



ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθηνών

ΤΟΜΟΣ 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος - Μάρτιος 2008

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ:
Μια αληθινή ιστορία

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ:
Εξελίξεις στη Νοσηλευτική Έρευνα



ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ:

- Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση, Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς

ΕΡΕΥΝΕΣ:

- Διερεύνηση βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών σε φοιτητές νοσηλευτικής
- Η έννοια της φροντίδας
- Συχνότητα εμφάνισης βακτηριακής κολπίτιδας σε γυναίκες συμπτωματικές και ασυμπτωματικές αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών

ΑΡΘΡΟ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Μια αληθινή ιστορία

Στο θάλαμο Νοσοκομείου της Αθήνας, νοσηλεύονταν ο κ. Ξ. Π. με ακρωτηριασμένο το ένα πόδι. Καταγόταν από την Κωνσταντινούπολη.

Ευγενής, αθόρυβος, διόλου απαιτητικός και πολύ σεμνός. Στο κρεβάτι 3 του θαλάμου 301, δεν ενοχλούσε, δεν ζητούσε, δεν χτυπούσε το κουδούνι (αν και δεν είχε συγγενείς) μόνο περίμενε, περίμενε τον γιατρό, το νοσηλευτή, περίμενε αυτόν που θα του άπλωνε χέρι βοήθειας.

Στο συγκεκριμένο Νοσοκομείο εκπαιδεύονταν φοιτητές της νοσηλευτικής. Ευαίσθητοι, ενθουσιώδεις αρκετά από το νεαρόν της ηλικίας, αδιάβλητοι και έξω από το σύστημα που σε αφομοιώνει. Έμπαιναν στο θάλαμο να προσφέρουν φροντίδα σε όλους και στον κ. Ξ. Π. Τους φοιτητές συνόδευε η καθηγήτριά τους. Όλοι είχαν «περίσσευμα καρδιάς» και το διέθεταν στους ασθενείς, ιδιαίτερα όμως στον κ. Ξ. ο οποίος, όπως προαναφέρθηκε, δεν είχε βοήθεια από συγγενικά πρόσωπα. Οι φοιτητές έμεναν στο συγκεκριμένο θάλαμο ώρα πολύ και όταν είχαν ελεύθερο χρόνο ξανάρχονταν για να μιλήσουν, για να ακούσουν, για να επικοινωνήσουν. Ο κ. Ξ.

όμως τους κέρδιζε κάθε φορά με την ευγένεια που διέθετε και το κάτι διαφορετικό που σε αφόπλιζε και σε έκανε να σταθείς, να δώσεις αλλά και να πάρεις πολλά. Οι νέοι φοιτητές έδιναν με απλοχεριά κάθε μέρα, περισσότερα απ' ό τι μπορούσαν, δημιουργώντας κλίμα άνεσης και εμπιστοσύνης.



Αυτή η προσφορά συνεχίζονταν για μέρες, όταν μια από αυτές, ένα συνηθισμένο κατά τα άλλα πρωινό και την ώρα της πρωινής φροντίδας ο κ. Ξ. μπροστά στα έκπληκτα μάτια όλων, στηριζόμενος στο δεκανίκι του σηκώθηκε από το κρεβάτι, έσκυψε και ακούμπησε το πρόσωπό του στο παπούτσι της καθηγήτριας. Το κλίμα βαρύ, η συγκίνηση όλων μεγάλη κανείς δεν μπορούσε να αρθρώσει λέξη, το γεγονός

ξεπερνούσε τους πάντες. Τα πόδια καρφωμένα στο πάτωμα και τα μάτια στο άπειρο. Μετά από λίγα λεπτά που ήταν αιώνας ο ασθενής πρόφερε ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ για την αγάπη, ευχαριστώ για το χρόνο που μου διαθέτετε, ευχαριστώ για όλα και γι' αυτά που δεν βρίσκω λέξεις να εκφράσω.

Το γεγονός μου το διηγήθηκε νοσηλεύτρια που το έζησε. Προσπάθησα να το μεταφέρω όσο μπορούσα με ακρίβεια χωρίς να προσθέσω ή να αφαιρέσω κάτι. Γιατί το έγραψα; Απλά θέλησα να σας κάνω κοινωνούς αυτού του σπάνιου γεγονότος.

Στις μέρες μας που η Νοσηλευτική βρίσκει σιγά-σιγά την ταυτότητά της και όλοι προσπαθούμε να κάνουμε κάτι καλύτερο. Όταν υπάρχουν πολλοί με μεταπτυχιακούς τίτλους και όντως αξιόλογες σπουδές στην Ελλάδα και έξω από αυτή. Στην εποχή που η έρευνα ανθεί και οι δημοσιεύσεις κατακλύζουν τον έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο, ΑΝΑΡΩΤΙΕΜΑΙ αν αυτή η επιστημονική μας εξέλιξη συμβαδίζει και με καλύτερη φροντίδα... Αυτή η πρόοδος μας βρίσκει δίπλα στο κρεβάτι του πάσχοντα; Ειλικρινά δεν μπορώ να δώσω μια απάντηση. Κάθε μέρα, από τα μέσα ενημέρωσης, προβάλλονται παράπονα. Εξέλιπε άραγε η ανθρωπιά, η προσφορά, η

θυσία; Δεν θα ήθελα να παραδεχθώ κάτι τέτοιο. Θα ήθελα να «Υπερπερισεύει η χάρις» στους δύσκολους και απαιτητικούς καιρούς μας.

Γεγονότα σαν αυτό που μου περιέγραψαν μπορεί να υπάρχουν και στις μέρες μας και να μη τα γνωρίζουμε. Πρέπει όμως να μας προβληματίσει, πάντα υπάρχει περιθώριο να γινόμαστε καλύτεροι.

Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει ότι δύναμή μας είναι η γνώση η οποία αποδεικνύεται τυπικά και ουσιαστικά. Η αύξηση της γνώσης όμως πρέπει να συνοδεύετε και από καλύτερες παροχές φροντίδας.

Η Νοσηλευτική είναι λειτουργήμα διακονίας στον άνθρωπο, είναι όμως και ένα επάγγελμα το οποίο ζητά τον δικό του χώρο, αυτόν που δικαιούται μέσα στις επιστήμες υγείας. Η πολιτεία μπορεί να κάνει περισσότερο, να δώσει ευκαιρίες σε όλους τους νοσηλευτές. Συνθήκες εργασίας που θα διευκολύνουν. Αναλαμβάνοντας ο καθένας την ευθύνη του όλοι μαζί μπορούμε να ζήσουμε μοναδικές στιγμές προσφοράς και ικανοποίησης. Αξίζει να γνωρίζουμε πως πάνω από τους τίτλους και τα πτυχία υπάρχει ο άνθρωπος, ας ανοιχτούμε σ' αυτό και ας χωρέσουμε όλους μέσα μας.

Χριστίνα Μαρβάκη

Διευθύντρια Σύνταξης

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ**Εξελιξείς στη Νοσηλευτική Έρευνα**Νταντούμη Σ¹, Πετρόγλου Ν²

1. Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας

2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αλματώδεις τεχνολογικές και κοινωνικές αλλαγές καθώς και οι δημογραφικές μεταβολές και η σύγχρονη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας μετέβαλαν το ρόλο της νοσηλευτικής και καθιστούν τη νοσηλευτική έρευνα όλο και περισσότερο σημαντική. Σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας δεν είναι απλά η περιγραφή και επεξήγηση των υπό μελέτη φαινομένων και η αύξηση της επιστημονικής γνώσης, αλλά, η συνεχής βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος των αρρώστων αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών. Όπως και η ίδια η νοσηλευτική έτσι και η νοσηλευτική έρευνα ξεκίνησε με τη Florence Nightingale και τις μεταρρυθμίσεις της, πρώτα στον πόλεμο της Κριμαίας και στη συνέχεια στο Λονδίνο. Το πνεύμα αναζήτησης της Nightingale άρχισε να αναδύεται στις ΗΠΑ στις αρχές του 1950 και με την ίδρυση του περιοδικού "Nursing Research" το 1952 η νοσηλευτική έρευνα άρχισε πλέον να αναπτύσσεται. Στην Ευρώπη η ερευνητική δραστηριότητα άρχισε να ανθίζει το 1980, κυρίως, με την βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Σήμερα υπάρχει ένα αξιόλογο σώμα έρευνας και συστηματικά αποκτημένης γνώσης για τη νοσηλευτική πρακτική. Επιστημονικά περιοδικά εθνικά και διεθνή, συναντήσεις, συνέδρια και σεμινάρια, και το διαδίκτυο αποτελούν τις κύριες μεθόδους διάδοσης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής έρευνας. Όμως, η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση, είναι η εφαρμογή των πορισμάτων της νοσηλευτικής έρευνας στην νοσηλευτική πράξη και πολιτική, με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Σύμφωνα με το μήνυμα του ICN για τον εορτασμό της Διεθνούς Ημέρας των Νοσηλευτών το 1996, φιλοδοξία όλων μας πρέπει να είναι η επίτευξη «καλύτερης φροντίδας υγείας μέσω της νοσηλευτικής έρευνας».

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτική έρευνα, νοσηλευτική πρακτική

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Σπυριδούλα Νταντούμη

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Κωνσταντοπούλειο Γ.Ν. Ν. Ιωνίας

SPECIAL ARTICLE**Developments in the Nursing Research**Dadoumi S¹, Petroglou N²

1. Director of Nursing Service, Konstantopoulio General Hospital of N. Ionia, Athens

2. RN, MSc, PhD Konstantopoulio General Hospital of N. Ionia, Athens

ABSTRACT

Technological and social changes as well as changes in health and demographic developments have modified considerably the role of nursing and made nursing research more and more essential. Nursing research aims at developing knowledge that guides and supports the whole field of nursing practice in order to improve the quality of nursing care and thereby improves the status of the profession. Like nursing itself, nursing research began with Florence Nightingale in her hospital reforms first in Crimea and later in London. Her spirit of enquiry took root in America in the 1950s and with the founding of the journal Nursing Research in 1952 nursing research was starting to grow. In Europe nursing research activity began to burgeon in 1980s, mainly with the improvement of nursing education. Today there is an important scientific knowledge base for nursing practice. Scientific national and international journals, councils, seminars and the internet are the main means of dissemination of nursing research findings. But perhaps the greatest challenge of all is for nursing research to begin to make more impact on nursing practice and policy in order to improve the quality of nursing care. In the words of the ICN Nurses' Day slogan of 1996, our aspiration must be the achievement of "Better health through nursing research".

Key words: Nursing research, nursing practice

Corresponding Author*Spiridoula Dadoumi**Director of Nursing Service**Konstantopoulio General Hospital of N. Ionia, Athens*

Ο άνθρωπος είναι περίεργος από τη φύση του. Η ανθρώπινη περιέργεια οδήγησε σε πολλές ανακαλύψεις που βοηθούν στην καθημερινή μας ζωή. Οι ερωτήσεις που απαντήθηκαν από νοσηλευτές στο παρελθόν καθοδηγούν την εξάσκηση του επαγγέλματος σήμερα και αναμφίβολα θα κατευθύνουν τις ερωτήσεις και στο μέλλον.

Είναι γνωστό ότι το κύρος της Νοσηλευτικής, μέχρι σχετικά πρόσφατα, βασιζόταν στην παράδοση, γι' αυτό και η Νοσηλευτική παρέμεινε στατική ως επάγγελμα υγείας. Ωστόσο οι δημογραφικές μεταβολές, η σύγχρονη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και οι αλματώδεις τεχνολογικές και κοινωνικές αλλαγές δημιούργησαν συνθήκες, ώστε η προσφυγή στην παράδοση να αποτελεί, σήμερα, απαρχαιωμένη και αναποτελεσματική μέθοδο. Αντίθετα, η έρευνα έχει γίνει ανάγκη ζωτικής σημασίας για την επιβίωση του επαγγέλματος της νοσηλευτικής¹.

Αντικείμενο της **νοσηλευτικής** είναι η νοσηλευτική (επιστημονική) **πράξη** ή **πρακτική**, η παροχή, δηλαδή, φροντίδας υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση).

Αντικείμενο της **νοσηλευτικής έρευνας** είναι η απάντηση ερωτήσεων και η λύση προβλημάτων που αναφέρονται στη καθημερινή νοσηλευτική πρακτική. Το προϊόν της έρευνας αυτής αποτελεί την **επιστημονική βάση** της νοσηλευτικής πρακτικής.

Σκοπός της νοσηλευτικής έρευνας δεν είναι απλά η περιγραφή και επεξήγηση των υπό μελέτη φαινομένων και η αύξηση της επιστημονικής γνώσης, αλλά, η συνεχής **βελτίωση** της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας προς όφελος των αρρώστων αλλά και των ίδιων των νοσηλευτών.

Ανατρέχοντας στο παρελθόν το ερώτημα που γεννιέται είναι: «**Πότε ξεκίνησε η νοσηλευτική έρευνα;**» Όπως και η ίδια η νοσηλευτική έτσι και η νοσηλευτική έρευνα ξεκίνησε με τη Florence Nightingale. Η Nightingale, με τις μεταρρυθμίσεις της, πρώτα στον πόλεμο της Κριμαίας και στη συνέχεια στο Λονδίνο, επιδίωκε με εξαιρετικό ζήλο τη συστηματική συλλογή δεδομένων για να αποδείξει τα θετικά αποτελέσματα που είχε η εφαρμογή της βασικής νοσηλευτικής και των βασικών μέτρων υγιεινής στην μείωση της συχνότητας των λοιμώξεων και της

θνησιμότητας. Η μεγάλη αυτή νοσηλευτική φυσιολογία χάραξε το δρόμο για τη θεμελίωση και συστηματοποίηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας σε επιστημονικές βάσεις και δεδομένα.

Όμως, αυτό το πνεύμα αναζήτησης και αφοσίωσης στην έρευνα δεν μεταφέρθηκε ως μέρος της κληρονομιάς της στην μοντέρνα νοσηλευτική. Έως τη δεκαετία του **60** η νοσηλευτική βασιζόταν στην εφαρμογή πολύ αυστηρών μέτρων υγιεινής τα οποία σήμερα γνωρίζουμε ότι πρέπει να αναθεωρηθούν εξ ολοκλήρου, με τους ασθενείς να είναι παθητικοί αποδέκτες της παρεχόμενης φροντίδας παρά ενεργοί συμμετέτοχοι, και με την νοσηλευτική πράξη να βασίζεται στην **ρουτίνα** και όχι στη **γνώση** η οποία παράγεται από την έρευνα²:

- Λαμβάναμε ως ρουτίνα τη θερμοκρασία των ασθενών κάθε τέσσερις ώρες, χωρίς να γνωρίζουμε τότε, ότι η διαδικασία αυτή στην πραγματικότητα αποτελεί χάσιμο χρόνου.
- Κρατούσαμε τους ασθενείς καθηλωμένους στο κρεβάτι για ημέρες μετά την χειρουργική επέμβαση, χωρίς να γνωρίζουμε τότε, τίποτα γύρω από την εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.
- Κάναμε εντατική εντριβή των ισχίων του ασθενούς με οινόπνευμα χωρίς να καταλαβαίνουμε τότε, τον τρόπο με τον οποίο δημιουργούνται προλαμβάνονται και αντιμετωπίζονται οι κατακλίσεις.

- Συμμετείχαμε “στη συνωμοσία σιωπής” που περιβάλλει το θάνατο χωρίς να γνωρίζουμε τότε, τίποτα γύρω από τη διαδικασία του θρήνου και της απώλειας.

Στις αρχές του **1950** το πνεύμα αναζήτησης της Nightingale άρχισε να αναδύεται στις ΗΠΑ. Ο παραδοσιακός τρόπος άσκησης της νοσηλευτικής άρχισε να αμφισβητείται. Η νοσηλευτική έρευνα άρχισε να υποστηρίζεται οικονομικά, αναπτύχθηκαν ερευνητικά κέντρα, αυξήθηκε ο αριθμός των νοσηλευτών με ανάλογη ακαδημαϊκή προετοιμασία για την πραγματοποίηση επιστημονικών ερευνών και διευρύνθηκαν τα μέσα έκθεσης των ερευνητικών αποτελεσμάτων (σεμινάρια, συνέδρια, περιοδικά)².

Σταθμό στροφής της Νοσηλευτικής προς την έρευνα αποτέλεσε η ίδρυση του περιοδικού ***Nursing Research*** το 1952, ένα περιοδικό αφιερωμένο ολοκληρωτικά στη δημοσίευση νοσηλευτικών ερευνητικών άρθρων και στην παρακίνηση των νοσηλευτών για έρευνα. Η νοσηλευτική έρευνα άρχισε πλέον να αναπτύσσεται. Περίπου το ίδιο διάστημα στην Ευρώπη γίνονται τα πρώτα βήματα. Το **1956** ιδρύθηκε το πρώτο Τμήμα Νοσηλευτικών Σπουδών στο Πανεπιστήμιο του Εδιμβούργου, το οποίο παρείχε νοσηλευτικές σπουδές τόσο σε προπτυχιακό όσο και σε μεταπτυχιακό επίπεδο και από το οποίο προήλθε η πρώτη γενιά ερευνητών-

νοσηλευτών². Η νοσηλευτική έρευνα άρχισε να αναδύεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, χαρακτηριστικά, με τις πρωτοπόρες προσπάθειες μεμονωμένων νοσηλευτών, τις οποίες σύντομα ακολούθησε μια συλλογική προσπάθεια με την εμπλοκή, κυρίως, των Εθνικών Συνδέσμων Νοσηλευτών των διαφόρων χωρών.

Κατόπιν συμφωνίας των Εθνικών Συνδέσμων Νοσηλευτών, μελών του Διεθνούς Συμβουλίου Νοσηλευτών εντός της Ευρωπαϊκής περιοχής του WHO, ιδρύεται το **1978 η Ομάδα Εργασίας Ερευνητών Νοσηλευτών Ευρώπης** (Workgroup of European Nurse Researchers, WENR) με σκοπό την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των νοσηλευτών-ερευνητών στην Ευρώπη για την προαγωγή της ανάπτυξης και εξέλιξης της νοσηλευτικής έρευνας ώστε να επιτευχθεί η παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς^{3,4,5}.

Το **1980** η ερευνητική δραστηριότητα άρχισε να ανθίζει στην Ευρώπη, κυρίως, με την βελτίωση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η αύξηση των νοσηλευτών ερευνητών, η ευρεία χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων, η μεγαλύτερη άνεση στην εκτέλεση ερευνών και η συνεχώς αυξανόμενη αναγνώριση ότι η έρευνα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος έδωσε σημαντική ώθηση στη νοσηλευτική

έρευνα^{1,3}. Ο αριθμός των ερευνητικών μελετών άρχισε να αυξάνει κατακόρυφα και καινούργια νοσηλευτικά περιοδικά ιδρύονται. Το επίκεντρο της έρευνας άρχισε να μετακινείται από τους νοσηλευτές και τις συνθήκες εργασίας τους, προς τους ασθενείς, την κατάσταση υγείας αυτών και την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Το ενδιαφέρον άρχισε να εστιάζεται πλέον σε κλινικά προβλήματα^{3,6}.

Αναγνωρίζοντας τον αγώνα για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής έρευνας, οι πρωτοπόροι της νοσηλευτικής έρευνας στην Ευρώπη, δημιουργούν το 1996 μια Επιτροπή Ειδικών για τη Νοσηλευτική Έρευνα (Expert Committee on Nursing Research). Η αναφορά και οι συστάσεις αυτής της ομάδας επικυρώθηκαν από το Συμβούλιο των Υπουργών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρακινώντας κάθε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης να εδραιώσει μια εθνική Στρατηγική για την Νοσηλευτική Έρευνα λαμβάνοντας υπόψη πέντε βασικά ζητήματα^{4,7,8}:

- Δομή και οργάνωση
- Σύνδεση της έρευνας με την πρακτική
- Εκπαίδευση και εξάσκηση πάνω στην έρευνα
- Χρηματοδότηση, επένδυση
- Διεθνής συνεργασία

Βεβαίως, “οι αποφάσεις δεν εκτελούνται από μόνες τους” όπως κάποτε είπε η Florence

Nightingale, όμως, η δημοσίευση και η πολιτική έγκριση της αναφοράς αυτής αποτέλεσε σταθμό στην ιστορία της νοσηλευτικής έρευνας στην Ευρώπη.

Το 1996 το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών (International Council of Nurses, ICN) γιόρτασε την διεθνή ημέρα των νοσηλευτών υπό τον τίτλο «**Καλύτερη φροντίδα υγείας μέσω της νοσηλευτικής έρευνας**», ενώ, το 1997 συγκάλεσε μια διεθνή Ομάδα Ειδικών για την εκτίμηση της εξέλιξης της νοσηλευτικής έρευνας παγκοσμίως και την δημιουργία συστάσεων για τη συνεχόμενη στρατηγική ανάπτυξη της⁹.

Οι νοσηλευτές έχουν πολύ παλαιό και καλά τεκμηριωμένο κοινωνικό ρόλο στην παροχή φροντίδας υγείας. Όμως, ο ρόλος του νοσηλευτή ως επιστήμονα είναι λιγότερο αναγνωρισμένος. Η πίεση που ασκείται στη νοσηλευτική να επιβεβαιώσει το ρόλο της σαν επάγγελμα που βασίζεται στην έρευνα μεγαλώνει όλο και περισσότερο, και τόσο η νοσηλευτική όσο και οι νοσηλευτές ανταποκρίνονται με ζήλο σ' αυτή την πίεση.

Σήμερα υπάρχει ένα αξιόλογο σώμα έρευνας και συστηματικά αποκτημένης γνώσης για τη νοσηλευτική πρακτική. Επιστημονικά περιοδικά εθνικά και διεθνή, συναντήσεις, συνέδρια και σεμινάρια, και το διαδίκτυο αποτελούν τις κύριες μεθόδους διάδοσης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής έρευνας.

Όμως, η μεγαλύτερη ίσως πρόκληση, είναι η εφαρμογή των πορισμάτων της νοσηλευτικής έρευνας στην νοσηλευτική πράξη και πολιτική, με σκοπό την βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Η γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα στη νοσηλευτική έρευνα και τη νοσηλευτική πρακτική. Φιλοδοξία όλων μας πρέπει να είναι η επίτευξη «**καλύτερης φροντίδας υγείας μέσω της νοσηλευτικής έρευνας**».

Η εφαρμογή των πορισμάτων της έρευνας στη νοσηλευτική πρακτική θα ήταν πιο εύκολη: εάν

- η επιστημονική κοινότητα έβαζε κάποια τάξη στη συνεχώς αυξανόμενη νοσηλευτική ερευνητική βιβλιογραφία,
- όλοι οι νοσηλευτές ήταν καλύτερα προετοιμασμένοι να βρίσκουν, να διαβάζουν, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν τα πορίσματα των νοσηλευτικών ερευνών,
- συγκροτούντο υπηρεσιακοί οργανισμοί που θα ενθάρρυναν, θα προωθούσαν και θα επιχορηγούσαν τέτοιες προσπάθειες.

Πέντε βασικά θέματα στην διαδικασία ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας στην Ελλάδα είναι:

- η σωστή προετοιμασία των νοσηλευτών σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο

- η δημιουργία Εθνικής βάσης δεδομένων για τη νοσηλευτική έρευνα
- η μεγαλύτερη έμφαση σε κλινικά ερευνητικά προγράμματα
- η μεγαλύτερη κυβερνητική επιχορήγηση και
- η προσπάθεια επίτευξης επιχορηγήσεων από διάφορα ιδρύματα.

Με τη σύντομη αναδρομή στο παρελθόν έγινε σαφές ότι οι νοσηλευτές δεν είναι απλά παραγωγικά χέρια, τα οποία παθητικά εκτελούν εντολές χωρίς άποψη, χωρίς γνώση, χωρίς ικανότητα παρατήρησης, αλλά είναι επιστήμονες, είναι ερευνητές.

Μέχρι σήμερα έχουν γίνει αρκετά βήματα, όπως πρόσφατα η ΕΝΕ, και κάτι, ίσως, κυοφορείται για να γίνει, αλλά κυρίες και κύριοι, πιστεύω είναι ελάχιστα σε σχέση με αυτά που μας οφείλουν πρώτα η πολιτεία, οι πολίτες, ακόμη και εμείς οι ίδιοι στους εαυτούς μας και στην γενιά των Νοσηλευτών, η οποία πίστεψε στην νοσηλευτική και προσπάθησε να την τοποθετήσει σωστά, όπως οι καθηγήτριες κυρίες Β. Λανάρα, Αφ. Ραγιά, Στ. Παπαμικρούλη και η αείμνηστη Α. Σαχίνη, η οποία πρώτη έγραψε και το βιβλίο «Μεθοδολογία Έρευνας». Μπορούμε και πρέπει να συνεχίσουμε τον δρόμο που χάραξαν. Η νοσηλευτική πρέπει να αναπτυχθεί, μόνο που χρειαζόμαστε ενθουσιώδεις ερευνητές, σοφούς και

συνετούς δασκάλους, ριψοκίνδυνους καμιά φορά και αποφασισμένους ηγέτες.

«Αυτός που έμαθε να φοβάται τον κίνδυνο δεν θα φθάσει ποτέ στο στόχο»

Έτσι μπορούμε να πάμε μπροστά, έτσι μπορούμε να αναβαθμίσουμε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας την οποία οφείλουμε και δικαιούται ο κάθε Έλληνας πολίτης και ο οποιοσδήποτε χρειασθεί τις υπηρεσίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαχίνη-Καρδάση Α, Πάνου Μ. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Έρευνα. Στο: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Νοσηλευτικές διαδικασίες. Β Έκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1997.
2. Tierney AJ. Nursing research: Progress and challenges. www.dbfk.de/download/tierney-2005-09-11
3. Fagermoen MS. The past and the future of the WENR and nursing research in Europe. Invited presentation at the celebration of the 25th anniversary of the Workgroup of European Nurse Researchers, Utrecht, The Netherlands, 2003.
4. WENR. A position paper: Nursing research in Europe, 2002
5. WENR. Workgroup of European Nurse Researchers: Guidelines and Regulations. Ratified in 1980, revised in 1987.
6. Lerheim K. Clinical effectiveness: a concern for nursing research? The contribution of WENR. Paper presented at the Celebration of Florence

Nightingale's 175th anniversary,
University College of Swansea, Wales UK,
1995

7. European Health Committee. Nursing Research-report and recommendations. Council of Europe, Strasbourg 1996
8. WENR. European Health Committee's Nursing Research and Recommendations - Follow-up Survey, 1998.
9. www.icn.ch

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς**

Ευάγγελος Κ. Γιαβασοπουλος¹, Παρασκευή Γ. Γουρνη²

1. Νοσηλεύτης Τ.Ε. Αναπληρωτής Προϊστάμενος Τμήματος Αναισθησιολογίας & Ιατρείου Πόνου «ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ» Γ.Ν.ΑΤΤΙΚΗΣ, Εργαστηριακός Συνεργάτης Α' Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. ΑΘΗΝΑΣ, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
2. Νοσηλεύτρια Τ.Ε. Αναπληρώτρια Προϊσταμένη στο Γραφείο Νοσηλευτικής Διεύθυνσης «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ» Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι περισσότερες από τις ασθένειες που αντιμετωπίζει ο σύγχρονος άνθρωπος στις αναπτυγμένες, τουλάχιστον, χώρες είναι χρόνιες. Οι ασθένειες αυτές στη πλειονότητα τους δεν θεραπεύονται οριστικά, αλλά αποτελούν καταστάσεις που προσπαθούμε να ελέγξουμε. Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και οι αλλαγές στη ζωή του ατόμου επιτρέπουν πλέον στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς να ζήσουν για πολύ μεγάλα χρονικά διαστήματα μια σχεδόν «φυσιολογική» ζωή, παρόλο που το χρόνιο νόσημα εξακολουθεί να τους συνοδεύει. Είναι ήδη γνωστό σε όλη τη διεπιστημονική ομάδα υγείας ότι οι χρονίως πάσχοντες ασθενείς παρουσιάζουν μια τεράστια ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφορών και βιώνουν πληθώρα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η διαπίστωση αυτή οδήγησε τους ερευνητές στο να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών προσεγγίσεων και κλινικών εφαρμογών, με βασικό γνώμονα των προσπαθειών τους την διατήρηση της ποιότητας στη ζωή τόσο των ασθενών που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα όσο και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση σκοπό έχει να διερευνήσει όλους τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν στην ψυχολογία του ατόμου κατά την εκδήλωση ενός χρόνιου νοσήματος, να αναφέρει όλους τους τρόπους προσαρμογής στη νέα κατάσταση, και να επισημάνει τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που συμβάλλουν θετικά στην αποδοχή της χρόνιας νόσου. Η εκπαίδευση των ασθενών με χρόνιες ασθένειες αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της

άρτιας θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή από τον ασθενή των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη εφόσον αυτός έχει κατανοήσει πλήρως τη φύση της νόσου του, τη σοβαρότητα της κατάστασης του και του ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Χρόνια ασθένεια, ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις, εκπαίδευση χρονίως πασχόντων, νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ευάγγελος Κ. Γιαβασόπουλος

Γυθείου 05 Δάσος Χαϊδαρίου

T.K.12462 Αττική

ΤΗΛ.:210-5811889

E-mail : egiavass@otenet.gr

REVISION**Psychological interactions in chronic disease education – Nursing interventions in chronically patients**

Giavassopoulos E K¹, Gourni P G²

1. R.N., Associate Head of Nursing Anesthesiology Department & Pain Therapy "SISMANOGLEIO" General State Hospital of ATHENS, Laboratorial Collaborator of Nursing A' Department, Technological Educational Institute of ATHENS, Post Graduate Student, MSc, Medical School University of ATHENS, Greece
2. R.N., Associate Head Nurse in Nursing Director's Office "PAMMAKARISTOS" General State Hospital of ATHENS, Greece, Post Graduate Student, MSc, Medical School University of ATHENS, Greece

ABSTRACT

Most of the diseases that the modern person faces in developed countries are chronic. These illnesses in their majority are not cured finally, but constitute situations that we try to control. The use of pharmaceutical medicines and the changes in the life of an individual allow

henceforth in the chronically patients to live for along time duration an almost "physiologic" life, even if the chronic disease continues accompanying them. It is already known in all the interdisciplinary health care team that the chronically suffering patients present an enormous variety and differentiation of behaviours and experience abundance biological, psychological and social problems.

This ascertainment led the researchers to develop a wide spectrum of theoretical approaches and clinical applications, with basic protractor of their efforts the maintenance of life's quality as much patients who bear from chronic diseases as their familial environment.

Aim of the present literature review was to investigate all the factors that interact in the psychology of an individual at the event of chronic disease, to report all the ways of adaptation in the new situation, and to assign all the nursing interventions that contribute positively in the acceptance of chronic illness.

The education of patients with chronic diseases constitutes the corner stone of right therapeutic confrontation. The acceptance by the patient of changes that is required in his way of life is easier provided that when he has completely comprehended the nature of his illness, the gravity of his situation and role that plays the right collaboration with the health care providers.

KEYS WORDS: Chronic Disease, psychological interactions, education, chronically patients, nursing interventions.

CORRESPONDING AUTHOR*E.K. Giavassopoulos**5 Gythiou Street, Gr 12462**Chaidari, Greece**Tel: +030 2105811889**E-mail : egiavass@otenet.gr***ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Στις αρχές του αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Σήμερα, χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και

τεχνολογίας, το οξύ πρόβλημα υγείας μετατρέπεται σε χρόνιο, ενώ αυξάνονται καθημερινά και οι πιθανότητες ίασής του. Στη σύγχρονη εποχή, οι περισσότεροι

άνθρωποι πεθαίνουν εξαιτίας μιας χρόνιας αρρώστιας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα και στενή συνεργασία με το προσωπικό υγείας. Παρά το πρόβλημα της υγείας, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα «φυσιολογικό» ρυθμό ζωής και επανεπεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτής της νέας πραγματικότητας, ο «ασθενής» δεν στερείται «σθένους», γιατί συμμετέχει ενεργά και ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, ακόμα και αν η αρρώστια από την οποία πάσχει απειλεί τη ζωή του.¹

Οι χρόνια ασθενείς πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα, όπως: ο πόνος, διάφορα δυσάρεστα συμπτώματα, σημαντική αδυναμία, αλλαγές και περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής κ.α. Παράλληλα αντιμετωπίζουν νέους φόβους π.χ. για την εξέλιξη της ασθένειας, για την ίδια τη ζωή και το μέλλον.¹

Τα άτομα με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως: η διάγνωση, η θεραπεία, η υποτροπή κ.λπ., τα οποία μπορούν να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο με αυξημένες δυνάμεις. Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης

λειτουργικότητας, αλλά και τους επηρεάζει σχεδόν όλους.²

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια, κατά τους Stewart, Ross και Hartley (2004) αφορά τέσσερις περιοχές: τη βιολογική (σε θέματα, όπως: απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με την οικογένεια, τους φίλους και το προσωπικό υγείας), τη συναισθηματική (αυτο-εικόνα, οικονομικά ζητήματα, επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, επαναξιολόγηση των αξιών, θέματα πνευματικότητας, εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία) και τη συμπεριφορά (έλεγχοι υγείας, τήρηση των ιατρικών οδηγιών, διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας). Επιπροσθέτως οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν προβλήματα και ζητήματα επαγγελματικής υφής. Αίφνης προβάλλει η ανάγκη ενός πιθανού επαγγελματικού αναπροσανατολισμού, η απειλή απόλυσης εξαιτίας μειωμένων δυνατοτήτων, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση κ.λπ. Επίσης προβάλλουν θέματα που αφορούν τις αλλαγές στην εικόνα του σώματος: νέες μειωμένες δυνατότητες και αντοχές, αίσθηση μεγαλύτερης ευπάθειας, περιορισμοί στη μετακίνηση, ύπαρξη πόνου και άλλων συμπτωμάτων, «μορφολογικές» αλλαγές είτε εξαιτίας της ασθένειας (π.χ. σωματική αναπηρία), είτε εξαιτίας της θεραπείας (π.χ. παρενέργειες από μακροχρόνια χρήση αντιφλεγμονωδών)³.

Οι περιοχές που περιγράψαμε είναι αλληλένδετες. Η αλλαγή σε μια περιοχή επηρεάζει και όλες τις άλλες, ενώ πλευρές της μιας περιοχής επηρεάζουν τις άλλες. Για παράδειγμα, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλλουν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ο βαθμός αυτονομίας μπορεί να καθορίσει τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς και της οικογένειάς του, όπως και το οικογενειακό κλίμα κ.λπ.^{1,2}

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Μια από τις πρώτες περιγραφές του τρόπου αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας έγινε από τον Shontz το 1975. Ο Shontz περιέγραψε τις αντιδράσεις υπό τη μορφή μιας διαδοχής:

(α) Αρχικό σοκ, όπου το άτομο νιώθει κεραυνοβολημένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο αυτόματο και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, ως ένας παρατηρητής. Το σοκ μπορεί να διαρκέσει μερικές ημέρες ή και για εβδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονο, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται απροειδοποίητα,

(β) Αντιπαράθεση, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης και μια αίσθηση απώλειας, πένθος και απελπισία,

(γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο τείνει να χρησιμοποιεί την αποφυγή και την άρνηση, για να διαχειριστεί την

πραγματικότητα, η οποία όμως βαθμηδόν «εγκαθίσταται» στη ζωή του ατόμου και τη μεταβάλλει. Σταδιακά, λοιπόν, το άτομο αντιλαμβάνεται τι συμβαίνει και αρχίζει να προσαρμόζεται. Αν και δεν είναι απαραίτητο να αντιδρούν όλα τα άτομα κατά τον τρόπο που περιέγραψε ο Shontz, αυτό φαίνεται να ισχύει για τους περισσότερους.^{4,5}

Η διάγνωση μιας χρόνιας ή απειλητικής ασθένειας αποτελεί όμως μόνο την αρχή μιας μακράς διαδικασίας προσαρμογής, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία κρίση. Ο Moos (Moos, 1982, Moos & Schaefer, 1986) πρότεινε ένα μοντέλο περιγραφής των παραγόντων που επιδρούν στο άτομο, όταν αντιμετωπίζει μια κρίση, όπως είναι η χρόνια ασθένεια. Σύμφωνα, λοιπόν, με τη *θεωρία της κρίσης*, η προσαρμογή εξαρτάται από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιεί το άτομο. Οι στρατηγικές προσδιορίζονται από τρεις ομάδες παραγόντων: εκείνους που σχετίζονται με την ασθένεια, προσωπικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης και στην υιοθέτηση και εφαρμογή των στρατηγικών διαχείρισης του στρες.⁴

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν: **(α)** τη φύση της ασθένειας, καθώς κάποιες

ασθένειες παρουσιάζονται ως πιο απειλητικές, επώδυνες ή αποδιοργανωτικές από κάποιες άλλες, **(β)** τις επιπτώσεις στον οργανισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου, καθώς και **(γ)** τις πλευρές της θεραπείας. Οι προσωπικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, το βαθμό ωριμότητας και το βαθμό πρότερης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και δυσκολίες ψυχικής υγείας, πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια κ.α. Τέλος οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αναφέρονται σε πλευρές του νοσοκομειακού πλαισίου, του στενού κοινωνικού (οικογένεια, φίλοι) και ευρύτερου περιβάλλοντος (κοινότητα, κοινωνία), καθώς και σε θέματα κοινωνικής υποστήριξης.⁵

Σύμφωνα με τη θεωρία τα άτομα θα πρέπει να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία (π.χ. συμπτώματα, πιθανούς περιορισμούς, ιατρικές διαδικασίες, σχέσεις με ειδικούς), καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τη γενικότερη λειτουργικότητά τους (αρνητικά συναισθήματα, φόβος για το μέλλον, αυτο-εικόνα, σχέσεις με τους άλλους). Αν και τα παραπάνω αποτελούν πολύ δύσκολα στη διαχείρισή τους ζητήματα, πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι άνθρωποι, τα καταφέρνουν λίγο ως πολύ καλά.⁵

Αντίστοιχα ζητήματα και δυσκολίες έχουν όμως να διαχειριστούν και οι οικогένειες και οι οικείοι των χρόνια ασθενών. Ο βαθμός της προσαρμογής των οικείων σχετίζεται, βέβαια, με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι οικείοι τους χρησιμοποιούν μια σειρά στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, όπως: η άρνηση ή η ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση πληροφόρησης, ο έλεγχος του προβλήματος, ο καθορισμός σαφών στόχων (όπως: η διατήρηση του βάρους σε συγκεκριμένα επίπεδα, η ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων κ.α.), η χρήση συναισθηματικής και υλικής βοήθειας από τους άλλους, η διατήρηση μιας θετικής προοπτικής.

Η μετέπειτα προσαρμογή ενός ασθενούς σχετίζεται άμεσα με τον τρόπο αντίδρασης του στα πρώτα στάδια μετά την εκδήλωση ή τη διάγνωση της ασθένειας ή μετά τον τραυματισμό. Για παράδειγμα, ο Elliott, Shewchuk και Richards (1999) βρήκαν ότι όσο περισσότερη δυσφορία και καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνιζαν οι ασθενείς στο νοσοκομείο, τόσο μικρότερη ήταν η αποδοχή του προβλήματος και της νέας κατάστασης και, επομένως, τόσο δυσχερέστερη η προσαρμογή μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια προκαλεί αρκετές γνωστικές προσαρμογές.

Η Taylor (1983) βρήκε ότι οι ασθενείς προσπαθούν: **(α)** να βρουν ένα νόημα στην ασθένειά τους – γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες έπαιξαν ρόλο, τι σημαίνει αυτό για τον εαυτό ή τους άλλους, επαναπροσδιορισμό των αξιών και προτεραιοτήτων, **(β)** να επανακτήσουν μια αίσθηση ελέγχου – π.χ. ενημερώνονται για την ασθένεια, να τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, αλλάζουν τον τρόπο ζωής τους, καθώς και **(γ)** να αποκαταστήσουν την αυτοκεκτίμησή τους – π.χ., μέσω των κοινωνικών συγκρίσεων ή μέσω συγκρίσεων με χειρότερα πιθανά σενάρια.⁶

ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Ο Doca το 1993 διέκρινε την εξέλιξη μιας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας σε μια σειρά φάσεων, κάθε μία εκ των οποίων χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένες «προκλήσεις» ή «έργα» σε επίπεδο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό.

Οι φάσεις του μοντέλου του Doca είναι: η προδιαγνωστική, η οξεία, που περιλαμβάνει και τη διάγνωση, η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στον θάνατο του ασθενούς. Δεν είναι όλες οι φάσεις «υποχρεωτικές» για κάθε ασθένεια ή για κάθε ασθενή, ενώ και οι «προκλήσεις» που περιλαμβάνουν, ποικίλλουν κατά περίπτωση.

Στην **προδιαγνωστική φάση** το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει κάποια συμπτώματα, τα οποία ίσως αποτελούν ενδείξεις μιας σοβαρής ασθένειας. Οι αντιδράσεις ποικίλλουν από την κινητοποίηση για τη διευκρίνιση της κατάστασης ως την αγνόηση των συμπτωμάτων ή την αποφυγή ανάληψης οποιασδήποτε δράσης.⁷

Η **οξεία φάση** συνδέεται συνήθως με τη διάγνωση και τη συνακόλουθη αντίδραση του ατόμου. Η αρχική ισχυρή έκπληξη, η πιθανή ανάγκη για επώδυνες και δύσκολες ή και επικίνδυνες ιατρικές διαδικασίες, η ανάγκη πιθανώς για μακρόχρονη νοσηλεία, η ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για το μέλλον και την ίδια τη ζωή προκαλούν μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση και να διαχειριστεί τα συναισθήματά του.

Κατά την οξεία φάση θα πρέπει, επίσης, ο ασθενής να λάβει μια σειρά σημαντικών και συχνά δύσκολων αποφάσεων, όπως: για το εάν θα μιλήσει – ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του και σε ποιον, αν θα αναζητήσει περισσότερες ιατρικές γνώμες, τι είδους θεραπεία θα επιλέξει, που θα νοσηλευτεί, ποιος θα είναι ο γιατρός του κ.λπ. Κάποια άτομα προσπαθούν να ελέγξουν τη νέα κατάσταση, συγκεντρώνοντας πληροφορίες και εφαρμόζοντας στρατηγικές επίλυσης

προβλήματος. Κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν, αλλάζοντας τη ζωή τους και αναθεωρώντας στόχους, συνήθειες και πεποιθήσεις. Άλλοι συνεχίζουν τη ζωή τους προσποιούμενοι ή αρνούμενοι την πραγματικότητα, ενώ άλλοι παλινδρομούν. (Οι «προκλήσεις» που περιέχονται τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια φάση μιας ασθένειας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 1**.

Η **χρόνια φάση** εκτείνεται ως την τελική έκβαση (ίαση ή θάνατος). Αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για τον ασθενή και την οικογένειά του και απαιτεί συνεχείς προσαρμοστικές προσπάθειες. Η μορφή της ποικίλλει τόσο στη βάση χαρακτηριστικών του ασθενή, από το εάν, για παράδειγμα, τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, εάν έχει μεταβάλλει τις συνήθειες της ζωής του κ.λπ., όσο και στη βάση των χαρακτηριστικών της ασθένειας. Κάποιες ασθένειες έχουν ταχύτατη εξέλιξη (π.χ. κάποιες μορφές καρκίνων), άλλες χαρακτηρίζονται από προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς (π.χ. είδη άνοιας), άλλες συνοδεύονται από υποτροπές, υφέσεις και εξάρσεις (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα), ενώ άλλες έχουν πιο ήπια εξέλιξη, εάν εξελιχθούν κατάλληλα (π.χ. η υπέρταση). Σε κάθε περίπτωση, οι ασθενείς μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους, η οποία καθίσταται

πλέον τμήμα της ζωής και της λειτουργίας τους.^{7,24}

Η φάση της **ανάρρωσης** και της **αποθεραπείας** προκαλεί, βέβαια, θετικά συναισθήματα και ανακούφιση. Πολλά όμως άτομα, ακόμα και στην περίπτωση της αποθεραπείας, εξακολουθούν να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό και φόβο. Η εμπειρία της ασθένειας επηρεάζει τα πρόσωπα, τις σκέψεις, τις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα κατά τρόπο καθοριστικό για πολλούς ανθρώπους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Προκλήσεις που περιέχονται στην οξεία και χρόνια φάση της χρόνιας ή απειλητικής ασθένειας σύμφωνα με το μοντέλο του Doca (Παπαδάτου, 1995β)

Φάση	Προκλήσεις
<i>Οξεία</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Κατανόηση της ασθένειας. 2. Αλλαγή τρόπου ζωής και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία. 3. Αντιμετώπιση της ασθένειας και των συνεπειών της. 4. Έκφραση συναισθημάτων. 5. Αναγνώριση της νέας κατάστασης και των επιπτώσεών της στον εαυτό, τη ζωή και τις σχέσεις με τους άλλους.
<i>Χρόνια</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εξασφάλιση της ποιότητας ζωής σε επίπεδο ψυχολογικό, κοινωνικό, εργασιακό και βιολογικό – σωματικό. 2. Τήρηση των ιατρικών οδηγιών. 3. Κινητοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου. 4. Κατανόηση της κατάστασης της υγείας και της θεραπείας. 5. Έκφραση συναισθημάτων. 6. Αναγνώριση των επιπτώσεων της κατάστασης στον εαυτό, τη ζωή και τις σχέσεις με τους άλλους.

Σε όλες τις φάσεις μιας χρόνιας ασθένειας ιδιαιτέρως σημαντικό είναι το ζήτημα της ποιότητας ζωής, καθώς στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου επιβίωσης, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει διαστάσεις, όπως: η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, η λειτουργικότητα του ατόμου (π.χ. η ικανότητά του να ζει μόνο του, να φροντίζει τον εαυτό του), η κοινωνική λειτουργικότητα, η επαγγελματική δραστηριότητα, η συναισθηματική του κατάσταση, οι γνωστικές και οι νοητικές του ικανότητες, ο βαθμός της γενικής ικανοποίησης του από τη ζωή (Baum, Gatchel & Krantz, 1997). Τα παραπάνω θέματα θα πρέπει να θίγονται και να αντιμετωπίζονται κάθε φορά και σε κάθε φάση στην εξέλιξη της ασθένειας, ώστε να διασφαλίζεται ένα καλό επίπεδο ζωής και διαβίωσης για τον ασθενή.^{8,9}

Είναι ενδιαφέρον και αξίζει να τονιστεί ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, ακόμα και κάτω από εξαιρετικά δυσχερείς συνθήκες, καταφέρνουν τελικά να αντεπεξέλθουν και να συνεχίσουν τη ζωή τους, ξαναβρίσκοντας την αισιοδοξία τους και την αίσθηση επάρκειας (Folkman, 1997). Το ίδιο συμβαίνει και με τους πάσχοντες από χρόνιες και απειλητικές ασθένειες και με τις οικογένειές τους. Βέβαια, ο φόβος και η ανησυχία για το μέλλον δεν εξαλείφονται

πλήρως, γεγονός δικαιολογημένο. Η επανεμφάνιση της ασθένειας, η υποτροπή ή η επιδείνωσή της σηματοδοτούν μια νέα κατάσταση κρίσης, ενώ για τους περισσότερους αποτελεί ένα ανησυχητικό σημάδι άσχημης πρόγνωσης. Τα άτομα αντιμετωπίζουν και πάλι τους αρχικούς φόβους τους. Συχνά επαναλαμβάνουν τις αρχικές αντιδράσεις και τις προσπάθειες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα, αλλά αυτή τη φορά με έναν ίσως λιγότερο ελπιδοφόρο τρόπο. Η «συμβίωση» με μια ασθένεια υψηλού κινδύνου αποτελεί μια εξαιρετικά στρεσογόνο κατάσταση.¹⁰

Παρά το ότι πολλές φορές αντιλαμβανόμαστε την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας ως μια σειρά φάσεων ή σταδίων, δεν συμφωνούν με αυτό όλοι οι ερευνητές. Για παράδειγμα, ένα πολύ ενδιαφέρον μοντέλο, που προσπαθεί να περιγράψει τους παράγοντες και τους τομείς της προσαρμογής σε μια χρόνια ασθένεια, είναι αυτό που αναπτύχθηκε σχετικά πρόσφατα από τους Livanη και Antonak (1997). Βασισμένοι στην υπάρχουσα βιβλιογραφία και έρευνα, οι Livanη και Antonak θεωρούν ότι η προσαρμογή δεν λαμβάνει χώρα κατά τρόπο ενιαίο και όμοιο για όλους, ούτε ακολουθεί μια σειριακή ακολουθία φάσεων.

Περιγράφουν τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών που σχετίζονται με την προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια: **(α)** τις σχετικές με την ασθένεια (όπως: το είδος της

ασθένειας, οι περιοχές που θίγονται, η πιθανή θνησιμότητα), **(β)** τις κοινωνικές – δημογραφικές μεταβλητές (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο), **(γ)** ατομικές διαφορές (π.χ. ο τρόπος σκέψης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης που χρησιμοποιούνται και **(δ)** κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί παράγοντες (όπως: το κοινωνικό δίκτυο, το κοινωνικό στίγμα, η κοινωνική υποστήριξη κ.λπ.). Οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν συνεχώς μεταξύ τους και μεταβάλλονται διαρκώς.

Κατά τους δύο επιστήμονες, η διαδικασία της προσαρμογής είναι διαρκής, ρευστή και δυναμική, αν και ανά πάσα στιγμή το επίπεδο προσαρμογής του ατόμου μπορεί να αξιολογηθεί ως καλό ή μη. Η διαδικασία της προσαρμογής χαρακτηρίζεται από αντιδράσεις, όπως: άγχος, κατάθλιψη, αλλά και αποδοχή και ενσωμάτωση της νέας κατάστασης. Οι αντιδράσεις αυτές δεν είναι σταθερές. Αλλάζουν, καθώς μεταβάλλεται και η αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων περιοχών που περιγράψαμε παραπάνω.^{10,11}

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη των χρόνια ασθενών στηρίζονται στην πληροφόρηση, την αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, στην εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, στη χρήση ειδικών παρεμβατικών και

θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών, στην οικογενειακή θεραπεία, καθώς και στην παρέμβαση στο προσωπικό υγείας και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Οι συνήθεις γενικοί στόχοι των προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι η μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η ενίσχυση της χρήσης λειτουργικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες.¹²

Η βιβλιογραφία έχει να παρουσιάσει αρκετά αναπτυγμένα μοντέλα παρέμβασης, τα οποία έχουν δείξει σημαντική αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τους Steart et al (2004) οι μη-φυσιολογικές παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, καθώς όχι μόνο ενισχύουν την ποιότητα ζωής, αλλά βελτιώνουν τις πιθανότητες επιτυχίας των ιατρικών θεραπειών. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι οι στρατηγικές που έχουν επιδείξει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα είναι η εκπαίδευση του ασθενή, οι τεχνικές χαλάρωσης, η εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος και στις δεξιότητες επικοινωνίας, καθώς και η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων. Επίσης σημαντικά αποτελέσματα έχουν οι παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, κοινωνικής στήριξης, καθώς και σε επίπεδο κοινότητας με στόχο την ενίσχυση της κατανόησης των πολιτών για μια συγκεκριμένη ασθένεια ή κατάσταση.

Καίρια θέση στα προγράμματα παρέμβασης κατέχουν οι προσπάθειες για ενίσχυση της υλικής και συναισθηματικής κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς και οι προσπάθειες για την ενίσχυση της χρήσης περισσότερο λειτουργικών και αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες.¹²

Οι τρόποι κινητοποίησης για μεγαλύτερη λήψη κοινωνικής υποστήριξης είναι συνήθως τρεις (Gatchel & Oordt, 2003): **(α)** κινητοποίηση των μελών της οικογένειας και των οικείων για συμμετοχή στην όλη θεραπευτική διαδικασία, **(β)** παρώθηση των ασθενών για συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες και **(γ)** παραπομπή σε ατομική στήριξη για την υπέρβαση των προβλημάτων που οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση, αν αυτό είναι αναγκαίο.

Όσον αφορά την ενίσχυση της χρήσης αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, οι De Ridder και Schreurs (2001) σε μια ανασκόπηση 35 ερευνών που αφορούσαν ένα μεγάλο εύρος χρόνιων ασθενειών (άσθμα, καρκίνο, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνιους πόνους, διαβήτη, ρευματοειδή αρθρίτιδα και AIDS), βρήκαν ότι οι παρεμβάσεις που αναπτύχθηκαν ήταν γενικά αποτελεσματικές. Περιορίζονται, όμως, στην ενίσχυση ή την αλλαγή σε μία ή δύο στρατηγικές, οι οποίες συνήθως είναι εστιασμένες στο πρόβλημα. Η κύρια

μέθοδος που χρησιμοποιείται, σύμφωνα με τους δύο ερευνητές, είναι η γνωσιακή – συμπεριφοριστική αν και αυτό μπορεί μόνο να αντανakλά τον ισχυρό ανάλογο προσανατολισμό των περισσότερων ερευνητών.^{12,13}

Τμήματα των προγραμμάτων παρέμβασης αποτελούν, επιπροσθέτως, ειδικά ζητήματα, όπως: η διαχείριση του πόνου και η αντιμετώπιση προβλημάτων ύπνου. Αν και το πρώτο θεωρείται αυτονόητο, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται και το δεύτερο, καθώς είναι σημαντική η επίδραση του ύπνου στο ανοσοποιητικό σύστημα, στη γενικότερη ποιότητα ζωής και στο γενικό επίπεδο υγείας (Mitler, Poceta, Menn & Erman, 1991). Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ύπνου χρησιμοποιούνται κυρίως γνωσιακές – συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως: ο έλεγχος των ερεθισμάτων (π.χ. το άτομο να πηγαίνει για ύπνο μόνο όταν νυστάζει, αποκλεισμός δραστηριοτήτων, όπως: η παρακολούθηση τηλεόρασης και η λήψη φαγητού στο κρεβάτι κ.α.), η εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής ύπνου, η διαχείριση του στρες κ.λπ. (Crueess, 2002).

Οι Remien και Rabkin (2002) υποστηρίζουν ότι δύο είναι οι κύριες αρχές που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν τις προσπάθειες παρέμβασης των ψυχολόγων υγείας: **(α)** η ευελιξία στην εφαρμογή του προγράμματος σε συνδυασμό με τη διατήρηση των ορίων,

καθώς και **(β)** η ανάπτυξη ρεαλιστικών προσδοκιών σε συνδυασμό με την ανάγκη να μάθουν να διαχειρίζονται την απώλεια. Επιπλέον χρειάζεται, να ενημερώνονται για θέματα ιατρικά και νομικά.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ένα ενδιαφέρον πρόγραμμα ψυχολογικής παρέμβασης σε χρόνιους ασθενείς έχει αναπτυχθεί από τον Fawzy και τους συνεργάτες του. Το πρόγραμμα φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του άγχους, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της κόπωσης και του θυμού, όπως και στη βελτίωση της διαχείρισης του στρες. Φαίνεται, επίσης, ότι έχει επιπτώσεις και στο χρόνο επιβίωσης, πιθανώς μέσω των αλλαγών που επιφέρει στις συμπεριφορές και συνήθειες υγείας, μέσω της κινητοποίησης για λήψη μεγαλύτερης κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και μέσω της μείωσης του στρες και της λειτουργικότερης αντιμετώπισής του (Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey & Morton, 1993).¹⁴

Το πρόγραμμα παρέμβασης περιλαμβάνει τέσσερις τομείς: **(α)** εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα υγείας και ασθένειας, γενικά και ειδικά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, **(β)** διαχείριση του στρες (τι είναι στρες, πώς αξιολογούνται οι πηγές του στρες και οι ατομικές αντιδράσεις

σε αυτό, εκμάθηση απλών τεχνικών χαλάρωσης, **(γ)** εκπαίδευση στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες (π.χ.επίλυση προβλημάτων, συνειδητοποίηση των παραγόντων που σχετίζονται με το στρες, όπως: η αισιοδοξία, η πρακτικότητα, η ευελιξία και η ευρηματικότητα) και **(δ)** ψυχολογική στήριξη και κοινωνική υποστήριξη. Το πρόγραμμα που λαμβάνει χώρα σε ομαδική βάση, αποτελείται από δέκα περίπου εβδομαδιαίες συναντήσεις, διάρκειας δύο περίπου ωρών. Σε κάθε συνάντηση τυγχάνουν συζήτησης και ανάλυσης κάθε ένα από τα τέσσερα στοιχεία του προγράμματος. Το πρόγραμμα μπορεί να προσαρμοστεί για χρήση από άτομα σε διαφορετικά στάδια διαφορετικών ασθενειών.¹⁴

Ένα άλλο γνωστό πρόγραμμα είναι το Miami GET SMART Program (Group Experienced Therapy – Stress Management and Relaxation Training) (Ironson, Antoni, Schneiderman, Chesney et al., 2002). Το πρόγραμμα αυτό έχει τους εξής στόχους: **(α)** αύξηση της κατανόησης από την πλευρά των συμμετεχόντων των πηγών στρες που αντιμετωπίζουν και των αντιδράσεών τους, **(β)** ανάπτυξη λειτουργικών στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, **(γ)** εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του στρες, **(δ)** αναγνώριση δυσλειτουργικών σκέψεων, **(ε)** τροποποίηση δυσλειτουργικών γνωστικών

διεργασιών και σκέψεων, **(στ)** ενίσχυση των ικανοτήτων επίλυσης διαπροσωπικών συγκρούσεων και διαχείρισης του θυμού και **(ζ)** παροχή ενός υποστηρικτικού πλαισίου.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δέκα εβδομαδιαίες ομαδικές συναντήσεις, στις οποίες συμμετέχουν έξι έως οκτώ συνήθως ασθενείς και δύο συντονιστές. Στην πρώτη και δεύτερη συνάντηση λαμβάνει χώρα πληροφόρηση – συζήτηση για το στρες και τους σχετικούς παράγοντες, καθώς και για την επίδρασή του στη λειτουργία του ατόμου. Στην τρίτη συνάντηση δίδεται έμφαση στη διαδικασία της γνωστικής αξιολόγησης, στην τέταρτη στις αυτόματες σκέψεις, τις αρνητικές σκέψεις και τα γνωστικά λάθη. Στην πέμπτη συνάντηση αναπτύσσονται θέματα γνωσιακής αναδόμησης, στην έκτη και την έβδομη συνάντηση θέματα αντιμετώπισης του στρες, στην όγδοη και ένατη συζητούνται θέματα γύρω από την έκφραση συναισθημάτων, τη διαχείριση του θυμού και τη διεκδικητικότητα. Στη δέκατη συνάντηση δίδεται έμφαση στην κοινωνική υποστήριξη και στους κατάλληλους τρόπους για την αναζήτησή της.³⁰

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε ασθενείς με HIV/AIDS και επέδειξε βελτίωση της ευεξίας των συμμετεχόντων, αλλά υπήρξαν μεικτά αποτελέσματα ως προς την κατάσταση της σωματικής υγείας και τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Ironson et al.,

2002). Παρά το τελευταίο οι ερευνητές βρήκαν ότι οι στρατηγικές διαχείρισης του στρες επιδρούν θετικά σε διάφορες νευροορμόνες, που σχετίζονται με τη διεργασία του στρες και είναι σημαντικές για την εξέλιξη της νόσου (κορτιζόλη, νορεπινεφρίνη, τεστοστερόνη).

Ένα ανάλογο πρόγραμμα για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες εξαιτίας τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη έχει περιγραφεί από τον Καραδήμα (2003). Το πρόγραμμα έχει τέσσερις στόχους: **(α)** διευκόλυνση της προσαρμογής του ασθενούς και της οικογένειάς του, καθώς και ενίσχυση των στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, **(β)** διαχείριση του πόνου, **(γ)** εκπαίδευση σε θέματα υγείας και **(δ)** διευκόλυνση των σχέσεων μεταξύ προσωπικού υγείας και ασθενούς. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει δέκα έως δώδεκα ομαδικές συναντήσεις και η έναρξή του γίνεται μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενούς και την έναρξη του προγράμματος φυσικής αποκατάστασης.

Περιλαμβάνει πληροφόρηση με τη συμμετοχή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, διαχείριση του στρες για τη μείωση της δυσφορίας και των άλλων αρνητικών συναισθημάτων, εκπαίδευση στην επίλυση προβλήματος, τρόπους ανεύρεσης και χρήσης κοινωνικής υποστήριξης, συζήτηση για τις βιοψυχοκοινωνικές αλληλεπιδράσεις στην

υγεία, ενώ υπάρχει πρόβλεψη για ατομική παρέμβαση στις περιπτώσεις έντονων ψυχολογικών δυσκολιών.^{15,16,31}

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει, επίσης, παρέμβαση στις οικογένειες των ασθενών, ώστε να αναπτύξουν αίσθημα ελέγχου και επάρκειας, να οργανωθούν εκ νέου και να κρατήσουν την ασθένεια στη «θέση» της, διατηρώντας τη συμβατότητα ανάμεσα στη φροντίδα του ασθενούς και στην ομαλότητα της οικογενειακής ζωής. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στο ρόλο του κύριου φροντιστή και στη διαχείριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει. Επιπλέον το πρόγραμμα περιλαμβάνει παρέμβαση στο προσωπικό υγείας με δύο στόχους: τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ασθενείς και την αντιμετώπιση των δικών τους αρνητικών συναισθημάτων και αντιδράσεων. Τέλος περιλαμβάνει παρέμβαση στην κοινότητα με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού και τη δημιουργία υποστηρικτικών ομάδων και υποδομών μέριμνας.⁵

Κλείνουμε το κεφάλαιο αυτό με μια επισήμανση, που η Καλαντζή-Αζίζι (1985) κάνει: Η ασθένεια αποτελεί ένα είδος προειδοποίησης πως κάτι δεν πηγαίνει καλά στη ζωή του ατόμου. Ο ασθενής θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένεια δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός και να κατανοήσει πως συσχετίζεται με τον τρόπο ζωής του. Αυτή η ενασχόληση με τον εαυτό και τον τρόπο ζωής οδηγεί σταδιακά το

άτομο: **(α)** σε μια πιο ολοκληρωμένη αυτογνωσία και, επομένως, σε έναν νέο τρόπο αντίληψης του εαυτού και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, καθώς και **(β)** στην υιοθέτηση αλλαγών στη συμπεριφορά.^{17,30}

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ (Κ.Π.Λ.)

Η ποιότητα ζωής των ασθενών άρχισε να απασχολεί τους επαγγελματίες υγείας από τη στιγμή που υποχώρησε το βιοϊατρικό μοντέλο σκέψης και αυξήθηκαν οι απαιτήσεις των ασθενών. Ωστόσο, η μέτρησή της είναι δύσκολη, καθώς σχετίζεται με πολλαπλές και αλληλεπιδρώσες διαστάσεις. Είναι γνωστό ότι τα χρόνια νοσήματα φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως η διατήρηση ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης, ο αυτοέλεγχος, η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Επιπλέον, οι διαγνωστικές ασάφειες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής αποτελούν χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων και έχουν δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοδιάστατη αντίληψη, αλλά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τέσσερις βασικούς τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διαστάσεις:

- την ψυχολογική
- την κοινωνική
- την επαγγελματική και
- τη σωματική διάσταση.

Ψυχολογική Διάσταση

Άγχος και κατάθλιψη

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα, ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή». Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή.

Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του.

Επομένως, οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της νόσου μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου.^{29,31}

Κοινωνική διάσταση

Κοινωνικές σχέσεις

Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στον φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν. Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως όταν πρόκειται για χρόνια-προχωρημένη-θανατηφόρα νόσο. Το σύνθημα που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών αυτών είναι: «Ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Η καλή κοινωνική κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί.

Στην κοινωνική διάσταση υπάγεται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων ψυχαγωγίας, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση,

αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει με επιτυχία τη νόσο. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη, είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής.^{12,34}

Σεξουαλικές σχέσεις

Τα σοβαρότερα προβλήματα στη σεξουαλική ζωή των ανθρώπων προέρχονται από συναισθηματικά και σωματικά τραύματα. Το άγχος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής μπορεί να υποχωρήσει ή ακόμη και να εξαφανιστεί με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών, έτσι όπως εκφράζεται από μια ασθενή: «Η διατήρηση της σχέσης σου είναι το πρώτο που σε απασχολεί, μόλις ξεπεραστούν τα προβλήματα υγείας. Αυτό είναι η πιο σημαντική δοκιμασία που έχεις να περάσεις. Πως θα αντιδράσει βλέποντας μια γυναίκα με επιδέσμους, ανίκανη να βοηθήσει τον ίδιο της τον εαυτό; Ακόμη και όταν υπάρχει έρωτας, υπάρχουν πράγματα που του θυμίζουν την κατάστασή σου».

Ορισμένοι ασθενείς υποστηρίζουν ότι η σωματική ανικανότητα, ο πόνος και

ορισμένες φορές και η νοσηλεία έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις κοινωνικές και τις επαγγελματικές τους σχέσεις. Αυτό δεν είναι απόλυτα σωστό, καθώς το παραμικρό πρόβλημα υγείας οδηγεί σε μια «επίδειξη» αγάπης, ενδιαφέροντος και προσοχής από την οικογένεια, τους φίλους και τους συνεργάτες. Συχνά ορισμένα άτομα υποδύονται το θύμα για να διαπιστώσουν πόσο οι άλλοι ενδιαφέροντα πραγματικά γι' αυτούς. Ορισμένες φορές η συμπεριφορά αυτή αποτελεί το μοναδικό μέσο για να κερδίσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή των άλλων. Επίσης, υπάρχουν άτομα που ικανοποιούνται με το να υποδύονται τον ρόλο του ασθενούς.

Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους, μαζί με την ικανότητα συμμετοχής στις κοινωνικές εκδηλώσεις, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νόσημα.³¹

Επαγγελματική διάσταση

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να επιτύχει την κοινωνική και οικονομική του καταξίωση.

Επιπλέον, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμησή τους όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές

τους ανάγκες. Η εξάρτηση αυτή μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίησης, καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος, που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή.

Για τα άτομα με χρόνια νόσημα, η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.^{30,31,35,36,37}

Σωματική διάσταση

Η καλή σωματική κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων, που συνίστανται από συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής. Η διάκριση της νόσου από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη.

Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη βιολογική φύση, αλλά αναφέρεται σε κάτι διαφορετικό. Αναφέρεται στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί δραστηριότητες που σχετίζονται με τις προσωπικές ανάγκες, τις φιλοδοξίες ή την επιτέλεση του κοινωνικού

ρόλου. Σε βασικό επίπεδο, αφορά δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως η βάδιση, η διατροφή, η καθαριότητα και η ένδυση. Αφορά στην ικανότητα κάποιου να εκτελεί υπεύθυνες δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι, σε κοινωνικό, εργασιακό, διαπροσωπικό και προσωπικό επίπεδο. Ο πόνος αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες προσφυγής στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και γι' αυτό τον λόγο γίνεται μια πιο λεπτομερής αναφορά σε αυτό το σύμπτωμα.^{20,31}

Πόνος

Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν, βιώσει πόνο, ωστόσο, είναι πολύ δύσκολο να περιγράψουν επαρκώς το πλήθος των συναισθημάτων που προκαλεί. Ο πόνος είναι καθαρά προσωπική και υποκειμενική εμπειρία, που επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, το πολιτισμικό του υπόβαθρο, τα όρια συνεκτικότητας και την παρελθούσα εμπειρία σχετικά με τον πόνο. Ο πόνος έχει θεμελιώδη σημασία για την επιβίωση του ανθρώπου και αποτελεί προειδοποιητικό σύστημα για την προστασία του έναντι σοβαρών κινδύνων ή για την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγείας.

Ιδιαίτερα ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου και έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, την κοινωνική και την οικονομική του κατάσταση. Συχνά

είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός, αλλά ο ανίατος χρόνιος πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο, αλλά μπορεί να αποδειχτεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο. Ο χρόνιος πόνος, ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη, καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο.

Πολλά θέματα σχετίζονται με περισσότερες από μία διαστάσεις. Η σεξουαλικότητα μπορεί να έχει σχέση και με τις παραπάνω τέσσερις διαστάσεις. Για παράδειγμα, με τη σωματική και λειτουργική αξία, μια και συμβάλλουν στην επιθυμία και την ικανότητα διέγερσης, καθώς και την άνεση. Επίσης, η σεξουαλικότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από τη συναισθηματική ευεξία και το επίπεδο οικειότητας της σχέσης.^{31,18,19,27}

Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών

Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) αναπτύχθηκε από τους Lindenberg και Frey. Η αρχή που αποτέλεσε το θεωρητικό υπόβαθρο για την ανάπτυξη της θεωρίας στηρίζεται στην άποψη ότι το άτομο προάγει την προσωπική του ευεξία καθώς κινείται για την ικανοποίηση των βασικών του αναγκών. Στην προσπάθειά

του αυτή το άτομο ακολουθεί εκείνες τις μεθόδους που θα του αποφέρουν τα μεγαλύτερα οφέλη με το λιγότερο δυνατό κόστος. Το κόστος αναφέρεται σε καθετί που δαπανά το άτομο στην προσπάθειά του να ικανοποιήσει μια ανάγκη του.¹²

Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών προσπαθεί να ερμηνεύσει το πώς επιδρά η ασθένεια στην ποιότητα ζωής. Η θεωρία αυτή αναγνωρίζει ότι υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, και ένας από αυτούς είναι η υγεία. Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, ποιότητα ζωής είναι η ψυχοσυναισθηματική ευεξία που επέρχεται μόνο όταν έχουν καλυφθεί οι βασικές βιολογικές και κοινωνικές ανάγκες.³¹

Η θεωρία της Κ.Π.Λ. χαρακτηρίζεται από την αρμονική συνύπαρξη τριών θεωριών, από τις οποίες και αντλεί τις βασικές αρχές της. Οι θεωρίες αυτές είναι: **(α)** των Αναγκών, του Maslow, στην οποία στηρίζεται η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία, **(β)** της Οικιακής Οικονομίας, των Becker και Stigler, στην οποία στηρίζεται η διάκριση μεταξύ βασικών αναγκών και λειτουργικών στόχων, και **(γ)** της Μικροοικονομικής των Τιμών, των Ormell και συν., στην οποία στηρίζεται η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.³¹

Τρόποι επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής

Η επίτευξη των λειτουργικών στόχων σύμφωνα με τη θεωρία της Κ.Π.Λ. επηρεάζεται από τα συμπτώματα, τις επιπλοκές και τις αναπηρίες της ασθένειας. Οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν το κόστος και καθιστούν τον λειτουργικό στόχο «ακριβό» σε σχέση με το όφελος της επίτευξής του, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής. Αναπηρίες και μειονεκτήματα επιδρούν στην ποιότητα ζωής βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Δραστηριότητες που σχετίζονται με τη σωματική και κοινωνική κατάσταση επιδρούν βραχυπρόθεσμα αρνητικά στην ποιότητα ζωής όταν μειώνεται το εύρος των δραστηριοτήτων και των λειτουργιών. Σε μακροπρόθεσμη βάση η επίδραση εξαρτάται από την ελάττωση της δυνατότητας και της ικανότητας αναπλήρωσης των λειτουργικών στόχων. Η ικανότητα αναπλήρωσης στόχων εξαρτάται από το εύρος των εναλλακτικών στόχων κάθε ατόμου, οι οποίοι διαμορφώνονται μέσα από τα βιώματα, τις ατομικές αξίες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του. Όταν το άτομο διαθέτει μεγάλο αριθμό εναλλακτικών στόχων, τότε επηρεάζεται σε μικρό βαθμό από τις απώλειες δραστηριοτήτων. Η επίδραση της ασθένειας στην ποιότητα ζωής ελαττώνεται όταν το άτομο διαθέτει πολυλειτουργικές δραστηριότητες οι οποίες

επιτρέπουν την παραγωγή νέων λειτουργιών και ενισχύουν την ικανότητα αντικατάστασης λειτουργικών στόχων.^{31,25}

Η θεωρία της Κ.Π.Λ. προτείνει δύο στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Η πρώτη μέθοδος προτείνει τον εντοπισμό και την απομάκρυνση εκείνων των παραγόντων που περιορίζουν την ικανότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων. Η δεύτερη μέθοδος προτείνει την προσπάθεια εμπλουτισμού και διεύρυνσης των εναλλακτικών δραστηριοτήτων, που επιτρέπουν την επίτευξη των λειτουργικών στόχων.^{12,26}

Η ικανότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων αποτελεί βασική παράμετρο της θεωρίας Κ.Π.Λ. Όταν η σωματική αναπηρία δεν επιτρέπει την αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων, η ικανότητα αναπλήρωσης είναι αυτή που επιτρέπει τη διατήρηση της ευεξίας. Η προσαρμογή στην ασθένεια, τα ατομικά βιώματα και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των απειλών της ποιότητας ζωής μπορούν να επιτευχθούν μόνο με την αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων. Η δραστηριότητα που επιτρέπει την επίτευξη κοινωνικής αναγνώρισης και ενεργητικότητα-εγρήγορση συμβάλλει τα μέγιστα στην ευεξία και την προσαρμογή ή αντιμετώπισης της επίδρασης της ασθένειας στην ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με μια απλή ικανοποίηση μίας μόνης ανάγκης.³¹

ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΙΔΕΑΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η σωματική εικόνα ενός ατόμου είναι η βάση της ταυτότητάς του και σχεδόν οποιαδήποτε αλλαγή στη δομή της ή τη λειτουργία της θεωρείται απειλή.

Η σωματική εικόνα όπως πιο πάνω αναφέρθηκε, σχηματίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος σε ένα συγκεκριμένο χρόνο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Αυτή η εσωτερική εικόνα του εαυτού επηρεάζεται από την αντίληψη του ατόμου για την εμφάνισή του και πληθώρα άλλων παραγόντων, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τους στόχους του, καθώς επίσης τη νοημοσύνη, την κοινωνική του θέση και το επάγγελμα. Επίσης η αντίληψη σ' αυτή τη νοητική εικόνα, καθώς και η φυσική και διανοητική ικανότητα και η αντοχή στον πόνο.^{13,25,33}

Τα άτομα προστατεύουν την εικόνα από την αλλαγή, την υποτίμηση και την επίθεση και όταν μία ασθένεια, (τραυματισμός ή θεραπεία) προκαλεί κάποια αλλαγή στο σώμα, περνάει καιρός για να αφομοιωθεί αυτή η αλλαγή μέσα στη σωματική εικόνα.¹³ Χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος.

1. Υποκειμενικά χαρακτηριστικά

- Αλλαγές στον τρόπο ζωής.

- Φόβος απόρριψης από τους άλλους. Συγκέντρωση προσοχής σε προηγούμενη σωματική δύναμη (ευρωστία), λειτουργία ή εμφάνιση.
- Αρνητικά συναισθήματα για το σώμα.
- Συναισθήματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης.
- Πίστη ότι έχει ύψιστη αξία η ομορφιά του σώματος, η προηγούμενη ευρωστία κ.λπ.
- Προκατάληψη με την αλλαγή του σώματος ή με την απώλεια μέλους σώματος.
- Έμφαση στις δυνάμεις που απέμειναν και σε όσα μπορούν να επιτευχθούν με αυτές.
- Επέκταση των σωματικών ορίων και ενσωμάτωση αντικειμένων του περιβάλλοντος.
- Προσωποποίηση μέρους του σώματος ή και απώλειάς του με ένα όνομα.
- Αποπροσωποποίηση ενός μέρους του σώματος ή απώλειάς του με τη χρήση απρόσωπων αντωνυμιών.
- Άρνηση της αλλαγής που συνέβη.³³

2. Αντικειμενικά χαρακτηριστικά

- Απουσία ενός μέρους του σώματος.
- Πραγματική αλλαγή στην κατασκευή ή τη λειτουργία του σώματος.
- Αποφυγή ενατένισης του μέλους του σώματος.

- Αποφυγή ψηλάφησης του μέλους του σώματος.
- Απόκρυψη ή υπέρ-επίδειξη του μέλους του σώματος (σκόπιμη και μη σκόπιμη, ακούσια και μη ακούσια).
- Τραυματισμός του μέλους που δεν λειτουργεί.
- Αλλαγή στην ικανότητα εκτίμησης της απόστασης του σώματος από το περιβάλλον.
- Ανικανότητα διάκρισης των ερεθισμάτων εάν προέρχονται από τον εαυτό του ή έξω από τον εαυτό του (απώλεια των ορίων του εγώ).
- Ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής των ορίων του σώματος.
- Ανικανότητα αποδοχής της αλλαγής στην κατασκευή του σώματος π.χ. άρρωστος με P.A.³³
- Κατά πόσο το πάσχον μέλος είναι ορατό στους άλλους.
- Κατά πόσον η αποκατάσταση είναι εφικτή.
- Η ταχύτητα με την οποία έγινε η αλλαγή.
- Η προ της αλλαγής ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις.
- Η αντίδραση σε μία αλλαγή σχετίζεται και με τη σημασία που έχει το μέλος του σώματος για το άτομο. Για ένα μικρό παιδί η κινητικότητα και η ανεξαρτησία θεωρούνται απαραίτητα για τη φυσιολογική του ανάπτυξη.

Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση ενός ατόμου στις αλλαγές της σωματικής εικόνας

Σύμφωνα με τον Brown, οι αντιδράσεις στις αλλαγές του σώματος επηρεάζονται σημαντικά από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Την ηλικία.
- Τη λειτουργική σπουδαιότητα του μέλους του σώματος.
- Τη φυσική εμφάνιση και το γόητρο του ατόμου.

Ο έφηβος ενδιαφέρεται για την εμφάνισή του, ενώ οι ενήλικες θέτουν λιγότερη έμφαση στο φυσικό εαυτό και μεγαλύτερη στις ψυχοκοινωνικές ικανοποιήσεις.

Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν επίσης την οικογένεια, η οποία αντιμετωπίζει ένα μέλος της με πρόβλημα τέτοιας φύσης.

Το μέγεθος της απειλής της σωματικής εικόνας εξαρτάται από το πότε το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του ήρθε αντιμέτωπο με την απειλή. Παιδιά γεννημένα με ανωμαλίες ενσωματώνουν αυτά τα προβλήματα, μέσα σε αρχικές σωματικές εικόνες εκτός αν οι ανωμαλίες διορθώνονται όταν ακόμη το παιδί είναι μικρό. Η πιθανότητα να παρουσιασθεί

διαταραχή στην ιδεατή εικόνα του σώματος είναι ιδιαίτερα μεγαλύτερη στην εφηβεία.

Ένας άλλος παράγοντας που έχει μεγάλη επίδραση είναι η λειτουργική σπουδαιότητα του μέλους που αφορά η αναπηρία. Η απώλεια ενός δακτύλου απαιτεί μικρότερη προσαρμογή από την απώλεια ενός βραχίονα.^{33,22,23}

Η αξιολόγηση της εικόνας του σώματος ενός αρρώστου επηρεάζεται από τους παρακάτω παράγοντες:

1. Συναισθήματα για τον εαυτό του πριν και μετά την αρρώστια. Αξίες για την προσωπική υγιεινή.
2. Ατομικές αξίες για την ομορφιά, αυτοκυριαρχία, δραστηριότητα, ακεραιότητα.
3. Αξίες για τις αντιδράσεις των άλλων.
4. Υποκειμενική σημασία του μέρους του σώματος που προσβλήθηκε για τον ίδιο τον άρρωστο.
5. Αντίληψη του αρρώστου, όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή φροντίδα και θεραπεία.
6. Συνειδητοποίηση της έκτασης της αρρώστιας.
7. Επίδραση της αρρώστιας στο άτομο, τους ρόλους του, τις καθημερινές δραστηριότητες, την οικογένεια και τη χρήση του ελεύθερου χρόνου.
8. Αντίληψη της αντίδρασης των άλλων προς το άτομο με την κατάσταση (αρρώστια) αυτή.

9. Προβλήματα προσαρμογής στην κατάσταση.

10. Μηχανισμοί που χρησιμοποιούνται για προσαρμογή στην κατάσταση και τις επιπτώσεις της.³³

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΙΔΕΑΤΗΣ ΕΙΚΟΝΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Νοσηλευτική εκτίμηση

Η αξιολόγηση της αλλαγής της εικόνας σώματος και της επίδρασής της στην αλλαγή της εικόνας εαυτού, ποικίλλει και αυτό εξαρτάται από τον ασθενή και την ιδιαίτερη κατάστασή του.

Για να αναπτύξει κανείς πρωτόκολλο νοσηλευτικής παρατήρησης, πρέπει να εξετάσει τους παρακάτω τέσσερις τομείς.

1. Να καθορίσει την ύπαρξη αλλαγής της σωματικής εικόνας ή διαταραχής.
2. Να προσδιορίσει την προσαρμογή στην αλλαγή της σωματικής εικόνας. Ο νοσηλευτής, για να καταστρώσει ένα αποτελεσματικό σχέδιο, πρέπει να προσδιορίσει αν το άτομο είναι εύκολο ή όχι στην προσαρμογή.
3. Να προσδιορίσει τους παράγοντες, που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη ασθένεια και επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στην αλλαγή της σωματικής εικόνας.

4. Να καθορίσει το βαθμό προσαρμογής της οικογένειας ή των σημαντικών προσώπων. Για να επιτευχθεί υψηλός βαθμός αποκατάστασης πρέπει να ενισχυθεί η προσαρμογή, τόσο της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων, όσο και του ασθενούς.³²

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1^{ος} σκοπός: Η διατήρηση θετικής αποδεκτής και ρεαλιστικής ιδεατής εικόνας του σώματος από τον άρρωστο.

Νοσηλευτική παρέμβαση: Αξιολόγηση της αντίληψης του αρρώστου για την εικόνα του σώματός του. Ποιες απόψεις του σώματός του θεωρεί ευχάριστες και ποιες δυσάρεστες. Αναγνώριση και θετική ενίσχυση του αρρώστου, όταν προσπαθεί να βελτιώσει την προσωπική εικόνα του σώματός του. Βοήθεια του αρρώστου να αποδεχθεί και να δώσει αξία στην παρούσα σωματική του κατάσταση, τονίζοντας ότι μερικά σωματικά χαρακτηριστικά δεν μπορούν να αλλάζουν και ότι το άτομο έχει και άλλες σπουδαίες θετικές ψυχικές δυνάμεις, μοναδικές για αυτό. Αναφορά σε αυτές τις δυνάμεις μαζί με τον άρρωστο.

Διδασκαλία των τρόπων που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει ο ασθενής για να βελτιώσει τη σωματική του εικόνα (π.χ. πώς να ντύνεται, πώς να περιποιείται τον εαυτό του, πώς να εκτελεί ασκήσεις για να βελτιώσει τη σωματική του λειτουργία και

πώς να χρησιμοποιεί κοσμητικά είδη (προσθέσεις).³³

2^{ος} σκοπός: Αποδοχή της αλλαγής των ορίων του σώματος και ενσωμάτωσης της αλλαγής στην ιδεατή εικόνα του σώματος και στην αυτοϊδέα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Αν ο άρρωστος έπαθε ημιπληγία και παρουσιάζει διαταραχή των ορίων του σώματος, λόγω αλλαγής στην εμφάνιση ή λειτουργία του σώματος, συνιστώνται οι ακόλουθες νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει προφορικά τα συναισθήματα, την ανησυχία του, το θυμό του για την απώλεια και τον φόβο του, για την αλλαγή στη λειτουργία ή τα όρια του σώματός του.
2. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράσει και να διερευνήσει τα συναισθήματά του, σχετικά με την επίδραση του χαμένου μέρους του σώματος ή των τροποποιημένων ορίων του σώματος στις καθημερινές του δραστηριότητες (στην οικογένεια, εργασία, σχολείο, κοινωνικές σχέσεις).
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να βλέπει και να αγγίζει την αλλαγμένη περιοχή του σώματός του. Παράλληλα, ενθαρρύνεται να εκφράσει λεκτικά, τι

αισθάνεται μετά από αυτή την επαφή με το σώμα.

4. Ενθάρρυνση να αναλάβει κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατόν, χωρίς να κρύβει ή να υπερεπιδεικνύει την αλλαγμένη περιοχή του σώματος.
5. Υπενθύμιση της αλλαγμένης περιοχής του σώματος με το σχόλιο ότι μπορεί να είναι μόνιμη ή όχι.
6. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης, για να βελτιώσει τη λειτουργία της προσβεβλημένης περιοχής του σώματος.
7. Ενθάρρυνση του αρρώστου να χρησιμοποιεί κοσμητικά και μηχανικά μέσα (προσθέσεις και άλλα διαθέσιμα) για βελτίωση της λειτουργίας της προσβεβλημένης σωματικής περιοχής.
8. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας να χρησιμοποιούν υποστηρικτικές υπηρεσίες και σχετικές κοινωνικές ομάδες αναφοράς.³³

3^{ος} σκοπός: Ολοκλήρωση των λειτουργιών και των ορίων του εγώ κατά τρόπο ώστε να είναι συμβατά με την πραγματικότητα και με την αυτοϊδέα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Όταν τα όρια του εγώ διαταράσσονται και ο άρρωστος δεν μπορεί πλέον να διακρίνει μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων, συνιστώνται οι ακόλουθες παρεμβάσεις:

1. Δημιουργία ενός προγραμματισμένου ήσυχου και όχι ερεθιστικού περιβάλλοντος. Καθώς βελτιώνεται η ισχύς του εγώ του ατόμου, να αυξάνονται τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος.
2. Βοήθεια του αρρώστου να ξεχωρίζει τα πραγματικά από τα μη πραγματικά περιβαλλοντικά ή εσωτερικά ερεθίσματα.
3. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εκφράζει λεκτικά τα συναισθήματα και τις αγωνίες του.
4. Ενίσχυση και διατήρηση της επαφής του αρρώστου με την πραγματικότητα και απασχόληση με δραστηριότητες προσανατολισμένες στην πραγματικότητα.
5. Ενθάρρυνση του αρρώστου να συμμετέχει σε όλα τα θεραπευτικά σχήματα (φαρμακευτική θεραπεία, ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία κ.λπ.). Συζήτηση για τις θεραπευτικές ωφέλειες αυτών των θεραπειών.
6. Όταν ο άρρωστος επανακτήσει τον έλεγχο των ορίων του εγώ του, να ενθαρρύνεται να εξετάζει και να αξιολογεί τι του προκάλεσε την

εμπειρία της διαταραχής στα όρια του σώματός του.

7. Βελτίωση και διατήρηση της αυτοεκτίμησης του αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο.
8. Καλλιέργεια ικανότητας για την εκπλήρωση των προηγούμενων ρόλων του αρρώστου ή ανάπτυξης άλλων νέων ρόλων, λόγω του προβλήματος της υγείας.
9. Ανάπτυξη και διατήρηση θετικής προσωπικής ταυτότητας.³²

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Αποτέλεσμα στον άρρωστο

Θετική αποδεκτή και ρεαλιστική εικόνα του σώματος.

Δεδομένα που το τεκμηριώνουν

- Ελάττωση των εκδηλουμένων υποκειμενικών και αντικειμενικών χαρακτη-ριστικών που προσδιόριζαν τη σχετική διαταραχή, όπως αναφέρθηκαν παραπάνω.
- Θετική έκφραση του αρρώστου για την αποδοχή της εικόνας του σώματός του.
- Κατανόηση του πως αναπτύχθηκε η αρνητική εικόνα του σώματος σε σχέση με την ανάπτυξη του ατόμου και τις κοινωνικές, πολιτιστικές, και διαπροσωπικές εμπειρίες του.

- Εκδήλωση δεξιοτήτων, λύσης προβλημάτων με στρατηγικές που προάγουν και διατηρούν μία θετική εικόνα του σώματος.³³

Συμπεράσματα

Η χρόνια ασθένεια αποτελεί ένα είδος προειδοποίησης πως κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Ο ασθενής θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι η ασθένεια δεν είναι ένας εξωτερικός εχθρός και να κατανοήσει πως σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του. Αυτή η ενασχόληση με τον εαυτό του και τον τρόπο ζωής οδηγεί σταδιακά το άτομο:

- σε μια πιο ολοκληρωμένη αυτογνωσία και, επομένως, σε έναν νέο τρόπο αντίληψης του εαυτού του και της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, καθώς και
- στην υιοθέτηση αλλαγών στη συμπεριφορά.

Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που βοηθά τόσο τον χρονίως πάσχοντα όσο και την οικογένεια του να επανακτήσει και να δυναμώσει την ελπίδα μέσα τους, να αποδεχτούν τη νόσο και να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ADLER,N.E. &MATTHEWS, K.A. Health and psychology: Why do some people get sick and some stay well? Annual Review of Psychology, (1994),45,230-260

2. AJZEN, I. The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 1999, 50, 180-212.
3. ANDERSEN, B.L. Behavioral outcomes following psychological interventions for cancer patient. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 2002, 70, 595-605
4. ANSSEAU, M., DIERICK, M., BUNTINKX, F. et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 56, 50-56.
5. ANTONOVSKY, A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
6. ASMUNDSON, G., NORTCOMB, P., & NORTCOMB, G. The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 1999, 19, 98-120.
7. BAUM, A. & OSLUNZY, D.M. Health Psychology: Mapping Biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 1999, 50, 138-160.
8. BAUM, A., PERRY, N.W. Jr. & TARBELL, S. The development of psychology as a health science. *Handbook of Clinical Health Psychology*, 2004, vol.3 (pp.12-25). Washington, American Psychological Association
9. BIDDLE, S., SALLIS, J.F. & CAVILL, N.A. (1998). *Young and active? Young people and health enhancing physical activity: Evidence and implications*. London: Health Education Authority.
10. CAVILL, N., BIDDLE, S. & SALLIS, J.F. Health enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom expert consensus conference. *Pediatric Exercise Science*, 2001, 13, 13-20.
11. CONTRADA, R.J., CATHER, C. & O'LEARY, A. Personality and health: Dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. *Handbook of Personality: Theory and research*, 1999, (pp.35-50). New York: Guilford.
12. GRUETT, D.G. (2002). Improving sleep quality in patients with chronic illness 2002 (pp.240-252) Washington.
13. DE RIDDER, D. & SCHREURS, K. Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 2001, 21, 205-240.

14. DIMATTEO, M.R. Social support and patient adherence to medical recommendations. A Meta-analysis. *Health psychology*, 2004, 23, 207-218.
15. ELLIOTT, T.R. & SHEWCHUK, R.M. Family adaptation in illness, disease, and disability. *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol.2, 2004, (pp 380-400). Washington
16. FRIES, J.F. Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. *The Royal Society of Medicine*, 2000, 89, 64-68.
17. GARSSEN, B. Psychological factors and cancer development: Evidence after 30 years of Research. *Clinical Psychology Review*, 2004, 24, 315-339.
18. HAGGER, M.S. & ORBELL, S. A Meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 2003, 18, 141-184.
19. ΚΑΛΑΤΖΗ - ΑΖΙΖΙ, Α. Εφηρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα Ε.Κ.Π.Α., 1996
20. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ, Ε.Χ. Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 1998, 5(3), 260-273.
21. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ, Ε.Χ. Συμπεριφοριστική Ιατρική. Η συνεργασία μεταξύ των επιστημών της Συμπεριφοράς και των Βιοϊατρικών Επιστημών και η συμβολή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής προοπτικής. (158-168) Αθήνα Ε.Κ.Π.Α., 2003
22. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ, Ε.Χ. Κατάθλιψη, άγχος, θυμός και σωματική υγεία και οι πιθανοί ενδιάμεσοι μηχανισμοί, *Ψυχολογία*, 2005, 12(2).
23. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Δ. Επικοινωνία προσωπικού υγείας με τον άρρωστο. Στο Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, & Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ (Επιμ. Έκδ.), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, 1995 α, (175-195). Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
24. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Δ. Φάσεις στην εξέλιξη της Χρόνιας ή και απειλητικής για τη ζωή Αρρώστιας Στο Δ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, & Φ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ (Επιμ. Έκδ.), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, 1995 β (109-134). Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
25. SHANNON, C. Dealing with stress: families and chronic illness. *Handbook of*

- stress, medicine, and health, 1996, (pp320-338). New York: CRC Press.
26. STAATS, P.S. Pain, depression and survival. *American Family Physician*, 1999, 60, 42-43.
27. TURK, D.C. & MONARCH, E.S. Biopsychosocial perspective on chronic pain. 2002, (pp.3-29). New York: Guilford.
28. Σαουνάτσου Μ., Κελέση-Σταυροπούλου Μ., Φασόη-Μπάρκα Γ., «Ο Ρόλος του Νοσηλευτή δίπλα στον χρόνια Άρρωστο με Στεφανιαία Νόσο». *Νοσηλευτική*, 1999, 8(4) [328-334].
29. ΧΡΥΣΟΒΙΤΣΑΝΟΥ ΧΡ. «Ο Πολλαπλός Ρόλος του Ειδικού Νοσηλευτή στην Σ.Κ.Π.». *Νοσηλευτική*, 2001, 40(4) [21-25].
30. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ Ε. «Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη». Αθήνα, Εκδόσεις: ΤΥΠΟΘΗΤΩ., 2005, [141-152].
31. ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ ΕΥΓ., ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΧΡ. «Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών» *Νοσηλευτική* 2005, 44 (2) [202-211].
32. ΚΥΡΙΤΣΗ ΕΛ. «Διαταραχή της Ιδεατής Εικόνας του Σώματος». *Νοσηλευτική*. 1999, 38 (3) [238-243].
33. ΚΥΡΙΤΣΗ ΕΛ. «Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς με Διαταραχή Εικόνας Σώματος και Αυτοϊδέας». *Νοσηλευτική* 1999, 38 (2) [151-155].
34. ΚΡΕΠΙΑ - ΣΑΠΟΥΝΤΖΗ Δ., ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ - ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Α. «Η Επικοινωνία στη Νοσηλευτική», *Νοσηλευτική* 1998, 37 (3) [273-281].
35. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. «Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία», Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Press 2003 [41-60].
36. ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ Ζ., ΚΟΡΝΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜ., ΚΟΥΤΕΝΤΑΚΗΣ ΚΩΝ. «Κατ' Οίκον νοσηλευτική παρακολούθηση χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων». *Νοσηλευτική* 2003, 42 (3) [364-373].
37. JOSIEN M., ΒΑΓΙΑΤΗ Γ., ΓΙΑΝΝΟΥΛΕΑ Μ. «Η Επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο», Αθήνα 1995, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

ΕΡΕΥΝΑ**Διερεύνηση βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών σε φοιτητές νοσηλευτικής**Χριστοπούλου Ι¹, Κουρτεσοπούλου Α², Κουρτεσοπούλου Α³, Σιαμάγκα Ε⁴

1. Αναπληρώτρια καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Α', ΤΕΙ Αθήνας

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ Αθήνας

3. Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, ΠΕ, MSc

4. Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Λαμίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει βιώματα παρενόχλησης που πιθανόν φοιτητές της νοσηλευτικής βίωσαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, τόσο στο χώρο το πανεπιστημίου όσο και στους χώρους των νοσοκομείων όπου παρακολουθούσαν τη πρακτική του άσκηση. Εφαρμόστηκε η τροποποιημένη μορφή του ερωτηματολογίου των Rautio, Sunnari, Nuutinen και Laitala (2005). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 104 φοιτητές της νοσηλευτικής (18 άνδρες και 86 γυναίκες), ηλικίας από 20 έως 26 ετών. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με την χρησιμοποίηση του στατιστικού πακέτου SPSS 10.0 for Windows, ενώ οι αναλύσεις που έγιναν ήταν χ^2 για την εξακρίβωση τυχόν επίδρασης δημογραφικών χαρακτηριστικών στην συχνότητα εμφάνισης των βιωμάτων. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι: (α) Οι φοιτητές είχαν περισσότερα βιώματα άσχημου τρόπου ομιλίας από καθηγητή, λεκτικής και σωματικής παρενόχλησης από συμφοιτητές αλλά και αρνητικών σχόλιων για τη καριέρα τους από ασθενείς. Ενώ οι φοιτήτριες περισσότερες απειλές από το νοσοκομειακό προσωπικό, (β) οι ηλικίες 23-26 ήταν πιο ευάλωτες στην εκμετάλλευση εργασιών από καθηγητές τους καθώς και στην άδικη κρίση και λεκτική παρενόχληση από νοσοκομειακό προσωπικό, (γ) οι φοιτητές της πρακτικής άσκησης δήλωσαν συχνότερη εκμετάλλευση από καθηγητές, λεκτική παρενόχληση και άδικη κρίση από νοσοκομειακό προσωπικό και (δ) οι φοιτητές που εργάζονταν σε νοσοκομείο είχαν βιώσει υποτιμητική συμπεριφορά από νοσοκομειακό προσωπικό και αρνητικά σχόλια από καθηγητές σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με όσους δεν εργάζονταν.

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Χριστοπούλου Ιωάννα

Τμήμα Νοσηλευτικής Α. ΤΕΙ Αθήνας

12210 Αιγάλεω

ORIGINAL PAPER

Investigations of undesirable behavioural patterns in nursing students experience

Christopoulou I¹, Kourtesopoulou A², Kourtesopoulou A³, Siamaga E⁴

1. Associate Professor, Nursing Department A. TEI of Athens.

2. R.N. TEI. of Athens

3. Teacher of Natural Education, ΠΕ, MSc

4. R.N., PhD, Assistant Professor Nursing Department TEI of Lamia

ABSTRACT

The purpose of this research work is to investigate the experience of undesirable behaviourable patterns from nursing students in the university and in the places of clinical practice. For this purpose we used the questionnaire of Rautio, Synnari, Nuutinen and Laitala (2005). The data were collected from 104 nursing students (18 male and 86 female), age between 20-26. For the statistical analysis of data was used the SPSS 10.0 for Windows and the chi-square. Results: a) the male nursing students had experienced more verbal undesirable behavior from their teachers and negative comments for their professional carrier from patients. The female nursing students had verbal undesirable behavior from the hospital personnel. b) The students between the ages of 23-26 had experienced verbal undesirable behavior from teachers and hospital personnel. c) The students in the final semester who were doing their clinical practice had more often experienced verbal undesirable behavior from teachers and injustice criticism from

hospital personnel. d) The students who were working in the hospital had experienced negative behavior from hospital personnel and negative comments from teachers in comparative with students who were not working

KEYS WORDS: Undesirable behavior, education, nursing students

Corresponding Author

Christopoulou Ioanna
T.E.I., Nursing Department
12210 Egaleo

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κύριοι στόχοι του Πανεπιστημίου είναι η έρευνα, η διδασκαλία και η μάθηση. Το διδακτικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια των σπουδών έχει σημαντική επίδραση όχι μόνο σε επίπεδο μάθησης αλλά και στην διαμόρφωση θετικών πεποιθήσεων αναφορικά με την επαγγελματική ταυτότητα και την προς δια βίου μάθηση. Ο ρόλος των θετικών και αρνητικών πεποιθήσεων, που υιοθετούνται στα πλαίσια των σπουδών επιδρούν στις μελλοντικές αξίες και συμπεριφορές στην επαγγελματική ζωή των σπουδαστών.

Ωστόσο, ο χώρος της εκπαίδευσης δεν είναι αδιάβλητος και ανέγγιχτος. Διάφορες μορφές παρενόχλησης έχουν παρατηρηθεί στον εργασιακό χώρο, περιλαμβάνοντας σχολεία³ και πανεπιστήμια^{4,5,6,7}.

Θεωρητικό υπόβαθρο

Η προβληματική και η εξέλιξη του ορισμού της παρενόχλησης στην εργασία.

Ο όρος σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας είναι ένας σχετικά νέος όρος που περιγράφει ένα ιδιαίτερα σοβαρό φαινόμενο. Έκθεση εμπειρογνομόνων που συντάχθηκε για λογαριασμό της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, διαπίστωσε ότι η σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για πολλές εργαζόμενες γυναίκες στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα και αποτελεί μια δυσάρεστη και αναπόφευκτη όψη της επαγγελματικής τους ζωής⁸.

Μόλις τις τελευταίες δεκαετίες η σεξουαλική παρενόχληση στο χώρο εργασίας αναγνωρίστηκε ως πρόβλημα που απαιτούσε την εξεύρεση τρόπων

αντιμετώπισης του ⁹. Εντούτοις, ο όρος αυτός δεν είναι πάντα κοινά κατανοητός, ούτε παρατίθεται με την ίδια εννοιολόγηση. Στις προσπάθειες ορισμού του φαινομένου, καταγράφεται διεθνώς η ευρύτητα των συμπεριφορών που εντάσσονται σε κοινό εννοιολογικό πλαίσιο. Συνεπώς, ποικίλες συμπεριφορές μπορούν να θεωρηθούν ότι αποτελούν σεξουαλική παρενόχληση. Πρέπει να σημειωθεί ότι το περιεχόμενο που αποδίδεται στη σεξουαλική παρενόχληση είναι άμεσα συνυφασμένο με τα κοινωνικό-πολιτικά συστήματα, τις κυρίαρχες αξίες μέσα σε μια κοινωνία, τις κατακτήσεις του νομικού πολιτισμού, καθώς και τις σχέσεις εξουσίας που διαρθρώνονται μέσα στον κοινωνικό σχηματισμό.

Η πρώτη προσπάθεια για τη διαμόρφωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της σεξουαλικής παρενόχλησης, έγινε το 1975 από τη φεμινίστρια Lin Farley, σε συνεργασία με την Ένωση Εργαζόμενων Γυναικών (WWU) της Νέας Υόρκης ¹⁰. Στον πρώτο αυτό ορισμό η σεξουαλική παρενόχληση αφορούσε σε συμπεριφορές, όπως επαναλαμβανόμενα και ανεπιθύμητα για τον αποδέκτη σεξουαλικά σχόλια, βλέμματα, προτάσεις ή ακόμη και σωματική επαφή, που έκαναν το θιγόμενο άτομο να αισθάνεται ενόχληση ή προσβολή και του προκαλούσαν δυσαρέσκεια και αμηχανία στο εργασιακό περιβάλλον. Ο συγκεκριμένος ορισμός έχει πολλά κοινά με το νομικό

αντίστοιχο που έχουν υιοθετήσει πολλές χώρες.

Η αντίληψη ότι η σεξουαλικά παρενοχλητική συμπεριφορά είναι μη αποδεκτή και ανεπιθύμητη για τον αποδέκτη της, ενοχλητική και προσβλητική, συμπεριλαμβανόταν στον ορισμό εξαρχής. Μέσω των πρώτων υποθέσεων που έφτασαν στη δικαιοσύνη, αναδείχθηκε ένας νέος προβληματισμός: πώς αντιμετωπίζονται οι περιπτώσεις σεξουαλικής παρενόχλησης, υπό τη μορφή του «εκβιασμού», όπου το θύμα απειλείται με απόλυση, ή βρίσκεται ενώπιον εμποδίων στην εξέλιξη της επαγγελματικής του πορείας, όταν αρνείται να ενδώσει στις σεξουαλικές απαιτήσεις του δράστη;

Στο σύγχρονο δυτικό πολιτισμό, ο κοινός παρανομαστής των συμπεριφορών που συγκαταλέγονται στον όρο «σεξουαλική παρενόχληση», είναι ότι πρόκειται για ανεπιθύμητες και προσβλητικές συμπεριφορές για όσα άτομα τις υφίστανται. Οι συμπεριφορές αυτές δεν πλήττουν μόνο την αξιοπρέπεια του θιγόμενου ατόμου, αλλά ταυτόχρονα επηρεάζουν την πρόσβασή του στην απασχόληση, την επαγγελματική του πορεία και εξέλιξη, την αμοιβή του κ.ά., όπως επίσης, δημιουργούν ένα εχθρικό, ταπεινωτικό και εκφοβιστικό εργασιακό περιβάλλον για τους εργαζόμενους-ες.

Στην τελευταία σχετική οδηγία που εξέδωσε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθετείται ο ακόλουθος ορισμός της παρενόχλησης και της σεξουαλικής παρενόχλησης στο χώρο εργασίας: «Η παρενόχληση αφορά σε οιαδήποτε ανεπιθύμητη συμπεριφορά συνδεδεμένη με το φύλο ενός προσώπου, με σκοπό ή αποτέλεσμα την παραβίαση της αξιοπρέπειας του προσώπου αυτού και τη δημιουργία εκφοβιστικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος. Η σεξουαλική παρενόχληση αφορά σε οιαδήποτε μορφή ανεπιθύμητης λεκτικής, μη λεκτικής, ή σωματικής συμπεριφοράς σεξουαλικού χαρακτήρα, με σκοπό ή αποτέλεσμα την προσβολή της αξιοπρέπειας ενός ατόμου, ιδίως με τη δημιουργία εκφοβιστικού, εξευτελιστικού, ταπεινωτικού ή επιθετικού περιβάλλοντος»¹¹.

Η αναγνώριση της παρενόχλησης ως προβλήματος διάκρισης λόγω φύλου, συντελεί στο να στραφεί η προσοχή στο σημαντικό στοιχείο ότι η σεξουαλική παρενόχληση αποτελεί εμπόδιο στην ίση μεταχείριση κατά την ένταξη των γυναικών στην αγορά εργασίας και της προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ¹².

Χρησιμότητα της έρευνας

Οι διαπροσωπικές σχέσεις είναι εκείνες που καθορίζουν το επίπεδο επαγγελματισμού, την ποιότητα των εμπειριών και τη

διατήρηση αυτών στο χώρο της εκπαίδευσης. Ο ευρύτερος στόχος αυτής της έρευνας είναι η χρησιμοποίηση της γνωστικής διεύρυνσης γύρω από θέματα που αφορούν τις σχέσεις, που αναπτύσσονται στα πλαίσια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και σε τι βαθμό αυτές επηρεάζουν τη μελλοντική τους ενασχόληση με την νοσηλευτική. Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών μπορεί να φανεί χρήσιμη σε οργανισμούς και φορείς που είναι αρμόδιοι για το σχεδιασμό και την οργάνωση τόσο του Πανεπιστημίου όσο και των Νοσοκομείων, δίνοντας εκπαιδευτικές κατευθύνσεις που θα εξασφαλίζουν την ίση μεταχείριση των δύο φύλων.

Ερευνητικές Υποθέσεις

1^η: Τα βιώματα (συμπεριφορές) των φοιτητών και φοιτητριών δεν διαφέρουν ως προς τους παράγοντες ηλικία, έτος σπουδών και επαγγελματική ιδιότητα.

2^η: Τα βιώματα (συμπεριφορές) των φοιτητών και φοιτητριών διαφέρουν ως προς τους παράγοντες ηλικία, έτος σπουδών και επαγγελματική ιδιότητα.

Περιορισμοί έρευνας

Στο χώρο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης παρατηρείται το γυναικείο φύλο να

υπερτερεί σε αριθμό του ανδρικού, με αποτέλεσμα στη παρούσα έρευνα να υπάρχει άνιση κατανομή δείγματος ως προς το φύλο. Επίσης δεν εξετάζει το φύλο του δράστη και δεν παύει να θίγει ένα ιδιαίτερο θέμα το οποίο επηρεάζει το επίπεδο ανταπόκρισης των συμμετεχόντων στην έρευνα.

Υλικό και Μέθοδος

Υλικό

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 104 φοιτητές και φοιτήτριες νοσηλευτικής, ηλικίας 20 έως 26 χρονών, προερχόμενοι από το έκτο (6^ο) εξάμηνο και από το έβδομο (7^ο) εξάμηνο στο οποίο ολοκλήρωναν τη πρακτική τους άσκηση.

Μέθοδος

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε σε έρευνα των Rautio, Sunnari, Nuutinen και Laitala ²³ στην Φιλανδία. Για την μετάφραση του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε η απόδοση του στην ελληνική γλώσσα καθώς και η προσαρμογή του στις ανάγκες των φοιτητών του τμήματος νοσηλευτικής, από μέλος του καθηγητικού σώματος του Πανεπιστημίου. Τέλος, ο δείκτης εσωτερικής εγκυρότητας και αξιοπιστίας του είναι $\alpha = .9144$. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από

δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το εξάμηνο σπουδών και την επαγγελματική κατάσταση του φοιτητή. Το δεύτερο και κυρίως μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε:

- Εννέα (9) περιγραφικές διατυπώσεις που αναφέρονταν σε συμπεριφορές τις οποίες δήλωσαν εάν τις είχαν βιώσει είτε από συμφοιτητή, καθηγητή, νοσοκομειακό προσωπικό είτε από ασθενή παρέχοντας και την επιλογή να δηλώσουν ότι δεν τις έχουν βιώσει ποτέ. Η διαβάθμιση των απαντήσεων ήταν σε 4-βάθμια κλίμακα Likert (ποτέ, σπάνια=1-2 φορές, μερικές φορές=3-4 φορές και συχνά=5 φορές ή περισσότερες).
- Μια (1) ερώτηση για το βαθμό ενόχλησης για την κάθε περιγραφική διατύπωση, παρέχοντας και την επιλογή να δηλώσουν ότι δεν απαντούν, Η διαβάθμιση των απαντήσεων ήταν σε 4-βάθμια κλίμακα Likert (δεν απαντώ, καθόλου, λίγο και πολύ)
- Μια (1) ερώτηση για το βαθμό εκτίμησης της συχνότητας εμφάνισης της κάθε μιας συμπεριφοράς στο χώρο του πανεπιστημίου, παρέχοντας και την επιλογή να δηλώσουν ότι δεν συμβαίνουν ποτέ. Η διαβάθμιση των απαντήσεων ήταν σε 4-βάθμια κλίμακα Likert (ποτέ, σπάνια, μερικές φορές και συχνά).

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι φοιτητές προσεγγίστηκαν στο Πανεπιστήμιο, ενώ η συμπλήρωση των

ερωτηματολογίων έγινε παρουσία της ερευνήτριας. Η ερευνήτρια έδωσε τις απαραίτητες οδηγίες και όσες διευκρινήσεις της ζητήθηκαν, αφού ενημέρωσε τους φοιτητές ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και εμπιστευτική και μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή αυτοί επέλεγαν εάν ένιωθαν άβολα με κάποια ερώτηση.

Σχεδιασμός της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω δημογραφικοί παράγοντες: φύλο, ηλικία, εξάμηνο σπουδών και ιδιότητα φοιτητή (διευκρινίζοντας ότι απαντούσαν όσοι εργάζονταν σε νοσοκομείο). Ενώ ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκαν τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών που εκδηλώνονται από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς.

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS 10.0 for Windows. Μέσω της Περιγραφικής Στατιστικής δόθηκαν: (α) Τα ποσοστά των βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών ξεχωριστά από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς. Στο σημείο αυτό χρησιμοποιήθηκε η εντολή *Compute* για τον υπολογισμό του αθροίσματος της κάθε μιας συμπεριφοράς

ξεχωριστά, (β) ο βαθμός ενόχλησης για την κάθε μια συμπεριφορά ξεχωριστά καθώς επίσης (γ) η συχνότητα εμφάνισης της κάθε συμπεριφοράς στο Πανεπιστήμιο. Ενώ για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις χ^2 για την κάθε μια συμπεριφορά ξεχωριστά, ως προς το φύλο, την ηλικία, το εξάμηνο σπουδών και την ιδιότητα του φοιτητή.

Αποτελέσματα

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διεύρυνση των γνώσεών μας γύρω από θέματα που αφορούν τις σχέσεις, που αναπτύσσονται στα πλαίσια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και σε τι βαθμό αυτές επηρεάζουν τη μελλοντική τους ενασχόληση με την νοσηλευτική. Το κεφάλαιο αυτό, το οποίο περιγράφει τα αποτελέσματα της έρευνας, χωρίζεται σε τρία μέρη:

1. Ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών
2. Ανάλυση συχνοτήτων εμφάνισης των απαντήσεων:
 - Βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς.
 - Βαθμός ενόχλησης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών
 - Εκτίμηση εμφάνισης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών στο Πανεπιστήμιο.

3. Σχέση δημογραφικών παραγόντων με εμπειρίες ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Ανάλυση δημογραφικών χαρακτηριστικών

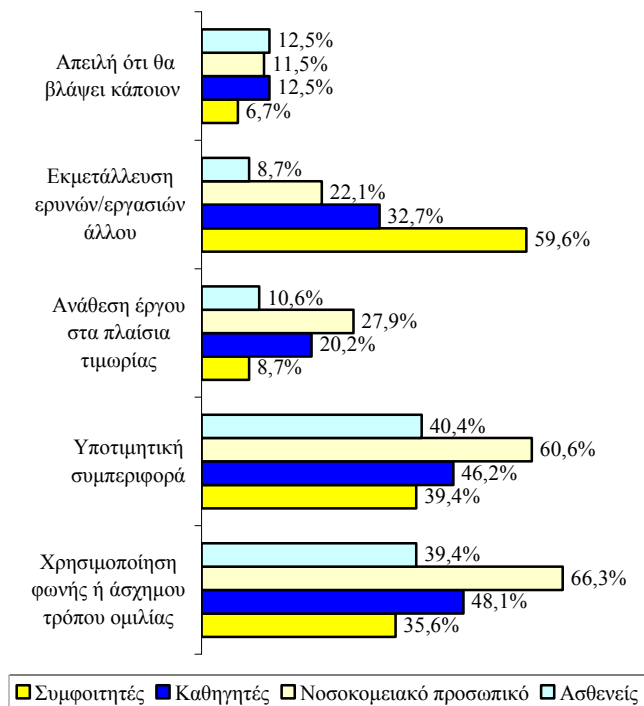
Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από δημογραφικές ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το εξάμηνο σπουδών και την επαγγελματική τους κατάσταση. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν στο σύνολό τους 104 φοιτητές νοσηλευτικής, (18 άνδρες και 86 γυναίκες) προερχόμενοι από το έβδομο (7^ο) εξάμηνο σε ποσοστό 29,8% και από το εξάμηνο πρακτικής άσκησης σε ποσοστό 70,2%. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα 20-22ετών άνηκε το 30,8% και στην δεύτερη ομάδα 23-26ετών το 69,2% των φοιτητών, ενώ μόνο το 20,2% των συμμετεχόντων στην έρευνα εργάζονταν σε νοσοκομείο.

Ανάλυση συχνότητας εμφάνισης των απαντήσεων που αφορούσαν τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών

Οι απαντήσεις των φοιτητών σχετικά με τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών έδειξαν ότι είχαν εμπειρίες απειλών ότι θα τους βλάψει κάποιος από ασθενείς και καθηγητές σε ποσοστό 12,5%, ενώ από νοσοκομειακό προσωπικό σε ποσοστό 11,5 και συμφοιτητές μόλις 6,7%. Ακολούθως είχαν εμπειρίες εκμετάλλευσης ερευνών/εργασιών τους από συμφοιτητές σε ποσοστό 59,6%, από

καθηγητές 32,7%, από νοσοκομειακό προσωπικό 22,1% και από ασθενείς 8,7%. Επίσης, εμπειρίες ανάθεσης έργου στα πλαίσια τιμωρίας από νοσοκομειακό προσωπικό σε ποσοστό 27,9%, από καθηγητές 20,2%, από ασθενείς 10,6% και από συμφοιτητές τους 8,7%. Εξίσου εμφάνισαν βιώματα υποτιμητικών συμπεριφορών από νοσοκομειακό προσωπικό σε ποσοστό 60,6%, από καθηγητές 46,2%, από ασθενείς 40,4% και από συμφοιτητές τους 39,4% και χρησιμοποίησης φωνής ή άσχημου τρόπου ομιλίας από νοσοκομειακό προσωπικό σε ποσοστό 66,3%, από καθηγητές 48,1%, ασθενείς 39,4% και από συμφοιτητές τους 35,6%. Το Γράφημα 1 παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις των φοιτητών αναφορικά με τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών

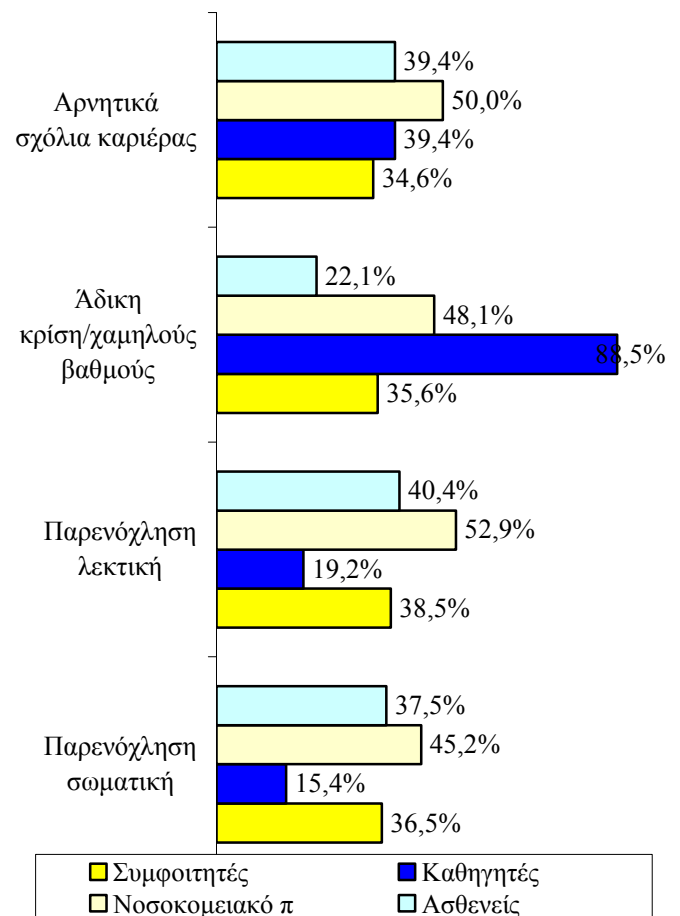


Γράφημα 1. Ποσοστά βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών Α' μέρος από ασθενείς, νοσοκομειακό προσωπικό, καθηγητές και συμφοιτητές.

Στα πλαίσια ανεπιθύμητων συμπεριφορών οι φοιτητές είχαν επίσης βιώσει αρνητικά σχόλια καριέρας από νοσοκομειακό προσωπικό σε ποσοστό 50%, από ασθενείς και καθηγητές 39,4% και από συμφοιτητές τους 34,6%, άδικη κρίση/χαμηλούς βαθμούς από καθηγητές 88,5%, από νοσοκομειακό προσωπικό 48,1%, από συμφοιτητές τους 35,6% και από ασθενείς 22,1%. Αντίστοιχα, είχαν εμπειρίες λεκτικής παρενόχλησης από νοσοκομειακό προσωπικό 52,9%, από ασθενείς 40,4%, από συμφοιτητές τους 38,5% και από καθηγητές 19,2%, αλλά και σωματικής παρενόχλησης από νοσοκομειακό

προσωπικό 45,2%, από ασθενείς 37,5%, από συμφοιτητές τους 36,5% και από καθηγητές 15,4%. Το Γράφημα 2 παρουσιάζει αναλυτικά τις απαντήσεις των φοιτητών αναφορικά με τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών



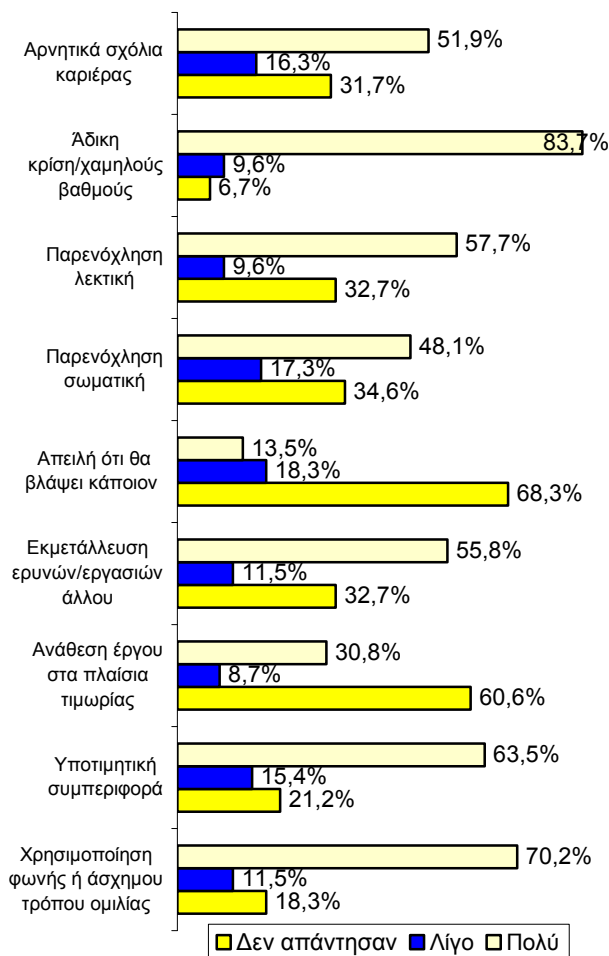
Γράφημα 2. Ποσοστά βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών Β' μέρος από ασθενείς, νοσοκομειακό προσωπικό, καθηγητές και συμφοιτητές.

Ανάλυση συχνότητας βαθμού ενόχλησης των ανεπιθύμητων συμπεριφορών

Το ποσοστό εκείνο των φοιτητών που είχαν βιώσει ανεπιθύμητες συμπεριφορές ανέφεραν ότι τα αρνητικά σχόλια καριέρας

τους ενόχλησε πολύ σε ποσοστό 51,9%, λίγο 16,3% ενώ το 31,7% δεν απάντησε. Αναφορικά με την άδικη κρίση/χαμηλούς βαθμούς σε ποσοστό 83,7% δήλωσε ότι τους ενόχλησε πολύ, το 9,6% λίγο και το 6,7% δεν απάντησε. Εμπειρίες λεκτικής παρενόχλησης ενόχλησαν πολύ το 57,7% των φοιτητών, λίγο το 9,6%, ενώ ένα 32,7% δεν απάντησε και σωματικής ενόχλησαν πολύ το 48,1%, λίγο 34,6%, ενώ το 17,3% δεν απάντησε. Απειλές ότι θα βλάψει τον φοιτητή ενόχλησε πολύ το 13,5%, λίγο 18,3% ενώ ένα 68,3% δεν απάντησε, η εκμετάλλευση ερευνών/εργασιών ενόχλησε πολύ το 55,8%, λίγο το 11,5%, ενώ το 32,7% δεν απάντησε. Η ανάθεση έργου στα πλαίσια τιμωρίας ενόχλησε πολύ το 30,8%, λίγο το 8,7%, ενώ το 60,6% δεν απάντησε. Η υποτιμητική συμπεριφορά ενόχλησε πολύ το 63,5%, λίγο το 15,4%, ενώ δεν απάντησε το 21,2%. Τέλος, η χρησιμοποίηση φωνής ή άσχημου τρόπου ομιλίας ενόχλησε πολύ το 70,2%, λίγο το 11,5%, ενώ ένα 18,3% δεν απάντησε. Το Γράφημα 3 παρουσιάζει αναλυτικά τον βαθμό ενόχλησης των φοιτητών σε κάθε μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά.

Βαθμός ενόχλησης των βιωμάτων συμπεριφορών



Γράφημα 3. Ποσοστά βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών Β' μέρος από ασθενείς, νοσοκομειακό προσωπικό, καθηγητές και συμφοιτητές.

Ανάλυση συχνότητας εκτίμησης εμφάνισης ανεπιθύμητων συμπεριφορών στο Πανεπιστήμιο.

Στην ερώτηση πόσο συχνά πιστεύουν οι φοιτητές ότι συμβαίνουν οι ακόλουθες συμπεριφορές δήλωσαν ότι συχνά εμφανίζονται: (α) αρνητικά σχόλια καριέρας εμφανίζονται (75%), άδικη κρίση/χαμηλούς βαθμούς (84,6%), λεκτική (65,4%) και σωματική παρενόχληση (58,75),

εκμετάλλευση ερευνών/εργασιών άλλου (72,1%), υποτιμητική συμπεριφορά (71,2%) και χρησιμοποίηση φωνής ή άσχημου τρόπου ομιλίας (78,8%). Ενώ σπάνια εμφανίζονται συμπεριφορές όπως απειλή ότι θα βλάψει κάποιον (76,9%) ανάθεση έργου στα πλαίσια τιμωρίας (61,5%). Στο Γράφημα 4 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις συχνότητας εμφάνισης των συμπεριφορών στο Πανεπιστήμιο.

εμφάνισης των συμπεριφορών από ασθενείς, νοσοκομειακό προσωπικό, καθηγητές και συμφοιτητές στο Πανεπιστήμιο.

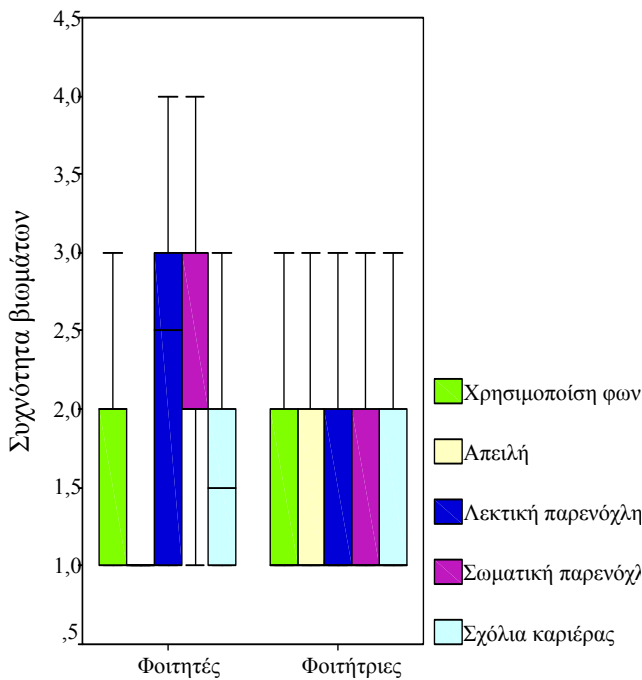
Σχέση δημογραφικών παραγόντων με εμπειρίες ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Αναλύσεις χ^2 έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < .05$) μεταξύ φοιτητών και φοιτητριών αναφορικά με την συχνότητα συμπεριφορών που είχαν βιώσει από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, συχνότερα βιώματα: (α) 'χρησιμοποίηση φωνής ή άσχημου τρόπου ομιλίας' ($\chi^2 (3, N = 104) = 8.492, p = .037$), δήλωσαν ότι είχαν οι φοιτητές από καθηγητή, (β) 'λεκτική παρενόχληση' ($\chi^2 (3, N = 104) = 20.157, p = .000$) από συμφοιτητές, (γ) 'αρνητικά σχόλια καριέρας' ($\chi^2 (3, N = 104) = 9.009, p = .029$) από ασθενείς και (δ) 'σωματική παρενόχληση' ($\chi^2 (3, N = 104) = 24.584, p = .000$) από συμφοιτητές. Ενώ οι φοιτήτριες κατέγραψαν συχνότερα βιώματα 'απειλής ότι θα βλάψει κάποιον' ($\chi^2 (3, N = 104) = 8.177, p = .042$) από νοσοκομειακό προσωπικό συγκρινόμενες με τους φοιτητές. Στο Γράφημα 5 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές και φοιτήτριες, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Εκτίμηση συχνότητας συμπεριφορών στο Πανεπιστήμιο



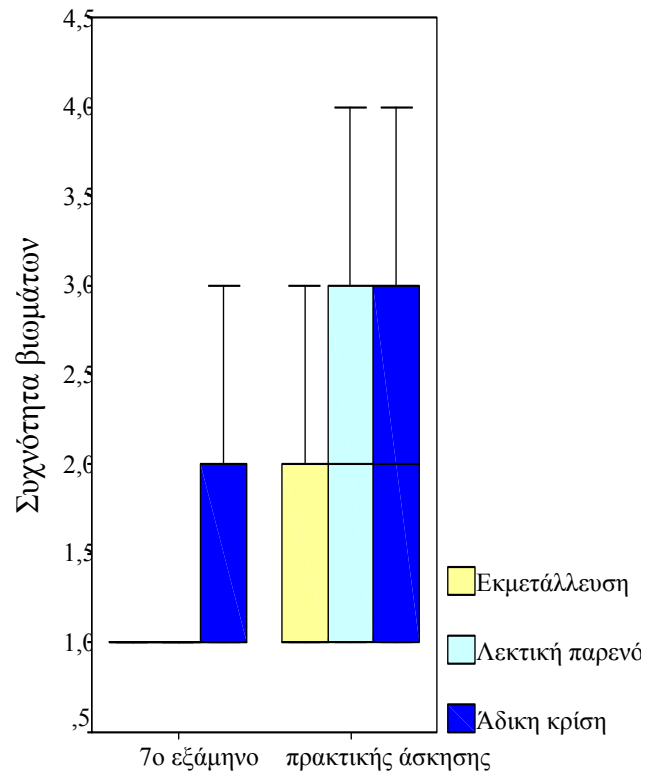
Γράφημα 4. Ποσοστά εκτιμήσεις συχνότητας



Γράφημα 5. Διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές και φοιτήτριες, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Αναλύσεις χ^2 έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < .05$) μεταξύ φοιτητών/τριων του έβδομου (7^ο) και της πρακτικής άσκησης εξαμήνου αναφορικά με την συχνότητα συμπεριφορών που είχαν βιώσει από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, συχνότερα βιώματα: (α) ‘εκμετάλλευση ερευνών/εργασιών άλλου’ ($\chi^2 (2, N = 104) = 10.092, p = .004$) από καθηγητή, (β) ‘λεκτική παρενόχληση’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 10.521, p = .015$) από νοσοκομειακό προσωπικό και (γ) ‘άδικη κρίση’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 16.654, p = .001$) από νοσοκομειακό προσωπικό, ανέφεραν οι φοιτητές του εξάμηνου πρακτικής άσκησης συγκρινόμενοι με του

έβδομου εξαμήνου. Στο Γράφημα 6 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές έβδομου και πρακτικής άσκησης εξαμήνου, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.



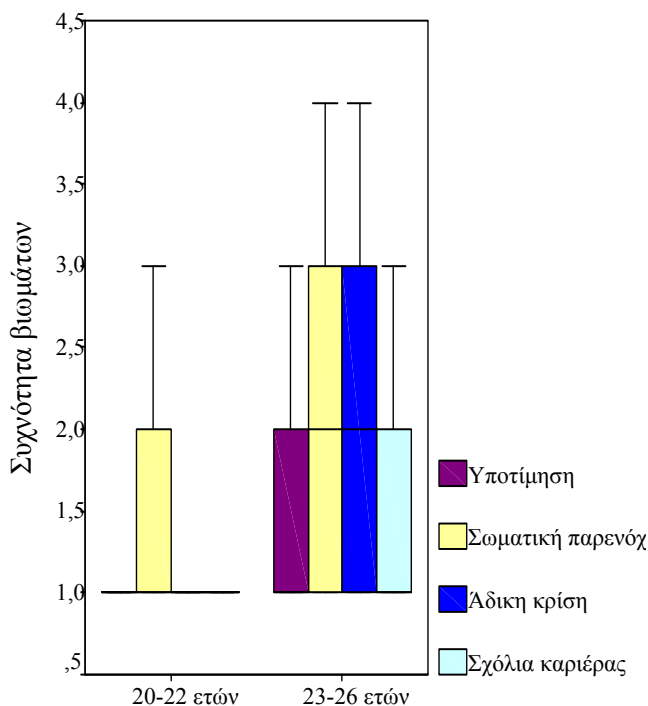
Γράφημα 6. Διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές/τριες 7^ο εξαμήνου και πρακτικής άσκησης, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Αναλύσεις χ^2 έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < .05$) μεταξύ των φοιτητών που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 20-22ετών και 23-26ετών αναφορικά με την συχνότητα συμπεριφορών που είχαν βιώσει από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα,

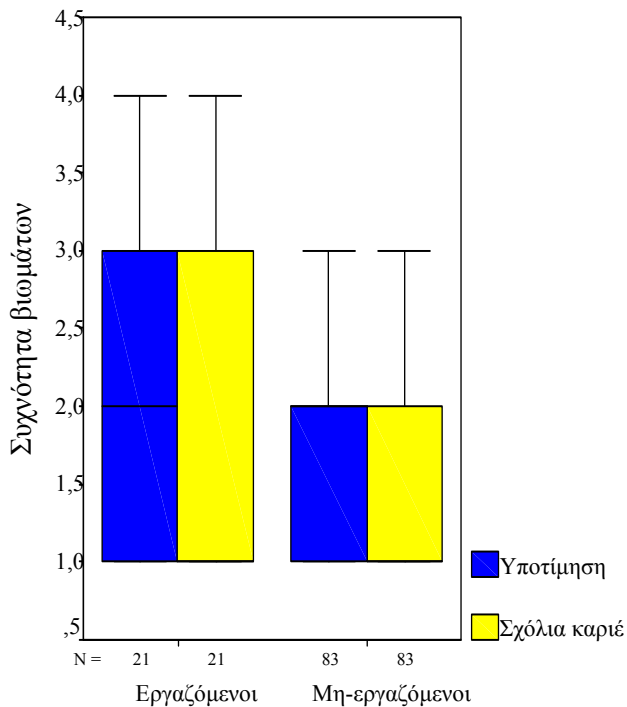
συχνότερα βιώματα: (α) ‘υποτιμητική συμπεριφορά’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 9.426, p = .024$) από συμφοιτητές, (β) ‘σωματική παρενόχληση’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 9.485, p = .023$) από νοσοκομειακό προσωπικό, (γ) ‘άδικη κρίση’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 9.197, p = .023$) από νοσοκομειακό προσωπικό και (δ) ‘αρνητικά σχόλια καριέρας’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 16.654, p = .001$) από καθηγητές ανέφεραν οι φοιτητές ηλικίας από 23 έως 26 χρονών συγκρινόμενοι με την ηλικιακή ομάδα των 20-22 χρονών. Στο Γράφημα 7 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές/τριες ηλικίας 20-22 και 23-26ετών, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

20-22ετών και 23-26ετών, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών

Τέλος, αναλύσεις χ^2 έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < .05$) μεταξύ των φοιτητών που εργάζονταν σε νοσοκομείο και που δεν εργάζονταν αναφορικά με την συχνότητα συμπεριφορών που είχαν βιώσει από συμφοιτητές, καθηγητές, νοσοκομειακό προσωπικό και ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, συχνότερα βιώματα: (α) ‘υποτιμητική συμπεριφορά’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 13.956, p = .003$) από νοσοκομειακό προσωπικό και (β) ‘αρνητικά σχόλια καριέρας’ ($\chi^2 (3, N = 104) = 8.463, p = .037$) από καθηγητές ανέφεραν φοιτητές εργαζόμενοι σε νοσοκομείο. Στο Γράφημα 8 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες διαφορές ανάμεσα φοιτητές εργαζόμενους σε νοσοκομείο και μη-εργαζόμενους, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών.



Γράφημα 7. Διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές ηλικίας



Γράφημα 8. Διαφορές ανάμεσα σε φοιτητές εργαζόμενους και μη σε νοσοκομείο, ως προς τη συχνότητα εμφάνισης βιωμάτων ανεπιθύμητων συμπεριφορών

4. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει τα βιώματα ανεπιθύμητων συμπεριφορών φοιτητών νοσηλευτικής καθώς και να προσδιορίσει το βαθμό ενόχλησης τους και την εκτίμηση συχνότητας τους στο χώρο εκπαίδευσης. Στο σύνολο τους οι φοιτητές ανέφεραν ότι βιώνουν συχνά από συμφοιτητές εκμετάλλευση εργασιών /ερευνών και υποτιμητικές συμπεριφορές, ενώ αναφερόμενοι στους καθηγητές επικρατέστερες ήταν η άδικη κρίση/ χαμηλοί βαθμοί καθώς και η χρησιμοποίηση φωνής /άσχημου τρόπου ομιλίας. Από

νοσοκομειακό προσωπικό είχαν πιο συχνές εμπειρίες άσχημου τρόπου ομιλίας και υποτιμητικής συμπεριφοράς, ενώ από ασθενείς εξίσου υποτιμητική συμπεριφορά αλλά και λεκτική παρενόχληση. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο σύνολο των βιωμάτων συμπεριφορών το νοσοκομειακό προσωπικό εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά πρόκλησης αυτών. Αντίστοιχα η έρευνα στη Φιλανδία ²³ δείχνει ποσοστά ταπείνωσης/ μείωσης 40%, αρνητικά σχόλια σχετικά με τη καριέρα 34% και χρησιμοποίηση φωνής 23%. Στη Χιλή ⁶ η ταπεινωτική συμπεριφορά εξίσου ήταν η πλέον διαδεδομένη που βίωναν οι φοιτητές στο πανεπιστήμιο.

Τα ποσοστά των φοιτητών που αναφέρουν εμπειρίες λεκτικής και σωματικής παρενόχλησης εκτιμούνται στο 52,9% και 45,2% αντίστοιχα από νοσοκομειακό προσωπικό, 40,4% και 37,5% αντίστοιχα από ασθενείς, ακολουθούν τα ποσοστά 38,5% και 36,5% από συμφοιτητές ενώ από καθηγητές αναφερόμενα κυμαίνονται σε ποσοστά 19,2% και 15,4% αντίστοιχα. Η εμφάνιση λεκτικής παρενόχλησης σε φοιτητές νοσηλευτικής συμφωνεί με έρευνα ¹⁸, που επιβεβαιώνει την ένδειξη λεκτικής παρενόχλησης και εξευτελισμού τόσο από ιατρικό προσωπικό όσο και από συμφοιτητές ¹⁹. Σε φοιτητές μάλιστα ραδιολογίας-ακτινολογίας ²⁸ συμφωνεί η εμφάνιση λεκτικής παρενόχλησης από ιατρικό προσωπικό. Ενώ μικρότερα ποσοστά

παρενόχλησης από καθηγητές συγκρινόμενοι με τους συμφοιτητές αναφέρουν και σε έρευνα φοιτητών ιατρικής¹⁹.

Αναφορικά με το βαθμό ενόχλησης τους οι φοιτητές εμφανίζονται να δίνουν σημασία στην εκδήλωση των περισσότερων συμπεριφορών με εξαίρεση την ανάθεση έργου στα πλαίσια τιμωρίας και την απειλή ότι κάποιος θα τους βλάψει. Το ποσοστό εκείνων που δεν απάντησαν αναφέρεται σε όσους δεν είχαν αντίστοιχα βιώματα. Μια πιθανή λοιπόν ερμηνεία της λιγότερης ενόχλησης με την απειλή και την τιμωρία είναι ότι σε πολύ μικρό ποσοστό των φοιτητών είχε συμβεί κάτι αντίστοιχο. Βαρύνουσα σημασία συγκριτικά με τις υπόλοιπες συμπεριφορές, είχε η άδικη κρίση με αντίκτυπο στους βαθμούς των φοιτητών, αλλά και η χρησιμοποίηση άσχημου τρόπου ομιλίας.

Εκτιμώντας τη συχνότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων συμπεριφορών στο Πανεπιστήμιο, η εικόνα που εμφανίζεται είναι εκείνη ενός περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι φοιτητές βιώνουν κάθε είδος συμπεριφοράς και μάλιστα σε μεγάλα ποσοστά συχνότητας. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις των φοιτητών συμπεριφορές που υπερισχύουν είναι η άδικη κρίση/χαμηλοί βαθμοί και ο άσχημος τρόπος ομιλίας σε ποσοστά 84,6% και 78,8% αντίστοιχα.

Οι φοιτητές παρόλο που αποτελούν μειοψηφία στο χώρο της νοσηλευτικής, εντούτοις διαφαίνεται να έχουν περισσότερα βιώματα άσχημου τρόπου ομιλίας από καθηγητή, παρενοχληθεί λεκτικά και σωματικά από συμφοιτητές αλλά και δεχθεί αρνητικά σχόλια για τη καριέρα τους από ασθενείς. Ενώ οι φοιτήτριες δείχνουν να είναι πιο ευάλωτες στην εκδήλωση απειλών από το νοσοκομειακό προσωπικό. Επίσης, η ηλικιακή ομάδα των 23-26ετών παρουσίασε μεγαλύτερη συχνότητα στην εκμετάλλευση εργασιών από καθηγητές τους καθώς και στην άδικη κρίση και λεκτική παρενόχληση από νοσοκομειακό προσωπικό σε σύγκριση με τις ηλικίες 20-22ετών.

Σημαντικές εξίσου διαφορές εντοπίστηκαν ανάμεσα σε φοιτητές που ολοκλήρωναν τη πρακτική τους άσκηση με εκείνους προηγούμενων εξαμήνων. Πιο συγκεκριμένα οι φοιτητές της πρακτικής άσκησης δήλωσαν ότι καθηγητές είχαν εκμεταλλευτεί εργασίες/έρευνες τους και νοσοκομειακό προσωπικό τους είχε παρενοχλήσει λεκτικά και τους είχε κρίνει άδικα. Συχνότερη εμφάνιση ανεπιθύμητων συμπεριφορών κατά το 4ο έτος σπουδών έχει βρεθεί παρόμοια σε έρευνες στη Φιλανδία ²³, στην Αυστραλία ⁷, στο Ισραήλ ²⁷ αλλά και στη Σουηδία ⁵. Τέλος, φοιτητές που εργάζονταν σε νοσοκομεία είχαν βιώσει υποτιμητική συμπεριφορά από νοσοκομειακό προσωπικό

και αρνητικά σχόλια από καθηγητές σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με όσους δεν εργάζονταν.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών γύρω από συμπεριφορές που συμβαίνουν στα πλαίσια του πανεπιστημίου, όπου η συχνότητά τους εκλαμβάνεται συχνή από φοιτητές και φοιτήτριες πυροδοτεί την περαιτέρω έρευνα. Σε μελλοντική έρευνα αξίζει να μελετηθεί το φύλο του δράστη καθώς επίσης τις επιπτώσεις των βιωματών τόσο στη προσωπική όσο και στην πανεπιστημιακή ζωή των φοιτητών. Η σημαντικότητα των πληροφοριών, τόσο των βιωματών όσο και της συχνότητας εμφάνισης τους, θα αποτελούσε χρήσιμη πηγή για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη ενός ηθικού κώδικα ισχύος που να προλαμβάνει την εμφάνιση ανεπιθύμητων συμπεριφορών. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι εκείνη που οφείλει να εξασφαλίζεται σε κάθε είδους περιβάλλον και δει του ακαδημαϊκού που ο ρόλος του είναι καθοριστικός για την ανάπτυξη και ολοκλήρωση του ανθρώπου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Harden, R.M., Crosby J. AMEE Education Guide No. 20: The good teacher is more than a lecturer – the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher* 2000.22, 334–347
2. Wear D, Castellani B. The development of professionalism. *Academic Medicine* 2000, 75, 602–611
3. Borg M.G. The extent and nature of bullying among primary and secondary schoolchildren. *Educ Res* 1999, 41, 137–153.
4. Johnson M.L. Sexual harassment and generalized workplace abuse among university employees: Prevalence and mental health correlates. *Am J Public Health* 1999, 89, 358–363.
5. Larsson C, Hensing G, Allbeck P. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: Results from a Swedish survey. *Med Educ* 2003, 37, 39–50.
6. Maida AM, Vasquez A, Herskovic V, Calderon JL, Jacard M, Pereira A, & Widdel L. A report on student abuse during medical training. *Med Teach* 2003, 25, 497–501.
7. White G.E. Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a university medical

- school in Australia. *Med Educ* 2000, 34,980-986.
8. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. *Πως να καταπολεμήσετε τις σεξουαλικές παρενοχλήσεις στους χώρους εργασίας: Οδηγός για την εφαρμογή του Κώδικα Πρακτικής της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων*, Βρυξέλλες, Επίσημες εκδόσεις των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (1993).
9. European Parliament working papers. Measures to combat sexual harassment at the workplace: Action taken in the Member states of the European Community. European Parliament, Women's Rights Series, 1994, W-2.
10. Crouch, M. A. Thinking about sexual harassment: A guide for the perplexed. Oxford University Press. 2001
11. Official Journal of the European Communities. *Definition of sexual harassment*. 2002 (L/269, 14-20). Brussels 05-10.
12. Ευρωπαϊκή Κοινότητα - Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Εργασιακών σχέσεων και Κοινωνικών υποθέσεων. *Εγχειρίδιο για την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα*. Λουξεμβούργο, 1995
13. Davidson M.J., Burke R.J. *Women in Management: Current Research Issues*, London, Paul Chapman Publications.1994
14. Brewis J., Linstead S. *Sex, work and sex work: Eroticizing organization*, London, Routledge. 2000.
15. McMahon, L. Bullying and harassment in the workplace. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 2000, 12, 384-387.
16. Silver, H. Medical students and medical school. Commentary. *Journal of the American Medical Association* 1982, 247, 309-310.

ΕΡΕΥΝΑ**Η έννοια της φροντίδας**

Στυλιανή Κοτρώτσιου¹, Θεοδόσιος Παραλίκας², Ιωάννα Παπαθανασίου³, Ελένη Λαχανά³, Γεωργία Κυπαρίση⁴, Ανδρέας Ριζούλης⁵

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Εργαστηριακή συνεργάτης Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.
2. Νοσηλευτής, MPH, Καθηγητής Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας
3. Νοσηλεύτρια, MSc, Καθηγήτρια Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.
4. Νοσηλεύτρια, Εργαστηριακή συνεργάτης Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.
5. Ιατρός

Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Το κάθε άτομο διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για την φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει. Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας βασίζεται τόσο σε επιλεγμένους ορισμούς της έννοιας της «φροντίδας» όσο και σε επιλεγμένες αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως αυτές τις περιέγραψε η Leininger (1997). Σύμφωνα με την Leininger η Νοσηλευτική φροντίδα ως φαινόμενο βιώνεται σ' όλους τους πολιτισμούς ενώ υπάρχουν ειδικά πολιτισμικά πρότυπα φροντίδας.

Σκοπός αυτής της ερευνητικής μελέτης είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Φροντίδας και δη το πως αντιλαμβάνονται οι Έλληνες την έννοια της Φροντίδας.

Μεθοδολογία: Για να απαντηθούν οι παραπάνω ερευνητικές ερωτήσεις εφαρμόστηκε η φαινομενολογική ερευνητική μεθοδολογική προσέγγιση. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο των συνεντεύξεων με ανοικτές ερωτήσεις. Ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης σύμφωνα με την τεχνική της ανάλυσης περιεχομένου με τη μέθοδο Mayring (περίληψη).

Αποτελέσματα Από την ανάλυση περιεχομένου προέκυψαν οι παρακάτω κατηγορίες:

1. Φροντίζω σημαίνει αγάπη.

2. Φροντίδα σημαίνει κατανόηση.
3. Φροντίζω σημαίνει πρόληψη.
4. Φροντίζω σημαίνει άγγιγμα.

Συμπεράσματα: Η εννοιολογική προσέγγιση της «φροντίδας» όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τα άτομα προβάλλει ουσιαστικά τη θέση ότι η φιλοσοφία της Νοσηλευτικής επιστήμης στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες, ο σεβασμός των οποίων από τους επαγγελματίες Νοσηλευτές εξασφαλίζει υψηλή ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και προάγει το νοσηλευτικό έργο προς όφελος τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ: Νοσηλευτική φροντίδα, εννοιολογικός προσδιορισμός, αγάπη, κατανόηση, άγγιγμα

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στυλιανή Κοτρώτσιου,

Αλεξάνδρας 13,

41223 Λάρισα

e-mail: skotrots1963@yahoo.gr

ORIGINAL PAPER

The concept of care

S. Kotrotsiou¹, Th. Paralikas², I. Papathanasiou³, E. Lachana³, G. Kiparisi⁴ A. Risoulis⁵

1. RN, MSc, Clinical Collaborator T.E.I. of Larissa -Nursing Department
2. RN, MPH, Clinical Professor T.E.I. of Larissa -Nursing Department
3. RN, M.Sc, Clinical Professor T.E.I. of Larissa -Nursing Department
- 4 RN, Clinical Collaborator T.E.I. of Larissa -Nursing Department
- 5 Physician
Nursing Department, TEI of Larissa

Abstract

Introduction: From the literature review it derives that the concept of care is multidimensional. Every individual forms a specific attitude towards care depending on the particular social framework he/she has been raised in as well as his/her religious beliefs and cultural background. The theoretical framework of the research is based on both selected terms of

meaning of “care” as well as on selected principles of intercultural Nursing care as they have been described by Leininger (1997). According to Leininger, Nursing care as a phenomenon is met in all civilizations while there are particular cultural care standards. The aim of this research is semantic determination of care and therefore, how the Greeks perceive the meaning of Care.

Methodology: To answer the above research questions, we chose the approach of phenomenological research method. The collection of data has been accomplished with the method of interviews with open questions. Then, the analysis of the interview data followed in accordance to the technique of content analysis with the Mayring method (summary).Result: From the content analysis the following categories derived:

1. Care means love
2. Care means understanding
3. Care means prevention
4. Care means touch

Conclusions: The semantic approach of care as it is perceived from the individuals, accentuates in fact the thesis that the philosophy of nursing science is based on ideals and universal values, whose respect from the professional ensures high quality in provided care and promotes the nursing work for the benefit of the individual and the society, too.

Key words: Concept of care, meaning of care, love, understanding, touch

Corresponding Author

S. Kotrotsiou, Alexandras 13,

41223, Larissa, Greece

e-mail: skotrots1963@yahoo.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της Νοσηλευτικής,^{1,2} επομένως η Νοσηλευτική είναι κατεξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Θα πρέπει όμως να γίνει σαφές ότι, η φροντίδα δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της Νοσηλευτικής αλλά

και άλλων επιστημών του ανθρώπου. Είναι ένα πανανθρώπινο φαινόμενο, που εμφανίζεται με διαφοροποιήσεις σε όλους τους πολιτισμούς^{3,4}.

Η Νοσηλευτική αφορά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους με στόχο την

προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά την ασθένεια και την αποκατάσταση καθώς και υποστήριξη για ένα ειρηνικό θάνατο. Ως τέχνη η νοσηλευτική εκφράζεται μέσω των ενεργειών του νοσηλευτή, με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή.^{5,6}

Στη νοσηλευτική περιλαμβάνεται επίσης και η διαμόρφωση πολυεπίπεδων σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών και των ατόμων που χρήζουν ανάγκη φροντίδας. Οι σχέσεις αυτές εξαρτώνται βέβαια τόσο από τις περιστάσεις όσο και από τη προσωπικότητα τόσο του επαγγελματία όσο και του πελάτη.

Μια απειλητική για τη υγεία κατάσταση, και δη η ασθένεια μπορεί να απαιτεί σύνθετη θεραπεία αλλά μπορεί να αφυπνίσει σύνθετα συναισθηματικά, ψυχολογικά και πνευματικά ζητήματα τόσο για τον ασθενή όσο για τον νοσηλευτή.^{7,8,9}

Συχνά είναι σημαντικός ο καθορισμός των στόχων της νοσηλευτικής ως τέχνης με τη χρήση μιας αισθητικής προσέγγισης.^{4,6} Στη καθημερινή πρακτική ο νοσηλευτής πρέπει να ερευνά και να υιοθετεί αξίες και λειτουργίες, οι οποίες αποτελούν την ουσία της νοσηλευτικής ως τέχνη.⁴

Επίσης η νοσηλευτική λόγω του ανθρωποκεντρικού της χαρακτήρα θεωρείται ότι ανήκει στην κατηγορία των επαγγελμάτων εκείνων που χαρακτηρίζονται ως λειτουργήματα. Βέβαια ο χαρακτηρισμός αυτός εκτός του ότι είναι

ιδιαίτερα τιμητικός για επάγγελμα του προσδίδει και μία ιδιαίτερη ευθύνη.⁷

Την ολιστική φροντίδα του ανθρώπου, πρώτος την περίγραψε ο Ιπποκράτης, ενώ την επεξεργάστηκε και την παρουσίασε περαιτέρω στα έργα του ο Πλάτωνας. Αργότερα κατά τη βυζαντινή περίοδο η ολιστική Νοσηλευτική φροντίδα αποκτά βαθύτερη σημασία, επηρεασμένη από την χριστιανική διδασκαλία. Την περίοδο αυτή την φροντίδα αναλαμβάνουν κυρίως μοναχοί και μοναχές ή γυναίκες οι οποίοι φρόντιζαν άτομα που χρειάζονταν βοήθεια είτε στο σπίτι τους είτε σε ιδρύματα όπως νοσοκομεία, γηροκομεία και πτωχοκομεία.^{10,11}

Ένας από τους κλασικούς ορισμούς της Νοσηλευτικής δόθηκε από την Rogers η οποία υποστηρίζει ότι «η Νοσηλευτική έχει σκοπό να υπηρετεί τους ανθρώπους. Η άμεση και επείγουσα ευθύνη την φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία. Η ποιότητά της εξαρτάται από την επιστημονική θεμελιωμένη γνώση, που υποβάλλει το νοσηλευτικό δυναμικό στην πρακτική και διανοητική ικανότητα κρίσης, με την οποία είναι σε θέση να θέτει αυτή την γνώση στην υπηρεσία της ανθρωπότητας». Η Rogers θεωρεί τη Νοσηλευτική ακαδημαϊκό επάγγελμα, επιστήμη αλλά και τέχνη. Η Νοσηλευτική επιστήμη χαρακτηρίζεται ως οργανωμένο θεμέλιο γνώσης, η οποία αποκτάται με την επιστημονική έρευνα και

τη λογική ανάλυση. Η τέχνη της νοσηλείας θεωρείται ως δημιουργική εφαρμογή της Νοσηλευτικής επιστήμης για την ευεξία των ανθρώπων¹²

Η Perlau όρισε την Νοσηλευτική ως «υπηρεσία προς τους ανθρώπους η οποία ανυψώνει την ίαση και την υγεία με ανθρωπιστικές μεθόδους.

Συγκεκριμένα η Νοσηλευτική για την Perlau είναι μια θεραπευτική διεργασία, η οποία λειτουργεί σε συνεργασία με άλλες ανθρωπιστικές διεργασίες, και παράγει με τον τρόπο αυτό υγεία για όλους.¹³

Παράλληλα η Perlau περιγράφει το διαπροσωπικό μοντέλο σχέσης, το οποίο συντίθεται από τέσσερις αλληλοδιαδεχόμενες φάσεις: 1. Προσανατολισμός, 2. Ταύτιση, 3. Φειδώ και 4. Απόσπαση. Μεγάλης σημασίας είναι η φάση του προσανατολισμού, επειδή λαμβάνει χώρα η αμοιβαία γνωριμία μεταξύ επαγγελματία και ατόμου και αναπτύσσεται η διαπροσωπική σχέση. Και οι δύο πρωταγωνιστές χρειάζονται αυτή τη φάση για να γνωρίσουν τις δυνατότητες και τα όρια στο πλαίσιο της σχέσης φροντίδας. Ο νοσηλευτής μαθαίνει σ' αυτό το διάστημα τις ατομικές ανάγκες και συνήθειες του ατόμου που πρέπει να φροντίσει και αντιστρόφως μαθαίνουν και οι δύο ποιες πράξεις συμπεριλαμβάνει αυτή η φροντίδα¹³.

Η Johnson βλέπει τη Νοσηλευτική ως εξαιρετική εργασία-προσφορά, η οποία συνδυάζει την τέχνη και την επιστήμη. Οι νοσηλευτικές ενέργειες επικεντρώνονται στο άτομο το οποίο προσπαθεί να διατηρήσει ή να επαναφέρει την ισορροπία. Στο μοντέλο της η Νοσηλευτική ορίζεται ως εξωτερική δύναμη η οποία βοηθά το άτομο να κατορθώσει να έχει ισορροπία και σταθερότητα. Επομένως η Νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στην κατανόηση των αντιδράσεων του ατόμου, στις διάφορες αλλαγές και στο άγχος. Η Johnson δηλώνει πως σε αντίθεση με την ιατρική, η Νοσηλευτική ασχολείται με προβλήματα συμπεριφοράς, παρά με τις βιολογικές λειτουργίες¹².

Η Roy περιγράφει τη Νοσηλευτική ως επιστήμη που ενδιαφέρεται για την κατανόηση της διεργασίας της ζωής, η οποία προάγει την προσαρμογή και την υγεία, με σκοπό να επηρεάσει θετικά την υγεία. Έτσι το μοντέλο της προσαρμογής αποτελεί τον οδηγό για την ανάπτυξη της νοσηλευτικής γνώσης και την άσκηση της Νοσηλευτικής. Η Roy πιστεύει ότι η νοσηλευτική διεργασία χρησιμοποιείται για να ενισχύσει την προσαρμοστική συμπεριφορά του αρρώστου¹².

Η King θεωρεί τη Νοσηλευτική ως επιστημονική και επαγγελματική πειθαρχία. Η γνώση των διαφόρων αντιλήψεων χρησιμοποιείται για τη βοήθεια των

Νοσηλευτών, ώστε να λειτουργούν ανάλογα με τους ρόλους τους. Η Νοσηλευτική επικεντρώνεται στην φροντίδα των ατόμων με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την διατήρησή της, και την φροντίδα των ασθενών¹².

Θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Το κάθε άτομο διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για την φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και με το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει.

Το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας βασίζεται τόσο σε επιλεγμένους ορισμούς της έννοιας της «φροντίδας» όσο και σε επιλεγμένες αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής φροντίδας όπως αυτές τις περιέγραψε η Leininger. Η «φροντίδα» αφορά όλες τις δραστηριότητες και τις ανάγκες ενός ατόμου την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με την περίπτωση οι επαγγελματίες Νοσηλευτές. Από τον συνδυασμό των τεσσάρων εννοιών «υγεία» «άτομο» «περιβάλλον» «φροντίδα» η «νοσηλευτική φροντίδα» προσδιορίζεται ως η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διάδραση με το περιβάλλον του.¹² Σύμφωνα με την Leininger η Νοσηλευτική φροντίδα

ως φαινόμενο βιώνεται σε όλους τους πολιτισμούς ενώ υπάρχουν ειδικά πολιτισμικά πρότυπα φροντίδας. Στο έργο^{3,4,14} της αναφέρεται ότι:

- 1) Υπάρχει στενή σύνδεση μεταξύ φροντίδας, κουλτούρας και κοινωνικών δομών.
- 2) Η φροντίδα αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, όμως ο τρόπος και οι διαδικασίες που αυτή εκφράζεται διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό.
- 3) Κάθε νοσηλευτική κατάσταση, περιλαμβάνει ανάγκες και συμπεριφορές φροντίδας οι οποίες είναι πολιτισμικά καθορισμένες.
- 4) Πολιτισμικές διαφορές σε πεποιθήσεις, αξίες και δραστηριότητες φροντίδας, αντικατοπτρίζουν διαφορές στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι εμπειρίες που έχουμε αποκομίσει στα πλαίσια των επαγγελματικών μας δραστηριοτήτων τόσο ως επαγγελματίες Νοσηλευτές όσο και ως Νοσηλευτές εκπαιδευτές υπεύθυνοι για την πρακτική άσκηση των φοιτητών στο Νοσοκομείο και σε οργανισμούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μας παρακίνησαν να ασχοληθούμε με την εννοιολογική προσέγγιση της φροντίδας και να δούμε την πολύπλευρη διάστασή της. Η προσωπική γνώμη κάθε ατόμου αναφορικά με την φροντίδα και η σημασία που το άτομο της αποδίδει είναι δυνατό να επηρεάσει

στρατηγικές στο σχεδιασμό για συνεχή και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. **Σκοπός** αυτής της ερευνητικής μελέτης είναι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της Φροντίδας και δη το πως αντιλαμβάνονται οι Έλληνες την έννοια της Φροντίδας. Παράλληλα με την εννοιολογική προσέγγιση επιχειρείται και ο προσδιορισμός των δομικών εννοιών που συνθέτουν την έννοια της φροντίδας. Η ερευνητικές μας ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αντιλαμβάνεται και πως προσδιορίζει ο ελληνικός πληθυσμός την έννοια της φροντίδας

Μέθοδος

Για να απαντηθούν οι παραπάνω ερευνητικές ερωτήσεις επιλέξαμε τη φαινομενολογική ερευνητική μεθοδολογική προσέγγιση η οποία αποτελεί την παραδοσιακή επιστημονική προσέγγιση στην ποιοτική μεθοδολογία έρευνας και εστιάζει το ενδιαφέρον της στα βιώματα των ανθρώπων σε σχέση με κάποιο φαινόμενο και πως τα άτομα ερμηνεύουν αυτά τα βιώματα.¹⁵ Στην ποιοτική ερευνητική εκτίμηση ο άνθρωπος νοείται στην ολότητά του ως σύνθετη οντότητα, ο οποίος αποδίδει στα προσωπικά του βιώματα ιδιαίτερη σημασία, η προσωπική δε έκφραση των εμπειριών του τον διαφοροποιεί από τους άλλους ανθρώπους¹⁶.

Παράλληλα από τη διερεύνηση της Ελληνικής Βιβλιογραφίας προκύπτει ότι στην Ελλάδα πολύ λίγες ερευνητικές μελέτες υπάρχουν αναφορικά με το παραπάνω θέμα. Η ποιοτική έρευνα αφορά την έρευνα για τη ζωή, τις ιστορίες ή τις συμπεριφορές των ατόμων, την λειτουργία οργανισμών, τις κοινωνικές τάσεις, τις διαπροσωπικές σχέσεις και είναι ιδιαίτερα χρήσιμη εκεί όπου είναι γνωστά μόνο λίγα για τον τομέα της μελέτης και το συγκεκριμένο πρόβλημα, το περιβάλλον ή την κατάσταση.^{15,16,17,18}

Ο υπό έρευνα πληθυσμός αποτελείται από 7 άτομα, 3 άνδρες και 4 γυναίκες, ηλικίας πάνω από 18 ετών. Η επιλογή των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

Οι ερωτηθέντες έδωσαν την συγκατάθεσή τους για την συμμετοχή τους στην έρευνα μετά από πληροφόρηση και ενημέρωση για τον σκοπό της έρευνας.

- Ηλικία άνω από 18 ετών
- Δυνατότητα επικοινωνίας
- Δυνατότητα να λάβουν μέρος σε μία συνέντευξη διάρκειας τουλάχιστον μισής ώρας

Στην έρευνα έχουν συμπεριληφθεί και ανάλογα αξιολογηθεί στοιχεία που αφορούν την καταγωγή, θρησκευτικές πεποιθήσεις, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση του υπό έρευνα πληθυσμού. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο των συνεντεύξεων με ανοικτές ερωτήσεις.

Στόχος ήταν να διερευνηθούν διάφορες προσωπικές θέσεις και εμπειρίες που σχετίζονται με το θέμα αυτό. Η κατάθεση της προσωπικής σημασίας της φροντίδας για τα άτομα είναι σημαντικός παράγοντας αυτής της έρευνας.

Ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων της συνέντευξης σύμφωνα με την τεχνική της ανάλυσης περιεχομένου με την μέθοδο Mayring (περίληψη). Αρχικά έγινε η καταγραφή των προσωπικών καταθέσεων-μαρτυριών του υπό έρευνα πληθυσμού. Ακολούθησε η κωδικοποίηση του υλικού με τη μεταφορά των προσωπικών καταθέσεων του υλικού σε σύντομες γραμματικές προτάσεις/φόρμες (Παράφραση). Έπειτα έγινε η γενίκευση των παραφράσεων σε οριζόμενο αφαιρετικό επίπεδο έτσι ώστε οι γενικεύσεις να αντικατοπτρίζουν το αρχικό υλικό (γενίκευση). Τέλος ακολούθησε η μείωση και ο σχηματισμός κατηγοριών οι οποίες προσδιορίζουν την πολύπλευρη διάσταση του φαινομένου της φροντίδας και δίνουν απάντηση στην ερευνητική ερώτηση.¹⁹

Αποτελέσματα

Από τις απαντήσεις του υπό έρευνα πληθυσμού διαφαίνεται ότι η φροντίδα έχει πολύπλευρη διάσταση η οποία δεν αποτελεί μια στατική, συγκεκριμένη και οριοθετημένη κατάσταση με προσδιοριστικά χαρακτηριστικά και στοιχεία κοινά για όλα

τα άτομα, αλλά μία ανοικτή διεργασία μέσα από την οποία το κάθε άτομο εκφράζεται.

Από την ανάλυση περιεχομένου προέκυψαν οι παρακάτω κατηγορίες:

1. Φροντίζω σημαίνει αγάπη

Ο υπό έρευνα πληθυσμός προσδιορίζει την φροντίδα ως αγάπη:

«Φροντίδα σημαίνει αγαπώ»

Ο προσδιορισμός της φροντίδας ως «αγάπη» αφορά τα άτομα που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας και ιδιαίτερα τους επαγγελματίες υγείας. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τόσο στην αγάπη που θα πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες υγείας για την εργασία τους όσο και στην έμπρακτη αγάπη που πρέπει να δείχνουν στα άτομα τα οποία φροντίζουν:

«Να αγαπάς αυτό που κάνεις, να μη το κάνεις από αγγαρεία»

«Να αγαπάς τον άρρωστο, να τον προσέχεις σα δικό σου άνθρωπο»

Στην πρώτη περίπτωση «αγάπη για την εργασία», η αγάπη φαίνεται να αποτελεί την λογική συνέπεια μιας ελεύθερης επιλογής ενός ατόμου, η οποία εκφράζεται στη δημιουργική δραστηριότητά του ατόμου, που προγραμματίζει παράγει και παρακολουθεί τα αποτελέσματα της δράσης του:

«Ε... για να το διάλεξες (το επάγγελμα του Νοσηλευτή) σημαίνει πως σ'αρέσει αυτό που κάνεις. Σημαίνει πως το αγαπάς»

Στην δεύτερη περίπτωση «έμπρακτη αγάπη στο άτομο που χρήζει φροντίδας», η αγάπη προσδιορίζεται ως μια κατάσταση δράσης. Εδώ ο υπό έρευνα πληθυσμός προσδίδει στην αγάπη τα χαρακτηριστικά της δημιουργικής και ανιδιοτελής προσφοράς και βοήθειας.

«Να κάνει κανείς, ότι θα έκανε για τον εαυτό του»

Η αναγνώριση της προσφοράς των «φροντιστών» από τα άτομα που χρήζουν φροντίδας και βοήθειας είναι άμεση και εκφράζεται με επαίνους και ευχές. Αναφέρονται στην εργασία των Νοσηλευτών στα Νοσοκομεία την οποία θεωρούν ως την ύψιστη προσφορά προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο:

«Ο Θεός να τους δίνει υγεία»

«Αυτό που κάνουν δεν πληρώνεται με τίποτα»

Από τα λεγόμενα του υπό έρευνα πληθυσμού διαφαίνεται ότι οι δύο παραπάνω θέσεις «αγάπη για την εργασία» και «αγάπη για το άτομο» βρίσκονται σε σχέση διάδρασης. Η πρώτη θέση «αγάπη για την εργασία» αποκτά δυναμική και έχει λειτουργικότητα όταν υφίσταται η «αγάπη για το άτομο». Αντίστροφα οποιαδήποτε έμπρακτη εκδήλωση αγάπης των επαγγελματιών υγείας για το άτομο και ιδιαίτερα εκείνου που η κατάσταση της υγείας του τυχόν δοκιμάζεται έχει σημείο αναφοράς την

αγάπη του επαγγελματία για την εργασία του:

«Αν αγαπάς αυτό που κάνεις, αγαπάς και τον άρρωστο»

2. Φροντίδα σημαίνει κατανόηση.

Από τις αναφορές του υπό έρευνα πληθυσμού προκύπτει ότι στην έννοια της φροντίδας εμπεριέχεται και η έννοια της κατανόησης. Στην περίπτωση αυτή οι ερωτηθέντες στην προσπάθειά τους να προσδιορίζουν την έννοια της κατανόησης καταφεύγουν κυρίως σε παραδείγματα και όχι σε έναν συγκεκριμένο ορισμό της έννοιας. Κατανοώ στην προκειμένη περίπτωση σημαίνει αντιλαμβάνομαι τις ανάγκες και τις επιθυμίες ενός ατόμου που χρήζει ανάγκη φροντίδας και φροντίζω να τις καλύπτω:

«Πως να το πω...ε να, να με καταλαβαίνει»

Ορισμένοι ερωτηθέντες αναφέρονται επίσης στην σημαντικότητα της κατανόησης ως προσδιοριστικό στοιχείο της φροντίδας στην περίπτωση ενός ατόμου που η κατάσταση της υγείας του δεν του επιτρέπει να εξωτερικεύσει τις ανάγκες του ή τις επιθυμίες του:

«Τα άτομα που είναι σε κώμα...είναι πολύ σημαντικό να καταλαβαίνει κανείς τι θέλουν».

Επίσης δύο από τους ερωτηθέντες αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιλαμβάνονται την

συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου να την κατανοούν και να το υποστηρίζουν ανάλογα. Και στην περίπτωση αυτή τονίζεται η ανάγκη για συναισθηματική κατανόηση ιδιαίτερα εκείνων των ατόμων που αδυνατούν λόγω της κατάστασής τους να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους:

«Ήμουν αγχωμένος (προηγούμενη μέρα εγχείρησης) ωστόσο δεν έλεγα τίποτε, όσο είχα κόσμο ξεχνιόμουν (εννοεί επισκέπτες, συνοδούς). Να ναι καλά (Ιατρός και Νοσηλεύτρια) μου δώσανε κουράγιο, δεν μ' αφήσανε....Ο Θεός να τους έχει καλά»

3. Φροντίζω σημαίνει πρόληψη.

Στην κατηγορία αυτή ο υπό έρευνα πληθυσμός προσδιορίζει την έννοια της φροντίδας ως μέσο προστασίας της υγείας/ευεξίας ενός ατόμου.

Από τα λεγόμενά τους προκύπτει ότι η φροντίδα αφορά από την μία μεριά την ελαχιστοποίηση όλων εκείνων των δυνητικών παραγόντων που θέτουν σε μια τυχόν δοκιμασία την κατάσταση της υγείας/ευεξίας τους και καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να την αποτρέψουν και από την άλλη αφορά την διατήρηση της καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας χρησιμοποιώντας τα μέσα που για τον σκοπό αυτό διαθέτουν.

«Κάνω ότι μπορώ, φροντίζω για την υγεία μου»

Στην περίπτωση αυτή οι ερωτηθέντες αναφέρονται κυρίως σε δύο περιπτώσεις.

Η πρώτη περίπτωση αφορά την μέριμνα του ίδιου του ατόμου για τον εαυτό του. Εδώ το άτομο μετέχει ενεργητικά στη φροντίδα του, προστατεύει τον εαυτό του και προλαμβάνει καταστάσεις οι οποίες θα θέσουν τυχόν σε δοκιμασία την κατάσταση της υγείας του:

«Έ να ...πως λέμε φροντίζω για την υγεία μου, για το φαγητό μου....φροντίζω τέλος πάντων για μένα»

Παράλληλα το άτομο καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για αυτοφροντίδα. Από τους ερωτηθέντες, ιδιαίτερα εκείνοι που ήταν σε μεγαλύτερη ηλικία θεωρούν βασικό προνόμιο για ένα άτομο την δυνατότητα ικανότητα αυτοφροντίδας ενώ τυχόν απώλεια του αντιμετωπίζεται με εσχατολογική διάθεση:

«Ανάλογα παιδί μου, κάνω ότι μπορώ, προσπαθώ όσο μπορώ να τα κάνω όλα μόνη μου χωρίς βοήθεια»

«...γιατί νομίζεις αγόρι μου είμαι εδώ μέσα (γηροκομείο). Τα παιδιά λείπουν έξω (εξωτερικό). Στο σπίτι μόνη δεν μπορούσα. Δεν με βοηθούν οι δυνάμεις μου. Εδώ τουλάχιστο με προσέχουν»

«ο Θεός να με φυλάει να μη πάθω τα χειρότερα,...τι θα κάνω δεν ξέρω» (μειδίαμα).

Στην δεύτερη περίπτωση ο υπό έρευνα πληθυσμός αναφέρεται στην παθητική

συμμετοχή ενός ατόμου στην φροντίδα του. Ουσιαστικά το άτομο γίνεται αποδέκτης της μέριμνας, της προσφερόμενης φροντίδας από άλλα άτομα ή φορείς. Οι αναφορές τους αναφορικά με την φροντίδα εστιάζονται κυρίως στα προληπτικά μέτρα για την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας/ευεξίας τους.

«Έρχονται τα κορίτσια απ' τον Δήμο. (Αναφέρεται στην κοιν. Λειτουργό και τη Νοσηλεύτρια) Μας προσέχουν νοιάζονται για μας. Να είναι καλά»

4. Φροντίζω σημαίνει άγγιγμα.

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι αναφορές των ερωτηθέντων αναφορικά με την έννοια της φροντίδας ως άγγιγμα. Στην περίπτωση αυτή αναφέρονται στη σημασία που έχει για τους ίδιους η εκτέλεση μιας νοσηλευτικής πράξης και δη αυτή της βασικής νοσηλευτικής φροντίδας κατά την οποία οι επαγγελματίες «αγγίζουν», «ακουμπούν», περιοχές του σώματός ενός ατόμου:

«Με χτυπούσε στη πλάτη, με έδινε κουράγιο, όλα θα πάνε καλά μ' έλεγε»

Ωστόσο αποδίδουν στο άγγιγμα των παραπάνω περιοχών την έννοια της οικειότητας ενώ το άγγιγμα περιοχών του σώματος που αποτελούν ζώνες-Taboo επισημαίνουν ότι αυτό επιτρέπεται μόνο σε περίπτωση που η εφαρμογή μιας

συγκεκριμένης Νοσηλευτικής πράξης είναι αναγκαία:

«όπου χρειάζεται, ...όχι παντού χωρίς λόγο»

Παράλληλα αναγνωρίζουν στους επαγγελματίες Νοσηλευτές το δικαίωμα να αγγίζουν τις περιοχές αυτές μόνο βέβαια σε περίπτωση που αυτό επιβάλλεται. Στην ερώτησή μας ποιοι επαγγελματίες Υγείας πιστεύουν ότι έχουν το δικαίωμα αυτό αναφέρονται στο Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό:

«Αυτοί (Νοσηλευτικό προσωπικό) και οι γιατροί»

«βλέπεις τη γιαγιά, η (όνομα άρρωστης) δεν είχε κανένα, ήταν μόνη της, όλα (εννοεί βασική νοσηλευτική φροντίδα, καθαριότητα γενετήσιας περιοχής) τα έκαναν οι νοσοκόμες»

Ωστόσο για το Νοσηλευτικό προσωπικό εκφράζουν την επιθυμία για φροντίδα από επαγγελματία του ίδιου φύλου, επιθυμία που δεν φαίνεται ξεκάθαρα να εξωτερικεύουν για το ιατρικό προσωπικό.

«βέβαια έτσι είναι το σωστό, όποτε χρειαζόταν ερχόταν ένα παλικάρι»

«Αν είναι η κόρη μου εδώ δεν φωνάζω κανένα, αλλιώς με βοηθάνε οι νοσοκόμες»

Συζήτηση

Από τις καταθέσεις του υπό έρευνα πληθυσμού προκύπτει ότι η έννοια της φροντίδας έχει πολύπλευρη διάσταση. Οι ερωτηθέντες προσδίδουν στην έννοια της

φροντίδας τα χαρακτηριστικά της αγάπης στην οποία μάλιστα αποδίδουν διττή ερμηνεία. Αγάπη των επαγγελματιών για την εργασία τους και αγάπη για τον συνάνθρωπό τους ιδιαίτερα για εκείνον που χρειάζεται βοήθεια. Παράλληλα διαφαίνεται η επιθυμία για εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Στην βιβλιογραφία η αγάπη χαρακτηρίζεται ως συνισταμένη των εννοιών της φροντίδας, της ευθύνης, του σεβασμού και της γνώσης. Αναφορικά με την παραπάνω διάσταση η Λανάρα αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του εκπαιδευμένου Νοσηλευτή όπως αυτά περιγράφονται από την Florence Nightingale. Ανάμεσα στα άλλα αναφέρεται η αγάπη που πρέπει να διαθέτουν οι επαγγελματίες Νοσηλευτές «δια την εργασίαν» και «ενδιαφέρον μετά αγάπης δια τον ασθενή»¹¹.

Η αγάπη ως θεμέλιος δομικός λίθος στην έννοια της φροντίδας ανάγεται στις «ηρωικές αρετές» της Νοσηλευτικής η Νοσηλεύτρια κατά την καθημερινή άσκηση του έργου τους χαρακτηρίζεται «ως ηρωίδα» η δε αγάπη προς τον πάσχοντα άνθρωπο είναι το υψηλότερο ιδεώδες το οποίο κυριαρχεί σ' όλη τη φιλοσοφία της Νοσηλευτικής.

Οι ερωτηθέντες προσδιορίζουν τη φροντίδα ως κατανόηση. Στην περίπτωση αυτή η έννοια της κατανόησης προσλαμβάνει τα χαρακτηριστικά στοιχεία, τους δομικούς λίθους θα λέγαμε που συνθέτουν την έννοια

της ενσυναίσθησης. Βέβαια στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο όρος ενσυναίσθηση έχει εκφραστεί χωρίς συνοχή²⁰. Κατά συνέπεια, ο καθορισμός της ενσυναίσθησης είναι δύσκολος και κάπως αυθαίρετος.

Από τα λεγόμενα των ερωτηθέντων φαίνεται ότι η έννοια της ενσυναίσθησης νοείται ως η δυνατότητα ενός προσώπου να αντιλαμβάνεται²¹ και να καταλαβαίνει²² με ακρίβεια τις συγκινήσεις ενός άλλου προσώπου και να μπορεί να διαβιβάζει τις έννοιες των συναισθημάτων σε άλλο πρόσωπο μέσω των λεκτικών και μη λεκτικών συμπεριφορών.^{7,23} Είναι η ικανότητα κάποιου να προβάλλεται στη θέση κάποιου άλλου, προκειμένου να κατανοήσει την εμπειρία του άλλου καθώς θα ήθελε να κατανοηθεί ο ίδιος από κάποιον άλλον. Η ενσυναίσθηση είναι ένας τρόπος απόδειξης της αγάπης, κατανόηση τόσο οικεία που τα συναισθήματα, οι σκέψεις και τα κίνητρα κατανοούνται εύκολα από άλλον. Επίσης οι ερωτηθέντες προσδιορίζουν την φροντίδα ως ασπίδα για την προστασία, διατήρηση και προαγωγή της υγείας. Η διάσταση αυτή της φροντίδας αναφέρεται στα περισσότερα νοσηλευτικά μοντέλα ή νοσηλευτικές θεωρίες. Κατά γενική ομολογία το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής εστιάζεται στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα.

Πρωθεί την αυτοφροντίδα, την αυτονομία και το σεβασμό της προσωπικότητας των δικαιωμάτων των ανθρώπων, ενώ συγχρόνως οι επαγγελματίες παρέχουν επιμελημένη επιστημονική φροντίδα σε περιπτώσεις αρρώστιας^{11,24}

Φροντίζω σημαίνει για τους ερωτηθέντες αγγίζω. Σχετικά με το άγγιγμα του σώματος, όπως και συγκεκριμένων περιοχών του σώματος ενός ασθενή, στη βιβλιογραφία²⁵ αναφέρεται ότι το προσωπικό εργάζεται σε ένα περιβάλλον, στο οποίο το ανθρώπινο σώμα παρατηρείται με επαγγελματική αντικειμενικότητα. Κανένα μέρος του σώματος δεν θεωρείται ζώνη ταμπού. Αυτό έρχεται σε μεγάλη αντίθεση ως προς την εικόνα της κοινωνίας για το σώμα και το άγγιγμα. Το προσωπικό λαμβάνει ένα είδος άδειας για άγγιγμα, η οποία επικυρώνεται από τον ασθενή. Βέβαια οι ερωτηθέντες προσδιορίζουν με σαφήνεια τα όρια του επαγγελματία Νοσηλευτή αναφορικά με το άγγιγμα και επισημαίνουν την ανάγκη για σεβασμό της προσωπικότητάς τους.

Ωστόσο αναφέρεται ότι με το σωματικό άγγιγμα δοκιμάζονται επικρατούντα κοινωνικά ταμπού, τα οποία βρίσκονται σε στενή αλληλεξάρτηση με τις μορφές μιας σεξουαλικής σχέσης. Η προσβολή των ζωνών αυτών μπορεί να προκαλέσει τόσο στους ασθενείς όσο και στο προσωπικό αμηχανία και σύγχυση.

Αυτό το δυσάρεστο συναίσθημα μπορεί να μειωθεί, εάν συνειδητοποιήσει κανείς, ότι η αμηχανία είναι μία φυσική αντίδραση σε μία κατάσταση, στην οποία τραυματίζονται τα ισχύοντα κοινωνικά ταμπού. Είναι καθησυχαστικό για τους ασθενείς, εάν οι επαγγελματίες συμπεριφέρονται σε τέτοιες καταστάσεις διακριτικά και βοηθούν τον ασθενή να διατηρεί την αξιοπρέπειά του.

Οι επαγγελματίες συνηθίζουν πολύ γρήγορα αυτή την άποψη των επαγγελματιών τους καθηκόντων, θα πρέπει όμως πάντα να συνειδητοποιούν, ότι ο ασθενής βιώνει ένα ρήγμα αφοπλιστικά και δυσάρεστα. Ως προς αυτό οφείλουν οι επαγγελματίες να μεταχειρίζονται τους ασθενείς έτσι, όπως αυτοί οι ίδιοι θα ήθελαν να τους μεταχειρίζονται, εάν βρίσκονταν σε μία παρόμοια κατάσταση²⁵.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαπουντζή- Κρέπια Δ., Οι ιστορικές καταβολές της ελληνικής Νοσηλευτικής, Νοσηλευτική 2001, 41(2), 129-137.
2. Σαπουντζή-Κρέπια Δ., Νοσηλευτική: Μια καινοφανής προσέγγιση, Νοσηλευτική 2001, 40 (3), 14-21
3. Leininger M., The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations, In M.M. Leininger (Ed) Caring: an essential

- human need, Clarles B. slack, Thorofane NJ, 1981, pp. 3-15
4. Leininger M., Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality, *Nursing Science Quarterly*, 1988, 1,4, 152-160
5. Ραφτόπουλος Β., Ραφτόπουλος Α., Κοτρώτσιου Ε., Παραλίκας Θ. «Προσέγγιση της συμβουλευτικής διάστασης του νοσηλευτή εκπαιδευτή». *Νοσηλευτική*, 42, 1, 97-109 Ιανουάριος Μάρτιος 2003
6. Svensson, H. Stora hoersalen, Designhuset, Lund Institute of Technology, Sweden, June 2003. The Public Transport Preferences of Elderly People. www.empathy.com
7. Arnold E. *Interpersonal relationships*.. 2nd edition, 1995, pgs 110-114
8. Rovithis M. Theory of nursing empathy in King's social system. January-March. 9th issue. *ICUs Nursing Web Journal*, 2002.
9. Nurses' and students' perceptions of care: a phenomenological study. 20 August 2002. VOL 98, No 34. www.psychology.com/psychiatric/care
10. Seidler E. *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart, Kohlhammer, 1993.
11. Λανάρα Β. *Ηρωισμός και Νοσηλευτική*. Αθήνα, 1977
12. Fawcett J. *Pflegemodelle im Überblick*. Bern, Hans Huber, 1996.
13. Mischo-Kelling M. & Wittneben K. *Pflegebildung und Pflege theorien*. München-Wien-Baltimore, Urban und Schwartzenberg, 1995
14. Leininger M. *Culture Care Diversity and Universality Theory*. 1. International Conference on Nursing Theories. Nürberg, April 1997.
15. Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία έρευνας, εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ, 2000
16. Strauss A., Corbin J. *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz, 1996
17. Schilder M. *Türkische Patienten pflegen*. Stuttgart- Berlin- Köln, Kohlhammer 1998

18. Lamnek S. Qualitative Sozialforschung, Band 2. Weinheim, Beltz, 1995
19. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse Grundlage und Techniken. Weinheim & Basel: Beltz, 1997
20. Lawrence J. Bookbinder, PhD. 2003. Listening and Empathy Responding, Empathy and Listening skills for Intimacy. www.yahoo.com/empathy
21. Coexisting coalitions___chapter 7. www.yahoo.com/empathy/disorders
22. Suzanne L. Therapeutic modes, Psychiatric Nursing. 2nd edition, Philadelphia, N. York, 1996, Pgs 34, 106 – 573
23. McEwen M., Wills E. Νοσηλευτικές Θεωρίες, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2004
24. Roper N., Logan W., Tierney J.A. Die Elemente der Krankenpflege. Basel, Recom
25. Σαπουντζή –Κρέπια Δ. χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα: Μια ολιστική προσέγγιση. Έλλην, Αθήνα 1977.

ΕΡΕΥΝΑ**Συχνότητα εμφάνισης βακτηριακής κολπίτιδας σε γυναίκες συμπτωματικές και ασυμπτωματικές αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών**Σιώχου Α¹, Βασιλόπουλος Γ², Καπάδοχος Θ³, Σιώχου Ι¹, Ιωαννίδου Μ¹

1. Α.Τ.Ε.Ι.Θ., Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γεν. Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» Μεταπτυχιακός φοιτητής

3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ωνάσειο Κ.Κ., Μεταπτυχιακός φοιτητής

Περίληψη

Εισαγωγή: Η βακτηριακή κολπίτιδα (ΒΚ) χαρακτηρίζεται από υπερέκκριση δύσοσμου κολπικού υγρού. Τα ποσοστά εμφάνισης ΒΚ υπολογίζονται από 25% έως και 36% στις γυναίκες οι οποίες αναφέρουν κλινικά συμπτώματα, ενώ το 50% των γυναικών στις οποίες διαπιστώνεται εργαστηριακά ΒΚ, δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διαπιστωθεί το ποσοστό εμφάνισης ΒΚ.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε μικροβιακή εξέταση κολπικού εκκρίματος σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών, στις οποίες, είτε λόγω ύπαρξης συμπτωμάτων είτε στο πλαίσιο του προληπτικού ελέγχου. Η διάγνωση της ΒΚ έγινε με βάση τα κριτήρια Amsel. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή στοιχείων όπως υπερέκκριση δύσοσμου κολπικού υγρού, πόνος, ερυθρότητα στη γεννητική περιοχή, ιστορικό κολπίτιδας.

Αποτελέσματα: Στο 29% των γυναικών που εξετάστηκαν διαπιστώθηκε ΒΚ, ενώ το 33% αυτών ήταν ασυμπτωματικό. Το 83,4% ανέφερε ιστορικό κολπίτιδας και το 86,2% υπερέκκριση δύσοσμων υγρών. Συμπέρασμα. Το μεγάλο ποσοστό ΒΚ σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας καθώς και ο υψηλός αριθμός ασυμπτωματικής ΒΚ, σε συνδυασμό με τις επιπλοκές οι οποίες συνδέονται μ' αυτές, καθιστά απαραίτητη τη λήψη μέτρων πρόληψης, με σημαντικότερο τον εργαστηριακό έλεγχο του κολπικού υγρού.

Λέξεις-κλειδιά: Βακτηριακή κολπίτιδα, *Gardnerella vaginalis*, δύσοσμα κολπικά υγρά

Διεύθυνση Αλληλογραφίας

Σιώχου Ασημούλα

Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων,

A.T.E.I. Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

ORIGINAL PAPER

Frequency of development of bacterial vaginitis in symptomatic and asymptomatic women of reproductive age, aged 18 - 45 years old.

Siochu A¹, Vasilopoulos G², Kapadohos Th³, Siochu I¹, Ioannidou M¹

1. Faculty of Medical Laboratories, A.T.E.I. Thessaloniki

2. RN, "G. Gennimatas" Hospital, Athens

3. RN, "Onassis Cardiac Surgery Center" Hospital, Athens

ABSTRACT

Aim: The aim of the current study was to investigate the frequency of development of bacterial vaginitis (BV) in women of reproductive age, aged 18 to 45 years old. Those women undertook a microbiological examination of vaginal secretion either in the context of preventive control or because of the appearance of clinical symptoms.

Material and method: A microbiological test of vaginal secretion was done in 500 women of reproductive age, aged 18 to 45 years old. Those women came for examination, either in the context of preventive control or because they had disturbing symptoms in the genital area. The following factors were recorded: age, existence of clinical symptoms such as itching, burning, excessive vaginal secretion, pain, as well as history of vaginitis. During the sample intake, the presence of pathological secretion, rush or pain were recorded. The diagnosis of bacterial vaginitis was based on the Amsel's criteria.

Results: Out of the 500 women of reproductive age, BV was detected to 145 (29%) and 33% of them were asymptomatic. 86,2% of the women reported excessive smelly vaginal secretion. Furthermore, 95,8% of women were found with excessive vaginal secretion and last but not least in 73% of women, pain was detected. History of vaginitis was reported by the 83,3% of women with BV.

Conclusion: It can be argued that BV was detected in a great number of women of reproductive age. The high percentages of asymptomatic women with BV, as well as the serious complications, and the fact that BV constitutes a predisposition factor for infection with HIV, impose the application of preventive laboratory control in order to avoid bacterial vaginitis.

Keywords: *Bacterial vaginitis, Gardnerella vaginalis, excessive vaginal secretion*

Corresponding author:

A. Siochu

Department of Medical Laboratory,

A. T. E. I. of Thessaloniki, Thessaloniki

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιοχή του κόλπου αποικίζεται από ένα μεγάλο αριθμό μικροβίων που συνιστούν τη φυσιολογική κολπική μικροβιακή χλωρίδα η οποία αποτελείται από διάφορα είδη γαλακτοβακίλων. Η φυσιολογική κολπική μικροβιακή χλωρίδα συμβάλλει με διάφορους μηχανισμούς στη διατήρηση ενός άριστου pH στην περιοχή του κόλπου.^{1,2}

Η βακτηριακή κολπίτιδα (BK) οφείλεται στην αντικατάσταση σε μεγάλο βαθμό της φυσιολογικής κολπικής μικροβιακής χλωρίδας από άλλους παθογόνους μικροοργανισμούς, όπως η *Gardnerella vaginalis*, το *Mycoplasma hominis* και άλλα αναερόβια βακτήρια.^{3,4} Το 1955, οι Gardner και Dukes περιέγραψαν για πρώτη φορά τη BK. Τα ποσοστά εμφάνισης BK κυμαίνονται από 25% έως 36% και εξαρτώνται από τον πληθυσμό καθώς και τη γεωγραφική

περιοχή της εκάστοτε έρευνας.^{5,6,7,8} Η BK συνδέεται με προβλήματα αναπαραγωγής, με πρόωρους τοκετούς, φλεγμονές του ανώτερου ουρογεννητικού συστήματος. Επίσης, αναφέρεται και ως παράγοντας αυξημένου κινδύνου μόλυνσης με τον HIV.^{9,10,11} Δεν έχει αποδειχθεί ακόμη εάν η BK μεταδίδεται μέσω της σεξουαλικής επαφής. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι έως και το 50% των περιπτώσεων BK δεν παρουσιάζει συμπτώματα και ότι η διάγνωσή της γίνεται στο πλαίσιο προληπτικού ελέγχου.^{5,6,7,8} Τα παραπάνω δεδομένα καθιστούν σαφές ότι η πρόληψη, η θεραπεία καθώς και η διάγνωση της BK είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τη δημόσια υγεία.^{12,13}

Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν να προσδιοριστεί το ποσοστό εμφάνισης BK σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45

ετών, οι οποίες εμφάνιζαν κλινικά συμπτώματα ή ήταν ασυμπτωματικές και προέβησαν σε μικροβιολογική εξέταση κολπικού εκκρίματος στο πλαίσιο προληπτικού ελέγχου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε μικροβιολογική εξέταση κολπικού εκκρίματος σε 500 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών. Οι γυναίκες αυτές προσήλθαν για εξέταση είτε λόγω της ύπαρξης κλινικών συμπτωμάτων είτε στο πλαίσιο προληπτικού ελέγχου. Έγινε καταγραφή της ηλικίας, της ύπαρξης κλινικών συμπτωμάτων (πόνος, παρουσία δύσοσμου κολπικού υγρού), καθώς και του ιστορικού κολπίτιδας. Κατά τη λήψη του υλικού, καταγράφηκε η ύπαρξη ερυθρότητας, υπερέκκρισης κολπικού υγρού, ή πόνου. Η λήψη έγινε με βαμβακοφόρο στυλεό. Έγινε επίστρωση σε αντικειμενοφόρο πλάκα και χρώση κατά Gram. Ακολούθησε μικροσκόπηση ενός κεχρωσμένου παρασκευάσματος και ενός νωπού παρασκευάσματος. Η μέτρηση του pH του κολπικού εκκρίματος πραγματοποιήθηκε με ταινίες του εμπορίου. Στη συνέχεια, έγινε η δοκιμασία αμινών με την προσθήκη KOH 10% στο έκκριμα. Η διάγνωση της BK βασίστηκε στα παρακάτω κριτήρια του Amsel:

- ύπαρξη ομοιογενούς δύσοσμης υπερέκκρισης κολπικού υγρού.
- pH του κολπικού υγρού μεγαλύτερο του 5
- θετική δοκιμασία αμινών (προσθήκη KOH 10% στο έκκριμα εκλύει μυρωδιά σαν από ψάρι)
- 20% «clue cells» (κολπικά πλακώδη επιθηλιακά κύτταρα πάνω στα οποία, και ιδιαίτερα στην περιφέρειά τους, έχουν κολλήσει παρά πολλά Gram + βακτήρια).

Η διάγνωση της BK έγινε εφόσον διαπιστώθηκε η ύπαρξη 3 ή περισσότερων από τα παραπάνω κριτήρια.^{14,15}

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, εξετάστηκαν 500 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας μεταξύ 18 - 45 ετών. Στις 145 (29%) διαπιστώθηκε BK. Οι 48 απ' αυτές (33%) δεν ανέφεραν ύπαρξη κλινικών συμπτωμάτων, ήταν δηλαδή ασυμπτωματικές. Παρουσία δύσοσμου κολπικού υγρού ανέφεραν οι 125 (86,2%), ενώ κατά τη λήψη του υλικού διαπιστώθηκε στις 139 (95,8%) ερυθρότητα, στις 137 (95,8%) υπερέκκριση κολπικού υγρού και στις 106 (73%) πόνος. Οι 121 (83,3 %) ανέφεραν ιστορικό κολπίτιδας. (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Βακτηριακή κολπίτιδα

ΒΚ	145 (49%)
Συμπτωματικές	97 (67%)
Ασυμπτωματικές	48 (33%)
Ιστορικό κολπίτιδας	121 (83,3%)
Κλινικά ευρήματα	
▪ Ερυθρότητα	139 (95,8%)
▪ Υπερέκκριση κολπικού υγρού	137 (94,5%)
▪ Πόνος	106 (73%)

ΑΝΑΛΥΣΗ

Ο ακριβής μηχανισμός εμφάνισης ΒΚ παραμένει άγνωστος. Έχει διαπιστωθεί ότι ο μηχανισμός αυτός συνδέεται με μείωση του αριθμού των γαλακτοβακίλων και της παραγωγής υπεροξειδίου του υδρογόνου, αύξηση του pH τού κόλπου προς το αλκαλικότερο και αύξηση των παθογόνων μικροοργανισμών οι οποίοι προκαλούν τη ΒΚ.^{1,2} Στο 25% έως 36% των γυναικών οι οποίες επισκέπτονται γυναικολόγο λόγω της εμφάνισης κλινικών συμπτωμάτων, διαπιστώνεται ΒΚ. Το 50% περίπου των γυναικών, όμως, στις οποίες διαπιστώνεται εργαστηριακά ΒΚ, δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα, είναι δηλαδή ασυμπτωματικές και η διάγνωση της ΒΚ γίνεται στο πλαίσιο του προληπτικού εργαστηριακού ελέγχου.^{5,6,7,8}

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε ΒΚ σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45

ετών σε ποσοστό 29%. Το κυριότερο κλινικό σύμπτωμα ήταν η παρουσία υπερέκκρισης κολπικού υγρού η οποία συνδέονταν με δυσσομία (86,2 %). Η κλινική εικόνα έδειξε την ύπαρξη ερυθρότητας στην γενετική περιοχή στο 95,8% ενώ κατά τη διαδικασία της λήψης το 73% ανέφερε πόνο. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι το υψηλό ποσοστό (33%) των γυναικών με ΒΚ οι οποίες ήταν ασυμπτωματικές. Το 83,4% ανέφερε ιστορικό κολπίτιδας ή υποτροπιάζουσας κολπίτιδας.

Έχει καταδειχθεί ότι διάφοροι παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΒΚ. Οι παράγοντες αυτοί είναι η ηλικία, η φυλή, ενδοκολπικές πλύσεις με χρήση αντισηπτικού, το ενδομήτριο διάφραγμα ως μέθοδος αντισύλληψης ενώ η συχνή αλλαγή ερωτικού συντρόφου θεωρείται ότι είναι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση της ΒΚ.¹³ Η βακτηριακή κολπίτιδα συνδέεται με αύξηση του αριθμού των αποβολών, με ανιούσες φλεγμονές του ουρογενετικού συστήματος ενώ έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει και τον κίνδυνο μόλυνσης με HIV.^{9,10,11} Μεγάλα επίσης είναι και τα ποσοστά υποτροπών ΒΚ τα οποία ανέρχονται έως και το 50% των περιπτώσεων γεγονός το οποίο σημαίνει ότι μόνο οι μισές γυναίκες μένουν θεραπευμένες για μεγάλο χρονικό διάστημα.^{7,13}

Λαμβάνοντας υπ' όψη τα παραπάνω οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η

πρόληψη αποτελεί το σημαντικότερο μέτρο αποφυγής ΒΚ.¹⁶ Ως ένα από τα βασικότερα μέτρα πρόληψης μπορεί να θεωρηθεί ο προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος θα επιστρέψει να τεθεί η διάγνωση μιας ΒΚ ακόμη και στις περιπτώσεις ασυμπτωματικής ΒΚ. Η διάγνωση της ΒΚ θα επιτρέψει την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και θα συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη μείωση των επιπλοκών με τις οποίες συνδέεται η ΒΚ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Vallor AC, Antonio MA, Hawes SE, Hillier SL.** Factors associated with acquisition of, or persistent colonization by, vaginal lactobacilli: role of hydrogen peroxide production. *J Infect Dis* 2001, 184:1431-6.
2. **Tohill BC, Heilig CM, Klein RS, Rompalo A, Cu-Uvin S, Brown W, Duerr A.** Vaginal flora morphotypic profiles and assessment of bacterial vaginosis in women at risk for HIV infection. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2004, 12:121-6.
3. **Thorsen P, Jensen IP, Jeune B, Ebbesen N, Arpi M, Bremmelgaard A, Moller BR.** Few microorganisms associated with bacterial vaginosis may constitute the pathologic core: a population-based microbiologic study among 3596 pregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 1998, 178:580-7.
4. **Hill GB:** The microbiology of bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1993, 169:450-4.
5. **Σιώχου Α, Σιούρδα Π, Ιωαννίδου Μ, Αμπεριάδου Β.** Συχνότητα εμφάνισης βακτηριακής κολπίτιδας σε γυναίκες συμπτωματικές και ασυμπτωματικές αναπαραγωγικής ηλικίας 18 έως 45 ετών 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ιατρικής Βιοπαθολογίας, Αθήνα 12-15 Απριλίου 2006.
6. **Siochu A, Ioannidou M, Siochu I, Kapoukranidou D.** Bacterial vaginitis in young sexually active women. New Trends in Biomedical Research 4rd Conference of the German-Greek Academy for Biomedical Research Ioannina Greece 2005.
7. **World Health Organization.** Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: overview and estimates. The organization. Geneva, 2001.
8. **Siochu A, Siochu I, Mantakaki A.** Determination of frequency and types of

- pathogenic microbes in sperm samples given from young men with no symptoms. New Trends in Biomedical Research 5rd Conference of the German-Greek Academy for Biomedical Research, Athens, Greece 2006.
9. **Hashemi FB, Ghassemi M, Roebuck KA, Spear GT.** Activation of human immunodeficiency virus type 1 expression by *Gardnerella vaginalis*. *J Infect Dis* 1999, 179:924-30.
10. **Sewankambo N, Gray RH, Wawer MJ, Paxton L, McNaim D, Wabwire-Mangen F, Serwadda DLiC, Kiwanuka N, Hillier SL, Rabe L, Gaydos CA, Quinn TC, Konde-Lule J.** HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet* 1997, 23:546-50.
11. **Sha BE, Zariffard MR, Wang QJ, Chen HY, Bremer J, Cohen MH, Spear GT:** Female genital-tract HIV load correlates inversely with *Lactobacillus* species but positively with bacterial vaginosis and *Mycoplasma hominis*. *J Infect Dis* 2005, 191:25-32
12. **Morris M, Nicoll A, Simms I, Wilson J, Catchpole M.** Bacterial vaginosis: a public health review. *BJOG* 2001, 108:439-50.
13. **Leitich H, Bodner-Adler B, Brunbauer M, Kaider A, Egarter C, Husslein P.** Bacterial vaginosis as a risk factor for preterm delivery: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003, 189:139-47.
14. **Larsson PG, Carlsson B, Fahraeus L, Jakobsson T, Forsum U.** Diagnosis of bacterial vaginosis: need for validation of microscopic image area used for scoring bacterial morphotypes. *Sex Transm Infect* 2004, 80:63-7.
15. **Forsum U, Jakobsson T, Larsson PG, Schmidt H, Beverly A, Bjornerem A, Carlsson B, Csango P, Donders G, Hay P, Ison C, Keane F, McDonald H, Moi H, Platz-Christensen JJ, Schwebke J.** An international study of the interobserver variation between interpretations of vaginal smear criteria of bacterial vaginosis. *APMIS* 2002, 110:811-8.
16. **Σιώχου Α, Καπουκρανίδου Δ, Δημητριάδου Π, Σανσαρίδου Π, Βλάχος Α.** Κολπίτιδα: Γνώση – Μέτρα πρόληψης, 20^ο Βορειοελλαδικό Ιατρικό Συνέδριο, Θεσσαλονίκη 2005