

Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΑΡΓΥΡΩ ΑΛΕΥΡΑΚΗ
ΗΡΩ ΒΑΡΒΕΡΗ
ΕΜΜ. ΔΡΑΚΑΚΑΣ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2002

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

- 1.1 Ορισμός των στάσεων. 3-4
- 1.2 Προσδιοριστικά στοιχεία των στάσεων. 5-8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

- 2.1 Ορισμός των χρόνιων παθήσεων. 9
- 2.2 Η επίδραση της χρόνιας πάθησης στον ασθενή
και στην ψυχολογία του. 11-22
- 2.3 Η ψυχολογία του χρόνιου ασθενή
που πεθαίνει. 23-29
- 2.4 Η ψυχολογία του παιδιού που πεθαίνει
από χρόνια αρρώστια. 30-33
- 2.5 Ο θρήνος των επαγγελματιών υγείας 34-37
- 2.6 Αντιμέτωπιση της χρόνιας πάθησης
από τον κοινωνικό χώρο38-42
- 2.7 Οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις
της χρόνιας νόσου. 43-46
- 2.8 Η επίδραση της χρόνιας πάθησης
στην οικογένεια. 47-48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

- 3.1 Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς με χρόνιες
παθήσεις. 49-54
- 3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτικού

προσωπικού.	.....	55-64
3.3 Η ψυχολογική στήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που πεθαίνουν από χρόνια νόσο.	.....	66-70
3.4 Το δίλημμα της ενημέρωσης του χρόνιου ασθενή.	.....	71-75

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες παθήσεις .	.....	76-81
4.2 Ο ρόλος της εκκλησίας .	.....	82

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .

ΕΠΙΛΟΓΟΣ .

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία μας αυτή μελετήθηκε από τρεις τελειόφοιτους σπουδαστές του τμήματος νοσηλευτικής Ηρακλείου .

Επιλέξαμε το θέμα αυτό γιατί είχαμε προσωπικές ευαισθησίες και εμπειρίες στη διάρκεια των εργαστηρίων μας σε διάφορα νοσοκομεία .

Κύριο μέλημα της εργασίας μας είναι μετά από εκτενή θεωρητική προσέγγιση να δώσουμε πληροφορίες σχετικά με την έννοια των χρόνιων νοσημάτων . Θα προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε τις ιδιαιτερότητες των παθήσεων αυτών , οργανικές – κοινωνικές – ψυχικές .

Στη συνέχεια θα επιδιώξουμε να αναλύσουμε και να δώσουμε απάντηση κατ' επέκταση στο ερώτημα τι εννοούμε με τον όρο "στάσεις " από ποια στοιχεία αποτελούνται , σε πόσες διαστάσεις διακρίνονται , ποιες είναι αυτές και τέλος πως διαμορφώνονται και πως εξελίσσονται .

Παράλληλα θα επιχειρήσουμε μια προσέγγιση στο θέμα των στάσεων που διακρίνουν το νοσηλευτικό προσωπικό . Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε , να διαπιστώσουμε και στην συνέχεια να επισημάνουμε τον ρόλο του νοσηλευτή απέναντι στον χρόνια ασθενή . Επίσης πρωταρχικός σκοπός μας είναι να επιδιώξουμε να; αναλύσουμε το επίπεδο των σχέσεων ανάμεσα στο νοσηλευτή και τον ασθενή , λαμβάνοντας υποψιών την ιδιαιτερότητα της εργασίας .

Επίσης θα θελήσουμε να δείξουμε πως αντιλαμβάνεται και πως αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής σε ανησυχίες , στα άγχη , την ψυχολογία και την προκατάληψη του νοσηλευτικού προσωπικού οι οποίοι σαν μέλη της κοινωνίας πολλές φορές δεν μπορούν να τα αποβάλλουν ακόμη και εάν είναι λειτουργοί υγείας .

Στη συγκεκριμένη εργασία , μας απασχολούν οι στάσεις από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο του ασθενούς και οι οποίες στρέφονται τόσο απέναντι στον ασθενή όσο και απέναντι στην οικογένεια του .

Τέλος η εργασία αποτελείται και από ένα δεύτερο μέρος το ερευνητικό που περιλαμβάνει την ανάλυση πινάκων , συμπεράσματα και προτάσεις που απορρέουν από την επεξεργασία αυτή .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

1.1 Ορισμός των στάσεων.

Κατά καιρούς έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί όσον αφορά την έννοια της στάσης αλλά τη μεγαλύτερη επίδραση άσκησε αυτός του G.W.Allport. Σύμφωνα μ' αυτόν, με την έννοια στάση νοείται η νοερή και νευρική κατάσταση ετοιμότητας, η οποία είναι οργανωμένη με βάση εμπειρίες, ώστε να κατευθύνει και να επηρεάζει δυναμικά τις αντιδράσεις του ατόμου προς αντικείμενα και συνθήκες με τις οποίες σχετίζεται".

Επίσης, η σύγχρονη κοινωνική ψυχολογία καταλήγει στον εξής ορισμό της στάσης:

"Με τη χρήση της έννοιας "στάση" προς κάποιο αντικείμενο, κάποια ιδέα ή κάποιο πρόσωπο εννοείται ένα διαρκές σύστημα το οποίο περιλαμβάνει ένα γνωστικό στοιχείο, ένα συναισθηματικό στοιχείο.

Οι στάσεις προέρχονται από την αλληλεπίδραση υποκειμενικών (ένστικτα, ιδιοσυγκρασία, υπερεγώ) και αντικειμενικών (εξωτερικές επιδράσεις) παραγόντων, οι οποίοι προετοιμάζουν το άτομο να εκδηλώσει συγκεκριμένη συμπεριφορά (λεκτική ή μη λεκτική), απέναντι σε κοινωνικά φαινόμενα, στις διάφορες συνθήκες, καταστάσεις κι αντικείμενα του κοινωνικού και φυσικού

περιβάλλοντος του.

Οι στάσεις αντιπροσωπεύουν τον κεντρικό άξονα της αντίληψης των κοινωνικών φαινομένων από την πλευρά του ανθρώπου, επειδή, όπως η προσωπικότητα, κατευθύνουν τη συμπεριφορά του ατόμου στις συναλλαγές με το συνάνθρωπο του, με την οικογένεια του, με το χώρο της εργασίας και γενικά με όλους τους φορείς της κοινωνίας.

Γνωρίζουμε ότι η ατομική ή ομαδική συμπεριφορά είναι το αποτέλεσμα των σχέσεων αλληλεπίδρασης μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων, δηλαδή μεταξύ των αυθόρμητων εκδηλώσεων της προσωπικότητας των ατόμων και των εξωτερικών επιδράσεων της κοινωνίας.

Έτσι, κάθε δραστηριότητα των ατόμων ή των ομάδων κινείται ανάμεσα σε δύο επίπεδα, το ατομικό και το κοινωνικό και δημιουργεί ένα πλέγμα από ενδιάμεσες ψυχολογικές τοποθετήσεις και διαθέσεις.

Αυτές οι ενδιάμεσες τοποθετήσεις και διαθέσεις εκφράζουν από τη μια την ανάγκη των ατόμων ή των ομάδων να αντιδράσουν σύμφωνα με τις ιδιαίτερες προδιαθέσεις τους και από την άλλη την ανάγκη να εξισορροπήσουν αυτές τις προδιαθέσεις σύμφωνα με τα κοινωνικά δεδομένα και περιστάσεις.

Η έννοια της "στάσης"¹ είναι η έννοια κλειδί που βοηθά το πέρασμα από το ατομικό στο κοινωνικό επίπεδο, προσδιορίζοντας αυτές τις ενδιάμεσες ψυχολογικές καταστάσεις.

Πολλοί κοινωνιολόγοι υποστηρίζουν ότι οι στάσεις συνδέονται με τις αξίες, γιατί βρίσκονται σε σχέση αλληλεξάρτησης. Γι αυτούς επομένως, η στάση ορίζεται σαν τη στάση του ανθρώπου να αντιδρά θετικά ή αρνητικά σε μία δεδομένη κοινωνική αξία, που αποτελεί αντικείμενο της εμπειρίας του. Ειδικότερα χρησιμοποίησαν τον όρο "στάση" προκειμένου να μελετήσουν τις ομαδικές συμπεριφορές.

2.2 Προσδιοριστικά στοιχεία των στάσεων.

Η "στάση" ως αποτέλεσμα των πολύπλοκων μηχανισμών της κοινωνικοποίησης, που προϋποθέτει διαρκείς επεξεργασίες δημιουργώντας έτσι λίγο ή πολύ μόνιμες προδιαθέσεις διακρίνεται από την έννοια της "συνήθειας" και "ενστίκτου", όπου η πρώτη χαρακτηρίζεται από ένα αυτοματισμό, ενώ η δεύτερη έννοια από μια επαναληπτική ομοιομορφία.

Ακόμη οι ψυχολόγοι που ασχολήθηκαν με τη σχέση των στάσεων με τα άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου διέκριναν τη "στάση" από την "τάση" και τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα.

Η μεν τάση αποτελεί μια θεμελιώδη έμφυτη ιδιότητα του ατόμου, ενώ η **στάση** είναι ιδιότητα επίκτητη. Όσον αφορά δε τα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα εκδηλώνονται και υπάρχουν σταθερά, ανεξάρτητα από τα αντικείμενα στα οποία αναφέρονται, αντίθετα από τη "στάση" που εκδηλώνεται εξειδικευτήκα, δηλαδή σε σχέση με συγκεκριμένες καταστάσεις και αντικείμενα.

Τάσεις και ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα προσδιορίζουν βέβαια την προσωπικότητα και επομένως αποτελούν, μεταξύ άλλων, τους υποκειμενικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη στάση του ατόμου σε κάθε περίπτωση.

Από την άποψη της εκδήλωσης της προσωπικότητας του ατόμου, η "στάση" μπορεί να εκφράζει μια θετική ή αρνητική τοποθέτηση απέναντι σ' ένα τρίτο, τοποθέτηση που συνδέεται γενικά με ένα συναίσθημα "συμπάθειας" ή "αντιπάθειας".

Η "στάση" είναι βασικά μια ενδιάμεση ψυχολογική τοποθέτηση του ατόμου που παρέχει γεφύρωση στις ψυχολογικές διαθέσεις και στα σταθερά αντικείμενα του προσανατολισμού του. Είναι επομένως πηγή ενός αριθμού συμπεριφορών και γνωμών, σε σχέση με αυτά τα αντικείμενα ή καταστάσεις του προσανατολισμού του. Δεν υπάρχει λοιπόν μια, αλλά πολλές στάσεις, με την έννοια ότι για κάθε αντικείμενο - θέμα, υπάρχει μια ορισμένη στάση του προσώπου ή και της ομάδας, Η

έννοια **στάση** θεωρείται από τους σύγχρονους κοινωνικούς ψυχολόγους ότι έχει τρεις διαστάσεις:

1) Γνωστική διάσταση:

Η γνωστική διάσταση των στάσεων αναφέρεται στις γνωστικές λειτουργίες που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη νοημοσύνη. Η αντίληψη του ανθρώπου, οπτική, ακουστική κ.τ.λ. δεν περιορίζεται στην αντίληψη μεμονωμένων ερεθισμάτων, για παράδειγμα, στο άσπρο, μαύρο χρώμα ή στο τετράγωνο σχήμα. Αντιθέτως, οργανώνει τα ερεθίσματα, κατά τη θεωρία της μορφής σε σύνολα. Η κατηγοριοποίηση των ερεθισμάτων σαφώς διευκολύνει την αντίληψη του περιβάλλοντος επειδή η αντίληψη διαφορετικών ερεθισμάτων ως ενιαία απλοποιεί τις αντιδράσεις του οργανισμού.

2) Συναισθηματική διάσταση:

Εκτός από το γνωστικό περιεχόμενο, το συναισθηματικό στοιχείο αποτελεί τη δεύτερη διάσταση των στάσεων. Η κάθε στάση ενδέχεται να διεγείρει θετικά, ουδέτερα ή αρνητικά συναισθήματα στο άτομο. Ωστόσο, υπάρχουν στάσεις που ενδέχεται να δημιουργήσουν αντικρουόμενα συναισθήματα.

3) Διάσταση της συμπεριφοράς:

Η τρίτη διάσταση των στάσεων αφορά τη συμπεριφορά. Εάν κάποιος γιατρός έχει μια συγκεκριμένη στάση, για παράδειγμα μια ιδεολογικό φιλοσοφική τοποθέτηση απέναντι στη ζωή και το θάνατο, τότε:

- α) Η γνωστική διάσταση αποτελείται από τα χαρακτηριστικά που αποδίδει στην έννοια της ζωής και του θανάτου,
- β) Η συναισθηματική διάσταση αποτελείται από τη θετική ή αρνητική φόρτιση

που συνδέεται με τη γνωστική κατηγορία,

γ) Υπάρχει η επακόλουθη συμπεριφορά των ατόμων π.χ. αποφυγή ασθενή.

Συνοψίζοντας όλα όσα έχουν ειπωθεί για τις "στάσεις" μέχρι εδώ. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα γενικά χαρακτηριστικά των στάσεων είναι:

α) Οι στάσεις δεν υπόκεινται σε άμεση παρατήρηση. Εκδηλώνονται μέσα από τη συμπεριφορά και τα διάφορα συμπτώματα της και μέσα από τη διατύπωση ή έκφραση γνώμης. Αυτό τον υποκρυπτόμενο παράγοντα, της "στάσης" τις αποκαλύπτουμε αφού αναλύσουμε μεγάλο αριθμό συμπεριφορών και γνωμών.

β) Οι στάσεις είναι επίκτητες. διαμορφώνονται από τη βρεφική ηλικία και καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μέσα από τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Επομένως, υφίσταται εξωτερικές επιδράσεις.

γ) Σχεδόν πάντα οι "στάσεις" συνδέονται με τις αξίες και τις πεποιθήσεις, γι αυτό είναι φορτισμένες συναισθηματικά και εκδηλώνονται με εμμονή. Για κάθε ζήτημα ή κατάσταση υπάρχει μια στάση υπέρ ή κατά χωρίς πάντα λογική δικαιολόγηση.

δ) Η "στάση" αποτελεί γεφύρωμα μεταξύ των - περισσότερο ή λιγότερο - μόνιμων ψυχολογικό διαθέσεων του ατόμου ή της ομάδας και των εκάστοτε αντικειμένων του προσανατολισμού του. Επομένως, οι στάσεις διαμορφώνονται καθόλη τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης και έχουν διαφορετικό περιεχόμενο, ανάλογα με την επίδραση που ασκούν στο άτομο:

- Διάφορα γεγονότα που αφορούν την ατομική ψυχολογική του οργάνωση.
- Διάφορα γεγονότα που συντελούν στη διατήρηση ή μεταβολή των στάσεων.
- Εμπειρικά γεγονότα, που προσδιορίζουν το περιεχόμενο της παρατηρούμενης συμπεριφοράς από τη μελέτη της οποίας συμπεραίνουμε τις "στάσεις". Μέσα μάλιστα από τα εμπειρικά αυτά γεγονότα οι στάσεις διαμορφώνονται ως μόνιμες λίγο πολύ διαθέσεις του ατόμου.

ε) Είναι σχετικών σταθερές, δηλαδή, αλλάζουν με αργό ρυθμό, χωρίς αυτό να σημαίνει

ότι δεν μπορούν να μεταβληθούν. Επομένως, όταν μιλάμε για δυναμική των στάσεων εννοούμε ακριβώς αυτή τη δυνατότητα μεταβολής ή αλλαγής τους.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2ο

2.1 Ορισμός των χρονιών παθήσεων.

Με τον όρο χρόνιες παθήσεις, εννοούμε τα νοσήματα εκείνα τα οποία απαιτούν μόνιμη θεραπευτική αγωγή χωρίς να επιδέχονται ίαση.

Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι δεν οφείλονται σε μικροβιακούς παράγοντες αλλά δημιουργούνται από ιδιοσυγκρσιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες και παρουσιάζονται κυρίως στην προχωρημένη ηλικία των ενηλίκων.

Τέτοιες ασθένειες είναι:

- Κακοήθεις νεοπλασίες (οι διάφορες μορφές καρκίνου)
- Καρδιαγγειακές παθήσεις (καρδιακή ανεπάρκεια, στένωση μιτροειδούς)
- Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
- Λευχαιμίας (χρόνια μυελογενής λευχαιμία - χρόνια λεμφογενής λευχαιμία).
- Παθήσεις του θυρεοδής .
- Μεσογειακή αναιμία.

Από τα παραπάνω δείγματα οι κακοήθεις νεοπλασίες που είναι περισσότερο γνωστές με το συλλογικό όνομα καρκίνος περιλαμβάνουν στην πραγματικότητα πολλές μορφές ανώμαλης υπερπλασίας των κυττάρων, με διάφορη εντόπιση στο σώμα και μεγάλη (αλλά όχι πάντοτε) θνητότητα. Όλες μαζί ευθύνονται για το ένα πέμπτο περίπου των θανάτων

που σημειώνονται κάθε χρόνο στη χώρα μας και εμφανίζονται κυρίως στις προχωρημένες (άνω 45 ετών) ηλικίες.

2.2 Η επίδραση της χρόνιας πάθησης στον ασθενή και στην ψυχολογία του.

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η χρόνια ασθένεια αποτελεί ένα γεγονός που φέρει αλλαγές στη ζωή του χρόνιου ασθενή τόσο βιολογικές όσο και ψυχοκοινωνικές. Έτσι η χρόνια πάθηση επιδρά αρνητικά τόσο στις οργανικές λειτουργίες του ατόμου όσο και στη ψυχική του σφαίρα με αποτέλεσμα να επηρεάζει τη συμπεριφορά του ασθενή και τις σχέσεις του με τους άλλους.

Η χρόνια πάθηση πολλές φορές υποχρεώνει το άτομο να διακόψει την εργασία του, να αποσυρθεί από τις συνηθισμένες δραστηριότητες του και να περιορίσει τη προσοχή και το ενδιαφέρον στον εαυτό του. Επειδή ο ασθενής αγωνιά για την αναπηρία και τις απώλειες που ενδεχομένως να του προκαλέσει η νόσος, γίνεται εγωκεντρικός και ασχολείται σχεδόν αποκλειστικά με τις σωματικές λειτουργίες του: τι τρώει, πόσο κοιμάται, πώς αισθάνεται.

Πολύ συχνά δοκιμάζει το αίσθημα της μονώσεως και της αχρηστίας με αποτέλεσμα ψυχολογικές διαταραχές όπως για παράδειγμα μελαγχολία και νευρικότητα. Το αίσθημα της μονώσεως και της αχρηστίας δημιουργείται από την υπερπροστασία του περιβάλλοντος προς τον ασθενή ή από το αντίθετο, δηλαδή την περιθωριοποίηση του ασθενή από το κοινωνικό περίγυρο.

Η χρόνια πάθηση λοιπόν επιδρά αρνητικά στον ασθενή καθώς σημαίνει πολλές φορές στέρηση πολλών δυνατοτήτων και αγαθών όπως: η στέρηση της ελευθερίας λόγω των ειδικών περιορισμών που επιβάλλει η

χρόνια πάθηση και η θεραπευτική αγωγή. Άλλες φορές πάλι έχουμε αλλαγή προσωπικών αρμοδιοτήτων, ματαιώσει ατομικών σχεδίων και οραματισμών. Ακόμη σε περιπτώσεις που ο ασθενής εισάγεται συχνά στο νοσοκομείο έχουμε χωρισμό από τα αγαπημένα πρόσωπα, ο οποίος είναι πολύ οδυνηρός για τον ασθενή.

Ο χρόνιος άρρωστος λοιπόν δε δοκιμάζει μόνο τα οδυνηρά συμπτώματα της ασθένειας του, αλλά και είναι δυνατόν να μην επηρεάσουν τη ψυχολογία του.

Ερωτήματα όπως "θα γίνω καλά; Ότι μου λέει ο γιατρός είναι αλήθεια; Τι πρέπει να προσέχω στην υπόλοιπη ζωή μου για αυτή την αρρώστια μου;" δημιουργούνται σχεδόν σε όλους τους χρόνιους ασθενείς.

Όταν ο ασθενής μένει μόνος του στο νοσοκομείο πολύ συχνά σκέπτεται τις χειρότερες συνέπειες της ασθένειας του. Φοβάται μήπως παραμεληθεί και νοσηλευτεί απρόσωπα, μήπως εγκαταλειφθεί μόνος σε ένα ξένο περιβάλλον, μήπως χάσει τα αγαπημένα του πρόσωπα, μήπως μείνει ανάπηρος και γίνει ενοχλητικός στο περιβάλλον του ή μήπως πεθάνει.

Ο άρρωστος υποφέρει για όσα έχει αφήσει πίσω του ημιτελή. Οι ευθύνες οι υποχρεώσεις, τα βάρη του επαγγέλματος του, στα οποία δεν μπορεί να αντεπεξέλθει, καθώς και όσα πράγματα δεν πραγματοποίησε τον κάνουν να συνειδητοποιήσει την ανεπάρκεια του και διαταράσσουν την ψυχική ισορροπία.

Επί πλέον, υπάρχει μια, κατηγορία προβληματισμών που σχεδόν όλοι οι ασθενείς φέρουν μαζί τους στο νοσοκομείο. Οι προβληματισμοί αυτοί αφορούν τον αναγκαστικό- προσωρινό ή μόνιμο - χωρισμό από το σπίτι. Έτσι υπάρχει αγωνία για το τι συμβαίνει στο σπίτι, τι κάνουν τα παιδιά, τι θα γίνει- με τη διακοπή της εργασίας ή των σπουδών, ποιες θα είναι οι οικονομικές επιπτώσεις της ασθένειας του και πώς θα τα βγάλει πέρα η

οικογένεια.

Βέβαια, οι ψυχολογικές αντιδράσεις των χρονιών ασθενών διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Κάθε ασθενής βιώνει διαφορετικά την αρρώστια του και εκδηλώνει με μοναδικούς και προσωπικούς τρόπους τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του. Αυτοί οι τρόποι μπορεί να είναι: περιγραφή συναισθημάτων με λόγια, έκφραση της ψυχικής κατάστασέως με σωματικά συμπτώματα δια μέσου του Α.Ν.Σ., ειδική συμπεριφορά: όπως κλάμα, μελαγχολία, υπερκινητικότητα, υποκινητικότητα κ.α.

Οι συνηθέστεροι μηχανισμοί (μορφές συμπεριφοράς), με τους οποίους οι άνθρωποι προσπαθούν να ξεπεράσουν μια επικίνδυνη για τη ζωή τους κατάσταση (Coping Behaviour) είναι τρεις κατά τον Lipowski!

Η πρώτη μορφή συμπεριφοράς **χαρακτηρίζεται από μια έντονη δραστηριότητα**. Στην περίπτωση αυτή, ο άρρωστος δείχνει μια ενεργητική και εναντιωτική στάση απέναντι στο φόβο που φέρνει η αρρώστια ή η αναπηρία. Σε ακραίες καταστάσεις ο άρρωστος συμπεριφέρεται σα να πολεμά με κάποιον εχθρό. Ο τρόπος αυτός αντίδρασης στη νόσο θεωρείται σαν ένας από τους καλύτερους για τους καρκινοπαθείς και γενικότερα φαίνεται βοηθητικός σε διάφορες αρρώστιες, θα πρέπει ωστόσο να μη λειτουργεί σε υπερβολικό βαθμό, διότι πιθανόν να έχει καταστροφικά επακόλουθα, όπως π.χ σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, που παρά τους πόνους συνεχίζουν να λειτουργούν κανονικά, με συνέπεια να δημιουργούν βαριές βλάβες στις αρθρώσεις.

Μια άλλη μορφή συμπεριφοράς είναι η **σ υ ν θ η κ ο λ ό γ η σ η** του αρρώστου με την αρρώστια και η παθητική στάση απέναντι της. Συχνά συνέπεια της συμπεριφοράς αυτής είναι η απόσυρση των αρρώστων από τις

σχέσεις τους με τους άλλους ή και το αντίθετο, δηλαδή η απόλυτη εξάρτηση από τους άλλους. Οι ασθενείς αυτοί είναι πιθανόν να είναι για μεγαλύτερο διάστημα ανάπηροι, απ¹ ότι επιβάλλεται από την αρρώστια τους και παράλληλα αναπτύσσουν σχέση εξάρτησης από τους γιατρούς νοσοκομεία.

Ο τρίτος τρόπος είναι η **αποφυγή**. Σε ακραίες καταστάσεις αποφυγής, οι ασθενείς μπορεί να επιχειρήσουν απόπειρες αυτοκτονίας. Αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στην αρρώστια μπορεί να συνοδεύεται από εμφανές άγχος ή ακόμα και ηρεμία, που προέρχεται από την ελαχιστοποίηση του φόβου της αρρώστιας.

Ακόμη, στην αντιμετώπιση της χρόνιας νόσου από την πλευρά του αρρώστου, έχει σημασία ο τρόπος, με τον οποίο κατανοεί το φόβο που φέρνει η αρρώστια και η αντίδραση του σ¹ αυτόν (Personal -cognitive responses) Μπορεί να **ελαχιστοποιεί** την αρρώστια αγνοώντας την, αρνούμενος την ύπαρξη της, να την υποτιμά ή να δίνει διάφορες δικαιολογίες για το φόβο του. Ακραία κατάσταση ελαχιστοποίησης μπορεί να παρατηρηθεί σε ψυχωτική άρνηση. Σε άλλες καταστάσεις ο άρρωστος πιθανόν να φτάνει σε εκλεκτικά λαθεμένες ερμηνείες.

Άλλος τρόπος γνωστικής αντίληψης τους φόβου της νόσου είναι η **εστιασμένη επαγρύπνηση**. Ο άρρωστος είναι συνεχώς έτοιμος να απαντήσει σε σημάδια κινδύνου, σε μια προσπάθεια για κατανόηση της φύσης, της πηγής, της πορείας και των επιπτώσεων της αρρώστιας.

Η γνώση αυτών των τρόπων αντίδρασης βοηθά το γιατρό να καταλάβει τις συμπεριφορές των αρρώστων του καθώς αναγνωρίζει τις ανάγκες τους και να δημιουργηθεί δυνατότητα καλύτερης συνεργασίας μαζί του.

Η χρόνια νόσος λοιπόν αποτελεί μια προσωπική δοκιμασία για το κάθε

ασθενή, η οποία προκαλεί διαφορετικού βαθμού ψυχολογική υπερένταση στον καθένα.

Οι παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν, κατά ένα μεγάλο ποσοστό τη ψυχολογία του χρόνιου ασθενή είναι οι ακόλουθοι:

1) Η φύση της νόσου.

Η φύση και η βαρύτητα της συγκεκριμένης πάθησης είναι οι πιο καθοριστικοί παράγοντες για τη διαμόρφωση των ψυχολογικών αντιδράσεων. Είναι αυτονόητο ότι όσο πιο σοβαρή είναι η νόσος, τόσο περισσότερες έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις θα προκαλεί. Δεν μπορούμε σε καμία περίπτωση να συγκρίνουμε τη ψυχολογική αντίδραση του ασθενή με καρκίνο. Στο άτομο στο οποίο διαγνωστικέ ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό.

Η μάχη κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα.

Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική και αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογενείας. Ακόμη και οι συγγενής τους συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας.

Οι ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια νιώθουν συχνά το αίσθημα του επικείμενου θανάτου, της βαρείας αναπηρίας της απομάκρυνσης από τους υπόλοιπους υγιείς ανθρώπους. Αισθάνονται άσχημα γιατί αντιμετωπίζουν πολλούς περιορισμούς τόσο διατροφικούς όσο και επαγγελματικούς. Γνωρίζουν ότι δεν μπορούν να γίνουν γεννήτορες και αυτό τους δημιουργεί ποικίλες νευρωτικές εκδηλώσεις.

2) Η ηλικία του ασθενή.

Η ηλικία του ασθενή είναι ένας ισχυρός παράγοντας στη διαμόρφωση της

ψυχολογικής αντίδρασης του χρόνιου ασθενή. Στην παιδική ηλικία οι γνωστικές λειτουργίες και οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς, με αποτέλεσμα να έχουμε μεγαλύτερη πιθανότητα συναισθηματικής παλινδρόμησης στα παιδιά από ότι στους ενήλικες. Για τους εφήβους η αρρώστια αποτελεί πλήγμα στη διαδικασία αυτοεπιβεβαίωσης και σταθεροποίησης της εικόνας του Εγώ τους, με συνέπεια τη δημιουργία έντονου άγχους. Επί πλέον, οι έφηβοι έχουν το άγχος για το τι θα γίνει με τις σπουδές, το επάγγελμα, την οδήγηση και τη διασκέδαση το γάμο κ.λ.π. Συνήθεις αντιδράσεις των εφήβων είναι η έλλειψη συνεργασιμότητας με το γιατρό και η άρνηση της νόσου. Η χρόνια νόσος στους ενήλικες - μεσήλικες συνοδεύεται συχνά από απαισιόδοξες σκέψεις για τα επερχόμενα γηρατειά. Στη γεροντική ηλικία, όταν υπάρχει και εγκεφαλική δυσπραγία, η αποδιοργάνωση των γνωστικών λειτουργιών και η μείωση της κριτικής ικανότητας σε σχέση με την αρρώστια και το περιβάλλον επαυξάνουν την ένταση του άγχους.

Ο χρόνιος ασθενής για να μειώσει την ένταση του άγχους και των άλλων συναισθηματικών αντιδράσεων επιστρατεύει διάφορους ψυχολογικούς - αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι διαφέρουν από ηλικία σε ηλικία .

Οι ψυχολογικοί - αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί ο ενήλικας είναι:

- **Η άρνηση.** Με το μηχανισμό της άρνησης ο ασθενής αρνείται ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα της νόσου του και της επιπτώσεις αυτής. Εξαιτίας του ψυχολογικού αυτού μηχανισμού συχνά καθυστερεί πολύ η προσέλευση στο γιατρό και δυσχεραίνεται η συνεργασία γιατρού - ασθενούς, με αποτέλεσμα να μη γίνεται έγκαιρα η διάγνωση και η θεραπεία.

- **Απόθηση - καταπίεση.** Συχνά ο ασθενής, ενώ γνωρίζει την ύπαρξη της

νόσου του αδιαφορεί, δεν ασχολείται μ' αυτήν, τη βάζει στο περιθώριο. Όταν αυτό συμβαίνει σε ασυνείδητο επίπεδο, πρόκειται για το μηχανισμό της απώθησης, ενώ όταν συμβαίνει συνειδητά πρόκειται για το μηχανισμό της καταπίεσης.

- **Υπεραναπλήρωση.** Η υπεραναπλήρωση βοηθάει τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε ασυνείδητο επίπεδο την απώλεια της αυτοεκτίμησης του. Κινητοποιώντας αυτό το μηχανισμό, ο ασθενής γίνεται πιο δραστήριος απ' ό,τι πριν αρρωστήσει, τουλάχιστον σε ορισμένους τομείς που το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του.

- **Προβολή.** Με αυτό το μηχανισμό ο ασθενής γίνεται οξύθυμος, εριστικός, ακόμη και επιθετικός. Η επιθετικότητα του ασθενή στρέφεται προς τους άλλους και έτσι αποφεύγονται οι ιδέες ενοχής και αυτοκαταστροφής

Οι προστατευτικοί μηχανισμοί που παρουσιάζει ο έφηβος χρόνιος ασθενής είναι :

- **Η άρνηση της αρρώστιας.** Ένας προστατευτικός μηχανισμός άμυνας που συμβάλλει να ξεπεραστεί το Shock και τα αρχικά τραύματα της διάγνωσης. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου, ενώ οι έφηβοι αποδέχονται την αρρώστια τους (για παράδειγμα "έχω νεφρική ανεπάρκεια" ή "έχω καρκίνο") εξακολουθούν να αρνούνται τις επιπτώσεις της (για παράδειγμα "δε θα πεθάνω"). Πολλοί ειδικοί, όμως θεωρούν την άρνηση της αρρώστιας σαν ένδειξη κακής προσαρμογής παραβλέποντας τη βοήθεια που προσφέρει στον έφηβο, ώστε να λειτουργήσει προσαρμοστικά και με ελπίδα για την αντιμετώπιση της (Zeltzer et al 1980).

- **Η παλινδρόμηση** που μπορεί να παρουσιάσουν οι έφηβοι στην

συμπεριφορά τους, δηλαδή επιστροφή σε μια προηγούμενη φάση, της ζωής τους που χαρακτηρίζεται από μια ατμόσφαιρα εξάρτησης, εγωκεντρισμού και ασφάλειας.

- **Η επαναστατικότητα** είναι μία άλλη αντίδραση των εφήβων εναντίον εκείνων που τους φροντίζουν, με αποτέλεσμα να μη συνεργάζονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους.

- **Η διανοητικοποίηση** είναι, επίσης ένας μηχανισμός άμυνας που χρησιμεύει στους εφήβους για να κυριαρχήσουν στο άγχος τους, δηλαδή να διαχωρίσουν τα συναισθήματα τους από τη λογική και να δείξουν έντονο διανοητικό ενδιαφέρον για την αρρώστια. Οι έφηβοι αυτοί κάνουν διαρκώς πολλές ερωτήσεις προς τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και γενικά σε όλους όσους τους φροντίζουν ή ακόμα διαβάζουν διάφορες εγκυκλοπαίδειες για να μάθουν πληροφορίες και λεπτομέρειες σχετικά με τη φύση και τη σοβαρότητα της αρρώστιας τους.

- **Η συναισθηματική ένταση** κάνει άλλους έφηβους να νιώθουν θυμό, λύπη, αγωνιά, φόβο και άλλους να αισθάνονται επιθετικότητα προς το νοσηλευτικό προσωπικό και ακόμα προς τους ίδιους τους γονείς του σαν να είναι αυτοί υπεύθυνοι για την αρρώστια τους. Όταν το άγχος τους είναι ιδιαίτερα αυξημένο παρουσιάζουν έντονες φοβίες, κατάθλιψη, απομόνωση, απόσυρση ή εσωτερίκευση της επιθετικότητας τους με επακόλουθο την άρνηση της θεραπείας τους, σαν μια εκδίκηση πρώτα προς τους ίδιους τους εαυτούς τους που είναι άρρωστοι και έπειτα προς τους άλλους.

Οι συνηθέστεροι αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί το παιδί για να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση του είναι :

- **Η ολική ή μερική άρνηση** της πραγματικότητας όπου αφήνει χώρο για ελπίδα .

- **Η διανοητικοποίηση** , μέσα από την οποία απομονώνει τα συναισθήματα από τις σκέψεις του δίνοντας λογικές ή θεωρητικές εξηγήσεις και γίνεται " θεατής " της κατάστασης του χωρίς να συμμετέχει συναισθηματικά .

- **Η παλινδρόμηση** , που επαναφέρει το παιδί σε προηγούμενα στάδια της ζωής του , που χαρακτηρίζονται από εξάρτηση και εγωκεντρισμό και όπου ο κόσμος ήταν περισσότερο ασφαλής και λιγότερο αγχώδης .

- **Η μετάθεση έντονων συναισθημάτων** και προβληματισμών προς άλλες καταστάσεις ή άτομα , έτσι ώστε η κύρια πηγή που δημιουργεί το άγχος να παρακάμπτεται .

- **Η προβολή** μέσα από την οποία το παιδί προβάλλει στους άλλους δικά του συναισθήματα , σκέψεις και ιδιότητες που είναι επώδυνα για το εγώ του .

3) Η προσωπικότητα του ασθενή.

Η προσωπικότητα του ασθενή είναι ένας σοβαρός παράγοντας που διαφοροποιεί τις ψυχολογικές αντιδράσεις στην αρρώστια. Ασθενείς με υστερική δομή προσωπικότητας είναι πιο πιθανό να αντιδράσουν με εντονότερη συναισθηματική παλινδρόμηση, αυξημένες ανάγκες περιποίησης και φροντίδας και σωματοποίηση του άγχους τους.

Ασθενείς με προνοσηρή παρανοειδή προσωπικότητα είναι πιθανότερο να

κινητοποιήσουν τον ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της προβολής και να γίνουν οξύθυμη, ετερομορφικοί, επιθετικοί ή ακόμη και διεκδικητικοί. Τέτοιοι ασθενείς δε συνεργάζονται εύκολα με τη θεραπεία και συνήθως την εγκαταλείπουν πρόωρα.

Ασθενείς με ψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα κινητοποιούν εύκολα τους μηχανισμούς της καταπίεσης της μόνωσης και της διανοητικοποίησης. Έτσι ενημερώνονται για την ασθένεια τους, παρακολουθούν τις εξελίξεις της (συμπτώματα, εξετάσεις) χωρίς να συμμετέχουν συναισθηματικά.

4) Το μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Είναι ένας βασικός διαμορφωτικός παράγοντας όσον αφορά τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε μια χρόνια νόσο. Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα χαμηλότερου κοινωνικού - οικονομικών επιπέδου έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να αποδεχτούν το ρόλο του ασθενή, αλλά και να τον εγκαταλείψουν έγκαιρα. Αντίθετα, πιο μορφωμένα άτομα κατανοούν καλύτερα τη νόσο τους και αποδέχονται πιο εύκολα το ρόλο του ασθενή. Μερικοί ασθενείς που είναι εξαιρετικά δραστήριοι κοινωνικά, όχι μόνο αποβάλλουν το ρόλο του ασθενή, αλλά συχνά τον αποποιούνται. Τέτοια άτομα κινητοποιούν τους μηχανισμούς της απώθησης και της άρνησης και φθάνουν στο σημείο να αγνοούν την ύπαρξη της αρρώστιας τους και των συνεπειών της.

5) Το φύλο του ασθενή.

Το φύλο του ασθενή έχει άμεση σχέση με την ψυχολογική αντίδραση

στην αρρώστια. Οι γυναίκες αντιδρούν εντονότερα σε νόσους ή επεμβάσεις που συνεπάγονται αισθητικές αλλοιώσεις, ενώ οι άντρες σε χρόνια νοσήματα που έχουν σαν επίπτωση σοβαρό λειτουργικό περιορισμό που συνεπάγεται αυξημένη εξάρτηση από τους άλλους.

6) Η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος.

Η στάση των άμεσων συγγενών απέναντι στον άρρωστο μπορεί να επιδράσει θετικά ή αρνητικά στη ψυχολογική σφαίρα του. Η οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στο χρόνια ασθενή, που τον προσεγγίζει, που του συμπαραστέκεται, βοηθά αρκετά την κατάσταση.

Η οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά, που κλείνει τα μάτια στο πρόβλημα δημιουργεί επιπρόσθετες δυσκολίες στον ασθενή. Η διαλυμένη, οικογένεια δε βοηθά και πολύ τον ασθενή, αφού λόγω της διάστασης των μελών, ο ασθενής νιώθει μόνος. Όταν υπάρχει έλλειψη οικογένειας τα ψυχολογικά προβλήματα του χρόνιου πάσχοντα αυξάνονται.

7) Η εκκλησία.

Η ενασχόληση με τη θρησκεία, ιδιαίτερα στα άτομα που αντιμετωπίζουν το θάνατο, αυξάνει σε μια προσπάθεια ανακούφισης, με τη σκέψη της μετά θάνατο ζωής. Η εκκλησία αποτελεί την τελευταία διέξοδο του τερματικού ασθενή. Η θρησκεία ή όποιες σχέσεις με το θεό έχει ο ασθενής, μπορεί να το βοηθήσει ψυχολογικά να βρει την ελπίδα, την παρηγοριά, τη δύναμη, το θάρρος, το κουράγιο και την πίστη στην σωτηρία της ψυχής τα οποία απορρέουν από τη πίστη στο θεό.

2.3 Η ψυχολογία του χρόνιου ασθενή που πεθαίνει.

Κάθε άτομο που η ζωή του απειλείται από μια σοβαρή αρρώστια βιώνει μια ψυχολογική διεργασία καθώς πορεύεται προς το θάνατο. Ο θάνατος αποτελεί μέρος της ζωής μας και είναι τόσο φυσικός και απρόβλεπτος όσο η γέννηση . Μα εκεί που η γέννηση γιορτάζεται , ο θάνατος αποτελεί , θέμα φοβερό που αποφεύγουμε να αντικρίσουμε απωθώντας συστηματικά , εικόνες , σκέψεις , συναισθήματα που συνδέονται με αυτόν . Ίσως , να μην είναι τόσο σημαντικός ο προσδιορισμός του ποτέ ένα άτομο θεωρείται ότι πεθαίνει , όσο απαραίτητη είναι η κατανόηση του τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία του , προς το θάνατο .

Η εικόνα του άρρωστου , με τραβηγμένες τις κουρτίνες , που υποφέρει σιωπηλά , με χιλιάδες αναπάντητες ερωτήσεις , που μένει με τα μάτια του κλειστά , καθώς αντιλαμβάνεται πως κάποιος πλησιάζει κοντά του , μας είναι πολύ γνώριμη . Καθώς ο άρρωστος πορεύεται προς το θάνατο βιώνει μια σειρά από απώλειες . Καλείται να αποχωριστεί το παλιό , ασφαλές ή γνώριμο και ταυτόχρονα να προσαρμοστεί στο καινούργιο , αβέβαιο και άγνωστο . Η αυστηρά προσωπική αντίδραση στην απώλεια είναι γνωστή ως θρήνος . Ο θρήνος είναι μια φυσική και απαραίτητη αντίδραση σε κάποια σημαντική αλλαγή ή απώλεια στη ζωή μας .

Ο άρρωστος δεν θρηνεί μονάχα << προπαρασκευαστικά >> τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (π .χ την επιδείνωση της υγείας του) , αλλά θρηνεί απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν (π.χ την αυξανόμενη αδυναμία), καθώς και απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν του (π.χ ένα ταξίδι που δεν πρόλαβε να πραγματοποιήσει) . Κάθε άτομο με καρκίνο αποτελεί μια μοναδική προσωπικότητα με τις δικές του ανάγκες και επιθυμίες. Έτσι ξεχωριστή και μοναδική είναι και η πορεία του προς το θάνατο. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως «λύτρωση», ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι, η συνειδητοποίηση ότι «...ήρθε ο καιρός πια..... συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν

μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου. Κάθε άρρωστος βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του . Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας, της ναυτίας, του εμετού, της ανορεξίας και της απομόνωσης είναι πιο έντονος καθώς ο άρρωστος πλησιάζει στο τελικό στάδιο . Τα συναισθήματα του θυμού αλλά και της ενοχής αποτελούν την πιο συνηθισμένη αντίδραση σε κάθε είδους απώλεια. Αρκετοί άρρωστοι έχουν ως κύριο στόχο του θυμού τους, το θεό λέγοντας «...πως αν υπάρχει θεός, δεν θα επέτρεπε να συμβεί αυτό σ' εμένα...Είναι προτιμότερο να εξωτερικεύεται το συναίσθημα του θυμού και δεν είναι λίγες οι φορές, που τόσο το περιβάλλον του αρρώστου, όσο και το προσωπικό υγείας, γίνονται αποδέκτες της έκφρασης των συναισθημάτων του. Συχνά όμως οι άρρωστοι κατηγορούν τον ίδιο τους τον εαυτό, για αυτή ακριβώς την εξωτερίκευση του θυμού τους, απέναντι στους δικούς τους ανθρώπους. Κλαίνε, νιώθουν ενοχή για την εμφάνιση της αρρώστιας αλλά και για την σχέση εξάρτησης, που σταδιακά αναπτύσσεται. Ο φόβος της εξάρτησης οδηγεί τους αρρώστους στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς, κατά την οποία, μιλούν με κατηγορηματικό ύφος και επιδιώκουν ν' ασκούν έλεγχο στους ανθρώπους που τους περιβάλλουν . Η συμπεριφορά αυτή, τις περισσότερες φορές εκλαμβάνεται ως «άσχημη συμπεριφορά» και με αρκετά μεγάλη ευκολία αποδίδουμε τον χαρακτηρισμό του «δύσκολου ή παράξενου αρρώστου». «Παράξενος άρρωστος» όμως δεν υπάρχει. Υπάρχει απλώς ένας άνθρωπος, που προσπαθεί να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του. Αντιμέτωπος με την απώλεια του αυτοελέγχου και τον περιορισμό των δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται, μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» για τους άλλους . Ο αυτοσεβασμός του κάθε ανθρώπου στηρίζεται συχνά στις ικανότητες ή ακόμα και στα ιδιαίτερα χαρίσματα που διαθέτει. Για επιτεύγματα του κάθε ανθρώπου, αλλά και η αναγνώριση τους ενισχύουν ακόμα περισσότερο τον αυτοσεβασμό του. Με την εμφάνιση όμως της αρρώστιας, αρκετές από τις ικανότητες αυτές απομακρύνονται, χάνονται. Όταν αυτό συμβεί, ο άρρωστος θρηνεί, όχι μόνο για τις συγκεκριμένες απώλειες αλλά θρηνεί πιο πολύ, για την απώλεια του αυτοσεβασμού του.

Παρ' όλα αυτά. επιστήμονες που ασχολούνται με σοβαρές χρόνιες παθήσεις, περιγράφουν ορισμένα μοντέλα που αποβλέπουν στη βαθύτερη κατανόηση των αντιδράσεων και συναισθημάτων που βιώνει το άτομο από τη στιγμή της διάγνωσης μέχρι το θάνατο του. Το πιο γνωστό μοντέλο είναι της Elizabeth Kuller - Ross. Σύμφωνα μ' αυτήν η διεργασία του θανάτου διακρίνεται σε πέντε στάδια:

1) Το στάδιο της άρνησης.

Ο άρρωστος αρνείται το γεγονός της αρρώστιας του για να προφυλαχθεί από το φόβο του θανάτου. Είναι χαρακτηριστικές οι φράσεις: "όχι δε μπορεί να είμαι εγώ..... κάποιιο λάθος μάλλον έγινε". Η άρνηση αυτή είναι

φυσιολογικός τρόπος αντίδρασης όταν η πραγματικότητα είναι πολύ οδυνηρή. Σιγά, σιγά αυτή η άρνηση αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή της νέας κατάστασης.

2) Το στάδιο του θυμού.

Ο ασθενής ωρύεται "γιατί να τύχει σ' εμένα αυτό το κακό" Αυτός ο θυμός του πηγάζει από μια βαθιά απογοήτευση, μια αίσθηση αδικίας, και αδυναμίας που συχνά μετατίθεται προς διάφορες κατευθύνσεις. Γ'ι αυτό στο στάδιο της οργής είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπίσει κανείς τον ασθενή από τη σκοπιά, της οικογένειας και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ο άρρωστος τα βάζει τότε με το θεό με τους συγγενείς τότε με γιατρούς ή νοσηλευτές. Καμία φορά ρίχνει τις ευθύνες και στον εαυτό του: "έκανα λάθη και ο θεός με τιμώρησε"

3) Το στάδιο της διαπραγμάτευσης.

Ο άρρωστος αποδέχεται την αρρώστια του, αλλά έχει την τάση να κάνει συμφωνίες για να απομακρύνει το θάνατο και να πάρει παράταση ζωής.

Παζαρεύει με το θεό, κάνει τάματα, υπόσχεται καλή συμπεριφορά προς τους γιατρούς του ή αφιερώνει τη ζωής του στην εκκλησία, με ελπίδα ότι θα γίνει καλά ή θα παρατείνει την επιβίωση του. Το τρίτο στάδιο της διαπραγματεύσεως είναι αρκετά βοηθητικό για τον άρρωστο παρόλο που είναι για σύντομες χρονικές περιόδους.

4) Το στάδιο της κατάθλιψης.

Καθώς η κατάσταση του αρρώστου χειροτερεύει, πολλαπλασιάζονται τα συμπτώματα του, γίνεται πιο αδύναμος, δεν μπορεί πλέον να κρυφτεί πίσω από ένα χαμόγελο. Η οργή, η μανία του γρήγορα θα αντικατασταθούν από την αίσθηση μιας μεγάλης απώλειας. Η αίσθηση της απώλειας είναι ο λόγος που οδηγεί τον άρρωστο στη κατάθλιψη. Από τη μία πλευρά η πίκρα του πηγάζει από μια σύγκριση ανάμεσα στο πώς "ήταν" στο παρελθόν και πώς "είναι" τώρα που πλησιάζει προς το θάνατο. Από την άλλη πλευρά ο πόνος του είναι συνδεδεμένος με τον επικείμενο θάνατο του και τον αποχωρισμό από τη ζωή και τα αγαπημένα του πρόσωπα.

5) Το στάδιο της αποδοχής.

Είναι μια περίοδος εσωτερικής ηρεμίας όπου ο άρρωστος έχει πάψει να αγωνίζεται και συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου. Έχοντας τακτοποιήσει όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις του νιώθει ήρεμος, έτοιμος να πεθάνει. Η αποδοχή δεν πρέπει να εκλαμβάνεται ως ένα χαρούμενο στάδιο. Είναι σχεδόν άδειο από συναισθήματα. Ο άρρωστος έχει πάψει να παλεύει για να μείνει στη ζωή. Η επικοινωνία που έχει με το περιβάλλον του είναι συνήθως ελάχιστη στο λεκτικό επίπεδο, ενώ με το βλέμμα του και τη συμπεριφορά του εκφράζει αυτή την αποδοχή.

Υπάρχουν μερικοί άρρωστοι που παλεύουν μέχρι το τέλος, που αγωνίζονται ή διατηρούν μια ελπίδα που καθιστά σχεδόν αδύνατο να φτάσουν στο στάδιο της αποδοχής.

Η Kuller - Ross τονίζει ότι αυτά τα στάδια δε διαδέχονται απαραίτητα το ένα το άλλο. Τα στάδια αυτά θα διαρκέσουν διάφορες χρονικές περιόδους

και θα αντικαταστήσουν το ένα το άλλο ή κατά καιρούς θα συνυπάρχουν. Ένα πράγμα που συνήθως επιμένει διαμέσου όλων των σταδίων είναι η ελπίδα.

Σπάνια ο άρρωστος φθάνει σε πλήρη αποδοχή του θανάτου. Τις περισσότερες φορές συνειδητοποιεί το αναπόφευκτο του θανάτου χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει συμφιλιωθεί ή θέλει να πεθάνει. Όλοι οι άρρωστοι φοβούνται το θάνατο αλλά η ένταση του φόβου τους μπορεί να διαφέρει.

Ο Leming περιγράφει οχτώ μορφές φόβων που αντιμετωπίζει οποιοδήποτε άτομο προβληματίζεται με το θάνατο του. Αυτούς τους διακρίνει σε δύο κυρίως κατηγορίες:

α) Ο φόβος που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη περίοδο που οδηγεί στο θάνατο.

- **Ο φόβος εξάρτησης.** Αυτός ο άρρωστος φοβάται περισσότερο μη χάσει τον αυτοέλεγχο του, μην περιοριστούν οι ικανότητες και δραστηριότητες του καθώς και η ανεξαρτησία του.

- **Ο φόβος του πόνου.** Γι' αυτόν που πεθαίνει ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή οποιασδήποτε άλλης δυσλειτουργίας εντείνεται όταν πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια για να νιώσει καλύτερα.

- **Ο φόβος της ταπείνωσης.** Ο άρρωστος που πλησιάζει στο θάνατο μπορεί να φοβάται μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί νέες αναπηρίες που δεν αποτελούν μοναχά απώλειες στο επίπεδο της λειτουργικότητας του, αλλά κυρίως στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης και ακεραιότητας του.

- **Ο φόβος της απομόνωσης, απόρριψης και μοναξιάς.** Συχνά συγγενείς που υποφέρουν να το βλέπουν να πεθαίνει απομακρύνονται από αυτόν ή τον "ξεγράφουν" πρόωρα.

-**Ο φόβος του αποχωρισμού.** Ο άρρωστος προβληματίζεται έντονα με το

πώς θα αντιμετωπίσουν οι συγγενείς το θάνατο του, τι θα απογίνουν οι δικοί του, ιδιαίτερα μάλιστα όταν αποτελεί σημαντικό συναισθηματικό και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας.

β) Φόβοι που περιστρέφονται γύρω από το ίδιο το γεγονός του θανάτου και τη ν κατάσταση του πεθαμένου.

- **Ο φόβος μπρος σε κάποια μεταθανάτια ζωή ή κατάσταση.** Για πολλούς αρρώστους το "άγνωστο" είναι εκείνο που τους απασχολεί και τους τρομάζει περισσότερο από κάθε τι άλλο.

- **Ο φόβος μπρος στην οριστικότητα του θανάτου,** "θα μπορώ να σκέπτομαι.....θα υπάρχω όταν πεθάνω", διερωτούνται οι άρρωστοι που φοβούνται έντονα την οριστικότητα και το "αμετάκλητο" του θανάτου.

- **Ο φόβος για την τύχη του σώματος.** Η αποσύνθεση του σώματος, η σκέψη της ταφής το φέρετρο κάτω από το χώμα, αποτελούν για μερικά άτομα έννοιες που δημιουργούν έντονο άγχος.

Βέβαια κάθε άτομο μπορεί να βιώνει έναν ή περισσότερους από αυτούς τους φόβους σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Εκείνο που έχει διαπιστωθεί όμως είναι ότι τον ασθενή που βρίσκεται κοντά στο τέλος της ζωής του τον περισσότερο καιρό τον απασχολεί το "πώς" θα πεθάνει, παρά το ότι θα πεθάνει.

Είναι σκληρό να πεθαίνουμε και έτσι θα είναι πάντα, ακόμα και όταν θα έχουμε μάθει να δεχόμαστε το θάνατο σαν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής, μια και ο θάνατος σημαίνει εγκατάλειψη της επίγειας ζωής. Η μόνη παρέμβαση είναι η επιλογή μας να είμαστε δίπλα στον άρρωστο και να τον αντιμετωπίζουμε μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ζει. Ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο

περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει , ένα άτομο που έχει ανάγκες , ελπίδες , και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στην ζωή του .

2.4 Η ψυχολογία του παιδιού που πεθαίνει από χρόνια αρρώστια.

Ένα παιδί που πεθαίνει από μια σοβαρή χρόνια νόσο δεν παύει μέχρι την τελευταία στιγμή να είναι ένα "ζωντανό παιδί" που βιώνει έντονα συναισθήματα, που έχει έννοιες, φόβους και ανάγκες, καθώς αντιμετωπίζει τον επικείμενο "χωρισμό" από τη ζωή και από τα αγαπημένα του πρόσωπα.

Πολλοί ενήλικες πιστεύουν ότι τα παιδιά που πάσχουν από κάποια σοβαρή αρρώστια, δε συνειδητοποιούν ότι απειλείται η ζωή τους. Προσπαθούν λοιπόν με κάθε τρόπο να τα προστατεύουν από την πραγματικότητα, που νομίζουν ότι αυξάνει το άγχος τους.

Όμως, σήμερα, ένας σημαντικός αριθμός επιστημόνων υποστηρίζει ότι τα παιδιά είναι σε θέση να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα της κατάστασης τους. ακόμα και αν δεν τη συζητούν ανοιχτά με το περιβάλλον τους (Waechter 1971, Spinetta 1974, Reimlanlt 1975, Bluebond - Langer 1978).

Όταν μάλιστα πλησιάζουν προς το θάνατο, συνειδητοποιούν ότι πεθαίνουν και τις περισσότερες φορές εκφράζουν αυτή τους τη γνώση με έμμεσο ή και με συμβολικό τρόπο (Kuller - Ross 1983, Παπαδάτου 1986).

Ο τρόπος, ωστόσο, με τον οποίο αντιλαμβάνονται το θάνατο, είναι αρχικά ελλιπής. Αυτό σημαίνει ότι τα πιο μικρά παιδιά μπορεί να αγνοούν ή να έχουν διαστρεβλωμένη αντίληψη των επιμέρους διαστάσεων της έννοιας του θανάτου. Οι

διαστάσεις αυτές περιλαμβάνουν: α) την καθολικότητα, δηλαδή ότι όλοι ανεξαιρέτως οι έμβιοι οργανισμοί πεθαίνουν, β) το μη αναστρέψιμο, δηλαδή ότι, ο θάνατος είναι οριστικό γεγονός, γ) την παύση όλων των λειτουργιών, δηλαδή ο θάνατος επιφέρει το οριστικό σταμάτημα κάθε εσωτερικής λειτουργίας ή εξωτερικής δράσης και τέλος, δ) την αντίληψη της αιτιότητας, τη διάκριση, δηλαδή, μεταξύ εκείνων των συνθηκών που μπορούν και εκείνων που δεν μπορούν να προκαλέσουν το θάνατο. Η κατανόηση των επιμέρους διαστάσεων της έννοιας του θανάτου, αυξάνεται προοδευτικά με την ανάπτυξη των γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού. Οι μελέτες που έχουν γίνει, τοποθετούν σε διαφορετικό χρονικό σημείο τα στάδια της κατανόησης.

Αυτό όμως που φαίνεται να παίζει καθοριστικό ρόλο, δεν είναι τόσο η ηλικία, όσο η ιδιαίτερη προσωπικότητα κάθε παιδιού, η γνωστική και συναισθηματική του ανάπτυξη, καθώς και οι προσωπικές του εμπειρίες γύρω από το θάνατο. Τελικά, δεν είναι τόσο σημαντικό αν τα παιδιά είναι σε θέση να κατανοήσουν πλήρως όλες τις πτυχές του θανάτου, αλλά το γεγονός ότι από πολύ νωρίς τον αντιλαμβάνονται - έστω και λαθεμένα- και αντιδρούν σε αυτόν. Άλλωστε, έρχονται πολύ πιο συχνά απ' ό,τι πιστεύουμε σε επαφή με το θέμα του θανάτου. Όλα τα παιδιά έχουν δει νεκρά έντομα ή ζώα, ενώ πολύ συχνά οι ήρωες των παραμυθιών απειλούνται με θάνατο ή στο τέλος σκοτώνουν αυτόν που τους καταδιώκει.

Τα παιδιά πράγματι αντιλαμβάνονται την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και θρηνούν. Ο θρήνος τους ωστόσο, είναι διαφορετικός από των ενηλίκων. *Καταρχήν*, τα παιδιά επειδή δεν μπορούν να αντέξουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τα έντονα συναισθήματα που τους προκαλεί η απώλεια, θρηνούν κατά διαστήματα. Έτσι, τη μια στιγμή μπορεί να είναι θλιμμένα και την άλλη στιγμή να παίζουν και να γελούν αμέριμνα. Η ιδιαιτερότητα αυτή του θρήνου των παιδιών, συχνά παρερμηνεύεται από τους ενήλικες ως αδιαφορία. *Δεύτερον*, τα παιδιά επειδή δεν έχουν ακόμα αναπτύξει αρκετά την ικανότητα του λόγου, σε αντίθεση με τους ενήλικες, εκφράζουν το θρήνο τους λιγότερο με λόγια και περισσότερο μέσα από το παιχνίδι, τις ζωγραφιές ή τη γενικότερη συμπεριφορά τους. *Τρίτον*, τα παιδιά σε αντίθεση με

τους ενήλικες, συνήθως δεν έχουν αρκετή ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους αγαπημένου τους . Έτσι, ο θάνατος του, τα βρίσκει απροετοίμαστα. Ταυτόχρονα, τα παιδιά έχουν συνήθως πολύ περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν το θάνατο ενός ατόμου. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την ελλιπή κατανόηση της έννοιας του θανάτου, δημιουργεί συχνά σύγχυση και παρερμηνείες. Τέλος, τα παιδιά, σε αντίθεση με τους ενήλικες, δεν έχουν δικό τους υποστηρικτικό πλαίσιο, ούτε είναι σε θέση να ζητήσουν στήριξη ακόμα και όταν το έχουν ανάγκη. Αυτό συχνά έχει ως αποτέλεσμα να παραμένουν απομονωμένα και αβοήθητα. Η αντίδραση του παιδιού στην απώλεια χαρακτηρίζεται από έντονα και ανάμικτα συναισθήματα, που πολλές φορές μπορεί να είναι και αντιφατικά, όπως για παράδειγμα, η θλίψη και ο θυμός. Εκτός όμως από τις συναισθηματικές αντιδράσεις, ο θρήνος εκδηλώνεται και μέσα από αντιδράσεις στο επίπεδο της συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς και από αντιδράσεις σε σωματικό ή γνωστικό επίπεδο.

Μερικές από τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις θρήνου στα παιδιά είναι: **1** / θλίψη και κλάμα, πολλές φορές με το παραμικρό, **2**/ ξεσπάσματα θυμού **3**/ διάφοροι φόβοι, όπως ο φόβος αποχωρισμού από αγαπημένα πρόσωπα ή φόβος για το σκοτάδι, **4**/επίμονη αναζήτηση του ατόμου που πέθανε και συνεχείς σκέψεις γύρω από το θάνατο του, **5**/ αλλαγές στη συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα, κλείσιμο στον εαυτό, μείωση της απόδοσης στο σχολείο, επιθετική ή ρινοκίνδυνη συμπεριφορά, **6**/ μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, **7**/ μείωση ή αντίθετα αύξηση της ενεργητικότητας, **8**/ αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου και του φαγητού, **9**/ επιστροφή σε συμπεριφορές παιδιού μικρότερης ηλικίας, όπως η πιπιλιά, το βρέξιμο του κρεβατιού κ.λ.π.,**10**/ σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλοι, στομαχικές διαταραχές, αναπνευστικά προβλήματα.

Τα περισσότερα παιδιά αποφεύγουν να μιλήσουν ανοιχτά και άμεσα για τη σοβαρότητα ή την πρόγνωση της αρρώστιας τους, γιατί στις περισσότερες φορές οι ενήλικες δείχνουν με τη συμπεριφορά τους ότι είναι απρόθυμοι ή φοβισμένοι να συζητήσουν ένα τέτοιο θέμα. Έτσι, λοιπόν, ενθαρρύνεται μια σχέση και επικοινωνία "αμοιβαίας προσποίησης" (Glaser and Srauss 1965).

Με άλλα λόγια, παιδί και περιβάλλον συμφωνούν σιωπηλά ότι κάθε "καυτή" ή "επικίνδυνη" συζήτηση θα αποφεύγεται, ενώ παράλληλα καλλιεργείται η αυταπάτη ότι αν και άρρωστο θα γίνει γρήγορα καλά. Το παιδί τηρεί και σέβεται τους "κανόνες σιωπής" που επιβάλλει το κλίμα της αμοιβαίας προσποίησης, άλλοτε γιατί θέλει να προστατεύει τους ενήλικες που πικραίνονται ή "τραυματίζονται" όταν συνειδητοποιούν ότι αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της κατάστασης του και άλλοτε γιατί φοβάται ότι θα το εγκαταλείψουν ή θα απομακρυνθούν αν εκφράσει το άγχος και τους φόβους του. Βέβαια, μια σχέση και επικοινωνία σαν κι αυτή, οδηγεί συχνά σε μια συναισθηματική απομόνωση αυξάνοντας το άγχος και τη μοναξιά που νιώθει σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές.

Το παιδί που πεθαίνει χρειάζεται ιδιαίτερη συμπαράσταση και υποστήριξη σε μια περίοδο που συχνά βιώνει "μικρούς θανάτους" καθώς από τη μια μέρα στην άλλη χάνει τις δυνάμεις του, αντιμετωπίζει νέες αναπηρίες, περιορίζεται στις δραστηριότητες του, και στις κοινωνικές του επαφές.

Πολλές φορές μάλιστα, το περιβάλλον που επηρεάζεται και θρηνεί για τον επικείμενο θάνατο, αποφεύγει ή ελαττώνει τις επισκέψεις στο θάλαμο του. Για πολλά παιδιά αυτές οι καθημερινές απώλειες είναι συχνά τραυματικότερες από τον ίδιο το θάνατο.

2.5 Ο ΘΡΗΝΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά στο χώρο τους έρχονται αντιμέτωποι με τον θάνατο αρρώστων

Οι περισσότεροι από εμάς αναγνωρίζουμε ότι επηρεαζόμαστε, όταν πεθαίνουν ασθενείς, ιδιαίτερα εκείνοι με τους οποίους έχουμε συνδεθεί. Στην

ουσία, οι αντιδράσεις μας αποτελούν εκδηλώσεις θρήνου, καθώς βιώνουμε την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο ή τον ίδιο το θάνατο, ως *προσωπικές απώλειες*. Και όπως είναι φυσικό, κάθε εμπειρία που βιώνεται ως απώλεια, εγείρει μία φυσιολογική διεργασία θρήνου. Όμως όλοι μας δε θρηνούμε τις ίδιες απώλειες, γιατί καθένας επενδύει με διαφορετικό τρόπο τη δουλειά του, το ρόλο του και τις σχέσεις του με τους αρρώστους και τις οικογένειες τους. Θα μπορούσαμε λοιπόν να διακρίνουμε έξι βασικές κατηγορίες απωλειών, για τις οποίες θρηνούμε (Παπαδάτου και συν., 1998):

1. Την απώλεια μιας ιδιαίτερης και στενής σχέσης που αναπτύξαμε μ' ένα συγκεκριμένο ασθενή.

2. Την απώλεια που βιώνουν οι συγγενείς του αρρώστου, όταν ταυτιζόμαστε μαζί τους και νιώθουμε τον πόνο τους σαν να ήταν δικό μας. "Λεν κλαίω γι' αυτό το παιδί. Έχω δεχθεί και έχω συμφιλιωθεί με το θάνατο του. Κλαίω για τον πόνο των γονιών του" λέει μια νοσηλεύτρια.

3. Την απώλεια προσωπικών στόχων και προσδοκιών που απορρέουν από τη - συχνά παντοδύναμη- εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας και το ρόλο μας. Για μερικούς ο θάνατος βιώνεται ως προσωπική ήττα ή αποτυχία να θεραπεύσουμε ή να πετύχουμε τους επαγγελματικούς μας στόχους.

4. Την απώλεια ορισμένων βασικών και σταθερών πεποιθήσεων που έχουμε για τη ζωή. Όταν ο θάνατος αφορά παιδί ή νέο, τις περισσότερες φορές βιώνεται ως γεγονός που ανατρέπει τις πεποιθήσεις μας πως στη ζωή υπάρχει μία προβλεπόμενη τάξη, σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος γεννιέται, μεγαλώνει, φτιάχνει την οικογένεια του, γερνάει και πεθαίνει.

5. Παρελθούσες απώλειες που έχουμε βιώσει στην προσωπική μας ζωή, οι οποίες -καθώς δεν έχουν διευθετηθεί και επιλυθεί- έρχονται στην επιφάνεια με την αφορμή ενός θανάτου. "Έκλαιγα πάρα πολύ, τόσο πολύ δεν έχω κλάψει σε άλλο παιδί. Έκλαιγα σα να ήταν δικό μου, σαν να ήταν ανιψάκι μου, έκλαιγα σαν να ήταν ο Νίκος, ο φίλος που σκοτώθηκε σε ατύχημα όταν ήμασταν παιδιά".

Πολλές φορές οι ανεπίλυτες, παρελθούσες απώλειες αποτελούν το ασυνείδητο κίνητρο που μας ωθεί να επιλέξουμε αυτήν τη δουλειά, ελπίζοντας ότι, μ' αυτόν τον τρόπο, θα διευθετήσουμε ή θα κυριαρχήσουμε πάνω στους φόβους μας ή σε μία προσωπική, συχνά τραυματική εμπειρία.

6. Τέλος, μπορεί να θρηνούμε μπροστά στη συνειδητοποίηση της θνητότητας μας, δηλαδή του δικού μας προσωπικού θανάτου.

Υπάρχουν διάφορα θεωρητικά μοντέλα στο χώρο της θανατολογίας, που μας βοηθούν να καταλάβουμε πώς εξελίσσεται αυτή η διεργασία θρήνου. Μερικά από αυτά περιγράφουν συγκεκριμένα στάδια ή φάσεις θρήνου, ενώ άλλα αναφέρονται σε στόχους, που καλείται να διευθετήσει το άτομο που πενθεί την απώλεια ενός σημαντικού ανθρώπου στη ζωή του. Τα πράγματα όμως είναι διαφορετικά για εμάς τους επαγγελματίες της υγείας, που βιώνουμε πολλαπλούς θανάτους ασθενών, στα πλαίσια μιας εργασίας που έχουμε επιλέξει. Εκείνο που χαρακτηρίζει το θρήνο μας είναι μία δυναμική εναλλαγή, μια συνεχής διακύμανση, ανάμεσα σε δύο ψυχικές διεργασίες: η μία αφορά την αναγνώριση της απώλειας και του ψυχικού πόνου που προκαλεί και η άλλη αφορά την αποφυγή ή απώθηση του πόνου που επιφέρει ο θάνατος (Papadatou, 1999).

Η διακύμανση αυτή είναι απόλυτα φυσιολογική, γιατί μας επιτρέπει να βιώσουμε τις απώλειες, χωρίς να κατακλυστούμε πλήρως από αυτές, ενώ ταυτόχρονα μας βοηθά να ανταποκριθούμε στα καθήκοντα μας.

Βίωση και αποφυγή του θρήνου

Πολλοί επαγγελματίες της υγείας, αναφέρουν ότι για μερικές μέρες σκέπτονται διαρκώς τον ασθενή ή τις συνθήκες στις οποίες πέθανε, νιώθουν μία θλίψη, την ανάγκη να κλάψουν και να απομονωθούν, να κλειστούν στον εαυτό τους, να μη δουν ή να μιλήσουν με κανέναν. Άλλοι πάλι εκφράζουν το θρήνο τους μέσα από θυμό, κατάθλιψη ή απελπισία, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ένας επαγγελματίας της υγείας, "Να φανταστείς τον εαυτό μου, να κάθομαι σε ένα κρεβάτι, να υπάρχει μία πολυθρόνα μπροστά μου και να μου'ρχεται να την πετάξω από το μπαλκόνι, θα την πετάξω κάποια στιγμή. Κάθομαι εκεί μ'έναν καφέ και σκέφτομαι, σκέφτομαι, σκέφτομαι, κλείνομαι στον εαυτό μου και σκέφτομαι το παιδί, τα γεγονότα, όλα αυτά".

Άλλοι πάλι εκφράζουν το θρήνο τους επιδιώκοντας να παρευρίσκονται στο πλευρό του αρρώστου όταν πεθαίνει ή συμμετέχοντας στην κηδεία, ώστε μ' αυτόν τον τρόπο να αποχαιρετήσουν μία σχέση που ήταν σημαντική γι' αυτούς.

Τις πρώτες ώρες ή μέρες μετά το θάνατο ενός αρρώστου, οι αντιδράσεις αυτές είναι συχνές και βιώνονται με ιδιαίτερη ένταση. Φορές αναζητούμε να τις μοιραστούμε με συναδέλφους, γεγονός που μας δίνει τη δυνατότητα να εκτονωθούμε συναισθηματικά, να αποδώσουμε νόημα στα γεγονότα και να αλληλοϋποστηριχτούμε. Μ' αυτόν τον τρόπο, ακόμα και μέλη του προσωπικού που δεν ήταν παρόντα στο θάνατο ενός αρρώστου με τον οποίο είχαν αναπτύξει μία μακρόχρονη και στενή σχέση, συμμετέχουν σε ένα συλλογικό συναισθηματικό μοίρασμα που τους επιτρέπει να θρηνήσουν και κατά κάποιο τρόπο να «αποχαιρετήσουν» το συγκεκριμένο ασθενή.

Κι ενώ από τη μία πλευρά βιώνουμε όλες αυτές τις φυσιολογικές αντιδράσεις που μας φέρνουν σ' επαφή με το θρήνο μας, από την άλλη, επιδιώκουμε κάποιες άλλες στιγμές συνειδητά ή ασυνείδητα- να τον αποφύγουμε και να προστατευτούμε από αυτόν. Μία από συνηθέστερες αντιδράσεις απώθησης και αποφυγής αφορά το συναισθηματικό «πάγωμα» (δεν νιώθουμε τίποτα) ή ακόμα τον έλεγχο των συναισθημάτων μας, όταν για παράδειγμα, λέμε στον εαυτό μας, "πρέπει να είμαι δυνατός", "πρέπει να ελέγχω τον εαυτό μου όταν φοράω τη στολή", κλπ.

Μία άλλη αντίδραση αποφυγής αφορά την ενασχόληση με πρακτικές δουλειές και ιατρονοσηλευτικές ευθύνες, ώστε να αποφύγουμε τη συναισθηματική φόρτιση που μας προκαλούν τα γεγονότα. "Κάνω οτιδήποτε περνά από το χέρι μου, ακόμα και ανώφελες παρεμβάσεις για να διατηρήσω τον άρρωστο στη ζωή, για να μην πεθάνει πριν τελειώσει η βάρδια μου".

Άλλοτε πάλι αποφεύγουμε οποιαδήποτε επαφή με τον άρρωστο που πεθαίνει ή τους συγγενείς που θρηνούν ή ακόμα διαστρεβλώνουμε την πραγματικότητα

προκειμένου να την αντέξουμε.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μία νοσηλεύτρια: « Έχω πιάσει τον εαυτό μου κάποιες στιγμές να αποφεύγω να μιλώ στους γονείς (που μόλις έχουν χάσει το παιδί τους). Ενώ περνάω μπροστά τους, περνάω σαν να μην υπάρχω, σαν να μην είμαι εκεί».

Οι αντιδράσεις απώθησης μπορεί να είναι μαζικές, ιδιαίτερα, όταν κανείς νιώθει απειλημένος από το θάνατο ενός ή πολλών αρρώστων. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα του νοσηλευτή που λέει: "Ντρέπομαι γιατί δε νιώθω τίποτε. Είναι σα να πλένω πιάτα, έτσι πάω να πλύνω το σώμα του ασθενή που πέθανε. Εκείνη τη στιγμή πρέπει να είμαι ψύχραιμη. Αλλά όταν τελειώσει κι αυτό, .. διαλύομαι".

Όλες οι προαναφερόμενες αντιδράσεις εστιασμού στο θρήνο ή απώθησης του είναι απόλυτα φυσιολογικές, όταν είναι προσωρινές και εντάσσονται στα πλαίσια της διακύμανσης .

2.6 Αντιμετώπιση της χρόνιας πάθησης από το κοινωνικό χώρο.

Η επίδραση της χρόνιας πάθησης στο κοινωνικό χώρο έχει να κάνει με

το είδος της πάθησης, το βαθμό επικινδυνότητας που δημιουργεί στο περίγυρο και το δείκτη θνησιμότητας αυτής. Η φύση λοιπόν της ασθένειας διαφοροποιεί την αντίδραση της κοινωνίας προς τον ασθενή. Δεν μπορούμε σε καμία περίπτωση να συγκρίνουμε την αντιμετώπιση που έχει ο διαβητικός από το περίγυρο με την αντιμετώπιση του ασθενή που πάσχει από ψύχωση ή από καρκίνο.

Οι αντιδράσεις του οικογενειακού και του κοινωνικού περιβάλλοντος προς το χρόνιο ασθενή κινούνται ανάμεσα σε δύο πόλους: ο ένας είναι η υπερπροστασία και η υπερβολική φροντίδα του αρρώστου και ο άλλος η απόρριψη, η απομόνωση και η αποξένωση του.

Η υπερπροστασία μπορεί να ξεκινά από αισθήματα ενοχής της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας γιατί πολλές φορές συμβάλλουν στη νοσηρή κατάσταση του ασθενή. Η υπερβολική εκδήλωση φροντίδων θα οδηγήσει τον άρρωστο σε αναπηρική ψυχική διάθεση, που δεν είναι καθόλου βοηθητική.

Το οικογενειακό περιβάλλον που απορρίπτει τον άρρωστο στο είναι ανίκανο να δεχτεί την οδύνη των γεγονότων που ζει, ενώ η κοινωνία που απορρίπτει τον ασθενή φοβάται τη συνύπαρξη ή συναναστροφή μαζί του γιατί υπάρχει ο κίνδυνος του στιγματισμού.

Άσχετα όμως με το ποιες είναι οι πηγές της κοινωνικής υπερπροστασίας ή του κοινωνικού περιορισμού, ένα είναι το σίγουρο: ότι και οι δύο αυτές μορφές αντιμετώπισης του χρόνιου ασθενή συμβάλλουν σημαντικά στο "κοινωνικό στιγματισμό" του.

Όπως γνωρίζουμε όλοι μας μια σοβαρή χρόνια νόσος όπως ο καρκίνος είναι περισσότερο γνωστή σαν επάρατη - "έξω από εδώ" ή ξορκισμένη παρά σαν μια χρόνια νόσος όπως ορίζει η επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή των νοσών σε σχέση με άλλες αρρώστιες δεν οφείλεται μόνο στο γεγονός, ότι είναι άρρηκτα δεμένες με τον επώδυνο βασανιστικό θάνατο.

Τα άγνωστα συνήθως αίτια των χρόνιων παράλληλα με το γνωστό αποτέλεσμα, έχουν διαμόρφωση μέσα στο πέρασμα των αιώνων, το "κοινωνικό στίγμα". έτσι δημιουργείται μια ολόκληρη μυθολογία - δεισιδαιμονία γύρω από τις χρόνιες παθήσεις.

Ο προβληματισμός για την ενημέρωση του άρρωστου, η αυξανόμενη φροντίδα και προστασία, η διαφοροποίηση της συμπεριφοράς μας προς το χρόνιο ασθενή και κάθε άλλη μορφή "υπερπροστασίας" αποτελούν ίσως την πιο χαρακτηριστική μορφή έκφρασης του κοινωνικού στίγματος.

Έστω όμως κι αν διαφέρουν μεταξύ τους , οι τρόποι που εκφράζεται το στίγμα αυτό , κοινή συνιστάμενη όλων είναι ο οίκτος που δέχονται σαν μήνυμα τα άτομα που προσβάλλονται από χρόνιες παθήσεις .

Το κοινωνικό apartheid και ο κοινωνικός στιγματισμός ασθενών με ψυχώσεις , με επιληψία κ.λ.π. έγιναν αφορμή να αποκλεισθούν από την εργασία τους , από το σχολείο , από τις ασφαλιστικές εταιρίες , από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης και από άλλες κοινωνικές παροχές .

Κατά συνέπεια τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που συνδέονται με τη χρόνια νόσο , ξεκινούν από την " κοινωνική ταυτότητα " της νόσου . Ο τρόπος δε , που θα βιώσει ο κάθε ασθενής το προσωπικό του πρόβλημα , εξαρτάται άμεσα τόσο από τη δική του αντίληψη περί χρονιάς νόσου , όσο και του περιβάλλοντος του .

Το γεγονός βέβαια ότι οι χρόνιες παθήσεις οδηγούν συχνά στο θάνατο και πολλές από αυτές έχουν ακόμη σκοτεινό χαρακτήρα για την επιστήμη , όχι μόνο συντελεί στο να συντηρεί το " κοινωνικό στίγμα " αλλά πολλαπλασιάζει τα κοινωνικά προβλήματα μέσα στο σύγχρονο τρόπο ζωής , εφόσον δεν γίνεται οργανωμένη προσπάθεια που να στοχεύει στον περιορισμό του στίγματος αυτού οι προσπάθειες για ενημέρωση και για πρόληψη της νόσου σαφέστατα έχουν πετύχει το στόχο της διαφώτισης του κοινού ως προς τα ύποπτα συμπτώματα.

Η γνώση και μόνο των συμπτωμάτων, δεν επαρκεί, όπως φαίνεται, για να οδηγήσει κάποιον έγκαιρα στο γιατρό, για το λόγο ότι, πάρα πολύ συχνά, λειτουργεί ανασταλτικά για το άτομο, το οποίο ακριβώς επειδή γνωρίζει και υποψιάζεται ότι το σύμπτωμα αυτό, μπορεί να σημαίνει π.χ. καρκίνο, μεταθέτει - κάτω από το κράτος του φόβου που προκαλεί η αρρώστια αυτή - την επιβεβαίωση της "θανατικής καταδίκης".

Έτσι τις κοινωνικές διαστάσεις του προβλήματος θα πρέπει να τα αξιολογήσει κανείς, όχι μόνο μέσα από το πρίσμα των προβλημάτων που δημιουργούν στα άτομα που προσβάλλονται από χρόνια πάθηση, αλλά και τη δύναμη που έχουν, για να λειτουργούν σαν ανασταλτικό αίτιο στον τομέα της πρόληψης και της έγκαιρης διάγνωσης.

Κατά συνέπεια η αντιμετώπιση της χρόνιας πάθησης δεν αποτελεί σήμερα ένα πρόβλημα μόνο ιατρονοσηλευτικό, αλλά ένα πρόβλημα πολύπλευρο και σύνθετο. Οι διαστάσεις του προβλήματος αυτού αρχίζουν από τον ασθενή, περιλαμβάνουν το οικογενειακό του

περιβάλλον και επεκτείνονται στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο άλλοτε σαν αίτιο, και άλλοτε σαν αποτέλεσμα, δημιουργώντας τέτοιες αλληλεπιδράσεις, που δεν είναι δυνατόν να υποβαθμιστούν ή να απομονωθούν από το θεραπευτικό στόχο.

Ο τρόπος που αντιμετωπίζεται η χρόνια πάθηση, σήμερα στη χώρα μας θυμίζει περισσότερο παρά ποτέ, τον περίφημο "Καρτεσιανό Δυαδισμό" που χώριζε τον άνθρωπο σε δύο διαφορετικά στοιχεία, το στίγμα και την ψυχή.

Έτσι ενώ βλέπουμε την αρρώστια να αντιμετωπίζεται με όλη τη σύγχρονη επιστημονική γνώση και σύγχρονα μέσα. ο άρρωστος, σαν άτομο και κοινωνική οντότης, μένει ακόμη μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του "κοινωνικού στίγματος" αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνδέουν την αρρώστια αυτή.

Το κοινωνικό στίγμα προκαλεί τον οίκτο, για τα άτομα αυτά, συναίσθημα κατ'εξοχήν υπεύθυνο για την "κοινωνική απομόνωση" που παρατηρείται στα άτομα με σοβαρές χρόνιες παθήσεις. Συνήθως όλοι, κάτω από το δικό τους φόβο, για την πάθηση αυτή. αντιμετωπίζουν τον ασθενή, όπως νιώθουν, όπως και μπορούν και όχι όπως πρέπει .

Κατά συνέπεια οι ασθενείς με σοβαρή χρόνια νόσο επιτίθενται στην ανεξέλεγκτη αντίδραση, των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι όχι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών, αλλά σύμφωνα με σύγχρονες ενδείξεις ίσως και τη διάρκεια αυτής. Σύγχρονες έρευνες και μελέτες υποστηρίζουν: Ή κοινωνική ζωή επηρεάζει την πορεία και την εξέλιξη της αρρώστιας σε ένα χρόνια ασθενή .

Οι διάφορες μορφές "κοινωνικής υποστήριξης" ανεξάρτητα από την επίδραση στο χρόνο επιβίωσης βελτιώνουν και την ποιότητα της ζωής

των ασθενών. Μελέτες π.χ. που αφορούν γυναίκες με καρκίνο μαστού έδειξαν ότι: "η κοινωνική συμμετοχή" αύξησε το χρόνο επιβίωσης, ενώ η "κοινωνική απομόνωση" και το stress των ελάττωσαν (Founcli and Marchall 1 983).

Επιβάλλεται λοιπόν να μελετηθεί και να αξιολογηθεί η επίδραση που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες τόσο στην ποιότητα ζωής, όσο και στη συντήρηση κοινωνικών αντιλήψεων, οι οποίες έμμεσα πλην σαφώς, παρεμποδίζουν την πρόληψη και αντιμετώπιση της ίδιας της αρρώστιας.

2.7 Οικονομικές και Κοινωνικές επιπτώσεις της χρόνιας νόσου.

Στις μέρες μας η χρόνια νόσος αντιμετωπίζεται με τη βοήθεια όλης της σύγχρονης επιστημονικής γνώσης. Παρόλ' αυτά ο άρρωστος σαν άτομο και κοινωνική οντότητα, μένει ακόμα μόνος και αβοήθητος να βιώνει όχι μόνο το βάρος του "κοινωνικού στίγματος", αλλά και όλες τις επιπτώσεις των ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που συνοδεύουν μια χρόνια νόσο.

Η χώρα μας σήμερα όχι μόνο έχει μείνει πίσω σε προγράμματα φροντίδας και πρόνοιας για τους χρόνιους πάσχοντες, αλλά αδιαφορεί τελείως για τη τύχη αυτών που καθημερινά βιώνουν με απάνθρωπο τρόπο την εμπειρία μια χρόνιας νόσου.

Έτσι έχει δημιουργηθεί σήμερα, ένα οξύτατο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο καθημερινώς διογκούνται και συνίσταται σε:

- Εγκατάλειψη των ασθενών και των οικογενειών τους στην τραγικότερη φάση της ζωής τους και μάλιστα των οικονομικών ασθενέστερων.

- Αυξανόμενη κάλυψη των νοσοκομειακών κλινών από χρόνιου ασθενείς τελικού σταδίου, εις βάρος αυτών που έχουν ανάγκη εισαγωγής προς θεραπεία . Και πάλι πλήττονται οι οικονομικά αδύναμοι, εφόσον δεν έχουν και αυτοί τη δυνατότητα επιλογής της ιδιωτικής πρωτοβουλίας ή του εξωτερικού όπου αρκετοί καταφεύγουν.

- Αύξηση του κοινωνικοοικονομικού κόστους και συνεπώς συντήρηση και ενίσχυση της έννοιας "επάρατος".

Την έλλειψη προγραμματισμού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συνοδεύουν την τελική φάση των χρονίων νοσημάτων ενισχύουν οι εξής παράγοντες:

1) Οικονομικοί:

Μερικές χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια δημιουργούν στην αντιμετώπιση τους ιδιαίτερες δαπάνες, που πολλές φορές καταστρέφουν και εύπορες οικογένειες. Κατόπιν τούτου αναλογίζεται κανείς, το οικονομικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, η μοναχικά άτομα με μόνο έσοδο τη σύνταξη των 40.000 δραχμές μηνιαίως.

Η πολυμορφία δε των Ασφαλιστικών Ταμείων μεταξύ των άλλων διαφοροποιεί και ως προς τις παροχές, τους ασθενείς μεταξύ τους. Έτσι ενώ για παράδειγμα για ένα ασφαλισμένο του Ι.Κ.Α. μπορεί έστω και με το απαράδεκτο επίπεδο που διαθέτουν, για τους άλλους ασφαλισμένους και κυρίως Ο.Γ.Α. και Πρόνοιας που έχουν τις συντάξεις των 40.000 δραχμές δεν υπάρχει καμία λύση. Επιπλέον η κλασική σύσταση προς τους συγγενείς των ασθενών είναι : "Να βρείτε κάποια ιδιωτική κλινική, διότι πρέπει να φύγει από το Νοσοκομείο".

2) Κοινωνικοί παράγοντες:

Οι παράγοντες αυτοί είναι πολλοί , πλην όμως θα πρέπει να σταθεί κανείς σε δύο:

α) Οικογένεια: Ο σύγχρονος τρόπος λειτουργίας της ελληνικής οικογένειας έχει σαν αποτέλεσμα να υπάρχει μεν "οικογένεια", αλλά τα μέλη της να απουσιάζουν από το σπίτι το μεγαλύτερο μέρος του 24 ώρου. Κατόπιν τούτου τα εργαζόμενα ή σπουδάζοντα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να φροντίζουν τον άρρωστο διακόπτοντας τις δραστηριότητες τους ή υπολειπόμενες σε αυτές. Πολλοί από αυτούς, συχνά οδηγούνται σε "εγκατάλειψη", όχι για λόγους αδιαφορίας αλλά για πρακτικούς λόγους.

Η εγκατάλειψη όμως αυτή, πέραν της συναισθηματικής φόρτισης των συγγενών, επισύρει και την κατακραυγή της κοινωνίας. Έτσι δημιουργείται, ανακύκλωση κοινωνικών προβλημάτων και αντιδράσεων

με ανυποψίαστες διαστάσεις,

β) Στον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας, εάν προστεθεί και το πρόβλημα "κατοικίας", τότε τα πράγματα είναι δραματικά για το χρόνιο ασθενή. Ο ελλιπής ζωτικός χώρος, η διαβίωση της οικογένειας σε μικρά και αποπνικτικά διαμερίσματα κάνουν λειτουργικά αδύνατη αλλά και απαράδεκτη τη διαμονή του αρρώστου.

3) Συναισθηματικοί παράγοντες :

Μια σοβαρή χρόνια νόσος στα τελικά της στάδια κάθε άλλο παρά διασφαλίζει ανώδυνα και με αξιοπιστία το τέλος του ασθενούς. Η αλλαγή της εικόνας του σώματος ή των λειτουργιών αυτού, παράλληλα με την ανικανότητα προς αυτοεξυπηρέτηση, φορτίζουν συναισθηματικά τόσο τον ασθενή όσο και το οικογενειακό του περιβάλλον.

Η ψυχική κόπωση από τη μακροχρόνια πορεία της νόσου μαζί με την αγωνία για την αναμενόμενη απώλεια, επιβάλλουν και από συναισθηματικής πλευράς, να έχει ο ασθενής και η οικογένεια του, τη δυνατότητα επιλογής ως προς την τελική φροντίδα του άρρωστου. Η δύσπνοια οι αφόρητοι πόνοι, η χρήση ναρκωτικών, οι οροί, οι καθετήρες κ.τ.λ.. είναι πράγματα που κουράζουν πολύ τον ασθενή. Όμως ο ασθενής δεν πρέπει να φεύγει από το νοσοκομείο, μόνο σε περίπτωση που αυτός το θέλει. Όταν η παραμονή του βαρεία αρρώστου στο σπίτι, δεν οφείλεται σε επιλογή του ίδιου ή της οικογένειας του, αλλά σε έλλειψη φροντίδας εκ μέρους της Πολιτείας, δημιουργούνται τεράστια συναισθηματικά προβλήματα. Γι' αυτό πρέπει να γίνει σωστή επιλογή για την αντιμετώπιση της τελικής φάσης του χρόνιου ασθενή.

Με τον έλεγχο του πόνου, την ανακούφιση από τα δυσάρεστα συμπτώματα και με την απαραίτητη ψυχοκοινωνική υποστήριξη μπορεί ο

θάνατος του χρόνιου ασθενή να μην είναι μια βασανιστική εμπειρία όπως είναι σήμερα. Η σωστή αντιμετώπιση κατά την τελική φάση, περιορίζει βέβαια σε αφάνταστο βαθμό τις διαστάσεις του προβλήματος, αλλά δεν τις εκμηδενίζει.

2.8 Η επίδραση της χρόνιας πάθησης στην οικογένεια.

Μια σοβαρή αρρώστια και η είσοδος στο νοσοκομείο ενός συζύγου, μπορεί να επιφέρουν αλλαγές στο νοικοκυριό με τις οποίες η σύζυγος πρέπει να εξοικειωθεί. Μπορεί να αισθάνεται απειλούμενη χάνοντας την ασφάλεια της και την εξάρτηση της από το σύζυγο της. Πρέπει να αναλάβει περισσότερες δραστηριότητες, που προηγουμένως ανελάμβανε εκείνος, και πρέπει να προσαρμόζει το δικό της πρόγραμμα στις νέες, ξένες και αυξημένες απαιτήσεις.

Ξαφνικά μπορεί να εμπλέκετε σε θέματα επαγγελματικά και τις οικονομικές τους υποθέσεις, που προηγουμένως απέφευγε να κάνει.

Αν περιλαμβάνονται επισκέψεις στο νοσοκομείο, πρέπει να γίνουν ρυθμίσεις για μεταφορά και για παρακολούθηση των παιδιών κατά την απουσία της. Μπορεί να υπάρξουν λεπτές ή δραματικές αλλαγές στο νοικοκυριό της και στην ατμόσφαιρα του σπιτιού, προς την οποία επίσης τα παιδιά θα αντιδράσουν, προσθέτοντας στο φορτίο και την αυξημένη ευθύνη της μητέρας, θα αντιμετωπίσει ξαφνικά το γεγονός, ότι είναι τουλάχιστο προσωρινά ένας μοναχικός γονιός.

Μαζί με τις ανησυχίες τις έγνοιες για το σύζυγο της, την πρόσθετη εργασία και ευθύνη έρχεται και η αυξανόμενη βοήθεια από συγγενείς μπορεί να μην έρχεται ή να πάρει μορφές, που είναι και ανησυχητικές και απαράδεκτες για τη σύζυγο. Η γειτονική συμβουλή μπορεί να απορριφθεί γιατί μπορεί να αυξήσει παρά να μειώσει το φορτίο. Από την άλλη μια γειτόνισσα με κατανόηση, που δεν έρχεται για ν' ακούσει "τα τελευταία νέα" αλλά έρχεται να ανακουφίσει τη γυναίκα από μερικά καθήκοντα της, να μαγειρέψει ένα φαΐ ή να πάρει τα παιδιά για παιχνίδι,

είναι κάτι που θα εκτιμηθεί.

Η αίσθηση της απώλειας από πλευράς του συζύγου μπορεί να είναι ακόμα μεγαλύτερη, γιατί μπορεί αυτός να ήταν λιγότερο συνηθισμένος να ασχολείται με θέματα των παιδιών, του σχολείου, των εξωσχολικών δραστηριοτήτων, του φαγητού και της ενδυμασίας.

Αυτή η αίσθηση της απώλειας μπορεί να παρουσιαστεί μόλις η γυναίκα μείνει κλινήρης ή περιοριστεί στις δραστηριότητες της.

Μπορεί να υπάρξει μια αντιστροφή των ρόλων που είναι δύσκολο να γίνει δεκτή από ένα άντρα παρά από μια γυναίκα, αντί να υπηρετείται, θα αναμένεται να υπηρετεί.

Η αντίδραση του είναι συχνή και κατανοητή, όταν των αντικρίσουμε από τη σκοπιά του ασυνειδήτου μας. Αντιδρά στη γυναίκα του, όπως το παιδί αντιδρά στην εγκατάλειψη της μητέρας του. Συχνά αγνοούμε σε ποιο βαθμό διατηρούμε στοιχεία της παιδικής μας ηλικίας. Τέτοιοι σύζυγοι μπορεί να βοηθήσουν πολύ αν τους δινόταν ευκαιρία να εκτονώσουν τα συναισθήματα τους, με το να βρουν π.χ. κάποια βοήθεια για ένα βράδυ τη βδομάδα, κατά το οποίο να μπορούν να βγαίνουν έξω και να χαίρονται χωρίς αισθήματα ενοχής πράγμα που δύσκολα μπορεί να γίνει σ' ένα σπίτι μ' ένα πολύ άρρωστο πρόσωπο.

3.1 Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί μέρος μιας ομάδας υγείας και περιλαμβάνει για νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων. Στην ομάδα υγείας συνεργάζονται άνθρωποι διαφορετικής επαγγελματικής εκπαίδευσης αλλά με κοινό αντικειμενικό σκοπό, ο οποίος σε κάθε περίπτωση είναι να παρέχει την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας στα άτομα, στην οικογένεια και την κοινότητα. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών περιλαμβάνει τρεις βαθμίδες: Μέση, ανώτερη, ανώτατη.

Με ασθενείς χρόνιων παθήσεων ασχολούνται νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων. Οι ρόλοι του προσωπικού αυτού είναι:

- θεραπεία της νόσου και διατήρηση της σωματικής υγείας.
- Πρόληψη της περαιτέρω επιβάρυνσης της κατάστασης τους.
- Ψυχολογική στήριξη του ατόμου και της οικογένειας του.

Δηλαδή το νοσηλευτικό προσωπικό πέρα από τη φύση της νόσου ή τα συμπτώματα της πρέπει να ξέρει τι σημαίνουν για τον ασθενή οι συνεχείς εξετάσεις, η φαρμακοθεραπεία, ο φόβος της αναπηρίας και επιδείνωσης της κατάστασης του ή ακόμη και ο φόβος του θανάτου προκειμένου να προσφέρει την ανάλογη ψυχολογική στήριξη. Πως όμως επιτυγχάνεται η ψυχολογική στήριξη;

Αναμφίβολα το νοσηλευτικό προσωπικό θέλει να προσφέρει κάθε δυνατή οργανική και ψυχολογική βοήθεια στους ασθενείς. Όμως, ακόμη και σήμερα το νοσηλευτικό προσωπικό σε ένα σημαντικό βαθμό βρίσκεται υπό το κράτος των προκαταλήψεων και του νοσοφοβικού πανικού και αντιμετωπίζει τον ασθενή όπως ξέρει, όπως θα έπρεπε. Είναι αλήθεια ότι η στάση των εργαζόμενων στο νοσοκομείο είναι απαράδεκτη τις περισσότερες φορές.

Πολλές φορές ακούμε το θεράποντα ιατρό να μιλά με την προϊσταμένη του τμήματος για την "πνευμονία του θαλάμου 19", για το "καρκίνο του θαλάμου 11 ή για τη "καρδιακή ανεπάρκεια του 22.

Αναρωτιέται κανείς λοιπόν, αν οι ασθενείς είναι άνθρωποι ή αν είναι απλώς νούμερα σε κάποιους θαλάμους στο νοσοκομείο.

Βλέπουμε λοιπόν ότι συνειδητά ή ασυνείδητα το νοσηλευτικό προσωπικό αποφεύγει την προσωπική επαφή με τον ασθενή που πάσχει από μια σοβαρή νόσο για να προστατευτεί από το άγχος ή τη λύπη που θα του προκαλέσουν τα αντίστοιχα συναισθήματα του ασθενούς. Έτσι προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή.

Το επάγγελμα, του νοσηλευτή είναι ψυχοφθόρο. Κατά τη διάρκεια των σπουδών τους οι νοσηλευτές έχουν όλη τη καλή διάθεση να βοηθήσουν τον ασθενή στα προβλήματα του. Όμως αυτή η διάθεση φθείρεται με τα χρόνια από το εργασιακό περιβάλλον του νοσοκομείου, αλλά και την αναγκαιότητα του ίδιου του νοσηλευτή να επιτύχει για τον εαυτό του ένα σχετικό επίπεδο ηρεμίας, για να μπορεί να λειτουργήσει σαν επαγγελματίας και σαν άτομο γενικότερα μέσα στο χώρο εργασίας του, αλλά και έξω απ' αυτόν. Βλέπουμε ότι η φύση του επαγγέλματος του νοσηλευτή δημιουργεί μια ιδιαίζουσα και αλληλοσυγκρουόμενη συναισθηματική κατάσταση. Από τη μια πλευρά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θέλει να προσφέρει όσο μπορεί και από την άλλη θέλει να προφυλαχθεί το ίδιο.

Έτσι, το προσωπικό αποφεύγοντας να δεθεί συναισθηματικά με του ασθενείς, συμπεριφέρεται κατά τρόπο απρόσωπο, παρουσιάζεται πολυάσχολο, μη διαθέσιμο, δίνει ανεπαρκείς πληροφορίες και εξαντλεί την παροχή φροντίδας στις σωματικές ανάγκες του αρρώστου, αγνοώντας τις ψυχοκοινωνικές του.

Μερικές φορές μάλιστα ο νοσηλευτής γίνεται ευερέθιστος, απότομος, επιθετικός, ειρωνικός ή κυνικός. Αυτή η στάση συχνά ερμηνεύεται από τους άλλους σαν ψυχρότητα, τυπικότητα, αδιαφορία, έλλειψη φροντίδας, ενδιαφέροντος και σεβασμού για τον ασθενή.

Με τη σειρά τους αυτές οι ερμηνείες εντείνουν τα συναισθήματα ανεπάρκειας, υποτίμησης και κατάθλιψης του νοσηλευτή που νιώθει ένοχος για τη συμπεριφορά του γιατί πιστεύει ότι έχει χάσει την ευαισθησία του και την ανθρωπιά του. Έτσι λοιπόν αναπτύσσει αρνητικά και συναισθήματα προς τους αρρώστους, το υπόλοιπο προσωπικό και τον Ίδιο του τον εαυτό.

Η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις δεν είναι αυτή που θα έπρεπε. Δημιουργείται λοιπόν το ερώτημα, αν θα έπρεπε να υπάρχουν ψυχολόγοι ή αν θα έπρεπε να παραδίδονται μαθήματα ψυχολογίας στα νοσοκομειακά τμήματα όπου υπάρχουν ασθενείς με σοβαρές παθήσεις.

Μπορεί να είμαστε πολύ μορφωμένοι και να παραμένουμε ανόητοι μπορεί να είμαστε αξιοθαύμαστοι ως τεχνικοί αλλά τελείως απάνθρωποι. Η ψυχολογία είναι σαν την εξυπνάδα ή την ομορφιά: ή την έχουμε ή όχι. Οι επαγγελματίες ψυχίατροι ή ψυχολόγοι δεν μπορούν ν' αλλάξουν τίποτε." Οι ψυχολόγοι λοιπόν δεν μπορούν να βοηθήσουν έτσι ώστε να βελτιωθεί η στάση του νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά ούτε υπάρχει μια συγκεκριμένη τυποποιημένη στάση που θα πρέπει να κρατά το προσωπικό, για να αισθανθούν καλύτερα οι άρρωστοι. Το σίγουρο είναι, ότι όταν ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται απλά σαν μια αρρώστια ή σαν περιστατικό, αλλά σαν ένα άτομο που υποφέρει, αισθάνεται πιο όμορφα. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει ποτέ να ξεχνά ότι ο ασθενής είναι πάνω απ' όλα άνθρωπος.

Ο νοσηλευτής οφείλει να προσπαθήσει, με τις γνώσεις του, να προοδεύει ο ασθενής αλλά επειδή οι θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις βρίσκονται σε ανθρώπινα χέρια, οφείλει να είναι και άνθρωπος. Δεν είναι τόσο δύσκολο: αρκεί να θεωρήσει ότι απέναντι του βρίσκεται ένας άνθρωπος, κάτι που μερικοί συχνά ξεχνούν, γιατί πιστεύουν πως απέναντι τους στέκεται ένα "κορμί" και έτσι αρκούνται στην εφαρμογή της "τεχνικής" τους.

Αν θα έπρεπε να ορίσουμε τα δύο κύρια ανθρώπινα προτερήματα που απαιτούμε από ένα γιατρό ή νοσηλευτή, οπωσδήποτε θα συγκρατούσαμε στην πρώτη σειρά την υπομονή και ύστερα τη διαθεσιμότητα. Εξάλλου, η δεύτερη συνδέεται με την πρώτη. Είναι σημαντικό στοιχείο του

νοσηλευτικού επαγγέλματος, να ξέρεις να σιωπάς χωρίς εν¹ τούτης να είσαι στην πραγματικότητα περιττός.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την παρουσία του και με το γνήσιο ενδιαφέρον μπορεί να δώσει στον ασθενή ένα νόημα μέσα από τη ζεστή ανθρώπινη επαφή. Για να μπορέσει όμως να προσεγγίσει κατάλληλα το χρόνιο ασθενή θα πρέπει να γνωρίζει και να σέβεται τις βασικές συναισθηματικές ανάγκες του.

Οι ανάγκες αυτές είναι:

- Η ανάγκη για αγάπη και στοργή από ένα περιβάλλον που δεν έχει εγκαταλείψει ή απομονώσει τον ασθενή και που δεν τον έχει "ξεγράψει", επειδή η κατάσταση του προκαλεί βαθύ ψυχικό πόνο.

- Η ανάγκη για ασφάλεια και για μια αίσθηση ότι ανήκει σε ένα περιβάλλον που σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές περιλαμβάνει συνήθως λίγα αλλά σημαντικά πρόσωπα. Ο ασθενής αγωνιά μήπως και εγκαταλειφτεί από το περιβάλλον του και επιλέγει ένα ή λίγα άτομα, με τα οποία διατηρεί μια στενή σχέση. Συνήθως, αυτά τα άτομα είναι εκείνα, κοντά στην οποία νιώθει σιγουριά και ηρεμία, δίνοντας του το μήνυμα "θα είμαι εδώ μαζί σου μέχρι το τέλος". Για μερικούς ασθενείς την ασφάλεια αντιπροσωπεύει ο χώρος του νοσοκομείου και η παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ για άλλους την ασφάλεια αυτή εκπροσωπεί ο χώρος του σπιτιού, τον οποίο και αποζητούν επίμονα. Ο ασθενής στην τελική φάση της ζωής του δεν πρέπει να φεύγει ποτέ από το νοσοκομείο παρά τη θέληση του, αλλά δεν πρέπει και να μένει όταν αυτός δεν το θέλει. Πρέπει να διαλέξει αυτός το περιβάλλον που αισθάνεται καλύτερα.

- Η ανάγκη για σεβασμό που νιώθει ο ασθενής, όταν του προσφέρονται

ευκαιρίες να καλλιεργήσει την αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησή του. Μερικές "επιτυχίες" ή "επιτεύξεις" καθώς και ευκαιρίες να συμβάλλει ή να συμμετέχει σε κάποια δραστηριότητα, του παρέχουν την αίσθηση ότι έχει κάποιον έλεγχο σε μια κατάσταση που δεν τον καθιστά παθητικό και ολοκληρωτικά εξαρτημένο από το περιβάλλον του. Μερικές φορές η υπερβολική υπερπροστασία όσων βρίσκονται κοντά του, ακινητοποιεί τον ασθενή και έτσι τον καθιστά ακόμα πιο ανήμπορο, ανίσχυρο, αδύναμο και θλιμμένο από ό,τι θα ήταν αν είχε την κατάλληλη ενθάρρυνση και τον πρέποντα σεβασμό.

- Η ανάγκη για κατανόηση και η δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας που αναζητά κάθε ασθενής από ένα περιβάλλον ευαισθητοποιημένο που ξέρει να ακούει, που τον προτρέπει να εκφράσει τα συναισθήματά του ελεύθερα και που προσφέρει την κατάλληλη υποστήριξη που τόσο έχει ανάγκη. Όταν γνωρίζουμε λοιπόν τον άρρωστο, τις βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες του είναι πολύ πιθανό η στάση μας απέναντι του να είναι βοηθητική όσον αφορά την ψυχολογική του κατάσταση.

Όπως είπαμε και παραπάνω δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος "τύπος", όπως στα μαθηματικά, που να μας καθοδηγεί ποια "στάση" πρέπει να έχουμε. Υπάρχουν τόσες "στάσεις", όσοι και οι ασθενείς σε ένα νοσοκομείο. Το νοσηλευτικό προσωπικό λοιπόν πρέπει να εξατομικεύει την περίπτωση του κάθε ασθενή και να έχει την ανάλογη "στάση" κατά περίπτωση.

3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Ξεπερνώντας τη ρομαντική άποψη που θέλει το νοσηλευτικό προσωπικό σαν "κοινωνικούς λειτουργούς", που με αυταπάρνηση, ηρωισμό και υπέρμετρο αλτρουισμό προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς και εξετάζοντας τους από την σκοπιά ότι και αυτοί είναι επαγγελματίες, ότι είναι άτομα με αδυναμίες και κυρίως ότι αποτελούν ενεργά μέλη ενός συστήματος κοινωνικής οργάνωσης, θελήσαμε να δείξουμε πως κάποιοι παράγοντες τους οδηγούν να κρατούν την Α' και Β' στάση σε διάφορες περιπτώσεις. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- α) Επαγγελματική κόπωση
- β) Εκπαίδευση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού
- γ) Φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας
- δ) Η επικοινωνία νοσηλευτικού προσωπικού

Ας αναλύσουμε όμως αυτούς τους παράγοντες γι' τον καθένα χωριστά:

Η επαγγελματική κόπωση

Επαγγελματική κόπωση ορίζεται η κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, εξαιτίας της οποίας ο εργαζόμενος αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του, χάνει το ενδιαφέρον του και τα πιθανά θετικά συναισθήματα που έχει για τους αρρώστους και παύει να είναι ικανοποιημένος με τη δουλειά του.

Αρχίζει λοιπόν ν' αποφεύγει μια φορτισμένη συναισθηματική κατάσταση, ενδιαφέρεται για τη συγκεκριμένη αρρώστια και όχι για το άτομο, γίνεται ψυχρός, τυπικός, ευερέθιστος, αδιάφορος, απρόσωπος. Έτσι παρουσιάζονται σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας με το υπόλοιπο προσωπικό και αισθάνεται έντονα την έλλειψη επαγγελματικής ικανοποίησης.

Άλλες χαρακτηριστικές ενδείξεις του συνδρόμου της επαγγελματικής κόπωσης είναι η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, μια τάση του εργαζόμενου να ξεχνά εύκολα, να μην είναι πιο επιρρεπής σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη ή ατυχήματα. Συχνά απουσιάζει ή αργοπορεί από τη δουλειά του και νιώθει έντονα τάσεις φυγής και ονειροπόλησης.

Όμως οι επιπτώσεις της επαγγελματικής κόπωσης έχουν αντίκτυπο και στο σωματικό επίπεδο. Ο εργαζόμενος παρουσιάζει αυξημένη μυϊκή υπερένταση με πόνους συνήθως στον αυχένα, τη μέση, τη πλάτη, συχνούς πονοκεφάλους, γαστρεντερικά προβλήματα, ψυχοσωματικές διαταραχές κ.τ.λ.

Με δυσκολία ξυπνάει το πρωί και με δυσκολία κοιμάται το βράδυ εξ' αιτίας μιας διάχυτης ανησυχίας και υπερέντασης. Άλλοτε πάλι παρουσιάζει μια αισθητή αύξηση ή μείωση του βάρους του καθώς αλλάζουν οι συνήθειες διατροφής του.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική κόπωση είναι:

α) Συνθήκες δουλειάς.

Συχνά ο αυξημένος φόρτος και οι απαιτήσεις δουλειάς δημιουργούν στον εργαζόμενο το συναίσθημα ότι δεν έχει τη δυνατότητα να ξεφύγει έστω και για λίγο. Όταν μάλιστα δεν έχει την ευκαιρία να εκφράζει τη γνώμη του, να συμμετέχει σε συλλογικές αποφάσεις, να επιλέγει - έστω και μέρος - από τις ευθύνες που αναλαμβάνει, τότε νιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο στις υπηρεσίες που προσφέρει και ότι απλώς "εκτελεί οδηγίες". Κάτω από αυτούς τους όρους δουλειάς νιώθει αδύναμος, παγιδευμένος, βιώνει αναπόφευκτα έντονο στρες, ένα αίσθημα ματαιοδοξίας και οδηγείται στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής κόπωσης.

Οι συνθήκες εργασίας γίνονται ακόμα δυσκολότερες όταν ο εργαζόμενος είναι άπειρος ή όταν έχει ανεπαρκή εκπαίδευση τόσο σε θέματα οργανικής όσο και ψυχικής φροντίδας του αρρώστου. Στο χώρο της ογκολογίας για παράδειγμα, ο γιατρός συχνά πρέπει να πάρει δύσκολες αποφάσεις για περίθαλψη και φροντίδα του ασθενούς και μάλιστα κάτω από πίεση χρόνου.

Τις συνθήκες δουλειάς επιβαρύνει μερικές φορές το κλίμα των διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνεται μεταξύ των εργαζόμενων. Προβλήματα επικοινωνίας και συνεργασίας με συναδέλφους, προϊστάμενους ή τη διοίκηση μπορούν ν' αποτελέσουν πηγή άγχους και συμβάλλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής κόπωσης.

Όταν υπάρχουν ανταγωνισμοί, συγκρούσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης, ή όταν επικρατεί κλίμα σύγκρισης και κριτικής όπου τονίζονται τα λάθη χωρίς ν' αναγνωρίζεται η προσφορά, τότε γίνεται δύσκολη μια εποικοδομητική συνεργασία γιατί καθένας απομονώνεται για ν' αποφεύγει τις συνέπειες από την ένταση των σχέσεων αυτών.

β) Σχέσεις με τον άρρωστο.

Ο εργαζόμενος ενώ συνήθως ξεκινάει την άσκηση του επαγγέλματος του με ενδιαφέρον και ενθουσιασμό για τους ασθενείς, φτάνει στο σημείο να αδιαφορεί και να τους αποφεύγει. Μια από τις αιτίες αυτής της απομάκρυνσης, είναι το άγχος που δημιουργεί η ίδια η σχέση με τον άρρωστο. Αυτή η σχέση συχνά εξαρτάται από παράγοντες όπως:

- Η φύση της αρρώστιας.
- Η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας του.
- Η προσωπικότητα του αρρώστου του γιατρού και νοσηλευτή.
- Οι προσδοκίες που έχει ο άρρωστος από το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό.
- Προσωπικές εμπειρίες και προβλήματα από τη ζωή του εργαζόμενου που αναβιώνουν όταν βρίσκεται μπροστά σε ορισμένους αρρώστους ή καταστάσεις.

- Οι προσδοκίες πού έχει ο νοσηλευτής από τον εαυτό του. Το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται συνεχώς σε επαφή με άτομα που εκδηλώνουν έντονα συναισθήματα και αντιδράσεις λόγω της χρόνιας ασθένειας και των συνεπειών που μπορεί να έχει. Όταν λοιπόν ο εργαζόμενος δεν είναι προετοιμασμένος να υποστηρίξει τον άρρωστο και την οικογένεια του, τότε νιώθει αδύναμος και ανήμπορος να σταθεί κοντά του, τον αποφεύγει, ενώ συγχρόνως αισθάνεται άσχημα γι' αυτή τη συμπεριφορά του. Οι υψηλοί στόχοι που βάζει για τον εαυτό του ο εργαζόμενος σημαίνουν δύο πράγματα: από τη μία πλευρά εξυψώνεται το γόητρο του, αλλά από την άλλη πολύ συχνά του δημιουργείται ένα αίσθημα αποτυχίας.

Γι' αυτό και είναι απαραίτητο να γνωρίζει ο κάθε νοσηλευτής / τρία ποια ήταν τα κίνητρα που τον οδήγησαν σ' αυτό το χώρο δουλειάς, πόσο προετοιμασμένος ήταν ν' αναλάβει το ρόλο και τις ευθύνες της θέσης στην οποία διορίστηκε, πόσο ανοιχτός παραμένει σε μια βαθύτερη αυτογνωσία όσον αφορά τις σχέσεις του με τους αρρώστους και γενικότερα τα συναισθήματα, τις αντιλήψεις και τις αντιδράσεις του γύρω από τη ζωή και το θάνατο.

γ) Προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζόμενου:

Ως προς τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, είναι πολύ δύσκολο να περιγραφεί ένα συγκεκριμένο "προφίλ προσωπικότητας" του ατόμου που θεωρείται ιδιαίτερα "ευπαθές" στην ανάπτυξη επαγγελματικής κόπωσης. Απλά παραθέτουμε τα στοιχεία εκείνα που απαρτίζουν ή διαμορφώνουν μια προσωπικότητα, η ένταση και η ποσότητα των οποίων πιθανών θα δημιουργήσουν το ανάλογο κλίμα για να εμφανιστεί ή επαγγελματική κόπωση.

Έτσι λοιπόν άτομα νεότερα σε ηλικία, χωρίς πείρα, με υπερβολικά, υψηλούς στόχους και ιδανικά έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική κόπωση. Επίσης η συζυγική και η οικογενειακή κατάσταση του εργαζόμενου παίζει σημαντικό ρόλο. Η οικογένεια μπορεί ν' αποτελέσει πηγή ηθικής και συναισθηματικής στήριξης για τον εργαζόμενο. Όλοι όσοι δουλεύουν σε χώρο που τους φέρνει σε άμεση επαφή με άτομα που έχουν την ανάγκη τους γίνονται κάποια στιγμή επιρρεπείς στην εμφάνιση συμπτωμάτων επαγγελματικής κόπωσης.

Μεγαλύτερες πιθανότητες για την εμφάνιση επαγγελματικής κόπωσης έχει ο εργαζόμενος εκείνος που τον χαρακτηρίζει ένα έντονο αίσθημα αποθάρρυνσης. Το αίσθημα αυτό πηγάζει από διαφορετικές ανάγκες. Πιστεύει ότι αξίζει ως άτομο μοναχά αν είναι ο "πρώτος" ή ο "καλύτερος". Κατά συνέπεια κάθε λάθος ή αποτυχία αποτελεί πλήγμα για το γόητρο του και τα αντιμετωπίζει σαν κάτι το καταστροφικό γι' αυτόν, μ' αποτέλεσμα να του προκαλεί έντονο στρες και να συμπεριφέρεται επιθετικά προς τους συναδέλφους του και τους πάσχοντες. Άλλες φορές πάλι πίσω από το αίσθημα αποθάρρυνσης κρύβεται ένα άτομο που χαρακτηρίζεται από μια υπερβολική ανάγκη για αγάπη και παραδοχή από τους άλλους γιατί τότε μόνο νιώθει ότι έχει κάποια αξία. Κατά συνέπεια δέχεται παθητικά οποιαδήποτε εξωτερική πίεση, αποφεύγει να έρθει σε ρήξη με τους άλλους, βάζει χαλαρά όρια στις σχέσεις του, σε σημείο που άλλοι να τον εκμεταλλεύονται ενώ ο ίδιος δέχεται αδιαμαρτύρητα αυτή την κατάσταση από φόβο μήπως τον απορρίψουν.

β) Η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Εκπαιδεύω σημαίνει οδηγώ προς τα έξω, από την αμάθεια στην γνώση, από το ένστικτο στον κριτικό λογισμό. Στόχος της εκπαίδευσης είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς του παιδαγωγούμενου.

Η εκπαίδευση στηρίζει τον εργαζόμενο και τον προφυλάσσει από ψυχοφθόρες καταστάσεις. Λαμβάνουμε την έννοια του εκπαιδεύω ως μία γενικότερη έννοια που περιλαμβάνει στους κόλπους της και την ψυχική μόρφωση. Λέγοντας ψυχική μόρφωση εννοούμε την αρμονική συμβίωση στο Εγώ του ατόμου όλων αυτών που ξέρουμε, τη γνώση για τον εαυτό του, για τον άρρωστο και για την ασθένεια. Πρόκειται για συνδυασμό συμπεριφοράς, συναισθημάτων και γνώσης.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ο εργαζόμενος να συναισθάνεται τον ασθενή, αλλά και να μην ταυτίζεται μαζί του, γιατί για να είναι αποτελεσματικός στη δουλειά του πρέπει να μπορεί να προφυλάσσει τον εαυτό του.

Οι γιατροί , και οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό είναι σημαντικό να εκπαιδεύονται σε θέματα επικοινωνίας και σε βασικές γνώσεις ψυχολογίας πριν εργασθούν με ασθενείς . Η σημερινή νοσηλευτική εκπαίδευση δεν τους παρέχει τα κατάλληλα εφόδια ούτε τους προετοιμάζει ώστε να αντιμετωπίσουν τις επαναλαμβανόμενες ισχυρές συναισθηματικές αντιδράσεις που βιώνουν στο χώρο εργασίας τους . Δυστυχώς μέχρι σήμερα το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού δεν βλέπει τον άρρωστο ως άτομο που υποφέρει , αλλά εξακολουθεί να τον θεωρεί σαν μια `` αρρώστια `` με τα συμπτώματά της ή σαν `` περιστατικό `` . Η ιατρική αντίληψη θέλει τον ασθενή παθητικό και εξαρτημένο , να `` υφίσταται `` αδιαμαρτύρητα τις ιατρικές εξετάσεις και την θεραπεία , να ακολουθεί πιστά τις ιατρικές οδηγίες , να μιλά μόνο απαντώντας στις ερωτήσεις του γιατρού ή του νοσηλευτή / τριάς , που από την δική τους πλευρά αναλαμβάνουν έναν ενεργητικό ρόλο και επιδιώκουν να ελέγχουν πλήρως την κατάσταση .

Το προσωπικό δεν προσπαθεί να καλλιεργήσει στον άρρωστο την υπευθυνότητα ούτε να αυξήσει τη συμμετοχή του στο θεραπευτικό πρόγραμμα . Εάν ο ασθενής αρνηθεί αυτόν τον παθητικό ρόλο και απευθύνει για παράδειγμα , ο ίδιος ερωτήσεις στο γιατρό , τότε συχνά ο γιατρός , προσπαθώντας να << ελέγξει >> την κατάσταση , μειώνει το χρόνο συζήτησης μεταξύ τους ή δίνει μηνύματα λήξης της επαφής τους (π.χ κρατώντας το χέρι του στο χερούλι της πόρτα του θαλάμου) . Άλλοτε ο γιατρός μπορεί να ανταποκριθεί με έναν <<ευγενικό >> , << φιλικό >> και καθησυχαστικό τρόπο (π.χ <<είμαι σίγουρος ότι όλα θα πάνε καλά >>) που όμως σημαίνει για τον άρρωστο πως τα περιθώρια να μοιραστεί με το γιατρό τις ανησυχίες του είναι μικρά .

έτσι , η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας , στην επίλυση και στην ανάπτυξη ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων , θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα για μια σωστότερη αντιμετώπιση του άρρωστου . Μετά από την περίοδο των σπουδών , και κατά την διάρκεια της επαγγελματικής άσκησης το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει την ευκαιρία να ενημερώνεται με διαλέξεις και σεμινάρια γύρω από θέματα που αφορούν την ψυχική φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους , καθώς και γύρω από θέματα που αφορούν νέες γνώσεις και δυνατότητες στον τομέας της Νοσηλευτικής .

γ) Η φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας.

Η σοβαρότητα της χρόνιας ασθένειας αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ο οποίος αλλάζει αρκετές φορές τη στάση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Δεν είναι σπάνιες οι φορές που όταν βρίσκεται μπρος σε αρρώστους με χρόνιες παθήσεις νιώθει μια αίσθηση αποτυχίας και ήττας. Η παρέμβαση του τελικά δεν είναι αποτελεσματική ή μοιάζει να είναι μάταιη. Συχνά η αίσθηση αυτή της αποτυχίας εκδηλώνεται μέσα από θυμό.

Άλλοτε μεν, οι νοσηλευτές στρέφουν το θυμό τους προς τον ίδιο τους τον εαυτό, τον οποίο κατηγορούν ότι δεν είχε αρκετή γνώση, πείρα, ικανότητα να πετύχει, γεγονός που οδηγεί σε νέα αισθήματα ανεπάρκειας.

Άλλοτε πάλι, ο θυμός τους στρέφεται προς τον άρρωστο, τον οποίο δεν ακολούθησε πιστά τις οδηγίες ή ότι δε συνεργάστηκε.

Τον καθιστούν λοιπόν υπεύθυνο για την πρόκληση της παρούσας κατάστασης του και μπορεί να φθάσουν στο σημείο να σκέφτονται ότι εφόσον δε συμμορφώθηκε με τις οδηγίες, "αξίζει αυτά που έπαθε". Ο θυμός αυτός ακολουθείται από ενοχές, γιατί ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί τα αρνητικά συναισθήματα και την έλλειψη σεβασμού που δείχνει προς το άτομο. Παράλληλα εντείνεται το άγχος του καθώς βαθμιαία επιδεινώνεται η κατάσταση της υγείας του αρρώστου. Σ' αυτήν τη φάση μπορεί να ταυτιστεί με τον άρρωστο καθώς ανακινούνται έντονοι φόβοι μήπως και ο ίδιος αρρωστήσει κάποια μέρα και έχει την ίδια μοίρα.

Άλλοτε πάλι, μη έχοντας ολοκληρώσει το πένθος από το θάνατο κάποιου δικού του ανθρώπου, ξανά ζωντανεύει μια άλυτη προσωπική συναισθηματική του κατάσταση κάθε φορά που βρίσκεται κοντά σε κάποιον που πεθαίνει.

δ) Η επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού με το ασθενή.

Τα τελευταία χρόνια, έχουμε διαπιστώσει πως στον τόπο μας υπάρχει μια διάθεση κριτικής απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό. Παράπονα ακούγονται από διάφορες πλευρές, από άτομα, από ομάδες, από τον τύπο.

Το φαινόμενο δεν είναι μόνο ελληνικό, γίνεται όλο και πιο έντονο και σε άλλες δυτικές χώρες. Τα αίτια αυτής της κριτικής διάθεσης είναι ποικίλα και διαφέρουν από τον ένα τόπο στον άλλο. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι πολλά απ' αυτά έχουν σχέση με το πολιτιστικό επίπεδο, την οικονομική διάρθρωση και την όλη οργάνωση του Συστήματος Υγείας ενός τόπου. Εμείς θα περιοριστούμε σ' ένα μόνο πρόβλημα, που θεωρείται σαν μια βασική αιτία αυτής της κριτικής απέναντι στο νοσηλευτικό επάγγελμα. Το πρόβλημα περιφραστικά θα το ονομάσουμε "Δυσεπικοινωνία" ιατρό - νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο. Με τον όρο αυτό εννοούμε τη δυσλειτουργία της διαπροσωπικής επικοινωνίας νοσηλευτικού προσωπικού με τον άρρωστο.

Τα χαρακτηριστικά του προβλήματος της "δυσεπικοινωνίας" είναι:

- Είναι ένα πρόβλημα κοινό και εμφανίζεται και σε άλλες χώρες.
- Είναι ένα πρόβλημα που έχει πάρει διαστάσεις την τελευταία δεκαετία.
- θεωρείται σαν αποτέλεσμα της τεχνολογικής εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης.

Από τη δυσ-επικοινωνία ξεκινάει μια κριτική και μια αμφισβήτηση για τον αν ολοκληρωμένα και με πληρότητα ασκούν το ρόλο τους τα μέλη του ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού. Δεν αποκλείεται αυτή η αμφισβήτηση να προέρχεται από διάφορες αντιλήψεις, που έχει από τη μια μεριά το προσωπικό για το ποιος είναι ο ρόλος τους και από την άλλη η κοινωνία για το ποιος πρέπει να είναι ο ρόλος τους.

3.3 Η ψυχολογική στήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού σε ασθενείς που πεθαίνουν από χρόνια νόσο.

Ο ρόλος του νοσηλευτή που φροντίζουν τον άρρωστο που πεθαίνει δεν είναι μόνο ιατρικός ή νοσηλευτικός. Περισσότερο από κάθε άλλη περίοδο της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, μπορούν με την παρουσία τους και μόνο να του προσφέρουν - καθώς και σ' όλη την οικογένεια - την απαραίτητη συμπαράσταση και μια αίσθηση σιγουριάς και ασφάλειας ότι δεν έχουν απομείνει μόνοι σ' αυτές τις σημαντικές στιγμές. Ο Σολδάτος (1982, ο άρρωστος που πεθαίνει) αναφερόμενος στο ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει διευκρινίζει:

"Δεν υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση για τον ασθενή αν ο γιατρός-νοσηλευτής του συμπαρασταθεί ολοκληρωμένα τις τελευταίες του στιγμές. Δεν υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση για το γιατρό - νοσηλευτή αν μπορέσει να σηκώσει από τη θέση του το βάρος της υπαρξιακής αγωνίας ενός ανθρώπου. Αν το κατορθώσει θα κατάλαβε ότι αληθινός του ρόλος είναι η παροχή ολοκληρωμένης ανθρωπιστικής φροντίδας και ότι ο προορισμός του δεν σταματά στη θεραπεία και μόνο του ασθενούς που συχνά δεν είναι τίποτε άλλο από μια καθαρά τεχνοκρατική αντιμετώπιση της νόσου".

Η Kuller - Ross υπογραμμίζει ότι σ' αυτήν την τελική φάση της ζωής όταν λέμε ότι "βοηθάμε" τους αρρώστους δεν εννοούμε ότι τους βοηθάμε να πεθάνουν, αλλά να "ζήσουν" μέχρι να πεθάνουν. Ακόμα και μπροστά στο θάνατο, κάθε άτομο διατηρεί τη δυνατότητα να εξελίσσεται. Δεν παύει, να έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες καθώς έρχεται σε επαφή και επικοινωνία με το προσωπικό, τους συγγενείς, και άλλους αρρώστους από τους οποίους επηρεάζεται και τους επηρεάζει. Μέσα από αυτήν την αμοιβαία επιρροή και τις συνθήκες που αντιμετωπίζει, το άτομο διαμορφώνει μια στάση και ορισμένες αντιλήψεις δίνοντας κάποιο "νόημα" στις εμπειρίες που ζει και στον επερχόμενο θάνατο

του .

Στην ουσία οι περισσότεροι ασθενείς γνωρίζουν την αλήθεια αλλά αρνούνται την αποδοχή τη σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό ο καθένας . Ακόμα και ένας μελλοθάνατος χρόνιος άρρωστος έχει ελπίδα . Είναι αυτή η αχτίδα ελπίδας που το διατηρεί κατά τη διάρκεια ημερών , εβδομάδων ή μηνών δοκιμασίας . Είναι το αίσθημα , ότι όλα αυτά πρέπει να έχουν κάποιο νόημα , ότι θα υπάρξει μια ανταμοιβή , φτάνει μόνο να αντέξουν για λίγο καιρό περισσότερο . Είναι η ελπίδα , που σε κάθε ευκαιρία γλιστρά ύπουλα , πως όλα αυτά είναι απλώς ένας εφιάλτης κι όχι αλήθεια , ότι κάποιο πρωί θα ξυπνήσουν , για να τους πουν , ότι οι γιατροί είναι έτοιμοι να δοκιμάσουν ένα νέο φάρμακο , που φαίνεται να υπόσχεται , ότι θα το χρησιμοποιήσουν επάνω του , κι ίσως να είναι ο εκλεκτός , ο ιδιαίτερος άρρωστος , που του έγινε μεταμόσχευση καρδιάς , που το διάλεξαν να παίξει ένα πολύ ιδιαίτερο ρόλο στη ζωή . δίνει στους άρρωστους που βαδίζουν προς το θάνατο , την αίσθηση μιας ειδικής αποστολής στη ζωή , που τους βοήθα να διατηρήσουν το κέφι τους , τους καθιστά ικανούς να αντέξουν περισσότερα τεστ . Πολλοί πιστεύουν λανθασμένα ότι ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να καθοδηγεί τον άρρωστο σε μια αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ότι θα πεθάνει και να μην του αφήσει περιθώρια για ψεύτικη ελπίδα , αυτό είναι σημάδι επικείμενου θανάτου . Αυτό δε σημαίνει όμως , ότι οι νοσηλευτές πρέπει να πουν ψέματα , σημαίνει απλώς , ότι μοιράζονται μαζί τους την ελπίδα , πως κάτι απρόβλεπτο μπορεί να γίνει , ότι μπορεί να τους συχωρεθεί η ψευδαίσθηση τους , ότι θα ζήσουν πιο πολύ από ότι αναμένεται .

Η ψυχολογική στήριξη όμως των χρονίων αρρώστων δε σταματά μόνο στη διατήρηση της ελπίδας, από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι σημαντικό να σεβόμαστε τα συναισθήματα του χρόνιου ασθενή και τον τρόπο που διαλέγει αυτός για να αντιμετωπίσει το θάνατο του. Σ' αυτήν την τελική φάση της ζωής του πρέπει να αφήνουμε τον άρρωστο να μας καθοδηγεί και να είμαστε έτοιμοι να ανταποκριθούμε στις ανάγκες του, ενθαρρύνοντας έναν ανοιχτό διάλογο μαζί του. Αυτός ο διάλογος προϋποθέτει ότι είμαστε σε θέση να συζητήσουμε θέματα σχετικά με το θάνατο του όταν το άτομο αναζητήσει κάποιον που είναι πρόθυμος ν' ακούσει τις σκέψεις ή τους φόβους του. χωρίς να του προσφέρει συμβουλές και λύσεις, αλλά που με το ενδιαφέρον και την κατανόηση του, του παρέχει μια συναισθηματική στήριξη. Μέσα στα πλαίσια μιας ανοιχτής επικοινωνίας ο άρρωστος διευκολύνεται στην ολοκλήρωση των στόχων του, στην τακτοποίησε εκκρεμών υποθέσεων και στην ανάπτυξη μια βαθιάς συναισθηματικής και ουσιαστικής επαφής με αγαπημένα του πρόσωπα, ανάμεσα στα οποία συχνά συμπεριλαμβάνονται και μέλη του προσωπικού.

Επίσης, βασική πρέπει να είναι η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού στο να διατηρήσει ο ασθενής κάποιο έλεγχο απέναντι στις "απώλειες" που βιώνει καθημερινά. Ο χρόνιος πάσχοντας που πεθαίνει έρχεται καθημερινά αντιμέτωπος

με πολλαπλές απώλειες (απώλεια αυτοέλεγχου του, την αυτοεκτίμησης του και την αξιοπρέπεια του. Όμως πολύ συχνά έρχεται σε επαφή με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς οι οποίοι επηρεασμένοι από τον επικείμενο θάνατο νιώθουν και αυτοί την ανάγκη να διατηρήσουν τον έλεγχο των πραγμάτων, πολλές φορές μάλιστα σε βάρος του αρρώστου.

Αποφεύγοντας να έρθουν αντιμέτωποι με τα δικά τους συναισθήματα ανικανότητας να επηρεάσουν την πορεία και αδυναμίας απέναντι στο θάνατο, επιδιώκουν να διατηρήσουν το "πάνω χέρι" και μέσα - από " ηρωικές προσπάθειες" να κρατήσουν τον άρρωστο στη ζωή. Άλλες πάλι φορές, τον υπερπροστατεύουν στερώντας του κάθε ευκαιρία να νιώσει αυτοπεποίθηση και αυτοκυριαρχία μπρος τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Για να είναι λοιπόν ουσιαστικός ο νοσηλευτής πρέπει να ανταποκρίνεται στην ανάγκη κάθε αρρώστου ν' αναπτύσσει και να διατηρεί μια αίσθηση αυτοελέγχου, αυτοεκτίμησης και αξιοπρέπειας.

Έτσι ο κάθε νοσηλευτής επιβάλλεται να:

-Ενημερώνει τον άρρωστο που ζητά πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του, και να τον προετοιμάζει για τις ενδεχόμενες θεραπευτικές διαδικασίες ή σωματικές αλλαγές που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής αναπτύσσει "πνευματικό έλεγχο" πάνω στα γεγονότα, που μειώνει τους φόβους του και αμβλύνει την αδυναμία και σύγχυση που συχνά προκαλεί η άγνοια.

Προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν την ιατρική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα. Στην αρχή οι αποφάσεις για τη ζωή που του απομένει παρ' όλο που οι επιλογές του και οι αποφάσεις του περιορίζονται, εντούτοις είναι σημαντικό να νιώθει ότι έχει κάποιο περιθώριο να ορίζει τη ζωή του. Για παράδειγμα μπορεί να διαλέξει - ανάλογα με τις συνθήκες- τι θα φάει, πότε θα πάρει καταπραϊντικά, πότε και εάν θα δεχτεί επισκέψεις, ποιους θα έχει στο πλευρό του κ.λ.π. - Ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίσει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας (διατροφή, να είναι πιο πλατιές, όπως

για παράδειγμα αν θα συνεχίσει να δουλεύει ή αν θα πάει ταξίδι. Όσο όμως πλησιάζει προς το θάνατο, καθαριότητα, υγεία κ.τ.λ), αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν .

- Οργανώνει το προγράμματα του αρρώστου ώστε να υπάρχει κάποια σταθερότητα, ένας σχεδιασμός, μια δυνατότητα να προβλέψει ορισμένα γεγονότα στην κάθε μέρα που περνά. Με τον τρόπο αυτό το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με μειωμένες απαιτήσεις προσαρμογής στο περιβάλλον του κι έτσι ενισχύεται η αίσθηση κυριαρχίας και αυτοελέγχου.

Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν, κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ΖΕΙ..... ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία και πορεία προς το θάνατο. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να βοηθήσει το χρόνιο πάσχοντα να ζήσει όσο γίνεται πιο άνετα μέχρι το τέλος. Εξάλλου σαν "κοινωνικοί λειτουργοί" δεν πρέπει να ξεχνούν τα δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει:

- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
- Το δικαίωμα να δέχεται συνεχή φροντίδα και προσοχή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ακόμα και αν ο στόχος δεν είναι θεραπεία, αλλά ανακούφιση ή υποστήριξη.
- Το δικαίωμα να δέχεται φροντίδες από ένα ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που είναι εξειδικευμένο και ευαισθητοποιημένο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει και της οικογένειάς του, συμβάλλοντας στη δημιουργία συνθηκών ηρεμίας ασφάλειας και αξιοπρέπειας.
- Το δικαίωμα να είναι απαλλαγμένος από οργανικό πόνο.

- Το δικαίωμα να μην πεθαίνει μόνος ούτε να εγκαταλείπεται.
- Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις του και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητα του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο του, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.
- Το δικαίωμα να διατηρεί την αίσθηση της ελπίδας, οποιοδήποτε κι αν είναι το περιεχόμενο της.
- Το δικαίωμα να βρίσκει ανταπόκριση στην ανάγκη του για αγάπη, ασφάλεια, κατανόηση, επικοινωνία, καθώς προσαρμόζεται στις κρίσιμες καταστάσεις που αντιμετωπίζει.
- Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται σαν ένα άτομο "που ζει που έχει συναισθήματα, σκέψεις και ανάγκες, μέχρι να πεθάνει.

3.4 Το δίλημμα της ενημέρωσης του γρόνιου ασθενή .

Πολύ συχνά ο άρρωστος που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δεχεται. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα , οι αιτίες είναι πολλές :

- .α) Το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες .
- .β) Ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις , ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του.
- .γ) Ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του , μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται .

Η αποφυγή της ενημέρωσης του άρρωστου εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει θεωρείται μη κατανοητή , κατά συνέπεια μυστηριώδης , και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις .Στην χώρα μας , για παράδειγμα , η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται , τις περισσότερες φορές στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή .Υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από την γνώση ότι μπορεί να πεθάνει .Ωστόσο , σύμφωνα με τη Sontag (1993) , η σύγχρονη άρνηση του θανάτου δεν δικαιολογεί τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών που αποκρύπτουν την αλήθεια ή ψεύδονται .

Οι αιτίες της μη ενημέρωσης είναι πολύ βαθύτερες και άμεσα συνδεδεμένες με τους συμβολισμούς που αποδίδονται σε ορισμένες ασθένειες .Για παράδειγμα , ένα άτομο που έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει μέσα σε λίγα χρόνια από ένα νέο επεισόδιο με αυτές που έχει και ένα άτομο που έχει καρκίνο .Παρ' όλα αυτά κανείς δεν κρύβει την αλήθεια από τον καρκινοπαθή , καθώς το έμφραγμα δεν θεωρείται γεγονός που προκαλεί ντροπή .Υποδηλώνει αδυναμία , οργανική βλάβη ή βιολογική ανεπάρκεια .Αντίθετα η διάγνωση του καρκίνου αποκρύπτεται από τον άρρωστο , γιατί είναι μια ασθένεια που στην αντίληψη της ευρύτερης κοινωνίας ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη και ταυτόχρονα θεωρείται αποτρόπαια και << κακία >> αρρώστια .Οι αναπαραστάσεις που περιβάλλουν ασθένειες όπως ο καρκίνος ή το AIDS είναι συχνά οδυνηρότερες για τον ασθενή και την οικογένεια του από την ίδια την πραγματικότητα της νόσου .

Όμως πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες αρρώστιες , ένα σύνολο παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με τις δυσκολίες του προσωπικού υγείας παρεμποδίζουν την ανακοίνωση <<δυσάρεστων πληροφοριών >> . Μερικοί από τους περισσότερους παράγοντες περιλαμβάνουν :

(α) Το φόβο της πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων . Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να ανακουφίζει ή να ελαττώνει τον πόνο του άρρωστου και συχνά είναι διστακτικό και απρόθυμο να τον υποβάλει σε ψυχική δοκιμασία .

(β) Την αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του άρρωστου .

συχνά το προσωπικό υγείας δεν διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες να χειριστεί τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του άρρωστου (κλάμα , οργή , απελπισία , πανικό κ.λ.π.) . Βιώνει αμηχανία και συχνά αποφεύγει να αναστατώσει τον άρρωστο . Μια από τις συνηθέστερες αντιδράσεις των άρρωστων είναι η εκδήλωση επιθετικότητας με την απόδοση κατηγοριών , στο μέλος του προσωπικού υγείας που αναγγέλλει τις δυσάρεστες ειδήσεις . Οι πληροφορίες <<προσωποποιούνται >> , παίρνουν <<μορφή>>, και ο / η νοσηλευτής / τρία που εκπροσωπεί την εξουσία , την γνώση και την επιστήμη , γίνεται στόχος της οργής του άρρωστου . Η δυσκολία επομένως του επαγγελματία υγείας αφορά κυρίως τον χειρισμό των κατηγοριών και της επιθετικότητας που απευθύνει ο ασθενής . Σε ορισμένες περιπτώσεις , ο επαγγελματίας φοβάται ότι με την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων , ο άρρωστος θα αρνηθεί την προτεινόμενη αγωγή ή θα διακόψει την συνεργασία .

(γ) Το φόβο της έκφρασης συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο άρρωστος .

Το προσωπικό υγείας έχει εκπαιδευτεί να πιστεύει ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία , να τηρεί αποστάσεις από τους ασθενείς και να καταπνίγει ενδεχόμενα συναισθήματα συμπάθειας , θυμού ή λύπης . Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες των άρρωστων δεν πρέπει να επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας εντείνουν την απώθηση συναισθημάτων που παραμένουν ανεπεξέργαστα και τους απειλούν παράλληλα , η σοβαρότητα της κατάστασης του άρρωστου και η πιθανότητα θανάτου ανακινούν έντονα συναισθήματα που πηγάζουν από τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες που έχει ο επαγγελματίας σχετικά με την αρρώστια , τον θάνατο και την πορεία προς αυτόν . Όταν αναβιώνουν προϋπάρχοντα άλυτα προσωπικά βιώματα σε σχέση Μετά θέματα αυτά , τότε παρεμποδίζεται η αποτελεσματική λειτουργία και παροχή υπηρεσιών .

(δ) Το φόβο της αμφισβήτησης του << παντοδύναμου >> ρόλου που το προσωπικό υγείας υιοθετεί .

Η εντυπωσιακή πρόοδος της ιατρικής έχει ενισχύσει την ψευδαίσθηση ότι όλες

σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται . Η επιστήμη μοιάζει να διαθέτει απαντήσεις και λύσεις για όλα τα προβλήματα υγείας , γεγονός που ενισχύει την αντίληψη της παντοδυναμίας του προσωπικού υγείας . Κι ενώ ο / η νοσηλεύτης / τρία επιστρατεύονται για να θεραπεύσουν τον άρρωστο , έρχονται σε αντίθεση με τους στόχους τους όταν καλούνται να τον πληροφορήσουν ότι δεν διαθέτουν πλέον τα μέσα για να τόνοι κάνουν καλά ή η πορεία της υγείας του << δεν ελέγχεται >> . Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας βρίσκει το προσωπικό υγείας ανέτοιμο να χειριστεί τις επιπτώσεις . Επιπρόσθετα , η αβέβαιη πρόγνωση , η άγνωστη αιτιολογία μιας αρρώστιας και οι << δύσκολες >> ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής αυξάνουν το άγχος του προσωπικού υγείας που αποφεύγει να ενημέρωση ή να ομολογήσει ότι << δεν γνωρίζει >> , γεγονός που προσβάλλει το κύρος τόνοι παντογνωσία και την παντοδυναμία .

Το δίλημμα εάν << πρέπει η δεν πρέπει >> να ενημερώνεται ο άρρωστος αποτελεί ψευτοδίλημμα , αφού η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα του . τόσο η << πλήρης >> , χωρίς ευαισθησία ενημέρωση , όσο και η παντελής απόκρυψη της αλήθειας έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες και είναι εθίσουν τραυματικές . Και τις δυο περιπτώσεις ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες του προσωπικού υγείας και λιγότερο σε εκείνες του άρρωστου .

Για να δεχτεί ο ασθενής την αρρώστια του πρέπει να την ονομάσει , να την κατανοήσει και να διόρθωση τις εσφαλμένες αναπαραστάσεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν . Το πραγματικό λοιπόν ερώτημα που τίθεται είναι << πως >> το προσωπικό υγείας θα ενημέρωση τον συγκεκριμένο ασθενή .

Η αναγγελία << δυσάρεστων ειδήσεων >> πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και αποδοχή τους , ενώ ταυτόχρονα να μειώνεται η πιθανότητα αντιδράσεων άρνησης , αποδιοργάνωσης , αμφιθυμίας ή η υιοθετήσει παράλογων προσδοκιών . Όταν ο επαγγελματίας της υγείας εξατομικεύει την ενημέρωση , θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένα σύνολο παραγόντων που περιλαμβάνουν την ηλικία , το κοινωνικό – μορφωτικό επίπεδο τις ανάγκες του άρρωστου για πληροφόρηση , την ψυχολογική του κατάσταση και τη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού του δικτύου .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ασθενών με χρόνιες παθήσεις.

Η περίθαλψη και νοσηλεία του ασθενή είναι αδύνατη να πραγματοποιηθεί αν δε συνεργάζεται με ένα πεπειραμένο και μορφωμένο νοσηλευτή / τρία, ο οποίος αποτελεί τον απαραίτητο βοηθό του γιατρού και τον αναγκαίο σύντροφο ασθενούς.

Ο νοσηλευτής εκτός της επιστημονικής μόρφωσης και της κλινικής πείρας πρέπει να έχει φυσικά και ηθικά προσόντα για την αντιμετώπιση των ασθενών με χρόνια ασθένεια και κατ' επέκταση να εκτελέσει τον προορισμό του.

Ο νοσηλευτής για να εκτελέσει τον πραγματικό προορισμό του οφείλει να νοσηλεύει και να περιθάλπει το χρόνιο ασθενή, σαν να επρόκειτο για το πιο αγαπημένο της πρόσωπο. Η υπομονή η εχεμύθεια και η ακρίβεια πρέπει να είναι τα απαραίτητα προσόντα τους.

Είναι γνωστό πόσο οι χρόνιες ασθένειες κάνουν τους ασθενείς ιδιότροπους, άδικους και μη συνεργάσιμους στην νοσηλεία. Για το λόγο αυτό ο νοσηλευτής / τρία δεν πρέπει να φιλόνηκα με τον ασθενή έστω και αν είναι άδικος απέναντι του αλλά με όπλο την υπομονή του να προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή για την καλύτερη έκβαση της ασθένειάς του. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ψύχραιμος και να μη φαίνεται ανήσυχος για την κατάσταση του πρέπει να ευχαριστεί το αίσθημα της πεποίθησης. Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι:

- Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.
- Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής που έχει προγραμματιστεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.
- Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με το χρόνιο ασθενή

είναι απαραίτητη όταν φυσικά χρειάζεται.

Βασικές αρχές που διέπουν τη νοσηλευτική βοήθεια των χρόνιων ασθενών:

1) Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψιν το παρελθόν και το παρόν του χρόνιου ασθενή, της ανάγκης και τις προσωπικές του επιδιώξεις.

2) Ενθαρρύνει τον άρρωστο να φροντίζει τον εαυτό του. Η φροντίδα αυτή αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, (διατροφή, καθαριότητα, κτλ.) αλλά και την ενασχόληση με πράγματα που τον ενδιαφέρουν.

3) Προσφέρει στον άρρωστο δυνατότητες επιλογής ή αποφάσεων που αφορούν τη νοσηλευτική του φροντίδα και καθημερινή του δραστηριότητα. Ο νοσηλευτής / τρία πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις γι' αυτόν, γιατί το μειώνει, τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.

4) Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με το χρόνο ασθενή και όχι για το χρόνο ασθενή.

5) Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του χρόνιου ασθενή, να διατηρείται η ακεραιότητα του και η αίσθηση του ελέγχου τα οποία ο νοσηλευτής επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του. Να διαθέτει χρόνο στον χρόνο ασθενή για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.

6) Οι χρόνιοι ασθενείς πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική και συναισθηματική επιβάρυνση τους.

7) Ο νοσηλευτής / τρία γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για το χρόνο ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό, κάθε άρρωστος να αντιμετωπίζεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του σαν ένα άτομο που ΖΕΙ... ένα άτομο που ζει την προσωπική του διεργασία και πορεία προς το θάνατο! Σε καμία περίπτωση δε βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει. Εξακολουθεί να είναι ένας άνθρωπος ανάμεσα μας που με το θάνατο του μπορεί να μας φέρει πιο κοντά στην καρδιά και το νόημα της ζωής.

Σκοπός του νοσηλευτή / τρία απέναντι σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις:

- Ο νοσηλευτής / τρία κοντά σ' ένα χρόνιο ασθενή προσπαθεί να ακούει με κατανόηση τις ανησυχίες που τον περιβάλλουν
- Να εξηγεί, όσο μπορεί πιο καλά τι σημαίνουν τα συμπτώματα - ενοχλήματα που παρουσιάζει.
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια, όταν αυτή χρειάζεται.
- Να τον ενημερώνει, σε μία συστηματική προσπάθεια, για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί.
- Να το μεταχειρίζεται σαν ανεξάρτητο άτομο και ποτέ σαν άβουλο ον που δεν έχει δικαίωμα στη ζωή.

Ο νοσηλευτής / τρία είναι το μοναδικό πρόσωπο στην ομάδα υγείας (γιατρός - κοινωνικός λειτουργός - ψυχολόγος και οικογένεια) που έχει συνεχή επαφή με τον ασθενή. Επομένως ο νοσηλευτής είναι το πρόσωπο με τις μεγαλύτερες ευκαιρίες να βοηθήσει το χρόνιο ασθενή.

Αποτελεί το άτομο όπου στο πρόσωπο του ο ασθενής αποβλέπει για την προσωπική του φροντίδα, για πληροφορίες, για βοήθεια κ.τ.λ. Για να είναι όμως η νοσηλευτική βοήθεια αποτελεσματική ο νοσηλευτής / τρία πρέπει να γνωρίζει τη φύση της ασθένειας. Αυτό είναι βασικό στοιχείο για κάθε επιστημονική εκτίμηση και ενέργεια. Ο αντικειμενικός σκοπός του νοσηλευτή είναι να ενθαρρύνει. Διδάσκει συνεχώς το πώς, τι και γιατί. Δίδει δε μεγαλύτερη έμφαση στις ικανότητες, παρά στις αδυναμίες του ασθενή.

Όταν ο ασθενής αντιδρά και λέει "δε βλέπω το λόγο να ζω" είναι φανερό ότι κατέχεται από υπερβολικό φόβο και ανησυχία. Ο ασθενής αυτός πρέπει να υποστηρικτή ηθικά, με έπαινο, με ένδειξη ενδιαφέροντος, υπομονή κατανόηση και ενθάρρυνση, ελευθερία να εκφράσει τους φόβους του και με μεγαλύτερη έμφαση σ' αυτά που κατορθώνει να επιτελέσει και όχι στις ικανότητες του

γενικώς.

Βοηθώντας τον ασθενή να δεχτεί τη χρόνια ασθένεια του - όταν αυτό είναι εφικτό- το διευκολύνουμε στο να οργανώσει τη ζωή του. Χρειάζεται όμως προσοχή ώστε να μη δοθούν ψεύτικες ελπίδες και να μην εγκαταλειφτεί ο ασθενής μόνο στη δική του πρωτοβουλία.

Μια βασική αρχή που θα πρέπει να γνωρίζει ο νοσηλευτής / τρία είναι η αναγνώριση ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ασθενών και ότι κάθε χρόνιος ασθενής είναι μια ξεχωριστή προσωπικότητα. Επομένως η θεραπεία πρέπει να προσαρμοστεί ανάλογα για ν'αντιμετωπιστεί η κάθε συγκεκριμένη περίπτωση.

Παράλληλα ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει την οικογένεια του αρρώστου.

- Ποιο είναι το ισχυρότερο μέλος της οικογένειας.
- Τη στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο.
- Την οικονομική κατάσταση.
- Τις διάφορες οικογενειακές πιέσεις.
- Τις ερωτήσεις που γίνονται από τα μέλη της οικογένειας.
- Την ανάγκη για συνεργασία με τα μέλη της οικογένειας .
- Τις σχέσεις και την επαφή με τα μέλη της οικογένειας .
- Αν η οικογένεια παίρνει κοινωνική βοήθεια κ.α .

Τέλος ένας βασικός παράγοντας για τη σωστή και αποτελεσματικότερη φροντίδα ενός χρόνιου ασθενή είναι ο κάθε νοσηλευτής / τρία θα πρέπει να γνωρίζει :

- Τα συναισθήματα του απέναντι στην αρρώστια .
- Τα συναισθήματα απέναντι στο θάνατο .
- Τη φιλοσοφία του για το θάνατο .
- Την εμπιστοσύνη, που ο άρρωστος τρέφει για αυτόν .
- Το βαθμό επαφής που έχει με τα μέλη της οικογένειας του αρρώστου .
- Τη δυνατότητα που έχει για το χειρισμό ενός τέτοιου θέματος .

Η γνωριμία του με τον άρρωστο, την οικογένεια του και τον εαυτό του θα βοηθήσουν στο σωστό χειρισμό του ασθενούς .

4.2 Ο ρόλος της Εκκλησίας.

Τι μπορεί να κάνει η Εκκλησία; Τι περιμένουν εκατοντάδες χιλιάδες χρόνια ασθενείς από την Εκκλησία;

Το πρώτο καθήκον της Εκκλησίας είναι: Να τους μιλήσει για την ελπίδα, για την παρηγοριά, για τη δύναμη, για το θάρρος, για το κουράγιο, για τη συγχώρηση, για τη σωτηρία και την αιωνιότητα, για την αγάπη του Χριστού και όλα αυτά τα δώρα που απορρέουν από το Σταυρό του Χριστού.

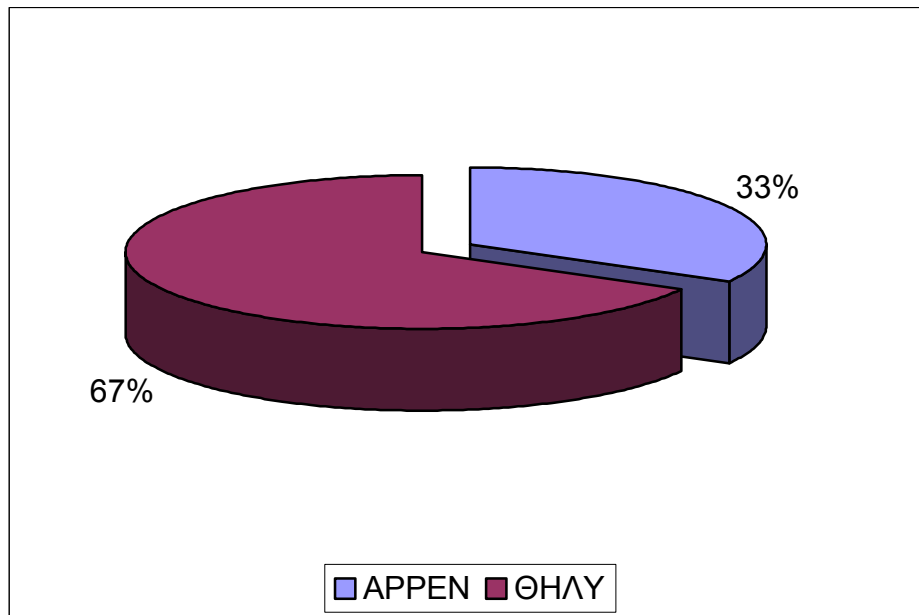
Η Μητέρα Εκκλησία, παράλληλα με τον αγιαστικό της ρόλο, μπορεί αποφασιστικά να βοηθήσει τους πάσχοντες από βαριά χρόνια νόσο και με τους εξής τρόπους:

1. Με πνευματική συμπαράσταση και ηθική στήριξη. Είναι γνωστό ότι οι συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές (φόβος, ανασφάλεια, μελαγχολία) αποδιοργανώνουν το άτομο. Η εκκλησία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να απαλλαγεί από δυσάρεστες συναισθηματικές και ψυχολογικές καταστάσεις.
2. Με την ενθάρρυνση των χρόνιων ασθενών να είναι ενεργά μέλη της κοινωνίας.
3. Με τη δημιουργία ειδικών εθελοντικών ομάδων από ιερείς, ειδικούς γιατρούς; νομικούς, ψυχολόγους - ψυχίατρους, κοινωνιολόγους - κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και άλλους εθελοντές για την αντιμετώπιση και επίλυση των ποικίλων και δυσεπίλυτων προβλημάτων των χρόνιων ασθενών (θέματα υγείας, εργασίας, κατοικίας, παιδείας, κοινωνικών παροχών κ.α).
4. Όταν η νόσος εξελίσσεται στο τελικό στάδιο, ένας κατάλληλος εκκλησιαστικός ή κρατικός ξενώνας ή ένα ίδρυμα θα ήταν ο καλύτερος και αναπαυτικότερος χώρος για να τελειώνουν οι χρόνια πάσχοντες την επίγεια ζωή τους με αξιοπρέπεια.



1.ΦΥΛΟ

	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
	33%	67%	100%
	33%	67%	100%



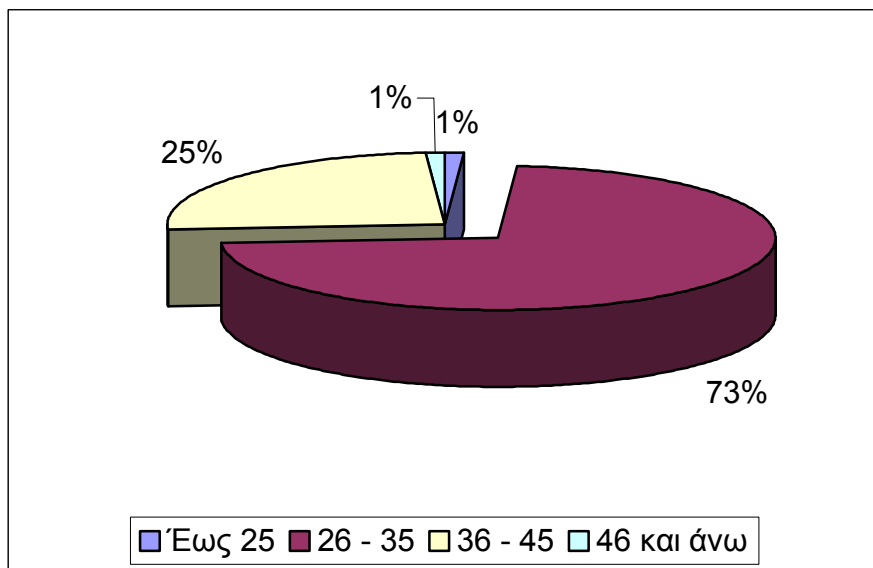
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

Βενιζέλιο
Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν στο
από τους νοσηλευτές οι 67 ήταν γυναίκες και οι 33 άντρες .



2.ΗΛΙΚΙΑ

Έως 25	1%	1%
26 - 35	73%	73%
36 - 45	25%	25%
46 και άνω	1%	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

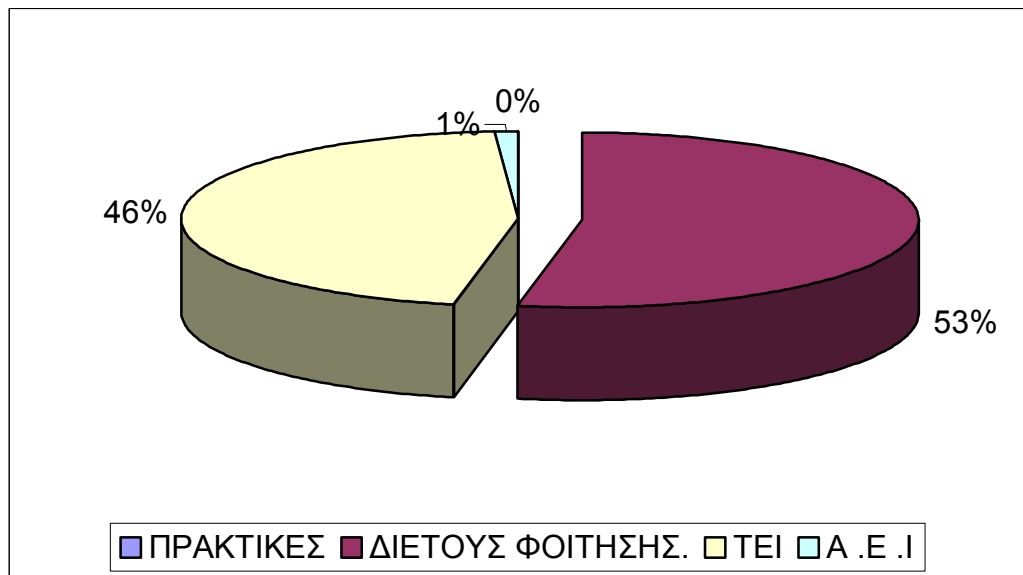
Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές

στο Βενιζέλειο νοσοκομείο, οι 73 είχαν ηλικία από 26 – 35 οι 25 είχαν ηλικία από 36 – 45. Υπήρχε ένα άτομο ηλικίας έως 25 και καθώς και ένα άτομο ακόμη ηλικίας 46 και άνω.



3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	0%	0%
ΔΙΕΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ.	53%	53%
ΤΕΙ	46%	46%
Α .Ε .Ι	1%	1%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

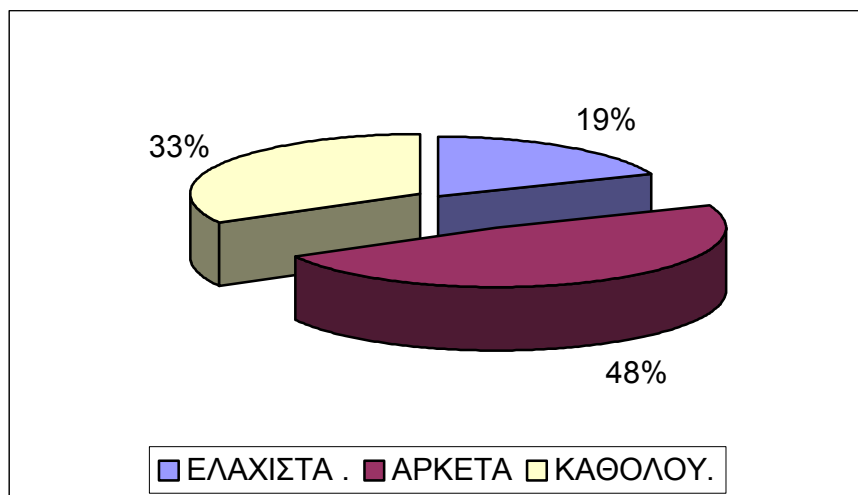
Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές στο Βενιζέλειο νοσοκομείο οι 53 ήταν Διετοίς φοιτήσεως, οι 46 ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ , ένας ήταν μόνο απόφοιτος Α.Ε.Ι , και δεν υπήρχαν καθόλου πρακτικές .



ΕΡΩΤΗΣΗ 1

Η ηλικία του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σε σχέση με ασθενείς που έχουν το ίδιο χρόνια νόσημα ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	19%	19%
ΑΡΚΕΤΑ	48%	48%
ΚΑΘΟΛΟΥ.	33%	33%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

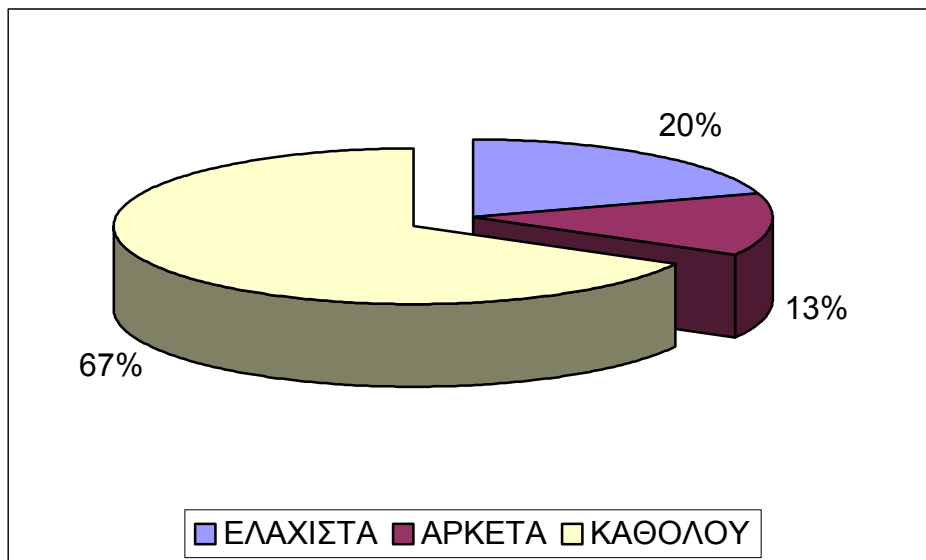
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 48 % υποστηρίζει ότι το φύλο του ασθενούς δεν παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση του .



ΕΡΩΤΗΣΗ 2

Το φύλο του χρόνιου ασθενούς παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση του ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	20%	20%
ΑΡΚΕΤΑ	13%	13%
ΚΑΘΟΛΟΥ	67%	67%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

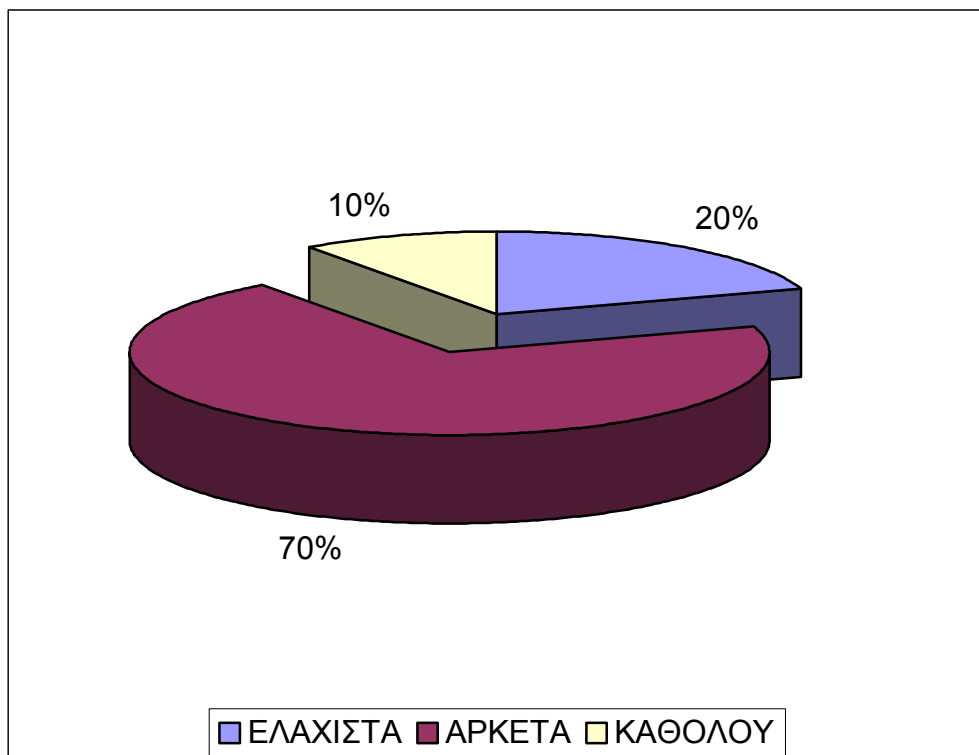
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 67% υποστηρίζει ότι το φύλο του ασθενούς δεν παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση του .



ΕΡΩΤΗΣΗ 3

Το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προσωπική σας επικοινωνία μαζί σας ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	20%	20%
ΑΡΚΕΤΑ	70%	70%
ΚΑΘΟΛΟΥ	10%	10%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

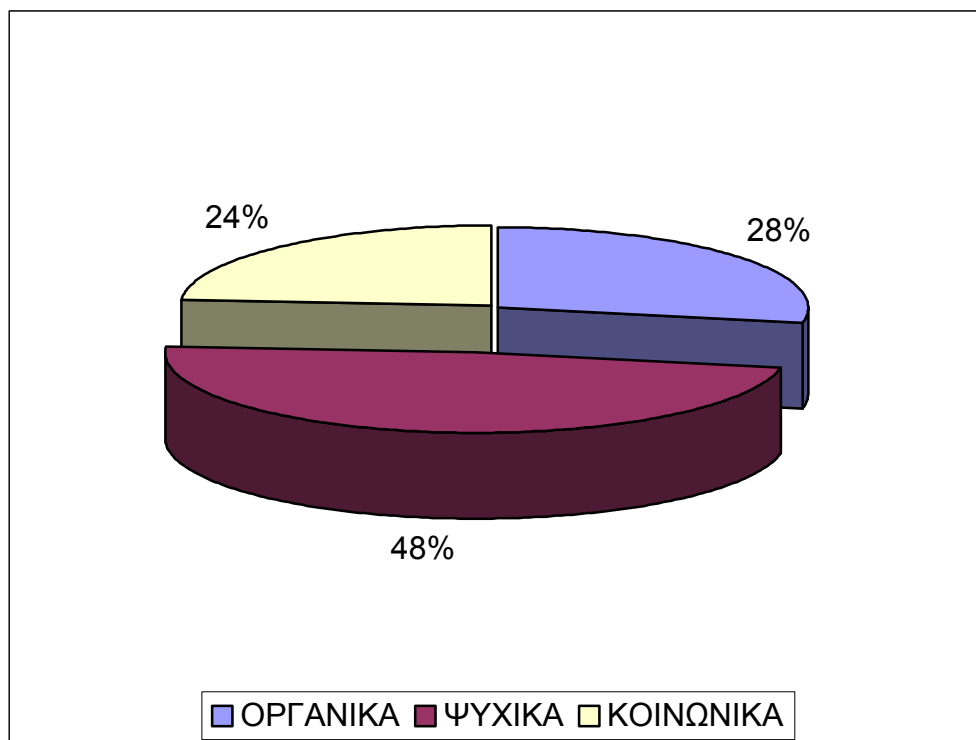
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία υποστηρίζει ότι το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην προσωπική επικοινωνία μεταξύ τους , σε ποσοστό 70%.



ΕΡΩΤΗΣΗ 5

Κατά την γνώμη σας ποια πιστεύετε ότι είναι τα κύρια προβλήματα των ασθενών με χρόνια νοσήματα ;

ΟΡΓΑΝΙΚΑ	28%	28%
ΨΥΧΙΚΑ	48%	48%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ	24%	24%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

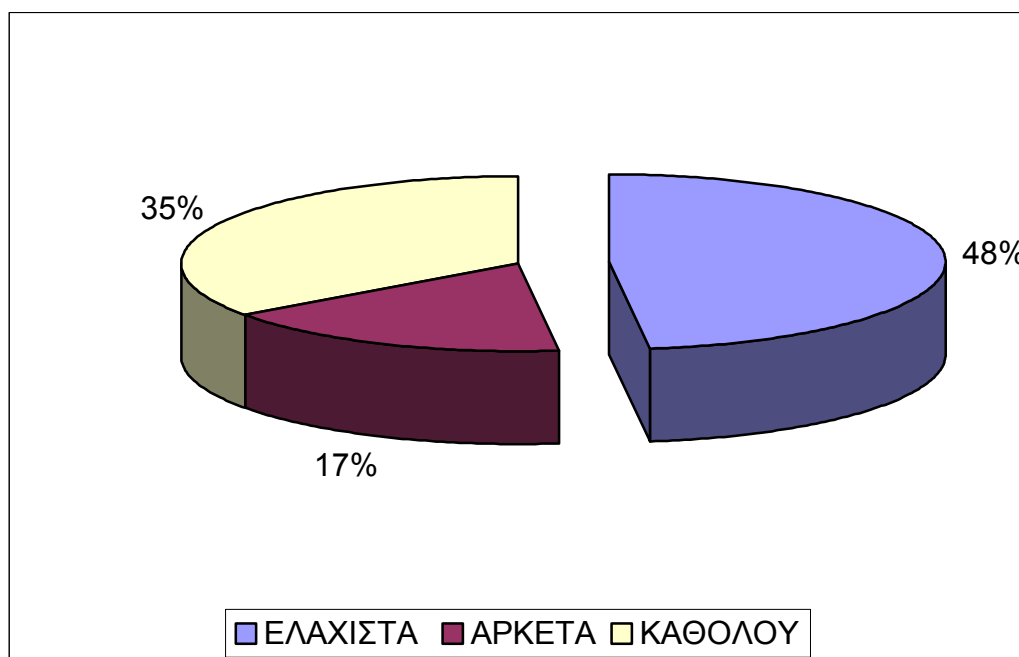
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία υποστηρίζει ότι τα κύρια προβλήματα των ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι κυρίως ψυχικά .



ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Η εκπαίδευση σας πιστεύετε ότι σας έχει δώσει τις κατάλληλες βάσεις , για να ανακοινώσετε σε έναν χρόνια πάσχοντα την ασθένεια του ;

<u>ΕΛΛΑΧΙΣΤΑ</u>	48%	48%
ΑΡΚΕΤΑ	17%	17%
ΚΑΘΟΛΟΥ	35%	35%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

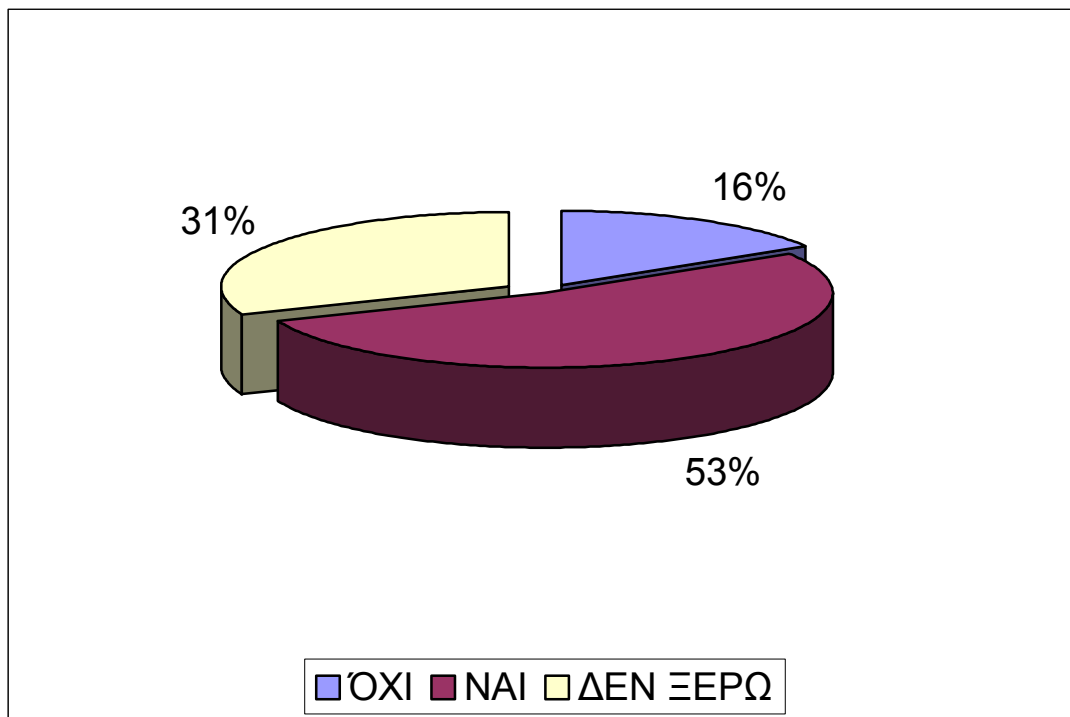
Από τους 100 ερωτηθέντες το 48 % υποστηρίζει ότι δεν έχει τις κατάλληλες βάσεις για να ανακοίνωση σε έναν χρόνιο πάσχοντα την ασθένεια του ,ενώ το 17 % υποστηρίζει ότι έχει τις κατάλληλες βάσεις .



ΕΡΩΤΗΣΗ 7

Πιστεύεται ότι ο χρόνιος πάσχοντας ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνεται για την ασθένεια του με κάθε λεπτομέρεια ;

ΟΧΙ	16%	16%
ΝΑΙ	53%	53%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	31%	31%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ

Από τους 100 ερωτηθέντες στο Βενιζέλειο νοσοκομείο το 53% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να ενημερώνετε ο χρόνιος πάσχοντας ενώ το 31% δεν είναι σε θέση να το γνωρίζει .

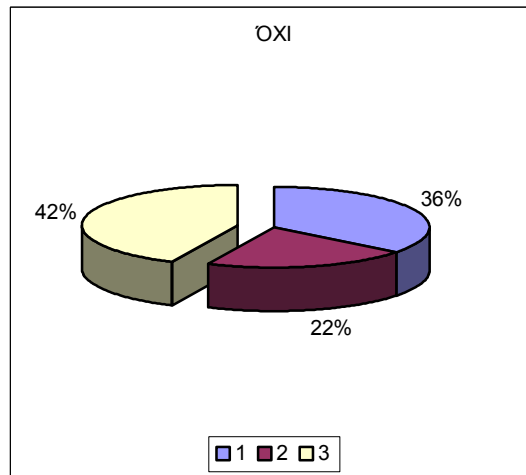
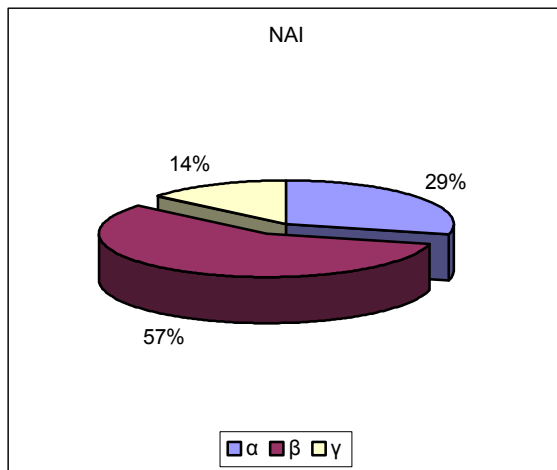


ΕΡΩΤΗΣΗ 8

Για να παρατηρήσετε την πορεία της νόσου σε έναν χρόνια ασθενή που στηρίζεστέ ;

- .α) Σε αυτά που λέει ο ίδιος ο ίδιος .
- .β) Στις εργαστηριακές του εξετάσεις ;
- .γ) Από πληροφορίες από την οικογένεια του ;
- .δ) Από άλλα άτομα ;

	α	β	γ
ΝΑΙ	29%	57%	14%
ΟΧΙ	71%	43%	86%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

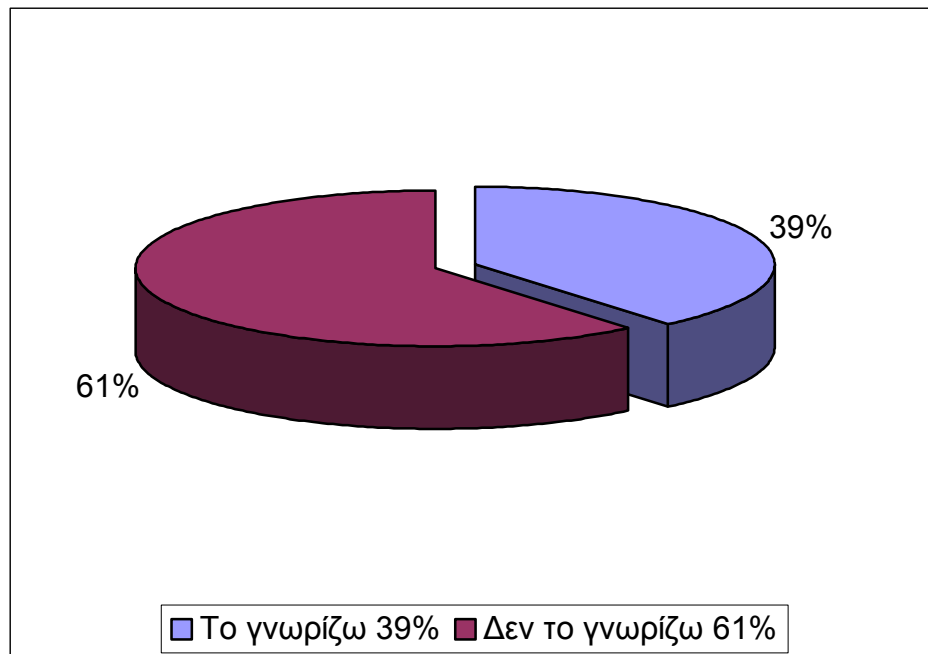
Από τους 100 ερωτηθέντες του Βενιζελείου νοσοκομείου η πλειοψηφία απάντησε για να αξιολογήσουν την πορεία του χρόνιου πάσχοντα στηρίζονται κυρίως στις εργαστηριακές του εξετάσεις και σε όσα λέει το ίδιο το άτομο και μόνο ένα μικρό ποσοστό 14 % στηρίζεται σε πληροφορίες από την οικογένεια του χρόνιου πάσχοντα.



ΕΡΩΤΗΣΗ 9

Έιστε σε θέση να γνωρίζετε εάν ο χρόνιος ασθενής σας ακολουθεί την θεραπευτική του αγωγή ;

Το γ ω ρ ί ζ ω	39%	39%
Δεν το γνωρίζω	61%	61%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

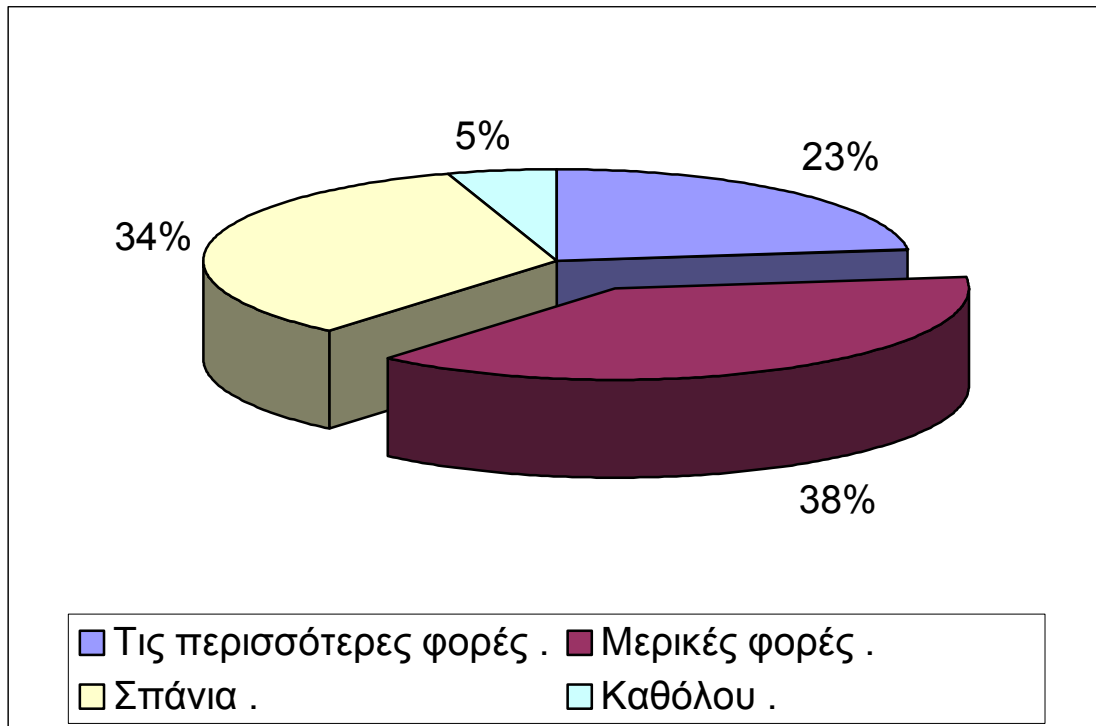
Από τους 100 ερωτηθέντες το 61 % απάντησε ότι δεν γνωρίζει αν ο ασθενής ακολουθεί την θεραπευτική του αγωγή ,ενώ το 39 % το γνωρίζει .



ΕΡΩΤΗΣΗ 10

Κάνετε συζήτηση με τον χρόνια πάσχοντα ασθενή σας, για τις επιπλοκές που μπορεί να έχει μετά την νόσο;

Τις περισσότερες φορές .	23%	23%
Μερικές φορές .	38%	38%
Σπάνια .	34%	34%
Καθόλου .	5%	5%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

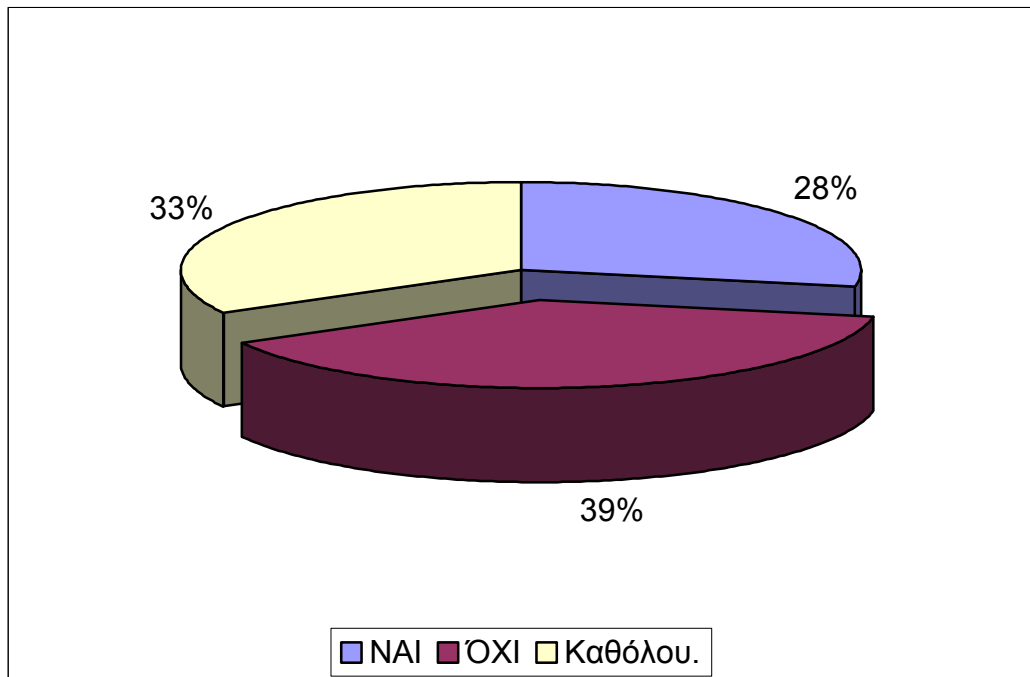
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία απάντησε ότι μερικές φορές συζητά με τον χρόνιο πάσχοντα για τις επιπλοκές που μπορεί να έχει μ



ΕΡΩΤΗΣΗ 11

Πιστεύετε ότι τα θεραπευτικά - διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν στον χώρο όπου εργ

ΝΑΙ	28%	28%
ΟΧΙ	39%	39%
Καθόλου.	33%	33%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:

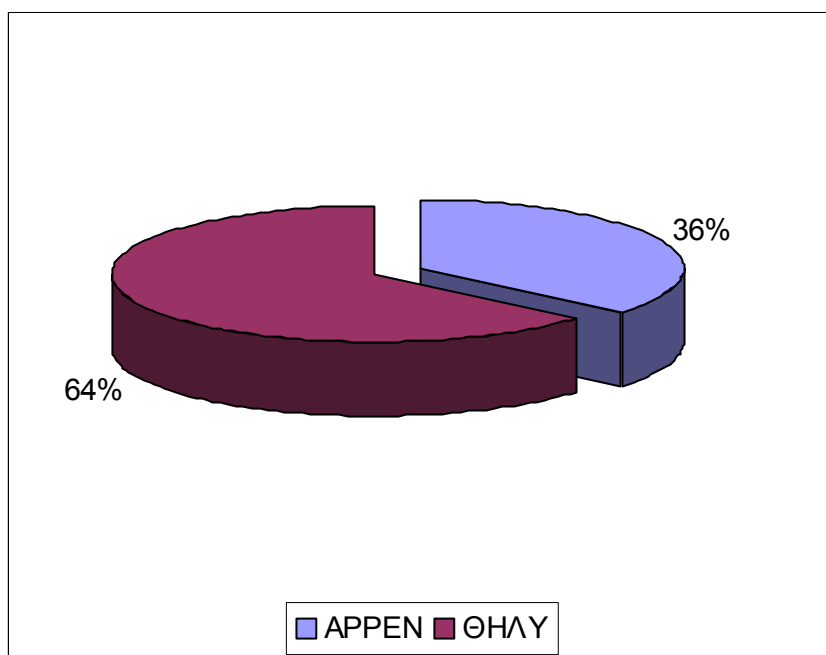
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία απάντησε ότι δεν είναι επαρκή τα μέσα στον χώρο όπου εργάζονται, ενώ το 33 %

ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΕΙ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗ .



1.ΦΥΛΟ

	ΑΡΡΕΝ	ΘΗΛΥ	ΣΥΝΟΛΟ
	36%	64%	100%
	36%	64%	100%



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

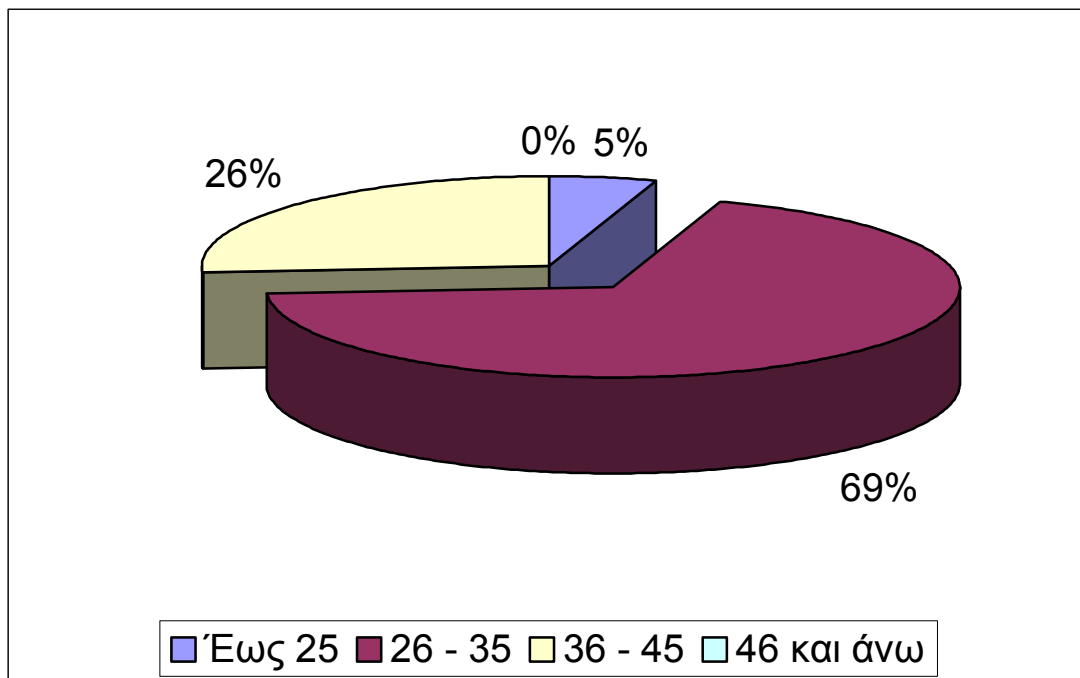
Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ

από τους νοσηλευτές οι 64 ήταν γυναίκες και οι 36 άντρες .



2) ΗΛΙΚΙΑ :

Έως 25	5%	5%
26 - 35	69%	69%
36 - 45	26%	26%
46 και άνω	0%	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



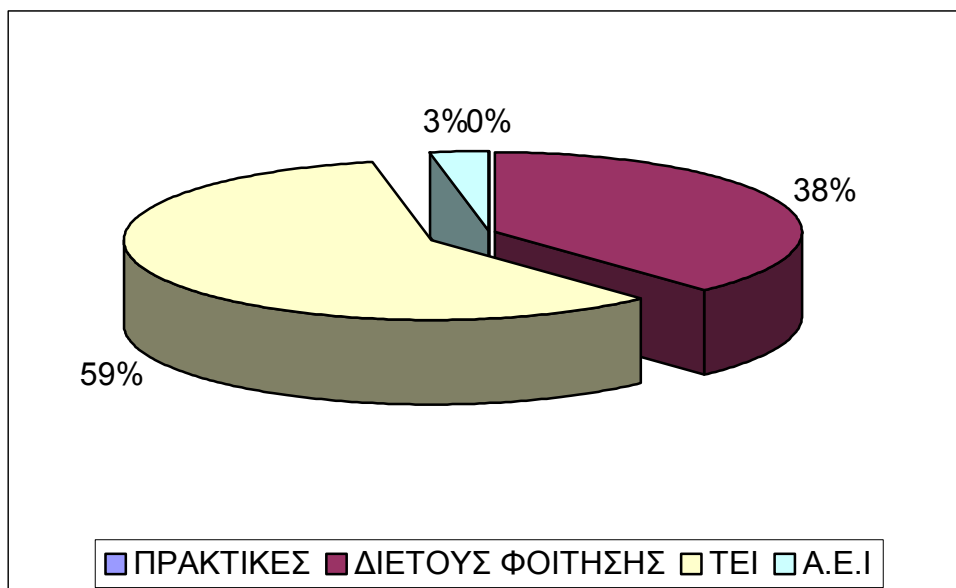
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ οι 69 είχαν ηλικία από 26 - 35 , οι 29- 35 , οι 26 είχαν ηλικία από 36 - 45 , οι 5 είχαν ηλικία ως 25 , ενώ δεν υπήρχε κανείς ηλικίας πάνω από 46 .



3) ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ :

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ	0%	0%
ΔΙΕΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΣΗΣ	38%	38%
ΤΕΙ	59%	59%
Α.Ε.Ι	3%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

Στο σύνολο εκατό ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από νοσηλευτές στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ οι 59 ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ , οι 38 ήταν Διετούς φοιτήσεις , οι 3 ήταν απόφοιτοι Α.Ε.Ι , ενώ δεν υπήρξαν καθόλου πρακτικές .

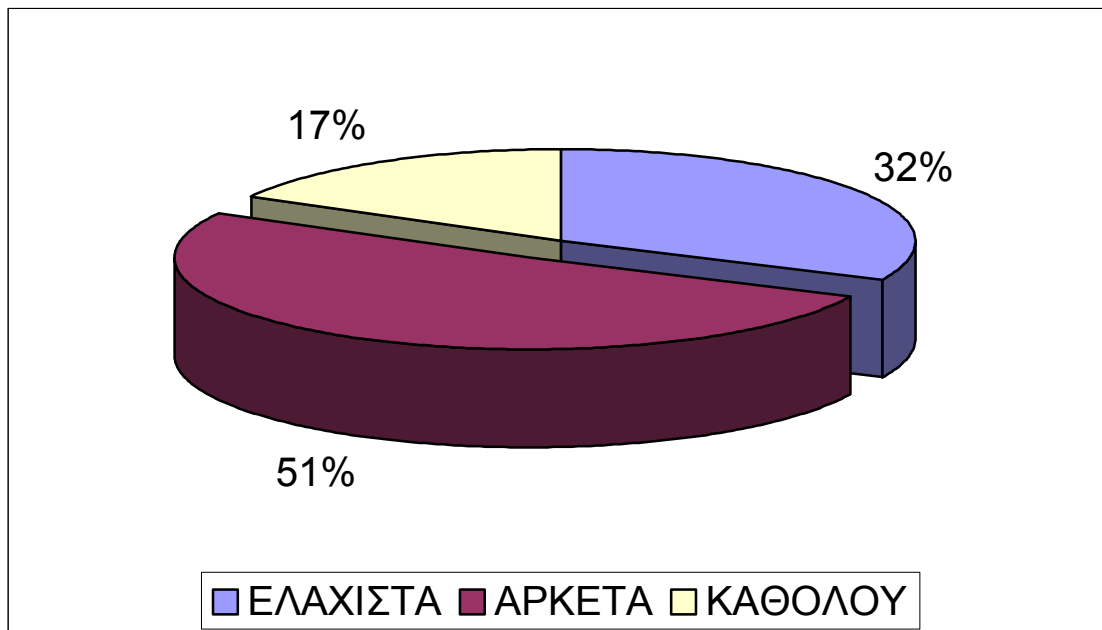


ΕΡΩΤΗΣΗ 1

Η ηλικία του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σε σχέση με ασθενείς που έχουν το ίδιο χρόνια νόσημα ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	32%	32%
ΑΡΚΕΤΑ	51%	51%

ΚΑΘΟΛΟΥ	17%	17%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

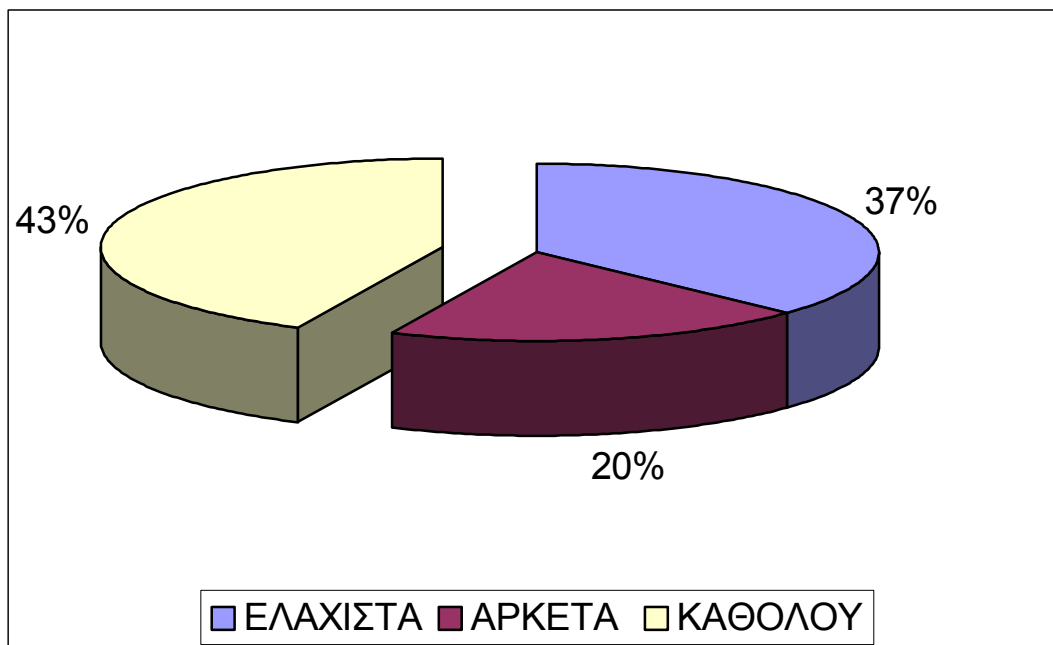
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 51% πιστεύει ότι η ηλικία του ασθενή παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σε σχέση με ασθενείς που έχουν το ίδιο χρόνιο νόσημα.



ΕΡΩΤΗΣΗ 2:

Το φύλο του χρόνιου ασθενούς παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση του ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	37%	37%
ΑΡΚΕΤΑ	20%	20%
ΚΑΘΟΛΟΥ	43%	43%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

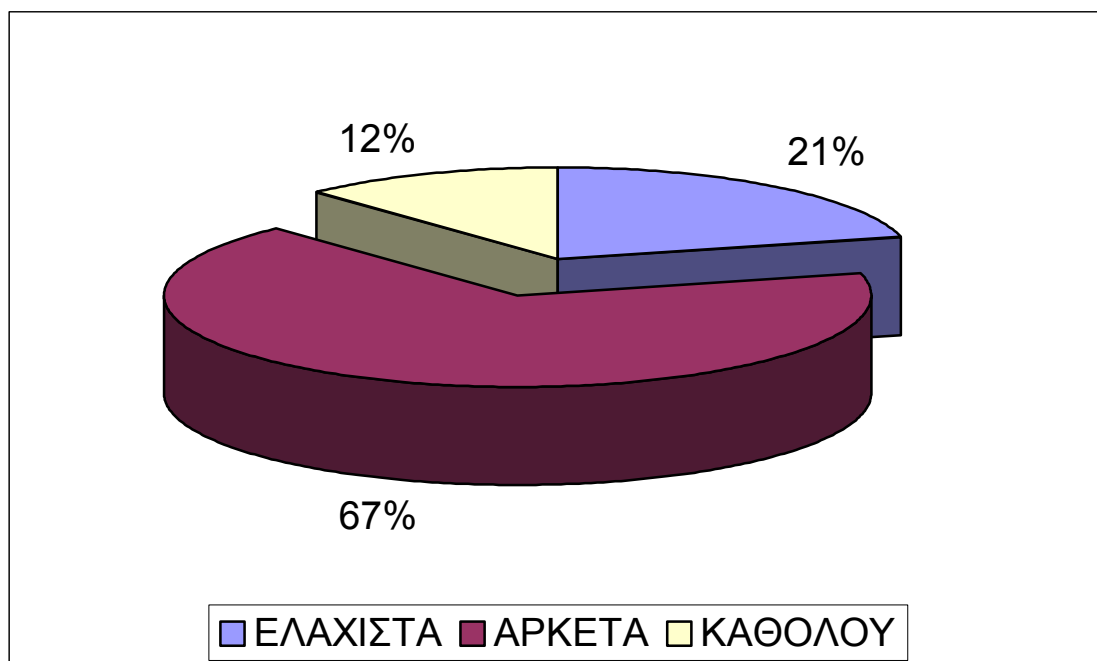
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 43% υποστηρίζει ότι το φύλο του ασθενούς δεν παίζει ρόλο στην αντιμετώπιση του .



ΕΡΩΤΗΣΗ 3

Το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την προσωπική σας επικοινωνία μαζί του ;

	21%	21%
ΑΡΚΕΤΑ	67%	67%
ΚΑΘΟΛΟΥ	12%	12%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

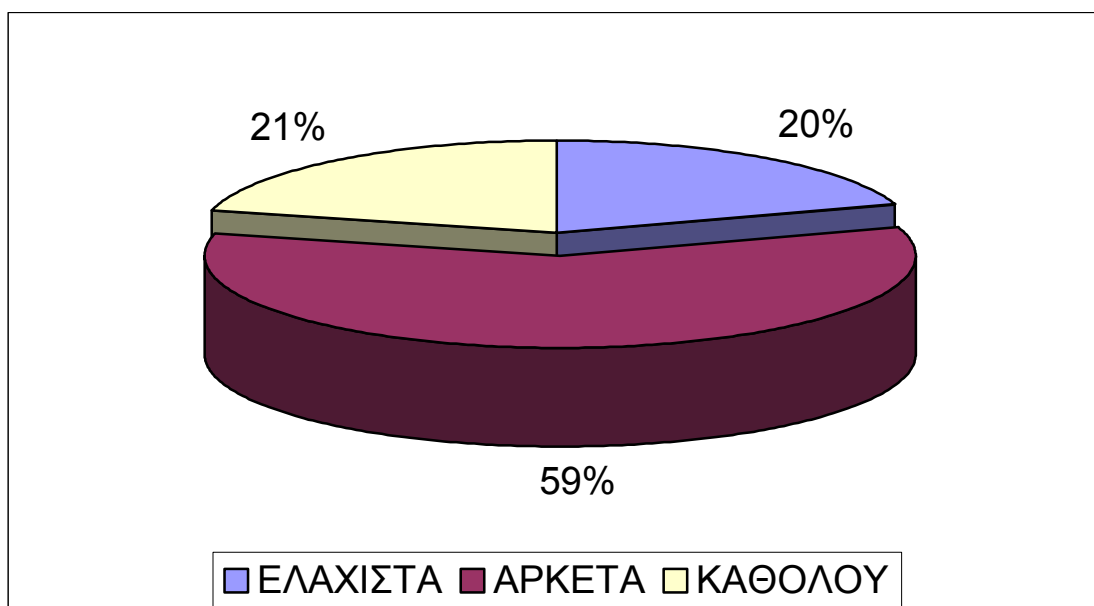
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 67% απάντησε ότι το μορφωτικό επίπεδο του χρόνιου ασθενή επηρεάζει αρκετά την προσωπική επικοινωνία μεταξύ τους .



ΕΡΩΤΗΣΗ 4 :

Πιστεύετε ότι η αντιμετώπιση ενός χρόνιου ασθενούς επηρεάζεται από την φύση και την σοβαρότητα της ασθένειας του ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	20%	20%
ΑΡΚΕΤΑ	59%	59%
ΚΑΘΟΛΟΥ	21%	21%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

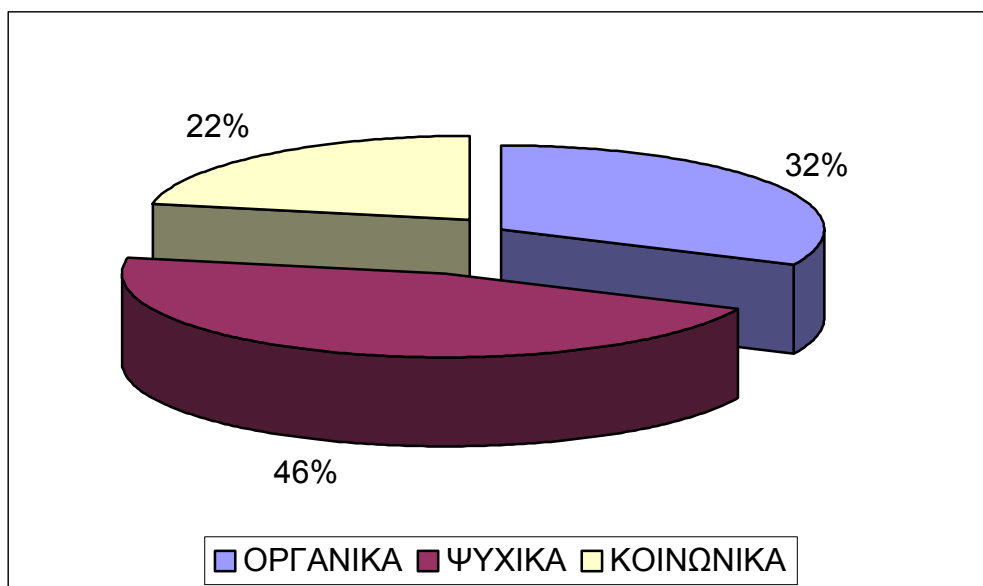
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 59% υποστηρίζει ότι η φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας του χρόνιου ασθενή παίζει αρκετά σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του .



ΕΡΩΤΗΣΗ 5 :

Κατά την γνώμη σας ποια πιστεύετε ότι είναι τα κύρια προβλήματα των ασθενών με χρόνια νοσήματα ;

ΟΡΓΑΝΙΚΑ	32%	32%
ΨΥΧΙΚΑ	46%	46%
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ	22%	22%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

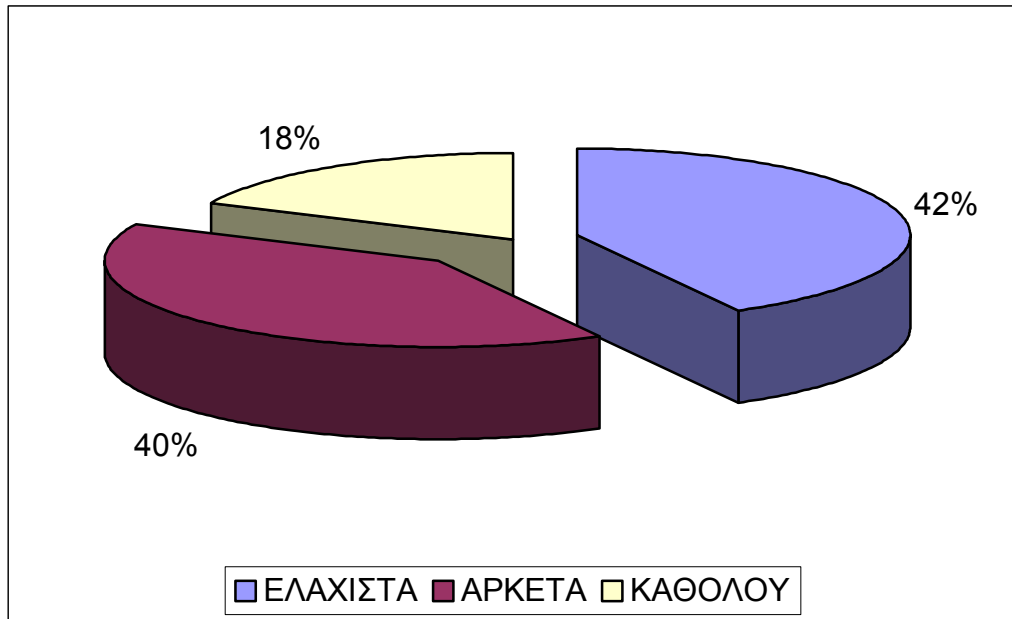
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 46% υποστηρίζει ότι τα κύρια προβλήματα των ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι κυρίως ψυχικά .



ΕΡΩΤΗΣΗ 6 :

Η εκπαίδευσή σας πιστεύετε ότι σας έχει δώσει τις κατάλληλες βάσεις , για να ανακοινώσετε σε έναν χρόνια πάσχοντα την ασθένεια του ;

ΕΛΑΧΙΣΤΑ	42%	42%
ΑΡΚΕΤΑ	40%	40%
ΚΑΘΟΛΟΥ	18%	18%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 42% πιστεύει ότι η εκπαίδευσή τους δεν τους έχει δώσει τα κατάλληλα εφόδια για να ανακοινώσουν σε έναν χρόνια πάσχοντα την ασθένεια του , ενώ το 40 % πιστεύει ότι τους έχει δώσει τα κατάλληλα εφόδια .

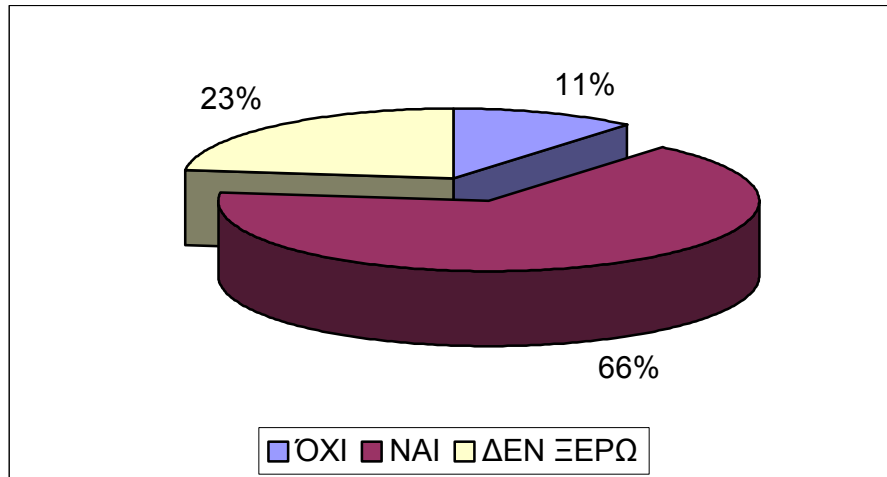


ΕΡΩΤΗΣΗ 7 :

Πιστεύετε ότι ο χρόνιος πάσχοντας ασθενής θα πρέπει να ενημερώνεται για την ασθένεια του με κάθε λεπτομέρεια ;

ΟΧΙ	11%	11%
-----	-----	-----

ΝΑΙ	66%	66%
ΔΕΝ ΞΕΡΩ	23%	23%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

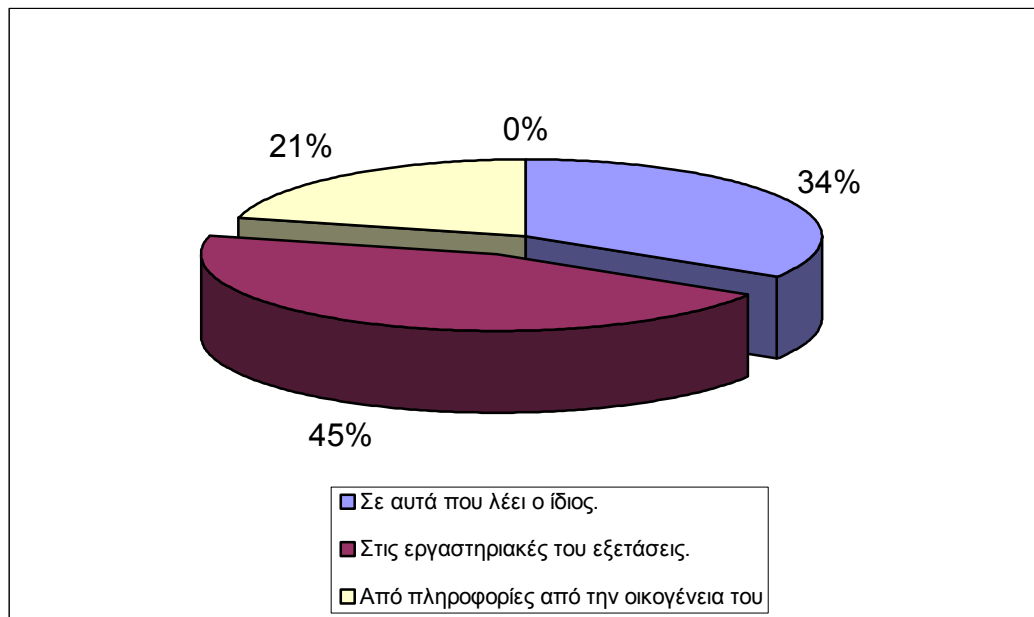
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 66% υποστηρίζει ότι θα πρέπει να ενημερώνεται ο χρόνιος πάσχοντας για την ασθένεια του .



ΕΡΩΤΗΣΗ 8 :

Για να παρατηρήσετε την πορεία της νόσου σε έναν χρόνια ασθενή που στηρίζετε ;

Σε αυτά που λέει ο ίδιος.	34%	34%
Στις εργαστηριακές του εξετάσεις.	45%	45%
Από πληροφορίες από την οικογένεια του .	21%	21%
Από άλλα άτομα .	0%	0%
ΣΥΝΟΛΟ	100	100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

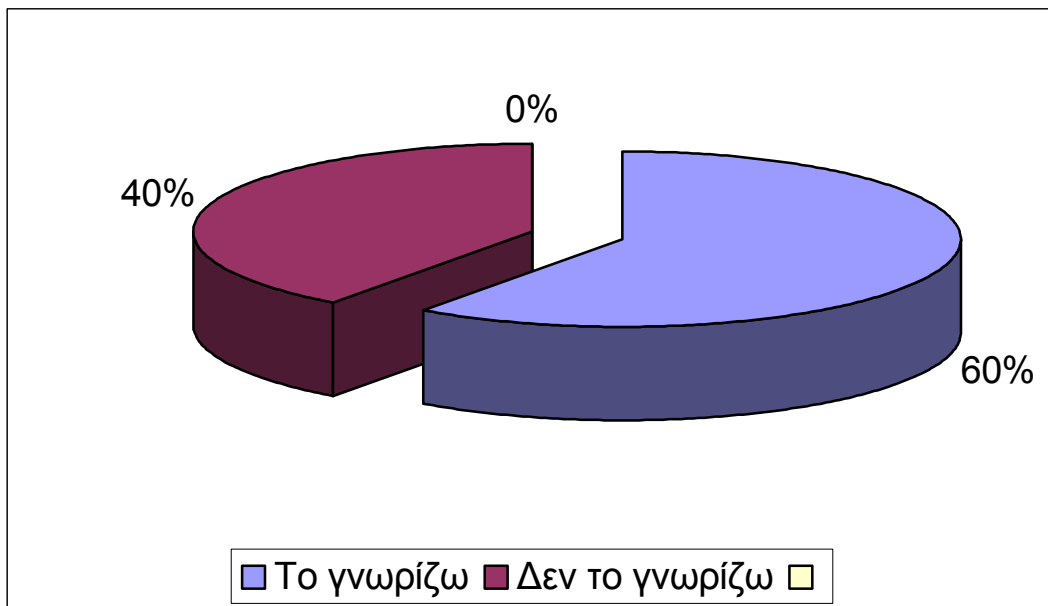
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 45 % υποστηρίζει ότι στηρίζεται στις εργαστηριακές εξετάσεις για να αξιολογήσει την πορεία της νόσου του χρόνιου πάσχοντα, ενώ το 34% στηρίζεται σε όσα λέει το ίδιο το άτομο .



ΕΡΩΤΗΣΗ 9:

Είστε σε θέση να γνωρίζετε εάν ο χρόνιος ασθενής σας ακολουθεί σωστά την θεραπευτική του αγωγή ;

Το γνωρίζω	Δεν το γνωρίζω		ΣΥΝΟΛΟ
60%	40%		100
60%	40%		100



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

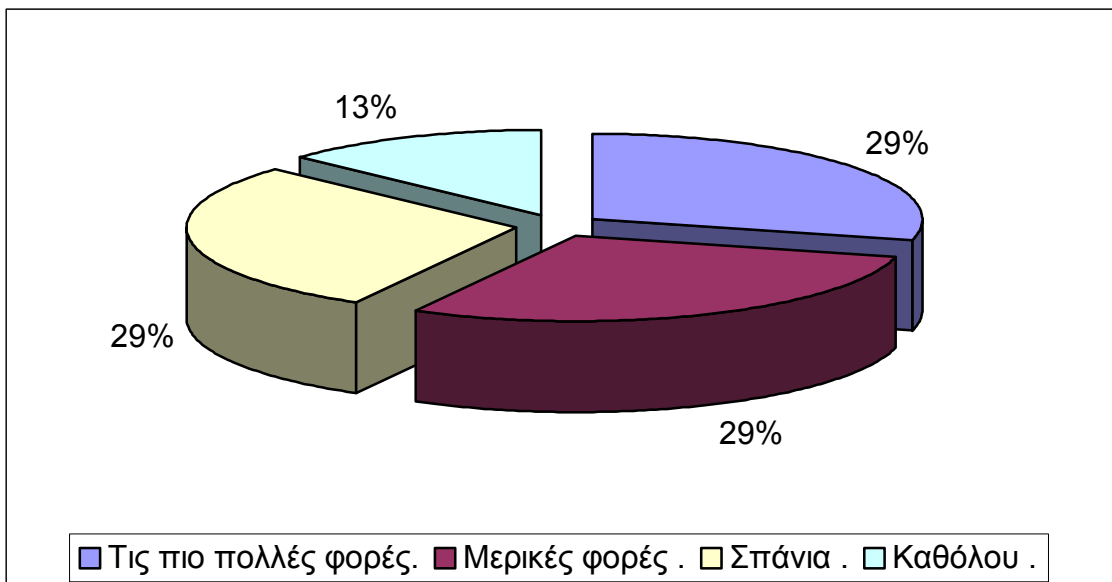
Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 60% είναι σε θέση να γνωρίζει αν ο ασθενής ακολουθεί σωστά τη θεραπευτική του αγωγή .



ΕΡΩΤΗΣΗ 10:

Κάνετε συζήτηση με τον χρόνια πάσχοντα ασθενή σας, για τις επιπλοκές που μπορεί να έχει μετά την νόσο ;

Τις πιο πολλές φορές.	29%	29%
Μερικές φορές .	29%	29%
Σπάνια .	29%	29%
Καθόλου .	13%	13%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

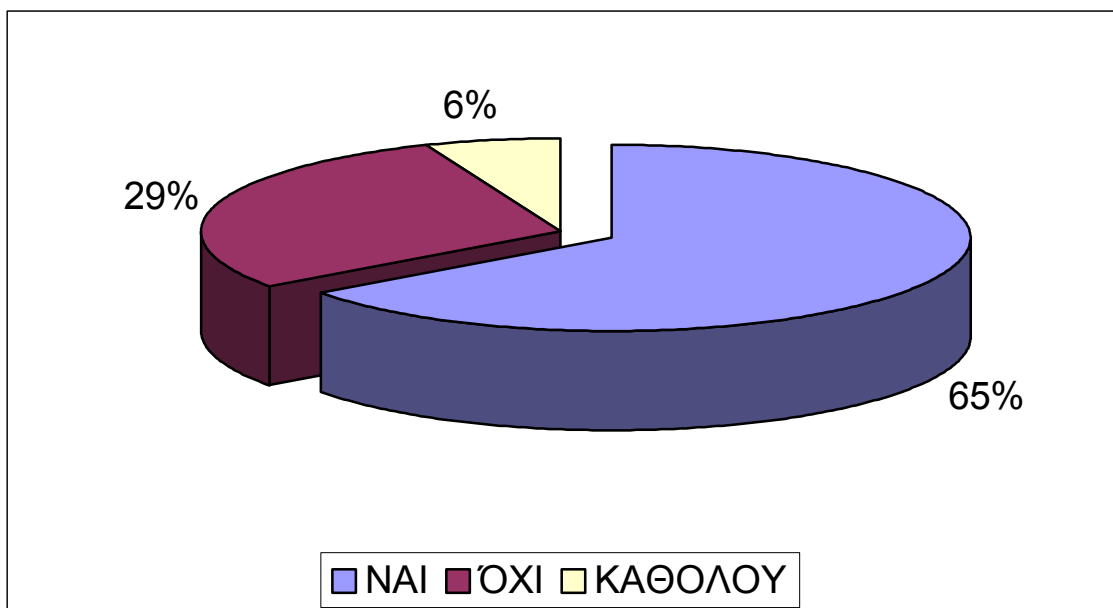
Η πλειοψηφία από τους 100 ερωτηθέντες απάντησε ότι τις περισσότερες φορές συζητά με τον χρόνια πάσχοντα για τις επιπλοκές που μπορεί να έχει μετά την νόσο .



ΕΡΩΤΗΣΗ 11 :

Πιστεύετε ότι τα θεραπευτικά - διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν στον χώρο όπου εργάζεστε , ότι είναι επαρκή .

<u>ΝΑΙ</u>	65%	65%
ΟΧΙ	29%	29%
ΚΑΘΟΛΟΥ	6%	6%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :

Από τους 100 ερωτηθέντες η πλειοψηφία 65% πιστεύει πως τα θεραπευτικά και διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους , ότι είναι επαρκή .

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Η στατιστική ερευνά περιλαμβάνει δύο μέρη :

A ' ΜΕΡΟΣ

- Στατιστική ερευνά με βάση τα ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές
- Συμπεράσματα που απορρέουν από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων ,

B ' ΜΕΡΟΣ

- Ερευνητικά πεδία .
- Σχολιασμοί ερευνητικών πεδίων .
- Προτάσεις – Συζήτηση .
- Επίλογος .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΟΥΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Στην προσπάθεια εκπόνησης του ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας, τέθηκαν ερωτήματα, σε 200 νοσηλευτές των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ – Βενιζελίου του νόμου Ηρακλείου .

Από τους 200 νοσηλευτές που πήραν μέρος στην ερευνά , μας απάντησαν από το ΠΕΠΑΓΝΗ 36 άντρες και 64 γυναίκες , και από το Βενιζέλειο 33 άντρες και 67 γυναίκες . Το μεγαλύτερο ποσοστό που κλήθηκε να απαντήσει ήταν ηλικίας 26 – 35 ετών .

Τα ερωτηματολόγια μοιράσθηκαν σε 100 νοσηλευτές του ΠΕΠΑΓΝΗ και σε αντίστοιχα άτομα στο Βενιζέλειο . Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο και εκπαίδευση των νοσηλευτών απόφοιτοι Τ.Ε.Ι ήταν 59 άτομα από το ΠΕΠΑΓΝΗ και 46 από το Βενιζέλειο , 69 άτομα ήταν Διετούς Φοίτησης στο ΠΕΠΑΓΝΗ και 53 αντίστοιχα στο Βενιζέλειο , και βρέθηκαν 4 μόνο απόφοιτοι Α.Ε.Ι 3 στο ΠΕΠΑΓΝΗ και 1 άτομο στο Βενιζέλειο .

Οι 200 νοσηλευτές καλέστηκαν να απαντήσουν σε 11 τύπους ερωτήσεων τα αποτελέσματα των

οποίων παραθέτουμε παρακάτω .

Σε ερώτηση αν η ηλικία μπορεί και σε ποιο βαθμό να καθορίσει, την αντιμετώπιση ασθενών με το ίδιο χρόνια νόσημα από το ΠΕΠΑΓΝΗ (51%) απάντησαν αρκετά , (32%) ελάχιστα και (17%) καθόλου, ενώ από το Βενιζέλειο (48%) απάντησε αρκετά ,το (33%) καθόλου και το (19%) ελάχιστα .

Επιπλέον όταν ρωτήθηκαν αν το φύλο αποτελεί διαφοροποιώ παράγοντα αντιμετώπισης του χρόνιου ασθενή τα περισσότερα άτομα από το ΠΕΠΑΓΝΗ (43%) απάντησαν καθόλου , (37%) ελάχιστα και το (20%) αρκετά , σε αντίθεση με το Βενιζέλειο όπου το (67%) απάντησε καθόλου ,το (20%) ελάχιστα και το (13%) αρκετά .

Ακόμη ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (70%) από το Βενιζέλειο και (67%) αντίστοιχα από το ΠΕΠΑΓΝΗ ,πιστεύει ότι το μορφωτικό επίπεδο του χρόνιου ασθενούς , μπορεί να επηρεάσει αρκετά την προσωπική επικοινωνία μεταξύ τους . Αντίθετα το (21%) των ατόμων από το ΠΕΠΑΓΝΗ και το (20%) από το Βενιζέλειο πιστεύει ότι επηρεάζεται ελάχιστα και το (12%) και (10%) αντίστοιχα από το Βενιζέλειο ,πιστεύει ότι δεν επηρεάζεται καθόλου .

Επίσης σε ερώτηση εάν η αντιμετώπιση ενός χρόνιου πάσχοντα ασθενή εξαρτάται από την φύση και την σοβαρότητα της κατάστασης του το (59%) των ερωτηθέντων και από τα δυο νοσοκομεία απάντησε αρκετά, ελάχιστα απάντησαν το (26 %) από το Βενιζέλειο και το (20%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ ,ενώ καθόλου απάντησε το (21%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ και το (15%) από το Βενιζέλειο .

Παράλληλα οι νοσηλευτές που πήραν μέρος στην ερευνά κλήθηκαν να απαντήσουν ποια νομίζουν ότι είναι τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν ασθενείς με χρόνια νοσήματα . Από τους ερωτηθέντες το (48%) από το Βενιζέλειο και το (46%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ θεώρησαν ως σημαντικά προβλήματα τα ψυχικά , το (32%) του ΠΕΠΑΓΝΗ και το (28%) από το Βενιζέλειο θεωρεί ότι είναι τα οργανικά ,ενώ το (24%) του Βενιζέλειο και το (22%) του ΠΕΠΑΓΝΗ πιστεύει ότι τα κοινωνικά είναι τα κύρια προβλήματα των ασθενών με χρόνια νοσήματα .

Στο ερώτημα που τέθηκε στους νοσηλευτές αν θεωρούν ότι η εκπαίδευση τους έχει δώσει τα απαραίτητα εφόδια και βάσεις ώστε οι ίδιοι να είναι σε θέση να ανακοινώσουν την ασθένεια σε έναν χρόνια ασθενή το (48%) των ερωτηθέντων από το Βενιζέλειο και το (42%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ απάντησε ελάχιστα , το (40%) του ΠΕΠΑΓΝΗ και το (17%) από το Βενιζέλειο απάντησε αρκετά ,ενώ αρνητική απάντηση έδωσε το (18%) του ΠΕΠΑΓΝΗ και το (35%) αντίστοιχα του Βενιζελείου .

Στην συνέχεια τέθηκε ο προβληματισμός στο νοσηλευτικό προσωπικό, εάν πιστεύουν ότι ο χρόνιος πάσχοντας θα πρέπει να πληροφορείται και να ενημερώνεται για την ασθένεια του με κάθε λεπτομέρεια . Η συντριπτική πλειοψηφία (66%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ και (53%) από το Βενιζέλειο έδωσε θετική απάντηση, ότι ναι πρέπει να ενημερώνεται ,(16%) από το Βενιζέλειο και (11%) από ΠΕΠΑΓΝΗ απάντησε αρνητικά ενώ δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν το (31%) από το Βενιζέλειο και το (23%) αντίστοιχα από το

ΠΕΠΑΓΝΗ .

Ακόμη ζητήθηκε από τα άτομα που πήραν μέρος στην ερευνά να δώσουν απάντηση στο ερώτημα , που στηρίζονται στην προσπάθεια τους να παρατηρήσουν την πορεία της νόσου σε έναν χρόνιο πάσχοντα ασθενή . Το (57%) από τους ερωτηθέντες από το Βενιζέλειο στηρίζεται στις εργαστηριακές του εξετάσεις ,το (29%) βασίζεται στα λεγόμενα του ίδιου του ασθενή ,και το (14%) από τις πληροφορίες από την οικογένεια του . Ενώ το (45%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ βασίζεται στις εργαστηριακές τους εξετάσεις ,το (34%) στα όσα λέει το ίδιο το άτομο και το (21%) από πληροφορίες από την οικογένεια του .

Παράλληλα ρωτήθηκαν εάν είναι σε θέση να γνωρίζουν αν ο χρόνιος πάσχοντας ασθενής ακολουθεί τη σωστή θεραπευτική αγωγή . Από τους ερωτηθέντες απάντησαν θετικά το (60%) του ΠΕΠΑΓΝΗ και το (39%) του Βενιζελείου, ενώ δεν είναι σε θέση να το γνωρίζουν απάντησε το (61%) από το Βενιζέλειο και το (40%) από το ΠΕΠΑΓΝΗ .

Ένα άλλο ερώτημα που τέθηκε μέσω της ερευνάς είχε σχέση με το βαθμό επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του χρόνιου πάσχοντα., όσον αφορά τις επιλοκές που παρουσιάζει . Από τους ερωτηθέντες του ΠΕΠΑΓΝΗ το (29%) απάντησε ότι συζήτηση πάνω στις επιλοκές γίνεται τις πιο πολλές φορές, μερικές φορές γίνεται συζήτηση απάντησε το (29%) , ότι συζητάνε μεν αλλά αυτό γίνεται σπάνια απάντησε το (29%) και (13%) από τους ερωτηθέντες απάντησε ότι δεν συζητάνε καθόλου με τον ασθενή για τις επιλοκές της νόσου .Ενώ στο Βενιζέλειο το (23%) απάντησε ότι συζητά τις πιο πολλές φορές , το (38%) μερικές φορές συζητά

με τον χρόνια ασθενή , το (34%) απάντησε ότι σπάνια συζητά και το (5%) των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν συζητά καθόλου με τον χρόνια πάσχοντα τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να έχει από την νόσο .

Τέλος οι νοσηλευτές κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν θεωρούν ότι τα διαγνωστικά – θεραπευτικά μέσα που υπάρχουν στο χώρο εργασίας τους είναι επαρκή ; Στο ερώτημα αυτό από τους 100 ερωτηθέντες του Βενιζελείου το (39%) θεωρεί ότι δεν είναι επαρκή σε ικανοποιητικό επίπεδο τα θεραπευτικά και διαγνωστικά μέσα στον χώρο όπου εργάζονται, το (28%) θεωρεί ότι είναι ικανοποιητικά και το (33%) πιστεύουν ότι είναι πλήρως ανεπαρκώς . Ενώ από του 100 ερωτηθέντες του ΠΕΠΑΓΝΗ το (65%) θεωρεί ότι είναι ικανοποιητικά ,το (29%) θεωρεί ότι δεν είναι ικανοποιητικά και μόνο ένα ποσοστό (6%) πιστεύει ότι είναι πλήρως ανεπαρκώς .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ
ΤΟΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟ ΤΩΝ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ .

Κατά τη διάρκεια επεξεργασίας των ερωτηματολόγιων που διανεμήθηκαν στους νοσηλευτές του ΠΕ.ΠΕ.ΓΝΗ και Βενιζελείου προέκυψαν τα ακόλουθα συμπεράσματα .

Μια σημαντική διάφορα που προέκυψε μελετώντας τα ερωτηματολόγια έχει σχέση με την εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού . Στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ το (59%) που πήρε μέρος στην ερευνά είναι απόφοιτοι Τ.Ε.Ι ,ενώ στο Βενιζέλειο μόνο το (46%) .

Στην ερώτηση κατά πόσο η ηλικία του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει την αντιμετώπιση του σε σχέση με ασθενείς που έχουν το ίδιο χρόνια νόσημα , παρουσιάστηκε σημαντική διάφορα . Καθώς το (33%) των ερωτηθέντων στο Βενιζέλειο απάντησε αρνητικά , ενώ στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ μόνο το (17%) .

Επιπλέον αξιοπρόσεκτη διάφορα παρατηρήθηκε ανάμεσα στα δυο νοσοκομεία , όταν ζητήθηκε από τους νοσηλευτές να απαντήσουν εάν πιστεύουν ότι η εκπαίδευση τους έχει δώσει τις κατάλληλες βάσεις ώστε να ανακοινώσουν σ'έναν χρόνια πάσχοντα την ασθένεια του . Στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ το (40%) έδωσε θετική απάντηση σ' αντίθεση με το βενιζέλειο που μόνο ένα (17%) απάντησε θετικά .

επίσης στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ το (40%) του νοσηλευτικού προσωπικού που πήρε μέρος στην ερευνά απάντησε ότι δεν είναι σε θέση να γνωρίζει αν ο ασθενής ακολουθεί σωστά τη θεραπευτική αγωγή . Αντίθετα στο Βενιζέλειο η συντριπτική πλειοψηφία το (61%) έδωσε αρνητική απάντηση .

Μια ακόμη αισθητή διάφορα που εμφανίζεται μέσα από την μελέτη των ερωτηματολόγιων προκύπτει από την ερώτηση εάν τα θεραπευτικά – διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν είναι επαρκή . Το (65%) των ερωτηθέντων στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ έδωσε θετική απάντηση σε σύγκριση με το Βενιζέλειο που μόνο το (28%) απάντησε θετικά .

Παράλληλα αξίζει να σημειωθεί ότι το (48%) του νοσηλευτικού προσωπικού στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ και το (48%) επίσης των νοσηλευτών του Βενιζελείου πιστεύει ότι τα κυριότερα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας

χρόνιος πάσχοντας ασθενής είναι τα ψυχικά κυρίως .

Τελειώνοντας θα θέλαμε να επισημάνουμε την αρνητική ομοιότητα που παρατηρήθηκε και στα δυο νοσοκομεία στα οποία έλαβε χώρα η ερευνά . Στο ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ το (29%) των νοσηλευτών σπάνια συζητάει με τον ασθενή για τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να του προκαλέσει η νόσος , και στο Βενιζέλειο επίσης το (34%) ακολουθεί την ίδια τακτική .

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ

Στην ερευνά μας δώσαμε έμφαση στα εξής τέσσερα ερευνητικά πεδία :

.α) Κατά πόσο λαμβάνεται υπόψη η ιδιαιτερότητα και η μοναδικότητα του ασθενούς (ανάλογα με την ηλικία , το φύλο του , το μορφωτικό του επίπεδο , τις ανάγκες που έχει και την ιδιαιτερότητα του προβλήματος) από το νοσηλευτικό προσωπικό .

.β) Αν η εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού τους έχει δώσει τις κατάλληλες βάσεις για να αντιμετωπίσουν τις οποίες δυσκολίες .

.γ) Στις σχέσεις νοσηλευτικού προσωπικού με τον χρόνιο ασθενή . Η σωστή συνεργασία για την κατάλληλη διεξαγωγή της θεραπείας .

.δ) Το αν επαρκούν τα μέσα διάγνωσης και θεραπείας στο χώρο τον οποίο εργάζονται .

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΠΕΔΙΩΝ

Οι ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, και 5, αναφέρονται στο α' ερευνητικό πεδίο . Μ ε βάση τις απαντήσεις που πήραμε από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων μας , παρατηρήσαμε ότι η ιδιαιτερότητα και η μοναδικότητα του ασθενή , λαμβάνεται εν μέρη υπόψη .

Και αυτό γιατί οι περισσότεροι απάντησαν , ``αρκετά `` ότι η ηλικία του ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση σε σχέση με ασθενείς που έχουν το ίδιο χρόνιο νόσημα , το φύλο του χρόνιου πάσχοντα δεν παίζει κανένα ιδιαίτερο ρόλο , το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς τους επηρεάζει ``αρκετά `` , επίσης `` αρκετά `` τους επηρεάζει η φύση και η σοβαρότητα της ασθένειας του χρόνιου ασθενή , ενώ τέλος πιστεύουν ότι τα προβλήματα του χρόνιου ασθενούς είναι κυρίως `` ψυχικά ``

Οι ερωτήσεις 6 και 7 που αντιστοιχούν στο β ερευνητικό πεδίο , παρατηρούμε ότι ενώ μεν υποστηρίζουν ότι ο χρόνιος πάσχοντας ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνεται με κάθε λεπτομέρεια για την ασθένεια του , δεν πιστεύουν ότι η εκπαίδευση τους έχει δώσει τις κατάλληλες βάσεις για να ανακοινώσουν σε έναν χρόνιο πάσχοντα την ασθένεια του .

Οι ερωτήσεις 8, 9, και 10 που αντιστοιχούν στο γ ερευνητικό πεδίο βλέπουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βασίζεται για να παρατήρηση της πορείας της νόσου σε έναν χρόνιο ασθενή , στις εργαστηριακές του εξετάσεις την οποία `` γνωρίζουν συνήθως `` εάν την ακολουθεί σωστά ο ασθενής , ενώ όσο αφορά τις επιπλοκές που μπορεί να έχει μετά την νόσο ο χρόνιος ασθενής τους , `` μερικές φορές `` τις συζητάνε μαζί του

για την επίλυση τους .

Τέλος η ερώτηση 11 αντιστοιχεί στο δ' ερευνητικό πεδίο . Όπου οι περισσότεροι απάντησαν ότι τα θεραπευτικά και διαγνωστικά μέσα που υπάρχουν στο χώρο όπου εργάζονται ότι είναι επαρκή εν μέρη .

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι προτάσεις επικεντρώνονται στην προσπάθεια μας , με ποιο τρόπο είναι προτιμότερο να οδηγείται ο άρρωστος στην συνειδητοποίηση της αρρώστιας του , ώστε να εμφανίσει τις ηπιότερες ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχιατρικές επιπλοκές , το πώς πρέπει να οργανώνεται και να σχεδιάζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με σκοπό άμεσα την πρόληψη της χρόνιας πάθησης και έμμεσα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου σε όλα τα επίπεδα , και με ποιους τρόπους μπορεί να γίνει αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης .

Με ποιο τρόπο είναι προτιμότερο να οδηγείται ο άρρωστος στη συνειδητοποίησή της αρρώστιας του , ώστε να εμφανίζει τις ηπιότερες δυνατές ψυχικές αντιδράσεις και τις λιγότερες ψυχιατρικές επιπλοκές .

Τρόποι αντιμετώπισης είναι :

1) Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης : Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μια συζήτησης , μεταξύ ειδικού και άρρωστου , 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 ενθαρρύνεται 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 .

2) Διερεύνηση των γνώσεων του άρρωστου 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 ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του , πως ερμηνεύει τα συμπτώματα του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί . Μ' αυτό τον τρόπο , ο επαγγελματίας της υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεων του . Ιδιαίτερα προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του , ποιες λέξεις χρησιμοποιεί όταν μιλάει για το σώμα ή την ασθένεια του και πως εκδηλώνει τα συναισθήματα του .

3) Εκτίμηση των αναγκών του άρρωστου σχετικά με την πληροφόρηση του : Είναι σημαντικό να ρωτήσει ευθέως το άτομο << πόσα >> και << τι >> 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 δυνατό περισσότερες πληροφορίες οι οποίες , αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος , ωστόσο περιεχούν μια αίσθηση έλεγχου . Ο φόβος των επαγγελματιών υγείας ,

ότι η << πλήρης >> ενημέρωση μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις , δεν επαληθεύεται σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα .

4) Παροχή πληροφοριών : Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του άρρωστου , το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωση 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 άρρωστου , ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσης του . Οι ιατρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται . Η συνήθης ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό υγείας (π.χ λοίμωξη , ύφεση , υπότροπη , μετάσταση κ.λ.π) δεν είναι αυτονόητα κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς . Τα << θετικά >> αποτελέσματα μιας εξέτασης μπορεί να παρερμηνευθούν ως << καλά >> από τον άρρωστο . Οι φράσεις και οι λέξεις που χρησιμοποιεί το προσωπικό , όταν πληροφορεί τον άρρωστο , αποτυπώνονται βαθιά στη μνήμη του τελευταίου και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του στήνει αρρώστια και τις επιπτώσεις της , αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με το μέλος του προσωπικού υγείας που του ανακοινώνει τις << δυσάρεστες ειδήσεις >> . Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (π.χ << Αυτή είναι μια `` κακιά `` αρρώστια >> , << Τα πράγματα είναι άσχημα.... Ακροβατούμε ..>>) . Παράλληλα , είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του άρρωστου (τι θα μπορεί να κάνει) , χωρίς η πληροφόρηση να εστιάζεται αποκλειστικά στους περιορισμούς και τα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια , από ενδεχόμενη αναπηρία και από τη θεραπεία του .

Το ίδιο σημαντική είναι και η αποφυγή ποσοσטיαίων προγνωστικών εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης . Οι στατιστικές ενδείξεις (π.χ << έχετε πιθανότητες 60 % να θεραπευθείτε >> ή << ο μέσος όρος επιβιώσεις για την συγκεκριμένη αρρώστια είναι δυο χρόνια >> .

Όταν η πληροφόρηση παρέχεται σε μικρές δόσεις , τότε ελέγχεται η κατανόηση της και διευκρινίζονται τυχόν

ασάφειες , παρερμηνείες ή απορίες . Σε καμία περίπτωση το προσωπικό υγείας δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακούς εφησυχασμούς , διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του άρρωστου σ' αυτή .

5) Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών : Όπως ήδη προαναφέρθηκε , η ικανοποίηση του άρρωστου από τη 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 άρρωστο 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 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 .

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 άρρωστου . 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 άρρωστου σχετικά με την 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 .

Συμπερασματικά , η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα

μεμονωμένο γεγονός , αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του άρρωστου . Δεν είναι απλή , καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα . Απλοϊκές δικαιολογίες όπως << Ο άρρωστος δεν θέλει να ξέρει >> , << Καλύτερα να μην γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασης του , γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει ...>> κ.λ.π , εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην αρρώστια , τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενούς . Αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση .

Οργάνωση και σχεδιασμός Π.Φ.Υ με σκοπό άμεσα την πρόληψη της χρόνια πάθησης και έμμεσα την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου που πάσχει από χρόνια νόσημα σε οργανικό – κοινωνικό – ψυχικό επίπεδο .

Ορισμός : πρωτοβάθμια θεωρείται η περίθαλψη που προσφέρεται σε κάθε άτομο της κοινότητας κατά την πρώτη επαφή του με το σύστημα υγείας .

Περιεχόμενο Π.Φ.Υ :

- 1) Ασθενείς με χρόνια νοσήματα .
- 2) Οξεία περιστατικά .
- 3) Αναπηρίες νοητικές και σωματικές .
- 4) Ασθενείς που οδηγούν στο θάνατο .
- 5) Μητρική και παιδική υγεία (προστασία μητρότητας – παιδιού)
- 6) Αγωγή υγείας .
- 7) Προληπτικός έλεγχος πληθυσμιακών ομάδων .
- 8) Ψυχοκοινωνικά προβλήματα .
- 9) προβλήματα ηλικιωμένων .
- 10) προβλήματα μειονοτήτων (ναρκομανείς , φυλακισμένοι) .

Σκοποί Π.Φ.Υ για την πρόληψη , προαγωγή , και αποκατάσταση της ζωής του ατόμου που ήδη πάσχει από χρόνια νόσημα είναι οι ακόλουθες :

- 1) Επικοινωνία με τον ασθενή , ιδρύματα , και

υπηρεσίες .

2) Ιατρικό – νοσηλευτικό – διαιτολόγιο ιστορικό ασθενούς .

3) Κλινική εξέταση .

4) Χρησιμοποίηση ιατρικής τεχνολογίας για έγκαιρη διάγνωση .

5) Εξήγηση ευρημάτων στον ασθενή και λήψη αποφάσεων .

6) οργάνωση και σχεδιασμός περίθαλψης .

7) Θεραπείες και πρόληψη .

8) Παροχή οδηγιών .

9) Κοινωνικός προγραμματισμός .

10) Ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση .

11) Εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης .

12) Αρχείο ασθενών και στατιστική αξιολογήσει .

Η Π.Φ.Υ θα πρέπει να γίνει ολοκληρωμένη , να περιεχει δηλαδή ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών για μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας σε παιδιά και ενήλικες . Τα προβλήματα αυτά περιλαμβάνουν ακαθόριστα συμπτώματα , συνηθισμένα Οξεία νοσήματα , επείγουσες καταστάσεις , χρόνιες ασθένειες , αναπηρίες . Αν αυτά τα προβλήματα δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν επαρκώς στο επίπεδο τη Π.Φ τότε οι Ασθενείς παραπέμπονται σε άλλο γιατρό ή σε ίδρυμα π.χ νοσοκομείο .

Η Π.Φ υγείας δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην υγειονομολογικά , διαφωτίσει του κοινού , την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη , την αυτό – φροντίδα του ατόμου και της οικογένειας και τη συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό , την οργάνωση , τη λειτουργία και τον έλεγχο υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης αλλά η αποκέντρωση ενός ενιαίου κρατικού προγράμματος που εξυπηρετεί τις ανάγκες των πολιτών .

Παράγοντες που συμβάλλουν τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής κόπωσης είναι :

1) Ομάδες στήριξης : Οι Ομάδες αυτές θα

αποτελούνται από τους εργαζόμενους ενός τμήματος και θα συγκεντρώνονται σε τακτική βάση . Σκοπός της ομάδας θα είναι η εκτόνωση και η υποστήριξη των μελών της ομάδας , η βαθύτερη αυτογνωσία και η ανάλυση συναισθημάτων και αντιδράσεων των εργαζόμενων στο χώρο της δουλειάς και η αναζήτηση εναλλακτικών τρόπων αντιμετώπισης άρρωστου ή συγγενών με ειδικές ανάγκες ή προβλήματα .

2) Πολυμορφία εργασίας : Μέσα από ένα προσεγμένο καταμερισμό εργασίας , ο εργαζόμενος μπορεί να έχει περισσότερα από ένα καθήκοντα (νοσηλεία , συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα , διδακτικό έργο , παρακολούθηση επιμορφωτικών σεμιναρίων , διοικητικές ευθύνες κ.λ.π)

Σημαντικό είναι ο εργαζόμενος να μην νιώθει παγιδευμένος σε ένα ρόλο περιορισμένος σε καθήκοντα που του δημιουργούν έντονο στρες και από τα οποία δεν μπορεί να ξεφύγει .

Η δυνατότητα διαλειμμάτων του εργαζόμενου από τη συνεχή φροντίδα του άρρωστου προσφέροντας τις υπηρεσίες του σε κάποια άλλη θέση , όπως και οι άδειες του δίνουν την ευκαιρία να αποσύρεται από τους χώρους εργασίας Όταν παρουσιάζει ενδείξεις ψυχικής εξάντλησης μπορούν να μειώσουν την ένταση που δημιουργείται στον εργαζόμενο από την επαφή του με τον ασθενή .

3) Διαχωρισμός μεταξύ εργασίας και σπιτιού : Συχνά στην προσπάθεια τους οι εργαζόμενοι να περιορίσουν το στρες της δουλειάς αποφεύγοντας να συζητήσουν προσωπικά ή οικογενειακά τους θέματα με τους συνεργάτες τους ή να μιλήσουν τα επαγγελματικά τους ζητήματα με φίλους ή με το σύντροφο τους . Όμως , Συχνά η ένταση της δουλειάς μεταφέρεται στο σπίτι και οδηγεί σε διαπληκτισμούς με την οικογένεια .

Για το λόγο αυτό μερικοί εργαζόμενοι έχουν βρει χρήσιμο ν'αφήσουν ένα χρονικό διάστημα " αποσυμπιέσεις " μεταξύ δουλειάς και σπιτιού και έτσι στο διάστημα αυτό ασχολούνται με κάποια αλλά ενδιαφέροντα τους που τους βοηθούν να χαλαρώσουν

πριν βρεθούν με την οικογένεια τους . είναι λοιπόν πολύ σημαντική η ανάπτυξη δραστηριοτήτων και ενδιαφερόντων που δεν έχουν καμία σχέση με τη δουλειά .

Πολλοί επιστήμονες τονίζουν πόσο σημαντική είναι για την ψυχική ισορροπία κάθε ατόμου , η ανάπτυξη ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων που δεν έχουν καμία σχέση με το χώρο δουλειάς . μερικοί μάλιστα τονίζουν την αναγκαιότητα σωματικής άσκησης και σωστής διατροφής , ως ένα από τα κυριότερα μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής κόπωσης .

4) Χιούμορ : Αποτελεί ένα τρόπο εκτόνωσης – όταν δεν είναι εις βάρος των ασθενών ή μελών του προσωπικού – το οποίο μπορεί να μειώσει την ένταση και το άγχος που νιώθει ο εργαζόμενος από μια συγκεκριμένη κατάσταση .

5) Επιλογή συγκεκριμένης θέσης – εργασίας : Σημαντικό επίσης για να αποφύγει την επαγγελματική κόπωση , ο εργαζόμενος , είναι να νιώθει ότι συνειδητά διαλέγει ένα τομέα εργασίας και κρίνει κατάλληλος για τον τομέα αυτό . Όταν ασχολείται με κάτι που τον ενδιαφέρει έχει μεγαλύτερες πιθανότητες ν' αποδώσει μια φροντίδα ποιότητας , παρά Όταν τοποθετείται σ' ένα τμήμα που νιώθει "αναγκασμένος " να παρέχει υπηρεσίες κάτω από έντονες συναισθηματικές συνθήκες .

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

“ Ευχαριστίες ”

Ευχαριστούμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κ. Κοραχάη Ανδρονίκη για την συμπαράσταση και την πολύτιμη βοήθεια της για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας .

Επιπλέον αισθανόμαστε την υποχρέωση να ευχαριστήσουμε το νοσηλευτικό προσωπικό του Βενιζελείου Γενικού Νοσοκομείου και του ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ για την συμμετοχή και συνεργασία του στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασία .

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη σχολή μας , Σ.Ε.Υ.Π τμήμα νοσηλευτικής που μας παρέχει την ευκαιρία και δυνατότητα να ερευνήσουμε και να παρουσιάσουμε το συγκεκριμένο θέμα .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΓΕΩΡΓΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, " Κοινωνική ψυχολογία " , Α΄ Τόμος, Αθήνα 1986 .
- 2) ΔΑΝΑΗ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ – ΦΩΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ , " Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο " , Εκδόσεις " Φλόγα " .
- 3) ΠΕΤΡΟΣ ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ , " Εισαγωγή στην ψυχιατρική " , Εκδόσεις Θεμέλιο .
- 4) ΦΩΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ – ΔΑΝΑΗ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ " Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας " , Β΄ Έκδοση Αθήνα 1999, Εκδόσεις Ελληνικά γράμματα .
- 5) ΕΣΘΗΡ ΚΟΥΚΛΟΓΙΑΝΝΟΥ – ΔΟΡΖΙΩΤΟΥ " Αποκατάσταση ατόμων με ειδικές ανάγκες " Β΄ Έκδοση , Αθήνα 1992 .
- 6) ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, ΠΕΤΡΑΚΗ, ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, ΜΠΕΛΛΗ 1998 " Περιγραφή εμπειριών νοσηλευτών για παιδιά που πεθαίνουν " Παιδιατρική 61 (5) : 476,98 .
- 7) ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ " Το παιδί που πεθαίνει από την αρρώστια " , Τεύχος 53, 1988 .
- 8) ΣΟΛΛΑΤΟΣ " Ψυχολογική αντίδραση στη σωματική ασθένεια " , Αθήνα 1984 .
- 9) Πρακτικά 6^{ου} μετεκαίδευτικού συνεδρίου κλινικής ογκολογίας 1998 .
- 10) WILLIAM A ANTHONY " Κοινωνική Αποκατάσταση: Πως αλλάζουν οι στάσεις της κοινωνίας απέναντι στον σωματικά και ψυχικά ανάπηρο " Τεύχος Εκλογή Απρίλιος 1981 .

11) ELIZABETH KUMBLER ROSS `` Αυτός που πεθαίνει `` Αθήνα 1979 Εκδόσεις Ταμσσός .

12) ELIZABETH KUMBLER ROSS `` Θάνατος – το τελικό στάδιο της εξέλιξης `` Αθήνα 1988, Εκδόσεις Δίοδος.

