εξαιτίας της εγκυμοσύνης μου αρχικά όπου

κάθε επαφή με τα κυτταροστατικά ήταν απαγορευμένη και από την άλλη η επικοινωνία ήταν περιορισμένη.

Ήταν δικαιολογία αυτό ή αναγκαιία συνθήκη; αναρωτιέμαι. Απαιτούσε χρόνο που εγώ εκείνη την περίοδο δεν τον είχα ή δεν ήθελα ασυνείδητα ή συνειδητά να τον διαθέσω; θεωρώ ότι μπορούσα να επικοινωνήσω σε μεγαλύτερο βαθμό και να τον παροτρύνω να εκφραστεί λεκτικά και μη λεκτικά, ήμουν όμως τόσο πολύ μπερδεμένη με τα συναισθήματά μου, από τη μία η εγκυμοσύνη και από την άλλη ο ασθενής που πρέπει να βοηθήσω.

Δεν είναι λίγες οι φορές που έχω σκεφτεί την αλλαγή τμήματος με λιγότερο ανθρώπινο πόνο, τουλάχιστον όχι καρμινικό και καταστάσεις οδυνηρές χωρίς ίαση τις περισσότερες φορές. Ένα τμήμα με λιγότερο φόβο και άγχος όσον αφορά την ανθρώπινη ζωή, ένα χώρο όπου θα ξέρω ότι αγωνίζομαι για την ίαση του ασθενή η οποία είναι βέβαιη όσο χρόνο και αν πάρει, να ξέρω ότι η μάχη που θα δώσω δεν θα είναι άνιση. Πολλοί συνάδελφοι αποζητούν συνθήκες εργασίας οι οποίες θα έχουν τις λιγότερες επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική τους υγεία, γιατί δεν μπορούμε να γνωρίζουμε σε βάθος χρόνου αν η συνεχή επαφή μας με τα κυτταροστατικά δεν θα έχει άμεσες επιπτώσεις στην σωματική μας υγεία, αλλά και η μακροχρόνια επαφή μας με περιστατικά καρμίνου δεν θα μας καταβάλλει ψυχικά.

Πολλές φορές νιώθω απογοητευμένη γιατί εργάζομαι σε ένα τμήμα όπου για τους περισσότερους ασθενείς δεν υπάρχει επιστροφή, όλος αυτός ο κόπος που καταβάλλουμε είναι άδικος, γυρνά στο σπίτι και αναρωτιέμαι ποιος ο λόγος που γίνονται όλα αυτά, γιατί υπάρχει ο καρμίνος; γιατί να μην πέθαιναν οι άνθρωποι μόνο από τα γηρατειά και την φυσιολογική φθορά του χρόνου; άραγε θα μπορώ και μέχρι πότε να αντιμετωπίζω τέτοιου είδους περιστατικά; θα μείνω ανεπηρέαστη από αυτή τη συνεχή μάχη με τον καρμίνο, τον πόνο που αυτός προκαλεί και τον θάνατο;

Νιώθω εγκλωβισμένη σε μια διαρκή μάχη ανάμεσα στον καρμίνο, τους ασθενείς τους συγγενείς τους και τον εαυτό μου. Αισθάνομαι μια συνεχή κόπωση σε όλο μου το κορμί και άλλες φορές νιώθω έντονη ναυτία και ανορεξία και σαν να

μην έφτανε αυτό πολλές φορές την ένταση της δουλειάς την μεταφέρω στο σπίτι μου.

Θεωρώ πως είμαι άτομο ή τουλάχιστον ήμουν άτομο με τεράστια αποθέματα ψυχικής δύναμης δεν ξέρω όμως πόσο θα διαρκέσουν αυτά τα αποθέματα και αν κάποια στιγμή θα εξαντληθούν δεδομένου των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που αντιμετωπίζω καθημερινά.....».

ΓΙΩΡΓΟΣ

«....Εργάζομαι σε Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο για περισσότερο από 15 χρόνια, στο διάστημα αυτό έχω έρθει αντιμέτωπος με δυσκολίες όσον αφορά τα περιστατικά που είχα να διαχειριστώ, αλλά και τις τραγικές ελλείψεις που υπάρχουν γενικά στο χώρο της υγείας τόσο σε έμφυχο δυναμικό όσο και σε θέματα διάθεσης απαραίτητου υλικού και εξοπλισμού.

Περιστατικά πολλά και δύσκολα στην παροχή φροντίδας για τους ασθενείς αλλά και ψυχικής ισορροπίας για εμένα. Τα πρώτα χρόνια καθώς ήμουν και νεότερος είχα αρκετή διάθεση για δουλειά, προσφορά φροντίδας και δεν διέκρινα τα προβλήματα που συσσωρεύονταν.

Εργάστηκα σε αρκετά τμήματα του χειρουργικού και παθολογικού τομέα όπου έμαθα ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει «γερό» στομάχι ώστε να αντιμετωπίζει με ηρεμία και σύνεση όχι μόνο τον ασθενή και τις ιδιαιτερότητες του αλλά επίσης και τους υπόλοιπους συναδέλφους του νοσηλευτές και γιατρούς.

Όταν πρωτοξεκίνησα θεωρώ πως διέθετα αρκετά αποθέματα ενέργειας ώστε να μπορέσω να την δαπανήσω στον ασθενή και να επικεντρωθώ στην φροντίδα του, θέτοντας υψηλούς στόχους θεωρώντας πως το επάγγελμα του νοσηλευτή δεν αποτελεί απλά ένα συνηθισμένο επάγγελμα, αλλά ένα λειτούργημα.

Εκείνο το διάστημα δεν γνώριζα πως λειτουργεί ο χώρος του νοσοκομείου, δεν ήξερα τις ισορροπίες που υπήρχαν και πως και εγώ αναγκαστικά θα έπρεπε να λειτουργήσω σε ένα δεδομένο πλαίσιο ανεξάρτητα των αντιλήψεων μου και των επιθυμιών μου για την επιτέλεση του καθήκοντος μου. Εκείνο το πρώτο διάστημα θεωρούσα καθήκον τη προσφορά φροντίδας, όλα αυτά όμως έμελλε να αλλάξουν σε βάθος χρόνου παρά ίσως την θέλησή μου.

Έπρεπε να λειτουργώ σε ένα πλαίσιο όπου πολλές φορές αυτά που είχα διδαχθεί με τον σωστό τρόπο θέλω να πιστεύω δεν μπορούσα να τα εφαρμόσω στην πράξη. Δεν μπορούσα να τα εφαρμόσω όχι γιατί δεν το ήθελα, αλλά γιατί θα έπρεπε και εγώ να ακολουθήσω το «ποταμό» μέσα στον οποίο έπλεαν και οι παλιότεροι συνάδελφοι, οι οποίοι είχαν και αυτοί με την σειρά τους εξαναγκασθεί

σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο εργασίας τελείως μηχανικό, όπου ο ασθενής αντιμετωπιζόταν απλά σαν ένα «σώμα» που πάσχει χωρίς ψυχική υπόσταση. Δεν υπήρχε ο απαραίτητος χρόνος αλλά και το απαραίτητο προσωπικό ώστε να μπορέσει ο κάθε νοσηλευτής να φροντίσει τον ασθενή ολιστικά.

Οι συνθήκες εργασίας στην Ελληνική πραγματικότητα για τον κάθε νοσηλευτή, οι οποίες χαρακτηρίζονται κυρίως από την τραγική έλλειψη έμφυχου δυναμικού έχουν γίνει αρκετά δύσκολες έως ανυπόφορες, τα ωράρια εξαντλητικά ενώ ταυτόχρονα η αδυναμία αναγνώρισης της προσφοράς καθώς και η απουσία προοπτικών εξέλιξης και επιμόρφωσης με έκαναν να νιώθω πως βρίσκομαι σε ένα χώρο που με πνίγει και θέλω με κάθε τρόπο να εγκαταλείψω.

Άρχισα πολύ σύντομα να νιώθω συνεχώς αγχωμένος, εγκλωβισμένος, να μην με καλύπτει σχεδόν τίποτα, να μην σκέφτομαι τις ανάγκες του ασθενή το δικίο που θεωρούσα ότι έχει πάντα ο ασθενής, καθώς βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και την υπομονή που θα έπρεπε να δείξω σε κάποιες παράλογες ίσως απαιτήσεις. Αντίθετα συχνά εκνευρίζομαι και διαπληκτιζόμουν με τον ασθενή δίνοντας έτσι όχι την σωστή εικόνα του εαυτού μου. Είχα φτάσει πλέον σε σημείο να εκτελώ τελείως μηχανικά την δουλειά μου και να μετρώ την ώρα που θα έφευγα από εκεί.

Ένιωθα συνεχώς κουρασμένος, μια υπερένταση η οποία μου δημιουργούσε ένα σφίξιμο στο στομάχι και μια δυσκολία στην αναπνοή, σκεφτόμουν κάποιες φορές με πιο τρόπο θα μπορούσα να λείψω όσο γινόταν περισσότερο από την εργασία μου, είχα πάρει αρκετές αναρρωτικές άδειες προφασιζόμενος προβλήματα υγείας, άλλες φορές είχα λείψει αδικαιολόγητα.

Στις δύσκολες συνθήκες εργασίας είχε προστεθεί και η καθημερινή επαφή με τον πόνο αναπόφευκτο κομμάτι για κάποιον που εργάζεται σε νοσοκομείο αλλά και ο φόβος του θανάτου που έβλεπα στο πρόσωπο των ασθενών. Πολλές φορές θέλησα να κλάψω για τον ασθενή που πέθαινε αλλά δεν το έκανα ποτέ γιατί πρώτον δεν με άφηνε ο ανδρικός εγωισμός που θα με έδειχνε αδύναμο και δεύτερον η θέση μου μέσα στο χώρο του νοσοκομείου προϋποθέτει να φαίνομαι δυνατός και ψύχραιμος.

Έκανα σκέψεις πως στην θέση των διάφορων ασθενών κάποια μέρα θα βρεθώ εγώ και το χειρότερο για εμένα θα ήταν να δω σε αυτή τη θέση αγαπημένα μου πρόσωπα. Όχι δεν φοβάμαι τον θάνατο ούτε έχω ουτοπικές αυταπάτες για την ζωή και τον θάνατο αυτά είναι αλληλένδετα, σκέφτομαι όμως πως αν είχα ακολουθήσει οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα δεν θα είχα την καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, θα είχα ίσως καλύτερες συνθήκες εργασίας και θα απέδιδα καλύτερα και τέλος η οποιαδήποτε επαφή μου με τον θάνατο θα είχε περιοριστεί σε συγγενικά και φιλικά πρόσωπα.

Έχω φτάσει σε σημείο να εκτελώ μόνο τις νοσηλευτικές τεχνικές χωρίς να με ενδιαφέρει πια η επαφή με τον ασθενή ή πως θα τον κάνω να αισθανθεί καλύτερα συζητώντας μαζί του, ίσως δεν θέλω να δώσω τα περιθώρια στον ασθενή να έρθει πιο κοντά σε εμένα θέλω απλά να κάνω τη δουλειά που μου έχει ανατεθεί χωρίς κανένα κόστος όποιο και αν είναι αυτό. Πάντα προσπαθώ να απωθώ τα συναισθήματα που με κατακλύζουν στις καταστάσεις πόνου και απελπισίας των ασθενών.

Παρατηρώντας τον εαυτό μου και την πορεία του από την πρώτη μέρα έως σήμερα στο χώρο εργασίας, βλέπω την μεγάλη αλλαγή που έχει συντελεστεί επάνω μου. Η αισιοδοξία που με κατέκλυζε στην αρχή και η επιθυμία μου να προσφέρω ακούραστα την φροντίδα έχει μεταβληθεί πλέον σε μια κατάσταση όπου νιώθω πως δεν έχω να προσφέρω τίποτα ή δεν θέλω; γιατί, τι φταίει;

Έχω την αίσθηση ότι βρίσκομαι μέσα σε ένα λαβύρινθο δυσάρεστων συναισθημάτων, άγχους και κόπωσης και μάταια επιζητώ την Αριάδνη η οποία με τον μίτο της θα με βοηθήσει να απεγκλωβιστώ...».

ΧΑΡΑ

«.....Δεν γνωρίζω για ποιο λόγο επέμενα να κάνω τα χαρτιά μου στο ΑΝΘ «Θεαγένειο». Προσλήφθηκα τον Νοέμβριο του 1988. Τον πρώτο χρόνο στην κυριολεξία κοιμόμουν, δούλευα 8 ώρες και τις υπόλοιπες κοιμόμουν, στα ρεπό μου κοιμόμουν όλη μέρα. Δεν είχα ξαναγινώσει ποτέ έτσι, μου άρεσε ο ύπνος αλλά όχι σε τέτοιο βαθμό. Είχα ξαναδούλεψι παλιότερα, δεν ήταν η πρώτη μου φορά και δεν είχα αντιδράσει με παρόμοια συμπεριφορά. Ήταν κάτι που δεν μου άρεσε, με τρώμαζε, αλλά δεν μπορούσα να κάνω κάτι να το αλλάξω.

Θυμάμαι στην αρχή, αυτό που μου είχε κάνει εντύπωση ήταν οι ακρότητες που αντιμετώπιζα στην κλινική πράξη, π.χ. οι ασθενείς του ακι/θεραπευτικού τμήματος με τις διάφορες παραμορφώσεις ιδιαίτερα στο πρόσωπο, που ούτε ο Χίτσκοκ θα μπορούσε να φανταστεί... Οι χειρουργημένοι ασθενείς με τις φοβερές κατακλίσεις, με τραύματα που δεν έκλειναν με τίποτα. Δεν θυμάμαι να ήμασταν προετοιμασμένοι από τη σχολή για όλα αυτά που θα αντιμετωπίζαμε, αλλά και ούτε πως θα μπορούσαμε να τα επεξεργαστούμε. Πολλές φορές μάλιστα δεν υπήρχε και ο χρόνος να τα επεξεργαστούμε, όλα γινόντουσαν σε έντονους ρυθμούς, πολύ δουλειά και απλά ένοιωθες την κούραση να συσσωρεύεται. Σαν οργανισμός σε αγχώδεις-δύσκολες καταστάσεις αντιδρούσα με επιχείλιο έρπη, έβγαζα σχεδόν κάθε μήνα. Το χειρότερο ήταν ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα ή δεν ξέραμε πώς να τα μοιραστούμε με τις υπόλοιπες συναδέλφους. Ένοιωθα πολύ μόνη για όλα αυτά που βίωνα. Ήταν και το κυκλικό ωράριο που από μόνο του σε αποδιοργανώνει, ιδιαίτερα όταν ο οργανισμός είναι πρωινός τύπος όπως εγώ. Παρόλο που η κλινική που ξεκίνησα είχε τη καλύτερη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτριών και η προϊστάμενη ήταν χαρισματική στο ρόλο της. Στην αρχή εστιάζομαι μόνο στο κομμάτι της δουλειάς, προσπαθούσα να μην συνδεθώ με ασθενείς ή συνοδούς. Έκανα τη δουλειά μου «στείρα». Μου άρεσε να δουλεύω πιο πολύ ότι δεν είχε σχέση με ασθενείς, δεν ήθελα να μπαίνω σε θαλάμους και όταν

έπρεπε ίσα- ίσα για να κάνω τη νοσηλεία χωρίς πολλά λόγια. (όλα αυτά μπορώ να τα δω μετά από χρόνια, με ειλικρίνεια και από άλλη θέση).

Στην αρχή είχα σωματικές ενοχλήσεις κυρίως από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως οισοφαγίτιδα, σπαστική κολίτιδα. Σε μια κρίση της οισοφαγίτιδας κάποιος γιατρός μου είχε πει «σταμάτα να ψάχνεσαι, αξιοποίησε τον χρόνο σου και δες τι μπορείς να κάνεις πιο ουσιαστικό». Μετά από εκείνη τη συζήτηση συνειδητοποίησα τι προσπαθούσα να κάνω, και προς στιγμή τα συμπτώματα σταμάτησαν. Ασχολήθηκα με διάφορα άλλα πράγματα και για ένα διάστημα 2-3 χρόνων πέρασα καλά και ένοιωθα αρκετά ισορροπημένη.

Στα πρώτα 5 χρόνια προϋπηρεσίας ήδη ένοιωθα κουρασμένη, ήθελα κάτι να κάνω αλλά δεν ήξερα τι ακριβώς, όλα μου έφταιγαν, δεν ήθελα να πάω στη δουλειά δεν είχα διάθεση για πολλά πράγματα. Δεν μου άρεσε αυτό που έκανα, ένοιωθα ένα πλάκωμα στο στήθος. Δεν μπορούσα να βρω ευχαρίστηση σε τίποτα και προσπαθούσα να βρω τρόπους να ξεφύγω. Τότε είχα μια κρίση σπαστικής κολίτιδας με έντονο πυρετό.

Εκείνη τη περίοδο μου έγινε η πρόταση να πάω στο χημ/κό τμήμα. Στην αρχή η αλλαγή τμήματος με είχε καθησυχάσει. Έπρεπε να μάθω τη καινούργια δουλειά που ήταν κάτι το εντελώς καινούργιο, δεν είχε καμία σχέση με δουλειά τμήματος. Σε αυτό το τμήμα αντίθετα δεν απέφευγα να συνδεθώ με τους ασθενείς, μερικοί από αυτούς μάλιστα στάθηκαν δάσκαλοι για μένα. Ένοιωθα ότι η προσφορά μου σε εκείνο το τμήμα ήταν πιο ουσιαστική. Οι ασθενείς ερχόντουσαν σε τακτά χρονικά διαστήματα και ο χρόνος της 1/2 ώρας περίπου που είχες για να κάνεις τη χημειοθεραπεία μπορούσες να πεις πολλά με τον ασθενή και να τον βοηθήσεις να μπορέσει να αντεπεξέλθει εκείνη τη δύσκολη περίοδο.

Μετά την εξοικείωση, περίπου στο χρόνο άρχισα να νοιώθω ξανά το πλάκωμα στο στήθος και να μην με ευχαριστεί η δουλειά και δεν ήθελα να πάω. Με την πάροδο του χρόνου εμφανίστηκαν ξανά τα σωματικά ενοχλήματα όπως κάψιμο στο στομάχι. Η γαστροσκόπηση δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Δεν μου αρκούσε το Σαββατοκύριακο για να ξεκουραστώ και δεν μου έφταναν οι μέρες των αδειών. Ένοιωθα μονίμως κουρασμένη, απογοητευμένη και ένα άγχος που

γινόταν κάποιες ώρες πιο έντονο. Ήμουν πιο ευερέθιστη και πιο εύκολα ευσυγκίνητη. Εκείνη τη περίοδο νομίζω ότι είχα πάθει και μια ήπια κρίση πανικού, την οποία είχα αντιμετωπίσει με εργασιοθεραπεία (είχα βάλει το σπίτι μου).

Τότε ήταν που έμαθα για τη σχολή της ψυχολογίας και άρχισα να ετοιμάζομαι. Προσπαθούσα να διαβάζω σε καθημερινή βάση όσο πιο πολλές ώρες μπορούσα. Αυτό που μου είχε κάνει εντύπωση ήταν ότι είχα αρρωστήσει άπειρες φορές, τίποτα σπουδαίο απλά εμπύρετες ιώσεις (σαν οργανισμός δεν κάνω εύκολα πυρετό). Μετά τις εξετάσεις είχε δημιουργηθεί κάποια ένταση λόγω της άδειας που ήθελα για τις εξετάσεις, με αποτέλεσμα να πάθω μαστίτιδα (το δεξί στήθος κατά μήκος ήταν ερεθισμένο, σκληρό και κόκκινο), με πολύ ψηλό πυρετό. Όπως ανάφερα δεν ανεβάζω εύκολα πυρετό και τα δέκατα ακόμα με ταλαιπωρούν πολύ.

Όσο ήμουν στη σχολή ένοιωθα σα να κρατώ την αναπνοή μου. Κρατούσα τα πάντα σε έλεγχο, ακόμα και την «υγεία» μου. Αναρρωτικές χρειάζομαι να πάρω μόνο στις εξεταστικές περιόδους. Στη δουλειά προσπαθούσα να είμαι συνεπής, δεν ξέρω όμως πόσο το πετύχαινα.

Ως ψυχολόγος προς το παρόν υπάρχει ενδιαφέρον, παραμένει καινούργιο το αντικείμενο, παρόλο που υπάρχουν στιγμές που με κουράζει να ακούω. Μερικές φορές πιάνω τον εαυτό μου να αποφεύγει κάποιες επισκέψεις, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς δεν μιλούν εύκολα. Προσπαθώ να αποφύγω επώδυνες καταστάσεις και αυτό που με ενοχλεί περισσότερο είναι ότι τα επαγγέλματα με ασθένειες δεν σου δίνουν το «δικαίωμα» να μπορείς να δείξεις τη χαρά σου, να παίζεις με χρώματα. Σωματικές ενοχλήσεις δεν έχω προς το παρόν, ας ελπίσω ότι έτσι θα συνεχίσει και στη συνέχεια.

Ήθελα να προσθέσω ότι στα περισσότερα εργασιακά μου χρόνια δεν είχα δημιουργήσει οικογένεια. Η οικογένεια μου ήρθε προς το τέλος των σπουδών μου και υπάρχει διαφορά προς την αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων. Παρόλο που είχα διάφορα ενδιαφέροντα και ασχολίες, φαίνεται ότι δεν ήταν αρκετά για να μπορέσουν να αποσπάσουν τις σκέψεις μου από τις δύσκολες καταστάσεις. Τα παιδιά έχουν μια ανεκτίμητη ενέργεια και μια ικανότητα να τραβούν την προσοχή

σου και να σου το ανταποδίδουν με αστείρευτη ενέργεια ψυχική γιατί για σωματική (είναι αντιστρόφως ανάλογη) δεν το συζητάμε».

ΧΡΥΣΑ

«...Ασκή για πολλά χρόνια το νοσηλευτικό επάγγελμα και πάντα αναρωτιέμαι τι ήταν αυτό που με ώθησε σε αυτό τον χώρο και εντέλει με κράτησε και συνεχίζω να το ασκώ. Δεν είναι λίγα τα δυσάρεστα περιστατικά που έχω συναντήσει, είναι πολύ περισσότερα από τις ευχάριστες στιγμές που θα μπορούσε κανείς να ζήσει στο χώρο του νοσοκομείου.

Τα πρώτα πέντε χρόνια εργαζόμουν σε χειρουργική κλινική, με περιστατικά μεγάλης ή μέτριας βαρύτητας σπάνια όμως με άγνωστη έκβαση ή θάνατο. Ήταν περιστατικά που γνώριζες εκ των προτέρων την πορεία τους και την ίαση τους, ήξερες πως αυτό που προσφέρεις, η φροντίδα θα έχει θετικό αποτέλεσμα και δεν θα είναι μάταιη. Στη συνέχεια εργάστηκα στην μονάδα τεχνητού νεφρού όπου με τοποθέτησε η υπηρεσία μου. Ενώ είχα συνηθίσει τη δουλειά μου ένιωσα ξαφνικά σαν να διορίστηκα εκείνη τη στιγμή.

Οι ασθενείς ήταν καθημερινά οι ίδιοι, μέρα παρά μέρα για πέντε ώρες μαζί τους. Ο Γιώργος ήταν ένας από αυτούς, ήταν ένα παιδί 23 ετών με χαρακτήρα θα έλεγα δύσκολο όπως ήταν επόμενο λόγω της ασθένειάς του. Απέφευγε να μιλάει το βλέμμα του ήταν πάντα μελαγχολικό.

Δεν ξέρω γιατί, αλλά με τον Γιώργο είχα μεγαλύτερη οικειότητα σε σχέση με τους άλλους ασθενείς που και εκείνους έβλεπα καθημερινά. Με τη συζήτηση που κάναμε στην αρχή έμαθα ότι ο αδελφός του έμενε κοντά στο σπίτι μου και εκ των πραγμάτων ερχόταν συχνά στον αδελφό του και τον έβλεπε συνέχεια.

Κάθε μέρα όμως που περνούσε πιεζόμουν όλο και περισσότερο από αυτή τη σχέση, κυρίως συναισθηματικά. Είμαστε σχεδόν στην ίδια ηλικία και αισθανόμουν τύψεις που εγώ μπορούσα να γελάω, να χαίρομαι ενώ ο Γιώργος έπρεπε μέρα παρά μέρα να βρίσκεται σε ένα μηχάνημα το οποίο του όριζε την ζωή και εγώ ήμουν αυτή που το χειριζόμουν.

Τα προβλήματα που εγώ αντιμετώπιζα στη δουλειά τα είχα μεταφέρει και στο σπίτι, συζητούσα με τον άνδρα μου σε καθημερινή βάση τα προβλήματα των νεφροπαθών και κυρίως του Γιώργου.

Ήταν απόκριες και ο Γιώργος είχε έρθει επίσκεψη στον αδερφό του, εκείνος όμως έλειπε, μόλις τον είδαμε με τον άνδρα μου τον καλέσαμε να μας ακολουθήσει σε ένα φιλικό σπίτι όπου θα πηγαίναμε. Όλη η παρέα έτρωγε και έπινε, άρχισα να αισθάνομαι άσχημα και να έχω ενοχές γιατί χωρίς να το σκεφτώ είχα φέρει σε δύσκολη θέση τον Γιώργο ο οποίος έπρεπε να ελέγχει την διαίτα του. Δεν έτρωγα και εγώ νομίζοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα του συμπαραστεικόμουν στον τρόπο ζωής που ήταν υποχρεωμένος να ακολουθεί.

Παράλληλα εκείνη την εποχή είχα αρχίσει να κάνω σιέφεις πως κάποιο συγγενικό μου πρόσωπο ή ακόμη και εγώ θα μπορούσε να πάθει νεφρική ανεπάρκεια, επειδή παρουσίασε ένα απλό κωλικό νεφρού. Η δουλειά μου που μέχρι τότε με ευχαριστούσε άρχισε να με αγχώνει πάρα πολύ, τα βράδια δεν κοιμόμουν καλά, ένιωθα έντονες ναυτίες, δεν ήθελα να έρθει η ώρα να πάω για δουλειά.

Ταυτόχρονα εκείνο το διάστημα παρουσίασα έκζεμα στα χέρια μου και όσο περνούσε ο καιρός επιδεινώνονταν συνέχεια σε σημείο να ματώνουν τα χέρια μου.

Ο Γιώργος έφυγε για μεταμόσχευση αλλά δεν πέτυχε και ξαναγύρισε στη μονάδα νεφρού. Ήταν χειρότερα από την πρώτη φορά, ήταν απογοητευμένος δεν μιλούσε όσο χρόνο και εγώ προσπαθούσα να του αφιερώσω. Η δουλειά μου είχε γίνει αφόρητη, ήθελα να αλλάξω τμήμα ,ένιωθα κάθε μέρα απογοητευμένη, νόμιζα πως έφταιγα εγώ για την όλη κατάσταση, σαν να μην μπορούσα να προσφέρω αυτά που ήθελα.

Μέχρι τότε στην χειρουργική κλινική έκανα κυκλικό ωράριο με αρκετές νυχτερινές βάρδιες, παρόλα αυτά τότε ήθελα να πάω στη δουλειά αγαπούσα αυτό που έκανα δεν αντιμετώπιζα στο τμήμα αυτό την αβεβαιότητα και τον ξαφνικό θάνατο όπως στην περίπτωση της μονάδας νεφρού.

Ο Γιώργος πέθανε τα συναισθήματά μου δεν περιγράφονται, πόνος, απογοήτευση, θυμός αδικία και ένα μεγάλο γιατί, το έκζεμα μου σε τραγική κατάσταση δεν με εγκατέλειπε όπως με εγκατέλειψε ο Γιώργος, αντίθετα κάθε φορά που αγχώνομαι έρχεται και μου θυμίζει αυτές τις καταστάσεις.

Τελικά άλλαξα τμήμα ένιωσα να χαλαρώνω σιγά - σιγά οι σκέψεις όμως ποτέ δεν με εγκαταλείπουν, έχω διαπιστώσει πως δεν μπορώ να αποφύγω το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, το οποίο είναι υπεύθυνο για την άσχημη ψυχολογική μου κατάσταση, νιώθω να βιώνω κάθε φορά την κατάσταση του ασθενούς σαν να ήμουν εγώ στη θέση του, ενώ ταυτόχρονα το έκζεμα και οι ναυτίες επιστρέφουν από το πουθενά.

Εύχομαι πολλές φορές να είχα επιλέξει κάποιον άλλο χώρο εργασίας λιγότερο στρεσογόνο και κουραστικό, πάλι όμως κάνω την σκέψη ότι αυτό το επάγγελμα παρά τις δυσκολίες που παρουσιάζει έχει γίνει μέρος πλέον της καθημερινότητάς μου, το έχω αγαπήσει όσο και αν ακούγεται παράξενο, ίσως μόνο να χρειαζόμουν λίγη υποστήριξη τις δύσκολες στιγμές όπως και όλοι οι επαγγελματίες υγείας από κάποιον ειδικό που γνωρίζει καλύτερα τον τρόπο διαχείρισης μιας κρίσης σε ψυχικό επίπεδο.

Αυτές τις σκέψεις τις κάνω τώρα μετά από αρκετά χρόνια στο νοσοκομειακό χώρο, πιστεύω πως αν είχαν γίνει τα πρώτα χρόνια της εργασίας μου ίσως πιο εύκολα να είχα σκεφτεί να εγκαταλείψω το χώρο του νοσοκομείου.....».

5. Ανάλυση περιεχομένου των αφηγήσεων

Επιθυμίες και προσαρμογή

Η Δώρα γεννημένη σε μια επαρχιακή πόλη της Ελλάδας πριν 30 χρόνια επιλέγει τον κλάδο της Νοσηλευτικής λόγω της γρήγορης επαγγελματικής αποκατάστασης *«.....Όσον αφορά τη σχέση μου με το επάγγελμά μου δεν μπορώ να πω ότι εξ αρχής ήταν αυτό το οποίο επεδίωκα..... αργότερα όμως όταν ήρθε ο καιρός της επιλογής βρέθηκα να επιλέγω μόνη μου τη Νοσηλευτική, την οποία είχα απορρίψει στο παρελθόν, για καθαρά λόγους γρήγορης επαγγελματικής αποκατάστασης.....»*, ικανοποιώντας έτσι και την αρχική επιθυμία του πατέρα της, ματαιώνοντας όμως τη δική της που ήταν να γίνει γυμνάστρια *«.....Θυμάμαι όταν τελειώνοντας το γυμνάσιο μου πρότεινε ο πατέρας μου να πάω στη νοσηλευτική σχολή διετούς φοιτήσεως που υπήρχε στην πόλη μας του απάντησα απλά ότι εγώ δεν μπορώ να κάνω αυτή τη δουλειά γιατί δεν αντέχω τα αίματα και τις βελόνες, έτσι συνέχισα στο λύκειο γιατί ήμουν και καλή μαθήτρια αλλά και γιατί τότε ήθελα να σπουδάσω στη γυμναστική ακαδημία....»*. Η Νοσηλευτική από την αρχή δεν την ικανοποιούσε δημιουργώντας της αποφευκτικές συμπεριφορές προς τους ασθενείς και τα συμπτώματά της *«.....έχω αντιμετωπίσει πολλά περιστατικά αποφεύγοντας συνειδητά ή ασυνείδητα δεν ξέρω να πω με σιγουριά να συνδεθώ σε περισσότερο προσωπικό επίπεδο, αυτό ίσως να είναι ένας μηχανισμός άμυνας από μέρους μου, ανασφάλεια σχετικά με το πόσο αδύναμη μπορεί να είμαι στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου κυρίως του καρκινικού καθώς επίσης και στην διαχείριση του ασθενή που πεθαίνει...»*. Προσπαθούσε όμως να είναι συνεπής στις επαγγελματικές της υποχρεώσεις *«.....από την άλλη σαν επαγγελματία πρέπει να φαίνομαι δυνατή και έτοιμη να αντιμετωπίσω τον πόνο και τον θάνατο.....»*, με αποτέλεσμα να καταβάλει όλες της τις δυνάμεις για να απαντά στους συχνούς φόβους της και στο άγχος που της δημιουργούσαν τόσο ο πόνος όσο και ο θάνατος, που από τόσο κοντά ζούσε.

Η Νίκη, γεννημένη πριν 35 χρόνια, δεν δίνει πληροφορίες για τις επιθυμίες της περί επαγγελματικής σταδιοδρομίας, αναφέρεται όμως με λεπτομέρειες στα συναισθήματά της για αυτό που καλείται να πολεμήσει. Ως σημαίνουν, λοιπόν, στη δική της καθημερινή επαγγελματική κατάσταση ορίζεται ο αγώνας της ενάντια στον καρκίνο, με αναπαράσταση οι ήττες να μετρούν περισσότερες για αυτή και τους συναδέλφους της «.....Οι νοσηλευτές και οι γιατροί που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα έχουν να πολεμήσουν με ένα κοινό εχθρό έναν «ξένο», ο ξένος αυτός που τον έλεγαν καρκίνο, ήξερε να ελίσσεται πολύ καλά και να παίρνει διάφορες μορφές, όμως δεν ήταν μόνος είχε και την «οικογένειά του», ένα ολόκληρο στρατό από καρκινικά κυτταράκια, τα παιδιά του που του έμοιαζαν ήταν άσχημα στριμμένα και κατσούφικα, αλλά πολύ δυνατά τα οποία τρίβουν τα χέρια τους όταν προσβάλλουν ένα ανθρώπινο οργανισμό φαντάζομαι και χαίρονται γιατί τις περισσότερες φορές η μάχη κλίνει προς το μέρος τους.....».



Ο Γιώργος, 38 ετών και άγαμος πιστεύει πως ξεκίνησε με τις καλύτερες προϋποθέσεις για να φροντίζει τους ασθενείς του αλλά το «σύστημα» και οι «συνθήκες» ήταν εκείνα που δεν του επέτρεψαν να ικανοποιηθεί και να ολοκληρωθεί επαγγελματικά. «....Όταν πρωτοξεκίνησα θεωρώ πως διέθετα αρκετά αποθέματα ενέργειας ώστε να μπορέσω να την δαπανήσω στον ασθενή και να επικεντρωθώ στην φροντίδα του, θέτοντας υψηλούς στόχους θεωρώντας πως το επάγγελμά του νοσηλευτή δεν αποτελεί απλά ένα συνηθισμένο επάγγελμα, αλλά ένα λειτούργημα.....δεν ήξερα τις ισορροπίες που υπήρχαν και πως και εγώ αναγκαστικά θα έπρεπε να λειτουργήσω σε ένα δεδομένο πλαίσιο ανεξάρτητα των αντιλήψεων μου και των επιθυμιών μου για την επιτέλεση του καθήκοντος μου..... όχι γιατί δεν το ήθελα, αλλά γιατί θα έπρεπε και εγώ να ακολουθήσω το «ποταμό» μέσα στον οποίο έπλεαν και οι παλιότεροι συνάδελφοι, οι οποίοι είχαν και αυτοί με την σειρά τους εξαναγκασθεί σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο εργασίας τελείως μηχανικό, όπου ο ασθενής αντιμετωπιζόταν απλά σαν ένα «σώμα» που πάσχει χωρίς ψυχική υπόσταση. Δεν υπήρχε ο απαραίτητος χρόνος αλλά και το απαραίτητο προσωπικό ώστε να μπορέσει ο κάθε νοσηλευτής να φροντίσει τον ασθενή ολιστικά....».



Η Χαρά, 40 ετών σήμερα ξεκίνησε την καριέρα της σε ένα μεγάλο νοσοκομείο της Θεσ/κης η ίδια το μόνο που θυμάται από εκείνη την περίοδο είναι ότι τις ώρες που δεν εργαζόταν κοιμόταν. *«.....τον πρώτο χρόνο στην κυριολεξία κοιμόμουν, δούλευα 8 ώρες και τις υπόλοιπες κοιμόμουν, στα ρεπό μου κοιμόμουν όλη μέρα. Ήταν κάτι που δεν μου άρεσε, με τρώμαζε, αλλά δεν μπορούσα να κάνω κάτι να το αλλάξω.*

Η ίδια δεν αναφέρεται για ποιους λόγους «επιλέχθηκε» η Νοσηλευτική για σπουδές και μέρος των προβλημάτων της το αποδίδει από τη μια στην ανεπάρκεια των σπουδών *«.....δεν θυμάμαι να ήμασταν προετοιμασμένοι από τη σχολή για όλα αυτά που θα αντιμετωπίζαμε, αλλά και ούτε πως θα μπορούσαμε να τα επεξεργαστούμε....»* και από την άλλη στα συμπτώματα των ασθενειών του συγκεκριμένου τμήματος που εργαζόταν *«.....Θυμάμαι στην αρχή, αυτό που μου είχε κάνει εντύπωση ήταν οι ακρότητες που αντιμετωπίζα στην κλινική πράξη, π.χ. οι ασθενείς του ακτ/θεραπευτικού τμήματος με τις διάφορες παραμορφώσεις ιδιαίτερα στο πρόσωπο, που ούτε ο Χίτσκοκ θα μπορούσε να φανταστεί... Οι χειρουργημένοι ασθενείς με τις φοβερές κατακλίσεις, με τραύματα που δεν έκλειναν με τίποτα....»,* αλλά και στη δυσκολία των συναδέλφων να μοιραστούν θετικά αυτές τις εμπειρίες παρ' όλο που η προϊσταμένη της ήταν πολύ συνεργάσιμη και βοηθούσε την επαγγελματική καθημερινότητα *«....το χειρότερο ήταν ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα ή δεν ξέραμε πώς να τα μοιραστούμε με τις υπόλοιπες συναδέλφους. Ένοιωθα πολύ μόνη για όλα αυτά που βίωνα..... Παρόλο που η κλινική που ξεκίνησα είχε τη καλύτερη συνεργασία μεταξύ των νοσηλευτριών και η προϊστάμενη ήταν χαρισματική στο ρόλο της.....».*

Η προσαρμογή της, λοιπόν, ήταν πολύ δύσκολη και ένας από τους τρόπους με τους οποίους αντιμετώπισε αυτή την καθημερινή επαγγελματική κατάσταση ήταν το να αποφεύγει να σχετιστεί με τους ασθενείς *«.....στην αρχή εστιάζομουν μόνο στο κομμάτι της δουλειάς, προσπαθούσα να μην συνδεθώ με ασθενείς ή συνοδούς. Έκανα τη δουλειά μου «στείρα». Μου άρεσε να δουλεύω πιο πολύ ότι δεν είχε σχέση με ασθενείς, δεν ήθελα να μπαίνω σε θαλάμους και όταν έπρεπε ίσα- ίσα για να κάνω τη νοσηλεία χωρίς πολλά λόγια.....»* και το σώμα της να απαντάει σ' αυτό το αδιέξοδο - εκτός βέβαια από το να κοιμάται τον ελεύθερο χρόνο της - με επιχείλιο έρπη σε τακτικά χρονιά διαστήματα. *«.....Σαν οργανισμός σε αγχώδεις-δύσκολες καταστάσεις αντιδρούσα με επιχείλιο έρπη, έβγαζα σχεδόν κάθε μήνα....»* αλλά και με συμπτώματα από το

γαστρεντερικό σύστημα «....στην αρχή είχα σωματικές ενοχλήσεις.....όπως οισοφαγίτιδα, σπαστική κολίτιδα....».



Η Χρύσα, η μεγαλύτερη ηλικιακά από τους Νοσηλευτές του δείγματος, 49 ετών σήμερα, αν και εργάζεται για 27 χρόνια στον κλάδο της Νοσηλευτικής δεν έχει απαντήσει μέχρι σήμερα ούτε για την επιθυμία που την οδήγησε να σπουδάσει νοσηλευτική αλλά και ούτε για τους λόγους που την κράτησαν σ' αυτή τη δουλειά «...Ασκώ για πολλά χρόνια το νοσηλευτικό επάγγελμα και πάντα αναρωτιέμαι τι ήταν αυτό που με ώθησε σε αυτό τον χώρο και εντέλει με κράτησε και συνεχίζω να το ασκώ. Δεν είναι λίγα τα δυσάρεστα περιστατικά που έχω συναντήσει, είναι πολύ περισσότερα από τις ευχάριστες στιγμές που θα μπορούσε κανείς να ζήσει στο χώρο του νοσοκομείου.

Η προσαρμογή της φαίνεται να ήταν ομαλή μια και η ίδια μιλάει για την πρώτη πενταετία της δουλειάς της χωρίς μεγάλη συναισθηματική φόρτιση, αποδίδοντάς το στο γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθενείς που φρόντιζε ιαίνονταν «.....τα πρώτα πέντε χρόνια εργαζόμουν σε χειρουργική κλινική, με περιστατικά μεγάλης ή μέτριας βαρύτητας σπάνια όμως με άγνωστη έκβαση ή θάνατο. Ήταν περιστατικά που γνώριζες εκ των προτέρων την πορεία τους και την ίαση τους, ήξερες πως αυτό που προσφέρεις, η φροντίδα θα έχει θετικό αποτέλεσμα και δεν θα είναι μάταιη....».

Η δυσκολία των ταυτίσεων

Η Δώρα από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας ταυτιζόταν η ίδια με κάποιους ασθενείς αλλά και ταύτιζε μέλη του οικογενειακού της περιβάλλοντος με κάποιους άλλους «.....τις περισσότερες φορές αν και προσπαθώ να κρύψω τα δυσάρεστα συναισθήματα δεν τα κατάφερα και κατέληγα πάντα να ταυτίζομαι με τον ασθενή να σκέφτομαι πως είμαι και εγώ άρρωστη, να νιώθω πως έχω τα ίδια συμπτώματα, αλλά το χειρότερο ήταν πως έφερα στη θέση του ασθενή νοερά τα άτομα της οικογένειάς μου.....», κατάσταση που επιβάρυνε τις συναισθηματικές δυσκολίες που ήδη βίωνε κάνοντας μια δουλειά με αρχικό σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση «...αυτό μου δημιουργούσε τεράστιο άγχος και είχε ανασταλτική δράση στην προσπάθεια προσέγγισης και επικοινωνίας με τον ασθενή καθώς και στην παροχή

ποιοτικής φροντίδας. Λίγα χρόνια αργότερα η ταύτισή της με μια γυναίκα στάθηκε καθοριστική «.....όταν γνώρισα την Ελένη άλλαξαν πολλά. Η Ελένη ήταν μια νεαρή γυναίκα 32 ετών, μορφωμένη με πολλές φιλοδοξίες και όνειρα να ζήσει μια όσον το δυνατό ιδανικότερη ζωή. Μέχρι τη στιγμή που ο καρκίνος χτύπησε την πόρτα της, δεν είχε φανταστεί όπως και όλοι μας ότι θα μπορούσε να της συμβεί κάτι τέτοιο, θεωρούσε ότι ο καρκίνος δεν θα άγγιζε ποτέ αυτήν. Προσβλήθηκε από καρκίνο στομάχου, ο οποίος όταν διαγνώσθηκε είχε ήδη δώσει μεταστάσεις και ήταν τελικού σταδίου. Δύο μήνες μετά την αρχική διάγνωση και αφού είχε υποστεί όλες τις παρενέργειες που έχουν οι χημειοθεραπείες έφυγε από κοντά μας..» για να εγκατασταθούν και να πάρουν πρόσωπο όλοι οι μέχρι τώρα φόβοι άγχη και συγκρούσεις «....Ήταν το μοναδικό περιστατικό για το οποίο ένιωσα τόσο μεγάλη θλίψη, θύμωσα για τον τρόπο με τον οποίο πέθανε.... Σκέφτομαι πολλά πράγματα κυρίως για τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώθηκε αυτό το γεγονός, ο θάνατος μιας άγνωστης μέχρι τότε για μένα. Το γεγονός πως ο καρκίνος εκδηλώθηκε τόσο ξαφνικά χωρίς προειδοποιητικά σημάδια και η γρήγορη εξέλιξη που είχε με συγκλόνισε και με επηρέασε σε τέτοιο βαθμό ώστε να το θεωρώ μια αρρωστημένη κατάσταση που ίσως θα αργήσω να ξεπεράσω....». Παρ' όλο που η αυτογνωσία της ήταν σε υψηλά επίπεδα και μπορούσε να αισθάνεται κάποιους από τους κυρίαρχους λόγους αυτής της ταύτισης «.....Δεν μπορώ να δώσω εξήγηση γιατί με επηρέασε σε τόσο μεγάλο βαθμό αυτό το περιστατικό το οποίο γνώρισα για πολύ λίγο διάστημα, ίσως γιατί ήμασταν πολύ κοντά ηλικιακά, ίσως γιατί εκείνο τον καιρό ήμουν ενάλωτη από κάποια προσωπικά προβλήματα ίσως να φταίει ο ευαίσθητος χαρακτήρας μου...», δεν στάθηκε ικανή να νοηματοδοτήσει θετικά αυτή την εμπειρία κι αυτά τα συναισθήματα «....γνωρίζω όμως ότι ακόμη και σήμερα δύο χρόνια μετά δεν το έχω ξεπεράσει ακόμη....».



Στην ιστορία της Νίκης μπορούμε να συναντήσουμε την αγωνία και τα ηθικά διλήμματα ενός ανθρώπου που δείχνει να έχει νοηματοδοτήσει σε υψηλά επίπεδα την παρεχόμενη φροντίδα αλλά και το ρόλο που πρέπει να έχει ένας συνοδοιπορευτής στα δύσκολα σημεία του ταξιδιού της ζωής ενός ανθρώπου «....Θεωρώ πως είμαι άτομο..... με τεράστια αποθέματα ψυχικής δύναμης δεν ξέρω όμως πόσο θα διαρκέσουν αυτά τα αποθέματα και αν κάποια στιγμή θα εξαντληθούν

δεδομένου των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που αντιμετωπίζω καθημερινά.....». Η ίδια δείχνει να ταυτίζεται με το καλό αντικείμενο του κάθε συνανθρώπου «....ο ακούραστος Κος Π., ο ογκολόγος και θεράπων ιατρός του καθώς επίσης και η κόρη του, αυτό το αξιοθαύμαστο πλάσμα η Ε....., οι συνάδελφοί μου με την εμπειρία, τη γνώση τους και την ολοκληρωμένη φροντίδα που προσέφεραν..... φαίνεται σαν να είχε συνειδητοποιήσει ο αγαπημένος μου κος Κ...». και να προσπαθεί να πολεμήσει με όλες τις δυνάμεις που διαθέτει το κακό αντικείμενο, το οποίο άλλες φορές είναι ο κάθε ξένος που απειλεί τη συνέχεια και την συνήθεια, όπως ο καρκίνος, κι άλλες φορές το κακό αντικείμενο ταυτίζεται με το κακό κομμάτι που ο καθένας έχει μέσα του και τον εμποδίζει να πολεμήσει για το καλό.



Ο Γιώργος, από την αρχή κιόλας της 16χρονης επαγγελματικής του σταδιοδρομίας δυσκολεύτηκε με τις ταυτίσεις του «....άρχισα πολύ σύντομα να νιώθω συνεχώς αγχωμένος, εγκλωβισμένος, να μην με καλύπτει σχεδόν τίποτα, Είχα φτάσει πλέον σε σημείο να εκτελώ τελείως μηχανικά την δουλειά μου και να μετρώ την ώρα που θα έφευγα από εκεί...» και ή ήταν αμφιθυμικός μαζί τους «.....να μην σκέφτομαι τις ανάγκες του ασθενή το δίκιο που θεωρούσα ότι έχει πάντα ο ασθενής, καθώς βρίσκεται σε μειονεκτική θέση και την υπομονή που θα έπρεπε να δείξω σε κάποιες παράλογες ίσως απαιτήσεις...» ή λειτουργούσε με άρνηση και σχηματισμό αντίδρασης «.....Αντίθετα συχνά εκνευρίζομαι και διαπληκτιζόμουν με τον ασθενήΌχι δεν φοβάμαι τον θάνατο ούτε έχω ουτοπικές αυταπάτες για την ζωή και τον θάνατο αυτά είναι αλληλένδετα, ...» ή εκλογίκευε την επαγγελματική του ανεπάρκεια «...δίνοντας έτσι όχι την σωστή εικόνα του εαυτού μου.....σκέφτομαι όμως πως αν είχα ακολουθήσει οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα δεν θα είχα την καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο, θα είχα ίσως καλύτερες συνθήκες εργασίας και θα απέδιδα καλύτερα». Πάρα ταύτα, τις στιγμές που οι ταυτίσεις με τους ασθενείς λάμβαναν χώρα, «.....έκανα σκέψεις πως στην θέση των διάφορων ασθενών κάποια μέρα θα βρεθώ εγώ και το χειρότερο για εμένα θα ήταν να δω σε αυτή τη θέση αγαπημένα μου πρόσωπα....», ο ίδιος λύγιζε χωρίς όμως να επιτρέπει σ' αυτά τα συναισθήματά του να γίνουν αφορμή για να συσχετιστεί με τους ασθενείς και τους βαθύτερους του φόβους, εκλογικεύοντας για άλλη μια

φορά το αποτέλεσμα «.....πολλές φορές θέλησα να κλάψω για τον ασθενή που πέθαινε αλλά δεν το έκανα ποτέ γιατί πρώτον δεν με άφηνε ο ανδρικός εγωισμός που θα με έδειχνε αδύναμο και δεύτερον η θέση μου μέσα στο χώρο του νοσοκομείου προϋποθέτει να φαίνομαι δυνατός και ψύχραιμος.....».



Στα γεγονότα της επαγγελματικής αφήγησης της Χαράς μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι από την αρχή της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας προσπαθούσε να αποστασιοποιηθεί συναισθηματικά τόσο από τους ασθενείς όσο κι από τους συγγενείς της «.....στην αρχή εστιαζόμουν μόνο στο κομμάτι της δουλειάς, προσπαθούσα να μην συνδεθώ με ασθενείς ή συνοδούς. Έκανα τη δουλειά μου «στείρα». Μου άρεσε να δουλεύω πιο πολύ ότι δεν είχε σχέση με ασθενείς, δεν ήθελα να μπαίνω σε θαλάμους και όταν έπρεπε ίσα- ίσα για να κάνω τη νοσηλεία χωρίς πολλά λόγια.....».

Αρκετά χρόνια μετά – που με μεγάλη δυσκολία βιώθηκαν από την ίδια – και κατά την αλλαγή του επαγγελματικού χώρου «....μου έγινε η πρόταση να πάω στο χημ/κό τμήμα. Στην αρχή η αλλαγή τμήματος με είχε καθησυχάσει...» η Χαρά άρχισε να σχετίζεται με τους ασθενείς και να προσπαθεί να πάρει μαθήματα εμπειρίας και σοφίας από κάποιους και μάλιστα ομολογεί ότι σ' αυτό τον καινούργιο χώρο έπαψε να αποφεύγει τους ασθενείς «....σε αυτό το τμήμα αντίθετα δεν απέφευγα να συνδεθώ με τους ασθενείς, μερικοί από αυτούς μάλιστα στάθηκαν δάσκαλοι για μένα.....».

Θεώρησε, λοιπόν, για ένα διάστημα που διήρκεισε κοντά στο χρόνο ότι η εργασία της πια ήταν ουσιαστική και ότι μπορούσε να βοηθάει τους ασθενείς της «...Ένοιωθα ότι η προσφορά μου σε εκείνο το τμήμα ήταν πιο ουσιαστική..... και να τον βοηθήσεις να μπορέσει να αντεπεξέλθει εκείνη τη δύσκολη περίοδο.....».

Δεν κράτησε όμως παραπάνω από ένα χρόνο αυτή η περίοδος, μια και τα συμπτώματα από το σώμα της ξαναεμφανίστηκαν, κατάσταση που η ίδια το αποδίδει στη συνήθεια. Μόλις, δηλαδή, εξοικειώθηκε με τα πεπραγμένα της κλινικής, μόλις, θα λέγαμε τα κατάφερε να αντεπεξέλθει με τις δυσκολίες του καινούργιου χώρου «..... μετά την εξοικείωση, περίπου στο χρόνο άρχισα να νοιώθω ξανά το πλάκωμα στο στήθος και να μην με ευχαριστεί η δουλειά και δεν ήθελα να πάω. Με την

πάροδο του χρόνου εμφανίστηκαν ξανά τα σωματικά ενοχλήματα όπως κάψιμο στο στομάχι....».

Η Χαρά κάπου σ' αυτό το σημείο αποφάσισε να αλλάξει εργασία με αποτέλεσμα να σπουδάσει ψυχολογία και να εργαστεί με το λόγο των ασθενών της κι όχι με το σώμα τους, να εργαστεί με το να σκέφτεται για τα αίτια και τις συμπεριφορές τους «.... ως ψυχολόγος προς το παρόν υπάρχει ενδιαφέρον, παραμένει καινούργιο το αντικείμενο, Αλλά και στο νέο της επάγγελμα ξανασκόνταψε στην επαφή της με την ασθένεια «....υπάρχουν στιγμές που με κουράζει να ακούω....» και επέστρεψε σε συμπεριφορές του πρώιμης επαγγελματικής της περιόδου. Για ακόμη μια φορά είχε αποφευκτική συμπεριφορά με τους ασθενείς και την ασθένειά τους «.....Μερικές φορές πιάνω τον εαυτό μου να αποφεύγει κάποιες επισκέψεις, ιδιαίτερα όταν οι ασθενείς δεν μιλούν εύκολα. Προσπαθώ να αποφύγω επώδυνες καταστάσεις....» για να καταλήξει στη γνώση ότι η επαφή της με την ασθένεια είναι αυτό που την ενοχλεί «...και αυτό που με ενοχλεί περισσότερο είναι ότι τα επαγγέλματα με ασθένειες δεν σου δίνουν το «δικαίωμα» να μπορείς να δείξεις τη χαρά σου, να παίζεις με χρώματα...», και να επιθυμήσει έμμεσα μια νέα εργασία όπου η ασθένεια δεν θα είναι παρούσα και έτσι η ίδια θα μπορεί να μεταφέρει ανένοχα τη χαρά και αισιοδοξία του δικού της εαυτού.



Στα γεγονότα της επαγγελματικής αφήγησης της Χρύσας μπορούμε να παρατηρήσουμε, ότι τα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας δεν χρειάστηκε να αντιμετωπίσει το φαινόμενο των ταυτίσεων με τους ασθενείς που νοσήλευε και από τη μια ο μηχανισμός της εκλογίκευσης τη βοηθούσε να αντεπεξέλθει στην καθημερινότητα της χειρουργικής κλινικής που εργαζόταν και από την άλλη το γεγονός ότι μπορούσε να νοσηματοδοτήσει την προσφορά της «...ήταν περιστατικά που γνώριζες εκ των προτέρων την πορεία τους και την ίασή τους, ήξερες πως αυτό που προσφέρεις, η φροντίδα θα έχει θετικό αποτέλεσμα και δεν θα είναι μάταιη...».

Η πρώτη της συνάντηση με το γεγονός της ταύτισης ήταν όταν άλλαξε κλινική και άρχισε να εργάζεται στη μονάδα τεχνητού νεφρού όπου έπρεπε μέρα παρά μέρα να συναντάει τους ίδιους ασθενείς για πέντε ολόκληρες ώρες. Το όνομα του πρώτου ασθενούς που έμελλε να αλλάξει τον τρόπο της σχέσης της με τους

ασθενείς ήταν Γιώργος «...Δεν ξέρω γιατί, αλλά με τον Γιώργο είχα μεγαλύτερη οικειότητα σε σχέση με τους άλλους ασθενείς που και εκείνους έβλεπα καθημερινά....».

Η ίδια συνδέθηκε και με μέλη του οικογενειακού του περιβάλλοντος «....ο αδελφός του έμενε κοντά στο σπίτι μου και εκ των πραγμάτων ερχόταν συχνά στον αδελφό του...» ενώ οι ταυτίσεις της με τον ασθενή όλο και γινόταν περισσότερες κατάσταση που της δημιουργούσε άγχος και ενοχές «.....είμαστε σχεδόν στην ίδια ηλικία και αισθανόμουν τύψεις που εγώ μπορούσα να γελάω, να χαίρομαι ενώ ο Γιώργος έπρεπε μέρα παρά μέρα να βρίσκεται σε ένα μηχάνημα το οποίο του όριζε την ζωή και εγώ ήμουν αυτή που το χειριζόμουν. Κάθε μέρα όμως που περνούσε πιεζόμουν όλο και περισσότερο από αυτή τη σχέση, κυρίως συναισθηματικά.....».

Η κατάσταση έγινε πιο δύσκολη όταν η σχέση της με τον ασθενή Γιώργο έγινε φιλική κι ο ίδιος γνωρίστηκε με το οικογενειακό και φιλικό της περιβάλλον «....με τον άνδρα μου τον καλέσαμε να μας ακολουθήσει σε ένα φιλικό σπίτι όπου θα πηγαίναμε. Όλη η παρέα έτρωγε και έπινε, άρχισα να αισθάνομαι άσχημα και να έχω ενοχές γιατί χωρίς να το σκεφτώ είχα φέρει σε δύσκολη θέση τον Γιώργο ο οποίος έπρεπε να ελέγχει την δίαιτα του. Δεν έτρωγα και εγώ νομίζοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα του συμπαραστεκόμουν στον τρόπο ζωής που ήταν υποχρεωμένος να ακολουθεί....». Τότε η Χρύσα τη νόσο του Γιώργου άρχισε να τη φοβάται και να τη βλέπει σε αγαπημένα της πρόσωπα αλλά και στον εαυτό της «.....παράλληλα εκείνη την εποχή είχα αρχίσει να κάνω σκέψεις πως κάποιο συγγενικό μου πρόσωπο ή ακόμη και εγώ θα μπορούσε να πάθει νεφρική ανεπάρκεια....», ενώ το σώμα της δεν έμεινε αμέτοχο σ' αυτές τις σκέψεις και το άγχος «.....τα βράδια δεν κοιμόμουν καλά, ένιωθα έντονες ναυτίες, δεν ήθελα να έρθει η ώρα να πάω για δουλειά. Ταυτόχρονα εκείνο το διάστημα παρουσίασα έκζεμα στα χέρια μου και όσο περνούσε ο καιρός επιδεινώνονταν συνέχεια σε σημείο να ματώνουν τα χέρια μου....».

Η Χρύσα σ' αυτή την κρίση απάντησε με την επιθυμία να αλλάξει εργασιακό χώρο μέχρι και που να επιθυμήσει και το κυκλικό ωράριο της Χειρουργικής Κλινικής «.....έκανα κυκλικό ωράριο με αρκετές νυχτερινές βάρδιες, παρόλα αυτά τότε ήθελα να πάω στη δουλειά αγαπούσα αυτό που έκανα δεν αντιμετώπιζα στο τμήμα αυτό την αβεβαιότητα και τον ξαφνικό θάνατο, όπως στην περίπτωση της μονάδας νεφρού.....», αρκεί να μην αισθάνεται αυτό το αδιέξοδο που της προκαλούσε η μονάδα του

Τεχνητού Νεφρού και η παρουσία του Γιώργου «.....Η δουλειά μου είχε γίνει αφόρητη, ήθελα να αλλάξω τμήμα, ένωθα κάθε μέρα απογοητευμένη, νόμιζα πως έφταιγα εγώ για την όλη κατάσταση, σαν να μην μπορούσα να προσφέρω αυτά που ήθελα.....».

Όταν ο Γιώργος έφυγε από τη ζωή η Χρύσα μπήκε σε διαδικασία πένθους «....τα συναισθήματα μου δεν περιγράφονται, πόνος, απογοήτευση, θυμός αδικία και ένα μεγάλο γιατί....», και η εμφάνιση του εκζέματος στα χέρια της έγινε τρόπαιο μνήμης, μια που εμφανιζόταν από τότε και μετά στα δύσκολα της ζωής της και πάντα της θύμιζε «.....το έκζεμα μου σε τραγική κατάσταση δεν με εγκατέλειπε όπως με εγκατέλειψε ο Γιώργος, αντίθετα κάθε φορά που αγχώνομαι έρχεται και μου θυμίζει αυτές τις καταστάσεις.....».

Αν και άλλαξε κλινική, αν και πέρασε καιρός , αν και προσπάθησε να αποφύγει το σχετίζεσθαι με τους ασθενείς, η Χρύσα δεν κατάφερε από τότε να πάψει να ταυτίζεται με τους ασθενείς της με έναν τρόπο αδιέξοδο που της δημιουργούσε συμπτώματα και φόβους για την ίδια «....έχω διαπιστώσει πως δεν μπορώ να αποφύγω το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, το οποίο είναι υπεύθυνο για την άσχημη ψυχολογική μου κατάσταση, νιώθω να βιώνω κάθε φορά την κατάσταση του ασθενούς σαν να ήμουν εγώ στη θέση του, ενώ ταυτόχρονα το έκζεμα και οι ναυτίες επιστρέφουν από το πουθενά....».

Η ψυχοσωματική εμπλοκή

Η Δώρα από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας άρχισε να παρουσιάζει συναισθηματικές δυσκολίες κατά την καθημερινή της επαφή με τους ασθενείς που νοσήλευε. Στον πίνακα 1, μπορούμε να παρατηρήσουμε προτάσεις από την γραπτή της αφήγηση που μας δηλώνουν την ψυχοσωματική της εμπλοκή.

Πίνακας4 : Προτάσεις από την αφήγηση της Δώρας που δεικνύουν την ψυχοσωματική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας

▪ υπάρχει ένα βάρος στο στήθος μου.
▪ έρχομαι καθημερινά αντιμέτωπη με τον ανθρώπινο πόνο και τον θάνατο.
▪ επηρεάζομαι άμεσα τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.
▪ προσπαθώ να κρύψω τα δυσάρεστα συναισθήματα
▪ κατέληγα πάντα να ταυτίζομαι με τον ασθενή
▪ να σκέφτομαι πως είμαι και εγώ άρρωστη,

- να νιώθω πως έχω τα ίδια συμπτώματα,
- έφερνα στη θέση του ασθενή νοερά τα άτομα της οικογένειάς μου.
- μου δημιουργούσε τεράστιο άγχος
- είχε ανασταλτική δράση στην προσπάθεια προσέγγισης και επικοινωνίας με τον ασθενή καθώς και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας.
- Πολλές φορές ένιωθα θλίψη
- ήθελα να κλάψω
- πάντα έκρυβα αυτό το συναίσθημα γιατί έτσι έπρεπε να γίνει στο χώρο εργασίας,
- έπρεπε να φαίνομαι δυνατή.
- ένιωσα μια ενόχληση στο λαιμό, έναν ξερόβηχα και την αίσθηση ότι κάτι υπήρχε στο λαιμό μου και με ενοχλούσε χωρίς να με πονάει
- Επισκέφθηκα έναν Ω.Ρ.Λ γιατρό,
- Η ακτινογραφία που έγινε
- μου δόθηκε αγωγή για αλλεργία αφού σε εξετάσεις που είχα κάνει βρέθηκε πως ήμουν αλλεργική στην σκόνη και σε διάφορα είδη φυτών.
- Τα συμπτώματα όμως δεν υποχωρούσαν
- σκέφτηκα ότι τώρα ήταν η σειρά μου να αντιμετωπίσω τον καρκίνο,
- θύμωσα πολύ,
- στεναχωρήθηκα
- άρχισα να τρελαίνομαι
- Ζήτησα να κάνω λαρυγγοσκόπηση
- έδειξε ότι δεν υπήρχε τίποτα που να δικαιολογεί τον παράλογο φόβο μου
- Για λίγο καιρό είχα ηρεμήσει προσπαθώντας να αποβάλλω τις αρνητικές σκέψεις από το μυαλό μου,
- έπρεπε να συγκεντρωθώ πρώτα στην οικογένειά μου
- και έπειτα στην εργασία μου, η οποία μου είχε γίνει αφόρητη με όλες αυτές τις σκέψεις να με κατακλύζουν,
- να σκέφτομαι ήδη το θάνατο μου και τον αποχωρισμό από τα αγαπημένα μου πρόσωπα,
- και το τι θα γινόταν μετά, πως θα συνέχιζαν τα παιδιά μου χωρίς τη μητέρα τους σε τόσο μικρή ηλικία,
- σκέψεις που ίσως να ακούγονται χαζές
- αλλά που δεν έπαυαν να υπάρχουν.

- ξαφνικά την ώρα που έκανα το μπάνιο μου έβηξα και είδα αίμα να βγαίνει από το στόμα μου.
 - Έχασα τη γη κάτω από τα πόδια μου
 - αυτό που φοβόμουν τόσο καιρό γινόταν έτσι ξαφνικά
 - ήθελα να εξαφανιστώ, να φωνάξω, να κλάψω
 - έπρεπε να συγκρατηθώ γιατί έξω ήταν τα παιδιά μου
 - αιμορραγούσα και από την μύτη,
 - δεν μπορούσα να σκεφτώ λογικά
 - ένιωθα να μην πατώ στη γη.
 - συγκρατώντας με δυσκολία τα δάκρυα
 - Εκείνο το βράδυ δεν πρόκειται να το ξεχάσω ποτέ,
 - είδα ολόκληρη τη ζωή μου να περνάει μπροστά από τα μάτια μου,
 - παρόν και παρελθόν είχαν γίνει ένα,
 - σκέφτηκα ότι δεν έπρεπε να είχα κάνει οικογένεια,
 - σκέφτηκα τι είχα κάνει λάθος,
 - η μοναδική σκέψη που στροβιλιζόταν στο μυαλό μου ήταν η περίπτωση της Ελένης
 - Εκείνο το πρωινό δούλευα αλλά
 - ήμουν σαν να μην υπήρχα στο τμήμα
 - χαμένη σε ένα κόσμο σκέψεων δεν λειτουργούσε τίποτε επάνω μου.
-
- να βρω κάποιον πνευμονολόγο
 - θα ξεκινήσουμε με μια απλή ακτινογραφία θώρακος
 - έγιναν εξετάσεις για τον βάκιλο του Koch
 - να επαναληφθεί η ακτινογραφία σε 10 ημέρες
 - άρχισα πάλι να γεμίζω άγχος
 - ήθελα να μην ξαναδώ μπροστά μου νοσοκομείο,
 - ήθελα να παρατήσω το επάγγελμά μου το οποίο είχα αρχίσει να θεωρώ κατά κάποιον τρόπο «συνυπεύθυνο» για την κατάστασή μου,
 - πίστευα ότι από το χώρο εργασίας είχα επιβαρυνθεί τόσο πολύ ψυχολογικά
 - είχα φτάσει σε τέτοιο σημείο παραλογισμού
 - ο ύπνος μου είχε διαταραχθεί είχα αρχίσει να έχω αϋπνίες, έβλεπα εφιάλτες
 - είχε αρχίσει να διαταράσσεται εξαιτίας μου η οικογενειακή γαλήνη.

- δεύτερη ακτινογραφία
- είχα ξεχάσει να αναφέρω στους πνευμονολόγους ότι με την αιμόπτυση που είχα στην αρχή είχα ταυτόχρονα αιμορραγία και από τη μύτη,
- φάνηκα γελοία γιατί τους είδα να γελούν
- Νομίζω ότι με θεώρησαν αν όχι τρελή τουλάχιστον υστερική,
- δεν με νοιάζει
- να βάλω στην άκρη το άγχος της καθημερινής δουλειάς,
- να μην παίρνω τοις μετρητοίς όσα αντιμετωπίζω στο χώρο του νοσοκομείου,
- να ξεχάσω την Ελένη και την κάθε Ελένη,
- απέφευγα να συμμετέχω σε συζητήσεις που αφορούσαν τους ασθενείς και την εξέλιξη τους,
- Ένα πράγμα με ενοχλούσε στη δουλειά
- ο τραυματιοφορέας για να παραλάβει κάποιον νεκρό.
- Η εικόνα του νεκρού που μεταφέρεται και των οικείων του που ακολουθούν στηριζόμενοι ο ένας στον άλλο
- με έκανε να αισθάνομαι φοβερά πιεσμένη
- να νιώθω ένα πόνο στο στήθος ο οποίος αντανakλούσε και στην πλάτη,
- Άρχισα να νιώθω δύσπνοια εκεί που πραγματικά δεν υπήρχε,
- επισκέφτηκα πνευμονολόγο αυτή τη φορά ιδιώτη,
- είμαι τελείως καλά.
- Εγώ όμως δεν ησύχαζα,
- μετά από μια εβδομάδα την επισκέφτηκα ξανά
- ζήτησε να γίνει ακτινογραφία
- Έγινε η ακτινογραφία
- ίσως το επόμενο βήμα θα είναι για εμένα ο ψυχολόγος ή ακόμη χειρότερα ο ψυχίατρος,
- η ιστορία αυτή κράτησε περίπου ένα χρόνο
- με εμένα σε μια κατάσταση πανικού
- να τρέχω από γιατρό σε γιατρό
- για να αποδείξω και εγώ δεν ξέρω τι,
- ίσως τον φόβο και την αγωνία που βιώνω καθημερινά στο χώρο εργασίας
- το υπερβολικό άγχος
- Το επάγγελμα του νοσηλευτή θεωρώ πως είναι ένα από τα δυσκολότερα επαγγέλματα και ίσως κανένα άλλο δεν σε φέρνει τόσο κοντά με τον

ανθρώπινο πόνο και την απειλή του θανάτου, είναι εξαντλητικό σωματικά και ψυχικά. Έφτασα στο σημείο να πιστεύω ότι έχω αρχίσει να τρελαίνομαι και να υπερβάλω σε μεγάλο βαθμό. Πιστεύω όμως ότι οι νοσηλευτές ασκούν πρώτα λειτούργημα και μετά το θεωρώ επάγγελμα, η διαχείριση του ανθρώπινου πόνου και η φροντίδα του ασθενή μόνο λειτούργημα πρέπει να θεωρείται και για να το ασκείς θα πρέπει να αγαπάς τον ασθενή, τον εαυτό σου αλλά και την ίδια τη ζωή.....».



Η Νίκη από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας είχε νοσηματοδοτήσει την καθημερινή της προσφορά στους ογκολογικούς ασθενείς. Μετά από αρκετά χρόνια, όμως, εργασίας και προσφοράς και με αφορμή την εγκυμοσύνη της άρχισε να νοιώθει αμφιθυμικά συναισθήματα και στο τέλος της αφήγησής της παρουσιάζει τους προβληματισμούς της για τις δυσκολίες που υπάρχουν στην εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται προτάσεις από την γραπτή της αφήγηση που μας δηλώνουν την ψυχοσωματική της εμπλοκή.

Πίνακας 5 : Προτάσεις από την αφήγηση της Νίκης που δεικνύουν την ψυχοσωματική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας

Οι νοσηλευτές και οι γιατροί που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα έχουν να πολεμήσουν με ένα κοινό εχθρό έναν «ξένο»

Σε αυτή τη συνάντηση όφειλα να παρευρεθώ

διένυα τον 5^ο μήνα της εγκυμοσύνης μου την περίοδο εκείνη

Υπήρχαν στιγμές που παραλίγο να λυγίσω

αλλά η υπερηφάνεια και η ψυχική δύναμη που έπρεπε να διαθέτω δεν το επέτρεπαν

ακόμη και όταν είχα κάποιο πρόβλημα με την εγκυμοσύνη μου και το μωρό

έπρεπε να είμαι εκεί για να παλέψω για τον ασθενή

η κόρη του, αυτό το αξιοθαύμαστο πλάσμα η Ε..., στήριξε και εμένα

όσο και να ακούγεται περίεργο

το διάστημα εκείνο που και εγώ βρισκόμουν σε μια κρίση

η εγκυμοσύνη είναι μια κρίση

κάθε γυναίκα καλείται να αναθεωρήσει το παρόν και το μέλλον της.
Οι συνάδελφοί μουμε προστάτευαν
οι σκέψεις όμως για την επίδραση που θα μπορούσαν να έχουν τα κυτταροστατικά στο έμβρυο άρχισαν να με κατακλύζουν
και να μου δημιουργούνται διλήμματα
πρώτη φορά που ένιωθα αποστροφή για το επάγγελμα και για τον συγκεκριμένο χώρο
Στάθηκα πλάι του καθησυχάζοντας τον και καταγράφοντας λεπτομερώς όλα τα σοβαρά συμβάντα
καμία προσπάθεια από την πλευρά του αλλά και καμία από την πλευρά μου
Με τον κο Κ. δεν τα κατάφερα εξαιτίας της εγκυμοσύνης μου
Ήταν δικαιολογία αυτό ή αναγκαία συνθήκη;
Δεν είναι λίγες οι φορές που έχω σκεφτεί την αλλαγή τμήματος με λιγότερο ανθρώπινο πόνο
με λιγότερο φόβο και άγχος όσον αφορά την ανθρώπινη ζωή
ένα χώρο όπου θα ξέρω ότι αγωνίζομαι για την ίαση του ασθενή η οποία είναι βέβαιη όσο χρόνο και αν πάρει, να ξέρω ότι η μάχη που θα δώσω δεν θα είναι άνιση
δεν μπορούμε να γνωρίζουμε σε βάθος χρόνου αν η συνεχή επαφή μας με τα κυτταροστατικά δεν θα έχει άμεσες επιπτώσεις στην σωματική μας υγεία
και η μακροχρόνια επαφή μας με περιστατικά καρκίνου δεν θα μας καταβάλει ψυχικά
Πολλές φορές νιώθω απογοητευμένη
ο κόπος που καταβάλλουμε είναι άδικος
αναρωτιέμαι ποιος ο λόγος που γίνονται όλα αυτά
γιατί υπάρχει ο καρκίνος;
γιατί να μην πέθαιναν οι άνθρωποι μόνο από τα γηρατειά και την φυσιολογική φθορά του χρόνου;
θα μπορώ και μέχρι τότε να αντιμετωπίζω τέτοιου είδους περιστατικά;
θα μείνω ανεπηρέαστη από αυτή τη συνεχή μάχη με τον καρκίνο, τον πόνο που αυτός προκαλεί και τον θάνατο;
Νιώθω εγκλωβισμένη σε μια διαρκή μάχη ανάμεσα στον καρκίνο, τους ασθενείς τους συγγενείς τους και τον εαυτό μου
Αισθάνομαι μια συνεχή κόπωση σε όλο μου το κορμί

νιώθω έντονη ναυτία και ανορεξία
την ένταση της δουλειάς την μεταφέρω στο σπίτι μου.
ήμουν άτομο με τεράστια αποθέματα ψυχικής δύναμης
δεν ξέρω όμως πόσο θα διαρκέσουν αυτά τα αποθέματα και αν κάποια στιγμή θα εξαντληθούν



Ο Γιώργος από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας είχε νοηματοδοτήσει την καθημερινή της προσφορά στους ογκολογικούς ασθενείς. Μετά από αρκετά χρόνια, όμως, εργασίας και προσφοράς και με αφορμή την εγκυμοσύνη της άρχισε να νοιώθει αμφιθυμικά συναισθήματα και στο τέλος της αφήγησής της παρουσιάζει τους προβληματισμούς της για τις δυσκολίες που υπάρχουν στην εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης. Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται προτάσεις από την γραπτή του αφήγηση που μας δηλώνουν την ψυχοσωματική του εμπλοκή.

Πίνακας 6 : Προτάσεις από την αφήγηση του Γιώργου που δεικνύουν την ψυχοσωματική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας

έχω έρθει αντιμέτωπος με δυσκολίες όσον αφορά τα περιστατικά που είχα να διαχειριστώ
Περιστατικά πολλά και δύσκολα στην παροχή φροντίδας για τους ασθενείς αλλά και ψυχικής ισορροπίας για εμένα
δεν διέκρινα τα προβλήματα που συσσωρεύονταν
ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει «γερό» στομάχι
τα ωράρια εξαντλητικά
αδυναμία αναγνώρισης της προσφοράς καθώς
απουσία προοπτικών εξέλιξης και επιμόρφωσης
νιώθω πως βρίσκομαι σε ένα χώρο που με πνίγει
θέλω με κάθε τρόπο να εγκαταλείψω
νιώθω συνεχώς αγχωμένος
εγκλωβισμένος,
να μην με καλύπτει σχεδόν τίποτα,
να μην σκέφτομαι τις ανάγκες του ασθενή

συχνά εκνευριζόμουν
διαπληκτιζόμουν με τον ασθενή
δίνοντας έτσι όχι την σωστή εικόνα του εαυτού μου
εκτελώ τελείως μηχανικά την δουλειά μου
να μετρώ την ώρα που θα έφευγα από εκεί
Ένιωθα συνεχώς κουρασμένος
υπερένταση
μου δημιουργούσε ένα σφίξιμο στο στομάχι
μια δυσκολία στην αναπνοή
πιο τρόπο θα μπορούσα να λείπω όσο γινόταν περισσότερο από την εργασία μου
είχα πάρει αρκετές αναρρωτικές άδειες προφασιζόμενος προβλήματα υγείας
είχα λείψει αδικαιολόγητα
καθημερινή επαφή με τον πόνο
φόβος του θανάτου
θέλησα να κλάψω
δεν το έκανα ποτέ
δεν με άφηνε ο ανδρικός εγωισμός
θα με έδειχνε αδύναμο
στην θέση των διάφορων ασθενών κάποια μέρα θα βρεθώ εγώ
να δω σε αυτή τη θέση αγαπημένα μου πρόσωπα
αν είχα ακολουθήσει οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα
δεν θα είχα την καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο
θα είχα ίσως καλύτερες συνθήκες εργασίας
εκτελώ μόνο τις νοσηλευτικές τεχνικές
χωρίς να με ενδιαφέρει πια η επαφή με τον ασθενή
δεν θέλω να δώσω τα περιθώρια στον ασθενή να έρθει πιο κοντά σε εμένα
θέλω απλά να κάνω τη δουλειά που μου έχει ανατεθεί χωρίς κανένα κόστος
προσπαθώ να απωθώ τα συναισθήματα που με κατακλύζουν στις καταστάσεις πόνου και απελπισίας των ασθενών
βλέπω την μεγάλη αλλαγή που έχει συντελεστεί επάνω μου
νιώθω πως δεν έχω να προσφέρω τίποτα
ή δεν θέλω;
γιατί, τι φταίει;

βρίσκομαι μέσα σε ένα λαβύρινθο δυσάρεστων συναισθημάτων, άγχους και κόπωσης

μάταια επιζητώ την Αριάδνη η οποία με τον μίτο της θα με βοηθήσει να απεγκλωβιστώ



Η Χαρά από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας είχε δυσκολίες με την προσαρμογή της με την ασθένεια και τους ασθενείς. Μετά από αρκετά χρόνια εργασίας αλλά και αλλαγή αντικειμένου, μια που έγινε ψυχολόγος, αισθάνεται η σχέση της με τους ασθενείς να μην την ικανοποιεί και έμμεσα μας δηλώνει πως θα επιθυμούσε να μην εργάζεται με την ασθένεια. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται προτάσεις από την γραπτή της αφήγηση που μας δηλώνουν την ψυχοσωματική της εμπλοκή.

Πίνακας 7 : Προτάσεις από την αφήγηση της Χαράς που δεικνύουν την ψυχοσωματική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας

Τον πρώτο χρόνο στην κυριολεξία κοιμόμουν

δούλευα 8 ώρες και τις υπόλοιπες κοιμόμουν

στα ρεπό μου κοιμόμουν όλη μέρα

Δεν είχα ξανανιώσει ποτέ έτσι

Ήταν κάτι που δεν μου άρεσε

με τρώμαζε

δεν μπορούσα να κάνω κάτι να το αλλάξω.

οι ασθενείς του ακτ/θεραπευτικού τμήματος με τις διάφορες παραμορφώσεις ιδιαίτερα στο πρόσωπο, που ούτε ο Χίτσκοκ θα μπορούσε να φανταστεί...

φοβερές κατακλίσεις

τραύματα που δεν έκλειναν με τίποτα

δεν υπήρχε και ο χρόνος να τα επεξεργαστούμε

όλα γινόντουσαν σε έντονους ρυθμούς

πολύ δουλειά

κούραση να συσσωρεύεται

αντιδρούσα με επιχείλιο έρπη

Ένοιωθα πολύ μόνη

για όλα αυτά που βίωνα

κυκλικό ωράριο που από μόνο του σε αποδιοργανώνει
 εστιαζόμουν μόνο στο κομμάτι της δουλειάς
 προσπαθούσα να μην συνδεθώ με ασθενείς ή συνοδούς
 Έκανα τη δουλειά μου «στείρα»
 Μου άρεσε να δουλεύω πιο πολύ ότι δεν είχε σχέση με ασθενείς
 δεν ήθελα να μπαίνω σε θαλάμους
 και όταν έπρεπε, ίσα- ίσα για να κάνω τη νοσηλεία
 χωρίς πολλά λόγια
 είχα σωματικές ενοχλήσεις
 κυρίως από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως οισοφαγίτιδα, σπαστική κολίτιδα
 ήδη ένοιωθα κουρασμένη
 ήθελα κάτι να κάνω αλλά δεν ήξερα τι ακριβώς
 όλα μου έφταιγαν
 δεν ήθελα να πάω στη δουλειά
 δεν είχα διάθεση για πολλά πράγματα
 Δεν μου άρεσε αυτό που έκανα
 ένοιωθα ένα πλάκωμα στο στήθος
 Δεν μπορούσα να βρω ευχαρίστηση σε τίποτα
 προσπαθούσα να βρω τρόπους να ξεφύγω
 είχα μια κρίση σπαστικής κολίτιδας με έντονο πυρετό.
 πρόταση να πάω στο χημ/κό τμήμα
 η αλλαγή τμήματος με είχε καθησυχάσει
 δεν απέφευγα να συνδεθώ με τους ασθενείς
 μερικοί από αυτούς μάλιστα στάθηκαν δάσκαλοι για μένα
 Ένοιωθα ότι η προσφορά μου σε εκείνο το τμήμα ήταν πιο ουσιαστική
 στο χρόνο άρχισα να νοιώθω ξανά το πλάκωμα στο στήθος
 να μην με ευχαριστεί η δουλειά
 δεν ήθελα να πάω
 εμφανίστηκαν ξανά τα σωματικά ενοχλήματα
 κάψιμο στο στομάχι
 Η γαστροσκόπηση δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα
 δεν μου έφταναν οι μέρες των αδειών
 Ένοιωθα μονίμως κουρασμένη

Απογοητευμένη
άγχος που γινόταν κάποιες ώρες πιο έντονο
Ήμουν πιο ευερέθιστη
εύκολα ευσυγκίνητη
είχα πάθει και μια ήπια κρίση πανικού
έμαθα για τη σχολή της ψυχολογίας και άρχισα να ετοιμάζομαι
ένταση λόγω της άδειας που ήθελα για τις εξετάσεις
με αποτέλεσμα να πάθω μαστίτιδα με πολύ ψηλό πυρετό
στη σχολή ένοιωθα να κρατώ την αναπνοή μου
Κρατούσα τα πάντα σε έλεγχο, ακόμα και την «υγεία» μου
Αναρρωτικές χρειάζομαι να πάρω μόνο στις εξεταστικές περιόδους
Στη δουλειά προσπαθούσα να είμαι συνεπής
Ως ψυχολόγος προς το παρόν υπάρχει ενδιαφέρον
υπάρχουν στιγμές που με κουράζει να ακούω
πιάνω τον εαυτό μου να αποφεύγει κάποιες επισκέψεις
Προσπαθώ να αποφύγω επώδυνες καταστάσεις
και αυτό που με ενοχλεί περισσότερο είναι ότι τα επαγγέλματα με ασθένειες δεν σου δίνουν το «δικαίωμα» να μπορείς να δείξεις τη χαρά σου, να παίξεις με χρώματα
Σωματικές ενοχλήσεις δεν έχω προς το παρόν
ας ελπίσω ότι έτσι θα συνεχίσει και στη συνέχεια



Η Χρύσα από την αρχή κιόλας της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας είχε δυσκολίες με την προσαρμογή της με την ασθένεια και τους ασθενείς. Μετά από αρκετά χρόνια εργασίας αλλά και αλλαγή αντικειμένου, μια που έγινε ψυχολόγος, αισθάνεται η σχέση της με τους ασθενείς να μην την ικανοποιεί και έμμεσα μας δηλώνει πως θα επιθυμούσε να μην εργάζεται με την ασθένεια. Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται προτάσεις από την γραπτή της αφήγηση που μας δηλώνουν την ψυχοσωματική της εμπλοκή.

Πίνακας 8 : Προτάσεις από την αφήγηση της Χρύσας που δεικνύουν την ψυχοσωματική εμπλοκή κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής της σταδιοδρομίας

πάντα αναρωτιέμαι τι ήταν αυτό που με ώθησε σε αυτό τον χώρο και εντέλει με κράτησε και συνεχίζω να το ασκώ

στην μονάδα τεχνητού νεφρού

Οι ασθενείς ήταν καθημερινά οι ίδιοι

μέρα παρά μέρα για πέντε ώρες μαζί τους

Ο Γιώργος ήταν ένας από αυτούς

με τον Γιώργο είχα μεγαλύτερη οικειότητα

Κάθε μέρα όμως που περνούσε πιεζόμουν όλο και περισσότερο από αυτή τη σχέση, κυρίως συναισθηματικά

αισθανόμουν τύψεις

Τα προβλήματα που εγώ αντιμετώπιζα στη δουλειά τα είχα μεταφέρει και στο σπίτι

άρχισα να αισθάνομαι άσχημα

και να έχω ενοχές

Δεν έτρωγα και εγώ νομίζοντας ότι με αυτό τον τρόπο θα του συμπαραστεκόμουν στον τρόπο ζωής που ήταν υποχρεωμένος να ακολουθεί

κάνω σκέψεις πως κάποιο συγγενικό μου πρόσωπο ή ακόμη και εγώ θα μπορούσε να πάθει νεφρική ανεπάρκεια

Η δουλειά μου που μέχρι τότε με ευχαριστούσε άρχισε να με αγχώνει πάρα πολύ

τα βράδια δεν κοιμόμουν καλά

ένιωθα έντονες ναυτίες

δεν ήθελα να έρθει η ώρα να πάω για δουλειά.

παρουσίασα έκζεμα στα χέρια μου

επιδεινώνονταν συνέχεια σε σημείο να ματώνουν τα χέρια μου

Η δουλειά μου είχε γίνει αφόρητη

ήθελα να αλλάξω τμήμα

ένιωθα κάθε μέρα απογοητευμένη

νόμιζα πως έφταιγα εγώ για την όλη κατάσταση

σαν να μην μπορούσα να προσφέρω αυτά που ήθελα.

Ο Γιώργος πέθανε

τα συναισθήματά μου δεν περιγράφονται

πόνος

απογοήτευση

θυμός
αδικία
και ένα μεγάλο γιατί
το έκζεμα μου σε τραγική κατάσταση δεν με εγκατέλειπε
όπως με εγκατέλειψε ο Γιώργος
αντίθετα κάθε φορά που αγχώνομαι έρχεται και μου θυμίζει αυτές τις καταστάσεις
Τελικά άλλαξα τμήμα
οι σκέψεις όμως ποτέ δεν με εγκαταλείπουν
έχω διαπιστώσει πως δεν μπορώ να αποφύγω το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, το οποίο είναι υπεύθυνο για την άσχημη ψυχολογική μου κατάσταση
νιώθω να βιώνω κάθε φορά την κατάσταση του ασθενούς σαν να ήμουν εγώ στη θέση του
ταυτόχρονα το έκζεμα και οι ναυτίες επιστρέφουν
Εύχομαι πολλές φορές να είχα επιλέξει κάποιον άλλο χώρο εργασίας
αυτό το επάγγελμα παρά τις δυσκολίες που παρουσιάζει έχει γίνει μέρος πλέον της καθημερινότητάς μου
το έχω αγαπήσει όσο και αν ακούγεται παράξενο
ίσως μόνο να χρειαζόμουν λίγη υποστήριξη τις δύσκολες στιγμές
Αυτές τις σκέψεις αν είχαν γίνει τα πρώτα χρόνια της εργασίας μου
να είχα σκεφτεί να εγκαταλείψω το χώρο του νοσοκομείου

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη, ενστερνιστήκαμε την θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης, που προτείνει ότι κάθε άτομο, ορίζει και βλέπει τον κόσμο διαφορετικά. Ο ερευνητής θα πρέπει να εμβαθύνει σ' αυτόν τον υποκειμενικό κόσμο των ιδεών, των εμπειριών και των αντιδράσεων των νοσηλευτών. Στην περίπτωση των ανθρώπινων όντων, αυτό που κάνει ουσιαστική τη διαφορά, είναι η ευρεία ακτίνα της υποκειμενικής ζωής, της νοητικής και φανταστικής συμπεριφοράς, που μεσολαβεί μεταξύ της παρόρμησης και της αντίδρασης (Denzin, 1989). Ο Desoille αναφέρεται στον απέραντο συμβολικό κόσμο της φαντασίας του υποκειμένου και στους ποικίλους ψυχικούς συνδυασμούς που δημιουργούνται από τη μεταβίβασή του από το πραγματικό στο φανταστικό και αντίστροφα.

Κάθε άνθρωπος ζει σε μία κοινωνία και επικοινωνεί με τους άλλους, κυρίως μέσω του λόγου του (γραπτού και προφορικού). "Το λέγειν, το σκέπτεσθαι, το επιθυμείν (θέλειν) αποτελούν τις τρεις βασικές σχέσεις μεταξύ του υποκειμένου με τον εαυτό του, τον άλλο, την κοινωνία και τη φύση (Λίποβατς, 1990)".

Η ύπαρξη των αφηγήσεων και της ανάλυσης του περιεχομένου τους καθώς και τα άμεσα και έμμεσα αποτελέσματά τους, γίνονται κατά κάποιο τρόπο ένα μεγάλο ταξίδι, μια εξερεύνηση της ψυχής, με όλες τις μεταμορφώσεις που αυτή υφίσταται μέσα στο γραπτό λόγο. Μια γλώσσα "εσωτερική" με την οποία το άτομο απευθύνεται στον ίδιο του τον εαυτό και στους άλλους. Οι αφηγήσεις τους δεν περιορίζονται απλά σε δρώμενα, αλλά επίσης περιέχουν και την έννοια που είχαν αυτά για εκείνους που τα υπέστησαν και τα περιγράφουν με τη "δική τους γλώσσα".

Η επιστημονική αξία αυτών των κειμένων με την αυθόρμητη προσωπική χροιά τους είναι μεγάλη τόσο σε επίπεδο συγκέντρωσης υλικού όσο και σε επίπεδο ανάλυσης μια και υπάρχει βιογραφικό υλικό στα κείμενα και η επιστροφή σ' αυτό το βιογραφικό υλικό "φανερώνει τα χάσματα, τις ρωγμές και ταυτόχρονα επιβεβαιώνει και αποκαλύπτει τη ζωή και τη συνέχειά της (Sartre, 1975)". Το υλικό μπορεί ν' αποτελέσει μια απεικόνιση της ψυχοκοινωνικής πορείας κάθε νοσηλευτή, ένα "ψυχοβιογράφημα".

Όλες οι αφηγήσεις απεικονίζουν η καθεμία με τον δικό της τρόπο, συνδυασμούς αγάπης-μίσους, επιθυμίας-φόβου, ζωής-θανάτου, επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις και όλους εκείνους τους συνδυασμούς συναισθημάτων που δρουν θετικά ή αρνητικά σε καθετί που ονομάζεται

ανθρώπινο πεπρωμένο. Σ' αυτά τα κείμενα παρατηρείται το να επιδιώκεται η αναπαραγωγή της πραγματικότητας μέσα από τις αναπαραστάσεις - αναμνήσεις των νοσηλευτών τόσο μέσα από το πρωτογενές υλικό (γραπτά κείμενα) όσο και από το δευτερογενές υλικό της ανάλυσης περιεχομένου. Τα κείμενα παρουσιάζουν μια δομή (αρχή, μέση, τέλος, άποψη), που δίνει συνήθως με λεπτομέρεια ένα σύνολο γεγονότων, τα οποία δημιουργούν ένα συναισθηματικό δεσμό μεταξύ του νοσηλευτή και του επαγγέλματός του. Όπως αναφέρει ο Clifford (1986), οι κυριότεροι τρόποι συγγραφής τέτοιων κειμένων είναι εξομολογητικοί, ρεαλιστικοί, διαλογικοί και πολυφωνικοί.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπως το άγχος των νοσηλευτών, φαίνεται να σκιαγραφούν ένα προφίλ των Νοσηλευτών στο χώρο της Φροντίδας και της Νοσηλευτικής, το οποίο διαφέρει από εκείνο άλλων επαγγελματικών ομάδων (π.χ. Cinamon & Rich, 2002a,b. Cinamon & Rich, 2005), αλλά συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης της M. Price και συν. (2005), σύμφωνα με την οποία η συχνή επαφή με τους ασθενείς και τα προβλήματα που παρουσιάζουν αποτελούν κύρια πηγή άγχους και καταπόνησης για τους νοσηλευτές.

Σε γενικές γραμμές, οι Νοσηλευτές της μελέτης μας δεν βρέθηκε να αντλούν σημαντική ικανοποίηση από το αντικείμενο και τη θέση εργασίας τους, αν και οι 5 θεωρούν ότι προσπάθησαν να νοσηματοδοτήσουν την εργασία τους. Και οι 5 αναγνωρίζουν ότι ο εργαζόμενος νοσηλευτής αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες και καταλήγουν ότι όλες αυτές οι δυσκολίες επηρεάζουν άμεσα το οικογενειακό τους περιβάλλον, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα της μελέτης της K.W. Boey (1999), κατά την οποία διαπιστώθηκε ότι η αύξηση της ψυχολογικής καταπόνησης συσχετίζεται με τη βαριά εργασία και έχει επιδράσεις στη ζωή στο σπίτι, πίεση στη δουλειά, παράπονα για ασθενείς και τους συγγενείς, φτωχή διαχείριση μη ικανοποιητικές πηγές και έλλειψη ελέγχου.

Όπως διαφαίνεται από τα ποιοτικά στοιχεία της παρούσας μελέτης, η στάση τους έναντι ζητημάτων που αφορούν την επαγγελματική πορεία και εξέλιξη στον κλάδο τους μοιάζει ιδιαίτερα απαισιόδοξη και απόλυτη, και όσον αφορά τη σχέση της εργασίας με την οικογένεια αισθάνονται αδιέξοδα, παρόλα αυτά οι ίδιοι προβληματίζονται για τα συναισθήματά τους και προσπαθούν αγωνιωδώς, θα μπορούσαμε να πούμε, να καταφέρουν μια ποιοτικότερη σχέση με τους ασθενείς και να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες και τον πόνο των ασθενών, κατάσταση που συμφωνεί και με τη μελέτη του Raines (2000), που κατέληξε στο ότι η πιο συχνή πηγή εμπειριών ηθικής καταπόνησης μεταξύ των νοσηλευτών ογκολογικών

τμημάτων ήταν η διαχείριση του πόνου. Βασική διαπίστωση της μελέτης του Raines ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν αξίες στην εργασία τους και αγωνίζονται να διαχειριστούν ηθικά διλήμματα όταν αυτά εμφανίζονται στην εργασία τους.

Οι νοσηλευτές της μελέτης μας αισθάνονται ηθικά καταπονημένοι και πολλές φορές αισθάνονται ηθικά διλήμματα κατά τη φροντίδα τους στους ασθενείς και φαίνεται πως τα αισθήματά τους συμφωνούν και με αυτά άλλων νοσηλευτών, μια που οι έρευνες για την ηθική καταπόνηση συνήθως γίνονται σε νοσηλευτές γιατί η ομάδα αυτή δεν είναι ικανή να δράσει σύμφωνα με της πεποιθήσεις της διότι δεν βρίσκεται σε υψηλή κλίμακα στον οργανισμό ενός νοσοκομείου, δεν λαμβάνει τέλος τις τελικές αποφάσεις οι οποίες αφορούν τη φροντίδα των ασθενών. Σε διάφορες καταστάσεις τα ηθικά διλήμματα προκαλούν σύγχυση και καταπόνηση μεταξύ όλων των κατηγοριών προσωπικού, τα διλήμματα ανατέλλουν γενικά μέσω των εμπειριών του προσωπικού με αντιμαχόμενους σκοπούς. Οι νοσηλευτές, οι γιατροί και άλλα μέλη του προσωπικού δεν συμφωνούν πάντα σε ηθικά θέματα. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τη διαφωνία μεταξύ της δέσμευσης των χορηγών φροντίδας στους ασθενείς και της δικής τους δέσμευσης στον οργανισμό μπορεί να υπάρξει διαμάχη μεταξύ διαφορετικών κατηγοριών προσωπικού υγείας (Honglund A. & Mats G., 2004).

Και οι 5 αισθάνονται αμφιθυμικά με την επιθυμία τους να αλλάξουν επάγγελμα και τα διαπλεκόμενα αμφιθυμικά συναισθήματά τους από τις αρνητικές κλινικές εμπειρίες, μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα σοβαρά συναισθηματικά τραύματα για αυτούς, μια και σύμφωνα με τις μελέτες των A. Baxter (2004) και T.W. Whitley et al. (2003), εξαιτίας της συχνής επαγγελματικής έκθεσης και της αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους παρατηρούνται τραυματικά συμβάντα, κούραση, και πολλές φορές αντιδράσεις παρόμοιες με το μετατραυματικό στρες, αλλά και σύμφωνα με μια άλλη μελέτη, που κατέληξε στο ότι «η κατάθλιψη στους νοσηλευτές εμφανίζεται με τρεις μορφές: κύρια καταθλιπτικά επεισόδια, καταθλιπτικά σύνδρομα και δυσφορία και τα άτομα που εργάζονται σε χώρους με υψηλή ψυχολογική πίεση (υψηλές ψυχολογικές απαιτήσεις, χαμηλή εξουσιοδότηση αποφάσεων) έχουν υψηλότερο επιπολασμό κατάθλιψης (Mausner A. et al., 2000)».

Όλοι οι νοσηλευτές της μελέτης μας αισθάνονται συχνά άγχος, κατάσταση που τους δημιουργεί αμφιβολία για τον επαγγελματικό τους ρόλο και έρχεται να συμφωνήσει με τη μελέτη του Y. Alamanos και των συνεργατών του (2005), κατά

την οποία διαπιστώθηκε ότι «οι επαγγελματικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών εγείρουν προδιαθεσικούς παράγοντες άγχους, αγχωτικής δυσλειτουργίας, οι οποίοι διαχωρίζονται σε τρεις διαστάσεις: αμφιβολία ρόλων, διαμάχη ρόλων και υπερφόρτωση ρόλων. Η μείωση του εργασιακού στρες σχετίζεται με την βελτίωση της εργασιακής ικανοποίησης. Προηγούμενες μελέτες για το βαθμό ατομικής υγείας μεταξύ των νοσηλευτών έχουν τονίσει την σχέση μεταξύ στρες και φτωχής SRH (self rated health). Προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλές ψυχολογικές και φυσικές απαιτήσεις καθώς και χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης φτωχού βαθμού ατομικής υγείας και χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης. Αν και έχει γίνει αρκετή έρευνα για τη σχέση χαμηλής εργασιακής ικανοποίησης και στρες μεταξύ των νοσηλευτών, η σχέση μεταξύ συμπεριφορών που σχετίζονται με το βαθμό υγείας των νοσηλευτών δεν έχει μελετηθεί ικανοποιητικά».

Για το άγχος που αισθάνονται και οι 5 νοσηλευτές της μελέτης μας, ως αποτέλεσμα της συχνής τους επαφής με τους ασθενείς, συμφωνεί και η μελέτη των Dunn L.A. et al. (1995), η οποία διαπιστώνει ότι η αντιμετώπιση του πόνου των ασθενών και οι «δύσκολοι ασθενείς» αποτελούν κύρια πηγή άγχους και συναισθηματικής καταπόνησης για τους νοσηλευτές.

Οι νοσηλευτές της μελέτης μας απάντησαν στην κρίση που βίωσαν ως αποτέλεσμα της εργασίας τους με σωματικά διαταραχές, κατάσταση που δεικνύει ότι βρέθηκαν, σύμφωνα με τους Thomsen και συν. (1999), σε υψηλή συναισθηματική εξουθένωση.

Το άγχος του νοσηλευτή ίσως και να ελαττωνόταν με την έμμεση και άμεση πολλές φορές αναφορά σε γεγονότα. Είναι αυτό, που αποκαλεί ο Franz Alexander (1946) διορθωτική συναισθηματική εμπειρία (corrective emotional experience).

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήσαμε να ερμηνεύσουμε και να αναδείξουμε τη σχέση των επαγγελματικών γεγονότων με τις ψυχοσωματικές δυσκολίες. Με βάση τις θεματικές ενότητες κατά την ανάλυση περιεχομένου και τις χαρακτηριστικές φράσεις που δημιουργήθηκαν, διαπιστώθηκε ότι όλες οι ψυχοσυναισθηματικές και σωματικές δυσκολίες που εμφάνισαν οι νοσηλευτές προέρχονται από πολυπαραγοντικά αίτια, με κυριότερα την πρωταρχική αμφιθυμική τους επιθυμία για το επάγγελμά τους, τις καθημερινές επαγγελματικές δυσκολίες καθώς και τις δύσκολες επαγγελματικές συνθήκες και σοβαρότερο αίτιο κατά την εκτίμησή μας την αδυναμία νοηματοδότησης μιας τόσο επώδυνης επαγγελματικής καθημερινότητας, χωρίς την βοήθεια και υποστήριξη από ειδικούς, μια και η αντίδραση στο στρες εξαρτάται σημαντικά, σύμφωνα με τον J. Van Oncioul 1996,

από το ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης είναι διαθέσιμες, όπως τεχνικές χαλάρωσης και εύρεση ισορροπίας. Εξάλλου και σύμφωνα με τους T. Morita & Y. Shima (2004), για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος πρέπει να υπάρξει πρόβλεψη για την μείωση των ωρών εργασίας, προσέγγιση της ομάδας ώστε να λυθούν αντιμαχόμενες σκέψεις, συνεργασία μόρφωση και εκπαίδευση σχετικά με την διαχείριση του πόνου.

Οι νοσηλευτές της μελέτης μας έβαλαν τον εαυτό τους σε ψυχοκοινωνικό κίνδυνο με το να σχετίζονται με τον πόνο των ασθενών, με αποτέλεσμα να αισθάνονται συχνά άγχος και φόβο. Άλλωστε και σύμφωνα με τη μελέτη των De Carvahlo και συν. (2005), η έκθεση των νοσηλευτών στον πόνο των ασθενών και των οικογενειών τους, οι γρήγορες αλλαγές στο τεχνολογικό τομέα που αφορά τη φροντίδα και τα υψηλά επίπεδα φυσικής εξάντλησης χωρίς ψυχολογική υποστήριξη των αναγκών τους συμβάλλουν στη δημιουργία άγχους και φόβου. Στην μελέτη τους οι De Carvahlo και συν., παρατηρώντας τα αποτελέσματα και τα ευρήματα της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουν ότι δραστηριότητες που αναπτύσσουν οι νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων είναι στρεσογόνες όσον αφορά τις σχέσεις του προσωπικού, τις απαιτήσεις του συστήματος, τις δυσκολίες που προκύπτουν από την παθολογική εξέλιξη της ασθένειας η οποία επιδρά στον ασθενή και την οικογένεια, συναισθηματικές απαιτήσεις από τον ασθενή που πεθαίνει και την διαδικασία θανάτου. Η θέα του ασθενή που υποφέρει και η έλλειψη δυνατότητας να κάνεις οτιδήποτε, η αίσθηση ότι δεν μπορείς να προσφέρεις όλα όσα μπορείς και όταν εξοπλισμός και εφόδια δεν είναι διαθέσιμα αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις που οδηγούν σε συναισθηματικές διαταραχές (De Carvahlo et al, 2005).

Η παραδοσιακή επαγγελματική κοινωνικοποίηση μας διδάσκει να αποφεύγουμε την συναισθηματική εμπλοκή στους χώρους εργασίας, κρατώντας τα συναισθήματά μας έξω από αυτή και διατηρώντας μια προσωπική απόσταση ασφαλείας από τους ασθενείς. Αυτή η στάση ωστόσο υποτιμά τη φροντίδα (Morse, Solberg, Neander, Botorff & Johnson, 1990) και απομακρύνει αυτόν που παρέχει φροντίδα από την συναισθηματική ικανοποίηση που είναι σύμφυτη στις συναισθηματικές εμπλοκές (Benner & Wrubel, 1989).

Σύμφωνα με τους Δ. Δαμίγο, Μ. Γκούβα και Ι. Βελίκη (2000), η «...Οι Νοσηλευτές διαχειρίζονταν καλύτερα την εμπλοκή στη σχέση τους με τους ασθενείς όταν : α) συμμετείχαν πλήρως σ' αυτή, βασιζόμενοι στο ένστικτό τους για το τι είναι σωστό και τι όχι. β) όταν, αντί να θέτουν όρια και αμυντικά τείχη, οργάνωναν και κατηγοριοποιούσαν πλευρές της εμπειρίας τους, με έναν τρόπο, που τους επέτρεπε να παραμένουν εμπλεκόμενοι, χωρίς να καταβάλλονται. γ)

όταν προσέφεραν βοήθεια , δίχως την ανάγκη ικανοποίησης, μόνο τους δικούς τους εγώ. δ) όταν έμπαιναν σε πνευματική και πρακτική κινητοποίηση για την ενίσχυση του ασθενή. ε) όταν η προσωπική τους ζωή ήταν καλή. στ) όταν βίωναν μια υπερβατικότητα και μια κάθαρση από την προσφορά τους. Η εμπλοκή και υπερεμπλοκή δεν είναι πάντα η ίδια και σχετίζεται με το άτομο, την ασθένεια, τις συνθήκες της κλινικής, τις επαγγελματικές σχέσεις...»

- **Adeb-Saeedi J.** (2002). Stress among emergency nurses. Austr. Emerg. Nurs J: 19 -24.
- **Alamanos Y., Pappas N., Dimoliatis I.** (2005). Self rated health, work characteristics and health related behaviors among nurses in sectional studies. BMC Nurs:4:8.
- **Alexander J., Lichtenstein R.** (1998). A casual model of voluntary turnover among nursing personel in long term psychiatric settings. Reasearch in nursing and health. 21: 415-427.
- **Arnetz ,Psychological challenges facing physicians of today. Soc. Scienc. Med 52(2001) pp203-213.**
- **Baba VV., Calperin BL., Lituchy TR.** (1999). Occupational mental health : a study of work related depression among nurses in the Caribbean. Int J,Nurs Stud. April. 36(2):163-169.
- **Bailit JL,, Blauchard MH.** (2004). The effect of house staff working hours on the quality of obstetric and gynecologic care. Obstretics and gynecology: 613-616.
- **Baxter A.** (2004). Post-traumatic stress disorder and the intensive care unit patient :implications for staff and advanced practice critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs. 23(4): 145-150.
- **Benjamin M., Curtis J.** (1981). Ethics in nursing, Oxford university press.
- **Boey KW.** (1999). Distressed and stress resistant nurses. Issues Ment Health Nurs :33-54.
- **Booth R.** (2002). The nursing shortage :a worldwide problem. Review of Latin America enfermage:392-400.
- **Brosche TA.** (2003). Death, dying and the icu nurse. Dimens Crit Care Nurs 22:173-179.
- **Caplan RP.** (1994). Stress, anxiety and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. BMJ 309:1261-1263.
- **Carson J., Kuipers E.** (1998). Stress management interventions. In occupational stress:personal and professional approaches ,Stanley Thornes ,Cheltenham,pp157-174.

- **Catt S., Jenkins V.** (2005). The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK. *Br J Cancer*. Nov 14. 93(10):1092-1097.
- **Chan S, Gambriel M.** The impact of work related risk on nurses during the SARS outbreak in Hong -Kong. *Fam community health*. July -August 2005, pp274-287.
- **Chang M, Hancock K.** Role stress in nurses : review of related factors and strategies for moving forward. March 2005 ,p57, *Nursing and health services*.
- **Chong MY, Wang WC** .Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *British journal of psychiatry*, 2004 ;185: 127-133.
- **Chou** 2005. Survey of psychiatric disorder after an earthquake. MINI diagnosis for a village population in Taiwan, *journal Formosan medical association* 2005 pp305-31.
- **Clarke S, Rockett J, Sloane D.** Organizational climate, staffing and safety equipment as predictor of needlestick injuries and near-misses in hospital nurses. *Am j infect control*, 2003 pp67-73.
- **Coffey M.** Stress and coping in forensic community mental health nurses. *NT research*. 2000 pp100-114.
- **Cooke M, Davis C.** The effect of aromatherapy massage with music on the stress and anxiety levels of emergency nurses. *Australasian emergency nursing journal*. September 2005 pp43-50.
- **Cushway D, Tyler P, Nolan P.** Development of a stress scale for mental health professionals. *British journal of clinical psychology*, 1996 pp279-295.
- **Davis AJ, Aroskar MA,** 1983. *Ethical dilemmas and nursing practice* 1983
- **De Carvalho, Campos E.** Stress in the professional practice of oncology nurses. *Cancer Nurs* , May-June 2005 pp187-192.
- **Dodd-Mc Cue.** The impact of protocol on nurses role stress : A longitudinal perspective. *J Nurs Adv* 35(4) April 2005, pp205-216.
- **Dwyer D, Gaustreer D.** The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of organizational behavior* 12, pp595-608 1991.
- **Dyer C.** Face escalating litigation. *BMJ* 1999, 318: 830.
- **Elfering A, Grebner S, Semmer NK.** Time control catecholamines and back pain among young nurses. *Scandinavian journal of working and environmental health* 28(2002)(6) pp386-393.

- **Ewers P,Bradshaw T.**Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forencic nurses. Journal of advanced nursing 2002 pp 470-476.
- **Farrel G, Dares G.** Nursing staff satisfaction on a mental health unit.Australian and New Zealand journal of mental health nursing 1999,pp51-57.
- **Firth –Cozen.** Emotional distress in junior house officers. BMJ 1987 ; 29s J5: 533-536.
- **Firth J.** Levels and sourses of stress in medical students.BMJ 1986 ; 292: 1177-80.
- **Frazier SK,Moser DK,Daley Ck ,etal** .Critical care nurses beliefs about and reported management of anxiety . Am J Crit Care 2003;12(1):119-127.
- **Gerits L, Antoine B** .Emotional intelligence profiles of nurses caring for people with severe behaviour problems. Jan 2005,pp33-43.
- **Goldberg DP, Williams P.** A users quide to the general health questionnaire.1988
- **Golditz GA,Manson JE, Hankinson SE.** The nurses health study 20 year contribution to the understanding of health among women. J womens health 1997,pp49-62.
- **Graham J, Cull A, Ramirez AJ.** A users quide to the consultants mental health questionnaire.London 1996.
- **Gray P.** mental health in the workplace : tackling the effects of stress. Mental health foundation London 2000.
- **Gross EB.** Gender differences in phycisian stress :why the discrepant rindings ? Women health 1997 pp 1-14.
- **Grundestein –Amaro R.** Ethical decision making processes among nurses and doctors,1993 J adv nurs 18,287-293.
- **Gundersen L.** Physician burnout. Ann Intern Med 2001 ; 135(2) : 145-8.
- **H Sveinsdottir,Biering P., Ramel A.** (2005). Occupational stress,job satisfaction and working environment among Icelandic nurses. A cross sectional quastionnaire survey. International Journal of nursing studies.
- **Hall MJ, Norwood AE.** The psychological impacts of bioterrorism. Biosecurity and bioterrorism.2003 pp 139-144.

- **Haratami T.** Japanese version of the NIOSH job stress questionnaire. Japanese journal of occupational health 1998,A31-A32.
- **Hardy GE, Shapiro DA, Borrill CS.** Fatigue in the workforce of national health service trusts : levels of symptomatology and links with minor psychiatric disorder, demographic occupational and work role factors. J psychosom Res.1997,pp83-92.
- **Hawryluck2004.**SARS control and psychological effects of quarantine,Toronto,Canada 2004,pp1206-1212.
- **Hegney D, Parker V.** Nursing workload :the results of a study of queensland nurses,Journal of nursing management 2003,pp307-314.
- **Horner J,Mielch J,** 1991. The deontological desicion making model as a bioethical tool.AORN journal
- **Humpel N, Caputti P** 2001 pp399-403. Exploring the relationship between work stress,years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. Journal of psychiatric and mental health nursing.
- **Huppert FA, JE Whittington.** Longitudinal changes in mental state and personality measures,1993.
- **Ito H,Elsen V.** Factors affecting psychiatric nurses intention to leave their current job. Psychiatric services,52, pp232-234 2001.
- **Jameton** .Dilemmas of moral distress ,moral responsibility and nursing practice.AWHONNS ,clinical issues 1993 pp542-551.
- **Kendrick K,Gubbin B.** Ethics in the intensive care unit. A need for research. Nurs ethics 1996; 3:157-164.
- **Kobasa S,Kahn S.** Hardiness and health a prospective study .J Pers soc psychol 42 1982 pp168-177.
- **Kunkler J,Whittick J.** Stress management groups for nurses : practical problems and possible solutions. Journal of advanced nursing pp172-176 1991.
- **Lavanco G.** Burnout syndrome type a behavior in nurses and teachers in Sicily . Psychological reports 81 (1997) pp523-528.
- **Leichter H,** "Evil habits "and "personal choices "assigning responsibility for health in the 20th century .Milbank 81 (2003) pp603-627.
- **Lemma A** 2000. The effects of training and support on burnout in psychiatric nurses.

- **Lewis G, Booth M.** Regional differences in mental health in Great Britain. J epidemiol community health 1992; 46: 608-11.
- **Lopez V, Chan KS, Wong YC.** Nursing care of patient with severe acute respiratory syndrome in the intensive care unit : case reports in Hong – Kong. International journal of nursing studies 2004; 13:131-135.
- **Makinen A, Kivimaki M .** Organizational of nursing care and stressful work characteristics. Journal of advanced nursing 43 pp 197-205 2003.
- **Maslach C, Leiter MP.** The truth about burnout. Amsterdam 1998.
- **Maslach C, Scaufeli WB.** Historical and conceptual development of burnout. 1993 p1-16.
- **Matthews C, Zeidner M.** Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters and health outcomes 2000, pp459-489.
- **Maunter R, Hunter J, Vincent L .** The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. Canadian medical association journal 2003 ; 168(10) : 1245-51.
- **Mausner –Dorsch H, Eaton WW.** Psychological work environment and depression epidemiologic assesment of the demant control model. Am J Public Health 2000 May ;91(5): 828.
- **Mayer J, Saloven P.** What is emotional intelligence? Basic books New York pp3-34 1997.
- **Mc Leod T.** Work stress among community psychiatric nurses. British journal of nursing 1997 pp569-574.
- **Mc Neely E.** The concequences of job stress for nurses health : time for a check up. November –December 2005, pp49-62.
- **Melchior M, Gassman P.** The effectiveness of primary nursing on burnout among psychiatric nurses in long –stay settings. Journal of advanced nursing 1996, pp 289-294.
- **Milne D, Burdett C, Becket J.** 1986 Assesing and reducing the stress and strain of psychiatric nursing. Nursing times pp59-62.
- **Morita T, Shima Y.** Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. Palliat Med 2004 Sep ; 18(6) : 550-7.
- **Mphil E, Burnard P.** A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses . Journal of advanced nursing 2003.

- **Munro L, Rodwell J, Harding L.** Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model. *International journal of nursing studies* 35,339-345 1998.
- **Muscroft J, Hicks C.** A comparison of psychiatric nurses and general nurses reported stress and counseling needs. *Journal of advanced nursing* 27,1317-1325,1998.
- **Needham I,Abderhalden C.** Non-somatic effects of patient aggression on nurses : a systematic review. *Journal of advanced nursing* Feb 2005,pp283-296.
- **Nuffield trust 1998.** Improving the health of the NHS workforce.
- **Nycklicek I,Pop VJ.** Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of affective disorders*,Sep 2005 pp63-68.
- **Oberle K,Hudges D.** Doctors and nurses perception of ethical problems in end-of-life decisions.*J adv nurs*,2000
- **Price AM.** Intensive care nurses experience of assessing and dealing with patients psychological needs. *Nurs Crit Care* 2004 ; (3): 134-142.
- **Putnam K, Mc Kibbin L.** Managing workplace depression :an untapped opportunity for occupational health professionals.
- **Raines ML.** Ethical decision making in nurses 2000 March 2(1) :29-41.
- **Ramirez AJ, Graham J.** Mental health of hospital consultants : the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347: 724-8.
- **Rees D,Smith S.** Work stress in occupational therapists assessed by the occupational stress indicator. *British journal of occupational therapy* 54,289-294 1991.
- **Richardson AM, Burke RJ.** Occupational stress and work satisfaction among Canadian women physician. *Psychol Rep* 72,1993 pp 811-821.
- **Richter D, Berger K.** Physische und psychische folgen bei mitarbeitern nach einem patienten ubergriff. pp357-362, 2000.
- **Sainsbury Centre for mental health**,2000.Review of recruitment and retention in the mental health workforce.
- **Sammuelson M,Gustavson J.** Suisidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 32,391-397,1997.

- **Schaufeli WB, Enzmann D.** The burnout companion to study and practice? A critical analysis. London 1998 pp77-8.
- **Schaufeli WB, Van Dierendonck.** Maslach burnout inventory, Dutch version, provisional manual. Psychology and health 1995.
- **Seecombe I, Ball J** (1992). Motivation, morale and mobility? A profile of qualified nurses in the 1990s.
- **Shader K, Broome M.E.** Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic medical center, Journal of nursing administration 31 (2001)4 , pp210-216.
- **Simon M, Kummerling A, Hasselhom HM** : Work –home conflict in the European nursing profession. Int J Occupational environment health 10 (2004) pp384-391.
- **Slaski M, Catwright S.** Health performance and emotional intelligence : An exploratory study of retail managers. Stress and health, 2002 pp 63-68.
- **Smith W.** Their job is life and death. Cancer mail Oct 1995:6.
- **Sochalski J.** Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care 42, 2004 pp67-73.
- **Stansfeld SA, Marmot MG.** Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants : a validated screening survey using the general health questionnaire. Psychol Med 1992, pp739-750.
- **Stordeur S, Stordeur W et al** . Organizational stress and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of advanced nursing , 35 (2001), 4 pp533-542.
- **Sutherland V, Cooper C.** Understanding stress. A psychological perspective for health professionals, 1990.
- **Sutherland VJ, Cooper CL.** Job stress, satisfaction and mental health among general practitioners before and after introduction of new contract. BMJ 1992; 304 : 1545-8.
- **Thomsen S, Arnetz B, Nolan P.** Individual and organizational well-being in psychiatric nursing. Journal of advanced nursing 1999, pp749-757.
- **Thomson DR, Lopez V, et al.** SARS a perspective from a school of nursing in Hong-Kong. Journal of clinical nursing, 2004 ; 13: 131-135.
- **Toldy S, Romelsjö A** . Comparison of stress, job satisfaction, perception of control and health among district nurses in Stockholm and pre-war Zagreb. Scand J, Soc Med 1998, pp106-114.

- **Tselebis A, Moulou A, Ilias I.** Bournout versus depression and sense of coherence. nursing and health sciences 3(2), pp69, 2001.
- **Tummers G, Janssen P.** A comparative study of work characteristics and reactions between general and mental health nurses. Journal of advanced nursing, 2001 pp 151-162.
- **Tung-Ping Su.** Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: A prospective and periodic assessment study in Taiwan. Journal of psychiatric research Feb 2006.
- **Turner R, Rozsell P.** 1994 pp179-210. Psychosocial stressors and the stress process.
- **Van Servellen G, Topf M, Leake B.** Personality hardiness, work-related stress and health in hospital nurses. 1994 72(2) :34-9.
- **Von Onciul J.** ABC of work related disorders, stress at work. BMJ 1996 ;313:745-748.
- **Wall T, Bolden R, Borril C.** Minor psychiatric disorder in NHS Trust staff: occupational and gender differences. British journal of psychiatry 1997, pp519-523.
- **Wassner M, Longaker C.** Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliat Med 2005 Mar;19(2) :99-104.
- **Weinberg A, Greed F.** Stress and psychiatric disorder in health care professionals and hospital staff. Lancet, Feb 2000 12; 355(9203) :533-7.
- **Whitley IW, Galley M, Allison E.** Factors associated with stress among emergency residents. Am Emerg. Med. 1989; 18:1157-1161.
- **Williams S, Michie S, Pattani S.** Improving the health of the NHS workforce. Nuffield trust, London 1998.
- **Wurzbach ME, 1999.** Acute care nurses experiences of moral certainty. J Adv Nurs 30, 287-293.
- **Zaniszewski, Goodin H.** The nursing shortage in the USA: an integrative review of the literature. J Adv Nurs 2003 ; 43:335-350.
- **Zigmont AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361-70.
- **Γκούβα Μ., Δαμίγος Δ. & συν. (1999).** Τα συναισθηματικά ρίσκα της φροντίδας, Πρακτικά, 26^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσηλευτικής, Κέρκυρα.

- **Δαμίγος Δ., Γκούβα Μ., Βελίκης Ι.,** (2000). Η φύση της εμπλοκής στην επαγγελματική νοσηλευτική φροντίδα. 27^ο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Ερέτρια Εύβοιας, 23 - 25 Μαΐου.
- **Δημοπούλου Χ.** (1998). Η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών στο χειρουργείο – ανάλυση παραμέτρων. Πρακτικά 25^{ου} Νοσηλευτικού συνεδρίου. Ηράκλειο.
- **Κοτσινάρη Μ.** (1994). Νοσηλευτικά ηθικά διλήμματα. Πρακτικά 21^{ου} Νοσηλευτικού συνεδρίου. Αθήνα.
- **Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ.** (1999). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Επαγγελματική εξουθένωση.

