



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

**Ο ρόλος της πνευματικότητας στους ασθενείς: Νοσηλευτικές
παρεμβάσεις και νέα δεδομένα**

Φοιτήτρια: Παπαδοπούλου Βασιλική

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Γκούβα Μαίρη

Α.Μ. : 18018

Βαθμός : 10

ΙΩΑΝΝΙΝΑ – Οκτώβριος 2022

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	σελ. 3
Abstract	σελ. 4
Εισαγωγή	σελ. 5
Α΄ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1: Πνευματικότητα	σελ. 6
1.1. Ιστορική αναδρομή	σελ. 6
1.2. Ορισμός	σελ. 6
1.3. Διαστάσεις της πνευματικότητας	σελ. 8
1.4. Πνευματικότητα και θρησκεία ή θρησκευτικότητα	σελ. 11
1.5. Επιπτώσεις πνευματικότητας	σελ. 14
1.6. Εμπόδια εφαρμογής πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς	σελ. 15
1.7. Πνευματική υγεία	σελ. 16
Κεφάλαιο 2: Πνευματικότητα και νόσος	σελ. 14
2.1. Πνευματικότητα και καρκίνος	σελ. 14
2.2. Πνευματικότητα και ψυχική υγεία	σελ. 15
2.3. Πνευματικότητα και καρδιαγγειακή νόσος	σελ. 19
2.4. Πνευματικότητα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	σελ. 21
2.5. Πνευματικότητα και χρόνια νεφρική νόσος	σελ. 22
Κεφάλαιο 3: Πνευματικότητα και νοσηλευτική	σελ. 23
3.1. Νοσηλευτές και πνευματικότητα ασθενή	σελ. 23
3.2. Εργαλεία ελέγχου και αξιολόγησης πνευματικών αναγκών ασθενή	σελ. 28
3.3. Αξιολόγηση επάρκειας νοσηλευτών για παροχή πνευματικής φροντίδας	σελ. 32
3.4. Πνευματικότητα ασθενή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	σελ. 36
Β΄ ΜΕΡΟΣ	
Ο ρόλος της πνευματικότητας στους ασθενείς: Μελέτη περίπτωσης	σελ. 47
Επίλογος - συμπεράσματα	σελ. 49
Βιβλιογραφία	σελ. 51

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πνευματικότητα αποτελεί μία έννοια πολυδιάστατη για την οποία ακόμα δεν έχει δοθεί ένας κοινά αποδεκτός απ' όλη την επιστημονική κοινότητα ορισμός, αν και υπάρχει μία γενική συμφωνία για κάποια χαρακτηριστικά της. Πολύ συχνά συγχέεται με τη θρησκευτικότητα με την οποία έχει πολλές διαφορές αλλά και επικάλυψη σε αρκετά σημεία. Οι δύο όροι χρησιμοποιούνται πολύ συχνά εναλλακτικά ο ένας του άλλου και στην πλειονότητα των μελετών αναφέρεται ως πνευματικότητα/θρησκευτικότητα. Η έννοια έχει λάβει ιδιαίτερη και συνεχώς αυξανόμενη προσοχή τις τελευταίες δεκαετίες και θεωρείται ως ένα από τα μέρη της υγείας, η οποία δεν αντιμετωπίζεται πλέον μόνο από σωματική άποψη.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη ανασκόπησης της βιβλιογραφίας είχε σκοπό να διερευνήσει το ρόλο της πνευματικότητας στους ασθενείς.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων Google Scholar και PubMed. Τέθηκε χρονικός περιορισμός 5 ετών και γλωσσικός περιορισμός για την ανεύρεση άρθρων και μελετών στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Κατόπιν της μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας επιλέχθηκαν 54 άρθρα (53 γραμμένα στην αγγλική και 1 γραμμένο στην ελληνική γλώσσα) τα οποία αποτέλεσαν και το υλικό για τη συγγραφή της παρούσας μελέτης. Το είδος των άρθρων ποικίλει και συμπεριλαμβάνει ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες καθώς και άρθρα ανασκόπησης.

Αποτελέσματα: Παρά τις διαφορές στους ορισμούς και στις μεθόδους αξιολόγησης που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία τα αποτελέσματά τους συγκλίνουν στο γεγονός ότι η πνευματικότητα επιδρά σημαντικά στη ζωή των ασθενών. Τους προσφέρει ελπίδα, συναισθηματική ισορροπία και ασφάλεια, βελτιώνει τη συμμόρφωση στις θεραπευτικές μεθόδους, μειώνει το άγχος, το στρες και την κατάθλιψη, αυξάνει σε κάποιες περιπτώσεις το προσδόκιμο επιβίωσης, τους βοηθά στη διαχείριση της νόσου, του πόνου και άλλων συμπτωμάτων και γενικά βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους. Αναδεικνύεται χρήσιμη στη φροντίδα του ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, στις χρόνιες νόσους, στην παρηγορητική φροντίδα και σε περιόδους κρίσης, όπως μία πανδημία.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς έχουν πνευματικές ανάγκες ανεξάρτητα από το εάν είναι θρησκευόμενοι ή όχι. Η κάλυψη των αναγκών αυτών συμβάλλει σημαντικά στην παροχή ποιοτικής φροντίδας ειδικά σε ιδιαίτερες ομάδες ασθενών, όπως οι χρόνιοι ασθενείς, όσοι βρίσκονται στα τελικά στάδια κάποιας νόσου και όσοι βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Είναι συνεπώς απαραίτητο να κατανοήσουν οι νοσηλευτές την εξαιρετική χρησιμότητα και αναγκαιότητα παροχής πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς τους. Απαραίτητη κρίνεται και η σχετική εκπαίδευση των νοσηλευτών είτε σε επίπεδο σπουδών πριν την ενεργό υπηρεσία είτε σε επίπεδο σεμιναρίων κατάρτισης προκειμένου να μπορούν να αναγνωρίζουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους και να τις καλύπτουν στα πλαίσια της εξατομικευμένες και ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας.

Λέξεις ευρητηρίου: Πνευματικότητα, χρόνιες νόσοι και πνευματικότητα, ψυχική υγεία και πνευματικότητα, ασθενείς και πνευματικότητα.

Abstract

Introduction: Spirituality is a multidimensional concept for which a commonly accepted definition by the entire scientific community has not yet been given, although there is a general agreement on some of its characteristics. Very often it is confused with religiosity with which it has many differences but also overlaps in several points. The two terms are very often used interchangeably and in the majority of studies it is referred to as spirituality/religiosity. The concept has received special and ever-increasing attention in recent decades and is considered as one of the parts of health, which is no longer treated only from a physical point of view.

Purpose: This literature review study aimed to investigate the role of spirituality in patients.

Material and method: The method used was the review of relevant literature in the Google Scholar and PubMed databases. A time limit of 5 years and a language limit was set for finding articles and studies in Greek and English. Following the study of the relevant bibliography, 54 articles were selected (53 written in English and 1 written in Greek) which formed the material for the writing of the present study. The type of articles varies and includes quantitative and qualitative studies as well as review articles.

Results: Despite the differences in definitions and assessment methods found in the literature, their results converge on the fact that spirituality has a significant impact on patients' lives. It offers them hope, emotional balance and safety, improves adherence to treatment methods, reduces anxiety, stress and depression, increases in some cases life expectancy, helps them manage disease, pain and other symptoms and generally improves their quality of life. It emerges as useful in patient care in the Intensive Care Unit, in chronic diseases, in palliative care and in times of crisis, such as a pandemic.

Conclusions: Patients have spiritual needs regardless of whether they are religious or not. Meeting these needs significantly contributes to the provision of quality care especially to special groups of patients, such as chronic patients, those in the final stages of a disease and those in critical condition. It is therefore essential that nurses understand the extraordinary utility and necessity of providing spiritual care to their patients. The relevant education of nurses, either at the level of studies before active service or at the level of training seminars, is considered necessary in order to be able to recognize the spiritual needs of their patients and cover them in the context of personalized and holistic nursing care.

Index words: Spirituality, chronic diseases and spirituality, mental health and spirituality, patients and spirituality.

Εισαγωγή

Η πνευματικότητα αποτελεί μία έννοια που ερευνάται συστηματικά τις τελευταίες δεκαετίες στην προσπάθεια να κατανοηθεί τόσο η ίδια όσο και η επίδρασή της στον ασθενή. Η παρούσα μελέτη βιβλιογραφικής ανασκόπησης εξετάζει το ρόλο που έχει η πνευματικότητα στον ασθενή και αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο πρώτο γίνεται γενικότερη αναφορά στην πνευματικότητα, τους ορισμούς και τις διαστάσεις της. Στο δεύτερο διερευνάται ο ρόλος της πνευματικότητας σε σχέση με διάφορες νόσους. Στο τρίτο διερευνάται η σχέση της πνευματικότητας με τη νοσηλευτική επιστήμη. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από 18 άρθρα δημοσιευμένα τα τελευταία τρία χρόνια που προσφέρουν μία ματιά στα νέα δεδομένα της έρευνας σχετικά με την πνευματικότητα και τον ρόλο της στον ασθενή.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Πνευματικότητα

1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο αγγλικός όρος για την πνευματικότητα «spirituality» προέκυψε από δύο λατινικές λέξεις: τη λέξη “spiritus” (που σημαίνει το κουράγιο, την ανάσα ή την ψυχή) και τη λέξη “spirare” (η οποία σημαίνει το να αναπνέεις) (Ghaderi et al., 2018).

Ιστορικά η πνευματικότητα κατανοούνταν σε σύνδεση με την έκφραση θρησκευτικότητας, δηλαδή του τρόπου με τον οποίο το άτομο ακολουθεί και βιώνει μία συγκεκριμένη θρησκεία. Στις αποικιακές συναντήσεις η πνευματικότητα χρησιμοποιούνταν κυρίως για να περιγράψει τις διάφορες θρησκευτικές παραδόσεις της Ανατολής, ενώ το 17^ο αιώνα χρησιμοποιούνταν από τον Καθολικισμό με αρνητική χροιά για την περιγραφή των υποκειμενικών μορφών θρησκευτικής πρακτικής (de Brito Sena et al., 2021).

Τις τελευταίες δεκαετίες η διάκριση μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας έχει αρχίσει να αυξάνεται και υπό την επίδραση του κινήματος «new age», το οποίο έφερε στην επιφάνεια μία προσέγγιση της πνευματικότητας που δεν σχετίζεται με την θρησκευτικότητα. Έχουν αυξηθεί λοιπόν οι άνθρωποι οι οποίοι δηλώνουν ότι είναι «πνευματικοί αλλά όχι θρησκευόμενοι» και παράλληλα δηλώνουν άθεοι. Στην περίπτωση αυτή φαίνεται ότι η έννοια της πνευματικότητας έχει εντελώς προσωπική φύση (de Brito Sena et al., 2021).

1.2. Ορισμός

Ο όρος «πνευματικότητα» είναι ευρύς και περίπλοκος και διαφέρει ως προς την κατανόησή του ανάλογα με το υπόβαθρο, δηλαδή ανάλογα με το αν ερευνάται από επιστήμονες, θρησκευόμενα ή λαϊκά άτομα. Είναι φυσικό λοιπόν ότι υπάρχουν διάφοροι ορισμοί του όρου αν και πλέον φαίνεται ότι υπάρχει μία σημαντική συζήτηση που αφορά το πιο ακριβές νόημα του όρου αλλά και τη δυνατότητα να υπάρξει ένας ενιαίος και καθολικά αποδεκτός ορισμός του όρου (de Brito Sena et al., 2021).

Επιπλέον προβλήματα και ερωτήματα προκύπτουν καθώς ο όρος συχνά συνδέεται αλλά και επικαλύπτει άλλους σημαντικούς όρους. Τέτοιου είδους όροι είναι η θρησκεία / θρησκευτικότητα αλλά και η ευεξία / τα θετικά συναισθήματα. Άλλωστε ιστορικά η χρήση του όρου έχει συνδεθεί με την περιγραφή των πρακτικών ατόμων οι οποίοι αφιέρωσαν τη ζωή τους είτε σε θρησκευτικές υπηρεσίες είτε στο να εξηγούν μέσω παραδειγμάτων τις παραδόσεις της θρησκευτικής τους πίστης (de Brito Sena et al., 2021).

Η αποκοπή της έννοιας της πνευματικότητας από την έννοια της θρησκευτικότητας έχει γίνει τις τελευταίες δεκαετίες και πλέον αντιμετωπίζεται ως μία διακριτή από αυτήν κατασκευή. Είναι ενδιαφέρον, όμως, ότι η επιστημονική κοινότητα, όταν αναφέρεται στην έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο, εξακολουθεί να χρησιμοποιεί τον «διπλό» όρο «θρησκευτικότητα / πνευματικότητα» (de Brito Sena et al., 2021).

Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει επίσης μία ιδιαίτερη αύξηση στο πεδίο «πνευματικότητα και υγεία» υποδεικνύοντας ότι τα θρησκευτικά και πνευματικά πιστεύω επιδρούν σημαντικά στα αποτελέσματα που σχετίζονται τόσο με την σωματική όσο και με την ψυχική υγεία. Το έντονο ενδιαφέρον που έχει αναπτυχθεί γύρω από το συγκεκριμένο πεδίο αποτυπώνεται ανάγλυφα στο γεγονός ότι μεταξύ του 1999 και του 2013 είχαν δημοσιευτεί στη βάση δεδομένων PubMed περίπου 30 χιλιάδες άρθρα με αυτή τη θεματολογία (de Brito Sena et al., 2021).

Επιπλέον, έχει προταθεί η συμπερίληψη της πνευματικής διάστασης στην (ήδη) πολυδιάστατη έννοια της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κάνει αναφορά στο να συμπεριληφθεί μία διάσταση της υγείας η οποία θα είναι μη υλική ή πνευματική. Με τον τρόπο αυτό κάνει την έννοια να θεωρείται μία δυναμική κατάσταση υγείας, δηλαδή μία συμπεριφορά που είναι όχι μόνο σωματική αλλά και κοινωνική και ψυχική και πνευματική (de Brito Sena et al., 2021).

Η σημασία της παροχής πνευματικής φροντίδας ή η ενασχόληση με τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, που πλέον αναγνωρίζεται ως ένας από τους κεντρικούς τομείς της φροντίδας του ασθενή, έχει οδηγήσει στην έκδοση οδηγιών και προτύπων σχετικά και με την παρηγορητική φροντίδα, που δίνουν έμφαση στη σημασία που έχει η ενσωμάτωσή της στην καθημερινή κλινική πρακτική (Fitch & Bartlett, 2019).

Οι ορισμοί που έχουν δοθεί για την πνευματικότητα περιλαμβάνουν πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων είναι και ο πολιτισμός, η θρησκευτική κληρονομιά, η εθνικότητα και η γενιά. Αυτό που μπορεί να εγγυηθεί την κατανόηση της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει το συγκεκριμένο φαινόμενο είναι η πνευματικότητα προσδιοριζόμενη ως μία πολλαπλή κατασκευή σε μία οργάνωση που έχει οπτική δομή (de Brito Sena et al., 2021).

Η ανάλυσή της μπορεί να γίνει μέσω πολλαπλών διαστάσεων. Η ταυτοποίηση των διαστάσεων αυτών μπορεί να παράσχει αποσαφήνιση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν με την πνευματικότητά τους αλλά και των πτυχών της που μπορεί να έχουν τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στη θεραπεία. Για το λόγο αυτό έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία διάφορα μοντέλα πλαισίων, με τη χρήση σχετικών αξόνων και κατασκευών (de Brito Sena et al., 2021).

Διακρίνονται πέντε χαρακτηριστικά της πνευματικότητας: νόημα, υπέρβαση, αξία, σύνδεση (με τον εαυτό, με τους άλλους, με το Θεό/μία ανώτερη δύναμη και με το περιβάλλον) και γίνεσθαι (δηλαδή η ανάπτυξη και η πρόοδος στη ζωή) (Ghaderi et al., 2018). Οι de Brito Sena et al., (2021) με βάση τις έρευνες που ανέλυσαν στη δική τους μελέτη αναφέρουν πέντε διαστάσεις της πνευματικότητας ως τις πιο σημαντικές. Αυτές είναι «σύνδεση», «πιστεύω, πρακτικές και εμπειρίες», «ερμηνεία της ζωής», «πνευματικές αισθήσεις» και «πνευματικότητα ως ένα από τα εγγενή χαρακτηριστικά του ανθρώπου».

Λόγω του μεγάλου αριθμού και της διαφορετικότητας των ορισμών προτιμήθηκε εδώ να γίνει μία σύντομη αναφορά στις διαστάσεις που φαίνεται, με βάση τη σύνθεση των ευρημάτων από πολλές σχετικές έρευνες, να είναι οι κύριες διαστάσεις της πνευματικότητας και όχι να απαριθμηθούν διάφοροι ορισμοί της.

1.3. Διαστάσεις της πνευματικότητας

Μία κεντρική διάσταση της πνευματικότητας, σύμφωνα με τους de Brito Sena et al., (2021) είναι η σύνδεση ή η σχέση, η οποία απαντάται στην πλειονότητα των ορισμών που μελέτησαν. Οι ευρύτεροι ορισμοί φαίνεται ότι έχουν την τάση να θεωρούν ότι η πνευματικότητα είναι οι εμπειρίες που έχει το άτομο της σύνδεσής του με τη φύση και την τέχνη αλλά και τις κοινωνικές σχέσεις. Αντίθετα, οι πιο στενοί ορισμοί

προσεγγίζουν την πνευματικότητα από μία περισσότερο θεϊστική άποψη. Την συνδέουν, δηλαδή, με το Θεό, το Θείο, την υπερβατικότητα ή μία Ανώτερη Δύναμη.

Οι δύο αυτές έννοιες, δηλαδή η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα, φαίνεται ότι επικαλύπτουν η μία την άλλη σε αυτήν τη διάσταση. Η κατανόηση της σχέσης που έχουν οι δύο αυτές έννοιες μπορεί να λειτουργήσει ως πρόληψη της ανάπτυξης ενός δυϊσμού στην κατανόηση της πνευματικότητας, ότι δηλαδή αυτή είναι κάτι καλό, ενώ η θρησκεία κάτι κακό. Μπορεί επίσης να συμβάλει στην κατανόηση ότι έχουν και οι δύο αρνητικές και θετικές πλευρές στην έκφρασή τους, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει την άποψη ότι κατά την εκπαίδευση και την κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να γίνονται κατανοητές οι θρησκευτικές παραδόσεις του ασθενή (de Brito Sena et al., 2021).

Μία ακόμα διάσταση της πνευματικότητας είναι η ερμηνεία της ζωής, δηλαδή το νόημα και ο σκοπός της. Υπό αυτό το πλαίσιο μπορεί να θεωρηθεί και ως μία πηγή η οποία βοηθά στη διαχείριση κρίσεων και στιγμών που προκαλούν στρες, ενώ επιπλέον σχετίζεται με θετικά νοήματα όταν κάποιος αντιμετωπίζει στη ζωή του προκλήσεις, μία από τις οποίες είναι και τα προβλήματα υγείας. πρόκειται για τη διαδικασία η οποία σχετίζεται αφενός με την βελτίωση των αποτελεσμάτων της υγείας και αφετέρου με τη διαχείριση του χρόνιου πόνου αλλά και καταστάσεων όπως η διάγνωση καρκίνου (de Brito Sena et al., 2021).

Φαίνεται, μάλιστα πως η απόδοση νοήματος ως μία διάσταση της πνευματικότητας αποτελεί ένα παγκόσμιο χαρακτηριστικό καθώς απαντάται τόσο σε θρησκευόμενους όσο και σε μη θρησκευόμενους ανθρώπους. Συνεπώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να προσεγγιστεί η πνευματικότητα του ασθενή (de Brito Sena et al., 2021).

Τα πιστεύω, οι πρακτικές και οι εμπειρίες συνιστούν τρία σημαντικά χαρακτηριστικά μίας από τις διαστάσεις της πνευματικότητας. Τα πρώτα θεωρούνται ότι αποτελούν την γνωστική διάστασή της. Είναι δηλαδή μία επιβεβαίωση κάποιου πράγματος που θεωρείται αληθινό και διαφέρει ανάλογα το πολιτισμικό υπόβαθρο. Σε αυτά ανήκουν οι πεποιθήσεις για την ύπαρξη ενός ανωτέρου όντος, για τη ζωή μετά το θάνατο κ.τ.λ. (de Brito Sena et al., 2021).

Οι πρακτικές αποτελούν τη διάσταση της συμπεριφοράς και περιλαμβάνουν την προσευχή, το διαλογισμό κ.τ.λ. Τέλος, οι εμπειρίες συνιστούν την καθαρά υποκειμενική άποψη. Βασίζονται στην αντίληψη που έχει το άτομο για τα στοιχεία που είναι παρόντα και αλληλεπιδρούν συνδεδεμένα με το αντικείμενο της πνευματικότητας και προχωρούν πέρα από τη σύνδεση που πραγματοποιείται μέσω της νόησης (de Brito Sena et al., 2021).

Αυτά τα συστατικά της πνευματικότητας, είναι εκείνα που μπορούν να ενθαρρυνθούν στην έκφρασή τους από τον επαγγελματία υγείας στις περιπτώσεις που συνδέονται με οφέλη για την υγεία των ασθενών. Επιπλέον μπορούν να λειτουργήσουν ως πρόσκληση για κάθε επαγγελματία υγείας να ερευνήσει περαιτέρω τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην υγεία, στην πνευματικότητα και στον ασθενή (de Brito Sena et al., 2021).

Τα πνευματικά αισθήματα είναι αυτά που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της πνευματικότητας που βιώνουν οι ασθενείς και μπορεί να περιλαμβάνουν το αίσθημα ευεξίας, ελπίδας, πίστης, ειρήνης και συγχώρεσης αλλά και την αποδοχή της θνητότητας κ.τ.λ. Το πρόβλημα στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι κάποια από αυτά τα θετικά συναισθήματα δεν μπορούν εύκολα να διαχωριστούν από κάποια μέτρα ψυχικής υγείας. Από την άλλη μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αναγνωριστεί αν υπάρχει στον ασθενή αρνητική πνευματικότητα (de Brito Sena et al., 2021).

Τέλος, η αντιμετώπιση της πνευματικότητας ως ένα εγγενές χαρακτηριστικό των ανθρώπων θα μπορούσε να προέρχεται από τις αρχαίες ιατρικές παραδόσεις που αντιμετώπιζαν τον άνθρωπο ως ένα σύνολο σωματικών και πνευματικών χαρακτηριστικών, αναζητώντας τόσο την αιτία όσο και τη θεραπεία των νόσων και στα δύο επίπεδα. Είναι σημαντικό, όμως, να λαμβάνεται υπόψη ότι σε κάθε άνθρωπο το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό εκφράζεται και λειτουργεί διαφορετικά. Υπό αυτήν την άποψη δίνει έμφαση στην εξατομίκευση της φροντίδας, η οποία θα έχει ως στόχο μία ζωή με νόημα και οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ικανοί να αναγνωρίσουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και να τους δώσουν την κατάλληλη υποστήριξη (de Brito Sena et al., 2021).

1.4. Πνευματικότητα και θρησκεία ή θρησκευτικότητα

Όπως προαναφέρθηκε η πνευματικότητα συχνά συγχέεται με τη θρησκεία ή/και τη θρησκευτικότητα. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να γίνει εδώ μια πιο αναλυτική αναφορά στην πνευματικότητα και τη θρησκεία ή θρησκευτικότητα.

Η πνευματικότητα ερμηνεύεται ως θρησκεία σε πολλά κοινωνικά πλαίσια, ενώ σε άλλα συχνά γίνεται κατανοητή ως αντίθετη της θρησκευτικότητας. Οι κυρίαρχες μορφές πνευματικότητας στη σύγχρονη εποχή είναι δυτικές ή ανατολικές. Οι απόψεις των νοσηλευτών για την πνευματικότητα επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως η κουλτούρα, ο κοινωνικός πλουραλισμός, η εκπαίδευση, η θρησκεία, τα χρόνια εργασίας και οι προσωπικές απόψεις. Αυτές οι δύο μορφές έχουν κοινά σημεία και αλληλεπικαλύπτονται αλλά παρόλα αυτά δεν υπάρχει μεγάλη σαφήνεια ούτε και συναίνεση όσον αφορά το νόημα της πνευματικότητας (Cooper et al., 2020; Kaddourah et al., 2018; Murgia et al., 2020; Roger & Hatala, 2018; Sharma & Mehrotra, 2017).

Προκειμένου να υποδειχτεί η ύπαρξη πολλών θρησκευτικών παραδόσεων σε μία κοινωνία που είναι πολυεθνική και πολυπολιτισμική χρησιμοποιείται ο όρος «θρησκευτική ποικιλομορφία». Η σύγχρονη κοσμική κοινωνία που συνεχώς γίνεται όλο και περισσότερο παγκοσμιοποιημένη εμφανίζει αυξημένη πνευματική ποικιλομορφία. Σε κάποιες κοινότητες μάλιστα αυξάνεται η ποικιλομορφία αυτή. Οι μετανάστες συμβάλλουν σημαντικά στο να υπάρξει η διαφοροποίηση αυτή (Murgia et al., 2022; Roger & Hatala, 2018).

Ο Δυτικός κόσμος έχει ένα θρησκευτικό τοπίο που παρουσιάζει διαφορές με αυτό άλλων περιοχών του πλανήτη. Η συμμετοχή σε διάφορες θρησκευτικές οργανώσεις (κατά κύριο λόγο χριστιανικές) έχει μειωθεί ή έχει παραμείνει σταθερή. Για παράδειγμα στον Καναδά η θρησκεία είναι ισχυρή δύναμη αν και δεν υπάρχει μία επίσημα αναγνωρισμένη θρησκεία του κράτους, ενώ στις ΗΠΑ τα μέλη της εκκλησίας μειώθηκαν στο μισό (από 67% σε 32%) μεταξύ 1996 και 2015. Βέβαια στην πραγματικότητα ο Χριστιανισμός (τόσο ο Καθολικισμός όσο και ο Προτεσταντισμός) εξακολουθεί να έχει ισχυρή επιρροή σε κοινωνικό επίπεδο (Murgia et al., 2022).

Στην Ευρώπη είναι πιο διαδεδομένες οι κορυφαίες χριστιανικές θρησκείες και ειδικότερα ο Καθολικισμός, η Ορθοδοξία και ο Προτεσταντισμός. Το 2018 μάλιστα ένα 70% περίπου του πληθυσμού της Ευρώπης αναγνωρίστηκε ως χριστιανός με κάποια μορφή. Παρόλα αυτά στις ΗΠΑ ο πληθυσμός (είτε χριστιανικός είτε μη) είναι αισθητά περισσότερο θρησκευόμενος από τον ευρωπαϊκό πληθυσμό (Murgia et al., 2022).

Στις Δυτικές χώρες και στην Ευρώπη απαντάται εκτός από μία ενιαία θεσμική θρησκεία (δηλαδή ο Χριστιανισμός) και μία θρησκευτική ποικιλομορφία η οποία αντανάκλα το γεγονός ότι έχουν αναπτυχθεί νέες πνευματικότητες που έχουν διαφορετικές πνευματικές εκφράσεις σε πολλά και διάφορα κοινωνικά πλαίσια και περιβάλλοντα, ιδιαίτερα ανάμεσα σε ανθρώπους οι οποίοι προσδιορίζονται ως έχοντες πνευματικότητα αλλά όχι θρησκευτικότητα (Murgia et al., 2020; Murgia et al., 2022).

Από τη θρησκευτική προοπτική που υπάρχει στη Μέση Ανατολή φαίνεται ότι δεν υπάρχει καμία διάκριση μεταξύ θρησκείας και πνευματικότητας ενώ είναι ασυνήθιστη η ορολογία που δεν είναι θρησκευτική. Η προσευχή πολλές φορές μέσα στην ημέρα και μάλιστα ακόμα και κατά τις ώρες που το άτομο βρίσκεται στην εργασία του είναι κομμάτι των πεποιθήσεων και της κουλτούρας που απαντάται στη Μέση Ανατολή. Η θρησκευτικότητα διαπερνά όλες τις πτυχές της ζωής για τους περισσότερους μουσουλμάνους, ακόμα και της επαγγελματικής τους ζωής (Abdollahyar et al., 2019; Atarhim et al., 2019; Kaddourah et al, 2018; Weathers, 2018).

Η πνευματικότητα (με την παραπάνω έννοια) είναι ζωτικής σημασίας σε ένα Μεσανατολικό πλαίσιο και εδράζεται στο σεβασμό των αξιών των προσώπων και των ισλαμικών θρησκευτικών πεποιθήσεων. Στον ισλαμικό κόσμο η πνευματικότητα (δηλαδή η ισλαμική πνευματικότητα) προσλαμβάνεται από την άποψη της σχέσης που έχει κάθε άνθρωπος με τον Αλλάχ. Πολλές νοσηλεύτριες που δηλώνουν ότι ακολουθούν την ισλαμική θρησκεία και προσεύχονται κάθε μέρα στην εργασία τους αποδίδουν πολύ μεγάλη σημασία στις θρησκευτικές ανάγκες που έχουν οι ασθενείς τους, θεωρώντας ότι είναι ηθική τους υποχρέωση και δέσμευση να τις εκπληρώσουν (Murgia et al., 2022).

Η Δυτική σκέψη διαχώρισε την πνευματικότητα από τη θρησκεία σχετικά πρόσφατα. Ο διαχωρισμός προήλθε ως το αποτέλεσμα της κοινωνιολογικής απεμπλοκής από τους θρησκευτικούς οργανισμούς. Υπό το πλαίσιο αυτό, ίσως είναι χρήσιμο για να επιτευχθεί η κατανόηση όλων των ανθρωπίνων όντων σε όλα τα κοινωνικά πλαίσια να θεωρηθεί η πνευματικότητα περισσότερο ως υπολειμματική θρησκεία και όχι τόσο ως μία καθολική ουσία ή οντότητα (Murgia et al., 2022).

Οι νοσηλευτές κάποιες φορές δεν διαθέτουν εκείνο το κοινωνιολογικό υπόβαθρο που θα τους επιτρέψει να κατανοήσουν πλήρως όλες τις διαφορετικές αποχρώσεις που έχει η θρησκευτική διαφορετικότητα. Έτσι, κάποιες φορές θεωρούν ότι ο ασθενής τους ανήκει σε μία συγκεκριμένη πίστη, ειδικά σε χώρες που ο Χριστιανισμός είναι η κυρίαρχη θρησκεία, επηρεάζοντας πότε-πότε τη φροντίδα του ασθενή με τα δόγματα που έχει (Murgia et al., 2022).

Γενικά όμως φαίνεται ότι οι νοσηλευτές επηρεάζονται σημαντικά από τη δική τους θρησκεία ή ακόμα και από τη θρησκεία του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (ακόμα κι αν οι ίδιοι δεν είναι θρησκευόμενοι) όταν παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς. Ειδικότερα, για τους μουσουλμάνους νοσηλευτές το να μιλούν για πνευματικότητα σημαίνει να χρησιμοποιούν θρησκευτικούς όρους. Γενικότερα πάντως η θρησκεία εκλαμβάνεται από τους νοσηλευτές ως οδηγός τους αλλά και ως κίνητρο και συνεπώς επηρεάζει πολύ και συχνά την πνευματική φροντίδα που παρέχουν στους ασθενείς (Murgia et al., 2022).

Υπάρχουν αρκετά εμπόδια στην προσπάθεια συμπερίληψης της πνευματικής φροντίδας σε πολύ-θρησκευτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Ως κύρια εμπόδια αναφέρονται η έλλειψη δεξιοτήτων και εκπαίδευσης στον συγκεκριμένο τομέα φροντίδας, οι οικονομικοί περιορισμοί, η ασάφεια ρόλου, ο ανεπαρκής χρόνος και οι διαφορετικές από του ασθενή θρησκευτικές πεποιθήσεις που έχουν οι νοσηλευτές. Η απουσία ενός κοινού ορισμού για την πνευματικότητα ανάμεσα στους ασθενείς και τους νοσηλευτές συμβάλει στην αμηχανία και τη σύγχυση σχετικά με τι τελικά περιλαμβάνει η πνευματικότητα καθώς και οι πρακτικές πνευματικής φροντίδας που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές, αποτελώντας ένα ακόμα εμπόδιο (Lee & Kim, 2020; Murgia et al., 2022).

Επιπλέον έχουν αναφερθεί ως εμπόδια το ταραχώδες και πολυάσχολο περιβάλλον εργασίας αλλά και η έλλειψη ευαισθησίας στη συμπόνια λόγω περιορισμένου χώρου,

ο φόβος της κριτικής από τους άλλους ή ότι θα κάνουν τους ασθενείς να αισθανθούν άβολα, η δυσκολία να διακριθεί η πνευματική φροντίδα από τον προσηλυτισμό, διάφορες ηθικές πτυχές αυτού του είδους της φροντίδας, η έλλειψη ενός συστήματος που θα καταγράφει τις προτιμήσεις που έχουν οι ασθενείς όσον αφορά την πνευματικότητα ενώ στους ψυχιατρικούς ασθενείς αναφέρθηκε ο φόβος μήπως έτσι επιδεινωθούν τα ψυχιατρικά συμπτώματα (Lee & Kim, 2020; Murgia et al., 2022; Neathery et al., 2020).

1.5. Επιπτώσεις πνευματικότητας

Εδώ και αρκετά χρόνια η έρευνα έχει υποδείξει ότι η θρησκευτικότητα και πνευματικότητα των ασθενών σχετίζονται με μειωμένη νοσηρότητα αλλά και θνησιμότητα, με καλύτερη υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχική, με έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, με βελτιωμένη ευεξία και δεξιότητες διαχείρισης αλλά και με μειωμένο άγχος και ανησυχία, μειωμένα αισθήματα απελπισίας και αυξημένη πρόληψη ασθενειών (McCord et al., 2004; Seid & Eneyew, 2022).

Ένα ομολογουμένως εύρωστο σώμα αποδείξεων υποδηλώνει ότι η πνευματικότητα έχει σημαντική επίδραση τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία όσο και στην κοινωνική. Σε γενικές γραμμές συνδέεται με μειωμένη επικράτηση της κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας αλλά και με μειωμένο αριθμό κατάχρησης ουσιών, με μικρότερο χρόνο νοσηλείας, με καλύτερη διαχείριση της νόσου, με μεγαλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (de Brito Sena et al., 2021).

Είναι πιθανό ότι η σύνδεση της πνευματικότητας με την μειωμένη επικράτηση της κατάθλιψης, του αυτοκτονικού ιδεασμού αλλά και της επιθυμίας να επισπευστεί ο θάνατος να προκύπτει από το γεγονός ότι οι άνθρωποι των οποίων οι πνευματικές ανάγκες καλύπτονται είναι συνήθως πιο ισορροπημένοι συναισθηματικά και πιο ήρεμοι. Στην κατάσταση αυτή η έκκριση των κατεχολαμινών μειώνεται και το ίδιο συμβαίνει και με την ψυχική ένταση (Μηνασίδου και συν., 2016).

Επιπλέον, φαίνεται ότι η παροχή πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς συνδέεται με αυξημένη συμμόρφωση σε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα θεραπείας, αυξημένη ελπίδα και ποιότητα ζωής, βελτιωμένη διαχείριση και γενικά βελτιωμένο αίσθημα πνευματικής ευεξίας (Vincensi, 2019).

Στα παραπάνω, δηλαδή στην κλινική σημασία που έχει παρατηρηθεί ότι διαθέτει η πνευματικότητα, έχει επίσης παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς επιθυμούν από το γιατρό και το νοσηλευτή τους να ασχοληθεί με το ζήτημα της πνευματικότητας. Μάλιστα οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας θεωρούν επίσης σημαντική την ενσωμάτωση αυτής της πτυχής στην κλινική τους πρακτική (de Brito Sena et al., 2021).

1.6. Εμπόδια εφαρμογής πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς

Παρά την εξαιρετική σημασία που φαίνεται ότι έχει η ενσωμάτωση της διάστασης της πνευματικότητας στην καθημερινή κλινική πρακτική φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά εμπόδια που την περιορίζουν. Πολύ συχνά παραβλέπεται και παρεξηγείται. Αν και οι νοσηλευτές φαίνεται ότι πιστεύουν ότι η πνευματική φροντίδα του ασθενή είναι μία ζωτική πτυχή για τη γενικότερη φροντίδα του ασθενή, εντούτοις έχουν διαφορετικές απόψεις και επίγνωση σχετικά με την πνευματικότητα, κάτι που μπορεί να τους εμποδίσει να παρέχουν την κατάλληλη σε αυτόν τον τομέα φροντίδα (de Brito Sena et al., 2021; Seid & Eneyew, 2022).

Στα εμπόδια συμπεριλαμβάνονται επίσης η έλλειψη ενός ξεκάθαρα και κοινά αποδεκτού ορισμού αλλά και οι έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στο συγκεκριμένο ζήτημα (de Brito Sena et al., 2021; Vincensi, 2019). Η έλλειψη γνώσης και δεξιοτήτων σχετικά με την πνευματική φροντίδα, η προσωπική δυσφορία, η έλλειψη αφενός σαφήνειας των ρόλων και αφετέρου προτύπων φροντίδας, η έλλειψη χρόνου και οι απαιτήσεις, που συνεχώς αυξάνονται, των σύγχρονων, πολυάσχολων κλινικών περιβαλλόντων αναφέρονται επίσης ως σημαντικά εμπόδια (Fitch & Bartlett, 2019; Vincensi, 2019). Επιπλέον εμπόδια συνιστούν η έλλειψη της υποστήριξης από το σύστημα ή το περιβάλλον εργασίας αλλά και η έλλειψη της πνευματικής αυτογνωσίας από την πλευρά του νοσηλευτή (Vincensi, 2019).

Είναι ανάγκη να τονιστεί ακόμα ότι η κατανόηση της έννοιας της πνευματικότητας αλλά και της πνευματικής φροντίδας που έχουν οι νοσηλευτές μπορεί να επηρεαστεί από τη θρησκεία, την εθνικότητα, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, το εργασιακό περιβάλλον και τις επαγγελματικές τους εμπειρίες, παρέχοντας επιπλέον εμπόδια στην εφαρμογή της πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς τους (Seid & Eneyew, 2022).

Αναρίθμητοι νοσηλευτές σε όλο τον κόσμο δεν καταφέρνουν να παράσχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους καθώς πιστεύουν ότι δεν είναι δικό τους καθήκον. Αντίθετα θεωρούν ότι αρμόδιος για το ζήτημα αυτό είναι κάποιος ιερέας ή κάποιος θρησκευτικός αρχηγός. Η αιτία γι αυτό εντοπίζεται στην σύγχυση και την παρανόηση σχετικά με τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις έννοιες της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας (Seid & Eneyew, 2022).

1.7. Πνευματική υγεία

Η έννοια της πνευματικής υγείας έχει εισαχθεί εδώ και περίπου πέντε δεκαετίες. Μαζί με αυτή προέκυψαν και οι διάφοροι ορισμοί της. Οι διαστάσεις της έννοιας αυτής είναι η προσωπική (σύνδεση με τον εαυτό), η κοινωνική (σύνδεση με τους άλλους), η περιβαλλοντική (σύνδεση με τη φύση) και η υπερφυσική (σύνδεση με το Θεό). Τα βασικά της χαρακτηριστικά είναι η σύνδεση με τους άλλους, ο σωστός τρόπος ζωής, η αναζήτηση του σκοπού και του νοήματος της ζωής και η υπερβατικότητα (Ghaderi et al., 2018).

Αν και η πνευματική υγεία έχει εξεταστεί πολλές φορές και από διαφορετικές οπτικές γωνίες δεν έχει επιτευχθεί ακόμα η διατύπωση ενός ολοκληρωμένου ορισμού για τη συγκεκριμένη έννοια. Οι σημαντικότερες προκλήσεις που αφορούν την πνευματική υγεία περιλαμβάνουν την παροχή ενός ολοκληρωμένου ορισμού, τον προσδιορισμό των συνιστωσών αλλά και των δεικτών της καθώς και τον επίδραση που έχει σε άλλες πτυχές της υγείας (Ghaderi et al., 2018).

Αν και οι ερευνητές δεν συμφωνούν στον ορισμό της πνευματικής υγείας συμφωνούν σε κάτι άλλο: στο γεγονός ότι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται η πνευματική υγεία ως μία υπό-έννοια της πνευματικότητας. Απ' ότι φαίνεται αν και οι δύο έννοιες είναι διαφορετικές μεταξύ τους εντούτοις υπάρχει μία επικάλυψη της μιας από την άλλη καθώς μεταξύ τους υπάρχει μία σχετική σύμπτωση (Ghaderi et al., 2018).

Κεφάλαιο 2: Πνευματικότητα και νόσος

Όπως έχει προαναφερθεί στο προηγούμενο κεφάλαιο η πνευματικότητα του ασθενή και η πνευματική φροντίδα του από τον νοσηλευτή έχει μία σειρά από ευεργετικές επιδράσεις στους ασθενείς. Το είδος και η ένταση της επίδρασης κάποιες φορές διαφέρει ανάλογα με τη νόσο, όπως διαφορετικές είναι και οι πνευματικές ανάγκες του ασθενή ανάλογα με τη νόσο. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμο να γίνει μία σύντομη παρουσίαση των πνευματικών αναγκών των ασθενών ανάλογα με τη νόσο.

2.1. Πνευματικότητα και καρκίνος

Για τους ασθενείς με καρκίνο η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα είναι σημαντικές και επιδρούν στην εμπειρία τους με τη νόσο με πολλούς και ποικίλους τρόπους. Ένα σημαντικό ποσοστό αυτών των ασθενών που ανέρχεται μέχρι και το 50% μπορεί να βιώσει αγωνία λόγω της πνευματικότητας και θρησκευτικότητάς του αλλά ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό τις χρησιμοποιεί προκειμένου να καταφέρει να διαχειριστεί τις κρίσεις που εμφανίζονται στη ζωή του (Maiko et al., 2019).

Τόσο η πνευματική όσο και η θρησκευτική ευημερία του ασθενή με καρκίνο έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του ενώ μπορεί να είναι εξαιρετικά σημαντική για την ποιότητα που θα έχουν οι εμπειρίες του στο τέλος της ζωής. Το ίδιο ισχύει και για τους φροντιστές του. Σημαντική επίδραση για κάποιους ασθενείς έχει η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα και στη λήψη των αποφάσεων που αφορούν τις θεραπευτικές μεθόδους που θα ακολουθηθούν (Maiko et al., 2019).

Αν ληφθεί υπόψη ότι η διάγνωση καρκίνου προχωρημένου σταδίου προκαλεί στον ασθενή βαθιά ερωτήματα τόσο υπαρξιακά όσο και πνευματικά, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο κατανοεί το σκοπό και το νόημα της ζωής, γίνεται αντιληπτό ότι η ολοκληρωμένη νοσηλευτική προσέγγιση του ασθενή που θα αντιμετωπίζει αυτά τα ερωτήματα, αποτελεί ένα κομμάτι της ποιοτικής φροντίδας του ασθενή (Maiko et al., 2019).

Δυστυχώς, όμως, φαίνεται ότι τα περισσότερα συστήματα υγείας δεν έχουν ενσωματώσει ακόμα πλήρως στη νοσηλευτική φροντίδα την πνευματική προσέγγιση. Συνεπώς, είναι πιθανό οι ασθενείς με καρκίνο να λαμβάνουν σπανίως τέτοιου είδους φροντίδα, αν και την έχουν ανάγκη. Η κατανόηση τόσο των πνευματικών όσο και των

θρησκευτικών εμπειριών που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο σε προχωρημένο στάδιο μπορεί να λειτουργήσει ως οδηγός για την παροχή υψηλής ποιότητας πνευματικής φροντίδας (Maiko et al., 2019).

Επιπλέον, κάποιοι ασθενείς αναφέρουν ότι βιώνουν ένα αίσθημα εγκατάλειψης τόσο από το Θεό όσο και από την οικογένεια και τη θρησκευτική τους κοινότητα (αν ανήκουν σε κάποια). Οι ασθενείς αυτοί θα μπορούσαν πιθανόν να βοηθηθούν από παρεμβάσεις πνευματικής φροντίδας στις οποίες θα συμπεριλαμβάνονταν και στρατηγικές που θα τους βοηθήσουν να βελτιώσουν ή να αποκαταστήσουν την αίσθηση της σύνδεσης με τους άλλους (Maiko et al., 2019).

2.2. Πνευματικότητα και ψυχική υγεία

Από την πλειονότητα όσων υπήρξαν πρωτοπόροι στην ψυχολογία οι πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές που είχαν οι ασθενείς τους αντιμετωπίστηκαν ως εκφράσεις ανωριμότητας και ψυχοπαθολογίας. Ο ρόλος τους λοιπόν στη θεραπεία αναιρέθηκε ή περιθωριοποιήθηκε. Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα όμως συντελέστηκε μία σημαντική ανακάλυψη και αλλαγή στον τρόπο κατανόησης της σχέσης ανάμεσα στην ψυχολογία και την πνευματικότητα (Charzyńska & Heszen-Celińska, 2020).

Σήμερα είναι πλέον γνωστό ότι η αντιμετώπιση των πνευματικών θεμάτων (που δεν περιορίζεται στην απλή παροχή κάποιων διευκολύνσεων για την πραγματοποίηση ή παρουσία σε μία θρησκευτική τελετή) προκειμένου να διατηρήσει ο ασθενής μια αίσθηση νοήματος, ελπίδας και σκοπού, μπορεί να αποτελεί μία από τις σημαντικές πτυχές στη φροντίδα ψυχικής υγείας (Elliott et al., 2020).

Η αλλαγή αυτή προέκυψε κατά κύριο λόγο ως αποτέλεσμα των (πολλών σε αριθμό) μελετών οι οποίες επιβεβαίωσαν ότι η πνευματικότητα έχει σημαντικό προαγωγικό ρόλο στη ζωή του ανθρώπου. Παράλληλα οι μελέτες όσων δέχονταν συμβουλευτικές και ψυχοθεραπευτικές υπηρεσίες έδειξαν ότι πολλοί από τους ασθενείς ήθελαν να αντιμετωπιστούν κατά τη θεραπεία και τα πνευματικά τους ζητήματα. Οι μελέτες αυτές πρόσφεραν σημαντική υποστήριξη στην εισαγωγή της πνευματικότητας στη φροντίδα της ψυχικής υγείας (Charzyńska & Heszen-Celińska, 2020).

Κάποιοι από τους ασθενείς μπορεί να νιώθουν βαθιά στενοχώρια είτε εξαιτίας πνευματικών προβλημάτων είτε εξαιτίας αμφιβολιών ή/και δυσκολιών που σχετίζονται με το γεγονός ότι αδυνατούν να ζήσουν σύμφωνα με κάποιο

συγκεκριμένο σύστημα αξιών. Μάλιστα, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν κάποιοι ασθενείς αποτελούν ουσιαστικά την εκδήλωση τέτοιων πνευματικών συγκρούσεων (Charzyńska & Heszen-Celińska, 2020).

Ακόμα και βαθιά ευσεβείς άνθρωποι αναφέρουν ανάγκες οι οποίες σχετίζονται με πνευματικά ζητήματα. Συχνά μάλιστα αυτοί οι ασθενείς αναζητούν ειδικούς ψυχικής υγείας με τους οποίους μοιράζονται τις ίδιες θρησκευτικές πεποιθήσεις γιατί προτιμούν τις θεραπευτικές τεχνικές που είναι συμβατές με το σύστημα αξιών που ασπάζονται. Φαίνεται, λοιπόν ότι οι ασθενείς που είναι βαθιά ή πνευματικά αφοσιωμένοι μπορεί να είναι όχι μόνο ιδιαίτερα δεκτικοί αλλά και να επιθυμούν να ενσωματωθούν στη θεραπεία τους πνευματικά και θρησκευτικά ζητήματα (Charzyńska & Heszen-Celińska, 2020).

Παρόλα αυτά, οι εκφράσεις πνευματικών αναγκών από την πλευρά των ασθενών ενδέχεται να συγχέονται από τους νοσηλευτές με τα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας. Αυτά που είναι γνωστά σχετικά με το πώς οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας κατανοούν ή παρέχουν πνευματική φροντίδα στους ψυχιατρικούς ασθενείς, είναι λίγα. Φαίνεται, όμως, ότι έχουν σύνθετες κατανοήσεις σχετικά με την πνευματική ανάγκη όσον αφορά το συγκεκριμένο τομέα φροντίδας ενώ παράλληλα έχουν εμφανείς ανησυχίες καθώς είναι αβέβαιοι για το αν και πώς μπορούν να αποδεχτούν την προσοχή στην πνευματική φροντίδα ως ένα αναπόσπαστο τμήμα της νοσηλευτικής φροντίδας. Επιπλέον, φαίνεται να ανησυχούν σχετικά με τη διάκριση ανάμεσα στα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας και στις πνευματικές ανάγκες (Elliott et al., 2020).

2.3. Πνευματικότητα και καρδιαγγειακή νόσος

Φαίνεται ότι η πνευματικότητα σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι η πνευματικότητα/θρησκευτικότητα δημιουργεί θετικά συναισθήματα, μπορεί να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση και να προωθήσει θετικές πρακτικές αυτοφροντίδας καθώς ενθαρρύνει τους ασθενείς να απέχουν από τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για όσους πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο (Abu et al., 2018).

Η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα και η φροντίδα των σχετικών αναγκών σχετίζονται επίσης με καλύτερη λειτουργία τόσο σωματική όσο και διανοητική και συναισθηματική. Αντίθετα, ο πνευματικός περιορισμός και γενικότερα η φτωχότερη

πνευματική ευημερία συνδέονται και με μικρότερη συναισθηματική ευεξία (Abu et al., 2018).

Η πνευματικότητα κι η θρησκευτικότητα μπορεί να επηρεάσει με διαφορετικό τρόπο την ποιότητα ζωής ανάλογα με τον τομέα που κάθε φορά αξιολογείται, ανάλογα με την κλινική διάγνωση και τη θεραπευτική μέθοδο (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια, έμφραγμα, αορτοστεφανιαία παράκαμψη κ.α.) αλλά και τη διάρκεια της παρακολούθησης όταν αξιολογείται αυτή η επίδραση γιατί οι μικρές περιόδους παρακολούθησης μπορεί να μην επιτρέπουν τον επαρκή επηρεασμό των αποτελεσμάτων υγείας (Abu et al., 2018).

Φαίνεται, επίσης, ότι επτά διαστάσεις της πνευματικότητας/θρησκευτικότητας (καθημερινές πνευματικές εμπειρίες, συγχώρεση, πίστη στη μετά θάνατον ζωή, θρησκευτική ταυτότητα και υποστήριξη, δημόσιες πρακτικές και θετική αντιμετώπιση της πνευματικότητας/θρησκευτικότητας) σχετίζονται μέτρια μεταξύ τους, υποδηλώνοντας ότι η κάθε μία από αυτές αντιπροσωπεύει μία μοναδική πτυχή των πνευματικών και θρησκευτικών εμπειριών ενός ασθενή και ότι κάθε μία μπορεί να έχει ξεχωριστό ρόλο στη σχέση ανάμεσα στην πνευματικότητα/θρησκευτικότητα και των διάφορων τομέων της ποιότητας ζωής των ασθενών (Abu et al., 2018).

Επιπλέον έχει αποδειχτεί ότι η πνευματικότητα έχει την δυνατότητα να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια αντιμετωπίζουν τη νόσο και συνεπώς επηρεάζει και τη λειτουργική τους κατάσταση, την κατάσταση της υγείας τους αλλά και την ποιότητα της ζωής τους. Φαίνεται μάλιστα ότι ενδέχεται η πνευματικότητα να μπορεί να επηρεάσει θετικά και τη θνησιμότητα στους συγκεκριμένους ασθενείς (Alvarez et al., 2016).

Κάποιες μελέτες σχετικά με τον τρόπο που η πνευματικότητα μπορεί να συσχετιστεί με τα πρότυπα συμμόρφωσης στη θεραπεία σε εξωτερικούς ασθενείς που έχουν καρδιακή ανεπάρκεια έχουν αμφιλεγόμενα αποτελέσματα και δεν πέτυχαν να δείξουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στην πνευματικότητα και στο βαθμό συμμόρφωσης. Οι μελέτες αυτές βέβαια είχαν σημαντικούς περιορισμούς που σχετίζονταν με τη μέθοδο δειγματοληψίας που χρησιμοποίησαν (δειγματοληψία ευκολίας) και τα όργανα μέτρησης (Alvarez et al., 2016).

Η μελέτη των Alvarez et al., (2016) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα πιθανόν είναι μία σημαντική μεταβλητή που σχετίζεται άμεσα με τη συμμόρφωση στη θεραπεία εξωτερικών ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια και υποδηλώνει την ανάγκη γνώσης της σημασίας της από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τους συγκεκριμένους ασθενείς προκειμένου να εφαρμόσουν μέτρα για να αντιμετωπίσουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους καθώς αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων.

2.4. Πνευματικότητα και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι μία αναπνευστική νόσος που η πρόοδος της μπορεί μόνο να επιβραδυνθεί ακόμα και με την καλύτερη δυνατή θεραπεία. Συνεπώς, όλοι οι ασθενείς κάποια στιγμή θα βιώσουν διάφορα συμπτώματα, όπως η δυσκολία στην αναπνοή, η κόπωση, ο βήχας κ.α. Θα πρέπει λοιπόν αφενός να συμμορφώνονται με τη θεραπευτική αγωγή και παράλληλα να διαχειρίζονται αυτά τα συμπτώματα και τα συναισθήματα που αυτά προκαλούν και να προσαρμόσουν τη ζωή τους (Chen et al., 2021).

Είναι φανερό λοιπόν ότι η διαχείριση της νόσου βασίζεται πάρα πολύ στην αυτό-διαχείριση η οποία μπορεί να μειώσει τις εισαγωγές στο νοσοκομείο και τα συμπτώματα δύσπνοιας και συνεπώς να βελτιώσει και την ποιότητα της ζωής τους. Το επίπεδο της αυτοδιαχείρισης των ασθενών αυτών γενικά είναι χαμηλό και φαίνεται ότι σχετίζεται έντονα τόσο με δημογραφικούς και φυσικούς (σωματικούς) παράγοντες όσο και με ψυχολογικούς και πνευματικούς παράγοντες (Chen et al., 2021).

Η πνευματικότητα και η πνευματική υγεία φαίνεται ότι έχει θετική σχέση με την συμμόρφωση στη θεραπεία στους ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Όσοι από τους ασθενείς αυτούς έχουν υψηλότερα επίπεδα πνευματικής υγείας εμφανίζουν λιγότερο άγχος και κατάθλιψη αλλά και καλύτερη συναισθηματική λειτουργία και έλεγχο της νόσου κάτι που υποδηλώνει καλύτερο συναισθηματικό έλεγχο. Τόσο ο έλεγχος της νόσου (μέσω της συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή) όσο και η διαχείριση των συναισθημάτων αποτελούν σημαντικά τμήματα της αυτοδιαχείρισης στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Chen et al., 2021).

2.5. Πνευματικότητα και χρόνια νεφρική νόσος

Η χρόνια νεφρική νόσος αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς επηρεάζει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού και συνεπάγεται τόσο υψηλή νοσηρότητα όσο και υψηλή θνησιμότητα. Προκαλεί κακή ποιότητα υγείας στους ασθενείς αλλά και υψηλό κόστος στα υγειονομικά συστήματα. Οι ζωές των ασθενών και των οικογενειών τους αλλάζουν σημαντικά και οι ανάγκες για αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση, η παρακολούθηση των λοιμώξεων, οι διαιτητικοί περιορισμοί, οι συχνές ιατρικές επισκέψεις κ.α. αποτελούν παράγοντες που δημιουργούν σημαντικό στρες. Είναι φανερό λοιπόν ότι απαιτούνται τρόποι ή στρατηγικές αντιμετώπισης των λειτουργικών, αισθητικών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς (Bravin et al., 2019).

Η πνευματικότητα δίνει στην οικογένεια που δέχεται μία διάγνωση για χρόνια νεφρική νόσο αισθήματα ελπίδας, αποδοχής ή/και αποδοχής, ειδικά αν η διάγνωση γίνεται σε παιδί. Γενικά η ελπίδα που παρέχει η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα αποτελεί μία απαραίτητη αλλά και συνεχής διαδικασία, καθώς συμβάλλει σημαντικά στην αποδοχή της κατάστασης που επιβάλλει η νόσος. Η χρήση της πνευματικότητας και της θρησκευτικότητας μάλιστα έχει επιβεβαιωθεί ότι χρησιμοποιείται από τους ασθενείς που κάνουν αιμοκάθαρση ως ένας τρόπος να αντιμετωπίσουν τη νόσο (Bravin et al., 2019).

Η πίστη ότι η νόσος αποτελεί ένα στάδιο της ζωής τους που πρέπει να ολοκληρωθεί και ότι μία θεϊκή δύναμη κυβερνά τη ζωή των ανθρώπων δίνει στους ασθενείς αυτούς νόημα στη νόσο και στην ταλαιπωρία που υφίστανται. Έτσι, εκτός από τη θεραπεία, που έτσι κι αλλιώς δεν μπορεί να τους θεραπεύσει τελείως, βρίσκουν καταφύγιο στην πνευματικότητα. Επικουρικά λειτουργεί η πνευματικότητα και στην διαχείριση της διαδικασίας δωρεάς νεφρού για μεταμόσχευση από ζώντα δότη (Bravin et al., 2019).

Κεφάλαιο 3: Πνευματικότητα και νοσηλευτική

3.1. Νοσηλευτές και πνευματικότητα ασθενή

Κατά τη διάρκεια περιόδων που επικρατεί χάος στην υγεία, όπως για παράδειγμα έγινε πρόσφατα με την πανδημία, μία πηγή άντλησης υποστήριξης που χρησιμοποιούν οι ασθενείς είναι η προσωπική τους πνευματικότητα. Από την άλλη πλευρά οι νοσηλευτές που αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς σε περιόδους χάους βασίζονται και εκείνοι στη δική τους πνευματική ανάπτυξη προκειμένου να καταφέρουν να παράσχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους (Vincensi, 2019).

Πολλές φορές οι ασθενείς, εξαιτίας της σχέσης εμπιστοσύνης που αναπτύσσουν με τους νοσηλευτές, μοιράζονται μαζί τους και τις πνευματικές τους ανησυχίες. Αυτό αποτελεί μία καλή ευκαιρία για τους νοσηλευτές να παράσχουν πνευματική φροντίδα μέσα στα πλαίσια του συστήματος υγείας. Φαίνεται μάλιστα ότι όταν οι νοσηλευτές αναπτύσσουν την επίγνωσή τους για την δική τους πνευματικότητα προάγεται και η ολιστική προσέγγιση της φροντίδας των ασθενών. Με τη σειρά της, η ολιστική φροντίδα του ασθενή υποστηρίζεται περαιτέρω όταν μέσα στο σύστημα υγείας έχει αναπτυχθεί η ιδέα της εξατομικευμένης φροντίδας (Vincensi, 2019).

Ως πνευματική φροντίδα του ασθενή θα μπορούσε να οριστεί η παροχή συγκεκριμένων παρεμβάσεων οι οποίες στηρίζουν την πνευματικότητά του. Αναφέρεται στο «ενεργώντας μαζί» με τον ασθενή παρά στο «ενεργώντας πάνω» στον ασθενή. Ουσιαστικά πρόκειται για μία σχέση συντροφικότητας. Την ανάπτυξη μιας σχέσης τέτοιου είδους και συνεπώς στην παροχή πνευματικής φροντίδας βοηθούν ο σεβασμός της ατομικότητας του ασθενή (συμπεριλαμβανομένων των πιστεύω και των αξιών του), οι επικοινωνιακές ικανότητες, η σύνδεση και η παρουσία, η εύρεση νοήματος και σκοπού στη ζωή, η διευκόλυνση στο περιβάλλον για ιδιωτικότητα κ.α. (Vincensi, 2019).

Η πνευματική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει όλες εκείνες τις παρεμβάσεις που έχουν στόχο να ενισχύσουν τον ασθενή με τη βοήθεια των μηχανισμών εκείνων που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση των καταστάσεων οι οποίες προκαλούν στρες καθώς και την παροχή συμβουλών σχετικά με συγκεκριμένες καταστάσεις ή με την ερμηνεία κάποιων καταστάσεων που βιώνει ο ασθενής (Türkben Polat & Özdemir, 2022).

Υπό αυτό το πλαίσιο, όταν το άτομο βιώνει θλίψη ή ασθένεια η πνευματική φροντίδα είναι αυτή που προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που έχει το πνεύμα. Ξεκινά με σχέσεις συμπόνιας και περιλαμβάνει την κατανόηση του ασθενή, τη λήψη υποστηρίξης των πεποιθήσεών του, τη συμμετοχή στην προσευχή ή απλά το να ξέρει ότι τον ακούει κάποιος όταν εκφράζει τις πνευματικές του αναζητήσεις και την πνευματική του αγωνία (Türkben Polat & Özdemir, 2022).

Πλευρές της πνευματικής νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν τα αισθήματα σύμπνοιας, ένα άγιο πνεύμα, η πρόθεση, το νόημα στο ζώη, η πνευματικότητα και οι σχέσεις. Η ανταπόκριση στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών αποτελεί μία εμπειρία πραγματικά ανταποδοτική τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους ασθενείς. Παράλληλα μπορεί να επισπεύσει την ανάπτυξη μίας θεραπευτικής σχέσης ανάμεσά τους (Seid & Eneyew, 2022).

Υπό το πρίσμα του αυξημένου προσδόκιμου επιβίωσης, της αλλαγής που έχει συντελεστεί στο επιδημιολογικό προφίλ των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ή/και εκφυλιστικές νόσους αλλά και από την ανάγκη να παρασχεθεί στους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους ένας αξιοπρεπής θάνατος, η πνευματικότητα και η φροντίδα των πνευματικών αναγκών του ασθενή αποκτά μία νέα και ιδιαίτερη σημασία στο πλαίσιο της παρηγορητικής νοσηλευτικής φροντίδας (Matos et al., 2017).

Λόγω των πολλών δυσκολιών που εμφανίζονται στην περίπτωση που οι ασθενείς αυτοί παραμείνουν στο σπίτι πλέον έχει επέλθει η ιδρυματοποίηση του θανάτου και οι νοσηλευτές βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με ασθενείς που πλέον δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Η παρηγορητική φροντίδα διαθέτει πολλές προκλήσεις και διαφέρει από την φροντίδα θεραπείας καθώς επιβεβαιώνει κατά κάποιο τρόπο τη ζωή αντιμετωπίζοντας τον θάνατο ως μία πραγματικότητα η οποία είναι ανάγκη να βιωθεί μαζί με τα μέλη της οικογένειας του ασθενή (Matos et al., 2017).

Σκοπός της είναι να προληφθεί και να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο, να μην υποφέρει και να εκτιμήσει την πνευματικότητα, τον πολιτισμό, τα έθιμα και τις αξίες πέρα από τις όποιες πεποιθήσεις και επιθυμίες διαποτίζουν την έννοια του θανάτου, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των συγγενών τους. Η

πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα μπορούν να έχουν θετικές επιδράσεις στους ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους (Matos et al., 2017).

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής στην πνευματική φροντίδα των ασθενών του στο πλαίσιο της παρηγορητικής φροντίδας είναι σημαντικές, καθώς σε αυτούς τους ασθενείς μπορεί να έχει πιο εύκολα αρνητικές επιδράσεις (κάποιες από τις οποίες μπορεί να εμφανιστούν και σε ασθενείς με άλλες νόσους). Στις αρνητικές επιδράσεις συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων και η αμφισβήτηση της ύπαρξής τους, η ανάθεση της επίλυσης των προβλημάτων υγείας τους στο Θεό (κάτι που μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα επικίνδυνο σε ασθενείς που ανταποκρίνονται στη θεραπεία αλλά τη σταματούν πιστεύοντας ότι ο Θεός θα τους θεραπεύσει) αλλά και στον ορισμό του άγχους, του πόνου και όλων των συμπτωμάτων τους ως μία τιμωρία από το Θεό, την οποία οφείλουν να δεχτούν αδιαμαρτύρητα (Matos et al., 2017).

Μία παράμετρος που είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη είναι το γεγονός ότι η πνευματικότητα του ασθενή και τα συναφή πιστεύω του μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους συγγενείς τους που μπορεί να τους επηρεάζουν ή να αποφασίζουν γι' αυτούς όταν η κατάσταση των ασθενών δεν επιτρέπει να αποφασίσουν οι ίδιοι (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο γίνεται φανερό ότι η φροντίδα των πνευματικών αναγκών των ασθενών αποκτά εξαιρετική σημασία στις Μονάδες Εντατικής Φροντίδας και στις υπηρεσίες εκτάκτου ανάγκης καθώς τόσο η πολυπλοκότητα όσο και η κρίσιμη κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς δημιουργούν ένα περιβάλλον στο οποίο είναι συχνές οι απροσδόκητες αλλαγές, που με τη σειρά του προκαλεί φόβο, άγχος, απώλεια της ελπίδας και σημαντικό στρες (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Παρόλα αυτά συνήθως για πολλούς λόγους ένας εκ των οποίων είναι και η προτίμηση ενασχόλησης με τις βιολογικές ανάγκες περιορίζουν την φροντίδα των πνευματικών αναγκών του ασθενή συνήθως στο τελευταίο 24ωρο ή 48ωρο της ζωής του. Αυτό συμβαίνει ακόμα πιο έντονα σε περιόδους υγειονομικής κρίσης, όπως η πανδημία COVID-19, όταν τόσο ο χρόνος όσο και οι πόροι είναι περιορισμένοι (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Αν ληφθεί υπόψη ότι το περιβάλλον της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας είναι έτσι κι αλλιώς απαιτητικό και στρεσογόνο για τους νοσηλευτές και ότι η πανδημία το έκανε ακόμα πιο στρεσογόνο σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πνευματική φροντίδα συνήθως παρέχεται κατά κύριο λόγο από την οικογένεια, που υπό τις συνθήκες της πανδημίας έχει περιορισμένη ή και καθόλου πρόσβαση στον ασθενή, γίνεται αντιληπτό ότι οι πνευματικές ανάγκες του ασθενή έμεναν (και πιθανόν μένουν ακόμα) ακάλυπτες δημιουργώντας μία ακόμα πρόκληση για τους νοσηλευτές (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Η σημασία που έχει ο σεβασμός και η κατανόηση της πνευματικότητας των ασθενών αλλά και η ανάγκη για ξεκαθάρισμα της σύγχυσης μεταξύ πνευματικότητας και θρησκευτικότητας, γίνεται ακόμα πιο φανερή αν ληφθεί υπόψη ότι πολλοί νοσηλευτές που συμμετείχαν στην έρευνα των de Diego-Cordero et al., (2022a) δεν σκέφτονταν ότι οι ασθενείς τους είχαν πνευματικές ανάγκες που έπρεπε να φροντίσουν καθώς οι ίδιοι δεν θεωρούσαν τον εαυτό τους πνευματικό/θρησκευόμενο ή γιατί ήταν άθεοι και θεωρούσαν ότι η πνευματικότητα είναι συνώνυμη της θρησκευτικότητας και μπορεί να ωθούσε τους ασθενείς να εγκαταλείψουν τη θεραπεία ή γιατί θεωρούσαν ότι στο περιβάλλον της εντατικής οφείλουν να εστιάσουν στη σωματική φροντίδα και να αφήσουν την πνευματική για αργότερα καθώς δεν αποτελεί προτεραιότητα, ή γιατί απλά η πνευματικότητα δεν ήταν σημαντική γι αυτούς.

Προκειμένου να καταφέρουν οι νοσηλευτές να εκτιμήσουν και να αναγνωρίσουν τις πνευματικές ανάγκες που έχουν οι ασθενείς τους είναι ανάγκη αφενός μεν να έχουν αναγνωρίσει πρώτα τη δική τους πνευματικότητα, αφετέρου δε να έχουν επίγνωση των δικών τους πιστεύω και απόψεων (Seid & Eneyew, 2022). Η εμπειρία αλλά και η ειδική σχετική εκπαίδευση μπορούν να αφυπνίσουν την εσωτερική πνευματικότητα των νοσηλευτών (Vincensi, 2019).

Πιο συγκεκριμένα, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση της γνώσης του νοσηλευτή αλλά και στην ανύψωσή του σε υψηλότερα επίπεδα συνείδησης. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατό να αυξηθεί η ικανότητά τους να αναγνωρίζουν τις ανάγκες πνευματικής φροντίδας που έχουν οι ασθενείς, ενώ επιπλέον μπορεί να αυξήσει την άνεσή τους όταν ξεκινούν οι τέτοιου είδους παρεμβάσεις (Vincensi, 2019).

Στην προώθηση της πνευματικής αυτογνωσίας του νοσηλευτή μπορεί να συμβάλει και η αναστοχαστική πρακτική. Η απόδοση προτεραιότητας στην αυτοφροντίδα του νοσηλευτή καθώς και η επιδίωξη των εμπειριών εκείνων οι οποίοι συνδέουν ένα άτομο με το περιβάλλον του, υποστηρίζει την πνευματική ανάπτυξη αφενός του νοσηλευτή και αφετέρου του ασθενή (Vincensi, 2019).

Η έλλειψη σχετικής εκπαίδευσης θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με αλλαγές στα προγράμματα σπουδών της νοσηλευτικής, οι οποίες θα προωθούν την πνευματική αυτογνωσία, όπως η προώθηση δραστηριοτήτων του είδους τήρησης ενός ημερολογίου ή υιοθέτησης μία πρακτικής αναστοχασμού ή ακόμα και διαλογισμού. Ένας ακόμα τρόπος είναι η ανάπτυξη προσομοιώσεων οι οποίες θα χρησιμοποιούν τυποποιημένους ασθενείς που έχουν ανάγκη από πνευματική φροντίδα, προκειμένου να μάθει ο νοσηλευτής μέσα σε ένα ασφαλές περιβάλλον να αναγνωρίζει τις ανάγκες που έχει ο ασθενής για πνευματική φροντίδα και επιπλέον να αναπτύξει εκείνες τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την παροχή της (Vincensi, 2019).

Επιπρόσθετα, διάφορες παρεμβάσεις που στοχεύουν στο να ξεκαθαρίσουν το νόημα της έννοιας της πνευματικότητας και να διαλύσουν ή έστω να περιορίσουν τη σύγχυση ανάμεσα στην πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα θα αποτελούσαν ένα σημαντικό πρώτο βήμα στην εσωτερικοποίηση αυτών των εννοιών από τους νοσηλευτές και στο να λαμβάνουν υπόψη την πνευματικότητα ως αναπόσπαστο τμήμα της παροχής ολιστικής και εξατομικευμένης φροντίδας του ασθενή (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Η πανδημία στέρησε από τους ασθενείς την πνευματική φροντίδα που τους παρείχε η οικογένεια και/ή οι θρησκευτικοί αρχηγοί οδηγώντας τους νοσηλευτές στη συνειδητοποίηση ότι ακόμα και σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό περιβάλλον, όπως είναι η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οι ίδιοι έχουν έναν ακόμα ρόλο να παίξουν, υπάρχει κάτι ακόμα που μπορούν να προσφέρουν στους ασθενείς τους προκειμένου να τους ανακουφίσουν. Αυτό δεν είναι τίποτα άλλο από την φροντίδα για τις πνευματικές τους ανάγκες (de Diego-Cordero et al., 2022a).

Το γεγονός ότι παρά τις πεποιθήσεις τους οι περισσότεροι νοσηλευτές φαίνεται να είναι ανοιχτοί σχετικά με το ζήτημα της πνευματικής φροντίδας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι θα ήταν πολύτιμη η στρατηγική που θα τους εκπαιδεύει και θα τους προετοιμάζει για το χειρισμό τέτοιου είδους καταστάσεων (de Diego-Cordero et al.,

2022a). Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να εισαχθούν τόσο στην εκπαίδευση των νοσηλευτών όσο και ως εκπαιδευτικά προγράμματα για αυτούς που ήδη εργάζονται πρακτικές που αφορούν την πνευματική φροντίδα που υποστηρίζονται από τη συμπόνια (Türkben Polat & Özdemir, 2022).

3.2. Εργαλεία ελέγχου και αξιολόγησης πνευματικών αναγκών ασθενή

Προκειμένου να ενημερωθούν/εκπαιδευτούν οι νοσηλευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τον τρόπο που είναι ανάγκη να αλληλεπιδράσουν όσον αφορά την πνευματική φροντίδα των ασθενών και προκειμένου να έχει νόημα αυτή η ενημέρωση, είναι απαραίτητο πρώτα να απαντηθούν συγκεκριμένα πρακτικά ερωτήματα. Τα ερωτήματα αυτά είναι τα εξής (Balboni et al., 2017):

- Πώς αξιολογείται η πνευματικότητα;
- Πώς μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να παρέμβουν στην πνευματικότητα;
- Πώς μπορούν να εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας ώστε να εφαρμόσουν την πνευματική φροντίδα;

Τα εργαλεία για την αξιολόγηση της πνευματικότητας διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: έλεγχος πνευματικότητας (spiritual screening), λήψη ιστορικού πνευματικότητας (spiritual history-taking) και αξιολόγηση (assessment). Πιο αναλυτικά οι κατηγορίες και τα ειδικότερα εργαλεία που περιλαμβάνει κάθε μία, είναι τα εξής (Balboni et al., 2017):

1. Έλεγχος της πνευματικότητας

Ο έλεγχος της πνευματικότητας χρησιμοποιείται προκειμένου να αξιολογηθεί είτε η παρουσία είτε η απουσία πνευματικών αναγκών και πνευματικής θλίψης στον ασθενή. Στόχος του είναι να εντοπιστούν οι ασθενείς που έχουν ανάγκη επιπλέον πνευματικής αξιολόγησης και φροντίδας. Κρίνεται σκόπιμο να ειπωθεί στο συγκεκριμένο σημείο ότι ο πνευματικός έλεγχος εννοιολογικά εντάσσεται στην ευρύτερη «ομπρέλα» του ψυχο-κοινωνικού ελέγχου (psychosocial screening) συνεπώς είναι λογικό κάποια από τα εργαλεία που αναπτύχθηκαν για γενικότερο έλεγχο αυτού του είδους περιλαμβάνουν και ερωτήσεις που αφορούν ένα ή πολλά πνευματικά ζητήματα. Κατά τον ίδιο τρόπο υπάρχουν και πολλά εργαλεία που αναπτύχθηκαν για την αξιολόγηση αναγκών γενικά τα οποία περιέχουν στοιχεία

αξιολόγησης της πνευματικότητας με εργαλεία που αναπτύχθηκαν και χρησιμοποιούνται πολύ και συχνά για τους ασθενείς με καρκίνο.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της πνευματικότητας είναι, μεταξύ άλλων και τα κάτωθι:

- Τάση για Θρησκευτικότητα / Πρωτόκολλο Ελέγχου Πνευματικότητας (Rush Religion/Spiritual Screening Tool – RR/SSP): Αξιολογεί την σημασία της θρησκείας και την πνευματικότητα σε σχέση με την διαχείριση της νόσου.
- Κλίμακα Πνευματικού Τραύματος (Spiritual Injury Scale): αξιολογεί την ύπαρξη θυμού ή αγανάκτησης και θλίψης, το αίσθημα έλλειψης νοήματος, το αίσθημα άδικης μεταχείρισης από τη ζωή ή το Θεό και τις θρησκευτικές αμφιβολίες.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο της πνευματικότητας και είναι ενσωματωμένα σε εργαλεία που χρησιμοποιούνται για ψυχοκοινωνικό, προσυμπτωματικό έλεγχο περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τα εξής:

- Καναδική Λίστα Ελέγχου Προβλημάτων (Canadian Problem Checklist): ερευνά το νόημα και το σκοπό της ζωής και την πίστη.
- Ο Έλεγχος Υποστηρικτικής Φροντίδας του James (The James Supportive Care Screening): ελέγχει ανησυχίες σχετικά με τη σχέση του ατόμου με ένα ανώτερο ον, σχετικά με πνευματικές πρακτικές και σχετικά με το νόημα και το σκοπό της ζωής (ενδοπροσωπικά).
- Έλεγχος Υποστήριξης (Support Screen): ελέγχει τις πνευματικές ή θρησκευτικές ανησυχίες.
- Ηλεκτρονική Αξιολόγηση Αυτό-Αναφοράς – Καρκίνου (Electronic Self-Report Assessment – Cancer [ESRA-C]): χρησιμοποιεί τροποποιημένο το RR/SSP
- Καταγραφή Θλίψης για τον Καρκίνο – έκδοση 2 (Distress Inventory for Cancer – version 2): ερευνά τις θρησκευτικές δραστηριότητες, την πίστη και τη διαχείριση της νόσου και τα θαύματα.

- Κλίμακα Δυσφορίας για Ασθενείς με Προχωρημένο Καρκίνο (Advanced Cancer Patients' Distress Scale): ερευνά ζητήματα σχετικά με άλυτα θρησκευτικά και πνευματικά ερωτήματα και τη ζωή μετά το θάνατο.
- Θερμόμετρο Δυσφορίας (Distress Thermometer): ελέγχει ανησυχίες σχετικά με την πνευματικότητα και τη θρησκευτικότητα (περιλαμβάνει επιλογή πιθανών ζητημάτων από μία λίστα ελέγχου).

2. Λήψη ιστορικού πνευματικότητας

Χρησιμοποιεί ένα αρκετά ευρύ σύνολο ερωτήσεων προκειμένου να καταστεί δυνατό να συλληφθούν τα πνευματικά χαρακτηριστικά και οι πόροι αλλά και οι ανάγκες ενός ασθενή. Συχνά η λήψη αυτού του ιστορικού γίνεται από έναν κλινικό ιατρό στα πλαίσια της αρχικής ολοκληρωμένης αξιολόγησης του ασθενή και βασίζεται σε μοντέλα τα οποία έχουν αναπτύξει ειδικοί. Αν και η λήψη πνευματικού ιστορικού δείχνει να διεξάγεται σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών, όσον αφορά συγκεκριμένα τον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας η έρευνα σχετικά με την εφαρμογή της είναι σχετικά περιορισμένη. Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για να ληφθεί το συγκεκριμένο ιστορικό περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τα κάτωθι:

- Το μοντέλο FICA των Puchalski και Romer: λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με την πίστη/πνευματικότητα του ασθενή, τη σημασία της πνευματικότητας γι αυτόν και την πνευματική κοινότητα του ασθενή.
- Το μοντέλο SPIRIT του Mangan: λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με το σύστημα των πνευματικών πεποιθήσεων του ασθενή, την προσωπική του πνευματικότητα, την ενσωμάτωσή του στην πνευματική κοινότητά του, τις πρακτικές και τους περιορισμούς σχετικά με τα τελετουργικά, τις επιπτώσεις για την ιατρική περίθαλψη και το σχεδιασμό γεγονότων για το τέλος της ζωής.
- Το μοντέλο HOPE του Hight: λαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τις πηγές δύναμης, ελπίδας, νοήματος, αγάπης, ειρήνης και σύνδεσης, για το ρόλο που έχει η οργανωμένη θρησκεία για τον ασθενή, για την προσωπική πνευματικότητα και τις σχετικές πρακτικές και για τις επιδράσεις στην ιατρική περίθαλψη και τις αποφάσεις στο τέλος της ζωής.
- Το μοντέλο SPIR των Frick et al.: λαμβάνει πληροφορίες για την πνευματικότητα του ασθενή, τη θέση που έχει η πνευματικότητα στη ζωή και

την ασθένεια, την ενσωμάτωση στην πνευματική κοινότητα και το ρόλο του παρόχου φροντίδας στην αντιμετώπιση των πνευματικών αναγκών.

3. Πνευματική αξιολόγηση

Πρόκειται για μία διαδικασία συνεχή και σε βάθος που αξιολογεί τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή οι οποίες καλύπτονται από ιερείς ή άλλα άτομα που έχουν προηγμένη εκπαίδευση στην πνευματική φροντίδα. Παρόλα αυτά, συνήθως οι ιερείς καθώς και οι άλλοι επαγγελματίες πάροχοι πνευματικής φροντίδας βασίζονται κυρίως σε προσεγγίσεις με βάση την αφήγηση και λιγότερο σε προσεγγίσεις που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι το πεδίο έχει περιορισμούς οπότε ενθαρρύνεται οι προσπάθειες να τυποποιηθούν οι προσεγγίσεις που αξιολογούν την πνευματική φροντίδα συστηματικά, που επιτρέπουν στους ιερείς να επικοινωνούν πληρέστερα τις ανάγκες του ασθενή και της οικογένειάς του, που επιδεικνύουν ότι η παρέμβαση είναι αποτελεσματική και που επιπλέον προτείνουν στρατηγικές υποστήριξης και στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης του ασθενή. Εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της πνευματικότητας είναι τα εξής:

- Το Μοντέλο Πνευματικής Αξιολόγησης του Pruyser (Pruyser Spiritual Assessment Model): αξιολογεί την επίγνωση του Ιερού, την πίστη, τη χάρη, την ευγνωμοσύνη, την πρόνοια, τη μετάνοια, την κοινωνία και την αίσθηση θείας κλήσης.
- Το 7X7 Μοντέλο Πνευματικής Αξιολόγησης (7X7 Spiritual Assessment Model): προβαίνει σε ολιστική και πολυδιάστατη αξιολόγηση στους εξής τομείς: πεποιθήσεις και νόημα, εμπειρίες και συναισθήματα,. Επάγγελμα και συνέπειες, αμφιβολία, τελετουργίες και πρακτικές, κοινότητα, εξουσία και καθοδήγηση.
- Πειθαρχία για παροχή Ποιμαντικής Φροντίδας (Discipline for Pastoral Care Giving): αξιολογεί την έννοια του ιερού, του νοήματος, της ελπίδας και της κοινότητας.
- Το MD Μοντέλο Πνευματικής Αξιολόγησης του Anderson (MD Anderson Spiritual Assessment Model): αξιολογεί αντιθετικά ζεύγη εννοιών, δηλαδή απελπισία – ελπίδα, ολότητα – σπάσιμο, θάρρος – άγχος/τρόμος, σύνδεση – αλλοτρίωση, βαρυσήμαντος – χωρίς νόημα, χάρη/συγχώρεση – ενοχή και

ενδυνάμωση – ανημποριά. Το συγκεκριμένο μοντέλο έχει κατασκευαστεί γύρω από τυποποιημένες, ποιοτικές αξιολογήσεις διαφόρων τομέων των πνευματικών αναγκών. Δεν έχει υποβληθεί σε έλεγχο επικύρωσης ή αξιοπιστίας.

- Μοντέλο Πνευματικής Αξιολόγησης και Παρέμβασης (Spiritual AIM Model – Assessment and Intervention Model): αξιολογεί το νόημα και την κατεύθυνση, την αυτό-αξία και το αίσθημα του ανήκειν, και τη συμφιλίωση/το να αγαπάς και να αγαπιέσαι. Για την κατασκευή του μοντέλου αυτού ισχύουν τα προαναφερόμενα για το MD μοντέλο του Anderson. Ούτε το συγκεκριμένο μοντέλο έχει υποβληθεί σε έλεγχο αξιοπιστίας και επικύρωσης.
- Μοντέλο Αξιολόγησης Πνευματικής Δυσφορίας (Spiritual Distress Assessment Model): αξιολογεί την ανάγκη ισορροπίας στη ζωή, σύνδεσης, αναγνώρισης αξιών, διατήρησης ελέγχου και ταυτότητας. Αναπτύχθηκε προκειμένου να αξιολογηθούν οι εμπειρίες που έχουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς, με τη χρήση αφηγηματικών συνεντεύξεων που ακολουθήθηκαν από έναν ιερέα ποσοτικοποιώντας τις απαντήσεις των ασθενών σε διάφορους τομείς πνευματικών αναγκών. Το συγκεκριμένο μοντέλο διαθέτει εγκυρότητα κριτηρίων και προγνωστική εγκυρότητα.

Κρίνεται αναγκαίο να διευκρινιστεί ότι πολλά από τα εργαλεία για την πνευματικότητα έχουν αναπτυχθεί κατά κύριο λόγο για ερευνητικούς σκοπούς. Συνεπώς, απαιτείται η πραγματοποίηση επιπλέον έρευνας για να αξιολογηθεί αν και κατά πόσο είναι χρήσιμα στα κλινικά περιβάλλοντα. Επιπρόσθετα, όλα αυτά τα εργαλεία έχουν περιορισμούς κάτι που δηλώνει την ανάγκη αφενός να δοκιμαστούν με αυστηρότητα όσα υφίστανται και αφετέρου να αναπτυχθούν καινούρια που θα είναι περισσότερο ολοκληρωμένα. Τέλος, είναι ανάγκη να υπάρξει μεγαλύτερη εννοιολογική σαφήνεια όσον αφορά τις διαστάσεις που χρησιμοποιούνται στην έρευνα για την πνευματικότητα αλλά και όσον αφορά τη σχέση των διαστάσεων αυτών με τις εκτιμήσεις που γίνονται σχετικά με τη συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία (Balboni et al., 2017).

3.3. Αξιολόγηση επάρκειας νοσηλευτών για παροχή πνευματικής φροντίδας

Στην προηγούμενη υποενότητα αναφέρθηκαν διάφορα εργαλεία και μοντέλα με τα οποία οι νοσηλευτές και γενικά οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αξιολογήσουν

και να αναγνωρίσουν τις ανάγκες του ασθενή για πνευματική φροντίδα. Προκειμένου όμως να παρασχεθεί αυτού του είδους η φροντίδα είναι απαραίτητο να έχουν οι νοσηλευτές την ικανότητα/επάρκεια (competence) να την παράσχουν (Fang et al., 2022; Forka-Kowalczyk et al., 2022).

Ως επάρκεια (competence) νοούνται τα προσόντα ή η κατάρτιση που έχει ο νοσηλευτής ως το επίπεδο της εμπειρίας του και ο βαθμός στον οποίο είναι προετοιμασμένος. Οι συγκεκριμένες ικανότητες αποτελούν πράξεις σύνθετες οι οποίες ρυθμίζουν τον αποτελεσματικό συνδυασμό διαφόρων πτυχών (συναισθηματικών, γνωστικών κ.α.) όπως είναι η κριτική σκέψη, η γνώση, η επικοινωνία, οι στάσεις αλλά και οι δεξιότητες ανταπόκρισης σε διάφορες κλινικές καταστάσεις. Πρόκειται για ικανότητες που είναι απαραίτητο να αποδειχτεί ότι υπάρχουν για να μπορέσει κάποιος να εργαστεί επαγγελματικά ως νοσηλευτής αλλά επίσης ικανότητες που διαρκούν και εξελίσσονται καθ' όλη την επαγγελματική σταδιοδρομία ενός νοσηλευτή (Sarrión-Bravo et al., 2022).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία που μετρούν και αξιολογούν τις ικανότητες και την επάρκεια των νοσηλευτών για την παροχή πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς. Κάποια από αυτά είναι τα Spiritual and Religious Care Competencies for Specialist Palliative Care, Spiritual Care Competence Questionnaire, Nurses' Spirituality and Delivery of Spiritual Care, Spirituality and Spiritual Care Rating Scale, Spiritual Care Competence Scale (SCCS) (Machul et al., 2022).

Η Κλίμακα Ικανοτήτων Πνευματικής Φροντίδας (SCCS) είναι ένα από τα εργαλεία που διαθέτει αξιοπιστία, καλή εσωτερική συνάφεια και τις κατάλληλες συσχετίσεις ανάμεσα στα στοιχεία που εξετάζει (Machul et al., 2022). Έχει χρησιμοποιηθεί πολλές φορές σε διεθνείς έρευνες και έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του σε διάφορες χώρες (Fang et al., 2022; Machul et al., 2022; Seid & Abdo, 2022). Κρίθηκε λοιπόν απαραίτητο να παρουσιαστεί έστω και συνοπτικά.

Περιλαμβάνει έξι υπο-κλίμακες, οι οποίες είναι οι εξής: αξιολόγηση και εφαρμογή πνευματικής φροντίδας, επαγγελματισμός και βελτίωση ποιότητας της πνευματικής φροντίδας, προσωπική υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενών, παραπομπή σε επαγγελματίες, στάση προς την πνευματικότητα του ασθενή και επικοινωνία. Η κλίμακα περιλαμβάνει συνολικά 27 στοιχεία. Κάθε ένα από αυτά βαθμολογείται σε μία κλίμακα Likert πέντε βαθμών που κυμαίνεται από το «διαφωνώ εντελώς» μέχρι

το «συμφωνώ απολύτως». Η μέγιστη πιθανή τιμή είναι το 135 και η ελάχιστη το 27. Βαθμολογία μεγαλύτερη από 99 υποδηλώνει υψηλή επάρκεια πνευματικής φροντίδας, ενώ βαθμολογία μεταξύ 64-98 μέση επάρκεια και μικρότερη από 64 χαμηλή (Machul et al., 2022; Seid & Abdo, 2022).

Μέσα στον τελευταίο χρόνο αναπτύχθηκαν και ελέγχθηκαν δύο ακόμα εργαλεία για την αξιολόγηση της επάρκειας των νοσηλευτών στην παροχή πνευματικής φροντίδας. Κρίθηκε, λοιπόν, καλύτερο να παρουσιαστούν αυτά λίγο πιο αναλυτικά καθώς όλα τα υπόλοιπα έχουν αναπτυχθεί περισσότερο από μία δεκαετία πριν και είναι λίγο –πολύ γνωστά.

Το ένα από αυτά τα εργαλεία είναι το Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης Ικανότητας Πνευματικής Φροντίδας EPICC- EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool (εργαλείο για αυτό-αξιολόγηση της ικανότητας φοιτητών της νοσηλευτικής και της μαιευτικής για την παροχή πνευματικής φροντίδας) και το άλλο είναι η Κλίμακα Πνευματικής Υποστήριξης – Spiritual Supporter Scale (εργαλείο για την αξιολόγηση της ικανότητας επαγγελματιών υγείας για την παροχή πνευματικής φροντίδας).

Κλίμακα Πνευματικής Υποστήριξης – Spiritual Supporter Scale (SpSup Scale)

Οι Forcka-Kowalczyk et al., (2022) σχεδίασαν και διενήργησαν έλεγχο εγκυρότητας και ψυχομετρική αξιολόγηση στο εργαλείο αυτό. Η σχετική μελέτη τους είχε στόχο τον σχεδιασμό, την επικύρωση και την τυποποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου το οποίο σχεδιάστηκε προκειμένου να καταστήσει εφικτή την αξιολόγηση της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν πνευματική φροντίδα. Σε αυτή την ικανότητα συμπεριλαμβάνονται η γνώση, η ευαισθησία στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και οι δεξιότητες πνευματικής υποστήριξης.

Η συνολική αξιοπιστία της Κλίμακας είναι υψηλή, η διαγνωστική ακρίβεια ικανοποιητική και το ίδιο συμβαίνει και με τη διακριτική δύναμη των στοιχείων. Τα στοιχεία αυτά σε συνδυασμό με τις ψυχομετρικές ιδιότητες (π.χ. αξιοπιστία, εσωτερική συνέπεια, διερευνητική παραγοντική ανάλυση κ.α.) της Κλίμακας την καθιστούν ένα εργαλείο που συνιστάται προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανότητα για την παροχή πνευματικής φροντίδας σε κλινικά περιβάλλοντα αλλά και σε ερευνητικά. Σαφώς η σύσταση αυτή είναι ισχυρή για τη χώρα στην οποία αναπτύχθηκε το

εργαλείο (δηλαδή την Πολωνία) ενώ για τις υπόλοιπες χώρες και γλώσσες απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την τυποποίησή της (Forka-Kowalczyk et al., 2022).

Η κλίμακα αποτελείται από ένα ερωτηματολόγιο που περιέχει 31 προτάσεις οργανωμένες σε πέντε υπο-κλίμακες: στάση απέναντι στην προσευχή (περιλαμβάνει 5 στοιχεία), πεποιθήσεις σχετικά με την πνευματικότητα (10 στοιχεία), πνευματικότητα σε σχέση με τον πόνο του ίδιου και των άλλων (9 στοιχεία), ευαισθησία στον πόνο των άλλων (3 στοιχεία) και στάση απέναντι στην κοινότητα (4 στοιχεία). Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μία κλίμακα Likert 4 βαθμών κυμαινόμενη από το «διαφωνώ κάθιστα» έως το «συμφωνώ απόλυτα». Παρέχεται ένας ορισμός της πνευματικότητας που έχει δοθεί από την Πολωνική Ένωση για την Πνευματική Φροντίδα στην Ιατρική καθώς και οι διαστάσεις της πνευματικότητας. Το ερωτηματολόγιο διατίθεται και στην Αγγλική γλώσσα αλλά δεν έχει επικυρωθεί ακόμα σε αυτήν (Forka-Kowalczyk et al., 2022).

Εργαλείο Αυτοαξιολόγησης Ικανότητας Πνευματικής Φροντίδας EPICC- EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool

Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου εργαλείου έχει μεγάλη ιστορία. Πιο συγκεκριμένα, το 2004 αναπτύχθηκε από τους Leeuwen & Cusveller ένα πλαίσιο ικανοτήτων βασισμένο στη βιβλιογραφία που περιείχε έξι δεξιότητες πνευματικής φροντίδας. Το πλαίσιο αυτό αργότερα αναπτύχθηκε περαιτέρω και επικυρώθηκε από τον Leeuwen το 2009 ως εργαλείο αξιολόγησης της πνευματικής φροντίδας. Το διδακτορικό του Attard παρείχε ένα πλαίσιο για 58 ικανότητες νοσηλευτών και μαιών στηριζόμενο πάνω στο εργαλείο του Leeuwen και με τη σειρά του αποτέλεσε σημείο εκκίνησης για την ανάπτυξη του EPICC Spiritual Care Education Standard/EPICC Standard, που αναπτύχθηκε μεταξύ 2016 και 2019 από μία ομάδα Ευρωπαίων ερευνητών και εκπαιδευτικών από 21 χώρες και αποτελεί πρότυπο εκπαίδευσης πνευματικής φροντίδας που βασίζεται σε συναίνεση (Giske et al., 2022).

Το EPICC Standard αποτελείται από τέσσερις υπο-κλίμακες (ικανότητες) και κάθε μία από αυτές αποτελείται από πέντε έως οκτώ στοιχεία (το σύνολο των στοιχείων είναι 28). Το συγκεκριμένο πρότυπο χρησίμευσε με τη σειρά του ως βάση για την ανάπτυξη του EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool που αναπτύχθηκε από μία διεθνή ομάδα και είναι διαθέσιμο στα Αγγλικά, Ολλανδικά και

Νορβηγικά. Το εργαλείο είναι αξιόπιστο καθώς επιδεικνύει κατασκευαστική και διακριτική εγκυρότητα και υψηλή εσωτερική συνέπεια (Giske et al., 2022).

Παρέχει τη δυνατότητα στους φοιτητές νοσηλευτικής και μαιευτικής να αξιολογήσουν οι ίδιοι τις γνώσεις, τις στάσεις και τις δεξιότητές τους που αφορούν την πνευματικότητα και την πνευματική φροντίδα. Επιπλέον, προσφέρει τόσο στους φοιτητές όσο και στους εκπαιδευτικούς (της θεωρίας αλλά και της πράξης) έναν απτό τρόπο συζήτησης και αξιολόγησης της ικανότητας για πνευματική φροντίδα στην κλινική πράξη (Giske et al., 2022).

Αναπτύχθηκε στην Ευρώπη (που έχει μεγάλη ποικιλία σε γλώσσες) και δοκιμάστηκε σε τρεις γλώσσες. Μία από αυτές ήταν τα Αγγλικά κάτι που επέτρεψε τη δοκιμή του και σε δυο ακόμα Ηπείρους εκτός της Ευρώπης, δηλαδή στην Αμερική (και πιο συγκεκριμένα στην Καλιφόρνια) και στην Αφρική (και πιο συγκεκριμένα στην Γκάνα). Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα συνολικά ευρήματα στις τρεις γλώσσες που χρησιμοποιήθηκε ενώ και στις τρεις είχε αποδεκτή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Giske et al., 2022).

Το εργαλείο παρέχει αρχικά έναν ορισμό της πνευματικότητας και της πνευματικής φροντίδας, αναφέρει τις διαστάσεις της πνευματικότητας ενώ στο τέλος διευκρινίζει ότι αναπτύχθηκε με βάση το EPICC Standard προς το οποίο δίνει έναν σύνδεσμο. Αποτελείται από τέσσερις υπο-κλίμακες, που αντιστοιχούν σε τέσσερις ικανότητες: ενδοπροσωπική πνευματικότητα, διαπροσωπική (σχετιζόμενη με άλλους) πνευματικότητα, αξιολόγηση και σχεδιασμός πνευματικής φροντίδας και παρέμβαση και αξιολόγηση (Giske et al., 2022).

Κάθε ικανότητα αποτελείται συνολικά από πέντε έως οκτώ στοιχεία που αφορούν τη γνώση, τις δεξιότητες και τη στάση. Το σύνολο των στοιχείων είναι 29 και για τις απαντήσεις χρησιμοποιείται μία κλίμακα Likert πέντε βαθμών που κυμαίνεται από το «διαφωνώ καθέτως» μέχρι το «συμφωνώ απολύτως» με μέσο το «ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ» (Giske et al., 2022).

3.4. Πνευματικότητα ασθενή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Όπως έχει προαναφερθεί, τόσο οι ασθενείς όσο και οι συνοδοί τους τονίζουν ότι έχουν μεγάλη ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες και μεγαλύτερη ανθρώπινη σύνδεση με τους επαγγελματίες υγείας. Σύνδεση που μπορεί να επιτευχθεί με την

υποστήριξη των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών τους αναγκών και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι οι ασθενείς αναφέρουν πολύ συχνά ικανοποίηση από τη φροντίδα των σωματικών τους αναγκών αλλά σημαντική έλλειψη φροντίδας των πνευματικών αναγκών τους (Llop-Medina, 2022).

Οι στρατηγικές που ευνοούν την παροχή μίας επαρκούς πνευματικής φροντίδας στον ασθενή περιλαμβάνουν αφενός μεν την ανάπτυξη προσωπικής επίγνωσης σχετικά με την πνευματικότητα, αφετέρου δε την αναζήτηση εκπαίδευσης σχετικά με αυτού του είδους τη φροντίδα. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις συμπεριλαμβάνουν το σεβασμό για τους άλλους, την επίδειξη μη επικριτικής στάσης, την ενθάρρυνση ουσιαστικής δέσμευσης σε διαπροσωπικές σχέσεις και περιβάλλοντα, δηλαδή τη διευκόλυνση της συμφιλίωσης ή συγχώρεσης, τη στοργική και συμπονετική φροντίδα, τη χρήση κατάλληλου αγγίγματος, την πλήρη παρουσία και επίγνωση και την ανάπτυξη ή εφαρμογή ιερού χώρου μέσα στο περιβάλλον του ασθενούς (Vincensi, 2019).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις εντός του πεδίου της πνευματικής φροντίδας του ασθενή είναι και οι διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται: η δημιουργία ασφαλών σχέσεων με τον ασθενή, η ακρόαση των αξιών και των ανησυχιών του, η εκμάθηση των θρησκευτικών του πεποιθήσεων οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν το νόημα που αποδίδει στην ασθένεια, η υποστήριξη των θρησκευτικών του πεποιθήσεων και πρακτικών και η επίδειξη ενσυναίσθησης (Türkben Polat & Özdemir, 2022).

Η εξάσκηση στη βαθιά ακρόαση, η ανταλλαγή τραγουδιών ή προσευχών, η ενθάρρυνση του ασθενή να συζητά για υπαρξιακά ή πνευματικά ζητήματα, η παραπομπή του ασθενή σε έναν ιερέα ή σε έναν πνευματικό ηγέτη καθώς και η χρήση θρησκευτικών κειμένων για τους μουσουλμάνους είναι από τις πρακτικές που μπορούν να ενισχύσουν τη σχέση ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή και να προσφέρουν στον ασθενή πνευματική άνεση (Murgia et al., 2022).

Επιπλέον πνευματική φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί και η προετοιμασία ενός ασθενή για να παρευρεθεί σε ναό της θρησκείας του. Ο σεβασμός απέναντι στους άλλους και την ιδιωτική τους ζωή, η αξιοπρέπεια, η συμπόνια, η υποστήριξη της κουλτούρας και των πεποιθήσεων μεμονωμένων ασθενών, η χαρά και η καλοσύνη αποτελούν βασικές αρχές της πνευματικής φροντίδας (Murgia et al., 2022).

Είναι ανάγκη όμως να ληφθεί υπόψη ότι ενδέχεται να υπάρξουν συγκρούσεις ανάμεσα στους παρόχους φροντίδας ειδικά σχετικά με το πόσο κατάλληλη είναι η προσευχή, εξαιτίας της θρησκευτικής ποικιλομορφίας αλλά και κοσμικών ζητημάτων. Επιπλέον φαίνεται ότι η θρησκεία και οι ταξικές σχέσεις συνήθως τέμνονται με το αποτέλεσμα να είναι μάλλον περιθωριοποίηση παρά σύνδεση. Το ζήτημα περιπλέκεται περαιτέρω καθώς οι νοσηλευτές έχουν πολύπλευρο ρόλο στη διαχείριση της θρησκευτικής διαφορετικότητας και προέρχονται από ποικίλα υπόβαθρα, θρησκευτικά ή μη (π.χ. αγνωστικιστές ή άθεοι) και μπορεί είτε να έχουν πνευματικές πεποιθήσεις οι ίδιοι είτε όχι (Murgia et al., 2022).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι αρκετές και διαφέρουν μεταξύ τους. Οι Ghorbani et al., (2021) που έκαναν μία βιβλιογραφική έρευνα η οποία περιελάμβανε μελέτες που διενεργήθηκαν τα τελευταία 15 χρόνια αναγνώρισαν τις εξής διαφορετικές κατηγορίες νοσηλευτικών παρεμβάσεων: εξερεύνηση πνευματικής προοπτικής, θεραπευτική χρήση του εαυτού, θεραπευτική παρουσία, ασθενοκεντρικότητα, διαισθητική αίσθηση, νοηματοκεντρικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, δημιουργία περιβάλλοντος που είναι πνευματικά θρεπτικό και τεκμηρίωση και αξιολόγηση της πνευματικής φροντίδας.

Οι de Diego-Cordero et al., (2022c) στη δική τους μελέτη (που ερεύνησε την αποτελεσματικότητα των πνευματικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων) αναφέρουν τις εξής παρεμβάσεις: ενθάρρυνση του ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του, υποστήριξη (με την παροχή θρησκευτικών αντικείμενων, όπως ροζάριο, χαλάκι προσευχής κ.α.) του ασθενή να εκτελέσει θρησκευτικά τελετουργικά, η αναζήτηση του νοήματος της ζωής, η συναισθηματική συμφιλίωση, το ρέικι, ο διαλογισμός, η προώθηση του νοήματος της ζωής, η ατομική αλλά και ομαδική (σε ομάδα υπό την παρουσία ιερέα) προσευχή, η εστίαση στην υπομονή και την εμπιστοσύνη, η ενεργή ακρόαση, η αφύπνιση της ελπίδας, η αυτοφροντίδα και η αυτεπίγνωση, η αναπνευστική χαλάρωση, η μουσική, και η καθοδηγούμενη φαντασία.

Ανεξάρτητα από το ποια ακριβώς θα είναι, η νοσηλευτική παρέμβαση αποτελεί μία διαδικασία που είναι απαραίτητο να γίνεται οργανωμένα. Περιέχει συγκεκριμένα και διακριτά βήματα που ξεκινούν από την αξιολόγηση των αναγκών και φτάνουν μέχρι την αξιολόγηση της παρέμβασης. Πιο συγκεκριμένα για την πνευματική φροντίδα τα

βήματα για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι τα εξής (Ernstmeyer & Christman, 2021):

Αξιολόγηση

Κάποιοι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας παρέχουν ένα τυποποιημένο εργαλείο πνευματικής αξιολόγησης το οποίο συμπληρώνεται όταν γίνεται εισαγωγή ενός ασθενή. Αν δεν υπάρχει κάποιο τέτοιου είδους εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί το μοντέλο FICA ή το μοντέλο HOPE. Το πρώτο περιέχει ερωτήσεις ανοιχτού τύπου ώστε να καταστεί δυνατό να ερωτηθεί ο ασθενής για τις πνευματικές πεποιθήσεις που έχει αλλά με τρόπο που δεν είναι επικριτικός.

Πιο συγκεκριμένα το ακρωνύμιο FICA και οι ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτό είναι:

F – Faith or beliefs (πίστη ή πεποιθήσεις). Θεωρείτε τον εαυτό σας πνευματικό; Ποιες είναι οι πνευματικές σας πεποιθήσεις; Τι θεωρείτε ότι δίνει νόημα στη ζωή;

I – Importance and influence (σημασία και επιρροή). Η πίστη/πνευματικότητα είναι σημαντική για εσάς; Πως επηρέασε τις προσωπικές αντιλήψεις και πρακτικές η νόσος ή η νοσηλεία σας;

C – Community (κοινότητα). Είστε συνδεδεμένος με κάποιο κέντρο πίστης στην κοινότητα; Σας παρέχει αυτό το κέντρο υποστήριξη/άνεση κατά τη διάρκεια περιόδων που βιώνετε στρες; Υπάρχει κάποιο άτομο/ομάδα/αρχηγός που σας υποστηρίζει/βοηθάει στην πνευματικότητά σας;

A – Address (διευθέτηση, αντιμετώπιση). Τι είδους υποστήριξη μπορούμε να σας παράσχουμε προκειμένου να σας υποστηρίξουμε στις πνευματικές σας πεποιθήσεις/πρακτικές;

Το HOPE σημαίνει:

H: Πηγές ελπίδας, άνεσης, νοήματος, ειρήνης, δύναμης, σύνδεσης και αγάπης.

O: Οργανωμένη θρησκεία.

P: Προσωπική πνευματικότητα και πρακτικές/

Ε: Επιδράσεις της πνευματικότητας σε θέματα που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη και το τέλος της ζωής.

Όπως φαίνεται από την παραπάνω ανάλυση του ακρωνυμίου το Η αναφέρεται στους πνευματικούς πόρους που έχει ένας ασθενής, όπως οι πηγές αγάπης και ελπίδας, αλλά χωρίς να εστιάζει από την πρώτη στιγμή στη θρησκεία ή στην πνευματικότητα. Πρόκειται για μία προσέγγιση που επιτρέπει στον νοσηλευτή να συνομιλήσει ουσιαστικά με πολλούς ασθενείς ανάμεσα στους οποίους συμπεριλαμβάνονται εκείνοι που η πνευματικότητά τους είναι ενταγμένη στο πλαίσιο της θρησκείας τους αλλά και εκείνοι που με κάποιον τρόπο έχουν αποξενωθεί από τη θρησκεία τους. Επιπλέον, επιτρέπει στους ασθενείς για τους οποίους είναι σημαντικός ο Θεός, η θρησκεία ή η προσευχή να προσφέρουν αυτήν την πληροφορία εθελοντικά.

Το Ο και το Ρ αναφέρονται σε τομείς που ερευνούν τη σημασία που έχει η οργανωμένη θρησκεία στη ζωή του ασθενή αλλά και τις πτυχές της πνευματικότητας και των πρακτικών τους που είναι πιο χρήσιμες. Ένας χρήσιμος τρόπος για να εισάγει ένας νοσηλευτής αυτού του είδους τις ερωτήσεις είναι να κάνει μαζί με αυτές και μία ομαλοποιητική/κανονικοποιητική δήλωση όπως η εξής: « Κάποιοι άνθρωποι αντλούν άνεση και δύναμη από τις θρησκευτικές ή τις πνευματικές τους πεποιθήσεις. Ισχύει και για σας αυτό;».

Εκτός από αυτού του είδους την αξιολόγηση που είναι υποκειμενική και γίνεται με ερωτήσεις ανοικτού τύπου, ο νοσηλευτής μπορεί και είναι απαραίτητο να παρατηρεί τον ασθενή για εκείνες τις ενδείξεις που υποδεικνύουν δυσκολία στο να βρεθεί σκοπός, νόημα ή ελπίδα στη ζωή. Εξίσου σημαντικό είναι και να παρατηρεί αν υπάρχουν υποστηρικτικές σχέσεις.

Οι ασθενείς που έχουν χρόνιες ή σοβαρές νόσους ενδέχεται να κάνουν δηλώσεις οι οποίες υποδεικνύουν ότι βιώνουν πνευματική δυσφορία και συνεπώς χρειάζονται πνευματική φροντίδα από το νοσηλευτή. Τέτοιου είδους δηλώσεις και αυτό που υποδεικνύουν κάθε φορά είναι οι εξής:

- ✓ «Δεν είμαι πια ο άνθρωπος που ήμουν κάποτε»: έλλειψη νοήματος.
- ✓ «Δεν έχω πια τίποτα να ελπίζω»: έλλειψη ελπίδας.
- ✓ «Γιατί να τύχει σε μένα αυτό;»: μυστήριο.
- ✓ «Όλοι οι φίλοι και οι συγγενείς μου έχουν φύγει»: απομόνωση.

- ✓ «Δεν ελέγχω πια καθόλου τη ζωή μου»: ανικανότητα, αίσθημα απώλειας ελέγχου.

Διάγνωση

Αφού τελειώσει η αξιολόγηση ο νοσηλευτής περνάει στο στάδιο της διάγνωσης. Υπάρχουν σε γενικές γραμμές τρεις διαγνώσεις που μπορούν να γίνουν σχετικά με την πνευματική υγεία. Οι ορισμοί τους και τα προσδιοριστικά τους χαρακτηριστικά είναι τα εξής:

- Ετοιμότητα για Ενισχυμένη Πνευματική Ευεξία (Readiness for Enhanced Spiritual Well-Being). Πρόκειται για ένα πρότυπο εμπειρίας αλλά και ενσωμάτωσης του σκοπού και του νοήματος στη ζωή μέσα από τη σύνδεση με τον ίδιο τον εαυτό και τους άλλους, τη μουσική, τη λογοτεχνία και την τέχνη, τη φύση και μία ανώτερη από τον εαυτό δύναμη. Το πρότυπο αυτό μπορεί να ενισχυθεί. Τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά του είναι: α) οι συνδέσεις με τον εαυτό (ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να ενισχύσει τη διαχείριση και το νόημα της ζωής), β) οι συνδέσεις με τους άλλους (ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να ενισχύσει τη συγχώρεση από τους άλλους, την αλληλεπίδραση με άλλους που είναι σημαντικοί και με πνευματικούς ηγέτες και την υπηρεσία σε άλλους), γ) οι συνδέσεις με τη Μουσική, την Τέχνη, τη Φύση και τη Λογοτεχνία (ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να ενισχύσει την πνευματική ανάγνωση, τη δημιουργική ενέργεια και το χρόνο σε εξωτερικούς χώρους), και δ) οι συνδέσεις με μία δύναμη ανώτερη από τον εαυτό (ο ασθενής εκφράζει την επιθυμία να ενισχύσει την προσευχή και τη συμμετοχή του σε διάφορες θρησκευτικές δραστηριότητες).
- Εξασθενημένη θρησκευτικότητα (Impaired Religiosity), δηλαδή μειωμένη ικανότητα να εξαρτάται από πεποιθήσεις ή/και συμμετοχή στις τελετουργίες που έχει μια συγκεκριμένη θρησκευτική παράδοση. Προσδιοριστικά χαρακτηριστικά της αποτελούν η επιθυμία του ασθενή να συνδεθεί ξανά με το προηγούμενο πρότυπο πεποιθήσεών του, η δυσκολία να τηρήσει τις θρησκευτικές τελετουργίες ή/και τις θρησκευτικές τελετουργίες που προβλέπονται από το θρησκευτικό του σύστημα, και η θλίψη για τον αποχωρισμό από την κοινότητα με την οποία μοιράζεται την ίδια πίστη. Εξασθενημένη θρησκευτικότητα μπορεί να προκύψει για παράδειγμα σε

νοσηλευόμενους ασθενείς οι οποίοι πλέον δεν μπορούν να παρακολουθήσουν τις θρησκευτικές εκδηλώσεις που συνήθιζαν, όπως π.χ. την Κυριακάτικη λειτουργία.

- Πνευματική Δυσφορία (Spiritual Distress), δηλαδή μία κατάσταση οδύνης η οποία σχετίζεται με τη μειωμένη ικανότητα που έχει ένας ασθενής να βιώνει στη ζωή του νόημα μέσω των συνδέσεων με τους άλλους και τον εαυτό του, με τον κόσμο ή με ένα ανώτερο όν. Τα προσδιοριστικά χαρακτηριστικά της είναι η αγωνία, το κλάμα, η κούραση, ο φόβος, η αϋπνία, η αμφισβήτηση της ταυτότητας, του νοήματος της ζωής και του νοήματος του πόνου. Τα γεγονότα που θέτουν έναν ασθενή να κινδυνεύει να αναπτύξει πνευματική δυσφορία είναι μεταξύ άλλων ο θάνατος ενός σημαντικού για αυτόν ανθρώπου, μία σημαντική μετάβαση στη ζωή, να αντιμετωπίσει το θάνατο, η έκθεση σε μία φυσική καταστροφή κ.α. Οι καταστάσεις που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο έναν ασθενή για την ανάπτυξη πνευματικής δυσφορίας περιλαμβάνουν τις χρόνιες νόσους, την απώλεια λειτουργίας ενός μέλους του σώματος, έναν θεραπευτικό παράγοντα, την απώλεια μέλους του σώματος κ.α.

Προσδιορισμός αποτελεσμάτων

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να προσδιορίσει τα αποτελέσματα που αναμένει να έχει η παρέμβαση που σχεδιάζει να υλοποιήσει προκειμένου να αντιμετωπίσει την κατάσταση που διέγνωσε. Για παράδειγμα για κάποιον ασθενή που διέγνωσε ότι υποφέρει από πνευματική δυσφορία θα μπορούσαν να προσδιοριστούν ως επιδιωκόμενα αποτελέσματα η επίδειξη πνευματικής υγείας, η οποία θα μπορούσε να τεκμηριωθεί χρησιμοποιώντας ως δείκτη την έκφραση ενός ή περισσότερων από τα εξής συναισθήματα: ελπίδα, πίστη, νόημα στη ζωή, σκοπός στη ζωή κ.α. Είναι απαραίτητο βέβαια να διευκρινίσει από την αρχή τι θα αποτελέσει το δείκτη που θα τεκμηριώσει ότι το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα έχει επιτευχθεί.

Παρεμβάσεις

Ακολούθως ο νοσηλευτής προβαίνει σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις έχοντας πάντα υπόψη του ότι είναι ανάγκη να μην επιβάλει στον ασθενή τις δικές του θρησκευτικές ή πνευματικές πεποιθήσεις. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη θεραπευτική εφαρμογή νοσηλευτικών παρεμβάσεων προκειμένου να υποστηριχθούν πνευματικά οι ασθενείς είναι αρκετές. Πιο συγκεκριμένα:

- Χρήση της θεραπευτικής επικοινωνίας προκειμένου να δημιουργηθεί εμπιστοσύνη αλλά και ενσυναίσθητη φροντίδα.
- Να είναι παρών και να ακούει ενεργά την έκφραση των συναισθημάτων του ασθενή εκδηλώνοντας ενσυναίσθηση.
- Να είναι ανοιχτός όταν ο ασθενής εκφράζει μοναξιά και αδυναμία.
- Να είναι ανοιχτός απέναντι στα συναισθήματα που έχει ο ασθενής για την ασθένεια ή/και το θάνατο.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να αναπολήσει αλλά και να αναθεωρήσει το παρελθόν και να εστιάσει σε σχέσεις και σε γεγονότα τα οποία του παρείχαν πνευματική δύναμη και υποστήριξη.
- Παροχή ιδιωτικότητας και χρόνου ησυχίας για την εκτέλεση θρησκευτικών δραστηριοτήτων.
- Παροχή ευκαιριών στον ασθενή να ασκήσει τη θρησκεία του.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να συμμετάσχει σε πρακτικές πνευματικές, νοητικο-σωματικές ή διαλογιστικές προκειμένου να προωθηθεί η πνευματική θεραπεία.
- Διευθέτηση επισκέψεων από ιερέα, πάστορα ή άλλο πνευματικό σύμβουλο του ασθενή.
- Προσευχή μαζί με τον ασθενή, ανάλογα με την περίπτωση.
- Παροχή λογοτεχνίας, πνευματικής μουσικής, τηλεόρασης, ραδιοφώνου ή διαδικτυακών προγραμμάτων, ανάλογα με την περίπτωση.
- Προώθηση της ελπίδας, με όποιον τρόπο κι αν την ορίζει το άτομο για την κατάστασή του χωρίς όμως να παρέχονται ψευδείς διαβεβαιώσεις.
- Ενθάρρυνση της συγχώρεσης.
- Ενθάρρυνση της συμμετοχής σε αλληλεπιδράσεις τόσο με μέλη της οικογένειας όσο και με φίλους και με άλλους.
- Ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομάδες υποστήριξης.

Τα σημεία τα οποία είναι ανάγκη να προσεχθούν ιδιαίτερα από το νοσηλευτή κατά τη διάρκεια των παρεμβάσεων είναι τα εξής:

Λήψη ενδείξεων από τον ασθενή

Ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να κατανοήσει ότι μπορεί να είναι δύσκολο θέμα για τον ασθενή να συζητήσει για την πνευματική του υγεία. Συστήνεται λοιπόν να αφήνει

τον ασθενή να οδηγήσει τη συζήτηση και να μην πιέζει για περισσότερα απ' όσα ο ασθενής θέλει να μοιραστεί. Είναι ακόμα ανάγκη να γνωρίζει τα μη λεκτικά σημάδια που μπορεί να επιδεικνύει ο ασθενής καθώς κάποιες φορές μπορεί να λέει ένα πράγμα αλλά με τη γλώσσα του σώματος να λέει κάτι που είναι διαφορετικό. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής επισημαίνει την αντίφαση και αναζητά διευκρινίσεις. Ένα παράδειγμα είναι ο ασθενής που δηλώνει ότι δεν κατηγορεί το θεό για τη νόσο του αλλά όταν το λέει δακρύζει. Ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει «παρατήρησα ότι όταν είπατε το τάδε δακρύσατε. Τι είναι αυτό που προκάλεσε αυτά τα δάκρυα; Με τον τρόπο αυτό δίνει στον ασθενή την ευκαιρία να μοιραστεί περισσότερα από τα συναισθήματα και τις σκέψεις του.

Να ρωτήσει τον ασθενή πως μπορεί να τον υποστηρίξει πνευματικά

Ένας από τους σημαντικούς τρόπους με τους οποίους ένας νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει πνευματικά έναν ασθενή είναι να τον ρωτήσει τι χρειάζεται ο ίδιος προκειμένου να νιώσει υποστήριξη στην πίστη του και μετά να προσπαθήσει αν μπορεί να ικανοποιήσει το αίτημά του. Παραδείγματος χάριν ο ασθενής μπορεί να θέλει να μιλήσει λίγο με τον ιερέα του, να πάει στο παρεκκλήσι του νοσοκομείου ή απλά να περάσει λίγο χρόνο ήσυχα προσευχόμενος ή διαλογιζόμενος. Ο νοσηλευτής είναι καλό να εξηγήσει στον ασθενή ότι το να είναι πνευματικά υγιής βοηθάει να γίνει και σωματικά.

Υποστήριξη των ασθενών σύμφωνα με τη δική τους παράδοση πίστης

Κάποιες φορές οι ασθενείς νιώθουν σαν να είναι αιχμάλωτοι αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο νοσηλευτής μπορεί να εκμεταλλευτεί την ευκαιρία και να προσπαθήσει να πείσει οποιονδήποτε ασθενή να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη θρησκεία ή ένα συγκεκριμένο σύστημα πεποιθήσεων. Ρόλος του νοσηλευτή δεν είναι να προωθεί τις δικές του αξίες και πεποιθήσεις αλλά να σέβεται και να υποστηρίζει αυτές που έχει ο ασθενής.

Ακρόαση των φόβων και των ανησυχιών του ασθενή χωρίς αφήγηση προσωπικών ιστοριών του νοσηλευτή

Προσπαθώντας ο νοσηλευτής να συμπάσχει με τον ασθενή που αφηγείται την ιστορία του είναι εύκολο να αρχίσει να αφηγείται και εκείνος παραδείγματα από τη δική του ζωή. Μπορεί αυτή η τακτική να δείχνει χρήσιμο, όμως τις περισσότερες φορές απλά

αποσπά την προσοχή και μετατοπίζει την εστίαση στο νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής λοιπόν είναι απαραίτητο να εστιάσει στις ανησυχίες και τους φόβους που εκφράζει ο ασθενής. Όταν είναι δυνατόν είναι ανάγκη να ονομάζει και να επικυρώνει τα συναισθήματα που ακούει να περιγράφει ο ασθενής, καθώς κάποιες φορές οι ασθενείς συνειδητοποιούν τι ακριβώς αισθάνονται όταν τους επισημανθεί.

Προσευχή μαζί με τον ασθενή αν ζητηθεί κάτι τέτοιο ή παροχή κάποιου που θα το κάνει

Όταν ένας ασθενής ζητάει από έναν νοσηλευτή να προσευχηθεί μαζί του, ενδέχεται ο νοσηλευτής να μην νιώθει πρόθυμος να το κάνει για διάφορους δικούς του λόγους: ίσως γιατί δεν νιώθει επαρκώς προετοιμασμένος για κάτι τέτοιο, ίσως να νιώθει άβολα ή να μην ξέρει αν κάτι τέτοιο «επιτρέπεται». Ενθαρρύνονται, λοιπόν οι νοσηλευτές να προσεύχονται μαζί με τους ασθενείς προκειμένου να υποστηρίξουν με τον τρόπο αυτό την πνευματική υγεία των ασθενών τους.

Αυτό το οποίο πρέπει να προσέξουν είναι να εστιάσουν στις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις που έχει ο ασθενής και όχι στις δικές τους. Το να έχει ο νοσηλευτής έτοιμη πάντα μία απλή και σύντομη προσευχή που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα από την θρησκευτική πίστη του ασθενή είναι κάτι που μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια σε τέτοιες περιπτώσεις. Αν παρόλα αυτά ο νοσηλευτής νιώθει άβολα στην προοπτική να προσευχηθεί μαζί με τον ασθενή είναι απαραίτητο να επικοινωνήσει με τον ιερέα και να του ζητήσει να συμμετάσχει εκείνος στην προσευχή του ασθενή.

Μοίρασμα ενθαρρυντικών σκέψεων ή/και λόγων

Χρήσιμο σε δύσκολες στιγμές, εκτός από την κοινή προσευχή, μπορεί να είναι και το να παραθέσει ο νοσηλευτής ένα εδάφιο από το προτιμώμενο ιερό βιβλίο του ασθενή ή να μοιραστεί μαζί του ένα εμπνευσμένο ποίημα. Σε κρίσιμες στιγμές μπορεί να αποδειχθεί πολύ χρήσιμο να έχει ο νοσηλευτής άμεσα διαθέσιμους μερικούς στίχους ή σκέψεις.

Χρήση παρουσίας και αγίγματος

Τα λόγια δεν είναι πάντα απαραίτητα. Κάποιες φορές η απλή παρουσία του νοσηλευτή μπορεί να ανακουφίσει πνευματικά τον νοσηλευτή. Κάποιες φορές η σκέψη και μόνο ότι κάποιος κάθεται δίπλα του όταν πονάει ή την ώρα που τον

παίρνει ο ύπνος μπορεί να δώσει μεγάλη ανακούφιση στον ασθενή. εφόσον ληφθεί η άδεια του ασθενή ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να τον αγγίξει καθώς το άγγιγμα φαίνεται ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερα ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο.

Εφαρμογή παρεμβάσεων

Όταν εφαρμόζονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην παροχή πνευματικής φροντίδας στον ασθενή, είναι ανάγκη ο νοσηλευτής να έχει υπόψη του ότι:

- Οφείλει να υποστηρίζει τις όποιες πνευματικές και θρησκευτικές προτιμήσεις έχει ο ασθενής.
- Οφείλει να ακούει και να σέβεται τις πεποιθήσεις του ασθενή και να μην προσπαθεί να του επιβάλλει τις δικές του.
- Οφείλει να αποδέχεται τις θρησκευτικές ή πνευματικές πρακτικές του ασθενή εάν αυτό είναι εφικτό αλλά και ασφαλές.
- Οφείλει να εξηγήσει στον ασθενή τη λογική της παρέμβασης ή/και της θεραπευτικής μεθόδου αν το σχέδιο θεραπείας έρχεται σε αντίθεση με μία πνευματική πεποίθηση, αξία ή πρακτική του ασθενή.
- Οφείλει να προσπαθήσει να διαπραγματευτεί το σχέδιο θεραπείας τόσο με τον ασθενή όσο και με τον πάροχο της υγειονομικής περίθαλψης στην περίπτωση που ο ασθενής είναι απρόθυμος να ολοκληρώσει τη θεραπεία με τον προγραμματισμένο τρόπο λόγω θρησκευτικών ή πνευματικών πεποιθήσεων. Παράδειγμα τέτοιας διαπραγμάτευσης είναι η υποστήριξη (εφόσον δεν υπάρχει κίνδυνος για περαιτέρω βλάβη του ασθενή) της τροποποίησης του διατροφικού προγράμματος κατά τη διάρκεια περιόδων νηστείας.

Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας

Μετά την εφαρμογή των παρεμβάσεων είναι απαραίτητο να ελεγχθεί από το νοσηλευτή αν αυτές υπήρξαν αποτελεσματικές. Για να το κάνει αυτό θα ανατρέξει στους εξατομικευμένους στόχους που έχει θέσει για κάθε ασθενή κατά τη διάρκεια του σταδίου προσδιορισμού των αποτελεσμάτων. Θα ελέγξει λοιπόν αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι και αν υπάρχουν οι αποδείξεις που ορίζουν την επίτευξή τους. Αν οι στόχοι δεν έχουν επιτευχθεί, οι παρεμβάσεις υπήρξαν αναποτελεσματικές και είναι ανάγκη να αναθεωρηθούν.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ – ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock, & Hughes, 1989).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική *(Εδώ γράψτε την κλινική που γνωρίζατε το άτομο που θα περιγράψετε)* έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της ανορεξίας και βουλιμίας *(Εδώ γράψτε την πάθηση με την οποία θα ασχοληθείτε)*. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την ανορεξία και κατάθλιψη *(Εδώ γράψτε την πάθηση με την οποία θα ασχοληθείτε)* δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

4.1 Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Den Denzin & Lincoln, 1998).

Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων

ιστορικό.....

Παρουσίαση του Κοινωνικού Ιστορικού

Κοινωνικό ιστορικό.....

Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου

Γιατί νομίζει ότι αρρώστησε.....

Στόχοι φροντίδας

Τι πρέπει να κάνει ο ασθενής τόσο σε επίπεδο αυτοφροντίδας όσο και σε επίπεδο θεραπευτικής φροντίδας

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τι πρέπει να κάνει ο ασθενής τόσο σε επίπεδο αυτοφροντίδας όσο και σε επίπεδο θεραπευτικής φροντίδας

Επίλογος – συμπεράσματα

Η πνευματικότητα είναι ένας τομέας της νοσηλευτικής φροντίδας που τα τελευταία χρόνια έχει λάβει μεγάλη προσοχή. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει ακόμα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για αυτήν, ενώ πολύ συχνά συγχέεται με την θρησκευτικότητα. Αν και έχει πολλά κοινά στοιχεία με αυτή και σαν έννοιες επικαλύπτουν η μία την άλλη σε πολλά σημεία, παρόλα αυτά είναι κάτι διαφορετικό. Πνευματικότητα μπορεί να έχει και κάποιος που δηλώνει αγνωστικιστής ή άθεος ή δεν ανήκει σε καμία οργανωμένη θρησκεία

Φαίνεται ότι οι ασθενείς έχουν πνευματικές ανάγκες οι οποίες δεν ταυτίζονται απαραίτητα με τις θρησκευτικές. Η ικανοποίησή τους δείχνει να συνδέεται με καλύτερες εκβάσεις και βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Επιπλέον φαίνεται ότι μειώνει το χρόνο νοσηλείας, το στρες και το άγχος, βελτιώνει τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αυξάνει την αντοχή και την αποφασιστικότητα. Μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου να συμφιλιωθούν με την ιδέα και να έχουν αξιοπρεπές τέλος της ζωής τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε γενικές γραμμές ενήμερο και έχει επίγνωση των πνευματικών αναγκών των ασθενών. Παρόλα αυτά διστάζει να προβεί σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις με στόχο να τις ικανοποιήσουν για μία σειρά αιτιών. Συνηθέστερες αιτίες είναι η σύγχυση μεταξύ θρησκευτικότητας και πνευματικότητας, οπότε ένας νοσηλευτής που είναι άθεος ή αγνωστικιστής δεν νιώθει άνετα, η αμηχανία, ο φόβος ότι θα φέρουν τον ασθενή σε δύσκολη θέση, η έλλειψη ενημέρωσης για το αν «επιτρέπεται» να το κάνουν, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η άγνοια για το σε τι ακριβώς συνίσταται η πνευματική φροντίδα κ.α.

Οι παρεμβάσεις στις οποίες μπορούν να προβούν οι νοσηλευτές προκειμένου να παράσχουν πνευματική φροντίδα στους ασθενείς τους είναι αρκετές. Αυτό, όμως, που είναι απαραίτητο να έχουν πάντα υπόψη τους πριν παρέμβουν είναι ότι θα πρέπει να επιδεικνύουν σεβασμό στις όποιες πνευματικές ανάγκες εκφράζει ο ασθενής ανεξάρτητα από το εάν συμφωνούν ή έρχονται σε αντίθεση με τις δικές τους πνευματικές ή/και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να προσπαθούν να επιβάλλουν τις δικές τους πεποιθήσεις στον ασθενή εκμεταλλευόμενοι την ευάλωτη θέση του.

Από τη διαπραγμάτευση του θέματος, τα βασικά σημεία της οποίας παρατέθηκαν πιο πάνω, συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς έχουν πνευματικές ανάγκες που δεν καλύπτονται κυρίως για λόγους άγνοιας, δισταγμού και φόβου. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητο να υπάρξουν σχετικές πρωτοβουλίες που θα ενημερώσουν, θα κατευθύνουν και κυρίως θα εκπαιδεύσουν τους νοσηλευτές (τόσο τους φοιτητές όσο και τους εν ενεργεία) αφενός για τη θεραπευτική αξία που έχει η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών και αφετέρου για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να παρέμβουν αποτελεσματικά.

Έτσι οι νοσηλευτές θα είναι σε θέση να παράσχουν μία ολοκληρωμένη φροντίδα στον ασθενή, θα νιώσουν ότι εκπληρώνουν στο ακέραιο το καθήκον τους, θα μειώσουν το δικό τους άγχος και το αίσθημα αδυναμίας αλλά και το αίσθημα ότι ίσως δεν έκαναν όλα όσα θα μπορούσαν, ειδικά για τον ασθενή στον οποίο παρέχεται παρηγορητική φροντίδα. Με τον τρόπο αυτό θα αποφευχθεί και η συναισθηματική κούραση και η συνακόλουθη από-προσωποποίηση, θα αυξηθεί η ικανοποίησή τους από την εργασία τους και θα αναβαθμιστεί γενικότερα το επίπεδο της φροντίδας που παρέχουν.

Βιβλιογραφία

Abu, H.O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J.J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R.J. & Kiefe, C.I., (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27(11), pp. 2777-2797.

Alvarez, J.S., Goldraich, L.A., Nunes, A.H., Zandavalli, M.C., Zandavalli, R.B., Belli, K.C., Rocha, N.S., Fleck, M.P. Clausell, N., (2016). Association between spirituality and adherence to management in outpatients with heart failure. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 106(6), pp. 491-501.

Atarhim, M.A., Lee, S. & Copnell, B., (2019). An exploratory study of spirituality and spiritual care among Malaysian nurses. *Journal of Religion and Health*, 58(1), pp. 180-194.

Balboni, T.A., Fitchett, G., Handzo, G.F., Johnson, K.S., Koenig, H.G., Pargament, K.I., Puchalski, C.M., Sinclair, S., Taylor, E.J. & Steinhauser, K.E., (2017). State of the science of spirituality and palliative care research Part II: Screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), pp. 441-453.

Bravin, A.M., Trettene, A.D.S., Andrade, L.G.M. & Popim, R.C., (2019). Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), pp. 541-551

Charzyńska, E. & Heszen-Celińska, I., (2020). Spirituality and mental health care in a religiously homogeneous country: Definitions, opinions, and practices among Polish mental health professionals. *Journal of Religion and Health*, 59(1), pp. 113-134.

Chen, Z., Jiang, Y., Chen, M., Baiyila, N. & Nan, J., (2021). Resilience as a mediator of the association between spirituality and self-management among older people with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Healthcare (Basel)*, 9(12), 1631. doi: 10.3390/healthcare9121631.

Cooper, K.L., Chang, E., Luck, L. & Dixon, K., (2020). How nurses understand spirituality and spiritual care: A critical synthesis. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), pp. 114-121.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.

de Brito Sena, M.A., Damiano, R.F., Lucchetti, G. & Peres, M.F.P., (2021). Defining spirituality in healthcare: A systematic review and conceptual framework. *Frontiers of Psychology*, 12:756080. doi: 10.3389/fpsyg.2021.756080.

de Diego-Cordero, R., Suárez-Reina, P., Badanta ,B., Lucchetti, G. & Vega-Escaño, J., (2022c). The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 67:151618. doi: 10.1016/j.apnr.2022.151618.

Elliott, R., Wattis, J., Chirema, K. & Brooks, J., (2020). Mental health nurses' understandings and experiences of providing care for the spiritual needs of service users: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(2), pp. 162-171.

Ernstmeyer, K., & Christman, E., (Eds.). (2021). *Open RN Nursing Fundamentals*. Chippewa Valley Technical College. Licensed under CC BY 4.0. Available at: <https://wtcs.pressbooks.pub/nursingfundamentals> [Accessed: 15 October 2022].

Fang, H.F., Susanti, H.D., Dlamini, L.P., Miao, N.F. & Chung, M.H., (2022). Validity and reliability of the Spiritual Care Competency Scale for oncology nurses in Taiwan. *BMC Palliative Care*, 21(1), 16. doi: 10.1186/s12904-022-00903-w.

Fitch, M.I. & Bartlett, R., (2019). Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6, pp. 111-121.

Fopka-Kowalczyk, M., Best, M. & Krajnik, M., (2022). The *Spiritual Supporter Scale* as a new tool for assessing spiritual care competencies in professionals: Design, validation, and psychometric evaluation. *Journal of Religion and Health*, <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01608-3>.

Ghaderi, A., Tabatabaei, S.M., Nedjat, S., Javadi, M. & Larijani, B., (2018). Explanatory definition of the concept of spiritual health: a qualitative study in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 11:3. eCollection

Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R. & Ramezani, M., (2021). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Supportive Care in Cancer* 29, 1165–1181 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>.

Giske, T., Schep Akkerman, A., Bø, B., Cone, P. H., Moene Kuven, B., Mcsherry, W., Owusu, B., Ueland, V., Lassche Scheffer, J., Leeuwen, R., & Ross, L., (2022). Developing and testing the EPICC spiritual care competency self-assessment tool for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, 1-15. <https://doi.org/10.1111/jocn.16261>.

Hitchcock, G. & Hughes, D. (1989). «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», London, Routledge.

Kaddourah, B., Abu-Shaheen, A. & Al-Tannir, M., (2018). Nurses' perceptions of spirituality and spiritual care at five tertiary care hospitals in Riyadh, Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Oman Medical Journal*, 33(2), pp. 154-158. doi: 10.5001/omj.2018.28.

Lazenby, M., (2018). Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 34(3), pp. 274-283.

Lee, G.E. & Kim, K.M., (2020). Analysis of spiritual care experiences of acute-care hospital nurses. *Journal of Hospice and Palliative Care*, 23(2), 44-54

Llop-Medina, L., Fu, Y., Garcés-Ferrer, J. & Doñate-Martínez, A., (2022). Palliative care in older people with multimorbidities: A scoping review on the palliative care needs of patients, carers, and health professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6):3195. doi: 10.3390/ijerph19063195.

Machul, M., van Leeuwen, R., Ozga, D., Jurek, K., Boczkowska, S. & Dobrowolska, B., (2022). The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC Nursing*, 21, 106. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00889-z>.

Maiko, S., Johns, S.A., Helft, P.R., Slaven, J.E., Cottingham, A.H. & Torke, A.M., (2019). Spiritual experiences of adults with advanced cancer in outpatient clinical settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(3), pp. 576-586.e1

Matos, T.D.S., Meneguín, S., Ferreira, M.L.S. & Miot, H.A., (2017). Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2910. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>.

McCord, G., Gilchrist, V.J., Grossman, S.D., King, B.D., McCormick, K.E., Oprandi, A.M., Schrop, S.L., Selius, B.A., Smucker, D.O., Weldy, D.L., Amorn, M., Carter, M.A., Deak, A.J., Hefzy, H. & Srivastava, M., (2004). Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Annals of Family Medicine*, 2(4), pp. 356-361.

Μηνασίδου, Ε., Σπανούδη, Κ. & Καυκιά, Θ., (2016). Πνευματικότητα/θρησκευτικότητα και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια και απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(1), σσ. 30-37.

Murgia, C., Notarnicola, I., Rocco, G. & Stievano, A., (2020). Spirituality in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*, 27(5), pp. 1327-1343.

Murgia, C., Notarnicola, I., Caruso, R., De Maria, M., Rocco, G. & Stievano, A., (2022). Spirituality and religious diversity in nursing: A scoping review. *Healthcare (Basel)*, 10(9):1661. doi: 10.3390/healthcare10091661.

Phenwan, T., Peerawong, T. & Tulathamkij, K., (2019). The meaning of spirituality and spiritual well-being among Thai breast cancer patients: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), pp. 119-123.

Roger, K.S. & Hatala, A., (2018). Religion, spirituality & chronic illness: A scoping review and implications for health care practitioners. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 37(1), pp. 24-44.

Sarrión-Bravo, J.A., González-Aguña, A., Abengózar-Muela, R., Renghea, A., Fernández-Batalla, M., Santamaría-García, J.M. & Ruiz-Moral, R., (2022). Competence in spiritual and emotional care: Learning outcomes for the evaluation of nursing students. *Healthcare*, 10, 2062. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102062>.

Sharma, S. & Mehrotra, S., (2017): The spiritual revolution in India from the ritual to the spiritual Indian: Factors shaping spiritual seeking in modern Indians. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 20(3). DOI: 10.1080/19349637.2017.1411218.

Türkben Polat, H. & Özdemir, A.A., (2022). Relationship between compassion and spiritual care among nurses in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 61(3), pp. 1894-1905.

Vincensi, B.B., (2019). Interconnections: Spirituality, spiritual care, and patient-centered care. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6, pp. 104-110.

Weathers, E., (2018). Spirituality and health: A Middle Eastern perspective. *Religious*, 9(2), 33. <https://doi.org/10.3390/rel9020033>