

ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Δεξιότητες επικοινωνίας – Θεραπευτική επικοινωνία
Νοσηλεύτη – τριας και ασθενή »**



Φοιτήτριες: - Παπαγιαννοπούλου Μαριάνθη

A.M 16387

- Πάτση Αγγελική

A.M 15397

Υπεύθυνη εκπαιδευτικός: Παπαγιαννοπούλου Ευρυδίκη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.5
2. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	σελ.6
2.1 Επικοινωνία στη Νοσηλευτική.....	σελ.7
2.2 Telenursing και η χρήση του στη Νοσηλευτική.....	σελ.11
3. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	σελ.13
3.1 Τεχνικές Θεραπευτικής Επικοινωνίας.....	σελ.15
3.2 Εμπόδια Θεραπευτικής Επικοινωνίας.....	σελ.18
3.3 Θεραπευτική Επικοινωνία με άτομα διαφορετικών ηλικιακών ομάδων...19	
3.4 Θεραπευτική Επικοινωνία με αγχώδη ασθενή.....	σελ.21
3.5 Θεραπευτική Επικοινωνία με θυμωμένο ασθενή.....	σελ.22
3.6 Θεραπευτική Επικοινωνία με ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση.....	σελ.23
3.7 Θεραπευτική Επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή.....	σελ.24
3.8 Θεραπευτική Επικοινωνία με ασθενή με απώλεια ακοής.....	σελ.25
3.9 Θεραπευτική Επικοινωνία με ασθενή με απώλεια όρασης.....	σελ.25
3.10 Θεραπευτική Επικοινωνία με ασθενή νοσηλευόμενο στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.....	σελ.26
3.11 Θεραπευτική Επικοινωνία με ασθενή που πάσχει από απειλητικά για τη ζωή νοσήματα.....	σελ.26
4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	σελ.28
4.1 Σκοπός.....	σελ.28
4.2 Υλικό και Μέθοδος.....	σελ.28
4.3 Συμπεράσματα.....	σελ.28
4.4 Αποτελέσματα / Νέα ερευνητικά δεδομένα.....	σελ.29

Περίληψη: (GR) Ένας κάλος επαγγελματίας υγείας για να είναι αποτελεσματικός πρέπει πρώτα να μάθει να επικοινωνεί, διότι μέσω της επικοινωνίας ο ασθενής μπορεί να περιγράψει την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, την εμπειρία του και τα συμπτώματά του. Οι περισσότεροι νοσηλευτές έχουν ως κύριο στόχο την δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης, η οποία έχει σαν σκοπό την ικανοποίηση των ανθρωπίνων αναγκών και η κάλυψή τους είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία αυτής. Η ποιότητα της σχέσης αυτής είναι το πιο σημαντικό στοιχείο για τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης βοήθειας. Στην πτυχιακή αυτή εργασία αναλύεται ο ορισμός της επικοινωνίας και ο γενικός όρος που την περιγράφει, οι παράγοντες που την επηρεάζουν και η ιστορική αναδρομή της πάνω στον ορισμό της. Έπειτα, αναλύονται οι τρόποι – μέθοδοι που μπορεί η επικοινωνία να μετατραπεί σε θεραπευτική και παρουσιάζονται κάποια από τα νέα ερευνητικά δεδομένα από διάφορα μέρη του κόσμου, τα οποία μελετούν τη θεραπευτική σχέση και τα οφέλη αυτής. Περιγράφονται, επίσης, οι παράγοντες που την προάγουν και οι παράγοντες που εμποδίζουν την ανάπτυξη αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Αναφερόμαστε στη θεραπευτική επικοινωνία και σχέση με άτομα που βρίσκονται σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, επίσης, στη θεραπευτική επικοινωνία με αγχώδη ασθενή, με θυμωμένο ασθενή, με καταθλιπτικό ασθενή, με νοσηλευόμενο που βρίσκεται σε κρίσιμη κατάσταση και με ασθενή που έχει υποστεί απώλεια της ακοής ή της όρασης. Τέλος, γίνεται αναφορά στη θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και με ασθενή που πάσχει από απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Η επικοινωνία αυτή είναι μία κλινική δεξιότητα ζωτικής σημασίας που διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην διεξαγωγή της υγείας ενώ νοσηλευόμενου. Πρέπει όλοι οι απασχολούμενοι στον τομέα της υγείας να βρουν τις σωστές τεχνικές ώστε να την προάγουν, όχι μόνο στην μετέπειτα δουλειά τους αλλά και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις.

(UK) A good health care professional to be effective he must first learn to communicate, because through the communication the patient can describe the current state of health, his experience and symptoms.

Most nurses have as main objective the creation of a therapeutic relationship, in order to satisfy all human needs. The quality of this relationship is the most important element in determining the effectiveness of aid. This dissertation analyzes the definition of communication and the general term describing it, the factors that influence it and its historical reflection on its definition. Next, we analyze ways - methods that can transform communication into healing and present some of the new research data from different parts of the world that study the therapeutic relationship and its benefits. It also describes the factors that promote it and the factors that prevent the development of this therapeutic relationship. We refer to therapeutic communication and relationship with individuals in different age groups, also in the therapeutic communication with an anxious patient, an angry patient, a depressed patient, a critically ill patient and a patient who has suffered a loss hearing or vision. Finally, reference is made to therapeutic communication with a patient in the Intensive Care Unit and a patient suffering from life-threatening diseases. This communication is a vital clinical skill that plays a key role in conducting health while being hospitalized. All people in the health sector must find the right techniques to promote it, not only in their work but also in their interpersonal relationships.

Λέξεις κλειδιά: επικοινωνία, νοσηλευτική, εμπόδια, τεχνικές, θεραπευτική επικοινωνία.

1.Εισαγωγή

Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας διευκολύνει την προσέγγιση που είναι επικεντρωμένη στον ασθενή και αφορά τόσο το ύφος όσο και το περιεχόμενο της προσέγγισης. Η προσεκτική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων αποτελούν μερικά παραδείγματα επιδέξιας επικοινωνίας. Η βελτιωμένη επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενή τείνει να ενισχύσει τη συμμετοχή του ασθενή και την τήρηση της συνιστώμενης θεραπείας, ενώ αυξάνει την ικανοποίησή του. Αντίθετα, η κακή επικοινωνία μειώνει την ικανοποίηση του ασθενή, την ποιότητα στην παρεχόμενη νοσηλευτική περίθαλψη, το επίπεδο της ελπίδας και, μετέπειτα, την ψυχολογική προσαρμογή (Τατσιώνη et al., 2015).

Τις τελευταίες δεκαετίες η νοσηλευτική έχει κάνει τεράστια βήματα, ειδικά, μετά την θέσπιση του κινήματος "New Nursing". Το κίνημα αυτό είχε ως βασικό στοιχείο την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Το ενδιαφέρον απομακρύνεται από ιατρικούς και ασθενοκεντρικούς παράγοντες και στρέφεται προς ανθρωποκεντρικούς. Πλέον, ο ασθενής παίζει ενεργό και διαδραστικό ρόλο στην θεραπεία και όχι παθητικό, ως δείκτης κάποιας θεραπείας. Στα ίδια πλαίσια ο ρόλος του νοσηλευτή στην προσέγγιση του ασθενούς δεν γίνεται μόνο όσον αφορά σε βιολογικές λειτουργίες αλλά και σε κοινωνικές και ψυχολογικές πλευρές του νοσηλευόμενου (Gates et al., 2003).

2. Επικοινωνία

Επικοινωνία είναι η διαδικασία της ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ δύο ή περισσότερων μερών για τα οποία η πληροφορία έχει νόημα, οπότε αποκτά νόημα και η ανταλλαγή της ως πράξη. Επικοινωνία έχουμε για παράδειγμα μεταξύ έμβιων όντων με την ανταλλαγή σκέψεων, μηνυμάτων, συναισθημάτων ή πληροφορίας μέσω της ομιλίας, της εικόνας, της γραφής και της συμπεριφοράς. Η επικοινωνία είναι η διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες ή συναισθήματα σε έναν δέκτη Β με στόχο να ενεργήσει πάνω του με τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων ή συναισθημάτων και σε τελική ανάλυση να επηρεάσει την κατάσταση του και τη συμπεριφορά του. Η επικοινωνία, λοιπόν, λαμβάνει χώρα όταν ένα άτομο στέλνει ένα μήνυμα σε ένα άλλο άτομο το οποίο το λαμβάνει το επεξεργάζεται και δείχνει ότι το μήνυμα έχει γίνει κατανοητό. Ο παραλήπτης πρέπει να βεβαιώσει τη λήψη του μηνύματος αλλά και την κατανόηση του έτσι ώστε να έχει ολοκληρωθεί η επικοινωνία (Plante et al.,1999: Webb,2011).

Η ανθρώπινη (διαπροσωπική) επικοινωνία ενσωματώνει ένα πλούσιο φάσμα πληροφοριών που εκφράζονται μέσω του λόγου, των χειρονομιών και της έκφρασης των συναισθημάτων. Συμπεριλαμβάνει όλους τους τρόπους με τους οποίους μεταφέρεται η πληροφορία μεταξύ ενός πομπού και ενός δέκτη. Είναι μια διαδικασία συνεχής, κυκλική και πολυδιάστατη που πραγματοποιείται με δύο τρόπους : λεκτικά και μη λεκτικά. Η λεκτική αποτελείται από τις λέξεις σε γραπτή ή προφορική μορφή (Keir et al.,1998).

Η μη λεκτική γίνεται χωρίς τις λέξεις με χειρονομίες, εκφράσεις, στάση σώματος, χροιά φωνής και τη γενική εμφάνιση, δηλαδή με την γλώσσα του σώματος. Συμπληρωματικά, η μη λεκτική επικοινωνία έχει μελετηθεί αρκετά, ένας από τους πρώτους που ασχολήθηκαν και έγραψαν γι' αυτή ήταν ο Κάρολος Δαρβίνος στην επιστημονική μελέτη του μέσα από το βιβλίο του με τίτλο "The Expression of the Emotions in Man and Animals" το

1872, στο οποίο και επισήμανε ότι όλα τα θηλαστικά μπορούν με αξιοπιστία να αποτυπώσουν τα συναισθήματά τους στο πρόσωπό τους. Σε αυτού του είδους την επικοινωνία οι άνθρωποι μπορούν να γίνουν αντίστοιχα πομποί και δέκτες ενός μηνύματος χρησιμοποιώντας απλά και μόνο ως μέσο τις ανθρώπινες αισθήσεις (ακοή, όσφρηση, αφή, όραση) για κώδικα επικοινωνίας. Έχει γίνει συσχετισμός με την μη λεκτική επικοινωνία που χρησιμοποιούμε και την συμπεριφορά του ατόμου στην καθημερινότητά του αλλά και έχει συνδεθεί με τον πολιτισμό και την κουλτούρα του καθενός (Sheldon,2009).

2.1 Επικοινωνία στη Νοσηλευτική

Η επικοινωνία είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την ορθή προσέγγιση της ψυχοκοινωνικής πλευράς του ασθενή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί προσεκτικά τα όσα αποσιωπήθηκαν. Η λεκτική επικοινωνία αποτελείται από τις λέξεις της Ελληνικής γλώσσας, όταν αυτές τοποθετηθούν στη σωστή σειρά. Η μη λεκτική επικοινωνία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη νοσηλευτική. Η γλώσσα του σώματος, δηλαδή οι εκφράσεις του προσώπου, η οπτική επαφή, η θέση των χεριών, οι χειρονομίες, η στάση του σώματος, η απόσταση και το άγγιγμα μπορούν να μας μεταδώσουν σιωπηλά μηνύματα. Τόσο οι νοσηλευτές όσο και οι νοσηλευόμενοι χρησιμοποιούν τη γλώσσα του σώματος, συνήθως υποσυνείδητα, προκειμένου να μεταδώσουν μηνύματα σχετικά με την επιθυμία τους για να εκφράσουν τους φόβους, τις ανησυχίες τους και το ενδιαφέρον τους. Η οπτική επαφή και οι εκφράσεις του προσώπου είναι ικανές να φανερώσουν την έκπληξη, το ενδιαφέρον, το φόβο, το θυμό, τη λύπη ή τη χαρά. Η οπτική επαφή δρα καταλυτικά στην ανταλλαγή μηνυμάτων αμοιβαίου ενδιαφέροντος και οικειότητας. Ωστόσο, είναι σημαντικό ο κάθε άνθρωπος να αντιμετωπίζεται ως μοναδική ύπαρξη και ως προϊόν της πολιτιστικής του κληρονομιάς και αυτό γιατί κάτι το οποίο θεωρείται αποδεκτό σε ένα πολιτισμό μπορεί να εκληφθεί ως προσβλητικό στα πλαίσια κάποιου άλλου (Sheldon,2009).

Οι εκφράσεις του προσώπου μπορούν να συνάδουν με το λεκτικό μήνυμα και να υπάρχει ταύτιση, μπορεί και όχι. Όταν συνάδουν, τα λεκτικά μηνύματα με τα μη, μπορούν να ενισχύσουν ακόμα περισσότερο το νόημα των λέξεων. Το πρόσωπο κάποιου μπορεί να γίνει μάρτυρας έντονων συναισθημάτων, όπως η έκπληξη και ο θυμός ή να παραμείνει ανέκφραστο σαν μάσκα. Είναι πολύ πιθανό, ένα λεκτικό μήνυμα, να σταλεί με εντελώς αντίθετο νόημα όταν χρησιμοποιηθεί η ακατάλληλη έκφραση στο πρόσωπο. Το χαμόγελο φανερώνει ζεστασιά, ανοιχτή διάθεση, αλλά μπορεί να φέρει και σε δύσκολη θέση κάποιον όταν οι συνθήκες δεν είναι κατάλληλες. Επίσης, οι πολιτισμικές καταβολές επηρεάζουν αρκετά τις εκφράσεις του προσώπου αλλά και την οπτική επαφή. Αποτελεσματική έκβαση υπάρχει όταν η έκφραση του προσώπου συμφωνεί με το λεκτικό μήνυμα που σημαίνει ότι υπάρχει πλήρης ταύτιση των λέξεων και τη σημασία τους (DeWit,2009).

Η θέση των χεριών και οι χειρονομίες εμπεριέχουν πληροφορίες σχετικά με τον συνομιλητή και το μήνυμα που θέλει να μας μεταφέρει, συνδυαστικά, η στάση του σώματος, οι θέση των χεριών και οι χειρονομίες είναι δυνατόν να φανερώσει το βαθμό δεκτικότητας ενός ανθρώπου απέναντι σε έναν άλλον. Τα ανοιχτά χέρια φανερώνουν ανοιχτή διάθεση, ενώ τα σταυρωμένα ή τα μπλεγμένα μπορεί να υποδηλώσουν απροθυμία στο να μιλήσουμε για κάτι προσωπικό. Η στάση του σώματος, όπως το σκύψιμο του κεφαλιού μπορεί να φανερώνει ενδιαφέρον προς το συνομιλητή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν τη στάση του ασθενούς αλλά και τη δική του. Η απόσταση μεταξύ δύο ανθρώπων δείχνει το είδος της σχέσης τους και είναι επίσης ένα είδος μη λεκτικής επικοινωνίας. Η απόσταση της τάξεως του 1-1,5 μέτρου είναι κοινωνικά αποδεκτή ενώ οι αποστάσεις που ξεπερνούν τα όρια αυτά δεν συγκαταλέγονται στις στενές- φιλικές αλλά χαρακτηρίζονται ως κοινωνικές ή δημόσιες αλλά αυτό δε μπορεί να τηρείται πάντα (Perry et al.,2012).

Διάφορες καταστάσεις είναι ικανές να μεταβάλλουν την απόσταση ανάμεσα σε νοσηλευτή και ασθενή (άγχος, δυσφορία, πόνος κ. ά). Μπορεί να χρειαστεί ο νοσηλευόμενος να έρθει σε μικρότερη απόσταση από την

επιτρεπτή όταν οι περιστάσεις το απαιτούν, όπως κατά τη διάρκεια σωματικής φροντίδας ή χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής. Με το άγγιγμα μεταφέρουμε πληθώρα μηνυμάτων και αποτελεί τη διεθνή ένδειξη στοργής, είναι ένα παντοδύναμο εργαλείο με το οποίο μπορεί ένας νοσηλευτής να καθησυχάσει, να ηρεμήσει και να στηρίξει έναν ασθενή. Με αυτή την άμεση σωματική επαφή δείχνουμε ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπο μας. Ωστόσο, πρέπει να υπάρχει και σε αυτό ο κατάλληλος τρόπος χρήσης του. Μπορεί να ερμηνευθεί από ορισμένους νοσηλευόμενους ως μία ενοχλητική πράξη μέχρι και σεξουαλική παρενόχληση. Γι' αυτό θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι το άγγιγμα πάνω από τον αγκώνα, όταν δεν αποτελεί μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας, δεν είναι αρεστό σε όλους τους νοσηλευόμενους. Η αξιολόγηση των μη λεκτικών μηνυμάτων αποτελεί μέρος της ενεργητικής ακρόασης και μας παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την αξιολόγηση, την διάγνωση και την θεραπεία. Τέλος, θα πρέπει να γνωρίζουμε πως η γλώσσα του σώματος και η μη λεκτική επικοινωνία, θα πρέπει να αξιολογείται από τους νοσηλευτές και να δίνεται μεγάλη βαρύτητα σε αυτό το είδος επικοινωνίας (Keir et al, 1998).

Η εικόνα που δείχνει προς τα έξω ένας επαγγελματίας υγείας έχει τεράστια σημασία, η εμφάνιση μπορεί να στείλει μηνύματα σε οποιονδήποτε τον δει ή συνομιλήσει μαζί του. Η κατάλληλη ένδυση, η ομοιομορφία και η στάση γίνονται έκδηλα και στέλνει ένα μη λεκτικό μήνυμα για το κύρος και την αυθεντικότητα που κατέχει. Αναπόσπαστο κομμάτι της εμφάνισης του νοσηλευτή είναι και η προσωπική υγιεινή, καθώς δίνει και το καλό παράδειγμα στους υπολοίπους (ασθενών – συνεργατών) (Keir et al.,1998).

Υπάρχουν, βέβαια, παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της επικοινωνίας όπως είναι οι πολιτισμικές διαφορές, η εμπειρία που διαθέτουν τα άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν, τα συναισθήματα, η διάθεση και, τέλος, η στάση του σώματος. Η εξέταση των διαφορετικών χαρακτηριστικών ενός πολιτισμού είναι ένα εφόδιο πολύ σημαντικό το οποίο μας επιτρέπει να κατανοήσουμε διαφορετικούς τρόπους επικοινωνίας ανάμεσα σε ανθρώπους, οικογένειες και κοινότητες. Σίγουρα οι νοσηλευόμενοι δεν θα προέρχονται από το ίδιο πολιτισμικό υπόβαθρο αλλά

και από διαφορετικό, κάτι με το οποίο δεν είναι εξοικειωμένοι όλοι οι νοσηλευτές. Έτσι είναι σημαντικό να είμαστε εξ αρχής ανοιχτοί σε κάθε ενδεχόμενο και να αποδεχθούμε την ιδιαιτερότητα του κάθε ανθρώπου. Η αυξημένη παρατηρητικότητα και οι ανοιχτού τύπου ερωτήσεις βοηθούν στην επικοινωνία με κάποιον πολιτισμικά διαφοροποιημένο ασθενή. Εστιάζουμε πρώτα στον άνθρωπο και μετά στο εθνικό και πολιτισμικό του υπόβαθρο. Εξασφαλίζουμε εάν χρειαστεί έναν διερμηνέα ή κάποιον συγγενή για να βοηθήσει κατά την επικοινωνία με τον ασθενή. Προσφωνούμε με το ονοματεπώνυμο του τον ασθενή, το οποίο προσπαθούμε να προφέρουμε σωστά. Εάν δεν τα καταφέρουμε ζητάμε από τον ίδιο να μας βοηθήσει. Δεν είμαστε απότομοι και φροντίζουμε να έχουμε αρκετή ώρα στη διάθεσή μας σε ένα ήσυχο περιβάλλον. Καθόμαστε στο ίδιο επίπεδο με τον νοσηλευόμενο και παρατηρούμε τη γλώσσα του σώματός του. Προσπαθούμε να αντιγράψουμε το επικοινωνιακό στυλ του και να τον εφοδιάσουμε με γραπτό υλικό στη δική του γλώσσα. Τέλος, δίνουμε πάντα αρκετό χώρο και χρόνο στον ασθενή για να απαντήσει στις ερωτήσεις που του έχουμε θέσει (DeWit, 2009: Perry et al., 2012).

Συγκεκριμένα, στη νοσηλευτική, επικοινωνία είναι η ανταλλαγή σχετικών με την υγεία πληροφοριών ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή. Στην επικοινωνία αυτή υπάρχουν τέσσερα μοντέλα τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν :

- Μοντέλο Πεποιθήσεων για την υγεία (1974), στόχος εδώ είναι η κατανόηση των αντιλήψεων που έχουν οι νοσηλευόμενοι σχετικά με την υγεία τους, και η αξιοποίηση των καταλληλότερων γι' αυτούς παρεμβάσεων, ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.
- Μοντέλο αλληλεπίδρασης της King (1971, 1981), το μοντέλο αυτό περιγράφει τη συναλλαγή ως αποτέλεσμα της επικοινωνίας και της σχέσης ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή. Συμμετοχή και των δύο στον καθορισμό των στόχων.
- Μοντέλο Rogers (1951), σύμφωνα με τον Carl Rogers η θεραπευτική σχέση βοηθά στη λύση των ζητημάτων υγείας, σε αυτή τη σχέση

επίκεντρο είναι ο νοσηλευόμενος, εφόσον σε εκείνον εστιάζουν όλες οι παρεμβάσεις.

- Μοντέλο διαδικασιών κοινωνικής ενημέρωσης των Crick και Dodge (1994), αποτελεί χρήσιμη βάση για τη διερεύνηση του τρόπου που οι νοσηλευτές μαθαίνουν να αντιμετωπίζουν τους ασθενείς, αναπτύσσοντας τις νοσηλευτικές τους δεξιότητες έτσι ώστε να αντιδρούν με κατάλληλο τρόπο σε διάφορες καταστάσεις (Sheldon, 2009).

2.2 Telenursing και η χρήση του στη νοσηλευτική

Το telenursing είναι η αλληλεπίδραση με την μεσολάβηση συσκευών που βοηθούν στο να ξεπεραστούν τα εμπόδια της απόστασης και του χρόνου. Η τεχνολογικές συσκευές αυτές που επιτρέπουν αυτού του είδους την ανθρώπινη αλληλεπίδραση καλούνται Τ.Π.Ε (Τεχνολογία Πληροφοριών και Επικοινωνιών), τέτοιες Τ.Π.Ε είναι παραδείγματος χάριν τα τηλέφωνα, φαξ, και το διαδίκτυο.

Αυτές βοηθούν το νοσηλευτή να έχει πρόσβαση στις πληροφορίες των ασθενών και βοηθά στο να μειωθεί η απόσταση. Η τεχνική αυτή είναι διαδεδομένη σε πολλές δυτικές χώρες και έγινε ευρέως γνωστή εξαιτίας του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, μολυσματικών ασθενειών, γήρανσης του πληθυσμού και των απομακρυσμένων, αγροτικών και αραιοκατοικημένων περιοχών.

Οι κύριες προκλήσεις που προκύπτουν από τεχνικής άποψης είναι η δυσκολία έκφρασης και αντίληψης της μη λεκτικής επικοινωνίας, η πιθανότητα ανεπαρκούς επικοινωνίας και η ανάγκη ανάπτυξης της ικανότητας αντίληψης ανεξάρτητα από την διαθεσιμότητα των οπτικών πόρων. Η χρήση λογισμικού στη νοσηλευτική δεν πρέπει να αντικαθιστά της γνώσεις και τις δεξιότητες των νοσηλευτών διότι ένα μηχανογραφημένο σύστημα υποστήριξης μπορεί να είναι ελλιπές και ασυμβίβαστο με την επαγγελματική πείρα και αυτονομία των νοσηλευτών.

Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών δεν εντοπίζουν διαφορές μεταξύ προσωπικής ή έμμεσης συζήτησης με τους νοσηλευτές. Σε αυτό το είδος επικοινωνίας το φύλο έδειξε να παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβασή της. Η μη έκφραση των μη λεκτικών μηνυμάτων θεωρείται ως βασικό πρόβλημα για την πλήρη κατανόηση των μηνυμάτων που ανταλλάσσονται, ενώ η απουσία οπτικών αλληλεπιδράσεων σε κάποιες περιπτώσεις αποδείχθηκε ωφέλιμη διότι εξασφάλισε την ανωνυμία των ασθενών. Οι νοσηλευτές, ωστόσο, που χρησιμοποιούν το telenursing καταφέρνουν να αποκωδικοποιήσουν μη λεκτικά μηνύματα όπως η σιωπή και το χαμόγελο προς όφελος της επικοινωνίας αυτής.

Για να αντισταθμιστούν τα προβλήματα που προκύπτουν με την μη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας χρησιμοποιούνται σε κάποιες περιπτώσεις προγράμματα υπολογιστών με οπτικούς πόρους. Στην τελευταία η επαφή με τα μάτια ή η εμπρόσθια κλίση του σώματος δείχνει ενδιαφέρον και προάγει τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης (Barbosa et al., 2016).

3. Θεραπευτική επικοινωνία

Θεραπευτική επικοινωνία είναι η επικοινωνία που επικεντρώνεται στις ανάγκες του ασθενή.

Πολλοί Θεωρητικοί διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ νοσηλευτή – νοσηλευόμενου και την έννοια της επικοινωνίας τους, μία από τις πρώτες ήταν η Hildegard Peplau, η οποία μέσα από τη θεωρία της, τη θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων, απαιτεί τον νοσηλευτή να συμμετέχει ενεργά στην διαπροσωπική αλληλεπίδραση που συμβαίνει μεταξύ ατόμου και νοσηλευτή και δίνει έμφαση στον αμοιβαίο χαρακτήρα αυτής της σχέσης. Η Peplau θεωρεί αυτή τη σχέση ως τον πυρήνα της νοσηλευτικής και μια διαδραστική και συνεργατική διαδικασία (Sheldon,2009).

Η θεραπευτική αυτή σχέση διακρίθηκε σε τρεις φάσεις :

- την φάση της προσαρμογής, δηλαδή, το αρχικό στάδιο της σχέσης νοσηλευτή – ατόμου όπου δίνεται η δυνατότητα να γνωρίσει ο ένας τον άλλον.
- Την φάση της δουλείας, η δεύτερη φάση, γίνεται α) εντοπισμός του προβλήματος που χρειάζεται επίλυση και β) εκμετάλλευση από τον ασθενή των υπηρεσιών που παρέχει ο νοσηλευτής.
- Την φάση της διάλυσης, τρίτο και τελευταίο στάδιο, αυτή σημαίνει ότι το πραγματικό πρόβλημα έχει επιλυθεί και γίνεται ο τερματισμός της σχέσης.(Sheldon,2009: Webb,2011: DeWit,2009)

Ο σκοπός της θεωρίας αυτής είναι ο νοσηλευτής να μπορεί να εντοπίζει και να αναγνωρίζει διάφορες συμπεριφορές στον ασθενή τα οποία του δημιουργούν προβλήματα και να είναι σε θέση να τον βοηθήσει να τα επιλύσει. Σκοπός της είναι να στηρίζει τον νοσηλευόμενο, να προάγει την ίαση και να προσφέρει στήριξη ή ενίσχυση της λειτουργικότητας. Ο νοσηλευτής πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του διάφορους παράγοντες όπως τη σωματική κατάσταση, τα συναισθήματά του, το πολιτισμικό του υπόβαθρο και την προθυμία του για επικοινωνία (Sheldon,2009: Gates et al.,2003).

Βασικό στοιχείο του χαρακτήρα ενός επαγγελματία υγείας και πρόνοιας είναι η αυτογνωσία. Η αυτογνωσία είναι η ενεργητική διαδικασία μέσω της

οποίας γνωρίζουμε τον εαυτό μας. Σίγουρα αυτό θα διευκολύνει τις νοσηλευτικές αλληλεπιδράσεις με τους νοσηλευόμενους. Θα πρέπει να κατανοούν αυτό που βιώνει ο κάθε ασθενής και να γνωρίζουν ποια θα πρέπει να είναι η κατάλληλη αντίδραση από τη δική τους μεριά. Έτσι θα δημιουργηθεί η γέφυρα επικοινωνίας μαζί τους. Η μεγαλύτερη κατανόηση του εαυτού μας συντελεί στην ωρίμανση του νοσηλευτή και στην ενίσχυση της δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.

Η θεραπευτική επικοινωνία ωφελεί τόσο τον νοσηλευόμενο όσο και τον νοσηλευτή.

Η επικοινωνία αυτή βασίζεται σε ορισμένες αρχές, στην αρχή του σεβασμού, της συμπόνιας, της εν συναίσθησης, της αυθεντικότητας και της εμπιστευτικότητας. Εκτός από τη φυσική φροντίδα οι νοσηλευόμενοι χρειάζονται στήριξη. Η συμπόνια είναι ένα αδιαμφισβήτητο προτέρημα ενός νοσηλευτή και η συμπονετική του συμπεριφορά δείχνει ενδιαφέρον, ανησυχία και φροντίδα για τους άλλους. Η συμπόνια μπορεί να περιγραφεί με τη χρήση τεσσάρων όρων : αλτρουισμός, συμπαράσταση, οίκτος και ενσυναίσθηση. Ως αλτρουισμός εννοούμε τη κατανόηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι άλλοι, την αυτοθυσία καθώς και την τοποθέτηση του καλού των άλλων πάνω από το δικό μας. Ως συμπαράσταση εννοούμε τη δύναμη του να μοιράζεται κανείς τα συναισθήματα του με κάποιον άλλο. Ως οίκτο εννοούμε την επιθυμία να τον βοηθήσουμε για να πάψει να υποφέρει και ως ενσυναίσθηση το ειλικρινές ενδιαφέρον και τη διάθεση να καταλάβουμε και να ανακουφίσουμε κάποιον. Όταν συγχωνευτούν όλα τα παραπάνω με τις υπόλοιπες αρχές του επαγγέλματος, η κατανόηση και η συμπόνια κατευθύνουν τη νοσηλευτική φροντίδα μέσω της επιθυμίας να κατανοούμε τα προβλήματα και να προάγουμε την άνεση και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Plante et al., 1994: Pinto et al., 2012).

3.1 Τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας

Για την επίτευξη μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής επικοινωνίας υπάρχουν ορισμένες τεχνικές αυτής :

- Η σιωπή, προσφέρει χρόνο στον ασθενή να σκεφτεί και να απαντήσει και υποδηλώνει ενδιαφέρον, υπομονή και ενθάρρυνση για να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του.
- Οι ανοιχτές ερωτήσεις (open-ended), ερωτήσεις που απαιτούν απαντήσεις με περισσότερες από μία ή δύο λέξεις και δημιουργούν μια θετική ατμόσφαιρα για την ανταλλαγή σκέψεων, συναισθημάτων και ανησυχιών.
- Χιούμορ. Το γέλιο είναι ένα αγαθό που μοιράζονται όλοι οι άνθρωποι και βοηθά στην μείωση του άγχους και ενισχύει την ανακούφιση του ασθενούς, όταν χρησιμοποιείται με σύνεση αποτελεί σημαντικό εργαλείο της επικοινωνίας αυτής. Όλες οι μορφές χιούμορ δεν αποτελούν πηγή γέλιο για όλους τους ανθρώπους. Ο αυτοσαρκασμός έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικός στη συγκεκριμένη μορφή σχέσης (δείγμα ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν τις ατέλειές τους). Με το χιούμορ μπορούμε να καθησυχάσουμε έναν άνθρωπο και να τον ανακουφίσουμε από τον πόνο και την ένταση. Όταν χρησιμοποιηθεί με σύνεση και με σωστό τρόπο μπορεί να προσδώσει νέα προοπτική στις προκλήσεις της ζωής και να βοηθήσει στο να αναπτυχθεί ισχυρός δεσμός ανάμεσα στους ανθρώπους. Τα είδη του χιούμορ είναι το θετικό χιούμορ, το αρνητικό και το μαύρο. Το θετικό είναι ευπρόσδεκτο ανάμεσα σε ένα νοσηλευτή και σε έναν ασθενή. Το αρνητικό, το οποίο μπορεί να περιέχει ρατσιστικά ή σαρκαστικά σχόλια δεν ενδείκνυται. Το μαύρο (black humor) κυρίως χρησιμοποιείται από το προσωπικό των υπηρεσιών παροχής υγείας και μπορεί να περιέχει ανακούφιση κατά τη διάρκεια τεταμένων καταστάσεων. Η κατάλληλη χρονική στιγμή και η σωστή χρήση είναι το παν. Είναι βασικό να καταλάβουμε τις προθέσεις του νοσηλευόμενου προτού κάνουμε χρήση του χιούμορ. Ένας νοσηλευτής ο οποίος έχει μετρημένο και σωστό χιούμορ και μπορεί να

το μοιράζεται με τον ασθενή, ενδυναμώνοντας την σχέση τους με αυτόν τον τρόπο, αποτελεί πηγή έμπνευσης και πρότυπο προσωπικού υπηρεσιών υγείας. Τέλος, αυτός ο τρόπος επικοινωνίας είναι ένα χρήσιμο εργαλείο ανακούφισης και ευχάριστου διαλείμματος που αντιμετωπίζει ο εκάστοτε νοσηλευόμενος.

- Η αναδιатύπωση, η απόκριση του νοσηλευτή προς το νοσηλευόμενο με αναδιатύπωση της σκέψης του με διαφορετικά λόγια και χρησιμοποιείται για να ενθαρρύνει τον ασθενή να συνεχίσει με πληροφορίες που αφορούν το συγκεκριμένο ζήτημα. Θα πρέπει να χρησιμοποιείται ωστόσο με επιδεξιότητα και φειδώ.
- Διευκρινήσεις, αυτή η τεχνική βοηθά στην επιβεβαίωση ότι το μήνυμα που έγινε αντιληπτό ήταν και αυτό που ο ασθενής είχε την πρόθεση να μεταφέρει.
- Το άγγιγμα, η τεχνική αυτή αποτελεί μία διεθνής ένδειξη στοργής, είναι τεχνική που λέγεται ότι προέρχεται από αρχαίες θεραπευτικές πρακτικές. Ωφελεί κάποιους στο να απομακρύνει την αρνητική ενέργεια και έτσι την αποβολή του άγχους και του φόβου και για άλλους είναι ένα μέσο για να εδραιωθεί μια πιο στενή σχέση ανάμεσα στον νοσηλευτή και τον ασθενή, για την δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος και για την ένδειξη του ενδιαφέροντός μας προς τον συνάνθρωπο μας. Είναι αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο και χρησιμοποιείται για να δηλώσει υποστήριξη, στοργή και συμπόνια. Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψιν μας το πολιτιστικό υπόβαθρο και τα πιστεύω του ασθενούς και να έχουμε τη σύμφωνη γνώμη του (Sheldon,2009: Keir et al.,1998).
- Συνιστώμενος τρόπος προσφοράς υπηρεσιών, είναι σημαντικό ο νοσηλευτής να είναι διαθέσιμος για τον ασθενή, όπως για παράδειγμα να απαντά στις κλήσεις για νοσηλευτική βοήθεια σε σύντομο χρονικό διάστημα ή αντίστοιχα να ενημερώνει τον ασθενή για το πότε θα είναι διαθέσιμος και για το πότε σκοπεύει να επιστρέψει σ' εκείνον.
- Παροχή πληροφοριών, απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο νοσηλευτής να δίνει στον ασθενή τις πληροφορίες που χρειάζεται όσον αφορά τα

φάρμακα του, τις νοσηλευτικές διαδικασίες, τα διάφορα test που πρόκειται να κάνει και για όλο το σύνολο της νοσηλευτικής φροντίδας και να σιγουρευτεί ότι έχουν γίνει κατανοητές από τον ασθενή.

- Υπόδειξη εναλλακτικών λύσεων, ο νοσηλευτής μπαίνει στη διαδικασία να βοηθήσει τον ασθενή στην επίλυση πολλών προβλημάτων. Σωστή τεχνική είναι με τα λεγόμενά του να του δίνει την ευκαιρία να σκεφτεί και άλλες λύσεις.
- Ανακεφαλαίωση, στο τέλος μιας συζήτησης με τον ασθενή, ο νοσηλευτής είναι χρήσιμο να κάνει μια μικρή περίληψη-ανακεφαλαίωση των όσο ειπώθηκαν (DeWit,2009).

Η λήψη ιστορικού, η οποία διαδικασία αυτή είναι προγραμματισμένη, έχει έναν καθορισμένο σκοπό και επικεντρώνεται στη συλλογή πληροφοριών και δεν πρόκειται για μια συνήθη κοινωνική αλληλεπίδραση. Η καλή επικοινωνία και η δημιουργία αρμονικής σχέσης είναι ζωτικής σημασίας για την ικανοποιητική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς. Είναι σημαντικό να ξεκαθαριστούν οι ρόλοι που θα παίξει ο καθένας κατά τη διάρκεια της και χρειάζεται προσεκτική προσέγγιση του νοσηλευόμενου για να επιτευχθεί η λήψη αξιόπιστων πληροφοριών. Για να πραγματοποιηθεί αυτό πρέπει να ακολουθηθεί από τον νοσηλευτή μια συγκεκριμένη διαδραστική διαδικασία, η ενεργητική ακρόαση, κατά την οποία ο νοσηλευτής εφαρμόζει όλες τις παραπάνω τεχνικές που αφορούν την αποτελεσματική θεραπευτική επικοινωνία και επιπρόσθετα απαιτεί προσεκτική ακρόαση και ταυτόχρονη παρατήρηση του συνομιλητή έτσι ώστε να γίνουν αντιληπτά όλα τα μηνύματα, είτε αυτά είναι λεκτικά είτε μη λεκτικά. Το προσόν αυτό της ενεργητικής ακρόασης απαιτεί συνεχή εξάσκηση για να καταφέρει την πλήρη αφοσίωση στον νοσηλευόμενο και των μηνυμάτων που εκπέμπει. Τέλος, υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αποκαλύψουν αρκετά πράγματα στον νοσηλευτή διότι αναμένουν, αρχικά, την δημιουργία μιας πιο στενής σχέσης μαζί του, εκεί συναντάμε τον όρο αυτοαποκάλυψη, η οποία προϋποθέτει την καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης. Έτσι,

μπορούμε να πούμε ότι η λήψη ιστορικού κρύβει μέσα της ένα κομμάτι επιστήμης αλλά και ένα κομμάτι τέχνης (DeWit, 2009: Anderson et al.,1994).

3.2 Εμπόδια θεραπευτικής επικοινωνίας

Όπως σε κάθε επικοινωνία οποιασδήποτε σχέσης έτσι και στη σχέση νοσηλευτή – ασθενή μπορεί να υπάρξουν τρόποι που να την εμποδίσουν.

Χρησιμοποιώντας διάφορες φράσεις και τεχνικές μπορεί να αποθαρρυνθεί μια αποτελεσματική σχέση.

- ❖ Η αλλαγή θέματος: είναι ένα από τα βασικά εμπόδια της διότι εκφράζει δυσανασχέτηση, έλλειψη ενδιαφέροντος και κυρίως άρνηση στην επιθυμία του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα του.
- ❖ Η προσφορά ψευδούς καθησυχασμού: είναι προτιμότερο ο οποιοσδήποτε καθησυχασμός να βασίζεται σε γεγονότα και να ακολουθεί μία ρεαλιστική προσέγγιση για την διατήρηση της εμπιστοσύνης νοσηλευτή – ασθενή.
- ❖ Η παροχή συμβουλών: ο σωστός χειρισμός είναι η καθοδήγηση του ασθενούς σε διάφορες εναλλακτικές λύσεις και όχι να παίρνει τον ρόλο “μέντορα” στη σχέση τους.
- ❖ Τα αμυντικά σχόλια: εκφράζοντας αντίθετη άποψη από αυτή του ασθενούς, υιοθετείτε ρόλο αντιπάλου και όχι συνεργάτη.
- ❖ Οι ερωτήσεις βολιδοσκόπησης: θα πρέπει να αποφεύγονται ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά ζητήματα του ασθενούς και δεν αφορούν την κλινική κατάσταση του (DeWit,2009: Sheldon, 2009).
- ❖ Σύνδρομο Burnout: λόγω του ότι οι νοσηλευτές φροντίζουν αδιάκοπα τους νοσηλευόμενους χωρίς να νοιάζονται για τον εαυτό τους, κινδυνεύουν να εμφανίσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή αλλιώς burnout. Η διαρκής παρακολούθηση και η ανταπόκριση είναι ένα τίμημα που καλούνται να πληρώσουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας. Απαιτεί πολλά ψυχικά αποθέματα ώστε να βρίσκονται στο πλευρό ενός ασθενή. Τα φυσικά συμπτώματα που εμφανίζει το σύνδρομο αυτό είναι το υπερβολικό κάπνισμα- αλκοόλ, μόνιμο αίσθημα κόπωσης και αϋπνία

ή υπνηλία. Σε επίπεδο συναισθημάτων γίνονται πιο απρόσωποι ή πιο ευάλωτοι και εμπλέκονται συναισθηματικά με τους νοσηλευόμενους (Sheldon, 2009).

Οι τεχνικές και τα εμπόδια διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και θα πρέπει να εκτιμούνται και να προσαρμόζονται σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε περίπτωσης.

3.3 Θεραπευτική επικοινωνία με άτομα διαφορετικών ηλικιακών ομάδων

Δύο εντελώς διαφορετικές αλλά εξίσου απαιτητικές ομάδες θεωρούνται τα ηλικιωμένα άτομα και τα παιδιά. Η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης και η επικοινωνία με άτομα διαφορετικών ηλικιακών ομάδων απαιτεί ειδικές τεχνικές και γνώσεις για όλες τις ανάγκες του ανθρώπου, από την πιο μικρή ηλικιακή ομάδα μέχρι και την πιο μεγάλη. Το κάθε αναπτυξιακό στάδιο χρήζει ξεχωριστής μεταχείρισης.

Ακολουθούν ορισμένες ηλικιακά προσαρμοσμένες στρατηγικές επικοινωνίας με άτομα διαφορετικής ηλικίας:

- ✓ Στα βρέφη (0-12 μηνών) ο στόχος είναι να ικανοποιήσουμε τις ανάγκες τους όσο πιο γρήγορα μπορούμε, επικοινωνούμε μαζί τους χωρίς λόγια. Τα χάρδια και η αγκαλιά βοηθούν στο να αισθανθούν άνετα και ασφαλή. Η ομιλία μας είναι απαλή διότι ένα βρέφος ανταποκρίνεται καλύτερα σε μια λεπτή και απαλή φωνή. Επικοινωνούμε με το παιδί ενώ παίζουμε μαζί του, ιδίως όταν βλέπουμε ότι ανταποκρίνεται.
- ✓ Στα νήπια (1-2 ετών) αποκαλούμε, αρχικά, το παιδί με το όνομά του/της. Μαθαίνουμε να χρησιμοποιούμε τις λέξεις που χρησιμοποιεί το παιδί όταν ζητάει να πάει τουαλέτα ή όταν θέλει να φάει ή να κάνει μπάνιο. Του μιλάμε καθαρά χωρίς πολλές λέξεις και προσφέρουμε στο παιδί επιλογές έτσι ώστε να αισθάνεται ότι διατηρεί τον έλεγχο της κατάστασης και της ανεξαρτησίας του. Σημαντικό είναι να προετοιμάζουμε το παιδί όταν πρόκειται να υποβληθεί σε νοσηλευτικές

πράξεις που ενδέχεται να το πονέσουν και όταν τελειώσουν να το καθησυχάσουμε.

- ✓ Στα παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 ετών) χρησιμοποιούμε απλές λέξεις και σύντομες φράσεις λόγω του ότι τα παιδιά αυτής της ηλικιακής ομάδας αδυνατούν να εστιάσουν την προσοχή τους κάπου για πολλή ώρα. Μιλάμε απαλά και χαμηλόφωνα προσπαθώντας να κοιτάζουμε το παιδί στα μάτια. Παρουσιάζουμε τις διάφορες νοσηλευτικές πράξεις σαν παιχνίδι εξάπτοντας την φαντασία τους.
- ✓ Στα παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12 ετών) μιλάμε στη γλώσσα του παιδιού και το αφήνουμε να συμμετάσχει στη συζήτηση που αφορά τον σχεδιασμό της φροντίδας του. Μιλάμε γενικά και χρησιμοποιώντας τρίτο πρόσωπο (π. χ. Σε μερικά παιδιά δεν αρέσει να...) και εξετάζουμε σε κάθε περίπτωση κατά πόσο το παιδί έχει αντιληφθεί την κατάστασή του πριν αρχίσουμε τις εξηγήσεις.

Η επικοινωνία είναι κυρίως διαδραστική και τα μηνύματα που στέλνονται είναι κυρίως μη λεκτικά, τα παιδιά ανταποκρίνονται πολύ καλά σε αυτή τη μορφή επικοινωνίας. Η αποκάλυψη και η ειλικρίνεια είναι ο καταλύτης στη δημιουργία δεσμών μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και αυτής της ομάδας. (Webb,2011)

- ✓ Στους έφηβους (13-18 ετών) δίνουμε χρόνο ακούγοντάς τους και τηρώντας μία μη επικριτική στάση. Αρχικά, τους καθησυχάζουμε σχετικά με το απόρρητο των πληροφοριών που μας παρέχουνε, εξηγώντας τους παράλληλα τις περιπτώσεις στις οποίες αυτό αίρεται. Μιλάμε με σαφείς ανατομικούς όρους και του δίνουμε την ευκαιρία να συμμετάσχει σε συζητήσεις που αφορούν την φροντίδα τους. Αποφεύγουμε το αυταρχικό στυλ και σεβόμαστε τα προσωπικά δεδομένα τους χωρίς να τους φέρνουμε σε δύσκολη θέση. Τέλος, προτρέπουμε αλλά δεν αναγκάζουμε ποτέ τους εφήβους να μοιραστούν μαζί μας τις ανησυχίες που έχουν για την υγεία τους.
- ✓ Στους ηλικιωμένους δεν πρέπει να ξεχνάμε πως το χάσμα γενεών μπορεί να υφίσταται και ανάμεσα σε νοσηλευτή και νοσηλευόμενο. Ο

χειρισμός τους χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή διότι αφορά άτομα, τα οποία πιθανά έχουν προβλήματα ακοής, κατανόησης, αισθητικότητας ή και κινητικότητας. Τα απαραίτητα συστατικά για την αποτελεσματικότητά της είναι, αρχικά, η επιβεβαίωση ότι έχουμε την προσοχή του ασθενούς, η υπομονή για την σωστή κατανόηση του μηνύματος που έχει παραλάβει και η επεξήγηση του αν αυτή είναι απαραίτητη. Η σωστή αποκρυπτογράφηση των μη λεκτικών μηνυμάτων και η διάθεση χρόνου από τη μεριά του νοσηλευτή ώστε να παραθέτει τα θέματα ένα ένα και με τον συνιστώμενο τρόπο για να επιτευχθεί η κατανόηση όλων των οδηγιών και των μηνυμάτων είναι απαραίτητη (DeWit,2009: Webb,2011).

Πρέπει να σεβόμαστε πάντα την άποψή τους και να ακούμε τις ιστορίες που μας αφηγούνται, όσο βέβαια μας το επιτρέπει ο χρόνος μας. Αποφεύγουμε τους δυσνόητους ιατρικούς όρους και χαρακτηρισμούς του τύπου “γιαγιά” και “γλυκέ μου”. Προσφωνούμε πάντα τον νοσηλευόμενο τυπικά (“κύριε”, “κυρία”, “δεσποινίς”) και μετά τον ρωτάμε πως προτιμά ο ίδιος να τον φωνάζουμε. Τέλος, δίνουμε την ευκαιρία στον ασθενή να παίρνει αποφάσεις και να αισθάνεται ανεξάρτητος, όπως του αρμόζει (Sheldon, 2009: Anderson et al., 1994).

3.4 Θεραπευτική επικοινωνία με αγχώδη ασθενή

Υπάρχουν και καταστάσεις κατά τις οποίες η θεραπευτική επικοινωνία δεν ανταποκρίνεται με επιτυχία και η θέση του νοσηλευτή γίνεται δύσκολη, καταστάσεις που συνήθως ένας νοσηλευτής βρίσκεται αντιμέτωπος με τέτοιες περιπτώσεις είναι όταν ο ασθενής κατακλίζεται από αισθήματα άγχους, νευρικότητας, θυμού, κατάθλιψης και η αντίδρασή τους δεν είναι θεμιτή. Στο χώρο του νοσοκομείου, σε βαριές και χρόνιες ασθένειες, αισθήματα όπως νευρικότητα και άγχος ενισχύονται. Μετρίου βαθμού άγχος μπορεί να είναι παραγωγικό αλλά η έντονη νευρικότητα δύσκολα μας επιφέρει τα

αποτελέσματα που θέλουμε. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να γίνουν πιο αποτελεσματικές σε θεραπευτικό επίπεδο όταν μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να ξεχωρίσουν τα δικά τους προσωπικά συναισθήματα από αυτά του νοσηλευόμενου. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευόμενος απλά έχει την ανάγκη να μοιραστεί τους φόβους και τις ανησυχίες του με τον νοσηλευτή. Υπάρχουν κάποιες γραμμές που ένας επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να ακολουθήσει έτσι ώστε να αντιμετωπίσει και να στηρίξει ασθενείς που υποφέρουν από έντονο και συστηματικό άγχος. Για αρχή θα πρέπει να μπορούμε να εντοπίσουμε τα συμπτώματα του άγχους και να τα κατανοήσουμε. Η αργή και ήρεμη ομιλία θα βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει τα συναισθήματά του και να μας μιλήσει γι' αυτά, ίσως και να μας πει ο ίδιος με ποιους τρόπους τα αντιμετωπίζει σε παρόμοιες καταστάσεις του παρελθόντος. Σημαντικό είναι να πληροφορούμε και να εξηγούμε στον ασθενή την κατάσταση την οποία βιώνει και τι πιθανά θα επακολουθήσει. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες που αφορούν το προεγχειρητικό και το μετεγχειρητικό άγχος έδειξαν ότι η λεπτομερής ενημέρωση για την συμπτωματολογία μετά το χειρουργείο πριν υποβληθούν στην επέμβαση έχει ευεργετικά αποτελέσματα και οι ίδιοι παρουσίασαν λιγότερο μετεγχειρητικό άγχος. Οι ασθενείς αυτοί ανάρρωσαν γρηγορότερα και πήραν γρηγορότερα εξιτήριο από το νοσοκομείο (DeWit, 2009: McCabe, 2004).

3.5 Θεραπευτική επικοινωνία με θυμωμένο ασθενή

Ο θυμός παρ' όλο που δεν αποτελεί συχνό φαινόμενο είναι μία δυσάρεστη κατάσταση και για το νοσηλευόμενο και για τον νοσηλευτή, την οποία όμως θα κληθεί ο τελευταίος για να την αντιμετωπίσει. Περιστατικά με εκρήξεις θυμού δεν είναι παρά στρεσογόνες καταστάσεις που δημιουργούνται λόγω προβλημάτων από τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Αφορμές μπορούν να είναι ο φόβος, η απογοήτευση, η απώλεια ελέγχου και ανεξαρτησίας, η νευρικότητα, η παραβίαση της ιδιωτικότητας και η αβεβαιότητα για την υγεία. Κατά τον θυμό, ο νοσηλευόμενος αντιδρά και προσπαθεί άμεσα να εκφράσει όλα τα συναισθήματα αυτά ή να εξωτερικεύσει κάποιο μήνυμα, όπως την πηγή και το

αίτιο του θυμού του. Παρ' όλη την εχθρική διάθεση, λεκτική και όχι μόνο βία, άρνηση και προσβλητική στάση, ο νοσηλευτής θα βρεθεί στη θέση να αντιμετωπίσει την κατάσταση και να υπονομεύσει όλα τα συναισθήματα που του προκαλεί η έκρηξη αυτή. Θα πρέπει να ηρεμήσει με την στάση του τον ασθενή και να καταφέρει να φτάσει σε επικοινωνία μαζί του. Εκεί μόνο θα μπορεί να προσδιορίσει το πρόβλημα και να ξεκινήσει την επίλυσή του. Κάθε περίπτωση είναι διαφορετική και χρήζει προσέγγιση ανάλογα με την γενική εικόνα και συμπεριφορά του εκάστοτε νοσηλευόμενου. Με ψυχραιμία ο νοσηλευτής, επιδεικνύοντας ψυχραιμία και έλεγχο, ικανοποιεί την ανάγκη του ασθενούς για ακρόαση και κατανόηση του προβλήματος. Συλλέγει πληροφορίες κατά την διάρκεια του ξεσπάσματος, κρατά θετική και δεκτική στάση και προσδιορίζει το αίτιο του θυμού μέχρι να εκτονωθεί. Όταν το μήνυμα του ασθενούς ληφθεί μέσω ενεργητικής ακρόασης τότε με κατανόηση και όπου χρειάζεται απολογητική στάση ο νοσηλευτής επιβεβαιώνει το πρόβλημα και προχωρά στην επίλυση. Με αυτή την προσωπική αλληλεπίδραση, τόσο με τον ασθενή όσο και με το πρόβλημά του, μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα συνεργασίας και καθ ησυχασμού και ταυτόχρονα φέρει επιλογές για την επίλυση του προβλήματος καθώς και για την αποφυγή του στο μέλλον (McCabe, 2004: Sheldon, 2009).

3.6 Θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή σε κρίσιμη κατάσταση

Η κρίση ή η περιστασιακή κρίση είναι αποτέλεσμα εξωγενών και απροσδόκητων παραγόντων, που ο άνθρωπος δεν είναι σε θέση να ελέγξει, τέτοια παραδείγματα είναι μια ξαφνική ασθένεια ή ένας τραυματισμός. Σύμφωνα με τον Fink (1986), οι φάσεις συμπεριφοράς των κρίσεων αυτών είναι: το σοκ, οι αμυντικοί μηχανισμοί όπως η απόσυρση, η συνειδητοποίηση του προβλήματος, η προσαρμογή και η αλλαγή. Πριν την δημιουργία θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή, ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογήσει το συμβάν και τις συνέπειες του, τα διαθέσιμα συστήματα στήριξης, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που χρησιμοποίησε ο ασθενής σε ανάλογες καταστάσεις και τον κίνδυνο για βίαιες συμπεριφορές. Κατά τη διάρκεια της

ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης θα πρέπει να επιτραπεί στον ασθενή, για την μείωση της έντασης και του άγχους, να εκφράσει τα συναισθήματά του και να μιλήσει για το συμβάν. Τέλος, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί ώστε να δέχεται βοήθεια από άλλους, όπως για παράδειγμα από σημαντικά πρόσωπα για το άτομο αυτό (Happ et al., 2011: Sheldon, 2009).

3.7 Θεραπευτική επικοινωνία με καταθλιπτικό ασθενή

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχολογική κατάσταση συχνή στις μέρες μας και συναντάται πολύ συχνά στους χώρους ενός νοσοκομείου. Ο νοσηλευόμενος που αντιμετωπίζει μια βαριά ασθένεια και εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης (τα οποία διαφέρουν από τα συμπτώματα της χρόνιας κατάθλιψης) αποτελεί μέλημα του νοσηλευτή. Τα συμπτώματα που προμηνύουν κατάθλιψη είναι: κλάμα, βραδύτητα στην ομιλία και στις κινήσεις, σεξουαλική αποστροφή, διαταραχή όρεξης και ύπνου, έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα κ.ά. Η χρονική διάρκεια αυτού του είδους της κατάστασης, της περιστασιακής κατάθλιψης, είναι περιορισμένη. Ο ασθενής με ειδική μεταχείριση (θεραπευτικές δεξιότητες-τεχνικές) και σε βάθος χρόνου επανέρχεται και τα συμπτώματα υποχωρούν. Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να διαθέτει τις γνώσεις και την εκπαίδευση να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις και να βοηθά στην γρηγορότερη εξάλειψή τους. Ενδεικτικά η χρήση του διαλόγου, η ένδειξη κατανόησης και στοργικότητας, η αποδοχή της συμπεριφοράς τους, η εστίαση της προσοχής στις ικανότητες του ασθενούς και η αισιόδοξη στάση βοηθούν καταλυτικά στη υποχώρηση των συμπτωμάτων και όταν αυτό συμβεί να ενθαρρύνεται ώστε να ασχοληθεί με απλές δραστηριότητες (Webb, 2011: Sheldon, 2009).

3.8 Θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή με απώλεια ακοής

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει το βαθμό απώλειας ακοής, την χρονική περίοδο έναρξης, τον τύπο της βαρηκοΐας και τη χρήση βοηθημάτων ακοής. Έτσι μόνο θα προσεγγίσει το νοσηλευόμενο κατάλληλα και με την κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Θα πρέπει να βρεθεί η καταλληλότερη μέθοδος προσέγγισης μαζί του, όπως η νοηματική γλώσσα, οι γραπτές λέξεις και η προσαρμογή του τόνου φωνής. Θα ήταν βοηθητική η παρουσία συγγενή ή διερμηνέα ο οποίος θα εξηγεί τη μέθοδο επικοινωνίας που χρησιμοποιεί ο ασθενής. Ο τόνος της φωνής του νοσηλευτή δεν θα πρέπει να έχει διακυμάνσεις και να είναι μέτριας έντασης για να επιτρέπεται στον ασθενή να διαβάσει τα χείλη και τις εκφράσεις του προσώπου (Sheldon, 2009).

3.9 Θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή με απώλεια όρασης

Στην απώλεια όρασης ή τύφλωση, ο ασθενής στερείται στην επικοινωνία. Δεν μπορεί να δει τις εκφράσεις του προσώπου του συνομιλητή και τις χειρονομίες του, άρα αδυνατεί να συλλάβει ολόκληρο το μήνυμα. Θα πρέπει, αρχικά, ένας νοσηλευτής να αξιολογεί τον βαθμό απώλειας της όρασης του ασθενούς καθώς και τους τύπους βοηθημάτων που χρησιμοποιεί (σύστημα ανάγνωσης Braille, γυαλιά οράσεως, μπαστούνι). Όταν πλησιάζουμε έναν τέτοιο ασθενή θα πρέπει να τον προειδοποιήσουμε για τον ερχομό μας και να αναφέρουμε το όνομα μας. Θα πρέπει να μην μιλάμε πολύ δυνατά ή συλλαβιστά και να βοηθήσουμε τον ασθενή με απώλεια όρασης να προσανατολιστεί και να εξερευνήσει τον άγνωστο για εκείνον χώρο. Επίσης, θα πρέπει να εξηγούμε τις νοσηλευτικές μας ενέργειες έτσι ώστε να είναι ενημερωμένος εκ των προτέρων και να τον ενημερώνουμε όταν φεύγουμε από το δωμάτιό του (Sheldon, 2009).

3.10 Θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή νοσηλευόμενο στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ)

Η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας είναι ένα άγνωστο περιβάλλον για τον ασθενή και αρκετά τρομακτικό. Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση πρέπει να τον βοηθήσει να προσανατολιστεί, να αισθανθεί ασφαλής, ιδίως όταν το οικογενειακό του περιβάλλον τον επισκέπτεται μόνο για λίγα λεπτά την ημέρα. Αρχικά, θα πρέπει να συστηθούμε σε αυτόν τον ασθενή και να εξηγήσουμε τον ρόλο μας. Πρέπει να του μιλάμε σαν να ακούει τα πάντα. Προσανατολίζουμε τον ασθενή χρονικά ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Εξηγούμε τις νοσηλευτικές πράξεις πριν τις εφαρμόσουμε και τον ενημερώνουμε για την πρόοδο της υγείας του. Επιπρόσθετα, μπορούμε να ζητήσουμε από την οικογένεια του νοσηλευόμενου να φέρει αντικείμενα συναισθηματικής αξίας του ασθενή (φωτογραφίες, προσωπικά είδη) (Harrp et al, 2011).

3.11 Θεραπευτική επικοινωνία με ασθενή που πάσχει από απειλητικά για τη ζωή νοσήματα

Ο φόβος για τον θάνατο είναι μία αίσθηση που κανείς άνθρωπος δε θέλει να βιώσει. Υπάρχουν, όμως, νοσήματα τα οποία θέτουν τη ζωή ενός ασθενούς σε κίνδυνο και ο τρόπος που πρέπει να τα αντιμετωπίσουμε μαζί του θέλει ιδιαίτερους χειρισμούς. Η ιδέα του θανάτου μπορεί να κατακλίσει έναν νοσηλευόμενο ο οποίος έχει διαγνωσθεί με μία απειλητική ασθένεια. Όμως η νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλλουν τα μέγιστα στον τρόπο που ο νοσηλευόμενος θα αντιμετωπίσει την απρόσμενη ανατροπή των μελλοντικών του σχεδίων. Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν πρωτεύοντα ρόλο στο να κάνουν λιγότερο δυσβάσταχτη αυτή την αλλαγή ζωής και να βοηθήσουν τους ασθενείς να βγουν πιο δυνατοί από μία τέτοια εμπειρία. Συνήθως η ίδια η πορεία της νόσου αλλά και οι θεραπείες της μπορεί να επηρεάσουν τον ασθενή από σωματικής, ψυχολογικής, πνευματικής και οικονομικής άποψης. Μπορεί και να πενθήσουν πρόωρα τις μελλοντικές τους

απώλειες καθώς και τα ανεκπλήρωτα τους σχέδια. Οι προγενέστερες οδηγίες βοηθούν σημαντικά και αναβαθμίζουν το επίπεδο επικοινωνίας ανάμεσα σε ασθενείς και νοσηλευτές και την θεραπευτική σχέση τους. Ένα από αυτά είναι τα διάφορα έγγραφα στα οποία καταγράφονται οι επιθυμίες τους σχετικά με την μετέπειτα ιατρική τους φροντίδα. Παράδειγμα είναι το έντυπο επιθυμίας να κρατηθεί στη ζωή, το πληρεξούσιο προς τρίτο και οι προγενέστερες ιατρικές οδηγίες. Εάν και όταν ο ασθενής αδυνατεί να συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων που αφορά τη φροντίδα του, τα έγγραφα αυτά αποκτούν αυτόματα νομική ισχύ (Khoshnazar et al., 2016: Fickinger et al., 2013).

4. Ερευνητικά δεδομένα

Λέξεις ευρετηρίου :

Λέξεις ευρετηρίου: communication, effective, therapeutic, nursing, relationship, patients, barriers, nonverbal, health professionals, outcomes

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των στρατηγικών, των τεχνικών, των βοηθητικών υλικών και της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας και της θεραπευτικής επικοινωνίας σε διεθνές επίπεδο και σε ποικίλους τομείς της νοσηλευτικής περίθαλψης και φροντίδας.

4.2 Υλικό και μέγεθος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα έτη 2010-2016 και το συγκεκριμένο υλικό συλλέχθηκε ύστερα από μελέτη της βιβλιογραφίας αυτής. Η επιλογή έγινε από επιστημονικά βιβλία, γενικά και ερευνητικά άρθρα και συστηματικές μελέτες. Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλικά γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν “communication” (επικοινωνία), “effective” (αποδοτική, αποτελεσματική), “therapeutic” (θεραπευτική), “nursing” (νοσηλευτική, περίθαλψη), “relationship” (σχέση), “patients” (ασθενείς), “barriers” (εμπόδια), “nonverbal” (μη-λεκτική), “health professionals” (επαγγελματίες υγείας), “outcomes” (έκβαση, αποτέλεσμα).

4.3 Συμπεράσματα

Οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να αναγνωρίσουν την αναγκαιότητα της ενσωμάτωσης της διδασκαλίας της επικοινωνίας ως μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των σχολών επαγγελματιών υγείας. Απαραίτητη θεωρείται η συχνή αξιολόγηση τους στις επικοινωνιακές δεξιότητες για την

παροχή ολιστικής φροντίδας που ικανοποιεί τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να χρησιμοποιούν σαν όπλο τους την ενσυναίσθηση που θα αναδεικνύει το προσωπικό σύστημα αξιών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών τους δείχνοντας σεβασμό στα πανανθρώπινα ιδανικά και στα πιστεύω του κάθε ατόμου. Η εδραίωση της σχέσης νοσηλευτή – νοσηλευόμενου είναι μια συνειδητή δέσμευση από μέρος του νοσηλευτή να φροντίζει τον νοσηλευόμενο. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί μια προσέγγιση με επίκεντρο τον νοσηλευόμενο προκειμένου να χτίσει τη σχέση και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Αυτή η σχέση θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της νοσηλευτικής φροντίδας. Τέλος, η επίγνωση του νοσηλευτικού ρόλου θέτει τα όρια της σχέσης, αλλά, παρά την ύπαρξη των ορίων αυτών, υπάρχουν άπειρες ευκαιρίες επικοινωνίας, που μπορεί να επιδράσουν θεραπευτικά και να εμπλουτίσουν αμφότερα τα μέλη της σχέσης (Plante et al.,1999: Webb,2011: Perry et al.,2012).

4.4 Αποτελέσματα / Νέα ερευνητικά δεδομένα

Στην Αυστραλία, το 2012, με επίκεντρο τις φυσικοθεραπευτικές τεχνικές διεξήχθη έρευνα, με συμμετέχοντες κλινικούς γιατρούς, νοσηλευτές και ασθενείς στην πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια περίθαλψη για την εξέταση της σύνδεσης μεταξύ των παραγόντων επικοινωνίας, τρόποι αλληλεπίδρασης (λεκτική, μη λεκτική) και της θεραπευτικής συμμαχίας με τους ασθενείς. Οι λεκτικοί τρόποι επικοινωνίας που χρησιμοποιήθηκαν φανέρωσαν θετική συσχέτιση με την θεραπευτική συμμαχία με τους ασθενείς, συγκεκριμένα σε αυτές συγκαταλέχτηκαν η επεξήγηση των οδηγιών, η ενθάρρυνση για ερωτήσεις και της έκφρασης των απόψεων του. Από την άλλη, οι μη λεκτικοί τρόποι επικοινωνίας που καταχωρήθηκαν έφεραν περισσότερα αρνητικά αποτελέσματα παρά θετικά (ασύμμετρη στάση βραχίονα, σταυρωμένα πόδια), η πιο συχνή μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η επαφή με τα μάτια, που αν και στην αρχή φαίνεται να έχει ευνοϊκή έκβαση τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά. Οι αλληλεπιδράσεις που είχαν ως επίκεντρο τον ασθενή, την συναισθηματική υποστήριξή τους και

την ενθάρρυνσή τους για συμμετοχή στις διαδικασίες διαβούλευσης επέφεραν θετικά αποτελέσματα. (Pinto et al.,2012)

Σε νοσοκομείο της Τεχεράνης (Ιράν), το 2015, μετά από ποιοτική έρευνα ανάμεσα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού με ποικίλα δημογραφικά χαρακτηριστικά και μεταξύ των ηλικιών 35-61 που έχουν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή κάνουν χημειοθεραπείες, αναδείχθηκε η επικοινωνία και η θεραπευτική επικοινωνία ως μέσο ανακούφισης για τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, γυναίκες ανέφεραν ότι σε τελικά στάδια της ασθένειας η καλή και εποικοδομητική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας βοήθησαν στην μείωση του πόνου και στην ενίσχυση της ψυχολογίας τους. Ο στόχος της έρευνας ήταν η εξέταση των επικοινωνιακών αναγκών αυτών των γυναικών. Η έρευνα αναλύθηκε από Conventional Content Analysis of Landman και Graneheim χρησιμοποιώντας το λογισμικό MAXQDA10. Συνεπώς, εξετάστηκε σε βάθος σύμφωνα με πραγματικές εμπειρίες και συμπεριφορές ασθενών η ανάγκη τους για επικοινωνία. Η ανάλυση ανέδειξε δύο μεγάλες κατηγορίες. Η πρώτη είναι η "θεραπευτική επικοινωνία" η οποία εστίαζε στην εδραίωση της εμπιστοσύνης και στην άμεση παρέμβαση και παρουσία του νοσηλευτή μαζί με την παρηγορητική φροντίδα. Η δεύτερη ήταν αυτή της "ενσυναίσθησης" και η ανάγκη του ασθενή να μοιράζεται και να ανταλλάσσει εμπειρίες. Για την προαγωγή της υγείας στη συγκεκριμένη περίπτωση δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στην επικοινωνία των νοσηλευτών τόσο με τους ασθενείς αλλά και με τις οικογένειές τους. Ο εντοπισμός και η προώθηση των επικοινωνιακών αναγκών των ασθενών θα μπορούσε να οδηγήσει σε σημαντικά καλύτερη φροντίδα των ασθενών κατά τη θεραπεία. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική επικοινωνία, ως αναπόσπαστο μέρος, θα πρέπει να ενσωματωθεί στο σχέδιο φροντίδας για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού και τις οικογένειές τους στους θαλάμους Ογκολογίας και Παρηγορητικής Φροντίδας. (Khoshnazar et al., 2016)

Στην Καλιφόρνια, το 2007, εκτεταμένα ερευνητικά στοιχεία δείχνουν ότι η σχέση νοσηλευτή, γιατρού - ασθενή μπορεί να προσφέρει θεραπευτική φροντίδα. Η προσοχή, η ζεστασιά, η φροντίδα, η ανησυχία, η πρακτική

βοήθεια, καθώς και η ακριβής και ανοικτή επικοινωνία, μπορεί να κάνει τεράστια διαφορά στην υγεία των ηλικιωμένων ασθενών. Οι γιατροί μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την υγεία των ηλικιωμένων ασθενών από την αποτελεσματική αξιολόγηση και τη θεραπεία τους από βιοϊατρική άποψη, καθώς και να επιτύχουν την υποστήριξη τους όσον αφορά τη συναισθηματική αντιμετώπιση και τη διαχείριση της ασθένειάς τους. Προγράμματα όπως το CGA (Ολοκληρωμένη Γηριατρική Αξιολόγηση) μπορεί να αυξήσει την ευαισθητοποίηση τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς στη διαχείριση της πολύπλοκης φύσης της ιατρικής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους ασθενείς, στο συντονισμό, δηλαδή, της θεραπείας στις πολλαπλές διαστάσεις ως βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Εξίσου απαραίτητη με την βιοϊατρική φροντίδα θεωρείται η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση στην θεραπεία, ειδικά σε εκείνους οι οποίοι είναι κοινωνικά απομονωμένοι και συναισθηματικά ευάλωτοι. (Williams et al., 2007)

Στην Πενσυλβανία, το 2007, εξετάστηκαν τα περιστατικά των ασθενών με σύνθετες ανάγκες επικοινωνίας (CCN) και τις δεξιότητες των νοσηλευτών για αποτελεσματική επικοινωνία με τη χρήση μη λεκτικής (AAC). Η επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών – ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για την παροχή και τη λήψη ποιοτικής φροντίδας. Όταν η επικοινωνία δεν ήταν επαρκής νοσηλευτής και ασθενής ανέφεραν ανησυχία και απογοήτευση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η χρήση του AAC σε περιπτώσεις όπου η επικοινωνία δεν μπορούσε να επιτευχθεί με τον προφορικό λόγο έφερε θετικά αποτελέσματα. (Finke et al., 2008)

Στην Ιρλανδία, το 2003, σύμφωνα με εμπειρίες των ασθενών οι νοσηλευτές μπορούν να επικοινωνούν επιτυχώς όταν χρησιμοποιούν μία προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή, σε αντίθεση με τις απόψεις των οργανώσεων της υγειονομικής περίθαλψης. Οι περισσότεροι νοσηλευτές απασχολούνταν κυρίως με τα καθήκοντά τους παρά παρείχαν πληροφορίες γι' αυτά. Εξέφραζαν ότι ήταν ιδιαίτερα απασχολημένοι, πράγμα που προκύπτει από την

διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψη που δεν θεωρεί την επικοινωνία ως προτεραιότητα. (McCabe, 2004)

Στη Σουηδία, το 2001, παρατηρήθηκαν τα προβλήματα επικοινωνίας σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αναπνευστήρα στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Οι ασθενείς βίωναν μια εμπειρία πρωτόγνωρη γι' αυτούς διότι μπορούσαν να αντιληφθούν αλλά ήταν ανίκανοι στο να επικοινωνήσουν. Ο προτιμώμενος τρόπος χορήγησης τεχνητού αερισμού ήταν χωρίς νάρκωση. Οι μισοί των ασθενών αυτών, ανέφεραν ότι η υπεύθυνη νοσοκόμα τους (RN) ήταν σε θέση να κατανοήσει τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους, ενώ αντίστοιχα οι νοσοκόμες RN ανέφεραν λειτουργική επικοινωνία σχεδόν σε όλους τους ασθενείς. (Wojnicki – Johansson, 2001)

Στο Όστιν του Τέξας, το 2000, οι θετικές και οι αρνητικές εμπειρίες των ασθενών με σοβαρή δυσλειτουργία επικοινωνίας διερευνήθηκαν από συχνές μετρήσεις και περιγραφικές αναλύσεις. Αν και ορισμένοι νοσηλευτές ανακάλυψαν αποτελεσματικές στρατηγικές για την διευκόλυνση της επικοινωνίας αυτής οι δυσκολίες ήταν εμφανείς, κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση εναλλακτικών τρόπων επικοινωνίας και τη συνεργασία με λογοθεραπευτές για την ανάπτυξη των προσόντων αυτών. (Hemsley et al., 2001)

Στην Ολλανδία, το 2001, κατά τη διάρκεια λήψης ιστορικού εισαγωγής σε ασθενείς πρόσφατα διαγνωσμένους με καρκίνο, εξετάστηκε και αναλύθηκε, μέσω του συστήματος ανάλυσης Roter, η ισορροπία μεταξύ απλής και συναισθηματικής επικοινωνίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι το 60% των νοσηλευτών δεν χρησιμοποιούσαν συναισθηματική επικοινωνία αλλά μόνο ένα μικρό μέρος αυτών που το έκανε δεν ήταν ολοκληρωμένη, διότι δεν διερευνήθηκαν ενεργά τα συναισθήματα του ασθενούς. (Kruijver et al., 2001)

Στο Λος Άντζελες, το 2008, πραγματοποιήθηκε μία ανασκόπηση πάνω σε 13 επιστημονικά άρθρα και επικεντρώθηκε στα δυνατά και αδύνατα σημεία της

πειραματικής έρευνας όσον αφορά τις παρεμβάσεις για τη βελτίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που πάσχουν από γνωστική εξασθένηση ή άνοια, σε ιδρύματα μακροχρόνιας περίθαλψης. Τα ευρήματα αυτής έδειξαν ότι οι τεχνικές θεραπευτικής επικοινωνίας (λεκτική, μη λεκτική, ανοιχτές ερωτήσεις, θετικές δηλώσεις, οπτική επαφή, συναισθηματική επαφή, χαμόγελο) μπορούν να διδαχθούν κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας και να επωφεληθούν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. (Levy – Storms, 2008)

Στο Ιράν, το 2009, διερευνήθηκαν τα θέματα που εμποδίζουν την επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών όπως αυτά καταχωρήθηκαν και από τις δύο πλευρές. Οι πρώτοι ισχυρίστηκαν μεγάλο φόρτο εργασίας, δύσκολα καθήκοντα και έλλειψη εγκαταστάσεων πρόνοιας. Οι δεύτεροι αναφέρθηκαν στην έλλειψη εξοικείωσης των νοσηλευτών με την διάλεκτό τους, τις φυλετικές διακρίσεις και το γεγονός ότι πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες. Τα κοινά εμπόδια που αναφέρθηκαν ήταν η διαφορά ηλικίας, οι μεταδοτικές ασθένειες και οι διαφορές κοινωνικής τάξης. (Apoosheh et al., 2009)

Στο Λονδίνο, το 2004, αναζητήθηκαν βιβλιογραφικά οι μέθοδοι και τα ευρήματα από τις μελέτες της θεραπευτικής σχέσης στην θεραπεία της σοβαρής ψυχικής ασθένειας. Η θεραπευτική σχέση είναι ένας αξιόπιστος προγνωστικός παράγοντας της έκβασης των ασθενών στη γενική ψυχιατρική φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψιν τις διαφορετικές ειδικές πτυχές της σχέσης αυτής σε διάφορα ψυχιατρικά περιβάλλοντα, όπως η μεγαλύτερη ετερογένεια των συνιστωσών των θεραπειών και των στόχων και η θεσπισμένη ευθύνη του κλινικού ιατρού. (McCabe et al., 2004)

Στο Μίσιγκαν, το 2011, οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, οι κατάλογοι αναφοράς και η επαφή με εμπειρογνώμονες έδωσαν στοιχεία για την επιρροή της μη λεκτικής επικοινωνίας στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ικανοποίηση τους συσχετίστηκε με την πιο στενή και “θερμή” περίθαλψη σε ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες υγείας είχαν την ικανότητα της ακρόασης.

Συγκεκριμένα, η αρνητικότητα του κλινικού ιατρού δεν σχετίστηκε με την ικανοποίηση των ασθενών σε αντίθεση με την αρνητικότητα των νοσηλευτών, όπου εμφάνισε μείωση. (Henry et al., 2012)

Στο Πίτσμπεργκ, το 2011, στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) περιγράφηκαν οι μέθοδοι, οι τεχνικές και οι αλληλεπιδράσεις της επικοινωνίας σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Το 86,2% των επικοινωνιών ξεκίνησε από τους νοσηλευτές. Σε ένα γενικό ποσοστό (>70%) αυτών ήταν επιτυχείς, ενώ το 1/3 αυτών που αφορούσαν τον πόνο του ασθενή, ήταν ανεπιτυχείς. Οι ασθενείς βαθμολόγησαν το 40% αυτών με τις ενδείξεις “δύσκολο” και “εξαιρετικά δύσκολο”, καθώς επίσης υπήρχε έλλειψη από βοηθητικά υλικά επικοινωνίας (π.χ αλφάβητο, πίνακες με λέξεις) και βοηθητικών στρατηγικών. (Happ et al., 2011)

Στην Τεχεράνη, το 2011, παρά τα πιστεύω των νοσηλευτών και των ασθενών για την σημασία της επικοινωνίας, στην πράξη αυτά απείχαν πολύ από τα επιθυμητά εξαιτίας των διαρθρωτικών και των κοινωνικο – πολιτισμικών παραγόντων. Η ανάλυση των δεδομένων αποκάλυψε το παρακάτω θέμα : “ στάση με επίκεντρο τον ασθενή κάτω από τη σκιά της μηχανιστικής δομής”. Αυτό το θέμα αποτελούνταν από τρεις κατηγορίες (1) επικοινωνία ως ουσία της νοσηλευτικής φροντίδας, (2) αντιδραστική επικοινωνία, (3) δυσκολίες επικοινωνίας νοσηλευτή – ασθενή. (Fakhr – Movahebi et al., 2011)

Στην Αμερική, το 2009, σε δύο μητροπολιτικά νοσοκομεία, σε μελέτη για την διερεύνηση των εμποδίων της επικοινωνίας με ασθενείς με αναπτυξιακές αναπηρίες και σύνθετες ανάγκες επικοινωνίας ως κύριο εμπόδιο αναφέρθηκε η έλλειψη χρόνου. Οι νοσηλευτές ισχυρίστηκαν ότι υπόκεινται σε απαιτήσεις μεγάλου φόρτου εργασίας και ότι επίσης η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς απαιτεί αρκετό διαθέσιμο χρόνο. Γι’ αυτό το λόγο απέφευγαν την άμεση επικοινωνία και συνομιλούσαν είτε με μέλη της οικογένειας είτε με ειδικούς φροντιστές. (Hemsley et al., 2012)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το 2013, χρησιμοποιώντας το BSR (Bedside Shift Report), πρακτική η οποία στηρίζεται στη θεωρία των διαπροσωπικών σχέσεων Perlaui, σε μια ιατρική / χειρουργική μονάδα ενδιάμεσης φροντίδας εκτιμήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών. Η παρακολούθηση της ικανοποίησης τους μέσα σε 3 μήνες έδειξε αύξηση σε βαθμό 87,6% από 75%. Στόχος της έρευνας ήταν το 90% το οποίο δεν επιτεύχθηκε, ωστόσο, φάνηκε ότι η πρακτική είχε θετικά αποτελέσματα. (Radtke, 2013)

Στον Καναδά, το 2009, το νοσηλευτικό προσωπικό (7 νοσηλευτές) ανέπτυξε ένα εξατομικευμένο σχέδιο επικοινωνίας σε διάστημα δύο μηνών σε επιζήσαντες εγκεφαλικού επεισοδίου με προβλήματα λόγου και ομιλίας. Πολλοί νοσηλευτές δεν έχουν εξειδικευμένες δεξιότητες να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους ασθενείς αυτούς, παρ' όλα αυτά στα σχέδια που χρησιμοποιήθηκαν υπήρξε ένα εξαιρετικό ποσοστό ανταπόκρισης. (McGilton et al., 2011)

Στη Νορβηγία, την περίοδο 2008-2009, σε έναν οίκο ευγηρίας, με την χρήση του Purpose-in-life test (ερωτηματολόγιο) και την κλίμακα αλληλεπίδρασης νοσηλευτή – ασθενή διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ αυτής και η σημασία του νοήματος της ζωής στην τρίτη ηλικία. Αποδείχθηκε ότι η αλληλεπίδραση μεταξύ νοσηλευτή – ασθενή και οι δραστηριότητες στον οίκο ευγηρίας αποτελούν έναν σημαντικό πόρο για την αύξηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, της ευεξίας, της ευημερίας και της ψυχο- πνευματικής λειτουργίας σε αυτό τον ευάλωτο πληθυσμό. (Haugan, 2014)

Στη Μελβούρνη, στην Αυστραλία, το 2010, σε δύο ιατρικούς θαλάμους ενός μητροπολιτικού νοσοκομείου 76 νοσηλευτές και 27 ασθενείς συμμετείχαν σε έρευνα για την διερεύνηση των κυρίαρχων μορφών επικοινωνίας και για τη δύναμη των σχέσεων στην "παράδοση" της φαρμακευτικής αγωγής. Τα αποτελέσματα αυτής έδειξαν ότι οι νοσηλευτές έδιναν μικρή έμφαση στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ότι η κατανομή τους στους θαλάμους

ήταν περίπλοκη, πράγμα που δυσκόλευε την καλή επικοινωνία με τους ασθενείς, υπήρχε έλλειψη διακριτικότητας κατά την ώρα της παράδοσης αλλά ωστόσο παρατηρήθηκε η ανάπτυξη σχέσης όταν οι ασθενείς συμμετείχαν στην διαδικασία. Συμπερασματικά, θεωρήθηκε αναγκαία η ανταλλαγή πληροφοριών με τους ασθενείς και η ευκαιρία τους για ερωτήσεις. (Liu et al., 2012)

Στο Όρεγκον, Πόρτλαντ, το 2012, μία ποιοτική ανάλυση σε Μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης Καρδιάς (Μ.Ε.Π.Κ) και σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ), παρατηρήθηκαν οι αλληλεπιδράσεις επικοινωνίας κατά τη διάρκεια νοσηλευτικής φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή.

33 νοσηλευτές συμμετείχαν σε αυτή την ανάλυση στην οποία και οι περισσότεροι τύποι επικοινωνίας που επισημάνθηκαν αφορούσαν την ανταλλαγή βιοψυχοκοινωνικών πληροφοριών. Οι νοσηλευτές αναγνώριζαν τη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας αλλά αυτό σε αυτόν τον τομέα είχαν σχετικά λίγες αλληλεπιδράσεις. (Slatore et al., 2012)

Στις ΗΠΑ, το 2008, μια μελέτη η οποία χρησιμοποίησε μια διερευνητική ποιοτική σχεδίαση περιλάμβανε προσωπικές συνεντεύξεις από 16 νοσηλευτές σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, οίκος ευγηρίας. Όλοι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούσαν μια επικοινωνιακή στρατηγική βασισμένη στη UPR του Rogers που ορίζεται ως άνευ όρων θετική σχέση και λειτουργεί με σεβασμό απέναντι στον ασθενή. (Medvene et al., 2010)

Στην Αυστραλία, το 2009, σε ένα μητροπολιτικό νοσοκομείο διεξήχθη η μελέτη αυτή για να εξετάσει πως οι νοσηλευτές και οι ασθενείς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους κατά τη διάρκεια χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής με μία ποιοτική προσέγγιση που περιλάμβανε φυσική παρατήρηση και ημιδομημένες συνεντεύξεις. Έντεκα νοσηλευτές διαφόρων επιπέδων εμπειρίας συμμετείχαν και 25 ασθενείς παρατηρήθηκαν, εκ των οποίων οι 16 έδωσαν συνέντευξη. Τρία βασικά θέματα προέκυψαν από τα ευρήματα: παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, συμμετοχή ασθενών στη χορήγηση και τα εμπόδια στην παροχή προσωποκεντρικής φροντίδας. Μερικοί από τους νοσηλευτές επικεντρώθηκαν

στον τρόπο χορήγησης φαρμάκων και όχι στην εξατομικευμένη αξιολόγηση και την διαχείριση των ασθενών, επικαλούμενοι ως εμπόδιο την έλλειψη χρόνου και τους διεπιστημονικούς περιορισμούς της επικοινωνίας. (Bolster et al., 2010)

Σε πανεπιστήμιο της Ουάσινγκτον και στη Νότια Καλιφόρνια, την περίοδο 2007-2013, συμμετείχαν 81 νοσηλευτές και 381 ασθενείς, σε έρευνα για τις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών σε ασθενείς με σοβαρές ασθένειες στον τελευταίο κύκλο της ζωής τους. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι συγκριτικά με τους επαγγελματίες υγείας που κατείχαν έναν βαθμό κατάρτισης στις δεξιότητες επικοινωνίας με αυτούς που είχαν την συνήθη εκπαίδευση δεν βελτιώθηκε η ποιότητα της φροντίδας και της επικοινωνίας αλλά συσχετίστηκε με μια μικρή αύξηση στα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών. (Curtis et al., 2013)

Στον Καναδά, διεξήχθη μελέτη για την ποιότητα της επικοινωνίας και την έκβαση της υγείας του ασθενούς σύμφωνα με έναν όγκο μελετών που είχαν γίνει στο παρελθόν (βάση δεδομένων: MEDLINE). Από τις 21 μελέτες που πληρούσαν τα τελικά κριτήρια για την αξιολόγηση, 16 ανέφεραν θετικά αποτελέσματα, 4 αρνητικά και ένα ήταν αμφίρροπο. Η ποιότητα της επικοινωνίας τόσο κατά την διάρκεια της επίσκεψης όσο και κατά την διάρκεια της συζήτησης του σχεδίου διαχείρισης φάνηκε να επηρεάζει τα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών (συναισθηματική υγεία, έλεγχος πόνου κ.α). (Stewart, 1995)

Στο Τορόντο, το 2003, 21 μέλη του νοσηλευτικού προσωπικού που εργάζονται σε μονάδες μακροχρόνιας και συνεχής φροντίδας και 16 ασθενείς συμμετείχαν σε έρευνα για τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Μετά από έναν σχεδιασμό μέτρων για την επικοινωνία που αφορά την κοινωνικοποίηση των ασθενών μέσα από τις αλληλεπιδράσεις με τους επαγγελματίες υγείας και την υλοποίηση τους, το νοσηλευτικό προσωπικό ανέφερε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία τους ενώ δεν

βρέθηκαν αλλαγές στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. (McGilton et al., 2006)

Το 2000, στη Φιλανδία, στη συγκεκριμένη έρευνα τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ημερολόγια 16 νοσηλευτών στα οποί και έγινε ανάλυση περιεχομένου. Οι κύριες κατηγορίες χιούμορ που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: (1) προερχόμενο από τον νοσηλευτή (2) σε συνεργασία με τον ασθενή και (3) μεταξύ των νοσηλευτών. Το χιούμορ λειτούργησε καταλυτικά για τη διαχείριση διαφόρων δυσάρεστων διαδικασιών και οδήγησε σε βελτίωση του κλίματος εργασίας. (Astedt – Kurki et al., 2001)

Στην Αυστραλία, το 2007, στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (NICU), 20 μητέρες και 13 πατεράδες συμμετείχαν σε μια ήμι- δομημένη συνέντευξη σχετικά με τις αντιλήψεις τους για την αποτελεσματική και αναποτελεσματική επικοινωνία τους με τους νοσηλευτές. Χρησιμοποιώντας την θεωρία επικοινωνίας CAT (Communication Accommodation Theory) οι μητέρες ενθαρρύνθηκαν περισσότερο ως ισότιμοι εταίροι στην φροντίδα των βρεφών τους μέσα από την ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων. (Jones et al., 2007)

Στην Ουάσινγκτον, το 2009, 22 νοσηλευτές που φρόντιζαν ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ή καρκίνο συμμετείχαν γι' αυτή την έρευνα σε ήμι- δομημένες συνεντεύξεις. Οι νοσηλευτές στήριζαν τις ελπίδες των ασθενών δίνοντας έμφαση στην ποιότητα ζωής τους και στην οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης, κάτι που φάνηκε χρήσιμο για την επικοινωνία με τους ασθενείς και την οικογένεια τους. Επίσης, οι νοσηλευτές παρείχαν προγνωστικές πληροφορίες στους ασθενείς εφόσον αξιολογούσαν το τι εκείνοι γνωρίζουν το οποίο και υλοποιούσαν σε συνεργασία με τον κλινικό ιατρό. (Reinke et al., 2010)

Το 2009, στην Ολλανδία, στον τομέα της ψυχο- γηριατρικής στο Πανεπιστήμιο Nijmegen, η μετά – ανάλυση 19 μελετών έδειξε ότι το

προσωπικό φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία σε τους ασθενείς με άνοια όταν οι στρατηγικές ενσωματώνονται σε δραστηριότητες καθημερινής φροντίδας ή όταν συνομιλούν μεμονωμένα με τον ασθενή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν την δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας αλλά όχι την απευθείας μείωση των νεύρο – ψυχιατρικών συμπτωμάτων. (Vasse et al., 2010)

Στη Σιγκαπούρη, το 2010, δέκα νοσηλευτές από τις πτέρυγες ογκολογίας ενηλίκων ερωτήθηκαν για την επικοινωνία και τα εμπόδια αυτής. Παράγοντες που επηρέασαν την αποτελεσματική επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή βρέθηκαν σε χαρακτηριστικά του ασθενούς, του νοσηλευτή και του περιβάλλοντος τους. Τα εμπόδια που εμφανίστηκαν ήταν γλωσσικά, πολιτιστικά ταμπού και η έλλειψη σεβασμού προς τους νοσηλευτές. (Tay et al., 2012)

Βιβλιογραφία

- Anderson, N.& Shames, G.,1994. *Human communication disorders: an introduction*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Γ. Λινάρδου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Anoosheh, M., Zarkhah, S., Faghihzadeh, S., & Vaismoradi, M. (2009). Nurse–patient communication barriers in Iranian nursing. *International Nursing Review*, 56(2), 243-249.
- Astedt-Kurki, P., & Isola, A. (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of advanced nursing*, 35(3), 452-458.
- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study. *International journal of nursing studies*, 47(2), 154-165.
- Curtis, J. R., Back, A. L., Ford, D. W., Downey, L., Shannon, S. E., Doorenbos, A. Z., ... & Arnold, R. W. (2013). Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *Jama*, 310(21), 2271-2281.
- DeWit,S.,2009. *Fundamental concepts and skills for nursing*. Μεταφράστηκε απο Αγγλικά απο Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Fakhr-Movahedi, A., Salsali, M., Negharandeh, R., & Rahnavard, Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. *International nursing review*, 58(2), 171-180.
- Finke, E. H., Light, J., & Kitko, L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of clinical nursing*, 17(16), 2102-2115.

- Gates, B., Ellis, R. B., & Kenworthy, N. (2003). *Interpersonal communication in nursing: theory and practice*. Churchill Livingstone.
- Happ, M. B., Garrett, K., Thomas, D. D., Tate, J., George, E., Houze, M., ... & Sereika, S. (2011). Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 20(2), e28-e40.
- Haugan, G. (2014). The relationship between nurse-patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107-120.
- Hemsley, B., Balandin, S., & Worrall, L. (2012). Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 116-126.
- Hemsley, B., Sigafoos, J., Balandin, S., Forbes, R., Taylor, C., Green, V. A., & Parmenter, T. (2001). Nursing the patient with severe communication impairment. *Journal of advanced nursing*, 35(6), 827-835.
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A., & Eggly, S. (2012). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 86(3), 297-315.
- Jones, L., Woodhouse, D., & Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: a study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient education and counseling*, 69(1), 206-212.
- Keir, L., Wise, B., & Krebs, C., 1998. *Medical Assisting: Essentials of Administrative and Clinical Competencies*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Μ. Ταλαντοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.
- Khoshnazar, T. A. K., Rassouli, M., Akbari, M. E., Lotfi-Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Mohseny, M. (2016). Communication needs of patients with breast cancer: A qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 402.

- Kruijver, I. P., Kerkstra, A., Bensing, J. M., & Van De Wiel, H. (2001). Communication skills of nurses during interactions with simulated cancer patients. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 772-779.
- Levy-Storms, L. (2008). Therapeutic communication training in long-term care institutions: recommendations for future research. *Patient education and counseling*, 73(1), 8-21.
- Liu, W., Manias, E., & Gerdtz, M. (2012). Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: a critical ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 49(8), 941-952.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of clinical nursing*, 13(1), 41-49.
- McCabe, R., & Priebe, S. (2004). The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(2), 115-128.
- McGilton, K., Robinson, H. I., Boscart, V., & Spanjevic, L. (2006). Communication enhancement: nurse and patient satisfaction outcomes in a complex continuing care facility. *Journal of Advanced Nursing*, 54(1), 35-44.
- McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., & Fox, M. (2011). Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13-24.
- Medvene, L. J., & Lann-Wolcott, H. (2010). An exploratory study of nurse aides' communication behaviours: giving 'positive regard' as a strategy. *International Journal of Older People Nursing*, 5(1), 41-50.
- Perry, G. & Potter, P., 2012. *Clinical nursing skills and techniques*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Δ. Αλαμάνου, Κ. Γιαβής, Α. Γκαράρη, Κ. Έξαρχος, Ρ. Ζαβερδινού, Ε. Ζουρούδη, Α. Συλεούννη, Α. Κάνδιας, Μ. Μουκάι, Σ. Ρουχωτά, Κ. Στρογγυλή και Α. Χανδρινού. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.

- Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(2), 77-87.
- Plante, E. & Beeson, P.,1999. *Communication and communication disorders: a clinical introduction*. Μεταφράστηκε από Αγγλικά από Η. Παπαθανασίου και Λ. Μανωλόπουλου. Αθήνα : Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- Radtke, K. (2013). Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clinical Nurse Specialist*, 27(1), 19-25.
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P., & Curtis, J. R. (2010). Supporting hope and prognostic information: nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of pain and symptom management*, 39(6), 982-992.
- Sheldon,L.,2009.*Communication for nurses: talking with patients*. Μεταφράστηκε απο Αγγλικά από Ε.Παπαδοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη.
- Slatore, C. G., Hansen, L., Ganzini, L., Press, N., Osborne, M. L., Chesnutt, M. S., & Mularski, R. A. (2012). Communication by nurses in the intensive care unit: qualitative analysis of domains of patient-centered care. *American Journal of Critical Care*, 21(6), 410-418.
- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423.
- Tay, L. H., Ang, E., & Hegney, D. (2012). Nurses' perceptions of the barriers in effective communication with inpatient cancer adults in Singapore. *Journal of clinical nursing*, 21(17-18), 2647-2658.
- Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M. O., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people

- with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22(02), 189-200.
- Webb, L. (2011). *Nursing: Communication skills in practice*. Oxford University Press.
 - Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 453.
 - Wojnicki-Johansson, G. (2001). Communication between nurse and patient during ventilator treatment: patient reports and RN evaluations. *Intensive and Critical Care Nursing*, 17(1), 29-39.
 - Pinto, R. Z., Ferreira, M. L., Oliveira, V. C., Franco, M. R., Adams, R., Maher, C. G., & Ferreira, P. H. (2012). Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal of physiotherapy*, 58(2), 77-87.
 - Flickinger, T. E., Saha, S., Moore, R. D., & Beach, M. C. (2013). Higher quality communication and relationships are associated with improved patient engagement in HIV care. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 63(3), 362.
 - Rosén, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Calm or not calm: the question of anxiety in the perianesthesia patient. *Journal of perianesthesia nursing*, 23(4), 237-246
 - Barbosa, I. D. A., Silva, K. C. D. C. D., Silva, V. A. D., & Silva, M. J. P. D. (2016). The communication process in Telenursing: integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(4), 765-772.
 - Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. & Μίσσιου, Α., 2015. *Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.