



Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ο ΦΟΒΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Του

Ιωάννη Νοτίδη (α.μ 16421)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	
1.1.Ορισμός του φόβου.....	7
1.2.Η νευροβιολογία του φόβου	9
1.3.Η ανταπόκριση του ατόμου στο φόβο.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	
2. Ο φόβος των ασθενών	14
2.1. Ο φόβος των ασθενών αναφορικά με την χρήση βελονών.....	16
2.2. Υπομονάδες φοβίας στις βελόνες.....	18
2.3. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φοβία των ασθενών.....	20
2.4. Αντιμετώπιση της φοβίας των ασθενών.....	22
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	23
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	25
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	32
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	36
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	39

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να επισημανθεί ο ρόλος τόσο του φόβου όσο και του άγχους όσον αφορά τον πόνο για την επαγγελματική και κλινική φροντίδα των ενηλίκων. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή θα γίνει ανάλυση της έννοιας του φόβου και ποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιηθούν. Στην συνέχεια, αναλύεται η νευροβιολογία του φόβου καθώς και η ανταπόκριση του στον φόβο. Στον δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας ακολουθεί το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας, στο οποίο γίνεται αναφορά στον σκοπό της έρευνας, τις ερευνητικές υποθέσεις, το υλικό και την μέθοδο που έχουν χρησιμοποιηθεί, το δείγμα, την ερευνητική διαδικασία που έχει ακολουθηθεί, και στην συνέχεια, δίνεται μία μελέτη περίπτωσης, καθώς και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και η συζήτηση των αποτελεσμάτων αυτών.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to highlight the role of both of fear as well as anxiety regarding pain for the professional and clinical care of adults. More specifically, in the beginning it will be analyzed concept of fear and what nursing interventions should be performed. Next, the neurobiology of fear is analyzed as well as its response to fear. In the second chapter of the work follows the research part of the present work, in which reference is made to the purpose of the research, the research hypotheses, the material and the method used, the sample, the research process that has been followed, and then is given a case study, as well as the analysis of the research results and the discussion of these results.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φοβία για την βελόνα, είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει έναν αναμενόμενο φόβο για την εισαγωγή της βελόνας. Είναι μια κοινή διαταραχή στα παιδιά, αλλά συχνά δεν αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται σε ενήλικες. Μεταξύ των επεμβατικών διαδικασιών που πραγματοποιούνται σε καρκινοπαθείς, η φλεβοκέντηση ξεχωρίζει για τη σημασία και τη συχνότητα χρήσης της. Επιτρέπει τη χορήγηση εγχύσεων για θεραπευτικούς σκοπούς, όπως χημειοθεραπεία και υποστήριξη, όπως αντιβιοτικά, συστατικά αίματος, παρεντερικά υγρά και συλλογή δοκιμών. Αυτή η διαδικασία, ωστόσο, παρά τα πολυάριθμα οφέλη της, μπορεί να προκαλέσει κρίσεις άγχους, φόβου και φόβου σε ασθενείς, που επιδεινώνεται από την επανειλημμένη χρήση του φλεβικού δικτύου, τις ανεπιτυχείς προσπάθειες διάτρησης, τις δυσπρόσιτες φλέβες, την παρατεταμένη χρήση φυσαλιδωτικών ή ερεθιστικών φαρμάκων. και άλλες καταστάσεις που προκαλούν άγχος, όπως εξέλιξη της νόσου και αποτυχίες θεραπείας.

Σε αυτό το πλαίσιο, το συναίσθημα του φόβου και του άγχους που μπορεί να βιώσουν οι ασθενείς είναι κατανοητό, ως φυσιολογική αντίδραση σε μια απειλή. Αυτά τα συναισθήματα ενεργοποιούν μια απόκριση προστασίας επιβίωσης που αυξάνει τους καρδιακούς και αναπνευστικούς ρυθμούς, προκαλώντας άλλες φυσικές αλλαγές, όπως εφίδρωση, γαστρεντερική δυσφορία και πονοκεφάλους. Αν και ο φόβος μπορεί να είναι μια αναμενόμενη απόκριση κατά τη διάρκεια της φλεβικής εισαγωγής, προκαλώντας συμπτώματα όπως λιποθυμία, ζάλη και θολή όραση, τα υψηλά επίπεδα φοβίας βελόνας μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές φυσιολογικές αλλοιώσεις, με αποτέλεσμα την αιμοδυναμική αστάθεια.

Στη βιβλιογραφία, η φοβία της βελόνας έχει αναφερθεί ως η αιτία θανάτου σε καλά τεκμηριωμένες περιπτώσεις, αναφερόμενη κατά τη διάρκεια επεμβατικών διαδικασιών, όπως φλεβοκέντηση, αιμοδοσία, αρτηριακή παρακέντηση, παρακέντηση του πλευρίτη και ενδομυϊκές ενέσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αγγειακή απόκριση ήταν τόσο σοβαρή που προκάλεσε ένα οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ωστόσο, ακόμη και χωρίς τέτοιες ακραίες συνέπειες, μελέτες έχουν δείξει ότι η αρτηριακή πίεση μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από δύο ώρες για να επιστρέψει στο φυσιολογικό και η αγγειοαγική

απόκριση μπορεί να διαρκέσει έως και δύο ημέρες, προκαλώντας συναισθήματα αδυναμίας, κόπωσης και ακόμη μεγαλύτερη επιθυμία για αποφυγή βελόνων και επώδυνη διαδικασίες. Παρά τον υψηλό επιπολασμό σε καρκινοπαθείς ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, που κυμαίνεται από 15,7% έως 84%, η φοβία της βελόνας εξακολουθεί να μην έχει διαγνωστεί και να μην αναφέρεται επαρκώς .

Δεδομένου ότι είναι μια κλινική οντότητα που δεν είναι γνωστή και συζητείται πολύ στις ιατρικές και νοσηλευτικές πρακτικές, ακόμη και σε εξειδικευμένα συμβάντα και βιβλιογραφία ενδοφλέβιας θεραπείας, η φοβία της βελόνας μπορεί εύκολα να συγχέεται με άλλες διαταραχές άγχους, όπως το σύνδρομο πανικού και η γενικευμένη διαταραχή άγχους. Υπό αυτήν την έννοια, μελέτες περιπτώσεων, όπως αυτές που παρουσιάζονται σε αυτό το άρθρο, μπορούν να βοηθήσουν στον εντοπισμό και την ακριβή διάγνωση αυτού του φαινομένου, προκειμένου να προσδιοριστούν επαρκείς παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Όπως συνιστάται στην απόφαση COFEN No. 358/2009, η νοσηλευτική φροντίδα που χορηγήθηκε σε αυτήν τη μελέτη καθοδηγείται από τη διαδικασία νοσηλευτικής, κατανοητή ως μεθοδολογικό όργανο που οργανώνει τη νοσηλευτική φροντίδα και προσδίδει ποιότητα, δομημένη σε πέντε διαφορετικά αλληλένδετα και επαναλαμβανόμενα στάδια.

1.1.Ορισμός του φόβου

Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από τον αντιληπτό κίνδυνο ή απειλή που εμφανίζεται σε ορισμένους οργανισμούς, γεγονός που προκαλεί μεταβολές στις μεταβολικές και φυσιολογικές λειτουργίες των οργάνων και τελικά αλλαγή συμπεριφοράς, όπως η φυγή, η απόκρυψη στοιχείο ή ακόμη και τραυματικά φαινόμενα. Ο φόβος για τα ανθρώπινα όντα μπορεί να εμφανιστεί ως απάντηση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα που συμβαίνει στο παρόν, ή προσδοκία μιας μελλοντικής απειλής που θεωρείται ως κίνδυνος για το σώμα ή τη ζωή. Η απάντηση στο φόβο προκύπτει από την αντίληψη του κινδύνου που οδηγεί στην αντιμετώπιση ή την αποφυγή της απειλής. Στους ανθρώπους και τα ζώα, ο φόβος διαμορφώνεται από τη διαδικασία της γνώσης και της μάθησης. Έτσι ο φόβος κρίνεται λογικός ή κατάλληλος και παράλογος ή ακατάλληλος. Ένας παράλογος φόβος ονομάζεται φοβία: (Garcia, 2017).

Ψυχολόγοι όπως ο John B. Watson, ο Robert Plutchik και ο Paul Ekman έχουν προτείνει ότι υπάρχει μόνο ένα μικρό σύνολο βασικών ή έμφυτων συναισθημάτων και ότι ο φόβος είναι ένας από αυτούς. Αυτό το υποθετικό σύνολο περιλαμβάνει συναισθήματα όπως η οξεία αντίδραση στρες, ο θυμός, ο άγχος, το άγχος, ο φόβος, ο τρόμος, η χαρά, ο πανικός και η θλίψη. Ο φόβος είναι στενά συνδεδεμένος, αλλά πρέπει να διακρίνεται από το άγχος των συναισθημάτων, που συμβαίνει ως αποτέλεσμα απειλών που θεωρούνται ανεξέλεγκτες ή αναπόφευκτες (Ohman, 2000).

Η απάντηση στο φόβο εξυπηρετεί την επιβίωση δημιουργώντας κατάλληλες συμπεριφορικές αντιδράσεις και έτσι διατηρείται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου (Olsson, 2007). Η κοινωνιολογική και οργανωτική έρευνα υποδηλώνει επίσης ότι οι φόβοι των ατόμων δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από τη φύση τους, αλλά διαμορφώνονται επίσης από τις κοινωνικές τους σχέσεις και τον πολιτισμό τους, που καθοδηγούν την κατανόησή τους για το πότε και πόσο φόβο αισθάνεται (Gill et al., 2017).

Πολλές φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα συνδέονται με το φόβο. Μια εγγενής ανταπόκριση για την αντιμετώπιση του κινδύνου, λειτουργεί με επιτάχυνση του ρυθμού αναπνοής (υπεραερισμός), καρδιακό ρυθμό, αγγειοσυστολή των περιφερικών αιμοφόρων αγγείων που οδηγεί σε μεγάλη συγκέντρωση αίματος των κεντρικών αγγείων, αυξάνοντας την ένταση των μυών συμπεριλαμβανομένων των μυών που

συνδέονται με το θυλάκιο της τρίχας, εφίδρωση, αυξημένη γλυκόζη αίματος (αυξημένη γλυκερόζη), αυξημένο ασβέστιο στον ορό, ουδετερόφιλα λευκοκύτταρα, εγρήγορση που οδηγεί σε διαταραχή ύπνου και δυσπεψία. Αυτός ο πρωταρχικός μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει έναν οργανισμό να επιβιώσει είτε με το να τρέξει μακριά είτε να αντιμετωπίσει τον εκάστοτε φόβο (Edminson, 2012). Με τη σειρά των φυσιολογικών αλλαγών, η συνείδηση συνειδητοποιεί το συναίσθημα του φόβου.

Οι άνθρωποι αναπτύσσουν συγκεκριμένους φόβους ως αποτέλεσμα της μάθησης. Αυτό έχει μελετηθεί στην ψυχολογία ως προϋπόθεση για τον φόβο, ξεκινώντας με το πείραμα του Little Albert του John B. Watson το 1920, το οποίο ήταν εμπνευσμένο από την παρατήρηση ενός παιδιού όπου είχε ένα παράλογο φόβο με τους σκύλους. Σε αυτή τη μελέτη, ένα αγόρι ηλικίας 11 μηνών είχε την τάση να φοβάται έναν λευκό αρουραίο στο εργαστήριο. Ο φόβος γενικεύτηκε για να συμπεριλάβει και άλλα λευκά, γούνινα αντικείμενα, όπως ένα κουνέλι, ένα σκυλί και ακόμη και μια σφαίρα από βαμβάκι (Edminson, 2012).

Υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται σε σχέση με το φόβο. Όταν εξετάζουμε αυτές τις περιοχές (όπως η αμυγδαλή), προτάθηκε ότι ένα άτομο μαθαίνει να φοβάται ανεξάρτητα από το αν οι ίδιοι έχουν βιώσει τραύμα ή εάν έχουν παρατηρήσει τον φόβο σε άλλους. Σε μια μελέτη που ολοκληρώθηκε από τον Andreas Olsson, την Katherine I. Nearing και την Elizabeth A. Phelps, η αμυγδαλή επηρεάστηκε τόσο όταν τα άτομα παρατήρησαν ότι κάποιος άλλος υποβλήθηκε σε μια αποσπασματική εκδήλωση, μια κατάσταση που προκαλεί φόβο (Jonathan, 2009).

Ο φόβος επηρεάζεται από το πολιτιστικό και ιστορικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, στις αρχές του 20ου αιώνα, πολλοί Αμερικανοί φοβήθηκαν την πολιομυελίτιδα, μια ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε παράλυση (Afica, 2011). Υπάρχουν συνεπείς διαπολιτισμικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στο φόβο. Οι κανόνες εμφάνισης επηρεάζουν πόσο πιθανό είναι να δείξουν οι άνθρωποι την έκφραση του φόβου με γκριμάτσες του ίδιου τους του προσώπου (Jonathan, 2009).

Ο φόβος, είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης. Πολλές μελέτες (Olsson, 2006) έχουν βρει ότι ορισμένοι φόβοι (π.χ. ζώα, ύψη) είναι πολύ πιο κοινοί από άλλους φόβους (π.χ. λουλούδια, σύννεφα). Από την άποψη της εξελικτικής ψυχολογίας,

διαφορετικοί φόβοι μπορεί να είναι διαφορετικές προσαρμογές που ήταν χρήσιμες στο εξελικτικό παρελθόν του εκάστοτε ατόμου. Μπορεί να έχουν αναπτυχθεί σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Ορισμένοι φόβοι, όπως ο φόβος για τα ύψη, μπορεί να είναι κοινός σε όλα τα θηλαστικά και να αναπτυχθούν κατά τη μέση ηλικία του ατόμου. Άλλοι φόβοι, όπως ο φόβος για τα φίδια, μπορεί να είναι κοινός σε όλους. Ακόμη άλλοι, όπως ο φόβος των ποντικών και των εντόμων, μπορεί να είναι μοναδικοί για τον άνθρωπο και να αναπτύσσονται κατά τις παλαιολιθικές και νεολιθικές χρονικές περιόδους (όταν τα ποντίκια και τα έντομα γίνονται σημαντικοί φορείς μολυσματικών ασθενειών και επιβλαβείς για τις καλλιέργειες και τα αποθηκευμένα τρόφιμα) (Jonathan, 2009; Garcia, 2017).

Ο φόβος είναι υψηλός μόνο εάν ο παρατηρούμενος κίνδυνος και σοβαρότητα είναι και οι δύο υψηλοί και είναι χαμηλός εάν ο κίνδυνος ή η σοβαρότητα είναι χαμηλοί (Ohman, 2011).

1.2. Η νευροβιολογία του φόβου

Είναι απαραίτητο για την επιβίωση, ένας οργανισμός να είναι σε θέση να ανιχνεύσει μια πιθανή απειλή για τη ζωή του. Ωστόσο, ο φόβος μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις, όπως άγχος, φοβία, παράνοια ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Το νευρικό κύκλωμα που επεξεργάζεται τις πληροφορίες για το φόβο είναι καλά χαρτογραφημένο, αλλά αλλιώς, λίγα άλλα είναι γνωστά για τη βιολογική βάση αυτού του συναισθήματος. Τα τελευταία χρόνια, όμως, οι νευροεπιστήμονες διασαφήνισαν μερικούς από τους κυτταρικούς και μοριακούς μηχανισμούς που διέπουν το φόβο. Η καλύτερη κατανόηση αυτών των μηχανισμών θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέες θεραπείες για διάφορες νευροψυχιατρικές καταστάσεις (Davidson, 2010).

Αν και η λέξη φόβος είναι δύσκολο να καθοριστεί, και ο καθένας ξέρει πώς αισθάνεται να φοβάται. Η φυσιολογική απάντηση στον φόβο ονομάζεται αντίδραση «μάχης ή πτήσης» ή «οξεία αντίδραση στρες» και περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον αμερικανικό φυσιολόγο Walter B. Cannon το 1929. Η αντίδραση οφείλεται στις ενέργειες της αδρεναλίνης, της νοραδρεναλίνης και η στεροειδής κορτιζόλη, της

οποίας η απελευθέρωση προκαλείται από τον συμπαθητικό κλάδο του αυτόνομου νευρικού συστήματος: αυξάνεται ο ρυθμός της καρδιάς και επιταχύνει η αναπνοή. Ο μεταβολισμός του λίπους και της γλυκόζης στο ήπαρ αυξάνεται για να παρέχει την ενέργεια που μπορεί να χρειαστεί για να κινηθεί και επιπλέον η παραγωγή και η απελευθέρωση ενδορφινών ενισχύεται. και τα κέντρα λήψης αποφάσεων του εγκεφάλου γίνονται γεμάτα δράση (Lewis, 2010, Ortony, 2010).

Ο φόβος μπορεί ευρέως να χαρακτηριστεί σε δύο τύπους. Ο συντηρητικός φόβος είναι η διαδικασία με την οποία ένα ασήμαντο και ακίνδυνο ερέθισμα γίνεται, από κοινού, ένα σημάδι κινδύνου. Η συσχέτιση μεταξύ ενός αθώου ερεθίσματος και μιας απάντησης φόβου μπορεί εύκολα να προκληθεί από την κλασική προετοιμασία, στην οποία το ερέθισμα συνδέεται επανειλημμένα με κάτι τρομακτικό, έως ότου φοβηθεί το ίδιο το ερέθισμα. Αντίθετα, ο μη επικυρωμένος φόβος δεν είναι βίωμα του ατόμου που το βιώνει, αλλά είναι «ενστικτώδης» αφού το άτομο μερικές φορές τι φοβάται ότι και οι πρόγονοί του (Larson, 2006).

Υπάρχει ένα μικρό μέρος του εγκεφάλου που έχει σχήμα αμυγδάλου και είναι γνωστό ότι εμπλέκεται σε συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένου του φόβου. Συμμετέχει επίσης στην αναγνώριση των εκφράσεων του προσώπου και, επομένως, των συναισθημάτων. Τα άτομα με βλάβη στην αμυγδαλή έχουν δυσκολία στην αναγνώριση εκφράσεων του προσώπου σε άλλους. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ερευνητές του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας ανέφεραν ότι οι έφηβοι με διπολική διαταραχή μπορεί να διαβάσουν εσφαλμένα τις εκφράσεις του προσώπου άλλων. Όταν ζητήθηκε να αξιολογηθεί η εχθρότητα μιας ουδέτερης έκφρασης του προσώπου, η αμυγδαλή αποδείχτηκε πιο ενεργή σε αυτούς τους εφήβους από ό, τι σε άλλους χωρίς την προϋπόθεση αυτή. Οι μελέτες απεικόνισης δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι παρουσιάζονται με ερεθίσματα ειδικά για τη φοβία και η αμυγδαλή ενεργοποιείται πιο γρήγορα σε εκείνους τους ανθρώπους με τη συγκεκριμένη φοβία απ' ό,τι σε άλλους χωρίς αυτήν (Nader, 2000: Keating et al., 2002)

Η αμυγδαλή είναι μέρος του περιοριστικού συστήματος, ένα πολύπλοκο σύνολο δομών που περιλαμβάνει τον θάλαμο, τον ιππόκαμπο, τον υποθάλαμο και τον οσφρητικό βολβό. Συνδέεται με το πρόσθιο μέρος του ιππόκαμπου και εμπλέκεται, μεταξύ άλλων, στην κωδικοποίηση και εδραίωση μνήμης από φοβερές εμπειρίες. Η αμυγδαλή λαμβάνει τις κύριες εισόδους της από τους οπτικούς, ακουστικούς και

σωματοαισθητικούς φλοιούς και τα κύρια αποτελέσματά της είναι στον υποθάλαμο, ο οποίος ελέγχει την παραγωγή ορμονών και την ομοιόσταση, καθώς και τα αυτόνομα κέντρα στο εγκέφαλο. Επομένως, η αμυγδαλή συνδυάζει αυτά τα αισθητήρια ερεθίσματα (κάτι τρομακτικό) με την αντίδραση του φόβου (Tudor, 2013).

Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν τώρα ότι η συσχέτιση μεταξύ των ελεγχόμενων και των μη ελεγχόμενων ερεθισμάτων που συμβαίνουν στη ρύθμιση του φόβου συνεπάγεται με τη συναπτική πλαστικότητα στην αμυγδαλή. Δηλαδή, η εκμάθηση της συσχέτισης μεταξύ των ερεθισμάτων απαιτεί την ενίσχυση των συνδέσεων στον πλευρικό πυρήνα της αμυγδαλής, που εδραιώνει τη μνήμη της ένωσης. Οι νευρώνες σε ένα μέρος της πλευρικής αμυγδαλής εμφανίζουν το είδος των ιδιοτήτων που θα απαιτούνταν για τον έλεγχο του φόβου. Αυτά τα κύτταρα λαμβάνουν εισροές από τις αισθητήριες περιοχές του θαλάμου και επίσης από τον εγκεφαλικό φλοιό. Οι προηγούμενες είσοδοι κωδικοποιούν ελεγχόμενους ερεθισμούς (π.χ. έναν συγκεκριμένο ήχο) και ο τελευταίος κωδικοποιεί μη ελεγχόμενα ερεθίσματα (π.χ. ένα ηλεκτρικό σοκ που συσχετίζεται με αυτόν τον ήχο) (Diaz, 2004).

Επειδή αυτές οι διαφορετικές εισροές συγκλίνουν στους ίδιους νευρώνες, η απόκριση των κυττάρων ενισχύεται όταν παρουσιάζονται ταυτόχρονα αμφότερα τα ελεγχόμενα και μη ελεγχόμενα ερεθίσματα. Αυτή η πλαστικότητα όμως είναι βραχύβια. Μόλις αποσυνδεθεί ο συνδυασμός και το ζώο δεν φοβάται πλέον το κλινικό ερέθισμα, αντιδρούν αντιθέτως οι αποκρίσεις μιας γειτονικής ομάδας κυττάρων. Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί οι φόβοι που αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία μπορεί μερικές φορές να πλημμυρίζουν πίσω μετά από ένα αγχωτικό γεγονός. Ήταν γνωστό εδώ και αρκετό καιρό ότι η κωδικοποίηση και η ενοποίηση των αναμνήσεων μπορεί να εμποδιστεί με την αναστολή της πρωτεϊνικής σύνθεσης στην αμυγδαλή, αλλά δεν ήταν σαφές ποιες πρωτεΐνες εμπλέκονται. Πρόσφατα, όμως, ο Gleb Shumyatsky και οι συνάδελφοί του στο Πανεπιστήμιο Rutgers στο Νιου Τζέρσεϋ ανακάλυψαν αρκετά γονίδια που εκφράζονται σε μεγάλο βαθμό στην αμυγδαλή και τα οποία φαίνεται να εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία. Ένας από αυτούς κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που ονομάζεται stathmin (επίσης γνωστή ως ογκοπρωτεΐνη 18), η οποία είναι τώρα γνωστό ότι εμπλέκεται στη διαμεσολάβηση του σχηματισμού αναμνήσεων τόσο του κλινικού όσο και του ανεπιφύλακτη φόβου. Υπάρχει υψηλό επίπεδο έκφρασης του γονιδίου stathmin και αντίστοιχη υψηλή συγκέντρωση

πρωτεΐνης stathmin, στην αμυγδαλή, αλλά όχι στον γειτονικό ιππόκαμπο (Woodgate, 2006)

Τα μεταλλαγμένα ποντίκια που δεν είχαν το γονίδιο stathmin δεν μπόρεσαν να μάθουν νέους φόβους ή να ενεργήσουν ενστικτωδώς σε μια κατάσταση φόβου, δηλαδή είχαν ασθενέστερες αναμνήσεις από φοβερές εμπειρίες. Τα ποντίκια knockout του stathmin έδειξαν επίσης λιγότερο άγχος όταν παρουσιάστηκαν με νέους λαβύρινθους για να εξερευνήσουν ή με δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις. Μετά από περαιτέρω εξέταση, παρατηρήθηκε ότι τα ποντίκια που δεν είχαν το γονίδιο stathmin είχαν ένα λιγότερο δυναμικό δίκτυο μικροσωληνίσκων από τα άγριου τύπου (κανονικά) ποντίκια. Οι μνήμες σχηματίζονται από τη δημιουργία νέων συναπτικών συνδέσεων, οι οποίες απαιτούν αναδιάταξη μικροσωληναρίων. Ελλείψει της πρωτεΐνης stathmin, οι μικροσωληνίσκοι δεν επανατοποθετούνται τόσο εύκολα και συνεπώς οι συνάψεις που κανονικά θα τροποποιηθούν κατά τη διάρκεια της δημιουργίας μνήμης δεν είναι τόσο πλαστικές όσο θα έπρεπε (Diaz, 2004).

Πιο πρόσφατα, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI) για να δείξουν ότι ο ραχιαίος πρόσθιος φλοιός του κόλπου (rACC) ρυθμίζει τη δραστηριότητα στην αμυγδαλή, ενεργώντας αποτελεσματικά ως διακόπτης «on-off». Η Joy Hirsch και οι συνεργάτες της στο Πανεπιστήμιο Columbia χρησιμοποίησαν μια παραλλαγή της δοκιμής Stroop, η οποία περιλαμβάνει την παρουσίαση λέξεων για χρώματα, τα οποία εκτυπώνονται σε χρώμα διαφορετικό από το νόημα της λέξης (π.χ. πράσινο). Αυτή η απόκλιση οδηγεί σε καθυστέρηση στην επεξεργασία των οπτικών πληροφοριών, αυξάνοντας τον χρόνο αντίδρασης που απαιτείται για την εκτέλεση της εργασίας (Welsh, 2012).

1.4.

Ο φόβος μπορεί να είναι τόσο παλαιός όσο η ζωή στη Γη. Είναι μια θεμελιώδης, βαθιά αντίδραση, εξελισσόμενη στο ιστορικό της βιολογίας, για την προστασία των οργανισμών από την αντιληπτή απειλή για την ακεραιότητά τους ή την ύπαρξή τους. Σκεπτόμενοι για το κύκλωμα του εγκεφάλου και την ανθρώπινη ψυχολογία, μερικά από τα κύρια χημικά που συμβάλλουν στην αντίδραση του φόβου εμπλέκονται επίσης

σε άλλες θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η ευτυχία και ο ενθουσιασμός (Parker, 2011).

Οι μελέτες και οι κλινικές αλληλεπιδράσεις, δείχνουν ότι ένας σημαντικός παράγοντας για το πώς βιώνει κανείς το φόβο έχει να κάνει με το πλαίσιο. Όταν ο «σκεπτόμενος» εγκέφαλος δίνει ανατροφοδότηση στον «συναισθηματικό» εγκέφαλο και αντιλαμβάνεται το άτομο ότι βρίσκεται σε έναν ασφαλές χώρο. Η αντίδραση του φόβου αρχίζει στον εγκέφαλο και εξαπλώνεται μέσω του σώματος για να κάνει ρυθμίσεις για την καλύτερη άμυνα ή την αντίδραση του φόβου. Η αντίδραση φόβου αρχίζει σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται αμυγδαλή. Αυτό το σε σχήμα αμυγδάλου σύνολο πυρήνων στον κροταφικό λοβό του εγκεφάλου είναι αφιερωμένο στην ανίχνευση της συναισθηματικής σημασίας των ερεθισμάτων. Η αμυγδαλή ενεργοποιείται κάθε φορά που βλέπουμε ένα ανθρώπινο πρόσωπο με ένα συναίσθημα. Αυτή η αντίδραση είναι πιο έντονη από θυμό και φόβο. Ένα ερέθισμα απειλής, όπως το θέαμα ενός αρπακτικού, ενεργοποιεί μια απάντηση φόβου στην αμυγδαλή, η οποία ενεργοποιεί περιοχές που εμπλέκονται στην προετοιμασία για κινητικές λειτουργίες που εμπλέκονται στην διαδικασία του φόβου (Faulner, 2010).

Αυτό οδηγεί σε σωματικές αλλαγές που προετοιμάζουν το άτομο να είναι αποτελεσματικό στον κίνδυνο. Ο εγκέφαλος γίνεται υπερπληθής, οι βρόγχοι διαστέλλονται και η αναπνοή επιταχύνει. Επιπλέον αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός και υπάρχει αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η ροή του αίματος και το ρεύμα της γλυκόζης στους σκελετικούς μύες αυξάνονται. Τα όργανα που δεν είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση, όπως το γαστρεντερικό σύστημα επιβραδύνεται. Ένα μέρος του εγκεφάλου που ονομάζεται ιππόκαμπος συνδέεται στενά με την αμυγδαλή. Ο ιππόκαμπος και ο προμετωπικός φλοιός βοηθούν τον εγκέφαλο να ερμηνεύσει την αντιληπτή απειλή. Συμμετέχουν σε μια επεξεργασία στο υψηλότερο επίπεδο του πλαισίου, η οποία βοηθά ένα άτομο να γνωρίζει αν μια αντιληπτή απειλή είναι πραγματική (Swartz, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Ο φόβος των ασθενών

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ο φόβος είναι ένα ενοχλητικό συναίσθημα που προκαλείται από επικείμενο κίνδυνο ή πόνο είτε η απειλή είναι πραγματική είτε φανταστική. Το άτομο που βιώνει φόβο μπορεί να αναγνωρίσει το άτομο, το μέρος ή το πράγμα που προκαλεί αυτό το συναίσθημα. Μερικοί από τους πιο κοινούς φόβους είναι ο φόβος του θανάτου, του πόνου και του σωματικού τραυματισμού. Άλλοι φόβοι προέρχονται από τις εμπειρίες της ζωής ενός ατόμου. Ο πολιτισμός, η ηλικία ή το φύλο επηρεάζει τον τρόπο έκφρασης και διαχείρισης του φόβου. Ο φόβος μπορεί να είναι απαράδεκτος σε ορισμένες κουλτούρες, αλλά μπορεί επίσης να εκφράζεται και να γίνεται αποδεκτός ελεύθερα. Ωστόσο, οι ατομικοί τρόποι αντιμετώπισης μπορεί να είναι πολιτιστικοί. Η μαγεία, ο μυστικισμός ή η θρησκευτικότητα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε ορισμένους πολιτισμούς για τον έλεγχο του φόβου (Medina, 2015).

Τα πιο συνηθισμένα παραδείγματα φόβου που συναντά το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ένας φοβισμένος ασθενής στην κοινότητα, ένας ασθενής μπορεί επίσης να έχει φόβο κατά τη διάρκεια διαγνωστικών δοκιμών σε περιβάλλον εξωτερικών ασθενών ή κατά τη διάρκεια νοσηλείας. Ο ρόλος του εκάστοτε νοσηλευτή είναι να εντοπίζει πότε οι ασθενείς αντιμετωπίζουν φόβο και πρέπει να βρουν τρόπους να τους βοηθήσουν με σεβασμό ώστε να αντιμετωπίσουν αυτά τα συναισθήματα. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να μάθει να διακρίνει πότε ο φόβος γίνεται επίμονος και διεισδύει που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να ασκεί τις δραστηριότητές του στην καθημερινή ζωή. Η παραπομπή σε ένα αξιόπιστο σύστημα υποστήριξης και προγράμματα αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχούς διαχείρισης, θεραπείας και υπέρβασης των φοβιών και άλλων φόβων. Υπάρχουν διάφορων ειδών φόβοι που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας νοσηλευόμενος. Στην συνέχεια παρατίθενται τέτοιοι φόβοι (Carpenito, 2004).

2.1. Ο φόβος των ασθενών αναφορικά με την χρήση βελονών

Αναλυτικότερα λοιπόν υπολογίζεται ότι το 10% έως 24% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει φοβία βελόνας ή υψηλό βαθμό φόβου για τις βελόνες. Ακόμα και

αφού έχει περάσει η οδυνηρή αίσθηση, οι συναισθηματικές συνέπειες αυτού του φαινομένου μπορεί να παραμείνουν και, με την πάροδο του χρόνου, ο πόνος αυτός μπορεί να αυξήσει τον φόβο, ο οποίος με τη σειρά του αυξάνει τον πόνο σε μελλοντικές διαδικασίες, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο. Σε αυτό το πλαίσιο, η αναγνώριση των ψυχολογικών επακόλουθων που σχετίζονται με τις διαδικασίες βελόνας είναι σημαντική και προειδοποιεί τους νοσηλευτές για το γεγονός ότι ο ανεξέλεγκτος πόνος αντιπροσωπεύει κάτι περισσότερο από τη σωματική ταλαιπωρία (Ruis- Lopez, 2000).

Η διαταραχή της φοβίας της βελόνας, εκτός από τη δυσκολότερη διαδικασία της φλεβοκέντησης, μπορεί να την καταστήσει πιο ενοχλητική για τους ασθενείς. Οι νοσηλευτές είναι σε μοναδική θέση να εντοπίσουν διαταραχές φόβου και άγχους σε ασθενείς με καρκίνο. Παίζουν σημαντικό ρόλο, καθώς μπορούν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα νωρίς και να υποψιάζονται άλλες αιτιώδεις καταστάσεις, όπως μετάσταση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, μόλυνση, υποξία, υπογλυκαιμία, πνευμονική εμβολή κατά τη διάρκεια της ενδοφλέβιας θεραπείας, χρήση στεροειδών ή αντιεμετικών, κατάχρηση αλκοόλ και συμπτώματα αποχής. Επιπλέον, ορισμένες διαταραχές άγχους μπορεί να σχετίζονται με υψηλά επίπεδα νορεπινεφρίνης ή σεροτονίνης, που προκύπτουν από αναστολή επαναπρόσληψης, απόφραξη ή υπερβολική παραγωγή, που απαιτεί ειδική φαρμακολογική θεραπεία. Επομένως, οι ενέργειες που αναλαμβάνουν θα εξαρτηθούν από τις επαγγελματικές τους δεξιότητες και τις τεχνικές τους ικανότητες για την αναγνώριση τέτοιων συνθηκών και την αναφορά της κατάστασης για διεπαγγελματική διαβούλευση (Nigussie, 2014).

Υπάρχουν πολλές προοπτικές από τις οποίες μπορεί να παρατηρηθεί η φοβία της βελόνας: αυτή του ασθενούς, του επαγγελματία και της κοινωνίας. Τα άτομα που πάσχουν από φοβία βελόνας γενικά γνωρίζουν τον αρνητικό αντίκτυπο της συναισθηματικής τους απόκρισης. Το άγχος και η ταραχή μπορεί να είναι ακραία και οι πάσχοντες χάνουν τον έλεγχο αυτής της απόκρισης. Μπορεί να βιώσουν μια αίσθηση αποτυχίας ή / και αμηχανίας επειδή γνωρίζουν ότι οι ενέργειές τους δεν είναι κοινωνικά αποδεκτές.

Η φοβία μπορεί να τους εμποδίσει να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, είτε λόγω του φόβου της πραγματικής διαδικασίας, του φόβου της αμηχανίας ή και των δύο. Ο επαγγελματίας που φροντίζει τον ασθενή έρχεται αντιμέτωπος με ένα άτομο που

φαίνεται να ενεργεί. Η ακραία απόκριση που εμφανίζεται θεωρείται παράλογη και ο επαγγελματίας μπορεί να είναι κρίσιμος και να την βλέπει με αηδία. Εκνευρισμένος με μια κατάσταση που προσκρούει σε ένα πολυάσχολο πρόγραμμα, ο επαγγελματίας μπορεί να δυσκολευτεί να παρέχει συμπονετική φροντίδα. Ο ηθικός τρόπος αντιμετώπισης της κατάστασης είναι να βρεθεί και να εφαρμοστεί μια λύση που θα βοηθήσει στη μείωση του φόβου και του άγχους, παρά το γεγονός ότι αυτό θα πάρει επιπλέον χρόνο.

Η σχετική κοινωνική ανησυχία σχετίζεται με τις τάσεις αποφυγής των ασθενών. Οι πάσχοντες είναι απίθανο να λάβουν εθελοντικά εμβόλια, όπως το εμβόλιο της γρίπης, και μπορεί ακόμη και να αρνηθούν τα εμβόλια που απαιτούνται, όπως MMR (παρωτίτιδα, ιλαρά, ερυθρά). Μόλις το 2013, αναφέρθηκαν μικρές επιδημίες ιλαράς και κοκκύτη που σχετίζονται με την άρνηση εμβολιασμού σε ορισμένες περιοχές των Ηνωμένων Πολιτειών.

2.1.1. Υπομονάδες φοβίας στις βελόνες

Κατά τη διάρκεια των σπουδών του, ο Χάμιλτον αναγνώρισε 5 υποομάδες φοβίας με βελόνες με πολύ διαφορετικά θεμέλια.

Το πενήντα τοις εκατό των φοβικών βελόνων κατηγοριοποιείται ότι έχουν κληρονομική αρνητική απόκριση στις βελόνες. Αυτοί οι πάσχοντες μπορεί να αρνηθούν έναν φόβο για βελόνες, αλλά αντιμετωπίζουν αλλαγές στον καρδιακό ρυθμό και την αρτηριακή πίεση όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια βελόνα και μπορεί ακόμη και να σβήσουν. Ο Χάμιλτον θεωρούσε ότι η απόκριση διεγείρεται από ένα γονίδιο που εξελίχθηκε σε εκατομμύρια χρόνια. Πριν από τέσσερα εκατομμύρια χρόνια, η πλειονότητα των σοβαρών τραυματισμών ήταν το αποτέλεσμα τρυπήματος πληγών από κυνόδοντες, νύχια, δόντια και, αργότερα, αιχμηρά ραβδιά, πέτρινους άξονες και άλλα όργανα (Tabbio, 2012).

Ο Χάμιλτον υποστήριξε ότι, όταν αντιμετώπισε αυτά τα αντικείμενα, άρχισε να αναπτύσσεται μια αυτόνομη απόκριση και αυτή η απόκριση ενσωματώθηκε στο DNA μας. Πίστευε ότι το γονίδιο υπάρχει σε όλους, αλλά γενικά καταστέλλεται. Ωστόσο, το γονίδιο είναι κυρίαρχο σε μια υποομάδα και η αυτόνομη απόκριση διεγείρεται μόλις γίνει αντιληπτή η πιθανότητα τραυματισμού. Το επακόλουθο αγγειοσκόπιο

ταξινομείται ως νευροκαρδιογενές και αποτελεί μέρος του συνδρόμου παλινδρόμησης του νευρικού συστήματος. Η απόκριση είναι φυσιολογική. Δεν έχει εντοπιστεί συσχέτιση με έναν ψυχολογικό μεσολαβητή Το ερέθισμα προάγει τη διαστολή της φλέβας, ειδικά στα πόδια, και έως 300 έως 800 mL αίματος μπορεί να εκτοπιστούν, προκαλώντας λιποθυμία στους πάσχοντες. Η καλύτερη θεραπεία για αυτό το σύνδρομο είναι η πρόληψη: οι ασθενείς που αυτοαναφέρουν την τάση να λιποθυμούν όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια βελόνα πρέπει να βρίσκονται σε ύπτια θέση για φλεβοκέντηση (Tabbio, 2012).

Συνεργατικός φόβος Οι πάσχοντες σε αυτήν την υποομάδα έχουν μια γνώση ανταπόκρισης που σχετίζεται με βελόνες που συνήθως περιλαμβάνουν προληπτικό άγχος. Είναι πιθανό αυτοί οι πάσχοντες είτε να έχουν βιώσει ένα τραυματικό συμβάν με βελόνα είτε να έχουν έναν γονέα ή έναν αδελφό που έχει επιβάλει τον φόβο λόγω της δικής του αρνητικής εμπειρίας. Το άγχος του πάσχοντος μπορεί να είναι ακραίο και αυτός ο πληθυσμός είναι επιρρεπής σε κρίσεις πανικού. Υποφέρουν από αϋπνία, σκεπτόμαστε μόνο ένα επερχόμενο συμβάν και μπορεί να ανησυχούν για το ενδεχόμενο φλεβοκέντησης. Ο Hamilton εκτιμά ότι το 30% όλων αυτών που έχουν φοβία βελόνας εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία.

Ανθεκτικός φόβος Περίπου το 20% των ασθενών εμπίπτουν στην υποομάδα του αντιστατικού φόβου. Για αυτά τα άτομα, η βελόνα είναι μόνο μέρος του φόβου. Το μεγαλύτερο άγχος οφείλεται στο ενδεχόμενο ελέγχου ή συγκράτησης ως μέρος της διαδικασίας. Αυτοί οι πάσχοντες πιθανότατα είχαν μια τραυματική εμπειρία που σχετίζεται με βελόνες, συμπεριλαμβανομένης της προηγούμενης χρήσης περιορισμών, εξαπατήσεων, απειλών ή απάτης. Αυτοί οι ασθενείς είναι πιθανότερο να είναι μαχητικοί, ακόμη και βίαιοι. Η απάντησή τους είναι να πολεμήσουν. Η αρτηριακή πίεση, καθώς και ο καρδιακός ρυθμός, μπορεί να είναι πολύ υψηλή μόλις ξεκινήσει η διαδικασία (Tabbio, 2012).

Υπεραλγησία Οι ασθενείς με υπεραλγησία δεν φοβούνται απαραίτητα την πραγματική βελόνα. φοβούνται το άγγιγμα. Αυτό είναι δευτερεύον σε μια κληρονομική ευαισθησία στον πόνο. Για αυτήν την ομάδα ασθενών, ο πόνος είναι αφόρητος και δεν καταλαβαίνουν πώς κάποιος μπορεί να ανεχθεί τέτοιες διαδικασίες. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν το άγχος και τον καρδιακό ρυθμό και την αύξηση

της αρτηριακής πίεσης κατά τη στιγμή της διείσδυσης της βελόνας. Η θεραπεία με τοπικά αναισθητικά μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για αυτά τα άτομα.

2.3. Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φοβία των ασθενών

Οι νοσηλευτές μπορούν να επηρεάσουν θετικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με φοβικές διαταραχές και διαταραχές άγχους εφαρμόζοντας τέτοιες παρεμβάσεις, οι οποίες να είναι ικανές να ελαχιστοποιήσουν τη σωματική και ψυχολογική ταλαιπωρία που σχετίζεται με επεμβατικές διαδικασίες. Η επίτευξη ικανοποιητικού αποτελέσματος, ωστόσο, απαιτεί προσεκτική αξιολόγηση νοσηλευτικής, καθώς οι ασθενείς με φοβία μπορεί να έχουν ασαφή σωματικά παράπονα και, όπως στην περίπτωση που μελετήθηκε εδώ, δεν παραδέχονται την κατάστασή τους. Το θεωρητικό πλαίσιο της Roy συμβάλλει σημαντικά σε αυτό το πλαίσιο, επειδή κατανοεί τη συμπεριφορά άρνησης ως μηχανισμό αντιμετώπισης του συστήματος, καθώς τα άτομα προσπαθούν να προσαρμόσουν και να διατηρήσουν τη φυσική τους ακεραιότητα. Αυτό το στυλ αντιμετώπισης μπορεί να δημιουργήσει την επιθυμία για απόρριψη ανοσοποιήσεων, οδοντιατρικών θεραπειών και σωστικών διαδικασιών. Τέτοιες απαντήσεις εμποδίζουν την επίτευξη στόχων στους τομείς της έννοιας και της αλληλεξάρτησης που προτείνει η Roy. Από αυτή την προοπτική, μια νοσηλευτική διαδικασία είναι ένα σημαντικό επαγγελματικό εργαλείο, καθώς παράγει ένα περιβάλλον που βοηθά τα άτομα να αναπτύξουν μια κατάσταση «αυτογνωσίας». Από αυτή την προοπτική, η αφύπνιση μιας στάσης συνειδητοποίησης βασικά βοηθάει το άτομο να απελευθερωθεί από τη σκληρή αυτοκριτική και να μετατοπίσει την εστίαση από τις αντιδράσεις στον φόβο. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει να αγνοηθούν αυτές τις πτυχές, αλλά απλώς να γίνουν αποδεκτές και, να κατανοηθούν εσωτερικά ότι αυτές οι αντιδράσεις δεν αντιπροσωπεύουν «την ουσία του είναι». Σύμφωνα με την έννοια προσαρμοστική λειτουργία, η αποδοχή του φόβου είναι το πρώτο βήμα για να απαλλαγείτε από αυτόν, ενώ η άρνηση της εμπειρίας μπορεί να την μετατρέψει σε αίσθημα αυτοκαταστροφικής ενοχής (Juarese, 2009).

Η διαδικασία νοσηλευτικής με βάση την νοσηλευτική η οποία είναι βασισμένη σε αποδείξεις επέτρεψε την ανάπτυξη μιας πρότασης φροντίδας για έναν ασθενή με

φοβία βελόνας, του οποίου οι αιμοδυναμικές επιπτώσεις κατέληξαν σε ένα σπάνιο ανεπιθύμητο συμβάν (καρδιακή ανακοπή) έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Χρησιμοποιώντας το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής διαδικασίας, όπως είναι το αρχείο νοσηλευτικής, ελήφθη μια ποικιλία σχετικών πληροφοριών που οδήγησαν σε νοσηλευτικές διαγνώσεις που συμπίπτουν με σωματική κατάσταση και, κατά συνέπεια, στις παρεμβάσεις και τα αποτελέσματα που πρέπει να αξιολογηθούν. Είναι, συνεπώς, ένα απαραίτητο βήμα για τα στάδια που ακολουθούν, καθώς και για την απόρριψη άλλων διαγνώσεων που μπορεί να είναι παρόμοιες με την κλινική παρουσίαση. Πρέπει να σημειωθεί, τέλος, ότι ο εκάστοτε ασθενής που φέρει φοβία για τις νοσηλευτικές πράξεις, ουσιαστικά, φοβάται τις άμεσες συνέπειες των διαδικασιών βελόνας και βιώνει μια σειρά φυσικών συμπτωμάτων, που επιδεινώνονται από τη μνήμη προηγούμενων αισθήσεων όταν η βελόνα διείσδυσε στο σώμα (Safer, 1996).

Η διάγνωση του άγχους, με τη σειρά της, που επίσης συνοδεύεται από αυτόνομες αντιδράσεις, διαφέρει στο ότι συνδέεται με διάχυτες ανησυχίες με επικείμενο κίνδυνο,. Θεωρείται επίσης ότι αν και ο φόβος φαίνεται να είναι ένα ενισχυμένο συστατικό, προκαλώντας μια αρχική αύξηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού πριν από τη φλεβοκέντηση, δεν λειτουργεί ανεξάρτητα στη φοβία. Σύμφωνα με διάφορους συγγραφείς, άλλα αρνητικά συναισθήματα, όπως η αποστροφή στις βελόνες και το αίμα, σε συνδυασμό με το άγχος, μπορούν να προκαλέσουν φυσιολογικές αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, οδηγώντας σε πτώση της αρτηριακής πίεσης, συγκοπή και σοκ, χαρακτηρίζοντας μια διφασική απόκριση. Ως εκ τούτου, και οι δύο διαγνώσεις αντιμετωπίστηκαν ταυτόχρονα για να επιτύχουν επιτυχημένα νοσηλευτικά αποτελέσματα (Pitchard, 2009).

Μόλις καθιερώθηκαν οι διαγνώσεις, το σχέδιο νοσηλευτικής δομήθηκε, προσδιορίζοντας τις παρεμβάσεις και τις δραστηριότητες νοσηλευτικής που θα εφαρμοστούν, με στόχο τον έλεγχο του άγχους και του φόβου από τον ίδιο τον ασθενή και, κατά συνέπεια, την πρόληψη περαιτέρω επεισοδίων αγγειακού συνδρόμου που σχετίζεται με τη βελόνα. Από αυτήν την άποψη, πραγματοποιήθηκαν δραστηριότητες συμβουλευτικής και εκπαίδευσης για την υγεία, για να αυξηθεί η γνώση του ασθενούς σχετικά με τους αιτιώδεις παράγοντες και τους παράγοντες ελέγχου κατά τη διάρκεια συμβάντων που προκαλούν φόβο, και για να διαβεβαιώσει τον ασθενή ότι υπάρχουν παρεμβάσεις για αυτές τις καταστάσεις (McDonald, 2014).

Ενθαρρύνθηκαν επίσης οι δραστηριότητες απόσπασης της προσοχής, συμπεριλαμβανομένης της προώθησης της χαλάρωσης και της μείωσης των επιπέδων άγχους πριν από άλλες οδυνηρές διαδικασίες. Επιπλέον, εφαρμόστηκαν συγκεκριμένες κλίμακες για την αξιολόγηση των επιπέδων άγχους προκειμένου να εντοπιστεί η προϋπάρχουσα ανησυχία και ή φόβος και αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ψυχολογικών επιπλοκών. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης για την παρακολούθηση της βελτίωσης, της επιδείνωσης ή της σταθεροποίησης της κατάστασης μετά τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Laguado, 2015).

Το HADS είναι ένα από τα πιο συστηματικά χρησιμοποιούμενα εργαλεία μέτρησης άγχους λόγω του μικρού μήκους και της ευκολίας ολοκλήρωσης. Ωστόσο, λόγω του περιορισμού του σε σχέση με τη μεταβλητότητα του σημείου αποκοπής και επειδή συνιστάται λιγότερο για καρκινοπαθείς χρησιμοποιήθηκε επίσης το BAI, που θεωρείται το χρυσό πρότυπο για τη μέτρηση του άγχους, ειδικά λόγω της απλότητας, της φαινομενικής ικανότητας μέτρησης της συνολικής άγχος και ταχύτητα μέτρησης του άγχους, με έμφαση στα σωματικά συμπτώματα. Μετά τις παρεμβάσεις για την ανακούφιση του άγχους και του φόβου, ήταν απαραίτητο να εκτιμηθεί και να επιλεγεί ο καθετήρας που θα χρησιμοποιηθεί, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τον τρόπο ζωής και την προτίμηση και τη συμφωνία του ασθενούς. Μια λεπτομερής ανάλυση θα πρέπει επίσης να προσδιορίσει τη διάγνωση, το σχέδιο θεραπείας, τον τύπο της συνταγογραφούμενης θεραπείας και τη διάρκειά της, την ικανότητα αυτοφροντίδας, τους πόρους συντήρησης της συσκευής και τις ψυχολογικές πτυχές, όπως υψηλά επίπεδα φοβίας βελόνας και φόβος (McDonald, 2014).

2.4. Αντιμετώπιση της φοβίας των ασθενών

Δεν μπορούν να χαρακτηριστούν όλοι όσοι δεν τους αρέσουν οι βελόνες, το αίμα και ο πόνος ότι πάσχουν από φοβία. Η ένταση της παρέμβασης εξαρτάται από τη σοβαρότητα του φόβου του ασθενούς. Συνήθως συνιστάται ψυχιατρική παρέμβαση εάν ο φόβος απειλεί την ασφάλεια του ασθενούς, του επιστάτη ή του κοινού. Για τους περισσότερους πάσχοντες, οι μη ψυχιατρικές παρεμβάσεις θα παρέχουν επαρκή ανακούφιση εδώ και τώρα. Οι μη ψυχιατρικές μέθοδοι δεν προορίζονται να είναι

θεραπευτικές. Ωστόσο, μπορεί να είναι χρήσιμα όταν η διαδικασία είναι επικείμενη και ο πάσχων χρειάζεται υποστήριξη για να το αντιμετωπίσει (Wright, 2009)

Ψυχιατρική παρέμβαση Όταν ο φόβος ενός ασθενούς οδηγεί σε αποφυγή διαδικασιών, μπορεί να ενδείκνυται ψυχιατρική παρέμβαση. Στις πιο σοβαρές καταστάσεις, ένα άτομο μπορεί να αρνηθεί ιατρική περίθαλψη ακόμη και για απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που θεωρούνται θεραπευτικές. Μεταξύ αυτής της ομάδας, ο έλεγχος των συμπτωμάτων είναι κακός και ο πρόωρος θάνατος δεν είναι ασυνήθιστος. Αυτή είναι η ομάδα που πιθανότατα αρνείται τις απαιτούμενες ανοσοποιήσεις, γεγονός που καθίσταται κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν αντιμετωπίζει μια αναπόφευκτη διαδικασία, αυτός ο πάσχων μπορεί να γίνει βίαιος, κινδυνεύοντας να βλάψει τον εργαζόμενο στον τομέα της υγείας. Η θεραπεία αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει. Δεν θα δώσει μια γρήγορη επίλυση του προβλήματος (Sokolowski, 2012)

Μπορούν να χρησιμοποιηθούν τέσσερις τύποι ψυχοθεραπείας:

1. Η ψυχιατρική θεραπεία αναλύει παραδοσιακά το πρόβλημα.
2. Η αντιληπτική θεραπεία επαναλαμβάνει την προγραμματισμένη διαδικασία και εξετάζει τον εξοπλισμό που θα χρησιμοποιηθεί.
3. Η απευαισθητοποίηση εισάγει τη διαδικασία μέσω εικόνων.
4. Η συνήθεια εκθέτει τον ασθενή σε αυξανόμενα βήματα χρόνου σε προσομοιώσεις ή εικόνες και ταινίες των διαδικασιών. Αυτό είναι το λιγότερο πιθανό από τα 4 να είναι ωφέλιμο (Sokolowski, 2012)

Έλεγχος απόκρισης Ο έλεγχος απόκρισης παρέχει στον πάσχοντα τη διαφυγή από την κατάσταση μέσω ύπνωσης ή ύπνου που προκαλείται από φάρμακα. Μπορεί να συνιστάται εάν η αντίδραση του ασθενούς είναι αρκετά σοβαρή ώστε να θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του ή τους άλλους. Η χρήση της ύπνωσης περιορίζεται στη διαθεσιμότητα ενός έμπειρου επαγγελματία, εκτός εάν ο ασθενής έχει μάθει τεχνικές για αυτο-ύπνωση. Ο έλεγχος μέσω φαρμακευτικής αγωγής είναι η πιο κοινή οδός για τον έλεγχο της απόκρισης. Αρκετές κατηγορίες φαρμάκων έχει βρεθεί ότι είναι ευεργετική. Οι βενζοδιαζεπίνες, όπως η διαζεπάμη, η λοραζεπάμη και η τριαζολάμη, έχουν ταχεία έναρξη και μικρή διάρκεια δραστηριότητας. Αυτά τα φάρμακα έχουν

αμνηστική δράση που αποτρέπει τους ασθενείς να ξαναζήσουν τη στιγμή της δυσφορίας. Τα ηρεμιστικά υπνωτικά που μοιάζουν με βενζοδιαζεπάμη είναι παρόμοια, αλλά έχουν ταχύτερη έναρξη με τα από του στόματος φάρμακα που δρουν εντός 15 έως 20 λεπτών. Αυτά περιλαμβάνουν φάρμακα όπως το zolpidem και το zaleplon. Μια άλλη επιλογή φαρμάκου είναι οι αγωνιστές των υποδοχέων της μελατονίνης, όπως το ramelteon. Η μελατονίνη είναι μια φυσική ουσία που εκκρίνεται σε απόκριση σε κύκλους φωτός-σκοτεινού. Γενικά, ο εγκέφαλος τον απελευθερώνει στα υψηλότερα επίπεδα καθώς πλησιάζει το σκοτάδι, προκαλώντας υπνηλία. Φάρμακα που αντιδρούν με υποδοχείς μελατονίνης προάγουν την καταστολή παρά την απουσία σκοταδιού. Ακόμη και ασθενείς που δεν πάσχουν από φόβο βελόνων μπορεί να καλωσορίσουν επιλογές που μειώνουν την ενόχληση. Μπορούν να εξεταστούν αρκετές εναλλακτικές λύσεις που ποικίλλουν στην πολυπλοκότητα, την ευκολία χρήσης και το κόστος (Sokolowski, 2012)

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι να αναζητηθούν μέσα από έρευνες που είχαν γίνει οι φοβίες σχετικά με τις νοσηλευτικές εφαρμογές των ασθενών. Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει λοιπόν από την παρούσα μελέτη, είναι ποιες είναι οι φοβίες οι οποίες προκύπτουν στους ασθενείς αναφορικά με τις νοσηλευτικές εφαρμογές και πρακτικές.

Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

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

Δείγμα

Το δείγμα της εργασίας, αποτελούν 15 άρθρα τα οποία αφορούν το ζήτημα της φοβίας των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές εφαρμογές.

Δειγματοληπτική τεχνική

Η δειγματοληπτική τεχνική όπου θα ακολουθηθεί στην συγκεκριμένη έρευνα, είναι η καταγραφή των περιλήψεων των άρθρων για το θέμα που μελετάται.

Δείγμα (κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού)

Το δείγμα της παρούσας έρευνας θα αποτελέσουν 15 άρθρα.

Τα κριτήρια αποδοχής είναι:

- Τα άρθρα να είναι δημοσιευμένα τα τελευταία 5 χρόνια προκειμένου να μην στερούνται εγκυρότητας και εγκαιρότητας
- Οι μελέτες που θα ενισχύσουν την έρευνα να είναι δημοσιευμένες στις μηχανές αναζήτησης Google Scholar, PubMed και Scopus

Τα κριτήρια αποκλεισμού είναι:

- Τα άρθρα να μην είναι εστιασμένα στις φοβίες των ασθενών, και να αφορούν μόνο νοσηλευτικές πρακτικές.

Ηθική της έρευνας

Κάθε έρευνα πρέπει να ακολουθεί τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Η δεοντολογία είναι υποχρεωτικό να τηρείται πρέπει να έχει νόμιμο χαρακτήρα και κάθε ερευνητής που την παραβαίνει πρέπει να είναι σε θέση να υποστεί και τις ανάλογες κυρώσεις, εν αντιθέσει η ηθική δεν είναι υποχρεωτική και αποσκοπεί στην προσωπική ηθική συνείδηση του κάθε ερευνητή. Τα άτομα τα οποία λαμβάνουν μέρος σε μία έρευνα πρέπει να είναι σε θέση να αποφασίσουν μόνοι τους εάν επιθυμούν να συμμετάσχουν, έχουν το δικαίωμα απόφασης χωρίς κυρώσεις καθώς αποτελεί ένα προσωπικό ζήτημα, πρέπει να τηρείται τόσο η ανωνυμία τους όσο και η εμπιστευτικότητά τους, να εγγυηθούν ότι δεν θα τους βλάψει η έρευνα και να έχουν το δικαίωμα ίσης μεταχείρισης (Roberts, 2015)

Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκε η διακήρυξη του Ελσίνκι εν έτη 2000 στην Σκωτία το οποίο συμπεριελάμβανε τις γενικές ηθικές αρχές 18 βασικές αρχές και 5 αρχές οι οποίες σχετίζονται με τον χώρο της υγείας. Όσο αναφορά τον χώρο της υγείας τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις, πιο συγκεκριμένα ο συμμετέχων πρέπει να

ενημερώνεται για την ύπαρξη πιθανόν κινδύνων, τα δικαιώματά του, ότι λαμβάνει μέρος στην έρευνα χωρίς να απαιτήσει στην συνέχεια κάποια οικονομικά ανταλλάγματα, την δυνατότητά του να μην συμμετάσχει στην έρευνα. Επιπλέον, η έρευνα πρέπει να εγκριθεί από το επιστημονικό συμβούλιο καθώς και από την επιτροπή δεοντολογίας (Roberts, 2015, Ray, 2013)

Στην περίπτωση που ο συμμετέχων δεν μπορεί να συμμετάσχει στην έρευνα πρέπει να δοθεί συναίνεση, είτε από το στενό του περιβάλλον και αν αυτό δεν υπάρχει από κάποιον δικαστικό επιτηρητή. Επιπλέον είναι αναγκαίο τα αποτελέσματα της έρευνας να μην είναι επιβλαβή για την υγεία του ατόμου αλλά αντίθετα να υπάρχει και κάποιο όφελος στο άτομο αυτό. Σε περίπτωση δεν τηρηθεί από το προσωπικό υγείας τότε εκείνο θα υποστεί κυρώσεις (Roberts, 2015, Ray, 2013)

Τέλος είναι αναγκαίο, να εξασφαλιστεί και η ηθική της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να υπάρχει ισορροπία μεταξύ επικινδυνότητας και ωφέλειας, οι συμμετέχοντες να έχουν τεκμηριωμένη συγκατάθεση, να υποβληθεί η ερευνητική πρόταση των ερευνητών προς έγκριση από την εκάστοτε επιτροπή, πρέπει επίσης να αποφεύγετε η λογοκλοπή, να μην υπάρχει παραποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας και τέλος τα ερευνητικά συμπεράσματα να μην κατευθύνονται από τις απόψεις του εκάστοτε ερευνητή, παρά μόνο αυστηρά από τα αποτελέσματα της έρευνας (Roberts, 2015, Ray, 2013).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παρακάτω, παρατίθενται οι περιλήψεις των άρθρων που έχουν χρησιμοποιηθεί για την διεξαγωγή της έρευνας.

Η φλεβοκέντηση συνδέεται γενικά με κάποιο βαθμό πόνου, δυσφορίας και / ή φόβου. Ωστόσο, οι περισσότεροι ασθενείς το αποδέχονται με ανοχή, ακόμη και ασήμαντο. Μερικοί, όχι μόνο παιδιατρικοί ασθενείς, εμφανίζουν υψηλότερο βαθμό άγχους και αντιμετωπίζουν τη διαδικασία με δάκρυα, ένταση και μια ποικιλία

τεχνικών διαπραγμάτευσης (δηλαδή, κολλήστε στον αριθμό των 3 · χρησιμοποιήστε μόνο αυτήν τη φλέβα). Αλλά για 1 ομάδα ατόμων, η φλεβοκέντηση συνδέεται με τέτοιο φόβο ώστε να αποφεύγεται η διαδικασία. Τα τελικά αποτελέσματα είναι επιζήμια για τον ασθενή και μπορεί επίσης να έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία. Αυτοί είναι ασθενείς που η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση χαρακτηρίζει ως φοβική βελόνα. Τι μπορεί να κάνει μια νοσοκόμα χωρίς εκπαίδευση στην ψυχιατρική για να βοηθήσει αυτούς τους ασθενείς; Για να σχηματίσουν μια κατάλληλη επαγγελματική ανταπόκριση, είναι χρήσιμο για τους επαγγελματίες να αναγνωρίσουν τις διάφορες οδούς που οδηγούν σε φοβία βελόνας και τα θέματα που σχετίζονται με τη διαταραχή.

Η φοβία της βελόνας ή η τρυπανοφοβία μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για ασθενείς που ενδιαφέρονται για ορισμένες αισθητικές θεραπείες. Αυτό το άρθρο διερευνά τι προκαλεί φοβία βελόνας, πώς εκδηλώνεται και πώς διαφέρει από έναν κανονικό φόβο πόνου. Θα συζητηθούν τρόποι διαχείρισης της κατάστασης και οι εναλλακτικές λύσεις στις βελόνες.

Η αναζήτηση απέδωσε 119 πρωτότυπα ερευνητικά άρθρα που περιλαμβάνονται σε αυτήν την κριτική, από τα οποία 35 περιείχαν επαρκείς πληροφορίες για μετα-ανάλυση. Η πλειονότητα των παιδιών εμφάνισε φόβο βελόνας, ενώ οι εκτιμήσεις επικράτησης για τον φόβο της βελόνας κυμαίνονταν από 20-50% στους εφήβους και 20-30% στους νέους ενήλικες. Γενικά, ο φόβος της βελόνας μειώθηκε με την αύξηση της ηλικίας. Τόσο ο φόβος της βελόνας όσο και η φοβία της βελόνας ήταν πιο διαδεδομένοι στις γυναίκες από τους άνδρες. Η αποφυγή του εμβολιασμού της γρίπης λόγω του φόβου της βελόνας σημειώθηκε στο 16% των ενηλίκων ασθενών, στο 27% των εργαζομένων στο νοσοκομείο, στο 18% των εργαζομένων σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας περίθαλψης και στο 8% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στα νοσοκομεία. Ο φόβος της βελόνας ήταν συχνός όταν υποβάλλονταν σε φλεβοκέντηση, αιμοδοσία και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις που χρειάζονταν ένεση.

Ο φόβος των βελόνων είναι συχνός σε ασθενείς που χρειάζονται προληπτική φροντίδα και σε αυτούς που υποβάλλονται σε θεραπεία. Θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή σε παρεμβάσεις που ανακουφίζουν τον φόβο σε ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αυτό το άρθρο παρέχει μια αναδρομική ανάλυση 493 ασθενών με ρινική συσκευασία μετά από χειρουργική επέμβαση ενδοσκοπικού κόλπου από τον Μάρτιο του 2014 έως τον Φεβρουάριο του 2015, περιγράφοντας τα γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών με συγκοπή. Η ψύχωση εμφανίστηκε σε 41 περιπτώσεις με ιγμορίτιδα και ρινικούς πολύποδες κατά την αφαίρεση της ρινικής συσκευασίας και το ποσοστό εμφάνισης ήταν 8,31%. Η ανάλυση έδειξε ότι η ψυχή συσχετίστηκε με το ιστορικό της φοβίας του αίματος, το άδειο στομάχι, τον πόνο και την ψυχική ένταση. Η ψύχωση εμφανίστηκε τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, το ιστορικό της φοβίας του αίματος θα πρέπει να εστιάστεί, και πρέπει να πραγματοποιείται σωστή νοσηλεία, και θα πρέπει να παρέχεται διαχείριση πόνου και διατροφή για την πρόληψη της φοβίας

Η φοβία της βελόνας ή η τρυπανοφοβία μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για ασθενείς που ενδιαφέρονται για ορισμένες αισθητικές θεραπείες. Αυτό το άρθρο διερευνά τι προκαλεί φοβία βελόνας, πώς εκδηλώνεται και πώς διαφέρει από έναν κανονικό φόβο πόνου. Θα συζητηθούν τρόποι διαχείρισης της κατάστασης και οι εναλλακτικές λύσεις στις βελόνες

Η ποιοτική επαγωγική ανάλυση περιεχομένου δημιούργησε επτά ομάδες θεμάτων και 18 θέματα. Οι θεματικές ομάδες ήταν «Φόβος για αβεβαιότητα», «Πέρα από δισταγμό», «Μια σκηνή σαν ένα πεδίο μάχης», «Χαοτική νοσηλευτική ταυτότητα», «κουμπιά για αειφορία», «Lingering Trauma» και «Expanded Horizon of Nursing». Η τελική ανάλυση αποκάλυψε ότι το βασικό θέμα ήταν «Πέρα από το φόβο της αβεβαιότητας». Συμπεράσματα Αυτή η μελέτη συμβάλλει σε μια πιο εμπειρισταωμένη, ολιστική κατανόηση, περιγράφοντας τις εμπειρίες νοσοκόμων που φροντίζουν άμεσα ασθενείς με MERS - την πρώτη μεγάλη μολυσματική ασθένεια μεγάλης κλίμακας στην Κορέα. Παρόλο που οι νοσηλευτές θεωρούν τους εαυτούς τους ζωτικούς φροντιστές, φοβούνται την ασθένεια, έπρεπε να εργαστούν σε ένα σκληρό περιβάλλον, αντιμετώπισαν διάφορες εσωτερικές συγκρούσεις και έπρεπε να αντιμετωπίσουν διάφορες μορφές αβεβαιότητας. Συνάφεια με την κλινική πρακτική Αυτή η μελέτη ρίχνει φως στη νοσηλευτική κατάσταση κατά τη διάρκεια κρίσεων που περιλαμβάνουν σοβαρές μολυσματικές ασθένειες. Για την καταπολέμηση αυτών, χρειάζονται περισσότερες ιατρικές εγκαταστάσεις και το προσωπικό πρέπει να καθοδηγείται προληπτικά σχετικά με τον τρόπο φροντίδας

των ασθενών. Μπορεί να χρησιμεύσει ως μέρος μιας καλής βάσης για περαιτέρω μελέτη του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια επαναλαμβανόμενων επιδημιών.

Οι διαδικασίες βελόνας, όπως η φλεβοκέντηση και η ενδοφλέβια (IV) εισαγωγή καθετήρα, αναγνωρίζονται ως κοινή αιτία πόνου και φόβου για τα παιδιά σε νοσοκομεία και τμήματα έκτακτης ανάγκης. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να συγκρίνει τον αυτοαναφερόμενο πόνο και τον φόβο των παιδιών που σχετίζονται με την ενδοφλέβια εισαγωγή με τη χορήγηση τοπικού τοπικού αναισθητικού EMLA® ή 1% ρυθμισμένης λιδοκαΐνης που παρέχεται με το J-Tip Needleless Injection System® (J-Tip®). Σχεδιασμός και μέθοδοι Σε αυτήν την προοπτική, τυχαιοποιημένη δοκιμή, 150 διαδοχικοί παιδιατρικοί ασθενείς ηλικίας 8 έως 18 ετών που υποβλήθηκαν σε ενδοφλέβια εισαγωγή εντάχθηκαν τυχαία 1: 1 σε ομάδα θεραπείας. Οι συμμετέχοντες αυτοαναφέρθηκαν διαδικαστικοί πόνοι χρησιμοποιώντας οπτική αναλογική κλίμακα και διαδικαστικοί φόβοι χρησιμοποιώντας το Children Fear Scale. Αποτελέσματα Οι βαθμολογικές βαθμολογίες πόνου ήταν σημαντικά χαμηλότερες στην ομάδα EMLA® (μέση βαθμολογία $1,63 \pm 1,659$) έναντι της ομάδας J-Tip® ($2,99 \pm 2,586$ · $p < 0,001$). Οι βαθμολογίες φόβου μετά τη διαδικασία ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τις βαθμολογίες φόβου πριν από τη διαδικασία και στις δύο ομάδες θεραπείας ($p < 0,002$), αλλά δεν υπήρχε διαφορά στις βαθμολογίες φόβου μεταξύ των δύο ομάδων θεραπείας ($p = 0,314$).

Ο σκοπός αυτής της κλινικής ενημέρωσης είναι να παρέχει μια επισκόπηση του φόβου των βελόνων και της φοβίας της βελόνας σε παιδιά και εφήβους, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών και της διάγνωσης, του επιπολασμού και της επιδημιολογίας, των αιτιολογικών παραγόντων και των επιλογών θεραπείας. Ο φόβος που σχετίζεται με τη βελόνα και η φοβία της βελόνας παρουσιάζονται ως σημαντική συμπεριφορά κινδύνου και αποφυγής που σχετίζεται με τις βελόνες. Η αιτιολογία είναι βιοψυχοκοινωνική. Αυτές οι δύσκολες συνθήκες είναι πιο συχνές σε παιδιά και εφήβους από ό, τι στους ενήλικες. Η σχέση νοσοκόμου-ασθενούς επιτρέπει την παροχή κατάλληλης προετοιμασίας πριν από τις διαδικασίες ένεσης. Οι νοσοκόμες μπορούν να χρησιμοποιήσουν παρεμβάσεις που βασίζονται στην έκθεση και να ενσωματώσουν στρατηγικές αντιμετώπισης και διδασκαλία γονέων και παιδιών. Οι νοσοκόμες παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παρατήρηση της ανάγκης για

περαιτέρω θεραπεία. Η διαδικαστική δυσφορία που σχετίζεται με τη βελόνα είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που αντιπροσωπεύει ένα συνεχές που κυμαίνεται από φόβο βελόνας έως πιο σοβαρή φοβία βελόνας. Για ασθενείς με μεθόδους διαχείρισης του φόβου και βελτίωσης του φόβου που χρησιμοποιούν οι νοσοκόμες μπορεί ενδεχομένως να αποτραπεί η εξέλιξη της κατάστασης σε φοβία βελόνας. Σε περιπτώσεις φοβίας με βελόνα, απαιτείται σωστή διάγνωση από ψυχίατρο και επιτρέπει την παραπομπή σε ψυχοθεραπευτή με εμπειρία στη θεραπεία παιδιών και εφήβων με φοβία βελόνας.

Αυτό το σχόλιο στοχεύει στη διερεύνηση μιας πιθανής σχέσης αιτίου-αποτελέσματος μεταξύ δύο διαδεδομένων φαινομένων: φοβικής βελόνας, ενός παράλογα υψηλού φόβου για βελόνες, σύριγγες και ενέσεις και φοβία ντόπινγκ, μια σπλαχνική απόρριψη και καταδίκη τεχνικών και ουσιών που βελτιώνουν την απόδοση (PETS) και του αθλητές που τα χρησιμοποιούν. Υποστηρίζεται ότι η άνοδος του αντι-ντόπινγκ (η ιδεολογία που στηρίζει το αντι-ντόπινγκ) τη δεκαετία του 1960 παραλληλίζει τη μετάβαση από την από του στόματος κατάποση στην ένεση ως τον προτιμώμενο τρόπο διαχείρισης ουσιών που βελτιώνουν την απόδοση. Στη δημοφιλή κουλτούρα και στα μέσα ενημέρωσης, το PETS συνδέεται όλο και περισσότερο με τις ενέσεις, ειδικά μετά το Tour de France του 1998. Δεδομένου του πόσο διαδεδομένου είναι το φαινόμενο της φοβίας της βελόνας τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στους ίδιους τους αθλητές, αυτό το έγγραφο υποθέτει ότι τα αρνητικά συναισθήματα γύρω από τις ενέσεις μπορεί να έχουν (ασυνείδητα) εκτοπιστεί στη χρήση PETS και στους χρήστες. Αυτό μπορεί να σας βοηθήσει να εξηγήσετε γιατί ο αντι-ντοπισμός έχει επιτύχει μη αμφισβητούμενη ηγεμονία, παρά τις ασυνέπειες και την ουσιαστικά παράλογη φύση του. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να τεκμηριωθεί αυτή η πιθανή σχέση αιτίου-αποτελέσματος.

Μια συστηματική ανασκόπηση εντόπισε σχετικές τυχαιοποιημένες και σχεδόν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές παιδιών, ενηλίκων ή και των δύο με υψηλά επίπεδα φόβου βελόνας, συμπεριλαμβανομένης της φοβίας (εάν δεν υπάρχει, τότε συμπεριλήφθηκαν πληθυσμοί με άλλες συγκεκριμένες φοβίες). Τα κρίσιμα σημαντικά αποτελέσματα ήταν αυτοαναφερόμενος φόβος ειδικά για την φοβισμένη κατάσταση και διέγερση (ψυχολογικές παρεμβάσεις) ή λιποθυμία (εφαρμοσμένη μυϊκή ένταση) Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιώντας τυποποιημένη μέση

διαφορά (SMD) ή σχετικό κίνδυνο με διαστήματα εμπιστοσύνης 95%. Αποτελέσματα: Η συστηματική ανασκόπηση περιλάμβανε 11 δοκιμές. In vivo θεραπεία με βάση την έκθεση για παιδιά ηλικίας 7 ετών και άνω έδειξε όφελος από συγκεκριμένο φόβο ($n = 234$; SMD: -1.71 [95% CI: $-2.72, -0.7$]). Η in-vivo θεραπεία που βασίζεται στην έκθεση με ενήλικες μείωσε τον φόβο των μετεγχειρητικών βελόνων ($n = 20$; SMD: -1.09 [$-2.04, -0.14$]) αλλά όχι σε παρακολούθηση ενός έτους ($n = 20$; SMD: -0.28 [$-1.16, 0.6$]). Σε σύγκριση με μία συνεδρία, παρατηρήθηκε ένα όφελος για πολλαπλές συνεδρίες θεραπείας με βάση την έκθεση ($n = 93$; SMD: -0.66 [$-1.08, -0.24$]) αλλά όχι μετά από 1 έτος ($n = 83$; SMD: -0.37 [$-0.87, 0.13$]). Μη in vivo π.χ., η θεραπεία με βάση την φανταστική έκθεση σε παιδιά μείωσε την ειδική φόβο μετά τη θεραπεία ($n = 41$; SMD: -0.88 [$-1.7, -0.05$]) και σε 3 μήνες ($n = 24$; SMD: -0.89 [$-1.73, -0.04$]). Θεραπεία που δεν βασίζεται στην έκθεση σε εν ζωή για ενήλικες έδειξε όφελος από συγκεκριμένο φόβο ($n = 68$; SMD: -0.62 [$-1.11, -0.14$]) αλλά όχι διαδικαστικό φόβο ($n = 17$; SMD: 0.18 [$-0.87, 1.23$]). Η εφαρμοζόμενη ένταση έδειξε όφελος στην λιποθυμία μετά τη θεραπεία ($n = 20$; SMD: -1.16 [$-2.12, -0.19$]) και μετά από 1 έτος ($n = 20$; SMD: -0.97 [$-1.91, -0.03$]) σε σύγκριση με την έκθεση μόνο. Συμπεράσματα: Οι ψυχολογικές παρεμβάσεις με βάση την έκθεση και η εφαρμοζόμενη μυϊκή ένταση δείχνουν αποδείξεις οφέλους στη μείωση του φόβου σε παιδιατρικούς και ενήλικες πληθυσμούς.

Στόχοι μίας άλλης έρευνας είναι να αναφέρει μια κλινική περίπτωση φοβίας βελόνας που κορυφώθηκε με καρδιακή ανακοπή και να περιγράψει το αποτέλεσμα ενός σχεδίου φροντίδας με βάση τις διαγνώσεις φόβου και άγχους, χρησιμοποιώντας το μοντέλο προσαρμογής Roy ως πλαίσιο. Μέθοδοι: μελέτη περίπτωσης που πραγματοποιήθηκε σε μονάδα εξωτερικών ασθενών χημειοθεραπείας στο Ρίο ντε Τζανέιρο. Η φροντίδα καθοδηγείται από τη νοσηλευτική διαδικασία και τη χρήση οργάνων για την αξιολόγηση του φλεβικού δικτύου, του άγχους και του φόβου. Αποτελέσματα: Το μοντέλο προσαρμογής Roy επέτρεψε να προτείνει νοσηλευτικές παρεμβάσεις που επέτρεψαν στο υποκείμενο της μελέτης να προσαρμοστεί στα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα που προκλήθηκαν από το αγγειακό σύνδρομο. Τα όργανα έδειξαν την επιλογή κατάλληλης ημι-εμφυτευμένης συσκευής φλεβικής πρόσβασης και οδήγησαν σε βελτιωμένα επίπεδα άγχους και φόβου.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ (CASE STUDY)

Ο Στέφανος είναι ένας μεσήλικας άνδρας που έχει υποστεί φοβία βελόνας καθ' όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής του. Δεν τον επηρεάζει μόνο κατά τη διάρκεια οδοντιατρικών ραντεβού. Η κατάσταση είχε γίνει τόσο ακραία που επηρέαζε πολλές διαφορετικές πτυχές του τρόπου ζωής του. Για παράδειγμα, η φοβία του ήταν τόσο δυνατή που επέλεξε τους προορισμούς διακοπών του, ώστε να μην χρειαστεί ενέσεις εμβολιασμού. Στο παρελθόν, είχε απαιτήσει κάποια απλή οδοντιατρική εργασία που απαιτούσε ενέσεις. Αυτό είχε επιτευχθεί κυρίως με καταστολή για να μειώσει το άγχος του.

Το πρόβλημα τώρα ήταν ότι η φοβία του γινόταν πολύ ενοχλητική για την οδοντιατρική πρακτική όπου ήταν εγγεγραμμένος ως ασθενής. Όσο περισσότερο χρόνο αφιερώθηκε με έναν ασθενή, τόσο πιο δύσκολο ήταν να διαχειριστεί το πρόγραμμά τους και να δώσει σε άλλους ασθενείς το επίπεδο θεραπείας που τους αξίζει. Οι άνθρωποι που πάσχουν από φοβία συχνά δυσκολεύονται να δουν την άποψη του οδοντίατρου και να εκτιμήσουν πόσο δύσκολο είναι να τους αντιμετωπίσουμε σε ένα κανονικό περιβάλλον πρακτικής. Όσο περισσότερο η φοβία επηρεάζει τη συμπεριφορά τους και την προθυμία τους για θεραπεία, τόσο πιο δύσκολο είναι για τον οδοντίατρο να παρέχει το σωστό επίπεδο φροντίδας - όχι μόνο στο άτομο με τη φοβία αλλά και στους άλλους ασθενείς του.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΦΟΒΟ ΣΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ

Οι εμπειρίες του φόβου, της ανησυχίας και του άγχους είναι μερικά από τα πιο βασικά συναισθήματα της ανθρωπότητας (Halter, 2014). Ανάλογα με την κατάσταση και τους διεγερτικούς παράγοντες, κάθε άτομο μπορεί να βιώσει αυτά τα συναισθήματα σε διάφορες ικανότητες. Σύμφωνα με τον Σύλλογο Νοσηλευτικής Διαγνωστικής Βόρειας Αμερικής (NANDA), ο φόβος ορίζεται ως «η ανταπόκριση σε μια αντιληπτή απειλή που συνειδητά αναγνωρίζεται ως κίνδυνος» και το άγχος ορίζεται ως «ένα αίσθημα φόβου που προκαλείται από τον αναμενόμενο κίνδυνο συνοδευόμενο από αυτόνομο απάντηση της οποίας η πηγή είναι συχνά άγνωστη στο άτομο »(Wiley, 2014, σελ. 323 και 336). Επιπλέον, το Cyclopedic Medial Dictionary

του Taber's (2009) ορίζει την ανησυχία ως «επίγνωση της σημασίας και της σημασίας ενός συγκεκριμένου αισθητήριου ερεθίσματος όπως τροποποιήθηκε από τις εμπειρίες, τις γνώσεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα κάποιου. " Σε φυσιολογικό επίπεδο, αυτές οι αποκρίσεις στον αντιληπτό κίνδυνο επηρεάζουν παρόμοια τους ασθενείς. Το σώμα αντιδρά σε αυτά τα συναισθήματα μέσω της ενεργοποίησης του κύκλου απόκρισης του στρες (Lewis, Dirksen, Heitkemper, & Bucher, 2014). Όταν η ενεργοποίηση αυτής της απόκρισης παρατείνεται, η καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος μπορεί να οδηγήσει και να οδηγήσει σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας. Ωστόσο, όταν ένας ασθενής βιώνει χαμηλότερες εντάσεις αυτών των συναισθημάτων, το σώμα είναι ανασταλτικό και σε ορισμένες περιπτώσεις υποστηρίζεται από το άγχος ανταπόκριση και ικανή να θεραπευτεί πιο αποτελεσματικά (Salleh, 2008). Έχει γίνει πολλή έρευνα για την ανάπτυξη παρεμβάσεων που ανακουφίζουν αυτά τα συναισθήματα φόβου, φόβου και άγχους. Παρόλο που αυτές οι παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, η απόκτηση της γνώσης για το ποιος είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει φόβο, φόβο ή άγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας μπορεί να είναι επωφέλης. Εάν οι νοσηλευτές μπορούν να εντοπίσουν τους ευπαθείς ασθενείς νωρίτερα, οι κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να ξεκινήσουν νωρίτερα και μπορεί να επιτρέψουν την ανακούφιση των εκλεκτών απάντηση στο άγχος. Αυτή η έγκαιρη ταυτοποίηση μπορεί να αυξήσει την ποιότητα της φροντίδας παρέχοντας τα αρνητικά αποτελέσματα μιας παρατεταμένης απόκρισης στο στρες, καθώς και την καθοδήγηση του ασθενούς προς ταχύτερη ανάκτηση από ό, τι αναμένεται.

ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πολλές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η αντίληψη των ασθενών σχετικά με την ασφάλεια εξαρτάται από την ικανότητά τους να ανακτήσουν τον έλεγχο, να κατανοήσουν τη φροντίδα τους, να δημιουργήσουν σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ τους και του προσωπικού και να διατηρήσουν την ελπίδα καθ 'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Παρατηρήθηκε ότι όταν οι ασθενείς ένιωσαν απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια περιόδων σύγχυσης ή όταν Οι ανάγκες για ενημέρωση και κατανόηση της θεραπείας τους ήταν ανεκπλήρωτες, όχι μόνο ένιωθαν ανασφαλείς, αλλά ορισμένοι

άρχισαν να αρνούνται τη θεραπεία και να πολεμούν με το προσωπικό. Αυτές οι συμπεριφορές ταυτοποιήθηκαν όχι μόνο ως συναισθήματα φόβου, φόβου και άγχους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε φυσιολογικές καθυστερήσεις στη θεραπεία μέσω ενεργοποίησης της απόκρισης στο στρες του σώματος, αλλά και ως πιθανές καταστάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε καθυστερήσεις στη νοσοκομειακή θεραπεία με βάση τα αποδεικτικά στοιχεία.

Άλλοι έχουν διερευνήσει γιατί οι ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες στο τέλος της ηλικίας θα αποκρούσουν πληροφορίες από έναν επιδεινούμενο συντηρητικό που επιλέγουν να καθυστερήσουν την αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης σε αυτές τις περιστάσεις. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς εκτελούν αυτούς τους τύπους συμπεριφορών λόγω της συντριπτικής τους επιθυμίας να μην επιστρέψουν στο νοσοκομείο και του υποστηρικτικού φόβου να επιδεινωθούν (Lowey, Norton, Quinn, & Quill, 2014). Αυτοί οι ασθενείς εξήγησαν ότι κατά την προηγούμενη νοσηλεία είχαν υποστεί πολλές απώλειες, συμπεριλαμβανομένης της απώλειας ελέγχου της υγείας τους, της ανεξαρτησίας τους και της λειτουργικής τους ικανότητας. Επιπλέον, εξορθολογίστηκαν ότι ασκώντας τον έλεγχο όταν ανέφεραν τα συμπτώματά τους ή ζητούσαν ιατρική περίθαλψη, θα μπορούσαν να ανακτήσουν μέρος του προηγουμένως χαμένου ελέγχου, ακόμη και αν αυτό σήμαινε επιδείνωση της υγείας.

ΣΤΟΧΟΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μια νοσηλευτική μπορεί να αποτρέψει αποτελεσματικά τους ασθενείς να βιώσουν συναισθήματα φόβου, φόβου και άγχους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, είναι να ενισχύσει την αντίληψή τους για την ασφάλεια. Όταν οι ασθενείς δεν αισθάνονται ασφαλείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν φόβο, φόβο και άγχος, επειδή η κατασταλτική τους κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί ως κίνδυνος. Παράγοντες που φαίνονται να εμποδίσουν έναν ασθενή να αισθάνεται ασφαλής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, περιλάμβαναν ασυμφωνίες νοσηλευτικής φροντίδας και επικοινωνίας, αντιληπτή απώλεια ελέγχου του ασθενούς, ανεκπλήρωτες ψυχοκοινωνικές ανάγκες και έλλειψη ενός καλού συστήματος υποστήριξης (Wassenaar, Schouten, & Schoonhoven, 2014). Καθώς οι νοσηλευτές εργάζονται για να μειώσουν τους παράγοντες που αναστέλλουν την αντίληψη των ασθενών ασφάλειας, θα αρχίσουν να επιτρέπουν στους ασθενείς να

αισθάνονται λιγότερο φοβισμένοι, ανησυχητικοί, ή ανησυχητικοί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Wassenaar et al., 2014). Σε μια μεταγενέστερη μελέτη, οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση ήταν πιο πιθανό να ανησυχούν και να φοβούνται για τη διαδικασία εάν δεν είχαν κάνει ποτέ πριν ή δεν γνώριζαν τι θα περιλάμβανε η διαδικασία (Rollbusch, Mikocka-Walus, & Andrews, 2014).

Αυτό αποδεικνύει επίσης ότι ένα έλλειμμα γνώσης του ασθενούς (και ενδεχομένως έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ της ομάδας φροντίδας και του ασθενούς) μπορεί να αυξήσει την εμπειρία του ασθενούς από φόβο, φόβο και άγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Όταν αξιολογήθηκαν οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας, Παρατηρήθηκε ότι αυτές οι ανάγκες ξαναμνήθηκαν όταν οι συμμετέχοντες ένιωθαν ασφαλείς (Hurcey, 2000).

Όπως και στις προηγούμενες μελέτες που συζητήθηκαν, εδώ, επίσης, οι ασθενείς που βίωσαν φόβο, φόβο και άγχος παρεμποδίστηκαν στη διαδικασία επούλωσης σε πολλές διαστάσεις. Αυτοί οι ασθενείς μπορεί να επιταχύνουν τους δικούς τους θανάτους, λόγω του φόβου τους να επιδεινωθούν. Οι Lowey, Norton, Quinn και Quill, (2014) φέρνουν στο φως πόσο σημαντικό είναι για τις νοσοκόμες και άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να εντοπίσουν ασθενείς που κινδυνεύουν να βιώσουν φόβο, φόβο και άγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Όταν η ομάδα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποδείξει την αντίληψη του ασθενούς για την ασφάλεια, μπορούν να αποφευχθούν πολλές επιζήμιες συνέπειες. Όταν οι ασθενείς διαπιστώνουν ότι φροντίζονται καλά και ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται, όχι μόνο είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ασφαλείς, αλλά είναι επίσης πιο πιθανό για να αποκαλύψετε συναισθήματα φόβου, φόβου ή άγχους (Lasiter, 2011).

Οι συμμετέχοντες σε μια μελέτη σχετικά με τις αντιλήψεις για την ασφάλεια αναγνώρισαν ότι εάν το φως κλήσης τους αναπάντητο θα ένιωθαν πολύ ανασφαλείς. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι όταν οι νοσηλευτές βρίσκονταν σε ασφαλή γειτνίαση, ανέλαβαν πρωτοβουλία και επέδειξαν γενναιόδωρη εποπτεία στη φροντίδα τους, οι συμμετέχοντες είχαν περισσότερες πιθανότητες να εντοπίσουν τους συγκεκριμένους φόβους τους. Και εδώ η εμπιστοσύνη του ασθενούς στην ομάδα περίθαλψης ήταν το κλειδί για τη μείωση του φόβου, της ανησυχίας και του άγχους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η τρέχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει την ανάγκη οι ασθενείς να

αισθάνονται ασφαλείς σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης για την προώθηση της αποτελεσματικής θεραπείας.

Η βιβλιογραφία αποκαλύπτει επίσης ότι οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζουν την αντίληψη της ασφάλειας καθώς και τις συνέπειες τόσο φυσιολογικά όσο και ψυχολογικά όταν αυτές οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται. Ωστόσο, πρέπει να μάθουμε πολλά σχετικά με το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν συγκεκριμένα την εμπειρία του ασθενούς από φόβο, φόβο και άγχος κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Εάν είναι γνωστό ότι η αντίληψη του ασθενούς για έλεγχο, η καλή επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του ιατρικού προσωπικού και η κατανόηση αυτής της κατάστασης μπορούν να αποτρέψουν τα συναισθήματα του φόβου, τι είδους παράγοντες επηρεάζουν έναν ασθενή για να βιώσει αυτά τα συναισθήματα πρώτα; Υπάρχουν λίγα γνωστά για το πώς τα δημογραφικά στοιχεία ενός ατόμου, όπως η εκπαίδευση, η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα ή άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την εμπειρία του φόβου, της ανησυχίας και του άγχους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Ο σκοπός αυτής της δευτερεύουσας ανάλυσης είναι να διερευνήσει ποιοι από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να είναι και να εξοπλίσουν καλύτερα τους νοσηλευτές για να εντοπίσουν ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο να βιώσουν φόβο και άγχος ενώ νοσηλεύονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Λίγες ανθρώπινες καταστάσεις προκαλούν περισσότερο άγχος από το να είναι ασθενής σε μονάδα κρίσιμης φροντίδας. Αυτοί οι ασθενείς είναι συνήθως Αντιμετωπίζοντας όχι μόνο την απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τον τραυματισμό που προηγήθηκε της εισδοχής τους, αλλά επίσης αντιμετωπίζει ξαφνικές οικογενειακές και επαγγελματικές αναταραχές, πιθανή οικονομική κρίση, απώλεια ελέγχου, διαχωρισμός από τα ανήσυχα μέλη της οικογένειας και ένα θορυβώδες περιβάλλον υψηλής τεχνολογίας.

Οι επεμβατικές διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες που είναι συνηθισμένες στη ρύθμιση της κρίσιμης φροντίδας είναι επιπλέον άγχος Εκτός από την ψυχολογική δυσφορία που σχετίζεται με το άγχος, οι ερευνητές έχουν δείξει ότι οι φυσιολογικές επιδράσεις του άγχους σε ασθενείς με κρίση ασθένεια μπορεί να αυξήσουν άμεσα την πιθανότητα επιπλοκών που απειλούν τη ζωή. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν επαναλαμβανόμενη ισχαιμία, επανεμφάνιση και κακοήθειες κοιλιακές αρρυθμίες. Αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν έχει οριοθετηθεί, οι φυσιολογικές επιδράσεις του άγχους φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της ενεργοποίησης της εύλογης ή μεγάλης απόκρισης. Αυτή η απάντηση είναι η σύνθετο κλινικών εκδηλώσεων που προκύπτουν από την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA). Λόγω του υψηλού επιπολασμού και των δυνητικά σοβαρών επιπτώσεων του άγχους σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια, οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας πρέπει να μπορούν να αξιολογούν το άγχος με ακρίβεια και ταχύτητα.

Οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας είναι συνήθως τα μέλη της ομάδας υγείας που εργάζονται πιο έντονα με τους ασθενείς σε παρατεταμένες χρονικές περιόδους, και ως εκ τούτου είναι στην καλύτερη θέση να αναγνωρίσουν το άγχος στο αρχικό στάδιο. Αν και η νοσηλευτική βιβλιογραφία είναι γεμάτη με άρθρα που σχετίζονται με τη διαδικασία της εκτίμησης του άγχους, μια έρευνα στη βιβλιογραφία δεν αποκάλυψε μελέτες που εξέτασαν συστηματικά τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές σε μονάδες κρίσιμης φροντίδας αναγνώρισαν και αντιμετώπισαν το άγχος στους ασθενείς τους. Τέτοιες μελέτες θα μπορούσαν να παρέχουν ανεκτίμητη κατεύθυνση για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών αξιολόγησης και παρεμβάσεων που να είναι κατάλληλες για τη ρύθμιση της κρίσιμης φροντίδας. Κατά

συνέπεια, οι σκοποί αυτής της μελέτης ήταν διττοί: για τον εντοπισμό των κλινικών δεικτών που οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας θεωρούν ότι είναι τα καθοριστικά χαρακτηριστικά του άγχους σε ασθενείς με κρίσιμη ασθένεια. και να οριοθετήσουν τις παρεμβάσεις που Οι νοσηλευτές κρίσιμης φροντίδας χρησιμοποιούν για την ανακούφιση του άγχους στους ασθενείς τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Atifa Athar; M. Saleem Khan; Khalil Ahmed; Aiesha Ahmed; Nida Anwar (June 2011). "A Fuzzy Inference System for Synergy Estimation of Simultaneous Emotion Dynamics in Agents". *International Journal of Scientific & Engineering Research*. 2 (6).

Carpenito LJ. *Planes de cuidados y documentación en enfermería*. 2nd ed. Madrid: Interamericana; 1994. p. 36-49.

Davidson JR. Affective style, mood and anxiety disorders. An affective neuroscience approach. In: Davidson JR, ed. *Anxiety Depression and Emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000:88–108.

Davison GC (2008). *Abnormal Psychology*. Toronto: Veronica Visentin. p. 154. ISBN 978-0-470-84072-6.

Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:472–482.

Ekman P., Davidson RJ (eds). *The Nature of Emotion*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014

Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living: a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London: Mental Health Foundation; 2000

Garcia, R (2017). "Neurobiology of fear and specific phobias". *Learn Mem*. 24 (9): 462–471. doi:10.1101/lm.044115.116. PMC 5580526. PMID 28814472.

Gill, M.J. and Burrow, R., 2017. The function of fear in institutional maintenance: Feeling frightened as an essential ingredient in haute cuisine. *Organization Studies*

Jonathan Turner (1 June 2000). On the Origins of Human Emotions: A Sociological Inquiry Into the Evolution of Human Affect. Stanford University Press. p. 76. ISBN 978-0-8047-6436-0.

Juárez-Rodríguez PA, García-Campos MDL. La importancia del cuidado de enfermería. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2009;17(2):109-111

Laguado-Jaimes E, Yaruro-Bacca KY, Hernández-Calderón EJ. El cuidado de enfermería ante los procesos quirúrgicos estéticos. *Enfermería global.* 2015;14(4):362-374

Larson, C. L., et al. (2006). Fear is fast in phobic individuals: Amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Biol. Psychiatry* **60**: 410-417.

McDonald S, Page MJ, Beringe K, Wasiak J, Sprowson A. Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;13(5):CD003526

Medina-Dávalos DM, Pons-Armenteros M, Coba-Coronel MG, Tigsilema-Duque MDR, Patuña-Dolcela RH. Procedimientos de enfermería en el área quirúrgica. Ecuador: EDIMEC; 2015.

Nader, K. et al. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature* **406**: 722-726.

Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med* 2010; 60: 277–86.

Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. *BMC Surg.* 2014;14:67

Ohman, A. (2000). "Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives". In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions*. pp. 573–93. New York: The Guilford Press.

Öhman, Arne; Mineka, Susan (2001). "Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning". *Psychological Review*. **108** (3): 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483. PMID 11488376.

Olsson, A.; Phelps, E.A. (2007). "Social learning of fear". *Nature Neuroscience*. **10** (9): 1095–102. doi:10.1038/nn1968. PMID 17726475.

Olsson, A.; Nearing, K.I.; Phelps, E.A. (2006). "Learning fears by observing others: The neural systems of social fear transmission". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. **2** (1): 3–11. doi:10.1093/scan/nsm005. PMC 2555428. PMID 18985115.

Ortony A., Turner TJ. What's basic about basic emotions? *Psychol Rev*. 2010;97:315–331

Olatunji, B. O., Lohr, J. M., Sawchuk, C. N., & Westendorf, D. H. (2005). Using facial expressions as CSs and fearsome and disgusting pictures as UCSs: Affective responding and evaluative learning of fear and disgust in blood-injection-injury phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 539-555.

Parker C, McCulloch A. Key issues from homicide inquiries. London: MIND; 2011.
Swartz M, Swanson J, Hannon M. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals. *Behav Sci Law*. 2003;21:459–472. doi: 10.1002/bsl.539.

Pritchard MJ. Managing anxiety in the elective surgical patient. *Br. J. Nurs*. 2009;18(7):416-9

Ruiz-López E, Muñoz-Cuevas JH, Olivero-Vásquez YI, Islas-Saucillo M. Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Rev. Med. Hosp. Gen. Mex*. 2000;63(4):231-236.

Taddio A, Ipp M, Thivakaran S, et al. Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*. 2012;30(32):4807-4812.

Tudor A. A (macro) sociology of fear? *Sociol Rev.* 2003;51(2):238–256. doi: 10.1111/1467-954X.00417.

Shafer A, Fish MP, Gregg KM, Seavello J, Kosek P. Preoperative anxiety and fear: a comparison of assessments by patients and anesthesia and surgery residents. *Anesth. Analg.* 1996;83(6):1285-91

Sokolowski CJ, Giovannitti JA, Boynes SG. Needle phobia: etiology, adverse consequences, and patient management. *Dent Clin North Am.* 2010;54(4):731-744.

Woodgate R. Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *J Adv Nurs.* 2006;56(3):261–269. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x

Welsh & Tiffin Observations of a small sample of adolescents experiencing an at-risk mental state (ARMS) for psychosis. *Schizophr Bull.* 2012;38(2):215–218. doi: 10.1093/schbul/sbr139

Watson R, Deary IJ, Lea A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5): 1080-9.

Wright S, Yelland M, Heathcote K, Ng SK, Wright G. Fear of needles-nature and prevalence in general practice. *Aust Family Physician.* 2009;38(3):172-176.

