



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**" Η Σχέση των Ταυτίσεων Φοιτητών Νοσηλευτικής με τα  
Συμπτώματα των Ασθενών και την Ψυχοπαθολογία "**

Κωνσταντίνος Β. Λέτσιος  
Νοσηλευτής

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Γκούβα Μαίρη Ψυχολόγος, Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Αναπλ.  
Καθηγήτρια (ΤΕΙ Ηπείρου), Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια (Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Λάρισας)  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Χατζογλου Χρυσή, Αναπλ. Καθηγήτρια Τμήμα Ιατρικής ΠΘ  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2016**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΣΧΟΛΗ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ**

**"The Value of Nursing Student identification with the patient's  
symptoms and Psychopathology"**

## Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος .....	4
Περίληψη .....	5
Abstract .....	6
Εισαγωγή .....	7
Γενικό μέρος .....	8
Κεφάλαιο 1. Ταύτιση .....	8
1.1. Γενικά .....	8
1.2. Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ .....	8
1.3. Η ταύτιση ως μηχανισμός άμυνας .....	9
1.2.1. Πρωτόγονοι μηχανισμοί άμυνας .....	9
1.2.2. Ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας .....	10
1.2.3. Ωριμοι μηχανισμοί άμυνας .....	11
1.2.4. Νευρωσικοί μηχανισμοί άμυνας .....	12
Κεφάλαιο 2. Προσωπικότητα .....	13
2.1. Ανάπτυξη της προσωπικότητας .....	13
Κεφάλαιο 3. Ενσυναίσθηση .....	15
Κεφάλαιο 4. Υποχονδρίαση .....	17
Κεφάλαιο 5. Αρρωστοφοβία .....	18
Κεφάλαιο 6. Μικροβιοφοβία .....	19
Κεφάλαιο 7. Ψυχανάλυση .....	20
Κεφάλαιο 8. Σύμπτωμα .....	22
Κεφάλαιο 9. Ερευνητικά Δεδομένα του μηχανισμού της Ταύτισης των φοιτητών Νοσηλευτικής με τα συμπτώματα των ασθενών .....	23
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	26
Κεφάλαιο 10. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	26
10.1 Σκοπός .....	26
10.2 Δείγμα και διαδικασία της έρευνας .....	26
Κεφάλαιο 11. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	32
Κεφάλαιο 12. Συζήτηση .....	45
Βιβλιογραφία .....	48

## Πρόλογος

Η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία διεξάγεται στα πλαίσια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία». Κατά τη διάρκεια της ενασχόλησής μου ως υπεύθυνος του Γραφείου Εκπαίδευσης στο Νοσοκομείο για τους φοιτητές της πρακτικής άσκησης του ΤΕΙ και της μεταξύ μας ανταλλαγής σκέψεων και εμπειριών μου δημιουργήθηκε εύλογα η ιδέα αναζήτησης των λόγων για τους οποίους οι φοιτητές ταυτίζονται με τους ασθενείς και τα συμπτώματα που αυτοί παρουσιάζουν.

Με την καθοδήγηση και την αμέριστη επιστημονική βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας κυρίας Γκούβα Μαίρης, την οποία ευχαριστώ ιδιαίτερα, πραγματοποιήθηκε η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία, που σκοπό έχει να παρουσιάσει πόσο επηρεάζονται οι φοιτητές της Νοσηλευτικής από τα προβλήματα των ασθενών. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους φοιτητές που συμμετείχαν σε αυτή την έρευνα για την άμεση ανταπόκριση που έδειξαν στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας.

Η διπλωματική εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο, το γενικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει και αναλύει τους όρους ψυχανάλυση, μηχανισμοί άμυνας του Εγώ, ταύτιση, ενσυναίσθηση, σύμπτωμα, υποχονδρίαση, αρρωστοφοβία, μικροβιοφοβία. Το δεύτερο, το ειδικό μέρος, το οποίο αναφέρεται στην ερευνητική προσέγγιση του θέματος σχετικά με την σχέση των ταύτισεων των φοιτητών με τα συμπτώματα των ασθενών και την ψυχοπαθολογία.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι φοιτητές συχνά υιοθετούν τα προβλήματα των ασθενών που συναντούν και έχουν την πεποίθηση ότι πάσχουν και οι ίδιοι από την ασθένεια των νοσηλευομένων.

**Σκοπός:** Ήταν να διερευνηθεί η σχέση των ταυτίσεων φοιτητών Νοσηλευτικής με τα συμπτώματα των ασθενών και την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.

**Υλικό και μέθοδος:** Συνολικά συμμετείχαν 200 φοιτητές, που παρακολουθούσαν μαθήματα και κλινικές ασκήσεις από το 3<sup>ο</sup> εξάμηνο έως το 8<sup>ο</sup> (τελευταίο) εξάμηνο της Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ένα ερωτηματολόγιο ταυτίσεων, η κλίμακα ποιότητα ζωής SF-36 και η κλίμακα ψυχοπαθολογίας SCL-90. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση.

**Αποτελέσματα:** Όσοι φοιτητές ταυτίζονταν με τους ασθενείς εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής στις υποκλίμακες του σωματικού πόνου, των σωματικών περιορισμών, της γενικής υγείας, της ψυχικής υγείας, του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας σε σχέση με όσους ταυτίζονταν λίγο ή καθόλου, με στατιστικά σημαντική διαφορά. Σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90, όσοι ταυτίζονταν με τους ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους υπολοίπους, με στατιστικά σημαντική διαφορά, πλην της επιθετικότητας.

**Συμπέρασμα:** Οι φοιτητές της νοσηλευτικής τείνουν να ταυτίζονται με τους ασθενείς τους ενώ αρνητικές ταυτίσεις και φόβοι σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία. Χρειάζονται παρεμβάσεις για τη διαφύλαξη της ευεξίας και της ακαδημαϊκής απόδοσης των φοιτητών Νοσηλευτικής.

**Λέξεις κλειδιά:** Νοσηλευτική, ταυτίσεις, ασθενείς, φοιτητές, ψυχοπαθολογία

## **Abstract**

**Introduction:** Students often adopt the health problems of patients they meet and have the belief that they suffer themselves from the same illness.

**Aim:** It was to investigate the association of Nursing students identification with the patients' symptoms and the development of psychopathology.

**Material and Methods:** A total of 200 students attending courses and clinical practice from the 3rd to the 8th (last) semester of ATEI Nursing department were enrolled in the study. A questionnaire on identifications, the SF-36 quality of life scale and the SCL-90 distress scale were used. Descriptive and inferential statistics analysis was performed.

**Results:** Those students who identified themselves with their patients had a worse quality of life in the subscales of bodily pain, physical limitations, general health, mental health, physical role and social functioning than those with little or no identification at all, with a statistically significant difference. In all subscales of the SCL-90, but aggression, those who identified themselves with the patients outweighed the others, with a statistically significant difference.

**Conclusion:** The nursing students tend to identify with their patients, while negative identifications and fears are associated with psychopathology. Interventions to safeguard the well-being and academic performance of nursing students are necessary.

**Key words:** Nursing science, identification, patients, students, psychopathology

## Εισαγωγή

Οι φοιτητές της Νοσηλευτικής διενεργούν την κλινική τους άσκηση στο πλαίσιο των σπουδών τους στο χώρο των υγειονομικών δομών. Η έννοια της ενσυναίσθησης για τους φοιτητές έγκειται στην επιδεξιότητά τους να εισέρχονται στη θέση των ασθενών, να αντιλαμβάνονται τα συμπτώματά τους και την κατάσταση στην οποία βρίσκονται με τον δικό τους τρόπο και να προσπαθούν να τα επιλύσουν με συνεργασία. Ο τρόπος με τον οποίο βιώνουν τα προβλήματα των ασθενών και των συνοδών τους, βοηθάει στην ανακούφιση από τον πόνο. Το αποτέλεσμα είναι η παροχή υψηλής νοσηλευτικής φροντίδας.

Όπως όλα τα άτομα έτσι και οι φοιτητές αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας χωρίς τη θέλησή τους, πολλές φορές ασυνείδητα για να αποφεύγουν ανεπιθύμητες συγκρούσεις και να καταφέρνουν να διαχειρίζονται το άγχος τους.

Οι φοιτητές ερχόμενοι σε επαφή με τους ασθενείς αναπτύσσουν και διαφοροποιούν την προσωπικότητά τους στον κλινικό χώρο προς την κατεύθυνση της οικειοποίησης των συμπτωμάτων των ασθενών. Διαμορφώνουν χαρακτηριστικά μέσα από συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Τα θετικά στοιχεία που λαμβάνονται από τα άτομα - πρότυπα βοηθούν τους φοιτητές να παρέχουν ποιοτική φροντίδα υγείας στους ασθενείς.

Πολύ συχνά μετά το πέρας της καθημερινής κλινικής τους άσκησης, οι φοιτητές προσωποποιούν τα προβλήματα των ασθενών και οικειοποιούνται τα προβλήματά τους μπαίνοντας στη διαδικασία να θεωρούν, ότι πάσχουν και οι ίδιοι από την ασθένεια των νοσηλευομένων. Οπτικές και ακουστικές παραστάσεις τους επηρεάζουν σε μέγιστο βαθμό και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά στην καθημερινότητά τους, να αυξάνει το άγχος και το φόβο για την υποτιθέμενη ασθένειά τους και να δημιουργεί προβλήματα στον εργασιακό τους χώρο.

Μερικοί φοιτητές έχουν την έμμονη ιδέα ότι έχουν προσβληθεί από κάποια ανίατη ασθένεια, με αποτέλεσμα είτε να επισκέπτονται πολύ συχνά κάποιους γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε να κάνουν χρήση διάφορων φαρμακευτικών ουσιών χωρίς να έχουν πάρει την έγκριση των αρμόδιων γιατρών για να αντιμετωπίσουν τα υποτιθέμενα συμπτώματα.

Όπως πολλοί άνθρωποι έτσι και οι φοιτητές αντιμετωπίζουν τους ασθενείς ως φορείς μικροβίων και από το φόβο μήπως αρρωστήσουν δεν ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που πρέπει διενεργώντας τις νοσηλευτικές τους πράξεις με τρόπο που δεν παρέχει ποιοτική φροντίδα υγείας στον ασθενή. Έτσι αναπόφευκτα δημιουργούν προβλήματα στον εαυτό τους, έχοντας άμεσο αντίκτυπο στην παροχή φροντίδας στους ασθενείς.

## Γενικό μέρος

### Κεφάλαιο 1. Ταύτιση

#### 1.1. Γενικά

Η ταύτιση με την έννοια του ταυτίζομαι επικαλύπτει στην τρέχουσα χρήση μια ολόκληρη σειρά ψυχολογικών εννοιών όπως: η μίμηση, η συμπόνια, η συμπάθεια, η ψυχική μετάδοση, και η προβολή. Έχει προταθεί να διαχωριστεί η έννοια ταύτιση, για λόγους σαφήνειας, σε ετεροπαθητική (Scheler) ή κεντρομόλο (Wallon) κατά την οποία το υποκείμενο ταυτίζει τον εαυτό του με τον άλλο, και ιδιοπαθή ή κεντρόφυγο ταύτιση, με την οποία το υποκείμενο ταυτίζει τον άλλο με τον εαυτό του. Στις περιπτώσεις τέλος όπου οι δύο κινήσεις συνυπάρχουν, θεωρείται ότι πρόκειται για μία πιο πολύπλοκη μορφή ταύτισης, που αναφέρεται μερικές φορές για να εξηγήσει τον σχηματισμό του «εμείς». Ο Freud είχε αναφερθεί στην ταύτιση από πολύ νωρίς, κυρίως για τα υστερικά συμπτώματα. Τα φαινόμενα μιμητισμού και ψυχικής μετάδοσης ήταν προφανώς γνωστά από παλαιότερα, αλλά ο Freud προωθεί τον προβληματισμό παραπέρα, και προσπαθεί να κατανοήσει τα φαινόμενα αυτά με την υπόθεση, ότι υπάρχει στους υστερικούς ένα κοινό ασυνείδητο στοιχείο: «...η ταύτιση δεν είναι απλή μίμηση αλλά ιδιοποίηση, η οποία προϋποθέτει κοινή αιτιολογία. Εκφράζει ένα σαν να ήμουν» και παραπέμπει σε ένα κοινό στοιχείο που βρίσκεται στο ασυνείδητο» (1).

Το στοιχείο αυτό είναι μία φαντασίωση: έτσι η αγοραφοβική ασθενής ταυτίζεται ασυνείδητα με τις «γυναίκες του δρόμου» και το σύμπτωμα αποτελεί άμυνα απέναντι σ αυτήν την ταύτιση, καθώς και απέναντι στη σεξουαλική επιθυμία που η ταύτιση αυτή προϋποθέτει. Τέλος, ο Freud παρατηρεί από πολύ νωρίς, ότι είναι δυνατό διαφορετικές μεταξύ τους ταυτίσεις να συνυπάρχουν: «...το φαινόμενο ταύτιση δικαιώνει ίσως την κατά γράμμα χρήση της έκφρασης: πολλαπλότητα των ψυχικών προσώπων» (2).

#### 1.2. Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ

Οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ είναι ενέργειες που γίνονται χωρίς τη θέλησή μας, τις περισσότερες φορές ασυνείδητα, αυτόματα και χωρίς σκέψη. Σκοπός τους είναι να ελαττώσουν μια διαδικασία που επιφέρει στρες. Είναι συνήθως φυσιολογικοί αφού με αυτόν τον τρόπο βοηθούν το άτομο να επανέλθει σε προηγούμενες ήπιες και ήρεμες καταστάσεις. Κάθε άτομο έχει διαφορετικούς μηχανισμούς άμυνας και αυτό συντελεί στο σχηματισμό της προσωπικότητάς του. Διαφοροποιούνται στην πορεία της ενήλικης ζωής. Αυξάνονται οι ώριμοι μηχανισμοί άμυνας ενώ μειώνονται οι ανώριμοι (3). Μέσα από τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ το άτομο βρίσκει το χρόνο να ελέγξει την εικόνα του εαυτού του, να αντιμετωπίσει και να διαχειριστεί πολλά προβλήματα. Ταυτόχρονα μπορεί



να ελέγξει τις παρορμήσεις του, να καταφέρει να αποτρέψει διάφορες διαμάχες με άλλα άτομα και να περιορίσει τις καταστάσεις που του προκαλούν δυσκολίες σε ικανοποιητικό βαθμό (4).

### 1.3. Η ταύτιση ως μηχανισμός άμυνας

Η ταύτιση ως μηχανισμός άμυνας συνήθως χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις που ο άνθρωπος μεταβάλλει με άσχημους τρόπους την άποψή του για τον ίδιο με σκοπό να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες που παρουσιάζονται. Παράδειγμα η έντονη επιθυμία των νέων παιδιών να μιμηθούν άτομα που θαυμάζουν για να μπορούν να ανταποκριθούν στα προβλήματα που θα συναντήσουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κρίσεις ταυτότητας είναι πιο επιρρεπή στις διάφορες άσχημες καταστάσεις και χρησιμοποιούν την αμυντική ταύτιση ως μηχανισμό άμυνας, καθώς επίσης και οι άνθρωποι που δε νοσούν από συγκεκριμένες κρίσεις ταυτότητας. Αυτά τα άτομα προσπαθούν να ομοιάσουν σε άλλα άτομα που μπορούν να διαχειριστούν πιο ώριμα τις στενοχώριες που παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια του βίου τους. Οι επιστήμονες που ασχολούνται με την ψυχανάλυση υποστηρίζουν ότι ταύτιση παρατηρείται ακόμη και όταν ένας άνθρωπος προσπαθεί να αλλάξει το χαρακτήρα του και να τον μεταβάλλει σε κάποιον άλλο που θαυμάζει. Αυτή η διαδικασία τις περισσότερες φορές γίνεται με τη θέλησή του. Αυτή η επιδεξιότητα ουσιαστικά ξεκινά και αναπτύσσεται από πολύ μικρή ηλικία μέσα από ενέργειες που γίνονται με τη θέλησή του προσλαμβάνοντας στοιχεία από το πρόσωπο που θαυμάζει και θέλει να ταυτιστεί. Με την πάροδο των ετών η επιδεξιότητα του ανθρώπου να ταυτίζεται, μεταβάλλει και αναπροσαρμόζει τον ψυχικό του κόσμο. Η ταύτιση αποτελεί μια διαδικασία ακαθόριστη και τα επακόλουθά της μπορεί να είναι αόριστα ή συγκεκριμένα. Οι ψυχοθεραπευτές ασχολούνται με τις ταυτίσεις, που ενώ κάποια στιγμή στο παρελθόν βοήθησαν τον άνθρωπο να αντιμετωπίσει επίπονες και άσχημες καταστάσεις, όταν ξαναεμφανίστηκαν επέφεραν πολύ μεγαλύτερες αντιθέσεις και εσωτερικές διαμάχες. Το καλύτερο κέρδος στην συσχέτιση θεραπευόμενου και θεραπευτή προκύπτει από τη μεταξύ τους αμοιβαία συνεργασία και επαφή. Οι άλλοι παράγοντες παίζουν εμφανώς μικρότερο ρόλο (5).

Οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ διακρίνονται στους εξής (6):

**1.2.1. Πρωτόγονοι μηχανισμοί άμυνας.** Εμφανίζονται από τον πρώτο χρόνο της ζωής, ενώ ψυχωσικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν στην ενήλικη ζωή όταν γκρεμιστούν αυτοί οι μηχανισμοί άμυνας. Περιλαμβάνουν τους εξής (6):

**Άρνηση:** Η κατάσταση που επηρεάζει την άποψη του ανθρώπου για τον εαυτό του και δημιουργεί στρεσογόνες καταστάσεις τις οποίες ο ίδιος αρνείται (6).

**Παραληρηματική διαστρέβλωση:** Το άτομο τροποποιεί ασυνείδητα ψυχικά στοιχεία, ώστε να τα αποδέχεται στη συνείδησή του πιο ωραιοποιημένα και προβάλλει αλλοιωμένα τα γεγονότα (6).

**Προβολή:** Μη αποδεκτές απόψεις, ιδέες και συναισθήματα που μεταβιβάζονται σε τρίτους (6).

**Διάσχιση ή Διαχωρισμός:** Η διαδικασία της ανάπτυξης μιας πλήρης και ολικής προσωπικότητας συναντά εμπόδια από ταυτίσεις αρνητικές και διαφορετικές (6).

**Προβλητική ταυτοποίηση:** Η Melanie Klein 1986 παρατηρώντας παιδιά οδηγήθηκε στο συμπέρασμα της ύπαρξης σαδιστικών ασυνείδητων φαντασιώσεων. Η διαφορά της από την προβολή είναι ότι το άτομο ταυτόχρονα νιώθει και τα στοιχεία που προβάλλει και την απειλή από το αντικείμενο που προβλήθηκαν τα ασυνείδητα στοιχεία (7).

**1.2.2. Ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας.** Όσο ωριμάζει το άτομο, συνήθως οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας αντικαθίστανται από πιο ώριμους. Οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας κυριαρχούν στις διαταραχές της προσωπικότητας. Αυτοί είναι(6):

**Ταυτοποίηση ή ταύτιση:** Χρησιμοποιώντας κάποιο άτομο-πρότυπο, το άτομο προσπαθεί να διαμορφώσει το χαρακτήρα του. Οικειοποιείται χαρακτηριστικά του ατόμου-προτύπου και τα περνά εν μέρει ή συνολικά στο δικό του χαρακτήρα. Αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της εφηβείας και με κάποιο τρόπο ωριμάζει η προσωπικότητα του ατόμου (6).

**Ταύτιση με τον επιτιθέμενο:** Είναι συνήθως χαρακτηριστικό των ομάδων. Όταν κάποιο άτομο - μέλος μιας ομάδας δεν μπορεί να πετύχει αυτά που θέλει με την ομάδα του γιατί είναι αδύναμη, εισχωρεί στη δυνατή ομάδα (6).

**Εξιδανίκευση:** Η υπερτιμημένη ιδέα για κάποιο χαρακτηριστικό ενός ατόμου που θαυμάζουμε (6).

**Αναπλήρωση:** Το άτομο προσπαθεί να επανορθώσει μια αληθινή ή φανταστική έλλειψή του (6).

**Υποκατάσταση:** Η αλλαγή κάποιας επιθυμίας του με τρόπο περισσότερο βατό και ανεκτό (6).

**Παλινδρόμηση:** Ουσιαστικά πρόκειται για παλιμπαιδισμό, γυρνώντας σε συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται σε προηγούμενα στάδια της ψυχοσυναισθηματικής του ανάπτυξης. Συνήθως παρατηρείται στον ύπνο, στο στρες και είναι αποτέλεσμα αμυντικής ψυχικής δραστηριότητας στη σωματική ασθένεια. Μπορεί να παρατηρηθεί και στη σχιζοφρένεια (6).

**Ενδοβολή:** Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η μόνιμη παρουσία ενός μισητού ή αγαπητού αντικείμενου στον εσωτερικό μας κόσμο. Όταν αυτό είναι μισητό, εσωτερικοποιώντας τα κακά του

στοιχεία αποφεύγουμε το άγχος, τοποθετώντας αυτά τα στοιχεία στον έλεγχο του ατόμου, ενώ όταν είναι αγαπητό ελαττώνουμε το άγχος του αποχωρισμού (6).

**Απόθηση:** Συναισθήματα και τραυματικές εμπειρίες που μας προκαλούν άγχος τα τοποθετούμε στον ασυνείδητο χώρο. Σύμφωνα με τον Freud υπάρχει η πρωταρχική απόθηση και η καθεαυτή απόθηση. Στην πρωταρχική απόθηση αυτά τα στοιχεία δεν περνάνε από τη συνείδηση, ενώ στην καθεαυτή απόθηση τα στοιχεία αυτά προέρχονται από τη συνείδηση (6).

**Εκδραμάτιση:** Είναι μια ενέργεια που προκαλεί στιγμιαία ανακούφιση ως απάντηση σε μια ασυνείδητη παρόρμηση (6).

**Παθητική επιθετικότητα:** Η παρουσία τεχνητών εμποδίων. Η ισχυρογνωμοσύνη αποτελεί μια μορφή παθητικής επιθετικότητας (6).

**Συμβολισμός:** Παίρνει μέρος στη δημιουργία ονείρων και υστερικών συμπτωμάτων μέσα από την ύπαρξη κοινών γνωρισμάτων ανάμεσα σε δύο αντικείμενα που το ένα αντικαθιστά το άλλο (6).

**Σχιζοειδής φαντασίωση:** Η παρουσία φανταστικών γεγονότων και η αναμονή μελλοντικών συμβάντων (6).

**1.2.3. Ωριμοί μηχανισμοί άμυνας.** Εμφανίζονται στο τέλος της δημιουργίας της προσωπικότητας, αλλά μερικές φορές μπορεί να εμφανιστούν και από την παιδική ηλικία. Έχουν σχέση με τη σωματική και την ψυχική υγεία. Αυτοί είναι (6):

**Πρόβλεψη:** Η πρόβλεψη του μέλλοντος είναι πολύ δύσκολη. Λίγοι το καταφέρνουν (6).

**Αλτρουισμός:** Το όφελος του κοινωνικού συνόλου χωρίς να υπάρχει προσωπικό κίνητρο (6).

**Καταπίεση:** Ο έλεγχος των επιθυμιών. Μέσα από έρευνες βρέθηκε ότι τα άτομα που ελέγχουν τις επιθυμίες τους, στην ενήλικη ζωή τους γίνονται πιο κοινωνικά, αντιμετωπίζουν ευκολότερα τις δυσκολίες που τους παρουσιάζονται και το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η αυτοσυγκράτηση (6).

**Μετουσίωση:** Τα άτομα που η ενέργεια των πράξεων τους δεν είναι αποδεκτή κατευθύνεται σε αποδεκτές κατευθύνσεις προσωπικές και κοινωνικές (6).

**Χιούμορ:** Η πλευρά που μπορεί να βλέπει κάποιος τον άνθρωπο και τη ζωή περιγραφόμενη μέσα από καταστάσεις ή λέξεις. Κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η αποδοχή της ανθρώπινης φύσης παρά τις αδυναμίες της. Αποτελεί στοιχείο ωριμότητας και ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης (6).

**1.2.4. Νευρωσικοί μηχανισμοί άμυνας.** Εμφανίζονται συνήθως στην ανάπτυξη νευρωσικών συμπτωμάτων. Αυτοί είναι (6):

**Μετατροπή:** Άγχος και άλλες σωματικές ή ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται με συμβολικά σωματικά συμπτώματα (6).

**Αναστολή:** Η μείωση ή και το «θάψιμο» κάποιας επιθυμίας (6).

**Μετάθεση:** Η μεταφορά επιθυμιών και συναισθημάτων από την αρχική τους μορφή σε ένα πιο ήπιο υποκατάστατο (6).

**Εκλογίκευση:** Η δικαιολόγηση απαράδεκτων συμπεριφορών και συναισθημάτων με τη χρησιμοποίηση λογικών επιχειρημάτων (6).

**Αποσύνδεση:** Η αποκοπή από την ψυχική σφαίρα μιας ομάδας ψυχικών ενεργειών που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δύο ανεξάρτητων ψυχικών λειτουργιών (6).

**Μόνωση:** Η απομάκρυνση μιας ανάμνησης από τα υπόλοιπα συναισθήματα και η απελευθέρωση της συναισθηματικής φόρτισης από το μη αποδεκτό περιεχόμενο (6).

**Σχηματισμός αντίδρασης:** Η υιοθέτηση συμπεριφορών, ιδεών και συναισθημάτων εντελώς αντίθετων με συνειδητές ή ασυνειδητές ενορμήσεις (6).

**Ματαίωση ή αναίρεση:** Μη αποδεκτό γεγονός με ανάποδη φορά που συμβολικά εκδραματίζεται (6).

## Κεφάλαιο 2. Προσωπικότητα

Επιστήμονες και μελετητές ασχολήθηκαν με την έννοια της προσωπικότητας. Η δυσκολία της αποσαφήνισης του όρου της έγκειται στο γεγονός ότι επηρεάζονται από τις κοινωνικές απόψεις, ιδέες, θεωρήσεις και πιστεύω. Η δημιουργία μιμητικών μοντέλων από την κοινωνία επηρεάζει τους επιστήμονες ανάλογα με τις συμπάθειες ή τις αντιπάθειες που επιτάσσουν οι κοινωνικές προσταγές. Το 1950 ο Adorno αναφέρθηκε στον όρο «αυταρχική προσωπικότητα» με βασικά στοιχεία «τον εθνοκεντρισμό», «τον αυταρχισμό», «την ακαμψία», «τον πολιτικό» και «οικονομικό συντηρητισμό». Μια διαφορετική προσέγγιση της συγκεκριμένης μορφής προσωπικότητας αποτελεί η αξία που θεωρούν κάποια άτομα ότι έχει η εξουσία και η πλήρης ανάγκη υποτέλειας σε αυτή, με σκοπό να καταστήσουν τα υπόλοιπα άτομα υποτελείς τους (8).

Τα ιδιαίτερα συστατικά της φύσης κάθε ανθρώπου ταυτίζονται και συνδέονται με την έννοια της προσωπικότητας, αποτελώντας τα δομικά της στοιχεία, βάση των οποίων αντανακλάται η αληθινή του φύση. Η φύση του ανθρώπου έχει δημιουργηθεί από τη γέννησή του και δεν επηρεάζεται με την πάροδο του χρόνου. Για κάποιους επιστήμονες αυτή αποτελεί φάση εξέλιξης και δημιουργίας της ανθρώπινης προσωπικότητας ώστε που διαμορφώνουν τα στοιχεία του χαρακτήρα με τη βοήθεια των συναισθημάτων, της νοημοσύνης, της βούλησης και της μνήμης. (9).

Ως προσωπικότητα εννοούμε το σύνολο των ιδιαίτερων σωματικών και ψυχικών γνωρισμάτων, με μοναδικό για κάθε άτομο τρόπο συμπεριφοράς, που το κάνει να ξεχωρίζει από άλλα άτομα. Ο Allport το 1937 όριζε την προσωπικότητα ως οργάνωση μέσα στο άτομο, των στοιχείων εκείνων που καθορίζουν τις προσαρμογές του στο περιβάλλον. Άλλοι ορισμοί κάνουν αναφορά στην οργάνωση όλων των επίκτητων και έμφυτων ψυχοφυσικών γνωρισμάτων όπως εκδηλώνονται στο κάθε άτομο ή ακόμη και για το στυλ συμπεριφοράς που διατηρείται σταθερό στο χρόνο (10).

### 2.1. Ανάπτυξη της προσωπικότητας

Το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του αποκτά εμπειρίες και πιστεύω μέσα από τις κοινωνικές επιρροές, δημιουργώντας αξίες και πρότυπα που του δίνουν μια ξεχωριστή οντότητα και διαμορφώνουν την προσωπικότητά του. Τα έμφυτα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς με τη γέννηση του ατόμου είναι σχετικά λίγα. Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και της εξέλιξης διαμορφώνονται τα περισσότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ανθρώπου αναπτύσσονται από διάφορους παράγοντες που είτε είναι έμφυτοι, είτε γονιδιακοί, είτε επίκτητοι. Τα στοιχεία που ορίζουν την έννοια της προσωπικότητας είναι αυτά που χαρακτηρίζουν ένα άτομο, του

δίνουν τη μοναδικότητά του και αποτελούνται από μόνιμες τάσεις και σχήματα συμπεριφοράς. Αυτά τα στοιχεία είναι κατά βάση επίκτητα και λαμβάνονται σε διάφορα φάσεις της ζωής. Τα στάδια που λαμβάνονται είναι η παιδική και προσχολική ηλικία, η εφηβεία, η ώριμη και η προχωρημένη ηλικία. Όμως και οι γενετικοί παράγοντες δημιουργούν βιολογικές προδιαθέσεις στην αναπτυσσόμενη προσωπικότητα. Γενετικοί, συναισθηματικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί παράγοντες οδηγούν σε φυσιολογική ή παθολογική ανάπτυξη της προσωπικότητας (11).

### Κεφάλαιο 3. Ενσυναίσθηση

Ο όρος «ενσυναίσθηση» χρησιμοποιείται από πολλούς ανθρώπους, επιστήμονες και μη, ποικιλοτρόπως. Ως «empathy» συναντάται σε ξένες γλώσσες, ο οποίος προέκυψε από την ελληνική λέξη εμπάθεια, που στην ελληνική γλώσσα δεν ταυτίζεται με θετικές έννοιες. Οι Έλληνες επιστήμονες αναφέρουν τον όρο «empathy» ως «εμπάθεια», ως «ενσυναίσθηση», ή «εναίσθηση», ή «ενσυναίσθητη κατανόηση» και ως «εμβίωση» (12), ενώ οι ξένοι επιστήμονες αναφέρουν τον όρο «ενσυναίσθηση» ως μια προβολική ταυτοποίηση, όπου τα άτομα συμμετέχουν ασυνείδητα ή ως μια ικανότητα αντίληψης «του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς κάποιου άλλου με ακρίβεια», ή ως μια διεργασία «εισβολής στον προσωπικό χώρο του άλλου και μένεις εκεί, ζεις προσωρινά στη ζωή του». Σύμφωνα με τον Freud «η ενσυναίσθηση παίζει το σημαντικότερο ρόλο στην κατανόηση του τι είναι εκ φύσεως ξένο στο Εγώ μας». Κατά τον Piaget η έννοια της ενσυναίσθησης είναι η διαδικασία του να μπορεί ένα άτομο να διεισδύει και να παίρνει το ρόλο κάποιου άλλου ατόμου (13).

Ο Alder ορίζει την ενσυναίσθηση ως το «να μπορούμε να βλέπουμε με τα μάτια του άλλου και να ακούμε με τα αυτιά του». Ο Kohut (1959) περιέγραψε την ενσυναίσθηση ως «ετεροενδοσκόπηση». Με αυτόν τον ορισμό θεωρούσε ότι παρότι δεν υπάρχουν τα ίδια βιώματα με άλλο άτομο μπορούμε να γνωρίζουμε την ψυχική του κατάσταση αν βρισκόμαστε σε μια περίπου ίδια ψυχολογική θέση (13). Ο C. Rogers που εμπνεύστηκε την προσωποκεντρική θεωρία, στην οποία η ενσυναίσθηση παίζει βασικό ρόλο έδωσε τον ορισμό ως τη δυνατότητα να «αντιλαμβάνεται κανείς το εσωτερικό πλαίσιο αναφοράς κάποιου άλλου με ακρίβεια, με συναισθηματικά στοιχεία και νοήματα που ενυπάρχουν σε αυτό, σαν να ήταν εκείνος ο άλλος άνθρωπος, χωρίς όμως να ξεχάσει τον όρο “σαν”» (14).

Στην καθημερινότητα υπάρχουν πολλές έννοιες που ταυτίζονται με την ενσυναίσθηση. Η πιο συχνή έννοια είναι αυτή της συμπάθειας. Κατά τον Ehman (1971) η συμπάθεια εμπεριέχει τη λύπη και τη συμπόνια για κάποιον, στοιχεία όμως που δεν είναι χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης. Άλλες έννοιες που ταυτίζονται με την ενσυναίσθηση είναι αυτές της ταύτισης και της προβολής (15). Σύμφωνα με την Dymond (1950) ο ρόλος που το άτομο κάνει «κτήμα του» στην ταύτιση έχει μεγαλύτερη διάρκεια από την ενσυναίσθηση. Αυτό γίνεται γιατί στην ταύτιση το άτομο θέλει να γίνει όπως ακριβώς το πρότυπό του. Η ενσυναίσθηση είναι συχνότερο φαινόμενο από την ταύτιση. Η προβολή αποδίδει σε κάποιον άλλο τα συναισθήματα, τις επιθυμίες και τις σκέψεις του ατόμου, σε αντίθεση με την ενσυναίσθηση που αποδίδει τα συναισθήματα που ο άλλος ζει (16).

Οι επιστήμονες παρότι δίνουν διαφορετικούς ορισμούς για την ενσυναίσθηση, καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα που αναφέρεται στις διαδικασίες που το άτομο προσπαθεί να δει τον κόσμο με τα μάτια κάποιου άλλου. Σύμφωνα με τον Fairbain (2002). Η λέξη συμπάθεια είναι μια αντίδραση που το άτομο στη φαντασία του θεωρεί ότι βρίσκεται στη θέση κάποιου άλλου ατόμου. Η ενσυναίσθηση

απεναντίας δείχνει την ικανότητα του ατόμου να αποδεχτεί και να κατανοήσει τους άλλους σχετικά με καταστάσεις που ζουν και τα συναισθήματα που βιώνουν στην καθημερινότητά τους και σε κάθε κατάσταση. Οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ σημαντικό να αντιλαμβάνονται αυτά που αντιμετωπίζουν και αισθάνονται οι άλλοι και να προσπαθούν να επιλύσουν τα προβλήματα με συνεργασία (17).

Αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο για την ανάπτυξη υγιών σχέσεων μεταξύ των φοιτητών κυρίως στο εκπαιδευτικό περιβάλλον (18). Ο Smith περιγράφει το δομικό διαχωρισμό της ενσυναίσθησης και κάνει λόγο για τρεις μορφές οι οποίες συνίστανται στις εξής: «την ενσυναισθητική κρίση», «την ενσυναισθητική ταύτιση», και «την ενσυναισθητική αντίληψη» (19). Ο Gladstein υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση είναι η δεξιότητα που έχει το άτομο να αντιλαμβάνεται και να καταλαβαίνει αυτό που ο άλλος νιώθει καθώς και η ικανότητα μεταβίβασης των αισθημάτων που έχει το άτομο (20).



## Κεφάλαιο 4. Υποχονδρίαση

Η έννοια της υποχονδρίασης αναφέρεται στην έντονη υποψία και ανησυχία του ατόμου ότι πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια και αντιλαμβάνεται με λάθος τρόπο τα διάφορα σημεία που μπορεί να εμφανίσει το σώμα του. Ενώ οι ιατρικές εξετάσεις το διαβεβαιώνουν για το λάθος φόβο του, ο αστήρικτος αυτός φόβος παραμένει και εξακολουθεί να το απασχολεί παρότι αναγνωρίζει ότι μπορεί να μην έχει καμία νόσο χωρίς ωστόσο να φτάνει σε ακραίες συμπεριφορές. Η ενασχόληση με αόριστα σωματικά συμπτώματα και η λάθος ερμηνεία τους οδηγεί αυτά τα άτομα σε συνεχόμενες διαγνωστικές εξετάσεις και επισκέψεις σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Παρά τις διαβεβαιώσεις των ειδικών, θεωρούν ότι πάσχουν από κάποια ανίατη ασθένεια η οποία δε μπορεί να ανιχνευθεί. Συχνά εναντιώνονται στους γιατρούς, τους οποίους θεωρούν ανίκανους για το έργο που επιτελούν. Αυτά τα άτομα μπορεί να προκαλέσουν πολλά προβλήματα στο οικογενειακό, στο φιλικό και στον κοινωνικό περίγυρο. Η απασχόλησή τους με την αναμενόμενη νόσο, παρά τις εξηγήσεις των γιατρών και του άμεσου περιβάλλοντος δε μπορούν να μειώσουν το άγχος για την υποτιθέμενη ασθένεια. Επηρεάζονται σε μέγιστο βαθμό από οπτικές και ακουστικές παραστάσεις (21).

Το συναίσθημα του τρόμου καταλαμβάνει το άτομο κατά τη διάρκεια συζητήσεων ή μελέτης εντύπων που έχουν σχέση με την υποτιθέμενη νόσο. Μερικές φορές αυτά τα άτομα αποσυντονίζονται από τις καθημερινές τους ασχολίες, δημιουργούν προβλήματα και στον εργασιακό τους χώρο και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Μερικά άτομα με υποχονδριακούς φόβους μπορεί να λειτουργήσουν με εντελώς αντίθετο τρόπο. Δε μπαίνουν στη διαδικασία καμιάς εξέτασης και δε λαμβάνουν την άποψη των ειδικών έχοντας ως αποτέλεσμα να διακινδυνεύουν πραγματικά τη ζωή τους. Συνήθως τα άτομα με υποχονδρίαση παρουσιάζουν προβλήματα στην λειτουργικότητά τους με αποτέλεσμα να μη μπορούν να λειτουργήσουν στον εργασιακό τους χώρο και στις άλλες τους υποχρεώσεις (22).

Το φαινόμενο της υποχονδρίασης είναι πιο συχνό κατά την ενηλικίωση και συμβαίνει σχεδόν στο ίδιο ποσοστό και στις γυναίκες και στους άνδρες. Αποτελεί σοβαρό πρόβλημα για το ίδιο το άτομο, γιατί επηρεάζει την καθημερινότητά του. Βιώματα και προσωπικές εμπειρίες που έχουν σχέση με την ασθένεια, συντηρούν και μεγαλώνουν το πρόβλημα. Οι φοβίες αυτές μεγαλώνουν ακόμη περισσότερο από τις πληροφορίες ότι κάποιο άτομο του άμεσου περιβάλλοντός του νόσησε από κάποια ανίατη ασθένεια. Προσωποποιεί τα συμπτώματα της νόσου, τα ερμηνεύει με το δικό του τρόπο και με αυτόν τον τρόπο μεγαλώνει το άγχος και το φόβο του για την υποτιθέμενη ασθένεια (23).

## Κεφάλαιο 5. Αρρωστοφοβία

Η επίμονη ιδέα ότι κάποιος έχει προσβληθεί από κάποια ασθένεια χαρακτηρίζεται ως αρρωστοφοβία. Τα άτομα με αρρωστοφοβία έχουν την τάση να πηγαίνουν συνέχεια στα εξωτερικά ιατρεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων έχοντας την εντύπωση ότι πάσχουν από κάποια αθεράπευτη ασθένεια που κινδυνεύει άμεσα η ζωή τους, ενώ συχνά κάνουν χρήση φαρμακευτικών ουσιών χωρίς να έχουν πάρει την έγκριση των αρμόδιων γιατρών. Εμφανίζεται και ως «διαταραχή του φοιτητή της ιατρικής». Σύμφωνα με ορισμένους μελετητές η νόσος των φοιτητών πρέπει να ονομάζεται αρρωστοφοβία και όχι υποχονδρίαση γιατί οι ιατρικές μελέτες δίνουν πολύ χαμηλά ποσοστά υποχονδρισμού σε αυτή τη διαταραχή. Ταυτόχρονα όμως η νοσοφοβία υποδηλώνει ότι το άτομο νομίζει ότι συνέχεια νοσεί. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ψυχαναγκαστικά και να συνοδεύονται από κρίσεις πανικού. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν ανεξέλεγκτο άγχος και ενώ μερικές φορές το ξέρουν ότι δεν είναι λογικό δεν καταφέρνουν να το «δαμάσουν». Προσπαθούν μέσω του διαδικτύου να βρουν συμπτώματα της υποτιθέμενης για αυτούς ασθένειας και να τα οικειοποιηθούν.

Οι αρρωστοφοβικοί έχοντας έμμονη ιδέα ότι νοσούν από μια ανίατη ασθένεια διαρκώς επισκέπτονται γιατρούς και προχωρούν σε διαγνωστικές αιματολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Μέσα στο μυαλό τους στριφογυρίζει και η έννοια του θανάτου. Ο Volkart ήταν αυτός που εισήγαγε τον όρο συμπεριφορά της ασθένειας εννοώντας τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα προσπαθούσαν να ανταπεξέλθουν στις καταστάσεις της υγείας τους. Για αυτό χρησιμοποιήθηκε και η έννοια Pilowsky που δείχνει πώς απροσάρμοστοι χαρακτήρες, εκδηλώνουν, αντιμετωπίζουν και αξιολογούν τη δική τους κατάσταση υγείας. Άλλοι όροι όπως η σωματοποίηση κατακρίθηκαν γιατί δηλώνουν τη συνύπαρξη ψυχιατρικής διαταραχής επειδή δε βρέθηκαν συμπτώματα που να δικαιολογούν την περιγραφή της νόσου. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες που μπορούν να μετρήσουν το υποχονδριακό φάσμα περιλαμβάνοντας καταστάσεις όπως η νοσοφοβία, το άγχος για την υγεία και το φόβο για το θάνατο. Η σωστή εκτίμηση της νόσου αξιολογώντας ορθά τα συμπτώματα μπορεί να προστατέψει τους ασθενείς από άσχημες ψυχολογικές καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν από απειλητικές ασθένειες για τη ζωή. Η εκτίμηση αυτή αφορά τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά συμπτώματα. Μέσα από ένα μικρό ερωτηματολόγιο αξιολογούμε πως αντιμετωπίζουν οι ασθενείς μια πραγματική ασθένεια ή μια αντιληπτή απειλή για την υγεία. Ασθένεια - Αντίληψη (24).

## Κεφάλαιο 6. Μικροβιοφοβία

Πολύ συχνά πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν με υπερβάλλοντα φόβο τα μικρόβια. Η υπερβολή στην αντιμετώπιση των μικροβίων, των ιών και των βακτηρίων είναι μια ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Γίνεται μόνιμη ιδέα και ο φόβος, το άγχος και η αγωνία μήπως αρρωστήσουν από τα μικρόβια τα τοποθετεί στο περιθώριο της κοινωνικής ζωής. Προσπαθούν να προστατέψουν την υγεία τους, απομονώνοντας τον εαυτό τους. Αυτό μπορεί να έχει σχέση με εμπειρίες που έχει βιώσει σε μικρότερες ηλικίες. Τα μικροβιοφοβικά άτομα δε μπορούν να ζήσουν μια ήρεμη καθημερινή ζωή από τον υπερβολικό φόβο και το άγχος ότι θα νοσήσουν από κάποιο μικρόβιο. Κάθε μικροβιοφοβικό άτομο παρουσιάζει διαφορετικά συμπτώματα. Τα κυριότερα όμως παρουσιάζονται με την ξηροστομία, το αίσθημα των πολλών σφυγμών, την τρεμούλα, την εφίδρωση, συμπτώματα κρίσης πανικού, και βασικά έχει την αίσθηση ότι δε μπορεί να ξεπεράσει αυτό που του συμβαίνει. Δεν χρειάζεται γιατρός για να διαγνώσει κανείς τη μικροβιοφοβία. Ο ασθενής μόνος του κατανοεί το πρόβλημά του και προσπαθεί να βρει λύση επισκεπτόμενος τους ειδικούς. Η ψυχοθεραπεία και η ψυχανάλυση είναι μέθοδοι θεραπείας για να μπορεί ο ασθενής να εκδιώξει τις φοβίες του (25).

## Κεφάλαιο 7. Ψυχανάλυση

Η Ψυχανάλυση στην έναρξή της χρησιμοποιήθηκε ως θεραπευτικό μέσο και όχι ως ερευνητικό. Στην πορεία όμως διαπιστώθηκε ότι λειτουργεί λιγότερο ως θεραπευτικό και διαγνωστικό μέσο και περισσότερο ως ερευνητικό και διερευνητικό (26). Όσον αφορά την κατανόηση της ανθρώπινης σκέψης γενικότερα αλλά και ειδικότερα την κατανόηση της κουλτούρας, των κοινωνικών συμπεριφορών και του ψυχικού κόσμου του κάθε ατόμου, η ψυχανάλυση αποτελεί πρωτοποριακό κομμάτι (27).

Οι ψυχαναλυτές αναφέρουν ότι ο ψυχισμός του ανθρώπου χωρίζεται στο συνειδητό και στο ασυνείδητο. Στο συνειδητό το κάθε άτομο ξέρει ακριβώς αυτό που κάνει. Στο ασυνείδητο το άτομο δεν έχει επίγνωση των ενεργειών του. Είναι ενέργειες καλά κρυμμένες που περιλαμβάνουν παιδικές τραυματικές εμπειρίες, σεξουαλικά απωθημένα με απαγορευμένα πρόσωπα και εμφανίζονται μέσα από τα όνειρα και διαμορφώνουν την προσωπική ιστορία του κάθε ανθρώπου. Το ασυνείδητο έχει απασχολήσει από πολύ παλιά διάφορους στοχαστές. Το 1866 ο Γερμανός γιατρός Carus ανέπτυξε το βάρος των καταπιέσεων της σεξουαλικότητας πάνω στο ασυνείδητο, ενώ το 1868 ο φιλόσοφος Hartman ανέλυσε στο βιβλίο του τη φιλοσοφία του ασυνείδητου (28). Η ψυχανάλυση προσπαθεί να ερευνήσει το ασυνείδητο περισσότερο από τα όνειρα, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την ομιλία και πολύ λιγότερο από τη συμπεριφορά και τη γραφή (29).

Οι αρχές της ψυχανάλυσης αναλύονται στις υποθέσεις του Freud και συνίστανται στην τοπογραφική υπόθεση που αναφέρει τις έννοιες Συνειδητό, Προσυνειδητό και Ασυνείδητο. Η δυναμική υπόθεση αναφέρει τη σύγκρουση μεταξύ ενστικτικών και αντιενστικτικών δυνάμεων, που στη φυσιολογική της μορφή εμφανίζεται με το χιούμορ και την τέχνη, ενώ στην παθολογική της μορφή εμφανίζεται με συμπτώματα ψυχολογικά ή σωματικά. Στη δομική του υπόθεση το «ψυχικό όργανο» απαρτίζεται από το Εκείνο το Εγώ και το Υπερεγώ: Το Εκείνο βρίσκεται στο ασυνείδητο και πιστεύεται ότι είναι η βιολογική βάση του ψυχικού οργάνου. Περιέχει πρωτόγονα συναισθήματα, σεξουαλικές ορμές, δεν αναβάλλεται και προσπαθεί να ικανοποιηθεί άμεσα. Το Εγώ διαθέτει εκτελεστικές ικανότητες. Έχει την ικανότητα του να προσαρμόζεται και χρησιμοποιεί τη λογική σκέψη. Μεσολαβεί ανάμεσα στο Εκείνο και τον εξωτερικό κόσμο. Μπορεί ακόμη και να δημιουργεί διάφορες σκέψεις και να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο που να παρουσιάζει μια συνολική εικόνα του εαυτού. Το Υπερεγώ παρεμποδίζει την ικανοποίηση επιθυμιών που δεν επιτρέπονται. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι οι ηθικές αξίες και ταυτόχρονα είναι τιμωρητικό, ενοχοποιητικό και χωρίς ελαστικότητα. Οι ηθικές αξίες διαμορφώνονται κυρίως μέσα από την οικογένεια με συγκεκριμένα πρότυπα συμπεριφοράς. Όσο πιο ανεπτυγμένο είναι τόσο μεγαλύτερα είναι τα αισθήματα ενοχής.

Σύμφωνα με τον Freud το Εγώ είναι το ίδιο με το Εκείνο και αποτελεί ένα διαφοροποιημένο κομμάτι

του. Η ίδια σχέση υπάρχει μεταξύ του Εγώ και του Υπερεγώ. Το Εγώ και το Υπερεγώ λειτουργούν ως ελεγκτές σε κίνητρα που απαγορεύονται και υποβάλλονται σε διαφοροποιήσεις, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η απευθείας αναγνώρισή τους (30). Ως συλλογικό ασυνείδητο χαρακτηρίζεται σύμφωνα με τον C. Jung η έννοια του ασυνείδητου από το άτομο στην ομάδα. Το συλλογικό ασυνείδητο δεν εμπεριέχει προσωπικά στοιχεία, αλλά πρωτόγονα αισθήματα και σκέψεις των προγόνων μας, τα οποία παρουσιάζονται μέσα από τους μύθους και τα σύμβολα και αποτυπώνονται σε κάθε άτομο ξεχωριστά (31).

## **Κεφάλαιο 8. Σύμπτωμα**

Ως σύμπτωμα ορίζονται τα στοιχεία εκείνα που είναι ξένα με τη συμπεριφορά του ατόμου και διαταράσσουν την προσωπικότητά του (32). Για να διαγνωστεί μία ψυχική νόσος πρέπει να συνυπάρχουν παράγοντες όπως η μείωση της λειτουργικότητας. Τα κλινικά συμπτώματα στην Ιατρική έχουν ως στόχο κάποιο συγκεκριμένο σωματικό όργανο, σε αντίθεση με την Ψυχιατρική που τα συμπτώματα έχουν σα βάση πραγματικά στοιχεία αλλά ταυτόχρονα περιλαμβάνουν προσωπικές και πολιτισμικές σημασίες. Συνηθισμένο φαινόμενο είναι να έρχονται σε αντιπαράθεση μη αποδεκτές καταστάσεις του εαυτού με τη μορφή συναισθημάτων, αναμνήσεων και σκέψεων που στην κλινική και διαγνωστική Ιατρική δεν περιλαμβάνονται. Μερικά ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να γίνουν παθολογικά, παρότι μπορεί κάποιος να μη δίνει σχεδόν καθόλου αξία ως προς τη διάγνωση. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ικανότητα του θεραπευτή να αξιολογήσει σωστά τα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζουν τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα (33).

## **Κεφάλαιο 9. Ερευνητικά Δεδομένα του μηχανισμού της Ταύτισης των φοιτητών Νοσηλευτικής με τα συμπτώματα των ασθενών**

Οι φοιτητές Νοσηλευτικής δεν είναι ικανοποιημένοι με την κλινική εκπαίδευσή τους και βιώνουν ιδιαίτερο άγχος στη σχέση τους με τους ασθενείς. Αισθάνονται ότι μια φροντίδα και υποστήριξη από κάποιον έμπειρο και εξειδικευμένο κλινικό νοσηλευτή μπορεί να τους μειώσει το άγχος και τους φόβους, αλλά και τις ταυτίσεις με τα συμπτώματα ασθενών και ακόμη διαπιστώθηκε, ότι μπορεί να έχει θετική επίδραση στις νοσηλευτικές αντιλήψεις τους για επαγγελματική ευημερία και λιγότερα σωματικά συμπτώματα από τους ίδιους τους φοιτητές (34). Μελέτη, που διεξήχθη το 1999, είχε επισημάνει ότι τα «κρίσιμα επεισόδια» της ιατρικής εκπαίδευσης ως προς την συναισθηματική και ψυχολογική άμυνα επηρεάζουν την ικανότητα των φοιτητών να αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς με ενσυναίσθηση και αλτρουιστικό τρόπο (35). Από τις κλινικές εμπειρίες των φοιτητών νοσηλευτικής, που μελετήθηκαν το 1990, διαπιστώθηκε ότι το άγχος που προκαλείται κατά την κλινική άσκηση μπορεί να συμβάλει στη μείωση της μάθησης και οι φοιτητές εξέφρασαν υψηλότερο άγχος στα πρώτα εξάμηνα και φόβο σε σχέση με τους φοιτητές των μεγαλύτερων εξαμήνων (36).

Μελέτη το 2005 σε φοιτητές που εκπαιδεύονταν στα πλαίσια της κλινικής τους άσκησης στην ψυχιατρική κλινική διαπίστωσε την ανάγκη για ιδιαίτερη σημασία της νοσηλευτικής κατάρτισης ιδιαίτερα των φοιτητών με τις πιο αρνητικές συμπεριφορές ως προς τον εαυτό τους. Ο κύριος στόχος της μελέτης ήταν να διερευνήσει την εμπειρία των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με την κλινική πρακτική τους. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι τέσσερα θέματα ήταν τα κυριότερα προβλήματα των φοιτητών. Το κλινικό άγχος για την ασθένεια, το χάσμα θεωρίας-πρακτικής, η κλινική επιτήρηση και ο επαγγελματικός ρόλος (37). Καθοριστικό ρόλο στα επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία διαδραματίζει η επικοινωνία, η οποία οδηγεί στην ταύτιση των ατόμων που εργάζονται στον τομέα της υγείας με τους ασθενείς, συμβάλλοντας έτσι στην παροχή καλύτερης φροντίδας. Βασικό στοιχείο για την επικοινωνία αυτών των δύο ομάδων αποτελεί η ενσυναίσθηση, μέσα από την οποία ο θεραπευτής προσπαθεί να αντιληφθεί την κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής. Οι φοιτητές Νοσηλευτικής παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά ενσυναίσθησης συγκριτικά με τις φοιτήτριες ενώ και στα δύο φύλα τα ποσοστά εξισώνονται όσο μεγαλώνει η ηλικία. Έτσι κρίνεται αναγκαία η επιμόρφωση τους στην ενσυναίσθηση (38).

Η ενσυναίσθηση είναι απαραίτητο στοιχείο, που πρέπει να έχει ο νοσηλευτής, για να μπορεί να επικοινωνεί τόσο με τους ασθενείς και τους φροντιστές τους όσο και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Η παροχή καλύτερης φροντίδας υγείας συνίσταται στην κριτική ικανότητα και στις δεξιότητες των παρόχων να αντιλαμβάνονται αυτό που νιώθουν οι άλλοι και να προσπαθούν να ταυτιστούν μαζί τους (39). Εκτός όμως από την ικανότητα των νοσηλευτών να αναγνωρίζουν αυτά που νιώθουν και αισθάνονται οι ασθενείς, θα πρέπει να είναι σε θέση να τα μοιραστούν μαζί τους. Αυτό έχει ως

αποτέλεσμα τη μείωση του πόνου και της ανησυχίας (40).

Τα στοιχεία, που ενθαρρύνουν ή παρακωλύουν τη δυνατότητα για μάθηση των φοιτητών Νοσηλευτικής, αποτέλεσαν το αντικείμενο της μελέτης αυτής. Βασικό ρόλο παίζει το κλινικό περιβάλλον, η επικοινωνία ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς της σχολής και στους κλινικούς, καθώς και οι διαφορετικές αλλαγές στις εμπειρίες. Θετικά στοιχεία για τη μάθηση η ανατροφοδότηση, η επικοινωνία, η δυνατότητα διενέργειας διαφορετικών πράξεων και η ανάληψη ευθύνης. Ενώ στα αρνητικά περιλαμβάνονται η σχεδόν παρατεινόμενη απουσία επιτήρησης, η έλλειψη υποστήριξης από τους κλινικούς εκπαιδευτές και τους κλινικούς νοσηλευτές καθώς και οι μειωμένες δυνατότητες για τη δημιουργία ευκαιριών στην κλινική πρακτική. Έτσι πολλοί φοιτητές Νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης νιώθουν ανεπαρκείς και με χαμηλή αυτοεκτίμηση (41). Η άσκηση των φοιτητών Νοσηλευτικής στο κλινικό περιβάλλον αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα για την καλύτερη απόκτηση γνώσεων, τη δημιουργία και ενίσχυση της επιτηδειότητάς τους σχετικά με τη Νοσηλευτική. Παρόλα αυτά όμως οι φοιτητές αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στην άσκησή τους στο κλινικό περιβάλλον. Φοιτητές που έκαναν την πρακτική τους άσκηση σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας περιέγραψαν ότι έμπαιναν στη θέση των ασθενών και συνδέονταν συναισθηματικά μαζί τους, ένιωθαν φόβο και άγχος μήπως προβούν σε κάποια λανθασμένη πράξη, που θα έχει επιπτώσεις στην κατάστασή τους, βίωναν έντονα το αίσθημα της ευθύνης έχοντας ως βασικό μέλημα την παροχή φροντίδας στους ασθενείς (42).

Η έννοια της υποχονδρίασης διερευνήθηκε και μελετήθηκε λαμβάνοντας στοιχεία από ένα μεγάλο δείγμα φοιτητών με βάση δύο ξεχωριστές διαστάσεις, οι οποίες συνίστανται αφενός μεν στο φόβο της ασθένειας και αφετέρου στην καταδίκη της. Στόχος ήταν να αποτελούν τη βάση της διαταραχής. Πρόκειται για διαστάσεις που διαφέρουν μεταξύ τους και συνδέθηκαν με τις μεταβλητές: ανησυχία για την υγεία και διαταραχές σωματοποίησης, αντίστοιχα. Έτσι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για τον φόβο της ασθένειας και όχι την καταδίκη της ήταν η μεταβλητή για την αντίληψη του σώματος, που συνίσταται στη σωματο-ενίσχυση και το άγχος, ενώ σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την καταδίκη της ήταν η μεταβλητή της συναισθηματικής δυσλειτουργίας που συνίσταται στη γνωστική αποφυγή και τη γνωστική επανεκτίμηση. Αργότερα οι δύο διαστάσεις καταπίπτουν σε έναν λανθάνων και άδηλο παράγοντα λόγω μη ικανής προσαρμογής στα δεδομένα (43). Οι άνθρωποι που παρουσιάζουν υποχονδριακές ροπές σκέφτονται συνεχώς ότι είναι άρρωστοι και αναζητούν να καθησυχάζονται από τους γιατρούς. Η υπόθεση ήταν ότι αν οι φοιτητές που είναι προκατειλημμένοι θα παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά υποχονδρίασης και σε ποιο βαθμό αυτό σχετίζεται με την ανάγκη επανεπιβεβαίωσης στις σχέσεις. Έτσι οι φοιτητές που ήταν από την αρχή προκατειλημμένοι είχαν υψηλά ποσοστά υποχονδρίασης σε σχέση με αυτούς που είχαν άλλου τύπου προκαταλήψεις. Η σχέση μεταξύ υποχονδρίασης και προκατάληψης ερμηνεύεται από τη γενικότερη



ροπή αναζήτησης επανεπιβεβαίωσης στις σχέσεις (44).

Τα επίπεδα άγχους στους φοιτητές Νοσηλευτικής παρουσίαζαν διακυμάνσεις στα διάφορα στάδια της κλινικής τους άσκησης. Πριν και στην αρχή της κλινικής άσκησης παρουσιάζουν λιγότερο άγχος σε σχέση με μετά. Οι κλινικοί εκπαιδευτές πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται και να βοηθούν τους φοιτητές να ελαττώσουν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα αλλά και οι φοιτητές οφείλουν πριν έρθουν σε επαφή με το άγχος των ασθενών να διαχειριστούν το δικό τους άγχος (45). Η ποιότητα της εμπειρίας των ασθενών ως ατόμων που δέχονται τη φροντίδα και η εξέλιξη της πορείας της ασθένειας τους εξαρτάται και προσδιορίζεται από τη σχέση ενσυναίσθησης που αναπτύσσεται μεταξύ αυτών και των παρόχων φροντίδας. Οι φοιτητές Νοσηλευτικής που είχαν περισσότερες συναντήσεις με τους ασθενείς παρουσίασαν πτώση και εξασθένηση της ενσυναίσθησης. Παρόμοια ποσοστά απαντώνται και στους φοιτητές της Ιατρικής (46).

Η ποιοτική σχέση μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενούς στηρίζεται στην ενσυναίσθηση, στην έλλειψη προκατάληψης και του στιγματισμού. Η αξιολόγηση των επιπέδων της ενσυναίσθησης των φοιτητών Νοσηλευτικής σε συγκεκριμένες υγειονομικές καταστάσεις φανέρωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στα άτομα που είχαν κάποιας μορφής διανοητική ανικανότητα, ανίατη ασθένεια, οξεία ψυχική νόσο ή χρόνιο πόνο αντιμετωπίζονταν από τους φοιτητές Νοσηλευτικής με υψηλό αίσθημα ενσυναίσθησης, στα άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών το αίσθημα ενσυναίσθησης ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα ενώ στα άτομα που διαγιγνώσκονται με κάποια ψυχική νόσο η ενσυναίσθηση ήταν σε ικανοποιητικό βαθμό (47). Οι φοιτήτριες Νοσηλευτικής παρουσιάζουν περισσότερα γνωρίσματα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους φοιτητές. Σημαντικός είναι ρόλος της ενσυναίσθησης για τους άντρες σχετικά με την επιλογή της Νοσηλευτικής για επαγγελματική σταδιοδρομία. Οι νοσηλευτές είναι πιο συστηματικοί στην οργάνωση και εφαρμογή της παροχής φροντίδας στους ασθενείς και παρουσιάζουν επιδεξιότητα στην αντιμετώπιση διαφόρων ζητημάτων σε δύσκολα περιβάλλοντα όπως αυτό του Νοσοκομείου (48). Η ενσυναίσθηση, η ευγένεια και η αγάπη για το ίδιο το άτομο αλλά και για τους άλλους αποτελούν αξίες, που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας, τις οποίες οι φοιτητές Νοσηλευτικής θα πρέπει να εκπαιδευτούν να τις εφαρμόσουν στη φροντίδα του ασθενούς. Δεδομένου ότι οι φοιτητές Νοσηλευτικής παρουσιάζουν δυσκολία στην αφομοίωση της θεωρίας στην πράξη, έχει εφαρμοστεί σε πολλές περιπτώσεις η βιωματική μάθηση στοχεύοντας στην ενθάρρυνση και ενίσχυση της μάθησης των φοιτητών Νοσηλευτικής. Η συγκεκριμένη βιωματική μάθηση συνίσταται στη χρήση του δράματος στην εκπαίδευση των φοιτητών Νοσηλευτικής στα αρχικά επίπεδα, το οποίο παρουσιάζει πολύ θετικά αποτελέσματα, είναι ευέλικτο και μπορεί να έχει εφαρμογή σε διάφορα πλαίσια. Προτείνεται μελλοντική μελέτη για τη χρήση του δράματος σε προχωρημένα επίπεδα, βάζοντας τους νοσηλευτές στο ρόλο των ασθενών και των συγγενών τους με σκοπό τη διεξαγωγή συμπερασμάτων και την ανάλυση των προοπτικών (49)

## **Ειδικό Μέρος**

### **Κεφάλαιο 10. Μεθοδολογία**

#### **10.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η σχέση των ταυτίσεων φοιτητών Νοσηλευτικής με τα συμπτώματα των Ασθενών και την Ψυχοπαθολογία.

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

α) Οι αρνητικές ταυτίσεις συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο φόβο και τη μείωση της ατομικής ισχύος και του κύρους του ατόμου (π.χ. ασθένεια, ελλειμματικότητα, εξαρτήσεις), παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικούς φόβους. Ως προς τις αρνητικές ταυτίσεις των φοιτητών Νοσηλευτικής με τα συμπτώματα κάποιων ασθενών, πιθανολογείται ότι οι φοιτητές θα ταυτίζονται με τα συμπτώματα ασθενών που σχετίζονται με οικογενειακές νόσους.

β) Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση των αρνητικών ταυτίσεων και των φόβων με την ψυχοπαθολογία και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου τους. Κατά συνέπεια, ως προς την ψυχοπαθολογία, η υπόθεσή μας είναι ότι οι φοιτητές που ταυτίζονται με τα συμπτώματα των ασθενών του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και φόβου του πόνου και χαμηλότερα σε σχέση με το δείγμα Ελληνικού πληθυσμού.

#### **10.2 Δείγμα και διαδικασία της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο του 2016 έως τον Ιούνιο του 2016. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν φοιτητές Νοσηλευτικής των ΤΕΙ. Συνολικά συμμετείχαν 200 φοιτητές, που παρακολουθούσαν μαθήματα και κλινικές ασκήσεις από το 3<sup>ο</sup> εξάμηνο έως το 8<sup>ο</sup> (τελευταίο) εξάμηνο προκειμένου να συμπεριληφθούν φοιτητές που είχαν έστω και κάποια ελάχιστη κλινική εμπειρία. Για το σκοπό αυτό ο ερευνητής επισκέφτηκε το σύνολο των κλινικών όπου γινόταν κλινική άσκηση και τα αμφιθέατρα της Νοσηλευτικής Σχολής. Αν και η επιλογή των φοιτητών έγινε από κάθε κλινική, το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό (δείγμα ευκολίας). Οι φοιτητές που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της

μελέτης και τους δόθηκε διαβεβαίωση για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Η όλη διαδικασία διεκπεραιώθηκε διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε ελαχιστοποιήθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπλήρωσαν οι φοιτητές ήταν:

**A) Μέτρηση των ταυτίσεων με τα συμπτώματα των ασθενών**

**B) Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων**

**Γ) Μέτρηση της υγειονομιακής συμπεριφοράς των φοιτητών:** Προστέθηκε ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις (τύπου Likert) για την αξιολόγηση της υγιεινής συμπεριφοράς των φοιτητών, που θα μπορούσε να αποτελέσει και μια έμμεση ένδειξη για την προσήλωσή τους στα πρότυπα αγωγής υγείας και κατ'επέκταση στα σχετικά κελεύσματα της σχολής τους.

**Δ) Ερωτηματολόγιο ταυτίσεων:** Ως το κατάλληλο μεθοδολογικό εργαλείο για τη διερεύνηση των ταυτίσεων με τα συμπτώματα των ασθενών θεωρήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε από τον ερευνητή μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και το οποίο ελέγχθηκε σε πιλοτική μελέτη 15 φοιτητών για την εγκυρότητα περιεχομένου. Είναι δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τις φοιτητικές ταυτίσεις, με τις απαντήσεις διαβαθμισμένες σε 4 βαθμη κλίμακα Likert ή σε δίτιμες (NAI/OXI) μεταβλητές. Από τις απαντήσεις σε 8 ερωτήσεις σχετικά με αντίστοιχα συμπτώματα δημιουργήθηκε η κλίμακα σωματικών αιτιάσεων και ο αντίστοιχος δείκτης (Δείκτης Σωματικών Αιτιάσεων), στην οποία η καταφατική απάντηση έπαιρνε το βαθμό 1 και η αρνητική 0 (μέγιστη βαθμολογία: 8). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α Cronbach ήταν ίσος με 0,77, δείχνοντας ικανοποιητική αξιοπιστία. Όπου κρίθηκε απαραίτητο η συνολική βαθμολογία διχοτομήθηκε στη διάμεσο τιμή της (4).

### **E) Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF- 36**

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36 (**Short Form- 36**) (50), έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η κλίμακα αυτή είναι σήμερα το πιο δημοφιλές εργαλείο μελέτης της έκβαση της γενικής υγείας. Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να βελτιώσει τη δυνατότητα μέτρησης της γενικής υγείας σε σύντομο χρόνο (συμπληρώνεται σε λιγότερο από 10 λεπτά). Το SF - 36 αποτελείται από 35 ερωτήσεις σε 8 τομείς και 1 ερώτηση για τη συνολική κατάσταση της υγείας. Η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 0 (η χειρότερη δυνατή υγεία, σοβαρή αναπηρία) και 100 (καλύτερη δυνατή υγεία , χωρίς αναπηρία). Η SF - 36 έχει μελετηθεί για μια ποικιλία ηλικιών και γλωσσών και παρουσιάζει ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα με άλλες κλίμακες που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση της έκβασης μετά από επέμβαση στο γόνατο, όπως είναι η κλίμακα Lysholm. Όπως προαναφέραμε υπάρχουν οκτώ κλίμακες συνολικά για τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου εκ των οποίων οι τέσσερις αφορούν την σωματική υγεία: α) σωματική λειτουργία (physical function, PF), β)σωματικός ρόλος (role physical, RP), γ) σωματικός πόνος (bodily pain, BP), δ) γενική υγεία (general health, GH) και οι άλλες τέσσερις την ψυχική υγεία: α) ζωτικότητα (vitality, V), β) κοινωνική λειτουργία (social function, SF), γ) συναισθηματικός ρόλος (role emotional, RE), δ) ψυχική υγεία (mental health, MH).

### **ΣΤ) Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία αναδεικνύουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν την ιδεοψυχαναγκαστικότητα, τη σωματοποίηση , τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (51,52).

Τα 90 ερωτήματα του SCL-90 κατανέμονται στις παρακάτω υποκλίμακες ως εξής:

1. **Σωματοποίηση:** 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56,58
2. **Ιδεοψυχαναγκασμός:** 3,9,10,28,38,45,46,51,55,65
3. **Διαπροσωπική Ευαισθησία:** 6,21,34,36,37,41,61,69,73
4. **Κατάθλιψη:** 5,14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71,79
5. **Άγχος:** 2,17,23,33,39,57,72,78,80,86
6. **Επιθετικότητα:** 11,24,63,67,74,81
7. **Φοβικό Άγχος:** 13,25,47,50,70,75,82
8. **Παρανοειδής Ιδεασμός:** 8,18,43,68,76,83
9. **Ψυχωτισμός:** 7,16,35,62,77,84,85,87,88,90
10. **Διάφορα συμπτώματα [Διαταραχές του Ύπνου: 44 (αϋπνία), 64 (πρωινή αφύπνιση), 66 (ανησυχία) – Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής: 19 (βουλιμία), 60 (ανορεξία) – Σκέψεις Θανάτου: 59 – Ενοχή: 89]**

Συνολικά εξάγονται 12 δείκτες, από τους οποίους οι 9 αφορούν τις 9 πρώτες υποκλίμακες που προαναφέρθηκαν και οι 3 είναι γενικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα:

- Το άθροισμα των σκορ που δίνονται στις ερωτήσεις κάθε υποκλίμακας δίνει ένα δείκτη για καθεμιά από τις 9 μεταβλητές (δηλ. σωματοποίηση, ιδεοψυχαναγκασμός, κλπ.). (Η υποκλίμακα 10 περιλαμβάνει διάφορες αιτιάσεις, οι οποίες, όμως, λαμβάνονται υπόψη μόνο κατά την εξαγωγή των παρακάτω δεικτών.)
- **Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ):** το πηλίκο του αθροίσματος των σκορ για όλες τις ερωτήσεις και του συνολικού αριθμού των απαντηθέντων ερωτήσεων (δηλ.  $\leq 90$ ).
- **Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ):** συνολικός αριθμός των μη μηδενικών σκορ για το σύνολο των ερωτήσεων.
- **Δείκτης Ενόχλησης των Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ):** το πηλίκο του αθροίσματος των σκορ για όλες τις ερωτήσεις και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων.

Οι μέσες τιμές για τον Ελληνικό πληθυσμό έχουν ως εξής:

<b>Υποκλίμακες &amp; Δείκτες M.T. (± T.A.)</b>	<b>Σύνολο Ασθενών (n=248)</b>	<b>Σύνολο Υγιών (n=53)</b>	<b>Υγιείς Γυναίκες (n=32)</b>	<b>Υγιείς Άνδρες (n=21)</b>
Σωματοποίηση	15,68 (± 10,41)	7,40 (± 7,06)	7,31 (± 7,59)	7,52 (± 6,35)
Ψυχαναγκαστικότητα	19,21 (± 9,34)	9,49 (± 6,50)	8,87 (± 6,89)	10,43 (± 5,90)
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,34 (± 7,92)	8,36 (± 6,24)	8,72 (± 6,44)	7,81 (± 6,04)
Κατάθλιψη	27,26 (± 11,50)	11,3 (± 8,75) 4	11,66 (± 9,65)	10,86 (± 7,36)
Άγχος	19,09 (± 8,84)	7,32 (± 6,66)	6,87 (± 7,17)	8,00 (± 5,90)
Επιθετικότητα	8,46 (± 6,05)	5,08 (± 5,04)	4,87 (± 5,27)	5,38 (± 4,78)
Φοβικό Άγχος	8,28 (± 6,68)	2,51 (± 3,69)	2,87 (± 4,34)	1,95 (± 2,30)
Παρανοειδής Ιδεασμός	9,05 (± 5,74)	6,13 (± 4,43)	6,34 (± 4,92)	5,81 (± 3,64)
Ψυχωτισμός	12,59 (± 8,12)	6,09 (± 6,83)	6,16 (± 7,48)	5,52 (± 5,61)
ΓΔΣ	1,59 (± 0,68)	0,74 (± 0,56)	0,74 (± 0,61)	0,74 (± 0,49)
ΔΕΘΣ	2,34 (± 0,58)	1,58 (± 0,53)	1,60 (± 0,56)	1,55 (± 0,59)
ΣΘΣ	59,62 (± 17,71)	38,0 (± 20,21) 4	36,53 (± 19,67)	40,33 (± 21,28)

## Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Εφαρμόστηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (Student's t-test για δύο δείγματα). Η δοκιμασία  $\chi^2$ , με τη διόρθωση συνεχείας εφαρμόστηκε για τετράπτυχους πίνακες ποιοτικών μεταβλητών. Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) και EXCEL 2007 για τα γραφήματα.

## Κεφάλαιο 11. Αποτελέσματα

Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (82,5%). Άγαμοι ήταν το 55% και η πλειονότητα διέμενε σε χωριό-κωμόπολη (55%). Αδέρφια είχε το 93,5%, ενώ παιδιά είχαν 11 άτομα (5,5%).

**Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος**

	N	%
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	35	17,5
Γυναίκα	165	82,5
Σύνολο	200	100,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος-η	110	55,0
Έγγαμος-η	14	7,0
Διαζευγμένος	2	1,0
Σε σχέση	74	37,0
Σύνολο	200	100,0
<b>Τόπος διαμονής</b>		
Χωριό- κωμόπολη	110	55,0
Πόλη <150.000 κατοίκους	57	28,5
Πόλη >150.000 κατοίκους	33	16,5
Σύνολο	200	100,0
<b>Έχετε αδέρφια;</b>		
Ναι	187	93,5
Όχι	13	6,5
Σύνολο	200	100,0
<b>Πόσα παιδιά έχετε;</b>		
1	2	1,0
2	5	2,5
3	4	2,0
Δεν απάντησαν	189	94,5
Σύνολο	200	100,0



Σε ποσοστά που κυμαίνονται κοντά στο 40% οι φοιτητές παραμελούν (προσέχουν λίγο ή καθόλου) τη διατροφή και την άσκηση, σε ποσοστό 17,6% διατείνονται ότι δεν προσέχουν την υγεία τους, τον ύπνο τους (24,5%), ενώ έμφαση δίνεται στην καθαριότητα (2% δεν προσέχει) και την εμφάνιση (4,5% την αμελεί). Το κάπνισμα το αποφεύγει πολύ /πάρα πολύ το 51,7%, το 37% το αλκοόλ, ενώ τους ασθενείς τους αποφεύγει το 10,5% και τα νοσοκομεία το 15%.

**Πίνακας 2. Υγιεινοδιαιτητική συμπεριφορά των φοιτητών**

	Όχι-Καθόλου (%)	Πολύ λίγο (%)	Μέτρια (%)	Αρκετά (%)	Ναι Πάρα πολύ (%)
Προσέχετε τη διατροφή σας;	13,0	21,50	30,5	22,0	13,0
Προσέχετε την άσκησή σας;	19,5	22,5	24,5	20,5	13,0
Προσέχετε την υγεία σας;	5,5	12,1	24,1	39,7	18,6
Προσέχετε τον ύπνο σας;	12,0	12,5	27,0	29,0	19,5
Προσέχετε την καθαριότητά σας;	1,5	0,5	5,5	24,5	68,0
Προσέχετε την εμφάνισή σας;	0,0	4,5	18,0	34,5	43,0
Προσέχετε τον ήλιο;	8,0	17,5	38,0	22,5	14,0
Αποφεύγετε το κάπνισμα;	32,2	9,0	7,0	7,5	44,2
Αποφεύγετε το παθητικό κάπνισμα;	34,0	9,0	15,0	15,0	27,0
Αποφεύγετε το αλκοόλ;	24,0	14,5	24,5	16,5	20,5
Αποφεύγετε να ξενυχτάτε;	29,5	18,5	26,0	18,5	7,5
Αποφεύγετε τα μικρόβια;	10,5	10,5	29,5	22,0	27,5
Αποφεύγετε το άγχος;	24,5	22,5	27,0	15,5	10,5
Αποφεύγετε τους καυγάδες	13,0	8,0	26,5	21,0	31,5
Αποφεύγετε την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	10,1	13,6	22,1	28,1	26,1
Αποφεύγετε την γρίνια;	11,5	17,5	25,0	25,5	20,5
Αποφεύγετε τους γιατρούς;	24,5	20,5	28,0	24,5	12,5
Αποφεύγετε τους ασθενείς;	43,5	29,5	16,5	6,0	4,5
Αποφεύγετε τα νοσοκομεία;	43,5	25,0	16,5	9,0	6,0
Αποφεύγετε τις κηδείες;	30,5	14,5	16,5	16,0	22,5

**Γράφημα 1. Προσοχή που αποδίδουν οι φοιτητές στη διατροφή τους**



**Γράφημα 2. Προσοχή που αποδίδουν οι φοιτητές στην άσκησή τους**



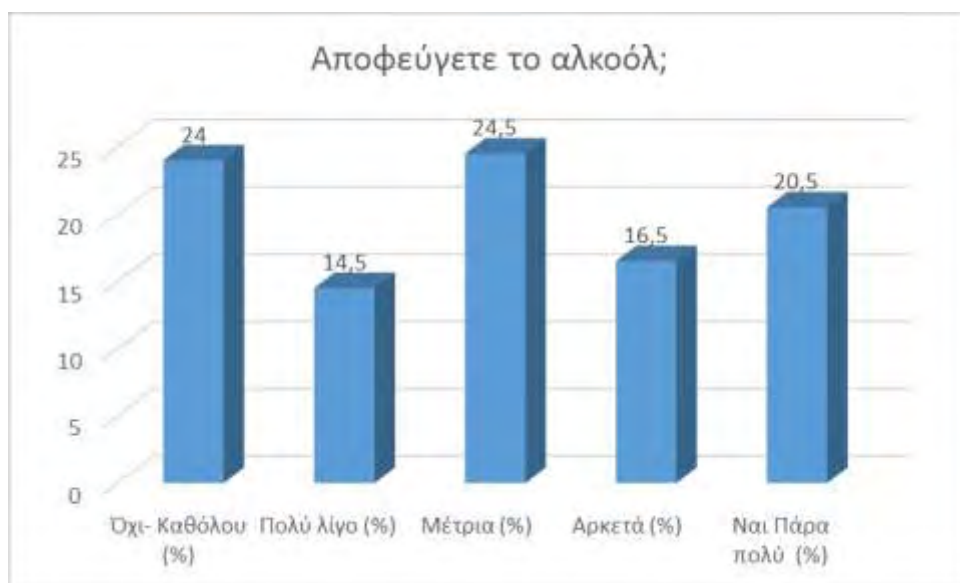
**Γράφημα 3. Αποφυγή του καπνίσματος (ενεργητικό)**



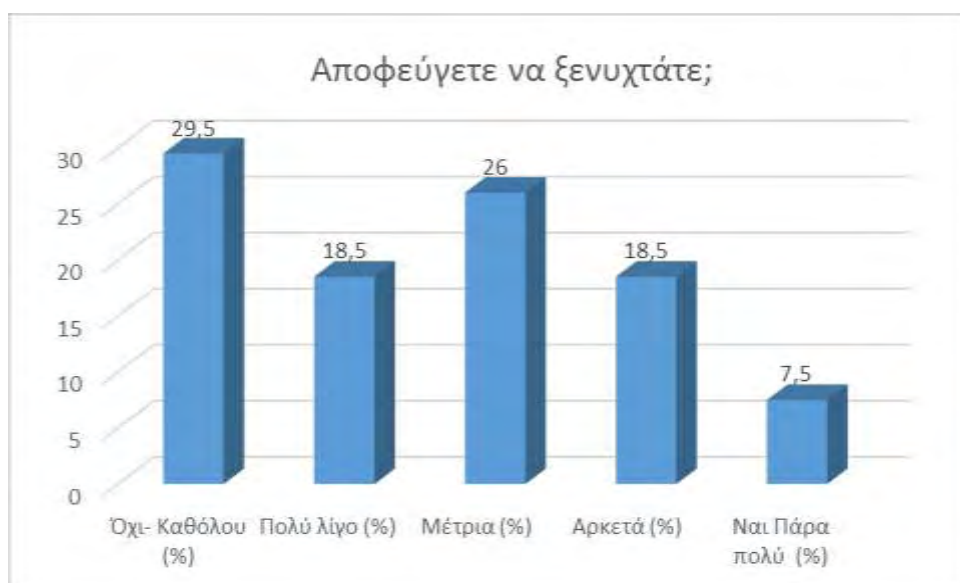
**Γράφημα 4. Αποφυγή παθητικού καπνίσματος**



**Γράφημα 5. Αποφυγή αλκοόλ**



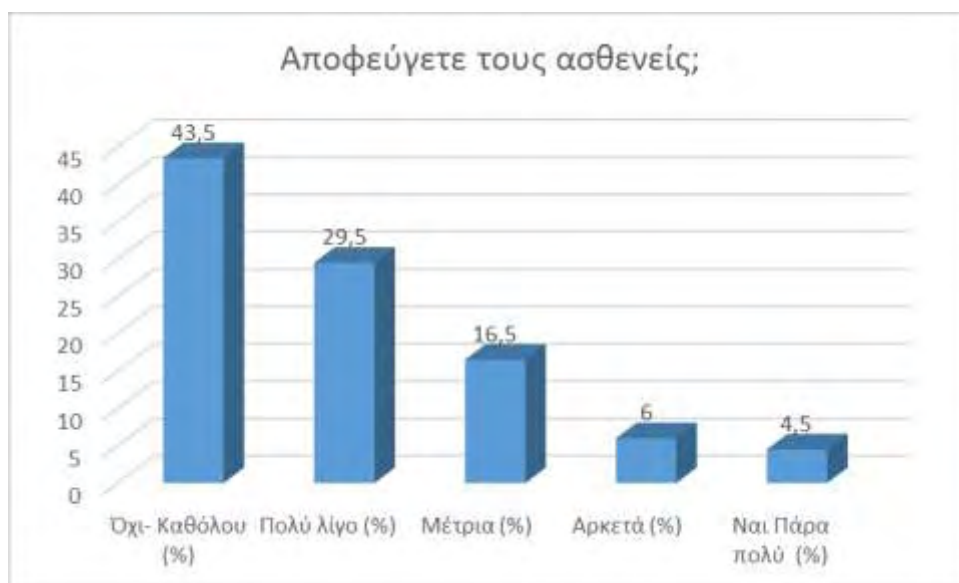
**Γράφημα 6. Αποχή από το ξενύχτι**



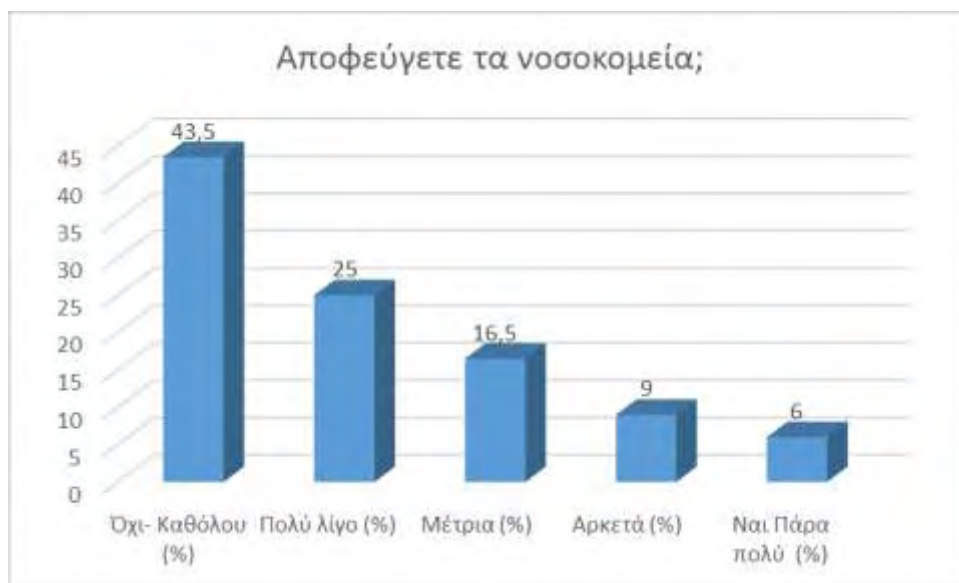
**Γράφημα 7. Αποφυγή ιατρών**



**Γράφημα 8. Αποφυγή ασθενών**

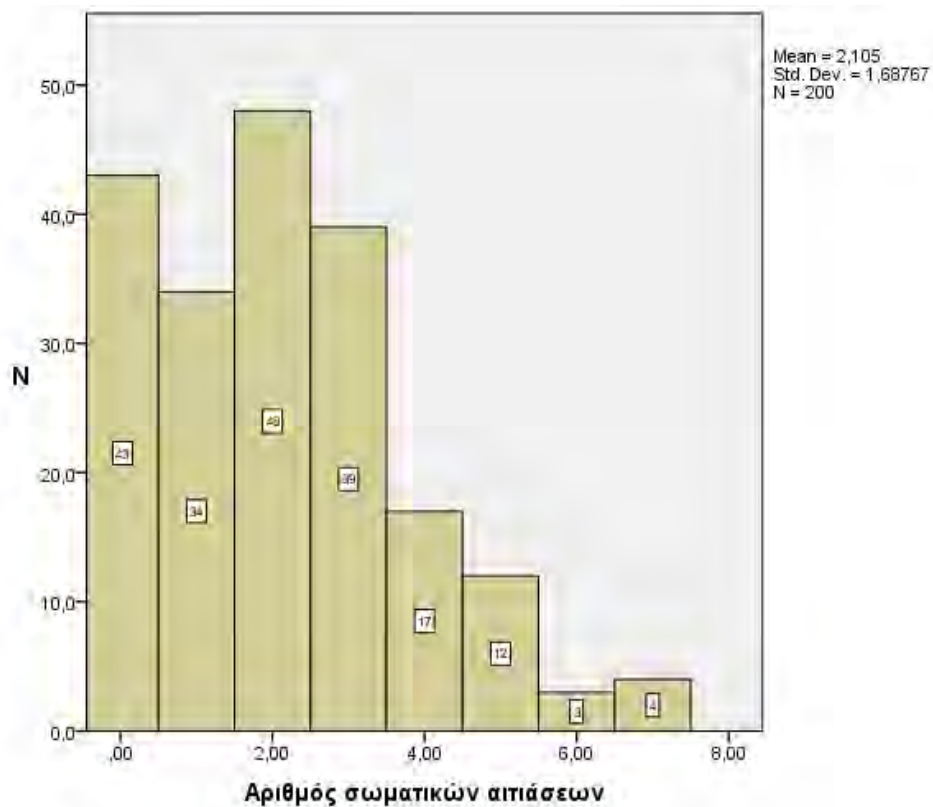


**Γράφημα 9.Αποφυγή νοσοκομείων**



Αναφορικά με τις σωματικές αιτιάσεις, κατά μέσο όρο κάθε φοιτητής ανέφερε δύο συμπτώματα.

**Γράφημα 4. Σωματικές αιτιάσεις**



Οι «φοβίες» ήταν μια από τις βασικές αιτιάσεις των φοιτητών (45,5%) και ακολουθούσε η κεφαλαλγία (43%). Ταχυκαρδίες αναφέρονται από το 30,5% και φόβος ασθένειας από το 31,5%. Ιστορικό φοβιών στην οικογένεια αναφέρεται από το 29%, ενώ απώλεια στενού συγγενούς αναφέρεται από το 60,8%.

**Πίνακας 3. Ιστορικό φοβιών και σωματικών αιτιάσεων**

	<b>Ναι N(%)</b>
<b>Έχετε πονοκεφάλους; *</b>	<b>86(43,0)</b>
<b>Έχετε προβλήματα με το έντερο;</b>	<b>33(16,5)</b>
<b>Έχετε προβλήματα με το στομάχι;</b>	<b>39(19,5)</b>
<b>Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);</b>	<b>6(3,0)</b>
<b>Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;</b>	<b>42(21,0)</b>
<b>Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;</b>	<b>61(30,5)</b>
<b>Έχετε φοβίες;</b>	<b>91(45,5)</b>
<b>Φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;</b>	<b>63(31,5)</b>
Στην πατρική σας οικογένεια υπάρχει κάποιος με προβλήματα υγείας;	63(31,5)
Στην πατρική σας οικογένεια υπάρχει κάποιος που είχε κρίσεις πανικού;	28(14,0)
Στην πατρική σας οικογένεια υπάρχει κάποιος που έχει φοβίες;	58(29,0)
Στην πατρική σας οικογένεια υπάρχει κάποιος που φοβάται μήπως αρρωστήσει;	80(40,0)
Έχει φύγει από τη ζωή κάποιος στενός συγγενείς σας;	121(60,8)
<i>*Με έντονη γραφή οι ερωτήσεις της κλίμακας σωματικών αιτιάσεων</i>	



Όσοι φοιτητές δήλωσαν ότι ταυτίζονταν με τους ασθενείς εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής στις υποκλίμακες του σωματικού πόνου, των σωματικών περιορισμών, της γενικής υγείας, της ψυχικής υγείας, του σωματικού ρόλου και της κοινωνικής λειτουργικότητας σε σχέση με όσους ταυτίζονταν λίγο ή καθόλου, με στατιστικά σημαντική διαφορά.

**Πίνακας 4. Η ταύτιση με τους ασθενείς και η ποιότητα ζωής**

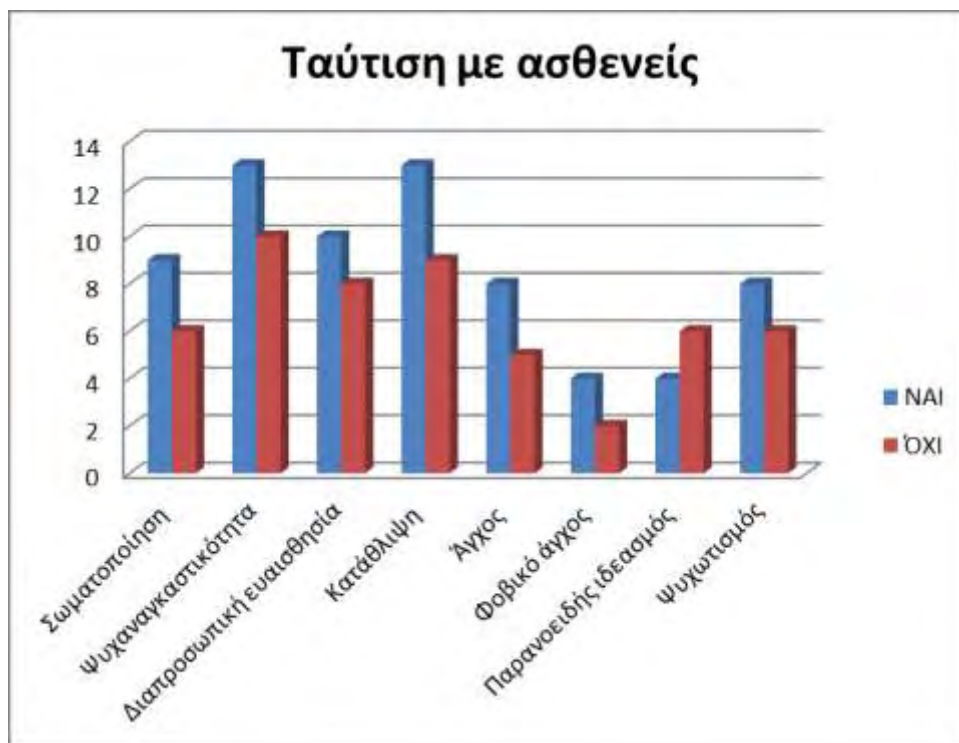
	Ταυτίζεστε με ασθενείς	ΜΤ	ΤΑ	p
Σωματική λειτουργικότητα	Καθόλου /Λίγο	85,19	20,56	0,239
	Μέτρια /Πολύ	81,47	22,09	
Σωματικός ρόλος	Καθόλου /Λίγο	78,98	27,94	0,025
	Μέτρια /Πολύ	68,75	34,66	
Σωματικοί πόνοι	Καθόλου /Λίγο	81,34	19,23	0,003
	Μέτρια /Πολύ	71,69	24,72	
Γενική υγεία	Καθόλου /Λίγο	65,50	13,22	0,038
	Μέτρια /Πολύ	61,15	15,30	
Συναισθηματικός ρόλος	Καθόλου /Λίγο	76,84	30,07	0,004
	Μέτρια /Πολύ	62,75	36,66	
Ζωτικότητα	Καθόλου /Λίγο	55,53	12,86	0,447
	Μέτρια /Πολύ	53,97	15,25	
Ψυχική υγεία	Καθόλου /Λίγο	67,91	16,99	<0,001
	Μέτρια /Πολύ	58,53	18,03	
Κοινωνική λειτουργικότητα	Καθόλου /Λίγο	74,53	20,92	0,015
	Μέτρια /Πολύ	66,91	20,23	
Γενική σωματική υγεία	Καθόλου /Λίγο	311,01	57,09	0,002
	Μέτρια /Πολύ	283,06	67,23	
Γενική ψυχική υγεία	Καθόλου /Λίγο	274,23	55,40	<0,001
	Μέτρια /Πολύ	242,16	60,77	

Σε όλες τις υποκλίμακες του SCL-90, όσοι ταυτίζονταν με τους ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία, με στατιστικά σημαντική διαφορά, πλην της επιθετικότητας, όπου η διαφορά υπήρχε, αλλά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Στην κλίμακα σωματικών αιτιάσεων, είχαν 2,5 συμπτώματα κατά μέσο όρο όσοι ταυτίζονταν με τους ασθενείς έναντι 1,90 όσων =δεν ταυτίζονταν μαζί τους.

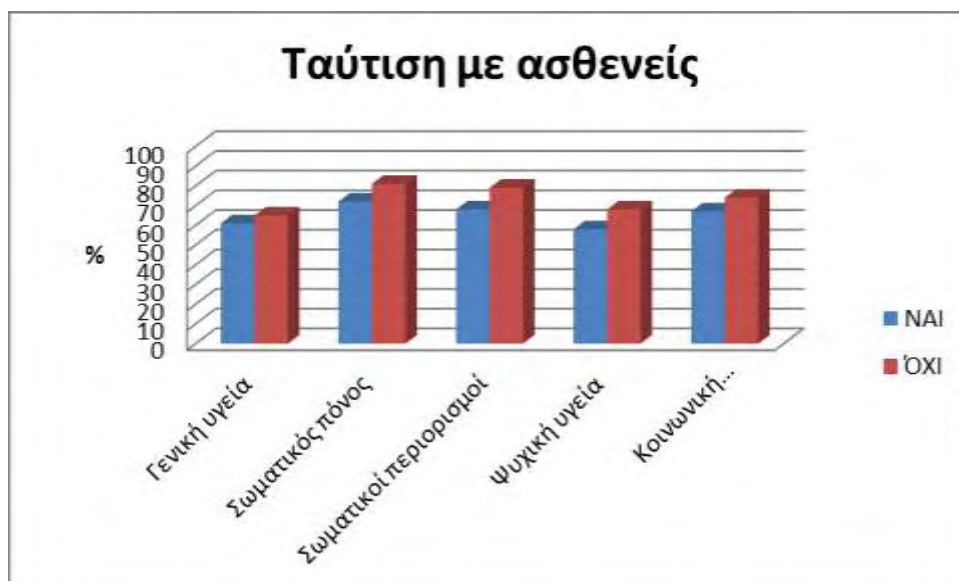
**Πίνακας 5. Η ταύτιση με τους ασθενείς και η ψυχική δυσφορία**

	Ταυτίζεστε με ασθενείς	ΜΤ	ΤΑ	p
Σωματοποίηση	Καθόλου /Λίγο	6,61	6,09	0,009
	Μέτρια /Πολύ	9,19	7,41	
Ψυχαναγκαστικότητα	Καθόλου /Λίγο	9,67	5,60	0,000
	Μέτρια /Πολύ	13,06	5,89	
Διαπροσωπική ευαισθησία	Καθόλου /Λίγο	8,38	5,46	0,017
	Μέτρια /Πολύ	10,43	6,14	
Κατάθλιψη	Καθόλου /Λίγο	9,92	7,21	0,003
	Μέτρια /Πολύ	13,25	7,51	
Άγχος	Καθόλου /Λίγο	5,55	5,71	0,010
	Μέτρια /Πολύ	7,93	6,75	
Επιθετικότητα	Καθόλου /Λίγο	4,54	4,56	0,112
	Μέτρια /Πολύ	5,60	4,29	
Φοβικό άγχος	Καθόλου /Λίγο	2,30	2,58	0,004
	Μέτρια /Πολύ	3,68	4,14	
Παρανοειδής ιδεασμός	Καθόλου /Λίγο	6,36	4,17	0,026
	Μέτρια /Πολύ	7,82	4,79	
Ψυχωτισμός	Καθόλου /Λίγο	5,94	4,04	0,006
	Μέτρια /Πολύ	7,81	5,42	
GDS_SCL_90	Καθόλου /Λίγο	0,71	0,44	0,001
	Μέτρια /Πολύ	0,95	0,54	
DETHS_SCL_90	Καθόλου /Λίγο	1,57	0,37	0,014
	Μέτρια /Πολύ	1,71	0,38	
STHS_SCL_90	Καθόλου /Λίγο	39,23	18,31	0,003
	Μέτρια /Πολύ	47,31	18,27	
ΔΣΑ	Καθόλου /Λίγο	1,90	1,63	0,017
	Μέτρια /Πολύ	2,50	1,74	

**Γράφημα 10. Ταύτιση με ασθενείς και ψυχοπαθολογία**

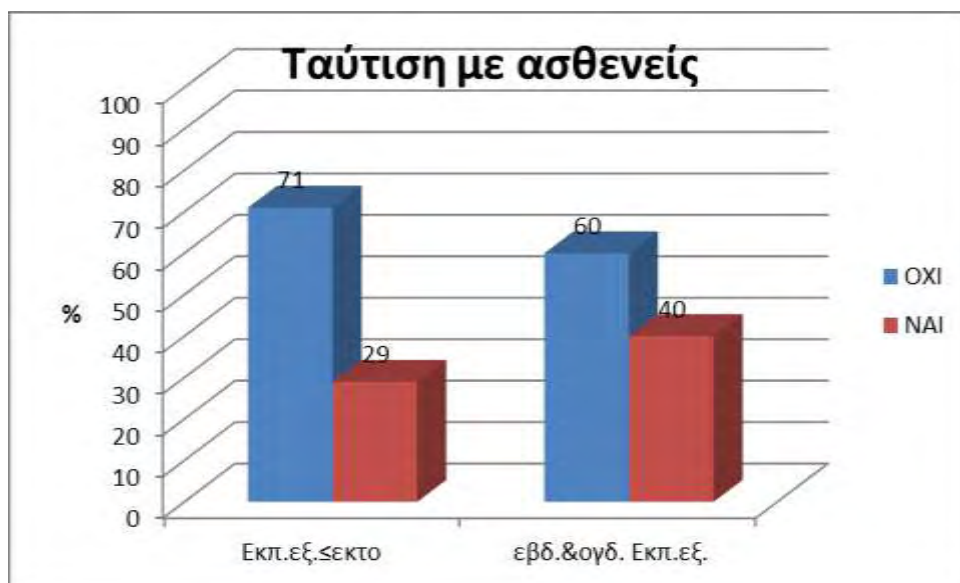


**Γράφημα 11. Ταύτιση με ασθενείς και ποιότητα ζωής.**



Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ταύτιση σε σχέση με τα εξάμηνα σπουδών, αν και οι φοιτητές των μεγαλύτερων εξαμήνων ανέφεραν ταύτιση σε ποσοστό 40%, υψηλότερου κατά 11 μονάδες των υπολοίπων.

**Γράφημα 12. Ταύτιση με ασθενείς και εξάμηνο σπουδών**



## Κεφάλαιο 12. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να διερευνήσει την ταύτιση των φοιτητών με τους ασθενείς κατά την εκπαιδευτική τους διαδικασία και να τη συσχετίσει με την ψυχική τους δυσφορία και την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι φοιτητές της νοσηλευτικής τείνουν να ταυτίζονται με τους ασθενείς τους σε ποσοστά που βαίνουν αυξανόμενα καθώς προχωρούν στην κλινική τους άσκηση. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση της μελέτης ότι οι φοιτητές θα ταυτίζονται με τα συμπτώματα ασθενών, ειδικά εκείνων που σχετίζονται με οικογενειακές νόσους, ενώ επιβεβαιώνει τη σχέση των αρνητικών ταυτίσεων και των φόβων με την ψυχοπαθολογία, καθώς οι φοιτητές που ταυτίζονται με τα συμπτώματα των ασθενών του νοσοκομείου κατά τη διάρκεια της κλινικής τους άσκησης παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και φόβου του πόνου, υψηλότερα εκείνων που αναφέρονται στο γενικό ελληνικό πληθυσμό, ή εκείνων που αναφέρονται στις γυναίκες του γενικού πληθυσμού, μια σύγκριση που κρίνεται προτιμητέα, λόγω της ετεροβαρούς εκπροσώπησης των γυναικών στο δείγμα της μελέτης.

Η έντονη ψυχική δυσφορία που καταγράφεται στην παρούσα μελέτη αποκτά και κλινική σημασία, καθώς ο έντονος νευρωτισμός, που τεκμαίρεται από τις επιδόσεις σε συγκεκριμένες υποκλίμακες του ερευνητικού εργαλείου έχει συσχετιστεί με μειωμένη απόδοση και επαγγελματική επιτυχία. Παράλληλα, είναι μια ένδειξη ότι η δυσφορία μπορεί να αποτυπωθεί και σε πραγματική νόσηση, λόγω των πιεστικών συνθηκών, που επιτείνουν το αποκαλούμενο και «σύνδρομο του φοιτητή», αλλά αποδιοργανώνουν και σε πραγματική βάση την υγεία του.

Πράγματι, είναι διαδεδομένη η πεποίθηση ότι πολλοί φοιτητές των επαγγελματιών υγείας μπορούν να εμφανίσουν τους φόβους και τα συμπτώματα της ασθένειας που αφορούν τις ασθένειες που μελετούν και που παρατηρούν στους ασθενείς τους. Οι φοιτητές βιώνουν ένα μεγάλο ποσό της ψυχολογικής πίεσης λόγω της εργασίας που απαιτείται να διεκπεραιώσουν. Σε αυτό το φαινόμενο συμβάλλει το άγχος των εξετάσεων, το άγχος που σχετίζεται με νέες κλινικές εμπειρίες και το ανταγωνιστικό περιβάλλον. Η υπερδιέγερση αυτή ενισχύει πιθανόν υπερβολικά την αυτό-επίγνωση των σωματικών διεργασιών μέσω της υπερ-ενεργοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αποτέλεσμα είναι ακόμα και μικρές μεταβολές της σωματικής κατάστασης να γίνονται έντονα αντιληπτές, όπως και ο

πόνος, η δε μεγέθυνσή τους να προκαλεί επιπλέον άγχος, σε βαθμό που μπορεί πραγματικά να απειληθεί η υγεία του φοιτητή. Η εντατική προκλινική έκθεση του φοιτητή σε καταγισμό ιατρικών γνώσεων και ειδικότερα νοσολογίας, επηρεάζει την αντίληψη των συμπτωμάτων μέσω των προσδοκιών και των πεποιθήσεων ασθένειας που προκύπτουν. Αυτό οδηγεί σε «επιλεκτική προσοχή» σε συγκεκριμένες σωματικές αισθήσεις. Η γνώση επίσης πιστεύεται ότι επηρεάζει την ερμηνεία του συμπτώματος, αμβλύνοντας τη λεπτή διαχωριστική γραμμή μεταξύ υγείας και ασθένειας. Ο μοναδικός συνδυασμός του άγχους και κλινικών γνώσεων προκαλεί στους φοιτητές που παρατηρούν κάποια αβλαβή σωματική δυσλειτουργία, να αποδίδουν σε αυτή αδικαιολόγητη σημασία. Ακολουθεί ο φόβος για το τι έχουν αντιληφθεί, και αυτή η νοηματοδότηση του συμπτώματος είναι συνήθως απόρροια κάποιας κλινικής περίπτωσης. Ωστόσο, δεν αναζητούν συχνά ιατρική βοήθεια, τουλάχιστον όχι συχνότερα από άλλες ομάδες φοιτητών, καθώς είτε έχουν την επίγνωση ότι μπορεί να πρόκειται για μια υπερβολική κατάσταση, είτε το πρόβλημα επιλύεται μεταξύ των φοιτητών και των καθηγητών τους. Άλλωστε σήμερα πλήθος ατόμων εκτίθεται σε μια πλημμυρίδα ιατρικών γνώσεων, συχνά ατεκμηρίωτων, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για την υγεία και το άγχος του αποδέκτη της πληροφορίας (51,53-55).

Οι αγχώδεις-υποχονδριακές εκδηλώσεις μπορούν να αποδοθούν στο στρες που οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν ακόμα από τα φοιτητικά τους χρόνια. Οι συνέπειες του εργασιακού στρες για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αφορούν συχνά σε υποκειμενικές εμπειρίες με αναφορές σε άγχος, κατάθλιψη και επίμονη ανησυχία. Παρατηρήσιμες είναι και οι μεταβολές σε επίπεδο συμπεριφοράς, οι οποίες μπορεί να ποικίλουν από μέτρια ευερεθιστότητα μέχρι και την υιοθέτηση ακραίων συμπεριφορών αποφυγής ή εξάρτησης, όπως ανάγκη για αλληπάλληλες αλλαγές εργασιακού πλαισίου, ένταση στις σχέσεις με συναδέλφους, απροθυμία για ανάληψη περαιτέρω καθηκόντων, αλλά και το κάπνισμα και ο αλκοολισμός. Οι διαταραχές αυτές είναι συχνά πρόδηλες στους οικείους του φοιτητή/επαγγελματία, ενώ το άτομο μπορεί να τις αρνείται ή να έχει μερική επίγνωσή τους. Οι δε σωματικές εκδηλώσεις μπορεί να εκτείνονται σε όλο το φάσμα των ψυχοσωματικών διαταραχών: ημικρανικές προσβολές, δερματικές εκδηλώσεις σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ραχιαλγία, αλλά και καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις και τα αγγειακά εγκεφαλικά (54).

Η Κλινική επίβλεψη αναγνωρίζεται ως μια αναπτυξιακή ευκαιρία να αναπτύξουν οι φοιτητές νοσηλευτικής γνώσεις αλλά και να συνειδητοποιήσουν τον μελλοντικό τους

επαγγελματικό ρόλο (56). Η κλινική επίβλεψη είναι μια συνεχής και συστηματική διαδικασία η οποία ενθαρρύνει και υποστηρίζει τη βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής αλλά και ένα ηθικό σύστημα αξιών (57). Σύμφωνα με τη μελέτη των Begat και Severinsson (58), οι φοιτητές νοσηλευτικής αισθάνονται ότι μια φροντίδα και υποστήριξη από κάποιον έμπειρο και εξειδικευμένο κλινικό νοσηλευτή μπορεί να τους μειώσει το άγχος και τους φόβους αλλά και τις ταυτίσεις με τα συμπτώματα ασθενών και ακόμη διαπιστώθηκε ότι μπορεί να έχει θετική επίδραση στις νοσηλευτικές αντιλήψεις τους για επαγγελματική ευημερία και λιγότερα σωματικά συμπτώματα από τους ίδιους τους φοιτητές.

Μια τέτοια προοπτική θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει φοιτητές και καθηγητές στην κατεύθυνση της καλύτερης οργάνωσης του ακαδημαϊκού έργου και στην πρόληψη εκδήλωσης του φαινομένου. Αν και το γεγονός ότι επρόκειτο για δείγμα ευκολίας προερχόμενο από ένα μόνο ακαδημαϊκό ίδρυμα, μας καθιστά επιφυλακτικούς στη γενίκευση των αποτελεσμάτων, τα ευρήματα της μελέτης συνιστούν μια ένδειξη για την ανάγκη παρεμβάσεων, ώστε να προστατευτεί η υγεία των φοιτητών και να αυξηθεί η απόδοσή τους. Η θεσμοθέτηση επίβλεψης της γενικότερης πορείας του φοιτητή και της ευεξίας του (mentoring), θα μπορούσε να βοηθήσει στην πρόληψη δυνητικά επιζήμιων καταστάσεων, όπως και στην κατάθεση προτάσεων για βελτίωση της εκπαιδευτικής διαδικασίας, με προφανή ευεργετικά αποτελέσματα για το φοιτητή και κατ' επέκταση για το σύνολο της ακαδημαϊκής κοινότητας.

## **Βιβλιογραφία.**

- 1.** Freud S. Die Traumdeutung, 1900. b)GW. II-III, 155-6; SE. IV, 150; Fr., 115.
- 2.** Freud S. Aus den Anfängen der Psychoanalyse, 1887-1902. All, 211; Angl, 199; Fr, 176.
- 3.** Vallant G. Ego mechanisms of defence: a guige for clinicians and researchers. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992.
- 4.** Freud A. The Ego and its defence mechanisms. Hogarth Press, 1949.
- 5.** Freud S. The Neuro-Psychoses of Defence, Hogarth Press, London, 1894,(3):41-61.
- 6.** Αγγελόπουλος ΒΝ. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2014: 233-247.
- 7.** Klein M. The selected Melanie Klein. Mitchell J (ed), Penguin Soc, Harmondsworth, Middlesex, 1986, (6):5-13.
- 8.** Adorno TW, et al. The authoritarian personality. New York, 1950.
- 9.** Ποταμιάνος Γ. Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική, Γ΄ Έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
- 10.** Allport GW. Personality. A psychological interpretation. New York, 1937.
- 11.** McWilliams N. «Ψυχαναλυτική Διάγνωση», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000,24(3): 223-262.
- 12.** Ματσαγγούρας ΗΓ. Θεωρία και πράξη της διδασκαλίας. Τ.Β΄: Στρατηγικές διδασκαλίες. Η κριτική σκέψη στη διδακτική πράξη (5η έκδ.). Αθήνα: Gutenberg, 2002.
- 13.** Σταλίκας Α, & Χαμοδράκα Μ. Θεμελιώδη θέματα ψυχοθεραπείας. Η ενσυναίσθηση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2004:23-24.
- 14.** Μαλικιώση - Λοΐζου. Η συμβουλευτική ψυχολογία στην εκπαίδευση. Από τη θεωρία στην πράξη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001:110.
- 15.** Ehmman EV. Perspectives in Psychiatric Care. Nursecom, Inc. 1971,9(2):72-80.
- 16.** Dymond RF. Journal of Consulting Psychology.1950,14(5):343-350.
- 17.** Fairbairn.GJ. Ethics, Empathy and Storytelling in Professional Development. Νοσηλευτική Σχολή του Πανεπιστημίου του Glamorgan, 2002.
- 18.** MacKay R, Hughes J. & Carver E. Empathy in the Helping Relationship. Springer Publishing Co, New York, 1990.



19. Smith DW. The circle of acquaintance: Perception, consciousness and empathy, Kluwer Academic Publishers, 1989
20. Gladstein GA. Empathy and counseling: Explorations in theory and research. New York: Springer-Verlag, 1987.
21. Salkovskis P M. Hypochondriasis. DM Clark, & C G Fairburn. Science and Practice of Cognitive Behavioural Therapy. Oxford:Oxford University Press, 1997:313-339.
22. Sisti M. Hypochondriasis. R. Leahy. Practicing Cognitive Therapy:A guide to interventions. London: Jason Aronson Inc, 1997.
23. Taylor S, & Asmundson GJG. Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach. London: The Guilford Press, 2004.
24. Fava GA, Sorino N, & Wise TN. Illness Behavior. The Psychosomatic Assessment: Strategies to Improve Clinical Practice, 2012,(42):160-181.
25. Αντλερ Α. Οι Νευρώσεις και η ερμηνεία τους. Μετάφραση Γράψας Ε. Εκδόσεις Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1974
26. Freud S. A general introduction to psychoanalysis. Boni & Liveright, New York, 1920.
27. Eysenk J, Wilson G. The experimental study of Freudian theories. London, Methuen, 1973.
28. Whyte LL. The unconscious before Freud. London, 1960.
29. Brenner C. Psychoanalytic technique and psychic conflict. New York, International University Press, 1976.
30. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. Strachey J (ed), London, Hogarth, 1924.
31. Jung C. Introduction to the science of mythology. London, 1951.
32. Foulds GA. Personality and personal illness. Tavistock, London, 1965
33. Αγγελόπουλος ΒΝ. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία: Μια σύγχρονη ψυχιατρική, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2014:414.
34. Begat I, & Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being. Journal of Nursing Management. 2005;13:221-230.
35. Marcus ER. Empathy, humanism, and the professionalization process of medical education. Academic Medicine. 1999;74(11):1211-1215.
36. Kleehammer K, Hart AL, Keck JF. Nursing Students' Perceptions of Anxiety-Producing Situations in the Clinical Setting, Journal of Nursing Education, 1990;29(4): 183-187.
37. Surgenor LJ, Dunn J, & Horn J. Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. International Journal of Mental Health Nursing, 2005: 14(2):103-108.

38. Ιατρού Γ, Κοτρώτσιου Ε, Γκούβα Μ, Κιοσσές Β. Πώς αντιλαμβάνονται την ενσυναίσθηση οι φοιτητές νοσηλευτικής; Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 2016,8(1):20-25
39. Williams B, Brown T, Boyle M, et al.. Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: a longitudinal study. *Advances in Medical Education and Practice*. 2014,(5):299-306.
40. Williams J, Stickley T. Empathy and nurse education *Nurse Education Today*. 2010,(8):752-755.
41. Löfmark A, Wikblad K. Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: a student perspective. *Journal of Advanced Nursing*. 2001,34(1):43-50.
42. Tastan S, Iyigun E, Ayhan H, Hatipoglu S. Experiences of Turkish undergraduate nursing students in the intensive care unit. *Collegian*. 2015,22(1):117-23.
43. Fergus TA, Valentiner DP. Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010,41(4):438-44.
44. Wearden A, Perryman K, Ward V. Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *J Health Psychol*. 2006,11(6):877-86.
45. Admi H. Nursing Students' Stress During the Initial Clinical Experience. *Journal of Nursing Education*. 1997,36(7): 323-327.
46. Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M. The Empathy Enigma: An Empirical Study of Decline in Empathy Among Undergraduate Nursing Students. *Journal of Professional Nursing*. 2012, 28 (1):34-40.
47. McKenna L, Boyle M, Brown T, et al. Levels of empathy in undergraduate nursing students. *International Journal of Nursing Practice*. 2012,18(3):246-251.
48. Penprase B, Oakley B, Ternes R, Driscoll D. Do Higher Dispositions for Empathy Predispose Males Toward Careers in Nursing? A Descriptive Correlational Design. *Nursing Forum*.2015, 50(1):1-8.
49. Arveklev SH, Wigert H, Berg L, Burton B, Lepp M. The use and application of drama in nursing education-an integrative review of the literature. *Nurse Educ Today*.2015,35(7):12-7.
50. Ware JE, Sherbourne CD. The Moss 36 Item Short Form Health Survey. *Medical Care*. 1992,30: 473-483.
51. Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 1991(2):42-48.
52. Derogatis LR. Symptom Checklist 90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems,1994
53. Collier R Imagined illnesses can cause real problems for medical students. *CMAJ*. 2008,;178(7):820.
54. Αντωνίου ΑΣ. Επαγγελματικό στρες. Εκδ.Παρισιάνου, Αθήνα, 2006.
55. Waterman LZ, Weinman JA. Medical student syndrome: fact or fiction? A cross-sectional study. *JRSM Open*. 2014,(3):5(2):20.

- 56.** Johns Ch. clinical supervision as a model for clinical leadership. *Journal of Nursing Management* 2003,11:25–34.
- 57.** Berggren I, Severinsson E. Nurses supervisors'action in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing* 2003, 41(6):615–622.
- 58.** Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being -- a Norwegian study.*J Nurs Manag.* 2005,13(3):221-30.