



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΠΤΙΚΗΣ & ΟΠΤΟΜΕΤΡΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ψυχολογία της υγείας και αντιλήψεις φοιτητών

Γουλιελμάκη Μαρία

Ξενικάκη Μαρία

Αυγέρη Νικολέττα

Ψυχολόγος – Γνωσιακή Ψυχοθεραπεύτρια

Αίγιο, Ιούνιος 2013

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ένας κλάδος ο οποίος παρόλο που βρίσκεται στα πρώτα του βήματα, παρουσιάζει σημαντικά θετικά δείγματα πάνω στον τομέα της Υγείας. Είναι απαραίτητο πλέον να εντάσσεται σε όλα τα ιατρικής και παραϊατρικής φύσης επαγγέλματα όπως καλώς συμπεριελήφθη και στο Οδηγό Σπουδών του τμήματος τη Οπτικής-Οπτομετρίας. Για τη χρησιμότητα λοιπόν της Ψυχολογίας της Υγείας και την πρακτική εφαρμογή της, η οποία εξελίσσει την οπτική με την οποία εξετάζεται ο ασθενής, επιλέχθηκε το συγκεκριμένο θέμα εργασίας και η συγκεκριμένη έρευνα .

Η εργασία αυτή περιλαμβάνει μια ανάλυση, μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, βασικών όρων που σχετίζονται με την υγεία καθώς και περιγραφή των προσόντων επικοινωνίας. Στόχος της είναι να διαπιστωθεί κατά πόσο οι φοιτητές είναι στοιχειωδώς γνώστες των παραπάνω και κατά πόσο το μάθημα «Ψυχολογία της Υγείας» βοηθάει για τη μετάδοση αυτών των γνώσεων. Η εκπόνηση της εργασίας προσφέρει ειδικές γνώσεις στους επαγγελματίες υγείας όσων αφορά την βιοψυχοκοινωνική έννοια της υγείας και αποτελεί έναυσμα για μελλοντικές μελέτες.

Τέλος για την εκπόνηση αυτής της εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά για την βοήθεια και την καθοδήγηση της, την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Αυγέρη Νικολέττα, ψυχολόγο – γνωσιακή ψυχοθεραπεύτρια, η οποία με την αστείρευτη γνώση και τη μεγάλη κατανόηση της ενθάρρυνε και ενίσχυσε την προσπάθεια μας καθ' όλη τη διάρκεια. Ακόμη ευχαριστούμε πολύ τους φοιτητές, οι οποίοι συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια, συμμετείχαν ενεργά στην έρευνα αυτή.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή έχει ως θέμα την Ψυχολογία της Υγείας και τις αντιλήψεις των φοιτητών. Σκοπός του θέματος είναι η αναζήτηση, καταγραφή και σύγκριση των αντιλήψεων των φοιτητών που έχουν δηλώσει το μάθημα “Ψυχολογία της Υγείας” με τις αντιλήψεις των φοιτητών που δεν το έχουν δηλώσει για θέματα όπως: η αρρώστια, η υγεία, η ελπίδα, ο θάνατος, οι δεξιότητες και οι φραγμοί επικοινωνίας.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή των εννοιών της υγείας και της ασθένειας. Περιγράφεται το βιοϊατρικό, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και η σχέση άρρωστου - επαγγελματία υγείας σε καθένα από αυτά. Δίνεται ο ορισμός της Ψυχολογίας της Υγείας, η θέση, οι στόχοι και η προσφορά της, περιγράφεται ως μάθημα καθώς και οι σκοποί του.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή της έννοιας του θανάτου. Ορίζεται η έννοια της ελπίδας, η σημασία της, η σχέση της με την αρρώστια, την κατάθλιψη, την αυτοκτονικότητα και η απελπισία. Τέλος περιγράφεται η πορεία του άρρωστου προς το θάνατο και η σημασία της ελπίδας σε αυτήν.

Στο τρίτο κεφάλαιο ορίζεται η επικοινωνία, οι δεξιότητες επικοινωνίας και οι φραγμοί επικοινωνίας. Τέλος περιγράφεται ο τρόπος ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων και τα συναισθήματα του προσωπικού υγείας.

Τέλος, το μάθημα της Ψυχολογίας της Υγείας φαίνεται να συνεισφέρει στο γνωστικό επίπεδο των φοιτητών αφού οι περισσότεροι από αυτούς που έδωσαν τις κατάλληλες απαντήσεις ανήκαν σε αυτούς που το είχαν δηλώσει. Η χρησιμότητα και η εφαρμογή της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι προσφέρει σημαντικές ειδικές γνώσεις ψυχολογίας στους επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, εξετάζει ένα θέμα που δεν έχει ερευνηθεί ξανά στο τμήμα της Οπτικής - Οπτομετρίας και μπορεί να αποτελέσει αφορμή για περαιτέρω έρευνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	5
Η Υγεία ιστορικά	5
Η ασθένεια ιστορικά	6
Βιοϊατρικό μοντέλο υγείας	8
Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας	12
Η Ψυχολογία της Υγείας ιστορικά	16
Η θέση της Ψυχολογίας της Υγείας	17
Στόχοι της Ψυχολογίας της Υγείας και η προσφορά της	18
Σκοπός της Ψυχολογίας της Υγείας ως μάθημα	20
ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑ	22
Ο θάνατος ιστορικά, φιλοσοφικά και πολιτιστικά	22
Ο θάνατος βιολογικά και ιατρικά	25
Η ελπίδα	26
Αρρώστια, κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα και απελπισία	29
Πορεία προς το θάνατο και σημασία της ελπίδας	36
ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΡΑΓΜΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	40
Η επικοινωνία	40
Η επικοινωνία στο χώρο της υγείας	41
Ενεργητική ακρόαση	42
Δεξιότητες πρόσκλησης και ενθάρρυνσης έκφρασης	44
Δεξιότητες παροχής αίσθησης κατανόησης και αποδοχής	49
Μη εποικοδομητικοί τρόποι επικοινωνίας	52
Φραγμοί επικοινωνίας	53
Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων και δεξιότητες επικοινωνίας	58
Συναισθήματα και αντιδράσεις του προσωπικού υγείας	63
ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	68
ΜΕΘΟΔΟΣ	70
Δείγμα	70
Μέσα συλλογής δεδομένων	70
Διαδικασία συλλογής δεδομένων	70
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	86
ΛΙΣΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	99

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή αυτή έχει ως θέμα την Ψυχολογία της Υγείας και τις αντιλήψεις των φοιτητών. Έχει ανασκοπητικό και ερευνητικό χαρακτήρα και εντάσσεται στο πεδίο των Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και στον κλάδο της Ψυχολογίας της Υγείας. Το θέμα αυτό γενικά δεν έχει μελετηθεί στο Τμήμα της Οπτικής - Οπτομετρίας, δεν έχει γίνει ξανά παρόμοια έρευνα οπότε κάνει το πρώτο βήμα στη συνεισφορά γνώσεων Ψυχολογίας της Υγείας στο Τμήμα. Η επιλογή του θέματος είχε να κάνει με την πρωτοτυπία του και το ότι δεν έχει μελετηθεί αρκετά όπως αναφέρθηκε. Ακόμη δίνει το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο επαγγελματιών. Η χρησιμότητα και η εφαρμογή της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι προσφέρει σημαντικές ειδικές γνώσεις Ψυχολογίας στους επαγγελματίες υγείας.

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί κατά πόσο ο επαγγελματίας υγείας οπτικός-οπτομέτρης, διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις πάνω στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας και έχει τις κατάλληλες δεξιότητες επικοινωνίας, ώστε να βελτιώσει την επικοινωνία και να υπάρχει καλύτερη αλληλεπίδραση στη σχέση του με τον ασθενή, με σκοπό να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τις δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα σκοπός του θέματος είναι η αναζήτηση, καταγραφή και σύγκριση των αντιλήψεων των φοιτητών που έχουν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα «Ψυχολογία της Υγείας» με τις αντιλήψεις των φοιτητών που δεν το έχουν δηλώσει για θέματα όπως: η αρρώστια, η υγεία, η ελπίδα, ο θάνατος, οι δεξιότητες και οι φραγμοί επικοινωνίας.

Η έρευνα έγινε στο χώρο του παραρτήματος του ΤΕΙ Πατρών, στο Αίγιο, τον Φεβρουάριο του 2013 κατά τη διάρκεια της εξεταστικής περιόδου. Ως μέσο συλλογής χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη και δημιουργήθηκε από τις φοιτήτριες Γουλιελμάκη Μαρία και Ξενικάκη Μαρία. Το δείγμα αποτελούσαν 34 φοιτητές, οι οποίοι προϋπέθεταν να είναι μεγαλύτεροι του 4^{ου} εξαμήνου ώστε να έχουν κάποια βασική γνώση για το αντικείμενο της σχολής. Οι 17 από αυτούς είχαν δηλώσει και εξετάστηκαν στο μάθημα «Ψυχολογία της Υγείας».

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ένα θεωρητικό Μάθημα του 6^{ου} εξαμήνου το οποίο κατατάσσεται στα Μαθήματα Γενικής Υποδομής (ΜΓΥ) και καταλαμβάνει 2 διδακτικές ώρες από το σύνολο των ωρών των μαθημάτων του εξαμήνου. Σκοπός του μαθήματος είναι η παροχή ορισμένων γνώσεων που θα βοηθήσουν τους

επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην υγεία και στην αρρώστια. Επίσης αποβλέπει να τους ευαισθητοποιήσει στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες τόσο του αρρώστου, όσο και των μελών της οικογένειας του, όταν αντιμετωπίζουν ένα χρόνιο ή σοβαρό πρόβλημα υγείας. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις αντιδράσεις του προσωπικού υγείας που επηρεάζεται από την επαφή με τον άρρωστο, την αναπηρία, τον πόνο, το θάνατο, κι άλλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκύπτουν στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ένας καινούριος κλάδος στην εφαρμοσμένη ψυχολογία όπου δημιουργήθηκε λόγω της εμφάνισης κάποιων νέων παραγόντων στα νοσήματα και στη θνησιμότητα κυρίως στις δυτικές κοινωνίες. Τα νέα δεδομένα αφορούν τις επιπτώσεις που έχουν η αρρώστια, το στρες, η κοινωνία και οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην υγεία ενός ατόμου. Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που απαιτεί μια ολιστική παρέμβαση σε *ατομικό επίπεδο*, (οργανικό και ψυχολογικό), σε *κοινωνικό επίπεδο* και μερικές φορές σε *οικολογικό επίπεδο*. Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας δίνει έμφαση στην ανάλυση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολόγηση, την εξέλιξη και συνάμα των συνεπειών που προκύπτουν στα θέματα υγείας και ασθένειας. Σύμφωνα με τον Matarazzo, οι κύριοι στόχοι της Ψυχολογίας της Υγείας είναι: η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη και η ολιστική θεραπεία των ασθενειών, οι αιτίες που προκαλούν τις ασθένειες και η διάγνωσή τους και η βελτιστοποίηση του συστήματος υγείας και διερεύνηση φαινομένων που αναπτύσσονται μέσα σε αυτό όπως η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή, η επαρκής ή όχι φροντίδα του ασθενούς, οι ιατρικές οδηγίες και το πώς αυτές επηρεάζονται κατά την τήρησή τους κ.τ.λ.

Στο πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής γίνεται η ιστορική αναδρομή για τον προσδιορισμό της υγείας και της ασθένειας κατά το πέρασμα των αιώνων και στη συνέχεια περιγράφεται η σύγχρονη εκδοχή των όρων σύμφωνα με το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας καθώς και η σχέση άρρωστου-επαγγελματία υγείας σε καθένα από αυτά.. Εν συνεχεία δίνεται ο ορισμός της Ψυχολογίας της Υγείας όπως επίσης η θέση, οι στόχοι και η προσφορά της αναφέροντας την σημαντικότητα των ψυχολογικών παραγόντων όταν ένα άτομο νοσεί. Τέλος γίνεται αναφορά στο μάθημα της Ψυχολογίας της Υγείας για την προσφορά του στους επαγγελματίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ιστορική αναδρομή της έννοιας του θανάτου, περιγράφεται σε πολιτιστικά και φιλοσοφικά πλαίσια και δίνεται ο ορισμός του σύμφωνα με την ιατρική και τη βιολογία. Έπειτα ορίζεται και αναλύεται η έννοια της ελπίδας και η σημασία της και η σχέση της με την αρρώστια, την κατάθλιψη, την αυτοκτονικότητα και την απελπισία. Στο τέλος αυτού του κεφαλαίου περιγράφεται η πορεία προς το θάνατο και η σημαντικότητα της διατήρησης της ελπίδας μέσα σ' αυτή την πορεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι δεξιότητες επικοινωνίας που θα πρέπει να αποκτήσει ένα επαγγελματίας υγείας, έτσι ώστε να μπορεί να επικοινωνεί και να προσεγγίζει κατάλληλα έναν ασθενή. Στη συνέχεια παρατίθενται οι μη επικοινωνιακοί τρόποι επικοινωνίας και οι φραγμοί που χρησιμοποιεί το προσωπικό υγείας. Στο τέλος περιγράφεται ο τρόπος ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων και τα συναισθήματα του προσωπικού υγείας.

Έπειτα περιγράφονται αναλυτικά οι υποθέσεις τις έρευνας καθώς και η μέθοδος (δείγμα, μέσα συλλογής δεδομένων, διαδικασία συλλογής δεδομένων) και ακολουθεί η συζήτηση. Πιο συγκεκριμένα στη συζήτηση φαίνεται ότι οι περισσότερες από τις υποθέσεις της έρευνας που αρχικά διατυπώθηκαν, επιβεβαιώθηκαν. Καταλήγοντας στα συμπεράσματα διαπιστώθηκε ότι το μάθημα της Ψυχολογίας της Υγείας προσφέρει σημαντικές γνώσεις στους φοιτητές αφού οι περισσότεροι από αυτούς που απάντησαν κατάλληλα ανήκαν στην κατηγορία αυτών που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα πως η διδασκαλία του μαθήματος "Ψυχολογία της υγείας" έχει πιθανώς αποτέλεσμα και τροφοδοτεί τους φοιτητές με γνώσεις που θα τους χρειαστούν περαιτέρω, καθώς η σωστή και υγιής επικοινωνία με τον ασθενή - εξεταζόμενο είναι σημαντικό κομμάτι της δουλειάς.

Επιπλέον η συγκεκριμένη έρευνα είχε ελλείψεις και περιορισμούς, καθώς ο αριθμός του συνολικού δείγματος δεν ήταν μεγάλος αφού το μάθημα δεν είχε μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Ακόμη από αυτούς που το δήλωσαν δεν ήταν δυνατόν να διαπιστωθεί πόσοι το παρακολούθησαν. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική οπότε δεν ήταν δυνατόν να διαπιστωθεί η στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στο μάθημα και στην επίδραση που είχε στους φοιτητές. Άρα η παρούσα έρευνα δεν είναι δυνατόν να καλύψει όλη την έκταση του θέματος σφαιρικά. Συστήνεται να γίνει περαιτέρω έρευνα και μελέτη όσον αφορά την Ψυχολογία της Υγείας στο χώρο των παραϊατρικών επαγγελματιών όπως είναι αυτό του οπτικού - οπτομέτρη, γιατί όπως φάνηκε αποτελεί σημαντικό κομμάτι. Τέλος

είναι ένα θέμα που δεν έχει μελετηθεί πολύ και σίγουρα θα υπάρξουν σημαντικά συμπεράσματα από την περαιτέρω μελέτη του.

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Η υγεία ιστορικά

Κατά το πέρασμα των αιώνων και μέχρι σήμερα όλοι οι πολιτισμοί ανά των κόσμο ασχολήθηκαν με τον καθορισμό της έννοιας της υγείας, ο οποίος εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Ο προσδιορισμός της σε κλινικό επίπεδο γεννήθηκε στην αρχαία Ελλάδα από τον Ιπποκράτη τον 5^ο αιώνα π.Χ. με ακριβείς για την εποχή ιατρικούς όρους. Ο ίδιος θεωρούσε ότι η υγεία ήταν το αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ τεσσάρων σωματικών χυμών: το αίμα (που περιγράφεται με τις ιδιότητες του ζεστού και υγρού), το φλέγμα (ως ψυχρό και υγρό) η κίτρινη χολή (ως ζεστό και στεγνό) και η μέλαινα χολή (ως ψυχρό και στεγνό). Όταν η κράση των χυμών αυτών δεν ήταν ισορροπημένη, τότε γεννάται η ασθένεια, γι' αυτό λοιπόν θεωρούσε ότι ο ύπνος, η ισορροπημένη διατροφή και η αποφυγή υπερβολών συνέβαλαν στην ανάπτυξη μιας καλής και υγιής ιδιοσυγκρασίας. Αργότερα ακολούθησαν και άλλοι αρχαίοι φιλόσοφοι που ασχολήθηκαν με θέματα υγείας, όπως ο Γαληνός τον 2^ο αιώνα π.Χ. σύμφωνα με τον Marx & Hillix (1963) ήταν από τους πρώτους που προέβη σε ανατομή ζώων και έκανε αρκετές ανακαλύψεις για τον εγκέφαλο, το κυκλοφοριακό σύστημα και τους νεφρούς, ενώ μελέτησε και πολλές ασθένειες (Καραδήμας, 2005).

Με το πέρασμα του χρόνου δόθηκαν αρκετοί ορισμοί για τον προσδιορισμό της έννοιας της υγείας. Μια προσέγγιση του θέματος σύμφωνα με τον Calnan (1987:17-19) διατυπώνεται ως εξής: Υπάρχουν δυο ορισμοί που χωρίζονται σε ζευγάρια και είναι οι θετικοί /οι αρνητικοί και οι λειτουργικοί /οι βιωματικοί.

Στους θετικούς ορισμούς, η υγεία είναι η πλήρης σωματική – κοινωνική - ψυχική αρμονία ενώ στους αρνητικούς η υγεία ορίζεται απλώς ως η έλλειψη της νόσου. Στους βιωματικούς ορισμούς το άτομο έχει πλήρη συναίσθηση της ατομικής του κατάστασης (π.χ. αν αισθάνεται καλά) και τέλος στους λειτουργικούς όπου το άτομο μπορεί να συμμετέχει στους συνηθισμένους κοινωνικούς του ρόλους (Nettleton, 2002).

Μια άλλη προσέγγιση της υγείας έγινε μέσω μίας έρευνας σε ηλικιωμένους, όπου ο William (1983) μέσω ερωτηματολογίων, διέκρινε ότι υπάρχουν τρεις περιπτώσεις ως: απουσία της νόσου, μέτρο αντοχής, αδυναμίας ή εξάντλησης και λειτουργικής ικανότητας. Αυτά τα ευρήματα ήταν παρόμοια με μία άλλη μελέτη που είχε γίνει το

1973 από την Herzlich σε κατοίκους του Παρισιού και της Νορμανδίας που άνηκαν στην μεσαία τάξη. Τα ευρήματα εδώ καταγράφηκαν ως εξής: “υγεία στο κενό” (αντίστοιχη της έλλειψης της νόσου), “απόθεμα υγείας” (δυνατότητα αντιστάσεως απέναντι στην ασθένεια και στην όποια έκβασή της, όπως επίσης και στις αυξομειώσεις της ανάλογα με το χρόνο) και “ισορροπία” (όταν η υγεία είναι σε πληρότητα, κατάσταση που ορίζεται ως σπάνια) (Nettleton, 2002).

Πρόσφατα οι Anderson και Anderson (2003) θεώρησαν ότι αναπόσπαστα στοιχεία της υγείας και συνεπώς του ορισμού της είναι μεταξύ άλλων η προσωπική ευτυχία, η ισότητα, οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις, η πίστη και η απόδοση νοήματος στον κόσμο. Με τον τρόπο αυτό η υγεία ταυτίζεται σχεδόν με μια ιδανική κατάσταση του «όλου προσώπου» (Καραδήμας, 2005).

Έτσι λοιπόν σήμερα έχουν δοθεί πολλοί αξιόλογοι όροι στην ερμηνεία του όρου της υγείας με επικρατέστερο και ευρύτερα αποδεκτό αυτόν της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO) το 1948 όπου την αναφέρει ως «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Καραδήμας, 2005), παρουσιάζεται δηλαδή ως το σύνολο ψυχικής και σωματικής ακεραιότητας.

Η ασθένεια ιστορικά

Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η υγεία, η ασθένεια, καθώς και οι παράγοντες που σχετίζονται με τις καταστάσεις αυτές, ποικίλλουν στον χρόνο και ανά πολιτισμό. Σύμφωνα με τον Marx & Hillx (1963) κατά την προϊστορική περίοδο οι άνθρωποι πιθανότατα πίστευαν ότι τα αίτια της ασθένειας ήταν διάφορα «κακά πνεύματα» τα οποία εισέβαλαν στο άτομο και προκαλούσαν την ασθένεια (Καραδήμας, 2005).

Ακόμα και σήμερα, παρά την κυριαρχία των εξελικτικών μεθόδων θεραπείας όχι μόνο στο δυτικό αλλά και σε ολόκληρο τον κόσμο, υπάρχουν ακόμα πολύ μεγάλα τμήματα των μη-δυτικών πληθυσμών που διατηρούν περισσότερο, τις δικές τους παραδοσιακές αντιλήψεις. Λόγω του ότι η κάθε κοινωνία έχει αναπτύξει το δικό της τρόπο κατανόησης της υγείας και της ασθένειας, οι Shweder et al (1997) περιέγραψαν σχετικώς επτά γενικά συστήματα, τα οποία ονόμασαν «οντολογίες του πόνου» και αναφέρονται στους τρόπους κατανόησης της ασθένειας και του πόνου, αλλά και μέθοδοι παρέμβασης για την άρση του πόνου και της δυσφορίας. Οι οντολογίες αυτές είναι:

Η Βιοϊατρική: Στις δυτικές κοινωνίες αυτού το είδους, οι οντολογικές ερμηνείες της ασθένειας αφορούν γενετικά προβλήματα, παθολογία των οργάνων κτλ. ενώ η θεραπεία αναφέρεται στη χρήση ειδικών συσκευών, σε χειρουργικές επεμβάσεις, ειδικές ουσίες, χημικές ενώσεις, βιταμίνες ή και βότανα. Στις μη-δυτικές κοινωνίες τα αίτια των ασθενειών αφορούν την κατάσταση των οργανικών χυμών, υγρών κτλ. ενώ η θεραπεία συνιστάται στην άμεση ή έμμεση μηχανική αποκατάσταση (π.χ. μέσω χειρουργείου, μασάζ, χρήση εμετικών) των θιγμένων σημείων ή οργάνων του σώματος.

Η Διαπροσωπική: Οι δυτικές κοινωνίες αναφέρονται στην εκμετάλλευση, κακοποίηση και σε αποφυγή ή διόρθωση των αρνητικών διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ οι μη δυτικές αναφέρονται σε μαγεία, κακό μάτι, όπως και στη χρήση φυλαχτών, μαγικών εκφράσεων ή κατασκευασμάτων κτλ.

Η Κοινωνικοπολιτική: Έμφαση δίνεται στον ρόλο της καταπίεσης, της πολιτικής δυνάστευσης, των αρνητικών οικονομικών και οικογενειακών συνθηκών, ενώ η θεραπεία που προτείνεται αφορά την κοινωνική αναδόμηση.

Η Ψυχολογική: Τα αίτια του πόνου και της ασθένειας αφορούν κυρίως εσωτερικές διεργασίες, όπως: απραγματοποίητες επιθυμίες και ματαιωμένες προθέσεις, μορφές φόβου και απώλειας, ενώ η θεραπεία που προτείνεται έγκειται σε ενδοψυχικές ή ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (π.χ. ψυχοθεραπεία, διαλογισμός).

Η Αστροφυσική: Η τοποθέτηση των πλανητών, των άστρων ή της Σελήνης και του Ηλίου ευθύνεται για την ασθένεια. Η μόνη θεραπεία που προτείνεται είναι η αναμονή με αισιοδοξία για την αλλαγή.

Η Οικολογική, η οποία θεωρεί ως κύρια αιτία της ασθένειας το στρες και του περιβαλλοντικού κινδύνου και ως θεραπεία τη μείωση ή διαχείρισή τους.

Η Ηθική οντολογία: Τα αίτια της ασθένειας εντοπίζονται στην παραμέληση των υποχρεώσεων ή καθηκόντων ή στην ηθική αποτυχία, ενώ η θεραπεία επέρχεται μέσω της απαλλαγής από τις «αμαρτίες» μέσω της εξομολόγησης ή της αποκατάστασης των ηθικών βλαβών (Καραδήμας, 2005).

Γλωσσολογικά σήμερα, η λέξη ασθένεια διακρίνεται σε δύο καταστάσεις, την Αντικειμενική και την Υποκειμενική καθώς ορολογικά στην αγγλική γλώσσα δίδονται με τους όρους «illness» (αρρώστια) και «disease» (ασθένεια). Στην αντικειμενική πλευρά, η παρατήρηση γίνεται μέσα από τα κλινικά χαρακτηριστικά της ασθένειας ενώ στην Υποκειμενική γίνεται με βάση τα άτομα που νοσούν (Nettleton, 2002). Ο όρος illness προσδιορίζει μια «νοσηρά κατάσταση του σώματος»

όπου έχει αντικειμενικά κριτήρια διάγνωσης ενώ ο όρος disease αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου το σώμα δεν είναι υγιές και προσδιορίζεται με Υποκειμενικά κριτήρια όπως όταν το άτομο αναφέρει ότι δεν νοιώθει απλώς καλά. Επιπλέον ο όρος «sickness» (ασθένεια) αναφέρεται στον κοινωνικό ρόλο της ασθένειας για να προσδιοριστεί η επάρκεια ανταπόκρισης στις κοινωνικές υποχρεώσεις που έχει το άτομο λόγω της νόσου. Όταν ο ασθενής μιλάει για το βίωμα της ασθένειας του που για τον ίδιο αποτελεί κομμάτι της ζωής του, ερμηνεύεται ως «αφήγηση της ασθένειας» (illness narrative) (Nettleton, 2002). Στην ελληνική ετοιμολογία τους, ο όρος «αρρώστια» αναφέρεται σε έλλειψη ή ανεπάρκεια σωματικής ρώμης (ισχύος), ενώ ο όρος «ασθένεια» σε μια γενικότερη έλλειψη σθένους, δύναμης, δηλαδή ψυχικής ή/και σωματικής (Καραδήμας, 2005).

Στην αρχαιότητα οι Έλληνες φιλόσοφοι δεν απάντησαν κατά έναν ενιαίο τρόπο. Ο Πλάτων, όπως φαίνεται στα έργα του *Συμπόσιο και Πολιτεία*, πίστευε ότι η ψυχή είχε συνδεθεί με το σώμα κατά την διάρκεια μιας προκοσμικής περιόδου ύπαρξής της, αλλά είναι ανεξάρτητη από αυτό. Κατά τους Marx & Hellix (1963) ο Ιπποκράτης όμως φαίνεται να πιστεύει ότι η θεραπεία των σωματικών ασθενειών περιλαμβάνει οπωσδήποτε την ίαση της ψυχής. Αργότερα την εποχή του Μεσαίωνα η χριστιανική εκκλησία (και κυρίως η Δυτική) θεωρεί τις αμαρτίες της ψυχής υπεύθυνες για τις νόσους, προκρίνοντας έτσι έναν ιδιαίτερο δεσμό μεταξύ σώματος και ψυχής (Καραδήμας, 2005).

Βιοϊατρικό μοντέλο υγείας

Κατά τη διάρκεια του 18^{ου} με 19^{ου} αιώνα η ιατρική επιστήμη ενισχύεται με την προώθηση της ανατομίας, την ανακάλυψη του μικροσκοπίου και των μικροοργανισμών, την ανακάλυψη της αντισηψίας και την πρόοδο της χειρουργικής (Καραδήμας, 2005), μαζί με το δυϊστικό μοντέλου του Καρτεσιού περί σώματος και πνεύματος, ενίσχυσαν την αντίληψη ότι για ζητήματα υγείας και ασθένειας τον κύριο λόγο τον έχει η ιατρική. Το βιοϊατρικό αυτό μοντέλο χαρακτηρίζει μέχρι και σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής, χαρακτηριστικό της οποίας είναι ότι επικεντρώνεται στο βιολογικό επίπεδο, παραγνωρίζοντας το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και αντιμετώπιση της αρρώστιας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Το μοντέλο στηρίζεται σε πέντε βασικές παραδοχές:

Πρώτον, σύμφωνα με το δυϊστικό μοντέλο το σώμα και η ψυχή αντιμετωπίζονται ως δύο ξεχωριστές και ανεξάρτητες οντότητες (Nettleton, 2002). Υποστηρίζει ότι η ασθένεια προκύπτει από βιολογικές αλλαγές των οργανικών διεργασιών που προκύπτουν από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. βακτήρια, τραυματισμοί κτλ.) και ότι αυτές μπορούν να θεραπευτούν μόνο με την παρέμβαση του γιατρού. Επίσης προβάλλει την άποψη ότι ,εφόσον μυαλό και σώμα είναι δύο διαφορετικές οντότητες, ο νους σχετίζεται με τα συναισθήματα και τις σκέψεις ενώ το σώμα με το βιολογικό κομμάτι (Ogden, 2004).

Δεύτερον, κατά τον Καρτέσιο το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίζονταν ως μια «μηχανή» η οποία αποτελούνταν από εξαρτήματα και ο γιατρός ως μηχανικός. Σε περίπτωση που η «μηχανή» αυτή υπολειτουργούσε ο «μηχανικός» θα έπρεπε να εντοπίσει το σημείο της βλάβης και να το επιδιορθώσει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Το αποκλειστικό ενδιαφέρον του, κατείχε το άρρωστο σώμα και συνάμα η θεραπεία του και όχι ο ασθενής σαν υπόσταση. Η επίλυση του «γρίφου-ασθένεια» προϋποθέτει σωστή διάγνωση, κατάλληλη θεραπεία και πρόγνωση της μετεξέλιξης της νόσου (Παπαδάτου & Μπελλαλή, 2008).

Τρίτον, λόγω της παραπάνω αντίληψης ,σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος στη φυσική, τη βιολογία, τη χημεία κτλ. με αποτέλεσμα την ανάπτυξη θεωριών όπως της «μικροβιακής θεωρίας» όπου η κάθε αρρώστια αντιστοιχεί με κάποιον συγκεκριμένο μικροοργανισμό (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) που ορίζεται και ως «το δόγμα της συγκεκριμένης αιτιολογίας» (Nettleton, 2002) . Σε περιπτώσεις που τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα παθολογικά ευρήματα δεν ήταν αρκετά, ο άρρωστος θεωρούνταν «κατά φαντασία ασθενής» ακόμα και αν συνέχιζε να υποστηρίζει ότι υποφέρει (Παπαδάτου & Μπελλαλή, 2008).

Τέταρτον, κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας στην οποία έχουν χρησιμοποιηθεί τεχνολογικά μέσα, και η χρήση τους αυτή υπερεκτιμάται με αποτέλεσμα να θεωρείται επιτακτική η αναγκαιότητα της τεχνολογίας. Κάτι τέτοιο όμως έχει οδηγήσει πολλές φορές στην αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας φέρνοντας ως συνέπεια τις αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία του ασθενούς. Πολλές φορές μάλιστα τυγχάνει ο ασθενής να υποφέρει περισσότερο από τις τεχνολογικές μεθόδους θεραπείας παρά από την ίδια την ασθένεια (Παπαδάτου & Μπελλαλή, 2008).

Πέμπτον, το βιοϊατρικό μοντέλο έχει αναγωγικό (reductionist) χαρακτήρα, δηλαδή παραδέχεται μόνο την ύπαρξη βιολογικών παραγόντων στην εμφάνιση μίας ασθένειας και παραγκωνίζει εντελώς τους ψυχικούς και κοινωνικούς παράγοντες (π.χ.

φτώχεια, ανθυγιεινός τρόπος διαβίωσης κτλ.) που ευδοκιμούν την ανάπτυξη ασθενειών με κατάληξη συνήθως στο θάνατο (Nettleton, 2002).

Ωστόσο, η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από το μοντέλο θεώρησης και προσέγγισης που υιοθετούν οι πρώτοι στα θέματα υγείας. Στα πλαίσια του βιοϊατρικού μοντέλου, όταν δηλαδή το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μία οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό (π.χ. μια περίπτωση πνευμονίας ή ένα άσθμα κτλ.) Στόχος οποιασδήποτε παρέμβασης είναι η διάγνωση, η θεραπεία, και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των «ειδικών» είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Αν και το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε διαρκή και άμεση επαφή με τον άρρωστο, αποκτώντας με αυτόν τον τρόπο βαθύτερη γνώση της ψυχικής του κατάστασης, ωστόσο δεν μπορεί να αξιοποιήσει αυτή την γνώση εποικοδομητικά (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ένα ακόμα χαρακτηριστικό του κυρίαρχου ιατρικού προτύπου συμπεριφοράς σύμφωνα με τους Valck et al (2001) και τον Coulter (2002), αποτελεί η επιβολή της σχέσης εξουσίας του ιατρού προς τον ασθενή του. Η παραδοσιακή αυτή «ιατροκεντρική» προσέγγιση αντιμετωπίζει τη σχέση ιατρού – ασθενή ως μονόδρομη και πατερναλιστική. Οι Valck et al (2001) επίσης αναφέρει ότι ο ασθενής περιορίζεται σε ένα παθητικό ρόλο και ο ιατρός-αυθεντία καθοδηγεί την ιατρική συνέντευξη, επιλέγοντας τα θέματα συζήτησης, απομακρύνοντας συχνά πληροφορίες και επιβάλλοντας τις θεραπευτικές του αποφάσεις. Ο Coulter (2002) ισχυρίζεται ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζονται ως παιδιά τα οποία προστατεύονται από την αλήθεια και καθοδηγούνται απόλυτα, και όχι ως υπεύθυνοι ενήλικες, ικανοί να ενημερωθούν και να συμμετέχουν ενεργά στη φροντίδα της υγείας τους, έτσι πολλοί ασθενείς υιοθετούν την αντίληψη ότι το πρόβλημά τους είναι καθαρά οργανικό και εξαρτώνται αποκλειστικά από τους θεραπευτές. Ωστόσο, ακολουθώντας αυτή την πρακτική, συχνά παραβλέπονται τα θέματα που απασχολούν τον ασθενή, παραμελείται η επαρκής ενημέρωσή του και του επιβάλλονται θεραπείες που είναι δυνατόν να είναι ασύμβατες με τις προσδοκίες και τον τρόπο ζωής του (Τσίμτσιου, 2008).

Επίσης συχνό φαινόμενο είναι και αυτό της υποταγής στο βιοϊατρικό μοντέλο λόγω φόβου απέναντι στην κριτική για τον τρόπο ζωής τους και των επερχόμενων

αλλαγών σε συνήθειες και συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία τους, όπως και της αποποίησης των ευθυνών για την αποφυγή της σύγκρουσης με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας. Αυτή η άνιση σχέση ενισχύεται τόσο από το προσωπικό υγείας, όσο και από τον άρρωστο. Μερικές φορές μοιάζει να έχει, βραχυπρόθεσμα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Όμως στο βάθος δεν είναι τόσο «θεραπευτική» καθώς αγνοούνται οι εσωτερικές δυνάμεις και οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Τις τελευταίες δεκαετίες, το βιοϊατρικό μοντέλο δέχτηκε δριμύτατη κριτική και τέθηκε υπό αμφισβήτηση η περιοριστική αντίληψη που προβάλλει σχετικά με την φύση της ασθένειας. Τάση του να απομονώνει την οργανική νόσο από την προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου και να αγνοεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο κάθε άτομο ανήκει, παρουσίαζε μία μόνο πτυχή όσων συνέβαιναν στο άτομο που νοσούσε. Παράλληλα, αμφισβητήθηκε η υπεροχή της νοσοκεντρικής αυτής προσέγγισης και δόθηκε χώρος για την αποδοχή εναλλακτικών τρόπων θεραπείας που συνυπολογίζουν κι άλλους παράγοντες στην αποκατάσταση της υγείας. Στο ίδιο κλίμα, ακόμη και οι ίδιοι οι ασθενείς άρχισαν να αντιδρούν στην παθητική υποταγή τους στους «ειδικούς» και να διεκδικούν περισσότερη ενημέρωση και μεγαλύτερο έλεγχο στις αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα τους (Παπαδάτου & Μπελλαλή, 2008).

Οι σημαντικές κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης, στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα συνέβαλαν στη σημαντική αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης του ανθρώπου και στην εξαφάνιση ορισμένων προβλημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση σε σημαντικό βαθμό της περιγεννητικής και της βρεφικής θνησιμότητας. Όμως νέα προβλήματα υγείας ανέκυψαν από αρρώστιες που δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες αλλά χρόνιες.

Η περίοδος αυτή είχε ταυτόχρονα και αρνητικές επιπτώσεις, τόσο στην άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής επιστήμης, όσο και στην ποιότητα της ζωής του αρρώστου. Έτσι λοιπόν αναφέρονται τρεις βασικές αδυναμίες του βιοϊατρικού μοντέλου, που είναι οι εξής:

Πρώτον, η αδυναμία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρακολουθήσει τις διαρκώς αυξανόμενες γνώσεις της επιστήμης οδήγησε στην αναγκαιότητα ανάπτυξης

ειδικότητων και εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα η προσοχή και το ενδιαφέρον κάθε ειδικού να στραφεί αποκλειστικά στη μη φυσιολογική λειτουργία ενός συστήματος ή ενός οργάνου, χωρίς να ασχολείται με τον ασθενή στο σύνολό του. Σύμφωνα με τον Ωραιόπουλο (1984) «όσο αυξάνεται η ευθύνη του (ειδικού) απέναντι στον άρρωστο για την ορθή εκτέλεση της αποστολής του στον εξειδικευμένο και, ταυτόχρονα, περιορισμένο στον τομέα των γνώσεών του, τόσο μειώνεται και η υποχρέωσή του προς το συνολικό πρόβλημα που δημιουργεί μια οποιαδήποτε νοσηρή κατάσταση σε μια συγκεκριμένη ανθρώπινη ύπαρξη.

Δεύτερον, η ποιότητα ζωής με την βοήθεια της τεχνολογίας πολλές φορές μπορεί να χειροτερέψει την κατάσταση από ψυχολογικής πλευράς, σε σοβαρά περιστατικά ασθενειών τόσο των ασθενών όσο και του συγγενικού περιβάλλοντος που σχετίζεται άμεσα με αυτόν.

Τρίτον, ακόμα μια αρνητική συνέπεια από την αλματώδη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης αφορά την αύξηση των αποκαλούμενων «ιατρογενών νόσων», δηλαδή καταστάσεων που προκαλούνται από την κακή χρήση μηχανών ή/και φαρμάκων. Ο μεγαλύτερος ίσως κίνδυνος στην περίπτωση αυτή προέρχεται από την αλόγιστη και ανεξέλεγκτη χρήση φαρμάκων που μερικές φορές χορηγούνται με την ελαστική ιατρική παρακολούθηση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ως αδυναμία του επίσης μπορεί να οριστεί το ότι δεν μπορεί να εξηγήσει φαινόμενα όπως οι ψυχοσωματικές αρρώστιες και οι ατομικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ως προς την αντιμετώπιση της αρρώστιας, του πόνου, της θεραπείας και της αποκατάστασης της υγείας τους, ακόμα και σε περιπτώσεις που η πρόγνωση είναι βαριά. Επιπλέον η αποκατάσταση μιας οργανικής δυσλειτουργίας δεν ισοδυναμεί πάντοτε με την αποκατάσταση της υγείας, καθώς παραγνωρίζονται ψυχολογικοί παράγοντες που μπορεί να συμβάλουν στην επανεμφάνιση μίας νέας οργανικής ή ψυχικής διαταραχής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας

Σύμφωνα με τον Menning (1988) η «βιοψυχοκοινωνική» προσέγγιση-μοντέλο αποτελεί μία προσπάθεια για την κατανόηση των συναισθημάτων, συμπεριφορών του ασθενή και των κοινωνικών επιδράσεων που δέχεται (Γούναρη & συν., 2011). Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την αρρώστια ως τις δυο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η υγεία δεν αποτελεί μια κατάσταση την οποία το άτομο «αποκτά» ή «χάνει» και η αρρώστια δεν

θεωρείται ως γεγονός που «εισβάλλει» στον οργανισμό. Κάθε άτομο είναι περισσότερο ή λιγότερο υγιές ή άρρωστο σε μια δεδομένη στιγμή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στο μοντέλο αυτό, η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) θεωρείται ότι επηρεάζει αλλά και επηρεάζεται από δυναμικά διασυνδεδεμένους μεταξύ τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Giblin Pt et al, 1988. Γούναρη & συν., 2011). Σύμφωνα με τον Moghissi & Wallach (1983) το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αποτελεί μια φιλοσοφία αλλά και ένα πρακτικό οδηγό παροχής υγείας: ως φιλοσοφία προσπαθεί να καταλάβει το πώς η ασθένεια και η δυσλειτουργία τελικά είναι δυνατόν να επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες. Σε πρακτικό επίπεδο, αποτελεί έναν οδηγό για την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενή με ουσιαστική συμβολή στην ακριβή διάγνωση, στη διαχείριση της θεραπείας αλλά και στην ολική παροχή υγείας (ολιστική προσέγγιση του ασθενή) (Γούναρη & συν., 2011).

Επίσης σύμφωνα με τον Johnson (2003) πρώην πρόεδρο του American Psychological Association (APA) σημαντικό ρόλο κατέχει και ο πολιτισμός μίας χώρας στα θέματα υγείας καθώς μέσα από αυτόν διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό οι νοοτροπίες ενός λαού στον τρόπο αντίδρασης και αντιμετώπισης στα διάφορα προβλήματα. Έτσι δημιουργήθηκε το λεγόμενο βιο - ψυχο - κοινωνικο - πολιτισμικό μοντέλο (Καραδήμας, 2005).

Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης, η Καλαντζή-Αζίζι (1983) αναφέρει ότι η αρρώστια αποτελεί «προειδοποίηση» ότι κάτι δεν πάει καλά στη ζωή του ατόμου. Δεν θεωρείται κάτι «κακό», ούτε αποτελεί «εχθρό» που πρέπει, πάση θυσία, να καταπολεμηθεί για να αποκατασταθεί η υγεία. Αντίθετα, γίνεται αντιληπτή ως «μήνυμα» του οργανισμού ή «σήμα κινδύνου» που δηλώνει την ύπαρξη ανισορροπίας ή δυσαρμονίας στα διάφορα επίπεδα της βιοψυχοκοινωνικής υπόστασης του ατόμου. Αυτή η ανισορροπία δεν οφείλεται σε μια μόνο συγκεκριμένη αιτία, αλλά σε ένα σύνολο οργανικών, ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το άτομο. Ένας από αυτούς τους παράγοντες που έχει μελετηθεί τα τελευταία χρόνια είναι το ψυχολογικό στρες. Όταν το στρες παρατείνεται μέσα στο χρόνο, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και συμβάλει στην ανάπτυξη πολυάριθμων σωματικών εκδηλώσεων που ονομάζονται «ψυχοσωματικές». Στην κοινή αντίληψη,

οι ψυχοσωματικές διαταραχές παρερμηνεύονται και λανθασμένα θεωρούνται διαταραχές που δεν συνοδεύουν κάποιο οργανικό αίτιο, γι' αυτό και μερικές φορές αναφέρονται ως «φανταστικές» ή «ανύπαρκτες» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος. Σύμφωνα με τον Dubos (1979), «κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νού και το σώμα. Οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές είναι τόσο αλληλένδετες, ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ωστόσο στην κλινική πράξη συχνά οι «ψυχοσωματικές» διαταραχές διαφοροποιούνται από τις «σωματοψυχικές». Ως ψυχοσωματικά φαινόμενα ορίζονται τα οργανικά προβλήματα που οφείλονται κυρίως σε ψυχολογικούς παράγοντες, ενώ σωματοψυχικά φαινόμενα αποκαλούνται τα ψυχολογικά προβλήματα που προκύπτουν από οργανικές διαταραχές. Για παράδειγμα, το παρατεταμένο στρες προκαλεί έντονες ημικρανίες σε ένα άτομο (ψυχοσωματική διαταραχή). Οι ημικρανίες με τη σειρά τους επηρεάζουν τον ψυχισμό του ατόμου, με αποτέλεσμα να βιώνει εκνευρισμό, αϋπνίες, άγχος κτλ. (σωματοψυχικές διαταραχές). Οι εκδηλώσεις αυτές αυξάνουν και παρατείνουν το στρες, με αποτέλεσμα να δημιουργείτε ένας φαύλος κύκλος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αμιγές βιολογικό πρόβλημα, γεγονός που απαιτεί μια ολιστική παρέμβαση σε *ατομικό επίπεδο*, (οργανικό και ψυχολογικό), σε *κοινωνικό επίπεδο* και μερικές φορές σε *οικολογικό επίπεδο*. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συνεργαστεί με ειδικούς από το χώρο της ψυχολογίας, της ψυχιατρικής, της κοινωνιολογίας, της κοινωνικής εργασίας για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άρρωστου ατόμου. Παράλληλα όμως προτρέπει τον άρρωστο να συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας του. Τον καλεί να αναθεωρήσει της συνήθειες και τον τρόπο ζωής του, να αναλάβει την ευθύνη να τροποποιήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να προωθήσει άλλες που συμβάλουν στην πρόληψη Η στην διατήρησή της καλής του υγείας. Επίσης επιδιώκει να κατανοήσει το πρόβλημα της υγείας στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης δυναμικής που αναπτύσσει ο άρρωστος με σημαντικά άτομα του περιβάλλοντος του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο φροντίδας της υγείας, η συμπεριφορά ενός ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει άμεσα την υγεία του (είτε αρνητικά είτε θετικά). Για τον λόγο αυτό, ακολουθώντας το παραπάνω μοντέλο, αν ο ασθενής αντιμετωπίζεται ως ενεργό μέλος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι περισσότερο εφικτή η πιθανή αλλαγή της συμπεριφοράς του. Συνεπώς, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να σέβονται ότι κάθε ασθενής αποτελεί ένα μοναδικό συνδυασμό χαρακτηριστικών, και να προσαρμόζουν την αγωγή του, σύμφωνα με το προφίλ του ανθρώπου που έχουν απέναντι τους (Γούναρη & συν., 2011).

Κατά τον Hanson (1985), στα πλαίσια της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο ασθενής μπορεί να μάθει να αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα το καθημερινό στρες, να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες (κάπνισμα, υπερβολική χρήση καφεΐνης ή οινοπνεύματος κ.τ.λ.) και παράλληλα να υιοθετήσει νέες συμπεριφορές (σωστή διατροφή, άσκηση κ.τ.λ.) που προωθούν και διατηρούν την υγεία του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας δεν χαρακτηρίζεται από την επιβολή μίας άκαμπτης ιεραρχίας, αλλά διακρίνεται από διάθεση ουσιαστικής συνεργασίας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Η συνεργασία αυτή επιδιώκει την κατανόηση του ασθενή ως ολότητα, μέσα από την αναζήτηση όχι μόνο του ατομικού ιατρικού ιστορικού αλλά και των ιδιαίτερων συνθηκών εργασίας, του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος του, καθώς και της νοοτροπίας και των αντιλήψεών του. Επιπλέον μέσα από την πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με την σοβαρότητα της καταστάσεως και την πρόγνωση της, επιδιώκεται η ενεργοποίηση της συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων για μία θεραπευτική λύση ρεαλιστική και προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες και προσδοκίες κάθε ατόμου και της οικογένειας του (Τσίμτσιου, 2008).

Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Ο άρρωστος δεν εκφράζεται μόνο λεκτικά αλλά και μέσω των συμπτωμάτων του. Παράλληλα, οι επαγγελματίες υγείας που τον φροντίζουν εκφράζουν πολλές φορές με την συμπεριφορά τους κάτι διαφορετικό από εκείνο που μεταφέρουν τα λόγια. Είναι λοιπόν σημαντικό να κατέχουν τις απαραίτητες ψυχολογικές γνώσεις που θα τους

βοηθήσουν να κατανοήσουν και να υποστηρίξουν αποτελεσματικότερα τον άρρωστο και το περιβάλλον του. Εξίσου σημαντικό είναι να αναγνωρίζουν τις ικανότητες, αλλά και τα όρια τους, και να παραμένουν ανοιχτοί σε μια διεργασία αυτογνωσίας που τους βοηθά να συνειδητοποιήσουν πως επηρεάζονται από την αρρώστια, τον πόνο, την αναπηρία, τον θάνατο και άλλες εμπειρίες που βιώνουν στα πλαίσια του χώρου της υγείας.

Οι γνώσεις που παρέχει η επιστήμη της Ψυχολογίας συμπληρώνουν τις γνώσεις που παρέχουν οι υπόλοιπες επιστήμες της υγείας. Η συνεργασία των επιστημών αυτών αποβλέπει στην αντιμετώπιση του αρρώστου ως ολότητας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η Ψυχολογία της Υγείας ιστορικά

Αρχικά το έτος 1967 η δημοσίευση ενός άρθρου του Αμερικάνου Ψυχολόγου Schofield με θέμα την ικανότητα της Ψυχολογίας να επεκταθεί περισσότερο στα θέματα της υγείας. Έτσι το 1976 μία ομάδα ψυχολόγων της American psychological Association (APA) που ασχολήθηκε ειδικά με τα θέματα υγείας προήγαγε αιτιολογίες και τρόπους αντιμετώπισης τους, (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) ώσπου δύο χρόνια αργότερα το 1978 η ψυχολογία της υγείας καταχωρήθηκε ως κλάδος της ψυχολογίας όπως αντίστοιχα και στην (APA). Το 1979 εκδόθηκε το πρώτο σύγγραμμα από καθηγητή του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια με τίτλο «Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας» (Stone et al, 1979).

Η ραγδαία εξέλιξη της ήρθε την περίοδο του 1980-1990 όπου το 1986 ήταν μία καθοριστική χρονιά για τον κλάδο, καθώς ιδρύεται στην International Association for Applied Psychology (IAAP), ιδρύεται συγχρόνως η European Health Psychology Society (EHPS), όπως και ο τομέας της ψυχολογίας της υγείας στην British Psychological Society (BPS) ο οποίος καθορίζεται και ως αυτόνομος το 1997 (Καραδήμας, 2005).

Στα τέλη του 1990 δημιουργήθηκαν 38 τμήματα Ψυχολογίας της Υγείας και τα μέλη της American Psychological Association (APA) ξεπέρασαν τα 6.000 καθώς και στο Ηνωμένο Βασίλειο (BPS) έφτασαν τα 1.000 μέλη. Το ίδιο συνέβη και σε παρεμφερείς οργανώσεις ανά τον κόσμο (Marks et al., 2000).

Το 1991 στην Αυστρία, οι Schwarzer & Gutierrez- Dona (2000) ανέφεραν έγινε η Πρώτη επίσημη αναγνώριση του όρου «Ψυχολόγος Υγείας» σε επαγγελματική κατάρτιση Επίσης σύμφωνα με τους Smith & Suls (2004) ο κλάδος

της Ψυχολογίας της Υγείας αποτελεί έναν από τους πιο γρήγορα αναπτυσσόμενους τομείς της Ψυχολογίας απ' όταν πρωτοξεκίνησε έως σήμερα (Καραδήμας, 2005).

Η θέση της Ψυχολογίας της Υγείας

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ουσιαστικά ένας καινούριος κλάδος στην εφαρμοσμένη ψυχολογία όπου δημιουργήθηκε λόγω της εμφάνισης κάποιων νέων παραγόντων στα νοσήματα και στη θνησιμότητα κυρίως στις δυτικές κοινωνίες (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005). Τα νέα δεδομένα αφορούν τις επιπτώσεις που έχουν η αρρώστια, το στρες, η κοινωνία και οι ψυχοσωματικές διαταραχές στην υγεία ενός ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Έτσι με το πέρασμα του χρόνου και φτάνοντας στο σήμερα οι συχνότερες σοβαρές ασθένειες μετατράπηκαν σε χρόνιες (π.χ. οι καρδιακές παθήσεις) με καταλυτικό παράγοντα την συμπεριφορά και τις κακές συνήθειες (π.χ. κάπνισμα, διατροφή κ.α.) με επιπλέον παράγοντα την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Η νέα τάξη πραγμάτων έφερε στο προσκήνιο την ανάπτυξη των κλάδων που θα μπορούσαν να λύσουν τέτοιες καταστάσεις, όπως αυτός της Ψυχολογίας της Υγείας και μετέπειτα την μετάβαση σε ακόμα ειδικότερους κλάδους όπως η Ψυχοσωματική Ιατρική, η Ιατρική της Ψυχολογίας και η Συμπεριφοριστική Ιατρική (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005).

Το 1982 ο Joseph Matarazzo διατύπωσε τον πιο ευρέως διαδεδομένο ορισμό για την Ψυχολογία της Υγείας, έχοντας γίνει «ο χρυσός κανόνας» για τον καθορισμό του πεδίου και είναι ο εξής: *«σύνθεση των ειδικών εκπαιδευτικών, επιστημονικών και επαγγελματικών συνεισφορών της επιστήμης της ψυχολογίας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της θεραπείας της ασθένειας, καθώς και στην αναγνώριση των αιτιολογικών και διαγνωστικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία, την ασθένεια και τις συναφείς δυσλειτουργίες»* (Matarazzo, 1982, p.4) (f Marks et al, 2000).

Σε αυτόν τον ορισμό προστέθηκε από επιστημονικούς συνεργάτες του APA (American Psychological Association) που ασχολήθηκαν με την Ψυχολογία της Υγείας, το εξής: *«.....την ανάλυση και την βελτίωση του συστήματος φροντίδας της υγείας και την διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας»* (Κουλιεράκης, 2006).

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον παραπάνω παραδεκτό ορισμό, η Ψυχολογία της Υγείας επικεντρώνεται στη μελέτη των ψυχολογικών παραγόντων που προωθούν: *την εξασφάλιση και προαγωγή της υγείας σε ένα άτομο που είναι ήδη υγιή* (αλλαγή

συνηθειών και γενικά συμπεριφορών που μπορεί να επηρεάσουν άμεσα ή μακροπρόθεσμα), την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση ασθενειών και νοσημάτων που μπορεί να προσβάλλουν άτομα με ιατρικό ιστορικό (π.χ. καρκίνος του μαστού), την αναγνώριση και διερεύνηση της εμφάνισης μίας ασθένειας (π.χ. το πώς επηρεάζει την υγεία το στρες), την αποδοχή και την προσαρμογή του ασθενή στις συνθήκες της αρρώστιας του (π.χ. περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, το AIDS ή οι καρκινοπαθείς τελικού σταδίου), την παροχή της απαιτούμενης υγειονομικής - κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης για την αποκατάσταση της υγείας (τήρηση των οδηγιών στις ιατρικές συνταγές, καθώς και της ικανοποιητικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης) (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005).

Από το 1990 και μετά δόθηκαν αρκετοί ορισμοί για την προσέγγιση του όρου της ψυχολογίας που σχετίζεται με την υγεία. Ο Weinman (1990) την ερμηνεύει ως την «επιστημονική περιοχή της ψυχολογίας που ασχολείται με την ανθρώπινη συμπεριφορά μέσα στο πλαίσιο της υγείας και της αρρώστιας» (σελ. 170). Επίσης χωρίζει σε ενότητες τον ορισμό σε ότι αφορά την εξειδίκευσή της : *αρνητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά* (π.χ. η συμπεριφορά Α συμβάλει στην ασθένεια τύπου X), *υιοθέτηση συμπεριφορών για την διατήρηση της υγείας* (π.χ. κανόνες υγιεινής), *τα πιστεύω και οι συνήθειες των ασθενών απέναντι στην ασθένεια και το πώς την επηρεάζουν*, *η ολιστική συνεργασία του ασθενούς με τις οδηγίες του ιατρού, κατά τη νοσηλεία του ασθενούς, το σημαντικό ρόλο που παίζει ο χώρος που διαμένει, ο τρόπος αντιμετώπισης απέναντι στα θέματα που σχετίζονται με την αρρώστια και την αναπηρία.*

Αργότερα ο Bishop (1994) αναφέρεται στην ψυχολογία της υγείας ως «η ειδικότητα εκείνη της ψυχολογίας που ασχολείται με τη δυναμική αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς και άλλων ψυχολογικών καταστάσεων με την σωματική υγεία» (σελ.3), όπως και η Johnston (1994) κάνει αναφορά με έναν πιο λυτό ορισμό που κάνει λόγο στη «μελέτη των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών διεργασιών που εκδηλώνονται στην υγεία, στην ασθένεια και στη φροντίδα υγείας» (σελ.114) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στόχοι της Ψυχολογίας της Υγείας και η προσφορά της

Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας δίνει έμφαση στην ανάλυση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολόγηση, την εξέλιξη και συνάμα των συνεπειών που προκύπτουν στα θέματα υγείας και ασθένειας (Ogden, 2004). Σύμφωνα με την

θεωρία του Matarazzo, δημιουργήθηκε ο ρόλος της ψυχολογίας της υγείας σε τέσσερις κύριους στόχους, που είναι οι εξής:

Η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας με την διερεύνηση των παραγόντων που δημιουργούν τα εκάστοτε προβλήματα, καθώς επίσης και *η ανάπτυξη συνθηκών και συμπεριφορών που θα διατηρούν και θα προστατεύουν την υγεία* (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Για παράδειγμα, στην εμφάνιση χρόνιων ασθενειών όπως η στεφανιαία νόσος ή πολλές μορφές καρκίνου, σημαντικό ρόλο παίζουν το κάπνισμα, η κακή διατροφή και η έλλειψη άσκησης. Άλλη περίπτωση είναι αυτή των τροχαίων ατυχημάτων που δεν αναφέρεται και τόσο συχνά, που όμως σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών όπως και την απρόσεκτη οδήγηση (Ogden, 2004). Τέτοιες κακές συνήθειες μελετούν οι ψυχολόγοι που σχετίζονται με την υγεία και που προσπαθούν να διορθώσουν μέσα από την προώθηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, είτε σε σχολεία είτε στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η πρόληψη και η ολιστική θεραπεία των ασθενειών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) καθώς και *η διαχείριση των ασθενειών*. Οι ψυχολόγοι παρεμβαίνουν με διάφορες μεθόδους και στρατηγικές σε οποιονδήποτε κοινωνικό χώρο και τάξη, επιβάλλεται να δράσουν για την αποκατάσταση της υγείας (Καραδήμας, 2005). Ένα παράδειγμα είναι αυτό της αυξημένης αρτηριακής πίεσης όπου παράγοντες σαν το κάπνισμα, το αλκοόλ είναι αλληλένδετες καταστάσεις με τις πεποιθήσεις. Έτσι λοιπόν αν γνωρίζουμε τις πεποιθήσεις ενός ατόμου μπορούμε να προβλέψουμε και την συμπεριφορά του στο πώς αντιμετωπίζει θέματα υγείας και ασθένειας (Ogden, 2004), και κατά συνέπεια μπορούν να παρέμβουν και να την αλλάξουν με απώτερο σκοπό την βελτίωση και εξυγίανση μίας ασθένειας.

Οι αιτίες που προκαλούν τις ασθένειες και η διάγνωσή τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Αυτός ο τρίτος στόχος επικεντρώνεται στους παράγοντες επικινδυνότητας που σχετίζονται με την υγεία σε βιοψυχοκοινωνικό επίπεδο όπως είναι το στρες, ο τρόπος ζωής και συμπεριφοράς, τα ψυχολογικά γνωρίσματα και ότι σχετίζεται με τις συνθήκες ζωής και τους πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες, είτε απομονωμένα είτε σε αλληλεπίδραση μεταξύ τους (Καραδήμας & Αναγνωστόπουλος, 2005). Απλά παραδείγματα είναι όπως το άγχος που ακόμα κι αν είναι σε φυσιολογικά επίπεδα μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μία ασθένεια, όπως επίσης και η αντίληψη που έχουμε για τον πόνο μπορεί να αυξηθεί κάτω από

την επίρεια του άγχους ή αντίστοιχα να μειωθεί όταν η προσοχή του πάσχοντα αποσπαστεί από το σημείο του πόνου (Ogden, 2004).

Βελτιστοποίηση του συστήματος υγείας (Καραδήμας, 2005) και διερεύνηση φαινομένων που αναπτύσσονται μέσα σε αυτό όπως η σχέση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή, η επαρκής ή όχι φροντίδα του ασθενούς, οι ιατρικές οδηγίες και το πώς αυτές επηρεάζονται κατά την τήρησή τους κτλ. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι Michie & Abraham (2004) ανέφεραν ότι, η πρακτική της Ψυχολογίας της Υγείας περιλαμβάνει έρευνα και αξιολόγηση ατόμων και οργανισμών, τον σχεδιασμό-εφαρμογή-αξιολόγηση παρεμβάσεων, καθώς και την διδασκαλία-εκπαίδευση (Αναγνωστόπουλος & Καραδήμας, 2005).

Συνδέεται και εμπλουτίζεται με γνώσεις τόσο από άλλους κλάδους της Ψυχολογίας (π.χ. Κλινική, Κοινωνική, Γνωστική) όσο και από άλλες επιστήμες, όπως: η Ιατρική (π.χ. Ψυχιατρική, Παθολογία, Ανοσολογία), η Νοσηλευτική, η Φαρμακολογία, η Βιολογία, η Κοινωνική Εργασία, η Επιδημιολογία, η Κοινωνιολογία, η Ανθρωπολογία κ.α. (Καραδήμας, 2005).

Το έργο ενός Ψυχολόγου της Υγείας δεν περιορίζεται μόνο μέσα σε ένα γραφείο, αλλά ασκεί την ειδικότητά του σε χώρους όπως: κλινικές και νοσοκομεία, σχολεία, κέντρα υγείας και πρόληψης, σε κέντρα λήψης αποφάσεων για την υγεία, σε οργανισμούς που ασχολούνται με την υγεία και την ευεξία, σε εταιρίες και άλλους επαγγελματικούς χώρους. Επίσης έρχεται σε επαφή και συνεργάζεται συχνά με επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων, από ιατρούς έως εθελοντές. Τα εργαλεία που χρησιμοποιεί, ποικίλουν ανάλογα του χώρου εργασίας και των αναγκών: υποστήριξη, συμβουλευτική, θεραπεία, ανάλυση, και τροποποίηση συμπεριφοράς και, βέβαια, έρευνα και καθοδήγηση ή εκπαίδευση (Καραδήμας, 2005).

Σκοπός της Ψυχολογίας της Υγείας ως μάθημα

Η ψυχολογία που εξειδικεύεται στο χώρο της υγείας έχει πολλές εφαρμογές. Δεν φιλοδοξεί να καλύψει ολόκληρο αυτό το φάσμα αλλά αναφέρεται επιλεκτικά σε ορισμένα θέματα που συχνά αντιμετωπίζει ο επαγγελματίας στην καθημερινή κλινική του πράξη. Απευθύνεται στους γιατρούς, νοσηλευτές ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και φοιτητές καθώς και σε όσους ασχολούνται με την πρόληψη, την αγωγή υγείας και τη φροντίδα του παιδιού και του ενηλίκου που πάσχει από κάποιο πρόβλημα υγείας.

Σκοπός του μαθήματος είναι η παροχή ορισμένων γνώσεων που θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην υγεία και στην αρρώστια. Επίσης αποβλέπει να τους ευαισθητοποιήσει στις ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες τόσο του αρρώστου, όσο και των μελών της οικογένειας του, όταν αντιμετωπίζουν ένα χρόνιο ή σοβαρό πρόβλημα υγείας. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στις αντιδράσεις του προσωπικού υγείας που επηρεάζεται από την επαφή με τον άρρωστο, την αναπηρία, τον πόνο, το θάνατο, κι άλλες ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκύπτουν στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών υγείας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η Ψυχολογία της Υγείας είναι ένα θεωρητικό Μάθημα του 6^{ου} εξαμήνου το οποίο κατατάσσεται στα Μαθήματα Γενικής Υποδομής (ΜΓΥ) και καταλαμβάνει 2 διδακτικές ώρες από το σύνολο των ωρών των μαθημάτων του εξαμήνου.

ΘΑΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΛΠΙΔΑ

Ο θάνατος ιστορικά, φιλοσοφικά και πολιτιστικά

Ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο και φυσικό μέρος της ζωής, προκαλεί οδύνη και δέος στον άνθρωπο γι' αυτό και δυσκολεύεται να τον αντιμετωπίσει και τον απωθεί από τη σκέψη του (Πατινιώτη & Γεωργιάδου, 2006-2007). Όπως αναφέρει ο Nuland (1994) όμως, αποτελεί μια πραγματικότητα, ένα μέρος της καθημερινότητας, που κάποια στιγμή όλοι θα αντιμετωπίσουν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Ο Aries (1988), κάνει μια ιστορική αναδρομή της έννοιας του θανάτου στην παραδοσιακή και στη σύγχρονη Ευρώπη, υποστηρίζοντας πως η στάση του ανθρώπου απέναντι στον θάνατο δεν υπήρξε αμετάβλητη στο πέρασμα του χρόνου (Ποταμιάνος, 1995).

Στην αρχαιότητα ο θάνατος όπως αναφέρει Aries (1988), θεωρούνταν ένα οικείο γεγονός που δεν προκαλούσε φόβο ή απελπισία, καθώς υπήρχε εξοικείωση των ζωντανών με το θάνατο και τους νεκρούς. Ο άνθρωπος τότε ήταν προειδοποιημένος για το θάνατο του μέσω σημαντικών ενδείξεων ή εσωτερικής βεβαιότητας και βρισκόταν αντιμέτωπος με τη μοίρα του. Πριν από το θάνατο γινόταν ένα τελετουργικό ανάλογο με το εκάστοτε έθιμο, όπου ο ετοιμοθάνατος με την παρουσία των συγγενών και των φίλων περίμενε ξαπλωμένος στο κρεβάτι το θάνατο. Η τελετή αυτή είχε να μεν επισημότητα αφού θεωρούνταν εξίσου ή και περισσότερο σημαντική από την κηδεία, αλλά δεν υπήρχαν περιθώρια υπερβολικής συγκίνησης. Άλλωστε η οικειότητα με το θάνατο και η λατρεία των νεκρών είχε σκοπό την εξασφάλιση της μη παρενόχλησης των ζωντανών (Ποταμιάνος, 1995).

Κατά τον 11^ο έως 13^ο αιώνα σύμφωνα με τον Aries (1988), άλλαξε ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβανόταν και κατανοούσε την πραγματικότητα. Ανακάλυψε το μυστικό της ατομικότητας του και επικεντρώθηκε στον ατομικό θάνατο. Έτσι δημιουργήθηκε ένας πιο προσωπικός και εσωτερικός τρόπος βίωσης του θανάτου. Στα τέλη του 15^{ου} αιώνα ο θάνατος συνδέθηκε με τον ερωτισμό, καθώς δείγματα της σύνδεσης αυτής υπήρχαν στην τέχνη και τη λογοτεχνία. Λόγω της σύνδεσης του με τον έρωτα ο θάνατος θεωρήθηκε ως ο χωρισμός από το αγαπημένο πρόσωπο. Η έννοια του χωρισμού πέρασε έτσι από τον χώρο των ερωτικών φαντασιώσεων στο χώρο των πραγματικών γεγονότων. Προς το τέλος του 18^{ου} αιώνα η σχέση ετοιμοθάνατου και οικογένειας άλλαξε καθώς ο πρώτος δε βρισκόταν πλέον

μόνος μπροστά στη μοίρα του. Αντίθετα μοιραζόταν εκείνη τη στιγμή με τους δικούς του ανθρώπους σε ένα πλαίσιο αγάπης και έντονου συναισθήματος. Επίσης παραχώρησε στην οικογένεια του ένα μέρος της εξουσίας που είχε πάνω στις τελετές του θανάτου του. Και ενώ μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα το πένθος μετά το θάνατο αποτελούσε κοινωνική υποχρέωση καθώς ανάγκαζε την οικογένεια να θρηνήσει για κάποιο διάστημα ανεξάρτητα από το τι ένιωθε και ταυτόχρονα προστάτευε αυτούς που θλίβονταν υπερβολικά, το 19^ο αιώνα το σκηνικό αλλάζει. Τα όρια τη θλίψης που επέβαλλε το πένθος άρχισαν να μην τηρούνται και να υπάρχει πιο αυθόρμητη και υπερβολική έκφραση της. Έτσι οι ζωντανοί άρχισαν να εντάσσουν το φόβο στα πλαίσια του θανάτου. Και όχι μόνο αυτό, αλλά ο θάνατος του άλλου προκαλούσε περισσότερο φόβο από τον προσωπικό θάνατο. Ο φόβος του θανάτου δεν προέκυψε ξαφνικά αλλά σιγά - σιγά. Από τα μέσα του 17^{ου} αιώνα ως τα μέσα του 19^{ου} εμφανίστηκε ο φόβος του φαινομενικού θανάτου που ήταν ένα είδος αναισθησίας ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο. Ο φόβος για την ταφή ενός νεκρού φαινομενικά αποτέλεσε την πρώτη συνειδητή μορφή φόβου για το θάνατο. Έτσι δεν είναι τυχαίο ότι οι καλλιτεχνικές απεικονίσεις με θέμα το θάνατο αρχίζουν να ελαττώνονται τον 19^ο αιώνα ώσπου εξαφανίζονται μέσα στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα (Ποταμιάνος, 1995).

Συνεχίζοντας στον 20^ο αιώνα, ο Aries (1988) αναφέρει ότι ο μέχρι τότε οικείος θάνατος μετατράπηκε σε αντικείμενο ντροπής και απαγόρευσης. Έτσι το περιβάλλον του ετοιμοθάνατου με τη σκέψη ότι έτσι τον προστατεύει, του στερεί την αλήθεια για τη σοβαρότητα της κατάστασης του φτάνοντας σε μια εποχή μη παραδοχής του θανάτου του άλλου. Ο μοναχικός θάνατος στο νοσοκομείο αντικατέστησε το θάνατο στο σπίτι με το οικογενειακό περιβάλλον και η εξουσία που είχε παραχωρηθεί από τον ετοιμοθάνατο στους συγγενείς παραχωρείται από τους συγγενείς στους γιατρούς (Ποταμιάνος, 1995).

Οι φανερές εκδηλώσεις πένθους όπως τα σκούρα ρούχα καταδικάζονται, η εμφανής θλίψη προκαλεί αποστροφή, τα μέλη της οικογένειας του νεκρού δεν εκφράζουν ούτε μεταξύ τους τα συναισθήματα τους και τα παιδιά προστατεύονται ώστε να αντιληφτούν όσο το δυνατόν λιγότερο το θάνατο. Έτσι φτάνουμε στην εποχή που πρώτος ο κοινωνιολόγος Gorer (1955) επισήμανε ότι ο θάνατος αποτελεί πλέον ταμπού. Ο Aries (1988) δίνει ως πιθανή εξήγηση για την απαγόρευση του θανάτου, την αναγκαιότητα της ευτυχίας και τη κοινωνική υποχρέωση για συλλογική ευτυχία. (Ποταμιάνος, 1995).

Ο Freud έχει πει πως ενώ ο άνθρωπος γνωρίζει ότι είναι θνητός έχει την συνήθεια να το ξεχνάει. Η Kubler-Ross λέει ότι ο άνθρωπος δεν μπορεί να μάθει να δέχεται τον θάνατο όταν τον αποφεύγει και τον αρνείται. Με το να τον αγνοεί δεν σημαίνει ότι σταματάει να υπάρχει γι' αυτό πρέπει να τον αντιμετωπίσει (Πατινιώτη & Γεωργιάδου, 2006-2007).

Ο Πλάτωνας ερμήνευσε το θάνατο ως το χωρισμό της ψυχής από το σώμα. Έτσι επειδή το σώμα αποτελεί πηγή ταλαιπωρίας και περισπασμού για την ψυχή όταν το σώμα πεθαίνει η ψυχή λυτρώνεται από την τυρρανία του (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Στην ιουδαιοχριστιανική αντίληψη ο θάνατος είναι αποτέλεσμα του προπατορικού αμαρτήματος και δέχεται ότι το αμάρτημα αυτό θα αρθεί την Δευτέρα παρουσία όπου θα γίνει ανάσταση των σωμάτων και οι άνθρωποι θα κριθούν σύμφωνα με αυτά που έκαναν όταν ήταν ζωντανοί (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Ο θάνατος κατά τη μυθολογία διάφορων πολιτισμών θεωρείται το πέρασμα σε μια υπόγεια μεγάλη κατοικία των νεκρών, στον ο γνωστό «Κάτω Κόσμος». Ο κάτω κόσμος είναι κάτι σαν σπήλαιο σκοτεινό και αποτρόπαιο και μπορεί να είναι ο Άδης, το σκανδιναβικό Hell και άλλα. Είναι ένας τόπος θλιβερός που κυβερνάται από έναν τρομερό μονάρχη και στον οποίο οι νεκροί είναι καταδικασμένοι να υποφέρουν και να μαρτυρήσουν για τα παραπτώματα τους (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Στην Αγγλία σύμφωνα με τον Aries (1988), γίνεται αποτέφρωση των νεκρών η οποία συμβολίζει την ριζική καταστροφή τους ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια σύνδεσης με ότι μένει πίσω. Στη Γαλλία συνυπάρχουν δύο τάσεις. Η λατρεία των τάφων και ο εξοστρακισμός του θανάτου από την κοινωνία. Στην Καλιφόρνια εφαρμόζεται για πρώτη φορά το 1900 η ταρίχευση ενώ στην Αμερική τα γραφεία κηδειών δεν προσφέρουν μόνο τις υπηρεσίες του επαγγέλματος αλλά λειτουργούν και ως θεράποντες θλίψης. Η ιεροτελεστία των αμερικάνων είναι κάτι ανάμεσα στο σεβασμό για την απαγόρευση του θανάτου και την αποστροφή για την επίσημη διακοπή μετά το θάνατο. Ο νεκρός μέσω χημικών μεθόδων διατήρησης, δίνει την ψευδαίσθηση ότι είναι ζωντανός για να δεχτεί για τελευταία φορά τους φίλους του μέσα σε μια αίθουσα που παίζει απαλή μουσική. «Είναι η πρώτη φορά που μια κοινωνία τιμά τους νεκρούς της αρνούμενη να τους αναγνωρίσει ως νεκρούς.» (Ποταμιάνος, 1995).

Ο θάνατος βιολογικά και ιατρικά

Σύμφωνα με τη βιολογία ως θάνατος ορίζεται η παύση όλων των λειτουργιών οργάνωσης και συντονισμού σε έναν οργανισμό οι οποίες χαρακτηρίζουν τη βιολογική του ατομικότητα. Έτσι ο θάνατος συνδέεται με τρεις βασικές έννοιες, με το μη αναστρέψιμο των βλαβών, με την απώλεια των λειτουργιών οργάνωσης και συντονισμού και με την παρουσία ενός πτώματος. Ανάλογα με τις αιτίες του διακρίνεται στον φυσιολογικό που προέρχεται από την γήρανση του ανθρώπου και στον παθολογικό που προέρχεται από νοσηρές καταστάσεις ή από τη φθορά σημαντικών ζωτικών οργάνων (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Ιατρικά ο θάνατος είναι η πλήρης παύση της λειτουργίας ολόκληρου του εγκεφάλου, ο λεγόμενος πλήρης εγκεφαλικός θάνατος (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007). Εγκεφαλικός θάνατος σημαίνει μη αναστρέψιμη βλάβη του εγκεφάλου, με μόνιμη απώλεια όλων των λειτουργιών του εγκεφαλικού στελέχους. Έχει γίνει αποδεκτό, ότι θάνατος του εγκεφάλου σημαίνει θάνατος του ατόμου, δηλαδή, το βιολογικό τέλος κάθε ατόμου. Έτσι, άνθρωποι με εγκεφαλικό θάνατο δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται θεραπευτικά ως ζώντες. Αυτοί υποβάλλονται σε κατάλληλη υποστήριξη προκειμένου να διατηρηθούν τα όργανα τους στην καλύτερη δυνατή βιολογική κατάσταση, ώστε να μπορούν να προσφέρουν ζωή σε άλλους ανθρώπους. Ο εγκεφαλικός θάνατος εκφράζει το θάνατο του ατόμου και όχι την παρουσία ενός νεκρού εγκεφάλου μέσα σε ένα ζωντανό ακόμη σώμα (Κωστάκης, 2005). Σ' αυτή την φάση λοιπόν δεν υφίστανται η ύπαρξη ψυχής (Σειρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Εξαιτίας της προόδου της τεχνολογίας και της ιατρικής αναφέρει ο Nuland (1994), οι αιτίες και οι συνθήκες θανάτου έχουν αλλάξει προς το καλύτερο σε σχέση με τις αρχές του αιώνα και έτσι πλέον στις αναπτυγμένες χώρες οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε μια χρόνια και απειλητική ασθένεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Σύμφωνα με τους Kastenbaum & Kastenbaum (1989), υπάρχουν διάφορες απόψεις για το πότε ένα άτομο πεθαίνει. Μερικοί επιστήμονες λένε ότι το άτομο πεθαίνει όταν σύμφωνα με τις εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις, ο γιατρός βγάλει τη διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής ασθένειας. Κάποιοι θεωρούν απαραίτητη προϋπόθεση την αποδοχή της θανατηφόρας ασθένειας από το άτομο και κάποιοι άλλοι την ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση της ασθένειας.

Η πιο σύγχρονη όμως άποψη λέει ότι το άτομο πεθαίνει όταν κανένα θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί να αντιστρέψει την κατάσταση της υγείας του ή να τον διατηρήσει στη ζωή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η ελπίδα

Η ελπίδα προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη 'ελπίς που έχει ρίζα το ρήμα 'έλπω = κάνω κάποιον να ελπίζει (Βικιλεξικό). Αντίστοιχα, ελπίζω = πιστεύω ότι θα συμβεί κάτι καλό.

Στο χώρο του Ελληνισμού η λέξη ελπίδα, που δεν έχει μόνο θετική σημασία, όπως σε άλλες γλώσσες, δηλώνει την έννοια της απλής υπόθεσης, που κάνει κανείς για μια κατάσταση πραγμάτων ή και την ορθολογική αποτίμησή τους. Για την ελπίδα εκφράζονται συχνά και κάποιοι ενδοιασμοί για τυχόν υπερεκτίμηση μιας κατάστασης, που μπορεί κάποιος να κάνει συνεπαρμένος απ' αυτήν (Βασιλειάδης, 2012).

Συγκεκριμένα, στην ελληνική αρχαιότητα η πρώτη νύξη για την ελπίδα φαίνεται να προέρχεται από τη μυθολογία. Πρόκειται για το μύθο της Πανδώρας, όπου γίνεται λόγος για την ελπίδα και που τον αναφέρει πρώτος ο Ησίοδος. Οι διάφορες, λοιπόν, ερμηνείες, που διαχρονικά δόθηκαν μέσα στο χώρο του ελληνισμού στην έννοια ελπίδα, αντικατοπτρίζονται και στις διαφορετικές εκδοχές του περίφημου αυτού μύθου. Έτσι, σύμφωνα με την πρώτη αναφορά του Ησίοδου, η Πανδώρα στάλθηκε στη γη από το Δία, εφοδιασμένη με ένα κουτί γεμάτο από μάστιγες και συμφορές το οποίο της είχε απαγορευτεί να το ανοίξει. Εκείνη όμως από περιέργεια το ανοίγει και τότε όλες οι έγκλειστες συμφορές, όπως ασθένειες, πείνα, κ.λπ., διασκορπίστηκαν στη γη και μόλις και με δυσκολία έμεινε στον πάτο μόνο η ελπίδα, σαν δηλαδή η αληθινή προβλεψιμότητα, επειδή η Πανδώρα πρόλαβε γρήγορα και ξανάκλεισε το κουτί. Για τον Ησίοδο, επομένως, η ελπίδα συγκαταριθμείται μονοσήμαντα μεταξύ των συμφορών. Μια παρόμοια σκοτεινή θεώρησή της εκπροσωπεί και ο Αισχύλος. Αντίθετα, ο Θεόγνις εγκωμιάζει τη θεοποιημένη πια ελπίδα σαν τη μοναδική ευγενή θεότητα που απέμεινε στους ανθρώπους, μετά, δηλαδή, την εγκατάλειψη εκείνη, στην οποία οι άλλοι θεοί καταδίκασαν τη γη. Προς αυτήν την κατεύθυνση παραπέμπει επίσης και η ελληνιστική εκδοχή του μύθου. Σύμφωνα με αυτή, το δοχείο της Πανδώρας περιείχε μόνο αυθεντικά και γνήσια αγαθά σαν δώρα. Και ότι ενώ όλα τα άλλα αγαθά πλην της ελπίδας διέφυγαν, εκείνη εξακολουθεί να ισχύει σαν το μοναδικό αγαθό που απέμεινε μέσα στο κουτί, προορισμένο να παρηγορεί τους

ανθρώπους. Με την πάροδο, λοιπόν, της ιστορίας του ελληνικού πνεύματος, όλο και περισσότερο διατηρήθηκε αυτή η έννοια της ελπίδας, χωρίς εν τούτοις να χάσει και εκείνη την υποτονικότητα της, που οφείλεται στην ανησυχία, αβεβαιότητα και ανασφάλεια, οι οποίες γενικότερα συνόδευαν την αρχαιοελληνική ελπίδα (Βασιλειάδης, 2012).

Σύμφωνα με τους Fromm (1968), Stotland (1969), Frankl (1984) και Herth (1990), ελπίδα είναι μια αόριστη έννοια η οποία έχει οριστεί κατά καιρούς με πολλούς τρόπους (κοινωνιολογικό, ιατρικό, θεολογικό). Κατά τον Averill et al (1990) είναι συνδεδεμένη με την ψυχική και σωματική ευημερία και δίνει νόημα στη ζωή. Οι Carson et al (1988) και Fehring et al (1997) κατέληξαν ότι δίνει έτσι τη δυνατότητα στο άτομο να ανασυγκροτείται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες. Η ελπίδα είναι μια έννοια πολυδιάστατη που παρέχει πνευματική ελευθερία σύμφωνα με τον Frankl (1984). Ο Herth (1993) είπε : « Ελπίδα είναι μια ισχυρή εσωτερική δύναμη, η οποία καθιστά δυνατή την υπέρβαση της παρούσας κατάστασης και παρέχει μια θετική αντίληψη των πραγμάτων.» (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Η ελπίδα είναι μια πολύ ουσιαστική έννοια και μια δυνατή λέξη καθώς αποπνέει αισιοδοξία, παρηγοριά, προσδοκία και θετική σκέψη για το παρόν και το μέλλον .Το να ελπίζει κανείς λοιπόν σημαίνει να ζει, να υπάρχει, να διαθέτει τις ψυχικές και σωματικές δυνάμεις για να μπορεί να προσπεράσει τα δύσκολα και να επιτύχει το στόχο του. Σημαίνει ότι διαθέτει την ψυχική αντοχή, την ψυχραιμία και την αποφασιστικότητα για να αντιμετωπίζει τη ζωή. Αντίθετα αν δε διαθέτει ελπίδα αλλά είναι γεμάτος με απελπισία και απογοήτευση μπορεί να οδηγηθεί στο ψυχικό τέλμα και στο θάνατο από τα οποία δύσκολα γλιτώνει μια καταρρακωμένη προσωπικότητα (Μχιταριάν, 2008).

Οι Farran et al (1995) παρουσίασαν μια ανάλυση η οποία προσδίδει στην ελπίδα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά:

Η ελπίδα ως *εμπειρική διαδικασία*, περιλαμβάνει τις εμπειριολογικές πλευρές της ελπίδας. Ως *πνευματική διαδικασία*, επηρεάζεται από τον τρόπο σκέψης του ατόμου και είναι στενά συνδεδεμένη με την πίστη του ατόμου στον εαυτό του και στο μέλλον .Ως *λογική διαδικασία*, περιλαμβάνει τις γνωσιακές διαδικασίες οι οποίες επιτρέπουν την διαφορετική αντιμετώπιση μιας κατάστασης ανάλογα με τη φύση της. Τέλος ως *συσχετιστική διαδικασία*, εμπνέεται από την αγάπη και από τις σχέσεις με τους άλλους (Kinghorn & Gamlin, 2001) .

Η ανάλυση των παραπάνω χαρακτηριστικών αποδεικνύει την πολυπλοκότητα της ελπίδας αλλά και της ανθρώπινης φύσης. Έτσι η πολυδιάστατη φύση της περιπλέκεται με την αόριστη φύση της και με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζεται από τις ατομικές εμπειρίες της ζωής (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες δύσκολα αντιμετωπίσιμες, οι οποίες μπορεί να τους συνοδεύουν σε ολόκληρη τη ζωή τους. Σε αυτές τις ασθένειες συγκαταλέγονται οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι νεοπλασίες (καρκίνοι), ο σακχαρώδης διαβήτης, άτομα που νοσηλεύονται για μικρό ή μεγάλο χρονικά διάστημα στην μονάδα εντατικής θεραπείας.

Οι ασθενείς αυτοί μετά την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων περνάνε από τα εξής στάδια συναισθηματικών αλλαγών:

Το πρώτο στάδιο είναι αυτό του *σοκ* και της *άρνησης*. Ο ασθενής αρνείται να παραδεχτεί ότι αυτό συμβαίνει στον εαυτό του και αμφισβητεί τη διάγνωση. Μπορεί να καταφύγει σε άλλους γιατρούς με σκοπό να διαψεύσει τη διάγνωση. Το στάδιο της άρνησης κρατάει από λίγα λεπτά έως και για όλη του τη ζωή (Ποταμιάνος, 1995). Σύμφωνα με τους Weisman (1972) και Lazarus (1981), η άρνηση αυτή μπορεί να σχετίζεται με τα γεγονότα, με τις επιπτώσεις της αρρώστιας αλλά και με το ενδεχόμενο του θανάτου. Στην αρχή της αρρώστιας η άρνηση θεωρείται φυσιολογική, όμως μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα όταν παρατείνεται στο χρόνο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της *οργής* ή *θυμού*. Το άτομο αισθάνεται αδικία και νιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο. Το βασανίζει το «γιατί» και νιώθει ότι προδόθηκε από το σώμα του. Ο θυμός του μπορεί να στραφεί προς τους συγγενείς του ή/και προς το προσωπικό υγείας. Διακατέχεται από ενοχές γιατί πιστεύει ότι ίσως αυτό να είναι η τιμωρία του για κάτι (Σείρανίδου & Σπυρολάρη, 2007).

Στο στάδιο της *διαπραγμάτευσης*, ο ασθενής κάνει κάποιου είδους συμφωνία συνήθως είτε με τον θεό είτε με τον γιατρό προσπαθώντας έτσι να γλιτώσει από το αναπόφευκτο. Μπορεί για παράδειγμα να υπόσχεται αφοσίωση στην εκκλησία ή συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες (Ποταμιάνος, 1995).

Μετά τη διαπραγμάτευση έρχεται το στάδιο της *κατάθλιψης*, στο οποίο το άτομο αρχίζει να δέχεται σιγά-σιγά τον επικείμενο θάνατο του. Η κατάθλιψη του μπορεί να είναι «αντιδραστική» ή «προπαρασκευαστική». Στην αντιδραστική βιώνει τις απώλειες του παρόντος συγκρίνοντας την κατάσταση του μ' αυτή που είχε στο παρελθόν. Στην προπαρασκευαστική σκέφτεται τις απώλειες που θα έρθουν. Η

κατάθλιψη συνοδεύεται από απώλεια ενέργειας, θλίψη, απαισιοδοξία. Μείωση ενδιαφερόντων, απόγνωση και άλλα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Τέλος είναι το στάδιο της *αποδοχής*, όπου ο ασθενής αποδέχεται ότι θα πεθάνει και ότι αυτό είναι αναπόφευκτο. Αυτό το στάδιο είναι άδαιο από συναισθήματα. Ο ασθενής δεν μιλάει πολύ, κοιμάται αρκετά και προτιμά οι επισκέψεις να είναι ολιγάριθμες και σύντομες. Αν η οικογένεια θεωρήσει ότι το άτομο μ' αυτό τον τρόπο εγκαταλείπει και το πείσει να ακολουθήσει συγκεκριμένη συμπεριφορά, τότε αυτό θα αντιδρά και μπορεί να γυρίσει στα προηγούμενα στάδια της κατάθλιψης κα του θυμού (Ποταμιάνος, 1995).

Αρρώστια , κατάθλιψη, αυτοκτονικότητα και απελπισία

Η κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχική πάθηση στην σύγχρονη εποχή (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αγγίζει το 15% έως 20% ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου) και παρουσιάζεται σε ήπια, μέτρια και βαριά μορφή.

Για να οριστεί η κατάθλιψη είναι σημαντικό να αναφερθούν κάποια λειτουργικά κριτήρια. Αυτά είναι: έντονο αίσθημα θλίψης, έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος, έκπτωση της φυσικής, ψυχοφυσιολογικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας, διάρκεια και ένταση των συμπτωμάτων. Με βάση τα παραπάνω κριτήρια κατάθλιψη μπορεί να οριστεί η κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης , ανημποριάς και απογοήτευσης είναι πολύ βαθύτερο από μια απλή μελαγχολία. Το άτομο δεν επηρεάζεται θετικά από ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον και υποβαθμίζεται σημαντικά η λειτουργικότητα του σε όλους τους τομείς της ζωής του. Είναι δυνατόν να διαρκέσει από μερικές εβδομάδες έως και μήνες (Παγοροπούλου, 2000).

Βασικότερο χαρακτηριστικό για την διαπίστωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σύμφωνα με τον Beck (1967,1976,1979) είναι η γνωστική τριάδα:

Αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του. Βλέπει τον εαυτό του ανάξιο, άχρηστο, ανεπαρκή, ανεπιθύμητο και ελαττωματικό. *Αρνητικές σκέψεις για την κοινωνία και το κοινωνικό περιβάλλον.* Νιώθει πως έχει απορριφτεί από το περιβάλλον του και πιστεύει πως ο κόσμος δεν έχει νόημα και σημασία. *Αρνητικές σκέψεις για το μέλλον.* Ο καταθλιπτικός νιώθει πως το μέλλον είναι αρνητικό , δε βλέπει εναλλακτικές, η δεν βλέπει καθόλου μέλλον (Παπακώστας, 1994). Ένας άνθρωπος που πάσχει από

κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζει και τα τρία αυτά χαρακτηριστικά ή ένα συνδυασμό αυτών.

Δεν υπάρχει μόνο μία αιτία που προκαλεί την κατάθλιψη. Είναι μια νόσος με πολυπαραγοντική πορεία . Περιλαμβάνει γενετικούς, βιολογικούς (χημική διαταραχή του εγκεφάλου, μεταβολές των νευροδιαβιβαστών), κοινωνικούς, οικονομικούς και στρεσογόνους παράγοντες και ψυχολογικές εμπειρίες (Sidney et al., 2004). Πιθανές αφορμές για την εμφάνιση τους περιλαμβάνουν γεγονότα όπως: η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, η συνεχής μοναξιά, η ανεργία, η χρόνια ασθένεια, συνεχής συγκρούσεις στο σπίτι ή στην εργασία, συζυγικά προβλήματα, η γέννηση παιδιού, μια τραυματική εμπειρία.

Ακόμη ασθενείς με χρόνια πόνο, χρόνια σωματική νόσο (διαβήτη, καρδιακή νόσος κ.α.), σωματικές ενοχλήσεις χωρίς αίτιο, λοχεία, και ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη. Κάποιες παθολογικές καταστάσεις που συνοδεύονται συχνά από κατάθλιψη είναι οι νευρολογικές διαταραχές (επιληψία, Alzheimer, άνοια κ.α.), οι ενδοκρινικές διαταραχές (θυρεοειδής, ανεπάρκεια βιταμινών κ.α.), οι φλεγμονώδεις διαταραχές (ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθρεμάτης λύκος, κ.α.), οι συστηματικές διαταραχές (ιώσεις και βακτηριακές λοιμώξεις) και άλλες όπως Aids, καρκίνος έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τέλος φάρμακα που συνοδεύονται συχνά από κατάθλιψη είναι τα στεροειδή και οι ορμόνες, τα αντικαρκινικά, τα αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη, τα κατασταλτικά και υπνωτικά, τα καρδιολογικά και αντιυπερτασικά, τα ψυχοτρόπα, οι διεγέρτες και κατασταλτικά της όρεξης και τα αντιβιοτικά και αντιμυκητιασικά (Sidney et al., 2004).

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR TM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ένα άτομο μπορεί να διαγνωστεί με μείζονα κατάθλιψη όταν εντοπίζονται τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα εκ των οποίων το ένα πρέπει να είναι ή η έλλειψη ενδιαφέροντος ή η καταθλιπτική διάθεση και να επιμένει για τουλάχιστον δύο εβδομάδες :

Καταθλιπτική διάθεση. Διαρκεί το μεγαλύτερο τμήμα της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα. Το άτομο αισθάνεται θλίψη και μελαγχολία που φτάνει στη απόλυτη απελπισία. Την ήπια κατάθλιψη συνοδεύει το κλάμα ενώ στην βαριά το άτομο λέει ότι θέλει να κλάψει αλλά δεν μπορεί (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Ελαττωμένο ενδιαφέρον και απώλεια της ευχαρίστησης. Είναι από τα πιο συνηθισμένα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης. Ότι έδινε ευχαρίστηση στο άτομο πριν την κατάθλιψη τώρα χάνει το ενδιαφέρον του (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Διαταραχή της όρεξης. Συνήθως το άτομο χάνει την όρεξη του για το φαγητό και παρατηρείται απώλεια βάρους. Σε μικρότερη συχνότητα όμως παρατηρείται το αντίθετο, δηλαδή αύξηση της όρεξης και συνεπώς αύξηση του βάρους (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Διαταραχή του ύπνου. Συνήθως το άτομο ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που το άτομο δεν μπορεί να κοιμηθεί καθόλου, κοιμάται πάρα πολλές ώρες (υπερυπνία) ή έχει ακανόνιστο ύπνο (ξυπνάει πολλές φορές μες στο βράδυ) (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Απώλεια ενεργητικότητας και αίσθηση κόπωσης. Το άτομο χωρίς να έχει κάνει τίποτα νιώθει εξάντληση και ότι έχει χάσει όλη την ενέργεια του. Έτσι μπορεί να παραμείνει σε αδράνεια για όλη την διάρκεια της ημέρας (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Ψυχοκινητική διέγερση ή καταστολή. Το άτομο με καταστολή κινείται αργά, το βλέμμα του είναι απλανές και ο λόγος του βραδύς σε σημείο που μπορεί να φτάσει σε κατατονία. Όταν πρόκειται για διέγερση το άτομο χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση, στιφογυρνάει τα χέρια του, φωνάζει, παραπονιέται κ.α. (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Αισθήματα απαξίωσης ή υπερβολικής ενοχής. Το άτομο μπορεί να κατηγορεί τον εαυτό του σε μεγάλο βαθμό για ότι αρνητικό συμβαίνει, πιστεύει ότι τιμωρείται για λάθη του παρελθόντος και νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Προβλήματα στη λήψη αποφάσεων, στη σκέψη ή στην αυτοσυγκέντρωση. Οι καταθλιπτικές σκέψεις είναι τόσο έντονες που το άτομο δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί πράγματα και να αποφασίσει. Οι γνωστικές του δραστηριότητες είναι πολύ αργές (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Το άτομο νιώθει τόσο απελπισμένο που σκέφτεται επανειλημμένα το θάνατο και την αυτοκτονία. Πιστεύει ότι θα ήταν καλύτερα αν πέθαινε και υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να κάνει

απόπειρα αυτοκτονίας (Χριστοπούλου, 1996. Παγοροπούλου, 2000. Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Άλλα συμπτώματα είναι :

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης. Ακόμη και αν το άτομο έχει σεξουαλικές επαφές δεν το επιθυμεί ή δεν του προκαλεί ευχαρίστηση. *Άγχος.* Υπάρχει εσωτερική δυσφορία, φόβος και αίσθημα επικείμενου κινδύνου. *Έλλειψη ελπίδας, ανημποριά και απαισιοδοξία για το μέλλον.* Το άτομο τα βλέπει όλα μαύρα και πιστεύει πως αυτό δεν μπορεί να αλλάξει. *Σωματικά συμπτώματα που δεν ερμηνεύονται ιατρικά και δεν ανταποκρίνονται σε φάρμακα.* Για παράδειγμα ναυτία, εμετός, πονοκέφαλος, δυσκοιλιότητα, πόνος στο στήθος και άλλα (Καλαντζή-Αζίζι, 2003).

Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που κάποιος σκέφτεται και πράττει. Η αντίληψη που έχει το άτομο για τον κόσμο κατέχεται από εξαιρετικά απαισιόδοξα σενάρια. Δεν υπάρχουν προσδοκίες ότι τα πράγματα μπορεί να βελτιωθούν και το δυσκολότερο από όλα είναι ότι το άτομο αισθάνεται υπεύθυνο για αυτό. Μέσα σε αυτή την απαισιόδοξη αντίληψη το άτομο υπό-εκτιμά τις δυνατότητες και δεξιότητες του.

Είναι προφανές ότι βασικό συστατικό της κατάθλιψης είναι η *οδύνη*, η χαμηλή συναισθηματική διάθεση, η *έλλειψη ελπίδας* και η *διάχυτη θλίψη*. Συχνά τα άτομα αισθάνονται απομονωμένα, κενά συναισθήματος, απόρριψη χωρίς να δέχονται την αγάπη και την στοργή του περίγυρου. Βιώνουν ελάχιστη ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες τους και χάνουν την αίσθηση του χιούμορ ενώ γελάνε ελάχιστα. Πολλές φορές τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη περιγράφουν τον εαυτό τους εγκλωβισμένο και κανείς δεν μπορεί να τους βοηθήσει να ξεφύγουν. Σε πολύ σοβαρές μορφές κατάθλιψης μπορεί να υπάρξουν σκέψεις και πράξεις αυτοτιμωρίας, αυτοτραυματισμού, αυτοκτονικότητας ή αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς και να παρατηρηθούν ψευδαισθήσεις.

Η αυτοκτονικότητα είναι ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο (Παπλός, 2009). Με τον όρο αυτοκτονικότητα περιγράφεται ένα σύνολο ιδεών και συμπεριφορών που αναφέρονται στην πρόθεση του ατόμου να θέσει τέλος στη ζωή του. Οι σκέψεις και οι συμπεριφορές αυτές έχουν ως αφετηρία τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Φερεντίνος & Κονταξάκη, 2009). Ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε μερικά άτομα ενδέχεται να επιμένει για χρόνια, ή μπορεί να είναι περιστασιακός και να προκαλείται από δύσκολα γεγονότα της ζωής του ατόμου. Οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις που κάνει το άτομο μπορεί να μην είναι σαφείς και προσδιορισμένες ή να

αφορούν ένα πολύ καλά οργανωμένο σχέδιο απόπειρας αυτοκτονίας. Όσο πιο εμμένουσες και έντονες είναι αυτές οι σκέψεις, τόσο πιο σοβαρός είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός.

Ο Neuringer (1976) περιέγραψε κάποιες γνωσιακές παρεκκλίσεις που χαρακτηρίζουν την αυτοκτονική σκέψη. Αυτές είναι:

Ο διπολικός τρόπος σκέψης. Οι καταστάσεις και τα πράγματα χάνουν τον πολλαπλό τους χαρακτήρα και γίνονται δισδιάστατα («άσπρο ή μαύρο»). *Δύσκαμπτη σκέψη.* Εντοπίζεται περιορισμένο πεδίο σκέψης. Υπάρχει δυσκολία στην υιοθέτηση καινούριων θεωρήσεων, στην εύρεση εναλλακτικών κ. α. *Διαταραχές στην αντίληψη του χρόνου.* Το άτομο προσκολλάται στο παρόν από ό,τι στο παρελθόν ή στο μέλλον (Παπακώστας, 1994).

Οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται από τους ισχυρότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς (Παπλός, 2009). Άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλούς δείκτες αυτοκτονίας καθώς εκτιμάται ότι το 15-20% των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη θα τερματίσουν τη ζωή τους αυτοκτονώντας (2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, 2009). Έρευνες έχουν δείξει ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια ακόμη και στην περίπτωση των παιδιών και των εφήβων. Αυτή η αύξηση θανάτων παρατηρήθηκε παρά τις μεγάλες ποσότητες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και ηρεμιστικών που καταναλώνονται τις τελευταίες δεκαετίες (Burns, 1980). Άλλοι παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικές τάσεις είναι οι σοβαρές χρόνιες σωματικές παθήσεις όπως επιληψία, θυρεοειδής, νεοπλασίες κ.α. Όταν μάλιστα οι παθήσεις αυτές συνοδεύονται από ψυχική νοσηρότητα (π.χ. κατάθλιψη) ο κίνδυνος της αυτοκτονίας αυξάνεται σημαντικά (Κονταξάκης & Χαβάκη-Κονταξάκη, 2009).

Ο ένας στους δύο ανθρώπους που αυτοκτονούν είχαν ιστορικό κατάθλιψης. Αναμφισβήτητο είναι το γεγονός ότι τα άτομα με κλινική κατάθλιψη βλέπουν συστηματικά τον εαυτό τους, τον κόσμο και το μέλλον με αρνητικό τρόπο. Το στοιχείο αυτό υποδεικνύει τη σχέση της αυτοκτονίας με την απελπισία του ατόμου που την επιχειρεί. Η απελπισία πολλές φορές υπερβαίνει και την ίδια την κατάθλιψη. Το άτομο που αυτοκτονεί από απελπισία πιστεύει ότι υπάρχουν ελάχιστες ή καθόλου εναλλακτικές λύσεις για εκείνο στη ζωή του. Η μοναδική εναλλακτική λύση που υπάρχει για τη διαχείριση της ζωής του και των προβλημάτων που το απασχολούν είναι η αυτοκτονία. Οι αυτοκτονικοί ασθενείς έχουν την τάση να βλέπουν τον κόσμο και τους εαυτούς τους με περιορισμένο τρόπο, δηλαδή θεωρούν ότι είναι ανίκανοι να

εντοπίσουν εναλλακτικούς τρόπους να λύνουν τα προβλήματά τους. Γενικά θεωρείται ότι η αυτοκτονικότητα, δηλαδή η πρόθεση του ατόμου να αυτοκτονήσει, είναι αποτέλεσμα συνακόλουθων αισθημάτων απελπισίας, σε συνδυασμό με την πεποίθηση του ατόμου ότι οι δυσκολίες που βιώνει είναι ανυπέρβλητες.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν δείχνουν ορισμένα δείγματα των σκοπών τους προτού προβούν σε αυτή την πράξη. Τα συμπτώματα του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι άμεσα ορατά, ιδιαιτέρως από τα κοντινά πρόσωπα του ατόμου. Η αίσθηση της απελπισίας η οποία μπορεί να εκφράζεται μέσω φράσεων όπως «τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει προς το καλύτερο», η αίσθηση του αβοήθητου, η πεποίθηση ότι συνιστά κανείς εμπόδιο στη ζωή της οικογένειας και των φίλων του, η πεποίθηση μη ύπαρξης ελπίδας, η κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, η τακτοποίηση εκκρεμοτήτων, η ξαφνική σύνταξη διαθήκης, ένα ξαφνικό «αντίο» αντί για ένα «καληνύχτα», μια ξαφνική γαλήνευση μετά από περίοδο έντονου άγχους, η προετοιμασία κάποιου σημειώματος για επικείμενη αυτοκτονία και η τάση για ατυχήματα, όπως η εκούσια απροσεξία σε επικίνδυνες καταστάσεις αποτελούν στοιχεία που εάν γίνουν αντιληπτά μπορούν να προλάβουν μία πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας (Παπακώστας, 1994).

Η αυτοκτονία βρίσκεται παντού και αποτελεί επείγουσα κατάσταση. Η απελπισία είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονικότητα. Σύμφωνα με τον Beck (1985,1990) η έλλειψη ελπίδας αποτελεί σημαντικότερο δείκτη πρόβλεψης κινδύνου αυτοκτονικότητας απ' ότι ο συνολικός βαθμός κατάθλιψης (Παπακώστας, 1994). Ωστόσο, η αυτοκτονία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και δεν προκαλείται από ένα και μόνο αίτιο. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί σε έναν άνθρωπο μέσω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως απουσία εσωτερικού ελέγχου, συνδυαστικά με συναισθήματα που βιώνει, είτε αυτά είναι χρόνια, όπως θυμός και απογοήτευση, είτε οφείλονται σε μία συγκεκριμένη κατάσταση, όπως απώλεια ή διαζύγιο.

Η ευαισθησία και το ενδιαφέρον απέναντι στους ανθρώπους με αυτοκαταστροφικές σκέψεις μπορεί κυριολεκτικά να τους σώσει τη ζωή, τόσο από μέρους των κοντινών τους ατόμων, όσο και από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, αλλά και από την κοινωνία στο σύνολό της.

Αυτό μπορεί να γίνει ενθαρρύνοντας το άτομο να μιλήσει για τον πιθανό αυτοκτονικό ιδεασμό του. Εξωτερικεύοντας τις ιδέες του τις βλέπει σφαιρικότερα.

Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι αυτή η άμεση ανακούφιση δεν προϋποθέτει και το ξεπέρασμα του κινδύνου. Σημαντικό είναι να ληφθούν πληροφορίες όσον αφορά το βαθμό επικινδυνότητας το αυτοκτονικό μέσο κ. α. ώστε να σχεδιαστεί η θεραπευτική παρέμβαση (Παπακώστας, 1994).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα αυτά πάσχουν από υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης πριν φτάσουν στο τελικό στάδιο της ασθένειας (Καραδήμας, 2005). Η κατάθλιψη θεωρείται όλο και περισσότερο ως σημαντικός παράγοντας θνητότητας σε άτομα με παθολογικούς νόσους (Sidney et al, 2004).

Οι ασθενείς με καρδιαγγειακές νόσους σύμφωνα με τον Erdman (1990), εμφανίζουν έντονο στρες, καταθλιπτικά συμπτώματα, και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας που δυσχεραίνουν τη θεραπεία και την αποκατάστασή τους. Από 20-40% μπορεί να φτάσει το ποσοστό με προβλήματα ψυχοπαθολογίας όπως αναφέρει ο Fernandez (1993) (Καραδήμας, 2005). Όσον αφορά την κατάθλιψη υπάρχει μεγάλη συσχέτιση με την καρδιαγγειακή νόσο καθώς η πρώτη αποτελεί σοβαρό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα έχουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς να πάθουν έμφραγμα του μυοκαρδίου καθώς επίσης παρατηρείται και αυξημένη θνητότητα σε αυτούς (Sidney et al, 2004).

Τα άτομα που νοσηλεύονται στην εντατική αντιμετωπίζουν ακραίες συνθήκες καθώς οι επισκέψεις είναι σχεδόν απαγορευμένες, εξαρτώνται πλήρως από τα μηχανήματα, νιώθουν και είναι ανίκανοι να κάνουν οτιδήποτε. Αυτό όπως αναφέρουν οι Silver et al (1980) και Bunzel (1982) έχει μεγάλο αντίκτυπο στον ψυχισμό τους (Καλαντζή- Αζίζι, 1983).

Στις περιπτώσεις καρκίνου οι ασθενείς αρχικά είναι δύσπιστοι για την διάγνωση που τους έγινε, τραυματίζονται ψυχολογικά και αναπτύσσουν μεγάλο στρες και φόβο όπως αναφέρει ο Mayerowitz (1980). Οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι έντονες και ο φόβος του θανάτου μεγάλος. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε περιστατικά κατάθλιψης όπως έχει διαπιστωθεί από έρευνες των Massie & Holland (1990) και Carrlson & Bultz (2003) (Καραδήμας, 2005).

Και στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη υπάρχει παρουσία ψυχολογικών δυσκολιών και κατάθλιψης που εμπλέκονται στον έλεγχο της ασθένειας σε όλες τις ηλικίες των ασθενών σύμφωνα με τους Peyrot & Rubin (1997), Cristenson et al (1999) και Lustman et al (2000). Και οι Dantzer et al (2003) σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης παίζουν ρόλο στην ρύθμιση της ασθένειας (Καραδήμας, 2005).

Παρά τη μεγάλη επίπτωση και σημασία της κατάθλιψης σε αυτές τις παθήσεις δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για τον έλεγχο των ασθενών με παθολογικές νόσους και σαφή συνοδό κατάθλιψη (Sidney et al, 2004).

Πορεία προς το θάνατο και σημασία της ελπίδας

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα η ελπίδα είναι μια πολύ σημαντική έννοια που είναι συνδεδεμένη με την ψυχική και σωματική ευημερία και δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες. Γίνεται αντιληπτό ότι ειδικά στις περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες η διατήρηση της ελπίδας είναι πρωτίστης σημασίας.

Όπως αναφέρει ο Siegel (1986) η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που έχουν οι άνθρωποι ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές. Χωρίς την ελπίδα η παραίτηση και ο θάνατος δεν αργούν να έρθουν. Στην πορεία της ασθένειας η κατεύθυνση της ελπίδας μπορεί να αλλάζει. Στην φάση πριν τη διάγνωση ελπίδα στοχεύει στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, αφού το άτομο ελπίζει ότι τα συμπτώματα είτε δεν είναι σοβαρά είτε θα εξαφανιστούν. Στο στάδιο της διάγνωσης η ελπίδα στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στην επιδείνωση της ασθένειας η ελπίδα έχει στόχο την καθυστέρηση του θανάτου που θα έρθει. Και έτσι γενικά ενώ στα αρχικά στάδια της ασθένειας η ελπίδα είναι συνδεδεμένη με πιο μακρινούς στόχους προς το τέλος της επικεντρώνεται στο παρόν ή και στη μετά θάνατο ζωή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η ελπίδα σύμφωνα με τον Huthnecker (1981) χωρίζεται στην ενεργητική και την παθητική ελπίδα. Η ενεργητική ελπίδα είναι η ενέργεια που έχει μέσα του το άτομο και η παθητική είναι αυτή που σχετίζεται με τα όνειρα και την αναμονή ενός «θαύματος». Η παθητική ελπίδα εμποδίζει το άτομο να δραστηριοποιηθεί και το κάνει να ζει σ' ένα φανταστικό κόσμο, ενώ η ενεργητική επηρεάζει σημαντικά θετικά την πορεία της ασθένειας. Αν ο άρρωστος δεν έχει ενεργό το αίσθημα της ελπίδας μπορεί ακόμη να οδηγηθεί και πιο γρήγορα στο θάνατο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Μια άλλη διάκριση της ελπίδας είναι αυτή της γενικευμένης, που όπως αναφέρει ο Scanlon (1989) αντιπροσωπεύει τη θετική δύναμη που έχει μέσα του το άτομο και του παρέχει τα εφόδια για την αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων, και της εξειδικευμένης που είναι σύμφωνα με τους Dufault & Martocchio (1985) και Averill et al (1990), η αντίδραση σε συγκεκριμένη αντιξοότητα όπως είναι μια ανίατη

ασθένεια. Στην περίπτωση της ανίατης ασθένειας το άτομο ενεργοποιείται ώστε να αναπτύξει την εξειδικευμένη ελπίδα (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν την ελπίδα είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, σωματικοί ή πνευματικοί όπως αναφέρει ο Erikson το 1983. Έτσι οι Herth (1993) και Nekolaichuk & Brueger (1998), επισημαίνουν ότι το ποσοστό της καλλιέργειας του αισθήματος της ελπίδας στη διάρκεια της ζωής καθορίζει και τον τρόπο που ένα άτομο με ανίατη νόσο αντιμετωπίζει το θάνατο. Εκτός όμως από την μακρόχρονη καλλιέργεια της ελπίδας σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της παίζουν και συνθήκες φροντίδας του ατόμου κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Ο άρρωστος έχει ανάγκη από ανακουφιστική φροντίδα. Η ανακουφιστική φροντίδα είναι μια προσέγγιση η οποία στόχο έχει την βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου και των οικογενειών, που αντιμετωπίζουν μια ανίατη ασθένεια. Αναλυτικότερα:

Φροντίδα στο οργανικό επίπεδο: Έχει να κάνει σύμφωνα με τον Corr (1992) με την ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών του αρρώστου, όπως ο έλεγχος του πόνου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Τα σωματικά συμπτώματα συμβάλλουν στην κατάθλιψη και αντίστροφα. Ο πόνος συγκεκριμένα είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα ενός ετοιμοθάνατου ασθενή και διαχωρίζεται στην οργανική και ψυχολογική πλευρά του (Ποταμιάνος, 1995).

Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο: Οι ασθενείς που είναι κοντά στο θάνατο έχουν περάσει σε διεργασία θρήνου σύμφωνα με τον Rando (1986) και αποκτούν διάφορους φόβους τους οποίους συνοψίζουν οι Leming & Dickinson (1985), όπως τον φόβο του πόνου, της εξάρτησης, του αποχωρισμού, της απώλειας της αξιοπρέπειας, της μετά θάνατο ζωής, της τύχης του σώματος και άλλους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Φροντίδα στο κοινωνικό επίπεδο: Ο άρρωστος πολλές φορές απομονώνεται κοινωνικά και συναισθηματικά επειδή μπορεί να μην υπάρχει κάποιος γύρω του που να ενδιαφέρεται ειλικρινά να τον ακούσει. Έτσι βιώνει τον "κοινωνικό θάνατο" (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο: Το άτομο που νιώθει ότι θα πεθάνει περνάει σε μια «υπαρξιακή κρίση» που τον οδηγεί στον «υπαρξιακό θρήνο» όπως τον ονομάζει ο Stephenson (1994), καθώς νιώθει ότι πλησιάζει το τέλος και ψάχνει τρόπους να υπερβεί αυτό το τέλος όπως λέει ο Becker (1973). Για να υπερβεί αυτό το τέλος

σύμφωνα με τον Doka (1993β), νιώθει την ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του, ανάγκη να έχει ένα «καλό» θάνατο σύμφωνα με τα δικά του δεδομένα και την ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Έχει βρεθεί και μελετηθεί ένα είδος μοντέλου το οποίο συμβάλλει στην ενίσχυση της ελπίδας. Αυτό αποτελείται από 3 στοιχεία :

Πρώτο στοιχείο: Αίσθημα άνεσης (Σωματική καταπόνηση VS Σωματική ευεξία). Ο πόνος και τα άλλα συμπτώματα μιας ανίατης νόσου λέει ο Saunders (1984) εμφανίζουν ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές επιπτώσεις. Άρα πρέπει να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατόν καλύτερα τα σωματικά συμπτώματα για να νιώθει καλύτερα ψυχολογικά ο ασθενής (αίσθημα ελπίδας ενεργό) (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Δεύτερο στοιχείο: Συναισθηματικός δεσμός (Εγκατάλειψη και απομόνωση VS Σχέσεις φροντίδας). Το άτομο όπως αναφέρει ο Maslow (1968) έχει ανάγκη να νιώσει ότι ανήκει κάπου, ότι είναι ασφαλής και ότι υπάρχουν αμοιβαίες σχέσεις φροντίδας (Kinghorn & Gamlin, 2001). Συγκεκριμένα τις ιεραρχεί ξεκινώντας από τις φυσιολογικές ανάγκες οι οποίες είναι οι βιολογικές ανάγκες του, τις ανάγκες ασφαλείας οι οποίες είναι η ανάγκη για σταθερότητα, εξάρτηση, προστασία, ελευθερία από τον φόβο και το άγχος, επιθυμία για δομή και τάξη. Τις ανάγκες για κατοχή και αγάπη οι οποίες οδηγούν το άτομο στο να επιδιώκει σχέσεις στοργής με τους άλλους και τις ανάγκες για εκτίμηση οι οποίες περιλαμβάνουν την αυτοεκτίμηση και την εκτίμηση από τους άλλους. Όταν ικανοποιηθούν όλες οι παραπάνω ανάγκες τότε το άτομο νιώθει την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

Τρίτο στοιχείο: Αξία (Νιώθοντας άχρηστος VS Νιώθοντας σημαντικός). Ο δρόμος προς το θάνατο οδηγεί σύμφωνα με τον Lair (1996), σε κρίση των αξιών, των στόχων και της ταυτότητας του ατόμου. Έτσι το άτομο χάνει την αυτοεκτίμηση του. Αυτό που θα βοηθήσει είναι η παροχή φροντίδας και ψυχολογικής στήριξης ώστε να νιώσει ξανά σημαντικό (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Το μοντέλο που περιγράφηκε είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, όμως μπορεί να έχει κάποιους περιορισμούς καθώς όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η ελπίδα είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και η φύση της είναι πολύπλευρη. Κι οι άνθρωποι ως όντα είναι πολύπλοκα οπότε συμπεραίνουμε ότι χρήζουν ολιστικής ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία είναι απαραίτητη για την προάσπιση της ελπίδας (Kinghorn & Gamlin, 2001).

«Η ελπίδα είναι το μόνο καλό που είναι κοινό σ' όλους τους ανθρώπους. Κι εκείνοι ακόμα που δεν έχουν τίποτα την κατέχουν», Θαλής ο Μιλήσιος.

Στην πορεία της ασθένειας η κατεύθυνση της ελπίδας μπορεί να αλλάζει. Στην φάση πριν τη διάγνωση η ελπίδα στοχεύει στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, αφού το άτομο ελπίζει ότι τα συμπτώματα είτε δεν είναι σοβαρά είτε θα εξαφανιστούν. Στο στάδιο της διάγνωσης η ελπίδα στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στην επιδείνωση της ασθένειας η ελπίδα έχει στόχο την καθυστέρηση του θανάτου που θα έρθει. Και έτσι γενικά ενώ στα αρχικά στάδια της ασθένειας η ελπίδα είναι συνδεδεμένη με πιο μακρινούς στόχους προς το τέλος της επικεντρώνεται στο παρόν ή και στη μετά θάνατο ζωή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Κάθε άτομο που βρίσκεται στην τελική φάση της ζωής του και πεθαίνει σύμφωνα με την Ross (1969), δεν παύει να είναι ζωντανός οργανισμός και να έχει ανάγκες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Κατά την τελική φάση σύμφωνα με τον Doka (1993) υπάρχει επιδείνωση της υγείας του αρρώστου και ο άρρωστος όπως αναφέρουν οι Saunders & Kubler-Ross (1960) βιώνει μια βιοψυχοκοινωνική διεργασία. Έτσι σύμφωνα με τον Doka (1993) πρέπει πλέον οι στόχοι παρέμβασης του προσωπικού υγείας να αποβλέπουν όχι στην θεραπεία αλλά στον έλεγχο της ασθένειας και στην παροχή ανακουφιστικής φροντίδας. Η Saunders (1990) θεωρεί σημαντική την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την ψυχοκοινωνική φροντίδα που προωθεί την ποιότητα ζωής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Δικαιώματα του ασθενή που πεθαίνει:

Δικαίωμα στον σεβασμό και στην αξιοπρέπεια.

Δικαίωμα στην ανακούφιση του πόνου.

Δικαίωμα να μην πεθαίνει μόνος.

Δικαίωμα στις ειλικρινείς απαντήσεις και στη λήψη αποφάσεων.

Δικαίωμα να εκφράζει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του χωρίς να υπάρχει κρίση.

Δικαίωμα στην κάλυψη των κοινωνικών, ψυχολογικών και πνευματικών του αναγκών.

Δικαίωμα στην εξειδικευμένη φροντίδα από τον επαγγελματία υγείας προσαρμοσμένη στις ανάγκες του.

Δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ζει, μέχρι το τέλος.

Δικαίωμα στην ελπίδα με οποιαδήποτε έκφραση της (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ & ΦΡΑΓΜΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η επικοινωνία

Οι σύγχρονες έρευνες τείνουν να θεωρούν την επικοινωνία σαν ένα δυναμικό σύστημα, κοινό σε δύο ή περισσότερα άτομα. Τα άτομα αυτά έχουν ορισμένους στόχους, προσδοκίες, προθέσεις, επιθυμίες σε σχέση με το συνομιλητή τους, συμμετέχουν δε ενεργά στην επικοινωνιακή διαδικασία, τόσο όταν εκπέμπουν πληροφορίες όσο και όταν τις δέχονται και τις επεξεργάζονται. Υπογραμμίζεται δηλαδή όλο και συχνότερα ο ενεργός ρόλος των δύο μελών στην επικοινωνιακή διαδικασία, η οποία παύει να θεωρείται, όπως στο μοντέλο του Shannon, μεταβίβαση πληροφοριών από ένα σημείο σε ένα άλλο με προορισμό την πιστότερη δυνατή επεξεργασία τους. “ Η επικοινωνία προσκομίζει στον δέκτη άλλα πράγματα από αυτά που του απευθύνει ο πομπός” γράφει χαρακτηριστικά ο Bernard Ancori, αφού η ίδια η διαδικασία μάθησης, αντίληψης, κατανόησης που δραστηριοποιείται στην στη διάρκεια επικοινωνίας “μοιάζει περισσότερο με την γονιμοποίηση της προϋπάρχουσας γνώσης παρά με την μεταβίβαση.... μιας δοσμένης ποσότητας πληροφόρησης (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η επικοινωνία είναι η διαδικασία κατά την οποία το άτομο ή οργανισμός (“πομπός”) μεταβιβάζει πληροφορίες (μηνύματα) σε κάποιο άλλο άτομο ή οργανισμό (“δέκτη”) που τα αποκωδικοποιεί. Στη συνέχεια μπορεί ο “δέκτης” να μετατραπεί ο ίδιος σε “πομπό” στέλνοντας πληροφορίες πίσω σε αυτόν που του έστειλε το αρχικό μήνυμα. Η διαδικασία της ανταλλαγής μηνυμάτων γίνεται δια μέσω κάποιου ή κάποιων “καναλιού/ών” :

Το λεκτικό κανάλι περιλαμβάνει τη γλώσσα – γραπτή ή προφορική. Το μη – λεκτικό ή εξωγλωσσικό κανάλι περιλαμβάνει τις εκφράσεις του προσώπου, τις σωματικές στάσεις και κινήσεις, την εμφάνιση, τον τόνο της φωνής κ.τ.λ. Το τεχνητό κανάλι περιλαμβάνει κρυπτογραφικούς κώδικες, αλφάβητο μορς, οδικά σήματα, χημικούς τύπους, τις γλώσσες των υπολογιστών κ.τ.λ. (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η μη αποτελεσματική-ελλιπής επικοινωνία, επηρεάζει τόσο την ψυχική όσο και την οργανική υγεία. Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη της αρρώστιας, στην πορεία και την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Σύμφωνα με την Παπαδάτου, όταν μιλάμε για «διαπροσωπικές σχέσεις» αναφερόμαστε στις «σχέσεις επικοινωνίας» μεταξύ ανθρώπων. Η επικοινωνία είναι το σημαντικότερο μέσον για την ανάπτυξη του ατόμου, και την κοινωνική επαφή. Μέσω της επικοινωνίας το άτομο μαθαίνει, εξελίσσεται κι έρχεται σε επαφή με τους άλλους ανθρώπους. Η επικοινωνία αποτελεί μια διαδικασία:

Ηθελημένη (σκόπιμη): Στη διαδικασία της επικοινωνίας μεταβιβάζεται από κάποιον ένα «μήνυμα» σε έναν άλλον με την πρόθεση να μεταβάλλει την συμπεριφορά του άλλου (ως προς αυτό που κάνει, που σκέφτεται κτλ.). Η πρόθεση για επηρεασμό είναι σχεδόν συνώνυμη με την πρόθεση για επικοινωνία.

Συναλλακτική: Στη διαδικασία της επικοινωνίας υπάρχει μία αμοιβαία επίδραση και μια αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα δύο μέρη που επικοινωνούν (το περιεχόμενο του μηνύματος που μεταβιβάζει ένα άτομο σε ένα άλλο και ο τρόπος που το παρουσιάζει, εξαρτώνται από την αντίληψη που έχει το άτομο για τον ίδιο τον εαυτό του, για τον άλλο, για την παρούσα κατάσταση και για την ενδεχόμενη συμπεριφορά του άλλου).

Συμβολική: Η επικοινωνία γίνεται μέσω συμβόλων. Σύμβολο είναι οτιδήποτε έχει συμβατικά υιοθετηθεί μέσα σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο για να αντιπροσωπεύσει ή να παραστήσει κάτι άλλο (σύμβολα είναι ο γραπτός και προφορικός λόγος, ορισμένες εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες, εμβλήματα κτλ.).

Η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας δημιουργεί ένα χάσμα στις διαπροσωπικές σχέσεις με αποτέλεσμα να δημιουργείται σύγχυση, δυσαρέσκεια, στρες, μοναξιά και αποξένωση. Η επικοινωνία αποτελεί έναν από τους σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αρρώστιας, στην πορεία της και στην αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η επικοινωνία στο χώρο της υγείας

Καθημερινά ο κάθε επαγγελματίας υγείας βρίσκεται σε επαφή και επικοινωνία με πολλά άτομα, τόσο στην προσωπική όσο και στην επαγγελματική του ζωή. Μέσα σε κάθε σχέση μεταφέρει άμεσα ή έμμεσα τις προσωπικές του αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις που έχει για τον εαυτό του, για τους άλλους και γενικότερα στη ζωή. Κι ενώ επηρεάζει, παράλληλα επηρεάζεται από τα άτομα με τα οποία επικοινωνεί. Για να διαμορφώσει μια σχέση αμοιβαίου σεβασμού και εμπιστοσύνης με τον ασθενή,

στα πλαίσια της οποίας θα αναπτυχθεί μια εποικοδομητική και αποτελεσματική επικοινωνία, είναι σημαντικό να έχουν προϋπάρξει τρεις σημαντικές διαδικασίες :

Μία *συνεχή διεργασία αυτογνωσίας* μέσα από την οποία η/ο επαγγελματίας υγείας συνειδητοποιεί τις αξίες, πεποιθήσεις, αντιλήψεις, στάσεις, προσδοκίες, συναισθήματα που μεταφέρει μέσα στην κάθε σχέση του με τον ασθενή και τους συγγενείς του, καθώς και τα κίνητρά που τον οδήγησαν στη επιλογή αυτού του επαγγέλματος. Η προσωπικότητά του επηρεάζει χωρίς αμφιβολία την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει.

Την *απόκτηση ψυχολογικών γνώσεων*, όσον αφορά στην κατανόηση της συμπεριφοράς του ασθενή, καθώς και στην αντιμετώπιση του κάτω από διαφορετικές συνθήκες (π.χ. σε κατάσταση ψυχολογικής κρίσης, όταν παρουσιάζει κάποιο χρόνιο νόσημα, όταν έχει δυσκολίες προσαρμογής στο νοσοκομείο ή παρουσιάζει φοβίες κτλ.)

Την *εκπαίδευση σε συγκεκριμένες ικανότητες και τεχνικές επικοινωνίας* που θα βοηθήσουν το προσωπικό υγείας να έχει μια εποικοδομητική επαφή με τον ασθενή επηρεάζοντας θετικά τη συνεργασία τους και παρέχοντάς του την κατάλληλη υποστήριξη όταν τη χρειάζεται. Από την άλλη, το ενδιαφέρον, η κατανόηση και η φιλικότητα μπορεί να μοιάζουν εκ πρώτης όψεως απλές διαδικασίες, στο βάθος όμως η αποτελεσματικότητά τους εξαρτάται από την ικανότητά του επαγγελματία να ασκεί μία από τις βασικότερες τεχνικές επικοινωνίας: την *Ενεργητική Ακρόαση* (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ενεργητική Ακρόαση

Συχνά το προσωπικό υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού» που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον άρρωστο. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις εμπειρίες και τις ανησυχίες του. Ακόμα και όταν το κάνει, γρήγορα περιορίζει την συζήτηση προσφέροντας συμβουλές, λύσεις, την προσωπική του άποψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου ή τη στάση που «πρέπει» να τηρήσει στα θέματα που τον απασχολούν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Από την άλλη όπως αναφέρει η Παπαδάτου, ένας ασθενής θα αξιολογήσει το πόσο ικανοποιητική και αποτελεσματική ήταν η επικοινωνία με το προσωπικό υγείας, η οποία όμως δεν εξαρτάται τόσο από την χρονική διάρκεια που του έχει αφιερωθεί αλλά και από την φιλική στάση, το ενδιαφέρον και την κατανόηση που θα δείξει για τις έγνοιες, τα συναισθήματα και τις σκέψεις του αρρώστου. Όλα τα παραπάνω

μπορεί να φαίνονται εκ πρώτης όψεως απλές διαδικασίες, στο βάθος όμως η αποτελεσματικότητα τους εξαρτάται από την ικανότητα του προσωπικού να ασκεί μια από τις βασικότερες τεχνικές επικοινωνίας, την ενεργητική ακρόαση (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Με τις ικανότητες Ενεργητικής Ακρόασης επιδιώκει να καταλάβει τον άλλον και να του δώσει την αίσθηση ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Δυστυχώς, υπάρχουν ελάχιστοι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τις ικανότητες ενεργητικής ακρόασης. Βέβαια, για να είναι κάποιος “καλός ακροατής” δεν αρκεί να ακούει μονάχα τι του λέει ο ασθενής του. Προϋποθέτει μια πολύπλοκη ψυχολογική διεργασία, στα πλαίσια της οποίας επιδιώκει να καταλάβει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής του ενώ παράλληλα μεταδίδει σε αυτόν την αίσθηση ότι τον ακούει και τον καταλαβαίνει (Καλαντζή-Αζίζι, 1999). Τι σημαίνει όμως «ακούω προσεκτικά;». Χρησιμοποιείται ο όρος «συμπεριφορά προσεκτικής παρακολούθησης» για να προσδιοριστεί συγκεκριμένα και να επεξεργαστεί ο όρος «ακούω προσεκτικά». Η συμπεριφορά της προσεκτικής παρακολούθησης είναι μία βασική και μάλλον απλή ικανότητα αλλά με πολλές ποικίλες και βαθιές σημασίες (Ivey et al., 1996).

Ο Carl Rogers (1961) ήταν εκείνος που πρώτος έδωσε τόσο μεγάλη έμφαση στην σπουδαιότητα της συμβουλευτικής σχέσης, ξεχωρίζοντας και τους σημαντικότερους παράγοντες που πρέπει να διαθέτει απαραίτητα ο σύμβουλος για να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1999), δηλαδή ήταν αυτός ο οποίος και δημιούργησε την προσωποκεντρική προσέγγιση, επικεντρώθηκε στα κατάλληλα γνωρίσματα που θα πρέπει να έχει ο επαγγελματίας ώστε να δημιουργήσει ένα δέσιμο εμπιστοσύνης με τον ασθενή του μέσα σε ένα θεραπευτικά ευχάριστο κλίμα. Έτσι λοιπόν χωρίζει τα γνωρίσματα στα εξής: (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999)

Την άνευ όρων αποδοχή του ατόμου. Αυτή εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον άρρωστο με όλες του τις ικανότητες, αδυναμίες, ή ανεπάρκειες χωρίς να θέτει όρους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Την ενσυναίσθηση ή μέθεξη (empathy). Ο όρος αυτός υποδηλώνει ότι ο θεραπευτής συμμερίζεται την συναισθηματική κατάσταση και τις εμπειρίες που έχει εκφράσει ο θεραπευμένος, συμμετέχει και συμπάσχει με τα συναισθήματά του. Η ενσυναίσθηση εκφράζει την προσπάθεια του θεραπευτή να ταυτιστεί με το πρόβλημα του θεραπευμένου και αντιστοιχεί σε αυτό που ο κόσμος λέει «μπήκε στο πετσί του ρόλου». Αυτό πρακτικά σημαίνει το να καταλαβαίνει το πρόβλημα του άλλου και να

του δείχνει έμπρακτα ότι βρίσκεται κοντά του (Καλαντζή-Αζίζι & συν., 1998), ενώ παράλληλα του μεταφέρει το μήνυμα ότι τον κατανοεί (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Πάντως είναι μία «δύσκολη», από πλευράς περιγραφής κι μελέτης, ψυχολογική έννοια, και αναφέρεται πρωτίστως στο βαθμό που ο θεραπευτής -προκειμένου για ψυχοθεραπεία- καταφέρνει να βιώσει, νοητικά και συναισθηματικά, τον κόσμο του θεραπευμένου, χωρίς βέβαια (ο θεραπευτής) να χάνει την αίσθηση της πραγματικότητας και των μεταξύ τους σχέσεων και επιδιώξεων (Παπακώστας, 1994).

Την αυθεντικότητα (congruence or genuineness). Η αυθεντικότητα προϋποθέτει τη «διαφάνεια» και «ειλικρίνεια» από την πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πως επηρεάζεται από τη σχέση με τον συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Η τρίτη αυτή συνιστώσα της συμβουλευτικής σχέσης, η πραγματική, η αληθινή σχέση, αναφέρεται στη γνησιότητα των συναισθημάτων και στη ρεαλιστική αντίληψη και ερμηνεία της συμπεριφοράς συμβούλου και συμβουλευόμενου. Η αληθινή αυτή σχέση επηρεάζει την εργασιακή συμμαχία, αφού όσο πιο δυνατή και θετική είναι η αληθινή σχέση μεταξύ συμβούλου και συμβουλευόμενου τόσο πιο βαθιά και ειλικρινής θα είναι η εργασιακή τους συμμαχία (Μαλικιώση, 1999).

Ο επαγγελματίας λοιπόν κατέχει μία θέση εξέχουσα ως προς την προσέγγιση του ασθενούς χωρίς αυτό να σημαίνει ότι έχει απόλυτα ενεργό συμβουλευτικό ρόλο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η ενεργητική ακρόαση χωρίζεται παρακάτω σε δύο δεξιότητες που ωθούν την επικοινωνία επαγγελματία – ασθενή.

Δεξιότητες πρόσκλησης και ενθάρρυνσης έκφρασης

Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να το ακούσει. Ο επαγγελματίας εκφράζει τις υποθέσεις και τη διαθεσιμότητά του τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά (μέσω της «σωματικής γλώσσας»).

A) Η λεκτική επικοινωνία: Στο λεκτικό επίπεδο οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας της υγείας του παρέχει τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να

εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999)

Οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν την ευκαιρία στο άτομο να οργανώσει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Σε αντίθεση, οι κλειστές ερωτήσεις προκαλούν τον άλλον να απαντήσει με μία ή δύο προκαθορισμένες λέξεις και με αυτόν τον τρόπο περιορίζουν την συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι πολύ χρήσιμες (π.χ. για την εντόπιση συγκεκριμένων πληροφοριών), αλλά όταν κυριαρχούν σ' αυτήν κλειστές ερωτήσεις, τότε το άτομο στερείται της δυνατότητας να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. (Καλαντζή-Αζίζι, 1999)

Οι ανοιχτές ερωτήσεις, όπως αναφέρουν οι Ehrlich et al (1979) και Ivey et al (1992), επιτρέπουν στον πελάτη να μιλήσει περισσότερο, να εκφράσει καλύτερα τα συναισθήματά του, να ερευνήσει σε βάθος τον εαυτό του. Συχνά αρχίζουν με τις λέξεις "τι", "πώς", "πόσο", "γιατί" ή "θα μπορούσατε".

π.χ. «Πώς αισθάνθηκες όταν έφυγε;»

Οι κλειστές ερωτήσεις αρχίζουν συνήθως με τις λέξεις "είναι", "νομίζεις", "θέλεις" κτλ.

π.χ. «Θέλεις να αδυνατίσεις;» (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999).

Τέσσερις μέθοδοι που συμβάλλουν στην αποφυγή της συνήθειας στο να γίνονται κλειστές ερωτήσεις είναι η ακόλουθη :

Πρώτον να αρχίζει η ερώτηση με "πώς" ή "τι" και μονάχα όταν είναι απαραίτητο με "γιατί". Το "γιατί" δημιουργεί σε μερικά άτομα μία αίσθηση ανάκρισης με αποτέλεσμα να υιοθετούν μία αμυντική στάση αντί να περιγράφουν τη συμπεριφορά τους.

π.χ. «Τι σας συνέβη ακριβώς;», «Πως νιώσατε εκείνη τη στιγμή;»

Δεύτερον, να ενθαρρύνεται το άτομο να εκφράσει τις σκέψεις που είχε σε μία δεδομένη στιγμή.

π.χ. «Αναρωτιέμαι τι σκεφτόσουν όσο συνέβαιναν όλα αυτά...»

Τρίτον, να χρησιμοποιούνται ατελείωτες φράσεις.

π.χ. «Εκείνη τη μέρα θύμωσες με τον γιατρό σου και αργότερα όταν τον είδες να έρχεται προς εσένα είπες στον εαυτό σου.....»

Τέταρτον, να περιγράφονται τα μη – λεκτικά μηνύματα που εκπέμπει το άτομο.

π.χ. «Το πρόσωπο σου λάμπει σήμερα.»

Ενθαρρυντικές Προτροπές κατά τη διάρκεια της συζήτησης οι οποίες είναι σύντομες, απλές, άμεσες και ενθαρρύνουν το άτομο να συνεχίσει να μιλά.

π.χ. «Ναι...», «Πείτε μου περισσότερα γι' αυτό», «Αλήθεια;»

Συνεχόμενες ερωτήσεις που παραμένουν και εμβαθύνουν ένα συγκεκριμένο θέμα χωρίς να αλλάζει η κατεύθυνση και η ροή της συζήτησης (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ο τρόπος με τον οποίο γίνονται οι ερωτήσεις είναι επίσης σημαντικός, καθώς υπάρχουν καλές και κακές ερωτήσεις για την πορεία της συμβουλευτικής. Γενικά, καλές θεωρούνται οι ανοιχτές ερωτήσεις που βοηθούν τον πελάτη να αποκτήσει ενόραση και να εμβαθύνει στη σκέψη του. Κακές θεωρούνται οι ερωτήσεις που στοχεύουν σε περιεχόμενο παρά σε συναίσθημα και οι οποίες ονομάζονται κλειστές ερωτήσεις και απαιτούν σύντομες απαντήσεις από τον πελάτη, του τύπου «Ναι» ή «Όχι» (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999). Παράλληλα όμως, σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως για παράδειγμα, για τον προσανατολισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Γενικός κανόνας πάντως, για το εάν μία ερώτηση θα θεωρηθεί ανοικτή ή κλειστή είναι το αν και πως συνδυάζεται με τον τόνο της φωνής, τη στάση του σώματος, την έκφραση του προσώπου. Αν υπάρχει ειλικρινές ενδιαφέρον από την πλευρά του συμβούλου, ο τρόπος που θα θέσει το ερώτημα δεν θα έχει και τόση σημασία στο αν ο πελάτης θα αισθανθεί την άνεση να εκφραστεί ελεύθερα. Επομένως, η ταξινόμηση των ερωτήσεων σε ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις από μόνη της δεν βοηθάει στη τη θεραπευτική σχέση, αν δε συνοδεύεται και από όλα τα άλλα στοιχεία που δείχνουν το ειλικρινές ενδιαφέρον του επαγγελματία υγείας (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999).

Τα χαρακτηριστικά των ερωτήσεων θα πρέπει να είναι η *απλότητα* και η *συντομία* για να μην μπερδεύεται ο ασθενής κατά την απάντησή τους. Σημαντική επίσης είναι και η *ουδετερότητα* του προσωπικού υγείας σε αυτά που λέει ο ασθενής, αποφεύγοντας σχόλια που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την έκβαση της συζήτησης, όπως σημαντική είναι και η *ενθάρρυνση* κατά την διάρκειά της με ενθαρρυντικές προτροπές.

Η αποδοχή της σιωπής: Κάποιος είχε πει κάποτε ότι η αρχή της σοφίας βρίσκεται στη σιωπή, που ακολουθείται από την ακρόαση. Η σιωπή τις περισσότερες φορές είναι θεραπευτική. Δίνει στον άλλον τη δυνατότητα να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Επίσης παρέχει στον ομιλητή τη δυνατότητα να καθορίσει το ρυθμό της συζήτησης. Συχνά η σιωπή φέρνει αμηχανία με αποτέλεσμα να

παρεμβαίνει ο ομιλητής με κάποια ερώτηση ή σχόλιο για να καλύψει το “κενό”. Έχει μεγάλη σημασία να μπορεί να δεχθεί αυτήν την σιωπή στη διάρκεια της οποίας δίνεται στον άλλον μη – λεκτικά το μήνυμα ότι είναι σεβαστή και παράλληλα εξακολουθεί να υπάρχει ενδιαφέρον για αυτόν. Άλλες φορές πάλι, η σιωπή εκφράζει τη διάθεση του συνομιλητή να μην συζητήσει μαζί μας, γεγονός που πολλές φορές δεν αναγνωρίζει ο επαγγελματίας υγείας (Καλαντζή-Αζίζι, 1999). Η απόδοση της σιωπής μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην απόκτηση εμπιστοσύνης και την αποδοχή διάφορων καταστάσεων που απασχολούν τον ασθενή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

B) Η μη λεκτική επικοινωνία: Σύμφωνα με την Παπαδάτου, το 85% της επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων γίνεται σε ένα μη – λεκτικό επίπεδο. Για αυτό και όταν θέλουμε να ακούσουμε και να επαναλάβουμε τι απασχολεί ένα άτομο πρέπει να είμαστε ευαισθητοποιημένοι στη σημασία και στο νόημα των έξω-γλωσσικών μηνυμάτων που εκπέμπουμε τόσο εμείς όσο και οι άλλοι στο περιβάλλον μας (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η επαφή με τα μάτια: Τα μάτια ίσως το πιο ισχυρό μη λεκτικό μέσο επικοινωνίας. Δίνει και παράλληλα προσλαμβάνει πληροφορίες. Κατά τη διάρκεια μίας συνομιλίας τα άτομα κοιτάζουν περιοδικά το ένα το άλλο στην περιοχή των ματιών. Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «βλέμμα» ή «κοίταγμα του άλλου». Όταν όμως γίνεται ταυτόχρονα και από τους δύο, τότε η διαδικασία ονομάζεται «αμοιβαίο βλέμμα» ή «επαφή των ματιών». Βέβαια, το «επίπεδο άνεσης» που αναπτύσσεται από την επαφή των ματιών διαφέρει από άτομο σε άτομο και από τη μία κατάσταση στην άλλη. Γενικά, η επαφή των ματιών είναι μεγαλύτερη όσο η σχέση εξελίσσεται και η εμπιστοσύνη μεταξύ των δύο ατόμων αυξάνει. Συνήθως το αμοιβαίο βλέμμα κυμαίνεται μεταξύ 25% - 75% της χρονικής διάρκειας μιας συνομιλίας. Εάν το θέμα της συζήτησης είναι συναισθηματικά δύσκολο ή επώδυνο, τα άτομα κοιτάζονται λιγότερο. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι το θέμα έχει πολλές λειτουργίες και χρησιμοποιείται για την απόκτηση πληροφοριών όσον αφορά τις αντιδράσεις του άλλου σε όσα ακούει (συνήθως συλλέγει μη λεκτικές πληροφορίες), για τη μετάδοση πληροφοριών (π.χ. λειτουργεί ως ενισχυτής σε ότι λέει ο άλλος) και για τη ρύθμιση της ομιλίας (π.χ. ένα άτομο δίνει το μήνυμα με το βλέμμα ότι θέλει να αρχίσει ή να ολοκληρώσει τη συνομιλία).

Παρόλο που το βλέμμα έχει θετικές επιπτώσεις στην επικοινωνία (όταν συνοδεύεται από κάποιο σωματικό πλησίασμα, ένα τόνο φωνής που εκφράζει

ενδιαφέρον κτλ.), μερικές φορές όμως μπορεί να έχει αρνητικά αποτελέσματα και να φέρει δύο άτομα σε αμηχανία όταν γίνει υπερβολική χρήση και οι αμοιβαίες ματιές διαρκούν πολύ. Σε γενικές γραμμές, το επίπεδο άνεσης στην επαφή με τα μάτια εξαρτάται από την τάση να προσέγγισης και την τάση φυγής που αναπτύσσονται μεταξύ δυο ατόμων. Υπάρχουν άτομα που συστηματικά αποφεύγουν το αμοιβαίο βλέμμα από φόβο μην βρεθούν αντιμέτωπα με τα συναισθήματα που προκαλεί η προσέγγιση και στενή σχέση που καλλιεργείται από τον άλλον. Στα πλαίσια μία υποστηρικτικής σχέσης ο επαγγελματίας υγείας που ασκεί ενεργητική ακρόαση επικεντρώνει το βλέμμα του στο συνομιλητή δείχνοντας του ότι ενδιαφέρεται γι' αυτόν.

Κινήσεις του σώματος και χειρονομίες: Όταν μιλάμε κινούμε παράλληλα τα χέρια μας, το σώμα μας και το κεφάλι μας. Αυτές οι κινήσεις είναι στενά συνδεδεμένες με το λόγο και ενισχύουν αυτά που λέμε ή αντίθετα δίνουν αντιφατικά μηνύματα με το περιεχόμενο της ομιλίας μας. Σε γενικές γραμμές θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι κινήσεις του σώματος συνήθως εκδηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή μία τάση αποφυγής σε σχέση με το συνομιλητή μας. Για παράδειγμα, το γνέσιμο του κεφαλιού, η κλίση του σώματός μας προς τα μπρός εκφράζουν ενδιαφέρον και πλησίασμα προς τον άλλον, καλλιεργώντας μία θετική σχέση μαζί του. Επίσης οι χειρονομίες μας εκδηλώνουν τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρισκόμαστε μία δεδομένη στιγμή. Για παράδειγμα, όταν σφίγγουμε τις γροθιές μας, ή όταν πιάνουμε με τα δύο χέρια το πρόσωπο μας, ή όταν χτυπάμε νευρικά το πόδι μας στο πάτωμα κτλ, εκφράζουμε μη λεκτικά αυτό που νιώθουμε.

Στάση του σώματος: Παρακάτω παρουσιάζονται μερικές στάσεις σώματος που έχουν σαφή σημασία καθώς περιγράφουν την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο. Η στάση του σώματος εκφράζει βασικά πόσο σφιγμένο ή πόσο χαλαρό είναι το συγκεκριμένο άτομο. Στα πλαίσια μιας υποστηρικτικής σχέσης η άνεση στη στάση του σώματος εκδηλώνει δύναμη και σιγουριά.

Απόσταση – Θέση μέσα στο χώρο: Η απόσταση που χωρίζει δύο άτομα μέσα στο χώρο επηρεάζει την αντίληψη που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλον. Η άνεση στην απόσταση που τους χωρίζει ποικίλει από πολιτισμό σε πολιτισμό. Για παράδειγμα, οι Έλληνες έρχονται πιο κοντά ο ένας με τον άλλον από τους Αγγλοσάξονες. Επίσης ο προσανατολισμός και η θέση ενός ατόμου μέσα στο χώρο εκφράζει κάποιο μήνυμα σχετικά με τη σχέση που επιδιώκει να αναπτύξει με τον συνομιλητή του. Εξίσου σημαντικό είναι πως το άτομο χειρίζεται συμβολικά στο

χώρο. Για παράδειγμα όταν η πρόθεση του επαγγελματία υγείας είναι να ακούσει τον άρρωστο, είναι απαραίτητο να κάθεται κοντά του, απέναντι και στο ίδιο επίπεδο μαζί του (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Βάδισμα, άγγιγμα και εκφράσεις του προσώπου: Το βάδισμα παίζει μεγάλο ρόλο καθώς μεταφέρουν αρκετά μηνύματα όπως: Θετική και αρνητική αύρα, τάση προσέγγισης ή αποφυγής, κούραση, κατάθλιψη, θυμό και διάφορα άλλα συναισθήματα. Επίσης το άγγιγμα όπου δείχνει την διαφορετική προσωπική προσέγγιση για κάθε άτομο ξεχωριστά και θεωρείται ένας από τους πιο αποτελεσματικούς και σημαντικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων. Το βάδισμα από την άλλη μπορεί να υποδηλώνει αν είναι ζωηρό – ευεξία, ενώ αν είναι αργό και συρτό θλίψη και αποθάρρυνση. Τέλος οι εκφράσεις του προσώπου παίζουν κι αυτές σημαντικό ρόλο καθώς υποδηλώνουν συναισθήματα όπως περιφρόνηση, χαρά, καχυποψία, περιέργεια, φόβο κτλ. . Ένα πράγμα που θα πρέπει να σημειωθεί είναι ότι άλλα άτομα έχουν πολύ εκφραστικότητα στο πρόσωπο με αποτέλεσμα τη δυσκολία της κατανόησης των συναισθημάτων. Επιπλέον η εκφραστικότητα του προσωπικού θα πρέπει να αυτοελέγχεται καθώς έχει άμεσο αντίκτυπο στον ψυχισμό του άρρωστου ατόμου (Πάντας & Γκατζέλης, 2007).

Φωνητικό ύφος: Αλλαγές στο ρυθμό της ομιλίας, στην ένταση και στον τόνο συχνά υποδηλώνουν ενδιαφέρον ή αδιαφορία. Δισταγμοί ή κομπιάσματα στην ομιλία συμβαίνουν συχνά σε σημεία έντασης.

Λεκτική ακολουθία: Στη λεκτική ακολουθία ο επαγγελματίας υγείας δέχεται τα όσα λέει ο ασθενής και στη συνέχεια δίνει απαντήσεις με φυσικό τρόπο. Ότι απόψεις που έχει να παραθέσει ο επαγγελματίας πρέπει να κατευθυνθούν σε αυτά που μόλις είπε ο ασθενής ή σε αυτά που είπε προηγουμένως , χωρίς να χρειάζεται ο επαγγελματίας να εισάγει ένα νέο θέμα για συζήτηση... απλά και μόνο να σταθεί σε ότι έχει ήδη ειπωθεί. Με άλλα λόγια, στη λεκτική ακολουθία, δεν πρέπει να γίνεται μεταπήδηση σε άλλα θέματα.

Δεξιότητες παροχής αίσθησης κατανόησης και αποδοχής

Κατά την διάρκεια ενός διαλόγου μεταξύ ασθενή – επαγγελματία, όπου ο άρρωστος διηγείται τις εμπειρίες του, ενός διαλόγου όπου ο ασθενής εκφράζει τις εμπειρίες του στον επαγγελματία η καλή διάθεση και η κατανόηση των όσων λέει ο ασθενής δεν αρκούν. Καταλυτικό παράγοντα διαδραματίζει και η αποστολή του

μηνύματος στον ασθενή ότι έχει γίνει ο ίδιος κατανοητός και αποδεκτός (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι τρόποι που πραγματοποιούν αυτό το στόχο είναι πέντε:

Η Επανάληψη : Ο επαγγελματίας υγείας επαναλαμβάνει μια λέξη ή μέρος από τα λεγόμενα του ασθενή που εκφράζουν την συναισθηματική φόρτιση της στιγμής.

Ασθενής: «Έχω φοβερό άγχος και αγωνία για την αυριανή εγχείρηση. Ξέρετε, μου είναι αδύνατο να κοιμηθώ. Μόλις σβήσω το φώς, αυτές οι τρομοκρατικές σκέψεις με κρατούν ξάγρυπνη.»

Επαγγελματίας: «...αυτές οι τρομοκρατικές σκέψεις...»

Η τεχνική της επανάληψης πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ σπάνια και με στόχο να τονίσει μερικά σημεία από την ομιλία του ατόμου ή προκειμένου να ενθαρρύνει τη συνέχιση της συζήτησης προς μια συγκεκριμένη κατεύθυνση. Όταν όμως χρησιμοποιείται συστηματικά, εμποδίζει και περιορίζει την πορεία της συζήτησης. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η Παράφραση : Η παράφραση είναι μια παραλλαγή συμπεριφοράς προσεκτικής παρακολούθησης στην οποία ο επαγγελματίας υγείας συγκεντρώνει την προσοχή του στο αντικειμενικό προφορικό περιεχόμενο, συγχρόνως όμως, προσφέρει περισσότερες κατευθύνσεις και διευκρινίζει τα θέματα. Με αυτή την έννοια, η παράφραση συνεπάγεται την πιο ενεργή συμμετοχή του επαγγελματία υγείας στην συζήτηση. Στα πλαίσια μίας συζήτησης ο συνομιλητής (επαγγελματίας) συνοψίζει τα όσο ειπώθηκαν περιληπτικά, εκφράζοντάς τα με το πώς αυτός τα αντιλήφθηκε. Αυτός ο τρόπος ευνοεί τη συζήτηση καθώς ο ασθενής μπορεί να παρέμβει, διορθώνοντας τον επαγγελματία αν νομίζει ότι αυτός έχει καταλάβει κάτι λάθος επαναφέροντας τον στο ίδιο επίπεδο διαλόγου. Εάν η προσπάθεια παράφρασης απέχει πολύ από την εμπειρία ή τα λόγια του ασθενή, τότε μετατρέπεται ή σε ερμηνεία ή σε παραποίηση (Ivey et al., 1996).

Η Αντανάκλαση συναισθήματος : Οι απαντήσεις που δίνονται με την αντανάκλαση του συναισθήματος αναφέρονται στα συναισθήματα που εκφράζει το άτομο λεκτικά ή μη-λεκτικά. Όταν χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική, λειτουργεί σαν ένας καθρέφτης όπου ο άλλος βλέπει πιο ξεκάθαρα τα βαθύτερα συναισθήματα του. Με λίγα λόγια ο επαγγελματίας μεταβαίνει στον ψυχικό του κόσμο και μεταφέρει αυτό που συνειδητοποιεί ότι νιώθει. Με αυτόν τον τρόπο ενθαρρύνεται να μιλήσει ελεύθερα και ανοιχτά. Για παράδειγμα :

Ασθενής: «Άλλη φορά όταν χτυπάω το κουδούνι να έρχεστε πιο γρήγορα.... Μπορεί να μου συμβεί κάτι σοβαρό!»

Επαγγελματίας: «Μοιάζει να νιώθετε φόβο και ανησυχία μήπως μείνετε αβοήθητος αν σας συμβεί κάτι σοβαρό.» (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Σκοπός της τεχνικής της αντανάκλασης του συναισθήματος είναι να φέρει στην επιφάνεια αυτά τα συναισθήματα που εκφράζονται άμεσα ή έμμεσα (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Αντανάκλαση νοήματος: Όταν ο επαγγελματίας είναι σε θέση να χρησιμοποιεί τόσο τη τεχνική της παράφρασης όσο και της αντανάκλασης του συναισθήματος μπορούν να συμπεριληφθούν σε ένα μήνυμα που στην ουσία μεταφέρει το βαθύτερο νόημα όλων όσων εκφράζει ο ασθενής. Σε αυτήν την περίπτωση η απάντηση του επαγγελματία έχει περίπου την ακόλουθη δομή :

«Όταν (συμβαίνει αυτό το γεγονός...)νιώθεις.....γιατί.....»

Στην ουσία οι εκφράσεις που χρησιμοποιούνται μεταφέρουν στον άλλον μια συνολική εικόνα σχετικά με το πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνει τη συγκεκριμένη εμπειρία. Συνήθως αυτή η τεχνική χρησιμοποιείται όταν η συζήτηση με τον ασθενή έχει προχωρήσει και ο επαγγελματίας είναι σε θέση να έχει μια γενική εικόνα του θέματος ή του προβλήματος που εκφράζει (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Σύνοψη του περιεχομένου της συζήτησης: Η Παπαδάτου αναφέρει ότι, συνήθως στο τέλος της συζήτησης, είναι βοηθητικό να χρησιμοποιούνται ορισμένες προτάσεις μέσα από τις οποίες εκφράζονται με συντομία τα κυριότερα θέματα ή τα κυριότερα συναισθήματα που συζητήθηκαν και απασχόλησαν το άτομο. Με αυτόν τον τρόπο παρέχεται η δυνατότητα του να έχει μία οργανωμένη εικόνα των όσων συζητήθηκαν. Αυτή η διαδικασία της σύνοψης του περιεχομένου της συζήτησης είναι αποτελεσματική όταν πρώτον οργανώνει σε σύνολο τα σημαντικά σημεία που έθιξε ο ομιλητής και δεύτερον επιλέγει τις πληροφορίες εκείνες που αναφέρθηκαν στη συζήτηση και οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να καταλάβει καλύτερα το πρόβλημα που το απασχολεί. Η διαδικασία της σύνοψης δεν περιλαμβάνει νέες ιδέες, αλλά οργανώνει το περιεχόμενο σε ένα σύνολο με νόημα. Έτσι λοιπόν, δίνεται η ευκαιρία στο άτομο να αποκτήσει μια σφαιρική εικόνα της κατάστασης που το αφορά και στη συνέχεια μπορεί να επιλέξει να επεξεργαστεί ή να εμβαθύνει μερικά από τα θέματα που συζητήθηκαν (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Μη εποικοδομητικοί τρόποι επικοινωνίας

Σύμφωνα με την Satir (1989) υπάρχουν τέσσερις κοινοί τρόποι επικοινωνίας οι οποίοι χρησιμοποιούνται από όλους ειδικά σε περιπτώσεις έντονου άγχους και όταν έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση:

Κριτικός-Κατηγορικός τρόπος επικοινωνίας (η επικοινωνία βασίζεται στην κριτική και την κατηγορία). Ο χρήστης αυτού του τρόπου έχει δυνατή, στεγνή και σκληρή φωνή και τονίζει τις λέξεις στο λόγο του δίνοντας περισσότερη έμφαση σε κάποιες από αυτές. Οι μυς του είναι σφιγμένοι και έχει αυξημένη πίεση. Συμπεριφέρεται σαν να είναι ανώτερος, κατηγορεί και επικρίνει τον άλλο, ενώ ταυτόχρονα διαφωνεί και η συμπεριφορά του γίνεται τυρρανική. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο νιώθει ότι είναι αποτυχημένο, ασήμαντο και μόνο του και ότι αξίζει μόνο όταν υπάρχει υποταγή από τους άλλους στο πρόσωπο του. Πιστεύει ότι αν πάψει να φωνάζει οι άλλοι δε θα τον προσέχουν και δε θα δίνουν σημασία στη γνώμη του. Για παράδειγμα, « Δεν υπάρχει τίποτα που να κάνεις σωστά.» (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Απολογητικός-Ικετευτικός και υποχωρητικός τρόπος επικοινωνίας. Ο χρήστης αυτού του τρόπου συμφωνεί με όσα οι άλλοι λένε και υποχωρεί στις απαιτήσεις τους. Είναι υπερβολικά καλό και εξυπηρετικό προς τους άλλους, πρόθυμο να τους ικανοποιήσει και λέει όσα θα τους ευχαριστούσαν. Νιώθει ότι είναι υπεύθυνο για οτιδήποτε δεν πάει καλά και απολογείται συνεχώς. Αγνοεί τις δικές του ανάγκες και θυσιάζεται για τους άλλους. Παρεμβαίνει στις διαφωνίες ώστε να επιφέρει μια κατάσταση ηρεμίας και ειρήνης και υποχωρεί στις διάφορες συγκρούσεις. Αυτό το άτομο νιώθει ότι αν δεν υποχωρεί μπρος στους άλλους και παραμερίζοντας τις δικές του επιθυμίες δεν θα το αποδέχονται και δε θα το αγαπούν. Νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα χωρίς αυτήν την αποδοχή. Η φωνή του είναι αδύναμη και το σώμα του εκπέμπει το μήνυμα ότι είναι ανήμπορο και χωρίς βοήθεια (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Υπερλογικός τρόπος επικοινωνίας. Το άτομο αυτό είναι υπερβολικά λογικό και εξηγεί με λογικά επιχειρήματα, εξηγήσεις και θεωρίες μια κατάσταση προσπαθώντας έτσι να δείξει ότι κατέχει τον έλεγχο της κατάστασης. Χρησιμοποιεί εντυπωσιακές και πομπώδεις χωρίς ουσία λέξεις, η φωνή του είναι μονότονη και στεγνή και το σώμα του παραμένει άκαμπτο. Γνωρίζει το σωστό και το λάθος και παραμένει ήρεμο και ψύχραιμο χωρίς εκδήλωση συναισθημάτων. Το άτομο αυτό νιώθει πολύ ευάλωτο και ότι πιστεύει ότι αν φανούν οι αδυναμίες του οι άλλοι είτε θα τον εκμεταλλευτούν είτε θα τον απορρίψουν. Έτσι θεωρεί ότι πρέπει να δείχνει σοφός και έξυπνος προκειμένου να τον δεχτούν (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ανάρμοστος τρόπος επικοινωνίας. Το άτομο σε μια δύσκολη στιγμή κάνει κάτι ανάρμοστο για να στρέψει την προσοχή αλλού και να αγνοηθεί μια κατάσταση. Κινείται συνέχεια και κάνει τον αδιάφορο μ' αυτά που συμβαίνουν γύρω του, λέει άσχετα πράγματα σε σχέση μ' αυτά που λέει ο άλλος, δεν απαντά με συγκεκριμένο τρόπο όταν τον ρωτούν κάτι και υπάρχει περίπτωση να υιοθετήσει το ρόλο του γελωτοποιού για να γίνει ανεκτός από το περιβάλλον. Η φωνή του είναι τραγουδιστή και η ένταση της αυξομειώνεται χωρίς προφανή λόγο. Το σώμα του είναι ανήσυχο και κινείται συνεχώς προς όλες τις κατευθύνσεις. Το άτομο αυτό νιώθει μόνο του και αγνοημένο από τους άλλους, νιώθει ότι δεν αξίζει και κανείς δε νοιάζεται γι' αυτό. Έτσι προσπαθεί να τραβήξει την προσοχή με οποιοδήποτε τρόπο ακόμη και αν αναγκαστεί να φτάσει στα άκρα (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η Satir (1989) λέει ότι λίγο πολύ όλοι χρησιμοποιούμε κάποιους από αυτούς τους τρόπους επικοινωνίας. Οι συνηθέστερα χρησιμοποιούμενοι είναι οι δύο πρώτοι. Λίγοι είναι αυτοί όμως που είναι μόνιμα επιθετικοί ή υποχωρητικοί, οι περισσότεροι είναι μόνο όταν βρίσκονται σε κατάσταση άγχους ή νιώθουν απειλή της αυτοεκτίμησής τους (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Φραγμοί επικοινωνίας

Σύμφωνα με την Παπαδάτου η αποτελεσματικότητα στην επικοινωνία με το περιβάλλον δεν είναι πάντα εφικτή, καθώς συχνά συναντούνται δυσκολίες. Το βασικό αίτιο αυτών των δυσκολιών είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας, στην επικοινωνία με τους άλλους, οι οποίοι πηγάζουν από προσωπικές ασυνείδητες ανάγκες που μεταφέρονται και έχουν αρνητικό επηρεασμό. Άλλωστε πολύ συχνά κάποιος επιδιώκει να φανεί σωστός ή γνώστης σε κάτι, να δείξει ότι έχει δίκιο ή να βοηθήσει συμβουλευόντας κ.α. (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Όπως αναφέρει η Παπαδάτου οι φραγμοί πηγάζουν από προσωπικές προσδοκίες, αντιλήψεις και πεποιθήσεις που έχει κανείς για τον εαυτό του, τη ζωή, τους άλλους, οι οποίες επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις σχέσεις που διαμορφώνονται με το περιβάλλον. Αυτές οι πεποιθήσεις και προσδοκίες έχουν τη βάση τους σε κάποιους απόλυτους κανόνες σχετικά με το πώς πρέπει και το πώς δεν πρέπει να συμπεριφέρεται και να σκέφτεται κανείς, τι είναι σωστό και τι λάθος. Αυτοί οι κανόνες αποκτούνται στην παιδική ηλικία και χρησιμοποιούνται στην διάρκεια της ζωής για να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά του ίδιου του εαυτού αλλά και των άλλων. Οι κανόνες απαιτούν απόλυτη υπακοή με αποτέλεσμα να νιώθει κάποιος

ενοχές, θυμό και απογοήτευση όταν δεν τους ακολουθεί ή όταν κάποιος άλλος δεν συμπεριφέρεται σύμφωνα με αυτούς (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Σύμφωνα με τους Ellis & Harper (1975) υπάρχουν δώδεκα τέτοιοι κανόνες στους οποίους στηρίζονται οι πεποιθήσεις, προσδοκίες και αντιλήψεις που μπορεί να δυσκολέψουν τις σχέσεις με το περιβάλλον:

«Τα πράγματα πρέπει να έρχονται όπως εγώ ορίζω, διαφορετικά θα είναι τρομερό και καταστροφικό». «Πρέπει κανείς να είναι ανήσυχος ή στεναχωρημένος όταν αντιμετωπίζει δύσκολες καταστάσεις». «Οι παιδικές μου εμπειρίες με ελέγχουν και καθορίζουν τη συμπεριφορά και τα συναισθήματα μου». «Πρέπει να έχω το δικαίωμα εξάρτησης από τους άλλους και εκείνοι πρέπει να είναι ευχαριστημένοι που με φροντίζουν». «Ο κόσμος πρέπει να είναι πάντα τίμιος και το δίκιο πρέπει πάντα να θριαμβεύει». «Πρέπει να είμαι ικανός και επιδέξιος με ότι ασχολούμαι». «Πρέπει να αποφεύγω τις ευθύνες και τις δυσκολίες της ζωής αντί να τις αντιμετωπίζω». «Κάποιοι άνθρωποι είναι πονηροί, κακοί και ανέντιμοι και πρέπει να τιμωρούνται γι'αυτό». «Υπάρχει πάντα μια σωστή και κατάλληλη λύση για κάθε πρόβλημα και θα είναι καταστροφικό και οδυνηρό αν δε βρεθεί». «Πρέπει πάντα να είμαι αποδεκτός και αγαπητός από τους άλλους». «Η δυστυχία οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες και έτσι πρέπει να ελέγχω τους γύρω μου και τις καταστάσεις που με αφορούν». «Πρέπει να στεναχωριέμαι για τα δικά μου αλλά και για των άλλων τα προβλήματα και για την άσχημη συμπεριφορά» (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Σύμφωνα με τους Lauver & Harvey (1995) η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματία υγείας και αρρώστου μπορεί να δυσκολευτεί από τους φραγμούς επικοινωνίας, τους οποίους χρησιμοποιεί συνήθως ο πρώτος. Μπορεί για παράδειγμα να έχει συνηθίσει να παίζει το ρόλο του σύμβουλου, σωτήρα ή δασκάλου, καθοδηγώντας, κρίνοντας και ηθικολογώντας τον άλλον. Έτσι από ακροατής μετατρέπεται σε ομιλητής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Συχνά ο επαγγελματίας υγείας υποστηρίζει η Παπαδάτου μπορεί να κατευθύνει τη συζήτηση ώστε να ικανοποιηθούν οι δικές του προσωπικές ανάγκες. Έτσι χάνει την προσοχή του και δεν καταλαβαίνει όσα εκφράζει ο ασθενής (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Παρακάτω, σύμφωνα με τους Lauver & Harvey (1995) και Gordon (1970), γίνεται μια κατηγοριοποίηση των φραγμών επικοινωνίας:

Κήρυγμα, Ηθικολογία: Η τάση να λέγεται στον ασθενή πως πρέπει να σκέφτεται, να νιώθει και να συμπεριφέρεται. Για παράδειγμα, «Ένας καλός ασθενής δεν είναι

σωστό να κάνει τόσες ερωτήσεις, δυσκολεύει τη δουλεία μας.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995), (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Συμβουλή: Το να δίνονται συμβουλές, οδηγίες και πιθανές λύσεις στα προβλήματα του ασθενή σύμφωνα με τη γνώμη των άλλων. Ο ασθενής νιώθει ότι δεν έχει τον έλεγχο της κατάστασης του ο ίδιος. Για παράδειγμα, «Εάν ήμουν στη θέση σας θα συνέχιζα τη θεραπεία.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Κριτική: Το να αξιολογείται και να κρίνεται αρνητικά ο άρρωστος και να του προσάπτονται χαρακτηρισμοί και «ταμπέλες». Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται ο άρρωστος και να εμποδίζεται η αποδοχή του. Απόκτα μ' αυτό τον τρόπο αμυντική και επιθετική στάση. Για παράδειγμα, « Είστε πολύ δύσκολος και απαιτητικός ασθενής.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Προσταγή, Καθοδήγηση: Η τάση να προστάζει και να ορίζει τη συμπεριφορά του αρρώστου. Ο άρρωστος νιώθει ότι δεν ορίζει αυτός την κατάσταση και δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες. Για παράδειγμα, «Σου είπα να πάρεις το φάρμακο σου τώρα.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Απειλή, Προειδοποίηση: Η τάση για απειλή με σκοπό τον έλεγχο της συμπεριφοράς του αρρώστου. Αυτό δυσχεραίνει τη συνεργασία. Για παράδειγμα, «Να ακολουθείς τις οδηγίες του γιατρού αλλιώς δε θα ξανασχοληθεί μαζί σου.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Εκλογίκευση: Να ερμηνεύεται μια κατάσταση χρησιμοποιώντας λογικά επιχειρήματα και αγνοώντας τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του αρρώστου ο οποίος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση. Αυτός ο τρόπος όμως αντί να διευκολύνει την επικοινωνία την εμποδίζει. Για παράδειγμα, « Σύνελθε και δεξ τη λογική πλευρά των πραγμάτων.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Εφησυχασμός, Παρηγοριά: Η τάση να παρηγορείται και να καθησυχάζεται ο άρρωστος για να μην νιώθει τα άσχημα συναισθήματα που τον απασχολούν. Έτσι δεν αναγνωρίζονται οι ουσιαστικές και βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του. Για παράδειγμα, «Μην ανησυχείς, όλα θα πάνε καλά.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ερμηνεία, Διάγνωση: Η τάση να δίνονται ψυχολογικές ερμηνείες στη συμπεριφορά του αρρώστου. Για παράδειγμα, «Θέλεις να ασχολούμαι συνεχώς μαζί

σου γιατί είσαι εγωκεντρική προσωπικότητα.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Επαινος, Επιβράβευση: Η τάση να αξιολογείται και να επαινείται ο ασθενής συνδέοντας την αξία του με τα επιτεύγματα του. Για παράδειγμα, «Είμαι περήφανος για σένα, που κατάφερες να σηκωθείς από το κρεβάτι. Μπράβο!» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Αποφυγή, Αγνόηση: Το να γίνεται αλλαγή στο θέμα της συζήτησης ή αποπροσανατολισμός μέσω ερωτήσεων, όταν υπάρχει αμηχανία σε σχέση με αυτά που εκφράζει ο άρρωστος ή όταν δε μπορεί να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου. Ακόμη όταν αυτά που εκφράζει ο άρρωστος αγγίζουν άλυτα προβλήματα του συνομιλητή μπορεί πολλές φορές ο δεύτερος να στρέψει την προσοχή πάνω του. Για παράδειγμα, «Το δικό σου πρόβλημα είναι ασήμαντο μπροστά στο δικό μου, Ακου να δεις τι έγινε...» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Γελοιοποίηση, Σαρκασμός: Το να διακωμωδείται μια κατάσταση ώστε να μη φανεί το άγχος που προκαλεί με αποτέλεσμα να μειώνεται ο άλλος. Για παράδειγμα, « Σιγά το δύσκολο, πνίγεσαι σε μια κουταλιά νερό.» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Αλλεπάλληλες ερωτήσεις: Δίνεται η αίσθηση στον ασθενή ότι ανακρίνεται και ελέγχεται και εμποδίζεται η ελεύθερη έκφραση του. Λανθασμένα πιστεύεται ότι οι πολλές ερωτήσεις θα εξάγουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για να κατανοηθεί καλύτερα ο ασθενής (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ακόμη και οι κλειστές ερωτήσεις σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να λειτουργήσουν ως φραγμοί. Οι κλειστές ερωτήσεις καθοδηγούν τον άλλο να μιλήσει για συγκεκριμένο θέμα. Σκεφτόμενος ο ομιλητής (επαγγελματίας υγείας) για την επόμενη συγκεκριμένη κλειστή ερώτηση υπάρχει περίπτωση να μην προσέχει τι του λέει ο άρρωστος. Αυτό δείχνει έλλειψη ενδιαφέροντος και προσβάλλει τον άλλο. Επιπλέον η χρήση του ερωτηματικού «γιατί» μπορεί να κάνει τον άλλο να νιώθει ότι είναι στο στόχαστρο (Ivey et al, 1996). Την επικοινωνία επίσης δυσκολεύει όπως αναφέρει ο Sarafino (1999) η χρήση ιατρικής ορολογίας. Η χρήση της γίνεται γιατί πιστεύεται ότι είναι στα πλαίσια του επαγγέλματος και δίνει κύρος σ' αυτό (Καραδήμας, 2005).

Όπως αναφέρουν οι Roter & Ewart (1992), εκτός από τον επαγγελματία υγείας η επικοινωνία μπορεί να εμποδιστεί και από τον ασθενή, αφού υπάρχει περίπτωση να αδυναμεί να περιγράψει με σαφήνεια τα συμπτώματα του λόγω ηλικίας, επιπέδου μόρφωσης και άλλων. Η έλλειψη στο να συμπίπτουν οι πεποιθήσεις και οι στόχοι των ασθενών με αυτούς των επαγγελματιών υγείας προκαλεί δυσκολία στην επικοινωνία λέει ο Sarafino (1999) (Καραδήμας, 2005).

Ρόλο έτσι δεν παίζει μόνο η προσέγγιση του επαγγελματία αλλά και τα γνωρίσματα του κάθε ασθενή. Ο ασθενής έχοντας ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, βρίσκεται σε μία κατάσταση σύγχυσης επηρεασμένος από διάφορους παράγοντες, όπως η ενημέρωση ή όχι σε ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του, τις υποθέσεις που κάνει γι' αυτήν και την γνώμη που έχει για τον χώρο που νοσηλεύεται. Επιπλέον ο ασθενής κατά την νοσηλεία του, έχοντας απομακρυνθεί από το οτιδήποτε αυτός θεωρεί καθημερινότητα του, δημιουργεί μια συναισθηματική αναταραχή.

Σύμφωνα λοιπόν με τις παραπάνω καταστάσεις ο ασθενής έχει κάποιες προσδοκίες ως προς την ανάρρωση του. Αυτές αφορούν την ενημέρωση και την κατανόηση σε ότι αφορά το πρόβλημα του, όπως και το να μιλήσει και να νιώσει ότι τον κατανοούν. Ο επαγγελματίας από την άλλη πρέπει να αντιμετωπίσει και την ασθένεια και τον ασθενή. Σαφώς οι απαιτήσεις του ασθενή ως προς τον ρόλο που πρέπει να παίξει ο επαγγελματίας είναι δύσκολο να καλυφτούν, όμως ακόμα κι έτσι ο ασθενής συνεχίζει να έχει την ίδια αντίληψη και γι' αυτό συχνά απογοητεύεται και δεν ικανοποιείται πλήρως.

Η συμπεριφορά ενός ασθενή επηρεάζεται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά. Τα ατομικά αυτά χαρακτηριστικά χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες και αφορούν την συμπεριφορά σε συνθήκες ασθένειας:

Εστία Ελέγχου: Οι ασθενείς αλλά και σε γενικότερο επίπεδο οι άνθρωποι προσπαθούν να αποδώσουν αυτό που τους συμβαίνει είτε σε εξωτερικούς παράγοντες (εξωτερική εστία ελέγχου) είτε σε εσωτερικούς παράγοντες (εσωτερική εστία ελέγχου). Για παράδειγμα κάποιος που έχει πάθει έμφραγμα ως εσωτερικό παράγοντα θεωρεί την διατροφή και το κάπνισμα, ενώ ως εξωτερικό παράγοντα την μοίρα του. Αυτή η αντίληψη θα καθορίσει τον βαθμό συνεργασίας του με την ιατρική αγωγή και την συμβολή του ίδιου στην ανάρρωσή του (Παναγοπούλου & Μπένος, 2003).

Στρατηγικές Αντιμετώπισης: Εδώ γίνεται αναφορά στην υιοθέτηση στρατηγικών προσέγγισης (approach coping) όπως είναι οι προσπάθειες αλλαγής, βελτίωσης και χειραγώγησης μίας κατάστασης. Ωστόσο υπάρχουν και οι στρατηγικές αποφυγής

(avoidance coping) όπου κάποιος προσπαθεί να αποφύγει και να ξεχάσει μια συγκεκριμένη κατάσταση κάνοντας άλλα πράγματα. Για παράδειγμα πριν την επέμβαση ανοιχτής καρδιάς οι στρατηγικές αποφυγής θα τον βοηθήσουν στο να χαλαρώσει, ενώ οι στρατηγικές προσέγγισης θα τον κάνουν μετά την εγχείρηση να προσπαθήσει στην διαδικασία της ανάρρωσης (Παναγοπούλου & Μπένος, 2003).

Κοινωνική Σύγκριση: Η κοινωνική σύγκριση αναφέρεται στην τάση των ανθρώπων να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλους που βρίσκονται σε καλύτερη ή σε χειρότερη (upward/downward social comparison) από αυτούς κατάσταση. Αυτή η πεποίθηση δεν είναι ανάλογη της αντικειμενικής κατάστασης του ίδιου ή των άλλων, γιατί π.χ. ασθενείς που νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο με το ίδιο πρόβλημα υγείας, μπορεί να αντιδράσουν εντελώς διαφορετικά. Αυτό εξαρτάται από το πώς θεωρούν τους εαυτούς τους σε σύγκριση με τους άλλους του ίδιου θαλάμου (Παναγοπούλου & Μπένος, 2003).

Όσο καλύτερη είναι η επικοινωνία αναφέρουν οι Roter & Ewart (1992), τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών και γενικά το επίπεδο υγείας. (Καραδήμας, 2005). Μπορεί οι φραγμοί επικοινωνίας να δείχνουν ότι είναι ακίνδunami σημειώνει η Παπαδάτου, αλλά στην ουσία αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου» καθώς δυσκολεύουν πολύ την επικοινωνία, εμποδίζουν τη λύση του προβλήματος και αποξενώνουν τους συνομιλητές (επαγγελματίας υγείας-ασθενής). Εκφράζουν έλλειψη σεβασμού που κάνει τον άρρωστο να υιοθετήσει αμυντική και επιθετική στάση, να αποξενωθεί και να αποθαρρυνθεί (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Ανακοίνωση δυσάρεστων νέων και δεξιότητες επικοινωνίας

Ο όρος «δυσάρεστα νέα» περιλαμβάνει οποιαδήποτε πληροφορία μπορεί να μεταβάλλει προς το χειρότερο την ιδέα που έχει ο ασθενής για το μέλλον του (Παπαγιάννης, 2010).

Όπως αναφέρουν οι Buckman (1992) και Αναγνωστόπουλος & Ιακωβίδης (1993), οι παράγοντες που εμποδίζουν και προκαλούν δυσκολία στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων είναι οι εξής:

Κοινωνικές προκαταλήψεις. Για παράδειγμα ένας ασθενής που πάσχει από καρκίνο θεωρείται ότι δεν πρέπει να μάθει την αλήθεια και η διάγνωση γνωστοποιείται στους συγγενείς. Θεωρείται ότι ο ασθενής πρέπει να προφυλαχτεί από την γνώση του επικείμενου θανάτου. Ωστόσο σύμφωνα με τον Sontag (1993) αυτό είναι αδικαιολόγητο καθώς οι ουσιαστικές αιτίες είναι συνδεδεμένες με

συμβολισμούς που αποδίδουν σε ορισμένες ασθένειες. Αυτό μπορεί να αποδειχτεί αν κανείς σκεφτεί ότι ένα άτομο που έχει υποστεί έμφραγμα έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει μέσα σε λίγα χρόνια από ένα καινούριο επεισόδιο, με έναν καρκινοπαθή. Στον ασθενή όμως με έμφραγμα δεν αποκρύπτεται η αλήθεια γιατί θεωρείται ότι έχει κάποια οργανική ή βιολογική ανεπάρκεια. Ο καρκίνος όμως θεωρείται μια ασθένεια αποτρόπαια από την κοινωνία καθώς οδηγεί στο θάνατο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ο φόβος πρόκλησης ψυχικού πόνου. Ο επαγγελματίας υγείας παρουσιάζει διστακτικότητα και απροθυμία να αναγγείλει τα δυσάρεστα νέα γιατί δεν θέλει να υποβάλλει τον ασθενή σε ψυχική διαδικασία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Η αδυναμία χειρισμού της αντίδρασης του αρρώστου. Ο επαγγελματίας υγείας νιώθει αμηχανία καθώς συχνά δε διαθέτει τις δεξιότητες να χειριστεί τις πιθανές αντιδράσεις του ασθενή (κλάμα, θυμός, απογοήτευση). Συχνά ο ασθενής εκδηλώνει επιθετικότητα και προσάπτει κατηγορίες στον επαγγελματία υγείας που του ανακοίνωσε τα νέα. Έτσι ο δεύτερος γίνεται στόχος της οργής του πρώτου και η δυσκολία έγκειται στον χειρισμό των κατηγοριών που του αποδίδονται. Ακόμη ο επαγγελματίας φοβάται μήπως με την αναγγελία ο ασθενής αρνηθεί την θεραπεία που του προτείνεται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ο φόβος αμφισβήτησης του “παντοδύναμου” ρόλου που ο επαγγελματίας έχει υιοθετήσει. Λόγω της προόδου της επιστήμης έχει δημιουργηθεί η αντίληψη ότι όλες οι ασθένειες θεραπεύονται και για όλα υπάρχουν απαντήσεις και λύσεις. Έτσι έχει ενισχυθεί η αντίληψη ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι παντοδύναμος. Όταν εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να κάνει κάτι και η κατάσταση δεν μπορεί να ελεγχθεί από αυτόν και ταυτόχρονα αυτό πρέπει να ανακοινωθεί στον ασθενή τότε έρχεται σε αντίθεση με το στόχο που έχει, δηλαδή να θεραπεύει τον άρρωστο. Ο φόβος της αποτυχίας τον καθιστά αδύναμο να χειριστεί τη κατάσταση και τις επιπτώσεις της (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ο φόβος έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στον ψυχικό πόνο του αρρώστου. Η κατάσταση του αρρώστου και η σοβαρή πιθανότητα του θανάτου φέρνουν στην επιφάνεια συναισθήματα από προσωπικές εμπειρίες του επαγγελματία σχετικά με τον θάνατο και την αρρώστια. Όταν ξεκινήσει η αναβίωση των συναισθημάτων αυτών σχετικά με δικά του προσωπικά άλματα προβλήματα τότε

παρεμποδίζεται η σωστή επικοινωνία και η παροχή υπηρεσιών προς τον ασθενή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Επικρατεί η άποψη , κυρίως στην ελληνική κοινωνία ότι ο ασθενής με ανίατη νόσο δεν πρέπει να μάθει τίποτα. Αυτό είναι απαράδεκτο καθώς αφού θα ακολουθήσει μια θεραπεία με πιθανές παρενέργειες , είναι αυτονόητο ότι ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ποιά είναι η πάθηση που επιχειρείται να θεραπευτεί. Ακόμη και αν οι συγγενείς διαφωνούν ο ασθενής με βάση την "αρχή της αυτονομίας" έχει τον πρώτο λόγο και η άποψη του υπερέχει (Παπαγιάννης, 2010).

Από την άλλη πλευρά απαράδεκτο θεωρείται να ανακοινωθούν εξαρχής στον ασθενή τα άσχημα νέα με κάθε λεπτομέρεια για την φύση και την έκταση της νόσου. Ο ασθενής όντας άνθρωπος και έχοντας φυσική ευαισθησία χρειάζεται χρόνο για να αφομοιώσει τις πληροφορίες. Άλλωστε το αρχικό "πάγωμα" από την ανακοίνωση της είδησης δεν του αφήνει το περιθώριο αν θυμάται όλες στις πληροφορίες που θα του δοθούν. Γι' αυτό καλό είναι ταυτόχρονα με τον ασθενή να συμμετέχει στη διαδικασία και ένας από τους συγγενείς ο οποίος θα είναι σε θέση να συγκρατήσει περισσότερες πληροφορίες και να απαντήσει σε τυχόν απορίες του ασθενή αργότερα (Παπαγιάννης, 2010).

Σύμφωνα με τον Ley (1988) κάποιες από τις αιτίες για τις οποίες μπορεί ο ασθενής να μην κατανοήσει ή να παρερμηνεύσει την πληροφόρηση που παίρνει είναι οι εξής:

Το προσωπικό υγείας μπορεί να παρέχει δυσνόητες πληροφορίες. Ο άρρωστος μπορεί να διστάζει να θέσει ερωτήσεις, εάν επιθυμεί να μάθει περισσότερες πληροφορίες για την κατάσταση του. Μπορεί να επεξεργάζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρερμηνεύει τις πληροφορίες που παίρνει, γιατί βασίζεται στη δική του υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Επίσης είναι σημαντικό, να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες πληροφορίες και εξετάσεις για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Αν υπάρχει κάποια αμφιβολία δεν υπάρχει λόγος να πανικοβληθεί ο ασθενής εκτός εάν πρέπει να υπάρξει μια γρήγορη και δραστηκή λύση. Ειδάλλως πρέπει απλά να του δοθεί το ενδεχόμενο της άσχημης διάγνωσης (Παπαγιάννης, 2010).

Τώρα όσον αφορά το πόσα πρέπει να μάθει ο ασθενής, έχει να κάνει με τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά. Πρέπει δηλαδή να εξατομικεύεται η κάθε περίπτωση και ο ασθενής να μαθαίνει τόσα όσα αντέχει. Κάποιοι θέλουν την αποκάλυψη της αλήθειας

πέρα για πέρα και κάποιοι άλλοι αρκούνται μόνο στη φράση ότι « κάτι δεν πάει καλά». Ο ρυθμός της συζήτησης πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να εκτιμούνται οι αντιδράσεις του ασθενή και έπειτα να συνεχίζεται η αποκάλυψη με τον ανάλογο τρόπο (Παπαγιάννης, 2010).

Σύμφωνα με τον Buckman (1992) υπάρχουν έξι διαδοχικά στάδια που καθοδηγούν την επαγγελματία υγείας στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων που αφορούν τη διάγνωση, τα αποτελέσματα των εξετάσεων, την υποτροπή και τις δύσκολες ερωτήσεις που θα του τεθούν. Αυτά είναι :

Στάδιο 1: *Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης*. Αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που να επιτρέπει να γίνει η συζήτηση χωρίς διακοπές και με ησυχία. Οι διάδρομοι του νοσοκομείου και το τηλέφωνο δεν προσφέρονται για ουσιαστική επικοινωνία. Πρέπει να διατίθεται χρόνος γιατί όσο σημαντικό είναι τι θα πει ο επαγγελματίας υγείας στον ασθενή άλλο τόσο σημαντικό είναι τι θα πει και τι θέλει να ρωτήσει ο ασθενής. Αν θέλει ο ασθενής μπορεί να προσκαλέσει κάποιο πρόσωπο που επιθυμεί στην ανακοίνωση και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει αν του ανατίθεται η ευθύνη της πληροφόρησης του συγγενικού του περιβάλλοντος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στάδιο 2: *Διερεύνηση των γνώσεων του ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του*. Αφορά την διερεύνηση των απόψεων του ατόμου για το πόσο σοβαρή θεωρεί την κατάσταση του και πόσο ευάλωτο τον εαυτό του. Έτσι ο επαγγελματίας υγείας καταλήγει πόσο απέχει η αντίληψη του ασθενούς από την πραγματικότητα και σε τι επίπεδο είναι οι γνώσεις του. Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί από τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνει τα συναισθήματα του , ποιες λέξεις χρησιμοποιεί όταν μιλά για το σώμα και την ασθένεια του και πως εκφράζει τις ανησυχίες του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στάδιο 3: *Εκτίμηση των αναγκών του ασθενή σχετικά με την πληροφόρηση του*. Ο ασθενής πρέπει να ρωτάται ευθέως για το πόσα θέλει να μάθει για την ασθένεια , και τη θεραπεία της. Σύμφωνα με έρευνες των Joubert & Lasagna (1975) και Fleckenstein (1977) έχει διαπιστωθεί ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα ο ασθενής επιθυμεί να μάθει όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες γιατί έτσι έχει την αίσθηση του ελέγχου. Ο φόβος του επαγγελματία υγείας ότι η συνολική ενημέρωση θα προκαλέσει άσχημες ψυχολογικές επιπτώσεις δεν αποδεικνύεται σύμφωνα με έρευνες των Morris & Kanouse (1982) και Ley (1988) (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στάδιο 4: *Παροχή πληροφοριών*. Όταν αρχίσει η ενημέρωση ο επαγγελματίας υγείας τονίζει τα σημεία για τα οποία έχει ήδη αναφερθεί ο ασθενής. Οι πληροφορίες προσαρμόζονται στο επίπεδο γνώσεων του. Οι ιατρικοί όροι καλύτερα να αποφεύγονται αλλιώς να επεξηγούνται καθώς από τους περισσότερους ασθενείς δεν είναι κατανοητοί. Είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι συναισθηματικά φορτισμένες λέξεις και η εστίαση στα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια ενώ πρέπει να τονίζονται οι δυνατότητες που έχει ο ασθενής. Αποφυγή επίσης πρέπει να γίνεται στις ποσοστιαίες εκτιμήσεις όσον αφορά την διάρκεια επιβίωσης ή την ίαση της αρρώστιας, καθώς αποθαρρύνουν τον ασθενή και τον προδιαθέτουν αρνητικά με αποτέλεσμα να εκπληρώνονται οι φόβοι του. Η πληροφόρηση καλό είναι να γίνεται σιγά σιγά ώστε να αφομοιώνονται οι πληροφορίες και να διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες και απορίες. Ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να εφησυχάζει τον άρρωστο και να του δίνει ψεύτικες ελπίδες γιατί έτσι δεν επιτυγχάνεται η συνειδητοποίηση της νέας πραγματικότητας και η προσαρμογή σε αυτήν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στάδιο 5: *Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών*. Η ικανοποίηση του αρρώστου εξαρτάται όχι μόνο από την πληροφόρηση, αλλά και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι ο επαγγελματίας υγείας τα κατανοεί και ενδιαφέρεται γι' αυτόν πραγματικά. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να ξέρει να χειριστεί τις ποικίλες αντιδράσεις του αρρώστου χωρίς να τον κρίνει ή να τον συμβουλεύει σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει και να σκέφτεται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Στάδιο 6: *Προγραμματισμός και υποστήριξη*. Αφορά τον προσδιορισμό των άμεσων στόχων που βάζουν μαζί ασθενής και επαγγελματίας υγείας. Σε στόχους που έχουν να κάνουν με τη θεραπεία απαραίτητη είναι η συγκατάθεση του αρρώστου. Φυσικά αν αλλάξει γνώμη μπορεί να ανακαλέσει τη συγκατάθεση του και να αρνηθεί τη θεραπεία. Ασθενής και επαγγελματίας υγείας πρέπει να συμπορεύονται στην εξέλιξη της υγείας του πρώτου. Προϋπόθεση είναι η ενεργητική ακρόαση και η κατανόηση από την μεριά του δεύτερου ακόμη και αν τα συναισθήματα τους διαφέρουν. Έτσι η ενημέρωση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία που προσαρμόζεται στις ανάγκες του αρρώστου οι οποίες όμως είναι μεταβαλλόμενες και αλλάζουν διαρκώς. Δικαιολογίες όπως το ότι ο άρρωστος δε θέλει να ξέρει ή καλύτερα να μην ξέρει γιατί μπορεί να αυτοκτονήσει, εκφράζουν το άγχος του επαγγελματία υγείας μπροστά στην αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο και προστατεύουν τον ίδιο ενώ

απομονώνουν συναισθηματικά τον άρρωστο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πόσο σημαντικό είναι ο επαγγελματίας υγείας να ενισχύει την ελπίδα του αρρώστου. Μπορεί να το καταφέρει ενθαρρύνοντας τον ασθενή να πάρει αποφάσεις, να εκφράσει τις ανησυχίες και τις επιθυμίες του. Έχει αποδειχθεί ότι η φροντίδα και η ενθάρρυνση από τον επαγγελματία υγείας αυξάνει την ελπίδα. Αντίθετα αν αδιαφορεί για τον ασθενή αυτός θα αισθάνεται απόρριψη και απαισιοδοξία. Άλλωστε αν δεν πιστεύει στην ελπίδα πως είναι δυνατό να τη μεταδώσει (Μχιταριάν, 2008).

Πρέπει να εντοπίζεται το πώς ο κάθε ασθενής αντιλαμβάνεται την ελπίδα και τι σημασία έχει για τη ζωή του, ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται συνεχώς. Σε στιγμές άγχους και αμφιβολίας ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι εκεί να ακούσει, να βοηθήσει και να δώσει ελπίδα, όντας παροχέας όχι μόνο σωματικής αλλά και πνευματικής φροντίδας (Μχιταριάν, 2008).

Η ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων προαπαιτεί τη χρήση των δεξιοτήτων επικοινωνίας από τον επαγγελματία υγείας, ο οποίος πρέπει να είναι διαθέσιμος να υποστηρίξει τον άρρωστο όταν αυτός εκφράζει συναισθήματα φόβου, θυμού, ανησυχίες κ.α. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Ανακεφαλαιώνοντας η ενημέρωση δεν είναι μια απλή διαδικασία, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα, αλλά αποτελεί μια συνεχή διαδικασία ενημέρωσης που προσαρμόζεται στις ανάγκες του αρρώστου, οι οποίες όμως αλλάζουν διαρκώς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Συναισθήματα και αντιδράσεις του προσωπικού υγείας

Τα μέλη του προσωπικού υγείας, κατά την Παπαδάτου (1995) βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα, η ζωή των οποίων απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια. Όταν μάλιστα δένονται με τον άρρωστο συναισθηματικά, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια μ' εκείνα που βιώνουν οι συγγενείς και οι φίλοι που θρηνούν. Έτσι με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή το θάνατό του, μπορεί να αισθανθούν την ανάγκη να κλάψουν, νιώθουν θλίψη, δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν, βιώνουν θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς της δουλειάς τους, έχουν πονοκεφάλους, αϋπνίες κτλ (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Παρόλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι το θρήνος του προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Και αυτό συμβαίνει γιατί λανθασμένα πιστεύει ότι έχει διδαχθεί ότι «Δεν Πρέπει» να έχει προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο. Αντίθετα, πρέπει να είναι «δυνατός», να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και στο θάνατο, και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές. Αλλά ακόμα κι αν επηρεαστεί, επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματά του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων ή και στα δικά του. Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και τον θάνατο αρρώστων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο Kalish (1985) υποστηρίζει ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι περισσότεροι γιατροί επιδιώκουν στόχους προσανατολισμένους στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως μια προσωπική αποτυχία και ήττα. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης, αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν την ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σε αυτήν. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον «τίποτα» να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείτε η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή/ και κατάθλιψης (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η Λαζαράτου (1990) αναφέρει ότι οι νοσηλευτές από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του, με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασης του. Η επιδείνωση της υγείας του αρρώστου ανακινεί στον νοσηλευτή μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την τάση του να προσεγγίζει τον ασθενή προκειμένου να του παράσχει την απαιτούμενη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνεται από αυτόν για να προστατεύσει τον εαυτό του από έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που προκαλεί ο επικείμενος θάνατός του. Κάθε θάνατος οδηγεί σε σκέψεις-φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου και προκαλεί

την αναβίωση παλαιότερων εμπειριών, άμεσα συνδεδεμένων με την απώλεια, το θάνατο και το πένθος που παραμένουν άλυτες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Κατά την Παπαδάτου (1991), στην προσπάθεια του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφορές. Το φάσμα των αμυντικών μηχανισμών ποικίλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διακρίσεις, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους μηχανισμούς αυτούς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Ο μηχανισμός της *άρνησης* συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνεται το άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάστασή του, ασχολείται με της τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν την φροντίδα του ή με πρωτόκολλα θεραπείας που αποβλέπουν στον έλεγχο της ασθένειας ή της θεραπείας.

Ο μηχανισμός της *εκλογίκευσης* επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματά του. Για παράδειγμα ο γιατρός αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας λογικά επιχειρήματα: «Έτσι και αλλιώς δεν καταλαβαίνει.», «Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτε άλλο.», «Δεν έχει νόημα, σύντομα θα πεθάνει.» κτλ.

Ο μηχανισμός της *προβολής* αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων οι προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα ο νοσηλευτής που νιώθει αδύναμος και αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα συναισθήματα του μπροστά στον άρρωστο αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.

Ο μηχανισμός της *μετάθεσης* επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος,

μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους η και στα μέλη της οικογένειας του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Πολλοί από τους προαναφερόμενους μηχανισμούς χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μίας Μονάδας που επιδιώκει να προστατευθεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του προσωπικού υγείας δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητά τους προς κάποιο στόχο. Αναζητούν διαρκώς έναν «αποδιοπομπαίο τράγο» που εναλλακτικά μπορεί να είναι ένας «δύσκολος» συγγενής, άλλοτε ένας συνάδελφος, η διοίκηση, η πολιτεία, ή οποιοσδήποτε άλλος. Ο στόχος αυτός στην ουσία, τους επιτρέπει να εκφορτίσουν τα έντονα συναισθήματά τους, αυτά όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη φύση μίας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή της αναπηρίας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης είναι το χιούμορ. Όταν όμως γίνεται σε βάρος του ασθενούς, είναι κυνικό ή μακάβριο, εκφράζει μια βαθύτερη επιθετικότητα. Η λεκτική αυτή βία χρησιμοποιείται από το προσωπικό που επιδιώκει να αντεπεξέλθει στην πραγματική βία του θανάτου και συμβάλει στην «διασκέδαση» των αισθημάτων αδυναμίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, όταν δεν μπορούν να ανατρέψουν το αναπόφευκτο του θανάτου.

Μια άλλη συνήθης αντίδραση αφορά το «παιχνίδι των πιθανοτήτων». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά την διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση, και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του αρρώστου ή και ο επικείμενος θάνατός του.

Μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά αφορά την διαρκή υπερδραστηριότητα ή ακατάπαυστη ομιλία του προσωπικού υγείας που δεν επιτρέπουν στον άρρωστο να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Σύμφωνα με την Παπαδάτου (1995) όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν σε ένα Τμήμα δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στα μέλη του προσωπικού υγείας.

Κάθε άρρωστος επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το προσωπικό. Όταν προϋπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον άρρωστο είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών ή τρόπου ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Επίσης όταν οι θάνατοι είναι συχνοί και αλληπάλληλοι, τότε το προσωπικό υγείας βιώνει μια «υπερφόρτιση πένθους» (bereavement overload) που συμβάλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Αντιμέτωπο με πολλαπλές απώλειες, χωρίς να έχει το χρόνο ούτε την δυνατότητα να αφομοιώσει και να αποδεχτεί καθεμιά χωριστά, απωθεί μαζικά τα συναισθήματά του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να βιώσει και να επεξεργαστεί ένα σύνολο οδυνηρών εμπειριών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Συνεπώς είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μία συστηματική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχίατρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Γιατί ο επαγγελματίας υγείας, οφείλει να μάθει να φροντίζει πρώτα τον εαυτό του, για να μπορέσει έπειτα να φροντίσει και τους ασθενείς. Δεν πρέπει να θεωρεί ότι η φροντίδα του εαυτού του είναι περιττή. Έτσι υπενθυμίζει στον εαυτό του ότι κανείς δεν είναι παντοδύναμος. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας πέρα από την απόκτηση γνώσεων, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει την φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους.

Είναι σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να ξέρει να αναγνωρίζει ποιές είναι οι δυνάμεις, ποιές οι αδυναμίες και ποια τα όρια του ώστε να παρέχει αποτελεσματικότερα την φροντίδα στα άτομα που το χρειάζονται (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετηθεί κατά πόσο ο επαγγελματίας υγείας οπτικός-οπτομέτρης, διαθέτει τις κατάλληλες γνώσεις πάνω στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας και έχει τις κατάλληλες δεξιότητες επικοινωνίας, ώστε να βελτιώσει την επικοινωνία και να υπάρχει καλύτερη αλληλεπίδραση στη σχέση του με τον ασθενή, με σκοπό να τον βοηθήσει να ξεπεράσει τις δυσκολίες.

Πρώτη υπόθεση της έρευνας, είναι πως οι περισσότερες απαντήσεις που αφορούν την ψυχική και σωματική έννοια της υγείας, θα δοθούν από αυτούς που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα "Ψυχολογία της Υγείας", ενώ αυτοί που δεν δήλωσαν και δεν εξετάστηκαν στο μάθημα θα έχουν λιγότερες απαντήσεις που αφορούν την ψυχοσωματική έννοια της υγείας (Nettleton, 2002), (Καραδήμας, 2005).

Δεύτερη υπόθεση της έρευνας, είναι πως αυτοί που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα, θα δώσουν περισσότερες απαντήσεις για το ότι ασθένεια θεωρείται ψυχική και σωματική νόσος, ενώ αυτοί που δεν το δήλωσαν και δεν εξετάστηκαν θα δώσουν λιγότερες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Στην τρίτη υπόθεση της έρευνας, αναμένεται ότι από αυτούς που θα απαντήσουν πως η ελπίδα είναι ενεργητική, οι περισσότερες απαντήσεις θα ανήκουν σε αυτούς που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα, ενώ οι λιγότερες σε αυτούς που δεν το δήλωσαν και δεν εξετάστηκαν (Kinghorn & Gamlin, 2001).

Η τέταρτη υπόθεση της έρευνας, αφορά την σημασία της αποδοχής του θανάτου και τη συνέχιση της ζωής. Έτσι περισσότερες απαντήσεις πάνω σε αυτό, αναμένεται να δώσουν οι φοιτητές που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα ενώ λιγότερες αυτοί που δεν το δήλωσαν και δεν το εξετάστηκαν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Πατινιώτη & Γεωργιάδου, 2006-2007).

Πέμπτη υπόθεση της έρευνας, είναι πως αυτοί που δήλωσαν το μάθημα και εξετάστηκαν σε αυτό, θα δώσουν περισσότερες θετικές απαντήσεις ως προς την αξία της ελπίδας για κάποιον που πεθαίνει, ενώ αυτοί που δεν το δήλωσαν και δεν το εξετάστηκαν θα δώσουν λιγότερες (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995. Μχιταριάν, 2008).

Στην έκτη υπόθεση της έρευνας, αναμένεται ότι από αυτούς που θα απαντήσουν πως τα προσόντα επικοινωνίας αφορούν τις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, οι

περισσότερες απαντήσεις θα ανήκουν σε αυτούς που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα ενώ οι λιγότερες σε αυτούς που δεν το δήλωσαν και δεν εξετάστηκαν (Ivey et al., 1996), (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η έβδομη υπόθεση της έρευνας, έχει να κάνει με την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων με τρόπο που θα εξατομικεύει την κάθε περίπτωση. Έτσι αναμένεται ότι από αυτούς που θεωρούν σωστή την εξατομίκευση στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων οι περισσότερες απαντήσεις θα ανήκουν σε αυτούς που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα ενώ οι λιγότερες σε αυτούς που δεν το δήλωσαν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995), (Παπαγιάννης, 2010).

Όγδοη υπόθεση της έρευνας, είναι πως οι περισσότερες απαντήσεις αυτών που θα χειριζόντουσαν μια δύσκολη κατάσταση με την χρήση της ενεργητικής ακρόασης, θα δοθούν από αυτούς που δήλωσαν και παρακολούθησαν το μάθημα σε σχέση με αυτούς που δεν το δήλωσαν και δεν το παρακολούθησαν (Παπακώστας, 1994. Ivey et al., 1996. Καλαντζή-Αζίζι & συν., 1998. Καλαντζή-Αζίζι, 1999. Μαλικιώση-Λοϊζου, 1999. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Μαλικιώση, 1999).

Η ένατη υπόθεση της έρευνας, είναι πως αυτοί που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα θα δώσουν περισσότερες απαντήσεις για το ότι η αντίληψη του άγχους μπορεί να διαπιστωθεί από την ομιλία και την γλώσσα του σώματος, σε σχέση με αυτούς που δεν το έχουν δηλώσει (Καλαντζή-Αζίζι, 1999. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Τέλος η δέκατη υπόθεση της έρευνας αφορά το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου που περιέχει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με μόνο μία σωστή επιλογή. Η υπόθεση είναι πως οι φοιτητές που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα, θα έχουν περισσότερες απαντήσεις σωστής επιλογής που αφορά τη δεξιότητα επικοινωνίας ενώ αυτοί που δεν το δήλωσαν και δεν εξετάστηκαν θα έχουν περισσότερες απαντήσεις στους φραγμούς επικοινωνίας (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1995. Καλαντζή-Αζίζι, 1999. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999. Καραδήμας, 2005).

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Η έρευνα έγινε στο χώρο του παραρτήματος του ΤΕΙ Πατρών, στο Αίγιο, τον Φεβρουάριο του 2013 κατά τη διάρκεια της εξεταστικής περιόδου. Το δείγμα αποτελούσαν 34 φοιτητές, οι οποίοι προϋπέθεταν να είναι μεγαλύτεροι του 4^{ου} εξαμήνου ώστε να έχουν κάποια βασική γνώση για το αντικείμενο της σχολής. Οι 17 από αυτούς είχαν δηλώσει και εξετάστηκαν στο μάθημα «Ψυχολογία της Υγείας» που διδάσκεται ως μάθημα επιλογής στο 6ο εξάμηνο και οι άλλοι 17 δεν το είχαν δηλώσει.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Ως μέσο συλλογής χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από δύο μέρη και δημιουργήθηκε από τις φοιτήτριες Γουλιελμάκη Μαρία και Ξενικάκη Μαρία.

Το πρώτο μέρος περιελάμβανε 9 ανοιχτές ερωτήσεις. Το περιεχόμενο των πέντε πρώτων ερωτήσεων αφορούσε τους προσωπικούς ορισμούς της υγείας, της ασθένειας, της ελπίδας και του θανάτου. Το περιεχόμενο των τεσσάρων επόμενων αφορούσε την πιθανή συμπεριφορά και το χειρισμό του επαγγελματία υγείας - οπτικού οπτομέτρη ως προς τον εξεταζόμενο.

Το δεύτερο μέρος αποτελούνταν από 10 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής με 5 πιθανές απαντήσεις, μέσα στις οποίες συμπεριλαμβανόταν και η επιλογή ο ερωτούμενος να συμπληρώσει κάτι δικό του, σε περίπτωση που δεν τον αντιπροσώπευε κάτι άλλο. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων αφορούσε πιθανές περιπτώσεις που είναι δυνατόν να τύχαιναν σε έναν επαγγελματία υγείας - οπτικού οπτομέτρη και οι πιθανές απαντήσεις αφορούσαν τον χειρισμό της κατάστασης, σύμφωνα με την προσωπική άποψη του ερωτούμενου. Οι τέσσερις εκ των πέντε πιθανών απαντήσεων λειτουργούσαν ως φραγμοί και μόνο μία λειτουργούσε ως δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής έγινε σε δύο φάσεις. Σε πρώτη φάση, μοιράστηκαν ερωτηματολόγια κατά την ώρα της εξέτασης του μαθήματος «Ψυχολογία της Υγείας». Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στα 17 άτομα που είχαν δηλώσει το

μάθημα, στην αρχή της εξέτασης και συλλέχτηκαν μετά το πέρας της εξέτασης. Σε δεύτερη φάση μοιράστηκαν ερωτηματολόγια κατά την ώρα της εξέτασης μαθημάτων άσχετων με το αντικείμενο της ψυχολογίας και ρωτήθηκαν να απαντήσουν 17 ακόμη άτομα που δεν είχαν όμως δηλώσει το μάθημα «Ψυχολογία της Υγείας». Πάλι τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στην αρχή και συλλέχτηκαν μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

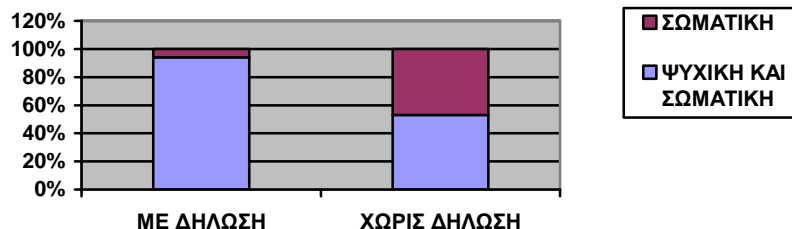
Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου δίνεται ο σχολιασμός των ευρημάτων στις ερωτήσεις ανάπτυξης, όπου είναι ο εξής:

Από το σύνολο του δείγματος στην ερώτηση 1 για τον ορισμό της υγείας, το 74% απάντησε πως η υγεία είναι “ψυχική και σωματική” ενώ το 26% μόνο “σωματική” (Σχήμα 1). Από το σύνολο των ατόμων που απάντησαν πως η υγεία είναι “ψυχική και σωματική” το 64% είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 36% όχι. (Σχ. 2). Από τα άτομα που είχαν δηλώσει το μάθημα το 94% απάντησε ότι η υγεία είναι “ψυχική και σωματική” το 6% απάντησε μόνο “σωματική” ενώ από τα άτομα που δεν είχαν δηλώσει το μάθημα το 53% θεωρεί την υγεία “ψυχική και σωματική” και το 47% μόνο “σωματική” (Σχ. 3).



Σχήμα 1: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 1 (ορισμός υγείας).

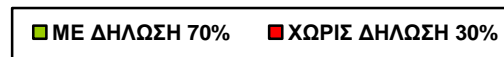
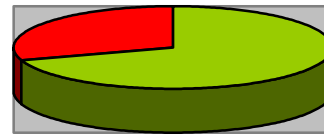
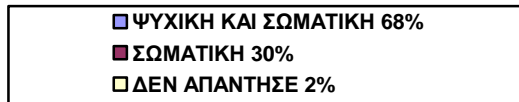
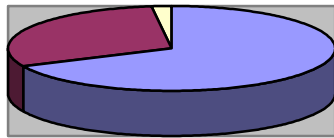
Σχ.2: Σύνολο απαντήσεων υγείας ως “ψυχική και σωματική”.



Σχ.3: Σύνολο απαντήσεων υγείας που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

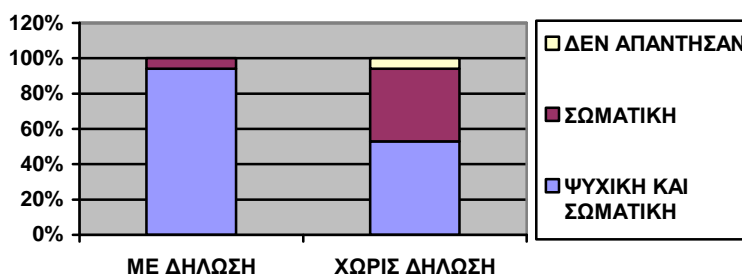
Από σύνολο του δείγματος στην ερώτηση 2 για τον ορισμό της αρρώστιας, το 68% απάντησε πως η υγεία είναι “ψυχική και σωματική”, το 30% του δείγματος μόνο “σωματική” ενώ το 2% δεν απάντησε καθόλου (Σχ. 4). Από το σύνολο των απαντήσεων που δήλωσαν ότι η υγεία είναι “ψυχική και σωματική”, το 70% είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 30% όχι (Σχ. 5). Από αυτούς που είχαν δηλώσει το μάθημα, το 94% δήλωσε ότι η αρρώστια είναι “ψυχική και σωματική” ενώ το 6% μόνο “σωματική”. Από αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει, το 53% ανέφερε την

αρρώστια ως “ψυχική και σωματική”, το 41% ως “σωματική” μόνο και το 6% δεν απάντησε καθόλου (Σχ. 6).



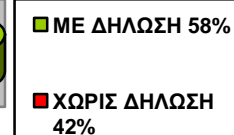
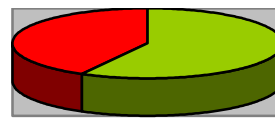
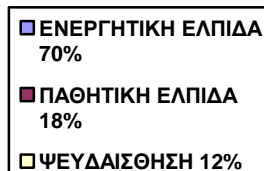
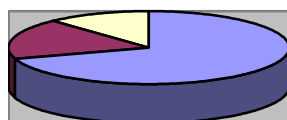
Σχ.4: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 2 (ορισμός αρρώστιας).

Σχ.5: Σύνολο απαντήσεων αρρώστιας ως “ψυχολογική και σωματική”.



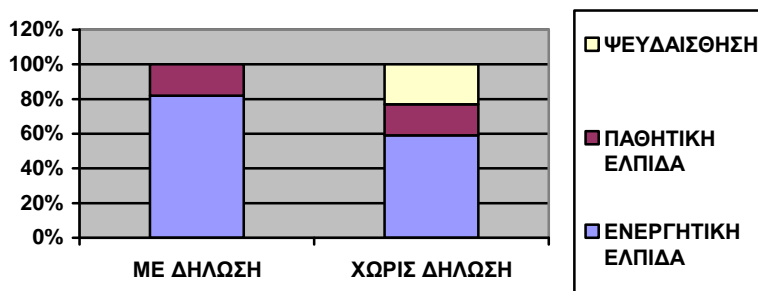
Σχ.6: Σύνολο απαντήσεων αρρώστιας που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

Στην ερώτηση 3 για τον ορισμό της ελπίδας, το 70% των απαντήσεων του δείγματος έδωσε τον ορισμό της ενεργητικής ελπίδας, το 18% της παθητικής, ενώ το 12% την προσδιόρισε ως “ψευδαίσθηση” (Σχ. 7). Από το σύνολο των απαντήσεων που έδωσαν ως απάντηση την ενεργητική ελπίδα το 58% είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 42% όχι (Σχ. 8). Από αυτούς που είχαν δηλώσει το μάθημα, το 82% την όρισε ως “ενεργητική ελπίδα, ενώ το 18% ως “παθητική ελπίδα”. Από αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει το 59% την όρισε ως “ενεργητική ελπίδα”, το 18% ως “παθητική ελπίδα” και το 23% ως “ψευδαίσθηση” (Σχ. 9).



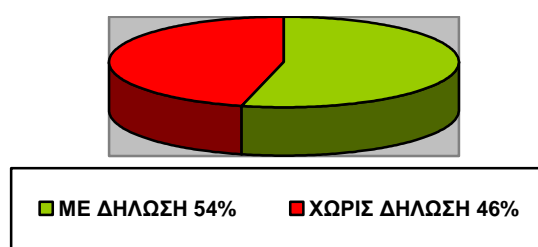
Σχ. 7: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 3 (ορισμός ελπίδας).

Σχ. 8: Σύνολο απαντήσεων ενεργητικής ελπίδας.



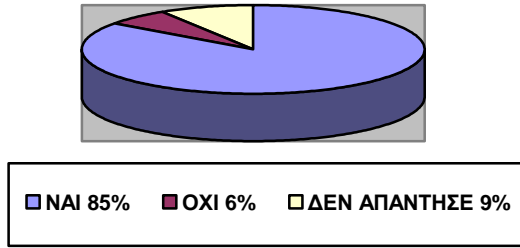
Σχ. 9: Σύνολο απαντήσεων ελπίδας που δήλωσαν ή όχι το μάθημα

Στην ερώτηση 4 για την σημασία αποδοχής του θανάτου, το 100% του δείγματος χαρακτήρισε το θάνατο ως “απώλεια”, “ένα γεγονός αναπόφευκτο”, “ένας αποχωρισμός”, που συνοδεύεται με συναισθήματα θλίψης, στεναχώριας και φόβου καθώς και το γεγονός ότι είναι δύσκολο να προετοιμαστεί κανείς για μια τέτοια κατάσταση. Από αυτούς το 38% τόνισε τη σημασία αποδοχής αυτής της απώλειας και της συνέχισης της ζωής. Από τις απαντήσεις που τονίστηκε η σημασία της αποδοχής του θανάτου το 54% είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 46% όχι (Σχ. 10).

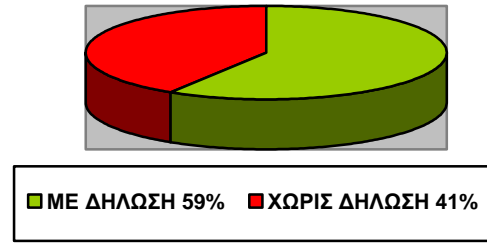


Σχ. 10: Σύνολο απαντήσεων σημασίας αποδοχής θανάτου

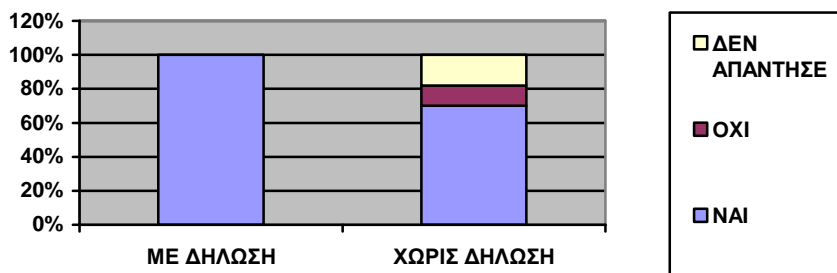
Στην ερώτηση 5 για την αξία της ελπίδας όταν κάποιος πεθαίνει, το 85% πιστεύει πως αξίζει να ελπίζει, το 6% όχι και το 9% δεν απάντησε (Σχ. 11). Από αυτούς που απάντησαν ναι στην αξία της ελπίδας, το 59% είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 41% όχι (Σχ. 12). Το 100% από αυτούς που είχαν δηλώσει το μάθημα απάντησε θετικά στην αξία του να ελπίζει κάποιος που πεθαίνει, ενώ από αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει το 70% απάντησε πως αξίζει, το 12% ότι δεν αξίζει και το 18% δεν έδωσε καμία απάντηση (Σχ. 13).



Σχ. 11: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 5 (αξία ελπίδας).

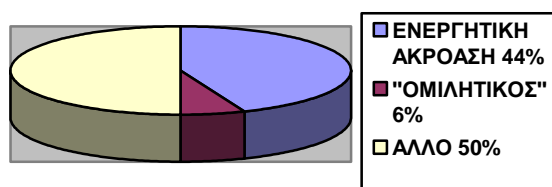


Σχ. 12: Σύνολο απαντήσεων θετικής απάντησης στην αξία της ελπίδας.

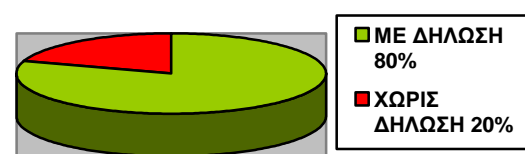


Σχ.13: Σύνολο απαντήσεων αξίας ελπίδας που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

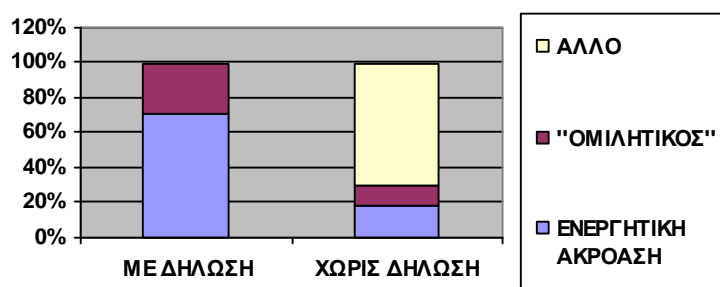
Στην ερώτηση 6 για τα προσόντα επικοινωνίας ενός οπτικού, το 44% ανέφερε προσόντα όπως “να ακούει, να καταλαβαίνει, να συναισθάνεται”, 6% να είναι “ομιλητικός” ενώ το υπόλοιπο 50% ανέφερε χαρακτηριστικά όπως π.χ. “η ειδίκευση”, οι επιστημονικές γνώσεις” κ.α. που δε σχετίζονται με προσόντα επικοινωνίας (Σχ.14). Το 80% που ανέφερε τις δεξιότητες επικοινωνίας ως ιδανικό προσόν, είχε δηλώσει το μάθημα ενώ το 20% όχι (Σχ. 15). Από τα άτομα που το είχαν δηλώσει το 71% έδωσε ως απάντηση την ενεργητική ακρόαση, ενώ το υπόλοιπο 29% απάντησε ότι ο οπτικός πρέπει να είναι “ομιλητικός”. Από αυτούς που δεν το δήλωσαν, οι απαντήσεις για ενεργητική ακρόαση ανέρχονται στο 18%, στο ότι ο οπτικός θα πρέπει να είναι “ομιλητικός” στο 12% και η αναφορά σε κάτι άλλο στο 70% (Σχ. 16).



Σχ. 14: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 6 (προσόντα επικοινωνίας).



Σχ. 15: Σύνολο απαντήσεων προσόντων επικοινωνίας για τις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης.

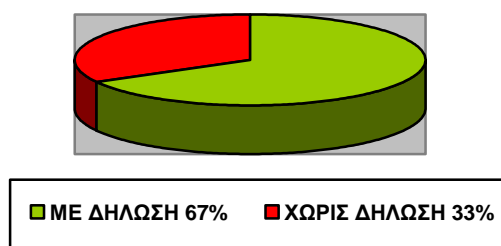


Σχ. 16: Σύνολο απαντήσεων προσόντων επικοινωνίας που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

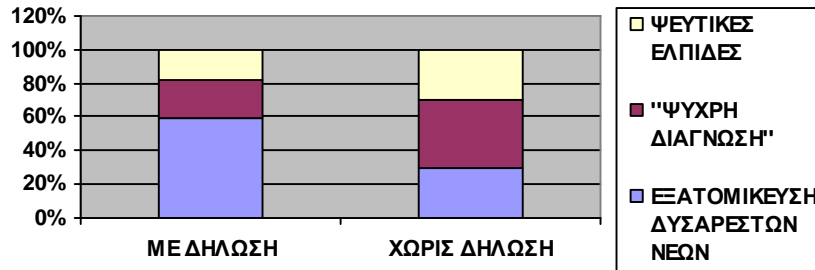
Στην ερώτηση 7 για τον τρόπο ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων, το 44% του συνόλου των φοιτητών απάντησαν πως θα έδιναν προτεραιότητα και σημασία στον εξεταζόμενο και θα εξατομίκευαν την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων, το 32% θα παρείχε “ψυχρή διάγνωση”, ενώ το 24% θα έτρεφε στον εξεταζόμενο ψεύτικες ελπίδες (Σχ. 17). Από τις σύνολο των ατόμων που απάντησαν πως θα εξατομίκευαν την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων, το 67% είχε δηλώσει το μάθημα, ενώ το 33% όχι (Σχ. 18). Από όσους είχαν δηλώσει το μάθημα το 59% έδωσε ως απάντηση την εξατομίκευση, το 23% ανέφερε την “ψυχρή διάγνωση” και το υπόλοιπο 18% τις ψεύτικες ελπίδες. Από όσους δεν το είχαν δηλώσει το 30% έδωσε ως απάντηση την εξατομίκευση, το 40% την “ψυχρή διάγνωση” και το 30% ανέφερε τις ψε' ελπίδες (Σχ. 19).



Σχ.17: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 7 (ανακοίνωση δυσάρεστων νέων).

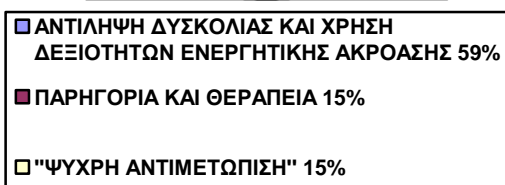
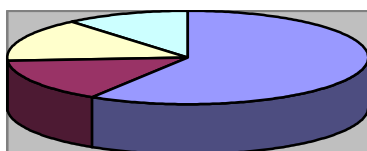


Σχ.18: Σύνολο απαντήσεων εξατομίκευσης δυσάρεστων νέων.

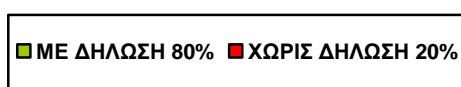
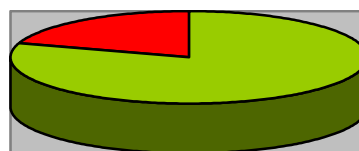


Σχ.19: Σύνολο απαντήσεων ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

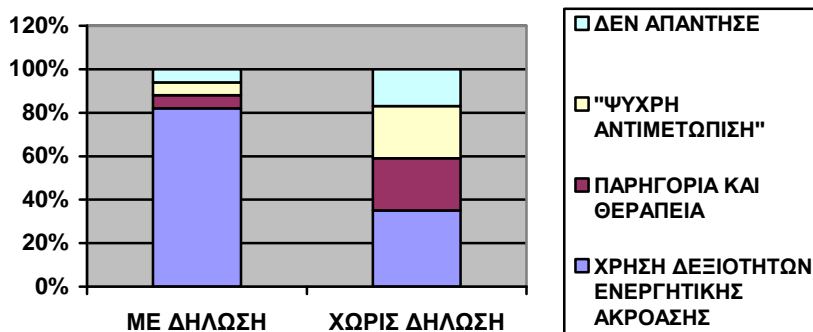
Στην ερώτηση 8 όπου ζητήθηκε να περιγραφεί ο τρόπος αντίδρασης σε μία “δύσκολη” κατάσταση, το 59% αντιλαμβάνεται πόσο σημαντική και δύσκολη είναι η αντιμετώπιση μιας τέτοιας κατάστασης και ότι απαιτεί ψυχραιμία και δεξιότητες επικοινωνίας, το 15% θα προσπαθούσε να παρηγορήσει τον εξεταζόμενο και να του προτείνει θεραπεία, το 15% θα παρείχε “ψυχρή αντιμετώπιση”, ενώ το 11% δεν απάντησε (Σχ. 20). Από τους φοιτητές που ανέφεραν την δυσκολία της κατάστασης και παράλληλα τις δεξιότητες επικοινωνίας για την προσέγγιση του ασθενούς, το 80% είχαν δηλώσει το μάθημα ενώ το 20% όχι (Σχ. 21). Αναλυτικότερα φαίνεται ότι απ’ όσους είχαν δηλώσει το μάθημα το 82% αναφέρθηκε στις δυσκολίες της κατάστασης και τις δεξιότητες επικοινωνίας, το 6% στην παρηγοριά και την θεραπεία, το 6% στην “ψυχρή αντιμετώπιση” και το υπόλοιπο 6% δεν απάντησε. Από αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει, το 35% ανέφερε τις δυσκολίες της κατάστασης και τη χρήση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, το 24% την παρηγοριά και την θεραπεία, το 24% αναφέρθηκε στην “ψυχρή αντιμετώπιση” ενώ το 17% δεν έδωσε καμία απάντηση (Σχ. 22).



Σχ.20: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 8 (αντίδραση σε "δύσκολη" κατάσταση).

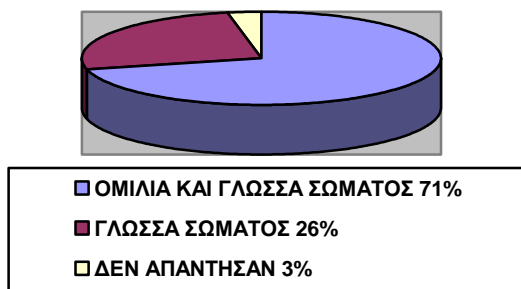


Σχ.21: Σύνολο απαντήσεων αντίδρασης σε "δύσκολη" κατάσταση και χρήση δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης.

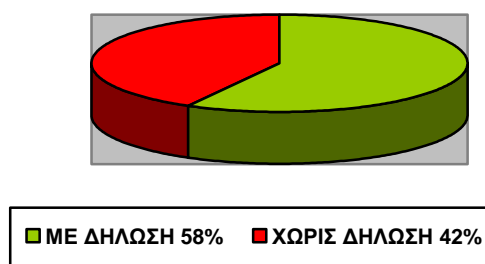


Σχ.22: Σύνολο απαντήσεων αντίδρασης σε "δύσκολη" κατάσταση που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

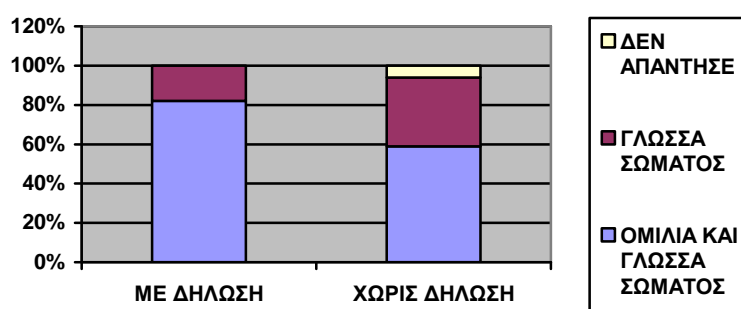
Στην ερώτηση 9 για την αντίληψη του άγχους ενός εξεταζόμενου, το 71% των φοιτητών θα αναγνώριζε αν ο εξεταζόμενος ήταν αγχωμένος από "το συνδυασμό της ομιλίας του με τη γλώσσα σώματος", το 26% αναφέρει μόνο από τη γλώσσα σώματος, ενώ το 3% δεν απάντησε (Σχ. 23). Από αυτούς που έδωσαν την απάντηση του "συνδυασμού της ομιλίας με την γλώσσα του σώματος", το 58% άνηκε σε αυτούς που το είχαν δηλώσει το μάθημα και το 42% σ' αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει (Σχ. 24). Αναλυτικότερα από αυτούς που είχαν δηλώσει το μάθημα το 82% έκανε αναφορά στο "συνδυασμό ομιλίας και της γλώσσας του σώματος" ενώ το 18% μόνο στη γλώσσα του σώματος. Απ' αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει στο "συνδυασμό ομιλίας και της γλώσσας του σώματος" αναφέρθηκε το 59%, στη γλώσσα του σώματος το 35% και το υπόλοιπο 6% δεν απάντησε (Σχ. 25).



Σχ.23: Σύνολο απαντήσεων δείγματος ερώτηση 9 (αντίληψη άγχους εξεταζόμενου).



Σχ.24: Σύνολο απαντήσεων αντίληψης άγχους εξεταζόμενου από τον συνδυασμό ομιλίας και γλώσσας σώματος.



Σχ.25: Σύνολο απαντήσεων αντίληψης άγχους εξεταζόμενου που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.

Στο δεύτερο μέρος δίνεται ο σχολιασμός των ευρημάτων των ερωτήσεων πολλαπλής επιλογής, όπου είναι ο εξής:

Στην ερώτηση 1 τα ποσοστά των απαντήσεων, για την αντιμετώπιση ενός αγχωμένου εξεταζόμενου, κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα ανάμεσα σε αυτούς που είχαν δηλώσει το μάθημα και σε αυτούς που δεν το είχαν. Το 41% των φοιτητών έδωσε ως πρώτη επιλογή την αποφυγή/αλλαγή του θέματος, ως δεύτερη με 29% τις δεξιότητες επικοινωνίας, ως τρίτη τις αλληπάλληλες ερωτήσεις με 24% και τέλος ως τέταρτη επιλογή έδωσε το κήρυγμα και την ηθικολογία με το 6% (Πίν. 1).

Πίν. 1: Αποτελέσματα αντιμετώπισης αγχωμένου εξεταζόμενου (Ερ. 1, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 1	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) αποφυγή – αλλαγή θέματος	41%	41%	41%
2) κήρυγμα – ηθικολογία	6%	6%	6%
3) αλλεπάλληλες ερωτήσεις	24%	24%	24%
4) δεξιότητες επικοινωνίας	29%	29%	29%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 2 για την αντιμετώπιση ενός φλύαρου πελάτη το 62% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 20% άσκηση κριτικής, το 12% τη συμβουλή και καθοδήγηση, το 3% να αποφύγει το θέμα και ένα άλλο 3% απάντησε κάτι άλλο. Πιο συγκεκριμένα από αυτούς που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα το 71% επέλεξε δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 17% την κριτική ενώ το 12% τη συμβουλή καθοδήγηση. Από την άλλη πλευρά από τους φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 52% επέλεξε δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 24% κριτική, το 12% συμβουλή καθοδήγηση, το 6% αποφυγή θέματος ενώ τέλος το υπόλοιπο 6% κάτι άλλο (Πίν. 2).

Πίν. 2: Αποτελέσματα αντιμετώπισης φλύαρου πελάτη (Ερ. 2, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 2	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) κριτική	17%	24%	20%
2) αποφυγή θέματος	-	6%	3%
3) συμβουλή - καθοδήγηση	12%	12%	12%
4) ενεργητική ακρόαση	71%	52%	62%
5) άλλο	-	6%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Στην ερώτηση 3 από το σύνολο των απαντήσεων στο ερώτημα για τον χειρισμό ενός φλύαρου πελάτη, το 88% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, έπειτα το 6% επέλεξε τη συμβουλή και καθοδήγηση, ένα 3% επέλεξε το κήρυγμα και την ηθικολογία και το υπόλοιπο 3% απάντησε κάτι άλλο. Πιο συγκεκριμένα από τους φοιτητές που δήλωσαν κι εξετάστηκαν στο μάθημα το 94% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης και το 6% την συμβουλή και καθοδήγηση. Από την άλλη

πλευρά από τους φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 82% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 6% κήρυγμα και ηθικολογία, το 6% συμβουλή και καθοδήγηση ενώ το υπόλοιπο 6% κάτι άλλο (Πίν. 3).

Πίν. 3: Αποτελέσματα χειρισμού θυμωμένου πελάτη (Ερ. 3, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 3	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) απειλή - προειδοποίηση	-	-	-
2) κήρυγμα – ηθικολογία	-	6%	3%
3) ενεργητική ακρόαση	94%	82%	88%
4) συμβουλή - καθοδήγηση	6%	6%	6%
5) άλλο	-	6%	3%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο του δείγματος στην ερώτηση 4 για τον τρόπο αντιμετώπισης της ανησυχίας ενός εξεταζόμενου το 67% έδωσε ως απάντηση την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 18% την κριτική, το 12% εκλογίκευση και ελαχιστοποίηση των ανησυχιών και το 3% την απειλή και προειδοποίηση. Αναλυτικότερα, από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 76% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 12% την κριτική, το 6% την εκλογίκευση και ελαχιστοποίηση των ανησυχιών και το 6% την απειλή και προειδοποίηση. Από την άλλη πλευρά όσων δηλαδή δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 59% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 23% την κριτική και το υπόλοιπο 18% την εκλογίκευση και ελαχιστοποίηση των ανησυχιών (Πίν. 4).

Πίν. 4: Αποτελέσματα αντιμετώπισης ανησυχίας εξεταζόμενου (Ερ. 4, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 4	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) απειλή - προειδοποίηση	6%	-	3%
2) εκλογίκευση – ελαχιστοποίηση ανησυχιών	6%	18%	12%
3) κριτική	12%	23%	18%
4) ενεργητική ακρόαση	76%	59%	67%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 5 για την προσέγγιση ενός δυσανεσθημένου εξεταζόμενου, το 94% επέλεξε την ενεργητική ακρόαση και το υπόλοιπο 6% την κριτική. Πιο συγκεκριμένα, από τους φοιτητές που δήλωσαν και παρακολούθησαν το μάθημα το 100% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης ενώ από αυτούς που δεν δήλωσαν ούτε και παρακολούθησαν το μάθημα το 88% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης και το υπόλοιπο 12% την κριτική (Πίν. 5).

Πιν. 5: Αποτελέσματα προσέγγισης δυσανεσθημένου εξεταζόμενου (Ερ. 5, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 5	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) κριτική	-	12%	6%
2) κήρυγμα – ηθικολογία	-	-	-
3) συμβουλή - καθοδήγηση	-	-	-
4) ενεργητική ακρόαση	100%	88%	94%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 6 για τον τρόπο προσέγγισης ενός ζωηρού εξεταζόμενου παιδιού το 85% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 12% την κριτική και το 3% το κήρυγμα και ηθικολογία. Αναλυτικότερα από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 88% επέλεξε την ενεργητική ακρόαση, το 6% το κήρυγμα και την ηθικολογία και το άλλο 6% την κριτική. Από την άλλη, από τους φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 82% επέλεξε την ενεργητική ακρόαση και το 18% την κριτική (Πίν. 6).

Πίν. 6: Αποτελέσματα προσέγγισης ζωνρού εξεταζόμενου παιδιού (Ερ. 6, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 6	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) ενεργητική ακρόαση	88%	82%	85%
2) κήρυγμα – ηθικολογία	6%	-	3%
3) απειλή - προειδοποίηση	-	-	-
4) κριτική	6%	18%	12%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 7 για τον τρόπο προσέγγισης ενός δύστροπου πελάτη το 94% έδωσε ως απάντηση την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 3% την συμβουλή και καθοδήγηση και το υπόλοιπο 3% την κριτική. Πιο συγκεκριμένα από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 94% επέλεξε την ενεργητική ακρόαση και το 6% την κριτική. Από την άλλη μεριά, από τους φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 94% επέλεξε την ενεργητική ακρόαση και το 6% την συμβουλή και καθοδήγηση (Πίν. 7).

Πίν. 7: Αποτελέσματα προσέγγισης δύστροπου πελάτη (Ερ. 7, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 7	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) συμβουλή - καθοδήγηση	-	6%	3%
2) αποφυγή θέματος	-	-	-
3) ενεργητική ακρόαση	94%	94%	94%
4) κριτική	6%	-	3%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 8 για την εξέταση ενός ατόμου με ειδικές ανάγκες το 94% έδωσε ως απάντηση την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης και το 6% κάτι άλλο. Πιο αναλυτικά, από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα όπως και από αυτούς που δεν το είχαν, οι απαντήσεις και τα ποσοστά ήταν τα ίδια, συγκεκριμένα με 94% επιλέχθηκε η δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης και με 6% κάτι άλλο (Πίν. 8).

Πίν. 8: Αποτελέσματα εξέτασης ατόμου με ειδικές ανάγκες (Ερ. 8, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 8	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) κριτική	-	-	-
2) ενεργητική ακρόαση	94%	94%	94%
3) συμβουλή - καθοδήγηση	-	-	-
4) αποφυγή θέματος	-	-	-
5) άλλο	6%	6%	6%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων στην ερώτηση 9 για τον χειρισμό ενός πελάτη που χρειάζεται βοήθημα χαμηλής όρασης το 73% έδωσε ως απάντηση την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 18% την εκλογίκευση και ελαχιστοποίηση των ανησυχιών και το 9% τον εφησυχασμό και την παρηγοριά. Πιο ειδικά, από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 94% επέλεξε τη δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης και το 6% τον εφησυχασμό και παρηγοριά. Από αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το 53% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης το 35% την εκλογίκευση και ελαχιστοποίηση ανησυχιών και το 12% τον εφησυχασμό και παρηγοριά (Πίν. 9).

Πίν. 9: Αποτελέσματα χειρισμού πελάτη που χρήζει βοήθημα χαμηλής όρασης (Ερ. 9, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 9	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) εφησυχασμός - παρηγοριά	6%	12%	9%
2) κριτική	-	-	-
3)εκλογίκευση- ελαχιστοποίηση ανησυχιών	-	35%	18%
4) ενεργητική ακρόαση	94%	53%	73%
5) άλλο	-	-	-
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

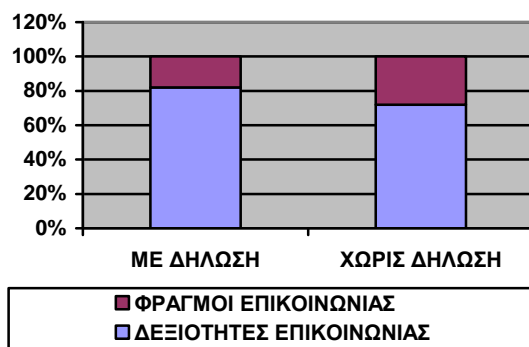
Από το σύνολο του δείγματος στην ερώτηση 10 για τον χειρισμό μίας περίπτωσης ανεξόφλητου υπολοίπου το 85% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 9% κάτι άλλο, το 3% την κριτική και το υπόλοιπο 3% αλληπάλληλες ερωτήσεις. Πιο συγκεκριμένα, από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και

παρακολουθήσει το μάθημα το 82% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 12% κάτι άλλο και το 6% την κριτική. Από όσους δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα το 88% επέλεξε την δεξιότητα ενεργητικής ακρόασης, το 6% αλληπάλληλες ερωτήσεις και το υπόλοιπο 6% κάτι άλλο (Πίν. 10).

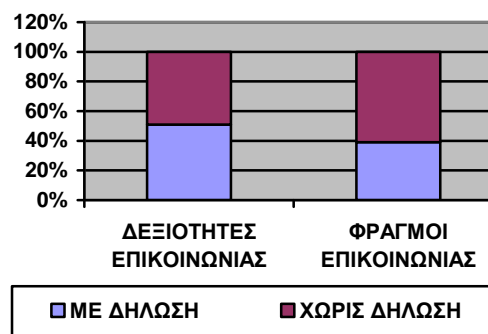
Πίν. 10: Αποτελέσματα χειρισμού περίπτωσης ανεξόφλητου υπολοίπου (Ερ. 10, Β' Μέρος)

ΕΡΩΤΗΣΗ 10	ΜΕ	ΧΩΡΙΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
1) κριτική	6%	-	3%
2) αλληπάλληλες ερωτήσεις	-	6%	3%
3) ενεργητική ακρόαση	82%	88%	85%
4) συμβουλή - καθοδήγηση	-	-	-
5) άλλο	12%	6%	9%
ΣΥΝΟΛΟ	100%	100%	100%

Από το σύνολο των απαντήσεων των φοιτητών που είχαν δηλώσει το μάθημα το 82% αντιστοιχεί σε δεξιότητες επικοινωνίας ενώ το 18% αντιστοιχεί σε φραγμούς επικοινωνίας. Από την άλλη πλευρά από το σύνολο των απαντήσεων των φοιτητών που δεν είχαν δηλώσει το μάθημα το 72% των απαντήσεών τους αντιστοιχεί σε δεξιότητες επικοινωνίας ενώ το 28% σε φραγμούς επικοινωνίας. (Σχ. 26). Από το σύνολο των απαντήσεων που αντιστοιχούν σε δεξιότητες επικοινωνίας το 51% ανήκει σε άτομα που είχαν δηλώσει το μάθημα και το 49% σε φοιτητές που δεν το είχαν δηλώσει. Από το σύνολο των απαντήσεων που αντιστοιχούν σε φραγμούς επικοινωνίας το 39% ανήκει σε άτομα που είχαν δηλώσει το μάθημα και το 61% σε φοιτητές που δεν το είχαν δηλώσει, όπως φαίνεται και στο Σχ. 27.



Σχ.26: Σύνολο απαντήσεων που δήλωσαν ή όχι το μάθημα.



Σχ.27: Σύνολο απαντήσεων σε δεξιότητες και φραγμούς επικοινωνίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσον αφορά τον ορισμό της υγείας βρέθηκε αρκετή διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις, με επικρατέστερο προσδιορισμό της, ως ψυχική και σωματική όπως αναφέρει και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) το 1948 όπου την αναφέρει ως μια «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (Καραδήμας, 2005) παρουσιάζεται δηλαδή ως το σύνολο ψυχικής και σωματικής ακεραιότητας.

Οι φοιτητές που δήλωσαν και παρακολούθησαν το μάθημα θεώρησαν την υγεία ότι είναι η πλήρης σωματική – κοινωνική - ψυχική αρμονία. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) θεωρείται ότι επηρεάζει αλλά και επηρεάζεται από δυναμικά διασυνδεδεμένους μεταξύ τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Giblin Pt et al, 1988), (Γούναρη & συν., 2011). Αντίθετα οι φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει και παρακολουθήσει το μάθημα ορίζουν ως υγεία απλώς ως την έλλειψη της νόσου (Nettleton, 2002).

Επομένως η παρακολούθηση του μαθήματος που έχει ως σκοπό την παροχή ορισμένων γνώσεων που θα βοηθήσουν τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην υγεία (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999), φαίνεται να επέφερε αποτέλεσμα καθώς η πλειονότητα των φοιτητών που δήλωσε και εξετάστηκε στο μάθημα, σε σχέση με αυτούς που δεν το είχαν, διατύπωσε σωστά τον ορισμό της υγείας.

Όσον αφορά τον ορισμό της ασθένειας, υπήρξε αρκετή διαφορά στα αποτελέσματα καθώς το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών ανέφερε ότι η ασθένεια είναι σωματική και ψυχική και όχι μόνο σωματική. Αυτό αναφέρεται στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας, όπου όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι φοιτητές που δήλωσαν και παρακολούθησαν το μάθημα προσδιόρισαν την ασθένεια ως ψυχική και σωματική απάντηση που προκύπτει από την ενημέρωσή τους για το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Όπως αναφέρει ο Dubos (1979) για το μοντέλο αυτό, «κάθε αρρώστια, ανεξάρτητα από τα αίτια και τις εκδηλώσεις της, αφορά πάντα το νου και το σώμα, έτσι οι σχέσεις ανάμεσα στις δύο αυτές πλευρές είναι τόσο

αλληλένδετες, ώστε είναι αδύνατο να γίνει διάκριση ανάμεσά τους» (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Αντίθετα για τους φοιτητές που δεν δήλωσαν ούτε παρακολούθησαν το μάθημα θεώρησαν την έννοια της αρρώστιας μόνο ως σωματική, απάντηση που προκύπτει ενστικτωδώς από το βιοϊατρικό μοντέλο που χαρακτηρίζει μέχρι και σήμερα το μεγαλύτερο μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής, χαρακτηριστικό της οποίας είναι ότι επικεντρώνεται στο βιολογικό επίπεδο, παραγνωρίζοντας το ρόλο των ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων που επηρεάζουν την ανάπτυξη και αντιμετώπιση της αρρώστιας (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Επομένως με την παρακολούθηση του μαθήματος οι ανερχόμενοι επαγγελματίες υγείας και θα κατανοήσουν το σημαντικό ρόλο που παίζουν οι ψυχολογικοί παράγοντες στην υγεία και την ασθένεια (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999) όπως προαναφέρθηκε και παραπάνω αλλά και να αποσαφηνιστεί και να κατανοηθεί η έννοια της αρρώστιας και της ασθένειας, μιας και στην ελληνική ετυμολογία τους, ο όρος «αρρώστια» αναφέρεται σε έλλειψη ή ανεπάρκεια σωματικής ρώμης (ισχύος), ενώ ο όρος «ασθένεια» σε μια γενικότερη έλλειψη σθένους, δύναμης, δηλαδή ψυχικής ή/και σωματικής (Καραδήμας, 2005).

Όσον αφορά τον ορισμό του όρου της ελπίδας, υπήρξε αρκετή διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών προσδιόρισε την ελπίδα ως μια πολύ σημαντική έννοια όπου σύμφωνα με τον Fromm (1968), Stotland (1969), Frankl (1984), Herth (1990) είναι μια αόριστη έννοια η οποία έχει οριστεί κατά καιρούς με πολλούς τρόπους (κοινωνιολογικό, ιατρικό, θεολογικό). Κατά τον Averill et al (1990) είναι συνδεδεμένη με την ψυχική και σωματική ευημερία και δίνει νόημα στη ζωή.

Οι φοιτητές που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα γνώριζαν ότι η ελπίδα σύμφωνα με τον Hutchnecker (1981) χωρίζεται στην ενεργητική και την παθητική ελπίδα, αναφέροντας ως καταλληλότερη για τον ορισμό την ενεργητική ελπίδα. Η ενεργητική ελπίδα είναι η ενέργεια που έχει μέσα του το άτομο επηρεάζοντας τον σημαντικά θετικά την πορεία της ασθένειας. Αν ο άρρωστος δεν έχει ενεργό το αίσθημα της ελπίδας μπορεί ακόμη να οδηγηθεί και πιο γρήγορα στο θάνατο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Αντίθετα από τους φοιτητές που δεν δήλωσαν ούτε παρακολούθησαν το μάθημα η ελπίδα ορίστηκε ως παθητική, η οποία σχετίζεται με τα όνειρα και την αναμονή ενός «θαύματος» καθώς και την

παρεμπόδιση του ατόμου να δραστηριοποιηθεί κάνοντάς το να ζει σ' ένα φανταστικό κόσμο. (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Όσον αφορά την σημασία αποδοχής του θανάτου υπήρξε μικρή διαφορά στα αποτελέσματα ανάμεσα καθώς για τους περισσότερους ο θάνατος είναι ένα αναπόφευκτο και φυσικό μέρος της ζωής, προκαλεί οδύνη και δέος στον άνθρωπο γι' αυτό και δυσκολεύεται να τον αντιμετωπίσει και τον απωθεί από τη σκέψη του (Πατινιώτη & Γεωργιάδου, 2006-2007).

Οι φοιτητές που δήλωσαν και εξετάστηκαν στο μάθημα ανέφεραν περισσότερο τη σημασία της αποδοχής του θανάτου μιας και όπως αναφέρει ο Nuland (1994), αποτελεί μια πραγματικότητα, ένα μέρος της καθημερινότητας, που κάποια στιγμή όλοι θα αντιμετωπίσουν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Από την άλλη πολλοί φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει ούτε είχαν εξεταστεί στο μάθημα δεν ανέφεραν τόσο την σημασία αποδοχής του καθώς όπως είχε πει ο Freud, ενώ ο άνθρωπος γνωρίζει ότι είναι θνητός έχει την συνήθεια να το ξεχνάει.

Επομένως με την παρακολούθηση του μαθήματος για τη σημασία της αποδοχής του θανάτου μεταδόθηκε στους φοιτητές ως κάτι πολύ σημαντικό, καθώς σύμφωνα με την Kubler-Ross, ο άνθρωπος δεν μπορεί να μάθει να δέχεται τον θάνατο όταν τον αποφεύγει και τον αρνείται, και με το να τον αγνοεί δεν σημαίνει ότι σταματάει να υπάρχει γι' αυτό πρέπει να τον αντιμετωπίσει (Πατινιώτη & Γεωργιάδου, 2006-2007).

Όσον αφορά την αξία της ελπίδας όταν κάποιος πεθαίνει, σημειώθηκε σχετικά μικρή διαφορά ανάμεσα στους φοιτητές που είχαν δηλώσει το μάθημα και σε αυτούς που δεν το είχαν δηλώσει, καθώς οι περισσότερη πιστεύουν στην αξία αυτής και πως ότι, ειδικά στις περιπτώσεις ατόμων που πάσχουν από ανίατες ασθένειες η διατήρηση της ελπίδας είναι πρωτίστης σημασίας. Όπως αναφέρει και ο Siegel (1986) η διατήρηση της ελπίδας είναι ένα χαρακτηριστικό που έχουν οι άνθρωποι ακόμα και στις πιο δύσκολες στιγμές.

Όλοι οι φοιτητές που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα δήλωσαν ότι κάποιος που πεθαίνει αξίζει και πρέπει να ελπίζει γιατί χωρίς την ελπίδα η παραίτηση και ο θάνατος δεν αργούν να έρθουν. Στην πορεία της ασθένειας η κατεύθυνση της ελπίδας μπορεί να αλλάζει. Στην φάση πριν τη διάγνωση η ελπίδα στοχεύει στην ερμηνεία των συμπτωμάτων, αφού το άτομο ελπίζει ότι τα συμπτώματα είτε δεν είναι σοβαρά είτε θα εξαφανιστούν. Στο στάδιο της διάγνωσης η ελπίδα στοχεύει στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Στην επιδείνωση της ασθένειας η ελπίδα έχει στόχο την καθυστέρηση του θανάτου που θα έρθει. Και έτσι γενικά ενώ στα αρχικά

στάδια της ασθένειας η ελπίδα είναι συνδεδεμένη με πιο μακρινούς στόχους προς το τέλος της επικεντρώνεται στο παρόν ή και στη μετά θάνατο ζωή (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Επίσης οι Carson et al (1988), Fehring et al (1997) κατέληξαν ότι δίνει έτσι τη δυνατότητα στο άτομο να ανασυγκροτείται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες. Η ελπίδα είναι μια έννοια πολυδιάστατη που παρέχει πνευματική ελευθερία σύμφωνα με τον Frankl (1984). Ένα ακόμη που επιβεβαιώνει την αξία της ελπίδας σε μελλοθάνατες συνθήκες είναι και η φράση του Herth (1993) : « Ελπίδα είναι μια ισχυρή εσωτερική δύναμη, η οποία καθιστά δυνατή την υπέρβαση της παρούσας κατάστασης και παρέχει μια θετική αντίληψη των πραγμάτων» (Kinghorn & Gamlin, 2001). Όσοι από τους φοιτητές που δεν είχαν δηλώσει ούτε και εξεταστεί στο μάθημα και θεώρησαν ότι δεν αξίζει να ελπίζει κανείς εφόσον πεθαίνει, πιθανών η απάντησή τους προέκυψε από τα βιώματα τους, καθώς κάποιοι παράγοντες που επηρεάζουν την ελπίδα είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, σωματικοί ή πνευματικοί όπως αναφέρει ο Erikson το 1983. Έτσι οι Herth (1993) και Nekolaichuk & Bruera (1998), επισημαίνουν ότι το ποσοστό της καλλιέργειας του αισθήματος της ελπίδας στη διάρκεια της ζωής καθορίζει και τον τρόπο που ένα άτομο με ανίατη νόσο αντιμετωπίζει το θάνατο.

Επομένως το μεγαλύτερο μέρος των φοιτητών κατανοεί τον χειρισμό μιας τέτοιας κατάστασης ενθαρρύνοντας το άτομο που πεθαίνει να ελπίζει. Όταν το άτομο αυτό νιώθει ότι πλησιάζει το τέλος, ψάχνει τρόπους να υπερβεί αυτό το τέλος όπως λέει ο Becker (1973). Για να υπερβεί αυτό το τέλος σύμφωνα με τον Doka (1993β), νιώθει την ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του, ανάγκη να έχει ένα «καλό» θάνατο σύμφωνα με τα δικά του δεδομένα και την ανάγκη για ελπίδα πέρα από το θάνατο.(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995).

Όσον αφορά τα προσόντα επικοινωνίας υπήρχε μεγάλη αναφορά στις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης σε σχέση με την ομιλητικότητα και τα υπόλοιπα που δόθηκαν ως απαντήσεις, καθώς μέσω της ενεργητικής ακρόασης όπως αναφέρει και η Καλαντζή-Αζίζι (1999),ο επαγγελματίας υγείας επιδιώκει να κατανοήσει σε βάθος αυτά που ακούει και να περάσει το μήνυμα στον ασθενή ότι τον έχει καταλάβει και τον αποδέχεται, ώστε να μπορέσει έπειτα να του προσφέρει την κατάλληλη στήριξη και φροντίδα. Πολλές φορές όμως ο ακροατής-επαγγελματίας υγείας μετατρέπεται σε ομιλητή. Υπάρχει περίπτωση να του αρέσει να παίζει το ρόλο του συμβούλου, του δασκάλου, να ελέγχει (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995) και να καθοδηγεί τον άλλο στη συζήτηση προσπαθώντας πολλές φορές να ικανοποιήσει δικές του ανάγκες.

Αυτό είναι λάθος γιατί αποσπάται η προσοχή του και δεν αφοσιώνεται ώστε να καταλάβει αυτά που του λέει ο ασθενής (Καλαντζή-Αζίζι, 1999). Συγκεκριμένα οι φοιτητές που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα πλειοψηφούσαν στις απαντήσεις τους για την ενεργητική ακρόαση, σε σχέση με αυτούς που δεν το δήλωσαν καθώς γνωρίζουν την βαρύνουσα σημασία της προσεκτικής παρακολούθησης (Ivey et al., 1996).

Για την ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων δόθηκαν απαντήσεις που αφορούσαν ψυχρή αντιμετώπιση, ψεύτικες ελπίδες αλλά οι περισσότερες απαντήσεις του συνολικού δείγματος αφορούσαν την εξατομίκευση κάθε περίπτωσης ασθενή. Εκτός όμως από το συνολικό δείγμα, οι περισσότερες απαντήσεις ανάμεσα σε αυτούς που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα της ψυχολογίας και σε αυτούς που δεν το είχαν, ανήκαν στους πρώτους. Καθώς όπως αναφέρει και ο Παπαγιάννης η ανακοίνωση σε πρώτη φάση συνδέεται άμεσα με το πόσα θέλει και αντέχει να μάθει ο ασθενής και σε δεύτερη φάση πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αντιδράσεις του ασθενή για τη συνέχιση της συζήτησης (Παπαγιάννης, 2010). Οι φοιτητές με τις βασικές γνώσεις του μαθήματος αντιλαμβάνονται πως η ενημέρωση είναι μια συνεχής διαδικασία που προϋποθέτει δεξιότητες και προσαρμοστικότητα στις αλλαγές των αναγκών του κάθε αρρώστου (Παπαδάτου & Αγγνωστόπουλος, 1995).

Στην αντιμετώπιση μιας δύσκολης κατάστασης παραπάνω από το μισό του συνολικού δείγματος, αναφέρθηκε στην χρήση της ενεργητικής ακρόασης ως καταλληλότερης λύσης και οι υπόλοιποι είτε στην ψυχρή αντιμετώπιση, είτε στην παρηγοριά είτε δεν απάντησαν. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω η ενεργητική ακρόαση αποτελεί τον τρόπο για την ουσιαστική και βαθύτερη επικοινωνία ασθενή - επαγγελματία υγείας, που θα οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση της κατάστασης (Καλαντζή-Αζίζι, 1999). Ο επαγγελματίας υγείας με γνώσεις δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης, μέσω της ενσυναίσθησης (συμπάσχει και συμμερίζεται τον ασθενή) (Καλαντζή-Αζίζι & συν., 1998), της άνευ όρων αποδοχής του ασθενή που έχει απέναντι του (αποδοχή του ατόμου όπως είναι) (Παπαδάτου & Αγγνωστόπουλος, 1995) και της αυθεντικότητας του ιδίου (να είναι απόλυτα ειλικρινής με τον ασθενή) (Παπαδάτου & Αγγνωστόπουλος, 1999) μπορεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή και να δημιουργήσει μια υγιή σχέση (Παπαδάτου & Αγγνωστόπουλος, 1999). Αυτό άλλωστε επιβεβαιώνεται και από την διαφορά στο πλήθος των απαντήσεων των φοιτητών που δήλωσαν το μάθημα και

αυτών που δεν το δήλωσαν καθώς οι πρώτοι όπως ήταν φυσικό είχαν περισσότερες απαντήσεις για τη χρήση ενεργητικής ακρόασης από τους δεύτερους.

Όσον αφορά το άγχος το μεγαλύτερο ποσοστό από το συνολικό δείγμα απάντησε πως αυτό γίνεται αντιληπτό από την ομιλία και τη γλώσσα του σώματος, ενώ ένα μεσαίο ποσοστό από τη γλώσσα του σώματος μόνο. Μέσω του λεκτικού επιπέδου ο ασθενής πρέπει να εκφράζεται ελεύθερα χωρίς να περιορίζεται, ώστε να μπορέσει να περιγράψει την εμπειρία του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Έτσι ο επαγγελματίας υγείας θα είναι σε θέση να αντιληφθεί το στρες του. Το μεγαλύτερο όμως ρόλο για την κατανόηση του τι απασχολεί τον ασθενή, παίζει η μη λεκτική επικοινωνία, δηλαδή τα μη λεκτικά σήματα που στέλνει ο ασθενής με το σώμα του (Καλαντζή – Αζίζι, 1999). Αυτά τα σήματα εκπέμπουν τα μάτια, οι κινήσεις και η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η θέση μέσα στο χώρο, το βάδισμα, οι εκφράσεις του προσώπου και άλλα. Συγκεκριμένα για την απάντηση του συνδυασμού της ομιλίας με τη γλώσσα του σώματος, οι περισσότερες απαντήσεις ανήκουν σε αυτούς που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν, αλλά η ποσοστιαία διαφορά των απαντήσεων μεταξύ των δύο δεν είναι υπερβολικά μεγάλη. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι το συγκεκριμένο θέμα της αντίληψης του άγχους, είναι γενικού ενδιαφέροντος και δεν απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις. Γι' αυτό και όσοι δεν είχαν δηλώσει το μάθημα έδωσαν πολλές απαντήσεις για το συνδυασμό της ομιλίας με τη γλώσσα του σώματος.

Όσον αφορά τις δεξιότητες και τους φραγμούς επικοινωνίας βρέθηκε μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις απαντήσεις, με το μεγαλύτερο ποσοστό να κλίνει προς τις δεξιότητες επικοινωνίας για το χειρισμό διαφόρων καταστάσεων που θα μπορούσαν να προκύψουν σε κάποιον επαγγελματία υγείας, ο οποίος επιδιώκει να καταλάβει τον άλλον και να του δώσει την αίσθηση ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός (Ivey et al., 1996).

Από τους φοιτητές που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό επέλεξε τις δεξιότητες επικοινωνίας με την τεχνική της ενεργητικής ακρόασης ως ιδανική λύση. Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν το άτομο να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να το ακούσει. Ο επαγγελματίας εκφράζει τις υποθέσεις και τη διαθεσιμότητά του τόσο λεκτικά όσο και μη λεκτικά (μέσω της «σωματικής γλώσσας») (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Στο λεκτικό οι δεξιότητες πρέπει να αφήνουν χώρο στον άρρωστο να εκφραστεί ελεύθερα και να μοιραστεί τις

εμπειρίες του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999). Στο μη λεκτικό πρέπει να δίνεται στον ασθενή να καταλάβει ότι τα όσα λέει και νιώθει κατανοούνται και είναι πλήρως αποδεκτά (Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Από την άλλη όσοι φοιτητές δεν δήλωσαν ούτε εξετάστηκαν στο μάθημα ένα μεγάλο ποσοστό επέλεξε τους φραγμούς επικοινωνίας όπως κριτική, αποφυγή του θέματος, κήρυγμα, ηθικολογία κ.α. λόγω, που όπως αναφέρει η Παπαδάτου πηγάζουν από προσωπικές ασυνείδητες ανάγκες και έχουν αρνητική επιρροή, αφού πολύ συχνά κάποιος επιδιώκει να φανεί σωστός ή γνώστης σε κάτι, για να δείξει ότι έχει δίκιο ή να βοηθήσει συμβουλευόντας κ.α. (Καλαντζή-Αζίζι, 1999). Παρόλα αυτά σε μερικά ερωτήματα οι απαντήσεις και των δύο ομάδων κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα, όπως επίσης υπήρξε και η περίπτωση όπου το μεγαλύτερο ποσοστό της απάντησης για την ενεργητική ακρόαση, άνηκε στην ομάδα που δεν είχε δηλώσει ούτε εξεταστεί στο μάθημα.

Πιο συγκεκριμένα, στην ερώτηση 1 για την αντιμετώπιση ενός αγχωμένου εξεταζόμενου, από το συνολικό δείγμα οι περισσότεροι επέλεξαν την αποφυγή/αλλαγή του θέματος, απάντηση που αφορούσε φραγμό επικοινωνίας. Επίσης το ποσοστό των απαντήσεων ανάμεσα σε αυτούς που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα και σε αυτούς που δεν είχαν, ήταν το ίδιο. Αυτό ίσως οφείλεται στο ότι όλοι αυτοί απάντησαν ενστικτωδώς, με βάση δηλαδή παρόμοιες προσωπικές εμπειρίες και το χειρισμό που συνηθίζουν να χρησιμοποιούν σε αυτές. Αυτοί που είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα επέλεξαν φραγμό επικοινωνίας ίσως γιατί έτυχε να μην παρακολουθούν διεξοδικά την παράδοση του μαθήματος κατά τη διάρκεια του εξαμήνου και ταυτόχρονα είναι πιθανό να μην αποτελούσε θέμα εξέτασης στο τέλος, οπότε και δεν αφομοιώθηκε ως γνώση.

Επίσης στην ερώτηση 10 για το χειρισμό κάποιας περίπτωσης ανεξόφλητου λογαριασμού, με μικρή διαφορά, η πλειοψηφία των απαντήσεων για την ενεργητική ακρόαση, προήλθε από όσους δεν είχαν δηλώσει και εξεταστεί στο μάθημα. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στην ιδιοσυγκρασία και το χαρακτήρα των συγκεκριμένων φοιτητών και στο πως χειρίζονται παρόμοιες καταστάσεις γενικά στη ζωή τους.

Καταλήγοντας, φαίνεται οι περισσότερες από τις υποθέσεις της έρευνας που αρχικά διατυπώθηκαν να επιβεβαιώνονται. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα πως η διδασκαλία του μαθήματος "Ψυχολογία της υγείας" έχει πιθανώς αποτέλεσμα και τροφοδοτεί τους φοιτητές με γνώσεις που σίγουρα θα τους χρειαστούν περεταίρω,

καθώς η σωστή και υγιής επικοινωνία με τον ασθενή-εξεταζόμενο είναι σημαντικό κομμάτι της δουλειάς. Συστήνεται να γίνει περαιτέρω έρευνα και μελέτη όσον αφορά την ψυχολογία της υγείας στο χώρο των παραϊατρικών επαγγελμάτων όπως είναι αυτό του οπτικού - οπτομέτρη, γιατί όπως φάνηκε αποτελεί σημαντικό κομμάτι.

Επιπλέον η συγκεκριμένη έρευνα είχε ελλείψεις και περιορισμούς, καθώς ο αριθμός του συνολικού δείγματος δεν ήταν μεγάλος αφού το μάθημα δεν είχε μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων. Ακόμη από αυτούς που το δήλωσαν δεν ήταν δυνατόν να διαπιστωθεί πόσοι το παρακολούθησαν. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική οπότε δεν ήταν δυνατόν να διαπιστωθεί η στατιστική σημαντικότητα ανάμεσα στο μάθημα και στην επίδραση που είχε στους φοιτητές καθώς και οι μεταξύ τους διαφορές που μπορεί να είναι τυχαίες. Άρα η παρούσα έρευνα δεν είναι δυνατόν να καλύψει όλη την έκταση του θέματος σφαιρικά. Τέλος είναι ένα θέμα που δεν έχει μελετηθεί πολύ και σίγουρα θα υπάρξουν σημαντικά συμπεράσματα από την περαιτέρω μελέτη του.

ΛΙΣΤΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

Αναγνωστόπουλος, Φ., Καραδήμας, Ε. (2005) Αφιέρωμα-Υγεία και Ασθένεια: Ψυχολογικές Διεργασίες. *Ψυχολογία*. 12 (4), 1-6. [on line] Διαθέσιμο από: <http://www.elpse.gr/el/katalogos-teyxwn.html>

Ανδρέου, Α., Ηρακλέους, Μ., Σπυροπούλου, Τ., Καλογήρου, Κ., Λύτρα, Ε.Χ., Κωνσταντινίδου, Τ., Κωνσταντινίδης, Χ., Παναγιωτόπουλος, Χ. (2011) Συμβουλευτική Ψυχολογία, Πρόγραμμα Συμβουλευτικής Επιμόρφωσης. [on line] Διαθέσιμο από: http://www.pi.ac.cy/pi/files/epimorfosi/program/eisagogiki/them_enotites/Themata_Simvoyleftikis_new.doc

Βασιλειάδης, Χ. (2012) Η Ελπίδα δια μέσου των αιώνων. Νέα Ιωνία. [on line] Διαθέσιμο από: http://www.egolpion.com/elpida_vasileiadis.print.el.aspx

Γκοτζαμάνης, Κ. (Επίμ.) (2004) *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV-TR* tm. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Γούναρη, Γ., Παπαχρήστου, Σ., Χατζηχρήστου, Δ., (2011) Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και βιολογία της αναπαραγωγής: Ένας τρόπος για τη βελτίωση της επικοινωνίας του ιατρού με τον υπογόνιμο άντρα. 23(4). [on line] Διαθέσιμο από: www.huanet.gr/periodiko/2011/page284.pdf

Καλαντζή-Αζίζι, Α., Μόλβερ, Γ., Μπουλουγούρης, Γ., Μπούρας, Ν., Παπανικολάου, Κ., Ρόβλια, Τ., SALKOVSKIS, P., Τσικούλιας, Φ., Χαρίλα, Ν. (1998) *Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας*. β' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1983) *Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999) *Φάκελος μαθήματος, Ψυχολογία της Επικοινωνίας, Σημειώσεις και Άρθρα*. Αθήνα: Εκτύπωση: Αθανασόπουλος Σ.-Παπαδάμης Σ. & ΣΙΑ Ε.Ε.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003) *Διδακτικές σημειώσεις, Μάθημα: Γνωσιακές-Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τομέας Ψυχολογίας.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005) *Κοινωνιολογία της Υγείας, Θεωρία και Κλινική Πράξη*. στ' έκδοση. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005) *Ψυχολογία της Υγείας, Θεωρία και Κλινική Πράξη*. 369 έκδοση. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Κατσικάρη, Κ.Φ. (2011) *Περίθαλψη και Αποκατάσταση στο ελληνικό σύστημα Υγείας, Βιογραφική αφήγηση μίας πολυτραυματία*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηρακλείου Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής. [on line] Διαθέσιμο από: mph.med.uoc.gr/files/pissertations/katsikari_2012.pd

Κονταξάκης, Β., Χαβάκη-Κονταξάκη Μ. (2009) *Η Γνωσιακή Προσέγγιση μπροστά στα σύγχρονα κλινικά διλήμματα. Σωματικές παθήσεις και Αυτοκτονικότητα*. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, 13-15 Νοεμβρίου, Αθήνα.

Κουλιεράκης, Γ., (2006) *Ψυχολογία της Υγείας και Δημόσια Υγεία : Συνάντηση και συνεισφορές στην Ευρώπη και στην Ελλάδα*. *Ψυχολογία*. 13(2) 067-077. [on line] Διαθέσιμο από: www.elpse.gr/el/katalogos-teyxwn/category/28.html?download=116

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999) *Ψυχολογία Κινήτρων*. ζ' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαλικιώση-Λοϊζου, Μ., (1999) *Συμβουλευτική Ψυχολογία* 2. δ' έκδοση συμπληρωμένη. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.

Μχιταριάν, Μ. (2008) *Διερεύνηση της έννοιας της Ελπίδας*. Γενικό Νοσοκομείο Πάφου. [on line] Διαθέσιμο από: <http://www.cyna.org/15th/articles/05.pdf>

Παγοροπούλου, Α. (2000) *Η Γεροντική Κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παναγόπουλος, Ε., Μπένος, Α. (2004) *Η Επικοινωνία στην Ιατρική Εκπαίδευση, ζητήματα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;* 21(4) 385-390. [on line] Διαθέσιμο από: <http://www.mednet.gr/archives/2004-4/pdf/385.pdf>.

Πάντας, Δ., Γκατζέλης, Θ. (2007) *Η Διεπαγγελματική Συνεργασία του νοσηλευτή με τις διάφορες ειδικότητες του τομέα Υγείας στο χώρο του νοσοκομείου*. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης. [on line] Διαθέσιμο από: eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/406/pan.gatz.pdf?sequence=1

Παπαγιάννης, Α. (2010) *Μιλώντας με τον άρρωστο: Βασικές Αρχές της Κλινικής Επικοινωνίας και αναγγελία της δυσάρεστης είδησης*. *Ιατρικά χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*. 6 (Συμπληρωματικό τεύχος), 43-49. [on line] Διαθέσιμο από: <https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ixek.gr%2Ffiledownloader.php%3Fpath%3Dx%26filename%3D291%25EC%25E9%25EB%25F9%25ED%25F4%25E1%25F2%2520%25EC%25E5%2520%25F4%25EF%25ED%2520%25E1%25F1%25F1%25F9%25F3%25F4%25EF.pdf&ei=89yoUdaAH62e7AbulIDoBQ&usg=AFQjCNF>

8akZ_W6ghBAVoUk3A9St0HjdpWQ&sig2=QJNFdiUfH1lXG4HtDNVrgA&bvm=bv.47244034,d.bGE

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. 1^η έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999) *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδάτου, Δ., Μπελλάλη, Θ. (2008) *Βασικές γνώσεις Ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας*. ΚΡΙΤΙΚΗ Α.Ε.

Παπακόστας, Ι. (1994) *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, Θεωρία και Πράξη*. Αθήνα : Ινστιτούτο Έρευνας της Συμπεριφοράς.

Παπλός, Κ. (2009) Η Γνωσιακή Προσέγγιση μπροστά στα σύγχρονα κλινικά διλήμματα. Ψυχικές Διαταραχές και Αυτοκτονικότητα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, 13-15 Νοεμβρίου, Αθήνα.

Πατινώτη, Μ., Γεωργιάδου, Δ. (2006-2007) Ο νοσηλευτής και οι φροντιστές του ατόμου που πεθαίνει. Σχολή Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Νοσηλευτικής. [on line] Διαθέσιμο από:

http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/314/pati_geo.pdf?sequence=1

Ποταμιάνος, Γ.Α. (1995) *Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σειραλίδου, Ε., Σπυρολάρη, Μ. (2007) Φροντίδα αρρώστου πριν το θάνατο. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής. [on line] Διαθέσιμο από: http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/413/seir_spyr.pdf?sequence=1

Συγγελάκη, Μ., Πιτσάβας, Α., Φωκάς, Κ. (2008) Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. 5(1). [on line] Διαθέσιμο από: www.psychiatryjournal.gr/ftplib/200805/080709193950.pdf

Τσίμτσιου, Ζ.Α. (2008) Σχέση και Επικοινωνία ιατρού-ασθενή: Καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ιατρική Σχολή, Τομέας χειρουργικής, Β' Ουρολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. [online] Διαθέσιμο από: invenio.lib.auth.gr/record/101575/files/TSIMTSIOU.pdf?version=1

Φερεντίνος, Π., Κονταξάκη, Μ.-Ε. (2009) Η Γνωσιακή Προσέγγιση μπροστά στα σύγχρονα κλινικά διλήμματα. Γνωσιακού τύπου Ψυχοθεραπευτικές Παρεμβάσεις στην Αυτοκτονικότητα. 2^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωσιακών Ψυχοθεραπειών, 13-15 Νοεμβρίου, Αθήνα.

Χριστοπούλου, Α. (1996) *Σημειώσεις για το μάθημα της Ψυχοπαθολογίας*. Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Burns, D.D. (1996) *Αισθανθείτε καλά, η αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης χωρίς φάρμακα*. 6^η έκδοση. Σίμος, Γ. (Επίμ.), Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Ivey, A.E., Gluckstern, N.B., Ivey, M.B. (1996) *Συμβουλευτική μέθοδος Πρακτικής προσέγγισης*. 8^η έκδοση. Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (Επίμ.), Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kennedy, S.H., Lam, R.W., Nutt, D.J., Thase, M.E. (2005) *Αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης, Κλινικές κατευθύνσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Βαγιονάκη.

Kinghorn, S., Gamlin, R. (2004) *Ανακουφιστική Νοσηλευτική, εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής*. Θεοδοσοπούλου-Ευθυμίου, Ε. (Επίμ.), Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ medical arts.

Marks, D.F., Murray, M., Evans, B., Willig, C. (2000) *Health Psychology Theory Research and Practice*. London: SAGE.

Nettleton, S. (2002) *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*. Αθήνα : Τυπωθήτω.

Ogden, J. (2004) *Health Psychology : A textbook (3rd edition)*. Open University Press : Mc Graw-Hill.

LINKS

<http://el.wiktionary.org/wiki/%CE%B5%CE%BB%CF%80%CE%AF%CE%B4%CE%B1>

http://www.transplantation.gr/article_patients.asp?patient_id=&medicine_id=6&category_id=&article_id=267

http://www.klinikilyrakou.gr/ekswterika_iatria-gr/ektakto-peristatiko/katathlipsh.html?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_term=katathlipsi&utm_content=katathlipsi&utm_campaign=nosileia

<http://el.thefreedictionary.com/%CE%B5%CE%BB%CF%80%CE%AF%CE%B6%CF%89>

<http://www.ipse.gr/adult.html>

<http://www.mazi.org.gr/%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%88%CE%B7/%CE%A3%CF%85%CE%BC%CF%80%CF%84%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%E2%80%93-%CE%94%CE%B9%CE%AC%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7>

http://www.uromed.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=325

<http://psychografimata.com/11406/o-aftoktonikos-ideasmos-ke-i-prolipsi-tou/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Ά μέρος: Απαντήστε με συντομία στις παρακάτω ερωτήσεις σύμφωνα με τις προσωπικές σας αντιλήψεις και απόψεις.

1) Τι είναι για εσάς η υγεία;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2) Πως ορίζεται για εσάς η αρρώστια;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3) Τι σημαίνει για εσάς η ελπίδα;

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4) Τι σημαίνει για εσάς ο θάνατος; Πως θα χειριζόσασταν μια περίπτωση θανάτου;

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
5) Αξίζει να ελπίζει κάποιος που πεθαίνει; Αιτιολογήστε την απάντησή σας.
.....
.....
.....
.....

.....
.....
6) Ποιά προσόντα επικοινωνίας κατά την άποψή σας χρειάζεται να διαθέτει ένας
άρτιος οπτικός;
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
7) Πώς θα ανακοινώνατε σε κάποιον εξεταζόμενο σας πως πάσχει από ένα μη
αναστρέψιμο σοβαρό οφθαλμολογικό πρόβλημα;
.....
.....
.....
.....

.....
.....
8) Πως θα αντιδρούσατε στην περίπτωση που ένας εξεταζόμενος διαθέτει πολύ
μικρό ποσοστό όρασης (πχ 1/10) ή δε διαθέτει καθόλου όραση από τον ένα
οφθαλμό;
.....
.....
.....
.....

.....
.....
9) Πως θα καταλαβαίνατε αν ο εξεταζόμενος σας είναι αγχωμένος;
.....
.....
.....
.....
.....

Β μέρος: Διαβάστε προσεκτικά τις παρακάτω ερωτήσεις και επιλέξτε σε κύκλο την πιο κατάλληλη απάντηση.

- 1) Πως θα βοηθούσατε έναν εξεταζόμενο που είναι αγχωμένος να χαλαρώσει;
 - i. Πιάνω μια άσχετη συζήτηση για τον καιρό, «Ωραίος καιρός σήμερα ε; Ευτυχώς δεν έβρεξε.»
 - ii. «Γιατί είστε αγχωμένος; Δε θα έπρεπε.»
 - iii. «Είστε καλά; Έχετε ξανακάνει εξέταση; Υπάρχει κάποια δυσκολία;»
 - iv. «Πως λέγεστε;..... Είναι η πρώτη φορά που εξετάζεστε;»
 - v. Άλλο.....

- 2) Ο εξεταζόμενος σας είναι φλύαρος και η εξέταση δεν προχωράει. Πως το χειρίζεστε;
 - i. «Επειδή πέρασε η ώρα καλύτερα να περάσουμε στην εξέταση»
 - ii. Αγχώνεστε που η εξέταση δεν προχωράει, κοιτάτε το ρολόι σας και ντρέπεστε να τον διακόψετε.
 - iii. «Επειδή υπάρχει και άλλος κόσμος που περιμένει καλύτερα να συντομεύουμε.»
 - iv. « Συγγνώμη που σας διακόπτω, δεν είναι ότι δε θέλω να ακούσω αυτά που λέτε, αλλά ας εστιάσουμε σε συγκεκριμένες πληροφορίες που είναι σημαντικές για την εξέταση.»
 - v. Άλλο.....

- 3) Ο εξεταζόμενος περιμένει ένα τέταρτο και έχει θυμώσει και φωνάζει. Τι κάνετε;
 - i. «Αααα, σας παρακαλώ μη φωνάζετε!»
 - ii. «Γιατί φωνάζετε; Δε φέρονται έτσι οι πολιτισμένοι άνθρωποι.»
 - iii. «Καταλαβαίνω γιατί έχετε θυμώσει, αλλά υπάρχει τέτοιος φόρτος εργασίας σήμερα που ήταν αδύνατο να σας δω νωρίτερα. Τι θέλετε να κάνουμε, να εξεταστείτε τώρα ή άλλη φορά;»
 - iv. «Κύριε μου έχουμε πολλή δουλειά σήμερα. Συγγνώμη, φύγετε και ελάτε άλλη φορά.»
 - v. Άλλο.....

- 4) Ο εξεταζόμενος σας ρωτάει αγχωμένος και στενοχωρημένος αν έχει σοβαρό πρόβλημα. Με ποιο τρόπο θα του απαντήσετε;
 - i. «Είναι δύσκολα τα πράγματα.»
 - ii. «Δεν πρέπει να στενοχωριέστε, όλα θα πάνε καλά.»
 - iii. «Μη βγάζετε συμπεράσματα, δεν είναι ακόμη κάτι σίγουρο.»
 - iv. «Καταλαβαίνω πως νιώθετε και συμμερίζομαι τις ανησυχίες σας. Ο λόγος που απαιτείται αυτή η εξέταση είναι προληπτικός.»
 - v. Άλλο.....

- 5) Ο εξεταζόμενος επιστρέφει παραπονούμενος πως τα γυαλιά που του δώσατε δεν είναι καλά. Πως το χειρίζεσθε και τι του λέτε;
- i. «Ίσως δεν τα έχετε συνηθίσει ακόμη.»
 - ii. «Πως μπορείτε να με αμφισβητείτε;»
 - iii. «Μπορείτε να πάτε σε κάποιον άλλο συνάδελφο.»
 - iv. «Για πείτε μου, τι πρόβλημα αντιμετωπίζετε με τα γυαλιά;»
 - v. Άλλο.....
- 6) Αντιμετωπίσετε την περίπτωση ενός πολύ ζωηρού παιδιού που είναι αδύνατο να συνεργαστεί για να γίνει η εξέταση. Πως το πείθετε να συνεργαστεί;
- i. «Και τώρα θα παίξουμε ένα παιχνίδι. Σου αρέσουν τα παιχνίδια; »
 - ii. «Σε παρακαλώ κάθισε αμέσως και κάνε ότι σου πω.»
 - iii. «Αν δεν καθίσεις να σε εξετάσω θα φωνάξω τη μητέρα σου.»
 - iv. «Έλα αφού είσαι καλό παιδί, γιατί δεν κάθεται; »
 - v. Άλλο...
.....
- 7) Έρχεται κάποιος πελάτης στο μαγαζί σας θέλοντας να πάρει καινούρια γυαλιά αλλά είναι πολύ δύστροπος και αγενής. Τι κάνετε;
- i. «Μα γιατί δεν παίρνετε αυτό που σας προτείνω; Εγώ είμαι ο ειδικός, ξέρω καλύτερα.»
 - ii. «Αυτή είναι η γκάμα μας, δείτε τη και επιλέξτε ότι σας αρέσει.
 - iii. «Πείτε μου περίπου πως έχετε σκεφτεί ότι θέλετε να είναι τα γυαλιά σας για να σας προτείνω τις κατάλληλες επιλογές .»
 - iv. «Έχετε περίεργο γούστο και δυστυχώς το κατάστημα δε διαθέτει εμπόρευμα που να ανταποκρίνεται σ' αυτό.»
 - v. Άλλο.....
- 8) Έρχεται στο κατάστημα σας ένας πελάτης με ειδικές ανάγκες μαζί με το συνοδό του για οπτομετρική εξέταση. Αντιμετωπίζετε όμως πρόβλημα συνεργασίας. Πως χειρίζεστε την κατάσταση;
- i. «Σας παρακαλώ (απευθυνόμενος/η στο συνοδό) ελάτε να με βοηθήσετε, είναι δύσκολη περίπτωση, δε μπορώ μόνος/η μου.»
 - ii. «Πριν ξεκινήσουμε θα ήθελα να ζητήσω και στους δύο να συνεργαστούμε όλοι μαζί ομαδικά ώστε να πετύχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.»
 - iii. «Θα σας στείλω στον κ. Τάδε, για να εξετάσει την περίπτωση σας.»
 - iv. «Λυπάμαι αλλά δεν μπορώ να σας εξυπηρετήσω. »
 - v. Άλλο.....
- 9) Κάποιος ηλικιωμένος έρχεται με προβλήματα όρασης που αντιμετωπίζονται μόνο με βοηθήματα χαμηλής όρασης. Ο πελάτης είναι στενοχωρημένος γιατί δεν μπορεί να κάνει πράγματα της καθημερινότητας του. Πως αντιδράτε;
- i. «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά.»
 - ii. «Τα πράγμα είναι άσχημα για την κατάσταση σας.»

- iii. «Δεν υπάρχει λόγος να στενοχωριέστε, είναι αποδεκτά σε αυτήν την ηλικία τέτοιου είδους προβλήματα.»
- iv. «Κοιτάζτε η κατάστασή σας έχει ως εξής (.....). Πάνω σ' αυτή θα προσπαθήσουμε να δώσουμε ό,τι βοηθήσει περισσότερο για την περίπτωση σας!»
- v. Άλλο.....

10) Κάποιος νέος πελάτης που μόλις επέλεξε από το κατάστημα σας μεγάλης αξίας γυαλιά, σας αναφέρει ότι έχει μόνο ένα μέρος του ποσού να δώσει και το υπόλοιπο θα σας το εξοφλήσει αργότερα. Πώς φέρεστε;

- i. «Αν δεν έχετε όλα τα χρήματα δεν είναι σωστό να μπαίνετε σε διαδικασία αγοράς.»
- ii. «Δηλαδή τότε θα μου τα φέρετε; Σε μια εβδομάδα; Να μείνω ήσυχος ε;»
- iii. «Μας συγχωρείτε αλλά το κατάστημα δε λειτουργεί με πολιτική πίστωσης, αν θέλετε μπορώ να σας βοηθήσω να διαλέξετε κάτι πιο οικονομικό που να είναι όμως κοντά στα χαρακτηριστικά της πρώτης σας επιλογής.»
- iv. «Τι είναι αυτά που μου ζητάτε, θα έπρεπε να ντρέπεστε μεγάλος άνθρωπος.»
- v. Άλλο.....