



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: Η Ψυχολογία του ασθενή στο νοσοκομείο και
Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις**



Ξανθίππη Φυλάκη

A.M: 15128

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας**

Ιωάννινα, Οκτώβρης του 2016

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT.....	6
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΥΓΕΙΑ –ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	9
1.1 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ).....	9
1.2 Ορισμός Υγείας	9
1.2.1 Απόψεις για τον ορισμό της υγείας.....	10
1.3 Ολιστική προσέγγιση	10
1.4 Ασθένεια	12
1.4.1 Στάδια ασθένειας	12
1.4.2 Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας.....	13
1.4.3 Πρόληψη ασθένειας.....	14
1.4.4 Ολιστική θεωρία της ασθένειας.....	15
1.5 Ορισμός του πόνου	15
1.6 Ο πόνος του αρρώστου.. νοσηλευτικό πρόβλημα.....	16
1.7 Αρχές και δυνατότητες πρόληψης και ανακούφισης του πόνου/ νοσηλευτικές διεργασίες.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	17
2.1 Ο κλάδος της ψυχολογίας της υγείας.....	17
2.2 Ψυχολογία και σωματική υγεία.....	18
2.3 Η εισαγωγή στο νοσοκομείο	20
2.3.1 Η σημασία της μείωσης του φόβου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο	21
2.3.2 Η ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στο νοσοκομείο	21
2.4 Ο ρόλος του ασθενή στο νοσοκομείο	23
2.4.1 Ο ρόλος του ασθενή στο νοσοκομείο και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	24
2.5 Αποπροσωποποίηση.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΆΓΧΟΣ.....	27
3.1 Ιστορική εξέλιξη Άγχους.....	27
3.2 Η έννοια του άγχους	28
3.2.1 Ορισμός άγχους.....	28
3.3 επίπεδα άγχους.....	28
3.4 Συμπτωματολογία άγχους.....	30

3.5 Επιπτώσεις άγχους	30
3.6 Χρησιμότητα άγχους.....	31
3.7 Το άγχος του νοσηλευόμενου ασθενή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.	31
3.8 Αντιμετώπιση άγχους από τον νοσηλευόμενο	33
3.9 Ασθενείς σε κρίση.....	33
3.9.1 Χαρακτηριστικά ατόμου σε κρίση.....	34
3.10 Επιθετικότητα ασθενή.....	35
3.10.1 Θεωρίες επιθετικότητας	35
3.10.2 Ασθένεια και επιθετικότητα	36
3.10.3 Επιθετικότητα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	38
4.1 Σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου.....	38
4.2 Γενικά Στοιχεία	38
4.3 Προϋποθέσεις επιτυχημένης επικοινωνίας νοσηλευτή- ασθενή.....	39
4.4 Στόχοι για μια επιτυχημένη επικοινωνία	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.....	44
5.1 Χρόνια ασθένεια και αναπηρία.....	44
5.2 Η αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας	44
5.3 Σεξουαλικότητα και χρόνια ασθένεια	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ /ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	47
6.1 Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο	47
6.2 Οξεία ασθένεια/ τραύμα και παιδί	48
6.3 Χρόνια ασθένεια και σωματική αναπηρία στα παιδιά.....	49
6.4 Γονείς και αναπηρία παιδιού.....	49
6.5 Χειρουργική επέμβαση και παιδί.....	50
6.5.1 Νοσηλευτικές διεργασίες στο χειρουργείο παιδιού	51
6.6 Νοσηλευτικές διεργασίες στο παιδί.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ /ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	52
7.1 Ψυχολογικές διεργασίες του ενήλικα ασθενή και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις/ ενήλικας και ασθένεια.....	52
7.2 Προετοιμασία ασθενών για τις ιατρικές διαδικασίες.....	54
7.3 Στρεσογόνοι παράγοντες μιας χειρουργικής επέμβασης.....	54
7.4 Συνέπειες του προ- εγχειρητικού άγχους.....	54

7.5 Σημασία προεγχειρητικών Νοσηλευτικών παρεμβάσεων	56
7.6 Ο ασθενής στο τελικό στάδιο της ζωής του	57
7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον άρρωστο που πεθαίνει.....	60
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ.....	61
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει θέμα τη ψυχολογία των ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο καθώς και τις Νοσηλευτικές διεργασίες. Η ψυχολογία αλληλοεξαρτάται με την πορεία μιας ασθένειας. Τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι το άγχος, η ανησυχία, ο φόβος καθώς και η διατάραξη της φυσιολογικής ζωής του ατόμου. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι αναγκαίος και σημαντικός σε αυτή την κατάσταση. Η επικοινωνία είναι βασικό τμήμα μιας καλής επαγγελματικής συμπεριφοράς στη νοσηλευτική και η βάση για την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της φροντίδας και στη μείωση του άγχους των νοσηλευόμενων ασθενών, των οικογενειών τους και των ατόμων που τους φροντίζουν. Η επικοινωνία δεν αφορά μόνο την ενημέρωση αλλά και την συναισθηματική υποστήριξη και τη φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής. Ο σκοπός της επικοινωνίας θα επιτύχει ως μέρος του όλου θεραπευτικού προγράμματος, όταν έχει σαν αποτέλεσμα να αποκτήσει ο ασθενής εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για το άγχος των ασθενών αποδεικνύεται απαραίτητο και μέσα από έρευνες που τεκμηριώνουν τη σχέση μεταξύ άγχους και της σωματικής και πνευματικής υγείας των νοσηλευόμενων. Η σχέση ασθενή-νοσηλευτή πρέπει να χαρακτηρίζεται από το ενδιαφέρον του νοσηλευτή για τον ασθενή, την παροχή ευκαιριών για επικοινωνία, ενθάρρυνση καθώς και αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό. Συμπερασματικά η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να είναι μία άσχημη ψυχολογική εμπειρία για τους ανθρώπους, με διάφορες επιπτώσεις στους ίδιους και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα πολλές φορές την επιδείνωση της κατάστασής τους. Οι νοσηλευτές έχουν υποχρέωση να συμβάλλουν σε αυτό αφού αποτελεί μέρος του θεραπευτικού προγράμματος.

ABSTRACT

The subject of the present study is on the psychology of patients entering the hospital and the nursing process. Psychology is interdependent with the course of an illness. The feelings that predominate are anxiety, worry, fear and disruption of normal life of the individual. The role of the nurse is necessary and important in this situation. Communication is a key part of good business conduct in nursing and the basis for building a relationship of trust, which will help a lot in improving care and reducing the anxiety of hospitalized patients, their families and carers. Communication is not just about information and emotional support and care provided by the nurse. The purpose of the communication will be achieved as part of the overall treatment program, where results to obtain the patient confidence in himself. The interest of nurses for the anxiety of patients proves necessary through researches documenting the relationship between stress and physical and mental health of hospitalized. The patient-nurse relationship should be characterized by the interest of the nurse for the patient, providing opportunities for communication, encouragement and mutual trust and respect. In conclusion, hospitalization could be a bad psychological experience for people, with different effects on them and as a result the worsening of their situation. Nurses have an obligation to contribute to it as it is part of the therapeutic program.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί την κορύφωση των σπουδών μου στο Τ.Ε.Ι Ηπείρου και αποτελεί εργασία έρευνας και καταγραφής. Το θέμα της πτυχιακής εργασίας είναι η Ψυχολογία των ασθενών στο νοσοκομείο καθώς και οι Νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η επιλογή του θέματος έγινε με βάση το ενδιαφέρον μου προς αυτό. Επίσης η σύνδεση αυτής της εργασίας με τις μεταπτυχιακές μου σπουδές ήταν ένα ακόμη κριτήριο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι πρόσφατα, η πλειονότητα των ψυχολόγων ασχολούνταν σχεδόν αποκλειστικά με ζητήματα ή προβλήματα που αφορούσαν την «ψυχή». Στον κλάδο της ψυχολογίας, ο όρος «ασθένεια» αναφερόταν παραδοσιακά σε γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια, το άγχος ή η κατάθλιψη. Ωστόσο, τα τελευταία σαράντα χρόνια, οι ψυχολόγοι άρχισαν να μελετούν την σχέση της «ψυχικής ασθένειας» με το σώμα, δηλαδή με την υλική υπόσταση του ανθρώπου. Οι ψυχολόγοι της υγείας έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν τις πιθανές σημαντικές προεκτάσεις του έργου τους, το οποίο περιλαμβάνει πλέον θέματα σχετικά με την απόκτηση και τη διατήρηση της σωματικής υγείας και ευεξίας. Μάλιστα, έχουν ιδιαίτερη επίγνωση της αλληλεπίδρασης που υπάρχει ανάμεσα στη θεωρία, την έρευνα και την πρακτική σε ότι αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου, την κατανόηση της ασθένειας με λίγα λόγια.

Ο ορισμός της υγείας και της ασθένειας επανεκτιμήθηκε και επαναδιατυπώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο «η υγεία αφορά μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά και μόνο στην απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, η υγεία δεν αποτελεί μία κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» ούτε η ασθένεια «εισβάλλει» στον ανθρώπινο οργανισμό. Υγεία και ασθένεια είναι αλληλένδετες και αλληλοσυμπληρούμενες έννοιες. Η υγεία γίνεται αντιληπτή ως μια ολότητα, όπου η σωματική, συναισθηματική και νοητική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά και βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Αντίστοιχα, η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου και πρόκειται για μια ένδειξη ανισορροπίας ή διαταραχής στη βιοψυχοκοινωνική του υπόσταση.

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός, για όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως ηλικίας, και προκαλεί ποικίλες αντιδράσεις και αρνητικά συναισθήματα. Στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου, ο ασθενής χάνει την ταυτότητά του ή νιώθει stress από την πληθώρα των καινούριων εμπειριών και πληροφοριών. Παρά το γεγονός ότι δεκάδες ερωτηματικά τον προβληματίζουν, η ψυχολογική και σωματική του κατάσταση καθιστούν δύσκολη την αφομοίωση πληροφοριών. Η περίοδος της νοσηλείας δεν είναι η καταλληλότερη για εκπαιδευτικά προγράμματα, λόγω της έντασης που προκαλεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο και της συναισθηματικής φόρτισης. Ο πόνος, η αδυναμία μετακίνησης, η άρνηση της νόσου, οι δυσκολίες προσαρμογής στο ρόλο του αρρώστου και της αναπηρίας, ή αντίθετα η επιμονή σε αυτόν το ρόλο και οι ψυχολογική παλινδρόμηση (ο ασθενής συμπεριφέρεται σαν μωρό), καθιστούν δύσκολη την εκτέλεση των νοσητικών λειτουργιών που απαιτεί η διαδικασία της μάθησης.

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της Νοσηλευτικής, επομένως η Νοσηλευτική είναι κατεξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα η Νοσηλευτική αφορά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους με στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά την ασθένεια και την αποκατάσταση καθώς και υποστήριξη για ένα ειρηνικό θάνατο. Ως τέχνη η νοσηλευτική εκφράζεται μέσω των ενεργειών του νοσηλευτή, με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή.

Η ψυχολογική υποστήριξη αποτελεί ένα σημαντικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή στη φροντίδα των ασθενών. Αυτό, γιατί με την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, τα άτομα αυτά και οι οικογένειές τους μπορούν να ξεπεράσουν την κρίση της διάγνωσης, να αποδεχτούν την κατάστασή τους, και να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στο νέο τρόπο ζωής τους. Παράλληλα, έχουν την ψυχική ικανότητα να αναπτύξουν δεξιότητες αυτοφροντίδας και να προλάβουν την εμφάνιση οποιονδήποτε επιπλοκών. Βασικός σκοπός της ψυχολογικής υποστήριξης θα πρέπει να είναι: 1. Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς προκειμένου να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της θεραπείας τους. 2. Η ενθάρρυνση των ασθενών να έχουν κίνητρα στη ζωή τους και να συμμετέχουν σε ευχάριστες δραστηριότητες. 3. Η ενθάρρυνση των ασθενών για αυτοφροντίδα. 4. Η ενθάρρυνση των ασθενών να αναπτύξουν μια θετική και ρεαλιστική αντίληψη για τη ζωή τους και να αποκτήσουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους και της θεραπείας τους. 5. Η παροχή βοήθειας στους ασθενείς για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού δικτύου από φίλους, ομοιοπαθείς ή τοπικές ομάδες της Κοινότητας.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βαθύτερη μελέτη της ψυχολογίας των

ασθενών που εισέρχονται στο νοσοκομείο έτσι ώστε να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών διεργασιών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΥΓΕΙΑ –ΑΣΘΕΝΕΙΑ

1.1 Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ)

Ο ορισμός της υγείας συνεχώς εξελίσσεται, όμως ο κλασικός ορισμός της υγείας ο οποίος δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το 1946, εκφράζει μια γενική τάση ορισμού της υγείας βάσει κοινωνικών παρά ιατρικών όρων. Πράγματι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την υγεία ως μια «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας» (DeWit, 2009).

1.2 Ορισμός Υγείας

Ο ορισμός της «υγείας» εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Στη σύγχρονη εποχή κυριαρχούν δύο βασικές προσεγγίσεις στα θέματα υγείας και αρρώστιας: α) το βιοιατρικό μοντέλο υγείας, στο οποίο στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό η σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας, και β) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας που αποτελεί μια νέα προσέγγιση. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Υγεία είναι η κατάσταση της τέλει σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, η ευεξία και συμμετρία των σωματικών δυνάμεων και της διάθεσης της ψυχής και η ικανότητα να χρησιμοποιεί ο άνθρωπος καλά τις δυνατότητές του.

Η υγεία είναι βασική ανθρώπινη αξία, ανθρώπινο δικαίωμα αλλά και προσωπική ευθύνη κάθε ενήλικα ανάλογα με τις ικανότητές του. είναι η βάση για την ανάπτυξη και πρόοδο του ατόμου και της κοινωνίας και εμφανίζει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές, οικονομικές και διεθνείς παράμετρους. (Ραγιά, 2009).

1.2.1 Απόψεις για τον ορισμό της υγείας

Η σύλληψη της έννοιας της υγείας έγινε αμέσως μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και τόνιζε πως η ειρήνη και η υγεία είναι αδιαχώριστες. Από την αρχή ξεκαθαρίστηκε ότι η ασθένεια και η αναπηρία δεν μπορούν να απομονωθούν από την υποκειμενική εμπειρία και πως ο κάθε ορισμός της υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει και μια κοινωνική και ψυχολογική διάσταση.

Σύμφωνα με τον ορισμό, η υγεία είναι μια ιδανική κατάσταση που κανένας δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί υγιής. Λόγω του ότι η έννοια της υγείας είναι πάλι ασαφής και αντιπροσωπεύει μια μη εφικτή ιδανική κατάσταση, ο Svedberg και συνεργάτες (2004) υποστηρίζουν πως είναι σημαντικό να δώσουμε έναν πιο χειροπιαστό ορισμό ώστε η έννοια της υγείας να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας ρεαλιστικός στόχος για τη νοσηλευτική φροντίδα. Ωστόσο, ο ορισμός του Π.Ο.Υ μπορεί να εμπνεύσει τις χώρες και τις τοπικές κοινωνίες και έτσι να είναι εξαιρετικά χρήσιμος ως οδηγός και υποκινητής της ανάπτυξης. Άλλοι υποστηρίζουν πως ο προσφερόμενος ορισμός είναι μάλλον ένας ορισμός για την ευτυχία παρά για την υγεία και πως αυτό έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κατανομή των πόρων για την κατάλληλη ιατρική φροντίδα. Εντούτοις, ο ορισμός του Π.Ο.Υ έχει παραμείνει έτσι όπως είχε προταθεί αρχικά το 1946 και όπως έχει αναφερθεί, έχει γίνει το απόφθεγμα της υγείας για την ιατρική φροντίδα του 21^{ου} αιώνα. (Rana & Upton, 2009).

Επίσης ορισμένοι επιστήμονες θεωρούν υψηλό επίπεδο υγείας το επίπεδο όπου ο άνθρωπος εμφανίζει αυτοπειθαρχία, υγιή συνείδηση, λύση των ψυχικών και κοινωνικών συγκρούσεων, μέτρο στην ικανοποίηση επιθυμιών, δημιουργικές διαπροσωπικές σχέσεις, αποδοχή των θλίψεων, νίκη κατά των αρνητικών δυνάμεων που υπονομεύουν την υγεία. (Ραγιά, 2009).

1.3 Ολιστική προσέγγιση

Σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση της ιατρικής, η υγεία δεν ισοδυναμεί με την απουσία ασθένειας, αλλά πρόκειται για μια κατάσταση που κατακτάται μέσω της υιοθέτησης κατάλληλων μέτρων. Στόχος της ολιστικής προσέγγισης είναι η θεραπεία του ατόμου ως ολότητα και η επίδειξη ευαισθησίας απέναντι στις ανάγκες του, θεωρώντας το ως ανθρώπινο πλάσμα που βιώνει πόνο ή σωματική καταπόνηση και ως ένα σύνθετο σύνολο σκέψεων και συναισθημάτων και όχι απλώς ως φορέα μιας ασθένειας. (Σαπουντζή, 2004).

Αναλυτικότερα η ολιστική προσέγγιση λαμβάνει υπόψη τις βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνιολογικές και πνευματικές διαστάσεις και ανάγκες του ατόμου. Η σύγχρονη επικέντρωση στον υλισμό υποκινήθηκε από τον Jan Smuts, έναν διακεκριμένο Νοτιοαφρικανό, ο οποίος διαμόρφωσε μια φιλοσοφική θεωρία περί ολισμού. Η αξία την οποία αποδίδουμε στην ανθρώπινη ζωή, η ικανότητά μας να αντιμετωπίζουμε την ασθένεια και το θάνατο, καθώς και οι αποφάσεις μας για τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφερόμαστε σε άλλα άτομα, επηρεάζονται σαφώς από τις βασικές πεποιθήσεις μας για τους άλλους ανθρώπους και τις σχέσεις μας σε αυτούς. Μερικές θεμελιώδεις πεποιθήσεις, που κατέχουν κεντρική θέση στην ολιστική προσέγγιση, είναι οι ακόλουθες:

- Κάθε άτομο αποτελεί μοναδική ολότητα σώματος, μυαλού και πνεύματος. Το ενοποιημένο σύνολο δεν είναι απλώς το άθροισμα των σωματικών μερών. Η αλλαγή σε μία πτυχή της ζωής του ατόμου προκαλεί αλλαγή σε κάθε πτυχή της ύπαρξης του και διαφοροποιεί την ποιότητα του συνόλου.
- Κάθε άτομο έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει τις γνώσεις και τις ικανότητές του και να γίνει πιο στοργικός με τον εαυτό του και τους άλλους.
- Οι άνθρωποι έχουν φυσική ροπή προς την υγεία, καθένας από εμάς έχει την ευθύνη για την καλή κατάσταση της υγείας του, την ανάρρωσή του και τη φροντίδα του εαυτού του.
- Κάθε άτομο δικαιούται να έχει αυτοκυριαρχία και συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνει τις αποφάσεις για ό,τι το αφορά.
- Η επικέντρωση των θεραπευτικών προσπαθειών πρέπει να γίνεται στο άτομο και όχι στην ασθένεια ή στον τραυματισμό.
- Η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγειονομικής φροντίδας και των ασθενών τους θα πρέπει να είναι μια σχέση αμοιβαίας συνεργασίας. Τα πρόσωπα που παρέχουν φροντίδα υγείας παρεμβαίνουν για τον ενήλικο ασθενή μόνον όταν ζητηθεί η βοήθειά τους από τον ίδιο ή όταν δεν μπορούν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες υγείας (DeWit, 2009).

Στην ολιστική προσέγγιση της υγειονομικής φροντίδας, οι παραδοσιακές μέθοδοι των χειρουργικών επεμβάσεων και της συνταγογράφησης φαρμάκων συνδυάζονται με ή αντικαθίστανται από τον βελονισμό, τη ρεφλεξολογία, τη βιοανάδραση και την αυτοσυγκέντρωση για τη μείωση της έντασης και του στρες καθώς και από ποικίλες τεχνικές χαλάρωσης για την αντιμετώπιση του πόνου (DeWit, 2009).

Η Πολυκανδριώτη και συνεργάτες (2013) μελέτησαν τις ανάγκες των ασθενών. τα ευρήματα δείχνουν, ότι σύμφωνα με την ιεράρχηση των αναγκών του Maslow κάθε

άτομο πρέπει να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες υψηλότερου επιπέδου. Όταν το άτομο ασθενεί συνεπάγεται την εμφάνιση πολλών αναγκών στη ζωή του (ψυχοκοινωνικές, σωματικές, προσωπικές, πρακτικές και πνευματικές) που σχετίζονται με την πρόοδο της νόσου. Η αξιολόγηση και η ικανοποίηση των αναγκών αυτών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Τα συμπεράσματα που βγαίνουν από αυτή τη μελέτη είναι ότι ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ενιαία βιολογική, ψυχολογική και πνευματική οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία ενσωμάτωσης της αξιολόγησης των αναγκών του ασθενή στο θεραπευτικό πρόγραμμα.

1.4 Ασθένεια

Η ασθένεια παρουσιάζεται σαν διαταραχή ή παθολογοανατομική αλλοίωση σωματικού οργάνου, που επηρεάζει τις περισσότερες ή και όλες τις λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Διαταράσσεται όλος σχεδόν ο οργανισμός με την εμφάνιση κάποιας ασθένειας, διότι κατά τη σύγχρονη άποψη, κάθε όργανο δεν λειτουργεί ανεξάρτητα από τα άλλα. Υπάρχει «ενιαία οργανική δυσλειτουργία, διεπόμενη από τον ψυχικό παράγοντα».

Επίσης η ασθένεια περιγράφεται σαν αποτυχία ή διαταραχή στην ανάπτυξη, τις λειτουργίες και τις προσαρμογές του ψυχοσωματικού οργανισμού του ανθρώπου ως συνόλου ή ενός από τα συστήματα του με επηρεασμό ολόκληρου του ατόμου. Είναι πράγματι στενές και αλληλένδετες οι σχέσεις μεταξύ των διαφόρων οργάνων και συστημάτων του οργανισμού, μεταξύ σώματος και ψυχής και μεταξύ του όλου ανθρώπου και του περιβάλλοντός του. Πολλές φορές μια ψυχική κατανόηση, διαπροσωπική σύγκρουση ή παρατεταμένο άγχος κάμπτουν τη φυσιολογική αντίσταση, υποβαθμίζουν την άμυνα του οργανισμού, προκαλούν ευαισθησία και επιταχύνουν την εκδήλωση της αρρώστιας (Ραγιά, 2009).

1.4.1 Στάδια ασθένειας

Η ασθένεια κλιμακώνεται σταδιακά υπάρχει ένα μεταβατικό στάδιο (έναρξη), ένα στάδιο αποδοχής (ο ρόλος του πάσχοντα) και το στάδιο της ανάρρωσης (αποκατάσταση). Οι τρόποι συμπεριφοράς των ατόμων όταν βιώνουν μία ασθένεια αποκαλούνται συμπεριφορές ασθένειας. Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα παρακολουθούν και ελέγχουν το σώμα, προσδιορίζουν και ερμηνεύουν τα συμπτώματα, αναζητούν την υγειονομική φροντίδα και ακολουθούν συμβουλές και μέτρα φροντίδας του εαυτού τους προκειμένου να επανακτήσουν την σωματική και πνευματική τους ευεξία. Η συμπεριφορά της ασθένεια συνεπώς εμφανίζει

διάφορα στάδια, σε συμφωνία με τα στάδια της νόσου και τις πεποιθήσεις του ασθενούς (DeWit, 2009).

Μεταβατικό στάδιο

Η έναρξη μπορεί να γίνει με ασαφή, μη ειδικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το άτομο μπορεί να αρνείται ότι αισθάνεται άρρωστο, αλλά αναγνωρίζει ότι υπάρχουν συμπτώματα ασθένειας. Στο στάδιο αυτό γίνεται η αναγνώριση και η παραδοχή ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα υγείας. Καθώς τα συμπτώματα συνεχίζουν ή επιδεινώνονται, ενδέχεται ο ασθενής να λάβει από μόνος του φάρμακα ή να ζητήσει ιατρική βοήθεια.

Στάδιο αποδοχής

Η αποδοχή λαμβάνει χώρα καθώς παύει η άρνηση της ασθένειας και αναλαμβάνεται ο ρόλος του πάσχοντα. Αυτό το στάδιο περιλαμβάνει αναγνώριση και παραδοχή της ασθένειας, συμμετοχή σε ενέργειες και μέτρα για την ανάκτηση της υγείας, ενώ εγκαταλείπονται οι συνηθισμένες υποχρεώσεις και ρόλοι. Μερικά άτομα αναβάλλουν την επίσκεψη στον ιατρό για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γιατί ο φόβος για το τι πρόβλημα μπορεί να υποκρύπτεται και η υποβολή σε εξετάσεις και διαγνωστικές διαδικασίες συχνά προκαλούν άγχος.

Στάδιο ανάρρωσης

Η ανάρρωση αποτελεί τη διαδικασία αποκατάστασης μετά από μια ασθένεια και της ανάκτησης της υγείας. Αν η ασθένεια ή η νόσος είναι χρόνια, η φάση της πλήρους ανάρρωσης αντικαθίστανται από την προσαρμογή στους όποιους περιορισμούς και την επικοδομητική χρήση των εναπομεινασών δυνατοτήτων ή από δυσπροσαρμογή (DeWit, 2009).

1.4.2 Βιοψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ασθένειας

Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό γεγονός, αλλά και ψυχολογικό και κοινωνικό. Προκαλεί αλλαγές στη λειτουργία του οργανισμού, επιδρά στη ψυχική κατάσταση του ανθρώπου, επηρεάζει τη συμπεριφορά του και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η αρρώστια διαταράζει τις βιοχημικές επεξεργασίες και τη δυναμική ομοιόσταση του ανθρώπινου οργανισμού και δημιουργεί λειτουργικές ή μορφολογικές ανωμαλίες. Προκαλεί σημεία και συμπτώματα μεταξύ των οποίων τα συνηθέστερα είναι: πόνος, πυρετός, αλλαγές στον ρυθμό και τον χαρακτήρα του σφυγμού και της αναπνοής, αϋπνία, ανορεξία, ναυτία, έμετος, γενική κακουχία, αδυναμία, μεταβολές στα στοιχεία του αίματος, διαταραχή της λειτουργίας διαφόρων συστημάτων (Καραδήμας, 2005).

Η ασθένεια ανεξάρτητα από διάγνωση, αποτελεί απειλή για τον άνθρωπο με ποικίλους τρόπους. Κατά την πρώτη εισβολή της, η αρχική αντίδραση του ανθρώπου συνήθως είναι ο φόβος. Ο φόβος του αγνώστου και του απροσδόκητου, του παρόντος και του μέλλοντος, των στερήσεων και θυσιών τις οποίες πιθανών να απαιτήσει η αρρώστια, της ανάγκης αναθεώρησης των αξιών και σκοπών του έντονου πόνου, της αναπηρίας και φόβος του θανάτου. Υποχρεώνει τον άνθρωπο να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητές του. γίνεται εγωκεντρικός, αγχώδης και απαιτητικός (Καραδήμας, 2005).

Η ασθένεια είναι προσωπική οδυνηρή εμπειρία και ψυχολογική κρίση. Ιδιαίτερα όταν χρονίζει, επηρεάζει όχι μόνο το ίδιο το άτομο αλλά και την οικογένειά του. Το είδος και η έκταση του επηρεασμού εξαρτάται κυρίως από τρεις παράγοντες:

1. Ποιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο
2. Πόσο σοβαρή και παρατεινόμενη είναι η αρρώστια
3. Ποιες είναι οι κοινωνικές συνήθειες της οικογένειας.

Οι αλλαγές που μπορούν να συμβούν συνήθως στην οικογένεια είναι:

- Αλλαγές στους προσωπικούς ρόλους
- Ανακατανομή έργων
- Αυξημένο στρες για την έκβαση της αρρώστιας
- Οικονομικά προβλήματα
- Αισθήματα μόνωσης ως αποτέλεσμα χωρισμού και επικείμενης απώλειας αρρώστου
- Αλλαγή στις κοινωνικές συνήθειες.

Μια μεγάλη ποικιλία παραγόντων και με διαφορετική ένταση επιδρούν στις διεργασίες της σκέψης και αντίληψης καθώς και στη συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα τόσο του συγκεκριμένου αρρώστου όσο και της οικογένειας του. Κατά συνέπεια, η ψυχοκοινωνική εκτίμηση πρέπει να συμπεριλαμβάνεται πάντα στη γενική νοσηλευτική εκτίμηση κάθε αρρώστου, κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στη φροντίδα του (Ραγιά, 2009).

1.4.3 Πρόληψη ασθένειας

Οι πρακτικές της πρόληψης της ασθένειας συνδέονται με την προαγωγή της υγείας. Απαρτίζονται από προσωπικές τακτικές τις οποίες τις εφαρμόζει ένα άτομο για να μειώσει τη δυνητική ή άμεση απειλή ασθένειας. Τέτοιες πράξεις διαχωρίζονται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη. Η πρωτογενής πρόληψη απομακρύνει ή καθυστερεί την εμφάνιση μιας συγκεκριμένης ασθένειας ή διαταραχής. Η

δευτερογενής πρόληψη αποτελείται από την υιοθέτηση κατευθυντήριων οδηγιών για την ανίχνευση των ασθενειών οι οποίες θεραπεύονται εύκολα όταν εντοπιστούν έγκαιρα ή για τον εντοπισμό της υποτροπής μιας ασθένειας. Η τριτογενής πρόληψη απαρτίζεται από μέτρα αποκατάστασης όταν πλέον η ασθένεια ή η διαταραχή έχει σταθεροποιηθεί.

Η υιοθέτηση τέτοιων τακτικών έχει συνδεθεί με ένα καλύτερο επίπεδο υγείας για άτομα οποιασδήποτε ηλικίας, φύλου ή οικονομικής κατάστασης. Οι προτεραιότητες για υγιή άτομα περιλαμβάνουν την εκπαίδευση για την πρόληψη ασθενειών και ατυχημάτων, την προαγωγή της υγείας και συμπεριφορών ατομικής φροντίδας (DeWit, 2009).

1.4.4 Ολιστική θεωρία της ασθένειας

Λόγω του ότι όλες οι ασθένειες μπορεί τελικά να πηγάζουν από πολλαπλούς παράγοντες, μία ολιστική θεώρηση της ασθένειας μπορεί να χρησιμεύσει ως βάση για την κατανόηση όλων των ανθρώπινων διαταραχών. Αναγνωρίζοντας την πολύπλοκη αλληλοσυσχέτιση των ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων ο νοσηλευτής μπορεί να κατανοήσει πληρέστερα την ολότητα σώματος και νου. Τα άτομα που αναζητούν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας λόγω σωματικών συμπτωμάτων, συχνά έχουν παραμελήσει τις ψυχολογικές τους ανάγκες. Αυτές οι ανικανοποίητες ανάγκες μπορεί να συνιστούν την πρωτογενή αιτία της εμφάνισης των συμπτωμάτων, ή ακόμη αυτές οι ανάγκες να είναι ο λόγος που το άτομο αποφασίζει να αναζητήσει βοήθεια. Ακόμη και αν εφαρμόζονται οι πιο προηγμένες τεχνολογικά διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Η άγνοια για τους ψυχολογικούς παράγοντες της αρρώστιας μπορεί να είναι τόσο ολέθρια όσο στην περίπτωση εκείνη που θα αγνοούνταν τα βιολογικά της χαρακτηριστικά. Τα ψυχολογικά αυτά χαρακτηριστικά αν δεν ληφθούν υπόψη μπορεί να υπονομεύσουν την κατάλληλη ιατρική θεραπεία (Kneisl et al., 2009).

1.5 Ορισμός του πόνου

Σε γενικές γραμμές, ο πόνος ορίζεται ως μια συναισθηματική και αισθητηριακή ενόχληση που σχετίζεται συνήθως, αλλά όχι πάντα, με την καταστροφή ιστών του σώματος. Βάσει μιας πιο σφαιρικής θεώρησης, ο πόνος ορίζεται ως « μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία ευεξίας σε σωματικό, συναισθηματικό ή διανοητικό επίπεδο ή ... μια ενόχληση που κυμαίνεται από την ήπια δυσφορία ή την ελαφρά ανησυχία έως την οξεία ή αφόρητη αγωνία και το μαρτύριο. Ενδέχεται να είναι γενικευμένος και διάχυτος ή να εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο και είναι απόρροια ενός σωματικού ή ψυχικού τραύματος. Συνήθως προκαλεί την επιθυμία αποφυγής, διαφυγής ή εξάλειψης του αιτιολογικού παράγοντα που τον προκαλεί, αλλά και των

συνεπειών του. »

Σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό, η έννοια του πόνου αναφέρεται στην «πλήρη βίωση ενός επιβλαβούς ερεθίσματος, η οποία επηρεάζεται από το τρέχον πλαίσιο όπου εντάσσεται και εκδηλώνεται ο πόνος, τις προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου, τη διαδικασία της μάθησης και τις γνωστικές διεργασίες».

Επίσης ο πόνος έχει οριστεί ως μια ψυχολογική εμπειρία που περιλαμβάνει «α) μια προσωπική, υποκειμενική αίσθηση βλάβης, β) ένα επιβλαβές ερέθισμα, το οποίο σηματοδοτεί την τρέχουσα ή την επικείμενη καταστροφή των ιστών του σώματος και γ) ένα σύνολο αντιδράσεων που στόχο έχει την προστασία του οργανισμού από τη ζημιά».

Τέλος, σε έναν άλλον ορισμό αναφέροντα τα εξής «Από μια άποψη ο πόνος είναι μια αίσθηση, αλλά από μια άλλη είναι ένα συναισθηματικό- κινητοποιητικό φαινόμενο που οδηγεί σε συμπεριφορές διαφυγής ή αποφυγής.» (DiMatteo & Martin, 2011).

1.6 Ο πόνος του αρρώστου.. νοσηλευτικό πρόβλημα

Ο πόνος είναι το πιο δύσκολο πρόβλημα στη φροντίδα του αρρώστου, διότι προκαλεί δυσαρμονία στον όλο άνθρωπο. Η κλινική παρατήρηση αλλά και οι μαρτυρίες των αρρώστων παρέχουν ενδείξεις, ότι το όριο ανοχή μεταβάλλεται αρνητικά με την επίδραση ορισμένων παραγόντων, όπως είναι η αϋπνία, το άγχος, ο θυμός, η μελαγχολία το αίσθημα της μόνωσης. Αντίθετα ο ύπνος, η κατανόηση και η συμπαράσταση από το περιβάλλον, η απασχόληση, το υψηλό ηθικό, τα αναλγητικά και αγχολυτικά φάρμακα ενισχύουν το όριο ανοχής του πόνου.

Έρευνα που μελέτησε το φαινόμενο του πόνου σε αρρώστους με καρκίνο του πνεύμονα βρήκε ότι είχε μεν μεγαλύτερη σχέση με τα σωματικά προβλήματα, αλλά και μεγάλη σχέση με ψυχολογικά στοιχεία, όπως άγχος, φόβο αναπηρίας, μετάστασης ή θανάτου. Επίσης και με διαπροσωπικά στοιχεία, όπως οικογενειακά, επαγγελματικά, οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες επικοινωνίας με γιατρούς και νοσηλευτές. Κατόπιν των ευρημάτων αυτών η έρευνα προτείνει.. η νοσηλευτική φροντίδα να εκτιμά όλες τις πλευρές του πόνου των αρρώστων και ανάλογα να παρεμβαίνει (Ραγιά, 2009).

1.7 Αρχές και δυνατότητες πρόληψης και ανακούφισης του πόνου/ νοσηλευτικές διεργασίες

Για την αποτελεσματική πρόληψη και ανακούφιση του πόνου του αρρώστου, ο

νοσηλευτής χρειάζεται και άλλες γνώσεις από διάφορες επιστήμες.

Γενικές αρχές

- Η ανακούφιση του πόνου πρέπει να έχει προτεραιότητα στη φροντίδα του αρρώστου.
- Η καταπολέμησή του συμβάλλει σημαντικά στη σωματική και ψυχική ευεξία.
- Κάθε πόνος είναι πραγματικός, ανεξάρτητα γνωστής σωματικής αιτίας. Ακόμη και ο ψυχογενής πόνος μπορεί να έχει σωματική εντόπιση και όμοιες ιδιότητες με εκείνες του οργανικού πόνου.
- Μη εξωτερίκευση του πόνου δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει.
- Ο πόνος προσβάλλει ολόκληρο τον άνθρωπο.
- Όχι μόνο τα φάρμακα και οι θεραπείες αλλά και η προσέγγιση των νοσηλευτών παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και στην ανακούφιση του πόνου.
- Η αντιμετώπιση του πόνου αποτελεί ευθύνη νοσηλευτών, γιατρών και του ίδιου του ασθενή.

Στην πρόληψη του πόνου βοηθούν οι ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Μετακίνηση του αρρώστου με επιδέξιους χειρισμούς.
- Αποφυγή και ανακούφιση κάθε πίεσης.
- Προ-εγχειρητική διδασκαλία του αρρώστου για μετεγχειρητική αποφυγή του πόνου.
- Πρόληψη οδυνηρών επιπλοκών όπως λοιμώξεις, κατακλίσεις, μυόσπασμοι, πνευμονική συμφόρηση και κυκλοφορική ανεπάρκεια.
- Συστηματική παρακολούθηση και φροντίδα ώστε να λειτουργούν καλά οι παροχετεύσεις, να χαλαρώνουν οι μυς και να διατηρείται το ισοζύγιο ύδατος και ηλεκτρολυτών.
- Πρόβλεψη των αναγκών του αρρώστου, εκδήλωση κατανόησης και ενδιαφέροντος και εξασφάλιση ψυχολογικής άνεσης.
- Απόσπαση της προσοχής και απασχόληση του αρρώστου με ότι τον ενδιαφέρει (Ραγιά, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

2.1 Ο κλάδος της ψυχολογίας της υγείας

Μέχρι πρόσφατα, η πλειονότητα των ψυχολόγων ασχολούνταν σχεδόν αποκλειστικά με ζητήματα ή προβλήματα που αφορούσαν την «ψυχή». Στον κλάδο της ψυχολογίας, ο

όρος «ασθένεια» αναφερόταν παραδοσιακά σε γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια, το άγχος ή η κατάθλιψη. Ωστόσο, τα τελευταία σαράντα χρόνια, οι ψυχολόγοι άρχισαν να μελετούν τη σχέση της ψυχικής «ασθένειας» με το σώμα, δηλαδή με την υλική υπόσταση του ανθρώπου. Οι ψυχολόγοι της υγείας έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν τις πιθανές σημαντικές προεκτάσεις του έργου τους, το οποίο περιλαμβάνει πλέον θέματα σχετικά με την απόκτηση και τη διατήρηση της σωματικής υγείας και ευεξίας. Μάλιστα, έχουν ιδιαίτερη επίγνωση της αλληλεπίδρασης που υπάρχει ανάμεσα στη θεωρία, την έρευνα και την πρακτική σε ό,τι αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου, την κατανόηση της ασθένειας. Λόγω των εξελίξεων που σημειώθηκαν στη φροντίδα της υγείας, οι ευκαιρίες που παρουσιάζονται στους ψυχολόγους, προκειμένου να συνεισφέρουν στη διαδικασία της φροντίδας της υγείας, συνήθως πολλαπλασιάζονται (Cumplings, 1996: Newman & Reed, 1996).

Πρώτος στόχος της ψυχολογίας που ασχολείται με θέματα υγείας θεωρείται η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, καθώς και η ανάπτυξη συνηθειών και συμπεριφορών που την προστατεύουν. Ένας δεύτερος στόχος της ψυχολογίας που εξειδικεύεται σε θέματα υγείας είναι η πρόληψη και η ολιστική θεραπεία ασθενειών. Ποικίλες ψυχολογικές παρεμβάσεις και τεχνικές χρησιμοποιούνται για τη μείωση των διαταραχών της υγείας. Προτείνονται συγκεκριμένα μέτρα που αποσκοπούν στην αποτελεσματική προσαρμογή των αρρώστων στις συνθήκες που επιβάλλει η πάθησή τους. Τρίτος στόχος επικεντρώνεται στις αιτίες των ασθενειών και στη διάγνυσή τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

2.2 Ψυχολογία και σωματική υγεία

Συχνά αναφερόμαστε στις σωματικές νόσους που έχουν μια ψυχολογική παράμετρο, ως ψυχοσωματικές διαταραχές. Καθώς αυτός ο όρος είναι ασαφής και έχει περιορισμένη αξία στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην έρευνα, στο DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) χρησιμοποιείται ο όρος ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στη σωματική κατάσταση (ΨΠΕΣΚ). Το σημαντικό χαρακτηριστικό αυτής της κατηγορίας είναι η παρουσία ενός ή περισσοτέρων ψυχολογικών ή συμπεριφορικών χαρακτηριστικών που επηρεάζουν δυσμενώς μια σωματική νόσο. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την πορεία μιας σωματικής νόσου, να εμποδίσουν τη θεραπεία της, ή να αποτελέσουν ένα επιπρόσθετο κίνδυνο για την υγεία. Μπορεί να είναι ένας ή συνδυασμός των παρακάτω :

- Μια ψυχική διαταραχή που επηρεάζει την πορεία της θεραπείας μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
- Ένα ψυχολογικό σύμπτωμα επηρεάζει την πορεία της θεραπείας μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
- Ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή ο τρόπος αντιμετώπισης επηρεάζουν την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
- Μια δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά επηρεάζει την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής σωματικής κατάστασης της νόσου.
- Μία βιολογική αντίδραση που προκύπτει λόγω ενός στρεσογόνου παράγοντα επηρεάζει την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής σωματικής κατάστασης.
- Μια βιολογική αντίδραση που προκύπτει λόγω ενός στρεσογόνου παράγοντα επηρεάζει την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής σωματικής κατάστασης.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2000, P. 732), η κατηγορία ΨΠΕΣΚ θα πρέπει να αποδίδεται σε καταστάσεις κατά τις οποίες :

- Οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την πορεία ή την έκβαση της σωματικής κατάστασης της νόσου, ή
- Οι ψυχολογικοί παράγοντες θέτουν το άτομο σε σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για μία ανεπιθύμητη έκβαση της σωματικής κατάστασης.

Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει απόδειξη της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων και της σωματικής κατάστασης παρ' όλο που μπορεί να μην είναι δυνατό να προσδιοριστούν οι ψυχολογικοί παράγοντες ως οι άμεσες αιτίες ή να εξακριβωθεί ακριβώς πως λειτουργούν (Kneisl et al., 2009).

Συμπερασματικά η αλληλεπίδραση μεταξύ του νευρικού και του ανοσοποιητικού συστήματος διαμορφώνει τη βάση για τη Ψυχοσωματική Ιατρική. Ένα ικανό πλήθος ενδείξεων πείθει ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση και την πορεία της σωματικής νόσου. Η προαναφερθείσα αλληλεπίδραση δεν είναι μονοσήμαντη. Όχι μόνο το νευρικό σύστημα ασκεί με τις λειτουργίες του τροποποιητικές επιδράσεις, αλλά και οι λειτουργίες του ανοσοποιητικού ανατροφοδοτούν τόσο τις λειτουργικές επιδόσεις όσο και τις διαταραχές του νευρικού συστήματος. Έτσι, οι συντεταγμένες δραστηριότητες του νευρικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, με τις αποκλίσεις τους, θεωρείται ότι συνεισφέρουν στην εκδήλωση και εξέλιξη πλείστων παθήσεων (Παπαγεωργίου, 2012).

2.3 Η εισαγωγή στο νοσοκομείο

Προφανώς η ασθένεια και η έλλειψη ευεξίας δεν είναι ευχάριστη εμπειρία και η σοβαρή ασθένεια είναι ακόμη χειρότερη. Ωστόσο, η εισαγωγή στο νοσοκομείο έχει κάποιες αρνητικές συνέπειες: ψυχολογική, κοινωνική και σωματική κατάρρευση που μπορεί να οφείλεται σε κάποιες νέες εμπειρίες που μπορούν να είναι εξαιρετικά στρεσογόνες. Το προσωπικό του νοσοκομείου έχει μεγάλη επίδραση στην εμπειρία του κάθε νοσηλευόμενου και θα πρέπει να έχει ευθύνη για τη βελτίωση της εμπειρίας αυτής. Το πιο βασικό στοιχείο του νοσοκομείου είναι ότι το περιβάλλον προκαλεί αποξένωση στους περισσότερους ανθρώπους, ενώ για τους νοσηλευτές είναι ο χώρος εργασίας και μπορούν να το αντιμετωπίζουν ως μια συνηθισμένη εμπειρία. Για τον νοσηλευόμενο είναι άγνωστο το περιβάλλον εργασίας του νοσηλευτή και μπορεί να αισθάνεται "ξένος" και να χάνεται μέσα στη δομή, τη γλώσσα και τη διαδικασία αυτού του περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ανησυχία για την ασθένεια. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να ελέγξει κάποιους από αυτούς τους στρεσογόνους παράγοντες (Rana & Upton, 2009).

Η ανησυχία είναι πιθανώς, το συνηθέστερο και το κυρίαρχο συναίσθημα που βιώνει ο νοσηλευόμενος και αυτό πιθανώς θα είναι κοινό στους περισσότερους νοσηλευόμενους, ανεξαρτήτως του λόγου για τον οποίο βρίσκονται στο νοσοκομείο. Εάν τα προβλήματα υγείας κάποιου ατόμου δεν έχουν ακόμα διαγνωστεί, τότε το άτομο θα ανησυχεί κυρίως για τη διάγνωση, για τα προβλήματα που θα προκύψουν και πως η ασθένεια θα επηρεάσει τη ζωή του. Εάν η διάγνωση έχει γίνει, θα ανησυχεί για πολλά άλλα ζητήματα, όπως το πώς θα είναι η θεραπεία και ο βαθμός που αυτή θα είναι επιτυχής. Ακόμα και αυτοί που βλέπουν πιο θετικά την κατάσταση της υγείας τους και θεωρούν ότι τα προβλήματα με την υγεία θα αντιμετωπιστούν, δεν παύουν να βιώνουν άγχος για τη διαδικασία και τα αποτελέσματα της θεραπείας τους. Αναμφίβολα υπάρχει μια διαφορά μεταξύ μιας επέμβασης που την αποφασίζει το ίδιο το άτομο και μίας επείγουσας διαγνωστικής επέμβασης και θεραπείας. Όμως όλες οι διαδικασίες εμπειριέχουν το συναίσθημα της αγωνίας (Rana & Upton, 2009).

Πολλές από τις ανησυχίες των νοσηλευόμενων πηγάζουν από τις ανασφάλειες εξαιτίας της πληροφόρησης ή ακόμα και της στοιχειώδους κατανόησης. Αν και η ελλιπής πληροφόρηση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι εξετάσεις δεν έχουν ακόμα ολοκληρωθεί ή ακόμα στο γεγονός ότι κανένας επαγγελματίας υγείας δεν έχει διαθέσιμο χρόνο για να πληροφορήσει τον νοσηλευόμενο. Τα νοσοκομεία είναι πολυάσχολοι χώροι και ο περιορισμένος χρόνος του ιατρικού, νοσηλευτικού και υπόλοιπου προσωπικού ευθύνεται για την έλλειψη παροχής πληροφόρησης στους

νοσηλευόμενους. Η ελλιπής πληροφόρηση μπορεί να οδηγήσει τον νοσηλευόμενο στη μη συνταύτιση με τη θεραπεία και τις ιατρικές συμβουλές καθώς επίσης και στην πρόκληση συναισθηματικής ταλαιπωρίας. Επομένως, η απουσία πληροφόρησης μπορεί να σχετίζεται με αρνητικές συνέπειες τόσο στη ψυχολογία του ατόμου όσο και στη σωματική του υγεία (Rana & Upton, 2009).

Ο Zuk και συνεργάτες (2003) διεξήγαγαν μία μελέτη με στόχο να περιγράψουν την ψυχολογική κατάσταση των νοσηλευόμενων στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο του Λούμπλιν. Τα ευρήματα δείχνουν ότι ένα μεγάλο ποσοστό είχε λάβει πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία. Το 87% των ασθενών ήταν συνεργάσιμοι στη θεραπεία και το 55% του ποσοστού αναμενόταν η βελτίωση της υγείας τους. Το 63,5% αισθανόταν ότι δεν είχε περιορισμό της ελευθερίας του εξαιτίας της νοσηλείας. Αντίθετα το 79,3% των ασθενών επισήμανε ότι αντιμετώπισε δυσκολίες κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο. Οι μελετητές κατέληξαν στο γεγονός ότι οι άνθρωποι στο νοσοκομείο αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα, επισημαίνοντας ότι υπάρχει ανάγκη για ψυχολογική βοήθεια γι' αυτούς τους ανθρώπους.

2.3.1 Η σημασία της μείωσης του φόβου κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο

Οι αντιδράσεις φόβου και άγχους λόγω κλασσικής εξαρτημένης μάθησης είναι ενοχλητικές και δύσκολες στη θεραπεία. Γι' αυτό και η πρόληψη είναι πάντα καλύτερη. Στα νοσοκομειακά πλαίσια αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την καλύτερη προετοιμασία του ασθενούς για προγραμματισμένες διαδικασίες. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές, οι γιατροί και οι θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να περιμένουν πιθανά τρομακτικά ή οδυνηρά ερεθίσματα έτσι ώστε να μην βιώσουν ξαφνικό ή αναπάντεχο πόνο ή άλλες δυσάρεστες εμπειρίες. Αποτελεί συχνό ισχυρισμό το γεγονός πως δεν είναι απαραίτητο να ανησυχούμε τους ασθενείς λέγοντάς τους για την πιθανότητα να βιώσουν πόνο ή ενόχληση, από την στιγμή που αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια αυτό- εκπληρούμενη προφητεία. Όμως δεν υπάρχουν αποδείξεις για να στηρίξουν κάτι τέτοιο αλλά υπάρχουν πολλές αποδείξεις, πως είναι πολύ σημαντική η προετοιμασία, για το τι πρόκειται να συμβεί και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί (Walker et al., 2011).

2.3.2 Η ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στο νοσοκομείο

Οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι πρέπει να διαχειριστούν αρκετά σημαντικά θέματα, τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά, έχοντας ως κυρίαρχο συναίσθημα το άγχος.

Αυτό μπορεί να αλλάξει με την πάροδο του χρόνου, αλλά η προσαρμογή θα είναι σταδιακή. Τα περισσότερα άτομα που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση, βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, τα οποία είναι ιδιαίτερα υψηλά κατά την εισαγωγή τους, παραμένουν αρκετά υψηλά πριν από την επέμβαση/θεραπεία και μετά μειώνονται σταθερά κατά το υπόλοιπο της διαμονής τους. Κάποιες φορές, τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται με το χρόνο, όσο η κατάσταση επιδεινώνεται ή όσο τα αποτελέσματα των εξετάσεων γίνονται ξεκάθαρα και αρνητικά, ή όσο η πλήρης σημασία της κατάστασης γίνεται ξεκάθαρη. Άλλοι με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να ξεκινήσουν με μεγάλο άγχος, αλλά με την κατάλληλη δομή και υποστήριξη του νοσοκομείου να καταφέρουν να μειώσουν το άγχος του και να αυξηθεί ξανά λίγο πριν από το εξιτήριό τους. Το πώς ο νοσηλευόμενος προσαρμόζεται στο δικό του πρόβλημα υγείας και στη θεραπεία του στο νοσοκομείο εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία του ατόμου, το φύλο και τα αντιλαμβανόμενα χαρακτηριστικά της ασθένειας ή του τραυματισμού. Για παράδειγμα, τα νεαρά άτομα συχνά δυσκολεύονται περισσότερο να αντιμετωπίσουν μια σοβαρή ασθένεια από ότι οι άλλοι ενήλικες. Επίσης, οι άνδρες τείνουν να ανησυχούν περισσότερο από τις γυναίκες για ασθένειες που μειώνουν τη ζωτικότητα/ δύναμη τους και τις σωματικές ικανότητες τους, από την άλλη οι γυναίκες συχνά δυσκολεύονται πολύ να προσαρμοστούν στην αλλαγή της εικόνας του σώματός τους, όπως οι τραυματισμοί στο πρόσωπο, η απώλεια ενός μαστού ή όταν υποβάλλονται σε γυναικολογικές επεμβάσεις (Walsgrove, 1999).

Σύμφωνα με την Πολυκανδριώτη και συν. (2014) η συστηματική προσέγγιση του άγχους των μη ψυχιατρικών ασθενών συμβάλλει σημαντικά στην αντιμετώπισή του. Αρχικά είναι αναγκαίο να γίνει η διερεύνηση των βιολογικών αιτιών αλλά και της πιθανότητας του άγχους να αποτελεί εκδήλωση ψυχιατρικής διαταραχής. Εφόσον γίνει η διάγνωση του άγχους ως αντίδραση του ασθενή στη νόσο είναι απαραίτητο να γίνει η διερεύνηση των ψυχολογικών μηχανισμών που κινητοποιεί προκειμένου να το αντιμετωπίσει. Η διερεύνηση θα γίνει επίσης στην προσωπικότητα του ατόμου, στα ψυχο-κοινωνικά προβλήματα που ίσως αντιμετωπίζει, στο υποστηρικτικό του περιβάλλον καθώς και στο προσωπικό νόημα που αποδίδει στη νόσο. Καταλήγουν ότι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άγχους είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής με ψυχολογικές θεραπείες όπως η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, οι οποίες έχουν στόχο να αλλάξουν τα πρότυπα σκέψης, συμπεριφοράς και πεποιθήσεων.

2.4 Ο ρόλος του ασθενή στο νοσοκομείο

Οι σχέσεις μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας στο νοσοκομείο δεν επηρεάζονται μόνο από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και από τη συμπεριφορά του νοσηλευόμενου. Το νοσοκομείο είναι ένα άγνωστο και περίεργο περιβάλλον, που απαιτεί ψυχολογικές και κοινωνικές προσαρμογές που πολλοί νοσηλευόμενοι δυσκολεύονται να κάνουν. Πρέπει να συνηθίσουν στην έλλειψη ιδιωτικότητας, τους κανόνες και τα ωράρια, και να έχουν περιορισμένο έλεγχο σε ό,τι συμβαίνει γύρω τους εξαιτίας του γεγονότος ότι εξαρτώνται από άλλους. Όλα αυτά περιπλέκουν τη ψυχολογική μετάβαση στο ρόλο του νοσηλευόμενου (Rana & Urton, 2009).

Όταν οι άνθρωποι αρρωσταίνουν, θεωρούνται "άρρωστοι" ή όταν εισάγονται στο νοσοκομείο έχουν κάποια ιδέα για το πώς πρέπει να συμπεριφερθούν, αυτό αποκαλείται "ρόλος του νοσηλευόμενου". Ο Parsons (1951a), ένας κοινωνιολόγος, περιέγραψε το ρόλο του νοσηλευόμενου ως όχι απλώς "μία κατάσταση εξαιτίας ενός γεγονότος" η κατάσταση, είναι ένας συγκεκριμένος ρόλος. Στις δυτικές κοινωνίες ο ρόλος αυτός περιλαμβάνει μεγάλες προσδοκίες, οι οποίες ενέχουν δικαιώματα και καθήκοντα/ υποχρεώσεις (Parsons 1951a, σελ 436-437).

Τα Δικαιώματα είναι:

1. Ο νοσηλευόμενος προσωρινά απαλλάσσεται από τους υπόλοιπους συνηθισμένους κοινωνικούς του ρόλους. Η απαλλαγή εξαρτάται από τη σοβαρότητα της ασθένειας.
2. Ο νοσηλευόμενος γενικά δεν είναι υπεύθυνος για την κατάστασή του. Η ασθένεια θεωρείται πέραν του ελέγχου του ατόμου και γι' αυτό δεν θεραπεύεται απλά με τη δύναμη της θέλησης.
3. Ο νοσηλευόμενος έχει δικαίωμα στη φροντίδα.

Τα καθήκοντα/ υποχρεώσεις είναι:

1. Ο ρόλος του ως "νοσηλευόμενος" δεν είναι ευχάριστος για αυτό και έχει την υποχρέωση να προσπαθεί να "γίνει καλά". Σε αυτό το πλαίσιο, η απαλλαγή από τις συνηθισμένες ευθύνες είναι προσωρινή και σχετίζονται με τη θέληση και την προσπάθεια να γίνει καλά.
2. Ο νοσηλευόμενος έχει την υποχρέωση να αναζητά την κατάλληλη βοήθεια από επαγγελματίες με τα ανάλογα προσόντα και να συνεργάζεται στη διαδικασία της ανάρρωσης (Rana & Urton, 2009).

Υπάρχουν δύο υποβόσκοντα ζητήματα στο ρόλο του νοσηλευόμενου, το πόσο

ευάλωτος είναι και η απόκλιση που μπορεί να παρουσιάσει. Ένα άτομο που μπαίνει στο ρόλο του νοσηλευόμενου θεωρείται ευάλωτο λόγω των απειλητικών συμπτωμάτων, παρουσιάζει παθητική στάση, δείχνει εμπιστοσύνη, αναμένοντας την ιατρική βοήθεια και γι' αυτό το λόγο μπορεί να πέφτει θύμα εκμετάλλευσης από άλλους.

Το να πάσχει κάποιος από μια ασθένεια μπορεί να θεωρείται απειλή για την κοινωνία και τον κοινωνικό τρόπο ζωής. Οι άνθρωποι που πάσχουν ανακουφίζονται από τις κοινωνικές τους υποχρεώσεις και μπορούν να αποφύγουν τις ευθύνες τους. Επιπλέον, η κοινωνία μπορεί να τίθεται υπό εκμετάλλευση και έτσι πρέπει να υπάρχει κάποια μορφή προστασίας της κοινωνίας. Το ιατρικό επάγγελμα δρα με αυτόν τον τρόπο παρέχοντας κάποιου είδους "προστασία" ενάντια σε αυτή την απόκλιση (Rana & Upton, 2009).

2.4.1 Ο ρόλος του ασθενή στο νοσοκομείο και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Στα πλαίσια της προσαρμογής του ασθενούς στο νοσοκομείο και τις συνέπειες της νόσου, ο νοσηλευτής συνήθως παρέχει φροντίδα, πληροφορεί, διευκρινίζει τις «παρεξηγήσεις», προετοιμάζει τους ασθενείς αλλά και τα μέλη της οικογένειας του, συμβουλευόντας τους πάνω σε γεγονότα ή συναισθήματα που μπορεί να υπάρχουν κι τους γνωστοποιεί άλλες πηγές διαθέσιμης βοήθειας. Μερικές φορές η προσαρμογή γίνεται σχεδόν αυτόματα, είναι απλή για το άτομο, ιδίως όταν οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος είναι βιολογικά και ψυχολογικά αποδεκτές. Συνήθως όμως, η προσαρμογή είναι δύσκολη, περιπλέκεται και αναγκάζει το άτομο να αναπτύξει διάφορες συμπεριφορές μη κοινωνικά αποδεκτές. Ο νοσηλευτής που είναι ο κύριος εκφραστής της παροχής φροντίδας στον ασθενή, θα πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι συνηθισμένες αντιδράσεις του ασθενούς σε μια δεδομένη κατάσταση μιας σοβαρής και όχι μόνο ασθένειας, να αξιολογεί και να ενθαρρύνει την έκφραση θετικών αλλά και αρνητικών συναισθημάτων όπως είναι ο θυμός και η λύπη. Αν ο νοσηλευτής κατανοήσει την ανάγκη του ασθενούς να εκφράσει το θυμό του, μπορεί να αποδεχθεί αυτό το συναίσθημα, ειδικά όταν κατευθύνεται στον ίδιο και να μένει δίπλα του υποστηρικτικά χωρίς να τον απορρίπτει (Παπαγεωργίου, 2012).

2.5 Αποπροσωποποίηση

Ένας πιθανός κρυφός κίνδυνος που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας ασθενής κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, είναι να μην αντιμετωπίζεται ως άτομο, αλλά ως κατάσταση. Ένα κοινό χαρακτηριστικό του τρόπου που οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αλληλεπιδρούν με τους νοσηλευόμενους ονομάζεται αποπροσωποποίηση ή η αντιμετώπιση του ατόμου σαν να μην είναι παρών είτε ως να μην είναι άτομο. Ο

Goffman (1961), ένας κοινωνιολόγος, πρώτος περιέγραψε αυτό το χαρακτηριστικό ως “μη-ατομική αντιμετώπιση/ χειρισμό” – ο νοσηλευόμενος αντιμετωπίζεται σαν “ένα περιουσιακό στοιχείο που κάποιος άφησε”. Αυτό έχει παρατηρηθεί πρόσφατα από τους Hornesten και συνεργάτες (2005) να είναι ακόμα πιο έντονο, υποστηρίζοντας την έντονη ανάγκη των νοσηλευόμενων να αντιμετωπίζονται ως άτομα και όχι απλώς σαν νοσηλευόμενοι με κάποια ασθένεια ή “σαν περίπτωση”. Αυτό αναφέρεται επίσης, από τους Kralik και συνεργάτες (1997), οι οποίοι κάνουν λόγο για την “αποστασιοποιημένη νοσηλευτική” με τους νοσηλευόμενους να αντιμετωπίζονται ως αριθμοί, δηλαδή αποπροσωποποιημένοι, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ευάλωτοι και ανασφαλείς (Rana & Upton, 2009).

Οι νοσηλευτές μπορεί να πέφτουν στην παγίδα του να μην αντιμετωπίζουν τους νοσηλευόμενους ως άτομα (σε συνάφεια με τις παρατηρήσεις των Kralik et al., 1997), ώστε να απομακρυνθούν από το γεγονός ότι το σώμα το οποίο φροντίζουν ανήκει σε ένα σκεπτόμενο, αγχωμένο και ανήσυχο άτομο που παρατηρεί τι συμβαίνει, κάνει ερωτήσεις και συμπεριφέρεται με τρόπο που μπορεί να επεμβαίνει στην εργασία τους (Goffman, 1961). Οι νοσηλευτές μπορεί να προσπαθούν να προστατέψουν τους εαυτούς τους και τους νοσηλευόμενους από φασαρία, αμηχανία και άγχος αντιδρώντας σαν το άτομο και το “ασθενές” του σώμα είναι δύο διαφορετικά πράγματα (Rana & Upton, 2009).

Υπάρχουν, επίσης πολλοί παράγοντες που πιθανώς οδηγούν τους νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν τους νοσηλευόμενους με αποπροσωποποιημένο τρόπο. Ο ρόλος τους εμπεριέχει συχνά μεγάλες ευθύνες και κάποιες φορές ίσως να γίνονται απότομοι, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν επείγοντα περιστατικά. Αυτό μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα άγχους στους ίδιους και προκειμένου να αποφευχθούν, ο νοσηλευτής παρέχει μειωμένη εξατομικευμένη φροντίδα, γεγονός που τον βοηθά να προστατεύσει τον εαυτό του από το σώμα που νοσεί και τις πιθανές συνέπειες. Οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας ενεργοποιούν μηχανισμούς άμυνας για να προστατεύσουν τους εαυτούς τους από τα αρνητικά συναισθήματα όταν ένας νοσηλευόμενος χειροτερεύει ή πεθαίνει. Αυτή είναι μια εξαντλητική εμπειρία για τους νοσηλευτές. Η αποπροσωποποίηση πιθανώς βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να αισθάνονται λιγότερο συνδεδεμένοι και συναισθηματικά επηρεασμένοι όταν συμβαίνουν τέτοια γεγονότα (Rana & Upton, 2009).

Μια κλασική μελέτη αναφέρεται από τον Jeffrey (1979), ο οποίος διερεύνησε τις αντιδράσεις του προσωπικού του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών στην εισαγωγή των νοσηλευόμενων. Παρατήρησε ότι οι νοσηλευόμενοι ταξινομούσαν είτε σε

“καλούς” είτε σε “σκουπίδια”. Οι καλοί νοσηλευόμενοι αφορούσαν, σχεδόν ολοκληρωτικά, ιατρικά χαρακτηριστικά, όπως συμπτωματολογία ή αίτια τραυματισμού. Οι καλές περιπτώσεις ήταν οι τραυματισμοί στο κεφάλι, οι καρδιακές ανακοπές ή τα τροχαία ατυχήματα. Με ευρείς όρους, οι καλοί νοσηλευόμενοι σχετίζονταν με τα ιατρικά ενδιαφέροντα: 1) Εάν βοηθάνε έναν επαγγελματία υγείας να περάσει τις εξετάσεις του: ένα άτομο έχει εξασφαλισμένη καλή μεταχείριση εάν παρουσιάζει μία ασυνήθιστη κατάσταση σε μία “χαλαρή περίοδο”. Αντιθέτως αν είναι ένα ατύχημα ή κατάσταση ρουτίνας ή είναι κάτι πολύ σπάνιο, τότε το ενδιαφέρον είναι μειωμένο.

2) Εάν τους επιτρέπουν να κάνουν πρακτική στις ικανότητές τους : τα ειδικά χαρακτηριστικά ενός καλού νοσηλευόμενου είναι αυτά που επιτρέπουν στους επαγγελματίες υγείας να κάνουν πρακτική ή να χρησιμοποιήσουν τις γνώσεις και δεξιότητες τους.

3) Εάν έθεταν σε δοκιμασία τη γενική ικανότητα και ωριμότητα του προσωπικού : οι νοσηλευόμενοι που ήταν περισσότερο “πολύτιμοι” ήταν αυτοί που έφερναν στα όρια τις πηγές του τμήματος προκειμένου να αντιμετωπιστούν (Rana & Upton, 2009).

Αντιθέτως οι νοσηλευόμενοι που κατηγοριοποιούνταν ως “κανονικά σκουπίδια” έχουν ποικίλα χαρακτηριστικά. Οι κατηγορίες όπως περιγράφονται από τον Jeffrey (1979) είναι: 1) Ασήμαντοι δηλαδή όσοι είχαν μικροτραυματισμούς. 2) Μεθυσμένοι οι οποίοι βρίζουν, κακοποιούν και απειλούν καθώς εισέρχονται στο τμήμα φωνάζοντας και τραγουδώντας μετά από έναν καυγά ή κάνουν εμετό επάνω τους και μέσα στο τμήμα. 3) Χρήστες έχοντας κάνει υπερβολική δόση. 4) Άστεγοι.

Η έρευνα αναφέρει επίσης ότι όταν οι νοσηλευόμενοι κατηγοριοποιούνταν ως “σκουπίδια” ακολουθούσε η τιμωρία, που ήταν συνήθως η αύξηση του χρόνου αναμονής. Αν και η μελέτη έγινε στα 1970 εντούτοις αντανάκλα αυτό που συμβαίνει και τώρα. Επακόλουθες μελέτες έχουν δείξει ότι οι νοσηλευτές ακόμα διατηρούν, κατηγοριοποιούν και ρυθμίζουν τη συμπεριφορά τους προς τους νοσηλευόμενους. Για παράδειγμα, οι Hyde και συνεργάτες (2006) συμπεραίνουν από τη μελέτη τους ότι “ οι νοσηλευτές επιτηρούν, παρακολουθούν και ελέγχουν την ικανότητα των νοσηλευομένων να πραγματοποιούν δραστηριότητες τις καθημερινής ζωής (ADLs – Activities of Daily Living) και δημιουργούν ηθικές κατηγορίες σχετικά με αυτήν την ικανότητα”. Έτσι, οι νοσηλευτές κατηγοριοποιούν τους νοσηλευόμενους σύμφωνα με τη συμπεριφορά τους (Rana & Upton, 2009).

Το νοσοκομείο δημιουργεί ένα περιβάλλον αποπροσωποποίησης. Αυτό φέρνει δυσαρέσκεια στον ασθενή, διότι χάνει τον έλεγχο του εαυτού του. Προκειμένου να αντιμετωπίσουν την αποπροσωποποίηση, οι ασθενείς υιοθετούν κάποιες συμπεριφορές.

Ταξινομούνται στους καλούς ασθενείς και στους κακούς ασθενείς. Οι καλοί ασθενείς στην πραγματικότητα μπορεί να υιοθετούν αυτή τη συμπεριφορά εξαιτίας του άγχους, της ανικανότητας και της κατάθλιψης που βιώνουν. Αντίθετα οι λεγόμενοι ως κακοί ασθενείς εκφράζουν το θυμό και την αντιδραστικότητά τους διότι έχουν περιορισμό ελευθεριών. Μετά από ανάλυση των συμπεριφορικών, γνωστικών και συναισθηματικών συσχετισμό αυτών των προτύπων καθώς και της συμπεριφοράς του προσωπικού και οι 2 κατηγορίες ασθενών διατηρούν κινδύνους για την υγεία. Περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή από την πλευρά του ασθενή στο νοσοκομείο θα εξάλειφε ή θα αντιστάθμιζε πολλούς από τους κινδύνους, βελτιώνοντας το επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας (Shelley, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΑΓΧΟΣ

3.1 Ιστορική εξέλιξη Άγχους

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα που συνέβαλε αποφασιστικά στη γέννηση της ψυχανάλυσης και της ψυχοδυναμικής ψυχιατρικής (Gabbard, 2006). Ο Freud (1895-1962) αρχικά πίστευε ότι το άγχος προέρχεται από απελευθέρωση καταπιεσμένων σεξουαλικών τάσεων και ότι η συσσωρευμένη λόγω αναστολής της κανονικής έκφρασης, λιβιδινική ενέργεια απελευθερώνεται αυτόματα σε ελεύθερο άγχος. Αργότερα, τροποποίησε την αρχική αυτή άποψη και διατύπωσε μια πιο γενική αντίληψη του άγχους, ότι δηλαδή αποτελεί σήμα ενδεικτικό της παρουσίας επικίνδυνης κατάστασης. Η παρουσία του κινδύνου προκαλεί μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση που έχει σκοπό να ειδοποιήσει το άτομο ότι κάποια μορφή προσαρμογής είναι απαραίτητη (Αλεβίζος, 2008).

Ο Freud έπλασε τον όρο νευρωτικό άγχος και προσδιόρισε δύο τύπους άγχους. Ο ένας τύπος είναι μία διάχυτη αίσθηση ανησυχίας ή τρόμου, η οποία προέρχεται από μία απωθημένη σκέψη ή επιθυμία και είναι ιάσιμη μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης. Ο δεύτερος τύπος άγχους, χαρακτηρίζεται από μία κατακλυσμιαία αίσθηση πανικού, που συνοδεύεται από εκδηλώσεις εκφόρτισης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που συμπεριλαμβάνουν υπερβολική εφίδρωση, ταχύπνοια και ταχυκαρδία, διάρροια και υποκειμενική αίσθηση τρόμου. Αυτός ο τελευταίος τύπος, κατά την άποψη του Freud, δεν είναι αποτέλεσμα ψυχολογικών παραγόντων. Περισσότερο θεωρήθηκε ως αποτέλεσμα της σωματικής συσσώρευσης της libido, που σχετίζεται με έλλειψη σεξουαλικής δραστηριότητας. Αναφερόταν σε αυτόν τον τύπο ως ενεστώσα νεύρωση (actual neurosis) (Gabbard, 2006).

3.2 Η έννοια του άγχους

Το άγχος, από το ρήμα άγχω: πιέζω σφικτά (ιδίως στο λαιμό), αποπνίγω, στραγγαλίζω (παράγωγα: αγχόνη, στηθάγχη), είναι μία συνειδητή ανθρώπινη εμπειρία που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή του homo sapiens. Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως προειδοποιητική απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους, που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται και να οργανώνει την άμυνα του απέναντι στους κινδύνους.

3.2.1 Ορισμός άγχους

Το άγχος μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης του οργανισμού. Είναι μια αντίδραση του οργανισμού σε απειλητικά ερεθίσματα. Η αντίδραση αυτή καθιστά τον άνθρωπο ικανό να αντιμετωπίσει το απειλητικό ερέθισμα ή να απομακρυνθεί από αυτό (Αλεβίζος, 2008).

Το άγχος είναι μια κατάσταση ποικίλου βαθμού ανησυχίας ή δυσφορίας. Συχνά συνοδεύεται από ενοχές, αμφιβολίες και ιδεοληψίες. Πέρα από το ήπιο επίπεδο, το άγχος συχνά περιγράφεται ως ένα συναίσθημα τρόμου ή ακαθόριστου φόβου. Επίσης θεωρείται ως το πιο ενοχλητικό συναίσθημα που μπορεί να βιώσει ένα άτομο. Μάλιστα, είναι τόσο ενοχλητικό που πολλά άτομα προσπαθούν να απαλλαγούν από αυτό όσο το δυνατό γρηγορότερα (Kneisl et al., 2009).

3.3 επίπεδα άγχους

Πολλοί ερευνητές αντιλαμβάνονται το άγχος ως κάτι συνεχές χωρίζοντας το σε 4 επίπεδα, τα οποία είναι το ήπιο άγχος, το μέτριο άγχος, το σοβαρό άγχος και ο πανικός. Το ήπιο έως μέτριο άγχος μπορεί να είναι λειτουργικά αποτελεσματικό, με την έννοια ότι βοηθά τα άτομα έτσι ώστε να εστιάσουν την προσοχή τους και να παραχθεί ενέργεια και κινητοποίηση. Επομένως, το άγχος αποτελεί μια πλευρά της διαδικασίας επίλυσης προβλημάτων, ωθώντας τα άτομα να συγκεντρώσουν τις δυνάμεις και τους πόρους που διαθέτουν προς την επίτευξη του στόχου. Ωστόσο το έντονο άγχος και ο πανικός περιορίζουν την προσοχή των ατόμων σε βαθμό που δεν είναι πλέον αποτελεσματικό. Υπό αυτές τις συνθήκες, η εγρήγορση μειώνεται σημαντικά, καθιστώντας δύσκολη την εκμάθηση νέων πληροφοριών (Βασιλάκη και συν. 2001).

Ήπιο άγχος

Το ήπιο άγχος βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει εποικοδομητικά το στρες. Ένα ήπια αγχωμένο άτομο έχει ένα ευρύ πεδίο αντίληψης, διότι το ήπιο άγχος οξύνει την ικανότητα πρόσληψης αισθητηριακών ερεθισμάτων. Ένα τέτοιο άτομο αντιλαμβάνεται με καλύτερο τρόπο αυτά που συμβαίνουν και μπορεί να ερμηνεύσει αποτελεσματικότερα τις δράσεις και συμπεριφορές των άλλων καθώς και το περιβάλλον. Οι αισθήσεις λειτουργούν εντονότερα. Το άτομο ακούει καλύτερα, βλέπει καλύτερα και δημιουργεί λογικούς συσχετισμούς μεταξύ των γεγονότων. Το άτομο νιώθει σχετικά ασφαλές και άνετο.

Μέτριο άγχος

Στο μέτριο άγχος, το άτομο παραμένει σε εγρήγορση, αλλά το αντιληπτικό πεδίο περιορίζεται. Τα μέτριο αγχωμένο άτομο αποκλείει τα περιφερειακά συμβάντα, ενώ εστιάζει σε αυτά που έχουν κεντρικό ενδιαφέρον. Αυτή η διαδικασία της πρόσληψης ορισμένων μόνο αισθητηριακών ερεθισμάτων και του ταυτόχρονου αποκλεισμού άλλων αποκαλείται επιλεκτική προσοχή.

Οι άνθρωποι επίσης χρησιμοποιούν την επιλεκτική προσοχή για να επεξεργαστούν αγχογόνα ερεθίσματα. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να ερμηνεύει την περίπτωση του αγχωμένου προ-εγχειρητικού ατόμου που αδυνατεί να θυμηθεί αυτά που είπε ο νοσηλευτής για τον μετεγχειρητικό πόνο.

Αν και το αντιληπτικό πεδίο περιορίζεται και το άτομο βλέπει, ακούει και αντιλαμβάνεται λιγότερα, υπάρχει ένας βαθμός ελέγχου. Τα μετρίως αγχωμένα άτομα μπορούν κατόπιν οδηγιών να εστιάσουν σε αυτά που προηγουμένως είχαν αποκλείσει.

Σοβαρό άγχος

Στο έντονο άγχος, η αισθητηριακή πρόσληψη είναι πολύ μειωμένη. Τα πολύ αγχωμένα άτομα επικεντρώνονται σε ασήμαντες ή σκόρπιες λεπτομέρειες μιας εμπειρίας. Έχουν δυσκολία να επιλύουν προβλήματα και η οργανωτική τους ικανότητα είναι επίσης μειωμένη. Σπάνια έχουν πλήρη εικόνα των πραγμάτων. Η επιλεκτική προσοχή μπορεί να είναι αυξημένη και λιγότερο ελέγξιμη από το άτομο. Το άτομο μπορεί να είναι ανίκανο να συγκεντρωθεί σε γεγονότα του περιβάλλοντος. Ένα νέο ερέθισμα μπορεί να θεωρηθεί ως δυσβάσταχτο και να προκαλέσει περαιτέρω αύξηση του επιπέδου του άγχους.

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ενεργοποιείται στο έντονο άγχος, προκαλώντας μια αύξηση των σφυγμών, της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής, αλλά και μία αύξηση στην έκκριση της αδρεναλίνης, της αγγειοσυσπασσης και της θερμοκρασίας του σώματος. Ως αποτέλεσμα παρατηρείται ένα πλήθος βιολογικών αλλαγών (Kneisl et al., 2009).

Πανικός

Το άγχος σε επίπεδο πανικού χαρακτηρίζεται από ένα εντελώς αποδιοργανωμένο αντιληπτικό πεδίο. Ο πανικός έχει περιγραφεί ως η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας, η οποία βιώνεται σε περιπτώσεις έντονου τρόμου. Οι λεπτομέρειες μπορεί να μεγαλοποιηθούν, να είναι σκόρπιες ή να παραμορφωθούν. Η λογική σκέψη και οι αποτελεσματικές αποφάσεις μπορεί να είναι αδύνατο να πραγματοποιηθούν. Το άτομο που βρίσκεται σε πανικό, δεν είναι ικανό να ξεκινήσει ή να διατηρήσει δράσεις προσανατολισμένες σε συγκεκριμένους στόχους. Η συμπεριφορά αυτών των ατόμων μπορεί να χαρακτηριστεί άσκοπη και ο τρόπος επικοινωνίας τους ακατάληπτος (Kneisl et all., 2009).

3.4 Συμπτωματολογία άγχους

Τα συμπεριφορικά συμπτώματα που σχετίζονται με το άγχος περιλαμβάνουν τον φόβο, την ανεξέλεγκτη ανησυχία, την νευρικότητα, τις κρίσεις πανικού, την αποφυγή ατόμων και συνεχών υπενθυμίσεων της ασθένειας (Sprah & Sostaric, 2004). Τέτοια συμπτώματα στην συμπεριφορά μπορούν να καταστούν προβληματικά μακροχρόνια, καθώς θα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου (Rana & Upton, 2009).

Οργανικές και Ψυχολογικές εκδηλώσεις άγχους.

Οργανικές εκδηλώσεις	Ψυχολογικές εκδηλώσεις
Δύσπνοια, αίσθημα κόμπου στο λαιμό, πόνος στο στήθος, πονοκέφαλος, αίσθημα παλμών, δυσκαταποσία, κρύα χέρια, ναυτία, ανορεξία, ξηροστομία, αϋπνία, διάρροια, συχνουρία, ζάλη, εφιδρώσεις, τρέμουλο, αδυναμία, μυϊκή τάση, κόπωση, παραισθήσεις, κοιλιακά άλγη, διαταραχές έμμηνου ρύσης.	Ανησυχία, ανυπομονησία, νευρικότητα, διάσπαση προσοχής, δυσκολία στη συγκέντρωση και στη μνήμη, αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας.

3.5 Επιπτώσεις άγχους

Η χρόνια έκθεση του οργανισμού στο άγχος είναι φυσικό να προκαλέσει φθορές. Μια καρδιά που λειτουργεί συνέχεια σε υψηλές συχνότητες, χωρίς σωματικό λόγο, είναι αναμενόμενο να εμφανίσει νωρίτερα από το αναμενόμενο προβλήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλα όργανα, που ελέγχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο

οργανισμός των ανθρώπων που παρουσιάζουν άγχος πλημμυρίζεται συχνά από κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη). Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται, χωρίς να μπορεί να εκτονωθεί από μία μυϊκή άσκηση, δηλαδή μία αντίδραση πάλης ή φυγής. Έτσι, μακροχρόνια προκαλούνται αλλοιώσεις, τόσο στα αγγεία όσο και στα όργανα που αυτά αρδεύουν.

Όσον αφορά ειδικά στην καρδιά, οι κατεχολαμίνες προκαλούν σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων και αύξηση της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, παράγοντες που ευνοούν την αρτηριοσκλήρυνση. Επιπλέον, η αύξηση της καρδιακής συχνότητας αυξάνει την ηλεκτρική αστάθεια και επομένως μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες και σε αιφνίδιο θάνατο.

Συνεπώς το χρόνιο άγχος είναι επιβλαβές όχι μόνο για τη ψυχική αλλά και για τη σωματική υγεία. Η επιβεβαίωση των θεωρητικών αυτών υποθέσεων έχει προέλθει από πλήθος επιδημιολογικών δεδομένων. Μια καλά μεθοδευμένη, προοπτική μελέτη 35.000 ανδρών, οι οποίοι στην έναρξη της δεν είχαν κανένα καρδιαγγειακό νόσημα, έδειξε ότι αυτοί με τα εντονότερα αγχώδη. Φοβικά συμπτώματα παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, λόγω στεφανιαίας νόσου.

Το γαστρεντερικό σύστημα είναι ίσως το πλέον ευαίσθητο στις επιπτώσεις του άγχους. Ψυχικές καταστάσεις, όπως φόβος, θυμός και λύπη, προκαλούν αύξηση του περισταλτισμού του εντέρου και της αιμάτωσης του βλεννογόνου (Αλεβίζος, 2008).

3.6 Χρησιμότητα άγχους

Το άγχος, είναι μία δραστική δύναμη διότι η ενέργεια που παρέχει μπορεί να μετατραπεί σε καταστροφική ή δημιουργική δράση. Όταν χρησιμοποιείται εποικοδομητικά, το άγχος μπορεί να διεγείρει την απαιτούμενη δράση για την άρση μιας στρεσογόνου κατάστασης, να εκπληρώσει μία επιτακτική ανάγκη ή να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για ένα συμβιβασμό. Ένας άνθρωπος που κατανοεί την πηγή του άγχους είναι πιο ικανός να το χρησιμοποιήσει με εποικοδομητικό τρόπο (Kneisl et al., 2009).

3.7 Το άγχος του νοσηλευόμενου ασθενή και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η διερεύνηση του άγχους από το νοσηλευόμενο δικαιολογείται, καθώς η εισαγωγή στο νοσοκομείο μπορεί να προκαλέσει άγχος με τη διατάραξη της φυσιολογικής ζωής του ατόμου (Hughes, 2002). Επιπρόσθετα, το άγχος εμφανίζεται ως μέρος μιας φυσιολογικής διαδικασίας αντιμετώπισης σαν απάντηση σε μία θεωρούμενη απειλή (Sprah & Sostaric, 2004). Οι νοσηλευόμενοι συνήθως βιώνουν άγχος κατά τη διάρκεια

αβεβαιότητας, όπως είναι η διάγνωση ή οι ιατρικές πράξεις με τις οποίες δεν νιώθουν άνετα. Για το λόγο αυτό, το άγχος είναι μια κατάσταση που προκύπτει συχνά μεταξύ των νοσηλευόμενων. Η εξοικείωση με το θέμα αυτό, η αντιμετώπιση και η βοήθεια προς έναν αγχωμένο νοσηλευόμενο είναι αναγκαία να ληφθούν υπόψη από το νοσηλευτή. Τα έγγραφα κανονισμών της νοσηλευτικής από το Σύνδεσμο Νοσηλευτών και Μαιευτών της Αγγλίας δίνουν επίσης έμφαση στην σημασία της διαπροσωπικής επικοινωνίας για τον καθορισμό του αποτελέσματος. Η επικοινωνία είναι βασικό τμήμα μιας καλής επαγγελματικής συμπεριφοράς στη νοσηλευτική και η βάση για την οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης που θα βοηθήσει πολύ στη βελτίωση της φροντίδας και της μείωσης του άγχους σε νοσηλευόμενους, τις οικογένειές τους και τα άτομα που τους φροντίζουν (UKCC, 1996). Η επικοινωνία δεν αφορά μόνο την ενημέρωση αλλά και την συναισθηματική υποστήριξη και την φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής (Dunne, 2005).

Το ενδιαφέρον των νοσηλευτών για το άγχος αποδεικνύεται απαραίτητο και μέσα από έρευνες που τεκμηριώνουν τη σχέση μεταξύ άγχους και της σωματικής και πνευματικής υγείας του νοσηλευόμενου. Οι μελέτες δείχνουν πως αν και το άγχος είναι κοινό και φυσιολογικό κομμάτι της διαδικασίας αντιμετώπισης, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ευεξία του νοσηλευόμενου αν παραταθεί. Οι Van Hout και συνεργάτες (2004) διεξήγαγαν μια έρευνα σε ηλικιωμένους άντρες στην Ολλανδία και συμπέραναν πως αυτοί με κατάθλιψη και άγχος είχαν συνήθως αυξημένη πιθανότητα θανάτου. Η αρνητική επίπτωση του άγχους στην υγεία έχει υπογραμμιστεί για όλες τις ηλικίες. Οι Weitfort και Rosen (2005) υποστηρίζουν πως το παρατεταμένο άγχος σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα σχετίζεται γενικώς με χειρότερη έκβαση.

Οι Hofmann και συνεργάτες (2010), μελέτησαν την επίδραση της θεραπείας στους ασθενείς βασισμένη στη γνώση και στη συνειδητότητα, σε σχέση με το άγχος και τη διάθεση τους. Τα ευρήματα δείχνουν ότι σε κλινικά ασθενείς με καρκίνο που εμφανίζουν διαταραχές άγχους, κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές ή ιατρικές παθήσεις, στους οποίους εφαρμόστηκε η θεραπεία της συνειδητότητας πριν και μετά την αντιμετώπιση της ασθένειας, τα αποτελέσματα ήταν σχετικά καλά. Το άγχος και η διάθεση των ασθενών είχαν βελτιωθεί σημαντικά. Συμπερασματικά οι παραπάνω μελετητές, επισημαίνουν ότι η θεραπεία που βασίζεται στη γνώση και στη συνείδηση, είναι μία σπουδαία παρέμβαση για την προσέγγιση σε ζητήματα όπως το άγχος και τα προβλήματα που επιφέρει η διάθεση των κλινικών πληθυσμών.

3.8 Αντιμετώπιση άγχους από τον νοσηλευόμενο

Δύο γενικοί τρόποι διαχείρισης του άγχους μπορούν να εφαρμοστούν σε καταστάσεις άγχους κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Αρχικά η αιτία του άγχους μπορεί να αλλάξει και η συναισθηματική αντίδραση στην κατάσταση να ελεγχθεί. Κάποιες καταστάσεις που προκαλούν άγχος στο νοσοκομείο μπορούν να τροποποιηθούν με την ανάληψη δράσης εκ μέρους του νοσηλευόμενου, όπως το να ζητά φάρμακα ο ίδιος για τη μείωση του πόνου ή διαβάζοντας πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του. Λόγω του γεγονότος ότι αυτές οι δράσεις μπορούν να μειώσουν τις συνέπειες του στρεσογόνου παράγοντα ή βοηθούν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων διαχείρισης του άγχους, γι' αυτό και αποτελούν παραδείγματα διαχείρισης εστιασμένης στο πρόβλημα (Rana & Upton, 2009).

Οι νοσηλευόμενοι μπορεί να βιώνουν πολλούς στρεσογόνους παράγοντες, τους οποίους πιστεύουν ότι δεν μπορούν να αλλάξουν (Kindler et al., 2000). Σε ορισμένες περιπτώσεις οι πεποιθήσεις είναι σωστές και σε άλλες είναι εσφαλμένες. Τα άτομα που πιστεύουν ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα για να τροποποιήσουν τον παράγοντα που τους προκαλεί άγχος συνήθως προσπαθούν να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους για την κατάσταση. Αυτό ονομάζεται διαχείριση του άγχους επικεντρωμένη στο συναίσθημα. Δεύτερων, οι νοσηλευόμενοι μπορεί να χρειαστεί να ελέγξουν τα συναισθήματά τους χρησιμοποιώντας την άρνηση δυσάρεστων γεγονότων, εκτελώντας δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή ή αναζητώντας κοινωνική υποστήριξη. Τέλος, η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί πρόσφατα ως σημαντική στην εξισορρόπηση των αποτελεσμάτων του άγχους. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στους ποικίλους τύπους υποστήριξης που τα άτομα λαμβάνουν από άλλους και γενικά διαχωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: συναισθηματική και χειροπιαστή (instrumental), μερικές φορές και πληροφοριακή υποστήριξη η οποία μπορεί να συμβάλλει στην ανάρρωση (Rana & Upton, 2009).

3.9 Ασθενείς σε κρίση

Κάθε πρόβλημα υγείας προκαλεί, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στρες στο άτομο που πάσχει. Μερικές φορές, το στρες είναι υπερβολικά αυξημένο και έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχων να παραλύει και να αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις των καταστάσεων, σε τέτοιες περιπτώσεις ο άρρωστος βιώνει μια τόσο έντονη ψυχική αναστάτωση, που συντελεί στην εμφάνιση μιας ψυχολογικής κρίσης. Ξαφνικά η πεποίθηση του ατόμου, ότι ο κόσμος στον οποίο ζει είναι ασφαλής, κλονίζεται. Συνειδητοποιεί ότι η αρρώστια, η αναπηρία, ο πόνος, η πιθανότητα θανάτου, δεν

συμβαίνουν μόνο σε άλλους, αλλά μπορεί να συμβεί και στον ίδιο. Καλείται λοιπόν, με βίαιο σχεδόν τρόπο, να προσαρμοστεί σε μια νέα, άγνωστη και απειλητική πραγματικότητα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Η κρίση είναι μια μεταβατική περίοδος κατά τη διάρκεια της οποίας η βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου απειλείται ή διαταράσσεται προσωρινά. Η κρίση δεν οφείλεται σε ένα εξωτερικό γεγονός, αλλά στην ερμηνεία που αποδίδει το άτομο στο γεγονός το οποίο γίνεται αντιληπτό ως καταστροφικό, τραγικό ή εξαιρετικά απειλητικό, ενώ ταυτόχρονα υπερβαίνει τα αποθέματα που το άτομο διαθέτει για να το αντιμετωπίσει. Οι στόχοι ζωής και το σύστημα αξιών του ατόμου απειλούνται με κατάρρευση. Συχνά «παραλύει», ακινητοποιείται και αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις που προβάλλει η νέα πραγματικότητα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

3.9.1 Χαρακτηριστικά ατόμου σε κρίση

Μερικά από τα χαρακτηριστικά που διακρίνουν τον άρρωστο που βρίσκεται σε κρίση περιλαμβάνουν αρχικά την εμφάνιση ενός απροσδόκητου, άγνωστου γεγονότος που απαιτεί άμεση δραστηριοποίηση από την πλευρά του ατόμου. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται ως καταστροφικό και εξαιρετικά απειλητικό, καθώς επιφέρει ένα σοβαρό ρήγμα στο σύστημα αξιών του ατόμου, ανατρέποντας όλες τις πεποιθήσεις και προτεραιότητές του. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικές στην επίλυση δύσκολων προβλημάτων, δεν επαρκούν για την αντιμετώπιση της νέας κατάστασης. Το άτομο κατακλύζεται από υπερβολικό άγχος και χάνει την ικανότητά του να σκεφτεί ψύχραιμα ή να αφομοιώσει πληροφορίες που του παρέχονται. Νιώθει παγιδευμένο σε μια κατάσταση που μοιάζει αδιέξοδη και αδυνατεί να θέσει στόχους ή και να επεξεργαστεί εναλλακτικές λύσεις στο πρόβλημά του. Η αίσθηση του χρόνου διαστρεβλώνεται. Το παρελθόν εξιδανικεύεται, ενώ το μέλλον μοιάζει ανύπαρκτο ή απειλητικό. Ο χρόνος παγώνει στο παρόν, μέσα στο οποίο δεν διακρίνονται ούτε επιλογές ούτε λύσεις για τη διαφυγή από την αφόρητη πραγματικότητα. Εμφανίζονται δυσκολίες προγραμματισμού, σχεδιασμού και προσδιορισμού στόχων για το μέλλον (Βασιλάκη και συν. 2001).

Επιπλέον, το άτομο έχει έντονη την αίσθηση μοναξιάς και δεν είναι σε θέση να ζητήσει βοήθεια ή να επωφεληθεί της υποστήριξης που ενδεχομένως του παρέχει το περιβάλλον. Πολλοί άρρωστοι που βρίσκονται σε κρίση δεν θυμούνται καν την παρουσία άλλων ατόμων στο πλευρό τους. Βιώνουν ένα υποκείμενο αίσθημα μοναξιάς, καθώς πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να τους κατανοήσει. Συχνά αποσύρονται και απομονώνονται, γεγονός που διαταράσσει τις κοινωνικές τους σχέσεις (Βασιλάκη και

συν. 2001).

Επίσης, κατά τη διάρκεια της κρίσης, το άτομο παρουσιάζει ψυχοσωματικά συμπτώματα που είναι άμεσα συνδεδεμένα με το υπερβολικό στρες που βιώνει, ενώ συχνά επανεμφανίζονται ορισμένες οργανικές διαταραχές από τις οποίες υπέφερε στο παρελθόν.

Τα στοιχεία που διαφοροποιούν το άτομο που βρίσκεται σε κρίση από το άτομο που βιώνει έντονο στρες είναι: 1) η ερμηνεία που το αποδίδει στο συγκεκριμένο γεγονός και η υποκειμενική εκτίμηση των αποθεμάτων που διαθέτει για να το αντιμετωπίσει και 2) η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιεί. Το άτομο που βιώνει ένα γεγονός ως στρεσογόνο έχει την τάση να το ερμηνεύει ως απειλή ή πρόκληση, θέτει συγκεκριμένους στόχους που αποβλέπουν στην άμεση αντιμετώπιση του και κινείται προς την υλοποίησή τους ενεργοποιώντας γνώριμες στρατηγικές αντιμετώπισης που στο παρελθόν υπήρξαν αποτελεσματικές στη διευθέτηση δυσκολιών. Οι προσπάθειες του είναι αποτελεσματικές τόσο στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όσο και στην επίλυση του προβλήματος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

3.10 Επιθετικότητα ασθενή

Οι ορισμοί που υπάρχουν για την επιθετικότητα φαίνεται πως υπονοούν κάποιο είδος πρόθεσης. Αυτό μπορεί να ισχύει για πολλές επιθετικές πράξεις. Ωστόσο, όταν ασχολούμαστε με την επιθετικότητα εντός του συστήματος υγείας, η ' ' πρόθεση ' ' δεν μπορεί να ισχύει στην πλειονότητα των επιθετικών πράξεων που διεξάγονται από τους νοσηλευόμενους. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να καταλήξουν στο να γίνει επιθετικός ένας νοσηλευόμενος. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει επίγνωση των παραγόντων αυτών, όπως και να είναι εξοικειωμένος με την προέλευση της επιθετικότητας έτσι ώστε η προβληματική συμπεριφορά να μπορεί να αντιμετωπιστεί με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο (Rana & Upton, 2009).

3.10.1 Θεωρίες επιθετικότητας

Η Υπόθεση σύγχυσης – επιθετικότητας (Frustration- aggression hypothesis) (Dollard et al., 1939) διερευνά το πώς προκαλείται η επιθετικότητα. Η υπόθεση αυτή αξιώνει πως η επιθετικότητα προέρχεται από κάποιο απογοητευτικό γεγονός ή κατάσταση. Ένας νοσηλευόμενος που δεν αισθάνεται καλά ή είναι στο νοσοκομείο μπορεί να αντιμετωπίσει πολλούς παράγοντες που θα μπορούσαν να καταλήξουν σε απογοήτευση, που στη συνέχεια θα προκαλούσε επιθετικότητα (Rana & Upton, 2009).

Οι υποστηρικτές της κοινωνικής θεωρίας της μάθησης υποστηρίζουν πως η επιθετικότητα είναι αποτέλεσμα μιας διαδικασίας μάθησης (Miles & Carey, 1997). Ο Bandura (1977) ήταν ο διασημότερος υποστηρικτής της άποψης αυτής και τόνισε τη σημασία της μάθησης μέσω της παρατήρησης και των προτύπων. Η παρατήρηση ενός επιθετικού προτύπου μπορεί να οδηγήσει σε επιθετικότητα. Η ιδέα της μάθησης μέσω άμεσης παρατήρησης βασίστηκε στη θεωρία του Skinner για τη συντελεστική μάθηση, κατά την οποία μια συμπεριφορά μπορεί να διατηρηθεί με ανταμοιβές ή τιμωρίες. Κατά την έμμεση μάθηση, μια συμπεριφορά μπορεί να προαχθεί ή να εμποδιστεί μέσω της παρατήρησης ενός άλλου ατόμου που επιβραβεύεται ή τιμωρείται για την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς (Rana & Upton, 2009).

3.10.2 Ασθένεια και επιθετικότητα

Είναι ευρέως γνωστό ότι η επιθετικότητα μπορεί να οφείλεται σε σωματικό πόνο, δυσφορία ή προβλήματα ψυχικής υγείας (Budd, 1999). Ο Ferns (2006) υποστηρίζει πως οι πράξεις βίας και επιθετικότητας που εκδηλώνονται κακοπροαίρετα εναντίον του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να διακρίνονται από τις μη εσκεμμένες, αποπροσανατολισμένες πράξεις που μπορεί να καταλήξουν σε σωματικό τραυματισμό. Παρακάτω αναφέρονται οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους νοσηλευόμενους στο να γίνουν βίαιοι.

- Τραυματισμοί κεφαλής, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική παθολογία, οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία ή κλινικός τραυματισμός του εγκεφάλου.
- Υποξία.
- Κρίσεις, μετωπιαία, κροταφική και στεφανιαία επιληψία.
- Ψυχιατρικές διαταραχές, παραισθήσεις, κατάθλιψη, άγχος, αντιδράσεις στο άγχος ή διαταραχές προσωπικότητας.
- Παρενέργειες από τη λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων.
- Μέθη.
- Υπερδοσολογία φαρμάκων.
- Απόσυρση από αλκοόλ ή ουσίες.
- Προβλήματα που σχετίζονται με την ηλικία π.χ. γηρατειά, εφηβεία. Παιδικές διαταραχές, υπερκινητικές διαταραχές, αυτισμός ή μαθησιακές δυσκολίες (Βασιλάκη και συν. 2001).

3.10.3 Επιθετικότητα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Συγκεκριμένα κλινικά περιβάλλοντα διαγνώσεις νοσηλευόμενων μπορούν να αυξήσουν

την πιθανότητα επιθετικότητας. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας είναι πιθανότερο να αντιμετωπίσουν επιθετικότητα από νοσηλευόμενο με σύγχυση, υποξία ή σε παραλήρημα. Ο Dyer (1995) συνέκρινε τις εμπειρίες των νοσηλευόμενων στη ΜΕΘ. Η μελέτη κατέδειξε πως οι εμπειρίες του νοσηλευόμενου εντός της ΜΕΘ μπορούσαν να περιλαμβάνουν την αποκτήνωση, την έλλειψη προσωπικού ελέγχου, την συναισθηματική φόρτιση εξαιτίας των ήχων από τα μηχανήματα και τα έντονα τεχνητά φώτα, την έλλειψη ύπνου, τα βιώματα επώδυνων ιατρικών παρεμβάσεων, τους φαρμακευτικούς ή φυσικούς περιορισμούς και την απώλεια αξιοπρέπειας, τα οποία όλα συνδέονται με την απογοήτευση και την πιθανή επιθετική συμπεριφορά (Rana & Upton, 2009).

Αν και η πιθανότητα εμφάνισης επιθετικότητας είναι υψηλή εντός ενός τέτοιου περιβάλλοντος, ο νοσηλευτής μπορεί να διαχειριστεί την επιθετικότητα μέσω της επικοινωνίας του με το νοσηλευόμενο, αντιμετωπίζοντας τους παράγοντες που προκαλούν την απογοήτευσή του. Ο Dyer (1995) παραθέτει τους ακόλουθους παράγοντες ως ελαφρυντικούς για τις αρνητικές επιπτώσεις της επείγουσας φροντίδας και συνεπώς, μείωσης της πιθανότητας εμφάνισης ενός επεισοδίου επιθετικότητας.

- Προσανατολισμός του νοσηλευόμενου στο χώρο και στο χρόνο.
- Δημιουργία άνετου περιβάλλοντος όπως η στάση του νοσηλευόμενου, ο φωτισμός, η θέρμανση.
- Συζήτηση με τους νοσηλευόμενους και παροχή περισσότερων οδηγιών και πληροφοριών από ότι συνηθίζεται. Ενθάρρυνση για αμφίδρομη επικοινωνία.
- Καλά επικοινωνιακά προσόντα, όπως ενεργητική ακρόαση, οπτική επαφή, κατάλληλη χρήση κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων, ήρεμη σίγουρη, χαλαρή φωνή, παροχή πληροφοριών και χρήση κατάλληλης ενθάρρυνσης.
- Αποφυγή αποπροσωποποίησης του νοσηλευόμενου.
- Διασφάλιση αποτελεσματικής αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου και του ύπνου.
- Χρήση μοντέλου προσωποκεντρικής προσέγγισης.

Περαιτέρω μελέτες έχουν δείξει πως η επικοινωνία είναι βασική για τη διαχείριση της επιθετικότητας. Οι Wepp και Hope (1995) επισύρουν την προσοχή στην προτίμηση των νοσηλευόμενων προς το γεγονός πως οι νοσηλευτές που είναι φιλικοί, θερμοί και σπλαχνικοί, αφιερώνουν χρόνο στη φροντίδα, ακούνε τις ανησυχίες, δίνουν συμβουλές για την κατάσταση τους και απαλύνουν τον πόνο. Αυτή είναι η προσέγγιση που πρέπει να ακολουθούν οι νοσηλευτές για να ελαχιστοποιούν τις επιθέσεις (Ferns, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

4.1 Σχέσεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αρρώστου

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Όταν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των ειδικών είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας μ αυτό τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή τη γνώση εποικοδομητικά.

4.2 Γενικά Στοιχεία

Η επικοινωνία, με τη γενική της έννοια είναι ο τρόπος με τον οποίο πληροφορίες μεταφέρονται μέσω ενός κοινού συστήματος συμβόλων, σημείων ή συμπεριφοράς.

Ειδικότερα, επικοινωνία καλείται η διαδικασία, με την οποία ένας πομπός εκπέμπει ένα μήνυμα μέσω ενός δικτύου ή συστήματος μετάδοσης σε κάποιον αποδέκτη και προκαλεί έτσι κάποιο αποτέλεσμα.

Επικοινωνία είναι η ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων, μηνυμάτων και σημάτων μεταξύ των ανθρώπων. Για τη μετάδοση των πληροφοριών αυτών χρησιμοποιούνται διάφορα μέσα όπως οι λέξεις, οι εικόνες, οι χειρονομίες ή άλλα σύμβολα.

Ένα από τα σημαντικότερα μέσα της ανθρώπινης επικοινωνίας είναι ο λόγος και η επικοινωνία χωρίς λόγο όπου με το βλέμμα, τις εκφράσεις του προσώπου πολλές φορές μεταδίδει πολύ περισσότερο από το λόγο.

Στο χώρο της νοσηλευτικής η επικοινωνία έχει ιδιαίτερη σημασία. Ο νοσηλευτής που εργάζεται νευρικά, περπατά βιαστικά στους διαδρόμους, κλείνει δυνατά τις πόρτες και απαντά απότομα στις ερωτήσεις, παρουσιάζεται στον ασθενή ως ένα πρόσωπο θυμωμένο και απρόσιτο. Αντίθετα ο νοσηλευτής, που χαμογελά, μιλάει με ζεστασιά και φιλικό τρόπο και δουλεύει ήρεμα κάνει τον ασθενή να νιώθει ότι είναι αποδεκτός και να

τον εμπιστεύεται.

Επίπεδα επικοινωνίας

Υπάρχουν τρία επίπεδα επικοινωνίας:

- Ενδοπροσωπική επικοινωνία
- Διαπροσωπική επικοινωνία
- Κοινωνική επικοινωνία

- *Ενδοπροσωπική επικοινωνία: συμβαίνει μέσα στο ίδιο το άτομο, π.χ ο νοσηλευτής σχεδιάζει μια σειρά από ενέργειες για να επιτύχει κάτι.*

Παράδειγμα ενδοπροσωπικής επικοινωνίας: «Πρώτα θα πάω μέσα να συναντήσω τον ασθενή, μετά θα ζητήσω την άδεια να τον φροντίσω, μετά θα κάνω αξιολόγηση...».

- Διαπροσωπική επικοινωνία: συμβαίνει μεταξύ δύο προσώπων (νοσηλευτή-ασθενή). Είναι αυθόρμητη και σύνθετη. Τα μηνύματα με λόγια και χωρίς λόγια στέλνονται αυθόρμητα.
- Κοινωνική επικοινωνία: συμβαίνει μεταξύ τριών ή περισσότερων ατόμων (Γιαννοπούλου, 2005).

4.3 Προϋποθέσεις επιτυχημένης επικοινωνίας νοσηλευτή- ασθενή

Κατά τις πρώτες μέρες στο νοσοκομείο, ο ασθενής βρίσκεται μεταξύ ξένων και όπως είναι φυσικό αισθάνεται ανασφάλεια και δυσπιστία.

Ο ασθενής έχει ανάγκη να επικοινωνήσει με άλλους ανθρώπους, οι οποίοι ειλικρινά ενδιαφέρονται για τα προβλήματα του και τον φροντίζουν. Το προσωπικό ενδιαφέρον που δείχνει ο νοσηλευτής στον ασθενή δίνει την ευκαιρία για επικοινωνία. Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει τον ασθενή, και ασχολείται με τα πράγματά του και τα ρούχα του, τον ξεναγεί στο τμήμα, έχει συναντήσει και μιλήσει με τους συγγενείς του κατά την πρώτη ημέρα, είναι συχνά εκείνος, προς τον οποίο ο ασθενής αισθάνεται περισσότερη εμπιστοσύνη. Το γεγονός ότι ο νοσηλευτής δείχνει ενδιαφέρον για την καθημερινή ζωή του ασθενούς τον ενθαρρύνει να πιστεύει ότι παίρνει ζεστά καθετί που τον αφορά (Γιαννοπούλου, 2005).

Ο ασθενής μπορεί να κρίνει εάν ο νοσηλευτής ευχαριστιέται να περνά μαζί του τον καιρό του, ή εάν απλά και μόνο το κάνει από αίσθηση καθήκοντος. Κάθε ένδειξη ανυπομονησίας, εύκολα ανακαλύπτεται. Οι ασθενείς θυμούνται συνήθως πιο εύκολα

από ότι ο νοσηλευτής τι συζήτησαν την τελευταία φορά. Εάν ο νοσηλευτής ξεχνά, ερμηνεύεται ως καθαρό δείγμα ότι δεν τον ενδιαφέρει το θέμα και αυτό μπορεί να είναι απογοητευτικό ή ακόμη υβριστικό για τον ασθενή. Αντίθετα το να αναφερθεί πάλι σε κάτι που ο ασθενής ανέφερε την τελευταία φορά, ή το να τον ρωτήσει για τις δραστηριότητες του, όταν εκείνος είχε ρεπό, δείχνει ενδιαφέρον.

Ο ασθενής, όχι μόνο κρίνει τη συμπεριφορά του νοσηλευτή προς αυτόν προσεκτικά, αλλά ενδιαφέρεται ακόμη για την συμπεριφορά του προς τους άλλους. Είναι παρηγορητικό να βλέπει τον νοσηλευτή να ασχολείται σωστά και ευγενικά με κάποιον σοβαρά προβληματικό ασθενή και είναι πολύ δυσάρεστο να τον βλέπει να αγνοεί κάποιον που έχει ανάγκη βοήθειας, ή να ασχολείται βιαστικά με κάποιον άλλον. Κάθε ασθενής πιστεύει ότι η αγωγή που γίνεται σε κάποιον άλλον μπορεί εύκολα να γίνει και στον ίδιο.

Ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού πρέπει να αναπτυχθεί, για να μπορεί ο ασθενής να αισθάνεται αρκετά ασφαλής και να επικοινωνήσει με το νοσηλευτή. Αυτό δεν είναι καθόλου εύκολο, γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δε συνηθίζουν να εμπιστεύονται άλλα πρόσωπα. Ο νοσηλευτής πρέπει πρωταρχικά να αποδείξει στον ασθενή ότι μπορεί να τον εμπιστεύεται. Η προσπάθειά του αυτή τον φέρνει πολλές φορές σε δίλημμα. Για να καρποφορήσει απαιτούνται χρόνος, υπομονή, γνώσεις και επιδεξιότητα (Γιαννοπούλου, 2005).

Στα πρώτα στάδια η συζήτηση με τον ασθενή σπάνια αγγίζει προσωπικά προβλήματα. Μόνο λίγοι ασθενείς είναι ικανοί να συζητούν σοβαρά με τον νοσηλευτή, μόλις γίνει η πρώτη προσέγγιση. Οι περισσότεροι έχουν ανάγκη από συζήτηση ουδέτερων θεμάτων, πριν φτάσουν σε ουσιαστικά θέματα. Οτιδήποτε ενδιαφέρει τον ασθενή είναι καλό σημείο για αρχή.

Η θεραπευτική δεξιότητα του νοσηλευτή μπορεί αρκετά να αυξηθεί, αν από μέρους του γίνει μια συνειδητή προσπάθεια να θέσει το σκοπό της επικοινωνίας με τον ασθενή, προτού αρχίσει τη συζήτηση. Ο καθορισμένος σκοπός θα βοηθήσει ως οδηγός στη σωστή προσέγγιση κατά τη διάρκεια της συζήτησης και στον τρόπο με τον οποίο θα τερματιστεί η επικοινωνία.

Όλες οι επικοινωνίες μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς δεν επηρεάζουν την πορεία του δεύτερου. Πολλές επικοινωνίες μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς απλώς και μόνο κάνουν την διαμονή του πιο ενδιαφέρουσα, ελαττώνουν την ανία ή του μεταδίδουν μια αίσθηση φροντίδας και ενδιαφέροντος για την ευτυχία του. Μερικές επικοινωνίες

ωστόσο επιφέρουν σημαντικές εξελίξεις στη θεραπεία του ασθενούς. Αυτές δημιουργούνται από την ευαίσθητη εκτίμηση της διάθεσης, της προκατάληψης και σκέψης του ασθενούς, που δημιουργήθηκε κατά την συνηθισμένη επικοινωνία του νοσηλευτή με αυτόν. Εάν δεν υπάρχουν συχνές επικοινωνίες, η πιθανότητα για παρατεταμένη επικοινωνία θα χαθεί (Γιαννοπούλου, 2005).

Η επικοινωνία θα επιτύχει το σκοπό της, ως μέρος του όλου θεραπευτικού προγράμματος, όταν έχει σαν αποτέλεσμα το να αποκτήσει ο ασθενής εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Γιαννοπούλου, 2005).

4.4 Στόχοι για μια επιτυχημένη επικοινωνία

1. Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης

Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και αρρώστου, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων από το τηλέφωνο ή «στο πόδι» μέσα στους διαδρόμους του νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος. Πριν δοθεί οποιαδήποτε πληροφορία, είναι χρήσιμο να ενθαρρυνθεί ο ασθενής να προσκαλέσει οποιονδήποτε επιθυμεί να παρευρίσκεται στην ενημέρωση. Το προσωπικό υγείας πρέπει να αποφεύγει να αναθέτει στον άρρωστο την ευθύνη της πληροφόρησης του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος και αντιστρόφως (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

2. Διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του

ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στη διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτα αξιολογεί τον εαυτό του, πως ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και πιο είναι το επίπεδο των γνώσεών του. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, ποιες λέξεις χρησιμοποιεί όταν μιλά για το σώμα ή την ασθένειά του και πως εκδηλώνει τα συναισθήματά του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

3. Εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρησή του.

Είναι σημαντικό να ρωτάει ευθέως το άτομο όσο επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Έρευνες επισημαίνουν ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα, οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μια αίσθηση ελέγχου. Ο φόβος των επαγγελματιών υγείας, ότι η πλήρης ενημέρωση μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, δεν επαληθεύεται σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

4. Παροχή πληροφοριών

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωσή του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μία συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσής του. Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται. Η συνήθης ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό υγείας δεν είναι αυτονόητα κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς. Τα «θετικά» αποτελέσματα μιας εξέτασης μπορεί να παρερμηνευθούν ως «καλά» από τον άρρωστο. Έρευνες επισημαίνουν ότι οι γνώσεις σχετικά με τη λειτουργία και τον εντοπισμό των οργάνων του σώματος είναι λανθασμένες σε υψηλό ποσοστό. Το ίδιο ισχύει και για τις διαγνώσεις κοινών ασθενειών αλλά και για τη πρόγνωσή τους.

Οι φράσεις και λέξεις που χρησιμοποιεί το προσωπικό υγείας, όταν πληροφορεί τον άρρωστο, αποτυπώνονται βαθιά στη μνήμη του τελευταίου και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του στην αρρώστια και τις επιπτώσεις της, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με το μέλος του προσωπικού υγείας που του ανακοινώνει τις «δυσάρεστες ειδήσεις».

Κι ενώ ο επαγγελματίας της υγείας έχει ένα νοητικό πλάνο σχετικά με τα βασικά σημεία που επιδιώκει να περιλάβει στην ενημέρωση του αρρώστου, ταυτόχρονα ακούει προσεκτικά τις ερωτήσεις και αγωνίες του και προσαρμόζει ανάλογα και την πληροφόρησή του. σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμούς, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

5. Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών

Η ικανοποίηση του αρρώστου από την σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Οι ανησυχίες μπορεί να ποικίλλουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αφορούν τον ίδιο, αλλά σημαντικά άτομα στο περιβάλλον του. αν και δεν μπορούν να επιλυθούν όλες, τουλάχιστον ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν. Οι αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ποικίλλουν, γι' αυτό και το προσωπικό πρέπει να τις αναγνωρίζει, να τις κατανοεί και να τις αντιμετωπίζει χωρίς να κρίνει ή να συμβουλεύει τον άρρωστο σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει, να σκέπτεται ή να ενεργεί (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

6. Προγραμματισμός και υποστήριξη

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλευτή. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου. Με τον όρο «συναίνεση» νοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό. Προϋποθέτει την ειλικρινή ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη φύση της αρρώστιας και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Ο άρρωστος διατηρεί πάντα το δικαίωμα της ανάκλησης της συναίνεσης. Ο νόμος του δίνει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ή μέρος αυτής.

Τέλος, η υποστήριξη του αρρώστου ισοδυναμεί με τη συνοδεία του στην πορεία και εξέλιξη της υγείας του. προϋποθέτει διαθεσιμότητα, ενεργητική ακρόαση και κατανόηση, ακόμα και αν οι απόψεις ή τα συναισθήματα του αρρώστου διαφέρουν από εκείνα του επαγγελματία.

Συμπερασματικά, η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

5.1 Χρόνια ασθένεια και αναπηρία

Ως χρόνια ασθένεια ή αναπηρία ορίζεται μια παθολογική κατάσταση στην οποία παρατηρούνται μία ή περισσότερες βλάβες ή αποκλίσεις από τη φυσιολογική σωματική ακεραιότητα και λειτουργικότητα, οι οποίες, ανεξάρτητα από το αν είναι εκτεταμένες ή όχι, παραμένουν ημιμόνιμες ή μόνιμες. Κατά κανόνα, οι χρόνιες καταστάσεις οφείλονται σε παθολογικές αλλοιώσεις που δεν είναι αναστρέψιμες ή τουλάχιστον είναι πολύ δύσκολο να βελτιωθούν. Συνήθως αφήνουν ως κατάλοιπο κάποιου είδους αναπηρία. Η αντιμετώπιση και η καταπολέμηση μιας χρόνιας κατάστασης προϋποθέτει την καταβολή εντατικής προσπάθειας, η οποία περιλαμβάνει θεραπεία, διαρκή παρακολούθηση και ειδική εκπαίδευση. Σε αντίθεση με τους ανθρώπους που πάσχουν από κάποια οξεία ασθένεια ή τραυματισμό και νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ακολουθώντας κάποια θεραπευτική αγωγή, οι χρόνιοι ή οι ανάπηροι ασθενείς πρέπει εν τέλει να προσπαθήσουν να ενσωματώσουν σε μια σχετικά φυσιολογική ζωή τους περιορισμούς που υφίστανται. είτε ζουν μόνοι τους είτε μαζί με άλλους, πρέπει να διατηρήσουν κάποιο βαθμό ανεξαρτησίας και να επιτύχουν μια όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής μέσα στο πλαίσιο των περιορισμών που θέτει η ιατρική κατάστασή τους (Καραδήμας, 2005).

5.2 Η αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας

Το στρες που προκαλεί η χρόνια ασθένεια και η αναπηρία είναι δυνατόν να εξαντλήσουν τους συναισθηματικούς πόρους ακόμα και του πιο ανεκτικού και αισιόδοξου ανθρώπου. Η χρόνια ασθένεια και αναπηρία πρέπει να αντιμετωπίζονται μέρα με τη μέρα, χρόνο με το χρόνο, χωρίς ωστόσο να υπάρχει η πιθανότητα ίασης. Μολονότι οι χρόνιες καταστάσεις διαφοροποιούνται πράγματι όσον αφορά το βαθμό της σοβαρότητας τους και της παρεμπόδισης που προκαλούν στη «φυσιολογική» ζωή, καθεμιά από αυτές δημιουργεί τουλάχιστον κάποια από τα προβλήματα και τις προκλήσεις που περιγράφονται παρακάτω. Κατά κανόνα, όσο μεγαλύτερη αναπηρία προκαλεί μια κατάσταση, τόσο περισσότερα προβλήματα απαιτούν αντιμετώπιση και επίλυση.

- **Η διαχείριση των ιατρικά κρίσιμων καταστάσεων**

Όταν η κατάσταση ενός χρόνιου ασθενούς εξελίσσεται ομαλά, τότε η σωματική λειτουργικότητά του μπορεί να είναι σχετικά καλή. Παρά τους περιορισμούς που ενδεχομένως επιβάλλονται, αυτοί είναι δυνατόν με κάποια προσπάθεια να ενταχθούν στην καθημερινότητά του και έτσι να μην είναι εμφανείς στην εξονυχιστική εξέταση και στα αδιάκριτα βλέμματα των άλλων. Όταν όμως η κατάσταση έχει άσχημη εξέλιξη, τότε το άτομο που πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια ενδέχεται να αρρωστήσει βαριά ή ακόμα και να τεθεί η ζωή του σε σοβαρό κίνδυνο. Το χρόνια άρρωστο άτομο και οι οικείοι του, πρέπει να βρίσκονται σε διαρκή επαγρύπνηση, έτσι ώστε να εντοπίζουν τυχόν ενδείξεις μιας επικείμενης ιατρικά κρίσιμης κατάστασης. Πολλοί άνθρωποι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες πρέπει να κυκλοφορούν με αναγνωριστικά βραχιόλια έτσι ώστε να γνωστοποιούν την κατάστασή τους στους άλλους, αν κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής κρίσης δεν είναι σε θέση να συνεννοηθούν ή να επικοινωνήσουν. Άλλοι πρέπει να μεταφέρουν πάντα μαζί τους τα απαραίτητα θεραπευτικά μέσα προκειμένου να αντιμετωπίσουν μια ιατρικά κρίσιμη κατάσταση. Αυτού του είδους η επαγρύπνηση είναι από μόνη της αρκετά επιβαρυντική για τον χρόνο ασθενή, ενώ ταυτόχρονα του επιβάλλει να αποκτήσει αρκετές δεξιότητες αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης προκειμένου να ζήσει μια σχετικά ανεξάρτητη ζωή.

- **Ο έλεγχος των συμπτωμάτων**

Σχεδόν κάθε χρόνια ασθένεια συνοδεύεται από ενοχλητικά συμπτώματα, τα οποία οι ασθενείς πρέπει να μάθουν να διαχειρίζονται κατάλληλα. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή εξουθενωτικά. Αναμφίβολα, όσο μεγαλύτερη εξουθένωση προκαλούν τα συμπτώματα μιας χρόνιας ασθένειας, τόσο περισσότερες διευθετήσεις απαιτούνται προκειμένου να προσαρμοστεί το άτομο σε αυτήν. Ωστόσο, η σωματική εξασθένηση δεν είναι το μοναδικό χαρακτηριστικό που καθορίζει το βαθμό ενόχλησης και δυσαρέσκειας που προκαλούν τα εκάστοτε συμπτώματα, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο παράγοντας της κοινωνικής αποδοχής. Ο βαθμός στον οποίο τα συμπτώματα θεωρούνται κοινωνικώς αποδεκτά επηρεάζει το είδος των μέτρων που πρέπει να ληφθούν προκειμένου τα συμπτώματα να τεθούν υπό έλεγχο, όπως επίσης το επίπεδο ικανοποιητικής προσαρμογής του ασθενούς στην κατάσταση του. Πιθανώς είναι πιο δύσκολη η προσαρμογή σε συμπτώματα που περιορίζουν τον λογικό ειρμό και τη συνοχή της ομιλίας ή που καθιστούν εμφανείς κάποιες ιδιωτικές σωματικές λειτουργίες.

- **Η εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής**

Παρά τη σημασία που έχει ο έλεγχος των συμπτωμάτων και παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων θεραπειών για την αντιμετώπιση πολλών χρόνιων ασθενειών, το ποσοστό πιστής τήρησης της θεραπευτικής αγωγής είναι εντυπωσιακά χαμηλό. Η έλλειψη συμμόρφωσης προς τη συσταθείσα αγωγή αποτελεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από χρόνιες νόσους, επειδή οι θεραπείες είναι κατά κανόνα δύσκολες, περίπλοκες, παρεμβάλλονται έντονα στη ζωή τους και παρεμποδίζουν τη συνέχιση κάποιων ευχάριστων δραστηριοτήτων. Στο σύνολό τους, αυτοί οι παράγοντες έχει διαπιστωθεί ότι συμβάλλουν στο χαμηλό επίπεδο πιστής τήρησης της θεραπευτικής αγωγής.

- **Αποφυγή κοινωνικών επαφών ή προσαρμογή στην κοινωνική απομόνωση**

Η χρόνια ασθένεια επιφέρει συχνά σοβαρές επιπτώσεις σε κοινωνικό επίπεδο. Οι πρακτικοί περιορισμοί μιας σωματικής νόσου ή προβλήματος που προκαλεί εξασθένηση ενδέχεται να καταστήσουν σχεδόν αδύνατη τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών.

- **Ρεαλιστική στοχοθέτηση και προγραμματισμός του μέλλοντος**

Ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους, οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να σκέφτονται και να οραματίζονται το μέλλον τους και να προσανατολίζονται προς την επίτευξη στόχων που οι ίδιοι αξιολογούν ως σημαντικούς. Ωστόσο, η χρόνια ασθένεια είναι δυνατόν να τους στερήσει αυτή την προοπτική του μέλλοντος. Δεδομένου ότι η χρόνια ασθένεια μπορεί να καταστήσει το μέλλον τόσο αβέβαιο, θέτει σε σοβαρό κίνδυνο την ικανότητα του ατόμου να καταστρώνει σχέδια και να αγωνίζεται για την επίτευξη μακροπρόθεσμων στόχων. Παραδόξως, όσοι αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη επιτυχία τη χρόνια ασθένεια τείνουν επίσης να είναι αυτοί που πράγματι καταστρώνουν σχέδια και καταπιάνονται με την επίτευξη στόχων που είναι σημαντικοί για τους ίδιους (DiMatteo & Martin, 2011).

5.3 Σεξουαλικότητα και χρόνια ασθένεια

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες είναι πιθανό να βιώσουν σοβαρή μείωση της απόλαυσης που δοκιμάζουν μέσω της σεξουαλικής έκφρασης. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνητικών δεδομένων δείχνει ότι η σεξουαλική

δραστηριότητα συχνά περιορίζεται ή παύει στις περιπτώσεις των ατόμων που πάσχουν από κάποιο χρόνιο ιατρικό πρόβλημα. Ορισμένοι ασθενείς εμφανίζουν σεξουαλική ανικανότητα ή έλλειψη οργασμού, άλλοι χάνουν τον ενδιαφέρον τους για το σεξ ή αρχίζουν να το φοβούνται. Μάλιστα, είναι πιθανό να αποφεύγουν τη σεξουαλική δραστηριότητα, ακόμα και αφού θέσουν την ασθένεια υπό έλεγχο και αντεπεξέρχονται ικανοποιητικά σε πολλούς άλλους τομείς της ζωής τους (DiMatteo & Martin, 2011).

Τα σεξουαλικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ενδέχεται να σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με τη νόσο ή την αναπηρία τους. Για παράδειγμα, μια χειρουργική επέμβαση ή η χημειοθεραπεία είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη σωματική λειτουργικότητα με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύνατη η σεξουαλική συμπεριφορά και έκφραση (άμεση συνέπεια). Από την άλλη πλευρά, η νόσος και η αναπηρία ενδέχεται να προκαλέσουν άγχος και κατάθλιψη, τα οποία με την σειρά τους μειώνουν την σεξουαλική επιθυμία (έμμεση συνέπεια) (Rice, 2005).

Αναμφισβήτητα, οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά ιατρικά προβλήματα αντιμετωπίζουν δυσκολίες που, εκείνη τη στιγμή, φαίνονται πολύ πιο σημαντικές από το σεξ. Μπορεί να ανησυχούν και να προβληματίζονται για σοβαρά ζητήματα, όπως αν θα ζήσουν και αν θα αποφύγουν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της κατάστασής τους. Ωστόσο, από κάποια στιγμή και μετά, όταν η επιβίωση είναι εξαιρετικά πιθανή και η κατάσταση είναι δυνατό να τεθεί υπό έλεγχο, η απειλή που δέχεται η σεξουαλικότητά τους ενδέχεται να αρχίσει να σχετίζεται και με άλλες σημαντικές παραμέτρους της ζωής τους (DiMatteo & Martin, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ /ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

6.1 Η εισαγωγή του παιδιού στο νοσοκομείο

Όταν ένα παιδί εισάγεται στο νοσοκομείο μεταφέρεται από το ασφαλές περιβάλλον του σπιτιού του σε ένα περιβάλλον που είναι και ασυνήθιστο και τρομαχτικό (Rana & Urton, 2009). Το αναπτυξιακό στάδιο που διανύει ένα άτομο αποτελεί σημαντικό παράγοντα που καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει στην ασθένεια και στη νοσηλεία. Όσον αφορά τα παιδιά, η νοσηλεία στο νοσοκομείο ενδέχεται να είναι μια ιδιαίτερη τρομακτική εμπειρία και να συνδέεται με υψηλό επίπεδο άγχους. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, τα μικρά παιδιά δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει και

είναι πιθανό να τρομοκρατηθούν περισσότερο από ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά (DiMatteo & Martin, 2011). Επιπλέον το παιδί ίσως δεν είναι σε θέση να συνδέσει την ασθένεια του με το νοσοκομείο και την ανάγκη και προσδοκία του να γίνει καλύτερα. Αυτή η έλλειψη κατανόησης και η ανικανότητα να επικοινωνήσει ικανοποιητικά μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα να πιστέψει το παιδί ότι η εισαγωγή του στο νοσοκομείο είναι μια τιμωρία και αυτό να οδηγήσει σε ψυχολογική ανησυχία και αναστάτωση (Rana & Upton, 2009). Όταν βρεθούν στο νοσοκομείο, είναι πιθανό να αισθανθούν ότι οι γονείς τους τα εγκατέλειψαν και ότι τα έχουν αφήσει να αντιμετωπίσουν μόνο τους μια ορδή επαγγελματιών υγείας που τους προκαλεί σύγχυση και μια σειρά περιέργων και δυσάρεστων ιατρικών διαδικασιών. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους τα παιδιά συχνά νιώθουν θυμό, ταπείνωση και έντονο άγχος. Κάποια αντιδρούν παλινδρομώντας σε βρεφικές συμπεριφορές. Ορισμένα χάνουν ακόμα και τα πιο πρόσφατα επιτεύγματά τους, όπως η χρήση της τουαλέτας ή ικανότητα να ντύνονται και να βουρτσίζουν τα δόντια τους μόνο τους. Κάποια άλλα μέσα στον πανικό τους, συνεχίζουν να αντιδρούν με εκρήξεις θυμού (DiMatteo & Martin, 2011).

Ο πόνος σε συνδυασμό με την ανησυχία και το φόβο του παιδιού που σχετίζονται με την εισαγωγή του στο νοσοκομείο, μπορούν να κάνουν την όλη εμπειρία πολύ πιο δυσάρεστη για το παιδί. Αυτό, μπορεί να έχει σοβαρή επίδραση στην συμπεριφορά του και έτσι το παιδί να γίνει ακόμη πιο ανήσυχο και μη συνεργάσιμο (Rana & Upton, 2009).

Για τα περισσότερα παιδιά η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο αποτελεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία. Ορισμένοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που προκαλούν έντονο στρες είναι : α) ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα και η διαταραχή του καθημερινού ρυθμού ζωής της οικογένειας, β) οι ερμηνείες και οι φαντασιώσεις του παιδιού σχετικά με την αρρώστια, τις θεραπευτικές διαδικασίες στις οποίες υποβάλλεται ή τον πόνο που βιώνει, γ) η ενδεχόμενη αλλαγή στη συμπεριφορά και στη στάση των ανήσυχων γονιών του και δ) οι «παράλογες» προσδοκίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που απαιτεί από το παιδί πλήρη συμμόρφωση και παθητική ή στωική αποδοχή της θεραπείας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

6.2 Οξεία ασθένεια/ τραύμα και παιδί

Οι αντιδράσεις του παιδιού στην οξεία σωματική ασθένεια ποικίλλουν, εξαρτώμενες από τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας ή και του τραύματος, από το προσβεβλημένο όργανο ή το σύστημα του οργανισμού και από το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού και

την ανάλογη γνωστική του ικανότητα.

Η οξεία ασθένεια αλλάζει τον τρόπο που το παιδί αντιλαμβάνεται τα εσωτερικά του ερεθίσματα και αντιμετωπίζει τις απαιτήσεις της εξωτερικής πραγματικότητας. Συνήθως το παιδί κατακλύζεται από καινούρια ερεθίσματα και φόβο. Γι αυτό, χρειάζεται να αναπτύξει νέους τρόπους προκειμένου να προσαρμοστεί στην εμπειρία της ασθένειας. Οι νέες δυσάρεστες αισθήσεις (ανεξάρτητα από την παρουσία ή απουσία φυσικού πόνου) και οι αλλαγές στην καθημερινότητα του συμβάλλουν στην ανάπτυξη αρνητικών ψυχολογικών φαινομένων, που όμως τις περισσότερες φορές είναι παροδικά και αναστρέψιμα. Συνήθως αναπτύσσονται βαθμιαία κατά την πορεία της ασθένειας και παίρνουν τη μορφή της απόσυρσης και της παλινδρόμησης (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

6.3 Χρόνια ασθένεια και σωματική αναπηρία στα παιδιά

Η μεγάλη πρόοδος της Ιατρικής συνέβαλε στη σημαντική βελτίωση της γενικής σωματικής υγείας των παιδιών με χρόνια νοσήματα και ταυτόχρονα τροποποίησε θεαματικά τη φυσική τους πορεία (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Τα παιδιά με χρόνια ασθένεια ή σωματική αναπηρία παρουσιάζουν πολλά προβλήματα προσαρμογής και αναπτύσσουν αντιδραστικούς ψυχικούς μηχανισμούς παρόμοιους με εκείνους που εμφανίζουν τα παιδιά με οξεία ασθένεια. Επιπλέον τα παιδιά αυτά έχουν να αντιμετωπίσουν τη χρονιότητα της ασθένειάς τους, το απρόβλεπτο της εξέλιξής της, τον κίνδυνο του ολοένα και μεγαλύτερου περιορισμού των φυσικών τους δυνατοτήτων, του πόνου και των άλλων δυσάρεστων ερεθισμάτων από τις συνεχείς και επαναλαμβανόμενες θεραπευτικές πράξεις. Συνήθως χρειάζεται να υποστούν πολλαπλές νοσηλείες, αποχωρισμούς και επώδυνες ιατρικές πράξεις, που διακόπτουν την ομαλή καθημερινή τους ζωή και τη φυσιολογική αναπτυξιακή τους πορεία (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

6.4 Γονείς και αναπηρία παιδιού

Η επιβεβαίωση ότι το παιδί τους έχει κάποια αναπηρία, σε συνδυασμό με την σχετική διάγνωση, μπορεί να επέλθει μετά από μήνες γονικής ανησυχίας για την ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού ή να είναι αιφνίδια, όπως στην περίπτωση της διάγνωσης μιας χρωμοσωμικής ανωμαλίας κατά την άμεση μεταγεννητική περίοδο. Όπως και αν συμβεί, οι γονείς είναι πιθανό να αισθανθούν μεγάλη θλίψη καθώς οι προσδοκίες τους για ένα

φυσιολογικό παιδί διαλύονται. Η αρχική περίοδος, κατά την οποία συζητείται η διάγνωση είναι ιδιαίτερα σημαντική και δύσκολη για όλους και θα πρέπει η διαχείρισή της να γίνει με τη μεγαλύτερη δυνατή ευαισθησία έτσι ώστε η σχέση μεταξύ των γονέων, των ιατρών και των άλλων ειδικών να παραμείνει εποικοδομητική. Αυτό προϋποθέτει ειλικρίνεια και εμπιστοσύνη από όλους τους εμπλεκόμενους. Η σημασία ταυτόχρονης ενημέρωσης των γονέων με ειλικρίνεια, όσο το δυνατό συντομότερα, αλλά και χωρίς βιασύνη.

Λόγω του άγχους, οι γονείς συχνά δεν μπορούν να αφομοιώσουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν κατά την πρώτη συνέντευξη και γι αυτό απαιτούνται και άλλες συναντήσεις. Συχνά βοηθά η παρουσία και κάποιου αντιπροσώπου των γονέων, ο οποίος θα τους βοηθήσει στις πιο ιδιωτικές συζητήσεις που θα ακολουθήσουν και στη διαμόρφωση των ερωτήσεων που θα θελήσουν να κάνουν αργότερα.

Ορισμένες αναπηρίες μπορούν να καταστούν εμφανείς σταδιακά μέσα στους πρώτους μήνες της ζωής. Απαιτείται σημαντική εμπειρία και κλινική κρίση για την έγκαιρη αναγνώριση των ανικανοτήτων και τον καθορισμό της πιθανής πρόγνωσης. Η συνήθης αντίδραση των γονέων στο άκουσμα ότι το παιδί τους μπορεί να πάσχει από κάποια αναπηρία είναι συνήθως η θλίψη ακολουθούμενη από θυμό, ενοχές, απόγνωση και άρνηση. Συχνά ακολουθεί η αναγνώριση και η αποδοχή, με ψυχολογική προσαρμογή στις νέες συνθήκες όταν οι γονείς αρχίζουν να σχεδιάζουν και να οργανώνουν το μέλλον. Ο πατέρας, η μητέρα και τα άλλα μέλη της οικογένειας μπορεί να αντιδράσουν διαφορετικά στο άκουσμα για την αναπηρία. Η θλίψη που νιώθουν οι γονείς επικεντρώνεται στην εικόνα του τέλειου παιδιού που περίμεναν, η οποία έχει τώρα αντικατασταθεί από την ιδέα ενός παιδιού με αναπηρία, πιθανότατα περαιτέρω επιτεινόμενη από την αντίληψη που έχουν για μια συγκεκριμένη αναπηρία (Lissauer & Clayden, 2008).

6.5 Χειρουργική επέμβαση και παιδί

Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν μεγάλη επίδραση στην ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών, γιατί προκαλούν πόνο και αλλαγή στην εικόνα του σώματος. Τα μικρότερα παιδιά θεωρούν τον πόνο της εγχείρησης ως τιμωρία (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Η αναισθησία προκαλεί φόβο στα παιδιά και τους εφήβους, γιατί αποτελεί την πιο χειροπιαστή απόδειξη απώλειας του ελέγχου πάνω στο σώμα τους. Σύνηθες είναι ο φόβος σωματικής βλάβης ή / και ακρωτηριασμού τους κατά τη διάρκεια της γενικής

αναισθησίας. Πολλά παιδιά αναφέρουν εμπειρία φόβου κατά την ανάνηψη, που ενισχύθηκε από παροδικές διαταραχές της αντίληψης και του προσανατολισμού. Μερικά παιδιά αντιδρούν με έντονο φόβο και πανικό (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Ένα άλλο ζήτημα που απασχολεί τα παιδιά στο χειρουργείο είναι ο θάνατος. Τα παιδιά θα πρέπει να μαθαίνουν την αλήθεια για το θάνατο και να μιλούν γι' αυτόν, ιδιαίτερα αν συμβεί να γίνουν μάρτυρες του θανάτου κάποιου συνασθενούς τους. Η απόκρυψη του θανάτου και η αποσιώπηση του γεγονότος αυξάνει το άγχος και το φόβο του παιδιού μέσω της ταύτισης του με το νεκρό και τραυματίζει την εμπιστοσύνη του στο ιατρικό προσωπικό (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

Η ένταση και η διάρκεια του ψυχολογικού stress εξαρτώνται από τον αριθμό και το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων. Στις βαριές και μακροχρόνιες περιπτώσεις, που απαιτούν πολλαπλές επεμβάσεις και νοσηλείες, το παιδί αντιδρά μέσω των διαδικασιών πένθους :σοκ, άρνηση, θυμός, απόσυρση και τέλος κατάθλιψη.

6.5.1 Νοσηλευτικές διεργασίες στο χειρουργείο παιδιού

Είναι χρήσιμη η προετοιμασία του παιδιού για τη νοσηλεία και τη χειρουργική επέμβαση. Η προετοιμασία περιλαμβάνει την ξενάγηση του παιδιού στο χώρο του νοσοκομείου, την εξήγηση της αναγκαιότητας της νοσηλείας και των προσδοκιών από αυτήν, την παρουσίαση και τους λόγους των διαφόρων ιατρικών διαδικασιών, τη δυνατότητα του παιδιού να θέσει όσες ερωτήσεις θέλει στο ιατρικό προσωπικό αλλά και σε άλλα νοσηλευόμενα παιδιά.

Οι απαντήσεις πρέπει να είναι ειλικρινείς και όσο το δυνατόν πιο λεπτομερείς και να δίνονται με τρόπο κατανοητό για την ηλικία του παιδιού (Αναγνωστόπουλος & Παπαγεωργίου, 2010).

6.6 Νοσηλευτικές διεργασίες στο παιδί

Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση των αρνητικών συνεπειών της εισαγωγής στο νοσοκομείο. Αρχικά είναι απαραίτητο να βρεθεί το στάδιο ανάπτυξης στο οποίο βρίσκεται το παιδί όπως υποδεικνύεται από τον Piaget και αναλόγως να πράξει. Είναι πολύ σημαντική η χρήση μικρών και απλών προτάσεων για την κατανόηση του παιδιού. Επιπλέον ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρατηρεί στενά το παιδί για να επανεξετάζει τα μη λεκτικά μηνύματα που μπορεί να εκφράζει καθώς και να το

ενθαρρύνει να εκφράσει τα δικά του συναισθήματα για τη φροντίδα που θα λάβει καθώς και για τον ίδιο τον τραυματισμό- ασθένεια (Rana & Upton, 2009).

Έτσι υπάρχουν ορισμένες προϋποθέσεις που διευκολύνουν την αποτελεσματική προσαρμογή του παιδιού στο νοσοκομειακό περιβάλλον, συμβάλλοντας έτσι στην πρόληψη και μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που μπορεί να έχει η νοσηλεία στο ψυχισμό και στη γενικότερη εξέλιξη του. αυτές οι προϋποθέσεις στρέφονται κυρίως γύρω από τέσσερις βασικούς άξονες και περιλαμβάνουν την προετοιμασία του παιδιού για νοσηλεία και την πληροφόρηση του σε θέματα που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία του, τη συναισθηματική στήριξη του νοσηλευόμενου παιδιού, τη δυνατότητα ενεργού συμμετοχής του παιδιού στην αποκατάσταση της υγείας του, την ψυχολογική επεξεργασία των εμπειριών που το παιδί βιώνει κατά τη διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΕΝΗΛΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ /ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

7.1 Ψυχολογικές διεργασίες του ενήλικα ασθενή και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις/ ενήλικας και ασθένεια

Η εισαγωγή ενός ενήλικα ασθενή στο νοσοκομείο επιφέρει κάποιες συχνές ψυχολογικές διεργασίες αλλά και κάποια προβλήματα που εμφανίζονται στην συμπεριφορά του (Καλαντζή, 1990).

Σύμφωνα με τον W. J. SCHRAML (1982) η παλινδρόμηση η οποία είναι μια κατάσταση στην συμπεριφορά του ατόμου, στην οποία το άτομο υιοθετεί τρόπους συμπεριφοράς που αρμόζουν σε ηλικία μικρότερη από αυτή που έχει το ίδιο το άτομο. Εξαιτίας της ανάγκης για ανάπαυση και για φροντίδα επανέρχεται στη μνήμη του ατόμου η ζωή του στα παιδικά του χρόνια, με αποτέλεσμα να γίνεται η μεταβολή από τη θέση του βαριά αρρώστου στη θέση του παιδιού. Τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή στην παλινδρόμηση είναι αυτά τα οποία θεωρούνται «καλοί ασθενείς», αφήνονται δηλαδή στη φροντίδα των άλλων. Η αρέσκειά τους στο ρόλο του «παραχαϊδεμένου παιδιού» είναι αρκετά σημαντική ιδιαίτερα όταν τα άτομα αυτά στερούνται ή στερήθηκαν ιδιαίτερη φροντίδα, προσοχή ή στοργή. Επίσης αν τα άτομα είναι εσωστρεφή με υποχονδριακές τάσεις, υπάρχει συχνά αύξηση των υποχονδριακών συμπτωμάτων, διότι το ιδιαίτερο ενδιαφέρον του περιβάλλοντος «ενισχύει» τις υποχονδριακές τάσεις.

Αντιθέτως τα άτομα που κάνουν δύσκολα παλινδρόμηση είναι οι «δύσκολοι ασθενείς». Συνήθως είναι αυτάρκεις προσωπικότητες, που βιώνουν την ανημποριά της ασθένειας σαν κάτι το μειωτικό. Γι' αυτόν τον λόγο υπάρχει μεγάλη αντίδραση στις οδηγίες του γιατρού, είναι δύστροποι, οξύθυμοι και υπερισχύουν οι φωνές.

Είναι απαραίτητο να παραχθεί βοήθεια στον ασθενή από το νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να συνειδητοποιήσει πλήρως την κατάστασή του. Η παροχή πληροφοριών και οι ανοιχτές συζητήσεις σε καθημερινή βάση, καθώς και η παρότρυνση του ασθενή για συνειδητή συμμετοχή στη θεραπεία, θα οδηγούσαν στο επιθυμητό αποτέλεσμα αλλά και στην προαγωγή της υγείας του (Καλαντζή, 1990).

Μια άλλη συμπεριφορά είναι ο εγωκεντρισμός, στην οποία ο ασθενής έχει την τάση να θέλει να είναι το κέντρο του κόσμου, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να γίνεται όλο και πιο εγωιστικός. Οι συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς είναι η ζήλια που εκφράζει ο ασθενής όταν δίνεται προσοχή και φροντίδα σε άλλον ασθενή, η εστίαση σε θέματα υγείας, κυρίως για τα δικά του έχοντας την άποψη ότι συζητήσεις διαφορετικού περιεχομένου δείχνουν έλλειψη αγάπης και ενδιαφέροντος, κάνουν το άτομο να θεωρείται κουραστικό και μονότονο. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να μην ενισχύσει αυτή την τάση αλλά να την αποτρέψει, χωρίς να δίνει κάποια ιδιαίτερη προσοχή στο άτομο. Μια ακόμη ενέργεια από το νοσηλευτικό προσωπικό θα ήταν η συζήτηση με σκοπό ο ασθενής να κατανοήσει πλήρως ότι η συνειδητή συμμετοχή του παίζει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση της ασθένειάς του (Καλαντζή, 1990).

Η συχνότερη αντίδραση είναι ο φόβος και το άγχος. Ο πόνος η έλλειψη δυνάμεων, το άγνωστο είναι μερικές αιτίες που κάνουν τον άνθρωπο να νιώθει φόβο. Το άγχος είναι ένα διάχυτο δυσάρεστο συναίσθημα που αυξάνεται σε περιόδους ασθένειας, διότι ο ασθενής δεν έχει καμία διέξοδο για χαλάρωση με αποτέλεσμα οι σκέψεις του να περιστρέφονται στις πιθανές επιπλοκές της ασθένειας αλλά μέχρι και στο θάνατο.

Η επέμβαση των νοσηλευτών, θα μπορούσε να συμβάλει πολύ θετικά στο ζήτημα του φόβου και του άγχους κάνοντας συζητήσεις με τους ασθενείς, απαντώντας σε όλες τις ερωτήσεις τους, παρέχοντας τους όλες τις πληροφορίες που χρειαζόντουσαν είτε προφορικά, είτε σε έντυπη μορφή αλλά έχοντας και μια συχνή επικοινωνία όχι μόνο με τον ασθενή αλλά και με τους οικείους του (Rice, 2005).

Η Πολυκανδριώτη και συν. (2011) ερεύνησαν τις ανάγκες των νοσηλευόμενων ασθενών. Σύμφωνα με την έρευνα οι ανάγκες των ασθενών, αλλάζουν με την εξέλιξη της νόσου αλλά και με την πάροδο του χρόνου. Καθοριστικό ρόλο για τις ανάγκες των ασθενών παίζει το πνευματικό τους επίπεδο αλλά και οι πολιτιστικές τους παραδόσεις.

Οι βασικές ανάγκες είναι η εμπιστοσύνη, η επικοινωνία, η ενημέρωση, η εκπαίδευση, η αυτό- φροντίδα αλλά και η υποστήριξη. Η μη αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την αρνητική επίδραση στην έκβαση της νόσου αλλά και την οικονομική επιβάρυνση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της εκάστοτε χώρας. Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας αφορούν την κατανόηση της σημασίας της αξιολόγησης των αναγκών από τους επαγγελματίες υγείας για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας.

7.2 Προετοιμασία ασθενών για τις ιατρικές διαδικασίες

Η ψυχολογική προετοιμασία για το χειρουργείο έχει σημαντικές συνέπειες για την ανάρρωση των νοσηλευόμενων. Γενικά όσο μεγαλύτερη η προ- εγχειρητική ανησυχία τόσο δυσκολότερη η προσαρμογή και ανάρρωση μετά το χειρουργείο. Τα άτομα με μεγάλη προ- εγχειρητική ανησυχία τείνουν να αναφέρουν μεγαλύτερο πόνο, χρησιμοποιούν παυσίπονα συχνότερα, παραμένουν περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο και αναφέρουν μεγαλύτερο άγχος και θλίψη κατά την ανάρρωσή τους σε σύγκριση με τα άτομα με λιγότερο προ- εγχειρητικό φόβο (Rana & Upton, 2009).

7.3 Στρεσογόνοι παράγοντες μιας χειρουργικής επέμβασης

Υπάρχουν πολλές πιθανές υπαρκτές απειλές για ένα άτομο που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση. Η αναισθησία, ο πόνος, ο φυσικός περιορισμός, οι απειλητικές για τη ζωή διαδικασίες, η απομάκρυνση από το σπίτι, η διακοπή της ρουτίνας, η στέρηση του ύπνου, ο μετεγχειρητικός πόνος, η ανικανότητα, οι οικονομικοί περιορισμοί, ο φόβος του θανάτου και αυτό καθ' αυτό το χειρουργείο συμβάλλουν σε κάποιο βαθμό στο άγχος του νοσηλευόμενου.

7.4 Συνέπειες του προ- εγχειρητικού άγχους

Σημαντικές μελέτες έχουν διερευνήσει τις συνέπειες του προ- εγχειρητικού άγχους στα αποτελέσματα του χειρουργείου και πολλές μελέτες έχουν, εδώ και δεκαετίες, δείξει ότι το προ- εγχειρητικό άγχος μπορεί να είναι επιζήμιο τόσο στα ψυχολογικά όσο και στα σωματικά αποτελέσματα της εγχείρισης. Για παράδειγμα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής, τη χρήση των ιατρικών πόρων και τη γενικότερη άνεση. Ως αποτέλεσμα των πιο πάνω ερευνών, άλλες έρευνες έχουν διερευνήσει τα αποτελέσματα του προεγχειρητικού άγχους και των παρεμβάσεων ενάντια στο πιθανό άγχος (Stirling, 2006. Stoddart et al., 2005). Συγκεκριμένα ο ρόλος

του νοσηλευτή στη μείωση του άγχους και άρα στη βελτίωση του αποτελέσματος μετά από επέμβαση δεν μπορεί να αγνοηθεί.

Οι συνέπειες του προ- εγχειρητικού άγχους είναι σημαντικές και ποικίλες. Συνέπειες σωματικές και ψυχολογικές, αλλά και επιπτώσεις στην ανάρρωση από τη χειρουργική επέμβαση, καθώς και τις άλλες ιατρικές επιπλοκές. Το αυξημένο άγχος έχει σημαντικές κλινικές επιπλοκές, καθώς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποσότητα αναισθητικού φαρμάκου που πρέπει να χορηγηθεί κατά την επέμβαση καθώς και τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο (Osborn & Sandler 2004. Van den Bosch et al., 2005). Για παράδειγμα, οι Carr και συνεργάτες (2006) αναφέρουν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε γυναικολογική επέμβαση εξέφραζαν μεγαλύτερο άγχος πριν από το χειρουργείο και παρουσίασαν αυξημένη καρδιακή συχνότητα και αλλαγές στην αρτηριακή πίεση πριν και κατά τη διάρκεια του χειρουργείου που δυσκόλευε τη χορήγηση αναισθησίας και επιπλέον υπέφεραν από πονοκέφαλο, έμετο και πόνο μετά το χειρουργείο. Μελέτες έχουν, επίσης, δείξει ότι μπορεί να υπάρχει περαιτέρω συνέχεια, με αντίκτυπο μακροπρόθεσμα στην ανάρρωσή τους (Kiecolt- Glazer et al., 1998. Wilson- Barnett & Batehup, 1988).

Οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί όταν αναφερόμαστε στις εκβάσεις μιας χειρουργικής επέμβασης. Υπάρχουν βεβαίως, φυσικές μεταβλητές που πρέπει να συνυπολογιστούν, καθώς επίσης το γεγονός ότι υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές μεταξύ των νοσηλευόμενων που υποβάλλονται στην ίδια επέμβαση σε ό,τι αφορά τις σωματικές και ψυχολογικές εκβάσεις ανεξαρτήτως των παραμέτρων φυσιολογίας και ανατομίας. Επομένως με αυτά τα δεδομένα οι ατομικές διαφορές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στις πνευματικές και ψυχολογικές συνέπειες, μιας χειρουργικής επέμβασης. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, είναι θεμελιώδους σημασίας και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της διάρκειας και στα χαρακτηριστικά της μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Άλλες παράμετροι που μπορούν να έχουν αντίκτυπο στα αποτελέσματα άγχους, κατάθλιψης και σωματικής υγείας περιλαμβάνουν τον τρόπο ζωής, το νευρωτισμό, την κοινωνική υποστήριξη, το φύλλο, την ηλικία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Μία από τις πιο παλιές μελέτες για τη διερεύνηση του πιθανού ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στη μετεγχειρητική ανάρρωση ολοκληρώθηκε από τον Janis (1958), ο οποίος αξιολόγησε την κατάσταση ανάρρωσης μετεγχειρητικά με τη μέτρηση του άγχους και του φόβου πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Πρότεινε βάση των αποτελεσμάτων του, μια αντίστροφη **καμπύλη U** η οποία εξηγεί τη σχέση μεταξύ του

άγχους και της ιδανικής μετεγχειρητικής ανάρρωσης. Έτσι, τα μέτρια επίπεδα άγχους ή ανησυχίας πριν από το χειρουργείο οδηγούσαν σε ιδανική μετεγχειρητική ανάρρωση. Αντιθέτως, τα πολύ χαμηλά ή πολύ υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με μικρότερο ρυθμό ανάρρωσης. Ο Janis το ονόμασε “διεργασία ανησυχίας” και πρότεινε ότι κάποιο επίπεδο άγχους απαιτείται για την ιδανική μετεγχειρητική ανάρρωση. Αυτή η μελέτη, χωρίς να μας εκπλήσσει το αποτέλεσμα, οδήγησε σε σημαντική περαιτέρω έρευνα σχετικά με τα αποτελέσματα των ψυχολογικών παραμέτρων στη μετεγχειρητική ανάρρωση και στο πως μπορούν οι νοσηλευόμενοι να προετοιμάζονται καλύτερα για το χειρουργείο.

Πολύ λίγες μελέτες έχουν καταφέρει να αναπαράγουν αυτή την αντιστροφή στην καμπύλη U- σχέσης και οι περισσότερες έχουν καταλήξει σε γραμμική συσχέτιση μεταξύ του προ- εγχειρητικού άγχους και τις θετικής ικανοποιητικής ανάρρωσης, όπου τα μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σχετίζονται με φτωχότερο αποτέλεσμα και προφανώς το αντίστροφο, όσο μικρότερα τα επίπεδα άγχους τόσο καλύτερο το αποτέλεσμα. Επιπλέον, οι De Bruin και συνεργάτες (2001) αναφέρουν ότι το προ- εγχειρητικό άγχος σχετίζεται με την προσαρμογή για το χειρουργείο, αν και πρόκειται για μία μονάχα μελέτη και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν.

Ο Akinsulore και συνεργάτες (2015) έκαναν μία έρευνα στη Νιγηρία σχετικά με την αξιολόγηση του προ- εγχειρητικού και μετεγχειρητικού άγχους, τις αιτίες αυτού και τους παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν θετικά σε αυτό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το προ- εγχειρητικό άγχος υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό στους νοσηλευόμενους από το άγχος που υπάρχει μετεγχειρητικά. Οι συνήθεις αιτίες του προ- εγχειρητικού άγχους ήταν ο φόβος των επιπλοκών της εγχείρησης, η έκβαση της, καθώς και τα λάθη από τους επαγγελματίες υγείας. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι στους Νιγηριανούς ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν, το άγχος πριν από την εγχείρηση είναι αυξημένο συγκριτικά με το μετεγχειρητικό. Η παροχή αξιόπιστων πληροφοριών και η ψυχολογική προετοιμασία μπορεί να συμβάλει στη μείωσή του.

7.5 Σημασία προεγχειρητικών Νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας θα έπρεπε να ενδιαφέρονται για τη ψυχολογική διερεύνηση και παρέμβαση των νοσηλευόμενων πριν από το χειρουργείο (Stoddart et al., 2005). Πρώτον γιατί, η πλειοψηφία των επεμβάσεων που γίνονται αφορούν προγραμματισμένα χειρουργεία και οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία των

ασθενών με συγκεκριμένο τρόπο και σε μεγάλο βαθμό. Δεύτερον, τα άτομα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση άγχους μπορούν να αναγνωρίζονται και να εφαρμόζονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Επομένως, θα υπάρχει βελτίωση σε ό,τι αφορά την έκβαση της υγείας. Τέλος, από ερευνητικής άποψης, οι χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν έτσι και αλλιώς ένα στρεσογόνο γεγονός. Επομένως, η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας θα συμβάλει στη δημιουργία χρήσιμων μεθόδων για τη μείωσή του. Αυτό μπορεί να έχει σημαντικά οφέλη σε άλλους τομείς της έρευνας σχετικά με το άγχος και τη φροντίδα υγείας.

Η Komolafe και συνεργάτες (2015) διεξήγαγαν μία έρευνα με στόχο την παρουσίαση των παραγόντων που επιδρούν στο άγχος των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο και την ικανότητα εύρεσης των πιθανών αιτιών, καθώς και την αξιολόγηση της έκτασης του άγχους από τους νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 67% των ασθενών είχε άγχος μεγαλύτερο από το φυσιολογικό όριο, χωρίς αυτό να συνδέεται με προηγούμενες εγχειρήσεις ή με την οικογενειακή κατάσταση. Κύρια αιτία εμφάνισης του άγχους στον ασθενή, ήταν η επίδραση του ατόμου που τον φρόντιζε. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την εξάλειψη του άγχους, από το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αποτελεσματικότεροι από αυτές των ασθενών. Συμπερασματικά χρήζει αναγκαία αντιμετώπιση το άγχος πριν από την εγχείρηση. Η προ-εγχειρητική νοσηλευτική περίθαλψη είναι πολύ σύντομη χωρίς να έχουν γνώση οι νοσηλευτές το βαθμό του άγχους των ασθενών.

7.6 Ο ασθενής στο τελικό στάδιο της ζωής του

Η Elisabeth Keibleer- Ross (1969) που εργάστηκε πάνω στην κατανόηση και τη φροντίδα των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους, υποστήριξε ότι τα στάδια ψυχικής διεργασίας του ατόμου που πορεύεται προς τον θάνατο είναι πέντε:

- Το στάδιο της άρνησης
- Το στάδιο του θυμού
- Το στάδιο της διαπραγμάτευσης ή παζαρέματος
- Το στάδιο της κατάθλιψης
- Το στάδιο της αποδοχής

Στάδιο άρνησης

Είναι η πρώτη αντίδραση όταν κάποιος μαθαίνει ότι η ασθένεια του τον οδηγεί στο θάνατο. Ο ασθενής νιώθει μούδιασμένος χρησιμοποιεί την άρνηση για να αυτοπροστατευθεί από την οδυνηρή πραγματικότητα. Αρνείται τα συμπτώματά του, τις

επιπτώσεις της ασθένειας, τις ενδείξεις υποτροπής, την πιθανότητα του θανάτου. Αυτό ίσως τον βοηθά στην προσαρμογή του και στο να θέσει μακροπρόθεσμους στόχους και να διατηρήσει τις σχέσεις του με το περιβάλλον. Η άρνηση όμως μπορεί να τον οδηγήσει σε αργοπορημένη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Στο στάδιο αυτό χρειάζεται ο νοσηλευτής να ερμηνεύσει την συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί ο ασθενής να τον ακούσει, να μοιραστεί μαζί του την αγωνία του και να επικοινωνήσει μαζί του μέσω της «συμβολικής γλώσσας» (Παπαγεωργίου, 2012).

Στάδιο διαπραγμάτευσης

Σ αυτό το στάδιο ο ασθενής διαπραγματεύεται, προσπαθώντας να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την εξέλιξη της ασθένειάς του, άλλοτε τάζει ή υπόσχεται στον Θεό να ζήσει μια ζωή αφιερωμένος ή ταγμένος στην εκκλησία και ζητά να τον ανταμείψει. Άλλοτε υπόσχεται στον ιατρό πλήρη υπακοή και συμμόρφωση στις οδηγίες του, ελπίζοντας να αποτρέψει το μοιραίο και όταν αυτό δεν γίνεται διαπραγματεύεται την παράταση ζωής ή έναν καλό θάνατο (Παπαγεωργίου, 2012).

Από μία άποψη αυτή η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές επιπτώσεις, όπως η υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών που προωθούν τη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία ή ενίσχυση της πίστης προς το Θεό, κάτι που θα του δώσει δύναμη και θα αποτελέσει στήριγμα. Από την άλλη όταν οι ελπίδες των διαπραγματεύσεων που έκανε χαθούν και καταρρεύσουν και ο δρόμος είναι κατηφορικός προς τον θάνατο, τότε βιώνει μεγάλη απογοήτευση και θυμό. Ο αγώνας του δεν έχει νόημα και κατακλύζεται από άγχος και φόβο (Παπαγεωργίου, 2012).

Στάδιο θυμού

Την άρνηση διαδέχεται ο θυμός, η οργή, ο φθόνος. Το νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς την υποδομή και την εκπαίδευση, καθώς και η οικογένεια δυσκολεύονται ιδιαίτερα να χειριστούν τον ασθενή και πολλές φορές εμπλέκονται σε μια προσωπική διαμάχη που βέβαια δεν ωφελεί στην αντιμετώπιση της κατάστασης. Μόνο η ενσυναίσθηση και η επίδειξη ανοχής και κατανόησης μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τον θυμό του ίσως και να τον χρησιμοποιήσει εποικοδομητικά διεκδικώντας καλύτερη φροντίδα, περισσότερη ενημέρωση και ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του (Παπαγεωργίου, 2012).

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να μπορεί να ελέγχει τους δικούς του μηχανισμούς άμυνας και να έχει πρώτα παλέψει με τους δικούς του φόβους θανάτου για να σταθεί συνοδοιπόρος του ασθενούς.

Στάδιο της κατάθλιψης

Ο ασθενής στο στάδιο αυτό μέσω της κατάθλιψης θρηνεί τις απώλειες της οικογένειάς του, της εργασίας του, την απομάκρυνση από τον κύκλο των φίλων και γνωστών του, της ακέραιης σωματικής εικόνας κ.λπ. Έρχεται πιο κοντά στην ιδέα ότι πρόκειται να πεθάνει. Έτσι εμφανίζει θλίψη, απόγνωση, απόσυρση, απομόνωση, πιθανόν τάσεις αυτοκαταστροφής, διαταραχές στον ύπνο του, ψυχοκινητική καθυστέρηση ή ανησυχία (Καραδήμας, 2005).

Όλη αυτή η κατάσταση μπορεί να είναι είτε προπαρασκευαστική μιας και ο ασθενής αναλογίζεται τι πρόκειται να ακολουθήσει, είτε αντιδραστική. Ο νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει αυτή τη διαδικασία που βιώνει ο ασθενής, να προσφέρει ενθάρρυνση στο να εκφράσει τα συναισθήματά του και έτσι να μπει στη διαδικασία του να κατανοήσει και να αποδεχθεί (Παπαγεωργίου, 2012).

Άλλοτε πάλι, η καθησύχηση του ασθενούς από τον νοσηλευτή ότι όλα θα πάνε καλά και θα βρεθούν λύσεις για τις εκκρεμότητες που τον προβληματίζουν και τον απασχολούν δεν αρκεί. Πολλές φορές ικανοποιεί και εκφράζει τη δυσκολία του νοσηλευτή να αντέξει τη θλίψη του ασθενούς. Καταλαγιάζει το άγχος του και την ενοχή του, που βρίσκεται αντιμέτωπος με μια τόσο δύσκολη κατάσταση που δεν μπορεί να ανατρέψει. Είναι προτιμότερο να καθίσει δίπλα στον ασθενή, να επικοινωνήσει μαζί του με τη σιωπή, με το χέδι, το άγγιγμα, με το βλέμμα (Παπαγεωργίου, 2012).

Στάδιο αποδοχής

Ένα στάδιο που δεν έχει πλέον αγωνία, αν η ασθένεια είναι τέτοια που έχει δώσει στον ασθενή χρόνο να βιώσει τα προηγούμενα στάδια. Αν ο ασθενής έχει προλάβει να εκφράσει τα συναισθήματά του και του έχει δοθεί ο απαραίτητος χρόνος και η υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου. Συμφιλιώνεται λοιπόν, με αυτήν την ιδέα και δεν αγωνίζεται. Έχει ηρεμία, μιλά ελάχιστα, δεν θέλει επισκέψεις, κοιμάται πολλές ώρες (Καραδήμας, 2005).

Βέβαια ενώ ο ασθενής έχει καταφέρει να φτάσει στην αποδοχή, δεν συμβαίνει το ίδιο με τους συγγενείς που ζητούν επίμονα από τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό να κάνει κάτι, να παραταθεί η ζωή του αγαπημένου τους προσώπου, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη την ανάγκη και θέληση του ασθενούς και τις δυνατότητες της επιστήμης (Παπαγεωργίου, 2012).

Και σε αυτό το στάδιο είναι αναγκαίο ο νοσηλευτής να αφουγκράζεται και να καταλαβαίνει αυτό που θέλει ο ασθενής. Να κατευθύνει τις ενέργειες του σύμφωνα με

τις υγιείς ή κοινωνικά αποδεκτές επιθυμίες του ασθενούς και όχι σύμφωνα με των συγγενών ή του ίδιου (Παπαγεωργίου, 2012).

Ο ασθενής δεν παύει να είναι μοναδικός και ανεπανάληπτος και κάθε μορφή υποστήριξης προς τον ασθενή που πεθαίνει πρέπει να διέπεται ακριβώς από αυτό, στην κατανόηση του σεβασμού, την αξιοπρέπεια και την ελευθερία του να επιλέγει πως θέλει να ζήσει και να πεθάνει (Παπαγεωργίου, 2012).

Ο νοσηλευτής συμπορεύεται με τον ασθενή του, του δίνει το αίσθημα της ασφάλειας, της μη εγκατάλειψης, της διακριτικής παρουσίας, της λεκτικής ή μη επαφής, της κατανόησης και συμπαράστασης ακόμα και όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα και μόνο η ακοή τον φέρνει σε επαφή με το περιβάλλον (Παπαγεωργίου, 2012).

7.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στον άρρωστο που πεθαίνει

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός, συνοδεύει τον άρρωστο στην πορεία του και συχνά με την παρουσία και τη διαθεσιμότητά του, μπορεί να παρέχει τόσο στον ασθενή όσο και στην οικογένειά του την απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζονται σαΐτες τις δύσκολες στιγμές. Δυστυχώς, μερικές φορές, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας συνίσταται στο να προστατεύει τον άρρωστο από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του. Άλλοτε πάλι, ενισχύεται η πεποίθηση ότι ο ρόλος του είναι να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα. Στην ουσία, όμως το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσωπικό υγείας είναι να βοηθήσει τον ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει, εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του. Κανείς δεν μπορεί να πείσει τον άρρωστο να αποδεχτεί τον θάνατό του όταν τον αρνείται, ούτε να τον αρνηθεί όταν συνειδητοποιεί και επιθυμεί να συζητήσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους αντιλαμβάνονται την σοβαρότητα της κατάστασης τους, αλλά συχνά απωθούν και αρνούνται σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό το γεγονός ότι σύντομα θα πεθάνουν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο στην οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή, όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν

προσφέρεται να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του, αφήνοντας τον ίδιο να καθοδηγήσει τον επαγγελματία της υγείας. Με τη διακριτική του παρουσία, το προσωπικό υγείας εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπει, ακόμη και όταν δεν διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει. Μερικές φορές ένα χάδι, η σιωπηλή συντροφιά, μια ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίξουν ακόμα και ένα άτομο που βρίσκεται σε κώμα και το οποίο διατηρεί επαφή με το περιβάλλον μέσω της ακοής, που θεωρείται η τελευταία από τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος.

Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι ο άρρωστος πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας της υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΈΡΕΥΝΑ

Η ποιοτική έρευνα είναι μία συστηματική και περισσότερο υποκειμενική προσέγγιση, που χρησιμοποιεί μη- αριθμητικά δεδομένα, προκειμένου να γίνει σε βάθος ανάλυση των πολύπλοκων ψυχο- κοινωνικών φαινομένων και να τους δοθεί κάποιο νόημα. Η ποιοτική έρευνα βασίζεται σε μια ολιστική θεώρηση και σύμφωνα με αυτήν 1)δεν υπάρχει μια πραγματικότητα, 2) η πραγματικότητα βασίζεται στην αντίληψη και γι αυτόν τον λόγο διαφέρει μεταξύ των ατόμων και αλλάζει με τον χρόνο, 3)ότι γνωρίζουμε έχει νόημα μόνο σε συγκεκριμένη κατάσταση ή πλαίσιο. Η μελέτη των υποκειμένων λαμβάνει χώρα μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον, ο ερευνητής έχει ενεργό ρόλο στην έρευνα και τα αποτελέσματα επηρεάζονται από τις αξίες και τις αντιλήψεις του. γι αυτόν τον λόγο και οι ποιοτικές έρευνες ονομάζονται και έρευνες πεδίου. Ο όρος πεδίο υποδηλώνει το ψυχολογικό και κοινωνικό περιβάλλον από το οποίο ο ερευνητής συλλέγει τα δεδομένα του, με σκοπό να βρει τις απαντήσεις στα ερωτήματά του. (Μερκούρης, 2008).

Το μοντέλο αυτό των έξι βημάτων αρχίζει με τον καθορισμό του αντιληπτικού περιγράμματος του ερευνητή, που συνήθως είναι είτε το κριτικό αντιληπτικό περίγραμμα, είτε το ερμηνευτικό/σχετικιστικό αντιληπτικό περίγραμμα. Το δεύτερο βήμα είναι ο καθορισμός της ερευνητικής ερώτησης, που συνήθως συμπεριλαμβάνει λέξεις- κλειδιά, όπως «κατανοώντας», «ερμηνεύοντας» ή «εξερευνώντας», καθώς και το «πώς» ή το «γιατί». Το τρίτο βήμα αφορά στον καθορισμό του ερευνητικού δείγματος, που συνήθως είναι διψήφιο ή και μονοψήφιο σε αριθμό και συλλέγεται με τη σκόπιμη

δειγματοληπτική τεχνική. Το τέταρτο βήμα είναι η παρουσίαση των μεθόδων συλλογής των δεδομένων, που συνήθως είναι μη δομημένες ή ημιδομημένες ερευνητικές συνεντεύξεις ή ερευνητικές παρατηρήσεις. Το πέμπτο βήμα απαρτίζεται από την ανάλυση των δεδομένων, που συνήθως είναι η μεταφορά όλων των δεδομένων σε γραπτή μορφή, η επαναληπτική ανάγνωση, η κωδικοποίηση του κειμένου, η σύμπτυξη των κωδικών σε θεματικές ενότητες και η σύνδεση και σύνθεση των θεματικών ενοτήτων με την ευρύτερη βιβλιογραφία. Το τελευταίο βήμα είναι η παρουσίαση της ποιοτικής έρευνας, που περιλαμβάνει τη λεπτομερή παρουσίαση των προηγούμενων πέντε βημάτων, την παρουσίαση του ερευνητή χρησιμοποιώντας ανακλαστικές τεχνικές και την παρουσίαση απόφρων κομματιών από τη συνέντευξη ή παρατήρηση, που σχετίζονται με την ανάλυση και ερμηνεία της κάθε θεματικής ενότητας (Μαντζούκας, 2007) .

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

Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

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

Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος (Ryman 2001). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των

παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία στηρίζεται στην υπόθεση ότι η γνώση για τους ανθρώπους είναι αδύνατη χωρίς την περιγραφή της ανθρώπινης εμπειρίας, όπως αυτή βιώνεται και όπως περιγράφεται από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Η έρευνα αυτή παρέχει τη δυνατότητα μέσα από την αφήγηση να καταγραφούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, τα οποία σε μια ποσοτική έρευνα δεν αναδεικνύονται.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ο ασθενής είναι ένας νέος άντρας 24 ετών, ο οποίος μεταφέρθηκε από το νοσοκομείο της Κέρκυρας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων για να χειρουργηθεί στο θώρακα. Το χειρουργείο έγινε με επιτυχία και χωρίς προβλήματα. Ύστερα από λίγες μέρες οι γιατροί προγραμμάτισαν μια ακτινογραφία θώρακος, η οποία ήταν μέρος της μετεγχειρητικής παρακολούθησης του περιστατικού. Η ακτινογραφία έδειξε αυξημένη κυτταρική ανάπτυξη στον δεξιό πνεύμονα. Μετά από τη βιοψία πνεύμονα επιβεβαιώθηκε ο καρκίνος στον πνεύμονα. Στην συνέχεια έγινε παραπομπή από τους θεράποντες ιατρούς για την παρακολούθηση του νεαρού από τους ογκολόγους, καθώς επίσης και την διακομιδή του στο ογκολογικό τμήμα του νοσοκομείου.

Συμπτωματολογία/ Κοινωνικό Ιστορικό

Ο παραπάνω ασθενής που διαγνώσθηκε με καρκίνο του πνεύμονα δεν εμφάνιζε κάποιο σύμπτωμα, πέρα από την ύπαρξη δύσπνοιας και πόνου εξαιτίας του χειρουργείου που είχε κάνει στο θώρακα. Επίσης δεν έκανε κατανάλωση αλκοόλ, ούτε ήταν καπνιστής διότι ασχολούνταν με τον αθλητισμό από μικρός και αυτό απαιτούσε μια υγιεινή ζωή χωρίς καμία κατάχρηση.

Ο ασθενής είναι ένα πολύ ψηλό παιδί, γεροδεμένο, του οποίου του αρέσει πολύ το μπάσκετ και συμμετέχει σε μια τοπική ομάδα στην Κέρκυρα. Πρόσφατα τελείωσε την στρατιωτική του θητεία στην πολεμική αεροπορία. Στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του είναι πολύ κοινωνικός και έχει αρκετούς φίλους, μερικοί από αυτούς τον επισκέφτηκαν και στο νοσοκομείο.

Μετά από την ανακοίνωση της ασθένειάς του είχε μειωμένη διάθεση να χαμογελάσει, έντονο άγχος και θλίψη. Ένιωθε τεράστιο φόβο ότι θα του συμβεί το χειρότερο και θα υποφέρει. Στο πλαίσιο του άγνωστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος, η συμμετοχή ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων στη θεραπεία του, του είχε προκαλέσει τεράστια σύγχυση που μέχρι τότε δεν είχε, με αποτέλεσμα να σταματήσει να μιλάει με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ πριν από την ανακοίνωση της ασθένειας ήταν πολύ

συζητήσιμος, χαμογελαστός και ευγενικός. Επίσης έχει εκδηλώσει θυμό έναντι στο προσωπικό υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του καθώς επίσης και μη συνεργασιμότητα. Είχε απομονωθεί γενικότερα και συζητούσε μόνο με τους γονείς του που ήταν δίπλα του καθημερινά και τον στήριζαν. Ο ασθενής είχε μειωμένη αυτοεκτίμηση, βλέπει μέρα με την μέρα τις δυνάμεις του να τον εγκαταλείπουν, αυτό τον κάνει να φοβάται περισσότερο ότι μόνος του δεν μπορεί να σωθεί. Επίσης έχασε την εμπιστοσύνη του προς τους ανθρώπους, όταν αντιλήφθηκε ότι το περιβάλλον του δεν του είπε την αλήθεια για το τι ακριβώς έχει και πόσο σοβαρή είναι η κατάστασή του, με αποτέλεσμα να μην εμπιστεύεται ούτε τους ανθρώπους.

Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου

Ο ασθενής αισθάνεται ένοχος για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και την εμφάνιση του καρκίνου, υποστηρίζει ότι η ενασχόληση του με το μπάσκετ από μικρή ηλικία εξουθένωσε τα πνευμόνια του και έτσι εμφανίστηκε ο καρκίνος. Κάνει πολύ συχνά με θυμό και παράπονο, την ερώτηση στον εαυτό του «γιατί σε μένα;» και πάντα καταλήγει ότι τον τιμώρησε ο Θεός για κάποια αμαρτία που έχει κάνει στην μέχρι τώρα ζωή του.

Ταυτόχρονα εκφράζει μια επιθετική στάση απέναντι στους γονείς του, κατηγορώντας τους ότι αυτοί φταίνε που βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση αφού αυτοί τον έφεραν στον κόσμο ενώ γνώριζαν ότι υπάρχει κληρονομικότητα σε αυτή την ανίατη ασθένεια.

Στόχοι φροντίδας

Για τους νέους ενήλικες οι θεραπευτικές προσεγγίσεις είναι ίδιες με τους άλλους ενήλικες και περιλαμβάνουν τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοθεραπεία, τη χημειοθεραπεία, την ορμονοθεραπεία, τις βιολογικές θεραπείες, τη μεταμόσχευση μυελού των οστών, τις συμπληρωματικές θεραπείες και τη θεραπεία αποκατάστασης (Pentheroudakis et al., 2005).

Όταν ένας νεαρός ενήλικας νοσεί από καρκίνο βρίσκεται σε μια κρίσιμη καμπή της προσωπικής, ακαδημαϊκής, επαγγελματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του. Σε μελέτες νεαρών ενηλίκων (20-40 ετών) που εμφανίζουν καρκίνο επισημαίνεται ότι, αυτός ο πληθυσμός βιώνει μοναδικές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις, που είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν από τους επαγγελματίες υγείας (Kyngas et al., 2000).

Σ' όλη αυτή την διαδικασία της νόσου και των θεραπειών απαραίτητη θεωρείται η ενεργητική συμμετοχή και της οικογένειας του νεαρού ασθενή. Η ανάπτυξη και καλλιέργεια δεξιοτήτων επικοινωνίας όχι μόνο με τον ασθενή αλλά και την οικογένειά

του κρίνεται βασική και απαραίτητη συνθήκη προκειμένου να ενισχυθεί ο ασθενής στο θεραπευτικό του πλάνο. Αποτελέσματα μελετών υποστηρίζουν και ενισχύουν αυτή τη θέση ενώ επισημαίνουν ότι βοηθώντας τον ασθενή να κινητοποιήσει κάθε είδους υποστήριξη από την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον αυξάνεται η θετική προσαρμογή του στην ασθένεια (Παντελή, 2008). Ο νεαρός ενήλικας και η οικογένεια του έχει ανάγκη από ευαισθησία και συγκατάβαση στην προσέγγιση από την ογκολογική ομάδα, που θα εκφορεϊται ταυτόχρονα και από τις αρχές της ειλικρίνειας και της ρεαλιστικής αντιμετώπισης της νόσου.

Ο ασθενής θα χρειαστεί πλέον της φροντίδας, για την καλύτερη αντιμετώπιση των σωματικών παρενεργειών της νόσου και των θεραπειών, και ψυχολογική υποστήριξη για να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής, διασφαλίζοντας κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα και απόδοση. Τα ψυχολογικά προβλήματα που πιθανά θα αντιμετωπίσουν οι νεαροί ενήλικες ασθενείς είναι το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος της υποτροπής, η αναγκαία αλλαγή προτεραιοτήτων, αλλά και η επιβίωση υπό την επήρεια των απώτερων επιπλοκών των θεραπειών (Ferrell et all., 1995).

Σ' αυτή την περίπτωση χρειάζεται σχεδιασμός φροντίδας ανάλογα με τις επιθυμίες και τις απαιτήσεις του συγκεκριμένου ασθενή. Η εξατομικευμένη προσέγγιση που επικεντρώνεται στις προσωπικές ανάγκες του ασθενή οδηγεί συχνά στην παραπομπή του στον ειδικό ψυχολόγο με στόχο την ανακούφιση του ψυχολογικού «υποφέρειν» και την βελτίωση της ποιότητας ζωής (Johansson., 2002). Παράλληλα ο νοσηλευτής ακούει, συζητά, στηρίζει και συνοδεύει τον ασθενή μέσα από την ανάπτυξη μίας σχέσης εμπλοκής, δέσμευσης και ενδιαφέροντος.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η διάγνωση του καρκίνου ειδικότερα σε νεαρά άτομα έρχεται ως κεραυνός, δημιουργώντας ιδιαίτερο και πολλές φορές πρωτόγνωρο στρες που οδηγεί τον ασθενή σε πανικό. Επιπλέον η χρήση της δυσνόητης ιατρικής ορολογίας αλλά και ο φόβος και η ανησυχία που σχετίζονται με τον καρκίνο, δυσχεραίνουν πολλές φορές τους ασθενείς που αδυνατούν να έχουν μια ρεαλιστική αντίληψη της κατάστασης.

Στη φάση αυτή η προσέγγιση του ασθενούς αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο που θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μαζί του. Συζητείται το χρονοδιάγραμμα της θεραπείας, που μπορεί να παρουσιάσει πολλαπλά εμπόδια στην καθημερινότητά του ασθενούς, τροποποιώντας με δραματικό τρόπο την ζωή του. Συγχρόνως θα πρέπει να ενημερώνεται γραπτά για τη χρονική διάρκεια της θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της. Ο νεαρός ασθενής επιθυμεί περισσότερο από κάθε άλλον να μην υποτιμάται η νοημοσύνη του, να μην του στερείται το δικαίωμα να γνωρίζει την αλήθεια και να μη γίνεται προσπάθεια τόσο από τους οικείους του όσο και

από την ομάδα υγείας, να εξωραϊστεί η πραγματικότητα. Η σωστή παρουσίαση του προβλήματος μπορεί να οικοδομήσει σχέσεις εμπιστοσύνης και να οδηγήσει στη σωστή εφαρμογή της θεραπείας. Δομείται σχέση που διέπεται από τους κανόνες της δεοντολογίας και βασίζεται στην εκτίμηση και την ειλικρίνεια, είναι ιδιαίτερη, δεν είναι στάσιμη αλλά ρευστή και εξελίσσεται.

Ο νοσηλευτής είναι το μέλος της υγειονομικής ομάδας που θα αποσαφηνίσει τις πληροφορίες που δίδονται και θα διευκολύνει τον ασθενή να τις αντιληφθεί. Η ενημέρωση πρέπει να είναι πλήρης και ρεαλιστική για τη νόσο, την αιτία πρόκλησης της, την πρόγνωση, την επίπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή, απαιτεί όμως αρκετό χρόνο. Διευκολύνεται ο ασθενής να προσαρμοσθεί στις απαιτήσεις και τις αλλαγές που επιβάλλει η νόσος τόσο στην ζωή, όσο και στην εμφάνισή, τη σεξουαλικότητα και την ανεξαρτησία του. Πρέπει να δίνεται έμφαση στη συνέχιση της ζωής μέσα από την συμμετοχή σε αγαπημένες δραστηριότητες και συνήθειές του αν αυτό είναι εφικτό. Θεμελιώδης παράμετρος της ολιστικής νοσηλευτικής προσέγγισης είναι η προαγωγή της ενεργούς συμμετοχής του ασθενούς στη φροντίδα που συνδυάζεται με την καθ' ολοκληρίαν αναγνώριση των αναγκών του.

Το όφελος της παρεχόμενης υποστηρικτικής φροντίδας, φαίνεται τόσο από την ικανοποίηση των ασθενών, όσο και από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Επίκεντρο αποτελεί πάντα ο ασθενής και στόχος η ικανοποίηση και η ασφάλειά του.

Προκειμένου να ανταποκριθεί σ' ένα τόσο απαιτητικό και πολύπλευρο έργο κρίνεται αναγκαίο ο νοσηλευτής να κατανοήσει όσο το δυνατό καλύτερα το βίωμα του ασθενούς με καρκίνο και τις ιδιαιτερότητες αυτής της εμπειρίας.

Επιπλέον σημαντική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή ως εκπαιδευτή αναφορικά με την προετοιμασία και την διαδικασία των διαγνωστικών εξετάσεων, τα πολύπλοκα φάρμακα, και τα πρωτόκολλα αυτοφροντίδας για την περιποίηση των κεντρικών φλεβικών καθετήρων. Ο ρόλος του νοσηλευτή μπορεί να αποδειχθεί βασικός και ρυθμιστικός είτε με την έγκαιρη και εμπεριστατωμένη επισήμανση των αλλαγών, σωματικών ή ψυχολογικών, είτε ακόμη και με την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την διευκόλυνση της ανεξαρτητοποίησής του ασθενούς. Μελέτες έδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές εκτελούν μία νοσηλευτική πράξη επηρεάζει το πώς οι ασθενείς βιώνουν τη νόσο τους .

Η φροντίδα γίνεται μια διαρκής και δυναμική διαδικασία αντιμετώπισης των αναγκών των ασθενών, η οποία προσαρμόζεται στις απαιτήσεις που κάθε φορά γεννά η νόσος και οι θεραπευτικές επιλογές. Το πρόγραμμα φροντίδας του νεαρού ασθενή με καρκίνο, ανεξαρτήτως σταδίου, εξατομικεύεται και προσαρμόζεται ώστε να καλύπτει τις φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του.

Η συμβολή της οικογένειας στη νοσηλεία καθώς και την ανάρρωση τέτοιων ατόμων αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής και συναισθηματικής υποστήριξης. Προκειμένου οι γονείς και οι συγγενείς να μπορούν να παρέχουν αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη στο δικό τους άρρωστο, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να διατηρεί στενή επικοινωνία μαζί τους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να τους παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση του αρρώστου και την εξέλιξη του θεραπευτικού προγράμματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Akinsulore, A., Owojuyigbe, AM., Faponle, AF. & Fatoye, FO., 2015. Assessment of Preoperative and Postoperative Anxiety among elective Major Surgery Patients in a Tertiary Hospital in Nigeria. *Middle East Journal of Anesthesiology*, 23(2): 235- 40.
2. DeWit, S., 2013. *Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος.
3. DiMatteo, R. & Martin, L., 2011. *Health Psychology*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Παρή. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
4. Ferrell, B., Hassey Dow K., Leigh, S., Ly, J. & Gulasekaram, P., 1995. Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22: 915-922.
5. Gabbard, G., 2006. *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Υφαντής. 3^η έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
6. Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A. & Oh, D., 2010. The effect of mindfulness – based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , 78(2): 169-183.
7. Johansson, P., Oleni, M. & Fridlund, B., 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 337–344.

8. Kneisl, C., Wilson, H. & Trigoboff, E., 2009. *Contemporary Psychiatric: Mental Health Nursing*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
9. Komolafe, C., Csernus, M. & Fülöp, E., 2015. Patients' anxiety during the perioperative care from the point of view of the nursing staff and patients. *Kontakt*, 17(2): 80-88.
10. Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousianinen, E.M., Ryttilahti, M., Seppanen P., Vaattovaara, R. & Jämsä, T., 2000. Coping with the onset of cancer: Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10: 6-11.
11. Lissauer, T. & Clayden, G., 2008. *Σύγχρονη Παιδιατρική*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Δ. Μπερή. 1^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
12. Pentheroudakis, G. & Pavlidis, N., 2005. Juvenile cancer: Improving care of adolescents and young adults within the frame of medical oncology. *Annals of Oncology*, 16: 181-188.
13. Polikandrioti, M. & Ntokou, M., 2011. Needs of hospitalized patients. *Health Science Journal*, 5(1): 15-22.
14. Rana, D. & Upton, D., 2009. *Psychology for Nurses*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Γιαννούλη, Δ. Ζήκος, Π. Κοπανισάκου, Χ. Φεβράνογλου, Δ. Χατζηστεφανίδη. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
15. Rice, Ph., 2005. *Η Ψυχολογία της Υγείας*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Μαρία Μπαρπάτση. 1^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
16. Shelley, E., 2010. Hospital Patient Behavior: Reactance, Helpless or Control. *Journal of Social Issues*, 35(1): 156-184.
17. Walker, J., Payne, Sh., Smith, P. & Jarret, N., 2011. *Psychology for Nurses and the Caring Professions*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Α. Μπαρμπούτα, Χ. Μπαρμπούτα. 3^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
18. Zuk, M. & Zawora, J., 2003. Essential psychological problems of hospitalized patients. *Ann Univ Mariae Curie Sklodowska Med*, 58(2): 425-430.
19. Αλεβίζος, Β., 2008. *Άγχος: Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις*. 1^η έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
20. Αναγνωστόπουλος, Δ. & Παπαγεωργίου, Α., 2010. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
21. Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η., 2001. *Το Στρες, το Άγχος και η Αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
22. Γιανοπούλου, Α., 2005. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. 5^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ταβιθά.

23. Καλαντζή, Α., 1990. *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας*. 3^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
24. Καραδήμας, Ε., 2005. *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
25. Μαντζούκας, Σ., 2007. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), π. 88-98.
26. Μερκούρης, Α., 2008. *Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
27. Παντελή Β. Αποκατάσταση του Ενήλικα Ασθενή. Πρακτικά μαθημάτων «Νοσηλευτικής ογκολογίας και Υποστηρικτικής Νοσηλευτικής Φροντίδας ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους» Πιστοποίηση από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Νοσηλευτών Ογκολογίας, 2006-2009. Επιμέλεια Ε. Πατηράκη-Σ.Μπεσημέας Έκδοση Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία 2008:231-235
28. Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α., 2012. *Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη: Σύγχρονες Τάσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
29. Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ., 2012. *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
30. Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτελέκος, Ι., 2013. Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2): 73-83.
31. Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτσοπούλου, Β., 2014. Άγχος σε μη- ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12(1): 54- 65.
32. Ραγιά, Α., 2009. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 7^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις, Γιάννης Παρισιάνος.
33. Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., 2004. *Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα: Μια ολιστική προσέγγιση*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
34. Σαχίνη- Καρδάση, Α., 2007. *Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

