



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“Ο ρόλος της πνευματικότητας στην ΜΕΘ
και βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις”

ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:

ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΝΤΑΚΑΛΕΤΣΗΣ (Α.Μ. 17321)

ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΝΤΑΚΟΥΛΑΣ (Α.Μ. 17322)

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2019

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να αποδώσουμε ιδιαίτερες ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κυρία Μαίρη Γκούβα, η οποία μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με το θέμα αυτό και να δούμε το ζήτημα της πνευματικότητας από μια άλλη σκοπιά. Θα θέλαμε επίσης να την ευχαριστήσουμε για την στήριξή της και την πολύτιμη βοήθειά της. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την υποστήριξη που μας προσφέρουν όλα αυτά τα χρόνια και που είναι δίπλα μας!

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7

Κεφάλαιο 1^ο

Η Πνευματικότητα

1.1 Ορισμός της Πνευματικότητας	11
1.2 Η πνευματικότητα και η ψυχολογική της επίδραση.	15
1.3 Η Θρησκευτικότητα	17

Κεφάλαιο 2^ο

Η Πνευματικότητα στην Νοσηλευτική

2.1 Η πνευματικότητα στο κλινικό περιβάλλον	19
2.2 Ιστορική Αναδρομή	21
2.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή της πνευματικότητας	23
2.4 Παρεμβάσεις για την κάλυψη πνευματικών αναγκών	27

Κεφάλαιο 3^ο

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

3.1 Ορισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας	31
3.2 Ιστορική Αναδρομή.	33

3.3 Νομικό Πλαίσιο Λειτουργίας.	36
3.4 Η ψυχολογική κατάσταση στην ΜΕΘ.	37

Κεφάλαιο 4^ο

Η Πνευματικότητα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

4.1 Τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας που παρέχει αποτελεσματική πνευματικότητα.	39
4.2 Η Σημασία της πνευματικότητας στην ΜΕΘ.	41
4.3 Τα εμπόδια για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στην ΜΕΘ.	44
4.4 Η Πνευματική Νοημοσύνη στην ΜΕΘ.	46
4.5 Οι πρακτικές για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών.	49

Κεφάλαιο 5^ο

Ποιοτική Μελέτη

5.1 Ορισμός.	52
5.2 Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης.	52
5.3 Μελέτη Περίπτωσης.	53

Βιβλιογραφία.....	57
-------------------	----

Περίληψη

Εισαγωγή : Η πνευματικότητα είναι μια έννοια πολυδιάστατη, που επιδρά άμεσα ακόμα και στον χώρο της ελπίδας. Μια ομάδα ασθενών που οι ερευνητές εξετάζουν αρκετά συχνά σε συνδυασμό με την πνευματικότητα, είναι εκείνοι οι ασθενείς που νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ανάγκη για πνευματική φροντίδα έχουν επίσης και οι οικογένειες των ασθενών αυτών. Οι νοσηλευτές πρέπει να φροντίζουν για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών, ακολουθώντας αποτελεσματικές μεθόδους.

Σκοπός : σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να εντοπιστούν οι ανάγκες των ασθενών που νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας όσον αφορά την πνευματικότητα. Στόχος είναι επίσης να εντοπιστούν οι στρατηγικές που αξιοποιούν οι νοσηλευτές για την προαγωγή της πνευματικότητας αλλά και τα εμπόδια που παρουσιάζονται.

Μέθοδος : πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση προκειμένου να εντοπιστούν άρθρα και βιβλία τα οποία αφορούν την πνευματικότητα στην νοσηλευτική και συγκεκριμένα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Αποτελέσματα: η πνευματικότητα είναι ένα ζήτημα πολύπλοκο που κάθε ασθενής έχει ανάγκη, ανεξαρτήτως της θρησκευτικής του κουλτούρας. Η σύνδεση της νοσηλευτικής με την πνευματικότητα είναι άμεση. Οι νοσηλευτές είναι απαραίτητο να αξιολογούν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους και να προσπαθούν να τις καλύψουν. Επίσης σημαντικό είναι οι νοσηλευτές να επικοινωνούν και με την οικογένεια των ασθενών που βρίσκονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, ακριβώς επειδή σε δύσκολες περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν μπορούν να ανταποκριθούν, οι συγγενείς αποτελούν τον συνδετικό κρίκο επικοινωνίας με στόχο την κάλυψη των πνευματικών αναγκών.

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ είναι απαραίτητο να ξεπεράσουν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν, και να παρέχουν όσο το δυνατόν καλύτερες παρεμβάσεις για την αποτελεσματική κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών τους αλλά και των οικογενειών τους. Φυσικά, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση.

Abstract

Introduction: Spirituality is a multidimensional concept that directly affects even the field of hope. One group of patients that researchers often examine in conjunction with spirituality are those patients treated in the Intensive Care Unit. The families of these patients also have a need for spiritual care. Nurses should take care of their spiritual needs by following effective methods.

Purpose: The purpose of this thesis is to identify the needs of patients treated in the Intensive Care Unit in spirituality. The goal is also to identify the strategies that nurses use to promote spirituality and the barriers they present.

Method: A bibliographic review was conducted to identify articles and books on spirituality in nursing and in particular in the Intensive Care Unit.

Results: Spirituality is a complex issue that every patient needs, regardless of their religious culture. The link between nursing and spirituality is immediate. Nurses need to assess the spiritual needs of their patients and try to meet them. It is also important for nurses to communicate with the family of patients in the Intensive Care Unit, precisely because in difficult situations that patients cannot respond to, relatives are the connecting link in order to meet their spiritual needs.

Conclusions: Nurses working in ICUs need to overcome the barriers they face, and provide the best possible interventions to effectively cover the mental needs of their patients and their families. Of course, nurses need to be properly trained.

Εισαγωγή

Μέχρι τη δεκαετία του 1980 δεν υπήρχαν αρκετά δημοσιευμένα στοιχεία για την έννοια της πνευματικότητας. Τα τελευταία 40 χρόνια όμως όλο και περισσότεροι ερευνητές στρέφουν το ενδιαφέρον τους στην αξία της πνευματικότητας σε διάφορους τομείς. Υπάρχουν μάλιστα αρκετοί λόγοι για το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ενασχόληση με την πνευματικότητα. Στον χώρο της υγείας συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι η πνευματικότητα μπορεί να αποτελέσει έναν ισχυρό πόρο ενδυνάμωσης των ασθενών, κυρίως για εκείνους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας όπως οι χρόνιες ασθένειες (Williams et al., 2011).

Η δύναμη της πνευματικότητας είναι τόσο μεγάλη, που όλο και περισσότεροι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα έχει μεγαλύτερη σημασία όταν το ιατρικό σύστημα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους. Τότε είναι που το άτομο αρχίζει να στρέφεται προς την πνευματικότητα, αναζητώντας κάποιο νόημα, έναν σκοπό και γενικά την κατανόηση. Μάλιστα, όσο οι ασθενείς μεγαλώνουν και μπαίνουν προς την τρίτη ηλικία, τόσο περισσότερο αυξάνεται και η πνευματικότητα. Η πνευματικότητα είναι μια πηγή ελπίδας και βοηθά στην προσαρμογή τους στην ασθένεια (Chidarikire, 2012).

Αναγνωρίζοντας τη σημασία της πνευματικότητας στην πρακτική νοσηλευτικής, σε ορισμένες χώρες έχουν θεσπιστεί νομοθεσία, κανονισμοί και επαγγελματικές οδηγίες. Η πνευματικότητα, ως βασικό χαρακτηριστικό των ανθρώπων και δεδομένου ότι συνεισφέρει σημαντική στην υγεία, θεωρείται ως μέρος της νοσηλευτικής πρακτικής. Η παροχή πνευματικής φροντίδας έχει πλέον γίνει αναπόσπαστο μέρος της ολιστικής φροντίδας σε πολλές χώρες, με περισσότερη προσοχή στην πνευματικότητα σε όλο τον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Όταν χρησιμοποιούν μια ολιστική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη, οι νοσηλευτές επιθυμούν να ικανοποιήσουν τις σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών τους, αλλά και τις ανάγκες τους που σχετίζονται με την πνευματικότητα (Murphy & Walker, 2013).

Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση και η φθορά που υφίστανται εξαιτίας αυτής της κατάστασης είναι ανεπανόρθωτη. Απαιτείται συχνή παρακολούθηση και φροντίδας εξαιτίας της κρισιμότητας αυτής. Είναι σημαντικό να αναφερθεί επίσης ότι οι ασθενείς που γίνονται δεκτοί στην ΜΕΘ, έχουν βιώσει κάποιον σοβαρό τραυματισμό, ή κάποια νόσο που επηρεάζει πολλά όργανα και σημεία του σώματος. Σε κάθε περίπτωση πρόκειται για σοβαρά προβλήματα τα οποία απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα από τους νοσηλευτές. Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) είναι ένας χώρος ιδιαίτερα κρίσιμος και μπορεί να δημιουργήσει μεγάλη δυσκολία και άγχος για τους ασθενείς και τις οικογένειες. Η αποτελεσματική και κατάλληλη επικοινωνία αποτελεί σημαντικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας, όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για την οικογένεια. Η πλειοψηφία των ασθενών με κρίσιμη κατάσταση λαμβάνει ηρεμιστικά και αναλγητικά φάρμακα για να καταπολεμήσουν τον πόνο και το άγχος και να βελτιώσουν την ανοχή τους στο περιβάλλον της ΜΕΘ.

Η πνευματική φροντίδα, η οποία είναι βαθιά ενσωματωμένη στην νοσηλευτική, περιλαμβάνει το σεβασμό, τη φροντίδα, την αγάπη, την πλήρη παρουσία και την υποστήριξη στην αναζήτηση του νοήματος. Επιπλέον, το γεγονός ότι τα στοιχεία που δείχνουν την θετική επίδραση της πνευματικότητας στην πορεία των ασθενών και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, κινεί το ενδιαφέρον των ερευνητών όλο και περισσότερο. Η πνευματικότητα λοιπόν είναι άμεσα συνδεδεμένη και με τους ασθενείς εκείνους που βρίσκονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, και η υγεία τους βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο. Τόσο οι συγγενείς των ασθενών όσο και οι ίδιοι οι νοσηλευτές συνδέονται μέσω της πνευματικότητας και προσπαθούν να δώσουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα στους ασθενείς αυτούς. Ως εκ τούτου, οι νοσηλευτές που βρίσκονται σε άμεση επαφή με αυτούς τους εύάλωτους ασθενείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και έτοιμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις ασθενών και οικογενειών, ώστε να ανταποκριθούν στις πνευματικές τους ανάγκες και να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες τους. Μάλιστα, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι πνευματικές ανάγκες θα πρέπει να καλύπτονται ανεξαρτήτως της θρησκείας των ασθενών.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται το ζήτημα αυτό της πνευματικότητας στους ασθενείς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η εργασία αποτελείται από 5 Κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται όλες εκείνες οι πληροφορίες που σχετίζονται με την Πνευματικότητα, σε ένα γενικότερο πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, δίνεται ο ορισμός της Πνευματικότητας, ενώ επίσης γίνονται αναφορές στην θρησκευτικότητα και τον διαφορετικό χαρακτήρα της, επίσης στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η επίδραση που έχει η Πνευματικότητα στην ψυχική υγεία.

Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά ξεκάθαρα την πνευματικότητα στην Νοσηλευτική. Παρουσιάζεται εκτενώς η σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές έννοιες ενώ επίσης γίνεται λόγος για τις μεθόδους που μπορούν να αξιοποιήσουν οι νοσηλευτές για την παροχή πνευματικότητας στους ασθενείς τους. Επιπλέον, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια ιστορική αναδρομή προκειμένου να παρουσιαστεί η σχέση ανάμεσα στην Πνευματικότητα και την Νοσηλευτική Φροντίδα, και φυσικά πώς ξεκίνησε και πώς εξελίχθηκε με την πάροδο του χρόνου. Η περισσότερη έμφαση στο κεφάλαιο αυτό δίνεται στις Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την κάλυψη πνευματικών αναγκών.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, την οποία συναντάμε στην βιβλιογραφία συνήθως με τον όρο ΜΕΘ. Παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή αλλά και το νομικό πλαίσιο λειτουργίας της. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό γίνεται η πρώτη σύνδεση της πνευματικότητας με την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αφού πρώτα δοθούν κάποια σημαντικά στοιχεία για την κατάσταση που επικρατεί στην ΜΕΘ, έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή η ανάγκη για έκφραση της πνευματικότητας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας παρουσιάζεται η πνευματικότητα στην ΜΕΘ αναλυτικά. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που παρέχουν αποτελεσματική φροντίδα για την κάλυψη των ασθενών που βρίσκονται στην ΜΕΘ, ενώ επίσης γίνεται λόγος για την σημασία της πνευματικότητας στην ΜΕΘ. Επίσης, σχετικές αναφορές γίνονται για τα εμπόδια που παρουσιάζονται στην ΜΕΘ και δεν επιτρέπουν την κάλυψη των πνευματικών

αναγκών των ασθενών, για την πνευματικής νοημοσύνη στην ΜΕΘ και τέλος για τις πρακτικές εκείνες που ακολουθούν οι νοσηλευτές με στόχο την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών τους.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια ποιοτική μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μια μελέτη περίπτωσης η οποία παρουσιάζει μια νοσηλεύτρια, την Αναστασία η οποία εργάζεται στην ΜΕΘ. Η πρωταγωνίστρια της ποιοτικής έρευνας παρουσιάζει την θετική της στάση προς την πνευματικότητα, δίνοντας έμφαση στα οφέλη που έχει η πνευματικότητα τόσο στους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ, όσο και στην ίδια, ως άτομο πρώτα απ όλα, και ως επαγγελματίας υγείας σε επόμενο επίπεδο.

Κεφάλαιο 1^ο

Η Πνευματικότητα

1.1 Ορισμός της Πνευματικότητας

Η πνευματικότητα είναι ένας όρος πολυδιάστατος. Πρόκειται στην ουσία για την αντίληψη του ατόμου για τον ρόλο του στην ζωή. Η πνευματικότητα μπορεί να υπερβεί τα θρησκευτικά ή πολιτισμικά όρια. Χαρακτηριστικό είναι πως διακρίνεται από πίστη, και μια αέναη αναζήτηση του νοήματος και φυσικά του σκοπού της ζωής. Η πνευματικότητα χαρακτηρίζεται επίσης ως μια αίσθηση σύνδεσης με άλλους και μια υπέρβαση του εαυτού, με αποτέλεσμα την αίσθηση της εσωτερικής ειρήνης και ευημερίας. Μια ισχυρή πνευματική σύνδεση είναι τόσο σημαντική που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση του τρόπου που κανείς αντιλαμβάνεται την ζωή, επιδρώντας θετικά στην ικανοποίησή του από την ζωή στο σύνολό της. Η πνευματικότητα θεωρείται από πολλούς ως η απάντηση στο ερώτημα της γέννησης, της προέλευσης και του νοήματος από όλα αυτά. Σίγουρα η απάντηση για τα ερωτήματα αυτά δεν είναι δεδομένη, ούτε συγκεκριμένη. Αυτό επειδή κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικός και αντιλαμβάνεται με τον δικό του υποκειμενικό τρόπο την κάθε κατάσταση. Έτσι λοιπόν χαρακτηριστικό είναι πως η πνευματικότητα ορίζεται ως μια υπερβατική σχέση με κάτι μεγαλύτερο από τον εαυτό (Marcoen, 1994).

Ένας από τους πολλούς ορισμούς της πνευματικότητας συναντάται στο λεξικό Merriam-Webster (1974), όπου περιγράφεται ως η ζωτικότητα, η κινούμενη δύναμη των ανθρώπων, αλλά και η σφριγηλότητα, το θάρρος και το σθένος που εμπλουτίζει τη ζωή με ενέργεια. Το λεξικό Merriam-Webster (1974) ορίζει περαιτέρω το πνεύμα ως την βασική ποιότητα, τον χαρακτήρα, τη φύση ή την ιδιαίτερη στάση του νου. Η πνευματικότητα ορίζεται επίσης ως η άμορφη ουσία του ατόμου, της ψυχής, ή μιας υπερφυσικής οντότητας.

Αρκετοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να ορίσουν την πνευματικότητα. Οι Hunglemann et al. (1996) την ορίζουν ως «ένα αίσθημα αρμονικής διασύνδεσης

μεταξύ του ατόμου και του ίδιου του εαυτού, των άλλων ή της φύσης και της ανώτερης ύπαρξης που υπάρχει πέρα από τον χρόνο και το χώρο». Οι Burkhardt και Nagai-Jacobson (2002) δήλωσαν ότι είναι η έμφυτη κινούμενη ουσία της ύπαρξης, μέσω της οποίας ο άνθρωπος βιώνει τη σύνδεση του με όλη τη ζωή ενώ ο Reed (1991) παραβίασε τον σαφή ορισμό της πνευματικότητας, δηλώνοντας ότι είναι ένα αναπόσπαστο μέρος της υγείας και ένας συνεχής και ανεξάντλητος πόρος. Ο O'Brien (2003) περιγράφει την πνευματικότητα ως την πλήρη συμμετοχή στη ζωή, που υπαγορεύεται από την ευαισθητοποίηση και την προσοχή στη μεταφυσική, αλλά και ως μία υπερβατική και ενοποιητική αρχή του σύμπαντος.

Ο Frankl (1984) περιέγραψε την πνευματικότητα ως ικανή να κρατήσει τις πνευματικές δεσμεύσεις κάποιου, ερμηνεύοντας παράλληλα τα βάσανα του, μέσα σε ένα πλαίσιο βαθύτερης σημασίας. Ο Marcoen (1994) καθόρισε γενικά την πνευματικότητα ως μια υπερβατική σχέση με κάτι ανώτερο από τον ίδιο τον εαυτό του ανθρώπου. Αναγνωρίζει δύο είδη πνευματικότητας, σημειώνοντας ότι αυτή η σχέση μπορεί να ερμηνεύεται έγκυρα, είτε από θρησκευτική άποψη είτε από αγνωστικιστική εμπειρία. Η θρησκεία είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για τυπικές ή τελετουργικές πρακτικές πεποιθήσεων που μοιράζονται μεταξύ τους κάποιες ομάδες ανθρώπων. Οι όροι πνευματικότητα και θρησκεία συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Μόνο οκτώ αναθεωρημένες πηγές προέβησαν σε διάκριση μεταξύ πνευματικότητας και θρησκείας. Καθώς οι όροι πνευματικότητα και θρησκευτικότητα φέρουν αμφότερα υπαινιγμούς που μπορεί να θεωρηθούν αρνητικοί, η χρήση τους πρέπει να συζητηθεί.

Η πνευματικότητα έχει περιγραφεί ως κάτι περισσότερο από τη θρησκεία. Αποτελεί «ένα προσωπικό, ατομικό σύστημα αξιών για τον τρόπο προσέγγισης των ανθρώπων» (Laukhof & Werner, 1998), που ποικίλλει από άτομο σε άτομο και μεταβάλλεται καθ' όλη τη ζωή, σαν μια προσωπική αναζήτηση για νόημα και για κάποιον ανώτερο σκοπό. Ο Labun (1988) συνέδεσε την πνευματικότητα με την αγάπη, την πίστη, την ελπίδα και την εμπιστοσύνη, οι οποίες χαρακτηρίζουν και καθορίζουν την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων.

Τέσσερα χαρακτηριστικά μπορούν να παρουσιαστούν ως ουσιαστικά απαραίτητα για την πνευματικότητα, με την επισήμανση ότι συνδέονται μεταξύ τους

και ότι κανένα από αυτά μόνο του, δεν είναι επαρκές. Σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά αυτά, η πνευματικότητα:

- α) απαιτεί πίστη ή αποδοχή ενός συστήματος πεποιθήσεων,
- β) περιλαμβάνει μια προσωπική αναζήτηση για κάποιο συγκεκριμένο νόημα και σκοπό,
- γ) περιλαμβάνει την συνειδητοποίηση της σχέσης ή της συγγένειας με τους άλλους,
- δ) είναι ξεκάθαρη (Atef-Vahid et al., 2011).

Ο όρος πνευματικότητα, αντιπροσωπεύει το βαθμό στον οποίο το άτομο αναγνωρίζει την πνευματική του φύση και διαμορφώνει τρόπους ελεύθερης έκφρασης της κατά τη διάρκεια της υλικής ζωής. Προϋποθέτει ανοιχτή στάση απέναντι στα πνευματικά κηρύγματα των θρησκειών και των σχολών σκέψης και όχι τη δογματική απόρριψη όλων όσων δεν προέρχονται από τη θρησκευτική προτίμηση του. Μορφοποιεί την οντολογική και υπαρξιακή διάσταση του ανθρώπου, που απορρέει από την ανάγκη για ολοκλήρωση και αναζήτηση νοήματος και σκοπού της ανθρώπινης ύπαρξης (Miller et al., 2012).

Η αναζήτηση αυτή αποτυπώνεται γραπτά σε όλους τους μεγάλους πολιτισμούς της αρχαιότητας, αλλά είναι σίγουρο ότι προϋπάρχει και του γραπτού λόγου διότι βασίζεται στην αέναη ανάγκη του ανθρώπου να θέτει και να απαντά υπαρξιακά και ηθικά ερωτήματα σύμφωνα με τη φύση του και τη σχέση της με το «ιερό» ή το «υπερβατικό» (Azizi, 2017).

Η πνευματικότητα εκφράζεται εξατομικευμένα, ως δυναμική και εξελισσόμενη διαδικασία, η οποία επιδρά καθοριστικά στις διαχρονικές μεταβολές της προσωπικότητας σε όλες τις φάσεις και τις εκφάνσεις της ζωής. Η πνευματικότητα συνδέει μέσω της εσωτερικής εμπειρίας το υπερβατικό με την πραγματικότητα σε ένα υψηλότερο επίπεδο συνείδησης, παρέχοντας έτσι στο άτομο τη δυνατότητα να σχετίζεται με τους άλλους και το περιβάλλον του. Η πνευματικότητα δεν ταυτίζεται απαραίτητα με τη θρησκευτικότητα. Είναι εγγενής διαλογισμική εμπειρία, ενώ η θρησκευτικότητα απορρέει κυρίως από την πίστη. Πολλοί βέβαια θεωρούν τη θρησκευτικότητα βασική μορφή πνευματικότητας. Ανεξάρτητα όμως από το πώς σχετίζονται μεταξύ τους, τόσο η πνευματικότητα όσο και η θρησκευτικότητα

φαίνεται να επιδρούν και να επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ψυχολογική ωρίμανση (Balboni et al., 2013).

Η πνευματική υγεία, που εκλαμβάνεται και ως φιλοσοφία ζωής, αποτελεί νευραλγικό συντελεστή επηρεασμού της συνολικής υγείας, γιατί επιδρά θετικά στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, δηλαδή στο ήμισυ του ορισμού για την υγεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ταυτόχρονα, είναι ένα μέσο που βοηθά στην κατανόηση και διαχείριση της ανθρώπινης ύπαρξης σε όλες τις φάσεις και τους τομείς της ζωής, περιλαμβανομένης της διαχείρισης του στρες, της αρρώστιας και της ιδέας του θανάτου, δρώντας συνεπικουρικά σε κάθε θεραπευτική στρατηγική ίασης και βελτίωσης της κλινικής έκβασης οιασδήποτε σωματικής ή ψυχικής νόσου. Άξιες αναφοράς είναι οι μελέτες που διαπιστώνουν μείωση του στρες μέσω της πνευματικής δραστηριότητας και των τεχνικών διαλογισμού (Naghi et al., 2012).

Φαίνεται ότι η συμμετοχή σε ομάδες πνευματικής αλληλοϋποστήριξης βοηθά τους καρκινοπαθείς να αντιμετωπίζουν καλύτερα την απειλή του θανάτου και να διαχειρίζονται τη νόσο, τη θεραπεία και τις επιπλοκές της. Ακόμα πιο σημαντικό είναι το γεγονός ότι με τις παρεμβάσεις αυτές σημειώνεται μείωση της επίπτωσης των καρδιαγγειακών νόσων, της αρτηριακής υπέρτασης του ψυχικού πόνου, του άγχους της κατάθλιψης, ενώ καταγράφεται ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, βελτίωση της διάθεσης και ψυχική ευεξία. Θετικές επιδράσεις παρατηρούνται και σε συμπεριφορές που επιδρούν στην υγεία, όπως είναι η διατροφή, η άσκηση, η κοινωνικότητα, η θεραπευτική συμμόρφωση και η καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στις θετικές επιδράσεις της πνευματικότητας συγκαταλέγεται το μεγαλύτερο και βαθύτερο νόημα που αποκτά η ζωή, η διεύρυνση της αυτοσυνείδησης και η εναργέστερη ενατένιση της ευρύτερης πραγματικότητας (Fontana, 2003).

1.2 Η πνευματικότητα και η ψυχολογική της επίδραση

Η Επικούρεια φιλοσοφία πιστεύει ότι ο θάνατος είναι το χειρότερο των κακών και ότι η ευτυχία χωρίς ψυχική γαλήνη είναι αδιανόητη. Επίσης πρεσβεύει ως ιδανικό ζωής τη γαλήνη της ψυχής και ότι ο άνθρωπος μπορεί να πετύχει την ευτυχία μόνος του, αρκεί δια μέσου της επιστήμης, να καταπολεμήσει τις οχλήσεις που έχουν τη ρίζα τους στο φόβο, στην αμάθεια και στις υπέρμετρες φιλοδοξίες. Το πως βιώνει κάποιος το θάνατο και ποιες αντιλήψεις έχει πάνω σε αυτό το τόσο σκοτεινό και επίπονο ζήτημα, έχει να κάνει σε ένα βαθμό και με την κυρίαρχη επιθυμία του ανθρώπου να διατηρήσει μία αίσθηση ολοκλήρωσης για τον εαυτό και τη ζωή του ώστε να νοιώθει πλήρης. Είναι ένας τρόπος να διαμορφώσει τις ανάλογες αντιστάσεις σε σχέση με το άγχος θανάτου.

Η διαχείριση του άγχους του θανάτου γίνεται λοιπόν πιο ροϊκή όταν ο άνθρωπος νοιώθει πληρότητα, νοιώθει ακέραιος, νοιώθει αγάπη με την έννοια της ενότητας, νοιώθει ένα με το Όλο, με το Θεό, με τη Συμπαντική Νοημοσύνη ή όπως μπορεί κάποιος να ονομάσει αυτή την Ανώτερη Δύναμη που δίνει πνοή και ζωή στην κόσμο που αντιλαμβανόμαστε. Η ενασχόληση με αυτό το ζήτημα, ανήκει στη σφαίρα της πνευματικότητας, η οποία έχει στενή συσχέτιση με το άγχος θανάτου όπως φαίνεται και από έρευνες.

Πολλοί ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα έχει τεράστια επίδραση στην ψυχική υγεία. Δεδομένου ότι η υπαρξιακή ευημερία είναι ένας ψυχολογικός παράγοντας που σχετίζεται με τον αυτοπροσδιορισμό και το νόημα της ζωής, μπορεί να επιφέρει ικανοποίηση και σκοπιμότητα στη ζωή. Μια θετική, ισχυρή σχέση μεταξύ υπαρξιακής ευεξίας και ελπίδας για το μέλλον, φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα εύλογη και καταλυτική για την ευόδωση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Η πνευματικότητα μπορεί να επιφέρει την οπτική της νοηματοδότησης της ζωής, που δίνει έμφαση στην αισιοδοξία, την προσαρμογή, τη διορατικότητα και την πεποίθηση ότι οι περιστάσεις της ζωής δεν είναι ανόητες ή μάταιες. Χαρακτηρίζεται

ως μια εσωτερική δύναμη που δίνει πληροφορίες για το πώς να μειώσουμε τον θυμό, την πίκρα και τον φόβο, προκειμένου να διατηρήσουμε μια θετική προοπτική και στάση για την ζωή.

Τα αποτελέσματα έρευνας στο Πακιστάν το 2015 έδειξαν ότι οι Ε.Δ. με υψηλό επίπεδο πνευματικών/θρησκευτικών πεποιθήσεων είχαν χαμηλό επίπεδο ψυχολογικής δυσφορίας. Μία πιθανή εξήγηση αυτών των ευρημάτων είναι ότι η θρησκεία αλλάζει θετικά την ανθρώπινη νοημοσύνη με την παροχή συστήματος πεποιθήσεων. Ως αποτέλεσμα, οι πνευματικές πεποιθήσεις καθώς και οι θρησκευτικές πρακτικές, οδήγησαν τους Ε.Δ. να αντιμετωπίσουν την αγωνία τους που αναπτύσσονταν καθημερινά από την επαφή τους με τον ανθρώπινο πόνο και να είναι αφοσιωμένοι στο να βοηθήσουν τους συνανθρώπους τους. Για να έχουμε όμως μια σφαιρική άποψη του θέματος, χρειάζεται να αναφέρουμε και τις αρνητικές συνέπειες των θρησκευτικών πεποιθήσεων (δηλαδή την άποψη του ότι ο Θεός έχει εγκαταλείψει κάποιον ή την πίστη σε έναν τιμωρό, εκδικητικό ή απλώς αδιάφορο Θεό). Αν και λιγότερο συχνά από ότι στις θετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις, έχει επανειλημμένα βρεθεί ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ των αρνητικών θρησκευτικών πεποιθήσεων και την αρνητική κατάσταση ψυχολογικής υγείας, τις υψηλότερες βαθμολογίες ψυχοπαθολογίας καθώς και τα χαμηλότερα αποτελέσματα θεραπείας (Naghi et al, 2012).

Αυτό που παραμένει ασαφές ωστόσο, είναι αν τα αντισταθμιστικά αποτελέσματα της θρησκευτικής πίστης οδηγούνται από το υπερφυσικό και το υπερβατικό τους περιεχόμενο ή αν αυτά τα αποτελέσματα προέρχονται από την πεποίθηση γενικότερα. Μερικοί έχουν προτείνει ότι σε αντιδιαστολή των θρησκευτικών πεποιθήσεων, άλλες πεποιθήσεις όπως ο ανθρωπισμός και διάφορες πολιτικές ιδεολογίες, μπορούν να αντικαταστήσουν τη θρησκεία ως πηγή νοήματος. Σύμφωνα με αυτή την ιδέα, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η πίστη στην ανθρώπινη πρόοδο μπορεί να εξυπηρετήσει τις ίδιες αντισταθμιστικές λειτουργίες, όπως προηγουμένως είχαν τέτοιο ρόλο οι θρησκευτικές πεποιθήσεις (Saffari et al., 2013).

Σε αντίθεση με τη θρησκεία, η επιστημονική πρακτική ορίζεται από την αναλυτική και ορθολογική σκέψη και την πεποίθηση ότι τα αποδεικτικά στοιχεία της έρευνας έχουν προτεραιότητα ακόμη και όταν έρχονται σε αντίθεση με τη διαίσθηση. Αλλά όταν πρόκειται να πιστέψουμε, ακόμα και αν είναι η πίστη στην επιστημονική μέθοδο σε αντίθεση με τη θεϊκή αποκάλυψη, ο μηχανισμός είναι παρόμοιος. Παρά τις διαφορετικές μεθόδους τους, τόσο η επιστήμη όσο και η θρησκεία, προσφέρουν ισχυρές εξηγήσεις για τον κόσμο και παρέχουν γαλήνη και ασφάλεια. Τα σύγχρονα άτομα είναι επιρρεπείς στο να προσκολληθούν στις πεποιθήσεις της επιστήμης, όπως με τον ίδιο τρόπο οι πρόγονοί τους στράφηκαν προς τους θεούς και εδώ απλώς επισημαίνεται το ανθρώπινο κίνητρο της πίστης (Κιούλος, 2003).

1.3 Η Θρησκευτικότητα

Παραδοσιακά, η πνευματικότητα ήταν μέρος της θρησκευτικότητας, μέχρις ότου άρχισε η εκκοσμίκευση τον περασμένο αιώνα. Η θρησκευτικότητα ήταν αρκετά ευρεία ώστε να περιλαμβάνει τα ζητήματα που σχετίζονται με την πνευματικότητα, την ώρα μάλιστα που περιλάμβανε τόσο ατομικές όσο και θεσμικές πεποιθήσεις και δραστηριότητες. Η θρησκευτικότητα που αντιμετωπίζεται από διαφορετικές προσεγγίσεις σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους με τον ίδιο τρόπο που ισχύει και για την πνευματικότητα. Οι Baucal και Zittoun (2013) υιοθέτησαν μια κοινωνικοπολιτισμική προσέγγιση στη θρησκεία και εξέτασαν τις θρησκευτικές εμπειρίες των ανθρώπων, διαπιστώνοντας ότι οι άνθρωποι δεν είναι "θρησκευόμενοι" ή έχουν "θρησκευτική εμπειρία" αλλά ασχολούνται με δραστηριότητες, σκέψεις ή συναισθήματα εμπνευσμένα από κοινωνικά κατασκευασμένα συστήματα. Η θρησκεία προσφέρει συμβολικά συστήματα που παρέχουν στους ανθρώπους μια ποικιλία ευκαιριών για πραγματικούς και εσωτερικούς διαλόγους και οι άνθρωποι εμπνέονται να δημιουργήσουν τα δικά τους συστήματα δημιουργίας νοήματος. Επιπλέον, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι τα

θρησκευτικά στοιχεία βοηθούν έναν άνθρωπο να υποστηρίξει διάφορους τύπους διαλόγων, όπως για παράδειγμα με τον εαυτό του, αλλά και με ομάδες και μεταξύ ομάδων. Οι άνθρωποι αναζητούν μεμονωμένα στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συμβολικοί πόροι. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η εμπλοκή σε θρησκευτικές πρακτικές, όπως η συμμετοχή σε θρησκευτικές τελετές, η ανάγνωση βιβλίων ή άλλων εγχειριδίων, αλλά και το άκουσμα διάφορων τραγουδιών/ασμάτων.

Ο Pargament (1997), εξετάζοντας την θρησκευτικότητα από μια ψυχολογική άποψη, υποστήριξε ότι η θρησκεία είναι προσανατολισμένη γύρω από καθετί ιερό. Όλα τα ιερά στοιχεία περιλαμβάνουν τα θεία και τις πεποιθήσεις με διάφορες πρακτικές και συναισθήματα, και τις σχέσεις που συνδέονται με το θεϊκό. Η θρησκεία περιλαμβάνει την οικοδόμηση των πραγμάτων που ενδιαφέρονται για τους ανθρώπους και την αλλαγή και συγκράτηση των πραγμάτων που συνδέονται με διάφορους τρόπους με το ιερό. Επιπλέον, ο ίδιος χαρακτήρισε τη θρησκευτικότητα ως την *«αναζήτηση της σημασίας με τρόπους που σχετίζονται με τον ιερό»*. Η έννοια της αναζήτησης του ατόμου, μαζί με την έννοια του προσανατολισμού και των στόχων εμπλέκουν αξίες όπως αυτή της φροντίδας, της έλξης και της προσκόλλησης, ενώ επίσης συνδέονται με έννοιες όπως αυτή του πολιτισμού και των θεσμών.

Οι Parathanasiou et al. (2013) αναφέρουν σχετικά με την θρησκευτικότητα, ότι πρόκειται για ευρύτερη έννοια που απευθύνεται σε ένα ευρύ φάσμα στόχων με όλες τις πτυχές της ανθρώπινης λειτουργίας, των ιερών και των βλάβων. Ενώ η πνευματικότητα είναι μόνο μια αναζήτηση για τον ιερό, η θρησκευτικότητα είναι μια διαδικασία μέσω της οποίας οι άνθρωποι επιδιώκουν να ανακαλύψουν, να κρατήσουν και να μεταμορφώσουν ό, τι κρίνουν ιερό στη ζωή τους. Η θρησκευτικότητα, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είναι η ευρύτερη έννοια. Μια από τις κύριες διαφορές ανάμεσα στους δύο όρους που συχνά συγχέονται, είναι το γεγονός ότι η πνευματικότητα αντιπροσωπεύει τότε τις ατομικές και ευρύτερες προοπτικές ως το καλό, ενώ η θρησκεία θεωρεί οτιδήποτε ανήκει στο θεσμικό ως κάτι το κακό. Επίσης η θρησκευτικότητα σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές χαρακτηρίζεται ως μια προσωπική ή ομαδική αναζήτηση του ιερού που εκτυλίσσεται μέσα σε ένα παραδοσιακό ιερό πλαίσιο.

Κεφάλαιο 2^ο

Η Πνευματικότητα στην Νοσηλευτική

2.1 Η πνευματικότητα στο κλινικό περιβάλλον

Η πνευματικότητα έχει άμεση σχέση με τις δύσκολες στιγμές, ακριβώς επειδή όταν ένας άνθρωπος βιώνει μια δύσκολη κατάσταση επικαλείται τις αξίες που συνδέονται με την πνευματικότητα. Άμεση σχέση έχει λοιπόν και με την υγεία, και κατ επέκταση και με την νοσηλευτική. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου οι ασθενείς βιώνουν κάποια χρόνια νόσο, ή νόσους με έντονο πόνο, αλλεπάλληλες προκλήσεις και δυσκολίες, επικαλούνται τις αξίες αυτές πολύ πιο συχνά (Pike, 2011).

Η πνευματική φροντίδα στη νοσηλευτική έχει μακρά ιστορία και έχει αναγνωριστεί ως αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής επιστήμης εδώ και αιώνες. Από τους πρώτους θεωρητικούς που υποστήριξαν την σημασία που έχει η πνευματικότητα για την υγεία και κυρίως για την νοσηλευτική ήταν η Florence Nightingale. Μέχρι σήμερα, πολλοί περισσότεροι θεωρητικοί έχουν συμπεριλάβει την αξία της πνευματικότητας στις έρευνές τους. Τα τελευταία 40 περίπου χρόνια όλο και περισσότερες έρευνες γίνονται στην νοσηλευτική για το ζήτημα αυτό. Έτσι, η νοσηλευτική έρευνα έχει εξετάσει το νόημα της ίδιας της πνευματικότητας, τις συνέπειες της πνευματικότητας για τη νοσηλευτική πρακτική και τη σχέση μεταξύ των πνευματικών αντιλήψεων των νοσηλευτών και την παροχής πνευματικής φροντίδας (Lewinson et al., 2015).

Οι ερευνητές έχουν επίσης μελετήσει τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές αξιοποιούν την πνευματική περίθαλψη όσον αφορά τους ασθενείς με νόσους στο τελευταίο στάδιο, αλλά και με ασθενείς οι οποίοι βιώνουν την πνευματική δυστυχία εξαιτίας της νόσου που τους ταλαιπωρεί (Taylor & Mamier, 2013). Σε μερικές περιπτώσεις, οι ίδιοι οι ασθενείς έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελετών

σχετικά με τη δική τους αντίληψη περί πνευματικής περίθαλψης και πόσο καλά παρέχεται αυτού του είδους η περίθαλψη από τους νοσηλευτές. Επιπλέον, δεν είναι λίγες εκείνες οι νοσηλευτικές θεωρίες που έχουν σχεδιαστεί από θεωρητικούς της νοσηλευτικής και χτίζονται πάνω στην πνευματικότητα. Τέτοιες θεωρίες είναι της Watson, της Burkhart και της Hogan (VanderWeele et al., 2017).

Οι Lind et al. (2011) υποστηρίζουν σχετικά με την πνευματική φροντίδα των ασθενών ότι πρόκειται για μια διαισθητική, διαπροσωπική, αλτρουιστική και ολοκληρωμένη έκφραση της πραγματικότητας του ασθενούς, η οποία εξαρτάται από τη συνειδητοποίηση των νοσηλευτών όσον αφορά την υπερβατική πτυχή της ζωής. Η πνευματική φροντίδα είναι αποτελεσματική στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης για τους ασθενείς σε περιόδους κρίσης, στην ειρήνη τους με τον εαυτό τους και στη δημιουργία θετικής στάσης για τη ζωή. Υπάρχουν επίσης θετικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχολογική υγεία των ασθενών. Όταν οι πνευματικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών ικανοποιούνται, τότε η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται και συνεπώς βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η φροντίδα της πνευματικότητας των ασθενών από τους νοσηλευτές έχει εντοπιστεί σε τρεις τομείς αρμοδιότητας. Οι τομείς αυτοί είναι: η προσωπική ευαισθητοποίηση και επικοινωνία, η πνευματική διάσταση της νοσηλευτικής διαδικασίας και η ανάπτυξη της διασφάλισης της ποιότητας και της εξειδίκευσης στην πνευματική θεραπεία. Παρά τον προσδιορισμό των τριών τομέων, υπάρχει σύγχυση σχετικά με τις επαγγελματικές ευθύνες των νοσηλευτών, ειδικά σε περιπτώσεις ασθενών που η υγεία τους έχει ιδιαίτερες απαιτήσεις (Lind et al 2011).

Η πνευματικότητα είναι σημαντική διάσταση της εμπειρίας των ασθενών που αντιμετωπίζουν δύσκολες και χρόνιες νόσους, και σχετίζεται με τις θετικές εκβάσεις στην πορεία του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της ποιότητας ζωής, αλλά και της βελτίωσης στην διαδικασία λήψης αποφάσεων όπου ο ασθενής έχει πιο ενεργό ρόλο. Η πνευματική φροντίδα θεωρείται από τους ασθενείς ως σημαντική πτυχή της φροντίδας τους ενώ έχει επίσης σχέση με την ικανοποίησή τους από την νοσηλεία (Balboni et al., 2013).

Η πνευματικότητα είναι πολύ συχνή επίσης και σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ψυχικές νόσους. Μάλιστα, η σχέση μεταξύ της πνευματικότητας και της ψυχικής υγείας έχει αναγνωριστεί στο Δυτικό πολιτισμό όπως και στις Ανατολικές ιδεολογίες (Βουδισμός, Ταοϊσμός) εδώ και πολλά χρόνια. Πολύ περισσότερο, όσον αφορά το θέμα αυτά, τα εσωτερικά, ομαδικά, κοινωνικά και υπερβατικά στοιχεία της πνευματικότητας αναγνωρίζονται και διερευνώνται, με στόχο να εξαχθεί ένα συμπέρασμα που αφορά την πολύπλοκη, δυναμική και διαδραστική αλληλεπίδρασή τους με την ψυχική υγεία του ατόμου (Vallurupalli et al., 2012).

2.2 Ιστορική Αναδρομή της πνευματικότητας στην νοσηλευτική

Για να γίνει αντιληπτή η σημασία της πνευματικής διάστασης στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, είναι απαραίτητο να γίνει αναφορά στην ιστορία του ζητήματος αυτού, κάνοντας μιας σχετική αναδρομή. Οι αρχές της φιλανθρωπίας που περιγράφονται στην βιβλική ιστορία του Καλού Σαμαρείτη ενέπνευσαν τις μοναχές και τους μοναχούς στα μοναστήρια να βοηθήσουν τους άρρωστους και τους φτωχούς. Η νοσηλευτική ως επάγγελμα έχει τις ρίζες της στο έργο της Florence Nightingale, που έγραψε σημειώσεις για τη νοσηλευτική και ίδρυσε το νοσηλευτικό σχολείο στο νοσοκομείο St. Thomas το 1860. Το έργο της βασίστηκε σε δύο αρχές: τη χριστιανική πίστη και την επιστήμη. Επιπλέον, η Florence Nightingale πίστευε στην προσοχή που επικεντρωνόταν στην ενότητα, την ευεξία και την αλληλεξάρτηση των ανθρώπων (McSherry & Jamieson, 2013).

Λίγα χρόνια αργότερα, και συγκεκριμένα το 1868 η Cathinka Guldberg, επίσης νοσηλεύτρια στο επάγγελμα ίδρυσε το πρώτο διακονικό νοσοκομείο στη Νορβηγία. Η άποψή της ήταν ότι η πνευματική διάσταση της νοσηλευτικής ήταν ένα φυσικό μέρος της φροντίδας των ασθενών. Η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών συμπεριλήφθηκε για μεγάλο χρονικό διάστημα στη νοσηλευτική και

θεωρείται σημαντικό καθήκον. Οι νοσηλευτές στο νοσοκομείο αυτό δεν παρακολούθησαν μόνο τις σωματικές ανάγκες των ασθενών τους, αλλά επίσης νοιάζονταν για την ψυχή και την πνευματική τους ευημερία. Έτσι, προσφερόταν μια ολιστική φροντίδα από την πλευρά της νοσηλευτικής. Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο αναπτύχθηκε μια μηχανιστική αντίληψη για τα ανθρώπινα όντα, η οποία επίσης επηρέασε τη νοσηλευτική. Κατά τη διάρκεια των επακόλουθων τεχνολογικών και επιστημονικών εξελίξεων, ήταν δύσκολο να διατηρηθεί μια ολιστική άποψη της νοσηλευτικής όπου οι πνευματικές ανάγκες των ασθενών ήταν μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας (Rudolfsson et al., 2014).

Με την πάροδο των χρόνων, και τις πολλαπλές τεχνολογικές εξελίξεις και την εισαγωγή της τεχνολογίας στην νοσηλευτική, το επάγγελμα αυτό επηρεάστηκε στο έπακρο, με αποτέλεσμα οι τεχνολογικές δεξιότητες των νοσηλευτών να γίνουν πιο σημαντικές από τις διαπροσωπικές δεξιότητές τους. Επιπλέον, η ανάγκη για εκπαίδευση των νοσηλευτών στην τεχνολογία άρχισε να μειώνει τον χρόνο που περνούσαν με τους ασθενείς. Αρκετές θεωρητικές νοσηλεύτριες, όπως η Neuman στη δεκαετία του 1920, η Roy στα τέλη της δεκαετίας του 1930, η Watson στη δεκαετία του 1940, και διάφοροι άλλοι που ακολούθησαν άρχισαν να ψάχνουν για τις ρίζες της νοσηλευτικής, θέλοντας να βρουν την σχέση ανάμεσα στην ολιστική φροντίδα και την πνευματική διάσταση (Rykkje et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία της Neuman βασίζεται περισσότερο απ' όλες στις πνευματικές ανάγκες του ατόμου προκειμένου να οργανώσει την νοσηλευτική του φροντίδα (Watson & Woodward, 2010). Τα τελευταία 30 χρόνια λοιπόν, η πνευματικότητα στη νοσηλευτική αποτελεί ένα θέμα συζήτησης. Η πνευματικότητα είναι στενά συνδεδεμένη με τις προσευχές του τόμου και την πίστη του για βελτίωση της υγείας του. Τα τελευταία 20 χρόνια, η νοσηλευτική έρευνα έχει αποκαλύψει την ανεπάρκεια της πνευματικότητας στη νοσηλευτική φροντίδα. Πολλοί νοσηλευτές εξακολουθούν να αισθάνονται ότι η πνευματικότητα τους είναι ιδιωτική και δυσκολεύονται να την εκφράσουν στους ασθενείς τους και στο χώρο εργασίας τους (Ødbehr et al., 2014).

2.3 Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή της πνευματικότητας

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην παροχή πνευματικής περίθαλψης περιλαμβάνει την αξιολόγηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την εκτίμηση. Σε μια πνευματική αξιολόγηση, πρέπει να καλυφθούν τα ακόλουθα ζητήματα: η έννοια του Θεού ή θεότητας που έχει το κάθε άτομο, η πηγή της δύναμης και της ελπίδας του ατόμου, η σημασία των θρησκευτικών πρακτικών, η αντιληπτή σχέση του ατόμου μεταξύ των προσωπικών του πεποιθήσεων και της κατάστασής της υγείας του (Ku, 2017).

Ο άνθρωπος, η πιο ενδιαφέρουσα δημιουργία του Θεού, έχει μια ποικιλία διαστάσεων, καθεμία από τις οποίες πρέπει να μελετηθεί και να συζητηθεί από τους ερευνητές. Μια από αυτές είναι και η πνευματικότητα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε ότι οι ανάγκες για την υγεία πρέπει να περιλαμβάνουν την πνευματική ευεξία εκτός από τους φυσικούς, ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς. Επιπλέον, σήμερα, η υγεία δεν θεωρείται πλέον ως μια παθητική κατάσταση ύπαρξης, αλλά ως μια δυναμική διαδικασία για την επίτευξη υψηλότερων επιπέδων ευεξίας σε κάθε διάσταση (Tiew & Drury, 2012).

Η πνευματικότητα λοιπόν, και η πνευματική φροντίδα δεν είναι καινούργιες έννοιες στο σύστημα της νοσηλευτικής και της υγειονομικής περίθαλψης. Η πνευματική ευημερία είναι μια διαβεβαίωση της ζωής σε σχέση με τον Θεό, τον εαυτό, τους άλλους, την κοινότητα και το περιβάλλον που καλλιεργεί την ολότητα. Οι άνθρωποι που εκτιμούν την πνευματική ευημερία τείνουν να αισθάνονται ζωντανοί, να νιώθουν ότι έχουν σκοπό και φυσικά να νιώθουν ικανοποιημένοι αλλά και μια πληρότητα (Monareng, 2012).

Η διάσταση της πνευματικότητας και οι συναφείς έννοιες της πνευματικής ευημερίας και της πνευματικής υγείας είναι σημαντικές για τον κλάδο της νοσηλευτικής. Επιπλέον, πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι η πνευματικότητα είναι η ουσία των ανθρώπων και παίζει ζωτικό ρόλο στη ζωή τους. Ακόμα,

εντοπίζοντας την πνευματική διάσταση της φροντίδας σε έναν ασθενή, ο νοσηλευτής μπορεί να του παρέχει σημαντικά καλύτερη σωματική και ψυχοκοινωνική έκβαση (Abbasi et al., 2014).

Καθώς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καθίσταται όλο και πιο πολύπλοκο, υπάρχει μια επαγγελματική ανάγκη για τους νοσηλευτές να βελτιώσουν την ικανότητά τους στην παροχή πνευματικής περίθαλψης, την αξιολόγηση και την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών τους. Εάν οι νοσηλευτές είναι σε θέση να εκτιμήσουν τις πνευματικές ανάγκες και να αναπτύξουν παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανταποκριθούν στις πνευματικές τους ανάγκες, θα είναι σε θέση επίσης να συμβάλουν στην προώθηση της ποιότητας ζωής και στη μείωση του πόνου των ασθενών. Η νοσηλευτική μελέτη δείχνει τα θετικά αποτελέσματα της πνευματικότητας στην υγεία, την ευεξία και την ικανοποίηση στη ζωή (Katherine et al., 2013).

Η πνευματική φροντίδα έχει οριστεί ως η φροντίδα που προσφέρουν οι νοσηλευτές για να καλύψουν τις πνευματικές ανάγκες ή και τα προβλήματα των ασθενών. Δυστυχώς όμως, η πνευματική φροντίδα, ένα κεντρικό στοιχείο της ολιστικής και πολυεπιστημονικής φροντίδας, δεν συμπεριλαμβάνεται συχνά στην πράξη. Με την πάροδο του χρόνου, η παροχή πνευματικής φροντίδας υπήρξε πρωταρχική πτυχή της ολιστικής νοσηλευτικής περίθαλψης, αλλά πολλά βασικά ιατρικά εκπαιδευτικά συστήματα δεν έχουν ακόμη συμπεριλάβει την πνευματική φροντίδα ως μέρος των βασικών προγραμμάτων σπουδών τους. Ο ρόλος της πνευματικής υγειονομικής περίθαλψης είναι αποδεκτός από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά δεν έχει την θέση που θα έπρεπε (Abbasi et al., 2014).

Οι νοσηλευτές, ως τα πιο αντιπροσωπευτικά μέλη της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, που περνούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς τους από ό,τι άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, πρέπει να αναγνωρίζουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και να φροντίζουν για την κάλυψή τους. Η αντίληψη των νοσηλευτών για την πνευματικότητα μπορεί να επηρεάσει άμεσα τον τρόπο συμπεριφοράς, τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών τους και τον τρόπο επικοινωνίας μαζί τους. Επιπλέον, οι θετικές στάσεις και οι αντιλήψεις της πνευματικότητας των νοσηλευτών

μπορούν να προωθήσουν μια ευαίσθητη στις πνευματικές ανησυχίες των άλλων και μια αυξημένη συνείδηση σχετικά με την πνευματικότητα, η οποία θα μπορούσε να είναι χρήσιμη στη διαδικασία αξιολόγησης (Abbasi et al., 2014).

Οι στόχοι της αξιολόγησης του πνευματικού ιστορικού του ατόμου είναι να γίνουν γνωστοί στον νοσηλευτή οι πνευματικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ασθενούς. Στόχος είναι επίσης να μάθει ο νοσηλευτής για τους προσωπικούς στόχους του ασθενούς όσον αφορά το ζήτημα αυτό, αλλά και να αντιληφθεί αν και κατά πόσο η πνευματικότητα επηρεάζει την διαδικασία λήψης αποφάσεων (Puchalski et al., 2009).

Μια πνευματική αξιολόγηση από την πλευρά του νοσηλευτή, μπορεί να περιλαμβάνει ερωτήσεις πολύ προσωπικές, γι' αυτό είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, πριν απευθυνθούν σε ευαίσθητα πνευματικά ζητήματα. Επιπλέον, προκειμένου να παρέχεται πνευματική ευαισθησία, οι νοσηλευτές θα πρέπει να γνωρίζουν τις δικές τους πνευματικές πεποιθήσεις πρώτα απ' όλα, και να μένουν αkéραιοι και ανεπηρέαστοι από τυχόν προσωπικές πεποιθήσεις ή αβεβαιότητες όταν ακούνε έναν ασθενή (McSherry & Jamieson, 2011).

Η πνευματική αξιολόγηση πρέπει να γίνεται με τη βοήθεια δομημένων εργαλείων αξιολόγησης, διότι μπορούν να βοηθήσουν στη συνολική αξιολόγηση. Έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα εργαλεία για την πνευματική αξιολόγηση όπως το FICA και το HOPE. Και τα δύο είναι έγκυρες και αξιόπιστες κλίμακες. Η συντομογραφία FICA σημαίνει Πίστη και Πεποιθήσεις, Σημασία και Επιρροή της πίστης και των πεποιθήσεων. Αυτό το εργαλείο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για μια αξιοσημείωτη αξιολόγηση σε σύντομο χρονικό διάστημα. Αντίθετα, το HOPE αποτελείται από τα ακόλουθα στοιχεία: το H σημαίνει τις πηγές της ελπίδας, της άνεσης, της έννοιας, της δύναμης, της αγάπης ή της σχέσης του ατόμου και της εξεύρεσης ειρήνης. Το O είναι ρόλος της οργανωμένης θρησκείας στη ζωή κάποιου, το P είναι προσωπική πνευματικότητα και πρακτικές και τέλος το E είναι οι συνέπειες της πνευματικότητας στην ιατρική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων στο τέλος της ζωής. Και τα δύο αυτά εργαλεία θεωρούνται απλά και

βολικά για τη διεξαγωγή πνευματικής αξιολόγησης. Ωστόσο, στο πλαίσιο της προχωρημένης νοσηλευτικής πρακτικής το HOPE επιλέγεται πολύ πιο συχνά επειδή επικεντρώνεται στη λέξη πνευματικότητα (Bashar et al., 2018).

Τέλος, εάν κάποιος νοσηλευτής υποψιάζεται ότι ένας ασθενής παρουσιάζει πνευματική δυσφορία, υπάρχουν αρκετές παρεμβάσεις τις οποίες μπορεί να εφαρμόσει ανάλογα με τις ανάγκες. Η **Nursing Intervention Classification (NIC)** (2013) συνιστά στους νοσηλευτές:

1. Να παρατηρούν την αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα μαιότητας ή την απελπισία που βιώνει ο ασθενής τους.
2. Να εντοπίζουν τα συστήματα υποστήριξης των ασθενών.
3. Να είναι φυσικά παρόντες και διαθέσιμοι για να βοηθήσουν τον ασθενή να καθορίσει θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες.
4. Να παρέχουν προστατευμένο και ήσυχο χρόνο για διαλογισμό, προσευχή και χαλάρωση.
5. Να βοηθήσουν τον ασθενή να δημιουργήσει μια λίστα με σημαντικές και ασήμαντες σκέψεις του.
6. Θα πρέπει να ρωτήσουν πώς θα ήταν πιο χρήσιμοι, και να ακούσουν ενεργά, ζητώντας διευκρινίσεις.
7. Εάν ο ασθενής είναι άνετος με την αφή, θα πρέπει να του κρατήσουν το χέρι του ή να τοποθετήσουν το χέρι απαλά στο βραχίονα. Η αφή κάνει την μη λεκτική επικοινωνία πιο προσωπική.

8. Θα πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να αναπτύξει και να επιτύχει βραχυπρόθεσμους στόχους και σκοπούς.
9. Θα πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να βρει έναν λόγο ζωής και να είναι διαθέσιμος για υποστήριξη.
10. Θα πρέπει να ακούσουν τα συναισθήματα του ασθενούς σχετικά με το θάνατο και να τον ενθαρρύνουν χωρίς να αφήνουν χρόνο για θλίψη.
11. Θα πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να αναπτύξει δεξιότητες για να αντιμετωπίσει τις ασθένειες ή τις αλλαγές στον τρόπο ζωής. Φυσικά, οι νοσηλευτές πρέπει να προάγουν την συμμετοχή του ασθενούς στον σχεδιασμό της περίθαλψης αλλά και στην διαδικασία λήψης αποφάσεων.
12. Θα πρέπει να παρέχει τα κατάλληλα θρησκευτικά υλικά, αντικείμενα ή μουσική όπως του ζητήθηκε.
13. Θα πρέπει να προσφέρει ιδιωτική ζωή στον ασθενή για να προσευχηθεί με άλλους ή μόνος του, ή μαζί με τον ίδιο το νοσηλευτή.

2.4 Παρεμβάσεις για την κάλυψη πνευματικών αναγκών

Λόγω της σχέσης μεταξύ υγείας και πνευματικότητας, οι νοσηλευτές πρέπει να καλύπτουν την πνευματικότητα στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς. Αυτή η φροντίδα μπορεί να θεωρηθεί ως πνευματική φροντίδα. Αυτή η θέση υποστηρίζει ότι ο νοσηλευτής αναπτύσσει (ή κατέχει) το είδος του χαρακτήρα που ενσωματώνει τις αρετές και τις αξίες της υπομονής, της καλοσύνης, της συμπόνιας, της ανιδιοτέλειας, της πίστης, της συνείδησης και της ειλικρίνειας (Paal et al., 2014).

Αυτή η άποψη της είναι κοντά στην άποψη ότι η νοσηλευτική είναι μια κατεύθυνση, μια άποψη που πρέπει να θεωρηθεί αποτέλεσμα των θρησκευτικών ριζών της νοσηλείας. Οι αλλαγές στην κοινωνία, ειδικά μέσω των διαδικασιών εκκοσμίκευσης, εξατομίκευσης και επαγγελματοποίησης, οδήγησαν τους νοσηλευτές να εισέλθουν στο επάγγελμα όχι από επαγγελματισμό αλλά από την επιθυμία να αποκτήσουν μια σταδιοδρομία και να κερδίσουν ένα ασφαλές εισόδημα. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η νοσηλευτική φροντίδα δεν είναι πλέον μια εγγενώς πνευματική υπόθεση, που θα εξασφάλιζε ότι δίνεται η κατάλληλη προσοχή και στην πνευματικότητα των ασθενών. Η παρακολούθηση των πνευματικών αναγκών και φροντίδας των ασθενών θα πρέπει να γίνει πιο σαφής συνιστώσα της επαγγελματικής νοσηλευτικής (Prentis et al., 2014).

Η έρευνα σχετικά με την πνευματική φροντίδα των ασθενών φαίνεται να προσδιορίζει τρεις διαφορετικές κατηγορίες παρεμβάσεων για την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών. Οι παρεμβάσεις εκείνες που αναφέρονται συχνότερα έχουν ως στόχο τη βελτίωση ή τη διευκόλυνση της διαδικασίας επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και άλλων ανθρώπων στη ζωή του ή της επικοινωνίας μεταξύ του ασθενούς και ενός ανώτερου όντος. Οι παρεμβάσεις σε αυτόν τον τομέα περιλαμβάνουν την ενεργητική ακρόαση, το θεραπευτικό άγγιγμα αλλά και την οικοδόμηση εμπιστοσύνης. Η επόμενη κατηγορία παρεμβάσεων που αναφέρονται συχνά στοχεύει στην παροχή βοήθειας στη διαδικασία θρησκευτικών και πνευματικών δραστηριοτήτων, όπως η προσευχή, ο διαλογισμός και η οργάνωση τελετουργικών αναγκών όπως τα μυστήρια και οι ειδικές διατροφικές συνήθειες όπως η νηστεία. Η τρίτη κατηγορία παρεμβάσεων επικεντρώνεται στην παροχή σωματικής φροντίδας. Οι φυσικές ανάγκες του ασθενούς πρέπει να πληρούνται, ιδιαίτερα όσον αφορά την επαρκή διαχείριση του πόνου. Αυτή η κατηγορία αναγνωρίζει επίσης την θεραπευτική αφή ή αλλιώς το θεραπευτικό άγγιγμα ως μια παρέμβαση που έχει ως στόχο τη σύνδεση με τον ασθενή και την παροχή πνευματικής περίθαλψης. Σημαντικό είναι να τονιστεί, ότι ανεξαρτήτως της κατηγορίας και της παρέμβασης που θα επιλέξουν οι νοσηλευτές, θα πρέπει να δείχνουν προς τον ασθενή αλλά και προς την οικογένειά του την ενσυναίσθηση που τους διακατέχει, και φυσικά να δείχνουν ευαισθησία (Frisch, 2007).

Ζητώντας ερωτήσεις σχετικά με την πνευματικότητα, την πίστη, το θρησκευτικό υπόβαθρο ο νοσηλευτής μπορεί να ξεκινήσει την σχέση αυτή με τον ασθενή του, προκειμένου να καλύψει τις σχετικές του ανάγκες. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να ελέγξει τις πρακτικές, τα σύμβολα και παραδόσεις υποστηρίζουν τον ασθενή. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιοποιεί στην περίπτωση αυτή την μη λεκτική επικοινωνία, μέσω της ενεργητικής ακρόασης και των μη λεκτικών μέσων. Για παράδειγμα, η σιωπή του σε συνδυασμό με τις κατάλληλες εκφράσεις του προσώπου μπορεί να βοηθήσουν τον νοσηλευτή να εκφράσει την στάση του προς τον ασθενή του. Σημαντικό είναι επίσης ο νοσηλευτής να διαχωρίζει τις πνευματικές ανάγκες του ασθενούς και τα προβλήματα από την παθολογία. Φυσικά, όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνονται αφού ο νοσηλευτής έχει δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες (χρόνος, δωμάτιο κ.α).

Παρακολουθώντας τον ασθενή μετά την ανακοίνωση κάθε αποτελέσματος σχετικά με την νόσο του, ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξετάζει τα ζητήματα αυτογνωσίας, αποδοχής, αλλά και την αντιμετώπιση και την απόλαυση των καλών στιγμών. Ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, αν ο ασθενής το ζητήσει, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την πνευματική καθοδήγηση, την προσευχή, τον διαλογισμό, και την ακρόαση της μουσικής. Εστιάζοντας στην πίστη, την κοσμοθεωρία, την πνευματικότητα και τη θρησκεία από την πλευρά του ασθενούς, καθώς και με την αξιοποίηση των σχετικών παρεμβάσεων που επικεντρώνονται στην πνευματική φροντίδα, μειώνεται το άγχος και προσφέρεται άνεση. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντοτε να προωθεί το αίσθημα του αυτοσεβασμού και της ελπίδας, διευκρινίζοντας κάθε απορία του ασθενούς προκειμένου ο τελευταίος να νιώσει ότι έχει βρει κάποιο νόημα. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη ώστε ο ασθενής του να έχει όσο καλύτερη ποιότητα ζωής γίνεται κατά την καθημερινότητά του, ενώ επίσης θα πρέπει να του προσφέρει και υποστηρικτικές ευκαιρίες για αλλαγές και αποφάσεις, ενθαρρύνοντας τους ασθενείς να καθορίσουν αξίες, στόχους και προσωπικές απόψεις. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνουν ψεύτικες ελπίδες στους ασθενείς, αλλά να τους επιτρέπουν να εκφραστούν, δίνοντάς τους κίνητρα..

Στα πλαίσια της παροχής πνευματικής φροντίδας, οι νοσηλευτές θα πρέπει να σχεδιάζουν το σχετικό πλάνο έχοντας ως κύριο στόχο την ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά και την παροχή ενός ασφαλούς πλαισίου ειρήνης και νοσηματοδότησης για όλη του την ζωή. Κατά τον προγραμματισμό και σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η κατάσταση του μυαλού και των πεποιθήσεων των ασθενών μπορεί να αλλάξει ριζικά ως αποτέλεσμα της ασθένειάς τους και να επιδεινώσει ή να βελτιώσει την κατάσταση υγείας. Επομένως, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται και να υποστηρίζονται στην έκφραση των πνευματικών τους αναγκών και πεποιθήσεων, οι οποίες θα πρέπει να ενσωματωθούν στο σχέδιο της πνευματικής φροντίδας (Sartori, 2010).

Το σχέδιο περίθαλψης θα πρέπει να είναι συνεπές με την πνευματική εκτίμηση και θα πρέπει να συνεπάγεται την παροχή υποστήριξης, άνεση, ενσυναίσθηση και χρόνο για να παρακολουθήσουν οι ασθενείς αυτές τις δραστηριότητες. Αυτό υποδηλώνει ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναπτύξουν ένα ολιστικό σχέδιο που θα βασίζεται σε λεπτομερή αξιολόγηση (Puchalski et al., 2009).

Κεφάλαιο 3^ο

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

3.1 Ορισμός της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας

Οι σύγχρονες ανάγκες και απαιτήσεις στο χώρο της υγείας είχαν ως αποτέλεσμα την ταχύτατη ανάπτυξη του νοσοκομειακού χώρου σε όλους τους τομείς. Απώτερος σκοπός σε κάθε περίπτωση ήταν η παροχή φροντίδας στους ασθενείς με όσο πιο οικείο και συνάμα αποτελεσματικό τρόπο. Ο τομέας της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας ή αλλιώς ΜΕΘ ήταν ένας από αυτούς που εξελίχθηκαν με ταχείς ρυθμούς. Οι άνθρωποι που η ζωή τους κινδυνεύει από επικίνδυνες ασθένειες ή τραυματισμούς έχουν την ανάγκη από εντατική θεραπεία. Η εντατική θεραπεία, η οποία ολοκληρώνεται με την στενή παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενή από μια εξειδικευμένη ομάδα που απαρτίζεται από επαγγελματίες υγείας. Μεταξύ των συνηθέστερων προβλημάτων που χρειάζονται παρακολούθηση από το εξειδικευμένο προσωπικό της ΜΕΘ είναι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε σοβαρή χειρουργική επέμβαση, κάποιο ατύχημα, επικίνδυνες λοιμώξεις ή σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα. Στον κυριότερο εξοπλισμό περιλαμβάνονται οι ειδικά σχεδιασμένες οθόνες, οι σωλήνες IV, οι σωλήνες τροφοδοσίας, οι καθετήρες καθώς και οι ανεμιστήρες. Χαρακτηριστικό είναι πως τα μέσα αυτά μπορούν να δώσουν στο άτομο την ικανότητα να ζήσει, ελλοχεύουν όμως κινδύνους σχετικούς με μόλυνση (Despins, 2009).

Ας αναφερθεί ότι στη ΜΕΘ νοσηλεύονται όλοι εκείνοι οι ασθενείς που η κατάστασή τους είναι κρίσιμη. Εκεί νοσηλεύονται επίσης ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σοβαρές νόσους. Η εφαρμογή των νοσηλευτικών διεργασιών είναι πολύπλοκη, αφού οι ανάγκες όπως είναι λογικό διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Εκτός αυτού, σημαντική κρίνεται η αναφορά στο γεγονός ότι τα υποστηρικτικά μηχανήματα

χρειάζονται λεπτούς χειρισμούς, γεγονός που απαιτεί εξειδίκευση υψηλού επιπέδου. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς την σοβαρότητα της κατάστασης καθώς και το τεράστιο όγκο ευθυνών του νοσηλευτικού προσωπικού.

Όπως έχει προαναφερθεί ο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός στο χώρο του νοσοκομείου. Ανώτερος στόχος όπως είδαμε είναι να λάβει ο ασθενής την φροντίδα που του αναλογεί. Οι ευθύνες διπλασιάζονται για τους ασθενείς της ΜΕΘ αφού οι ανάγκες τους είναι τεράστιες. Έχουν επίσης υψηλό επίπεδο επικινδυνότητας και απαιτούν λεπτούς χειρισμούς. Στη ΜΕΘ νοσηλεύονται όσοι υποφέρουν από χρόνιες αρρώστιες, όσοι βιώνουν έντονη την κατάσταση του θανάτου, καθώς και όσοι το έχουν ανάγκη. Σημειώνονται κάποιες φορές περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς επανήλθαν στη ζωή μετά από αρκετό καιρό στη ΜΕΘ, χωρίς να παρουσιάσουν ιδιαίτερες βλάβες. Κατάφεραν μάλιστα να προσαρμοστούν στην κανονική τους ζωή χωρίς σημαντικά προβλήματα και δυσκολίες. Υπάρχουν ωστόσο και περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς επιβίωσαν μονάχα για σύντομο χρονικό διάστημα στη ΜΕΘ, ή περιπτώσεις κατά τις οποίες η νοσηλεία είχε μεγάλη διάρκεια η οποία μάλιστα ήταν επίπονη και ανέλπιδη. Το μόνο σίγουρο είναι ότι πρόκειται για ένα τμήμα του νοσοκομείου με ιδιαίτερες απαιτήσεις και ασταμάτητη πίεση για τους εργαζόμενους αφού εκτός από τους ασθενείς και τη δύσκολη κατάσταση έχουν να αντιμετωπίσουν και το άγχος, τη στεναχώρια και την πίεση των συγγενών.

Γι αυτόν ακριβώς το λόγο, η ομάδα των νοσηλευτών θα πρέπει να δουλεύει τηρώντας μια οργάνωση και ένα πρόγραμμα. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ οφείλουν να επικοινωνούν μεταξύ τους προκειμένου να αποφασίζουν ομαδικά για τον κάθε ασθενή αλλά και για να εντοπίζουν ο ένας τα λάθη του άλλου και να τα διορθώνουν. Οι πιο σωστές αποφάσεις είναι αυτές που η λήψη τους γίνεται όταν οι ειδικοί έχουν συγκεντρώσει και μοιραστεί τις πληροφορίες που πρέπει, όταν έχουν ασκήσει καλή κριτική, όταν έχουν βρει λύσεις και φυσικά όταν γνωρίζουν τον αντίκτυπο που έχουν οι αποφάσεις τους. Ανώτερος στόχος της νοσηλευτικής ομάδας σε κάθε τμήμα του νοσοκομείου και πόσο μάλλον στη ΜΕΘ είναι η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας σε συνδυασμό με την ασφάλεια, μειώνοντας ταυτόχρονα τις πιθανότητες για λάθη.

Με άλλα λόγια, γίνεται αντιληπτό ότι η ΜΕΘ, συνιστά είναι ένα εξειδικευμένο τμήμα ενός νοσοκομείου που παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα για άτομα που είναι σοβαρά άρρωστα και μπορούν να επωφεληθούν από τη θεραπεία εφόσον αυτή προσφερθεί εγκαίρως. Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στη ΜΕΘ είναι υπεύθυνο να εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, αλλά και οι οικογένειές τους, λαμβάνουν τη βέλτιστη μέριμνα. Οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση λόγω μιας σοβαρής νόσου ή εξαιτίας ενός αναπάντεχου ατυχήματος, είναι αυτοί που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο και απειλείται η ζωή τους. Όσο πιο κρίσιμη είναι η υγεία του ασθενούς, τόσο πιο πιθανό είναι ότι να φανεί ευάλωτος και ασταθής. Συνεπώς απαιτεί έντονη νοσηλευτική φροντίδα. Στην πλειονότητα των ΜΕΘ, η νοσηλευτική φροντίδα διατηρείται σε αναλογία νοσοκόμου-ασθενούς 1:1 λόγω της ανάγκης για συνεχή παρακολούθηση και ταχεία επέμβαση. Η φύση αυτού του είδους της νοσηλείας είναι έντονη, απαιτεί τη χρήση ειδικού τεχνολογικού εξοπλισμού και περιλαμβάνει προσεκτική εξισορρόπηση της κρίσιμης ασθένειας με την ανάγκη του ασθενούς και της οικογένειας για ασφάλεια, ιδιωτικότητα, αξιοπρέπεια και άνεση (American Association of Critical-Care Nurses 2011, 13).

3.2 Ιστορική Αναδρομή

Το πρώτο επίσημο ξεκίνημα της ΜΕΘ, αποδίδεται στην Νοσηλεύτρια Florence Nightingale. Η αγγλίδα νοσηλεύτρια, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου (1820-1910), και συγκριμένα το 1985, έθεσε τις βάσεις για την εγκαθίδρυση της σύγχρονης νοσηλευτικής. Οι συγκεκριμένες αρχές, και κατά κύριο λόγο αυτές που σχετίζονταν με την απομόνωση, την εντατική παρακολούθηση και θεραπεία των στρατιωτών που ήταν πάρα πολύ βαριά τραυματισμένοι, εισήγαγαν την έννοια της εντατικής παρακολούθησης και φροντίδας των ατόμων αυτών που το είχαν ανάγκη. Χαρακτηριστικό είναι πως η φροντίδα τους γινόταν σε ειδικά σχεδιασμένους χώρους, μακριά από τους ελαφριά τραυματισμένους στρατιώτες. Πάραυτα, ο επίσημος όρος

και περιεχόμενο της ΜΕΘ συμπληρώνεται με τις ραγδαίες εξελίξεις που προκύπτουν στον κλάδο της ιατρικής, της ιατρικής τεχνολογίας αλλά και της νοσηλευτικής κατά τον τελευταίο αιώνα. Ιστορικά μιλώντας, το 1923 παρουσιάζεται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο John Hopkins, ένας θάλαμος ανάληψης και άμεσης μετεγχειρητικής παρακολούθησης. Σχεδόν μια δεκαετία αργότερα, και συγκεκριμένα το 1942, στο γενικό νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, εγκαθιδρύεται και ξεκινά την λειτουργία της μια ειδικά σχεδιασμένη πτέρυγα στην οποία νοσηλεύονταν τα θύματα μιας τεράστιας πυρκαγιάς που είχε ξεσπάσει σε μια περιοχή της Νέας Υόρκης (Quinn & Thompson, 1999).

Λίγα χρόνια μετά, και συγκεκριμένα την επόμενη δεκαετία, υλοποιείται η πρώτη προσπάθεια για κατασκευή των πρώτων αναπνευστήρων. Με αυτό το επίτευγμα, δημιουργούνται οι πρώτες αναπνευστικές μονάδες στην Στοκχόλμη και το Λος Άντζελες οι οποίες παρέχουν την ευκαιρία στους πάσχοντες από πολιομυελίτιδα να την αντιμετωπίσουν. Ας αναφερθεί και η περίπτωση του Peter Safar, ο οποίος ενεργούσε στο νοσοκομείο της Βαλτιμόρης. Πρόκειται για έναν από τους επίσημους θεμελιωτές των αρχών που διέπουν την Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση. Ο Peter Safar έκανε τότε τις πρώτες προσπάθειες για μια ΜΕΘ η οποία θα παρείχε στους ασθενείς της τις κατάλληλες υπηρεσίες. Την ιστορική αυτή ΜΕΘ στελέχωσε ο Peter Safar μαζί με άλλους συναδέλφους του επαγγελματίες υγείας. Όλοι μαζί, μετά από συνεννόηση και προγραμματισμένα καθήκοντα, παρείχαν στους ασθενείς τους τη δυνατότητα για υποστήριξη όλη τη μέρα. Μιλώντας με χρονολογικά δεδομένα, το ιστορικό αυτό γεγονός υπολογίζεται ότι συνέβη το 1985. Ο *Safar ήταν εκείνος που εγκαθίδρυσε τον όρο «Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης» (Intensive Care Unit).*

Η αναγνώριση της πραγματικής ανάγκης για την ΜΕΘ και η μελλοντική εξέλιξη και ανάπτυξή της φαίνεται να ξεκίνησαν κατά τη δεκαετία του 1960. Τότε είναι που η εφαρμογή του ηλεκτροκαρδιογραφήματος (ECG), η εξωσωματική καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (CPR) αλλά και η ηλεκτρική απινίδωση άρχισαν να δίνουν την ευκαιρία στους ασθενείς με κοιλιακή μαρμαρυγή και κυκλοφοριακή ανεπάρκεια να ελπίζουν σε μια αποτελεσματική θεραπεία που θα τους έδινε ξανά τη δυνατότητα να ζήσουν.

Επιπροσθέτως, η ανάπτυξη του μηχανικού αερισμού που επιταχύνθηκε κατά τη διάρκεια της επιδημίας πολιομυελίτιδας τη δεκαετία του 1940 και του 1950, έδωσε την ευκαιρία της ελπίδας και στους ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από αναπνευστική ανεπάρκεια. Ας σημειωθεί επίσης, πως η εξελιγμένη χειρουργική επέμβαση και η αναισθησία επέτρεψαν την εκτέλεση μεγαλύτερων και πιο πολύπλοκων εγχειρήσεων που κατ' επέκταση παρουσίαζαν υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών. Με την πάροδο των χρόνων, οι ασθενείς στις μονάδες εντατικής θεραπείας είναι άτομα σε σοβαρή κατάσταση. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, οι απαιτήσεις που έχουν σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και σε τεχνητή υποστήριξη είναι όλο και υψηλότερες. Χρησιμοποιούνται λοιπόν εξειδικευμένα μέσα και εξοπλισμός για τη θεραπεία τους. Η εισαγωγή στη ΜΕΘ συνιστά μια κατάσταση γεμάτη άγχος και για τους ασθενείς αλλά και για τους συγγενείς τους. Ο οικογενειακός κύκλος τους υφίσταται μια κατάσταση υπερβολικού άγχους και πίεσης, καθώς η εισαγωγή του αγαπημένου τους προσώπου στη ΜΕΘ απαιτεί τεράστια αποθέματα ψυχικής δύναμης.

Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η οικογένεια θα πρέπει να εφαρμόζει τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι αυτό που θα τους μνήσει στην αποδοχή της κατάλληλης και επαρκούς υποστήριξης και φροντίδας. Αν η οικογένεια είναι ήρεμη και αντιμετωπίζει την κατάσταση με θάρρος, τότε μπορεί να προσφέρει στον ασθενή την υποστήριξη που χρειάζεται. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ προάγοντας και εφαρμόζοντας μοντέλα ολιστικής φροντίδας και στους ασθενείς αλλά και στους συγγενείς τους, καταφέρνουν να κάνουν την κατάσταση λίγο ευκολότερη για όλους. Οι οικογένειες περιμένουν από τους νοσηλευτές να αφουγκραστούν τις ανάγκες τους και να τους βοηθήσουν ανάλογα. Οι νοσηλευτές της ΜΕΘ με τη σειρά τους είναι υπεύθυνοι και για τους ασθενείς και για τις οικογένειές τους (Hatah et al., 2015).

Σε χώρες όπως η Νορβηγία και η Σουηδία, οι ΜΕΘ οργανώνονται κατά κύριο λόγο βάσει των ασθενειών που πλήττουν τους ασθενείς και φυσικά βάσει της κατάστασης των τελευταίων. Για παράδειγμα, στη ίδια πτέρυγα μπορεί να ενταχθούν ασθενείς που αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακά και αναπνευστικά προβλήματα. Σίγουρα, ο τρόπος οργάνωσης στην κάθε ΜΕΘ διαφέρει μεταξύ των νοσοκομείων και του επιπέδου αυτών. Το μόνο σίγουρο, και κοινό για όλες τις περιπτώσεις είναι το

γεγονός ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας οφείλουν να έχουν υψηλό επίπεδο γνώσεων, καθώς και ικανότητες οι οποίες θα τους δώσουν την ευκαιρία να χειρίζονται κάθε δύσκολη κατάσταση.

3.3 Νομικό Πλαίσιο Λειτουργίας

Στον ελληνικό χώρο, μέχρι και τότε που θεσμοθετήθηκε η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας (ΕΝΕ) τον Ιούλιο του 2004 (Ν.3252), το λειτουργικό πλαίσιο του κλάδου της Νοσηλευτικής και ότι σχετιζόταν με τις αρχές και τη ρύθμισή του, είχαν κατά κύριο λόγο τις βάσεις τους στην νομοθεσία που ίσχυε και για τους υπαλλήλους που εργάζονταν στον ελληνικό δημόσιο τομέα. Βασιζόταν επίσης και στους αναχρονιστικούς κανονισμούς εσωτερικού χαρακτήρα που είχαν θεσπιστεί για τις υπηρεσίες υγείας.

Ωστόσο, το 1983 αποτελεί σημείο σταθμό για το ελληνικό κράτος και τις παροχές υγείας. Τη χρονιά εκείνη, με το νόμο 1397/1983 θεσπίζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), το οποίο προσφέρει σε κάθε πολίτη ισότιμη ευκαιρία για παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και μαζί με αυτό οριοθετούνται για πρώτη φορά τα καθήκοντα των νοσηλευτών. Με τον ίδιο νόμο, οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους νοσηλευτές καθιερώνονται ως ανεξάρτητες. Μάλιστα, έχουν την ίδια ισοτιμία με τους κλάδους της ιατρικής και της διοικητικής (Ν. 1397/1983).

Με το νόμο 1579/1985 παρέχεται η δυνατότητα ειδίκευσης των νοσηλευτών σε ειδικότητες παθολογικής, παιδιατρικής, ψυχιατρικής αλλά και χειρουργικής. Ένα μέρος νοσηλευτών που εξειδικεύεται στις προαναφερόμενες ειδικότητες συμμετέχει και στις αρμοδιότητες της ΜΕΘ. Μάλιστα, σε επίπεδο ανεπίσημο η εξειδίκευσή τους αυτή συνιστά μια μορφή εκπαίδευσης που αντικατοπτρίζει τις ανάγκες και τις αρμοδιότητες της ΜΕΘ. (Ν.1579/1985).

3.4 Η ψυχολογική κατάσταση στην ΜΕΘ

Τόσο για τις οικογένειες, όσο και για τους ασθενείς, η είσοδος στο νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί να είναι τρομακτική. Αυτή η αίσθηση του φόβου μεγαθύνεται με την είσοδο του ασθενούς στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), μια ειδικά διαμορφωμένη μονάδα όπου νοσηλεύονται ασθενείς οι οποίοι έχουν ιδιαίτερα αυξημένες ανάγκες υγείας. Η ΜΕΘ είναι ένας χώρος όπου φιλοξενεί ιδιαίτερα δύσκολα περιστατικά, τα οποία φροντίζονται διαρκώς από τους νοσηλευτές και τους γιατρούς, μέσα σε ένα τεχνολογικό περιβάλλον. Στη ΜΕΘ, οι ταυτότητες των ασθενών αλλάζουν και οι απαιτήσεις είναι υψηλές. Η ΜΕΘ είναι επίσης το μέρος όπου οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με τον φόβο του θανάτου σε αρκετά έντονο βαθμό. Επίσης, τόσο οι ίδιοι οι ασθενείς όσο και οι δικοί τους άνθρωποι νιώθουν συχνά αρνητικά συναισθήματα, με κυρίαρχα τον πόνο, την ταλαιπωρία, τον φόβο της απώλειας αλλά και την απομόνωση (Plakas et al., 2009).

Οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό τους πολύπλοκους εξοπλισμούς που υποστηρίζουν τους ασθενείς. Ωστόσο, οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους συχνά αισθάνονται εγκαταλελειμμένοι σε αυτό το τεχνολογικά προηγμένο περιβάλλον, εξαιτίας της σοβαρότητας της κατάστασης που υπερισχύει. Ακόμα και αν ξυπνήσει ένας ασθενής στην ΜΕΘ, τα συναισθήματά του είναι γεμάτα αμφιβολία, ανησυχία αλλά ακόμα και αγωνία. Επίσης, ένα κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών της ΜΕΘ είναι ότι δεν είναι πλέον σε θέση να επικοινωνούν με τον συνηθισμένο τρόπο λόγω της ασθένειας ή της θεραπείας τους (καταστολή και διασωλήνωση). Μια τέτοια κατάσταση απαιτεί ειδικές δεξιότητες επικοινωνίας, υπομονή και διαίσθηση από συγγενείς και φροντιστές (Willemse 2017).

Η κρίσιμη ασθένεια θέτει σε αμφισβήτηση τους ασθενείς της ΜΕΘ και τους συγγενείς τους για να βρουν νόημα και να αντιμετωπίσουν τον πόνο, την ανασφάλεια, αλλά και την αδυναμία. Σε κάθε τέτοια περίπτωση, το θρησκευτικό τους υπόβαθρο ή οι μη θρησκευτικές πνευματικές και υπαρξιακές πεποιθήσεις αποτελούν πολύτιμα

εργαλεία αντιμετώπισης για την προσαρμογή και τον επαναπροσδιορισμό της ελπίδας (Zehtab & Adib-Hajbaghery, 2014).

Οι Plakas et al. (2011) κάνουν λόγο για τα έντονα συναισθήματα που βιώνουν οι συγγενείς των ασθενών στην ΜΕΘ, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στο πόσο ευάλωτοι είναι ψυχολογικά. Επίσης κάνουν λόγο για στοιχεία όπως η απομόνωση που υφίστανται οι άνθρωποι αυτοί αλλά και τα έντονα συναισθήματα που νιώθουν, εξαιτίας κυρίως της κούρασης. Μάλιστα, πολλοί από αυτούς υιοθετούν απαιτητικά ωράρια προκειμένου να βρίσκονται κοντά στους δικούς τους ανθρώπους που βρίσκονται μέσα στην ΜΕΘ, μένοντας εκεί για πάνω από 10 ώρες την ημέρα. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια αυτής της δύσκολης περιόδου, οι οικογένειες είναι συχνά σε ένταση και διαρκή εσωτερική αναζήτηση, αφού προσπαθούν να βρουν την ελπίδα. Έτσι, η πνευματικότητα αλλά και η θρησκευτικότητα αποτελούν σημαντικά υποστηρικτικά στοιχεία για αυτούς. Η προσευχή, αλλά και η πίστη μπορούν να βοηθήσουν τους συγγενείς των ασθενών, αλλά και τους ίδιους τους ασθενείς όταν ανακτήσουν τις αισθήσεις τους και να μετατρέψουν τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά (Fouka et al., 2012).

Κεφάλαιο 4^ο

Η Πνευματικότητα στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

4.1 Τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία υγείας που παρέχει αποτελεσματική πνευματικότητα

Ο νοσηλευτής που προάγει αποτελεσματικά την πνευματικότητα θα πρέπει να έχει μια στάση γεμάτη σεβασμό προς τους συνανθρώπους του, και τον τρόπο ζωής τους, και φυσικά να διαθέτει υψηλής ποιότητας ατομικές δεξιότητες. Επίσης, το άτομο αυτό θα πρέπει να είναι ανοιχτό στην διαφορετικότητα και να αποδέχεται τους ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικό κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρο. Σε κάθε τέτοια περίπτωση θα πρέπει να κάνει διάκριση μεταξύ της ίδιας της πίστης και εκείνης του ασθενούς, αποφεύγοντας την επιβολή των δικών του θέσεων στον ασθενή και την οικογένειά του. Επίσης, το άτομο αυτό σέβεται τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και γνωρίζει ότι καθένας έχει διαφορετικές αρχές και αξίες, ενώ είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα συναισθήματα, την πνευματικότητα και τις αδυναμίες του καθενός. Αναγνωρίζοντας και αντιμετωπίζοντας τα συναισθήματα στους ασθενείς, όπως η θλίψη και ο φόβος να πεθάνουν, να υποφέρουν και να πονούν, οι νοσηλευτές που αντιλαμβάνονται στο έπακρο την πνευματικότητα, μπορούν να οδηγηθούν στην θεραπεία του ασθενούς (Ku, 2016).

Οι νοσηλευτές που μπορούν να καλύψουν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών τους, έχουν ως χαρακτηριστικά την φιλοξενία, την αυθεντικότητα, την ευαισθησία, την ειλικρίνεια, την ελπίδα, την εμπιστοσύνη, αλλά και το έντονο ενδιαφέρον και την εμπλοκή προς την πνευματικότητα (Riahi et al., 2018).

Ένα από τα πιο κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία των νοσηλευτών που παρέχουν πνευματικότητα είναι η διακριτικότητα επίσης αλλά και η ανάπτυξη οράματος για πνευματική φροντίδα, φροντίδα προσανατολισμένη στον ασθενή. Επίσης, το άτομο αυτό ασκεί το καθήκον της νοσηλευτικής από μια ολιστική προοπτική που εκφράζει την πολυδιάστατη και ολοκληρωμένη λειτουργία των ασθενών και περιλαμβάνει σωματικές, κοινωνικές, πνευματικές και πνευματικές πτυχές. Εκτιμώντας τη σημασία της πνευματικής φροντίδας, των πολιτιστικών αξιών, της ατομικής διακύμανσης και της μοναδικότητας, είναι σε θέση να αναγνωρίζει ότι η πνευματική φροντίδα δεν πρέπει να εξομοιώνεται με διαδικασίες και πρότυπα ή απόψεις για κανόνες και αξίες σε σχέση με την ασθένεια και την υγεία (Ronel, 2008).

Επίσης, έχει γνώσεις σχετικά με τις βάσεις της εκάστοτε θρησκείας, των υπαρξιακών ερωτημάτων, των κοσμοθεωριών, ενώ επίσης γνωρίζει τις πολιτισμικές πτυχές της ψυχικής υγείας, τους τρόπους έκφρασης, αλλά και τις ανάγκες για πνευματικότητα (Wu et al., 2018). Ταυτόχρονα, το άτομο αυτό γνωρίζει την επαγγελματική του ταυτότητα αλλά και τις ευθύνες του όσον αφορά την παροχή της πνευματικότητας στους ασθενείς που βρίσκονται στην ΜΕΘ και στους συγγενείς τους, ενώ ταυτόχρονα γνωρίζει τις ψυχολογικές τους ανάγκες. Αυτός ο επαγγελματίας υγείας είναι ικανός όχι μόνο να εντοπίσει τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, αλλά και να τις καλύψει σχεδιάζοντας το κατάλληλο πλάνο φροντίδας. Ταυτόχρονα, το ίδιο το άτομο νιώθει πως έχει έναν σκοπό όσον αφορά την εργασία του και προσπαθεί συνεχώς να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ασθενών του (Kaur et al., 2013).

Μέσα σε όλα αυτά, ο νοσηλευτής που εργάζεται στην ΜΕΘ και συναναστρέφεται με τόσους διαφορετικούς ανθρώπους, και ασθενείς και συγγενείς, είναι σε θέση να καταλάβει πολύ περισσότερα απ αυτά που του λένε, και να αναγνωρίσει τις πραγματικές ανάγκες όλων τους. Επίσης, μπορεί να αναγνωρίζει την σχέση ανάμεσα στην θρησκεία, την κουλτούρα, τις συμπεριφορές, την υγεία και την ανάκαμψη, και φυσικά είναι ικανός να σχεδιάζει το πλάνο των ασθενών (Timmings et al., 2015).

4.2 Η Σημασία της πνευματικότητας στην ΜΕΘ

Παρόμοια με άλλες δραστηριότητες και διαδικασίες φροντίδας, η πνευματική φροντίδα είναι σημαντική στην νοσηλευτική ακριβώς επειδή βελτιώνει την πνευματική ευημερία και την απόδοση των ασθενών, καθώς και την ποιότητα της πνευματικής τους ζωής. Η πνευματική φροντίδα έχει θετικές επιδράσεις στα επίπεδα άγχους των ασθενών, στην πνευματική τους ευημερία (δηλαδή στην ισορροπία μεταξύ φυσικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών πτυχών του εαυτού), στην αίσθηση της ακεραιότητας και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η πνευματική φροντίδα θεωρείται ευθύνη της νοσηλευτικής, αλλά υπάρχει έλλειψη σχετικά με την σαφήνεια του ρόλου των νοσηλευτών, και φυσικά οι κατευθυντήριες γραμμές για την πνευματική φροντίδα στην νοσηλευτική πρακτική δεν είναι επαρκείς. Όπως και να χει, η πνευματικότητα είναι άκρως απαραίτητη στην νοσηλευτική ακριβώς επειδή καλύπτουν ένα σημαντικό κομμάτι του ασθενούς και τον βοηθούν να έχει αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό (Ross et al., 2014).

Η Πνευματική φροντίδα μπορεί να παρέχεται από νοσηλευτές για να βοηθήσουν τα άτομα με τις πνευματικές τους ανάγκες, υποστηρίζοντας την παγκόσμια άποψή τους και δημιουργώντας ευκαιρίες έκφρασης φόβων, αμφιβολιών και άγχους που μπορούν να βοηθήσουν στην αναζήτηση νοήματος και μπορεί να εμποδίσουν την κάλυψη κάθε πνευματικής ανάγκης, γεγονός που μπορεί να εξελιχθεί σε πνευματική δυστυχία. Ο Παγκόσμιος Σύνδεσμος Διαγνωστικής Νοσηλευτικής της Βορείου Αμερικής (NANDA-I) έχει ορίσει την πνευματική δυσφορία ως την «μειωμένη ικανότητα να βιώνει κανείς και να ενσωματώνει νόημα και σκοπό στη ζωή μέσω της σχέσης με τον εαυτό, τους άλλους, την τέχνη, τη μουσική, τη λογοτεχνία, τη φύση και / μεγαλύτερη από τον εαυτό του». Η πνευματική δυσφορία μπορεί να οδηγήσει σε σωματικό πόνο, κατάθλιψη ή άγχος και κοινωνική απομόνωση. Τα υπάρχοντα σωματικά ή συναισθηματικά συμπτώματα μπορεί να επιδεινωθούν ως αποτέλεσμα της πνευματικής δυσφορίας, με αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο η παρουσία της πνευματικότητας στον

χώρο της υγείας, και δη στους ασθενείς εκείνους που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ είναι αδιαμφισβήτητος (Shinall et al., 2014).

Σημαντική είναι η αναφορά στην έρευνα των Haug et al. (2015) οι οποίοι διερεύνησαν τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι που βρίσκονταν στην ΜΕΘ αντιμετώπιζαν την ασθένειά τους, και κυρίως τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την υπαρξιακή συνάρτηση της νοημοσύνης στην καθημερινή τους ζωή από τη σκοπιά της ζωής. Οι ερευνητές εντόπισαν αρκετούς παράγοντες ανθεκτικότητας που βοήθησαν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τις νέες τους καταστάσεις. Μια κοινή αντίληψη της ανθεκτικότητας είναι ότι πρόκειται για μια διαδικασία προσαρμογής στις αντιξοότητες. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι εμπειρίες από την ιστορία της ζωής και το νόημα στη ζωή ήταν παράγοντες που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα των ατόμων και ότι οι παράγοντες ανθεκτικότητας παρέμειναν αμετάβλητοι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Οι ασθενείς εκείνοι που φροντίζονταν όσον αφορά τις πνευματικές τους ανάγκες φάνηκε να προσαρμόζονται καλύτερα στην κατάστασή τους και να βιώνουν με περισσότερο θάρρος και περισσότερη ελπίδα τη νόσο τους (Haug et al., 2015).

Με τη σειρά τους οι Giske & Cone (2015) θέλησαν να εξετάσουν την σημασία που έχει η πνευματικότητα στην ΜΕΘ, και κυρίως την βαρύτητα που είχε στην επώλωση των ασθενών. Τα ευρήματά τους αποκάλυψαν ότι όσο περισσότερο οι ασθενείς ασχολούνταν με την πνευματικότητά τους, με τη βοήθεια πάντα των νοσηλευτών, τόσο πιο εύκολο ήταν να ανακαλύψουν τις βαθιές ανησυχίες τους και να διευκολύνουν τη διαδικασία επώλωσης. Το κύριο μέλημα των νοσηλευτών ήταν να ανακουφίσουν τον πόνο των ασθενών. Επιπλέον, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η πνευματικότητα είναι συνδεδεμένη με βαθιά πράγματα στη ζωή, τα οποία είναι σημαντικά και ξεχωριστά για κάθε άτομο. Η πνευματικότητα επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και κρίσεις ζωής σε όλους τους τομείς της νοσηλευτικής φροντίδας. Τα ευρήματα δείχνουν επίσης ότι ορισμένες συνθήκες επηρεάζουν την εκτίμηση των νοσηλευτών για τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, όπως η προθυμία των νοσηλευτών να παρέχουν την πνευματικότητα σε όλες τις διαστάσεις της και να οικοδομήσουν αξιόπιστες σχέσεις με τους ασθενείς τους. Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι οι νοσηλευτές παρακολούθησαν τις

πνευματικές ανάγκες των ασθενών με συμπόνια όταν αναγνώρισαν τα βάσανα της ψυχής τους, γεγονός που βοήθησε τους ασθενείς να βελτιωθούν σταδιακά (Giske & Cone, 2015).

Ας αναφερθεί στο σημείο αυτό ότι οι νοσηλευτές παρέχουν πολύ περισσότερη πνευματική φροντίδα από την αντιλαμβανόμενη, ακριβώς επειδή οι δεξιότητές τους τους επιτρέπουν να καταλάβουν πότε οι ανάγκες των ασθενών είναι περισσότερες από αυτές που εκφράζουν. Η ικανότητα των νοσηλευτών να κατανοούν τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των συγγενών τους και να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα εξαρτάται από τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά και την αυτογνωσία τους. Όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο αυτογνωσίας, τόσο καλύτερη είναι η πνευματική φροντίδα σε επίπεδο προηγμένης πρακτικής. Επομένως, πριν από την εφαρμογή του σχεδίου πνευματικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές της ΜΕΘ θα πρέπει να επανεξετάσουν την πνευματικότητα τους έτσι ώστε να παρέχεται αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Ορισμένες από τις συνήθεις παρεμβάσεις είναι: η συνύπαρξη με τους ασθενείς, η ενεργητική ακρόαση, η χρήση της θεραπευτικής αφής, η προσωπική εμπειρία με τους ασθενείς, η χρήση της προσευχής αλλά και η μουσική. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν από οποιονδήποτε νοσηλευτή που παρουσιάζει τα σχετικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, ο ειδικός ρόλος των νοσηλευτών που εργάζονται στην ΜΕΘ σχετίζεται με την ικανότητά τους να αξιοποιούν τις γνώσεις και την τεχνογνωσία τους για να κρίνουν τη χρησιμότητα αυτών των παρεμβάσεων στη συγκεκριμένη κατάσταση. Φυσικά, σημαντικό ρόλο κατέχουν στην περίπτωση αυτή και οι χαρακτήρες με τους οποίους συναναστρέφονται οι νοσηλευτές, και φυσικά η κατάσταση του ασθενούς που νοσηλεύεται στην ΜΕΘ (Ross et al., 2014).

Η πνευματική φροντίδα βελτιώνει την υγεία και έχει θετικές επιδράσεις στο άγχος, την αυτοεκτίμηση καθώς και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Από την άλλη πλευρά, η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι η εμπλοκή της πνευματικής περίθαλψης στη θεραπεία έχει κάποια αποτελέσματα, όπως η ανάκτηση των συμπτωμάτων και η μείωση της υποτροπής της νόσου, η αυξημένη ικανοποίηση μέσα από την παρεχόμενη φροντίδα, αλλά και τα μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, η κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στην

ΜΕΘ μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη ανάγκη για επεμβατικές παρεμβάσεις στο τελικό στάδιο της ζωής, την μείωση του κόστους και της διάρκειας της νοσηλείας και γενικά βελτίωση της ποιότητας ζωής (Bashar et al., 2018).

4.3 Τα εμπόδια για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών που βρίσκονται στην ΜΕΘ

Αν και η αξία της πνευματικότητας για τους ασθενείς που βρίσκονται στην ΜΕΘ και τους συγγενείς τους είναι αδιαμφισβήτητη, πολλές φορές οι σχετικές με αυτήν ανάγκες δεν καλύπτονται επαρκώς. Σε κάποιες περιπτώσεις ωστόσο δεν καλύπτονται και καθόλου. Ένα από τα κυριότερα αίτια που εμποδίζει την κάλυψη των αναγκών αυτών είναι οι στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με το ζήτημα αυτό. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν νοσηλευτές που δεν ασπάζονται την άποψη ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα είναι αξίες που σχετίζονται με την φροντίδα του ασθενούς. Μερικοί νοσηλευτές πιστεύουν είτε ότι οι ασθενείς δεν έχουν καν ανάγκη για την πνευματικότητα, ενώ άλλοι την θεωρούν ένα ξεπερασμένο ζήτημα. Επομένως, καθίσταται σαφές ότι οι προσωπικές απόψεις και αντιλήψεις των νοσηλευτών είναι σημαντικό εμπόδιο για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ (Cockell and McSherry, 2012).

Οι McSherry και Jamieson (2011) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές δεν είναι καλά προετοιμασμένες να προχωρήσουν στην αξιολόγηση και την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των νοσηλευτών που βρίσκονται στην ΜΕΘ, ή ότι δεν έχουν λάβει καθόλου εκπαίδευση γι αυτό το ζήτημα. Οι Farahaninia et al. (2006) υποστηρίζουν με την σειρά τους ότι παρόλο που πολλοί νοσηλευτές γνωρίζουν την επίδραση της πνευματικότητας στην βελτίωση των ασθενών, είναι διστακτικοί να την εκφράσουν και να την παρέχουν, ενώ υποστηρίζουν επίσης ότι η ικανότητα των

νοσηλευτών να παρέχουν πνευματικότητα στους ασθενείς εξαρτάται από τις δικές τους πεποιθήσεις σχετικά με το ζήτημα αυτό.

Ο Daaleman (2012) αναφέρει σχετικά με τα εμπόδια στην παροχή πνευματικής περίθαλψης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ότι ένα από τα κυριότερα είναι η έλλειψη επαρκούς χρόνου, αλλά και η κοινωνική, θρησκευτική ή πολιτισμική ασυμφωνία μεταξύ ασθενών και προσωπικού, ενώ ο Koenig (2013) κάνει λόγο για την σχέση ανάμεσα στην ολιστική φροντίδα και την πνευματικότητα, αναφέροντας ότι οι νοσηλευτές δεν δίνουν την έμφαση που πρέπει εξαιτίας έλλειψης γνώσεων.

Επίσης, οι McSherry and Jamieson (2011) αναφέρουν ότι οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η παροχή πνευματικότητας δεν υπάγεται στους ρόλους τους και ότι είναι υπεύθυνοι οι ιερείς για το θέμα αυτό.

Μέσα από την έρευνά τους οι Moeini et al. (2015) διαπίστωσαν ότι τα σημαντικότερα εμπόδια που σχετίζονται με την παροχή πνευματικής περίθαλψης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ ήταν η ποικιλομορφία των θρησκευτικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων των ασθενών και η άγνοια των νοσηλευτών σχετικά με τις πεποιθήσεις αυτές. Επίσης, ένα ακόμα εμπόδιο ήταν η έλλειψη χρόνου για την παροχή πνευματικής περίθαλψης από την πλευρά των νοσηλευτών, αλλά και η εξατομικευμένη φύση της πνευματικής περίθαλψης. Σημαντικά επίσης εμπόδια στην προαγωγή της πνευματικής φροντίδας στους ασθενείς στην ΜΕΘ ήταν η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και ο μεγάλος φόρτος εργασίας των νοσηλευτών, η έλλειψη κινήτρων λόγω της περιορισμένης υποστήριξης από τους ανώτερους και τους διευθυντές των νοσοκομείων και η έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων και εργαστηρίων όσον αφορά την πνευματικής περίθαλψης (Moeini et al., 2015).

Με τη σειρά τους οι Tornøe et al. (2014) σε σχετική τους έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές δυσκολεύονταν αρκετά να ανακουφίσουν τον πόνο στους ασθενείς που νοσηλεύονταν στην ΜΕΘ παρέχοντας πνευματική φροντίδα. Οι νοσηλευτές συζήτησαν τις εμπειρίες τους για την παροχή πνευματικής και υπαρξιακής νοσηλευτικής φροντίδας και τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι οι

νοσηλευτές είχαν ανάμεικτα συναισθήματα σχετικά με την ικανότητά τους να παρέχουν πνευματική και υπαρξιακή φροντίδα και ότι το επίπεδο φροντίδας που προσφερόταν εξαρτιόταν από τις εμπειρίες τους ζωής και τις προσωπικές τους πεποιθήσεις. Επιπλέον, οι νοσηλευτές το θεωρούσαν ως ένα ηθικό δίλημμα και δυσκολεύονταν για το πώς θα μπορούσαν να ενθαρρύνουν τους ασθενείς τους να ανοίγονται και να μοιράζονται το άγχος τους χωρίς να παραβιάζουν την αξιοπρέπεια και την αυτονομία τους (Tornøe et al., 2014).

Οι Attard et al. (2014) αναφέρουν ότι οι γνώσεις των νοσηλευτών σχετικά με την πνευματική φροντίδα είναι φτωχές και χρειάζονται συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο ανταπόκρισης στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών.. επίσης, συχνά επηρεάζονται αρνητικά από διάφορα φυσικά, επαγγελματικά και προσωπικά εμπόδια. Οι δυσκολίες που εκφράζονται όσον αφορά την παροχή πνευματικής περίθαλψης περιλαμβάνουν την έλλειψη εκπαίδευσης, την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, αλλά και τον τεράστιο φόρτο εργασίας. Τέλος, ένα σημαντικό εμπόδιο που εντοπίζουν οι ερευνητές είναι το γεγονός ότι ο ορισμός της πνευματικότητας δεν είναι ενιαίος, και δεν είναι γνωστός σε όλους. Έτσι, η έννοια της πνευματικότητας χρειάζεται να διατυπωθεί σαφέστερα και να αυξηθούν οι γνώσεις που απαιτούνται για τον εντοπισμό των πνευματικών αναγκών των ασθενών (Attard et al., 2014).

4.4 Η Πνευματική Νοημοσύνη στην ΜΕΘ

Η πνευματική νοημοσύνη είναι ένα πλαίσιο για τον προσδιορισμό και την οργάνωση των δεξιοτήτων και των πρακτικών που απαιτούνται για την εφαρμογή της πνευματικότητας. Το άτομο που διαθέτει την δεξιότητα αυτή, έχει την ικανότητα να επιλύει τα προβλήματα που προκύπτουν και να επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει. Η πίστη, η ταπεινοφροσύνη, η εκτίμηση, η ικανότητα για συνεργασία, ο έλεγχος των

συναισθημάτων, η ηθική συμπεριφορά, η συγχώρεση και η αγάπη είναι χαρακτηριστικά πνευματικής νοημοσύνης (Younas, 2017).

Ο Wigglesworth (2002) πιστεύει ότι η πνευματική νοημοσύνη είναι η ικανότητα να ασχολείται κανείς με την συμπόνια και τη σοφία, με την εσωτερική και την εξωτερική ηρεμία υπό οποιεσδήποτε συνθήκες. Η συμπόνια και η σοφία αντιπροσωπεύουν και την αγάπη και ο όρος «υπό οποιεσδήποτε συνθήκες» υποδηλώνει ότι μπορούμε να έχουμε ηρεμία και συμπονετικές συμπεριφορές σε οποιοδήποτε τεταμένο περιβάλλον, σαν αυτό της ΜΕΘ. Υποστηρίζει επίσης ότι η πρόοδος της πνευματικής νοημοσύνης είναι επωφελής όχι μόνο για τα άτομα αλλά και για τις οικογένειές τους, και φυσικά για την κοινότητα. Η ειρήνη του μυαλού, η αμοιβαία κατανόηση, η συμφωνία μεταξύ συναδέλφων και η ικανοποίηση από την εργασία είναι και άλλα οφέλη από τη χρήση πνευματικής νοημοσύνης στον εργασιακό χώρο.

Η πνευματική νοημοσύνη είναι μια νέα σχετικά έννοια. Περιλαμβάνει τα υψηλότερα αναπτυξιακά επίπεδα γνωστικών, ηθικών, διαπροσωπικών πτυχών κ.λπ. και βοηθά το άτομο να προσαρμοστεί στα περιβαλλοντικά του φαινόμενα και να επιτύχει εσωτερική και εξωτερική ολοκλήρωση. Αυτού του είδους η νοημοσύνη παρέχει μια γενική άποψη της ζωής όσον αφορά τις εμπειρίες και τους πνευματικούς πόρους, συμπεριλαμβανομένων των σημαντικών αποφάσεων που λαμβάνονται και των ημερήσιων προβλημάτων. Η πνευματική νοημοσύνη επηρεάζει την ψυχική υγεία σε σημαντικό βαθμό, ενώ δεν είναι λίγοι οι ερευνητές εκείνοι που υποστηρίζουν ότι η πνευματική νοημοσύνη είναι αποτελεσματική στην ευτυχία των νοσηλευτών. Αυτό υποδεικνύει την καλύτερη προσαρμοστικότητα τους στην αντιμετώπιση του καθημερινού στρες με υψηλότερη πνευματική νοημοσύνη, και φυσικά την παροχή μιας καλύτερης φροντίδας για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Εκτός αυτού, η πνευματική νοημοσύνη αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την βελτίωση της κλινικής απόδοσης (Karimi-Moonaghi et al., 2015).

Τα ευρήματα της μελέτης των Kaur et al. (2013) έδειξαν επίσης την επίδραση της πνευματικής νοημοσύνης στη συμπεριφορά συναισθηματικής νοημοσύνης και νοσηλευτικής φροντίδας παρουσιάζοντας ένα μοντέλο συμπεριφοράς φροντίδας

μεταξύ των νοσηλευτών. Όσον αφορά τη σημασία της πνευματικής περίθαλψης και τη σχέση μεταξύ της πνευματικής νοημοσύνης και των συμπεριφορών φροντίδας των νοσηλευτών που εργάζονται στην ΜΕΘ, αυτή η μελέτη εξέτασε την επίδραση της εκπαίδευσης πνευματικής νοημοσύνης στην ικανότητα των νοσηλευτών να παρέχουν πνευματική περίθαλψη (NCSC).

Η πνευματικότητα είναι μια συνειδητοποίηση της ζωής που επιτρέπει στους ανθρώπους να σκέφτονται για τη ζωή, να σκέφτονται σε τέτοιες δύσκολες ώρες ποιοι είναι και από πού προέρχονται. Η πνευματική νοημοσύνη είναι απαραίτητη στην ΜΕΘ ακριβώς επειδή μπορεί να περιγραφεί ως μια βαθιά αυτοσυνειδησία στην οποία ένα άτομο γίνεται όλο και περισσότερο συνειδητό των διαστάσεων του εαυτού του, όχι μόνο όσον αφορά το σώμα του, αλλά και ως προς την σύνδεση μεταξύ ψυχής και σώματος. Η πνευματική νοημοσύνη ως ικανότητα μπορεί να χρησιμοποιεί πολυαισθητηριακή προσέγγιση και περιλαμβάνει τη διαίσθηση, το διαλογισμό και την οπτικοποίηση στην πρόσβαση στην εσωτερική γνώση κάποιου για την επίλυση προβλημάτων. Ειδικά στους ασθενείς που νοσηλεύονται στην ΜΕΘ, η παροχή των κατάλληλων παρεμβάσεων με στόχο την κάλυψη των πνευματικών τους αναγκών μπορεί να συμβάλει αποτελεσματικά σε διάφορους τομείς όπως η συναισθηματική ευεξία, η θετική λειτουργία και η βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής. Η αναζήτηση της αυτογνωσίας και της κατανόησης της εσωτερικής ταυτότητας είναι ένα όφελος για την πρόσβαση στην πνευματική νοημοσύνη κατά την διάρκεια της δύσκολης αυτής περιόδου τόσο για τον ίδιο τον ασθενή όσο και για τους συγγενείς του (Narayanasamy, 2014).

Επίσης, ο Mumtaz (2017) διατείνεται ότι η παροχή πνευματικότητας την ΜΕΘ από τους νοσηλευτές είναι απαραίτητη και για τους ίδιους, ακριβώς επειδή μπορεί να τους βοηθήσει να κρατήσουν μια ισορροπία μέσα σε αυτό το απαιτητικό περιβάλλον. Οι επαγγελματίες της υγείας ανησυχούν βαθιά για τους ασθενείς τους όταν αντιμετωπίζουν μια δύσκολη κατάσταση, γεγονός που μπορεί να τους κάνει να υποφέρουν από έντονο άγχος και να τους οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, η παρουσία της πνευματικότητας στην ΜΕΘ μπορεί να αποτρέψει κάθε τέτοια πιθανότητα, ενώ αν ο νοσηλευτής διαθέτει και τις κατάλληλες

δεξιότητες μπορεί να τον βοηθήσει να βιώσει το αίσθημα την επαγγελματικής ικανοποίησης.

Η πνευματικότητα είναι η ουσία της ανθρώπινης ύπαρξης και δίνει νόημα και σκοπό στην ανθρώπινη ύπαρξη. Η πνευματική φροντίδα είναι η μεγαλύτερη μορφή φροντίδας που μπορούν να προσφέρουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς τους που βιώνουν μια δύσκολη κατάσταση, και κυρίως σε εκείνους που βρίσκονται στην ΜΕΘ. Έτσι λοιπόν ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πρόθυμος να κατευθύνει τον ασθενή ώστε να είναι σε θέση μέσα από τα δύσκολα πράγματα και τα προσωπικά βάσανα να φτάσει την ηρεμία (Narayanasamy, 2014).

4.5 Οι πρακτικές για την κάλυψη των πνευματικών αναγκών των ασθενών

Η Προσευχή

Η χρήση της προσευχής είναι σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη των Shores et al. η πιο συχνή πρακτική που ακολουθούν οι νοσηλευτές αλλά και οι συγγενείς των ασθενών που βρίσκονται στην ΜΕΘ ώστε να συνδεθούν πνευματικά. Η προσευχή συνήθως θεωρείται ότι είναι η πράξη της ερώτησης ή της αναφοράς σε ένα ανώτερο ον, για να επιτευχθεί κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Η προσευχή μπορεί να λάβει πολλές διαφορετικές μορφές. Στην περίπτωση των ασθενών αυτών, η πιο συχνή μορφή είναι η προσευχή επούλωσης που έχει περιγραφεί ως η μέθοδος εκείνη που φέρνει το άτομο που προσεύχεται ενώπιον του Θεού, με τουλάχιστον έναν άλλο άνθρωπο να βρίσκεται στον ίδιο χώρο και να ακούει (Bulow et al., 2012).

Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορούν να ενθαρρύνουν τον ασθενή ή τους συγγενείς τους να προσευχηθούν μαζί. Με αυτό τον τρόπο, οι προσευχές των

νοσηλευτών μπορούν να αποτελέσουν μια παρέμβαση στην πνευματική φροντίδα. Μια θεραπευτική προσευχή πιθανότατα περιλαμβάνει απλές δηλώσεις σχετικά με τις ελπίδες, τους φόβους και τις ανάγκες του ασθενούς και μια αναγνώριση και αίτημα της δυνατότητας του Θεού να επεμβαίνει στην κατάσταση και να ικανοποιεί τις ανάγκες του ασθενούς. Για πολλούς ασθενείς, η προσευχή μπορεί να προσφέρει ειρήνη, γαλήνη, ηρεμία και άνεση σε διάφορες διαφορετικές καταστάσεις. Πρέπει να τονιστεί ωστόσο ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει πάντοτε να ζητούν την άδεια του ασθενούς πριν αξιοποιήσουν την προσευχή ως παρέμβαση στο σχέδιο περίθαλψης (O'Brien, 2003).

Η Ενεργητική Ακρόαση

Άλλη παρέμβαση που μπορεί να βοηθήσουν στην κάλυψη των πνευματικών αναγκών του ασθενούς είναι η αξιοποίηση της ενεργητικής ακρόασης από την πλευρά των νοσηλευτών. Αξιοποιώντας την μέθοδο αυτή, οι νοσηλευτές γίνονται ενεργοί ακροατές για τους ασθενείς τους και τις οικογένειές τους.

Πολλοί ασθενείς περιγράφουν το διάστημα που περνούν στο νοσοκομείο ως μια περίοδο μοναξιάς. Όταν ένας νοσηλευτής είναι παρών μέσα στο δωμάτιο, φροντίζοντας για τον ασθενή του, και είναι πρόθυμος να σταματήσει οτιδήποτε κάνει για να του αφιερώσει λίγο χρόνο και να τον ακούσει, αυτό μπορεί να είναι μια σημαντική ολιστική παρέμβαση. Με την παρουσία του στον ασθενή και την προθυμία του να ακούει ενεργά, ο νοσηλευτής μπορεί να ανταποκριθεί σε κάποιες από τις πνευματικές ανάγκες του, ανοίγοντας έτσι μια αποτελεσματική μέθοδο επικοινωνίας. Η επικοινωνία αυτού του είδους είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι υπάρχουν αμοιβαίοι στόχοι στη διαδικασία παροχής φροντίδας και οριοθέτηση των ευθυνών ρόλου (Darviri et al., 2016).

Προστασία του προσωπικού χρόνου του ασθενούς για προσωπικό προβληματισμό και αναζήτηση

Ένα από τα πιο κρίσιμα σημεία στην ΜΕΘ είναι ο διαχωρισμός του προσωπικού χρόνου του ασθενούς, και αυτού που αφιερώνει στην οικογένειά του. Οι νοσηλευτές είναι αρμόδιοι να φροντίζουν για την σωστή διαχείριση του χρόνου του ασθενούς, ώστε να έχει και ο ίδιος ιδιωτική ζωή. Στο διάστημα αυτό που περνά μόνος του ο ασθενής, έχει χρόνο να σκεφτεί, να προβληματιστεί και να εξετάσει την προσωπική του αναζήτηση ως άτομο. Για να το κάνει αυτό φυσικά χρειάζεται χώρο και χρόνο. Η συγκεκριμένη διαδικασία, είναι μια διαδικασία επέκτασης του εαυτού του ασθενούς εσωτερικά σε ενδοσκοπικές δραστηριότητες και εξωτερικά σε σχέσεις με άλλους. Ένα από τα κυριότερα οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής από αυτή την διαδικασία, είναι ότι του δίνεται η ευκαιρία να βρει νόημα και να προβληματιστεί. Αυτό, σε μελλοντικό χρόνο μπορεί να οδηγήσει σε αποδοχή ασθένειας και αίσθημα ειρήνης (Evangelista et al., 2016).

Κεφάλαιο 5^ο

Ποιοτική Μελέτη

5.1 Ορισμός

Στο σημείο αυτό παρουσιάζεται για τους σκοπούς της πτυχιακής εργασίας μια ποιοτική έρευνα η οποία ολοκληρώνεται αξιοποιώντας μια μελέτη περίπτωσης. Για να υπάρχει προσανατολισμός του αναγνώστη, είναι απαραίτητο να κάνουμε λόγο για την μελέτη περίπτωσης ως μέθοδο ερευνητική αλλά και για το ερευνητικό ερώτημα που επιθυμούμε ως ερευνητές να απαντήσουμε μέσα από αυτή την προσπάθεια. στην περίπτωση αυτή το ερευνητικό ερώτημα καθορίζεται από κάποιους προσωπικούς παράγοντες, και κυρίως από τα προσωπικά ενδιαφέροντα (Hitchcock & Hughes, 1989).

Πρακτικά μιλώντας, όλα τα στοιχεία που αναλύονται στην παρούσα πτυχιακή εργασία, στο κεφάλαιο αυτό, προέρχονται από τις προσωπικές μας εμπειρίες στον κλάδο της Νοσηλευτικής. Δεδομένης της εμπλοκής μας με τον χώρο αυτό, στόχος μας είναι να παρουσιάσουμε το προφίλ της κυρίας Αναστασίας, μιας νοσηλεύτριας που εργάζεται στην ΜΕΘ και υποστηρίζει την ανάγκη των ασθενών για πνευματικότητα, και φυσικά την κάλυψη όλων των σχετικών αναγκών τους.

5.2 Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά εκείνα που έχει μια νοσηλεύτρια η οποία εργάζεται στην ΜΕΘ και την βοηθούν να εκφράσει

την πνευματικότητά της, και φυσικά να καλύψει τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών της. Στα πλαίσια αυτά σκοπός επίσης είναι καταγραφούν τα οφέλη που αποκόμισε η ίδια, όσο και τα οφέλη που αποκόμισαν οι ασθενείς της από τις σχετικές δραστηριότητες στα πλαίσια της πνευματικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, καθώς και τα στοιχεία που έχουν προκύψει από την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, ο κυριότερος σκοπός της εργασίας είναι να εξεταστεί το προφίλ της Αναστασίας, μιας νοσηλεύτριας 38 ετών η οποία εργάζεται στην ΜΕΘ του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και είναι υποστηρικτής της πνευματικότητας στο νοσηλευτικό περιβάλλον.

5.3 Μελέτη Περίπτωσης

Στα πλαίσια της παροχής των κατάλληλων δραστηριοτήτων με απώτερο στόχο την κάλυψη των πνευματικών αναγκών της ίδιας αλλά και των ασθενών της που βρίσκονται στην ΜΕΘ, η Αναστασία προσπαθεί να αφιερώνει όσο περισσότερο χρόνο μπορεί ώστε να συζητήσει μαζί τους, και με τις οικογένειές τους για να αντιληφθεί ποιες είναι οι ανάγκες τους και τι θα τους κάνει να νιώσουν καλά. Αυτό περιλαμβάνει την υποστήριξη των πνευματικών πεποιθήσεων και των αναγκών των ασθενών και φυσικά την εξατομίκευση της πνευματικής περίθαλψης στον κάθε ασθενή. Αυτό συνεπάγεται ρητή επικοινωνία της συμπόνιας, της ενεργητικής ακρόασης και της υποστήριξης του ασθενούς μέσω του ταξιδιού της υγειονομικής περίθαλψης.

Η Αναστασία είναι ένα άτομο το οποίο συνδυάζει μια σειρά από ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ικανότητά της να καλύπτει τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών της. Η Αναστασία είναι ένα άτομο αρκετά φιλόξενο με το οποίο οι υπόλοιποι νοσηλευτές αλλά και οι ασθενείς αισθάνονται άνετα και οικεία. Πρόκειται για ένα άτομο ανοιχτόμυαλο, που δίνει ιδιαίτερη βάση στην πνευματικότητά της. Είναι ευαίσθητη, αξιόπιστη, ειλικρινής και πανταχού παρούσα

προσπαθώντας να βοηθήσει κάθε ασθενή και κάθε συγγενή του που το έχει ανάγκη. Σαν άτομο είναι ήρεμη και αφοσιωμένη στη δουλειά της και την οικογένειά της.

Η Αναστασία είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη όσον αφορά την πνευματικότητα των ασθενών της, και την κάλυψη των σχετικών αναγκών τους, γι αυτό φροντίζει να τους ακούει προσεκτικά όταν συζητούν σχετικά θέματα, έτσι ώστε να αξιολογήσει την κατάσταση. Δεδομένου ότι το περιβάλλον στην ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα απαιτητικό και οι προκλήσεις είναι αλληπάλληλες, η Αναστασία είναι επίσης ευαίσθητη και με την οικογένεια των ασθενών. Μάλιστα, απαραίτητο είναι να αναφερθεί ότι η νοσηλεύτρια αυτή, δεν εμπλέκει τις προσωπικές της πεποιθήσεις με τον ρόλο της στην παροχή της πνευματικότητας. Όταν συναναστρέφεται με ασθενείς οι οποίοι δεν είναι Χριστιανοί, προσπαθεί να προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες, και φυσικά να ενημερώνεται μέσα από βιβλία και άρθρα για την κάθε ξεχωριστή περίπτωση. Η αξιολόγηση της πνευματικότητας των ασθενών από την πλευρά του νοσηλευτή βοηθά όχι μόνο τις πνευματικές ανάγκες, αλλά αποτελεί σημαντικό στοιχείο όσον αφορά την ανάπτυξη ενός νοσηλευτικού πλάνου φροντίδας στο οποίο η πνευματικότητα έχει βασικό ρόλο. Παρότι η αξιολόγηση αυτή διαβιβάζεται πάντοτε στο γράφημα του ασθενούς, ανάλογα με το κάθε ίδρυμα μπορεί να καταλήξει στις «βοηθητικές σημειώσεις» οι οποίες δυστυχώς διαβάζονται σπάνια από το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης.

Όπως υποστηρίζουν και οι Hall et al. (2016), οι νοσηλευτές θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες και να δείχνουν σεβασμό για το πώς η παράδοση της πίστης του κάθε ασθενούς ή οι πνευματικές πεποιθήσεις και οι προτεραιότητές του επηρεάζουν τη φροντίδα. Μερικές φορές οι ασθενείς ζητούν από το νοσηλευτή να προσευχηθεί μαζί τους. Εάν ο τελευταίος δεν αισθάνεται άνετα λέγοντας μια προσευχή με έναν ασθενή, μπορεί να κάνει παραπομπή σε θρησκευτικό ηγέτη. Πράγματι, και η Αναστασία ναι μεν σέβεται την διαφορετικότητα και την πολυμορφία όσον αφορά την πνευματικότητα, αλλά δεν νιώθει άνετα να προσεύχεται σε κάποια άλλη θρησκεία. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο απευθύνεται σε κάποιον αρμόδιο ηγέτη.

Η ίδια τονίζει την θετική επίδραση απ όλη αυτή την διαδικασία, υποστηρίζοντας τον πολύπλευρο ρόλο των νοσηλευτών στην ΜΕΘ. Δεδομένης της πίεσης που έχει το

περιβάλλον αυτό πολλές φορές οι πνευματικές ανάγκες των ασθενών και των συγγενών τους φυσικά προσπερνιούνται. Όταν όμως αφιερώνεται ο κατάλληλος χρόνος στους ασθενείς, τότε και οι ίδιοι αισθάνονται καλύτερα και είναι πιο πρόθυμοι να συμμετέχουν ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, και φυσικά στην τήρηση της θεραπείας τους σε μια καλύτερη συχνότητα. Αυτό επιβεβαιώνει την άποψη των Chrash et al. (2011) οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές είναι τα πλέον κατάλληλα πρόσωπα που μπορούν να γεφυρώσουν το χάσμα μεταξύ των αναγκών των ασθενών και της φροντίδας που λαμβάνουν μέσω της πνευματικής αξιολόγησης και παροχής. Για να γίνει αυτό, οι νοσηλευτές πρέπει να εργαστούν προάγοντας την πνευματικότητα και την πνευματική νοσηλευτική φροντίδα.

Όσον αφορά την ίδια την Αναστασία σαν άτομο, αλλά και σαν επαγγελματία υγείας που έχει χρέος να προάγει την πνευματικότητα, τόσο στους ασθενείς της όσο και στον εαυτό της, η ίδια φαίνεται να έχει έντονο το στοιχείο της συμπόνιας και της ευγνωμοσύνης προς το Θεό για όλα τα καλά που έχει. Επίσης, το γεγονός ότι ασχολείται με την κάλυψη των πνευματικών της αναγκών, και είναι αρκετά συνειδητοποιημένη την βοηθά να είναι αποτελεσματική στο σκοπό της αυτό στη δουλειά της, αλλά και να αντιμετωπίζει προβλήματα όπως η συναισθηματική κούραση, η σωματική κούραση, η επαγγελματική εξουθένωση και φυσικά το έντονο καθημερινό άγχος. Η ίδια ασχολείται στον ελεύθερό της χρόνο με δραστηριότητες που την γεμίζουν όπως η ζωγραφική, η προσευχή, η εξομολόγηση, το τρέξιμο και γενικά δραστηριότητες που προάγουν το ευ ζην.

Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά της σε συνδυασμό με τις καλά αναπτυγμένες επικοινωνιακές της δεξιότητες, την βοηθούν στην προαγωγή της πνευματικότητας παρέχοντας οφέλη τόσο για την ίδια όσο και για τους ασθενείς. Από τα κυριότερα οφέλη είναι η παροχή ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα για τους ασθενείς, και η εργασιακή ικανοποίηση για τους νοσηλευτές από την άλλη, αφού νιώθουν ότι βοηθούν τους ασθενείς τους. Επίσης, προάγεται και βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών, ενώ μειώνεται ο κίνδυνος ψυχολογικών μεταπτώσεων όσο οι ασθενείς είναι καλά ψυχολογικά. Η σύνδεση ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους ασθενείς φαίνεται να είναι απαραίτητη, ειδικά στις περιπτώσεις που τα περιστατικά στην ΜΕΘ είναι ιδιαίτερα σοβαρά. Επίσης και οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους αναμένουν

πάντοτε από νοσηλευτές όπως η Αναστασία που εργάζονται στην ΜΕΘ να κάνουν το πρώτο βήμα όσον αφορά τις πνευματικές ανάγκες. Την άποψη αυτή υποστηρίζουν και οι Lind et al. (2011) οι οποίοι σε σχετική τους έρευνα κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους πιστεύουν ότι οι νοσηλευτές μπορούν να βελτιώσουν τις ανάγκες τους όσον αφορά την πνευματικότητα. Απ' ότι φάνηκε απ την έρευνα, επιθυμούν οι νοσηλευτές να κάνουν το πρώτο βήμα, και φυσικά να αντιλαμβάνονται τις ανάγκες τους και να δείχνουν προθυμία να τις καλύψουν. Επίσης, οι ασθενείς επιθυμούν οι νοσηλευτές πρώτα να αξιολογούν τις ανάγκες τους, και έπειτα να προσπαθούν να τις καλύψουν με τον κατάλληλο τρόπο. Μάλιστα, οι συγγενείς των ασθενών και οι ίδιοι οι ασθενείς, θεωρούν ότι η ικανοποίησή τους βελτιώνεται σημαντικά από αυτές τις κινήσεις. Φαίνεται λοιπόν ότι οι νοσηλευτές που εργάζονται στην ΜΕΘ διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή ολιστικής φροντίδας. Η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα επικεντρώνεται στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, στην παροχή βοήθειας στην επούλωση και στην ανακούφιση του πόνου. Στόχος είναι η θεραπεία του ατόμου ολόπλευρα, και για να γίνει αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει εξετάσει την κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου και την επιρροή του στην ευημερία του. Η παροχή ολιστικής φροντίδας απαιτεί αλληλεξάρτηση της σωματικής, πνευματικής, ψυχοκοινωνικής, κοινωνικής και πολιτιστικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

1. Abbasi, M., Farahani-Nia, M., Mehrdad, N., Givari, A. & Haghani, H., 2014. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19 (3), pp. 242-247.
2. Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S. & Fini, I.A., 2017. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in ICU. *Nursing Ethics*, 24(4), pp. 462–73.
3. Atef-Vahid, M. K., Nasr-Esfahani, M., Esfeedvajani, M. S., Naji-Isfahani, H., Shojaei, M. R., Masoumeh, Y. M., et al., 2011. Quality of life, religious attitude and cancer coping in a sample of Iranian patients with cancer. *Journal of Research in Medical Sciences*, 16(7), 928–937
4. Attard, J., Baldacchino, D.R., Camilleri, L., 2014. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today*. 34(12), pp. 1460–66.
5. Azizi, F., 2017. Explanation of the spiritual health care at different levels of prevention. *History of Medicine Journal*, 8(29), 165–183.
6. Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., ... Balboni, T. A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(4), 461–467.
7. Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. E., Wright, A., et al. (2013). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Internal Medicine*, 173(12), 1109–1117.

8. Bashar, F.R., Vahedian-Azimi, A., Salesi, M. et al. J Relig Health, 2018. Spiritual Health and Outcomes in Muslim ICU Patients: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Journal of Religion and Health*, 57 (6), pp. 2241–2257
9. Baucal, A., & Zittoun, T. (2013). Religion as dialogical resource: A socio-cultural approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 47(2), 207–219.
10. Bergbom, I. (2007). Intensive and Critical Cre Nursing. *Intensive and Critical Care Nursing*, 23(3), 121-123.
11. Bulow, H. H., Sprung, C. L., Baras, M., Carmel, S., Svantesson, M., Benbenishty, J., et al., 2012. Are religion and religiosity important to end-of-life decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt study. *Intensive Care Medicine*, 38(7), pp. 1126–1133.
12. Chidarikire, S., 2012. Spirituality: The neglected dimension of holistic mental health care. *Advances in Mental Health*, 10(3), pp. 298–302
13. Chrash, M., Mulich, B. & Patton, C., 2011. The APN role in holistic assessment and integration of spiritual assessment for advance care planning. *J Am Acad of Nurse Pract.* 23, Pp. 530–6
14. Cockell, N. & McSherry, W., 2012. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of Nursing Management*, 20, pp. 958–969.
15. Darviri, C., Artemiadis, A., Tigani, X., Darvyri, P., & Gnardellis, C., 2016. Religiosity as a predictor of mortality: A retrospective cohort study in 1519 rural citizens in Greece. *Psychology & Health*, 31(9), pp. 1080–1090.

16. Despins, L. A., 2009. Patient safety and collaboration of the intensive care unit team. *Critical Care Nurse*, 29(2), pp. 85–92.
17. Evangelista, C., Lopes, M., Costa, S., da Silva, F., Batista, P. & Oliveira, R., 2016. Spirituality in patient care under palliative care: A study with nurses. *Escola Anna Nery*, 20(1), 176-182
18. Farahaninia M, Abbasi M, Givari A, Haghani H. NursingStudents' Spiritual Well-Being and Their Perspectives TowardsSpirituality and Spiritual Care Perspectives. *Iran J Nurs*. 2006;18(44):7–14.
19. Ford DW, Downey L, Engelberg R, Back AL, Curtis JR. Association between physician trainee self-assessments in discussing religion and spirituality and their patients' reports. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;17(4):453–462.
20. Fouka G, Plakas S, Taket A, Boudioni M, Dandoulakis M. (2012). Health-related religious rituals of the Greek Orthodox Church: their uptake and meanings. *Journal of Nursing Management*; 20: 1058–1068.
21. Gallison, B., Yan, X., Jurgens, C., Boyle, S., 2013. Acute care nurses' spiritual care practices. *J Holist Nurs*, 31(2), pp. 95-103.
22. Giske, T., & Cone, P. H. (2015). Discerning the healing path—How nurses assist patient spirituality in diverse health care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19–20), 2926–2935.
23. Hatah, E., Lim, K. P., Ali, A. M., Mohamed Shah, N., & Islahudin, F., 2015. The influence of cultural and religious orientations on social support and its potential impact on medication adherence. *Patient Preference and Adherence*, 9, pp. 589–596.

24. Haug, S. H. K., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V., 2015. How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway. *Palliative and Support Care*, 13(4), 1037–1048

25. Karimi-Moonaghi, H., Gazerani, A., Vaghee, S., Gholami, H., Salehmoghaddam, A. R., & Gharibnavaz, R., 2015. Relation between spiritual intelligence and clinical competency of nurses in Iran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(6), 665–669.

26. Kaur, D., Sambasivan, M. & Kumar, N., 2013. Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), pp. 3192–202.

27. Katherine, L., Cooper, K., Chang, E., Sheehan, A. & Johnson, A., 2013. The impact of spiritual care education upon preparing undergraduate nursing students to provide spiritual care. *Nurse Educ Today*, 33, pp. 1057-61.

28. Ku Y., 2016. Spiritual Needs and Care of Patients from Nurses' Perspectives on ICU. *J Nurs Care* 5, 357.

29. Ku, Y., 2017. Literature Review on Spiritual Care in Nursing. *Journal of Nursing and Health Studies*, 2(1-5), pp. 1-4.

30. Lewinson, L. P., McSherry, W., & Kevern, P. (2015). Spirituality in pre-registration nursing practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35, 806-814.

31. Lind, B., Sendelbach, S. & Steen, S., 2011. Effects of a spirituality training program for nurses on patients in a progressive care unit. *Crit Care Nurse*. 31(3), Pp. 87–90

32. McSherry, W. & Jamieson, S., 2011. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*, 20(11/12), pp. 1757-1767
33. McSherry, W., & Jamieson, S. (2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perception of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3170–3182
34. Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M., 2012. Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 89–94
35. Moeini, M., Momeni, T., Musarezaie, A. & Sharifi, S., 2015. Nurses' spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. *Iran J Crit Care Nurs*, 8(3), pp. 159-166
36. Monareng, L.V., 2012. Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*, 35 pp. 1-9
37. Mumtaz, S., 2017. Do Workplace Spirituality dimensions play any Role in enhancing Nurses Job Satisfaction in Pakistan. 7(7), 715–730
38. Naghi, J. J., Philip, K. J., Phan, A., Cleenewerck, L., & Schwarz, E. R., 2012. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1124–1136.
39. Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J., 2014. Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: A qualitative study. *BMC Nursing*, 13(12).
40. Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A.B, Aslan, G. G, Coban, A., 2011. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20, pp. 3102–3110.

41. Paal, P., Roser, T. & Frick, E., 2014. Developments in spiritual care education in Germanspeaking countries. *BMC Medical Education*, 14, pp. 112
42. Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710–724.
43. Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 2(1), 1–5.
44. Pesut, B. & Reimer-Kirkham, S., 2012. Situated clinical encounters in the negotiation of religious and spiritual plurality. A critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*, 47, pp. 815–825.
45. Pesut B, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R, Woodland G, Peverall P., 2012. Hospitable hospitals in a diverse society: from chaplains to spiritual care providers. *Journal of Religion and Health*, 51, pp. 825–836
46. Pesut, B., 2015. Supporting patients' and families' religious and spiritual needs in ICU – can we do more?. *British Association of Critical Care Nurses*, 1-3
47. Pike, J., 2011. Spirituality in nursing: A systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs*, 20, pp. 743-749.
48. Plakas S, Boudioni M, Fouka G, Taket A. (2011). The role of religiosity as a coping resource for relatives of critically ill patients in Greece. *Contemporary Nurse*; 39: 95–105

49. Prentis, S., Rogers, M., Wattis, J., Jones, J. & Stephenson, J., 2014. Healthcare lecturers' perceptions of spirituality in education. *Nursing Standard*, 29(3), 44-52.
50. Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., et al., 2009. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med*, 12(10), pp. 885–904
51. Pullen, R. & Mathias, T., 2010. Fostering therapeutic nurse-patient relationships. *Nurs Made Incred Easy*, 8(3), pp. 4.
52. Quinn, T., & Thompson, D. (1999). History and development of coronary care. *Intensive Critical Care Nursing*, 15(3), 131-141.
53. Riahi, S., Goudarzi, F., Hasanvand, S., Abdollahzadeh, H., Ebrahimzadeh, F., & Dadvari, Z., 2018. Assessing the Effect of Spiritual Intelligence Training on Spiritual Care Competency in Critical Care Nurses. *Journal of medicine and life*, 11(4), 346–354.
54. Ronel, N., 2008. The Experience of Spiritual of Spiritual Intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*. 40(1), pp. 100–119
55. Ross, L., van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., et al., 2014. Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: a European pilot study. *Nurse Educ Today*, 34(5), pp. 697–702.
56. Rudolfsson, G., Berggren, I., & da Silva, A. B., 2014. Experiences of spirituality and spiritual values in the context of nursing—An integrative review. *The Open Nursing Journal*, 8, 64–70

57. Rykkje, L. L., Eriksson, K., & Raholm, M. B., 2013. Spirituality and caring in old age and the significance of religion—A hermeneutical study from Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), pp. 275–284.
58. Saffari, M., Pakpour, A. H., Naderi, M. K., Koenig, H. G., Baldacchino, D. R., & Piper, C. N., 2013. Spiritual coping, religiosity and quality of life: A study on Muslim patients undergoing haemodialysis. *Nephrology (Carlton)*, 18(4), pp. 269–275.
59. Sartori, P., 2010. Spirituality 1: Should spiritual and religious beliefs be part of patient care?. *Nurs Times*. 106(28), pp. 14–7.
60. Shinall, M. C., Jr., Ehrenfeld, J. M., & Guillamondegui, O. D., 2014. Religiously affiliated intensive care unit patients receive more aggressive end-of-life care. *Journal of Surgical Research*, 190(2), 623–627.
61. Taylor, E. J., Park, C. G. & Pfeiffer, J. B. (2014). Nurse religiosity and spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2612-2621
62. Tiew, L. H. & Drury, V., 2012. Singapore Nursing Students' Perceptions and attitudes about spirituality and spiritual care in practice: A qualitative study. *J Holist Nurs*, 30, pp. 160-9.
63. Timmins, F., 2013. Nurse's views of spirituality and spiritual care provision in the Republic of Ireland. *Journal for the Study of Spirituality*, 3, pp. 2121–2137
64. Timmins, F., Neill, F., Murphy, M., Begley, T. & Sheaf, G., 2015. Spiritual care competence for contemporary nursing practice: A quantitative exploration of the guidance provided by fundamental nursing textbooks. *Nurse Education in Practice*, 17 (8), pp.1-7

65. Timmins, F, Naughton, M. & Plakas S., 2015. Supporting patients' and families' religious and spiritual needs in ICU—can we do more? *British Association of Critical Care Nurses*. 20(3), pp. 115–117
66. Younas, A., 2017. Spiritual Care and the Role of Advanced Practice Nurses. *Nurs Midwifery Stud*, 6(1), pp. e40072
67. Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., et al., 2012. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), pp. 81–87.
68. VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K., 2017. Health and spirituality. *JAMA*, 318(6), 519–520.
69. Williams, J.A., Meltzer, D., Arora, V., Chung, G. & Curlin, F.A., 2011. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 26(11), pp. 1265–71
70. Willemse, S.J., Smeets, W., van Leeuwen, E. & Foudraine, N., 2017. Spiritual care in the intensive care unit: an integral part of daily intensive care? *Netherlands Journal of Critical Care*, 25(2), pp. 62–65.
71. Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Janssen, L., & Foudraine, N., 2018. Spiritual Care in the ICU: Perspectives of Dutch Intensivists, ICU Nurses, and Spiritual Caregivers. *Journal of religion and health*, 57(2), pp. 583–595.
72. Wu, L-F, Tseng, H. C. & Liao, Y., 2016. Nurse education and willingness to provide spiritual care. *Nurse Education Today*, 38, pp. 36–41

73. Zehtab, S., & Adib-Hajbaghery, M., 2014. The importance of spiritual care in nursing. *Nursing and midwifery studies*, 3(3), e22261.

74. N. 1683/1948, Y.A 5740/1968

75. N. 1397/1983

76. N.1579/1985